



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ
ΠΡΟΦΙΛ, ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Γ. ΒΡΥΩΝΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από τη Σχολή Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Τμήματος Νηπιαγωγών)».

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βασίλειος Κούτρας, Καθηγητής, Επιβλέπων Καθηγητής
Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Πολυξένη Παγγέ, Καθηγήτρια, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Ψυχολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καθηγητής, Βασίλειος Κούτρας, Τμήμα Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καθηγήτρια, Πολυξένη Παγγέ, Τμήμα Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καθηγήτρια, Μαίρη Γκούβα, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καθηγήτρια, Ευρυδίκη Πατελάρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Επ. Καθηγητής, Μιχαήλ Κουράκος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καθηγήτρια, Αρτέμιδα Γιώτσα, Τμήμα Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καθηγητής, Ανδρέας Μπρούζος, Τμήμα Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

.....στους αγαπημένους μου γονείς

Ευχαριστίες

Διδακτορική Διατριβή.....ένα ταξίδι στο κόσμο της επιστήμης, της έρευνας των στατιστικών....ένα ταξίδι με πολλούς συνοδοιπόρους αλλά στη βάση του μοναχικό. Ένα ταξίδι που κάθε φορά βλέπεις το τέρμα του να απομακρύνεται επικίνδυνα και κάθε φορά να νομίζεις ότι δεν πρόκειται να φτάσεις ποτέ. Σαν εκείνα τα όνειρα της νύχτας που τρέχεις, τρέχεις για να φτάσεις κάτι και όσο πλησιάζεις αυτό απομακρύνεται.

Είναι μεγάλη η συγκίνησή μου να βρίσκομαι στη θέση να γράψω για όσους με βοήθησαν, για όσους έκαναν το τέρμα να μείνει σε μια σταθερή θέση για να μπορέσω τελικά να το φτάσω.

Ευχαριστώ από την καρδιά μου τον Καθηγητή Βασίλειο Κούτρα για την εμπιστοσύνη του να συνεργαστώ μαζί του στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής, τον ευχαριστώ για την αμέριστη στήριξή του σε κάθε στάδιο αυτού του εγχειρήματος και τη διαρκή επιστημονική του καθοδήγηση. Στην ουσία τον ευχαριστώ από την καρδιά μου για αυτή την πολύτιμη ευκαιρία που μου πρόσφερε, για την ελευθερία και το σεβασμό που επέδειξε στις ερευνητικές επιλογές μου.

Πολλά ευχαριστώ στη συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια Πολυξένη Παγγέ, για την επιστημονική και ηθική στήριξη, για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε σε αυτή την προσπάθεια, για την υπομονή και την κατανόηση με την οποία διαχειρίστηκε τόσο τα επιστημονικά όσο και τα τεχνικά στάδια αυτής της προσπάθειας. Η παρούσα διατριβή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αν η ίδια δεν φρόντιζε για όλα τα σημαντικά και ασήμαντα της τελικής υποβολής.

Με ευγνωμοσύνη θα θυμάμαι πάντα την καθηγήτρια Μαίρη Γκούβα, η οποία από τις προπτυχιακές, μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές στάθηκε κοντά μου ανοίγοντας δρόμους, που ούτε καν είχα ονειρευτεί. Θα την ευχαριστώ για πάντα.

Θερμές ευχαριστίες στον Καθηγητή Παιδαγωγικής με έμφαση στην Επαγγελματική και Εκπαιδευτική Συμβουλευτική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ανδρέα Μπούζο, στην Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Άρτεμις Γιώτσα, στην Καθηγήτρια Ψυχικής Υγείας και Νοσηλευτικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Ευαγγελία Κοτρώτσιου και στην Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης και Περιβαλλοντικής - Αναπαραγωγικής Επιδημιολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Ευρυδίκη Πατελάρου για το χρόνο τους να μελετήσουν την παρούσα ερευνητική μελέτη και να συμμετέχουν στην επταμελή επιτροπή κρίσης.

Πρόλογος

Οι κοινωνικές αποτυπώσεις σχετικά με τα φάρμακα, τη χρησιμότητα και τον τρόπο χρήσης αυτών, εμπεριέχουν την υποκειμενικότητα, δηλαδή την εμπειρία και το βιωματικό αποθεματικό του κάθε ατόμου, αλλά και των οικείων του αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντός του. Επιπροσθέτως οι κοινωνικές αυτές αναπαραστάσεις, ενθυλακώνουν τη συλλογική άποψη για τα φάρμακα και τη χρησιμότητά τους και κατ' επέκταση φέρουν το αποτύπωμα της εκάστοτε επιστημονικής κουλτούρας σε ό,τι αφορά τις έννοιες «φάρμακο» και «θεραπεία».

Ποικίλα ζητήματα ανακύπτουν, ως επακόλουθο της ενδελεχούς μελέτης του φαινομένου της κοινωνικής αναπαράστασης στο χώρο των φαρμάκων, πηγάζοντας κυρίως, από την προαναφερόμενη πολυπλοκότητα και τη φύση του ίδιου του αντικειμένου. Ανάμεσα σε αυτά, κυρίαρχο είναι το θέμα των στάσεων και των αντιλήψεων των νέων ανθρώπων αναφορικά με τα φάρμακα, τη χρησιμότητα, αλλά και τη χρήση τους, θέμα που αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία της παρούσας μελέτης. Το ζήτημα αυτό είναι πολυπαραγοντικό, αποτυπώνοντας απόψεις και συμπεριφορές ατόμων απέναντι στα φάρμακα, ως αποτέλεσμα ατομικών προσλαμβανουσών ή κοινωνικών χαρακτηριστικών. Ως εκ τούτου, είναι αδύνατον το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο να ανταπεξέλθει, εστιάζοντας στην αντιμετώπιση της κάθε ασθένειας σε όλους αυτούς τους παράγοντες.

Αναφερόμενοι στις κοινωνικές αναπαραστάσεις και αποτυπώσεις στο χώρο των φαρμάκων, καταγράφουμε φαινόμενα που αποτελούν συνάρτηση όλων των προαναφερθέντων διαστάσεων. Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι το θέμα αυτό απασχολεί μεγάλο μέρος της επιστημονικής-ερευνητικής κοινότητας, αναδεικνύοντας τη σημασία του. Η στάση και η αντίληψη

νέων ατόμων, φοιτητών αλλά όλων γενικά των ανθρώπων απέναντι στη χρήση συγκεκριμένων κατηγοριών φαρμάκων, όπως τα ηρεμιστικά και τα ναρκωτικά αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως το αλκοόλ, είναι αντικείμενο μελέτης πολλών εργασιών.

* *

Η παρούσα διδακτορική διατριβή δομείται ως εξής:

- Α) Στο *Γενικό Μέρος* γίνεται παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας.
- Β) Στο *Ειδικό Μέρος*, παρατίθεται αναλυτικά η μεθοδολογία υλοποίησης, τόσο σχετικά με τη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων όσο και με την επεξεργασία τους, ενώ περιγράφονται λεπτομερώς και με τεκμηριωμένο τρόπο τα εργαλεία που αξιοποιήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση.
- Γ) Στη συνέχεια, γίνεται *Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων* με πίνακες και διαγράμματα.
- Δ) Στη *Συζήτηση των Αποτελεσμάτων*, γίνεται σχολιασμός και προσπάθεια ερμηνείας αυτών, με βάση τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα στην Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Ειδική αναφορά γίνεται στους περιορισμούς αλλά και τις μελλοντικές προοπτικές που διαφαίνονται μέσα από την παρούσα μελέτη, σε ξεχωριστή υποενότητα στην αρχή του κεφαλαίου αυτού.
- Ε) Στα *Συμπεράσματα* γίνεται σύνοψη των βασικών σημείων της έρευνας αυτής.
- ΣΤ) Ακολουθεί *Περίληψη της διατριβής στην Ελληνική γλώσσα*.
- Ζ) Περιλαμβάνεται *Περίληψη* με εκτενή ανάλυση της διατριβής στην *Αγγλική γλώσσα*.
- Η) Παρατίθεται η *Βιβλιογραφία* που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή της διδακτορικής διατριβής.
- Θ) Τέλος, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης παρουσιάζονται σε σχετικό παράρτημα.

**

Αξίζει να σημειωθεί ότι η διερεύνηση και η αποτύπωση της στάσης των επαγγελματιών εκπαίδευσης και επαγγελματιών υγείας ως προς τη χρήση φαρμάκων και η συσχέτιση της στάσης αυτής με το ψυχολογικό προφίλ, τα ειδικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους και την αγωγή υγείας μελετάται για πρώτη φορά σε διεθνές επίπεδο, γεγονός που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μας θα αποτελέσουν εφαλτήριο για νέες συζητήσεις.

Περιεχόμενα

<i>Ευχαριστίες</i>	5
<i>Πρόλογος</i>	7
<i>ΜΕΡΟΣ I (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)</i>	14
1. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟ-ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	15
1.1 Τα Φάρμακα στην Ιπποκρατική Ιατρική και η στάση απέναντι στη Φαρμακοχρησία	16
2. Διαπολιτισμικές πεποιθήσεις για τη φαρμακευτική αγωγή	18
3. Φάρμακα και θεραπευτική συμμόρφωση	27
4. Κοινωνικές αναπαραστάσεις και στάσεις απέναντι στα φάρμακα	38
5. Οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι εμπειρίες των ανθρώπων για την εξάρτηση των φαρμάκων	45
<i>ΜΕΡΟΣ II (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)</i>	49
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	50
1.1 Σκοπός	50
1.2 Ερευνητικές Υποθέσεις	51
1.3 Υλικά και Μέθοδοι	52
2. Μεθοδολογία της έρευνας	54
2.1 Δείγμα	54
2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	55
3. Στατιστική επεξεργασία	64

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	66
4.1. Περιγραφή και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων	66
5. Αποτελέσματα περιγραφικών στοιχείων ως προς τη χρήση και την αναπαράσταση της χρήσης των φαρμάκων	68
6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	81
6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	81
6.2. Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	86
6.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων του δείγματος ως προς την επαγγελματική και φοιτητική τους κατάσταση	88
6.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων	92
6.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών των πεποιθήσεων για την απαραίτητη καθημερινή χρήση των φαρμάκων	95
6.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της στάσης των ατόμων να παίρνουν αυτοβούλως κάποια φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή	97
6.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων να θεωρούν κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους	101
6.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της συνήθειας των ατόμων του συνόλου του δείγματος να αντιμετωπίζουν κάποιους από τους πόνους με παυσίπονα	104
6.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα	107
6.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιβιοτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος	110
6.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των δερματολογικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος	113
6.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντισταμινικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος	116

.14 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των κορτιζονούχων φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος_____	119
6.15 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των οφθαλμολογικών κολλυρίων των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	122
6.16 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιεμετικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος_____	125
6.17 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος_____	128
6.18 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας των ατόμων του συνόλου του δείγματος___	131
6.19 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης ορμονών των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	134
6.20 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της χρήσης βιταμινών των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	136
6.21 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης συμπληρωμάτων διατροφής των ατόμων του συνόλου του δείγματος_____	139
6.22 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης αντικαταθλιπτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	141
6.23 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης φυτικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	144
6.24 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της χρήσης φαρμάκων για τη σεξουαλικότητα των ατόμων του συνόλου του δείγματος _____	147
7. Διμεταβλητές Συσχετίσεις _____	150
7.1. Συσχετίσεις των επαγγελματιών και των φοιτητών _____	150
8. Συζήτηση_____	154
8.1 Οριοθετήσεις- Περιορισμοί της έρευνας_____	154
8.2 Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων _____	155

8.3 Διαφορές Εκπαιδευτικών - Επαγγελματιών Υγείας ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στη λήψη φαρμάκων _____	156
8.4 Διαφορές Εκπαιδευτικών - Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στη Χρήση των Φαρμάκων	157
8.5 Διαφορές επαγγελματιών - φοιτητών ως προς τη χρήση και τη στάση τους απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων _____	160
9. Συμπεράσματα - Προτάσεις _____	161
ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____	164
ABSTRACT _____	168
<i>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i> _____	172

ΜΕΡΟΣ Ι (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)

1. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟ-ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Σύμφωνα με τον Ησίοδο, τον Όμηρο και τους τραγικούς ποιητές, η προϊπποκρατική ιατρική ανάγεται στη μυθολογία. Χαρακτηρίζεται δε, από μία αντίληψη μαγικο-θρησκευτική (Ayache, 1999). Υπάρχουν αναφορές στα Ομηρικά έπη, σύμφωνα με τις οποίες, ο Παδαλείριος και ο Μαχαών, γιοί του Ασκληπιού, φέρονται να φροντίζουν τα τραύματα και τις πληγές των πολεμιστών στη μάχη. Ειδικότερα ο Μαχαών αφαιρεί, ως χειρουργός, τα βέλη από τις πληγές, ενώ ο Παδαλείριος περιποιείται τα προκληθέντα τραύματα με παυσίπονα φάρμακα, που προέρχονται από κονιοποιημένα βότανα (Σπαγάνδου και συν., 2002). Αναφορά επίσης γίνεται στους θεούς Απόλλωνα και Αρτέμιδα, που τιμωρητικά στέλνουν ασθένειες στους ανθρώπους και οι ίδιοι τις θεραπεύουν, θέτοντας και μία υπερφυσική παράμετρο στα αίτια της ασθένειας (Κοντοπούλου, 2004).

Ο Ασκληπιός ήταν γιός του θεού Απόλλωνα και της θνητής Κορωνίδας. Θεωρείται ως ο πατέρας της ιατρικής. Λέγεται ότι με τη θανάτωση της μητέρας του από τον ίδιο τον θεό Απόλλωνα, οδηγήθηκε στον Κένταυρο Χείρωνα και διδάχθηκε από εκείνον την τέχνη του θεραπεύειν, «άλλοτε με ήπια μαγικά φίλτρα, άλλοτε δίνοντας τους σωτήρια φάρμακα και άλλοτε εφαρμόζοντας στο μέλη τους όλα τα είδη θεραπείας» (Πυθιονικοί, III, 3) (Ayache, 1999). Μάλιστα, καθώς ο Ασκληπιός κατάφερε να επαναφέρει στη ζωή έναν άνθρωπο που μόλις είχε πεθάνει, ο Πλούτωνας διαμαρτυρήθηκε στον πατέρα των θεών, Δία, διότι υποστήριξε ότι διαταράσσεται έτσι η κοσμική τάξη. Ο Δίας σκοτώνει τον Ασκληπιό, αλλά του δίνει μία θέση ανάμεσα στους αθανάτους του Ολύμπου (Ackerknecht, 1998). Έτσι ο Ασκληπιός θεοποιήθηκε, μετά θάνατον, εξαπλώνοντας στον ελληνικό χώρο τα Ασκληπιεία, τα οποία

αποτελούσαν ιερούς τόπους λατρείας στο θεό, ενώ παράλληλα λειτουργούσαν ως τα πρώτα θεραπευτικά και φαρμακευτικά κέντρα (Krug, 1997).

1.1 Τα Φάρμακα στην Ιπποκρατική Ιατρική και η στάση απέναντι στη Φαρμακοχρησία

Σύμφωνα με την ιπποκρατική θεραπευτική θεώρηση, στόχος είναι η αποκατάσταση της ενότητας και της λειτουργικότητας του ανθρώπινου οργανισμού, που απειλείται ή βλάπτεται από κάποιον εξωγενή ή ενδογενή παράγοντα (Ayache, 1999). Κατά τον Ιπποκράτη, οι επιδράσεις που βιώνει ο άνθρωπος δεν σχετίζονται μόνο με περιβαλλοντικούς και εξωγενείς παράγοντες, αλλά και με την ίδια την ιδιοσυστασία του. Επί της ουσίας, εγκαθιδρύει την επιστήμη της φυσιολογίας του οργανισμού, θεμελιώνοντας τη χυμοφυσιολογία (Ευτυχιάδου, 1995). Οι τέσσερις χυμοί, δηλαδή το αίμα, το φλέγμα, η ξανθή χολή και η μαύρη χολή εκκρίνονται από τα τέσσερα βασικά όργανα, δηλαδή την καρδιά, τον εγκέφαλο, τον ήπαρ και τον σπλήνα, κατ' αντιστοιχία (Κοτουβίδη, 1993). Οποιαδήποτε ασθένεια ή δυσλειτουργία μπορεί να αποδοθεί σε ποιοτική ή ποσοτική απορρύθμιση. Για την αποκατάσταση της αναλογίας ανάμεσα στους τέσσερις χυμούς, ο ιατρός επιδιώκει την κάθαρση, μέσω της απόθησης, της έλξης, της ακινητοποίησης ή της έκκρισης του παθογόνου χυμού ή της ενίσχυσης του χυμού που βρίσκεται σε έλλειμμα. Είναι φανερή η αντιστοιχία των τεσσάρων χυμών με τα τέσσερα στοιχεία (πύρ, αήρ, ύδωρ, γη), που αποτελούν κάθε έμβιο ή άβιο ον στον κόσμο, κατά τον προσωκρατικό φιλόσοφο Εμπεδοκλή.

Για την αντιμετώπιση του αιτίου της κάθε ασθένειας, κατά την Ιπποκρατική Ιατρική, άλλοτε συστήνεται η τροποποίηση της διατροφής, της άσκησης και του τρόπου ζωής, άλλοτε η χορήγηση φαρμάκων ή η χειρουργική επέμβαση ενώ σε κάθε περίπτωση γίνεται προσπάθεια αξιοποίησης της θεραπευτικής δύναμης της φύσης

(Κιαπόκας, 1996). Η ίδια η φύση είναι ο ιατρός (Επιδημίες, 6, 5) και οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενίσχυση της λειτουργίας της (Τσεκουράκης, 2008). Ο ιπποκρατικός ιατρός αντιλαμβάνεται ότι η δύναμη της ιατρικής είναι περιορισμένη (Περί ευσημοσύνης, 6), ότι τα νοσήματα είναι ισχυρά (Αφορισμοί, 7, 87) και ότι ο ανθρώπινος οργανισμός είναι αδύναμος (Περί τόπων των κατά άνθρωπον, 43). Έτσι, δεν υπάρχει κάποια καθολική αρχή που μπορεί να υιοθετηθεί και που μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση όλων των ασθενειών (Αποστολίδης, 1997). Ο ιπποκρατικός ιατρός προσπαθεί να θεραπεύσει τις ασθένειες που θεωρούνται ιάσιμες, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να προσφέρει ανακουφιστική φροντίδα στις περιπτώσεις που θεωρούνται ανίατες (Pollak, 2007). Κατά τους Αφορισμούς (Z, 87), «ό,τι δεν θεραπεύεται με φάρμακα, μπορεί να θεραπευτεί με εγχείρηση, ό,τι δεν θεραπεύεται με εγχείρηση, θεραπεύεται με καυτηρίαση, ενώ ό,τι δεν θεραπεύεται με την καυτηρίαση, πρέπει να θεωρείται ως ανίατο. Έτσι γίνεται κατανοητή η κλιμάκωση στη θεραπευτική παρέμβαση.

2. Διαπολιτισμικές πεποιθήσεις για τη φαρμακευτική αγωγή

Ο πολιτισμός είναι το συλλογικό ουσιαστικό στοιχείο, στο οποίο βασίζονται τα συμβατικά πρότυπα της σκέψης και της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των πεποιθήσεων αξίας αλλά και των κανόνων συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν μια διακριτή κοινωνική ομάδα και που διδάσκονται, δεν κληρονομούνται (Tattersall, 1995) και μεταδίδονται μέσω των συγγενικών σχέσεων, της γλώσσας και των τροφίμων, που αποτελούν τις θεμελιώδεις διαστάσεις και τους κυρίαρχους φορείς του πολιτισμού (Jonchelovitch & Gervais, 1999). Είναι λογικό ότι εθνικές ή πολιτισμικές διαφορές μπορεί να έχουν ισχυρή επίδραση στη ζωή των ανθρώπων και αναπόφευκτα και στον τομέα της Υγείας (Helman, 1990). Μάλιστα έχει παρατηρηθεί και καταγραφεί μετά από μακροχρόνια μελέτη στον τομέα αυτό, συμπεριφορές που είναι χαρακτηριστικές για συγκεκριμένες πολιτιστικές ομάδες. Φαίνεται ότι ο πολιτισμός επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τα επεξηγηματικά μοντέλα, που αποτελούν θεμελιώδεις θεωρίες για τα αίτια και τους μηχανισμούς της νόσου και της ασθένειας που υιοθετούνται από τους ανθρώπους (Kleinman, 1980).

Ειδικό ενδιαφέρον διαπιστώνεται βέβαια και για τη χρήση φαρμάκων. Στις αναπτυγμένες χώρες, η συνταγογράφηση ενός φαρμάκου θεωρείται ως η πιο κοινή ιατρική παρέμβαση. Είναι ενδιαφέρουσα η μελέτη των απόψεων του πληθυσμού σχετικά με τη συνταγογράφηση, τη φαρμακευτική αγωγή και τη συμμόρφωση σε αυτή. Οι αντιλήψεις σχετικά με την εγγενή φύση των φαρμάκων, την ικανότητά τους να ωφελήσουν ή να ζημιώσουν, ο βαθμός υπερκατανάλωσής τους είναι οι βασικές κατηγορίες των κοινών πεποιθήσεων, αν αυτές μπορούσαν να ομαδοποιούν (Horne, 1997). Μεγάλο ποσοστό ανθρώπων εμφανίζεται προβληματισμένο και επιφυλακτικό σχετικά με τη χημική προέλευση των φαρμάκων. Πολλοί είναι εκείνοι που θεωρούν ότι πιθανότατα διάφορες συμπληρωματικές φυσικές θεραπείες θα μπορούσαν να είναι

περισσότερο ευεργετικές (Lam, 2001). Οι προτιμήσεις θεραπείας, οι οδοί περίθαλψης και η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζονται από τις προαναφερθείσες αντιλήψεις (Horne, 2000).

Πέραν των αντιλήψεων για τη φύση και τη χρήση των φαρμάκων, είναι διαφορετικός ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι εκφράζουν την ανησυχία τους για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Κατά συνέπεια, εκείνοι που εμφανίζονται ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις δυσμενείς επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής, αντιλαμβάνονται τα φάρμακα ως τοξικούς παράγοντες («δηλητήρια»), που συνταγογραφούνται αλόγιστα από τους γιατρούς (Horne, 1997). Ειδικότερα η ομάδα του Horne, το 2004 διερεύνησε και κατέγραψε σε ένα δείγμα 600 πτυχιούχων φοιτητών του Ηνωμένου Βασιλείου, ασιατικού ή ευρωπαϊκού πολιτιστικού υπόβαθρου, τις ανησυχίες εν γένει σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων αλλά και τις προσωπικές αντιλήψεις για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες (Horne, 1997). Διαφάνηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πολιτισμικού υπόβαθρου και των πεποιθήσεων για τα φάρμακα, ακόμη και στην περίπτωση που το δείγμα διαφοροποιήθηκε από την επιλεγείσα πορεία σπουδών, την εμπειρία από τη λήψη φαρμάκων και το φύλο. Μάλιστα αποδείχθηκε ότι οι σπουδαστές που διέθεταν ασιατικό υπόβαθρο αντιλαμβάνονταν τα φάρμακα ως εγγενώς επιβλαβή, συγκρινόμενοι με τους σπουδαστές που είχαν ευρωπαϊκό υπόβαθρο (Horne et al., 2004). Ο Mårdby και οι συνεργάτες του, το 2009, επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά, αφού διαπίστωσαν ότι άνθρωποι ευρωπαϊκής προέλευσης είχαν πιο θετική στάση για τα φάρμακα, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν ασιατική προέλευση (Mårdby, 2009).

Αναφορικά με την κατάλληλη χρήση αντιβιοτικών και την πιθανή αυτοθεραπεία έναντι μολυσματικών καταστάσεων, καθοριστική είναι η επίδραση των πολιτιστικών παραγόντων στις πεποιθήσεις και γνώσεις των ασθενών, σε διάφορες χώρες του

κόσμου. Οι εθνικές και πολιτισμικές διαφορές, σε επιστημονικό επίπεδο και συγκεκριμένα σε ό,τι αφορά τη γνώση του ευρύτερου κοινού φαίνεται ότι επηρεάζουν τον βαθμό κατανάλωσης αντιβιοτικών. Οι ευρωπαϊκές χώρες που παρουσιάζουν την υψηλότερη κατανάλωση αντιβιοτικών σε περιπτώσεις λοιμώξεων κυρίως του αναπνευστικού συστήματος είναι η Τουρκία, η Γαλλία και η Ισπανία. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η διερεύνηση της στάσης των πολιτών διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών ως προς την αυτοθεραπεία μέσω αντιβιοτικών, την κατανόηση και ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανθεκτικότητα των αντιβιοτικών φαρμάκων, αλλά και τους γενικότερες γνώσεις για την αποτελεσματικότητα των αντιβιώσεων σε βακτηριακές μολύνσεις και σε περίπτωση νόσων οφειλόμενων σε ιούς (Grigoryan et al., 2007). Στην εν λόγω έρευνα, το συνολικό ποσοστό μέσης ανταπόκρισης όλων των χωρών ήταν 89% και προέκυψε ότι οι χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης είχαν μειωμένες γνώσεις, λανθασμένες αντιλήψεις, συμπεριφορές και πεποιθήσεις, σε σύγκριση με τους Σουηδούς ερωτηθέντες, οι οποίοι αποδείχθηκε ότι διαθέτουν αυξημένο υγειονομικό και εκπαιδευτικό σύστημα για μία τουλάχιστον μία από τις προαναφερθείσες διαστάσεις. Πολίτες της Μεγάλης Βρετανίας, της Λιθουανίας και της Τσεχίας, παρουσιάστηκαν θετικοί απέναντι στην αυτοθεραπεία με αντιβιοτικά, ειδικά για την περίπτωση συμπτωμάτων βρογχίτιδας. Οι διαφορές που εντοπίζονται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων και η πολιτική αποζημίωση είναι οι βασικότερες παράμετροι που επηρεάζουν τη στάση του κοινού απέναντι στη χρήση αντιβιοτικών και την αυτο-φαρμακευτική αγωγή (Grigoryan et al., 2007). Οι εκστρατείες δημόσιας εκπαίδευσης, που περιλαμβάνουν ποικίλα μέσα μετάδοσης μηνυμάτων, όπως είναι η ανάρτηση αφισών, η διανομή φυλλαδίων και σποραδικών slots αποδεικνύονται αποτελεσματικοί τρόποι για την αλλαγή των πεποιθήσεων σχετικά με τη χρήση αντιβιοτικών και την ενίσχυση των

σχετικών γνώσεων. Η συντονισμένη προσπάθεια εκ μέρους του ιατρικού κόσμου σε συνεργασία με τις διεθνείς οργανώσεις είναι πιθανό ότι θα καταφέρουν να ενδυναμώσουν τους πολίτες και τη γνώση τους για το συγκεκριμένο ζήτημα.

Η χρονική σταθερότητα, η οποία μας δείχνει το βαθμό μεταβολής της πεποίθησης σε συνάρτηση του χρόνου ή κάτω από διαφορετικές συνθήκες, για τα φάρμακα, είναι ένας σημαντικός παράγοντας μελέτης. Δείχνει κατά πόσο οι διάφορες αντιλήψεις παραμένουν σταθερές ή μεταβάλλονται ανάλογα με τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας. Ειδικότερα είναι ενδιαφέρουσα η διερεύνηση της δυσκολίας της αλλαγής πεποιθήσεων σε ζητήματα υγείας, που έχουν σχηματιστεί σε μικρή ηλικία (Porteous et al., 2010). Η προσήλωση των ανηλίκων στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και κατά συνέπεια και η έκβαση των συμπτωμάτων νόσων, όπως είναι το άσθμα ή ο διαβήτης είναι μειωμένη κατά την μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Κατά την εφηβική ηλικία, η διαχείριση της χρήσης διαφόρων φαρμάκων υποβοηθάται από την ανάπτυξη ειδικών αυτορρυθμιστικών και οργανωτικών χαρακτηριστικών. Εμφανίζονται κάποιες παράμετροι που δυνητικά επηρεάζουν τη σωστή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής, όπως είναι η ελλιπής ή η απουσία ενημέρωσης των εφήβων για την κατανάλωση των φαρμάκων, η ανεπάρκεια της προσαρμογής στα συμπτώματα της ασθένειας ή της χρόνιας νόσου και η επιθυμία της ανεξαρτησίας έναντι των φαρμάκων (Kester et al, 2014).

Η σύγκριση των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών 270 παιδιών στις ΗΠΑ, ομαδοποιημένα σε εκείνα που είναι μεγαλύτερα ή έντεκα (11) ετών και σε εκείνα που είναι κάτω των έντεκα (11) ετών (2 ομάδες) είναι αντικείμενο μελέτης του Porteous και των συνεργατών του, το 2010. Αποδείχθηκε ότι υπάρχει σταθερότητα στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με θέματα υγείας μέχρι την ηλικία των 9 με 10 χρόνων, ενώ μικρές αλλαγές παρατηρήθηκαν καθώς τα παιδιά μετακινούνταν στην

εφηβεία. Δεν προέκυψε σαφές αποτέλεσμα σχετικά με την αντίστοιχη σταθερότητα κατά την ενήλικη ζωή ή αν κάποιες αλλαγές στην κατάσταση της υγείας πιθανά μπορούν να επηρεάσουν αυτές τις πεποιθήσεις (Porteous et al., 2010).

Καταγράφεται ανησυχία μεταξύ των εφήβων αναφορικά με ζητήματα υγείας και φαίνεται ότι οι πεποιθήσεις τους μπορεί να επηρεάζουν την κατανάλωση υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, οι στάσεις και αντιλήψεις των ανηλίκων ασθενών απέναντι στα φάρμακα και η ενίσχυση του γνωστικού φορτίου για τη φαρμακευτική αγωγή αποτελούν σημαντικό παράγοντα καθοδήγησης για σωστή και αποτελεσματική θεραπεία. Δεδομένα από τη μελέτη της ομάδας του Kester που πραγματοποιήθηκε το 2014 και στη οποία συμμετείχαν 434 έφηβοι, έδειξε ότι οι μισοί από αυτούς θεωρούσαν ότι οι ιατροί συνήθως υπερβαίνουν τα όρια συνταγογράφησης φαρμάκων ενώ περίπου το 20% του δείγματος θεωρεί ότι το φάρμακο είναι επιβλαβές. Επίσης οι έφηβοι που λαμβάνουν φάρμακα παρουσίαζαν λιγότερο αρνητικές αντιλήψεις. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι φυλετικές και εθνικές ανισότητες επηρεάζουν τη στάση των εφήβων ως προς την κατανάλωση των φαρμάκων και τη σοβαρότητα της νόσου. Οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να μπορούν να τονώσουν την αυτοδιαχείριση και τη συμμόρφωση των εφήβων ασθενών και να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις, μέσω της «ηλεκτρονικής» προσέγγισης αλλά και του εικονικού μαθησιακού περιβάλλοντος (Kester et al., 2014).

Είναι καταγεγραμμένο σε παγκόσμιο επίπεδο ότι παιδιά μικρής ηλικίας, που συνήθως έχουν ευαισθησία σε λοιμώξεις, κυρίως του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αντιβιοτικών. Καθώς συχνά, πολλές από αυτές τις λοιμώξεις είναι ιογενείς, παρατηρείται, κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ακατάλληλη ή περιττή χρήση αντιβιοτικών. Επομένως, η αυξανόμενη χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να αποδοθεί στην υπερβολική

φαρμακευτική συνταγογράφηση, στην εύκολη πρόσβαση στα αντιβιοτικά αλλά και στην ελλιπή γνώση των γονέων σχετικά με τη λελογισμένη χρήση αυτών. Σε αγροτικές περιοχές της Κίνας, έχει παρατηρηθεί ότι οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των γονέων είναι ανεπαρκείς ως προς την κατάλληλη χρήση αντιβιοτικών, τις μεθόδους χορήγησης και τις αλληλεπιδράσεις με την ιατρική περίθαλψη (Yu et al., 2014). Ειδικότερα, το 79 % των γονέων (n=854), λανθασμένα ισχυρίζονται ότι τα αντιβιοτικά είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση ιογενών λοιμώξεων και άμεσα ελαττώνουν τα συμπτώματα της νόσου. Το 50% των γονέων λανθασμένα υποστηρίζουν ότι αν λάβουν εκ των προτέρων αντιβιοτικά, τότε αποτρέπουν τα κοινά κρυολογήματα. Είναι σημαντικές οι διαφορές πεποιθήσεων ανάμεσα στους γονείς που διαμένουν στις κεντρικές πόλεις σε σχέση με εκείνους που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές. Επομένως απαιτείται κατάλληλος σχεδιασμός, ώστε να έχει και η δεύτερη ομάδα πρόσβαση σε γνώση που αφορά την υγεία και τη σωστή χρήση αντιβιοτικών. Αυτό το ρόλο έχουν αναλάβει ιατροί που υπηρετούν στις περιοχές αυτές, διαδίδοντας επαγγελματική και υπεύθυνη γνώση σχετικά με τη διαχείριση των παιδικών λοιμώξεων. Είναι αναγκαίο να ενισχύεται η διαπροσωπική επικοινωνία με τους γονείς, με σκοπό τον περιορισμό της κατάχρησης των φαρμάκων και της άσκοπης προσυμπτωματικής χορήγησης αυτών.

Οι αντιλήψεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και φαίνεται να διαφοροποιούνται οι πεποιθήσεις αυτές σχετικά με τη χρήση φαρμάκων μεταξύ ασθενών, ιατρών και νοσηλευτών. Οι ασθενείς είναι εκείνοι που ενοχοποιούν τα φάρμακα, ως επιβλαβή και προσπαθούν να τα αποφεύγουν. Οι νοσηλευτές και οι γενικοί ιατροί, στο πλαίσιο της κλινικής ρουτίνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντιμετωπίζουν καθημερινά τις ίδιες ομάδες ασθενών με χρόνια νοσήματα. Η ανισορροπία και η διάσταση απόψεων που συναντάται συχνά μεταξύ ασθενούς και ιατρού είναι απαντάται σπανιότερα στη σχέση μεταξύ των νοσηλευτών και του

ασθενούς. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι ασθενείς νιώθουν πιο προσιτούς τους νοσηλευτές, αφού έχουν κοινές απόψεις, κατά την επικοινωνία τους σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους. Οι διαφορετικές απόψεις για την περίθαλψη των ασθενών συνεπαγωγικά μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορές στη στάση απέναντι στα φάρμακα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που τελικά πιθανά να οδηγήσουν σε διαφορετική προσέγγιση σχετικά με το είδος της θεραπείας που προτείνουν για τον κάθε ασθενή (Mårdby et al., 2009).

Κατά την ίδια ερευνητική ομάδα, διεξάγοντας μια μελέτη με ερωτηματολόγια σε σπουδαστές ιατρικής και νοσηλευτικής, στη Σουηδία, έδειξαν ότι πεπειθήσεις ως προς τα φάρμακα σε κάθε κατηγορία φοιτητών, μπορεί να διαμορφωθεί έντονα κατά την εκπαίδευση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Mårdby et al., 2009). Έτσι οι αντιλήψεις των φοιτητών της ιατρικής είναι περισσότερο θετικές σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων, σε σύγκριση με τους φοιτητές της νοσηλευτικής. Οι φοιτητές της ιατρικής εντόπιζαν περισσότερα οφέλη και λιγότερες επιβλαβείς επιδράσεις των φαρμάκων στους ασθενείς σε σύγκριση με τους νοσηλευτές. Φυσικά και η καταγωγή των ιατρών και των νοσηλευτών ή των γονέων τους, ήταν εξίσου σημαντική παράμετρος επίδρασης στη δημιουργία πεπειθήσεων για τη χρήση των φαρμάκων, αφού σε λεπτομερέστερη ανάλυση των δεδομένων εντοπίστηκαν και διαφορές που μπορούσαν να συσχετιστούν με γεωγραφικά κριτήρια. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε μία θετικότερη στάση απέναντι στα φάρμακα από τους ιατρούς σκανδιναβικής καταγωγής (Mårdby et al., 2009).

Ο Mårdby και οι συνεργάτες του, το ίδιο έτος, υλοποίησαν μία έρευνα με ερωτηματολόγια σε γιατρούς και νοσηλευτές στην επαρχία Västra Götaland της Σουηδίας. Και πάλι εντοπίστηκαν διαφορές στις αντιλήψεις περί φαρμάκων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, με τους πρώτους να τα θεωρούν περισσότερο ευεργετικά και

λιγότερο επιβλαβή, ενώ δεν παρατηρήθηκε επίδραση του φύλου των ερωτηθέντων στις πεποιθήσεις τους (Mårdby et al., 2009).

Η στάση των Σουηδών ενηλίκων ως προς τα φάρμακα και την ευαισθησία για τις ευεργετικές και αρνητικές χρήσεις αυτών, ανάμεσα σε συνταγογραφούμενα φάρμακα χημικής προέλευσης και σε φυτικές θεραπείες, μελετήθηκε από τους Andersson Sundell και Jönsson το 2016. Τα άτομα που επέλεξαν τη θεραπευτική χρήση των βοτάνων, είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις ότι τα φάρμακα είναι επιβλαβή και υπερβολικά χρησιμοποιημένα. Τα άτομα, που χρησιμοποιούσαν συνταγογραφούμενα φάρμακα είχαν εν γένει θετική στάση σχετικά με τα οφέλη των φαρμάκων, ενώ ήταν λιγότερο πιθανό να εκφέρουν αρνητικές απόψεις για τον τρόπο συνταγογράφησης των φαρμάκων από τους ιατρούς (Andersson Sundell και Jönsson, 2016). Τα άτομα αυτά δεν ανέφεραν υψηλό επίπεδο ευαισθησίας στα φάρμακα και τα αποτελέσματά τους. Οι καταγεγραμμένες ανησυχίες σχετίζονταν με τη χρήση φαρμάκων. Η αντιμετώπιση των ανησυχιών των ασθενών σχετικά με τα φάρμακα κατά τη διάρκεια της παροχής συμβουλών από τους ιατρούς, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μπορεί να επηρεάσει τη χρήση του φαρμάκου, και κυρίως την ακούσια μη συμμόρφωση.

Συνοψίζοντας, οι πολιτισμικές διαφορές αποτυπώνονται σε διαφορετικές πεποιθήσεις πάνω στη θεραπευτική αγωγή, με σημαντικές συνέπειες στις συζητήσεις περί φαρμακευτικής αγωγής μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζοντας σημαντικά τις κοινές τους αποφάσεις, σχετικά με τη συνταγογράφηση. Η καταγωγή, η οικογενειακή σύνθεση, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο επιπολασμός της νόσου, επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση πεποιθήσεων και συμπεριφορών. Οι διαπιστώσεις του Horne και των συνεργατών του, αποτέλεσαν το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα με σκοπό την κατανόηση του αντίκτυπου του πολιτισμικού υπόβαθρου στην επιλογή των ιατρικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, με απώτερο

στόχο την αξιοποίηση των γνώσεων αυτών για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας
(Horne et al., 2004).

3. Φάρμακα και θεραπευτική συμμόρφωση

Μέσα από ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι τα ποσοστά μη τήρησης και μη συμμόρφωσης των ασθενών στη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική τους αγωγή είναι χαμηλά. Η αλληλεπίδραση και η διαπροσωπική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης και τους ασθενείς, η άμεση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, το σύστημα εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ασθενών, οι διάφορες δραστηριότητες περιφερειακής υποστήριξης, οι συναισθηματικές πεποιθήσεις του ασθενούς, η ψυχοσωματική του κατάσταση, το οικονομικό υπόβαθρο και τα επίπεδα εμπιστοσύνης και αποδοχής της προτεινόμενης θεραπείας είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την προσκόλληση των ατόμων στα φάρμακα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Saito et al, 2017).

Έχουν καταγραφεί αρκετοί λόγοι μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, με κυρίαρχους τους εξής: α) «οι οικονομικές δυσκολίες στην πληρωμή για τα φάρμακα», β) «ο φόβος ή η εμπειρία των παρενεργειών», γ) «οι γενικές ανησυχίες για τη φαρμακευτική αγωγή» και «η έλλειψη αντιληπτικής ανάγκης για φάρμακα» (Saito et al., 2017). Η μεγάλη κατανάλωση διαφορετικών τύπων φαρμάκων και η ανεκτικότητα των ατόμων ως προς την προτεινόμενη δοσολογία της φαρμακευτικής αγωγής θεωρείται το κύριο αίτιο μη συμμόρφωσης. Ο μεγάλος αριθμός χαπιών και φαρμάκων οδηγεί συχνά τους ασθενείς να ξεχνούν ή επιλέγουν να μην πάρουν κάποιο φάρμακο, σύμφωνα με έρευνες, στοχευμένες στη συμπεριφορά του ασθενούς.

Η μεταβλητότητα των αντιλήψεων σε σχέση με τα φάρμακα και η ψυχολογική αντίδραση των ατόμων που ηλικιακά βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας έως τις αρχές του 20ου έτους της ηλικίας αποτελεί αντικείμενο της πιλοτικής έρευνας των Saito και των συνεργατών του, το 2017 (Saito et al., 2017). Οι φοιτητές των φαρμακευτικών καθώς και των μη ιατρικών σχολών εμφάνιζαν χαμηλή κατανάλωση δισκίων, εξαιτίας

είτε της απουσίας σοβαρών ασθενειών στο οικογενειακό περιβάλλον, χαμηλή κατανάλωση συμπληρωμάτων και μη αρέσκεια της υπερβολικής φαρμακευτικής δΟΣολογίας, διαμορφώνοντας έτσι, τα δεδομένα για τη μεταβλητή «υπερβολικό όριο». Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση του φύλου με τη συμπεριφορά απέναντι στη χρήση φαρμάκων. Ειδικότερα οι φοιτήτριες λάμβαναν περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα φάρμακα, ως αποτέλεσμα μίας ανησυχίας σχετικά με τη μελλοντική τους υγεία, εξαιτίας της συχνότερης αδιαθεσίας στην καθημερινότητα, κατά την περίοδο 13-44 ετών. Τα αποτελέσματα αυτά πιθανά να συνδράμουν στην ενίσχυση της εισαγωγής και της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή από εκείνους που έχουν αρχίσει να λαμβάνουν φάρμακα. Καθώς η στάση του κάθε ατόμου ως προς την υπερβολική φαρμακευτική αγωγή καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, είναι λογικό οι οδηγίες για συνταγογραφούμενα φάρμακα να λαμβάνουν υπόψη τις διαφορές στις στάσεις απέναντι στις συνθήκες ζωής και τα φάρμακα, τις εμπειρίες του παρελθόντος και το φύλο (Saito et al., 2017).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η τήρηση και συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και η γενική στάση ως προς τη χρήση των φαρμάκων κερδίζουν συνεχώς το ερευνητικό ενδιαφέρον. Ο δόκιμος όρος που συναντάται στη διεθνή βιβλιογραφία για να περιγράψει τη συμμόρφωση είναι «compliance». Η συμμόρφωση δεν περιορίζεται μόνο στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και σε πλήθος άλλων συμπεριφορών υγείας. Στη Συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Συμμόρφωση τον Ιούνιο του 2001, οι συμμετέχοντες έδωσαν τον εξής ορισμό: Συμμόρφωση είναι ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες» και αυτό αποτέλεσε μία θετική αρχή. Ο όρος «ιατρικές» θεωρήθηκε ανεπαρκής για να συμπεριλάβει το πλήθος όλων εκείνων των παρεμβάσεων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών. Επιπροσθέτως ο όρος «οδηγίες» δημιουργεί την αίσθηση ότι ο

ασθενής είναι ένας συγκαταβατικός, παθητικός αποδέκτης των ιατρικών συμβουλών του ειδικού, ενώ για μία αποτελεσματική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, θα έπρεπε να είναι ένας ενεργός συνεργάτης του ιατρού.

Ο Haynes (1979) και ο Rand (1993) έδωσαν έναν ορισμό για τη συμμόρφωση στη χρόνια θεραπεία, που με μικρές τροποποιήσεις έχει υιοθετηθεί μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό: «Συμμόρφωση είναι ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του ασθενή, δηλαδή το να παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή, να ακολουθεί μια δίαιτα και/ή να εκτελεί αλλαγές στον τρόπο ζωής, βρίσκεται σε συμφωνία με τις συστάσεις ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας» (Sabaté, 2003).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη συμμόρφωση, μέσω μίας ακόμη οπτικής, σύμφωνα με την οποία: «Συμμόρφωση είναι η τήρηση μιας θεραπείας πάνω από το επίπεδο εκείνο το οποίο είναι ικανό να επιτύχει τους στόχους αυτής». Ο ορισμός αυτός αποτυπώνει τις προσπάθειες που γίνονται κατά τη διάρκεια μίας ασθένειας, με σκοπό να υιοθετηθούν εκείνες οι συμπεριφορές που απαιτούνται ώστε να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη ασθένεια (Sabaté, 2003).

Ο ορισμός του Sackett, το 1976, συναντάται και σε εργασία των Jing Jin και συνεργατών, το 2008, σύμφωνα με τον οποίο, ο όρος συμμόρφωση αναφέρεται σε «συμπεριφορές των ασθενών οι οποίες συμπίπτουν με τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη λήψη των φαρμάκων, την εφαρμογή δίαιτας ή την επίτευξη αλλαγών στον τρόπο ζωής» (Jin et al., 2008; Sackett, 1976). Κατά τον ορισμό της θεραπευτικής συμμόρφωσης, δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο εκείνες οι συμπεριφορές που πρέπει να υιοθετούνται από τον ασθενή, αλλά και εκείνες που πρέπει να αποφεύγει, ως επικίνδυνες, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ (Agras, 1989).

Φυσικά προκειμένου να δημιουργηθεί ο καλύτερος και ακριβέστερος ορισμός για την περιγραφή του θέματος, είναι λογικό ότι υπήρχε διαμάχη μεταξύ των επιστημών.

Ο όρος «compliance» θεωρήθηκε ότι έχει αρνητική ερμηνεία, κατά τον Anon, το 1997, καθώς κατά την άποψή του, υποκρύπτει υποχρεωτικότητα και ανάγκη υποβολής σε κάτι, ενώ η άρνηση του ασθενούς να συμμορφωθεί στις προτάσεις και προτροπές του ιατρού, πιθανά συνεπάγεται «τιμωρία» (Vermeire et al., 2001). Ο Roberson, το 1992 θέτει μία ακόμη παράμετρο, υποστηρίζοντας ότι αν γίνει δεκτός ο ορισμός αυτός, τότε γίνεται αποδοχή του γεγονότος ότι κάθε ιατρική συμβουλή είναι υποχρεωτικά θετική για τον ασθενή και ότι εκείνος πρέπει να την τηρεί ευλαβικά (Vermeire et al., 2001; Roberson, 1992). Ο όρος «compliance» εμπεριέχει την έννοια της κριτικής του ασθενούς, κατά την άποψη που παρουσιάζει το 1991, σε εργασία της, η Ross (Ross, 1991).

Ο όρος «προσκόλληση» («adherence») προτάθηκε από κάποιους επιστήμονες, για την αποφυγή της αρνητικής απήχησης του όρου «compliance», δίνοντας μία νέα πρόταση σε αυτή τη επιστημονική διαμάχη. Κατά τον Inkster, το 2006, η προσκόλληση είναι «η ικανότητα, αλλά και η προθυμία του ασθενούς να συμμορφωθεί με μια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή» (Jin et al., 2008; Inkster, 2006). Με αυτόν τον τρόπο, στον ορισμό της προσκόλλησης, τώρα συμπεριλαμβάνεται και η έννοια της προθυμίας του ασθενούς, η οποία δεν υπήρχε στον αρχικό ορισμό της συμμόρφωσης. Ο όρος προσκόλληση («adherence») επιλέγεται από αρκετούς επιστήμονες, διότι κατά τους Osterberg & Blaschke, σε εργασία τους, το 2005, ο όρος της συμμόρφωσης («compliance») υποδηλώνει την παθητική αποδοχή του ασθενούς, στις οδηγίες του ιατρού και επομένως το θεραπευτικό σχήμα δεν στηρίζεται στη θεραπευτική συμμαχία ή τη συνεργατικότητα, μεταξύ ιατρού-ασθενούς, αλλά στην παθητικότητα του ασθενούς (Osterberg & Blaschke, 2005). Ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003) υποστήριξε ότι η έννοια της συμμόρφωσης («compliance») υποκρύπτει την ενοχή είτε του ιατρού είτε του ασθενούς, ενώ η έννοια προσκόλληση («adherence»)

αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη στην απόδοση της δυναμικής και της πολυπλοκότητας των αλλαγών που απαιτούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τους εμπλεκόμενους, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη υγεία των χρονίως νοσούντων (Sabaté, 2003). Ο όρος προσκόλληση («adherence») μειώνει την ισχύ που αποδίδεται στον ιατρό από τον όσο συμμόρφωση («compliance»), μετατοπίζοντας τη δύναμη αυτή, στην αναπτυσσόμενη σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού (Sackett, et al., 1979). Ο όρος προσκόλληση («adherence») εμπεριέχει την έννοια της συνεργασίας, της συντροφικότητας και της συμφωνίας, εστιάζοντας στην, από κοινού, λήψη αποφάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τις στάσεις και αντιλήψεις του ίδιου του ασθενούς (Vermeire et al., 2001). Επίσης, επί της ουσίας, στον όρο αυτό, δίνεται χώρος στην έννοια της ελεύθερης βούλησης και επιλογής (Turk & Rudy, 1991).

Σύμφωνα με την Royal Pharmaceutical Society, ένας εναλλακτικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το προαναφερθέν ζήτημα αντί του όρου συμμόρφωση («compliance»), είναι ο όρος «concordance (συμφωνία)» που εκφράζει την αρμονία και συμφωνία στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Vermeire et al., 2001). Γενικά στη Βιβλιογραφία οι τρεις αυτοί όροι, παρά τις διαφορές τους, συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι και αυτό τηρείται και στην παρούσα εργασία.

Οι μεγαλύτεροι, ηλικιακά, ασθενείς είναι σε μεγάλο βαθμό συμμορφωμένοι στις ιατρικές οδηγίες, κατά τον Tuncay και τους συνεργάτες του, σύμφωνα με έρευνά τους, που απευθυνόταν σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA). Το 30,2% ήταν απολύτως συμμορφωμένοι, ενώ το 11,6% ήταν σταθερά μη συμμορφωμένοι κατά τη διάρκεια ενός έτους (Tuncay et al., 2007). Ως ένας μεταξύ των τριών κυρίαρχων παραγόντων ρύθμισης της συμμόρφωσης, είναι η ηλικία, σύμφωνα με μελέτη των Horne και Weinman, 1999). Ο τύπος της ασθένειας και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τα φάρμακα, είναι οι άλλοι δύο εξίσου σημαντικές παράμετροι (Horne & Weinman,

1999). Πιο λεπτομερειακή ανάλυση αναφορικά με την ηλικία, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι άνθρωποι άνω των 75 ετών αποδεικνύονται λιγότερο συμμορφωμένοι από εκείνους που είναι μεταξύ 60-70 ετών, λόγω των γνωστικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Κατά τον Jin και τους συνεργάτες του, σε μεγάλη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το 1970, τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών είναι περισσότερο συμμορφωμένα λόγω αυξημένου ενδιαφέροντος σχετικά με την υγεία τους και συστηματικής ενασχόλησης με αυτή. Το αποτέλεσμα αυτό βέβαια έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες που δείχνουν ότι στα άτομα αυτά υπάρχει χαμηλότερη συμμόρφωση, λόγω προβλημάτων σε όραση, ακοή και μνήμη. Ακόμη πιο αντιφατικά διαφαίνονται αποτελέσματα άλλων ερευνών που εστιάζουν στη συμμόρφωση ατόμων μικρότερης ηλικίας, καθώς οι προτεραιότητές τους, είναι πολύ διαφορετικές (Jin et al., 2008).

Αποτελέσματα άλλης έρευνας κατά το 1979, σε ασθενείς με ΡΑ, είναι περισσότερο αντικρουόμενα, καθώς φαίνεται να μην αποδεικνύεται συσχέτιση της ηλικίας ή του φύλου ή της οικογενειακής κατάστασης με τη συμμόρφωση, αλλά και σχετικά με την ποσότητα φαρμάκων που έπρεπε να λαμβάνουν οι ασθενείς. Το 38.9% των ασθενών με ΡΑ ήταν μη συμμορφωμένοι στην αντιρρευματική θεραπεία, με σποραδικό ή συστηματικό τρόπο. Το 28.7% των ασθενών συνέχισαν να παίρνουν την αγωγή τους, για διάστημα, μεγαλύτερο από το προτεινόμενο, το 5.6% περιοριζόταν σε μερικές φορές μόνο και το 1.9% ποτέ. Διαφάνηκε ότι οι μη συμμορφωμένοι εμφάνιζαν λιγότερους πόνους στις αρθρώσεις και λιγότερη ένταση πόνου σε σχέση με τους συμμορφωμένους. Το γεγονός της παράλειψης της λήψης φαρμάκων δεν δημιούργησε κάποιο σημαντικό πρόβλημα στο χειρισμό της ΡΑ, καθώς το 90% των ασθενών, εν γένει, λαμβάνουν την αγωγή τους καθ' όλα ή κάποια από τα διαστήματα που προτείνεται από τον θεράποντα ιατρό. Η παρουσία χρόνιου και οξέος πόνου αποτελεί

βασικό κίνητρο για την κανονική λήψη των φαρμάκων. Η μη συμμόρφωση αποδόθηκε σε πλήθος παραγόντων, κατά 28.6% στη μείωση των συμπτωμάτων που τους οδηγούσε στην απόφαση διακοπής λήψης της αγωγής, κατά 23,8% σε αμέλεια, καθώς οι ασθενείς δήλωσαν ότι τα ξεχνούσαν, κατά 21.4% στο φόβο των παρενεργειών και κατά 14.3% στη δυσκολία στη λήψη τους (Lee & Tant, 1979).

Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς αποτύγχαναν να λάβουν τη θεραπεία τους, σύμφωνα με τις οδηγίες που τους είχαν δοθεί, κατά την Ross. Η μειωμένη κατανόηση σχετικά με τη λειτουργία, τις σωστές δόσεις ειδικών κατηγοριών φαρμάκων, όπως είναι τα ναρκωτικά φάρμακα οδηγούσε σε μείωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Η ευθύνη για τη συμμόρφωση δεν πρέπει να αποδίδεται αποκλειστικά στο άτομο-ασθενή, αλλά και στον επαγγελματία υγείας και στο σύστημα χορήγησης των ναρκωτικών φαρμάκων (Ross, 1991).

Η φαρμακευτική αγωγή και όλες οι σχετικές παράμετροι είναι ένα ακόμη πεδίο διερεύνησης και προβληματισμού. Η έννοια της θεραπευτικής συμμόρφωσης είναι υποαμφισβήτηση, σύμφωνα με την άποψη των Donovan και Blake, το 1992 (Donovan & Blake, 1992). Οι λόγοι μη συμμόρφωσης στην αγωγή για σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, και συγκεκριμένα μεταξύ του ενός τρίτου και του μισού πληθυσμού και η μελέτη των διαφορετικών αυτών παραγόντων είναι αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Οι Donovan και Blake υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά της μη συμμόρφωσης που φαντάζει αδιανόητη και καθόλου λογική για τον επαγγελματία υγείας, θεωρείται απολύτως λογική για τον ασθενή και σε αυτή τη διάσταση απόψεων και συμπεριφορών συμβάλλουν οι διαφορετικές αντιλήψεις και οι κοινωνικές συνθήκες του κάθε ατόμου (Donovan & Blake, 1992). Προέκυψε στην έρευνα αυτή το ενδιαφέρον συμπέρασμα ότι σε πολλές περιπτώσεις, οι μη συμμορφωμένοι στην αγωγή ασθενείς, έπρατταν με αυτό τον τρόπο, παίρνοντας λιγότερα από τα προτεινόμενα

φάρμακα, εξαιτίας του φόβου εμφάνισης παρενεργειών στον οργανισμό τους, αλλά και από το φόβο της πιθανής εξάρτησης από τα φάρμακα αυτά. Ειδικότερα η τελευταία αντίληψη σχετικά με την εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες, για μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, θεωρείται ως αδυναμία (Donovan & Blake, 1992).

Περίπου το ένα τρίτο από τους 324 συνολικά ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που εξετάστηκαν και αντιμετώπιζαν άσθμα, παθήσεις νεφρών, καρδιακές παθήσεις, ογκολογικά προβλήματα, είχαν σοβαρές ανησυχίες για την πιθανή εξάρτηση που μπορεί να προκαλέσουν τα φάρμακα που ελάμβαναν καθώς και για τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχουν. Ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και η συμμόρφωση δεν φαίνεται να έχουν κάποια συσχέτιση, σύμφωνα με τους Horne και Weinman (Horne & Weinman, 1999). Οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες ασθενείς, σχετικά με την αρχική φάση λήψης κάποιας χρόνιας αγωγής, δήλωσαν ότι τη σταμάτησαν, με βασικότερο λόγο την ανησυχία πιθανών παρενεργειών και διότι θεωρούσαν τη θεραπεία μη αποτελεσματική. Η ανεπαρκής πληροφόρηση και ενημέρωση για την αναγκαιότητα της θεραπείας και τις παρενέργειες αυτής κρίθηκε ότι αποτελεί κύριο παράγοντα που οδηγεί στη μη συμμόρφωση (Hugtenburg et al., 2005). Ο φόβος για εμφάνιση παρενεργειών από τη χρήση φαρμάκων ήταν βασικός παράγοντας μη συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή πολλών ασθενών με χρόνιες ρευματικές παθήσεις κατά τους Harrold και Andrade (Harrold & Andrade, 2009).

Η δοσολογία του φαρμάκου είναι ένα ακόμη σημείο αντιφατικών αποτελεσμάτων. Είναι πολλοί υποστηρικτές της άποψης ότι η δοσολογία επηρεάζει τη συμμόρφωση στην αγωγή (Jin et al., 2008) και άλλοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει κάποια φανερή επίδραση (Bosley et al., 1995).

Υπήρχε αντίστοιχα διάσταση απόψεων αναφορικά με την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της διάρκειας της θεραπείας και της συμμόρφωσης. Παρατηρήθηκε ότι κατά

τον Alexandre και την ομάδα του, το 2002, η διάρκεια της θεραπείας συσχετίστηκε θετικά με τη μειωμένη συμμόρφωση (Alexandre et al., 2002). Αντίθετα αποτελέσματα είχε η έρευνα των Lee και Tant, (Lee & Tant, 1979). Συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή που αφορούσε στη συμμόρφωση των ασθενών με PA, φαίνεται ότι το 63.9% παίρνει την αντιβιοματική αγωγή αδιάλειπτα, το 28.7% για τον περισσότερο καιρό, το 56% μερικές φορές και το 1.9% ποτέ. Επομένως, το 38.9% δεν συμμορφώνεται στην αγωγή. Οι κυριότεροι λόγοι εντοπίζονται στη μείωση των συμπτωμάτων αφού οδηγεί σε μη συμμόρφωση το 28,6 % του εξεταζόμενου δείγματος, στην αμέλεια, αφού το 23.8% δηλώνει ότι ξεχνά να πάρει τα φάρμακά του, στο φόβο των παρενεργειών, καθώς το 21.4% του δείγματος δηλώνει αυτή την ανησυχία. Ένα ποσοστό 7.1% του δείγματος δεν συμμορφώνεται, διότι έχει συμβεί λανθασμένη κατανόηση του σκοπού της αγωγής, το 9.5% δεν τηρεί την αγωγή γιατί δεν επιθυμεί να παίρνει φάρμακα ενώ μόλις το 2.4% αποθαρρύνεται από το μεγάλο αριθμό φαρμάκων και σταματά την αγωγή. Είναι πιθανό ότι οι ασθενείς ρυθμίζουν την αγωγή τους, ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας στο οποίο βρίσκονται (Lee & Tant, 1979).

Τα χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής αγωγής και η συσχέτισή τους με τη συμμόρφωση είναι αντικείμενο της εκτεταμένης ανασκόπησης του Jin και των συνεργατών του, το 2008 (Jin et al., 2008). Η οδός χορήγησης της αγωγής επηρεάζει τη συμμόρφωση, με την από στόματος χορήγηση να θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στη συμμόρφωση. Η πολυπλοκότητα της αγωγής φαίνεται να σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση, όχι όμως και ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Η διάρκεια επίσης είναι σημαντικός παράγοντας, και για αυτό το λόγο, η οξεία ασθένεια οδηγεί σε αυξημένη συμμόρφωση, σε σχέση με τη χρόνια. Στην αρχική φάση της νόσου, υπάρχει μικρότερη συμμόρφωση, αφού η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την αρχική άρνηση του ασθενούς σε σχέση με τη διάγνωση και την ασθένεια. Οι

ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και η λογική ανησυχία και η δυσφορία που δημιουργούν επάγουν σκεπτικισμό αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και μειώνουν την εμπιστοσύνη προς τον ιατρό και αποτυπώνονται στη θεραπευτική συμμόρφωση, σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές. Ο χρόνος που χρειάζεται να αφιερώσει ένας ασθενής στη θεραπευτική του αγωγή επιδρά στη συμμόρφωση. Κατά αυτό τον τρόπο, άνθρωποι με αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις δυσκολεύονται να είναι συνεπείς στη θεραπεία τους και στα ιατρικά τους ραντεβού, ενώ γυναίκες που ενασχολούνται με οικιακά συμμορφώνονται περισσότερο.

Το κόστος της θεραπείας και το ύψος του ετήσιου εισοδήματος, ειδικά για τις χρόνιες παθήσεις πρέπει να θεωρείται σημαντικός παράγοντας και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, συνυπολογίζοντας το βαθμό στον οποίο απαιτούνται αλλαγές στη ζωή του ασθενούς (Jin et al., 2008). Τα αποτελέσματα έρευνας που αφορούσε σε 660 χρόνιους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έδειξαν ότι το κόστος είχε επίδραση στο βαθμό συμμόρφωσης και μάλιστα τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων δεν συζήτησαν εκ των προτέρων με τον επαγγελματία υγείας τη δυσκολία σχετικά με αυτό το ζήτημα και την πρόθεσή τους να μην κάνουν ολοκληρωμένη τη θεραπεία, ενώ το 35% δεν το συζήτησε ποτέ (Piette et al., 2004). Από τους ασθενείς που δεν το συζήτησαν ποτέ, το 66% υποστηρίζουν ότι δεν ερωτήθηκαν καμία φορά σχετικά με την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν το κόστος της θεραπείας, ενώ το 58% πίστευε ότι δεν θα μπορούσαν οι επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν με κάποιο τρόπο και επομένως δεν υπήρχε λόγος να το συζητήσουν. Από το ποσοστό των ατόμων που συζήτησαν αυτό το πρόβλημα με τον ιατρό, το 72% θεώρησε τη συζήτηση χρήσιμη, αν και μόνο στο 28%-30% δόθηκαν σχετικές οδηγίες για το πώς μπορεί κάποιος να προμηθευτεί φάρμακα σε χαμηλότερο κόστος και για την δυνατότητα ένταξης σε προγράμματα που βοηθούν στην αγορά φαρμάκων. Το ένα τρίτο όσων δεν

συμμορφώνονται στις ιατρικές οδηγίες εξαιτίας του υψηλού κόστους, ενημερώνουν τον γιατρό τους (Piette et al., 2004).

Οι παράμετροι υγεία, ασθένεια, κόστος και συμμόρφωση, δημιουργούν ένα παράδοξο σχήμα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Το παράδοξο έγκειται στο γεγονός ότι για να διατηρείται ένας άνθρωπος υγιής, χρειάζεται χρήματα για το φαγητό του, για υγιεινές συνθήκες διαβίωσης, αλλά και για την ασφάλισή του στο σύστημα υγείας, ενώ ταυτόχρονα για να αποκτήσει κάποιος χρήματα και να διασφαλίσει τα προαναφερθέντα, απαιτείται να είναι υγιής (Sabaté, 2003). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι οι παράγοντες που είναι σχετικοί με την ίδια τη θεραπεία έχουν επίδραση στη συμμόρφωση. Συνοψίζοντας, οι πιο σημαντικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι η πολυπλοκότητα της αγωγής, η διάρκειά της, η συχνότητα των προτεινόμενων αλλαγών στην αγωγή, το ιστορικό αποτυχημένων θεραπειών, η αμεσότητα των θετικών αποτελεσμάτων της προτεινόμενης αγωγής και η διαθεσιμότητα του ιατρού στο χειρισμό των προβλημάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Sabaté, 2003).

4. Κοινωνικές αναπαραστάσεις και στάσεις απέναντι στα φάρμακα

Οι απόψεις των ατόμων για την ασθένεια δεν σχετίζονται με την γνώση που διαθέτουν για αυτές και αυτό αποτυπώνεται στη μελέτη της Herzlich, το 1969, για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας (Herzlich, 1969). Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, ο κώδικας για την υγεία και την ασθένεια, δηλαδή ό,τι είναι σχετικό με τα αίτια, τις εκδηλώσεις και τις συνέπειες, είναι ένας κώδικας με επίκεντρο τη σχέση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας. Η εμφάνιση της ασθένειας ενσαρκώνει τη συγκρουσιακή σχέση του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο. Η ίδια η αντίθεση μεταξύ υγείας και ασθένειας αποτελεί αποτύπωση και μεγέθυνση της αντίστοιχης αντίθεσης που βιώνουν τα άτομα ανάμεσα σε αυτά και την κοινωνία. Κατά όμοιο τρόπο, ο ασθενής διακρίνεται από τον υγιή, με τη χρήση κοινωνικών κριτηρίων, όρων δραστηριότητας ή αδράνειας, κοινωνικής συμμετοχής ή και αποκλεισμού.

Οι στάσεις και αντιλήψεις για την υγεία, δομούνται με αρχή το οργανικό (απουσία ασθένειας) και καταλήγουν στο κοινωνικό επίπεδο. Η κατάσταση υγείας αντιστοιχεί σε κατάσταση ισορροπίας σε επίπεδο επαγγελματικό, κοινωνικό, ψυχικό και σωματικό. Συνδεδεμένος με τον περιβάλλοντα χώρο, δηλαδή την κοινωνία, ο κάθε ασθενής βιώνει με διαφορετικό τρόπο την ασθένειά του, την αντιμετώπισή της, ακόμη και τα φάρμακα που απαιτείται να λάβει (Herzlich, 1969).

Ο όρος «habitus» εισηγείται το 1992 και το 1998 από τον Bourdieu, όπως υποστηρίζουν οι Gomes και συνεργάτες το 2002, θέτοντας τα θεμέλια της υποκειμενικής διάστασης των κοινωνικών αναπαραστάσεων (Gomes et al., 2002). Ο όρος αυτός δεν ταυτίζεται με τον όρο «συνήθεια», αφού περιλαμβάνει μια πιο δημιουργική, δραστήρια και εφευρετική διάσταση. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρητική-μεθοδολογική άποψη, η αντίληψη και κατανόηση της ασθένειας αλλά και των επιπτώσεών της δεν επέρχεται μόνο μέσα από τις δηλώσεις των αφηγήσεων των

θεμάτων που σχετίζονται με τη νόσο. Οι δηλώσεις αυτές θεωρούνται ως μέρος μίας πραγματικότητας που τις περιλαμβάνει και τις ίδιες και τη νόσο (Gomes et al., 2002).

Όπως προκύπτει από έρευνα του Simons και συνεργατών, το 2005, οι φοιτητές αποτελούν έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, ως προς την κατανάλωση φαρμάκων και ουσιών, γεγονός που σχετίζονται με διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε αυτή τη φάση της ζωής τους (Simons et al., 2005). Σε πολλές χώρες εκφράζεται η ανησυχία σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, νόμιμων φαρμάκων που περιέχουν ναρκωτικές ουσίες, αλλά και παράνομων ναρκωτικών στον πληθυσμό των φοιτητών των πανεπιστημίων (Simons et al., 2005; Read et al., 2002). Η περίοδος της μετάβασης από το λύκειο στο πανεπιστήμιο χαρακτηρίζεται από αύξηση στη συχνότητα των ευκαιριών για αλληλεπίδραση με άτομα με κοινές ανησυχίες και ενδιαφέροντα (Read et al., 2002). Σίγουρα οι νέες γνωριμίες, επαφές και διασυνδέσεις τους σε αυτό στάδιο, επηρεάζουν την τάση τους να έρθουν σε επαφή με το αλκοόλ, καθώς σε αυτή την περίοδο της ζωής τους έχουν την ανάγκη να ταυτίζονται οι συνήθειές τους με εκείνες ανθρώπων που θαυμάζουν και με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνουν να γίνονται αποδεκτοί και αρεστοί στο νέο για αυτούς, φοιτητικό περιβάλλον (Borsari et al., 2001).

Σύμφωνα με μελέτη του Lewis και των συνεργατών του, το 2004, αποδείχθηκε ότι οι άνδρες υπερεκτιμούν την κατανάλωση από τους άνδρες συναδέλφους τους, και ότι οι γυναίκες υπερεκτιμούν την κατανάλωση από αυτή των γυναικών συναδέλφων τους. Είναι φανερό ότι εντοπίζονται διαφορές στην κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στα δύο φύλα και έτσι, διαφορετικές οφείλουν να είναι και οι παρεμβάσεις πρόληψης και οι προσεγγίσεις αυτού του θέματος. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των δύο φύλων ως προς την κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών είναι πολλοί (Cirakoglu et al., 2005).

Οι ερωτηθείσες γυναίκες υποστηρίζουν ότι καταφεύγουν στη χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών, γιατί θεωρούν ότι αυτός είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης των προβλημάτων. Οι άνδρες έχουν πιο θετική στάση απέναντι στην παράνομη διακίνηση ναρκωτικών (Cirakoglu et al., 2005). Η σχέση ανάμεσα στο άτομο και το κοινωνικό του περιβάλλον, συσχετίζεται με το βαθμό κατανάλωσης ουσιών και αλκοόλ στα πανεπιστήμια (Kahler et al., 2003). Η παραδοχή των διαφορών μεταξύ των φύλων σίγουρα μπορεί να παρέχει πληροφορίες για την ανάπτυξη των παρεμβάσεων ενημέρωσης και εκπαίδευσης, με σκοπό τη μείωση των ουσιών αλλά και των φαρμάκων (Suls et al., 2003). Είναι αρκετές οι επιδημιολογικές μελέτες που επικεντρώνονται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, ως προς την κατανάλωση ουσιών και φαρμάκων (Carlini et al., 2002; Galduroz et al., 2004; Kerr-Correa et al., 1999).

Η σημασία της μελέτης των διαφορών των δύο φύλων σχετικά με την κατανάλωση νόμιμων και παράνομων ουσιών, έχει αναδειχθεί τις τελευταίες δεκαετίες, μέσα από εξειδικευμένη βιβλιογραφία, ως ένα ερευνητικό πεδίο που έχει αποσπάσει μεγάλο ενδιαφέρον, αφού επιτρέπει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικής στρατηγικής πρόληψης και θεραπείας για τους φοιτητές και τις φοιτήτριες (Kahler et al., 2003; Holdcraft et al., 2004).

Οι διαφορές στις αντιλήψεις και στάσεις των δύο φύλων αντικατοπτρίζουν διαφορετικές κοινωνικοπολιτισμικές κουλτούρες, που σχετίζονται με το ρόλο του κάθε φύλου. Αποδεικνύονται επίσης και διαφορές ανάμεσα στα φύλα, ως προς τις υποκειμενικές και φυσιολογικές αποκρίσεις τους κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης ορισμένων φαρμακευτικών ουσιών, σύμφωνα με τη διαθέσιμη κλινική βιβλιογραφία. Πιθανότατα αναδεικνύεται ο ρόλος της έκκρισης των σεξουαλικών ορμονών, που

οδηγεί σε αυτές τις διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς τη χρήση ουσιών, σύμφωνα με προ-κλινικές μελέτες (Roth et al., 2004).

Η χρήση ναρκωτικών από γυναίκες και η ευαισθησία τους στην κατανάλωση συγκεκριμένων ουσιών συσχετίζεται με σοβαρές ατομικές και κοινωνικές συνέπειες, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες. Ο καθορισμός του επιπολασμού και ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου για συγκεκριμένες ασθένειες ή συμπεριφορές είναι δυνατός με την ανάλυση εγκάρσιων επιδημιολογικών δεδομένων. Η μέθοδος αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί για την ανάδειξη του μοτίβου που υπάρχει στη χρήση ναρκωτικών. Η περιοδική εφαρμογή αυτής της μεθόδου μπορεί να δώσει τη δυνατότητα για μελέτη της μεταβολής αυτών των μεταβλητών κατά τη διάρκεια των χρόνων (Roth et al., 2004).

Σύμφωνα με μελέτη του Galduroz και των συνεργατών του, το 2004, σε μαθητές Λυκείου (12-17 ετών), στη δεκαετία 1987-1997, παρ' όλο που τα αγόρια χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα από τα κορίτσια, μέσα από τη σύγκριση των δύο φύλων προέκυψε μεγαλύτερη η κατανάλωση των ναρκωτικών ουσιών από τα κορίτσια (Galduroz et al., 2004).

Σημαντικές διαφορές ως προς την κατανάλωση των νόμιμων και παράνομων φαρμάκων μεταξύ των δύο φύλων αναδείχθηκαν και μεταξύ των φοιτητών του σπουδάζουν στο Πανεπιστήμιο Σάο Πάολο (São Paulo-USP). Η χρήση ναρκωτικών ουσιών ήταν υψηλότερη για τους άνδρες, για όλα τα σκευάσματα, εκτός από τα αναλγητικά και τις αμφεταμίνες που φαίνεται να καταναλώνονται περισσότερο από τις φοιτήτριες, όπως προέκυψε από αντίστοιχη μελέτη μεταξύ των φοιτητών του Estadual του Σάο Πάολο (São Paulo-UNESP) (Kerr-Correa et al., 1999).

Η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης φαρμάκων σε φοιτητές νοσηλευτικής και των παραγόντων του άγχους και της θετική στάση σχετικά με τα φάρμακα, που αποτελούν

δύο μεταβλητές που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης από φάρμακα στο νοσηλευτικό προσωπικό, μελετήθηκαν από τη Floyd, το 1991. Στη συγκεκριμένη μελέτη, ως «χρήση φαρμάκων» ορίζεται ως η χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας, συμπεριλαμβανομένων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των φαρμάκων για καλύτερη διάθεση, της νικοτίνης και του αλκοόλ. Στην έρευνα αυτή, με σκοπό τη συγκέντρωση του δείγματος, δόθηκαν ερωτηματολόγια σε φοιτητές νοσηλευτικής, αλλά και σε μια ακόμη ομάδα ατόμων για σύγκριση. Φαίνεται ότι η μόνη αξιοσημείωτη διαφορά στην αναφερόμενη χρήση φαρμάκων, αφορά στη χρήση αναλγητικών στους φοιτητές νοσηλευτικής. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της νοσηλευτικής, εκτός από το γεγονός της διαπίστωσης ότι οι Φοιτητές της Νοσηλευτικής διατηρούσαν πιο θετική στάση ως προς τη χρήση ορισμένων φαρμάκων σε σύγκριση με τους συνομηλίκούς τους (Floyd, 1991).

Η ψυχολογική συσχέτιση ως προς τη στάση απέναντι στο αλκοόλ και τα φάρμακα, μελετήθηκε σε εφήβους, από τους Pandina και Schuele, το 1983. Η ψυχολογική δυσφορία, η αυτο-αντίληψη, το γονεϊκό περιβάλλον, τα αρνητικά γεγονότα και οι συμπεριφορές που προκαλούνται από το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ήταν οι κύριες παράμετροι που μελετήθηκαν στην έρευνα αυτή. Αποδείχθηκε ότι όλες οι μεταβλητές συσχετίζονται με τη λήψη φαρμάκων και αλκοόλ (Pandina & Schuele, 1983).

Σε μελέτη του Jalali και της ομάδας του, το 1981, διερευνήθηκε ο τύπος και η επικράτηση της χρήσης των ναρκωτικών μεταξύ των εφήβων. Φαίνεται ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ από τους εφήβους είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους τους φορείς και το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Πολύ σημαντική είναι η λήψη προληπτικών μέτρων και κοινωνικής ψυχιατρικής (Jalali et al., 1981).

Σε άλλη μελέτη που επίσης εστιάζει στις διαφορές των δύο φύλων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών, που διεξήχθη από τον Wagner και τους συνεργάτες του, το 2007, έγινε σαφές ότι αν και οι άνδρες πειραματίζονται περισσότερο με τη χρήση αλκοόλ, εισπνεόμενων ουσιών, αναβολικών, κρακ και κοκαΐνης, σε σύγκριση με τις γυναίκες, παρ' όλα αυτά, και τα δύο φύλα, πειραματίζονται εξίσου σε ό,τι αφορά τον καπνό και το τσιγάρο, τη μαριχουάνα, τα παραισθησιογόνα, τις αμφεταμίνες, τα αντιχολινεργικά και τα παράνομα ναρκωτικά (Wagner et al., 2007). Επιπροσθέτως, η κατανάλωση σε αμφεταμίνες και ηρεμιστικά, δηλαδή σε συνταγογραφούμενα φάρμακα, είναι μεγαλύτερη από τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ερωτηθέντες. Αντίστοιχες διαφορές των δύο φύλων σε ό,τι αφορά τη χρήση των νόμιμων φαρμακευτικών ουσιών έχουν παρατηρηθεί σε πλήθος επιδημιολογικών μελετών, που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες (Wallace et al., 2003; Latimer et al., 2004; Almeida et al., 2004). Σε επίπεδο πολιτισμικής ανάλυσης, η χρήση αμφεταμινών και ηρεμιστικών δείχνει να είναι πιο ελκυστική για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες (Wagner et al., 2007).

Οι γυναίκες στη Βραζιλία καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα διεγερτικά, τα φάρμακα ενάντια στην όρεξη, τα κωδεϊνούχα φάρμακα, τα οπιούχα, τα βαρβιτουρικά, σε σύγκριση με τους άνδρες, σύμφωνα με μελέτες του Galduroz και των συνεργατών του, το 2004 (Galduroz et al., 2004a; Galduroz et al., 2004b).

Η έκφραση του άγχους, η στάση και οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες, η αντίληψη σχετικά με την ασθένεια, και την ιατρική περίθαλψη γίνονται με διαφορετικό τρόπο στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες, κατά την Simoni-Wastila, σε μελέτη της το 2000. Οι γυναίκες φαίνεται, εν γένει, να χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα από τους άνδρες, καθώς αναφέρουν συχνότερα ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Και οι

ίδιοι οι ιατροί αντιμετωπίζουν με διαφορετικό τρόπο τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ως προς τη θεραπεία. Έτσι είναι πιο συχνή και αναμενόμενη η συνταγογράφηση ορισμένων φαρμάκων σε γυναίκες ασθενείς, και επομένως οι παράγοντες που αναφέρθηκαν πιθανά ευθύνονται για τη μεγαλύτερη έκθεση των γυναικών στην έναρξη και διατήρηση της χρήσης ουσιών και κυρίως βενζοδιαζεπινών και αμφεταμινών (Simoni-Wastila, 2000).

5. Οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι εμπειρίες των ανθρώπων για την εξάρτηση των φαρμάκων

Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι αρκετά συχνό σε ασθενείς με πολλαπλές συν-νοσηρότητες. Η ασφαλής και αποτελεσματική συνταγογράφηση οδηγεί στη σημαντική καθοδήγηση ενάντια στην κατάχρηση των φαρμάκων. Είναι καταγεγραμμένη η ανησυχία ατόμων που λαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης και της θνησιμότητας, ενώ παράλληλα επισημαίνεται και η διαπίστωση ότι η κατάχρηση φαρμάκων αναπόφευκτα αυξάνει και το κόστος της θεραπείας. Αποδεικνύεται ότι 20% έως 65% των ηλικιωμένων καταναλώνουν δυνητικά ακατάλληλα φάρμακα και αυτό θέτει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία (Revee et al., 2013).

Σε ένα δείγμα 100 ατόμων μεταξύ 20 και 91 ετών, που πραγματοποιήθηκε από τον Revee και τους συνεργάτες του, το 2013, διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το 90% δέχονται τη διακοπή της φαρμακευτικής τους αγωγής, σε περίπτωση που τους επισημανθεί ότι λαμβάνουν δυνητικά ακατάλληλα φάρμακα. Μικρό ποσοστό του δείγματος δεν αποδεχόταν τη διακοπή, και αφορούσε κυρίως σε άτομα που κατανάλωναν βενζοδιαζεπίνες και οπιοειδή. Μέσα από αυτή τη μελέτη, αναδείχθηκε το δίλημμα των ανθρώπων ανάμεσα στην κατανόηση και την ανάγκη λήψης φαρμάκων, σε συσχέτιση με τη διατήρηση της ποιότητας ζωής και της υγείας τους, καθώς και με τη γενική αντίθεσή τους ως προς την κατανάλωση φαρμάκων. Αυτό το υψηλό ποσοστό προθυμίας σχετικά με τη μείωση στην ποσότητα των ληφθέντων φαρμάκων, επιτρέπει την περαιτέρω διερεύνηση που θα οδηγούσε στην απόσυρση των φαρμάκων που είναι δυνητικά ακατάλληλα αλλά και στη λήψη αυστηρών μέτρων, με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών (Revee et al., 2013).

Το φαινόμενο της εξάρτησης που προκαλεί η χρήση μη ιατρικών φαρμάκων είναι αρκετά γνωστό, στη σημερινή κοινωνία. Παρ' όλο που είναι πλέον απολύτως σαφές ότι το κάπνισμα προκαλεί σοβαρές σωματικές ασθένειες, αποτελώντας μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, εντούτοις, η χρήση του καπνού ως εξαρτησιογόνος ουσία είναι ευρέως αποδεκτή. Η κατανάλωση αλκοόλ, σε μικρές, ελεγχόμενες ποσότητες είναι κοινωνικά αποδεκτή, σε πολλές χώρες, σε αντίθεση με την υπερβολική κατανάλωση που αποτελεί αίτιο σοβαρών χρόνιων ψυχοσωματικών βλαβών και αυξάνει τον κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαία ατυχήματα. Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως είναι η κάνναβη, η κοκαΐνη και τα παράγωγα οπίου, είναι νόμιμη σε χώρες, όπως η Νότια Αμερική, η Νοτιανατολική Ασία και η Ινδία. Το σύγχρονο μοντέλο κατάχρησης ναρκωτικών και ψυχοδραστικών ουσιών από εφήβους αλλά και νέους ενήλικες μεσαίων τάξεων, προκαλεί ανησυχία και έτσι είναι αναγκαίο να μελετηθεί σε βάθος, κυρίως σχετικά με τη φύση και την έκταση του, με δεδομένο ότι η εξάρτηση οδηγεί σε σωματικά και κοινωνικά αδικήματα (πηγή??).

Σε μελέτη του Herity και της ομάδας του, το 1977, που διενεργήθηκε σε δείγμα 765 φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του Δουβλίνου, αποδείχθηκε ότι το 28,8% του πληθυσμού έκανε χρήση προϊόντων καπνού, ενώ ταυτόχρονα αναδείχθηκε συσχέτιση με το φύλο, και συγκεκριμένα οι φοιτητές κάπνιζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό, από ό,τι οι φοιτήτριες που συμμετείχαν. Το 75% των φοιτητών κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά και ειδικότερα οι φοιτητές έπιναν συχνότερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες, από τις συμφοιτήτριές τους. Σημαντικό ποσοστό του δείγματος και συγκεκριμένα περισσότερο από το 50%, δήλωσαν ότι είχαν δοκιμάσει παρασκευάσματα κάνναβης, ενώ το 11% έκανε συστηματική χρήση ναρκωτικών. Η ελεύθερη διαθεσιμότητα των φαρμάκων, του αλκοόλ και των προϊόντων καπνού σε ομάδες νέων ενηλίκων που φοιτούν σε Ιατρικές Σχολές ήταν ένα σημαντικό εύρημα αυτής της έρευνας, ενώ

αποδείχθηκε ότι οι κύριοι παράγοντες και κίνητρα αύξησης της κατάχρησης ήταν η επιρροή των συνομήλικων, η περιέργεια σχετικά με την επίδραση του φαρμάκου, η μείωση του άγχους ή η απόκτηση νέων και ευχάριστων εμπειριών (Herity et al., 1997).

Οι Hansen και Christopher, σε έρευνά τους, το 2005, παρουσίασαν αντίστοιχα αποτελέσματα, υποστηρίζοντας ότι κατά τη διάρκεια της φοιτητικής τους ζωής, οι ενήλικες μεταξύ 18 έως 25 ετών, εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χρήσης μαριχουάνας και κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Έδειξαν ότι το 29,8% των νέων ενηλίκων έχουν κάνει χρήση μαριχουάνας τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 77,9% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ τόσο κατά το παρελθόν όσο και στη διάρκεια της φοίτησης. Ήταν σαφές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων δεν αντιμετώπιζε σημαντικές εξαρτήσεις. Παρ' όλα αυτά η μειονότητα του πληθυσμού έδωσε ενδείξεις σημαντικών ευρημάτων σχετικά με την εμφάνιση προβλημάτων αναφορικά με τη διαχείριση συμπεριφοράς (Hansen & Christopher, 2005).

Η ανάλυση της χρήσης διαφόρων ουσιών μέσα από επιστημονικά μοντέλα κινητοποίησης οδηγούν σε ένα επίπεδο κατανόησης της συναισθηματικής λειτουργίας καθώς και των προβλημάτων που αφορούν εξαρτήσεις. Ειδικότερα η συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνεύματος με σκοπό την εξάλειψη αρνητικών συναισθηματικών χαρακτηριστικών, όπως είναι ο νευρωτισμός γίνεται αντιληπτή μέσω του συναισθηματικο-κινητικού μοντέλου. Φαίνεται ότι τα κίνητρα για τη βελτίωση και την αντιμετώπιση της κατάχρησης είναι άμεσα ή έμμεσα συνδεδεμένα με τα προβλήματα που προκύπτουν από την κατανάλωση αλκοόλ και μαριχουάνας. Επομένως αυτό το επίπεδο κατανόησης και το πλαίσιο καταγραφής επιτρέπουν την ανίχνευση ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ των δύο κατηγοριών παραγόντων εξάρτησης. Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι οι βασικές παράμετροι που ενισχύουν τα κίνητρα χρήσης ουσιών σχετίζονται με συναισθηματικο-γνωστικές αλλά και με κοινωνικό-περιβαλλοντικές

μεταβλητές. Παράδειγμα αποτελεί η μελέτη της συναισθηματικής αστάθειας, της αστάθειας στη διάθεση και της παρορμητικότητας, που οδηγούν στη συχνότερη χρήση ουσιών, προκαλώντας έμμεσα ποικίλα προβλήματα στην υγεία των ενηλίκων (Hansen & Christopher, 2005).

Η ενημέρωση για τις παρενέργειες και η πρόληψη των ψυχοσωματικών βλαβών, οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος σπουδών που επιβάλλονται από το εκπαιδευτικό σύστημα, με στόχο τη μείωση της κατάχρησης τέτοιων ουσιών στο μέλλον από φοιτητές. Ειδικά οι εκπαιδευτικοί υγείας επιβάλλεται να βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού προγράμματος εκπαίδευσης, με σκοπό την αποθάρρυνση και τη μείωση της ακατάλληλης χρήσης, προστατεύοντας τη δημόσια υγεία (Herity et al., 1997).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Το βασικό κίνητρο για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης δόθηκε μέσα από τη διαπίστωση της απουσίας ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο που να συσχετίζουν τη χρήση φαρμάκων σε επαγγελματικές ομάδες και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και της έλλειψης δεδομένων στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη χρήση φαρμάκων.

1.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών εκπαίδευσης και επαγγελματιών υγείας ως προς τη χρήση φαρμάκων αλλά και η διασύνδεση αυτής της συμπεριφοράς με το ψυχολογικό προφίλ και τα γενικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Στους επιμέρους στόχους της έρευνας είναι η διερεύνηση και η εξέταση της πιθανής σχέσης της χρήσης φαρμάκων με τους εξής παράγοντες:

- Κοινωνικό και ακαδημαϊκό προφίλ (βασικές σπουδές και επάγγελμα)
- Ύπαρξη ιστορικού ψυχοπαθολογίας
- Διαπίστωση παροδικού και μόνιμου άγχους
- Ύπαρξη άγχους για την καρδιακή λειτουργία
- Οικογενειακές αντιλήψεις και μέτρα αντιμετώπισης κρίσεων και τύποι δεσμών
- Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ειδικότερα στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια:

- Συγκριτικής ανάλυσης της ομάδας των επαγγελματιών εκπαίδευσης πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και της ομάδας των επαγγελματιών υγείας ως προς τους προαναφερθέντες παράγοντες, για κάθε εξεταζόμενο επάγγελμα.

- Συσχέτισης των διαβαθμίσεων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος αλλά και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Στο πλαίσιο της εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής, τέθηκαν και εξετάστηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

- Είναι διαπιστωμένη η διαφορά στάσης απέναντι στα φάρμακα μεταξύ των Εκπαιδευτικών και των Επαγγελματίες Υγείας.
- Η συσχέτιση της χρήσης φαρμάκων με την ψυχοπαθολογία και η πολυπλοκότητα του ρόλου της φαρμακοχρησίας στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας είναι ζητήματα που έχουν αναδειχθεί και επισημανθεί μέσα από τα αποτελέσματα πολλών μελετών. Συνεπώς, σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας, η ερευνητική υπόθεση είναι ότι η λήψη φαρμάκων σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και σε κάθε περίπτωση, υψηλότερα σε σύγκριση με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ατόμων που δεν κάνουν συχνή χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

1.3 Υλικά και Μέθοδοι

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο Τμήμα Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Απρίλιο του 2019.

Οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και επαγγελματίες υγείας αποτελούν το δείγμα της παρούσας μελέτης.

Οι ειδικές προϋποθέσεις της συμμετοχής στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται ακολούθως:

- Τα άτομα του δείγματος πρέπει να είναι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ή επαγγελματίες υγείας.
- Τα άτομα του δείγματος να εργάζονται σε Ελληνικά νηπιαγωγεία, σχολεία, νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.
- Τα άτομα του δείγματος πρέπει να είναι ελληνικής καταγωγής και να έχουν μαθητεύσει στο παρελθόν, σε ελληνικές δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Τα άτομα του δείγματος πρέπει να επιθυμούν ρητά να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
- Ο έλεγχος της πληρότητας των ανωτέρω προϋποθέσεων και η απόφαση για τη συμμετοχή κάποιου ατόμου στην παρούσα έρευνα ήταν ευθύνη της υποψηφίου διδάκτορα-ερευνήτριας και του επιβλέποντα καθηγητή, οι οποίοι συναποφάσιζαν.

Τα άτομα που τελικά επιλέχθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, ενημερώθηκαν πλήρως σχετικά με το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για την τήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας της διαδικασίας.

Έτσι, για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας μοναδικός, ατομικός, απόρρητος, κωδικό, με τον οποίο συμμετείχε στην έρευνα, και δεν χρησιμοποιήθηκε πουθενά το ονοματεπώνυμο ή οποιαδήποτε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.

Ο σχεδιασμός της διαδικασίας έγινε με τέτοιο τρόπο, ώστε η διεκπεραίωση να γίνει μόνο από ένα άτομο. Έτσι ελαχιστοποιήθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε το κατάλληλο πλαίσιο για καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

2. Μεθοδολογία της έρευνας

2.1 Δείγμα

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας δόθηκαν 400 ερωτηματολόγια σε διαφορετικά άτομα που πληρούσαν τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις. Από τους 400 φακέλους, που παρελήφθησαν, οι 24 εμπεριείχαν ερωτηματολόγια που δεν είχαν συμπληρωθεί με τις απαιτούμενες πληροφορίες, ενώ οι 63 φάκελοι περιείχαν μερικώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Έτσι, εν τέλει, στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος, εθελοντικά, 313 άτομα. Ειδικότερα, 75 από τα άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ήταν άνδρες (ποσοστό 24,5%) και 231 ήταν γυναίκες (ποσοστό 75,5%). Υπήρχαν 7 άτομα (ποσοστό 1,6%) που δεν δήλωσαν την επαγγελματική τους ειδικότητα και για το λόγο αυτό, τελικά, δεν συμπεριλήφθησαν στις στατιστικές αναλύσεις. Από τα 306 που συμμετείχαν, τα 86 (ποσοστό 48,9%) ήταν ιατροί, τα 90 (ποσοστό 51,1%) νοσηλευτές, τα 82 (ποσοστό 63,1%) παιδαγωγοί προσχολικής ηλικίας και τα 48 (ποσοστό 36,9%) ήταν παιδαγωγοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Έτσι τελικά οι επαγγελματίες υγείας ήταν 176 (ποσοστό 57,5%), ενώ οι εκπαιδευτικοί 130 (ποσοστό 42,5%) επί του συνόλου του δείγματος.

2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.2.1 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)

Η παράμετρος της αισιοδοξίας θα εκτιμηθεί με τη χρήση του τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver, 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου προβλέπει τη δυνατότητα της μελέτης του βαθμού αισιοδοξίας ως ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή. Ειδική έμφαση δίνεται στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994).

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιέχει 10 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν στις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία που περιέχονται διατυπώνονται ως θετικά ως προς την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία ως αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα στοιχεία χρησιμοποιούνται με σκοπό να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν προβλέπεται να συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις είναι δομημένες μέσα από την επιλογή φράσεων όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά». Η απάντηση αποδίδεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα). Για τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου, ακολουθείται συγκεκριμένη μεθοδολογία, που περιγράφεται αναλυτικά μέσα από δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο, αντιστρέφονται οι βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και μετατρέπονται σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Κατά το δεύτερο στάδιο, αθροίζονται οι βαθμολογίες των απαντήσεων και προκύπτει ένας τελικός βαθμός που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al., 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α θεωρήθηκε ως Cronbach $\alpha=0,716$. (Lyraeos et al., 2009).

2.2.2 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis το 1977 (Derogatis, 1977). Περιλαμβάνει 90 ερωτήσεις που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στο πλαίσιο 9 υποκλιμάκων, που είναι οι εξής: α) η σωματοποίηση, β) ο ιδεοψυχαναγκασμός, γ) η διαπροσωπική ευαισθησία, δ) η κατάθλιψη, ε) η επιθετικότητα, στ) το φοβικό άγχος, ζ) ο παρανοειδής ιδεασμός, η) ο ψυχωτισμός και θ) διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.ά.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται στη βάση μιας πεντάβαθμης κλίμακας τύπου Likert (0-1-2-3-4). Εκτός από τον εξαγόμενο δείκτη για κάθε υποκλίμακα, αναδύονται 3 ακόμη δείκτες που αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων. Φαίνεται ότι η προσαρμογή αυτής της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό οδήγησε σε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως και σε σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν., 1991).

2.2.3. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000 (Eifert et al., 2000). Η εκδοχή αυτή είναι διευρυμένη μορφή της αρχικής έκδοσης του ερωτηματολογίου που περιλάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Ο ίδιος ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου CAQ προβλέπει τη δυνατότητα μέτρησης του άγχους των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά

προκύπτει από το μοντέλο του 1986 του Reiss, που σχετιζόταν με το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος παλμών, δυσφορίας και ναυτίας που προέρχονται από την πεποίθηση των ατόμων ότι αυτές οι σωματικές αισθήσεις μπορεί να έχουν επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και αποτελείται από 18 προτάσεις, οι οποίες περιγράφουν κάποιες διαστάσεις που είναι σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Από το ερωτηματολόγιο CAQ εξάγεται ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία επιμέρους αποτελέσματα των υποκλιμάκων του, που είναι σχετικά με: 1) το φόβο και την ανησυχία για τα θωρακικά και τα καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), 2) την αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και 3) την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις). Το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου CAQ προκύπτει από τη μέση τιμή των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, δηλαδή είναι ίσο με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση αφού διαιρεθεί δια του 18, που είναι ο συνολικός αριθμός των θεμάτων της κλίμακας (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Κατά όμοιο τρόπο, το αποτέλεσμα της κάθε υποκλίμακας προκύπτει ως η μέση τιμή των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Συνεπώς, το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 ενώ το άθροισμα των άλλων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η αξιοποίηση της μέσης τιμής στον υπολογισμό του τελικού αποτελέσματος καθώς και των αποτελεσμάτων από τις υποκλίμακες, του CAQ εξασφαλίζει ότι όλα τα ανωτέρω αποτελέσματα με το διαφορετικό πλήθος θεμάτων

που αντιστοιχούν σε αυτά, γίνονται αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, καθώς η σειρά του συνολικού αποτελέσματος (σκορ) αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή λαμβάνει τιμές από το 0 έως το 4 (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το ερωτηματολόγιο CAQ διαθέτει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (π.χ. total score alpha coefficient: .83). Παρέχει καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και αποδεικνύεται ότι αξιοποιεί παρόμοια γνωστική διαδικασία είτε σε κλινικό, είτε σε μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Ένα υψηλό σκορ σε CAQ, συνεπάγεται μεγάλο άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ εφαρμόζεται διεθνώς, αφενός σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), αφετέρου σε υγιείς πληθυσμούς, με στόχο τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας (Eifert & Forsyth, 1996). Το CAQ είναι προσαρμοσμένο και σταθμισμένο σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού. Έτσι αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

2.2.4. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Η κλίμακα F-Copes που εφαρμόζεται στην παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε από την ομάδα του McCubbin το 2001, με σκοπό την εκτίμηση της κρίσης στην οικογένεια και των τρόπων αντιμετώπισής της (McCubbin et al., 2001). Περιέχει 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες δομούνται με φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» ενώ η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ). Η πεντάβαθμη κλίμακα περιλαμβάνει τους παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια και συγκεκριμένα:

1. τον προσανατολισμό προς κοινωνική υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. τον επανασχεδιασμός (Reframing)

3. την αναζήτηση της πνευματικής υποστήριξης (Seeking Spiritual Support)
4. την κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. την παθητική αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν εστιάζει σε κανέναν από τους παραπάνω παράγοντες, αλλά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες.

Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869 (Gouva et al., 2016).

2.2.5. Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)

Η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ΚΒΔΣ) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Brennan, Clark και Shaver το 1998, με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικους, σύμφωνα με 2 διαστάσεις, την ασφάλεια-αποφυγή και την εμμονή-μη εμμονή (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις και αξιολογούν αυτές τις 2 διαστάσεις που περιέχουν 4 τύπους δεσμού, (δηλαδή *ασφαλής, φοβικός, εμμονικός και απορριπτικός*). Οι ερωτηθέντες καλούνται να δηλώσουν την αντιπροσωπευτικότητα κάθε πρότασης για τους ίδιους σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1: Διαφωνώ απολύτως – 5: Συμφωνώ Απολύτως). Η διαδικασία βαθμολόγησης της κλίμακας ΚΒΔΣ περιλαμβάνει την αντιστροφή των ερωτήσεων που είναι αρνητικά διατυπωμένες και το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε διάσταση, δίνοντας 2 δείκτες. Ο δείκτης Cronbach's α για την περίπτωση αποφυγής είναι 0,85, ενώ για την εμμονή 0,79. Η ΚΒΔΣ παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και στην Ελληνική εκδοχή

της, ενώ διαθέτει και υψηλές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας και συν., 2002).

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

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) που εφαρμόζεται, δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αποτυπώνει το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Ο σχεδιασμός του στηρίχθηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998).

Το FPQ-III αποτελεί την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, που περιλαμβάνει 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις, που περιγράφονται από φράσεις της μορφής: «φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το...» «φοβάμαι να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή «φοβάμαι να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και άλλες του τύπου αυτού. Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5).

Το ερωτηματολόγιο FPQ-III διαθέτει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Επί παραδείγματι, οι McNeil and Rainwater σε μελέτη τους το 1998 διαπίστωσαν ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν, στην καθημερινότητά τους, περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ό,τι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό σκορ παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο

υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος του πόνου. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου FPQ-III περιλαμβάνει και τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ήπιο πόνο (Minor Pain subscale). Η δεύτερη υποκλίμακα αξιολογεί το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale). Η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Η κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 10 προτάσεις. Το συνολικό σκόρ λαμβάνεται με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845 (Dragioti et al., 2019).

Το FPQ-III εφαρμόζεται διεθνώς σε ποικίλες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση αλλά και την ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007).

2.2.7. Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)

Το Τεστ Προσωπικότητας EPQ προσαρμόστηκε στην Ελληνική Γλώσσα από τον Δημητρίου Ε. το 1977 (Δημητρίου, 1977). Συγκροτείται από 84 ερωτήσεις που βρίσκονται σε τυχαίες θέσεις αλλά συγκροτούν 4 ομάδες που φαίνονται ακολούθως με αναφορά στο πλήθος ερωτήσεων και στο δείκτη που αξιολογούν:

1. η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις και εκτιμά το βαθμό εξωστρέφειας (E)
2. η δεύτερη ομάδα περιέχει 22 ερωτήσεις και αξιολογεί το βαθμό νευρωτισμού (N)
3. η τρίτη ομάδα δομείται από 24 ερωτήσεις και καταμετρά το βαθμό ψυχωτισμού (P)
4. η τέταρτη ομάδα έχει 19 ερωτήσεις και προσδιορίζει το βαθμό ψεύδους (L).

Οι όροι «νευρωτισμός» και «ψυχωτισμός» δίνουν την εντύπωση ψυχιατρικών όρων. Παρ' όλα αυτά, οι Eysenck H. και Eysenck S. το 1975 τόνιζαν ότι οι όροι αυτοί

περιγράφουν αποκλειστικά φυσιολογικές μορφές συμπεριφοράς, με μεταβλητές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν διάφορες μορφές συμπεριφοράς και ότι μόνο σε ακραίες περιπτώσεις οι μορφές αυτές μπορεί να γίνουν παθολογικές (Eysenck H. & Eysenck S., 1975). Η διευκρίνιση αυτή υπενθυμίζει και επιβεβαιώνει την άποψη του Bergeret, το 1974, που χρησιμοποιεί επίσης τις έννοιες αυτές ως δομικές μονάδες της συγκρότησης της προσωπικότητας (Bergeret, 1974).

Τα κύρια χαρακτηριστικά των 4 διαστάσεων της προσωπικότητας που εξετάζονται από το Τεστ Προσωπικότητας EPQ είναι :

1. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια. Ο “τυπικός” εξωστρεφής είναι κοινωνικός, ανοιχτόκαρδος, ομιλητικός, με έντονη επιθυμία για συγκινήσεις και δρα αμέσως, ώντας παρορμητικός. Είναι ανέμελος, αισιόδοξος, του αρέσουν οι διασκεδάσεις και οι απολαύσεις. Δεν είναι ικανός να ελέγξει τα συναισθήματά του και ως εκ τούτου δεν είναι πάντα αξιόπιστος. Αντίθετα, ο “τυπικός” εσωστρεφής συνήθως προγραμματίζει τις κινήσεις του και δεν εμπιστεύεται τις παρορμήσεις της στιγμής. Ελέγχει τα συναισθήματά του και δεν χάνει την αυτοκυριαρχία του. Αποδίδει μεγάλη σημασία στις ηθικές αξίες και είναι αξιόπιστος (Eysenck H., 1965).
2. Νευρωτισμός. Η διάσταση αυτή αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια που μπορεί να διαθέτει ένα άτομο και στην τάση του να αναπτύσσει νευρωσική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες στρες (Eysenck H. 1959). Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού φαίνεται να στεναχωριούνται εύκολα, είναι θλιμμένα και παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που τα εμποδίζουν στη φυσιολογική τους προσαρμογή (Eysenck H., Eysenck S, 1975).
3. Ψυχωτισμός. Τα άτομα που έχουν με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι μοναχικά, ψύχραιμα απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά, αγενή, ασεβή, απείθαρχα,

απροσάρμοστα και δεν βοηθούν τους άλλους (Eysenck S & Eysenck H, 1972; Eysenck H & Eysenck S., 1975).

4. Ψεύδος. Η διάσταση αυτή σχετίζεται με τη διερεύνηση και την εκτίμηση της διάθεσης του ατόμου για προσποίηση. Αυτός είναι ένας σταθερός παράγοντας της προσωπικότητας που υποδηλώνει κάποιο βαθμό κοινωνικής αφέλειας (Δημητρίου Ε., 1977).

Το Τεστ Προσωπικότητας EPQ όπως προσαρμόστηκε από τον Δημητρίου Ε., το 1977, στον ελληνικό πληθυσμό εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα. Μεταξύ αυτών των πλεονεκτημάτων είναι η απλότητα των ερωτήσεων που δεν απαιτούν ιδιαίτερες γραμματικές γνώσεις για να απαντηθούν αλλά και ο μικρός χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί.

2.2.8 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και στάσεων σχετικά με τη χρήση φαρμάκων

Πέραν των προαναφερθέντων ψυχομετρικών εργαλείων, στα άτομα του δείγματος, δόθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, και τόπος διαμονής), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) αλλά και ερωτήσεις που αφορούσαν στη στάση και αντίληψή τους απέναντι στη χρήση φαρμάκων.

3. Στατιστική επεξεργασία

Για την ανάλυση και την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέση τιμή, σταθερή (τυπική) απόκλιση (SD)) ως προς τις απαντήσεις των ερωτηθέντων σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες, με κατάλληλη επιλογή δοκιμασίας εμπιστοσύνης. Συγκεκριμένα, για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test καθώς και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot) επιβεβαίωσαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (δεν παρατηρήθηκε μεγάλη παραβίαση της κανονικότητας για καμία από τις μελετούμενες μεταβλητές) πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση καθώς υπήρχαν μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή $n=306 > 300$), και σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε δεδομένα μεγάλου μεγέθους που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα. Για τις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000):

- το X^2 του Pearson για πίνακες 3x2 και για τις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι < 5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι < 1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι > 24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2, στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2, στις περιπτώσεις που τουλάχιστον μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).

Στις περιπτώσεις που τουλάχιστον μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 , τότε θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εφικτό να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) καθώς η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική. Για τη σύγκριση των μεταβλητών, ως προς τη στάση τους απέναντι στα φάρμακα, που είναι μεταβλητή με παραπάνω από δυο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση ANOVA και post – hoc test (με την τεχνική Bonferroni) για τη διαπίστωση της πηγής αυτών των πιθανών διαφορών (Δαφέρμος, 2005).

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 5% ($p<0,05$). Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν με τη χρήση των προγραμμάτων Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006). Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και στις συσχέτισεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν με την εφαρμογή του στατιστικού πακέτου SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφή και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 306 άτομα οι οποίοι διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Από τους 306 συνολικά ερωτώμενους, οι 75 ήταν άνδρες (ποσοστό 24,5%) ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων 231 (ποσοστό 75,5%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $30,13 \pm 11,69$, με εύρος 30-56 (πίνακας 4.1).

Από το δείγμα των ερωτώμενων της μελέτης, οι 38 (ποσοστό 26,6%) είναι άγαμοι, οι 85 (ποσοστό 59,4%) βρίσκονται σε έγγαμη σχέση, οι 13 (ποσοστό 15,1%) είναι διαζευγμένοι και 7 άτομα (ποσοστό 4,9%) έχουν απωλέσει το σύντροφό τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,000$), ως προς την οικογενειακή κατάσταση, συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 4.1).

Οι 7 στους 10 των ερωτώμενων έχουν παιδιά με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ερωτώμενων ($p=0,001$), ως προς την ύπαρξη των παιδιών συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson. Ακόμη, Οι 9 στους 10 των ερωτώμενων έχουν αδέρφια χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ερωτώμενων ($p=0,857$), ως προς την ύπαρξη αδελφών συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson (πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1. Κοινωνικο –Δημογραφικό προφίλ του συνόλου του δείγματος

	Κλίμακα	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test/ χ^2 /T- test	p
Φύλο	Ανδρας	65 (37,4)	10 (7,6)	75 (24,5)	35,978	,000
	Γυναίκα	109 (62,6)	122 (92,4)	231 (75,5)		
Ηλικία		30,14±10,80	30,13±12,83	30,13±11,69	0,004	,997
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος	34 (35,8)	4 (8,3)	38 (26,6)	18,692	,000
	Έγγαμος	45 (47,4)	40 (83,3)	85 (59,4)		
	Διαζευγμένος	11 (11,6)	2 (4,2)	13 (15,1)		
	Σε σχέση	5 (5,3)	2 (4,2)	7 (4,9)		
Διαμονή	Χωριό/Κωμόπολη	47 (27,2)	58 (45,0)	105 (34,8)	17,219	,000
	Πόλη <150.000 Κατοίκους	80 (46,2)	32 (24,8)	112 (37,1)		
	Πόλη >150.000 Κατοίκους	46 (26,6)	39 (30,2)	85 (28,1)		
Έχετε παιδιά;	Ναι	120 (69,0)	111 (84,7)	241 (75,8)	10,110	,001
	Όχι	54 (31,0)	20 (15,3)	29 (24,2)		
Έχετε αδέρφια;	Ναι	157 (90,2)	119 (90,8)	276 (90,5)	0,032	,857
	Όχι	17 (9,8)	12 (9,2)	29 (9,5)		

5. Αποτελέσματα περιγραφικών στοιχείων ως προς τη χρήση και την αναπαράσταση της χρήσης των φαρμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα περιγραφικά αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν τη στάση και την αναπαράσταση της χρήσης των φαρμάκων από τους ερωτώμενους του δείγματος.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 5.1 μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις αναπαραστάσεις τους απέναντι στη χρήση φαρμάκων. Περί του ήμισυ των ατόμων του συνόλου του δείγματος θεωρεί ότι ανήκει σε εκείνους τους ανθρώπους που κάνουν πολύ μικρή χρήση φαρμάκων. Οι 2 στους 10 από το σύνολο του δείγματος θεωρούν ότι μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για τη χρήση κάποιων φαρμάκων. Ακόμη, οι 2 στους 10 περίπου από το σύνολο του δείγματος θεωρούν ότι κάποια φάρμακα είναι απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους, οι δε 4 στους 10 περίπου από το σύνολο του δείγματος αντιμετωπίζουν πολύ συχνά κάποιους από τους πόνους τους με παυσίπονα.

Πίνακας 5.1. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση φαρμάκων ανά φύλο.

	Κλίμακα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Fisher's Exact Test	p
Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που κάνει μεγάλη χρήση φαρμάκων;	Όχι, Πολύ Λίγο	35 (46,7)	129 (56,1)	164 (53,8)	6,346	,171
	Όχι, Λίγο	14 (18,7)	30 (13,0)	44 (14,4)		
	Μέτρια	4 (5,3)	23 (10,0)	27 (8,9)		
	Ναι, Πολύ	6 (8,0)	19 (8,3)	25 (8,2)		
	Ναι, Πάρα Πολύ	16 (21,3)	29 (12,6)	45 (14,8)		
	Όχι, Πολύ Λίγο	30 (40,0)	94 (40,9)	124 (40,7)	7,486	,110

Πιστεύετε ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου;	Όχι, Λίγο	11 (14,7)	51 (22,2)	62 (20,3)		
	Μέτρια	8 (10,7)	38 (16,5)	46 (15,1)		
	Ναι, Πολύ	9 (12,0)	16 (7,0)	25 (8,2)		
	Ναι, Πάρα Πολύ	17 (22,7)	31 (13,5)	48 (15,7)		
	Δεν το πιστεύω καθόλου	24 (32,4)	79 (34,5)	103 (34,0)		
Πιστεύετε ότι κάποια φάρμακα μπορούμε μόνοι μας να αποφασίσουμε για να τα πάρουμε;	Δεν το πιστεύω πολύ	14 (18,9)	48 (21,0)	62 (20,5)		
	Μέτρια, πιστεύω κάτι τέτοιο	8 (10,8)	33 (14,4)	41 (13,5)	3,224	,522
	Ναι, το πιστεύω πολύ	3 (4,1)	15 (6,6)	18 (5,9)		
	Ναι, το πιστεύω πάρα πολύ	25 (33,8)	54 (23,6)	79 (26,1)		
Θα μπορούσατε να πείτε ότι «θεωρώ κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής μου»;	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	37 (50,0)	123 (53,7)	160 (52,8)		
	Ισχύει λίγο για μένα	6 (8,1)	34 (14,8)	40 (13,2)	4,083	,395
	Ισχύει μέτρια για μένα	7 (9,5)	16 (7,0)	23 (7,6)		
	Ισχύει πολύ για μένα	16 (21,6)	37 (16,2)	53 (17,5)		
	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	8 (10,8)	19 (8,3)	27 (8,9)		
Συνηθίζετε να αντιμετωπίζετε κάποιους από τους πόνους σας με παυσίπονα;	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	22 (29,3)	48 (20,9)	70 (23,0)		
	Ισχύει λίγο για μένα	11 (14,7)	60 (26,1)	71 (23,3)	6,999	,133
	Ισχύει μέτρια για μένα	13 (17,3)	42 (18,3)	55 (18,0)		
	Ισχύει πολύ για μένα	23 (30,7)	53 (23,0)	76 (24,9)		
	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	6 (8,0)	27 (11,7)	33 (10,8)		
	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	33 (44,0)	126 (55,0)	159 (52,3)	3,428	,488

Θεωρείτε ότι παίρνετε πολλά φάρμακα	Ισχύει λίγο για μένα	16 (21,3)	41 (17,9)	57 (18,8)
	Ισχύει μέτρια για μένα	4 (5,3)	12 (5,2)	16 (5,3)
	Ισχύει πολύ για μένα	18 (24,0)	42 (18,3)	60 (19,7)
	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	4 (5,3)	8 (3,5)	12 (3,9)

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 5.2 μεταξύ των ατόμων της υγείας και των εκπαιδευτικών εμφανίζονται στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές ως προς τις αναπαραστάσεις τους απέναντι στη χρήση φαρμάκων. Περί του 35% περίπου των επαγγελματιών υγείας θεωρεί ότι ανήκει σε εκείνους τους ανθρώπους που κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων έναντι του 5% περίπου των Παιδαγωγών. Περί του ήμισυ περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος θεωρούν ότι μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για τη χρήση κάποιων φαρμάκων, σε αντίθεση με το 13,9% των εκπαιδευτικών. Ακόμη, οι 4 στους 10 περίπου από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ότι κάποια φάρμακα είναι απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους και συνηθίζουν να αντιμετωπίζουν τους πόνους τους με τη χρήση παυσιπόνων.

Πίνακας 5.2. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση φαρμάκων ανά ειδικότητα.

Κλίμακα		Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test	p
Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που κάνει μεγάλη χρήση φαρμάκων;	Όχι, Πολύ Λίγο	81 (46,0)	85 (64,9)	166 (54,1)	48,157	,000
	Όχι, Λίγο	21 (11,9)	23 (17,6)	44 (14,3)		
	Μέτρια	11 (6,3)	16 (12,2)	27 (8,8)		
	Ναι, Πολύ	20 (11,4)	5 (3,8)	25 (8,1)		
	Ναι, Πάρα Πολύ	43 (24,4)	2 (1,5)	45 (14,7)		

Πιστεύετε ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου;	Όχι, Πολύ Λίγο	52 (29,5)	73 (55,7%)	125 (40,7)		
	Όχι, Λίγο	35 (19,9)	28 (21,4)	63 (20,5)		
	Μέτρια	23 (13,1)	23 (17,6)	46 (15,0)	64,833	,000
	Ναι, Πολύ	18 (10,2)	7 (5,3)	25 (8,1)		
	Ναι, Πάρα Πολύ	48 (27,3)	0 (,0)	48 (15,6)		
	Δεν το πιστεύω καθόλου	47 (26,9)	57 (43,8)	104 (34,1)		
Πιστεύετε ότι κάποια φάρμακα μπορούμε μόνοι μας να αποφασίσουμε για να τα πάρουμε;	Δεν το πιστεύω πολύ	31 (17,7)	32 (24,6)	63 (20,7)		
	Μέτρια, πιστεύω κάτι τέτοιο	18 (10,3)	23 (17,7)	41 (13,4)	43,978	,000
	Ναι, το πιστεύω πολύ	10 (5,7)	8 (6,2)	18 (5,9)		
	Ναι, το πιστεύω πάρα πολύ	69 (39,4)	10 (7,7)	79 (25,9)		
Θα μπορούσατε να πείτε ότι «θεωρώ κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής μου»;	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	71 (40,6)	89 (68,5)	160 (52,5)		
	Ισχύει λίγο για μένα	19 (10,9)	22 (16,9)	41 (13,4)		
	Ισχύει μέτρια για μένα	14 (8,0)	9 (6,9)	23 (7,5)	46,917	,000
	Ισχύει πολύ για μένα	47 (26,9)	7 (5,4)	54 (17,7)		
	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	24 (13,7)	3 (2,3)	27 (8,9)		
Συνηθίζετε να αντιμετωπίζετε κάποιους από τους πόνους σας με παυσίπονα;	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	39 (22,2)	33 (25,2)	72 (23,5)		
	Ισχύει λίγο για μένα	28 (15,9)	43 (32,8)	71 (23,1)	25,682	,000
	Ισχύει μέτρια για μένα	27 (15,3)	28 (21,4)	55 (17,9)		
	Ισχύει πολύ για μένα	57 (32,4)	19 (14,5)	76 (24,8)		

	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	25 (14,2)	8 (6,1)	33 (10,7)		
	Δεν ισχύει καθόλου για μένα	78 (44,3)	83 (63,8)	161 (52,6)		
Θεωρείτε ότι παίρνετε πολλά φάρμακα	Ισχύει λίγο για μένα	23 (13,1)	34 (26,2)	57 (18,6)		
	Ισχύει μέτρια για μένα	9 (5,1)	7 (5,4)	16 (5,2)	52,576	,000
	Ισχύει πολύ για μένα	54 (30,7)	6 (4,6)	60 (19,6)		
	Ισχύει πάρα πολύ για μένα	12 (6,8)	0 (,0)	12 (3,9)		

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 μεταξύ των ατόμων της υγείας και των εκπαιδευτικών εμφανίζονται στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές ως προς τη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ανά ειδικότητα. Περί του 50% περίπου των επαγγελματιών υγείας κάνουν συχνή χρήση παυσίπονων έναντι του 29,6% των Παιδαγωγών. Περὶ του 36% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιβιοτικών έναντι του 4,5% των εκπαιδευτικών. Ακόμη, το 37% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση δερματολογικών φαρμάκων έναντι του 7,6% των εκπαιδευτικών, το 38,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντισταμινικών φαρμάκων έναντι του 6,2% των εκπαιδευτικών, το 32,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση κορτιζονούχων φαρμάκων έναντι του 6,1% των εκπαιδευτικών, το 35,4% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση οφθαλμολογικών κολλυρίων

έναντι του 6,9% των εκπαιδευτικών, το 32,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιεμετικών φαρμάκων έναντι του 1,5% των εκπαιδευτικών, το 32,9% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιδιαρροικών φαρμάκων έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 33% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 34,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση ορμονών έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 43,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση βιταμινών έναντι του 10,7% των εκπαιδευτικών, το 37,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση συμπληρωμάτων διατροφής έναντι του 5,3% των εκπαιδευτικών, το 36,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φυτικών φαρμάκων έναντι του 1,5% των εκπαιδευτικών. Οι δε 4 στους 10 περίπου από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας κάνουν συχνή έως πολύ συχνή χρήση φαρμάκων για την καταρροή, οι 8 στους 10 κάνουν συχνή έως πολύ συχνή χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο έναντι των 3 στους 10 και των 6 στους 10 αντίστοιχα για το δείγμα των εκπαιδευτικών.

Πίνακας 5.3. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ανά ειδικότητα.

Τα παρακάτω φάρμακα τα χρησιμοποιείτε:	Κλίμακα	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test	p
Παυσίπονα	Πολύ συχνά	20 (11,4)	8 (6,1)	28 (9,1)	18,964	,001
	Συχνά	68 (38,6)	31 (23,5)	99 (32,1)		
	Μερικές φορές	38 (21,6)	54 (40,9)	92 (29,9)		
	Πολύ σπάνια	41 (23,3)	36 (27,3)	77 (25,0)		
	Ποτέ	9 (5,1)	3 (2,3)	12 (3,9)		
Αντιβιοτικά	Πολύ συχνά	14 (8,0)	0 (,0)	14 (4,6)	50,138	,000
	Συχνά	49 (28,0)	6 (4,5)	55 (17,9)		
	Μερικές φορές	25 (14,3)	35 (26,5)	60 (19,5)		
	Πολύ σπάνια	73 (41,7)	80 (60,6)	153 (49,8)		
	Ποτέ	14 (8,0)	11 (8,3)	25 (8,1)		
Δερματολογικά	Πολύ συχνά	13 (7,5)	3 (2,3)	16 (5,3)	41,124	,000
	Συχνά	52 (30,1)	7 (5,3)	59 (19,4)		
	Μερικές φορές	16 (9,2)	17 (13,0)	33 (10,9)		
	Πολύ σπάνια	32 (18,5)	46 (35,1)	78 (25,7)		
	Ποτέ	60 (34,7)	58 (44,3)	118 (38,8)		
Αντιισταμινικά	Πολύ συχνά	16 (9,2)	1 (,8)	17 (5,6)	46,685	,000
	Συχνά	50 (28,9)	7 (5,4)	57 (18,9)		
	Μερικές φορές	12 (6,9)	15 (11,6)	27 (8,9)		
	Πολύ σπάνια	25 (14,5)	37 (28,7)	62 (20,5)		
	Ποτέ	70 (40,5)	69 (53,5)	139 (46,0)		

	Πολύ συχνά	12 (6,9)	3 (2,3)	15 (4,9)		
	Συχνά	44 (25,3)	5 (3,8)	49 (16,0)		
Κορτιζονούχα	Μερικές φορές	17 (9,8)	6 (4,5)	23 (7,5)	42,191	,000
	Πολύ σπάνια	20 (11,5)	31 (23,5)	51 (16,7)		
	Ποτέ	81 (46,6)	87 (65,9)	168 (54,9)		
	Πολύ συχνά	14 (8,0)	3 (2,3)	17 (5,6)		
	Συχνά	48 (27,4)	6 (4,6)	54 (17,6)		
Κολλύρια ματιών	Μερικές φορές	17 (9,7)	22 (16,8)	39 (12,7)	38,982	,000
	Πολύ σπάνια	30 (17,1)	38 (29,0)	68 (22,2)		
	Ποτέ	66 (37,7)	62 (47,3)	128 (41,8)		

Πίνακας 5.4. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ανά ειδικότητα.

Τα παρακάτω φάρμακα τα χρησιμοποιείτε:	Κλίμακα	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test	p
Αντιεμετικά	Πολύ συχνά	10 (5,7)	0 (,0)	10 (3,3)	54,510	,000
	Συχνά	46 (26,4)	2 (1,5)	48 (15,7)		
	Μερικές φορές	6 (3,4)	7 (5,3)	13 (4,3)		
	Πολύ σπάνια	19 (10,9)	16 (12,2)	35 (11,5)		
	Ποτέ	93 (53,4)	106 (80,9)	199 (65,2)		
Αντιδιαρροικά	Πολύ συχνά	13 (7,5)	0 (,0)	13 (4,3)	54,836	,000
	Συχνά	44 (25,4)	3 (2,3)	47 (15,4)		
	Μερικές φορές	8 (4,6)	4 (3,0)	12 (3,9)		
	Πολύ σπάνια	17 (9,8)	27 (20,5)	44 (14,4)		
	Ποτέ	91 (52,6)	98 (74,2)	189 (62,0)		
Αντιμετώπιση Δυσκοιλιότητας	Πολύ συχνά	14 (8,1)	1 (,8)	15 (4,9)	53,761	,000
	Συχνά	43 (24,9)	2 (1,5)	45 (14,8)		
	Μερικές φορές	10 (5,8)	5 (3,8)	15 (4,9)		
	Πολύ σπάνια	13 (7,5)	14 (10,7)	27 (8,9)		
	Ποτέ	93 (53,8)	109 (83,2)	202 (66,4)		
Ορμόνες	Πολύ συχνά	17 (9,8)	2 (1,5)	19 (6,2)	60,053	,000
	Συχνά	43 (24,7)	1 (,8)	44 (14,4)		

	Μερικές φορές	6 (3,4)	6 (4,5)	12 (3,9)		
	Πολύ σπάνια	13 (7,5)	7 (5,3)	20 (6,5)		
	Ποτέ	95 (54,6)	116 (87,9)	211 (69,0)		
	Πολύ συχνά	19 (10,9)	2 (1,5)	21 (6,9)		
	Συχνά	57 (32,6)	12 (9,2)	69 (22,5)		
Βιταμίνες	Μερικές φορές	17 (9,7)	24 (18,3)	41 (13,4)	42,790	,000
	Πολύ σπάνια	36 (20,6)	39 (29,8)	75 (24,5)		
	Ποτέ	46 (26,3)	53 (40,5)	99 (32,4)		
	Πολύ συχνά	17 (9,8)	2 (1,5)	19 (6,2)		
	Συχνά	48 (27,7)	5 (3,8)	53 (17,4)		
Συμπληρώματα Διατροφής	Μερικές φορές	8 (4,6)	16 (12,1)	24 (7,9)	51,333	,000
	Πολύ σπάνια	25 (14,5)	19 (14,4)	44 (14,4)		
	Ποτέ	75 (43,4)	90 (68,2)	165 (54,1)		

Πίνακας 5.5. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ανά ειδικότητα.

Τα παρακάτω φάρμακα τα χρησιμοποιείτε:	Κλίμακα	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test	P
Αντικαταθλιπτικά	Πολύ συχνά	1 (,6)	0 (,0)	1 (,3)	12,235	,002
	Συχνά	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)		
	Μερικές φορές	5 (2,9)	0 (,0)	5 (1,6)		
	Πολύ σπάνια	12 (6,9)	1 (,8)	13 (4,3)		
	Ποτέ	155 (89,6)	131 (99,2)	286 (93,8)		
Φυτικά Φάρμακα	Πολύ συχνά	13 (7,5)	0 (,0)	13 (4,2)	64,262	,000
	Συχνά	50 (28,7)	2 (1,5)	52 (17,0)		
	Μερικές φορές	5 (2,9)	6 (4,5)	11 (3,6)		
	Πολύ σπάνια	13 (7,5)	17 (12,9)	30 (9,8)		
	Ποτέ	93 (53,4)	107 (81,1)	200 (65,4)		
Φάρμακα σεξουαλικότητας	Πολύ συχνά	2 (1,1)	0 (,0)	2 (,7)	4,328	,315
	Συχνά	0 (,0)	1 (,8)	1 (,3)		
	Μερικές φορές	1 (,6)	0 (,0)	1 (,3)		
	Πολύ σπάνια	0 (,0)	1 (,8)	1 (,3)		
	Ποτέ	171 (98,3)	130 (98,5)	301 (98,4)		
Spray για την καταρροή	Πολύ συχνά	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	12,465	,002
	Συχνά	72 (41,1)	38 (29,0)	110 (35,9)		
	Μερικές φορές	27 (15,4)	42 (32,1)	69 (22,5)		
	Πολύ σπάνια	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)		
	Ποτέ	76 (43,4)	51 (38,9)	127 (41,5)		
	Πολύ συχνά	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)	12,412	,002

	Συχνά	138 (78,4)	86 (66,2)	224 (73,2)		
Φάρμακα για	Μερικές φορές	15 (8,5)	30 (23,1)	45 (14,7)		
πονοκεφάλους	Πολύ σπάνια	0 (,0)	0 (,0)	0 (,0)		
	Ποτέ	23 (13,1)	14 (10,8)	37 (12,1)		
Στο αυτοκινητό σας	Πολύ συχνά	30 (17,0)	41 (31,3)	71 (23,1)		
έχετε προληπτικά	Συχνά	26 (14,8)	32 (24,4)	58 (18,9)		
κάποια φάρμακα,	Μερικές φορές	25 (14,2)	33 (25,2)	58 (18,9)	45,509	,000
πέραν αυτά των	Πολύ σπάνια	28 (15,9)	14 (10,7)	42 (13,7)		
πρώτων βοηθειών	Ποτέ	67 (38,1)	11 (8,4)	78 (25,4)		

Πίνακας 5.6. Κατανομή, 306 ατόμων κατά χρήση φαρμάκων κατά της αυπνίας, των πονοκεφάλων και του πόνου της περιόδου ανά ειδικότητα.

	Κλίμακα	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	Σύνολο	Fisher's Exact Test	p
Παίρνετε φάρμακα για την αυπνία;	Ναι	10 (5,7)	11 (8,5)	21 (6,9)	1,728	,437
	Όχι	161 (92,0)	113 (87,6)	274 (90,1)		
	Πολύ σπάνια	4 (2,3)	5 (3,9)	9 (3,0)		
Παίρνετε φάρμακα για πονοκεφάλους;	Ναι	138 (78,4)	86 (66,2)	224 (73,2)	12,412	,002
	Όχι	23 (13,1)	14 (10,8)	37 (12,1)		
	Πολύ σπάνια	15 (8,5)	30 (23,1)	45 (14,7)		
Παίρνετε φάρμακα για τους πόνους της περιόδου;	Ναι	87 (60,8)	59 (48,8)	146 (55,3)	6,948	,030
	Όχι	42 (29,4)	37 (30,5)	79 (29,9)		
	Πολύ σπάνια	14 (9,8)	25 (20,7)	39 (14,8)		

6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων του δείγματος ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν και τη σχέση τους με τις πεποιθήσεις και τις στάσεις τους απέναντι στα φάρμακα. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε ερωτήσεις, από τις οποίες υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας.

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο.

Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)	
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18 και 19 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16 και 20 κατόπιν αντιστροφής τους.

Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38 και 40 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39 κατόπιν αντιστροφής τους.
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symtom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.

Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10,16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός (Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14,23,27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
Στάση απέναντι στη ζωή	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας EPQ (Eysenck Personality Questionnaire)	
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 19, 23, 29, 37, 40, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76 και 80 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 23, 29, 37, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76, 80 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 19, 40.

Νευρωτισμός	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 6, 10, 14, 21, 25, 28, 31, 35, 39, 45, 51, 54, 58, 62, 63, 67, 69, 71, 74 και 78 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στο σύνολο των ερωτήσεων.
Ψυχωτισμός	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 12, 20, 24, 27, 30, 33, 34, 38, 41, 44, 48, 50, 57, 61, 66, 70, 73, 77, 81, 82 και 84 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 12, 20, 24, 27, 30, 33, 41, 44, 48, 61, 66, 70, 73, 77, 81 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 34, 38, 50, 57, 82, 84.
Ψεύδος	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 11, 15, 18, 22, 26, 32, 36, 42, 46, 52, 55, 59, 64, 68, 72, 75, 79 και 83 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 11, 18, 32, 52, 72, 83 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 7, 15, 22, 26, 36, 42, 46, 55, 59, 64, 68, 75, 79.
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.

Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.
Συνολικός φόβος του πόνου	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)	
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	Κλίμακα Αποφυγής από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 και 35 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκαν οι αποκρίσεις στις ερωτήσεις 3, 15, 19, 25, 29, 31, 33 και 35.
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	Κλίμακα άγχους από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκε η απόκριση στην ερώτηση 22.

6.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 6.2.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (SCL - 90) (q1)
2. Άγχος (SCL - 90) (q2)
3. Επιθετικότητα (SCL - 90) (q3)

4. Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90) (q4)
5. Γενικό σύνολο Άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) (q5)
6. Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance) (ECRI) (q6)
7. Σχέσεις με άγχος (Anxiety) (ECRI) (q7)
8. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) (q8)
9. Νευρωτισμός (EPQ) (q9)
10. Παροδικό Άγχος (State Anxiety) (q10)
11. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (q11)

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. Η θετική γραμμική συσχέτιση της σωματοποίησης (SCL - 90) και του άγχους (SCL - 90) ($\tau_{b} = 0,646$).
2. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του γενικού συνόλου (CAQ) ($\tau_{b} = 0,507$).
3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) ($\tau_{b} = 0,596$).

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή, όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, εξαιρώντας αυτές του άγχους, οι οποίες και κρίνονται αναμενόμενες. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται, επίσης, αναμενόμενες.

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11
q1											
q2	,646										
q3	,347	,431									
q4	,275	,289	,370								
q5	,323	,507	,389	,288							
q6	-,025	-,071	-,183	-,132	-,125						
q7	,188	,217	,296	,237	,180	-,154					
q8	,318	,331	,356	,255	,263	-,111	,492				
q9	,199	,348	,434	,289	,735	-,109	,158	,206			
q10	,351	,478	,240	,196	,399	-,147	,109	,187	,287		

q11	,434	,596	,252	,193	,527	-,113	,114	,261	,346	,604
-----	------	------	------	------	------	-------	------	------	------	------

6.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων του δείγματος ως προς την επαγγελματική και φοιτητική τους κατάσταση

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 176 ατόμων που ανήκουν στην ομάδα των επαγγελματιών και φοιτητών υγείας και των 132 ατόμων που ανήκουν στην ομάδα των εκπαιδευτικών και φοιτητών παιδαγωγικών που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των επαγγελματιών και φοιτητών υγείας και της ομάδας των επαγγελματιών και φοιτητών παιδαγωγικών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 6.3.1. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 6.3.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ομάδας των επαγγελματιών και φοιτητών υγείας και της ομάδας των επαγγελματιών και φοιτητών παιδαγωγικών.

	Άτομα		T-Test		
	Άτομα στην Υγεία	Άτομα στην Εκπαίδευση	t	df	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)					
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	39,26±11,09	40,26±12,29	-,732	296	,465
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	37,01±10,41	40,13±11,26	-2,474	296	,014
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)					
Σωματοποίηση (Somatization)	9,97±9,58	7,02±6,36	3,060	306	,002
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	10,72±7,73	9,86±6,53	1,031	306	,303
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	8,83±6,80	7,81±5,82	1,383	306	,168
Κατάθλιψη (Depression)	12,15±9,74	10,85±8,74	1,210	306	,227
Άγχος (Anxiety)	7,69±7,60	5,68±5,97	2,507	306	,013
Επιθετικότητα (Aggression)	5,52±4,99	3,77±4,01	3,305	306	,001
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	4,27±5,00	2,96±3,61	2,541	306	,012
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	6,29±4,56	5,78±4,07	1,015	306	,311
Ψυχωτισμός (Psychotism)	7,41±6,53	5,66±5,53	2,490	306	,013
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	24,80±5,23	24,92±5,70	-,194	306	,847

Στάση απέναντι στη ζωή (LOT-R)

Στάση απέναντι στη ζωή	7,12±2,32	8,16±8,90	-1,401	270	,162
------------------------	-----------	-----------	--------	-----	------

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Συνολική Τιμή (Total CAQ)	1,091±,84	1,006±,49	,829	297	,408
---------------------------	-----------	-----------	------	-----	------

Φόβος και ανησυχία για

θωρακικά και καρδιακά	1,044±,98	955±,82	-,933	297	,352
-----------------------	-----------	---------	-------	-----	------

ενοχλήματα (Fear)

Αποφυγή δραστηριοτήτων

(Avoidance)	1,319±,98	1,421±,85	3,100	297	,002
-------------	-----------	-----------	-------	-----	-------------

Επικέντρωση στην καρδιακή

λειτουργία (Heart Focused	,927±,87	,661±,49	1,016	297	,311
---------------------------	----------	----------	-------	-----	------

Attention)

Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)

Προσανατολισμός προς	25,34±6,64	26,15±5,93	-1,098	299	,273
----------------------	------------	------------	--------	-----	------

Κοινωνική Υποστήριξη

Επανασχεδιασμός	29,62±6,92	30,16±6,24	-,694	299	,488
-----------------	------------	------------	-------	-----	------

Αναζητώντας πνευματική

υποστήριξη	9,86±4,40	10,46±4,21	-1,190	299	,235
------------	-----------	------------	--------	-----	------

Κινητοποίηση της

οικογένειας για αποδοχή	10,80±3,65	11,48±3,77	-1,590	299	,113
-------------------------	------------	------------	--------	-----	------

βοήθεια

Παθητική Αντιμετώπιση	10,03±3,25	9,96±2,90	,187	299	,851
-----------------------	------------	-----------	------	-----	------

Συνολική Βαθμολογία	88,60±18,61	90,94±15,67	-1,150	299	,251
---------------------	-------------	-------------	--------	-----	------

Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)

Minor Pain FPQ	8,39±7,74	7,98±6,46	,492	306	,623
----------------	-----------	-----------	------	-----	------

Several Pain FPQ	17,34±10,70	21,64±12,46	-3,253	306	,001
------------------	-------------	-------------	--------	-----	-------------

Medical Pain FPQ	11,45±8,91	14,93±10,51	-3,137	306	,002
------------------	------------	-------------	--------	-----	-------------

Total FPQ	37,18±24,34	44,55±24,72	-2,613	306	,009
-----------	-------------	-------------	--------	-----	------

Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)

Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	14,51±3,63	13,67±3,90	1,936	299	,054
Νευρωτισμός (EPQ)	10,67±4,47	10,10±4,59	1,078	299	,282
Ψυχωτισμός (EPQ)	6,13±3,98	4,20±2,49	4,840	299	,000
Ψεύδος (EPQ)	12,07±3,46	13,17±3,43	-2,741	299	,006
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)					
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	4,11±,75	4,13±,74	-,183	299	,855
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,86±,98	2,73±,95	1,194	299	,233

Στον πίνακα 6.3.1, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα άτομα που ασχολούνται με παιδαγωγικά επαγγέλματα εμφανίζουν υψηλότερο παροδικό και μόνιμο άγχος, υψηλότερο άγχος για την καρδιακή λειτουργία, χαμηλότερα επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, υψηλότερα επίπεδα φόβου του πόνου και τέλος χαμηλότερα επίπεδα ψυχωτισμούς και ψεύδους στην προσωπικότητά τους.

6.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων

Στον πίνακα 6.5.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων του συνόλου των ατόμων του δείγματος, όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety-STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity -SCL-90) (p =0,012)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,011)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία(CAQ) (p =0,000)
15. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
16. Αποφυγή δραστηριοτήτων για καρδιακή λειτουργία (Avoidance) (CAQ) (p =0,000)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
18. Ψυχωτισμός (EPQ) (p =0,040)

Πίνακας 6.5.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων στην καθημερινή ζωή

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,285	,276
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,201	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	21,506	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,724	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,277	,012
Κατάθλιψη (Depression)	5,730	,000
Άγχος (Anxiety)	14,410	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	9,884	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	16,201	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	3,348	,011
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	6,637	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.σκέψεις θανάτου)	6,466	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	11,473	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,559	,693
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	17,922	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,962	,429
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,411	,801
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		

Συνολική Τιμή (Total CAQ)	16,939	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	10,421	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	5,393	,000
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	25,741	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,833	,505
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,785	,536
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	1,790	,131
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,089	,986
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,739	,566
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,577	,679
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,287	,886
Several Pain FPQ	1,824	,124
Medical Pain FPQ	,995	,411
Total FPQ	1,260	,286
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,991	,096
Νευρωτισμός (EPQ)	1,689	,152
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,545	,040
Ψεύδος (EPQ)	1,989	,096
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		

Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,495	,739
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,022	,091

6.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών των πεποιθήσεων για την απαραίτητη καθημερινή χρήση των φαρμάκων

Στον πίνακα 6.6.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών των πεποιθήσεων για την απαραίτητη καθημερινή χρήση των φαρμάκων του συνόλου των ατόμων του δείγματος, όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety-STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,013)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,006)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,001)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,002)
9. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία(CAQ) (p =0,000)
13. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
14. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
15. Ψυχωτισμός (EPQ) (p =0,003)

Πίνακας 6.6.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών των πεποιθήσεων για την απαραίτητη καθημερινή χρήση των φαρμάκων.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,279	,061
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,600	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	12,398	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	3,213	,013
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	1,264	,284
Κατάθλιψη (Depression)	3,715	,006
Άγχος (Anxiety)	8,145	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	4,793	,001
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	9,681	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,281	,061
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,326	,002
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.αυπνία)	8,058	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	6,755	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,322	,863
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	9,984	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,055	,379
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,292	,883
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	10,768	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,440	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,234	,065

Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	14,148	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,550	,699
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,635	,165
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	,561	,691
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,632	,640
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,586	,673
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,453	,771
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	1,944	,103
Several Pain FPQ	1,754	,138
Medical Pain FPQ	2,002	,094
Total FPQ	2,061	,086
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,282	,061
Νευρωτισμός (EPQ)	1,340	,255
Ψυχωτισμός (EPQ)	4,033	,003
Ψεύδος (EPQ)	,546	,702
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,911	,458
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,717	,581

6.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της στάσης των ατόμων

να παίρνουν αυτοβούλως κάποια φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή

Στον πίνακα 6.7.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών των στάσεων των

ατόμων του συνόλου δείγματος ως προς την απόφασή τους να παίρνουν κάποια φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή αλλά αυτοβούλως, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety-STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,002)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation -SCL-90) (p =0,000)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,034)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
18. Minor Pain (Fear of Pain –FPQ) (p =0,003)
19. Several Pain FPQ (p =0,001)
20. Medical Pain FPQ (p =0,022)
21. Total Fear of Pain (FPQ) (p =0,001)
22. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) (p =0,019)
23. Ψυχωτισμός (EPQ) (p =0,047)
24. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (Life Orientation Test - LOT-R) (p =0,009)

Πίνακας 6.7.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών των στάσεων των ατόμων να παίρνουν κάποια φάρμακα αυτοβούλως χωρίς ιατρική συνταγή.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,133	,341
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,544	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	10,434	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,902	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	4,394	,002
Κατάθλιψη (Depression)	5,169	,000
Άγχος (Anxiety)	8,381	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	6,408	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	9,912	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	5,879	,000
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,241	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.αυπνία)	6,983	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	8,794	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,767	,135
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	11,491	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	3,433	,009
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,864	,486
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	7,472	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	4,258	,002
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,647	,034
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	10,839	,000

Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,921	,452
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,229	,299
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	,950	,435
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,807	,521
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,277	,893
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,599	,664
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	4,189	,003
Several Pain FPQ	4,862	,001
Medical Pain FPQ	2,914	,022
Total FPQ	4,833	,001
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	3,004	,019
Νευρωτισμός (EPQ)	1,622	,169
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,444	,047
Ψεύδος (EPQ)	1,481	,208
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,582	,179
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,199	,069

6.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων να θεωρούν κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους

Στον πίνακα 6.8.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων να θεωρούν κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety-STAI) ($p = 0,001$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,001$)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,003$)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή-SCL-90) ($p = 0,000$)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
13. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,019$)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
16. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,002$)

Πίνακας 6.8.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων να θεωρούν κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,179	,320
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	4,595	,001
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	16,315	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,030	,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,111	,079
Κατάθλιψη (Depression)	4,062	,003
Άγχος (Anxiety)	10,329	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	7,062	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	12,192	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,185	,071
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	7,219	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.ενοχή)	4,601	,001
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	8,770	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,571	,684
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	12,572	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,479	,751
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,173	,952
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	11,991	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	7,897	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	3,012	,019
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	18,137	,000

Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,446	,775
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,042	,386
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,186	,317
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,416	,797
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,791	,532
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,086	,987
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	1,797	,129
Several Pain FPQ	,485	,747
Medical Pain FPQ	1,921	,107
Total FPQ	,994	,411
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,479	,209
Νευρωτισμός (EPQ)	,771	,545
Ψυχωτισμός (EPQ)	4,350	,002
Ψεύδος (EPQ)	,775	,542
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,589	,177
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	1,228	,299

6.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της συνήθειας των ατόμων του συνόλου του δείγματος να αντιμετωπίζουν κάποιους από τους πόνους με παυσίπονα

Στον πίνακα 6.9.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της συνήθειας των ατόμων του συνόλου του δείγματος να αντιμετωπίζουν κάποιους από τους πόνους με παυσίπονα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
2. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
3. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,013)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
8. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,003)
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
10. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
11. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
12. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων(-SCL-90) (p =0,018)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,025)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
18. Ψυχωτισμός (EPQ) (p =0,007)
19. Συνολική Βαθμολογία της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (p =0,045)

20. Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance) (ECRI) ($p = 0,003$)

Πίνακας 6.9.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της συνήθειας των ατόμων του συνόλου του δείγματος να αντιμετωπίζουν κάποιους από τους πόνους με παυσίπινα.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	,314	,868
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	2,078	,084
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	15,632	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	6,876	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,216	,013
Κατάθλιψη (Depression)	8,750	,000
Άγχος (Anxiety)	14,728	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	10,257	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,979	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	4,056	,003
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	8,405	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	7,222	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	12,367	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	3,018	,018
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	15,626	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,405	,232
Στάση απέναντι στη ζωή		

Στάση απέναντι στη ζωή	,867	,484
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	11,079	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,256	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,829	,025
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	13,049	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	2,248	,064
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,417	,228
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	1,277	,279
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,712	,584
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	1,614	,171
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	2,468	,045
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	1,336	,257
Several Pain FPQ	1,498	,203
Medical Pain FPQ	,869	,483
Total FPQ	,936	,443
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	,851	,494
Νευρωτισμός (EPQ)	2,014	,092
Ψυχωτισμός (EPQ)	3,578	,007
Ψεύδος (EPQ)	1,445	,219
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		

Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	4,059	,003
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	1,648	,162

6.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα

Στον πίνακα 6.10.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της της πεποίθησης των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,002)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,022)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,010)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,002)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)

18. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,005$)

Πίνακας 6.10.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της πεποίθησης των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	,436	,783
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	4,483	,002
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	24,096	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	6,573	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,913	,022
Κατάθλιψη (Depression)	6,396	,000
Άγχος (Anxiety)	15,522	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	11,020	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	15,571	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	3,355	,010
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	7,823	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. βουλιμία)	5,431	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	12,802	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,195	,313
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	17,872	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	2,399	,050
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,342	,849
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	13,971	,000

Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	8,917	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	4,333	,002
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	22,784	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,923	,451
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,569	,685
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	,660	,620
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,062	,993
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,867	,484
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,496	,739
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,613	,653
Several Pain FPQ	2,076	,084
Medical Pain FPQ	,660	,620
Total FPQ	1,098	,358
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,550	,188
Νευρωτισμός (EPQ)	,889	,471
Ψυχωτισμός (EPQ)	3,766	,005
Ψεύδος (EPQ)	1,929	,106
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,774	,543
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	1,098	,358

6.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιβιοτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.11.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιβιοτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,002$)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) ($p = 0,015$)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,008$)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Διάφορες αιτιάσεις (βουλμία-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,029$)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
18. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,004$)
19. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) ($p = 0,004$)

20. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support) (F-COPES) (p =0,005)
21. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES) (p =0,022)
22. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) (F-COPES) (p =0,002)
23. Συνολική Βαθμολογία της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (p =0,001)
24. Several Pain (Fear of Pain –FPQ) (p =0,013)
25. Total FPQ (Fear of Pain –FPQ) (p =0,023)
26. Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance) (ECRI) (p =0,002)
27. Σχέσεις με άγχος (Anxiety) (ECRI) (p =0,018)

Πίνακας 6.11.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιβιοτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,004	,094
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,804	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	16,041	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	4,225	,002
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,142	,015
Κατάθλιψη (Depression)	5,725	,000
Άγχος (Anxiety)	12,147	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	9,963	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,620	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	3,554	,008
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,451	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. βουλιμία)	5,493	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	9,584	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,859	,118

Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	15,826	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,612	,171
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,297	,880
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	12,774	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,765	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,731	,029
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	19,139	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	3,807	,005
Επανασχεδιασμός (Reframing)	2,912	,022
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	2,261	,063
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	4,216	,002
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	2,173	,072
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	5,136	,001
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	1,047	,383
Several Pain FPQ	3,227	,013
Medical Pain FPQ	2,406	,050
Total FPQ	2,891	,023
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	3,980	,004
Νευρωτισμός (EPQ)	1,095	,359
Ψυχωτισμός (EPQ)	3,941	,004
Ψεύδος (EPQ)	,758	,554
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	4,416	,002

6.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των δερματολογικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.12.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των δερματολογικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,002)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,005)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,012)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,013)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)

Πίνακας 6.12.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των δερματολογικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	,684	,604
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	4,420	,002
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	13,557	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,339	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,828	,005
Κατάθλιψη (Depression)	7,403	,000
Άγχος (Anxiety)	12,041	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	6,622	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	11,233	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	3,265	,012
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	7,860	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	7,798	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	10,208	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,055	,379
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	16,915	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,610	,172
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,629	,643
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	11,619	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,738	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	3,217	,013

Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	18,050	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,588	,672
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,426	,790
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,875	,115
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,844	,498
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,550	,699
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,489	,744
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	1,407	,231
Several Pain FPQ	,627	,643
Medical Pain FPQ	,874	,480
Total FPQ	,933	,445
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,006	,094
Νευρωτισμός (EPQ)	,400	,809
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,239	,065
Ψεύδος (EPQ)	,493	,741
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,497	,738
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,801	,525

6.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντισταμινικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.13.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντισταμινικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,005$)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,001$)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) ($p = 0,000$)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
13. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,007$)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
16. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,031$)

Πίνακας 6.13.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντισταμινικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,682	,154
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	7,182	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	15,621	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	3,823	,005
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	1,341	,255
Κατάθλιψη (Depression)	4,681	,001
Άγχος (Anxiety)	11,517	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	6,626	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	11,527	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,028	,090
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,607	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	7,708	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	8,259	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,458	,767
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	14,378	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,669	,157
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,780	,539
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	11,720	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	7,177	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	3,557	,007
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	17,336	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,296	,881

Επανασχεδιασμός (Reframing)	,566	,687
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	1,738	,142
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	1,670	,157
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,656	,623
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,438	,781
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,566	,688
Several Pain FPQ	2,020	,092
Medical Pain FPQ	1,625	,168
Total FPQ	1,757	,138
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,696	,151
Νευρωτισμός (EPQ)	,552	,698
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,708	,031
Ψεύδος (EPQ)	,542	,705
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,287	,275
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,587	,672

.14 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των κορτιζονούχων φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.14.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των κορτιζονούχων φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,030$)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,014$)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,001$)
9. Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία-SCL-90) ($p = 0,000$)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
13. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,019$)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
16. Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance) (ECRI) ($p = 0,027$)

Πίνακας 6.14.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των κορτιζονούχων φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,527	,194
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	5,950	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	14,052	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,709	,030
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,042	,088
Κατάθλιψη (Depression)	3,197	,014
Άγχος (Anxiety)	9,956	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	5,734	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,452	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,950	,102
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,698	,001
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ανορεξία)	6,072	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	7,311	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,875	,479
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	13,165	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,993	,412
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,289	,885
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	11,907	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	8,367	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,986	,019
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	16,824	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,326	,861

Επανασχεδιασμός (Reframing)	,395	,812
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,620	,169
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,382	,821
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,369	,831
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,005	1,000
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,586	,673
Severel Pain FPQ	,805	,523
Medical Pain FPQ	1,350	,251
Total FPQ	,809	,520
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,882	,114
Νευρωτισμός (EPQ)	,130	,972
Ψυχωτισμός (EPQ)	1,364	,246
Ψεύδος (EPQ)	,327	,860
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	2,793	,027
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	1,970	,099

6.15 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των οφθαλμολογικών κολλυρίων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.15.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των οφθαλμολογικών κολλυρίων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Παροδικό Άγχος (State Anxiety) (STAI) ($p = 0,039$)
2. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
3. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
4. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,018$)
5. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) ($p = 0,047$)
6. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,001$)
7. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,001$)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,013$)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
18. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) ($p = 0,021$)
19. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES) ($p = 0,048$)
20. Several Pain (Fear of Pain –FPQ) ($p = 0,010$)

Πίνακας 6.15.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των οφθαλμολογικών κολλυρίων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,552	,039
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	8,084	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	12,185	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	3,042	,018
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,446	,047
Κατάθλιψη (Depression)	4,853	,001
Άγχος (Anxiety)	9,211	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	5,636	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	8,886	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,411	,230
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,602	,001
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	6,101	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	6,985	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,243	,914
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	13,066	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,830	,507
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,462	,763

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	10,870	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	8,980	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	3,228	,013
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	13,836	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,920	,453
Επανασχεδιασμός (Reframing)	2,422	,048
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	1,327	,260
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	1,062	,376
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,259	,904
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,685	,603
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,250	,910
Several Pain FPQ	3,356	,010
Medical Pain FPQ	1,393	,236
Total FPQ	1,590	,177
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,925	,021
Νευρωτισμός (EPQ)	,846	,497
Ψυχωτισμός (EPQ)	1,781	,133
Ψεύδος (EPQ)	,333	,856
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,647	,629

6.16 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιεμετικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.16.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιεμετικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά αντιεμετικά φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,001)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,009)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,033)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,003)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)

17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
18. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,022$)
19. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) ($p = 0,045$)

Πίνακας 6.16.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιεμετικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,611	,171
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	7,064	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	15,436	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	4,655	,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,422	,009
Κατάθλιψη (Depression)	5,854	,000
Άγχος (Anxiety)	13,745	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	7,975	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,353	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,661	,033
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	7,626	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	7,457	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	10,245	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,618	,650
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	18,116	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,082	,365
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	1,592	,177
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		

Συνολική Τιμή (Total CAQ)	13,617	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,732	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	4,059	,003
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	17,350	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,155	,961
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,560	,692
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,629	,167
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,455	,769
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,262	,902
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,119	,976
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,743	,563
Several Pain FPQ	,956	,432
Medical Pain FPQ	1,131	,342
Total FPQ	,702	,591
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,468	,045
Νευρωτισμός (EPQ)	,575	,681
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,921	,022
Ψεύδος (EPQ)	1,486	,206
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,974	,422
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	1,760	,137

6.17 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.17.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά αντιδιαρροϊκών φάρμακα, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,000$)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) ($p = 0,003$)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,012$)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,013$)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)

Πίνακας 6.17.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,972	,099
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	8,795	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	24,664	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	6,419	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	4,085	,003
Κατάθλιψη (Depression)	8,563	,000
Άγχος (Anxiety)	20,452	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	8,846	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	18,254	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,708	,030
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	10,307	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή)	7,497	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	14,258	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,117	,348
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	21,425	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,308	,267
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,432	,785
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	18,280	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	12,016	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	5,282	,000
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	24,608	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,431	,786
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,909	,109
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	,480	,750
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	1,906	,109
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,403	,806
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,369	,831
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,636	,637
Several Pain FPQ	,884	,474
Medical Pain FPQ	,806	,522
Total FPQ	,424	,791
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	3,706	,006
Νευρωτισμός (EPQ)	,759	,553
Ψυχωτισμός (EPQ)	3,493	,008
Ψεύδος (EPQ)	,729	,573
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,816	,126
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,394	,051

6.18 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης των φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.18.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος ότι παίρνουν πολλά φάρμακα κατά της δυσκοιλιότητας, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,001$)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) ($p = 0,016$)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,043$)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,011$)
16. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
17. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)

Πίνακας 6.18.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	1,767	,135
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	7,975	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	21,354	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	4,810	,001
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,089	,016
Κατάθλιψη (Depression)	5,637	,000
Άγχος (Anxiety)	15,713	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	8,934	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	15,138	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,503	,043
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,699	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου)	7,117	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	10,723	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,672	,612
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	17,799	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,459	,215
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,230	,922
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	14,124	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	8,684	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	3,321	,011
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	23,833	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,457	,767
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,115	,350
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,504	,201
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,628	,643
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,180	,949
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,313	,869
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,594	,667
Several Pain FPQ	1,097	,358
Medical Pain FPQ	1,185	,317
Total FPQ	,951	,435
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,581	,037
Νευρωτισμός (EPQ)	,466	,761
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,392	,051
Ψεύδος (EPQ)	,995	,411
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	2,205	,069
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,073	,990

6.19 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης ορμονών των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.19.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των ορμονών των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) ($p = 0,005$)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) ($p = 0,000$)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου-SCL-90) ($p = 0,000$)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) ($p = 0,000$)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p = 0,000$)
13. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) ($p = 0,001$)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) ($p = 0,000$)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
16. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) ($p = 0,003$)

Πίνακας 6.19.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των ορμονών των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

F

p

Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)

Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,232	,066
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,980	,000

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)

Σωματοποίηση (Somatization)	18,150	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	3,754	,005
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,153	,074
Κατάθλιψη (Depression)	5,249	,000
Άγχος (Anxiety)	13,125	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	8,961	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,570	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,097	,081
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	8,360	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου)	7,767	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	9,665	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,605	,660
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	15,948	,000

Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,947	,103
------------------------------------	-------	------

Στάση απέναντι στη ζωή

Στάση απέναντι στη ζωή	,389	,816
------------------------	------	------

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Συνολική Τιμή (Total CAQ)	15,184	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,914	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	4,520	,001
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	22,395	,000

Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,626	,644
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,218	,303
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	,656	,623

Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,401	,808
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,312	,870
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,067	,992
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,221	,927
Several Pain FPQ	1,247	,291
Medical Pain FPQ	1,070	,371
Total FPQ	,837	,503
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	4,105	,003
Νευρωτισμός (EPQ)	,714	,583
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,029	,090
Ψεύδος (EPQ)	1,020	,397
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,700	,150
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,140	,076

6.20 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της χρήσης βιταμινών των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.20.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των βιταμινών των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) ($p = 0,000$)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)

3. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,003)
4. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
5. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,002)
6. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,002)
8. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
9. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
10. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
11. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
12. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
13. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
14. Ψυχωτισμός (EPQ) (p =0,009)
15. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) (p =0,033)
16. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES) (p =0,031)
17. Several Pain (Fear of Pain –FPQ) (p =0,040)

Πίνακας 6.20.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των βιταμινών των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,992	,019
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	6,660	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	11,895	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,182	,071
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	1,752	,139
Κατάθλιψη (Depression)	4,012	,003
Άγχος (Anxiety)	7,125	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	5,044	,001
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	5,869	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,846	,120

Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,339	,002
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	5,252	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	5,991	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,661	,620
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	9,639	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,320	,865
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,391	,815
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	7,363	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	6,041	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,382	,240
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	12,160	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,485	,746
Επανασχεδιασμός (Reframing)	2,688	,031
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,227	,299
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,731	,571
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,397	,811
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,687	,601
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,524	,718
Several Pain FPQ	2,546	,040
Medical Pain FPQ	,816	,516
Total FPQ	1,139	,338
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,655	,033
Νευρωτισμός (EPQ)	,219	,928
Ψυχωτισμός (EPQ)	3,474	,009

Ψεύδος (EPQ)	1,569	,183
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,497	,203
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,516	,724

6.21 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης συμπληρωμάτων διατροφής των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.21.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των συμπληρωμάτων διατροφής των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία.

Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,031)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,023)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,001)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,042)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
11. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
14. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
15. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)

16. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) ($p = 0,000$)
17. Ψυχωτισμός (EPQ) ($p = 0,022$)

Πίνακας 6.21.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης συμπληρωμάτων διατροφής των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,681	,032
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	7,115	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	13,045	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,692	,031
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,886	,023
Κατάθλιψη (Depression)	4,793	,001
Άγχος (Anxiety)	8,668	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	6,396	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	9,233	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	2,508	,042
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	7,285	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	5,816	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	7,979	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,488	,744
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	13,031	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,718	,580
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,305	,875
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	9,000	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	7,216	,000

Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,568	,183
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	15,586	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,558	,694
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,413	,799
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	2,431	,048
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,797	,528
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,850	,494
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,461	,764
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,524	,718
Several Pain FPQ	1,630	,167
Medical Pain FPQ	1,187	,316
Total FPQ	,696	,595
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,049	,088
Νευρωτισμός (EPQ)	,422	,793
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,915	,022
Ψεύδος (EPQ)	1,357	,249
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	2,226	,066
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,767	,547

6.22 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης αντικαταθλιπτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.22.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης των

αντικαταθλιπτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,001)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,036)
4. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,025)
5. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,001)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,024)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
8. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,012)
9. Διάφορες αιτιάσεις (αυπνία-SCL-90) (p =0,000)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,004)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
12. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
13. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ) (p =0,007)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
16. Νευρωτισμός (EPQ) (p =0,041)

Πίνακας 6.22.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης αντικαταθλιπτικών των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,158	,093
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	5,418	,001
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	6,825	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,878	,036

Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	1,349	,259
Κατάθλιψη (Depression)	3,157	,025
Αγχος (Anxiety)	5,375	,001
Επιθετικότητα (Hostility)	3,204	,024
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	6,200	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,875	,455
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	3,739	,012
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	8,280	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	4,510	,004
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,686	,561
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	7,936	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	3,806	,011
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,366	,778
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	10,508	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	7,978	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	4,071	,007
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	14,096	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,752	,522
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,953	,415
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,620	,185
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,905	,439
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,871	,456
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,121	,341
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	3,120	,026
Several Pain FPQ	,663	,575

Medical Pain FPQ	3,267	,022
Total FPQ	2,499	,060
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	,937	,423
Νευρωτισμός (EPQ)	2,792	,041
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,343	,073
Ψεύδος (EPQ)	,720	,541
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,148	,931
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	2,634	,050

6.23 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της χρήσης φυτικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.23.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φυτικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (STAI) (p =0,000)
2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,000)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,004)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) SCL-90) (p =0,041)
5. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
6. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)

9. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
10. Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή-SCL-90) (p =0,000)
11. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
12. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
13. Σύνολο Κλίμακας άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) (p =0,000)
14. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear) (CAQ) (p =0,000)
15. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) (CAQ) (p =0,000)
16. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) (p =0,023)
17. Συνολική Βαθμολογία της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (p =0,001)

Πίνακας 6.23.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φυτικών φαρμάκων των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	2,527	,041
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	8,821	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	18,334	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	3,935	,004
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,522	,041
Κατάθλιψη (Depression)	5,961	,000
Άγχος (Anxiety)	12,255	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	7,143	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,393	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,943	,103
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	6,710	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή)	5,724	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	9,792	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,821	,512
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	17,417	,000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,644	,163
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,446	,775
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	12,285	,000
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	9,345	,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,247	,064
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	20,610	,000
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	,579	,678
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,857	,118
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	3,751	,005
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	,689	,600
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	1,292	,273
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,677	,155
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,683	,605
Several Pain FPQ	1,836	,122
Medical Pain FPQ	3,973	,004
Total FPQ	2,258	,063
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	2,884	,023
Νευρωτισμός (EPQ)	,100	,982
Ψυχωτισμός (EPQ)	2,320	,057
Ψεύδος (EPQ)	,368	,832
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)		
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	1,454	,216
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,139	,968

6.24 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της χρήσης φαρμάκων για τη σεξουαλικότητα των ατόμων του συνόλου του δείγματος

Στον πίνακα 6.24.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων για τη σεξουαλικότητα των ατόμων του συνόλου του δείγματος, όπως τα ίδια τα άτομα δήλωσαν και όπως οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Δεν εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις σε καμία από τις κλίμακες που μελετήθηκαν.

Πίνακας 6.24.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών της χρήσης φαρμάκων για τη σεξουαλικότητα των ατόμων του συνόλου του δείγματος.

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	,495	,739
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	,693	,597
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	,534	,711
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,610	,656
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,570	,684
Κατάθλιψη (Depression)	,545	,703
Άγχος (Anxiety)	,565	,688
Επιθετικότητα (Hostility)	,300	,878
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,363	,835
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,433	,785
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,386	,818

Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αυπνία)	,473	,756
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,450	,773
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,574	,682
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	,440	,780
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	,364	,835
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,064	,992
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	,176	,950
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	,943	,439
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	,656	,623
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	,822	,512
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	1,126	,344
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,426	,790
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,179	,320
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια	1,604	,173
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,687	,601
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,225	,924
Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)		
Minor Pain FPQ	,969	,425
Several Pain FPQ	1,028	,393
Medical Pain FPQ	,815	,516
Total FPQ	,842	,500
Κλίμακα Προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire - EPQ)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ)	1,693	,152
Νευρωτισμός (EPQ)	,242	,914
Ψυχωτισμός (EPQ)	,839	,501
Ψεύδος (EPQ)	,926	,449

Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)

Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	,535	,710
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	,458	,767

7. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Στην προσπάθειά μας να μελετήσουμε τις σχέσεις των επαγγελματιών με τους φοιτητές αντίστοιχων Σχολών χρησιμοποιήσαμε το δείγμα φοιτητών από παλαιότερη μελέτη μας (Βρυώνη, 2013). Έγινε, λοιπόν, έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της επαγγελματική και φοιτητικής ταυτότητας στη συγκεκριμένη ειδίκευση, δηλαδή στα επαγγέλματα υγείας και στα παιδαγωγικά επαγγέλματα με όλες τις μεταβλητές που αφορούν τη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων. Στους πίνακες 7.1 και 7.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

7.1. Συσχετίσεις των επαγγελματιών και των φοιτητών

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της συχνής χρήσης συγκεκριμένων ειδών φαρμάκων των επαγγελματιών παιδαγωγών και των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών επαγγελματιών υγείας και της συχνής χρήσης παυσίπων ($P = 0,000$), αντιβιοτικών ($P = 0,000$), δερματολογικών φαρμάκων ($P = 0,000$), αντισταμικών ($P = 0,000$), κορτιζονούχων ($P = 0,000$), οφθαλμολογικών κολλυρίων ($P = 0,000$), αντιεμετικών ($P = 0,000$), αντιδιαρροικών ($P = 0,000$), φαρμάκων ενάντια της δυσκοιλιότητας ($P = 0,000$), ορμονών ($P = 0,000$), βιταμινών ($P = 0,000$), συμπληρωμάτων διατροφής ($P = 0,000$) και φυτικών φαρμάκων ($P = 0,000$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) μεταξύ των παιδαγωγών και των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και της συχνής χρήσης κορτιζονούχων ($P = 0,010$), ($P = 0,025$). και φυτικών φαρμάκων ($P = 0,019$).

Πίνακας 7.1: Συγκριτικός πίνακας σημαντικών συσχετίσεων σε μεταβλητές συχνότητας χρήσης φαρμάκων που αφορούν δείγμα επαγγελματιών και δείγμα φοιτητών με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

Συχνότητα χρήσης των παρακάτω φαρμάκων:		Παιδαγωγοί/Φοιτητές	Επαγγελματίες Υγείας/Φοιτητές
		Παιδαγωγικών	Επαγγελματιών Υγείας
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ	Pearson Correlation	-,002	-,450**
	Sig. (2-tailed)	,978	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ	Pearson Correlation	,032	-,554**
	Sig. (2-tailed)	,719	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	Pearson Correlation	,006	-,568**
	Sig. (2-tailed)	,941	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ	Pearson Correlation	-,139	-,557**
	Sig. (2-tailed)	,116	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΚΟΡΤΙΖΟΝΟΥΧΑ	Pearson Correlation	-,223*	-,593**
	Sig. (2-tailed)	,010	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΚΟΛΛΥΡΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΜΑΤΙΑ	Pearson Correlation	-,002	-,535**
	Sig. (2-tailed)	,985	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΑΝΤΙΕΜΕΤΙΚΑ	Pearson Correlation	,012	-,590**
	Sig. (2-tailed)	,895	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΑΝΤΙΔΙΑΡΡΟΙΚΑ	Pearson Correlation	,081	-,575**
	Sig. (2-tailed)	,357	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	-,077	-,531**
	Sig. (2-tailed)	,382	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΟΡΜΟΝΕΣ	Pearson Correlation	-,131	-,490**
	Sig. (2-tailed)	,135	,000
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ	Pearson Correlation	,030	-,356**
	Sig. (2-tailed)	,732	,000
	Pearson Correlation	-,075	-,494**

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	Sig. (2-tailed)	,393	,000
	Pearson Correlation	-,114	-,115
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	Sig. (2-tailed)	,194	,151
	Pearson Correlation	-,205*	-,568**
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΦΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	Sig. (2-tailed)	,019	,000
	Pearson Correlation	-,144	-,004
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΑΣ	Sig. (2-tailed)	,099	,959

8. Συζήτηση

Θεωρούμε απαραίτητο, πριν γίνει ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων που προέκυψαν στην εργασία αυτή και η συσχέτιση τους με αποτελέσματα άλλων όμοιων ερευνών, να προβούμε σε μία συζήτηση των περιορισμών της.

8.1 Οριοθετήσεις- Περιορισμοί της έρευνας

Θα πρέπει να σημειωθεί το γεγονός πως τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που εξήχθησαν στην παρούσα ερευνητική εργασία σχετικά με τη λήψη φαρμάκων επηρεάζονται από το χώρο και το χρόνο κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη. Αυτό σημαίνει πως η γενίκευση των συμπερασμάτων δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς έλεγχο, καθώς δεν μπορεί να χαρακτηρίσει τη σχέση με τη λήψη φαρμάκων του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών της χώρας.

Προκειμένου να γνωρίζουμε περισσότερα στοιχεία για τη σχέση ανάμεσα στη λήψη φαρμάκων και τις αιτίες που οδηγούν στην υπέρμετρη κατανάλωσή τους θα πρέπει να πραγματοποιηθεί εκτενής και διαχρονική μελέτη η οποία να χρησιμοποιεί σαφώς μεγαλύτερο δείγμα του πληθυσμού.

Η έρευνα σχεδιάστηκε με στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και των αναπαραστάσεων των ερωτηθέντων απέναντι στη λήψη φαρμάκων εξετάζοντας ένα δείγμα που αποτελείται από επαγγελματίες υγείας αλλά και εκπαιδευτικούς. Ορισμένοι από τους συμμετέχοντες έδωσαν ωραιοποιημένες απαντήσεις προσπαθώντας να αποφύγουν να απαντήσουν ευθέως. Ο ερευνητής προσπάθησε να διατηρήσει ένα φιλικό κλίμα κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συζητώντας με τους συμμετέχοντες σχετικά με το σκοπό της έρευνας και διασφαλίζοντας με κάθε τρόπο την ασφάλεια των προσωπικών τους δεδομένων και της ανωνυμίας των απαντήσεών τους. Τέλος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν το γεγονός πως οι απαντήσεις των συμμετεχόντων

υπαγορεύονται από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις αλλά και τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες της εποχής.

8.2 Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων

Σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνεται πως 9 στους 10 παιδαγωγούς και 6 στους 10 επαγγελματίες υγείας είναι γυναίκες. Από το σύνολο των 306 συμμετεχόντων που πήραν μέρος στην έρευνα οι 75 ήταν άνδρες (24,5%) και οι 231 (75,5%) ήταν γυναίκες. Την ίδια στιγμή η πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας δηλώνει πως βρίσκεται σε έγγαμη σχέση και μόνο 7 άτομα δηλώνουν πως έχουν απωλέσει το σύντροφό τους. Τα συμπεράσματα σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος της μελέτης αυτής συμφωνούν με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών (Pappas, Gouva, Gourgoulisanis, Hatzoglou, & Kotrotsiou, 2016; Blackwell, Lucas & Clarke, 2014). Επιπλέον, σχετικά με την ύπαρξη παιδιών 7 στους 10 ερωτώμενους απάντησαν θετικά, όπως επίσης θετικά απάντησαν και 9 στους 10 συμμετέχοντες σχετικά με την ύπαρξη αδελφών αποτέλεσμα που συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας, ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική.

8.3 Διαφορές Εκπαιδευτικών - Επαγγελματιών Υγείας ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στη λήψη φαρμάκων

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε παρατηρείται η στάση των φοιτητών και επαγγελματιών εκπαιδευτικών και αυτή συγκρίνεται με την στάση των επαγγελματιών υγείας.

Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι Εκπαιδευτικοί διαφέρουν ως προς τη στάση τους απέναντι στα φάρμακα μια και οι ταυτίσεις και επιδράσεις των τελευταίων με τις βασικές τους σπουδές είναι θετικές με τη φαρμακοχρησία. Πιο αναλυτικά, παρατηρείται πως το 35% περίπου των επαγγελματιών υγείας θεωρεί ότι ανήκει στην κατηγορία όσων κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων έναντι του 5% περίπου των Παιδαγωγών ενώ το 50% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος θεωρούν ότι μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για τη χρήση κάποιων φαρμάκων, σε αντίθεση με το 13,9% των εκπαιδευτικών. Την ίδια στιγμή, 4 στους 10 περίπου από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ότι κάποια φάρμακα είναι απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους και συνηθίζουν να αντιμετωπίζουν τους πόνους τους με τη χρήση παυσιπόνων. Στη μελέτη του ο Horne το 1997, αναφέρεται στις κοινές πεποιθήσεις σχετικά με τα φάρμακα μπορούν να ομαδοποιηθούν κάτω από ορισμένες «βασικές κατηγορίες», όπως είναι οι αντιλήψεις σχετικά με την εγγενή φύση των φαρμάκων, την ικανότητά τους να ωφελήσουν ή να ζημιώσουν, καθώς και τον βαθμό της υπερκατανάλωσης αυτών.

Επίσης τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τις διαπιστώσεις της έρευνας του Horne και των συνεργατών του, που προτείνουν περαιτέρω έρευνα για να μπορέσουν να κατανοήσουν τον αντίκτυπο του πολιτισμικού και εκπαιδευτικού υπόβαθρου στην προτίμηση της χρήσης των φαρμάκων με στόχο τη χρησιμοποίηση αυτών των γνώσεων για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας (Horne et al., 2004).

8.4 Διαφορές Εκπαιδευτικών - Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στη Χρήση των Φαρμάκων

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, παρατηρείται πως η στάση των Επαγγελματιών Υγείας και των φοιτητών Σχολών Υγείας του δείγματος απέναντι σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες φαρμάκων είναι ιδιαίτερα θετική. Ακόμη, ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζει η στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη χρήση όλων των κατηγοριών φαρμάκων εξαιρώντας εκείνα κατά της αυπνίας και της ενίσχυσης της σεξουαλικότητας στις οποίες δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως στους πίνακες 4, 5, 6, 7 μεταξύ των ατόμων της υγείας και των εκπαιδευτικών εμφανίζονται στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές ως προς τη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ανά ειδικότητα. Περίπου το 50% των επαγγελματιών υγείας κάνουν συχνή χρήση παυσίπων έναντι του 29,6% των Παιδαγωγών που λαμβάνουν παυσίπονα.

Περίπου το 36% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιβιοτικών έναντι του 4,5% των εκπαιδευτικών.

Ακόμη, το 37% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση δερματολογικών φαρμάκων έναντι του 7,6% των εκπαιδευτικών, ενώ το 38,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντισταμινικών φαρμάκων έναντι του 6,2% των εκπαιδευτικών. Επιπλέον, το 32,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και το 6,1% των εκπαιδευτικών του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση κορτιζονούχων φαρμάκων. Το 35,4% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και το 6,9% των εκπαιδευτικών του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση οφθαλμολογικών κολλυρίων. Ακόμη, το 32,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και το 1,5% των εκπαιδευτικών του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιεμετικών φαρμάκων,

ενώ το 32,9% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και το 2,3% των εκπαιδευτικών του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιδιαρροικών φαρμάκων. Αντίστοιχα το 33% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και το 2,3% των εκπαιδευτικών του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας. Το 34,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση ορμονών έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών.

Παράλληλα, το 43,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση βιταμινών έναντι του 10,7% των εκπαιδευτικών. Ακολούθως, το 37,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση συμπληρωμάτων διατροφής έναντι του 5,3% των εκπαιδευτικών, ενώ το 36,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φυτικών φαρμάκων έναντι του 1,5% των εκπαιδευτικών.

Από την άλλη πλευρά, οι 4 στους 10 από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας και 3 στους 10 από το σύνολο των εκπαιδευτικών κάνουν συχνή έως πολύ συχνή χρήση φαρμάκων για την καταρροή, ενώ 8 στους 10 επαγγελματίες υγείας και 6 στους 10 εκπαιδευτικούς κάνουν συχνή έως πολύ συχνή χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ενισχύονται και από άλλες διεθνείς μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένοι πολιτιστικοί παράγοντες έχουν συχνά αντίκτυπο στα χαρακτηριστικά των αντιλήψεων, πεποιθήσεων και γνώσεων των ασθενών σχετικά με την κατάλληλη χρήση αντιβιοτικών και την αυτοθεραπεία και σημαντικό ρόλο κατέχουν οι εθνικές και πολιτισμικές διαφορές στα επίπεδα επιστημονικής γνώσης σε συσχέτιση με την κατανάλωση των αντιβιοτικών.

Ειδικότερα, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, η Τουρκία, η Γαλλία και η Ισπανία

παρουσιάζουν την υψηλότερη κατανάλωση αντιβιοτικών για λοιμώξεις κυρίως του αναπνευστικού συστήματος.

Σύμφωνα με τους Grigoryan et al., (2007) έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση της στάσης των πολιτών ευρωπαϊκών χωρών απέναντι στην αυτοθεραπεία μέσω αντιβιοτικών, την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με την αντοχή των αντιβιοτικών φαρμάκων και τις γνώσεις της αποτελεσματικότητας των αντιβιοτικών έναντι βακτηριδίων και ιών.

Ακόμη, από τη μελέτη διαφάνηκε η μεγάλη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πονοκεφάλου, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της παρούσας έρευνας, επιλέγει να χρησιμοποιήσει σε μεγάλο βαθμό φάρμακα για την καταπολέμηση των πονοκεφάλων τους, ανεξάρτητα τη Σχολή εκπαίδευσής τους. Διαπιστώθηκε πως περίπου 9 στους 10 φοιτητές καταφεύγουν στη χρήση φαρμακευτικών ουσιών κατά των πονοκεφάλων. Επίσης, για τους μισούς περίπου φοιτητές του δείγματος, η αντιμετώπιση της γρίπης γίνεται είτε με αντιπυρετικά είτε με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά. Σε ότι αφορά τους πόνους περιόδου, τα κορίτσια του δείγματος χρησιμοποιούν φάρμακα σε ποσοστό 74% περίπου, δηλαδή οι 3 στις 10. Ευρήματα άλλων μελετών ενισχύουν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι Simons και συν. (2005) ανέδειξαν ότι οι φοιτητές ακαδημαϊκών ιδρυμάτων αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου σχετικά με τη χρήση φαρμάκων και ουσιών, γεγονός που σχετίζεται με διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Επίσης, οι Read και συν. (2002) παρατήρησαν υπερβολική κατανάλωση νόμιμων φαρμάκων στο φοιτητικό σύνολο των πανεπιστημίων και κατέληξαν ότι αποτελεί μια πηγή ανησυχίας σε πολλές χώρες. Ο βασικός λόγος της αύξησης της χρήσης φαρμάκων για τους Read και συν., 2002 είναι πως η περίοδος μετάβασης από το γυμνάσιο στο πανεπιστήμιο συχνά χαρακτηρίζεται από μια αύξηση στη συχνότητα των ευκαιριών για συνέντευξη

και επικοινωνία με τους ομοίους. Και αυτό εξηγείται με το γεγονός ότι για να καταλήξουν σε κοινωνική αποδοχή από το φοιτητικό περίγυρο, οδηγούνται σε ταυτίσεις με ανθρώπους που θαυμάζουν και συμπεριφορές αρεστές (Borsari και συν., 2001).

8.5 Διαφορές επαγγελματιών - φοιτητών ως προς τη χρήση και τη στάση τους απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της χρήσης συγκεκριμένων φαρμάκων στους φοιτητές παιδαγωγικών σχολών με τους επαγγελματίες εκπαιδευτικούς, σε αντίθεση με τους φοιτητές των σχολών υγείας. Πιο ειδικά, από τις αναλύσεις διαπιστώθηκε στατιστικώς πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών επαγγελματιών υγείας και της συχνής χρήσης παυσίπων ($P=0,000$), αντιβιοτικών ($P=0,000$), δερματολογικών φαρμάκων ($P=0,000$), αντισταμικών ($P=0,000$), κορτιζονούχων ($P=0,000$), οφθαλμολογικών κολλυρίων ($P=0,000$), αντιεμετικών ($P=0,000$), αντιδιαρροικών ($P=0,000$), φαρμάκων ενάντια της δυσκοιλιότητας ($P=0,000$), ορμονών ($P=0,000$), βιταμινών ($P=0,000$), συμπληρωμάτων διατροφής ($P=0,000$) και φυτικών φαρμάκων ($P=0,000$). Τα παραπάνω αποτελέσματα παραλληλίζονται και με την έρευνα των Kester et al (2014), στην οποία αποδείχθηκε πως η κατανάλωση των φαρμάκων αυξάνεται ανάλογα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ή τις φυλετικές ή εκπαιδευτικές εμπειρίες.

9. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οδηγούν στα εξής συμπεράσματα:

Η στάση των επαγγελματιών υγείας και η στάση των Εκπαιδευτικών διαφέρει στατιστικά σε ότι αφορά τα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία.

Ιδιαίτερα θετική, απέναντι στη χρήση συγκεκριμένων κατηγοριών φαρμακευτικών σκευασμάτων παρατηρείται η στάση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος. Συγκεκριμένα, από τους επαγγελματίες υγείας, ένα 30 με 40 % καταναλώνει πολύ συχνά φάρμακα, με τους 5 στους 10 να κάνουν συχνά χρήση παυσίπων για τους πονοκεφάλους τους.

Από το σύνολο του δείγματος, οι επαγγελματίες υγείας κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιβιοτικών σε μεγαλύτερο ποσοστό 36%, σε αντίθεση με τους εκπαιδευτικούς 4,5%.

Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση δερματολογικών φαρμάκων σε ποσοστό 37%, έναντι των εκπαιδευτικών (7,6%).

Αναφορικά με τα αντισταμινικά φάρμακα, συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση παρατηρείται περισσότερο στους επαγγελματίες υγείας (38,1%), σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς (6,2%).

Στη χρήση συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση κορτιζονούχων φαρμάκων καταφεύγει 32,2% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας ενώ μόλις 6,1% των εκπαιδευτικών.

Από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, 35,4% κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση οφθαλμολογικών κολλυρίων, σε αντίθεση των εκπαιδευτικών (6,9%).

Συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιεμετικών φαρμάκων γίνεται από το 32,1% των επαγγελματιών υγείας, ενώ μόλις 1,5% των εκπαιδευτικών.

Οι επαγγελματίες υγείας συνόλου του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιδιαρροικών φαρμάκων σε ποσοστό 32,9% σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς (2,3%).

Επίσης, στη χρήση φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας, 33% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση. αντί του 2,3% των εκπαιδευτικών.

Στη συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση ορμονών καταφεύγει το 34,5% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, σε σχέση με το 2,3% των εκπαιδευτικών.

Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση βιταμινών σε ποσοστό 43,5% έναντι του 10,7% των εκπαιδευτικών.

Αναφορικά με την χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση γίνεται από 37,5% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, ενώ 5,3% των εκπαιδευτικών.

Ακόμη, φυτικά φάρμακα χρησιμοποιεί 36,2% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος συχνά έως πάρα πολύ συχνά και μόλις 1,5% των εκπαιδευτικών.

Παρατηρείται μια θετική συσχέτιση της συχνής κατανάλωσης φαρμάκων με τα υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, άγχους για την καρδιακή λειτουργία, εξωστρέφεια και ψυχωτισμό.

Η συγκεκριμένη μελέτη, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, παρουσιάζει ενδιαφέροντα ευρήματα που οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό μερικών απόψεων σε ότι αφορά τη στάση που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία. Μελλοντικό αντικείμενο έρευνας θα μπορούσαν να αφορά τους παράγοντες που οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας στη μεγάλη χρήση φαρμάκων.

Παρά τους περιορισμούς της μελέτης μας, παρουσιάζονται σημαντικές πτυχές στην παρούσα εργασία που ενδιαφέρουν τόσο ερευνητές, όσο και τους ίδιους τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρόληψης.

Συγκεκριμένα, ενδιαφέρον θα αποτελούσε η μελέτη των διαφορών της στάσης που εμφανίζουν απέναντι στα φάρμακα συγκεκριμένες ειδικότητες της ιατρικής και της νοσηλευτικής, στοιχεία που θα επέτρεπαν τη συσχέτιση των επιπτώσεων της εκπαίδευσής τους και των επαγγελματικών τους ταυτίσεων.

Οι υπάρχουσες μελέτες τόσο για την αναπαράσταση όσο και για τη στάση των ανθρώπων στα φάρμακα δεν είναι αρκετές και υπάρχει έλλειψη της έρευνας του πληθυσμού πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Σκοπός: Η διερεύνηση επαγγελματιών εκπαίδευσης και επαγγελματιών υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η διασύνδεση με το ψυχολογικό προφίλ και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης της χρήσης φαρμάκων με: α) το κοινωνικό προφίλ, β) ψυχοπαθολογία, γ) άγχος για την καρδιακή λειτουργία, δ) αντιμετώπιση οικογενειακών κρίσεων ε) παροδικό και μόνιμο άγχος και στ) Προσωπικότητα.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Νηπιαγωγών του Παν/μίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Απρίλιο του 2019 και καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και επαγγελματίες υγείας. Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 400 άτομα. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 313 άτομα. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν 86 (ποσοστό 48,9%) ιατροί, 90 (ποσοστό 51,1%) νοσηλευτές, 82 (ποσοστό 63,1%) παιδαγωγοί προσχολικής ηλικίας, και 48 (ποσοστό 36,9%) παιδαγωγοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) Το Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire) β) Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), και δ) Κλίμακα Φόβου του Πόνου (FPQ), ε) το Τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R) στ) Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), ζ) η Κλίμακα Βιωματικών Σχέσεων

(ECRI) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων απέναντι στα φάρμακα και τη χρήση τους.

Αποτελέσματα: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: α) οι Εκπαιδευτικοί διαφέρουν ως προς τη στάση τους απέναντι στα φάρμακα από τους Επαγγελματίες Υγείας μια και οι ταυτίσεις και επιδράσεις των τελευταίων με τις βασικές τους σπουδές είναι θετικές με τη φαρμακοχρησία. Πιο συγκεκριμένα, το 35% περίπου των επαγγελματιών υγείας θεωρεί ότι ανήκει σε εκείνους τους ανθρώπους που κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων έναντι του 5% περίπου των Παιδαγωγών, και το 50% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος θεωρούν ότι μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για τη χρήση κάποιων φαρμάκων, σε αντίθεση με το 13,9% των εκπαιδευτικών. Ακόμη, οι 4 στους 10 περίπου από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ότι κάποια φάρμακα είναι απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής τους και συνηθίζουν να αντιμετωπίζουν τους πόνους τους με τη χρήση παυσίπων, β) η στάση των Επαγγελματιών Υγείας και των φοιτητών Σχολών Υγείας του δείγματος απέναντι σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες φαρμάκων είναι ιδιαίτερα θετική. Ακόμη, ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζει η στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη χρήση όλων των κατηγοριών φαρμάκων εξαιρώντας εκείνα κατά της αυπνίας και της ενίσχυσης της σεξουαλικότητας στις οποίες δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, το 50% περίπου των επαγγελματιών υγείας κάνουν συχνή χρήση παυσίπων έναντι του 29,6% των Παιδαγωγών. Περί του 36% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιβιοτικών έναντι του 4,5% των εκπαιδευτικών. Ακόμη, το 37% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας

του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση δερματολογικών φαρμάκων έναντι του 7,6% των εκπαιδευτικών, το 38,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντισταμινικών φαρμάκων έναντι του 6,2% των εκπαιδευτικών, το 32,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση κορτιζονούχων φαρμάκων έναντι του 6,1% των εκπαιδευτικών, το 35,4% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση οφθαλμολογικών κολλυρίων έναντι του 6,9% των εκπαιδευτικών, το 32,1% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιεμετικών φαρμάκων έναντι του 1,5% των εκπαιδευτικών, το 32,9% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση αντιδιαρροικών φαρμάκων έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 33% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φαρμάκων κατά της δυσκοιλιότητας έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 34,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση ορμονών έναντι του 2,3% των εκπαιδευτικών, το 43,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση βιταμινών έναντι του 10,7% των εκπαιδευτικών, το 37,5% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση συμπληρωμάτων διατροφής έναντι του 5,3% των εκπαιδευτικών, το 36,2% περίπου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος κάνουν συχνή έως πάρα πολύ συχνή χρήση φυτικών φαρμάκων έναντι του 1,5% των εκπαιδευτικών. Οι δε 4 στους 10 περίπου από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας κάνουν συχνή έως πολύ συχνή χρήση φαρμάκων για την καταρροή, οι 8 στους 10 κάνουν συχνή έως πολύ συχνή

χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο έναντι των 3 στους 10 και των 6 στους 10 αντίστοιχα για το δείγμα των εκπαιδευτικών, γ) δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της χρήσης συγκεκριμένων φαρμάκων στους φοιτητές παιδαγωγικών σχολών με τους επαγγελματίες εκπαιδευτικούς σε αντίθεση με τους φοιτητές των σχολών υγείας και τους επαγγελματίες υγείας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης μας, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρόληψης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των διαφορών της στάσης απέναντι στα φάρμακα σε συγκεκριμένες ειδικότητες της ιατρικής και της νοσηλευτικής κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις της εκπαίδευσής τους και των επαγγελματικών τους ταυτίσεων.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματίες Υγείας, Παιδαγωγοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, Στάσεις, Φάρμακα, Ψυχολογικό Προφίλ, Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά, Αγωγή Υγείας

Existing studies on both representation and people's attitudes to medicines are insufficient and there is a lack of population research on this issue.

Aim: The investigation of education professionals and health professionals regarding their attitude towards the use of drugs and the connection with their psychological profile and psychosocial characteristics. Individual objectives of the research were to investigate the relationship of drug use with: a) the social profile, b) psychopathology, c) stress on cardiac function, d) family crisis management, e) transient and permanent stress and f) personality.

Method: This research was carried out at the Department of Kindergarten of the University of Ioannina from January 2013 to April 2019. The sample of the present study was primary education teachers and health professionals. A total of 400 people were given questionnaires. Finally, 313 people voluntarily participated in the present study. More specifically, the questionnaires were completed by 86 (percentage 48.9%) doctors, 90 (percentage 51.1%) nurses, 82 (percentage 63.1%) preschool teachers, and 48 (percentage 36.9%) primary school teachers. The research tools used were: a) The Personality Test (Eysenck Personality Questionnaire) b) Family Crisis Measurement Scale (F-COPES) c) the Psychopathology Scale (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), and d) Fear of Pain Scale (FPQ), e) the Life Orientation Test (LOT-R) f) Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ, g) the Experiential Relationships Scale (ECRI) and another questionnaire socio-demographic data and attitude questions and self-reported data towards drugs and their use.

Results: Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical processing of the data, from which it was observed that: a) Educators differ in their attitude towards

drugs from Health Professionals. More specifically, about 35% of health professionals consider themselves to be among those people who make heavy use of drugs compared to about 5% of educators, and 50% of health professionals in the sample believe that they can decide for themselves about the use of some drugs, in contrast to 13.9% of teachers. Furthermore, approximately 4 out of 10 of all health professionals consider that some drugs are necessary for their quality of life and are used to treating their pain with the use of painkillers, b) the attitude of Health Professionals and Health School students of the sample towards almost all categories of drugs is particularly positive. Also, of particular interest is the statistically significant difference between the two groups in the use of all drug categories excluding those against insomnia and enhancing sexuality in which no statistically significant difference is observed between the two groups. More specifically, approximately 50% of health professionals make frequent use of painkillers compared to 29.6% of Teachers. About 36% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of antibiotics compared to 4.5% of teachers. Also, approximately 37% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of dermatological drugs compared to 7.6% of teachers, approximately 38.1% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use use of antihistamine drugs compared to 6.2% of teachers, approximately 32.2% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of cortisone drugs compared to 6.1% of teachers, approximately 35.4% of of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of ophthalmic eye drops compared to 6.9% of teachers, approximately 32.1% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of antiemetic drugs compared to 1, 5% of teachers, approximately 32.9% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of antidiarrheal drugs against 2.3% of

teachers, about 33% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of anti-constipation drugs compared to 2.3% of teachers, about 34.5% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of hormones compared to 2.3% of teachers, approximately 43.5% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of vitamins compared to 10.7% of teachers, approximately 37.5% of all of health professionals in the sample make frequent to very frequent use of nutritional supplements compared to 5.3% of teachers, approximately 36.2% of all health professionals in the sample make frequent to very frequent use of herbal medicines compared to 1.5% of the educators. Around 4 out of 10 of all healthcare professionals make frequent to very frequent use of medicines for runny nose, 8 out of 10 make frequent to very frequent use of medicines for headache compared to 3 out of 10 and 6 out of 10 respectively for sample of teachers, c) there are no statistically significant relationships between the use of specific drugs in education students and professional teachers as opposed to health school students and health professionals.

Conclusions: The results of this study lead to a redefinition of certain opinions regarding the attitude of health professionals towards medications, and medications, use. Future studies could focus on factors that lead healthcare professionals to overuse medications. Despite the limitations of our study, we believe that there are important aspects in the present study for researchers as well as practitioners working in the field of prevention. Of particular interest would be to study the differences in attitudes towards drugs in specific specialties of medicine and nursing, which would allow us to relate the effects of their training and their professional identities.

Keywords: Health Professionals, Primary teachers, Attitudes, Medications, Psychological Profile, Psychosocial Characteristics, Health Education

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackerknecht, E.H. (1998). Ιστορία της Ιατρικής. Με συμπληρώσεις Murken, A.H., Πρόλογος: Τζαβάρας Θανάσης, Επιμέλεια: Πασχάλης Βασίλης, σειρά: Άνθρωπος στην Επιστήμη. Αθήνα: Μαραθιά.
- Adams, N., Ravey, J., & Taylor, D. (1996). Psychological Models of Chronic Pain and Implications for Practice, *Physiotherapy*, 82(2), 124-129.
- Agras, S.W. (1989). Understanding Compliance with the Medical Regimen: The Scope of the Problem and a Theoretical Perspective, *Arthritis Care and Research*, 2(3), 82-87.
- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Alexandre, N.M.C., Nordin, M., Hiebert, R., & Campello, M. (2002). Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain, *Revista Panamerica de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12(2), 86-95.
- Almeida-Filho, N, Lessa, I, Magalhaes, L, Araujo, MJ, Aquino, E, Kawachi, I, James, SA. (2004). Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 38(1):45-54.
- Andersson Sundell, K., & Jönsson, A. K. (2016). Beliefs about medicines are strongly associated with medicine-use patterns among the general population. *International journal of clinical practice*, 70(3), 277-285.
- Andrianakos, A. et al. (2005). The Burden of the Rheumatic Diseases in the General Adult Population of Greece: the ESORDIG Study. *Rheumatology*, 44(7), 932-938.
- Arrindell, W.A., Hafkenscheid, A.J.P.M., & Emmelkamp, P.M.G. (1984). The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ): A Psychometric

Enaluation in Psychiatric Outpatients, *Journal of Personality and Individual Differences*, 5, 221-231.

- Ayache, L. (1999). Ο Ιπποκράτης. Μετάφραση Μιχαήλ, Υβ. Αθήνα: Δαίδαλος.
- Bergman, S. (2007). Management of musculoskeletal pain, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), 153-166.
- Bethea, A.R., Acosta, M.C., & Haller, D.L. (2008). Patient Versus Therapist Alliance: Whose Perception Matters?, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 174–183.
- Blackwell, D. L., Lucas, J. W., & Clarke, T. C. (2014). Summary health statistics for US adults: national health interview survey, 2012. *Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey*, (260), 1-161.
- Borsari, B, Carey, KB. (2001). Peer influences on college drinking: a review of the research. *J Subst Abuse*.13(4):391-424.
- Bosley, C.M., Fosbury, J.A., & Cochrane, G.M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma, *European Respiratory Journal*, 8(6), 899–904.
- Bowen, M. (1972). Τρίγωνα στην οικογένεια. Ανωνύμου, Για τη διαφοροποίηση του εαυτού. Κ. Χαραλαμπίκη (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.
- Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In *Attachment, Theory and Close Relationships*.
- Caine, T.M., Foulds, G.A., & Hope, K. (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.

- Campbell, T.L. (2005). Improving Physical Health through Family Intervention. In C. McKenry & S.J. Price (Eds), *Families & Change – Coping with Stressful Events and Transitions*. California: Sage Publications.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration, *Pain*, 110(3), 656–664.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004a). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress, *Pain*, 107(1-2), 99–106.
- Cano, A., Johansen, A.B., & Geisser, M. (2004b). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain, *Pain*, 109(3), 258–265.
- Cano, A., Miller, L.R., & Loree, A. (2009). Spouse Beliefs about Partner Chronic Pain, *Journal of Pain*, 10(5), 486–492.
- Cano, A., Weisberg, J.N., & Gallagher, R.M. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample, *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
- Carlini, EA, Galduroz, JC, Noto, AR, Nappo, AS. (2002). I Residential data collection about the use of psychotropic drugs in Brazil: a survey involving the 107 largest cities in the country. Brazilian Center of Information about Psychotropic Drugs (CEBRID) Psychobiology Department of the Federal University of São Paulo.
- Chaturvedi, S.K. (1987). Family morbidity in chronic pain patients, *Pain*, 30(2), 159- 168.
- Christensen, D.B. (1978). Drug-taking Compliance: A Review and Synthesis, *Health Services Research*, 13(2), 171-187.

- Cirakoglu, OC, Isin, G. (2005). Perception of drug addiction among Turkish university students: causes, cures, and attitudes. *Addict Behav.* 30(1):1-8.
- Dannecker, E.A., Knoll, V., & Robinson, M.E. (2008). Sex Differences in Muscle Pain: Self-care Behaviors and Effects on Daily Activities, *Journal of Pain*, 9(3), 200– 209.
- Donovan, J.L., & Blake, D.R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision making, *Social Science & Medicine*, 34(5), 507-513.
- Dragioti E., Vitoratou S., Kaltsouda A., Tsartsalis D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
- Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H. (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*. 2: 489-493.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 57–60.
- Economou, M. & Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.* 9(4): 331-337.
- Edwards, P.W., Zeichner, A., Kuczmierczyk, A.R., & Boczkowski, J. (1985). Familial Pain Models: the Relationship between Family History of Pain and Current Pain Experience, *Pain*, 21(4), 379-384.
- Fairchild, A.J., & Finney, S.J. (2006). Investigating Validity Evidence for the Experiences in Close Relationships–Revised Questionnaire, *Educational and Psychological Measurement*, 66(1), 116-135.

- Faucett, J.A., & Levine, J.D. (1991). The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology, *Pain*, 44(1), 35-43.
- Ferguson, K., & Bole, G.G. (1979). Family support, health beliefs, and therapeutic compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Patient Counseling and health education*, 1(3), 101-105.
- Flor, H., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction, *Pain*, 38(1), 45-50.
- Flor, H., Turk, D.C., & Scholz, O.B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences, *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 63-71.
- Floyd, J.A. (1991). Nursing students' stress levels, attitude toward drugs, and drug use, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (1): 46–53.
- Fowler, P.C. (1981). Maximum Likelihood Factor Structure of the Family Environment Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 160-164.
- Galduroz, JC, Caetano, R. (2004 α)Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 26 (Suppl 1):S3-6.
- Galduroz, JC, Noto, AR, Nappo, SA, Carlini, EA. (2004 β). Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989,1993 and 1997. *Braz J Med Biol Research.*37(4):523-31.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family Therapy – An Overview*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
- Gouva M., Dragioti, E., Paschou, A. (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, *Interscientific health care*, (accepted).

- Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras
- Harrold, L.R., & Andrade, S.E. (2009). Medication Adherence of Patients with Selected Rheumatic Conditions: A Systematic Review of the Literature, *Seminars in Arthritis Rheumatism*, 38(5), 396–402.
- He, Y., Zhang, M., Lin, E.H.B., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Uda, H., Mneimneh, Z., Benjet, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Seedat, S., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kovess, V., Von Korff, M., & Kessler, R. (2008). Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys, *Psychological Medicine*, 38(11), 1639–1650.
- Hinkley, B.S., & Jarcmko, M.E. (1994). Effects of Pain Duration on Psychosocial Adjustment in Orthopedic Patients. The Importance of Early Diagnosis and Treatment of Pain, *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 175-185.
- Holdcraft, LC, Iacomo, WG. (2004). Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.* 74(2):147-58.
- Holi, M. (2003). *Assessment of Psychiatric Symptoms using the SCL-90*. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555–567.
- Horne, R., Graupner, L., Frost, S., Weinman, J., Wright, S. M., & Hankins, M. (2004). Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Social science & medicine*, 59(6), 1307-1313.

- Hugtenburg, J.G., Blom, A.Th.G., & Kisoensingh, S.U. (2005). Initial phase of chronic medication use; patients' reasons for discontinuation, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(3), 352–354.
- Ickowics, J.R., & Meisler, A.W. (1997). Adherence in AIDS Clinical Trials: A Framework for Clinical Research and Clinical Care, *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 385-391.
- Ingersoll, K.S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature, *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213–224.
- J.A. (2008). Domain Specific Self-Efficacy Mediates the Impact of Pain Catastrophizing on Pain and Disability in Overweight and Obese Osteoarthritis Patients, *Journal of Pain*, 9(10), 912–919.
- J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds). USA, NY: Guilford Press.
- Jalali, B., Jalali, M., Crocetti, G. & Turner, F. (1981). Adolescents and drug use: Toward a More Comprehensive Approach, *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 51, Issue 1, pages 120–130.
- Jamison, R.N., & Virts, K.L. (1990). The Influence of Family Support on Chronic Pain, *Behaviour Research Therapy*, 28(4), 283-287.
- Jin, J., Sklar, G.E., Sen Oh, V.M., & Li, S.C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
- Justins, D.M. (1996). Management strategies for chronic pain, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 55(9), 588-596.

- Kahler, CW, Read, JP, Wood, MD, Palfai, TP. (2003). Social environmental selection as a mediator of gender, ethnic, and personality effects on college students drinking. *Psychol Addict Behav.* 17(3):226-34.
- Kauffman, SE, Silver, P, Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Soc Work.* 42(3):231-41.
- Keefe, F.J., & Porter, L. (2007). Pain catastrophizing in the context of satisfaction with spousal responses: New perspectives and new opportunities, *Pain*, 131(1-2), 1–2.
- Kerr-Correa, F, Andrade, AG, Bassit, AZ, Boccuto, NM. (1999). Use of alcohol and drugs by medical students of Unesp. *Rev Bras Psiquiatr.* 21(2):95-100.
- Kraus, M.R., Schafer, A., Csef, H., Faller, H., Mork, H. & Scheurlen, M. (2001). Compliance with Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C. Associations with Psychiatric Symptoms, Interpersonal Problems and Mode of Acquisition, *Digestive Diseases and Sciences*, 46(10), 2060-2065.
- Krug, A. (1997). Αρχαία ιατρική, επιστημονική και θρησκευτική ιατρική στην αρχαιότητα. Μετάφραση: Ελένη Μανακίδου, Θεόδωρος Σαρτζής, επίβλεψη: Δημ. Λυπουρλής. Αθήνα: Παπαδήμ
- Larsen, J., Stovring, H., Kragstrup, J., & Hansen, D.G. (2009). Can differences in medical drug compliance between European countries be explained by social factors: analyses based on data from the European Social Survey, round 2, *BMC Public Health*, 9, 145,
- Larsen, P.D. (2009). *Illness Behavior*. In P.D. Larsen & I.M. Lubkin (Eds), *Chronic Illness – Impact and Intervention*. USA: Jones and Bartlett Publishers.

- Larsson, M.EH., & Nordholm, L.A. (2008). Responsibility for managing musculoskeletal disorders – A cross-sectional postal survey of attitudes, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9(110), 1-11.
- Latimer, WW, Floyd, LJ, Vasquez, M, O'Brien, M, Arzola, A, Rivera, N. (2004). Substance use among school-based youths in Puerto Rico: differences between gender and grade levels. *Addict Behav.* 29(8):1659-64.
- Lee, D., Mendes de Leon, C.F., Jenkins, D., Croog, S.H., Levine, S., & Sudilovsky, A. (1992). Relation of Hostility to Medication Adherence, Symptom Complaints, and Blood Pressure Reduction in a Clinical Field Trial of Antihypertensive Medication, *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 181-190.
- Lee, P., & Tan, L.J.P. (1979). Drug Compliance in Outpatients with Rheumatoid Arthritis, *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 9(3), 274-277.
- Leonard, M.T., Cano, A., & Johansen, A.B. (2006). Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence, *The Journal of Pain*, 7(6), 377-390.
- Lewis, MA, Neighbors, C. (2004). Gender-specific misperceptions of college student drinking norms. *Psychol Addict Behav.* 18(4):334-9.
- Liakos, A. (1977). Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
- Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.

- Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I. (2010). 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*, 95 (1) p 129-142.
- Madianos, M. & Madianou, D. (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
- Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A. (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
- Main, C.J., & Williams, A. (2002). ABC of psychological medicine- Musculoskeletal pain, *BMJ*, 325(7363), 534–537.
- Mårdby, A. C., Åkerlind, I., & Hedenrud, T. (2009). General beliefs about medicines among doctors and nurses in out-patient care: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 10(1), 35.
- McDowell, I. (1987). Screening for psychosocial problems among primary care patients: a pilot study, *Canadian Medical Association Journal*, 137(12), 1095-1100.
- McGowan, P. (1990). Psychologic, Social, Emotional, and Practical Problems of Patients with Arthritis, *Canadian Family Physician*, 36, 503-507.
- Miller, P.J., & Hafner, J.R. (1989). HDHQ Test – Properties for Normal Respondents,
- Moore, P.J., Sickel, A.E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N.E. (2004). Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor–Patient Relationship, *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421–433.
- Nemes, M.I.B., Helena, E.T., Caraciolo, J.M.M., & Basso, C.R. (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between

epidemiological and clinical approaches, *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 392-400.

- Newton-John, T.R., & C de C Williams, A. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviors, *Pain*, 123(1), 53–63.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy - Adherence to Medication, *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- *Pain Management Nursing*, 4(3), 134-142.
- Pandina, R.J. Schuele, J.A. (1983). Psychosocial Correlates of Alcohol and Drug Use of Adolescent Students and Adolescents in Treatment, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 44 (6).
- Pappas, P., Gouva, M., Gourgoulianis, K., Hatzoglou, C., & Kotrotsiou, E. (2016). Psychological profile of Greek doctors: differences among five specialties. *Psychology, health & medicine*, 21(4), 439-447.
- Parrish, B.P., Zautra, A.J., & Davis, M.C. (2008). The Role of Positive and Negative Interpersonal Events on Daily Fatigue in Women with Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, and Osteoarthritis, *Health Psychology*, 27(6), 694–702.
- Payne, B., & Norfleet, M.A. (1986). Chronic Pain and the Family: a Review, *Pain, Personality and Individual Differences*, 10(12), 1311-1318.
- Philip, A.E. (1969). The Development and Use of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, *Journal of Psychosomatic Research*, 13(3), 283 - 287.
- Piette, J.D., Heisler, M., & Wagner, T.H. (2004). Cost-Related Medication Underuse. Do Patients With Chronic Illnesses Tell Their Doctors?, *Archives Internal Medicine*, 164(16), 1749-1755.
- Pollak, K. (2007). Η ιατρική στην αρχαιότητα, Ελλάδα- Ρώμη- Βυζάντιο. Μετάφραση Μαυρουδής Δ. Αθήνα: Δ. Παπαδήμα, β' έκδοση.

- Porteous, T., Francis, J., Bond, C., & Hannaford, P. (2010). Temporal stability of beliefs about medicines: implications for optimising adherence. *Patient education and counseling*, 79(2), 225-230.
- Read, JP, Wood, MD, Davidoff, OJ, McLacken, J, Campbell, JF. (2002). Making the transition from high school to college: the role of alcohol related a social influence factor in student's drinking. *Subst Abus.*23(1):53-65.
- Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health, *Physiology & Behavior*, 79(3), 409– 416.
- Ross, F.M. (1991). Patient Compliance - Whose Responsibility?, *Social Science & Medicine*, 32(1), 89-94.
- Roth ME, Cosgrove KP, Carrol ME. (2004). Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 28(6):533-46.
- Saito, M., Ando-Tanabe, N., & Arita, E. (2017). Factors associated with medication amounts considered excessive among university students: a questionnaire survey of pharmacy students and those in non-medical schools. *BMC health services research*, 17(1), 475.
- Sanson-Fisher, R., Bowman, J., & Armstrong, S. (1992). Factors Affecting Nonadherence with Antibiotics, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 15(4), 103-109.
- Schwartz, L., Slater, M.A., Birchler, G.R., & Atkinson, H.J. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction, *Pain*, 44(1), 61-67.
- Shelby, R.A., Somers, T.J., Keefe, F.J., Pells, J.J., Dixon, K.E., & Blumenthal,
- Shilling, C. (2002). Culture, the 'sick role' and the consumption of health, *British Journal of Sociology*, 53(4), 621-638.

- Simoni-Wastila, I. (2000). The use of abuse prescription drugs: the role of gender. *J Womens Health Gend Based Med.* 9(3):289-97.
- Simons, JS, Gaher, RM, Correia, CJ, Hansen, CL, Christopher, MS. (2005). An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychol Addict Behav.* 19(3):326-34.
- Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J., & Johnson, J.A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38875.675486.55.
- Skordilis, E.K., & Stavrou, N.A. (2005). Sport Orientation Model for Wheelchair Basketball Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 100(3), 1081-1096.
- Smith, A.A. (2003). Intimacy and Family Relationships of Women with Chronic Pain,
- Smith, B.W., & Zautra, A.J. (2008). The Effects of Anxiety and Depression on Weekly Pain in Women with Arthritis, *Pain*, 138(2), 354–361.
- So, D.W. (2002). Acupuncture Outcomes, Expectations, Patient–Provider Relationship, and the Placebo Effect: Implications for Health Promotion, *American Journal of Public Health*, 92(10), 1662-1667.
- Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., & Epstein, R.S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost, *Medical Care*, 43(6), 521–530.
- Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
- Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger

expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.

- Spielberg CD. (1988). Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1976). The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. Monograph 2: 713-725.
- Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). Manual for the State - Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stille, C.S., Sereika, S., Muldoon, M.F., Ryan, C.M., & Dunbar-Jacob, J. (2004). Psychological and Cognitive Function: Predictors of Adherence With Cholesterol Lowering Treatment, *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 117–124.
- Story, L.B., & Bradbury, T.N. (2004). Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges, *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1139–1162.
- Suls, J, Green, P. (2003). Pluralistic ignorance and college student perceptions of gender-specific alcohol norms. *Health Psychol.* 22(5):479-86.
- Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A. (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment, *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47–55.
- Tuncay, R., Eksioglu, E., Cakir, B., Gurcay, E., & Cakci, A. (2007). Factors affecting drug treatment compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Rheumatology International*, 27(8), 743–746.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement, *Pain*, 44(1), 5-28.

- Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E. (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact, *Pain*, 30(1), 3-27.
- V. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F- COPEs, *Interscientific health care*, (accepted).
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2007). *Εγχειρίδιο της Συστημικής Θεραπείας και Συμβουλευτικής*. Ε. Μοτάκη (Μτφρ.) & Β. Ιωαννίδου (Επιμ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2008.
- Wagner, G.A., de Andrade Stempliak, V., Zilberman, M.L., Barroso, L.P., de Andrade A.G. (2007)., Alcohol and drug use among university students: gender differences, *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.29 no.2 , Print version ISSN 1516-4446\
- Wallace, JM, Bachman, JG, O'Malley, PM, Schlenberg, JE, Cooper, SM, Johnston, LD. (2003). Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976-2000. *Addiction*.98(2):225-34.
- Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D.L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure, *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187-204.
- Weigl, M., Angst, G., Aeschlimann, A., Lehmann, S., & Stucki, G. (2006). Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder, *OsteoArthritis and Cartilage*, 14(7), 641-651.

- Zolnierak, K.B.H., & DiMatteo, R.M. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, *Medical Care*, 47(8), 826–834.
- Αποστολίδης, Π. (1997). Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β. (2005). Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Ευτυχιάδου, Α. (1995). Φύση και Πνεύμα, συμβολή στην ιατροφιλοσοφική σκέψη. Αθήνα.
- Ιπποκράτης. (1967). Άπαντα τα έργα. Τόμοι Α,Β,Γ,Δ,Ε,Ζ,ΣΤ, Πουρναρόπουλου Γ., μετάφραση: Καίσαρος Εμ., Αθήνα: Μαρτινός
- Ιπποκράτης. (1992). Άπαντα. Αρχαία ελληνική γραμματεία: «οι Έλληνες», τόμοι 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17, Αθήνα: Κάκτος.
- Ιπποκράτης. (1993). Άπαντα. Αρχαία ελληνική γραμματεία: «οι Έλληνες», τόμος 9,
- Ιπποκράτης. (1996). Περί φύσιος ανθρώπου. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Τσεκουράκης Δ., Αθήνα: Δαίδαλος.
- Ιπποκράτης. (2001). Περί αρχαίας ιητρικής. Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Τσεκουράκης Δ., Αθήνα: Δαίδαλος.
- Ιωαννίδης, Ι.Π.Α. (2000). Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). Βασική Ιατρική Στατιστική. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

- Κιαπόκας, Μ. (1996). Ιπποκράτης ο Κώος και ο ιπποκρατικός όρκος. Αθήνα: έκδοση του πνευματικού κέντρου του δήμου Κω.
- Κοντοπούλου, Θ. (2004). Τα ιατρικά στην αρχαία τραγωδία. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Κοτουβίδης, Ν. (1993). Ο Ιπποκρατισμός του ιατρού Τόμας Σύντεναμ και η συμβολή του στην εξέλιξη της ψυχιατρικής. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberg. Εγκέφαλος 21: 71-76.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική. Τόμος Β'. Αθήνα.
- Περί γυναικείας φύσιος, Περί αφόρων, Περί παρθενίων. Αθήνα: Κάκτος.
- Ρηγάτος, Γ. Α. (2001). Αρρώστιες και γιατροί σε αρχαία ελληνικά επιγράμματα. Αθήνα: Βήτα, ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Ρηγάτος, Γ. Α. (2009). Ο Πόνος στον πολιτισμό και στην ιστορία της ιατρικής. Αθήνα: Βήτα.
- Σπαγάνδου, Β., Σπαγάνδου, Ρ. & Τραύλου, Δ. (2002) Οι ιατροί και οι φαρμακολόγοι της Αρχαίας Ελλάδας. Αθήνα: Αίθρα, β' έκδοση.

- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
- Τσεκουράκης, Δ. (2008). Η διαίτα στον Ιπποκράτη. Σειρά: αρχαία ελληνική γραμματεία, μελέτες. Αθήνα: Παπαζήση.
- Χαβιάρα, & Καραχάλιου, Σ. (2010). Προϊπποκρατική ιατρική. Ιστορία Εικονογραφημένη. Πάπυρος, 504.
- Χριστοπούλου, & Αλέτρα, Ε. (2002). Εισαγωγή στην Ιπποκρατική ιατρική, ειδικά θέματα. πρόλογος Σκαλκέας Γρ., Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.