

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Γ. ΒΕΡΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος « ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ » της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής & Ψυχικής Υγείας, Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της αισθάνομαι την ανάγκη και υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, κ. Σιαφάκα Βασιλική. Χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε δεν θα είχε αρχίσει αλλά ούτε θα είχε ολοκληρωθεί το εγχείρημα αυτό.

Οφείλω ευχαριστίες σε όλους που συμμετείχαν στη έρευνα και βοήθησαν στην ολοκλήρωσή της.

Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την κατανόησή της, την υπομονή της και την ηθική της συμπαράσταση, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της προσπάθειάς μου. Τα παιδιά μου, το σύζυγο μου και ιδιαίτερα τους γονείς μου, για την υποστήριξη και την αγάπη τους όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1. ΠΟΝΟΣ	
1.1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
1.2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ	11
1.3.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ	12
1.3.1. Αλγαισθητικός πόνος	16
1.3.2. Νευροπαθητικός Πόνος	17
1.3.3. Ψυχογενής ή Λειτουργικός Πόνος	19
1.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΤΙΑΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	19
1.5. ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΝΟΥ	
1.5.1. Η Θεωρία της Εξειδίκευσης	21
1.5.2. Η Θεωρία του συναισθήματος	22
1.5.4. Η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας	22
1.6. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	24
1.7. ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΩΘΗΣΗ ΠΟΝΟΥ	25
1.8. Ο ΠΟΝΟΣ ΩΣ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	26
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	
2.1. ΣΤΡΕΣ	29
2.1.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΕΣ	30
2.1.3. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ	32
2.1.4. ΠΟΝΟΣ, ΦΟΒΟΣ, ΣΤΡΕΣ	33
2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΤΡΕΣ	
2.2.1. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ	34
2.2.2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	37
2.3. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ	38
2.3.1. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΦΥΓΗΣ Ή ΠΑΛΗΣ	41
2.3.2.ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ	43
2.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	44

2.5. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	46
2.5.1. ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ (Sense of Coherence, SOC)	47
2.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	50
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	67
2. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	
2.1.ΥΛΙΚΟ	68
2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ	68
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	74
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
4.1 Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	75
4.2 Άλλα χαρακτηριστικά του Δείγματος	77
4.3 Ερωτηματολόγιο Φόβου του πόνου	79
4.4. Σύντομη κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- BRIEF-COPE)	79
4.5. Κλίμακα εκτίμησης Αίσθηση Συνοχής (Sense of coherence-SOC)	80
4.6.Συσχετίσεις του FPQ III με το Brief Cope και το SOC	
4.6.1. FPQ III minor	81
4.6.2. FPQ III major	83
4.6.3. FPQ III medical	85
4.6.4. FPQ III total	87
4.6.5. Συσχετίσεις του Brief Cope με τη SOC.	89
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	91
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	105
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	107
SUMMURY IN ENGLISH	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	111

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμπειρία του πόνου είναι τόσο άρρηκτα συνδεδεμένη με την συναισθηματική οδύνη, αν εξαιρέσουμε τις οδύνες του τοκετού, που τις σηματοδοτεί το ευχάριστο μήνυμα της νέας ζωής, μια συμπεριφορά πόνου που δεν περιέχει δυσάρεστα συναισθήματα, δεν αποτελεί πόνο. Τα πιο κοινά συναισθήματα που ακολουθούν τον πόνο είναι το άγχος, ο φόβος και η κατάθλιψη. Πολλές φορές μπορεί κανείς να βρει πολλές γκάμες συναισθημάτων, που να καλύπτουν όλο τα φάσμα, από τον θυμό και την επιθετικότητα έως την υποταγή και το γέλιο (Graig, 1984).

Ωστόσο παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας, ο πόνος περιγράφεται σαν μία συναισθηματική κατάσταση και όχι αίσθηση, στη δυτική κουλτούρα και κατά συνέπεια στη δυτική ιατρική εδραιώθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα, σαν μία κατά κύριο λόγο αισθητηριακή εμπειρία με τα όποια αρνητικά συναισθήματα να περιγράφονται ως επακόλουθα αυτής της αίσθησης.

Ο φόβος ακολουθεί τον πόνο. Ο φόβος είναι ένα από τα πιο αρχέγονα συναισθήματα, συστατικό της ίδιας της επιβίωσης του ανθρώπινου είδους και με αυτή την έννοια ανήκει στα φαινόμενα που έχουν απασχολήσει περισσότερο τη ανθρώπινη σκέψη, παρότι όλα δείχνουν ότι είναι παλαιότερος από αυτήν.

Κύριο στοιχείο του φόβου είναι το άγχος (Freud 1895). Το άγχος μπορεί να εμφανίζεται σε κάποιον ως προσωρινή αίσθηση πανικού, φόβου, νευρικότητας ή σαν αίσθηση των ορίων έντασης για κάτι σε ορισμένες περιπτώσεις. Η διαφορά αυτού του φυσιολογικού άγχους με εκείνο που θεωρείται μέρος μιας ψυχικής διαταραχής, είναι ότι στην δεύτερη περίπτωση, τα συμπτώματα του άγχους είναι εμφανή, συνεχή και διαταράζουν την καθημερινή ζωή και την αίσθηση υγείας του ατόμου που υποφέρει από αυτό.

1. ΠΟΝΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι ένας υγιής νους βρίσκεται πάντα μέσα σε ένα υγιές σώμα. Πολυάριθμες, όμως, μελέτες αποκαλύπτουν πως το ευ ζην επηρεάζεται άμεσα από την ψυχική διάθεση του ανθρώπου. Υπάρχει μία αμφίδρομη επιρροή ανάμεσα στο σώμα και το πνεύμα είναι σε τέτοιο βαθμό, ώστε να θεωρείται φυσιολογική και δεδομένη η κατάπτωση του σώματος αν και το πνεύμα νοσεί.

Οι αρχέγονες ρίζες του ανθρώπινου πόνου αντηχούν στην κραυγή του νεογνού, ένδειξη της πρώτης τραυματικής εμπειρίας κατά τη μετάβαση από την αμνιωτική στην έμβια ζωή. Κάθε ανθρώπινη πράξη διατρέχει την πορεία της από το λίκνο ως το θάνατο, στενά συνυφασμένη με τη διεισδυτική παρουσία του πόνου. Ο Todd (1985) αναφέρει: «χωρίς αυτόν η ζωή θα ήταν μια ισοπεδωτική αυταρέσκεια και το ανθρώπινο γένος δεν θα είχε επιβιώσει» (Καλλιστράτος, 2004).

Στις χιλιετηρίδες της ιστορίας, ο άνθρωπος προσπάθησε να κατανοήσει την φύση του επιβλαβή ευεργέτη του, αλλά ακόμη και σήμερα αντιμετωπίζει με δέος το αντιφατικό αυτό φαινόμενο, το οποίο αποτελεί ταυτόχρονα ευλογία και κατάρα. Αφενός ο πόνος, ως σημαντικός αμυντικός μηχανισμός, λειτουργεί σαν σηματοδότης κινδύνου του οργανισμού. Παράλληλα, μπορεί να αποβεί μέσο απόκτησης δύναμης, βάθους και αληθινής σοφίας, καθώς και να προσφέρει ευκαιρίες για ηρωισμό (Λανάρα, 1977). Ο πόνος μεγαλώνει τις διατάσεις της ψυχής. Μπορεί να γίνεται ταπεινωτικός και απάνθρωπος. Απειλεί την αυτονομία του ατόμου, καταστρέφει κάθε έννοια αυτοεκτίμησης, και συνοδεύεται από συναισθήματα απελπισίας, εξάρτησης, αχρηστοζωίας και μοναξιάς. Και το μέγιστο καταστρέφει τη θέληση για ζωή (Lisson, 1987). Ιδιαίτερα όταν συνοδεύει τη βαριά ή άγνωστη προέλευσης ασθένεια, απειλεί τα θεμέλια της προσωπικότητας του ανθρώπου, την κοινωνική του θέση, την οικονομική του κατάσταση, την ακεραιότητά του και καμιά φορά και την ίδια του τη ζωή.

Από τη λίθινη εποχή αναζητούνται τρόποι ερμηνείας και αντιμετώπισής του. Το πανάρχαιο αυτό βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται από τις μυθολογίες όλων των αρχαίων λαών σαν ένας από τους αρχαιότερους εχθρούς του ανθρώπου. Μετά την επαφή της αρχέγονης αντιμετώπισής του με μαγικά φίλτρα ή μαγικές επωδές έρχεται η ώρα των φυτικών φαρμάκων (Καλλιστράτος, 2004). Πολλοί αρχαίοι πολιτισμοί πίστευαν ότι ο πόνος και η νόσος είναι η τιμωρία των ανήθικων ανθρώπων από τους θεούς. Στους πρωτόγονους πολιτισμούς, ο πόνος ήταν δυνατόν να γίνει κατανοητός από τους ανθρώπους και να αντιμετωπισθεί με κάποιο τρόπο, μόνον όταν ήταν ορατός π.χ. από ένα τραύμα. Ο εσωτερικός πόνος ήταν ακατανόητος και είχε χρεωθεί στους θεούς. Γι' αυτό, κάθε φορά που κάποιος πονούσε, χρησιμοποιούσαν διάφορους τρόπους ώστε να εξευμενίσουν

τους θεούς, θυσίες ζώων ή διάφορα αντικείμενα που έκαναν θόρυβο, κουδούνια, κρόταλλα, για να διώξουν τα κακά πνεύματα, τους δαίμονες του πόνου .

Η αναζήτηση των φαρμάκων άρχισε από το περιβάλλον. Οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν αναλγητικό φάρμακο για τους πόνους ήταν οι Σουμέριοι το 5000 π.Χ. και ήταν φυσικά το όπιο. Γραπτές μαρτυρίες για την χρησιμοποίηση του «φυτού της ευτυχίας» σε διάφορους πόνους υπάρχουν στις σουμεριακές πινακίδες με την χαρακτηριστική σφηνοειδή γραφή .

Πολλά χρόνια μετά οι Αιγύπτιοι το 1500 π.Χ, στον πάπυρο του Ebers περιγράφουν τις αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες του φλοιού της ιτιάς. Οι Αιγύπτιοι ακόμη χρησιμοποιούν τα ηλεκτρικά χέλια του Νείλου και τα τοποθετούν πάνω στις πληγές των ασθενών, όπως και τότε. Φαίνεται ότι είχαν καλά αποτελέσματα διότι και σήμερα χρησιμοποιούμε μια παρόμοια τεχνική, την διαδερμική νευρική ηλεκτρική διέγερση ή TENS, με πιο αβρό και καλύτερα ελεγχόμενο τρόπο για την θεραπεία της οσφυαλγίας και τους πόνους των αρθρώσεων.

Τα πρώτα ελληνικά στοιχεία αντιμετώπισης πόνου αποκαλύπτονται στην ελληνική μυθολογία και τα ομηρικά κείμενα. Ο πόνος ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της Νύχτας και δόθηκε σαν εκδίκηση στους ανθρώπους μετά την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα. Ο Ασκληπιός, γιος του Απόλλωνα, που είναι ο θεός θεραπευτής, θεωρείται ειδικός στην καταπολέμηση του πόνου. Την Ομηρική περίοδο παρατηρείται μέγιστη ανάπτυξη της ανατομίας, της τραυματολογίας και της βιολογίας. Ως θεραπευτικά μέσα δεν χρησιμοποιούνται μαγικά μόνο επικλήσεις και εξορκισμοί αλλά δεξιοτεχνική ικανότητα με ήπια φάρμακα (βότανα) και χειρουργικές επεμβάσεις. Μέχρι και την εποχή της επιστημονικής περιόδου, που αρχίζει με τους Προσωκρατικούς φιλόσοφους και πριν τον Ιπποκράτη, πίστευαν ότι το κέντρο του πόνου ήταν η καρδιά και η θεραπεία του γίνεται με πρακτικό τρόπο ή με μαγικοθησκευτικές τελετές. Ο Ιπποκράτης (460-360 π.Χ) δέχεται ως κέντρο των αισθήσεων τον εγκέφαλο και των συναισθημάτων την καρδιά και ισχυρίζεται ότι οποιαδήποτε διαταραχή στα τέσσερα στοιχεία του σώματος (φως – αέρας – γη – νερό) δημιουργούν πόνο (Ντίνκα, 2004).

Ο Ιπποκράτης είχε ήδη συλλάβει μία από τις βασικότερες αρχές της μοντέρνας ιατρικής: οι άνθρωποι παρουσιάζουν ενδογενείς διαφορές ο ένας από τον άλλον και αυτή η ατομική ιδιαιτερότητα επηρεάζει την προδιάθεση ή την αντοχή του οργανισμού για διάφορες ασθένειες, την κλινική εκδήλωση και εξέλιξη της νόσου και την απόκριση του οργανισμού στη φαρμακευτική αγωγή. Κατά συνέπεια, η σωστή κλινική πράξη θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξατομικευμένη προσέγγιση στη διάγνωση και στη θεραπεία. Πρώτος αναγνώρισε ότι *«η ιδιοσυστασία των ατόμων παρουσιάζει... μεγάλες διαφορές»*. Κάθε άνθρωπος συνδυάζει τους χυμούς με έναν ιδιαίτερο τρόπο, που αποτελεί την *ιδιοσυστασία* (ιδιοσυγκρασία) του: η κίτρινη χολή κυριαρχεί στους *χολικούς*, το φλέγμα στους *φλεγματικούς* και η μαύρη χολή στους *μελαγχολικούς*. Η ιδιοσυγκρασία προδιαθέτει σε

συγκεκριμένες ασθένειες ή προστατεύει από άλλες. Την ιδιαιτερότητα για την οποία μιλούσε ο Ιπποκράτης την αντιλαμβανόμαστε σήμερα ως διαφορετικότητα στο επίπεδο του DNA, από το οποίο εκπορεύονται οι πληροφορίες που καθορίζουν τη σύσταση του οργανισμού (Συκιώτης, 2006).

Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο πόνος οφείλεται στην είσοδο κακών πνευμάτων στο σώμα του ανθρώπου διαμέσου του τραύματος. Το 80 μ.Χ., ένας άλλος έλληνας γιατρός ο Διοσκουρίδης, κατέγραψε σε πέντε τόμους στα ελληνικά και λατινικά την πρώτη Φαρμακοποιία.

Από φιλοσοφικής άποψης, ο Επίκουρος (341-270 π.Χ), ιδρυτής της σχολής του Επικουρισμού, είχε εύγλωττα πει πως θεωρούμε την απόλαυση το άλφα και το ωμέγα μιας ευλογημένης ζωής. Οι άνθρωποι μπορούν, να πετύχουν την ευδαιμονία και να περιορίσουν τον πόνο. Η απόλαυση είναι το πρωταρχικό μας αγαθό. Η ηδονή και ο πόνος είναι το μέτρο για το τι πρέπει να προτιμούμε και τι να αποφεύγουμε. Η ελευθερία από τον πόνο είναι αγαθό και υπέρτατη ηδονή (Λαέρτιος, τόμος 2^{ος}, 2012). Οι Επικούριοι, θεωρούσαν τις πνευματικές απολαύσεις ανώτερες από τις σωματικές, συνδύασαν μια υλιστική αντίληψη και την ατομική φυσική και μια ηδονιστική ηθική με άξονα την αναζήτηση των φυσικών και αναγκαίων ηδονών με τελικό στόχο την αταραξία της ψυχής. Με τον όρο ηδονή οι Επικούριοι δεν εννοούσαν την ηδονή που απορρέει από τις απολαύσεις και τις διασκέδασεις, «ενεργή» ή «κινητική ηδονή», ηδονή εν κινήσει, αλλά αυτή που συνοδεύει την πλήρη απουσία πόθου και πόνου, τη σωματική υγεία και την ψυχική ηρεμία, «στατική», καταστηματακή ηδονή (Γεωργούλης, 1994).

Στους Βυζαντινούς χρόνους ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Νικόλαος ο Μυρεψός στο περίφημο «Αντιδοτάριο» του μελέτησαν τις ιδιότητες του οπίου. Με την επίδραση του Χριστιανισμού ακμάζει η φιλανθρωπία και η έμπρακτη έκφραση ενδιαφέροντος στους πάσχοντες συνανθρώπους χωρίς διάκριση. Αρχικά η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από άνδρες και γυναίκες της εκκλησίας. Αργότερα οι επαγγελματίες νοσηλευτές ανακουφίζουν τους πάσχοντες κάτω από την επίβλεψη και τη σκέπη της εκκλησίας στους ξενώνες ή στο σπίτι τους.

Την εποχή του Δυτικού Μεσαίωνα στην Ευρώπη η ερμηνεία του πόνου ήταν ευρέως διαδεδομένη ως θεία τιμωρία για αμαρτίες που είχαν διαπραχτεί ή ως δοκιμασία από το θεό. Η ψυχή θεωρήθηκε πολύ πιο σημαντική από το σώμα ενώ τα νοσοκομεία ήταν χώροι όπου οι ασθενείς παρέμεναν για να αναρρώσουν ή για να πεθάνουν ανάλογα με το θέλημα του θεού. Χρησιμοποιήθηκαν ευρέως σαν παυσίπονα, το ακόνιτο, η νεοσκιαμίνη και η μελαντόνα. Έκτοτε και για πολλούς αιώνες ο πόνος αποτελούσε μια από τις τιμωρίες του ανθρώπου από τον θεό. Στον μεσαίωνα έγινε κατάχρηση δύο ειδών αναλγητικών φαρμάκων, αυτών που χρησιμοποιούσαν φυτικά βότανα και αυτών που χρησιμοποιούσαν μέταλλα. Το πιο γνωστό από τα πρώτα ήταν το Theriac. Όσον αφορά τα μεταλλικά αναλγητικά φάρμακα, το πιο γνωστό ήταν ένα μίγμα από ρινίσματα χρυσού αναμεμιγμένα με ρινίσματα ελεφαντόδοντου.

Την πρώτη επιστημονική προσέγγιση στο θέμα του πόνου έδωσε ο Rene Descartes το 1644 που ανέπτυξε την «θεωρία της εξειδίκευσης» (specificity theory). Σύμφωνα με αυτήν ο πόνος είναι μια διαφορετική αίσθηση από την αφή και τις άλλες αισθήσεις. Έχει τους δικούς του υποδοχείς στην περιφέρεια, την δική του οδό μέσα στο νευρικό σύστημα και τη δική του θέση στον εγκέφαλο. Ο πόνος αποτελεί μια αίσθηση ανάλογη με την όραση ή την ακοή (Bonica, 1990). Την περίοδο της Αναγέννησης χρησιμοποιούνται φυσικά παυσίπονα όπως όπιο, βότανα, μάνδρακας (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος, 2008).

Το 18^ο αιώνα γίνονται από τον Stoerk οι πρώτες φαρμακολογικές πειραματικές μελέτες και το 1803 αποχωρίζεται για πρώτη φορά σε καθαρή μορφή το αλκαλοειδές του οπίου από τον Sertuner που του δίνει το όνομα Μορφίνη, από τον Μορφέα, θεό του ύπνου στην αρχαία Ελληνική Μυθολογία (Ντίνκα, 2004).

Κατά το 19^ο αιώνα διατυπώθηκαν νέες θεωρίες για την παθοφυσιολογία και την θεραπεία του, οι οποίες έθεσαν τις βάσεις για την σύγχρονη αντιμετώπιση του. Παρασκευάζεται από τον Loewic το σαλικυλικό οξύ, εμφανίζονται τα συνθετικά αναλγητικά και συντίθεται το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (1897) από τον χημικό Fr Bayer. Επίσης απομονώνονται από τον Bybiquyer (1839) η κωδεΐνη, τον Merk (1843) η παπαβερίνη, τον Niemann (1859) η κοκαΐνη ενώ ο Morton (1847) χρησιμοποιεί τον αιθέρα (Ντίνκα, 2004). Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, μετά τη διείσδυση του οπίου στην Κίνα η ακετυλίωση της μορφίνης φέρνει στον κόσμο τη θυγατέρα της ηρωΐνη προσφιλές αντικείμενο των εμπόρων ναρκωτικών (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος, 2008).

Η τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος του 20^{ου} αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, οι νέες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και τα νέα φάρμακα με εκλεκτική δράση συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου (Ευαγγελάτο, Βαϊόπουλος 2008). Στον 21^ο αιώνα πλέον, το μεγαλύτερο πρόβλημα στην θεραπεία του πόνου αποτελεί η θεραπεία του χρόνιου πόνου.

Ο πόνος κατά την **ορθόδοξη θεολογία** αφορά την μεταπτωτική κατάσταση του ανθρώπου. Ο πόνος, ο κόπος, η θλίψη, και ο θάνατος δεν υπήρχαν εξ' αρχής στο ανθρώπινο γένος. Η παρακοή όμως των πρωτοπλάστων είναι η αιτία και η πηγή όλων των δεινών, των συμφορών και των πόνων που δοκιμάζει έκτοτε ο άνθρωπος (Παπουτσόπουλος, 2004). Ο άνθρωπος μετά την πτώση, έγινε υπόδουλος της αμαρτίας και αιχμάλωτος της φθοράς, του πόνου και του θανάτου. Το σώμα του ανθρώπου προ της πτώσεως ακόμα και αν αυτό δεν ήταν αθάνατο, η κοινωνία με τον θεό και η ενότητα μαζί του το καταστούσαν άφθαρτο και απρόσβλητο από το γεγονός του θανάτου (Βασιλειάδη Ν., 1992). Μετά την πτώση, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και ο Μ. Βασίλειος «οδυνηρά σαρκί συνεζεύχθημεν εις φθορά καταδικασμένη δια την αμαρτία» (Μέγα Βασιλείου, 2008). Η πτώση και η αμαρτία έφεραν τον πόνο και τον θάνατο ως φυσική συνέπεια και όχι ως

τιμωρία Θεού. Στον θεό δεν υπάρχει κοσμικό φρόνημα, ανθρώπινη δικαιοσύνη, νομική κατοχύρωση και απαίτηση, αλλά πνεύμα αγάπης, που δεν μπορεί εύκολα να συλλάβει η ανθρώπινη σοφία. Ο Θεός ούτε θέλησε, ούτε έκτισε το θάνατο και την φθορά για το ανθρώπινο γένος. Έτσι ο πόνος εισήλθε στην ζωή του ανθρώπου όχι κατά ευδοκία θεού, αλλά κατά παραχώρηση θεού. Όταν ο άνθρωπος με την εγωιστική του παρακοή και συμπεριφορά έχασε την πηγή της ζωής, τον δημιουργό του. Από την άπονο κατάσταση της θείας βασιλείας, βρέθηκε σε μια άλλη κατάσταση, στην οποία, αφού δεν βασιλεύει η αληθινή ζωή, κυριαρχεί μια ζωή φθαρμένη, συνυφασμένη με τον θάνατο, τα πάθη, και την αμαρτία. Ο πόνος λοιπόν συνδέεται με την κακή χρήση της ελευθερίας εκ μέρους του ανθρώπου.

Ο πόνος χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους κατά κόρον ως μέσον παιδαγωγίας και εξαναγκασμού. Σύμφωνα με το γνωστό μοντέλο αμοιβής-τιμωρίας στο οποίο ενθαρρύνουμε με ευχάριστα ερεθίσματα μια επιθυμητή συμπεριφορά για να επαναληφθεί και με δυσάρεστα αυτήν που θέλουμε να καταστείλουμε, η τιμωρία του σωματικού πόνου κατέχει τα πρωτεία της τιμωρίας ως το πιο πρόσφορο και πιο εύγλωττο επιχείρημα! Δεν είναι και πολύ μακρινή η εποχή που είχε και τις ευλογίες των κυρίαρχων ιδεολογικών συστημάτων ως μέσο διαπαιδαγωγίας των παιδιών όχι μόνο στην οικογένεια αλλά και στο εκπαιδευτικό σύστημα και βέβαια εξακολουθεί να είναι και στις μέρες μας η πιο διαδεδομένη μορφή ενδοοικογενειακής βίας. Όσο για την τιμωρία και τον εξαναγκασμό σε επίπεδο πολιτικών βασανιστηρίων, στη σύγχρονη εποχή έχουμε να θαυμάσουμε πλέον πολύπλοκες μεθόδους επιβολής σωματικού αλλά και ψυχικού πόνου.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική δυσάρεστη εμπειρία, αισθητική και συναισθηματική, αποτέλεσμα διεργασιών που ξεκινούν από ένα βλαπτικό ερέθισμα ή μια νόσο στην οποία συμμετέχει ενεργά το νευρικό σύστημα. Είναι ένα πολυδιάστατο βιολογικό σύμπτωμα, αποτελεί μία πανανθρώπινη εμπειρία και αιτία μεγάλης οδύνης (Γούλες, 2002 · Bowsher, 1999) .

Παρόλο που ο πόνος αποτελεί μια πανανθρώπινη εμπειρία είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια. Από την IASP ως «πόνος» ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη (IASP 1986). Όμως για κάθε ξεχωριστό άτομο, ο πόνος δεν είναι παρά ένα δυσάρεστο οδυνηρό αίσθημα. Πρόκειται για υποκειμενικό αίσθημα το οποίο μαθαίνει κανείς βάσει των προσωπικών του εμπειριών από νωρίς στην ζωή. Όμως για τον γιατρό ο πόνος δεν υφίσταται παρά μόνο όταν του το πει ο ασθενής (Price & Pierre, 2006).

Η Arendt περιγράφει τον πόνο, σαν το πιο έντονο αίσθημα που γνωρίζει ο άνθρωπος, έντονο μέχρι εξάλειψης όλων των άλλων εμπειριών (Λανάρα Β., 1996). Ο πόνος κατά τον Engel είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα που αντιπροσωπεύει τη θλίψη και προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μια πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης (Engel, 1959). Ο Mountcastle αναφέρει, ότι «πόνος είναι αισθητηριακή εμπειρία που προκαλείται από βλαπτική αιτία» (Πλατή, 1998). Η McCaffery δίνοντας τον ορισμό του πόνου λέει ότι, « πόνος είναι ότι το άτομο λέει ότι είναι και υπάρχει όταν εκείνο λέει ότι υπάρχει» (Sternbach, 1974).

Ο πόνος αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό του σώματος, εμφανίζεται όταν προκαλείται βλάβη σε ιστούς, και εξαναγκάζει το άτομο να αντιδρά κατά τρόπον ώστε να απομακρύνει το αλγογόνο ερέθισμα. Ακόμα και απλές δραστηριότητες της καθημερινότητας, όταν αυτές μπορούν να δημιουργήσουν βλάβη, τότε ο πόνος δρα καθοριστικά για την άρση του αιτίου και κατά συνέπεια την προστασία του οργανισμού. Τα άτομα όμως που έχει χάσει την αίσθηση του πόνου, όπως μετά βλάβη στο νωτιαίο μυελό, αδυνατούν να αντιληφθούν την επικείμενη βλάβη που μπορεί να προκληθεί και να προκαλέσει ίσως ανεπανόρθωτες βλάβες .

Κάθε άνθρωπος που πονά εκφράζεται με «παρόμοιο τρόπο», αποτελεί όμως μία ξεχωριστή οντότητα με διαφορετική ψυχοσωματική υποδομή και μπορεί να έχει διαφορετική ή κοινή αιτία και αντιμετώπιση. Ο πόνος αποτελείται από δύο συνιστώσες: Την αισθητική-φυσική και τη συναισθηματική-ψυχολογική-υποκειμενική. Οι δύο αυτές συνιστώσες βρίσκονται μεταξύ τους σε μια δυναμική σχέση που διαμορφώνεται και εκφράζεται ανάλογα με το άτομο, το περιβάλλον, το χώρο, το χρόνο και τη στιγμή (Γουλές, 2002 · Merskey et al., 1994). Το μέγεθος του ερεθίσματος ή της βλάβης εκτιμάται από την δυναμική εξίσωση, όπου παίζουν σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του ατόμου τα προηγούμενα βιώματά του, η φιλοσοφική και υπαρξιακή του τοποθέτηση απέναντι στο φαινόμενο της ζωής και γενικότερα ο πολιτισμός του.

1.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Η ταξινόμηση του κλινικού πόνου σε κατηγορίες αποτελεί αντικείμενο διχογνωμών. Αυτό οφείλεται στη διαρκώς αυξανόμενη γνώση και κατανόηση των μηχανισμών του «συστήματος του πόνου». Η ταξινόμηση έχει γίνει με διάφορα κριτήρια όπως της έντασης, της διάρκειας, της εντόπισης και άλλων ιδιοτήτων του. Συχνά διαχωρισμός του πόνου είναι χρήσιμος για την διαφοροδιάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση. Δυστυχώς στη διεθνή βιβλιογραφία ακόμη και σήμερα η ορολογία των διαφόρων ειδών του πόνου δεν είναι ξεκάθαρη και αυτό οδηγεί σε πολλές παρεξηγήσεις.

Προκειμένου να αντιληφθούμε τον πόνο ή τους μηχανισμούς προκλήσεως του , διακρίνουμε δύο ξεχωριστές ποιοτικά οντότητες: τον φυσιολογικό και τον παθολογικό πόνο

- Ο **φυσιολογικός** πόνος μπορεί να προκληθεί από μηχανικό, θερμικό ή χημικό ερέθισμα. Ο όρος χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια σειρά παροδικών αισθήσεων που αντιλαμβανόμαστε όταν ένα ερέθισμα έχει ένταση αρκετή για να προκαλέσει βλάβη στους ιστούς ή τραύμα μικρής έκτασης, το οποίο όμως δεν προκαλεί εκτεταμένη αντιδραστική φλεγμονή, ούτε βλάβη του νευρικού συστήματος. Στις αρχές του αιώνα χρησιμοποιήθηκε ο όρος «noxious», από τον Sherrington, που σημαίνει βλαβερό για να περιγράψει ακριβώς αυτό το τύπο του ερεθίσματος (Kremer et al., 1981).

Πειραματικά έχει δημιουργηθεί συγκεκριμένη ουδός κατά την οποία η αίσθηση παύει πια να είναι πίεση ζεστό ή κρύο και γίνεται επώδυνο ερέθισμα. Η ένταση του ερεθίσματος που φθάνει την **ουδό του πόνου** είναι όμοια με αυτήν που προκαλεί το αντανακλαστικό απόσυρσης, το τράβηγμα δηλαδή ή την απομάκρυνση του μέλους από το βλαπτικό ερέθισμα. Η σχέση μεταξύ της έντασης του ερεθίσματος και της απάντησης σε αυτό είναι ποσοτική, μέχρις ότου το ερέθισμα ξεπεράσει τα όρια ανοχής (Lawrence et al., 2003). Ο φυσιολογικός πόνος πρέπει να διακρίνεται από την δυσάρεστη αίσθηση που προκαλείται από αβλαβή ερεθίσματα “innocuous stimuli”, καθώς στην περίπτωση αυτή αφ’ ενός παρεμβάλλονται ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος και αφ’ ετέρου ο πόνος εκδηλώνεται με αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η έννοια του φυσιολογικού πόνου ανταποκρίνεται στη λειτουργία των φυσιολογικών αισθήσεων. Αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό μηχανισμό, καθώς μας απομακρύνει από τους έστω και παροδικά βλαπτικούς παράγοντες (Lawrence et al., 2003). Στην καθημερινή ζωή αγγίζοντας κρύα ή ζεστά αντικείμενα, δεχόμενοι πίεση από έντονο ερέθισμα, τσίμπημα, έχουμε πολλαπλές ευκαιρίες να αντιληφθούμε τι σημαίνει φυσιολογικός πόνος και να εκτιμήσουμε τις δυνατότητες ανοχής μας σε αυτόν.

- Ο **παθολογικός** πόνος είναι η αίσθηση που προκαλείται είτε από μια φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει κάποιο ιστικό τραύμα, είτε από βλάβη του νευρικού συστήματος. Γι’ αυτό ονομάζεται φλεγμονώδης και νευρολογικός. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, έχουν ενδιαφέροντα κοινά χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν από το φυσιολογικό πόνο. Ο πόνος μπορεί να συμβεί κατά την απουσία εμφανούς ερεθίσματος, ενώ η απάντηση σε ερέθισμα μεγαλύτερου ουδού μπορεί να είναι υπερβολική ως προς το μέγεθος ή τη διάρκεια του ερεθίσματος. Η ουδός για την πρόκληση του πόνου ελαττώνεται σε επίπεδα, που φυσιολογικά ένα αβλαβές ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει πόνο. Επίσης η αίσθηση του πόνου μπορεί να επεκταθεί από το σημείο του τραύματος σε μη τραυματισμένη περιοχή.

Τέλος μπορεί να δημιουργηθούν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και το σωματοαισθητικού συστήματος (Mercandante, 1997).

Κατά τον παθολογικό πόνο διακόπτεται η εκλεκτικότητα ή εξειδίκευση του σωματοαισθητικού συστήματος και παρατηρείται δυσαρμονία μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης. Το ερέθισμα δεν προκαλεί αντίστοιχη απάντηση. Δεν υπάρχει «κατάλληλο ερέθισμα». Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από ασήμαντο ερέθισμα, να είναι έντονος και εξαιρετικά παρατεταμένος (Mercandante, 1997).

Από πλευρά διάρκειας ο πόνος διακρίνεται σε τέσσερις διαφορετικούς κύριους τύπους: τον ταχύ πόνο, το βραδύ, τον οξύ και το χρόνιο πόνο.

- Ο **ταχύς** πόνος περιγράφεται επίσης και ως οξύς, νυγμώδης, ηλεκτρικός κ.α πόνος. Ο πόνος αυτού του τύπου γίνεται αισθητός με την εισαγωγή βελόνας στο δέρμα, είτε κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, καθώς και σε οξύ έγκαυμα του δέρματος. Γίνεται επίσης αισθητός κατά την επίδραση στο δέρμα ηλεκτρικού ρεύματος. Ο ταχύς πόνος δεν γίνεται αισθητός από τους περισσότερους εν τω βάθει ιστούς του σώματος.
- Ο **οξύς** πόνος, όπου θα πρέπει καταρχήν να διευκρινίσουμε τον όρο οξύς πόνος και να τον προσεγγίσουμε ετυμολογικά. Στην ελληνική το επίθετο οξύς έχει δύο έννοιες όσον αφορά τον πόνο. Είναι ο οξύς πόνος δυνατός, έντονος, διαπεραστικός πόνος αλλά και ταχύς και ορμητικός πόνος. Στο επίρρημα μάλιστα η έννοια του χρόνου είναι ακόμη πιο έντονη. Επομένως ο όρος οξύς καθορίζει και την ένταση και την διάρκεια του πόνου. Ο οξύς είναι ο έντονος πόνος με μικρή διάρκεια. Τα αίτια που μπορεί να τον προκαλέσουν είναι ένα τραύμα ή μια χειρουργική επέμβαση, κάποια νόσο του δέρματος ή των εν τω βάθει ιστών, μπορεί επίσης να συμβεί από παθολογική λειτουργία των σπλάχνων. Οι αιτίες αυτές προκαλούν ιστική βλάβη η οποία όμως είναι αναστρέψιμη. Ο πόνος από βιολογικής άποψης μπορεί να έχει προειδοποιητική, διαγνωστική ή θεραπευτική αξία. Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος όμως είναι άχρηστος και βλαβερός. Αρχίζει ξαφνικά και εντοπίζεται πολύ εύκολα. Ακόμη επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό και αυξάνει την αρτηριακή πίεση (Kingery, 1997).
- Ο **χρόνιος** είναι ο πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες ή επιμένει ένα μήνα πέρα από τη συνηθισμένη πορεία μιας οξείας νόσου ή ενός λογικού χρόνου που απαιτείται για την επούλωση του τραύματος. Μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια. Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή να παραμένει σταθερός. Επιπλέον έχει τη δυνατότητα να επηρεάζει αρνητικά τον ύπνο, να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί κατάθλιψη. Ακόμη εμφανίζεται σε χρόνιες παθολογικές καταστάσεις και μπορεί να υποτροπιάσει (Kremer et al., 1981). Ο χρόνιος υποτροπιάζων πόνος (π.χ. η νευραλγία) δεν είναι απειλητικός για τη ζωή. Κατά

κανόνα, πρόκειται για επεισόδια έντονου πόνου, τα οποία ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης (Turk et al., 1983).

Ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία, δεν είναι σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου, αλλά είναι ο ίδιος εξέλιξη μιας νόσου. Ο χρόνιος πόνος δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται.

Όταν ένας ασθενής υποφέρει από οξύ πόνο, είναι εφικτό να ενημερωθεί για την πιθανή πορεία της κατάστασής του και να κάνει υπομονή έως ότου υποχωρήσει ο πόνος, όπως συμβαίνει όταν επουλώνεται ένα σπασμένο άκρο. Αντίθετα, όταν ο πόνος διαρκεί μήνες ή χρόνια, παρά τα μέτρα που λαμβάνονται για την ανακούφιση του, τότε ο ασθενής ενδέχεται να αισθανθεί ματαίωση και αποθάρρυνση. Σε πολλές περιπτώσεις χρόνιου πόνου, οι ασθενείς περιορίζουν τις δραστηριότητές τους για να τον ελέγξουν, ενώ στο πλαίσιο της ίδιας προσπάθειας ενδέχεται να υποχρεωθούν να εγκαταλείψουν αγαπημένες ασχολίες και να μειώσουν το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένεια, στους φίλους ή στην εργασία τους (Jackson et al., 1996· Karoly & Ruehlman, 1996· Linton & Buer, 1995). Οι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνια πόνο ενδέχεται να απορροφηθούν από τα σωματικά προβλήματά τους, να αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι από τους άλλους και να εμφανίσουν σε μεγαλύτερη συχνότητα συχνότητα συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας (Melzack & Wall, 1982 · Ogden- Niemeyer & Jacobs, 1989).

Η μετάπτωση ενός πόνου σε χρονιότητα είναι συχνή και δυνατή . Μια νέα πρόσφατη μελέτη και μάλλον η πρώτη, έδειξε ότι υπάρχουν πρώιμες και σε διαφορετική περιοχή δυσλειτουργικές καταστάσεις του εγκεφάλου, που μπορούν να προκαλέσουν, κατά περίπτωση, υποξύ ή χρόνια πόνο. Φαίνεται μάλιστα ότι μελετώντας τις περιοχές αυτές μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια 85%, ποιοί ασθενείς θα αναπτύξουν το ένα ή το άλλο είδος πόνου. Η μελέτη διαπίστωσε ότι ο χρόνιος πόνος αναπτύσσεται όταν οι δύο περιοχές του εγκεφάλου, που συνδέονται με τη συναισθηματική και παρακινητική συμπεριφορά, επικοινωνούν μεταξύ τους. Όσο μεγαλύτερη επικοινωνία, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να αναπτυχθεί χρόνιος πόνος. Οι δύο αυτές περιοχές είναι ο μετωπιαίος λοβός και ο επικλινής πυρήνας (nucleus accumbens) του εγκεφάλου. Ο πυρήνας είναι ένα σημαντικό κέντρο μάθησης του ανθρώπου που τον βοηθά στην αξιολόγηση και στην αντίδρασή του στα εξωγενή ερεθίσματα. Φαίνεται λοιπόν ότι είναι και το κέντρο που αποφασίζει εάν ένας τραυματισμός θα εξελιχθεί σε χρόνια ή όχι πόνο. Επομένως η βαρύτητα του τραυματισμού δεν καθορίζει την χρονιότητα του πόνου, αλλά μόνο η συναισθηματική κατάσταση του εγκεφάλου στην αρχική περίοδο της βλάβης. Σε μερικές περιπτώσεις η συναισθηματική κατάσταση είναι τέτοια που και απλοί τραυματισμοί καταλήγουν σε χρόνια πόνο, ενώ σε άλλες, γενετικοί αλλά και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες μπορούν να δημιουργήσουν την ανάλογη κατάσταση στον εγκέφαλο ορισμένων ατόμων που κάθε τραυματισμός να προκαλεί χρόνια πόνο (Baliki et al., 2012).

Ο χρόνιος πόνος αντιμετωπίζεται από το 1986 στα ειδικά κέντρα πόνου και παρηγορητικής αγωγής σύμφωνα με τις αποφάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). Η επιστημονική ομάδα απαρτίζεται από ένα σύνολο ατόμων που, χωρίς αμφιβολία, έχουν προσελκυστεί στο έργο αυτό για ποικίλους λόγους. Μια επιτυχημένη ομάδα εργασίας βασίζεται κατ' αρχάς στην προσεκτική επιλογή των μελών της: η επαγγελματική ικανότητα, η ευελιξία, η αίσθηση του χιούμορ, ο σεβασμός για τους άλλους, η ικανότητα υποστήριξης των συναδέλφων και, πάνω απ' όλα, η κατανόηση της έννοιας της εμπιστοσύνης, είναι όλα απαραίτητα.

Η επιστημονική ομάδα αποτελείται από Αναισθησιολόγο, Ογκολόγο, Ακτινοθεραπευτή, Νευροχειρουργό, Χειρουργό, Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Νοσηλευτές, Κοινωνική Λειτουργό, Φυσιοθεραπευτή, Ιερείς και εθελοντές.

Ανάλογα με τους **ανατομικούς και παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς** δημιουργίας του, ο πόνος διακρίνεται σε:

- Αλγαισθητικό (σωματικός και σπλαχνικός πόνος).
- Νευροπαθητικό πόνο (περιφερικός και κεντρικός).
- Ψυχογενή πόνο.

1.3.1. Αλγαισθητικός πόνος

Οφείλεται σε βλάβη των περιφερικών σωματικών και σπλαχνικών ιστών χωρίς να θίγεται η νευρική οδός ή το νευρικό σύστημα ή να συμμετέχει λόγω παθολογίας ή δυσλειτουργίας του. Πιο ειδικά, οφείλεται σε διέγερση των τελικών περιφερικών αλγοϋποδοχέων των νευρικών απολήξεων, από τη βλάβη των επιχωρίων σωματικών ιστών. Ο πόνος μεταφέρεται κεντρικά με τις ίνες Αδ και τις ίνες C, και διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό πόνο.

α) Ο **σωματικός πόνος**, προέρχεται από ερεθισμό των αλγοϋποδοχέων των πασχόντων σωματικών (μη σπλαχνικών) ιστών. Άγεται κεντρικά κυρίως με τις ίνες Αδ αλλά και με τις C και διανέμεται στο αντίστοιχο δερμοτόμιο. Είναι συνήθως πόνος οξύς, συνεχής, σταθερός, διαξιφιστικός, εντοπισμένος. Εμφανίζεται στα οστά, στους μύες, στους τένοντες, στα αγγεία και συχνά αναφέρεται ως μυοσκελετικός πόνος. Μπορεί να αναπαραχθεί με την παύση ή μετακίνηση της πάσχουσας περιοχής και τις περισσότερες φορές έχει μακρύτερη διάρκεια.

β) Ο **σπλαχνικός πόνος** μεταφέρεται κυρίως με τις ίνες C και λιγότερο με τις Αδ. Ο σπλαχνικός πόνος είναι βύθιος, αμβλύς, συνεχής ή κωλικοειδής, διάχυτος και ασαφής. Μπορεί να συμμετέχει το συμπαθητικό σύστημα ή να είναι αναφερόμενος ή προβαλλόμενος σε άλλη περιοχή που έχει την ίδια

εμβρυολογική προέλευση με το πάσχον όργανο π.χ. η καρδιά αντανακλά τον πόνο στο αριστερό άνω άκρο και η χολοκυστοπάθεια προβάλλει τον πόνο στην ωμοπλάτη (Urch & Suzuki, 2008).

1.3.2. Νευροπαθητικός Πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να διαχωριστεί σε **περιφερικό** και **κεντρικό** νευροπαθητικό πόνο. Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος ενεργοποιείται ή προκαλείται από πρωτογενή βλάβη ή δυσλειτουργία του περιφερικού νευρικού συστήματος ενώ ο κεντρικός νευροπαθητικός πόνος προέρχεται από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Στα αίτια του περιφερικού νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται ενδεικτικά η διαβητική περιφερική νευροπάθεια (επώδυνη ΔΠΝ), η λοίμωξη έρπητα ζωστήρα (MEN - μεθερπητική νευραλγία), η ριζοπάθεια (οσφυαλγία), ο τραυματισμός με χειρουργική επέμβαση (μετατραυματικός και μετεγχειρητικός πόνος) και ο καρκίνος (καρκινικός πόνος). Στα αίτια του κεντρικού νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η βλάβη του νωτιαίου μυελού και η σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι ένα κλινικό σύμπτωμα και όχι διάγνωση, το οποίο απαιτεί την παρουσία μιας σαφούς βλάβης ή νόσου που να ικανοποιεί καθιερωμένα νευρολογικά διαγνωστικά κριτήρια. Ο όρος βλάβη χρησιμοποιείται είτε όταν οι διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις πιστοποιούν μια σαφή δυσλειτουργία είτε όταν υπάρχει εμφανές τραύμα. Ο όρος νόσος χρησιμοποιείται όταν το αίτιο της βλάβης είναι γνωστό όπως ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, σακχαρώδης διαβήτης ή άλλα. Πολλές φορές ο όρος νευροπαθητικός πόνος χρησιμοποιείται και σε περιπτώσεις όπου είτε το ιστορικό (μεθερπητική νευραλγία) είτε η χαρακτηριστική κλινική εμφάνιση (νευραλγία τριδύμου) καλύπτουν τη διάγνωση (IASP).

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι πολύ συχνός. Έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και δικούς του παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που τον αφορίζουν σε ξεχωριστή νοσολογική οντότητα. Επηρεάζεται το 7% έως 8% του πληθυσμού της Ευρώπης, και στο 5% των ατόμων που μπορεί να είναι σοβαρές οι επιπτώσεις του (Torrance et al., 2006 · Bouhassira et al., 2008).

Η επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (επώδυνη ΔΠΝ) και η μεθερπητική νευραλγία (MEN) είναι δύο από τις πλέον κοινές μορφές νευροπαθητικού πόνου. Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 11-26% των ασθενών με διαβήτη αναπτύσσουν επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (Sadosky et al., 2008). Μεταξύ των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, το 37% υπολογίζεται ότι εμφανίζει νευροπαθητικό πόνο (Freynhagen et al., 2006). Ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται στο ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο (Davis, Walsh ,2004). Επηρεάζει το 8% των

ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Davis, Walsh, 2004) και το 75% των ασθενών με βλάβη του νωτιαίου μυελού (Andersen et al., 1995).

Ο νευροπαθητικός πόνος συνδέεται με πολλούς τύπους αισθητηριακής δυσλειτουργίας. Συνήθη αισθητηριακά χαρακτηριστικά ενδεικτικά νευροπαθητικού πόνου αποτελούν:

Υπεραλγησία: περιγράφει μία αυξημένη αντίληψη των επώδυνων ερεθισμάτων. Αυτό οφείλεται σε μείωση της ουδούς του πόνου, όπως σε εγκαύματα. Πρωτοπαθής υπεραλγησία είναι η υπεραλγησία στην θέση της κάκωσης. Δευτεροπαθής είναι στο δέρμα. Φαίνεται ότι τα θερμικά και μηχανικά ερεθίσματα προκαλούν άλγος στη θέση της κάκωσης, αλλά μόνο τα μηχανικά προκαλούν άλγος στο περιβάλλον δέρμα.

Προβαλλόμενο άλγος: είναι το άλγος που δεν γίνεται αντιληπτό στο σημείο ερεθισμού της αισθητικής οδού αλλά σε πιο περιφερικό σημείο. Αυτό γίνεται με το μέλος φάντασμα, όπου ο ασθενής με ακρωτηριασμένο άκρο αισθάνεται άλγος σε ανύπαρκτα μέλη ενώ ο ερεθισμός αφορά το κολόβωμα του άκρου.

Υπερπάθεια: είναι η αυξημένη αντίδραση στα επώδυνα ερεθίσματα.

Αλλοδυνία: είναι η αίσθηση άλγους από ερέθισμα που υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν προκαλεί άλγος.

Αλγοδυστροφία: υπάγεται σύνολο συμπτωμάτων και εκδηλώσεων χαρακτηριζόμενων από άλγος, αισθητικές διαταραχές, αλλοδυνία, διαταραχές της προσαγωγής του ιδρώτα και οίδημα. Ονομάζεται και συμπαθητική δυστροφία (Reflex Sympathetic Dystrophy RSD), σύνδρομο σύμπλοκου περιοχικού άλγους (Complex Regional Syndrome CRPS-1), καυσαλγία, ατροφία Suddeck, σύνδρομο Reynaud, οξεία οστική ατροφία και άλλα. Σχετίζεται με περιφερική και συμπαθητική απονεύρωση. Αρχικά, η απονευρωμένη περιοχή εμφανίζει αγγειοσυστολή και αργότερα αποκτά αυξημένη ευαισθησία στις κυκλοφορούσες κατεχολαμίνες, λόγω αυτορύθμισης των αδρενεργικών υποδοχέων.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να συνυπάρχει με αλγαισθητικός πόνος και τότε ονομάζεται **μεικτός πόνος**. Σε ορισμένες παθήσεις, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν μεικτό πόνος, αποτελούμενο από σωματική, σπλαχνική και νευροπαθητική συνιστώσα, εμφανιζόμενες ταυτόχρονα ή κάθε είδος χωριστά σε διαφορετικές περιστάσεις. Οι διάφοροι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που περιγράφηκαν παραπάνω μπορούν να λειτουργήσουν ταυτόχρονα ώστε να παράγουν μεικτό πόνος. Παραδείγματα αποτελούν ένας τραυματισμός που καταστρέφει ιστούς και νεύρα, εγκαύματα (που επιδρούν στο δέρμα καθώς και στις νευρικές απολήξεις), καθώς και ο καρκίνος ο οποίος προκαλεί εξωτερική πίεση των νεύρων και καταστροφή τους μέσω διήθησης.

1.3.3. Ψυχογενής ή Λειτουργικός Πόνος

Ο ιδιοπαθής ψυχογενής πόνος είναι μια αμφισβητούμενη οντότητα για μερικούς. Οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια και δεν διαπιστώνεται αιτιώδης οργανική βλάβη ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Πολλές φορές συγχέεται κατά πόσο ο ψυχικός παράγων προκαλεί τον πόνο ή ο πόνος προκαλεί τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον ορισμό του, ο πόνος δεν μπορεί να διαχωριστεί σε σωματικό και ψυχικό αλλά είναι μια ενιαία και «συμπαγής» οντότητα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν αμφίδρομες ενδογενείς αλληλεπιδράσεις που θα πρέπει να τονισθούν και είναι εμφανείς στην κλινική πράξη. Πονοκέφαλος, πόνος στην πλάτη, ή πόνος στο στομάχι, είναι μερικά από τα πιο γνωστά είδη της ψυχογενούς πόνου, που συχνά συνοδεύονται ή και προκαλούνται από αισθήματα κοινωνικής απόρριψης, θλίψης, απογοήτευσης, ή άλλου συναισθήματος. Το βασικό χαρακτηριστικό του ψυχογενούς πόνου που οφείλεται να επισημανθεί είναι ότι δεν ταιριάζει στην νευροτομιακή κατανομή του νευρικού μας συστήματος και τις περισσότερες φορές είναι υπερβολικός για την υπάρχουσα ιστική βλάβη (Engel, 1959).

1.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η διαδικασία της πρόκλησης και της αντίληψης του πόνου καλείται **αλγαισθησία** (nociception) (Riedel et al., 2001). Η φυσιολογία της αλγαισθησίας περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση δομών του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος και του ΚΝΣ, που ξεκινάει από το δέρμα, τα σπλάχνα και τους μυοσκελετικούς ιστούς και φθάνει στον εγκεφαλικό φλοιό. Τα επώδυνα ερεθίσματα μηχανικά, θερμικά και χημικά, διεγείρουν τους αλγοϋποδοχείς ενώ οι αλγογόνες πληροφορίες μεταφέρονται ως νευρικές ώσεις με τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες που προβάλλουν στο νωτιαίο μυελό. Η πληροφορία από το νωτιαίο μυελό και διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου φτάνει στο θάλαμο όπου και αναλύεται. Από εκεί, διαμέσου των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων, φτάνει στο φλοιό και σε περιοχές υπεύθυνες για τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. Η αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος, προϋποθέτει ακεραιότητα του εγκεφαλικού φλοιού (συνείδηση). Στην αντίληψη οφείλεται η εκτίμηση της έντασης, της ποιότητας, της προέλευσης και της διάρκειας του πόνου η οποία μπορεί να μεταβληθεί από φάρμακα (οπιοειδή), προμετωπιαία λευκοτομή και καταστροφή του νωτιαίου μυελού, όπου στην περίπτωση αυτή το άτομο αντιλαμβάνεται τον πόνο αλλά δεν μπορεί να καθορίσει την εστία του.

Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες:

- τη **μετατροπή** (transduction),
- τη **μεταβίβαση** (transmission),

- την **τροποποίηση** (modulation) και
- την **αντίληψη** (perception)

Η **μετατροπή** είναι η διαδικασία, κατά την οποία τα επώδυνα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στα άκρα των αισθητικών νευρώνων. Το βλαπτικό ερέθισμα ενεργοποιεί τους αλγοδεκτικούς υποδοχείς ενώ το δυναμικό ενεργείας των νευρικών ινών μεταβιβάζεται προς τις συναπτικές απολήξεις που εντοπίζονται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού, όπου επάγεται η απελευθέρωση χημικών νευροδιαβιβαστών. Στη συνέχεια διαμέσου των οδών του πόνου μεταφέρουν την πληροφορία του άλγους στον εγκέφαλο

Η **Μεταβίβαση** είναι η διαδικασία που αναφέρεται στη μεταβίβαση (διαβίβαση) ώσεων διαμέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος. Οι νευρωνικοί οδοί που εξυπηρετούν τη μεταβίβαση είναι: οι πρωτογενείς αισθητικοί νευρώνες, οι ανιούσες οδοί και οι θαλαμοφλοιώδεις προβολές.

Η **Τροποποίηση** είναι η διαδικασία κατά την οποία η μεταβίβαση των αλγαισθητικών ώσεων τροποποιείται διαμέσου νευρωνικών επιδράσεων. Η ανάλυση της πληροφορίας με τη βοήθεια της μνήμης στον εγκέφαλο αποτελεί την αρχή μιας αλληλουχίας γεγονότων.

Η **Αντίληψη** είναι η τελική διαδικασία κατά την οποία η μετατροπή, η μεταβίβαση και η τροποποίηση αλληλεπιδρούν με τη ψυχολογία, τη μνήμη και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, για να δημιουργήσουν την τελική, υποκειμενική, συναισθηματική εμπειρία, την οποία αντιλαμβανόμαστε σαν πόνο. Η εμπειρία αυτή περιλαμβάνει δυσφορία και επιθυμία αποφυγής. Η αντίληψη του πόνου από τα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου, δεν περιλαμβάνει απλώς μια στιγμιαία ανάλυση της επιβλαβούς νευρικής ώσης που αναμεταδίδεται απλώς με μία ηλεκτροχημική διαδικασία, αλλά είναι μια δυναμική και διάχυτη διαδικασία που μπορεί να τροποποιηθεί (υποκειμενικότητα) και η οποία επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες, μνήμη πόνου (Meltzack et al., 1965· Woolf et al., 2000 · Porreca et al., 2002).

Αφού ο εγκέφαλος συνειδητοποιήσει τον πόνο θα πρέπει να αντιδράσει σε πολλά επίπεδα, όπως να κινητοποιήσει το μυϊκό σύστημα κάνοντας μια κίνηση αποφυγής ή να προσπαθήσει να μετριάσει την αντίδραση του πόνου, διότι αφού ενημερώθηκε δεν χρειάζεται να πονά έντονα, απαιτείται δηλαδή να γίνει δηλαδή μια τροποποίηση του ερεθίσματος. Ο φλοιός του εγκεφάλου στέλνει σήματα στον μεσεγκέφαλο και από εκεί διαμέσου μιας κατιούσας φυγόκεντρης οδού που περιλαμβάνει ακόμη το άνω μέρος του στελέχους (periaqueductal gray), τον πυρήνα του coeruleus, τον πυρήνα του Raphe, τον γιγαντοκυτταρικό πυρήνα και την οπισθοπλάγια δέσμη του Νωτιαίου Μυελού, καταλήγει πάλι στις συνάψεις του οπισθίου κέρατος του νωτιαίου μυελού όπου γίνεται η τροποποίηση του πόνου.

Οι βασικές ουσίες που αποκλείουν τα ερεθίσματα είναι οι Ενδορφίνες (ενδογενείς οπιοειδείς ουσίες), η Νοραδρεναλίνη μαζί με την Σεροτονίνη τα Κανναβινοειδή και το Gamma-aminobutyric acid (GABA) (Melzack et al., 1965). Οι ενδορφίνες είναι ενδογενή οπιοειδή πολυπεπίδια. Εκκλύονται κυρίως από την υπόφυση, προς το αίμα και τον υποθάλαμο, στο ΚΝΣ, μετά από πόνο και έντονο σωματικό ή ψυχικό στρες. Προκαλούν αναλγησία, ευφορία και άλλες αντιδράσεις, επιδρώντας σε διάφορα επίπεδα του ΚΝΣ. Θεωρούνται σαν τα φυσικά ενδογενή αναλγητικά του οργανισμού μας.

Παρόλο που συχνά αναφερόμαστε στον πόνο με οντολογικούς όρους, ο πόνος γίνεται ένα υποκείμενο που επιτίθεται, δεν υπάρχει υποκείμενο αυτόνομο ως πόνος αλλά η συνθήκη του πόνου, κάτι που αφορά κάθε κομμάτι της επίγειας εμπειρίας μας.

1.5. ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΝΟΥ

1.5.1. Η Θεωρία της Εξειδίκευσης

Την πρώτη επιστημονική προσέγγιση στο θέμα του πόνου έδωσε ο Rene Descartes το 1644 που ανέπτυξε την «θεωρία της εξειδίκευσης» (specificity theory). Σύμφωνα με την οποία ένα συγκεκριμένο σύστημα του ανθρώπινου σώματος ευθύνεται για την αντίληψη του πόνου. Θεωρούνταν ότι ο πόνος είναι μια ανεξάρτητη αίσθηση, όπως η αφή ή η αίσθηση του θερμού και του ψυχρού (Mountcastle, 1974). Παράλληλα, υποστηρίχθηκε ότι εξειδικευμένοι υποδοχείς του δέρματος είχαν την ικανότητα να αντιδρούν σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και ότι κάποιες συγκεκριμένες νευρικές οδοί στο κεντρικό νευρικό σύστημα για τη μεταβίβαση ώσεων και συγκεκριμένα εγκεφαλικά κέντρα ήταν υπεύθυνα αποκλειστικά για την καταγραφή και την ερμηνεία του πόνου (Melzack, 1983). Ωστόσο, σύντομα τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αντέκρουσαν αυτήν τη θεωρία, διότι όπως αποδείχθηκε ο πόνος δεν είναι μια αισθητηριακή εμπειρία διαφορετική από τις άλλες. Εκτός αυτού, είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα των άλλων αισθητηριακών εμπειριών, όπως η υπερβολική θερμότητα, το κρύο ή η πίεση.

1.5.2. Η Θεωρία των προτύπων.

Στη κλασική μορφή της, η Θεωρία των προτύπων υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα της μορφής, της έντασης και της ποιότητας των ερεθισμάτων, τα οποία προέρχονται από τις περιφερικές νευρικές απολήξεις (Goldschneider, 1886 · Melzack, 1973, 1983, 1993). Σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, για παράδειγμα, ένας ήπιος ερεθισμός ενδέχεται να προκαλέσει την αίσθηση της αφής, αλλά ένας έντονος είναι πιο πιθανό να προκαλέσει την αίσθηση του πόνου. Η ίδια θεωρία υποστηρίζει, επίσης, ότι οι αισθήσεις είναι δυνατόν να προστεθούν μεταξύ τους και ότι

οι νευρικές ώσεις που μεταβιβάζονται προς τη σπονδυλική στήλη καταλήγουν στον εγκέφαλο, αφού φθάσουν πρώτα ένα συγκεκριμένο όριο, δηλαδή τον ουδό του πόνου. Σε αυτήν την άθροιση πιθανώς οφείλεται η μικρή καθυστέρηση που παρατηρείται μεταξύ της χρονικής στιγμής που εκδηλώνεται η βλάβη στον ιστό όπως σε περίπτωση καψίματος ή κοψίματος και της στιγμής που γίνεται αντιληπτό το αίσθημα του πόνου.

Συμπερασματικά, καμιά από τις δύο προηγούμενες θεωρίες δεν μπορεί να εξηγήσει επαρκώς την εμπειρία του πόνου, παρότι προσφέρουν μια μερική ερμηνεία της φυσιολογίας του. Σύμφωνα με την ότι υποστηρίζει η Θεωρία της εξειδίκευσης, ο πόνος πράγματι διαβιβάζεται μέσω συγκεκριμένων νευρικών ινών, αλλά υπάρχουν και άλλες που είναι δυνατόν να επιτελέσουν αυτή τη λειτουργία όταν διεγερθούν πάνω από ένα ορισμένο όριο. Αντίστοιχα, όπως προβλέπει η Θεωρία των προτύπων, οι υποδοχείς ανταποκρίνονται πράγματι σε συγκεκριμένα πρότυπα πληροφοριών. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια άμεση σύνδεση μεταξύ των υποδοχέων του πόνου στο περιφερικό νευρικό σύστημα και του εγκεφαλικού κέντρου στο οποίο ο πόνος γίνεται αντιληπτός (Melzack, 1993).

1.5.3. Η Θεωρία του συναισθήματος.

Από το σύνολο των πρώιμων θεωριών που διατυπώθηκαν σχετικά με το φαινόμενο του πόνου, μόνο η Θεωρία του συναισθήματος υποστήριξε ότι το θυμικό και τα συναισθήματα επηρεάζουν την αντίληψη όλων των αισθητηριακών εμπειριών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο πόνος προσδιορίζεται από ένα αρνητικό χαρακτηριστικό, το οποίο ωθεί το άτομο σε δράση που στοχεύει στη διακοπή του ερεθίσματος που το προκαλεί. Η Θεωρία του συναισθήματος υποστήριξε ότι οι συνέπειες ενός ερεθίσματος σε επίπεδο φυσιολογίας συνοδεύονται από συναισθηματικούς και κινητοποιητικούς παράγοντες και ότι αυτές οι συνέπειες οδηγούν στο «μοναδικό, ιδιαίτερα δυσάρεστο συναισθηματικό χαρακτηριστικό στοιχείο που διαφοροποιεί τον πόνο από άλλες αισθητηριακές εμπειρίες, όπως η όραση, η ακοή, και η αφή» (Melzack, 1983). Εντούτοις, αυτή η θεωρία δεν προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο το νευρικό σύστημα προσλαμβάνει τα οδυνηρά ερεθίσματα και τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος αντιδρά σε αυτά.

1.5.4. Η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας.

Από το σύνολο των θεωριών για το φαινόμενο του πόνου, η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας είναι η πιο πρόσφατη (Melzack, 1989, 1995, 1999). Αυτή η θεωρία βασίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις αρχές:

- Οι περιοχές του εγκεφάλου που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος υπάρχουν και είναι ενεργές, είτε δέχονται ερεθίσματα από το σώμα είτε όχι.
- Τα νευρωνικά πρότυπα, τα οποία αποτελούν τη βάση της «εμπειρίας» εδράζονται στα νευρωνικά δίκτυα του εγκεφάλου.
- Η εμπειρία του «εαυτού» ως μιας οντότητας ξεχωριστής από το υπόλοιπο περιβάλλον οφείλεται σε διεργασίες του κεντρικού συστήματος και όχι στα εισερχόμενα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) ή τον νωτιαίο μυελό.
- αυτές οι νευρωνικές διεργασίες, παρόλο που τροποποιούνται από την εμπειρία, είναι ενδογενείς.

Η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας υποστηρίζει ότι κάθε άτομο διαθέτει ένα ενδογενές, γενετικά προκαθορισμένο νευρωνικό δίκτυο (που ονομάζεται «νευρωνική μήτρα»), το οποίο αποτελείται από κυκλώματα ανατροφοδότησης μεταξύ του θαλάμου και του φλοιού και μεταξύ του φλοιού και του μεταιχμιακού συστήματος του εγκεφάλου. Αυτά τα κυκλώματα είναι δυνατόν να τροποποιηθούν από το βίωμα του πόνου. Όταν λαμβάνονται αισθητηριακά ερεθίσματα, αυτά εισέρχονται στο δίκτυο, μετασχηματίζονται βάσει κυκλικών διεργασιών και συντίθενται, δημιουργώντας ένα μοναδικό πρότυπο (που ονομάζεται «νευροϋποδοχή»). Συνεπώς, όλα τα αισθητηριακά ερεθίσματα αποτυπώνονται στη νευρωνική μήτρα με τη μορφή νευροϋπογραφών, οι οποίες προβάλλονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου γνωστές ως «αισθητικο-αντιληπτικός νευρωνικός κόμβος», όπου και γίνεται η ενσυνείδητη επεξεργασία τους. Σε αυτό το σημείο, η νευροϋπογραφή μπορεί να ενεργοποιήσει τη «νευρωνική μήτρα δράσης» έτσι ώστε να προκληθεί σωματική κίνηση (Melzack, 1995, 1999). Μολονότι πρόκειται για μια σχετικά νέα θεωρία, υπάρχουν ενδείξεις που την υποστηρίζουν. Κατ' αρχάς, έχει αποδειχθεί ότι η αφαίρεση συγκεκριμένων σωματοαισθητικών περιοχών του θαλάμου ή του φλοιού δεν ανακουφίζει τον πόνο που προκαλείται από τα μέλη-φαντάσματα, δηλαδή, τον πόνο που «νοιώθει» κάποιος από ένα ακρωτηριασμένο μέλος του σώματός του (White & Sweet, 1969). Αυτό το εύρημα υποστηρίζει τη θεωρία, δεδομένου ότι η νευρωνική μήτρα είναι αδύνατον να καταστραφεί ολοσχερώς, καθώς διακλαδώνεται επιλεκτικά σε ολόκληρο τον εγκέφαλο (Melzack, 1995). Τέλος, τα αποτελέσματα πολλών μελετών σε ζώα δείχνουν ότι το τεστ της φορμόλης (μια δοκιμασία που θεωρείται ότι προκαλεί τον ίδιο πόνο που αισθάνεται ο άνθρωπος λόγω κάποιου τραυματισμού) η έγχυση αναισθητικού σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου των επίμων, οι οποίες είναι σημαντικές για τη λειτουργία της νευρωνικής μήτρας (π.χ. ο πλάγιος υποθάλαμος, το νωτιοθαλαμικό δεμάτιο και άλλες περιοχές του δικτυωτού σχηματισμού και του μεταιχμιακού συστήματος), μειώνει πράγματι πόνο, ενώ παραμένουν ανεπηρέαστα τα αντανακλαστικά του πόνου που μεταβιβάζεται από τον νωτιαίο μυελό (Tasker et al., 1987, Vaccarino & Melzack, 1992).

1.6. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Πολλές φορές ένα δυσάρεστο συναίσθημα μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή του πάνω του και έτσι να αποσπάσει το άτομο από οτιδήποτε αυτό κάνει. Η αρνητική επίδραση του πόνου στην απόδοση και στη λειτουργικότητα των ανθρώπων αποτελεί μια αντικειμενική πραγματικότητα. Η απόδοση, ειδικά όταν προϋποθέτει νοητική συγκέντρωση, μειώνεται περισσότερο στα άτομα που υποφέρουν από έντονο πόνο και εστιάζουν την προσοχή τους στις σωματικές λειτουργίες τους (Eccleston et al., 1997). Γίνεται όλο και πιο δύσκολη η συγκέντρωση και η εστίαση της προσοχής σε ένα έργο, όταν το επίπεδο του πόνου και της επίγνωσης των σωματικών αισθήσεων και λειτουργιών είναι υψηλά. Πράγματι, τα αλγογόνα συμβάντα είναι δυνατόν να περιορίσουν τους διαθέσιμους γνωστικούς πόρους που απαιτούνται για την επιτέλεση κάποιων έργων. Η εστίαση της προσοχής στο βίωμα του πόνου, μειώνει τη διαύγεια της σκέψης του ατόμου. Στο πλαίσιο ενός πειράματος, προκλήθηκε στους συμμετέχοντες τεχνητός πόνος. Όπως διαπιστώθηκε, η ακρίβεια και η ταχύτητα των απαντήσεών τους ήταν σημαντικά μικρότερες σε σύγκριση με αυτές των ατόμων της ομάδας ελέγχου, τα οποία δεν είχαν υποστεί κάποιο επώδυνο ερεθισμό (Lorenz & Bromm, 1997). Σε ανάλογα αποτελέσματα καταλήγουν και άλλες πειραματικές μελέτες, στις οποίες εφαρμόζεται η ίδια μεθοδολογία, δηλαδή, η πρόκληση πόνου στους συμμετέχοντες με τεχνητά μέσα. Βρέθηκε ότι η ικανότητα συγκέντρωσης σε ένα έργο που προκαλεί διάσπαση της προσοχής μειώνεται λόγω της επίδρασης ενός ερεθίσματος που δημιουργεί τεχνητά πόνο, στο συγκεκριμένο πείραμα ο πόνος προκλήθηκε μέσω της άσκησης πίεσης με ένα ψυχρό επίθεμα (Johnson & Petrie, 1997).

Αναμφισβήτητα, όλοι πρέπει να διεκπεραιώνουν κάποιες καθημερινές εργασίες. Ωστόσο είναι δυνατόν να διαταραχθεί σοβαρά από το βίωμα του πόνου με αξιοσημείωτες συνέπειες. Έχει βρεθεί ότι, όταν ο πόνος είναι απρόβλεπτος και χειρότερος από ό,τι αναμενόταν, τότε προκαλείται μεγαλύτερη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών σε σύγκριση με την περίπτωση που ο πόνος ανταποκρίνεται στις αρχικές προβλέψεις. Αυτό το αποτέλεσμα ισχύει ακόμα και αν ο πόνος είναι της ίδιας έντασης και στις δυο περιπτώσεις (Arntz & Horrmans, 1998). Αντίστοιχα, σε ένα πείραμα αποδείχθηκε ότι η απόδοση σε ένα έργο μειώνεται σημαντικά αμέσως μετά από την πρόκληση ενός επώδυνου ερεθισμού. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτή η αρνητική επίδραση εξαφανίζεται όταν ο πόνος σταματήσει. Όμως το ίδιο συμβαίνει και όταν ο πόνος διαρκεί και συνεχίζεται για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα (Crombez et al., 1996). Τα αποτελέσματα αυτού του πειράματος δείχνουν ότι η γνωστική απόδοση μειώνεται κυρίως όταν ο πόνος εμφανίζεται με την μορφή ενός νέου και απρόσμενου γεγονότος. Όταν όμως παρέλθει μια περίοδος προσαρμογής, τότε ο πόνος επηρεάζει λιγότερο αρνητικά την απόδοση.

1.7. ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΩΘΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος είναι ένας κρίσιμος και δομημένος πια συντελεστής λειτουργίας στην ζωή και στην συνείδησή μας. Υπάρχουν πολλές προσαρμογές αντιμετώπισης του άλγους.

Υπάρχει η διαδικασία **απώθησης του πόνου** όπου ο πόνος δεν μεταφέρεται στην συνείδηση - και αυτό αφορά τόσο το σωματικό όσο και το ψυχολογικό άλγος και εφαρμόζονται πρακτικές υποσυνειδήτου.

Υπάρχει η διαδικασία **αντιστροφικής ενσωμάτωσης του πόνου**. Ο μαζοχισμός, στην σεξουαλική του εκδοχή, λειτουργεί ως διπολική αντιστροφική ενσωμάτωση του άλγους και αυτό είναι προϊόν μια μακράς συγχυτικής εξοικείωσης, μεταξύ της ηδονής και του άλγους ως καθηλωτικό υπόβαθρο τοτεμιστικής και φετιχιστικής καθήλωσης που αδυνατεί να αναχθεί στην καθαρότητα και την αιτιολογική ερμηνεία των φαινομένων του πόνου.

Σε επίσης βεβαρημένες ψυχολογικά καταστάσεις, έξω από την κλίμακα των σεξουαλικών προβλημάτων και εκφορών των ψυχολογικών φαινομένων, λειτουργεί σαν κατάθλιψη και σαν μελαγχολική νοσταλγία. Απέναντι στην δυναμική του πόνου ο πολιτισμός λειτουργεί και κινείται με μια στρατηγική εμμεσοποίησης, υποκατάστασης, απώθησης, απόκρυψης και αποφυγής ακόμη και σε συνθήκες που αυτό είναι αδύνατο. Η διασκέδαση, η θεατροποίηση της ζωής, ξεκινάει από ένα κεντρικό πόνο, από μια κεντρική πίεση-ενόχληση την οποία προσπαθούμε να αποφύγουμε. Είναι η στρατηγική της «στρουθοκαμήλου», όπως θα έλεγε ο Τσαρλς Κάρολος Σάντερς Πηρς (Ubaldo, 2005).

Η προσωπικότητα του ασθενή, οι συμπεριφορές στον πόνο, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου και το κοινωνικό περιβάλλον, είναι εκείνοι οι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν το πως ο άνθρωπος βιώνει την ασθένειά του (Kuijjer et al., 2003).

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σχετίζεται άμεσα με τις συμπεριφορές όπου δείχνει ο ασθενής στον πόνο και με τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί όταν πονάει, προκειμένου να επουλώσει αυτό το συναίσθημα. Έχουν γίνει μελέτες και έρευνες από ειδικούς και κυρίως ψυχολόγους με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν την ασθένειά τους. Στόχος τους είναι, να κάνουν τη ζωή των ασθενών πιο λειτουργική, να τους προσφέρουν τη δυνατότητα να εργάζονται και επίσης, να τους διδάξουν τον τρόπο να ζούνε πιο αποδοτικά με τον πόνο. Δυο από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις είναι η συμπεριφοριστική θεραπεία και η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία.

1.8. Ο ΠΟΝΟΣ ΩΣ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο πόνος ως ποινή-τιμωρία είναι συνυφασμένος με τη ζωή του ανθρώπου αφού προσβάλλει τον άνθρωπο ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, οικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο. Ο πόνος ενέχει φόβο και αγωνία, μειώνοντας την αυτονομία και την αυτοεκτίμηση, ενώ συχνά συνοδεύεται από αισθήματα μοναξιάς και απελπισίας. Είναι ίσως το πιο ανθρώπινο, ταυτόχρονα όμως και το πιο επώδυνο συναίσθημα του ατόμου. Άπειρες προσπάθειες της ανθρώπινης διάνοησης έχουν ασχοληθεί με την καταπολέμηση του. Το φαινόμενο όμως του πόνου, λόγω της πολυπλοκότητας δημιουργίας του, διατηρεί ακόμη τις σκοτεινές του πλευρές. Στην πρόκληση του πόνου μπορούν να συντελέσουν οι πλέον διαφορετικοί παράγοντες, ενώ το επίπεδο βίωσης του διαχέεται ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό στοιχείο, αν θα μπορούσε κανείς να κάνει αυτό το διαχωρισμό.

Η ύπαρξη του πόνου ταυτίζεται με το συναίσθημα της ασθένειας, ενώ πολλές φορές η απουσία του θεωρείται σαν απόλυτη ένδειξη υγείας. Υπόκειται σε συναισθηματική επεξεργασία και διαφέρει από άτομο σε άτομο. Είναι δηλαδή ένα καθαρά υποκειμενικό συναίσθημα. Αυτό δυσκολεύει τον αντικειμενικό προσδιορισμό της ποιότητας και της έντασης του πόνου, πράγμα που προϋποθέτει την στοιχειώδη τουλάχιστον γνώση της προσωπικότητας του ασθενή.

Το γεγονός ότι ο πόνος συνδέεται με το συναίσθημα της αρρώστιας και ίσως ασυνείδητα με το συναίσθημα της αδυναμίας και "θνητότητας" του σώματός μας, τον καθιστά συχνά ένα όχι μόνο δυσάρεστο αλλά απειλητικό για τη ζωή του ατόμου βίωμα. Έτσι, η προσπάθεια για γρήγορη απαλλαγή του από αυτόν μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες ενέργειες και επιλογές αντιμετώπισής του. Είναι αναγκαίο λοιπόν η μεγαλύτερη δυνατή προσπάθεια ανάλυσης και αξιολόγησης του πόνου, σε οποιαδήποτε περίπτωση για την καλλίτερη και ορθότερη αντιμετώπιση της καταστάσεως που τον δημιουργήσε.

Ακόμη, ο ξαφνικός οξύς πόνος ίσως σημαίνει την εμφάνιση μίας αιφνίδιας διαταραχής, η οποία βέβαια θα πρέπει να ανιχνευθεί να αξιολογηθεί και τέλος να αντιμετωπιστεί. Για το λόγο αυτό δεν συνιστάται η καταπολέμηση του πόνου και μόνο. Το ίδιο ισχύει και στο χρόνιο πόνο, ο οποίος συνήθως οφείλεται σε μία χρόνια και γνωστή πάθηση, όπως φλεγμονή, όγκος κ.α. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται μια προσπάθεια καταστολής του με απώτερο σκοπό την ανακούφιση του ασθενή.

Όμως, τόσο ο οξύς όσο και ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι δημιουργήματα ενδοψυχικών συγκρούσεων και ενδεικτικά ψυχολογικών προβλημάτων. Ο πόνος και στις δύο μορφές του προκαλεί ψυχολογικές αλλαγές ανάλογα και με την προσωπικότητα του ασθενή. Ο οξύς, αιφνιδιαστικός και μη αναμενόμενος πόνος είναι συνήθως αίτιο πρόκλησης αγχωτικών ή φοβικών αντιδράσεων που μπορούν να φθάσουν τα όρια του πανικού. Ο χρόνιος, μη καταπολεμούμενος πόνος προκαλεί ψυχολογικές αλλαγές που μπορούν να αλλάξουν σε μόνιμη βάση την συμπεριφορά

του ασθενή. Αίσθημα μόνιμης δυσφορίας, συνδυασμένο με επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη και τάση απόσυρσης από την κοινωνική συμμετοχή είναι, ενδεικτικά, μόνο μερικές από τις αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει.

Τέτοιου είδους ψυχολογικές αλλαγές θα αλλάξουν σταδιακά και την υποκειμενική ευαισθησία ή αντίσταση απέναντι στον πόνο δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο αυτοτροφοδότησης του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή σε ασυνείδητο φυσικά επίπεδο.

Η συναισθηματική δυσφορία λειτουργεί συχνά ως μεγεθυντικός φακός στο βίωμα του πόνου (Fisher & Johnston, 1998). Η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα ενός ασθενούς να αντεπεξέρχεται επιτυχώς σε πολλές απαιτήσεις της ζωής του. Εκτός αυτού, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι, όταν οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη υποφέρουν επίσης από σωματικό πόνο, τότε αξιολογούν ως εντονότερο τον πόνο που βιώνουν και συναισθηματικά επηρεάζονται περισσότερο από αυτόν σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Burekhardt et al., 1997· Sits et al., 1998).

Ο πόνος επηρεάζεται σημαντικά και από άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, η προσοχή και οι προσδοκίες. Πιο συγκεκριμένα, ο περισπασμός είναι δυνατόν να μειώσει την αντίληψη του πόνου. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια ενός αγωνίσματος, ένας αθλητής ενδέχεται να μη προσέξει καν ότι έχει τραυματιστεί, ακριβώς επειδή η προσοχή του είναι στραμμένη σε κάτι άλλο. Όταν τα εξωτερικά ερεθίσματα ελαχιστοποιούνται, όπως συμβαίνει όταν κάποιος που υποφέρει από πόνους στη ράχη παραμένει ξαπλωμένος στο κρεβάτι, τότε το αίσθημα του πόνου μπορεί να γίνει ακόμα πιο δυσάρεστο (Turk et al., 1983). Το νόημα που αποδίδεται στον πόνο καθορίζει εν μέρει τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και γίνεται αντιληπτός. Όσον αφορά την αντίδραση των ανθρώπων στον πόνο, αυτή καθαυτή η βλάβη κάποιου ιστού ενδέχεται να είναι λιγότερο σημαντική από ότι το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται ο πόνος και η σημασία που του αποδίδεται.

Οι προσδοκίες όπως αναφέρθηκε είναι αυτές που ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά την αντίληψη του πόνου (Cipher & Fernandez, 1997). Οι ιατροί μπορούν να εμφυσησουν θετικές ή αρνητικές προσδοκίες στους ασθενείς τους και να επηρεάσουν ανάλογα, θετικά ή αρνητικά, την αντίληψη που έχουν οι τελευταίοι για το πόνο τους (Melzack & Wall, 1982). Εδώ και αιώνες οι ιατροί γνωρίζουν τη σημαντική επίδραση που μπορεί να ασκήσει η υποβολή στον τρόπο αντίληψης των συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, οι κλινικές μελέτες καταλήγουν σταθερά στο συμπέρασμα ότι η επίδραση και η δραστηριότητα ενός φαρμάκου συχνά εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικό το θεωρεί ο ασθενής.

Η ψυχαναλυτική θέση μας υποδεικνύει ότι ένας έντονος πόνος που απορρέει από έναν τραυματισμό τόσο σωματικό ή ψυχικό, προκαλείται πάντοτε από μια στιγμιαία αναστάτωση του

Εγώ. Αυτός ο πόνος βιώνεται μέσα από τα τρία στάδια της γένεσής του: τραυματισμός– αναστάτωση-αντίδραση."Υποφέρω σωματικά γιατί κάτι συμβαίνει στον ψυχισμό μου. Αυτό που συμβαίνει στον ψυχισμό μου είναι μια αναστάτωση, μια κατάσταση αιφνιδιασμού, κλονισμού, πού προκαλείται από μια μαζική εισβολή ενέργειας". Αυτή η κατάσταση κλονισμού που ονομάζεται στην ψυχανάλυση τραύμα, σημαίνει ότι ένα πρόσωπο βιώνει μια υπέρμετρη διέγερση την οποία δεν καταφέρνει να αφομοιώσει (Καννελούπουλου, 2000).

Όταν ένα άτομο υποφέρει, το Εγώ βρίσκεται σε τραυματική κατάσταση, γιατί δεν καταφέρνει να αφομοιώσει, να συμφιλιωθεί με αυτή την μαζική εισβολή ενέργειας. Παρ'όλη την αναστάτωση, το Εγώ καταφέρνει να αντιληφθεί αυτή την τραυματική κατάσταση κλονισμού, αυτή την αναστάτωση των ενορμήσεων, ζωής και θανάτου. Αυτή η αντίληψη δημιουργεί και το οδυνηρό συναίσθημα. Ο εσωτερικός κλονισμός είναι τόσο δυνατός και οδυνηρός που η εικόνα του θα εγγραφεί στη μνήμη. Όχι μόνο στο συνειδητό, όπως η εικόνα ή το γεγονός του τραυματισμού, αλλά και στο ασυνείδητο που είναι και αυτό μνήμη, αλλά εντελώς διαφορετική. Δεν πρόκειται πια για συνειδητή αναπαράσταση της περιοχής του τραυματισμού, τις συνθήκες τραυματισμού, τις αισθήσεις, ή οτιδήποτε άλλο, αλλά για εικόνα που δεν αντιλαμβάνεται το συνειδητό και η οποία αναπαριστά την ιδιαιτερότητα του "ατυχήματος", δηλαδή, τη φωτογραφία μιας λεπτομέρειας, μνημονική εικόνα που έχει οριστικά συνδεθεί με την οδυνηρή εμπειρία. Έτσι, ο πόνος του κλονισμού εγγράφεται στο ασυνείδητο και επιστρέφει αναπάντεχα και με διαφορετικές μορφές από την ανάμνηση και μόνο ενός δυσάρεστου επεισοδίου (Καννελούπουλου, 2000). Επιστρέφει ως σωματικός πόνος που έχει μετατραπεί είτε ως ψυχοσωματικό σύμπτωμα, ως ενοχή είτε ως παραπρωματική πράξη.

Ο πόνος προκαλείται από την πολύ έντονη συναισθηματική αξία που αποδίδεται σε αυτό που είχαμε και το οποίο χάσαμε, είτε πρόκειται για μέρος του σώματός μας, είτε για το πρόσωπο που αγαπάμε, είτε για τις αξίες μας, είτε για κομμάτια της αυτοεικόνας μας. Και αυτό συμβαίνει γιατί όλη η ψυχική ενέργεια επενδύει σε μία και μοναδική ψυχική αναπαράσταση, που επιβαρυνμένη υπέρ του δέοντος, απομονώνεται από τις άλλες αναπαραστάσεις που δομούν το Εγώ. Η υπερτροφική λοιπόν, σε ενέργεια, αναπαράσταση μετατρέπεται σε «ξένο σώμα» που σχίζει τις "ίνες" του Εγώ.

Το τραύμα ως ένα οξύ φαινόμενο συμβαίνει σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και έχει ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική κατάρρευση. Το μυαλό έχει κατακλυστεί από ένταση και ανάμικτα ερεθίσματα (Freud, 1895, 1920).

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

2.1. ΣΤΡΕΣ

Ο ελληνικός όρος **άγχος** προέρχεται από το ρήμα *ἄγχω*, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας που σχετίζονται με το στρες είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Με βάση τέτοιες εκτιμήσεις το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών στις 15 Νοεμβρίου του 2001 κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες, είναι υψίστης σημασίας και σημαντικοί ρυθμιστές βαρύτητας των ασθενειών και της απώλειας της ποιότητας ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναγνωρίζουν ότι τέτοια προβλήματα είναι κοινές αιτίες ανθρώπινων προβλημάτων και ανικανότητας, αφού αυξάνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, αυξάνουν την θνησιμότητα και έχουν επίπτωση στις εθνικές οικονομίες.

Από τότε που πρωτοδιατυπώθηκε, η έννοια του στρες έχει αποδειχθεί εξαιρετικά σύνθετη και έχει προκαλέσει σοβαρή σύγχυση. Στις αρχές του 1600 ο Robert Hooke όρισε το στρες σύμφωνα με τις αρχές της μηχανικής. Συγκεκριμένα όρισε το στρες βάση του φορτίου, της πίεσης και της καταπόνησης (Hinkle, 1973). Στη συνέχεια μεταφέρθηκε στην ιατρική, στην βιολογία και στην ψυχολογία. Στο πλαίσιο, αναφέρεται τόσο στην σωματική καταπόνηση όσο και στην ψυχολογική (Lumsdes, 1981).

Η έννοια του στρες εντάχθηκε ουσιαστικά στη σύγχρονη ψυχολογία από τον Hans Selye (1956, 1976). Ο Selye χρησιμοποίησε τον όρο αυτό για να περιγράψει τις αντιδράσεις ενός οργανισμού απέναντι σε ένα «στρεσογόνο» ερέθισμα. Το ερέθισμα αυτό θα μπορούσε να είναι βιολογικό ή ψυχολογικό. Ο Selye έδειξε σε πειράματα με ποντίκια ότι ένας οργανισμός διέρχεται διάφορων φάσεων και αντιδράσεων όταν αντιμετωπίζει ένα στρεσογόνο ερέθισμα, όπως διέγερση του νευρικού συστήματος, έκκριση κορτιζόλης κ.λπ. Στόχος της διεργασίας αυτής είναι η υπερκέραση των προβλημάτων και η προστασία του οργανισμού. Όταν όμως το ερέθισμα ήταν πολύ ισχυρό ή παρατεταμένο, τα πειραματόζωα περνούσαν από την «προσαρμοστική» φάση στη δυσλειτουργία ή ακόμα και στο θάνατο.

Κάποιοι ερευνητές ορίζουν το στρες με όρους βιολογικούς. Για παράδειγμα, ο Levine (2000) όρισε ως στρες οτιδήποτε προκαλεί αυξημένη έκκριση γλυκοκορτικοειδών (κορτιζόλης), η οποία εντείνει την κινητοποίηση του οργανισμού. Άλλοι πάλι εστιάζουν περισσότερο στις ψυχοκοινωνικές πλευρές του στρες. Έτσι, οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν το στρες ως μια διεργασία που βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Ο βαθμός του στρες εξαρτάται από παράγοντες που προκύπτουν από την εναρμόνιση του με το περιβάλλον. Ανάλογα με

τους πόρους που διαθέτει ένα άτομο, δηλαδή τις προσωπικές του πηγές μπορεί να ανταπεξέλθει σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στις απαιτήσεις των καταστάσεων.

Άρα το άγχος, στρες είναι ένα στάδιο απειλητικό ως προς την ομοιοστασία, την ισορροπία δηλαδή του οργανισμού, η οποία προσπαθεί να επανεδραιωθεί με ένα πολύπλοκο σύνολο απαντήσεων προσαρμογής του οργανισμού. Κάθε ερέθισμα που εκτρέπει τον οργανισμό μας από την ισορροπία του είναι «στρες» και οργανισμός μας απαντάει σε αυτό με αλλαγές στη λειτουργία του και τη συμπεριφορά του γενικότερα. Οι παράγοντες στρες μπορούν να οριστούν ως οποιοσδήποτε εξωτερικές ή εσωτερικές προκλήσεις που διαταράσσουν το εσωτερικό περιβάλλον. Οι αντιδράσεις των θηλαστικών σε παράγοντες στρες περιλαμβάνουν μια ποικιλία προσαρμοστικών φυσιολογικών μηχανισμών σχεδιασμένες για την ανάκτηση της ομοιόστασης (Sheridan et al., 1994).

Σε πολλές μελέτες, το άγχος αναφέρεται ως συνώνυμο του στρες (Καντάς, 1995), ενώ σε άλλες οι έννοιες αυτές αντιμετωπίζονται ως μη ταυτόσημες, ορίζοντας την πρώτη ως τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας (Ollendick, 1998), και σαν αντίδραση του ατόμου σε στρεσογόνους εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες (Καραδήμας, 1999). Κατά άλλους, σε πιο λακωνική γλώσσα, το άγχος έχει θεωρηθεί η ώθηση για παθολογική προσαρμογή στο στρες. Το στρες από την άλλη είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού (Ασημακοπούλου, 2004). Στην παρούσα εργασία θα θεωρήσουμε το άγχος και το στρες ως ταυτόσημα.

2.1.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΕΣ

Το στρες, έως ένα βαθμό, είναι ευεργετικό για το άτομο και βελτιώνει την απόδοσή του και την ποιότητα της ζωής, αφού συμβάλει ώστε τα άτομα να βιώνουν προκλήσεις στην ζωή τους (Tehrani & Ayling, 2008). Όταν η ένταση του στρες όμως ξεπερνά κάποια όρια, τότε χάνει τις ευεργετικές του ιδιότητες και γίνεται επιβλαβές για το άτομο (Cooper et al, 1988). Έτσι οι επιστήμονες χωρίζουν το στρες σε δύο είδη: στο αρνητικό και στο θετικό.

Θετικό στρες: αντιπροσωπεύει τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον μας για την ζωή όπως συχνά αναφέρεται από τους ειδικούς. Είναι το στρες σε μικρή ένταση και διάρκεια και συνήθως μπορεί να είναι ευεργετικό για τον οργανισμό μας, αφού μας ωθεί στο να είμαστε ενεργητικοί, δημιουργικοί, παραγωγικοί και να προστατεύουμε τον εαυτό μας όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Fontana, 1995).

Αρνητικό στρες: είναι αυτό που μπλοκάρει και απειλεί την ομοιόσταση του οργανισμού, δηλαδή την κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας του πνεύματος και του σώματος (Fontana, 1995).

Τέλος το στρες μπορεί να είναι «συναισθηματικό, φανταστικό ή φυσικό», δηλαδή να προέρχεται από τα συναισθήματα, φαντασιώσεις του μυαλού-ψευδαισθήσεις ή από φυσικούς κινδύνους όπως ή επίθεση από ένα σκύλο ή ένας σεισμός (Μπαλλής, 1996).

Το στρες αποτελεί μια πολύπλευρη διεργασία που περιλαμβάνει τόσο βιολογικές όσο και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Οι βασικές διαστάσεις του στρες είναι τέσσερις:

α) **Τα στρεσογόνα ερεθίσματα**, τα οποία αναφέρονται στις καταστάσεις εκείνες ή τα συμβάντα που εκκινούν τη διεργασία του στρες. Το ερέθισμα μπορεί να είναι τόσο σωματικό–σωματική καταπόνηση που να επιδρά σε κάποια από τις αισθήσεις ή σε κάποια λειτουργία του οργανισμού, μπορεί να είναι όμως και ψυχικό-ψυχολογική καταπόνηση, αρνητικά συναισθήματα ή σκέψεις που απορρέουν από διαπροσωπικές συγκρούσεις

β) **Η εμπειρία του στρες**, που αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τα στρεσογόνα ερεθίσματα. Η πιο διαδεδομένη σχετική θεωρία είναι των Lazarus και Folkman (1984). Σύμφωνα με αυτήν, ένα άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα, όταν αξιολογεί μια κατάσταση ως ζημία, πρόκληση ή κίνδυνο σε μια πρωτογενής αξιολόγηση, καθώς και όταν κρίνει ότι οι διαθέσιμες τη στιγμή εκείνη προσωπικές ικανότητες και δυνατότητες δεν επαρκούν ή δοκιμάζονται σε μια δευτερογενής αξιολόγηση. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διεργασία του στρες ξεκινά όταν οι κύριοι στόχοι του ατόμου απειλούνται ή όταν τα μέσα για την επίτευξη των στόχων αυτών διακυβεύονται (Carver & Scheier, 1999).

γ) Οι **στρατηγικές–μέθοδοι** που θα επιλέξει το άτομο για να διαχειριστεί τις αρνητικές καταστάσεις. Οι στρατηγικές αυτές αφορούν στις προσπάθειες του ατόμου αφενός να επιλύσει ή «τακτοποιήσει» το πρόβλημα όπως η επίλυση ενός προβλήματος και αφετέρου να διευθετήσει τα αρνητικά συναισθήματα και τη διέγερση που βιώνει όπως μια άρνηση. Οι δύο αυτοί στόχοι επιδιώκονται παράλληλα, καθώς μάλιστα η επίτευξη του ενός διευκολύνει την επίτευξη και του άλλου.

δ) Η **οργανική διέγερση** είναι η τέταρτη πλευρά της έννοιας του στρες. Η οργανική διέγερση συνδέεται με οργανικές αντιδράσεις. Το αίμα κατευθύνεται σε περιοχές που είναι αναγκαία η ομαλή λειτουργία τους, προκειμένου να διευκολυνθεί η αντίδραση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως είναι η καρδιά και οι μύες. Παράλληλα, «εγκαταλείπει» άλλες περιοχές που μάλλον δεν συμμετέχουν τόσο άμεσα στην αντιμετώπιση του κινδύνου, όπως είναι το γαστρεντερικό, το γεννητικό και το ανοσοποιητικό σύστημα, τα οποία αναστέλλουν τη λειτουργία τους όσο ο οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες (Levine, 2000). Σε περιπτώσεις που η στρεσογόνος κατάσταση έχει μεγάλη ένταση ή και διάρκεια, οι αντιδράσεις αυτές διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνοντας τον κίνδυνο για «απορρύθμιση» του ανθρώπινου οργανισμού και εμφάνιση

προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, εκτρέποντας τον έτσι από την ομοιοστασία που προσπαθεί να διατηρήσει κάθε οργανισμός.

2.1.3. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Η γνωστική αξιολόγηση του στρες εξαρτάται από την εκτίμηση του αν και έως ποιο βαθμό, ένα γεγονός απειλεί βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα την ευεξία ενός ανθρώπου και αν είναι διαθέσιμοι οι απαραίτητοι πόροι για την αντιμετώπιση της απειλής (Cohen & Lazarus 1983· Lazarus, 1999· Lazarus & Folkman (1984).

Η απειλή είναι μια έννοια κλειδί για την κατανόηση του στρες. Αφορά την υποκειμενική εκτίμηση των πιθανών αρνητικών συνεπειών ενός στρεσογόνου ερεθίσματος. Όταν το άτομο αισθάνεται ότι απειλείται, τότε κινητοποιείται. Κατ'αναλογία ένα γεγονός μπορεί να θεωρείται ψυχοπιεστικό όταν αξιολογηθεί ως απειλητικό, βάσει των υποκειμενικών αντιλήψεων, προσδοκιών ή αναμνήσεων.

Η διαδικασία αξιολόγησης ενός δυνητικού στρεσογόνου ερεθίσματος περιλαμβάνει δύο φάσεις (Lazarus, 1999· Lazarus & Folkman (1984):

- Τη φάση της *πρωτογενούς αξιολόγησης* όπου το άτομο προσδιορίζει αν ένα γεγονός το αφορά και ενδέχεται να έχει κάποιες επιπτώσεις που το επηρεάζουν.
- Τη φάση της *δευτερογενούς αξιολόγησης* όπου το άτομο προσδιορίζει αν και μέχρι ποιο σημείο οι προσωπικές ικανότητες και τα αποθέματά του επαρκούν ώστε να ξεπεράσει την απειλή μιας ενδεχόμενης ζημιάς.

Σύμφωνα με την θεωρία της γνωστικής αξιολόγησης το άτομο θα προβεί σε δράση μόνο αφότου ολοκληρώσει τον συνυπολογισμό και την εκτίμηση των προαναφερθέντων στοιχείων (Tomaka et al. 1997). Η αντίδραση που θα ακολουθήσει είναι δυνατόν να περιλαμβάνει γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές όπως επίσης σε επίπεδο φυσιολογίας ή συμπεριφοράς. Όπως έχει αποδειχθεί ερευνητικά οι άνθρωποι πρώτα ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν τα ερεθίσματα και ύστερα ανταποκρίνονται σε αυτά. Αυτή η ευρύτερη θεωρία, λαμβάνει υπόψη το γεγονός ότι το άτομο σκέφτεται και συνεπώς αξιολογεί τη σημασία ενός γεγονότος προτού δράση σε αυτό. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η γνωστική αξιολόγηση ενός γεγονότος ή ενός ψυχοπιεστικού ερεθίσματος, είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς καθορίζει τις επακόλουθες αντιδράσεις σε αυτά.

Ο τρόπος βέβαια με τον οποίο ένα άτομο κατανοεί και ερμηνεύει τα διάφορα γεγονότα που του συμβαίνουν, ιδιαίτερα τα ατυχή και τα δυσάρεστα, είναι δυνατόν να επηρεάσει το πόσο

αβοήθητο και ανήμπορο αισθάνεται μπροστά σε αυτά. Ο συνήθης τρόπος που εξηγεί τα γεγονότα ονομάζεται **ερμηνευτικό στυλ** και αποτελείται από τρεις συγκεκριμένες αποδόσεις :

- 1) Οι αποδόσεις είναι εσωτερικές ή εξωτερικές.
- 2) Οι αποδόσεις είναι σταθερές ή ασταθείς.
- 3) Οι αποδόσεις είναι σφαιρικές (καθολικές) ή συγκεκριμένες και ειδικές.

Η τάση για εσωτερικές σταθερές σφαιρικές αποδόσεις όσο αφορά τα αρνητικά γεγονότα ονομάζεται **απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ** και η τάση του να αποδίδει για εξωτερικά, ασταθείς και συγκεκριμένα αίτια τα γεγονότα που του συμβαίνουν, ονομάζεται **αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ** (Peterson & Seligman, 1987 · Peterson et al., 1988).

2.1.4. ΠΟΝΟΣ, ΦΟΒΟΣ, ΣΤΡΕΣ

Ο πόνος είναι ένα από τα βασικότερα φαινόμενα της ανθρώπινης ζωής. Οι άνθρωποι προσπαθούν να τον αποφύγουν, καθώς αποτελεί πηγή συχνού στρες. Υπάρχει μια γενική βασική διάκριση μεταξύ του φόβου και του στρες. Το στρες είναι μια αόριστη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση με ιδιότητες του την ανησυχία, το φόβο και την αγωνία. Επιπλέον να τονιστεί ότι είναι άσκοπο. Ο φόβος είναι παρόμοιος με το στρες, εκτός από το ότι ο φόβος έχει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο να αντιμετωπίσει. Το στρες έχει τη δύναμη να μεγεθύνει τον πόνο. Παρεμποδίζει την επίτευξη χαλάρωσης, η οποία είναι αναγκαία για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, και χειροτερεύει την αναμονή μιας κατάστασης που θεωρείται ότι θα προκαλέσει πόνο γνωστό ως προβλεπτικό ή προσμενόμενο στρες. Έχει βρεθεί ότι το στρες αυξάνει το φόβο ενός ατόμου για τον πόνο και την πιθανότητα να προσπαθήσει να τον αποφύγει (Asmundson et al., 1997· Asmundson & Taylor, 1996).

Μια νέα μελέτη διαπιστώνει ότι το οξύ ψυχοκοινωνικό στρες έχει δραματικά επιβλαβή επίδραση στην ικανότητα του σώματος να ρυθμίζει τον πόνο. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αν και τα κατώτατα όρια πόνου και της ανοχής του πόνου φάνηκε ανεπηρέαστα από το στρες, υπήρξε μια σημαντική αύξηση στην εντατικοποίηση του πόνου και μείωση των δυνατοτήτων αναστολής του πόνου. Το είδος του στρες και το μέγεθος της αξιολόγησης του καθορίζουν την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα του πόνου (Defrin, 2015).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου είναι διαφορετικοί από τους άλλους κινδύνους, επειδή μπορεί υπό διαφορετικές συνθήκες, να έχουν θετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειές τους, να ποικίλουν κατά πολύ και να μην μπορούν να εκτιμηθούν εύκολα (Cox et al., 2000). Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα

γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Βασικό ρόλο ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και στην αντίδραση του ατόμου διαδραματίζει η γνωστική εκτίμηση. Ανάμεσα λοιπόν στο ερέθισμα και στην αντίδραση σε αυτό, μεσολαβεί το άτομο και έτσι η αντίδραση αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο άτομο σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, όταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο διαδραματίζεται αυτό το ερέθισμα είναι διαφορετικό (Ασημακοπούλου, 2004). Αυτό συμβαίνει διότι οι σκέψεις ενός ατόμου σχετικά με τις απαιτήσεις μιας κατάστασης και την ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές διαδραματίζουν επίσης αποφασιστικό ρόλο. (Lazarus & Folkman, 1984· Bandura, 1997· Lazarus, 1999). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αντίληψη για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στην διάθεσή του για να τα αντιμετωπίσει (Cohen & Lazarus, 1979· Lazarus, 1999).

2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΤΡΕΣ

2.2.1. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Το άγχος αποδίδεται σε ενδοψυχική σύγκρουση. Θεωρείται ως η απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το Υπερεγώ ή την πραγματικότητα.

Ο Freud θεωρούσε τον άνθρωπο ως ένα βιολογικό ον του οποίου η συμπεριφορά καθορίζεται από βιολογικά ένστικτα. Σύμφωνα με την προσέγγισή του τίποτα δεν είναι «τυχαίο», καθώς ακόμα και οι πιο απλές καταστάσεις και γεγονότα της καθημερινής ζωής συνδέονται αιτιοκρατικά με εμπειρίες της βρεφικής και της πρώτης παιδικής ηλικίας, τις οποίες συνήθως αγνοούμε.

Η δομή της Ανθρώπινης Ψυχής σύμφωνα με την θεωρία του Freud αποτελείται από τις δομές: *Το Εκείνο*, *το Εγώ*, *το Υπέρ-εγώ*.

Εκείνο: είναι το μέρος του εαυτού το οποίο περιλαμβάνει όλα τα βιολογικά ένστικτα που αποτελείται από ασυνείδητες ενορμήσεις με βιολογική βάση. Δεν έχει καμία σύνδεση με την πραγματικότητα. Αποζητά μόνο ένα πράγμα: την ικανοποίηση των βασικών αναγκών και την εκτόνωση της έντασης που συνοδεύει την ικανοποίηση αυτών των σωματικών αναγκών. Γιαυτό λέμε ότι το εκείνο λειτουργεί βάσει της αρχής της ικανοποίησης-ευχαρίστησης (pleasure principles), η Αρχή της ηδονής.

Εγώ: είναι το μέρος του εαυτού που αναπτύσσεται για να σχεδιάζει και να ρυθμίζει την ικανοποίηση των ενορμήσεων με βάση τους περιορισμούς της πραγματικότητας. Ο ρόλος του Εγώ είναι να μεσολαβεί μεταξύ του εκείνο, της πραγματικότητας, και του Υπέρ-εγώ. Λειτουργεί βάσει της αρχής της πραγματικότητας (reality principle) και είναι συνειδητό. Με βάση προηγούμενες

εμπειρίες και αποτελέσματα το Εγώ προσπαθεί να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του εκείνο χωρίς να βλάψει το Υπέρ-εγώ.

Υπερεγώ: είναι το μέρος του εαυτού που εσωτερικεύει τις επιβραβεύσεις και τις προσδοκίες, δηλαδή, τις κοινωνικές αξίες. Αντιπροσωπεύει τις προσδοκίες των γονέων και της κοινωνίας, τις απαγορεύσεις, τους κανόνες. Είναι αυτό που αποκαλούμε συνείδηση (conscience)—και είναι η πηγή των ενοχών. Εκτός από την συνείδηση το Υπερεγώ έχει και ένα άλλο κομμάτι το Ιδανικό Εγώ (ego-ideal).

Το Εκείνο και το Υπέρ-εγώ βρίσκονται σε μια πάλη. Όταν το Εγώ δεν μπορεί να βρει λύση και να συμβιβάσει τις επιθυμίες του Εκείνο και του Υπερεγώ δημιουργείται **άγχος**. Το άγχος είναι ένα προειδοποιητικό μήνυμα ότι το Εγώ δεν τα καταφέρνει στο ρόλο του.

Σύμφωνα με τον Freud, το άγχος είναι μια τόσο οδυνηρή κατάσταση που αδυνατούμε να την αντέξουμε για πολύ. Γι' αυτό το λόγο, το Εγώ ήδη από πολύ νωρίς αναπτύσσει τους λεγόμενους **μηχανισμούς άμυνας**. Είναι ασυνείδητες μέθοδοι με τις οποίες ο καθένας παραποιεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την πραγματικότητα και ακυρώνει συνήθως δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις έξω από τη συνείδηση, στο ασυνείδητο. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο προστατεύεται από το πολύ έντονο άγχος. Οι μηχανισμοί άμυνας ανήκουν στο κομμάτι του ασυνείδητου, δηλαδή, ενεργοποιούνται αυτόματα και δε συνειδητοποιούμε τη δράση τους.

Οι άμυνες αποτελούν προσπάθειες συμβιβασμού μεταξύ των απαιτήσεων του εκείνο και των περιορισμών της κοινωνίας, δηλαδή του υπερεγώ. Όλοι χρησιμοποιούμε μηχανισμούς άμυνας, πρόκειται για μια διαδικασία φυσιολογική παρόλα αυτά πρέπει να τονιστεί ότι όσο πιο αδύναμο είναι το Εγώ μας, τόσο πιο πολύ καταφεύγει σε μηχανισμούς άμυνας, ακόμα και όταν αντιμετωπίζει ένα μικρό σχετικά άγχος. Η ιδιαίτερη προτίμηση που εκφράζει κάθε άτομο σε ορισμένες άμυνες είναι αποτέλεσμα τουλάχιστον τεσσάρων παραγόντων:

- της ιδιοσυγκρασίας του κάθε ατόμου.
- του είδους των αρνητικών ψυχοπνευματικών παραγόντων που επηρέασαν το κάθε άτομο στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής του ηλικίας.
- των άμυνών που χρησιμοποιούσαν τα σημαντικά πρόσωπα (γονείς κλπ.) και λειτούργησαν ως πρότυπα.
- των αποτελεσμάτων που είχε η χρήση κάθε άμυνας: δηλαδή, το άτομο μπορεί να δοκιμάσει διάφορες άμυνες, αλλά καταλήγει να χρησιμοποιεί και γίνονται μέρος της προσωπικότητάς του, εκείνες που αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές.

Οι βασικοί μηχανισμοί άμυνας είναι:

α - Απώθηση (Repression) Αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία το εγώ σπρώχνει στο ασυνείδητο τις μη αποδεκτές ορμές του που απειλούν την ακεραιότητα του. Δηλαδή η απώθηση είναι όχι μόνο ένας μηχανισμός άμυνας αλλά και ο στόχος όλων των άλλων μηχανισμών.

β - Άρνηση (Denial) Δηλαδή η άρνηση της αναγνώρισης κάποιου κινδύνου. Η άρνηση της πραγματικότητας χρησιμοποιείται όταν το άτομο απειλείται από έντονα και επίπονα συναισθήματα.

γ - Παλινδρόμηση (Regression) Η παλινδρόμηση συμβαίνει όταν το άτομο, αγχωμένο από απειλητικές σκέψεις και συναισθήματα, συμπεριφέρεται με έναν τρόπο που είναι χαρακτηριστικός ενός προηγούμενου εξελικτικού σταδίου, πριν την εμφάνιση της παρούσας σύγκρουσης.

δ - Αντισταθμιστική συμπτωματολογία (Reaction formation) Η αντιστάθμιση είναι η αντικατάσταση μιας ορμής, μίας σκέψης ή ενός συναισθήματος που προκαλεί άγχος γιατί δεν είναι αποδεκτό από το υπέρ-εγώ με το ακριβώς αντίθετο συναίσθημα ή ορμή.

ε - Προβολή (Projection) Η προβολή συμβαίνει όταν, χωρίς να το συνειδητοποιεί, το άτομο αποδίδει τις δικές του μη παραδεκτές ορμές σε άλλους.

στ - Μετάθεση (Displacement) Η μετάθεση μη αποδεκτών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων από τον πραγματικό τους στόχο σε έναν άλλο, πιο ασφαλή στόχο.

ζ - Μετουσίωση (Sublimation) Μορφή μετάθεσης όπου όμως οι ανεπίτρεπτες ορμές ανακατευθύνονται προς ανώτερους στόχους που είναι κοινωνικά παραδεκτοί.

η – Εκλογίκευση (Rationalization) Με την εκλογίκευση το άτομο χρησιμοποιεί την λογική για να απωθήσει επίπονα συναισθήματα, επιθυμίες ή σκέψεις που του προκαλούν έντονο στρες. Με λογικά επιχειρήματα προσπαθεί να αποδείξει στον εαυτό του και στους άλλους ότι οι πράξεις, οι επιθυμίες και τα κίνητρα της συμπεριφοράς του είναι ορθά και συνεπώς παραδεκτά. Ένα άλλο είδος εκλογίκευσης είναι η νοηματοποίηση (intellectualization) κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να απομακρύνει ή να εξουδετερώσει το συναίσθημα που συνοδεύει μια πράξη που του προκαλεί αναστάτωση δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην καθαρά νοηματική επεξεργασία της εμπειρίας που το απειλεί.

Θ – Χιούμορ: επιτρέπει στο άτομο να εκφράσει ιδέες και καταστάσεις που προκαλούν άγχος.

Όλοι οι μηχανισμοί άμυνας είναι χρήσιμοι και ωφέλιμοι, ειδικά σε περιόδους κρίσιμες, για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε το αρχικό σοκ. Σύμφωνα με τον George Eman Valliant (1997) οι αμυντικοί μηχανισμοί του Εγώ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το ψυχαναλυτικό αναπτυξιακό στάδιο ως εξής.

- *Πρώτο επίπεδο:* παθολογικές άμυνες (π.χ. παραληρητική προβολή).
- *Δεύτερο επίπεδο:* ανώριμες άμυνες (π.χ. προβολή, παθητική επιθετικότητα).
- *Τρίτο επίπεδο:* νευρωτικές άμυνες (π.χ. μόνωση, υποκατάσταση).
- *Τέταρτο επίπεδο:* ώριμες άμυνες (π.χ. χιούμορ, μετουσίωση).

2.2.2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Οι συνεχιστές της θεωρίας του Cannon και ιδιαίτερα ο Hans (1946), διερεύνησε τις μεταβολές που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Πιο συγκεκριμένα διατύπωσε τη θεωρία του για το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (Robin et al., 2006). Περιέγραψε τρεις φάσεις που διέρχεται το άτομο στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις (Cooper, 1992). Μια σειρά πειραμάτων οδήγησαν τον Selye στο συμπέρασμα ότι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές επιθέσεις ακολουθεί πάντα την ίδια διαδικασία, ανεξάρτητα τη φύση του αιτίου που την προκάλεσε .

Κατά την πρώτη φάση *συναγερμού* ή φάση επαγρύπνησης, κινητοποιούνται και επιστρατεύονται όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει δηλαδή την αντίδραση φυγής ή μάχης. Συγκεκριμένα, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα συμβάλλει στην έκκριση κορτικοστεροειδών από τα επινεφρίδια, αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης στην κυκλοφορία του αίματος. Η αδρεναλίνη προκαλεί την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι σε θέση να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης για ιδιαίτερα παρατεταμένο διάστημα. Αν το stress συνεχίζεται, το σώμα αρχίζει να εμφανίζει εκφυλιστικές μεταβολές όπως συρρίκνωση του θύμου, της σπλήνας, των λεμφαδένων και άλλων λεμφικών σχηματισμών, όπως επίσης έλκος στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου.

Η δεύτερη φάση *αντίστασης*, είναι η φάση όπου ο οργανισμός αγωνίζεται με κάθε δυνατή διαδικασία και διαθέσιμο μέσο, να υπερνικήσει ή να προσαρμοστεί στη νέα απειλή που παρουσιάστηκε. Η συνεχής αντίσταση στο στρες οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα ανθεκτικότητας και αντοχής σε άλλα ερεθίσματα. Αν το ερέθισμα συνεχίσει να δρα, ο οργανισμός περνά στο τρίτο στάδιο .

Τέλος η φάση της *εξουθένωσης* όπου το άτομο βιώνει την εξάντληση. Ο οργανισμός αδυνατεί να συνεχίσει την παραγωγή ορμονών όπως στο πρώτο στάδιο. Στις περιπτώσεις εκείνες, που η αντίσταση δεν αποδειχθεί αποτελεσματική, οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίζουν την δράση τους, και εκδηλώνονται βλάβες στα όργανα. Τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνιση τους και όλες οι εφεδρείες του σώματος εξαντλούνται.

Το βιολογικό μοντέλο του Selye δίνει έμφαση στην επίδραση που ασκεί το στρες στον οργανισμό (Selye 1976). Θεωρείται ότι οποιοδήποτε επιβλαβές ή απεχθές γεγονός επηρεάζει την λειτουργία των επινεφριδίων και του θύμου αδένου, καθώς και των εσωτερικών τοιχωμάτων του στομάχου. Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής αποτελεί ένα σημαντικό μοντέλο επειδή περιγράφει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων το στρες μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο επίπεδο της φυσιολογίας του οργανισμού

2.3. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΡΕΣ

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές, σε ότι αφορά το φαινόμενο του στρες, είναι το γεγονός ότι διαφορετικοί άνθρωποι που εκτίθενται στο ίδιο ακριβώς ψυχοπρεστικό γεγονός ζωής ενδέχεται να το βιώνουν με διαφορετικό τρόπο. Ο ακριβής χαρακτήρας και η φύση του γεγονότος ή μιας κατάστασης δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του βαθμού του στρες που βιώνει ένα άτομο ή του τρόπου που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική του υγεία. Πολλοί παράγοντες είναι δυνατόν να τροποποιήσουν ή ακόμα και να μειώσουν και να εξουδετερώσουν τις αρνητικές συνέπειες του στρες, αποτρέποντας την διαβρωτική του επίδραση στην υγεία. Πολλοί παράγοντες, τόσο σε γνωστικό όσο και σε συμπεριφορικό επίπεδο, είναι δυνατόν να επηρεάσουν τον τρόπο που οι άνθρωποι επιχειρούν να προσαρμοστούν στις συνθήκες, σε διαφορετικές περιόδους της ζωής τους, καθώς και την αποτελεσματικότητα αυτής της προσπάθειας.

Ένα άτομο είναι δυνατόν να εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης και η ανατροφοδότηση που λαμβάνει σχετικά με την αποτελεσματικότητα της καθεμιάς συνήθως το ωθεί να την επαναλάβει ή να την εγκαταλείψει. Αν διαπιστωθεί ότι μια στρατηγική έχει θετικά αποτελέσματα τότε αυτή ενισχύεται να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον ξανά. Αντίθετα όταν μία στρατηγική αποτύχει, τότε το άτομο προσανατολίζεται στην υιοθέτηση μιας νέας στρατηγικής. Η επιτυχής αντιμετώπιση μιας ψυχοπρεστικής κατάστασης, αναμένεται να επιφέρει μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, που αισθάνεται. Επίσης, αναμένεται το άτομο να επιστρέψει στις συνήθειες συμπεριφορές του.

Οι άνθρωποι όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια κατάσταση που απαιτεί ανάληψη δράσης ή προσαρμογής τότε έχουν την δυνατότητα:

- 1) να αναζητήσουν πληροφορίες,
- 2) να αναλάβουν άμεσα δράση,
- 3) να μείνουν άπραγοι,
- 4) να ασχοληθούν με την ρύθμιση των συναισθημάτων τους
- 5) και να αναζητήσουν τη βοήθεια ή την υποστήριξη άλλων ανθρώπων.

Αυτές είναι οι πέντε στρατηγικές αντιμετώπισης, που επιλέγει το άτομο για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, σύμφωνα με τους Lazarus και Cohen (Lazarus &Cohen 1979).

Οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες έχουν διείσδυση στη καθημερινότητα των ανθρώπων. Η αναφορά σε αυτούς σημαίνει την κυριάρχηση, την ανοχή μείωσης ή την ελαχιστοποίηση, των περιβαλλοντικών απαιτήσεων, των ενδοατομικών απαιτήσεων και των μεταξύ τους συγκρούσεων, οι οποίες προσανατολίζονται είτε σε ενδόμυχες ρυθμίσεις είτε στην ανάληψη κάποιας δράσης (Lazarus & Launier, 1987).

Η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων θεωρείται ως μια φύσει δυναμική και πολυδιάστατη διεργασία, η οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται κατά την αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται ανάμεσα στην αντίληψη της κατάστασης που προκαλεί το στρες, δηλαδή την απειλή και τη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπισή της (Folkman, 1984).

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), οι προσπάθειες αντιμετώπισης εντάσσονται σε δύο κύριες λειτουργικές κατηγορίες, στις προσπάθειες που εστιάζονται στην επίλυση του προβλήματος και στις προσπάθειες που εστιάζονται στο συναίσθημα που προκαλείται.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο *πρόβλημα* χρησιμοποιούνται, συνήθως, όταν το άτομο θεωρεί ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα, είτε αυξάνοντας τα αποθέματά του για να τις αντιμετωπίσει. Στόχος είναι η επίλυση του προβλήματος και περιλαμβάνει ενεργητικές και σκόπιμες προσπάθειες χειρισμού του στρεσογόνου παράγοντα. Στρατηγικές αυτού του είδους περιλαμβάνουν ενέργειες όπως η δράση και ο σχεδιασμός.

Αντίθετα, όταν το άτομο αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να κάνει κάτι προκειμένου να αλλάξει την κατάσταση που προκαλεί το άγχος, είναι περισσότερο πιθανό να υιοθετεί στρατηγικές που εστιάζουν στο *συναίσθημα*, επιχειρώντας, μέσω αυτών, να ελέγξει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989· Lazarus & Folkman, 1984). Στοχεύει στη μείωση των δυσάρεστων συναισθημάτων που πηγάζουν από το στρεσογόνο παράγοντα, μέσω στρατηγικών που περιλαμβάνουν την έκφραση συναισθημάτων και την αλλαγή προσδοκιών, όπως είναι, για παράδειγμα, η αναζήτηση υποστήριξης από το περιβάλλον, η θετική επανερμηνεία και η εκτόνωση των συναισθημάτων (Eaton & Bradley, 2008). Συναισθηματικού τύπου τεχνικές αποτελούν η αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης, η θετική επανερμηνεία ή επαναξιολόγηση του προβλήματος, η αποδοχή ή η άρνηση και αποφυγή του στρεσογόνου παράγοντα, και η στροφή προς τη θρησκεία.

Με κριτήριο το βαθμό που οι ίδιοι θεωρούν ότι μπορούν να ελέγξουν σε μία στρεσογόνο κατάσταση, τα άτομα επιλέγουν στρατηγικές αντιμετώπισης είτε από τη μία είτε από την άλλη κατηγορία. Έρευνες σχετικές με την αντιμετώπιση του στρες δείχνουν ότι οι δύο λειτουργίες της αντιμετώπισης, συχνά, συνυπάρχουν (Folkman et al., 1986). Οι Carver et al. (1989), για παράδειγμα, αναφέρουν ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για αναζήτηση συμβουλών ή πληροφοριών, η οποία αποτελεί στρατηγική αντιμετώπισης που συγκαταλέγεται σε εκείνες που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος, στην πράξη χρησιμοποιείται συγχρόνως με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για συναισθηματική συμπαράσταση και κατανόηση, η οποία είναι στρατηγική που στοχεύει στη ρύθμιση του συναίσθηματος.

Σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι έχουν την τάση να χρησιμοποιούν συχνότερα την αντιμετώπιση που εστιάζεται στην επίλυση του προβλήματος. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα είναι πιθανόν να χρησιμοποιηθεί όταν τα ψυχοπαιστικά γεγονότα είναι τετελεσμένα και αδύνατον να αλλάξει. Αυτή η στρατηγική χρησιμοποιείται συχνότερα από τις γυναίκες (Billing & Moos, 1981).

Κατά τη δεκαετία του '90, προστέθηκαν κάποιες ακόμα τεχνικές όπως η συμπεριφοριστική και ψυχική παραίτηση, η συναισθηματική έκφραση, η απόσπαση της προσοχής από το ίδιο το άτομο, το χιούμορ, η χρήση υποκατάστατων ουσιών, και η ενοχοποίηση-κατηγορία του ίδιου του εαυτού.

Το άτομο έχει την θεμελιώδη ανάγκη να ασκεί έλεγχο. Όταν το άτομο διατηρεί μια αίσθηση ελέγχου απέναντι ενός ψυχοπαιστικού γεγονότος, τότε η αντιμετώπιση του είναι δυνατόν να βελτιωθεί (Thompson, 1981). Ο άνθρωπος για να μπορέσει να έχει και να διατηρήσει τον γνωστικό έλεγχο εκφράζεται με διάφορες μεθόδους, όπως ο **γνωστικός περισπασμός**. Πρόκειται για στροφή της προσοχής του ατόμου σε οτιδήποτε άλλο έκτος από αυτό που του προκαλεί δυσφορία.

Ένα άλλο είδος στρατηγική του γνωστικού ελέγχου είναι η γνωστική αποδόμηση του γεγονότος όπου εκεί υπάρχει **επιλεκτική ενασχόληση** ή εστίαση της προσοχής σε συγκεκριμένες όψεις μιας κατάστασης. Χαρακτηριστικός είναι ο συμπεριφορικός έλεγχος, όπου βοηθά τους ασθενείς να ανεχτούν το στρες που προκαλείται από τρομακτικές ή δυσάρεστες ιατρικές διαδικασίες (Thompson, 1981).

Όταν ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να ασκήσει και τον παραμικρό συμπεριφορικό έλεγχο και δεν μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται για τα ψυχοπαιστικά γεγονότα, τότε βιώνει την αίσθηση του **‘αβοήθητου’**. Έπειτα από συγκεκριμένες αποτυχίες γινόμαστε αβοήθητοι, στην κινητοποίηση, στον γνωστικό και συναισθηματικό τομέα (Maier & Seligman, 1976).

Ο ρόλος της **θετικής επανερμηνείας** όπως υποστηρίζουν ερευνητές, δηλαδή μιας στρατηγικής που εστιάζει στο συναίσθημα, δεν περιορίζεται μόνο στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας. Αντίθετα, η ερμηνεία μίας στρεσογόνου καταστάσεως υπό ένα θετικό πρίσμα, οδηγεί το άτομο στην ανάληψη δράσης και την υιοθέτηση στρατηγικών που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος. Η ίδια στρατηγική, της θετικής επαναξιολόγησης, βρέθηκε να συνυπάρχει με τη στρατηγική της επίλυσης προβλημάτων που ανήκει στις εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές εντός του ίδιου υπερκείμενου παράγοντα, κατά την προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό της κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης *Ways of Coping* των Folkman και Lazarus (1980) από τον Καραδήμα (1998).

Υπάρχει όμως και η πρόταση μιας νέα διάστασης που εστιάζεται στην **αποφυγή**, ενσωματώνεται η οποία ενσωματώνει στρατηγικές που συχνά κατηγοριοποιούνται ως εστιασμένες

στο συναίσθημα, όπως είναι η απόσυρση και η άρνηση (Eaton & Bradley, 2008· Endler & Parker, 1990).

Τα **θετικά συναισθήματα** μπορεί να ενισχύσουν την εμπειρία του ατόμου σχετικά με τη ζωή του και το νόημα που αντλεί από αυτή. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι γνωστικές επιδράσεις της θετικής διάθεσης. Η θετική διάθεση μπορεί να επηρεάσει την νόηση με τρόπους που διευκολύνουν την ανακάλυψη ή την δόμηση νοήματος (Steger et al., 2008). Τα θετικά συναισθήματα μπορούν να διευκολύνουν την δημιουργική επίλυση προβλημάτων, ενώ οι άνθρωποι που βιώνουν θετικά συναισθήματα είναι περισσότερο ανοιχτοί στην επεξεργασία νέων τύπων πληροφοριών και παρουσιάζουν μεγαλύτερη γνωστική ευελιξία (Fredrickson, 1998, Isen, 1999). Ακόμη, τα άτομα που φαίνεται πως βιώνουν περισσότερα χαρακτηρίζονται από μια τάση να εστιάζουν συνολικά σε μια κατάσταση και όχι τοπικά (Fredrickson & Branigan, 2004). Τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα μπορούν να λειτουργήσουν ως ανατροφοδότηση σχετικά με την διεργασία του ατόμου σε συγκεκριμένες σημαντικές πλευρές της ζωής του. Η θετική διάθεση δείχνει ότι το άτομο αντλεί ικανοποίηση κατά την πορεία του προς τους στόχους του. Τα θετικά συναισθήματα μπορεί να αποτελέσουν μια ένδειξη ότι η ζωή του ατόμου έχει κάποιο σκοπό μέσα από τον οποίο το άτομο μπορεί να νιώσει επαρκές στην πορεία του προς τους σημαντικούς στόχους. Ακόμη, μπορεί να σχετίζονται με ένα ενισχυμένο αίσθημα νοήματος της ζωής εξαιτίας της σχέσης τους με την διεργασία των στόχων (King et al., 2006).

Όταν οι άνθρωποι σκέφτονται με ένα ευρύ τρόπο, τότε είναι περισσότερο πιθανό να βλέπουν πως η καθημερινή τους ύπαρξη συνδέεται με ένα ευρύτερο σύστημα νοήματος. Η συνολική επικέντρωση του ατόμου που επηρεάζεται από τα θετικά συναισθήματα μπορεί να επιτρέπει στο άτομο να βλέπει την γενική-συνολική εικόνα και να απολαμβάνει μια αίσθηση ότι σε μεγάλο βαθμό η ζωή είναι κατανοητή.

2.3.1. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΦΥΓΗΣ Ή ΠΑΛΗΣ

Ο W. Cannon μελέτησε τις συνέπειες του στρες στα ζώα και στους ανθρώπους και περιέγραψε την αντίδραση «**πάλης ή φυγής**» (**fight or flight**) (Cannon, 1932, 1935). Μέσω αυτής της αντίδρασης, οι άνθρωποι, όπως επίσης και τα ζώα, όταν βρεθούν αντιμέτωποι με ένα στρεσογόνο ερέθισμα, επιλέγουν είτε να αγωνιστούν και να αντιμετωπίσουν ένα μεγάλο κίνδυνο είτε να προσπαθήσουν να διαφύγουν, με κυρίαρχο το μυϊκό σύστημα να διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο, καθώς προετοιμάζεται για τη λεγόμενη αντίδραση επίθεσης ή φυγής. Αμέσως, δραστηριοποιούνται και βρίσκονται σε ετοιμότητα το κυκλοφοριακό και το αναπνευστικό σύστημα, μιας και χρειάζεται αυξημένη παροχή αίματος στους μυς, οξυγόνου και γλυκόζης, ενώ ταυτόχρονα

αναστέλλεται ή περιορίζεται η λειτουργία συστημάτων που δεν έχουν άμεση σχέση με την κατάσταση έκτακτης ανάγκης (π.χ. γεννητικό, γαστρεντερικό κ.ά.).

Το νευρικό σύστημα είναι αυτό που κατευθύνει τις αντιδράσεις. Το στρεσογόνο μήνυμα μεταφέρεται στον υποθάλαμο, ο οποίος δραστηριοποιεί δυο επιμέρους συστήματα :

α. τον άξονα Υποθάλαμος - Υπόφυση – Επινεφρίδια

β. το αυτόνομο νευρικό σύστημα

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το πρόβλημα με τον άνθρωπο είναι ότι στις σημερινές συνθήκες διαβίωσης, τις περισσότερες φορές, δεν μπορεί να προσφύγει στους φυσιολογικούς μηχανισμούς μείωσης του στρες, με φυγή, επίθεση ή έλεγχο της στρεσογόνου κατάστασης, εφόσον οι περισσότερες πηγές στρες βρίσκονται έξω από τον έλεγχό μας ή η αντιμετώπισή τους συνεπάγεται τη δημιουργία νέων στρεσογόνων καταστάσεων, λόγω των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική μας ζωή (Glowinkowski & Cooper, 1985· Καντάς, 1995).

Νεότερες έρευνες όμως έδειξαν ότι η αρχική αντίδραση της «μάχης ή φυγής» απαντά κυρίως στους άνδρες, ενώ οι γυναίκες αντιδρούν με ένα άλλο τρόπο ο οποίος ονομάστηκε «**tend-and-befriend**», που θα μπορούσε να μεταφραστεί ως «αντίδραση φροντίδας και φιλίας». Η αντίδραση αυτή έχει θεωρηθεί ως η τυπική αντίδραση των γυναικών, όπως και η «μάχης ή φυγής», όπου αποδίδεται ως ανδρική απάντηση (Taylor et al., 2000). Οι γυναίκες είναι πιθανόν, σε περιόδους άγχους να αναζητήσουν υποστήριξη από το γύρω περιβάλλον τους, σε σχέση με τους άνδρες και αυτό γιατί όπως έχει αναφερθεί διατηρούν το γονεϊκό πρότυπο πιο αναπτυγμένο σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άλλους (Belle, 1987).

Σε περιόδους φόβου οι άνθρωποι έχουν την τάση συγκεντρώνονται σε ομάδες (Williams, David, 2003). Η «αντίδραση φροντίδας και φιλίας» είναι η απάντηση διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων με την φροντίδα των παιδιών και την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Taylor et al., 2000· Franklin Institute, 2004). Όταν υπάρχουν στρεσογόνες καταστάσεις, οι γυναίκες φροντίζουν να εκτονώνονται με την ενασχόληση με το παιδιά τους, πράγμα το οποίο με την σειρά του μειώνει τα επίπεδα του στρες. Μελέτες που διεξήχθησαν από τον Repetti (1989) έδειξαν ότι σε μέρες έντονου εργασιακού στρες, οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν καλύτερα από ότι άνδρες, δείχνοντας περισσότερη φροντίδα και προσοχή στα παιδιά τους, εμφανίζοντας έτσι πιο έντονο το μητρικό πρότυπο. Σε αντίθεση με τους πατεράδες, που μετά από μία ίδια στρεσογόνο ημέρα στην δουλειά τους, οι αντιδράσεις τους, στην οικογένεια τους, ήταν περισσότερο απόσυρση και έντονες συγκρουσιακές συμπεριφορές (Repetti, 1989).

2.3.2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ

Το *Μοντέλο Κοινής Λογικής* αποτελεί την πιο σύγχρονη θεωρία που έχει προταθεί για τη μελέτη των συμπεριφορών υγείας. Στο τέλος δεκαετία 1960 και στις αρχές του 1970 ο Leventhal άρχισε τις έρευνες, πώς τα μηνύματα του πόνου σε οξείες καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν στην λήψη προληπτικών μέτρων όπως, να φοράν ζώνες ασφαλείας, ή να σταματούν το τσιγάρο. Το μοντέλο έχει πολλές ομοιότητες με άλλες θεωρίες επίλυσης προβλημάτων συμπεριφοράς όπως το συναλλακτικό μοντέλο του στρες και την αντιμετώπιση, όπου ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια αγχωτική εμπειρία. (Lazarus et al., 1984).

Στο μοντέλο αυτό, το άτομο γίνεται αντιληπτό ως ενεργός επιλυτής προβλημάτων, που αναζητά πληροφορίες και ελέγχει τις υποθέσεις που διατυπώνει σχετικά με το νόημα των σωματικών του αισθήσεων σε σχέση με τη βιολογική κατάσταση του οργανισμού. Όταν ένα άτομο βιώνει ένα σωματικό σύμπτωμα θα το αποδώσει είτε σε κάποια ασθένεια που έχει βιώσει στο παρελθόν, είτε σε κάποιο γνωστικό σχήμα που έχει για κάποια ασθένεια από την οποία δεν έχει νοσήσει και έτσι δημιουργούνται οι αναπαραστάσεις. Η διαδικασία αυτή φαίνεται ότι περιέχει τέσσερις διακριτές αποδόσεις που έχουν σημαντική επίδραση στις συναισθηματικές αντιδράσεις που συνοδεύουν την κατασκευή της αναπαράστασης και αφορούν:

- την ταυτότητα της ασθένειας, (Leventhal et al., 1980)
- το χρονικό πλαίσιο, (Brown, 2002)
- την αιτία που την προκάλεσε,
- την προσλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα.

Τα συναισθήματα μελετώνται είτε ως αναπόσπαστο μέρος των αναπαραστάσεων ή είτε ως απάντηση σε κάποια γνωστική διάσταση της αναπαράστασης. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής εφαρμόζεται κυρίως για τη μελέτη και προαγωγή του τρόπου που οι άνθρωποι διαχειρίζονται τις χρόνιες ασθένειες και προτείνει, ότι για την καλύτερη κατανόηση της συμπεριφοράς, πρέπει να μελετήσουμε τις δύο παράλληλες διαδικασίες που ενεργοποιούνται για την αντιμετώπιση της προσλαμβανόμενης απειλής και τη ρύθμιση της συναισθηματικής αντίδρασης του ατόμου σε αυτή την απειλή. Οι δύο αυτές διαδικασίες μαζί αποτελούν το σύστημα αυτορρύθμισης του ατόμου. Η αναδιαμόρφωση του μοντέλου αυτορρύθμισης των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, είναι σε ορισμένες περιπτώσεις απαραίτητη προκειμένου να βοηθηθούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωσή τους με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και την εφαρμογή των άλλων απαραίτητων προληπτικών μέτρων, όπως σε οστεοαρθρίτιδα η επικέντρωση σε ανάλογο διαιτολόγιο με απώτερο σκοπό να θεραπεύσουν ή να ελέγξουν των συμπτωμάτων τους (Hale et al, 2006).

Σε έρευνα των Meyer et al, για την υπέρταση τα δεδομένα έδειξαν ότι οι ασθενείς αναπτύσσουν έμμεσα μοντέλα ή πεποιθήσεις για την απειλή της νόσου, οι οποίες κατευθύνουν και την συμπεριφορά θεραπείας τους και αυτό διαμορφώνεται από προηγούμενες οξείες ενδεικτικές καταστάσεις (Meyer et al, 1985). Μια μετα-ανάλυση των Martin et al, 2003 έδειξε ότι η δυνατότητα ελέγχου της νόσου συσχετίστηκε σημαντικά με τη γνωστική επανεκτίμηση, την έκφραση των συναισθημάτων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι αντιλήψεις ότι μία ασθένεια είναι ιάσιμη και ελεγχόμενη παρουσιάζει σημαντικά και θετικά προσαρμοστικά αποτελέσματα, αντίθετα οι αρνητικές συνέπειες μιας ασθένεια, το χρονοδιάγραμμα και η ταυτότητα της παρουσίασε σημαντική, αρνητική σχέση με την ψυχολογική ευημερία, το ρόλος και την κοινωνική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα των ασθενών. Σε όλες τις μελέτες οι αναλύσεις παρείχαν αποδείξεις, για θεωρητικά προβλέψιμες σχέσεις μεταξύ, γνώσεων για την ταυτότητα της ασθένεια, αντιμετώπισης και εκβάσεων, σε όλες τις μελέτες (Martin et al., 2003).

2.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κληρονομούμενα χαρακτηριστικά, πρώιμες εμπειρίες ζωής και μαθημένες νοητικές διεργασίες καθιστούν τα άτομα περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτα στην επίδραση των ψυχοπαιστικών γεγονότων. Μελέτες έχουν καταγράψει σημαντική συνέπεια στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ψυχοπαιστικών συνθηκών, ανεξάρτητα από περιστασιακούς παράγοντες και σε σχέση με μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Με βάση ερευνητικά δεδομένα αλλά και τις θεωρητικές αναλύσεις των ειδικών, διαπιστώνεται ότι ο τρόπος αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης από ένα άτομο, εξαρτάται από τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η ιδιοσυγκρασία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο σε σχέση με τη στρατηγική που θα υιοθετήσει το άτομο για την αντιμετώπιση του στρες, όσο και σε σχέση με την έκταση, την ένταση και την επιμονή της προσπάθειας που καταβάλλει για να αντιμετωπίσει μια δύσκολη, στρεσογόνο κατάσταση (Πούρκος, 2001).

Οι περισσότερες από τις μελέτες που ασχολήθηκαν με σχέσεις μεταξύ προσωπικότητας άγχους, δεν έχουν επικεντρωθεί στις ευρύτερες διαστάσεις μιας προσωπικότητας αλλά σε χαρακτηριστικά όπως, η σκληρότητα, η αισιοδοξία, η Έδρα Ελέγχου, η αξιολόγηση της ίδιας επάρκειας της (Zotonić, 2004).

Η υπόθεση βασίστηκε σε κλινικές έρευνες και εμπειρίες ότι ορισμένες προσωπικότητες, εμφανίζουν ανθεκτικότητα σε στρεσογόνες καταστάσεις, που σημαίνει ότι είναι πιο προσαρμοστικές ή πιο επιρρεπείς σε ασθένειες. Το όριο ανοχής όμως είναι ατομική ιδιαιτερότητα. Ωστόσο, ακόμη και τα άτομα με ώριμες και ολοκληρωμένες προσωπικότητες που εκτίθενται σε παρατεταμένη πίεση

μπορεί να εμφανίσουν ανεπάρκεια των ικανοτήτων προσαρμοστική τους και ψυχολογικής ή σωματικής αντιρρόπησης (Lecic-Tosevski, 2011).

Σύμφωνα με την Suzanne Kobasa , μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας που έχει σχέση με την αντιμετώπιση των ψυχοπαιστικών γεγονότων, είναι αυτή που αποκάλεσε **σκληρότητα ή ανθεκτικότητα** (Kobasa, 1982, 1979). Πρόκειται για τη δυνατότητα που έχουν ορισμένοι άνθρωποι να μένουν ανεπηρέαστοι από την επίδραση αγχογόνων παραγόντων. Το χαρακτηριστικό αυτό εμπεριέχει τρία επιμέρους στοιχεία την αφοσίωση, τον έλεγχο, και την πρόκληση. Η αφοσίωση αναφέρεται στο βαθμό που το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι αφοσιώνεται και δίνεται σε αυτά που κάνει. Ο έλεγχος αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να επηρεάσει την πορεία των γεγονότων και η πρόκληση στην πεποίθηση του ατόμου ότι η αλλαγή στη ζωή γενικότερα είναι προτιμότερη από τη σταθερότητα. Χαρακτηριστικά μιας ανθεκτικής προσωπικότητας είναι: η ικανότητα αντιμετώπισης ψυχοπαιστικών συνθηκών, η συνέχιση της εμπλοκής σε δραστηριότητες, η ευελιξία σε απρόσμενες μεταβολές στη ζωή, η ικανότητα αναζήτησης κοινωνικής στήριξης, η θεώρηση του στρες ως πρόκλησης-ευκαιρίας για ανάπτυξη παρά ως απειλής στη ζωή, η αυτοφροντίδα, η εναρμόνιση με τη φύση, η αισιοδοξία και η αίσθηση του χιούμορ, η εργασία και η αγάπη, η ανάπτυξη πνευματικότητας και η αναζήτηση αληθινού νοήματος. Πιο ευπρόσβλητα είναι τα άτομα με χαμηλό βαθμό σκληρότητας ή ανθεκτικότητας. Ο ουδός ανοχής εξατομικεύεται. Ωστόσο, ακόμη και άτομα με ώριμες και ολοκληρωμένες προσωπικότητες μπορεί να εμφανίσουν κατάρρευση των προσαρμοστικών τους ικανοτήτων και ψυχολογική ή σωματική απορρύθμιση μετά από έκθεση σε παρατεταμένο στρες.

Άλλη μια διάσταση της προσωπικότητας, που συνδέεται με το πώς αντιδρούν στις στρεσογόνες καταστάσεις οι άνθρωποι, είναι αυτή που ονομάζεται «**Έδρα ελέγχου**» (Rotter, 1966· Folkman, 1984) και οι αντίστοιχες προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1986). Η έννοια της *έδρας ελέγχου* αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι πεποιθήσεις των ατόμων καθορίζουν τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους. Ένα άτομο με εσωτερική έδρα ελέγχου θεωρεί τον εαυτό του ικανό να επηρεάσει τα γεγονότα που του συμβαίνουν μέσω των ενεργειών και των αποφάσεών του. Βέβαια, όταν αντιμετωπίσει καταστάσεις που δεν μπορεί να ελέγξει, φτάνει σε υψηλά επίπεδα στρες (Payne, 1990). Κάποιος με εξωτερική έδρα ελέγχου θεωρεί ότι έχει μικρή επιρροή στα γεγονότα και τις καταστάσεις, ενώ όσα συμβαίνουν στη ζωή του οφείλονται σε μεγάλο ποσοστό στην τύχη, την σύμπτωση, τη μοίρα ή τους άλλους ανθρώπους (Rotter, 1966). Οι έχοντες εξωτερική έδρα, πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, είναι πέρα από τις δικές τους δυνατότητες αντιμετώπισης, περιορίζονται στο να υπομένουν τις συνέπειες τους (Robin & Leslie, 2006).

Αφού λοιπόν η προσωπικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το στρες και αντιδρά σε αυτό, επόμενο είναι να παίζει σημαντικό ρόλο και στην επίδραση του στρες στην υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Van Heck (1997), η προσωπικότητα είναι πιθανό να λειτουργεί ως συνδετικό στοιχείο, μεταξύ του ψυχοπαιστικού περιβάλλοντος και της έναρξης της διεργασίας, που καταλήγει στην εκδήλωση της νόσου. Έρευνα που έγινε σε άτομα που μολύνθηκαν από τον ιό Epstein-Barr και τον ιό του έρπη, έδειξε ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, γνωστό ως καταστολή ή καταπίεση των συναισθημάτων, συνδέεται με έκπτωση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και της ικανότητάς του να ελέγχει την προσβολή του οργανισμού από τους διάφορους νοσογόνους εισβολείς (Esterling et al., 1990, 1994).

2.5. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ανθρώπου καθορίζουν τη συμπεριφορά του, τη συναισθηματική του προσέγγιση και τον τρόπο δράσης του. Πολλά ατομικά χαρακτηριστικά σχετίζονται με την υιοθέτηση ιδιαίτερων στρατηγικών αντιμετώπισης των ψυχοπαιστικών καταστάσεων και την υιοθέτηση κάποιων συμπεριφορών υγείας.

Η **ηλικία** είναι μια μεταβλητή που καθορίζει την ανταπόκριση του ατόμου σε ψυχοπαιστικά συμβάντα. Τα παιδιά και τα νεαρά άτομα είναι πιο επιρρεπή σε κάθε σχεδόν στρεσογόνο παράγοντα. Το άγχος και η εκδήλωση του, είναι από τις συχνότερες διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και απαντάται στο 7.3% του πληθυσμού.. Όταν μια τραυματική εμπειρία άγχους βιώνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου που διαμορφώνεται η προσωπικότητα, μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην εξέλιξη της στο μέλλον. Ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι το 60% των ατόμων που διαγνώστηκε με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας τους, στην ενήλικη ζωή, έχουν κακοποιηθεί κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (Zanarini et al, 2000). Σε αντίθεση με άλλα άτομα, όπου παρά τις δυσκολίες κατά την περίοδο ανάπτυξης τους και εξέλιξης τους, προσαρμόστηκαν επαρκώς και εποικοδομητικώς στις εξελίξεις. Σχετικά με αυτό, παράδειγμα αποτελεί η ζωή των ορφανών του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου που αργότερα υιοθετήθηκαν από οικογένειες της μεσαίας τάξης και υποστηρίχθηκε η τάση αυτοέκφραση τους στην ψυχολογική τους ανάπτυξη (Gardner et al., 1961, Werner et al., 1992). Ομοίως, η έρευνα που διεξήχθη στον τομέα της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, κατέδειξε ότι η προσαρμοστικότητα είναι ατομική υπόθεση (Garmezy, 1991 · Rutter, 1985). Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι εμφανίζονται πιο ανθεκτικοί στους διάφορους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες. Παρόλα αυτά η μείωση της σωματικής ικανότητας καθώς και συναισθηματική προσαρμοστικότητα στις αλλαγές, κάνει τα ηλικιωμένα άτομα να αισθάνονται ότι γίνονται λιγότερο ικανά να ελέγξουν το ίδιο τους το μέλλον. Όσο αφορά τους

βιολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, εμφανίζουν αυξημένη ευπάθεια η οποία μπορεί να δικαιολογηθεί από την συχνή παρουσία διαταραχών και ασθενειών λόγω ηλικίας (Kaličanin, 1994).

Το *φύλο* παίζει ρόλο στη ανταπόκριση στο στρες. Όσο αφορά τα παιδιά, τα κορίτσια είναι δύο φορές πιο πιθανό να βιώσουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Διαφορετική αντιμετώπιση ενός οδυνηρού γεγονότος, υπάρχει από τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες και αυτό οφείλεται στους προδιαθετικούς βιολογικούς παράγοντες, από τις διαφορές στο κύρος που διατηρούν στο περιβάλλον τους, στους ρόλους και στις απαιτήσεις που έχουν από αυτούς (Lečić-Toševski et al., 2001).

Η *νοημοσύνη* επηρεάζει επίσης την προσαρμοστικότητα στο στρες. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από αυξημένο δείκτη νοημοσύνης, είναι σε θέση να αξιολογήσουν με μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και αποτελεσματικότητα αγχογόνες καταστάσεις, έχοντας ταυτόχρονα και την ικανότητα να τις διαχειριστούν. Υπάρχουν όμως και αρκετές εξαιρέσεις στον κανόνα. Η συναισθηματική ανταπόκριση και η ικανότητα που έχει ο καθένας να ελέγχει την συναισθηματική του συμπεριφορά, σε πολλές καταστάσεις είναι ουσιαστική (Kaličanin, 1994).

Επίσης, έχει φανεί ότι η *αισιοδοξία* είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που και αυτό έχει επίδραση στην άμυνα του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια. Ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ανεπαρκέστερη κυτταρική ανοσία (Kamen-Siegel et al., 1991). Σε μελέτη άτομα που χαρακτηριζόταν από μεγάλο βαθμό αισιοδοξίας, ανέφεραν μικρότερο αριθμό καθημερινών δυσκολιών ή προβλημάτων. Αυτό συνέβαινε όχι γιατί τα προβλήματα ήταν λιγότερα, αλλά πρωτίστως επειδή αντιλαμβάνονταν τα εν λόγω γεγονότα ως αναπόφευκτο κομμάτι της ζωής, παρά ως ψυχοπιεστικά συμβάν (Nelson et al., 1995).

Ως εκ τούτου, η προσαρμοστικότητα ήτοι ευαλωτότητα στο στρες, όπως και η ικανότητα να αντιμετωπιστεί, εξαρτάται από τις γνωστικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, συμπεριλαμβανομένης και της ιδιαίτερης για τον καθένα ψυχολογικής οργάνωσης, όπως και τον κυρίαρχο αμυντικό μηχανισμό που εμφανίζει καθένας ξεχωριστά σε καταστάσεις στρεσογόνες (Lečić-Toševski et al., 2001, Lečić-Toševski et al., 1992).

Υπάρχουν ακόμη δύο παράμετροι που θα μπορούσαν από μια άποψη να επηρεάσουν με τον τρόπο τους, την προσωπικότητα των ατόμων και κυριότερα τον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων και αυτοί είναι ο πόνος και η ασθένεια.

2.5.1. ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ (Sense of Coherence, SOC)

Πρόσφατα η έννοια της ανθεκτικότητας συμπεριλήφθηκε και εντάχθηκε στη φροντίδα τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Για να μπορέσουμε να δώσουμε τον ορισμό της υγείας θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν τους προστατευτικούς και προσαρμοστικούς παράγοντες του ατόμου. Πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην Sense of Coherence (SOC) σχετίζοντας την με μεταβλητές

υγείας όπως η ψυχολογική ευεξία, η κοινωνική υποστήριξη, το άγχος και προσαρμοστικές στρατηγικές διαχείρισης (Carmel & Bernstein, 1989· Gana, 2001· Gibson & Cook, 1996· Larsson & Kallenberg, 1996 ·Nilsson, Holmgren & Westman, 2000· Pallant & Lae, 2002· Wolff & Ratner, 1999). Φαίνεται ότι υπάρχει δυσκολία στον ορισμό των εννοιών υγεία και ασθένεια, αφού τελικά η υγεία και η ασθένεια δεν είναι απλώς αντίθετες έννοιες (Καραδήμας, 1999).

Κατά τον Antonovsky (1987) υπάρχουν διαβαθμίσεις υγείας και ασθένειας, και όχι απόλυτες καταστάσεις. Ο Aaron Antonovsky ανέπτυξε μια θεωρία που την ονόμασε “salutogenesis”. Παρατήρησε ότι, ορισμένοι άνθρωποι, ανεξάρτητα από τις μεγάλες αγχωτικές καταστάσεις και σοβαρές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν παραμένουν υγιείς, σε αντίθεση με άλλους οι οποίοι αδυνατούν να διαχειριστούν τις καταστάσεις, οδηγήθηκε έτσι στην διατύπωση της θεωρίας του που ονομάστηκε «υγειογενετικό μοντέλο» (salutogenic model).

Το θεωρητικό μοντέλο του Antonovsky για την υγεία εντάσσεται στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης (Antonovsky, 1987). Η υγειογενετική προσέγγιση απορρίπτει την διχοτομική ταξινόμηση των ατόμων σε υγιείς και ασθενείς και τη αντικαθιστά σε ένα συνεχές. Αντί να αναζητηθεί η παθογένεια της αρρώστιας και οι μηχανισμοί που την διέπουν προσπάθησε να εντοπίσει την προέλευση της υγείας (salutogenesis) (Antonovsky, 1979, 1987). Το «υγειογενετικό μοντέλο», βασίζεται στην παραδοχή ότι το στρες και οι δυσκολίες είναι αναπόσπαστα στοιχεία της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο Antonovsky αναπτύζει την αίσθηση της συνοχής έννοια ως κομβικό σημείο της θεωρίας του (Antonovsky, 1979, 1987). Η εσωτερική συνοχή θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μηχανισμός άμυνας για την διατήρηση της υγείας (karalis et al., 2004). Σύμφωνα με αυτόν, προσδιόρισε τις τρεις διαστάσεις της εσωτερικής συνοχής :

- α. την «ικανότητα κατανόησης» (comprehensibility),
- β. την «ικανότητα χειρισμού» (manageability) και
- γ. την «ικανότητα νοηματοδότησης» (meaningfulness).

Η ισχυρή λοιπόν SOC βοηθάει το άτομο να δει τον κόσμο ως δομημένο και προβλέψιμο (comprehensible), τα προβλήματα ως αντιμετωπίσιμα (manageable) και τις απαιτήσεις της ζωής ως ενδιαφέρουσες προκλήσεις (meaningful), την ύπαρξη δηλαδή των τριών στοιχείων «κατανοητού», «διαχείρισης» και «νοήματος». Μια έννοια που συνδέθηκε άμεσα με το νόημα της ζωής ήταν η Αίσθηση της Συνοχής. Ο ίδιος υποστήριξε ότι υπάρχουν ορισμένοι γενικευμένοι πόροι που παρέχουν στους ανθρώπους εμπειρίες στη ζωή τους, γεμάτες συνοχή και νόημα, βοηθώντας τους έτσι να διαμορφώσουν μια αίσθηση συνοχής. Οι Πόροι γενικής κατάστασης όπως τα χρήματα, η ισχύς του εγώ, η κοινωνική στήριξη, η πολιτισμική σταθερότητα και η διάθεση χρημάτων, είναι πόροι που βοηθούν το άτομο να θωρακιστεί ενάντια στην αρνητική επίδραση του στρες στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Antonovsky, η Αίσθηση Συνοχής είναι μια: «διαρκής αλλά στιβαρή αίσθηση βεβαιότητας» ότι:

- Τα ερεθίσματα που προέρχονται από το εσωτερικό και εξωτερικό παραβάλλον καθ'όλη την διάρκεια της ζωής είναι δομημένα προβλέψιμα και ερμηνεύσιμα.
- Ο καθένας έχει στην διάθεση του τους απαραίτητους πόρους να έτσι ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτών των ερεθισμάτων.
- Αυτές οι απαιτήσεις αποτελούν προκλήσεις οι οποίες είναι άξιες επένδυσης και δέσμευσης» (Antonovsky, 1987).

Τέτοιου είδους πόροι είναι η πρόληψη της υγείας, η κοινωνική στήριξη, η πολιτισμική σταθερότητα και η διάθεση χρημάτων.

Η αίσθηση της συνοχής χαρακτηρίστηκε ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που μπορεί να καθορίσει τη στάση του ατόμου απέναντι στην υγεία του και στη ζωή του γενικότερα. Ουσιαστικά η αίσθηση της συνοχής είναι ένας γενικευμένος τρόπος με τον οποίο το άτομο βλέπει τον κόσμο, προσανατολίζει τη στάση του μέσα σε αυτόν, ενώ αποτελείται από την ικανότητα κατανόησης, την ικανότητα διαχείρισης και το νόημα. Το άτομο θα πρέπει να κατανοεί τα ερεθίσματα που δέχεται ή έρχεται αντιμέτωπο, να μπορεί να τα αντιληφθεί και να τα διαχειριστεί με βάση τους προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους και να αποδώσει κάποιο νόημα σε αυτά, με βάση την συναισθηματική αίσθηση που του δημιουργούν (Korotkov, 2009).

Τα προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν, ότι η SOC μπορεί να είναι ένας ανεξάρτητος προδιαθεσικός παράγοντας επιβίωσης. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των μεταβλητών της προσωπικότητας είναι πολύπλοκη και η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της μπορεί να ενσωματωθεί σε μια ολοκληρωμένη ψυχοσωματική αξιολόγηση των ασθενών. Είναι όμως απαραίτητο να γίνουν πιο καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες, για να εξακριβωθούν οι πλευρές της προσωπικότητας που βοηθούν στην ανάπτυξη και την προστασία από την καταπόνηση και την αναπηρία στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό θα οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων πιο εξατομικευμένων για αυτό τον πληθυσμό ασθενών.

2.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Ο πόνος είναι αντιληπτός ως ένας χρόνιος στρεσογόνος παράγοντας που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής και δυσχεραίνει την καθημερινότητα του ανθρώπου. Πολλές μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την κατανόηση της διαφορετικότητας του σε κάθε άτομο, τη λειτουργία του, τη διαχείριση του και περισσότερο την αναζήτηση νέων δεδομένων που θα οδηγήσουν σε καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία υγιών και ασθενών ατόμων.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη πόνου και κατάθλιψης ανέρχεται σε υψηλά ποσοστά. Οι Radat et al., (2011), θέλοντας να εκτιμήσουν την συνύπαρξη των δύο αυτών παραγόντων, ανέτρεξαν σε βιβλιογραφικά δεδομένα για μία βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συσχέτιση υπήρξε μεγάλη και αναφερόμενοι στα ιατρεία πόνου, το ποσοστό ύπαρξης πόνου και κατάθλιψης μπορεί να φτάσει στο ένα τρίτο έως και στο ένα δεύτερο των ασθενών. Οι αιτίες για την εν λόγω συννοσηρότητα είναι σύνθετες και προκύπτουν από την συνένωση των κοινών παραγόντων κινδύνου, όπως παράγοντες του περιβάλλοντος και της γενετικής ευπάθειας, σε μια αμφίδρομη αιτιότητα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση, το μοντέλο αξιολόγησης του στρες σύμφωνα με τους Lazarus and Folkman, (1984), προσφέρει μια ευκαιρία να γίνει κατανοητό, πως ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Η πρωτοβάθμια εκτίμηση και η δευτερογενής αξιολόγηση καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου. Πολλά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη ενώ άλλα παίζουν προστατευτικό ρόλο. Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την κατάθλιψη, σε αντίθεση με την αυτοαποτελεσματικότητα που συνδέεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Συμπερασματικά λοιπόν, σύμφωνα με τους Lazarus and Folkman, (1984), οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι μεταβαλλόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες για τη διαχείριση συγκεκριμένων εξωτερικών ή εσωτερικών απαιτήσεων. Εστιάζονται στην αντιμετώπιση του προβλήματος ή του συναισθήματος που προκαλείται, ή αλλιώς στις γνωστικές ή συμπεριφορικές στρατηγικές. Η επιλογή «δυσλειτουργικών» στρατηγικών αντιμετώπισης όπως η καταστροφική, που είναι γνωστική στρατηγική, ή της αποφυγής, συμπεριφορική στρατηγική, μπορεί να οδηγήσει στη ανάπτυξη καταθλιπτικού επεισοδίου. Το «μοντέλο φόβου-αποφυγής» (Vlaeyen, 2000), είναι δείγμα πως ο πόνος από καταστροφικός, μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνιο, μπαίνοντας έτσι σε ένα φαύλο κύκλο. Οι "λειτουργικές" στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες εστιάζονται στην επίλυση των προβλημάτων, είναι η απόσπαση της προσοχής, η άγνοια ή η θετική επανεκτίμηση, η αποδοχή και άσκηση καθώς και η επιμονή στο καθήκον. Οι νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται, στην ανάπτυξη καλύτερων στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η απόσπαση της προσοχής, χαλάρωση και την αποδοχή.

Έχει αποδειχτεί ότι οι παρεμβάσεις διαχείρισης του πόνου που περιλαμβάνουν στρατηγικές αυτο-διαχείριση, μπορεί να μειώσουν σημαντικά την αναπηρία και να βελτιώσουν την ψυχολογική

ευεξία σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Υπάρχουν όμως λίγα στοιχεία, ότι η τήρηση των στρατηγικών αυτο-διαχείρισης συμβάλλουν στην επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων. Η μελέτη των Nicholas et al., (2012) ερεύνησε την ικανότητα να ληφθούν υπόψη οι αλλαγές του πόνου, της αναπηρίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά από 3 εβδομάδων γνωσιακό-συμπεριφορικό πρόγραμμα διαχείρισης πόνου. Τα αποτελέσματα, μετά τη θεραπεία, βρέθηκαν στατιστικά και ίσως και κλινικά σημαντικά. Η μείωση της αποφυγής και των καταστροφικών πεποιθήσεων καθώς και η αύξηση της αυτο-επάρκειας μπορεί να αποβεί επικερδής. Αλλά το βασικό νέο εύρημα στη αυτή έρευνα, υπήρξε η σαφής συσχέτιση, μεταξύ επιμονής σε συγκεκριμένες στρατηγικές αυτο-διαχείρισης και μείωσης του πόνου, της αναπηρίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η προσήλωση σε συγκεκριμένες στρατηγικές αυτο-διαχείριση μπορεί να προγνώσει καλύτερα αποτελέσματα.

Η Αίσθηση συνοχής αποτελεί μια διάσταση της ανθρώπινης προσωπικότητας όπου εικάζεται ότι επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αναγνωρίζεται το στρες, διευκολύνετε η διαχείρισης του και συμβάλει στη συνολική ευημερία του ατόμου. Αρκετές μελέτες έχουν γίνει γύρω από την αξιολόγηση της Αίσθησης συνοχής (SOC) σε σχέση με την υγεία.

Οι Eriksson et al. (2005), δημοσίευσαν μια συστηματική ανασκόπηση, που σκοπός της ήταν να συνοψίσει 25 χρόνια «υγειογενετικής» (salutogenic) έρευνας, μεταξύ 1992 – 2003 και να παρουσιάσει αποδεικτικά στοιχεία για τη σχέση μεταξύ Αίσθησης συνοχής (SOC) και υγείας. Η έρευνα περιλάμβανε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές. Τα αποτελέσματα της οδήγησαν στο συμπέρασμα, ότι η Αίσθησης συνοχής (SOC) συνδέεται στενά με την αντίληψη για την υγεία, ιδίως της ψυχικής υγείας. Όσο ισχυρότερη είναι η Αίσθηση συνοχής (SOC) τόσο καλύτερη είναι η αντίληψη για την υγεία γενικότερα τουλάχιστον για εκείνους που στη αρχή της έρευνας εμφάνισαν υψηλό ποσοστό Αίσθηση συνοχής (SOC). Η σχέση αυτή εκδηλώνεται σε πληθυσμούς μελέτης ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την εθνικότητα, και το σχεδιασμό της μελέτης. Η Αίσθηση συνοχής (SOC) φαίνεται να έχει ένα κύριο, μετριοπαθή ή μεσολαβητικό ρόλο στην επεξήγηση της υγείας. Επιπλέον, φαίνεται να είναι σε θέση να προβλέψει την υγεία. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης και τη διατήρηση της υγείας των ανθρώπων, αλλά από μόνη της δεν εξηγεί τη υγεία στο σύνολο της. Φαίνεται λοιπόν ότι είναι ένας παράγοντας που προάγει την υγεία, η οποία ενισχύει την ανθεκτικότητα και αναπτύσσει μια θετική υποκειμενική κατάσταση υγείας.

Θέλοντας να εκτιμήσουν το ρόλο της ηλικίας ως μεταβλητής, μελέτες προσανατολίστηκαν στην έρευνα της Αίσθησης συνοχής (SOC), σε εφήβους και σε ηλικιωμένους. Στη Δανία πραγματοποιήθηκε εθνική έρευνα για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ Αίσθησης συνοχής (SOC) και αυτοαποτελεσματικότητας (SE) από τους Trap et al. (2015). Διεξάγοντας μια εμπειρική ανάλυση των δύο αυτών μοντέλων, θέλησαν να αξιολογήσουν, πιο από τα δύο είναι προτιμότερο για την

προαγωγή της υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν τη μεταβλητότητα της Αίσθησης συνοχής (SOC) ανάλογα με την ηλικία. Όσο πιο μεγάλη η ηλικία, τόσο πιο ισχυρή η Αίσθηση συνοχής (SOC) όπως και η συσχέτιση της με την αυτοαποτελεσματικότητα (SE). Τα ευρήματα αυτά φανερώνουν, ότι στην πράξη η προαγωγή της υγείας είναι συνδεδεμένη με την αύξηση της Αίσθησης συνοχής (SOC) και για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνουν από τις μικρές ηλικίες επεμβάσεις προς την κατεύθυνση αυτή. Η διαπίστωση της θετικής συσχέτιση μεταξύ Αίσθησης συνοχής (SOC) και αυτοαποτελεσματικότητας (SE) δείχνει πόσο αλληλοεξαρτώμενες είναι μεταξύ τους.

Οι Koushede et al. (2009), ερεύνησαν την συσχέτιση μεταξύ πονοκεφάλου, Αίσθηση συνοχής (SOC) και χρήσης φαρμάκων για τον πονοκέφαλο σε εφήβους, πραγματοποιώντας μια επιδημιολογική συγχρονική μελέτη σε 20 από τα 23 σχολεία στην κομητεία της Νότιας Γιουτλάνδης, στη Δανία. Οι αναλύσεις προσαρμόστηκαν ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή και την κοινωνική κατάσταση, καθώς και την έκθεση των παιδιών σε καταστάσεις εκφοβισμού. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η συχνότητα των πονοκεφάλων, αύξανε τις πιθανότητες χρήσης φαρμάκων, όταν παρατηρούνταν χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC). Σε φοιτητές με σπάνιους πονοκεφάλους δεν υπήρχε συσχέτιση με τη Αίσθηση συνοχής (SOC). Σε φοιτητές όμως που είχαν για τουλάχιστον μία εβδομάδα πονοκέφαλο υπήρχε σχέση μεταξύ της Αίσθησης συνοχής (SOC) και της χρήσης φαρμάκου. Έτσι φάνηκε ότι οι έφηβοι με χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) χρησιμοποιούν πιο συχνά φάρμακα για να αντιμετωπίσουν τους πονοκεφάλους σε μεγαλύτερο βαθμό από ό, τι οι έφηβοι με υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC).

Όσο αφορά τους ηλικιωμένους, οι Giglio et al. (2015), βλέποντας τη δημογραφική τάση γήρανσης στην Ευρώπη, θέλησαν να τονίσουν ότι μια καλή υγεία στους ηλικιωμένους οφείλει να είναι προτεραιότητα της δημόσιας υγείας κάθε κράτους. Η μελέτη ήταν συγχρονική, σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα των 1.106 ηλικιωμένων κατοίκων ηλικίας 60 ετών και άνω, στην Ισπανία. Το δείγμα συλλέχθηκε γεωγραφικά με βάση αναλογική στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η προσωπική ευημερία, η κατάθλιψη και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ήταν σημαντικοί και καθοριστικοί παράγοντες της Αίσθησης συνοχής (SOC). Η χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) σχετίστηκε με μέτρια ή σοβαρή αναπηρία, όπως αυτή μετράται από το BI (Barthel index). Η Αίσθηση συνοχής (SOC) στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, συσχετίζεται θετικά με την λειτουργική κατάσταση, την κατάσταση της ψυχικής υγείας, την προσωπική ευημερία και το μορφωτικό τους επίπεδο. Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να επικεντρώνονται στην μείωση της ψυχολογικής και φυσιολογικής επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού, εστιάζοντας στις συνθήκες που διευκολύνουν τους γηραιότερους στην καθημερινή τους διαβίωση.

Στον Ελληνικό χώρο δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να αναφέρονται στη σχέση Αίσθησης συνοχής και ηλικίας. Μια από αυτές πραγματοποιήθηκε από τους Τόγκας και συν. το

2011. Σε έρευνα τους, με σκοπό να προσδιορισθεί η Αίσθηση συνοχής (SOC) και η επίδρασή της στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη σε δείγμα 100 ηλικιωμένων στο Κ.Υ. Μεγαλόπολης. Η έρευνα έδειξε ότι όσο μεγάλωνε η Αίσθηση συνοχής (SOC) τόσο μειωνόταν η ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι υψηλή αίσθηση συνοχής συνδέεται με περιορισμένα ψυχολογικά ενοχλήματα, ειδικά κατάθλιψης και άγχους, στους ηλικιωμένους. Συμπερασματικά λοιπόν η Αίσθηση συνοχής (SOC) ενδυναμώνει την αντίσταση στο στρες και οδηγεί στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Οι Anyfantakis et al. (2015), πρόσφατα πραγματοποίησαν μελέτη που επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι η θρησκευτικότητα/πνευματικότητα και η Αίσθηση συνοχής (SOC) μπορούν να αμβλύνουν τις αρνητικές επιδράσεις του στρες σε πολλά θέματα υγείας. Διερεύνησαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως η θρησκευτικότητα/ πνευματικότητα και η Αίσθηση συνοχής (SOC) με την κατάθλιψη. Επρόκειτο για μια μελέτη κοόρτης (1988-2012) περιλάμβανε ένα αγροτικό πληθυσμό στο χωριό Σπήλι στο νησί της Κρήτης, με συνολικό αριθμό 220 ατόμων. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια τυποποιημένη διαδικασία, με ερωτηματολόγια αξιολόγησης της Αίσθησης συνοχής (SOC), της κατάθλιψης και των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων. Βρέθηκε μια σημαντική αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης (BDI) και της κλίμακας των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων (RFI-SRB). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες σε θρησκευτικές εκδηλώσεις παρουσιάζουν χαμηλές επιδόσεις στην κλίμακα κατάθλιψης. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) εμφανίζουν χαμηλή κλίμακα κατάθλιψης BDI. Χρειάζονται όμως περισσότερες έρευνες προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και της Αίσθησης συνοχής (SOC), με την ψυχική υγεία.

Έρευνες προσπάθησαν να αξιολογήσουν την Αίσθηση συνοχής (SOC) σε σύγχρονα επαγγέλματα υψηλών απαιτήσεων. Οι Söderfeldt et al. (2010), ερεύνησαν την επίδραση της Αίσθησης συνοχής (SOC) σε επαγγέλματα υψηλών απαιτήσεων και αίσθησης χαμηλού έλεγχου πάνω στο αντικείμενο τους. Όπως είναι γνωστό σύμφωνα με το μοντέλο απαιτήσεων-έλεγχου του Karasek, Job Demand-Control (JDC), το επαγγελματικό άγχος είναι μια συνάρτηση του πόσο απαιτητική είναι η δουλειά και πόσο έλεγχο και αυτονομία έχει το άτομο σε αυτή. Οι εργασιακές απαιτήσεις αντιπροσωπεύουν τους ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας. Ο σκοπός της έρευνας ήταν, να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ Αίσθησης συνοχής (SOC) και μοντέλου Job Demand-Control (JDC), στις αρνητικές επιπτώσεις που έχει σε τρεις μεταβλητές: την αυτο-αναφερόμενη υγείας, την επαγγελματική εξουθένωση και τους ψυχοσωματικούς δείκτες του στρες. Η μελέτη διεξήχθη με 103 εργαζόμενους της κοινωνικής πρόνοιας και της κοινωνικής

ασφάλισης στη Σουηδία. Δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο και συλλέχθηκαν δείγματα αίματος για την ανίχνευση κορτιζόλης, προλακτίνης και ανοσοσφαιρίνη G. Στις αναλύσεις, έγινε διάκριση μεταξύ συναισθηματικής και ποσοτικής εργασιακής πίεσης. Η Αίσθηση συνοχής (SOC) αλληλεπίδρασε με την συναισθηματική εργασιακή πίεση αλλά η αλληλεπίδραση αύξησε επίσης την ανεξάρτητη επίδραση της. Συμπερασματικά λοιπόν, οι μελέτες που θα γίνονται για τις επιπτώσεις της εργασιακής πίεσης στο μέλλον θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και την Αίσθηση συνοχής (SOC) ως παράγοντα αλληλεπίδρασης.

Οι Urakawa K. et al. (2009), θέλησαν να εξετάσουν, αν η Αίσθηση συνοχής (SOC) μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Για το σκοπό αυτό διένεμαν ερωτηματολόγια σε 740 εργαζόμενους σε μια κατασκευαστική βιομηχανία της Ιαπωνίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) επιτρέπει τους εργαζόμενους, να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, υποδεικνύοντας έτσι ότι η Αίσθηση συνοχής (SOC) είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ικανότητα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχος για τα δύο φύλα. Τα υψηλόβαθμα διευθυντικά στελέχη, που παρουσίασαν μία ισχυρή Αίσθηση συνοχής (SOC) έδειξε ότι μπορούν να προστατεύουν την ψυχική υγεία τους. Όσο αφορά τις γυναίκες, έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ψυχικής ευημερίας από στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία.

Ο Kinman το 2008, σε μια συγχρονική μελέτη εξέτασε τη σχέση μεταξύ εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων στην υγεία υπαλλήλων που εργάζονται σε πανεπιστήμια του Ηνωμένου Βασιλείου. Η έρευνα είχε επίσης σκοπό να εξετάσει το ρόλο που διαδραματίζει η έννοια της Αίσθηση συνοχής (SOC), η οποία περιγράφεται ως πηγή αντίστασης για την αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών παραγόντων πίεσης και προαγωγό της υγείας. Στους 465 συμμετέχοντες (60% άνδρες), βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις, ιδιαίτερα μεταξύ των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων, των εκβάσεων της υγείας και της Αίσθηση συνοχής (SOC). Οι παράγοντες που σχετιζόταν με χρονικούς περιορισμούς, υποστήριξη, επιρροή, εργασία στο σπίτι και διαπροσωπικές απαιτήσεις, είχαν ισχυρότερες συσχετίσεις με την έκβαση της υγείας. Οι εργαζόμενοι με ασθενέστερη Αίσθηση συνοχής (SOC) εμφάνιζαν χαμηλότερη σωματική και ψυχική υγεία, ενισχύοντας έτσι την ανάγκη δόμησης μιας ισχυρής Αίσθηση συνοχής (SOC).

Ένας σημαντικός τομέας που ενδιαφέρει και την παρούσα εργασία είναι ο τομέας των επαγγελματιών υγείας. Οι στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν καθημερινά στο εργασιακό τους περιβάλλον, επηρεάζουν την εργασία, τους διάφορους τομείς της ζωής τους και γενικότερα την ψυχική τους υγεία. Κύριοι εκπρόσωποι αποτελούν οι νοσηλευτές λόγω της ιδιαιτερότητας της εργασίας τους,

Οι Arrogante et al. (2015) πραγματοποίησαν μελέτη σε νοσηλευτικό προσωπικό, με στόχο να αναλύσουν τους παράγοντες εκείνους της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένης και της ανθεκτικότητας, που σχετίζονται με την υποκειμενική ευεξία. Η έρευνα έγινε σε δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού, της εντατικής θεραπείας και των καρδιολογικών μονάδων και σε δείγμα εργαζομένων εκτός τομέα υγείας, που αποτελούνται κυρίως από δημόσιους υπαλλήλους και εκπαιδευτικούς. Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η προσωπική ευεξία σχετίστηκε με μεγαλύτερες αντοχές και λιγότερο νευρωτισμό στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία (θετική συσχέτιση) και ο νευρωτισμός (αρνητική συσχέτιση) ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες στους εργαζομένους εκτός τομέα υγείας. Τα αποτελέσματα τόνισαν τη σημασία της ανθεκτικότητας ως χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδες εντατικής θεραπείας, δεδομένου ότι είναι συνεχώς εκτεθειμένοι στον ανθρώπινο πόνο και στις αντίξοες εργασιακές συνθήκες.

Οι ίδιοι συγγραφείς (Arrogante et al. 2015), θέλοντας να καθορίσουν τις διαφορές ως προς την ανθεκτικότητα, την αντιμετώπιση και την ψυχολογική ευεξία μεταξύ νοσηλευτών διαφόρων τμημάτων ενός νοσοκομείου, μελέτησαν δείγμα 208 νοσηλευτών από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Fuenlabrada (Madrid). Η ψυχολογική ευεξία των εργαζομένων καθορίστηκε άμεσα από τις προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης που έχει ο καθένας, όσο και έμμεσα από την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν, ενώ η ανθεκτικότητα την επηρέασε και αυτή αλλά με τρόπο έμμεσο. Επίσης, φάνηκε ότι η διαφορά ως προς την ψυχολογική ευεξία, την αντιμετώπιση, την κοινωνική υποστήριξη και την ανθεκτικότητα, δεν καθορίζεται από το τμήμα που δουλεύουν οι νοσηλευτές. Στρατηγικές αντιμετώπισης που επικεντρώνονται στην εμπλοκή ή στην προσαρμοστικότητα, την κοινωνική υποστήριξη και την ανθεκτικότητα, αποτελούν τους τρεις συναφείς παράγοντες που καθορίζουν την ευεξία, οι οποίοι μπορούν να βελτιωθούν με ειδικά προγράμματα.

Οι Kikuchi et al. (2014) ερεύνησαν, σε νοσηλεύτριες, τη σχέση που μπορεί να έχουν μεταξύ τους, η κατάθλιψη, το εργασιακό στρες, και η Αίσθησης συνοχής (SOC) σε ένα γενικό νοσοκομείο της Ιαπωνίας. Ως γνωστό άτομα με ισχυρή Αίσθησης συνοχής (SOC) έχουν υψηλές δυνατότητες να αντιμετωπίσουν στρεσογόνους παράγοντες και έτσι να διατηρήσουν μια καλή ψυχική και σωματική υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν στο συμπέρασμα, ότι μία δυνατή Αίσθησης συνοχής (SOC) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εμφάνιση κατάθλιψη τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η Αίσθησης συνοχής (SOC) παρουσιάζει μεγάλη επίδραση σε καταστάσεις κατάθλιψης σε γυναίκες νοσηλεύτριες σε Ιαπωνικά γενικά νοσοκομεία. Από πρακτικής άποψης οδηγούμαστε στο ότι οι αρμόδιοι της υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν μια ισχυρή Αίσθησης συνοχής (SOC) στις νοσηλεύτριες.

Οι ίδιοι συγγραφείς, Kikuchi et al., 2014, πραγματοποίησαν έρευνα επίσης σε νοσηλευτές με στόχο να εξετάσουν πόσο επιδρά το εργασιακό στρες, η Αίσθηση συνοχής (SOC) και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στην κατάθλιψη. Το δείγμα ήταν 347 νοσηλεύτριες σε ένα γενικό Ιαπωνικό νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση στη δουλειά και στη ζωή, καθώς και η υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη, αντίθετα όταν υπάρχει νευρωτισμός η Αίσθηση συνοχής (SOC) παρουσιάζει χαμηλές τιμές. Συμπερασματικά λοιπόν, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, τόσο η πιθανή επίδραση της Αίσθησης συνοχής (SOC) όσο και η νευρωτική προσωπικότητα, σε καταστάσεις κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που αφορούν την ειδικότητα των νοσηλευτών αναφέρονται στο γυναικείο φύλο. Οι πληροφορίες όμως είναι περιορισμένες, όσο αφορά την Αίσθηση συνοχής (SOC) στους άνδρες νοσηλευτές. Η παρακάτω έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης πιθανών διαφοροποιήσεων ως προς το φύλο.

Οι Yoshida et al., 2014 πραγματοποίησαν την έρευνα τους σε ένα νοσοκομείο της Ιαπωνίας, με δείγμα μελέτης άνδρες νοσηλευτές. Πενήντα ένας άνδρες, αντιστοιχήθηκαν με πενήντα μια γυναίκες ως προς την ηλικία, τα προσόντα, τον τομέα εργασίας και άλλα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά στο συνολικό σκορ της Αίσθησης συνοχής (SOC). Σε καταστάσεις στρες όπου ήταν αναγκαίες οι υψηλές ψυχικές απαιτήσεις οι άνδρες τα κατάφερναν καλύτερα, αλλά όταν το στρες οφειλόταν στο περιβάλλον εργασίας υστερούσαν. Η καταθλιπτική διάθεση υπήρξε υψηλότερη στους άνδρες. Η αίσθηση της διαχείρισης, μια από τις υποκλίμακες της Αίσθησης συνοχής (SOC), εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα μόνο στους άνδρες. Συμπερασματικά λοιπόν, η Αίσθηση συνοχής (SOC) δεν έδειξε καμία διαφορά ανάλογα με το φύλο, όμως η καταθλιπτική αντίδραση παρουσιάστηκε ισχυρότερη στους άνδρες νοσηλευτές.

Ο Hochwälder (2015), βασιζόμενος στο «μοντέλο προαγωγής υγείας» του Antonovsky, μελέτησε σε νοσηλεύτριες τη θεωρία ότι ένα υψηλό Αίσθηση συνοχής (SOC) βοηθά τους ανθρώπους να αποφύγουν τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Διατύπωσε την υπόθεση ότι τα αρνητικά γεγονότα της ζωής που είναι ανεξέλεγκτα, δεν θα δείξουν συσχέτιση με την Αίσθηση συνοχής (SOC), ενώ τα συμβάντα που δυνητικά θα μπορούσαν να ελεγχθούν, θα δείξουν μια σημαντική σχέση με την Αίσθηση συνοχής (SOC). Σε αυτή τη διαχρονική μελέτη συμμετείχαν 1.012 νοσηλεύτριες. Χωρίστηκαν σε ομάδες με χαμηλή, μέτρια, και υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC). Δεκαέξι αρνητικά γεγονότα της ζωής, κατηγοριοποιήθηκαν σε ανεξέλεγκτα και ελεγχόμενα, με τα ελεγχόμενα να χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα υψηλής Αίσθηση συνοχής (SOC), ανέφερε λιγότερα ελεγχόμενα αρνητικά γεγονότα, ενώ δεν υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου Αίσθηση συνοχής (SOC) και των ανεξέλεγκτων αρνητικών

γεγονότα. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την θεωρία του Antonovsky, με τη διάκριση των αρνητικών γεγονότων της ζωής σε ελεγχόμενα και ανεξέλεγκτα.

Οι Malinauskiene et al., (2011) ερευνήσαν τις συσχετίσεις μεταξύ των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας, την κοινωνική υποστήριξη και τους εσωτερικούς παράγοντες ως καθοριστικούς για την ψυχική υγεία, σε νοσηλευτές ενός περιφερειακού νοσοκομείου στο Κάουνας της Λιθουανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι λιγότερο από το 1/3 εμφάνισε συμπτώματα ψυχικής κόπωσης και το 31,9% των νοσηλευτών παρουσίασε χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC). Τα επαγγέλματα υψηλών απαιτήσεων συνδέονται με ψυχική κόπωση. Η εργασιακή ένταση μαζί με την χαμηλή υποστήριξη ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της. Μία ισχυρή Αίσθηση συνοχής ως προσωπικό χαρακτηριστικό δρα προστατευτικά στο νοσηλευτικό προσωπικό, για την ανάπτυξη τυχών ψυχικών προβλημάτων υγείας.

Επίσης έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί με στόχο την μελέτη της Αίσθησης συνοχής (SOC) σε νοσηλευτές μη εργαζόμενους σε νοσοκομεία. Οι Leino-Loison et al., (2004) στην Φιλανδία, μελέτησαν και αξιολόγησαν την Αίσθηση συνοχής (SOC) σε άνεργες νοσηλεύτριες και τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή. Κατά τη δεκαετία του 1990 λόγω της οικονομικής κρίσης που παρουσιάστηκε στη Φιλανδία εμφανίστηκε υψηλό ποσοστό ανεργίας στους νοσηλευτές. Ως γνωστό, η ανεργία επηρεάζει την υγεία, δημιουργεί άγχος διαταράσσοντας την αίσθηση ταυτότητας και αυτοεκτίμησης του ατόμου, διασπώντας τα κοινωνικά δίκτυα. Το εισόδημα και η ψυχική υγεία σχετίστηκαν μεταξύ τους, όσο καλύτερο το εισόδημα της οικογένειας τόσο πιο ισχυρή η αίσθηση της συνοχής. Συμπερασματικά, πολλές από τις νοσηλεύτριες ανέφεραν χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) και κακή γενική υγεία.

Η Harri (1998) πραγματοποίησε έρευνα σε 477 νοσηλευτές εκπαιδευτικούς στην Φιλανδία, και φάνηκε ότι η μεγαλύτεροι σε ηλικία, παρουσίαζαν χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC). Όταν όμως είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν οι ίδιοι το διδακτικό τους αντικείμενο, παρουσίαζε πιο υψηλές τιμές. Παρόλο που η ηλικία μπορεί να εξηγήσει ένα σημαντικό ποσοστό μεταβλητότητας, η συνεισφορά της δυνατότητας επιλογής καθηκόντων είναι μεγαλύτερη. Επίσης υπήρξε σημαντική θετική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της Αίσθησης συνοχής (SOC) και των απόψεων των εκπαιδευτών νοσηλευτών για την αλληλεπίδραση στην εργασιακή κοινότητα, τη χαρά της εργασίας, το φόρτο της εργασίας, το αρνητικό άγχος, τα συμπτώματα των ασθενειών, την ατμόσφαιρα στο σχολείο, την αξιολόγηση των αρμοδιοτήτων, την ισορροπία ανάμεσα στην εργασία και ελεύθερο χρόνο, την ίδια την υγεία, και τη χρήση των φαρμάκων.

Οι Miyata et al., (2015) θέλησαν να εξετάσουν, πως το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την αναγνώριση από τον προϊστάμενο του και ποια η σχέση μεταξύ αναγνώρισης και Αίσθησης συνοχής (SOC). Η έρευνα διεξήχθη σε 10 νοσοκομεία της Ιαπωνίας με δείγμα 1425

νοσηλεύτριες. Σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της Αίσθησης συνοχής (SOC) βρέθηκαν στις σχέσεις με την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσία καθώς και με την ψυχική και σωματική κατάσταση της υγείας. Συμπερασματικά, προέκυψε ότι οι συμπεριφορές αναγνώρισης από τον προϊστάμενο μπορεί να βελτιώσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικά την ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων ενισχύοντας έτσι την Αίσθηση συνοχής του (SOC).

Εκτός όμως από το νοσηλευτικό προσωπικό, μελέτες γύρω από την Αίσθηση συνοχής (SOC) έχουν γίνει και σε άλλα επαγγέλματα που αφορούν τον τομέα υγείας.

Οι Buddeberg-Fischer et al.(2010) στη Ζυρίχη, όρισαν ως αντικείμενο έρευνα τους τη διερεύνηση και σύγκριση της επίδρασης που έχουν παράγοντες που σχετίζονται με τους χώρους εργασίας και τα προσωπικά χαρακτηριστικά, πάνω στο χρόνιο ψυχολογικό στρες που βιώνουν οι νέοι γιατροί. Ήταν μια προοπτική μελέτη, αποφοίτων ιατρικής σχολής της Ελβετίας. Στο τέταρτο και όγδοο έτος μετά την αποφοίτηση τους, 443 γιατροί αξιολόγησαν τις συνθήκες στο χώρο εργασίας τους, την ανταμοιβή στις προσπάθειάς τους, τη λαμβανόμενη επαγγελματική και συναισθηματική υποστήριξη τους, καθώς και τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν, το μέσος όρος χρόνιου στρες στο δείγμα της μελέτης να είναι σημαντικά υψηλότερος σε σύγκριση με άτομα ίδιας ηλικίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού. Το περιβάλλον εργασίας, η ανισότητα μεταξύ προσφοράς και ανταμοιβής, σε συνδυασμό με το χαρακτηριστικό της υπερδέμευση, αποτελούν τους υψηλότερους παράγοντες κινδύνου. Αντίθετα ασπίδα στο στρες είναι, η ικανοποίηση από την πορεία της καριέρας τους, η αίσθηση συνοχής και επαγγελματικής αυτοαποτελεσματικότητας.

Επίσης και οι Haoka et al.(2010) σχεδίασαν, μια έρευνα για την αλληλεπίδραση μεταξύ της ικανότητας των ειδικευόμενων ιατρών να αντιμετωπίσουν το στρες και των εργασιακών συνθηκών που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση στρες και εργασία Σε 549 πρωτοετείς ειδικευόμενους σε 38 νοσοκομεία στην Ιαπωνία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ψυχική υγεία των ειδικευόμενων σχετίζεται όχι μόνο με τις συνθήκες εργασίας, αλλά και με τις στάσεις που έχουν οι ίδιοι για τις συνθήκες αυτές. Δημιουργήθηκαν ομάδες ανάλογα με το αποτέλεσμα της Αίσθησης συνοχής (SOC). Η ομάδα με τη ασθενέστερη SOC εμφάνισε χαμηλότερη ψυχική υγεία και υψηλότερο «ψυχικό του φόρτο εργασίας» και «προβλήματα στις προσωπικές σχέσεις» από τις άλλες δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενισχύοντας την αίσθηση ανταμοιβής από την εργασία των ειδικευόμενων ιατρών, μπορεί να φανεί σημαντικό στη μείωση των αγχωτικών εκδηλώσεων. Επιπλέον έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες και σε άλλες κατηγορίες εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Οι Jonsson et al.(2003) ερευνήσαν τη συχνή εμφάνιση μετατραυματικού στρες μεταξύ του προσωπικού των ασθενοφόρων, στην Σουηδία. Η εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες

στα πληρώματα ασθενοφόρων, συνδέεται με την χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) και δείχνει αδυναμία να αντιμετωπίσουν το καθημερινό εργασιακό άγχος. Άλλοι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν ήταν η μακρά επαγγελματική εμπειρία, η ηλικία, ο φυσικός και ψυχικός φόρτος εργασίας.

Ο Gilbar (1998), ερεύνησε, κατά πόσον, μια ισχυρή Αίσθηση συνοχής (SOC), ως στρατηγική αντιμετώπισης, επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της υγείας των κοινωνικών λειτουργών. Το δείγμα αποτελούνταν από 31 κοινωνικούς λειτουργούς, που εργάζονταν στον τομέα της φυσικής ασθένειας, 21 στον τομέα της ψυχική και 29 στον τομέα της αναπηρίας, αντίστοιχα το κύριο εύρημα υποδεικνύει, όσοι έχουν μια ισχυρή Αίσθηση συνοχής (SOC), βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση λιγότερο από ό,τι τα άτομα με αδύναμη Αίσθηση συνοχής. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα δείχνουν ότι η διαχειριστικότητα, στοιχείο της αίσθησης συνοχής, μπορεί να προβλέψει την συναισθηματική εξάντληση.

Αξιοσημείωτες είναι οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν εξετάζοντας τη συσχέτιση μεταξύ της Αίσθησης συνοχής (SOC) με την ασθένεια. Οι πραγματοποιήσιμες μελέτες είναι πολλές και ενδιαφέρουσες. Αναφέρονται ενδεικτικά κάποιες από αυτές.

Οι Lillefjell et al. (2015), θέλησαν να μελετήσουν αν οι σχέσεις άγχους, πόνου και λειτουργικής κατάστασης της υγείας, διαφέρουν ανάλογα με μια ισχυρή και μια αδύναμη Αίσθηση συνοχής (SOC). Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 1665 υπάλληλοι στην Νορβηγία, οι οποίοι παρουσίαζαν χρόνια μυοσκελετικό πόνο στο στάδιο της αποκατάστασης. Η αυτοαναφερόμενη Αίσθηση συνοχής (SOC), τα προσωπικά χαρακτηριστικά, το άγχος, η λειτουργική κατάσταση και ο πόνος, συλλέχθηκαν κατά την έναρξη (T1) και στο τέλος της περιόδου αποκατάστασης (12 εβδομάδες) (T2). Με βάση τις τιμές οι εργαζόμενοι χωρίστηκαν σε ισχυρά και τα αδύναμα δείγματα Αίσθησης συνοχής (SOC). Στο δείγμα με υψηλής Αίσθησης συνοχής (SOC) ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και τα υψηλότερα επίπεδα σε λειτουργικές κατάσταση της υγείας τόσο στην έναρξη όσο και στο τέλος της περιόδου σε σύγκριση με το ασθενές δείγμα.

Οι Chumbler et al. (2013), γνωρίζοντας ότι η Αίσθηση συνοχής (SOC) είναι ένα μέτρο της ικανότητας ενός ατόμου να χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς αντιμετώπισης όταν έρχεται αντιμέτωπο με ένα στρεσογόνο παράγοντα, εξέτασε το βαθμό στον οποίο μια ισχυρή Αίσθηση συνοχής (SOC) συνδέεται με λιγότερο πόνο και καλύτερη ποιότητα ζωής μεταξύ ασθενών με χρόνια πόνο. Στη μελέτη ενταχθήκαν 250 ασθενείς με επίμονο, από 3μήνου ή και περισσότερο, μυοσκελετικό πόνο. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε αυτούς με ισχυρή και αδύναμη SOC. Παραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι μια ισχυρή SOC συσχετίστηκε σημαντικά με καλύτερη γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία και αυτοαποτελεσματικότητα στον πόνο, καθώς και λιγότερο καταστροφικό πόνο. Αυτά τα σημαντικά

ευρήματα παρέμειναν στατιστικά σημαντικά στον έλεγχο για τη μείζονα κατάθλιψη. Μια ισχυρή SOC σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, αυτοαποτελεσματικότητα, καθώς και λιγότερο καταστροφικό χρόνιο πόνο. Η Αίσθηση συνοχής (SOC) μπορεί να είναι ένας σημαντικός μηχανισμός αντιμετώπισης για τους ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο.

Οι Sales et al. (2014), ερεύνησαν αν η διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου (CRC) και μακροχρόνια θεραπεία της μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική ψυχολογική δυσφορία και μειωμένη ποιότητα ζωής (HRQoL) για ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών. Μελέτησαν τους συσχετισμούς μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της κατάθλιψης και της ψυχολογικής καταπόνησης, με την ποιότητα ζωής των ασθενών με CRC. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο τύπος D (αγχώδης), μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας. Επιπλέον, άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η Αίσθηση συνοχής (SOC) έχει συνέπειες ρυθμιστικές και διαμεσολαβητικές στην υγεία, ιδίως στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής.

Οι Barthelsson et al. (2011) πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό, να δουν τον μέσο όρο του πόνου κατά την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή (LC) μιας και αυτό μπορεί να καθυστερήσει την έξοδο από το νοσοκομείο, καθώς επίσης και τις αλλαγές στην αντίληψη της υγείας και ιδιαίτερα στον τρόπο αντιμετώπισης του. Εβδομήντα τρεις ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά, με την SOC, την κατάσταση υγείας, τον πόνο, το άγχος, τα συμπτώματα εμφάνισης και δυσφορίας σε τρεις χρονικές περιόδους: προεγχειρητικά, την 1-7 μετεγχειρητική ημέρα και μετά από 1 και 6 μήνες μετά από LC. Η Αίσθηση συνοχής (SOC) βρέθηκε να είναι ένα σημαντικό, αλλά ασθενές προγνωστικό της έντασης του πόνου την πρώτη εβδομάδα μετά την LC. Επιπλέον, οι ασθενείς που σημειώσαν χαμηλές τιμές Αίσθηση συνοχής (SOC), παρουσίασαν καθυστέρηση στη βελτίωση της υγείας τους. Περαιτέρω παρεμβατικές μελέτες θα μπορούσαν να γίνουν, για να διευκρινιστεί αν η SOC θα μπορούσε να είναι ένα κλινικά χρήσιμο μέτρο για τον εντοπισμό των ευάλωτων ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση LC.

Οι Agardh et al. (2003) διεξήγαγαν μια συγχρονική μελέτη με στόχο να ελέγξουν τις σχέσεις εργασιακού στρες λόγω υψηλών εργασιακών απαιτήσεων, χαμηλού περιθωρίου αποφάσεων και εργασιακής καταπόνησης, με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μελέτησαν επίσης το χαμηλό Αίσθηση συνοχής (SOC) σε συνδυασμό με διαβήτη τύπου 2. Τέλος, διερευνήθηκε ο συνδυασμός της Αίσθησης συνοχής (SOC) και των απαιτήσεων, καθώς και η Αίσθηση συνοχής (SOC) με το χαμηλό επίπεδο ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την ασθένεια. Το δείγμα περιλάμβανε 4821 Σουηδέζες ηλικίας 35-56 ετών. Δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ των υψηλών απαιτήσεων και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η συσχέτιση χαμηλής Αίσθησης συνοχής (SOC)

και χαμηλής ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 σε γυναίκες στη Σουηδία.

Οι Veenstra et al. (2005) μελέτησαν σε μία ομάδα 771 ατόμων με χρόνιες παθήσεις και για μια περίοδο 2 ετών την Αίσθηση συνοχής (SOC) και την σχέση της με τρεις τομείς: την λειτουργία του σώματος, τη δραστηριότητα και τη συμμετοχή. Σε αυτή την περίοδο των δύο ετών η υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) βελτίωσε τις σωματικές λειτουργίες καθώς και τη συμμετοχή. Βρέθηκαν ταυτόχρονες επιδράσεις, που φανερώνουν την αμοιβαία αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της Αίσθησης συνοχής (SOC) και αυτών των τομέων υγείας. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την υπάρχουσα θεωρία και δείχνουν ότι η Αίσθηση συνοχής (SOC) μπορεί να θεωρηθεί σχετική μεταβλητή έκβασης στη φροντίδα χρόνιων ασθενειών.

Ανάλογες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί επίσης και τον ελληνικό χώρο. Οι Hyphantis et al. (2011) διενέργησαν μελέτη που είχε ως στόχο, να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης, του είδους άμυνας και της ποιότητας της ζωής (HRQOL) σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο (ΣΕΛ). Αξιολόγησαν 56 ασθενείς με Ερυθματώδη Λύκο (ΣΕΛ), τη δραστηριότητα της νόσου (SLEDAI), τους λειτουργικούς περιορισμούς (HAQ), τη ψυχολογική δυσφορία (SCL-90-R), τους τρόπους άμυνας (Defence Style Questionnaire), την εχθρότητα (HDHQ), την Αίσθηση συνοχής (Sense of Coherence scale) και την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF). Ως μάρτυρες νόσου χρησίμευσαν 208 ρευματολογικοί ασθενείς (168 με ρευματοειδή αρθρίτιδα [RA] και 40 με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren, [SS]). Η ποιότητα ζωής (HRQOL) των ασθενείς με ΣΕΛ (SLE) ήταν παρόμοια με εκείνη των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) και το Πρωτοπαθές Σύνδρομο Sjogren (SS), μετά την προσαρμογή των δημογραφικών μεταβλητών και της ασθένειας. Η ψυχολογική δυσφορία συσχετίστηκε σημαντικά με τις περισσότερες πτυχές της HRQOL. Αλλά η Αίσθηση συνοχής (SOC) σύμφωνα με τις αναλύσεις, παρεμβλήθηκε στη σχέση ψυχολογικής δυσφορίας και φυσικής διάστασης της ποιότητας ζωής, μονάχα στους ασθενείς με ΣΕΛ. Το δυσπροσαρμοστικό στυλ άμυνας σχετίστηκε σημαντικά με την περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ψυχολογική δυσφορία. Τα ευρήματα φανερώνουν, ότι εκτός από την πρώτη αξιολόγηση και αντιμετώπιση της ψυχολογικής δυσφορίας, οι κλινικοί γιατροί και οι ψυχίατροι-σύμβουλοι θα πρέπει να έχουν κατά νου το ψυχολογικό δυναμικό των ασθενών με ΣΕΛ και τις ικανότητες αντιμετώπισης του άγχους που προκαλείται από την ασθένεια. Αν και συνήθως υποτιμούνται τέτοια χαρακτηριστικά, αυτά σχετίζονται ανεξάρτητα με Ποιότητα Ζωής HRQOL.

Ο Karademas (2010) ερευνήσε το ρόλο που παίζουν στην ασθένεια τα γνωσιακά σχήματα, στη σχέση μεταξύ θρησκείας και προσωπικής υγείας σε χρόνιες παθήσεις. Ένα δείγμα 135 χρόνιων καρδιολογικών ασθενών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τη θρησκευτικότητα, τη

συχνότητα συμμετοχής στα εκκλησιαστικά δρώμενα, στις βασικές γνώσεις της ασθένειας, όπως ανημποριά, αδυναμία αποδοχής της ασθένειας, τα αναμενόμενα οφέλη από αυτή και τη σωματική και συναισθηματική ευεξία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η θρησκευτικότητα σχετιζόταν σημαντικά με την υποκειμενική υγεία. Ωστόσο, αυτή η σχέση ήταν έμμεση, με την ανικανότητα και την αδυναμία αποδοχή να χρησιμεύουν ως μεσολαβητές μεταξύ εγγενούς θρησκευτικότητας και υγείας. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό για την κατανόηση της πολύπλοκης σχέσης της θρησκευτικότητας στην ευεξία των χρόνιων ασθενών

Οι Hyphantis et al. (2015) θέλησαν να μελετήσουν την πορεία και να αναγνωρίσουν εκείνους τους ψυχολογικούς παράγοντες που θεωρούνται προάγγελοι δυσκολιών ύπνου, σε ασθενείς με πρώιμο μη-μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου σε μια περίοδο ενός έτους. Σε αυτή την προοπτική μελέτη διάρκειας 1 έτους, εκτιμήθηκε σε 84 ασθενείς, με Ca εντέρου η συσχέτιση της ψυχολογικής δυσφορίας (SCL-90-R), η Αίσθηση συνοχής (SOC-29) και οι μορφές άμυνας (Defense Style Questionnaire) με τη δυσκολία στον ύπνο (SCL-90-R). Ογδόντα δύο ασθενείς με καρκίνο του μαστού και 50 ασθενείς με καρκίνο αγνώστου πρωτογενούς εντοπίσεως, χρησίμευσαν ως ομάδες έλεγχου, ενώ 84 της ίδιας ηλικίας και φύλου, χρησίμευσαν ως υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς με ορθοκολικό καρκίνο παρουσίασαν περισσότερες δυσκολίες ύπνου σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες, αλλά λιγότερες από τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο αγνώστου πρωτοπαθούς εντοπίσεως. Οι ψυχολογικοί παράμετροι και η ικανότητα να αντιμετωπίζει παράγοντες που ασκούν πίεση στην υγεία, συνδέονται ανεξάρτητα με δυσκολίες ύπνου σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, υποδεικνύοντας έτσι την ανάγκη για ψυχολογικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της προσαρμογής στη νόσο.

Οι Merakou et al. (2013) σε μελέτη τους είχαν στόχο να διερευνήσουν το βαθμό στον οποίο ο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα της Αίσθηση συνοχής (SOC). Η παρατηρητική αυτή μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα. Μελετήθηκαν 202 άτομα, 100 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (η ομάδα μελέτης) και 102 άτομα με όχι χρόνιες ορθοπεδικά καταστάσεις (η ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είχαν 2,4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν μια υψηλή βαθμολογία Αίσθηση συνοχής (SOC) από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι άρρενες ασθενείς είχαν 3,9 φορές υψηλότερες πιθανότητες να έχουν μια υψηλή βαθμολογία από ό, τι γυναίκες ασθενείς. Οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν σχεδόν τρεις φορές υψηλότερες πιθανότητες να έχουν μια υψηλή βαθμολογία στην Αίσθηση συνοχής (SOC) σε σχέση με τους ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Συμπερασματικά λοιπόν η έρευνα αυτή ενισχύει ότι η Αίσθηση συνοχής (SOC) είναι ένα επιπλέον προσόν για την υγεία. Μια ενδεχόμενη πειραματική μελέτη θα αποσαφήνιζε το σκοπό της έρευνας.

Παρόλο που έχουν γίνει αρκετές έρευνες σε διεθνές επίπεδο για την αίσθηση συνοχής, σε νοσηλευτές και εργαζόμενους σε χώρους υγείας όπως σε νοσοκομεία στην Ευρώπη και στην Ασία, στον ελλαδικό χώρο οι έρευνες είναι λιγιστές. Χρίζουν όμως περισσότερης έρευνας και μελέτης μιας και η αίσθηση συνοχής είναι μια σημαντική μεταβλητή στη ζωή του ανθρώπου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η εκτίμηση του φόβου του πόνου σε εργαζομένους της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, πως αυτοί τον αντιμετωπίζουν στη καθημερινότητα τους, ποιες στρατηγικές επιλέγουν και αν η Αίσθηση Συνοχής τους σχετίζεται με την επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης των ψυχοπαιστικών καταστάσεων.

Εδώ και κάποιες δεκαετίες το ενδιαφέρον των ερευνητών δεν στρέφεται μόνο στην αναζήτηση της παθογένειας μιας ασθένειας, αλλά και στον εντοπισμό της προέλευσης της υγείας. Πλέον αντί να αναζητηθεί η παθογένεια της αρρώστιας και οι μηχανισμοί που την διέπουν, προσπάθησαν να εντοπίσουν την προέλευση της υγείας (Antonovsky, 1979, 1987). Η αίσθηση της συνοχής χαρακτηρίστηκε ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που μπορεί να καθορίσει τη στάση του ατόμου απέναντι στην υγεία του και στη ζωή του γενικότερα. Θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας. Μια ισχυρή Αίσθησης Συνοχής (SOC), βοηθά τον άνθρωπο να δει τον κόσμο ως δομημένο και προβλέψιμο, τα προβλήματά του ως αντιμετωπίσιμα και τις απαιτήσεις της ζωής, ως ενδιαφέρουσες προκλήσεις. Κατανοώντας, διαχειρίζοντας και νοηματοδοτώντας τα διάφορα συμβάντα της ζωής του, η Αίσθησης Συνοχής (SOC) οδηγεί σε ώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης, τόσο της καθημερινότητας όσο και σε ιδιαίτερες καταστάσεις. Τα παραπάνω προκάλεσαν το ενδιαφέρον και αποτέλεσαν κίνητρο για την περαιτέρω διερεύνηση στους εργαζομένους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων θεωρείται ως μια φύσει δυναμική και πολυδιάστατη διεργασία, η οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται κατά την αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται ανάμεσα στην αντίληψη της κατάστασης που προκαλεί το στρες, δηλαδή την απειλή και τη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπισή της (Folkman, 1984). Έτσι δεύτερος στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε στρεσογόνες καταστάσεις.

Τρίτος στόχος, λοιπόν, ήταν η μελέτη του φόβου του πόνου ανθρώπων-επαγγελματιών που έρχονται σε συχνή και στενή επαφή με ασθενείς που αναφέρουν πόνο. Έχει βρεθεί ότι το άγχος αυξάνει το φόβο ενός ατόμου για τον πόνο και την πιθανότητα να προσπαθήσει να τον αποφύγει (Asmundson et al., 1997· Asmundson & Taylor, 1996).

Τέταρτος στόχος της μελέτης υπήρξε να εκτιμήσουμε κατά πόσο η Αίσθηση Συνοχής (SOC) μπορεί να επηρεάσει την επιλογή στρατηγικής αντιμετώπισης και να επισημάνουμε ποιες μπορεί να είναι οι επιλογές ενός ατόμου, όταν η Αίσθησης Συνοχής (SOC) είναι υψηλή και ποιες, όταν αυτή είναι χαμηλή.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους του τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συγκεκριμένα στα γεωγραφικά πλαίσια της Δυτικής Μακεδονίας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας, προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας της χώρας. Αυτοί που την εκπροσωπούν και εφαρμόζουν τους στόχους και τους σκοπούς της είναι οι εργαζόμενοί της. Στην καθημερινότητα τους έρχονται αντιμέτωποι με τον πόνο σε όλες τις εκφράσεις του.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. ΥΛΙΚΟ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας. Στόχος ήταν η λήψη όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος. Το σύνολο των απαντημένων ερωτηματολογίων ήταν 94 (n=94). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε και στις πέντε πόλεις της Περιφέρειας της Δυτικής Μακεδονίας, κατόπιν εγκρίσεως από την 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με ταχυμεταφορά σε κάθε πόλη, τοποθετημένα το καθένα στο δικό του φάκελο, εσωκλείοντας και φάκελο με προπληρωμένο τέλος επιστροφής. Όλοι οι εργαζόμενοι, αν το ήθελαν, μπορούσαν να πάρουν μέρος, ανεξάρτητα από την ειδικότητα. Ως αποδοχή των συμμετεχόντων, θεωρήθηκε η επιστροφή των ερωτηματολογίων. Δεν υπήρχαν κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη. Ήταν σημαντικό να μελετήσουμε τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε στρεσογόνες καταστάσεις, στο μεγαλύτερο φόβο των περισσότερων ανθρώπων, τον πόνο.

2.2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Προηγήθηκε ενημέρωση για το προαιρετικό της συμμετοχής στην έρευνα, όπως επίσης για το ο χρόνος που θα απαιτούσε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ο οποίος δεν θα ξεπερνούσε τα 10-15 λεπτά.

Η συλλογή δεδομένων με αυτό τον τρόπο κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη. Σύμφωνα με τους **Bourque & Fielder (1995)** η χρήση ερωτηματολογίων στην έρευνα παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα όπως:

- Περιορίζει το κόστος και το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.
- Μπορούν να απευθυνθούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων.

- Οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα, λόγω της έλλειψη άμεσης επικοινωνίας με τον ερευνητή. Ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις, έτσι αποφεύγεται το συστηματικό αυτό σφάλμα και η αντανάκλαση προκαταλήψεων λόγω του φόβου επίκρισης από τον ερευνητή.
- Παρέχει στους ερωτώμενους πλήρη ανωνυμία, επιτρέποντας την αυθόρμητη και ειλικρινή απάντηση ακόμη και προσωπικά δεδομένα.
- Τυποποιημένοι τρόποι ανάλυσης του υλικού, αυξάνοντας έτσι την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Τα κυριότερα **μειονεκτήματα** αυτής της μεθόδου συλλογής των αποτελεσμάτων είναι σύμφωνα με τους Polit & Huglar (1999):

- Κανένας δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν αυθεντικά από τους συμμετέχοντες.
- Δεν είναι δυνατή η παροχή διευκρινήσεων.
- Μπορεί να υπάρχει παράληψη συμπλήρωσης ορισμένων ερωτήσεων ή και ερωτηματολογίων.
- Μπορεί να υπάρχει σφάλμα ανταπόκρισης.
- Εφόσον οι συμμετέχοντες αναλαμβάνουν να αποστείλουν ταχυδρομικά τα ερωτηματολόγια, δεν μπορεί να εξασφαλιστεί υψηλό ποσοστό συμμετοχής.
- Υποχρεώνει τον συμμετέχοντα να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο.

Για το λόγο αυτό:

- ενημερώθηκαν γραπτά οι συμμετέχοντες για τη διαχείριση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- τονίστηκε η ανωνυμία και η προαιρετική συμμετοχή στην έρευνα.
- το κάθε ερωτηματολόγιο δόθηκε εντός φακέλου.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

A. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων

Για τη συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Με αυτό συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- Το φύλο.
- Την ηλικία.
- Τον τόπο κατοικίας.
- Την οικογενειακή κατάσταση.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Επίσης καταγραφήκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- Την ύπαρξη ιστορικού κάποιας χρόνιας ασθένειας.
- Την ύπαρξη πόνου.
- Την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητά του.
- Τις επιπτώσεις του στην λειτουργικότητα και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Επιπρόσθετα, χορηγήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

B. Το Ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου - Fear of pain questionnaire III

Το ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου (Fear of pain questionnaire III) δημιουργήθηκε από τους McNeil, DW, & Rainwater, AJ, III. το 1998, ως μέτρο συσχέτισης του φόβου και του άγχους με τον πόνο. Αποτελεί εργαλείο εκτίμησης του φόβου του πόνου, ως ένα μόνιμο χαρακτηριστικό, εκτιμώντας συμπεριφορικά στοιχεία σε διάφορες επώδυνες καταστάσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορους πληθυσμούς ατόμων με χρόνιο ή οξύ πόνο (McNeil & Rainwater, 1998).

Αποτελείται από 30 ερωτήσεις όπου ο ερωτηθέντας καλείται να κοιτάξει προσεκτικά κάθε μια από τις προτάσεις και να απαντήσει πόσο φοβάται τον πόνο που σχετίζεται με κάθε μια από αυτές. Αν δεν έχει νιώσει ποτέ την εμπειρία του πόνου για κάποια από τις περιπτώσεις, μπορεί να απαντήσει με βάση την ένταση του πόνου που θα περίμενε ότι θα του δημιουργούσε μια τέτοια εμπειρία. Οι απαντήσεις περιλαμβάνουν πέντε διαβαθμίσεις με τιμές *ΚΑΘΟΛΟΥ, ΛΙΓΟ, ΑΡΚΕΤΑ, ΠΟΛΥ, ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ*.

Τα ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες :

A) Η κλίμακα που αναφέρεται στον **Ελάχιστο πόνο** και η τιμή της προκύπτει από τις ερωτήσεις 2,4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28, 30.

B) Η κλίμακα που αναφέρεται στον **Σοβαρό πόνο** και η τιμή της προκύπτει από τις ερωτήσεις 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25, 27.

Γ) Η κλίμακα που αναφέρεται στον **Ιατρικό πόνο** και η τιμή της προκύπτει από τις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26, 29.

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τις τιμές των τριών υποκλιμάκων ή απλά αθροίζοντας και τις 30 ερωτήσεις. Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 στοιχεία, έτσι ώστε το πιθανό εύρος των βαθμολογιών για κάθε μία υποκλίμακα είναι από 10 έως 50. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 30 έως 150 (Daniel & McNeil, 2003).

Γ. Σύντομη κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- BRIEF-COPE)

Ο Carver και οι συνεργάτες του (1989), αν και αποδέχθηκαν τη σημασία του διαχωρισμού της αντιμετώπισης ως εστιασμένης στο πρόβλημα και στο συναίσθημα, έκριναν ότι το μοντέλο αυτό είναι πολύ απλό για να περιγράψει τους διαφορετικούς τρόπους που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να αντιμετωπίσουν το στρες. Οι ίδιοι κατασκεύασαν ένα εργαλείο, το ερωτηματολόγιο COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced Inventory), το οποίο διαφοροποιείται από άλλα ερωτηματολόγια που εκτιμούν την αντιμετώπιση του στρες, ως προς το ότι έχει κυρίως θεωρητικό και δευτερευόντως εμπειρικό υπόβαθρο (Carver et al., 1989) ενώ στηρίζεται τόσο στο μοντέλο του Lazarus για το στρες, όσο και στη θεωρία αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς των Carver και Scheier.

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας (BRIEF-COPE, Carver, 1997). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 28 προτάσεις οι οποίες διακρίνονται σε 14 υποκλίμακες που αναφέρονται στις εξής στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων: λήψη μέτρων, σχεδιασμός, θετική επανεκτίμηση, αναζήτηση συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση πληροφοριών, κοινωνική υποστήριξη, εκτόνωση συναισθημάτων, αποφυγή, αποδοχή, άρνηση, αυτομομφή, στροφή προς τη θρησκεία, χρήση ουσιών και χιούμορ.

Οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα είναι :

1. *Απόσπαση προσοχής, Self-distraction* (ερωτήσεις 1 και 19)
2. *Ενεργή αντιμετώπιση, Active coping* (ερωτήσεις 2 και 7)
3. *Άρνηση, Denial* (ερωτήσεις 3 και 8)
4. *Χρήση ουσιών, Substance use* (ερωτήσεις 4 και 11)
5. *Συναισθηματική στήριξη, Use of emotional support* (ερωτήσεις 5 και 15)
6. *Κοινωνική υποστήριξη, Use of instrumental support* (ερωτήσεις 10 και 23)

7. Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη, *Behavioral disengagement* (ερωτήσεις 6 και 16)
8. Εκτόνωση συναισθημάτων, *Venting* (ερωτήσεις 9 και 21)
9. Θετική επανεκτίμηση, *Positive reframing* (ερωτήσεις 12 και 17)
10. Σχεδιασμός, *Planning* (ερωτήσεις 14 και 25)
11. Χιούμορ, *Humor* (ερωτήσεις 18 και 28)
12. Αποδοχή, *Acceptance* (ερωτήσεις 20 και 24)
13. Θρησκεία, *Religion* (ερωτήσεις 22 και 27)
14. Αυτομομφή, *Self-blame* (ερωτήσεις 13 και 26)

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε τι βαθμό ενεργούν , απαντώντας σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι απαντήσεις περιλαμβάνουν 1=δεν ενεργώ καθόλου, 2=ενεργώ λίγο, 3= ενεργώ σε μέτριο βαθμό, 4= ενεργώ πολύ. Η τιμή για κάθε στρατηγική υπολογίζεται προσθέτοντας τους βαθμούς των προτάσεων που της αναλογούν και κυμαίνεται από 2 έως 8 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός τόσο περισσότερο ενεργεί το άτομο με τη συγκεκριμένη στρατηγική.

Ένα πλεονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, έναντι άλλων παρεμφερών, είναι ότι παρέχει τη δυνατότητα να εξετάζονται, τόσο οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται γενικά και αντανakλούν σταθερές στάσεις αντιμετώπισης ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, όσο και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή χρονικές στιγμές.

Η σύντομη έκδοσή του (Brief-COPE, Carver, 1997) έχει προσαρμοστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, και Demetriou (2010). Το Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων (Coping Orientations to Problems Experienced - COPE, Carver et al., 1989) έχει, επίσης, προσαρμοστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τη Ρούσση (2001), σε μία έκδοσή του που περιλαμβάνει εξήντα (60) προτάσεις, διαμοιρασμένες σε δεκαπέντε (15) υποκλίμακες-στρατηγικές.

Σύμφωνα με τη Ρούσση (2001), η αξιοπιστία της εγκυρότητας των κλιμάκων κυμαίνεται από 0.50 έως 0.96, ενώ σύμφωνα με την Kapsou et al., η αξιοπιστία της εγκυρότητας των κλιμάκων κυμαίνεται από 0.55 έως 0.93, στην έρευνα της Kapsou et al.(2010) όπου μελετήθηκε η δομή και οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ελληνικού BRIEF-COPE, εντοπίστηκαν όπως αναφέρθηκε 8 παράγοντες: χιούμορ, θρησκεία, κατανάλωση ουσιών, συμπεριφορική αποσύνδεση, ενεργητικές στρατηγικές, αναζήτηση υποστήριξης, αποφυγή, έκφραση αρνητικών συναισθημάτων.

Δ. Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθηση Συνοχής (Sense of coherence- SOC)

Ο Antonovsky για τη μέτρηση της εσωτερικής συνοχής κατασκεύασε ένα ερωτηματολόγιο, για να ελέγξει την υπόθεση ότι η υψηλή εσωτερική συνοχή συνδέεται αιτιωδώς με την κατάσταση της σωματικής υγείας. Συνεπώς, προσδιόρισε τις διαστάσεις που μετριοούνται από το ερωτηματολόγιο και τα σημαντικά στοιχεία που περιλαμβάνει η κάθε διάσταση. Η *Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθηση Συνοχής (Sense of coherence- SOC)* μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε με συνέντευξη και αποτελείται από 29 ερωτήματα (Antonovsky, 1983). Κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επτάβαθμη κλίμακα, στα άκρα της οποίας αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν τα τρία βασικά στοιχεία της SOC:

- 11 ερωτήματα αφορούν την «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (*comprehensibility*),
- 10 αφορούν την πεποίθηση ότι το άτομο ανταποκρίνεται επιτυχημένα στις απαιτήσεις (*manageability*) και
- 8 αφορούν στην αίσθηση, ότι η προσπάθεια αξίζει τον κόπο (*meaningfulness*).

Δεκατρία από τα ερωτήματα εμπεριέχουν την άρνηση και η βαθμολογία τους θα πρέπει να αντιστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος. Αυτό το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά την Αίσθηση Συνοχής (SOC) και όσο υψηλότερο είναι αυτό, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η Αίσθηση Συνοχής (SOC). Όσοι έχουν υψηλή βαθμολογία, είναι δυνατόν να αντιλαμβάνονται τα στρεσογόνα ερεθίσματα ως προβλέψιμα και εξηγήσιμα, έχοντας εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να χειρίζονται τις προκλήσεις της ζωής, θεωρώντας τις αξίες να ασχοληθούν μαζί τους και να επενδύσουν σε αυτές. Επειδή οι πρώτες έρευνες του Antonovsky έγιναν σε Ισραηλινούς φοιτητές, ισχυρίζεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί διαπολιτισμικά (Antonovsky, 1987). Η Κλίμακα SOC-29 έχει σταθμιστεί σε ποικίλους πληθυσμούς και έχει χρησιμοποιηθεί σε 124 μελέτες, επιδεικνύοντας υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας (*reliability*) και εγκυρότητας (*validity*) με τον δείκτη Cronbach's να κυμαίνεται από το 0.90 έως το 0.95 (Carmel, 1990·Stefani et al.,1986·Antonovsky, 1993). Η Κλίμακα SOC έχει σταθμιστεί και για τον Ελληνικό πληθυσμό (karalis et al., 2004). Η συνολική τιμή της κυμαίνεται από 29 έως 203 βαθμούς.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιγράφηκαν με χρήση πινάκων συχνοτήτων και ποσοστών για την περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών ενώ για την περίπτωση συνεχών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των τιμών των ερωτηματολογίων FPQ III, Brief Core και SOC χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson κατόπιν του ελέγχου Shapiro Wilk για τη συμμετρία των τιμών των συσχετιζόμενων διαστάσεων. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε στο 0,05 και η ανάλυση έγινε με το λογισμικό SPSS v 21.0.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν $42,99 \pm 9,5$, με εύρος 24-65 έτη. Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες να υπερτερούν αριθμητικά και να καταλαμβάνουν το 85,1%, έναντι των ανδρών με ποσοστό 14,9%. Τα μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος κατοικεί σε πόλη, και ανέρχεται στο 79,8% ,ενώ αυτοί που κατοικούν σε χωριό ανέρχονται στο 20,2%.

Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 81,9% ήταν έγγαμοι, το 13,8% άγαμοι και το 4,3% διαζευγμένοι.

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο έχουμε μια σημαντική υπεροχή της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 72,5% και ειδικότερα : ΤΕΙ - 55,3%, ΑΕΙ - 17,0%, σε σχέση με την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, που το ποσοστό της φτάνει στο 27,7%.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις το 14,9% δηλώνει ότι εμφανίζει κάποια χρόνια διαγνωσμένη ασθένεια, ενώ το υπόλοιπο 85% οι 80 δηλαδή συμμετέχοντες δεν αναφέρουν κάποια ασθένεια. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

	N=94	Ποσοστό %
Ηλικία	42,99 ±9,15	
Φύλο		
Αντρας	14	14,90%
Γυναίκα	80	85,10%
Κατοικία		
Χωριό	19	20,20%
Πόλη	75	79,80%
Οικογ.Κατάσταση		
Άγαμος(η)	13	13,80%
Έγγαμος(η)/σε συμβίωση	77	81,90%
Διαζευγμένος(η)	4	4,30%
Χήρος(α)	0	0,00%
Εκπαίδευση		
Δευτεροβάθμια	26	27,70%
Τριτοβάθμια-ΑΕΙ	16	17,00%
Τριτοβάθμια-ΤΕΙ	52	55,30%
Ασθένεια		
Ναι	14	14,90%
Όχι	80	85,10%
Σύνολο	94	100,00%

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ δείγματος.

4.2. Άλλα χαρακτηριστικά του Δείγματος

Από τα 14 άτομα του δείγματος που ανέφεραν ασθένεια διαγνωσμένη, τα 13 (92,9%) πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ενώ 8 από αυτούς (57,1%) αναφέρεται πόνος. Το 38,5% αναφέρει ότι ο πόνος του είναι δυνατός. Όσο αφορά στη διάρκεια του πόνου, το 62,5% εμφανίζει πόνο μικρής διάρκειας, ενώ το 37,5% αναφέρει μεγάλη διάρκεια πόνου. Συνεχίζοντας με τη συχνότητα εμφάνισης του πόνου, το 33,3% ανέφερε πόνο 1-2 φορές το μήνα και το 25% καθημερινό πόνο ή πόνο 1-2 φορές την εβδομάδα. Μικρή παρουσιάζεται η επιρροή του πόνου στην καθημερινότητα, αφού το 53,8% απάντησε «λίγο», το 23,1% «πολύ» και «καθόλου» το 23,1%. Οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζονται «λίγο» ή «καθόλου» σε ένα ποσοστό 46,2% αντίστοιχα, ενώ μόνο το 7,7% επηρεάζεται «πολύ». Για την διευκόλυνση της κατανόησης της ανάλυσης των αποτελεσμάτων θα ονομάζουμε ως πάσχοντες τα άτομα που ανέφεραν διαγνωσμένη ασθένεια και ως υγιείς τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. (Πίνακας 2)

	(N=14)	Ποσοστό %
Τύπος		
Χρόνια	13	92,9%
Όχι χρόνια	1	7,1%
Πόνος		
Ναι	8	57,1%
Όχι	6	42,9%
Ένταση		
Ναι	5	38,5%
Όχι	8	61,5%
Διάρκεια		
Λίγο	5	62,5%
Πολύ	3	37,5%
Συχνότητα		
Κάθε μέρα	3	25,0%
1-2 φορές την εβδομάδα	3	25,0%
1-2 φορές το μήνα	4	33,3%
Άλλο	2	16,7%
Καθημερινότητα		
Καθόλου	3	23,1%
Λίγο	7	53,8%
Πολύ	3	23,1%
Επιπτώσεις στις σχέσεις		
Καθόλου	6	46,2%
Λίγο	6	46,1%
Πολύ	1	7,7%

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά δείγματος.

4.3 Ερωτηματολόγιο Φόβου του πόνου

Στο ερωτηματολόγιο του Φόβου του πόνου (Fear of pain questionnaire III), το συνολικό score του δείγματος ήταν $73,77 \pm 15,93$, με υψηλότερη τιμή στο FPQIII major ($34,29 \pm 6,78$). Κατά την σύγκριση μεταξύ πασχόντων, δηλαδή όσων ανέφεραν διαγνωσμένη ασθένεια και των υπολοίπων συμμετεχόντων, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές προς το FPQIII. (Πίνακας 3)

	Ασθένεια					
	Ναι		Όχι		Σύνολο	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
FPQIII minor	18,43	5,71	17,34	5,59	17,50	5,59
FPQIII major	33,29	8,53	34,46	6,48	34,29	6,78
FPQIII medical	21,79	6,92	22,01	7,03	21,98	6,98
FPQIII total	73,50	18,36	73,81	15,59	73,77	15,93

Πίνακας 3. Ερωτηματολόγιο Φόβου του πόνου.

4.4. Σύντομη κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- BRIEF-COPE)

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αυξημένες τιμές στο σύνολο του δείγματος παρουσίασαν τόσο η Ενεργής αντιμετώπιση όσο και η Θετική εκτίμηση, ο Σχεδιασμός και η Αποδοχή. Η τιμή συνόλου του δείγματος έδειξε ότι οι επιλογές εστιάζονται στην επίλυση του προβλήματος επιλέγοντας τις στρατηγικές του Σχεδιασμού και της Ενεργής αντιμετώπισης ($3,37 \pm 0,61$ και $3,04 \pm 0,69$ αντίστοιχα). Ο Σχεδιασμός, αφορά τη στρατηγική δράση και σκέψη για το ποια βήματα πρέπει να κάνει κάποιος για να χειριστεί το πρόβλημα, οι πάσχοντες εμφανίζουν τιμές $3,39 \pm 0,53$, σχεδόν όμοιες με τους υγιείς ($3,36 \pm 0,62$). Η Ενεργής Αντιμετώπιση, η λήξη δηλαδή μέτρων για τη μείωση ή την παράκαμψη των στρεσογόνων παραγόντων χρησιμοποιείται από πάσχοντες και υγιείς με τιμές $3,18 \pm 0,50$ και $3,02 \pm 0,72$ αντίστοιχα. Επίσης οι στρατηγικές της Θετικής επανεκτίμησης και της Αποδοχής εμφανίζουν επίσης υψηλές τιμές στο σύνολο του δείγματος ($3,20 \pm 0,71$ και $3,10 \pm 0,66$ αντίστοιχα). Η Θετική επανεκτίμηση φαίνεται να

χρησιμοποιείται εξίσου ως μηχανισμός τόσο από τους πάσχοντες όσο και από τους υγιείς ($3,18\pm 0,70$ και $3,20\pm 0,72$ αντίστοιχα) όπως και η Αποδοχή ($3,32\pm 0,67$ και $3,06\pm 0,66$ αντίστοιχα). Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι το σύνολο του δείγματος παρουσίασε επιλογές που εστιάζονται στο *συναίσθημα*, στην απόπειρα δηλαδή να ρυθμίσουν ή και να μειώσουν τις συναισθηματικές συνέπειες των ψυχοπιεστικών γεγονότων. Αξίζει να αναφερθεί ότι τη χαμηλότερη τιμή εμφάνισε η χρήση ουσιών ($1,14\pm 0,37$). (Πίνακα 4).

	Ασθένεια					
	Ναι		Όχι		Σύνολο	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ενεργής αντιμετώπιση	3,18	,50	3,02	,72	3,04	,69
Άρνηση	1,79	,87	1,77	,72	1,77	,74
Χρήση ουσιών	1,21	,38	1,13	,37	1,14	,37
Συναισθηματική στήριξη	2,36	1,01	2,40	,93	2,39	,94
Κοινωνική υποστήριξη	2,39	,90	2,41	,89	2,41	,89
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή						
Εγκατάλειψη	1,54	,50	1,49	,61	1,49	,59
Εκτόνωση συναισθημάτων	2,68	,91	2,61	,70	2,62	,73
Θετική επανεκτίμηση	3,18	,70	3,20	,72	3,20	,71
Σχεδιασμός	3,39	,53	3,36	,62	3,37	,61
Χιούμορ	2,46	,91	2,16	,81	2,20	,83
Αποδοχή	3,32	,67	3,06	,66	3,10	,66
Θρησκεία	2,89	1,08	2,41	,90	2,48	,94
Αυτομομφή	2,86	,69	2,60	,61	2,64	,62

Πίνακας 4. Ερωτηματολόγιο BRIEF-COPE.

4.5. Κλίμακα εκτίμησης Αίσθηση Συνοχής (Sense of coherence-SOC)

Τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη υψηλής Αίσθησης Συνοχής στο σύνολο του δείγματος με τιμή $138,79\pm 21,41$. Πιο συγκεκριμένα, οι πάσχοντες εμφάνισαν τιμή $136,36\pm 21,87$ και οι υγιείς $139,21\pm 21,44$. (Πίνακας 5)

	Ασθένεια					
	Ναι		Όχι		Σύνολο	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Αίσθησης Συνοχής Sense of Coherence	136,36	21,87	139,21	21,44	138,79	21,41

Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο της Sense of coherence- SOC.

Σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης Pearson η σχέση μεταξύ ηλικίας και Sense of coherence είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.038$). Συγκεκριμένα, μεγαλύτερες τιμές coherence σχετίζονται και με μεγαλύτερες ηλικίες.

Correlations

		Ηλικία
	Pearson Correlation	,215
Sense of Coherence	Sig. (2-tailed)	,038
	N	94

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων των τριών ερωτηματολογίων για το σύνολο των συμμετεχόντων, αλλά και για πάσχοντες και υγιείς ξεχωριστά.

4.6 Συσχετίσεις του FPQ III με το Brief Copre και το SOC

4.6.1. FPQ III minor

Αρχικά έγινε έλεγχος πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του FPQ III και του Brief Copre. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μόνο με τη διάσταση *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)* στο σύνολο του δείγματος, γεγονός που σημαίνει ότι μεγαλύτερες τιμές του FPQ III minor συνεπάγονται και μεγαλύτερες τιμές της *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)*. Εξετάζοντας τις συσχετίσεις πιο αναλυτικά, φαίνεται ότι για τους πάσχοντες παρατηρείται θετική συσχέτιση με τη διάσταση *Σχεδιασμός (Planning)* και αρνητική με την *Αίσθηση Συνοχής (Sense of Coherence)*. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερες τιμές παίρνει το FPQ III minor τόσο μεγαλύτερη τιμή εμφανίζει και η διάσταση *Σχεδιασμός (Planning)*, σε αντίθεση με τη χαμηλή *Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence)* που παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν μεγάλη τιμή στον ήπιο πόνο. Για τους υγιείς δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση. (Πίνακας 6)

Correlations

FPQIII minor	Σύνολο	Πάσχοντες	Υγιείς
Απόσπαση προσοχής	,230*	,313	,218
Ενεργή αντιμετώπιση	,093	,386	,054
Άρνηση	,165	,244	,149
Χρήση ουσιών	,013	,525	-,082
Συναισθηματική στήριξη	,172	,286	,153
Κοινωνική υποστήριξη	,141	,107	,147
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη	,022	,195	,001
Εκτόνωση συναισθημάτων	,174	,309	,143
Θετική επανεκτίμηση	,086	,328	,048
Σχεδιασμός	,045	,555*	-,028
Χιούμορ	,182	,485	,116
Αποδοχή	-,023	,213	-,075
Θρησκεία	,126	,239	,090
Αυτομομφή	-,109	,319	-,206
Αίσθηση Συνοχής	-,06	-,598*	,036

** . p<0,01

*. p<0,05

Πίνακας 6. Συσχετίσεις FPQ III minor -Brief Cope- SOC.

4.6.2. FPQ III major

Από τον έλεγχο των συσχετίσεων του FPQ III major με το Brief Cope (Πίνακας 7), φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση για το σύνολο των συμμετεχόντων με τις διαστάσεις:

- *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)*
- *Άρνηση (Denial)*
- *Συναισθηματική στήριξη (Use of Emotional Support)*
- *Εκτόνωση συναισθημάτων (Venting)*
- *Θρησκεία (Religion)*
- *Αυτομομφή (Self blame)*

Σε όλες τις περιπτώσεις προκύπτει ότι μεγαλύτερες τιμές του FPQ III major συσχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές των διαστάσεων του Brief Cope. Ειδικότερα, φαίνεται ότι η συσχέτιση με την *Απόσπαση Προσοχής (Self Distraction)* εντοπίζεται στους πάσχοντες ($p < 0,01$). Παράλληλα, μόνο στους πάσχοντες εμφανίζεται επίσης στατιστικά θετική σημαντική συσχέτιση με το *Σχεδιασμό (Planning)* ($p < 0,05$). Για τους υγιείς επαληθεύονται όλες οι συσχετίσεις που καταγράφηκαν και για το σύνολο των συμμετεχόντων με εξαίρεση αυτή της *Άρνησης (Denial)*, όπου δεν παρατηρείται συσχέτιση. (Πίνακας 7)

FPQIII major	Correlations		
	Σύνολο	Πάσχοντες	Υγιείς
Απόσπαση προσοχής	,297**	,718**	,215
Ενεργή αντιμετώπιση	,134	,238	,129
Άρνηση	,245*	,469	,187
Χρήση ουσιών	-,001	,158	-,030
Συναισθηματική στήριξη	,228*	,224	,229*
Κοινωνική υποστήριξη	,177	,164	,181
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη	,000	,124	-,019
Εκτόνωση συναισθημάτων	,207*	,023	,263*
Θετική επανεκτίμηση	,165	,107	,178
Σχεδιασμός	,185	,633*	,107
Χιούμορ	,143	,254	,129
Αποδοχή	,119	,225	,109
Θρησκεία	,315**	,301	,341**
Αυτομομφή	,245*	,392	,224*
Αίσθηση Συνοχής	-,019	-,402	,062

** . p<0,01

*. p<0,05

Πίνακας 7. Συσχετίσεις FPQ III major -Brief Copre- SOC.

4.6.3. FPQ III medical

Από τον έλεγχο συσχετίσεων του FPQ III medical με το Brief Copre φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση για το σύνολο του δείγματος μόνο με τις διαστάσεις:

- *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)*
- *Άρνηση (Denial)*

Και για τις δύο διαστάσεις προκύπτει ότι μεγαλύτερες τιμές του FPQ III medical συσχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές του Brief Copre. ειδικότερα φαίνεται ότι η συσχέτιση με την *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)* ισχύει μόνο για τους υγιείς, ενώ η συσχέτιση με την *Άρνηση (Denial)* ισχύει μόνο για τους πάσχοντες. Πρέπει να σημειωθεί ότι, παρά την απουσία στατιστικής σημαντικότητας στις αντίστοιχες περιπτώσεις, η τάση δε διαφοροποιείται μεταξύ των ομάδων. Τέλος παρατηρείται στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση του FPQ III medical με την *Αίσθηση Συνοχής (Sense of Coherence)* για τους πάσχοντες και με την *Αυτομομφή (Self blame)* για τους υγιείς. (Πίνακας 8)

FPQIII medical	Correlations		
	Σύνολο	Πάσχοντες	Υγιείς
Απόσπαση προσοχής	,211 *	,122	,225*
Ενεργή αντιμετώπιση	,155	,188	,154
Αρνηση	,245*	,560 *	,184
Χρήση ουσιών	-,128	-,143	-,125
Συναισθηματική στήριξη	,160	,293	,136
Κοινωνική υποστήριξη	,162	,279	,143
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη	,039	,069	,035
Εκτόνωση συναισθημάτων	,199	,476	,143
Θετική επανεκτίμηση	,015	,072	,006
Σχεδιασμός	-,020	,385	-,075
Χιούμορ	,153	-,148	,211
Αποδοχή	-,025	-,059	-,018
Θρησκεία	,156	,301	,135
Αυτομομφή	-,138	,339	-,225 *
Αίσθηση Συνοχής	-,123	-,693 **	-,030

** . p<0,01

* . p<0,05

Πίνακας 8. Συσχετίσεις FPQ III medical -Brief Cope- SOC.

4.6.4. FPQ III total

Από τον έλεγχο των συσχετίσεων του FPQ III total με το Brief Copre φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μόνο για το σύνολο του δείγματος με τις διαστάσεις:

- *Απόσπαση προσοχής (Self distraction)*
- *Αρνηση (Denial)*
- *Συναισθηματική στήριξη (Use of Emotional Support)*
- *Εκτόνωση συναισθημάτων (Venting)*
- *Θρησκεία (Religion)*

Παρατηρείται ότι οι περισσότερες συσχετίσεις είναι κοινές με αυτές που καταγράφηκαν για το FPQ III major. Σε όλες τις περιπτώσεις προκύπτει ότι μεγαλύτερες τιμές του FPQ III total συσχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές των διαστάσεων του Brief Copre . Ειδικότερα, για τους υγιείς επαληθεύονται τρεις από τις συσχετίσεις οι οποίες δεν επαληθεύονται για τους πάσχοντες και επομένως δε μπορούν να αποδοθούν με ασφάλεια σε αυτούς. Επιπλέον, για τους πάσχοντες εντοπίζονται δύο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, μία αρνητική με την *Αίσθηση Συνοχής (Sense of Coherence)* και μία θετική με το *Σχεδιασμό (Planning)*. (Πίνακας 9)

Correlations

FPQIII total	Σύνολο	Πάσχοντες	Υγιείς
Απόσπαση προσοχής	,300**	,477	,269*
Ενεργή αντιμετώπιση	,158	,301	,142
Άρνηση	,269**	,505	,214
Χρήση ουσιών	-,052	,183	-,098
Συναισθηματική στήριξη	,227*	,303	,212
Κοινωνική υποστήριξη	,196	,215	,192
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη	,010	,023	,008
Εκτόνωση συναισθημάτων	,237*	,286	,225*
Θετική επανεκτίμηση	,107	,179	,094
Σχεδιασμός	,086	,612**	,001
Χιούμορ	,192	,213	,190
Αποδοχή	,032	,149	,010
Θρησκεία	,247*	,328	,235*
Αυτομομφή	,005	,409	-,082
Αίσθηση Συνοχής	-,083	-,634*	,025

** . p<0,01

*. p<0,05

Πίνακας 9. Συσχετίσεις FPQ III total -Brief Cope- SOC.

4.6.5. Συσχετίσεις του Brief Core με τη SOC.

Από τον έλεγχο των συσχετίσεων του SOC με το Brief COPE, φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική **αρνητική συσχέτιση** με τις διαστάσεις :

- *Άρνηση (Denial)*
- *Χρήση ουσιών (Substance use)*
- *Κοινωνική υποστήριξη (Use of Instrumental Support)*
- *Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη (Behavioral disengagement)*

και **θετική συσχέτιση** με τις διαστάσεις :

- *Θετική επανεκτίμηση (Positive reframing)*
- *Σχεδιασμός (Planning)*

Για τις δύο τελευταίες διαστάσεις τη *Θετική επανεκτίμηση (Positive reframing)* και το *Σχεδιασμός (Planning)* προκύπτει ότι μεγαλύτερες τιμές της SOC σχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές των διαστάσεων του Brief Core. Για τις υπόλοιπες διαστάσεις η συσχέτιση είναι αρνητική, δηλαδή για μεγαλύτερες τιμές της SOC καταγράφονται μικρότερες τιμές των 4 διαστάσεων του Brief Core. Ειδικότερα, φαίνεται ότι η συσχέτιση με την Άρνηση-Denial ισχύει και για τις δύο ομάδες ενώ η συσχέτιση με το Σχεδιασμός (Planning) αφορά μόνο τους υγιείς. Οι υπόλοιπες συσχετίσεις αφορούν είτε μόνο τους υγιείς είτε μόνο το σύνολο παρά το γεγονός ότι, η τάση δε διαφοροποιείται μεταξύ των δύο ομάδων. (Πίνακας 10)

Correlations

Sense of Coherence	Σύνολο	Πάσχοντες	Υγιείς
Ενεργή αντιμετώπιση	-,019	-,327	,021
Άρνηση	-,420**	-,705**	-,363**
Χρήση ουσιών	-,212*	-,229	-,206
Συναισθηματική στήριξη	-,097	-,254	-,07
Κοινωνική υποστήριξη	-,215*	-,247	-,21
Αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή Εγκατάλειψη	-,334**	-,142	-,361**
Εκτόνωση συναισθημάτων	-,140	-,191	-,128
Θετική επανεκτίμηση	,265**	,251	,267*
Σχεδιασμός	,281**	-,047	,330**
Χιούμορ	,034	-,088	,065
Αποδοχή	,12	,436	,075
Θρησκεία	,081	-,134	,136
Αυτομομφή	-,129	-,378	-,075

** . p<0,01

*. p<0,05

Πίνακας 10. Συσχετίσεις FPQ III -Brief Copre- SOC.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια εκτίμησης του προσωπικού φόβου του πόνου των εργαζομένων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίοι έρχονται συνεχώς αντιμέτωποι στην καθημερινότητα της εργασίας τους με τον πόνο του άλλου. Η έρευνα όμως εστιάστηκε στο πως οι ίδιοι αντιμετωπίζουν τον δικό τους πόνο στην καθημερινότητα τους, πως εκτιμούν το φόβο τους και το άγχος του πόνου τους, καθώς και ποιους τρόπους ή ποιές στρατηγικές χρησιμοποιεί ο καθένας για να αντιμετωπίσει το στρες που δημιουργούν διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες ή ακόμη και ο ίδιος ο πόνος. Στην έρευνα αυτή αξιολογήθηκε επίσης, αν το αίσθημα εσωτερικής Συνοχής συνδέεται με τις στρατηγικές που ο καθένας επιλέγει για να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί στις διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του.

Το δείγμα αποτέλεσαν 94 εργαζόμενοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Δυτικής Μακεδονίας. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όλων των συμμετεχόντων, παρατηρείται ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόκειται για γυναίκες (85,1%), κατοίκους πόλεων (79,8%), έγγαμους (81,9%) και ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο έχουμε μια σημαντική υπεροχή της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 72,5%. Στο δείγμα διερευνήθηκε η ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας και καταγράφηκε ότι από αυτούς το 85,1% που αντιστοιχεί σε 80 συμμετέχοντες, δεν είναι ασθενείς, ενώ το υπόλοιπο 14,9% αντιστοιχεί σε άτομα που αναφέρουν την ύπαρξη ασθένεια. Περιγράφοντας πιο αναλυτικά το δείγμα που αναφέρει την παρουσία πόνου, θα λέγαμε ότι 13 στις 14 περιπτώσεις αφορούν χρόνιες παθήσεις ενώ σε 8 από αυτές περιγράφεται η ύπαρξη πόνου. Σε 5 από αυτές τις περιπτώσεις, ο καταγραφόμενος πόνος αναφέρεται ως έντονος, ενώ μικρή φαίνεται να είναι η επιρροή του στην καθημερινότητα και στις σχέσεις των ασθενών με το περιβάλλον τους.

Οι Breivik et al. το 2006, σε έρευνα, σε 15 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ, διερεύνησαν τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα, τη θεραπεία και τον αντίκτυπο του χρόνιου πόνου. Φάνηκε ότι ο χρόνιος πόνος μέτριας έως σοβαρής έντασης εμφανίζεται στο 19% των ενηλίκων Ευρωπαίων και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της κοινωνικής και επαγγελματικής του ζωής. Πολύ λίγοι ζήτησαν τη βοήθεια ειδικού και οι μισοί σχεδόν έλαβαν ανεπαρκή φροντίδα. Ο χρόνιος πόνος λοιπόν είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη που πρέπει να ληφθεί πιο σοβαρά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας, που αυξάνονται αναλογικά με την ένταση του πόνου, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τα αποτελέσματα. Στην Ισπανική έρευνα των Pérez et al. το 2013, σχετικά με χρόνια μη καρκινικό πόνο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο πόνος παραμένει κάτι υποκειμενικό, γι' αυτό το λόγο, παρόλο που υπάρχουν πολλές επιλογές αντιμετώπισης, πρέπει να ενισχυθεί η επικοινωνία ώστε να δημιουργηθούν θεραπείες ανάλογα με τον καθένα ιδιαίτερα.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου (Fear questionnaire of pain III), η σύντομη κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- BRIEF-COPE) και η Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθηση Συνοχής (Sense of coherence- SOC). Επιχειρώντας μια συνολική εκτίμηση του δείγματος πασχόντων και υγιών, σχετικά με τα τρία αυτά ερωτηματολόγια, θα λέγαμε ότι σε όλες τις διαστάσεις τους, οι μέσες τιμές είναι παρόμοιες και έτσι δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πασχόντων και υγιών.

Εξετάζοντας όμως επιμέρους διαστάσεις των τριών ερωτηματολογίων, για το σύνολο των υγιών και πασχόντων συμμετεχόντων, βρίσκουμε ενδιαφέρουσες συσχετίσεις.

Όσο αφορά το ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου (**Fear of pain questionnaire III**) που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, αποτέλεσε το εργαλείο για την εκτίμηση του φόβου και του άγχους που σχετίζεται με τον πόνο. Η τιμή που παρατηρήθηκε στο σύνολο του δείγματος ήταν $73,77 \pm 15,93$. Οι τιμές ήταν $33,29 \pm 8,53$ για τους πάσχοντες και τους υγιείς $34,46 \pm 6,48$. Ως γνωστό το FPQIII διακρίνεται σε τρεις υποκλίμακες που αναφέρονται στον *Ελάχιστο πόνο*, στον *Ιατρικό πόνο* και στον *Σοβαρό πόνο*. Από αυτές τις υποκλίμακες υψηλότερη τιμή παρουσίασε η υποκλίμακα FPQIII major ($34,29 \pm 6,78$) που αφορά τον Σοβαρό πόνο, με τιμή $33,29 \pm 8,53$ στους πάσχοντες και $34,46 \pm 6,48$ στους υγιείς. Έτσι αντιλαμβανόμαστε ότι ο έντονος σοβαρός πόνος, ο οποίος εκλαμβάνεται ως μια στρεσογόνο κατάσταση, δημιουργεί συναισθήματα φόβου και ανησυχίας τόσο στη κατηγορία ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια, αλλά και σε άτομα υγιείς.

Αναφορικά με τη **Σύντομη κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced-BRIEF-COPE)** οι τιμές που παρουσιάστηκαν οδήγησαν σε αξιολογικά συμπεράσματα.

Όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος, οι προσπάθειες αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων, εντάσσονται σε δύο κύριες λειτουργικές κατηγορίες. Σε αυτή που οι προσπάθειες εστιάζονται στο *προβλήματος* και έχουν στόχο την επίλυση του (Carver et al., 1989). Τέτοιου είδους στρατηγικές αποτελούν: *Η αναζήτηση συντελεστικής κοινωνικής υποστήριξης, ο σχεδιασμός, η συγκράτηση της αντιμετώπισης, η ενεργή αντιμετώπιση*. Και στις προσπάθειες που εστιάζονται στο συναίσθημα, στον έλεγχο δηλαδή των συναισθηματικών αντιδράσεων (Carver et al., 1989). Συναισθηματικού τύπου τεχνικές αποτελούν: *Η αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης, η θετική επανερμηνεία, η αποδοχή, η στροφή προς τη θρησκεία, η αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή εγκατάλειψη, η άρνηση, η επικέντρωση στα συναισθήματα και η εκτόνωσή τους*.

Βέβαια, μια τέτοια διάκριση είναι σχηματική. Όπως αναφέρουν οι Folkman et al. (1986) έρευνες σχετικά με την αντιμετώπιση του στρες, δείχνουν ότι οι δύο λειτουργίες της αντιμετώπισης,

συχνά συνυπάρχουν. Έτσι, οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν ταυτόχρονα τεχνικές εστιασμένες τόσο στο συναίσθημα όσο και στο πρόβλημα. Οι Carver et al. (1989), για παράδειγμα, αναφέρουν ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για αναζήτηση συμβουλών ή πληροφοριών, που αποτελεί στρατηγική που εστιάζεται στην επίλυση του προβλήματος, στην πράξη χρησιμοποιείται συγχρόνως με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για συναισθηματική συμπαράσταση και κατανόηση, η οποία είναι στρατηγική που στοχεύει στη ρύθμιση του συναισθήματος. Επίσης ο ρόλος της θετικής επανερμηνείας, μιας στρατηγικής που εστιάζει στο συναίσθημα, μέσω της ερμηνείας υπό ένα θετικό πρίσμα το άτομο οδηγείται σε ανάληψη δράσης και την υιοθέτηση στρατηγικών που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος. Το ίδιο συμβαίνει και με την στρατηγική, της θετικής επαναξιολόγησης.

Με δεδομένο το μοντέλο του Lazarus για το στρες, καθώς και την θεωρία αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς των Carver και Scheier, ο Carver και οι συνεργάτες του (1989), συμπεριέλαβαν στο ερωτηματολόγιο τους, στρατηγικές που αντανakλούν τις δύο κατηγορίες της αντιμετώπισης που προτάθηκαν από τον Lazarus και τους συνεργάτες του, αλλά και μία νέα διάσταση αντιμετώπισης που προστέθηκε από τους κατασκευαστές του COPE, τη «λιγότερο προσαρμοστική» ή «δυσλειτουργική αντιμετώπιση» και αυτή περιλαμβάνει, την επικέντρωση στα συναισθήματα και την εκτόνωσή τους, την αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή εγκατάλειψη, και η νοητική αποδέσμευση.

Επίσης να τονίσουμε, ότι οι άνθρωποι στην καθημερινότητα τους, εφαρμόζουν μηχανισμούς άμυνας ή αλλιώς προσαρμοστικούς μηχανισμούς (defense mechanisms) έναντι των παραγόντων καταπόνησης ή των εσωτερικών συγκρούσεων στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν το άγχος τους. Ορισμένοι μιλούν επίσης για «ώριμους» ή «προσαρμοστικούς» και «ανώριμους» ή «δυσπροσαρμοστικούς» μηχανισμούς ανάλογα με τον βαθμό που παραποιείται κυρίως η πραγματικότητα σαν αποτέλεσμα της λειτουργίας του συγκεκριμένου αμυντικού μηχανισμού. Όταν τα άτομα αυτά καταπονούνται στα πλαίσια είτε σωματικής είτε νευρολογικής νόσου, μπορεί να παλινδρομήσουν, χρησιμοποιώντας συνηθέστερα πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας σε σχέση με ό,τι στην προνοσηρή τους κατάσταση. Όταν χρησιμοποιούνται δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας, τα άτομα μπορεί να φαίνονται ψυχολογικά υγιή, αλλά όσοι βρίσκονται γύρω τους, συμπεριλαμβανομένων και των γιατρών τους, παρουσιάζουν δυσφορία. Κάποιοι από τους μηχανισμούς αυτούς παρατηρήθηκαν και στην έρευνα. Στην έρευνα υψηλές τιμές παρουσίασαν, στο σύνολο του δείγματος, τόσο η *Ενεργή αντιμετώπιση* όσο και ο *Σχεδιασμός, η Θετική εκτίμηση και η Αποδοχή*.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξε ότι αυξημένες τιμές στο σύνολο του δείγματος παρουσίασαν τόσο η *Ενεργής αντιμετώπιση* όσο και η *Θετική εκτίμηση, ο Σχεδιασμός και η*

Αποδοχή. Η Ενεργή αντιμετώπιση, η λήξη δηλαδή μέτρων για τη μείωση ή την παράκαμψη των στρεσογόνων παραγόντων και ο Σχεδιασμός, η στρατηγική δράση και σκέψη για το ποια βήματα πρέπει να κάνει κάποιος για να χειριστεί το πρόβλημα, αποτελούν επιλογές που εστιάζονται στο πρόβλημα και έχουν απώτερο στόχο την επίλυση του. Οι τιμές που εμφανίστηκαν στο σύνολο του δείγματος ήταν $3,04 \pm 0,69$ και $3,37 \pm 0,61$ αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι το δείγμα παρουσίασε επιλογές που εστιάζονται στην επίλυση του προβλήματος, την άμεση δηλαδή ανάληψη δράσης με στόχο την τροποποίηση της ψυχοπνευματικής κατάστασης ή την πρόληψη ή και μείωση των συνεπειών της. Επίσης η Θετική επανεκτίμηση, η προσπάθεια να αποκομίσει κάποιος κάτι θετικό από την εμπειρία και η Αποδοχή, δηλαδή η παραδοχή της πραγματικής κατάστασης, εμφάνισαν επίσης υψηλές τιμές στο σύνολο του δείγματος των συμμετεχόντων ($3,20 \pm 0,71$ και $3,10 \pm 0,66$ αντίστοιχα). Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι το σύνολο του δείγματος παρουσίασε επίσης επιλογές που εστιάζονται στο συναίσθημα, στην απόπειρα δηλαδή να ρυθμίσουν ή και να μειώσουν τις συναισθηματικές συνέπειες των ψυχοπνευματικών γεγονότων.

Συνεπώς, οι συμμετέχοντες επέλεξαν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες τόσο στη επίλυση των προβλημάτων όσο και στο έλεγχο των συναισθηματικών αντιδράσεων που προκύπτουν από διάφορες ψυχοπνευματικές καταστάσεις. Οι στρατηγικές που επιλέχθηκαν, τόσο η Ενεργή αντιμετώπιση, ο Σχεδιασμός και η Θετική επανεκτίμηση προδίδουν ώριμους και προσαρμοστικούς μηχανισμούς συμπεριφοράς .

Κατά τη διάρκεια της έρευνας αποφασίστηκε να αναζητηθούν συσχετίσεις ανάμεσα στα 3 ερωτηματολόγια , το **Fear of pain questionnaire III** και στις τρεις υποκλίμακες του, το **BRIEF-COPE** και την κλίμακα της **Αίσθηση Συνοχής (SOC)**. Σκοπός της αναζήτησης ήταν να διαπιστωθεί πόσο σχετίζεται ο φόβος του πόνου με τις στρατηγικές αντιμετώπισης και πως αυτά συναρτώνται με την Αίσθηση Συνοχής.

Ξεκινώντας τις συσχετίσεις έγινε έλεγχος των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ **FPQ III** και **Brief-Cope**. Στην την κλίμακα που αναφέρεται στον **Ελάχιστο πόνο FPQ III minor**, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μόνο με τη διάσταση *Απόσπαση Προσοχής (Self-distraction)*. ($p < 0,05$). Σε σχέση με τους υγιείς, τα πάσχοντα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν αυτά που εφάρμοσαν περισσότερο το μηχανισμό της απόσπασης. Ο έλεγχος που ασκεί το άτομο στις σκέψεις του ονομάζεται γνωστικός έλεγχος. Μια μορφή γνωστικού ελέγχου είναι και ο γνωστικός περισπασμός ή αλλιώς Απόσπαση Προσοχής (Self-distraction). Πρόκειται για μια συνειδητή στροφή της προσοχής του ατόμου σε οτιδήποτε άλλο εκτός από το πρωτεύον ζήτημα που προκαλεί ανησυχία. Η Απόσπαση Προσοχή είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τον πόνο του και να αποκτήσει την αίσθηση ελέγχου πάνω σε αυτόν. Η αναζήτηση της αποτελεσματικότητας της Απόσπαση Προσοχής στη μείωση του βιώματος του πόνου

έχει αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης Οι περισσότερες έρευνες έδειξαν την αποτελεσματικότητα της νοερής απεικόνισης (Brown, 1984 · McGrath et al., 1992 · Mannix et al., 1999). Ωστόσο σε ορισμένες μελέτες φάνηκε, ότι δεν υπερτερεί έναντι άλλων τεχνικών (Pacqua, 1993).

Ενδεικτικά, οι Burns-Nader et al. (2015) θέλησαν να μελετήσουν κατά πόσο ένας υπολογιστής Tablet μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον πόνο στα παιδιά που τους έκαναν ένεση. Δυστυχώς τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση του Tablet δεν φάνηκε ικανή να μειώσει τον πόνο κατά την διάρκεια της ένεσης. Παρόμοια έρευνα είχε πραγματοποιηθεί και το 2002 από τους Cassidy et al. αλλά αυτή τη φορά αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα των οπτικοακουστικών μέσων στην απόσπασης της προσοχής. Και εδώ όμως, τα κινούμενα σχέδια δεν απέσπασαν την προσοχή των παιδιών κατά τη διάρκεια της ένεσης ούτε κατάφεραν να μειώσουν τον πόνο τους. Επίσης οι Boerner et al. (2015), σε μια συστηματική ανασκόπηση, εκτίμησαν την αποτελεσματικότητα των απλών ψυχολογικών παρεμβάσεων, για την αντιμετώπιση του φόβου του πόνου και σε ενήλικες που υποβάλλονται σε πράξεις στις οποίες είναι απαραίτητη η χρήση βελόνας όπως ο εμβολιασμός, η φλεβοκέντηση και άλλα. Παρόλο που δεν βρέθηκαν δημοσιευμένες έρευνες που να αφορούν τον πόνο του εμβολιασμού σε ενήλικες η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων σε όλες τις άλλες μελέτες ήταν πολύ χαμηλή. Επίσης δεν υπάρχουν αποδείξεις, ότι η χρήση της μουσικής ή του οπτικό περιεχόμενο μπορεί να αποβεί αποτελεσματική. Φαίνεται λοιπόν ότι σύμφωνα με ορισμένες μελέτες η Απόσπαση της Προσοχής βοηθά αλλά με μέτρια αποτελέσματα.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της Απόσπασης της Προσοχής και ενίσχυσης θετικής διάθεσης, λειτουργεί η εικονική πραγματικότητα, παρέχοντας μια πολυαισθητηριακή πληροφορία. Κατά τη διάρκεια της σε λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου, αποκαλύπτονται σημαντικές μειώσεις στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου (Wender et al., 2009). Τα πρώτα πιθανά θετικά αποτελέσματα της εικονικής πραγματικότητας φάνηκαν στην Ολλανδία το 2007 σε 19 ενήλικες ασθενείς και παιδιά. Κάθε ασθενής έλαβε αναλγησία και ακολούθησε μια μέθοδο απόσπασης προσοχής. Μετά από σύγκριση των διαφόρων μεθόδων, η εικονική πραγματικότητα υπερίσχυσε, μαζί με την τηλεόραση. Συσχετίσεις μεταξύ της μείωσης του πόνου και διάφορες μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, νοσηλεία, δεν βρέθηκαν. Δεν καταγράφηκε σημαντική μείωση στο άγχος. Ωστόσο, δεκατρείς από 19 ασθενείς ανέφεραν κλινικά σημαντική (33% ή μεγαλύτερη) μείωση πόνου, ενώ δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες. Αργότερα το 2008 ο Morris σε μετανάλυση του, συμπέρανε ότι η εικονική πραγματικότητα σε συνδυασμό με φάρμακα και φυσιοθεραπεία μπορεί να μειώσει τον πόνο, αλλά για την πλήρη τεκμηρίωση του, απαιτείται ακόμη περισσότερη έρευνα (Morris et al., 2009).

Το 2008 στην Αμερική οι Sharar et al. δοκίμασαν σε δύο εφήβους την εικονική πραγματικότητα και τα videogames. Ο πόνος μετρήθηκε την κλίμακα VAS. Η εικονική

πραγματικότητα υπερίσχυσε. Το 2009 έγινε τυχαιοποιημένη τυφλή μελέτη σε είκοσι εγκαυματίες ηλικίας 18-19 ετών για να συγκριθούν μεταξύ τους, η διαδραστική εικονική πραγματικότητα και η μη διαδραστική. Η πρώτη προσέφερε 32% λιγότερο χρόνο σκέψης πόνου, 75% λιγότερη δυσαρέσκεια σε πόνο και 47% περισσότερη διασκέδαση από τη μη διαδραστική.

Όσο αφορά τα αποτελέσματα στους πάσχοντες συμμετέχοντες πάσχοντες του δείγματος, παρατηρήθηκε ότι υιοθετούν και μια άλλη στρατηγική αντιμετώπισης και αυτή είναι ο *Σχεδιασμός (Planning)* ($p < 0,05$). Όταν αναφερόμαστε στο Σχεδιασμό (Planning), εννοούμε όλη τη διαδικασία της σκέψης που απαιτείται σχετικά με την οργάνωση και τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου. Σε κάθε περίπτωση όμως, το είδος των στρατηγικού σχεδιασμού που θα εφαρμόσει το κάθε άτομο, καθορίζεται από μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι αναφέρονται τόσο στις συνθήκες όσο και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984).

Επιπλέον οι πάσχοντες που παρουσίασαν υψηλές τιμές στο FPQ III minor, είχαν χαμηλή τιμή στην Αίσθηση Συνοχής (SOC) ($p < 0,05$). Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι όσοι από τους πάσχοντες έχουν χαμηλή Αίσθηση Συνοχής, φοβούνται ακόμη και τον ελάχιστο πόνο.

Συνεχίζοντας με τον έλεγχο των συσχετίσεων του **FPQ III major**, όπου αναφέρεται στο σοβαρό και δυνατό πόνο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση για το σύνολο των συμμετεχόντων, στις διαστάσεις, *Απόσπαση προσοχή (Self distraction)* ($p < 0,01$), *Άρνηση (Denial)*, *Συναισθηματική στήριξη (Use of Emotional Support)* ($p < 0,05$), *Εκτόνωση συναισθημάτων (Venting)* ($p < 0,05$), *Θρησκεία (Religion)* ($p < 0,01$), *Αυτομομοφή (Self blame)* ($p < 0,05$).

Οι μηχανισμοί της Απόσπαση Προσοχής (Self distraction) η Άρνηση (Denial) και η Αυτομομοφή (Self blame), που φαίνεται να υιοθετούνται από όσους αναφέρουν φόβο του σοβαρού πόνου, αποτελούν *δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης*.

Η Άρνηση (Denial) αποτελεί ένα βραχυπρόθεσμα αποτελεσματικό, αλλά μακροπρόθεσμα αναποτελεσματικό μηχανισμό άμυνας. Στο δείγμα μας οι πάσχοντες ήταν αυτοί που επέλεξαν την Άρνηση σε σχέση με τους υγιείς. Το άτομο μη μπορώντας να συνειδητοποιήσει ένα στρεσογόνο γεγονός, μπλοκάρει κάθε συναισθηματική αντίδραση. Από ψυχοδυναμική άποψη, η Άρνηση είναι ένας παθολογικός, αναποτελεσματικός μηχανισμός άμυνας. Από την άλλη πλευρά, βραχυπρόθεσμα μπορεί να θεωρηθεί ως μια προσαρμοστική στρατηγική για την προστασία έναντι συντριπτικών γεγονότων και των αντιστοίχων έντονα δυσάρεστων συναισθημάτων (Breznitz, 1983· Cohen & Lazarus, 1973· Wilson, 1981). Μια άποψη είναι ότι η Άρνηση είναι χρήσιμη στα πρώτα στάδια της μια αγχωτική συναλλαγής αλλά αργότερα παρεμποδίζει την αντιμετώπιση της (Levine et al, 1987 · Mullen et al., 1982· Suls et al., 1985). Να τονίσουμε ότι η Άρνηση δείχνει μια σχετική «αποτελεσματικότητα» στη μείωση της αντιλαμβανόμενης ψυχικής καταπόνησης, παρότι συνήθως

θεωρείται πρώιμος και «ανώριμος» μηχανισμός άμυνας που συχνά οδηγεί στην υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Ο Vaillant (Vaillant, 1992) έχει τονίσει πως υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στο να προσδιοριστεί πότε η Άρνηση είναι «καλή» και πότε «κακή», ενώ άλλοι συγγραφείς διαχωρίζουν την «ψυχωτική» από την «νευρωτική» Άρνηση ή προτείνουν μια επιπλέον διαβάθμιση της Άρνησης με βάση την «αποτελεσματικότητά» της (Perry et al., 1990).

Ασθενείς που χρησιμοποίησαν τον μηχανισμό άμυνας της Άρνησης, όταν εμφάνισαν για πρώτη φορά συμπτώματα εμφράγματος του μυοκαρδίου, καθυστέρησαν την μετάβαση τους στο νοσοκομείο και ήταν απρόθυμοι να πάρουν μέρος σε πρόγραμμα αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η Άρνηση σε δυνητικούς εμφραγματίες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της υγείας τους (Stenström, 2005). Οι νοσηλευτές που εργάζονται κοντά σε ασθενείς τελικού σταδίου και στις οικογένειες τους, ή σε άτομα που έχουν χάσει δικούς τους ανθρώπους, οφείλουν να κατανοήσουν τη λειτουργία του μηχανισμού της Άρνησης και πως αυτή βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχολογικές απειλές για να μπορέσουν να βοηθήσουν αποτελεσματικά (Davidhizar et al., 1998). Οι αντιδράσεις των ασθενών τελικού σταδίου είναι μερικές φορές δύσκολο να κατανοηθούν. Είναι αναγκαίο η άρνηση να τεθεί στην πραγματική διάσταση της, σε σχέση με άλλους μηχανισμούς άμυνας που μπορεί να έρθουν στο προσκήνιο, κάθε φορά που ένα φυσιολογικό άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με την πραγματικότητα του θανάτου, του δικού του ή κάποιου κοντινού (DeHennezel, 1989). Ως προς την ηλικία οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν Άρνηση. Το πολιτισμικό υπόβαθρο φάνηκε επίσης να παίζει και αυτό κάποιο ρόλο στην επικράτηση της άρνησης. Ούτε το φύλο, ούτε ο τύπος του καρκίνου έδειξαν να συσχετίζονται. Οι στρατηγικές περισπασμού βρέθηκαν να μειώνουν την αγωνία, ενώ οι μηχανισμοί παθητικής διαφυγής μειώνουν την ψυχολογική ευεξία (Vos et al., 2007).

Ο Janoff-Bulman (1979) πρώτος προσδιόρισε την συμπεριφορική και την χαρακτηριστική Αυτομομφή (Self blame). Η συμπεριφορική αυτομομφή αντανακλά το γνωστικό στυλ με το οποίο τα άτομα αποδίδουν την αιτία των αρνητικών γεγονότων στο γεγονός ότι οι ίδιοι άρχισαν ή απέτυχαν να αρχίσουν την εφαρμογή συγκεκριμένων δράσεων που οδήγησαν στα γεγονότα αυτά. Το άτομο εμφανίζει τόσο αρνητική άποψη για τον εαυτό του, όσο και υπερβολικές απαιτήσεις από τον ίδιο του τον εαυτό.

Σε έρευνα των Tangney et al., 1992, μεταξύ προπτυχιακών φοιτητών εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ της ντροπής, της ενοχής και της ψυχοπαθολογίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προδιάθεση ντροπής ήταν στενά συνδεδεμένη με την ψυχολογική αδυναμία προσαρμογής σε γενικές γραμμές και όχι με κάποια συμπτώματα.

Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός ζωής μπορεί να κατηγορούν τον εαυτό τους, εν μέρει, επειδή αντιλαμβάνονται ότι θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί κάποιες ενέργειες

που οδήγησαν στο συμβάν. Μία μελέτη σε άτομα με κάκωση νωτιαίου μυελού, έδειξε ότι οι ερωτηθέντες αιτιολόγησαν το συμβάν ανάλογα με την αντίληψη που είχαν κατά πόσο θα μπορούσαν να το αποφύγουν εστιάζοντας στη δική τους συμπεριφοράς. Παρόλο που εκπαιδευμένοι βαθμολογητές δεν τους απέδωσαν τον ίδιο βαθμό ευθύνης, οι ερωτηθέντες πίστευαν ότι οι ίδιοι ευθύνονται και ότι θα μπορούσαν να είχαν αποφύγει το συμβάν (Davis et al., 1996).

Οι επόμενες διαστάσεις *Συναισθηματική στήριξη (Use of Emotional Support)* ($p < 0,05$), *Εκτόνωση συναισθημάτων (Venting)* ($p < 0,05$) και *Θρησκεία (Religion)* ($p < 0,01$), ανήκουν στους προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Η συνειδητοποίηση ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα και η αναζήτηση βοήθειας, είναι δύο μεγάλα βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση. Η *Συναισθηματική υποστήριξη (Use of Emotional Support)*, συνδέεται με την ανταλλαγή εμπειριών ζωής. Η υποστήριξη του δικτύου θεωρείται ότι συμβάλει στη μείωση του στρες μέσω τριών σημαντικών τρόπων (Coyne et al., 1981 · House, 1981 · Willis, 1984). Την υλική υποστήριξη με τη μορφή υλικών πόρων, την πληροφοριακή υποστήριξη προτείνοντας εναλλακτικούς τρόπους δράσης για την επίλυση ενός αγχωγόνου προβλήματος και την συναισθηματική υποστήριξη. Τα είδη αυτής της υποστήριξης είναι σημαντικά, καθώς βοηθούν τα άτομα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις μιας σοβαρής ασθένειας.

Οι άνθρωποι που αισθάνονται ότι έχουν κάποιο στο πλευρό τους το οποίο μπορούν να εμπιστευτούν και να μοιραστούν μαζί του τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, εμφανίζουν καλύτερη ανοσοποιητική λειτουργία (Thomas et al., 1985).

Η *Συναισθηματική υποστήριξη* θα μπορούσε να είναι μέρος της κοινωνικής υποστήριξης των μελών των δικτύων, μαζί με την *άμεση υλική υποστήριξη* με τη μορφή φυσικών πόρων που προσφέρει η οικογένεια, οι φίλοι και οι γνωστοί, όπως και με την *πληροφοριακή υποστήριξη*, προτείνοντας εναλλακτικούς τρόπους δράσης. Για μερικούς ερευνητές η *Συναισθηματική υποστήριξη* συμπεριλαμβάνει την παροχή φροντίδας, την ενσυναίσθηση, την αγάπη και την εμπιστοσύνη (Langford et al., 1996), ενώ για άλλους συμπεριλαμβάνει εκφράσεις ενθάρρυνσης, ενεργητικής ακρόασης, καθώς και τον προβληματισμό και τη διαβεβαίωση (Dale, Williams & Bowyer, 2012). Επίσης, είναι γνωστό ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα και πιο υποστηρικτικά δίκτυα από τους άνδρες (Antonucci, 1987). Κοιτάζοντας ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι εκείνοι που σπάνια ή ποτέ δεν έλαβαν κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν συχνή σωματική δυσφορία, ψυχική οδύνη, περιορισμούς δραστηριοτήτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, συμπτώματα άγχους και ανεπαρκούς ύπνου, καθώς και συχνό πόνο (Strine et al., 2008).

Κοινωνική και Συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να προκύψει από μια ευρεία ποικιλία πηγών, όπως τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι, γνωστοί ή συνομήλικες. Ασθενείς που συμμετέχουν σε

οργανώσεις της κοινότητας έχουν καλύτερη κατάσταση τη υγείας και προσαρμοστικότερες συμπεριφορές, ειδικά σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος. Τα αποτελέσματα έγιναν γνωστά από μια μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με Σακχαρώδη διαβήτη Τύπου 2, σε έξι ευρωπαϊκές χώρες σε μια εποχή οικονομικής κρίσης (Koetsenruijter et. al., 2015). Η ίδια κατηγορία ασθενών, σε πιο πρόσφατη μελέτη παρατήρησης, εμφάνισε συσχέτιση μεταξύ πτυχών των κοινωνικών δικτύων και αυτοδιαχείρισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ενημερωτικά δίκτυα, τα συναισθηματικά δίκτυα και η συμμετοχή των ασθενών σε διοργανώσεις της κοινότητας, συνδέονται με καλύτερη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης. Η σχέση αυτοδιαχείρισης και ενημερωτικής υποστήριξης ήταν ιδιαίτερα ισχυρή στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ η σχέση με την συναισθηματική υποστήριξη, ήταν ισχυρότερη στην ομάδα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Koetsenruijter et. al, 2015).

Με την στρατηγική που ονομάζεται *Venting* (Εκτόνωση Συναισθημάτων) εννοείται η δυναμική έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων. Ο μηχανισμός αυτός κατατάσσεται στους «δυσλειτουργικούς μηχανισμούς» και λιγότερο επωφελής για το άτομο. Ο Φρόιντ πίστευε ότι τα άτομα χρειάζονται να απελευθερώσουν τα συναισθήματα τους (Breuer & Freud , 1957). Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις συνιστούν την εκδήλωση της οργής ως ένα τρόπο επιτυχούς διαχείρισης μιας σύγκρουσης και μείωσης της οργής σε περιπτώσεις διαπραγματεύσεων (Lewicki et al., 1999· Fisher et al., 2005). Απελευθερώνονται τα αρνητικά συναισθήματα, μέσα από ένα είδος κάθαρσης και προκαλείται μείωση της έντασης και της εχθρότητας (Lewicki et al., 1999). Έρευνες αρκετών δεκαετιών, ωστόσο, κατέληξαν ότι η έκφραση των συναισθημάτων δεν οδηγεί αναγκαστικά σε απελευθέρωση θυμού, αλλά αντίθετα μπορεί να επιδεινώσει την οργή (Hornberge et al., 1959· Berkowitz et al., 1962· Buss, 1966· Geen et al., 1975· Murray et al., 1978) ή να οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες στη συμπεριφορά, όπως αντίποινα (Baumeister et al., 1999· Bushman 2002), όπως διακοπή των διαπραγματεύσεων, μικρότερη πιθανότητα να εξασφαλίσει μια συμφωνία, λιγότερο ενδιαφέρον για τις μελλοντικές αλληλεπιδράσεις, λιγότερο ευνοϊκές εντυπώσεις, και λιγότερο επικερδή αποτελέσματα (Allred et al., 1997· Friedman et al., 2004· Adler et al., 1998· Van Kleef et al., 2004· Kopelman et al., 2006· Van Kleef et al., 2008).

Τέλος οι συμμετέχοντες φάνηκε να χρησιμοποιούν ως στρατηγική αντιμετώπισης την *Θρησκεία (Religion)*. Την τάση, δηλαδή, που μπορεί να έχει κάποιος να στρέφεται στην θρησκεία σε περιόδους που βιώνει καταστάσεις στρες. Η επιλογή της θρησκείας ως τρόπο αντιμετώπισης καταστάσεων αποτελεί αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και οικογένειας. Θρησκευόμενες οικογένειες εξέφρασαν ότι τα παιδιά τους παρουσίαζαν μεγαλύτερη εμπάθεια και ευαισθησία για δικαιοσύνη στην καθημερινή τους ζωή από ότι σε μη-Θρησκευόμενες οικογένειες, όμως η θρησκεία βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τον αλτρουισμό των παιδιών, αλλά θετικά με την τιμωρητική τους τάση

(Decety, 2015). Η θρησκεία ήταν μια συχνά χρησιμοποιούμενη στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους και ακολουθούσε ο Σχεδιασμός-Planning, η Αποδοχή-Acceptance, και η Ενεργή αντιμετώπιση-Active Coping σε νέους ιατρούς σε έρευνα των Fahad D. Al. et al.,(2015), όπως και σε φοιτητές οδοντιατρικής στη Σαουδική Αραβία (Al-Sowayh Zh., 2013). Στη προσπάθεια να ανακαλυφθούν συσχετίσεις μεταξύ Θρησκείας, πνευματικότητας και σωματικής υγείας, έρευνα έδειξε ότι μόνο οι υγιείς συμμετέχοντες σε συχνές δραστηριότητες της εκκλησίας, εμφάνισαν μείωση του κινδύνου θνησιμότητας. Η θρησκεία ή πνευματικότητα προστατεύει από καρδιαγγειακά νοσήματα, ωθώντας τον ασθενή σε ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Ωστόσο δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν μια σύνδεση μεταξύ του βάθους της θρησκευτικότητας και της σωματικής υγείας, κάτι που ίσως αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών ερευνών (Powell, 2003).

Όπως προαναφέρθηκε οι υψηλές τιμές του FPQ III major σχετίστηκαν θετικά με τις διαστάσεις του Brief Copre. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι οι στρατηγικές της Απόσπαση Προσοχής (Self Distraction) και του Σχεδιασμού (Planning) παρουσίασαν θετική συσχέτιση μονάχα στους πάσχοντες συμμετέχοντες. Οι υγιείς που εκφράζουν φόβο του σοβαρού πόνου, χρησιμοποιούν ως στρατηγικές συνήθως την Συναισθηματική Υποστήριξη, την Εκτόνωση συναισθημάτων, την Θρησκεία και την Αυτομομφή.

Στο **FPQ III medical** οι διαστάσεις που έχουν στατιστικά θετική συσχέτιση ανήκουν στις διαστάσεις της *Απόσπαση Προσοχής (Self distraction)* και *Άρνηση (Denial)*. Ειδικότερα φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση της Απόσπαση Προσοχής (Self distraction) σχετίζεται θετικά μόνο για τους υγιείς, που αναφέρουν φόβο του ιατρικού πόνου, ενώ η Άρνηση(Denial) σχετίζεται θετικά μόνο με τους πάσχοντες που αναφέρουν αντίστοιχο φόβο. Οι πάσχοντες που παρουσίασαν υψηλές τιμές στο FPQ III medical εμφάνισαν χαμηλή Αίσθηση Συνοχής. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι πάσχοντες του δείγματος που παρουσιάζουν χαμηλή Αίσθηση Συνοχής φοβούνται τον Ιατρικό πόνο.

Συμπερασματικά, λοιπόν, το **FPQ III total** παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις, Απόσπαση Προσοχής (Self distraction) ($p<0,01$), Άρνηση (Denial) ($p<0,01$), Συναισθηματική υποστήριξη (Use of Emotional Support) ($p<0,05$), Venting (Εκτόνωση Συναισθημάτων) ($p<0,05$), και Θρησκείας (Religion) ($p<0,05$). Φάνηκε λοιπόν ότι οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν το φόβο του πόνου με προσπάθεια να αποσπάσουν την προσοχή τους από το συμβάν, να το αρνηθούν και να απομακρυνθούν έτσι από αυτό. Φάνηκε επίσης ότι τείνουν να αναζητούν συναισθηματικής υποστήριξη για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν και τέλος βρίσκουν ανακούφιση στη θρησκεία.

Αναφορικά με την **Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of coherence-SOC)** τα αποτελέσματα παρουσίασαν στο σύνολο του δείγματος τιμή $138,79 \pm 21,41$, που θεωρείται σχετικά υψηλή τιμή. Στην ομάδα των υγιών και εμφάνισε τιμές $139,21 \pm 21,44$, καθώς και στην ομάδα των πασχόντων, με τιμές ελάχιστα χαμηλότερες $136,36 \pm 21,87$. Η Αίσθησης συνοχής (SOC)

θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας. Πλήθος ερευνών συσχετίζουν την υψηλή Αίσθηση συνοχής με την προαγωγή και τη διατήρηση της καλής φυσικής υγείας, καθώς και με το γεγονός ότι επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του ατόμου (Eriksson et al, 2007). Οι άνθρωποι με μια ισχυρή Αίσθηση συνοχής (SOC) έχουν υψηλή ικανότητα να αντιμετωπίζουν το άγχος και τη διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας. Σε έρευνα τους οι Kikuchi et al. (2014), στην Ιαπωνία, θέλοντας να αξιολογήσουν τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης, εργασιακού στρες και Αίσθησης συνοχής μεταξύ γυναικών νοσηλευτριών, σε δείγμα 348 συμμετεχόντων, διαπίστωσαν ότι η τιμή της Αίσθησης συνοχής (SOC) ήταν $124,2 \pm 21,2$. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η Αίσθηση συνοχής (SOC) μπορεί να παίζει ρόλο στην προστασία των νοσηλευτριών από καταθλιπτικές καταστάσεις. Στην Σουηδία οι Jonsson A. et al. (2003) μελέτησαν τη συχνή εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε πληρώματα ασθενοφόρων. Οι τιμές της Αίσθησης συνοχής SOC που βρέθηκαν στους συμμετέχοντες, ήταν 67,72 για όλο το σύνολο του δείγματος. Για αυτούς που είχαν υποστεί κάποιο τραυματική εμπειρία ήταν 66.30 ± 10.03 , ενώ αυτοί που δεν είχαν υποστεί κανένα τραυματικό γεγονός η τιμή ήταν 70.03 ± 8.78 . Υποδεικνύοντας έτσι μια χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) και οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι μια χαμηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) πιθανολογεί την πιο συχνή εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων, μετά από ένα τραυματικό συμβάν.

Διερευνώντας πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του **Brief Cope με τη SOC**, οι διαστάσεις που παρουσίαζαν θετική συσχέτιση με την Αίσθηση Συνοχής ήταν, η *Θετική Επανασχεδίαση (Positive reframing)* ($p < 0,01$) και ο *Σχεδιασμός (Planning)* ($p < 0,01$). Και οι δύο είναι «ώριμοι» ή «προσαρμοστικοί» μηχανισμοί.

Ο *Σχεδιασμός (Planning)* αναφέρεται στην οργάνωση της σκέψης και της δράσης, το πώς δηλαδή σκεφτόμαστε να αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση. Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει τις κατάλληλες στρατηγικές δράσης και τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα με τον καλύτερο τρόπο. Να επισημανθεί ότι ο σχεδιασμός συμβαίνει κατά διάρκεια της δευτεροβάθμιας γνωστικής αξιολόγησης και εστιάζεται στην επίλυση του προβλήματος. Επίσης αποτελεί μια υγιή και θετική αντίδραση του ατόμου.

Η *Θετική Επανασχεδίαση (Positive reframing)* δηλώνει την προσπάθεια του ατόμου να αποκομίσει κάτι θετικό από την εμπειρία. Το μέγεθος των καθημερινών δυσκολιών ή μικροπραγμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο νοηματοδότησης τους. Η θετική σκέψη είναι μια διανοητική και συναισθηματική στάση που εστιάζει στη φωτεινή πλευρά της ζωής και αναμένει θετικά αποτελέσματα. Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί με την ψυχική και σωματική υγεία και με την προσωπικότητα του ατόμου. Συνδέθηκε με μείωση των επιπέδων κατάθλιψης και του ακαδημαϊκού άγχους, καθώς και με την αντιμετώπιση των ψυχοπνευματικών καταστάσεων και την υψηλότερη ποιότητα υγείας (Mannix et al., 2009· Schou et al., 2005). Η Θετική Επανασχεδίαση δεν

αλλάζει την κατάσταση, αλλά μπορεί να μειώσει σίγουρα τις δυσάρεστες καταστάσεις και να βάλει τα πράγματα σε μια πιο υγιή προοπτική. Ένα θετικό πρόσωπο προσδοκά την ευτυχία, την υγεία και την επιτυχία, και πιστεύει ότι αυτός ή αυτή μπορεί να υπερνικήσει κάθε εμπόδιο και δυσκολία. Όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα μελετών, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας, ανέφεραν το μικρότερο βαθμό καθημερινών δυσκολιών ή μικροπροβλημάτων. Αυτό συνέβαινε όχι επειδή ήταν πράγματι λιγότερα, αλλά πρωτίστως επειδή αντιλαμβάνονταν τα εν λόγω ως αναπόφευκτο κομμάτι της ζωής που έπρεπε να αντιμετωπιστεί (Nelson et al., 1995).

Ωστόσο παρατηρήθηκαν και αρνητικές συσχετίσεις της Αίσθησης συνοχής (SOC) με την *Άρνηση (Denial)* ($p<0,05$), τη *Χρήση Ουσιών (Substance use)* ($p<0,05$), τη *Χρήση Κοινωνικής Στήριξης (Use of Instrumental Support)* ($p<0,05$), καθώς και με μηχανισμούς λιγότερο επωφελούς αντιμετώπισης όπως η *Συμπεριφορική Αποδέσμευση (Behavioral disengagement)* ($p<0,05$).

Η *Συμπεριφορική Εγκατάλειψη (behavioral disengagement)* ($p<0,05$), που χαρακτηρίζεται και ως «δυσλειτουργική αντιμετώπιση», βρέθηκε αρνητικά συσχετιζόμενη ($p<0,05$) με την Αίσθησης συνοχής (SOC) και δηλώνει τη μειωμένη προσπάθεια του ατόμου να ασχοληθεί με τον στρεσογόνο παράγοντα και εγκατάλειψη της προσπάθειας να ασχοληθεί με οτιδήποτε γύρω από αυτό. Η συμπεριφορική εγκατάλειψη αντανακλάται σε φαινόμενα που ταυτίζονται με όρους όπως η ανημπόρια. Πολλές φορές η απομάκρυνση από το στόχο αποτελεί μια ιδιαίτερα προσαρμοστική κίνηση (Klinger, 1975) σε έντονες καταστάσεις, συχνά όμως εμποδίζει την αντιμετώπιση (Aldwin et al., 1987· Billings et al., 1984· Cronkite et al., 1984· Wills, 1986). Θεωρητικά η συμπεριφορική εγκατάλειψη συμβαίνει όταν οι άνθρωποι περιμένουν μια άσχημη έκβαση των γεγονότων.

Η συσχέτιση της Αίσθησης συνοχής (SOC) με την *Κοινωνική Υποστήριξη (Use of Instrumental Support)* ήταν και αυτή αρνητική ($p<0,05$). Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σημαίνει αναζήτηση συμβουλών, βοήθειας και πληροφοριών. Αυτή η αντίδραση αντιμετώπισης δείχνει επικέντρωση στο πρόβλημα. Σε αντίθεση με την αναζήτηση υποστήριξης, συμπάθειας και κατανόηση που αφορά την συναισθηματική υποστήριξη. Έχουμε διάκριση μεταξύ των δύο αυτών κοινωνικών λειτουργιών υποστήριξης, επειδή είναι διαφορετικές εννοιολογικά. Στην πράξη, όμως, συχνά συνυπάρχουν (Aldwin & Revenson, 1987). Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας προστατευτικός παράγοντας στον τομέα της υγείας, η απουσία της οποίας προβλέπει θνησιμότητα και νοσηρότητα. Με αυτήν, υπάρχει μέριμνα και εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων δράσεις και προγράμματα κοινωνικής πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων.

Όταν ένα άτομο βιώνει στρες και μάλιστα σε ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο, τότε αυξάνεται η πιθανότητα να ωθηθεί στην υιοθέτηση συμπεριφορών, που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Το χρόνιο καθημερινό στρες και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, μπορούν να στρέψουν την προσοχή του

ατόμου αλλού και είτε να αμελήσει την φροντίδα του εαυτού του, είτε προσπαθώντας να αντιμετωπίσει το στρες να υιοθετήσει βραχυπρόθεσμα ευχάριστες αλλά ανθυγιεινές συμπεριφορές. Μελέτες με αντικείμενο τις συμπεριφορές υγείας δείχνουν ότι οι άνθρωποι που βιώνουν έντονο στρες καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ, και έτοιμα φαγητά ενώ ταυτόχρονα αθλούνται λιγότερο (Melamed et al., 1997· Ogden & Mitandabari, 1997· Steptoe et al., 1998). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλή Αίσθηση Συνοχής (SOC), δεν αναζητούν βοήθεια.

Σχετικά με την *Χρήση Ουσιών* ($p<0,05$) φάνηκε από τον έλεγχο των συσχετίσεων ότι οι συμμετέχοντες με υψηλή Αίσθηση συνοχής (SOC) δεν υιοθετούν ως στρατηγική αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων τη χρήση ουσιών δίνοντας της μάλιστα μία πολύ μικρή τιμή. Το δείγμα μας υπήρξε απαλλαγμένο από αναζητήσεις σε ουσίες και εξαρτήσεις. Έρευνες όμως έχουν δείξει ότι διαταραχές της ψυχικής υγείας, ειδικά διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές, συχνά συνυπάρχουν με την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση (Chan et al., 2008· Charney et al., 2005· Kushner et al., 1999· Zimmerman et al., 2003). Σε 77 μελέτες και διαπιστώθηκε ότι τα δύο τρίτα των εφήβων και ενήλικων που λάμβαναν θεραπεία για ουσίες ανέφεραν επίσης συμπτώματα που σχετίζονται με συνυπάρχουσες διαταραχές της ψυχικής υγείας μέσα στον τελευταίο χρόνο (Chan et al., 2008). Πολλά άτομα που δέχτηκαν θεραπεία για ουσία, παρουσίαζαν επίσης και άλλα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη (Charney et al., 2005). Άρα το κοινωνικό άγχος σχετίζεται με την κατάχρηση ουσιών τόσο στη φάση της υποτροπής όσο και της αποκατάστασης. Άτομα που διακατέχονται από κοινωνικό άγχος ανέφεραν τη χρήση αλκοόλ για να αισθάνονται πιο άνετα σε κοινωνικές καταστάσεις (Carrigan et al., 2003). Σε έρευνα 14 ετών για τη σχέση κοινωνικού άγχους και εξάρτησης, βρέθηκε ότι η διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι ένας προγνωστικός δείκτης της εξάρτησης από το αλκοόλ και την κάνναβη, ακόμη και μετά τον έλεγχο κάποιων άλλων διαταραχών άγχους που εμφάνιζαν (Buckner et al., 2006).

Οι εργαζόμενοι του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διατρέχουν επίσης υψηλό κίνδυνο κατάχρησης ουσιών. Λόγω συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου, όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας, η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και ετοιμοθάνατων ασθενών, η ανεπαρκής προετοιμασία σε σχέση με τις απαιτήσεις της εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση και η ανεπαρκής γνώση όσον αφορά τους κινδύνους του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών, το ιατρικό προσωπικό αντιμετωπίζει ιδιαίτερο κίνδυνο κατάχρησης ουσιών. Σε ένα άρθρο των Trinkoff and Storr (1998) αναφέρεται ότι ποσοστό 2 έως 3% όλων των νοσηλευτριών έχουν εθιστεί σε ναρκωτικές ουσίες και ότι 40.000 νοσηλεύτριες στις Ηνωμένες Πολιτείες υποφέρουν από αλκοολισμό. Ο Cicala (2003) αναφέρει ότι και οι ιατροί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάχρησης ουσιών. Ποσοστό 8 έως 12% των ιατρών αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα κατάχρησης ουσιών κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου για τους ιατρούς είναι το υψηλό άγχος και η

πολύωρη εργασία και η πρόσβαση σε φάρμακα. Οι επιπτώσεις της κατάχρησης ουσιών είναι σοβαρές τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο.

Εν κατακλείδι συμπεραίνουμε ότι οι συμμετέχοντες που εμφάνισαν υψηλές τιμές στην κλίμακα της Αίσθησης Συνοχής (SOC), υιοθετούν «*ώριμους*» ή αλλιώς «*προσαρμοστικούς*» μηχανισμούς, όπως ο **Σχεδιασμός (Planning)** και η **Θετική Επανασχεδίαση (Positive reframing)**. Ενώ δε φάνηκε να υιοθετούν «*ανώριμους*» ή αλλιώς «*δυσπροσαρμοστικούς*» μηχανισμοί όπως η **Άρνησης (Denial)**, η **Χρήση Ουσιών (Substance use)**, η **Χρήση Κοινωνικής Στήριξης (Use of Instrumental Support)** και «*δυσλειτουργικούς*» όπως η **Συμπεριφορική Αποδέσμευση (Behavioral disengagement)** Δείχνοντας έτσι ότι πρόκειται για άτομα ισχυρά, με υψηλή Αίσθηση Συνοχής (SOC), που τους βοηθά να διαχειριστούν τις διάφορες ψυχοπαιεστικές καταστάσεις ως κάτι που μπορούν να ασκήσουν έλεγχο και να επιφέρουν έτσι μια θετική κατάληξη.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό να μελετήσει τον προσωπικό φόβο του πόνου ανθρώπων-επαγγελματιών που έρχονται σε συχνή και στενή επαφή με ασθενείς που αναφέρουν πόνο, ποιες οι στρατηγικές αντιμετώπισης τους σε στρεσογόνες καταστάσεις και κατά πόσο η Αίσθηση Συνοχής (SOC) μπορεί να επηρεάσει την επιλογή στρατηγικής αντιμετώπισης.

Στη έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε, το Ερωτηματολόγιο του Φόβου του Πόνου (**Fear of pain questionnaire III**), το ερωτηματολόγιο του Carver **Brief Cope** καθώς επίσης και η κλίμακα της Αίσθηση Συνοχής (**SOC**). Τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής:

- Ο **Σοβαρός πόνος** (FPQ III major) προκάλεσε συναισθήματα φόβου και ανησυχίας σε όλους τους συμμετέχοντες, πάσχοντες και υγιείς.
- Οι επιλογές, των στρατηγικών αντιμετώπισης, του δείγματος ήταν τόσο «**προσαρμοστικοί**» όσο και «**δυσπροσαρμοστικοί**» μηχανισμοί, με σαφή όμως υπεροχή στο σύνολο σε «προσαρμοστικές» στρατηγικές, όπως **η Ενεργή Αντιμετώπιση, ο Σχεδιασμός, αλλά και η Αποδοχή**.
- Οι συμμετέχοντες επέλεξαν στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του **προβλήματος** αλλά και στρατηγικές εστιασμένες στον έλεγχο του **συναισθήματος** και των συναισθηματικών αντιδράσεων που προκύπτουν από διάφορες ψυχοπαιστικές καταστάσεις.
- Χαρακτηριστικό είναι ότι το δείγμα παρουσίασε μια σχετικά **υψηλή Αίσθηση Συνοχής (SOC)** με στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία.
- Τα άτομα με υψηλή Αίσθηση Συνοχής (SOC) επέλεξαν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως **ο Σχεδιασμός και η Θετική Επανασχεδίαση**. Και οι δύο στρατηγικές, ανήκουν στους «**ώριμους**» ή **αλλιώς «προσαρμοστικούς»** μηχανισμούς.
- Η υψηλή εσωτερική συνεκτικότητα, επηρέασε την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης τους. Άρα η Αίσθηση Συνοχής (SOC) είναι συνυφασμένη με το είδος των μηχανισμών που θα επιλεγθούν.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν οι περιορισμοί και οι αδυναμίες της παρούσας έρευνας προκειμένου τα ευρήματα να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά:

- Ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα που δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια. Ο αριθμός αυτός είναι σχετικά περιοριστικός για να μπορέσουμε να δηλώσουμε γενίκευση των αποτελεσμάτων.

- Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες και έτσι περιόριζαν και πάλι την γενίκευση και στα δύο φύλλα.

Παρά τους περιορισμούς και τις αδυναμίες η έρευνα αυτή ίσως αποτελέσει την αφετηρία για περισσότερο προβληματισμό, μελέτη και διερεύνηση. Κάποιες από τις προτάσεις που θα μπορούσαν να κάνουν πιο ενδιαφέρουσα μια μελλοντική έρευνα είναι :

- Η αύξηση των συμμετεχόντων στην έρευνα με νέους συμμετέχοντες και από άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας.
- Η δημιουργία ομάδας ελέγχου με συμμετέχοντες από άλλες δομές υγείας και η μετέπειτα διερεύνηση με τους συμμετέχοντες από την πρωτοβάθμια φροντίδα
- Θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει μια διαχρονική μελέτη και να επανεκτιμηθούν οι επιλογές των ήδη συμμετεχόντων, σε βάθος χρόνου να αξιολογηθούν εκ νέου ο φόβος του πόνου, οι στρατηγικές που επιλέγουν καθώς και η αίσθηση συνοχής τους.

Εν κατακλείδι μια δυνατή Αίσθηση Συνοχής, οδηγεί στην επιλογή λειτουργικών στρατηγικών που εστιάζουν στην προσαρμογή του ατόμου. Η προσαρμογή επιδρά σε τρεις περιοχές στην υγεία, την ψυχολογική ευεξία και την κοινωνική λειτουργικότητα. Και όλα αυτά ρυθμίζοντας κάθε φορά την συμπεριφοράς τους ώστε να κατακτήσουν τον επιδιωκόμενο στόχο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι από τους μεγαλύτερους φόβους του ανθρώπου. Οι άνθρωποι με ισχυρή αίσθηση συνοχής (SOC) καταφέρνουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις, όπως ο πόνος και να διατηρούν καλή σωματική και ψυχική υγεία.

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση του φόβου του πόνου σε εργαζομένους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και η ανίχνευση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του φόβου του πόνου, των στρατηγικών αντιμετώπισης και της Αίσθησης Συνοχής.

Το δείγμα αποτέλεσαν 94 εργαζόμενοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: Το Fear of Pain Questionnaire (FPQIII), η Σύντομη Κλίμακα Αντιμετώπισης Προβλημάτων- (Coping Orientation to Problems Experienced BRIEF-COPE) και η Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence-SOC).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε: Από την ανάλυση του FPQ-III προέκυψε υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα FPQIII major ($34,29 \pm 6,78$). Αναλύοντας την κλίμακα BRIEF-COPE, φάνηκε υψηλότερη τιμή στο *Σχεδιασμό* ($3,37 \pm 0,61$), τη *Θετική Επανεκτίμηση* ($3,20 \pm 0,71$), την *Αποδοχή* και την *Ενεργή Αντιμετώπιση* ($3,10 \pm 0,66$ και $3,04 \pm 0,69$ αντίστοιχα). Κατά τη διερεύνηση για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων του FPQ-III και της BRIEF-COPE παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας FPQ III minor και της *Απόσπασης προσοχής* ($p < 0.05$), καθώς και θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας FPQ-III major με την *Απόσπαση προσοχής* ($p < 0.01$), τη *Θρησκεία* ($p < 0.01$), τη *Συναισθηματική στήριξη* ($p < 0.05$), την *Άρνηση* ($p < 0.05$) και την *Αυτομομφή* ($p < 0.05$). Στο FPQ-III medical βρέθηκε θετική συσχέτιση με την *Απόσπαση προσοχής* ($p < 0.05$) και την *Άρνηση* ($p < 0.05$), ενώ προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του FPQ-III total και των διαστάσεων: *Απόσπαση προσοχής* ($p < 0.01$), *Άρνηση* ($p < 0.01$), *Θρησκεία* ($p < 0.05$), *Εκτόνωση συναισθημάτων* ($p < 0.05$) και *Συναισθηματική στήριξη* ($p < 0.05$). Όσον αφορά στην Αίσθηση Συνοχής (SOC) παρατηρήθηκε αρκετά υψηλή τιμή ($138,79 \pm 21,41$). Αναφορικά με τον έλεγχο συσχετίσεων της BRIEF-COPE με τη SOC, προέκυψε θετική συσχέτιση με τους λεγόμενους «προσαρμοστικούς» μηχανισμούς και αρνητικές συσχετίσεις με τους «δυσπροσαρμοστικούς» μηχανισμούς.

Συμπερασματικά λοιπόν οι συμμετέχοντες φάνηκε πως έχουν υψηλή αίσθηση συνοχής, που επηρεάζει θετικά στην υιοθέτηση προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Ωστόσο, όταν ελέγχονται πιθανές συσχετίσεις μεταξύ FPQ-III και BRIEF-COPE, προκύπτει ότι οι διαστάσεις του FPQ-III συσχετίζονται θετικά με «δυσπροσαρμοστικούς» μηχανισμούς, όπως η *Απόσπαση Προσοχής* και η *Άρνηση*, γεγονός που πιθανά σημαίνει ότι ο φόβος του πόνου κινητοποιεί άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: Φόβος του πόνου, στρατηγικές αντιμετώπισης, αίσθηση συνοχής,
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

SUMMARY IN ENGLISH

Pain is one of the greatest human fears. People with strong Sense of Coherence (SOC) manage to deal effectively with stressful situations, such as pain and maintain good physical and mental health.

The purpose of the research is the assessment of the fear of pain in primary health care workers and the detection of possible correlations between the fear of pain, the coping strategies and the Sense of Coherence.

The sample consisted of 94 employees in Primary Health Care. For data collection were used: the FPQ-III, the BRIEF-COPE and the Sense of Coherence scale (SOC).

An analysis of the results showed: The analysis of FPQ-III showed the highest mean score in the subscale FPQ-III major (34.29 ± 6.78). Analyzing the BRIEF-COPE inventory, the highest score was found in Planning (3.37 ± 0.61), Positive Reframing (3.20 ± 0.71), Acceptance and Active Coping (3.10 ± 0.66 and 3.04 ± 0.69 respectively). Examining the possible existence of correlations between dimensions of the FPQ-III and the BRIEF-COPE, a positive correlation was observed between the subscale FPQ-III minor and Self-distraction ($p < 0.05$), as well as a positive correlation between the subscale FPQ-III major with Self-distraction ($p < 0.01$), Religion ($p < 0.01$), Emotional support ($p < 0.05$), Denial ($p < 0.05$) and Self-blame ($p < 0.05$). In FPQ-III medical, a positive correlation was found between Self-distraction ($p < 0.05$) and Denial ($p < 0.05$), while there was a positive correlation between the FPQ-III total and the dimensions: Self-distraction ($p < 0.01$), Denial ($p < 0.01$), Religion ($p < 0.05$), Venting ($p < 0.05$) and Emotional support ($p < 0.05$). In Sense of Coherence scale (SOC) a fairly high mean score (138.79 ± 21.41) was observed. Regarding the correlations between the BRIEF-COPE with the SOC, a positive correlation was found with the so-called "adaptive" mechanisms and negative correlations with the "maladaptive" mechanisms.

In conclusion the participants seemed to have a high Sense of Coherence, which positively influences the adoption of adaptive coping strategies. However, when tested for possible correlations between the FPQ-III and the BRIEF-COPE, it was found that the scores of FPQ-III are positively correlated with 'maladaptive' mechanisms such as the Self-distraction and Denial, which probably means that the fear of pain motivates different coping strategies.

Keywords: Fear of pain, coping strategies, sense of coherence, Primary Health Care.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler, R.S., Rosen, B., & Silverstein, E.M. (1998). Emotions in negotiation: How to manage fear and anger. *Negotiation Journal*, 14(2), 161-179.
- Agardh, E.E., Ahlbom, A., Andersson, T., Efendic, S., Grill V., Hallqvist, J., Norman, A., Ostenson, CG. (2003) Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care*, 26(3), 719-24.
- Al-Sowygh, ZH. (2013). Academic distress, perceived stress and coping strategies among dental students in Saudi Arabia. *Saudi Dental Journal*, 25, 97–105.
- Allred, K.G., Mallozzi, JS., Matsui, F., & Raia, CP. (1997). The influence of anger and compassion on negotiation performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 70, 175–187.
- Aldwin, C., & Revenson, TA. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Alosaimi, F.D., Almufleh, A., Kazim, S., Aladwani, B. (2015) Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 504–509.
- Arntz, A., & Hopmans, M. (1998). Underpredicted pain disrupts more than correctly predicted pain, but does not hurt more. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1121- 1129.
- Arrogante, Ó., Pérez-García, AM., Aparicio-Zaldívar, EG. (2015). Psychological well-being in nursing: relationships with resilience and coping. *Enfermeria Clinica*, 25(2), 73-80.
- Arrogante O., Pérez-García AM., Aparicio-Zaldívar EG. (2015). Personal resources relevant to psychological well-being in nursing. *Enferm Intensiva*, 27(1), 22-30.
- Andersen, G., Vestergaard, K., Ingeman-Nielsen, M., Jensen, T.S.(1995). Incidence of central post-stroke pain. *Pain. May* 61(2), 187-93.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonucci, T.C., Akiyama, H. (1987). An Examination of Sex-Differences in Social Support among Older Men and Women. *Sex Roles*. 17(11–12), 737–49.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K, Linardakis, M., Shea S., Panagiotakos D., Lionis C. (2015). Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BioMed Central Psychiatry*, 25, 15:173.
- Asmundson, G.J., Norton, G.R. & Allardings, M.D. (1997). Fear and avoidance in dysfunctional chronic back pain patients. *Pain*, 69(3), 231- 236.

- Asmundson, G.J. & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19 (6), 577- 586.
- Αντωνίου, Σ-Α. (2008). *Ψυχολογία της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση. Σειρά Εφαρμοσμένη Ψυχολογία. Αθήνα.
- Ασημακοπούλου, Μ. (2004). *Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα*. Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα.
- Baliki, M.N., Petre, B., Torbey, S., Herrmann, KM., Huang, L., Schnitzer. TJ., Fields, HL., Apkarian, AV.(2012). Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. *Nature Neuroscience*. Jul 1, 15(8), 1117-9.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self –efficacy: The exercise of control. New York: Freeman & Co.
- Belle, D.(1987) "Gender differences in the social moderators of stress". *Gender and Stress (New York: The Free Press): 257–277*.
- Barthelsson, C., Nordström, G., Norberg, Å. (2011). Sense of coherence and other predictors of pain and health following laparoscopic cholecystectomy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences Mar;25(1):143-50*.
- Berkowitz, L., Green, J.A., Macaulay, J.R. (1962). Hostility catharsis as the reduction of emotional tension. *Psychiatry*, 25, 23-31.
- Berkowitz, L., & Heimer, K. (1989). *On the construction of the anger experience: Aversive events and negative priming in the formation of feelings*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 1-37). New York: Academic Press.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
- Boerner, K.E., Birnie, K.A., Chambers, C.T., Taddio, A., McMurtry, C.M., Noel, M., Shah, V., Pillai Riddell, R., HELP in Kids & Adults.(2015).Team Simple Psychological Interventions for Reducing Pain From Common Needle Procedures in Adults: Systematic Review of Randomized and Quasi-Randomized Controlled Trials. *Clinical Journal of Pain*, 31(10), 90-8.
- Bonica JJ.(1990). The management of pain. 2 ed. Vol. 1. London, Lea & Febiger.

- Bouhassira, D., Lantéri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B., Touboul, C.(2008). "Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population". *Pain* 136 (3), 380–7.
- Bowsher, D. (1999). The lifetime occurrence of herpes zoster and prevalence of postherpetic neuralgia: a retrospective survey in an elderly population. *European Journal of Pain*, 3(4), 335-342.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. 2nd edn. Maidenhead: Open University Press.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Breznitz, S. (1993). *Handbook of stress* (2nd Revised Edition) with Leo Goldberger (Eds.) Free press.
- Breuer Josef, Sigmund Freud (1957). *Studies on Hysteria*. Boston :Beacon Press.
- Brown, F.M., 3rd. (2002). Inside every chronic patient is an acute patient wondering what happened. *Journal of Clinical Psychology* , 58 (11), 1443-9.
- Brown, J.M. (1984). Imagery coping strategies in the treatment of migraine. *Pain*, 18, 157-167.
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. (2010). Chronic stress experience in young physicians: Impact of person- and workplace-related factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83 (4), 373–9.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O’ Reilly, C.A. & Bennett (1997). Pain- coping strategies of women with fibromyalgia: Relationship to pain, fatigue, and quality of life. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5, 5- 21.
- Burke, P.A., & Bradley, R.G. (2006). Languages use in imagined dialogue and narrative disclosures of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 141–146.
- Burns-Nader, S., Atencio, S., Chavez, M.(2015). Computer Tablet Distraction in Children Receiving an Injection. *Pain Medicine* Jul 27. Epub ahead of print.
- Bushman, B.J., Baumeister, R.F., Stack, A.D. (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: self-fulfilling or self-defeating prophecies. *Journal of Personality and Social Psychology*, Mar, 76(3), 367-76.
- Bushman, B.J., Bonacci, A.M. (2002). Violence and sex impair memory for television ads. *Journal of Applied Psychology*, Jun, 87(3), 557-64.
- Buss, A.H. (1966). Instrumentality of aggression, feedback, and frustration as determinants of physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(2), 153-62.

- Βασιλείου Μέγα (2008). *Όροι κατά πλάτος. Τα Παιδαγωγικά Έργα του Μεγάλου Βασιλείου*. Ζέρβης Νικόλαος . Εκδόσεις Α. Σταμούλη , 45.
- Βασιλειάδη Ν. (1992). *Χριστιανισμός και Ανθρωπισμός*, Αθήνα, εκδ. Σωτήρ, 1992.
- Cannon, W.B.(1932). *The wisdom of the body*. New York Norton.
- Carmel, S., Bernstein, J.(1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 65, 221–222.
- Carrigan, M.H.,Thomas, S.E., Randall, C.L., (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27 (12), 1937-43.
- Carver, C., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1999). *Stress, coping, and self-regulatory processes*.
- Cassidy, K.L., Reid, G.J., McGrath, P.J., Finley, G.A., Smith, D.J., Morley, C., Szudek, E.A., Morton, B. (2002). Watch needle, watch TV: Audiovisual distraction in preschool immunization. *Pain Medicine*, 3(2), 108-18.
- Chan, Y., Dennis, M.L., Funk, R.R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14–24.
- Charney, D.A., Palacios-Boix, J., Negrete, J.C., Dobkin, P.L., Gil, K.J.(2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services*, 56(8), 927–933.
- Chumbler, NR., Kroenke, K., Outcalt, S., Bair, MJ., Krebs, E., Wu, J., Yu, Z. (2013) Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health Qual Life Outcomes*. 26, 11, 216.
- Cicala, R.S. (2003) ‘Substance abuse among physicians: what you need to know.’ *Hospital Physician*, July, pp. 39-46.
- Cipher, D.J., & Fernandez, E. (1997). Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 437- 444.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D. & Eaker, L.H. (1988). *Living with stress*. Harmondsworth: Penguin.
- Coyne, J.C., Aldwin, C., & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes! *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439-47.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R. & Rial-Gonzalez, E.(2000). *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*. HSE Contract Research Report 286/2000, ISBN 0 7176 18382, HSE Book, Sudbury.

- Cohen, F. & Lazarus, R.(1979). *Coping with stress and illness*. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. Adler (Eds.).
- Cohen, F., Lazarus, R.S. (1983). *Coping and adaptation in health and illness*. In: *Mechanic D, ed. Handbook of health, health care, and the health professions*. New York, NY: The Free Press, :608–35.
- Cronkite, R.C.,& Moos, R.H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-393.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P., (1996). The disruptive nature of pain: An experimental investigation. *Behaviour Research Therapy*, 34, 911- 918.
- Γεωργούλη, Κ.Δ. (1994). *Ιστορία της Ελληνικής Φιλοσοφίας*. Εκδόσεις Παπαδήμα.
- Γουλές, Δ.(2002) *Εννοιολογία του πόνου. Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά*, στο Γουλές,Δ. (2002) *Οσφυαλγία- Δισκοπάθεια, Μηχανική και Μοριακή Βάση*. Εκδόσεις Καυκάς, Αθήνα.
- Davidhizar, R., Giger, J.N.(1998) Patients' use of denial: coping with the unacceptable. *Nurs Stand*, 12(43), 44-6.
- Davis, M.P., Walsh, D. (2004) Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21, 137–4.
- Davis, C.G., Lehman, D.R., Silver, R.C., Wortman, C.B., Ellard, J.H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Pers Soc Psychol Bull* 22: 557–567.
- Dale, J.R., Williams, S.M., Bowyer, V. (2012). What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults, A systematic review. *Diabetic Medicine*, 29(11),1361-77.
- De Henneze, I.M. (1989) Denial and imminent death. *Journal of Palliative Care*, 5 (3), 27-31.
- Διογένης, Λαέρτιος (2012). *Φιλοσόφων Βίων και Δογμάτων Συναγωγή*. Δεύτερος Τόμος Εκδόσεις Ζήτρος.
- Eaton, R. J., & Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15, 94-115.
- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., & Stannard, S., (1997). Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain*, 72, 209- 215. Eaton, R. J., & Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94-115.
- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and pain prone person. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Elliott, G.R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and health*. New York, NY: Springer.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.

- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381.
- Eriksson, M., Lindström, B. , Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(8), 684–688.
- Eriksson, M.,& Lindström, B. (2005). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 376–381.
- Esterling, B.A., Antoni, M.H., Kumar, M., & Schneiderman, N. (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-viral caspid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*, 52(4), 397-410.
- Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., Bodnar, J.C., & Glaser, R. (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology*, 13(4), 291-298.
- Ευαγγελάτος Ν.Γ., Βαϊόπουλος Α.Γ. (2008). «Ολιστική Ιατρική: Ολική Επαναφορά». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6), 790 –798.
- Ευτυχίδου,Ε. (1981). *Παράγοντες προσωπικότητας και μετεγχειρητική πορεία: Ψυχοσωματική μελέτη σε εγχειρήσεις Άνω Κοιλίας*. Διδακτορική διατριβή .
- Fahad D. Alosaimi, Auroabah Almufleh, Sana Kazim, and Bandar Aladwani (2015) Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 504–509.
- Fayers, P.M., Machin,D. (2000). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. New York: John Wiley & Sons.
- Fisher & Shapiro, (2005). *The Psychology of Negotiations in the 21st Century Workplace*. New Challenges.
- Friedman, R., Anderson, C., Brett, J., Olekalns, M., Goates, N., Lisco, CC. (2004) The positive and negative effects of anger on dispute resolution: evidence from electronically mediated disputes. *Journal of Applied Psychology*, 89(2), 369-76.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S, Dunkel - Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fontana, David. (1995). *Άγχος και η αντιμετώπισή του*. Β΄ έκδοση Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Fordyce, W.E. (1984). *Behavioural science and chronic pain*. Postgraduate Medical Journal, 60, 865.
- Fredrickson, B.L., & Branigan, C. (2004). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19(3), 313–332.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. S.E., 18, 1-64.
- Freud, S., (1895) *Studies in Hysteria*. New York: Simon and Schuster.
- Freyenhagen, R., Baron, R., Gockel, U., Tölle TR. (2006). pain DETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion*, 22 (10), 1911–20.
- Φρόντ Σίγκμουντ, *Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση*. Εκδόσεις Γκοβόστης, Αθήνα 2005.
- Gardner, DB., Hawkes, GR., Burchinal, LG.(1961) Noncontinuous mothering in infancy and development in later childhood. *Child Developmen*, 32, 225–234.
- Garmezzy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals* 20, 463– 466.
- Geen, R.G., Stonner, D., Shope, G.L. (1975).The facilitation of aggression by aggression: evidence against the catharsis hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 31(4), 721-6.
- Gibson, L., Cook, M. (1996). Neuroticism and Sense Of Coherence. *Psychological Reports* 79, 343–349.
- Giglio, RE., Rodriguez-Blazquez, C., de Pedro-Cuesta J., Forjaz MJ. (2015). Sense of coherence and health of community-dwelling older adults in Spain. *International Psychogeriatric*, 27(4), 621-8.
- Gilbar, O. (1998).Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*, 26(3), 39-49.
- Goldschneider, I., Komschlies, KL., Greiner, DL. (1986). Studies of thymocytopoiesis in rats and mice. I. Kinetics of appearance of thymocytes using a direct intrathymic adoptive transfer assay for thymocyte precursors. *Journal of Experimental Medicine*, 163(1), 1-17.
- Gorin, S.S., Krebs, P., Badr H, et al.(2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(5), 539-547.

- Glowinkowski, S.P. & Cooper, CL. (1985). Current issues in organizational stress research. *Bulletin of the British Psychological Society*, 38, 212-216.
- Glowinkowski, S. P., & Cooper, C. L. (1985). Current issues in organizational stress research. *Bulletin of the British Psychological Society*, 38, 212-216.
- Craig, K.D. (1984) *Emotional aspects of pain*. In: Textbook of pain. (Eds. P. D. Wall and R. Melzack) Churchill Livingstone, Edinburgh, London.
- Hale, ED., Treharne, GJ., Macey, SJ., Kitas, GD. (2006). "Big boys don't cry": A qualitative study of gender differences in self-management and coping with arthritis. *Rheumatology*; 45 Suppl. 1:i114.
- Harri, M. (1998). The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Education Today*, 18(3), 202-12.
- Haoka T, Sasahara S, Tomotsune Y, Yoshino S, Maeno T, Matsuzaki I. (2010). The effect of stress-related factors on mental health status among resident doctors. *Medical Education in Japan*, 44 (8), 826-34.
- Hinkle, L.E., Jr. (1973). The concept of "stress" in the biological and social sciences. *Science, Medicine, and Man*, 1, 31-48.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hochwalder, J. (2015). Test of Antonovsky's postulate: high sense of coherence helps people avoid negative life events. *Psychological Reports*, 116(2), 363-76.
- Hornberger, R.H. (1959). *The differential reduction of aggressive responses as a function of interpolated activities*. *American Psychologist*, 1959, 14, 354.
- Hyphantis, T., Palieraki, K., Voulgari, PV., Tsifetaki, N., Drosos, AA. (2011). Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 20(9), 893-903.
- Hyphantis, T., Goulia, P., Zerdes, I., Solomou, S., Andreoulakis, E., Carvalho, A.F., Pavlidis, N. (2015) Sense of Coherence and Defense Style Predict Sleep Difficulties in Early Non-metastatic Colorectal Cancer. *Digestive Diseases and Sciences*, 61(1), 273-82.
- Johnson, M.H., & Patrie, S.M., (1997). The effects of distraction on exercise and cold pressor tolerance for chronic low back pain sufferers. *Pain*, 69 (10-2), 43-48.
- Jackson, T., Iezzi, A., & Lafreniere, K., (1996). The differential effects of employment status on chronic pain and health comparison groups. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3(4), 354-69.
- Johnson, Elizabeth (2012). *Νευροανατομία*. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντίνου.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into

- depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Jonsson, A., Segesten, K., Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79-84.
- Ilaqua G.E. (1994). Migraine headaches: coping efficacy of guided imagery training. *Headache*, 34 (2), 99-102.
- Isen, A.M. (1999). *On the relation between affect and creative problem solving*. In S. R. Russ (Ed.), *Affect, creative experience, and psychological adjustment* (pp. 3–17). Philadelphia: Taylor & Francis.
- IASP. (1986) .Subcommittee on taxonomy. *Pain*, 3, 216-221.
- Kaličanin, P., Lečić-Toševski, D. (1994). *Knjiga o stresu* (The Book on stress). Medicinska knjiga, Belgrade.
- Kamen-Siegel, L., Robin, J., Seligman, M.E., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cellmediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10(4), 229-35.
- Kang, J.H., Bruera, E. (2013). *Neuropathic Component of Pain in Cancer*. In: *Cancer Pain*. Springer London, p. 165-190.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief – Cope with a Greek – speaking sample. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 215-229.
- Karademas, E.C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 239-47.
- Karoly, P., & Ruhlman, L.S., (1996). Motivational implications of pain: Chronicity, psychological distress and work global construal in a national sample of adults. *Health Psychology*, 15 (5), 383-390.
- Kendrick, K.M., Keverne, E.B., Baldwin, B.A. (1987). Intracerebroventricular oxytocin stimulates maternal behaviour in the sheep. *Neuroendocrinology*, 46(1), 56-61.
- Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Okuzumi, S., Takeda, M., Nishi, M. (2014) Relationship between depressive state, job stress, and sense of coherence among female nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(1), 32-5.
- Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Okuzumi, S., Takeda, M., Nishi, M. (2014). Sense of Coherence and Personality Traits Related to Depressive State. *Psychiatry Journal Psychiatry Journal* Volume 2014 (2014), Article ID 738923.
- Kinman, G.(2008). *Work Stressors, Health and Sense of Coherence in UK Academic Employees*. Educational Psychology.

- King, L.A., Hicks, J.A., Krull, J.L., & Del Gaiso, A.K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90* (1), 179- 196.
- Kingery, W.S. (1997). A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. *Pain*, *73*(2), 123-39.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, *82*(1), 1–25.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37* (1), 1–11.
- Koetsenruijter, J., Van Eikelenboom, N, Van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, C., Todorova, E., Portillo, M.C., Foss, C., Serrano, Gil M., Roukova, P., Angelaki, A., Mujika, A., Knutsen, I.R., Rogers, A., Wensing, M. (2015). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*, *99* (4), 638-43.
- Kopelman, S., Rosette, A.S., & Thompson, L. (2006). The three faces of Eve: Strategic displays of positive, negative, and neutral emotions in negotiations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *99* (1), 81-101.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42* (1), 168–177.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37* (1), 1-11.
- Korotkov, D. (2009). *The sense of coherence: Making sense out of chaos*. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (pp. 51- 70). New York: Routledge.
- Kremer, E., Atkinson, JH., Ingelzi, RJ. (1981). Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Medline*, *10* (2), 241-248.
- Kuijjer P.P, Hoozemans MJ, Kingma I, et al. (2003). Effect of a redesigned two-wheeled container for refuse collecting on mechanical loading of low back and shoulders. *Ergonomics*, *46* (6), 543–560.
- Kushner, M.G., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, KL., Brekke, M., Sletten, S. (2005). Follow-Alcoholism: *Clinical and Experimental Research*, *29* (8), 1432–1443.
- Kushner, M.G, Sher, K.J, Erickson, D.J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156* (5), 723–732.

- Καλλιστράτος, Η. (2004). «*Θεωρίες του πόνου*». 18^ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα.
- Κανελλοπούλου, Β. (2000). *Ψυχαναλυτική προσέγγιση του πόνου*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Καντάς, Α.(1995). *Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία, 3ο μέρος*. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Καραδήμας, Ε. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 5(3), 260-273.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (1999). *Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής ασθένειας*. Διδακτορική διατριβή.
- Καραλής, Ι., Langius, Α., Τσιρογιάννη,Μ., Faresjö,Τ., Nettelblatt, Ρ., Λιονής, Χ.(2004). Η μετάφραση- στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(2), σελ. 195-203.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer;
- Lazarus, R.S. (1999). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Lazarus, R. S. & Cohen, J. B. (1977). *Environmental stress*. In A. Altman & J. E. Wohlwill Edsitions. *Human Behavior and Environment*. New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., Launier, R. 1978. *Stress-related transactions between person and environment*. In Perspectives in Interactional Psychology, ed. L. A. Pervin, M. Lewis, 287-327. New York: Plenum.
- Larsson, G., Kallenberg, K. (1999). Dimensional Analysis of Sense of Coherence Using Structural Equation Modelling. *European Journal of Personality* 13, 51–61.
- Lawrence, W.Way, Gerard M. Doherty (2003). *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 11th Edition By McGraw-Hill/Appleton & Lange.
- Lečić-Toševski, D., Draganić-Gajić, S., Vuković, O., Stepanović, J.(2001) Stress i telesne bolesti (Stress and somatic diseases). *Psihijatrija danas*, 33 (3-4), 149–173.
- Lečić-Toševski, D. (1992). Distimični poremećaj-tipologija i veza sa poremećajima ličnosti (*Dysthymic disorder-typology and relationship with personality disorders*). Medical School University of Belgrade.
- Leino-Loison, K., Gien, L.T., Katajisto, J., Välimäki, M. (2004) Sense of coherence among unemployed nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 413-22.
- Levine, S. (2000). Influence of psychological variables on the activity of the hypothalamic-pituitaryadrenal axis. *European Journal of Pharmacology*, 405(1-3), 149 160.

- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D.R. (1980). *The common sense representation of illness danger*. In: Rachman S, editor. *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 2. New York: Pergamon Press; p. 17-30.
- Lewicki, J.R., Saunders, M.D., John W. Minton, W.J (1999). *Essentials of Negotiation 3d edition*. Irwin/McGraw-Hill.
- Lillefjell ,M., Jakobsen, K., Ernstsens, L. (2015). The impact of a sense of coherence in employees with chronic pain. *Work*, 50(2), 313-22.
- Linton, S.J., & Buer, N., (1995). Working despite pain: Factors associated with work attendance versus dysfunction. *International Journal of Behavioral*, 2(3), 252-262.
- Lisson, EL. (1987).Ethical issues related to pain control. *Nursing Clinics of North America*,22(3), 649-59.
- Lorenz, J., Beck, H., Bromm, B. (1997). Cognitive performance, mood and experimental pain before and during morphine-induced analgesia in patients with chronic non-malignant pain. *Pain*, 73 (3), 369-75.
- Luckmann, J., & Sorenson, K.C. (1980). *Medical-Surgical nursing: a psychophysiological approach(second edition)*. Philadelphia: W. B. Saunders:707-723.
- Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of “stress” of any use, anymore, In In D. Randall(Ed),*Contributions to primary prevention in mental health*, Toronto: CMHD.
- Λανάρα, Β. (1996).*Ηρωισμός και νοσηλευτική- Φιλοσοφική Διάσταση*. Αθήνα.
- Maier, S.F., and Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology, General*, 105, 3-46.
- Mannix, M.M., Feldman, J.M., Moody, K. (2009) Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 35 (4), 482–488.
- Mannix, L.K, Chandurkar, R.S., Rybicki, L.A, Tusek, D.L., & Solomon, G.D. (1999). Effects of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache. *Headache*, 39 (5), 326-334.
- Martin, S. Haggera & Sheina Orbella (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health* 18 (2), 141-18.
- Malinauskiene, V., Leisyte, P., Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*, 45 (11), 910-7.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1993). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. Baltimore: V.V.Mosby Company.

- McDowell, I., Newell, C. (1996). *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2nd edition*. New York: Oxford University Press.
- McGrath P.J., Humphreys P, Keene D, Goodman J.T., Lascelles M.A., Cunningham S.J., & Firestone P. (1999). The efficacy and efficiency of a self-administered treatment for adolescent migraine, *Pain*, 49, 321-324.
- McNeil D.W, Rainwater A.J 3rd. (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire--III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (4), 389-410.
- Melzack,R., Wall,P.D.(1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-9.
- Melzack, R. (1993) Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology* , 47(4), 615-29.
- Melzack, R., & Wall, P.D., (1982). *The challenge of pain*. New York: Basic Books.
- Melzack, R., (Ed.) (1983). *Pain measurement and assessment*. New York: Raven.
- Merakou K., Koutsouri A., Antoniadou, Barbouni A., Bertsiias A., Karageorgos G., Lionis. C. (2013). Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. *Mental Health in Family Medicine*, 10 (1), 3–13.
- Mercadante, S. (1997).Malignant bone pain: pathophysiology and treatment. *Pain*, 69 (1-2), 118.
- Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., Vigiser, D. (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: the CORDIS Study. Cardiovascular Occupational Risk Factors Determination in Israel. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (3),247-58.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: IASP Press, p. 1
- Meyer Daniel· Leventhal, Howard· Gutmann, Mary (1985) .Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4 (2), 115-135.
- Michel, H. (1985). *Introduction and state of art*. In Michel H. edition, Pain international prospective in Phical therapy. New York: Churchill Livingstone,7-17.
- Miyata, C., Arai, H., Suga, S. (2015).Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22 (1), 9-17.
- Morris, L.D., Louw Q.A., Grimmer-Somers K. (2009). The effectiveness of virtual reality on reducing pain and anxiety in burn injury patients: a systematic review. *Clinical Journal of Pain*, 25 (9), 815-26.
- Mountcastle, V. B. (1974). Pain and temperature sensibilities. In V. B. Mountcastle (Ed.), *Medical Physiology* (13th ed., Vol. 1, pp. 348–381) Saint Louis: Mosby.
- Mountcastle (1980). (Ed). *Medical physiology*. 14th ed. St. Louis, MO: C.V. Mosby Company 1980.

- Müller-Schwefe GH. (2011) European survey of chronic pain patients: results for Germany. *Current Medical Research and Opinion*, 27 (11), 2099-106.
- Mullen, B., & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26 (1), 43-49.
- Murray Joan, Seymour Feshbach (1978). Let's not throw the baby out with the bathwater: The catharsis hypothesis revisited. *Journal of Personality* 46 (3), 462–473.
- Μαυρόπουλος, Θ. (2012), Διογένης Λαέρτιος (τόμος β'): Φιλοσόφων βίων και δογμάτων συναγωγή, βιβλία VI-X, Θεσσαλονίκη.
- Μπαλλής, Θεόδωρος (1966), *Άγχος Stress Κατάθλιψη μια σύγχρονη αντιμετώπιση τους με τη μέθοδο της σωφρολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Α. ΣΙΩΚΗΣ, Θεσσαλονίκη.
- Nelson, E.S., Karr, K.M., & Coleman, P.K. (1995). Relationships among daily hassles, optimism, and reported physical symptoms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 11-26.
- Nicholas, M.K., Asghari, A., Corbett, M., Smeets, R.J., Wood, B.M., Overton, S., Perry, C., Tonkin, L.E., Beeston, L. (2012). Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain. *European Journal of Pain*, 16 (1), 93-104.
- Nilsson, B., Holmgren, L., Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal Primary Health Care* 18: 14–20.
- Ντίγκα, Α. (2004). «Οξύς και χρόνιος πόνος», 18ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα.
- Ogden- Niemeyer, L & Jacobs, K. (1989). *Work- harbeding state of art*. Thorofare, New Jersey: Slack, Inc.
- Ollendick, T. H. (1998). *Handbook of Child Psychopathology*, Third Edition. New York: Plenum Press.
- Pallant, J., Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences* 33: 39–48.
- Payne, R. (1990). The effectiveness of research team: a review. In M.A. West, & J. L (Eds.), *Innovation and creativity at work: Psychological and Organizational Strategies*, Chichester, England, Willey, pp 100-122.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3), 241 - 256.

- Pérez, C., Margarit, C., Serrano, M. Spanish group of CHANGE PAIN patient survey. (2013) Survey of European patients assessing their own non cancer chronic pain: results from Spain. *Current Medical Research and Opinion*, 29(6), 643-51.
- Perry, J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*. (5h ed) Cambridge, MA: Author.
- Pervin, L.A. & John, O.P. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 553-575). New York, NY: Guilford.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55 (1), 237-265.
- Peterson C, Seligman ME, Vaillant GE. (1988) Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1), 23-7.
- Porreca, F., Ossipon, M; H & Gebhart, G.F (2002). Chronic pain and medullary fascilitation. *Trends in Neuroscience* 25 (6), 319-325.
- Price, D, Pierre, R. (2006). *Hypnotic Analgesia*. Wall and Melzack's Textbook of Pain. Elsevier Churchill Livingston.
- Παπουτσόπουλος, Χ. (2004). *Δια πονούντας και θλιβομένους*, Αθήνα, εκδ Σωτήρ.
- Ποταμιάνος, Γρηγόρης & Συνεργάτες, (2012) *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Πούρκος, Μάριος, (2001). *Ιδιοσυγκρασία και άγχος: Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις*. Στο Βασιλάκη Ελένη, Τριλιβά Σοφία, Μπεζεβέργκης Ηλίας. *Το στρες το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Πλατή Χ.(1998) *Ειδικά κλινικά προβλήματα -Νοσηλευτική προσέγγιση*, Αθήνα.
- Radat, F.,Koleck, M. (2011).Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association. *Encephale*, 37 (3), 172-9.
- Rapley, M. (2003) *Quality of life research. A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Raffael Kalisch, Katja Wiech, Katrin Herrmann, and Raymond J.(2006) Dolan Neural Correlates of Self-distraction from Anxiety and a Process Model of Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18 (8), 1266–1276.
- Robin, M., Leslie, RM. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90(1), 1-28.
- Reading, A.E. (1984). *Testing pain mechanisms in persons with pain*. In: Wall PD, Melzack R, eds., *Textbook of Pain*. N.Y.: Churchill Livingston.

- Roy J. Lewicki, David M. Saunders, John W. Minton *Essentials of Negotiation 3d edition*. Irwin/McGraw-Hill, 1999.
- Repetti, R. L. (1989). "Effects of daily workload on subsequent behavior during marital interactions: The role of social withdrawal and spouse support". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 651–659.
- Riedel, W, Neck, G. (2001). Nociception pain, and antinociception: current concepts. *Z Rheumatol*, 60, 404-15.
- Runeson, R., Norbäck, D. (2005). Associations among sick building syndrome, psychosocial factors, and personality traits. *Percept Mot Skills*, 100 (3 Pt 1), 747-59.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147 (6), 598–611.
- Saladin, Kenneth (2007). *Anatomy and Physiology: The Unity of Form and Function*. McGraw Hill. p. 544-546.
- Sales, P.M., Carvalho, A.F., McIntyre, R.S., Pavlidis, N., Hyphantis, T.N. (2014). Psychosocial predictors of health outcomes in colorectal cancer: a comprehensive review. *Cancer Treatment Reviews*, 40 (6), 800-9.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., et al. (2005). Stability in optimism–pessimism in relation to bad news: a study of women with breast cancer. *Journal of Personality Assessment*, 84, 148–154.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth.
- Sharar, R., Miller, W., Teeley ,A., Soltani, M., Hoffman, H.G., Jensen, M.P., Patterson, D.R. (2008). Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8 (11), 1667– 167.
- Shen, M.J., Redd, W.H., Winkel, G., et al. (2012). Associations among pain, pain attitudes, and pain behaviors in patients with metastatic breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (4), 595-606.
- Sheridan, J. F, Dobbs,C., Brown, D., Zwilling B. (1994). “Psychoneuroimmunology: Stress Effects on Pathogenesis and Immunity during Infection”, *Clinical Microbiology Reviews*, 7 (2), p. 200-212.
- Siddall, PJ., McClelland, JM., Rutkowski, SB., Cousins, MJ. (2003). A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain*, 103 (3), 249–57.

- Sist, T., Florio, G.A., Miner, M.F., Lema, M.J., et al., (1998). The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non cancer painpatients. *Journal of pain and Symptom Management*, 15 (6), 350-358.
- Steger, M.F., Kawabata, Y., Shimai, S., & Otake, K. (2008a). The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*, 42, 660- 678.
- Steptoe A., Lipsey Z., Wardle J. (1998).Stress, hassles and variations in alcohol consumption, food choice and physical exercise: A diary study *British Journal of Health Psychology* 3 (1), 51-63.
- Steinel, W., Van Kleef, G. & Harinck, F. (2008). Are you talking to me?! Separating the people from the problem when expressing emotions in negotiation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 362-369.
- Sternbach, R.A.(1974) *Pain Patients: Traits and Treatment*. New York, Academic Press.
- Stenström, U., Nilsson, A.K., Stridh, C., Nijm, J., Nyrinder, I., Jonsson, A., Karlsson, J.E., Jonasson, L. (2005) Denial in patients with a first-time myocardial infarction: relations to pre-hospital delay and attendance to a cardiac rehabilitation programme. *European Journal Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12 (6), 568-71.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Dube, S.R., Balluz, L.S., Gonzalez , O., Berry, J.T., Manderscheid, R., Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 127-37.
- Soucacos, P.N., Johnson, E.O.(2000). Upper extremity reflex sympathetic dystrophy. *Current Orthopaedics*, 14, 356-364.
- Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4 (3), 249-288.
- Συκιώτης, Γ.Π., Καλλιόλας, Γ. Δ., Παπαβασιλείου Θ.Γ.«*Ωφελείν και μη βλάπτειν*» Ιπποκράτης. ΤΟ ΒΗΜΑ», 26/02/2006)
- Tan, K.K., Chan, S.W., Wang. W., Vehviläinen-Julkunen, K. (2015) A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. *Patient Education and Counseling* 99(1), 108-16.
- Tangney, J. P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 199-206.

- Tasker, R.A., Choiniere, M., Libman, S.M., et al. (1987). Analgesia produced by injection of lidocaine into the lateral hypothalamus. *Pain*, 31, 237-248.
- Taylor, Shelley E. Klein, Laura Cousino Lewis, Brian P. Gruenewald, Tara L. Gurung, Regan, A. R. (2000) Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107 (3), 411-429.
- Tehrani, N., Ayling, L. (2008). *Work-related stress*. CIPD Stress at work.
- Thoits, P. (1991). On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54 (2), 101-112.
- Thomas, H., Holmes, and Richard, H., Rahe, (1967) "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if i can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90 (1), 89-101.
- Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., (1998). 'Substance use among nurses: differences between specialties'. *American Journal of Public Health*, 88 (4), 581-588.
- Tomaka, J., Blascovich, J., Kibler, J., Ernst, J.M. (1997). Cognitive and physiological antecedents of threat and challenge appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (1), 63-72.
- Torrance, N., Smith, B.H., Bennett, M.I., Lee, A.J. (April 2006). "The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey". *Pain* 7 (4), 281–9.
- Trap R., Rejckjær L., Hansen E.H. (2015). Empirical relations between sense of coherence and self-efficacy, National Danish Survey. *Health Promotion International*, Jun 11.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M., (1983). *Pain and behavioural medicine: A cognitive behavioural perspective*. New York: Guilford.
- Τόγκας, Κ., Γκούβα, Μ. , Λαχανά, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. (2011). *Η επίδραση της αίσθησης συνοχής στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011) Τόμος3, Τεύχος3, 98-105.
- Ubaldo, Nicola. (2005). *Ανθολογία της Φιλοσοφίας*, εκδόσεις ΕΝΑΛΙΟΣ, σελ 441,
- Urakawa, K, Yokoyama, K. (2009). Sense of coherence (SOC) may reduce the effects of occupational stress on mental health status among Japanese factory workers. *Industrial Health*, 47 (5), 503-8.
- Urakawa, K., Yokoyama, K., Itoh, H. (2012). Sense of coherence is associated with reduced psychological responses to job stressors among Japanese factory workers. *BioMed Central Research Notes*, 5, 247.

- Urch, C.E. & Suzuki, R. (2008). In: Sykes N, Bennett MI & Yuan C-S. *Clinical pain management: Cancer pain*. 2 ed. London: Hodder Arnold.
- Updegraff, John A. (2000). "Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight". *Psychological Review*, 107 (3), 411–29.
- Uvnas-Moberg, K. (1997). "Oxytocin linked antistress effects – the relaxation and growth response". *Acta Psychologica Scandinavica (Supplementum) 640 (Supplement)*, 38–42.
- Vadalouca, A., Raptis, E., Moka, E., Zis, P., Sykioti, P., Siafaka, I. (2012) Pharmacological treatment of neuropathic cancer pain: a comprehensive review of the current literature. *Pain Practice*. 12 (3), 219-251.
- Van Heck, G.L. (1997). Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11 (5), 415-443.
- Van Kleef, G.A., De Dreu, C.K.W., & Manstead, A.S.R. (2004b). The interpersonal effects of emotions in negotiations: A motivated information processing approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(4), 510-528.
- Vaillant, George E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G.E. (eds) (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Vaccarino, A.L., & Melzack, R. (1992). Temporal processes of formalin pain: Differential role of the cingulum bundle, fornix pathway and bulboreticular formation. *Pain*, 49(2), 257-271.
- Veenstra, M., Moum, T., Røysamb, E. (2005) Relationships between health domains and sense of coherence: a two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*. 14 (6), 1455-1465.
- Vos, M.S. de Haes JC. (2007) Denial in cancer patients, an explorative review *Psychooncology*, 16 (1), 12-25.
- Vlaeyen, JW de Jong J, Geilen, M., Heuts, P.H., van Breukelen, G. (2001). Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated singlecase experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 151– 66.
- White, J.C. & Sweet, W.H. (1969). *Pain and the neurosurgeon: A forty year experience*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Woolf, C.J. & Salter, M.W. (2000). Neuronal plasticity increasing the gain in pain. *Science*, 288(5472), 1765-9.
- Wender, R., Hoffman, H.G., Hunner, H.H., Seibel, E.J., Patterson, D.R., Sharar, S.R. (2009). Interactivity influences the magnitude of virtual reality analgesia. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 2 (1), 27–33.

- Werner, E.E., Smith, R.S.(1992) *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- West, M.A, Farr, J.L. (1990). Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies. edition / Chichester : John Wiley & Sons, Ltd., p. 3-13.
- Wolff, A., Ratner, P. (1999). Stress, Social Support, and Sense of Coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 182– 197.
- Williams, David. R. (2003). "The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities". *American Journal of Public Health*, 93 (5), 724–31.
- Wills, T. A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5 (6), 503-529.
- Wilson, T.D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 37 (1), 3-15.
- Yoshida, E., Yamada, K., Morioka, I. (2014). Sense of coherence (SOC), occupational stress reactions, and the relationship of SOC with occupational stress reactions among male nurses working in a hospital. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 56 (5),152-61.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schowartz, E.O., Frankenburg, F.R. (2000). Childhood experiences of borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America* 23, 89–101.
- Zotović, M. (2004) Prevladavanje stresa: konceptualna i teorijska pitanja sa stanovišta transakcionističke teorije. (Coping with stress: Conceptual and theoretical questions from the standpoint of transactional theory). *Psihologija*, 37, 5–32.
- Zimmermann, P, Wittchen, H.D, Holfer, M., Pfister, H., Kessler, R.C., Lieb, R. (2003) Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4 year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33 (7), 1211-1222.