



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

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

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΠΟΝΟ

Σπουδάστρια:

Τσακόγια Ζωή, Ψυχολόγος (Α.Μ. 87)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δημολιάτης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

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

Ιωάννινα, 2009

Πίνακας περιεχομένων

Πίνακας περιεχομένων.....	2
Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Summary.....	7
Συντμήσεις.....	7
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ, ΥΓΕΙΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	8
I.1. Προσωπικότητα, υγεία και χρόνια ασθένεια.....	8
I.2. Προσωπικότητα και χρόνιος πόνος.....	10
I.3. Τα συχνότερα μυοσκελετικά προβλήματα ανάλογα με την περιοχή εντόπισης του πόνου.....	12
I.4. Χρόνιος πόνος και Ποιότητα Ζωής.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	23
II.1. Προσδιορισμός και μέτρηση της αισιοδοξίας στον χρόνιο πόνο.....	23
II.2. Προδιάθεση της αισιοδοξίας, χρόνια ασθένεια, χρόνιος πόνος και Ποιότητα Ζωής.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	33
III.1. Γενικά για το άγχος και τον χρόνιο πόνο.....	33
III.2. Η Ευαισθησία στο άγχος και το άγχος του πόνου στον χρόνιο πόνο.....	35
III.3. Ερευνητικά στοιχεία σχετικά με το άγχος στον χρόνιο πόνο.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV. Αισιοδοξία, άγχος και αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας και του χρόνιου πόνου.....	48
IV.1. Αισιοδοξία, στρες και κυτταρική ανοσία.....	48
IV.2. Αισιοδοξία, άγχος και αντιμετώπιση των καταστάσεων.....	50
ΜΕΡΟΣ Β.....	55
Κεφάλαιο I: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ.....	55
I.1. Σκοπός της έρευνας.....	55
I.2. Σημασία της έρευνας.....	55
I.3. Οριοθετήσεις της έρευνας.....	55
I.4. Περιορισμοί της έρευνας.....	56
I.5. Ερευνητικά ερωτήματα.....	56
I.6. Υποθέσεις της έρευνας.....	56
Κεφάλαιο ΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	57

II.1 Υλικό	57
II.1.1. Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού	57
II.1.2. Μέθοδος δειγματοληψίας.....	58
II.1.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	58
II.2 Μέθοδος της έρευνας.....	58
II.2.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων	59
II.2.2. Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	59
II.2.3. Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων.	59
II.3 Όργανα συλλογής δεδομένων	60
II.3.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	60
II.3.2. Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας.....	61
II.3.3. The Visual Analogue Scale (VAS)	61
II.3.4. Επισκόπηση της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12).....	62
II.3.5. Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή LOT-R.....	63
II.3.6. Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20	63
Κεφάλαιο III: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	66
III.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων	66
III.2. Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων.....	66
III.3. Ποσοστά μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων	67
III.4. Σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς σε σχέση με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων	72
III.4.1. Αναζήτηση διαφορών στους ασθενείς με μυοσκελετικό πρόβλημα σε σχέση με το φύλο	72
III.4.2. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με τις ποιοτικές δημογραφικές μεταβλητές των ασθενών	73
III.4.3. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με το μυοσκελετικό πρόβλημα	75
III.4.4. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση	77
III.4.5. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με την αιτία επίσκεψης τους στο ΚΑΦΚΑ.....	78
III.5. .Ανάλυση συσχέτισης	79
III.6. Ανάλυση παλινδρόμησης για PCS12	85
III.7. Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12.....	87
Κεφάλαιο IV: Συζήτηση.....	88
Παραπομπές	96
Παράρτημα	116
Ερωτηματολόγια της έρευνας	116
Στατιστική ανάλυση από το SPSS 16.....	123

Έλεγχος ποιοτικών μεταβλητών.....	132
Έλεγχος αξιοπιστίας κλιμάκων.....	136
Στατιστική δοκιμασία του T Test για το φύλο	141
Εφαρμογή της δοκιμασίας One Way Anova.....	143
Ανάλυση συσχέτισης με τον δείκτη Pearson R	153
Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας	154
Ανάλυση παλινδρόμησης για την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας....	159

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου, Επίκουρο Καθηγητή Δημολιάτη Ιωάννη, για τις πολυτιμες συμβουλές του αναφορικά με την δημιουργία και υποστήριξη μιας μεταπτυχιακής διατριβής.

Επίσης, θα πρέπει να ευχαριστήσω τον συνάδελφο και συνερευνητή μου στην παρούσα μελέτη MSc Ψυχολόγο Υγείας και Υποψήφιο Διδάκτορα της Ιατρικής Αθηνών Λυράκο Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθεια του, καθώς και για την παραχώρηση της ελληνικής μετάφρασης του LOT-R, όπως και τη συνάδελφο Δραγκιώτη Έλενα για την παραχώρηση της ελληνικής μετάφρασης του PASS.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στον πρώην συμφοιτητή μου Πασχάλη Θεοχάρη, MSc Φυσικοθεραπευτή, για την βοήθεια του στην συγκέντρωση γνωστικού υλικού σχετικά με τα μυοσκελετικά προβλήματα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή του μεταπτυχιακού και Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κ. Δαμίγο Δημήτριο, για την δυνατότητα που μου έδωσε να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό, προκειμένου να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου αναφορικά με τον πόνο και τους χρόνιους πάσχοντες.

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει την επίδραση της προδιάθεσης της αισιοδοξίας και του άγχους του πόνου στην ποιότητα της υγείας ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα, που βρίσκονται σε φάση αποθεραπείας σε κέντρο αποκατάστασης. Το δείγμα αποτέλεσαν 96 ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν το ερωτηματολόγιο της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12), το ερωτηματολόγιο στάσης απέναντι στη ζωή (LOT-R), η κλίμακα VAS για την μέτρηση του πόνου και το ερωτηματολόγιο PASS, για την μέτρηση του άγχους του πόνου. Σύμφωνα με τις αναλύσεις παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν, η διάθεση της αισιοδοξίας, αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα που επιδρά, τόσο στο μοντέλο της σωματικής όσο και της πνευματικής υγείας στους ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα, ανεξάρτητα από την επίδραση του πόνου λόγω του προβλήματος, αλλά με την παρέμβαση του άγχους του πόνου να επιδρά σε σημαντικό βαθμό και στις δύο διαστάσεις.

Λέξεις κλειδιά : ποιότητα ζωής, πόνος, προδιάθεση της αισιοδοξίας, άγχος του πόνου.

Summary

The purpose of this investigation was to study the influence of predisposing factors of optimism and fear anxiety in the quality of patients with musculoskeletal problems who are in recovery process at a rehabilitation center. The sample consisted of 96 patients. The questionnaires that were used are the Short form health questionnaire (12 questions) (SF12), the life orientation test-revised (LOT-R) a VAS scale for pain measurement and the PASS questionnaire to measure pain anxiety. According to the regression analysis performed, dispositional optimism is an independent factor affecting both the physical model and mental health in patients with musculoskeletal problems regardless of the effect of pain because of the problem but with the intervention of anxiety to pain affect significantly on both dimensions.

Key Words: quality of life, pain, dispositional optimism. Fear of pain

Συντμήσεις

Ποιότητα της ζωής :ΠΖ

Ερωτηματολόγιο στάσης για τη ζωή (Life Orientation Test Revised): LOT-R

Συνολική σωματική διάσταση της υγείας: PCS12

Συνολική πνευματική διάσταση της υγείας: MCS12

Ερωτηματολόγιο άγχους του πόνου: PASS

Μέρος Α

Εισαγωγή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ, ΥΓΕΙΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ι.1. Προσωπικότητα, υγεία και χρόνια ασθένεια

Αν θέλαμε να ορίσουμε την έννοια προσωπικότητα, θα ήταν αναγκαίο να παραδεχτούμε πως δεν υπάρχει ένας γενικά αποδεκτός και απόλυτος ορισμός για την συγκεκριμένη έννοια (Pervin 1989), αλλά υπάρχουν σχεδόν τόσοι ορισμοί όσοι και οι θεωρητικοί και οι ερευνητές της προσωπικότητας. Ωστόσο, ενώ οι ορισμοί για την προσωπικότητα αφθονούν, αρκετοί από αυτούς μοιράζονται κοινά στοιχεία. Σύμφωνα με μία παράφραση του Allport (1961), η προσωπικότητα αποτελεί μία εσωτερική δυναμική οργάνωση των ψυχοσωματικών συστημάτων του ατόμου, που διαμορφώνουν τα χαρακτηριστικά πρότυπα της συμπεριφοράς, των σκέψεων και των συναισθημάτων του. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, ο όρος προσωπικότητα εκφράζει μία αίσθηση συνοχής, εσωτερικής αιτιότητας και προσωπικής μοναδικότητας.

Η άποψη ότι σταθερές πλευρές της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν την υποκειμενική διάσταση της σωματικής υγείας, έχει παρουσιαστεί σε ιατρικά και φιλοσοφικά κείμενα εδώ και αρκετούς αιώνες (McMahon 1976). Αυτή η βασική υπόθεση – ότι συγκεκριμένα γνωρίσματα του χαρακτήρα συνήθως συνδέονται με την ασθένεια – αναπτύχθηκε λεπτομερώς στην ψυχαναλυτική προσέγγιση για τα ψυχοσωματικά προβλήματα του Alexander (1950) και του Dunbar (1943). Η θεωρία δε και η έρευνα σχετικά με την επίδραση της προσωπικότητας στην υγεία και την ασθένεια, έχει αποτελέσει το επίκεντρο και την κινητήρια δύναμη στην ανάπτυξη των τομέων της συμπεριφορικής ιατρικής και της ψυχολογίας της υγείας (Suls και Rittenhouse 1987).

Στην σύγχρονη μορφή του, το ενδιαφέρον για την προσωπικότητα και την υγεία, επικεντρώνεται σε τρία γενικά θέματα τα οποία και θα αναφερθούν στην συνέχεια.

Το πρώτο θέμα, αφορά την πιθανή επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και την πορεία της ασθένειας. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων τα γνωρίσματα της προσωπικότητας ασκούν τις επιδράσεις τους, συμπεριλαμβάνουν τις φυσιολογικές επιδράσεις του στρες. Συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, θεωρείται ότι επηρεάζουν μέσα από διάφορες οδούς, την συχνότητα, την διάρκεια ή/ και την ένταση των φυσιολογικών αποκρίσεων του οργανισμού στο στρες, οι οποίες με την σειρά τους προκαλούν την εκδήλωση ή επιδείνωση μίας ασθένειας.

Το δεύτερο θέμα, αφορά τον βαθμό στον οποίο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας. Πρόκειται για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που συνδέονται με μη υγιείς συνήθειες, όπως είναι το καθιστικό στυλ ζωής, οι κακές διατροφικές συνήθειες κα.

Το τρίτο θέμα αφορά τις οδούς, μέσω των οποίων τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μετριάζουν την επίδραση οξέων ιατρικών στρεσογόνων παραγόντων, όπως είναι μια νοσηλεία ή μια χειρουργική επέμβαση και την προσαρμογή των ασθενών στην χρόνια ασθένεια. Η υπόθεση είναι, ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, κάνουν τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στα συναισθήματα δυσφορίας και στη δυσλειτουργική συμπεριφορά, που ορισμένες φορές συνοδεύουν τις ιατρικές αποφάσεις και την χρόνια νόσο (Carver και Scheier 1990,1998).

Συγκεκριμένα σε σχέση με την χρόνια νόσο οι Stanton και συνεργάτες (2001), αναγνώρισαν πέντε σχετικούς εννοιολογικούς προσδιορισμούς της προσαρμογής σε αυτήν. Αυτοί είναι ο έλεγχος των σχετιζόμενων με την ασθένεια προσαρμοστικών έργων, η διατήρηση του επιπέδου λειτουργικότητας, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής σε αρκετούς τομείς, η απουσία ψυχολογικής διαταραχής και το χαμηλό αρνητικό συναίσθημα. Εξάλλου, ολοένα και περισσότερο, οι ερευνητές λαμβάνουν υπόψη θετικούς δείκτες της προσαρμογής, όπως η διατήρηση της θετικής διάθεσης και του σκοπού της ζωής. Η ποιότητα ζωής στον σωματικό, λειτουργικό, κοινωνικό, σεξουαλικό και συναισθηματικό τομέα, επίσης δηλώνουν την προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια (Cella 2001, Newman και συν. 1996)

Η έρευνα που εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η προσωπικότητα επηρεάζει την προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια, χωρίζεται σε δύο οπτικές: την προσωπικότητα ως παράγοντα κινδύνου από την μία (Smith και Gallo 2001) και

ως προστατευτικό παράγοντα ή πηγή αντίστασης στο στρες από την άλλη (Ouellette και DiPlacido 2001). Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια η διάθεση της αισιοδοξίας που χαρακτηρίζεται ως προδιαθεσική (Scheier και Carver 1985) έχει αποτελέσει το πιο συχνά εξεταζόμενο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε σχέση με την σχετιζόμενη με την ασθένεια προσαρμογή.

1.2. Προσωπικότητα και χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος, αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται τόσο από ψυχοκοινωνικούς, όσο και από παράγοντες της προσωπικότητας, παρουσιάζει υψηλή διακύμανση και στην καλύτερη περίπτωση, ήπια σύνδεση με την βλάβη στους ιστούς, τις σωματικές αλλοιώσεις και την έκδηλη συμπεριφορά του πόνου (Bishop 1994). Όσο περισσότερο διαρκεί ο πόνος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο ρόλος της προσωπικότητας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (πχ κατάθλιψη, δεξιότητες αντιμετώπισης, ανεργία, οικονομικά προβλήματα) στην διατήρησή του (Gatchel και Turk 1996, 1999, Grant και Haverkamp 1995, Weiser και Cedaraschi 1992).

Ορισμένοι ερευνητές έχουν επιβεβαιώσει ότι ίσως το 50% της αναπηρίας κάποιου που αναφέρει χρόνιο πόνο στην πλάτη, οφείλεται σε ψυχοκοινωνικούς και παράγοντες της προσωπικότητας, με το άλλο 50% να αποδίδεται σε σωματική παθολογία (Gatchel και Turk 1996, Maruta και συν. 1997, Waddell και συν.1984). Αυτό ερμηνεύει γιατί οι βιοϊατρικές παρεμβάσεις (εγχείριση, νευρικά μπλοκ κα) από μόνες τους, συχνά δεν επαρκούν για να ανακουφίσουν τον χρόνιο πόνο. Όσο πιο ευρέως κατανεμημένος είναι ο πόνος στο σώμα και όσο περισσότερο διαρκεί, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να πετύχει μία αποκλειστικά βιοϊατρική παρέμβαση από μόνη της.

Τα τελευταία τουλάχιστον 50 χρόνια, οι ερευνητές έχουν αναζητήσει τόσο ψυχοκοινωνικούς, όσο και παράγοντες της προσωπικότητας που προβλέπουν τα χαρακτηριστικά των ατόμων τα οποία είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν χρόνιο πόνο (Gatchel και Epker 1999). Στις αρχικές προσπάθειες, χρησιμοποιήθηκαν συχνά ψυχομετρικά εργαλεία (MMPI) σε μία προσπάθεια να αναγνωριστούν τα χαρακτηριστικά μίας «προσωπικότητας πόνου». Στον τομέα της ψυχοσωματικής ιατρικής, που έχει τις ρίζες του στην ψυχοδυναμική ψυχολογία, οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να καθορίσουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που

συνδέονται με μία γενική «με κλίση στον πόνο προσωπικότητα» και με ειδικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα μια «προσωπικότητα ημικρανίας». Οι προσπάθειες αυτές, έχουν δημιουργήσει κάποιου βαθμού εμπειρική υποστήριξη (Gatchel και Erker 1999, Pincus και συν. 1986), δεδομένου ότι τα άτομα που δεν αναφέρουν πόνο, συχνά εκδηλώνουν τα ίδια χαρακτηριστικά προσωπικότητας με εκείνους που αναφέρουν και ότι οι σωματικές αλλοιώσεις που εν δυνάμει προκαλούν πόνο, παρατηρούνται και σε άτομα που δεν αναφέρουν πόνο. Επιπλέον, αν και ο χρόνιος πόνος συχνά συνδέεται με ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, η φύση της σχέσης και των παραγόντων που μεσολαβούν στη σχέση αυτή, παραμένει ασαφής (Turk και Rudy 1988).

Γεγονός είναι, πως δεν υπάρχουν δύο άτομα που να έχουν όμοιες εμπειρίες και υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην εμπειρία ενός ατόμου για τον κόσμο και την πραγματική κατάσταση του κόσμου, όπως αυτή θα οριζόταν. Οι άνθρωποι δημιουργούν μία νοητική αναπαράσταση και ένα πρότυπο για τον κόσμο και αυτή η αναπαράσταση καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη και την εμπειρία τους για τον κόσμο (Bandler και Grinder 1975). Γι' αυτό το λόγο, αν και η έρευνα δεν δείχνει με συνέπεια μία σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας και την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου, οι άνθρωποι ξεκάθαρα αναπτύσσουν μοναδικά πρότυπα αντίληψης και αντιμετώπισης του πόνου ανάλογα με τις εμπειρίες τους (Gatchel και Weisberg 2000).

Αρκετοί συγγραφείς έχουν υπερασπιστεί τον ρόλο της προσωπικότητας, ως μίας προηγηθείσας μεταβλητής, που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσαρμόζονται σε στρεσογόνες καταστάσεις (Barrowclough και Parle 1997, Compas και συν. 1996, Chang 1998a, 1998b, McCrae 1984). Η σχέση αυτή, ερμηνεύεται από το είδος της στρατηγικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται από τον κάθε άνθρωπο (McCrae και Costa 1986).

Ειδικά το μοντέλο των Hewitt και Flett (1996), που βασίζεται σ' αυτήν την οπτική, υποστηρίζει ότι η προσωπικότητα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα των στρατηγικών αντιμετώπισης, που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι σε στρεσογόνες καταστάσεις και ότι αυτές οι στρατηγικές ευθύνονται για την καλή ή κακή προσαρμογή. Γενικότερα, οι μοναδικές προνοσηρές προσωπικότητες, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων και οι κοινωνικό-οικονομικές/ περιβαλλοντικές συνθήκες αλληλεπιδρούν με το στρες που δημιουργείται από την προσπάθεια

αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου, παράγοντας ευμετάβλητα αποτελέσματα για τους ασθενείς (Gatchel και Erker 1999).

Συνεπώς, αν και ο επίμονος πόνος προκαλεί σωματική και συναισθηματική δυσλειτουργία σε πολλά άτομα, ορισμένα από αυτά φαίνεται να προσαρμόζονται αρκετά καλά, ενώ άλλα δυσκολεύονται. Οι ερευνητές, έχουν προσπαθήσει να ανακαλύψουν τους παράγοντες που θα μπορούσαν να διακρίνουν τα άτομα που μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν καλά τον χρόνιο πόνο και εκείνα που αντιμετωπίζουν δυσκολία προσαρμογής (Cheng και Leung 2000, Fisher και Johnston 1998, Gibson και Helme 2000). Τα άτομα που εμφανίζουν δυσπροσαρμοστικά μοντέλα αντιμετώπισης των καταστάσεων, έχουν μεγαλύτερα προβλήματα προσαρμογής στον χρόνιο πόνο.

Συγκεκριμένες στρατηγικές γνωστικής αξιολόγησης των στρεσογόνων παραγόντων, συνδέονται με συγκεκριμένες μεθόδους αντιμετώπισης, που προτιμούνται έναντι άλλων (Lazarus και Folkman 1984) και η αναγνώριση αυτών των στρατηγικών αξιολόγησης και μεθόδων αντιμετώπισης, είναι βοηθητική στην κατανόηση των διαφορών στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Seville και Robinson 2000).

Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται από την μεριά της Συμπεριφορικής Ιατρικής για το χρόνιο πόνο, αναζητούν να αλλάξουν την γνωστική αξιολόγηση του πόνου και να βελτιώσουν τις δεξιότητες αντιμετώπισης. Αν και αυτές οι θεραπείες είναι αποτελεσματικές για πολλά άτομα, δεν ωφελούνται όλοι οι ασθενείς. Συνεπώς η έρευνα συνεχίζει να εξετάζει μία ποικιλία γνωστικών παραγόντων που επηρεάζει την αντίληψη του πόνου σε μία προσπάθεια να καθορίσει τι θα προβλέψει την θεραπευτική επιτυχία (Cheng και Leung 2000, Fisher και Johnston 1998). Αυτοί οι παράγοντες συμπεριλαμβάνουν το προσωπικό νόημα του πόνου, τις δεξιότητες αντιμετώπισης, τις πολιτισμικές νόρμες και το βαθμό ελέγχου που οι άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν πάνω στον πόνο (Seville και Robinson 2000).

I.3.Τα συχνότερα μυοσκελετικά προβλήματα ανάλογα με την περιοχή εντόπισης του πόνου

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν συχνά προβλήματα υγείας και έχουν σημαντική επίπτωση στην δημόσια υγεία, εξαιτίας της ισχυρής επίδρασής τους στην

λειτουργική ικανότητα των ασθενών, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, την αποχή από την εργασία και την εργασιακή ανικανότητα. Οι περιοχές εντόπισης του μυοσκελετικού προβλήματος στην παρούσα έρευνα συμπεριλαμβάνουν τον αυχένα, τα άνω άκρα, την μέση και την πλάτη και τα κάτω άκρα που αποτελούν και τις περιοχές άσκησης του έργου της αποκατάστασης στο Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης. Πρόσθετη σε αυτές είναι η κατηγορία της εντόπισης του μυοσκελετικού προβλήματος σε διάφορα σημεία, που αφορά ασθενείς που προσέρχονται για αποκατάσταση με αναφορές πόνου και συμπτωματολογία σε περισσότερες από μία περιοχές εντόπισης όπως για παράδειγμα αυχέννας και πλάτη και μέση, ή πλάτη και μέση και κάτω άκρα, ή αυχέννας και άνω άκρα κα.

Επειδή στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας δεν ήταν δυνατή, αλλά ούτε και σκόπιμη, η αναφορά συνολικά των μυοσκελετικών παθήσεων ανάλογα με την περιοχή εντόπισης, πραγματοποιείται μία ενδεικτική αναφορά και συνοπτική περιγραφή των κυριότερων και συχνότερων.

Οι συχνότερες παθήσεις του αυχένα είναι αυχενική ριζοπάθεια (Cervical radiculopathy) και η αυχενική μυελοπάθεια. Η αυχενική ριζοπάθεια είναι μια κοινή αιτία πόνου στον αυχένα. Μπορεί να προκληθεί από κήλη σε αυχενικό μεσοσπονδύλιο δίσκο, οστεοφυτικές αλλοιώσεις, μια συμπιεστική παθολογία (πλησίασμα σπονδύλων), ή από υπερκινητικότητα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο επιπολασμός του αυχενικού πόνου μεταξύ των ενηλίκων μπορεί να φτάσει αρκετά ψηλά στο επίπεδο του 51%. Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την πάθηση περιλαμβάνουν την ανύψωση βαρέων αντικειμένων, το κάπνισμα, την κατάδυση, την εργασία με δονούμενο βιομηχανικό εξοπλισμό, και ενδεχομένως την οδήγηση (Kelsey και συν 1984).

Οι ρίζες των νεύρων του αυχενικού πλέγματος εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη από το υπερκείμενο μεσοσπονδύλιο διάστημα ως προς τον σπόνδυλο που αντιστοιχούν. Πιο συγκεκριμένα το 5ο αυχενικό νεύρο εκφύεται από το μεσοσπονδύλιο διάστημα A4-A5. Για το λόγο αυτό, μια πιθανή κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου στο διάστημα A4-A5, προκαλεί συμπτωματολογία (νευρολογική) στην κατανομή του A5 νεύρου (Clark 1991).

Η πάθηση εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα συμπτώματα, ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα, συμμετρικά ή ασύμμετρα (Clark 1991). Εμφανίζεται συχνότερα στη μέση και μεγαλύτερη ηλικία, με τους πάσχοντες να παραπονούνται για πόνο στον αυχένα και στο άνω άκρο εξαιτίας βαριάς εργασίας ή

ασυνήθιστης δραστηριότητας (Lestini και Wiesel 1989, Jahnke και Hart 1991, Russell 1990).

Η πάθηση σπάνια εξελίσσεται σε μυελοπάθεια, παρόλα αυτά περισσότερο από τα δύο τρίτα των ασθενών που αντιμετωπίζονται συντηρητικά (ξεκούραση, φάρμακα, φυσικοθεραπεία) αναφέρουν επιμονή των συμπτωμάτων. Σε σοβαρές περιπτώσεις που υπάρχει μεγάλη πίεση των ριζών ώστε να επηρεάζεται η κινητικότητα των ατόμων, πραγματοποιείται χειρουργική αποσυμπίεση των ριζών (laminectomy) με ποσοστά επιτυχίας που αγγίζουν το 98% (Dillin και συν. 1986).

Η δεύτερη συχνότερη και κυριότερη πάθηση του αυχένα είναι η αυχενική μυελοπάθεια. Η αιτία του πόνου στην αυχενική μυελοπάθεια δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένη και θεωρείται πολυπαραγοντική, περιλαμβάνοντας αγγειακές διαταραχές, υποξία του νωτιαίου μυελού, αλλαγές στη διάμετρο του σπονδυλικού σωλήνα και υπερτροφικές ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις (facets). Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλη κλινική εικόνα. Η συνήθης πορεία είναι αυτή της προοδευτικά αυξανόμενης ανικανότητας σε διάστημα κάποιων μηνών. Η έναρξη περιλαμβάνει υπαισθησίες στα δάκτυλα και την άκρα χείρα. Στη συνέχεια εμφανίζεται μυϊκή αδυναμία και έλλειψη συντονισμού των κινήσεων ενώ προοδευτικά η αδυναμία επεκτείνεται στα κάτω άκρα (Lestini και Wiesel 1989).

Οι περισσότεροι ασθενείς με αυχενική μυελοπάθεια εμφανίζονται με ελάχιστα συμπτώματα που διατηρούνται στάσιμα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η πρώτη μορφή αντιμετώπισης επομένως δεν μπορεί να είναι άλλη από συντηρητική όπως ανάπαυση, χρήση κολάρου, φυσικοθεραπεία με σκοπό την αύξηση του εύρους κίνησης, και φάρμακα. Ωστόσο μόνο το 30% με 50% παρουσιάζει βελτίωση με τη συντηρητική αγωγή (Sampath και συν.2000). Στην περίπτωση επιδείνωσης η λύση περιλαμβάνει την χειρουργική αποσυμπίεση που εφαρμόζεται και ως πρώτη επιλογή όταν τα αρχικά συμπτώματα εκδηλώνονται με προσβολή της κινητικότητας των άκρων (La Rocca 1988). Τα αποτελέσματα για τους χειρουργημένους ασθενείς είναι άριστα ή και ικανοποιητικά για το 70% των περιπτώσεων (Sampath και συν.2000).

Οι κυριότερες παθήσεις του άνω άκρου είναι η Τενοντίτιδα του τενόντιου πετάλου των στροφέων (rotator cuff) και η Τενοντίτιδα του δικεφάλου (Biceps tendinitis) που παρουσιάζονται στο ώμο, η επικονδυλίτιδα του αγκώνα, και η Τενοντίτιδα DeQuervain στον καρπό- άκρα χείρα. Ειδικότερα, η τενοντίτιδα του τενόντιου πετάλου των στροφέων είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης ή επαναλαμβανόμενης χρήσης του άνω άκρου, ειδικά σε θέσεις απαγωγής. Τα

παθολογικά ευρήματα ποικίλλουν από εκφυλιστική νέκρωση χωρίς κυτταρική διείσδυση μέχρι διατομής λόγω εκφυλισμού χωρίς τη δημιουργία νέας αγγείωσης (Fukuda Hamada και Yamanaka 1990).

Οι διατομές σχετίζονται με την ηλικία με την δραστηριότητα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται στη μέση ή μεγαλύτερη ηλικία. Στις περισσότερες περιπτώσεις πιθανολογείται πως η πάθηση ξεκινά με μικρορήξεις των ινών του υπερακάνθιου τένοντα (supraspinatus) που προοδευτικά μετατρέπονται σε μεγάλες ή και πλήρεις διατομές.

Οι ρήξεις διακρίνονται σε μερικές (ατελείς) ή ολικού πάχους (τέλειες). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο, μυϊκή αδυναμία και λειτουργική έκπτωση του άκρου ειδικά κατά την ανύψωσή του. Ο πόνος είναι συχνά προοδευτικός και αντανακλά στην εξωτερική επιφάνεια του βραχίονα ή ακόμα και στον αυχένα. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως όσο μεγαλώνει η διατομή και αυξάνεται η αδυναμία του τένοντα τόσο απομακρύνεται από την ανατομική της θέση η κεφαλή του βραχιονίου οστού κάτι που επιβαρύνει περεταίρω την συμπτωματολογία του πόνου (Fukuda Hamada και Yamanaka 1990).

Όσον αφορά τον δικέφαλο, η πορεία και η φυσιολογική γωνίωση που παρατηρείται στη μακρά κεφαλή του δικεφάλου βραχιονίου μυός την καθιστούν ευάλωτη σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις και ρήξεις, ώστε να παρουσιάζεται η τενοντίτιδα. Ο πόνος εμφανίζεται τυπικά στην πρόσθια επιφάνεια του άνω άκρου, επιδεινώνεται με τη χρήση και μπορεί να αντανακλά στην πρόσθια επιφάνεια και του αντιβραχίου.

Η επικονδυλίτιδα του έσω και του έξω επικόνδylου της ωλένης είναι κοινή αιτία πόνου στο άνω άκρο. Επιδημιολογικές μελέτες εκτιμούν πως το 3% του πληθυσμού εμφανίζει επικονδυλίτιδα του έξω επικόνδylου (Kivi 1982). Η ηλικία, συστηματικοί παράγοντες και η υπέρχρηση ενοχοποιούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες.

Η έσω και έξω επικονδυλίτιδα είναι νοσήματα που εμφανίζονται συχνά με ύπουλο τρόπο. Ο πόνος εντοπίζεται στην περιοχή του επικόνδylου και sporadικά αντανακλάται στο αντιβράχιο. Η χρήση των εκτεινόντων μυών του καρπού και των καμπτήρων μυών του καρπού επιτείνει τον πόνο στην έξω και στην έσω επικονδυλίτιδα αντίστοιχα.

Τέλος αναφορικά με τον καρπό – άκρα χείρα, η στενωτική τενοντοελυτρίτιδα του DeQuervain αποτελεί την τυπική εικόνα συνδρόμου

παγίδευσης τένοντα. Προσβάλλει τον μακρό απαγωγό και τους εκτείνοντες του αντίχειρα. Οι ασθενείς αναφέρουν πόνο στην περιοχή του καρπού στη βάση του αντίχειρα στην προσπάθεια να πιάσουν αντικείμενα (κατά τη λαβή). Η περιοχή είναι ευαίσθητη στην ψηλάφηση και μπορεί να είναι επιπλέον οίδηματώδης. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με κύριο μέτρο αντιμετώπισης τον περιορισμό της φλεγμονής και τη διατήρηση του φυσιολογικού μήκους των τενόντων που επιτυγχάνεται με διατάσεις (Kivi 1982).

Οι παθήσεις της σπονδυλικής στήλης αφορούν την χαμηλή οσφυαλγία, την οστεοαρθρίτιδα και την σπονδυλική στένωση. Συγκεκριμένα, η χαμηλή οσφυαλγία είναι ένα κοινό ιατρικό πρόβλημα με μεγάλο κόστος αντιμετώπισης. Προσβάλλει τα δύο φύλα σε ίδιο ποσοστό με την έναρξη των συμπτωμάτων να τοποθετείται μεταξύ της ηλικίας των 30 και 50 ετών. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της αποτελούν η άρση βαρέων αντικειμένων, η δονήσεις που μεταφέρονται στη σπονδυλική στήλη εξαιτίας κάποιας εργασίας (πχ οδήγηση, χρήση κομπρεσέρ), η παχυσαρκία και η κακή φυσική κατάσταση. Παρόλα αυτά, η χαμηλή οσφυαλγία προσβάλλει και άτομα που ξεφεύγουν των παραγόντων κινδύνου (Anderson 1997).

Ο πόνος στις περιοχές της οσφύος μπορεί να προέρχεται από διάφορους παράγοντες όπως από σπασμό των παρασπονδύλιων μυών, από συνδέσμους, από τον πηκτοειδή πυρήνα των μεσοσπονδύλιων δίσκων, από τις νευρικές ρίζες, τις ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις (facet joints), από το περίοστεο των σπονδύλων, από περιτονίες ή ακόμα και από αγγεία. Η πιο κοινή όμως αιτία πόνου στη μέση περιλαμβάνει μυοσυνδεσμικές κακώσεις, εκφυλιστικές αλλοιώσεις στους μεσοσπονδύλιους δίσκους και τις ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις, σπονδυλική στένωση και κήλη των μεσοσπονδυλίων δίσκων (Deyo και Weinstein 2001).

Η φυσική ιστορία ενός δίσκου που παρουσιάζει κήλη είναι συνήθως θετική. Μόνο το 10% των ασθενών που παρουσιάζουν ισχιαλγία (εξαιτίας κήλης που πιέζει οσφυϊκά νεύρα) εξακολουθεί και δηλώνει πόνο ικανό να οδηγήσει σε χειρουργείο μετά το πέρας 6 εβδομάδων από την προσβολή. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) παρουσιάζει σταδιακή υποχώρηση της κήλης που φτάνει στην μερική ή ακόμη και πλήρη υποχώρησή της μετά το πέρας των 6 μηνών στα δύο τρίτα των ασθενών (Deyo και Weinstein 2001).

Περισσότερο από 95% των δίσκων που εμφανίζουν κήλη στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης εντοπίζονται στα διαστήματα 04-05 και 05-11 (Deyo Rainville και Kent 1992). Στην περίπτωση που πιέζεται η ρίζα 05 εμφανίζεται

αδυναμία στην έκταση του μεγάλου δακτύλου του ποδιού και υπαισθησία στην περιοχή κατανομής του νεύρου.

Οι ασθενείς με χαμηλή οσφυαλγία βελτιώνονται σε ποσοστό 90% σε διάστημα 6 εβδομάδων με ή χωρίς κάποια θεραπεία (Spitzer και συν. 1987). Μόνο στο 2% με 3% η συμπτωματολογία επιμένει για ένα εξάμηνο και στο 1% στην πάροδο ενός έτους. Αξίζει όμως να σημειωθεί πως η χαμηλή οσφυαλγία επαναπροσβάλλει το 60% των πασχόντων στα επόμενα δύο χρόνια από την προηγούμενη προσβολή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την ανάπαυση, τη συντηρητική αγωγή με φάρμακα και φυσικοθεραπεία και στις περιπτώσεις που τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και σε βαθμό που περιορίζουν τη δραστηριότητα του ασθενή πραγματοποιείται χειρουργική παρέμβαση.

Η οστεοαρθρίτιδα εμφανίζεται συχνά στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης σε μεγάλες ηλικίες. Τυπικά ο πόνος της, είναι χειρότερος τις πρωινές ώρες, επιδεινώνεται με την κίνηση και ανακουφίζεται ο ασθενής με την ξεκούραση. Σχετίζεται με την πρωινή δυσκαμψία και τη μειωμένη τροχιά κίνησης της οσφυϊκής μοίρας κατά την απουσία συστηματικών αλλοιώσεων. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν ανταποκρίνεται πλήρως στα ακτινολογικά ευρήματα, με αποτέλεσμα ασθενείς με κακή ακτινολογική εικόνα να είναι ασυμπτωματικοί και αντίθετα ασθενείς με καλές ακτινογραφίες να πονούν καθημερινά. Σε προχωρημένες καταστάσεις εμφανίζονται εκτεταμένες οστεοφυτικές αλλοιώσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε συμπίεση νευρικών ριζών ή και ιππουριδικό σύνδρομο.

Τα συμπτώματα της σπονδυλικής στένωσης, παρουσιάζονται συνήθως στην έκτη δεκαετία και σταδιακά η στάση των ασθενών μεταβάλλεται με ολοένα και περισσότερη κάμψη προς τα εμπρός. Η μέση ηλικία των ατόμων με σπονδυλική στένωση που οδηγούνται στο χειρουργείο είναι τα 55 χρόνια, με μέση διάρκεια συμπτωμάτων τα τέσσερα έτη (Deyo Rainville και Kent 1992).

Τα συμπτώματα είναι διάχυτα εξαιτίας της αμφοτερόπλευρης προσβολής πολλών σπονδύλων. Ο πόνος και το μούδιασμα μπορεί να εμφανίζονται και στα δύο πόδια. Η ανακούφιση επέρχεται με κάμψη του κορμού προς τα εμπρός (γι αυτό παρατηρείται και αυτή η αντιαλγική στάση στους πάσχοντες) ενώ ο πόνος επιδεινώνεται με την έκταση της σπονδυλικής στήλης. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση.

Η φυσική εξέλιξη της πάθησης συνίσταται στην σταθεροποίηση της κατάστασης των ασθενών και στην αργή επιδείνωσή τους. Τα συμπτώματα εξελίσσονται σταδιακά, με αποτέλεσμα το 15% να βελτιώνεται σε μια περίοδο 5 ετών, το 70% να παραμένει σταθερό και το 15% να χειροτερεύει (Deyo και Weinstein 2001).

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει την ενδυνάμωση των άκρων, την προτροπή για αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ ώστε να αποφευχθούν πτώσεις, και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας του πάσχοντος με περπάτημα ή ποδήλατο (Spitzer 1987). Η χειρουργική αποσυμπίεση με αφαίρεση του σπονδυλικού τόξου επιλέγεται σε ορισμένους ασθενείς που παρουσιάζουν επίμονη συμπτωματολογία.

Τέλος, οι παθήσεις του κάτω άκρου αφορούν παθήσεις του ισχίου με συχνότερη την τροchanterίτιδα, παθήσεις του γόνατος ή του γονάτου με συχνότερη την οστεοχονδρίτιδα και τις παθήσεις του άκρου πόδα με συχνότερη την πελματιαία απονευρωσίτιδα. Ειδικότερα, η τροchanterίτιδα είναι μια υμενίτιδα, δηλαδή φλεγμονή του αρθρικού υμένα που περιβάλλει την άρθρωση του ισχίου, στην περιοχή του τροchanτήρα. Εκδηλώνεται με επώδυνο πρήξιμο που η έντασή του αυξάνεται με την παρατεταμένη επιβάρυνση (ακόμα και η απλή στήριξη στο μέλος αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα). Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική και περιλαμβάνει την ανάπαυση, την ανύψωση του μέλους, την τοποθέτηση πάγου, τη φαρμακευτική και φυσικοθεραπευτική αγωγή (Anderson 1997).

Η οστεοχονδρίτιδα είναι μια κατάσταση στην οποία μέρος του οστού, μαζί με τον χόνδρο, αποκολλάται από το υπόλοιπο οστό. Οι ασθενείς παραπονούνται για πόνο στην περιοχή του γονάτου που επιδεινώνεται με την καταπόνηση και κυρίως με τις στροφικές κινήσεις του μηρού επί της κνήμης. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική και συνίσταται κυρίως στην ακινητοποίηση ώστε να δοθεί χρόνος στο οστό να επουλωθεί. Σε μεγάλου βαθμού αποκολλήσεις είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση.

Η πελματιαία απονευρωσίτιδα, είναι μια φλεγμονή της πελματιαίας απονεύρωσης που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε μικρορήξεις ή και αποκόλληση του περιόστεου της πτέρνας. Εμφανίζεται με πόνο κυρίως τις πρωινές ώρες που μειώνεται με τη δραστηριότητα στην οποία μπορεί να παραμένει με τη μορφή καύσου ή ενόχλησης. Η εξέταση δείχνει σημεία ευαισθησίας στην πίεση και στην βάδιση στα δάκτυλα καθώς και την ανάσπαση του έξω χείλους της ποδοκνημικής. Η

αντιμετώπιση είναι συντηρητική. Συστήνεται τροποποίηση των δραστηριοτήτων, τοποθέτηση ορθωτικού βοηθήματος, φαρμακευτική αγωγή για τον περιορισμό της φλεγμονής και φυσικοθεραπεία με σκοπό τη διάταση της απονεύρωσης για την αποφυγή δημιουργίας ουλώδη ιστού (Anderson 1997).

I.4. Χρόνιος πόνος και Ποιότητα Ζωής

Παγκοσμίως, τα μυοσκελετικά προβλήματα αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας στα χρόνια νοσήματα. Η εμφάνιση αυτών των παθολογικών καταστάσεων αναμένεται να αυξηθεί εντυπωσιακά αν βασιστούμε στο γεγονός πως ο αριθμός των υπερήλικων αυξάνεται συνεχόμενα τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι η υπολογιζόμενη μέση διάρκεια ζωής παρουσιάζει παράταση (Woolf and Pfleger 2003). Πολλά μυοσκελετικά προβλήματα, δημιουργούν μακροχρόνιο, σοβαρό πόνο. Είναι γνωστό ότι ο παρατεταμένος χρόνιος πόνος που δεν έχει αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, μπορεί να έχει σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αρνητικές επιπτώσεις και μπορεί να δράσει αποδιοργανωτικά στην καθημερινή ζωή ενός ατόμου.

Οι ερευνητές προσπαθούν να διερευνήσουν την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με χρόνιες ασθένειες και χρόνιο πόνο. Για να γίνει ο διαχωρισμός της γενικής έννοιας ΠΖ και των απαιτήσεων στην κλινική ιατρική και στις κλινικές δοκιμές και να αποφευχθεί η ασάφεια, συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «ποιότητα ζωής της υγείας» (health related quality of life – HRQoL). Η αξιολόγηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), παρέχει έναν τρόπο στα άτομα που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη να κατανοήσουν καλύτερα την επίδραση της κατάστασης του χρόνιου πόνου στη γενική ευημερία των ασθενών που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικά νοσήματα. Επιπροσθέτως, η αξιολόγηση τόσο της σωματικής όσο και της πνευματικής και κοινωνικής υγείας είναι απαραίτητη για να καθορίσει άλλες μορφές θεραπείας, οι οποίες δύναται να συμβάλουν ταυτόχρονα και σε συνάρτηση με την φαρμακευτική αγωγή στην βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενή. Είναι λοιπόν, ουσιαστικό να έχουμε υπόψη μας πως η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQoL), είναι μια ολιστική έννοια που βλέπει την ανθρώπινη υγεία και την ευημερία μέσα στο πλαίσιο του ορισμού της υγείας που δίνεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(ΠΟΥ) (Guyatt, Feenz και Patrick 1993).

Μέσα από την μελέτη της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος επιδρά αρνητικά στη σωματική (φυσική) υγεία με διάφορους τρόπους, καθώς σύμφωνα και με μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπάρχουν στοιχεία ότι τα άτομα με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, είναι πιθανότερο να περιορίζουν σε βάθος χρόνου τις δραστηριότητες που μπορούν να πραγματοποιήσουν στην καθημερινή τους ζωή (Harley και Wolfe 1991).

Συγκεκριμένα οι Hawley και Wolfe σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 1991 για τις ρευματοειδείς παθήσεις σε 1522 ασθενείς (Harley και Wolfe 1991), οι Anderson και Chernoff στην έρευνα τους (1993) και οι MacKinnon, Avison και McCain το 1994 (MacKinnon, Avison and McCain 1994), αποκάλυψαν ότι υπάρχει μια ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον πόνο και στην μείωση της σωματικής δραστηριότητας.

Ο εντοπισμός του πόνου σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος (Schasfoort, Bussmann and Stam 2004), η διάρκεια (Konacs και συν. 2005), και η οξύτητα του πόνου (Ang Kroenke και McHorney 2006), φαίνεται να διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη φυσική λειτουργικότητα ενός ατόμου που πάσχει από χρόνια μυοσκελετικό πρόβλημα. Έτσι η μείωση στη σωματική δραστηριότητα εξαιτίας του πόνου, μπορεί να συμβάλει σε μια προοδευτική μείωση στη δύναμη των μυών και στην ευελιξία του σώματος των ασθενών και να οδηγήσει τελικά στη λήψη βάρους πέρα από το κανονικό. Αν ο ασθενής μπει σε αυτό τον φαύλο κύκλο, τότε ο χρόνιος πόνος που συνδέεται με τις μυοσκελετικές διαταραχές μπορεί να επιδεινωθεί. Αυτό γίνεται εμφανές καθώς σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι ο πόνος είναι ένας από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της φυσικής ανικανότητας ανάμεσα στους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, οσφυαλγία και ρευματοειδή αρθρίτιδα (Creamer Lethbridge-Cejku και Hockberg 2000, Konacs και συν. 2005, Katz Morris και Yelin 2006).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, συχνά οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει στις μελέτες τους δείκτες μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), με σκοπό να αξιολογήσουν είτε μεμονωμένα περιστατικά ασθενών ή ομάδες ασθενών με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, σε διάφορες χώρες και έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών με σκοπό την μελέτη του αντίκτυπου του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου στη σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQoL) των πασχόντων.

Έτσι σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Hill και τους συνεργάτες

του το 1999, σε 1329 ασθενείς με αρθρίτιδα και 1762 άτομα από τον γενικό πληθυσμό με την χρήση του SF-36, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα πως σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 το οποίο μετρά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, είναι σημαντικά χαμηλότερες για τους ασθενείς που πάσχουν από αρθρίτιδα, δείγμα δηλαδή του πόσο ο πόνος επηρεάζει την ποιότητα της ζωής (Hill Parsons και Taylor 1999).

Αντίστοιχα, ο Creamer και οι συνεργάτες του, σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 2000 με την χρήση του WOMAC και του Perceived quality of life index σε 69 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η οξύτητα του πόνου, η παχυσαρκία και το αίσθημα αβοηθησίας του εαυτού μας, είναι οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες της ανικανότητας ενός ασθενή. Η ανικανότητα έχει στατιστικά σημαντική και αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQoL) (Creamer, Lethbridge-Cejku και Hockberg 2000).

Χαρακτηριστικά είναι και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν οι Tuzun και οι συνεργάτες του το 2004 οι οποίοι μελετώντας δύο κλινικούς πληθυσμούς ασθενών με ινομυαλγία (N=33) και ασθενών με σύνδρομο μυοσκελετικού πόνου (N=33) σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου υγιούς πληθυσμού (N=33), κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το σύνδρομο του μυοσκελετικού πόνου έχει αντίκτυπο συνήθως στη φυσική υγεία, ενώ η ινομυαλγία έχει συνήθως αντίκτυπο και στη φυσική και στη πνευματική υγεία (Tuzun Albayrak και Ekel 2004).

Το 2005, οι Kovacs και συνεργάτες, μελέτησαν 209 ασθενείς με οσφυαλγία και μέτρησαν την σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής τους, με την χρήση των ερωτηματολογίων SF12 και Roland-Morris και συμπέραναν πως η ένταση του πόνου είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ανικανότητας και πως η ανικανότητα είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της σωματικής και πνευματικής ποιότητας της ζωής (Kovacs και συν 2005).

Την ίδια χρονιά, σε μια δεύτερη συγκριτική μελέτη, ο Kovacs και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν την κλίμακα μέτρησης της ποιότητας της υγείας EQ-5D σε 366 ασθενείς με οσφυαλγία και σύγκριναν το δείγμα με 247 ασθενείς με αυτοαναφερόμενο αίσθημα πόνου με την χρήση της κλίμακας Roland-Morris και κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως η οσφυαλγία επηρεάζει την ανικανότητα και την ποιότητα της ζωής περισσότερο από τον αυτοαναφερόμενο πόνο. Στα αποτελέσματα τους κατέληξαν πως η ανικανότητα προβλέπεται από τη διάρκεια πόνου και πως η

ποιότητα της ζωής τελικά προβλέπεται από την ανικανότητα (Kovacs Abraira και συν. 2005).

Ακόμα ο Ang και οι συνεργάτες του σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε πληθυσμό 1237 ατόμων με μυοσκελετικά προβλήματα σε σχέση με μία ομάδα ελέγχου 2123 ατόμων υγιούς πληθυσμού, χρησιμοποίησαν την επισκόπηση υγείας SF-36 και συμπέραναν πως ανεξάρτητα από τη θέση του πόνου, η ένταση του πόνου έχει υψηλή, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη λειτουργική κατάσταση των ασθενών, τόσο την πνευματική όσο και την σωματική (Ang Kroenke και McHorney 2006).

Τέλος, ο Katz και οι συνεργάτες του, το 2006 σε ομάδα 548 πασχόντων από ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρησιμοποίησαν τις κλίμακες HAQ και την κλίμακα εκτίμησης της δραστηριότητας ζωής και βρήκαν πως η ανικανότητα στις δραστηριότητες της ζωής που μετρήθηκαν, είναι πολύ συχνή μεταξύ των ατόμων με την ρευματοειδή αρθρίτιδα και πως η κόπωση και ο πόνος αντίστοιχα συσχετίζονται περισσότερο με την ανικανότητα από τα άλλα συμπτώματα. Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε πως η ανικανότητα παίζει έναν ουσιαστικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (Katz Morris and Yelin 2006).

Όλα τα παραπάνω δείχνουν πως η επίδραση του πόνου στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με μυοσκελετικά προβλήματα, έχει ερευνηθεί και τεκμηριωθεί σε μεγάλο βαθμό και σε διαφορετικά πληθυσμιακά δείγματα. Παρόλα αυτά, το πεδίο που αφορά την έρευνα σε σχέση με το άγχος του πόνου και την επίδραση που αυτό έχει στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, κάτω από την επίδραση της αισιοδοξίας, ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, δεν έχει μελετηθεί και αποτελεί και την προσφορά της συγκεκριμένης πτυχιακής έρευνας στην σύγχρονη βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

II.1. Προσδιορισμός και μέτρηση της αισιοδοξίας στον χρόνιο πόνο

Οι δράσεις των ατόμων επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις προσδοκίες τους σχετικά με τις συνέπειες αυτών των δράσεων. Οι προσδοκίες έχουν αποδειχθεί θεμέλιος λίθος στο πέρασμα των ετών για μία ποικιλία θεωριών υποκινούμενης δράσης (Bandura 1977). Οι άνθρωποι που βλέπουν τα θετικά αποτελέσματα ως επιτεύξιμα, συνεχίζουν να αγωνίζονται προς την κατεύθυνση αυτών των αποτελεσμάτων, ακόμη και όταν η εξέλιξη είναι δύσκολη ή αργή. Εναλλακτικά, όταν η επίτευξη των αποτελεσμάτων είναι ακαθόριστη (άσχετα από το λόγο της δυσκολίας), οι άνθρωποι εγκαταλείπουν τις προσπάθειές τους και αποδεσμεύονται από τους στόχους που έχουν θέσει, ακόμη και όταν οι συνέπειες αυτής της αποδέσμευσης έχει κάποιες φορές σοβαρές συνέπειες. Γι' αυτό το λόγο, οι προσδοκίες των ανθρώπων, θεωρούνται καθοριστικός παράγοντας του διαχωρισμού δύο γενικών τύπων συμπεριφοράς που είναι ο συνεχής αγώνας από την μία και η παραίτηση και η φυγή από την άλλη.

Αντίστοιχος με τον διαχωρισμό των προσδοκιών στη συμπεριφορά είναι και εκείνος στο συναίσθημα (Carver και Scheier 1990). Όταν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να πετύχουν τους στόχους τους, βιώνουν θετικό συναίσθημα, που μπορεί να κυμαίνεται από την υπερηφάνεια στην ευγνωμοσύνη ή την απλή ανακούφιση, ανάλογα με τον λόγο που βρίσκεται πίσω από την ευνοϊκή προσδοκία (Carver και Scheier 1990). Κατά έναν αντίστοιχο τρόπο, οι μη ευνοϊκές προσδοκίες αυξάνουν το αρνητικό συναίσθημα και ανάλογα με τις ειδικές αιτιώδεις αποδόσεις που πραγματοποιούνται, η τελική ποιότητά του, μπορεί επίσης, να κυμαίνεται, συμπεριλαμβάνοντας συναισθήματα όπως η ντροπή, ο θυμός και η μνησικακία. Άσχετα από το κατά πόσο το συναίσθημα είναι θετικό ή αρνητικό, η έντασή του θεωρείται ότι κυμαίνεται, ανάλογα με τη σημασία του στόχου που απειλείται.

Η έρευνα που σχετίζεται με τη θετική και αρνητική σκέψη, ξεκίνησε με μελέτες πάνω στις επιδράσεις των ειδικών σε συγκεκριμένη κατάσταση προσδοκιών (Scheier και Carver 1988). Με το πέρασμα των χρόνων, η εστίαση της έρευνας έχει αλλάξει με αργούς ρυθμούς σε μία θεώρηση προσδοκιών που είναι πιο γενικές, αν όχι πιο αδιαμόρφωτες στη φύση τους. Οι προσδοκίες αυτές θεωρούνται σχετικά σταθερές

στο χρόνο και το πλαίσιο και ότι διαμορφώνουν τις βάσεις ενός σημαντικού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, την προδιάθεση της αισιοδοξίας. Η προδιάθεση της αισιοδοξίας, που έχει οριστεί ως οι γενικευμένες προσδοκίες ότι καλά πράγματα θα συμβούν (Scheier και Carver 1987) και η σχετική με την κατάσταση αισιοδοξία, που μπορεί να θεωρηθεί ως προσδοκίες ότι καλά πράγματα θα συμβούν σε μία δεδομένη κατάσταση, έχουν θεωρηθεί ότι συνδέονται θετικά με την ψυχολογική και σωματική υγεία.

Ανάλογα με το τι αξιολογείται σε κάθε περίπτωση, η αισιοδοξία έχει ερμηνευτεί ποικιλοτρόπως, ως συγκυριακή εννοιολογική κατασκευή, μία προδιάθεση, ένα στυλ αντιμετώπισης, μία άμυνα, μία γνωστική τάση ή ένας συνδυασμός αυτών (Garofalo 2000).

Προσδιορίζοντας την προδιάθεση της αισιοδοξίας με όρους γενικευμένων προσδοκιών, αναπτύχθηκε ένα σύντομο ψυχομετρικό εργαλείο μέτρησης αυτού του χαρακτηριστικού (Scheier και Carver 1985). Το εργαλείο ονομάζεται Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (LOT-R). Υπάρχουν τουλάχιστον ακόμη δύο κλίμακες ,που έχουν σχεδιαστεί για να ερευνήσουν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Μία από αυτές είναι η κλίμακα της Απελπισίας [Hopelessness Scale: Beck και συν. (1974)], που είναι όμοια στη μορφή με εκείνη του LOT, αλλά μεγαλύτερου εύρους, η οποία αξιολογεί την συναισθηματική εμπειρία του ατόμου και τις τάσεις παραίτησης (επιπρόσθετα στις προσδοκίες). Ακόμη μία εν δυνάμει σχετική κλίμακα μέτρησης, είναι η Κλίμακα της Γενικευμένης Προσδοκίας για Επιτυχία [Generalized Expectancy for Success Scale: Fibel και Hale (1978)], που μετράει την αισιοδοξία ζητώντας από τους ανταποκρινόμενους να δείξουν τις συγκεκριμένες προσδοκίες τους κατά μήκος ενός αριθμού ειδικών τομέων ζωής.

Ενώ λοιπόν, η αισιοδοξία θεωρείται σχετικά σταθερή (Scheier και Carver, 1987), ο Benyamini (2005) διατείνεται ότι οι αναφορές της αισιοδοξίας, όπως μετριοούνται από το LOT-R (την αναθεωρημένη κλίμακα του LOT), μπορεί να εξαρτώνται από το χρονικό πλαίσιο ή/ και το πλαίσιο μέσα στο οποίο χορηγήθηκε. Ο Benyamini (2005), ισχυρίζεται ότι στο δείγμα του, που αποτελείται από ηλικιωμένους ενήλικες που βιώνουν Οστεοαρθρίτιδα, η αισιοδοξία μπορεί να επηρεαστεί πιο εύκολα σε σχέση με άλλα δείγματα για 2 λόγους: επειδή οι συμμετέχοντες βιώνουν μία προχωρημένη φάση ζωής από τη μία και ένα στρεσογόνο πλαίσιο υγείας από την άλλη. Αν αυτό ισχύει, τότε είναι κατανοητό ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη που αναφέρεται ότι επηρεάζει και επηρεάζεται από στρεσογόνους

παράγοντες της υγείας, όπως και η σωματική λειτουργικότητα (Reinhardt και Blieszner 2000), μπορεί να παίζουν ένα ρόλο στις αναφορές της αισιοδοξίας. Επιπρόσθετα, η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια (Gil και συν. 1987) όπως και στον πόνο (de Vellis και συν. 1986), μπορεί να αποτελούν παράγοντες πλαισίου που επηρεάζουν τις αναφορές της αισιοδοξίας.

Επιπρόσθετα, οι πεποιθήσεις για τις προσδοκίες της αισιοδοξίας μειώνονται στο πλαίσιο ενός υψηλού επαναλαμβανόμενου στρες (Carver και συν. 1998) όπως και η ανικανότητα και ο επίμονος πόνος που συνδέεται με την Οστεοαρθρίτιδα. Αν και δεν έχει ακόμη διερευνηθεί εκτενώς το συγκεκριμένο θέμα, μέρος της βιβλιογραφίας προτείνει ότι οι αναφορές αισιοδοξίας επηρεάζονται από το πλαίσιο υγείας (Schulz Tompkins και Rau 1988). Οι Schulz και συν. (1988) αναφέρουν ότι σε ασθενείς που έπαθαν εγκεφαλικό και στους ανθρώπους που τους στηρίζουν, οι βαθμολογίες από την μέτρηση της αισιοδοξίας έπεσαν σε μία περίοδο 6 μηνών μετά από το εγκεφαλικό.

Πέρα από τον θεωρητικό προσανατολισμό των αισιόδοξων έναντι των απαισιόδοξων, που προσδιορίζονται εννοιολογικά με όρους γενικών προσδοκιών για θετικές έναντι αρνητικών εκβάσεις, υπάρχουν και μερικά άλλα θεωρητικά πλαίσια που παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτό.

Έτσι για παράδειγμα η λειτουργική αισιοδοξία, αναφέρεται στις επιδράσεις της αισιοδοξίας που δρουν προσαρμοστικά, ενώ το αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ, κάποιες φορές καθορίζει την μαθημένη αισιοδοξία και μπορεί καλύτερα να ειπωθεί ως το αντίθετο του καταθλιπτικού στυλ απόδοσης, που περιγράφεται από τους Abramson και συν. (1978). Ο Seligman (1991) έχει προτείνει ότι οι αισιόδοξοι αποδίδουν στα αρνητικά γεγονότα εξωτερικές, μεταβλητές και ειδικές ερμηνείες, ενώ τα καταθλιπτικά άτομα συχνά αποδίδουν εσωτερικές, γενικές και σταθερές ερμηνείες στα αρνητικά γεγονότα. Σε αυτό το γνωστικό μοντέλο, οι αιτιώδεις ερμηνείες των ατόμων για παρελθοντικά γεγονότα, επηρεάζουν τις προσδοκίες τους σχετικά με τον έλεγχο μελλοντικών γεγονότων. Οι ερμηνείες κατ' αυτόν τον τρόπο, επηρεάζουν τα συναισθήματα των ατόμων και την επακόλουθη συμπεριφορά τους. Καθώς αναπτύχθηκε η θεωρία των αιτιωδών αποδόσεων, οι ερευνητές κινήθηκαν προς την θεώρηση των ατομικών διαφορών και άρχισαν να εστιάζουν περισσότερο στην πιθανή ύπαρξη σταθερών τάσεων προς τη χρήση του ενός ή του άλλου είδους αιτιώδους απόδοσης. Ένα ψυχομετρικό εργαλείο αναπτύχθηκε για να μετρήσει αυτές τις τάσεις αιτιώδους απόδοσης (Seligman και συν. 1979) και δύο πρότυπα

ερμηνευτικού στυλ χαρακτηρίστηκαν αργότερα ως αισιόδοξο έναντι απαισιόδοξου (Peterson και Seligman 1984). Η ύπαρξη μιας τάσης να αποδώσουμε τα αρνητικά αποτελέσματα σε αίτια που είναι σταθερά, γενικά και εσωτερικά θεωρείται ως απαισιόδοξη, ενώ αντίστοιχα μία τάση να αποδίδουμε τα γεγονότα σε ασταθή, ειδικά και εξωτερικά θεωρείται αισιόδοξη.

Η θεωρία αιτιώδους απόδοσης και η θεωρία της αισιοδοξίας, υποθέτουν ότι οι συνέπειες της αισιοδοξίας έναντι της απαισιοδοξίας, προέρχονται από διαφορές στις προσδοκίες των ατόμων. Από την άλλη πλευρά, οι συνάφειες μεταξύ του Τέστ Προσανατολισμού στην Ζωή (LOT) και του στυλ αιτιώδους απόδοσης, δεν είναι γενικότερα ισχυρές, γεγονός που μάλλον οφείλεται στο ότι το πρώτο εργαλείο εστιάζει άμεσα στις γενικές προσδοκίες για το μέλλον, ενώ το δεύτερο στις κρίσεις των ατόμων σχετικά με το πώς προκαλούνται συγκεκριμένα γεγονότα. Ωστόσο, παρά την ήπια συσχέτιση των δύο εργαλείων, τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με το στυλ αιτιώδους απόδοσης και της προδιάθεσης της αισιοδοξίας, τείνουν σε παρόμοια ευρήματα. Είναι λοιπόν αποσαφηνισμένο ότι ένα απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ συνδέεται με συμπτώματα κατάθλιψης ενώ παράλληλα υποστηρίζεται η ιδέα ότι η τάση για απαισιόδοξες ερμηνείες αναπαριστά μία ευαισθησία του ατόμου στο να αναπτύξει καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από αρνητικά γεγονότα (Peterson και Seligman 1984, Robins 1988). Συνεπώς, οι ομοιότητες της προδιάθεσης της αισιοδοξίας και του στυλ αιτιώδους απόδοσης είναι αποσαφηνισμένες και οι μετρήσεις τους φαίνεται να συνδέονται με την καλή σωματική κατάσταση (Peterson Seligman και Vaillant 1988).

Η αυτοαποτελεσματικότητα, αποτελεί ακόμη μία συναφή εννοιολογική κατασκευή της προδιάθεσης της αισιοδοξίας. Οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας, αποτελούν τις προσδοκίες των ατόμων σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελέσουν την συμπεριφορά που επιθυμούν με επιτυχία. Ο Bandura (1977) πρότεινε ότι αυτός ο τύπος προσδοκίας, αποτελεί την ουσία της θεραπευτικής συμπεριφορικής αλλαγής. Ενώ οι ομοιότητες μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας και της εννοιολογικής κατασκευής της αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας, είναι προφανείς, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές.

Συγκεκριμένα, η θεωρητική προσέγγιση της αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας, σκόπιμα αποδυναμώνει τον ρόλο της προσωπικής αποτελεσματικότητας του ατόμου, θεωρώντας τις αντιλήψεις της προσωπικής αποτελεσματικότητας, ως πολύ σημαντική πηγή προσωπικών προσδοκιών, αλλά μόνο μία τέτοια πηγή. Στο συγκεκριμένο λοιπόν

θεωρητικό μοντέλο, συμπεριλαμβάνονται και άλλες πηγές προσδοκιών, όπως οι αντιλήψεις σχετικά με τη διαθέσιμη βοήθεια από άλλους ανθρώπους, το φιλικό ή εχθρικό περιβάλλον, η θρησκευτική πίστη και η πίστη στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων (χημικών ή εικονικών) και γενικότερα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία του Bandura που αφορά στην προσωπική αποτελεσματικότητα, υποστηρίζει ότι οι αντιλήψεις αυτοαποτελεσματικότητας, αποτελούν τη μοναδική τελική οδό στην συμπεριφορά και δεν φαίνεται να συμπεριλαμβάνει άλλες πηγές προσδοκιών.

Η δεύτερη διαφορά που υφίσταται ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα και την αισιοδοξία- απαισιοδοξία, αφορά το εύρος των προσδοκιών. Ενώ στην θεωρία του Bandura (1977, 1986) οι προσδοκίες είναι εστιασμένες σε συγκεκριμένο τομέα (ή ακόμη και σε συγκεκριμένη δράση), στην αισιοδοξία – απαισιοδοξία οι προσδοκίες είναι γενικές και όχι ειδικές. Ωστόσο, όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, είναι γνωστό ότι τόσο οι ειδικές όσο και οι γενικές προσδοκίες, παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των καταστάσεων και γενικότερα την συμπεριφορά.

II.2. Προδιάθεση της αισιοδοξίας, χρόνια ασθένεια, χρόνιος πόνος και Ποιότητα Ζωής

Οι Fournier και συν.(2002) και de Ridder και συν. (2004), συνδέουν την αισιοδοξία με την επιλογή να ακολουθήσουμε πρακτικές που υποστηρίζουν την υγεία, όπως είναι η αντιμετώπιση με υγιείς βοηθητικούς τρόπους της χρόνιας ασθένειας (Fournier de Ridder και Bensing 2002, de Ridder Fournier και Bensing 2004). Αν και ο ωφέλιμος ρόλος της αισιοδοξίας διαφέρει στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας, οι συγκεκριμένοι ερευνητές, αναφέρουν διαφορετικά ευεργετικά αποτελέσματα, από αισιόδοξες πεποιθήσεις σε ποικίλες πλευρές της αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών. Ειδικότερα, στις μελέτες που πραγματοποίησαν σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες διαφορετικής ικανότητας ελέγχου σε σχέση με την αυτοφροντίδα, συζητούν ορισμένα είδη αισιοδοξίας που έχουν εγκαθιδρυθεί και που όταν η ασθένεια είναι ελέγξιμη (πχ όταν τα συμπτώματα και οι παρενέργειες μπορούν να ελεγχθούν από τις συμπεριφορές των ασθενών) οι προσδοκίες για θετικό αποτέλεσμα , αποτελούν το πιο ωφέλιμο είδος αισιοδοξίας για τους χρόνιους

πάσχοντες. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, κατέληξαν ότι το πλεονέκτημα των προσδοκιών θετικής έκβασης σε ασθένειες όπως ο διαβήτης τύπου 1 και σε ένα βαθμό η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα και η πολλαπλή Σκλήρυνση, είναι ότι μπορούν να οδηγήσουν σε αποτελεσματική φροντίδα του εαυτού και σε καλή σωματική και ψυχική υγεία (Fournier de Ridder και Bensing 2002). Η διατήρηση των προσδοκιών για θετικό αποτέλεσμα, δείχνει ότι τα άτομα είναι γενικώς προσανατολισμένα σε θετικές προσδοκίες μελλοντικών γεγονότων (Scheier και Carver 1992).

Οι Scheier και Carver (1987) ισχυρίζονται ότι η αισιοδοξία παίζει έναν προστατευτικό ρόλο στην χρόνια ασθένεια, ενισχύοντας πιο ωφέλιμα αποτελέσματα υγείας, συνήθειες υγείας και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, αναλύοντας τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με την αισιοδοξία και την σωματική υγεία, καταλήγουν ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς, έχουν καλύτερες εκβάσεις στην σωματική τους υγεία, χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και υιοθετούν πιο συχνά υγιείς συνήθειες.

Ιδιαίτερα όσον αφορά στην ανάπτυξη υγείων συνηθειών, οι Scheier και Carver (1987) υποθέτουν ότι αυτές αποτελούν συμπεριφορικούς μηχανισμούς που βοηθούν στην ερμηνεία των καλύτερων εκβάσεων στην υγεία, που βιώνουν οι αισιόδοξοι ασθενείς. Οι μηχανισμοί αυτοί, θεωρούν ότι σχετίζονται αμεσότερα με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την ψυχολογική καταπόνηση, που παράγει ο στρεσογόνος παράγοντας, παρά με την αντιμετώπιση της ίδιας της πηγής του στρες, ιδιαίτερα σε εκείνα τα πλαίσια στα οποία το στρες σχετίζεται με την υγεία και κατά συνέπεια οφείλεται σε μία ασθένεια, έναν τραυματισμό ή άλλο είδος σωματικής βλάβης.

Παράλληλα η αισιοδοξία φαίνεται να συντελεί στην καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια. Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 66 ασθενείς με χρόνια Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Brenner Melamed και Panush 1994), με μέσο χρόνο διάρκειας της ασθένειας 12 έτη, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με ένα προοπτικό σχέδιο, με βάση το οποίο και επαναξιολογήθηκαν 6 μήνες αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πρώτη φάση της αξιολόγησης η ψυχοκοινωνική προσαρμογή συνδέονταν με μεγαλύτερη αισιοδοξία και αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και λιγότερη ανικανότητα. Η αισιοδοξία κατά την πρώτη φάση, ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας των αλλαγών στην προσαρμογή κατά την δεύτερη φάση της αξιολόγησης, ελέγχοντας την προσαρμογή της πρώτης φάσης

και την ανικανότητα της δεύτερης φάσης. Η αισιοδοξία στη φάση 1 προέβλεπε την εστιασμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση κατά τη φάση 2.

Σε σχέση πάλι με την ψυχική υγεία, η προδιάθεση της αισιοδοξίας φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με το άγχος, την κατάθλιψη και την δυσφορία. Επίσης, σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 165 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, που μόλις είχαν λάβει την διάγνωση (Schou και συν. 2004), προκειμένου να διερευνηθούν προγνωστικοί παράγοντες (με ειδική έμφαση στην αισιοδοξία-απαισιοδοξία) της συναισθηματικής νοσηρότητας (άγχος, κατάθλιψη), ο επιπολασμός (prevalence) της συναισθηματικής νοσηρότητας βρέθηκε να είναι σημαντικά μεγαλύτερος στους απαισιόδοξους σε όλες τις φάσεις της αξιολόγησης. Η απαισιοδοξία ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για το άγχος και την κατάθλιψη ένα χρόνο μετά από την χειρουργική επέμβαση στο στήθος. Οι αισιόδοξες και οι απαισιόδοξες ασθενείς διέφεραν τόσο στα στυλ αντιμετώπισης όσο και στην πρόγνωση της συναισθηματικής νοσηρότητας.

Επιπλέον, σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 70 ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο (Carver και συν.1993), προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της γενικής αισιοδοξίας - απαισιοδοξίας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια, βρέθηκε ότι οι απαισιόδοξες ασθενείς παρουσίαζαν φτωχότερη επακόλουθη ευημερία, προτείνοντας έτσι ότι η απαισιοδοξία αναπαριστά μία ευαλωτότητα στην αρνητική αλλαγή στην προσαρμογή. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι μία αίσθηση απαισιοδοξίας για τη ζωή, ενισχύει τον κίνδυνο για αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις κατά τη φάση της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Σε μία προοπτική μελέτη αντίστοιχα (Allison Guichard και Gilain 2000) που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί τον ρόλο της προδιάθεσης της αισιοδοξίας ως προγνωστικού παράγοντα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε ένα δείγμα με ασθενείς με καρκίνο στον εγκέφαλο και το λαιμό (upper aerodigestive tract cancer), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πριν την θεραπεία οι αισιόδοξοι ανέφεραν καλύτερο ρόλο, γνωστική και συναισθηματική λειτουργία, λιγότερο πόνο και κόπωση και καλύτερη γενική βαθμολόγηση στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σε σχέση με τους απαισιόδοξους. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η αισιοδοξία συνδέονταν με καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κάτι που θα προσπαθήσουμε να δείξουμε και μείς στην παρούσα μελέτη καθώς αυτή είναι και η βασική υπόθεση της μελέτης μας.

Στην συγκεκριμένη έρευνα η αισιοδοξία επίσης φάνηκε να συνδέεται μόνο με λιγότερο σοβαρή συμπτωματολογία.

Σε μία άλλη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Reker και Wong (1985) σε δύο ομάδες ηλικιωμένων από τις οποίες η μία φιλοξενούνταν σε ίδρυμα, βρέθηκε ότι τα άτομα που αξιολογήθηκαν ως αισιόδοξα και είχαν θετικό προσανατολισμό για το άμεσο μέλλον, κατά την επαναξιολόγηση τους δύο χρόνια αργότερα, ανέφεραν λιγότερα σωματικά συμπτώματα και καλύτερη σωματική, ψυχική και γενική ευημερία.

Αν και η οστεοαρθρίτιδα δεν είναι κατ' ανάγκη προβλέψιμη, ο πόνος που βιώνεται από αυτή μπορεί να ελεγχθεί μέσα από την εφαρμογή στρατηγικών αυτοδιαχείρισης όπως είναι η εξάσκηση ή η χρήση διαλογισμού για τον πόνο, συμπεριφορές δηλαδή που είναι συνδεδεμένες με αισιόδοξες πεποιθήσεις αν και η συμπεριφορά του πόνου είναι συχνά μη προβλέψιμη (Sack 1995).

Επίσης, σε μία συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 73 ηλικιωμένους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, βρέθηκε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά αισιοδοξίας και υποστήριξης σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ζωή και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Ferreira και Sherman 2007). Επιπλέον, η αισιοδοξία φάνηκε να μεσολαβεί σε μέτριο βαθμό στην σχέση που υπήρχε ανάμεσα στον πόνο και την ικανοποίηση από την ζωή, ενώ η υποστήριξη μεσολαβούσε εν μέρει στη σχέση που υπήρχε ανάμεσα στον πόνο και τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι προσδοκίες για θετικό αποτέλεσμα, γνωστές και ως προδιάθεση της αισιοδοξίας, αποτελούν επίσης προγνωστικό παράγοντα για θετικότερα αποτελέσματα και μικρότερου βαθμού αρνητικό συναίσθημα, για τους ενήλικες πιο προχωρημένης ηλικίας. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται από την μελέτη που πραγματοποίησαν οι Isaacowitz και Seligman (2002) σε ηλικιωμένους ενήλικες, προκειμένου να διερευνήσουν αν οι ατομικές διαφορές στο γνωστικό στυλ, όπως το ερμηνευτικό στυλ και η προδιάθεση της αισιοδοξίας, θα μπορούσαν να προβλέψουν τις αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων με το πέρασμα του χρόνου. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας προέκυψε ότι τα άτομα που είχαν ένα αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ προσαρμόζονταν καλύτερα εκτός και αν αυτό το στυλ συνδέονταν με στρεσογόνους παράγοντες, αλλά ότι η προδιάθεση της αισιοδοξίας προέβλεπε θετικές συναισθηματικές καταστάσεις άσχετα από τα στρεσογόνα γεγονότα. Η προδιάθεση της αισιοδοξίας και ο προσανατολισμός στο

μέλλον προέβλεπαν ένα καλύτερο συναισθηματικό προφίλ στην επανεξέταση των ατόμων μετά από 6 μήνες.

Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί επίσης με ταχύτερη ανάρρωση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Οι Chamberlain, Petrie και Azariah (1992), βρήκαν ότι πριν από το χειρουργείο αλλά και μετεγχειρητικά, η αισιοδοξία είχε θετική συνάφεια με την ικανοποίηση από τη ζωή και την θετική κατάσταση υγείας, αλλά αρνητική συνάφεια με την ψυχολογική δυσφορία. Στην συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αρθροπλαστικής σε ένα γενικό Νοσοκομείο στη Νέα Ζηλανδία, τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την επέμβαση, λίγες ημέρες και έξι εβδομάδες μετά την επέμβαση. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η αισιοδοξία αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα που σχετιζόταν με την καλύτερευση των θετικών πλευρών της ανάρρωσης μετά τον έλεγχο των προχειρουργικών επιπέδων.

Παρόμοια αποτελέσματα εμφάνισε και μια προοπτική μελέτη κοόρτης (Peters και συν. 2007), που συμπεριλάμβανε 625 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε προαιρετικές επεμβάσεις στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Μάαστριχτ, στην Ολλανδία, με στόχο να αναγνωριστούν οι σωματικοί και ψυχολογικοί προγνωστικοί παράγοντες του πόνου, των λειτουργικών περιορισμών, της γενικής αντιλαμβανόμενης ανάρρωσης και της ποιότητας ζωής έξι μήνες μετά από την χειρουργική επέμβαση. Στην εν λόγω μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αισιοδοξία και ο προεγχειρητικός φόβος ήταν οι ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούσαν στην μακροπρόθεσμη έκβαση της νόσου. Η αισιοδοξία συνδέονταν με καλύτερη ανάρρωση και υψηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής ενώ ο προεγχειρητικός φόβος συνδέονταν με φτωχότερη ανάρρωση και χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Όμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από τους Scheier και συν. (1989), οι οποίοι μελέτησαν τις επιδράσεις της αισιοδοξίας στις ζωές των ανθρώπων μετά από επέμβαση παράκαμψης αορτοστεφανιαίας αρτηρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσον αφορά τις αντιδράσεις στην ίδια την επέμβαση, οι αισιόδοξοι τα πήγαν καλύτερα από τους απαισιόδοξους. Η αισιοδοξία επίσης συνδέθηκε με ταχύτερο ρυθμό ανάρρωσης κατά τη νοσηλεία και ταχύτερη επανένταξη των ασθενών στις δραστηριότητες μιας φυσιολογικής ζωής μετά το εξιτήριο. Η μελέτη επίσης έδειξε ότι οι αισιόδοξοι ήταν πιθανότερο από τους απαισιόδοξους να δεσμευτούν σε μια θεραπευτική αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα και μάλιστα χρησιμοποιούσαν τον μηχανισμό της άρνησης λιγότερο συχνά.

Επίσης η σχέση της προδιάθεσης της αισιοδοξίας με τον αυτοαναφερόμενο πόνο στο πρόσωπο μελετήθηκε από τους Sipila και συν.(2006). Τα στοιχεία της συγκεκριμένης μελέτης συλλέχθηκαν από 5.696 υποκείμενα που γεννήθηκαν το 1966 στη βόρεια Φιλανδία και συμπεριλαμβάνονταν στην μελέτη κοόρτης των γεννήσεων της Βόρειας Φιλανδίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προδιάθεση της αισιοδοξίας συνδέονταν αντιστρόφως ανάλογα με τον αυτοαναφερόμενο πόνο στο πρόσωπο. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η αισιοδοξία, αποτελεί έναν ανεξάρτητο ψυχοκοινωνικό προσδιοριστικό παράγοντα για την εμπειρία του πόνου, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου στο πρόσωπο.

Τέλος, η αισιοδοξία έχει συνδεθεί και με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα που συμμετείχαν σε πολυδιάστατα προγράμματα αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, σε μία τυχαιοποιημένη, προοπτική μελέτη κοόρτης (Michaelson Sjölander και Johansson 2004), που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο και ειδικότερα σε 167 ασθενείς με οσφυαλγία και 136 ασθενείς με αυχενικό σύνδρομο, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων, μετρήθηκαν οι αλλαγές στην αυτοαναφερόμενη ένταση του πόνου πριν από την έναρξη της θεραπείας, αμέσως μετά την θεραπεία και 12 μήνες μετά το πρόγραμμα αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αισιόδοξες πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την παρεμβολή του πόνου στην καθημερινότητά τους αποτελούσαν μεταξύ άλλων σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των αλλαγών στην αυτοαναφερόμενη ένταση του πόνου.

Προγνωστικοί παράγοντες του θεραπευτικού αποτελέσματος (αλλαγές στην υποκειμενική λειτουργική ικανότητα και το επίπεδο εργασίας), 12 μήνες μετά την θεραπεία αναλύθηκαν και σε 175 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που συμμετείχαν σε ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό πρόγραμμα εντατικής φυσικοθεραπείας τεσσάρων εβδομάδων (Harkapaa Jarvikoskii και Estlander 1996). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνοι που είχαν πιο αισιόδοξες απόψεις για την υγεία τους και αδύναμη πεποίθηση ελέγχου από αυτούς που σύμφωνα με τους ορισμούς της ψυχολογίας θεωρούνται οι ισχυροί άλλοι, ήταν εκείνοι που είχαν ωφεληθεί περισσότερο από την θεραπεία, ακόμη και μετά από τον έλεγχο των αρχικών δεικτών σωματικής ικανότητας. Τα υποκείμενα που είχαν επιστρέψει στην εργασία τους, 12 μήνες μετά από την θεραπεία, ήταν εκείνα που μεταξύ άλλων ήταν πιο αισιόδοξα για την υγεία τους πριν από την έναρξη της θεραπείας και πιο αδύναμη πεποίθηση στον εξωτερικό έλεγχο,

άσχετα από τον αρχικό δείκτη της σωματικής ικανότητας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γνωστικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στο αποτέλεσμα της αποκατάστασης των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, ανεξάρτητα από την αρχική ανικανότητα που προκαλείται από την οσφυαλγία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΙΙΙ.1. Γενικά για το άγχος και τον χρόνιο πόνο

Τόσο η θεωρία όσο και η έρευνα δείχνουν ότι το άγχος αποτελεί σημαντικό συναισθηματικό επακόλουθο στον χρόνιο πόνο. Τα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης του γνωρίσματος του άγχους, σχετίζονται τουλάχιστον ήπια με δείκτες προσαρμογής, όπως είναι η ένταση του πόνου και η προσλαμβανόμενη αναπηρία (McCracken και συν. 1996). Επιπλέον, οι ασθενείς με χρόνιο πόνο φαίνεται να υποφέρουν δυσανάλογα σε σχέση με τον πόνο τους από αγχώδεις διαταραχές (Asmundson και συν. 1996, Asmundson και συν.1998). Από τα συγκεκριμένα εμπειρικά ευρήματα, προκύπτει ότι το άγχος αποτελεί συστατικό της εκφραζόμενης αρνητικής συναισθηματικότητας που βιώνεται από ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο. Συνεπώς, το άγχος μπορεί να ειπωθεί και ως ένα σύμπτωμα της γενικότερης αδιαθεσίας που συντίθεται από κατάθλιψη και καταπιεσμένο θυμό.

Αν και η μεγαλύτερη πλειοψηφία των μελετών έχει δείξει ότι τα αυξημένα επίπεδα του άγχους συνδέονται με αυξημένες αναφορές πόνου (Davidson και McDougal 1969, Schalling 1987), ωστόσο, θεωρητικές όσο και εμπειρικές εκτιμήσεις προτείνουν ότι το άγχος και ο πόνος δεν συνδέονται κατ' ανάγκη θετικά.

Από θεωρητική άποψη έχει προταθεί ότι η διέγερση του αυτόνομου στην παρουσία της απειλής (αντίδραση πάλης ή φυγής) θα πάρει το προβάδισμα στον πόνο και μπορεί ακόμα και να τον αναχαιτίσει (Bolles και Fanselow 1980, Wall 1979).

Η επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με την κατάσταση του πόνου, παίζει επίσης ένα σημαντικό ρόλο. Οι Weisberg και συν. (1984) πρότειναν ότι το άγχος, το οποίο σχετίζεται με το ερέθισμα που προκαλεί πόνο, θα αυξήσει τον πόνο, ενώ το άγχος που είναι άσχετο με τον πόνο θα μειώσει την εμπειρία του πόνου.

Ακόμη μία άποψη του πως συνδέονται το άγχος και ο χρόνιος πόνος, βασίζεται στο μοντέλο των δύο παραγόντων της συνθήκης του φόβου του Mowrer

(1947), που προσδιορίζει εννοιολογικά τα σύνδρομα του χρόνιου πόνου, ως προϊόντα του φόβου και της αποφυγής (Lethem και συν.1983, Philips 1987). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, ο φόβος ουσιαστικά μαθαίνεται μέσω της κλασικής συνθήκης και η συμπεριφορά αποφυγής στη συνέχεια διατηρείται αποφεύγοντας τα στοιχεία που έχουν συνδεθεί με τον πόνο και το άγχος. Οι φόβοι είναι δύσκολο να εξαλειφθούν, επειδή τα άτομα μαθαίνουν να αποφεύγουν καταστάσεις που προκαλούν φόβο ή άγχος. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου στον χρόνιο πόνο, προτείνει ότι τα άτομα βιώνουν αρχικά το φόβο ή το άγχος κατά τη διάρκεια μίας δραστηριότητας που έχει γίνει οδυνηρή, εξαιτίας τραυματισμού ή άλλης παθολογίας. Στη συνέχεια αγχώνονται όταν έρχονται αντιμέτωπα με την προοπτική μίας τέτοιας οδυνηρής δραστηριότητας, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τις δραστηριότητες, που συνδέονται με την πιθανότητα να βιώσουν ξανά τον πόνο ή έναν νέο τραυματισμό.

Η συμπεριφορά αποφυγής, αν και βραχυπρόθεσμα είναι προσαρμοστική, καθώς προάγει την ίαση του τραυματισμένου ιστού, μπορεί να διατηρηθεί και να γενικευτεί λιγότερο ως μία προσπάθεια για απόδραση από βλαβερά αισθητηριακά ερεθίσματα και περισσότερο ως μία προσπάθεια να μειώσουμε την διέγερση του άγχους κατά την προσμονή του πόνου. Θεωρώντας την το άτομο ως έναν τρόπο που θα το βοηθήσει να ελέγξει ή να μειώσει τον πόνο, η αποφυγή αντί αυτού μπορεί να οδηγήσει σε υπερ-πρόβλεψη της έντασης του πόνου (Rachman 1994) και σε μειωμένες ευκαιρίες για βίωση εμπειριών που «διαψεύδουν» την συνεπαγόμενη πεποίθηση ότι θα έπρεπε να φοβούνται τον πόνο (Philips 1987).

Η τυπική μελέτη της σχέσης μεταξύ του άγχους και του πόνου έχει εστιάσει στις διαφορετικές αναφορές πόνου των υποκειμένων που έχουν βαθμολογηθεί είτε με υψηλά είτε με χαμηλά σκορ στις μετρήσεις του χαρακτηριστικού του άγχους (Davidson και McDougal 1969, Dougler 1979, Schalling 1987). Στις περιπτώσεις αυτές θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι τα άτομα που έχουν την τάση να βιώνουν άγχος σε ένα εύρος συνθηκών, είναι επίσης πιθανό να βιώνουν περισσότερο άγχος για τον πόνο σε καταστάσεις που συμπεριλαμβάνουν πόνο.

Πέρα λοιπόν από το να δούμε το άγχος στους ασθενείς του πόνου μερικώς, ως ένα στοιχείο μίας αυξημένης αλλά διάχυτης αρνητικής συναισθηματικότητας, το άγχος γίνεται το όχημα ενός φαινομένου όμοιου με μία ειδική φοβία χαρακτηριζόμενη με διάφορους τρόπους ως άγχος του πόνου (McCracken Zayfert και Gross 1992), φόβος αποφυγής (Waddell και συν. 1993) ή κινησιοφοβία (Kori Miller

και Todd 1990), παράγοντες οι οποίοι στην συγκεκριμένη μελέτη έγινε προσπάθεια να μετρηθούν με την χρήση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς για την μέτρηση του άγχους του πόνου (PASS).

III.2. Η Ευαισθησία στο άγχος και το άγχος του πόνου στον χρόνιο πόνο

Σύμφωνα με τους Lilienfeld (1989) η ευαισθησία στο άγχος δεν είναι τίποτε παραπάνω από το ίδιο το χαρακτηριστικό του άγχους. Ωστόσο, ο McNally (1989) έδειξε ότι το χαρακτηριστικό του άγχους είναι η γενική τάση να ανταποκρινόμαστε με φόβο στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ενώ η ευαισθησία στο άγχος είναι η ειδική τάση να ανταποκρινόμαστε με φόβο στις αισθήσεις του άγχους.

Η ευαισθησία στο άγχος (AS) είναι ο φόβος των σχετιζόμενων με το άγχος σωματικών αισθήσεων (πχ φόβος ταχυκαρδίας, ζαλάδα και δυσκολίες συγκέντρωσης), που ξεκινούν από πεποιθήσεις των ατόμων, ότι αυτές οι αισθήσεις έχουν βλαβερές σωματικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές συνέπειες (Reiss 1991, Reiss και McNally, 1985). Ειδικότερα, τις ταχυκαρδίες, τις φοβούνται τα άτομα όταν πιστεύουν ότι θα οδηγήσουν σε καρδιακή προσβολή, τη ζαλάδα ή τις δυσκολίες συγκέντρωσης, τις φοβούνται τα άτομα όταν πιστεύουν ότι θα τα οδηγήσουν στην τρέλα και το τρέμουλο ή την εφίδρωση, τα φοβούνται τα άτομα, όταν πιστεύουν ότι θα εκμαιεύσουν απόρριψη ή γελοιοποίηση από τους άλλους.

Η Ευαισθησία στο άγχος και οι σχετικές με αυτή εννοιολογικές κατασκευές έχουν προταθεί από αρκετούς θεωρητικούς τα τελευταία 50 χρόνια (Fenichel 1945, Frankl 1959, Reiss 1987). Παρόλα αυτά, η θεωρητική και κλινική σημασία που κατέχει η Ευαισθησία στο άγχος, αναγνωρίστηκε μόλις πρόσφατα με την ανάπτυξη των γνωστικών θεωριών σχετικά με τους φόβους, την φοβία και την διαταραχή πανικού. Μία από τις πιο ευρέως χρησιμοποιημένες κλίμακες αξιολόγησης της ευαισθησίας του άγχους είναι το Anxiety Sensitivity Index [ASI: Peterson και Reiss (1987)].

Ο Clark (1986), πρότεινε ότι οι κρίσεις πανικού, προέρχονται από την καταστροφολογική παρερμηνεία συγκεκριμένων σωματικών αισθήσεων και ότι αποτελούν στην ουσία έναν φαύλο κύκλο, που ξεκινά από τον φόβο των σωματικών αισθήσεων του άγχους. Οι άνθρωποι που έχουν την τάση να παθαίνουν κρίσεις πανικού, θεωρείται ότι έχουν μία διαρκή τάση να βρίσκονται διαρκώς σε διέγερση, εξαιτίας αυτών των αισθήσεων (Clark, 1986), έχουν δηλαδή, αυξημένη ευαισθησία

στο άγχος. Η θεωρία του Clark (1986), μπορεί να ενταχθεί στα πλαίσια της ευρύτερης θεωρίας των φόβων, της φοβίας και του πανικού που αναπτύχθηκε από τον Reiss (1987, Reiss & McNally, 1985). Σύμφωνα με τον Reiss, η απόκτηση και η αύξηση του φόβου, αποτελεί μία λειτουργία τριών θεμελιωδών φόβων (ευαισθησιών): (1) της ευαισθησίας στον τραυματισμό και/ ή την ασθένεια, (2) του φόβου της αρνητικής αξιολόγησης, και (3) της Ευαισθησίας στο Άγχος. Η ευαισθησία στον τραυματισμό και/ ή την ασθένεια αναφέρεται σε φόβους τραυματισμού, ασθένειας και θανάτου. Ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης, αποτελεί μία σύλληψη που αναπτύχθηκε από τους Watson και Friend (1969), και αναφέρεται στον φόβο και την καταπόνηση σχετικά με την απόρριψη ή την επίκριση από τους άλλους.

Οι Reiss και McNally (1985) σκιαγράφησαν το μοντέλο της προσδοκίας του φόβου βασισμένοι στη σύλληψη του φόβου, που ονομάζεται ευαισθησία στο άγχος. Σύμφωνα με την θεωρία της προσδοκίας του Reiss (1991), η ανθρώπινη κινητοποίηση για την αποφυγή ενός φοβικού αντικειμένου, αποτελεί μία λειτουργία δύο ειδών μεταβλητών, της προσδοκίας και της ευαισθησίας. Η προσδοκία αναφέρεται σε αυτό που ένας άνθρωπος σκέφτεται ότι θα συμβεί, όταν αντιμετωπίζει ένα φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση, ενώ η ευαισθησία αναφέρεται στους λόγους για τους οποίους φοβάται το προσδοκώμενο γεγονός. Το μοντέλο αναγνωρίζει ένα μεγάλο εύρος ατομικών διαφορών στις ευαισθησίες των ανθρώπων σχετικά με φόβους για την έκβαση διάφορων γεγονότων (Gursky και Reiss 1987) και η κινητοποίηση της φοβικής αποφυγής, υπονοεί την παρουσία, τόσο του φόβου για τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων, όσο και της ευαισθησίας για τις προσδοκίες αυτών (Reiss 1991). Τα άτομα με ευαισθησία στο άγχος, αποδίδουν καταστροφικό νόημα στα συμπτώματα του άγχους και με αυτό τον τρόπο μπορεί να καταλήγουν στον φόβο και την αποφυγή μιας ποικιλίας ερεθισμάτων ή καταστάσεων που προκαλούνται ή συνδέονται με τις σωματικές αισθήσεις του άγχους.

Πρέπει να τονιστεί ότι το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας πάνω στην ευαισθησία στο άγχος έχει διεξαχθεί στις διαταραχές άγχους (Reiss 1991, Taylor 1995). Λίγα μόνο είναι γνωστά σχετικά με τον ρόλο της ευαισθησίας στο άγχος, σε φόβους που συνδέονται με άλλες κλινικές καταστάσεις, όπως εκείνες που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο.

Το άγχος του χρόνιου πόνου, έχει θεωρηθεί και ως μία εκδήλωση μίας λανθάνουσας προδιάθεσης των συμπτωμάτων του φόβου του άγχους. Συγκεκριμένα, σε μία μελέτη (Zvolensky και συν.2001) αξιολογήθηκαν η ευαισθησία στο άγχος, η

κατάθλιψη και η ένταση του πόνου, ως προγνωστικοί παράγοντες του άγχους και του φόβου του πόνου σε έναν ετερογενή πληθυσμό με χρόνιο πόνο (n=68). Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η συνολική βαθμολογία του παράγοντα της γενικής ευαισθησίας στο άγχος, αποτελούσε τον καλύτερο προγνωστικό παράγοντα του φόβου και του άγχους του πόνου σε σχέση με άλλες αντίστοιχες μεταβλητές. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη σημασία της ευαισθησίας στο άγχος στην κατανόηση του άγχους και του φόβου του πόνου και προτείνουν ότι η μία απόκριση άγχους ή φόβου μπορεί να προβλεφθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια μέσω υψηλότερων επιπέδων αντιστοιχίας μεταξύ ενός ειδικού τομέα ευαισθησίας στο άγχος και των γεγονότων που ταιριάζουν στον φόβο αυτό.

Επίσης, στην μελέτη των Asmundson, και Norton (1995), 70 ασθενείς με πόνο στην πλάτη και την μέση, χωρίς εμφανή οργανική παθολογία, αξιολογήθηκαν πριν την συμμετοχή τους σε ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό κέντρο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με υψηλή ευαισθησία στο άγχος, παρουσίασαν μεγαλύτερου βαθμού γνωστική παρεμβολή και άγχος ως απόκριση στον πόνο, μεγαλύτερο φόβο των αρνητικών συνεπειών του πόνου και περισσότερο αρνητικό συναίσθημα σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών με υψηλή ευαισθησία στο άγχος που ανέφεραν χρήση αναλγητικών ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των ασθενών με μέτρια και χαμηλή ευαισθησία στο άγχος. Από την ανάλυση της συνάφειας φάνηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ευαισθησία στο άγχος και τις σχετικές με τον πόνο γνωστικές/ συναισθηματικές μεταβλητές που ήταν ανεξάρτητες από την ένταση του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά προτείνουν ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο στην πλάτη και τη μέση και με υψηλή ευαισθησία στο άγχος, παρά τα ίδια επίπεδα έντασης πόνου, είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν αρνητικά συναισθηματικά από τις εμπειρίες τους σε σχέση με εκείνους με μέτρια και χαμηλή ευαισθησία στο άγχος.

Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 72 ασθενείς με επαναλαμβανόμενες (recurrent) κεφαλαλγίες, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την διάρκεια μίας θεραπευτικής επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία (outpatient) μίας νευρολογικής κλινικής (Asmundson Norton και Veloso 1999). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με υψηλή ευαισθησία στο άγχος, ανέφεραν περισσότερη κατάθλιψη, το χαρακτηριστικό του άγχους, σχετική με τον πόνο συμπεριφορά απόδρασης/ αποφυγής και φοβικές αξιολογήσεις του πόνου σε σχέση με τους ασθενείς με μέτρια ή χαμηλή ευαισθησία στο άγχος. Οι ασθενείς με υψηλή

ευαισθησία στο άγχος παρουσίαζαν μεγαλύτερου βαθμού γνωστική παρεμβολή (disruption) ως απόκριση στον πόνο σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλή ευαισθησία στο άγχος. Οι ομάδες δεν διέφεραν στην σοβαρότητα της κεφαλαλγίας, στην φυσιολογική απόκριση, στις αλλαγές στον τρόπο ζωής ή στην χρήση αναλγητικών. Η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, αναγνώρισε την ευαισθησία στο άγχος, την σχετική με τον πόνο γνωστική παρεμβολή και τις αισθητηριακές εμπειρίες του πόνου ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες του φόβου του πόνου. Τα αποτελέσματα δείχνουν τη σημαντική σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της ευαισθησίας του άγχους και των φοβικών αποκρίσεων των ασθενών με σύνδρομο χρόνιου πόνου.

Οι McCracken και συν. (1992), που ανέπτυξαν την Κλίμακα Συμπτωμάτων Άγχους του Πόνου (PASS) που συμπεριλαμβάνει υπο-κλίμακες που μετρούν τομείς φόβου του πόνου (φοβικές αξιολογήσεις, γνωστικά συμπτώματα του άγχους, φυσιολογικά συμπτώματα του άγχους) και μία υπο-κλίμακα που μετράει τη σχετιζόμενη με τον πόνο φυγή και αποφυγή (πχ περιορισμός δραστηριοτήτων, χρήση αναλγητικών), βρήκαν ότι η συγκεκριμένη κλίμακα προέβλεπε την σχετιζόμενη με τον πόνο αναπηρία και την παρεμβολή στην καθημερινή λειτουργικότητα.

Το άγχος του πόνου, έχει θεωρηθεί ότι αποτελεί μία διαφορετική εννοιολογική κατασκευή από το αρνητικό συναίσθημα και το χαρακτηριστικό του άγχους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλίμακες του άγχους του πόνου προβλέπουν σημαντικές αυξήσεις στη διακύμανση πολλών μετρήσεων ανικανότητας, όταν ελέγχονται οι δείκτες του αρνητικού συναισθήματος και του χαρακτηριστικού του άγχους (McCracken και συν. 1992, Crombez και συν. 1999, Strahl Kleinkecht και Dinnel, 2000).

Γενικότερα, τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα στον χρόνιο πόνο, έχουν διαφοροποιήσει ευρέως τους προσδιορισμούς τους, σχετικά με το αντικείμενο ή την εστίαση της αγχώδους απόκρισης. Ορισμένα από τα εργαλεία αυτά, έχουν συμπεριλάβει τις πραγματικές αισθήσεις του ασθενή από το μέρος της βλάβης (McCracken και συν. 1992) και ποικίλα ερεθίσματα ιατρικού πόνου μέγιστης και ελάχιστης σημασίας (McNeil Rainwater και Al-jazireh, 1986, Hursey και Jacks 1992), ενώ άλλα αξιολογούν τις γενικευμένες τάσεις του άγχους, χωρίς να εξειδικεύονται οι συνθήκες, όπως φαίνεται και από τις μελέτες που συμπεριλαμβάνουν το χαρακτηριστικό του άγχους (Tait και συν.1989, Mikail DuBreuil και D'Eon 1993).

Τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσουν το άγχος στους ασθενείς με χρόνια πόνο, έχουν επίσης, διαφοροποιηθεί, προκειμένου να συμπεριλάβουν ειδικές διαστάσεις της αγχώδους συμπεριφοράς. Είναι αποδεκτό σε μεγάλο βαθμό, ότι οι αγχώδεις συμπεριφορές συμπεριλαμβάνουν γνωστικές, κινητικές και φυσιολογικές αποκρίσεις (Hugdahl 1981, Lang 1968). Τα υπάρχοντα εργαλεία για την ποσοτικοποίηση του άγχους των ασθενών με χρόνια πόνο, έχουν εστιάσει κυρίως στην αποκλειστική απόκριση των κύριων αισθήσεων, όπως είναι τα ποσοστά του φόβου (McNeil και συν.1986), οι πεποιθήσεις για την αποφυγή (Waddell και συν. 1993) ή τα συναισθήματα άγχους (Spielberger και συν. 1983). Οι μετρήσεις των συγκεκριμένων αποκρίσεων σχετίζονται ξεκάθαρα με το άγχος, αλλά δεν συμπεριλαμβάνουν τις κινητικές και τις φυσιολογικές αποκρίσεις.

Λίγες μελέτες έχουν ορίσει τις συμπεριφορές αποφυγής με όρους επιδόσεων ή σωματικής ανικανότητας που τυπικά διαχειρίζονται οι φυσικοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές (Burns και συν. 2000, McCracken Gross Sorg και Edmands 1993, Vlaeyen και συν. 1995). Οι δραστηριότητες που εκτελούνται κατά τη διάρκεια τέτοιων αξιολογήσεων, προκαλούν κόπωση και πόνο σε πολλούς ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, αλλά οι ασθενείς που πλήττονται από άγχος του πόνου βιώνουν σημαντικό άγχος και γι' αυτό περιορίζουν τις προσπάθειές τους. Ωστόσο, το άγχος του πόνου συνδέεται με τις συμπεριφορές που σηματοδοτούν την αποφυγή και η αξιολόγηση των αποκρίσεων του άγχους του πόνου, πέραν της γενικής αξιολόγησης του άγχους, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν το κριτήριο είναι η πρόβλεψη του πόνου, της αναπηρίας και της συμπεριφοράς του πόνου.

III.3. Ερευνητικά στοιχεία σχετικά με το άγχος στον χρόνια πόνο

Για να μπορέσει κάποιος να κατανοήσει καλύτερα το πώς έχουν κινηθεί όλα αυτά τα χρόνια οι ερευνητές, θα πρέπει να κάνουμε μια αναφορά στα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στο θέμα του άγχους σε σχέση με τον χρόνια πόνο. Έτσι σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 154 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, βρέθηκε ότι το άγχος του πόνου από κοινού με την αυτοαποτελεσματικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης επηρεάζουν την σωματική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Strahl Kleinknecht και Dinnel 2000).

Οι άνθρωποι με χρόνια οσφυαλγία συχνά εκδηλώνουν κλινικά σημαντικά επίπεδα άγχους του πόνου. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους του πόνου συνδέονται με δυσπροσαρμοστικές αποκρίσεις αντιμετώπισης των καταστάσεων, χρήση φαρμάκων και ανικανότητα εργασίας (McCracken και συν. 1992). Ειδικότερα, στην μελέτη των McCracken και συν. (1992) που πραγματοποιήθηκε σε 104 άτομα που απευθύνθηκαν σε μία πολυδιάστατη κλινική πόνου, με στόχο την ανάπτυξη και αξιολόγηση της εγκυρότητας της κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (PASS), η εγκυρότητα της κλίμακας υποστηρίχθηκε από τις σημαντικού βαθμού συνάφειες που βρέθηκαν με μετρήσεις του άγχους και της ανικανότητας. Τα αποτελέσματα επίσης επιβεβαίωσαν την τρέχουσα εγκυρότητα του PASS σε σχέση με τις μετρήσεις της ανικανότητας, της κατάθλιψης και της χρήσης φαρμάκων, που αποτελούν σημαντικές συνέπειες του χρόνιου πόνου. Η ανάλυση της συνάφειας έδειξε, ότι ο φόβος και το άγχος του πόνου, όπως μετρήθηκαν με το PASS, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ανικανότητας και της παρεμβολής στις καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας του πόνου. Η ανάλυση παλινδρόμησης, μετά τον έλεγχο των μετρήσεων της συναισθηματικής καταπόνησης και του πόνου, έδειξαν ότι το PASS αποτελούσε μοναδικό και σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ανικανότητας και της παρεμβολής εξαιτίας του πόνου (McCracken Zayfert και Gross 1992).

Ο μεγαλύτερος φόβος του πόνου έχει βρεθεί ότι συνδέεται με αυξημένες προσδοκίες μελλοντικής βίωσης του πόνου και μεγαλύτερο περιορισμό της κίνησης. Συγκεκριμένα, στην μελέτη (McCracken Gross Sorg και Edmands 1993) που πραγματοποιήθηκε σε 43 ασθενείς με οσφυαλγία κατά την διάρκεια μίας σωματικής εξέτασης, σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι προβλέψεις της έντασης του πόνου, οι αναφορές του πόνου και του άγχους, η συχνότητα των συμπτωμάτων του άγχους του πόνου και το εύρος της κίνησης. Το ερέθισμα του πόνου που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη, συμπεριλάμβανε πόνο στην πλάτη, τη μέση και το πόδι, που προκαλούνταν από επαναλαμβανόμενη ανύψωση του ποδιού σε έκταση μέχρι το σημείο της ανοχής του πόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο φόβος του πόνου συνδέεται με μία τάση, τουλάχιστον αρχικά, προσδοκίας και υπερεκτίμησης του πόνου, που με την σειρά του οδηγεί σε περιορισμό της κίνησης κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Επίσης, ο φόβος του πόνου αντίστροφα, ανταποκρίνονταν σε αρχικές προβλέψεις της σοβαρότητας του πόνου αν και τέτοιου είδους προβλέψεις ήταν πιο ακριβείς σε μεταγενέστερες δοκιμές. Με πιο γενικούς όρους, αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι ο φόβος του πόνου οδηγεί στην αποφυγή των

σχετιζόμενων με τον πόνο εμπειριών και συντελεί στην ανικανότητα (McCracken Gross Sorg και Edmands 1993).

Σε μία μελέτη (McCracken και συν.1996) που πραγματοποιήθηκε αντίστοιχα σε 45 ασθενείς που απευθύνθηκαν σε μία Πανεπιστημιακή κλινική πόνου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αποκρίσεις του άγχους που σχετίζονταν άμεσα με τις συγκεκριμένες αισθήσεις του πόνου των ασθενών, είναι πιο σχετικές στην κατανόηση του χρόνιου πόνου σε σχέση με τις πιο γενικές τάσεις αποκρίσεων άγχους και φόβου σε μία ποικιλία ερεθισμάτων πόνου. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε, ότι οι εμπειρικά επιλεγμένες υποομάδες των μεταβλητών του άγχους, προβλέπουν ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ του 16 και 54% της διακύμανσης στην ένταση του πόνου, την αναπηρία και την συμπεριφορά του πόνου. Επίσης, η αξιολόγηση των πολλαπλών τύπων αποκρίσεων του άγχους φαίνεται αρκετά χρήσιμη για την κατανόηση της συμπεριφοράς του πόνου και της αναπηρίας.

Σε άλλη μελέτη (Larsen Taylor και Asmundson 1997) που πραγματοποιήθηκε σε 259 ασθενείς με χρόνια πόνο, που ως πρωταρχικό σκοπό είχε την δόμηση των παραγόντων του PASS, οι παράγοντες χαρακτηρίστηκαν από την συνάφειά τους με μετρήσεις που σχετίζονταν με τον πόνο και την συναισθηματική κατάσταση. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η γνωστική παρεμβολή (interference) συσχετιζονταν μόνο με την κατάθλιψη και την κατάσταση του άγχους και αρνητικά με την χρήση αναλγητικών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την άποψη, ότι η προσαρμοστική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, καθιστά το άτομο ικανό να βιώνει χαμηλότερη συναισθηματική ενόχληση (disturbance) και να βασίζεται λιγότερο στην χρήση αναλγητικών. Τέλος, το σωματικό άγχος, η απόδραση/ αποφυγή και η γνωστική παρεμβολή, συσχετιζονταν με τις περισσότερες μετρήσεις πόνου, κατάθλιψης και της κατάστασης του άγχους.

Τα άτομα με χρόνια πόνο συνήθως αναφέρουν ένα εύρος σωματικών συμπτωμάτων πέρα από το αρχικό παράπονο του πόνου. Στην μελέτη των McCracken Faber και Janeck (1998), η υπόθεση ήταν ότι τα παράπονα για μη ειδικά σωματικά συμπτώματα, θα είχαν ισχυρή συνάφεια με το άγχος του πόνου παρά με τις γενικές μετρήσεις του άγχους και ότι θα συνέβαλαν άμεσα στην ανικανότητα. Τα αποτελέσματα από 210 ενήλικες με χρόνια πόνο, έδειξαν ότι τα πρόσθετα στο αρχικό παράπονο για πόνο, αδιαφοροποίητα σωματικά συμπτώματα είναι κοινά σε άτομα με χρόνια πόνο. Η ανάλυση συνάφειας έδειξε ότι μεγαλύτερη αναφορά σωματικών συμπτωμάτων, συνδέονταν με αναφορές μεγαλύτερης έντασης του πόνου,

υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, γνωστική αξιολόγηση και αξιολόγηση απόδρασης/αποφυγής και φόβου, όπως και ψυχολογικών συμπτωμάτων του πόνου και περισσότερη σωματική και ψυχοκοινωνική αναπηρία. Η ανάλυση παλινδρόμησης, έδειξε ότι με τις μεταβλητές του άγχους του πόνου να εισέρχονται είτε πριν είτε μετά την κατάθλιψη, τα σωματικά συμπτώματα του άγχους του πόνου, αποτελούσαν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των παραπόνων για παράλληλα με τον αρχικό πόνο σωματικά συμπτώματα. Σε σχέση με τα γνωστικά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα σωματικά συμπτώματα του άγχους του πόνου, αποτελούσαν τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα.

Η ανικανότητα που συνδέεται με την κεφαλαλγία δεν μπορεί να ερμηνευθεί πλήρως από την ένταση του πόνου και την συχνότητα της κεφαλαλγίας. Συνεπώς μία ποικιλία γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων έχουν αναγνωριστεί για την καλύτερη ερμηνεία της ανικανότητας στην κεφαλαλγία πέρα από τα επίπεδα της έντασης του πόνου. Το άγχος του πόνου έχει επίσης, βρεθεί ότι συντελεί στην ανικανότητα των ασθενών με κεφαλαλγία. Αυτό που δεν είναι γνωστό είναι το κατά πόσο το άγχος του πόνου συντελεί μοναδικά στην ανικανότητα πέρα από τον ρόλο των ειδικών για την κεφαλαλγία γνωστικών παραγόντων και της συναισθηματικής καταπόνησης.

Σε μία εργασία (Nash και συν. 2006), εξέτασαν την επίδραση του άγχους του πόνου στην ανικανότητα, μετά από τον έλεγχο του πόνου και των γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων σε ένα δείγμα 96 ασθενών με κεφαλαλγία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο το άγχος του πόνου αποτελούσε μοναδικό προγνωστικό παράγοντα της ανικανότητας. Τα ευρήματα υποστήριξαν ότι το άγχος του πόνου έχει μοναδικό και σημαντικό ρόλο στη συνδρομή του στην ανικανότητα των ασθενών με κεφαλαλγία.

Αν και οι γνωστικές- συμπεριφορικές θεραπείες, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην βελτίωση της διαχείρισης των συμπτωμάτων στο άγχος του πόνου, τη σωματική επίδοση και την επιστροφή στην εργασία, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στις αλλαγές των μεταβλητών των συμπεριφορικών διαδικασιών κατά τη θεραπεία και την βελτίωση των μεταβλητών των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, σε μία μελέτη (McCracken Gross και Eccleston 2002) που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με οσφυαλγία (n=59) που συμμετείχαν σε ένα εντατικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης και Γνωστικής Συμπεριφορικής θεραπείας, οι συγκρίσεις πριν και μετά τη θεραπεία έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ένταση

του πόνου, την παρεμβολή, την συναισθηματική καταπόνηση, το επίπεδο δραστηριότητας και την κατάθλιψη. Βελτιώσεις του άγχους του πόνου συνδέονταν με βελτιώσεις σε όλες τις μεταβλητές εκβάσεων, εκτός της παρεμβολής. Περεταίρω ανάλυση έδειξε, ότι η σχέση ανάμεσα στις αλλαγές του άγχους του πόνου και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ήταν ανεξάρτητες από τις αλλαγές στην επίδοση των σωματικών ικανοτήτων. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι αλλαγές κατά τη διάρκεια της θεραπείας στο άγχος του πόνου, ενδεχομένως να είναι πιο σημαντικές από τις αλλαγές κατά την διάρκεια της θεραπείας στην σωματική ικανότητα, όταν προβλέπεται η επίδραση της θεραπείας στις μετρήσεις των συμπεριφορικών εκβάσεων.

Αντίστοιχα στην μελέτη των McCracken και Gross (1998), που πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (n=79), προκειμένου να διερευνήσει τον ρόλο της μείωσης του άγχους του πόνου στο αποτέλεσμα των θεραπειών του χρόνιου πόνου, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν και μετά την ολοκλήρωση της συμμετοχής τους σε ένα πολυδιάστατο θεραπευτικό πρόγραμμα τριών εβδομάδων που εστίαζε στην λειτουργική αποκατάσταση. Οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε όλες τις μετρήσεις αποτελέσματος (μετρήσεις του πόνου, παρεμβολή που σχετίζονταν με τον πόνο στην σωματική δραστηριότητα, συναισθηματική καταπόνηση, γενική ημερήσια δραστηριότητα). Μειώσεις στο άγχος του πόνου βελτίωσαν τη λειτουργικότητα σε κάθε μέτρηση. Πρόσθετη ανάλυση έδειξε ότι η αλλαγή στο άγχος του πόνου παρέμενε σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του αποτελέσματος ανεξάρτητα από την αλλαγή στην κατάθλιψη.

Συνεπώς, η σημασία των βαθμολογιών στο PASS υποστηρίζεται περεταίρω από την ισχυρή συσχέτιση τους με τα θεραπευτικά αποτελέσματα στον χρόνιο πόνο, ανεξάρτητα από άλλους σχετικούς θεωρητικούς παράγοντες όπως είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η σωματική ικανότητα που μπορεί να μετρηθούν (McCracken και συν. 2002, McCracken και Gross 1998).

Αν και η συνολική βαθμολογία του PASS, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως δείκτης για το φόβο του πόνου, η χρησιμότητα των βαθμολογιών των υποκλιμάκων και η σχέση τους με τις πλευρές του χρόνιου πόνου χρειάζεται περεταίρω εξερεύνηση. Ωστόσο, σε μία μελέτη του Vowles και των συνεργατών του (2003), που αξιολογούσε τη σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένες πλευρές του άγχους του πόνου και τα χαρακτηριστικά της καταπόνησης του χρόνιου πόνου σε ένα δείγμα 76 ασθενών με οσφυαλγία, ο γνωστικός τομέας του PASS προέβλεπε μοναδικά τις

γνωστικές- συναισθηματικές πλευρές του χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής καταπόνησης, της αντιλαμβανόμενης έλλειψης ελέγχου και της έντασης του πόνου. Αντίθετα ο τομέας απόδρασης και αποφυγής του PASS προέβλεπε περισσότερο την συμπεριφορική παρεμβολή στις καθημερινές δραστηριότητες.

Το PASS έχει αποδειχτεί ότι έχει ισχυρή συνάφεια με πολλές πλευρές της εμπειρίας του χρόνιου πόνου και ιδιαίτερα με τις γνωστικές πλευρές του φόβου και του πόνου (Crombez και συν. 1999). Οι Crombez και συνεργάτες (1999) σε τρεις ανεξάρτητες μελέτες που πραγματοποίησαν σε 104 ασθενείς με οσφυαλγία, κατέληξαν σε αποτελέσματα που έδειχναν ότι οι οι υψηλότερες συνάφειες υπήρχαν ανάμεσα στα εργαλεία μέτρησης του φόβου του πόνου και τις μετρήσεις της αυτοαναφερόμενης ανικανότητας και συμπεριφορικής επίδοσης.

Ακόμη, οι Burns και συνεργ (2000) σε μία έρευνα που πραγματοποίησαν σε 98 άνδρες ασθενείς με επίμονο πόνο, κατέληξαν ότι η σωματική ικανότητα (να σηκώνει ή να μεταφέρει ο ασθενής συγκεκριμένο βάρος) συνδέονταν αρνητικά με τις βαθμολογίες του PASS. Μάλιστα, τα αποτελέσματα των ιεραρχικών παλλινδρομήσεων έδειξαν ότι οι βαθμολογίες του PASS ευθύνονταν για την πρόσθετη διακύμανση στις μεταβλητές αυτές, όταν το χαρακτηριστικό του άγχους, η κατάθλιψη και η ένταση του πόνου ελέγχονταν. Συνεπώς, οι ασθενείς με επίμονο πόνο και υψηλές βαθμολογίες στο PASS φαίνεται να αποφεύγουν την επώδυνη σωματική προσπάθεια προκειμένου να μειώσουν τον φόβο τους.

Γενικότερα, μελέτες έχουν δείξει ότι ο φόβος της κίνησης και ο φόβος του τραυματισμού αποτελούν τους καλύτερους προγνωστικούς παράγοντες των λειτουργικών περιορισμών σε σχέση με τις βιο-ιατρικές παραμέτρους ή ακόμη και την ένταση και τη διάρκεια του πόνου (π.χ. Crombez Vlaeyen και Heuts 1999, Vlaeyen Kole-Snijders Rotteveel και συν. 1995). Σχεδόν τα δύο τρίτα των ασθενών με χρόνια μη ειδική οσφυαλγία αποφεύγουν δραστηριότητες έκτασης της μέσης επειδή φοβούνται τον (εκ νέου) τραυματισμό (Crombez και συν. 1999).

Επιπλέον, τα επίπεδα του άγχους έχουν δείξει ότι επηρεάζουν όχι μόνο την ένταση του πόνου αλλά και τις επιπλοκές που ακολουθούν χειρουργικές επεμβάσεις και τον αριθμό των ημερών νοσηλείας (π.χ., De Groot και συν. 1997, Pavlin Rapp και Pollisar 1998), ενώ ο σχετικός με τον πόνο φόβος και οι ανησυχίες σχετικά με την

αποφυγή της βλάβης, φαίνεται να επιδεινώνουν τα συμπτώματα (Vlaeyen και συν. 1995) .

Σε μία μελέτη (DeGroot και συν. 1997) που πραγματοποιήθηκε σε 126 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση στη μέση, βρέθηκε ότι το προεγχειρητικό άγχος και η καταπόνηση προέβλεπαν μετεγχειρητικά μεγαλύτερη αναφορά συμπτωμάτων.

Η εμπειρία του πόνου μπορεί να υποκινήσει μία σειρά από ιδιαίτερα αρνητικές σκέψεις και να εγείρει φόβους και συγκεκριμένα φόβους έλευσης μεγαλύτερου πόνου και βλάβης ή φόβους σχετικά με την μελλοντική επίδρασή τους (Vlaeyen και Linton 2000). Ο φόβος και η προσμονή του πόνου αποτελούν γνωστικές – αντιληπτικές διαδικασίες που δεν οδηγούνται αποκλειστικά από την πραγματική αισθητηριακή εμπειρία του πόνου και μπορούν να ασκήσουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο λειτουργίας και στην ανοχή του πόνου (Vlaeyen και συν. 1999, Vlaeyen και Linton 2000).

Το άγχος φαίνεται να αποτελεί μία συναισθηματική κατάσταση που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από αξιολογικές διαδικασίες. Συνεπώς, υπάρχει μία αμοιβαία σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική κατάσταση και τις γνωστικές-ερμηνευτικές διαδικασίες. Η σκέψη επηρεάζει τη διάθεση και η διάθεση επηρεάζει τις αξιολογήσεις και τελικά την εμπειρία του πόνου (Boersma και Linton 2006, Gatchel 2005).

Οι ερευνητές (Lethem και συν. 1983, Vlaeyen και συν. 1995) έχουν προτείνει ότι ο φόβος του πόνου, οδηγούμενος από την αναμονή του πόνου και όχι από την αισθητηριακή εμπειρία του ίδιου του πόνου, παράγει ισχυρή αρνητική ενίσχυση για την διατήρηση της αποφευκτικής συμπεριφοράς και της θεωρούμενης λειτουργικής ανικανότητας σε ασθενείς με πόνο. Επιπρόσθετα αυτού του είδους οι φόβοι θα συντελέσουν σε αυξημένη μυϊκή ένταση και φυσιολογική διέγερση που μπορεί να επιδεινώσει και να διατηρήσει τον πόνο (Gatchel 2005, Robinson και Riley 1999).

Σύμφωνα με τους Asmundson και συν. (1997), οι ασθενείς με χρόνιο πόνο μπορεί να αρχίσουν να φοβούνται τον πόνο και να αποφεύγουν την κίνηση στον βαθμό που αποδίδουν τα καταστροφικά νοήματα που σκέφτονται στα δυσφορικά συναισθήματα και τις αισθήσεις που βιώνουν κατά τη διάρκεια ή κατά την προσμονή της κίνησης. Αυτό σημαίνει ότι το άγχος του πόνου, μπορεί να αποτελεί τον ίδιο τον φόβο των συμπτωμάτων του άγχους που προκαλούνται κατά την προσδοκία του πόνου. Η προσέγγιση τους προσπαθεί να αποσαφηνίσει το άγχος του πόνου στα

πλαίσια ενός ευρύτερου θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου, ενός πιο θεμελιώδους φόβου στον οποίο ένα άτομο είναι προδιατεθειμένο να φοβηθεί σχεδόν οτιδήποτε παράγει συμπτώματα άγχους. Οι ασθενείς με υψηλό άγχος του πόνου μπορεί να εκφράσουν φοβικές αποκρίσεις όχι μόνο στην πρόκληση του πόνου, αλλά σε ένα εύρος ενδεχόμενων ερεθισμάτων που προκαλούνται από άγχος ως μία λειτουργία μίας προδιάθεσης στα συμπτώματα του άγχους του φόβου.

Η Philips (1987) έχει επίσης ισχυριστεί ότι η συμπεριφορά αποφυγής αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συντελεί στον χρόνιο πόνο, δηλώνοντας ότι «η αποφυγή είναι το πιο σημαντικό συστατικό της συμπεριφοράς του πόνου». Το μοντέλο της παρόλα αυτά προέρχεται από εκείνο του Fordyce υπό την έννοια ότι ενσωματώνει αξιώματα από την γνωστική θεωρία της αποφυγής (Seligman και Johnson 1973) για να ερμηνεύσει περιπτώσεις στις οποίες η συμπεριφορική παραίτηση συνεχίζεται κατά την απουσία επαρκούς ενίσχυσης. Όπως η ίδια υποστηρίζει η αποφυγή καθορίζεται από μία συγκεκριμένου είδους προτίμηση για ελαχιστοποίηση της δυσφορίας και του πόνου, πρόσθετα στις σκέψεις και πεποιθήσεις (συμπεριλαμβανομένων των προσδοκιών, των συναισθημάτων αυτό-αποτελεσματικότητας και των αναμνήσεων από μια προηγούμενη έκθεση) ότι η εκ νέου έκθεση σε συγκεκριμένες εμπειρίες ή δραστηριότητες θα παράγει πόνο και οδύνη. Αυτές οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις ενισχύονται από την ίδια την συμπεριφορά αποφυγής. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μόλις ξεκινήσει η αποφυγή οδηγεί σε μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα και αυξημένες προσδοκίες ότι το ερέθισμα θα αυξήσει τον πόνο, ο οποίος με την σειρά του θα οδηγήσει σε αυξημένη αποφυγή.

Το συγκεκριμένο μοντέλο, προσδιορίζει εννοιολογικά τον χρόνιο πόνο και την συμπεριφορά αποφυγής, ως ένα κύκλο ηττοπάθειας μεταξύ γνώσιας και συμπεριφοράς και δίνει έμφαση στην λεπτομερή εξέταση της συνεισφοράς των γνωστικών παραγόντων, όπως η προσδοκία στην διατήρηση των συμπεριφορών πόνου, συμπεριλαμβάνοντας το μοντέλο του φόβου αποφυγής, της υπερβολικής αντίληψης του πόνου (Lethem και συν. 1983) και ένα πρόσφατο γνωστικό μοντέλο για τον φόβο της κίνησης ή / και ενός (εκ νέου) τραυματισμού (Vlaeyen και συν. 1995).

Συμπερασματικά, και σε συμφωνία με τα μοντέλα του φόβου και της αποφυγής για τον χρόνιο πόνο (Asmundson και συν. 1999, Lethem και συν. 1983, Vlaeyen και Linton 2000), η έρευνα που χρησιμοποιεί την κλίμακα των συμπτωμάτων του άγχους του πόνου (PASS), έχει βρει ότι οι ασθενείς με διαταραχές

χρόνιου πόνου, εκδηλώνουν μεγαλύτερο άγχος του πόνου σε σχέση με συγκριτικές ομάδες, υπερπροβλέπουν την ένταση του πόνου, αντιμετωπίζουν ανεπαρκώς τις αισθήσεις του πόνου (πχ την αποφυγή σωματικής δραστηριότητας) και τεκμηριώνουν μια μεγαλύτερη σωματική αντίδραση αναφορικά με την προσμονή της σωματικής δραστηριότητας που εκμαιοεί πόνο (McCracken και συν. 1993, 1998, Zvolensky και συν. 2001).

Η συνολική βαθμολογία του PASS έχει επίσης θετική συνάφεια με τις μετρήσεις του γενικού άγχους, του πόνου και της αυτοαναφερόμενης αναπηρίας (Crombez και συν. 1999, McCracken και συν. 1992), όπως και των αδιαφοροποιήτων σωματικών συμπτωμάτων (McCracken και συν. 1998).

Σύμφωνα με τις έρευνες που παρουσιάστηκαν παραπάνω, το άγχος του πόνου (McCracken και συν. 1992) και η αποφυγή του πόνου (Fordyce και συν. 1982, Letham και συν. 1983, Philips 1987) παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμπειρία και την διατήρηση της συμπεριφοράς του χρόνιου πόνου. Τα αποτελέσματα των ερευνών σε ασθενείς με χρόνια πόνο δείχνουν ότι το άγχος και η αποφυγή του πόνου σχετίζονται με περιορισμένο εύρος κίνησης κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας (McCracken Gross Sorg και Edmands 1993), γενική ανικανότητα και παρεμβολή στις καθημερινές τους δραστηριότητες (McCracken και συν. 1992) και απώλεια της εργασίας (Waddell και συν. 1993).

Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη χρησιμότητα του PASS, είναι σημαντικό να αξιολογείται ο βαθμός στον οποίο τα ειδικά στοιχεία του PASS προβλέπουν τους κλινικά και θεωρητικά σχετικούς τομείς της έντασης του πόνου, της συμπεριφορικής παρεμβολής, της αντιλαμβανόμενης έλλειψης ελέγχου πάνω στις καθημερινές δραστηριότητες και της συναισθηματικής καταπόνησης που ξεκάθαρα επισημαίνονται στα μοντέλα του χρόνιου πόνου (Arntz και Peters 1995, Asmundson Norton και Norton 1999, Vlaeyen και συν. 1999).

Η μείωση του σχετιζόμενου με τον πόνο άγχους προβλέπει την βελτίωση στην λειτουργικότητα, την συναισθηματική καταπόνηση, τον πόνο και την σχετιζόμενη με τον πόνο παρεμβολή στη δραστηριότητα (McCracken και Gross 1998). Ξεκάθαρα, ο φόβος, το σχετιζόμενο με τον πόνο άγχος και οι ανησυχίες σχετικά με την βλάβη-αποφυγή παίζουν σημαντικό ρόλο στον χρόνια πόνο και πρέπει να αξιολογηθούν και να διευθετηθούν στην θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. Αισιοδοξία, άγχος και αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας και του χρόνιου πόνου

IV.1. Αισιοδοξία, στρες και κυτταρική ανοσία

Ένας μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και ποικίλων παραμέτρων του ανοσοποιητικού συστήματος, βρίσκοντας γενικά ότι η αισιοδοξία σχετίζεται με υψηλότερες ανοσοποιητικές παραμέτρους, ειδικά κατά την διάρκεια στρεσογόνων παραγόντων (Byrnes και συν. 1998, Cohen και συν. 1999). Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με το πιο γενικό εύρημα ότι η αισιοδοξία συνδέεται με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Η αισιοδοξία θεωρείται ότι συνδράμει στην καλύτερη υγεία μέσω συναισθηματικών οδών (πχ λιγότερη κατάθλιψη και άγχος) όπως και μέσω οδών γνωστικής και συμπεριφορικής αντιμετώπισης (πχ πιο ενεργητική και αποτελεσματική αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων).

Ειδικότερα, η αισιοδοξία συνδέεται στατιστικά σημαντικά με μικρότερου βαθμού αρνητική διάθεση. Η διάθεση αποτελεί μία πρώτη εύλογη οδό μέσω της οποίας η αισιοδοξία μπορεί να συνδεθεί με αλλαγές του ανοσοποιητικού σε κατάσταση στρες. Οι κλινικές καταστάσεις, πρωταρχικά η μείζων κατάθλιψη, αλλά και το γενικευμένο άγχος και το μετατραυματικό στρες έχουν συνδεθεί με μειωμένη κυκλοφορία και φτωχότερη λειτουργία λεμφοκυττάρων (Herbert και Cohen, 1993, Ironson και συν. 1997, LaVia και συν. 1996). Επιπρόσθετα, υποκλινικές διαταραχές της διάθεσης, αλλαγές στην καθημερινή διάθεση και πειραματικά προκαλούμενη διάθεση, έχουν συσχετιστεί με τον αριθμό, την λειτουργία των κυττάρων ή και με τα δύο (Futterman και συν. 1994, Stone και συν. 1987, Stone και συν. 1994).

Ακόμη ένας τρόπος μέσω του οποίου η αισιοδοξία συντελεί στις αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι η αντιμετώπιση. Τα άτομα που έχουν σε μεγάλο βαθμό την προδιάθεση της αισιοδοξίας, χρησιμοποιούν λιγότερο στρατηγικές αποφυγής όπως είναι η άρνηση και η παραίτηση, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για διαφορές στην διάθεση μεταξύ αισιόδοξων και απαισιόδοξων (Aspinwall και Taylor 1992, Carver και συν. 1993, Taylor και συν. 1992). Η αντιμετώπιση αποφυγής, το παθητικό στυλ αντιμετώπισης και η άρνηση έχουν συνδεθεί με χειρότερο επίπεδο στο

ανοσοποιητικό σύστημα, τόσο σε υγιή όσο και σε κλινικά δείγματα (Futtermann και συν. 1996).

Σε μία προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Stiegelis και συν. (2003) σε 67 καρκινοπαθείς και μία ομάδα ελέγχου, η στατιστική δοκιμασία του T-τεστ αποκάλυψε ότι οι ασθενείς βίωναν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και αυτοεκτίμησης σε σχέση με την υγιή ομάδα ελέγχου. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι τα χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και ελέγχου στην πρώτη φάση (πρώτη ακτινοθεραπεία), ήταν προγνωστικοί παράγοντες του άγχους κατά την Τρίτη φάση (3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας υποστηρίζουν την θεωρία της γνωστικής προσαρμογής που σημαίνει ότι οι ασθενείς είναι πράγματι ικανοί να ανταποκριθούν στον καρκίνο με υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας και ότι η αισιοδοξία είναι προγνωστικός παράγων της ψυχολογικής καταπόνησης.

Η υγιής συμπεριφορά συνιστά ένα τρίτο μονοπάτι μέσω του οποίου η αισιοδοξία μπορεί να συνδέεται με αλλαγές του ανοσοποιητικού συστήματος σε κατάσταση στρες. Οι Scheier και Carver (1987), έχουν προτείνει ότι οι αισιόδοξοι έχουν πιο υγιείς συνήθειες ως μία λειτουργία του γενικότερου πιο προσαρμοστικού στυλ αντιμετώπισης των καταστάσεων. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας μικρότερου βαθμού αποφυγή κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων παραγόντων, μπορεί να χρησιμοποιούν λιγότερο αλκοόλ ως στρατηγική αποφυγής και να κοιμούνται καλύτερα λόγω μειωμένων επιπέδων κατάθλιψης και άγχους. Συμπεριφορές όπως η χρήση αλκοόλ και ο ύπνος είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τις παραμέτρους του ανοσοποιητικού συστήματος (Kiecolt-Glaser και Glaser 1988).

Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις στο εύρημα ότι η αισιοδοξία συνδέεται με καλύτερες παραμέτρους στο ανοσοποιητικό σύστημα και ορισμένους μεσολαβητικούς παράγοντες σε αυτές τις επιδράσεις. Σε μία έρευνα η αισιοδοξία συνδέονταν με μεγαλύτερη μείωση των παραμέτρων του ανοσοποιητικού συστήματος, μετά από έναν οξύ και μη ελέγξιμο στρεσογόνο παράγοντα (Sieber και συν. 1992). Σε μία άλλη οι επιδράσεις της αισιοδοξίας μετριάζονταν από τη διάρκεια του στρεσογόνου παράγοντα. Στην έρευνα αυτή η αισιοδοξία είχε θετική συνάφεια με τον αριθμό των T- κυττάρων μόνο όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες διαρκούσαν λιγότερο από μία εβδομάδα (Cohen και συν. 1999).

IV.2. Αισιοδοξία, άγχος και αντιμετώπιση των καταστάσεων

Αν και οι γνωστικοί παράγοντες, όπως οι αξιολογήσεις, έχει βρεθεί στο παρελθόν ότι ορισμένες φορές μεσολαβούν ή χρησιμεύουν ως αιτιώδεις μηχανισμοί μεταξύ στρες και προσαρμογής (Lazarus και Folkman 1984), οι ερευνητές εδώ και καιρό έχουν αρχίσει να εξετάζουν την χρησιμότητα των μοντέλων της ψυχολογικής προσαρμογής στα οποία οι γνωστικοί παράγοντες θεωρείται ότι μετριάζουν ή ουσιαστικά αλλάζουν τη σύνδεση μεταξύ της εμπειρίας του στρες και της προσαρμογής (Ingram Miranda και Segal 1998).

Μελέτες έχουν βρει, ότι οι αρνητικές γνωσίες τείνουν να υπερβάλλουν ή να επιδεινώνουν την επίδραση που έχει το στρες στην ψυχολογική προσαρμογή, λειτουργώντας ως παράγοντας ευαλωτότητας στη σύνδεση μεταξύ στρες και προσαρμογής (Abramson Metalsky και Alloy 1989) και ότι οι θετικές γνωσίες, τυπικά μετριάζουν ή μειώνουν την αρνητική επίδραση του στρες στην προσαρμογή, λειτουργώντας προστατευτικά απέναντι στο στρες (Alloy και Clements 1992).

Παρά τα υψηλά επίπεδα καταπόνησης, οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τα στρεσογόνα γεγονότα με πιο αισιόδοξο τρόπο, βιώνουν επίσης θετικότερες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως είναι η θετική διάθεση στα πλαίσια του επίμονου στρες (Folkman 1997). Επιπρόσθετα, η ικανότητα να διατηρούμε μια θετική ψυχολογική κατάσταση κατά την διάρκεια στρεσογόνων γεγονότων αποτελεί μια σημαντική ένδειξη προκειμένου να κατανοήσουμε τους τρόπους αντιμετώπισης των καταστάσεων.

Σε μία πρόσφατη μελέτη που εξέταζε το μοντέλο αλληλεπίδρασης αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας και στρες σε ένα δείγμα 340 νέων και 316 προχωρημένης ηλικίας ενηλίκων, ο Chang (2002) βρήκε ότι σε κάθε ηλικιακή ομάδα, οι αρνητικές επιδράσεις του στρες στην κατάθλιψη και τα ψυχολογικά συμπτώματα ήταν σημαντικά πιο υπερβολικά στους απαισιόδοξους σε σχέση με τους αισιόδοξους.

Η αισιοδοξία, όπως ήδη αναφέρθηκε και παραπάνω, φαίνεται να συντελεί στην καλή σωματική και ψυχική κατάσταση επιδρώντας θετικά και ένας από τους μηχανισμούς που έχει διερευνηθεί σχετικά με τις θετικές αυτές επιδράσεις, είναι ο τρόπος με τον οποίο οι αισιόδοξοι και οι απαισιόδοξοι αντιμετωπίζουν το στρες.

Η αντιμετώπιση ορισμένη ως μία διαδικασία αλλαγής των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών προκειμένου να διαχειριστούμε μία στρεσογόνα κατάσταση (Lazarus και Folkman 1984), δεν αποτελεί στατική αλλά δυναμική διαδικασία. Οι δύο βασικές λειτουργίες που εξυπηρετεί στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας και του χρόνιου πόνου, είναι ο μετριασμός των των συναισθημάτων ή της καταπόνησης που σχετίζεται με την στρεσογόνο κατάσταση και ορίζεται ως αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα και η διαχείριση της κατάστασης (πχ άμεσες προσπάθειες για να αλλάξουμε την κατάσταση) που προκαλεί καταπόνηση, και ορίζεται ως αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα.

Το ενδεχόμενο ότι οι αισιόδοξοι και οι απαισιόδοξοι αντιμετωπίζουν διαφορετικά τα προβλήματα έχει διερευνηθεί σε αρκετές μελέτες (Scheier Weintraub και Carver 1986). Από παλιά εξάλλου έχει ξεκινήσει να εξετάζεται και η σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τις προδιαθεσικές τακτικές αντιμετώπισης (Carver Scheier και Weintraub 1989).

Η αισιοδοξία έχει περιγραφεί ως ένα σταθερό προδιαθεσικό χαρακτηριστικό (Scheier και Carver 1985). Τα άτομα που είναι αισιόδοξα, θα περιμένουν να τους συμβούν θετικά πράγματα για διάφορους λόγους συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής τους ικανότητας, της εύνοιας των άλλων ή ακόμα και της τύχης. Τα άτομα με θετικό προσανατολισμό θα περιμένουν ότι οι δράσεις τους θα είναι αποτελεσματικές για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων και θα συνεχίσουν να αγωνίζονται προς αυτά τα αποτελέσματα, ενώ τα άτομα που δεν διατηρούν αισιόδοξες προσδοκίες συχνά αποδεδμεύονται από δράσεις και εγκαταλείπουν τον αγώνα (Scheier και Bridges 1995, Scheier και Carver 1987).

Σύμφωνα με την άποψη αυτή, οι ανασκοπήσεις των εμπειρικών μελετών δείχνουν ότι οι αισιόδοξοι προσαρμόζονται σε ικανοποιητικότερο βαθμό τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά σε σχέση με τους απαισιόδοξους. Συγκεκριμένα, σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 89 γυναίκες με Ινομυαλγία (Affleck και συν. 2001) προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και την επιδίωξη προσωπικών στόχων, βρέθηκε ότι οι πιο αισιόδοξες ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να αντιληφθούν εμπόδια στους προσωπικούς τους στόχους και κατά τις ημέρες της μεγαλύτερης κόπωσης, ήταν λιγότερο πιθανό να μειώσουν τις προσπάθειές τους και να υπαναχωρήσουν σε σχέση με την πρόοδό τους στην επίτευξη των στόχων για την υγεία τους. Οι πιο απαισιόδοξες ασθενείς

αντιλαμβανόταν περισσότερα εμπόδια στην επίτευξη των στόχων τους κατά τις ημέρες που ο πόνος ήταν χαμηλότερος από τον συνηθισμένο.

Οι αισιόδοξοι αναφέρουν μία προδιαθεσική τάση να βασίζονται σε ενεργητική, εστιασμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση. Σε συμφωνία με αυτό επίσης αναφέρουν ότι σχεδιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον τρόπο αντιμετώπισης που θα επιλέξουν όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνα γεγονότα. Αντίθετα, η απαισιοδοξία συνδέεται με προδιαθεσική τάση αποδέσμευσης από τον στόχο ή τους στόχους στους οποίους ο στρεσογόνος παράγοντας παρεμβαίνει. Στη δουλειά των Long και Saugster (1993) πάνω στην αισιόδοξία και την αντιμετώπιση ειδικά στο πλαίσιο της οστεοαρθρίτιδας, το μεγαλύτερο επίπεδο αισιόδοξίας επηρέαζε τη χρήση τεχνικών αντιμετώπισης, ενεργητικών ή επίλυσης προβλημάτων και τα είδη της αποτελεσματικής αντιμετώπισης για την υγεία και την καλή κατάσταση. Αυτή η ενεργητική αντιμετώπιση μείωσε τα αρνητικά συμπτώματα όπως αυτά της κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Εξετάζοντας ειδικά ένα δείγμα με ΟΑ ενηλίκων προχωρημένης ηλικίας η μεγαλύτερου βαθμού προδιάθεση της αισιόδοξίας σχετίζονταν πιο συχνά με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, ακόμη και όταν τα επίπεδα του πόνου ελέγχονταν (Benyamini 2005).

Επιπρόσθετα οι αισιόδοξοι αναφέρουν μία μεροληπτική στάση σχετικά με την αποδοχή της πραγματικότητας στρεσογόνων παραγόντων, ενώ οι απαισιόδοξοι αναφέρουν την χρήση τακτικών όπως η άρνηση και η κατάχρηση ουσιών που είναι σχεδιασμένες να μειώσουν την επίγνωσή τους σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Αν και οι αισιόδοξοι αναφέρουν την αποδοχή της πραγματικότητας αντίξωων γεγονότων επίσης αναφέρουν την προσπάθεια να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν για τη δεδομένη κατάσταση προσπαθώντας να την ερμηνεύσουν με έναν πιο θετικό τρόπο όπως επίσης και την μάθηση από την εμπειρία. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι αισιόδοξοι χρησιμοποιούν την ενεργητική αντιμετώπιση ενώ οι απαισιόδοξοι την αποφευκτική αντιμετώπιση, ενώ είναι πιο επιρρεπείς να παραιτηθούν σε μία αντίξωη κατάσταση (Scheier και Carver 1992).

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 80 ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρώτου και τέταρτου σταδίου, οι οποίες αξιολογήθηκαν κατά την φάση της διάγνωσης και τρεις και έξι μήνες μετά, βρέθηκε ότι κατά την διάγνωση τα συμπτώματα άγχους/ κατάθλιψης προβλέπονταν από την χαμηλή προδιάθεση της αισιόδοξίας και ότι η μεταξύ τους σχέση είχε σαν μεσολαβητικό παράγοντα την χρήση εστιασμένης στο συναίσθημα αντιμετώπισης της αποδέσμευσης (Epping-

Jordan και συν. 1999). Η προδιάθεση της αισιοδοξίας, αναδύονται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας των αλλαγών στο άγχος/ κατάθλιψη και κατά την επαναξιολόγηση του εξαμήνου. Η εστιασμένη στο συναίσθημα αποδεδειγμένη αντιμετώπιση και στην περίπτωση αυτή, μεσολαβούσε στη σχέση που εμφανιζόταν μεταξύ χαμηλής προδιάθεσης της αισιοδοξίας και άγχους/ κατάθλιψης.

Η θετική αναπλαισίωση μίας στρεσογόνου κατάστασης, έχει συνδεθεί με την χρήση στρατηγικών που είναι πιο εστιασμένες στο πρόβλημα (πχ υιοθέτηση στόχων και αναζήτηση πληροφορήσης) για την διαχείριση του προβλήματος που προκαλεί στρες (Emmons και Kaiser 1996, Folkman 1997).

Σε μία προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Taylor και συν. (1992) σε άνδρες σε κίνδυνο να αναπτύξουν σύνδρομο ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (Ειτζ), η προδιάθεση της αισιοδοξίας συνδέονταν με λιγότερη καταπόνηση, λιγότερη συμπεριφορά αποφυγής κατά την αντιμετώπιση, θετικές στάσεις ως στρατηγική αντιμετώπισης και λιγότερη ανησυχία σχετικά με το Έιτζ.

Σύμφωνα με τους Folkman και Lazarus (1988) και οι δύο μορφές αντιμετώπισης, η εστιασμένη στο συναίσθημα και η εστιασμένη στο πρόβλημα, είναι πιθανόν να χρησιμοποιηθούν σε μία στρεσογόνο κατάσταση. Οι εξειδικευμένες στρατηγικές δεν είναι περισσότερο ή λιγότερο προσαρμοστικές. Η χρησιμότητα μίας στρατηγικής αντιμετώπισης, αξιολογείται με βάση το κατά πόσο η χρήση αυτής ή ο συνδυασμός των στρατηγικών είναι κατάλληλος για τον έλεγχο της καταπόνησης και την διαχείριση μίας στρεσογόνου κατάστασης.

Αν και η αισιοδοξία ερμηνεύεται ως ένα σταθερό προδιαθεσικό χαρακτηριστικό, ορισμένοι θεωρητικοί (Seligman 1991) βλέπουν την αισιοδοξία ως μία ευέλικτη και περίπλοκη ψυχολογική στρατηγική που εφαρμόζεται όποτε χρειάζεται και που μπορεί να επηρεαστεί από εξωτερικές συνθήκες. Ως τέτοια, η αισιοδοξία μπορεί επίσης, να έχει χαρακτηριστικά κατάστασης με έμφυτα συναισθηματικά στοιχεία και στοιχεία κινήτρων που συνδέονται με την επιμονή, την επιδίωξη και τελικά την επίτευξη των επιθυμητών στόχων (Carver και Scheier 1990).

Η αισιοδοξία μπορεί συνεπώς να αποτελέσει το πλεονέκτημα της αντιμετώπισης, όχι μόνο όταν κάτι μπορεί να γίνει για να αλλάξει το στρεσογόνο γεγονός, αλλά και όταν το γεγονός είναι εκείνο που πρέπει να γίνει αποδεκτό και στο οποίο το άτομο θα πρέπει να συμμορφωθεί.

Η αισιοδοξία τέλος, έχει φανεί ότι διαμορφώνει την αξιολόγηση κάποιου για έναν στρεσογόνο παράγοντα (Schou και συν. 2004, Taylor και συν.1992) όπως και

για τα εσωτερικά αποθέματα αντιμετώπισης των καταστάσεων (Brissette Scheier και Carver 2002) και τις συνακόλουθες προσπάθειες αντιμετώπισης (Anderson 1994, Scheier και Carver 1987, Scheier Weintraub και Carver 1986) και ως εκ τούτου επηρεάζει την σωματική και ψυχική υγεία.

Είναι σημαντικό για την μελέτη μας να αναφέρουμε πως αν και η έρευνα πάνω στο θέμα της προδιάθεσης της αισιοδοξίας είναι αρκετά εκτεταμένη, φαίνεται να αποτελεί παραμελημένο θέμα στην έρευνα για τον πόνο. Την ίδια στιγμή, τα αποτελέσματα της έρευνας προτείνουν ότι επιπρόσθετα στα ψυχολογικά συμπτώματα τόσο οι γνωσίες των ασθενών για τον πόνο όσο και οι πεποιθήσεις και οι στάσεις τους είναι σημαντικές στην διαδικασία προσαρμογής και το θεραπευτικό αποτέλεσμα . Το είδος του στρες που βιώνεται εξαρτάται από το πώς το άτομο αξιολογεί και βλέπει την κατάσταση σε σχέση με την ευημερία του και τα διαθέσιμα αποθέματα που έχει για να διαχειριστεί την κατάσταση.

ΜΕΡΟΣ Β

Κεφάλαιο Ι: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ

Ι.1. Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό να μελετηθούν οι σχέσεις που τυχόν υπάρχουν ανάμεσα στην προδιάθεση της αισιοδοξίας σαν μια διάσταση της προσωπικότητας των ανθρώπων, το άγχος του πόνου και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, σε ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο που παρακολουθούνται από το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) Αμφιλοχίας, σε συνάρτηση με συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες που επιλέχθηκαν για την παρούσα έρευνα.

Ι.2. Σημασία της έρευνας

Η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με μυοσκελετικά νοσήματα, έχει ελάχιστα μελετηθεί στην Ελλάδα. Αποτελεί λοιπόν ενδιαφέρον αντικείμενο, τόσο η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε χρόνια νοσήματα όπως οι μυοσκελετικές διαταραχές σε άτομα που βρίσκονται σε αποκατάσταση και ψυχολογική στήριξη, όσο και η συσχέτιση των δεδομένων που προκύπτουν με τις κλίμακες που μετρούν το άγχος του πόνου και την αισιοδοξία. Επιμέρους σκοποί ήταν : α) η εκτίμηση του ρόλου που παίζει η στάση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και στην ένταση του πόνου β) η συσχέτιση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με το άγχος του πόνου.

Ι.3 .Οριοθετήσεις της έρευνας

Η έρευνα αυτή περιορίστηκε στην μέτρηση της ποιότητας της ζωής και των άλλων παραγόντων που την επηρεάζουν, σε δείγμα ασθενών που προέρχεται από το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) Αμφιλοχίας, λόγω του ότι πραγματοποιείται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής και μπορεί οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται να μην έχουν απήχηση στο γενικό πληθυσμό. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν άτομα που ήταν αδύνατη η συνεννόηση μαζί τους για την επιτυχή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

I.4. Περιορισμοί της έρευνας

Η εργασία αυτή έχει τους ακόλουθους περιορισμούς:

α) Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς μόνο από μία γεωγραφική περιφέρεια της επαρχίας.

β) Εξαιρέθηκαν τα άτομα που η γλώσσα ομιλίας τους δεν ήταν η ελληνική και δεν υπήρχε δυνατότητα επικοινωνίας και κατανόησης των ερωτηματολογίων.

γ) Πιθανή απειλή μπορεί να αποτελέσει η ειλικρίνεια των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος δόθηκαν σταθερές οδηγίες πριν και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης δόθηκαν οι απαραίτητες εξηγήσεις για τον τρόπο απάντησης των ερωτήσεων και οι απαντήσεις συμπληρώθηκαν από την ερευνήτρια.

I.5. Ερευνητικά ερωτήματα

Ο βασικός ερευνητικός στόχος της μελέτης μας, είναι η μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στην διάθεση της αισιοδοξίας με την ποιότητα της υγείας στους ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα.

Επιμέρους στόχους της έρευνας αποτέλεσαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Η σύγκριση των σχέσεων των αποτελεσμάτων των ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα με τη βοήθεια του SF12, του GrLOT-R, της κλίμακας VAS και του PASS.

2. Η μελέτη όλων εκείνων των παραγόντων που μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα που προέρχονται από την εργασία και η σχέση τους με την ποιότητα ζωής. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της εργασίας και τα χρόνια που έχουν περάσει από την έναρξη του προβλήματος, η λήψη ψυχολογικής, φυσιοθεραπευτικής ή εργοθεραπευτικής υποστήριξης.

I.6. Υποθέσεις της έρευνας

1. Το μυοσκελετικό πρόβλημα θα επηρεάζει την συνολική σωματική και πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.

2. Η ένταση του πόνου θα σχετίζεται με την διάθεση της αισιοδοξίας με αρνητική συσχέτιση που σημαίνει ότι όσο πιο αισιόδοξος ο ασθενής τόσο λιγότερο θα πονά.

3. η αισιοδοξία θα σχετίζεται με το άγχος του πόνου αρνητικά που σημαίνει ότι όσο πιο αισιόδοξος θα είναι ο ασθενής τόσο πιο λίγο άγχος του πόνου θα έχει.

4. Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα, η ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων, η διάθεση της αισιοδοξίας και η ένταση του πόνου θα διαφοροποιούν η συνολική σωματική και πνευματική ποιότητα ζωής των ασθενών.

Από τα συμπεράσματά της, η έρευνα φιλοδοξεί να βγάλει χρήσιμα συμπεράσματα για την κλινική πράξη έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις από τους ψυχολόγους για την εκπαίδευση των ασθενών στους τρόπους αντιμετώπισης των χρόνιων προβλημάτων, όπως είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα.

Κεφάλαιο II: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό την εποπτεία του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Μάιο του 2008 ως και τον Μάιο του 2009 και πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συνάφειας.

II.1Υλικό

II.1.1. Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν οι ασθενείς ηλικίας 18 έως 75 χρόνων από το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) Αμφιλοχίας. Από όλους τους ασθενείς αποκλείστηκαν αυτοί με συνυπάρχουσες χρόνιες καταστάσεις (π.χ. καρκίνος σε χημειοθεραπεία) και ψυχιατρικά νοσήματα καθώς και αυτοί με συνυπάρχουσα οξεία νόσο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

II.1.2. Μέθοδος δειγματοληψίας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που βρίσκονταν σε θεραπεία αποκατάστασης λόγω κάποιου είδους μυοσκελετικού προβλήματος από τις 16-2-2009 έως τις 16-5-2009.

Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν προέλθει από μια κύρια πηγή:

1. Κέντρο αποθεραπείας φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης Αμφιλοχίας (ΚΑΦΚΑ).

II.1.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε προς έγκριση στο επιστημονικό Συμβούλιο του ΚΑΦΚΑ. Μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου, κάθε ασθενής που προσήλθε σε θεραπεία στο ΚΑΦΚΑ ερωτήθηκε για την συναίνεση του ή όχι στην συμμετοχή στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Το δείγμα ορίστηκε να αποτελείται από 100 άτομα.

Μετά από την έγγραφη συναίνεση των συμμετεχόντων προχωρήσαμε στην συλλογή των δεδομένων με την μέθοδο της συνέντευξης για την καλύτερη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και για την αποφυγή της απώλειας (missing values). Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις.

II.2 Μέθοδος της έρευνας

Η ερευνητική στρατηγική που ακολουθήθηκε στη μελέτη μας είναι η συναφειακή και έγινε με τη μέθοδο της συσχέτισης. Οι δείκτες της συνάφειας χρησιμοποιήθηκαν για να δοθεί απάντηση στο ερευνητικό πρόβλημα (Παρασκευόπουλος 1993).

Ελέγχθηκαν ο βαθμός της συνάφειας, η κατεύθυνση της συνάφειας(θετική, αρνητική), η μορφή της συνάφειας (ευθύγραμμη, καμπυλόγραμμη).

Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρήσαμε να απαντήσουμε είναι τριών ειδών :

1. Η διερεύνηση της υπάρχουσας συνάφειας μεταξύ του Lot-R, της επισκόπησης υγείας, του PASS και των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την μέτρηση των διαφορών που υπάρχουν στους μέσους όρους των μεταβλητών.

2. Η πρόβλεψη των τιμών μιας μεταβλητής από τις τιμές μιας άλλης με την εφαρμογή της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης.

3. Ο εντοπισμός ανάμεσα σε πολλές μεταβλητές με τη χρήση της στατιστικής μεθόδου της ανάλυσης παραγόντων λίγων θεμελιακών διαστάσεων παραγόντων, οι οποίοι να αντιπροσωπεύουν τις πολλές αυτές μεταβλητές (Παρασκευόπουλος 1993).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 14.0 για Windows (Δαφέρμος 2005.)

II.2.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων

Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό των απωλειών (missing values) στα διάφορα στοιχεία τους δηλαδή με τον υπολογισμό των απαντήσεων που δεν δόθηκαν στα στοιχεία αυτά και ήταν άριστη καθώς τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από την ερευνήτρια και κατά συνέπεια δεν υπήρχαν απώλειες.

II.2.2. Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία¹ αναφορικά με το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα στοιχεία μιας κλίμακας υπολογίζουν την ίδια διάσταση και μετράται με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach α .² Στην παρούσα μελέτη η μέτρηση της αξιοπιστίας για το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων (internal consistency reliability) έγινε υπολογίζοντας του συντελεστή Cronbach α για τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων. GrLOT-R, SF12, PASS, και για τις υποκλίμακες αυτού.

II.2.3. Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων.

Η έννοια εγκυρότητα αναφέρεται στην ιδιότητα ενός ψυχομετρικού εργαλείου να μετρά αυτό που θέλει να μετρήσει. Είναι παρόλα αυτά μια έννοια που δύσκολα

¹ Λέγοντας αξιοπιστία ενός ψυχομετρικού εργαλείου εννοούμε την ιδιότητα του να παράγει τα ίδια αποτελέσματα, μέσα από διαδικασίες επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται στα ίδια πειραματικά υποκείμενα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Δαφέρμος 2005)

² Ο υπολογισμός αυτός πραγματοποιείται με την εφαρμογή μιας στατιστικής δοκιμασίας στην οποία αξιολογείται το κατά πόσο τα στοιχεία μιας κλίμακας συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους (όταν για παράδειγμα μετρούν το ίδιο πράγμα). Οι κλίμακες με αξιοπιστία μεγαλύτερη ή ίση με 0,70 συστήνονται για σύγκριση 2 ομάδων ασθενών ενώ αξιοπιστία μεγαλύτερη από 0,90 συστήνεται για ανάλυση μεμονωμένων αποτελεσμάτων ασθενών (Eiser and Morse 2001)

μπορεί να ορισθεί μέσα από μία μόνο προσέγγιση³. Σε ιδανικές ερευνητικές συνθήκες η εγκυρότητα ενός εργαλείου αξιολογείται με βάση τη σύγκριση του με ένα άλλο ήδη αξιόπιστο εργαλείο που μετρά την ίδια έννοια. Για να μπορέσουμε λοιπόν να ελέγξουμε την αισιοδοξία σε σχέση με το LOT-R χρησιμοποιήσαμε κατά την διάρκεια μελέτης ένα εργαλείο μέτρησης ενός ερωτήματος που μετρά την αισιοδοξία το οποίο χρησιμοποιήθηκε και στην στάθμιση του LOT-R στα ελληνικά από τον Λυράκο και τους συν. (Lyraikos και συν. 2009)

II.3 Όργανα συλλογής δεδομένων

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων στην έρευνα αυτή έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Για την αξιολόγηση των παραγόντων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, τη διάθεση της αισιοδοξίας, το φόβο του άγχους και την ένταση του πόνου χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια.

II.3.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών

Για τις ανάγκες της μελέτης μας, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των υποκειμένων της μελέτης.(Παράρτημα)

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο στην πρώτη ενότητα καταγράφει στοιχεία που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Στη δεύτερη ενότητα καταγράφεται ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των τέκνων.

Στην Τρίτη ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις για την αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων και συγκεκριμένα για την εντόπιση αυτών σε:1= αυχένα, 2=Άνω άκρα, 3= Πλάτη Μέση, 4= Κάτω άκρα και 5= σε διάφορα σημεία του σώματος.

³ Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Δαφέρμος 2005) υπάρχουν τρία είδη εγκυρότητας: η εγκυρότητα περιεχομένου, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και η εγκυρότητα που σχετίζεται με κάποιο κριτήριο (Δαφέρμος 2005). Σε ιδανικές ερευνητικές συνθήκες η εγκυρότητα ενός εργαλείου αξιολογείται με βάση τη σύγκριση του με ένα άλλο ήδη αξιόπιστο εργαλείο που μετρά την ίδια έννοια.

Υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στην λήψη ψυχολογικής στήριξης, φαρμακευτικής αγωγής, φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας, καθώς και για την εμφάνιση προβλημάτων ύπνου.

II.3.2. Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας

Για την σύγκριση του Lot-R χρησιμοποιήθηκε μια 11-βάθμια οπτική αναλογική κλίμακα (κλίμακα 0– 10) 10 εκατοστών, που είχε τις βαθμολογίες «0» και «10» στις δύο αντίθετες άκρες. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εκτιμήσουν τη φράση «η στάση μου απέναντι στη ζωή σε γενικές γραμμές είναι...»και να αποκριθούν με την πιθανή εκτίμηση "0 " έως "10". Μια εκτίμηση κάτω από τον αριθμό "0" έδειχνε τη φράση «απολύτως απαισιόδοξη» ενώ κάτω από τον αριθμό "10" "δήλωνε «απολύτως αισιόδοξη». Αυτή η μέτρηση απεικόνισε τη διπολική διάσταση απαισιόδοξίας – αισιοδοξίας σε σχέση με έναν μονοδιάστατο παράγοντα που αντιστοιχεί σε αυτόν που καθορίστηκε από τους Scheier και Carver σε μελέτη του Lai και των συνεργατών (Lai και Yue 2000, Lyrakos και συν. 2009).

II.3.3. The Visual Analogue Scale (VAS)

Η ένταση του πόνου μετρήθηκε με την χορήγηση στο δείγμα μας του δεύτερου μέρους από της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου του πόνου του McGill (Short-Form McGill Pain Questionnaire), που αποτελείται από την κλίμακα VAS

Η Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS, η οποία μετρά την ένταση του πόνου, χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την μελέτη, για να μετρήσουμε τον πόνο κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Η κλίμακα αυτή είναι μια οριζόντια γραμμή 10 εκ. με σαφώς καθορισμένα όρια, π.χ. " Κανένας πόνος " και " ο χειρότερος δυνατός πόνος που θα μπορούσε ενδεχομένως να υπάρξει ”.

Ο ασθενής καλείται να κάνει ένα σημάδι στη γραμμή σε ένα σημείο που περιγράφει την ένταση του πόνου του. Η απόσταση που χαρακτηρίζεται με έναρξη το σημείο "κανένας πόνος" μετράται σε χιλιοστά για να αντιπροσωπεύσει το αποτέλεσμα της έντασης του πόνου. Η οπτική αναλογική κλίμακα μέτρησης του πόνου VAS θεωρείται ισάξια με τις κλίμακες αναλογίας και είναι πολύ ευαίσθητη στις εναλλαγές στην ένταση πόνου (McDowell και Newell 1987).

II.3.4. Επισκόπηση της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12)

Η επισκόπηση υγείας 12 ερωτήσεων SF12 αναπτύχθηκε σαν μια πιο σύντομη εναλλακτική λύση του ερωτηματολογίου SF36 για τη χρήση στις μελέτες μεγάλης κλίμακας, ιδιαίτερα όταν η γενική σωματική και ψυχική υγεία είναι τα αποτελέσματα που μας ενδιαφέρουν αντί του χαρακτηριστικού σχεδιαγράμματος που αποτελείται από τις οκτώ-κλίμακες του SF-36 (Ware και Sherbourne 1992). (Ware Kosinski και Keller 1995, 1996).

Στην μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε η συνοπτική μορφή 12 ερωτήσεων επισκόπησης της υγείας που πρόσφατα σταθμίστηκε στην χώρα μας και χρησιμεύει ιδιαίτερα όταν η γενική φυσική και πνευματική υγεία είναι τα μετρήσιμα χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής που μας ενδιαφέρει να καταγράψουμε, αντί του χαρακτηριστικού προφίλ των οκτώ-κλιμάκων που μετράται από την κλίμακα SF36.

Τα αποτελέσματα του SF- 12 υπολογίζονται για τέσσερις από τις οκτώ έννοιες της υγείας που περιλαμβάνονται στο SF- 36 και συγκεκριμένα τις διαστάσεις:

1. φυσική λειτουργικότητα (PF),
2. σωματικός ρόλος (RP),
3. συναισθηματικός ρόλος (RE),

4. και πνευματική- ψυχική υγεία (MH) με την χρήση δύο ερωτημάτων για κάθε διάσταση, ενώ για τις υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις το αποτέλεσμα αντιπροσωπεύεται από μια ερώτηση. Και τα 12 ερωτήματα χρησιμοποιούνται για να υπολογίσουν τα συνολικά σωματικά και πνευματικά συστατικά αποτελέσματα που ορίζονται αντίστοιχα ως PCS-12 και MCS-12 (Ware και συν. 1995).

Πρόσφατα δε αξιολογήθηκε η εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής μέσα από μια μελέτη σε ένα τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα ($n = 1005$) του υγιούς ελληνικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μας παρέχουν τα στοιχεία για την εγκυρότητα του ελληνικού SF12 και, υποστηρίζουν τη χρήση του στις ελληνικές μελέτες που έχουν σαν αντικείμενο του στην μέτρηση της συνολικής κατάστασης τη υγείας, σαν μια εναλλακτική και έγκυρη λύση απέναντι στο SF36 (Kontodimopoulos και συν. 2007).

II.3.5. Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή LOT-R

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με την ελληνική εκδοχή του τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT(Scheier και Carver 1985) –σε αναθεωρημένη έκδοση GrLOT-R (Scheier και συν. 1994, Lyrakos και συν. 2009).

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

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

II.3.6. Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken και Dhingra το 2002, και αποτελεί τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε στην κανονική εκδοχή του 40 ερωτήσεις (McCracken και συν. 1992, McCracken και Dhingra 2002). Όπως και στην αρχική του μορφή το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο (McCracken και συν. 2002). Το PASS-20 πρόκειται για ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο

αυτό-αναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, που περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο, όπου τα άτομα με την χρήση μιας πρωτοβάθμιας κλίμακας Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα) δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν (McCracken και συν. 2002).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου) (Carleton & Asmundson, 2009). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς εργαλείο (πχ Vlaeyen και Linton 2000, Coons και συν. 2004, Williams, και συν. 2005), το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για τον χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας (Roelofs και συν. 2003).

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (Mc Cracken και συν. 1992). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις- προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας στους ασθενείς με χρόνια πόνο (Mc Cracken και συν. 1992) και αποτελεί, επίσης ένα εργαλείο, κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (e.g., Asmundson Norton και Norton 1999, Asmundson και συν. 2004, Coons και συν. 2004, Vlaeyen και Linton, 2000).

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

αυτή προκαλεί (Burns et al.,2000). Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

Η ελληνική μετάφραση και στάθμιση που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από την ψυχολόγο Δραγκιώτη Έλενα στα πλαίσια της μεταπτυχιακής της διατριβής στο μεταπτυχιακό Αντιμετώπισης του πόνου της Ιατρικής Ιωαννίνων.

Κεφάλαιο III: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 14.0 για Windows.

Από το σύνολο των 100 ερωτηματολογίων που παραδόθηκαν, επιστράφηκαν τα 96 ποσοστό 96%. Το σύνολο του δείγματος μας αποτέλεσαν 96 άτομα, από τα οποία τα 29 (30,2%) ήταν άντρες και τα 67 (69,8%) γυναίκες.

Το εύρος της ηλικίας των ασθενών που πήραν μέρος στην μελέτη ήταν από 18 έως 72 ετών, με μέσο όρο ηλικίας $51,9 \pm 12,6$.

III.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων

Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό των απωλειών (missing values) στα διάφορα στοιχεία τους δηλαδή με τον υπολογισμό των απαντήσεων που δεν δόθηκαν στα στοιχεία αυτά και ήταν πάρα πολύ υψηλή καθώς τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με συνέντευξη από την ερευνήτρια.

III.2. Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων

Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach α , ήταν ικανοποιητικοί για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν. Στον πίνακα 1 καταγράφεται ο δείκτης της εσωτερικής συνοχής για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη για την μέτρηση της ποιότητας της υγείας, την ένταση του πόνου την διάθεση της αισιοδοξίας και την κλίμακα PASS με τις υποκλίμακες της. Όλοι οι δείκτες είναι από 0.74 και πάνω γεγονός που δείχνει πως έχουν ικανοποιητική εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής εκτός από την κλίμακα πνευματικής υγείας που είναι 0,55.

Πίνακας 1. Συντελεστές Cronbach α για τα ερωτηματολόγια της έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	Cronbach α
Ένταση πόνου VAS	,765
Σωματική υγεία PCS-12	,740
Πνευματική υγεία MCS-12	,550
Διάθεση της αισιοδοξίας Lot-R	,877
Συνολικό PASS	,935
Κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	,762
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	,838
Κλίμακα γνωστικού άγχους	.852
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	,799

III.3. Ποσοστά μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων

Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων και για τα συνολικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (πίνακας 2)

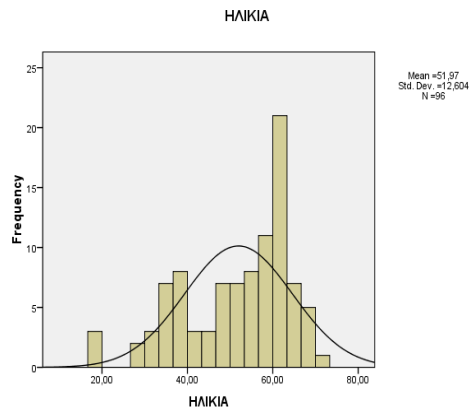
Υπολογίστηκαν επίσης τα ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων (πίνακας 3)

Πίνακας 2: δημογραφικά χαρακτηριστικά για τις ποσοτικές μεταβλητές

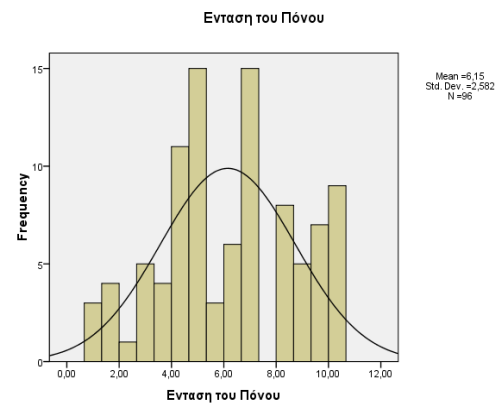
	N	x	SD	στρεβλότητα	κύρτωση	λόγος
Ηλικία	96	51,9	$\pm (12,6)$	-0,78	-0,21	0,41
Αισιοδοξία αν. κλίμακα	96	7,3	$\pm (2,6)$	-0,98	0,12	0,25
Ένταση Πόνου	96	6,2	$\pm (2,6)$	-0,08	-0,89	1,81
Συνολική Αισιοδοξία	96	15,5	$\pm (5,6)$	-0,53	0,12	1,32
PCS12	96	37,8	$\pm (11,1)$	-0,05	-1,1	2,2
MCS12	96	45,9	$\pm (11,6)$	-0,41	-0,68	1,39
Συνολικό PASS	96	31,7	$\pm (16,5)$	0,07	-1,11	1,68
Κλίμακα . Φόβου ή Αποφυγής	96	9,1	$\pm (4,6)$	0,20	-0,61	0,83
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	96	6,8	$\pm (4,9)$	0,66	-0,11	0,21
Κλίμακα γνωστικού άγχους	96	8,6	$\pm (4,6)$	0,08	-0,80	1,64
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	96	7,2	$\pm (4,6)$	0,64	-0,59	1,20

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση

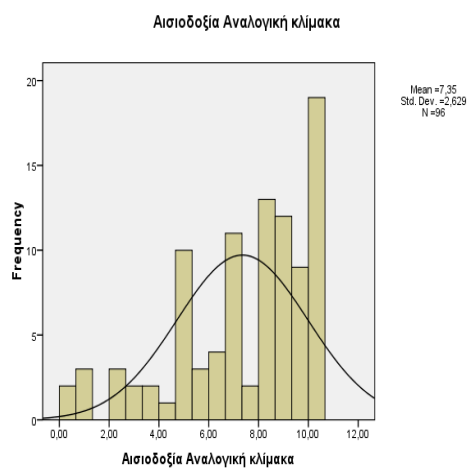
Εικόνες 1-11: διαγράμματα ελέγχου κανονικής κατανομής με την καμπύλη του Gauss



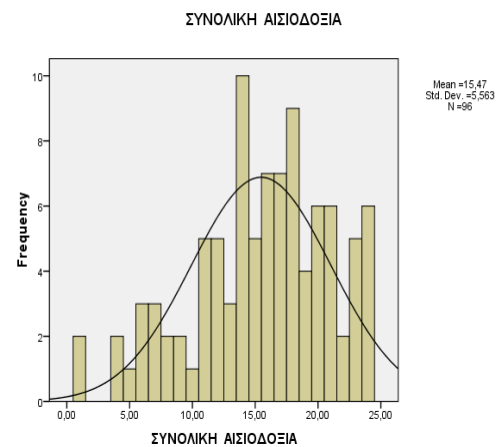
Εικόνα 1



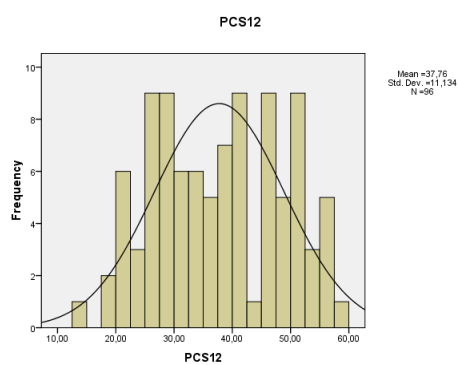
Εικόνα 2



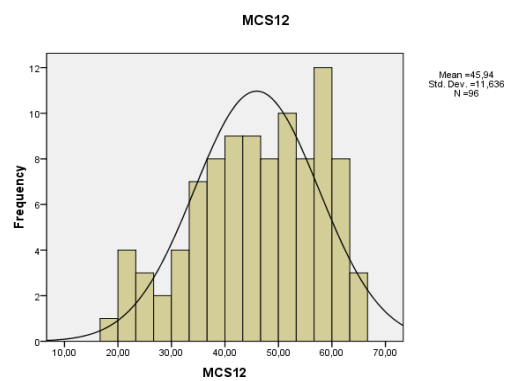
Εικόνα 3



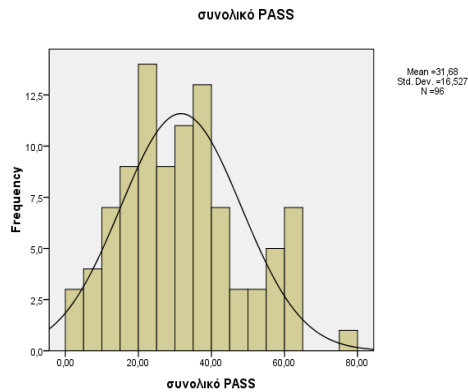
Εικόνα 4



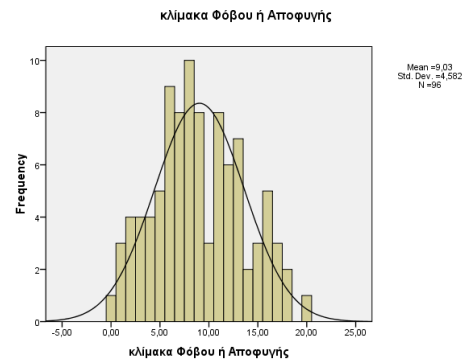
Εικόνα 5



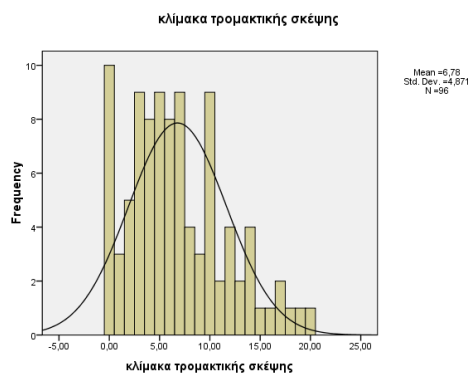
Εικόνα 6



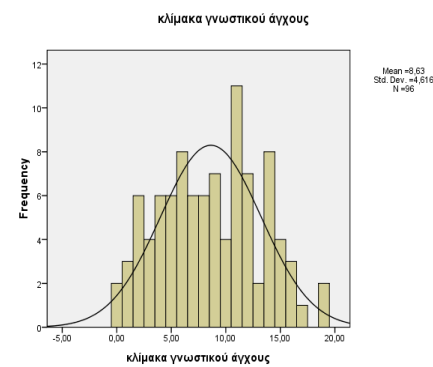
Εικόνα 7



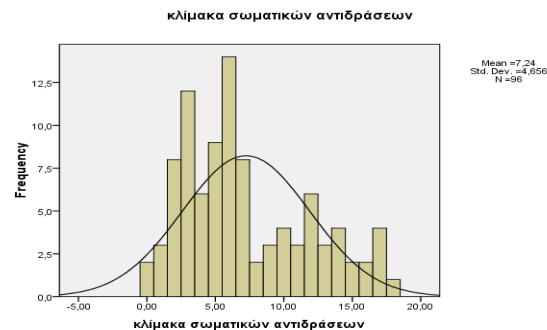
Εικόνα 8



Εικόνα 9



Εικόνα 10



Εικόνα 11

Η στρεβλότητα και η κύρτωση αναφέρονται γιατί δείχνουν την κατεύθυνση της κατανομής των μεταβλητών (η οποία φαίνεται και στα παραπάνω διαγράμματα) και γιατί από την μέτρηση του λόγου ο οποίος προκύπτει από την διαίρεση τους με το τυπικό τους σφάλμα ελέγχθηκε η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών η οποία βρέθηκε να μην ξεπερνά κατά πολύ την κανονική (καθώς οι λόγοι των στατιστικών δεικτών προς το τυπικό σφάλμα της μέτρησης τους ήταν όλοι ± 2). Το γεγονός αυτό μας οδήγησε στο να επιλεγεί η χρήση παραμετρικών κριτηρίων για την συνέχεια της μελέτης. (Δαφέρμος Β. , 2005) σε όλες τις μεταβλητές

Πίνακας3: δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Σύνολο	Ποσοστό%
Φύλο		
Αντρες	29	30,2
Γυναίκες	67	69,8
Επάγγελμα		
Αγρότες -κτηνοτρόφοι	21	21,9
Ανειδίκευτοι εργάτες	2	2,1
Τεχνίτες	7	7,3
Ιδιωτικοί – Δημόσιοι υπ.	14	14,6
Ελεύθεροι επαγγελματίες	7	7,3
Οικιακά	33	34,4
Συνταξιούχοι	10	10,4
άνεργοι	2	2,1
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	56	58,3
Γυμνάσιο-λύκειο	29	30,2
ΑΕΙ-ΤΕΙ	10	10,4
Μεταπτυχιακό-PhD	1	1,0
Τόπος Διαμονής		
Αθήνα	0	0
Επαρχία	96	100
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	10	10,4
Παντρεμένος-η	78	81,2
Διαζευγμένος-η -Χήρος-α	8	8,3
Λήψη επιδόματος ή σύνταξης αναπηρίας		
Ναι	8	8,3
Όχι	88	91,7
Χειρουργική επέμβαση για το Μυοσκελετικό πρόβλημα		
Ναι	18	18,8
Όχι	78	74,6
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου		
Ναι	67	69,8
Όχι	29	30,2
Μυοσκελετικό πρόβλημα για το οποίο απευθύνθηκαν στο ΚΑΦΚΑ		

Αυχέννας	18	18,8
Άνω άκρα	7	7,3
Πλάτη -μέση	16	16,7
Κάτω άκρα	19	19,8
Σε διάφορα σημεία	36	37,5
Χρήση αναλγητικών		
Ναι	57	59,4
Όχι	39	40,6

Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών		
Ναι	19	19,8
Όχι	77	80,2

Πρωταρχικός λόγος επίσκεψης στο ΚΑΦΚΑ		
πόνος	42	43,8
κινητικές δυσκολίες	11	11,5
και τα δύο στον ίδιο βαθμό	43	44,8

Συμμετοχή σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας				
	Τώρα	Ποσοστό	Στο παρελθόν	Ποσοστό
Ναι	67	69,8%	55	57,3%
Όχι	29	30,2%	41	42,7%

Παρακολούθηση Προγράμματος εργοθεραπείας				
	Τώρα	Ποσοστό	Στο παρελθόν	Ποσοστό
Ναι	0		1	1,0%
Όχι	96	100%	95	99%

Επίσκεψη σε ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο (π.χ. άγχος)				
	Τώρα	Ποσοστό	Στο παρελθόν	Ποσοστό
Ναι	5	5,2%	8	8,3%
Όχι	91	94,8%	88	91,7%

III.4. Σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς σε σχέση με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων

Για την σύγκριση ανάμεσα στα αποτελέσματα που προκύπτουν στα ερωτηματολόγια για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, την διάθεση της αισιοδοξίας, την ένταση του πόνου και το άγχος του πόνου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του T test για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Για όλες τις αναλύσεις η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

III.4.1. Αναζήτηση διαφορών στους ασθενείς με μυοσκελετικό πρόβλημα σε σχέση με το φύλο

Για να ελέγξουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους μέσους όρους των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του t-test (ανεξάρτητα δείγματα), για τις μεταβλητές καθώς η κατανομή τους δεν απόκλινε κατά πολύ από την κανονική.

Αναζητήθηκαν διαφορές στους μέσους όρους σε σχέση με το φύλο των ασθενών στις μεταβλητές ένταση του πόνου που καταγράφηκε στη μελέτη, ηλικία, διάθεση της αισιοδοξίας, τους συνολικούς παράγοντες της σωματικής και πνευματικής υγείας που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο SF 12, το άγχος του πόνου και τις υποκλίμακες του. (πίνακας 4)

Πίνακας 4: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων κατά φύλο

Μεταβλητή	Διαφορά Test	p	N	άντρες		N	γυναίκες	
				X/	SD		X/	SD
Ένταση του Πόνου	-3,649	,000	29	4,8	(2,1)	67	6,7	(2,6)
Αισιοδοξία Αν. κλίμακα	1,284	,202	29	7,9	(2,6)	67	7,1	(2,6)
PCS12	2,054	,042	29	41,2	(9,9)	67	36,2	(11,3)
MCS12	2,362	,020	29	50,1	(11,2)	67	44,1	(11,4)
Συνολική αισιοδοξία	,814	,418	29	16,2	(5,6)	67	15,2	(5,6)
Συνολικό PASS	-2,673	,008	29	25,1	(16,9)	67	34,6	(15,6)
Κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-1,014	,313	29	8,3	(5,1)	67	9,3	(4,3)
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-3,344	,001	29	4,4	(4,3)	67	9,3	(4,3)
Κλίμακα γνωστικού άγχους	-2,063	,041	29	7,2	(4,6)	67	9,3	(4,5)
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-2,978	,032	29	5,2	(4,1)	67	8,1	(4,6)

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. test= t-test(ανεξάρτητα δείγματα) αλλιώς.

p= p-value (αμφίπλευρη).

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην ένταση του πόνου ($F=3,660$ $T=-3,649$ $Df=94$ $p=,000$), στη σωματική διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής ($F=1,597$ $T=2,054$ $Df=94$ $p=,043$), στην πνευματική διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής ($F=0,482$ $T=2,362$ $Df=94$ $p=,020$), στην συνολική κλίμακα PASS ($F=0,324$ $T=-2,673$ $Df=94$ $p=,009$), και στις υποκλίμακες, Κλίμακα τρομακτικής σκέψης ($F=0,089$ $T=-3,344$ $Df=94$ $p=,001$), Κλίμακα γνωστικού άγχους ($F=0,423$ $T=-2,063$ $Df=94$ $p=,042$) και Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων ($F=2,764$ $T=-2,978$ $Df=94$ $p=,032$).

III.4.2. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με τις ποιοτικές δημογραφικές μεταβλητές των ασθενών

Για να δούμε αν το μορφωτικό επίπεδο έχει επίδραση στις ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης One way ANOVA αφού πρώτα οι κατηγορίες AEI- TEI και μεταπτυχιακό Διδακτορικό συγχωνεύτηκαν σε μία κατηγορία με τον τίτλο ανώτατη εκπαίδευση για να μπορέσει να ολοκληρωθεί στατιστικά η διαδικασία της ανάλυσης παλινδρόμησης καθώς η κατηγορία μεταπτυχιακό Διδακτορικό είχε μόνο ένα υποκείμενο. (δες Πίνακα 5)

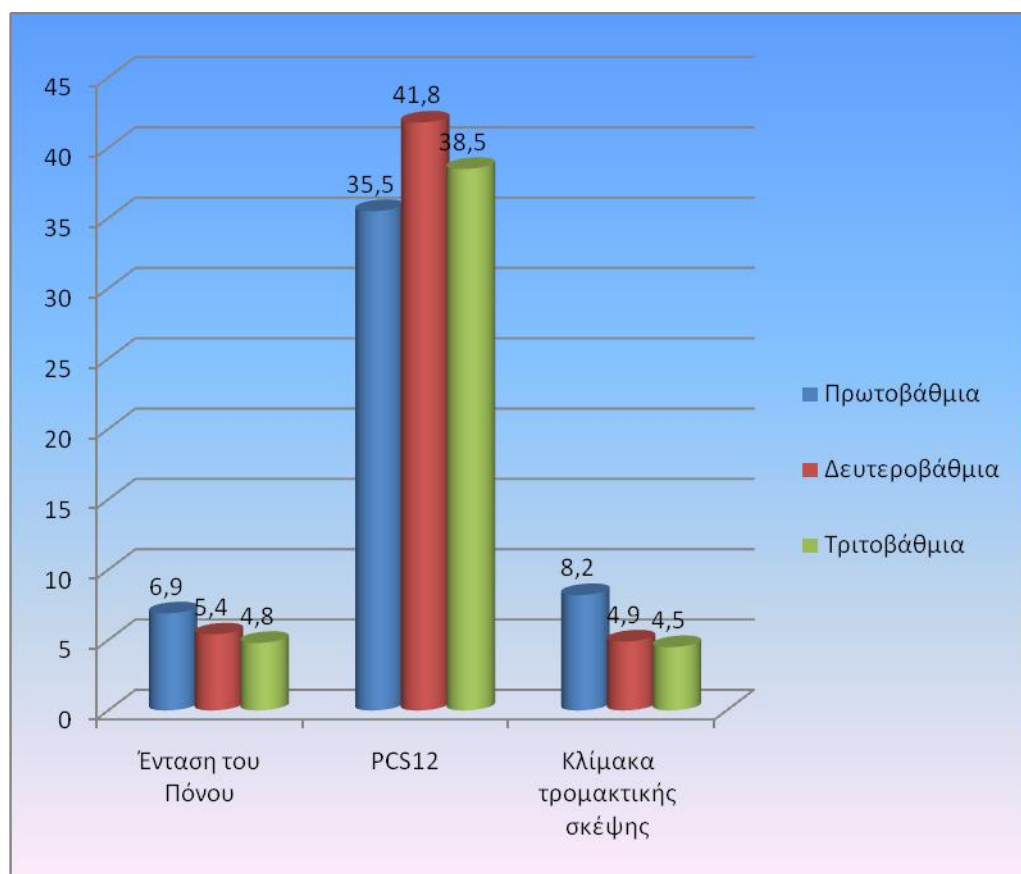
Πίνακας 5: διαφορές στους μέσους όρους των μεταβλητών σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

	Δημοτικό (N=56)		Γυμνάσιο- Λύκειο (N=29)		Ανώτερη Ανώτατη (N=11)				
	F	Df	x	SD	x	SD	x	SD	p
Ένταση του Πόνου	5,470	2-93	6,8	(2,5)	5,4	(2,7)	4,8	(1,91)	,006
Αισιοδοξία Αν. κλίμακα	1,048	2-93	7,1	(2,7)	7,4	(2,9)	8,4	(1,5)	,355
PCS12	3,221	2-93	35,5	(11,2)	41,8	(10,5)	38,5	(10,2)	,044
MCS12	,820	2-93	44,7	(11,8)	48,2	(12,3)	46,2	(8,7)	,444
Συνολική αισιοδοξία	,525	2-93	15,3	(5,5)	15,2	(6,4)	17,1	(3,22)	,593
Συνολικό PASS	3,298	2-93	35,3	(16,3)	26,8	(15,7)	26,3	(16,52)	,041
Κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	1,136	2-93	9,6	(4,8)	8,2	(4,4)	8,1	(3,8)	,326
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	6,353	2-93	8,2	(4,8)	4,9	(4,3)	4,5	(4,3)	,003
Κλίμακα γνωστικού άγχους	1,600	2-93	9,3	(4,5)	7,8	(4,8)	7,3	(4,7)	,207
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	2,472	2-93	8,1	(4,6)	5,9	(4,3)	6,5	(5,1)	,090

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση F=σημαντικότητα διαφοράς df= Βαθμοί ελευθερίας. p= p-value (αμφίπλευρη).

Μετά από την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ανάμεσα στις εξής κατηγορίες:

Ο μέσος όρος της έντασης του πόνου διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στους απόφοιτους της δημοτικής και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($F= 1,512$ $p= ,026$), και ανάμεσα στους απόφοιτους της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($F= 2,059$ $p= ,040$). στην σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας οι μέση όροι των ατόμων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν σημαντικά από τα άτομα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($F= -6,287$ $p= ,04$). Τέλος στην υποκλίμακα τρομακτικής σκέψης υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους στα άτομα της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($F= 3,265$ $p= ,008$) και στα άτομα της τριτοβάθμιας με την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ($F=-3,741$ $p= ,004$). (εικόνα 12)



Εικόνα 12:στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των μεταβλητών σε σχέση με την εκπαίδευση

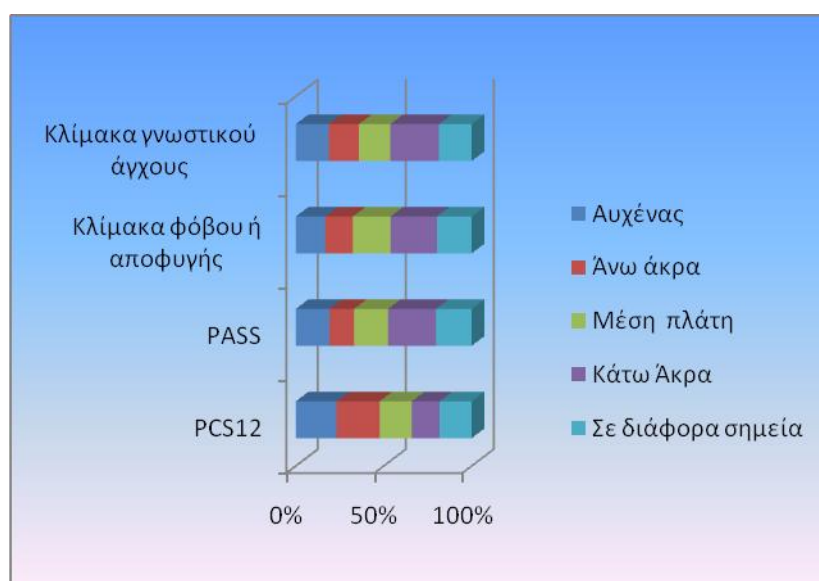
III.4.3. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με το μυοσκελετικό πρόβλημα

Για να δούμε αν υπάρχει επίδραση του σημείου εμφάνισης του μυοσκελετικού προβλήματος στις μεταβλητές της έντασης του πόνου που καταγράφηκε στη μελέτη, την ηλικία, την διάθεση της αισιοδοξίας, τους συνολικούς παράγοντες της σωματικής και πνευματικής υγείας που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο SF 12 , το άγχος του πόνου και τις υποκλίμακες του χρησιμοποιήθηκε η ίδια τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης One way ANOVA (πίνακας 6, εικόνα 13).

Πίνακας 6: διαφορές στους μέσους όρους των μεταβλητών σε σχέση με το σημείο εμφάνισης του Μυοσκελετικού προβλήματος

			Αυχέννας (N=18)		Άνω άκρα (N=7)		Πλάτη Μέση (N=16)		Κάτω Άκρα (N=19)		Σε διάφορα σημεία (N=36)		
	F	df	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	P
Ένταση του Πόνου	1,704	4-91	6,2	(3,0)	4,7	(2,1)	5,2	(2,9)	6,3	(2,5)	6,7	(2,2)	,156
Αισιοδοξία Αν. κλίμακα	1,060	4-91	7,2	(2,6)	8,7	(1,2)	8,0	(2,9)	6,7	(2,7)	7,1	(2,6)	,381
PCS12	7,338	4-91	45,6	(10,7)	48,5	(4,9)	36,1	(9,8)	31,2	(10,8)	35,9	(9,7)	,000
MCS12	,488	4-91	45,6	(12,2)	47,9	(9,1)	49,2	(13,7)	45,4	(12,9)	44,5	(10,3)	,744
Συνολική αισιοδοξία	1,189	4-91	16,1	(4,3)	19,0	(3,5)	15,5	(6,5)	13,8	(4,7)	15,3	(6,3)	,321
Συνολικό PASS	2,884	4-91	29,1	(17,5)	21,3	(14,8)	29,3	(19,5)	41,7	(16,1)	30,7	(13,3)	,027
Κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής Κλ.	2,645	4-91	7,4	(3,6)	6,9	(5,8)	9,4	(5,4)	11,6	(4,3)	8,7	(4,1)	,038
Τρομακτικής σκέψης	2,275	4-91	6,4	(5,6)	3,1	(3,0)	5,6	(5,5)	8,9	(5,3)	7,1	(3,8)	,067
Κλ. γνωστικού άγχους	3,189	4-91	8,0	(4,7)	7,3	(4,9)	7,6	(5,3)	11,8	(3,7)	7,9	(4,1)	,017
Κλ. Σωματικών αντιδράσεων	2,080	4-91	7,3	(5,2)	4,0	(2,1)	6,6	(4,8)	9,4	(4,5)	6,9	(4,4)	,090

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση F =βαθμός διαφοράς df= Βαθμοί ελευθερίας . p= p-value



Εικόνα 13: διαφορές στις κλίμακες σε σχέση με την εντόπιση του Μυοσκελετικού προβλήματος

Μετά από την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ανάμεσα στις εξής κατηγορίες:

Ο μέσος όρος της σωματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας PCS12 διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς με πρόβλημα στον αυχένα και σε αυτούς με πρόβλημα στα κάτω άκρα ($F^4 = 17,214$ $p = ,002$), ανάμεσα σε ασθενείς με πρόβλημα σε διάφορα σημεία και σε εκείνους με πρόβλημα στα άνω άκρα ($F = -9,656$ $p = ,011$) και ανάμεσα στους ασθενείς με πρόβλημα στον αυχένα και σε εκείνους με πρόβλημα σε διάφορα σημεία ($F = -12,527$ $p = ,029$). Στην συνολική κλίμακα του PASS οι μέσοι όροι διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς με πρόβλημα στα κάτω άκρα και στα άνω άκρα ($F = -20,451$ $p = ,046$). Τέλος στην κλίμακα γνωστικού άγχους οι μέσοι όροι διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς με πρόβλημα σε διάφορα σημεία και σε εκείνους με πρόβλημα στα κάτω άκρα ($F = 3,897$ $p = ,025$).

III.4.4. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

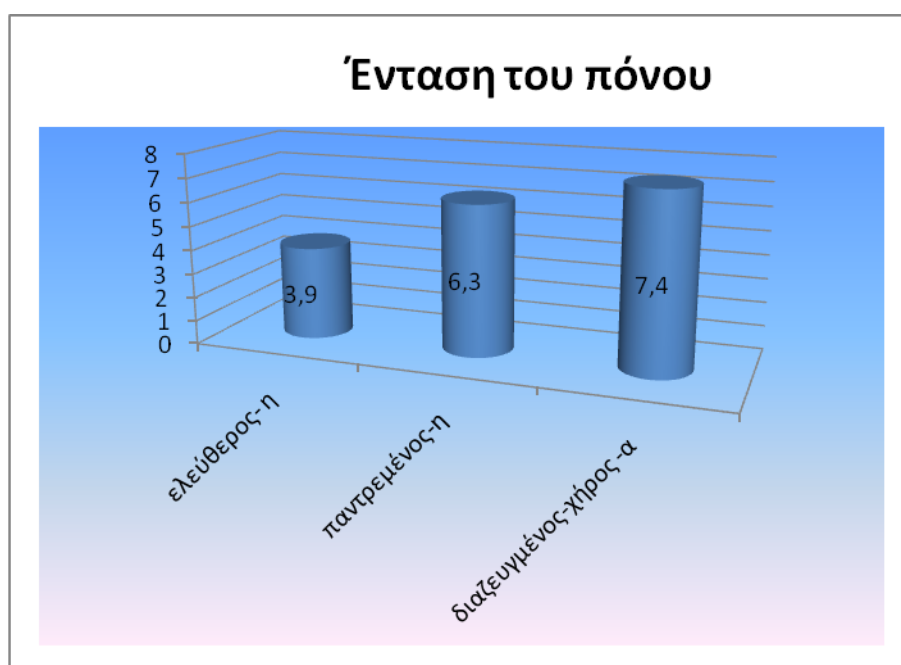
Για να δούμε αν υπάρχει επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις μεταβλητές της έντασης του πόνου που καταγράφηκε στη μελέτη, την ηλικία, την διάθεση της αισιοδοξίας, τους συνολικούς παράγοντες της σωματικής και πνευματικής υγείας που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο SF 12, το άγχος του πόνου και τις υποκλίμακες του χρησιμοποιήθηκε η ίδια τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης One way ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε σημαντική διαφορά μόνο στην μεταβλητή της έντασης του πόνου ανάμεσα σε ελεύθερους και παντρεμένους ($F = -2,466$ $p = ,011$) και ανάμεσα σε ελεύθερους και διαζευγμένους – χήρους ($F = -3,583$ $p = ,012$) (πίνακας 7, εικόνα 14)

⁴ Εδώ το F συμβολίζει τη μέση διαφορά των μέσων όρων των κατηγοριών που συγκρίνονται, όπου στο SPSS συμβολίζεται I-J mean difference.

Πίνακας 7: διαφορές στους μέσους όρους των μεταβλητών σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση

	Ελεύθερος/ η (N=10)		Παντρεμένος/ η (N=79)		Διαζευγμένος/ η Χήρος /α (N=7)		
	F	df	x	SD	x	SD	p
Ένταση του Πόνου	5,466	2-93	3,9	(2,7)	6,3	(2,4)	7,4 (2,7) ,006

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση F =βαθμός διαφοράς df= Βαθμοί ελευθερίας . p= p-value



Εικόνα 14: διαφορές στην ένταση του Πόνου σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

III.4.5. Αναζήτηση διαφορών σε σχέση με την αιτία επίσκεψης τους στο ΚΑΦΚΑ

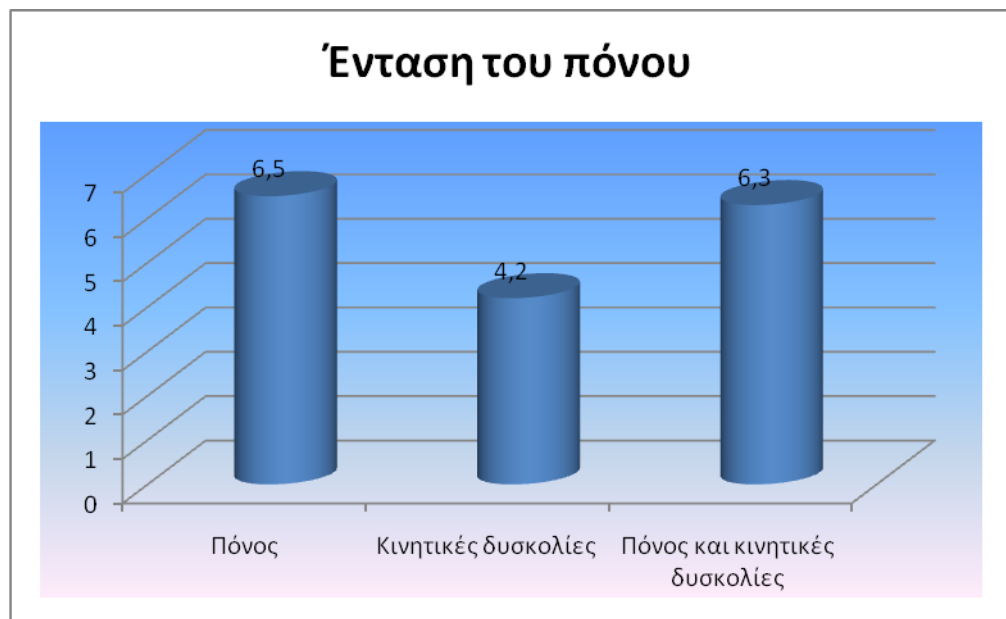
Για να δούμε αν υπάρχει επίδραση της μεταβλητής που μετράει την αιτία που οδήγησε στο κέντρο αποκατάστασης τους ασθενείς στις μεταβλητές της έντασης του πόνου που καταγράφηκε στη μελέτη, την ηλικία, την διάθεση της αισιοδοξίας, τους συνολικούς παράγοντες της σωματικής και πνευματικής υγείας που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο SF 12, το άγχος του πόνου και τις υποκλίμακες του χρησιμοποιήθηκε η

ίδια τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης One way ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε σημαντική διαφορά μόνο στην μεταβλητή της έντασης του πόνου ανάμεσα στα άτομα που προσήλθαν λόγω του πόνου τους και στα άτομα που προσήλθαν λόγω κινητικών δυσκολιών ($F=-2,237$ $p=,030$) και ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν και πόνο και κινητικές δυσκολίες στον ίδιο βαθμό με τους ασθενείς που είχαν μόνο κινητικές δυσκολίες ($F=-2,109$ $p=,044$) (πίνακας 8, εικόνα 15)

Πίνακας 8: διαφορές στους μέσους όρους των μεταβλητών σε σχέση με την αιτία προσέλευσης στο ΚΑΦΚΑ

			Πόνος (N=42)	κινητικές δυσκολίες (N=11)	Πόνος και κινητικές δυσκολίες (N=43)	
	F	df	x SD	x SD	x SD	p
Ένταση η του Πόνου	3,670	2-93	6,5 (2,6)	4,2 (1,0)	6,3 (2,8)	,029

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση F =βαθμός διαφοράς df= Βαθμοί ελευθερίας .
p= p-value



Εικόνα 15: διαφορές στην ένταση του πόνου σε σχέση με την αιτία προσέλευσης στο ΚΑΦΚΑ

III.5. .Ανάλυση συσχέτισης

Για να εξεταστούν οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν

στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην συνολική και τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου που αφορά το άγχος του πόνου σε σχέση με την στάση της αισιοδοξίας και τις παραμέτρους της ποιότητας της υγείας εφαρμόστηκε ή μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παρακάτω. (Πίνακας 9)

Πίνακας 9: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ποιότητας της υγείας, του ερωτηματολογίου άγχους του πόνου, του πόνου και της διάθεσης της αισιοδοξίας

	Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Ένταση του Πόνου	PCS12	MCS12	GrLOT-R	συνολικό PASS	Κλ. Φόβου ή Αποφυγής	Κλ. τρομακτικής σκέψης	Κλ. γνωστικού άγχους	Κλ. σωματικών αντιδράσεων	Φύλο	Ηλικία	Μ.Π.
Αισιοδοξία Αναλ. κλίμακα	1												
Ένταση του Πόνου	-,275**	1											
PCS12	-,233*	-,364**	1										
MCS12	-,537**	-,215*	-,124	1									
GrLOT-R	-,810**	-,213*	-,287**	-,443**	1								
συνολικό PASS	-,531**	-,325**	-,592**	-,428**	-,446**	1							
Κλ. Φόβου ή Αποφυγής	-,407**	-,175	-,538**	-,381**	-,323**	-,877**	1						
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,520**	-,500**	-,544**	-,414**	-,460**	-,887**	-,720**	1					
Κλ. γνωστικού άγχους	-,450**	-,244*	-,456**	-,386**	-,391**	-,890**	-,704**	-,713**	1				
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,494**	-,216*	-,549**	-,327**	-,396**	-,876**	-,678**	-,685**	-,730**	1			
Φύλο	-,131	-,352**	-,207*	-,237*	-,084	-,266**	-,104	-,326**	-,208*	-,294**	1		
Ηλικία	-,116	-,212*	-,222*	-,047	-,135	-,112	-,020	-,239*	-,032	-,098	-,076	1	
Περιοχή εντόπισης μυοσκελετικού προβλήματος	-,079	-,144	-,382**	-,067	-,113	-,121	-,149	-,145	-,066	-,065	-,098	-,215*	1

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

* . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=96

Οι συσχετίσεις που υπάρχουν στις ποσοτικές μας μεταβλητές και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας φαίνονται στους παρακάτω πίνακες αναλυτικά.(δες πίνακες 10 – 19).

Πίνακας10:ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της έντασης του πόνου και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Ένταση του πόνου με ...	p
Φύλο	,352**
Ηλικία	,212*
Εκπαίδευση	-,301**
Οικογενειακή κατάσταση	,337**
Αριθμός παιδιών	,252*
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	-,416**
Χρήση αναλγητικών	-,328**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	-,331**

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 11:ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της αναλογικής κλίμακας της αισιοδοξίας και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Αισιοδοξία αναλογική κλίμακα με...	p
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	,221*
Χρήση αναλγητικών	,225*
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	,349**

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 12:ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της σωματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας και των χαρακτηριστικών του δείγματος

PCS 12 με ...	p
Φύλο	-,207*
Ηλικία	-,222*
Εντόπιση μυοσκελετικού προβλήματος	-,382**
Έναρξη προβλήματος και πόνου	-,276**
Χειρουργική επέμβαση για το συγκεκριμένο πρόβλημα	,294*
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	,225*
Χρήση αναλγητικών	,373*
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	,269*

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 13: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της πνευματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας και των χαρακτηριστικών του δείγματος

MCS 12 με...	p
Φύλο	-,237*
Χρήση αναλγητικών	,272**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	,416**
Επίσκεψη σε Ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο	,246*

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 14: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ και της διάθεσης της αισιοδοξίας και των χαρακτηριστικών του δείγματος

GrLOT-R με....	p
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	,235*
Χρήση αναλγητικών	,267**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	,349**

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 15: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ του άγχους του πόνου και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Συνολικό PASS με...	p
Φύλο	,266**
Εκπαίδευση	-,251*
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	-,288**
Χρήση αναλγητικών	-,358**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	-,342**
Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας τώρα	,230*

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 16: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας φόβου ή αποφυγής και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Κλίμακα φόβου ή αποφυγής με...	p
Χρήση αναλγητικών	,350**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	-,335**
Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας τώρα	,219*

** . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).
 * . Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).
 N=96

Πίνακας 17: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της υποκλίμακας τρομακτικής σκέψης και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Κλίμακα τρομακτικής σκέψης με...	p
Φύλο	,326**
Ηλικία	,239*
Εκπαίδευση	-,333**
Αριθμός παιδιών	,257*
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	-,350**
Χρήση αναλγητικών	-,335**
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	-,362**
Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας τώρα	,217*

**. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

*. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=96

Πίνακας 18: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας γνωστικού άγχους και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Κλίμακα γνωστικού άγχους με...	p
Φύλο	,208*
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	-,233**
Χρήση αναλγητικών	-,205*
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	-,325**

**. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

*. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=96

Πίνακας 19: ανάλυση συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας σωματικών αντιδράσεων και των χαρακτηριστικών του δείγματος

Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων με...	p
Φύλο	,294**
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	-,289**
Χρήση αναλγητικών	-,372**
Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας τώρα	,201*

**. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

*. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=96

Η ένταση του πόνου σχετίζεται με χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών και το φύλο και τις υποκλίμακες του PASS ενώ σχετίζεται με μέτρια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την συνολική κλίμακα του PASS που μετρά τον φόβο του πόνου, σχετίζεται δε αρνητικά με την συνολική σωματική και πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας του SF12 και την διάθεση της αισιοδοξίας όπως αυτή μετρήθηκε τόσο με την αναλογική κλίμακα όσο και με το GrLOT-R.

Σε σχέση με τα δημογραφικά και ειδικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετίζεται αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με την δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου, με την χρήση αναλγητικών, και την χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών.

Η αισιοδοξία όπως μετρήθηκε με την αναλογική κλίμακα σχετίζεται με πολύ υψηλή, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι το GrLOT-R μετρά την προδιάθεση της αισιοδοξίας.

Σε σχέση με την ποιότητα της υγείας παρατηρούμε μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας και μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας.

Σε σχέση με τα ειδικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ο πόνος σχετίζεται με χαμηλή στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου, την χρήση αναλγητικών και την χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών.

Σε σχέση με το άγχος του πόνου παρατηρούμε πως η αισιοδοξία σχετίζεται με μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την συνολική αλλά και με όλες τις υποκλίμακες του PASS.

Η διάθεση της αισιοδοξίας όπως μετρήθηκε με το GrLOT-R σχετίζεται χαμηλά, αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με την ένταση του πόνου και θετικά με την σωματική και πνευματική συνολική ποιότητα της υγείας. Και σε αυτή την κλίμακα η συσχέτιση με την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας είναι υψηλότερη από την σωματική κλίμακα.

Σε σχέση με το άγχος του πόνου παρατηρούμε πως όπως και με την αναλογική κλίμακα της αισιοδοξίας έτσι και το GrLOT-R σχετίζεται με μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την συνολική αλλά και με όλες τις υποκλίμακες του PASS.

Σε σχέση με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του δείγματος σχετίζεται θετικά με την δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου, με την χρήση αναλγητικών και την χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών.

Το άγχος του πόνου σχετίζεται με πολύ υψηλή και στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα της κλίμακας.

Σε σχέση με την ποιότητα της υγείας το άγχος του πόνου σχετίζεται με μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με την σωματική και με την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας.

Σε σχέση με τα ειδικά χαρακτηριστικά του δείγματος το άγχος του πόνου σχετίζεται με το φύλο και την εκτέλεση φυσικοθεραπειών με χαμηλή θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ενώ σχετίζεται αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με την εκπαίδευση, την δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου, την χρήση αναλγητικών και την χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών.

Η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

III.6. Ανάλυση παλινδρόμησης για PCS12

Για την εξέταση την επίδραση της διάθεσης της αισιοδοξίας πάνω στην σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα της υγείας και την διάσταση του πόνου –σχέση γνωστή τόσο από την παραπάνω ανάλυση διακύμανσης όσο και από την βιβλιογραφία, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ευθύγραμμης παλινδρόμησης (linear Regression Analysis –enter). (Tabachnick & Fidell, 1996)

Αρχικά εξετάστηκε η επίδραση του πόνου στις δύο κύριες κατηγορίες της ποιότητας της υγείας την σωματική και την πνευματική διάσταση. Στην συνέχεια η επίδραση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής και στην σχέση ποιότητας ζωής και πόνου και στην συνέχεια προστέθηκαν στο μοντέλο το άγχος του πόνου η ηλικία το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση.

Οι παράγοντες που συνέβαλλαν περισσότερο στην πρόβλεψη της σωματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας ήταν το άγχος του πόνου ($F_{1,94} = 50,605$ $p < 0,000$, $R^2 = 0,350$, το οποίο φάνηκε πως σχετίζεται σημαντικά με της σωματική

διάσταση της ποιότητας της υγείας ανεξάρτητα από την διάθεση της αισιοδοξίας και η ένταση του πόνου ($F(1,94)= 4,984$ $p < 0,028$, $R^2=0,383$).

Στο σύνθετο μοντέλο της ανάλυσης παλινδρόμησης το άγχος του πόνου εξηγεί το 35% της διάστασης της συνολικής σωματικής ποιότητας της υγείας (PCS12). Όταν προστεθεί στο μοντέλο και η ένταση του πόνου τότε εξηγείται ένα 3,3% επιπλέον της PCS12.

Για να βρούμε πιο ποσοστό της διακύμανσης εξηγείται από τις επιθυμητές μεταβλητές της αισιοδοξίας και του πόνου αφού έχει ελεγχθεί και αφαιρεθεί η επίδραση της αισιοδοξίας, της ηλικίας, του φύλου, και της οικογενειακής κατάστασης, ελέγξαμε το R Square Change =0,350 και 0,033 που σημαίνει ότι 35 και 3,3% της διακύμανσης της PCS12 εξηγείται από το άγχος του πόνου και την ένταση του πόνου, ακόμα και μετά τον έλεγχο των υπολοίπων μεταβλητών. Αυτή είναι μια στατιστικά σημαντική συνεισφορά όπως φαίνεται από την τιμή της στατιστικής σημαντικότητας $p=0,000$ και $p=0,028$.

Το μοντέλο τέλος όταν συμπεριλάβει όλες τις μεταβλητές είναι σημαντικά στατιστικό [$F(2,93)=28,867$, $p < 0,0000$], και δείχνει πως καμία από τις μεταβλητές αισιοδοξία, ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και οικογενειακή κατάσταση δεν είχαν μια σημαντικά στατιστική συνεισφορά.

Έτσι κατά βαθμό σημαντικότητας οι μεταβλητές αυτές είναι: το άγχος του πόνου (Beta= -0,59 μετά από στρογγυλοποίηση) και η ένταση του πόνου (Beta= -0,19 μετά από στρογγυλοποίηση). Η αισιοδοξία δεν συνεισφέρει ανεξάρτητα στο μοντέλο καθώς στο τελικό μοντέλο δεν έδειξε στατιστική σημαντικότητα οπότε και αφαιρέθηκε από το μοντέλο μαζί με τις δημογραφικές μεταβλητές. Στον πίνακα 20 φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης για την σωματική διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής.

Πίνακας 20. Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική υγεία

METABΛΗΤΕΣ	beta	t	p
(εξαρτημένη μεταβλητή) PCS12		25,946	0,000
Συνολικό PASS	-0,529	-6,145	0,000
Ένταση του Πόνου	-0,192	-2,233	0,000
Διάθεση της αισιοδοξίας	0,012	1,217	0,893
Εκπαίδευση	-0,004	0,048	0,962
Φύλο	0,001	0,014	0,982
Ηλικία	-0,128	-1,544	0,129
Οικογενειακή κατάσταση	0,015	0,170	0,865

III.7. Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12

Όταν εφαρμόστηκαν τα παραπάνω βήματα για την μέτρηση της συμμετοχής των ίδιων ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή της συνολικής συναισθηματικής ποιότητας της υγείας MCS12, βρέθηκε πως το μοντέλο στο σύνολο του εξηγεί το 51,2 %, (R Square=,512).

Η αισιοδοξία και το άγχος του πόνου εξηγούν το 24,7% της διακύμανσης της MCS12 ακόμα και μετά τον έλεγχο της επίδρασης της έντασης του πόνου, του φύλου, της ηλικίας και της εκπαίδευσης στο μοντέλο. Αυτή είναι μια σημαντικά στατιστική συνεισφορά Sig. F Change=0,005.

Στον πίνακα 21 φαίνεται πως το μοντέλο σαν σύνολο είναι στατιστικά σημαντικό [F(2,93)=16.550 ,p<0,000]. Οι μεταβλητές που συνεισφέρουν στο μοντέλο είναι η αισιοδοξία(Beta=0,32) και το άγχος του πόνου (Beta=-0,29) Ούτε η ένταση του πόνου ούτε οι δημογραφικές μεταβλητές συνεισφέρουν στο συγκεκριμένο μοντέλο.

Πίνακας 16.Ανάλυση παλινδρόμησης για την πνευματική υγεία

	Beta	t	p
(εξαρτημένη μεταβλητή) MCS12		8,844	0,000
Διάθεση της αισιοδοξίας	0,315	3,164	0,002
Συνολικό PASS	-0,287	-2,889	0,005
Ένταση του πόνου	-0,061	-0,644	0,521
Εκπαίδευση	-0,002	-0,018	0,986
Φύλο	-0,144	-1,574	0,119
Ηλικία	0,039	0,418	0,677
Οικογενειακή κατάσταση	0,072	0,802	0,425

Κεφάλαιο IV: Συζήτηση

Μέσα από την παρούσα έρευνα προσπαθήσαμε να δούμε την αλληλεπίδραση που έχει η προδιάθεση της αισιοδοξίας με την ποιότητα της ζωής ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα σε σχέση με τον πόνο που εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί και σε σχέση με την ψυχολογική μεταβλητή του άγχους του πόνου. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φάνηκε, πως η μελέτη της επίδρασης της διάθεσης της αισιοδοξίας σε σχέση με το άγχος του πόνου πάνω σε ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα ερευνάται για πρώτη φορά.

Η έρευνα μέχρι σήμερα, έχει εστιάσει πρώτιστα στην μελέτη της αισιοδοξίας σε σχέση με την έκβαση που αναμένεται για τα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα υγείας, όπως ο καρκίνος του μαστού (Carver et al., 1994), ομοφυλοφιλικά άτομα σε κίνδυνο για AIDS (Taylor και συν. 1992), την ακαδημαϊκή προσαρμογή στο πανεπιστήμιο (Aspinwall και Taylor, 1992), τις στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων (Carver Scheier και Weintraub, 1989, Harju και Bolen, 1998) (Meyers και Steed 1999, Scheier και Carver 1992), το στρες (Chang 1998a, 1998b) και την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Carver και Gaines 1987).

Το κεντρικό πόρισμα που βγήκε από την μελέτη μας, μετά από την ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση της αισιοδοξίας του άγχους του πόνου και της έντασης του πόνου στην ποιότητα της υγείας, ήταν πως τα αποτελέσματα διαφέρουν για την σωματική και την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, όπως αυτή μετρήθηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς SF12. Έτσι η προδιάθεση της αισιοδοξίας όπως μετρήθηκε με το GrLOT-R, φάνηκε να αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα επίδρασης μόνο στην πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, όταν στο μοντέλο μπαίνει και ο ψυχολογικός παράγων του άγχους του πόνου. Αυτό βέβαια, ήταν αναμενόμενο, καθώς η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει πως στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, το άγχος του πόνου, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από την αποφυγή, αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα, που οδηγεί σε ανικανότητα τους ασθενείς και κατά συνέπεια επηρεάζει όλη τους τη ζωή. Συγκεκριμένα η θεωρία και η έρευνα δείχνουν ότι το άγχος αποτελεί σημαντικό συναισθηματικό επακόλουθο στον χρόνιο πόνο. Όχι μόνο τα εργαλεία μέτρησης του γνωρίσματος του άγχους, σχετίζονται τουλάχιστον ήπια με τέτοιους δείκτες προσαρμογής όπως είναι η ένταση

του πόνου και η προσλαμβανόμενη αναπηρία (McCracken και συν. 1996), αλλά οι ασθενείς που εμφανίζουν χρόνιο πόνο φαίνεται να υποφέρουν δυσανάλογα από αγχώδεις διαταραχές (Asmundson και συν. 1996, Asmundson και συν. 1998). Ένας ακριβής εννοιολογικός προσδιορισμός αυτών των εμπειρικών ευρημάτων είναι ότι το άγχος αποτελεί συστατικό της εκφραζόμενης αρνητικής συναισθηματικότητας που βιώνεται από ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, σύμφωνα με το μοντέλο των δύο παραγόντων της συνθήκης του φόβου του Mowrer (1947), τα σύνδρομα του χρόνιου πόνου προσδιορίζονται εννοιολογικά ως προϊόντα του φόβου και της αποφυγής (Lethem και συν.1983, Philips 1987). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, ο φόβος ουσιαστικά μαθαίνεται μέσω της κλασικής συνθήκης και η συμπεριφορά αποφυγής στη συνέχεια διατηρείται, αποφεύγοντας τα στοιχεία που έχουν συνδεθεί με τον πόνο και το άγχος. Καθώς τα άτομα μαθαίνουν να αποφεύγουν καταστάσεις που προκαλούν φόβο ή άγχος, οι φόβοι είναι δύσκολο να εξαλειφθούν.

Εφαρμοσμένο στον χρόνιο πόνο, το μοντέλο αυτό των δύο παραγόντων προτείνει ότι τα άτομα πρώτα βιώνουν το φόβο ή το άγχος κατά τη διάρκεια μίας δραστηριότητας που έχει γίνει οδυνηρή εξαιτίας ενός τραυματισμού ή άλλης παθολογίας και αγχώνονται όταν έρχονται αντιμέτωπα με την προοπτική μίας τέτοιας οδυνηρής δραστηριότητας και στη συνέχεια αποφεύγουν τις δραστηριότητες που συνδέονται με την πιθανότητα βίωσης του πόνου ή εκ νέου τραυματισμού. Αν και προσαρμοστική βραχυπρόθεσμα καθώς προάγει την ίαση του τραυματισμένου ιστού, «η συμπεριφορά αποφυγής» μπορεί να διατηρηθεί και να γενικευτεί λιγότερο ως μία προσπάθεια για απόδραση από βλαβερά αισθητηριακά ερεθίσματα, αλλά περισσότερο ως μία προσπάθεια να μειώσουμε την διέγερση του άγχους κατά την προσμονή του πόνου. Ειδομένη από το άτομο ως ένας τρόπος για να ελέγξει ή να μειώσει τον πόνο, η αποφυγή αντί αυτού μπορεί να οδηγήσει σε υπερ-πρόβλεψη της έντασης του πόνου (Rachman 1994) και σε μειωμένες ευκαιρίες για βίωση εμπειριών που «διαψεύδουν» την συνεπαγόμενη πεποίθηση ότι θα έπρεπε να φοβούνται τον πόνο (Philips 1987). Πέρα λοιπόν από το να δούμε στους ασθενείς το άγχος του πόνου μερικώς ως ένα στοιχείο μίας αυξημένης αλλά διάχυτης αρνητικής συναισθηματικότητας, το άγχος γίνεται το όχημα ενός φαινομένου όμοιου με μία ειδική φοβία χαρακτηριζόμενη με διάφορους τρόπους ως άγχος του πόνου (McCracken Zayfert και Gross 1992), φόβος αποφυγής (Waddell και συν. 1993) ή κινησιοφοβία (Kori Miller και Todd 1990).

Πρέπει ακόμη να επισημάνουμε πως το άγχος του πόνου, αποτελεί μία διαφορετική εννοιολογική κατασκευή από το αρνητικό συναίσθημα και το χαρακτηριστικό του άγχους. Αν αυτό ισχύει, τότε η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε και που έχει σχεδιαστεί για να καταγράψει το άγχος του πόνου (the Pain Anxiety Symptoms Scale: PASS, McCracken και συν. 1992) θα έπρεπε να ενοχοποιείται για την διακύμανση των κριτηρίων προσαρμογής στον χρόνιο πόνο πέρα από εκείνα που ενοχοποιούνται μέσω μετρήσεων για το αρνητικό συναίσθημα και το χαρακτηριστικό του άγχους. Πράγματι είναι γεγονός πως αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλίμακες του άγχους του πόνου προβλέπουν σημαντικές αυξήσεις στη διακύμανση πολλών μετρήσεων ανικανότητας, όταν οι δείκτες του αρνητικού συναισθήματος και του χαρακτηριστικού του άγχους ελέγχονται (McCracken και συν 1992, Crombez και συν. 1999, Strahl Kleinkecht, και Dinnel, 2000). Έτσι φαίνεται φυσικό τουλάχιστον όσον αφορά την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, το άγχος του πόνου να αποτελεί τον βασικό προδιαθεσικό παράγοντα της εξίσωσης βάζοντας σε δεύτερη μοίρα την ένταση του πόνου και αποκλείοντας από το μοντέλο την προδιάθεση της αισιοδοξίας.

Συγκεκριμένα λοιπόν, τα αποτελέσματα με την εφαρμογή της ανάλυσης συσχέτισης έδειξαν πως εκείνη η διάσταση της αισιοδοξίας που αξιολογείται από το τεστ προσανατολισμού της ζωής Lot -R (Scheier Carver και Bridges 1994) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την κλίμακα MCS12 και σε μικρότερο βαθμό αλλά εξίσου σημαντικά με την σωματική διάσταση της υγείας PCS12. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα του Λυράκου και των συνεργατών που βρήκαν πως η προδιάθεση της αισιοδοξίας συσχετίζεται θετικά με τις δύο διαστάσεις της ποιότητας της υγείας και αποτελεί μάλιστα τον κύριο προδιαθεσικό παράγοντα της πνευματικής διάστασης της υγείας. (Λυράκος και συν. 2009 – Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής)

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως στην μελέτη μας υπάρχει αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μέτριου όμως βαθμού, ανάμεσα στην σωματική διάσταση της υγείας και την ένταση του πόνου ($r=-0,365$, $p<0.001$) αποτέλεσμα που έρχεται με σε ασυμφωνία με προηγούμενες μελέτες όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε από τους Harley και Wolfe το 1991 στις ρευματοειδείς διαταραχές (Harley και Wolfe 1991), ή των Anderson και Chernoff που πραγματοποιήθηκε το 1993 (Anderson and Chernoff, 1993) ,αλλά και αυτή των

MacKinnon, Avison και McCain το 1994 (MacKinnon, Avison and McCain, 1994), οι οποίοι έδειξαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ένταση του πόνου και της μείωσης στη σωματική δραστηριότητα, αλλά και αντίστοιχο με μελέτες όπου φάνηκε πως η οξύτητα του πόνου (Ang, Kroenke και McHorney 2006), η διάρκεια (Konacs, Abraira και συν. 2005), ή ο εντοπισμός του σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος (Schasfoort Bussmann και Stam 2004) μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο στη φυσική λειτουργικότητα ενός ατόμου που πάσχει από χρόνιο μυοσκελετικό πρόβλημα.

Το γεγονός βέβαια ότι τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, ένας αριθμός εναλλακτικών μοντέλων για τον πόνο πέραν του ιατρικού, ενσωματώνουν ψυχολογικούς (αντίληψη, γνώσια, συναίσθημα) και συμπεριφορικούς (αποφυγή) παράγοντες για να ερμηνεύσουν την εμπειρία του πόνου (Fordyce 1976, Melzack και Casey 1968, Melzack και Wall 1982) συντελεί ώστε τα αποτελέσματα μας να είναι αναμενόμενα, καθώς στην μελέτη μας μετρήθηκε επιπλέον η επίδραση του άγχους του πόνου, η οποία στους ασθενείς με τον χρόνιο πόνο παίζει τον κύριο λόγο (Rachman, 1994).

Το ότι ουσιαστικά το άγχος του πόνου είναι αυτό που εμφανίζεται σαν τον κύριο παράγοντα στο πρώτο μοντέλο της ανάλυσης παλινδρόμησης για την σωματική διάσταση της υγείας (PCS12), αλλά και σαν ο δεύτερος καθοριστικός παράγοντας μαζί με την προδιάθεση της αισιοδοξίας στο δεύτερο γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης για την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας (MCS12), θα πρέπει να μας κάνει να συμφωνήσουμε με το ότι ο πόνος σήμερα προσδιορίζεται εννοιολογικά ως ένα περίπλοκο, υποκειμενικό, αντιληπτικό φαινόμενο που συμπεριλαμβάνει έναν αριθμό τομέων που περικλείει, την ένταση, την ποιότητα, την χρονική πορεία και το προσωπικό νόημα και δεν περιορίζεται αναγκαστικά σε αυτούς (Merskey και Bogduk 1994) και με το ότι ο πόνος υποκινεί βραχυπρόθεσμες προσαρμοστικές διαδικασίες που διευκολύνουν την ικανότητα για αναγνώριση, απόκριση και επίλυση του σωματικού τραυματισμού. Για περίπου 10% των ενηλίκων που υποφέρουν από μυοσκελετική βλάβη, η εμπειρία του πόνου παραμένει πολύ μετά από την ίαση της οργανικής παθολογίας (Waddell 1987). Αυτό το είδος του πόνου και η υπερενασχόληση με αυτόν συχνά οδηγούν σε σημαντική δυσφορία, οδύνη και λειτουργική ανικανότητα (Waddell 1992) και αυτό φάνηκε και από το γεγονός ότι στις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήσαμε έδειξαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ένταση του πόνου και την χρήση αναλγητικών, την χρήση

αγγολυτικών και αντικαταθλιπτικών αλλά και με την ύπαρξη δυσκολιών στον ύπνο. Οι ίδιες δε συσχετίσεις εμφανίστηκαν και για το άγχος του φόβου γεγονός που μας κάνει να σκεφτόμαστε πως όντως τα άτομα με χρόνιο πόνο ψάχνουν τρόπους για την αποφυγή του πόνου. (McCracken Zayfert και Gross, 1992).

Οι συσχετίσεις αυτές είναι σύμφωνες και με άλλες μελέτες. Έτσι καθώς ολοένα και περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι η ευαισθησία στο άγχος παίζει ρόλο στις αποκρίσεις φόβου και αποφυγής των ασθενών με επίμονο πόνο, οι Asmundson και Norton το 1995 σε μία μελέτη τους στην οποία αξιολογήθηκαν 70 ασθενείς με χρόνιο πόνο στην πλάτη και τη μέση, βρήκαν ότι οι ασθενείς με υψηλή ευαισθησία στο άγχος συγκρινόμενο με το 34 και το 25% των ασθενών με μεσαία και χαμηλή ευαισθησία στο άγχος, ανέφεραν τη χρήση αναλγητικών προκειμένου να ανακουφίσουν τα συμπτώματα του πόνου. Η υψηλή ευαισθησία στο άγχος έχει συνδεθεί με τη χρήση ουσιών που μειώνουν τη διέγερση (McNally 1996). Συνεπώς, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αναλγητικών από τους ασθενείς με υψηλή ευαισθησία στο άγχος, αναπαριστούν μία προσπάθεια για ανακούφιση ή/και αποφυγή των αποστρεφόμενων πλευρών της εμπειρίας του πόνου.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι και οι McCracken, Gross, Sorg και Edmands (1993) βρήκαν μεγαλύτερο φόβο του πόνου ως απόκριση στο μεγαλύτερο άγχος και ένα μεγαλύτερο περιορισμό του εύρους της κίνησης σε άτομα με πόνο στην πλάτη που τους ζητήθηκε να εκτελέσουν ένα τεστ παθητικής ανύψωσης των ποδιών σε έκταση. Επίσης, ο φόβος του πόνου αντίστροφα, ανταποκρίνονταν σε αρχικές προβλέψεις της σοβαρότητας του πόνου αν και τέτοιου είδους προβλέψεις ήταν πιο ακριβείς σε μεταγενέστερες δοκιμές. Τα ευρήματα αυτά προτείνουν ότι ο φόβος του πόνου συνδέεται με μία τάση, τουλάχιστον αρχικά, προσδοκίας και υπερεκτίμησης του πόνου, που με την σειρά του οδηγεί σε περιορισμό της κίνησης κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Με πιο γενικούς όρους, αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι ο φόβος του πόνου οδηγεί στην αποφυγή των σχετιζόμενων με τον πόνο εμπειριών και συντελεί στην ανικανότητα.

Εμπειρικά στοιχεία επίσης προτείνουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από ένα άτομο στη διαχείριση του πόνου, μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό καθοριστικό παράγοντα στην προσαρμογή του στον πόνο. Συγκεκριμένα, στρατηγικές αντιμετώπισης που χαρακτηρίζονται από καταστροφικές γνωσίες και μειωμένη αίσθηση προσωπικού ελέγχου, έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη δυσφορία και

μειωμένη λειτουργική ικανότητα, ενώ η διάσπαση της προσοχής έχει συνδεθεί με αυξημένη ένταση πόνου (Jensen και συν. 1991). Επίσης, οι πεποιθήσεις που έχει κάποιος για τον πόνο και την ικανότητά του να δεσμευτεί σε ποικίλες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να επηρεάσει το στυλ αντιμετώπισης (Jensen Turner και Romano 1991).

Οι Wadell και συν.(1993) έχουν πρόσφατα μελετήσει τη σχέση μεταξύ χρόνιου πόνου στην πλάτη, της αναπηρίας και του σχετιζόμενου με τον πόνο φόβου και των πεποιθήσεων αποφυγής σχετικά με σωματικές και εργασιακές δραστηριότητες. Αυτοί ανακάλυψαν ότι οι σχετικές με τον πόνο πεποιθήσεις φόβου- αποφυγής για την εργασία αποτελούν τους πιο ειδικούς και ισχυρούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανικανότητα και την απώλεια της εργασίας που συνδέονται με τη χρόνια οσφυαλγία. Οι πεποιθήσεις αυτές βρέθηκε ότι αποτελούσαν ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της ανικανότητας σε σχέση με τις βιοϊατρικές μετρήσεις του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν εκείνα των McCracken και συν. (1992) και παρέχουν περεταίρω τεκμηρίωση για τη σημασία του φόβου και της αποφυγής στην διατήρηση της συμπεριφοράς του πόνου και της σχετιζόμενης αναπηρίας.

Αυτό δικαιολογεί και την αρνητική συσχέτιση που παρουσιάζει η προδιάθεση της αισιοδοξίας με το άγχος του πόνου, καθώς αν δούμε την αισιοδοξία σαν μία στάση ζωής θα πρέπει να παραδεχτούμε πως αποτελεί μια στρατηγική αντιμετώπισης των καταστάσεων και άρα όσοι αντιμετωπίζουν τη ζωή αρνητικά και κατά συνέπεια είναι απαισιόδοξοι, κατά πάσα πιθανότητα θα φοβούνται και περισσότερο τον πόνο.

Η τόσο υψηλή και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στο άγχος του πόνου και την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, η οποία αποτελείται από ερωτήματα που αφορούν δυσφορία και ανικανότητα εκτέλεσης συνηθισμένων εργασιών λόγω της κατάστασης της υγείας είναι σύμφωνη και με την μελέτη των McCracken και συνεργατών οι οποίοι βρήκαν ότι τα άτομα με χρόνιο πόνο συχνά αναφέρουν ένα εύρος σωματικών συμπτωμάτων πέραν του πρωταρχικού παραπόνου για πόνο. Παράπονα για αδιαφοροποίητα σωματικά συμπτώματα έχουν ισχυρή συνάφεια με την σχετιζόμενη με τον πόνο δυσφορία παρά με γενικές μετρήσεις της δυσφορίας και συντελούν άμεσα στην αναπηρία. Τα αποτελέσματα τους από 210 ενήλικες με χρόνιο πόνο έδειξαν ότι παράλληλα σωματικά συμπτώματα είναι κοινά σε άτομα με χρόνιο πόνο. Η ανάλυση της

συνάφειας έδειξε ότι η μεγαλύτερη αναφορά σωματικών συμπτωμάτων συνδέονταν με αναφορές υψηλότερης φυγής- αποφυγής, φοβική αξιολόγηση και ψυχολογικά συμπτώματα σχετιζόμενου με τον πόνο άγχους και περισσότερη σωματική και ψυχοκοινωνική αναπηρία. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι με τις μεταβλητές του πόνου του άγχους να εισέρχονται είτε πριν είτε μετά την κατάθλιψη, τα σωματικά συμπτώματα του άγχους του πόνου σημαντικά προέβλεπαν τα παράπονα για σωματικά συμπτώματα (McCracken Faber και Janeck 1998).

Εξάλλου πρόσθετα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παράπονα για αδιαφοροποίητο πόνο, συντελούν επίσης σημαντικά στην ανικανότητα που αναφέρεται από άτομα με χρόνιο πόνο. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες (πχ Cicone και συν. 1996). Μπορεί να υπάρχουν ορισμένοι μηχανισμοί που καθορίζουν τη σχέση αυτή. Ένα μεγαλύτερο εύρος αντιλαμβανόμενων σωματικών συμπτωμάτων μπορεί να αποσπάσει την προσοχή από πιο παραγωγικές ενασχολήσεις (McCracken 1997), ώστε να αφιερώνει χρόνο και ενέργεια σε προσπάθειες, προκειμένου να τα ελέγξει, ή να συμβάλει στην αντίληψη του ασθενή ότι η υγεία του δεν είναι καλή. Αν οι ασθενείς αντιληφθούν την υγεία τους ως μη καλή μπορεί να βιώσουν περισσότερη δυσφορία ή να υιοθετήσουν ευκολότερα ένα ρόλο ασθένειας και ανικανότητας. Η παρούσα μελέτη προσθέτει σε σχέση με το συγκεκριμένο θέμα στην υπάρχουσα βιβλιογραφία (Vlayen et al, 1995, Asmundson και Taylor, 1996, McCracken et al, 1996).

Επιστρέφοντας στα αποτελέσματα μας σε σχέση με την αισιοδοξία, αντίστοιχα με την μελέτη μας αποτελέσματα για την επίδραση της προδιάθεσης της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής και τον πόνο υπάρχουν και στην μελέτη των Wong και Fielding που και αυτοί εξέτασαν τα αποτελέσματα που έχει η στάση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής. Και στην εν λόγω έρευνα τα γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης απέτυχαν να παρουσιάσουν οποιαδήποτε επίδραση που να απορρέει από την αισιοδοξία πάνω στο διπλό σχήμα πόνος- ποιότητα ζωής (standardized $\beta = -0.049$, 95% CI -0.097 to 0.001). Παρόλα αυτά όμως, η αισιοδοξία φάνηκε να αποτελεί έναν έμμεσο παράγοντα επίδρασης, ανάμεσα στον πόνο και στην ποιότητα της ζωής, προτείνοντας έτσι πως οι απαισιόδοξοι ασθενείς με καρκίνο πνευμόνων είναι πιθανό, στις αρχές της μεταδιαγνωστικής περιόδου, να παρουσιάσουν μεγαλύτερη μείωση κατά την μέτρηση της ποιότητας της ζωής τους στα διάφορα ερωτηματολόγια της ποιότητας ζωής σαν απάντηση στον πόνο που βιώνουν. Είναι

σημαντικό πως ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου μπορεί να ενισχυθεί από το συνυπολογισμό των παρεμβάσεων εκείνων που διευκολύνουν την δημιουργία μιας αισιόδοξης προοπτικής στους ασθενείς (Wong και Fielding, 2007).

Μέσα από όλα αυτά φαίνεται πως για να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς να μειώσουν την ένταση του πόνου και να αντιμετωπίσουν με καλύτερο τρόπο την κατάσταση της υγείας τους, θα πρέπει μέσα στο μοντέλο να βρει θέση η αισιοδοξία την οποία αν μπορέσουν οι ασθενείς να την εφαρμόσουν σαν μια ευέλικτη στρατηγική αντιμετώπισης των καταστάσεων, ίσως μπορέσουν να μειώσουν το άγχος του πόνου και έτσι να βελτιώσουν και την ποιότητα της υγείας τους, καθώς σε όσες μελέτες δεν μετριόταν η μεταβλητή του άγχους του πόνου η επίδραση της αισιοδοξίας, αποτελούσε είτε καθοριστικό είτε έμμεσο παράγοντα επίδρασης της ποιότητας της υγείας.

Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα άγχους του πόνου σε ασθενείς με χρόνια πόνο και η σημαντική επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο, που προέκυψαν από τα αποτελέσματα τόσο της παρούσας μελέτης, όσο και από εκείνες που ανασκοπήθηκαν στην παρούσα εργασία (McCracken και συν. 1992, Nash και συν. 2006, Crombez et al., 1999), αναδεικνύουν το άγχος του πόνου, ως ένα σημαντικό παράγοντα, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων σε πλαίσια αποκατάστασης και κατά συνέπεια στο Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Αμφιλοχίας. Στο συμπέρασμα αυτό συνηγορούν και τα αποτελέσματα των ερευνών, σχετικά με την βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, όταν μειώνεται το άγχος του πόνου, σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, που βρίσκονται στη φάση της αποκατάστασης (McCracken Gross και Eccleston 2002, McCracken και συν. 2002, McCracken και Gross 1998).

Παραπομπές

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory- based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-37
- Abramson, Y., Seligman, M., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: A value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 587-596.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Horton.
- Allison, P. J., Guichard, C. & Gilain, L. (2000). A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research* , 9, 951-960
- Alloy, L. B. & Clements, C. M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 234-245
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Anderson ,B.L. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74, 1484 –95.
- Anderson, G.B.J. (1997). The epidemiology of spinal disorders. In Frymoyer, J.W., ed. *The Adult Spine: Principles and Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 93–141.
- Anderson, J., & Chernoff, M. (1993). Sensitivity to change of rheumatoid arthritis clinical trial outcome measures. *The Journal of Rheumatology*, 20, 535-537.
- Ang, D., Kroenke, K., & McHorney, C. (2006). Impact of pain severity and location on health-related quality of life. *Rheumatology International*, 26, 567-572.
- Arntz, A., & Peters, M. (1995). Chronic low back pain and inaccurate predictions of pain: Is being too tough a risk factor for the development and maintenance of chronic pain? *Behav.Res. Ther.* 33, 49–53.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: Empirical findings, clinical implications, and future directions. In Taylor, S. (Ed.), *Anxiety Sensitivity*:

- Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*, Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 269–285.
- Asmundson, G. J. G., Jacobson, S. J., Allardings, M. D., & Norton, G. R. (1996). Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 939–943.
- Asmundson, G. J. G., Kuperos, J. L., and Norton, G. R. (1997). Do patients with chronic pain selectively attend to pain-related information? Preliminary evidence for the mediating role of fear. *Pain*, 72, 27–32.
- Asmundson, G.J.G., Norton, G.R., Allardings, M.D., Norton, P.J., Larsen, D.K. (1998). Post-traumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders*. (12): 771–777.
- Asmundson, G. J. G., & Norton, G. R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 771–777.
- Asmundson, G. J. G., Norton, G. R., Allardings, M. D., Norton, P. J., & Larsen, D. K. (1998). Post-traumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 771–777.
- Asmundson, G.J.G., Norton, J.P., & Norton, R.G. (1999). Beyond pain. The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, (1), 97-119.
- Asmundson, G J.G., Norton, P. J. , & Veloso, F. (1999). Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 703-713.
- Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity of pain related fear and avoidance. *Journal of Bahavioral Medicine*, 19, 573-582.
- Asmundson G.J.G. Wright D.K. and Hadjistavropoulos D.H. (2000). Anxiety Sensitivity and Disabling Chronic Health Conditions. State of the Art and Future Directions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 100–117.
- Asmundson, G. J.G., Wright, K. D., Norton, P. J., Veloso, F. (2001). Anxiety sensitivity and other emotionality traits in predicting headache medication use in patients with recurring headaches Implications for abuse and dependency. *Addictive Behaviors*, 26 , 827–840.
- Asmundson, G.J.G., Vlaeyen, J.W. S., & Crombez, G. (2004). *Understanding and Treating Fear of Pain*, Oxford: Oxford University Press, pp. 3–24.

- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic: A book about language and therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barrowclough, C., & Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality & Individual Differences*, 38, 1463–1473.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boersma, K., Linton, S.J. (2006). Psychological Processes Underlying the Development of a Chronic Pain Problem: A Prospective Study of the Relationship Between Profiles of Psychological Variables in the Fear-Avoidance Model and Disability. *The Clinical Journal of Pain*, 22 (2), 160-166.
- Bolles, R.C., & Fanselow, M.S. (1980). A perceptual- defensive- recuperative model of fear of pain. *Behav Brain Sci*, 3, 291- 301.
- Brenner, G. F., Melamed, B. G., & Panush, R. S. (1994). Optimism and Coping as Determinants of Psychosocial Adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1(2), 115-134.
- Brisette, I. Scheier, M.F., Carver, C.S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol*, 82, 102–11.

- Burns, J. W., Mullen, J. T., Higdon, L. J., Wei, J. M., and Lansky, D. (2000). Validity of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS): Prediction of physical capacity variables. *Pain*, 84, 247–252.
- Byrnes, D. M., Antoni, M. H., Goodkin, K., Efantis-Potter, J., Asthana, D., Simon, T., Munajj, J., Ironson, G., & Fletcher, M. A. (1998). Stressful events, pessimism, natural killer cell cytotoxicity, and cytotoxic/ suppressor T cells in HIV+ Black women at risk for cervical cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 714–722.,
- Carleton, R.N ,& Asmundson ,G. J. G., (2009). The Multidimensionality of Fear of Pain: Construct Independence for the Fear of Pain Questionnaire-Short Form and the Pain Anxiety Symptoms Scale-20.*The Journal of Pain*, 10, 29-37.
- Carver, C. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.
- Carver, C.S., Ponzio-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Clark, K.C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*,73 (4), 1213–20.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V, Scheier, M. R., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cella, D. (2001). Quality-of-life measurement in oncology. In *Psychosocial Interventions for Cancer*, ed. A Baum, BL Andersen, pp. 57–76.Washington, DC: Am. Psychol. Assoc., Newman S, Fitzpatrick R, Revenson TA, Skevington S, Williams G. 1996. *Understanding Rheumatoid Arthritis*. London: Routledge & Kegan Paul.

- Chang, E. C. (1998 α). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well being? A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences*, 25, 233-240.
- Chang, E. C. (1998 β). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of stress: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Chang, E. C. (2002). Optimism-pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 675-690.
- Chamberlain, K., Petrie, K., & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology and Health*, 7, 301-310.
- Cheng, S. K., & Leung, F. (2000). Catastrophizing, locus of control, pain, and disability in Chinese chronic low back pain patients. *Psychology & Health*, 15(5), 721-730.
- Clark, C.R. (1991). Degenerative conditions of the spine. In: Frymoyer JW, ed. *The Adult Spine: Principles and Practice*. New York: Raven Press, 1145–64.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Ciccone, D. S., Just, N., & Bandilla, E.B. (1996). Non –organic symptom reporting in patients with chronic non-malignant pain. *Pain*, 68, 329- 341.
- Creamer, P., Lethbridge-Cejku M., Hochberg C. M. (2000). Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology*, 39, 490-496.
- Cohen, F., Kearney, K. A., Zegans, L. S., Kemeny, M. E., Neuhaus, J. M., & Stites, D. P. (1999). Differential immune system changes with acute and persistent stress for optimists vs. pessimists. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 155– 174.
- Compas, B. E. , Worsham, N.L., Sydney, E. & Howell, D.C. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in childrens of cancer patients. *Health Psychology*, 15, 161-175.
- Coons, M.J., Hadjistavropoulos H.D and Asmundson, G.J. (2004). Factor structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale-20 in a community physiotherapy clinic sample, *Eur J Pain*, 8, pp. 511–516.

- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329–339
- Davidson, P. O., & McDougal, C.E. (1969). The generality of pain tolerance. *J Psychosom Res*, 13, 83-89.
- de Groot K. I., Boeke S., Van Den Berge H. J., Duivenvoorden H. J., Bonke B., Passchier J. (1997). The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain*, 69, 19-25.
- de Vellis, R. F., McEvoy, de vellis, B., Sauter, S. V. H., Haring, K., & Cohen, J. L. (1986). Predictors of pain and functioning in arthritis. *Health Education Research*, 1, 61–67.
- de Ridder, D.T.D, Fournier, M., & Bensing, J., (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease?: What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research* (56): 341–350.
- Deyo, R.A., Rainville, J., & Kent, D.L. (1992). What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA*, 268(6), 760–5.
- Deyo, R.A., & Weinstein, J.N. (2001). Primary care: Low back pain. *N Engl J Med*, 344(5), 363–70.
- Dillin, W., Booth, R., Cuckler, J., Balderston, R., Simeone, F., Rothman, R. (1986). Cervical radiculopathy: A review. *Spine*, 11(10), 988–91.
- Douglas, M.J. (1979). A sensory decision theory analysis of the effects of anxiety and experimental instructions on pain. *J Abnorm Psychol*, 88 137- 144.
- Dunbar, H. F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoeber.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess*, 5, 1-157.
- Emmons, R.A., & Kaiser, H.A. (1996). Goal orientation and emotional well-being: linking goals and affect through the self. In L.L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling* (79-98). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18 (4), 315-326
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Ferreira, V. M. , & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11(1), 89–98
- Fibel, B., & Hale, W. D. (1978). The Generalized Expectancy for Success Scale - A new measure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 924-931.
- Fisher, K., & Johnston, M. (1998). Emotional distress and control cognitions as mediators of the impact of chronic pain on disability. *British Journal of Health Psychology*, 3 (3), 225- 236.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine* (45):1207-1221.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Fordyce, W. E., Shelton, J. L., & Dundore, D. E. (1982). The modification of avoidance learning pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 405-414.
- Fournier, M., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7, 409–432.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to Ilogotherapy*. Boston, MA: Beacon.
- Fukuda, H., Hamada, K., & Yamanaka, K. (1990). Pathology and pathogenesis of bursal-side rotator cuff tears viewed from en bloc histologic sections. *Clin Orthop*, 254,75–80.
- Futterman, A. D., Kemeny, M. E., Shapiro, D., & Fahey, J. L. (1994). Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine*, 56, 499-511.

- Futterman, A. D., Wellisch, D. K., Zighelboim, J., Luna-Raines, M., & Weiner, H. (1996). Psychological and immunological reactions of family members to patients undergoing bone marrow transplantation. *Psychosomatic Medicine*, 58, 472-480.
- Garofalo, J. P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. In R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 203-217). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gatchel, R. J., & Epker, J. (1999). Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain* (pp. 412-434). New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (Eds.). (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (Eds.). (1999). *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (Eds.). (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., & Weisberg, J. N. (Eds.). (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gibson, S. J., & Helme, R. D. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85(3), 375-383.
- Gil, K. M., Keefe, F. J., Crisson, J. E., & Van Dalfsen, P. J. (1987). Social support and pain behavior. *Pain*, 29, 209-217.
- Grant, L. D., & Haverkamp, B. E. (1995). A cognitive-behavioral approach to chronic pain management. *Journal of Counseling & Development*, 74, 25-32.
- Gursky, D. M., & Reiss, S. (1987). Identifying danger and anxiety expectancies as components of common fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 317-324.
- Guyatt, G., Feenz, D., Patrick, D. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine* (118): 622-629.
- Harju, B., & Bolen, L. (1998). The effects of optimism on coping and perceived quality of life of college students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13(2), 185-200.

- Harkapaa, K., Jarvikoskii, A., Estlander, A, (1996). Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal treatment programme. *Psychology and Health*, 12, 123-134.
- Harley, D., & Wolfe, F. (1991). Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: A study of 1,522 patients. *The Journal of Rheumatology*, 18, 1552-1557.
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472-486.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 410-433). New York: Wiley.
- Hill, C., Parsons, J., & Taylor, A. (1999). Health-related quality of life in a population sample with arthritis. *The Journal of Rheumatology* (29):2029-2035.
- Hugdahl, K. (1981). The three-systems-model of fear and emotion: a critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Hursey, K. G., & Jacks, S. D. (1992). Fear of pain in recurrent headache sufferers. *Headache*, 32, 283-286.
- Ingram, R.E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ironson, G., Wynings, C., Schneiderman, N., Baum, A., Rodriguez, M., Greenwood, D., Benight, C. C., Antoni, M., La Perriere, A., Huang, H.S., Klimas, N., & Fletcher, M. A. (1997). Post-traumatic stress symptoms, intrusive thoughts, loss, and immune function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*, 59, 128-141.
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 233-253.
- Jahnke, R.W., Hart, B.L. (1991) Cervical stenosis, spondylosis, and herniated disc disease. *Radiol Clin North Am*, 29(4), 777-91.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: Relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-269.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

- Katz, P., Morris, A., & Yelin, E. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases* (65): 763-769.
- Kelsey, J.L., Githens, P.B., Walter, S.D., et al. (1984). An epidemiological study of acute prolapsed cervical intervertebral disc. *J Bone Joint Surg*, 66 (A), 907–14.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2, 67-78.
- Kivi, P. (1982). The etiology and conservative treatment of humeral epicondylitis. *Scand J Rehabil Med*, 15, 37–41.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y.(2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*, 5: 55. doi: 10.1186/1477-7525-5-55.
- Kori, S. H., Miller, R. P., & Todd, D. D. (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 1, 35–43.
- Kovacs, F., Abaira, V., Zamora, J., & Network, S. B. (2005). The transition from acute to subacute chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine* 30, 1786-1792.
- Lai, J., & Yue, X. (2000). Measuring optimism in Hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Pers Ind Diff*, 28, 781-796.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- La Rocca, H. (1988) Cervical spondylotic myelopathy: Natural history. *Spine*, 13(7), 854–5.
- Larsen, D. K., Taylor, S., Asmundson, G. J.G. (1997). Exploratory factor analysis of the Pain Anxiety Symptoms Scale in patients with chronic pain complaints. *Pain*, 69, 27–34.
- La Via, M. F., Munno, I., Lydiard, R. B., Workman, E. W., Hubbard, J. R., Michel, Y, & Paulling, E. (1996). The influence of stress intrusion on immunodepression in generalized anxiety disorder patients and controls. *Psychosomatic Medicine*, 58, 138-142.
- Lazarus, A., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lestini, W.F., & Wiesel, S.W. (1989). The pathogenesis of cervical spondylosis. *Clin Orthop*, 239,69–93.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 401–408.
- Lilienfeld, S. O., Jacob, R. G. & Turner, S. M. (1989). Comment on Holloway and McNally's (1987) "Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation." *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 100-102.
- Long, B. C., & Sangster, J. L. (1993). Dispositional optimism/ pessimism and coping strategies: Predictors of psychosocial adjustment of rheumatoid and osteoarthritis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1069–1091.
- Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I. D.K. in press, (2009). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, DOI 10.1007/s11205-009-9453-6 Published online :12 February 2009
- Maruta, T., Goldman, S., Chan, C. W., Ilstrup, D. M., Kunselman, A. R., & Colligan, R. C. (1997). Waddell's nonorganic signs and Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles in patients with chronic low back pain. *Spin*, 22, 72-75.
- MacKinnon, J., Avison, W., & Mc Cain, G. (1994). Pain and functional limitations in individuals with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17, 49-59.
- McCracken, L. M. (1997). “Attention” to pain in persons with chronic pain: A behavioral approach. *Behav. Ther*, 28, 271–284.
- McCracken, L.M., Faber S.D., Janeck A.S. (1998). Pain related anxiety predicts non specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behavior Research and Therapy* (36):621-630.
- Mc Cracken, L. M., & Gross, R. T. (1998). The Role of Pain-Related Anxiety Reduction in the Outcome of Multidisciplinary Treatment for Chronic Low Back Pain: Preliminary Results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8 (3), 179-189
- Mc Cracken, L.M., Gross, R.T., Eccleston, C. (2002) Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: comparison of reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 585–594.

- McCracken, L. M., Gross, R. T., Sorg, P. J., & Edmands, T. A. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: Effects of inaccurate predictions and pain-related anxiety. *Behav Res Ther*, 31, 647-652.
- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67–73.
- McCracken, L. M., Gross, R. T., Aikens, J., & Carnrike, C. L. M. Jr. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 927–933.
- McCracken, L. M. (1997). Attention to pain in persons with chronic pain: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, 28, 271-284.
- McCracken, L. M., Faber, S.D, & Janeck, A.S. (1998). Pain related anxiety predicts non specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 36 ,621-630.
- McCracken, L.M., Zayfert, C. , & Gross R.T., (1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67–73.
- McCracken, L.M., & Dhingra, L., (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research & management*, 7, (1), 45-50.
- McCrae, R. S. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405
- McDowell, I., Newell, C. (1987). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press, 235–249.
- McMahon, C. E. (1976). The role of imagination in the disease process: Pre-Cartesian medical history. *Psychological Medicine*, 6, 179-184.
- McNally, R. J.(1989). Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner (1989). *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 193-194.
- McNally, R. J. (1996). Anxiety sensitivity is distinguishable from trait anxiety. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214–227). New York: Guilford.

- McNeil, D. W., Rainwater, A. J., & Al-jazireh, L. (1986). *Development of a methodology to measure fear of pain*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. In D. R. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423–443). Springfield, IL: Thomas.
- Melzack, R., & Wall, P. (1982). *The challenge of pain*. London: Penguin.
- Merskey, H., & Boyd, D. (1978). Emotional adjustment and chronic pain. *Pain*, 5, 173–178.
- Meyers, L.B., & Steed, L. (1999). The relationship between dispositional optimism, dispositional pessimism, repressive coping and trait anxiety. *Personality and Individual Differences*, 27, 1261-1272.
- Michaelson, P., Sjölander, P., Johansson, H., (2004). Factors Predicting Pain Reduction in Chronic Back and Neck Pain After Multimodal Treatment. *The Clinical Journal of Pain*, 20(6), 447-454.
- Mikail, S. F., DuBreuil, S., & D'Eon, J. L. (1993). A comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychological Assessment*, 5, 117-120.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Nash, J. M., Williams, D. M., Nicholson, R., & Trask, P. C. (2006). The Contribution of Pain-Related Anxiety to Disability from Headache. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1), 61-67
- Newman S, Fitzpatrick R, Revenson TA, Skevington S, Williams G. 1996. *Understanding Rheumatoid Arthritis*. London: Routledge & Kegan Paul
- Norton, P. J., Asmundson, G. J.G. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111, 218–223
- Ouellette, S.C., DiPlacido, J. (2001). Personality’s role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A Baum, TA Revenson, J Singer, pp. 175–94. Mahwah NJ: Erlbaum.

- Pavlin J D, Rapp S E, Polissar LN, Malmgren AJ, Koerschgen M, Keyes H (1998). Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesthesia & Analgesia*, 87, 816-826.
- Pervin, L.A. (1989) (ed), *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*. Hillsdale: Erlbaum,
- Peters, M. L., Sommer, M., Rijke, J. M., Kessels, F., Heineman, E., Patijn J., Marcus, M. A. E., Vlaeyen, J. W. S., van Kleef, M. (2007). Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Annals of Surgery*, 245 (3), 487–494
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., & Valilant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Philips, H. C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 273–279.
- Pincus, T., Callahan, L. F., Bradley, L. A., Vaughn, W. K., & Wolfe, F. (1986). Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis and Rheumatism*, 29, 1456-1466.
- Rachman, S. (1994). The overprediction of fear: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 683–690.
- Roelofs, J., Peters, M. L., & Vlaeyen, J. W. S. (2003). The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information in patients with chronic low back pain. *Psychological Reports*, 92, 707-715.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7, 141-153.
- Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153. doi:10.1016/0272-7358(91)90092-9
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In Reiss, S. & Bootzin, R. R. (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.

- Reinhardt, J. P., & Blieszner, R. (2000). Predictors of perceived support quality in visually impaired elders. *The Journal of Applied Gerontology*, 19, 345–362.
- Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1985). Personal optimism, physical and mental health: The triumph of successful aging. In J. E. Birren & J. Livingston (Eds.), *Cognition, stress and aging* (pp. 134–173). New York: Prentice Hall.
- Robins, C. J. (1988). Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent? *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880–889.
- Robinson, M. E., & Riley, J. L. (1999). The role of emotion in pain. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 74–88). New York: Guilford.
- Russell, E.J. (1990). Cervical disc disease. *Radiology*, 177(2), 313–325.
- Sack, K. (1995). Osteoarthritis: A continuing challenge. *Western Journal of Medicine*, 163, 579–586.
- Sampath, P., Bendejba, M., Davis, J.D., Ducker, T.B. (2000). Outcome of patients treated for cervical myelopathy. *Spine*, 25(6), 670–676.
- Schalling, D. (1987), Anxiety, pain and coping. *Iss Ment HLTH Nurs*, 7, 437- 460
- Schasfoort, F., Bussmann, J., & Stam, H. (2004). Impairments and activity limitations in subjects with chronic upper-limb complex regional pain syndrome type I. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 557-566.
- Scheier, M.F., & Bridges, M.W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 255-268.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *J Pers*, 55, 169–210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 303-346). San Diego: Academic Press.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation

- of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Scheier, M. F., Magovern, G. J., Abbott, R. A., Matthews, K. A., Owens, J. F., Lefebvre, R. C., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery. The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1024-1040
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Carver ,C.S. (1986).Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol*, 51, 1257–64.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional styles. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M.E.P., Johnson, J.C., 1973. A cognitive theory of avoidance learning. In: McGuigan, F.J. and Lumsden, D.B. Editors, 1973. *Contemporary approaches to conditioning and learning* Wiley, New York, pp. 69–110.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L., Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309 –20.
- Schulz, R., Tompkins, C. A., & Rau, M. T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support person. *Psychology & Aging*, 3, 131–141.
- Sipila, K., Ylo Stalo, P.V. , Ek, E., Paavo, Z., Knuuttila, M. L. (2006). Association between optimism and self-reported facial pain. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64, 177-182.
- Sieber, W. J., Rodin, J., Larson, L., Ortega, S., Cummings, N., Levy, S., Whiteside, T., & Herberman, R. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 6, 141–156
- Seville, J. L., & Robinson, A. B. (2000). Locus of control in the patient with chronic pain. In R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 165-179). Washington, DC: American Psychological Association.

- Smith, T.W., & Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A Baum, TA Revenson, J Singer, pp.139–74. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, W.O., LeBlanc, F.E., Dupuis, M., et al. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12(suppl 1), S1–59.
- Stanton, A.L., Collins, C.A., & Sworowski, L.A. (2001). Adjustment to chronic illness: theory and research. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A Baum, TA Revenson, JE Singer, pp. 387–403. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., van der Zee, K.I., Buunk, B.P., & van den Bergh ,A.C.M. (2003).Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references. *Br J Health Psychol*, 8, 303–18.
- Stone, A. A., Cox, D. S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., & Neale, J. M. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 988-993.
- Stone, A. A., Neale, J. M., Cox, D. S., Napoli, A., Valdimarsdottir, H., & Kennedy-Moore, E. (1994). Daily events are associated with a secretory immune response to an oral antigen in men. *Health Psychology*,13, 440-446.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A., & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 863–873
- Suls, J.. & Rittenhouse, J. D. (1987). Personality and health: An introduction. *Journal of Personality*. 55, 155-167.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics(3rd edition)*. New York, USA: HarperCollins.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T., Duckro, P. N., & Deshields, T. L. (1989). Stable factors in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 5, 323-328.
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behav. Res Ther*, 33, 243-258.

- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwalk L .G., Schneider, S. C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality' and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Turk, D. C., and Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J. Consult. Clin. Psychol*, 70, 678–690.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 237–249.
- Turk, D., & Rudy, T. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 233-238.
- Tuzun, E., Albayrak, G., & Ekel, L. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 26, 198-202.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J., (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art review. *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole- Suijders, A.M.J., Boeren, R.G.B. & van Eek, H. (1995). Fear of movement/ (re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.
- Vlaeyen, J.W. S., Seelen, H. A. M., Peters, M., de Jong, P., Aretz, E., Beisiegel, E., & Weber, W. E. J. (1999). Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: An experimental investigation. *Pain*, 82, 297–304.
- Vowles, K. E., Zvolensky, M .J., Gross, R .T., & Sperry, J. A., (2003). Pain-Related Anxiety in the Prediction of Chronic Low-Back Pain Distress.
- Waddell, G. (1987). A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 12, 632–644.
- Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 6, 523–557.
- Waddell, G., Main, C. J., Morris, E. W., DiPaola, M., & Gray, I. C. (1984). Chronic low back pain, psychologic distress, and illness behavior. *Spine* , 9, 209-213.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Soerville, D., & Main, C. J. (1993). A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157–168.

- Wall P.D., (1979). On the relation of injury to pain: the John J Bonica lecture, *Pain* ,6, 253-264.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The Mos-36 item Short Form Health Survey(SF-36).Conceptual framework and item selection. *Med Care* , 30, 73-483.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1995). *How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. 2. Boston, MA: The Health Institute.
- Ware, J. E. Jr., Kosinski, M. & Keller. S.D. (1996). "A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity." *Medical Care* ,34 (3), 220-33.
- Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., Bayliss, M. S., McHorney, C. A., Rogers, W. H., & Reczek. A. (1995). "Comparison of Methods for the Scoring and Statistical Analysis of SF-36 Health Profile and Summary Measures: Summary of Results from the Medical Outcomes Study. " *Medical Care* ,33 (4), 264-79.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,33, 448-457.
- Weiser, S., & Cedaraschi, C. (1992). Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain – A literature review. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 6, 657-684.
- Weinsberg, M., Aviram, O., Wolf, Y., Raphaeli, N. (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain* , 20, 371- 383.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Asmundson, G.J.G., (2005). The effects of age and fear of pain on attentional and memory biases relating to pain and falls. *Anxiety Stress and Coping*, 18, (1), 53-69.
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism. *Quality of Life Research* ,16, 53–63.
- Woolf, A., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* (81): 646-656.
- Zvolensky M. J., Goodie J L., McNeil D W. Sperry J A., Sorrell J T. (2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 683–696

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτα.
- Δραγκιώτη Ε.(2008). Υποστήριξη μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα την στάθμιση του ερωτηματολογίου μέτρησης του άγχους του πόνου (PASS),Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας Μεταπτυχιακό Αντιμετώπισης του Πόνου ,Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Λυράκος Ν.Γ., Δαμίγος Δ. Μαυρέας Β., Κωστοπαναγιώτου Γ., Δημολιάτης Ι., (2009). Η επίδραση της προδιάθεσης της αισιοδοξίας στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής σε ασθενείς Με μυοσκελετικό πόνο. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής , Αθήνα, Αίγλη Ζαπείου. 22-24 Ιανουαρίου 2009 . Προφορική Ανακοίνωση Αρ. Κ.057

Παράρτημα

Ερωτηματολόγια της έρευνας

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Με την παρούσα έρευνα προσπαθούμε να μελετήσουμε παράγοντες που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο και την ποιότητα ζωής. Τα πορίσματα της έρευνας, θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων σε σχέση με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, γι' αυτό και η συμμετοχή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα είναι σημαντική.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που δίνονται είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και θα διαφυλαχτεί το **ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των πληροφοριών που μας χορηγείτε. Για τον σκοπό αυτό παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας, αλλά μόνο τα αρχικά και την ημερομηνία γέννησής σας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΡΧΙΚΑ (ΟΝΟΜΑΤΟΣ/ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟΥ /ΕΠΩΝΥΜΟΥ) :

1. Φύλο : α) άνδρας β) γυναίκα 2. Ηλικία: 3. Επάγγελμα :

4. Έχετε τελειώσει : α) Δημοτικό, β) Γυμνάσιο- Λύκειο γ) ΑΕΙ/ ΤΕΙ δ) Μεταπτ/ΔΙΔΑΚΤ

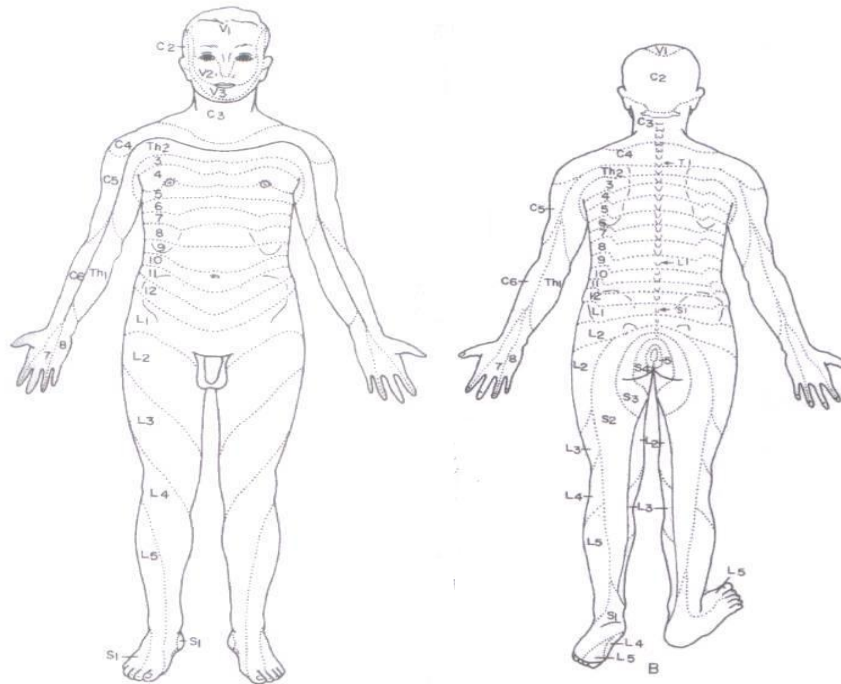
5. Οικογενειακή κατάσταση: 6. Αριθμ παιδιών:

α)Ελεύθερος/η β)Παντρεμένος/η γ)Διαζευγμένος/η Χήρος/α

7. Τόπος διαμονής: 8. Χώρα Προέλευσης:

9. Λήψη επιδόματος ή σύνταξης αναπηρίας:

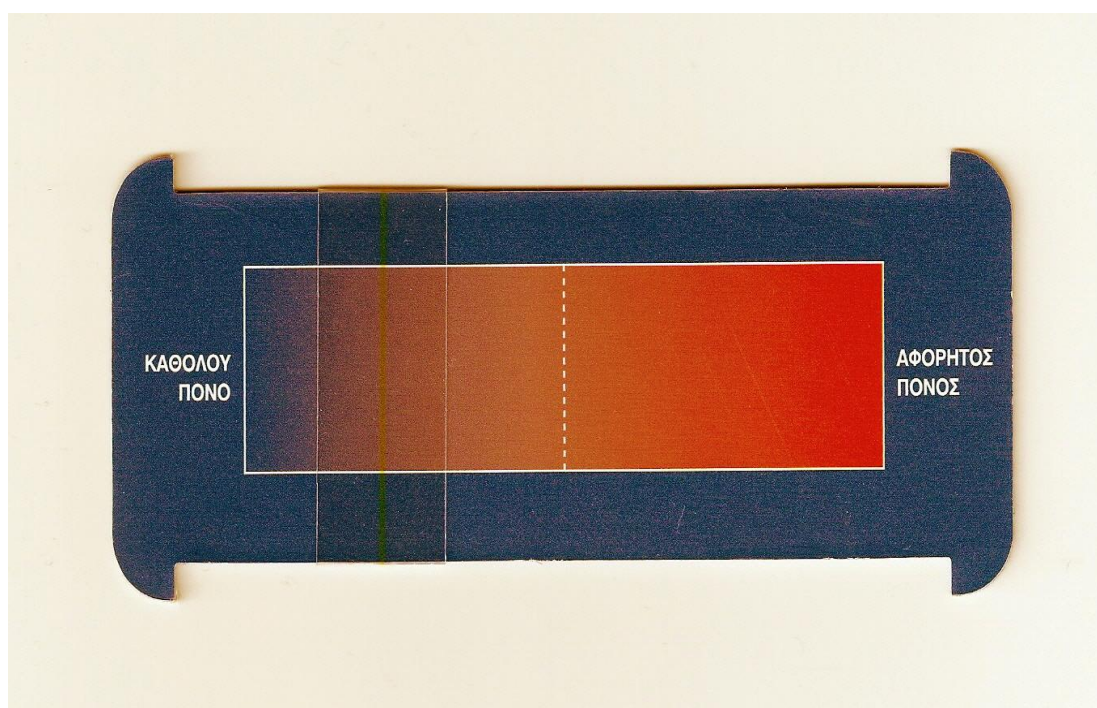
10. Μυοσκελετικό πρόβλημα για το οποίο απευθυνθήκατε στο ΚΑΦΚΑ: (σημειώστε πάνω στις εικόνες που βρίσκονται παρακάτω σε πιο σημείο του σώματος σας;)



11. Πότε ξεκίνησε το πρόβλημα: 12. Πότε ξεκίνησε ο πόνος:
13. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για το συγκεκριμένο πρόβλημα; α)ναι β) όχι
14. Δυσκολεύστε να κοιμηθείτε ή διακόπτεται ο ύπνος σας λόγω του πόνου; α)ναι β) όχι
15. Χρήση αναλγητικών: α)ναι β) όχι
16. Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών; α) ναι β) όχι
17. Συμμετέχετε σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας; α)ναι β) όχι
18. Έχετε συμμετάσχει στο παρελθόν; α)ναι β) όχι
19. Συμμετέχετε σε πρόγραμμα εργοθεραπείας; α)ναι β) όχι
20. Έχετε συμμετάσχει στο παρελθόν; α)ναι β) όχι
21. Συνεργάζεστε με ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο (πχ άγχος); α)ναι β) όχι
22. Έχετε συνεργαστεί στο παρελθόν; α)ναι β) όχι
23. Πρωταρχικός λόγος που απευθυνθήκατε στο ΚΑΦΚΑ:
- α) πόνος β) κινητικές δυσκολίες γ) και τα δύο στον ίδιο βαθμό δ) άλλο

2.1. The Visual Analogue Scale (VAS)

Η κλίμακα μέτρησης της έντασης του πόνου με αριθμούς από το 1 έως το 10 στην πίσω πλευρά

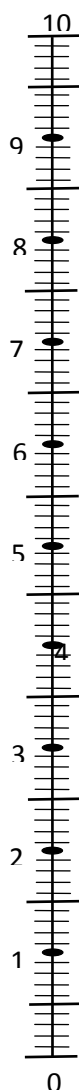


2.2.Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας VAS

Παρακάτω βλέπετε μια κλίμακα με αριθμούς από το 0 έως το 10. Αξιολογήστε την παρακάτω φράση σύμφωνα με το πώς νιώθετε σημειώνοντας με μια γραμμή πάνω στον αριθμό που εκφράζει αυτό που εσείς πιστεύετε πως ισχύει για σας αν 0=καθόλου αισιόδοξη στάση και 10 = απολύτως αισιόδοξη στάση

«η στάση μου απέναντι στη ζωή σε γενικές γραμμές είναι...»

απολύτως αισιόδοξη



απολύτως απαισιόδοξη

Βαθμολογία: _____

Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή LOT-R : ελληνική έκδοση

Γ Λυράκος, Δ Δαμίγος, Β Μαυρέας, Γ Κωστοπαναγιώτου, Γ Δημολιάτης

Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε (ή διαφωνείτε) με την χρήση της παρακάτω κλίμακας, ως εξής:

[0] = διαφωνώ απόλυτα (δεν ισχύει καθόλου για μένα)

[1] = διαφωνώ (δεν ισχύει για μένα)

[2] = ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ (ούτε ισχύει ούτε δεν ισχύει)

[3] = συμφωνώ (ισχύει για μένα)

[4] = συμφωνώ απόλυτα (ισχύει απόλυτα για μένα)

1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
4.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
6.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
7.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
8.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
9.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
10.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

Παρακαλώ, να είστε όσο γίνεται πιο ειλικρινείς, και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. .

.0 _____ 10

απολύτως απαισιόδοξη

απολύτως αισιόδοξη.

PASS Pain Anxiety Rating Scale

ΟΔΗΓΙΕΣ

Τα άτομα που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

ΠΟΤΕ		ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ	
1.	Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2.	Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3.	Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4.	Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5.	Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6.	Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7.	Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8.	Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
9.	Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10.	Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11.	Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12.	Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13.	Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14.	Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15.	Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16.	Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17.	Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18.	Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19.	Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20.	Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-12

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή
① ② ③ ④ ⑤

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

2. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.

Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

① ② ③

3. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους με τα πόδια.

① ② ③

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

NAI OXI

4. Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

☐ ☐

5. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας; ☐ ☐

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

NAI OXI

6. Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

☐ ☐

7. Κάνετε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως;

☐ ☐

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ
① ② ③ ④ ⑤

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

9. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;

10. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;

11. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;

Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Ορισμένες φορές	Σπάνια	Καθόλου
①	②	③	④	⑤	⑥
①	②	③	④	⑤	⑥
①	②	③	④	⑤	⑥

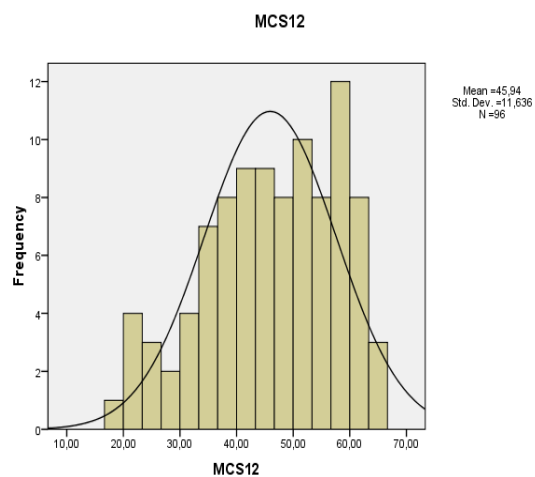
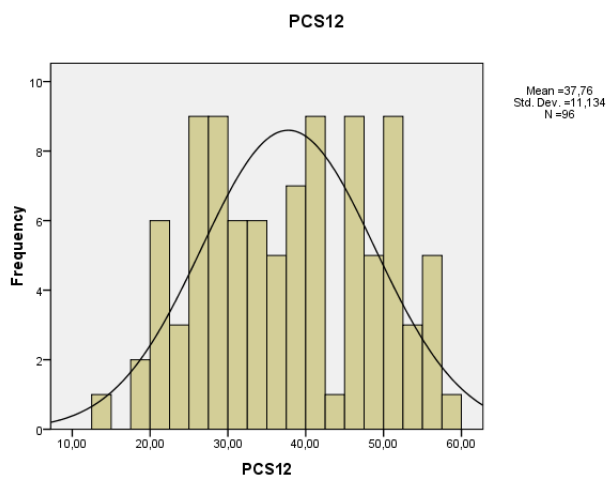
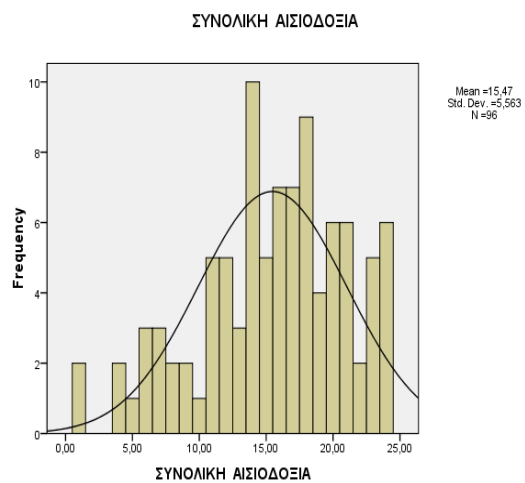
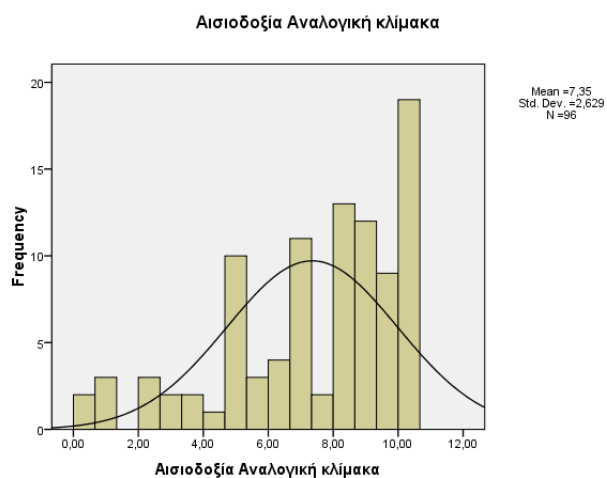
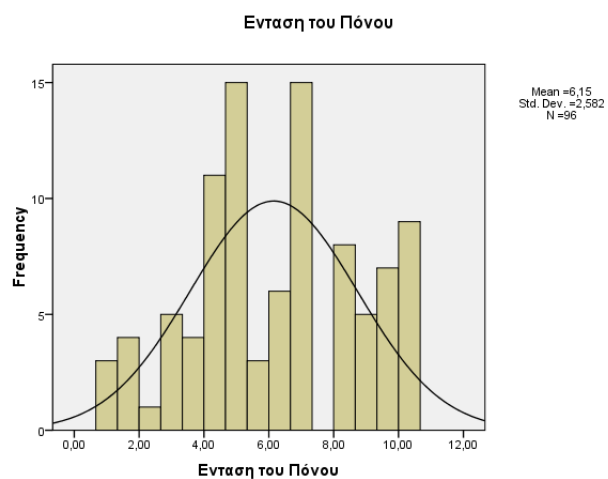
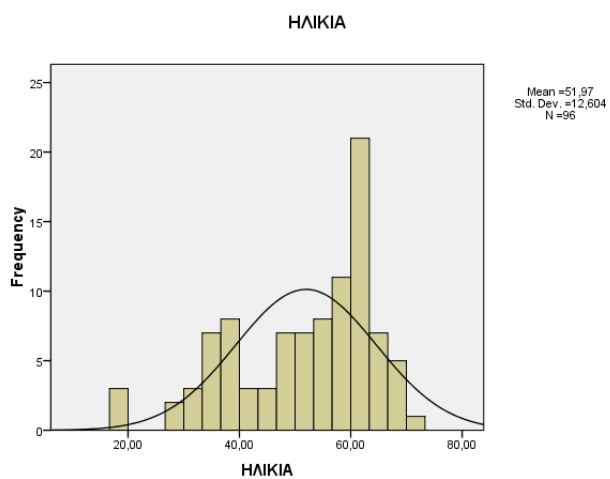
12. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

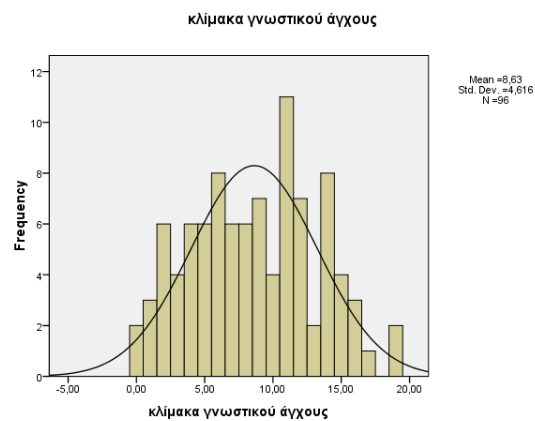
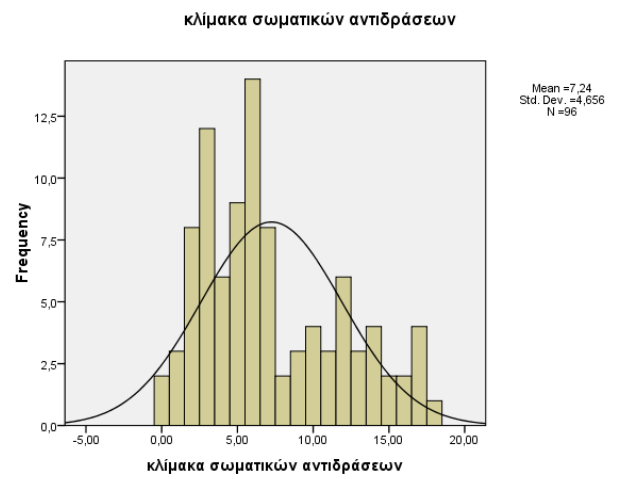
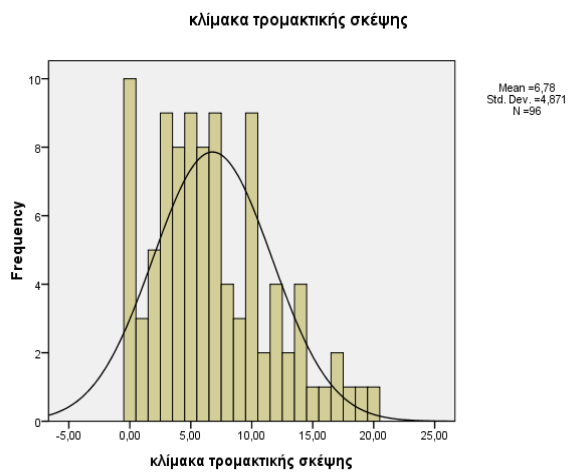
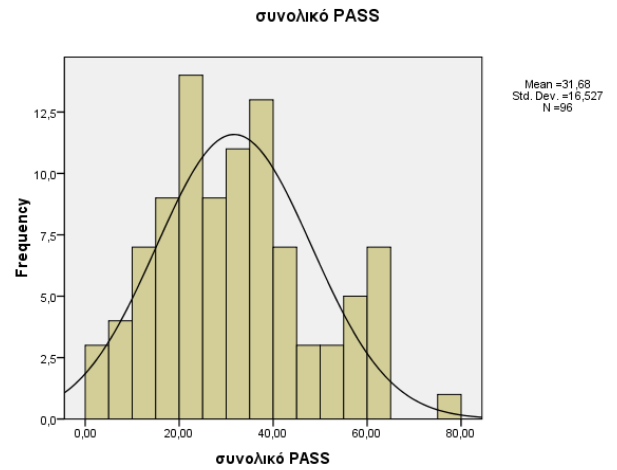
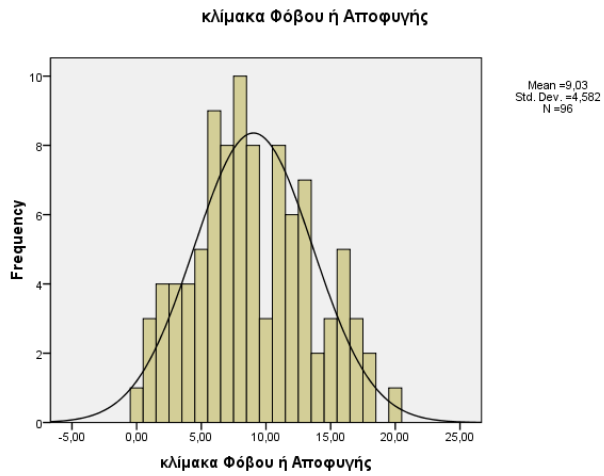
Συνεχώς Το μεγαλύτερο διάστημα Μερικές φορές Μικρό διάστημα Καθόλου
① ② ③ ④ ⑤

Στατιστική ανάλυση από το SPSS 16

Statistics

		ΗΛΙΚΙΑ	Ενταση του Πόνου	Αισιοδοξί α Αναλογικ ή κλίμακα	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙ Α	PCS12	MCS12	συνολικ ό PASS	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγή	κλίμακα τρομακτική ς σκέψης	κλίμακα γνωστικο ύ άγχους	κλίμακα σωματικών αντιδράσεω ν
N	Valid	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
	Missin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		51,968	6,151	7,3542	15,4688	37,756	45,939	31,677	9,0312	6,7812	8,6250	7,2396
Std. Deviation		12,603	2,581	2,62866	5,56295	11,133	11,636	16,526	4,58247	4,87141	4,61633	4,65605
Variance		158,85	6,666	6,910	30,946	123,95	135,40	273,12	20,999	23,731	21,311	21,679
Skewness		-,779	-,080	-,984	-,532	,054	-,406	,421	,200	,661	,085	,647
Std. Error of Skewness		,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246	,246
Kurtosis		-,208	-,880	,123	-,194	-1,083	-,674	-,397	-,614	-,105	-,795	-,587
Std. Error of Kurtosis		,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488	,488
Minimum		18,00	,80	,50	1,00	13,69	19,01	1,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		72,00	10,00	10,00	24,00	57,89	64,94	76,00	20,00	20,00	19,00	18,00
Percentile 25 s		43,000	4,000	5,8000	12,0000	28,066	37,381	20,000	6,0000	3,0000	5,0000	3,0000
	50	54,000	6,000	8,0000	16,0000	38,094	46,785	31,000	8,5000	6,0000	9,0000	6,0000
	75	62,000	8,100	9,7750	20,0000	46,958	56,301	41,000	12,0000	10,0000	12,0000	11,0000

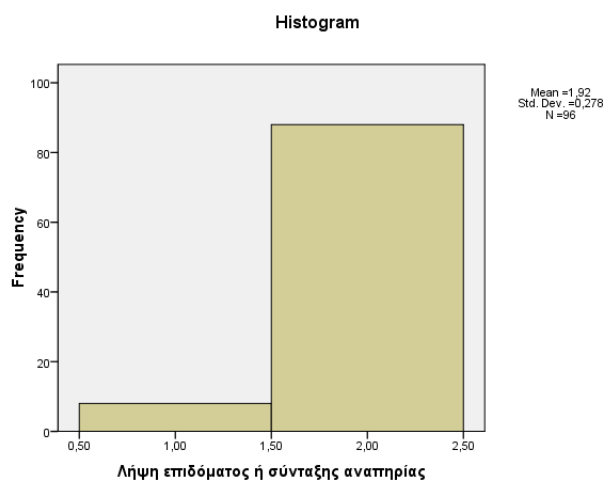
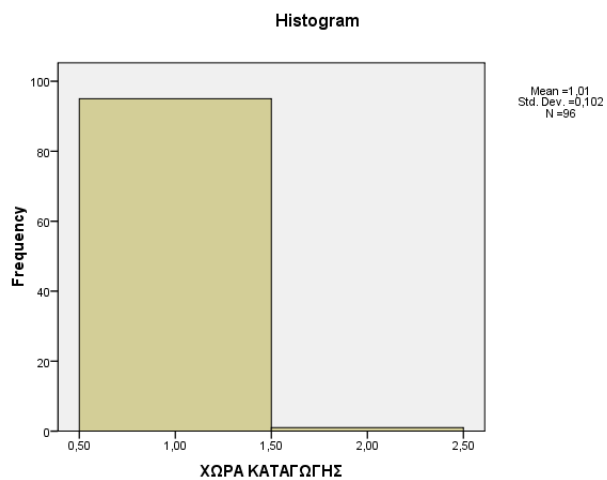
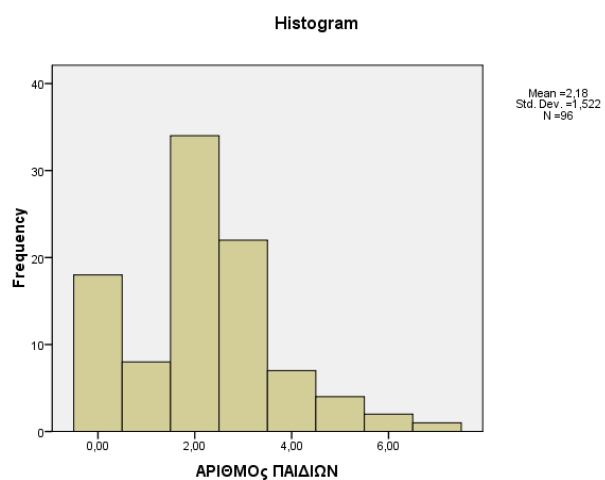
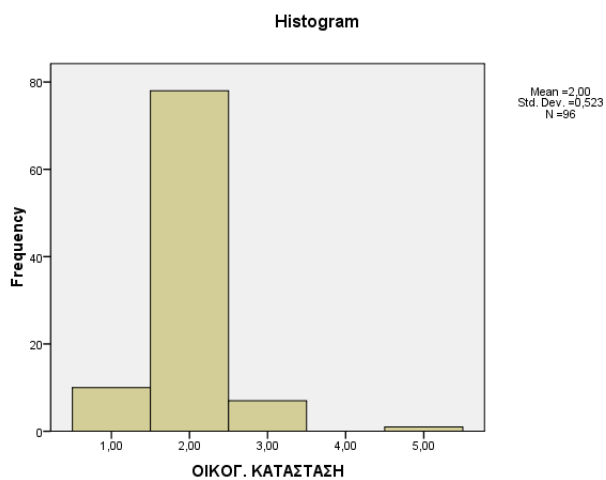
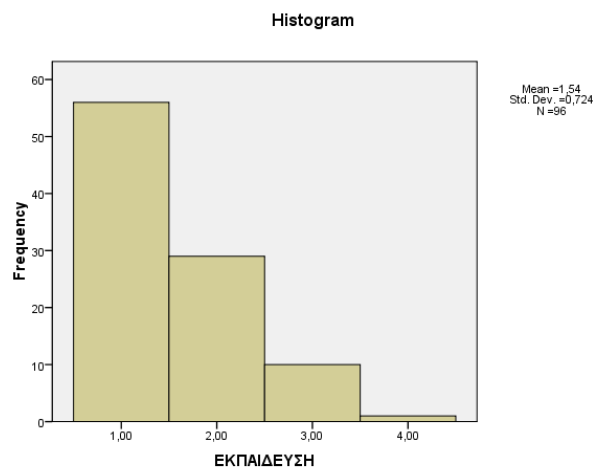
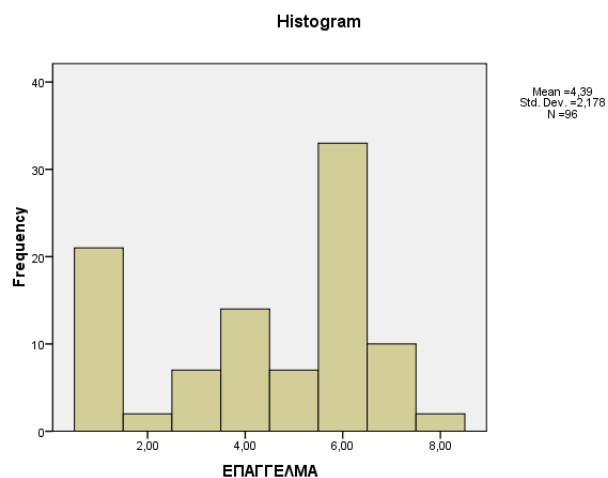


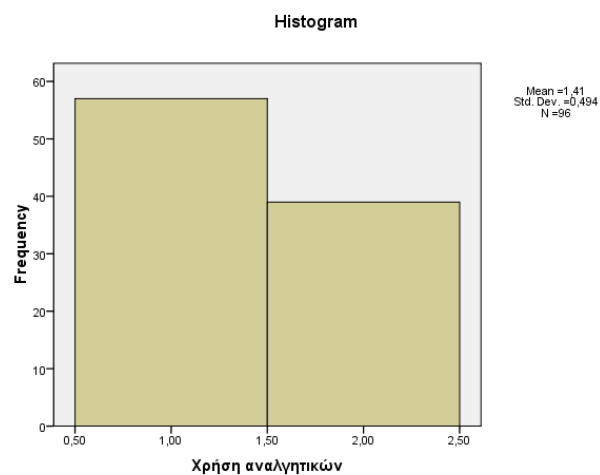
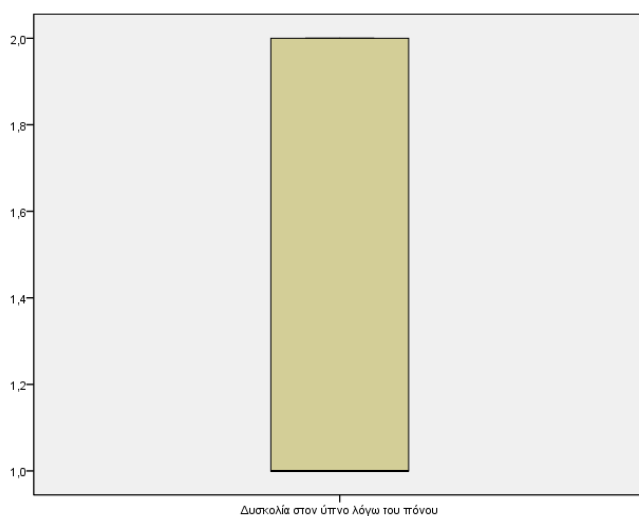
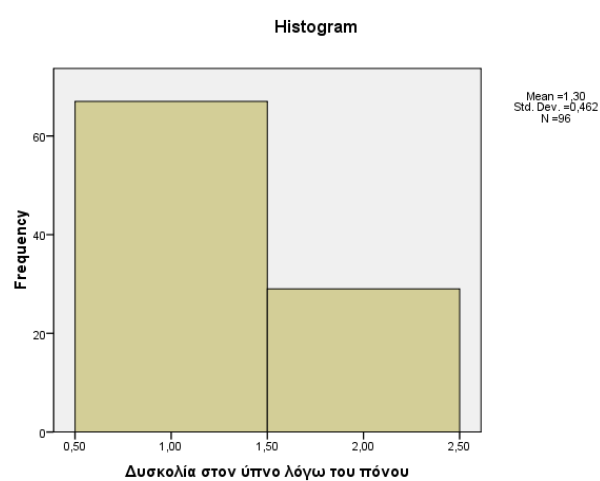
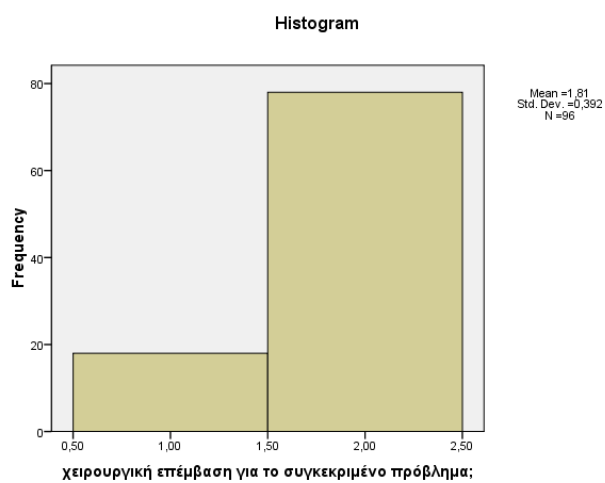
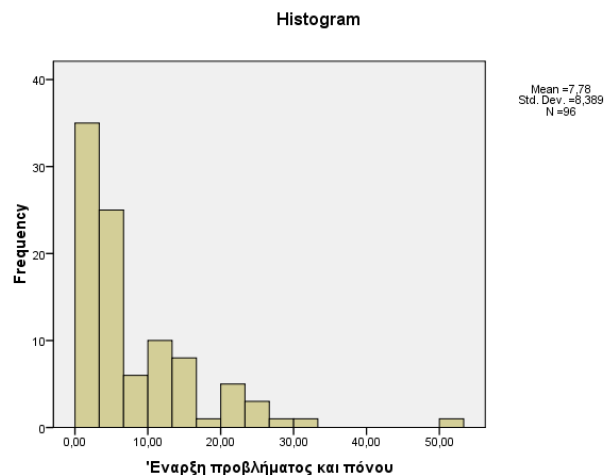
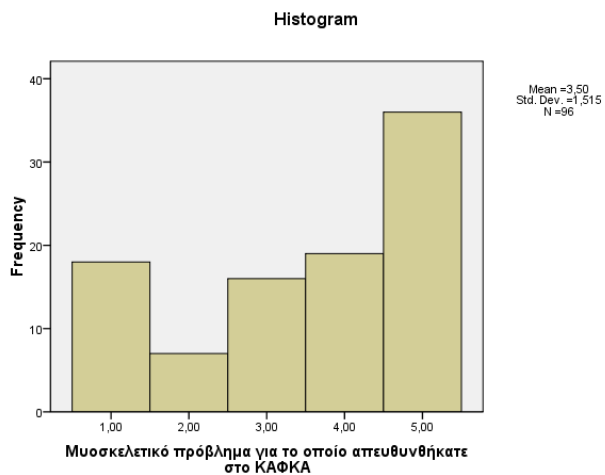


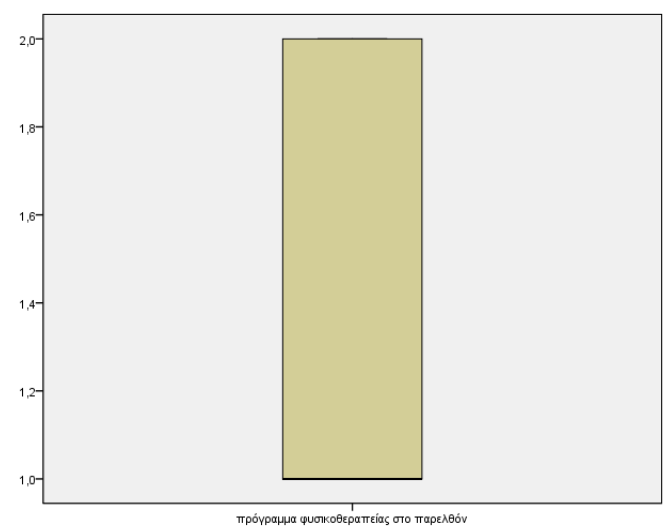
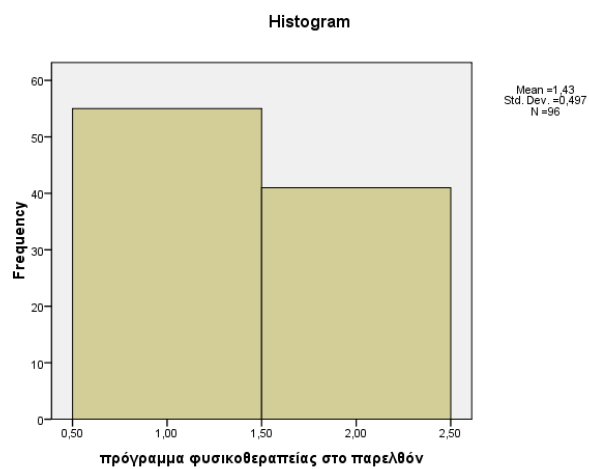
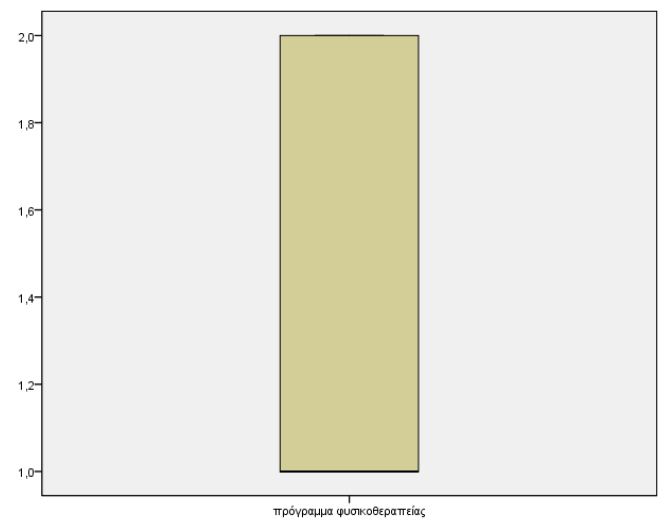
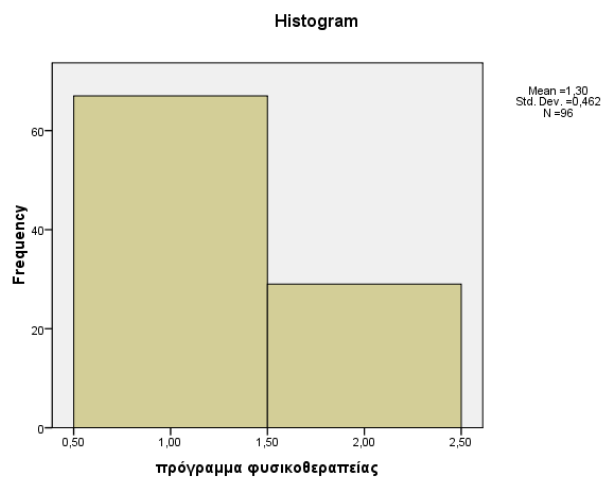
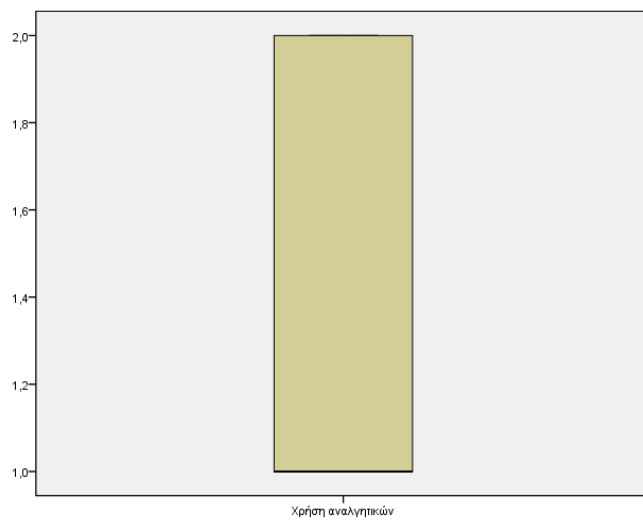
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

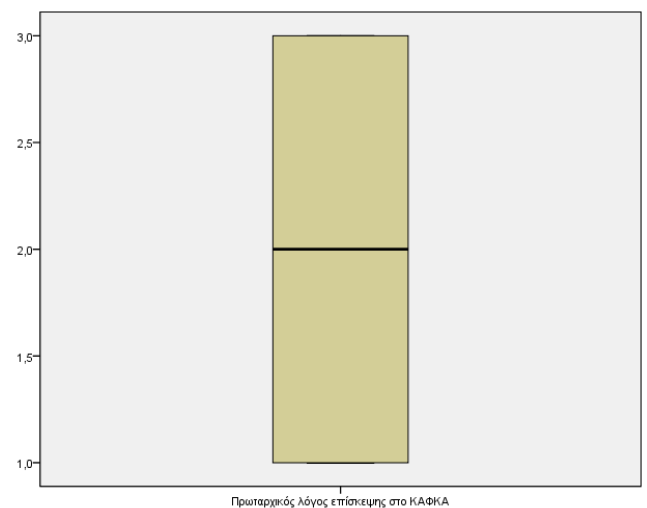
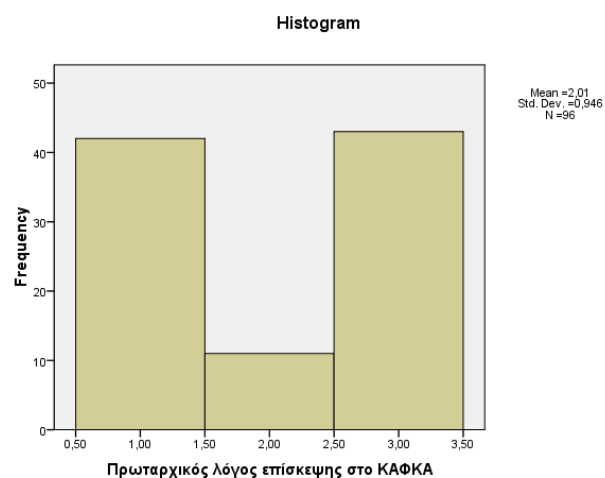
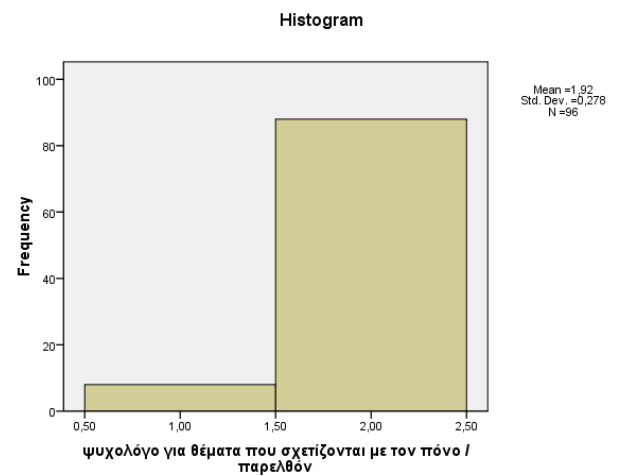
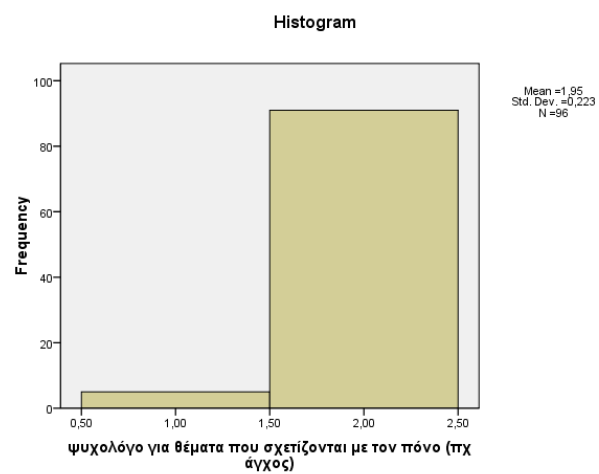
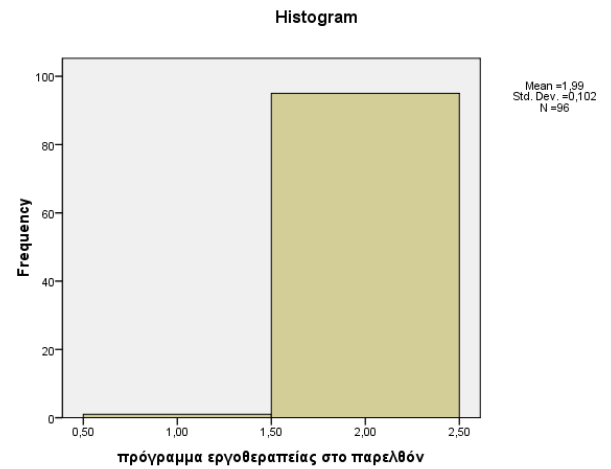
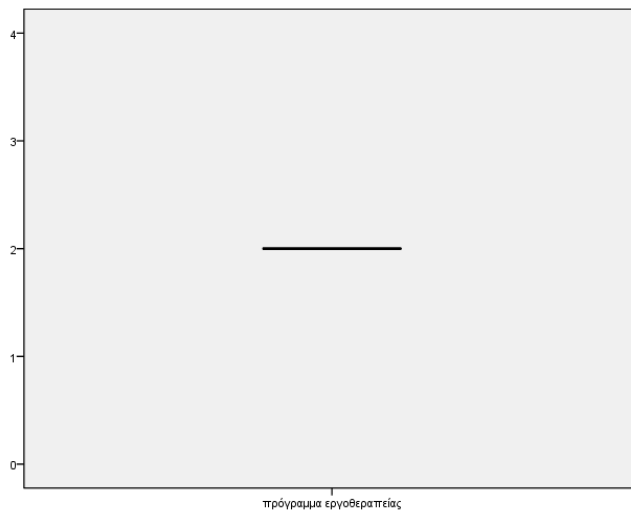
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ΦΥΛΟ	96	1,00	2,00	1,6979	,46157	-,876	,246	-1,260	,488
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	96	1,00	8,00	4,3854	2,17822	-,466	,246	-1,163	,488
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	96	1,00	4,00	1,5417	,72427	1,125	,246	,483	,488
ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	96	1,00	5,00	2,0000	,52315	1,802	,246	11,573	,488
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	96	,00	7,00	2,1771	1,52174	,517	,246	,519	,488
ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	96	1,00	2,00	1,0104	,10206	9,798	,246	96,000	,488
Λήψη επιδόματος ή σύνταξης αναπηρίας	96	1,00	2,00	1,9167	,27784	-3,063	,246	7,540	,488
ΗΛΙΚΙΑ	96	18,00	72,00	51,9688	12,60364	-,779	,246	-,208	,488
Μυοσκελετικό πρόβλημα για το οποίο απευθυνθήκατε στο ΚΑΦΚΑ	96	1,00	5,00	3,5000	1,51484	-,566	,246	-1,132	,488
Έναρξη προβλήματος και πόνου	96	,50	50,00	7,7812	8,38940	2,100	,246	6,185	,488
Χειρουργική επέμβαση για το συγκεκριμένο πρόβλημα;	96	1,00	2,00	1,8125	,39236	-1,627	,246	,660	,488
Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου	96	1,00	2,00	1,3021	,46157	,876	,246	-1,260	,488
Χρήση αναλγητικών	96	1,00	2,00	1,4062	,49371	,388	,246	-1,889	,488
Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών	96	1,00	2,00	1,8021	,40052	-1,541	,246	,381	,488
πρόγραμμα φυσικοθεραπείας	96	1,00	2,00	1,3021	,46157	,876	,246	-1,260	,488

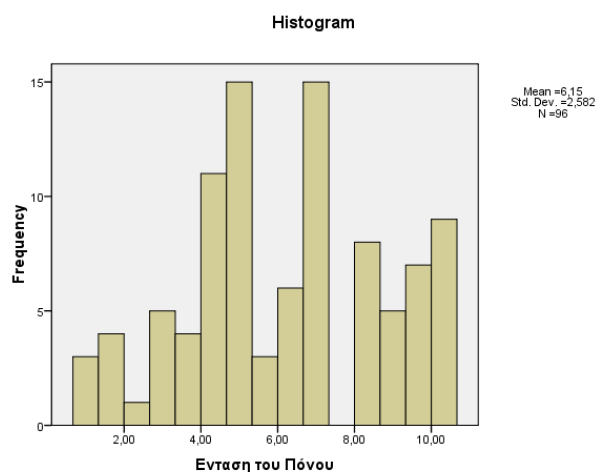
πρόγραμμα φυσικοθεραπείας στο παρελθόν	96	1,00	2,00	1,4271	,49725	,300	,246	-1,951	,488
πρόγραμμα εργοθεραπείας	96	2,00	2,00	2,0000	,00000	.	.	.	.
πρόγραμμα εργοθεραπείας στο παρελθόν	96	1,00	2,00	1,9896	,10206	-9,798	,246	96,000	,488
ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο (πχ άγχος)	96	1,00	2,00	1,9479	,22336	-4,096	,246	15,091	,488
ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο / παρελθόν	96	1,00	2,00	1,9167	,27784	-3,063	,246	7,540	,488
Πρωταρχικός λόγος επίσκεψης στο ΚΑΦΚΑ	96	1,00	3,00	2,0104	,94585	-,021	,246	-1,906	,488
Ενταση του Πόνου	96	,80	10,00	6,1510	2,58184	-,080	,246	-,880	,488
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	96	,50	10,00	7,3542	2,62866	-,984	,246	,123	,488
PCS12	96	13,69	57,89	37,7567	11,13352	,054	,246	-1,083	,488
MCS12	96	19,01	64,94	45,9394	11,63619	-,406	,246	-,674	,488
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	96	1,00	24,00	15,4687	5,56295	-,532	,246	-,194	,488
συνολικό PASS	96	1,00	76,00	31,6771	16,52653	,421	,246	-,397	,488
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	96	,00	20,00	9,0313	4,58247	,200	,246	-,614	,488
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	96	,00	20,00	6,7812	4,87141	,661	,246	-,105	,488
κλίμακα γνωστικού άγχους	96	,00	19,00	8,6250	4,61633	,085	,246	-,795	,488
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	96	,00	18,00	7,2396	4,65605	,647	,246	-,587	,488
Valid N (listwise)	96								











Έλεγχος ποιοτικών μεταβλητών

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	29	30,2	30,2	30,2
	2,00	67	69,8	69,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	21	21,9	21,9	21,9
	2,00	2	2,1	2,1	24,0
	3,00	7	7,3	7,3	31,2
	4,00	14	14,6	14,6	45,8
	5,00	7	7,3	7,3	53,1
	6,00	33	34,4	34,4	87,5
	7,00	10	10,4	10,4	97,9
	8,00	2	2,1	2,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	56	58,3	58,3	58,3
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	30,2	30,2	88,5
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	10,4	10,4	99,0
	Μεταπτυχιακό/ΡΗΔ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελεύθερος/η	10	10,4	10,4	10,4
	Παντρεμένος/η	78	81,2	81,2	91,7
	Διαζευγμένος/η Χήρος/α	7	7,3	7,3	99,0
	5,00	1	1,0	1,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Λήψη επιδόματος ή σύνταξης αναπηρίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	8	8,3	8,3	8,3
	2,00	88	91,7	91,7	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Μυοσκελετικό πρόβλημα για το οποίο απευθυνθήκατε στο ΚΑΦΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΧΕΝΑΣ	18	18,8	18,8	18,8
	ΑΝΩ ΑΚΡΑ	7	7,3	7,3	26,0
	ΜΕΣΗ ΠΛΑΤΗ	16	16,7	16,7	42,7
	ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ	19	19,8	19,8	62,5
	ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	36	37,5	37,5	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

χειρουργική επέμβαση για το συγκεκριμένο πρόβλημα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	18	18,8	18,8	18,8
	Όχι	78	81,2	81,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Δυσκολία στον ύπνο λόγω του πόνου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	67	69,8	69,8	69,8
	Όχι	29	30,2	30,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Χρήση αναλγητικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	57	59,4	59,4	59,4
	Όχι	39	40,6	40,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	19	19,8	19,8	19,8
	Όχι	77	80,2	80,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

πρόγραμμα φυσικοθεραπείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	67	69,8	69,8	69,8
	Όχι	29	30,2	30,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

πρόγραμμα φυσικοθεραπείας στο παρελθόν

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναί	55	57,3	57,3	57,3

Όχι	41	42,7	42,7	100,0
Total	96	100,0	100,0	

πρόγραμμα εργοθεραπείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όχι	96	100,0	100,0	100,0

πρόγραμμα εργοθεραπείας στο παρελθόν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	1	1,0	1,0	1,0
Όχι	95	99,0	99,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο (πχ άγχος)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	5	5,2	5,2	5,2
Όχι	91	94,8	94,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

ψυχολόγο για θέματα που σχετίζονται με τον πόνο / παρελθόν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	8	8,3	8,3	8,3
Όχι	88	91,7	91,7	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Πρωταρχικός λόγος επίσκεψης στο ΚΑΦΚΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid πόνος	42	43,8	43,8	43,8
κινητικές δυσκολίες	11	11,5	11,5	55,2
και τα δύο στον ίδιο βαθμό	43	44,8	44,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Έλεγχος αξιοπιστίας κλιμάκων

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	96	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	96	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,935	,935	20

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,419	,142	1,000	,858	7,041	,014	20

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,762	,765	5

Inter-Item Correlation Matrix

	PASS3	PASS6	PASS8	PASS11	PASS20
PASS3	1,000	,295	,531	,278	,263
PASS6	,295	1,000	,275	,576	,507

PASS8	,531	,275	1,000	,299	,242
PASS11	,278	,576	,299	1,000	,676
PASS20	,263	,507	,242	,676	1,000

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,394	,242	,676	,433	2,788	,024	5

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,0312	20,999	4,58247	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,838	,837	5

Inter-Item Correlation Matrix

	PASS1	PASS2	PASS9	PASS13	PASS16
PASS1	1,000	,536	,335	,522	,413
PASS2	,536	1,000	,604	,598	,409
PASS9	,335	,604	1,000	,567	,531
PASS13	,522	,598	,567	1,000	,557
PASS16	,413	,409	,531	,557	1,000

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,507	,335	,604	,268	1,801	,008	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PASS1	5,4375	16,459	,559	,376	,827
PASS2	5,4167	15,130	,684	,523	,792
PASS9	5,5417	16,082	,643	,490	,804
PASS13	5,1562	14,975	,722	,522	,781
PASS16	5,5729	16,374	,593	,399	,817

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6,7812	23,731	4,87141	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,852	,852	5

Inter-Item Correlation Matrix

	PASS5	PASS10	PASS14	PASS17	PASS19
PASS5	1,000	,485	,564	,582	,365
PASS10	,485	1,000	,544	,612	,581
PASS14	,564	,544	1,000	,588	,494

PASS17	,582	,612	,588	1,000	,541
PASS19	,365	,581	,494	,541	1,000

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,536	,365	,612	,247	1,678	,005	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PASS5	7,2500	14,674	,607	,424	,835
PASS10	6,6146	13,439	,693	,495	,813
PASS14	7,3021	14,129	,680	,471	,816
PASS17	6,8542	14,000	,732	,539	,804
PASS19	6,4792	14,484	,606	,412	,836

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,6250	21,311	4,61633	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,799	,802	5

Inter-Item Correlation Matrix

	PASS4	PASS7	PASS12	PASS15	PASS18
--	-------	-------	--------	--------	--------

PASS4	1,000	,513	,408	,391	,228
PASS7	,513	1,000	,658	,532	,495
PASS12	,408	,658	1,000	,538	,408
PASS15	,391	,532	,538	1,000	,309
PASS18	,228	,495	,408	,309	1,000

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,448	,228	,658	,429	2,880	,015	5

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7,2396	21,679	4,65605	5

RELIABILITY. /VARIABLES=lot1 lot3 lot4 lot7 lot9 lot10

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	96	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	96	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
------------------	--	------------

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	96	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	96	100,0
		,877	,880 6

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Inter-Item Correlations	,551	,409	,768	,359	1,878	,012	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
lot1	12,7813	21,246	,699	,595	,854
lot3	13,1563	22,470	,566	,364	,878
lot4	12,8229	21,474	,763	,656	,843
lot7	12,9167	22,751	,655	,454	,861
lot9	13,0729	22,342	,644	,448	,863
lot10	12,5938	21,823	,799	,719	,839

Στατιστική δοκιμασία του T Test για το φύλο

Group Statistics

	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ενταση του Πόνου	1,00	29	4,7759	2,08749	,38764
	2,00	67	6,7463	2,56038	,31280
Αισιοδοξία Αναλογική	1,00	29	7,8759	2,63054	,48848

κλίμακα	2,00	67	7,1284	2,61515	,31949
PCS12	1,00	29	41,2465	9,98732	1,85460
	2,00	67	36,2462	11,33298	1,38454
MCS12	1,00	29	50,1045	11,18165	2,07638
	2,00	67	44,1365	11,44247	1,39792
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	1,00	29	16,1724	5,56179	1,03280
	2,00	67	15,1642	5,57754	,68141
συνολικό PASS	1,00	29	25,0345	16,89354	3,13705
	2,00	67	34,5522	15,62950	1,90945
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	1,00	29	8,3103	5,11373	,94960
	2,00	67	9,3433	4,33643	,52978
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	1,00	29	4,3793	4,34588	,80701
	2,00	67	7,8209	4,74478	,57967
κλίμακα γνωστικού άγχους	1,00	29	7,1724	4,62963	,85970
	2,00	67	9,2537	4,50031	,54980
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	1,00	29	5,1724	4,04501	,75114
	2,00	67	8,1343	4,64463	,56743

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ενταση του Πόνου	Equal variances assumed	3,660	,059	-3,649	94	,00043	-1,97041	,53995	-3,04250	-,89832
	Equal variances not assumed			-3,956	64,699	,000	-1,97041	,49810	-2,96527	-,97554
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Equal variances assumed	,412	,522	1,284	94	,202	,74750	,58232	-,40870	1,90371
	Equal variances not assumed			1,281	52,968	,206	,74750	,58368	-,42324	1,91824
PCS12	Equal variances assumed	1,597	,209	2,054	94	,04270	5,00028	2,43384	,16784	9,83272

	Equal variances not assumed			2,160	60,001	,035	5,00028	2,31441	,37077	9,62979
MCS12	Equal variances assumed	,482	,489	2,362	94	,02022	5,96801	2,52630	,95199	10,98403
	Equal variances not assumed			2,384	54,394	,021	5,96801	2,50310	,95042	10,98560
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Equal variances assumed	,020	,887	,814	94	,418	1,00823	1,23873	-1,45129	3,46776
	Equal variances not assumed			,815	53,390	,419	1,00823	1,23733	-1,47311	3,48958
συνολικό PASS	Equal variances assumed	,324	,571	-2,673	94	,00885	-9,51776	3,56013	-16,58648	-2,44904
	Equal variances not assumed			-2,592	49,697	,013	-9,51776	3,67248	-16,89526	-2,14025
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	Equal variances assumed	,785	,378	-1,014	94	,313	-1,03294	1,01843	-3,05506	,98919
	Equal variances not assumed			-,950	46,242	,347	-1,03294	1,08738	-3,22141	1,15554
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	Equal variances assumed	,089	,767	-3,344	94	,00119	-3,44159	1,02905	-5,48480	-1,39837
	Equal variances not assumed			-3,464	57,817	,001	-3,44159	,99362	-5,43066	-1,45251
κλίμακα γνωστικού άγχους	Equal variances assumed	,423	,517	-2,063	94	,04189	-2,08132	1,00898	-4,08466	-,07797
	Equal variances not assumed			-2,040	51,904	,046	-2,08132	1,02047	-4,12914	-,03350
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	Equal variances assumed	2,764	,100	-2,978	94		-2,96191	,99457	-4,93666	-,98717
	Equal variances not assumed			-3,146	60,691	,003	-2,96191	,94138	-4,84451	-1,07932

Εφαρμογή της δοκιμασίας One Way Anova

Descriptives								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		

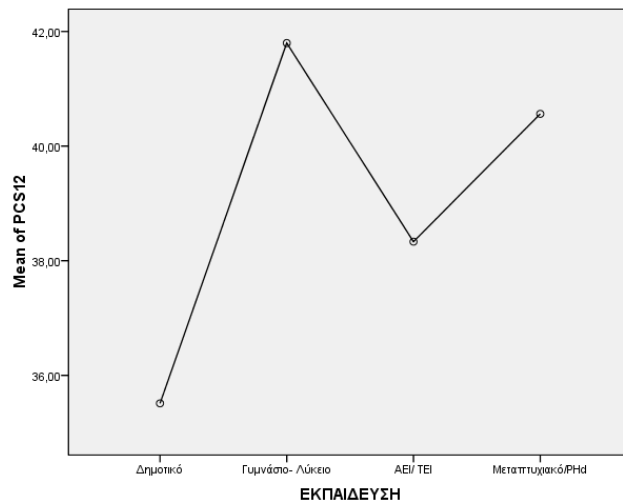
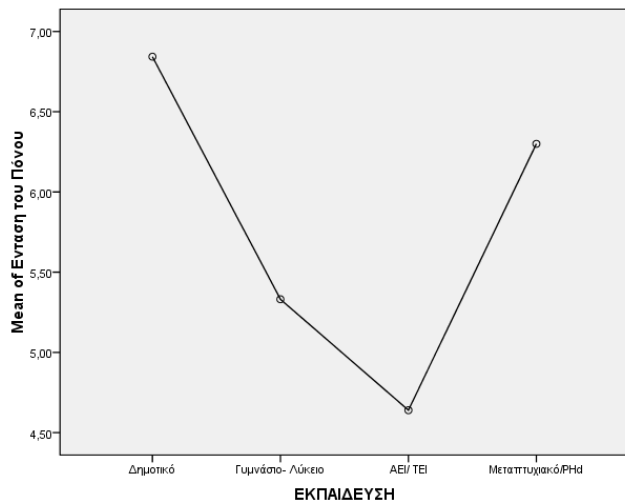
Ενταση του Πόνου	Δημοτικό	56	6,8429	2,45126	,32756	6,1864	7,4993	1,50	10,00
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	5,3310	2,67877	,49743	4,3121	6,3500	1,00	10,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	4,6400	1,90625	,60281	3,2764	6,0036	,80	7,10
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	6,3000	.	.	.	.	6,30	6,30
	Total	96	6,1510	2,58184	,26351	5,6279	6,6742	,80	10,00
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Δημοτικό	56	7,1304	2,66075	,35556	6,4178	7,8429	,50	10,00
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	7,3966	2,87135	,53320	6,3043	8,4888	,50	10,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	8,2200	1,44745	,45772	7,1846	9,2554	5,20	10,00
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	10,0000	.	.	.	.	10,00	10,00
	Total	96	7,3542	2,62866	,26829	6,8215	7,8868	,50	10,00
PCS12	Δημοτικό	56	35,5109	11,19664	1,49621	32,5124	38,5094	13,69	55,12
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	41,7982	10,48504	1,94702	37,8099	45,7865	24,84	57,89
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	38,3320	10,72470	3,39145	30,6600	46,0040	29,77	56,79
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	40,5625	.	.	.	.	40,56	40,56
	Total	96	37,7567	11,13352	1,13631	35,5008	40,0125	13,69	57,89
MCS12	Δημοτικό	56	44,7430	11,76269	1,57186	41,5929	47,8931	19,01	64,94
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	48,1514	12,34948	2,29324	43,4539	52,8489	23,31	63,66
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	44,8392	7,86719	2,48782	39,2114	50,4671	34,62	58,73
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	59,7878	.	.	.	.	59,79	59,79
	Total	96	45,9394	11,63619	1,18761	43,5816	48,2971	19,01	64,94
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Δημοτικό	56	15,2857	5,49947	,73490	13,8129	16,7585	4,00	24,00
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	15,2069	6,38290	1,18527	12,7790	17,6348	1,00	24,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	16,5000	2,67706	,84656	14,5849	18,4151	13,00	22,00
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	23,0000	.	.	.	.	23,00	23,00
	Total	96	15,4688	5,56295	,56777	14,3416	16,5959	1,00	24,00
συνολικό PASS	Δημοτικό	56	35,2500	16,29863	2,17800	30,8852	39,6148	4,00	76,00
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	26,8276	15,68227	2,91212	20,8624	32,7928	1,00	63,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	28,3000	15,91680	5,03333	16,9138	39,6862	6,00	58,00
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	6,0000	.	.	.	.	6,00	6,00
	Total	96	31,6771	16,52653	1,68673	28,3285	35,0257	1,00	76,00
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	Δημοτικό	56	9,6250	4,79986	,64141	8,3396	10,9104	1,00	20,00
	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	8,2414	4,36426	,81042	6,5813	9,9015	,00	18,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	8,4000	3,89301	1,23108	5,6151	11,1849	2,00	14,00
	Μεταπτυχιακό/ΡΗδ	1	5,0000	.	.	.	.	5,00	5,00

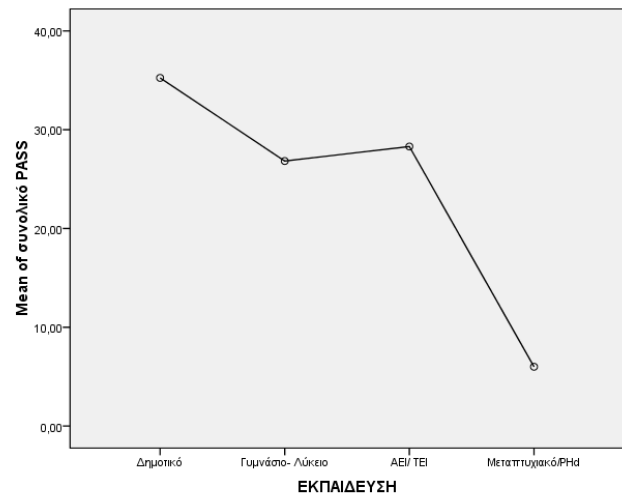
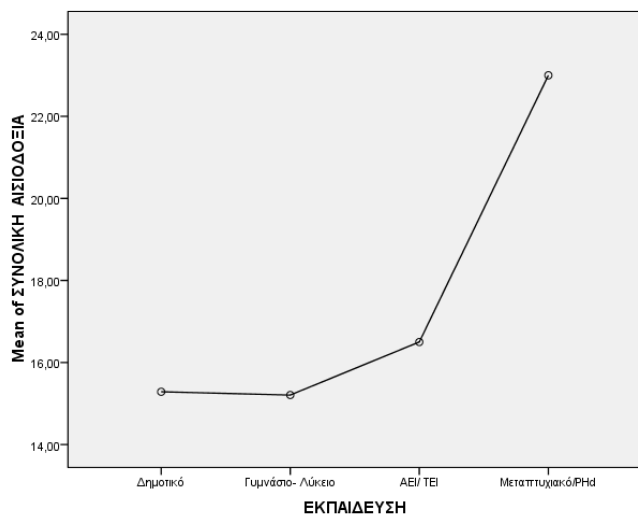
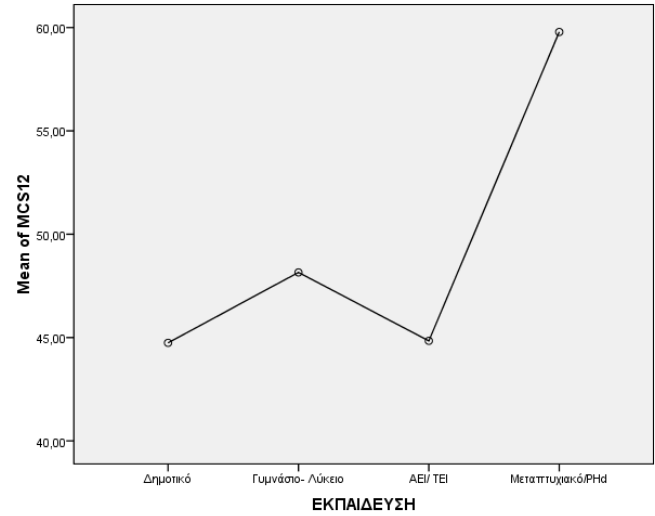
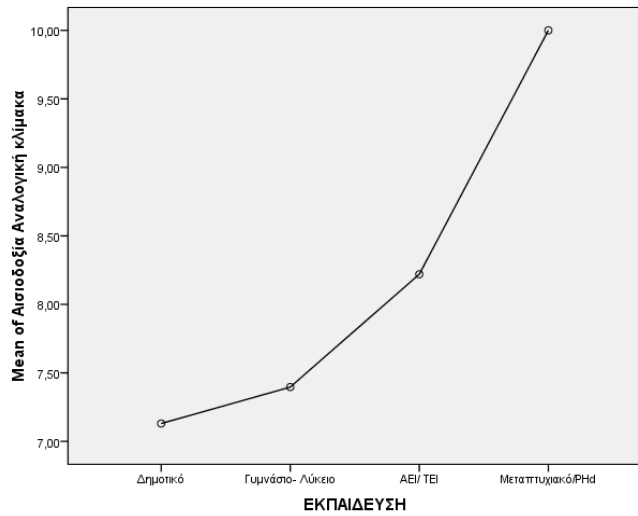
	Total	96	9,0312	4,58247	,46770	8,1028	9,9597	,00	20,00
κλίμακα τρομακτικής	Δημοτικό	56	8,1964	4,81445	,64336	6,9071	9,4857	,00	20,00
σκέψης	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	4,9310	4,34191	,80627	3,2795	6,5826	,00	16,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	4,9000	4,20185	1,32874	1,8942	7,9058	,00	14,00
	Μεταπτυχιακό/PHd	1	,0000	.	.	.	.	,00	,00
	Total	96	6,7812	4,87141	,49719	5,7942	7,7683	,00	20,00
κλίμακα γνωστικού	Δημοτικό	56	9,3214	4,46850	,59713	8,1248	10,5181	1,00	19,00
άγχους	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	7,7931	4,78375	,88832	5,9735	9,6127	,00	17,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	7,9000	4,40833	1,39403	4,7465	11,0535	3,00	16,00
	Μεταπτυχιακό/PHd	1	1,0000	.	.	.	.	1,00	1,00
	Total	96	8,6250	4,61633	,47115	7,6896	9,5604	,00	19,00
κλίμακα σωματικών	Δημοτικό	56	8,1071	4,64241	,62037	6,8639	9,3504	1,00	18,00
αντιδράσεων	Γυμνάσιο- Λύκειο	29	5,8621	4,27388	,79364	4,2364	7,4878	1,00	17,00
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	10	7,1000	4,86370	1,53804	3,6207	10,5793	,00	15,00
	Μεταπτυχιακό/PHd	1	,0000	.	.	.	.	,00	,00
	Total	96	7,2396	4,65605	,47521	6,2962	8,1830	,00	18,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ενταση του Πόνου	Between Groups	69,157	3	23,052	3,760	,013
	Within Groups	564,103	92	6,132		
	Total	633,260	95			
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Between Groups	17,354	3	5,785	,833	,479
	Within Groups	639,084	92	6,947		
	Total	656,438	95			
PCS12	Between Groups	767,313	3	255,771	2,138	,101
	Within Groups	11008,438	92	119,657		
	Total	11775,750	95			
MCS12	Between Groups	425,938	3	141,979	1,050	,374
	Within Groups	12437,147	92	135,186		
	Total	12863,085	95			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Between Groups	71,219	3	23,740	,761	,519
	Within Groups	2868,687	92	31,181		
	Total	2939,906	95			

συνολικό PASS	Between Groups	2170,252	3	723,417	2,799	,044
	Within Groups	23776,738	92	258,443		
	Total	25946,990	95			
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	Between Groups	58,071	3	19,357	,919	,435
	Within Groups	1936,835	92	21,053		
	Total	1994,906	95			
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	Between Groups	292,805	3	97,602	4,578	,005
	Within Groups	1961,601	92	21,322		
	Total	2254,406	95			
κλίμακα γνωστικού άγχους	Between Groups	110,627	3	36,876	1,773	,158
	Within Groups	1913,873	92	20,803		
	Total	2024,500	95			
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	Between Groups	149,784	3	49,928	2,405	,072
	Within Groups	1909,705	92	20,758		
	Total	2059,490	95			





Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Ένταση του Πόνου	1,286	2	93	,281
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	2,801	2	93	,066
PCS12	,311	2	93	,734
MCS12	1,608	2	93	,206

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	2,627	2	93	,078
συνολικό PASS	,105	2	93	,900
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	1,144	2	93	,323
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	,443	2	93	,643
κλίμακα γνωστικού άγχους	,125	2	93	,883
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	1,316	2	93	,273

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ενταση του Πόνου	Between Groups	66,652	2	33,326	5,470	,006
	Within Groups	566,608	93	6,093		
	Total	633,260	95			
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Between Groups	14,474	2	7,237	1,048	,355
	Within Groups	641,964	93	6,903		
	Total	656,438	95			
PCS12	Between Groups	762,790	2	381,395	3,221	,044
	Within Groups	11012,961	93	118,419		
	Total	11775,750	95			
MCS12	Between Groups	222,793	2	111,397	,820	,444
	Within Groups	12640,292	93	135,917		
	Total	12863,085	95			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Between Groups	32,810	2	16,405	,525	,593
	Within Groups	2907,096	93	31,259		
	Total	2939,906	95			
συνολικό PASS	Between Groups	1718,170	2	859,085	3,298	,041
	Within Groups	24228,820	93	260,525		
	Total	25946,990	95			
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	Between Groups	47,562	2	23,781	1,136	,326
	Within Groups	1947,344	93	20,939		
	Total	1994,906	95			
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	Between Groups	270,978	2	135,489	6,353	,003
	Within Groups	1983,429	93	21,327		
	Total	2254,406	95			
κλίμακα γνωστικού άγχους	Between Groups	67,345	2	33,673	1,600	,207

	Within Groups	1957,155	93	21,045		
	Total	2024,500	95			
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	Between Groups	103,957	2	51,978	2,472	,090
	Within Groups	1955,533	93	21,027		
	Total	2059,490	95			

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) ekpaideysi2	(J) ekpaideysi2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Ενταση του Πόνου	1,00	2,00	1,51182 [*]	,56470	,0263	,1351	2,8886
		3,00	2,05195 [*]	,81404	,0402	,0673	4,0366
	2,00	1,00	-1,51182 [*]	,56470	,0263	-2,8886	-,1351
		3,00	,54013	,87405	1,000	-1,5908	2,6711
	3,00	1,00	-2,05195 [*]	,81404	,0402	-4,0366	-,0673
		2,00	-,54013	,87405	1,000	-2,6711	1,5908
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	1,00	2,00	-,26619	,60108	1,000	-1,7317	1,1993
		3,00	-1,25146	,86648	,456	-3,3640	,8611
	2,00	1,00	,26619	,60108	1,000	-1,1993	1,7317
		3,00	-,98527	,93035	,877	-3,2535	1,2830
	3,00	1,00	1,25146	,86648	,456	-,8611	3,3640
		2,00	,98527	,93035	,877	-1,2830	3,2535
PCS12	1,00	2,00	-6,28734 [*]	2,48959	,0397	-12,3571	-,2176
		3,00	-3,02392	3,58887	1,000	-11,7738	5,7259
	2,00	1,00	6,28734 [*]	2,48959	,0397	,2176	12,3571
		3,00	3,26342	3,85341	1,000	-6,1314	12,6582
	3,00	1,00	3,02392	3,58887	1,000	-5,7259	11,7738
		2,00	-3,26342	3,85341	1,000	-12,6582	6,1314
MCS12	1,00	2,00	-3,40843	2,66719	,613	-9,9112	3,0943
		3,00	-1,45518	3,84489	1,000	-10,8292	7,9189
	2,00	1,00	3,40843	2,66719	,613	-3,0943	9,9112
		3,00	1,95326	4,12830	1,000	-8,1118	12,0183
	3,00	1,00	1,45518	3,84489	1,000	-7,9189	10,8292
		2,00	-1,95326	4,12830	1,000	-12,0183	8,1118
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	1,00	2,00	,07882	1,27910	1,000	-3,0397	3,1973

	2,00	3,00	-1,80519	1,84389	,990	-6,3007	2,6903
		1,00	-,07882	1,27910	1,000	-3,1973	3,0397
	3,00	3,00	-1,88401	1,97981	1,000	-6,7109	2,9429
		1,00	1,80519	1,84389	,990	-2,6903	6,3007
		2,00	1,88401	1,97981	1,000	-2,9429	6,7109
συνολικό PASS	1,00	2,00	8,42241	3,69268	,075	-,5805	17,4254
		3,00	8,97727	5,32319	,285	-4,0009	21,9555
	2,00	1,00	-8,42241	3,69268	,075	-17,4254	,5805
		3,00	,55486	5,71557	1,000	-13,3800	14,4897
	3,00	1,00	-8,97727	5,32319	,285	-21,9555	4,0009
		2,00	-,55486	5,71557	1,000	-14,4897	13,3800
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	1,00	2,00	1,38362	1,04688	,569	-1,1687	3,9360
		3,00	1,53409	1,50913	,936	-2,1453	5,2134
	2,00	1,00	-1,38362	1,04688	,569	-3,9360	1,1687
		3,00	,15047	1,62037	1,000	-3,8001	4,1010
	3,00	1,00	-1,53409	1,50913	,936	-5,2134	2,1453
		2,00	-,15047	1,62037	1,000	-4,1010	3,8001
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	1,00	2,00	3,26539*	1,05653	,0079	,6895	5,8413
		3,00	3,74188*	1,52305	,048	,0286	7,4552
	2,00	1,00	-3,26539*	1,05653	,0079	-5,8413	-,6895
		3,00	,47649	1,63532	1,000	-3,5105	4,4635
	3,00	1,00	-3,74188*	1,52305	,0476	-7,4552	-,0286
		2,00	-,47649	1,63532	1,000	-4,4635	3,5105
κλίμακα γνωστικού άγχους	1,00	2,00	1,52833	1,04951	,446	-1,0304	4,0871
		3,00	2,04870	1,51293	,537	-1,6399	5,7373
	2,00	1,00	-1,52833	1,04951	,446	-4,0871	1,0304
		3,00	,52038	1,62445	1,000	-3,4401	4,4809
	3,00	1,00	-2,04870	1,51293	,537	-5,7373	1,6399
		2,00	-,52038	1,62445	1,000	-4,4809	3,4401
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	1,00	2,00	2,24507	1,04908	,105	-,3126	4,8028
		3,00	1,65260	1,51230	,832	-2,0345	5,3397
	2,00	1,00	-2,24507	1,04908	,105	-4,8028	,3126
		3,00	-,59248	1,62377	1,000	-4,5513	3,3664
	3,00	1,00	-1,65260	1,51230	,832	-5,3397	2,0345

	2,00	,59248	1,62377	1,000	-3,3664	4,5513
--	------	--------	---------	-------	---------	--------

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Ενταση του Πόνου	1,340	4	91	,261
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	1,037	4	91	,393
PCS12	1,279	4	91	,284
MCS12	,798	4	91	,530
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	2,129	4	91	,083
συνολικό PASS	1,697	4	91	,157
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	1,398	4	91	,241
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	1,950	4	91	,109
κλίμακα γνωστικού άγχους	1,905	4	91	,116
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	1,352	4	91	,257

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ενταση του Πόνου	Between Groups	44,116	4	11,029	1,704	,156
	Within Groups	589,143	91	6,474		
	Total	633,260	95			
Αισιοδοξία Αναλογική κλίμακα	Between Groups	29,211	4	7,303	1,060	,381
	Within Groups	627,227	91	6,893		
	Total	656,438	95			
PCS12	Between Groups	2872,055	4	718,014	7,338	,000
	Within Groups	8903,695	91	97,843		
	Total	11775,750	95			
MCS12	Between Groups	270,379	4	67,595	,488	,744
	Within Groups	12592,705	91	138,381		
	Total	12863,085	95			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Between Groups	145,963	4	36,491	1,189	,321
	Within Groups	2793,943	91	30,703		
	Total	2939,906	95			

συνολικό PASS	Between Groups	2919,439	4	729,860	2,884	,027
	Within Groups	23027,550	91	253,050		
	Total	25946,990	95			
κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	Between Groups	207,813	4	51,953	2,645	,038
	Within Groups	1787,093	91	19,638		
	Total	1994,906	95			
κλίμακα τρομακτικής σκέψης	Between Groups	204,982	4	51,245	2,275	,067
	Within Groups	2049,424	91	22,521		
	Total	2254,406	95			
κλίμακα γνωστικού άγχους	Between Groups	248,906	4	62,227	3,189	,017
	Within Groups	1775,594	91	19,512		
	Total	2024,500	95			
κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	Between Groups	172,525	4	43,131	2,080	,090
	Within Groups	1886,965	91	20,736		
	Total	2059,490	95			



* Οι κατηγορίες στα μυοσκελετικά δεν είναι αυτές που αναγράφονται στα μυοσκελετικά αλλά: 1.Αυχένας 2. Άνω άκρα 3. Πλάτη- Μέση 4. Κάτω Άκρα 5. Διάφορα σημεία

Ανάλυση συσχέτισης με τον δείκτη Pearson R

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=VASPAIN VASoptimism PCS12 MCS12 TOTASLLOTR totalpass fearavoidance fearfullthinking
cognitiveanxiety phydiologicalrespo
nces sex ilikia occupation education marital kids country epidoma kafkaprol painendiarkeia
xeiroyrgio sleep analgetics
agxolitika fysikotherapeia fysikopalia ergotherapia paliaergotherapia psychologo paliapsychologo
arxikafka
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Ο πίνακας δεν είναι δυνατόν να αντιγραφεί από το SPSS. Αναγράφονται παρακάτω οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και στο κυρίως κείμενο της εργασίας υπάρχουν όλες οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων σε σχέση με τα ειδικά χαρακτηριστικά του δείγματος

ΦΥΛΟ με...	p
επάγγελμα	,264**
Αριθμός παιδιών	,212**
Λήψη επιδόματος ή σύνταξη αναπηρίας	,212**
Χρήση αναλγητικών	-,333**
Ένταση του πόνου	,352**
PCS12	-,207*
MCS12	-,237*
Συνολικό PASS	,266**
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	,326**
Κλίμακα γνωστικού άγχους	,208*
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	,294**
Ηλικία με....	p
Εκπαίδευση	-,531**
Οικογενειακή κατάσταση	,468**
Αριθμός παιδιών	,436**
Μυοσκελετικό πρόβλημα	,215*
Έναρξη προβλήματος και πόνου	,237*
Ένταση του πόνου	,352**
PCS12	-,222*
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	,239*
Επάγγελμα με ...	p
Φύλο	,264**

Αριθμός παιδιών	-,256*
Χειρουργική επέμβαση για το πρόβλημα	,209*
Πρόγραμμα φυσικοθεραπείας	-,211*
Εκπαίδευση με...	p
Ηλικία	-,531**
Οικογενειακή κατάσταση	-,361**
Αριθμός παιδιών	,304**
Φυσικοθεραπεία στο παρελθόν	,202*
Ένταση του πόνου	-,301**
Συνολικό PASS	-,251*
Κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,333**
Κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,201*
Χρήση αναλγητικών	,202*

Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας

Model Summary^f

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,287 ^a	,082	,072	10,72238	,082	8,425	1	94	,005
2	,551 ^b	,304	,289	9,38857	,222	29,606	1	93	,000
3	,585 ^c	,342	,321	9,17542	,038	5,371	1	92	,023
4	,610 ^d	,372	,345	9,01262	,030	4,354	1	91	,040
5	,642 ^e	,412	,379	8,77128	,040	6,077	1	90	,016

a. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης

d. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων

e. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων, Ένταση του Πόνου

f. Dependent Variable: PCS12

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	968,633	1	968,633	8,425	,005 ^a
	Residual	10807,117	94	114,969		

	Total	11775,750	95			
2	Regression	3578,246	2	1789,123	20,297	,000 ^b
	Residual	8197,505	93	88,145		
	Total	11775,750	95			
3	Regression	4030,429	3	1343,476	15,958	,000 ^c
	Residual	7745,322	92	84,188		
	Total	11775,750	95			
4	Regression	4384,059	4	1096,015	13,493	,000 ^d
	Residual	7391,691	91	81,227		
	Total	11775,750	95			
5	Regression	4851,575	5	970,315	12,612	,000 ^e
	Residual	6924,175	90	76,935		
	Total	11775,750	95			

a. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης

d. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων

e. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων, Ενταση του Πόνου

f. Dependent Variable: PCS12

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	28,878	3,249		8,889	,000	22,427	35,328
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,574	,198	,287	2,903	,005	,181	,967
2	(Constant)	44,768	4,077		10,981	,000	36,672	52,863
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,252	,183	,126	1,379	,171	-,111	,616
	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-1,209	,222	-,497	-5,441	,000	-1,650	-,767
3	(Constant)	47,588	4,166		11,423	,000	39,314	55,862
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,099	,191	,050	,520	,604	-,279	,478

	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,741	,296	-,305	-2,503	,014	-1,330	-,153
	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,688	,297	-,301	-2,318	,023	-1,278	-,098
4	(Constant)	49,292	4,173		11,813	,000	41,003	57,581
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,044	,189	,022	,233	,816	-,332	,420
	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,500	,313	-,206	-1,596	,114	-1,122	,122
	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,477	,309	-,209	-1,545	,126	-1,091	,136
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,617	,296	-,258	-2,087	,040	-1,204	-,030
5	(Constant)	54,812	4,638		11,819	,000	45,599	64,026
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,051	,184	,025	,275	,784	-,315	,416
	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,700	,315	-,288	-2,219	,029	-1,327	-,073
	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,015	,354	-,007	-,044	,965	-,719	,688
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,686	,289	-,287	-2,372	,020	-1,260	-,111
	Ενταση του Πόνου	-1,048	,425	-,243	-2,465	,016	-1,892	-,203

a. Dependent Variable: PCS12

Excluded Variables^f

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,497 ^a	-5,441	,000	-,491	,896
	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,523 ^a	-5,338	,000	-,484	,788
	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,406 ^a	-4,080	,000	-,390	,847
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,517 ^a	-5,498	,000	-,495	,843
	Ενταση του Πόνου	-,317 ^a	-3,299	,001	-,324	,955
	ΦΥΛΟ	-,185 ^a	-1,887	,062	-,192	,993
	ΗΛΙΚΙΑ	-,266 ^a	-2,757	,007	-,275	,982
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,163 ^a	1,663	,100	,170	,991
2	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,301 ^b	-2,318	,023	-,235	,423

	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,118 ^b	-,942	,349	-,098	,474
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,321 ^b	-2,724	,008	-,273	,505
	Ενταση του Πόνου	-,266 ^b	-3,115	,002	-,309	,942
	ΦΥΛΟ	-,147 ^b	-1,705	,092	-,175	,986
	ΗΛΙΚΙΑ	-,235 ^b	-2,775	,007	-,278	,977
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,159 ^b	1,850	,067	,189	,991
3	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,016 ^c	-,123	,902	-,013	,411
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,258 ^c	-2,087	,040	-,214	,451
	Ενταση του Πόνου	-,220 ^c	-2,192	,031	-,224	,679
	ΦΥΛΟ	-,086 ^c	-,937	,351	-,098	,852
	ΗΛΙΚΙΑ	-,185 ^c	-2,004	,048	-,206	,816
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,142 ^c	1,684	,096	,174	,983
4	κλίμακα γνωστικού άγχους	,099 ^d	,707	,482	,074	,353
	Ενταση του Πόνου	-,243 ^d	-2,465	,016	-,251	,672
	ΦΥΛΟ	-,049 ^d	-,534	,595	-,056	,816
	ΗΛΙΚΙΑ	-,179 ^d	-1,974	,051	-,204	,815
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,137 ^d	1,656	,101	,172	,982
5	κλίμακα γνωστικού άγχους	,087 ^e	,634	,528	,067	,352
	ΦΥΛΟ	-,004 ^e	-,044	,965	-,005	,781
	ΗΛΙΚΙΑ	-,170 ^e	-1,930	,057	-,200	,814
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,136 ^e	1,680	,096	,175	,982

a. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης

d. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων

e. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, κλίμακα τρομακτικής σκέψης, κλίμακα σωματικών αντιδράσεων, Ενταση του Πόνου

f. Dependent Variable: PCS12

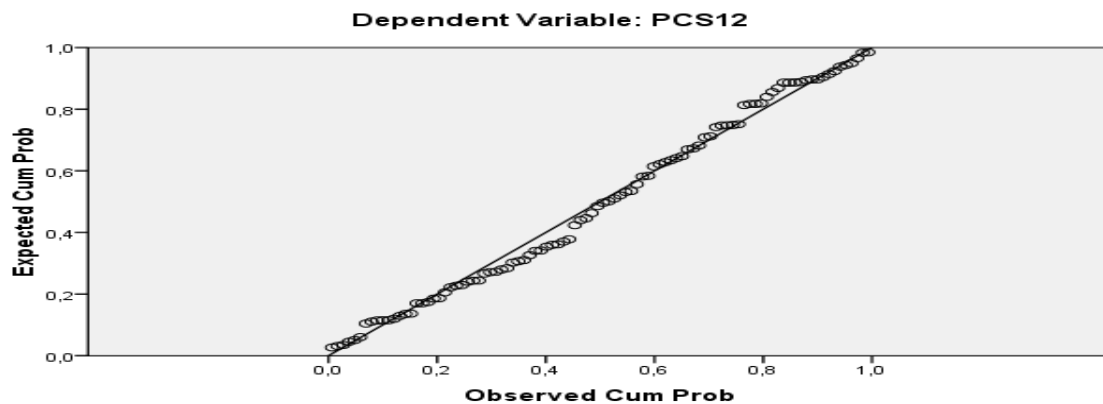
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	19,4041	52,4282	37,7567	7,14627	96
Std. Predicted Value	-2,568	2,053	,000	1,000	96

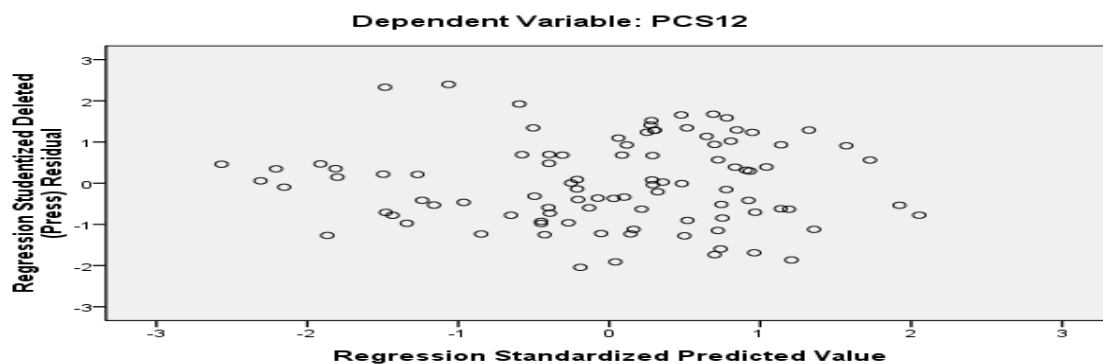
Standard Error of Predicted Value	1,199	3,913	2,123,553		96
Adjusted Predicted Value	18,9706	53,1089	37,6871	7,21636	96
Residual	-16,93257	18,96095	,00000	8,53733	96
Std. Residual	-1,930	2,162,000	,973		96
Stud. Residual	-2,008	2,336,004		1,005	96
Deleted Residual	-18,32694	22,14046	,06954	9,11620	96
Stud. Deleted Residual	-2,043	2,397,005		1,013	96
Mahal. Distance	,786	17,917	4,948	3,230	96
Cook's Distance	,000	,153	,011	,021	96
Centered Leverage Value	,008	,189	,052	,034	96

a. Dependent Variable: PCS12

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



Ανάλυση παλινδρόμησης για την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,443 ^a	,196	,188	10,48700	,196	22,961	1	94	,000
2	,509 ^b	,259	,244	10,12051	,063	7,931	1	93	,006
3	,540 ^c	,292	,269	9,94914	,033	4,231	1	92	,043

a. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, ΦΥΛΟ

d. Dependent Variable: MCS12

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2525,231	1	2525,231	22,961	,000 ^a
	Residual	10337,854	94	109,977		
	Total	12863,085	95			
2	Regression	3337,578	2	1668,789	16,293	,000 ^b
	Residual	9525,507	93	102,425		
	Total	12863,085	95			
3	Regression	3756,422	3	1252,141	12,650	,000 ^c
	Residual	9106,663	92	98,985		
	Total	12863,085	95			

a. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, ΦΥΛΟ

d. Dependent Variable: MCS12

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	31,603	3,178		9,946	,000	25,294	37,912
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,927	,193	,443	4,792	,000	,543	1,311
2	(Constant)	40,469	4,395		9,208	,000	31,742	49,196
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,747	,197	,357	3,789	,000	,356	1,139

	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,674	,239	-,266	-2,816	,006	-1,150	-,199
3	(Constant)	48,216	5,731		8,412	,000	36,833	59,599
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	,726	,194	,347	3,740	,000	,340	1,112
	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,635	,236	-,250	-2,687	,009	-1,104	-,166
	ΦΥΛΟ	-4,580	2,227	-,182	-2,057	,043	-9,003	-,158

a. Dependent Variable: MCS12

Excluded Variables^d

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής	-,266 ^a	-2,816	,006	-,280	,896
	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,267 ^a	-2,644	,010	-,264	,788
	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,252 ^a	-2,579	,011	-,258	,847
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,180 ^a	-1,807	,074	-,184	,843
	Ενταση του Πόνου	-,126 ^a	-1,337	,184	-,137	,955
	ΦΥΛΟ	-,201 ^a	-2,211	,029	-,224	,993
	ΗΛΙΚΙΑ	-,014 ^a	-,145	,885	-,015	,982
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	-,111 ^a	-1,201	,233	-,124	,991
2	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,139 ^b	-1,011	,315	-,105	,423
	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,126 ^b	-,972	,334	-,101	,474
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	-,011 ^b	-,087	,931	-,009	,505
	Ενταση του Πόνου	-,098 ^b	-1,064	,290	-,110	,942
	ΦΥΛΟ	-,182 ^b	-2,057	,043	-,210	,986
	ΗΛΙΚΙΑ	,004 ^b	,040	,968	,004	,977
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	-,114 ^b	-1,274	,206	-,132	,991
3	κλίμακα τρομακτικής σκέψης	-,042 ^c	-,288	,774	-,030	,366
	κλίμακα γνωστικού άγχους	-,081 ^c	-,619	,537	-,065	,458
	κλίμακα σωματικών αντιδράσεων	,072 ^c	,557	,579	,058	,459
	Ενταση του Πόνου	-,040 ^c	-,410	,683	-,043	,835
	ΗΛΙΚΙΑ	,019 ^c	,213	,832	,022	,970

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	-,069 ^c	-,752	,454	-,079	,916
-----------	--------------------	-------	------	-------	------

a. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής

c. Predictors in the Model: (Constant), ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, κλίμακα Φόβου ή Αποφυγής, ΦΥΛΟ

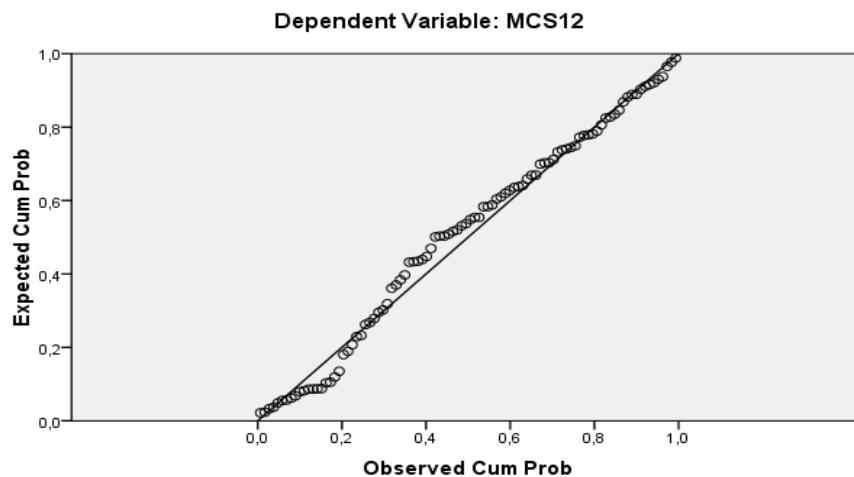
d. Dependent Variable: MCS12

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	29,2672	58,3407	45,9394	6,28819	96
Std. Predicted Value	-2,651	1,972	,000	1,000	96
Standard Error of Predicted Value	1,219	3,613	1,960	,534	96
Adjusted Predicted Value	30,1494	58,1248	45,9349	6,32002	96
Residual	-20,05339	22,48452	,00000	9,79079	96
Std. Residual	-2,016	2,260	,000	,984	96
Stud. Residual	-2,055	2,345	,000	1,006	96
Deleted Residual	-20,84838	24,20774	,00448	10,22501	96
Stud. Deleted Residual	-2,093	2,405	,000	1,013	96
Mahal. Distance	,437	11,537	2,969	2,227	96
Cook's Distance	,000	,119	,011	,018	96
Centered Leverage Value	,005	,121	,031	,023	96

a. Dependent Variable: MCS12

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot

