



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

**Συγκριτική μελέτη γυναικών με αφαίρεση ινομυώματος και
γυναικών με καισαρική τομή ως προς τα ψυχολογικά
χαρακτηριστικά και τη διασύνδεσή τους με τον μετεγχειρητικό πόνο**

Σπουδάστρια:

Φρυδά Μαρία, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 148)

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, 2011

Για την ολοκλήρωση του συγγράματος θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το εκπαιδευτικό επιτελείο της Σχολής που παρόλες τις δυσκολίες σύνδεσης του θεωρητικού και του πρακτικού πλαισίου, με στήριξε απόλυτα και συνεπικούρησε στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Ιδιαίτερη Μνεία θα ήθελα να κάνω στη συμπαράσταση και βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας, κας Μαίρης Γκούβα, επίκουρου καθηγήτριας τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, ψυχολόγου ψυχοσωματικής κοινωνικής Ψυχιατρικής και στη συνάδελφο κα Μελίνα Γρυλλάκη, που με βοήθησε καθοριστικά κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
2	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
2.1	Ο ΠΟΝΟΣ	5
2.1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	5
2.1.2	ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ STRESS	5
2.1.3	ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ	7
2.1.4	ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ	8
2.2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ	9
2.2.1	ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	10
2.2.2	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΩΝ	10
2.2.3	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	11
2.2.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ	12
2.3	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	13
2.3.1	ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ	14
2.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	17
2.5	ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΝΟΥ	18
2.5.1	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	19
2.6	ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ - ΘΥΜΟΣ – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	20
2.6.1	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	20
2.6.2	ΘΥΜΟΣ – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	23
2.6.3	ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ	27
2.6.4	ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ: ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	29
3	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
3.1	Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	33
3.1.1	Ερευνητικές υποθέσεις	34
3.1.2	Υλικό και Μέθοδος	34
3.1.3	Δείγμα	35
3.1.4	Διαδικασία	36
3.2	Ερευνητικά εργαλεία	36
3.2.1	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	36

3.2.2	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας -Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ; Caine και συν, 1967)	38
3.2.3	Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977) ..	38
3.2.4	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).....	39
3.2.5	Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al.,2002).....	40
3.2.6	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	41
3.3	Στατιστική ανάλυση.....	42
3.4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	43
3.4.1	Δημογραφικά στοιχεία.....	43
3.4.2	Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS).....	52
3.4.3	Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R	54
3.4.4	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS)	60
3.4.5	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) ...	62
3.4.6	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).....	65
3.4.7	Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).....	67
3.4.8	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).....	69
3.5	Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ψυχοπαθολογίας για τις γυναίκες με καισαρική τομή. 70	
3.6	Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ψυχοπαθολογίας για τις γυναίκες με ινομύωμα. .	100
4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	129
4.1	Συμπεράσματα	132
5	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	133
5.1	ΒΙΒΛΙΑ	133
5.2	ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	134

2 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Ο ΠΟΝΟΣ

2.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα βασικότερα φαινόμενα της ανθρώπινης ζωής. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει προκειμένου να δοθεί ένας ορισμός για τον πόνο, χωρίς όμως κάποια να μπορεί να τον ερμηνεύσει απόλυτα. Αυτό συμβαίνει γιατί, δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι τον πόνο με την ίδια ένταση και τον ίδιο τρόπο. Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία η οποία επηρεάζεται από συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες. Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν τον πόνο σαν ένα αντικειμενικό γεγονός, αφού για τον πάσχοντα αποτελεί μια πραγματικότητα, και να αποδέχονται ότι ο ασθενής πονάει τόσο όσο εκείνος αισθάνεται ότι πονάει. Με βάση τα παραπάνω, ο πόνος ορίζεται ως « μια δυσάρεστη υποκειμενική, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια»(International Association for the Study of Pain).

Ο πόνος είναι ένας από τους βασικότερους μηχανισμούς άμυνας του ανθρώπου και διαιρείται σε οξύ και σε χρόνια. Ο οξύς πόνος οφείλεται σε χημικά, θερμικά, μηχανικά ή φλεγμονώδη ερεθίσματα και διαρκεί από ώρες μέχρι λίγες εβδομάδες(π.χ μετεγχειρητικός πόνος, ημικρανία, μυοσκελετικοί πόνοι). Οποιοσδήποτε πόνος διαρκεί πάνω από τρεις μήνες θεωρείται χρόνιος(π.χ Ca, μεθερπητική νευραλγία,οστεοπόρωση). Οι ασθενείς με εξελισσόμενα ή μη νοσήματα μπορεί να έχουν χρόνια πόνο με διαστήματα εξάρσεων οξέως πόνου.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι, πέραν του σωματικού, υπάρχει και ο ψυχικός πόνος ή ψυχογενής, ο οποίος αφορά στην ενασχόληση με συνεχή και έντονο πόνο για τουλάχιστον 6 μήνες χωρίς την επαρκή ιατρική αιτιολογία ή οργανική βλάβη.

2.1.2 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ STRESS

Το άγχος ορίζεται σαν ένα διάχυτο, δυσάρεστο, συχνά ασαφές συναίσθημα που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία και που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές εσωτερικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία, κ.α.(Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής). Το άγχος περιγράφεται σαν μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, που

λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης, ο οποίος εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου (Καλπάκογλου, 1998).

Το άγχος που κατακλύζει τον άνθρωπο στην καθημερινότητά του ως stress, μπορεί να τον κάνει ευερέθιστο, ευάλωτο, να προκαλέσει διαταραχές ύπνου, να τον οδηγήσει σε απάθεια ή κατάθλιψη. Επίσης, τα αυξημένα επίπεδα άγχους έχουν σχετιστεί με αυξημένο κλινικό πόνο καθώς και με υψηλή ευαισθησία στον πόνο (Robinson, 1999). Από την άλλη πλευρά είναι γεγονός πως και ο ίδιος ο πόνος αποτελεί για τον ανθρώπινο οργανισμό μια κατάσταση stress.

Αναφορικά με την αλληλεπίδραση άγχους-πόνου, οι Di Matteo και Martin (2006) αναφέρουν ότι το άγχος έχει τη δύναμη να μεγενθύνει τον πόνο καθώς παρεμποδίζει την επίτευξη χαλάρωσης, που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, και χειροτερεύει την αναμονή μιας κατάστασης που θεωρείται ότι θα προκαλέσει πόνο. Ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι, επειδή οι αντιδράσεις του οργανισμού στο άγχος είναι όμοιες με αυτές που προκαλεί ο πόνος (αύξηση σφυγμών, ανησυχία, έκκριση κορτιζόλης, απελευθέρωση κατεχολαμινών), το άγχος πιθανόν να έχει αθροιστική δράση ή να ενεργεί σε συνδυασμό με τον πόνο (Vaughn et al., 2007).

Μία ακόμη συνιστώσα της αγωνίας και του άγχους η οποία έχει αποδειχτεί να έχει πρωτεύοντα ρόλο στην πρόγνωση του πόνου είναι η καταστροφολογία. Η καταστροφολογία έχει οριστεί σαν ένας υπερβολικά αρνητικός προσανατολισμός ερεθισμάτων, που περιλαμβάνει, συλλογισμό των επώδυνων αισθήσεων, μεγέθυνση της απειλής που προκαλεί το επώδυνο ερέθισμα και αδυναμία ελέγχου του πόνου (Granot et Ferber, 2005). Οι άνθρωποι που έχουν καταστροφικές σκέψεις υπερβάλλουν ως προς το πώς βιώνουν τον πόνο τους και υποτιμούν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την επώδυνη εμπειρία.

2.1.3 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Είναι γεγονός ότι πολλές διαταραχές που σχετίζονται με το stress, όπως ο χρόνιος πόνος, είναι επικρατέστερες στις γυναίκες με αποτέλεσμα πολλοί ερευνητές να προσπαθήσουν να εξετάσουν τις διαφορές στο μηχανισμό των ενδογενών αναλγητικών μεταξύ αντρών και γυναικών. Οι Fillingim και συν.,(2009) αναφέρουν ότι ο επιπολασμός των πιο κοινών μορφών πόνου είναι υψηλότερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες διαμαρτύρονται για εντονότερο πόνο μετά από επεμβατικές διαδικασίες σε σχέση με τους άντρες. Οι διαφορές αυτές των δύο φύλων στην εξωτερίκευση, έκφραση και ανοχή στον πόνο, συχνά οφείλονται στους ρόλους που τους έχουν αποδοθεί και επηρεάζονται από ποικίλες κοινωνικές, βιολογικές και ψυχολογικές διεργασίες. Με βάση αυτό, οι ρόλοι των δύο φύλων διέπονται από κανόνες που υπαγορεύουν αυξημένη ανοχή στον πόνο για τους άντρες, ενώ από την άλλη πλευρά οι γυναίκες παρουσιάζονται πιο ευαίσθητες, λιγότερο ανθεκτικές στον πόνο και δικαιολογημένες να τον εκφράζουν. Άλλος ένας σημαντικός λόγος που συνεισφέρει στη διαφοροποίηση των γυναικών στον πόνο είναι οι γονάδοτρόπες ορμόνες, οι οποίες, εκτός από τον αναπαραγωγικό τους ρόλο, επηρεάζουν το περιφερικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Craft, 2007). Συγκεκριμένα, τα επίπεδα των ορμονών στις γυναίκες μεταβάλλονται στη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη, στην εμμηνόπαυση και κατά την έμμηνο ρύση, σε αντίθεση με τους άντρες που δεν υπόκεινται σε τέτοιες έντονες διακυμάνσεις ορμονών στη διάρκεια της ζωής τους (Fillingim et al., 2009). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατά συνέπεια παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με τους άντρες. Συμπερασματικά, οι γυναίκες αναφέρουν χρόνιο πόνο συχνότερα από ότι οι άντρες. Επίσης, οδηγούνται στη χρήση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου πιο εύκολα από τους άντρες, και τείνουν να σχετίζουν το συναισθηματικό stress με τον πόνο τους (Poleshuck et al., 2009). Δεν είναι τυχαίο ότι, γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε καισαρική τομή, αναφέρουν ως μεγαλύτερο φόβο και ανησυχία τους τον πόνο κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση (Landau et al., 2010).

2.1.4 ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η γυναίκα, από την έναρξη της εμμήνου ρύσης και μετά, είναι αλήθεια ότι «βάλλεται» από αντικρουόμενα μηνύματα σχετιζόμενα με τη γυναικεία φύση της που υπαγορεύονται από τις κοινωνικές νόρμες. Από τη μια πλευρά η έμμηνος ρύση θεωρείται κομβικό σημείο στο σχηματισμό της γυναικείας ταυτότητας. Ωστόσο, η προσαρμογή της στο μηνιαίο κύκλο της επηρεάζεται τόσο από κοινωνικούς όσο και από πολιτισμικούς παράγοντες. Οι Swenson και Havens (1987) αναφέρουν ότι κοινωνίες που έχουν υψηλή κοινωνική ακαμψία και αλληλεγγύη μεταξύ των ανδρών έχουν την ανάγκη να διατηρούν σαφείς τους ρόλους των φύλων μέσα από τον έλεγχο των γυναικών και της γονιμότητάς τους. Μέσα στα πλαίσια αυτά, η έμμηνος ρύση αποτελεί μια πηγή ντροπής που πρέπει να αποκρύπτεται από τις γυναίκες. Επίσης, η ντροπή της εμμήνου ρύσης αναγνωρίστηκε ως βασική αρχή της πατριαρχικής οργάνωσης που διαιώνίζει την ανδρική κυριαρχία και τη γυναικεία υποταγή (Moloney., 2010). Συγκεκριμένα, η Moloney (2010) αναφέρει ότι η γυναικεία φυσιολογία και η εμμηνόρροια αντιμετωπίζονται ως εγγενές σφάλμα από κάποιους πολιτισμούς και ως εκ τούτου η ντροπή της εμμήνου ρύσης αποτελεί βασικό παράγοντα που προδιαθέτει τις γυναίκες να αποξενώνονται από το σώμα τους, να υποτιμούν τον εαυτό τους και να προσεγγίζουν με φόβο τη φυσιολογική αυτή διαδικασία. Δεν είναι τυχαίο πως ακόμα και οι διαφημίσεις, οι οποίες παίζουν βασικό ρόλο στην εγκαθίδρυση των κοινωνικών στερεοτύπων, συμβάλλουν στη διαίωνιση της σιωπής και της ντροπής που περιβάλλουν τον έμμηνο κύκλο (Simes and Berg, 2001). Μέσα από την προώθηση των προϊόντων για τις μέρες της εμμηνορροσίας οι γυναίκες μαθαίνουν ότι πρέπει να είναι επιμελείς και να αποκρύπτουν το γεγονός προκειμένου να μη βιώσουν αισθήματα αμηχανίας και ντροπής. Σε μία άλλη έρευνα οι Raftos et al (1998) αποκαλύπτουν ότι οι διαφημίσεις για προϊόντα εμμηνορροσίας παρέχουν μπερδεμένα, αντιφατικά και παράδοξα μηνύματα, όπως το να τονίζουν από τη μια τη φυσιολογική διεργασία της εμμηνορροσίας και από την άλλη να δίνουν έμφαση στην απόκρυψη και την αποσιώπηση της. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι οι διαφημίσεις υποτιμούν τις γυναίκες καθώς καλλιεργούν την άποψη ότι παραμένουν σε μια κατάσταση διαρκούς ρυπαρότητας ανεξάρτητα αν έχουν περίοδο ή όχι.

Όλη αυτή η μυστικότητα, και η ντροπή που περιβάλλουν την έμμηνο ρύση προκαλούν αισθήματα αμηχανίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης στις γυναίκες οι οποίες αποξενώνονται από την ίδια τους τη φύση, γίνονται ανασφαλείς και ευάλωτες. Αυτός ο πολύ

αποτελεσματικός τρόπος υποταγής έχει προφανείς συνέπειες στο πώς θα αντιμετωπίσουν οι γυναίκες το γεγονός της γέννας και οποιασδήποτε γυναικολογικής παρέμβασης στην πορεία της ζωής τους.

2.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση αποτελεί στρεσογόνο κατάσταση για τον ανθρώπινο οργανισμό, όχι μόνο σε σωματικό αλλά και σε ψυχολογικό επίπεδο. Αυτό που για το χειρουργό αποτελεί μια επέμβαση ρουτίνας, για τον ασθενή είναι μια μοναδική εμπειρία που επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους. Ειδικά στις γυναικολογικές επεμβάσεις, οι οποιοσδήποτε παρεμβάσεις γίνονται στο σώμα, έχουν ισχυρό αντίκτυπο στη γυναικεία ψυχολογία και μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα «βλέπει» τον εαυτό της για την υπόλοιπη ζωή της. Οι Pilewska et al.(2007), αναφέρουν πως οι γυναικολογικές επεμβάσεις, ανεξάρτητα από το είδος και την έκτασή τους, αποτελούν ψυχοπιεστικό φαινόμενο για τις γυναίκες προκαλώντας αυξημένα επίπεδα άγχους κυρίως πριν την επέμβαση αλλά και μετά το χειρουργείο. Καθώς η γυναίκα βιώνει το κάθε ένα στάδιο της επέμβασης-προεγχειρητικό, περιεγχειρητικό, μετεγχειρητικό- η ψυχολογία της μεταβάλλεται, και η πίστη στην ικανότητά της να ανταπεξέλθει στα νέα δεδομένα κλονίζεται. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί εντύπωση καθώς τα αναπαραγωγικά όργανα χρήζουν ιδιαίτερης συμβολικής αξίας για πολλές γυναίκες. Αιγυπτιακά γραπτά που τοποθετούνται χρονικά 2000 έτη πίσω, παριστάνουν τη μήτρα να έχει μια ισχυρή επίδραση στην ψυχική και πνευματική ζωή, και η τρέχουσα έρευνα τείνει να συμφωνήσει με αυτά (John A.Rock;Howard W.Jones; 2008, Te Linde' s Operative Gynecology) . Επιπλέον, η μήτρα για πολλές γυναίκες αποτελεί το σεξουαλικό όργανο που τις συνδέει με την θηλυκότητα, την ερωτική επιθυμία και είναι αναπόσπαστο μέρος της σεξουαλικότητάς τους. Η μήτρα είναι το κατ'εξοχήν αναπαραγωγικό όργανο μέσω του οποίου θα φτάσει στην υπέρτατη ολοκλήρωσή της ως γυναίκα, τη μητρότητα. Είναι λοιπόν λογικό, οποιαδήποτε παρέμβαση στο όργανο αυτό, στο οποίο η ίδια έχει επενδύσει συναισθηματικά, να προκαλεί αυξημένη συναισθηματική και ψυχολογική αντίδραση(όπως άγχος, κατάθλιψη, κ.λ.π.) καθώς σηματοδοτεί την έναρξη μιας απειλής, μιας δυσαρμονίας που επιφέρει μεγάλη ψυχική οδύνη για τη γυναίκα(Oates et Gath;, 1989). Δεν είναι άλλωστε τυχαίο το γεγονός ότι στη Δυτική Ινδία οι γυναίκες πιστεύουν

πως η έμμηνος ρύση έχει ρόλο κάθαρσης για το σώμα από τα δηλητήρια που συσσωρεύονται στη διάρκεια του μήνα (Rock;Jones; 2008, Te Linde's Operative Gynecology, Bayram;Beji; 2010). Συχνά οι γυναίκες που υποβάλλονται σε γυναικολογικές επεμβάσεις βιώνουν αισθήματα ενοχών και ντροπής και καταλαμβάνονται από το φόβο ότι οι σύντροφοί τους θα τις θεωρούν ανάπηρες (Bayram;Beji; 2010).

2.2.1 *INOMYΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ*

Τα ινομυώματα είναι οι συνηθέστεροι καλοήθεις όγκοι της μήτρας. Παρουσιάζονται σε αρκετά υψηλό ποσοστό 20-40% σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και η εμφάνισή τους αυξάνεται με την ηλικία (Biderman-Madar, 2005). Είναι όγκοι ορμονοεξαρτώμενοι, κυρίως από τα οιστρογόνα, και η εγκυμοσύνη επιφέρει αύξηση του μεγέθους τους, ενώ μετά την εμμηνόπαυση συνήθως υποστρέφουν (Καλογερόπουλος, 1996, 215-222). Τα ινομυώματα, ανάλογα με τη θέση τους στο τοίχωμα της μήτρας, διακρίνονται σε υποβλεννογόνια, υπορογόνια και ενδοτοιχικά (Biderman-Madar,2005). Στην πλειοψηφία τους τα ινομυώματα είναι ασυμπτωματικά, όταν όμως παρουσιάσουν συμπτώματα, τα συνηθέστερα είναι: αιμορραγία (με τη μορφή μηνορραγίας), πόνος και αίσθημα βάρους, προβλήματα υπογονιμότητας (Μιχάλας, 2000, σελ.505). Στο στόχο για την αντιμετώπιση των ινομυωμάτων πρέπει να ληφθούν υπόψη, όχι μόνο η απαλλαγή της γυναίκας από τα συμπτώματα, αλλά και οι ανάγκες και επιθυμίες της όσον αφορά σε μια μελλοντική τεκνοποίηση (Istre, 2007). Η συχνότερη θεραπεία για τα ινομυώματα συνήθως είναι χειρουργική και περιλαμβάνει τη χειρουργική εκπαρήνισή τους, την υστερεκτομή με ή χωρίς εξαρτήματα, τη λαπαροσκοπική ή υστεροσκοπική αφαίρεση των ινομυωμάτων (Μιχαλας, 2000). Υπάρχουν και μη επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης όπως ο εμβολισμός της μητριάας αρτηρίας που οι επιπτώσεις τους στη γονιμότητα παραμένουν αβέβαιες (Mukhopadhaya et al., 2007).

2.2.2 *ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ INOMYΩΜΑΤΩΝ*

Όπως προαναφέρθηκε, το 30% των γυναικών που έχουν ινομυώματα, υποφέρουν από μηνορραγία, δηλ. αυξημένη απώλεια αίματος κατά την έμμηνο ρύση. Οι γυναίκες αυτές κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρυσης ζουν με το άγχος μήπως τα απορροφητικά μέσα που

χρησιμοποιούν δεν μπορέσουν να απορροφήσουν τον αυξημένο όγκο αίματος (Dinas et al., 2006). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τις μέρες της εμμήνου ρύσης να αποσύρονται από τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις, ή ακόμα και από την εργασία τους, από φόβο μήπως ντροπιαστούν στον περίγυρό τους.

Επίσης στην Αγγλία, η υστερεκτομή, ο πυελικός πόνος και τα παράπονα για αφύσικη αιμορραγία κατά την έμμηνο ρύση βρέθηκαν να είναι συχνότερα σε γυναίκες που παρουσίασαν ψυχολογική καταπόνηση (Chaaya et al, 2003).

Έχει υπολογιστεί ότι τα ινομυώματα σχετίζονται με υπογονιμότητα στο 5-10% των γυναικών και είναι ο μόνος λόγος υπογονιμότητας και αποβολών στο 2-3% (Mukhopadhyaya, 2007). Η ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών αυτών χρήζει μεγάλης προσοχής και παρακολούθησης από ειδικούς. Ο Δίνας και συνεργάτες (2006) υποστηρίζουν ότι περισσότερες από το 50% των γυναικών με ινομυώματα αναφέρουν ότι δεν κατάφεραν να τεκνοποιήσουν, παρότι το επιδίωξαν. Στην ίδια ανασκόπηση τίθεται το ερώτημα αν τα ινομυώματα στις γυναίκες αυτές αποτελούν «υποκατάστατο κύησης» ,σαν σωματοποίηση της υπέρμετρης επιθυμίας για τεκνοποίηση.

Επιπλέον, σε μια ποιοτική έρευνα που μελετώνται οι εμπειρίες γυναικών με ινομυώματα , δύο είναι τα κυρίαρχα θέματα που αναδιπλώνονται από τις συνεντεύξεις τους-« η διαχείριση της αβεβαιότητας» και «αγώνας ανάμεσα στην ήττα και την αισιοδοξία »(Nicholls et al, 2004). Μέσα από αυτά αντικατοπτρίζονται τα ψυχολογικά «κανάλια» από τα οποία διέρχονται οι γυναίκες που προσπαθούν να κατανοήσουν την ασθένειά τους, τις θεραπευτικές τους επιλογές και το μέλλον της υγείας τους. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα του να λαμβάνεται υπόψη το πώς η κάθε γυναίκα βιώνει την ασθένειά της, διότι αυτό μεταβάλλει τα επίπεδα άγχους και αγωνίας, έτσι ώστε να της παρέχεται η κατάλληλη εξατομικευμένη ιατρική και ψυχολογική παροχή φροντίδας.

2.2.3 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Καισαρική τομή είναι ο τοκετός κατά τον οποίο το έμβρυο εξάγεται από τη μήτρα ύστερα από διατομή της, είτε εγκάρσια είτε κάθετη (Καρπάθιος, 1999, Μιχαλας 2000). Οι κυριότεροι λόγοι που ωθούν το χειρουργό στην εκτέλεση καισαρικής τομής είναι: οι

δυστοκίες, προηγούμενη καισαρική τομή, προηγούμενες επεμβάσεις στο μυομήτριο, προεκλαμψία, επιπωματικός πλακούντας, κ.λ.π.

Είναι γεγονός ότι η συχνότητα της καισαρικής τομής έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια, και σε ορισμένες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., το ποσοστό κυμαίνεται από 20% ως 31% (Bolla et al,2010, Καρπάθιος, 1999, Μιχαλας, 2000). Η αύξηση στα ποσοστά αυτά δεν δικαιολογείται παρά από το γεγονός ότι πολλές είναι οι καισαρικές που διενεργούνται κατ' επιλογή των γυναικών και χωρίς να υπάρχει κάποια ιατρική ένδειξη (Belizan et al, 2007). Εύλογα λοιπόν προκύπτει το συμπέρασμα ότι πραγματοποιούνται αναίτιες γυναικολογικές επεμβάσεις που εκθέτουν τη μητέρα και το παιδί σε πιθανούς κινδύνους.

2.2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η Wiklund (2007) αναφέρει ότι ο τοκετός πολλές φορές συσχετίζεται με το φόβο του πόνου και το άγχος του θανάτου. Η άποψη αυτή ενισχύεται στις περιπτώσεις γυναικών με χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπέρμετρο άγχος, χωρίς υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο, ανικανοποίητων στην προσωπική τους σχέση.

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα αποτελεί μια κατάσταση stress. Αυτό συμβαίνει διότι δεν είναι μόνο το σωματικό τραύμα και η αλλαγή που επιφέρει, αλλά και το ψυχολογικό stress που σχετίζεται με την προσαρμογή στο νέο γεγονός (της μητρότητας), τον επαναπροσδιορισμό της λειτουργικότητας και της σχέσης με το σύντροφο (Blisset, 2007). Μελέτες αναφέρουν ότι η μετάβαση στη μητρότητα σχετίζεται με μεγαλύτερη αγωνία για τη σχέση, καθώς και με τη μετέπειτα εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψυχαναγκασμό και εχθρότητα.

Επίσης, η κακή σχέση με το σύντροφο ή η έλλειψη συντρόφου και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι παράγοντες πρόκλησης επιλόχειας κατάθλιψης (Rich-Edwards et al, 2005). Έχει βρεθεί ότι η επιλόχεια κατάθλιψη και το μετατραυματικό stress σχετίζονται με μνήμες από τραυματικές εμπειρίες κατά τον τοκετό (Wiklund, 2007). Η Wiklund (2007) αναφέρει ότι σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί πως η καισαρική τομή αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση κατάθλιψης, ενώ σε άλλες ότι ενέχει προστατευτικό ρόλο, εμποδίζοντας την εμφάνισή της. Τα αποτελέσματα βέβαια αυτά επηρεάζονται από πολλές παραμέτρους που σχετίζονται με φυλετικές, κοινωνικές,

πολιτισμικές, οικονομικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που συμμετέχουν στη μελέτη και συνδράμουν στην ολοκλήρωσή της.

Η Ryding et al (1998) σε μια έρευνά της αναφέρει ότι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή εξέφρασαν αισθήματα ενοχών και ντροπής στη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, παρ'ότι όχι συχνά. Στην ίδια έρευνα το ένα τέταρτο των γυναικών λίγες μέρες μετά την επέμβαση ένιωθε ενοχές για την αναγκαιότητα της επείγουσας καισαρικής, παρ'όλο που αντιλαμβάνονταν τις άμεσες ενδείξεις για τη διενέργεια της διαδικασίας αυτής.

2.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μία από τις αιτίες οξέος πόνου είναι ο μετεγχειρητικός που ορίζεται ως η απάντηση του οργανισμού στη χειρουργική επέμβαση. Βελτιώνεται με την ανάπαυση και τη χορήγηση αναλγητικής θεραπείας. Ωστόσο, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, εγκαθίσταται, και γίνεται δυσεπίλυτος (Khan et al, 2010).

Η διαχείριση του οξέος πόνου παραμένει ακόμη και σήμερα προβληματική (Granot, 2005). Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η έναρξη ενός φαύλου κύκλου περαιτέρω επιπλοκών, αυξημένου άγχους, ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, κ.λ.π. Επίσης, δεν είναι λίγες οι έρευνες που αναφέρουν τον επίμονο μετεγχειρητικό πόνο σαν παράγοντα κινδύνου για τη μετάβαση σε χρόνιο πόνο (Peters et al, 2007). Μία από τις ψυχολογικές συνιστώσες που επηρεάζει αρνητικά τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς είναι ο φόβος για τη χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που βιώνουν το φόβο της επέμβασης και των συνεπειών της, έχει αποδειχτεί ότι πιθανότατα βιώνουν μεγαλύτερο πόνο και αναρρώνουν βραδύτερα (Peters et al, 2007). Από την άλλη πλευρά, στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι η αισιοδοξία, παρ'ότι δεν προστατεύει από τον πόνο, προάγει την ανάρρωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά.

Πολλοί είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν επιβαρυντική δράση στο μετεγχειρητικό πόνο, με κυριότερο το προεγχειρητικό άγχος. Οι πιο πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ προεγχειρητικού άγχους και μετεγχειρητικού πόνου (Vaughn et al., 2007). Σε μια μελέτη των Feinmann et al (1987) αναφέρεται ότι :

«το άγχος που μετράται μετεγχειρητικά εμφανίζεται να συνδέεται με την εμπειρία του πόνου και δείχνει την ανάγκη για χορήγηση αναλγησίας. Η παρατήρηση ότι το άγχος, η νεύρωση και η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι όλα προγνωστικά του επίμονου πόνου μετεγχειρητικά, συμπεραίνει πως η προσωπικότητα είναι που προδιαθέτει στην εμπειρία του πόνου, και όχι ο μετεγχειρητικός πόνος ο οποίος προκαλεί μια παροδική κατάσταση άγχους, παρόλο που αυτό δεν εξαλείφει τον πόνο ως αιτία άγχους»(σελ. 291). Επίσης, οι Terry et al.(2007), υποστηρίζουν πως « η διαπίστωση, ότι τα υψηλότερα επίπεδα άγχους σχετίζονται με προσδοκίες για μεγαλύτερο πόνο μετεγχειρητικά και με αναφορές για πιο έντονο πόνο μετά το χειρουργείο, τονίζει τη σημασία της αντιμετώπισης του άγχους των ασθενών στις κλινικές». Καθώς προκύπτει και από άλλες έρευνες η μείωση του stress προεγχειρητικά σχετίζεται με καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και πιο γρήγορη ανάρρωση. Συγκεκριμένα, οι Hobson et al.(2005) στην έρευνά τους σε γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι λιγότερο προεγχειρητικό άγχος σχετίζεται με μεγαλύτερη μητρική ικανοποίηση και καλύτερη ανάρρωση. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι εξίσου σημαντική για τη μετεγχειρητική πορεία των γυναικών είναι η συναισθηματική υποστήριξη του συζύγου και η σωστή πληροφόρηση από το θεράποντα γιατρό.

Εκτός από το άγχος, ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου είναι η καταστροφολογία, δηλαδή οι υπερβολικά αρνητικές πεποιθήσεις για τον πόνο. Από την άλλη πλευρά, η καταστροφολογία σχετίζεται και με άλλες συνισταμένες της ανθρώπινης προσωπικότητας όπως η κατάθλιψη, ο φόβος του πόνου, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και το άγχος (Granot et Ferber, 2005). Σε έρευνά τους οι Khan et al (2010), αναφέρουν, ότι υψηλά επίπεδα καταστροφολογίας σε προεγχειρητικό επίπεδο, προβλέπουν αυξημένο πόνο μετεγχειρητικά, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη ή το άγχος. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχτεί ότι οι καταστροφικές σκέψεις οδηγούν και σε αυξημένη κατανάλωση αναλγητικών.

2.3.1 ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η πρόβλεψη για το ποιοι ασθενείς θα βιώσουν σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο παραμένει δύσκολη παρά την αύξηση στη γνώση της φυσιολογίας, φαρμακολογίας, αναισθησιολογίας και ψυχολογίας. Το ποσοστό των ασθενών που δεν ικανοποιούνται από

την μετεγχειρητική αναλγησία παραμένει σταθερό γύρω στο 60% τα τελευταία 20 χρόνια (Raj et al, 1993, Brasseur et al, 1996). Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο μετεγχειρητικός πόνος σε ένα πρώτο επίπεδο καθορίζεται από τον τύπο και τη διάρκεια του χειρουργείου και από τις ειδικές τεχνικές της θεραπείας του ((Raj et al, 1993, McGrath et al, 1993). Παρόλα αυτά οι ασθενείς που υποβάλλονται στην ίδια επεμβατική μέθοδο έχουν ανάγκη από διαφορετικές δόσεις και είδη φαρμάκων προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητική αναλγησία (Austin et al, 1980, Gourlay et al, 1986). Ο ακριβής μηχανισμός για αυτήν την διαπροσωπική ποικιλομορφία στην ουδό του πόνου και στις απαιτήσεις των χορηγούμενων αναλγητικών παραμένει άγνωστος. Ο πόνος καθορίζεται όχι μόνο από τα χαρακτηριστικά του επώδυνου ερεθίσματος αλλά επίσης και από γνωσιακούς και συμπεριφερικούς παράγοντες (McGrath et al, 1993, Perry et al, 1994). Το τελευταίο παρουσιάζει σημαντική διαπροσωπική ποικιλομορφία που οφείλεται στο ψυχολογικό προφίλ, σε προηγούμενες εμπειρίες πόνου, στη μνήμη και στο περιεχόμενο του συμβάντος (McGrath et al, 1993). Έρευνες πάνω στον χρόνιο πόνο υποθέτουν ότι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τη σοβαρότητά του όπως διαφυλετικές και πολιτισμικές διαφορές (Houghton et al, 1992), εμπειρίες πόνου κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (McGrath et al, 1993), το ψυχολογικό προφίλ του ασθενή (Gamsa et al, 1990, Tauschke et al, 1990), το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Larson et al, 1984), το οικογενειακό περιβάλλον (Jensen et al, 1991, Gil et al, 1990) και στρατηγικές αντιμετώπισης της καθημερινότητας (Jensen et al, 1991). Εάν αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται και με τον οξύ πόνο παραμένει άγνωστο. Οι C. M. BERNSTEIN et al, (2004), σε μια έρευνά τους προσπάθησαν να μελετήσουν πολλούς και διάφορους συμπεριφερικούς και ψυχολογικούς παράγοντες για σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι χρόνιες διαταραχές του ύπνου όπως αυτές αναφέρονται από τον ασθενή, είναι ο μόνος στατιστικά αποδεκτός παράγοντας για μετεγχειρητικό πόνο στην ανάπαυση σε κλινήρη θέση ενώ κατά τον βήχα / κινητοποίηση, οι ενδοπεριτοναϊκές επεμβάσεις και η παρουσία ασθενούς με πόνο στην οικογένεια, αποδείχτηκαν οι σημαντικότεροι παράγοντες. Οι χρόνιες διαταραχές του ύπνου δεν έχουν μέχρι τώρα περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως καθοριστικός προδιαθεσικός παράγοντας για μετεγχειρητικό πόνο. Είναι διαφορετικό από την πραγματική αϋπνία η οποία θα πρέπει να διαγιγνώσκεται με ειδικές τεχνικές καταγραφής ύπνου. Αυτό προφανώς αντικατοπτρίζει το ιδιαίτερο ψυχολογικό προφίλ του ασθενή όπως αγχώδης ή καταθλιπτική προσωπικότητα. Η αναμνηστική αϋπνία είναι ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα της κατάθλιψης. Εξειδικευμένα test (STAI, Beck Depression Inventory), χρησιμοποιώντας αντικειμενικά στοιχεία για να εκτιμήσουν

μια αγχώδη ή καταθλιπτική κατάσταση ή μόνιμο χαρακτηριστικό, επιστρατεύονται συχνά από τους ψυχολόγους αλλά είναι αρκετά πολύπλοκα και χρονοβόρα για να εφαρμοστούν σε μια απλή προεγχειρητική επίσκεψη ρουτίνας. Για παράδειγμα το Spiegelberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI) το οποίο δημιουργήθηκε το 1970 περιλαμβάνει 40 στοιχεία, θεωρείται το χρυσό στάνταρ για την αξιολόγηση του άγχους και σχετίστηκε πρόσφατα με παράγοντα κινδύνου για σοβαρό πόνο. Πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιώντας αυτές τις τεχνικές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου είναι συνυφασμένη με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Perry et al, 1994, Gil et al, 1990, Jamison et al, 1993). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πρόσφατες διαταραχές ύπνου οι οποίες σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ή την ανησυχία εν όψει του χειρουργείου δε σχετίστηκαν ξεκάθαρα με μετεγχειρητικό πόνο.

Πρόβλημα ή ιστορικό πόνου στην οικογένεια λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για σοβαρό πόνο κατά τη διάρκεια του βήχα / κινητοποίηση όπως έδειξαν οι C. M. Bernstein et al, (2004). Αυτός ο παράγοντας πρέπει να εξεταστεί, μια και επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν αυξημένη συχνότητα οξέος και χρόνιου πόνου σε άτομα των οποίων η οικογένεια παρουσίαζε προβλήματα πόνου (Bachiooco et al, 1993). Η γενική αναισθησία αυξάνει τον παράγοντα κινδύνου για πόνο κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης αλλά και κατά το βήχα / κινητοποίηση και σε σύγκριση με περιοχικές ή συνδυασμένες αναισθητικές τεχνικές οι τελευταίες βρέθηκε να μπλοκάρουν καλύτερα τις αλγαισθητικές οδούς και η επίδρασή τους να είναι μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας κατά τη μετεγχειρητική περίοδο (Kehlet et al, 1994). Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει αντίθετα αποτελέσματα όσον αφορά παράγοντες κινδύνου όπως ο φόβος και η αναμονή πόνου. Οι Perry et al (1994) συμπέραναν ότι οι ασθενείς που περίμεναν περισσότερο πόνο ανέφεραν και περισσότερο πόνο μετεγχειρητικά. Ωστόσο άλλοι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι προεγχειρητικοί ασθενείς υποεκτιμούν τον μετεγχειρητικό πόνο.

Στη βιβλιογραφία έχει επίσης μελετηθεί εκτενώς το φύλο και η ηλικία ως παράγοντας κινδύνου για μετεγχειρητικό πόνο με διαφορετικά αποτελέσματα. Καθώς ο Burns et al 1989, βρήκαν μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ ηλικίας και κατανάλωσης μορφίνης για να επιτευχθεί παρόμοιο επίπεδο απελευθέρωσης από τον πόνο, οι Perry et al 1994, παρατήρησαν ότι ηλικιωμένοι ασθενείς παρότι ανέφεραν λιγότερο πόνο για την ίδια ιατρική πράξη δεν υπήρχε καμία διαφορά στη χορηγούμενη ποσότητα μορφίνης για αναλγησία όταν συγκρίθηκε με νεαρότερο πληθυσμό. Το φύλο ως παράγοντας κινδύνου μελετάται σε διάφορες εργασίες (Burns et al, 1989, Thomas et al, 1998, Dahlstrom et al,

1982, Tamsen et al, 1982, Glynn et al, 1976) και ενισχύεται η άποψη ότι η εκπαίδευση – μόρφωση οδηγεί τα αγόρια στο να μην εκφράζουν πόνο, την ίδια στιγμή που τα κορίτσια μπορεί να είναι πιο ευάλωτα και ευαίσθητα. Παλαιότερες δημοσιεύσεις αναφέρουν είτε καμία διαφορά μεταξύ αρσενικών και θηλυκών όσον αφορά τα απαιτούμενα αναλγητικά μετά από χειρουργική επέμβαση (Burns et al, 1989, Dahlstrom et al, 1982, Tamsen et al, 1982) είτε έχουν δείξει ότι οι γυναίκες αναφέρουν πόνο ως πιο έντονο (Glynn et al, 1976, Miller et al, 1993) ή συμπεραίνουν ότι οι άνδρες χρειάζονται περισσότερη μορφίνη.

Οι Thomas et al (1998) σε μια σχετική μελέτη προκειμένου να ταυτοποιήσουν προεγχειρητικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο και μη ικανοποίηση με τη μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου συμπέραναν ότι οι σχετιζόμενες μεταβλητές είναι το γυναικείο φύλο, η νεαρή ηλικία και ο υψηλός προεγχειρητικός πόνος. Η μελέτη αυτή αφορούσε 61 ασθενείς που χειρουργήθηκαν για αρθροπλαστική γόνατος ή ισχίου ή για αποσυμφόρηση νωτιαίας ρίζας και το μοντέλο αυτό δεν αποδείχθηκε στατιστικά.

2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Bruce E. Compas και Linda Luecken μελετώντας σε μια εργασία τους τον καρκίνο του μαστού και διάφορες ψυχολογικές παραμέτρους, υποστηρίζουν πως ψυχολογικές διεργασίες επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου και τα συμπτώματά της. Αναλυτικότερα το stress και η συναισθηματική δυσλειτουργία αυξάνει τη stress – εξαρτώμενη ορμόνη κορτιζόλη και καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα. Το stress, η κατάθλιψη και το άγχος έχουν συσχετιστεί με ελαττωμένη αμυντική λειτουργία από τον οργανισμό. Αντίθετα υψηλότερη ποιοτικά κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με πιο ελαττωμένη έκκριση κορτιζόλης ειδικά σε γυναίκες με καρκίνο μαστού.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες δε χρειάζεται να αγγίζουν παθολογικά επίπεδα προκειμένου να επιδράσουν στον πόνο του ασθενή. Στην πραγματικότητα στοιχεία από απεικονιστικά δεδομένα του εγκεφάλου υποστηρίζουν πως η κεντρομόλος επεξεργασία του πόνου είναι ισχυρά εξαρτώμενη από ψυχολογικούς παράγοντες για να παραχθεί τελικά αυτό που κοινώς ονομάζεται εμπειρία πόνου. Ο Price (2000) σ' ένα μοντέλο θεώρησης του

πόνου ισχυρίζεται πως κεντρομόλα ερεθίσματα του πόνου ενεργοποιούν διαδοχικά διάφορες περιοχές του εγκεφάλου ώστε να δημιουργηθεί συνδυασμένα η εμπειρία πόνου. Πρόκειται για περιοχές που περιλαμβάνουν κέντρα σχετιζόμενα με το φόβο, τη διέγερση, εξελικτικά κέντρα για την ένταση, την ποιότητα του πόνου και την απειλή που προκαλεί για το ίδιο το άτομο, κέντρα εκμάθησης και ανάμνησης προηγούμενης εμπειρίας πόνου και τέλος περιοχές σχετιζόμενες με ενσωμάτωση της επίδρασης, αισθητικά και εξελικτικά αλγαισθητικά στοιχεία. Όταν ο πόνος επιμένει, ακόμα περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου (όπως μετωπιαίες φλοιϊκές) που σχετίζονται με τη ενσωμάτωση του μηνύματος του πόνου και το “μηρυκασμό” ενεργοποιούνται. Ο Price θεωρεί πως ταυτόχρονα φυσιολογικές – βιοχημικές αλλά και ψυχολογικές διεργασίες παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην παραγωγή, σχηματισμό και τροποποίηση του πόνου. Όταν η ψυχολογική λειτουργία είναι μη φυσιολογική τότε είναι αναμενόμενες περισσότερο υπερβολικές επιδράσεις στην επεξεργασία του πόνου.

Συνεχίζοντας στην ίδια μελέτη ο Price το 2000 αναφέρει πως από τη στιγμή που ο πόνος παράγεται και βιώνεται από τον ασθενή πρέπει να περάσει μέσα από μια δεύτερη πιο σύνθετη διαδικασία έκθεσης σε ψυχολογικούς παράγοντες προκειμένου να εκφραστεί συμπεριφορικά προς τρίτους (π. χ. λεκτική αναφορά πόνου, ανοιχτή έκφραση του πόνου). Η συμπεριφορική μετάφραση της προσωπικής (ιδιωτικής) εμπειρίας του πόνου και ο βαθμός καθώς και ο τρόπος που αυτή θα εκφραστεί έγκειται στην λογοκρισία του ασθενή. Αυτή η μετάφραση είναι πιο πιθανό να επηρεαστεί από μη ομαλές ψυχολογικές διεργασίες όπως αρνητική επίδραση, (συγκινησιακή), αρνητική κατανόηση της κατάστασης και κακώς υιοθετημένα πιστεύω, παρά από άμεση αντίληψη της προσωπικής εμπειρίας του πόνου.

2.5 ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΝΟΥ

Παρά το γεγονός ότι έχει γίνει μια μεγάλη προσπάθεια για τη βελτίωση των αναισθητικών τεχνικών, των εργαλείων και των επεμβατικών τεχνικών, οι νεότερες μελέτες (Williams et al 1999) συνηγορούν στο ότι η προσωπικότητα του ασθενούς αποτελεί βασικό παράγοντα στην εμπειρία του πόνου. Εκτεταμένες έρευνες δίνουν στοιχεία για στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και οξέος πόνου όπως αυτός γίνεται αντιληπτός κατά την διάρκεια ή και μετά από ιατρικές πράξεις. Οι ασθενείς που υποφέρουν από πόνο, βιώνουν

φυσιολογικές και σωματικές μεταβολές όμοιες με τα συμπτώματα του άγχους, όπως αίσθημα προκάρδιων παλμών, εφίδρωση, τάση μυών και επιτάχυνση της αναπνοής (Williams et al 1999).

Σε μια θεωρία του ο Reiss 1987, προτείνει ότι η αναμονή κινδύνου και ο φόβος, προδιαθέτουν το άτομο σε επίκτητες αγχωτικές διαταραχές. Μια πρόσφατη τάση ερευνών αφορά την ευαισθησία στο άγχος και τον πόνο. Οι αγοραφοβικοί ασθενείς (χαρακτηρίζονται από υψηλή προδιάθεση για άγχος) βρέθηκε ότι υποφέρουν από πολλαπλές εμπειρίες πόνου εντοπισμένες σε διάφορα μέρη του σώματος (Kuch et al 1991). Στον χρόνιο πόνο, το άγχος βρέθηκε μέσα από μελέτες να σχετίζεται με πόνο, σωματικά συμπτώματα, πονο-εξαρτώμενες αρνητικές αντιδράσεις και κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αναλγητικών (Asmundson et al 1999, Zvolensky et al 2001, Asmundson et al 1999). Πολλές πειραματικές μελέτες αναδεικνύουν ότι η ευαισθησία των ασθενών σε αγχωτικές καταστάσεις μπορεί να επηρεάσει την ένταση (Schmidt et al 1999), την επίδραση και την αισθητική ποιότητα του πόνου (Keogh et al 1999). Ενδιαφέρον δείχνει μια μελέτη κατά την οποία φαίνεται πως το αναλγητικό αποτέλεσμα της καφεΐνης στον οργανισμό είναι ελαττωμένο σε γυναίκες με υψηλή ποσότητα άγχους. Μια λογική εξήγηση γι' αυτά τα ευρήματα και τις παραπάνω υποθέσεις είναι πως η φυσιολογική – σωματική διέγερση που δημιουργείται από τον πόνο είναι παρόμοια με αυτήν που έχει το άτομο όταν βρίσκεται σε κατάσταση άγχους – συναγερμού. Μάλιστα πιθανολογείται ότι το άτομο περιμένει να πάθει κακό όχι από τον ίδιο τον πόνο ή εξαιτίας πόνου αλλά εξαιτίας όλων εκείνων των σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που συνοδεύουν τον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση πόνου και που είναι παρόμοια με αυτά που έχει το άτομο σε κατάσταση άγχους – συναγερμού (Williams et al 1999).

2.5.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος, μια αισθητική και συναισθηματική εμπειρία επηρεάζεται από φυσιολογικούς, αισθητικούς, συγκινησιακούς, γνωσιακούς, κοινωνικοπολιτισμικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. Τα συγκινησιακά στοιχεία περιλαμβάνουν και το άγχος. Το άγχος έχει επιδράσεις πάνω σε ένα φυσιολογικό σύστημα, παρόμοιες με τον πόνο. Η αντίληψη του πόνου αυξάνει όταν το άγχος είναι μεγάλο και οι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι σε δυσάρεστες εμπειρίες (Clum et al, 1982). Η παρουσία άγχους σε προεγχειρητικούς ασθενείς είναι σχεδόν πάντοτε υπαρκτή (Shevde et al, 1991, McCleane et al, 1990,

Mackenzie et al, 1989). Αποτελέσματα από παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι το προεγχειρητικό άγχος είναι ένας σημαντικός παράγοντας για οξύ μετεγχειρητικό πόνο (Scott et al, 1983, Taenzer et al, 1986, Heye et al, 1991, Feinmann et al, 1987, Nelson et al, 1998) ενώ κάποιοι άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει σαφής διαντίδραση (Voulgari et al, 1991, Cronin et al, 1973). Οι G. OXALP et al (2003) σε μια μελέτη τους έδειξαν ότι η προεγχειρητική κατάσταση άγχους είναι σαφώς γραμμικός παράγοντας για μετεγχειρητικό πόνο.

Η ελεγχόμενη από τους ασθενείς αναλγησία (Patient – controlled analgesia. PCA) εξασφαλίζει επαρκή μετεγχειρητικό έλεγχο πόνου με τις λιγότερες παρενέργειες. Εκ του παραλλήλου θεωρείται ότι ελαττώνεται το άγχος και διευκολύνεται η ανάρρωση με το να χορηγηθεί ο έλεγχος σε μια έτσι κι αλλιώς στρεσογόνο κατάσταση (Gil et al, 1990, Jamison et al, 1993, Gil et al, 1992). Δεδομένου ότι ψυχολογικές μεταβλητές όπως το προεγχειρητικό άγχος, ο τρόπος ζωής, η κοινωνική υποστήριξη είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τον μετεγχειρητικό πόνο, τη χρήση φαρμάκων και την ανάρρωση από το χειρουργείο, είναι πιθανό ότι αυτές οι ίδιες ψυχολογικές μεταβλητές επηρεάζουν και τη χρήση της PCA (Tamsen et al, 1982). Αγχωμένοι ασθενείς εμφανίζονται να εκτιμούν το μετεγχειρητικό τους πόνο αρκετά υψηλότερο και να κάνουν συχνότερη χρήση της PCA. Επίσης ασθενείς με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και μετεγχειρητικά όχι ικανοποίηση από τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, πιθανόν να επωφελούνται από ψυχολογικές παρεμβάσεις όπως εκπαίδευση σε απλές μεθόδους χαλάρωσης. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση και το χρόνο νοσηλείας είναι συνυφασμένοι με ψυχολογικές και φυσικές μετεγχειρητικές αντιδράσεις (Johnston et al, 1986, Walmsley et al, 1992).

Προεγχειρητική διαχείριση της πιθανής συναισθηματικής δυσλειτουργίας μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμη στον έλεγχο πόνου.

2.6 ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ - ΘΥΜΟΣ – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

2.6.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Τις πρώτες δεκαετίες της ψυχοσωματικής ιατρικής, τα προβλήματα του χρόνιου πόνου αποδόθηκαν συχνά σε ποικίλες συναισθηματικές συγκρούσεις ή σε άμυνες εναντίον συναισθηματικών εμπειριών (Engel 1959, Szasz 1957). Αυτά τα πρώτα θεωρητικά

μοντέλα δεν συνοδεύτηκαν από εμπειρική υποστήριξη και απέτυχαν να αναπαράγουν δραστικές και ευρείας αποδοχής παρεμβάσεις. Από το 1960 μέχρι και το 1980 τα ψυχοσωματικά μοντέλα που περιγράφουν τα προβλήματα του χρόνιου πόνου, αντικαταστάθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τα ψυχοκοινωνικά μοντέλα τα οποία βασίστηκαν αρχικά στη συμπεριφορική εκμάθηση αξιών και μεταγενέστερα στις γνωσιακές – συμπεριφορικές θεωρίες (Keefe, Dunsmore, Burnett, 1992). Αυτά τα γνωσιακά και συμπεριφορικά μοντέλα του πόνου ενισχύθηκαν από μια μεγάλη γκάμα μελετών που αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν χαρακτήρες του περιβάλλοντος, οι συνθήκες και άλλες διαδικασίες εκμάθησης καθώς επίσης τα πιστεύω και οι προσδοκίες (Affleck, Tennen, Urrows & Higgins, 1992; Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991; Keefe & Lefebvre, 2000; Reich & Zautra, 1995; Smith & Wallston, 1992; Zautra & Manne, 1992). Πολυάριθμες κλινικές δοκιμές ανέδειξαν την ικανότητα θεραπειών, βασισμένες σε γνωσιακά και συμπεριφορικά μοντέλα να μειώνουν τον πόνο, τη δυσλειτουργία και άρχισαν σταδιακά να χρησιμοποιούνται ευρέως (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998; Keefe 2000, Morley, Eccleston & Williams, 1999).

Η τελευταία δεκαετία έγινε μάρτυρας μια έκρηξης ενδιαφέροντος σε βασικές και εφαρμοσμένες εκφάνσεις της έρευνας των συναισθημάτων με το ευρύτερο πεδίο της ψυχολογίας και τη βιβλιογραφία πάνω σε συναισθηματικές διαδικασίες να ενισχύονται σημαντικά. Πρόσφατα αυτό το ενδιαφέρον για τα συναισθήματα οδήγησε στην αναγέννηση της έρευνας και της θεωρίας για τον πόνο. Μάλιστα δόθηκε πολύ μεγάλη έμφαση στη σχέση μεταξύ συναισθήματος και πόνου, κάτι που τροφοδότησε το ενδιαφέρον και την πρόκληση για το αν ο έλεγχος των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε έλεγχο του πόνου.

Ένα κομμάτι της εργασίας μας αφορά αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως το άγχος και το ρόλο που αυτό παίζει στον πόνο που βιώνει ο ασθενής.

Πέρα από μια μεγάλη σειρά θεωρητικών μελετών, υπήρξαν και πειραματικές μελέτες οι οποίες είχαν ως στόχο τον έλεγχο των άμεσων αποτελεσμάτων των αρνητικών συναισθημάτων στον πόνο. Οι Zelman, Howland, Nichols και Cleeland (1991) ανέπτυξαν τις επιδράσεις της συμμετοχής των συναισθημάτων στην ανοχή στον πόνο σε 65 ασθενείς ελεύθερους πόνου μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή. Οι συμμετέχοντες ορίστηκαν σε 3 κατηγορίες συναισθηματικών καταστάσεων: θετική, αρνητική και ουδέτερη. Για την επίτευξη αυτών των καταστάσεων, οι συμμετέχοντες διάβασαν δυσάρεστες ή ευχάριστες και χαρούμενες ειδήσεις ή ουδέτερες και αδιάφορες. Έπειτα περιέγραψαν τη

συναισθηματική διάθεση που προκάλεσε η είδηση και κατά πόσο επηρεάστηκαν από αυτή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αυτοί που επηρεάστηκαν με αρνητική διάθεση π.χ. άγχος, στεναχώρια, απογοήτευση, έδειξαν ελαττωμένη ανοχή στον πόνο που προκαλείται από το κρύο. Αντίθετα εκείνοι που είχαν καλή και αισιόδοξη διάθεση λόγω των θετικών ειδήσεων, παρουσίασαν μια σαφώς αυξημένη ανοχή στον πόνο που προκαλεί το κρύο. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας χρησιμοποιώντας πειραματικές έρευνες και από άλλα ερευνητικά κέντρα, οδηγούν στο συμπέρασμα πως η αρνητική διάθεση οδηγεί το άτομο να αναφέρει πιο εύκολα γενικά ενοχλήματα, πόνο και συμπτώματα (Salovey, Birnbaum 1989).

Αξιόλογες είναι και μελέτες που αφορούν την ανάμνηση του πόνου. Ο Kent (1985) μελέτησε τη σχέση μεταξύ του άγχους που προκαλεί μια επικείμενη οδοντιατρική πράξη και τον οξύ οδοντικό πόνο σε 58 ασθενείς. Πριν την οδοντιατρική πράξη μετρήθηκε το άγχος του ασθενή και αμέσως μετά την επέμβαση μετρήθηκε ο πόνος του. Η ανάμνηση του πόνου ελέγχθηκε 3 μήνες αργότερα όταν έβαλαν τους ασθενείς να ανακαλέσουν το μέγεθος του πόνου που είχαν βιώσει κατά την διάρκεια της οδοντιατρικής επέμβασης. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων θυμήθηκε πόνο μεγαλύτερο απ' ότι στην πραγματικότητα είχε συμβεί και το πιο ενδιαφέρον είναι ότι οι ασθενείς με τα αρχικώς μεγαλύτερα ποσά άγχους έδωσαν και το μεγαλύτερο μέγεθος υπερεκτιμημένου πόνου όταν τους ζητήθηκε να τον περιγράψουν 3 μήνες μετά.

Επίσης μια άλλη πολύ αξιόλογη πειραματική μελέτη ήταν αυτή των Rhudy και Meagher (2000) οι οποίοι προσπάθησαν να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ άγχους και πόνου και φόβου και πόνου. Επέλεξαν 60 ενήλικες οι οποίοι εκτέθηκαν τυχαία σε 3 διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις: φόβο, άγχος και ουδέτερη κατάσταση. Η πρώτη κατηγορία τέθηκε να αντιμετωπίσει 3 ξαφνικές και σύντομες απειλές. Η δεύτερη κατηγορία εκτέθηκε στην πιθανότητα μιας επικείμενης απειλής και η τρίτη σε τίποτα. Η αντοχή στον πόνο για τον κάθε συμμετέχοντα ελέγχθηκε με ακτινοβολούσα θερμότητα πριν και μετά την πρόκληση της συγκεκριμένης συναισθηματικής κατάστασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το άγχος και ο φόβος έχουν διαφορετική επίδραση στον πόνο. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος οδήγησε σε αυξημένη αντίδραση στο επώδυνο ερέθισμα (απόσυρση του δακτύλου από τη θερμότητα πιο σύντομα), ενώ ο φόβος ελάττωσε την αντίδραση. Οι συγγραφείς σημειώνουν πως τα αποτελέσματα συμφωνούν και με ερευνητικές μελέτες πάνω σε ζώα, στις οποίες βρέθηκε πως ο φόβος αναστέλλει τον πόνο, ενώ το άγχος τον ενισχύει.

2.6.2 ΘΥΜΟΣ – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Ο θυμός, ως συναισθηματικό χαρακτηριστικό, έχει λάβει μικρή σχετικά εμπειρική μελέτη παρά το γεγονός ότι οι χρόνιοι πάσχοντες ασθενείς εμφανίζουν υψηλά επίπεδα θυμού και επιθετικότητας (Kinder et al, 1993, Schwartz et al, 1991). Πολλές εμπειρικές μελέτες προβάλλουν πρωταρχικής σημασίας υποστήριξη στη σχέση μεταξύ θυμού και έντασης του πόνου (Gaskin et al, 1992, Summers et al, 1991), δυσαρέσκειας λόγω πόνου (Wade et al, 1990), συγκινησιακά στοιχεία πόνου (Fernandez et al, 1994) και συναισθηματική δυσλειτουργία σε ασθενείς πόνου (Kinder et al, 1993, Clark et al, 1991, Duckro et al, 1995) καθώς και στις οικογένειές τους. Ο Kerus et al (1994) βρήκε ότι καταπιεσμένα αισθήματα θυμού συνηγορούν για μια χαρακτηριστική αναλογία στη μεταβλητότητα της έντασης του πόνου, παρεμβαίνουν στην αντίληψη και στη συχνότητα της συμπεριφοράς πόνου. Αυτές οι μελέτες έχουν επικεντρώσει στην ένταση και έκφραση του θυμού σε ασθενείς πόνου. Σε πολλές μελέτες ο θυμός θεωρείται χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που σχετίζεται με ασυνείδητες εσωτερικές διαμάχες (Reichman et al, 1937), ενώ άλλοι υποθέτουν ότι πρόκειται για μια αντίδραση στην παρουσία απροσάρμοστων και ατίθασων συμπτωμάτων τα οποία αποδεικνύονται αστήρικτα μέσα από αντικειμενικά ιατρικά ευρήματα και ανακουφίζονται από ιατρικές θεραπείες (Kinder et al, 1993).

Η σχετικά άκαρπη διαμάχη πάνω στη σχέση αιτίας- αποτελέσματος μεταξύ θυμού και πόνου θυμίζει τις διαφωνίες στη σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης (Romano et al, 1985). Για να κατανοήσουμε τη σχέση μεταξύ θυμού – επιθετικότητας και πόνου πέρα από την προαναφερθείσα διαμάχη, πολλές έρευνες ξεκίνησαν να μελετούν μεμονωμένες διαφορές στο πως ο θυμός εκφράζεται. Σε μια πρώιμη μελέτη οι Pilowsky και Spence (1976) βρήκαν ότι οι ασθενείς χρόνιου πόνου εμφανίζουν λιγότερο την επιθυμία να εκφράσουν το θυμό τους συγκριτικά με εξωτερικούς μη χρόνιους ασθενείς. Παρομοίως, άτομα με χρόνια προβλήματα πόνου εμφανίστηκαν να αναστέλλουν το θυμό τους περισσότερο από ότι άτομα ελεύθερα πόνου (Hatch et al, 1991, Franz et al, 1986). Περαιτέρω η αναστολή του θυμού και εσωτερικεύσή του (anger – in) δείχνει να χαρακτηρίζει την εμπειρία του χρόνιου πόνου. Έχει βρεθεί ότι η αναστολή του θυμού σχετίζεται με τη σοβαρότητα του πόνου και ενισχύει συμπεριφορές πόνου (Kerns et al, 1994) καθώς επίσης αυξάνει την συναισθηματική δυσλειτουργία (Kerns et al, 1994, Tschannen et al, 1992).

Η άρνηση του θυμού επίσης δείχνει ότι είναι κοινό εύρημα σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Ωστόσο η γνώση του θυμού δεν θα πρέπει να μπερδεύεται με την έκφραση του θυμού. Για παράδειγμα, οι Corbishely et al (1990) παρατήρησαν ότι οι χρόνιοι ασθενείς πόνου, έχουν την τάση να παρουσιάζουν ισχυρή συγκράτηση στο να εκφράζουν κοινωνικώς ανεπιθύμητα συναισθήματα τα οποία θα μπορούσαν να δημιουργήσουν διαπροσωπικές διαμάχες. Γι' αυτά τα άτομα φαίνεται ότι η συναισθηματική έκφραση είναι κάτω από συνειδητό έλεγχο. Γνωρίζουν το θυμό τους, αλλά προτιμούν να μην τον εκφράζουν. Από την άλλη πλευρά, μερικοί ασθενείς χρόνιου πόνου έχουν έλλειψη γνώσης για τον θυμό τους και έχουν αναπτύξει δυσκολίες στο να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν τέτοιου είδους συναισθήματα (Braha et al, 1985).

Οι Feruandez και Turk (1995), πρότειναν ότι η αποσαφήνιση των στόχων εναντίων των οποίων οι ασθενείς εκφράζουν συναισθήματα θυμού, πιθανόν να είναι σημαντική στη κατανόηση της σχέσης μεταξύ θυμού και πόνου. Όταν το άτομο που υποφέρει από πόνο είναι θυμωμένο, υπάρχουν ποικίλοι πιθανοί στόχοι (π.χ. εργοδότης, ασφαλιστική εταιρία, συνάδελφοι, αρωγοί του συστήματος υγείας). Η παρουσία της έντασης του θυμού κατά διαφορετικών στόχων πιθανόν να σχετίζεται και με διαφορετική έκφραση του πόνου. Αυτό σημαίνει ότι κάποιοι στόχοι θυμού είναι πιο σχετικοί με την εμπειρία χρόνιου πόνου από κάποιους άλλους.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, αναφορικά με το θυμό είναι οι διαφορές του φύλου. Υπάρχει βιβλιογραφία που υποθέτει την παρουσία σημαντικών διαφορών στους τρόπους με τους οποίους άντρες και γυναίκες ανταποκρίνονται στον πόνο (Unruh et al, 1996). Πιο συγκεκριμένα στις δυτικές κοινωνίες φαίνεται να είναι αποδεκτό για τους άντρες να εκφράζουν τα συναισθήματα θυμού, την στιγμή που οι γυναίκες κοινωνικοποιούνται ώστε να αποφεύγουν την ανοιχτή έκφραση θυμού. Ωστόσο ερευνητικές μελέτες για τη διαφορά φύλου και την έκφραση θυμού έχουν αποκαλύψει αμφίρροπα αποτελέσματα. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες εκφράζουν σαφώς υψηλότερα επίπεδα γενικευμένου θυμού από ότι οι άντρες (Hashida et al, 1988). Ενώ κάποιες άλλες αναφέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα (Kinder et al, 1993, Fischer et al, 1993, Sternbach et al, 1973), και κάποιες άλλες, καμία διαφορά στο φύλο και στην έκφραση θυμού.

Οι Akiko et al, 1999, έδειξαν ότι ο θυμός είναι ένα κοινό συναίσθημα μεταξύ ασθενών χρόνιου πόνου. Περίπου το 70% των ασθενών που μελέτησαν, ανέφεραν ότι αισθάνονταν θυμωμένοι κατά τη χρονική στιγμή της μελέτης. Τα αποτελέσματα της ίδιας εργασίας δείχνουν ότι αυτοί οι ασθενείς κατευθύνουν τα συναισθήματα θυμού τους κατά

συγκεκριμένων στόχων πιο συχνά από ότι οι άλλοι. Η πλειονότητα αυτών των ασθενών ανέφερε επίσης ότι αισθανόταν θυμωμένοι κατά του εαυτού τους και κατά του συστήματος υγείας και η ένταση αυτού του θυμού ήταν αρκετά υψηλή για καθένα από αυτούς τους στόχους. Ωστόσο μια μικρή αναλογία ανέφερε ότι αισθανόταν θυμωμένοι για το Θεό και τη Μοίρα. Η ποικιλία στη συχνότητα και την ένταση του εμφανιζόμενου θυμού κατά αυτών των στόχων υποθέτει ότι η εκτίμηση του θυμού μόνου του, πιθανώς να είναι ανεπαρκής να κατανοήσουμε το επίπεδο συναισθηματικής δυσλειτουργίας που σχετίζεται με τις συνθήκες πόνου. Ο στόχος του θυμού εμφανίζεται να είναι εξίσου σημαντικός με την ολότητα του θυμού και της επιθετικότητας που βιώνεται. Εκ παραλλήλου, η εργασία έδειξε πως όλοι οι στόχοι θυμού δεν σχετίζονται με πόνο, κατάθλιψη και δυσλειτουργία σε χρόνιους ασθενείς. Από μια πλειάδα στόχων που εξετάστηκαν, θυμός κατευθυνόμενος κατά του εαυτού, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό στην εμπειρία του χρόνιου πόνου. Η ένταση του θυμού κατά του εαυτού βρέθηκε να έχει σαφή σχέση με τη σοβαρότητα του πόνου και την κατάθλιψη. Αυτή η σαφής σχέση, υποθέτει ότι η εκτίμηση του θυμού σε ασθενείς πόνου πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την ένταση του θυμού μονοδιάστατα ή την έκφρασή του, αλλά ταυτόχρονα και τους διαφορετικούς στόχους κατά τους οποίους εκφράζουν θυμό.

Ο θυμός κατά του ίδιου του εαυτού σχετίστηκε σαφώς με την καταθλιπτική διάθεση. Κανένας άλλος στόχος θυμού δεν σχετίστηκε με κατάθλιψη, κάτι που κάνει τους συγγραφείς να υποθέτουν ότι παρά τις ποικίλες μελέτες οι οποίες αναφέρουν συγκεκριμένη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ανασταλμένου θυμού (Duckro et al, 1995, Tschannen et al, 1992, Kellner et al, 1992) μόνο συγκεκριμένοι στόχοι θυμού μπορεί να είναι σχετικοί. Για παράδειγμα ανασταλμένος (καταπιεσμένος) κατά του εαυτού όπως και ο γενικευμένος θυμός μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και αρνητική διάθεση χειρότερα από ότι ο καταπιεσμένος θυμός κατά του συστήματος υγείας. Η σχετικά αδύναμη σχέση θυμού και λειτουργικού ελλείμματος σε χρόνιους πάσχοντες ασθενείς είναι κάτι που μπερδεύει διότι ο μεγάλος βαθμός δυσκινησίας και λειτουργικού ελλείμματος όπως είναι αναμενόμενο είναι έντονα ενοχλητικό. Ωστόσο τα ευρήματα συμφωνούν και με παλαιότερες μελέτες (Duckro et al, 1995, Tschannen et al, 1992) υποθέτοντας ότι ο θυμός μπορεί να έχει ένα έμμεσο αντίκτυπο στον πόνο μέσω της κατάθλιψης.

Ο μηχανισμός που βρίσκεται πίσω από την συγκεκριμένη σχέση μεταξύ θυμού και κατάθλιψης δεν μπορεί να καθοριστεί εύκολα. Ωστόσο υπάρχουν πολλές πιθανές ερμηνείες. Η σχέση μπορεί να εξηγηθεί από την ψυχοδυναμική προοπτική κατά την οποία,

θυμός με κατεύθυνση τον εσωτερικό κόσμο (εσωστρεφής) θεωρείται ως αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη κατάθλιψης (Fancer et al, 1973). "Εσωστρεφής θυμός" έχει πρόσφατα οριστεί ως κατασταλαμένος θυμός (Clay et al, 1993), παρότι ο εσωστρεφής θυμός ως ερμηνεία εμφανίζεται στενά σχετιζόμενος με την έννοια της αυτό-επαναπροσέγγισης (self-reproach).

Εναλλακτικά, κάποιος θα μπορούσε να υποθέσει ότι ο θυμός κατά του εαυτού και η κατάθλιψη μοιράζονται έναν κοινό υποκείμενο μηχανισμό. Και τα δύο συμπεριλαμβάνουν αρνητική θεώρηση για τον εαυτό κάτι που είναι χαρακτηριστικό ως μια από τις κοινές συνιστώσες για την ανάπτυξη κατάθλιψης (Abramson et al, 1978). Οι ασθενείς χρόνιου πόνου εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικής αυτογνωσίας από ότι τα υγιή άτομα (Flor et al, 1993). Παρελθοντικές έρευνες μελέτησαν (DeGood et al, 1996, Williams et al, 1994) ότι η παρατεταμένη μείωση στη λειτουργικότητα, η αντίληψη του πόνου ως κύριο χαρακτηριστικό της ζωής των ασθενών και η αίσθηση του "αβοήθητου" προφανώς συνθέτουν μια αίσθηση ματαιώσης και ανεπάρκειας η οποία οδηγεί σε ένα υψηλό επίπεδο αρνητικής θεώρησης για τον εαυτό. Είναι πιθανό ότι η παραμορφωμένη αυτή άποψη για τον εαυτό τους διεγείρει ταυτόχρονα κατάθλιψη, άσχημη διάθεση και θυμό. Αυτή η υπόθεση εμφανίζεται να είναι σε συμφωνία με την άποψη ότι όχι μόνο ο θυμός εναντίον του εαυτού, αλλά όλο το επίπεδο του θυμού είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην κατάθλιψη του χρόνιου πόνου. Είναι βέβαιο πως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να μελετηθεί η αιτιογενής σχέση μεταξύ θυμού κατά του εαυτού και καταθλιπτικής διάθεσης σε χρόνιους ασθενείς.

Ενδιαφέρον στην μελέτη των Akiko et al, 1999 παρουσιάζει το γεγονός ότι μερικοί τύποι θυμού δεν παίζουν ρόλο στην επιδείνωση του χρόνιου πόνου. Για παράδειγμα, θυμός κατά του συστήματος υγείας αναφέρθηκε στο 62% αυτής της μελέτης. Ωστόσο, δεδομένου της σχέσης που έχουν οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς με το σύστημα υγείας και την ταλαιπωρία που υπομένουν σε πολλές περιπτώσεις, είναι λογικό να αισθάνονται κάποιο είδος θυμού κατά του συστήματος μια και πολυάριθμα διαγνωστικά τεστ, απόρρητα αποτελέσματα και θεραπείες και αποτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις δεν είναι σπάνια φαινόμενα.

Είναι πιθανό ότι αρκετοί τύποι θυμού λειτουργούν υποβοηθητικά στους χρόνιους πάσχοντες ασθενείς. Το γενικό συμπέρασμα ότι ο θυμός είναι πάντα αρνητική κατάσταση, ίσως να απαιτεί κάποια παρέμβαση ή αναθεώρηση. Μελλοντικές μελέτες πρέπει να αναπτύξουν τη σχέση μεταξύ προσαρμοστικής λειτουργίας και στόχων του θυμού

ασθενών πόνου. Παρομοίως πολύ λίγα είναι γνωστά για το εάν και κατά πόσο ο θυμός κατά διαφορετικών στόχων, διαντιδρά με την διαδικασία της ανάρρωσης. Θυμός κατά συγκεκριμένων στόχων (του ίδιου του εαυτού) πιθανώς να διευκολύνει το κίνητρο του ασθενή για ανάρρωση τη στιγμή που ο θυμός κατά άλλων στόχων (π.χ. του συστήματος υγείας) ίσως να επιδεινώνει την προσαρμογή στη θεραπεία.

Η ανάλυση των στόχων του θυμού οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η θεώρηση όλων των χρόνιων ασθενών πόνου γενικά ως "θυμωμένοι άνθρωποι" θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί. Οι ασθενείς πόνου δεν φαίνεται να είναι θυμωμένοι με καθετί. Μάλλον εκφράζουν θυμό κατά συγκεκριμένων στόχων, πρωταρχικώς στους εαυτούς τους, κατά του συστήματος υγείας και γενικώς κατά αυτών που οι ασθενείς θεωρούν υπεύθυνους για την παρούσα κατάσταση.

2.6.3 ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Τα άτομα που εμφανίζουν επίμονο πόνο συχνά αναφέρουν συναισθήματα θυμού (Zimmerman et al 1996). Αυτά τα συναισθήματα θυμού μπορεί να κατευθύνονται κατά του εαυτού τους, κατά τρίτων ή κατά της τρέχουσας κατάστασης της ζωής τους (Okifuji et al 1999). Ο θυμός είναι ένα σημαντικό συναίσθημα που πρέπει να μελετηθεί διότι μπορεί να επηρεάσει τον πόνο. Θεωρίες πόνου όπως η θεωρία της πύλης ελέγχου και η θεωρία της νευροθεμέλιας μητρικής ουσίας (neuromatrix) διατηρούν την άποψη ότι έντονα και αρνητικά συναισθήματα όπως ο θυμός μπορεί να αυξήσουν τον πόνο επιδρώντας στα καθοδικά και κεντρικά συστήματα τροποποίησης του πόνου. (Melzack 1991; Rumelhart and McClelland, 1986). Επιπρόσθετα, πέρα από την επιδείνωση του πόνου, ο θυμός μπορεί να περιπλέξει τη διαχείριση του πόνου και τις προσπάθειες για αντιμετώπιση του με το να προκαλέσει ρήξη στις σχέσεις του ατόμου με του αρωγούς του συστήματος υγείας, ή να παρέμβει αρνητικά με τη μη συμμόρφωση σε ιατρικές και χειρουργικές θεραπείες του επίμονου πόνου. Γενικότερα άτομα με επίμονο πόνο που έχουν δυσκολία να διαχειριστούν το θυμό τους, βιώνουν συχνά προβλήματα και με τους συντρόφους τους, την οικογένειά τους, τους φίλους τους και τους συνεργάτες τους.

Το 1995 οι Fernandez και Turk έγραψαν μια συστηματική ανασκόπηση από μελέτες πάνω στο θυμό και τον πόνο. Από τη δημοσίευση αυτή και έπειτα, πολυάριθμες μελέτες έχουν γίνει πάνω στο θέμα αυτό. Στο σύνολο αυτών των μελετών επιχειρείται να γίνει μια ερμηνεία των όρων θυμός, εχθρότητα, επιθετικότητα και προσωπική διαχείριση θυμού.

Παρότι δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία στην εξήγηση αυτών των όρων, οι ψυχολόγοι διατηρούν την άποψη ότι οι όροι αυτοί διαφέρουν με αναφορά στη σχετική έμφαση που δίνουν στη συναισθηματική, γνωσιακή και συμπεριφορική πλευρά της εμπειρίας (Smith 1994).

Ο όρος θυμός τυπικά χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε ένα αρνητικό συναίσθημα το οποίο μπορεί να ποικίλει σε ένταση, π.χ. από μια απλή μέση ενόχληση μέχρι την απόλυτη εξαγρίωση (Smith 1994). Ο θυμός χαρακτηρίζεται από ψυχολογική διέγερση, χαρακτηριστικές εκφράσεις του προσώπου και ωθεί στην εχθρότητα (Smith 1994). Τυπικά γίνεται αντιληπτός ως ένα μεταβατικό στάδιο και εμφανίζεται ως απάντηση σε μια άδικη αντιμετώπιση ή κακό που συνέβη στο άτομο (Berkowitz, 1990; Tomkins 1991; Williams and Williams 1993). Μια συναισθηματική αντίδραση θυμού μπορεί να είναι προσαρμόσιμη, ιδιαίτερα εάν εκφράζεται με κοινωνικά αποδεκτό και εκλεπτυσμένο τρόπο. Οι χρόνιες όμως αντιδράσεις θυμού είναι συχνά μη προσαρμοσμένες διότι οδηγούν σε διαβρωτική, διαπροσωπική ρήξη και χρόνια ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος.

Ο όρος εχθρότητα αναφέρεται στην υπομένουσα τάση του ατόμου να λαμβάνει τις απόψεις και τις εκτιμήσεις των άλλων ως αρνητική πρόθεση ή να προβλέπει συνεχώς επιθετικότητα από τους άλλους (Smith 1994). Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εχθρότητα περιγράφονται συχνά με χαρακτηριστικά κυνισμού, καχυποψίας και θυμού (Williams and Williams, 1993; Knox et al 1998). Τα άτομα αυτά βιώνουν θυμό σε μια μεγάλη γκάμα καταστάσεων, συχνά γίνονται επιθετικά και προκαλούν συναισθηματικά ή φυσικά πλήγματα στους άλλους.

Ο όρος επιθετικότητα χρησιμοποιείται τυπικά για να αναφερθεί σε συμπεριφορές καταστροφικές ή τιμωρίας προς πρόσωπα και αντικείμενα (Smith 1994). Η επιθετικότητα μπορεί να συμπεριλάβει φυσικές επιθέσεις ή συναισθηματικές προσβολές. Μπορεί να εκφραστεί ανοιχτά και άμεσα ή συγκεκαλυμμένα και έμμεσα. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες πόνο-σχετιζόμενες μελέτες δεν αναφέρονται συχνά στην επιθετικότητα ως κάτι μετρήσιμο, υπονοούν ωστόσο ότι το μονοπάτι που οδηγεί από το θυμό και την εχθρότητα στα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών περνάει μέσα από την επιθετική συμπεριφορά.

Η προσωπική διαχείριση του θυμού αναφέρεται στο βαθμό με τον οποίο οι ασθενείς που έχουν επίμονη έκφραση θυμού, εξωτερικεύουν θυμό, καταστέλλουν ή εσωτερικεύουν το θυμό ή ελέγχουν το θυμό τους. Η έκφραση θυμού ή εξωτερίκευση (ονομάζεται anger – out) αναφέρεται στην τάση να ενεργοποιούνται επιθετικές συμπεριφορές είτε φυσικές, είτε

συναισθηματικές όταν εκφράζεται το συναίσθημα του θυμού (Bridewell and Chang 1997). Η καταστολή του θυμού ή εσωτερίκευσή του (ονομάζεται anger – in) αναφέρεται στην τάση του ατόμου να καταστέλλει την έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων θυμού (Spielberg et al 1985). Οι ασθενείς με επίμονο πόνο διαφέρουν επίσης και στον έλεγχο του θυμού τους (Spielberg et al 1983). Ο έλεγχος του θυμού γενικότερα θεωρείται κάτι θετικό. Ωστόσο, συνολικά υψηλά επίπεδα ελέγχου του θυμού μπορεί να ελαττώσουν την κανονική έκφρασή του, που σε κάποιες περιπτώσεις είναι επιθυμητή και να επηρεάσουν έτσι την ομαλή καθημερινή λειτουργία του ατόμου.

2.6.4 ΘΥΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ: ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Υπάρχουν πολυάριθμα μονοπάτια με τα οποία ο θυμός μπορεί να επηρεάσει τον πόνο. Πρόσφατες μελέτες έχουν εξετάσει βιολογικούς, συμπεριφορικούς και συναισθηματικούς μηχανισμούς.

Βιολογικοί μηχανισμοί

Επιπρόσθετα με το μηχανισμό της πύλης και την νευροθεμέλιας μητρικής ουσίας που αναφέραμε νωρίτερα, μια σειρά από βιολογικούς μηχανισμούς έχει χρησιμοποιηθεί για να εξηγηθεί πως ο θυμός επηρεάζει τον πόνο. Το πρώτο είναι ότι ο θυμός αυξάνει την δραστηριότητα και αντιδραστικότητα των μυών σε συγκεκριμένα σημεία που χαρακτηρίζονται επώδυνα. Αυτή η υπόθεση υποστηρίχθηκε από τον Burns το 1997 ο οποίος έδειξε ότι άνδρες οι οποίοι είχαν έντονη έκφραση θυμού (anger- out) όταν εκτέθηκαν σε υποχρεωτική εργασία που τους προκαλεί θυμό εμφάνισαν πολύ μεγαλύτερη παρασπονδυλική αντιδραστικότητα σε σημεία σχετικά με τον προϋπάρχον πόνο τους (π.χ. οσφυαλγία) συγκριτικά με άλλα σημεία(π.χ. τραπεζοειδής μυς).

Πιο πρόσφατα οι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η δυσλειτουργία των ενδογενών οπιοειδών μπορεί να είναι σημαντική στην εξήγηση της σχέσης μεταξύ θυμού και πόνου (Bruehl et al 1999). Το βασικό επιχείρημα είναι ότι οι εξαρτώμενες από τα θυμό μεταβλητές μπορεί να υπερφορτώνουν το μηχανισμό των ενδογενών οπιοειδών καθιστώντας τον λιγότερο δραστικό στη διαχείριση του επίμονου πόνου. Σε μια πρόσφατη μελέτη στην οποία ελέγχεται αυτή η υπόθεση (Bruehl et al, 2002), εκτέθηκε ένα δείγμα με ασθενείς πάσχοντες από χρόνια οσφυαλγία και ασθενείς ελεύθερου πόνου ως ομάδα ελέγχου σε ερεθίσματα πιεστικού πόνου και ισχαιμικού πόνου σε συνθήκες μπλοκαρίσματος των οπιοειδών (έγχυση ναλοξόνης) και placebo μπλοκάρισμα (έγχυση

φυσιολογικού ορού). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν υψηλά σκορ στην έκφραση θυμού (anger-out) έδειξαν σαφώς λιγότερη αναλγησία στα οπιοειδή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του ισχαιμικού πόνου. Σε αντιδιαστολή, τα άτομα τα οποία είχαν χαμηλά σκορ στην έκφραση του θυμού ήταν σαφώς πιο πιθανό να δείξουν αναλγησία στα οπιοειδή. Λαμβάνοντας μαζί τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, προκύπτει ότι οι ασθενείς που είχαν υψηλά επίπεδα έκφρασης θυμού παρουσιάζουν απουσία στην αναλγησία των οπιοειδών η οποία πιθανόν σχετίζεται με δυσλειτουργία του ενδογενούς συστήματος οπιοειδών.

Ένας άλλος βιολογικός μηχανισμός με τον οποίο ο θυμός μπορεί να επηρεάσει τον πόνο είναι μέσα από τις επιδράσεις του ανοσοποιητικού συστήματος. Έρευνες έδειξαν ότι υψηλά επίπεδα θυμού μπορεί να επηρεάσουν την απαντητικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος όπως είναι τα κύτταρα φυσικοί φονείς (natural killers), η δραστηριότητα των μακροφάγων καθώς και η δραστηριότητα των ουδετερόφιλων λευκών κυττάρων (Kiecolt – Glaser et al 1993). Αυτές οι επιδράσεις – μεταβολές στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τον πόνο σε επώδυνα νοσήματα που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα). Βασισμένοι σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση που μελετά τη σχέση μεταξύ αρνητικών συναισθημάτων και ασθένειας οι Kiecolt – Glaser et al (2002), υποστήριζαν ότι τα αρνητικά συναισθήματα όπως και ο πόνος μπορούν να επιδράσουν στην υγεία μεμονωμένα, προκαλώντας ανοσολογική δυσλειτουργία η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές μεταβολές στην αμυντική και ενδοκρινική λειτουργία του οργανισμού.

Συμπεριφορικοί μηχανισμοί

Διάφοροι συμπεριφορικοί μηχανισμοί μπορεί να είναι σημαντικοί στην εξήγηση της σχέσης μεταξύ θυμού και πόνου. Αρχικά, ο θυμός μπορεί να οδηγήσει σε κακώς υιοθετημένες συμπεριφορές πόνου (π.χ. αποφυγή δραστηριοτήτων στο σπίτι ή στον εργασιακό χώρο) οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να συντελούν στη διατήρηση ορισμένων καταστάσεων πόνου (π.χ. επώδυνες μυοσκελετικές διαταραχές). Σε μια μελέτη που έγινε στη Φιλανδία οι Vabtera et al (1997) εξέτασαν πως η εχθρότητα σχετίζεται με την τάση των ατόμων να παίρνουν αναρρωτική άδεια από την εργασία τους. Το δείγμα ήταν 1077 υγιείς εργαζόμενοι στο δήμο. Μετρήσεις της εχθρότητας καταγράφηκαν στην αρχή και οι συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν για 3 χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι

ανάμεσα στους άνδρες, τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας προέβλεψαν τη συχνότητα μακράς διάρκειας απουσία εξαιτίας ασθένειας. Επίσης ο θυμός μπορεί να διαλύσει συζυγικές σχέσεις και να οδηγήσει σε τέτοια αντιμετώπιση από την πλευρά του συζύγου που να ενισχύει τον πόνο και την κακώς υιοθετημένη συμπεριφορά πόνου. Με βάση αυτά οι Burns et al (1996) βρήκαν ότι οι άνδρες (αλλά όχι οι γυναίκες) οι οποίοι είχαν υψηλές τιμές στην έκφραση του θυμού (anger out) ήταν πιο πιθανό να αντιμετωπίζονται από τις συζύγους τους τιμωρητικά ανάλογα με τον πόνο αυτών των ανδρών. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν αναλύσεις δεδομένων οι οποίες αποκαλύπτουν πως ο αυξημένος πόνος και η ελαττωμένη λειτουργικότητα που αναφέρθηκε από αυτούς τους άνδρες αποδόθηκαν μεμονωμένα σ' αυτήν την τιμωρική, κριτική, ανταπόκριση που είχαν στο πρόβλημά τους από τις συζύγους τους. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι οι εκφράσεις θυμού και εχθρότητας από τους άνδρες-συζύγους κατευθυνόμενες κατά των γυναικών-συζύγων μπορεί να έχουν μια βλαβερή επίδραση στη διάθεση των γυναικών-συζύγων η οποία ως feed back αυξάνει το βαθμό της κριτικής και της τιμωρίας που εμπεριέχεται στην ανταπόκριση των γυναικών-συζύγων.

Ένας πιθανός τρίτος συμπεριφερικός μηχανισμός με τον οποίο ο θυμός μπορεί να επηρεάζει τον πόνο είναι η παρέμβαση στην ανάπτυξη σημαντικών σχέσεων με τους αρωγούς τους συστήματος υγείας. Σε μια μελέτη οι Burns et al (1999) διερεύνησαν τις επιδράσεις της εχθρότητας, του θυμού και της κατάθλιψης στις συμφωνίες που έγιναν μεταξύ 71 χρονίως πασχόντων ανδρών και των φυσικών θεραπόντων ιατρών τους ή ιατρών εργασίας. Ασθενείς οι οποίοι είχαν υψηλά ποσοστά στην έκφραση θυμού (anger out) και στις μετρήσεις εχθρότητας ήταν κατά πολύ περισσότερο πιθανόν να αναφέρουν αδύναμη σχέση με τους κλινικούς τους. Τέλος, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, ο θυμός μπορεί να παρεμβαίνει στην ικανότητα του ασθενή να ανταποκρίνεται στις προσπάθειες διαχείρισής του πόνου τους οι Burns et al (1998).

Συγκινησιακοί Μηχανισμοί

Ο θυμός μπορεί να οδηγήσει σε συγκινησιακές μεταβολές (π.χ. κατάθλιψη) οι οποίες επηρεάζουν την εξαρτώμενη από τον πόνο δυσλειτουργία. Σε μια μελέτη 84 ασθενών που είχαν χρόνια μετατραυματική κεφαλαλγία οι Duckro et al 1995, εξέτασαν πως η καταστολή του θυμού (anger in) και η έκφραση του θυμού (anger out) σχετίζονται με τον πόνο και πως η κατάθλιψη επιδρά στη σχέση μεταξύ θυμού και πόνου. Τόσο οι ασθενείς με υψηλά ποσοστά έκφρασης θυμού όσο και αυτοί με υψηλά ποσοστά καταστολής θυμού

εξέφρασαν σαφώς υψηλότερα εξαρτημένα από τον πόνο δυσλειτουργίας. Ωστόσο, εάν κάποιος έλεγχε με κάποιο τρόπο τις επιδράσεις της καταθλιπτικής διάθεσης αυτών των ασθενών, οι προηγούμενες επιρροές της έκφρασης του θυμού καθώς και της καταστολής του, όσον αφορά τον πόνο, δεν θα ήταν πλέον σαφής και στατιστικά σημαντικές. Τα ευρήματα αυτά υποθέτουν ότι η δράση του θυμού στην εξαρτώμενη από τον πόνο δυσλειτουργία πιθανότητα διαμεσολαβείται από την κατάθλιψη.

Οι Kelly A. Greenwood et al, 2003, σε μια συστηματική ανασκόπησή τους το 2003 σχετικά με τον πόνο συμπέραναν τα παρακάτω. Πρώτον, ότι άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα θυμού βιώνουν και υψηλά επίπεδα πόνου. Δεύτερον, ότι η διαχείριση του θυμού σχετίζεται με μεταβλητές του πόνου και με σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τον πόνο. Τρίτον, ότι υπάρχουν στοιχεία πως κυρίως οι άνδρες που εκφράζουν πιο εύκολα θυμό (anger out) είναι πιο πιθανόν να έχουν υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργίας σχετιζόμενες με τον πόνο, μυϊκούς πόνους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, δυσκολίες στο να εγκαταστήσουν αποδοτικές, θεραπευτικές σχέσεις και φτωχά αποτελέσματα. Τέλος, στην ίδια εργασία υποστηρίζεται ότι οι επιδράσεις του θυμού στον πόνο διαμεσολαβούνται από βιολογικούς μηχανισμούς (ενδογενή οπιοειδή) καθώς και συγκινησιακούς μηχανισμούς (κατάθλιψη). Σε συνδυασμό με πρόσφατες μελέτες οι Kelly A. Greenwood et al, 2003 θεωρούνε πολύ σημαντική την κλινική προοπτική στη σχέση θυμού και πόνου. Πιο αναλυτικά, πιστεύουν ότι οι κλινικοί θα πρέπει να έχουν μια πιο συστηματική εκτίμηση και καταγραφή του θυμού καθώς και των μεταβλητών που εξαρτώνται από το θυμό στους χρόνιους πάσχοντες ασθενείς που επιδιώκουν να θεραπεύσουν. Επίσης, μια και ο θυμός παρεμβαίνει στις θεραπευτικές σχέσεις θα έπρεπε να αναβαθμιστεί ο ρόλος των ειδικών ψυχολόγων στα θεραπευτικές σχέσεις μεταξύ ατόμων που έχουν προβλήματα διαχείρισης του θυμού και των θεραπόντων ιατρών τους. Βιοψυχολογικές παρεμβάσεις σχεδιασμένες να ελαττώσουν το θυμό ή να τροποποιήσουν τις εξαρτώμενες από τον θυμό μεταβλητές μπορούν δυναμικά να ωφελήσουν τους ασθενείς που υποφέρουν από πόνο. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν έχουν γίνει μελέτες που να ελέγχουν συστηματικά τις παρεμβάσεις στη διαχείριση του θυμού ασθενών που πάσχουν από χρόνια πόνο. Τέλος, επειδή διαφαίνεται ότι η κατάθλιψη μεσολαβεί στη σχέση θυμού και πόνου ίσως ψυχοφαρμακολογικές ή γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες σχεδιασμένες να ελαττώσουν την κατάθλιψη θα μπορούσαν να έχουν θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς που εκφράζουν υψηλά επίπεδα θυμού και έχουν χρόνια πόνο.

3 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του μετεγχειρητικού πόνου με την ψυχοπαθολογία, το άγχος του πόνου, το φόβο του πόνου, την εχθρότητα, τη ντροπή και των τύπων δεσμού των ενηλίκων ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης ινομώματος και γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ασθενών με αφαίρεση ινομυώματος και της ομάδας των γυναικών με καισαρική τομή ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

3.1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Ως προς την ψυχοπαθολογία υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες με αφαίρεση ινομυώματος θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.
- Ως προς τα επίπεδα της εχθρότητας υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα της ενδοστρεφούς και ολικής εχθρότητας των ασθενών με ινομύωμα θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.
- Ως προς τα επίπεδα του άγχους του πόνου, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα του άγχους του πόνου των ασθενών με ινομύωμα θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.
- Ως προς τα επίπεδα του φόβου του πόνου, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα του φόβου του πόνου των ασθενών με ινομύωμα θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.
- Ως προς τα επίπεδα της ντροπής, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα της ντροπής των ασθενών με ινομύωμα θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.
- Ως προς τα επίπεδα των τύπων δεσμού, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα της αποφυγής των ασθενών με ινομύωμα θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή.

3.1.2 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Μαιευτικές και Γυναικολογικές Κλινικές Νοσοκομείων της Αθήνας, από το Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2011.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Ικανό μορφωτικό επίπεδο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζομένων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζομένων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρημένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
2. Οι ασθενείς δεν έπρεπε να πάσχουν από άλλη ασθένεια που τους δημιουργεί πόνο και η υπάρχουσα νόσος να είναι πρωτογενής και να μην είναι δευτεροπαθούς αιτιότητας. Έπρεπε, δηλαδή, να μην έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν για αφαίρεση άλλου ινομώματος.
3. Οι γυναίκες δεν έπρεπε να έχουν υποστεί σε άλλη καισαρική τομή στο παρελθόν.
4. Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν σε συνεργασία ο επιβλέπων καθηγητής της ερευνητικής μελέτης με την ερευνήτρια, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προγράμματος «Αντιμετώπιση του πόνου».

Ο σχεδιασμός της περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών, που θα αφορούσαν την ψυχοπαθολογία, τα επίπεδα της ντροπής, του άγχους του πόνου, του φόβου του πόνου, την εχθρότητα και τις μορφές της και τους τύπους δεσμού την 2^η μετεγχειρητική ημέρα.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν στο θάλαμο της κλινικής που θα διαμορφώνονταν κατάλληλα για τις ανάγκες της διαδικασίας. Ταυτόχρονα, επίσης, θα καταγράφονταν τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Οι γυναίκες που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Γι αυτό θα υπήρχε αύξων αριθμός που θα συσχέτιζε τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά και τα υπόλοιπα στοιχεία τους. Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

3.1.3 Δείγμα

Συνολικά οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 114 από τις οποίες το 30,4% των οποίων είχε ινομώματα και το υπόλοιπο 69,6% είχε κάνει καισαρική.

3.1.4 Διαδικασία

Πριν τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιούνταν μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ του Διευθυντή της Κλινικής και της ερευνήτριας, όσον αφορά τις νέες εισαγωγές των γυναικών που πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής τους στην παρούσα έρευνα.

Η ερευνήτρια αναλάμβανε επιπλέον να ενημερώσει τις γυναίκες για την υπάρχουσα ερευνητική μελέτη.

Κατόπιν ακολουθούσε μια διερευνητική συνάντηση της ερευνήτριας με την γυναίκα κατά την 1^η μετεγχειρητική ημέρα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είχε τη μορφή μιας ημιδομημένης συνέντευξης με στόχο τη συλλογή πληροφοριών που αφορούσαν την υπάρχουσα κατάσταση. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης η ερευνήτρια προέβαινε στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των γυναικών να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ο απώτερος στόχος αυτής της πρώτης συνάντησης, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 10 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Η ερευνήτρια την 2^η μετεγχειρητική ημέρα δίνοντάς τους τα ερωτηματολόγια, εξηγούσε την όλη διαδικασία κι αμέσως μετά εκφωνούσε δυνατά τις ερωτήσεις αφήνοντας τον απαραίτητο χρόνο να τσεκάρουν την απάντηση που τους εξέφραζε. Σε ερωτήσεις που υπήρχε δυσκολία κατανόησης υπήρχε η δυνατότητα επεξήγησης και βοήθειας προσπαθώντας αυτή να δίνεται με αμερόληπτο τρόπο.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

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

3.2 Ερευνητικά εργαλεία

3.2.1 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρισολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκαταλημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

3.2.2 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας -Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ; Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέως φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετρείται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Drosos et al., 1989).

3.2.3 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 τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

3.2.4 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Η κλίμακα Experiences in Close Relationships, ECRI (Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις) δημιουργήθηκε από τους Brennan et al. με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικες σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και εμμονή-μη εμμονή. Βασίζεται στην ανάλυση των όρων «ανησυχία (anxiety)» και «αποφυγή (avoidance)» των Brennan, Clark, and Shaver. Ο πρώτος όρος «anxiety» αναφέρεται στην ανησυχία για τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και στην υπερ-αγρύπνιση εξαιτίας του άγχους απόρριψης. Ο δεύτερος όρος «avoidance» αναφέρεται σε μια δυσάρεστη αίσθηση την οποία προκαλεί η εγγύτητα στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και στην απροθυμία του ατόμου να έρθει κοντά στον σύντροφό του (M.Tsagarakis et al., 2007)

Το ερωτηματολόγιο ECRI είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Οι πρώτες δεκαοχτώ ερωτήσεις (1-18) αποτελούν την κλίμακα του άγχους ενώ οι επόμενες (19 – 36) αναφέρονται στην κλίμακα της αποφυγής. Οι ερωτώμενοι δίνουν τις απαντήσεις τους σε μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (όπου το -1- αντιστοιχεί στο διαφωνώ απολύτως ενώ το -7- στο συμφωνώ απολύτως) (A.J.Fairchild & S.J.Finney, 2006).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η ανάλυση με τον συντελεστή Cronbach's alpha έδειξε για το Άγχος (Anxiety) $\alpha=.93$ και για την Αποφυγή (Avoidance) $\alpha=.95$, που αντανακλά υψηλή εσωτερική συνοχή (Wei et al., 2007)

Σύμφωνα με τους M.Tsagarakis et al. (2007) η ελληνική έκδοση του ερωτηματολόγιο Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (G-ECR-R) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μελέτη των ρομαντικών / συντροφικών σχέσεων στο ελληνικό πολιτιστικό πλαίσιο (M.Tsagarakis et al., 2007).

3.2.5 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al., 2002)

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002, και αποτελεί τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε στην κανονική έκδοσή του 40 ερωτήσεις (McCracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002). Όπως και στην αρχική του μορφή το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο (McCracken et al., 2002). Το PASS-20 πρόκειται για ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο, όπου τα άτομα χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα) δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν (McCracken et al., 2002).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου) (Carleton & Asmundson, in Press). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς εργαλείο (eg., Vlaeyen & Linton, 2000; Coons, et al., 2004; Williams, et al., 2005), το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για τον χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας (Roelofs et al., 2003).

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (Mc Cracken et al., 1992). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις-προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (Mc Cracken et al., 1992) και αποτελεί, επίσης ένα εργαλείο, κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (e.g., Asmundson et al., 2004; Coons, et al., 2004; Vlaeyen and Linton, 2000).

Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας (Roelofs et al., 2003).Εν παραδείγματι, η έρευνα των Burns et al., το 2000, έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στο PASS είναι πιθανό να αποφεύγουν, ενδεχομένως την επίπονη φυσική άσκηση, για να μειώσουν το φόβο τους απέναντι στον πόνο που αυτή προκαλεί (Burns et al.,2000). Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

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

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis)(McNeil & Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο

επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

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

3.3 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) ή/και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών

συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση σημαντικής διαφοράς μεταξύ των 2 ομάδων σε όλες τις διαστάσεις λαμβάνοντας υπόψη διάφορους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Στις διαστάσεις που δεν κατανέμονταν κανονικά η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

3.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.4.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 112 γυναίκες, το 30,4% των οποίων είχε ινομυώματα και το υπόλοιπο 69,6% είχε κάνει καισαρική. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

		Λόγος νοσηλείας				P Pearson's x² test
		Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή±SD		45,3±11,2		32,1±4,9		<0,001*
Έγγαμος	Όχι	7	20,6	2	2,6	0,003 ⁺
	Ναι	27	79,4	76	97,4	
Διαμονή	Χωριό-κωμόπολη-Πόλη (<150.000 κατοίκους)	18	52,9	25	32,1	0,037
	Πόλη (>150.000 κατοίκους)	16	47,1	53	67,9	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου	11	32,4	13	16,7	0,032
	Απόφοιτοι λυκείου	18	52,9	36	46,2	
	Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ	5	14,7	29	37,2	

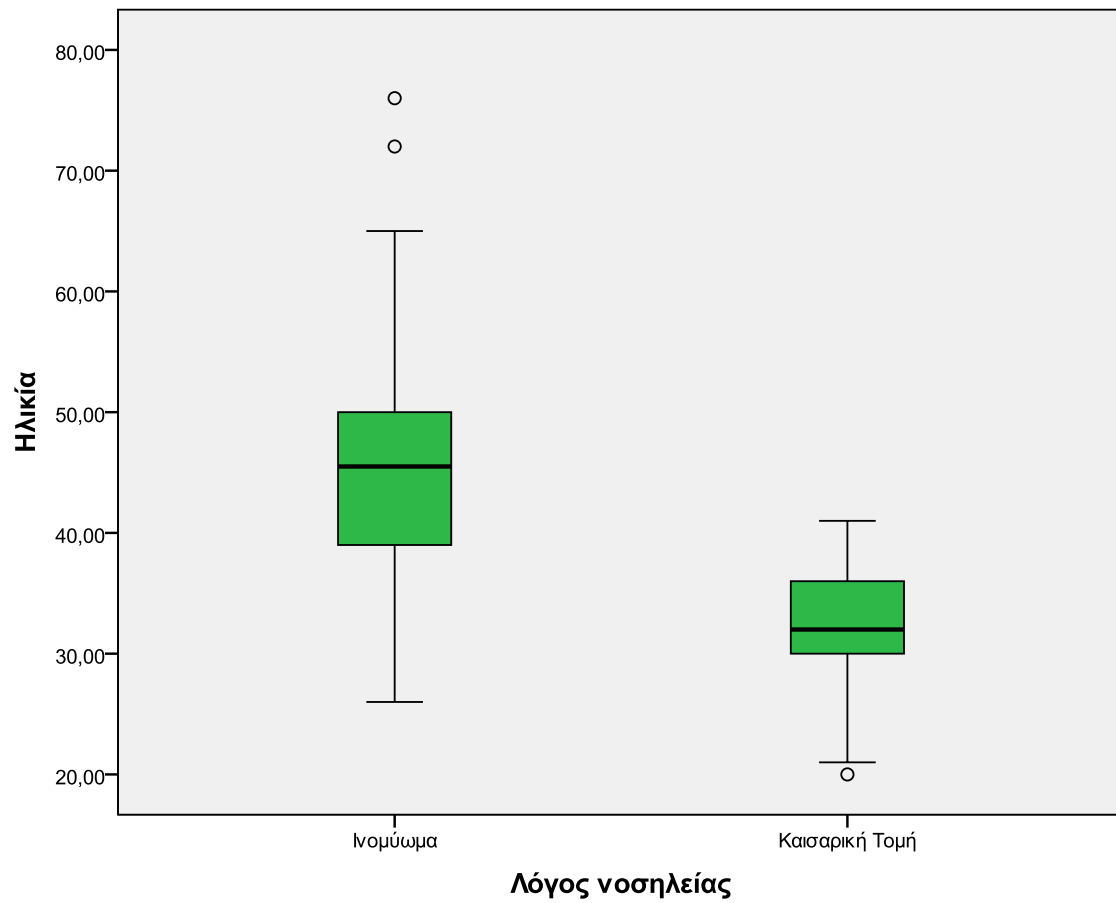
Επάγγελμα	Ανεργοί/Συνταξιούχοι	5	14,7	4	5,1	0,119 ⁺
	Οικιακά	12	35,3	21	26,9	
	Αυτοαπασχολούμενοι	5	14,7	6	7,7	
	Ιδ. υπάλληλοι	8	23,5	31	39,7	
	Δημ. υπάλληλοι	4	11,8	16	20,5	
Έχετε αδέρφια;	Όχι	2	5,9	8	10,3	0,721 ⁺
	Ναι	32	94,1	70	89,7	
Έχετε παιδιά	Όχι	10	29,4	1	1,3	<0,001 ⁺
	Ναι	24	70,6	77	98,7	

*Mann-Whitney test **Student's t-test ⁺Fisher's exact test

Οι γυναίκες που είχαν ινομώματα ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν κάνει καισαρική. Επίσης, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική ήταν παντρεμένες σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομώματα. Ακόμα, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική έμεναν σε πόλη (>150.000 κατοίκους) σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομώματα. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομώματα ή είχαν κάνει καισαρική. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν κάνει καισαρική ήταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομώματα ($p=0,016$). Τέλος, οι γυναίκες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό παιδιά σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομώματα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται οι ηλικία των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Γράφημα 1. Ηλικία δείγματος



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το ατομικό ιστορικό των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 2. Στοιχεία ατομικού ιστορικού συμμετεχουσών

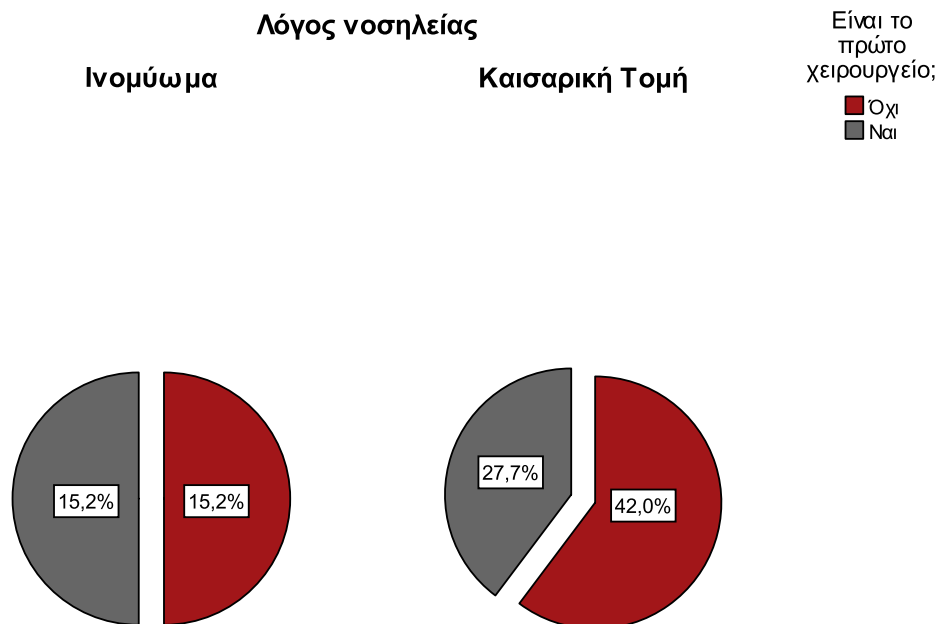
		Λόγος νοσηλείας				P Pearson's x ² test
		Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
		N	%	N	%	
Μετεγχειρητική ημέρα	1η	1	2,9	0	0,0	0,096 ⁺
	2η	9	26,5	20	25,6	
	3η	18	52,9	32	41,0	
	4η	3	8,8	14	17,9	
	5η	1	2,9	11	14,1	
	6η	2	5,9	1	1,3	
Μετεγχειρητική ημέρα, μέση τιμή±SD		3,0±1,1		3,2±1,0		0,216*
Είναι το πρώτο χειρουργείο;	Όχι	17	50,0	47	60,3	0,313
	Ναι	17	50,0	31	39,7	
Αν όχι, πόσα έχετε κάνει, μέση τιμή±SD		2,1±1,4		1,7±0,9		0,213*
Επισκεφτήκατε ποτέ ψυχολόγο ή ψυχίατρο;	Όχι	31	91,2	73	93,6	0,697 ⁺
	Ναι	3	8,8	5	6,4	
Αν ναι, παίρνετε ψυχιατρικά φάρμακα αυτόν τον καιρό;	Όχι	3	75,0	5	100,0	0,444 ⁺
	Ναι	1	25,0	0	0,0	
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Όχι	33	97,1	74	94,9	1,000 ⁺
	Ναι	1	2,9	4	5,1	
Αν ναι, παίρνετε φάρμακα για αυτή	Όχι	0	0,0	1	25,0	1,000 ⁺
	Ναι	1	100,0	3	75,0	
Πάσχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας από χρόνια σωματική/ψυχική νόσο;	Όχι	26	76,5	66	84,6	0,301
	Ναι	8	23,5	12	15,4	
Παίρνετε φάρμακα για κάποια σωματική/ψυχική νόσο;	Όχι	32	94,1	75	96,2	0,638 ⁺
	Ναι	2	5,9	3	3,8	

*Mann-Whitney test ⁺Fisher's exact test

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο ιστορικό των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν κάνει και άλλο χειρουργείο στο παρελθόν ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Γράφημα 2. Ποσοστά συμμετεχουσών που έχουν κάνει και άλλο χειρουργείο



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχουσες είχαν επισκεφτεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 3. Επίσκεψη σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο

		Λόγος νοσηλείας			
		Ινομύωμα		Καισαρική Τομή	
		N	%	N	%
Λόγος επίσκεψης σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο	Συμβουλευτικά	1	100,0	2	40,0
	Κατάθλιψη	0	0,0	2	40,0
	Θάνατος	0	0,0	1	20,0

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχουσες είχαν κάνει και άλλο χειρουργείο στο παρελθόν ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 4. Άλλα χειρουργεία

Λόγοι προηγούμενων χειρουργείων	Λόγος νοσηλείας			
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή	
	N	%	N	%
Μυοσκελετικά	1	10,0	0	0,0
Γυναικολογικά	7	70,0	37	97,4
Καρδιαγγειακά	1	10,0	0	0,0
Γυναικολογικά και Χολή	0	0,0	1	2,6
Γυναικολογικά και Μυοσκελετικά	1	10,0	0	0,0

Ο κυριότερος λόγος για τα προηγούμενα χειρουργεία τόσο στην ομάδα των γυναικών όσο και στην ομάδα των γυναικών που είχαν κάνει καισαρική ήταν γυναικολογικός με ποσοστά 70,0% και 97,4% αντίστοιχα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι χρόνιες σωματικές νόσοι των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 5. Χρόνιες σωματικές νόσοι

Ποια χρόνια σωματική νόσο	Λόγος νοσηλείας			
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή	
	N	%	N	%
Ενδοκρινολογικά προβλήματα	0	0,0	1	25,0
Διαβήτης	0	0,0	1	25,0
Αυτοάνοσα	0	0,0	1	25,0
Επιληψία	0	0,0	1	25,0
Καρδιαγγειακά	1	100,0	0	0,0

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι χρόνιες σωματικές/ψυχικές νόσοι των συγγενών των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 6. Χρόνιες σωματικές/ψυχικές νόσοι συγγενών

		Λόγος νοσηλείας			
		Ινομύωμα		Καισαρική Τομή	
		N	%	N	%
Χρόνια σωματική/ψυχική νόσος που πάσχει κάποιο μέλος της οικογένειας σας	Διαβήτης	1	20,0	3	27,3
	Υπέρταση	1	20,0	1	9,1
	Καρδιαγγειακά-καρδιοπάθεια	0	0,0	3	27,3
	Μυοσκελετικά	0	0,0	1	9,1
	Καρκίνος	1	20,0	2	18,2
	Αγχώδεις διαταραχές	1	20,0	0	0,0
	Σχιζοφρένεια	1	20,0	1	9,1
Μέλος της οικογένειας που πάσχει από χρόνια σωματική/ψυχική νόσο	Πατέρας	1	12,5	2	16,7
	Μητέρα	1	12,5	2	16,7
	Σύζυγος	1	12,5	1	8,3
	Πρώτου βαθμού	2	25,0	6	50,0
	Δεύτερου βαθμού	3	37,5	1	8,3

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην έμμηνο ρήση των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 7. Πόνος και ντροπή στη διάρκεια της έμμηνου ρήσης

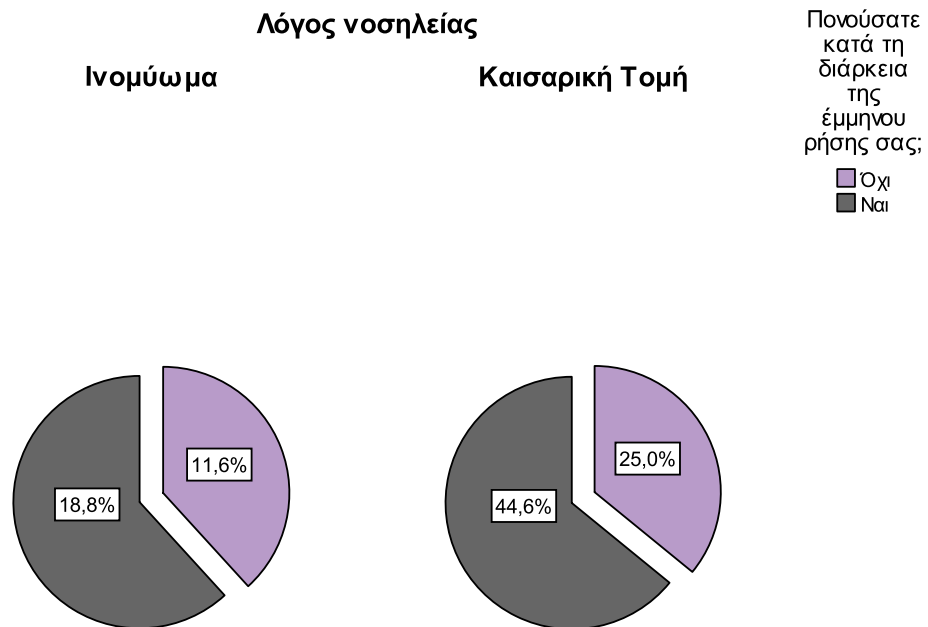
		Λόγος νοσηλείας				P Pearson's x² test
		Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
		N	%	N	%	
Πονούσατε κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρήσης σας;	Όχι	13	38,2	28	35,9	0,813
	Ναι	21	61,8	50	64,1	
Αν ναι, με άριστα το 10 πόσο πονούσατε, μέση τιμή±SD		6,4±2,3		5,7±2,1		0,189*
Αν πονούσατε, ντρεπόσαστε για αυτό;	Όχι	16	80,0	47	95,9	0,054+
	Ναι	4	20,0	2	4,1	
Αν ναι, με άριστα το 10 πόσο ντρεπόσασταν, μέση τιμή±SD		8,0±2,2		6,5±0,7		0,414**

*Mann-Whitney test ⁺Fisher's exact test

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα στοιχεία που αφορούν στην περίοδο των συμμετεχουσών ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχουσών που πονούσαν κατά την περίοδο τους ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Γράφημα 3. Πόνος κατά την έμμηνο ρήση



3.4.2 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 8. Εξωτερική ντροπή

<u>OAS</u>	Λόγος νοσηλείας				P Mann-Whitney
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Συνολική βαθμολογία	15±9,9	12 (7 - 22)	15,2±9	14 (9 - 21)	0,914*
Αίσθημα κατωτερότητας	3,9±3,8	3 (2 - 4)	4,5±3,4	4 (2 - 7)	0,275
Αίσθημα κενού	2,9±3	2,5 (0 - 5)	2,5±2,5	2 (0 - 4)	0,654
Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη	7±3,9	6 (4 - 10)	7,4±3,8	7 (5 - 10)	0,651*

*Student's t-test

Δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία των συμμετεχουσών σε καμία από τις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 9.

Λόγος νοσηλείας	Συνολική βαθμολογία		Αίσθημα κατωτερότητας*		Αίσθημα κενού*		Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	- 1,43±3,33	0,670	0,11±0,11	0,351	- 0,1±0,13	0,410	- 0,59±1,39	0,671

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Δεν βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

3.4.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας ψυχοπαθολογίας ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 10. Κλίμακα ψυχοπαθολογίας

<u>SCL-90</u>	Λόγος νοσηλείας				P Mann- Whitney
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Σωματοποίηση	12,2±8,3	9,5 (6 - 16)	9,3±7,4	7 (4 - 11)	0,061
Ψυχαναγκαστικότητα	12,1±4,5	12,5 (10 - 16)	9,3±6,4	7,5 (4 - 14)	0,019*
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,9±4,4	8,5 (5 - 12)	7±5,8	5 (3 - 11)	0,091*
Κατάθλιψη	15,3±5,9	15 (12 - 18)	10,2±7	9 (5 - 15)	<0,001*
Άγχος	8,7±4,6	8 (6 - 11)	6,6±7	4 (1 - 10)	0,006
Επιθετικότητα	5,7±4	6 (2 - 9)	4,9±4,6	4 (1 - 8)	0,194
Φοβικό Άγχος	2,7±3	1,5 (1 - 4)	2,4±4,1	1 (0 - 3)	0,129
Παρανοειδής Ιδεασμός	8,6±3,5	8 (7 - 11)	6,3±4,5	6 (3 - 9)	0,009*
Ψυχωτισμός	6,3±3,6	5,5 (3 - 9)	4,5±4,6	3 (2 - 6)	0,002
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	1±0,4	1 (0,7 - 1,3)	0,7±0,5	0,6 (0,4 - 0,9)	0,011*
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων	1,8±0,4	1,8 (1,5 - 2)	1,6±0,4	1,5 (1,3 - 1,9)	0,067*
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	49,4±14,9	48 (39 - 58)	38,2±17,7	36,5 (27 - 47)	0,002*
Αϋπνία	1,3±1,2	1 (0 - 2)	0,5±1	0 (0 - 1)	<0,001
Πρωινή αφύπνιση	1,7±1,3	2 (1 - 3)	1,4±1,3	1 (0 - 2)	0,196
Ανησυχία	1,5±1,2	1 (0 - 3)	1,2±1,3	1 (0 - 2)	0,273
Ανορεξία	0,4±0,7	0 (0 - 1)	0,2±0,5	0 (0 - 0)	0,009
Βουλιμία	1,1±1,2	1 (0 - 2)	1±1,1	1 (0 - 1)	0,707
Σκέψεις θανάτου	0,6±0,8	0 (0 - 1)	0,5±0,9	0 (0 - 1)	0,202
Ενοχή	1,2±1,2	1 (0 - 2)	0,6±0,9	0 (0 - 1)	0,013

*Student's t-test

Οι συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Ψυχαναγκαστικότητα», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Παρανοειδής Ιδεασμός», «Ψυχωτισμός», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων», «Αϋπνία», «Ανορεξία» και «Ενοχή» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία» και «Κατάθλιψη» ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 11.

Λόγος νοσηλείας	Σωματοποίηση *		Ψυχαναγκαστικότητα		Διαπροσωπική ευαισθησία		Κατάθλιψη	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	-0,27±0,11	0,017	-1,8±2,14	0,402	-2,34±1,94	0,229	-7,31±2,38	0,003

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σωματοποίηση» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα. Επίσης, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν κατά 7,31 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κατάθλιψη» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Φοβικό Άγχος» και «Παρανοειδής Ιδεασμός» ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 12.

Λόγος νοσηλείας	Άγχος*		Επιθετικότητα*		Φοβικό Άγχος *		Παρανοειδής Ιδεασμός	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Καισαρική Τομή	-0,34±0,14	0,016	-0,22±0,13	0,089	-0,09±0,12	0,455	-3,71±1,51	0,016

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα. Επίσης, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν κατά 3,71 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Ψυχωτισμός», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων» και «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 13.

Λόγος νοσηλείας	Ψυχωτισμός*		Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων		Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων		Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	-0,31±0,11	0,006	-0,35±0,17	0,040	-0,25±0,15	0,090	-15,9±6,14	0,011

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Ψυχωτισμός» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομύωματα. Επίσης, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν κατά 15,9 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομύωματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία» και «Ανορεξία» ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική, με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 14.

Λόγος νοσηλείας	Αϋπνία		Πρωινή αφύπνιση		Ανησυχία		Ανορεξία	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Καισαρική Τομή	- 0,16±0,08	0,049	-0,06±0,09	0,520	- 0,09±0,09	0,326	- 0,04±0,05	0,460

* δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αϋπνία» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομύωματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Βουλιμία», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή» ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική, με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 15.

	Βουλιμία		Σκέψεις θανάτου		Ενοχή	
Λόγος νοσηλείας	$\beta \pm SE$	P	$\beta \pm SE$	P	$\beta \pm SE$	P
Ινομύωμα	0,00*		0,00*		0,00*	
Καισαρική Τομή	0,01 $\pm$ 0,08	0,91 1	0 $\pm$ 0,07	0,97 4	-0,11 $\pm$ 0,08	0,14 5

* δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Βουλιμία», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή» ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

3.4.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 16. Αίσθημα ντροπής

<u>ESS</u>	Λόγος νοσηλείας				P Mann-Whitney
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Χαρακτηρολογική ντροπή	20±7	19 (15 - 22)	19,4±5,5	19 (16 - 22)	0,937
Συμπεριφορική ντροπή	18,1±6	17,5 (14 - 21)	16,8±5,9	16 (13 - 20)	0,286
Σωματική ντροπή	6,7±2,5	6 (4 - 8)	7,3±2,9	7 (5 - 9)	0,266
Συνολική βαθμολογία ντροπής	44,8±13,8	41,5 (35 - 52)	43,6±12,6	41 (36 - 49)	0,842

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 17.

Λόγος νοσηλείας	Χαρακτηρολογική ντροπή		Συμπεριφορική ντροπή		Σωματική ντροπή		Συνολική βαθμολογία ντροπής	
	$\beta \pm SE$	P	$\beta \pm SE$	P	$\beta \pm SE$	P	$\beta \pm SE$	P
Ινομύωμα	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Καισαρική Τομή	0,02 $\pm$ 0,04	0,603	-0,05 $\pm$ 0,05	0,286	-0,05 $\pm$ 0,05	0,263	-0,02 $\pm$ 0,04	0,597

* δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

3.4.5 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 18. Κλίμακες επιθετικότητας

<u>HDHQ</u>	Λόγος νοσηλείας				P Mann-Whitney
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Επίκριση από άλλους	7,3±1,9	7 (6 - 9)	7,6±1,9	8 (7 - 9)	0,503*
Παρορμητική επιθετικότητα	4,4±1,7	4 (3 - 5)	4±1,8	4 (3 - 5)	0,250
Παρανοειδής επιθετικότητα	3,4±1,9	3 (2 - 5)	2,6±1,9	2 (1 - 4)	0,029
Αυτο-επίκριση	4,6±2,2	4 (3 - 6)	3,6±2	3 (2 - 5)	0,042
Παραληρηματική ενοχή	2,4±1,3	2 (1 - 3)	2,2±1,4	2 (1 - 3)	0,427
Εξωστρεφής επιθετικότητα	15,1±4,1	14 (12 - 19)	14,2±4,5	13 (11 - 18)	0,304*
Ενδοστρεφής επιθετικότητα	6,9±3	7 (4 - 9)	5,8±3	5 (4 - 8)	0,070
Συνολική επιθετικότητα	22,1±6,2	23 (17 - 27)	20±6,2	20 (15 - 25)	0,109*

*Student's t-test

Οι συμμετέχουσες με ινομυώματα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Αυτο-επίκριση» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική τομή.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Επίκριση από άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Αυτο-επίκριση» ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 19.

Λόγος νοσηλείας	Επίκριση από άλλους		Παρορμητική επιθετικότητα*		Παρανοειδής επιθετικότητα*		Αυτο-επίκριση *	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	- 0,17±0,7	0,810	-0,11±0,05	0,039	-0,13±0,09	0,126	- 0,12±0,07	0,097

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική τομή είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Παρορμητική επιθετικότητα» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Παραληρηματική ενοχή», «Εξωστρεφής επιθετικότητα», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα» ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 20.

Λόγος νοσηλείας	Παραληρηματική ενοχή*		Εξωστρεφής επιθετικότητα		Ενδοστρεφής επιθετικότητα *		Συνολική επιθετικότητα	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	- 0,06±0,07	0,394	-2,26±1,57	0,153	-0,11±0,07	0,153	- 4,14±2,23	0,067

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Παραληρηματική ενοχή», «Εξωστρεφής επιθετικότητα», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα» ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

3.4.6 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 21. Κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων

<u>ECRI</u>	Λόγος νοσηλείας				P Student's t-test
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Αποφυγή	54,4±14	55 (42 - 69)	49,2±15	47,5 (38 - 58)	0,091
Άγχος	47,9±11,9	50 (38 - 55)	37,6±11,1	35 (29 - 45)	<0,001

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική τομή είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 22.

Λόγος νοσηλείας	Αποφυγή		Άγχος	
	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00*		0,00*	
Καισαρική Τομή	-6,25±5,05	0,218	-9,38±3,81	0,016

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική τομή είχαν κατά 9,38 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με ινομυώματα.

3.4.7 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 23. Κλίμακες μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου

<u>PASS</u>	Λόγος νοσηλείας				P Student's t-test
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Συμπεριφορά αποφυγής	11,6±4,9	12 (8 - 14)	9,5±4,6	8,5 (6 - 13)	0,031
Φοβικές σκέψεις	9,6±4,9	9,5 (5 - 13)	5,5±3,7	5 (3 - 7)	<0,001*
Γνωστικό άγχος	12,1±5,1	12 (9 - 15)	7,6±4,2	7,5 (5 - 9)	<0,001*
Σωματικές αντιδράσεις άγχους	9±4,8	9 (5 - 12)	6,3±3,9	6 (3 - 8)	0,002
Συνολική βαθμολογία	42,2±18,7	40,5 (28 - 54)	28,8±14,1	26 (20 - 37)	0,005

*Student's t-test

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική τομή είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας βιωμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 24.

Λόγος νοσηλείας	Συμπεριφορά αποφυγής		Φοβικές σκέψεις*		Γνωστικό άγχος *		Σωματικές αντιδράσεις άγχους		Συνολική βαθμολογία	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	-1,91±1,59	0,231	-0,19±0,1	0,055	-0,24±0,09	0,009	-2,78±1,44	0,056	-12,33±5,31	0,022

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συμπεριφορά αποφυγής» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα. Επίσης, οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν κατά 12,33 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα.

3.4.8 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου ανάλογα με το αν είχαν ινομυώματα ή είχαν κάνει καισαρική.

Πίνακας 25. Κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου

<u>FPQ-30</u>	Λόγος νοσηλείας				P Student's t-test
	Ινομύωμα		Καισαρική Τομή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο	11,7±6,5	12 (6 - 17)	9±6,3	8 (4 - 13)	0,041
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο	24,6±8,2	26 (19 - 30)	23±8,5	26 (20 - 28)	0,389*
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις	15,6±6,9	15,5 (11 - 20)	14,1±8,4	13,5 (8 - 18)	0,350
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο	51,9±19,6	55 (41 - 69)	46±18,4	44 (36 - 61)	0,130

*Student's t-test

Οι συμμετέχουσες που είχαν κάνει καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν ινομυώματα.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, το αν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο/ψυχίατρο, το αν παίρνουν φάρμακα και αν είναι το πρώτο χειρουργείο.

Πίνακας 26.

Λόγος νοσηλείας	Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο		Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο *		Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις		Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ινομύωμα	0,00**		0,00**		0,00**		0,00**	
Καισαρική Τομή	-2,7±2,19	0,221	-0,09±0,09	0,299	-2,8±2,9	0,338	-8,62±6,72	0,202

*βασισμένο σε λογαριθμικό μετασχηματισμό **δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου ανάλογα με το αν είχαν ινομύωματα ή είχαν κάνει καισαρική.

3.5 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ψυχοπαθολογίας για τις γυναίκες με καισαρική τομή.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 27.

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,25	0,18	0,25	0,20
	P	0,030	0,117	0,026	0,086
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,43	0,48	0,36	0,37
	P	<0,001	<0,001	0,001	0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,54	0,49	0,51	0,48
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,46	0,40	0,42	0,42
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Άγχος (SCL-90)	r	0,31	0,22	0,38	0,28
	P	0,006	0,053	0,001	0,014
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,33	0,20	0,30	0,38
	P	0,003	0,076	0,007	0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,24	0,24	0,33	0,17
	P	0,033	0,037	0,003	0,130
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,46	0,45	0,37	0,42
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,40	0,36	0,42	0,38
	P	<0,001	0,001	<0,001	0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,45	0,40	0,43	0,40
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,29	0,25	0,34	0,24
	P	0,010	0,026	0,002	0,035
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,47	0,42	0,43	0,44
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,08	0,09	0,09	0,05
	P	0,493	0,409	0,457	0,657
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,06	0,09	0,00	0,01
	P	0,598	0,448	1,000	0,921
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,06	0,15	0,08	-0,03
	P	0,587	0,196	0,504	0,804
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,27	0,25	0,23	0,23
	P	0,017	0,028	0,047	0,042
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,19	0,17	0,19	0,17
	P	0,104	0,140	0,102	0,142
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,24	0,22	0,30	0,22
	P	0,034	0,050	0,007	0,056
Ενοχή (SCL-90)	r	0,25	0,27	0,19	0,22
	P	0,028	0,019	0,104	0,056

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας OAS με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία» και «Βουλμία». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα OAS τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις διαστάσεις αυτές. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κατωτερότητας» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία» και «Βουλμία». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Βουλμία» και «Ενοχή». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Φοβικό Άγχος», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Βουλμία», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 28.

		Συνολική βαθμολογία α (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	r	0,55	0,58	0,36	0,50
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	r	0,50	0,47	0,35	0,45
	P	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Σωματική ντροπή (ESS)	r	0,44	0,44	0,35	0,36
	P	<0,001	<0,001	0,002	0,001
Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)	r	0,56	0,56	0,38	0,51
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS). Οπότε όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις της μίας κλίμακας τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της άλλης κλίμακας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 29.

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	0,21	0,13	0,16	0,21
	P	0,070	0,267	0,149	0,064
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	0,24	0,16	0,33	0,18
	P	0,036	0,153	0,003	0,125
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	0,22	0,13	0,31	0,15
	P	0,057	0,239	0,005	0,187
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	0,29	0,16	0,34	0,27
	P	0,010	0,158	0,002	0,016
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	0,29	0,19	0,35	0,24
	P	0,010	0,100	0,002	0,031

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας OAS με τις διαστάσεις «Φοβικές σκέψεις», «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» και «Συνολική βαθμολογία». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα OAS τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις διαστάσεις αυτές. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με τις διαστάσεις «Φοβικές σκέψεις», «Γνωστικό άγχος», «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» και «Συνολική βαθμολογία». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με τις διαστάσεις «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» και «Συνολική βαθμολογία».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 30.

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Αποφυγή (ECRI)	r	0,36	0,33	0,34	0,26
	P	0,001	0,004	0,002	0,022
Άγχος (ECRI)	r	0,20	0,18	0,27	0,16
	P	0,085	0,119	0,019	0,165

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS). Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με τη διάσταση «Άγχος».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 31.

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	r	0,23	0,23	0,27	0,13
	P	0,047	0,041	0,016	0,247
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,16	0,09	0,13	0,17
	P	0,164	0,434	0,255	0,136
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,11	0,01	0,13	0,15
	P	0,339	0,946	0,261	0,200
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ- 30)	r	0,17	0,10	0,18	0,15
	P	0,136	0,364	0,105	0,181

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS) εκτός από την «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις της κλίμακας εξωτερικής ντροπής.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 32.

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,26	0,22	0,10	0,28
	P	0,020	0,053	0,375	0,013
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,14	0,02	0,11	0,20
	P	0,231	0,870	0,329	0,085
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,28	0,29	0,12	0,28
	P	0,012	0,010	0,283	0,013
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,36	0,25	0,42	0,34
	P	0,001	0,026	<0,001	0,002
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,42	0,42	0,33	0,32
	P	<0,001	<0,001	0,003	0,004
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,31	0,25	0,17	0,33
	P	0,006	0,030	0,140	0,003
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,44	0,37	0,46	0,37
	P	<0,001	0,001	<0,001	0,001
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,45	0,37	0,36	0,43
	P	<0,001	0,001	0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας OAS και της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τη «Παρορμητική επιθετικότητα». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα OAS ή η βαθμολογία τους στις διάσταση «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του HDHQ. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κατωτερότητας» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας

και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τη «Επίκριση από άλλους» και τη «Παρορμητική επιθετικότητα». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από την «Επίκριση από άλλους», τη «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και την «Εξωστρεφής επιθετικότητα». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τη «Παρορμητική επιθετικότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS).

Πίνακας 33.

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,18	0,10	0,19	0,16
	P	0,116	0,375	0,101	0,171
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,68	0,62	0,48	0,68
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,57	0,62	0,40	0,63
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,59	0,56	0,43	0,62
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Άγχος (SCL-90)	r	0,43	0,38	0,38	0,45
	P	<0,001	0,001	0,001	<0,001
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,48	0,37	0,38	0,46
	P	<0,001	0,001	0,001	<0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,26	0,22	0,22	0,26
	P	0,021	0,050	0,049	0,021

Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,61	0,61	0,40	0,63
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,42	0,37	0,46	0,43
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,63	0,57	0,43	0,64
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,26	0,20	0,32	0,28
	P	0,019	0,081	0,004	0,015
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,69	0,63	0,41	0,69
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,26	0,21	0,03	0,22
	P	0,021	0,061	0,806	0,050
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,10	-0,03	-0,15	-0,02
	P	0,361	0,798	0,185	0,865
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,18	0,10	0,08	0,13
	P	0,118	0,369	0,479	0,252
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,33	0,20	0,02	0,24
	P	0,003	0,077	0,877	0,036
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,25	0,12	0,21	0,20
	P	0,026	0,300	0,064	0,081
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,28	0,26	0,31	0,31
	P	0,013	0,020	0,006	0,006
Ενοχή (SCL-90)	r	0,55	0,57	0,42	0,62
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ντροπής με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία» και «Βουλιμία». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία ντροπής των συμμετεχουσών τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις διαστάσεις αυτές. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Χαρακτηρολογική ντροπή» με όλες

τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Πρωινή αφύπνιση» και «Ανησυχία». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Συμπεριφορική ντροπή» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματική ντροπή» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων «Επίκριση από άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Αυτο-επίκριση» της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 34.

		Επίκριση από άλλους (HDHQ)	Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	Αυτο- επίκριση (HDHQ)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	-0,07	0,24	0,02	0,18
	P	0,566	0,038	0,862	0,121
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,22	0,24	0,30	0,40
	P	0,050	0,036	0,007	<0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,32	0,27	0,36	0,57
	P	0,004	0,018	0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,25	0,30	0,28	0,47
	P	0,027	0,009	0,011	<0,001
Άγχος (SCL-90)	r	0,20	0,41	0,23	0,48
	P	0,083	<0,001	0,039	<0,001
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,38	0,60	0,31	0,44
	P	0,001	<0,001	0,006	<0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,07	0,11	0,30	0,39
	P	0,531	0,330	0,008	<0,001
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,28	0,30	0,42	0,40
	P	0,014	0,008	<0,001	<0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,06	0,26	0,21	0,42
	P	0,596	0,024	0,068	<0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,26	0,38	0,32	0,49
	P	0,024	0,001	0,004	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	-0,01	0,37	0,09	0,29
	P	0,964	0,001	0,415	0,011
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,28	0,33	0,35	0,55
	P	0,015	0,003	0,002	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,07	0,17	0,29	0,21
	P	0,556	0,140	0,011	0,064
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,00	0,07	0,00	-0,22
	P	0,987	0,526	0,967	0,057
Ανησυχία (SCL-90)	r	-0,06	0,06	0,03	0,13
	P	0,613	0,601	0,822	0,248

Ανορεξία (SCL-90)	r	0,09	0,02	0,11	0,29
	P	0,455	0,833	0,329	0,010
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,04	0,10	0,19	0,25
	P	0,730	0,405	0,098	0,030
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	-0,07	0,03	0,18	0,30
	P	0,524	0,782	0,108	0,008
Ενοχή (SCL-90)	r	0,12	-0,01	0,08	0,47
	P	0,277	0,914	0,470	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Επίκριση από άλλους» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Επιθετικότητα», «Παρανοειδής Ιδεασμός» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Επίκριση από άλλους» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρορμητική επιθετικότητα» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Παρανοειδής Ιδεασμός», «Ψυχωτισμός», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρανοειδής επιθετικότητα» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Φοβικό Άγχος», «Παρανοειδής Ιδεασμός» «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων» και «Αϋπνία». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση» και «Ανησυχία».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων «Παραληρηματική ενοχή», «Εξωστρεφής επιθετικότητα», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα» της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 35

		Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,24	0,08	0,23	0,17
	P	0,032	0,485	0,047	0,137
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,48	0,33	0,51	0,50
	P	<0,001	0,003	<0,001	<0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,53	0,41	0,64	0,62
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,44	0,35	0,54	0,52
	P	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Άγχος (SCL-90)	r	0,37	0,37	0,50	0,51
	P	0,001	0,001	<0,001	<0,001
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,36	0,53	0,47	0,63
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,48	0,22	0,47	0,41
	P	<0,001	0,055	<0,001	<0,001
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,35	0,44	0,46	0,55
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,47	0,23	0,51	0,42
	P	<0,001	0,047	<0,001	<0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,51	0,41	0,58	0,59
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,45	0,17	0,36	0,34
	P	<0,001	0,132	0,001	0,002
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,43	0,42	0,61	0,60
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,19	0,23	0,26	0,25
	P	0,088	0,040	0,022	0,025
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,14	0,04	-0,10	0,01

	P	0,227	0,706	0,373	0,899
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,34	0,02	0,25	0,15
	P	0,002	0,862	0,028	0,185
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,29	0,12	0,34	0,23
	P	0,011	0,307	0,002	0,045
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,27	0,15	0,29	0,28
	P	0,015	0,197	0,009	0,012
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,13	0,09	0,28	0,20
	P	0,273	0,413	0,012	0,076
Ενοχή (SCL-90)	r	0,25	0,09	0,45	0,30
	P	0,029	0,439	<0,001	0,009

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παραληρηματική ενοχή» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση» και «Σκέψεις θανάτου». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Παραληρηματική ενοχή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Εξωστρεφής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία», «Βουλιμία», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από την «Πρωινή αφύπνιση». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας επιθετικότητας με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία» και «Σκέψεις θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 36.

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,07	0,01
	P	0,565	0,917
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,47	0,31
	P	<0,001	0,005
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,56	0,42
	P	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,49	0,26
	P	<0,001	0,019
Άγχος (SCL-90)	r	0,35	0,32
	P	0,002	0,004
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,25	0,25
	P	0,030	0,029
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,22	0,28
	P	0,048	0,012
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,51	0,32
	P	<0,001	0,005
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,41	0,26
	P	<0,001	0,020
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,46	0,36
	P	<0,001	0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,21	0,29
	P	0,067	0,009
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,48	0,35
	P	<0,001	0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,35	0,27
	P	0,001	0,017
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,03	0,00
	P	0,781	0,970
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,27	0,03
	P	0,018	0,765
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,32	0,26
	P	0,004	0,021
Βουλμία (SCL-90)	r	0,10	0,12
	P	0,390	0,287
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,18	0,24
	P	0,122	0,036
Ενοχή (SCL-90)	r	0,32	0,22
	P	0,004	0,057

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις Σωματοποίηση», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις Σωματοποίηση», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Βουλιμία» και «Ενοχή».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 37.

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,23	0,30	0,09	0,11	0,24
	P	0,046	0,007	0,456	0,328	0,036
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,21	0,36	0,36	0,27	0,37
	P	0,065	0,001	0,001	0,016	0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,17	0,41	0,37	0,37	0,37
	P	0,133	<0,001	0,001	0,001	0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,22	0,33	0,37	0,38	0,39
	P	0,058	0,003	0,001	0,001	<0,001
Άγχος (SCL-90)	r	0,22	0,41	0,38	0,37	0,41
	P	0,059	<0,001	0,001	0,001	<0,001
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,24	0,21	0,18	0,29	0,28
	P	0,035	0,061	0,111	0,010	0,012
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,23	0,18	0,30	0,34	0,32
	P	0,047	0,120	0,008	0,002	0,004
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,23	0,34	0,31	0,31	0,36
	P	0,040	0,002	0,006	0,006	0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,16	0,29	0,30	0,23	0,28
	P	0,151	0,010	0,007	0,048	0,011
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,22	0,36	0,34	0,34	0,38
	P	0,057	0,001	0,003	0,003	0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών	r	0,22	0,12	0,15	0,19	0,22

Συμπτωμάτων (SCL-90)						
	P	0,056	0,279	0,203	0,100	0,053
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,19	0,43	0,37	0,36	0,40
	P	0,105	<0,001	0,001	0,001	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,04	0,32	0,22	0,16	0,21
	P	0,737	0,005	0,057	0,151	0,060
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,01	-0,16	-0,09	-0,06	-0,06
	P	0,899	0,154	0,446	0,625	0,585
Ανησυχία (SCL-90)	r	-0,04	0,11	0,18	0,08	0,09
	P	0,745	0,333	0,108	0,486	0,408
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,01	0,19	0,24	0,23	0,21
	P	0,903	0,093	0,038	0,043	0,064
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,07	-0,15	-0,09	0,01	-0,02
	P	0,567	0,201	0,446	0,953	0,882
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,01	0,39	0,09	0,21	0,19
	P	0,902	<0,001	0,417	0,062	0,090
Ενοχή (SCL-90)	r	0,12	0,28	0,37	0,32	0,30
	P	0,295	0,012	0,001	0,004	0,008

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Συμπεριφορά αποφυγής» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Σωματοποίηση», «Επιθετικότητα», «Φοβικό άγχος» και «Παρανοειδής ιδεασμός». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Συμπεριφορά αποφυγής» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φοβικές σκέψεις» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Επιθετικότητα», «Φοβικό άγχος», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία» και «Βουλιμία». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Γνωστικό άγχος» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Επιθετικότητα», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Αϋπνία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου». Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Αϋπνία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PASS με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία», «Αϋπνία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 38.

		Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόννο (FPQ- 30)	Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόννο (FPQ-30)	Φόβος που σχετίζεται με πόννο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόννο (FPQ-30)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,15	0,04	-0,08	0,09
	P	0,182	0,757	0,491	0,433
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,31	0,27	0,23	0,28
	P	0,005	0,017	0,042	0,013
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,36	0,20	0,15	0,19
	P	0,001	0,087	0,192	0,103
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,20	0,24	0,13	0,18
	P	0,075	0,031	0,274	0,116
Άγχος (SCL-90)	r	0,33	0,23	0,19	0,27
	P	0,003	0,043	0,103	0,016
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,17	0,11	0,15	0,14
	P	0,146	0,342	0,184	0,232
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,39	0,13	0,17	0,21
	P	<0,001	0,246	0,139	0,063
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,22	0,14	0,10	0,13
	P	0,054	0,217	0,377	0,248
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,25	0,12	0,17	0,19
	P	0,028	0,287	0,147	0,096
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,26	0,17	0,12	0,17
	P	0,023	0,137	0,286	0,127
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,15	0,14	0,00	0,09
	P	0,192	0,229	0,995	0,419
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,28	0,17	0,16	0,20
	P	0,013	0,138	0,165	0,083
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,18	0,05	0,06	0,10
	P	0,112	0,645	0,625	0,382
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,01	-0,03	-0,05	0,02
	P	0,921	0,763	0,634	0,835
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,17	0,08	-0,02	0,08

	P	0,127	0,476	0,839	0,476
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,15	-0,03	-0,11	-0,03
	P	0,193	0,766	0,358	0,825
Βουλιμία (SCL-90)	r	-0,04	-0,02	-0,14	-0,10
	P	0,699	0,896	0,234	0,406
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,33	0,11	0,17	0,21
	P	0,003	0,349	0,130	0,062
Ενοχή (SCL-90)	r	0,30	0,33	0,19	0,27
	P	0,007	0,003	0,088	0,018

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Άγχος», «Φοβικό Άγχος», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων», «Ψυχωτισμός», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Κατάθλιψη», «Άγχος» και «Ενοχή». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις» με τη διάσταση «Ψυχαναγκαστικότητα». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Άγχος» και «Ενοχή».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 39.

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,42	0,43	0,21	0,45
	P	<0,001	<0,001	0,071	<0,001
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,17	0,07	0,04	0,11
	P	0,140	0,538	0,699	0,325
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,40	0,30	0,13	0,36
	P	<0,001	0,007	0,251	0,001
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,44	0,43	0,40	0,49
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,40	0,31	0,28	0,36
	P	<0,001	0,007	0,014	0,001
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,44	0,36	0,16	0,41
	P	<0,001	0,001	0,157	<0,001
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,51	0,45	0,38	0,52
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,56	0,48	0,33	0,55
	P	<0,001	<0,001	0,003	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Χαρακτηρολογική ντροπή», «Συμπεριφορική ντροπή» και της συνολικής βαθμολογίας ντροπής με όλες τις διαστάσεις

της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας με εξαίρεση την «Παρορμητική επιθετικότητα». Άρα, όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες στη παραπάνω διαστάσεις του ESS τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες των συγκεκριμένων διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας. Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματική ντροπή» με τις διαστάσεις «Αυτο-επίκριση», «Παραληρηματική ενοχή», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 40.

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Αποφυγή (ECRI)	r	0,37	0,43	0,29	0,41
	P	0,001	<0,001	0,009	<0,001
Άγχος (ECRI)	r	0,25	0,16	0,14	0,21
	P	0,030	0,163	0,207	0,067

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής. Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με τη διάσταση «Χαρακτηρολογική ντροπή».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 41

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	0,14	0,22	0,35	0,24
	P	0,216	0,057	0,002	0,036
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	0,21	0,36	0,40	0,35
	P	0,065	0,001	<0,001	0,002
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	0,21	0,29	0,32	0,29
	P	0,067	0,009	0,004	0,009
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	0,27	0,35	0,33	0,36
	P	0,018	0,002	0,003	0,001
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	0,26	0,38	0,42	0,38
	P	0,022	0,001	<0,001	0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Χαρακτηρολογική ντροπή» με τις διαστάσεις «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PASS. Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Χαρακτηρολογική ντροπή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες στις συγκεκριμένες διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Συμπεριφορική ντροπή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου εκτός από τη «Συμπεριφορά αποφυγής». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματική ντροπή» καθώς κι της συνολικής βαθμολογίας ντροπής με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 42

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ- 30)	r	0,28	0,24	0,13	0,25
	P	0,013	0,036	0,260	0,028
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,07	0,15	0,20	0,13
	P	0,543	0,204	0,073	0,250
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,20	0,13	0,02	0,16
	P	0,081	0,262	0,855	0,172
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,17	0,14	0,13	0,15
	P	0,142	0,234	0,246	0,189

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής εκτός από τη «Σωματική ντροπή». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία στις συγκεκριμένες διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 43

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,32	0,20
	P	0,004	0,086
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,21	0,30
	P	0,070	0,008
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,42	0,34
	P	<0,001	0,003
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,40	0,43
	P	<0,001	<0,001
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,41	0,39
	P	<0,001	<0,001
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,38	0,37
	P	0,001	0,001
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,49	0,50
	P	<0,001	<0,001
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,51	0,49
	P	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τη διάσταση «Παρορμητική επιθετικότητα». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του HDHQ. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τη διάσταση «Επίκριση από άλλους».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 44

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,23	0,13	0,21	0,23	0,26
	P	0,047	0,247	0,068	0,043	0,024
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,28	0,12	0,25	0,27	0,30
	P	0,012	0,296	0,029	0,016	0,008
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,21	0,20	0,31	0,33	0,31
	P	0,065	0,080	0,006	0,003	0,005
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,20	0,36	0,45	0,45	0,42
	P	0,079	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,18	0,16	0,27	0,30	0,27
	P	0,109	0,154	0,017	0,009	0,015
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,27	0,18	0,30	0,35	0,35
	P	0,016	0,112	0,007	0,002	0,002
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,19	0,34	0,45	0,44	0,41
	P	0,091	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,30	0,29	0,45	0,47	0,46
	P	0,007	0,011	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Συμπεριφορά αποφυγής» με τις διαστάσεις «Επίκριση από άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Εξωστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα». Άρα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Συμπεριφορά αποφυγής» τόσο αυξάνονται και οι συγκεκριμένες βαθμολογίες του HDHQ. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της

διάστασης «Φοβικές σκέψεις» με τις διαστάσεις «Αυτο-επίκριση», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Γνωστικό άγχος» με όλες τις διαστάσεις του HDHQ εκτός από την «Επίκριση από άλλους». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» και της συνολικής βαθμολογίας της PASS με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας HDHQ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 45

		Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ- 30)	Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,25	0,17	0,26	0,24
	P	0,029	0,145	0,021	0,035
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,26	0,17	0,38	0,32
	P	0,022	0,131	0,001	0,004
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,30	0,10	0,32	0,23
	P	0,007	0,406	0,005	0,043
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,37	0,21	0,17	0,22
	P	0,001	0,071	0,137	0,054
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,36	0,07	0,07	0,14
	P	0,001	0,520	0,532	0,221
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,34	0,16	0,42	0,33
	P	0,002	0,174	<0,001	0,003
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,43	0,17	0,17	0,22
	P	<0,001	0,137	0,143	0,051
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,45	0,21	0,38	0,35
	P	<0,001	0,069	0,001	0,002

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» με όλες τις διαστάσεις του HDHQ. Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους σε όλες τις διαστάσεις του HDHQ. Η διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο» δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις διαστάσεις του HDHQ. Τέλος, η διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις» καθώς και η συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο σχετίζονταν σημαντικά θετικά με τις διαστάσεις «Επίκριση από άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα», «Εξωστρεφής επιθετικότητα» και με τη συνολική βαθμολογία του HDHQ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 46

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	0,14	0,08
	P	0,226	0,484
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	0,49	0,10
	P	<0,001	0,384
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	0,58	0,29
	P	<0,001	0,010
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	0,28	0,29
	P	0,012	0,011
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	0,41	0,23
	P	<0,001	0,042

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας PASS εκτός από τη διάσταση «Συμπεριφορά αποφυγής». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του PASS. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τις διαστάσεις «Συμπεριφορά αποφυγής» και «Φοβικές σκέψεις».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 47

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	r	0,33	0,23
	P	0,003	0,044
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,31	-0,01
	P	0,006	0,955
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,18	0,27
	P	0,115	0,015
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,30	0,18
	P	0,008	0,122

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου εκτός από τη διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του FPQ. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τις διαστάσεις «Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο» και τη συνολική βαθμολογία φόβου του πόνου.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 48

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	r	0,31	0,45	0,38	0,42	0,45
	P	0,006	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,55	0,37	0,48	0,43	0,53
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,27	0,20	0,37	0,37	0,35
	P	0,016	0,083	0,001	0,001	0,002
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,44	0,36	0,46	0,43	0,49
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο», «Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο» και της συνολικής βαθμολογίας φόβου για τον πόνο με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου. Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στις διαστάσεις «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο», «Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο» ή η συνολική βαθμολογία τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους σε όλες τις διαστάσεις του PASS. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις » με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης

συμπτωμάτων άγχους του πόνου εκτός από τη διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις».

3.6 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων ψυχοπαθολογίας για τις γυναίκες με ινομυώματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 49

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,11	0,01	0,15	0,10
	P	0,546	0,940	0,389	0,580
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,16	0,25	0,11	0,10
	P	0,377	0,162	0,533	0,585
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,38	0,27	0,40	0,21
	P	0,025	0,124	0,019	0,233
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,44	0,41	0,46	0,27
	P	0,009	0,016	0,006	0,123
Άγχος (SCL-90)	r	0,28	0,21	0,29	0,12
	P	0,111	0,224	0,102	0,517
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,40	0,26	0,31	0,34
	P	0,018	0,139	0,079	0,048
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,26	0,22	0,31	0,07
	P	0,142	0,217	0,071	0,706
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,14	0,03	0,09	0,14
	P	0,435	0,884	0,602	0,421
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,59	0,51	0,53	0,44
	P	<0,001	0,002	0,001	0,010
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,40	0,32	0,39	0,25
	P	0,020	0,063	0,024	0,161
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,19	0,12	0,16	0,08
	P	0,278	0,488	0,352	0,672

Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,26	0,24	0,30	0,11
	P	0,137	0,172	0,080	0,545
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,19	0,13	0,25	0,10
	P	0,272	0,460	0,157	0,568
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,31	-0,18	-0,19	-0,48
	P	0,072	0,307	0,271	0,004
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,07	0,15	0,00	-0,09
	P	0,701	0,385	0,994	0,621
Ανορεξία (SCL-90)	r	-0,21	-0,08	-0,25	-0,35
	P	0,222	0,652	0,162	0,045
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,18	0,31	0,25	0,04
	P	0,314	0,070	0,160	0,836
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	-0,12	-0,07	-0,09	-0,12
	P	0,503	0,696	0,611	0,514
Ενοχή (SCL-90)	r	0,23	0,13	0,18	0,17
	P	0,200	0,448	0,304	0,333

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας OAS με τις διαστάσεις του SCL-90 «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Επιθετικότητα», «Ψυχωτισμός» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα OAS τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις διαστάσεις αυτές. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κατωτερότητας» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Κατάθλιψη» και «Ψυχωτισμός». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Ψυχωτισμός» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με τη διάσταση «Ψυχωτισμός» ενώ σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάσταση «Πρωινή αφύπνιση».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 50

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	r	0,35	0,56	0,30	0,19
	P	0,043	0,001	0,084	0,272
Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	r	0,40	0,61	0,31	0,22
	P	0,019	<0,001	0,074	0,218
Σωματική ντροπή (ESS)	r	0,34	0,44	0,45	0,15
	P	0,050	0,009	0,008	0,385
Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)	r	0,41	0,61	0,41	0,21
	P	0,015	<0,001	0,015	0,227

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της OAS και της διάστασης «Αίσθημα κατωτερότητας» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS). Οπότε όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών ή η βαθμολογία τους στη διάσταση «Αίσθημα κατωτερότητας» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της ESS. Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με τη διάσταση «Σωματική ντροπή» και με τη συνολική βαθμολογία ντροπής. Η διάσταση «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις διαστάσεις του ESS.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 51

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	-0,25	-0,04	-0,14	-0,40
	P	0,154	0,828	0,441	0,019
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	-0,16	0,08	-0,06	-0,35
	P	0,355	0,666	0,720	0,044
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	-0,15	0,04	-0,03	-0,35
	P	0,397	0,801	0,863	0,040
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	-0,17	-0,02	-0,07	-0,31
	P	0,333	0,924	0,700	0,070
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	-0,21	-0,01	-0,09	-0,38
	P	0,240	0,960	0,605	0,025

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με τις διαστάσεις «Συμπεριφορά αποφυγής», «Φοβικές σκέψεις» και «Γνωστικό άγχος». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» τόσο μειώνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συμπεριφορά αποφυγής», «Φοβικές σκέψεις» και «Γνωστικό άγχος».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 52

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Αποφυγή (ECRI)	r	-0,05	0,10	-0,09	-0,08
	P	0,767	0,586	0,606	0,672
Άγχος (ECRI)	r	0,33	0,20	0,22	0,22
	P	0,059	0,254	0,211	0,204

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 53

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	r	0,17	0,00	0,33	0,08
	P	0,339	0,999	0,057	0,660
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	-0,02	-0,06	0,05	-0,06
	P	0,891	0,736	0,789	0,732
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,11	-0,01	0,21	0,02
	P	0,549	0,971	0,227	0,898
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,09	-0,01	0,21	0,00
	P	0,595	0,969	0,237	0,989

Δεν υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS).

Πίνακας 54

		Συνολική βαθμολογία (OAS)	Αίσθημα κατωτερότητας (OAS)	Αίσθημα κενού (OAS)	Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη (OAS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,26	0,19	0,31	0,17
	P	0,139	0,275	0,075	0,347
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,38	0,20	0,37	0,37
	P	0,026	0,266	0,029	0,033
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,12	0,12	0,22	-0,05
	P	0,500	0,503	0,214	0,764
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,44	0,54	0,42	0,24
	P	0,009	0,001	0,015	0,172
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,48	0,35	0,35	0,45
	P	0,004	0,041	0,044	0,007
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,30	0,19	0,38	0,16
	P	0,082	0,287	0,029	0,363
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,52	0,57	0,46	0,35
	P	0,002	<0,001	0,006	0,045
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,46	0,40	0,46	0,30
	P	0,006	0,018	0,006	0,089

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας OAS και της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τις «Επίκριση από άλλους», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Εξωστρεφής επιθετικότητα». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα OAS ή η βαθμολογία τους στις διάσταση «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του HDHQ. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κατωτερότητας» με όλες τις

διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από τις «Επίκριση από άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Εξωστρεφής επιθετικότητα». Ακόμα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αίσθημα κενού» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας εκτός από την «Επίκριση από άλλους» και τη «Παρανοειδής επιθετικότητα». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με τις διαστάσεις «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παραληρηματική ενοχή» και «Ενδοστρεφής επιθετικότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS).

Πίνακας 55

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	-0,12	-0,01	0,10	-0,05
	P	0,494	0,967	0,576	0,794
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,25	0,46	0,14	0,34
	P	0,150	0,006	0,415	0,049
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,15	0,38	0,18	0,31
	P	0,413	0,027	0,296	0,070
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,24	0,47	0,28	0,39
	P	0,173	0,005	0,106	0,024
Άγχος (SCL-90)	r	0,36	0,33	0,24	0,38
	P	0,038	0,059	0,168	0,025
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,13	0,30	0,15	0,24
	P	0,450	0,087	0,392	0,166
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,12	0,17	-0,02	0,13
	P	0,501	0,337	0,905	0,470
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,11	0,12	0,19	0,15
	P	0,540	0,496	0,275	0,406
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,38	0,45	0,40	0,47
	P	0,027	0,008	0,020	0,005
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	r	0,22	0,37	0,26	0,33

(SCL-90)					
	P	0,208	0,033	0,137	0,060
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	-0,09	0,16	-0,04	0,05
	P	0,632	0,374	0,820	0,774
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,28	0,35	0,32	0,34
	P	0,107	0,044	0,067	0,046
Αϋπνία (SCL-90)	r	-0,01	-0,02	0,12	0,02
	P	0,963	0,913	0,508	0,925
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,13	-0,08	-0,31	-0,15
	P	0,462	0,645	0,075	0,405
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,17	0,25	0,24	0,22
	P	0,325	0,155	0,166	0,203
Ανορεξία (SCL-90)	r	-0,07	-0,11	-0,12	-0,13
	P	0,680	0,532	0,487	0,464
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,33	0,14	0,32	0,27
	P	0,054	0,414	0,065	0,122
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,08	-0,07	0,02	0,01
	P	0,638	0,703	0,909	0,957
Ενοχή (SCL-90)	r	0,45	0,52	0,11	0,47
	P	0,007	0,002	0,553	0,005

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ντροπής με τις διαστάσεις «Ψυχαναγκαστικότητα», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Ψυχωτισμός», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» και «Ενοχή». Οπότε, όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία ντροπής των συμμετεχουσών τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις διαστάσεις αυτές. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Χαρακτηρολογική ντροπή» με τις διαστάσεις «Άγχος», «Ψυχωτισμός» και «Ενοχή». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Συμπεριφορική ντροπή» με τις διαστάσεις «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Ψυχωτισμός», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» και «Ενοχή». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Σωματική ντροπή» με τη διάσταση «Ψυχωτισμός».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων «Επίκριση από

άλλους», «Παρορμητική επιθετικότητα», «Παρανοειδής επιθετικότητα» και «Αυτο-επίκριση» της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 56.

		Επίκριση από άλλους (HDHQ)	Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	Αυτο- επίκριση (HDHQ)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,17	0,37	0,12	0,27
	P	0,349	0,033	0,516	0,118
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,35	0,00	0,23	0,34
	P	0,045	0,978	0,187	0,047
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,58	0,42	0,36	0,60
	P	<0,001	0,014	0,035	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,29	0,32	0,23	0,35
	P	0,093	0,063	0,201	0,045
Άγχος (SCL-90)	r	0,39	0,13	0,23	0,49
	P	0,022	0,467	0,182	0,004
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,43	0,52	0,13	0,56
	P	0,011	0,002	0,474	0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,50	0,15	0,45	0,26
	P	0,003	0,407	0,007	0,145
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,44	0,30	0,46	0,45
	P	0,010	0,086	0,007	0,007
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,42	0,47	0,47	0,63
	P	0,015	0,005	0,005	<0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,50	0,38	0,35	0,64
	P	0,003	0,025	0,042	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,23	0,20	0,11	0,35
	P	0,196	0,257	0,525	0,045
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,46	0,34	0,40	0,46
	P	0,006	0,051	0,019	0,006
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,44	0,31	0,28	0,30
	P	0,009	0,072	0,114	0,082
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	0,19	0,11	0,17	-0,05
	P	0,284	0,537	0,340	0,765
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,41	0,34	0,34	0,58
	P	0,017	0,048	0,051	<0,001
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,27	-0,04	0,20	0,08
	P	0,127	0,813	0,266	0,669
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,16	0,23	0,32	0,41

	P	0,368	0,186	0,069	0,017
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,26	-0,10	0,01	0,02
	P	0,143	0,569	0,951	0,914
Ενοχή (SCL-90)	r	0,31	0,07	0,27	0,40
	P	0,077	0,682	0,128	0,019

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Επίκριση από άλλους» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Ψυχαναγκαστικότητα», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Φοβικό Άγχος», «Παρανοειδής Ιδεασμός», «Ψυχωτισμός», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων», «Αϋπνία» και «Ανησυχία». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Επίκριση από άλλους» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρορμητική επιθετικότητα» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Σωματοποίηση», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Επιθετικότητα», «Ψυχωτισμός», «Ανησυχία» και «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρανοειδής επιθετικότητα» με τις διαστάσεις του SCL-90 «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Φοβικό Άγχος», «Παρανοειδής Ιδεασμός», «Ψυχωτισμός», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων» και «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Αντίληψη για την αντίδραση όταν κάνει λάθη» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Φοβικό Άγχος», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανορεξία» και «Σκέψεις θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων «Παραληρηματική ενοχή», «Εξωστρεφής επιθετικότητα», «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» και «Συνολική επιθετικότητα» της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 57.

		Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,17	0,28	0,26	0,35
	P	0,340	0,107	0,135	0,042
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,31	0,26	0,39	0,37
	P	0,079	0,141	0,024	0,030
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,58	0,61	0,69	0,72
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,41	0,37	0,42	0,46
	P	0,017	0,033	0,014	0,006
Άγχος (SCL-90)	r	0,37	0,32	0,51	0,50
	P	0,033	0,065	0,002	0,003
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,37	0,45	0,54	0,59
	P	0,033	0,008	0,001	<0,001
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,15	0,53	0,26	0,49
	P	0,409	0,001	0,138	0,003
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,38	0,53	0,46	0,61
	P	0,026	0,001	0,006	<0,001
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,42	0,55	0,63	0,71
	P	0,014	0,001	<0,001	<0,001
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,50	0,54	0,67	0,72
	P	0,003	0,001	<0,001	<0,001
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,36	0,26	0,38	0,38
	P	0,039	0,138	0,025	0,026
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,29	0,53	0,47	0,59
	P	0,092	0,001	0,005	<0,001
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,28	0,48	0,33	0,50
	P	0,114	0,004	0,056	0,003
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,07	0,22	-0,05	0,09
	P	0,714	0,213	0,799	0,631
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,22	0,46	0,52	0,57

	P	0,217	0,006	0,002	<0,001
Ανορεξία (SCL-90)	r	-0,09	0,21	0,02	0,17
	P	0,607	0,229	0,921	0,339
Βουλιμία (SCL-90)	r	0,12	0,30	0,34	0,37
	P	0,497	0,090	0,050	0,029
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	-0,08	0,09	0,00	0,04
	P	0,645	0,615	0,989	0,836
Ενοχή (SCL-90)	r	0,48	0,28	0,48	0,45
	P	0,004	0,114	0,004	0,008

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παραληρηματική ενοχή» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα», «Φοβικό Άγχος», «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανησυχία», «Ανορεξία», «Βουλιμία» και «Σκέψεις θανάτου». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Παραληρηματική ενοχή» τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Εξωστρεφής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Ψυχαναγκαστικότητα», «Άγχος», «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανορεξία», «Βουλιμία», «Σκέψεις θανάτου» και «Ενοχή». Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Σωματοποίηση», «Φοβικό Άγχος», «Αϋπνία», «Πρωινή αφύπνιση», «Ανορεξία», «Σκέψεις θανάτου». Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας επιθετικότητας με όλες τις διαστάσεις του SCL-90 εκτός από τις «Πρωινή αφύπνιση», «Ανορεξία» και «Σκέψεις θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 58

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	-0,59	-0,08
	P	<0,001	0,640
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	-0,22	0,16
	P	0,211	0,361
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	-0,38	0,45
	P	0,027	0,007
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	-0,15	0,29
	P	0,412	0,101
Άγχος (SCL-90)	r	-0,14	0,32
	P	0,422	0,063
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	-0,52	0,18
	P	0,002	0,315
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	-0,15	0,24
	P	0,404	0,166
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	-0,27	0,19
	P	0,121	0,271
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	-0,24	0,20
	P	0,178	0,255
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	-0,41	0,27
	P	0,016	0,122
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	-0,10	0,35
	P	0,567	0,041
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	-0,52	0,08
	P	0,002	0,661
Αϋπνία (SCL-90)	r	-0,23	0,20
	P	0,183	0,257
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,10	0,04
	P	0,582	0,833
Ανησυχία (SCL-90)	r	-0,31	0,15
	P	0,077	0,404
Ανορεξία (SCL-90)	r	-0,11	0,04
	P	0,519	0,826
Βουλιμία (SCL-90)	r	-0,25	-0,10
	P	0,149	0,590
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,12	0,17
	P	0,501	0,342

Ενοχή (SCL-90)	r	-0,27	0,16
	P	0,121	0,376

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με τις διαστάσεις «Σωματοποίηση», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Επιθετικότητα», «Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων» και «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Αποφυγή» τόσο μειώνονται οι βαθμολογίες τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του SCL-90. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με τις διαστάσεις «Διαπροσωπική ευαισθησία» και «Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 59

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	0,08	0,02	0,03	0,10	0,06
	P	0,657	0,929	0,881	0,565	0,746
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	0,10	0,20	0,21	0,23	0,17
	P	0,573	0,254	0,240	0,192	0,324
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	-0,09	-0,04	0,05	-0,09	-0,05
	P	0,624	0,807	0,758	0,631	0,798
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	-0,06	0,03	-0,02	-0,11	-0,06
	P	0,739	0,866	0,911	0,550	0,742
Άγχος (SCL-90)	r	0,18	0,16	0,25	0,18	0,20
	P	0,321	0,379	0,153	0,317	0,261
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	-0,08	-0,11	-0,03	-0,12	-0,11
	P	0,639	0,531	0,887	0,516	0,544
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,19	0,13	0,28	0,19	0,21
	P	0,293	0,475	0,106	0,274	0,222
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,02	0,09	0,09	0,06	0,07
	P	0,909	0,614	0,599	0,740	0,678
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	-0,02	0,16	0,16	0,15	0,09
	P	0,929	0,371	0,373	0,405	0,593
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,14	0,16	0,21	0,16	0,16
	P	0,446	0,356	0,243	0,352	0,353
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,11	0,08	0,23	0,13	0,15
	P	0,528	0,672	0,188	0,477	0,403
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,10	0,15	0,11	0,11	0,11
	P	0,574	0,397	0,540	0,523	0,532
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,32	0,29	0,31	0,29	0,33
	P	0,062	0,096	0,074	0,094	0,058
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,15	-0,18	-0,09	-0,20	-0,16
	P	0,386	0,317	0,601	0,250	0,365
Ανησυχία (SCL-90)	r	0,24	0,29	0,21	0,25	0,25
	P	0,179	0,096	0,226	0,154	0,151
Ανορεξία (SCL-90)	r	0,03	0,04	0,12	0,04	0,06
	P	0,866	0,807	0,488	0,817	0,715

Βουλιμία (SCL-90)	r	0,26	0,41	0,18	0,35	0,31
	P	0,133	0,017	0,297	0,041	0,078
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	0,32	0,28	0,27	0,28	0,32
	P	0,064	0,115	0,123	0,103	0,066
Ενοχή (SCL-90)	r	0,27	0,17	0,25	0,23	0,22
	P	0,126	0,332	0,152	0,194	0,208

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Φοβικές σκέψεις» και «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» με τη διάσταση «Βουλιμία». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Φοβικές σκέψεις» ή στη διάσταση «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στη διάσταση «Βουλιμία». Οι υπόλοιπες διαστάσεις του PASS δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τις διαστάσεις του SCL-90.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 60.

		Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ- 30)	Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)
Σωματοποίηση (SCL-90)	r	-0,15	0,04	0,10	-0,03
	P	0,409	0,822	0,558	0,873
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	r	-0,14	-0,06	-0,04	-0,11
	P	0,430	0,738	0,814	0,544
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	r	0,15	0,12	0,07	0,11
	P	0,394	0,500	0,713	0,551
Κατάθλιψη (SCL-90)	r	0,16	-0,02	0,06	0,05
	P	0,355	0,891	0,754	0,781
Άγχος (SCL-90)	r	0,28	0,09	0,27	0,20
	P	0,106	0,603	0,124	0,247
Επιθετικότητα (SCL-90)	r	0,03	0,06	-0,06	0,01
	P	0,867	0,751	0,722	0,967
Φοβικό Άγχος (SCL-90)	r	0,13	0,01	0,07	0,10
	P	0,462	0,959	0,683	0,579
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90)	r	0,20	0,22	0,29	0,24
	P	0,256	0,211	0,097	0,173
Ψυχωτισμός (SCL-90)	r	0,21	0,08	0,20	0,18
	P	0,234	0,667	0,269	0,315
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,13	0,08	0,17	0,12
	P	0,469	0,634	0,342	0,505
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,08	0,16	0,19	0,15
	P	0,653	0,355	0,270	0,391
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	r	0,13	0,05	0,11	0,09
	P	0,456	0,797	0,538	0,632
Αϋπνία (SCL-90)	r	0,12	0,06	0,12	0,12
	P	0,490	0,740	0,512	0,494
Πρωινή αφύπνιση (SCL-90)	r	-0,08	-0,06	-0,16	-0,08
	P	0,644	0,726	0,375	0,651
Ανησυχία (SCL-90)	r	-0,02	-0,03	0,08	0,02

	P	0,922	0,859	0,650	0,890
Ανορεξία (SCL-90)	r	-0,01	0,02	0,00	0,04
	P	0,958	0,931	0,986	0,812
Βουλιμία (SCL-90)	r	-0,17	-0,17	-0,06	-0,16
	P	0,338	0,331	0,716	0,378
Σκέψεις θανάτου (SCL-90)	r	-0,04	-0,32	-0,21	-0,22
	P	0,810	0,065	0,232	0,202
Ενοχή (SCL-90)	r	0,34	0,29	0,28	0,28
	P	0,047	0,090	0,111	0,107

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» με τη διάσταση «Ενοχή». Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην διάσταση «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο» τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στη διάσταση «Ενοχή». Οι υπόλοιπες διαστάσεις του FPQ δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τις διαστάσεις του SCL-90.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ).

Πίνακας 61

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,01	0,01	0,08	0,05
	P	0,942	0,948	0,649	0,760
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,04	0,10	0,20	0,13
	P	0,830	0,565	0,260	0,455
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,28	0,10	0,24	0,24
	P	0,104	0,587	0,172	0,164
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,46	0,38	0,58	0,52
	P	0,007	0,026	<0,001	0,002
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,15	0,22	0,17	0,20
	P	0,404	0,212	0,323	0,261
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,07	0,07	0,19	0,13
	P	0,678	0,712	0,294	0,453
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,41	0,39	0,50	0,48
	P	0,017	0,021	0,003	0,004
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,26	0,24	0,36	0,32
	P	0,139	0,177	0,035	0,066

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Αυτο-επίκριση» και «Ενδοστρεφής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας ESS. Άρα, όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες στη παραπάνω διαστάσεις του HDHQ τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες

όλων των διαστάσεων του ESS. Τέλος, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της συνολικής επιθετικότητας με τη διάσταση «Σωματική ντροπή».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 62.

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Αποφυγή (ECRI)	r	0,06	0,06	-0,07	0,04
	P	0,733	0,731	0,694	0,811
Άγχος (ECRI)	r	-0,18	-0,02	-0,09	-0,09
	P	0,297	0,915	0,632	0,608

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 63

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	0,12	0,07	0,08	0,09
	P	0,517	0,697	0,673	0,595
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	0,25	0,13	0,31	0,22
	P	0,156	0,452	0,071	0,210
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	0,18	0,15	0,15	0,21
	P	0,296	0,391	0,412	0,238
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	0,18	0,07	0,14	0,15
	P	0,320	0,677	0,418	0,410
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	0,15	0,07	0,14	0,13
	P	0,407	0,713	0,423	0,469

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 64

		Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS)	Συμπεριφορική ντροπή (ESS)	Σωματική ντροπή (ESS)	Συνολική βαθμολογία ντροπής (ESS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ- 30)	r	0,21	0,19	0,18	0,28
	P	0,243	0,274	0,318	0,103
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,15	0,25	0,09	0,26
	P	0,390	0,146	0,629	0,142
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,15	0,19	0,17	0,24
	P	0,408	0,269	0,324	0,166
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,13	0,20	0,13	0,24
	P	0,454	0,262	0,472	0,176

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI).

Πίνακας 65.

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	-0,13	0,34
	P	0,455	0,050
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,38	-0,08
	P	0,025	0,649
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,01	0,09
	P	0,963	0,626
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	-0,25	0,23
	P	0,158	0,191
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	-0,10	0,65
	P	0,577	<0,001
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,25	0,20
	P	0,153	0,260
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,18	0,43
	P	0,309	0,011
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,27	0,31
	P	0,126	0,073

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με όλες τη διάσταση «Παρορμητική επιθετικότητα». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Αποφυγή» τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στη διάσταση «Παρορμητική επιθετικότητα». Αντίθετα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Άγχος» με τις διαστάσεις «Επίκριση από άλλους», «Παραληρηματική ενοχή» και «Ενδοστρεφής επιθετικότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 66.

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,01	-0,04	0,07	-0,02	0,01
	P	0,974	0,821	0,680	0,929	0,945
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	-0,21	-0,14	-0,18	-0,20	-0,20
	P	0,230	0,436	0,308	0,263	0,251
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,18	0,35	0,29	0,31	0,30
	P	0,314	0,044	0,102	0,071	0,085
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,15	0,30	0,28	0,21	0,23
	P	0,401	0,081	0,104	0,232	0,191
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	-0,25	-0,20	-0,17	-0,26	-0,22
	P	0,156	0,269	0,345	0,142	0,204
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,03	0,08	0,12	0,06	0,08
	P	0,873	0,643	0,502	0,732	0,646
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,01	0,15	0,15	0,06	0,09
	P	0,944	0,389	0,387	0,732	0,621
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,04	0,15	0,16	0,10	0,11
	P	0,831	0,391	0,370	0,589	0,527

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Φοβικές σκέψεις» με τη διάσταση «Παρανοειδής επιθετικότητα». Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υπολοίπων διαστάσεων της PASS και των διαστάσεων της κλίμακας HDHQ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 67

		Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ- 30)	Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)
Επίκριση από άλλους (HDHQ)	r	0,17	0,03	0,03	0,11
	P	0,330	0,886	0,884	0,525
Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,05	0,06	0,01	0,07
	P	0,775	0,743	0,935	0,692
Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,34	0,35	0,38	0,41
	P	0,053	0,040	0,026	0,017
Αυτο-επίκριση (HDHQ)	r	0,10	0,08	0,12	0,10
	P	0,573	0,646	0,485	0,569
Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)	r	0,24	0,11	0,19	0,18
	P	0,177	0,520	0,295	0,321
Εξωστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,21	0,20	0,16	0,24
	P	0,242	0,259	0,366	0,171
Ενδοστρεφής επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,19	0,11	0,18	0,16
	P	0,290	0,547	0,305	0,370
Συνολική επιθετικότητα (HDHQ)	r	0,22	0,21	0,22	0,25
	P	0,213	0,240	0,217	0,153

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρανοειδής επιθετικότητα» με όλες τις διαστάσεις του FPQ εκτός από τη «Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο». Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη διάσταση «Παρανοειδής επιθετικότητα» τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις του FPQ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Πίνακας 68.

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	r	0,03	-0,24
	P	0,877	0,172
Φοβικές σκέψεις (PASS)	r	0,06	-0,22
	P	0,716	0,218
Γνωστικό άγχος (PASS)	r	0,07	-0,12
	P	0,680	0,507
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	r	0,04	-0,23
	P	0,843	0,187
Συνολική βαθμολογία (PASS)	r	0,07	-0,17
	P	0,706	0,334

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 69.

		Αποφυγή (ECRI)	Άγχος (ECRI)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-30)	r	0,28	0,16
	P	0,103	0,354
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ-30)	r	0,08	-0,06
	P	0,649	0,750
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,22	0,08
	P	0,214	0,649
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ-30)	r	0,23	0,09
	P	0,181	0,594

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

Πίνακας 70.

		Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Γνωστικό άγχος (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)	Συνολική βαθμολογία (PASS)
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ (FPQ-30)	r	0,04	0,01	0,14	0,07	0,07
	P	0,826	0,971	0,423	0,679	0,689
Φόβος που σχετίζεται με δριμύ πόνο (FPQ- 30)	r	0,10	0,01	0,19	0,14	0,11
	P	0,571	0,965	0,291	0,417	0,533
Φόβος που σχετίζεται με πόνο από ιατρικές παρεμβάσεις (FPQ-30)	r	0,09	0,04	0,19	0,21	0,15
	P	0,625	0,823	0,292	0,243	0,407
Συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο (FPQ- 30)	r	0,07	0,01	0,18	0,15	0,11
	P	0,679	0,945	0,308	0,407	0,521

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS) και των διαστάσεων της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ).

4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση ινομυωμάτων και σε γυναίκες που έχουν κάνει καισαρική τομή έδειξε σημαντικές διαφορές ως προς την ψυχοπαθολογία των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με αφαίρεση ινομυωμάτων παρουσίασαν, όπως ήταν αναμενόμενο, στην κατάθλιψη, τη σωματοποίηση, και το άγχος σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες που προσέρχονται για ινομυωματεκτομή είναι ήδη ψυχολογικά επιβαρυνμένες λόγω των αρνητικών επακολούθων που προκαλούν ο πόνος και η μηνορραγία στην ποιότητα ζωής τους. Πάνω σε αυτό, οι Δίνας και συν., 2006, αναφέρουν ότι τα ινομώματα εκλαμβάνονται από πολλούς ως ψυχοσωματική νόσος και, βασιζόμενοι σε αυτό, εκφράζουν το ερώτημα αν η εμφάνιση των ινομυωμάτων αποδίδεται σε σωματοποίηση λόγω της υπέρμετρης και ανολοκλήρωτης επιθυμίας για τεκνοποίηση.

Επίσης, ο Vollenhoven, 1998, αναφέρει ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη ινομώματος είναι διπλάσιος σε γυναίκες με ιστορικό στειρότητας. Από την άλλη βέβαια, οι Jun και συν., 2000, αναφέρουν πως μετά την αφαίρεση των ινομυωμάτων βελτιώνονται σημαντικά τα ποσοστά γονιμότητας. Επιπλέον, οι Okunlola και συν., 2009, σε μια μελέτη τους υποστηρίζουν ότι μετά από επέμβαση υστερεκτομής υπήρξε σημαντική μείωση στο επίπεδο κατάθλιψης των γυναικών που ίσως οφείλεται στην εξάλειψη των δυσμενών προεγχειρητικών συμπτωμάτων της μηνορραγίας, του πυελικού πόνου, και της κοιλιακής διάτασης.

Ακόμα, πρέπει να αναφερθεί ότι, στην κλίμακα ψυχοπαθολογίας, παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάσταση «αϋπνία» ανάμεσα στις γυναίκες με αφαίρεση ινομυωμάτων και σε εκείνες με καισαρική τομή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ινομώματα αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα αϋπνίας συγκριτικά με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή. Ωστόσο, οι διαταραχές του ύπνου δεν έχουν περιγραφεί ως καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει το βίωμα του πόνου μετεγχειρητικά.

Από την άλλη πλευρά, μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή βιώνουν προεγχειρητικά άγχος που σχετίζεται με την έκβαση της επέμβασης και τη γέννηση ενός υγιούς παιδιού, αλλά και μετεγχειρητικά, λόγω της

μετάβασης στη μητρότητα (Blisset et al, 2007). Επίσης, οι Ryding και συν., 1998, σε έρευνά τους βρήκαν ότι ο φόβος είναι ένα από τα αρνητικά συναισθήματα που δεσπόζουν κατά την καισαρική τομή. Ωστόσο, οι γυναίκες με καισαρική τομή στην μελέτη μας παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «άγχος» και «κατάθλιψη» σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ινομυωματεκτομή. Πάνω σε αυτό, η Wiklund, 2007, αναφέρει ότι τραυματικές εμπειρίες κατά τον τοκετό μπορεί να σχετίζονται με επιλόχεια κατάθλιψη και μετατραυματικό stress. Συνεχίζοντας όμως, αναφέρει πως σε μια μεταανάλυση δεν βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ καισαρικής τομής και κατάθλιψης. Στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή μετεγχειρητικά και στην γρήγορη αναρρωση του σημαντικό ρόλο παίζει και το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο από το οποίο πλαισιώνεται. Οι Hobson και συν., 2005, θεωρούν πολύ σημαντική για τη μετεγχειρητική πορεία των γυναικών τη συναισθηματική υποστήριξη του συζύγου και την επαρκή πληροφόρηση από το θεράποντα γιατρο. Κάτω από το πρίσμα αυτό, στην ίδια μελέτη συμπεραίνουν ότι λιγότερο προεγχειρητικό άγχος σχετίζεται με μεγαλύτερη μητρική ικανοποίηση και καλύτερη ανάρρωση. Σε μια άλλη έρευνα, Salmon, 1992, οι σύζυγοι και οι νοσηλευτές αξιολογούνται από τους ασθενείς ως οι βασικές πηγές υποστήριξής τους.

Ως προς τα επίπεδα ντροπής, η υπόθεση, ότι οι γυναίκες με αφαίρεση ινομυώματος θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ντροπής σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, δεν φάνηκε να υποστηρίζεται στη μελέτη μας, καθώς δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των γυναικών των δύο ομάδων. Ωστόσο, γυναίκες που υποβάλλονται σε γυναικολογικές επεμβάσεις βιώνουν συχνά αισθήματα ενοχών και ντροπής και καταλαμβάνονται από το φόβο της «αναπηρίας» και της εγκατάληψης από το σύντροφο τους (Bayram;Beji; 2010). Επίσης, οι Ryding και συν., 1998, υποστηρίζουν ότι γυναίκες μετα από καισαρική τομή, παρ'όλο που δεν ανέφεραν συχνά αισθήματα ντροπής και ενοχής, ένιωθαν υπεύθυνες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική.

Όσον αφορά στην επιθετικότητα, οι συμμετέχουσες με αφαίρεση ινομυωμάτων έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της παρανοειδούς επιθετικότητας και της αυτοεπίκρισης. Οι Fancer et al, 1973, αναφέρουν ότι ο θυμός με κατεύθυνση στον εσωτερικό κόσμο θεωρείται ως αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη κατάθλιψης. Επίσης, σε σχέση με αυτό, οι Akiko et al, 1999, βρήκαν ότι η ένταση θυμού κατά εαυτού έχει σαφή σχέση με την κατάθλιψη και τη σοβαρότητα του πόνου.

Ωστόσο, όσον αφορά στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή πρέπει να αναφέρουμε ότι οι Blisset et al, 2007, συσχετίζουν την εμφάνιση εχθρότητας και κατάθλιψης με τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, παρ'ότι στη μελέτη μας τα αποτελέσματά τους σε αυτές τις διαστάσεις παρουσιάζονται πολύ χαμηλότερα συγκριτικά με την άλλη ομάδα γυναικών.

Ως προς τα επίπεδα των τύπων δεσμού, η υπόθεση, ότι τα επίπεδα αποφυγής στενού δεσμού με τον σύντροφο των ασθενών με ινομυωματοεκτομή θα είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική, δεν επαληθεύτηκε στην παρούσα μελέτη. Προέκυψε, ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση «άγχος» στο οποίο οι γυναίκες με αφαίρεση ινομυωμάτων είχαν πολύ υψηλή βαθμολογία. Αυτό δεν προκαλεί εντύπωση καθώς οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις, βάλλονται από εσωτερικές διεργασίες φόβου και εγκατάληψης από το σύντροφο. Όπως άλλωστε προαναφέραμε, οι γυναικολογικές επεμβάσεις προκαλούν αισθήματα «ευνουχισμού» στις γυναίκες, οι οποίες μετεγχειρητικά αγωνιούν μήπως οι σύντροφοί τους τις θεωρήσουν «ανάπηρες» και τις απορρίψουν (Bayram;Beji; 2010).

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες με καισαρική τομή παρουσιάζουν, όπως αρχικά έχουμε υποθέσει, χαμηλά επίπεδα στο άγχος του πόνου σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση ινομυωμάτων. Αυτό δεν προκαλεί εντύπωση καθώς μετά το πέρας του χειρουργικού stress και της ολοκλήρωσης της καισαρικής, η προσοχή τους αποσπάται στη φροντίδα και την ενασχόληση με το βρέφος, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο με την άλλη ομάδα γυναικών που έχει να αντιμετωπίσει το άγχος της ανάρρωσης από την αφαίρεση όγκων από τη μήτρα της. Επίσης, οι γυναίκες με ινομυωματοεκτομή βρίσκονται αντιμέτωπες με το μετεγχειρητικό πόνο, η ένταση του οποίου είναι συνυφασμένη με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Perry et al, 1994, Jamison et al, 1993). Οι Okunlola και συν., 2009, σε μελέτη που έκαναν σε Νιγηριανές μετά από υστερεκτομή για διάφορες γυναικολογικές παθήσεις, συμπερασματικά αναφέρουν ότι αυξημένες αγχώδεις διαταραχές μετεγχειρητικά παρουσίασαν οι γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με ινομώματα.

Σχετικά με τα επίπεδα φόβου του πόνου, η παρούσα μελέτη έδειξε, όπως ήταν αναμενόμενο, ότι οι γυναίκες που έχουν χειρουργηθεί για αφαίρεση ινομυωμάτων, παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα φόβου που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο συγκριτικά με την άλλη ομάδα γυναικών. Μελέτες έχουν δείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα όσον αφορά το φόβο του πόνου. Συγκεκριμένα, οι Perry et al, 1994, υποστήριξαν ότι ασθενείς που

φοβούνται για αυξημένο πόνο μετεγχειρητικά, αναφέρουν πράγματι μεγαλύτερο πόνο. Αντίθετα σε αυτό, άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν πως οι ασθενείς προεγχειρητικά υποτιμούν το μετεγχειρητικό πόνο.

Σε γενικές γραμμές, όπως αναφέραμε και στις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι γυναίκες που έχουν χειρουργηθεί με ινομύωματα της μήτρας παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ψυχοπαθολογία, την εχθρότητα και το άγχος του πόνου συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες που υπόκεινται σε γυναικολογικές επεμβάσεις παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Αυτό συμβαίνει διότι τα αναπαραγωγικά όργανα και κυρίως η μήτρα είναι συνυφασμένα με τη γυναικεία ταυτότητα, τη θηλυκότητα και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της σεξουαλικότητας της γυναίκας. Οι χειρουργικές παρεμβάσεις λοιπόν που γίνονται στη μήτρα επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στη γυναικεία ψυχολογία. Στην περίπτωση της καισαρικής τομής, οι γυναίκες, παρ'οτι επιβαρύνονται ψυχολογικά από το άγχος της επικείμενης επέμβασης και του μετεγχειρητικού πόνου, νοσηματοδοτούν τη ζωή τους μέσα από τη γέννηση ενός παιδιού. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ινομυωματεκτομή βιώνουν ένα ναρκισσιστικό τραύμα μέσα από την αλλαγή του σωματικού τους ειδώλου. Κυρίως οι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει, βιώνουν εντονότερα αισθήματα «ευνουχισμού» της θηλυκότητάς τους και για αυτό χρήζουν ιδιαίτερης μεταχείρισης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

4.1 Συμπεράσματα

Η συγκριτική αυτή μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των δύο αυτών ομάδων γυναικών έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ψυχοπαθολογία, την εχθρότητα το φόβο του πόνου και το άγχος του πόνου. Καθώς δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη τόσο στην Ελλάδα όσο και σε διεθνές επίπεδο, θεωρούμε ότι τα ευρήματά μας τραβούν το ερευνητικό ενδιαφέρον. Με βάση αυτό, η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να δώσει το έναυσμα για έρευνα σε μεγαλύτερες ομάδες γυναικών με ινομυωματεκτομή και γυναικών με καισαρική τομή, καθώς και με διαφορετικό κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο.

5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

5.1 ΒΙΒΛΙΑ

1. Apley' s. Σύγχρονη Ορθοπαιδική και Τραυματιολογία. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Διονύσιος Βρέπας, Παναγιώτης Βούλγαρης, Γεώργιος Καπετάνος, Δημήτριος Κορρές, Ηλίας Λαμπίρης, Αλέξανδρος Μπερής, Οδυσσέας Παξινός, Παναγιώτης Σουκάκος
2. **Bandura A.** *Principles of behaviour modification*. New York; Holt, Rinehart & Winston, 1969
3. **Beckmann, Ling F, Herbert W., Laude DW., Smith R.P., Barzansky B.M.** *Obstetrics and gynecology* 3rd edition Charles R.B.
4. Bureau of Labor Statistics. Occupational injuries and illnesses in the United States by industry, 1989: U.S- Department of Labor, Bulletin 2379, US. Government Printing Office. Washington, D.C, 1991
5. Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική Σ.Ε.Καρπαθίος 2^η έκδοση Β'τομος1999
6. **Cambell, T.** (1985). *Family's impact on Health: a critical review and annotated bibliography*. Washington, DC: US Government Printing Office.
7. **Fancer R.** Psychoanalytic psychology: the development of Freud's thought. New York: Norton 1973.
8. **Fayers PM, Machin D.** Quality of Life: Assessmenty Analysis, and Interpretation. Surry, United Kingdom: Wiley; 2000.
9. **Gentry WD:** Behavioral medicine: a new research paradigm. In, Handbool of Behavioral Medicine. Edited by WD Genty New York, Guilford Press, 1984.
10. **John A.Rock;Howard W.Jones;** 2008, Te Linde' s Operative Gynecology
11. Livingston WK. Pain and Suffering. Seattle, Wash: IASP Press; 1998 [original 1966; edited by Fields HL].
12. Reference The Ciba Collection Volume 8 Musculoskeletal System, part II.
13. S.P.S.S. Base 10.0 (1999). Application Guide. U.S.A. : SPSS Inc. Illinois.
14. **Spielberg CD.** Manual for the stale-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.
15. Επιτομή μαιευτική και γυναικολογία Σ.Μιχαλάς Εκδόσεις Παρισιάνου

16. **Ιωαννίδης, Ι. Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
17. **Καλογεροπουλος ΑΧ.**, Γυναικολογία, Θεσσαλονικη 1996, University studio press
18. **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη:151-163
19. **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα : Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ": 275.
20. **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π.** (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
21. **Τριχόπουλος, Δ.** (1975). *Ιατρική Στατιστική. Αρχαί και βασικάί μέθοδοι βιο-ιατρικής στατιστικής*. Αθήνα. Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος : 46-47.

5.2 ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abramson L. Seligman M. Teasdale J.** Learned helplessness in humans: critique and re formulation. *J Ahnorm Psychol* 1978;87:49-74.
2. **Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P:** Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insights from a prospective daily study. *J Consult Clin Psychol* 60:119-126, 1992.
3. **Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1192).** Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119-126.
4. **Ahern D, Adams A, Follick M.** Emotional and marital disturbance in spouses of chronic low back pain patients. *Clin. J. Pain* 1985; 1:69-74.
5. **Ahern DK, Follick MJ.** Distress in spouses of chronic pain patients. *Int. J. Fam. Ther.* 1985; 7: 247-256.
6. **Ahles, T. A., Cassens, H. L. & Stalling, R. B..** Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (1987), 18, 215-222.

7. **AKIKO OKIFUJI, DENNIS C. TURK and SHELLY L. CURRAN.** Anger in Chronic Pain: Investigations of anger r=targets and Intensity. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47:1-12.
8. **Al-Absi, M. & Rokke, P. D.** Can anxiety help us tolerate pain? *Pain*, (1991). 46, 43-51
9. **American Academy of Orthopaedic Surgeons:** Number of total hip replacements and total knee replacements done 1991-2003. <http://www.aaos.org/wordhtml/research/stats/patientstats.htm#factsheets>
10. **American Academy of Orthopaedic Surgeons:** Primary total hip and total knee arthroplasty projections to 2030. Available at http://www.aaos.org/woldhtml/pdfs_r/tjr.pdf. Accessed November 1, 2002.
11. **Angelopoulos, N.V., Mantas, C., Dalekos, G.N., Vasalos, K. & Tsianos, E.V.** Psychiatric Factors in Patients With Ulcerative Colitis According to Disease Activity. *Eur. J. Psychiat.* (1996) 10 (2):87-99.
12. **Angelopoulos, N.V., Mantas, C., Dalekos, G.N., Vasalos, K. & Tsianos, E.V.** Psychiatric Factors in Patients With Ulcerative Colitis According to Disease Activity. *Eur. J. Psychiat.* (1996)10 (2):87-99.
13. Anonymous Carpal tunnel syndrome: clinical or neurophysiological diagnosis? [letter). *Am J Epidemiol* 1985; 1:1104-05.
14. **Arndt R.** Work pace, stress .and cumulative trauma disorders. *J Hand Surg* 1987; 12A: 866-869.
15. **Asmundson GJG, Norton PJ, Veloso F.** Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurrent headaches. *Behav Res Ther* 1999;37:703-13.
16. **Asmundson GJG.** Anxiety sensitivity and chronic pain: empirical findings, clinical implications, and future directions. In: Taylor S, editor. Anxiety sensitivity: theory, research, and treatment. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 269-85.
17. **Austin KL, Stapleton JV, Mather LE.** Multiple intramuscular injections: a major source of variability in analgesic response to meperidine. *Pain* 1980; 8:47-62.
18. **Bachanas PJ, Roberts MD.** Factors affecting children's attitudes toward health care and responses to stressful medical procedures. *J. Pediatr. Psychol.* 1995; 20: 261-275.

19. **Bachiocco V, Scesi M, Morselli AM, Carli G.** Individual pain history and familial pain tolerance models: relationships to post-surgical pain. *ClinJPain* 1993; 9: 266-71
20. **Balague F, Nordin M, Skovron ML, Dutoit G, Yee A, Waldburger M.** Non-specific low-back pain among schoolchildren: a field survey with analysis of some associated factors. *J. Spinal Disord.* 1994; 7: 374-379.
21. **Bayram, G., O., Beji, N., K.** Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Sexual Disabilities (2010)*; 28:3-13
22. **Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjorgen P, Bech P, Eriksen J.** Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain.* 1997;73:393-400.
23. **Belizan JM, Althabe F, Cafferata ML.** Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 2007 Jul;18(4): 485-486
24. **Ben – Sira Z:** Chronic illness, stress and coping. *Soc Sci Med* 18:725-736. 1984.
25. **Berkowitz L.** On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *Am Psycho!* 1990; 45:494-503,
26. **Berry M, Paulus HE:** Degenerative osteoarthritis: primary and secondary, *Practical Rheumatology*. Edited by TM Spiegel. New York, John Wiley & Sons, 1983, pp 103-116.
27. **Beutler, L. E., Engle, D., Oro'-Beutler, M. E., Daldrup, R. & Meredith, K.** (1986). Inability to express intense affect: a common link between depression and pain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 752-759
28. **Biderman-Madar T, Sheiner E, Levy A, Potashnik G, Mazor M.** Uterine leiomyoma among women who conceived following fertility treatment. *Arch Gynecol Obstet* (2005) 272:218-222.
29. **Blisset JM, Farrow VC.** Stability and continuity of women;s core beliefs and psychopathological symptoms from pregnancy to one year postpartum. *Cogn Ther Res* (2007) 31;589-602
30. **Block AR, Boyer SL.** The spouse's adjustment to chronic pain: cognitive and emotional factors. *Soc. Sci. Med.* 1984; 19: 1313-1318.
31. **Block AR, Kremer E, Gaylor M. Behavioral treatment of chronic pain:** the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. *Pain.* 1980; 9:243-252.

32. **Block AR.** An investigation of the response of the spouse to chronic pain behaviour. *Psychosom.* 1981; 4: 425-432.
33. **Blumer D, Heibronn M.** Chronic pain as a variant of depressive disease. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982; 170: 381-406.
34. **Bobey, M. J. & Davidson, P. O.** Psychological factors affecting pain tolerance. *Journal of Psychosomatic Research*, (1970) 14, 371-376.
35. **Bolles, R. C. & Fanselow, M. S.** A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain. *Behavioral and Brain Sciences*, (1980) 3, 291-323
36. **Boothby JL, Thorn BE, Overduin LY, Ward LC.** Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain.* 2004; 109: 500-506.
37. **Braha R, Catchlove R.** Pain and anger: inadequate expression in chronic pain patients. *Pain Clin* 1985;1:125-129.
38. **Braha, R. & Catchlove, R.** Pain and anger: Inadequate expression in chronic pain patients. *Pain Clinics*, (1986) 1, 125-129
39. **Brander VA, Stulberg SD, Adams AD, Harden RN, Bruehl S, Stanos SR Houle T.** Predicting total knee replacement pain: a prospective, observational study. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;416:27-36.
40. **Brandon JE, Oescher J, Loftin JM.** The self-control questionnaire: An assessment. *Health Val* 1980; 14: 3-9.
41. **Brasseur L, Poisson- Salomon AS, Lory C, Chauvain M, Durieux P.** Survey on postoperative pain prevalence and severity in the French largest public hospital group. *Br J Anaesth* 1996; 76:129.
42. **Bridewell WB, Chang EC** Distinguishing between anxiety, depression, and hostility: relations to anger-in, anger-out, and anger control *Pers Individual Differ* 1997; 2: 587-590,
43. **Brown J, Berenson K, Cohen P.** Documented and self-reported child abuse and adult pain in a community sample. *Clin. J. Pain.* 2005; 21: 374-377.
44. **Bruce E. Compas and Linda Luecken.** Psychological Adjustment to Breast Cancer. *Current directions in psychological science* 2002; 11:111-114.
45. **Bruehl S, McCubbin J. Harden R.** Theoretical review: Altered pain regulatory systems in chronic pain. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23:877- 890.

46. **Bruehl S, Burns J, Chung O, Ward P, Johnson B.** Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: the role of endogenous opioids. *Pain* 2002; 99:223-233.
47. **Bukberg K, Penman D, Holland JC:**Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 46:199-212, 1984.
48. **Bullough B:** Poverty, ethnic identity and preventive health care. *J Health Soc Behav* 13:347-359, 1972.
49. **Burns JW, Johnson BJ, Devine J, Mahoney N, Pawl R.** Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behav Res Ther* 1998;36:1051-1062.
50. **Burns J, Higdon L, Mullen J, Lansky D, Met Wei J.** Relationships among patient hostility, anger expression, depression,, and the working alliance in a work hardening program. *Ann Behav Med* 1999; 21:77-82.
51. **Burns JW, Hodsman N, MacLintock T et al.** The influence of patient characteristics on the requirements for postoperative analgesia. *Anaesthesia* 1989; 44: 2-6.
52. **Burns JW, Hodsman N, MacLintock T et al.** The influence of patient characteristics on the requirements for postoperative analgesia. *Anaesthesia* 1989; 44: 2-6
53. **Burns JW, Johnson BJ, Mahoney N, Devine I, Bawl R.** Anger management style, hostility and spouse responses: gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain* 1996; 64:445-453.
54. **Burns JW.** Anger management style and hostility: Predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *J Behav Med* 1997;20:505-522.
55. **C. MAMIE, M. BERNSTEIN, A. MORABIA, C.E KLOPFENSTEIN, D. SLOUTSKIS, and A. FORSTER.** Are there reliable predictors of posoperaive pain? *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48: 234-242.
56. **Cahn, J.Y., Labopin, M., Mandelli, F. et al.** Autologous Bone Marrow Transplantation for First Remission Acute Myeloblastic Leukemia in Patients Older Than 50 Years: A Retrospective Analysis of the European Bone Marrow Transplant Group. *Blood.* (1995)85(2) : 575-579.

57. **Cannon LJ, Bernacki EJ, Walter SD.** Personal and occupational factors associated with carpal tunnel syndrome. *J Occup Med* 1981; 23: 255-258.
58. **Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H.** Marital functioning, chronic pain and psychological distress. *Pain*. 2004; 107: 99-106.
59. **Cano A, Johansen AB, Leonard MT, Hanawalt JD.** What are the marital problems of patients with chronic pain? *Curr. Pain Headache Rep.* 2005; 9: 96-100.
60. **Cano A.** Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*. 2004; 110: 656-664.
61. **Chaaya MM, Bogner HR, Gallo JJ, Leaf PJ.** The association of gynecological symptoms with psychological distress in women of reproductive age: a survey from gynecology clinics in BEIRUT, Lebanon. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003 Sept; 24(3): 175-184.
62. **Chun DY, Turner JA, Romano JM.** Children of chronic pain patients: risk factors for maladjustment. *Pain*. 1993; 52: 311-317.
63. **Clark VI, Haley J.** Effects of anger on chronic pain treatment outcome. Paper presented at the annual meeting of The American Pain Society 1991.
64. **Clay D, Anderson W, Dixon W.** Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *J Counsel Dev* .1993;72:9.1-94.
65. **Clum GA, Luscomb RL, Scott L.** Relaxation training and cognitive redirection strategies in the treatment of acute pain. *Pain* 1982;12: 175-183.
66. **Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R.** Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain*. 1993;52:259-85.
67. **Cohen S, Kamarck T, Mermelsten R.** A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.
68. **Cohler BJ.** Autonomy and interdependence in the family of adulthood: a psychological perspective. *Gerontologist*. 1983; 23: 33-39.
69. **Cohn L, Lowry, Hart S.** Overuse syndromes of the upper extremity in interpreters for the deaf. *Orthopedics* 1980; 207-209.
70. **Compas, B.E., Haaga, D.A., Keefe, F.J., Leitenberg, H., & Williams, D.A.,** Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (1998) 66, 89-112.

71. **Corbishely MA, Hendrickson R. Beutler LE, Engle D.** Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *J Pain Sympmt Mgmt* 1990;5:241-248.
72. **Creamer p Hochberg MC.** The relationship between psychosocial variables and pain reporting in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care Res.* 1998;11:60-5.
73. **Creamer P, Hochberg MC.** Why does osteoarthritis of knee hurt-sometimes? *Br J Rheumatol* 1997;37:726-8.
74. **Creamer P, Margaret Lethlridge-Cejku, Paul Costa Jordan D. Tolin, Jeffrey H. Herlst and Marc C. Hochlerg** The Relationship of Anxiety and Depression with Self-Reported knee Pain in the Community: Data from ths Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Arthritis Care Res* 1999;12:3-7.
75. **Cronin M, Redfern PA, Utting JE.** Psychiatry and postoperative complaints in surgical patients. *Br J Anaesth* 1973; 45:879-886.
76. **Cunningham LS, Kelsey JL.** Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. *Am J Public Health* 1984;74:574-9.
77. **Dahlstrom B, Tamsen A, Paalzow L, Hartvig P.** Patient-controlled analgesic therapy. Part IV. pharmacokinetics and analgesic plasma concentrations of morphine. *Clin Pharma cokinetics* 1982; 7: 266-79.
78. **Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ.** Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin. J. Pain.* 2005; 21: 398-405.
79. **Davis MA, Ettinger WH, Neuhaus JM, Barclay JD, Segal MR.** correlates of knee pain among US adults with and without radiographic knee osteoarthritis. *J Rheumatol* 1992;19:1943-9.
80. **DcCood D, Kierman B.** Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain* 1996;64:153-.159.
81. **Diatchenko L, Slade GD, Nackley AG, Bhalang K, Sigurdsson A, Belfer I, Goldman D, Xu K, Shabalina SA, Shagin D, Max MB, Makarov SS, Maixner W.** Genetc basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Hum Mol Genet.* 2005; 14:135-43.
82. **Dinas K, Pantazis K, Zepiridis L, Theodoridis T, Agorastos T, Bontis JN.** Socioeconomic and psychologic impact of uterine leiomyomas. *Hellen Obstet Gynecol* 18(2); 129-133.
83. **Ditmas DM** Patterns of carpal tunnel syndrome. *Hand Clin* 1993;9: 241-261

84. **Dougher, M. J., Goldstein, D. & Leight, K. A.** Induced anxiety and pain. *Journal of Anxiety Disorders*, (1987) 1, 259-264
85. **Down – Wamboldt BL, Melanson PM:** Emotions, coping and psychological well-being in elderly people with arthritis. *West J Nurs Res* 17:250-265, 1995.
86. **Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H.** (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*. 2: 489-493.
87. **Duckro PN, Chibnall JT. Tomazic TJ.** Anger, depression, and disability: a path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic head-ache patients. *Headache* 1995;35:7-9.
88. **Duckro PN. Chibnall JT. Tomazic TJ.** Anger, depression, and disability: a path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache* 1995;35:7-9.
89. **Edwards PW, O'Neill GW, Zeichner A, Kuczmierczyk AR.** Effects of familial pain models on pain complaints and coping strategies. *Percept. Mot. Skills*. 1985; 61: 1053-1054.
90. **Edwards PW, Zeichner A, Kuczmierczyk AR, Boczkowski.** Familial pain models: The relationship between family history of pain and current pain experience. *Pain*. 1985; 21: 379-384.
91. **Egle UT, Kissinger D, Schwab R.** Parent-child relations as a predisposition for psychogenic pain syndrome in adulthood. A controlled, retrospective study in relation to G.L. Engel 's "pain-proneness". *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*. 1991; 41: 247-256.
92. **Eisenberg E.** Post-surgical neuralgia. *Pain*. 2004;111:3-7.
93. **Ekker J, Tola P, Aufdemkampe G, Winckers M.** negative affect, pain and disability in osteoarthritis patients: the mediating role of muscle weakness. *Behave Res Ther* 1993;31:203-6.
94. **Engel GL.** 'Psychogenic' pain and the pain-prone patient. *Amer. J. Med*. 1959; 26: 899-918.
95. **Engel GL:** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136,1977.
96. **Engel, G.L.** "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, (1959) 26, 899-918.

97. **Eysenck, H. J.** Fear, pain and anxiety. *Behavioral and Brain Sciences*, (1980) 3, 307-308.
98. **Fearon I, McGrath PJ, Achat H.** "Booboos": The study of everyday pain among young children. *Pain*. 1996; 68: 55-62.
99. **Feinmann C, Ong M, Harvey W, Harris M.** Psychological factors influencing postoperative pain and analgesic consumption. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987; 25: 285-292.
100. **Fernandez E, Milburn TW.** Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain, *Am J Pain* 1994;10:3-9.
101. **Fernandez E, Turk DA.** The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61:165-175.
102. **Fernandez E, Turk DC.** The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61:165-175.
103. **Fernandez, E. & Milburn, T. W.** (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 3-9
104. **Feuerstein M, Carter RL, Papciak AS.** A prospective analysis of stress and fatigue in recurrent low back pain. *Pain* 1987; 31: 333-344.
105. **Feuerstein M, Sult S, Houle M,** Environmental stressors and chronic low back pain: Life events family & work environment. *Pain* 1985; 22: 295-307.
106. **Feuerstein M, Sult S, Houle M.** Environmental stressors and chronic low back pain: Life events, family and work environment. *Pain* 1985; 22: 295-307.
107. **Fillinim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL.** Sex, gender and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009; 10(5); 447-485.
108. **Fillinim RB, Doleys DM, Edwards RR, Lowery D.** Spousal responses are differentially associated with clinical variables in women and men with chronic pain. *Clin. J. Pain*. 2003; 19: 217-224
109. **Fillinim RB, Edwards RR.** Is self-reported childhood abuse history associated with pain perception among healthy young women and men? *Clin. J. Pain*. 2005; 21:387-397.
110. **Fischer P, Smith R, Leonard E, Fuqua D.** et al, Sex differences on affective dimensions: continuing examination, *J Counsel Dev* 1993;71:440-443.

111. **Flor H, Kerns RD, Turk DC.** The role of spouse reinforcement, perceived pain and activity levels of chronic pain patients. *J. Psychosom. Res.* 1987; 31: 251-259.
112. **Flor H, Turk DC, Rudy TE.** Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: The mediating role of gender, marital status and marital satisfaction. *Pain* 1989; 38: 45-50.
113. **Flor H, Turk DC, Scholz OB.** Impact of chronic pain on the spouse: marital emotional and physical consequences. *J. Psychosom. Res.* 1987; 31: 63-71.
114. **Flor H, Behle D, Birbaumer N.** Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther* 1993;31:63-73.
115. **Fordyce WE, Fowler RS, Lehman J, DeLateur B, Sand P, Trieschmann R.** Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch phys. Med. Rehab.* 1973; 54: 486-488
116. **Fordyce WE.** *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness.* St. Louis; C.V. Mosby, 1976.
117. **Fordyce WE:** Behavioral Methods for Chronic Pain and illness. St. Louis, Mosby, 1976.
118. **Foulds, G.A.** (1965). *Personality and Personal illness.* London : Tavistock.
119. **Foulds, G.A.** (1967). Some differences between Neurotics and Character disorders. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 6 :52-59.
120. **Fox BH.** Cancer survival and the family. In: Ramsey CN Jr (Ed). *Family systems in medicine.* New York; Guilford, 1989
121. **Franz C, Paul R, Bautz M, Choroba B, Hildcbrandt J.** Psychosomatic aspects of chronic pain: a new way of description based on MM PI item analysis. *Pain* 1986;26:33-43.
122. **From-Reichman F.** Contributions to the psychogenesis of migraine. *Psychoanal Rev* 1937;24:26-35
123. **Fuchs PC, Nathan PA, Myers LD.** Synovial histology in carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg* 1991; 16A: 753-758.
124. **G. OXALP, R. SARIOGLU, G. TUNCEL, K. ASLAN and N. KADIOGULLARI.** Preoperative emotional status in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesio Scand* 2003; 47: 26-29.

125. **Gamsa A.** Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain* 1990; 42:183-95.
126. **Gaskin ME.** Greene AF, Robinson ME. Geisser ME. Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res* 1992;36:707-713.
127. **Gaskin, M. E., Greene, A. E, Robinson, M. E. & Geisser, M. E.** (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
128. **Gentry WD, Shows WD, Thomas M.** Chronic low back pain: a psychological profile. *Psychosom.* 1974; 15: 174-177.
129. **Giardino ND, Jensen MP, Turner JA, Ehde DM, Cardenas DD.** Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with spinal cord injury. *Pain.* 2003; 106: 19-25.
130. **Gil K, Ginsberg B, Muir M.** Patient-controlled analgesia in postoperative pain, the relation of psychological factors to pain and analgesic use. *Clin J Pain* 1990; 6:137-42
131. **Gil KM, Ginsberg B, Muir M, Sullivan F, Williams DA.** Patient controlled analgesia: The relation of psychological factors to pain and analgesic use in adolescents with postoperative pain. *Clin J Pain* 1992; 8: 215-221.
132. **Gil KM, Ginsberg B, Muir M, Sykes D, Williams DA.** Patient-controlled analgesia in postoperative pain: The relation of psychological factors to pain and analgesic use. *Clin J Pain* 1990; 6: 131-142.
133. **Glynn CJ, Lloyd JW.** The diurnal variation in perception of pain. *Proc R Soc Med* 1976; 69: 369-72.
134. **Goldberg RT, Goldstein R.** A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disabil. Rehabil.* 2000; 22: 756-763.
135. **Goldberg RT.** Childhood abuse, depression and chronic pain. *Clin. J. Pain.* 1994; 10: 277-281.
136. **Goldfried MR, Davidson GC.** *Clinical behavior therapy.* New York; Wiley, 1994.
137. **Gonda T.** The relation between complaints of persistent pain and family size. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1962; 25: 277-281.

138. **Gourlay GK, Willis RS, Lamberty J.** A double-blind comparison of the efficacy of methadone and morphine in post-operative pain control. *Anesthesiology* 1986; 64: 322-7.
139. **Granot M, Ferber SG.** The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity. *Clin J Pain* , Sept;2005;21(5).
140. **Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR.** The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clin. J. Pain.* 2001; 17: 359-364.
141. **Gross, R. T. & Collins, F. L.** (1981). On the relationship between anxiety and pain: A methodological confounding. *Clinical Psychology Review*, 1, 375-386.
142. **Harden RN, Bruehl S, Stanos S, Brander V, Chung OY, Saltz S, Adams A, Stulberg SD.** Prospective examination of pain-related and psychological predictors of CRPS-like phenomena following total knee arthroplasty: a preliminary study. *Pain.* 2003; 106:393-400.
143. **Harkness JAL, Higgs ER, Dieppe PA:** Osteoarthritis, *Textbook of Pain.* Edited by PD Wall, Melzack. Edinburg, Churchill Livingstone, 1984 pp 215-224.
144. **Hashida B. Mosche Z.** Sex differences in anxiety, curiosity, and anger: a cross cultural study. *Sex Roles* 1988;19:335-347.
145. **Hatch JP. Schoenfeld LS, Bouiros NN, Scleshi E. Moore PJ. Cyr- Provost M.** Anger and hostility intensify tension-type headache. *Headache* 1991;31:302-304.
146. **Herrick RT, Herrick SK.** Thermography in the detection of carpal tunnel syndrome and other compressive neuropathies. *J Hand Surg* 1987; 12: 943-949.
147. **Heye ML.** Pain and discomfort after coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc Nurs* 1991; 27: 19-23.
148. **Hobson JA, Slade P, Wrench LJ, Power L.** Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int. J Obstet Anesth.* 2006 Jan;15(1):18-23.
149. **Hochberg MC.** Prognosis of osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 1996;55:685-8
150. **Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K.** et al. (1997). Social Context, Coping Strategies, and Depressive Symptoms: An Expanded Model With Cardiac Patients. *Journal of Personality and Social Psychology.* Vol. 72(4): 918-928.

151. **Holmes TH, Masuda M:**Life change and illness susceptibility. In, Stressful Life Events: Their Nature and Effects. Edited by BS Dohrenwend, BP Dohrenwend. New York, John Wiley and Sons, 1974.
152. **Holmes TH, Rahe RK** The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-218.
153. **Horwitz, W.A. & Kazak, E.** (1990). Family adaptation to childhood cancer: Sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 19: 221-228.
154. **Houghton IT, Aun CST, Gin T, Lau TF.** Inter-ethnic differences in postoperative pethidine requirements. *Anesth Int Care* 1992; 20: 52-5.
155. **Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC.** Determinants of physician utilization. *Med. Care.* 1972; 10: 300-309.
156. **Istre O.** Conservative treatment of fibroids. *Gynecol Surg* (2007) 4:73-78.
157. **Jamison R, Taft K, CTHara J, Ferrante FM.** Psychological and pharmacological predictors of satisfaction with intravenous patient-controlled analgesia. *Anesth Analg* 1993; 77:121-5.
158. **Jamison RN, Taft K, O'Hara JP, Ferrante FM.** Psychosocial and pharmacologic predictors of satisfaction with intravenous patient-controlled analgesia. *Anesth Analg* 1993; 77: 121-125.
159. **Jensen PM, Turner AJ, Romano JM.** Self efficacy and outcome expectancies. Relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991; 44: 263-9.
160. **Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoly, P.** (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
161. **Jenssen, S. A.** (2002) Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 131-137.
162. **Johnson SB.** Family management of childhood diabetes. *J. Clin Psychol. Med. Settings* 1998; 1: 309-315.
163. **Johnston M.** Pre-operative emotional states and post-operative recovery. *Adv Psychosom Med* 1986; 15: 1-22.
164. **Jun S, Ginsburg ES, Racowsky C, Wise LA, Hornstein MD.** Uterine leiomyomas and their affect on in vitro fertilization outcome: A retrospective Study. *J of Assisted Reproduction and Genetics*, 18(3);2001

165. **Kain, Z., N., Sevarino, F., Alexander, G., M., Pincus, S., Mayes, L., C.** Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy: a repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research* (2000) Dec; 49(6):417-422
166. **Karen Schoenfeld-Smith, Gregory F. Petroski, John E. Hewett, Jane C. Johnson, Gail E. Wright, Karen L. Swarr, Sara E. Walker and Jerry C. Parker:** A Biophychosocial Model of Disability in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 1996;9:368-375.
167. **Karnofsky DA,** Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, ed *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. New York, NY: Columbia University Press; 1949:192-205.
168. **Keefe FJ, Blumenthal J, Baucom D** et al. Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: a randomized controlled study. *Pain*. 2004; 110: 539-549.
169. **Keefe FJ, Brown GK , Wallston KA, Caldwell DS.** Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain* 1989;37:51-6.
170. **Keefe FJ, Caldwell DS, Queen KT, Gill KM, Martinez S, Crisson JE, Ogden W, Nunley J:** Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *J Consult clin Psychol* 55:208-212, 1987.
171. **Keefe, F.J.** (2000). Can cognitive-behavioral treatments succeed where medical treatments fail? In M. Devor, m.c. Rowbotham, & Z. Wiesenfeld-Hallin (Eds.), *Progress in pain research and management* (Vol. 16, pp. 1069-1084). Seattle, WA: IHSPL Press.
172. **Keefe, F.J., & Lefebvre, J.C.** (2000). Behavioral therapy. In P.D. Wall & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (IVth ed., pp. 1445-1462). New York: Churchill Livingstone.
173. **Keefe, F.J., Dunsmore, J., & Burnett, R.** (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
174. **Kehlet H.** Post-operative pain relief - What is the issues? *Br J Anaesth* 1994; 72: 365-8.

175. **Keller SE, WeissJM, Schleifer SJ, Miller NE, Stein M:** Suppression of immunity by stressEffect of a graded series of stressors on lymphocyte stimulation in the rat. *Science* 213:1397-1400, 1981.
176. **Kellner R, Hernandez J, Pathak D.** Sell-rated J inhibited anger, somatization. and depression. *Psychother Psychosom* 1992;57:.I02-I07.
177. **Kelly A. Greenwood, Rebecca Thurston, Meredith Rumbley, Sandra J. Waters, Francis J Keefe.** Anger and persistent pain: current status and future directions. *Pain* 103 (2003) 1-5.
178. **Kent, G.** (1985). Memory for dental pain. *Pain*, 21, 187-194.
179. **Keogh E, Birkby J.** The effect of anxiety sensitivity and gender on the experience of pain. *Cogn Emotion* 1999;13:813-29.
180. **Keogh E, Mansoor L.** Investigating the effects of anxiety sensitivity and coping on the perception of ant dental experiences. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998;29:227-37.
181. **Kerns RD, Haythornthwaite J, Southwick S, Giller EL.** The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *J. Psychosom. Res.* 1990; 34: 401-408.
182. **Kerns RD, Otis JD, Stein K.** Cognitive-behavioral treatment for geriatric pain. *Clin. Geriatr. Med* 2001; 17: 503-523.
183. **Kerns RD, Otis JD, Wise E.** Treating families of chronic pain patients: Application of a cognitive-behavioral transactional model. In: Gatchel RJ, Turk DC (Eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, 2nd ed. New York; Guilford Press, 2002.
184. **Kerns RD, Otis JD.** Family therapy with pain patients: evidence for its effectiveness. *Semin. Pain Med.* 2003; 1: 79-89.
185. **Kerns RD, Rosenberg R.** Pain-relevant responses from significant others: Development of a significant other version of the WHYMPI scales. *Pain.* 1995; 61: 245-249.
186. **Kerns RD, Southwick S, Giller EL et al.** The relationship between reports of pain-related social interactions and expressions of pain and affective distress. *Behav. Ther.* 1991; 22: 101-111.
187. **Kerns RD, Turk DC, Rudy TE.** The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain.* 1985; 23: 345-356.

188. **Kerns RD, Turk DC.** Depression and chronic pain: the mediating role of the spouse. *J.Marriage Fam.* 1984; 46: 845-852.
189. **Kerns RD, Weiss LH.** Family influences on the course of chronic illness: a cognitive-behavioral transactional model. *Ann. Behav. Med.* 1994; 16: 116-130.
190. **Kerns RD.** Family assessment and intervention in chronic illness. In: Nicassio P, Smith T (Eds). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective.* Washington DC; American Psychological Association, 1995.
191. **Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC.** Aimer expression and chronic pain. *J Behav Med* 1994; J 7:57-67.
192. **Kevin C. Chung.** Current Status of Outcomes Research in Carpal Tunnel Surgery. *Hand* (2006)1: 9-13.
193. **Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K, Sevdalis N, Ashrafian H, Platt M, Darzi A, Athanasiou T.** Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *The American Journal of Surgery.* 2010 doi:10.1016.
194. **Kiecolt- Glaser J, McGuire L, Robles T, Glaser R.** Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Anna Rev Psychol* 2002; 53: 83-107.
195. **Kiecolt-Glaser J, Marlarkey W, Chee M, Newton T. Caciuppo J, Mao H. Glaser R.** Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosom Med* 1993;55:395-409.
196. **Kinder ON. Curtiss G, Kalichman S.** Affective differences among empirically derived subgroups of headache patients. *J Pers Assess* 1993;5,S:516-524.
197. **Kissin I.** Preemptive analgesia: terminology and clinical relevance. *Anesth Analg.* 1994;79:809-10.
198. **Klein RF, Dean A, Bogdanoff MD.** The impact of illness upon the spouse. *J. Chron. Dis.* 1967; 20: 241-248.
199. **Knox SS, Stiegmund KD, Weidner G, Ellison RC, Adelman A, Paton C.** Hostility, social support, and coronary heart disease in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Cardiol* 199;82:1192-1196.
200. **Kramer JS, Yelin EH, Epstein WV:** Social and economic impacts of four musculoskeletal conditions: a study using national community – based data. *Arthritis Rheum* 26: 901-907, 1983.

201. **Kuch K, Cox BJ, Woszczyzna CB, Swinson RP, Schulman I.** Chronic pain and panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;22:255-9.
202. **Lampe A, Doering S, Rumpold G, Solder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W, Schubert C, Sollner W.** Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 361-367.
203. **Landau R, Kraft JC, Flint LY, Richebe P, Cardoso M, Lavand'homme P, Granot M, Yamitsky D, Cahana A.** An experimental paradigm for the prediction of post-operative pain *J Vis Exp.* 2010 Jan 27; (35).
204. **Larson A, Mercer D.** The who and why of pain: analysis by social class. *Br Med J* 1984; 288: 883-6.
205. **Latham J, Davis BD.** The socio-economic impact of chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1994;6:39-44.
206. **Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O.** Headache in schoolchildren: association with other pain, family history and psychosocial factors. *Pain.* 2005; 119: 150-158.
207. **Lawrence EC, Everett DF, Hochberg MC.** Arthritis. In : Huntley R. Cornoni-Huntley J, editors. *Health and Nutrition Examination I epidemiologic follow-up study.* New York: Oxford University Press; 1990, p.133-51.
208. **Leidy NK, Ozbolt JG, Swin MAP:** Psychophysiological processes of stress in chronic physical illness: a theoretical perspective. *J Adv Nurs* 15:478-486,1990.
209. **Leonard MT, Cano A, Johansen AB.** Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *J. Pain.* 2006; 7: 377-390.
210. **Leonard MT, Cano A.** Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress. *Pain.* 2006 Jul. 20.
211. **Lester N, Lefebvre JC, Keefe FJ.** Pain in young adults: I. Relationship to gender and family pain history. *Clin. J. Pain.* 1994; 10: 282-289.
212. **Levy RL, Whitehead WE, Walker LS, Von Korff M, Feld AD, Garner M, Christie D.** Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent IBS status and parent responses to gastrointestinal symptoms. *Am. J. Gastroenterol.* 2004; 99: 2442-2451.

213. **Liakos, A.** (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis.* University of Athens. Greece.
214. **Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C.** (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
215. **Lisa M. Vogelsang, Robert L. Williams and Kathleen Lawler,** Lifestyle Correlates of Crpal Tunnel Syndrome, *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol 4, No3, 1994.
216. **Litman TJ.** The family as the basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. *Soc.Sci. Med.* 1974; 8: 495-499.
217. **Loeser JD, Egan KJ.** History and organization of the University of Washington multidisciplinary pain center. In: Loeser JD, Egan KJ, eds. *Managing the Chronic Pain Patient.* New York, NY: Raven Press; 1989:3-20.
218. **Loeser JD.** Mitigating the dangers of pursuing cure. In: Campbell JN, Cohen MJ, eds. *Pain Treatment at a Crossroads: A practical and conceptual reappraisal. Progress in Pain Research and Management.* Vol. 7. Seattle, Wash: IASP Press; 1996:101-108.
219. **Lousberg R, Schmidt AJM, Groenman NH.** The relationship between spouse solicitousness and pain behaviour: searching for more experimental evidence. *Pain.* 1992; 51: 75-79.
220. **Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J.** (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.
221. **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety: a study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1989; 44: 437-440.
222. Macrae WM, Davies HTO. Chronic post surgical pain. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Leresche L, Von Korff, M, editors. *Epidemiology of pain: a report on the Task Force on Epidemiology.* Seattle: IASP Press; 1999. p 125-42.
223. **Maier, S. K, Sherman, J. E., Lewis, J. W, Terman, G. W. & Liebeskind, J. C.** (1983). The opioid /non-opioid nature of stress-induced analgesia and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 9, 80-90.
224. **Malow, R. M.** (1981). The effects of induced anxiety on pain perception: A signal detection analysis. *Pain*, 11, 379-405.

225. **Malow, R. M., West, J. A. & Sutker, P. B.** (1987). A sensory decision theory analysis of anxiety and pain responses in chronic drug abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 184-189.
226. **Malow, R. M., West, J. A. & Sutker, P. B.** (1989). Anxiety and pain response changes across treatment: Sensory decision analysis. *Pain*, 38, 35-44.
227. **Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A.** Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers with Alzheimer's disease. *Br. J. Psychiatry* 2000; 176: 557-562.
228. **Maruta T, Osborne D, Swenson DW, Holling JM.** Chronic pain patients and spouses: marital and sexual adjustment. *Mayo Clin. Proc.* 1981; 56: 307-310.
229. **Maruta T, Osborne D.** Sexual activity in chronic pain patients. *Psychosom.* 1978; 20: 241-248.
230. **Mary N. Summers, William E. Haley, John D. Reveille and Graciela S. Alarcon.** Radiographic assessment and Psychologic Variables as predictors of pain and functional impairment in osteoarthritis of the knee or hip. *Arthritis Rheum*, 1988;31:204-9.
231. **McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA.** Determinants of disability in osteoarthritis of knee. *Snn Rheum Dis* 1993;52:258-62.
232. **McCleane GJ, Cooper Forum R.** The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia* 1990; 45: 153-155.
233. **McCracken LM.** Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain.* 2005; 113: 155-159.
234. **McGeary DD, Mayer TG, Gatchel RJ.** High pain ratings predict treatment failure in chronic occupational musculoskeletal disorders. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:317-25.
235. **McGrath PA, Hillier LM.** A practical cognitive-behavioral approach for treating children's pain. In: Turk DC, Gatchel RJ (Eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, 2nd ed. New York; Guilford Press, 2002.
236. **McGrath PA.** Psychological affects of pain perception. In: Schechter NL, Berdo CB, Vaster M, eds. *Psychological Aspects of Pain Perception, Pain in Infants, Children and Adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 39-63.

237. **McIvor GP, Riklan M, Reznikoff M:** Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions and perceived social support. *J Clin Psychol* 40:1028-1033, 1984.
238. **McPherson, M., E., Korfine L.** Menstruation across time: menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors. *Womens Health Issues* (2004) Nov-Dec; 14(6):193-200
239. **Meals RA,** Functional demands and consequences of manual communication. *J Hand Surg* 1988; 13A: 686-691.
240. **Meding JB, Keating EM, Ritter MA, Fans PM;** Total knee arthroplasty after high tibial osteotomy: A comparison study in patients who had bilateral total knee replacement *J Bone J Surg* 82A: 1252-1257, 2000.
241. **Melzack R, Wall PD.** Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
242. **Melzack R, Wall PD:** The Challenge of Pain. New York, Basic Books, 1982.
243. **Melzack R.** From the gate to the neomatrix. *Pain Suppl* 1991;6:S1221-S1222.
244. **Melzack, R. & Wall, P. D.** (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
245. **Melzack, R. & Wall, P. D.** (1982). The challenge of pain. Harmondsworth: Penguin Books.
246. **Mermelstein R, Lichtenstein E, McIntyre K.** Partner support and relapse in smoking cessation programs. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51: 465-466
247. **Merskey H, Spear FG.** *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects.* London; Balliere, 1967.
248. **Miller AJ, Kratchowill TR.** Reduction of frequent stomach complaints by time-out. *Behav. Ther.* 1979; 10: 211-218.
249. **Miller M, Ferris D.** Measurement of subjective phenomena in primary care research: the visual analogue scale. *Fam Pract Res* J1993; 13:15-24.
250. **Miller, S. M.** (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304
251. **Mohamed SN, Weisz GN, Waring EM.** The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment and family dynamics. *Pain*. 1978; 5: 285-292.

252. **Moiniche S, Kehlet H, Dahl JB.** A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief: the role of timing of analgesia. *Anesthesiology*. 2002;96:72&41.
253. **Moloney S.** How menstrual shame affects birth. *Women Birth*. (2010);December; 23(4):153-9. Epub 2010 Apr 15.
254. **Moore JE, Chaney EF.** Outpatient group treatment of chronic pain: effects of spouse involvement. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1985; 53: 326-339.
255. **Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A.** (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
256. **Mortimer MJ, Kay J, Jaron A, Good PA.** Does a history of maternal migraine or depression predispose children to headache and stomach-ache? *Headache*. 1992; 32: 353-355.
257. **Mukhopadaya N, Asante PG, Manyonda I.** Uterine fibroids: impact on fertility and pregnancy loss. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* (2007) 17:11
258. **Murphy LR, Hurrell JJ.** Machine pacing and occupational stress. in Schwartz RM, ed. *New developments in occupational stress*. Cincinnati: UCLA Conference Proceedings. DHEW (NIOSH), 1979. pp. 10-20.
259. **Nathan PA, Keninston RC, Myers LD, Meadows KD.** Obesity as a risk factor for slowing sensory conduction of the median nerve in industry: A cross-sectional and longitudinal study involving 429 workers. *J Occup Med* 1992; 34: 379-383.
260. **Nathan PA, Keniston RC** Carpal tunnel syndrome and its relation to general physical condition. *Hand Clin* 1993; 9: 253-261.
261. **Nathan PA, Meadows KD, Doyle LS.** Occupation as a risk factor for impaired sensory conduction of the median nerve at the carpal tunnel. / *Hand Surg* 1988; 138: 167-170.
262. **Nelson FV, Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M.** The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *J Pain Symptom Manage* 1998;15: 102-109.
263. **Newton-John TR, Williams AC.** Chronic pain couples: perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*. 2006; 123: 53-63.

264. **Nicassio PM, Wallston KA:** Longitudinal relationships among pain, sleep problems and depression in rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol* 101:514-520, 1992.
265. **Oats M, Gath D.** Psychological aspects of gynaecological surgery. *Bailliere's Clin. Obst. And Gyn.* 1989; Dec; Vol;3
266. **Okifuji A, Turk DC, Curran SL.** Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *J Psychosom Res* 1999;47:1-12.
267. **Okifuji, A., Turk, D. C. & Curran, S. L.** (1999). Anger in chronic pain: Investigation of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12.
268. **Okunlola, M., A., Umuerri, C., Omigbodun, O., O., Morhason-Bello, I., O., Okonkwo, S., N., Ojengbede, O., A.,** Pattern of mental ill health morbidities following hysterectomy for benign gynaecological disorders among Nigerian women. *International Journal of Mental Health Systems* (2009); 3:18
269. **Ong CK, Lirk P. Seymour RA, Jenkins BJ.** The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. *Anesth Analg.* 2005;100:757-73.
270. **Orringer, K., Gahagan, S.** Adolescent girls define menstruation: a multiethnic explor study. *Health Care Women Int.* (2010) Sep; 31(9):831-47
271. **Otis JD, Cardella LA, Kerns RD.** The influence of family and culture on pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS (Eds). *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers. Progress in Pain Research and Management, Vol. 27.* Seattle; IASP Press, 2004.
272. **Pain and Emotion: New Research Directions** John Wiley & Sons, Inc. *Journal of Clinical Psychol* 57:587-6907.2001.
273. **Parker J, Frank R, Beck N, Finan M, Walker S, Hewett JE, Broster C, Smarr K, Smith E, Kay D:** Pain in rheumatoid arthritis: relationship to demographic, medical and psychological factors. *J Rheumatol* 15:433-437, 1988.
274. **Passchier, J., Timmerman, L., Verheij, R., Tulen, J. H. M., Peppinkhuizen, L. & Verhage, F.** (1992). Positive associations between anticipatory anxiety and needle pain for subjective but not for physiological measures of anxiety. *Psychological Reports*, 70, 1059-1062

275. **Patterson JM, Garwick AW.** The impact of chronic illness on families: A family systems perspective. *Ann. Behav. Med.* 1994; 16: 131-142.
276. **Paulsen JS, Altmaier EM.** The effects of perceived versus enacted social support on the discriminative cue function of spouses for pain behaviours. *Pain.* 1995; 60: 103-110.
277. **Perkins FM, Kehlet H.** Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology.* 2000;93:1123-33.
278. **Perry F, Parker R, White P.** Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery with PCA. *Clin J Pain* 1994; 10: 57-63.
279. **Peters, M., L., Sommer, M., De Rijke, J., M., Kessels, F., Heineman, E., Patijn, J., Marcus, M., A., E., Vlaeyen, J., W., S., Van Kleef, M.** Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Annals of Surgery (2007) March; 245(3)*
280. **Pilewska AB, Jakiel G, Kanadys K, Kozak LA, Wernecki W, Malec K.** Gynecological operation as an objective stressor in women. *Ginecol Pol.* 2007 Oct; 78(10);777-782.
281. **Pilowsky L Spence N.** Pain, anger, and illness behavior. *J Psychosom Res* 1976;20:411-416.
282. **Poleschuck, E., L., Bair, M., J., Kroenke, K., Watts, A., Tu, X., Giles, D., E.** Pain and Dipression in Gynecology Patients. *Psychosomatics (2009); 50(3):270*
283. **Price DD** 2000. Psychological and neural mechanism of the affective dimension of Pain. *Science* 288:1769-1772.
284. **Pryse Phillips WE.** "Validation of a diagnostic sign in carpal tunnel syndrome. *J Neural Neurosurg Psychiatry* 1984; 47:870-72.
285. **Raflos, M., Jackson, D., Mannix, J.** Idealised versus tainted femininity: discourses of the menstrual experience in Australian magazines that target young women. *Nurs Inq. (1998) Sep; 5(3):174-86*
286. **Rahe RH:**Anxiety and physical illness. *J Clin Psychiatry* 49:26-29.1988.
287. **Raj P.** The problem of postoperative pain: an epidemiologic perspective. In: Ferrante FM & VadeBoncouer TR, eds. *Post-operative Pain Management.* New York: Churchill Livingstone,1993: 2-3.

288. **Rannestad, T.** Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (2005); 19(3):419-430
289. **Raphael KG, Chandler HK, Ciccone DS.** Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Curr. Pain Headache Rep.* 2004; 8: 99-110.
290. **Reich, J.W., & Zautra, A.J.** (1995). Spouse encouragement of self-reliance and other-reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 249-260.
291. **Reiss D.** The working family: a researcher's view of health in the household. *Amer. J. Psychiat.* 1982; 139: 1412-1420.
292. **Reiss S.** Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clin Psychol Rev* 1987;7:585-96.
293. **Reynolds, D. V.** (1969). Surgery in the rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science*, 164, 444-445.
294. **Rhudy, J.L., & Meagher, M.W.** (2000). Fear and anxiety: Divergent effects on humans pain thresholds. *Pain*, 84, 65-75.
295. **Richard K.** The occurrence of maladaptive health-related behaviors and teacher-related conduct problems in children of chronic low back pain patients. *J. Behav. Med.* 1988; 11: 107-116.
296. **Richardson WC:** Poverty, illness and of health services in the United States. *Hospitals* 43:34-40, 1969.
297. **Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B.L., McLaughlin, T., J., Joffe, H., Gillman, M.** Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal Epidemiol Community Health* (2006); 221-227
298. **Rodrigue JR, Pearman TP, Moreb J.** Morbidity and mortality following bone marrow transplantation: predictive utility of pre-BMT affective functioning, compliance and social support stability. *Int. J. Behav. Med.* 1999; 6: 241-254.
299. **Romano J. Turner JA.** Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1985;97:18-34.
300. **Romano JM, Turner JA, Clancy SL.** Sex differences in the relationship of pain patient dysfunction to spouse adjustment. *Pain.* 1989; 39: 289-295.

301. **Romano JM, Turner JA, Friedman LS, et al.** Sequential analysis of chronic pain behaviours and spouse responses. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992; 60: 777-782.
302. **Romano JM, Turner JA, Jensen MP. et al.** Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain* 1995; 63: 353-360.
303. **Rosenbaum M, A** schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behav Ther* 1980; 1L- 109-121
304. **Rowat KM, Knapfl KA.** Living with chronic pain: the spouse's perspective. *Pain.* 1985; 23: 259-271.
305. **Roy R.** Chronic pain and marital difficulties. *Health Soc. Work.*1985; 10: 199-207.
306. **Roy R.** Engel 's pain-prone disorder patient: 25 years after. *Psychother. Psychosom.* 1985; 43: 126-135.
307. **Rumclhart D., McClelland. J, PDP Research Croup.** Parallel distributed processing: explorations in the microstructure of cognition. Cambridge, MA: MIT Press, 1986.
308. **Ryding, E., L., Wijma, K., Wijma, B.** Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *BIRTH (1998); 25(4)*
309. **Ryding, E., L., Wijma, K., Wijma, B.** Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *BIRTH (1998); 25(4)*
310. **Saarijarvi S, Rytokoski U, Karppi SL.** Marital satisfaction and distress in chronic low-back pain patients and their spouses. *Clin. J. Pain.*1990; 6: 148-152.
311. **Salmon P.** Psychological factors in surgical stress: implications for management. *Clinical Psychology Review*(1992); Vol 12
312. **Salovey, P., & Birnbaum, D.** (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57, 539-551.
313. **Sanders SH.** The role of learning in chronic pain states. In: Brena SF, Chapman S (Eds). *Clinics and Anesthesiology: Pain Control.* Philadelphia; Saunders, 1985.
314. **Schanberg LE, Anthony KK, Gill KM, Lefebvre JC, Kredich DW, Macharoni LM.** Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. *Pediatrics.* 2001; 108: E47.

315. **Schanberg LE, Keefe FJ, Lefebvre JC, Kredich DW, Gill KM.** Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: parental pain history and family environment. *Clin. J. Pain.* 1998; 14: 107-115.
316. **Schmidt NB, Cook JH.** Effect of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:313-23.
317. **Schumacher, R. & Velden, M.** (1984). Anxiety, pain experience, and pain report: A signal-detection study. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 339-349
318. **Schuttinga JA,** Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, **Baum A**, eds. *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1995: 31-42.
319. **Schwartz L, Slater MA, Birchler GR.** The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain.* 1996; 65: 227-233.
320. **Schwartz L, Slater MA, Birchler GR, Atkinson JH.** Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and answer, and marital satisfaction. *Pain* 1991;44:61-67.
321. **Sclump-Urquhart, S.R.** (1990). Families experiencing a traumatic accident: Implications and nursing management. *AACN*. 3: 552-534.
322. **Scott LE, Clum GA, Peoples JB.** Pre-operative predictors of post-operative pain. *Pain* 1983;15: 283-293.
323. **Shanfield S, Herman E, Cope D, Jones J.** Pain and the marital relationship: psychiatric distress. *Pain.* 1979; 7: 343-351.
324. **Sharma L, Cahue S, Song J, Hayes K, Pai YC, Dunlop D.** Physical functioning over three years in knee osteoarthritis: role of psychosocial, local mechanical, and neuromuscular factors. *Arthritis Rheum.* 2003;48:3359-70.
325. **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-198.
326. **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-198.
327. **Simes, M., R., Berg, D.** Surreptitious learning: menarche and menstrual product advertisements. *Health Care Women Int.* (2001) Jul-Aug; 22(5):455-69.

328. **Slappendel R, Weber EW, Bugter ML, Dirksen R.** The intensity of preoperative pain is directly correlated with the amount of morphine needed for postoperative analgesia. *Anesth Analg.* 1999;88:146-8.
329. **Smith CA, Wallston KA:** Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychol* 11:151-162, 1992.
330. **Smith T.** Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In: Siegman A, Smith T, editors. *Anger, hostility, and the heart*, Hills-dale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1994.
331. **Smith, C.A., & Wallston, K.A.** (1992) Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
332. **Snelling J.** The effect of chronic pain on the family unit. *J. Adv. Nurs.* 1994; 19: 543-551.
333. **Snelling J.** The role of the family in relation to chronic pain: review of the literature. *J. Adv. Nurs.* 1990; 15: 771-776.
334. **Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS.** Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1963, pp. 161-189.
335. **Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ.** The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1985. pp. 5-30.
336. **Stanic, J.** (1989). Caring for the family of the critically ill surgical patient. *Critical Care Nurse.* 10: 43-47.
337. **Sternbach R, Wolfe S, Murphy R, Akeson W.** Trails of pain patients: the low-hack "loser." *Psychosomatic** 1973;14:226-229.
338. **Stubbs, M., L.,** Cultural perceptions and practices around menarche and adolescent menstruation in the United States. *Annual N Y Academy Science (2008); 1135:58-66*
339. **Sullivan MJL, Thorn BE, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley L, Lefebvre JC.** Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin. J. Pain.* 2001; 17: 52-64.

340. **Sullivan MJL.** The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychol. Assess.* 1995; 7: 524-532.
341. **Summers JD. Rapoff MA. Varghese G. Porter K. Palmer RE.** Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain [see comments]. *Pain* 1991;47:183-189,
342. **Summers, J. D., Rapoff, M. A., Varghese, G., Porter, K. & Palmer, R. E.** (1991). Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 47, 183-189
343. **Sweeney DR, Fine BJ.** Note on pain reactivity and family size. *Percept. Mot. Skills.* 1970; 31: 25-26.
344. **Swenson, I., Havens, B.** Menarche and menstruation: a review of the literature. *Journal Community Health Nurs.* (1987); 4(4):199-210
345. **Szasz, T.S.** (1957). Pain and pleasure: A study of bodily feelings. New York: Basic Books.
346. **Taenzer P, Melzack R, Jeans ME.** Influence of psychological factors on post-operative pain, mood and analgesic requirements. *Pain* 1986; 24: 331-342.
347. **Tamsen A, Hartvig P, Fageriund C, Dahlstrom B.** Patient-controlled analgesic therapy. Part 11. Individual analgesic demand and analgesic plasma concentrations of pethidine in postoperative pain. *Clin Pharmacokinetics* 1982; 7:164-75.
348. **Tamsen A, Hartvig P, Fagerlund C, Dahlstrom B.** Patient-controlled analgesic therapy Part II. individual analgesic demand and analgesic plasma concentrations of petttidine in postoperative pain. *Clin Pharmacokinet* 1982: 7: 164-175.
349. **Tarr, J. & Picker R.H.** (1999). Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 16(1): 44-50.
350. **Tauschke E, Merskey H, Helmes E.** Psychological defense mechanisms in patients with pain. *Pain* 1990; 40:161-70.
351. **Terry R, Niven C, Brodie E, Jones R , Prose M.** An exploration of the relationship between anxiety, expectations and memory for postoperative pain. *Acute Pain* (2007) Sept; Vol 9; Issue 3.

352. **Tessler R.** Birth order, family size, and children's use of physician services. *Health. Serv. Res.* 1980; 15: 55–62.
353. **Thomas T, Robinson C, Champion D, McKell M, Pell M.** Prediction and assessment of the severity of postoperative pain and of satisfaction with management. *Pain* 1998; 75:177-85.
354. **Tomkins S,** The negative affects: anger and fear, The negative affects: anger and fear, 3. New York, NY: Springer Publishing, 1991.
355. **Tschannen TA, Duckro PN, Margolis KB, Tomazic TJ.** The relationship of anger, depression, and perceived disability among headache patients. *Headache* 1992;32:501—503.
356. **Turk DC, Flor H, Rudy TE.** Pain and families. I. Etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain.* 1987; 30: 3-27.
357. **Turk DC, Kerns RD** (Eds). *Health, Illness and Families: A Life-span Perspective.* New York; Wiley-Interscience, 1985.
358. **Turk DC, Kerns RD, Rosenberg R.** Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support. *Rehabil. Psychol.* 1992; 37: 259-274.
359. **Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. (Eds).** *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective.* New York; Guilford Press, 1983.
360. **Turk DC, Monarch ES.** Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Turk DC, **Gatchel RJ** (Eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook, 2nd ed.* New York; Guilford Press, 2002.
361. **Turkat ID, Kuczmierczyk AR, Adams HE.** An investigation of the etiology of chronic headache. The role of headache models. *Brit. J. Psychiat.* 1984; 145: 665-666.
362. **Turston AJ, Krause BL.** The possible role of vascular congestion in carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg* 1988 13B: 397-399.
363. **Unruh AM.** Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65:123-167.
364. **Vahtera J, Kivimaki M, Koskenvuo R, Peoti J.** Hostility and registered sickness absences: a prospective study of municipal employees. *Psychol Med* 1997;27:693-701.

365. **Van Houdenhove B.** Assessing adverse childhood experiences in chronic pain: it does matter. *Clin. J. Pain.* 2006; 22:584.
366. **Vaughn F, Wichowski RN, Bowsworth G.** Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal* 2007;85(3)
367. **Vernon DTA.** Modeling and birth order in responses to painful stimuli. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1974; 29: 794-799.
368. **Victoria A. Brander, S. David Stulberg, Angela D. Adams, Norman R. Harden, Stephen Bruehl, Steven P. Stanos and Timothy Haule.** Predicting Total Knee Replacement Pain. *Clinical Orthopedics and Related Research* 2003. Number 416 pp. 27-36.
369. **Violon A, Giurgea D.** *Familial models for chronic pain.* *Pain* 1984; 18: 199-203.
370. **Violon A.** Family etiology of chronic pain. *Int. J. Fam. Ther.* 1985; 7: 235-246.
371. **Vollenhoven, B.** Introduction: the epidemiology of uterine leiomyomas. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology (1998) June;12:169-176.*
372. **Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M, Tzonou A, Danou-Roussaki A, Christodoulou G.** Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. *Psychother Psychosom* 1991; 55: 191-196.
373. **Wade .JB. Price DO. Hammer RM. Schwartz SM, Hart RP,** An emotional component analysis of chronic pain. *Pain* 1990;40:303-310.
374. **Wade, J. B., Price, D. D., Hamer, R. M., Schwartz, S. M. & Hart, R. P.** (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, 40, 303-310.
375. **Walker LS, Garber J, Greene JW.** Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence and parental somatic symptoms. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994; 62: 1213-1221.
376. **Wall, P. D.** (1979). On the relation of injury to pain. *Pain*, 6, 253-264
377. **Walmsley PN, Brockopp DY, Brockopp GW.** The role of prior pain experience and expectations on postoperative pain. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 34-37.

378. **Weisenberg, M., Aviram, O., Wolf, Y. & Raphaeli, N.** (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*, 20, 371-383.
379. **Weiss JE, Greenlick MR:** Determinants of medical care utilization: the effect of social class and distance on contacts with the medical care system. *Med Care* 8:456-462, 1970.
380. **Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J,** eds. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, NY: Lejacq; 1984.
381. **Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L.C., Brendle, J.R.** Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders* 19 (2005) 295-311
382. **WHOQOL Group.** Study Protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993;2:153-159.
383. **Wiklund I.** Cesarean section on maternal request. (2007) Karolinska Institute, Stockholm.
384. **Williams DA.** Acute pain (with special emphasis on painful medical procedures). In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford; 1999. p. 151-63.
385. **Williams DA. Robinson ME. Geisser ML.** Pain beliefs: assessment and utility. *Pain* 1994;59:71-78.
386. **Williams RB, Williams VP.** *Anger kills*. New York: Times Books, 1993.
387. **Williams RL, Moore CA, Petribone TJ, Thomas SP.** Construction and validation of a self-report scale of self-management practices. *J Res Pers* 1992; 26: 216-234.
388. **Wood PHN:** Osteoarthritis in the community. *Clin Rheum Dis* 2;495-507, 1976
389. **Wooley, N.** (1990). Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 1402-1408.
390. **Woolf CJ, Salter MW.** Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science*. 2000;288:1765-9.

391. **Zautra AJ, Burleson MH, Matt KS, Roth S, Burrows L:** Interpersonal stress, depression and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol* 13:139-148, 1994.
392. **Zautra, A.J., & Manne, S.L.** (1991). Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 31-39.
393. **Zavadak KH, Gibson KR, Whitley DM, Britz P, Kwoh CK:** Variability in the attainment of functional milestones during the acute care admission after total joint replacement *J Rheumatol* 22: 482-487, 1995.
394. **Zelman, D. C., Howland, E. W, Nichols, S. N. & Cleeland, C. S.** (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46, 105-111
395. **Zelman, D.C., Howland, E.W., Nichols, S.N., & Cleeland, C.S.** (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46(1), 105-111.
396. **Ziesat HA.** Are family patterns related to the development of chronic low back pain? *Percept. Mot. Skills*. 1978; 46: 1062.
397. **Zimmerman L, Story KT, Gaston-Johansson F, Rowles JR.** Psychological variables and cancer pain. *Cancer nats* 1996, 19:44 53.
398. **Zvolensky MJ, Goodie JL, McNeil DW, Sperry JA, Sorell JT.** Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behav Res Ther* 2001;39: 683-96.
399. **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*. 21: 118-123.
400. **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*. 24: 16-20.
401. **Βελίκης, Ι.** (2000). Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα. Διδακτορική Διατριβή (υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων).
402. **Δίνας, Κ., Πανταζής, Κ., Ζεπειρίδης, Α., Θεοδορίδης, Θ., Αγοραστός, Θ., Μπόντης, Ι., Ν.** Κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των ινομυωμάτων της μήτρας. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία (2006);18(2):129-133*

403. **Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ.** (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76.
404. **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.** (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
405. Σιαφάκα, Β. (2000). Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως και ομάδα υγιών ανδρών. Διδακτορική Διατριβή (Υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)