



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δ/ντής : Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Υπεύθυνος: Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η Συσχέτιση Των Οικογενειακών Σχέσεων με τη Θεραπευτική Συμμόρφωση
σε Άτομα με Μυοσκελετικό Πόνο»**

Επιβλέπων Καθηγητής : **Μαίρη Γκούβα**
Επίκουρος Καθηγήτρια
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια : **Καλισθένη Δεμιρτζή**
Ψυχολόγος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011

ΜΠΣ Αντιμετώπιση Πόνου

Νόμιμη κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος : «Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα» (Ν. 5343/32 άρθρο 202 παράγραφος 2).

.....στον πατέρα μου.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αφιέρωση	3
Πίνακας Περιεχομένων	5
Πρόλογος	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο :

Θεραπευτική Συμμόρφωση

1.1	Ορισμός Θεραπευτικής Συμμόρφωσης	13
1.2	Μη – Θεραπευτική Συμμόρφωση και οι Συνέπειες αυτής	16
1.2.1	<i>Ορισμός Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης</i>	16
1.2.2	<i>Έκταση Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης</i>	17
1.2.3	<i>Οικονομικό Κόστος Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης</i>	18
1.3	Παράγοντες Επίδρασης στη Θεραπευτική Συμμόρφωση	20
1.3.1	<i>Κοινωνικό – Δημογραφικοί και Οικονομικοί Παράγοντες</i>	20
1.3.2	<i>Η Θεραπεία και η Φαρμακευτική Αγωγή</i>	24
1.3.3	<i>Η Φύση της Ασθένειας</i>	27
1.3.4	<i>Η Σχέση Θεράποντος Ιατρού και Ασθενή</i>	28
1.3.5	<i>Ο Ίδιος ο Ασθενής και οι Πεποιθήσεις του</i>	32
1.3.6	<i>Οι Πεποιθήσεις του Ασθενή και το Κίνητρο για Θεραπεία</i>	33
1.3.7	<i>Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες</i>	35
1.4	Μέθοδοι Μέτρησης της Θεραπευτικής συμμόρφωσης	38
1.5	Μοντέλα Θεραπευτικής Συμμόρφωσης	39

Κεφάλαιο 2^ο :

Οικογένειες και Ζευγάρια με «Πόνο»

2.1	Οι Επιδράσεις της Οικογένειας στην Υγεία και την Ασθένεια	43
-----	---	----

ΜΠΣ Αντιμετώπιση Πόνου

2.2	Painful families	45
2.3	Μορφή Οικογένειας και Πόνος	46
2.4	Πατρική Οικογένεια και Πόνος στην Ενήλικη Ζωή	46
2.5	Θεωρητικά Μοντέλα για τη Δημιουργία Πόνου στην Οικογένεια	49
2.5.1	<i>Ψυχοδυναμική Θεωρία (Psychodynamic Theory)</i>	49
2.5.2	<i>Συστημική Θεωρία (Family Systems Theory)</i>	50
2.5.3	<i>Μοντέλο της Μίμησης Προτύπων (Modeling)</i>	50
2.6	Θεωρητικά Μοντέλα Διατήρησης Πόνου στην Οικογένεια	51
2.6.1	<i>Θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων (Family Systems Theory)</i>	51
2.6.2	<i>Θεωρία της Συντελεστικής Μάθησης (Operant Conditioning Models)</i>	51
2.6.3	<i>Γνωστική Θεωρία (Cognitive Theory)</i>	52
2.7	Το σύμπτωμα στην οικογένεια	52
2.7.1	<i>Η οικογένεια ως «αυτοποιητικός» οργανισμός</i>	52
2.7.2	<i>Ο Ρόλος του Ασθενή (Sick Role)</i>	53
2.7.3	<i>Η Ασθένεια ως Μέσο Διατήρησης της Ομοιόστασης της Οικογένειας</i>	54
2.8	Το Ζευγάρι στην Ασθένεια και τον Πόνο	55
2.8.1	<i>Συζυγική ικανοποίηση (Marital Satisfaction) και Πόνος</i>	56
2.8.2	<i>Συζυγική Ικανοποίηση και Εξελικτικό Στάδιο Ζευγαριού</i>	57
2.8.3	<i>Συζυγική Ικανοποίηση, Ψυχοσυναισθηματικά Συμπτώματα και Πόνος</i>	58
2.8.4	<i>Συζυγική Ικανοποίηση, Απόκριση Συζύγου και Πόνος</i>	61
2.8.5	<i>Πεποιθήσεις των Συζύγων των Ασθενών και Πόνος</i>	63
2.8.6	<i>Διαπροσωπικές Συγκρούσεις και Πόνος</i>	64
2.9	Επιδράσεις της Ασθένειας και του Πόνου στην Οικογένεια	66
2.9.1	<i>Τα Καταθλιπτικά Συναισθήματα των Συντρόφων των Ασθενών</i>	66
2.9.2	<i>Αξιολόγηση του Πόνου και των Επιπτώσεων του από το Ζευγάρι</i>	67
2.9.3	<i>Συναισθηματικές Επιπτώσεις του Πόνου στην Οικογένεια</i>	68
2.9.4	<i>Οι Επιπτώσεις του Πόνου της Οικογένειας στα Παιδιά</i>	71

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3^ο :

Μεθοδολογία Έρευνας

3.1	Σκοπός παρούσας Έρευνας	73
3.2	Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	73
3.3	Ερευνητικά Εργαλεία	74
3.3.1	<i>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας</i>	75
3.3.2	<i>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος</i>	77
3.3.3	<i>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90</i>	79
3.3.4	<i>Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις</i>	81
3.4	Στατιστική Επεξεργασία	81

Κεφάλαιο 4^ο :

Αποτελέσματα Έρευνας

4.1	Κοινωνικό - Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	83
4.2	Ιατρικές και Θεραπευτικές Συμπεριφορές	87
4.3	Στατιστική Επεξεργασία Κατηγορικών Δεδομένων	92
4.4	Στατιστική Επεξεργασία Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης Επιθετικότητας	101
4.5	Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	103
4.5.1	<i>Οικογενειακές Σχέσεις</i>	103
4.5.2	<i>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση</i>	104
4.5.3	<i>Διατήρηση του Οικογενειακού Συστήματος</i>	106
4.5.4	<i>Συνολική Βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</i>	107

4.6	Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R	108
4.7	Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις	113
4.8	Συσχετίσεις	114
4.8.1	Συσχετίσεις του Ερωτηματολογίου της Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης Επιθετικότητας (HDHQ)	114
4.8.1.1	<i>Συσχετίσεις της Εξωστρεφούς Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ</i>	114
4.8.1.2	<i>Συσχετίσεις της Ενδοστρεφούς Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ</i>	115
4.8.1.3	<i>Συσχετίσεις της Συνολικής Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ</i>	116
4.8.2	Συσχετίσεις της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R	117
4.8.2.1	<i>Συσχετίσεις Συνόλου Θετικών Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90</i>	117
4.8.2.2	<i>Συσχετίσεις της Σωματοποίησης της Κλίμακας SCL-90</i>	118
4.8.2.3	<i>Συσχετίσεις της Ψυχαναγκαστικότητας της Κλίμακας SCL-90</i>	118
4.8.2.4	<i>Συσχετίσεις της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας της Κλίμακας SCL-90</i>	119
4.8.2.5	<i>Συσχετίσεις της Κατάθλιψης της Κλίμακας SCL-90</i>	120
4.8.2.6	<i>Συσχετίσεις του Άγχους της Κλίμακας SCL-90</i>	120
4.8.2.7	<i>Συσχετίσεις της Επιθετικότητας της Κλίμακας SCL-90</i>	121
4.8.2.8	<i>Συσχετίσεις του Φοβικού Άγχους της Κλίμακας SCL-90</i>	121
4.8.2.9	<i>Συσχετίσεις του Παρανοειδή Ιδεασμού της Κλίμακας SCL-90</i>	122
4.8.2.10	<i>Συσχετίσεις του Ψυχωτισμού της Κλίμακας SCL-90</i>	122
4.8.2.11	<i>Συσχετίσεις της Ανορεξίας της Κλίμακας SCL-90</i>	123
4.8.2.12	<i>Συσχετίσεις της Βουλμίας της Κλίμακας SCL-90</i>	123
4.8.2.13	<i>Συσχετίσεις των Σκέψεων Θανάτου της Κλίμακας SCL-90</i>	124
4.8.2.14	<i>Συσχετίσεις της Ενοχής της Κλίμακας SCL-90</i>	124
4.8.2.15	<i>Συσχετίσεις του Ολικού Σκορ της Κλίμακας SCL-90</i>	125
4.8.2.16	<i>Συσχετίσεις του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90</i>	126
4.8.2.17	<i>Συσχετίσεις του Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90</i>	126

4.8.3	Συσχετίσεις της Κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις	127
4.8.3.1	<i>Συσχετίσεις της Μεταβλητής ANXIETY της Κλίμακας ECR</i>	127
4.8.3.2	<i>Συσχετίσεις της Μεταβλητής AVOIDANCE της Κλίμακας ECR</i>	128
4.8.4	Συσχετίσεις της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	132
4.8.4.1	<i>Συσχετίσεις της Συνοχής της Κλίμακας FES</i>	132
4.8.4.2	<i>Συσχετίσεις της Εκφραστικότητας της Κλίμακας FES</i>	132
4.8.4.3	<i>Συσχετίσεις της Σύγκρουσης της Κλίμακας FES</i>	132
4.8.4.4	<i>Συσχετίσεις της Ανεξαρτησίας της Κλίμακας FES</i>	133
4.8.4.5	<i>Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Προσανατολισμού προς Επιτεύγματα της Κλίμακας FES</i>	133
4.8.4.6	<i>Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Πνευματικού – Πολιτιστικού Προσανατολισμού της Κλίμακας FES</i>	133
4.8.4.7	<i>Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Προσανατολισμού προς Ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα της Κλίμακας FES</i>	134
4.8.4.8	<i>Συσχετίσεις της Ηθικής και Θρησκευτικής Έμφασης της Κλίμακας FES</i>	134
4.8.4.9	<i>Συσχετίσεις της Οργάνωσης της Κλίμακας FES</i>	134
4.8.4.10	<i>Συσχετίσεις του Ελέγχου της Κλίμακας FES</i>	134
	Συζήτηση	137
	Συμπεράσματα – Περιορισμοί	153
	Περίληψη	155
	Abstract	157
	Βιβλιογραφία	159
	Παράρτημα	169

Πρόλογος

Τα ρευματικά νοσήματα συγκαταλέγονται στα συχνότερα νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής φροντίδας καθώς και η κυριότερη αιτία σωματικής ανικανότητας σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών. Ο επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό είναι 26,9% με ποσοστό 33,7% στις γυναίκες και 19,9% στους άνδρες (Ανδριανάκος και συν, 2003). Σε σύγκριση με άλλες ομάδες ασθενειών οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν την πιο κοινή αιτία χρόνιων προβλημάτων υγείας (38,7%), προκαλούν μακροπρόθεσμη αναπηρία σε ποσοστό 47,2% και βραχυπρόθεσμη αναπηρία σε ποσοστό 26,2%. Επίσης αποτελούν την αιτία του 20,5% των ιατρικών επισκέψεων, βρίσκονται στη δεύτερη θέση ως προς τη συνταγογράφηση φαρμάκων (24%) ενώ για αυτή την ομάδα ασθενών συνταγογραφείται το 17,7% του συνόλου των ναρκωτικών φαρμάκων (Andrianakos et al., 2005). Οι ρευματικές παθήσεις είναι περίπου 200 και μπορούν να ταξινομηθούν σε έξι μεγάλες κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές αποτελούνται από τις φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις (αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες, κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες και άλλες παθήσεις), την οστεοαρθρίτιδα, την οσφυαλγία, την αυχεναλγία, τις παθήσεις εξωαρθρικού ρευματισμού και τις μεταβολικές παθήσεις των οστών όπως η οστεοπόρωση (Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, 2007).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αναζήτηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και της θεραπευτικής συμμόρφωσης ατόμων με πόνο στο/α γόνατο/α ή και στο/α ισχίο/α. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 65 ασθενείς, από 18-70 ετών, με πόνο στο γόνατο/α ή και στο ισχίο/α οι οποίοι ήταν παντρεμένοι ή συμβίωναν με κάποιο σύντροφο.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος το αποτελούν δύο υποκεφάλαια. Το πρώτο υποκεφάλαιο περιλαμβάνει τη θεωρητική προσέγγιση, μέσω της ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, του ζητήματος της θεραπευτικής συμμόρφωσης ενώ το δεύτερο υποκεφάλαιο αναφέρεται στην οικογένεια η οποία βιώνει χρόνιο πόνο.

Το ειδικό μέρος της ερευνητικής εργασίας αναφέρεται στην αναλυτική παρουσίαση της έρευνας. Αρχικά παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας η οποία αποτελείται από τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία

χρησιμοποιήθηκαν. Αυτά είναι α) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire – HDHQ), β) η αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES, των Moos and Moos), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R), δ) η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (Experiences in Close Relationships). Εκτός από τα συγκεκριμένα τέσσερα ερωτηματολόγια δόθηκε και ένας κατάλογος με ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, για τον πόνο τον οποίο βιώνουν και τη διαχείριση αυτού. Επίσης, στο ειδικό μέρος περιλαμβάνεται η παρουσίαση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων η οποία πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό στατιστικής SPSS version 16. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εργασίας και οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων τα οποία χρησιμοποιήθηκαν.

Θα ήθελα ειλικρινά να ευχαριστήσω την κα. Μαρία Γκούβα, επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας, για το σύνολο της συνεργασίας και συμπαράστασής της. Την ευχαριστώ ιδιαίτερα τόσο για τον χρόνο όσο και για τον κόπο τον οποίο αφιέρωσε. Κυρίως όμως την ευχαριστώ γιατί ήταν εκεί σε κάθε μικρή ή μεγάλη αγωνία ή απορία που είχα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου, Χριστόφορο Ντίκο, για την ατελείωτη υπομονή, υποστήριξη και ενθάρρυνση την οποία έδειξε, σε όλα τα θέματα και επίπεδα, για την ολοκλήρωση τόσο αυτής της εργασίας όσο και όλου του μεταπτυχιακού. Επίσης τον ευχαριστώ για την αλόγυστη βοήθεια του για την πραγματοποίηση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο : Θεραπευτική Συμμόρφωση

1.1 Ορισμός Θεραπευτικής Συμμόρφωσης

Η συστηματική έρευνα για τη θεραπευτική συμμόρφωση απασχολεί την επιστημονική κοινότητα εδώ και πέντε περίπου δεκαετίες. Το θέμα αυτό μοιάζει να μην είναι μόνο σύγχρονο αλλά να απασχόλησε τον ιατρικό κόσμο αιώνες πριν, ο Ιπποκράτης αναφέρεται σε ασθενείς οι οποίοι «υποκρίνονταν» ότι λάμβαναν την φαρμακευτική τους αγωγή (Vermeire et al., 2001). Οι Dunbar & Dwyer (1991) αναφέρουν ότι οι πρώτοι επιστήμονες οι οποίοι έστρεψαν την προσοχή τους στη θεραπευτική συμμόρφωση ήταν το 1950 τρεις φυσιολόγοι οι οποίοι μελετούσαν την θεραπεία εξωτερικών ασθενών με φυματίωση (tuberculostatic agent). Το 1972 ο David Sackett άρχισε να ενδιαφέρεται για τη θεραπευτική συμμόρφωση όταν απέδωσε τη μειωμένη ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, των ασθενών με υπέρταση, στη χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση (Vermeire et al., 2001). Μεταξύ του 1961 και 1974 λίγα άρθρα, μόνο 245, έχουν βρεθεί στην βιβλιογραφία σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα. Το 1974 έγινε το πρώτο Συμπόσιο για τη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή και γράφτηκε ένα βιβλίο με τα αποτελέσματα αυτού (Vermeire et al., 2001). Ο ορισμός της θεραπευτικής συμμόρφωσης έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και θεωρήθηκε ότι ήταν λιγότερο επικριτικός από χαρακτηρισμούς οι οποίοι χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε για τους ασθενείς, όπως «απείθαρχοι», «απρόσεκτοι», «ανεύθυνοι» (Nemes et al., 2009).

Όμως τι εννοούμε με τον όρο θεραπευτική συμμόρφωση; Στο νεοελληνικό λεξικό βρίσκουμε τον όρο «συμμορφώνω» ως εξής: 1. (κυριολ. –σπάν.) ταιριάζω κάτι με κάτι άλλο, τα κάνω να συμφωνούν: *πρέπει να συμμορφώσουμε τη νομοθεσία μας προς τα νέα δεδομένα* 2. (μτφ.) κάνω (κάποιον) να πειθαρχήσει, να συμπεριφέρεται σωστά: *για να τον συμμορφώσω, θα γίνω πολύ αυστηρός* 3. (μτφ.) κάνω (κάποιον/κάτι) να δείχνει καλύτερος, διορθώνω την εμφάνιση, το περιεχόμενο, την ποιότητά του: *~ το τετράδιο / την έκθεση / το φόρεμα· (μεσοπαθ. συμμορφώνομαι)* 4. (με / προς κάτι) προσαρμόζομαι προς συγκεκριμένους κανόνες, δεδομένα ή υποδείξεις: *δεν μπορεί να συμμορφωθεί με το πνεύμα της νέας διοίκησης // ~ προς τις υποδείξεις του γιατρού μου / τους νόμους / τις οδηγίες // οι*

δύο μαθητές προειδοποιήθηκαν ότι, αν δεν συμμορφωθούν, θα τιμωρηθούν αυστηρά ΣΥΝ. πειθαρχώ (Μπαμπινιώτης, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Μη – Θεραπευτική Συμμόρφωση και οι Συνέπειες αυτής

1.2.1 Ορισμός Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης

Ως συνέχεια του ορισμού του θέματος της θεραπευτικής συμμόρφωσης και προσπαθώντας να γίνει ουσιαστικότερη κατανόηση του ζητήματος, οι ερευνητές διερεύνησαν και το τι είναι μη – θεραπευτική συμμόρφωση. Ως μη συμμόρφωση ορίζουν «τις συμπεριφορές εκείνες, των ασθενών ή όσων αναζητούν υπηρεσίες υγείας, οι οποίες δεν συμπίπτουν με τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας» (Jin et al., 2008). Οι Jing Jin et al. (2008) έκαναν μια προσπάθεια να ορίσουν όλους τους τύπους της μη – συμμόρφωσης οι οποίοι αναφέρονται στη βιβλιογραφία και αυτοί είναι οι εξής: 1. το να λαμβάνει ο ασθενής την αγωγή του αλλά να μην την ολοκληρώνει, 2. το να λαμβάνει λάθος δόσεις, 3. το να μην παίρνει την αγωγή στο σωστό χρόνο, 4. το να αυξάνει ή να μειώνει τις δόσεις αυτοβούλως, 5. το να σταματά την αγωγή πολύ γρήγορα, 6. το να καθυστερεί την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, 7. το να μην είναι συνεπής στις προγραμματισμένες επισκέψεις στον θεράποντα ιατρό του, 8. το να μην ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού του, 9. το «drugs holidays» δηλαδή να σταματά τη θεραπεία ανά διαστήματα και έπειτα να την ξαναρχίζει, 10. το να είναι συμμορφωμένος με την αγωγή μόνο τα διαστήματα πριν την επίσκεψη στον γιατρό του (Jin et al., 2008). Και οι Sanson-Fisher et al. (1992) θεωρούν ότι η μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στο Σύστημα Υγείας λόγω του οικονομικού κόστους το οποίο αυτή συνεπάγεται με τη διαφορά ότι αυτοί αναφέρουν τέσσερις τύπους ή τρόπους μη –

συμμόρφωσης. Αναφέρουν 1. την πλήρη παράλειψη των συνιστώμενων δόσεων της αγωγής, 2. τα σφάλματα στην ποσότητα της δόσης, 3. τα σφάλματα στο χρόνο λήψης των δόσεων και 4. την πρόωρη διακοπή της προτεινόμενης θεραπείας (Sanson-Fisher et al., 1992).

1.2.2 Έκταση Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης

Η μη θεραπευτική συμμόρφωση μπορεί να έχει πολύ αρνητικά αποτελέσματα στην έκβαση της θεραπείας καθώς και κλινικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή. Η μη συμμόρφωση συνδέεται με φτωχά αποτελέσματα σε ασθένειες ή καταστάσεις όπως ο διαβήτης, η επιληψία, το άσθμα, η φυματίωση, η υπέρταση, η μεταμόσχευση οργάνων και το AIDS. Εκτός από τα αρνητικά αποτελέσματα τα οποία μπορεί να έχει η μη συμμόρφωση στην υγεία των ατόμων αποτελεί και μια σημαντική αιτία αύξησης του κόστους υγείας (Jin et al., 2008). Εξαιτίας του ότι η χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και είναι βασικός παράγοντας για την παρεμπόδιση της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού από την πλευρά της ποιότητας ζωής, η βελτίωσή της είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών.

Οι συνέπειες της χαμηλής συμμόρφωσης αυξάνουν όσο αυξάνεται παγκοσμίως και το εύρος των χρόνιων ασθενειών (Sabaté, 2003). Επίσης συμβάλει και στην αύξηση της θνησιμότητας των ασθενών (Osterberg & Blaschke, 2005). Ένας από τους λόγους για τον οποίο το ζήτημα της μη – θεραπευτικής συμμόρφωσης απασχόλησε έντονα την έρευνα είναι τα υψηλά ποσοστά στα οποία αυτή ανέρχεται. Σε ανασκόπηση την οποία έκανε ο Christensen το 1978 αναφέρει ότι το ποσοστό των μη – συμμορφωμένων ασθενών ανέρχεται στο 25% με 50% (Christensen, 1978). Τα ποσοστά αυτά παρουσιάζουν μια σταθερότητα μέσα στη διάρκεια του χρόνου και ποικίλουν ανάλογα με την ασθένεια. Σύμφωνα με έρευνα της DiMatteo (2004) περίπου 1 στους 4 ασθενείς δεν συμμορφώνονται σωστά στη συνταγογραφούμενη θεραπεία η οποία τους χορηγείται, όπως αναφέρεται από τους Simpson et al.. Επίσης και αυτοί θεωρούν ότι η χαμηλή συμμόρφωση είναι ένας βασικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την επιτυχία της θεραπείας και μια πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Σε αντίθεση η καλή συμμόρφωση σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα στη διαχείριση της υγείας (Simpson et al., 2006). Και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι η χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία των χρόνιων ασθενειών είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα τεράστιου μεγέθους. Υπολογίζεται στο 50% για

τις ανεπτυγμένες χώρες και μειώνεται ακόμη περισσότερο για τις αναπτυσσόμενες (Sabaté, 2003).

Από έρευνα την οποία πραγματοποίησαν οι Larsen et al. (2004/2005) για το αν οι διαφορές στη θεραπευτική συμμόρφωση μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών οφείλονται σε κοινωνικού παράγοντες, προκύπτει ότι η αναφερόμενη συμμόρφωση ήταν γενικά υψηλή 82%, ενώ έδειξε μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών, με ποσοστό συμμετοχής 62.5% σε σύνολο 45.678 ασθενών οι οποίοι δήλωσαν συμμετοχή. Το πρότυπο της μη συμμόρφωσης παρουσίασε μεγάλη παραλλαγή μεταξύ των χωρών, το 3.2% δε αγόρασε ποτέ την πρόσφατη συνταγογραφούμενη αγωγή και το 13.6% δεν την ακολούθησε όπως οριζόταν (Larsen et al., 2009).

Οι Jin et al. (2008) στην έρευνα την οποία πραγματοποίησαν αναφέρουν στοιχεία της DiMatteo (1995) σύμφωνα με τα οποία σε γενικές γραμμές, το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών με χρόνια φαρμακευτική θεραπεία ήταν 40% με 50%. Ενώ το ποσοστό συμμόρφωσης για τους ασθενείς με βραχεία θεραπεία ήταν πολύ υψηλότερο, γύρω στο 70% με 80% ενώ το ποσοστό της συμμόρφωσης σε σχέση με αλλαγές στον τρόπο ζωής ήταν το χαμηλότερο όλων, κυμαινόταν γύρω στο 20%. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν ανάλογα με την ασθένεια, ενδεικτικά για την πρόληψη του βρογχικού άσθματος το 50% των ασθενών δεν συμμορφώνονταν στην φαρμακευτική αγωγή. Η συμμόρφωση για την υπέρταση κυμαίνεται μεταξύ 50-70%. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η συμμόρφωση στην αντιυπερτασική αγωγή ήταν κατά μέσο όρο 49% και μόνο 23% των ασθενών είχαν καλά επίπεδα συμμόρφωσης άνω του 80%. Για τον διαβήτη το ποσοστό συμμόρφωσης με τη δίαιτα κυμαίνεται μεταξύ 25-65% ενώ με την χρήση ινσουλίνης ήταν περίπου 20%. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν την έκταση του προβλήματος και τους λόγους για τους οποίους το συγκεκριμένο θέμα θα πρέπει να προκαλεί ανησυχία στους παρόχους υγείας (Jin et al., 2008).

1.2.3 Οικονομικό Κόστος Μη – Θεραπευτικής Συμμόρφωσης

Αναφορικά με τις σημαντικές οικονομικές δαπάνες οι οποίες προκύπτουν για το Σύστημα Υγείας από τη μη συμμόρφωση σύμφωνα με τον Ley (1984) υπολογίζεται ότι το 25% των εισαγωγών στα νοσοκομεία της Αυστραλίας οφείλονται σε μη συμμόρφωση σε προηγούμενη αγωγή και ότι το κόστος των μη χρησιμοποιούμενων φαρμάκων που προκύπτουν από μη συμμόρφωση ανέρχεται σε 200 εκατ. Ευρώ ετησίως σύμφωνα με τα

αποτελέσματα του Senate Standing Committee on Social Welfare (1981). Στις Ηνωμένες Πολιτείες σύμφωνα με τον Ley (1988) υπολογίζεται ότι το συνολικό κόστος της μη συμμόρφωσης για δέκα κατηγορίες κοινών φαρμάκων ανέρχεται σε 396 - 792 εκατ. Δολάρια (Sanson-Fisher et al., 1992). Οι Dunbar-Jacob και Mortimer-Stephens υπολογίζουν συνολικά το κόστος της μη – συμμόρφωσης στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα χρήματα τα οποία μπορεί να επενδύσει ένα Σύστημα Υγείας για επενδύσεις σε επεμβάσεις με στόχο την αύξηση της συμμόρφωσης μέσα σε λίγα χρόνια αποσβένονται από την εξοικονόμηση που γίνεται λόγω της αύξησης της συμμόρφωσης. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, αποφεύγονται άμεσα έξοδα ενώ αυξάνεται και η παραγωγικότητα. Βέβαια συχνά οι οικονομικές μελέτες των οργανισμών υγείας δεν αναδεικνύουν την εξοικονόμηση αυτών των χρημάτων (Sabaté, 2003).

Σε έρευνα την οποία έκαναν οι Sokol et al. (2005) επιβεβαιώνονται τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνητών. Από την έρευνα προέκυψε ότι για τους διαβητικούς και τους ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία τα υψηλά επίπεδα της θεραπευτικής τους συμμόρφωσης σχετίζονται με χαμηλό κόστος για την υγεία. Για κάποιες χρόνιες ασθένειες η χρήση ακόμη και ναρκωτικών φαρμάκων μπορεί να έχει καλή οικονομική απόδοση αν συνυπάρχει με τη συμμόρφωση προς τις κατευθυντήριες γραμμές της θεραπείας (Sokol et al., 2005).

Οι ερευνητές οι οποίοι συμμετείχαν στη Συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Συμμόρφωση το 2001 επισημαίνουν ότι ο παράγοντας της συμμόρφωσης είναι ένας σημαντικός ρυθμιστής της αποτελεσματικότητας του εκάστοτε Συστήματος Υγείας. Αναφέρουν ότι δεν μπορεί να υπολογιστεί η απόδοση και επάρκεια των Συστημάτων Υγείας αλλά ούτε και να διαμορφωθούν κατάλληλα αν δεν συνυπολογιστεί και ο συγκεκριμένος παράγοντας. Σύμφωνα με τον Haynes (2001) αυξάνοντας τις παρεμβάσεις για την αποτελεσματικότητα της συμμόρφωσης ίσως έχουμε σημαντικότερα θετικά αποτελέσματα για την υγεία από το να γινόταν πρόοδος σε συγκεκριμένες φαρμακευτικές θεραπείες. Οι έρευνες σταθερά βρίσκουν ότι η εξοικονόμηση κόστους και η αύξηση στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την υγεία οφείλονται στις παρεμβάσεις χαμηλού κόστους οι οποίες γίνονται για τη βελτίωση της συμμόρφωσης. Χωρίς ένα Σύστημα Υγείας το οποίο να υπολογίζει τους παράγοντες της συμμόρφωσης η ανάπτυξη στη βιοϊατρική τεχνολογία θα αποτύγγανε να πετύχει τους στόχους της για τη

μείωση των συνεπειών της χρόνιας ασθένειας. Τα φάρμακα είναι απαραίτητα αλλά αναποτελεσματικά από μόνα τους για την επιτυχία της θεραπείας. Τα συστήματα υγείας χρειάζεται να εξελιχθούν ώστε να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις. Η θεραπευτική συμμόρφωση είναι ουσιαστικά μια συνεχής και δυναμική διαδικασία όπου οι ασθενείς μπορεί να ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες ετοιμότητας για την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών άρα και τα διάφορα Συστήματα Υγείας χρειάζεται να παρακολουθούν αυτή την ετοιμότητα των ασθενών και να λειτουργούν ανάλογα (Sabaté, 2003).

1.3 Παράγοντες Επίδρασης στη Θεραπευτική Συμμόρφωση

1.3.1 Κοινωνικό – Δημογραφικοί και Οικονομικοί Παράγοντες

Κατά τη διάρκεια της έρευνας η οποία διεξήχθη τις πέντε αυτές δεκαετίες με θέμα τη θεραπευτική συμμόρφωση οι ερευνητές θεώρησαν μια πληθώρα παραγόντων ως υπεύθυνους για την επίδραση τους σε αυτή. Συχνά τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουν είναι αντικρουόμενα και αντιφατικά μεταξύ τους. Σε ανασκόπηση την οποία έκανε ο Christensen το 1978 υπολογίζει ότι το ποσοστό των μη – συμμορφωμένων ασθενών την περίοδο εκείνη ανέρχεται στο 25% με 50% και αναφέρει τους κυριότερους παράγοντες στους οποίους ερευνητές εστίασαν την προσοχή τους έως τότε. Ένας από τους πρώτους παράγοντες με αρνητική συσχέτιση προς τη συμμόρφωση είναι η διάρκεια της θεραπείας και η πολυπλοκότητα αυτής. Την περίοδο εκείνη, και οι παρενέργειες των φαρμάκων θεωρούνταν ότι μειώνουν τη συμμόρφωση. Σε σχέση με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ηλικία, φύλο, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο αναφέρει ότι υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα ενώ το οικογενειακό περιβάλλον συσχετίζεται θετικά. Σε σχέση με τον τύπο και την σοβαρότητα της ασθένειας επίσης αναφέρει διαφορετικά αποτελέσματα με βάση τις έρευνες στις οποίες έκανε ανασκόπηση. Τέλος δίνει έμφαση στη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή για την επίδραση την οποία μπορεί αυτή να έχει στη θεραπευτική συμμόρφωση (Christensen, 1978). Η ανωτέρω ανασκόπηση παρόλο που πραγματοποιήθηκε το 1978 αναφέρει παρόμοια ποσοστά συμμόρφωσης με αυτά τα οποία παρουσιάζουν οι σύγχρονοι ερευνητές ενώ ταυτόχρονα ερευνά τους παράγοντες οι οποίοι και σήμερα διερευνώνται ως σχετικοί με τη θεραπευτική συμμόρφωση.

Ένας από αυτούς τους παράγοντες με τους οποίους ασχολήθηκε μεγάλος αριθμός επιστημόνων είναι τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι Larsen et al. το 2009 πραγματοποίησαν έρευνα σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών. Παρόλο που η συμμόρφωση μεταξύ των κρατών ήταν υψηλή για όλα τα κράτη υπήρχαν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους οι οποίες δεν μπορούν να εξηγηθούν με κοινωνικό- δημογραφικά και κοινωνικό – οικονομικά κριτήρια. Μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές οι οποίες να οφείλονται στο φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση, το εισόδημα, την χώρα προέλευσης. Η συμμόρφωση παρουσιάζει αύξηση με την αύξηση της ηλικίας ίσως γιατί οι νέοι είναι λιγότερο οριοθετημένοι και δεν μπορούν το ίδιο εύκολα να νιώσουν τις συνέπειες και την έκταση της ασθένειας. Τα άτομα με μόρφωση άνω των 12 ετών ήταν λιγότερο συμμορφωμένα από αυτά με μικρότερη μόρφωση αλλά αυτοί με τα υψηλότερα εισοδήματα ήταν περισσότερο συμμορφωμένοι. Οι ασθενείς με χειρονακτική εργασία ήταν λιγότερο συμμορφωμένοι σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες καθώς και όσοι προέρχονταν από μειονότητες. Τέλος το να ζει κάποιος με σύντροφο αυξάνει τη συμμόρφωση ίσως λόγω του ότι είναι πιο οργανωμένο και δομημένο το καθημερινό του πρόγραμμα σε σχέση με κάποιον ο οποίος ζει μόνος (Larsen et al., 2009).

Και οι Tuncay et al. συμφωνούν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς ήταν οι πλέον συμμορφωμένοι. Η έρευνα τους διεξήχθη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) και προέκυψε ότι το 30,2% ήταν πλήρως συμμορφωμένοι ενώ το 11,6% ήταν σταθερά μη συμμορφωμένοι σε μια περίοδο ενός έτους (Tuncay et al., 2007). Τον παράγοντα ηλικία θεωρούν ως έναν από τους τρεις υπεύθυνους για την ρύθμιση της συμμόρφωσης και οι Horne και Weinman (1999). Οι άλλοι δύο παράγοντες είναι ο τύπος της ασθένειας και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τα φάρμακα (Horne & Weinman, 1999). Πιο συγκεκριμένα σε σχέση με την ηλικία φαίνεται οι άνθρωποι άνω των 75 ετών να είναι λιγότερο συμμορφωμένοι λόγω των γνωστικών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν ενώ όσοι είναι μεταξύ 60-70 ετών είναι οι περισσότερο συμμορφωμένοι ασθενείς (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Και οι Jin et al. σε μια μεγάλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας την οποία πραγματοποίησαν από το 1970 καταλήγουν στο ότι για τα άτομα άνω των 60 ετών υπάρχει μεγαλύτερη συμμόρφωση γιατί ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους και ασχολούνται συστηματικότερα με αυτή αν και πολλές έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει χαμηλότερη συμμόρφωση στα άτομα αυτά λόγω προβλημάτων στη όραση, την ακοή και τη μνήμη. Για τα άτομα μικρότερης ηλικίας είναι

ακόμη πιο αντιφατικά τα αποτελέσματα, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν χαμηλή συμμόρφωση γιατί στις ηλικίες αυτές υπάρχουν άλλες προτεραιότητες στη ζωή τους (Jin et al., 2008). Αντικρουόμενα είναι τα αποτελέσματα άλλης έρευνας σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA), η οποία υποστηρίζει ότι η ηλικία δεν φαίνεται να σχετίζεται με την συμμόρφωση, το ίδιο ισχύει για το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση αλλά και για τον αριθμό των φαρμάκων τα οποία έπρεπε να λαμβάνουν οι ασθενείς. Σε αυτή την έρευνα του 1979 από το σύνολο των ασθενών το 38.9% των ασθενών με RA ήταν μη συμμορφωμένοι στην αντιρρευματική θεραπεία είτε σποραδικά είτε συστηματικά. Το 28.7% έπαιρναν την αγωγή τους το περισσότερο διάστημα το οποίο τους είχε προταθεί, το 5.6% κάποιες φορές, και το 1.9% ποτέ. Σε σχέση με τους συμμορφωμένους, οι μη συμμορφωμένοι είχαν λιγότερους πόνους στις αρθρώσεις και λιγότερη σοβαρότητα πόνου. Η παράλειψη της λήψης φαρμάκων δεν φαίνεται να δημιουργεί κάποιο σημαντικό πρόβλημα στο χειρισμό της RA γιατί το 90% των ασθενών λαμβάνουν την αγωγή τους όλα ή κάποια από τα διαστήματα τα οποία χρειάζεται. Κίνητρο για τη κανονική λήψη των φαρμάκων φαίνεται να είναι η παρουσία χρόνιου και σοβαρού πόνου. Οι λόγοι στους οποίους αποδόθηκε η μη συμμόρφωση ήταν η μείωση των συμπτωμάτων κατά 28.6%, το ότι τα ξεχνούσαν κατά 23,8%, οι παρενέργειες κατά 21.4% καθώς και η δυσκολία στη λήψη τους κατά 14.3% (Lee & Tant, 1979).

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

Σχετικά και με τους υπολοίπους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο, υπάρχουν έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι δεν σχετίζονται με τη συμμόρφωση. Σε έρευνα για το άσθμα, το 51% των ασθενών δεν ήταν συμμορφωμένοι. Όσοι δεν ήταν συμμορφωμένοι με την αγωγή κορτικοστεροειδών συνήθως δεν ήταν ούτε με τους β - αγωνιστές και αυτή η μη- συμμόρφωση δεν αποδιδόταν στο φύλο ή στο διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ασθενών (Bosley et al., 1995). Από έρευνα για τις διαφορές των φύλων στον μυϊκό πόνο και τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας προέκυψε ότι οι γυναίκες τείνουν να θεωρούν πιο αποτελεσματικές τις ασκήσεις για τη μείωση του

μυϊκού πόνου σε σχέση με τους άνδρες αλλά γενικότερα δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάλογα με το φύλο στην αντίληψη του μυϊκού πόνου ούτε και στην αντίληψη της αποτελεσματικότητας των συμπεριφορών αυτοφροντίδας (Dannecker et al., 2008).

Οι Jin et al. (2008) στην προαναφερθείσα έρευνα την οποία πραγματοποίησαν ερευνούν μια πληθώρα κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εθνικότητα δεν θεωρείται προγνωστικός παράγοντας της συμμόρφωσης ενώ για το φύλο τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά, κάποιοι ερευνητές βρίσκουν ότι οι γυναίκες είναι πιο συμμορφωμένες, κάποιοι θεωρούν τους άνδρες και κάποιοι ότι ο παράγοντας αυτός δεν σχετίζεται με τη συμμόρφωση. Και για το εκπαιδευτικό επίπεδο ισχύουν τα ίδια, κάποιοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά θετικά στη συμμόρφωση λόγω του ότι οι ασθενείς γνωρίζουν περισσότερα για την ασθένεια τους και τη θεραπεία. Κάποιοι θεωρούν το αντίθετο και υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συμμορφώνονται καλύτερα γιατί δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους γιατρούς τους. Κατά συνέπεια προκύπτει ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν μπορεί να είναι παράγοντας πρόβλεψης της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Η ύπαρξη συζύγου θεωρείται ότι την επηρεάζει θετικά. Η υποστήριξη και η βοήθεια την οποία προσφέρει ο/η σύζυγος θεωρούνται ότι παίζουν ρόλο σε αυτό. Και η κοινωνική υποστήριξη, συναισθηματική υποστήριξη και η βοήθεια από τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να συμβάλουν θετικά στη συμμόρφωση. Μειώνουν τις αρνητικές στάσεις για την θεραπεία, δημιουργούν κίνητρο και βοηθούν στην υπενθύμιση της εφαρμογής της θεραπείας (Jin et al., 2008).

Άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης και υποστήριξης της οικογένειας αλλά συμφωνεί ότι αυτή θεωρείται χρήσιμη κυρίως από την άποψη της παρότρυνσης και υπενθύμισης του ασθενή για συμμόρφωση (Ferguson & Bole, 1979). Σε άλλη έρευνα σε σχέση με τη συμμόρφωση στα μυοσκελετικά προβλήματα και συγκεκριμένα για τον πόνο της μέσης (low back pain) φάνηκε ότι οι παντρεμένοι είναι πιο συμμορφωμένοι σε σχέση με όσους ζουν μόνοι καθώς και οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς. Στη συγκεκριμένη έρευνα το 49% ήταν υψηλά συμμορφωμένο, το 42% είχαν χαμηλή συμμόρφωση και 9% καθόλου συμμόρφωση. Άλλοι παράγοντες οι οποίοι θεωρήθηκαν ότι επηρεάζουν τη μη συμμόρφωση είναι τα προβλήματα μεταφοράς στον τόπο θεραπείας, οι απαιτήσεις της δουλειάς καθώς και η φροντίδα των παιδιών (Alexandre et al., 2002).

Και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες επιδρούν στη θεραπευτική συμμόρφωση. Αν και αναγνωρίζει ότι υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία για το αν το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό στάτους αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει τη συμμόρφωση τελικά θεωρεί ότι την επηρεάζει μια που στις αναπτυσσόμενες χώρες η συμμόρφωση είναι χαμηλότερη από ότι στις ανεπτυγμένες και αυτή η κατάσταση θέτει τους ανθρώπους σε σημαντικά διλήμματα. Παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να έχουν μια σημαντική επίδραση στη συμμόρφωση είναι η φτώχεια, ο αναλφαβητισμός, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η ανεργία, η έλλειψη επαρκούς υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος, οι ασταθείς συνθήκες ζωής, η μεγάλη απόσταση από ιατρικά κέντρα, το υψηλό κόστος μετακίνησης προς αυτά, το υψηλό κόστος των φαρμάκων, η αλλαγή περιβάλλοντος, οι πεποιθήσεις για την ασθένεια και τη θεραπεία και η δυσλειτουργία της οικογένειας (Sabaté, 2003).

1.3.2 Η Θεραπεία και η Φαρμακευτική Αγωγή

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

Το ένα τρίτο από 324 ασθενείς με χρόνιες ασθένειες όπως άσθμα, νεφρικά, καρδιακά και ογκολογικά προβλήματα είχε ανησυχίες για την εξάρτηση που μπορεί να

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

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

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

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

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

1.3.3 Η Φύση της Ασθένειας

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος διερευνήθηκε για το αν και πόσο επηρεάζει τους ασθενείς σε σχέση με τη θεραπευτική τους συμμόρφωση είναι η ίδια η φύση της ασθένειας για την οποία χρειάζεται να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή. Τέτοιοι παράγοντες θεωρούνται οι απαιτήσεις της ασθένειας τις οποίες αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους, το επίπεδο της βλάβης / αναπηρίας (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, επαγγελματική), η σοβαρότητα της ίδιας της ασθένειας και η δυνατότητα την οποία η ίδια η ασθένεια έχει για αποτελεσματική θεραπεία. Η συννοσηρότητα επίσης επηρεάζει σημαντικά τη συμμόρφωση (Sabaté, 2003).

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ένας από τους παράγοντες που επιδρούν στο υπό μελέτη φαινόμενο είναι η φύση της ίδιας της ασθένειας και της θεραπείας φυσικά την οποία αυτή συνεπάγεται (Ickowics & Meisler, 1997). Σε ασθένειες στους οποίους απουσιάζουν συμπτώματα συνήθως υπάρχει μικρότερη συμμόρφωση. Ασθενείς οι οποίοι παρουσίασαν μείωση των συμπτωμάτων χάρη στην φαρμακευτική αγωγή έχουν και καλύτερη συμμόρφωση. Η σοβαρότητα της ασθένειας σχετίζεται με αντικρουόμενα ευρήματα σε σχέση με τη συμμόρφωση (Jin et al., 2008). Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα η ίδια η φύση της μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση δεδομένου ότι η νόσος χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις σε σχέση με τον πόνο. Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι συμμορφώνονται μόνο όταν έχουν εξάρσεις και τότε μπορεί να θεωρήσουν τον πόνο ως τιμωρία και ασθενείς που δεν συμμορφώνονται γιατί δεν έχουν πόνους, γεγονός το οποίο οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη μη συμμόρφωση (Turk & Rudy, 1991). Εξάλλου η μεγαλύτερη διάρκεια πόνου σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχολογική αποδιοργάνωση των ασθενών με ορθοπεδικό πόνο. Αυτή η συσχέτιση ήταν ακόμη ισχυρότερη κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 9 έως 12 μηνών πόνου. Στους ασθενείς με τη μεγαλύτερη διάρκεια πόνου συμπεριλαμβάνονταν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όσοι δήλωναν πόνο σε μεγαλύτερη επιφάνεια σώματος, όσοι είχαν μεγαλύτερο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων, όσοι έπαιρναν περισσότερα παυσίπονα την εβδομάδα και τέλος όσοι είχαν παντρευτεί

περισσότερες φορές ενώ είχαν και περισσότερες πιθανότητες να έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό (Hinkley & Jarcenko, 1994). Φαίνεται ότι ο πόνος που φέρει η ασθένεια επιδρά σε πολλά επίπεδα με συνέπειες και στη θεραπευτική συμμόρφωση. Σε σχέση με τη διάρκεια της ασθένειας οι Tuncay et al. (2007) εξετάζοντας ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτή δεν επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών (Tuncay et al., 2007).

1.3.4 Η Σχέση Θεράποντος Ιατρού και Ασθενή

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος διερευνήθηκε διεξοδικά για την επίδραση που ασκεί στη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης είναι η σχέση μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενή. Από τις ήδη υπάρχουσες έρευνες φαίνεται να είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής θα αναπτύξει τις συμπεριφορές εκείνες που θα βελτιώσουν την υγεία του. Οι Ingersoll και Cohen (2008) στην ανασκόπηση την οποία δημοσιοποίησαν το 2008 έχουν θεωρήσει ότι μια πληθώρα παραγόντων σχετίζεται με το θέμα της θεραπευτικής συμμόρφωσης στις χρόνιες ασθένειες. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι παράγοντες σχετικοί με τον ασθενή, όπως η κατάθλιψη, η ενημέρωση για θέματα υγείας, η κατάχρηση ουσιών, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το περιβάλλον του ασθενή, όπως η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο του, καθώς και παράγοντες σχετικοί με τον επαγγελματία υγείας όπως η ανοιχτή επικοινωνία και ο χρόνος που αφιερώνεται στο να εξηγείται τόσο η φύση της ασθένειας όσο και της θεραπείας καθώς και παράγοντες σχετικοί με την σχέση θεράποντος και ασθενή όπως είναι η εμπιστοσύνη (Ingersoll & Cohen, 2008). Το ίδιο και οι Ickowics και Meisler (1997) στην εργασία τους για τη συμμόρφωση ασθενών με HIV έχουν κατηγοριοποιήσει τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμόρφωση σε τέσσερις κατηγορίες, αυτές που αφορούν τον ασθενή, την φαρμακευτική αγωγή, τη φύση της ίδιας της ασθένειας και τη σχέση ασθενή – επαγγελματία υγείας καθώς και το πλαίσιο υγείας μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται (Ickowics & Meisler, 1997).

Η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών σχετίζεται θετικά με τη θεραπευτική συμμόρφωση. Υπάρχει κατά 19% μεγαλύτερος κίνδυνος μη συμμόρφωσης για τους ασθενείς των οποίων οι γιατροί δεν έχουν καλή επικοινωνία μαζί τους σε σχέση με όσους έχουν γιατρούς με τους οποίους έχουν αναπτύξει σχέση επικοινωνίας. Στο σημείο αυτό ίσως τίθεται και το θέμα της εκπαίδευσης των γιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας

προκειμένου να συμβάλλουν θετικά στη συμμόρφωση των ασθενών τους. Η συμμόρφωση αυξάνεται κατά 12% όταν οι γιατροί εκπαιδεύονται σε δεξιότητες επικοινωνίας. Η μετά-ανάλυση την οποία κάνανε οι Zolnierek & DiMatteo (2009) έδειξε ότι η καλή επικοινωνία βοηθά την ανάπτυξη της συμμόρφωσης γιατί επιτρέπει την μετάδοση και ανάκληση σημαντικών ιατρικών και ψυχοκοινωνικών πληροφοριών, επιτρέπει την συμμετοχή του ασθενή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων που τον αφορούν, επιτρέπει την ανοιχτή συζήτηση για τα οφέλη, τους κινδύνους και τα εμπόδια του ασθενή σε σχέση με τη συμμόρφωση, επιτρέπει το χτίσιμο εμπιστοσύνης και προσφέρει στον ασθενή λεκτική και μη λεκτική υποστήριξη και ενθάρρυνση. Αν οι γιατροί είχαν καλύτερη διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς τους και αυξανόταν το ποσοστό της συμμόρφωσης θα υπήρχαν και σημαντικά οικονομικά οφέλη γιατί τότε θα υπήρχαν 183 εκατομμύρια λιγότερες επισκέψεις οι οποίες σήμερα πραγματοποιούνται από αυτούς οι οποίοι δεν συμμορφώνονται (Zolnierek & DiMatteo, 2009). Και σε προηγούμενη έρευνά της η DiMatteo (1998) διερευνά το ρόλο του γιατρού για την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας του ασθενή και καταλήγει στο ότι ελλείψεις στην επικοινωνία ασθενή – γιατρού συνήθως δεν επιτρέπουν στον ασθενή να λάβει επαρκείς πληροφορίες για την υγεία του, να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που τον αφορούν και να έχει την κατάλληλη συμμόρφωση. Η επικοινωνία ασθενή – γιατρού συχνά είναι τόσο φτωχή που οι μισοί ασθενείς φεύγουν από το ιατρείο χωρίς να έχουν καταλάβει τι τους είπε ο γιατρός τους αλλά και χωρίς να ξέρουν τι ακριβώς πρέπει οι ίδιοι να κάνουν. Σε αυτή τη κατάσταση συμβάλει και το ότι οι γιατροί χρησιμοποιούν δυσνόητους ιατρικούς όρους. Η μη συμμόρφωση οδηγεί στο να αρρωσταίνουν περισσότερο οι ασθενείς, οι γιατροί να τους αλλάζουν τα φάρμακα ή τις δόσεις χωρίς ουσιαστικά να γνωρίζουν ποια είναι η πραγματική αιτία της μη επιτυχίας της αγωγής που έδωσαν με αποτέλεσμα να σπαταλείται πολύ χρόνος και άσκοπα χρήματα. Η σωστή επικοινωνία είναι απαραίτητη για τη σωστή διάγνωση και θεραπεία. Οι ασθενείς θέλουν οι προσωπικές τους αξίες να υπολογίζονται και να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία θεραπείας τους. Η ανασκόπηση την οποία έκανε δείχνει ότι η καλή επικοινωνία ασθενή – γιατρού βοηθάει στο να γίνουν οι ασθενείς πιο ενεργοί, να κάνουν περισσότερες ερωτήσεις, να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το Σύστημα Υγείας, να νιώθουν μεγαλύτερη ανακούφιση από τα συμπτώματα, να έχουν μεγαλύτερη βελτίωση στην υγεία τους, να έχουν λιγότερη αγωνία για την ασθένειά τους, μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, μεγαλύτερη συμμόρφωση και θετικότερες προσδοκίες για την υγεία τους (DiMatteo, 1998).

Οι Moore et al. (2004) σε έρευνα την οποία πραγματοποίησαν συγκεκριμένα για το πώς η σχέση γιατρού και ασθενή επηρεάζει την αποφυγή της θεραπείας, καταλήγουν στο ότι η σχέση γιατρού και ασθενή επηρεάζει την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και την αποφυγή ιατρικής ή ψυχολογικής θεραπείας. Τα στοιχεία που καθορίζουν την ικανοποίηση του ασθενή άρα και τη μεταξύ τους σχέση είναι ο χρόνος που δίνει ο γιατρός στον ασθενή, ο σεβασμός προς αυτόν, το αν ακούει και καταλαβαίνει τις ανησυχίες του ασθενή του. Ο τρόπος σύμφωνα με τον οποίο λειτουργούν τα παραπάνω στοιχεία είναι ο ακόλουθος. Ακούγοντας, ο γιατρός καλύτερα τον ασθενή του μπορεί να πάρει περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του και έπειτα να είναι πιο ικανός να βοηθήσει και τον ίδιο τον ασθενή να καταλάβει τη φύση της ασθένειάς του. Επίσης ο ασθενής μπορεί να ερμηνεύσει αυτή την προσοχή ως σεβασμό του γιατρού προς αυτόν. Μπορεί ακόμη, να θεωρήσει ότι ο γιατρός νοιάζεται περισσότερο για την υγεία του και ότι θα του δώσει υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών (Moore et al., 2004).

Η φτωχή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας οδηγεί σε μειωμένη θεραπευτική συμμόρφωση μέσω της μη επαρκούς κατανόησης από τον ασθενή της φύσης της ασθένειάς του, των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της θεραπείας, της σωστής λήψης της θεραπείας (Osterberg & Blaschke, 2005). Βοηθητική σχέση μεταξύ ασθενή και γιατρού θεωρείται αυτή όπου υπάρχει εμπιστοσύνη από την πλευρά του ασθενή και εμπάθεια (empathy) από τη πλευρά του επαγγελματία. Στοιχεία της σχέσης τα οποία αυξάνουν τη συμμόρφωση είναι η συναισθηματική υποστήριξη από τον γιατρό, το να δείχνει σεβασμό στον ασθενή και να του συμπεριφέρεται ισότιμα. Επίσης είναι σημαντικό να εμπλέκεται και ο ασθενής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη διαμόρφωση της θεραπείας. Αρνητικά στοιχεία της σχέσης είναι το να μην υπάρχει βλεμματική επαφή, να χρησιμοποιεί ιατρικούς και δυσνόητους όρους, το να αφιερώνει λίγο χρόνο στην επικοινωνία (Jin et al., 2008).

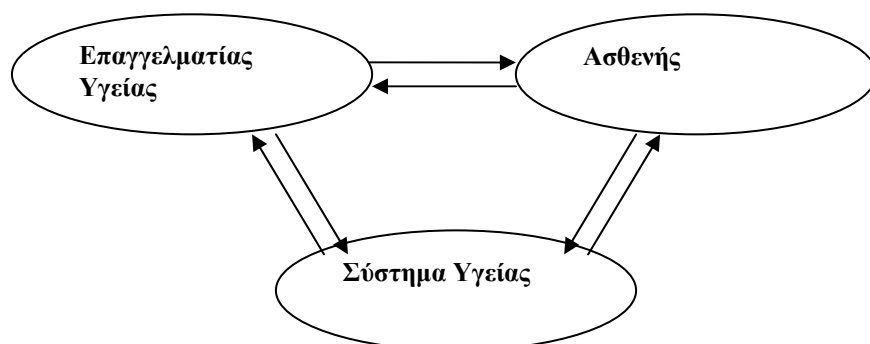
Η συμμαχία μεταξύ ασθενή και γιατρού αναπτύσσεται παράλληλα μεταξύ των δυο μερών στην αρχή της συνεργασίας όταν στόχος είναι η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και δεν απαιτούνται ακόμη από τον ασθενή αλλαγές. Στη συνέχεια αυτή μεταβάλλεται από την πλευρά του γιατρού, μειώνεται όταν υπάρχει συννοσηρότητα ή όταν δεν υπάρχουν αλλαγές από τον ασθενή και κατά συνέπεια δεν υπάρχουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Υπάρχουν τρεις παράμετροι τις οποίες μπορεί ο γιατρός να λάβει υπόψη του για να υπάρχουν καλά θεραπευτικά αποτελέσματα: ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με τον ασθενή (emotional bond), συμφωνία μεταξύ τους όταν τίθενται οι

θεραπευτικοί στόχοι (goals) και συμφωνία σε σχέση με τις μεθόδους επίτευξης των στόχων (tasks) (Bethea et al., 2008). Επίσης έχει ιδιαίτερη σημασία ο θεραπευτικός στόχος το οποίο θέτει ο θεράπων ιατρός και ο τρόπος που κάνει συμμετοχο σε αυτό το στόχο τον χρόνιο ασθενή. Η επιτυχία επικοινωνίας εξαρτάται από το πόσο ο ασθενής μπορεί να εκφράσει τις πραγματικές του ανησυχίες στον γιατρό καθώς και από το πόσο ο γιατρός μπορεί να ενθαρρύνει αυτή την έκφραση (McDowell, 1987).

Ο χρόνιος πόνος, εξάλλου είναι ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα και επίσης όλοι οι χρόνιοι ασθενείς δεν ίδιοι, ούτε βιώνουν ίδιο πόνο ακόμη και αν η αιτία είναι η ίδια. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν το αίσθημα της απελπισίας, του αβοήθητου, της ανάγκης για εξάρτηση, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και ίσως και οικογενειακά προβλήματα. Όταν ως στόχος τίθεται η μείωση του πόνου υπάρχει μικρότερη βελτίωση στην επιτυχία της θεραπείας από όταν στόχος είναι η αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου (Justins, 1996).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επίσης θεωρεί τη σχέση γιατρού –ασθενή σημαντικής σημασίας για τη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Την εντάσσει στο ευρύτερο πλαίσιο της σπουδαιότητας του Συστήματος Υγείας ως ρυθμιστικού παράγοντα της συμμόρφωσης. Επιμέρους παράγοντες θεωρεί την ελλιπή ή ανύπαρκτη αποζημίωση των ασθενών, την ελλιπή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις χρόνιες ασθένειες, την υπεραπασχόληση των επαγγελματιών υγείας, τα μειωμένα κίνητρα και τη μειωμένη επανατροφοδότηση την οποία δέχονται οι επαγγελματίες υγείας, την μειωμένη ικανότητα για εκπαίδευση των ασθενών καθώς και τους ελλιπείς επανελέγχους τους, την αδυναμία καθιέρωσης κοινοτικής υποστήριξης και αυτό – διαχείρισης της ασθένειας και τέλος τη μειωμένη γνώση για τη συμμόρφωση και τις επιδράσεις της (Sabaté, 2003). Και άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αλληλεπίδραση του ασθενή με το Σύστημα Υγείας επιδρά στη θεραπευτική του συμμόρφωση. Η δυσκολία πρόσβασης στο Σύστημα Υγείας και ραντεβού τα οποία χάνονται, η μη ποιοτική θεραπεία από το προσωπικό υγείας, η δυσκολία για την πρόσβαση στη φαρμακευτική αγωγή, το υψηλό κόστος φαρμάκων θεωρούνται παράγοντες αρνητικής επίδρασης στη συμμόρφωση. Επίσης την επηρεάζουν και η αλληλεπίδραση επαγγελματία υγείας και Συστήματος Υγείας εξαιτίας της μη επαρκούς γνώσης των γιατρών για το κόστος των φαρμάκων, τις δυνατότητες για την κάλυψη εξόδων από ασφαλιστικά ταμεία και το χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης που έχουν (Osterberg & Blaschke, 2005). Ουσιαστικά η

διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα και η ικανοποίηση των ασθενών από το Σύστημα Υγείας αυξάνει τη θεραπευτική τους συμμόρφωση (Jin et al., 2008).



Σχήμα 1. Το σχήμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματία υγείας – ασθενή – συστήματος υγείας σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση.

1.3.5 Ο Ίδιος ο Ασθενής και οι Πεποιθήσεις του

Ένας ακόμη άξονας γύρω από τον οποίο εστίασαν το ενδιαφέρον τους οι ερευνητές είναι το ίδιο το άτομο, ο ίδιος ο ασθενής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι αυτός ο άξονας είναι ένας από τους πέντε άξονες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και καθορίζουν τη συμμόρφωση. Στους σχετικούς παράγοντες με τον ασθενή συμπεριλαμβάνει τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις των ατόμων για την ασθένειά τους, τα κίνητρα τους για τον χειρισμό αυτής, την εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους για αποτελεσματικούς χειρισμούς τους οποίους η θεραπεία απαιτεί, τις προσδοκίες για τα αποτελέσματα της θεραπείας. Άλλοι παράγοντες είναι η αδύναμη μνήμη, το ψυχολογικό στρες, το χαμηλό κίνητρο συμμόρφωσης, το ότι δεν πιστεύουν ότι πρέπει και οι ίδιοι να αναλάβουν δράση για τη θεραπεία τους, η λανθασμένη κατανόηση της φύσης της ασθένειας και των οδηγιών για τη θεραπεία ή η μη αποδοχή της ασθένειας, το αίσθημα αβοήθητου, τα αρνητικά συναισθήματα, ο φόβος στιγματισμού από την ασθένεια. Το κίνητρο του ασθενή για συμμόρφωση επηρεάζεται από την αξιολόγηση κόστους – οφέλους της θεραπείας και από το βαθμό που θεωρεί ότι είναι ικανός να την ακολουθήσει. Για την ενίσχυση του εγγενούς κινήτρου χρειάζεται να υποστηριχθεί ο ασθενής να πιστέψει στην αναγκαιότητα της συμμόρφωσης και στην ικανότητα του να διαχειριστεί όσα θέματα χρειάζεται σε σχέση με την ασθένεια και τη θεραπεία αυτής (Sabaté, 2003).

Οι πεποιθήσεις των ασθενών για την αγωγή σε πολλές έρευνες φαίνεται ότι κατέχουν καθοριστικό ρόλο στη συμμόρφωση. Προ-αναφερθείσα έρευνα σε ασθενείς με άσθμα, νεφρικά, καρδιακά και ογκολογικά προβλήματα έδειξε ότι υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων ασθενών σχετικά με τη συμμόρφωση ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους για την αγωγή. Το 89% των ασθενών οι οποίοι ακολουθούσαν την αγωγή τους θεωρούσαν ότι αυτή ήταν απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας. Πεποιθήσεις οι οποίες σχετίζονται με υψηλότερη αναγκαιότητα για τα φάρμακα σχετίζονται και με υψηλότερη συμμόρφωση ενώ υψηλότερες ανησυχίες σχετίζονται με χαμηλότερη συμμόρφωση. Οι πεποιθήσεις φαίνεται να είναι πολύ πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για τη συμμόρφωση από τα κοινωνικό-δημογραφικά (φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο) και τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή και της ασθένειας αντίστοιχα. Οι ασθενείς κάνουν έναν υπολογισμό κόστους – οφέλους όπου σταθμίζονται οι πεποιθήσεις τους για την αναγκαιότητα του φαρμάκου σε σχέση με τους φόβους τους για πιθανές παρενέργειες αυτού (Horne & Weinman, 1999).

Η μη συμμόρφωση αφορά τους μισούς σχεδόν ασθενείς οι οποίοι παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις για την αγωγή που θα ακολουθήσουν χωρίς να θεωρούν την συμμόρφωση σημαντικό θέμα. Οι ασθενείς κάνουν τη δική τους ανάλυση κόστους – οφέλους για κάθε θεραπεία που τους προτείνεται. Ζυγίζουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα όπως ανακούφιση από τα συμπτώματα, με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους και το πιθανό ρίσκο το οποίο εμπεριέχεται στο να πάρουν την αγωγή, ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις πληροφορίες τις οποίες έχουν στη διάθεση τους. Συνήθως σταθμίζουν τις οδηγίες του γιατρού με τις πληροφορίες που ήδη έχουν στη διάθεση τους, οι οποίες προέρχονται τόσο από τις δικές τους αντιλήψεις και εμπειρίες όσο και από τις πληροφορίες που έχουν από τον γενικό ή οικογενειακό τους γιατρό και το λοιπό προσωπικό της κλινικής ή του φαρμακείου με το οποίο συνεργάζονται ή και τα ΜΜΕ. Οι ασθενείς, δηλαδή, δεν ξεχνούν ούτε κατανοούν λανθασμένα τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας, αντίθετα «επιλέγουν» να μη συμμορφωθούν (Donovan & Blake, 1992).

1.3.6 Οι Πεποιθήσεις του Ασθενή και το Κίνητρο για Θεραπεία

Οι πεποιθήσεις και το κίνητρο για θεραπεία που καθορίζονται από τις πεποιθήσεις για τις αιτίες της ασθένειας και το νόημα που της αποδίδεται καθώς και το κίνητρο που έχουν για να ακολουθήσουν τη θεραπεία φαίνεται να συνδέονται στενά με τη θεραπευτική

συμμόρφωση. Τέτοιες πεποιθήσεις είναι το να νιώθει ευάλωτος και επιρρεπής στη συγκεκριμένη ασθένεια και τις επιπλοκές αυτής, το να νιώθει ότι θα του προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του και να θεωρεί ότι η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική. Όταν όμως υπάρχουν παρανοήσεις και λανθασμένες πεποιθήσεις για την ασθένεια τότε μειώνεται και η συμμόρφωση. Τέτοιες μπορεί να είναι ανησυχίες για τη θεραπεία, η πεποίθηση ότι η ασθένεια δεν ελέγχεται καθώς και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία εξαιτίας κατάθλιψης, άγχους, φόβου και θυμού για την ασθένεια, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν ιδιαίτερα την συμμόρφωση (Jin et al., 2008). Η στάση των ασθενών απέναντι στην ασθένεια τους και στην θεραπεία αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτή (Bosley et al., 1995).

Άλλη μια έρευνα σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αναδεικνύει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μη συμμόρφωσης και της πεποίθησης ότι η προτεινόμενη αγωγή δεν θα έχει θετικά αποτελέσματα. Σε αυτή την έρευνα το 22% των ασθενών δεν συμμορφώθηκαν με τη λήψη του φαρμάκου – ασπιρίνη, το 60% δεν συμμορφώθηκαν με την πραγματοποίηση των ασκήσεων οι οποίες τους προτάθηκαν και το 75% δεν χρησιμοποιούσε τον νάρθηκα που τους συστήθηκε. Η μη συμμόρφωση σε σχέση με τις ασκήσεις είναι ακόμη μεγαλύτερη γιατί θεωρείται θεραπεία προφύλαξης – πρόληψης και τα αποτελέσματά της στη μείωση των συμπτωμάτων δεν είναι εμφανή άμεσα, κατά συνέπεια οι ασθενείς δεν θεώρησαν ότι είναι απαραίτητη η εφαρμογή τους. Προκύπτει η ανάγκη να ενημερώνονται πλήρως οι ασθενείς ακόμη και για το χρόνο ο οποίος απαιτείται για να γίνουν εμφανή τα αποτελέσματα μιας θεραπείας. Οι πεποιθήσεις για τα αποτελέσματα της θεραπείας καθορίζουν τη συμμόρφωσή τους (Ferguson & Bole, 1979).

Οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τη συμμόρφωση. Σε έρευνα που πραγματοποίησε ο So (2002) σε σχέση με την αποτελεσματικότητα θεραπειών με βελονισμό προκύπτει ότι τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας οφείλονται πολύ περισσότερο στην σχέση ασθενή – γιατρού παρά στις προσδοκίες τις οποίες αναπτύσσουν οι ασθενείς. Μάλιστα από την συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερες οι προσδοκίες τόσο μικρότερο το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η εξήγηση που δόθηκε είναι ότι όταν ο ασθενής έχει μεγάλες προσδοκίες δεν μπορεί να εκτιμήσει και να αντιληφθεί το όποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα υπάρχει. Επίσης όσο περισσότερο ο ασθενής πιστεύει στους «ισχυρούς άλλους (powerful others)», στη δύναμη δηλαδή του επαγγελματία υγείας σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας τόσο μικρότερο θα είναι

αυτό. Αυτό συμβαίνει γιατί μέσω αυτής της αντίληψης μεταβιβάζει την ευθύνη στους «άλλους» και δεν συμμετέχει ο ίδιος ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Η αποτελεσματικότητα δηλαδή της θεραπείας βασίζεται στην ισότιμη και συνεργατική σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή (So, 2002). Ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα όταν αποδίδουν την ευθύνη για το χειρισμό των προβλημάτων τους εξωτερικά, δηλαδή «η ευθύνη τίθεται σε κάποιον άλλον ή σε κάτι άλλο», και όχι το ίδιο στο άτομο τότε υπάρχουν περισσότερες αναρρωτικές άδειες και όχι καλή πρόγνωση. Όταν το άτομο θεωρεί ότι η ευθύνη πρέπει να τεθεί εξωτερικά τότε θεωρεί ότι δεν μπορεί το ίδιο να ελέγξει το πρόβλημα και κατά συνέπεια δεν δραστηριοποιείται προς τη κατεύθυνση της ενεργοποίησης για την θεραπεία του (Larsson & Nordholm, 2008). Όσο μεγαλύτερες είναι οι καταστροφικές σκέψεις σε σχέση με τον πόνο τόσο υπάρχει και αύξηση αυτού σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (OA). Από την ανασκόπηση που έκαναν προκύπτει ότι οι καταστροφικές σκέψεις σε σχέση με τον πόνο οδηγούν σε μεγαλύτερη σωματική δυσλειτουργία μέσω της χαμηλής αντίληψης αυτοαποτελεσματικότητας για την σωματική λειτουργικότητα και επίσης οδηγούν σε μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση και δυσλειτουργία μέσω της χαμηλής αντίληψης αυτοαποτελεσματικότητας για τον χειρισμό των ψυχολογικών συμπτωμάτων τα οποία προκαλούνται από την ασθένεια (Shelby et al., 2008).

1.3.7 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Η κατάθλιψη, η ανησυχία και το άγχος είναι συνηθισμένες καταστάσεις σε ασθενείς και συνήθως σχετίζονται με μειωμένη υγεία και αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Από την μετά-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι DiMatteo et al. το 2000 προέκυψε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι τρεις φορές περισσότερο μη συμμορφωμένοι στη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται να ακολουθήσουν για κάποια ασθένεια από την οποία πάσχουν. Η κατάθλιψη είναι πιθανόν να είναι ένας από εκείνους τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμόρφωση. Οι DiMatteo et al. (2000) αναφέρουν τρεις λόγους για τους οποίους μπορεί η κατάθλιψη να επιδρά αρνητικά στη συμμόρφωση. Αρχικά η κατάθλιψη συχνά περιλαμβάνει το αίσθημα του αβοήθητου (hopelessness) το οποίο δεν επιτρέπει καθόλου αισιοδοξία στον ασθενή ώστε να καταφέρει να συμμορφωθεί, ουσιαστικά ο ασθενής θεωρεί ότι σχεδόν καμία προσπάθεια δεν αξίζει τον κόπο και δεν θα είναι αποτελεσματική. Η κατάθλιψη συχνά

συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση, άρα ο ασθενής δεν μπορεί να δεχθεί την κοινωνική υποστήριξη η οποία όπως οι έρευνες δείχνουν ότι είναι ένας σημαντικός, θετικός παράγοντας για την συμμόρφωση. Τέλος η κατάθλιψη συχνά επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, όπως τη μνήμη, και έτσι γίνεται ακόμη δυσκολότερη η διαδικασία της τήρησης της αγωγής. Σε αντίθεση με την κατάθλιψη η οποία φαίνεται να σχετίζεται ξεκάθαρα με τη μη θεραπευτική συμμόρφωση, δεν προκύπτουν ανάλογα συμπεράσματα και για το άγχος. Από τη συγκεκριμένη μετά-ανάλυση δεν προκύπτει αν η κατάθλιψη αυξάνει τη μη συμμόρφωση ή το αντίστροφο δηλαδή αν η μη συμμόρφωση αυξάνει την κατάθλιψη. Εξίσου είναι πιθανό να συμβαίνουν ταυτόχρονα και τα δύο ή να επιδρά και τρίτος παράγοντας, όπως η κακή υγεία, τόσο στην αύξηση της κατάθλιψης όσο και της μη συμμόρφωσης στην προτεινόμενη αγωγή (DiMatteo et al., 2000).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με τη συμμόρφωση παραμένουν ασαφείς. Μόνο το 23% των ασθενών ήταν πλήρως συμμορφωμένο τουλάχιστον για το 80% του βμήνου σε έρευνα η οποία μετρούσε την προσωπικότητα, τη συναισθηματική διάθεση και τους γνωστικούς παράγοντες σε σχέση με συμμόρφωση σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο νευρωτισμός σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος και αρνητικά με όλα τα άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η εξωστρέφεια (extroversion), το να είναι ανοιχτός (openness), η ευσυνειδησία και η τερπνότητα (agreeableness) σχετίζονται θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Η ευσυνειδησία (conscientiousness), η κατάθλιψη, η διανοητική ευελιξία (mental flexibility), η οπτικοχωρική και κατασκευαστική ικανότητα (visuospatial, constructional ability) είναι προγνωστικοί παράγοντες της εξέλιξης της συμμόρφωσης (Stilley et al., 2004).

Μια ακόμη συγχρονική, διαπολιτισμική έρευνα την οποία πραγματοποίησαν ερευνητές σε 18 χώρες έδειξε ότι διαταραχές άγχους και διάθεσης είναι πιο συχνές σε άτομα με αρθρίτιδα παρά σε άτομα χωρίς αρθρίτιδα χωρίς να διευκρινίζεται η αιτιολογική σχέση, αν δηλαδή οι διαταραχές αυτές προϋπάρχουν της αρθρίτιδας ή είναι αποτέλεσμα αυτής. Τα ποσοστά της αρθρίτιδας κυμαίνονταν από 6,1%, στην Κολομβία, έως 29,2% στη Γαλλία, με μεγαλύτερα ποσοστά στην Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Νέα Ζηλανδία. Πιο συχνά προβλήματα αρθρίτιδας αναφέρουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, οι λιγότερο μορφωμένοι σε σχέση με τα άτομα με ανώτερη μόρφωση και η επικράτηση αυξάνεται με την ηλικία. Στο 5-10% του πληθυσμού με αρθρίτιδα αναφέρεται μείζονα κατάθλιψη. Η δυσθυμία έχει μικρότερη επικράτηση από την μείζονα κατάθλιψη.

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν μικρότερη επικράτηση στους ασθενείς με αρθρίτιδα σε σχέση με την μείζονα κατάθλιψη (He et al., 2008). Βέβαια θα ήταν γενίκευση να θεωρούσαμε ότι οι ασθενείς με αρθρίτιδα παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Όταν αυτά παρουσιάζονται χρειάζεται να λάβουμε υπόψη ότι οι ασθενείς αυτοί βιώνουν κοινωνικά, συναισθηματικά και πρακτικά προβλήματα στην καθημερινή και επαγγελματική τους ζωή καθώς και μια ζοφερή προοπτική για το μέλλον. Η κατάθλιψη αυξάνεται με την χρονιότητα της ασθένειας. Η συμμόρφωση δείχνει να μειώνεται με την αύξηση της χρονιότητας. Οι ασθενείς με αρθρίτιδα έχουν ανησυχίες σε σχέση με θέματα σεξουαλικής φύσης, τα οποία διστάζουν να συζητήσουν με τους γιατρούς τους (McGowan, 1990). Επίσης σε άτομα με αρθρίτιδα το άγχος επιδρά στην αίσθηση και αντίληψη του εβδομαδιαίου πόνου. Το ίδιο και η κατάθλιψη αλλά κατά το ήμισυ σε σχέση με το άγχος. Επίσης επηρεάζουν τον πόνο έμμεσα μέσω των αρνητικών ή θετικών συναισθημάτων που προκαλούν. Η κατάθλιψη αυξάνει έμμεσα την αντίληψη του πόνου μέσω του stress το οποίο προκαλεί στις διαπροσωπικές σχέσεις και των λιγότερο θετικών συναισθημάτων που υπάρχουν. Το άγχος επιδρά άμεσα στον πόνο και έμμεσα μέσω των αρνητικών συναισθημάτων (Smith & Zautra, 2008).

Ο μέσος όρος και τα ημερήσια ποσοστά της κούρασης τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο επηρεάζονται από γεγονότα τα οποία συμβαίνουν σε διαπροσωπικό επίπεδο σε άτομα με χρόνιες ασθένειες. Βέβαια υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την ασθένεια. Τα αρνητικά γεγονότα αυξάνουν την κούραση και κατ' επέκταση τη λειτουργικότητα των γυναικών με ινομυαλγία, ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) και οστεοαρθρίτιδα (OA). Αυτό συμβαίνει και για την επόμενη μέρα τα την οποία συμβαίνουν αυτά τα γεγονότα. Στην ινομυαλγία και τη (RA) συμβαίνει το ίδιο ακόμη και όταν υπάρχουν θετικά γεγονότα δεδομένου ότι τα άτομα καταναλώνουν ενέργεια ακόμη και για αυτά. Σε ημερήσια βάση τα αρνητικά γεγονότα σχετίζονται με αύξηση της κούρασης ενώ τα θετικά με μείωση. Η κούραση έχει αρνητική επίδραση στη σωματική λειτουργία ανεξάρτητα από την ένταση του πόνου (Parrish et al., 2008).

Ο πόνος συνήθως είναι αυτό- περιοριστικός αλλά όταν γίνεται χρόνιος οι συνέπειες είναι σοβαρές για τον ασθενή και την οικογένεια του, λόγω των δυσκολιών που βιώνουν, για την εργασία του λόγω των αδειών ασθένειας αλλά και για το κοινωνικό σύνολο λόγω της αύξησης του κόστους υγείας και της μείωσης της παραγωγικότητας. Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην βιολογική ανάπτυξη του πόνου αυξάνοντας την αντίληψή του και συμβάλλοντας στην

χρονιότητα του. Η αποφυγή της χρονιότητας του πόνου μπορεί να γίνει με το να δίνεται προσοχή στις ψυχολογικές πλευρές των συμπτωμάτων, με την αποφυγή περιττών εξετάσεων, με την αποφυγή μη αποτελεσματικής φροντίδας και με την εστίαση σε πρακτικές πρόληψης του πόνου (Main & Williams, 2002).

Η απουσία κατάθλιψης θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για τη θετική αποκατάσταση ατόμων με οστεοαρθρίτιδα γόνατος και ισχίου. Οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν χαμηλή αποκατάσταση γιατί αυτά τα συμπτώματα δεν τους επιτρέπουν να έχουν την αναγκαία ενεργητικότητα για συμμόρφωση με ασκήσεις αποκατάστασης τις οποίες χρειάζεται να εκτελέσουν στο σπίτι τους (Weigl et al., 2006). Η συσχέτιση της μη συμμόρφωση με ψυχολογικούς παράγοντες είναι σύνθετη όπως και η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και συμμόρφωσης καθώς και διαπροσωπικών προβλημάτων και συμμόρφωσης. Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι και η μη συμμόρφωση όπως όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές οφείλονται σε πολλούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ότι η στάση των ασθενών απέναντι στην ασθένεια τους και στην θεραπεία αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτή (Bosley et al., 1995).

Υπάρχουν και έρευνες οι οποίες καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα για τη σχέση κατάθλιψης και συμμόρφωσης. Σε έρευνα για τα μυοσκελετικά προβλήματα όπως ο πόνος της μέσης προκύπτει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και συμμόρφωσης (Alexandre et al., 2002).

1.4 Μέθοδοι Μέτρησης της Θεραπευτικής συμμόρφωσης

Οι μέθοδοι μέτρησης της συμμόρφωσης χωρίζονται στις άμεσες (direct methods) και έμμεσες (indirect methods). Οι άμεσες μέθοδοι, συμπεριλαμβάνουν το να παίρνει ο ασθενής την αγωγή του μπροστά σε τρίτο άτομο, τη μέτρηση της ουσίας ή των μεταβολιτών της στο αίμα καθώς και τη μέτρηση βιολογικών δεικτών. Οι μέθοδοι αυτοί έχουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγονται η αμεσότητα και η αντικειμενικότητα. Παράλληλα στα μειονεκτήματα θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν το ότι τα αποτελέσματα μπορεί να αλλοιωθούν από τον ασθενή, σα μέθοδοι μπορεί να είναι ακριβές, καθώς και επιβαρυντικές από πλευρά εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης και οι έμμεσες μέθοδοι, όπως η αυτοαναφορά του ασθενή, η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, τα ημερολόγια, η μέτρηση της απάντησης του ασθενή

στη θεραπεία, η μέτρηση των χαπιών, έχουν τόσο μειονεκτήματα όσο και πλεονεκτήματα. Στα πρώτα ανήκουν το ότι κάποιες από αυτές τις μεθόδους είναι απλές αλλά ταυτόχρονα και πάλι μπορεί να αλλοιωθούν από τον ασθενή ή να παρέμβουν άλλοι παράγοντες οπότε και πάλι να μην είναι αξιόπιστη η τελική μέτρηση (Osterberg & Blaschke, 2005).

1.5 Μοντέλα Θεραπευτικής Συμμόρφωσης

Πολλοί θεωρητικοί διερευνούν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη θεραπευτική συμμόρφωση μέσω συγκεκριμένων θεωρητικών μοντέλων. Τα βασικότερα μοντέλα συμμόρφωσης είναι:

Το «Βιοϊατρικό Μοντέλο», το οποίο είναι το κυρίαρχο μοντέλο του Συστήματος Υγείας και των οργανισμών. Θεωρεί τον ασθενή ως υπεύθυνο και παθητικό δέκτη των οδηγιών του επαγγελματία υγείας. Η μη συμμόρφωση θεωρείται ευθύνη του ασθενή και αποδίδεται σε δικά του ατομικά και κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά (Sabaté, 2003).

Το «Συμπεριφοριστικό Μοντέλο», στο οποίο ανήκουν μια πληθώρα διαφοροποιημένων μοντέλων. Εστιάζει στην θετική και αρνητική ενίσχυση ως το βασικό μηχανισμό επηρεασμού της συμπεριφοράς συμμόρφωσης (Sabaté, 2003). Η θετική ενίσχυση αυξάνει την πιθανότητα συμμόρφωσης του ασθενή αν αυτός δεχθεί κάτι, ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του, το οποίο θεωρεί θετικό. Η αρνητική ενίσχυση επίσης αυξάνει την πιθανότητα συμμόρφωσης του ασθενή αν αυτός απαλλαγεί συνολικά ή μερικώς ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του, από κάτι το οποίο θεωρεί αρνητικό (DiMatteo & Martin, 2002).

Το «Μοντέλο Επικοινωνίας», το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε το 1970 και δίνει έμφαση στην επικοινωνία ασθενή – επαγγελματία υγείας καθιστώντας την καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη της θεραπευτικής συμμόρφωσης (Sabaté, 2003).

Το «Γνωστικό Μοντέλο», το οποίο δίνει έμφαση στη σχέση μεταξύ των γνωσιών, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Adams et al., 1996). Σε αυτό συμπεριλαμβάνονται και άλλα μοντέλα όπως το μοντέλο των πεποιθήσεων (belief model), το κοινωνικό-γνωστικό (social/cognitive), η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (planned behavior), η θεωρία της έλλογης δράσης (reasoned action) και η θεωρία των κινήτρων (protection/motivation theory) (Sabaté, 2003). Το μοντέλο των πεποιθήσεων (belief model) στηρίζεται σε δύο παράγοντες, α) τον βαθμό στον οποίο το άτομο θεωρεί

την ασθένεια του απειλητική και β) τον βαθμό στον οποίο θεωρεί ότι οι συμπεριφορές θεραπευτικής συμμόρφωσης θα είναι αποτελεσματικές για την υγεία του. Το κοινωνικό-γνωστικό (social/cognitive) μοντέλο δίνει έμφαση στην έμμεση μάθηση μέσω της παρατήρησης ενός προτύπου, στην προσδοκία αποτελέσματος ως συνέπεια της υιοθέτησης της συμπεριφοράς του προτύπου και στην αυτοαποτελεσματικότητα. Η θεωρία της έλλογης δράσης (reasoned action) θεωρεί ότι η συμπεριφορά συμμόρφωσης είναι αποτέλεσμα της πρόθεσης η οποία υπάρχει για υιοθέτησή της από τον ασθενή και εξαρτάται από τη στάση αλλά και τις υποκειμενικές νόρμες του ατόμου προς αυτή τη συμπεριφορά. Το μοντέλο της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (planned behavior) θεωρείται εξέλιξη του προηγούμενου και αναφέρεται κυρίως σε προσχεδιασμένες ή σκόπιμες συμπεριφορές μέσω άσκησης ελέγχου σε ανασταλτικούς ή διευκολυντικούς παράγοντες αυτής (DiMatteo & Martin, 2002).

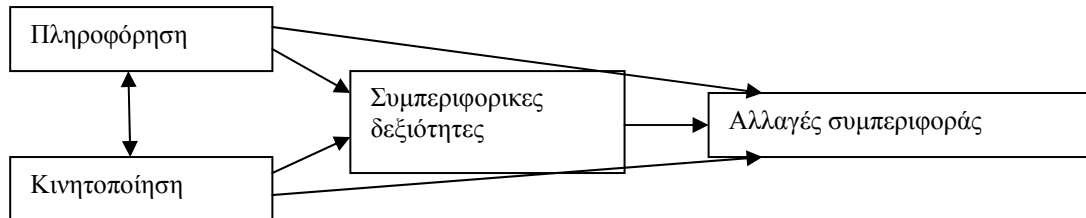
Το «Μοντέλο της Αυτό-ρύθμισης» εστιάζει στη γνωστική αντίληψη του ασθενή για τον κίνδυνο της υγείας του ή την ασθένεια, τις αναπαραστάσεις τις οποίες έχει για την ασθένεια δηλαδή τις ιδέες που έχει για την συγκεκριμένη ασθένεια και τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβεί για τη θεραπεία της (Sabaté, 2003).

Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα δεν επαρκούν από μονά τους για την κατανόηση και τις παρεμβάσεις για την αύξηση της συμμόρφωσης.

Το «Μοντέλο Πληροφόρηση – Κινητοποίηση - Συμπεριφορικές δεξιότητες (Information – Motivation - Behavioral Skills Model / IMB)» δανείζεται στοιχεία από τα προηγούμενα μοντέλα και δημιουργεί μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση. Η πληροφόρηση αναφέρεται στην βασική γνώση η οποία χρειάζεται να υπάρχει για την ιατρική κατάσταση του ασθενή. Η κινητοποίηση αναφέρεται στις ατομικές ενέργειες οι οποίες χρειάζεται να υιοθετηθούν για την συμμόρφωση, στην κοινωνική υποστήριξη η οποία απαιτείται για τέτοιες ενέργειες και στις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου για το πώς συμπεριφέροντε ασθενείς με όμοια ασθένεια. Οι συμπεριφορικές δεξιότητες αναφέρονται στις συγκεκριμένες ικανότητες τις οποίες χρειάζεται να έχει ο ασθενής για να αναπτύξει συμπεριφορές συμμόρφωσης.

Ένα ακόμη διαθεωρητικό μοντέλο είναι το «Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Stages of Change Model, SOC)». Αυτό περιλαμβάνει 5 στάδια μέσω των οποίων το άτομο αλλάζει συμπεριφορές. Στο πρώτο στάδιο γίνεται ο προ-σχεδιασμός των αλλαγών και μπορεί να διαρκέσει 6 μήνες, στο δεύτερο γίνεται ο σχεδιασμός και εξετάζονται οι αλλαγές της συμπεριφοράς οι οποίες αναμένεται να γίνουν τους επόμενους 6 μήνες, στο τρίτο

στάδιο γίνεται η προετοιμασία και αναμένονται συγκεκριμένες αλλαγές μέσα στις επόμενες 30 ημέρες, το τέταρτο είναι αυτό της δράσης- γίνονται αλλαγές και το τελευταίο είναι αυτό της συντήρησης όπου αναμένεται να διαρκέσουν οι αλλαγές τουλάχιστον 6 μήνες (Sabaté, 2003).



Σχήμα 2: Το μοντέλο πληροφόρηση-κινητοποίηση-συμπεριφορικές δεξιότητες (information-motivation-behavioral skills model/IMB)

Η θεραπευτική συμμόρφωση προσεγγίστηκε και μέσω της Γνωστικής - Συμπεριφορικής Θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy - CBT). Οι σκέψεις, οι αναμνήσεις και οι προσδοκίες μπορεί επίσης να επηρεάσουν την αντίληψη του πόνου και τη συμπεριφορά του ασθενή. Η συγκεκριμένη προσέγγιση εστιάζεται στους φόβους και τις πρόωρες εμπειρίες του ατόμου και αναδεικνύει τους φαύλους κύκλους οι οποίοι μπορεί να υπάρχουν μεταξύ σκέψεων – συμπεριφορών – πόνου. Η εκπαίδευση και η κινητοποίηση του ασθενή ώστε να αναλάβει ενεργό ρόλο στη θεραπευτική του διαδικασία είναι αναπόσπαστα κομμάτια της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Για την εκπαίδευση και κινητοποίηση του ασθενή χρειάζεται να δίνονται ρεαλιστικές και αξιόπιστες πληροφορίες σε σχέση με την θεραπεία και την διαδικασία αποκατάστασής του (Bergman, 2007).

Κεφάλαιο 2^ο : Οικογένειες και Ζευγάρια με «Πόνο»

2.1 Οι Επιδράσεις της Οικογένειας στην Υγεία και την Ασθένεια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1976 χαρακτήρισε την οικογένεια ως «τον πρωταρχικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας». Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο όλων των θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής οφείλονται σε μη υγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η έλλειψη γυμναστικής, η κακή διατροφή και η κατάχρηση αλκοόλ. Όλες αυτές οι αιτίες θνησιμότητας θα μπορούσαν να είχαν αποτραπεί αν είχαν προηγηθεί πολιτικές πρόληψης. Τα άτομα συνήθως αναπτύσσουν, διατηρούν και αλλάζουν τις συμπεριφορές υγείας μέσα στα πλαίσια της οικογένειας τους εξαιτίας του ότι μέσα σε αυτά τα πλαίσια μοιράζονται διατροφικές συνήθειες, δραστηριότητες σωματικής εκγύμνασης, την χρήση και κατάχρηση ουσιών (Campbell, 2005).

Ένας μεγάλος όγκος ερευνών και δεδομένων υποστηρίζουν ότι οι οικογένειες μπορούν να προκαλέσουν ωφέλιμες ή επιβλαβείς συνέπειες στη σωματική υγεία των μελών τους. Ο Campbell (2005) με βάση την ανασκόπηση την οποία πραγματοποίησε κατέληξε σε τέσσερα βασικά συμπεράσματα σε σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα.

1. *«Οι οικογενειακές σχέσεις έχουν τόσο δυνατή επίδραση στην υγεία όσο και οι περισσότεροι αναγνωρισμένοι ιατρικοί παράγοντες κινδύνου».* Αυτό αναδεικνύεται μέσω των ερευνών των κοινωνικών και οικογενειακών ερευνητών. Οι Berkman, Summerers & Horwitz το 1992 έδειξαν ότι οι γυναίκες με έμφραγμα του μυοκαρδίου οι οποίες ζούσανε μόνες και είχανε καθόλου έως μικρή κοινωνική ή οικογενειακή υποστήριξη, είχαν διπλάσιες με τριπλάσιες πιθανότητες να οδηγηθούνε στο θάνατο σε σχέση με όσες είχανε κοινωνική υποστήριξη.

2. *«Η πλέον ισχυρή μορφή υποστήριξης που μπορεί η οικογένεια να παρέχει είναι η συναισθηματική υποστήριξη».* Οι Cohen & Syme το 1985 προτείνουν 4 μορφές κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης. Η πρώτη είναι η «πρακτική υποστήριξη (instrumental support)», δηλαδή η παροχή υπηρεσιών όπως η μεταφορά του ασθενή από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας στο νοσοκομείο. Επίσης είναι η παροχή φροντίδας. Η δεύτερη είναι η «υποστήριξη με παροχή πληροφοριών (informational support)» η οποία συνήθως αναφέρεται στην παροχή χρήσιμων πληροφοριών σχετικών με την ασθένεια. Ως τρίτη μορφή υποστήριξης αναφέρει την «συναισθηματική υποστήριξη (emotional support)» η οποία αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας να «ακούει» τον ασθενή, να

δείχνει «ενσυναίσθηση (empathy)» προς αυτόν καθώς και ότι νοιάζεται και τον αγαπά. Τέλος υπάρχει και η υποστήριξη η οποία δίνει στον ασθενή την αίσθηση του «ανήκειν» στην οικογένεια, ότι είναι ένα μέλος μιας οικογένειας ή μιας ομάδας η οποία νοιάζεται γνήσια για τα μέλη της. Μεταξύ αυτών των τεσσάρων μορφών υποστήριξης η συναισθηματική έχει τις περισσότερες επιδράσεις στην υγεία.

3. *«Ο γάμος είναι η οικογενειακή σχέση με τις περισσότερες επιδράσεις στην υγεία των ενηλίκων».* Η οικογενειακή κατάσταση επιδρά συνολικά στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των συντρόφων. Τα άτομα τα οποία είναι παντρεμένα είναι υγιέστερα από όσα έχουν χηρέψει και όσα έχουν χηρέψει είναι υγιέστερα από όσα έχουν χωρίσει ή δεν έχουν παντρευτεί ποτέ. Επίσης και η ποιότητα του γάμου επηρεάζει την νοσηρότητα και θνησιμότητα των ατόμων. Για παράδειγμα η ποιότητα του γάμου αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τη θνησιμότητα από καρδιακή προσβολή. Τα ποσοστά της θνησιμότητας είναι υψηλότερα για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες. Επίσης σύμφωνα με τους Kimmel et al. το 2000 η κακή ποιότητα του γάμου σε γυναίκες με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και αιμοκάθαρση, σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά επιβίωσης. Η απώλεια της συζύγου επιδρά αρνητικότερα στην υγεία των ανδρών ενώ η κακή ποιότητα του γάμου στην υγεία των γυναικών.

4. *«Οι επικριτικές ή εχθρικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην σωματική υγεία των μελών της από την επίδραση την οποία ασκούν οι υποστηρικτικές σχέσεις».* Για την υγεία είναι κατά πολύ επιβαρυντικότερο το να είναι ένα περιβάλλον ή μια συμπεριφορά απειλητική από το να μην είναι καλή. Η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, το κάπνισμα, η διαχείριση του σωματικού βάρους, ο διαβήτης, το άσθμα και οι ημικρανίες είναι κάποιες καταστάσεις ή ασθένειες για τις οποίες το επικριτικό οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί προγνωστικό παράγοντα υποτροπής και φτωχών θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Campbell, 2005).

Η κάθε οικογένεια διαμορφώνει και διαμορφώνεται από επιμέρους συστήματα, τα υποσυστήματα της. Τα υποσυστήματα της οικογένειας διακρίνονται ανάλογα με τη λειτουργία την οποία επιτελούν σε αυτή. Ένα από τα βασικότερα υποσυστήματα είναι αυτό των συζύγων (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006). Η συζυγική σχέση είναι μια από τις βασικότερες σχέσεις για τους περισσότερους ενήλικες με σημαντικές επιδράσεις στην υγεία των συντρόφων. Οι επιδράσεις ποικίλουν ανάλογα με την ποιότητα του γάμου, δηλαδή είναι ευεργετικές αν είναι ικανοποιητικός και αρνητικές αν είναι ένας γάμος με προβλήματα. Από την ανασκόπηση πρόσφατων ερευνών προκύπτει ότι ένας μη

ευτυχισμένος γάμος σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι αρνητικές και εχθρικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των συζυγικών συγκρούσεων σχετίζονται με αύξηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας, μεταβολές των ορμονών του στρες και δυσλειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Η έρευνα την οποία διεξήγαν οι Robles & Kiecolt-Glaserb (2003) διερευνά πως αλλαγές στη φυσιολογία του σώματος σχετίζονται με την συζυγική λειτουργία και τις μακροχρόνιες επιδράσεις τις οποίες έχουν αυτές οι αλλαγές στην υγεία των ατόμων. Η έρευνα αποδεικνύει ότι η συζυγική ένταση έχει επίδραση στο καρδιαγγειακό, το ορμονικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Σα συνέπεια της μη επαρκούς επαναπροσαρμογής των φυσιολογικών λειτουργιών έπειτα από επαναλαμβανόμενες συζυγικές διαφωνίες και του χρόνιου συζυγικού στρες δημιουργούνται τελικά αρνητικές συνέπειες για την υγεία των συζύγων. Επιπρόσθετα το χρόνιο κοινωνικό στρες, στο οποίο θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και το χρόνιο συζυγικό στρες, σύμφωνα με την φυσιονευροανοσολογική έρευνα, οδηγεί σε ευαισθησία, σε μολυσματικές ασθένειες και δυσκολότερη επούλωση τραυμάτων (Robles & Kiecolt-Glaserb, 2003).

Το 70% με 90% των επεισοδίων διαφόρων ασθενειών διευθετείται έξω από το πλαίσιο των επίσημων Συστημάτων Υγείας και η θεραπεία μέσα στην οικογένεια κατέχει ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αυτής της διαχείρισης. Επίσης ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ορίζει τα συμπτώματα του βασίζεται κατά μεγάλο ποσοστό στις επιρροές της οικογένειας του. Η οικογένεια, δηλαδή αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα κοινωνικοποίησης σε σχέση με τις στάσεις και τις συμπεριφορές υγείας και τα περισσότερα προβλήματα υγείας αρχικά αντιμετωπίζονται μέσα στα πλαίσια αυτής. Κατά συνέπεια και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιδρούν σε συμπτώματα και ασθένειες θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αντανάκλαση της ίδιας της οικογένειας προέλευσης του κάθε ασθενή (Turk et al., 1987).

2.2 Painful families

Ο όρος «painful families» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τα χαρακτηριστικά εκείνων των οικογενειών μέσα στις οποίες συνήθως αναπτύσσεται ο χρόνιος πόνος (Turk et al., 1987). Επί αρκετές δεκαετίες οι ερευνητές αναζητούν γεγονότα στη ζωή των ασθενών με χρόνια πόνο τα οποία θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις ψυχολογικές θεωρίες για τα αίτια του πόνου. Πολλές από αυτές τις έρευνες στηρίζονταν

στην ψυχαναλυτική θεωρία και διερευνούσαν τις πρώτες οικογενειακές σχέσεις των ασθενών ως την πηγή για τα ψυχογενετικά αίτια του πόνου. Στην αρχή ο πόνος θεωρούνταν ατομική διαδικασία ενώ οι σύγχρονες θεωρίες τον εντάσσουν στα πλαίσια διαπροσωπικών διαδικασιών. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές έρευνες οι οποίες συνδέουν τον πόνο με διάφορες πλευρές της παιδικής ηλικίας των ασθενών μέσα στη πατρική τους οικογένεια. Τα θέματα τα οποία διερευνώνται σε αυτές τις έρευνες είναι το μέγεθος της οικογένειας, η σειρά γέννησης του ασθενή, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς συμπεριλαμβανομένων και των πρόωρων εμπειριών βίας, η πρόωρη απώλεια κάποιου μέλους της οικογένειας, περιστατικά πόνου ή ασθένειας μέσα σε αυτή, συσχέτιση του σημείου του πόνου με ένα ανάλογο κάποιου άλλου μέλους και τέλος η κατάθλιψη κάποιου μέλους της οικογένειας.

2.3 Μορφή Οικογένειας και Πόνος

Σε σχέση με το μέγεθος της οικογένειας οι ερευνητές θεωρούν ότι στις πολυμελείς οικογένειες είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί πόνος ενώ σε σχέση με τη σειρά γέννησης του ασθενή και το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο της πατρικής οικογένειας τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα (Payne & Norfleet, 1986). Και οι Turk et al. σε άρθρο τους το 1987 αναφέρουν ότι τα δεδομένα για τη δομή της οικογένειας όπως το μέγεθος και η σειρά γέννησης είναι αντιφατικά. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι επηρεάζουν την εμφάνιση χρόνιου πόνου και άλλοι δεν καταλήγουν σε ανάλογες συσχετίσεις. Σε σχέση με την κληρονομικότητα στην εμφάνιση χρόνιου πόνου επίσης είναι αντιφατικά τα αποτελέσματα των ερευνητών. Κάποιοι ερευνητές, για παράδειγμα, υποστηρίζουν ότι η ευαλωτότητα σε συγκεκριμένα συστήματα του οργανισμού ή η υπερευαισθησία σε μη αισθητηριακά ερεθίσματα αποτελούν ρυθμιστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου (Turk et al., 1987).

2.4 Πατρική Οικογένεια και Πόνος στην Ενήλικη Ζωή

Επίσης διερευνήθηκε η ποιότητα των σχέσεων τις οποίες είχαν οι ασθενείς ως παιδιά με τις πατρικές τους οικογένειες και θεωρήθηκε ότι η ύπαρξη ενός μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος κατά την παιδική ηλικία ευθύνονταν για την ανάπτυξη πόνου στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον Engel (1959) αν οι γονείς είναι τιμωρητικοί,

βίαιοι ή απόμακροι συναισθηματικά τότε μπορεί στη συνέχεια τα παιδιά να εμφανίσουν κάποια μορφή πόνου. Επισημάνθηκε επίσης ότι ο πόνος στα παιδιά μπορεί να εμφανιστεί ως απάντηση σε μια πραγματική ή φανταστική απειλή. Οι Hughes & Zimin (1978) θεωρούν ότι όταν η σχέση του παιδιού με τη μητέρα είναι προβληματική εξαιτίας του ότι αυτή είναι αγχώδης, επικριτική και υπεραπασχολημένη με άλλα θέματα ασθένειας ή θανάτου μέσα στην οικογένεια, τότε σα συνέπεια αυτή μπορεί να αποτύχει να αναγνωρίσει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού της και αυτό να αναζητήσει διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις προκειμένου να διαχειριστεί το ψυχολογικό στρες στο οποίο υπόκειται. Ένας άλλος παράγοντας τον οποίο εξέτασαν και συνέδεσαν με τον πόνο στην ενήλικη ζωή ήταν η απώλεια κάποιου μέλους της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία και κυρίως ενός γονιού. Η ύπαρξη πόνου ή ασθένειας, σωματικής ή ψυχικής, στη πατρική οικογένεια του ασθενή κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας επίσης διερευνήθηκε, από πολλούς ερευνητές και συσχετίστηκε με την ύπαρξη πόνου στην μετέπειτα ζωή του. Επίσης το σημείο και η ποιότητα του πόνου συσχετίστηκε με ανάλογο πόνο σε κάποιο στενό συγγενή του ασθενή.

Και η κατάθλιψη κάποιου μέλους της οικογένειας θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει ένα παιδί στο να εμφανίσει κάποιου είδους χρόνια πόνο αργότερα στη ζωή του. Οι εξηγήσεις οι οποίες έχουν δοθεί για αυτή τη συσχέτιση είναι ποικίλες. Για παράδειγμα σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική θεωρία θεωρείται ότι προκύπτει ως απάντηση των ενοχών του πάσχοντα για τον πόνο τον οποίο βιώνει κάποιος από τους σημαντικούς για αυτόν ανθρώπους. Άλλες εξηγήσεις σχετίζονται με τη προσπάθεια την οποία κάνει το παιδί με αφορμή τον πόνο για απόσπαση της προσοχής της μητέρας η οποία είναι απορροφημένη με τη κατάθλιψη που βιώνει η ίδια ή κάποιος άλλος στην οικογένεια. Επίσης ως γενεσιουργός παράγοντας έχει θεωρηθεί η ατμόσφαιρα που δημιουργείται στην οικογένεια λόγω της κατάθλιψης κάποιου μέλους. Πιθανώς ένας συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων να μπορούσε να εξηγήσει καλύτερα αυτή τη συσχέτιση. Σύμφωνα με τους Payne & Norfleet (1986) για τις περισσότερες από τις παραπάνω συσχετίσεις ανάμεσα στην ιστορία των πρώτων χρόνων ζωής του ασθενή και στον χρόνια πόνο κατά την ενήλικη ζωή του, τα αποτελέσματα είναι ή αντικρουόμενα ή όχι επαρκώς τεκμηριωμένα και ίσως απαιτείται επιπλέον έρευνα.

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε 120 φοιτητές και 168 φοιτήτριες με περιστασιακά επεισόδια πόνου έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των επεισοδίων πόνου στην πατρική τους οικογένεια και αυτών των οποίων οι

ίδιοι παρουσιάζαν. Τα οικογενειακά δυναμικά και οι πρώιμες επιρροές από τον πόνο στην πατρική οικογένεια αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την συχνότητα εμφάνισης πόνου στην ενήλικη ζωή. Οι ερευνητές προτείνουν τρεις πιθανές ερμηνείες για αυτή τη συσχέτιση. Πρώτον, ο τρόπος με τον οποίο κάποιος εκφράζει τον πόνο του ίσως είναι αποτέλεσμα της παρατήρησης του πως εκφραζόταν ο πόνος από την οικογένεια και των δευτερογενών οφελών τα οποία αυτός έφερε. Επίσης ίσως αποτελεί ένα τρόπο με τον οποίο τα άτομα διαχειρίζονται διαπροσωπικά θέματα και περιβαλλοντικές καταστάσεις. Δεύτερον, η έκφραση του πόνου από την οικογένεια ίσως έδινε το μήνυμα ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα άσκησης εσωτερικού, προσωπικού ελέγχου στον πόνο με αποτέλεσμα αυτή η πεποίθηση να οδηγεί σε συνήθειες που δεν προάγουν την υγεία, σε αυξημένα παράπονα για τον πόνο και σε αναζήτηση ανακούφισης από τους άλλους χωρίς προσωπική προσπάθεια διαχείρισης αυτού. Η τρίτη ερμηνεία αναφέρεται σε κληρονομικούς παράγοντες (Edwards et al., 1985).

Από τη έρευνα την οποία πραγματοποίησε ο Chaturvedi το 1987 προέκυψε ότι στο 30% εκ των 203 ασθενών με χρόνια πόνο και στο 33,6% εκ των 140 ασθενών με ψυχιατρική διαταραχή αλλά χωρίς πόνο υπήρχε οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. Οι συνηθέστερες ασθένειες οι οποίες βρέθηκαν στις οικογένειες των ατόμων με χρόνια πόνο ήταν ο αλκοολισμός, οι ψυχοσωματικές διαταραχές και άλλες ασθένειες επίσης συνδεδεμένες με χρόνια πόνο. Ο αλκοολισμός βρέθηκε κυρίως στους άνδρες συγγενείς των ασθενών ενώ η υπέρταση και άλλες ασθένειες με χρόνια πόνο κυρίως στις γυναίκες συγγενείς. Το 53% των ασθενών με πόνο ο οποίος έχει ψυχογενετικά αίτια εμφανίζει ιστορικό οικογενειακής νοσηρότητας. Αυτή η συσχέτιση εμφανίζεται κυρίως στα άτομα νεαρής ηλικίας, στις γυναίκες και σε όσους έχουν ψυχογενετική διαταραχή πόνου. Στις οικογένειες των ατόμων με ασθένεια χωρίς πόνο αναφέρθηκαν κυρίως η σχιζοφρένεια και οι συναισθηματικές διαταραχές. Προκύπτει ότι τα ποσοστά της ύπαρξης νοσηρότητας στην πατρική οικογένεια τόσο όσων εμφανίζουν χρόνια πόνο καθώς και όσων εμφανίζουν ψυχιατρική διαταραχή είναι σχεδόν ίδια ωστόσο αλλάζει ο τύπος της ασθένειας η οποία προϋπήρξε στην πατρική οικογένεια των ατόμων (Chaturvedi, 1987).

Ο Apley και οι συνεργάτες του το 1973 και το 1975 αναφέρουν ότι τα ποσοστά κοιλιακού πόνου σε γονείς ή συγγενείς παιδιών με χρόνια κοιλιακό πόνο ήταν έξι φορές μεγαλύτερα από ότι στους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου. Το ίδιο ισχύει και για ενήλικες με χρόνια πόνο. Δεν παρατηρούνται μόνο μεγαλύτερα ποσοστά πόνου στις οικογένειες των ατόμων με χρόνια πόνο αλλά και μια αναλογία των συμπτωμάτων μεταξύ

των μελών της οικογένειας. Οι Selby και Lance το 1960 καθώς και ο Daalsgard-Nielsen το 1965, σε έρευνά τους για τις ημικρανίες αναφέρουν ότι πάνω από το 90% των ασθενών με ημικρανίες αναφέρουν ότι κάποιος γονιός ή στενός συγγενής υπέφερε από ημικρανίες, επίσης (Turk et al., 1987).

2.5 Θεωρητικά Μοντέλα για τη Δημιουργία Πόνου στην Οικογένεια

Ένα πολύ σημαντικό θέμα είναι ο ρόλος τον οποίο διαδραματίζει η οικογένεια στη διατήρηση του πόνου. Έχουν γίνει και διερευνηθεί διάφορες υποθέσεις όπως ότι ο πόνος αποτελεί την έκφραση της δυσλειτουργίας της οικογένειας ή ότι η οικογένεια λειτουργεί ως ενισχυτής για την έκφραση των συμπεριφορών πόνου και τις διδάσκει ουσιαστικά στα μέλη της ή ότι ο πόνος χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου της οικογένειας (Payne & Norfleet, 1986).

Πολλοί ερευνητές προκειμένου να διερευνήσουν το ρόλο της οικογένειας στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου των μελών της βασίστηκαν σε συγκεκριμένα θεωρητικά μοντέλα όπως το ψυχοδυναμικό, των οικογενειακών συστημάτων και της μίμησης προτύπων.

2.5.1 Ψυχοδυναμική Θεωρία (Psychodynamic Theory)

Από την οπτική της Ψυχοδυναμικής Θεωρίας (Psychodynamic Theory) η συχνότητα όμοιων συμπτωμάτων και παραπόνων πόνου μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, αναδεικνύουν ένα συγκεκριμένο μοντέλο προσωπικότητας το οποίο από τον Engel το 1959 αναφέρεται ως «pain – prone» δηλαδή «προσωπικότητα επιρρεπής στον πόνο». Ως προσωπικότητα επιρρεπής στον πόνο ορίζεται εκείνη όπου το άτομο υποφέρει από χρόνια πόνο χωρίς αναγνωρίσιμα περιφερικά ερεθίσματα. Για την ανάπτυξη μιας τέτοιας προσωπικότητας υπάρχει ένα οικογενειακό ιστορικό εχθρικών και επιθετικών σχέσεων καθώς και η απειλή κάποιας απώλειας, ενοχικών και επιθετικών συναισθημάτων. Οι Blumer & Heilbronn το 1982 υποστηρίζουν ότι ο χρόνιος πόνος των μελών μιας οικογένειας αναπτύσσεται πάνω σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της οικογένειας όπως η κατάθλιψη, ο αλκοολισμός, η συζυγική βία και στο ότι και άλλα μέλη της οικογένειας βιώνουν πόνο ή κάποια άλλη σωματική ασθένεια. Υποστηρίζουν ότι το 63% ασθενών τους οποίους συμπεριέλαβαν σε έρευνά τους και οι οποίοι παρουσίαζαν κάποιο χρόνια πόνο

είχαν κάποιο μέλος της οικογένειας τους ή κάποιο στενό φίλο με σωματική αναπηρία ή παραμόρφωση (Turk et al., 1987).

2.5.2 Συστημική Θεωρία (*Family Systems Theory*)

Σύμφωνα με την οπτική της Συστημικής Θεωρίας (*Family Systems Theory*) η οικογένεια είναι ένα ανοιχτό σύστημα το οποίο προσπαθεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να διατηρήσει ταυτόχρονα την ομοιόστασή του (Turk et al., 1987). Σύμφωνα με τους Maturana & Varela (1984) τα ζωντανά συστήματα όπως και η οικογένεια θεωρούνται «αυτόνομα», είναι ανοιχτά προς τη δομή τους ενσωματώνοντας τις διαταραχές του περιβάλλοντος και μεταβάλλονται δομικά ώστε να διατηρήσουν την οργανωσιακή τους κλειστότητα και την «αυτοποιητική» τους ταυτότητα ως τέτοια. Σύστημα και περιβάλλον εξελίσσονται ταυτόχρονα, χωρίς να αποτελούν δύο αντίθετους πόλους της εξελικτικής διαδικασίας (Παπαμήνου, 2002). Οι συμπεριφορές των μελών της θεωρούνται αλληλένδετες και η λειτουργία του κάθε μέλους ρυθμίζεται σε ένα βαθμό από τις λειτουργίες των υπόλοιπων μελών της. Τα συμπτώματα των μελών της θεωρείται ότι επιτελούν ένα συγκεκριμένο λειτουργικό ρόλο στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος. Συχνά επίσης προκειμένου να διατηρηθεί η ομοιόσταση του συστήματος και να λυθούν προβλήματα που αντιμετωπίζει το σύστημα, κάποιο μέλος του αναλαμβάνει το «ρόλο του ασθενή». Σύμφωνα με τον Bowen (1978) όταν οι γονείς δεν έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν μια ανεξάρτητη ταυτότητα κατά τη δική τους παιδική ηλικία ίσως να προβάλλουν και να περάσουν αυτή την αδιαφοροποίητη εικόνα εαυτού στα δικά τους παιδιά. Αυτό συμβαίνει για να σταθεροποιήσουν μια ασταθή συζυγική σχέση λόγω της υπερεμπλοκής ενός από τους συζύγους. Τα παιδιά στη συνέχεια συνεχίζουν το συγκεκριμένο μοντέλο επιλέγοντας για σύντροφο κάποιον ο οποίος να βρίσκεται στο δικό τους επίπεδο διαφοροποίησης εαυτού, ο οποίος δηλαδή δεν θα είναι σε θέση να δημιουργήσει μια ανεξάρτητη ταυτότητα εντός της σχέσης.

2.5.3 Μοντέλο της Μίμησης Προτύπων (*Modeling*)

Το Μοντέλο της Μίμησης Προτύπων (*Modeling*) επίσης προσφέρει εξηγήσεις για τα υψηλά ποσοστά πόνου ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών. Οι γονείς λειτουργούν ως

πρότυπα μάθησης για τις συμπεριφορές πόνου και τα παιδιά μαθαίνουν ανάλογες συμπεριφορές μέσω της παρατήρησης αυτών.

2.6 Θεωρητικά Μοντέλα Διατήρησης Πόνου στην Οικογένεια

Διάφορα θεωρητικά μοντέλα χρησιμοποιήθηκαν όχι μόνο για την εξήγηση της δημιουργίας πόνου στα πλαίσια της οικογένειας αλλά και σε σχέση με το πώς η οικογένεια συμβάλει στη διατήρηση του χρόνιου πόνου. Τα θεωρητικά μοντέλα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν είναι αυτά των οικογενειακών συστημάτων, της συντελεστικής μάθησης και της γνωστικής θεωρίας.

2.6.1 Θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων (Family Systems Theory)

Σύμφωνα με τη θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων (Family Systems Theory) το άτομο «χρησιμοποιεί» το σύστημα της οικογένειας και μέσω του πόνου προσπαθεί να διαμορφώσει μια ανεξάρτητη αίσθηση εαυτού ή προσπαθεί να αντισταθμίσει την απειλή της απώλειας αυτού. Άλλοι θεωρητικοί της συστημικής θεωρίας εστιάζουν στην αλληλεπίδραση μέσα στην οικογένεια και στον λειτουργικό ρόλο του συμπτώματος προκειμένου να διατηρηθεί η ενότητα του συστήματος όταν αυτή απειλείται για κάποιο λόγο.

2.6.2 Θεωρία της Συντελεστικής Μάθησης (Operant Conditioning Models)

Σύμφωνα με τη θεωρία της Συντελεστικής Μάθησης (Operant Conditioning Models) οι οικογένειες έχουν την τάση να φροντίζουν το μέλος το οποίο παρατηρούν ότι πονά και υποφέρει. Μέσα στα πλαίσια αυτής της φροντίδα αλλά και λόγω της ίδιας της ασθένειας μπορεί η οικογένεια να απαλλάξει τον ασθενή από τις ευθύνες του και αυτές να τις αναλάβουν τα υπόλοιπα μέλη της. Αν, λοιπόν, ο «ρόλος του ασθενή» έχει πλεονεκτήματα για τον ίδιο σε σχέση με τον προηγούμενο ρόλο τον οποίο αυτός είχε ως υγιής τότε είναι πιθανό να τον συνεχίσει. Σύμφωνα, δηλαδή, με τη συγκεκριμένη θεωρία ο οξύς πόνος μπορεί να μετατραπεί σε χρόνιο μέσω της θετικής και αρνητικής ενίσχυσης των συμπεριφορών οι οποίες τον συνοδεύουν.

2.6.3 Γνωστική Θεωρία (Cognitive Theory)

Για τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια συμβάλει στη διατήρηση του χρόνιου πόνου η Γνωστική Θεωρία (Cognitive Theory) σε σχέση με την θεωρία της συντελεστικής μάθησης συμπληρώνει και τις γνωστικές παραμέτρους. Οι Turk et al. (1983) ως τέτοιες, γνωστικές παραμέτρους, αναφέρουν τα πλάνα ζωής, τους στόχους και τις προσδοκίες των μελών της οικογένειας για τον τρόπο με τον οποίο αυτή πρέπει να λειτουργεί (Turk et al., 1987).

2.7 Το σύμπτωμα στην οικογένεια

2.7.1 Η οικογένεια ως «αυτοποιητικός» οργανισμός

Το 1984 οι νευροβιολόγοι Humberto R.Maturana & Francisco J.Varela συνέγραψαν το βιβλίο «The tree of knowledge» (Το Δέντρο της Γνώσης). Στο βιβλίο αυτό αναπτύσσουν και παρουσιάζουν την «θεωρία της αυτοποίησης» των έμβιων όντων, θεωρία η οποία αποτέλεσε αφορμή για να αντιμετωπιστεί η οικογένεια υπό το πρίσμα μιας νέας οπτικής. Ο L.von Bertalanffy πρώτος, παρουσίασε τα έμβια όντα ως ανοιχτά ιεραρχικά συστήματα τα οποία συντηρούνται χάρη στην αδιάκοπη ανταλλαγή ύλης και ενέργειας με το περιβάλλον. Οι Maturana & Varela υποστήριξαν ότι η ανοικτότητα των έμβιων συστημάτων καθιστά αναγκαία την αναγνώριση και τον σαφή προσδιορισμό της οργανωσιακής τους κλειστότητας. Αυτό το οποίο τα χαρακτηρίζει είναι η οργάνωσή τους ως αυτόνομων συστημάτων.

Η «αυτοποίηση» αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη τέτοιων συστημάτων. Θεωρούν ότι οι σχέσεις οι οποίες ορίζουν ένα σύστημα ως μονάδα και καθορίζουν τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων και των μετασχηματισμών τους οποίους μπορεί να υποστεί ως μονάδα αποτελούν την οργάνωση του συστήματος. Η οργάνωση δηλαδή καθορίζεται από τις συσχετίσεις μεταξύ των συστατικών του μερών οι οποίες χρειάζεται να παραμένουν σταθερές ώστε αυτό να διατηρεί την ταυτότητά του. Η αυτονομία των έμβιων όντων συνίσταται στη θαυμαστή ικανότητα τους ως ανοιχτών, από δομική άποψη, συστημάτων να υποτάσσουν και να ενσωματώνουν τις διαταραχές του περιβάλλοντος, δηλαδή τις δομικές μεταβολές που τους προκαλεί για τη διατήρηση της οργανωτικής τους κλειστότητας, δηλαδή στη διατήρηση της αυτοποιητικής τους

ταυτότητας ως έμβιων συστημάτων». Τι είναι όμως η οργάνωση ενός πράγματος; Η απάντηση είναι ταυτόχρονα απλή και περίπλοκη. Είναι εκείνο το σύνολο σχέσεων οι οποίες πρέπει να υπάρχουν και οφείλουν να υλοποιούνται ώστε κάποιο πράγμα να υπάρχει. Στα έμβια όντα προσδίδουν την ικανότητα της αυτοποιητικής οργάνωσης η οποία και τα προσδιορίζει ως τέτοια. Η συγκεκριμένη θεωρία υιοθετήθηκε από τους θεωρητικούς της οικογένειας και η οικογένεια θεωρήθηκε ένα ζωντανό σύστημα όπου «τα άτομα συνδέονται δυναμικά μέσα σε ένα δίκτυο συνεχών και αλληλεπιδράσεων». Το είναι (ύπαρξη) και το πράττειν (δραστηριότητα) μιας αυτοποιητικής μονάδας, όπως η οικογένεια είναι αδιαχώριστα και σε αυτό συνίσταται η ιδιαιτερότητα της οργάνωσής της (Maturana & Varela, 1984).

2.7.2 Ο Ρόλος του Ασθενή (Sick Role)

Η Virginia Satir το 1964 υποστήριξε ότι το σύμπτωμα του αναφερόμενου ασθενή εκφράζει την αστάθεια του οικογενειακού συστήματος ή αυτό το οποίο η ίδια ονόμασε «τον πόνο της οικογένειας (the family's pain)». Ο αναφερόμενος ασθενής δηλαδή εκφράζει όσα τα υπόλοιπα μέλη δεν λένε ή σκέφτονται είτε γιατί δεν μπορούνε είτε γιατί φοβούνται. Οι πρώτοι συστημικοί θεραπευτές θεωρούσαν ότι το σύμπτωμα εκφράζει την αστάθεια του οικογενειακού συστήματος και ότι ταυτόχρονα επιτελεί ένα «λειτουργικό» ρόλο σε αυτό. Ο ρόλος αυτός έγκειται στο να ξαναφέρει τη προηγούμενη σταθερότητα στην οικογένεια, να την απαλλάξει από κάποιο άλλο στρεσογόνο ερέθισμα ή να «βοηθήσει» κάποια μέλη αυτής (Goldenberg & Goldenberg, 2008). Σύμφωνα με τον Parsons (1978) ο «ρόλος του ασθενή (sick role)» σχετίζεται με τρία ουσιαστικά κοινωνικό-δομικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, η κατάσταση της ασθένειας δεν θεωρείται ευθύνη του ασθενή, εξαιρείται από αυτή την ευθύνη αλλά υπάρχει η ηθική ευθύνη να θεωρεί τη κατάσταση του να είναι ασθενής ως μη επιθυμητή και την οποία χρειάζεται να ξεπεράσει γρήγορα. Δεύτερον, ο ασθενής προσωρινά εξαιρείται από τις συνηθισμένες καθημερινές υποχρεώσεις και προσδοκίες οι οποίες υπάρχουν για αυτόν. Τρίτον, ο ρόλος του ασθενή περιλαμβάνει την προσδοκία του να αναζητήσει ο ασθενής την κατάλληλη ιατρική βοήθεια προκειμένου να επιστρέψει στην κατάσταση της πλήρους κοινωνικής λειτουργικότητας (Shilling, 2002). Ως απάντηση στην έννοια του «ρόλου του ασθενή» ο Gordon το 1966 ανέπτυξε την έννοια του «impaired role». Θεωρεί ότι αυτός ο νέος όρος ανταποκρίνεται στα άτομα τα οποία βιώνουν κάποια χρόνια ασθένεια ενώ ο όρος του

Parsons είναι καταλληλότερος για την οξεία νόσο και τους τραυματισμούς. Ο όρος «impaired role» έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Το άτομο έχει μια διαταραχή-βλάβη η οποία είναι μόνιμη. Παρόλη τη διαταραχή δεν εγκαταλείπει τις ευθύνες τις οποίες είχε ως υγιής αλλά υπάρχουν τροποποιήσεις των καταστάσεων της ζωής του ανάλογα με την δυσλειτουργία. Τέλος το άτομο δεν αναμένεται να επιθυμεί να γίνει καλά αλλά περισσότερο αναμένεται και ενθαρρύνεται να αξιοποιήσει τις ικανότητες και δεξιότητες τις οποίες ακόμη διαθέτει παρά την ασθένεια (Larsen, 2009).

2.7.3 Η Ασθένεια ως Μέσο Διατήρησης της «Ομοιόστασης» της Οικογένειας

Τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται στην οικογένεια όπως και τα προβλήματα λόγω ασθένειας ή πόνου μπορεί να είναι χρήσιμα για τη διατήρηση μιας συγκεκριμένης ισορροπίας (ομοιόσταση) μπροστά σε εσωτερικές ή εξωτερικές αλλαγές του περιβάλλοντος του ατόμου, οι οποίες μοιάζουν απειλητικές. Συχνά απειλητικές θεωρούνται οι «κρίσιμες μεταβάσεις» στον κύκλο της ζωής μιας οικογένειας, τέτοιες μπορεί να είναι η γέννηση ενός παιδιού, ο θάνατος κάποιου μέλους της οικογένειας, το διαζύγιο, η συνταξιοδότηση, η απώλεια της εργασίας κ.α.. Αυτές οι καταστάσεις βιώνονται ως απειλητικές γιατί θέτουν σε αμφισβήτηση την ταυτότητα του συστήματος / οικογένειας. Το «πρόβλημα» προσπαθεί να αποκαταστήσει την προηγούμενη ισορροπία. Ο πρώτος που έκανε λόγο για τη χρησιμότητα του προβλήματος ως «λειτουργικής» λύσης της οικογένειας είναι ο Jackson το 1957. Το παρουσιαζόμενο πρόβλημα δεν αποτελεί απλά ένδειξη ότι «κάτι δεν πάει άλλο» αλλά και ότι «κάτι καινούργιο δεν είναι ακόμη δυνατό». Ουσιαστικά η συμπτωματική συμπεριφορά λειτουργεί ταυτόχρονα και ως πρόβλημα αλλά και ως λύση για κάτι άλλο το οποίο μοιάζει πολύ περισσότερο απειλητικό από την ίδια αυτή τη συμπεριφορά ή κατάσταση που δημιουργείται. Σύμφωνα με τον Boeckhorst (1988) υπάρχουν τέσσερις οπτικές μέσω των οποίων μπορεί να περιγραφεί η σημασία ενός συμπτώματος. Πρώτον, ως μια αναποτελεσματική λύση ενός προβλήματος, δεύτερον, ως προστατευτικός και σταθεροποιητικός παράγοντας των οικογενειακών σχέσεων. Έχει τη δυνατότητα να σταματά τις συγκρούσεις τραβώντας την προσοχή των μελών της οικογένειας. Τρίτον, το σύμπτωμα δίνει τη δύναμη στον αναφερόμενο ασθενή να οργανώνει την δυναμική της οικογένειας με τρόπο αναγκαστικό και χωρίς να του ζητείται ο λόγος. Τέλος, μπορεί να παραπέμπει συμβολικά σε άλλα υπάρχοντα προβλήματα της οικογένειας. Η χρονιοποίηση του συμπτώματος είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί

αποκλειστικά με ευθύνη ενός ατόμου. Συνήθως στη διαδικασία της παγίωσης του εμπλέκονται οι επικοινωνιακές πράξεις πολλών συμμετεχόντων (von Schlippe & Schiweitzer, 2007).

Οι Minuchin & Fishman το 1981 θεωρούσαν τη συμπτωματική συμπεριφορά ως μια αντίδραση στο στρες το οποίο βίωσε η οικογένεια λόγω της αδυναμίας της να προσαρμοστεί σε μεταβολές και όχι ως προστατευτικό μηχανισμό. Όλα τα μέλη της οικογένειας θεωρούνταν «συμπτωματικά» παρόλο που η συμπτωματολογία της εκφραζόταν από ένα μέλος της. Οπότε και σκοπός του θεραπευτή είναι να κατανοήσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο το σύμπτωμα αναδύεται και να το αλλάξουν ώστε νέες αλληλεπιδράσεις να υπάρξουν. Και οι Watzlawick, Weakland & Fisch το 1974 υποστήριζαν ότι το σύμπτωμα σε κάποιο μέλος της οικογένειας δεν είναι εκδήλωση δυσλειτουργίας της οικογένειας αλλά εκδήλωση χρησιμοποίησης επαναλαμβανόμενων λύσεων / συμπεριφορών οι οποίες πλέον δεν είναι αποτελεσματικές. Η Lynn Hoffman (2002) όπως και άλλοι θεραπευτές θεωρούν ότι θεραπευτής και οικογένεια χρειάζεται μαζί να αναζητήσουν το νόημα του συμπτώματος για την οικογένεια και μαζί να ξανά-ορίσουν τις ζωές και τις σχέσεις τους. Σύμφωνα με την Β' Κυβερνητική ο θεραπευτής είναι μέρος του συστήματος, δημιουργεί το πλαίσιο για συζήτηση και αλλαγή προσπαθώντας μαζί με την οικογένεια να αναζητήσουν νέα νοήματα και να αλλάξουν το οικογενειακό οικοδόμημα και τις μέχρι τώρα υποθέσεις (Goldenberg & Goldenberg 2008).

2.8 Το Ζευγάρι στην Ασθένεια και τον Πόνο

Το ζευγάρι, ως ένα από τα βασικά υποσυστήματα του συστήματος της οικογένειας, έχει ερευνηθεί διεξοδικά σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με την ασθένεια και τον πόνο των συντρόφων. Η ασθένεια και ο πόνος είναι πιθανό να θέσουν τη συζυγική σχέση σε κρίση. Σύμφωνα με το μοντέλο των Jellouschek (1992) για την κρίση των ζευγαριών η κρίση υπάρχει όταν μια εσωτερική ανάγκη ή ένα εξωτερικό γεγονός λειτουργεί ως «διατάραξη», την οποία όμως το ζευγάρι δεν καταφέρνει να εξισορροπήσει από μόνο του σύμφωνα με τις δυνατότητες τις οποίες του παρέχει η δομή του (Ιωαννίδου, 2002).

2.8.1 Συζυγική ικανοποίηση (*Marital Satisfaction*) και Πόνος

Μια από τις παραμέτρους της συζυγικής σχέσης η οποία εξετάστηκε είναι η συζυγική ικανοποίηση. Ο όρος «συζυγική ικανοποίηση (*marital satisfaction*)» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ποιότητα της σχέσης με βάση την ικανοποίηση την οποία νιώθουν οι σύντροφοι από αυτή. Σύμφωνα με τη Θεωρία της Κοινωνικής Συναλλαγής (*Behavior Exchange Theory*) και τους Fincham & Bradbury (1988), η συζυγική ικανοποίηση ορίζεται από τους συντρόφους με βάση την ενίσχυση ή απόρριψη την οποία εισπράττουν ο ένας από τον άλλον κατά τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Οι Doherty & Jacobson (1982) θεωρούν ότι η δυσαρέσκεια από το γάμο εκφράζει κατά κύριο λόγο την αναλογία ανάμεσα στην ενίσχυση και την απόρριψη η οποία υπάρχει μεταξύ τους. Η γνήσια αποδοχή του συντρόφου αποτελεί βασικό παράγοντα της σχέσης ώστε να μπορέσουν αυτοί να «ανοιχτούν» μέσα σε αυτή, να αισθανθούν οικειότητα και να αποκτήσουν αυτοενίσχυση. Χαρακτηριστικά και δεξιότητες οι οποίες θεωρείται ότι συμβάλλουν στην συζυγική ικανοποίηση είναι η ανοιχτή επικοινωνία, η ελεύθερη έκφραση, η οικειότητα, η αμοιβαία υποστήριξη και κατανόηση, η σεξουαλική ικανοποίηση, κ.α..

Κατά τους Patterson & Hops (1972), ένας πρόσθετος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει και καθορίζει την συζυγική ικανοποίηση είναι η αδυναμία των συζύγων να προσαρμοστούν στις αλλαγές και η ανεπάρκεια τους στο χειρισμό των μεταξύ τους διαφωνιών. Η διαχείριση των συγκρούσεων αποτελεί έναν από τους παράγοντες τους οποίους και η Συστημική Θεωρία θεωρεί σημαντικό για τη διαμόρφωση της συζυγικής σχέσης και ικανοποίησης. Άλλοι παράγοντες οι οποίοι υποστηρίζει ότι συμβάλλουν στην διαμόρφωση της ποιότητας της σχέσης είναι η διαφοροποίηση των συντρόφων, η αυτονομία και συνεξάρτησή τους, η προσαρμοστικότητα τους στις αλλαγές της ανοιχτής επικοινωνίας, η οικειότητα και η άσκηση δύναμης, ελέγχου και εξουσίας (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006).

Το θέμα της επικοινωνίας θεωρείται βασικό για την λειτουργία του ζευγαριού. Ακόμη και τα ζευγάρια τα οποία θεωρούν ότι δεν επικοινωνούν ουσιαστικά επικοινωνούν αλλά επικοινωνούν με έναν μη ικανοποιητικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Watzlawick (1967) δεν υπάρχει μη επικοινωνία. Στην επικοινωνία υπάρχουν δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο είναι αυτό της «αναφοράς ή περιεχομένου (*report*)» του μηνύματος το οποίο αναφέρεται στο περιεχόμενο αυτού που μεταφέρεται και αφορά την ίδια την πληροφορία. Το δεύτερο

αυτό της «εντολής (command)» και ουσιαστικά αναφέρεται στην ερμηνεία και την αντίστοιχη επεξεργασία της πληροφορίας. Το δεύτερο δηλαδή επίπεδο αποτελεί πληροφορία για την επεξεργασία της πληροφορίας του πρώτου επιπέδου ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει το «επίπεδο της μετά - επικοινωνίας» το οποίο δίνει πληροφορίες και για τη σχέση των επικοινωνούντων αλλά και του εαυτού. Ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο στην συζυγική σχέση ασκεί η ποιότητα του αποχωρισμού των συντρόφων από την πατρική τους οικογένεια και η διαφοροποίησή τους από αυτή (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006).

2.8.2 Συζυγική Ικανοποίηση και Εξελικτικό Στάδιο Ζευγαριού

Η συζυγική ικανοποίηση δεν είναι ένα στατικό και μόνιμο συναίσθημα αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με παράγοντες οι οποίοι υφίστανται την εκάστοτε περίοδο. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το ζευγάρι. Το ζευγάρι ως ζωντανός οργανισμός και σύστημα βρίσκεται σε μια συνεχόμενη δυναμική διαδικασία και εξελικτική πορεία. Οι Bader & Pearson (1996) διακρίνουν τέσσερα στάδια στην εξελικτική πορεία του ζευγαριού. Το πρώτο στάδιο, το «συμβιωτικό», χαρακτηρίζεται από την τάση του ζευγαριού να είναι πολύ κοντά ο ένας με τον άλλον και να τονίζουν τα κοινά τους σημεία. Συμπεριφορές ανεξαρτητοποίησης ταυτίζονται με συμπεριφορές εγκατάλειψης και αδιαφορίας. Το δεύτερο στάδιο είναι της «διαφοροποίησης» κατά το οποίο οι σύντροφοι αρχίζουν να απομακρύνονται ο ένας από τον άλλον αναζητώντας τον προσωπικό τους χώρο και χρόνο καθορίζοντας ταυτόχρονα και τα όρια τους. Πλέον δεν τους ενώνουν μόνο τα κοινά τους σημεία αλλά και οι ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός, οι οποίες εκφράζονται ελεύθερα στα πλαίσια της σχέσης. Αν ένας από τους δύο συντρόφους μείνει στο προηγούμενο στάδιο τότε δημιουργείται πρόβλημα στη σχέση. Στο τρίτο στάδιο της «εξερεύνησης» οι σύντροφοι αρχίζουν να εξερευνούν και να ανακαλύπτουν νέους τομείς ενδιαφέροντος και δραστηριοποίησης, έξω από τη σχέση τους. Συχνά τα νέα αυτά ενδιαφέροντα τα μοιράζονται με το σύντροφό τους. Τέλος το τέταρτο στάδιο της «επανασύνδεσης – επαναπροσκόλλησης» χαρακτηρίζεται από την τάση του ζευγαριού για επιστροφή στις δραστηριότητες εντός της οικογένειας και οι σύντροφοι έρχονται ξανά σε περισσότερη επαφή μεταξύ τους. Ένα ζευγάρι ανάλογα με τα εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα μπορεί να μην ακολουθήσει διαδοχικά την ανωτέρω εξελικτική πορεία ή μπορεί και να περάσει κάποιο από τα στάδια περισσότερο από μια φορές ή για μεγαλύτερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006). Σε

σχέση με τον χρόνιο πόνο και τη συζυγική σχέση πολλές έρευνες αναφέρουν ευρήματα σύμφωνα με τα οποία υπάρχει φτωχή συζυγική σχέση καθώς και φτωχή σεξουαλική προσαρμογή των συντρόφων. Οι περισσότερες δηλαδή έρευνες αναφέρουν όχι ικανοποιητική συζυγική και σεξουαλική ζωή για τους συντρόφους ακόμη και σε σχέσεις οι οποίες είναι σταθερές και με διάρκεια στο χρόνο.

2.8.3 Συζυγική Ικανοποίηση, Ψυχοσυναισθηματικά Συμπτώματα και Πόνος

Σε σχέση με τη συζυγική ικανοποίηση και τον χρόνιο πόνο, έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε 110 ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο έδειξε ότι η σωματική δυσλειτουργία και η συζυγική ικανοποίηση συσχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι οικογενειακές παράμετροι ευθύνονται για το 11% της διακύμανσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνιο πόνο και για το 9% των συμπτωμάτων άγχους. Συγκεκριμένα η συζυγική ικανοποίηση συσχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ οι αρνητικές συμπεριφορές των συζύγων ως απάντηση στον πόνο των ασθενών συσχετίζονται με τα συμπτώματα άγχους. Οι αρνητικές αντιλήψεις για τον γάμο συμβάλλουν στην απελπισία, την έλλειψη ευχαρίστησης και τη καταθλιπτική διάθεση λόγω της μοναξιάς, της έλλειψης υποστήριξης των ασθενών με χρόνιο πόνο. Το άγχος αυξάνεται λόγω της ανησυχίας μήπως ο πόνος επηρεάσει τη σχέση. Η σωματική δυσλειτουργία συνδέεται με συμπτώματα άγχους, ενώ με συμπτώματα άγχους συνδέονται και η σοβαρότητα του πόνου αλλά και οι αρνητικές συμπεριφορές των συζύγων ως απάντηση στις συμπεριφορές πόνου των ασθενών. Με την κατάθλιψη συσχετίζεται μόνο η σωματική δυσλειτουργία. Οι συνέπειες του ψυχολογικού στρες στον χρόνιο πόνο εξηγείται αποτελεσματικότερα αν λάβουμε υπόψη όχι μόνο τις παραμέτρους του πόνου αλλά και τις οικογενειακές συνθήκες μέσα στις οποίες αυτός αναπτύσσεται και υπάρχει (Cano et al., 2004a). Ο όρος στρες χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις εμπειρίες άγχους, την υποκειμενική αίσθηση του στρες και τη διαδικασία με την οποία αυτές οι εμπειρίες επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Ο Wheaton θεωρεί ότι ο όρος «stressors» αναφέρεται σε προβλήματα ή απειλές, ο όρος «distress» αναφέρεται στην απάντηση του ατόμου σε αυτές τις καταστάσεις και ο όρος «stress» αναφέρεται στην διαδικασία που μεσολαβεί ώστε οι απειλές να οδηγήσουν στην ατομική απάντηση άγχους. Η λειτουργικότητα του ζευγαριού ίσως μπορεί να βελτιωθεί κάτω από συνθήκες στρες όταν αυτές γίνονται το έδαφος πάνω στο οποίο το ζευγάρι θα βελτιώσει τις ικανότητές του για

αποτελεσματική διαχείριση αυτού. Η ασθένεια στην οικογένεια αποτελεί ένα παράγοντα έντονου στρες. Οι Coyne and Smith 1991 αναφέρουν δυο τρόπους χειρισμού των στρεσογόνων καταστάσεων από το ζευγάρι. Σύμφωνα με τον πρώτο, ο οποίος αναφέρεται ως «active engagement (ενεργή δέσμευση)» το ζευγάρι επιχειρεί να δεσμευτεί σε διαπροσωπική επίλυση των προβλημάτων ή συζητά τα συναισθήματα που βιώνει. Ο δεύτερο τρόπος, ο οποίος αναφέρεται ως «protective buffering (προστατευτική ρύθμιση)» το ζευγάρι προσπαθεί να αποφύγει την διαφωνία ή οι σύντροφοι κρύβουν την συναισθηματική πίεση την οποία αισθάνονται (Story et al., 2004).

Σε έρευνα την οποία πραγματοποίησε η Cano το 2004 διερευνά το αν οι σκέψεις καταστροφής και το ψυχολογικό στρες συσχετίζονται με την υποστήριξη την οποία παίρνει ο ασθενής από τους σημαντικούς άλλους συμπεριλαμβανομένου και του συντρόφου. Από την έρευνα προκύπτει ότι η διάρκεια του πόνου αλληλεπιδρά με τις σκέψεις καταστροφής (αρνητική και υπερβολική εστίαση στον πόνο) στον πόνο μικρής διάρκειας, και με το εκφραζόμενο ενδιαφέρον από τον/την σύζυγο. Δεν βρέθηκε ανάλογη συσχέτιση για τον πόνο μεγάλης διάρκειας. Αντίθετα οι σκέψεις καταστροφής σχετίστηκαν με μικρότερη ανταπόκριση από τον/την σύζυγο. Το ψυχολογικό στρες δεν ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ σκέψεων καταστροφικών και υποστήριξης. Στον πόνο μικρότερης διάρκειας οι σύζυγοι ίσως ενισχύουν την έκφραση καταστροφικών συναισθημάτων δίνοντας συναισθηματική υποστήριξη αλλά και υποστήριξη σχετικά με την έκφραση του πόνου γιατί πιστεύουν ότι η έκφραση αυτών των σκέψεων ίσως αποτελεί μια μορφή εξωτερίκευσης της ανάγκης για βοήθεια από την πλευρά του συζύγου. Σταματούν να ανταποκρίνονται σε αυτές τις εκφράσεις όταν θεωρούν ότι οι προσπάθειές τους δεν έχουν επιτυχία ή όταν νιώθουν ματαίωση. Οι καταστροφικές σκέψεις σε σχέση με τον πόνο σχετίζονται θετικά με την υποστήριξη από τον/την σύζυγο στα αρχικά στάδια του πόνου και αρνητικά όταν ο πόνο συνεχίζεται και γίνεται χρόνιος. Η έκφραση αυτών των συναισθημάτων σκοπό έχει την απόκτηση οικειότητας και εγγύτητας από τον/την σύντροφο. Η αίσθηση από τον χρόνιο ασθενή ότι είναι μη επαρκής η ανταπόκριση του/της συζύγου στις καταστροφικές σκέψεις πόνου τις οποίες έχει ίσως τον/την οδηγούν σε μια γενίκευση σε σχέση με το πόση υποστήριξη λαμβάνει από τον/την σύντροφο. Η χρονιότητα του πόνου δε φαίνεται να επηρεάζει την υποστήριξη την οποία εισπράττει από τους υπόλοιπους «σημαντικούς άλλους» όπως οι φίλοι και η ευρύτερη οικογένεια εξαιτίας του ότι αυτοί περνούν λιγότερο χρόνο με τον ασθενή (Cano, 2004).

Και οι Keefe & Porter (2007) αναλύοντας την έρευνα των Holtzmann & DeLongis (2007) θεωρούν ότι οι καταστροφικές σκέψεις για τον πόνο είναι ένας επιζήμιος τρόπος διαχείρισης του πόνου ή αντίληψης αυτού και σχετίζονται με αύξηση του πόνου, του ψυχολογικό στρες και της σωματικής ανικανότητας. Θεωρούν ότι πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τις συμπεριφορές των συζύγων τους σε σχέση με τις καταστροφικές σκέψεις τις οποίες εκφράζουν τότε ο πόνος και οι συνέπειες αυτού είναι λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν σε αύξηση των καταστροφικών σκέψεων καθώς και των αρνητικών συναισθημάτων. Η αντίληψη δηλαδή ότι υπάρχει συζυγική υποστήριξη οδηγεί 1. σε μειωμένη πιθανότητα να υπάρξουν καταστροφικές σκέψεις ως απάντηση στον πόνο και 2. άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων των σχετιζόμενων με τον πόνο καταστροφικών σκέψεων, όταν αυτές τελικά υπάρχουν. Επίσης σημειώνουν τον σημαντικό ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι «σημαντικοί άλλοι» στην προσπάθεια χειρισμού των καταστροφικών σκέψεων οι οποίες προκύπτουν από την ύπαρξη του πόνου (Keefe & Porter, 2007).

Άλλη έρευνα συνέκρινε δεκατρείς καταθλιπτικούς ασθενείς με χρόνια πόνο με άλλους δεκατρείς ασθενείς οι οποίοι είχαν κατάθλιψη αλλά όχι χρόνια πόνο. Οι δύο αυτές ομάδες εξετάστηκαν σε σχέση με τις προσωπικές ιστορίες πόνου, τις οικογενειακές μεταβλητές καθώς και τις συζυγικές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με χρόνια πόνο είχαν μεγαλύτερα σκορ σε σχέση με την κατάθλιψη σε σχέση με τους καταθλιπτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν χρόνια πόνο. Η μέτρηση έγινε με τις κλίμακες του Beck (Beck Depression Inventory) (1961) και του Zung (The Zung Self-rating Depression Scale) (1965). Τα δεδομένα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι δύο ομάδες ασθενών παρά του ότι πάσχουν από κατάθλιψη διαφέρουν στη σοβαρότητα αυτής. Επίσης τα σημεία πόνου για τους ασθενείς, τους/τις συζύγους τους και τις οικογένειες και των δύο συζύγων φανερώνουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη επικράτηση πόνου στην ομάδα όσων συνυπάρχει και ο χρόνιος πόνος. Επίσης τα σημεία πόνου είναι περισσότερο κοινά ανάμεσα στους ασθενείς και τους/τις συζύγους τους και τις οικογένειες αυτών από ότι στους ασθενείς χωρίς χρόνια πόνο. Στην ομάδα με την συνύπαρξη του πόνου αναφέρονται και περισσότερα εκφρασμένα παράπονα σε σχέση με την κατάθλιψη, εύρημα το οποίο περισσότερο θα μπορούσε να εξηγηθεί ως συνέπεια των προσωπικών χαρακτηριστικών και των σχέσεων παρά ως συνέπεια της σοβαρότητας της ίδιας της κατάθλιψης. Και κατά την σύγκριση των σκορ για την ποιότητα της συζυγικής σχέσης

φαίνεται ότι η ομάδα με κατάθλιψη και χρόνιο πόνο έχει λιγότερο λειτουργικούς γάμους σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης, βέβαια η διάρκεια της συζυγικής σχέσης στην πρώτη ομάδα είναι μεγαλύτερη (Mohamed et al., 1978).

2.8.4 Συζυγική Ικανοποίηση, Απόκριση Συζύγου και Πόνος

Άλλη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2000 σε εκατόν εξήντα πέντε παντρεμένα ζευγάρια στα οποία ένας από τους δύο συντρόφους είχε χρόνιο πόνο οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η αρνητική ανταπόκριση του/της συζύγου στον πόνο του/της συντρόφου οδηγεί σε μειωμένη ικανοποίηση από τον γάμο και αύξηση της δριμύτητας του πόνου. Οι ασθενείς ίσως αντιλαμβάνονται αυτή την αρνητική ανταπόκριση στον πόνο τους ως ένδειξη θυμού ή ματαίωσης από την πλευρά του/της συζύγου, αίσθηση η οποία οδηγεί σε μειωμένη ικανοποίηση. Επίσης ίσως αυτή η ανταπόκριση να οδηγεί και σε αύξηση της έντασης του πόνου σαν μια προσπάθεια απόκτησης της επιθυμητής προσοχής. Ως επακόλουθο ο ασθενής θεωρεί την αύξηση του πόνου ως σημάδι μεγαλύτερης ανικανότητας και αυτό τον οδηγεί σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων δημιουργεί και η μειωμένη ικανοποίηση από τον γάμο λόγω της έλλειψης οικειότητας σε αυτόν. Αυτές οι συσχετίσεις ισχύουν τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών. Η ένταση του πόνου, η αρνητική ανταπόκριση στον πόνο από τον/την σύζυγο και η ικανοποίηση από τον γάμο σχετίζονται με την διακύμανση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον η αρνητική ανταπόκριση στον πόνο από τον/την σύζυγο σχετίζεται με την ικανοποίηση η οποία βιώνεται μέσα στο γάμο εξίσου και για τα δύο φύλα (Cano et al., 2000).

Οι Newton-John & de C. Williams σε έρευνά τους το 2006 αποδεικνύουν ότι η προσαρμογή των ατόμων στον χρόνιο πόνο επηρεάζεται από την ανταπόκριση του/της συζύγου στην έκφραση του πόνου του ασθενή. Η συγκεκριμένη έρευνα την οποία πραγματοποίησαν εξετάζει την αλληλεπίδραση ασθενή και συζύγου στον χρόνιο πόνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σύζυγοι των χρόνιων ασθενών έχουν ένα διευρυμένο ρεπερτόριο απαντήσεων, πολύ μεγαλύτερο από αυτό το οποίο είχε αναφερθεί ως τότε. Μέχρι τότε θεωρούνταν ως κύριες αντιδράσεις του συντρόφου η έκφραση φροντίδας, η τιμωρία και η προσπάθεια απόσπασης της προσοχής. Δύο νέες κατηγορίες απαντήσεων οι οποίες προέκυψαν από την συγκεκριμένη έρευνα ήταν η «εχθρικότητα - έκφραση φροντίδας (hostile – solicitous)» και η κατηγορία «μόνο παρατήρηση (observe only)». Η

πρώτη κατηγορία, «hostile - solicitous» αναφέρεται σε συμπεριφορές φροντίδας προκειμένου να ανακουφιστεί ο πόνος και η αγωνία του ασθενή αλλά συνοδευμένες και από έμμεσες επιθετικές εκφράσεις ή συμπεριφορές. Η δεύτερη κατηγορία, «observe only» αναφέρεται σε συμπεριφορές μη άμεσης ανταπόκρισης στον πόνο του ασθενή αλλά απλής παρακολούθησης αυτού. Μέχρι τότε η συζυγική ικανοποίηση ήταν υψηλότερη σε ασθενείς οι οποίοι μιλούσαν συχνότερα για τον πόνο τους. Επίσης, από τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε διαφοροποίηση ανάμεσα στους ασθενείς και τους/τις συζύγους για τις συμπεριφορές ανταπόκρισης οι οποίες νοηματοδοτούνται ως θετικές. Για παράδειγμα οι συμπεριφορές έκφρασης φροντίδας παρόλο που είναι οι πιο συχνές από την πλευρά των συζύγων συνήθως δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα στους ασθενείς. Αυτές οι οποίες λιγότερο συχνά παρουσιάζονται αλλά κρίνονται θετικά από συζύγους και ασθενείς είναι η «σταθερή ενθάρρυνση για την επίτευξη στόχων (encouragetask persistence)» και η «επίλυση προβλημάτων (problem - solve)». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικοινωνία και η συζυγική ικανοποίηση επίσης έχουν κάποια επίπτωση στον τρόπο με τον οποίο τα ζευγάρια διαχειρίζονται τον πόνο. Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της συχνότητας των συζητήσεων για τον πόνο και της συζυγικής ικανοποίησης, συσχέτιση η οποία μπορεί να αντανakλά τον γενικότερο τρόπο με τον οποίο το ζευγάρι διαχειρίζεται σημαντικά για αυτό θέματα. Βέβαια η συσχέτιση αυτή βρέθηκε σημαντική για τους ασθενείς και όχι για το ταίρι τους (Newton-John & Williams, 2006).

Οι Leonard et al. (2006) σε έρευνα την οποία πραγματοποίησαν το 2006 είχαν σα στόχο να διερευνήσουν τη σύνδεση μεταξύ των λειτουργιών μέσα στο γάμο με τον χρόνιο πόνο και τις παραμέτρους αυτού όπως την ένταση του πόνου, τη σωματική καταπόνηση και δυσλειτουργικότητα, τις συμπεριφορές πόνου και την ψυχολογική επιβάρυνση. Οι σύζυγοι ή οι «σημαντικοί άλλοι» οι οποίοι έρχονται σε συχνή επαφή με τους ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν τις συμπεριφορές πόνου λόγω ακριβώς αυτής της συχνής επαφής αλλά και της οικειότητας η οποία διέπει τη σχέση. Συμπεριφορές θετικής ενίσχυσης μπορεί να συμπεριλαμβάνουν την προσοχή και την υποστήριξη την οποία δείχνουν τα άτομα στον ασθενή όταν αυτός εκφράζει πόνο ενώ η αγνόηση ή η αρνητική ανταπόκριση των συμπεριφορών πόνου μπορεί να οδηγήσει σε μείωση αυτών (Leonard et al., 2006).

Οι Flor et al. (1989) θεωρούνε ότι μόνο στους παντρεμένους άνδρες οι αντιδράσεις των «σημαντικών άλλων» εξηγούσαν τις σημαντικές διαστάσεις στη διακύμανση των επιπτώσεων του πόνου. Δεν βρέθηκαν τα ίδια αποτελέσματα και για τους άνδρες οι οποίοι

δεν ήταν παντρεμένοι. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ήταν σημαντικά υψηλότερη η συσχέτιση μεταξύ της ανταπόκρισης των σημαντικών άλλων και του επιπέδου των συνεπειών του πόνου για τους παντρεμένους ασθενείς σε σχέση με τους μη παντρεμένους. Για τις γυναίκες επίσης η ενίσχυση τόσο των συζύγων τους όσο και των σημαντικών άλλων αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των ποσοστών διακύμανσης των συνεπειών του πόνου. Οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες είναι περισσότερο ταραγμένες και σε σύγκυση σχετικά με την χρόνια ασθένεια του συζύγου τους. Επίσης όσοι δεν ήταν ευτυχισμένοι μέσα στο γάμο τους παρουσίαζαν μικρότερη συσχέτιση μεταξύ των ανταποκρίσεων των συζύγων τους και των επιδράσεων του πόνου. Η ενίσχυση των συμπεριφορών πόνου από τους «σημαντικούς άλλους» επηρεάζεται από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την ποιότητα των συζυγικών σχέσεων στα παντρεμένα ζευγάρια (Flor et al., 1989).

2.8.5 Πεποιθήσεις των Συζύγων των Ασθενών και Πόνος

Άλλη πρόσφατη έρευνα είχε σα στόχο να δημιουργήσει μια μέθοδο μέτρησης των αντιλήψεων των «σημαντικών άλλων» της ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο και να εξετάσει τις τυχόν μεταξύ τους συσχετίσεις. Η έρευνα έγινε σε εκατόν τέσσερα παντρεμένα ζευγάρια εκ των οποίων ο ένας σύζυγος ανέφερε χρόνια πόνο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι πεποιθήσεις των συζύγων για την σωματική ανικανότητα, τα συναισθήματα, τον έλεγχο και την φαρμακευτική αγωγή συσχετίζονταν σημαντικά με την σοβαρότητα του πόνου του ασθενή καθώς και με άλλους παράγοντες οι οποίοι ρυθμίζουν την προσαρμογή του στον πόνο. Τα συναισθήματα, η ανικανότητα και οι άλλες πεποιθήσεις σχετίζονται με τον τρόπο με το οποίο οι σύζυγοι ανταποκρίνονται στον πόνο του συντρόφου τους, τα καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία ίσως αναπτύσσουν και την συζυγική δυσαρέσκεια. Οι προσωπικές εμπειρίες πόνου, των συζύγων των ασθενών, δεν σχετίζονται με τις πεποιθήσεις τους για τον πόνο του συντρόφου τους. Η πεποίθηση ότι ο πόνος αποτελεί ένα δείκτη της ανικανότητας του ασθενή ήταν σημαντικά σχετιζόμενος με τις αντιλήψεις και των δύο συντρόφων για μεγαλύτερη οξύτητα πόνου, περισσότερων παρεμβάσεων, περισσότερων συμπεριφορών πόνου και λιγότερη δραστηριότητα από τον ασθενή. Σε αντίθεση η πεποίθηση ότι ο πόνος του/της συζύγου είναι ελέγξιμος σχετίζεται με χαμηλότερη εκτίμηση της οξύτητας του πόνου και από τους δύο συζύγους και λιγότερες παρεμβάσεις. Η πεποίθηση για ανικανότητα είναι

αντιστρόφως ανάλογη με τις συμπεριφορές ελέγχου από τον/την σύζυγο του/της ασθενή. Σε σχέση με τις πεποιθήσεις για τη συμβολή των συναισθημάτων στον πόνο αυτές σχετίζονται με υψηλότερες συμπεριφορές πόνου και συμπεριφορές παρεμβάσεων. Οι πεποιθήσεις των συζύγων για τον πόνο σχετίζονται και με τις συμπεριφορές τις οποίες αναπτύσσουν απέναντι στους ασθενείς – συζύγους. Όταν οι σύζυγοι θεωρούν ότι υπάρχει ανικανότητα τότε εκφράζουν περισσότερες συμπεριφορές φροντίδας προς τον ασθενή. Το ίδιο συμβαίνει και όταν πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Σε αντίθεση όταν θεωρούν ότι ο/η σύντροφός τους ασκεί έλεγχο στον πόνο του/της προσφέρουν λιγότερες συμπεριφορές ενδιαφέροντος και φροντίδας, ίσως γιατί δεν τις θεωρούν απαραίτητες. Όσον αφορά τις αρνητικές συμπεριφορές των συζύγων προς τους συντρόφους τους με χρόνια πόνο κυρίως σχετίζονται με την πεποίθηση ότι ο πόνος έχει συναισθηματικά αίτια και συχνά συνοδεύονται από τιμωρητικές συμπεριφορές προς τον ασθενή. Συνήθως νιώθουν λιγότερη κατανόηση και συμπόνια προς τον ασθενή και αντιδρούν αρνητικά απέναντί του. Στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε και η συσχέτιση των πεποιθήσεων των συζύγων των ασθενών με τη δική τους προσαρμογή. Οι πεποιθήσεις για ανικανότητα του συζύγου και συναισθηματική εμπλοκή στα αίτια του πόνου επέδρασαν στη ψυχολογική προσαρμογή του/της συζύγου. Επιδρούν στην αύξηση της ανησυχίας και του άγχους τους καθώς και στην αύξηση της απογοήτευσης για τις πιθανές συνέπειες του πόνου στην συζυγική σχέση και την κατανομή των ρόλων στην οικογένεια. Η πεποίθηση ότι τα μέλη της οικογένειας οφείλουν να υποστηρίξουν τον ασθενή με πόνο σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους/στις συζύγους των ασθενών. Ίσως οι σύζυγοι οι οποίοι έχουν την πεποίθηση ότι πρέπει να φροντίσουν τον σύντρόφό τους αναλαμβάνουν όλο το βάρος της φροντίδας του ασθενή, ενώ τα υπόλοιπα μέλη αποστασιοποιούνται (Cano et al., 2009).

2.8.6 Διαπροσωπικές Συγκρούσεις και Πόνος

Σε σχέση με την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης και της συζυγικής υποστήριξης και της διαπροσωπικής σύγκρουσης στον χρόνο πόνο ασθενών με αρθρίτιδα ή κάποια άλλη μυοπεριτονιακή διαταραχή προκύπτει καταρχήν ότι οι ασθενείς με μυοπεριτονιακό πόνο αναφέρουν σημαντικά εντονότερο πόνο, κατάθλιψη, διαπροσωπικές συγκρούσεις και λιγότερη υποστήριξη σε σχέση με τους ασθενείς με πόνο λόγω αρθρίτιδας. Ωστόσο δεν υπάρχουν διαφορές σε σχέση με τα χαρακτηριστικά

προσωπικότητας. Η επίδραση της σύγκρουσης στον πόνο φαίνεται να εξαρτάται από την φύση της διαταραχής η οποία τον προκαλεί καθώς και από την πηγή της σύγκρουσης όπως σημαντικοί άλλοι, οικογένεια, κοινωνικό σύστημα. Η επίδραση των κοινωνικών σχέσεων στην ένταση του πόνου εξαρτάται από τη φύση της διαταραχής και από τον τύπο ή το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων. Η μεγαλύτερη σύγκρουση στις σημαντικές, στενές σχέσεις προβλέπει λιγότερο έντονο αισθητηριακό και συναισθηματικό πόνο στην αρθρίτιδα ενώ στο μυοπεριτονιακό πόνο οι έντονες συγκρούσεις με το κοινωνικό πλαίσιο του ασθενή προβλέπει εντονότερο συναισθηματικό πόνο. Διαφορές στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή στη διάρκεια του πόνου δεν αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για τη συσχέτιση πόνου και σύγκρουσης. Ο αρθρικός πόνος είναι λιγότερο έντονος με την παρουσία σύγκρουσης με τους σημαντικούς άλλους ή με την παρουσία αρνητικών συμπεριφορών προς τον ασθενή. Η παραπάνω συσχέτιση ίσως συμβαίνει γιατί οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις ίσως υποχωρούν με την εμφάνιση εξάρσεων της ασθένειας ή με τα συμπτώματα εξασθένισης του ασθενή. Η μείωση στις συγκρούσεις δημιουργείται ως αποτέλεσμα της πιθανής απόσυρσης του ασθενή από τις επαφές του με τον κοινωνικό του περίγυρο ή ως αποτέλεσμα των πεποιθήσεων των «σημαντικών άλλων» ότι η ένταση αυξάνει την έξαρση της ασθένειας οπότε και τη μειώνουν. Επίσης όσο αυξάνει ο πόνος και οι ασθενείς αισθάνονται ότι επιβαρύνουν τους δικούς τους ανθρώπους οι οποίοι τους φροντίζουν μπορεί να προσπαθούν να κρατούν χαμηλή την ένταση στις σχέσεις μαζί τους προκειμένου να μην τους προκαλέσουν και επιπρόσθετη ένταση (Faucett & Levine, 1991).

Διακόσιοι τριάντα τρεις ασθενείς οι οποίοι ζούσαν σε μια υποστηρικτική οικογένεια χωρίς συγκρούσεις συγκρίθηκαν με διακόσιους εβδομήντα πέντε ασθενείς οι οποίοι ανέφεραν ένα λιγότερο υποστηρικτικό περιβάλλον με περισσότερη δυσαρμονία. Η συγκεκριμένη έρευνα στόχο είχε να εξετάσει τον ρόλο της οικογένειας στην προφύλαξη των ασθενών με χρόνια πόνο από βλαπτικές / επιβαρυντικές για την ασθένεια συμπεριφορές. Οι τελευταίοι (ασθενείς με λιγότερο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον) ανέφεραν ότι είχαν περισσότερη ευθύνη στην εργασία τους, περισσότερους τραυματισμούς κατά τη διάρκεια αυτής και εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή. Ανέφεραν μεγαλύτερο αριθμό σημείων πόνου και ήταν περισσότερο περιγραφικοί κατά την αναφορά αυτού. Επίσης είχαν περισσότερες συμπεριφορές σχετιζόμενες με τον πόνο και μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση. Σε αντίθεση οι ασθενείς με υποστηρικτικές οικογένειες ανέφεραν μικρότερη ένταση πόνου, μικρότερη εξάρτηση από τα φάρμακα και

υψηλότερα επίπεδα δραστηριοποίησης. Επίσης μεγαλύτερο ποσοστό αυτών συνέχιζαν την εργασία τους (Jamison & Virts, 1990).

2.9 Επιδράσεις της Ασθένειας και του Πόνου στην Οικογένεια

Η ασθένεια μπορεί να έχει γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, οικονομικές, συμπεριφορικές και άλλες συνέπειες τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την οικογένεια του (Turk et al., 1987). Ίσως είναι χρήσιμο να διευκρινιστεί ότι παρόλο που οι έννοιες «ασθένεια (illness)» και «νόσος (disease)» χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο υπάρχει διακριτή διαφορά μεταξύ τους. Ο όρος νόσος αναφέρεται στη κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται υπό το πρίσμα της παθοφυσιολογίας, όπως κάποια μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του οργανισμού. Από την άλλη πλευρά ο όρος ασθένεια αναφέρεται στην ανθρώπινη εμπειρία του πώς το άτομο βιώνει τα συμπτώματα του όσο και στην εμπειρία του «υποφέρειν». Επίσης ο όρος συμπεριλαμβάνει παραμέτρους όπως το πώς η νόσος γίνεται αντιληπτή από το άτομο, το πώς συνεχίζει τη ζωή του με αυτή αλλά και το πώς αντιδρά σε αυτή τόσο το άτομο όσο και η οικογένεια του. Για την αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας όσο σημαντικό είναι να αναγνωριστεί ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός ο οποίος οδηγεί σε αυτή εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωριστεί η εμπειρία της ασθένειας του ατόμου. Οι Curtin & Lubkin το 1995 όρισαν την χρόνια ασθένεια ως *«την αμετάκλητη παρούσα, συσσωρευμένη ή λανθάνουσα κατάσταση της νόσου ή της βλάβης η οποία περιλαμβάνει το σύνολο του περιβάλλοντος του ατόμου για υποστηρικτική φροντίδα, αυτοφροντίδα και επίτευξη της λειτουργικότητας του ατόμου καθώς και τη πρόληψη της περαιτέρω ανικανότητας»*. Η χρόνια ασθένεια δεν επηρεάζει μόνο το σώμα του ασθενούς αλλά και τις σχέσεις του, την αυτό-εικόνα του και τη συμπεριφορά του. Οι επιδράσεις της νόσου στην κοινωνικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις μπορεί να σχετίζονται με τις παθοφυσιολογικές αλλοιώσεις ή μεταβολές αλλά μπορεί να είναι και ανεξάρτητες αυτών (Larsen, 2009).

2.9.1 Τα Καταθλιπτικά Συναισθήματα των Συντρόφων των Ασθενών

Ένα από τα θέματα το οποίο εξετάστηκε ερευνητικά σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια και ο πόνος επιδρούν στην οικογένεια είναι η κατάθλιψη των συντρόφων των ασθενών με πόνο. Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 1991 εξετάζει τη σχέση

μεταξύ της κατάθλιψης την οποία βιώνουν σύζυγοι ατόμων που βιώνουν πόνο και συγκεκριμένα το βαθμό του πόνου, τον θυμό του ασθενή και την συζυγική ικανοποίηση. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι 28% αυτών των συζύγων με πόνο εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση. Αναφέρονται τρεις προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση αυτής, ο βαθμός του πόνου του ασθενή, ο θυμός του και η συζυγική ικανοποίηση του ίδιου του συζύγου. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο του θυμού ή και του πόνου τόσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συζύγων τους. Συγκεκριμένα ο πόνος του ασθενή και ο θυμός του αποτελούν όχι μόνο προγνωστικό παράγοντα της καταθλιπτικής διάθεσης του συζύγου τους αλλά και της διακύμανσης αυτής. Επίσης ο θυμός τους και η συζυγική ικανοποίηση της συζύγου αλληλοσυσχετίζονται σε σχέση με την έκφραση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σχέση η οποία οδηγεί στην υπόθεση ότι ίσως η ικανοποίηση από τον γάμο να ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ θυμού του ασθενή και κατάθλιψης της συζύγου. Οι τρεις αυτοί προγνωστικοί παράγοντες ευθύνονται για το 35% της διακύμανσης της συζυγικής κατάθλιψης και αναδεικνύουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ χρόνιου πόνου και κατάθλιψης του συντρόφου του ασθενή. Η εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης συζύγων ατόμων με χρόνια πόνο, πιθανώς, αποτελεί την απάντηση στον πόνο και τον θυμό των ασθενών καθώς και στο γενικότερο επίπεδο της σωματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης. Σύζυγοι με καταθλιπτικά συμπτώματα εξαιτίας του χρόνιου πόνου του συντρόφου τους δεν έχουν τη δυνατότητα να ενθαρρύνουν συμπεριφορές του ασθενή οι οποίες βελτιώνουν την υγεία του καθώς και τις προσπάθειες για αποκατάσταση των σωματικών βλαβών. Ουσιαστικά η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους συζύγους επιδρά αρνητικά στην υγεία του ίδιου του ασθενή (Schwartz et al., 1991).

2.9.2 Αξιολόγηση του Πόνου και των Επιπτώσεων του από το Ζευγάρι

Οι ασθενείς θεωρούν ότι υπάρχουν περισσότερες επιπτώσεις από τον πόνο σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο από ότι οι σύζυγοι πιστεύουν για αυτούς. Παρόλα αυτά οι σύζυγοι θεωρούν ότι η σοβαρότητα του πόνου είναι μεγαλύτερη από ότι την βαθμολογούν οι ίδιοι οι ασθενείς. Σε σχέση με τις επιπτώσεις του πόνου σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στα ζευγάρια στα οποία υπάρχει κατάθλιψη και σε αυτά στα οποία δεν υπάρχει. Επιπλέον η δυσλειτουργία των γυναικών αξιολογείται ως πιο σοβαρή από τις ίδιες από ότι από τους συζύγους τους. Για τη

δυσλειτουργία των ανδρών – ασθενών δεν προκύπτουν διαφορές αξιολόγησης ανάμεσα στο ζευγάρι. Η έρευνα έγινε σε εκατόν δέκα ασθενείς με διαφόρων ειδών μυοσκελετικό πόνο και στους συντρόφους τους. Οι σύζυγοι μπορεί να υπερεκτιμούν τον πόνο του συντρόφου τους λόγω της προφορικής έκφρασης αυτού, η οποία είναι πολύ δύσκολο να αποφευχθεί. Αυτή η έκφραση ίσως αυξάνει το στρες των συζύγων και πιθανώς τους οδηγεί σε αποστασιοποίηση από το να αντιλαμβάνονται την έκταση του πόνου του συντρόφου τους (Cano et al., 2004b).

2.9.3 Συναισθηματικές Επιπτώσεις του Πόνου στην Οικογένεια

Ο χρόνιος πόνος ως ένας επίμονος στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να δημιουργήσει πολλά επιπρόσθετα προβλήματα στον ασθενή. Μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, αϋπνία, μειωμένη δραστηριοποίηση και εξάρτηση από φάρμακα. Ταυτόχρονα μπορεί να υπάρξουν και συναισθηματικές επιπτώσεις όπως το αίσθημα του αβοήθητου – «helplessness», χαμηλή αυτοεκτίμηση, καταθλιπτικά συμπτώματα, θυμός, φόβος, απομόνωση. Οι ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να χειριστούν τις πιθανές συνέπειες του χρόνιου πόνου. Εκτός της πυρηνικής οικογένειας σημαντικό ρόλο διατελεί και το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Για παράδειγμα οι ασθενείς οι οποίοι ζούνε κοντά στη διευρυμένη οικογένεια χειρίζονται αποτελεσματικότερα τον χρόνιο πόνο (Jamison & Virts, 1990).

Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ασθένεια και ο πόνος επιδρούν σε τρεις κυρίως τομείς της οικογένειας. Επιδρούν στη διάθεση, δημιουργώντας μια ατμόσφαιρα δυσφορίας, στη συζυγική σχέση προκαλώντας δυσλειτουργία καθώς και στην υγεία του άλλου συντρόφου. Ταυτόχρονα υπάρχουν και έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η οικογένεια μπορεί να διαχειριστεί θετικά την χρόνια ασθένεια και τον πόνο. Υπάρχουν έρευνες οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο χρόνιος πόνος δεν προκαλεί δυσλειτουργία στη συζυγική σχέση καθώς και ότι δεν δημιουργεί απαραίτητα ατμόσφαιρα δυσφορίας. Οι Brown et al. (1982) ερευνώντας τη λειτουργία οικογενειών των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από χρόνια σταθερή στηθάγχη κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες οικογένειες εξακολουθούσαν να λειτουργούν ομαλά. Επίσης, από τη συγκεκριμένη έρευνα δεν προέκυψε κάποια συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της οικογενειακής λειτουργίας. Παρόλα τα συμπεράσματά τους συμπληρώνουν ότι

εξετάζοντας τις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας και του χρόνιου πόνου στην οικογένεια, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη η φύση της ασθένειας, οι συνέπειές της, η θέση του άρρωστου μέλους στην οικογένεια καθώς και η ιστορία της οικογένειας (Turk et al., 1987).

Από έρευνα της Smith (2003) προκύπτει ότι η αντίληψη των οικογενειών των γυναικών οι οποίες πονούν είναι ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζει σημαντικές βασικές σχέσεις τόσο σε επίπεδο συναισθηματικής όσο και σωματικής οικειότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οικογένειες ήταν ενωμένες με συναισθήματα ενδιαφέροντος, αγάπης, ενοχής, θυμού καθώς και το αίσθημα του αβοήθητου. Υπήρχε μια ισχυρή τάση να ελέγχουν τα υπόλοιπα μέλη, και να είναι όλοι κοντά ενώ ταυτόχρονα κάποιες φορές ένιωθαν να μην μοιράζονται αμοιβαία το αίσθημα του «ανήκειν» και υποστήριξη. Συχνά ο πόνος έφερνε συγκρούσεις μεταξύ των μελών και τα άτομα παρέδιδαν στην οικογένεια κομμάτια της ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους. Οι γυναίκες με τον χρόνιο πόνο θεωρούσαν ότι έχουν μεγάλη ευθύνη για τους άλλους. Υπήρχε εχθρότητα και επιθετικότητα μεταξύ πολλών ζευγαριών και συχνά ανέφεραν προηγούμενες εμπειρίες βίας κατά την παιδική και ενήλικη ζωή. Επίσης συχνά ανέφεραν πίεση, ανεξάρτητα από την σωματική δυσλειτουργία, για να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των μελών της οικογένειας τους ενώ συχνά απομονώνονταν προκειμένου να έχουν λίγο προσωπικό χώρο. Αυτή η απομόνωση στη συνέχεια οδηγεί σε ενοχή και ξαναρχίζουν την εμπλοκή στην ζωή των μελών της οικογένειας καθώς ο πόνος μειώνεται. Υπάρχει πολλή μεγάλη εστίαση των γυναικών στην φροντίδα των άλλων και ο χρόνιος πόνος σε συνδυασμό με αυτή την εστίαση οδηγεί σε ενοχικά συναισθήματα και επιπλέον επιβάρυνση ευθυνών (Smith, 2003).

Οι υπερλειτουργικές γυναίκες φαίνεται ότι είναι πολύ οργανωτικές, δυνατές και ικανές. Συνήθως εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στις ανάγκες των άλλων ατόμων του περιβάλλοντός τους αγνοώντας τις δικές τους ανάγκες. Συχνά λειτουργούν ως καταναγκασμένες εργάτριες, πιέζοντας τον εαυτό τους να είναι τέλειες σχεδόν σε οτιδήποτε αναλαμβάνουν. Αποτέλεσα αυτών των συμπεριφορών είναι να νιώθουν στερημένες συναισθηματικά, συχνά μη έχοντας επίγνωση των πραγματικών τους συναισθημάτων. Δεν ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες και νιώθουν αμφιθυμία προς αυτούς τους οποίους εξυπηρετούν, καθοδηγούν και ενθαρρύνουν την εξάρτησή τους από αυτές ενώ ταυτόχρονα αγανακτούν μαζί τους εξαιτίας του ότι τους θεωρούν υπεύθυνους για τη δική τους μοναξιά και μη ικανοποίηση. Η υπερλειτουργική γυναίκα δίνει πολύ

περισσότερα από όσα παίρνει με αποτέλεσμα να φθείρεται και να εξασθενεί (Napier, 1988). Πολλές γυναίκες με χρόνιο πόνο αναφέρουν ότι κατά την παιδική τους ηλικία υπήρχε η προσδοκία για αυτές να φροντίζουν πέρα από τις αναπτυξιακές τους δυνατότητες. Η αίσθηση του εαυτού και η ατομικότητα είναι μειωμένα εξαιτίας του ότι αυτές θεωρούν ότι αξίζουν μόνο όταν φροντίζουν με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε κρίση ταυτότητας και να παλινδρομούν μεταξύ της αυτοθυσίας και της απομόνωσης. Βιώνουν εσωτερική σύγκρουση ανάμεσα στην ανάγκη να συνδεθούν με του άλλους, σύνδεση η οποία συχνά περιλαμβάνει τη φροντίδα αυτών, έλεγχο των συμπεριφορών και των συναισθημάτων τους.

Ταυτόχρονα πολλά ζευγάρια παρουσίαζαν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή με τη σωματική εγγύτητα να μειώνεται και το γεγονός αυτό να οδηγεί τις γυναίκες στο να νιώθουν ματαιωμένες, μη ελκυστικές, με αρνητικές συνέπειες και για την αυτό – εικόνα τους. Ουσιαστικά η οικογένεια κινείται γύρω από συγκεκριμένους επαναλαμβανόμενους κύκλους. Όλα σχεδόν τα μέλη περιγράφουν ότι οι σχέσεις τους είναι στενές, ότι υπάρχει αλληλοϋποστήριξη μεταξύ τους και συντροφικότητα. Ταυτόχρονα όμως υπάρχει και εκχώρηση στην οικογενειακή ενότητα μέρους της ατομικότητας και αυτονομίας τους. Οι οικογένειες προσπαθούν να μείνουν ενωμένες μέσω της έντονης σύνδεσης μεταξύ τους. Ένας από τους τρόπους για να διασφαλιστεί αυτή η στενή σύνδεση είναι με το να αναλαμβάνουν την ευθύνη των συναισθημάτων των άλλων μελών της οικογένειας. Και η σύγκρουση χρησιμοποιείται για την επίτευξη αυτού του σκοπού. Ο πόνος βοηθά τις γυναίκες με πόνο να απομονωθούν και να έχουν ένα κομμάτι ατομικότητας, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται οι απαιτήσεις της οικογένειας, στην συνέχεια λόγω αυτής της εξατομίκευσης με αφορμή τον πόνο νιώθουν ενοχή και ξαναεπιστρέφουν σε συμπεριφορές έντονης σύνδεσης και εμπλοκής με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους (Smith, 2003).

Οι ασθενείς αυτοί συνήθως ανήκουν σε μη διαφοροποιημένες οικογένειες στις οποίες το «εγώ» των μελών της οικογένειας έχει ουσιαστικά καταργηθεί και υπάρχει μόνο το «εμείς», δηλαδή έχει θυσιάσει η ατομικότητα στο βωμό της ένωσης και ύπαρξης της οικογένειας. Τα όρια ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Υπάρχει μεγάλη συνοχή, χωρίς αυτό να σημαίνει την ύπαρξη ουσιαστικής επικοινωνίας, εγγύτητας, οικειότητας και σύνδεσης των μελών ενώ ταυτόχρονα δεν υπάρχει ανεξαρτησία και αυτονομία. Το κάθε μέλος μπορεί να παρεμβαίνει στη ζωή του άλλου, δίνεται έμφαση στις συλλογικές δραστηριότητες και αποθαρρύνεται η διαφοροποίηση. Μέλη μη διαφοροποιημένων οικογενειών μπορεί να παρουσιάσουν απόσυρση ως ένα τρόπο

απόκτησης αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Επίσης είναι πιθανό τα παιδιά τέτοιων οικογενειών να συμπεριφερθούν με ψυχρότητα και αποστασιοποιημένα στις μελλοντικές οικογένειες τις οποίες θα δημιουργήσουν τα ίδια. Κύρια χαρακτηριστικά των ασύνδετων οικογενειών είναι η αποξένωση και η έλλειψη επικοινωνίας. Τα άτομα των οικογενειών αυτών είναι αποκομμένα το ένα από το άλλο, έχουν ελευθερία κινήσεων αλλά δεν έχουν μεταξύ τους εγγύτητα, το αίσθημα του «ανήκειν» και συνοχή μεταξύ τους. Ο χρόνιος πόνος ίσως αποτελεί ένα μέσο / τρόπο απόσπασης προσοχής, συναισθημάτων οικειότητας και φροντίδας (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006). Ουσιαστικά απουσιάζει ο «διαφοροποιημένος εαυτός». Διαφοροποιημένος είναι ο εαυτός ο οποίος καταφέρνει να διατηρεί τη συναισθηματική του αντικειμενικότητα ακόμα και όταν βρίσκεται μέσα σε ένα συναισθηματικό σύστημα σε αναταραχή ενώ έχει ενεργό σχέση με τους ανθρώπους – κλειδιά του συστήματος (Bowen, 1972).

Και η A.A.Smith υποστηρίζει ότι χαρακτηριστικό των γυναικών αυτών είναι η εστίαση τους στις ανάγκες των άλλων, θεωρούν ότι αυτές είναι υπεύθυνες για την ευτυχία και την υγεία τους, δυσκολεύονται να βάλουν τα δικά τους ατομικά όρια και σχεδόν θεωρούν χρέος τους το να θυσιάζουν τον εαυτό τους. Όταν προστίθεται και ο χρόνιος πόνος πιέζουν τον εαυτό τους να συνεχίσουν τις συμπεριφορές φροντίδας, νιώθουν ένοχες επειδή πονούν και χρειάζονται βοήθεια και κάποιες φορές εστιάζουν στον εαυτό τους (Smith, 2003).

2.9.4 Οι Επιπτώσεις του Πόνου της Οικογένειας στα Παιδιά

Μια επιπρόσθετη βασική συνέπεια του χρόνιου πόνου στην οικογένεια είναι ένα από τα παιδιά να αναλαμβάνει γονεϊκό ρόλο. Δημιουργείται τριγωνοποίηση του παιδιού σε γονεϊκό ρόλο όταν οι γονείς αδυνατώντας να αναλάβουν πλήρως το ρόλο τους, λόγω του πόνου τους, τον μεταβιβάζουν σε ένα από τα παιδιά, το οποίο δεν θα έπρεπε να τον ασκεί. Το παιδί αυτό φροντίζει και ελέγχει είτε τα αδέρφια είτε και τους ίδιους τους γονείς. Το παιδί αυτό συμπεριφέρεται ως «μικρομέγαλο», εγκαταλείπει συνήθως τις δραστηριότητες οι οποίες είναι ανάλογες της ηλικίας του καθώς και τις επαφές του με συνομηλίκους. Πολλά παιδιά επίσης παρουσιάζουν συμπτώματα όπως σχολική φοβία, απογοήτευση κατά την εφηβεία, προβλήματα αποχωρισμού ή συναισθηματική απόσταση από την οικογένεια, ως τρόπο άμυνας. Επίσης επαναλαμβάνουν αυτή τη τριγωνοποίηση και στην μετέπειτα οικογένεια την οποία δημιουργήσουν τα ίδια (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006).

Ουσιαστικά παιδιά κατά τη παιδική ή εφηβική τους ηλικία «επιστρατεύονται» για τη λειτουργική, πρακτική ή συναισθηματική φροντίδα των γονέων τους ή και ολόκληρης της οικογένειας. Συχνά το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το μεγαλύτερο παιδί το οποίο γίνεται «βοηθός των γονέων». Το παιδί αυτό θεωρείται και αντιμετωπίζεται, από τους γονείς, τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και τον εαυτό του, ως «δυνατό» και πολύ «ικανό». Οι γονείς συχνά είναι υπερήφανοι για τη συμπεριφορά του παιδιού τους, το ίδιο όμως μέσα του μπορεί να αισθάνεται στερημένο και άδειο. Το να προσφέρει, να βοηθάει, να φροντίζει και να ικανοποιεί τις ανάγκες των άλλων είναι ο μόνος τρόπος τον οποίο ξέρει να συνδέεται με τους άλλους και να έρχεται σε επαφή και επικοινωνία. Η συναισθηματική του ασφάλεια καθορίζεται από το ότι είναι ικανό και εξυπηρετικό, συμπεριφορές τις οποίες υιοθετεί και ως ενήλικας (Napier, 1988).

Μια άλλη συνέπεια στις οικογένειες με χρόνιο πόνο, όταν έρχεται η ρήξη και η απόσταση με τον/την σύζυγο ή η απομάκρυνση από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, είναι το παιδί να αναλαμβάνει να εκτελέσει αυτό το ρόλο. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε το παιδί – σύζυγο και στη δεύτερη το παιδί – σύντροφο. Οι σχέσεις αυτές μοιάζουν να χαρακτηρίζονται από ισότιμη οικειότητα αλλά στην ουσία δεν είναι γιατί ο γονιός στηρίζεται στο παιδί. Αποτέλεσμα αυτού είναι το παιδί να μην έχει τη δυνατότητα και την ευκαιρία να στηριχθεί σε ένα αξιόπιστο και δυνατό γονέα. Μέσα σε αυτές τις σχέσεις υπάρχει το στοιχείο της «προδοσίας» του παιδιού από το γονέα (Napier, 1988).

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3^ο : Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Σκοπός παρούσας Έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η αναζήτηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και της θεραπευτικής συμμόρφωσης ατόμων με πόνο στο γόνατο ή και το ισχίο. Στόχος ήταν να διερευνηθούν οι στατιστικές σχέσεις μεταξύ της συμμόρφωσης των ασθενών με πόνο στο/α γόνατο/α ή και στο/α ισχίο/α με διάφορους οικογενειακούς ή συντροφικούς παράγοντες. Οι παράγοντες οι οποίοι εξετάστηκαν ήταν η επιθετικότητα, το οικογενειακό περιβάλλον, η τυχόν ύπαρξη ψυχοπαθολογίας καθώς και ο τρόπος βίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων.

3.2 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συγκεκριμένη έρευνα διενεργήθηκε μεταξύ των μηνών Φεβρουαρίου και Ιουνίου 2010. Ο αριθμός των ατόμων τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 65 ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο στο γόνατο ή στο ισχίο ο οποίος κατά κύριο λόγο προερχόταν από ρευματοειδή νοσήματα. Στην έρευνα είχε τη δυνατότητα να συμμετέχει κάθε άτομο ηλικίας από 18 έως 70 ετών με μυοσκελετικό πόνο στο γόνατο ή και το ισχίο. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή ήταν το να υπάρχει κάποιος/α σύντροφος στη ζωή του με τον/την οποίο/α να ζούνε μαζί, δηλαδή είτε να είναι παντρεμένος/η είτε να συμβιεί με τον/την σύντροφο. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και διαβεβαιώθηκε προφορικά αλλά και γραπτώς (επάνω στο έντυπο κάθε ερωτηματολογίου) η τήρηση του απορρήτου των πληροφοριών και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Για την διεξαγωγή μέρους της έρευνας στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σερρών και συγκεκριμένα στα Εξωτερικά Ιατρεία της Ορθοπαιδικής Κλινικής ζητήθηκε γραπτή άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν.Νοσοκομείου. Η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου Σερρών, αφού πήρε την ανάλογη έγκριση από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, χορήγησε την απαραίτητη άδεια με αριθμό πρωτοκόλλου: Γ.ΕΚΕΠΥ/2124, για την διεξαγωγή της έρευνας. Ίσως είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι ένα

από τα κυριότερα προβλήματα τα οποία παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν το μεγάλο χρονικό διάστημα το οποίο χρειάστηκε εωσότου να χορηγηθεί η απαραίτητη έγκριση. Η αίτηση για την έκδοση της άδειας πραγματοποιήθηκε στις αρχές του Μαρτίου του 2010 και η έγκριση δόθηκε στις αρχές του Ιουνίου του 2010. Αποτέλεσμα αυτής της καθυστέρησης ήταν ο μειωμένος αριθμός συμμετεχόντων από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου και κατά συνέπεια ο μικρός αριθμός του δείγματος, δεδομένων των χρονικών περιορισμών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος. Επίσης προφορική έγκριση για χορήγηση ερωτηματολογίων ζητήθηκε και από το τοπικό Ι.Κ.Α Σερρών, η οποία και δόθηκε από τον αρμόδιο Ελεγκτή Ιατρό. Τέλος προφορική άδεια ζητήθηκε και από την Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου Κιλκίς, άδεια η οποία τελικά δεν δόθηκε λόγω εσωτερικών δυσκολιών της Κλινικής.

Συνολικά δόθηκαν 150 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 65. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Ν.Νοσοκομείου Σερρών (συμπληρώθηκαν 12 ερωτηματολόγια), στο Ι.Κ.Α Σερρών και συγκεκριμένα στο Φυσιοθεραπευτήριο του Ιδρύματος (συμπληρώθηκαν 3 ερωτηματολόγια), σε φυσιοθεραπευτές της πόλης των Σερρών και σε φυσιοθεραπευτές - συμφοιτητές από την Αθήνα και την Καβάλα (συμπληρώθηκαν 50 ερωτηματολόγια).

3.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Για την πραγματοποίηση των στόχων της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένας κατάλογος είκοσι μία ερωτήσεων οι οποίες αφορούν κοινωνικό – δημογραφικά δεδομένα και στοιχεία για τον μυοσκελετικό πόνο και τον χειρισμό αυτού. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν και τέσσερα δομημένα ερωτηματολόγια.

Ο κατάλογος των είκοσι μία ερωτήσεων, όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Τέτοια στοιχεία είναι η ημερομηνία γέννησης, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση και η ύπαρξη παιδιών. Ταυτόχρονα υπάρχουν άλλες δεκατρείς ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο και την αντιμετώπιση αυτού όπως που και πόσο πονάνε, αν παίρνουν φάρμακα (παυσίπονα, αλοιφές, τοπικά καταπλάσματα) για τον πόνο τους και ποια, αν κάνουν ιαματικά λουτρά, φυσιοθεραπείες, γυμναστική ή κολύμπι, αν έχουν χάσει βάρος το οποίο τους υπέδειξε ο

γιατρός τους καθώς και πόσο θεραπευτικά συμμορφωμένο θεωρούνε τον εαυτό τους σε σχέση με την αντιμετώπιση του πόνου τους.

Από τα δομημένα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν το πρώτο είναι το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire) (HDHQ; Caine et al., 1967) το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude) και αναδεικνύει όλες τις πιθανές εκδηλώσεις αυτής. Το επόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε είναι η αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES, των Moos and Moos) (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990) η οποία μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα διερευνώντας τρεις διαστάσεις (σχέσεις, προσωπική ανάπτυξη/ωρίμανση και συντήρηση του συστήματος) του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους οικογενειών. Το τρίτο ερωτηματολόγιο το οποίο χορηγήθηκε είναι η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R) (SCL-90; Derogatis, 1977) η οποία αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας με βάση ενενήντα ερωτήσεις οι οποίες περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση εννέα υποκλιμάκων. Τέλος δόθηκε η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (Experiences in Close Relationships - ECRI) (Brennan et al., 1998) η οποία έχει ως στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικους σύμφωνα με δύο διαστάσεις (ασφάλεια – αποφυγή και εμμονή – μη εμμονή).

Η παρουσίαση των ερωτηματολογίων ακολουθεί ενώ αυτούσια όπως χορηγήθηκαν καθώς και ο κατάλογος των είκοσι μία ερωτήσεων βρίσκονται στο Παράρτημα 1.

3.3.1 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας

Το ερωτηματολόγιο Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, HDHQ (Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας) δημιουργήθηκε από τους Caine et al. το 1967 και σχεδιάστηκε για να μετρήσει ένα ευρύ φάσμα πιθανών εκδηλώσεων «επιθετικότητας (aggression)», «εχθρότητας (hostility)» ή «τιμωρητικότητας (punitiveness)». Η προέλευση του βρίσκεται στη θεωρία του Foulds για την «προσωπική ασθένεια» όπου η επιθετικότητα θεωρείται ως ένας πιθανός τρόπος μέτρησης αυτής. Ως «προσωπική ασθένεια» θεωρείται μια συνεχόμενη αύξηση του βαθμού αποτυχίας του ατόμου να δημιουργήσει ή να διατηρήσει κάποιος αμοιβαίες προσωπικές σχέσεις. Ο Foulds θεώρησε ότι η εχθρότητα αποτελεί μια ενιαία οντότητα η οποία θα μπορούσε να

κατευθυνθεί είτε προς τον ίδιο τον εαυτό (intropunitiveness) είτε προς άλλους ανθρώπους ή αντικείμενα (extrapunitiveness). Οι όροι αυτοί χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά από τον Rosenzweig το 1934 για να περιγράψει τις κατευθύνσεις προς τις οποίες μπορεί η εχθρική να προσανατολιστεί (Philip, 1969). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αφορά έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέως φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα.

Αποτελείται από 51 θέματα / προτάσεις των οποίων οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή Σωστό / Λάθος. Τα 51 αυτά θέματα προέρχονται από το ερωτηματολόγιο Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) – Καταλόγος Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota και αντιστοιχούν σε πέντε υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αυτές είναι η «παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility), (AH)», «η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO)», η «παρanoiειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH)», η «αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC)» και η «παραληρηματική ενοχή (guilt) (G)» (Miller & Hafner, 1989). Σύμφωνα με τις έννοιες του Rosenzweig το άθροισμα των τριών πρώτων υποκλιμάκων (AH, CO, PH) δίνει τον βαθμό της «extrapunitiveness» δηλαδή της τιμωρητικότητας προς άλλους ανθρώπους ή αντικείμενα ενώ το άθροισμα των δύο τελευταίων (SC, G) δίνει τον βαθμό της «intropunitiveness» δηλαδή της τιμωρητικότητας προς τον ίδιο τον εαυτό (Arrindell et al., 1984). Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984), σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Drosos et al., 1989).

3.3.2 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Η κλίμακα Family Environment Scale, FES Form-R (Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος) δημιουργήθηκε από τους Rudolf H. Moos and Bernice S. Moos το 1987 και στόχο της έχει τη μέτρηση των κοινωνικών – περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών όλων των τύπων οικογενειών. Ο πληθυσμός στόχος στον οποίο απευθύνεται είναι τα μέλη των οικογενειών προκειμένου να μελετηθούν και να μετρηθούν διάφορες οπτικές των εσωτερικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών της οικογένειας (Fowler, 1981). Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις / προτάσεις για καθεμιά από τις οποίες το άτομο απαντά με Σωστό ή Λάθος για το αν αυτή ανταποκρίνεται στον τρόπο με τον οποίο το ίδιο αντιλαμβάνεται την οικογένεια του. Απαρτίζεται από τρεις τομείς οι οποίοι αποτελούν και τις τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος τις οποίες επιχειρεί να διερευνήσει η κλίμακα. Οι διαστάσεις αυτές είναι των «διαπροσωπικών σχέσεων (relationship dimension)», του «βαθμού ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης (personal growth dimension)» και της «βασικής οργανωτικής δομής της οικογένειας (system maintenance)». Η κάθε διάσταση περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Υποκλίμακες της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος

«Relationship Dimension (Διάσταση διαπροσωπικών σχέσεων)»	
Cohesion (Συνοχή)	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας έχουν δεσμευτεί σε αυτή και ο βαθμός στον οποίο είναι βοηθητικά και υποστηρικτικά μεταξύ τους.
Expressiveness (Εκφραστικότητα)	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται και επιτρέπεται να ενεργούν ελεύθερα και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους άμεσα
Conflict (Σύγκρουση)	Ο βαθμός στον οποίο η ανοικτή έκφραση θυμού, επιθετικότητας και γενικά οι συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις αποτελούν χαρακτηριστικό της οικογένειας
«Personal Growth Dimension (Διάσταση του βαθμού ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης)»	
Independence (Ανεξαρτησία)	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να είναι αυτάρκη, να παίρνουν τις

	δικές τους αποφάσεις και να σκέφτονται πράγματα για τον εαυτό τους
Achievement – Orientation (Προσανατολισμός για επιτεύγματα)	Ο βαθμός στον οποίο διάφορα είδη δραστηριοτήτων τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο προσανατολισμένο προς επιτεύγματα ή σε ένα ανταγωνιστικό πλαίσιο
Intellectual - Cultural Orientation (Πνευματικός –πολιτιστικός προσανατολισμός)	Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια ενδιαφέρεται για την πολιτικές, κοινωνικές, πνευματικές και πολιτιστικές δραστηριότητες
Active-Recreational Orientation (Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα)	Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια συμμετέχει ενεργά σε διάφορα είδη αναψυχής και αθλητικών δραστηριοτήτων
Moral-Religious Emphasis (Ηθική και θρησκευτική έμφαση)	Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια ενεργά συζητά και ασχολείται με ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες
«System Maintenance (Διάσταση βασικής οργανωτικής δομής της οικογένειας)»	
Organization (Οργάνωση)	Μετρά το πόσο σημαντική είναι η τάξη και η οργάνωση στην οικογένεια από την άποψη της διάρθρωσης των δραστηριοτήτων αυτής, τον οικονομικό σχεδιασμό, του ρητού και με σαφήνεια καθορισμού των κανόνων και των υπευθυνοτήτων των μελών της
Control (Έλεγχος)	Αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο η οικογένεια είναι οργανωμένη ιεραρχικά, την ακαμψία των κανόνων και διαδικασιών της καθώς και τον βαθμό στον οποίο διατάσσουν το ένα το άλλο

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos (Moos, R., 1990) έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες οι οποίες αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους (Holahan et al., 1995; Holahan et al., 1997). Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό από την Κ.Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς και σε μέλη της οικογένειάς τους (Μάτσα, 1997).

3.3.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Η κλίμακα Symptom Checklist-90, SCL-90 (Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90) η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis το 1977 αποτελεί ένα μέσο / εργαλείο το οποίο συμβάλει στην εκτίμηση ενός ευρέος φάσματος ψυχολογικών προβλημάτων και συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (Derogatis, 1977). Χρησιμοποιείται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (κλινικούς ψυχολόγους, ψυχιάτρους) για την κλινική αξιολόγηση των ασθενών, για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Ταυτόχρονα χρησιμοποιείται και για ερευνητικούς σκοπούς, όπως χρησιμοποιείται και στην παρούσα εργασία. Το ερωτηματολόγιο παρέχεται σε υγιή και μη υγιή πληθυσμό άνω των 13 ετών.

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) περιλαμβάνει 90 ερωτήσεις. Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί εννέα κύριες υποκλίμακες συμπτωμάτων οι οποίες παρέχουν μια γενική εικόνα των συμπτωμάτων του ατόμου καθώς και την ένταση αυτών σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Στη παρούσα έρευνα δόθηκε η οδηγία οι ερωτώμενοι να απαντήσουν σε σχέση με το τι ένιωσαν την προηγούμενη εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι εννέα υποκλίμακες οι οποίες εξετάζονται καθώς και οι ερωτήσεις οι οποίες αντιστοιχούν σε αυτές παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 2):

Πίνακας 2: Υποκλίμακες της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Symptom Scales	Ερωτήσεις κάθε υποκλίμακας
Somatization (Σωματοποίηση)	Αντικατοπτρίζει την αγωνία και ενόχληση η οποία προέρχεται από σωματικές αισθήσεις
Obsessive / Compulsive (Ιδεοψυχαναγκασμός)	Αντικατοπτρίζει συμπτώματα τυπικά της ψυχαναγκαστικής & ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής
Interpersonal Sensitivity (Διαπροσωπική Ευαισθησία)	Εστιάζει σε αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και κατωτερότητας σε συγκρίσεις με άλλους
Depression (Κατάθλιψη)	Αντικατοπτρίζει τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης
Anxiety (Άγχος)	Αντικατοπτρίζει συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με προφανή ανησυχία.. Συμπεριλαμβάνονται νευρικότητα, ένταση, φόβος, πανικός.
Hostility (Επιθετικότητα)	Αντικατοπτρίζει σκέψεις, συναισθήματα ή ενέργειες αρνητικά στα οποία αντανακλάται θυμός
Phobic Anxiety (Φοβικό Άγχος)	Αντικατοπτρίζει μια επίμονη αντίδραση φόβου για ένα

	συγκεκριμένο πρόσωπο ή κατάσταση. Ο φόβος είναι δυσανάλογος του ερεθίσματος
Paranoid Ideation (Παρανοειδής Ιδεασμός)	Αντικοπντρίξει ένα διαταραγμένο τρόπο σκέψης
Psychoticism (Ψυχωτισμός)	Περιλαμβάνει ένα συνεχές από την ήπια διαπροσωπική διαταραχή ως και τη ψύχωση (Holi, 2003)

Παράλληλα υπάρχει άλλη μια υποκλίμακα η οποία μετρά διάφορα συμπτώματα όπως τις Διαταραχές Ύπνου (μετρά την Αϋπνία με την ερώτηση 44, την Πρωινή αφύπνιση με την ερώτηση 64, και την Ανησυχία με την ερώτηση 66), τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (μετρά την Βουλμία με την ερώτηση 19 και την Ανορεξία με την ερώτηση 60), τις Σκέψεις Θανάτου με την ερώτηση 59 και τέλος την Ενοχή με την ερώτηση 89.

Η αξιολόγηση της κάθε ερώτησης πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (όπου το -0- αντιστοιχεί στο καθόλου, το -1- στο λίγο, το -2- στο μέτρια, το -3- στο αρκετά και το -4- στο υπερβολικά) ενώ ο δείκτης της κάθε υποκλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ τα οποία δίνονται σε κάθε μία από αυτές.

Ταυτόχρονα υπάρχουν άλλοι τρεις συνολικοί δείκτες. Ο πρώτος είναι ο «Global Severity Index, GSI (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, ΓΔΣ)» ο οποίος μετρά την συνολική ψυχολογική δυσφορία και προκύπτει από το πηλίκο του αθροίσματος των σκορ για όλες τις ερωτήσεις δια του συνολικού αριθμού των απαντηθέντων ερωτήσεων (δηλ. ≤ 90). Ο δεύτερος είναι ο «Positive Symptom Distress Index, PSDI (Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων, ΔΕΘΣ)» ο οποίος είναι σχεδιασμένος για τη μέτρηση της έντασης των συμπτωμάτων και προκύπτει από το πηλίκο του αθροίσματος των σκορ για όλες τις ερωτήσεις δια του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων. Τέλος, ο τρίτος συνολικός δείκτης είναι ο «Positive Symptom Total, PST (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, ΣΘΣ)» ο οποίος αναφέρει τον αριθμό των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων και προκύπτει από το συνολικό αριθμό των μη μηδενικών σκορ για το σύνολο των ερωτήσεων.

Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό έγινε σε υγιή πληθυσμό καθώς και σε μεικτό ψυχιατρικό πληθυσμό και παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

3.3.4 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις

Η κλίμακα Experiences in Close Relationships, ECRI (Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις) δημιουργήθηκε από τους Brennan et al. το 1998 με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικες σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και εμμονή- μη εμμονή. Βασίζεται στην ανάλυση των όρων «ανησυχία (anxiety)» και «αποφυγή (avoidance)» των Brennan, Clark, and Shaver. Ο πρώτος όρος «anxiety» αναφέρεται στην ανησυχία για τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και στην υπερ-αγρύπνιση εξαιτίας του άγχους απόρριψης. Ο δεύτερος όρος «avoidance» αναφέρεται σε μια δυσάρεστη αίσθηση την οποία προκαλεί η εγγύτητα στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και στην απροθυμία του ατόμου να έρθει κοντά στον σύντροφό του (M.Tsagarakis et al., 2007)

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

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

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

3.4 Στατιστική Επεξεργασία

Για την ανάλυση των δεδομένων διαιρέσαμε την κατανομή του δείγματος με βάση τη μεταβλητή η οποία ήταν το αντικείμενο της μελέτης. Η κατανομή λοιπόν διαιρέθηκε σε δύο ομάδες, ανάλογα με το πόσο συμμορφωμένα πίστευαν ότι ήταν στη θεραπευτική αγωγή η οποία τους έχει συσταθεί, τα άτομα τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα,. Η ομάδα

«ήπια συμμόρφωση» περιλαμβάνει τα άτομα τα οποία έδωσαν απαντήσεις από 1 έως 4, σε μια κλίμακα Likert, και η ομάδα «έντονη συμμόρφωση» περιλαμβάνει τα άτομα τα οποία απάντησαν από 5 έως 7. Δεδομένου ότι πρόκειται για επταβάθμια κλίμακα μέτρησης Likert, μεθοδολογικά ίσως θα ήταν αδόκιμο να διαιρεθεί σε δύο κλάσεις. Ωστόσο επειδή η πρώτη βαθμίδα (1) αντιστοιχεί στο καθόλου και επειδή όπως φαίνεται και από τις διερευνητικές ερωτήσεις συμμόρφωσης ακόμη και αυτοί οι οποίοι δήλωσαν καθόλου συμμορφωμένοι (εξάλλου είναι ελάχιστοι, μόλις 5 σε N65) ακολουθούν κάποιο είδος αγωγής, συμπεριελήφθησαν στη βαθμίδα ήπια συμμόρφωση.

Ο έλεγχος για την κανονικότητα των κατανομών έγινε με τον έλεγχο της κυρτότητας και λοξότητας της καμπύλης της κατανομής και πιστοποίησε ότι η υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται δεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Τα κριτήρια ήταν: η τιμή $\geq \pm 2,00$ για τη λοξότητα (Skewness) και η τιμή $\geq \pm 5,00$ για την κυρτότητα (Kyrstosis) (Skordilis & Stavrou, 2005; Δαφέρμος, 2005). Μια σειρά από στατιστικές διεργασίες έλαβαν χώρα κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής SPSS version 16 (SPSS Inc., Chicago IL). Συγκεκριμένα:

A) Για την ανάλυση και περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος, σταθερή απόκλιση).

B) Για τη σύγκριση των κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 , ενώ για τις περιπτώσεις τις οποίες δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 , χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test).

Γ) Κατόπιν, όσον αφορά τις ποσοτικές μεταβλητές, έγινε σύγκριση μέσων τιμών. Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test και πιο συγκεκριμένα η δοκιμασία δύο ανεξάρτητων πληθυσμών (Independent Samples T-Test). Ειδικά και μόνο, για τη σύγκριση των μέσων τιμών του ελληνικού πληθυσμού με αυτές του δείγματος της έρευνας, όσον αφορά το ερωτηματολόγιο της κλίμακας ψυχοπαθολογίας, χρησιμοποιήθηκε το One Sample T-Test.

Δ) Τέλος, για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Kendall Tau-b.

Κεφάλαιο 4^ο : Αποτελέσματα Έρευνας

4.1 Κοινωνικό - Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το δείγμα της έρευνας ήταν 65 άτομα από τρεις ελληνικές πόλεις, Σέρρες, Αθήνα και Καβάλα με μέσο όρο ηλικίας τα 53,4 έτη (μέσος 53). Οι 54 από αυτούς ήταν γυναίκες (83,1%) και οι 11 (16,9%) άνδρες. Στην πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι εκτός από ένα ποσοστό της τάξεως του 12,3% το οποίο συμβιώνει. Οι περισσότεροι (44,6%) ζούσαν σε πόλεις μικρότερες των 150.000 σε πληθυσμό ενώ όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο επικρατούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (29,2%) και οι απόφοιτοι δημοτικού με ίσο ποσοστό. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση υπερίσχυαν τα οικιακά, συνέπεια μάλλον της δυσαναλογίας μεταξύ ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ στην πλειοψηφία τους ήταν γονείς (84,6%).

Τα στατιστικά στοιχεία τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία και αφορούν το κοινωνικό – δημογραφικό προφίλ των ασθενών του δείγματος παρουσιάζεται στο Πίνακα 3 και στα ακόλουθα 6 ραβδογράμματα.

Πίνακας 3: Κοινωνικό – Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ανδρας	11	16,9%
Γυναίκα	54	83,1%
Σύνολο	65	100%

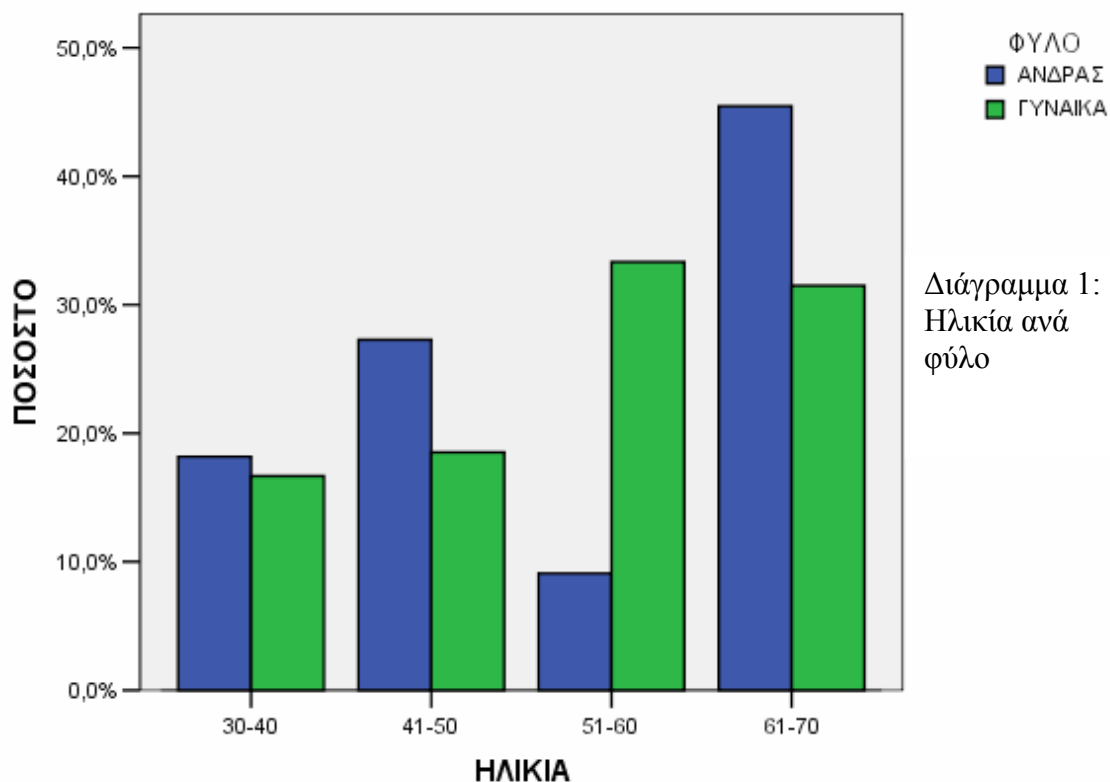
ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
30-40	11	16,9%
41-50	13	20%
51-60	19	29,2%
61-70	22	33,8%
Σύνολο	65	100%

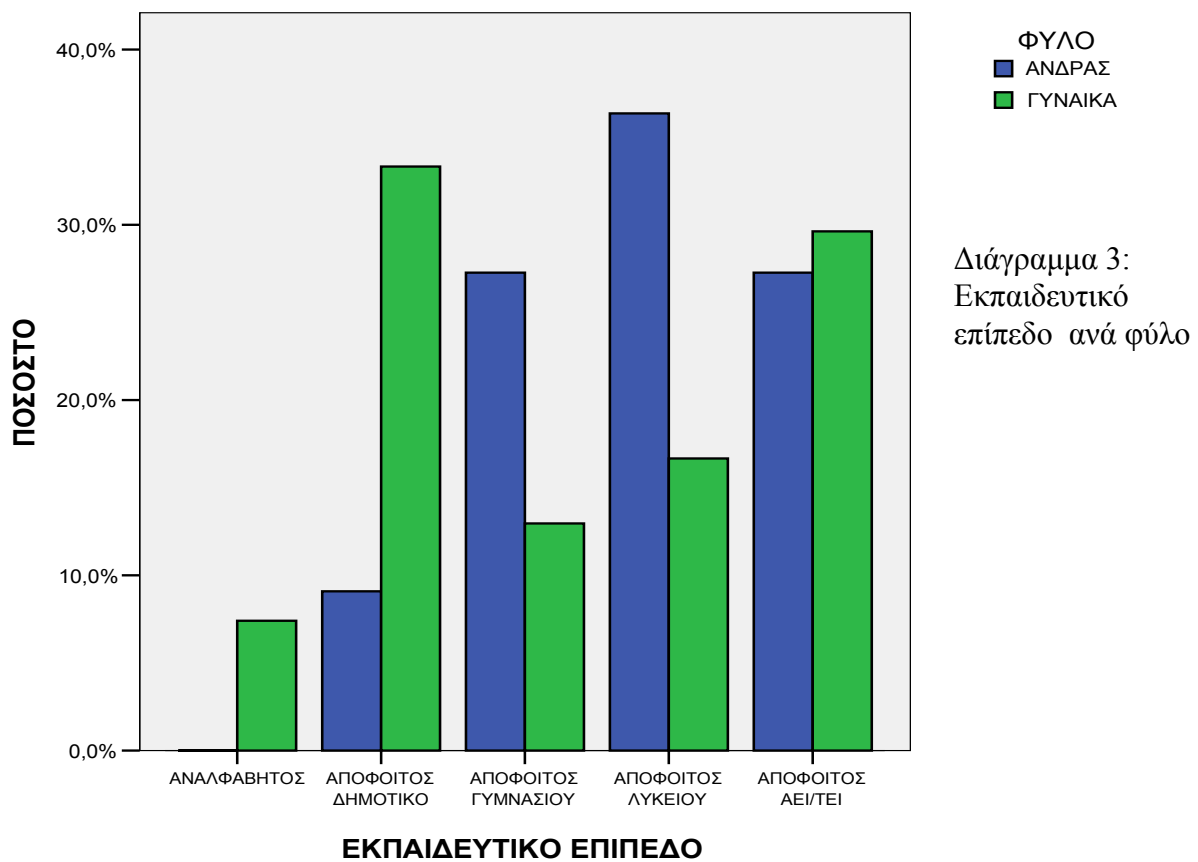
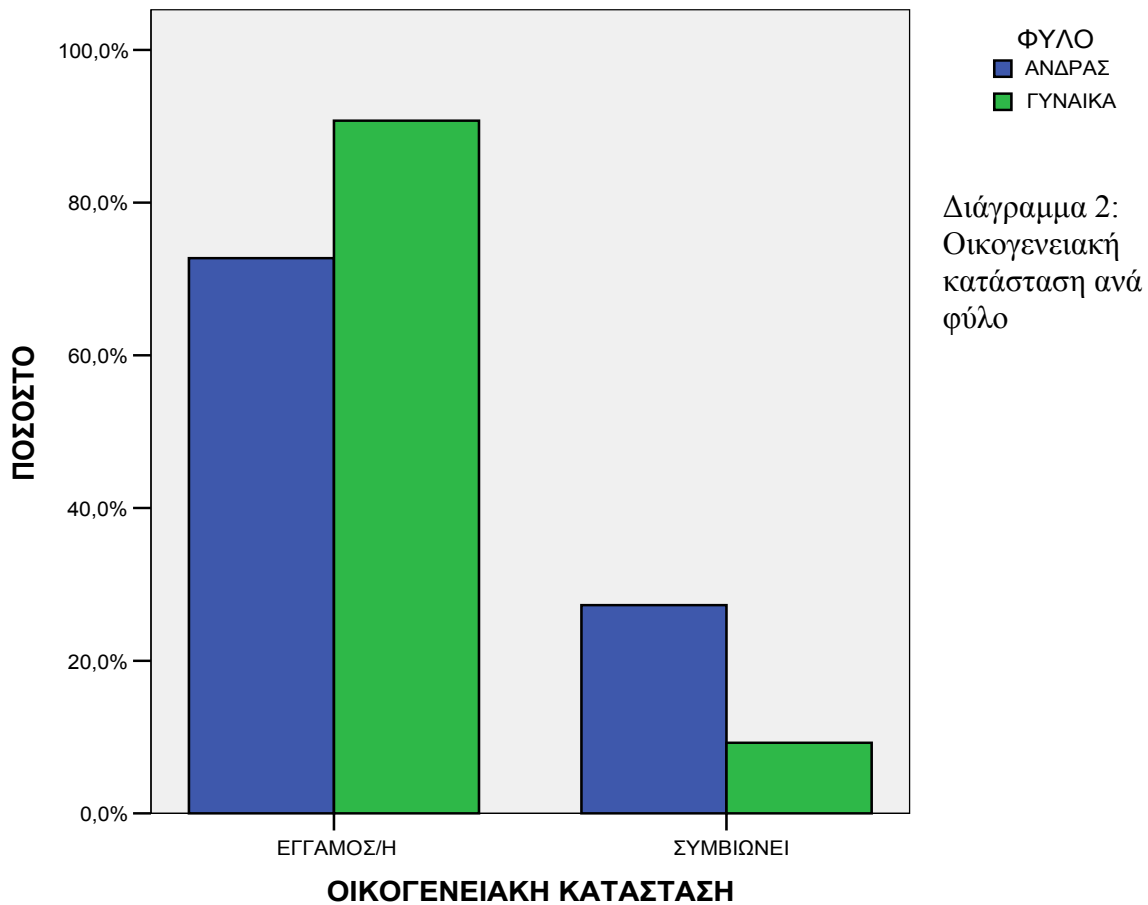
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμος/η	57	87,7%
Συμβιώνει	8	12,3%

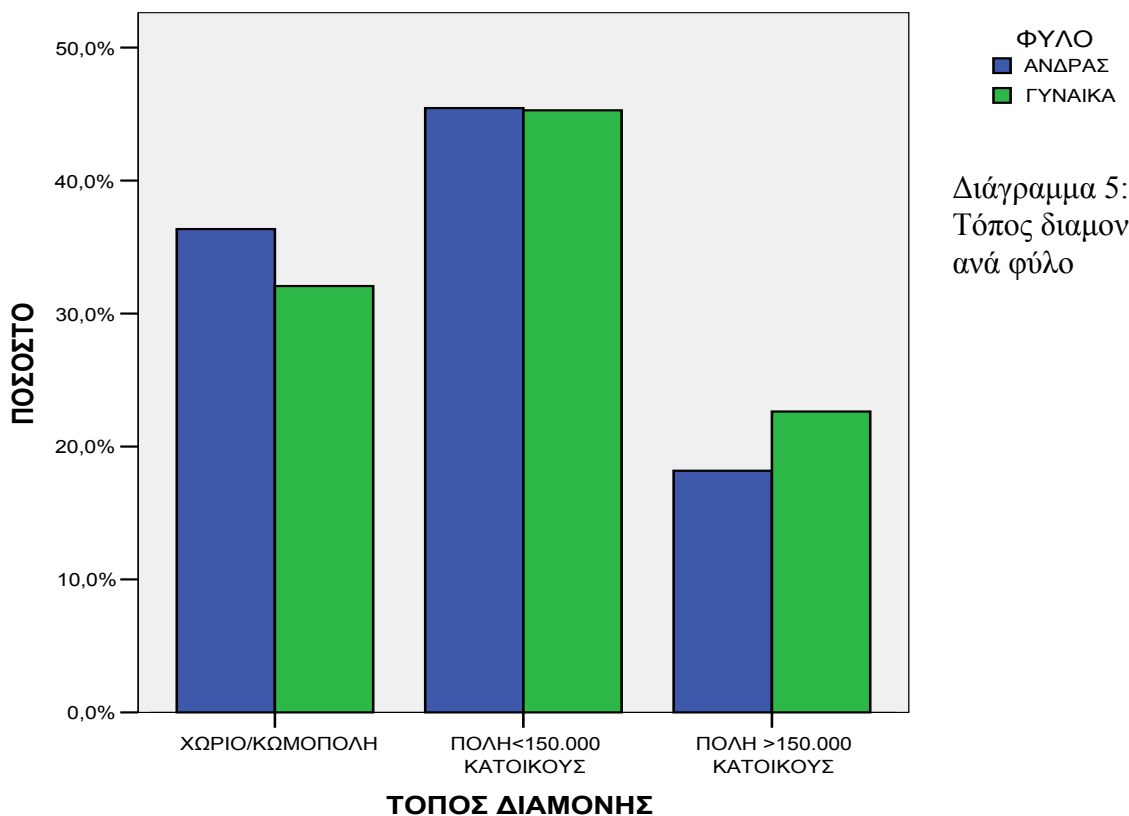
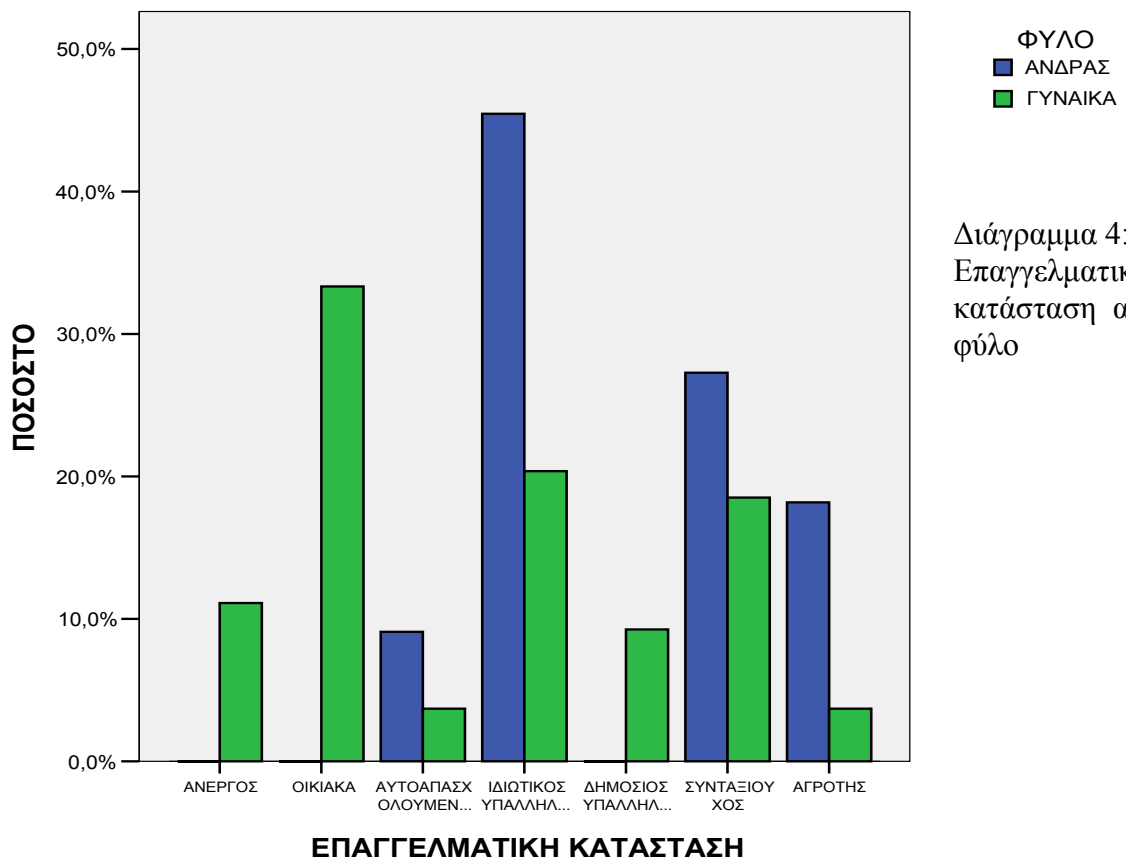
Σύνολο 65 100%

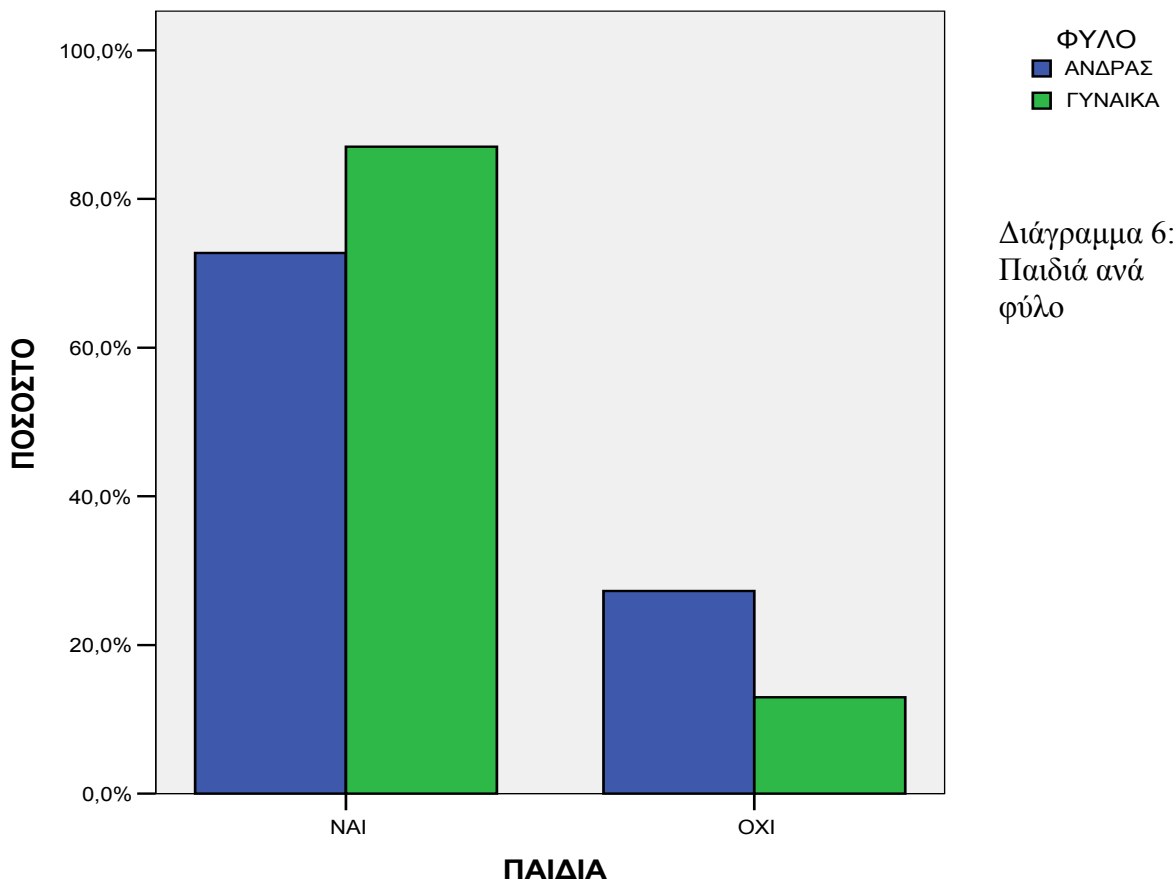
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Χωριό/Κωμόπολη	21	32,3%
Πόλη<150.000 Κατοίκους	29	44,6%
Πόλη<150.000 Κατοίκους	14	21,5%
Σύνολο	64	98,5%
Καμία απάντηση	1	1,5%
Σύνολο	65	100%

ΕΚΠ. ΕΠΙΠΕΔΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αναλφάβητος	4	6,2%
Απόφοιτος Δημοτικού	19	29,2%
Απόφοιτος Γυμνασίου	10	15,4%
Απόφοιτος Λυκείου	13	20%
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	19	29,2%
Σύνολο	65	100%









4.2 Ιατρικές και Θεραπευτικές Συμπεριφορές

Το 63% του δείγματός πονάει σε ένα μέρος ενώ το 36,9% σε περισσότερα του ενός μέρη. Η πλειοψηφία των ασθενών (32,8%) πονά για το χρονικό διάστημα 2-4 χρόνια . Σε σχέση με τα φάρμακα το 52,3% χρησιμοποιεί φάρμακα για τον πόνο και τα συχνότερα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούν είναι τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) και τα Αναπλαστικά Χόνδρων. Η μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης φαρμάκων είναι για Συστηματικά / Καθημερινά και Καθημερινά / Ανά Εξάμηνο με ποσοστό 32,3% και για τις δύο κατηγορίες. Πausίπονα χρησιμοποιεί το 67,7%, με κυριότερα αυτά της κατηγορίας των αναλγητικών (32,6%) ενώ ως επί το πλείστον τα χρησιμοποιούν επί πόνου (53,8%). Αλοιφές χρησιμοποιεί το 50,8% των ασθενών του δείγματος με βασική κατηγορία αυτές των ΜΣΑΦ, με κύρια την χρήση επί πόνου (53,3%). Η πλειοψηφία των ασθενών δεν χρησιμοποιεί καταπλάσματα (86,2%). Ιαματικά λουτρά κάνει μόνο το 26,2% ενώ φυσιοθεραπείες το 41,5%. Το 70,3% των ασθενών δεν έχουν χάσει τα κιλά τα οποία τους πρότεινε ο γιατρός τους. Το 61,5% κάνει κολύμπι με την πλειοψηφία (68,4%) να κάνει 1-

30 μάλιστα το χρόνο. Τέλος σε σχέση με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος το 38,5% γυμνάζεται.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 4) παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία και αφορούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος σε σχέση με την ιατρική και θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου τους.

Πίνακας 4: Πίνακας Ιατρικών και Θεραπευτικών Συμπεριφορών

ΠΟΥ ΠΟΝΑΤΕ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
Σε ένα μέρος	41	63,1%	
Σε πολλά μέρη	24	36,9%	
Σύνολο	65	100%	
ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΠΟΝΑΤΕ			
Λίγες εβδομάδες	5	7,7%	
Λιγότερο από χρόνο	10	15,4%	
2 με 4 χρόνια	22	32,8%	
5 χρόνια	8	12,3%	
6 με 9 χρόνια	7	10,8%	
10 χρόνια	2	3,1%	
Πάνω από 10 χρόνια	11	16,9%	
Σύνολο	65	100%	
ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ			
Ναι	34	52,3%	
Όχι	31	47,7%	
Σύνολο	65	100%	
ΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Αναπλαστικά Χόνδρων	4	6,2%	12,1%
Ενδοαρθρικές Εγχύσεις	1	1,5%	3%
ΜΣΑΦ	9	13,8%	27,3%

Οπιοειδή	1	1,5%	3%
Κορτιζονούχα	2	3,1%	6,1%
Οστεοπόρωσης	1	1,5%	3%
Ομοιοπαθητικά & ΜΣΑΦ	1	1,5%	3%
Αναλγητικά	1	1,5%	3%
ΜΣΑΦ & Μυοχαλαρωτικά	1	1,5%	3%
ΜΣΑΦ & Οπιοειδή	2	3,1%	6,1%
ΜΣΑΦ & Αναπλαστικά Χόνδρων	1	1,5%	3%
Ενδοαρθρικές Εγχύσεις & Αναπλαστικά Χόνδρων	9	13,8%	27,3%
Σύνολο	33	50,8%	100%
Ελλείπουσες τιμές	32	49,2%	
Σύνολο	65	100%	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Συστηματικά/Καθημερινά	10	15,4%	32,3%
1-2/Μήνα	1	1,5%	3,2%
Ανά Δίμηνο	2	3,1%	6,5%
Καθημερινά & ανά Εξάμηνο	10	15,4%	32,3%
Επί Πόνου	8	12,3%	25,8%
Σύνολο	31	47,7%	100%
Ελλείπουσες τιμές	31	52,3%	
Σύνολο	34	100%	

ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	44	67,7%
Όχι	21	32,3%
Σύνολο	65	100%

ΠΟΙΑ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
ΜΣΑΦ	11	16,9	25,6
Αναλγητικά	14	21,5	32,6
Μυοχαλαρωτικά	1	1,5	2,3
Οπιοειδή	7	10,8	16,3

ΜΣΑΦ & Μυοχαλαρωτικά	2	3,1	4,7
Αναλγητικά & Οπιοειδή	4	6,2	9,3
ΜΣΑΦ & Αναλγητικά	2	3,1	4,7
ΜΣΑΦ & Οπιοειδή	1	1,5	2,3
Δεν θυμάμαι	1	1,5	2,3
Σύνολο	43	66,2	100,0
Ελλείπουσες τιμές	22	33,8	
Σύνολο	65	100,0	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΥΣΗΠΟΝΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Συστηματικά/Καθημερινά	9	13,8	23,1
1-2/Εβδομάδα	2	3,1	5,1
1-2/Μήνα	1	1,5	2,6
Ανά Δίμηνο	2	3,1	5,1
Επί Πόνου	21	32,3	53,8
Ελάχιστα/Σπάνια	4	6,2	10,3
Σύνολο	39	60,0	100,0
Ελλείπουσες τιμές	26	40,0	
Σύνολο	65	100,0	

ΑΛΟΙΦΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	33	50,8%
Όχι	32	49,2%
Σύνολο	65	100%

ΠΟΙΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Θερμαντικές	2	3,1	6,1
ΜΣΑΦ	20	30,8	60,6
Λάδι	1	1,5	3,0
Γαληνικό Σκεύασμα	1	1,5	3,0
Θερμαντικές & ΜΣΑΦ	1	1,5	3,0
Δεν θυμάμαι	8	12,3	24,2
Σύνολο	33	50,8	100,0
Ελλείπουσες τιμές	32	49,2	

Σύνολο	65	100,0	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΟΙΦΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Συστηματικά/Καθημερινά	7	10,8	23,3
1-2/Εβδομάδα	2	3,1	6,7
1-2/Μήνα	1	1,5	3,3
Επί Πόνου	16	24,6	53,3
Ελάχιστα/Σπάνια	4	6,2	13,3
Σύνολο	30	46,2	100,0
Ελλείπουσες τιμές	35	53,8	
Σύνολο	65	100,0	
ΚΑΤΑΠΛΑΣΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
Ναι	9	13,8%	
Όχι	56	86,2%	
Σύνολο	65	100%	
ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
Ναι	17	26,2%	
Όχι	48	73,8%	
Σύνολο	65	100%	
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
Ναι	27	41,5%	
Όχι	38	58,5%	
Σύνολο	65	100%	
ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
Ναι	19	26,2%	29,7%
Όχι	45	73,8%	70,3%
Σύνολο	64	98,5%	100%
Ελλείπουσες τιμές	1	1,5%	
Σύνολο	65	100%	

ΚΟΛΥΜΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
Ναι	40	61,5%	
Όχι	25	38,5%	
Σύνολο	65	100%	

ΠΟΣΑ ΜΗΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	% ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ
1-30	26	40,0	68,4
31-60	7	10,8	18,4
61-90	1	1,5	2,6
91-120	3	4,6	7,9
>120	1	1,5	2,6
Σύνολο	38	58,5	100,0
Ελλείπουσες τιμές	27	41,5	
Σύνολο	65	100,0	

ΚΟΛΥΜΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	25	38,5%
Όχι	40	61,5%
Σύνολο	65	100%

4.3 Στατιστική Επεξεργασία Κατηγορικών Δεδομένων

Η μέση ηλικία των ατόμων με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να είναι $54,66 \pm 11,11$ με εύρος 30-70 ενώ η αντίστοιχη ηλικία για την δεύτερη ομάδα ελέγχου βρέθηκε να είναι $52,42 \pm 11,70$ με εύρος 31-70 και καμία σύγκριση μεταξύ τους δεν έδειξε κάποια στατιστική διαφορά (Fisher's exact test, $P=0,891$) ακόμη και όταν έγινε σύμπτυξη των κλάσεων (Pearson χ^2 , $P= 0,714$ και T-Test, $P= 0,436$).

Όσον αφορά το φύλο, το 72,7% των ανδρών εμφανίζει έντονη συμμόρφωση, ωστόσο η σύγκριση με το χ^2 του Pearson δεν έδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά.

Στην οικογενειακή κατάσταση, η σύγκριση με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε κάτι σημαντικό. Η συμμόρφωση κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα τόσο για τους έγγαμους όσο και για αυτούς οι οποίοι συμβιώνουν (Pearson χ^2 , $P= 0,744$). Η ύπαρξη ή όχι παιδιών δεν

φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση (Pearson χ^2 , $P= 0,710$), ούτε και το φύλο των παιδιών (Fisher's exact test, $P=0,723$).

Ως προς τη διαμονή, τα μεγαλύτερα ποσοστά των ατόμων και των δυο ομάδων βρέθηκαν να κατοικούν σε πόλεις <150.000 κατοίκων (ποσοστό 48,3% και 42,9% αντίστοιχα). Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ($P= 0,379$).

Οι δύο ομάδες ελέγχθηκαν και ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με χαλαρή συμμόρφωση ήταν απόφοιτοι δημοτικού (34,5%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με έντονη συμμόρφωση κατείχαν οι απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (36,1%). Ωστόσο ούτε εδώ το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ($P= 0,772$).

Τέλος, όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, τα οικιακά εμφάνισαν τα μεγαλύτερα ποσοστά και στις δύο ομάδες (24,1% και 30,6% αντίστοιχα) ενώ έντονη συμμόρφωση βρέθηκαν να έχουν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (30,6%). Το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ($P= 0,746$). Η κατανομή και η σύγκριση των κοινωνικό – δημογραφικών δεδομένων μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5:Κατανομή και σύγκριση των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση

Ένταση συμμόρφωσης				
	ΗΠΙΑ	ΕΝΤΟΝΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΑΦΟΡΑ
ΣΥΝΟΛΟ	N (%)	N (%)	N (%)	
	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	
ΗΛΙΚΙΑ				
Ελάχιστη-Μέγιστη	30-70	31-70	30-70	
30-40	4 (13,8)	7 (14,9)	11 (16,9)	Fisher's exact test = 0,695 P=0,891
41-50	6 (20,7)	7 (19,4)	13 (20)	
51-60	7 (46,7)	6 (26,1)	19 (29,2)	
61-70	4 (26,7)	6 (26,1)	22 (33,8)	
30-50	10(34,5)	14(38,9)	24(36,9)	$X^2_p = 0,134$

51-70	19(65,5)	22(61,1)	41(63,1)	P= 0,714
Μέση τιμή (x+SD)	54,66 ± 11,11	52,42 ± 11,70	53,42 ± 11,41	t = 0,784 P= 0,436
ΦΥΛΟ				
Άνδρας	3 (10,3)	8 (22,2)	11 (16,9)	$X^2_p = 1,612$ P= 0,204
Γυναίκα	26 (89,7)	28 (77,8)	54 (83,1)	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Έγγαμος/η	25 (86,2)	32 (88,9)	57 (87,7)	$X^2_p = 0,107$ P= 0,744
Συμβιώνει	4 (13,8)	4 (11,1)	8 (12,3)	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				
Χωριό/Κωμόπολη	7 (24,1)	14 (40)	21 (32,8)	Fisher's exact test = 2,097 P= 0,379
Πόλη<150.000 Κατοίκους	14 (48,3)	15 (42,9)	29 (45,3)	
Πόλη<150.000 Κατοίκους	8 (27,6)	6 (17,1)	14 (21,9)	
ΕΚΠ. ΕΠΙΠΕΔΟ				
Αναλφάβητος	2 (6,9)	2 (5,6)	4 (6,2)	Fisher's exact test = 2,182 P= 0,772
Απόφοιτος Δημοτικού	10 (34,5)	9 (25)	19 (29,2)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	5 (17,2)	5 (13,9)	10 (15,4)	
Απόφοιτος Λυκείου	6 (20,7)	7 (19,4)	13 (20)	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	6 (20,7)	13 (36,1)	19 (29,2)	
ΕΠ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Άνεργος	4 (13,8)	2 (5,6)	6 (9,2)	Fisher's exact test = 3,955 P= 0,746
Οικιακά	7 (24,1)	11 (30,6)	18 (27,7)	
Αυτοαπασχολούμενος	2 (6,9)	1 (2,8)	3 (4,6)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	5 (17,2)	11 (30,6)	16 (24,6)	
Δημόσιος Υπάλληλος	2 (6,9)	3 (8,3)	5 (7,7)	
Συνταξιούχος	7 (24,1)	6 (16,7)	13 (20)	
Αγρότης	2 (6,9)	2 (5,6)	4 (6,2)	

ΠΑΙΔΙΑ				
Ναι	34 (82,8)	31 (86,1)	55 (84,6)	$\chi^2_p = 0,139$
Όχι	5 (17,2)	5 (13,9)	10 (15,4)	$P = 0,710$
ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ				
Αγόρι	5 (20,8)	7 (23,3)	12 (22,2)	Fisher's exact
Κορίτσι	5 (20,8)	9 (30)	14 (25,9)	test = 0,841
Αγόρι(α)-Κορίτσι(α)	14 (58,3)	14 (46,7)	28 (51,9)	$P = 0,723$

Κατόπιν υπολογίστηκε το χ^2 για τις υπόλοιπες διερευνητικές ερωτήσεις συμμόρφωσης. Στατιστική ανάλυση έγινε μόνο για τις ερωτήσεις οι οποίες απαντήθηκαν σε αριθμό ≥ 30 .

Οι απαντήσεις στην ερώτηση «Που πονάτε» συμπτυχθήκαν σε 3 κλάσεις για τη διευκόλυνση της ανάλυσης. Η πλειοψηφία του δείγματος όπως φαίνεται στον πίνακα, πονά στα γόνατα (62,1% ήπια συμμόρφωση και 47,2% έντονη συμμόρφωση). Στα δεδομένα εφαρμόστηκε το χ^2 του Pearson χωρίς να αναδείξει κάποια σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και αυτών με έντονη ($P = 0,374$).

Στην ερώτηση «Πόσο πονάτε» οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν την επιλογή να αποτυπώσουν την ένταση του πόνου τον οποίο νοιώθουν πάνω σε μια δεκάβαθμη κλίμακα. Για τη διευκόλυνση της ανάλυσης οι κλάσεις συμπτυχθήκαν σε τρεις και ο μέτριος πόνος συγκέντρωσε την πλειοψηφία στην ομάδα με ήπια συμμόρφωση (55,2%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση συγκέντρωσε ο ισχυρός πόνος (40,7%). Στις δύο ομάδες εφαρμόστηκε το Fisher's exact test το οποίο υπέδειξε ότι υπάρχει ενδεικτική στατιστική διαφορά μεταξύ τους ($P = 0,079$).

Στην ερώτηση «Πόσο καιρό πονάτε», οι απαντήσεις κατανεμήθηκαν σε 4 χρονικά εύρη. Το χρονικό εύρος 1 με 5 χρόνια συγκέντρωσε τα μεγαλύτερα ποσοστά και για τις δύο ομάδες (58,6% και 36,1% αντίστοιχα) χωρίς να διαπιστωθεί σημαντική στατιστική διαφορά με το Fisher's exact test ($P = 0,172$).

Όσον αφορά τα φάρμακα πόνου, τα άτομα με ήπια συμμόρφωση εμφανίζονται να καταναλώνουν περισσότερα από τα άτομα με έντονη συμμόρφωση (55,2% και 50,0% αντίστοιχα). Το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ($P = 0,678$). Αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσής τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των

ατόμων με ήπια συμμόρφωση χρησιμοποιεί αυτού του είδους τα φάρμακα επί πόνου (40%) ενώ τα άτομα με έντονη συμμόρφωση τα καταναλώνει καθημερινά και για ένα εξάμηνο κάθε χρόνο (43,8%). Το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,324).

Στην ερώτηση «Ποια φάρμακα πόνου» καταναλώνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με ήπια συμμόρφωση καταλαμβάνουν τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (37,5%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με έντονη συμμόρφωση ακολουθεί αγωγή με Ενδάρθρικές Εγχύσεις και Αναπλαστικά Χόνδρων (35,3%). Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,239).

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν και ως προς την κατανάλωση παυσίπων. Και οι δύο ομάδες εμφανίζουν υψηλή κατανάλωση παυσίπων σε ποσοστά 69,0% και 66,7% αντίστοιχα χωρίς να αναδειχθεί κάποια σημαντική στατιστική διαφορά στη σύγκρισή τους με το χ^2 του Pearson. Ανάλογα ήταν και τα ποσοστά όσον αφορά στη συχνότητα κατανάλωσής τους. Τα άτομα και των δύο ομάδων στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν παυσίπονα επί πόνου (55,0% και 52,6% αντίστοιχα). Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,150) . Η κατανομή και σύγκριση των δεδομένων για τις διερευνητικές ερωτήσεις συμμόρφωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6:Κατανομή και σύγκριση των ιατρικών δεδομένων μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση

	Ένταση συμμόρφωσης			Διαφορά
	Ήπια N(%)	Έντονη N(%)	Σύνολο N(%)	
ΠΟΥ ΠΟΝΑΤΕ				
Γόνατο(α)	18 (62,1)	17 (47,2)	35(53,8)	$X^2_p = 1,967$
Ισχίο(α)	6 (20,7)	13 (36,1)	19 (29,2)	P= 0,374
Γόνατο(α) & Ισχίο(α)	5 (17,2)	6 (16,7)	11(16,9)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	
ΠΟΣΟ ΠΟΝΑΤΕ (ΣΥΜΠΤΥΞΗ ΚΛΑΣΣΕΩΝ)				
Λίγο	6 (20,7)	11 (30,6)	17 (26,2)	Fisher's exact

Μέτρια	16 (55,2)	10 (27)	26 (40,0)	test = 4,933 P= 0,079
Πολύ	7(24,1)	15(41,7)	22(33,8)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΠΟΝΑΤΕ

Λιγότερο από χρόνο	6 (20,7)	9 (25,0)	15 (23,1)	Fisher's exact test = 4,956 P= 0,172
1 με 5 Χρόνια	17 (58,6)	13 (36,1)	30 (46,2)	
6 με 10 χρόνια	4(13,8)	5(13,9)	9(13,8)	
Πάνω από 10 χρόνια	2(6,9)	9(25,0)	11(16,9)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ

Ναι	16 (55,2)	18 (50,0)	34 (52,3)	X ² _p =0 ,172 P= 0,678
Όχι	13 (44,8)	18 (50,0)	31 (47,7)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΝΟΥ

Συστηματικά/Καθημερινά	5(33,3)	5(31,2)	10(32,3)	Fisher's exact test =4,612 P=0,324
1-2/Μήνα	0	1(6,2)	1(3,2)	
Ανά Δίμηνο	1(6,7)	1(6,2)	2(6,5)	
Καθημερινά & ανά Εξάμηνο	3(20,0)	7(43,8)	10(32,3)	
Επί Πόνου	6(40,0)	2(12,5)	8(25,8)	
Σύνολο	15 (48,4)	16 (51,6)	31 (100)	

ΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αναπλαστικά Χόνδρων	2(12,5)	2(11,8)	4(12,1)
Ενδοαρθρικές Εγχύσεις	0	1(5,9)	1(3,0)
ΜΣΑΦ	6(37,5)	3(17,6)	9(27,3)
Οπιοειδή	1(6,2)	0	1(3,0)
Κορτιζονούχα	2(12,5)	0	2(6,1)
Οστεοπόρωσης	0	1(5,9)	1(3,0)

Ομοιοπαθητικά & ΜΣΑΦ	0	1(5,9)	1(3,0)	
Αναλγητικά	0	1(5,9)	1(3,0)	
ΜΣΑΦ & Μυοχαλαρωτικά	0	1(5,9)	1(3,0)	Fisher's exact
ΜΣΑΦ & Οπιοειδή	2(12,5)	0	2(6,1)	test =11,820
ΜΣΑΦ & Αναπλαστικά Χόνδρων	0	1(5,9)	1(3,0)	P= 0,239
Ενδοαρθρικές Εγχύσεις & Αναπλαστικά Χόνδρων	3(18,8)	6(35,3)	9(27,3)	
Σύνολο	16(48,5)	17(51,5)	33(100)	

ΠΑΥΣΗΠΟΝΑ

Ναι	20 (69,0)	24 (66,7)	44(67,7)	$X^2_p = 0,039$
Όχι	9 (31,0)	12 (33,3)	21 (32,3)	P= 0,844
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΥΣΗΠΟΝΩΝ

Συστηματικά/Καθημερινά	2(10,0)	7(36,8)	9(23,1)	
1-2/Εβδομάδα	2(10,0)	0	2(5,1)	
1-2/Μήνα	1(5,0)	0	1(2,6)	Fisher's exact
Ανά Δίμηνο	2(10,0)	0	2(5,1)	test = 7,010
Επί Πόνου	11(55,0)	10(52,6)	21(53,8)	P= 0,150
Ελάχιστα/Σπάνια	2(10,0)	2(10,5)	4(10,3)	
Σύνολο	20 (51,3)	19 (48,7)	39 (100)	

ΑΛΟΙΦΕΣ

Ναι	14 (48,3)	19 (52,8)	33 (50,8)	$X^2_p = 0,130$
Όχι	15 (51,7)	17 (47,2)	32 (49,2)	P= 0,718
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΠΟΙΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ

Θερμαντικές	2(14,3)	0	2(6,1)	
ΜΣΑΦ	11(78,6)	9(47,4)	20(60,6)	Fisher's exact

Λάδι	0	1(5,3)	1(3,0)	test = 8,411 P= 0,045
Γαληνικό Σκεύασμα	0	1(5,3)	1(3,0)	
Θερμαντικές & ΜΣΑΦ	0	1(5,3)	1(3,0)	
Δεν θυμάμαι	1(7,1)	7(36,8)	8(24,2)	
Σύνολο	14 (42,4)	19 (57,6)	33 (100)	

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΟΙΦΩΝ

Συστηματικά/Καθημερινά	2(14,3)	5(31,2)	7(23,3)	
1-2/Εβδομάδα	1(7,1)	1(6,2)	2(6,7)	Fisher's exact test =4,181 P= 0,475
1-2/Μήνα	0	1(6,2)	1(3,3)	
Επί Πόνου	10(71,4)	6(37,5)	16(53,3)	
Ελάχιστα/Σπάνια	1(3,0)	3(18,8)	4(13,3)	
Σύνολο	14 (46,7)	16 (53,3)	30 (100)	

ΚΑΤΑΠΛΑΣΜΑ

Ναι	5(17,2)	4(11,1)	9(13,8)	$X^2_p = 0,506$ P= 0,477
Όχι	24(82,8)	32(88,9)	56(86,2)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ

Ναι	6(20,7)	11(30,6)	17(26,2)	$X^2_p = 0,809$ P= 0,368
Όχι	23(79,3)	25(69,4)	48(73,8)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ναι	10(34,5)	17(47,2)	27(41,5)	$X^2_p = 1,073$ P= 0,300
Όχι	19(65,5)	19(52,8)	38(58,5)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Ναι	7(24,1)	12(34,3)	19(29,7)	$X^2_p = 0,782$
-----	---------	----------	----------	-----------------

Όχι	22(75,9)	23(65,7)	45(70,3)	P= 0,376
Σύνολο	29 (45,3)	35 (54,7)	64 (100)	

ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ

Ναι	19(65,5)	21(58,3)	40(61,5)	$X^2_p = 0,350$
Όχι	10(34,5)	15(41,7)	25(38,5)	P= 0,554
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Ναι	7(24,1)	18(50)	25(38,5)	$X^2_p = 4,539$
Όχι	22(75,9)	18(50)	40(61,5)	P= 0,033
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	

Όσον αφορά το αν χρησιμοποιούν ή όχι αλοιφές για τον πόνο, τα ποσοστά ήταν μοιρασμένα και στις δύο ομάδες και η σύγκρισή τους με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,718). Και οι δύο ομάδες βρέθηκαν στα μεγαλύτερά τους ποσοστά να χρησιμοποιούν Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδεις αλοιφές (78,6% και 47,4% αντίστοιχα). Ωστόσο το μεγάλο ποσοστό το οποίο συγκέντρωσε η απάντηση δεν θυμάμαι στα άτομα με έντονη συμμόρφωση (36,8%) φαίνεται να δημιουργήσε μια διαφορά που στη σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's exact test αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική (P= 0,045). Όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσής τους η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ήπια συμμόρφωση τις χρησιμοποιεί επί πόνου. Η σύγκρισή τους με το Fisher's exact test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,475).

Η πλειοψηφία των ατόμων και των δύο ατόμων δεν χρησιμοποιεί καταπλάσματα (82,8% και 88,9% αντίστοιχα, P=0,477) ούτε πηγαίνει σε ιαματικά λουτρά (79,3% και 69,4% αντίστοιχα, P=0,368). Τα άτομα με ήπια συμμόρφωση δεν κάνουν φυσιοθεραπείες σε ποσοστό 65,5% ενώ στην ομάδα των ατόμων με έντονη συμμόρφωση τα ποσοστά είναι σχεδόν μοιρασμένα. Η σύγκριση των δύο ομάδων με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά (P= 0,300).

Αμφότερες και οι δύο ομάδες δεν έχασαν τα περιττά κιλά τα οποία επιδεινώνουν το πρόβλημα τους. Τα άτομα με έντονη συμμόρφωση φαίνεται να προσπάθησαν περισσότερο

(34,3% έναντι 24,1%), ωστόσο αυτό δεν φάνηκε ικανό να αναδείξει σημαντική στατιστική διαφορά στη σύγκριση των δύο ομάδων με το χ^2 του Pearson ($P= 0,376$).

Όσον αφορά τις δραστηριότητες οι οποίες βοηθούν στην άμβλυση του πόνου, τα άτομα και των δύο ομάδων φαίνεται να κολυμπούν σε ποσοστά 65,5% και 58,3% δίχως η σύγκρισή τους με το χ^2 του Pearson να αναδείξει κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ($P= 0,554$). Διαφοροποιημένα είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά τη γυμναστική γενικά (περπάτημα, τρέξιμο, aerobic κλπ) όπου τα άτομα με ήπια συμμόρφωση φαίνεται να την αποφεύγουν σε ποσοστό 75,9%. Εδώ η σύγκριση των δύο ομάδων με το χ^2 του Pearson έδειξε πως υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ($P=0,033$).

4.4. Στατιστική Επεξεργασία Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης Επιθετικότητας

Σε αυτό το σημείο έγινε σύγκριση του δείκτη της εξωστρεφούς επιθετικότητας η οποία προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας τριών εκ των πέντε υποκλιμάκων (επίκριση των άλλων, παρορμητική εχθρότητα και παρανοειδής εχθρότητα) που εξάγονται από το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ; Caine και συν, 1967). Η μέση τιμή για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση ήταν $13,97 \pm 5,72$ με εύρος 6-26, ενώ η μέση τιμή για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση ήταν $14,42 \pm 4,94$ με εύρος 6-24, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,734$). Επίσης, η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test ($P= 0,589$) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Όσον αφορά την ενδοστρεφή επιθετικότητα η οποία προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής του ίδιου ερωτηματολογίου, η μέση τιμή για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση ήταν $7 \pm 3,46$ με εύρος 1-14, ενώ η μέση τιμή για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση ήταν $6,61 \pm 3,11$ με εύρος 1-15, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,636$). Επίσης, η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test ($P= 0,680$) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Τέλος, υπολογίστηκε η Ολική Εχθρότητα η οποία είναι το άθροισμα και των 5 υποκλιμάκων. Η μέση τιμή για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση ήταν $20,97 \pm 7,95$ με εύρος 8-35, ενώ η μέση τιμή για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση ήταν $21,03 \pm 7,39$ με εύρος 8-39, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το

T-Test (P=0,974). Επιπλέον, η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test (P=0,892) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Τα στοιχεία τα οποία προέκυψαν από τη κλίμακα της εχθρότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7:Κατανομή και σύγκριση της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας του HDHQ μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση.

	ΗΠΙΑ	ΕΝΤΟΝΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΑΦΟΡΑ
ΣΥΝΟΛΟ	N (%)	N (%)	N (%)	
	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	
Εξωστρεφής HDHQ				
Ελάχιστη - μέγιστη	6-26	6-24	6-26	
0-4	0	0	0	Fisher's exact test = 2,949 P=0,589
5-9	9 (31,0)	7 (19,4)	16 (24,6)	
10-15	6 (20,7)	11 (30,6)	17 (26,2)	
16-19	9 (31,0)	11 (30,6)	20(30,8)	
20-25	4(13,8)	7(19,4)	11(16,9)	
26-29	1(3,4)	0	1(1,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	13,97±5,72	14,42 ± 4,94	14,22 ±5,27	
Εσωστρεφής HDHQ				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-14	1-15	1-15	
0-4	6 (20,7)	11 (30,6)	17 (26,2)	Fisher's exact test = 1,892 P=0,680
5-9	16 (55,2)	18 (50)	34 (52,3)	
10-14	7 (24,1)	6 (16,7)	13 (20,0)	
15-19	0	1(2,8)	1(1,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	7±3,46	6,61 ± 3,11	6,78 ±3,25	
Ολική HDHQ				
Ελάχιστη - μέγιστη	8-35	8-39	8-39	
0-4	0	0	0	Fisher's exact

5-9	1 (3,4)	2 (5,6)	3 (4,6)	test =2,670 P= 0,892
10-14	8 (27,6)	6 (16,7)	14 (21,5)	
15-19	2 (6,9)	4(11,1)	6(9,2)	
20-24	9(31,0)	14(38,9)	23(35,4)	
25-29	4 (13,8)	6 (16,7)	10 (15,4)	
30-34	3 (10,3)	3 (8,3)	6 (9,2)	
35-29	2 (6,9)	1 (2,8)	3 (4,6)	
Μέση τιμή (x ± SD)	20,97±7,95	21,03 ± 7,39	21 ±7,58	t = -0,033 P= 0,974

4.5 Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος

4.5.1 Οικογενειακές Σχέσεις

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από τις 3 υποκλίμακες οι οποίες αφορούν στις οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή τη συνοχή, την εκφραστικότητα και τη σύγκρουση που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ανάμεσά τους, τόσο για την ομάδα των ατόμων με χαλαρή συμμόρφωση όσο και για την ομάδα με έντονη. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test.

Πίνακας 8:Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση των οικογενειακών σχέσεων (συνοχή οικογένειας, εκφραστικότητα και σύγκρουση της οικογένειας) μεταξύ των ατόμων με χαλαρή συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση.

	Συμμόρφωση			Διαφορά
	Ήπια N(%)	Έντονη N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100,0)	
Συνοχή				
Ελαχίστη - μεγίστη	5-9	2-9	2-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	7,48 ± 1,24	7,28 ± 1,50	7.37 ±1,39	t = 0,589

P = 0,558

Εκφραστικότητα				
Ελαχίστη - μεγίστη	3-8	2-9	2-9	
				t = 0,072
Μέση τιμή (x ± SD)	5,86 ± 1,33	5,83 ± 1,78	5,85 ± 1,58	P = 0,943
Σύγκρουση				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-5	0-8	0-8	
				t = 0,175
Μέση τιμή (x ± SD)	2,28 ± 1,53	2,19 ± 2,10	2,23 ± 1,85	P = 0,862

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

Η συνοχή την οποία αισθάνονται στην οικογένεια τους τα άτομα με χαλαρή συμμόρφωση, κυμάνθηκε από 5 έως 9 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο 7,48 και τυπική απόκλιση 1,24, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση η συνοχή είχε μεγαλύτερο εύρος δηλαδή 2-9 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $7,28 \pm 1,50$ χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,558).

Η έκταση στην οποία τα άτομα, τα οποία έχουν χαλαρή συμμόρφωση, επιτρέπεται και ενθαρρύνονται να εκφράζουν άμεσα τα συναισθήματά τους μέσα στην οικογένεια (Fowler, 1981) πήρε τιμές από 3 έως 8 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο και τυπική απόκλιση $5,86 \pm 1,33$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το αντίστοιχο εύρος ήταν πάλι 2-9 με μέσο όρο $5,83 \pm 1,78$ χωρίς να βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους στο T-Test (P=0,943).

Η έκταση στην οποία, για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση, οι συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις χαρακτηρίζουν τις σχέσεις στην οικογένειά τους κυμάνθηκε από 0-5 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο $2,28 \pm 1,53$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος ήταν από 0 έως 8 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο $2,19 \pm 2,10$ και το T-Test να μη δείχνει καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,862).

4.5.2 Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση

Στον Πίνακα 9 Παρατίθενται τα αποτελέσματα του T-Test για τους δείκτες οι οποίοι περιλαμβάνονται στην κατηγορία Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth

Dimensions) της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος και περιλαμβάνει την Ανεξαρτησία, τον Προσανατολισμό για Επιτεύγματα, τον Προσανατολισμό για Πολιτισμό και Διανόηση, τον Προσανατολισμό προς ενεργό Ψυχαγωγική δραστηριότητα και την Ηθική και Θρησκευτική έμφαση.

Πίνακας 9:Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της οικογενειακής ανάπτυξης και ωρίμανσης (ανεξαρτησία, προσανατολισμός για επιτεύγματα, προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση, προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία, ηθική και θρησκευτική έμφαση) μεταξύ των ατόμων με χαλαρή συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση.

	Συμμόρφωση			Διαφορά
	Ήπια N(%)	Έντονη N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100,0)	
Ανεξαρτησία				
Ελάχιστη - μέγιστη	3-9	2-8	1-6	t = 1,359
Μέση τιμή (x ± SD)	6,72 ± 1,53	6,22 ± 1,44	6,45 ± 1,50	P = 0,179
Προσανατολισμός για επιτεύγματα				
Ελάχιστη - μέγιστη	3-9	2-9	2-9	t = 0,771
Μέση τιμή (x ± SD)	6,48 ± 1,64	6,17 ± 1,65	6,31 ± 1,64	P = 0,444
Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση				
Ελάχιστη - μέγιστη	0-9	0-9	0-9	t = 0,214
Μέση τιμή (x ± SD)	5,34 ± 2,20	5,22 ± 2,37	5,28 ± 2,28	P = 0,831
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγία				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-9	0-9	0-9	t = 0,098
Μέση τιμή (x ± SD)	4,41 ± 1,82	4,36 ± 2,51	4,38 ± 2,21	P = 0,922
Ηθική και θρησκευτική έμφαση				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-8	0-9	0-9	t = 0,746
Μέση τιμή (x ± SD)	4,72 ± 2,03	4,33 ± 2,15	4,51 ± 2,09	P = 0,459

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

Η Ανεξαρτησία την οποία αισθάνονται τα άτομα με ήπια συμμόρφωση μέσα στην οικογένειά τους βρέθηκε να έχει τιμές από 3-9 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο $6,72 \pm 1,53$, ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 2 μέχρι 8 με μέσο όρο $6,22 \pm 1,44$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,179$).

Ο ένταση με την οποία, τα άτομα με ήπια συμμόρφωση, αισθάνονται να ωθούνται από την οικογένειά τους στην επίτευξη στόχων κυμάνθηκε από 3 έως 9 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $6,48 \pm 1,64$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος ήταν υψηλότερο (2-9) με μέσο όρο $6,17 \pm 1,65$ και χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,179$).

Ο προσανατολισμός, για πολιτισμό και διάνοηση τον οποίο αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα με ήπια συμμόρφωση κυμάνθηκε από 0 έως 9 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $5,34 \pm 2,20$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος ήταν ίδιο με μέσο όρο $5,22 \pm 2,37$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,831$).

Ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία τον οποίο αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα με ήπια συμμόρφωση, είχε τιμές από 1 μέχρι 9 βαθμούς της κλίμακας του Moos και μέσο όρο $4,41 \pm 1,82$, ενώ τα άτομα με έντονη συμμόρφωση εμφάνισαν εύρος 0 μέχρι 7 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $4,36 \pm 2,51$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,922$).

Τέλος όσον αφορά στην ηθική και θρησκευτική έμφαση την οποία αισθάνονται να δίνεται στην οικογένειά τους τα άτομα με ήπια συμμόρφωση, βρέθηκε αυτή να έχει τιμές από 1 μέχρι 8 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $4,72 \pm 2,03$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0 έως 9 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο $4,33 \pm 2,15$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,459$).

4.5.3 Διατήρηση του Οικογενειακού Συστήματος

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη διατήρηση του οικογενειακού συστήματος τα οποία παρατηρούνται στις δύο τελευταίες υποκλίμακες της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος του Moos, την οργάνωση και τον έλεγχο.

Πίνακας 10: Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση, ως προς τη διατήρηση του συστήματος (οργάνωση και έλεγχος).

	Συμμόρφωση			Διαφορά
	Ήπια N(%)	Έντονη N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100,0)	
Οργάνωση (Organization)				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-9	3-9	1-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,83 ± 1,87	6,39 ± 1,51	6,14 ± 1,69	t = -1,336 P = 0,186
Έλεγχος (Control)				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-7	2-8	1-8	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,31 ± 1,83	5,25 ± 1,46	4,83 ± 1,69	t = -2,300 P = 0,025

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

Όπως φαίνεται στον πίνακα, η οργάνωση την οποία αισθάνονται να διέπει τη λειτουργία της οικογένειάς τους τα άτομα με ήπια συμμόρφωση, κυμάνθηκε από 1 μέχρι 9 στην κλίμακα του Moos με μέσο όρο $5,83 \pm 1,87$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση βρέθηκε με τιμές από 3 έως 9 και μέσο όρο $6,39 \pm 1,51$, χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,186)

Τέλος ο έλεγχος τον οποίο αισθάνονται στην οικογένειά τους τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 1 έως 7 στην κλίμακα του Moos και μέσο όρο $4,31 \pm 1,83$, ενώ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος ήταν από 2 μέχρι και μέσο όρο $5,25 \pm 1,46$, με στατιστικά σημαντική διαφορά στη σύγκριση των δύο ομάδων με το T-Test (P=0,025).

4.5.4 Συνολική Βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία της κλίμακας FES η οποία αθροίζει τις υποκλίμακες για κάθε άτομο (τα αποτελέσματα αυτής παρουσιάζονται στον Πίνακα 11). Έτσι, τα άτομα τα οποία εμφανίζουν ήπια συμμόρφωση βρέθηκαν να έχουν συνολική

βαθμολογία από 36 μέχρι 64 και μέσο όρο $53,45 \pm 7,50$, ενώ τα άτομα με έντονη συμμόρφωση είχαν συνολική βαθμολογία από 34 έως 67 και μέσο όρο $53,25 \pm 8,83$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,924$)

Πίνακας 11: Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση ως προς τη Συνολική Βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος).

	Συμμόρφωση			Διαφορά
	Ήπια N(%)	Έντονη N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100,0)	
Συνολική βαθμολογία				
Ελάχιστη - μέγιστη	36-64	34-67	34-67	t = 0,096
Μέση τιμή (x ± SD)	53,45 ± 7,50	53,25 ± 8,83	53,34 ± 8,20	P = 0,924

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

4.6 Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών όσον αφορά το ερωτηματολόγιο SCL μεταξύ του ελληνικού πληθυσμού και του πληθυσμού της παρούσης έρευνας εφαρμόστηκε το one sample T Test.

Στον πίνακα 12 παρατηρούμε πως οι μέσες τιμές του δείγματος με αυτές του ελληνικού πληθυσμού διαφοροποιούνται αρκετά, τόσο ώστε στην πλειοψηφία τους οι αποκλίσεις να θεωρούνται στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 12: Μέσες τιμές δείγματος και μέσες τιμές ελληνικού πληθυσμού

	ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ*	ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	dif	Sig.
Σωματοποίηση	15,68 (± 10,41)	16,25 (± 8,31)	,566	,585

Ψυχαναγκαστικότητα	19,21 (± 9,34)	11,77 (± 7,76)	-7,441	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,34 (± 7,92)	8,74 (± 7,00)	-5,602	,000
Κατάθλιψη	27,26 (± 11,50)	15,65 (± 10,65)	-11,614	,000
Άγχος	19,09 (± 8,84)	9,03 (± 7,82)	-10,059	,000
Επιθετικότητα	8,46 (± 6,05)	4,85 (± 4,91)	-3,614	,000
Φοβικό Άγχος	8,28 (± 6,68)	3,68 (± 4,58)	-4,603	,000
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,05 (± 5,74)	7,85 (± 4,89)	-1,204	,051
Ψυχωτισμός	12,59 (± 8,12)	6,54 (± 5,53)	-6,052	,000
ΓΔΣ	1,59 (± 0,68)	1,03 (± 0,61)	-,564	,000
ΔΕΘΣ	2,34 (± 0,58)	1,97 (± 0,49)	-,370	,000
ΣΘΣ	59,62 (± 17,71)	44,46 (± 19,86)	-15,158	,000

*Οι τιμές αφορούν μόνο τον ασθενή πληθυσμό

Κατόπιν χρησιμοποιήθηκε το Independent Samples T-Test για τη σύγκριση των δύο κατανομών της έρευνας. Τα αποτελέσματα, όπως παρατίθενται στον πίνακα 13 έδειξαν πως:

Η σωματοποίηση την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 2-36 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $17,62 \pm 8,78$, ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-30 με μέσο όρο $15,14 \pm 7,86$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,234$).

Η ψυχαναγκαστικότητα την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 1-33 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $13,07 \pm 8,26$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-33 με μέσο όρο $10,72 \pm 7,27$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,228$).

Η διαπροσωπική ευαισθησία την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 1-25 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $8,62 \pm 6,45$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-27 με μέσο όρο $8,83 \pm 7,50$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,904$).

Η κατάθλιψη την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 2-46 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $16,45 \pm 10,37$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-42 με μέσο όρο $15,00 \pm 10,97$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,590$).

Το άγχος το οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 0-28 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $9,55 \pm 8,25$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-30 με μέσο όρο $8,61 \pm 7,54$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,633$).

Η επιθετικότητα την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 0-19 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $4,34 \pm 5,13$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-21 με μέσο όρο $5,25 \pm 4,77$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,465$).

Το φοβικό άγχος το οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 0-18 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $4,38 \pm 5,20$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-14 με μέσο όρο $3,11 \pm 4,01$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,271$).

Ο παρανοειδής ιδεασμός τον οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 0-19 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $7,55 \pm 4,84$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-20 με μέσο όρο $8,08 \pm 4,98$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,666$).

Ο ψυχωτισμός τον οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 1-22 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $7,52 \pm 6,12$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0-19 με μέσο όρο $5,75 \pm 4,95$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,203$).

Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων τον οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 0,24-2,64 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $1,09 \pm 0,65$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 0,06-2,27 με μέσο

όρο $0,98 \pm 0,58$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,474$).

Ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων τον οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 1,18-3,03 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $1,99 \pm 0,49$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 1,20-3,64 με μέσο όρο $1,95 \pm 0,50$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,746$).

Το σύνολο θετικών συμπτωμάτων το οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 15-90 στην κλίμακα SCL-90 με μέσο όρο $46,48 \pm 20,23$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 4-88 με μέσο όρο $42,83 \pm 19,69$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,466$). Στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται η κατανομή και η σύγκριση των τιμών των υποκλιμάκων της κλίμακας SCL-90 μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 13:Κατανομή και σύγκριση ως προς τις υποκλίμακες της SCL-90, μεταξύ των ατόμων με ήπια συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση.

	Ένταση συμμόρφωσης			Διαφορά
	Ήπια N (%)	Έντονη N (%)	Σύνολο N (%)	
ΣΥΝΟΛΟ	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	
SCL_90 - Σωματοποίηση				
Ελάχιστη - μέγιστη	2-36	0-30	0-36	t = 1,201
Μέση τιμή (x ± SD)	17,62 ± 8,78	15,14 ± 7,86	16,25 ± 8,31	P = 0,234
SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-33	0-33	0-33	t = 1,217
Μέση τιμή (x ± SD)	13,07 ± 8,26	10,72 ± 7,27	11,77 ± 7,76	P = 0,228
SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία				
Ελάχιστη - μέγιστη	1-25	0-27	0-27	t = -0,121
Μέση τιμή (x ± SD)	8,62 ± 6,45	8,83 ± 7,50	8,74 ± 7,00	P = 0,904
SCL_90 - Κατάθλιψη				
Ελάχιστη - μέγιστη	2-46	0-42	0-46	

				t = 0,542
Μέση τιμή (x ± SD)	16,45 ± 10,37	15,00 ± 10,97	15,65 ± 10,65	P = 0,590

SCL_90 - Άγχος

Ελάχιστη - μέγιστη	0-28	0-30	0-30	
Μέση τιμή (x ± SD)	9,55 ± 8,25	8,61 ± 7,54	9,03 ± 7,82	t = ,479 P = 0,633

SCL_90 - Επιθετικότητα

Ελάχιστη - μέγιστη	0-19	0-21	0-21	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,34 ± 5,13	5,25 ± 4,77	4,85 ± 4,91	t = -0,736 P = 0,465

SCL_90 - Φοβικό Άγχος

Ελάχιστη - μέγιστη	0-18	0-14	0-18	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,38 ± 5,20	3,11 ± 4,01	3,68 ± 4,58	t = 1,111 P = 0,271

SCL_90 - Πάρανοειδή Ιδεασμό

Ελάχιστη - μέγιστη	0-19	0-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	7,55 ± 4,84	8,08 ± 4,98	7,85 ± 4,89	t = -0,433 P = 0,666

SCL_90 - Ψυχωτισμός

Ελάχιστη - μέγιστη	1-22	0-19	0-22	
Μέση τιμή (x ± SD)	7,52 ± 6,12	5,75 ± 4,95	6,54 ± 5,53	t = 1,288 P = 0,203

SCL_90 - ΓΔΣ

Ελάχιστη - μέγιστη	0,24-2,64	0,06-2,27	0,06- 2,64	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,09 ± 0,65	0,98 ± 0,58	1.03 ± 0,61	t = ,720 P = 0,474

SCL_90 - ΔΕΘΣ

Ελάχιστη - μέγιστη	1,18-3,03	1,20-3,64	1,18- 3,64	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,99 ± 0,49	1,95 ± 0,50	1,97 ± 0,49	t = 0,325 P = 0,746

SCL_90 - ΣΘΣ

Ελάχιστη - μέγιστη	15-90	4-88	4-90	t = 0,734
Μέση τιμή (x ± SD)	46,48 ± 20,23	42,83 ± 19,69	44,46 ± 19,86	P = 0,466

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T -Test

4.7 Στατιστική Επεξεργασία Κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις

Η εμμονή - μη εμμονή την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 31-89 στην κλίμακα ECR με μέσο όρο $51,72 \pm 15,83$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 20-123 με μέσο όρο $53,53 \pm 24,85$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,736).

Η ασφάλεια - αποφυγή την οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ήπια συμμόρφωση βρέθηκε να έχει τιμές από 41-97 στην κλίμακα ECR με μέσο όρο $76,72 \pm 15,07$ ενώ στα άτομα με έντονη συμμόρφωση το εύρος κυμάνθηκε από 35-125 με μέσο όρο $80,11 \pm 18,32$ χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,426). Η κατανομή και σύγκριση των τύπων δεσμού στις διαπροσωπικές σχέσεις των ενηλίκων μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14: Κατανομή και σύγκριση των τύπων δεσμού στις διαπροσωπικές σχέσεις των ενηλίκων (σύμφωνα με τις δύο διαστάσεις: ασφάλεια - αποφυγή και εμμονή - μη εμμονή) μεταξύ των ατόμων με χαλαρή συμμόρφωση και των ατόμων με έντονη συμμόρφωση.

	ΗΠΙΑ	ΕΝΤΟΝΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΑΦΟΡΑ
ΣΥΝΟΛΟ	N (%)	N (%)	N (%)	
	29 (44,6)	36 (55,4)	65 (100)	
ECR - Εμμονή				
Ελάχιστη - μέγιστη	31-89	20-123	20-123	t = -0,339
Μέση τιμή (x ± SD)	51,72 ± 15,83	53,53 ± 24,85	52,72 ± 21,17	P = 0,736
ECR - Αποφυγή				
Ελάχιστη - μέγιστη	41-97	35-125	35-125	t = -0,801
Μέση τιμή (x ± SD)	76,72 ± 15,07	80,11 ± 18,32	78,60 ± 16,90	P = 0,426

4.8 Συσχετίσεις

Στο τελικό στάδιο επεξεργασίας των δεδομένων έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα (πίνακες 15 έως 17)

4.8.1 Συσχετίσεις του Ερωτηματολογίου της Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης Επιθετικότητας (HDHQ)

4.8.1.1 Συσχετίσεις της Εξωστρεφούς Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές: την ενδοστρεφή εχθρότητα ($t.b.=,420$ και $P=0,000$), την συνολική εχθρότητα ($t.b.=,795$ και $P=0,000$), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL ($t.b.=,434$ και $P=0,000$), την σωματοποίηση ($t.b.=,290$ και $P=0,001$), την ψυχαναγκαστικότητα ($t.b.=,340$ και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,402$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,459$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,400$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,365$ και $P=0,000$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,354$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,519$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,236$ και $P=0,009$), την αϋπνία ($t.b.=,296$ και $P=0,002$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,420$ και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,462$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,462$ και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,346$ και $P=0,000$), και την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR ($t.b.=,377$ και $P=0,000$). Επίσης πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και στις μεταβλητές: προσανατολισμός προς επιτεύγματα ($t.b.=,262$ και $P=0,005$) και ηθική και θρησκευτική έμφαση ($t.b.=,269$ και $P=0,003$) της κλίμακας FES.

Πολύ σημαντική ($P<0,01$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και στις μεταβλητές: συνοχή ($t.b.=,267$ και $P=0,005$) και εκφραστικότητα ($t.b.=,272$ και $P=0,004$) της κλίμακας FES.

Σημαντική ($P<0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές: την ανησυχία της κλίμακας SCL ($t.b.=,225$ και $P=0,019$) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES ($t.b.=,217$ και $P=0,020$) ενώ σημαντική ($P<0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα, την μεταβλητή AVOIDANCE της κλίμακας ECR ($t.b.=,186$ και $P=0,034$), την υποκλίμακα του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού της κλίμακας FES ($t.b.=,206$ και $P=0,025$) και του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα της κλίμακας FES ($t.b.=,204$ και $P=0,027$).

4.8.1.2 Συσχετίσεις της Ενδοστρεφούς Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P<0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές: την συνολική εχθρότητα ($t.b.=,669$ και $P=0,000$), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL ($t.b.=,429$ και $P=0,000$), την σωματοποίηση ($t.b.=,293$ και $P=0,001$), ψυχαναγκαστικότητα ($t.b.=,337$ και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,477$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,472$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,363$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,347$ και $P=0,000$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,451$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,398$ και $P=0,000$), την πρωινή αφύπνιση ($t.b.=,259$ και $P=0,007$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,320$ και $P=0,001$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,441$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,441$ και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,321$ και $P=0,000$), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR ($t.b.=,407$ και $P=0,000$) και την ηθική και θρησκευτική έμφαση της κλίμακας FES ($t.b.=,277$ και $P=0,003$).

Πολύ σημαντική ($P<0,01$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές της κλίμακας FES: συνοχή ($t.b.=,260$ και $P=0,008$), την υποκλίμακα του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού ($t.b.=,260$ και

P=0,005) και του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (t.b.=,350 και P=0,000).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και: τον ψυχωτισμό (t.b.=,216 και P=0,018), την αϋπνία (t.b.=,217 και P=0,028) και την ενοχή (t.b.=,209 και P=0,034). Σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και τις: εκφραστικότητα της κλίμακας FES (t.b.=,-240 και P=0,011) και σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,-240 και P=0,011) .

4.8.1.3 Συσχετίσεις της Συνολικής Εχθρότητας της Κλίμακας HDHQ

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής εχθρότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην συνολική εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές: το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,488 και P=0,000), την σωματοποίηση (t.b.=,331 και P=0,000), ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,387 και P=0,000), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,468 και P=0,000), την κατάθλιψη (t.b.=,517 και P=0,000), το άγχος (t.b.=,438 και P=0,000), την επιθετικότητα (t.b.=,388 και P=0,000), το φοβικό άγχος (t.b.=,428 και P=0,000), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,525 και P=0,000), τον ψυχωτισμό (t.b.=,268 και P=0,003), την αϋπνία (t.b.=,308 και P=0,001), την ανησυχία (t.b.=,257 και P=0,007), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,419 και P=0,000), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,518 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,518 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,385 και P=0,000), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,450 και P=0,000) και την ηθική και θρησκευτική έμφαση της κλίμακας FES (t.b.=,295 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην συνολική εχθρότητα και στις εξής μεταβλητές της κλίμακας FES: συνοχή (t.b.=,-290 και P=0,002), την εκφραστικότητα (t.b.=,-282 και P=0,002) την υποκλίμακα του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού (t.b.=,-250 και P=0,006) και του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (t.b.=,-277 και P=0,002).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην συνολική εχθρότητα και: την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,185 και P=0,050), την ενοχή (t.b.=,227 και

P=0,019), την υποκλίμακα προσανατολισμό προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,238 και P=0,010) και σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,226 και P=0,015).

4.8.2 Συσχετίσεις της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R

4.8.2.1 Συσχετίσεις Συνόλου Θετικών Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνόλου θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα του συνόλου θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL και στις εξής μεταβλητές: την σωματοποίηση (t.b.=,556 και P=0,000), ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,648 και P=0,000), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,614 και P=0,000), την κατάθλιψη (t.b.=,685 και P=0,000), το άγχος (t.b.=,745 και P=0,000), την επιθετικότητα (t.b.=,526 και P=0,000), το φοβικό άγχος (t.b.=,464 και P=0,000), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,642 και P=0,000), τον ψυχωτισμό (t.b.=,517 και P=0,000), την αϋπνία (t.b.=,390 και P=0,000), την ανησυχία (t.b.=,417 και P=0,000), την ανορεξία (t.b.=,293 και P=0,004), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,512 και P=0,000), την ενοχή (t.b.=,362 και P=0,000), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,810 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,810 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,364 και P=0,000) και την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,476 και P=0,000).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL και: την βουλιμία (t.b.=,192 και P=0,041), την υποκλίμακα προσανατολισμό προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,213 και P=0,020), σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,215 και P=0,019) και την υποκλίμακα της ηθικής – θρησκευτικής έμφασης της κλίμακας FES (t.b.=,230 και P=0,011) .

Σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL και τις εξής μεταβλητές: AVOIDANCE της κλίμακας ECR (t.b.=,-,177 και P=0,040) και συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=,-,211 και P=0,025).

4.8.2.2 Συσχετίσεις της Σωματοποίησης της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της σωματοποίησης και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη σωματοποίηση και στις εξής μεταβλητές: ψυχαναγκαστικότητα ($t.b.=,479$ και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,405$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,526$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,497$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,251$ και $P=0,005$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,334$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,384$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,321$ και $P=0,000$), την αϋπνία ($t.b.=,420$ και $P=0,000$), την ανησυχία ($t.b.=,486$ και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,437$ και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,579$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,579$ και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,405$ και $P=0,000$), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR ($t.b.=,274$ και $P=0,002$) και την υποκλίμακα της ηθικής – θρησκευτικής έμφασης της κλίμακας FES ($t.b.=,288$ και $P=0,001$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη σωματοποίηση και: την πρωινή αφύπνιση ($t.b.=,232$ και $P=0,013$), την βουλιμία ($t.b.=,241$ και $P=0,011$) την ενοχή ($t.b.=,203$ και $P=0,035$) και την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES ($t.b.=,204$ και $P=0,028$).

4.8.2.3 Συσχετίσεις της Ψυχαναγκαστικότητας της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ψυχαναγκαστικότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ψυχαναγκαστικότητα και στις εξής μεταβλητές: την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,455$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,658$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,602$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,387$ και $P=0,000$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,260$ και $P=0,005$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,580$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,512$ και $P=0,000$), την αϋπνία ($t.b.=,351$ και $P=0,000$), την ανησυχία ($t.b.=,444$ και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,445$ και $P=0,000$), την ενοχή ($t.b.=,365$ και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,683$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,683$ και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,456$ και $P=0,000$), την

μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,434 και P=0,000) και την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,244 και P=0,009).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη ψυχαναγκαστικότητα και την βουλιμία (t.b.=,218 και P=0,022) καθώς ανάμεσα στην ψυχαναγκαστικότητα και τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,215 και P=0,020) .

4.8.2.4 Συσχετίσεις της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της διαπροσωπικής ευαισθησίας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διαπροσωπική ευαισθησία και στις εξής μεταβλητές: την κατάθλιψη (t.b.=,633 και P=0,000), το άγχος (t.b.=,571 και P=0,000), την επιθετικότητα (t.b.=,422 και P=0,000), το φοβικό άγχος (t.b.=,438 και P=0,000), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,631 και P=0,000), τον ψυχωτισμό (t.b.=,421 και P=0,000), την αϋπνία (t.b.=,336 και P=0,001), την ανησυχία (t.b.=,280 και P=0,003), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,462 και P=0,000), την ενοχή (t.b.=,312 και P=0,001), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,667 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,667 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,456 και P=0,000) την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,514 και P=0,000) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,274 και P=0,003).

Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη διαπροσωπική ευαισθησία και στις εξής μεταβλητές της κλίμακας FES: συνοχή (t.b.=-,248 και P=0,010), την εκφραστικότητα (t.b.=-,246 και P=0,008) και την ανεξαρτησία (t.b.=-,245 και P=0,010).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη διαπροσωπική ευαισθησία και: την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,190 και P=0,040), την βουλιμία (t.b.=,235 και P=0,014), την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,217 και P=0,020), την υποκλίμακα προς ηθική και θρησκευτική έμφαση της κλίμακας FES (t.b.=,232 και P=0,011) και τον έλεγχο της κλίμακας FES (t.b.=,096 και P=0,301). Σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη διαπροσωπική ευαισθησία και στον προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα της κλίμακας FES (t.b.=-,198 και P=0,031).

4.8.2.5 Συσχετίσεις της Κατάθλιψης της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της κατάθλιψης και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη κατάθλιψη και στις εξής μεταβλητές: το άγχος (t.b.=,635 και $P=0,000$), την επιθετικότητα (t.b.=,413 και $P=0,000$), το φοβικό άγχος (t.b.=,423 και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,659 και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό (t.b.=,474 και $P=0,000$), την αϋπνία (t.b.=,418 και $P=0,000$), την ανησυχία (t.b.=,401 και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,507 και $P=0,000$), την ενοχή (t.b.=,367 και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,784 και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,784 και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,550 και $P=0,000$), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,489 και $P=0,000$), τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,308 και $P=0,001$) και την υποκλίμακα προς επιτεύγματα επίσης της κλίμακας FES (t.b.=,268 και $P=0,004$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη κατάθλιψη και την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,186 και $P=0,047$) καθώς και ανάμεσα στην κατάθλιψη και την υποκλίμακα προς ηθική και θρησκευτική έμφαση της κλίμακας FES (t.b.=,206 και $P=0,023$).

4.8.2.6 Συσχετίσεις του Άγχους της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του άγχους και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και στις εξής μεταβλητές: την επιθετικότητα (t.b.=,475 και $P=0,000$), το φοβικό άγχος (t.b.=,459 και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,568 και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό (t.b.=,495 και $P=0,000$), την αϋπνία (t.b.=,410 και $P=0,000$), την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,246 και $P=0,009$), την ανησυχία (t.b.=,419 και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,495 και $P=0,000$), την ενοχή (t.b.=,383 και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,766 και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,766 και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,432 και $P=0,000$), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,439 και $P=0,000$) και την υποκλίμακα προς ηθική και θρησκευτική έμφαση της κλίμακας FES (t.b.=,263 και $P=0,004$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο άγχος και την ανορεξία ($t.b.=,219$ και $P=0,034$) καθώς και ανάμεσα στο άγχος και στην σύγκρουση της κλίμακας FES ($t.b.=,193$ και $P=0,038$). Σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο άγχος και τη συνοχή της κλίμακας FES ($t.b.=,-,211$ και $P=0,028$).

4.8.2.7 Συσχετίσεις της Επιθετικότητας της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της επιθετικότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην επιθετικότητα και στις εξής μεταβλητές: το φοβικό άγχος ($t.b.=,374$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,497$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,325$ και $P=0,000$), την ανορεξία ($t.b.=,280$ και $P=0,008$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,361$ και $P=0,000$), την ενοχή ($t.b.=,385$ και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,519$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,519$ και $P=0,000$), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL ($t.b.=,313$ και $P=0,000$), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR ($t.b.=,382$ και $P=0,000$) και την σύγκρουση της κλίμακας FES ($t.b.=,350$ και $P=0,000$). Πολύ σημαντική ($P < 0,01$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην επιθετικότητα και στη συνοχή της κλίμακας FES ($t.b.=,-,255$ και $P=0,010$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην επιθετικότητα και την αϋπνία ($t.b.=,213$ και $P=0,031$). Σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην επιθετικότητα και την ανεξαρτησία της κλίμακας FES ($t.b.=,-,217$ και $P=0,024$).

4.8.2.8 Συσχετίσεις του Φοβικού Άγχους της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του φοβικού άγχους και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φοβικό άγχος και στις εξής μεταβλητές: τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,396$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,379$ και $P=0,000$), την αϋπνία ($t.b.=,345$ και $P=0,001$), την πρωινή αφύπνιση ($t.b.=,276$ και $P=0,005$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,398$ και $P=0,000$), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL ($t.b.=,498$ και $P=0,000$), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL

(t.b.=,498 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,417 και P=0,000), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,315 και P=0,001) και την υποκλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης της κλίμακας FES (t.b.=,276 και P=0,004) . Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο φοβικό άγχος και στη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=-,302 και P=0,003).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο φοβικό άγχος και: την ανησυχία (t.b.=,227 και P=0,023) και την ενοχή (t.b.=,253 και P=0,013).

4.8.2.9 Συσχετίσεις του Παρανοειδή Ιδεασμού της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του παρανοειδή ιδεασμού και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στο παρανοειδή ιδεασμό και στις εξής μεταβλητές: τον ψυχωτισμό (t.b.=,399 και P=0,000), την αϋπνία (t.b.=,305 και P=0,002), την ανησυχία (t.b.=,329 και P=0,001), την βουλιμία (t.b.=,253 και P=0,008), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,488 και P=0,000), την ενοχή (t.b.=,311 και P=0,001), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,704 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,704 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,494 και P=0,000), την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,504 και P=0,000) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,324 και P=0,001). Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον παρανοειδή ιδεασμό και στην ανεξαρτησία της κλίμακας FES (t.b.=-,265 και P=0,005).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον παρανοειδή ιδεασμό και την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,222 και P=0,018). Σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον παρανοειδή ιδεασμό και τη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=-,426 και P=0,010) καθώς και την εκφραστικότητα της κλίμακας FES (t.b.=-,218 και P=0,020) .

4.8.2.10 Συσχετίσεις του Ψυχωτισμού της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ψυχωτισμού και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον ψυχωτισμό και στις

εξής μεταβλητές: την αϋπνία (t.b.=,264 και P=0,007), την ανησυχία (t.b.=,323 και P=0,001), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,400 και P=0,000), την ενοχή (t.b.=,432 και P=0,000), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,560 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,560 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,408 και P=0,000), και την μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR (t.b.=,307 και P=0,001). Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον ψυχωτισμό και στη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=,-,262 και P=0,007).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ψυχωτισμό και: την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,197 και P=0,039), την βουλιμία (t.b.=,242 και P=0,012) ενώ σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον ψυχωτισμό και την μεταβλητή AVOIDANCE της κλίμακας ECR (t.b.=,-,219 και P=0,014).

4.8.2.11 Συσχετίσεις της Ανορεξίας της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ανορεξίας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ανορεξία και στις εξής μεταβλητές: το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,293 και P=0,004) και την επιθετικότητα (t.b.=,280 και P=0,008).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανορεξία και το άγχος (t.b.=,219 και P=0,034). Σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανορεξία τις μεταβλητές: ανεξαρτησία (t.b.=,-,262 και P=0,018) και την υποκλίμακα του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού (t.b.=,-,211 και P=0,049) της κλίμακας FES.

4.8.2.12 Συσχετίσεις της Βουλιμίας της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της βουλιμίας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βουλιμία και στον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,253 και P=0,008).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη βουλιμία και: το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,192 και $P=0,041$), την σωματοποίηση (t.b.=,241 και $P=0,011$), την ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,218 και $P=0,022$), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,235 και $P=0,014$), τον ψυχωτισμό (t.b.=,242 και $P=0,012$) και την αϋπνία (t.b.=,216 και $P=0,038$).

4.8.2.13 Συσχετίσεις των Σκέψεων Θανάτου της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των σκέψεων θανάτου και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στις σκέψεις θανάτου και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.= ,420 και $P=0,000$), την ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.= ,320 και $P=0,001$), την συνολική εχθρότητα (t.b.=,419 και $P=0,000$), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,512 και $P=0,000$), την σωματοποίηση (t.b.=,437 και $P=0,000$), την ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,445 και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,462 και $P=0,000$), την κατάθλιψη (t.b.=,507 και $P=0,000$), το άγχος (t.b.=,495 και $P=0,000$), την επιθετικότητα (t.b.=,361 και $P=0,000$), το φοβικό άγχος (t.b.=,398 και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,488 και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό (t.b.=,400 και $P=0,000$), την αϋπνία (t.b.=,595 και $P=0,000$), την ανησυχία (t.b.=,452 και $P=0,000$) και τη βουλιμία (t.b.=,300 και $P=0,005$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στις σκέψεις θανάτου και την σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,217 και $P=0,037$). Σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στις σκέψεις θανάτου και τη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=,-,273 και $P=0,011$) καθώς και την εκφραστικότητα της κλίμακας FES (t.b.=,-,209 και $P=0,044$).

4.8.2.14 Συσχετίσεις της Ενοχής της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενοχής και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενοχή και στις εξής μεταβλητές: το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,362 και $P=0,000$), την ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,365 και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,312

και $P=0,001$), την κατάθλιψη ($t.b.=,367$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,383$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,385$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,311$ και $P=0,001$) και τον ψυχωτισμό ($t.b.=,432$ και $P=0,000$).

Σημαντική ($P<0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ενοχή και: την ενδοστρεφή εχθρότητα ($t.b.= ,209$ και $P=0,034$), την συνολική εχθρότητα ($t.b.=,227$ και $P=0,019$), την σωματοποίηση ($t.b.=,203$ και $P=0,035$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,253$ και $P=0,013$) και τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,264$ και $P=0,015$).

4.8.2.15 Συσχετίσεις του Ολικού Σκορ της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ολικού σκορ της SCL και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P<0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στο ολικό σκορ της SCL και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα ($t.b.= ,462$ και $P=0,000$), την ενδοστρεφή εχθρότητα ($t.b.= ,441$ και $P=0,000$), την συνολική εχθρότητα ($t.b.=,518$ και $P=0,000$), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL ($t.b.=,810$ και $P=0,000$), την σωματοποίηση ($t.b.=,579$ και $P=0,000$), την ψυχαναγκαστικότητα ($t.b.=,683$ και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,667$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,784$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,766$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,519$ και $P=0,000$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,498$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,704$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,560$ και $P=0,000$), την αϋπνία ($t.b.=,456$ και $P=0,000$), την πρωινή αφύπνιση ($t.b.=,244$ και $P=0,008$), την ανησυχία ($t.b.=,461$ και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,562$ και $P=0,000$), την ενοχή ($t.b.=,413$ και $P=0,000$) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES ($t.b.=,267$ και $P=0,004$). Πολύ σημαντική ($P<0,01$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο ολικό σκορ της SCL και στη συνοχή της κλίμακας FES ($t.b.=,-,217$ και $P=0,021$).

Σημαντική ($P<0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο ολικό σκορ της SCL την ανορεξία ($t.b.=,205$ και $P=0,044$), την βουλιμία ($t.b.=,238$ και $P=0,011$), την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES ($t.b.=,235$ και $P=0,010$) και την υποκλίμακα ηθικής και θρησκευτικής έμφασης της κλίμακας FES ($t.b.=,216$ και $P=0,016$).

4.8.2.16 Συσχετίσεις του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του γενικού δείκτη συμπτωμάτων της SCL και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα ($t.b.=,462$ και $P=0,000$), την ενδοστρεφή εχθρότητα ($t.b.=,441$ και $P=0,000$), την συνολική εχθρότητα ($t.b.=,518$ και $P=0,000$), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL ($t.b.=,810$ και $P=0,000$), την σωματοποίηση ($t.b.=,579$ και $P=0,000$), την ψυχαναγκαστικότητα ($t.b.=,683$ και $P=0,000$), την διαπροσωπική ευαισθησία ($t.b.=,667$ και $P=0,000$), την κατάθλιψη ($t.b.=,784$ και $P=0,000$), το άγχος ($t.b.=,766$ και $P=0,000$), την επιθετικότητα ($t.b.=,519$ και $P=0,000$), το φοβικό άγχος ($t.b.=,498$ και $P=0,000$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($t.b.=,704$ και $P=0,000$), τον ψυχωτισμό ($t.b.=,560$ και $P=0,000$), την αϋπνία ($t.b.=,456$ και $P=0,000$), την πρωινή αφύπνιση ($t.b.=,244$ και $P=0,008$), την ανησυχία ($t.b.=,461$ και $P=0,000$), τις σκέψεις θανάτου ($t.b.=,562$ και $P=0,000$), την ενοχή ($t.b.=,413$ και $P=0,000$) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES ($t.b.=,267$ και $P=0,004$). Πολύ σημαντική ($P < 0,01$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL και στη συνοχή της κλίμακας FES ($t.b.=,-,217$ και $P=0,021$).

Σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL και τις εξής μεταβλητές: την ανορεξία ($t.b.=,205$ και $P=0,044$), την βουλιμία ($t.b.=,238$ και $P=0,011$), την υποκλίμακα προς επιτεύγματα της κλίμακας FES ($t.b.=,235$ και $P=0,010$) και την υποκλίμακα ηθικής και θρησκευτικής έμφασης της κλίμακας FES ($t.b.=,216$ και $P=0,016$).

4.8.2.17 Συσχετίσεις του Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων της Κλίμακας SCL-90

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα ($t.b.=,346$ και $P=0,000$), την ενδοστρεφή

εχθρότητα (t.b.=,321 και P=0,000), την συνολική εχθρότητα (t.b.=,385 και P=0,000), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,364 και P=0,000), την σωματοποίηση (t.b.=,405 και P=0,000), την ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,456 και P=0,000), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,456 και P=0,000), την κατάθλιψη (t.b.=,550 και P=0,000), το άγχος (t.b.=,432 και P=0,000), την επιθετικότητα (t.b.=,313 και P=0,000), το φοβικό άγχος (t.b.=,417 και P=0,000), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,494 και P=0,000), τον ψυχωτισμό (t.b.=,408 και P=0,000), την αϋπνία (t.b.=,407 και P=0,000), την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,382 και P=0,000), την ανησυχία (t.b.=,383 και P=0,000), την βουλιμία (t.b.=,283 και P=0,002), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,413 και P=0,000), την ενοχή (t.b.=,306 και P=0,001), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,561 και P=0,000), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,561 και P=0,000) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,256 και P=0,005).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL και την υποκλίμακα του προσανατολισμού προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,195 και P=0,033) .

4.8.3 Συσχετίσεις της Κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις

4.8.3.1 Συσχετίσεις της Μεταβλητής ANXIETY της Κλίμακας ECR

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της μεταβλητής ANXIETY της κλίμακας ECR και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=,377 και P=0,000), την ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.=,407 και P=0,000), την συνολική εχθρότητα (t.b.=,450 και P=0,000), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=,476 και P=0,000), την σωματοποίηση (t.b.=,274 και P=0,002), την ψυχαναγκαστικότητα (t.b.=,434 και P=0,000), την διαπροσωπική ευαισθησία (t.b.=,514 και P=0,000), την κατάθλιψη (t.b.=,489 και P=0,000), το άγχος (t.b.=,439 και P=0,000), την επιθετικότητα (t.b.=,382 και P=0,000), το φοβικό άγχος (t.b.=,315 και P=0,001), τον παρανοειδή ιδεασμό (t.b.=,504 και P=0,000), τον ψυχωτισμό (t.b.=,307 και P=0,001), την αϋπνία (t.b.=,364 και P=0,000), την ανησυχία (t.b.=,262 και P=0,005), την βουλιμία (t.b.=,273 και P=0,004), τις σκέψεις θανάτου (t.b.=,432 και

P=0,000), το ολικό σκορ της κλίμακας SCL (t.b.=,502 και P=0,000) και τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,502 και P=0,000), τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της SCL (t.b.=,343 και P=0,000) και τη σύγκρουση της κλίμακας FES (t.b.=,316 και P=0,001). Πολύ σημαντική (P<0,01) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR και στη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=-,262 και P=0,005).

Σημαντική (P<0,05) θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη μεταβλητή ANXIETY της κλίμακας ECR και: την πρωινή αφύπνιση (t.b.=,187 και P=0,044), την ενοχή (t.b.=,235 και P=0,014) καθώς και την υποκλίμακα του προσανατολισμού προς επιτεύγματα της κλίμακας FES (t.b.=,197 και P=0,032).

4.8.3.2 Συσχετίσεις της Μεταβλητής AVOIDANCE της Κλίμακας ECR

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της μεταβλητής AVOIDANCE της κλίμακας ECR και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική (P<0,05) αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή AVOIDANCE της κλίμακας ECR και στις εξής μεταβλητές: την εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.= -,186 και P=0,034), το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας της SCL (t.b.=-,177 και P=0,040), τον ψυχωτισμό (t.b.=-,219 και P=0,014) και στη συνοχή της κλίμακας FES (t.b.=,291 και P=0,002).

Πίνακας 15.1: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών

	ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ HDHQ	ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ HDHQ	ΣΥΝΟΛΟ HDHQ	ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ SCL	ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ SCL	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ SCL	ΑΓΧΟΣ SCL	ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ SCL	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΛΣΜΟΣ SCL	ΨΥΧΩΠΙΣΜΟΣ SCL
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ HDHQ													
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ HDHQ	,420** ,000												
ΣΥΝΟΛΟ HDHQ	,795** ,000	,669** ,000											
ΣΥΝΟΛΟ	,434**	,429**	,488**										

ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤ ΩΝ SCL	,000	,000	,000										
ΣΩΜΑΤΟ- ΠΟΙΗΣΗ SCL	,290'' ,001	,293'' ,001	,331'' ,000	,556'' ,000									
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑ- ΣΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	,340'' ,000	,337'' ,000	,387'' ,000	,648'' ,000	,479'' ,000								
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚ Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ SCL	,402'' ,000	,477'' ,000	,468'' ,000	,614'' ,000	,405'' ,000	,455'' ,000							
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ SCL	,459'' ,000	,472'' ,000	,517'' ,000	,685'' ,000	,526'' ,000	,658'' ,000	,633'' ,000						
ΑΓΧΟΣ SCL	,400'' ,000	,363'' ,000	,438'' ,000	,745'' ,000	,497'' ,000	,602'' ,000	,571'' ,000	,635'' ,000					
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗ ΤΑ SCL	,365'' ,000	,347'' ,000	,388'' ,000	,526'' ,000	,251'' ,005	,387'' ,000	,422'' ,000	,413'' ,000	,475'' ,000				
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ SCL	,354'' ,000	,451'' ,000	,428'' ,000	,464'' ,000	,334'' ,000	,260'' ,005	,438'' ,000	,423'' ,000	,459'' ,000	,374'' ,000			
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ SCL	,519'' ,000	,398'' ,000	,525'' ,000	,642'' ,000	,384'' ,000	,580'' ,000	,631'' ,000	,659'' ,000	,568'' ,000	,497'' ,000	,396'' ,000		
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ SCL	,236'' ,009	,216'' ,018	,268'' ,003	,517'' ,000	,321'' ,000	,512'' ,000	,421'' ,000	,474'' ,000	,495'' ,000	,325'' ,000	,379'' ,000	,399'' ,000	
ΑΨΙΠΝΙΑ SCL	,296'' ,002	,217'' ,028	,308'' ,001	,390'' ,000	,420'' ,000	,351'' ,000	,336'' ,001	,418'' ,000	,410'' ,000	,213'' ,031	,345'' ,001	,305'' ,002	,264'' ,007
ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ SCL	,094 ,320	,259'' ,007	,185'' ,050	,128 ,169	,232'' ,013	,133 ,157	,190'' ,040	,186'' ,047	,246'' ,009	,041 ,670	,276'' ,005	,130 ,168	,197'' ,039
ΑΝΗΣΥΧΙΑ SCL	,225'' ,019	,189 ,051	,257'' ,007	,417'' ,000	,486'' ,000	,444'' ,000	,280'' ,003	,401'' ,000	,419'' ,000	,155 ,109	,227'' ,023	,329'' ,001	,323'' ,001
ΑΝΟΡΕΞΙΑ SCL	,198 ,057	,121 ,251	,201 ,053	,293'' ,004	,159 ,123	,169 ,101	,182 ,080	,198 ,054	,219'' ,034	,280'' ,008	,177 ,103	,150 ,150	,183 ,082
ΒΟΥΛΙΜΙΑ SCL	,129 ,178	,154 ,113	,166 ,081	,192'' ,041	,241'' ,011	,218'' ,022	,235'' ,014	,175 ,063	,151 ,111	,136 ,160	,182 ,069	,253'' ,008	,242'' ,012
ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ SCL	,420'' ,000	,320'' ,001	,419'' ,000	,512'' ,000	,437'' ,000	,445'' ,000	,462'' ,000	,507'' ,000	,495'' ,000	,361'' ,000	,398'' ,000	,488'' ,000	,400'' ,000
ΕΝΟΧΗ SCL	,185 ,057	,209'' ,034	,227'' ,019	,362'' ,000	,203'' ,035	,365'' ,000	,312'' ,001	,367'' ,000	,383'' ,000	,385'' ,000	,253'' ,013	,311'' ,001	,432'' ,000
ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΠ SCL	,462'' ,000	,441'' ,000	,518'' ,000	,810'' ,000	,579'' ,000	,683'' ,000	,667'' ,000	,784'' ,000	,766'' ,000	,519'' ,000	,498'' ,000	,704'' ,000	,560'' ,000
ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤ ΩΝ SCL	,462'' ,000	,441'' ,000	,518'' ,000	,810'' ,000	,579'' ,000	,683'' ,000	,667'' ,000	,784'' ,000	,766'' ,000	,519'' ,000	,498'' ,000	,704'' ,000	,560'' ,000
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ	,346'' ,000	,321'' ,000	,385'' ,000	,364'' ,000	,405'' ,000	,456'' ,000	,456'' ,000	,550'' ,000	,432'' ,000	,313'' ,000	,417'' ,000	,494'' ,000	,408'' ,000

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL													
ANXIETY ECR	,377'' ,000	,407'' ,000	,450'' ,000	,476'' ,000	,274'' ,002	,434'' ,000	,514'' ,000	,489'' ,000	,439'' ,000	,382'' ,000	,315'' ,001	,504'' ,000	,307'' ,001
AVOIDANCE ECR	-,186' ,034	-,069' ,438	-,161' ,066	-,177' ,040	-,040' ,646	-,120' ,170	-,094' ,283	-,145' ,093	-,169' ,053	-,073' ,415	-,042' ,647	-,075' ,391	-,219' ,014

Πίνακας 15.2: Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών

	ΑΝΟΡΕΞΙΑ SCL	ΒΟΥΛΙΜΙΑ SCL	ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ SCL	ΕΝΟΧΗ SCL	ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΠ SCL	ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ANXIETY ECR	AVOIDANCE ECR
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΗΔΗQ	,198 ,057	,129 ,178	,420'' ,000	,185 ,057	,462'' ,000	,462'' ,000	,346'' ,000	,377'' ,000	-,186' ,034
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΗΔΗQ	,121 ,251	,154 ,113	,320'' ,001	,209' ,034	,441'' ,000	,441'' ,000	,321'' ,000	,407'' ,000	-,069' ,438
ΣΥΝΟΛΟ ΗΔΗQ	,201 ,053	,166 ,081	,419'' ,000	,227' ,019	,518'' ,000	,518'' ,000	,385'' ,000	,450'' ,000	-,161' ,066
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	,293'' ,004	,192' ,041	,512'' ,000	,362'' ,000	,810'' ,000	,810'' ,000	,364'' ,000	,476'' ,000	-,177' ,040
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ SCL	,159 ,123	,241' ,011	,437'' ,000	,203' ,035	,579'' ,000	,579'' ,000	,405'' ,000	,274'' ,002	-,040' ,646
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟ ΤΗΤΑ SCL	,169 ,101	,218' ,022	,445'' ,000	,365'' ,000	,683'' ,000	,683'' ,000	,456'' ,000	,434'' ,000	-,120' ,170
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ SCL	,182 ,080	,235' ,014	,462'' ,000	,312'' ,001	,667'' ,000	,667'' ,000	,456'' ,000	,514'' ,000	-,094' ,283
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ SCL	,198 ,054	,175 ,063	,507'' ,000	,367'' ,000	,784'' ,000	,784'' ,000	,550'' ,000	,489'' ,000	-,145' ,093
ΑΓΧΟΣ SCL	,219' ,034	,151 ,111	,495'' ,000	,383'' ,000	,766'' ,000	,766'' ,000	,432'' ,000	,439'' ,000	-,169' ,053
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	,280'' ,008	,136 ,160	,361'' ,000	,385'' ,000	,519'' ,000	,519'' ,000	,313'' ,000	,382'' ,000	-,073' ,415
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ SCL	,177 ,103	,182 ,069	,398'' ,000	,253' ,013	,498'' ,000	,498'' ,000	,417'' ,000	,315'' ,001	-,042' ,647
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ SCL	,150 ,150	,253'' ,008	,488'' ,000	,311'' ,001	,704'' ,000	,704'' ,000	,494'' ,000	,504'' ,000	-,075' ,391
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ SCL	,183 ,082	,242' ,012	,400'' ,000	,432'' ,000	,560'' ,000	,560'' ,000	,408'' ,000	,307'' ,001	-,219' ,014
ΑΥΤΙΝΙΑ SCL	-,070 ,538	,216' ,038	,595'' ,000	,135 ,204	,456'' ,000	,456'' ,000	,407'' ,000	,364'' ,000	-,051' ,592
ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ SCL	-,105 ,342	140 ,168	,143 ,173	,181 ,080	,244'' ,008	,244'' ,008	,382'' ,000	,187' ,044	,084 ,369

ΑΝΗΣΥΧΙΑ SCL	-,138 ,218	,175 ,089	,452'' ,000	,193 ,065	,461'' ,000	,461'' ,000	,383'' ,000	,262'' ,005	-,030 ,752
ΑΝΟΡΕΞΙΑ SCL		,015 ,896	,129 ,265	,110 ,333	,205' ,044	,205' ,044	-,013 ,899	,165 ,106	-,134 ,190
ΒΟΥΛΙΜΙΑ SCL			,300'' ,005	,055 ,600	,238' ,011	,238' ,011	,283'' ,002	,273'' ,004	,040 ,673
ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ SCL				,264' ,015	,562'' ,000	,562'' ,000	,413'' ,000	,432'' ,000	-,125 ,198
ΕΝΟΧΗ SCL					,413'' ,000	,413'' ,000	,306'' ,001	,235' ,014	-,021 ,823
ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ SCL						1,00	,561'' ,000	,502'' ,000	-,124 ,148
ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL							,561'' ,000	,502'' ,000	-,124 ,148
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL								,343'' ,000	,048 ,579
ΑΝΧΙΕΤΥ ECR									-,084 ,329

Πίνακας 16: Συσχετίσεις δεικτών Οικογενειακής Ατμόσφαιρας

	ΣΥΝΟΧΗ	ΕΚΦΡΑΣΤΙΚ ΟΤΗΤΑ	ΣΥΓΚΡΟ ΥΣΗ	ΑΝΕΞΑΡ ΤΗΣΙΑ	ΠΡΟΣ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑ ΤΑ	ΠΡΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣ ΜΟ	ΠΡΟΣ ΨΥΧΑΓΩ ΓΙΑ	ΗΘΙΚΗ ΘΡΗΣΚ. ΕΜΦΑΣΗ	ΟΡΓΑ ΝΩΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΣ
ΕΚΦΡΑΣΤΙΚ ΟΤΗΤΑ	,074 ,487									
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	-,212* ,041	-,088 ,390								
ΑΝΕΞΑΡΤΗΣ ΙΑ	,162 ,122	,247* ,017	-,249* ,014							
ΠΡΟΣ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑ ΤΑ	,083 ,431	-,047 ,653	,032 ,753	,074 ,473						
ΠΡΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟ	,275** ,008	,044 ,670	-,191 ,056	,208* ,038	,216* ,033					
ΠΡΟΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	,149 ,150	,014 ,892	-,049 ,625	,146 ,145	,231* ,023	,360** ,000				
ΗΘΙΚΗ ΘΡΗΣΚ ΕΜΦ	-,024 ,815	,108 ,289	,072 ,466	,001 ,995	,110 ,275	-,045 ,648	-,101 ,307			
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	,082 ,435	-,051 ,624	,077 ,442	-,062 ,543	,014 ,889	,027 ,787	,017 ,867	-,085 ,394		
ΕΛΕΓΧΟΣ	,059 ,572	-,154 ,137	,002 ,981	,068 ,505	,015 ,883	-,049 ,625	-,077 ,445	-,021 ,829	,241* ,017	

TOTAL_FES	,388**	-,007	-,046	,260*	,376**	,530**	,364**	,109	,089	,212*
	,000	,949	,658	,013	,000	,000	,000	,289	,394	,042

4.8.4 Συσχετίσεις της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος

4.8.4.1 Συσχετίσεις της Συνοχής της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνοχής και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συνοχή και στις εξής μεταβλητές: τον πνευματικό – πολιτιστικό προσανατολισμό (t.b.= ,275 και $P=0,008$) και την TOTAL FES (t.b.= ,388 και $P=0,000$).

Σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη συνοχή και την σύγκρουση (t.b.= -,212 και $P=0,041$).

4.8.4.2 Συσχετίσεις της Εκφραστικότητας της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της εκφραστικότητας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση μόνο ανάμεσα στην εκφραστικότητα και στην ανεξαρτησία (t.b.= ,247 και $P=0,017$).

4.8.4.3 Συσχετίσεις της Σύγκρουσης της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της σύγκρουσης και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική ($P < 0,05$) αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη σύγκρουση και στην ανεξαρτησία (t.b.= -,249 και $P=0,014$).

4.8.4.4 Συσχετίσεις της Ανεξαρτησίας της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ανεξαρτησίας και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ανεξαρτησία και στις εξής μεταβλητές: τον πνευματικό – πολιτιστικό προσανατολισμό ($t.b. = ,208$ και $P = 0,038$) και την TOTAL FES ($t.b. = ,260$ και $P = 0,013$).

4.8.4.5 Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Προσανατολισμού προς Επιτεύγματα της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της υποκλίμακας προς επιτεύγματα και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα προς επιτεύγματα και την TOTAL FES ($t.b. = ,376$ και $P = 0,000$).

Σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην υποκλίμακα προς επιτεύγματα στις εξής μεταβλητές: τον πνευματικό – πολιτιστικό προσανατολισμό ($t.b. = ,216$ και $P = 0,033$) και στον προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα ($t.b. = ,231$ και $P = 0,023$).

4.8.4.6 Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Πνευματικού – Πολιτιστικού Προσανατολισμού της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της υποκλίμακας του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον πνευματικό – πολιτιστικό προσανατολισμό και στις εξής μεταβλητές: στον προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα ($t.b. = ,360$ και $P = 0,000$) και την TOTAL FES ($t.b. = ,530$ και $P = 0,000$).

4.8.4.7 Συσχετίσεις της Υποκλίμακας του Προσανατολισμού προς Ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της υποκλίμακας του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα και την TOTAL FES (t.b.= ,364 και $P=0,000$).

4.8.4.8 Συσχετίσεις της Ηθικής και Θρησκευτικής Έμφασης της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά δεν προέκυψε καμία συσχέτιση θετική ή αρνητική.

4.8.4.9 Συσχετίσεις της Οργάνωσης της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της οργάνωσης και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην οργάνωσης και τον έλεγχο (t.b.= ,241 και $P=0,017$).

4.8.4.10 Συσχετίσεις του Ελέγχου της Κλίμακας FES

Από τον στατιστικό έλεγχο ο οποίος πραγματοποιήθηκε για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ελέγχου και κάθε μία άλλης μεταβλητής ξεχωριστά προέκυψε σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση ανάμεσα στον έλεγχο και την TOTAL FES (t.b.= ,212 και $P=0,042$).

Πίνακας 17.1: Συσχετίσεις δεικτών Οικογενειακής Ατμόσφαιρας με λοιπούς δείκτες

	ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΗΔΗΘ	ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΗΔΗΘ	ΣΥΝΟΛΟ ΗΔΗΘ	ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ SCL	ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΛΙΣΘΗΣΙΑ SCL	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ SCL	ΑΓΧΟΣ SCL	ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ SCL	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ SCL	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ SCL	ΨΥΧΩΣΙΣΜΟΣ SCL
ΣΥΝΟΧΗ	-,267'' ,005	-,260'' ,008	-,290'' ,002	-,211'' ,025	-,034 ,738	-,086 ,367	-,248'' ,010	-,182 ,054	-,211'' ,028	-,252'' ,010	-,302'' ,003	-,426'' ,010	-,262'' ,007
ΕΚΦΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	-,272'' ,004	-,240'' ,011	-,282'' ,002	-,170'' ,064	-,087 ,346	-,079 ,395	-,246'' ,008	-,126 ,173	-,097 ,295	-,106 ,264	-,053 ,586	-,218'' ,020	-,058 ,538
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,217'' ,020	-,240'' ,011	,226'' ,015	,215'' ,019	,146 ,113	,215'' ,020	,274'' ,003	,308'' ,001	,193'' ,038	,350'' ,000	,190 ,052	,324'' ,001	,161 ,089
ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ	-,084 ,378	-,171 ,075	-,100 ,290	-,177 ,057	-,035 ,706	-,120 ,202	-,245'' ,010	-,183 ,051	-,102 ,282	-,217'' ,024	-,093 ,347	-,265'' ,005	-,144 ,266
ΠΡΟΣΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	,262'' ,005	,123 ,196	,238'' ,010	,213'' ,020	,204'' ,028	,244'' ,009	,217'' ,020	,268'' ,004	,158 ,090	,143 ,131	,043 ,661	,222'' ,018	,119 ,208
ΠΡΟΣΠΟΛΙΤΙΣΜΟ	-,206'' ,025	-,260'' ,005	-,250'' ,006	-,069 ,442	,003 ,977	,003 ,977	-,154 ,094	-,079 ,383	-,052 ,569	-,069 ,456	-,152 ,114	-,133 ,147	-,058 ,533
ΠΡΟΣΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	-,204'' ,027	-,350'' ,000	-,277'' ,002	-,082 ,362	-,089 ,324	,013 ,886	-,198'' ,031	-,100 ,269	-,047 ,609	-,020 ,827	-,166 ,082	-,122 ,184	-,036 ,700
ΗΘΙΚΗ ΘΡΗΣΚΕΜΦ	,269'' ,003	,277'' ,003	,295'' ,001	,230'' ,011	,288'' ,001	,154 ,090	,232'' ,011	,206'' ,023	,263'' ,004	,048 ,604	,276'' ,004	,157 ,088	-,009 ,922
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	,102 ,277	,108 ,255	,104 ,264	,049 ,595	,064 ,485	,006 ,949	,079 ,395	,067 ,470	-,015 ,871	,113 ,234	,081 ,406	,089 ,340	-,060 ,527
ΕΛΕΓΧΟΣ	,083 ,373	,097 ,302	,071 ,446	,028 ,755	,090 ,327	,019 ,840	,096'' ,301	,083 ,365	-,002 ,986	,096 ,307	,057 ,554	,082 ,380	-,103 ,273
TOTAL_FES	-,019 ,829	-,067 ,455	-,053 ,543	,026 ,764	,140 ,109	,084 ,337	-,021 ,816	,075 ,391	,046 ,597	,030 ,736	-,005 ,958	-,002 ,982	-,094 ,291

Πίνακας 17.2: Συσχετίσεις δεικτών Οικογενειακής Ατμόσφαιρας με λοιπούς δείκτες

	ΑΝΟΡΕΞΙΑ SCL	ΒΟΥΛΙΜΙΑ SCL	ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ SCL	ΕΝΟΧΗ SCL	ΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ SCL	ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ SCL	ANXIETY ECR	AVOIDANCE ECR
ΣΥΝΟΧΗ	-,136 ,227	-,020 ,842	-,273'' ,011	-,009 ,929	-,217'' ,021	-,217'' ,021	-,126 ,180	-,262'' ,005	,291'' ,002
ΕΚΦΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	-,142	-,051	-,209''	-,036	-,116	-,116	,022	-,124	,138

	,193	,612	,044	,726	,206	,206	,813	,178	,134
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,208 ,057	,095 ,343	,217' ,037	,197 ,055	,267'' ,004	,267'' ,004	,256'' ,005	,316'' ,001	-,115 ,210
ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ	-,262' ,018	-,005 ,961	-,172 ,102	-,003 ,975	-,166 ,074	-,166 ,074	-,094 ,310	-,168 ,072	-,023 ,804
ΠΡΟΣΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	-,086 ,431	,135 ,179	,109 ,292	,149 ,145	,235' ,010	,235' ,010	,195' ,033	,197' ,032	-,124 ,179
ΠΡΟΣΠΟΛΙΤΙΣΜΟ	-,211' ,049	-,131 ,184	-,134 ,188	,026 ,792	-,081 ,368	-,081 ,368	-,077 ,390	-,170 ,060	,005 ,954
ΠΡΟΣΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	,022 ,839	,033 ,735	-,128 ,209	-,061 ,541	-,090 ,316	-,090 ,316	-,079 ,378	-,100 ,266	,016 ,863
ΗΘΙΚΗ ΘΡΗΣΚ ΕΜΦ	-,025 ,814	,064 ,514	,165 ,105	,047 ,638	,216' ,016	,216' ,016	,056 ,532	,068 ,453	-,060 ,506
ΟΡΓΑΝΩΣΗ	-,185 ,089	,034 ,734	,115 ,268	,014 ,887	,040 ,665	,040 ,665	,084 ,356	-,087 ,341	,003 ,977
ΕΛΕΓΧΟΣ	,095 ,384	,024 ,811	,198 ,055	,047 ,645	,042 ,645	,042 ,645	,033 ,712	-,021 ,818	,113 ,219
TOTAL_FES	-,183 ,076	,039 ,677	,021 ,832	,057 ,557	,055 ,522	,055 ,522	,066 ,441	-,097 ,266	,036 ,679

Συζήτηση

Τις πέντε τελευταίες δεκαετίες ένα μεγάλο πλήθος παραγόντων έχει ερευνηθεί συστηματικά για την συσχέτιση τους με τη «θεραπευτική συμμόρφωση». Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη θεραπευτική συμμόρφωση και τη σχέση αυτής με διάφορους οικογενειακούς παράγοντες.

Σύμφωνα με την DiMatteo (1995) το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών με χρόνια φαρμακευτική θεραπεία κυμαίνεται μεταξύ 40% με 50%. Και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει γύρω στο 50% το ποσοστό συμμόρφωσης των ασθενών στις ανεπτυγμένες χώρες (Sabaté, 2003). Τα ποσοστά έντονης συμμόρφωσης των ασθενών της παρούσας έρευνας υπολογίζονται στο 55,4%. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τα προαναφερθέντα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας.

Το δείγμα της έρευνας ήταν 65 ασθενείς με πόνο στο γόνατο ή και στο ισχίο με ηλικιακό εύρος από 30 έως 70 ετών. Στο συγκεκριμένο δείγμα τα άτομα ηλικίας από 61-70 ετών φαίνεται να είναι περισσότερο συμμορφωμένα θεραπευτικά (33,8%) από τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Οι Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens (2001) θεωρούνε ότι οι περισσότερο συμμορφωμένοι ασθενείς είναι αυτοί οι οποίοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Jin et al. (2008) στην ανασκόπηση την οποία πραγματοποίησαν για τους παράγοντες διαμόρφωσης της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Στη παρούσα εργασία, παρά το ότι τα άτομα ηλικίας 61-70 ετών έχουν τα υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης από την στατιστική επεξεργασία η οποία πραγματοποιήθηκε δεν προέκυψε ότι η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών όπως των Lee & Tant το 1979 και της Ross το 1991 (Lee & Tant, 1979; Ross, 1991) οι οποίοι θεωρούνε ότι η ηλικία δεν συσχετίζεται με τη θεραπευτική συμμόρφωση.

Παρά του ότι οι άνδρες εμφανίζουν έντονη συμμόρφωση σε ποσοστό 72,7% δεν προκύπτει διαφοροποίηση της συμμόρφωσης ανάλογα με το φύλο του ασθενή. Και σε έρευνα των Dannecker et al. (2008) σε ασθενείς με μυϊκό πόνο δεν προέκυψε διαφορά στη συμμόρφωση ανάλογα με το φύλο.

Ως προς τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση δεν αναδεικνύεται κάποια διαφορά στη συμμόρφωση ανάμεσα σε όσους είναι έγγαμοι και σε όσους συμβιούν. Και στις δύο ομάδες υπάρχει σύντροφος άρα και σχέση, ανεξάρτητα από το αν υπάρχει

ταυτόχρονα και γάμος Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου επηρεάζει θετικά τη συμμόρφωση (Jin et al., 2008). Από τη στατιστική επεξεργασία δε φάνηκε να επηρεάζεται η συμμόρφωση είτε από την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια είτε από το φύλο αυτών.

Ούτε ο τόπος διαμονής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, αποτελούν παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Ένας παράγοντας επίδρασης στη θεραπευτική συμμόρφωση αποτελεί η προσβασιμότητα στο Σύστημα Υγείας (Osterberg & Blaschke, 2005). Όλα τα άτομα του συγκεκριμένου δείγματος είχαν σχετικά εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φροντίδας και αυτός ίσως είναι ένας παράγον μη ύπαρξης διαφοροποίησης ανάλογα με τον τόπο διαμονής.

Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο οι απόφοιτοι δημοτικού (34,5%) αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με χαμηλή συμμόρφωση ενώ οι απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (36,1%) αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με έντονη συμμόρφωση. Παρά αυτή την ένδειξη δεν προέκυψε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών οπότε και δεν μπορεί να θεωρηθεί το εκπαιδευτικό επίπεδο παράγοντας επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Και ανάμεσα στους ερευνητές του συγκεκριμένου θέματος το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί πεδίο διαφωνίας για την επίδρασή του στη θεραπευτική συμμόρφωση.

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση επίσης δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση. Παρά τη μη ύπαρξη σημαντικής στατιστικά διαφοροποίησης οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ως επάγγελμα τα οικιακά και όσοι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης (30,6% και οι δύο ομάδες). Σύμφωνα με τους Jin et al. (2008) οι νοικοκυρές είναι περισσότερο συμμορφωμένες εξαιτίας του ότι δεν έχουν συγκεκριμένες επαγγελματικές υποχρεώσεις άρα έχουν το περιθώριο να προσαρμόζονται καλύτερα τόσο στα ιατρικά ραντεβού όσο και στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Στην έρευνα την οποία πραγματοποίησαν οι Larsen et al. το 2009 σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών δεν προκύπτει ότι η διαφορά στη συμμόρφωση μεταξύ των κρατών της Ευρώπης οφείλεται σε κοινωνικό- δημογραφικά και κοινωνικό – οικονομικά κριτήρια. Σύμφωνα με τους Alexandre et al. (2002) οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν τη μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.

Τα μικρότερα ποσοστά συμμόρφωση φαίνεται να έχουν οι ασθενείς οι οποίοι πονούν τόσο στο γόνατο/α όσο και ισχίο/α (16,9%) ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης έχουν όσοι πονούν στο γόνατο ή και στα δύο γόνατα χωρίς να προκύπτει κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιφάνειας του πόνου και της συμμόρφωσης. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και για τον παράγοντα της διάρκειας του πόνου. Από το σύνολο των ασθενών όσοι πονούν 1-5 χρόνια παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συμμόρφωση (36.1%) χωρίς αυτό να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα του υπό μελέτη θέματος. Σύμφωνα με τους Hinkley & Jarcmko (1994) η μεγαλύτερη διάρκεια και επιφάνεια πόνου συνδέεται με μεγαλύτερη ψυχολογική αποδιοργάνωση σε ασθενείς με ορθοπεδικό πόνο ενώ σύμφωνα με τον Sabaté (2003) η συννοσηρότητα επηρεάζει σημαντικά τη μη συμμόρφωση. Οι Tuncay et al. (2007) υποστηρίζουν ότι στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα η διάρκεια της ασθένειας δεν επηρεάζει τη συμμόρφωση αυτών.

Η στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε αναδεικνύει την ένταση του πόνου ως έναν ενδεικτικό παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης ($P=0,079$). Τα άτομα με ισχυρό πόνο παρουσίασαν τα μεγαλύτερα ποσοστά έντονης συμμόρφωσης (41,7%). Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, από την οποία νοσεί μεγάλο μέρος του δείγματος, η συμμόρφωση φαίνεται να επηρεάζεται από την ίδια τη φύση της ασθένειας δηλαδή τις εξάρσεις και υφέσεις αυτής. Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι συμμορφώνονται κυρίως κατά τη διάρκεια των εξάρσεων της ασθένειας (Turk & Rudy, 1991).

Αναφορικά με την χρήση φαρμάκων και τη συχνότητα κατανάλωσης αυτών δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων παρόλα αυτά τα άτομα με ήπια συμμόρφωση καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα (55,2%) σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν έντονη συμμόρφωση (50,0%). Τα άτομα τα οποία δεν είναι πλήρως συμμορφωμένα κάνουν μεγαλύτερη κατανάλωση από Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα. Ενώ και η κατανάλωση παυσίπων είναι πιο συχνή στους ασθενείς με ήπια θεραπευτική συμμόρφωση και αυτή γίνεται κυρίως επί πόνου. Τόσο η συχνότητα χρήσης φαρμάκων πόνου όσο και το είδος αυτών δεν φαίνεται, από τη συγκεκριμένη ανάλυση, να αποτελούν παράγοντες επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Στη διεθνή βιβλιογραφία τα αποτελέσματα για τη συσχέτιση των φαρμάκων με την θεραπευτική συμμόρφωση είναι αντιφατικά. Άλλοι, όπως οι Donovan & Blake (1992) υποστηρίζουν ότι ο αριθμός των φαρμάκων επηρεάζει τη μη συμμόρφωση κυρίως λόγω του φόβου της εξάρτησης από αυτά ενώ άλλοι όπως οι Horne & Weinman

(1999) θεωρούν ότι ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν σχετίζεται με τη συμμόρφωση. Οι Harrold & Andrade (2009) υποστηρίζουν ότι στις χρόνιες ρευματικές παθήσεις οι πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων αποτελούν έναν από τους βασικότερους παράγοντες μη συμμόρφωσης.

Σε σχέση με τις υπόλοιπες δράσεις οι οποίες είναι βοηθητικές για τον πόνο στο γόνατο ή και το ισχίο όπως τα ιαματικά λουτρά, οι φυσικοθεραπείες, η απώλεια βάρους και η κολύμβηση, επίσης δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο συγκρινόμενων ομάδων. Παρά το συγκεκριμένο αποτέλεσμα το οποίο προέκυψε από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων τα άτομα με έντονη συμμόρφωση χρησιμοποιούν τα ιαματικά λουτρά πιο συχνά (30,6%) σε σχέση με τα άτομα με ήπια συμμόρφωση (20,7%). Επίσης η ομάδα των περισσότερο θεραπευτικά συμμορφωμένων ασθενών κάνει φυσικοθεραπείες σε ποσοστό 47,2% ενώ των λιγότερο συμμορφωμένων σε ποσοστό 34,5%. Όσοι είναι συμμορφωμένοι με τις οδηγίες του γιατρού έκαναν μεγαλύτερη προσπάθεια για την απώλεια βάρους, η οποία είναι και παράγοντας επιδείνωσης του πόνου στο γόνατο και του ισχίου, σε σχέση με όσους είναι λιγότερο θεραπευτικά συμμορφωμένοι. Σε αντίθεση με την μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των ήπια και έντονα θεραπευτικά συμμορφωμένων ασθενών σε σχέση με τους τέσσερις παραπάνω παράγοντες, προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά σε σχέση με τη γυμναστική συνολικά (περπάτημα, τρέξιμο, κ.λ.π.). Όσοι παρουσιάζουν έντονη συμμόρφωση γυμνάζονται σε ποσοστό 50% ενώ όσοι παρουσιάζουν ήπια συμμόρφωση δεν γυμνάζονται σε ποσοστό 75,9%.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα αυτής της εργασίας ήταν το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ θεραπευτικής συμμόρφωσης και «εχθρότητας (hostility)». Για τη διερεύνηση του συγκεκριμένου ερωτήματος χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire) (HDHQ; Caine και συν, 1967). Συχνά η διερεύνηση της εχθρότητας μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες ερμηνείες και κάποιο άτομο να χαρακτηριστεί ως επιθετικό χωρίς στην πραγματικότητα να είναι. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συμβάλει στην αποφυγή τέτοιων λαθών και διερευνά την επιθετικότητα σε δύο άξονες, την ενδοστρεφή (intropunitiveness) και την εξωστρεφή επιθετικότητα (extrapunitiveness) (Arrindell et al., 1984). Η εξωστρεφής εχθρότητα προκύπτει από το άθροισμα της παρορμητικής επιθετικότητας (acting-out hostility), της επίκρισης των άλλων (criticism of others) και της παρανοειδούς επιθετικότητας (paranoid hostility) ενώ η ενδοστρεφής από

το άθροισμα της αυτό – επίκρισης (self-criticism) και της παραληρηματικής ενοχής (guilt). Σε σχέση με την εξωστρεφή επιθετικότητα η μέση τιμή για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση ήταν $13,97 \pm 5,72$ με εύρος 6-26, ενώ η μέση τιμή για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση ήταν $14,42 \pm 4,94$ με εύρος 6-24. Από τη στατιστική επεξεργασία η οποία πραγματοποιήθηκε δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, συνεπώς η συγκεκριμένη εργασία δεν αναδεικνύει την εξωστρεφή εχθρότητα ως παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι η εξωστρεφής επιθετικότητα και των δύο ομάδων, όσων δηλαδή έχουν ήπια ή έντονη συμμόρφωση είναι μεγαλύτερη από τις μέσες τιμές του υγιή πληθυσμού οι οποίες είναι $11,26 \pm 4,39$ για τους άνδρες και $11,58 \pm 4,90$ για τις γυναίκες (Angelopoulos et al., 1995). Επίσης φαίνεται ότι όσοι έχουν μεγαλύτερη συμμόρφωση δίνουν υψηλότερες μέσες τιμές σε σχέση με όσους έχουν ήπια συμμόρφωση ενώ το αντίθετο ισχύει για την εσωστρεφή εχθρότητα.

Σε σχέση με την ενδοστρεφή εχθρότητα όσοι είχαν ήπια συμμόρφωση η μέση τιμή αυτής ήταν $7 \pm 3,46$ ενώ όσοι είχαν έντονη συμμόρφωση $6,61 \pm 3,11$. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων δεν προέκυψε ούτε για την ενδοστρεφή εχθρότητα. Σε σύγκριση με τις μέσες τιμές του υγιή πληθυσμού $4,88 \pm 2,45$ για τους άνδρες και $5,97 \pm 2,95$ για τις γυναίκες (Angelopoulos et al., 1995) οι μέσες τιμές και των δύο υπό σύγκριση ομάδων είναι υψηλότερες. Ένα από τα ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν ότι η εσωστρεφής επιθετικότητα είναι υψηλότερη στους ασθενείς με μειωμένη θεραπευτική συμμόρφωση. Προκύπτει από την στατιστική ανάλυση ότι όσοι έχουν χαμηλότερη συμμόρφωση έχουν υψηλότερη εσωστρεφή επιθετικότητα σε σχέση με όσους συμμορφώνονται επαρκέστερα χωρίς όμως αυτό να επιβεβαιώνεται, όπως προαναφέρθηκε, στατιστικά.

Σε σχέση με την ολική «εχθρότητα (total hostility)» η οποία προκύπτει από το άθροισμα της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας, η ομάδα όσων είχαν ήπια συμμόρφωση έδωσε μέση τιμή $20,97 \pm 7,95$ ενώ όσοι είχαν έντονη συμμόρφωση $21,03 \pm 7,39$. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με την ολική εχθρότητα. Οι μέσες τιμές και των δύο ομάδων ήταν αρκετά μεγαλύτερες από αυτές του υγιή πληθυσμού, όπου είναι $16,20 \pm 8,64$ για τους άνδρες και $17,55 \pm 6,56$ για τις γυναίκες (Angelopoulos et al., 1995). Επίσης φαίνεται ότι όσοι έχουν καλύτερη συμμόρφωση έχουν και υψηλότερο σκορ στην ολική εχθρότητα. Η ένδειξη αυτή είναι αντίθετη με τα αποτελέσματα έρευνας για την σύνδεση της εχθρότητας με την

θεραπευτική συμμόρφωση. Το μέγεθος της εχθρότητας δεν ήταν ικανό να προβλέψει τη συμμόρφωση των υπό εξέταση ασθενών αλλά όσοι είχαν υψηλότερη εχθρότητα σύμφωνα με το BSI Hostility Scale είχαν και περισσότερα περιστατικά μη πιστής τήρησης της θεραπευτικής αγωγής (Lee et al., 1992). Επίσης σε έρευνά τους οι Kraus et al. (2001) υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα όπως έχει αξιολογηθεί από την κλίμακα SCL-90-R αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα μη θεραπευτικής συμμόρφωσης ασθενών με Ηπατίτιδα C.

Ένα ακόμη ερώτημα στο οποίο η συγκεκριμένη εργασία προσπάθησε να απαντήσει ήταν το αν και πως η οικογένεια και οι διάφορες παράμετροι αυτής επιδρούν στη θεραπευτική συμμόρφωση. Για τη διερεύνηση αυτού του ερωτήματος χορηγήθηκε η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990). Οι σχέσεις της οικογένειας (relationship dimensions) εξετάστηκαν με τις υποκλίμακες συνοχή (cohesion), εκφραστικότητα (expressiveness) και σύγκρουση (conflict). Για την υποκλίμακα της συνοχής, τον βαθμό δηλαδή στον οποίο τα μέλη της οικογένειας έχουν δεσμευτεί σε αυτή και το βαθμό στον οποίο είναι βοηθητικά και υποστηρικτικά μεταξύ τους, οι μέσες τιμές των δύο ομάδων της έρευνας είναι $7,48 \pm 1,24$ για τα άτομα με ήπια συμμόρφωση και $7,28 \pm 1,50$ για τα άτομα με έντονη συμμόρφωση. Από την στατιστική επεξεργασία δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων και της συμμόρφωσης. Παρατηρούμε ότι οι τιμές των δύο ομάδων είναι σχεδόν όμοιες ενώ είναι ελαφρώς πιο αυξημένες από τις τιμές του υγιή πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται στο 6-7 σύμφωνα με τον Moos (Moos, 1990; Moos, 1986) και οι οποίες βρίσκονται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές οι οποίες ισχύουν για τον ελληνικό υγιή πληθυσμό (Μάτσα, 1997). Οικογένειες στις οποίες υπάρχει έντονη συνοχή τα μέλη τους είναι ιδιαίτερα στενά συνδεδεμένα συναισθηματικά, έντονα αλληλοεξαρτώμενα ενώ δεν υπάρχει χώρος για την ατομικότητα του καθενός. Το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας των ατόμων διοχετεύεται στην οικογένεια και υπάρχουν περιορισμένες δραστηριότητες εκτός αυτής. Στις οικογένειες με μικρή συνοχή τα άτομα είναι ιδιαίτερα ανεξάρτητα και μη εμπλεκόμενα συναισθηματικά μεταξύ τους. Ο καθένας τους λειτουργεί ανεξάρτητα και δεν στρέφονται ο ένας στον άλλον για υποστήριξη ή για την επίλυση προβλημάτων. Στις οικογένειες στις οποίες υπάρχουν ικανοποιητικά επίπεδα συνοχής υπάρχει επαρκής ατομικότητα με ταυτόχρονη ύπαρξη δυνατότητας για μοίρασμα χρόνου, δραστηριοτήτων, συναισθημάτων καθώς και υποστήριξη μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ζευγαριού (Olson &

Gorall, 2003). Στη διεθνή βιβλιογραφία τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα για τη συσχέτιση μεταξύ της συνοχής της οικογένειας και του ζευγαριού με τη λειτουργία της οικογένειας. Σύμφωνα με τους Bebbington & Delemos (1996) οι γάμοι στους οποίους υπάρχει χρόνιος πόνος είναι πιο σταθεροί από εκείνους χωρίς πόνο. Το συμπέρασμά τους αυτό το στηρίζουν στις αρχές της Συστημικής Θεωρίας (Roy, 2001). Σε έρευνά τους οι Kopp et al. (1995) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συνοχή δεν αποτελεί παράγοντα ο οποίος διαφοροποιεί τις οικογένειες με χρόνιο πόνο και τη λειτουργικότητα αυτών από τις υπόλοιπες φυσιολογικές οικογένειες. Στο αντίθετο συμπέρασμα καταλήγει η έρευνα των Naidoo & Pillay (1994) καθώς και αυτή των Romano et al. (1997) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι οικογένειες με πόνο παρουσιάζουν μικρότερη συνοχή η οποία υποδηλώνει και την μείωση της ικανότητας τους για βοήθεια και υποστήριξη (Roy, 2001). Ίσως οι μέσες τιμές της συνοχής παρουσιάζουν ομοιότητα γιατί οι ασθενείς με χρόνιο πόνο και των δύο ομάδων της έρευνας δίνουν έμφαση στη συνοχή ως βασικό παράγοντα διατήρησης του οικογενειακού συστήματος ανεξάρτητα με την θεραπευτική συμμόρφωση.

Και στην υποκλίμακα της εκφραστικότητας, ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται και επιτρέπεται να ενεργούν ελεύθερα και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους άμεσα, και οι δύο ομάδες είχαν σχεδόν όμοιες μέσες τιμές. Η ομάδα των ασθενών με ήπια συμμόρφωση είχε μέση τιμή $5,86 \pm 1,33$ ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση $5,83 \pm 1,78$. Οι τιμές αυτές εντάσσονται στις τιμές οι οποίες ισχύουν για τον υγιή πληθυσμό σύμφωνα με τον Moos (Moos, 1990; Moos, 1986) και οι οποίες βρίσκονται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές οι οποίες ισχύουν για τον ελληνικό υγιή πληθυσμό (Μάτσα, 1997). Από τη στατιστική επεξεργασία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση. Για τον παράγοντα της εκφραστικότητας οι Kopp et al. (1995) υποστηρίζουν ότι διαφοροποιεί τη λειτουργία οικογενειών με χρόνιο πόνο και αυτών χωρίς πόνο. Στο αντίθετο συμπέρασμα καταλήγουν οι Romano et al. (1997) και οι Naidoo & Pillay (1994) (Roy, 2001).

Στην υποκλίμακα της σύγκρουσης, η οποία εκφράζει τον βαθμό στον οποίο η ανοικτή έκφραση του θυμού, της επιθετικότητας καθώς και οι συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις αποτελούν χαρακτηριστικό της οικογένειας, η ομάδα με ήπια συμμόρφωση είχε μέση τιμή $2,28 \pm 1,53$ ενώ η ομάδα με την υψηλότερη συμμόρφωση $2,19 \pm 2,10$. Και οι δύο ομάδες παρουσιάζουν σχεδόν όμοιες μέσες τιμές με μια μικρή διαφοροποίηση των 0.09 μονάδων. Οι μέσες τιμές για τον υγιή πληθυσμό σύμφωνα με τον

Moos είναι $2,5 -4$ (Moos, 1990; Moos, 1986) ενώ για τον ελληνικό πληθυσμό $2,1 \pm 2,2$ (Μάτσα, 1997). Μεταξύ των δύο ομάδων της έρευνας δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Οι επικριτικές ή εχθρικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια επιδρούν στη σωματική υγεία και αποτελούν προγνωστικό παράγοντα υποτροπής ή φτωχών θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Campbell, 2005). Ο Naidoo (1994) αναφέρει τη σύγκρουση ως παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο και τη λειτουργικότητα της οικογένειας ενώ άλλοι θεωρητικοί όπως οι Kopp et al. (1995) και οι Romano et al. (1997) δεν υποστηρίζουν την ίδια άποψη (Roy, 2001).

Η δυνατότητα την οποία δίνει η οικογένεια στα μέλη της για προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση διερευνήθηκε μέσω των υποκλιμάκων της ανεξαρτησίας (independence), του προσανατολισμού για επιτεύγματα (achievement orientation), του πνευματικού – πολιτιστικού προσανατολισμού (intellectual / cultural orientation), του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active / recreational orientation) και της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης (moral/religious emphasis). Η μέση τιμή η οποία προέκυψε για την ομάδα με ήπια συμμόρφωση και την ομάδα με έντονη συμμόρφωση σε σχέση με την υποκλίμακα της ανεξαρτησίας ήταν $6,72 \pm 1,53$ και $6,22 \pm 1,44$ αντίστοιχα. Ο όρος ανεξαρτησία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να είναι αυτάρκη, να παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις και να σκέφτονται πράγματα για τον εαυτό τους. Για τις δύο ομάδες δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ τους ενώ υπάρχει μικρή απόκλιση μεταξύ των τιμών τους. Η αντίστοιχη τιμή για τον υγιή πληθυσμό σύμφωνα με τον Moos είναι 6.5-7 (Moos, 1990; Moos, 1986) ενώ για τον ελληνικό πληθυσμό $6,0 \pm 1,3$ (Μάτσα, 1997). Παρατηρούμε ότι οι τιμές του δείγματος της παρούσας έρευνας δεν διαφέρουν από τα αντίστοιχα τα οποία ισχύουν για τον υγιή πληθυσμό. Ο βαθμός της ανεξαρτησίας από κάποιους ερευνητές όπως ο Kopp et al. (1995) δεν θεωρείται παράγοντας ο οποίος επιδρά στη λειτουργικότητα της οικογένειας με χρόνιο πόνο. Άλλοι συγγραφείς όπως οι Naidoo & Pillay (1994) υποστηρίζουν το αντίθετο (Roy, 2001).

Στην υποκλίμακα του προσανατολισμού προς επιτεύγματα ο οποίος αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο διάφορα είδη δραστηριοτήτων τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο προσανατολισμένο προς επιτεύγματα ή σε ένα ανταγωνιστικό πλαίσιο και οι δύο υποομάδες έχουν παρόμοιες μέσες τιμές. Η ομάδα με ήπια συμμόρφωση έχει μέση τιμή συμμόρφωσης $6,48 \pm 1,64$ ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση $6,17 \pm 1,65$. Οι μέσες τιμές και των δύο ομάδων έχουν μικρή απόκλιση ενώ δεν έχει προκύψει κάποια στατιστική

διαφοροποίηση μεταξύ τους. Οι μέσες τιμές και των δύο ομάδων είναι ελαφρώς πιο υψηλές από τις μέσες τιμές του υγιή πληθυσμού οι οποίες σύμφωνα με τον Moos οι οποίες είναι 5-6 (Moos, 1990; Moos, 1986). Η Μάτσα (1997) από την μελέτη της υποστηρίζει ότι οι αντίστοιχες τιμές για τον ελληνικό πληθυσμό είναι $6,9 \pm 7,2$. Το αποτέλεσμα της στατιστικής ανάλυσης συμφωνεί με τα αποτελέσματα τόσο των Kopp et al. (1995) όσο και των Naidoo & Pillay (1994) οι οποίοι επίσης θεωρούνε ότι ο προσανατολισμός προς επιτεύγματα δεν αποτελεί παράγοντα ο οποίος διαφοροποιεί τη λειτουργικότητα των οικογενειών με χρόνιο πόνο από τις υπόλοιπες οικογένειες (Roy, 2001).

Αντίστοιχα, με μικρές αποκλίσεις παρουσιάζονται και οι μέσες τιμές για την προσανατολισμό προς τον πολιτισμό και τη διανόηση. Η συγκεκριμένη υποκλίμακα αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η οικογένεια ενδιαφέρεται για την πολιτικές, κοινωνικές, πνευματικές και πολιτιστικές δραστηριότητες. Οι μέσες τιμές των δύο ομάδων είναι $5,34 \pm 2,20$ για την ομάδα με ήπια συμμόρφωση και $5,22 \pm 2,37$ για την ομάδα με υψηλότερη συμμόρφωση. Και για αυτή τη μεταβλητή δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Οι συγκεκριμένες μέσες τιμές είναι εντός των ορίων των μέσων τιμών που δίνει ο Moos οι οποίες είναι μεταξύ 5-6 (Moos, 1990; Moos, 1986). Οι αντίστοιχες τιμές για τον ελληνικό πληθυσμό, σύμφωνα με την ανάλυση της Μάτσα (1997) είναι $5,3 \pm 5,8$. Η συγκεκριμένη υποκλίμακα δεν θεωρείται παράγοντας καθοριστικός για τη λειτουργία μιας οικογένειας με χρόνιο πόνο σύμφωνα και με τους Kopp et al. (1995) και Naidoo & Pillay (1994) (Roy, 2001).

Η υποκλίμακα του προσανατολισμού προς την ενεργό ψυχαγωγία, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια συμμετέχει ενεργά σε διάφορα είδη αναψυχής και αθλητικών δραστηριοτήτων, έδειξε σχεδόν όμοιες μέσες τιμές και για τις δύο ομάδες. Η πρώτη, της ήπιας συμμόρφωσης είχε μέση τιμή $4,41 \pm 1,82$ ενώ η δεύτερη, της έντονης συμμόρφωσης $4,36 \pm 2,51$. Σημαντική στατιστική διαφοροποίηση δεν προέκυψε για τη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Οι μέσες τιμές του συνόλου του δείγματος της έρευνας είναι σύμφωνο με την τιμή την οποία δίνει ο Moos για τον υγιή πληθυσμό, η τιμή αυτή είναι 5-6 (Moos, 1990; Moos, 1986). Σε σχέση με τις τιμές οι οποίες ισχύουν για τον ελληνικό πληθυσμό δηλαδή $4,6 \pm 5,8$ (Μάτσα, 1997) είναι ελαφρώς μικρότερες. Οι Kopp et al. (1995) υποστηρίζουν ότι ο προσανατολισμός προς την ενεργό ψυχαγωγία αποτελεί παράγοντα ο οποίος επηρεάζει τη λειτουργικότητα των μελών μιας οικογένειας με χρόνιο πόνο. Στο αντίθετο συμπέρασμα καταλήγει η έρευνα των Naidoo & Pillay (1994) (Roy, 2001).

Η ηθική και θρησκευτική έμφαση, ο βαθμός δηλαδή στον οποίο η οικογένεια ενεργά συζητά και ασχολείται με ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες, για τα άτομα με ήπια θεραπευτική συμμόρφωση κυμαίνεται στο $4,72 \pm 2,03$ ενώ για αυτά με έντονη θεραπευτική συμμόρφωση στο $4,33 \pm 2,15$. Παρατηρούμε μια ελαφριά αύξηση στην πρώτη ομάδα χωρίς όμως να αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Οι τιμές και των δύο ομάδων είναι σύμφωνες με τις τιμές τις οποίες δίνει ο Moos και οι οποίες είναι από 4 έως 5 (Moos, 1990; Moos, 1986) καθώς και τις τιμές τις οποίες προτείνει η Μάτσα για τον ελληνικό πληθυσμό, δηλαδή $4,4 \pm 5,3$ (Μάτσα, 1997). Σύμφωνα με τους Kopp et al. (1995) η ηθική και θρησκευτική έμφαση των οικογενειών θεωρείται παράγοντας επηρεασμού της λειτουργικότητας της οικογένειας η οποία βιώνει τον χρόνιο πόνο. Το συμπέρασμα αυτής της έρευνας σε σχέση με τη συγκεκριμένη υποκλίμακα δεν συμερίζεται η έρευνα των Naidoo & Pillay (1994) (Roy, 2001).

Μέσω της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος διερευνήθηκε και η βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Οι δύο υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση αυτή ήταν της οργάνωσης (organization) και του ελέγχου (control). Η πρώτη υποκλίμακα της οργάνωσης μετρά το πόσο σημαντική είναι η τάξη και η οργάνωση στην οικογένεια από την άποψη της διάρθρωσης των δραστηριοτήτων αυτής, τον οικονομικό σχεδιασμό, τον ρητό και με σαφήνεια καθορισμό των κανόνων και των υπευθυνοτήτων των μελών της. Η ομάδα των ατόμων με ήπια θεραπευτική συμμόρφωση είχε μέση τιμή $5,83 \pm 1,87$ στη συγκεκριμένη υποκλίμακα ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση $6,39 \pm 1,51$. Παρατηρούμε μια αρκετά μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ τους. Η τιμή αυτής της υποκλίμακας για τον υγιή πληθυσμό σύμφωνα με τον Moos είναι 5-6 (Moos, 1990; Moos, 1986) ενώ η αντίστοιχη τιμή για τον ελληνικό υγιή πληθυσμό είναι $6,1 \pm 7,2$ (Μάτσα, 1997). Οι Naidoo & Pillay (1994) θεωρούν την οργάνωση ως ένα παράγοντα ο οποίος διαφοροποιεί τη λειτουργικότητα μιας οικογένειας με χρόνιο πόνο από τη λειτουργικότητα μιας υγιούς οικογένειας. Στο αντίθετο συμπέρασμα έχει καταλήξει, για τον ίδιο παράγοντα, η έρευνα των Romano et al. (1997) (Roy, 2001).

Τέλος σε σχέση με την υποκλίμακα του ελέγχου η οποία αξιολογεί τον βαθμό στον η οικογένεια είναι οργανωμένη ιεραρχικά, την ακαμψία των κανόνων και διαδικασιών της καθώς και τον βαθμό στον οποίο τα μέλη της διατάσσουν το ένα το άλλο, η ομάδα με ήπια συμμόρφωση είχε μέση τιμή $4,31 \pm 1,83$ ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση $5,25 \pm 1,46$. Μεταξύ των δύο ομάδων παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφοροποίηση η

οποία φανερώνει ότι ο έλεγχος ο οποίος υπάρχει στην οικογένεια αποτελεί παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Σύμφωνα με τον Moos ως τιμή του ελέγχου για τον υγιή πληθυσμό είναι 4-5 (Moos, 1990; Moos, 1986) ενώ για τον ελληνικό υγιή πληθυσμό 4,7±5 (Μάτσα, 1997). Οι Kopp et al. (1995) και οι Naidoo & Pillay (1994) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο έλεγχος μέσα στην οικογένεια με χρόνια πόνο δεν είναι ένας παράγοντας ο οποίος διαφοροποιεί τη λειτουργικότητα της. Στο αντίθετο συμπέρασμα καταλήγουν οι Romano et al. (1997) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι στις οικογένειες στις οποίες υπάρχει χρόνιος πόνος ο έλεγχος είναι υψηλότερος (Roy, 2001).

Στη συνολική βαθμολόγηση της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος η ομάδα με ήπια συμμόρφωση είχε μέση τιμή 36-64 ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση 34-67. Οι δύο ομάδες έχουν μικρή διαφορά μεταξύ τους και δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντικά διαφοροποίηση

Για τη διερεύνηση τυχόν ψυχολογικών προβλημάτων ή συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και τη σύνδεση αυτών με τη θεραπευτική συμμόρφωση χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Κάθε υποκλίμακα της κλίμακας SCL-90 διερευνήθηκε ξεχωριστά. Η ομάδα με ήπια θεραπευτική συμμόρφωση είχε μέση τιμή στην υποκλίμακα τη σωματοποίησης (somatization) $17,62 \pm 8,78$ ενώ η ομάδα με έντονη συμμόρφωση $15,14 \pm 7,86$. Η πρώτη ομάδα έχει μεγαλύτερη μέση τιμή χωρίς όμως να προκύπτει κάποια στατιστική διαφορά μεταξύ τους. Παρατηρούμε ότι η ομάδα με ήπια συμμόρφωση παρουσιάζει υψηλότερη μέση τιμή τόσο από τη μέση τιμή για τον υγιή ελληνικό πληθυσμό, η οποία είναι $7,40 \pm 7,06$ όσο και από τη μέση τιμή που ισχύει για τους ασθενείς και είναι $15,68 \pm 10,41$ (Ντώνιας και συν, 1991). Σε έρευνα των Kraus et al. (2001) η σωματοποίηση σύμφωνα με τη κλίμακα SCL-90, των μη συμμορφωμένων θεραπευτικά ασθενών με Ηπατίτιδα C είναι μεγαλύτερη από αυτή των θεραπευτικά συμμορφωμένων ασθενών. Ενώ το ίδιο αποτέλεσμα δεν προκύπτει για την σωματοποίηση από την ερευνητική εργασία των Lebovits et al. (1990) σε ασθενείς με καρκίνο του στήθους.

Στην υποκλίμακα της ψυχαναγκαστικότητας (obsessive/compulsive) η μέση τιμή της ομάδας με χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση είναι $13,07 \pm 8,26$ ενώ της ομάδας με τη μεγαλύτερη συμμόρφωση είναι $10,72 \pm 7,27$. Και σε αυτή την υποκλίμακα δεν προέκυψε κάποια στατιστική διαφοροποίηση μεταξύ τους παρόλο που παρατηρούμε ότι η τιμή της πρώτης ομάδας σε σχέση με τη ψυχαναγκαστικότητα είναι υψηλότερη. Και οι δύο τιμές είναι υψηλότερες από τη μέση τιμή η οποία ισχύει για τον υγιή πληθυσμό και είναι $9,49 \pm$

6,50 ενώ είναι μικρότερες από τη μέση τιμή η οποία ισχύει για τον ασθενή πληθυσμό $19,21 \pm 9,34$ (Ντώνιας και συν, 1991). Επίσης και η συγκεκριμένη υποκλίμακα, στην έρευνα των Kraus et al. (2001), προκύπτει υψηλότερη για την ομάδα των μη συμμορφωμένων ασθενών ενώ οι Lebovits et al. (1990) δεν θεωρούνε ότι υπάρχει στατιστική διαφορά ως προς τη σωματοποίηση ανάμεσα σε ασθενείς οι οποίοι διαφοροποιούνται μεταξύ τους σε σχέση με τη συμμόρφωση.

Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε ούτε στην υποκλίμακα της διαπροσωπικής ευαισθησίας (interpersonal sensitivity). Σε αυτή την υποκλίμακα οι τιμές των δύο ομάδων είναι παρόμοιες με μέση τιμή $8,62 \pm 6,45$ για την ομάδα με ήπια συμμόρφωση και $8,83 \pm 7,50$ για την ομάδα με έντονη συμμόρφωση. Οι τιμές και των δύο ομάδων είναι ελαφρώς υψηλότερες από τη τιμή την οποία δίνουν οι Ντώνιας και συν (1991) για τον υγιή πληθυσμό δηλαδή $8,36 \pm 6,24$ και πολύ μικρότερες από τη μέση τιμή η οποία ισχύει για τον ασθενή πληθυσμό και είναι $14,34 \pm 7,92$. Και οι Lebovits et al. (1990) δεν θεωρούνε την διαπροσωπική ευαισθησία παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Σε αντίθεση οι Kraus et al. (2001) υποστηρίζουν και σε αυτή την υποκλίμακα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των θεραπευτικά συμμορφωμένων και μη ασθενών.

Η μέση τιμή της ομάδας με ήπια συμμόρφωση σε σχέση με τη κατάθλιψη (depression) είναι $16,45 \pm 10,37$ ενώ της ομάδας με έντονη συμμόρφωση $15,00 \pm 10,97$. Σε αυτή την υποκλίμακα η ομάδα με τη μικρότερη συμμόρφωση έχει μεγαλύτερη τιμή από την άλλη ομάδα χωρίς όμως να αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική αυτή η διαφορά. Και οι δύο ομάδες έχουν υψηλότερη μέση τιμή από την μέση τιμή του υγιή πληθυσμού, $11,34 \pm 8,75$ και πολύ χαμηλότερη από τη μέση τιμή του ασθενή πληθυσμού δηλαδή $27,26 \pm 11,50$ σύμφωνα με τους Ντόνια και συν (1991). Οι Lebovits et al. (1990) υποστηρίζουν ότι η αυξημένη κατάθλιψη, όπως αυτή εξετάστηκε με τη Κλίμακα SCL-90, αποτελεί έναν από τους προγνωστικούς παράγοντες της μη συμμόρφωσης των ασθενών. Οι μη θεραπευτικά συμμορφωμένοι ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Και στην έρευνα των Kraus et al. (2001) οι μη συμμορφωμένοι ασθενείς είχαν σχεδόν διπλάσια μέση τιμή από όσους είχαν καλή συμμόρφωση.

Σε σχέση με το άγχος (anxiety) οι ασθενείς με ήπια συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $9,55 \pm 8,25$ και οι ασθενείς με έντονη συμμόρφωση $8,61 \pm 7,54$. Το άγχος των μη έντονα συμμορφωμένων ασθενών φαίνεται να είναι υψηλότερο χωρίς όμως να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε αυτή τη διαφορά. Όλοι οι ασθενείς του δείγματος είχαν υψηλότερο

άγχος από αυτό του υγιή πληθυσμού το οποίο έχει μέση τιμή $7,32 \pm 6,66$ και μικρότερο από αυτό του ασθενή πληθυσμού το οποίο έχει μέση τιμή $19,09 \pm 8,84$ (Ντώνιας και συν, 1991). Οι Kraus et al. (2001) υποστηρίζουν ότι η υποκλίμακα του άγχους είναι περισσότερο αυξημένη στους μη θεραπευτικά συμμορφωμένους ασθενείς ενώ οι Lebovits et al. (1990) δεν βρίσκουν κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ συμμορφωμένων ασθενών και όσων έχουν φτωχή συμμόρφωση.

Στην υποκλίμακα της επιθετικότητας (hostility) η μέση τιμή η οποία προέκυψε για την ομάδα με ήπια συμμόρφωση ήταν $4,34 \pm 5,13$ και για την ομάδα με έντονη επιθετικότητα $5,25 \pm 4,77$. Η διαφορά η οποία υπάρχει μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική ώστε να θεωρηθεί η επιθετικότητα, σύμφωνα με τη παρούσα έρευνα, ως παράγοντας επηρεασμού της συμμόρφωσης. Οι τιμές και των δύο ομάδων αποκλίνουν ελαφρώς από τη μέση τιμή του υγιή πληθυσμού η οποία είναι $5,08 \pm 5,04$ ενώ είναι χαμηλότερες από την τιμή $8,46 \pm 6,05$ του ασθενή πληθυσμού σύμφωνα με τους Ντόνια και συν (1991). Σύμφωνα με τους Kraus et al. (2001) υπάρχει πολύ υψηλή στατιστική σημαντικότητα στην υποκλίμακα της επιθετικότητας. Υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα στους φτωχά συμμορφωμένους ασθενείς είναι υψηλότερη από την επιθετικότητα όσων έχουν καλή συμμόρφωση. Οι Lebovits et al. (1990) στην δική τους έρευνα δεν θεωρούν ότι οι θεραπευτικά συμμορφωμένοι ασθενείς και οι μη συμμορφωμένοι διαφοροποιούνται ως προς την επιθετικότητα.

Το φοβικό άγχος (phobic anxiety) βρέθηκε υψηλότερο για την ομάδα με την ήπια συμμόρφωση και είχε μέση τιμή $4,38 \pm 5,20$ ενώ για την ομάδα με έντονη συμμόρφωση είχε μέση τιμή $3,11 \pm 4,01$. Και σε αυτή την υποκλίμακα υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων χωρίς αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Η μέση τιμή του φοβικού άγχους για τον υγιή πληθυσμό είναι $2,51 \pm 3,69$ ενώ για τον ασθενή πληθυσμό $8,28 \pm 6,68$ (Ντόνιας και συν, 1991). Και για την συγκεκριμένη υποκλίμακα οι Kraus et al. (2001) υποστηρίζουν ότι υπάρχει πολύ υψηλή στατιστική σημαντικότητα και ότι το φοβικό άγχος είναι περισσότερο στους μη συμμορφωμένους θεραπευτικά ασθενείς. Οι Lebovits et al. (1990) δεν καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα στην έρευνά τους για τη συμμόρφωση ασθενών με καρκίνο του στήθους.

Ο παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation) βρέθηκε χαμηλότερος για την ομάδα με τη μικρότερη συμμόρφωση και είχε μέση τιμή $7,55 \pm 4,84$ σε σύγκριση με την ομάδα με την υψηλότερη συμμόρφωση η οποία είχε μέση τιμή $8,08 \pm 4,98$. Από την στατιστική

επεξεργασία η οποία πραγματοποιήθηκε δεν προέκυψε κάποια στατιστική σημαντικότητα για αυτή τη διαφορά. Η μέση τιμή και των δύο ομάδων είναι υψηλότερη από τη μέση τιμή η οποία δίνεται από τους Ντόνια και συν (1991) και είναι $6,13 \pm 4,43$ καθώς και χαμηλότερη από τη μέση τιμή η οποία ισχύει για τον ασθενή πληθυσμό και είναι $9,05 \pm 5,74$. Ο παρανοειδής ιδεασμός είναι η τρίτη υποκλίμακα για την οποία οι Kraus et al. (2001) θεωρούν ότι υπάρχει πολύ υψηλή στατιστική σημαντικότητα και διαφοροποίηση μεταξύ των συμμορφωμένων και μη συμμορφωμένων ασθενών. Οι Lebovits et al. (1990) δεν υποστηρίζουν ότι οι μη θεραπευτικά συμμορφωμένοι ασθενείς διαφοροποιούνται από όσους έχουν καλή συμμόρφωση σε σχέση με τη συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Η υποκλίμακα του ψυχωτισμού (psychoticism) επίσης παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων, αυτών με ήπια και έντονη συμμόρφωση. Η πρώτη ομάδα έχει μέση τιμή $7,52 \pm 6,12$ ως προς τον ψυχωτισμό ενώ η δεύτερη $5,75 \pm 4,95$. Η διαφορά η οποία παρατηρείται μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η μέση τιμή την οποία δίνουν οι Ντόνιας και συν (1991) για τον ψυχωτισμό στον υγιή πληθυσμό είναι $6,09 \pm 6,83$ ενώ για τον ασθενή πληθυσμό δίνουν την τιμή $12,59 \pm 8,12$. Οι Kraus et al. (2001) υποστηρίζουν ότι ο ψυχωτισμός είναι υψηλότερος στους μη θεραπευτικά συμμορφωμένους ασθενείς σε σχέση με όσους έχουν καλύτερη συμμόρφωση. Οι Lebovits et al. (1990) δεν καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα σε σχέση με τη συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Σε σχέση με τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (Global Severity Index) (GSI) ο οποίος μετρά την συνολική ψυχολογική δυσφορία του ατόμου η ομάδα με ήπια συμμόρφωση είχε μέση τιμή $1,09 \pm 0,65$ ενώ η ομάδα με την υψηλότερη συμμόρφωση $0,98 \pm 0,58$. Η πρώτη ομάδα έχει υψηλότερη μέση τιμή χωρίς όμως αυτή η διαφορά να προκύπτει ως στατιστικά σημαντική. Οι Ντόνιας και συν (1991) από την έρευνα τους δίνουν ως μέση τιμή του υγιή πληθυσμού τη τιμή $0,74 \pm 0,56$ η οποία είναι μικρότερη από τις τιμές των δύο υπό σύγκριση ομάδων της έρευνας. Για τον ασθενή πληθυσμό δίνουν τις τιμές $1,59 \pm 0,68$ (Ντόνιας και συν, 1991).

Στον Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (Positive Symptom Distress Index) (PSDI) ο οποίος μετρά την ένταση των συμπτωμάτων οι ασθενείς με ήπια συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $1,18 \pm 3,03$ ενώ αυτοί με έντονη συμμόρφωση $1,99 \pm 0,49$. Η διαφορά η οποία υπάρχει μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Οι Ντόνιας και συν (1991) για τον υγιή πληθυσμό δίνουν ως μέση τιμή $1,58 \pm 0,53$ και για τον ασθενή πληθυσμό $2,34 \pm 0,58$.

Τέλος σε σχέση με τον Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (Positive Symptom Total) (PST) το οποίο αναφέρει τον αριθμό των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων οι ασθενείς με τη μικρότερη συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $46,48 \pm 20,23$ η οποία είναι υψηλότερη από αυτή των ασθενών με μεγαλύτερη συμμόρφωση με μέση τιμή $42,83 \pm 19,69$ χωρίς να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε αυτή τη διαφορά. Οι τιμές και των δύο ομάδων είναι υψηλότερες από αυτές που προτείνουν οι Ντόνια και συν (1991) για τον υγιή πληθυσμό και είναι $38,04 \pm 20,21$ καθώς και μικρότερες από την τιμή $59,62 \pm 17,71$ την οποία προτείνουν για τον ασθενή πληθυσμό.

Τέλος στη Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις ECRI τα άτομα με ήπια συμμόρφωση στην διάσταση της εμμονής – μη εμμονής είχαν μέση τιμή $51,72 \pm 15,83$ ενώ τα άτομα με έντονη συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $53,53 \pm 24,85$. Παρατηρείται μια διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων αλλά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Σε σχέση με την άλλη διάσταση της κλίμακας η οποία αφορά την αποφυγή - ασφάλεια οι ασθενείς με ήπια συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $76,72 \pm 15,07$ ενώ οι ασθενείς με μεγαλύτερη συμμόρφωση είχαν μέση τιμή $80,11 \pm 18,32$ χωρίς να προκύπτει σημαντική στατιστική διαφορά για τις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα – Περιορισμοί

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η θεραπευτική συμμόρφωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες ενώ διακυβεύεται από εμπόδια τα οποία σχετίζονται με διαφορετικές πλευρές του προβλήματος όπως κοινωνικό – οικονομικοί παράγοντες, το ίδιο το Σύστημα Υγείας, τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, τα χαρακτηριστικά της θεραπείας και παράγοντες σχετικοί με τον ίδιο τον ασθενή (Sabaté, 2003). Μέσω της παρούσας εργασίας επιχειρήθηκε η διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμόρφωση.

Από τη στατιστική επεξεργασία η οποία πραγματοποιήθηκε προέκυψε ότι η ένταση του πόνου αποτελεί ενδεικτικό παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης ($P=0,079$). Τα άτομα με έντονο πόνο ήταν περισσότερο συμμορφωμένα σε σχέση με τα άτομα με ηπιότερο πόνο. Για τις δύο συγκρινόμενες ομάδες, ομάδα με ήπια συμμόρφωση και ομάδα με έντονη συμμόρφωση, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε για τη γυμναστική ($P=0,033$). Οι ασθενείς οι οποίοι είναι θεραπευτικά συμμορφωμένοι γυμνάζονται σε ποσοστό 50% ενώ όσοι είναι λιγότερο συμμορφωμένοι δεν γυμνάζονται σε ποσοστό 75,9%. Το σημαντικότερο ίσως εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης είναι η στατιστική σημαντικότητα η οποία προέκυψε για τον παράγοντα του ελέγχου μέσα στην οικογένεια. Με βάση την κλίμακα του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για την υποκλίμακα του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο συγκρινόμενων ομάδων των ασθενών ($P=0,025$). Οι οικογένειες των ασθενών με μεγαλύτερη συμμόρφωση διέπονται και από ισχυρότερο έλεγχο. Είναι περισσότερο οργανωμένες ιεραρχικά, έχουν ισχυρότερους κανόνες καθώς και περισσότερο παγίωμένες διαδικασίες λειτουργίας.

Εκτός από τους συγκεκριμένους παράγοντες για τους οποίους προέκυψε στατιστική σημαντικότητα, από τα αποτελέσματα τη έρευνας προκύπτει ότι από το δείγμα το 55,4% είναι έντονα συμμορφωμένο ενώ η ομάδα των ασθενών ηλικίας 61-70 ετών είναι οι περισσότερο συμμορφωμένοι. Επίσης εντονότερη συμμόρφωση έχουν όσοι είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης ενώ τη μικρότερη συμμόρφωση παρουσιάζουν οι απόφοιτοι δημοτικού. Οι ασθενείς οι οποίοι είναι περισσότερο συμμορφωμένοι θεραπευτικά χρησιμοποιούν τα ιαματικά λουτρά σε μεγαλύτερο βαθμό, προσπαθούν

περισσότερο για την προτεινόμενη απώλεια βάρους και κάνουν φυσιοθεραπείες σε μεγαλύτερο βαθμό.

Η ολική επιθετικότητα όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας -Hostility and Direction of Hostility Questionnaire είναι υψηλότερη για τα άτομα με εντονότερη συμμόρφωση ενώ η εσωστρεφής εχθρότητα ήταν υψηλότερη για τους ασθενείς με ηπιότερη συμμόρφωση. Η επιθετικότητα ήταν υψηλότερη για τα άτομα με μεγαλύτερη συμμόρφωση και στην Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SCL-90. Εκτός από την επιθετικότητα και ο παρανοειδής ιδεασμός είναι υψηλότερος για τα άτομα με εντονότερη συμμόρφωση ενώ σε όλες τις υπόλοιπες υποκλίμακες διερεύνησης πιθανών συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας οι ασθενείς με ηπιότερη συμμόρφωση έχουν μεγαλύτερες μέσες τιμές. Στη Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos η πλειοψηφία των υποκλιμάκων, εκτός της οργάνωσης και του ελέγχου, βρίσκονται στα ίδια επίπεδα και δεν παρατηρείται κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών με ήπια και έντονη θεραπευτική συμμόρφωση. Στη Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις – ECRI και στις δύο διαστάσεις, εμμονή και αποφυγή, η ομάδα των εντονότερα θεραπευτικά συμμορφωμένων ασθενών έχει ελαφρώς μεγαλύτερες μέσες τιμές.

Ο βασικότερος περιορισμός της παρούσας έρευνας υπήρξε το μέγεθος του δείγματος. Η έρευνα διενεργήθηκε σε ένα δείγμα 65 ασθενών με πόνο στο γόνατο/α ή και στο ισχίο/α. Ο αριθμός των ασθενών υπήρξε περιορισμένος λόγω της χρονικής καθυστέρησης η οποία υπήρξε για την πρόσβαση στο χώρο του Νοσοκομείου, τον κύριο τόπο διεξαγωγής της έρευνας. Μια ακόμη αδυναμία της παρούσας εργασίας υπήρξε η άνιση κατανομή του δείγματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες (83,1%) ενώ το ποσοστό των ανδρών ήταν μόλις 16,9%.

Το ζήτημα της θεραπευτικής συμμόρφωσης είναι πολυδιάστατο όπως πολυδιάστατοι είναι και οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στη διαμόρφωση των οικογενειακών και συντροφικών σχέσεων. Κατά συνέπεια τα θέματα τα οποία χρειάζεται να διερευνηθούν στο μέλλον είναι πολλά. Ένα ερώτημα το οποίο γεννάται με αφορμή τη συγκεκριμένη εργασία αφορά τις αιτίες για τις οποίες ο έλεγχος είναι υψηλότερος μέσα στις οικογένειες των θεραπευτικά συμμορφωμένων ασθενών.

Περίληψη

Τα ρευματικά νοσήματα συγκαταλέγονται στα συχνότερα νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής φροντίδας καθώς και η κυριότερη αιτία σωματικής ανικανότητας σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών. Ο επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό είναι 26,9%, με ποσοστό 33,7% στις γυναίκες και 19,9% στους άνδρες (Ανδριανάκος και συν, 2003). Αποτελούν την πιο κοινή αιτία χρόνιων προβλημάτων υγείας (38,7%) με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αναζήτηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και της θεραπευτικής συμμόρφωσης ατόμων με πόνο στο γόνατο ή και το ισχίο. Το δείγμα της έρευνας, έπειτα από την ανάλογη στατιστική επεξεργασία χωρίστηκε σε δύο ομάδες, τους ασθενείς με ήπια συμμόρφωση και τους ασθενείς με έντονη συμμόρφωση. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη συμμόρφωση και α) κάποιους κοινωνικό – δημογραφικούς παράγοντες, β) κάποιες μορφές διαχείρισης του πόνου όπως λήψη φαρμάκων, φυσιοθεραπείες, γυμναστική, ιαματικά λουτρά, γ) την επιθετικότητα, δ) τις διάφορες διαστάσεις του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, ε) κάποια συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και στ) τον τρόπο βίωσης των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 65 ασθενείς, από 18-70 ετών, με πόνο στο γόνατο/α ή και στο ισχίο/α οι οποίοι ήταν παντρεμένοι ή συμβίωναν με κάποιο σύντροφο. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2010 έως και τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Το δείγμα προήλθε από ασθενείς του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σερρών, του ΙΚΑ Σερρών και ασθενείς ιδιωτών φυσιοθεραπευτών των Σερρών, των Αθηνών και της Καβάλας.

Τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας -Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, β) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale, Form R-FES, των Moos and Moos, γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R και δ) η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις - Experiences in Close Relationships Scale.

Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με α) περιγραφικούς δείκτες, β) το χ^2 του Pearson και όπου δεν εκπληρώνονταν οι προϋποθέσεις για τον υπολογισμό του,

χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test), γ) τη δοκιμασία δύο ανεξάρτητων πληθυσμών (Independent Samples T-Test), δ) το One Sample T-Test και ε) το μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Kendall Tau-b. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ένταση του πόνου αποτελεί ενδεικτικό παράγοντα επηρεασμού της θεραπευτικής συμμόρφωσης ($P=0,079$). Τα άτομα με έντονο πόνο ήταν περισσότερα συμμορφωμένα σε σχέση με τα άτομα με ηπιότερο πόνο. Για τις δύο συγκρινόμενες ομάδες, ομάδα με ήπια συμμόρφωση και ομάδα με έντονη συμμόρφωση, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε για τη γυμναστική ($P=0,033$). Οι ασθενείς οι οποίοι είναι θεραπευτικά συμμορφωμένοι γυμνάζονται σε ποσοστό 50% ενώ όσοι είναι λιγότερο συμμορφωμένοι δεν γυμνάζονται σε ποσοστό 75,9%. Το σημαντικότερο ίσως εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης είναι η στατιστική σημαντικότητα η οποία προέκυψε για τον παράγοντα του ελέγχου μέσα στην οικογένεια. Με βάση την κλίμακα του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για την υποκλίμακα του ελέγχου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο συγκρινόμενων ομάδων των ασθενών ($P=0,025$). Οι οικογένειες των ασθενών με μεγαλύτερη συμμόρφωση διέπονται από ισχυρότερο έλεγχο. Οι οικογένειες αυτές είναι περισσότερο οργανωμένες ιεραρχικά, έχουν ισχυρότερους κανόνες ενώ διέπονται και από περισσότερο παγίωμένες διαδικασίες λειτουργίας.

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε με την καθοδήγηση του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Λέξεις κλειδιά: compliance, adherence, pain in family, musculoskeletal pain

Abstract

The rheumatic diseases are ranked among the most commonly treated diseases in primary health care and constitute the leading reason of physical disability in people aged over 15 years old. The prevalence of rheumatic diseases in the general adult population of Greece, in women and in men is 19.9%, 26.9%, 33.7%, 19.9% respectively (Andrianakos et al, 2003). Rheumatic diseases constitute the most common reason of chronic health problems (38.7%) with significant social and economic consequences.

The purpose of this study is to investigate the possible correlations between relationships within the family and therapeutic compliance of people with pain in the knee or hip. After the appropriate statistical analysis, the sample of this research was divided into two groups, patients with moderate compliance and patients with a strong compliance. There was a comparison between the two groups as to the compliance and a) some social – demographic factors, b) some forms of pain management such as medication, physiotherapy, gym, spa, c) hostility, d) various dimensions of their family environment, e) some symptoms of psychopathology and f) experiences in close relationships.

65 patients with pain in the knee/s or hip/s, who were between the ages of 18-70, participated in the present research. All of them were married or lived with a partner. The data collection took place from February 2010 to June of the same year. The sample came from patients of the General Regional Hospital of Serres, the Social Security Institution of Serres and from private physiotherapy centres in Serres, Athens and Kavala.

The research tools that were used were the following: a) the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), b) the Family Environment Scale (Form R-FES), Moos and Moos, c) the Symptom Checklist 90-R and d) the Experiences in Close Relationships Scale.

The statistical analysis was carried out with a) descriptive statistics, b) the Pearson's χ^2 or the Fisher's Exact Test, when it was not possible to use the Pearson's χ^2 , c) the Independent Samples T-Test, d) the One Sample T-Test and e) the Kendall Tau-b. The statistical analysis showed that the intensity of pain constitutes an indicative factor influencing the therapeutic compliance ($P = 0,079$). Patients with strong pain were more compliant than the patients with milder pain. For both comparative groups, group with mild compliance and group with intense compliance, it was reported statistically a significant differentiation as to the gym ($P= 0.033$). Patients that are therapeutically

compliant exercise at 50%, while those who are less compliant do not exercise at a rate of 75.9%. Perhaps, the most important finding of this study is the statistical significance that emerged for the control factor in the family. According to the family environment scale, the subscale of control showed a statistically significant difference between the two comparison groups of patients ($P = 0,025$). The patients' families with greater compliance are governed by a powerful control. They are more organized hierarchically, have stronger rules and more entrenched operating procedures.

This research was conducted under the guidance of the Laboratory of Medical Psychology, Medical School, University of Ioannina.

Keywords: compliance, adherence, pain in family, musculoskeletal pain

Βιβλιογραφία

1. Adams, N., Ravey, J., & Taylor, D. (1996). Psychological Models of Chronic Pain and Implications for Practice, *Physiotherapy*, 82(2), 124-129.
2. Alexandre, N.M.C., Nordin, M., Hiebert, R., & Campello, M. (2002). Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12(2), 86-95.
3. Agras, S.W. (1989). Understanding Compliance with the Medical Regimen: The Scope of the Problem and a Theoretical Perspective, *Arthritis Care and Research*, 2(3), 82-87.
4. Andrianakos, A. et al. (2005). The Burden of the Rheumatic Diseases in the General Adult Population of Greece: the ESORDIG Study. *Rheumatology*, 44(7), 932-938.
5. Angelopoulos, N.V., Tzivaridou, D., Nikolaou, N. & Pavlidis, A.N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 44-50.
6. Arrindell, W.A., Hafkenscheid, A.J.P.M., & Emmelkamp, P.M.G. (1984). The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ): A Psychometric Evaluation in Psychiatric Outpatients, *Journal of Personality and Individual Differences*, 5, 221-231.
7. Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών, *Εγκέφαλος*, 21, 118-123.
8. Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου, *Εγκέφαλος*, 24, 16-20.
9. Ανδριανάκος, Α. και συν. (2003). Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα: Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG, *Ιατρική*, 84, 18-206.
10. Bergman, S. (2007). Management of musculoskeletal pain, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), 153-166.
11. Bethea, A.R., Acosta, M.C., & Haller, D.L. (2008). Patient Versus Therapist Alliance: Whose Perception Matters?, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 174-183.

12. Bosley, C.M., Fosbury, J.A., & Cochrane, G.M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma, *European Respiratory Journal*, 8(6), 899–904.
13. Bowen, M. (1972). *Τρίγωνα στην οικογένεια. Ανωνύμου, Για τη διαφοροποίηση του εαυτού*. Κ. Χαραλαμπίκη (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.
14. Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds). USA, NY: Guilford Press.
15. Caine, T.M., Foulds, G.A., & Hope, K. (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
16. Campbell, T.L. (2005). Improving Physical Health through Family Intervention. In C. McKenry & S.J. Price (Eds), *Families & Change – Coping with Stressful Events and Transitions*. California: Sage Publications.
17. Cano, A., Weisberg, J.N., & Gallagher, R.M. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample, *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
18. Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration, *Pain*, 110(3), 656–664.
19. Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004a). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress, *Pain*, 107(1-2), 99–106.
20. Cano, A., Johansen, A.B., & Geisser, M. (2004b). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain, *Pain*, 109(3), 258–265.
21. Cano, A., Miller, L.R., & Loree, A. (2009). Spouse Beliefs about Partner Chronic Pain, *Journal of Pain*, 10(5), 486–492.
22. Chaturvedi, S.K. (1987). Family morbidity in chronic pain patients, *Pain*, 30(2), 159-168.
23. Christensen, D.B. (1978). Drug-taking Compliance: A Review and Synthesis, *Health Services Research*, 13(2), 171-187.
24. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.

25. Dannecker, E.A., Knoll, V., & Robinson, M.E. (2008). Sex Differences in Muscle Pain: Self-care Behaviors and Effects on Daily Activities, *Journal of Pain*, 9(3), 200–209.
26. Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
27. DiMatteo, R.M. (1998). The Role of the Physician in the Emerging Health Care Environment, *The Western Journal of Medicine*, 168(5), 328-333.
28. DiMatteo, M.D., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence, *Archives Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
29. DiMatteo, R.M., & Martin, L.R. (2002). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Φ.Αναγνωστόπουλος & Γ.Ποταμιάνος (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2006.
30. Donovan, J.L., & Blake, D.R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision making, *Social Science & Medicine*, 34(5), 507-513.
31. Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H. (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome, *Journal of Autoimmunity*, 2(4), 489-493.
32. Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 57–60.
33. Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη. Εκδ. ΖΗΤΗ.
34. Economou, M., & Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educational Psychology*, 9(4), 331-337.
35. Edwards, P.W., Zeichner, A., Kuczmierczyk, A.R., & Boczkowski, J. (1985). Familial Pain Models: the Relationship between Family History of Pain and Current Pain Experience, *Pain*, 21(4), 379-384.
36. Fairchild, A.J., & Finney, S.J. (2006). Investigating Validity Evidence for the Experiences in Close Relationships–Revised Questionnaire, *Educational and Psychological Measurement*, 66(1), 116-135.

37. Faucett, J.A., & Levine, J.D. (1991). The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology, *Pain*, 44(1), 35-43.
38. Ferguson, K., & Bole, G.G. (1979). Family support, health beliefs, and therapeutic compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Patient Counseling and health education*, 1(3), 101-105.
39. Flor, H., Turk, D.C., & Scholz, O.B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences, *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 63-71.
40. Flor, H., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction, *Pain*, 38(1), 45-50.
41. Fowler, P.C. (1981). Maximum Likelihood Factor Structure of the Family Environment Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 160-164.
42. Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family Therapy – An Overview*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
43. Harrold, L.R., & Andrade, S.E. (2009). Medication Adherence of Patients with Selected Rheumatic Conditions: A Systematic Review of the Literature, *Seminars in Arthritis Rheumatism*, 38(5), 396–402.
44. He, Y., Zhang, M., Lin, E.H.B., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Uda, H., Mneimneh, Z., Benjet, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Seedat, S., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kovess, V., Von Korff, M., & Kessler, R. (2008). Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys, *Psychological Medicine*, 38(11), 1639–1650.
45. Hinkley, B.S., & Jarcmko, M.E. (1994). Effects of Pain Duration on Psychosocial Adjustment in Orthopedic Patients. The Importance of Early Diagnosis and Treatment of Pain, *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 175-185.
46. Holi, M. (2003). Assessment of Psychiatric Symptoms using the SCL-90. Helsinki: Helsinki University Printing House.
47. Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555–567.

48. Hugtenburg, J.G., Blom, A.Th.G., & Kisoensingh, S.U. (2005). Initial phase of chronic medication use; patients' reasons for discontinuation, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(3), 352–354.
49. Ickowics, J.R., & Meisler, A.W. (1997). Adherence in AIDS Clinical Trials: A Framework for Clinical Research and Clinical Care, *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 385-391.
50. Ingersoll, K.S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature, *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213–224.
51. Ιωαννίδου, Β. (2002). Μια Συστημική Προσέγγιση Κρίσεων Ζευγαριών, *Μετάλογος*, 2, 64-76.
52. Jamison, R.N., & Virts, K.L. (1990). The Influence of Family Support on Chronic Pain, *Behaviour Research Therapy*, 28(4), 283-287.
53. Jin, J., Sklar, G.E., Sen Oh, V.M., & Li, S.C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
54. Justins, D.M. (1996). Management strategies for chronic pain, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 55(9), 588-596.
55. Keefe, F.J., & Porter, L. (2007). Pain catastrophizing in the context of satisfaction with spousal responses: New perspectives and new opportunities, *Pain*, 131(1-2), 1–2.
56. Kraus, M.R., Schafer, A., Csef, H., Faller, H., Mork, H., & Scheurlen, M. (2001). Compliance with Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C. Associations with Psychiatric Symptoms, Interpersonal Problems and Mode of Acquisition, *Digestive Diseases and Sciences*, 46(10), 2060-2065.
57. Larsen, P.D. (2009). Illness Behavior. In P.D. Larsen & I.M. Lubkin (Eds), *Chronic Illness – Impact and Intervention*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
58. Larsen, J., Stovring, H., Kragstrup, J., & Hansen, D.G. (2009). Can differences in medical drug compliance between European countries be explained by social factors: analyses based on data from the European Social Survey, round 2, *BMC Public Health*, 9, 145,
Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/145> (last access 23/8/2010).

59. Larsson, M.E.H., & Nordholm, L.A. (2008). Responsibility for managing musculoskeletal disorders – A cross-sectional postal survey of attitudes, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9(110), 1-11.
60. Lebovits, A.H., Strain, J.J., Schleifer, S.J., Tanaka, J.S., Bhardwaj, S., & Messe, M.R. (1990). Patient Noncompliance with Self-Administered Chemotherapy, *Cancer*, 65(1), 17-22.
61. Lee, D., Mendes de Leon, C.F., Jenkins, D., Croog, S.H., Levine, S., & Sudilovsky, A. (1992). Relation of Hostility to Medication Adherence, Symptom Complaints, and Blood Pressure Reduction in a Clinical Field Trial of Antihypertensive Medication, *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 181-190.
62. Lee, P., & Tan, L.J.P. (1979). Drug Compliance in Outpatients with Rheumatoid Arthritis, *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 9(3), 274-277.
63. Leonard, M.T., Cano, A., & Johansen, A.B. (2006). Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence, *The Journal of Pain*, 7(6), 377-390.
64. Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recovery from depression, *Psychology Medicine*, 8(1), 145-149.
65. Main, C.J., & Williams, A. (2002). ABC of psychological medicine- Musculoskeletal pain, *BMJ*, 325(7363), 534–537,
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124059/> (last access 23/8/2010).
66. Maturana, H., & Varela, F. (1984). *Το Δέντρο της Γνώσης – Οι Βιολογικές Ρίζες της Ανθρώπινης Νόησης*. Σ. Μανουσέλης (Επιμ.). Αθήνα: Κάτοπτρο, 1992.
67. McDowell, I. (1987). Screening for psychosocial problems among primary care patients: a pilot study, *Canadian Medical Association Journal*, 137(12), 1095-1100.
68. McGowan, P. (1990). Psychologic, Social, Emotional, and Practical Problems of Patients with Arthritis, *Canadian Family Physician*, 36, 503-507.
69. Miller, P.J., & Hafner, J.R. (1989). HDHQ Test – Properties for Normal Respondents, *Personality and Individual Differences*, 10(12), 1311-1318.
70. Moore, P.J., Sickel, A.E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N.E. (2004). Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance:

- The Role of the Doctor–Patient Relationship, *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421–433.
71. Moos, R. (1987). *Family Social Scales. A User's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
 72. Moos, R. (1990). Conceptual and Empirical Approaches to developing Family - based Assessment Procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Family Process*, 29(2), 29:199-208
 73. Moos, R. & Moos, B. (1986). *Family Environment Scale - Manual*. Second Editions. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
 74. Mohamed, S.N., Weisz, G.M., & Waring, E.M. (1978). The Relationship of Chronic Pain to Depression, Marital, Adjustment, and Family Dynamics, *Pain*, 5(3), 285-292.
 75. Μάτσα, Κ. (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος*. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
 76. Μπαμπινιώτης, Γ. (2006). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας – Με Σχόλια για τη Σωστή Χρήση των Λέξεων*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
 77. Napier, A.Y. (1988.). *Το Ζευγάρι ο Εύθραυστος Δεσμός*. Η. Ρόκου (Μτφρ.) & Μ. Καϊρη (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1997.
 78. Nemes, M.I.B., Helena, E.T., Caraciolo, J.M.M., & Basso, C.R. (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches, *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 392-400.
 79. Newton-John, T.R., & C de C Williams, A. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviors, *Pain*, 123(1), 53–63.
 80. Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό, *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
 81. Olson, D.H., & Gorall, D.M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes (3rd Ed)*. New York: Guilford.
 82. Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy - Adherence to Medication, *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

83. Parrish, B.P., Zautra, A.J., & Davis, M.C. (2008). The Role of Positive and Negative Interpersonal Events on Daily Fatigue in Women with Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, and Osteoarthritis, *Health Psychology*, 27(6), 694–702.
84. Payne, B., & Norfleet, M.A. (1986). Chronic Pain and the Family: a Review, *Pain*, 26(1), 1-22.
85. Philip, A.E. (1969). The Development and Use of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, *Journal of Psychosomatic Research*, 13(3), 283 - 287.
86. Piette, J.D., Heisler, M., & Wagner, T.H. (2004). Cost-Related Medication Underuse. Do Patients With Chronic Illnesses Tell Their Doctors?, *Archives Internal Medicine*, 164(16), 1749-1755.
87. Παπαδιώτη – Αθανασίου, Β. (2006). *Οικογένεια και Όρια – Συστημική Προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
88. Παπαμήνου, Κ. (2002). Στη Μνήμη του Francisco Varela (1941-2001), *Μετάλογος*, 1, 107-114.
89. Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health, *Physiology & Behavior*, 79(3), 409– 416.
90. Roy, R.(2001). *Social Relations and Chronic Pain*, New York: Plenum Publishers.
91. Ross, F.M. (1991). Patient Compliance - Whose Responsibility?, *Social Science & Medicine*, 32(1), 89-94.
92. Sabaté, E. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies – Evidence for Action*. Switzerland: World Health Organization.
93. Sanson-Fisher, R., Bowman, J., & Armstrong, S. (1992). Factors Affecting Nonadherence with Antibiotics, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 15(4), 103-109.
94. Schwartz, L., Slater, M.A., Birchler, G.R., & Atkinson, H.J. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction, *Pain*, 44(1), 61-67.
95. Shelby, R.A., Somers, T.J., Keefe, F.J., Pells, J.J., Dixon, K.E., & Blumenthal, J.A. (2008). Domain Specific Self-Efficacy Mediates the Impact of Pain Catastrophizing on Pain and Disability in Overweight and Obese Osteoarthritis Patients, *Journal of Pain*, 9(10), 912–919.
96. Shilling, C. (2002). Culture, the ‘sick role’ and the consumption of health, *British Journal of Sociology*, 53(4), 621-638.

97. Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J., & Johnson, J.A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38875.675486.55, Available at: <http://www.bmj.com/content/333/7557/15.full.pdf> (last access 7/9/2010).
98. Skordilis, E.K., & Stavrou, N.A. (2005). Sport Orientation Model for Wheelchair Basketball Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 100(3), 1081-1096.
99. Smith, A.A. (2003). Intimacy and Family Relationships of Women with Chronic Pain, *Pain Management Nursing*, 4(3), 134-142.
100. Smith, B.W., & Zautra, A.J. (2008). The Effects of Anxiety and Depression on Weekly Pain in Women with Arthritis, *Pain*, 138(2), 354–361.
101. So, D.W. (2002). Acupuncture Outcomes, Expectations, Patient–Provider Relationship, and the Placebo Effect: Implications for Health Promotion, *American Journal of Public Health*, 92(10), 1662-1667.
102. Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., & Epstein, R.S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost, *Medical Care*, 43(6), 521–530.
103. Stilley, C.S., Sereika, S., Muldoon, M.F., Ryan, C.M., & Dunbar-Jacob, J. (2004). Psychological and Cognitive Function: Predictors of Adherence With Cholesterol Lowering Treatment, *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 117–124.
104. Story, L.B., & Bradbury, T.N. (2004). Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges, *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1139–1162.
105. Tsagarakis M., Kafetsios K., & Stalikas A. (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment, *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47–55.
106. Tuncay, R., Eksioglu, E., Cakir, B., Gurcay, E., & Cakci, A. (2007). Factors affecting drug treatment compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Rheumatology International*, 27(8), 743–746.
107. Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E. (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact, *Pain*, 30(1), 3-27.
108. Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement, *Pain*, 44(1), 5-28.

109. Weigl, M., Angst, G., Aeschlimann, A., Lehmann, S., & Stucki, G. (2006). Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder, *OsteoArthritis and Cartilage*, 14(7), 641-651.
110. Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
111. Von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2007). *Εγχειρίδιο της Συστημικής Θεραπείας και Συμβουλευτικής*. Ε. Μοτάκη (Μτφρ.) & Β. Ιωαννίδου (Επιμ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2008.
112. Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D.L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure, *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187-204.
113. Zolnierak, K.B.H., & DiMatteo, R.M. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, *Medical Care*, 47(8), 826–834.

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το μυοσκελετικό σας πόνο. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2009 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19..... ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΣΥΜΒΙΩΝΕΙ ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΟΙΚΙΑΚΑ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΠΟΝΑΤΕ ΣΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΓΟΝΑΤΟ ΔΕΞΙ ΓΟΝΑΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΙΣΧΙΟ ΔΕΞΙ ΙΣΧΙΟ

Πόσο πονάτε; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στην ένταση του πόνου)

Καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Πολύ έντονα

ΠΟΣΑ ΚΑΙΡΟ ΠΟΝΑΤΕ; ΛΙΓΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟ 2 ΜΕ 4 ΧΡΟΝΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ

6 ΜΕ 9 ΧΡΟΝΙΑ 10 ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10 ΧΡΟΝΙΑ

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ; ...
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ; ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ ΓΙΑ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ;
ΤΟΝ ΠΟΝΟ; ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

ΒΑΖΕΤΕ ΤΟΠΙΚΑ ΑΛΟΙΦΕΣ ΓΙΑ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ;
ΤΟΝ ΠΟΝΟ; ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

ΒΑΖΕΤΕ ΤΟΠΙΚΑ ΚΑΤΑΠΛΑΣΜΑ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ;
(ΕΜΠΛΑΣΤΡΟ); ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

ΚΑΝΕΤΕ ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ; ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΥ ;
ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΑΣ ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

ΜΠΣ Αντιμετώπιση Πόνου

14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		

51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.

FES – FORM R

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		

28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες		

προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
63. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
64. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
65. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
66. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
67. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
68. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
69. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
70. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
71. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
72. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
73. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
74. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι « <i>πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι</i> ».		
75. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
76. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
77. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
78. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
79. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
80. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
81. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
82. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
83. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
84. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
85. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
86. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
87. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
88. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
89. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή στημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4

27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζεστή ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4

62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαισθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος βιώνει με μοναδικό τρόπο τις σχέσεις του. Οι προτάσεις που θα συναντήσετε στη συνέχεια, περιγράφουν πώς μπορεί να νιώθουμε στις ερωτικές μας σχέσεις, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια βαθμολογία από το 1 έως το 7. Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που εκφράζει περισσότερο τον τρόπο που εσείς λειτουργείτε γενικά στις ερωτικές σας σχέσεις **για κάθε πρόταση**.

1. Προτιμώ να μη δείχνω στον/στην σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
2. Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
3. Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με τον/την σύντροφό μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
4. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
5. Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
6. Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
7. Αισθάνομαι πολύ άνετα, να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
8. Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ για αυτούς.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
9. Δεν αισθάνομαι άνετα να «ανοίγομαι» σε ερωτικούς συντρόφους.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
10. Συχνά εύχομαι τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου για αυτόν/αυτήν.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
11. Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
12. Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
13. Αισθάνομαι άβολα, όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
14. Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί να ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
15. Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
16. Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
17. Δεν μου είναι δύσκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.									

	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
18. Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
19. Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με τον/την σύντροφό μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
20. Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
21. Με βοηθάει το να στραφώ στον/στην σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
22. Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
23. Λέω στον σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
24. Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
25. Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με τον/την σύντροφό μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
26. Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
27. Αισθάνομαι νευρικότητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
28. Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
29. Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
30. Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δεν θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
31. Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
32. Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από τον/την σύντροφό μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
33. Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
34. Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
35. Ο/Η σύντροφός μου πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως
36. Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος/θυμωμένη.									
	Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	Συμφωνώ απολύτως