



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

*Διερεύνηση συναισθηματικών και γνωστικών
παραγόντων, στρατηγικών ρύθμισης τους συναισθήματος
και γενικών επιπέδων υγείας σε γυναίκες που υπόκεινται
σε επέμβαση υστερεκτομής*

ΝΑΣΙΑ ΒΡΑΣΙΔΑ

Αρ. Μητ.: 83

Επόπτης καθηγητής:

Κος Ευάγγελος Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ

2011

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	3
Κεφάλαιο 1 - Υστερεκτομή	10
<i>α. Υστερεκτομή – η χειρουργική επέμβαση</i>	12
<i>β. Επιπτώσεις από την Υστερεκτομή</i>	15
<i>β.1. Ψυχολογικές Επιπτώσεις</i>	18
<i>β.2. Επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα και την εικόνα του σώματος</i>	24
Κεφάλαιο 2 - Επώδυνες Ιατρικές διαδικασίες – Προετοιμασία	31
<i>Πληροφόρηση πριν από επέμβαση υστερεκτομής</i>	36
Κεφάλαιο 3 - Συναισθήματα και Υγεία	39
<i>Στρες και Υγεία</i>	47
<i>Στρατηγικές αντιμετώπισης</i>	51
<i>Ρύθμιση Συναισθήματος</i>	53
Κεφάλαιο 4 - Γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις	59
<i>Μοντέλο της Κοινής Λογικής στην Αυτο-ρύθμιση της Ασθένειας</i>	66
<i>Ερευνητική τεκμηρίωση</i>	71
Κεφάλαιο 5 – Σκοποί και Υποθέσεις της Έρευνας	77
Μέθοδος	83
Αποτελέσματα	88
Συζήτηση	107
Συμπεράσματα	122
<i>Περιορισμοί της έρευνας και μελλοντικές προτάσεις</i>	124
Βιβλιογραφικές Παραπομπές	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	141

**Διερεύνηση Συναισθηματικών και Γνωστικών Παραγόντων,
Στρατηγικών Ρύθμισης του Συναισθήματος και Γενικών
Επιπέδων Υγείας σε Γυναίκες που Υπόκεινται σε Επέμβαση
Υστερεκτομής**

ΝΑΣΙΑ ΒΡΑΣΙΔΑ
Αρ. Μητ. 83

Περίληψη

Η υστερεκτομή αποτελεί μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις στο γυναικείο πληθυσμό και έχει συνδεθεί με δυσμενείς επιπτώσεις στο συναισθηματικό και σεξουαλικό τομέα και στα γενικότερα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών. Στη συγκεκριμένη έρευνα διερευνάται ο ρόλος των αντιλήψεων για την κατάσταση της υγείας, στη βάση του Μοντέλου της Κοινής Λογικής, όπως επίσης και ο ρόλος των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και της προεγχειρητικής πληροφόρησης που δέχτηκαν οι συμμετέχουσες, στα επίπεδα υγείας τους μετά την επέμβαση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης αυτών των σχέσεων χρησιμοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισεων και ανάλυση παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν σε ικανοποιητικό βαθμό επιβεβαίωση της ικανότητας κάποιων διαστάσεων του Μοντέλου της Κοινής Λογικής να προβλέπουν τα επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση. Σημαντικό εύρημα ήταν οι συσχετίσεις που εμφάνισε η στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος *εκφραστική καταπίεση* με κάποιες από τις μελετώμενες μεταβλητές, καθώς επέδειξε σχέσεις αντίθετης κατεύθυνσης από τις αναμενόμενες.

Εισαγωγή

Η υστερεκτομή αποτελεί μία από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις στις γυναίκες. Για τις χώρες όπου υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, η υστερεκτομή παρουσιάζεται σαν η δεύτερη σε συχνότητα χειρουργική επέμβαση στις γυναίκες, μετά την καισαρική τομή (ΗΠΑ, Centers for Disease Control and Prevention¹, 2004) Συγκεκριμένα, για τις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι σήμερα, πραγματοποιούνται περίπου 600.000 υστερεκτομές το χρόνο, αριθμός σχετικά μειωμένος σε σύγκριση με τις περίπου 650.000-700.000 επεμβάσεις υστερεκτομής που πραγματοποιούνταν κάθε χρόνο κατά τη δεκαετία του '80 (Meilahn, Matthews, Egekang, & Kelsey, 1989). Στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται να διεξάγονται περίπου 100.000 υστερεκτομές το χρόνο. Οι αριθμοί αυτοί διαβασμένοι αλλιώς, μας πληροφορούν ότι στις ΗΠΑ το 37% και στη Βρετανία το 20% των γυναικών μέχρι 60 ετών έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή.

Αυτή είναι η πραγματικότητα για τις περισσότερες χώρες του δυτικού – κυρίως - κόσμου σήμερα. Μέσω διαφόρων τρόπων, οι περισσότερες κυβερνήσεις φροντίζουν να διαθέτουν ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας που να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες τους. Αυτή η πραγματικότητα ωστόσο δεν ισχύει για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της γης (στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρουν ότι εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν επειδή δεν διαθέτουν τα χρήματα για να πληρώσουν τις ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται για να διατηρηθούν στη ζωή) που αναγκάζονται να ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, για να πληρώνουν για την υγεία τους (WHO-The World Health Report, 2010)².

¹ <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/WomensRH/Hysterectomy.htm>

² *The World Health Report - Health Systems Financing: The path to universal coverage – World Health Organisation*
Ανασύρθηκε από: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en στις 19/12/2010

Αυτή η πραγματικότητα απέχει επίσης πολύ από την πραγματικότητα που βιώνουν εκατομμύρια γυναίκες σε πολλές περιοχές του πλανήτη, αλλά και από την πραγματικότητα που βίωναν οι γυναίκες που έζησαν τους περασμένους αιώνες – ή και δεκαετίες ακόμη - στις δυτικές κοινωνίες. Όπως αναφέρει ο Kouroukian (2004), η γυναίκα, εξαιτίας των περιορισμών στους ρόλους και στα δικαιώματα, που ήταν αναγκασμένη να υφίσταται, χαρακτηρίστηκε σαν το αδύναμο και ασθενές φύλο, επιφορτισμένη και με άλλα συνοδά χαρακτηριστικά αυτού του στερεότυπου (όπως το μικρότερο μέγεθος εγκεφάλου σε σχέση με τους άνδρες, και η χαμηλότερη νοημοσύνη). Οι δραστηριότητες της γυναίκας περιορίζονταν στη φροντίδα του σπιτιού και στη βοήθεια στις δουλειές του συζύγου της, ενώ ο λόγος ύπαρξής της και ο προορισμός της στη ζωή ήταν να φέρνει στον κόσμο παιδιά και να τα αναθρέφει. Με βάση αυτά τα χαρακτηριστικά, και το ιατρικό ενδιαφέρον αλλά και οι ιατρικές ανάγκες της γυναίκας, περιορίζονταν στο αναπαραγωγικό της σύστημα, στα πλαίσια μιας γενικής και θολής εικόνας ότι η γυναίκα ισούται με την αναπαραγωγική της ικανότητα (Elson, 2004). Κατ'επέκταση, αδυνατώντας η κοινωνία να κατανοήσει τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών σε θέματα υγείας αλλά και τον τρόπο που ένας γυναικείος οργανισμός λειτουργεί και εκδηλώνει διάφορα συμπτώματα, τα όποια παράπονα των γυναικών για την υγεία τους αντιπροσώπευαν εκδηλώσεις ψυχοσωματικών καταστάσεων, με ψυχολογική, και όχι οργανική δηλαδή φύση (τρέλα), τοποθετώντας τις αιτίες στη μήτρα. Χαρακτηριστικές είναι οι αντιλήψεις που επικρατούσαν για την «κατάληψη» του γυναικείου σώματος και μυαλού από τη μήτρα και τις ωοθήκες της γυναίκας, όργανα «ικανά» να προκαλέσουν πολλές ασθένειες και αλλόκοτες συμπεριφορές, με συχνή μέθοδο θεραπείας αυτών των καταστάσεων την αφαίρεση των συγκεκριμένων οργάνων. Η Behar (1991) περιγράφει τη χρήση της υστερεκτομής τις προηγούμενες δεκαετίες σαν μορφή θεραπείας για συμπεριφορές όπως ο αυνανισμός, ή η «υπερβολική

σεξουαλικότητα» ενώ κάνει αναφορά στις απόψεις γυναικολόγων που χαρακτήριζαν τη μήτρα ένα άχρηστο όργανο, το οποίο αιμορραγεί, προκαλεί συμπτώματα και κυοφορεί τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου, επομένως μετά την απόκτηση του επιθυμητού αριθμού παιδιών από τη γυναίκα, καλό είναι να αφαιρείται, ακόμη και προληπτικά. Με βάση τη ψυχρή λογική, μια τέτοια άποψη μπορεί να είναι αποδεκτή και να έχει νόημα, αλλά ο ανθρώπινος ψυχισμός και το ανθρώπινο σώμα δεν υπακούουν ούτε ακολουθούν τη ψυχρή λογική, και αυτό φαίνεται και από τη μελέτη των μοντέλων για αλλαγή στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Ενώ όλοι γνωρίζουμε ποιες συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία μας, και μπορούμε να απαλλαγούμε από αυτές, αλλά και ποιες είναι ωφέλιμες, για να τις υιοθετήσουμε, εντούτοις, δεν προχωράμε στην εφαρμογή αυτών των κανόνων. Ο λόγος είναι ότι εσωτερικοί, πολύπλοκοι μηχανισμοί παρεμβαίνουν και επιδρούν στις συμπεριφορές μας και αυτό ακριβώς είναι το αντικείμενο μελέτης εκατοντάδων ερευνητών στο χώρο της Ψυχολογίας της Υγείας. Παρόλ'αυτά, απόψεις όπως αυτή που περιγράφει η Behar, βρήκαν μεγάλη ανταπόκριση στους κύκλους των γυναικολόγων με αποτέλεσμα να διεξάγονται όλο και περισσότερες υστερεκτομές τα επόμενα χρόνια, ακόμη και σαν μέθοδος στείρωσης.

Στα πλαίσια της μυστήριας εικόνας που επικρατούσε για το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας και τις λειτουργίες του, και καθόρισε για αιώνες τη γενικότερη εικόνα για τη γυναίκα, είναι και ο τρόπος που ερμηνευόταν και αντιμετωπιζόταν το φαινόμενο της εμμηνόρροιας. Ενώ σε κάποιους πολιτισμούς, όπως ο κινεζικός, θεωρούνταν ως η ουσία της Μητέρας Φύσης, σε κάποιους άλλους πολιτισμούς, πιο κοντά στο δικό μας δυτικό, η περίοδος της εμμηνόρροιας θεωρούνταν ως μια μη καθαρή περίοδος, και η Εκκλησία αρνούσαν την Θεία Κοινωνία, ή ακόμη και την είσοδο στην εκκλησία σε γυναίκες που ήταν στη φάση της εμμηνόρροιας. Ψήγματα τέτοιων αντιλήψεων υπάρχουν ακόμη και

σήμερα σε πολλές περιοχές του δικού μας πολιτισμού (Elson, 2004). Η ελεύθερη έκφραση της σεξουαλικότητας, με την ένδειξη ενδιαφέροντος και την απόλαυση από τη γυναίκα, θεωρούνταν μη υγιή στοιχεία, αγνοώντας του φυσικούς κινδύνους και δυσκολίες που αντικειμενικά είναι περισσότεροι για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, και επικεντρώνοντας σε αντιλήψεις και ταμπού ηθικοθρησκευτικής προέλευσης και χαρακτήρα. Σε κάθε περίπτωση, μια πιο ελεύθερη σεξουαλική συμπεριφορά από τις γυναίκες θεωρείται μέχρι και σήμερα σε μεγάλο βαθμό, κατακριτέα και σε πολλές περιοχές του πλανήτη οι προγαμιαίες σχέσεις ή η μοιχεία τιμωρούνται ακόμη και με λιθοβολισμό. Ο αυνανισμός και η σεξουαλική διέγερση θεωρούνταν ότι οδηγούν στην τρέλα, και η κλειτοριδεκτομή, χρησιμοποιείται ακόμη ως ένας βέβαιος και αμετάκλητος τρόπος καταστολής της σεξουαλικότητας, εκτελούμενος από γυναίκες, μητέρες ή γιαγιάδες, στις νηπιακής ηλικίας κόρες και εγγονές τους.

Όπως αναφέρει ο Kouroukian (2004) εξαιτίας της ιδέας που επικρατούσε για τη γυναίκα, όπου οι ιατρικές της ανάγκες περιορίζονταν σε όσα είχαν σχέση με το αναπαραγωγικό της σύστημα (εγκυμοσύνη, τοκετό, άμβλωση, εμμηνορροσία, εμμηνόπαυση, αντισύλληψη), παρατηρούνται ανομοιότητες ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία ποικίλων κλινικών περιπτώσεων και της αποδοχής και τρόπου περίθαλψης που τυγχάνουν οι γυναίκες στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Όσον αφορά το ποσοστό εκτελούμενων επεμβάσεων ανά χώρα, όπως είδαμε, αυτά διαφέρουν. Οι διαφορές αυτές, σε περιοχές με κοινό τρόπο ζωής, κοινή νοοτροπία, ιατρικές πρακτικές, και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο προκαλούν προβληματισμό σχετικά με τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό. Η απορία προκύπτει από το γεγονός ότι δεν έχει διαπιστωθεί μέχρι στιγμής κάποια διαφοροποίηση στη συχνότητα

εμφάνισης των διαταραχών εκείνων που χρήζουν θεραπείας μέσω της υστερεκτομής, επομένως συμπεραίνεται ότι η υστερεκτομή προτιμάται συχνότερα σε κάποιες περιοχές σε σύγκριση με κάποιες άλλες για αδιευκρίνιστους προς το παρόν λόγους. Όπως αναφέρουν οι Gupta και Manyonda (2006) πιθανό να παρεμβαίνουν παράγοντες όπως οι προτιμήσεις και πρακτικές των γυναικολόγων, οι προτιμήσεις, η εκπαίδευση και οι απόψεις των γυναικών, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια διεξαγωγής της επέμβασης, την ιατρική ασφάλιση της ασθενούς, και την αποτελεσματικότητα εναλλακτικών πρακτικών και θεραπειών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η ασθενής.

Πώς μπορούν να γίνουν όμως αντιληπτά όλα αυτά από τις ίδιες τις γυναίκες; Η σεξουαλική καταπίεση, ο περιορισμός των ρόλων και των αναγκών μιας γυναίκας μόνο σε ότι έχει σχέση με το αναπαραγωγικό της σύστημα, και την αποκλειστική αποστολή της να φέρνει στον κόσμο παιδιά, αλλά και ο μυστήριος, μυστικιστικός τρόπος που οι λειτουργίες του αναπαραγωγικού της συστήματος γίνονταν αντιληπτές και (μη) αποδεκτές από το κοινωνικό περιβάλλον, αναγκάζουν τη γυναίκα να ταυτιστεί με το γεννητικό της σύστημα και να αυτοπροσδιορίζεται μέσα από τον αναπαραγωγικό της ρόλο. Τι συμβαίνει όταν για λόγους υγείας αναγκάζεται να αποχωριστεί τα όργανα εκείνα που τόσο έντονα αποτελούν τα βασικά της χαρακτηριστικά και είναι προσδιοριστικά της ταυτότητάς της; Και πριν τεθεί καν ένα τέτοιο ερώτημα, μήπως πρέπει να αναρωτηθούμε αν όντως είναι έτσι τα πράγματα; Η γυναίκα όντως αντιλαμβάνεται και προσδιορίζει τον εαυτό της αποκλειστικά ή έστω κατά μεγάλο μέρος, μέσα από τα αναπαραγωγικά της όργανα και χαρακτηριστικά; Έχει επίγνωση του συστήματος στο σώμα της που είναι υπεύθυνο για την ικανότητά της να φέρνει παιδιά

στον κόσμο; Είναι ταυτισμένη με το γεννητικό της σύστημα και το θεωρεί κομμάτι της ταυτότητάς της;

Απαντήσεις για κάποια από αυτά τα ερωτήματα αναζητούνται και παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη μελέτη μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και μέσα από τη διερεύνηση των αναπαραστάσεων των γυναικών για την υστερεκτομή και τις επιπτώσεις της με τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης.

Τις τελευταίες δεκαετίες, στο χώρο της Ψυχολογίας Υγείας αναπτύσσονται ποικίλα θεωρητικά μοντέλα επεξήγησης των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στο άτομο κατά τη βίωση ενός προβλήματος υγείας. Ένα μοντέλο με μεγάλη απήχηση και με ικανοποιητική εφαρμογή σε ποικίλες καταστάσεις προβλημάτων υγείας είναι το μοντέλο της Κοινής Λογικής ή της Αυτορύθμισης που προτάθηκε από τον Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980· Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992· Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Το μοντέλο αυτό προσβέπει ότι το άτομο, όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια κατάσταση απειλής για την υγεία του, ξεκινάει μια επεξεργασία της κατάστασης σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, όπου ενεργοποιούνται συγκεκριμένες αναπαραστάσεις, σε μια προσπάθεια να αποδοθεί νόημα σε αυτό που βιώνει. Στη συγκεκριμένη έρευνα, χρησιμοποιείται το μοντέλο αυτό για τη διερεύνηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων των γυναικών που υποβάλλονται σε υστερεκτομή και αφορούν τις συνέπειές της, τη χρονική της διάρκεια και την ελεγχιμότητά της.

Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση τέτοιων ψυχοπιεστικών καταστάσεων διαδραματίζει ο τρόπος που ο κάθε ασθενής θα αντιμετωπίσει τα συναισθήματά του και τις δυσκολίες με

την υγεία του. Στα πλαίσια της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης, εξετάζεται ο ρόλος των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος (Gross & John, 2003). Ένα οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, και ειδικότερα μια χειρουργική επέμβαση, συνδέεται με δυσκολίες στα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών. Ένα πρόβλημα υγείας συνήθως – και πάντα ανάλογα με τη φύση, τη διάρκειά του και το ποσοστό προσαρμογής του ατόμου στις νέες συνθήκες - συντείνει σε μείωση των επιπέδων ποιότητας ζωής στους ασθενείς. Στόχος λοιπόν των ιατρικών θεραπειών που προτείνονται είναι η βελτίωση των επιπέδων ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας του ασθενούς, με πολλές φορές το μέσο υλοποίησης αυτών των στόχων να είναι κάποια χειρουργική επέμβαση. Εξάλλου, η αύξηση των επιπέδων ποιότητας ζωής αποτελεί κύριο στόχο των παρεμβάσεων που εκτελούνται τόσο από τους ιατρούς όσο και από τους Ψυχολόγους Υγείας. Στα πλαίσια αυτών των παρεμβάσεων σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η προετοιμασία των ασθενών σχετικά με τις θεραπευτικές διαδικασίες που θα ακολουθήσει, τις επιπτώσεις τους, την αποτελεσματικότητά τους αλλά και τη μορφή υλοποίησής τους. Επίσης, παρουσιάζεται η διασύνδεση των συναισθημάτων και στοιχείων της προσωπικότητας τόσο με την εκδήλωση ασθενειών όσο και με την επίδρασή τους στη θεραπεία, διαχείριση και αποκατάσταση ενός προβλήματος υγείας.

Με βάση όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, η παρούσα έρευνα μελετά την περίπτωση της υστερεκτομής, εξαιτίας γυναικολογικών προβλημάτων πλην του καρκίνου. Στα κεφάλαια που ακολουθούν γίνεται παρουσίαση όλων των προαναφερθέντων παραγόντων, με βάση τις σημαντικότερες δημοσιεύσεις και τις πιο πρόσφατες έρευνες που τους αφορούν.

Ακολουθεί η παρουσίαση της έρευνας και των αποτελεσμάτων και στο τέλος, γίνεται συζήτηση και εξαγωγή συμπερασμάτων για τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με αποτελέσματα ανάλογων ερευνών.

Κεφάλαιο 1

Υστερεκτομή

Η υστερεκτομή σαν λέξη έχει τη ρίζα της στα συνθετικά υστέρα και εκτομή, και αποτελεί την αφαίρεση της μήτρας και των υπόλοιπων οργάνων του γυναικείου γεννητικού συστήματος με χειρουργική επέμβαση. Ενώ από τους περισσότερους γιατρούς θεωρείται μια σχετικά εύκολη επέμβαση, χωρίς ιδιαίτερες προεκτάσεις, εντούτοις είναι επενδυμένη στο μυαλό του μέσου ανθρώπου με ποικίλα συναισθήματα και αντιλήψεις, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη μορφή επέμβασης για αφαίρεση κάποιου οργάνου. Οι αντιλήψεις αυτές σχετίζονται με τη σημασία, πραγματική και συμβολική, που έχουν τα γυναικεία όργανα αναπαραγωγής τόσο στη γυναίκα όσο και στην κοινωνία γενικότερα. Η μήτρα/ υστέρα είναι επενδυμένη με πολυάριθμους συμβολισμούς, με πολλούς από αυτούς να έχουν τις ρίζες τους σε απόψεις και αντιλήψεις αρκετών αιώνων πριν, οι οποίες, αν και αυθαίρετες και χωρίς υπόσταση, εντούτοις διαιώνίζονται μέσα στο χρόνο. Ο Bachmann (1990) έκανε μια καταγραφή των συμβολικών νοημάτων της μήτρας για τη γυναίκα, η οποία συνδέεται με τη θηλυκότητα, την αναπαραγωγική ικανότητα, τη σεξουαλικότητα και την ελκυστικότητα. Επίσης, η μήτρα θεωρείται σύμβολο δύναμης, ζωτικότητας και νεότητας, ενώ θεωρείται ότι επιτρέπει τον έλεγχο των σωματικών λειτουργιών, και τον έλεγχο του ρυθμού της ζωής.

Η άποψη ότι η μήτρα/υστέρα συνδέεται με την συναισθηματική και ψυχική υγεία της γυναίκας επικρατούσε έντονα για πάρα πολλά χρόνια. Οι Αιγύπτιοι ήδη από το 2000 π.Χ. θεωρούσαν τη μήτρα ένα μυστήριο, αυτόνομο όργανο το οποίο εκούσια περιπλανιόταν

μέσα στο σώμα της γυναίκας προκαλώντας διάφορες ασθένειες (Ryan, 1997).

Συγκεκριμένα, η υστέρα συνδέθηκε τόσο στενά με την «τρέλα» ώστε η συναισθηματική αστάθεια ή κάποια νοητική δυσλειτουργία μιας γυναίκας, να θεωρείται ότι οφείλεται στη μήτρα, και να καλείται υστερία. Ο όρος υστερία, αποδίδεται στον Ιπποκράτη, ο οποίος επίσης θεωρούσε ότι η αυτόνομη περιπλάνηση της μήτρας μέσα στο σώμα, εξαιτίας της «αφυδάτωσης» της από την απουσία σωματικών υγρών (=έλλειψη σεξουαλικής δραστηριότητας) μπορούσε να προκαλέσει διάφορες ασθένειες στη γυναίκα (King, 1993). Τα «συμπτώματα» που συνήθως οδηγούσαν στην υστερεκτομή ήταν η «νυμφομανία», ο αυνανισμός, οι τάσεις αυτοκτονίας, η μελαγχολία, η δυσμηνόρροια, η υπερφαγία και πληθώρα άλλων σωματικών και ψυχολογικών καταστάσεων (Elson, 2004). Οι θεραπευτικές μέθοδοι που προτεινόνταν περιλάμβαναν ξεκούραση, αποκοπή από νοητικές δραστηριότητες όπως το διάβασμα, κοινωνική απομόνωση, άγευστα φαγητά, ενώ η ιπποκρατική ιατρική σύστηνε σεξουαλική δραστηριότητα, η οποία καλό θα ήταν να κατέληγε σε εγκυμοσύνη, ή φαρμακευτική αγωγή που αποτελούνταν από υπόθετα, απολυμαντές ή ψεκαστήρες (Lefkowitz, 1996). Αργότερα, ο Freud και κάποιοι άλλοι θεωρητικοί της εποχής του, όπως ο Charcot και ο Breuer, εξέτασαν πιο προσεκτικά τις καταστάσεις εκείνες που αποκαλούνταν ως υστερία, και εμφανίζονταν με συμπτώματα όπως παράλυση, κώφωση, τύφλωση. Η υστερία αποδόθηκε λοιπόν σε καταπιεσμένες σεξουαλικές ορμές και σε ενδοψυχικές συγκρούσεις με ψυχοσεξουαλικό υπόβαθρο, και χαρακτηρίστηκε σαν μια κατεξοχήν ψυχολογική διαταραχή. Αργότερα βέβαια, ο όρος υστερία εγκαταλείφθηκε και στα σύγχρονα εγχειρίδια ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών έχει αντικατασταθεί από όρους όπως η διαταραχή μετατροπής και ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών. Παρ' όλα αυτά, σήμερα, η αφαίρεση της μήτρας, είναι συνδεδεμένη στο μυαλό πολλών ανθρώπων ως αιτία πρόκλησης ψυχικών διαταραχών, ή αντίθετα, σαν παρέμβαση για τη θεραπεία

πολλών δυσκολιών στη ζωή της γυναίκας. Τι απ' αυτά ισχύει και πώς λειτουργεί στη ζωή της γυναίκας ένα σύστημα αναπαραγωγικών οργάνων το οποίο δυσλειτουργεί και πώς η αφαίρεσή του μπορεί να οδηγήσει σε θετικά ή σε αρνητικά αποτελέσματα;

α. Υστερεκτομή – η χειρουργική επέμβαση

Η υστερεκτομή χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση διαφόρων ιατρικών καταστάσεων και παθήσεων, οι οποίες είτε προκαλούν ενοχλήσεις στη γυναίκα είτε αποτελούν κίνδυνο για την υγεία ή και τη ζωή της. Οι καταστάσεις αυτές είναι: α) Λειομυώματα (καλοήθεις όγκοι - ινομυώματα) που μεγαλώνουν ταχύτατα και/ ή προκαλούν συμπτώματα όπως: πυελικός πόνος, πίεση στην κοιλιακή περιοχή (δυσκοιλιότητα, συχνουρία, αίσθημα βάρους και τυμπανισμό), καθώς και βαριά ή ακανόνιστη αιμορραγία ή και τα δύο. Η αφαίρεση ινομυωμάτων αντιστοιχεί περίπου στο 30% των υστερεκτομών που εκτελούνται β) Πρόπτωση μήτρας (όταν η μήτρα προεκβάλλει χαμηλά μέσα στον κόλπο προκαλώντας λοιμώξεις, πίεση ή πόνο) γ) Ενδομητρίωση, δ) Αδενομύωση, ε) Καρκίνος ωοθηκών, τραχήλου ή μήτρας. Σύμφωνα με τον Jick (2004), το 75% των επεμβάσεων υστερεκτομής γίνονται για την αντιμετώπιση των ινομυωμάτων, της ενδομητρίωσης, και της πρόπτωσης μήτρας. Το υπόλοιπο ποσοστό των επεμβάσεων αφορά καταστάσεις όπως ο χρόνιος πυελικός πόνος, η βαριά εμμηνορροσία, και ο καρκίνος της μήτρας ή των ωοθηκών. Οι Carlson, Nichols και Schiff (1993) αναφέρουν ότι το 90% των υστερεκτομών πραγματοποιούνται για μη επείγουσες καταστάσεις, με μοναδικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών.

Σε κάθε τέτοια επέμβαση, αναλόγως της φύσης του προβλήματος, της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, των ενδεχόμενων κινδύνων και την προτίμηση της γυναίκας και του γιατρού της, η υστερεκτομή μπορεί να είναι ολική ή μερική. Ο όρος «ολική» υστερεκτομή αναφέρεται στην αφαίρεση της μήτρας, του τραχήλου, των ωοθηκών και

των σαλπίνγων, και ο όρος «μερική» στην αφαίρεση μόνο της μήτρας, ή/και των ωοθηκών. Οι όροι αυτοί ωστόσο είναι πολύ αόριστοι, και η ιατρική ορολογία περιγράφει τους τύπους υστερεκτομής ως εξής:

- Ολική υστερεκτομή, όπου αφαιρείται όλη η μήτρα (σώμα και τράχηλος) ενώ σάλπιγγες και ωοθήκες παραμένουν

- Ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπιγγοοθηκεκτομή, όπου μαζί με τη μήτρα αφαιρούνται και οι δύο σάλπιγγες και οι ωοθήκες

- Υφολική (ή μερική) υστερεκτομή, όπου αφαιρείται μόνο το σώμα της μήτρας ενώ ο τράχηλος παραμένει

Οι συνήθεις μέθοδοι πραγματοποίησης της επέμβασης είναι η κοιλιακή τομή και η κοιλιακή υστερεκτομή. Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται με επιτυχία η υστερεκτομή με χρήση λαπαροσκόπησης (Clayton, 2006). Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Κοιλιακή υστερεκτομή, κατά την οποία γίνεται μια μεγάλη τομή στην κάτω κοιλιακή χώρα για την χειρουργική αφαίρεση της μήτρας.
- Κοιλιακή υστερεκτομή, η οποία συνιστάται όταν η μήτρα βρίσκεται χαμηλά στην πυελική κοιλότητα. Ο χειρουργός εισχωρεί στην κοιλιακή κοιλότητα μέσω μιας τομής στον κόλπο, δίπλα στον τράχηλο. Η μήτρα αφαιρείται χειρουργικά μέσω αυτής της τομής. Η κοιλιακή υστερεκτομή δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν χρειάζεται αφαίρεση των ωοθηκών, εάν η ασθενής έχει κάνει προηγούμενη πυελική εγχείρηση ή εάν ο χειρουργός πρόκειται να αντιμετωπίσει σχετικές επιπλοκές κοντά στη μήτρα. Πολλές ασθενείς δεν προορίζονται για κοιλιακή υστερεκτομή λόγω του ιστορικού τους σε πυελική ινώδη σύμφυση (προσφύσεις), λόγω του ότι η μήτρα είναι πολύ μεγάλη, ή

εξαιτίας της ύπαρξης ενδομητρίωσης, η οποία κάνει την κοιλιακή αφαίρεση της μήτρας πιο δύσκολη.

- Η κοιλιακή υστερεκτομή με την βοήθεια λαπαροσκοπικού λέιζερ είναι μια διαδικασία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε περίπτωση που χρειάζεται υστερεκτομή, εκτός εάν η πάθηση βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Η αποκόλληση της μήτρας πραγματοποιείται μέσω του λαπαροσκοπίου και με τη βοήθεια της ηλεκτροκαυτηρίασης, των λέιζερ και άλλων εξειδικευμένων τεχνολογιών. Αφού αποκολληθεί η μήτρα, αφαιρείται από τον κόλπο. Οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες μπορούν επίσης να αφαιρεθούν με την κοιλιακή υστερεκτομή με τη βοήθεια της λέιζερ λαπαροσκόπησης, εάν χρειαστεί.

- Η υπερτραχηλική λαπαροσκοπική υστερεκτομή, χειρουργική διαδικασία με λέιζερ, αφήνει άθικτο τον τράχηλο. Η διαδικασία αυτή προκαλεί μικρότερο τραύμα στην ασθενή και αφήνει την πυελική κοιλότητα άθικτη. Επίσης, για λιγότερη δυσφορία και ακόμα γρηγορότερη ανάρρωση από τις άλλες επιλογές, η ασθενής μπορεί να επιστρέψει στις φυσιολογικές της δραστηριότητες μέσα σε 2 μέρες και να έχει σεξουαλική επαφή μετά από 2 εβδομάδες, σε σχέση με την ανάρρωση της κοιλιακής υστερεκτομής που παίρνει 6-8 εβδομάδες. Σχετικές έρευνες αναφέρουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής και υψηλότερα επίπεδα ενέργειας μετά από χρήση λαπαροσκόπησης σε σχέση με την εφαρμογή κοιλιακής τομής (Kluiwers, Hendriks, Mol, Bongers, Bremer, de Vet, et al. 2007· Claerhout, & Deprest, 2005).

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι στόχοι της υστερεκτομής, δεν είναι η διάσωση της ζωής, αλλά η βελτίωση της ποιότητάς της, καθώς πολύ σπάνια χρησιμοποιείται σαν επείγουσα επέμβαση, αποτελώντας σχεδόν αποκλειστικά θεραπεία/επέμβαση εκλογής (Elson, 2004). Η βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας επιτυγχάνεται μέσα από τη βελτίωση εκείνων των παραγόντων που προκαλούν δυσκολίες και ταλαιπωρία στην

καθημερινότητα της γυναίκας. Αυτοί λοιπόν είναι και οι παράγοντες που διερευνώνται από τις σχετικές έρευνες, ο βαθμός δηλαδή που η ποιότητα ζωής βελτιώνεται. Και τα δεδομένα των πιο πρόσφατων ερευνών πάνω σε αυτούς τους τομείς συμφωνούν στο ότι η υστερεκτομή, εκτός από τις περιπτώσεις προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, δεν προκαλεί ψυχολογικές δυσκολίες, αλλά αντίθετα, έχει θετική επίδραση σε πολλές διαστάσεις της γυναικείας ψυχολογίας και υγείας (Gupta & Manyonda, 2006) και στα γενικότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Kuppermann, Summitt, Varner, McNeeley, Goodman- Gruen, Learman, et al., 2005· Thakar, Ayers, Georgakapolou, Clarkson, Stanton & Manyonda, 2004· Khastgir, Studd, & Catalan, 2000).

β. Επιπτώσεις από την Υστερεκτομή

Η απώλεια της μήτρας και η συνεπαγόμενη αντίληψη απώλειας όσων η μήτρα συμβολίζει, πιθανό να συνδέεται με δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχολογικό και σεξουαλικό τομέα, καθώς οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή αντιλαμβάνονται το σώμα τους σαν ένα σώμα που έχει υποστεί φθορά ή σαν ακρωτηριασμένο, σε σύγκριση με γυναίκες που διαθέτουν την μήτρα τους, ενώ παρόμοιες αντιλήψεις είναι μέχρι και τρεις φορές συχνότερες σε γυναίκες που υποβάλλονται σε κοιλιακή τομή, σε σύγκριση με όσες υποβάλλονται σε επέμβαση με χρήση λαπαροσκόπησης ή ενδοκοιλιακής τομής (Flory, Bissonnette, & Binik, 2005). Έχει διατυπωθεί η άποψη, που βρήκε και ερευνητική τεκμηρίωση, ότι αυτό που φαίνεται να συμβάλλει στην παρουσία τέτοιου είδους αντιλήψεων στις γυναίκες είναι η παρουσία της ουλής στην περίπτωση της κοιλιακής τομής (Ayoubi, Fanchin, Monrozies, Imbert, Reme, & Pons, 2003). Συγκεκριμένα, κάποιες αρνητικές επιπτώσεις της υστερεκτομής, όπως η εμφάνιση ή επιδείνωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και η αρνητική αυτο-εικόνα, συνδέονται περισσότερο με τη χρήση κοιλιακής τομής, η οποία αφήνει εμφανή σημάδια στη γυναίκα που της θυμίζουν τι υπέστη το σώμα της και τι λείπει από αυτό. Όταν

χρησιμοποιείται λαπαροσκόπηση, αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται αρκετά μειωμένα, ωστόσο δεν έχει γίνει κάποια συστηματική μελέτη που να εξετάζει αυτή ακριβώς τη σχέση (Helmy, et al., 2008). Η Bernhard (1992) αναφέρει με βάση στοιχεία από την έρευνά της ότι όσες γυναίκες είχαν αρνητικές προσδοκίες για τις επιπτώσεις της υστερεκτομής, τις συγκεκριμενοποιούσαν στην ουλή και στην αύξηση του βάρους τους.

Όπως αναφέρουν οι Scott, Sharp, Dodson, Norton και Warner (1996) και ο Jick (2004) η υστερεκτομή εμπεριέχει τους συνήθεις κινδύνους μιας οποιασδήποτε χειρουργικής επέμβασης, που έχουν να κάνουν με την αναισθησία, την πιθανότητα κάποιας λοίμωξης, την εκτεταμένη αιμορραγία, τον τραυματισμό κάποιου άλλου οργάνου κ.ο.κ. Σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν τόσο αρνητικές όσο και θετικές επιπτώσεις από την υστερεκτομή. Στις αρνητικές έχουν αναφερθεί σωματικές, ψυχολογικές και σεξουαλικές επιπλοκές, με τις σωματικές να περιλαμβάνουν εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, ακράτεια ούρων, αύξηση βάρους, μεταβολές στη φωνή (Bernhard, 1992). Η μετα-ανάλυση των Rubin, Hardy και Hotopf (2004) έδειξε ότι στην περίπτωση της υστερεκτομής, μια συχνή μετεγχειρητική δυσκολία είναι η αίσθηση κόπωσης μέχρι και για περισσότερο από 6 μήνες μετά την επέμβαση ενώ για μικρή μερίδα των ασθενών αυτών, η κόπωση μπορεί να αποτελεί χρόνιο και επίμονο πρόβλημα. Το αίσθημα κόπωσης είναι κοινό σε όλες τις μεγάλης έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά για τους περισσότερους ασθενείς βιώνεται σε πολύ μικρότερο βαθμό και για λιγότερο χρονικό διάστημα, ενώ, όπως αναφέρουν οι DeCherney, Bachman, Isaacson, και Gall (2002), έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο σωματικό όσο και στο συναισθηματικό αλλά και τον οικονομικό τομέα, καθώς παρατείνει την αποχή της ασθενούς από την εργασία της και τις καθημερινές της δραστηριότητες. Στην έρευνα της Bernhard (1992) οι συμμετέχουσες δήλωναν σε μεγάλο ποσοστό ότι κατά τη διάρκεια 2 χρόνων μετά την επέμβαση, βίωναν συναισθήματα

κενού, κατάθλιψης, νευρικότητας, ευερεθιστότητας, μοναξιάς, παρόλο που το ίδιο περίπου ποσοστό συμμετεχουσών δήλωνε θετικές επιδράσεις όσον αφορά τον τομέα της υγείας και της σωματικής ευεξίας. Είναι κοινά αποδεκτό ότι συναισθηματικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, η σεξουαλική λειτουργία, η αιμορραγία, ο πόνος, η κόπωση, η αντίληψη για την υγεία και η παρεμβολή των συμπτωμάτων στις καθημερινές δραστηριότητες, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες και δείκτες των γενικότερων επιπέδων ποιότητας ζωής στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν γυναικολογικά προβλήματα και μπορεί να οδηγήσουν σε υστερεκτομή. Εντούτοις, οι περισσότερες έρευνες δεν εξετάζουν όλους αυτούς τους παράγοντες μαζί, αλλά εστιάζουν σε συγκεκριμένους κάθε φορά.

Κατά την περίοδο απαρχής της επιστημονικής διερεύνησης παραγόντων που σχετίζονται με την υστερεκτομή, έγιναν πολυάριθμες έρευνες, με ενδιαφέροντα αποτελέσματα, τα οποία ωστόσο δεν είναι πάντα αξιοποιήσιμα και γενικεύσιμα, λόγω μεθοδολογικών αδυναμιών. Η Ryan (1997) παρουσιάζει έρευνες στις οποίες εξετάστηκαν ποικίλες μεταβλητές σχετικά με την υστερεκτομή, όπως η πιθανή σχέση του αριθμού υστερεκτομών, αλλά και η πιθανότητα για καταφυγή στην επέμβαση, με το κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, με κάποιες από αυτές τις έρευνες να βρίσκουν κάποιας μορφής σχέση (Schofield et al, 1991· Dennerstein et al, 1993· Kjerulff et al, 1993, όλα στο Ryan, 1997) ενώ κάποιες άλλες όχι (MacLennan et al, 1993· Vessey et al., 1992, στο Ryan, 1997). Παρουσιάζονται επίσης έρευνες όπου εξετάστηκε η σχέση του επιπέδου μόρφωσης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης με την υστερεκτομή οι οποίες πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1990. Και πιο πρόσφατες έρευνες επίσης δεν βρήκαν συσχετίσεις ανάμεσα σε δημογραφικά χαρακτηριστικά και πιθανότητες για υστερεκτομή (Learman, Kuppermann, Gates, Gregorich, Lewis, & Washington, 2007).

β.1. Ψυχολογικές Επιπτώσεις

Αναφορικά με την εμφάνιση δυσάρεστων συμπτωμάτων έπειτα από την επέμβαση υστερεκτομής, τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα όπως παρουσιάζονται σε αντίστοιχες έρευνες είναι η θλίψη, το αίσθημα κενού, οι καταθλιπτικές σκέψεις, το αίσθημα απώλειας, τα χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης, το αίσθημα απώλειας της θηλυκότητας και γυναικείας φύσης, το αίσθημα γήρανσης και πένθους κυρίως από την απώλεια της ικανότητας για τεκνοποίηση (Narthost-Boos, & von Schoultz, 1992). Όπως αναφέρουν οι Naughton και McBee (1997) η εμφάνιση κατάθλιψης έπειτα από επέμβαση υστερεκτομής, θεωρείται ο υπ' αριθμόν ένα ψυχολογικός κίνδυνος, κυρίως επειδή η υστερεκτομή συνοδεύεται από αντιλήψεις που αφορούν την απώλεια της θηλυκότητας, της γυναικείας δύναμης και αυτοπεποίθησης που συνδέεται με τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου. Οι έρευνες που παρουσιάζει η Ryan (1997) και οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά τις δεκαετίες '70 – '90 έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό τους την παρουσία ψυχολογικών δυσκολιών σε γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε υστερεκτομή, χωρίς όμως να συνδέεται η υστερεκτομή με τις ψυχολογικές αυτές δυσκολίες. Εν τούτοις, προκύπτει ότι πιθανότατα οι ψυχολογικές δυσκολίες να συνδέονται με τα γυναικολογικά προβλήματα, σαν αντίδραση και συνέπεια αυτών των προβλημάτων. Μία γυναίκα η οποία βιώνει έντονες μηνορραγίες, υποφέρει από πόνους ή νιώθει απειλή για την υγεία της εξαιτίας ινομυωμάτων είναι φυσικό να εμφανίζεται αγχωμένη ή με καταθλιπτικά συμπτώματα, όχι σαν άμεσο αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας της, αλλά σαν συνέπεια γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας και ερμηνείας του γεγονότος που βιώνει, όπως πιθανό θα βίωνε μια οποιαδήποτε άλλη δυσκολία με την υγεία της. Τα αποτελέσματα των ανασκοπήσεων των Flory, Bissonnette και Binik (2005) και των Khastgir, Studd και Catalan (2000) έδειξαν ότι ενώ στις

αναδρομικές μελέτες, τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι αυξημένα στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή, στις προδρομικές μελέτες όπου μετρούνται τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας πριν την επέμβαση, το εύρημα αυτό τίθεται υπό αμφισβήτηση. Οι προδρομικές μελέτες δείχνουν ότι μεγάλος αριθμός γυναικών πριν υποβληθούν σε υστερεκτομή εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ψυχιατρικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή διαταραχές προσωπικότητας. Πιθανό αυτά τα ψυχολογικά συμπτώματα να αποτελούν μια συναισθηματική αντίδραση στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους λόγω των γυναικολογικών προβλημάτων που τις ταλαιπωρούν. Ωστόσο, αυτό που προκύπτει από τις σχετικές έρευνες είναι ότι η αφαίρεση της μήτρας από μόνη της δεν μπορεί να προκαλέσει αξιοπρόσεκτες αλλαγές. Όπως διαπιστώνουν και οι Flory et al., (2005), δεν υπάρχουν επαρκείς και επαναλαμβανόμενες ενδείξεις ότι η μήτρα και η αφαίρεσή της μπορούν να προκαλέσουν ή να ανακουφίσουν μια γυναίκα από ψυχολογικά συμπτώματα.

Η υστερεκτομή είχε συνδεθεί στενά με την πρόκληση και σοβαρότερων ψυχικών διαταραχών, όπως η ψύχωση. Όπως αναφέρει η Ryan (1997), αυτή η αντίληψη, υπήρχε πολύ έντονα κατά τους προηγούμενους αιώνες, με βάση τις σχετικές αντιλήψεις που συνέδεαν τη μήτρα με την ψυχολογική και διανοητική κατάσταση μιας γυναίκας, υποστηρίζοντας μάλιστα ότι η υστερεκτομή, περισσότερο από κάθε άλλη χειρουργική επέμβαση, μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση. Οι πρώτες επιστημονικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν περί τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, οδήγησαν σε αντικρουόμενα αποτελέσματα, κυρίως λόγω μεθοδολογικών αδυναμιών στο σχεδιασμό, τη συλλογή και την επεξεργασία των δεδομένων. Έρευνες των τελευταίων χρόνων έχουν απορρίψει αυτή την εκδοχή, καθώς η υστερεκτομή δεν βρέθηκε να συνδέεται με μετεγχειρητική κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό απ'ότι οποιαδήποτε άλλη μορφή χειρουργικής

επέμβασης, ενώ κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι σε περιπτώσεις προϋπάρχουσας κατάθλιψης, μετά την υστερεκτομή τα συμπτώματα υποχωρούν (Lalinet-Michaud & Engelsmann, 1984, στο Bernhard, 1992). Μία πρόσφατη έρευνα στην Αίγυπτο (Helmy, Hassanin, Elraheem, Bedaiwy, Peterson, & Bedaiwy, 2008) έδειξε ότι στις περιπτώσεις προϋπάρχουσας κατάθλιψης και άγχους, τα αντίστοιχα συμπτώματα ήταν πιο έντονα μετεγχειρητικά, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις όπου προεγχειρητικά δεν υπήρχαν αξιοσημείωτα επίπεδα είτε κατάθλιψης είτε άγχους. Βέβαια, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας πρέπει να αναγνωστούν σε συνάρτηση με τα κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα της συγκεκριμένης χώρας, της θέσης της γυναίκας, του μορφωτικού επιπέδου (συγκεκριμένα το 45% περίπου των συμμετεχουσών ήταν αναλφάβητες) και των γενικότερων συνθηκών διαβίωσης. Όλες αυτές οι παράμετροι, επηρεάζουν τόσο την ψυχική υγεία ενός ανθρώπου, ανεξάρτητα από την κατάσταση της σωματικής υγείας, αλλά επιπρόσθετα, επιδρούν στο σχηματισμό και το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων και αντιλήψεων που διαθέτει ένας άνθρωπος, και στην προκειμένη περίπτωση, μια γυναίκα, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του γεννητικού της συστήματος. Ο Manyonda (2003) παραθέτει στοιχεία ερευνών που υποστηρίζουν ότι τόσο η ποιότητα ζωής όσο και τα συμπτώματα, παρουσιάζουν βελτίωση μετά την υστερεκτομή, καθώς η παρουσία των συμπτωμάτων και οι προκαλούμενες από αυτά δυσκολίες, δεν είναι πλέον παρόντα για να απειλούν την ποιότητα ζωής των γυναικών. Σημαντικός παράγοντας εμφάνισης κατάθλιψης είναι και η απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας, αλλά αυτή η άποψη βρίσκει εφαρμογή μόνο σε γυναίκες νεαρής ηλικίας που δεν μπόρεσαν να κάνουν παιδιά, ή για όσες δεν κατάφεραν να κάνουν όσα παιδιά θα ήθελαν (Naughton & McBee, 1997· Helmy et al., 2008). Οι Cooper, Mishra, Hardy, και Kuh (2009) σε μια προσπάθειά τους να εξηγήσουν τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή πριν την ηλικία των 40,

κάνουν αναφορά στα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων εξαιτίας της αφαίρεσης των ωοθηκών. Η υπόθεση αυτή ωστόσο έχει απορριφθεί από σχετικές έρευνες, οι οποίες έδειξαν ότι γυναίκες κάτω των 40 που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή, δεν είχαν απαραίτητα όλες υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης, είναι μάλλον η απώλεια της γονιμότητας και η απουσία της δυνατότητας για τις γυναίκες αυτές να αποκτήσουν παιδιά, και να επιτύχουν το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμούσαν. Η έρευνα των Leppert, Legro και Kjerulff, (2007) έδειξε ότι οι γυναίκες που αναγκάζονταν να υποβληθούν σε υστερεκτομή, ενώ είχαν την επιθυμία για ένα ή ακόμα ένα παιδί, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, θυμού και σύγχυσης, ενώ είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια για συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης τους τελευταίους μήνες πριν από την επέμβαση. Επίσης, η έρευνα των Farquhar, Harvey, Yu, Sadler και Stewart (2006) έδειξε ότι κάποιες γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή, τρία χρόνια μετά την επέμβαση μετάνιωσαν εξαιτίας της απώλειας της γονιμότητάς τους. Φαίνεται λοιπόν ότι, όταν για μια γυναίκα η υστερεκτομή αποτελεί εμπόδιο στην εκπλήρωση ονείρων και επιθυμιών σχετικά με την απόκτηση παιδιών, μπορεί να προκαλέσει εντονότερα ψυχολογικά συμπτώματα απ' ότι σε γυναίκες που έχουν επιτύχει τον αριθμό παιδιών που επιθυμούσαν. Σε αυτές τις περιπτώσεις ωστόσο, η πραγματικότητα είναι ότι η υστερεκτομή εφαρμόζεται σαν μια μέθοδος παροχής μιας βελτιωμένης ποιότητας ζωής, εφόσον η γονιμότητα ήδη απειλούνταν ή είχε πληγεί πριν την επέμβαση.

Οι Cooper et al. (2009), κάνουν αναφορά σε παλαιότερες έρευνες οι οποίες συνέδεαν την υστερεκτομή με την μείωση των επιπέδων ψυχικής ευεξίας, αλλά και σε νεότερες έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι η υστερεκτομή σε κάποιες περιπτώσεις δεν έχει αρνητικό

αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, ενώ σε πολλές περιπτώσεις, η επίδρασή της, είναι θετική. Αυτή η διάσταση ανάμεσα στα ευρήματα οφείλεται πιθανότατα στο γεγονός ότι οι παλαιότερες έρευνες δεν λάμβαναν υπόψη τα επίπεδα ψυχικής υγείας πριν από την υστερεκτομή, αλλά στηρίζονταν μόνο στις μετέπειτα ενδείξεις για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Εντούτοις, ακόμα και αν τα πρότερα επίπεδα ψυχικής υγείας μετρηθούν για τους σκοπούς μιας έρευνας, δεν μπορούν να θεωρηθούν αντικειμενικά και αντιπροσωπευτικά καθώς μπορεί να επηρεάζονται από το αυξημένο άγχος και ανησυχία που βιώνουν οι γυναίκες πριν από την επέμβαση. Επιπλέον ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Cooper et al. (2009) οι οποίοι προσέγγισαν γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή στο παρελθόν, αποκτώντας τα στοιχεία τους από τα αρχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας και Ανάπτυξης της Βρετανίας (National Survey of Health and Development). Οι γυναίκες που επιλέγηκαν ήταν στην ηλικία των 53 ετών κατά τη στιγμή της προσέγγισής τους και αυτό που φάνηκε από τη χρήση συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, ήταν ότι όσες είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή σε ηλικία μικρότερη των 40, είχαν γενικώς χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας σε σύγκριση με γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή. Επίσης, σε παλαιότερες έρευνες, φάνηκε ότι στις περιπτώσεις εκείνες όπου η υστερεκτομή επιβαλλόταν από την παρουσία καρκινικών όγκων, η επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ήταν επιζήμια, με χαρακτηριστικά συμπτώματα την αύξηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (Rannestad, 2005, στο Cooper et al., 2009).

Εφόσον η παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων μετά την υστερεκτομή δεν αποτελεί καθολικό φαινόμενο για όλες τις γυναίκες, το ερώτημα, από ιατρικής πλευράς κυρίως, αλλά και από ψυχολογικής, ήταν να βρεθούν οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την παρουσία των αρνητικών συμπτωμάτων. Οι Cosson, Rajabally,

Querleu και Crepin (2001) σημειώνουν ότι τα αναφερόμενα συμπτώματα ή προβλήματα από τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή, τις περισσότερες φορές δεν οφείλονται στην επέμβαση, αλλά πιθανό να αποτελούν φυσιολογικές μεταβολές εξαιτίας της αύξησης της ηλικίας, να οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές, ή ακόμη και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Πολλές έρευνες συνέδεαν συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, οι δυσκολίες στη σεξουαλική πράξη και λειτουργία, αλλά και πολλά σωματικά συμπτώματα, με την αφαίρεση των ωοθηκών. Υποστηρίζεται η άποψη ότι η αφαίρεση των ωοθηκών είναι που προκαλεί εμφανείς αλλαγές και συμπτώματα, καθώς πλέον, δεν παράγονται οι γυναικείες ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, με αποτέλεσμα η γυναίκα να βιώνει συμπτώματα όμοια με αυτά της εμμηνόπαυσης (Bellerose & Binik, 1993). Τέτοια συμπτώματα είναι οι εξάψεις, η αϋπνία, η αύξηση βάρους, η έναρξη οστεοπόρωσης, προβλήματα με το κυκλοφορικό σύστημα³, αλλά και έκπτωση της μνημονικής ικανότητας, της οξυδέρκειας, και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας

Η έρευνα των Narthost-Boos και Von Schoultz, (1992) έδειξε ότι συμπτώματα όπως η θλίψη, το πένθος, το αίσθημα κενού και απώλειας, η χαμηλή αυτοπεποίθηση κ.α. δεν σχετίζονταν με την αφαίρεση ή διατήρηση των ωοθηκών. Ωστόσο, μεθοδολογικές αδυναμίες της συγκεκριμένης έρευνας δεν επιτρέπουν το σαφή προσδιορισμό του χρονικού σημείου έναρξης ή/και λήξης αυτών των συμπτωμάτων, όπως επίσης δεν διευκρινίζεται αν λήφθηκαν υπόψη και άλλοι παράγοντες και μεταβολές που έλαβαν

³ Η σύνδεση της εμμηνόπαυσης με τα καρδιαγγειακά νοσήματα στηρίχθηκε στην αύξηση των λιπιδίων στο αίμα, που παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, και θεωρούνταν ότι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης προστάτευε τις γυναίκες από τέτοια νοσήματα. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες μεγάλης εμβέλειας έδειξαν ότι τα υποκατάστατα οιστρογόνα δεν προστατεύουν από τα καρδιαγγειακά (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) και Women's Health Initiative (WHI), στο Wallach & Eisenberg, 2003)

χώρα στη ζωή των συμμετεχουσών κατά τα 5-10 χρόνια μετά την επέμβαση, οπότε και πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

β.2. Επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα και την εικόνα του σώματος

Στο θέμα της σεξουαλικότητας, και συγκεκριμένα της σεξουαλικής επιθυμίας και σεξουαλικής απόλαυσης, επίσης τα αποτελέσματα, ειδικά τα προηγούμενα χρόνια, ήταν αντικρουόμενα. Η ανησυχία για τη λειτουργικότητα του σώματος και την ανταπόκρισή του στη σεξουαλική πράξη είναι υπαρκτή και έντονη για αρκετές γυναίκες, καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν κάποιες μεταβολές στον οργανισμό τους εξαιτίας της επέμβασης, οι οποίες στην αρχή μπορεί να φοβίζονται και να προκαλούν ανησυχία. Πρέπει καταρχάς να προσαρμοστούν στα νέα συμπτώματα, εξαιτίας της τεχνητής εμμηνόπαυσης στην οποία πιθανό να εισέλθουν με την υστερεκτομή. Επιπλέον, τα αφαιρούμενα όργανα, αφήνοντας κάποιο κενό χώρο στην πυελική περιοχή, μπορεί να συνδεθεί με δυσκολίες στο πεπτικό και/ή στο ουροποιητικό σύστημα οι οποίες να ανησυχίσουν την ασθενή, επειδή ενδεχομένως δεν γνωρίζει τι ακριβώς λαμβάνει χώρα στο σώμα της (Manyonda, 2003).

Μια αρχική φυσιολογική εξήγηση της σύνδεσης της υστερεκτομής με τη σεξουαλική λειτουργία είναι ότι οι αλλαγές που παρατηρούνται στην τροφοδότηση των νεύρων στον κόλπο, και η αφαίρεση ιστού κατά την επέμβαση, φαίνεται να επηρεάζουν τη λίπανση του κόλπου και τη δυνατότητα για οργασμό (Thakar et al. 1997) ενώ η επέμβαση πιστεύεται ότι προκαλεί μεταβολές στα όργανα στην πυελική κοιλότητα, μειώνοντας την ικανότητα του κόλπου να διαστέλλεται κατά τη φάση της διέγερσης (Helstrom et al. 1994, στο Katz, 2003). Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται τις αλλαγές που θα προκληθούν στη σεξουαλική τους λειτουργία και επιθυμία, ενώ υπάρχει ο φόβος και από

τους δύο συντρόφους για πιθανό τραυματισμό της γυναίκας από τη σεξουαλική επαφή. Οι ειδικοί ωστόσο επισημαίνουν ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που αφαιρεθούν οι ωοθήκες, στις οποίες παράγεται η τεστοστερόνη, υπεύθυνη και για τη σεξουαλική επιθυμία, αλλά και τα οιστρογόνα, που ευθύνονται για τη λίπανση του κόλπου, οι όποιες δυσκολίες, μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Αν και συνήθως, οι δυσκολίες που παρατηρούνται σχετίζονται περισσότερο με ψυχολογικούς παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν τη σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι, τη μεταξύ τους επικοινωνία, αλλά και άλλους στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινότητας (Wallach & Eisenberg, 2003). Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, η αφαίρεση των ωοθηκών εκδηλώνεται με την έναρξη των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, γεγονός που σηματοδοτεί με πολύ ξεκάθαρο τρόπο τις αλλαγές στο σώμα, στις συνήθειες και στην καθημερινότητα της γυναίκας, καθώς διακινεί και θέματα που αφορούν την ηλικία, το τέλος της αναπαραγωγικής ικανότητας, την είσοδο σε μια νέα φάση ζωής. Όλα αυτά επηρεάζουν φυσικά τον τρόπο που η γυναίκα αντιλαμβάνεται τον εαυτό της αλλά και το «σενάριο ζωής» που είχε για την εξέλιξή της, αν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ξεκινούν αρκετά νωρίτερα απ'ότι ενδεχομένως θα περίμενε.

Με βάση τα ευρήματα της Bernhard (1992) αναφορικά με τις επιπτώσεις που οι ασθενείς θεωρούσαν ότι θα υπήρχαν στη σεξουαλική τους ζωή εξαιτίας της υστερεκτομής, οι μεγαλύτερες ανησυχίες τους αφορούσαν το άγχος τους σχετικά με το αν η επαφή θα είχε διαφορετική αίσθηση για τη γυναίκα, διαφορετική αίσθηση για τον σύντροφό της, με το αν θα προέκυπτε κάποιος τραυματισμός της ή αν η επαφή θα της προκαλούσε πόνο. Εντούτοις, αυτό που φαίνεται να συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι η ύπαρξη χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής και οι σοβαρές δυσκολίες στη σεξουαλική λειτουργία πριν την υστερεκτομή, εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζει η γυναίκα, και τελικά

θεραπεύονται (απαλείφονται) με την υστερεκτομή, όπως είναι η μηνορραγία, οι πόνοι, η δυσφορία που προέρχεται από την παρουσία ινομυωμάτων κ. α. Στην έρευνα των Narthost-Boos και Von Schoultz (1992) η πλειοψηφία των γυναικών δήλωνε περισσότερο ικανοποιημένη από τη σεξουαλική ζωή της μετά την υστερεκτομή, ή όπως δήλωναν, δεν υπήρξε κάποια αλλαγή, ενώ αυτή η σχέση φαίνεται να μην ισχύει στην περίπτωση που αφαιρούνταν και οι ωοθήκες, καθώς οι γυναίκες αυτές δήλωναν ότι η σεξουαλική τους ζωή χειροτέρευσε μετά την επέμβαση.

Η Bernhard (1992) αναφέρει ότι οι παράγοντες που φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση δυσμενών επιπτώσεων σε ψυχολογικό και σεξουαλικό επίπεδο είναι διαφορετικοί για κάθε γυναίκα. Στις έρευνες όπου μερίδα ασθενών αναφέρει χειροτέρευση στη σεξουαλική ζωή, ή έστω, καμία βελτίωση, προκύπτει ότι αυτές οι γυναίκες αντιμετώπιζαν θέματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας, προβλήματα στη σχέση με το σύντροφο και διακατέχονταν από ανησυχία για το πώς θα αντιλαμβάνονταν πλέον τον εαυτό τους, προτού υποβληθούν σε υστερεκτομή (Bellerose & Binik, 1993). Παράλληλα διακατέχονταν από αρνητικές προσδοκίες, πιθανές ψυχολογικές διαταραχές και αρνητικά επενδεδυμένες αναπαραστάσεις και αντιλήψεις και ήταν αρνητικά προκατειλημμένες ως προς το αποτέλεσμα μιας τέτοιας επέμβασης. Η επέμβαση αυτή καθεαυτή, από ιατρικής και φυσιολογικής σκοπιάς, σπάνια μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη σεξουαλική λειτουργικότητα της γυναίκας, εκτός από τις περιπτώσεις όπου διενεργείται κακή ιατρική πρακτική, αφήνοντας μεγάλες ενδοκολπικές ουλές, προκαλώντας σμίκρυνση ή στένωση του κόλπου, κ.α. (Flory, Bissonnette, & Binik, 2005). Βέβαια, οι πιο σύγχρονες τεχνικές όπως η χρήση λαπαροσκόπησης, μειώνουν δραματικά τις πιθανότητες για τέτοιου είδους ιατρικά λάθη.

Η σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση των ερευνών που αφορούν την υστερεκτομή, από τους Flory, Bissonnette και Binik (2005) επιτείνει την ύπαρξη αντικρουόμενων στοιχείων σχετικά με την επίδραση της υστερεκτομής στη σεξουαλική λειτουργία στις γυναίκες, προσθέτοντας την αντιπαράθεση σχετικά με το ρόλο των ωοθηκών. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διατήρηση των ωοθηκών διασφαλίζει ένα υψηλότερο επίπεδο σεξουαλικής λειτουργικότητας και ικανοποίησης, τη στιγμή που μερίδα άλλων ερευνητών υποστηρίζει ότι η σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση δεν εξαρτάται από την παρουσία των ωοθηκών, την παραγωγή τεστοστερόνης ή την ορμονική υποκατάσταση. Την ίδια στιγμή, μια τρίτη μερίδα ερευνητών δεν αναφέρει καμία επίδραση της υστερεκτομής στη σεξουαλική λειτουργία και επιθυμία.

Δεδομένου ότι υπάρχει ένα ποσοστό γυναικών που φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να επηρεαστούν αρνητικά έπειτα από την επέμβαση υστερεκτομής, και γυναίκες αυτές συνήθως αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές ή σεξουαλικές δυσλειτουργίες πριν την επέμβαση, οι όποιες παρεμβάσεις για διευκόλυνση των ασθενών θα ήταν χρησιμότερο να ξεκινούσαν πριν την διαδικασία της επέμβασης. Συστήνεται λοιπόν η αξιολόγηση των ασθενών πριν την επέμβαση, και όπου κρίνεται αναγκαίο, η παραπομπή τους σε ειδικούς για μια προετοιμασία αναφορικά με την επέμβαση και τις πιθανές συνέπειες, ή τη μορφή που θα έχει η ζωή τους έπειτα. Η προετοιμασία αυτή μπορεί να αφορά ψυχολογική στήριξη ή φαρμακευτική αγωγή.

Μία σημαντική διάσταση της υστερεκτομής, είναι οι μεταβολές που ενδεχομένως να προκαλέσει στην εικόνα σώματος και στην αυτο-αντίληψη της γυναίκας. Παλαιότερα, οι Webb και Wilson-Barnett (1983) υποστήριζαν ότι η υστερεκτομή δεν συνδέεται με αλλαγή στην εικόνα σώματος της γυναίκας, ούτε και με αύξηση ή επιδείνωση των

συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενώ σε σχετική έρευνά τους, φάνηκε ότι η επέμβαση αντιμετωπίστηκε πολύ θετικά και λειτούργησε ευεργετικά στις περισσότερες γυναίκες. Οι Bellerose και Binik (1993) εξέτασαν διάφορους παράγοντες σχετικά με την εικόνα σώματος και τη σεξουαλικότητα σε γυναίκες οι οποίες αντιμετώπιζαν γυναικολογικά προβλήματα αλλά δεν τύγχαναν θεραπείας, σε γυναίκες που είχαν υποστεί ωθηκεκτομή αλλά δεν λάμβαναν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) και σε γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ωθηκεκτομή και λάμβαναν ΘΟΥ δύο διαφορετικών τύπων. Τα ευρήματά τους συναινούν στο ότι σε μερικές γυναίκες, η επέμβαση επιδρούσε θετικά στη δυσπαρέυνια που αντιμετώπιζαν πριν την επέμβαση, αλλά αυτά τα αποτελέσματα ήταν αξιοσημείωτα μόνο στις γυναίκες που λάμβαναν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, και σε όσες δεν είχαν αφαιρεθεί οι ωθήκες. Όσες γυναίκες είχαν υποβληθεί σε ωθηκεκτομή, αλλά δεν λάμβαναν ορμονική υποκατάσταση, οι παράμετροι που σχετίζονται με τη σεξουαλική διέγερση, επιθυμία και ικανοποίηση, δεν είχαν βελτιωθεί. Επίσης, γενικά οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, είχαν φτωχότερη εικόνα σώματος από τις υπόλοιπες γυναίκες. Σαν πιθανότερη εξήγηση γι' αυτά τα αποτελέσματα, οι ερευνήτριες αναφέρουν την ιδέα για απώλεια ενός λειτουργικού μέρους του σώματος.

Η αυτο-αντίληψη προκύπτει από την αξία που δίνεται στους κοινωνικούς ρόλους που οι άνθρωποι καλούνται να υιοθετήσουν. Οι σημαντικοί, ή υψηλά αξιολογημένοι ρόλοι, προσθέτουν στους κατόχους τους αυξημένο αίσθημα αυτο-εκτίμησης, ενώ η απώλειά τους μπορεί να βιωθεί πολύ τραυματικά για την αυτο-εικόνα του ατόμου. Το ίδιο ισχύει για τις γυναίκες, αν ζουν σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που επενδύει με μεγάλη αξία την αναπαραγωγική τους ικανότητα, και η απώλεια αυτής της ικανότητας, σηματοδοτεί την απώλεια ενός από τους κυριότερους – για κάποιες γυναίκες και τον μοναδικό – ρόλο τους στη ζωή. Η μήτρα συνδέεται στενά σε κάποιες κοινωνίες με τη θηλυκότητα, τη

σεξουαλικότητα, τον αισθησιασμό, και την ελκυστικότητα, και η απώλειά της, συχνά συνοδεύεται από αίσθημα απώλειας και των συνδεδεμένων με αυτή ρόλων (Webb & Wilson-Barnet, 1983). Ωστόσο, απόψεις όπως οι προαναφερόμενες, διατυπώθηκαν περίπου πριν από 20-30 χρόνια. Από τότε, πολλές κοινωνικές αλλαγές έχουν σημειωθεί και ειδικά όσον αφορά το ρόλο και τις ικανότητες της γυναίκας. Πλέον, η γέννηση παιδιών και η δημιουργία οικογένειας δεν είναι στην πρώτη θέση στη λίστα προτεραιοτήτων μιας γυναίκας, και η ενασχόληση των γυναικών με σπουδές, καριέρα και ανάπτυξη άλλων ενδιαφερόντων, της δίνει τη δυνατότητα ταύτισης με άλλους ρόλους, ή και με περισσότερους από έναν ρόλους. Σκοπός και προορισμός της γυναίκας δεν θεωρείται αποκλειστικά η δημιουργία οικογένειας, αλλά η γυναίκα μπορεί να εισπράττει ικανοποίηση και αίσθημα ολοκλήρωσης και αυτοπραγμάτωσης μέσα από την ενασχόλησή της με άλλες δραστηριότητες και μέσα από τη θέσπιση διαφορετικών στόχων και προσδοκιών. Επομένως, είναι λογικό η σημερινή γυναίκα να μην είναι τόσο ταυτισμένη με τα γυναικεία γεννητικά της όργανα, ούτε με την αναπαραγωγική της ικανότητα, και η αυτο-αντίληψή και η αυτο-εκτίμησή της, και η ταύτισή της με το φύλο της να πηγάζουν από άλλους παράγοντες και να συνδέονται με άλλα στοιχεία, όπως η συμπεριφορά, η εμφάνιση, η επίτευξη στόχων, η επαγγελματική καταξίωση, οι υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, η απόκτηση νέων γνώσεων και εμπειριών.

Σήμερα, η γυναίκα διαθέτει περισσότερες γνώσεις για την ανατομία και λειτουργία του σώματός της, και έχει μεγαλύτερο ρόλο στην επιλογή θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση ιατρικών καταστάσεων. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διαθέσιμα σύγχρονα ιατρικά μέσα και πρακτικές που κάνουν πιο σύντομη και λιγότερο επώδυνη την εμπειρία μιας γυναικολογικής επέμβασης, με ελαχιστοποίηση των επιπλοκών και των μόνιμων επιπτώσεων. Ωστόσο, εξακολουθεί να είναι ενδιαφέρουσα η διερεύνηση ψυχολογικών –

γνωστικών και συναισθηματικών - παραγόντων που παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την προσαρμογή και την αντίδραση μιας ασθενούς στην κατάσταση της υγείας της.

Κεφάλαιο 2

Επώδυνες Ιατρικές διαδικασίες – Προετοιμασία

Ενώ σήμερα η επαφή με ιατρικό προσωπικό και ιατρικές διαδικασίες ξεκινά από πολύ νωρίς στη ζωή ενός ανθρώπου και αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής (για παράδειγμα, αιμοληψίες και εμβολιασμοί), υπάρχουν άτομα που εκδηλώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα στη θέα μιας βελόνας ή στη θέα του αίματος. Τέτοιες αρνητικές αντιδράσεις, αναμένεται να είναι πιο συχνές και πιο έντονες όταν πρόκειται για περισσότερο επώδυνες και εν δυνάμει επικίνδυνες για τη ζωή ιατρικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η βίωση αρνητικών συναισθημάτων συνοδεύεται συνήθως από έντονες συμπεριφορές εκ μέρους του ασθενούς, οι οποίες δυσχεραίνουν την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, προκαλούν δυσκολίες στην εκτέλεση της ιατρικής πρακτικής, ενώ προξενεί και οργανικές διαταραχές εξαιτίας της αύξησης των επιπέδων κάποιων ορμονών που εκλύονται με το άγχος, όπως οι κατεχολαμίνες και η κορτιζόλη (Johnston et al., 1990, στο Καραδήμας, 2005).

Η Taylor (2009) κάνει εκτενή αναφορά στην έρευνα του Janis το 1958, η οποία άλλαξε δραματικά τον τρόπο που γινόταν στο εξής η προετοιμασία των ασθενών για χειρουργικές επεμβάσεις. Το έργο που ανατέθηκε στον Janis ήταν να διερευνήσει το τι θα μπορούσε να γίνει για να μειωθούν τα επίπεδα στρες που πολλοί ασθενείς βίωναν πριν και μετά από μια επέμβαση. Διαχωρίζοντας τους ασθενείς σε τρεις ομάδες ανάλογα με τα επίπεδα φόβου και άγχους που βίωναν πριν την επέμβαση, φάνηκε ότι τόσο οι ασθενείς

με υψηλά όσο και αυτοί με χαμηλά επίπεδα φόβου, εκδήλωναν συμπεριφορές δυσπροσαρμογής κατά την περιεγχειρητική περίοδο, οι μεν με την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων όπως εμετοί, ή έντονοι πόνοι, και οι δε, με υπερβολική έκφραση παραπόνων, θυμού και ανησυχίας. Αυτό που φάνηκε λοιπόν ως εξαιρετικά σημαντικό ήταν ότι ένα ήπιο άγχος και ένα μέτριο επίπεδο φόβου και ανησυχίας πριν από την επέμβαση, δημιουργούσε μία κατάσταση προσδοκητικού άγχους ή ανησυχίας, με λειτουργικούς στόχους και αποτελέσματα στους ασθενείς. Η συναισθηματική και φυσιολογική αυτή κατάσταση φαίνεται να δημιουργεί ρεαλιστικές προσδοκίες στους ασθενείς και τους επιτρέπει να δουλέψουν και να επεξεργαστούν πιο αποδοτικά το φόβο τους, και να προσαρμοστούν στην κατάσταση απώλειας ελέγχου που προϋποθέτει μια χειρουργική διαδικασία. Έκτοτε, η πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με το τι θα αντιμετωπίσουν στα πλαίσια μιας ιατρικής διαδικασίας, έχει ενταχθεί στα καθήκοντα του ιατρικού προσωπικού και σε κάποιες χώρες γίνεται συστηματικά, με την ανάπτυξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, ενημερωτικών φυλλαδίων, κλπ.

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις σχετικά με τη χρησιμότητα της πληροφόρησης και την ενημέρωσης εκ τω προτέρων. Σήμερα, είναι αναμενόμενο ένας ασθενής να διαδραματίζει ενεργό ρόλο στα θέματα που αφορούν την υγεία του, με την αναζήτηση δεύτερης γνώμης, με τη μελέτη σχετικών πηγών για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, με την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του, με το συντονισμό των ενεργειών του και τις επιλογές σχετικά με τη διαχείριση της κατάστασης του (Johnson,1999). Εντούτοις, η επιτυχημένη υλοποίηση αυτών των ενεργειών, προϋποθέτει μια εις βάθος γνώση και πληροφόρηση, που δεν είναι βέβαιο από ποιες πηγές θα είναι αποτελεσματικότερη. Επομένως, μια ολοκληρωμένη πληροφόρηση παρεχόμενη από κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό μέσα σε ένα επιστημονικό αλλά ανθρώπινο

πλαίσιο, αποτελεί την ιδανική συνθήκη παροχής πληροφόρησης στον ασθενή. Ωστόσο, το ιατρικό προσωπικό είναι μεν αδύνατο να μεταφέρει όλο τον όγκο γνώσεων στον ασθενή σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, αλλά θα πρέπει να κάνει και τις σωστές επιλογές ως προς το περιεχόμενο των πληροφοριών που θα μεταφέρει στον ασθενή, ούτως ώστε να είναι χρήσιμο και ωφέλιμο. Οι Oetker-Black, Jones, Estok, Ryan, Gale και Parker (2003) αναφέρουν ότι παρόλο που η επίδραση της εκπαίδευσης και των οδηγιών προς ασθενείς πριν από μια χειρουργική επέμβαση έχει διερευνηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι οι ασθενείς δεν κάνουν χρήση αυτής της εκπαίδευσης, αφού ξεχνούν τις οδηγίες που τους δίνονται από πριν. Επίσης, στις περιπτώσεις που οι οδηγίες φαίνεται να προκαλούν κάποια θετικά αποτελέσματα, αυτά είναι μόνο βραχυπρόθεσμα. Τι πρέπει να περιλαμβάνει λοιπόν η πληροφόρηση και με ποιο τρόπο πρέπει να γίνεται για να έχει τα θετικά αποτελέσματα που της αποδίδονται;

Η ανασκόπηση των σχετικών ερευνών που έγινε από τις Suhonen και Leino-Kilpi (2006) κατέληξε σε μερικά πολύ χρήσιμα συμπεράσματα. Φάνηκε ότι η πληροφόρηση που δίδεται σε ασθενείς σχετικά με την επέμβαση στην οποία θα υποβληθούν είναι σημαντικό να ταιριάζει στις ανάγκες των ασθενών, και να είναι σύμφωνη με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν ή προτιμούν να χρησιμοποιούν. Κάτι τέτοιο κρίνεται απαραίτητο καθώς είναι συχνό το φαινόμενο τα μέλη του ιατρικού προσωπικού που αναλαμβάνουν την ενημέρωση των ασθενών, να έχουν διαφορετική αντίληψη σχετικά με τη σημασία της ενημέρωσης που θεωρείται αναγκαία από τους ίδιους τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό γενικά θεωρεί απαραίτητη την παροχή πληροφοριών σχετικά με την ψυχοκοινωνική στήριξη που χρειάζονταν οι ασθενείς, οι ίδιοι οι ασθενείς μέσα από διάφορες έρευνες φάνηκε να ενδιαφέρονται περισσότερο για θέματα ιατρικού περιεχομένου και για τις νοσοκομειακές διαδικασίες,

όπως η θεραπεία καθεαυτή, τα αποτελέσματα, οι επιπτώσεις, οι παράγοντες κινδύνου, οι πιθανές επιπλοκές, η αναισθησία. Εντούτοις, όπως ανέφεραν το 1997 οι Kain, Kosarussavadi, Hernandez-Conte, Hofstadter και Mayes, το ποσοστό την πληροφόρησης που οι ασθενείς θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν, δεν είναι ξεκάθαρο.

Κάποιες παλαιότερες έρευνες που παρουσιάζονται από τον Johnson (1999) έδειξαν ότι η εκ των προτέρων ενημέρωση για τον πόνο που θα βίωναν συμμετέχοντες σε εργαστηριακές συνθήκες, είχε θετικές επιδράσεις στο αντιλαμβανόμενο ποσοστό πόνου που ανέφεραν, ενώ τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και από μελέτες σε κλινικό πλαίσιο. Ειδικότερα, σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση, η εκ των προτέρων ενημέρωση για τις διαδικασίες που θα διέρχονταν και τα όσα θα βίωναν σε σωματικό επίπεδο, φάνηκε ότι συνέβαλε σε συντομότερης διάρκειας μετεγχειρητική νοσηλεία, και γρηγορότερη επάνοδο στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Johnson, Fuller et al., 1978; Johnson, Rice, et al., 1978). Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει ο Johnson (1999) είναι ότι η πληροφόρηση που αφορούσε τις εξατομικευμένες ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς, είχε θετικότερα αποτελέσματα από την παροχή γενικευμένων πληροφοριών ή πρακτικών οδηγιών.

Οι Bernier, Sanares, Owen και Newhouse (2003) εντοπίζουν πέντε διαστάσεις της προεγχειρητικής πληροφόρησης, οι οποίες αφορούν τη διαδικασία, την αίσθηση/δυσφορία, το ρόλο του ασθενούς, τη ψυχολογική υποστήριξη, και την εξάσκηση σε συγκεκριμένες δεξιότητες. Η ανασκόπηση των Suhonen & Leino-Kilpi (2006) εντόπισε και κάποιους δημογραφικούς παράγοντες ως σημαντικούς σχετικά με τις ανάγκες για πληροφόρηση και την πληροφόρηση που λαμβάνεται. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι γυναίκες άνω των 60 ετών, τα λιγότερο μορφωμένα άτομα και οι

συνταξιούχοι εμφανίζονταν με περισσότερες ανάγκες για πληροφόρηση, ενώ οι γυναίκες δήλωναν λιγότερο ικανοποιημένες από τους άντρες σχετικά με την πληροφόρηση που δέχονταν. Γενικότερα, οι άνδρες και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη πληροφόρηση. Οι νεαρότερες ηλικίες δήλωναν λιγότεροι ικανοποιημένοι, ενώ ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν και τα πρότερα επίπεδα υγείας και οι συνθήκες ζωής, καθώς όσοι είχαν αξιολογήσει θετικά αυτούς τους τομείς, είχαν αναφέρει και αυξημένα επίπεδα προσλαμβανόμενης πληροφόρησης. Παρομοίως, ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας και άμεση ανάγκη για χειρουργείο, είχαν υψηλότερες απαιτήσεις όσον αφορά την πληροφόρηση που αποζητούσαν. Γενικότερα, φάνηκε ότι όλοι οι ασθενείς επωφελούνταν από την ενημέρωση που δέχονταν από πριν, ενώ ασθενείς με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας δήλωναν λιγότερο ευχαριστημένοι από την παρεχόμενη πληροφόρηση.

Όσον αφορά στο περιεχόμενο της πληροφόρησης, αυτό ήταν πιο αποδοτικό όταν ήταν εξατομικευμένο για την περίπτωση, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του εκάστοτε ασθενούς, παρόλο που οι Suhonen και Leino-Kilpi (2006) αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτύγχανε σε αυτό το στόχο. Επομένως, κρίνεται τουλάχιστον χρήσιμη η καταγραφή εκ των προτέρων κάποιων βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της κατάστασης της υγείας τους, και με βάση αυτά τα στοιχεία να παρέχεται και η ανάλογη πληροφόρηση (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2007). Κάτι τέτοιο βέβαια, προαπαιτεί περισσότερο χρόνο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που καθιστά αυτόματα το έργο αυτό εξαιρετικά δύσκολο στην εφαρμογή του. Κατά καιρούς έχουν εφαρμοστεί διάφορα μέτρα παροχής πληροφόρησης στους ασθενείς, όπως η δημιουργία ειδικών ενημερωτικών πρωτοκόλλων, η προτροπή χρήσης διαδικτυακών τόπων ή η προβολή ειδικών βίντεο, με το τελευταίο να ενδείκνυται ως η αποτελεσματικότερη

μέθοδος. Και εδώ ωστόσο, τα αποτελέσματα διέφεραν αναλόγως της μορφής της επέμβασης, καθώς άλλες είναι οι ανάγκες και οι φόβοι του ασθενούς με καρδιαγγειακά και άλλες του ασθενούς με ορθοπεδικά προβλήματα. Αυτό που τονίζουν οι Llewellyn, McGurk, και Weinman (2007) από τα στοιχεία της δικής τους έρευνας, είναι ότι αν και η πληροφόρηση πρέπει να περιλαμβάνει το στοιχείο της ενστάλαξης θετικών αλλά ρεαλιστικών προσδοκιών για την εξέλιξη της κατάστασης υγείας, αυτό που φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα άγχους και ανησυχίας των ασθενών ήταν τα συμπεράσματα που οι ίδιοι εξήγαν από τις πληροφορίες που δέχονταν, και όχι το περιεχόμενο της πληροφορίας ούτε τα μηνύματα που οι παροχείς πληροφόρησης στόχευαν να μεταδώσουν.

Πληροφόρηση πριν από επέμβαση υστερεκτομής

Σε γενικές γραμμές, η προεγχειρητική προετοιμασία φαίνεται να βοηθάει στον έλεγχο των αρνητικά φορτισμένων καταστάσεων που συνοδεύουν μια οποιαδήποτε εγχείρηση, οι οποίες είναι ο πόνος, η επικείμενη ζημιά στο σώμα και το ρίσκο του θανάτου. Άτομα που δέχθηκαν κάποιας μορφής προετοιμασία προεγχειρητικά φάνηκε να έχουν μικρότερο ποσοστό επιπλοκών, μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης, μικρότερη περίοδο νοσηλείας και βελτιωμένα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας. Για την υστερεκτομή, οι Wallach και Eisenberg (2003b) αναφέρουν ότι μια εκτεταμένη συζήτηση με το γιατρό πριν από την επέμβαση, κατά την οποία θα απαντηθούν απορίες και ερωτήματα που έχει η γυναίκα σχετικά με την επέμβαση σαν διαδικασία αλλά και σχετικά με το τι θα συμβεί στο σώμα της, ποιες επιπτώσεις θα υπάρξουν, και τι ακριβώς να περιμένει, φαίνεται να συντείνει σε μια καλύτερη ψυχολογική και σωματική κατάσταση, μετά την επέμβαση.

Οι Oetker-Black, Jones, Estok, Ryan, Gale, και Parker (2003) αναφέρουν αριθμό ερευνών των προηγούμενων δεκαετιών (κυρίως δεκαετία του 1980) που διερεύνησαν την

επίδραση των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων πριν από μια χειρουργική επέμβαση, και αναφέρουν ότι γενικότερα, μία τέτοια παρέμβαση βοηθάει σημαντικά στο ρυθμό ανάρρωσης, ενώ άλλες έρευνες ανέφεραν ότι μία τέτοια διαδικασία πριν από μια επέμβαση υστερεκτομής μπορεί να ανακουφίσει τη γυναίκα από το άγχος και την ανησυχία που βιώνει. Σε γενικές γραμμές, η πληροφόρηση και η προετοιμασία που παρέχονται προεγχειρητικά σε ασθενείς, και συγκεκριμένα σε γυναίκες πριν υποβληθούν σε υστερεκτομή, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα βοηθητική και αυτό είναι ευρέως γνωστό στην ιατρική πρακτική. Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθεί κατά πόσο παρέχεται στις γυναίκες η απαιτούμενη πληροφόρηση και κατά πόσο οι ίδιες δηλώνουν ότι εισέπραξαν ικανοποιητική πληροφόρηση και μετείχαν στην όλη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την πορεία της κατάστασης υγείας τους.

Οι γυναίκες έχουν την προσδοκία ότι θα τους είναι διαθέσιμες οι απαραίτητες γνώσεις όσον αφορά τη διαδικασία, τα αναμενόμενα οφέλη και ρίσκα, και τις πιθανές εναλλακτικές θεραπευτικές τεχνικές αναφορικά με το πρόβλημά τους, και αυτή η προσδοκία βρίσκει ανταπόκριση σε πολλές χώρες με την επιβολή συγκεκριμένων κανόνων δεοντολογίας. Όπως αναφέρουν οι Kain, et al. (1997), στις ΗΠΑ, προκειμένου να υπογραφεί η δήλωση συγκατάθεσης από τον ασθενή για μια οποιαδήποτε ιατρική διαδικασία στην οποία θα υποβληθεί, ο ασθενής έχει το δικαίωμα, και το νοσηλευτικό ίδρυμα την υποχρέωση, να παρέχει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με όλα τα πιθανά ρίσκα και κινδύνους οι οποίοι μπορεί να συνοδεύουν μια τέτοια διαδικασία, ανεξάρτητα από τη συχνότητα ή την σοβαρότητα των κινδύνων αυτών. Μια λεπτομερής πληροφόρηση σχετικά με το τι θα νιώσει η γυναίκα κατά τις πρώτες μέρες, είναι πιθανό να κατευνάσει το περιττό άγχος και τα συναισθήματα παραμέλησης που μπορεί να βιώσει, ενώ σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προεγχειρητική πληροφόρηση συνδέεται

με θετικότερα κλινικά αποτελέσματα, με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις ασθενείς, και με ταχύτερη επιστροφή τους στο σπίτι (Lookinland & Pool, 1998). Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν και οι (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2007) καθώς στην έρευνά τους σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και λαιμού, φάνηκε ότι η ικανοποίηση από την παρεχόμενη πληροφόρηση επιδρούσε στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της θεραπείας, όπως για παράδειγμα τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Την ευθύνη παροχής της πληροφόρησης έχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Εντούτοις, όπως διαφαίνεται από σχετικές έρευνες (Katz, 2003) οι νοσηλεύτριες αποφεύγουν, συνήθως για δικούς τους προσωπικούς λόγους και ταμπού, να μιλήσουν με τις ασθενείς που θα υποβληθούν σε υστερεκτομή για θέματα που αφορούν τον σεξουαλικό τομέα. Ενώ είναι ένας τομέας που μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από μια υστερεκτομή, ειδικά κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές βδομάδες, εντούτοις, τυγχάνει παραμέλησης όταν πρόκειται για την παροχή πληροφόρησης και ενημέρωσης προς τις ασθενείς.

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω ερευνητικά στοιχεία, οι γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε υστερεκτομή, πρέπει να λαμβάνουν όσο το δυνατό περισσότερη πληροφόρηση γύρω από κάθε τομέα που αφορά την επέμβαση και την εμπειρία τους, και πρέπει να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την επέμβαση (τύπο, μέθοδο, χρονικό σημείο κλπ). Αυτή η πληροφόρηση και η συμμετοχή, προσδίδει στις γυναίκες μεγαλύτερη αίσθηση δύναμης και ελέγχου στο σώμα και τη ζωή τους, και μπορεί να οδηγήσει σε θετικότερα, ικανοποιητικότερα αποτελέσματα μετά την επέμβαση (Drife, 1994, στο Manyonda, 2003).

Κεφάλαιο 3

Συναισθήματα και Υγεία

Στα πρώτα στάδια ανάπτυξης των θεωριών για τα συναισθήματα, οι επικρατέστερες απόψεις/θεωρίες ερμηνείας των συναισθημάτων ήταν αυτές των James-Lang και των Cannon και Brad (Kandel, Schwartz, Jessel, 2006). Ο James διατύπωσε τη θεωρία ότι φυσιολογικές μεταβολές όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού ή η μείωση της πίεσης του αίματος προηγούνται των συναισθημάτων, και κατά κάποιον τρόπο, τα συναισθήματα λειτουργούν ως γνωστικές αποκρίσεις στις πληροφορίες που δεχόμαστε από το εξωτερικό περιβάλλον και τις οποίες αντιλαμβανόμαστε με τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τη σκέψη. Φαινόμενα πολύ καθημερινά ωστόσο, όπως η βίωση των ίδιων συναισθημάτων αρκετές ώρες μετά το πέρας του γεγονότος που μας τα προκάλεσε, δηλώνουν ότι η θεωρία του James δεν παρέχει μια ολοκληρωμένη εξήγηση της λειτουργίας των συναισθημάτων. Έτσι, ερευνητές όπως ο Cannon, ο Brad, ο Damasio και ο Schachter, ήρθαν να προσθέσουν στην εξήγηση της συναισθηματικής συμπεριφοράς το στοιχείο ότι πρόκειται για αλληλεπίδραση εξωτερικών και εσωτερικών σημμάτων και ερεθισμάτων.

Με την ανάπτυξη της νευροψυχολογίας και τις έρευνες που γίνονται ακόμη για τη μελέτη των συναισθημάτων, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε περισσότερα σήμερα σε σχέση με το παρελθόν, όσον αφορά την επίδραση των συναισθημάτων στον οργανισμό. Σε γενικές γραμμές σήμερα γνωρίζουμε ότι τα συναισθήματα, είτε θετικά είτε αρνητικά στη φύση τους, πρέπει να εκφράζονται και να διοχετεύονται προς τα έξω, καθώς το αντίθετο, η

καταπίεση της έκφρασής τους, έχει συνδεθεί με δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εισήγηση από τους Nemiah και Sifneos (1970) της έννοιας της αλεξιθυμίας. Η εισήγηση αυτή βασίστηκε στις διαπιστώσεις που έκαναν σε ψυχοσωματικούς ασθενείς, ότι δεν είχαν καμία συνείδηση των συναισθημάτων τους ή απουσίαζε ολοκληρωτικά η ικανότητα λεκτικοποίησης των συναισθημάτων τους, και ότι από τους συνειρμούς τους απουσίαζε εντελώς η φαντασία και η συμβολική σκέψη.

Οι Lumley, Beyer, και Radcliffe (2008) κάνουν μια παρουσίαση των οδών μέσω των οποίων η αλεξιθυμία επιδρά ή σχετίζεται με την υγεία. Η αλεξιθυμία φαίνεται να προκαλεί ή να επιτείνει υπάρχοντα προβλήματα υγείας, μέσω της πρόκλησης μεταβολών στη φυσιολογία του οργανισμού ή σπρώχνοντας το άτομο στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών. Επίσης, υποστηρίζουν ότι μπορεί να οδηγεί σε σωματοποίηση, με την συχνή αναφορά συμπτωμάτων, ή να οδηγεί σε μεγαλύτερη και συχνότερη αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών. Μία τρίτη οδός σύνδεσης της αλεξιθυμίας με την υγεία αναφέρεται να είναι η παρουσία της αλεξιθυμίας σαν αποτέλεσμα μιας ασθένειας παρά σαν αιτία της, ενώ υπάρχει και το ενδεχόμενο μια τρίτη αιτία να συντείνει στην ταυτόχρονη παρουσία της αλεξιθυμίας και προβλημάτων υγείας. Όπως αναφέρει η McClintock Greenberg (2009) όμως, ενώ η αλεξιθυμία είναι υπαρκτή και μπορεί να συνδέεται με καταπίεση συναισθημάτων, δεν μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι όλοι οι άνθρωποι με τάση στις σωματικές ασθένειες είναι αλεξιθυμικοί. Υποστηρίζει ότι οι απόψεις αυτές διατηρούνται ακόμη και σήμερα πιο πολύ σαν στερεότυπα, ενώ συνεχίζεται η προσπάθεια για ερευνητική τεκμηρίωσή τους με τον τρόπο που περιγράφηκαν από τους προαναφερθέντες συγγραφείς.

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να επισημανθεί και η ακριβής έννοια του όρου «ψυχοσωματικός πόνος», ο οποίος εμπερικλείει ουσιαστικά την ψυχολογική ερμηνεία των συμπτωμάτων ψυχολογικής και σωματικής προέλευσης που εντοπίζονται στη βάση μιας οργανικής πάθησης. Τα συμπτώματα αυτά, θεωρούνται ως η απόρροια της γενικευμένης αντίδρασης του οργανισμού στο στρες και το σημείο στο οποίο εμφανίζονται εξαρτάται από δεδομένες μεταβλητές (Wood, et al., 1989). Το ψυχολογικό στρες μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και επίταση του σωματικού πόνου καθώς και στην αύξηση της ευαισθησίας του ατόμου προς το επώδυνο σήμα, ενώ η συσχέτιση του σωματικού πόνου με την ψυχολογική ένταση μπορεί να εξεταστεί υπό τρία διαφορετικά πρίσματα: πόνος ως αιτία έκλυσης ψυχολογικής έντασης, ως αντίδραση σε αυτήν ή ως προσπάθεια αντιμετώπισής της.

Η δριμύτητα και η εστίαση του πόνου σε μέρη ή στο σύνολο του σώματος σχετίζεται άμεσα με στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται κυρίως με την οικογενειακή ζωή, τον τρόπο αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων αυτών καθώς και τα πρότυπα εκδήλωσης των συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει υιοθετήσει το άτομο. Η εμφάνιση, δε, του σωματικού πόνου θεωρείται πως απορρέει από την υιοθέτηση μιας παθητικής στάσης έναντι των στρεσογόνων ερεθισμάτων και την εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισής τους που βασίζονται κυρίως στο συναίσθημα (emotion-focused coping), γεγονός που οδηγεί στη σωματοποίηση των αισθημάτων οργής και θλίψης που εγείρονται στο άτομο (Brown, 2002; Conway, Creed & Symmons, 1994).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ο σωματικός πόνος έχει εξίσου βιολογικό υπόστρωμα· ο Le Doux σημειώνει πως το στρεσογόνο ερέθισμα προκαλεί σαφείς σωματικές αλλαγές: ορμονικές, μέσω του παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου, αυτόνομες, μέσω του πλάγιου υποθαλάμου, μυϊκές, μέσω της περί τον υδραγωγό φαιάς

ουσίας, και την αντίδραση του «ξαφνιάσματος», μέσω των γεφυρικών πυρήνων του δικτυωτού σχηματισμού (Alfven, 1998). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν, κατ' επέκταση, το βασικό αξίωμα που εισάγεται από τον κλάδο της ψυχονευροανοσολογίας και αναφέρει πως υφίστανται βασικές και σταθερές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ψυχολογικών και φυσιολογικών διεργασιών του οργανισμού. Άλλωστε, όπως σημειώνει και ο Alexander, «κάθε σωματική διαδικασία επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από ψυχολογικά ερεθίσματα, καθώς ο οργανισμός αποτελεί μια οντότητα, όπου όλα τα μέρη είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους» (Wood, et al., 1989). Έτσι, κάνουμε λόγο πλέον για σύμπραξη ανατομικών, χημικών και φυσιολογικών διαδικασιών, αλλά και ανώτερων πνευματικών διεργασιών, όπως αυτές ανακλώνται στο ανθρώπινο συναίσθημα, τη συνείδηση και τη συμπεριφορά.

Η ψυχοφυσιολογική σχολή στηρίχθηκε στις μελέτες του Ρανιον για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και του Cannon για τις σωματικές πλευρές των συναισθημάτων. Πολύ σημαντική μορφή της συγκεκριμένης σχολής ήταν ο Wolff, που μελέτησε τις συνέπειες των γεγονότων της ζωής πάνω στην υγεία και τα φυσιολογικά ανάλογα διαφόρων παθήσεων (το συγκεκριμένο πεδίο έρευνας ονομάστηκε ψυχοφυσιολογία). Η ψυχοβιολογική σχολή από την άλλη στηρίχθηκε στις ιδέες του Meyer, ο οποίος υποστήριζε πως το άτομο είναι μια ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα αλλά αναπτύχθηκε περισσότερο από την Dunbar, η οποία με τη σειρά της αποτέλεσε τον κύριο εκπρόσωπο της ολιστικής προσέγγισης των ασθενών και υπογράμμισε τη σημασία της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη μελέτη και το θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενών και όχι μόνο εκείνων που πάσχουν από ψυχοσωματικές ασθένειες (Μάνος, 1997). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει πως για να κατανοήσει κάποιος καλύτερα την έναρξη, την εξέλιξη και την τελική έκβαση μιας ασθένειας, ψυχικής ή σωματικής, πρέπει να λάβει υπόψη του τις τρεις διαστάσεις, τη βιολογική, την

ψυχολογική και την κοινωνική. Έτσι για την εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποκλειστικός αιτιολογικός παράγοντας, ο βιολογικός, ο κοινωνικός ή ο ψυχολογικός αλλά η αιτία βρίσκεται στον τρόπο αλληλεπίδρασής τους. Ανάλογα με αυτή τη θέση, η αλλαγή σε ένα σύστημα συνεπάγεται αλλαγές σε όλα τα άλλα (Καραδήμας, 2005).

Η προσωπικότητα έχει βρεθεί να διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην υγεία και στην ασθένεια (Carson & Butcher, 1992). Σήμερα, και με βάση τα δεδομένα από τις πολυάριθμες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες όσον αφορά τη σχέση της προσωπικότητας με την υγεία, γνωρίζουμε ότι αυτή η σχέση υλοποιείται μέσω τριών οδών, όπως αναφέρουν οι Smith και Gallo (2001, στο Καραδήμας, 2005). Η πρώτη οδός είναι μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως η άσκηση, η υγιεινή διατροφή, το κάπνισμα, οι ρισκοκίνδυνες συμπεριφορές. Η δεύτερη οδός είναι μέσω άμεσης επίδρασης, όπως την βιοφυσιολογική έκφραση και αποτύπωση του στρες και των αρνητικών συναισθημάτων στον οργανισμό. Η τρίτη οδός είναι μέσω του τρόπου αντίληψης, αναπαράστασης και κατ'επέκταση, αντίδρασης σε μια δεδομένη ασθένεια ή στην ιδέα μιας ασθένειας. Όσον αφορά την πρώτη οδό, αυτό που φαίνεται να ισχύει είναι η επίδραση της δομής ή του τύπου της προσωπικότητας στην υιοθέτηση ωφέλιμων ή μη συμπεριφορών για την υγεία. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα άτομα τα σωματικά τους συμπτώματα και αναζητούν ιατρική βοήθεια ή τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται μια ασθένεια (Smith & Ruiz, 2004). Συγκεκριμένα ο νευρωτισμός βρέθηκε σε ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού να σχετίζεται με τα αυτοαναφερόμενα σωματικά συμπτώματα (Rosmalen, Neeleman, Gans, & De Jonge, 2007). Εντούτοις δεν είναι γνωστό γιατί κάποια άτομα με προδιάθεση εξαιτίας των

χαρακτηριστικών τους δεν αναπτύσσουν μια συγκεκριμένη ασθένεια (Carson & Butcher, 1992). Πάντως καταλήγοντας είναι πολύ σημαντικό το γεγονός πως οι συνεισφορές της ψυχοσωματικής ιατρικής στην κατανόηση των αντιδράσεων των ασθενών στη σωματική ασθένεια μπορούν να συνεισφέρουν σε μια ενδυναμωμένη γνώση στην αξιολόγηση των αντιλήψεων για την υγεία (Swenson & Clinch, 2000).

Σε γνωστικό επίπεδο, η ανησυχία για θέματα υγείας και ασθένειας, εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενες σκέψεις σχετικά με τις απειλές τις οποίες αντιλαμβάνεται ένα άτομο ασθενές ή εν δυνάμει ασθενές. Αυτή η ανησυχία μπορεί να επηρεάσει και να διαμορφώσει τις γνωστικές αναπαραστάσεις ενός ατόμου για μια ασθένεια, και παρόλο που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία του ατόμου για καλύτερη αντιμετώπιση μιας κατάστασης, μπορεί να έχει και επιζήμιες επιπτώσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς και ικανότητας προσαρμογής. Η έρευνα των Lehto & Cimprich (2009) έδειξε ότι αυξημένα επίπεδα ανησυχίας κατά τη στιγμή της διάγνωσης, προδιαθέτουν και συνδέονται με αρνητικού περιεχομένου σκέψεις και αναπαραστάσεις σχετικά με την διαγνωσμένη ασθένεια και την απειλή για την υγεία. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι αυξημένα επίπεδα ανησυχίας πριν από την επέμβαση, συνδέονταν με αυξημένο αρνητικό συναίσθημα, και αυτή η σχέση ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο μετά την επέμβαση. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα ανησυχίας, τόσο χαμηλότερο έλεγχο αποδίδει το άτομο στη θεραπεία ή την αποτελεσματικότητά της, νιώθει περισσότερο αβέβαιο για την εξέλιξη της κατάστασης και αυτά συνοδεύονται και από μεγαλύτερο αρνητικό συναίσθημα.

Ο Ekman (1999) βασισμένος σε στοιχεία παλαιότερων ερευνών του, αναφέρει ότι έχουν βρεθεί συγκεκριμένα μοτίβα δραστηριοποίησης του αυτόνομου κεντρικού συστήματος

για το συναίσθημα του θυμού, του φόβου και της αηδίας (τρία από τα έξι βασικά συναισθήματα, όπως έχουν προκύψει μέσα από διαπολιτισμικές μελέτες), ενώ το 1999 που δημοσιεύτηκε το συγκεκριμένο άρθρο του, ανέφερε ότι πιθανό να υπάρχει ένα τέτοιο μοτίβο και για το συναίσθημα της θλίψης. Οι Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm και Gross (2005) αναφέρουν ότι τα συναισθήματα είναι πολυδιάστατα φαινόμενα, που εκδηλώνονται μέσω ολόκληρου του σώματος, αφορώντας αλλαγές στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου, στη συμπεριφορά του, και στα κεντρικά και περιφερειακά συστήματα του οργανισμού. Συγκεκριμένα, κάθε συναίσθημα συνδέεται με αυτόνομες και νευροενδοκρινικές μεταβολές οι οποίες συμπαρουσιάζονται με τις ανάλογες συμπεριφορικές αντιδράσεις, και ακολουθούν συχνά σαν συνέπεια της κινητικής δραστηριότητας που συνοδεύει μια συναισθηματική αντίδραση.

Κάνοντας μια γενική περιγραφή της βιολογίας των συναισθημάτων, θα λέγαμε ότι κάθε συναίσθημα προκαλεί την έκκριση νευροπεπτιδίων, τα οποία προσκολλώνται σε ειδικούς υποδοχείς στον εγκέφαλο. Κάθε φορά που επαναλαμβάνουμε μία σκέψη ή ένα συναίσθημα, προκαλούμε την έκκριση των ίδιων αυτών νευροπεπτιδίων, τα οποία, εκτός από τους υποδοχείς στον εγκέφαλο, προσκολλώνται και σε αντίστοιχους υποδοχείς στο ανοσοποιητικό σύστημα. Ανάλογα με το χαρακτήρα των συναισθημάτων, προκαλείται και η ανάλογη έκκριση συγκεκριμένων νευροπεπτιδίων για τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα. Όπως αναφέρουν οι Kandel, Schwartz και Jessel (2006), τα συναισθήματα συνοδεύονται από αποκρίσεις του αυτόνομου νευρικού, του ενδοκρινικού και του κινητικού συστήματος, τα οποία εξαρτώνται από υποφλοιϊκά μέρη του κεντρικού νευρικού συστήματος, και αυτά είναι η αμυγδαλή, ο υποθάλαμος και το εγκεφαλικό στέλεχος.

Αρνητικά συναισθήματα φαίνεται να συνδέονται με την πρόκληση ή επιδείνωση ασθενειών και παθήσεων όπως η στεφανιαία νόσος, και άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις (Chida & Steptoe, 2009). Συγκεκριμένα, στις έρευνες των τελευταίων ετών, ο θυμός, το άγχος και η κατάθλιψη είναι τα συναισθήματα που σχετίζονται περισσότερο με αρνητικές καταστάσεις της υγείας. Εντούτοις, μια αναλυτικότερη μελέτη των Suls και Bunde (2005) φαίνεται να δείχνει ότι τα συναισθήματα αυτά αλληλοκαλύπτονται χωρίς να είναι ξεκάθαρος ο ρόλος και ο τρόπος που το καθένα λειτουργεί στον οργανισμό, ούτε και ποιο συγκεκριμένο συναίσθημα βιώνεται μια δεδομένη στιγμή. Έτσι, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση γενικότερα, και όχι ένα συγκεκριμένο συναίσθημα, είναι ο παράγοντας εκείνος που συνδέεται με κάποιες παθήσεις. Ωστόσο, τα αρνητικά συναισθήματα είναι φυσιολογικό κομμάτι του ανθρώπινου ψυχισμού, και όπως και τα θετικά συναισθήματα, έχουν την χρησιμότητά τους καθώς σε πολλές περιπτώσεις είναι τα αρνητικά συναισθήματα που θα λειτουργήσουν προστατευτικά για το άτομο σε καταστάσεις της καθημερινότητας (Denollet, Gidron, Vrints, & Conraads, 2010). Ένα αρνητικό συναίσθημα ή συναισθηματική κατάσταση λοιπόν μπορούν να είναι επικίνδυνα για την υγεία στην περίπτωση που βιώνονται για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα ή στην περίπτωση που δεν εκφράζονται, καταπιέζονται, απωθούνται ή παραγνωρίζονται, καταστάσεις που έχουν αρνητικές συνέπειες στην υγεία.

Η μελέτη των Banchara, Damasio και Damasio (2000) κάνει αναφορά στο ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα κατά τη διαδικασία λήψης μιας απόφασης, καθώς υποστηρίζεται πως μια τέτοια διαδικασία επηρεάζεται από τα σήματα που προκύπτουν κατά τις διαδικασίες βιορύθμισης, περιλαμβάνοντας και αυτά που εκφράζονται μέσα από συναισθήματα και αισθήματα. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι εφόσον κατά τη λήψη μιας απόφασης εμπλέκονται διάφορα συναισθήματα, που είτε ανακαλούνται είτε

προκύπτουν εκείνη τη στιγμή, κατά συνέπεια, εμπλέκονται και διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές, ανάλογα με τα εμπλεκόμενα συναισθήματα. Έτσι, κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων λοιπόν, μπορεί να εμπλέκονται η αμυγδαλή, σωματοαισθητικές φλοιϊκές περιοχές, και το περιφερικό νευρικό σύστημα ενώ κάποιο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και ο κορχικομετωπιαίος φλοιός.

Στρες και Υγεία

Ιδιαίτερη θέση στη μελέτη της αλληλεπίδρασης καταστάσεων του οργανισμού με την υγεία κατέχει το στρες. Το στρες, ως μια ξεχωριστή οντότητα από το άγχος, προκύπτει όταν το άτομο αντιλαμβάνεται κάποιες εξωτερικές απειλές, οι οποίες μπορεί να έχουν τη μορφή απαιτήσεων σε διάφορους τομείς (διαπροσωπικούς, επαγγελματικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, κ.ο.κ.) και απέναντι στις οποίες πιστεύει ότι αδυνατεί να αντεπεξέλθει. Η Παπαδάτου (1999) το τοποθετεί στα πλαίσια μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται την παρουσία μιας αντίφασης, ή μιας ασυμφωνίας, ανάμεσα στις απαιτήσεις μιας κατάστασης και στα αποθέματα ή εφόδια που το άτομο διαθέτει ή θεωρεί ότι διαθέτει για να την αντιμετωπίσει. Η αντίληψη αυτή στηρίζεται στις έρευνες των Lazarus & Folkman (1984) οι οποίοι διακρίνουν δύο σημαντικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη βίωση και αντιμετώπιση στρεσογόνων συνθηκών. Η πρώτη αφορά τη γνωστική εκτίμηση της κατάστασης και η δεύτερη την προσπάθεια αντιμετώπισής της.

Η γνωστική αξιολόγηση γίνεται σε πρωτογενές και σε δευτερογενές επίπεδο. Η πρωτογενής αξιολόγηση είναι η διεργασία εκείνη κατά τη οποία το άτομο απαντάει στο ερώτημα εάν αυτό που συμβαίνει είναι αρνητικό και απειλητικό. Οι απαντήσεις που δίνει χαρακτηρίζουν το γεγονός σαν άσχετο και μη σημαντικό, σαν θετικό ή ωφέλιμο, και σαν ψυχοπιεστικό. Στην περίπτωση που το γεγονός κριθεί ως ψυχοπιεστικό και στρεσογόνο,

αξιολογείται εκ νέου σαν επιζήμιο ή βλαβερό, σαν επικίνδυνο και απειλητικό ή σαν προκλητικό. Ακολούθως, το άτομο προβαίνει στη δευτερογενή αξιολόγηση η οποία αφορά τα αποθέματα του ατόμου, με τη μορφή των προσωπικών ικανοτήτων και των διαθέσιμων δυνατοτήτων σε μια δεδομένη στιγμή. Ο Καραδήμας περιγράφει τρεις τρόπους με τους οποίους το στρες γίνεται αντιληπτό από το άτομο, με τον πρώτο να περιγράφει το στρες σαν μια ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε ένα αρνητικό, εξωτερικό ερέθισμα. Ο δεύτερος τρόπος τοποθετεί το στρες σαν ένα χαρακτηριστικό του εξωτερικού περιβάλλοντος το οποίο επηρεάζει τον άνθρωπο και ο τρίτος τρόπος αντίληψης του στρες το περιγράφει σαν μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις, αναγνωρίζοντας μια σημαντική διάσταση στη σχέση ανάμεσα στο στρες και το άτομο, που είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στο Καραδήμας (2005) περιγράφονται οι τέσσερις τύποι στρεσογόνων ερεθισμάτων όπως έχουν προταθεί από τους Elliott και Eisdorfer το 1982. Οι τέσσερις αυτοί τύποι είναι τα οξέα και χρονικά περιγεγραμμένα ερεθίσματα, τα ερεθίσματα σε διαδοχή, οι χρόνιοι, περιοδικοί στρεσογόνοι παράγοντες, και οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες.

Η μελέτη του στρες έχει ξεκινήσει εδώ και έναν αιώνα περίπου, αρχικά μέσα από τις εργασίες του Cannon και του Hans Selye, ο οποίος περιέγραψε το **σύνδρομο γενικής προσαρμογής** του οργανισμού όπου καταγράφει τις φάσεις της νευροφυσιολογικής αντιμετώπισης μιας απειλής από τον οργανισμό. Το σύνδρομο αυτό έχει τρεις φάσεις οι οποίες είναι κοινές στους περισσότερους ανθρώπους και περιλαμβάνει τη φάση πανικού, όπου ενεργοποιείται και η αντίδραση πάλης ή φυγής, τη φάση της αντίστασης, όπου ο οργανισμός προσπαθεί να διατηρηθεί σε μια κατάσταση ισορροπίας – ομοιόστασης, παρά την πίεση που δέχεται, και η φάση της κατάρρευσης, όπου συνήθως μετά την κόπωση εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα, σωματικού ή ψυχολογικού χαρακτήρα. Η

ευαισθησία κάθε οργανισμού στο στρες, έχει να κάνει τόσο με τη προδιάθεση κάθε ατόμου, δηλαδή με βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες, όσο και με τη μάθηση και τις εμπειρίες του ατόμου από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον

Μερικές από τις μακροπρόθεσμες σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες του στρες μπορεί να είναι οι κεφαλαλγίες, ημικρανίες, έλκη, αυχενικό σύνδρομο, δερματοπάθειες, παθήσεις του ανοσοποιητικού (καρκίνος, σκλήρυνση κατά πλάκας), διαταραχές ύπνου, διαταραχές διατροφής, αφύσικη κόπωση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, υπέρταση και άλλα. Επίσης, οι διαταραχές άγχους και διάθεσης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση και εσωστρέφεια, δυσκολία συγκέντρωσης –αντίληψης, ανικανότητα λήψης αποφάσεων, δυσκολία στην επικοινωνία, αίσθηση ανικανότητας και άλλα. Η σωστή διαχείριση του στρες σχετίζεται με καλή ποιότητα ζωής και υγεία, ενώ η άστοχη ή ανεξέλεγκτη υπαρξή του με κακή ποιότητα ζωής και ασθένεια. Η πλειοψηφία των ειδικών συμφωνεί ότι το χρόνιο, βαρύ και αντιληπτό στρες παίζει αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη πολλών ασθενειών. Όμως ο χαρακτήρας αυτού του στρες, οι γενικοί υποκειμενικοί ψυχοφυσιολογικοί παράγοντες, η γενετική ευαλωτότητα των οργάνων του ασθενούς, η φύση των ψυχικών συγκρούσεων και ο τρόπος που αλληλεπιδρούν για να προκαλέσουν μια νόσο, ερευνώνται ακόμα από τους κλινικούς (Kaplan et al., 2000).

Στις ψυχοσωματικές διαταραχές μπορεί να συμβάλλουν περιβαλλοντικές πιέσεις, που χωρίζονται σε κατακλυσμαία στρεσογόνα ερεθίσματα, δηλαδή φυσικά φαινόμενα που προκαλούν πρόβλημα στη φυσική διαδοχή (όπως ένας σεισμός), σε προσωπικά στρεσογόνα ερεθίσματα, δηλαδή σημαντικές αλλαγές στη ζωή (όπως ένας γάμος) και σε βαθύτερα στρεσογόνα ερεθίσματα, δηλαδή διάφορες περιστάσεις που πιέζουν το άτομο (όπως ένας αυστηρός προϊστάμενος) (DiMatteo & Martin, 2006). Τα στρεσογόνα

ερεθίσματα δεν είναι πάντα περιβαλλοντικά αλλά μπορεί να είναι σύμβολα μιας απειλής ή ψυχολογικές αναπαραστάσεις κινδύνου (Baum, Gatchel, & Krantz, 1997).

Στην ουσία, μια εξήγηση της σχέσης μεταξύ στρες και υγείας, είναι πως το στρες προκαλεί τις ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και αυτές μειώνουν τη δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ήδη από τη δεκαετία του '30, ο Cannon είχε αναφερθεί στην αντίδραση του στρες εντοπίζοντας το ρόλο της αδρεναλίνης (ή νορεπινεφρίνης), της ορμόνης που εκκρίνεται σε καταστάσεις στρες, ενώ ο Selye, ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στα γλυκοκορτικοειδή (Sapolsky, 2007). Αυτές οι δύο κατηγορίες ορμονών, συνθέτουν την ορμονική αντίδραση στο στρες. Αργότερα, εντοπίστηκε αριθμός και άλλων ορμονών να διαδραματίζει ρόλο στο στρες. Σε κάθε περίπτωση, η βίωση χρόνιου στρες προκαλεί δυσκολίες στον οργανισμό καθώς όπως το περιέγραψε ο Selye το 1979 (Sapolsky, 2007) προκαλείται η ενδοκρινική εξάντληση του οργανισμού.

Ωστόσο η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη. Μια στρεσογόνος κατάσταση, προκαλεί την αντίδραση στρες στον οργανισμό, με τις ανάλογες συνέπειες στο ανοσοποιητικό σύστημα. Το πεσμένο ανοσοποιητικό σύστημα, με την εκδήλωση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, μπορεί να αποτελέσει από μόνο του στρεσογόνο παράγοντα, ενώ μπορεί να καθιστά και τον οργανισμό πιο ευάλωτο στη βίωση και στις συνέπειες του στρες. Πέρα από αυτή την κάπως άμεση επίδραση του στρες στην υγεία, οι άνθρωποι που βιώνουν στρες τείνουν επίσης να παραμελούν τις καλές συνήθειες υγείας, πιθανώς καπνίζουν περισσότερο, καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, τρώνε λιγότερο θρεπτικά γεύματα και κοιμούνται λιγότερο. Για όλους τους προηγούμενους λόγους λοιπόν, σε μια κατάσταση στρες, τα περισσότερα άτομα παρουσιάζονται πιο ευπαθή στην ασθένεια (Halgin & Whitbourne, 2000). Έτσι ενώ ένα μικρού βαθμού στρες συντελεί σε

δραστηριοποίηση, το πολύ έντονο στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να προκαλέσει προβλήματα υγείας (Lazarus & Lazarus, 2003). Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι που δέχονται κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά και τις στρεσογόνες καταστάσεις (Straub, 2002). Συγκεκριμένα μάλιστα η παρουσία ενός φίλου μειώνει το στρες του ατόμου και τις καρδιαγγειακές αντιδράσεις του (Fontana, Diegnan, Villeneuve, & Lepore, 1999).

Σε πρόσφατες μελέτες υποστηρίζεται πως οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές του συναισθήματος συνδέονται με την απώλεια του παρασυμπαθητικού καρδιακού ελέγχου, μια κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες, σε άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα και σε αιφνίδιο θάνατο (Gorman & Sloan, 2000; Wulsin & Signal, 2003). Οι Denollet, et al., (2010) επισημαίνουν τη σχέση του θυμού και της καταπίεσής του με τη στεφανιαία νόσο, κάνοντας λόγο για την ύπαρξη της προσωπικότητας τύπου D, η οποία αφορά ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από τη βίωση έντονων αρνητικών συναισθημάτων των οποίων η έκφραση καταπιέζεται (Denollet, 1997). Τα αρνητικά συναισθήματα λοιπόν επηρεάζουν τη σωματική υγεία μέσω του ανοσοποιητικού, του ενδοκρινικού, του νευρικού συστήματος και μέσω των επιρροών τους στη συμπεριφορά και στις συνήθειες του ατόμου. Επιπλέον και τα θετικά συναισθήματα φαίνεται ότι μπορούν να συμβάλλουν στην υγεία άμεσα και έμμεσα, μέσω της επίδρασής τους στην αισιοδοξία, στην απόδοση νοήματος, ή μειώνοντας το άγχος του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Στρατηγικές αντιμετώπισης

Τόσο τα αρνητικά όσο και τα θετικά συναισθήματα, είναι λοιπόν παρόντα, είναι φυσιολογικά και έχουν τη χρησιμότητά τους. Πολύ σημαντική είναι η ικανότητα για ρύθμιση του συναισθήματος και η χρήση τεχνικών αντιμετώπισης του στρες, με σκοπό

να διαφυλάττεται μια όσο το δυνατόν πιο ήρεμη ψυχική κατάσταση με τα συνεπαγόμενα θετικά αποτελέσματα στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις, στην επικοινωνία με τον εαυτό, στην ικανότητα αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, έχουν κατηγοριοποιηθεί από τους Lazarus & Folkman (1984) ως στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, και ως στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986), μία αναλογία που παραπέμπει στο μοντέλο αυτο-ρύθμισης του Leventhal, που περιγράφει την παράλληλη επεξεργασία των αντιλαμβανόμενων απειλών για την υγεία σε δύο συστήματα, το γνωστικό και το συναισθηματικό. Όπως αναφέρει ο Johnson (1999), οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο επιλέγονται με βάση την αποτελεσματικότητά τους, της διαθεσιμότητά τους και πάντα σε συνάρτηση με την προσωπική αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση που αντιμετωπίζει. Οι Kain, Sevarino, Alexander, Pincus και Mayes (2000) κάνουν αναφορά σε παλαιότερες έρευνες τα ευρήματα των οποίων δεν συγκλίνουν ως προς την επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης στα επίπεδα πόνου που βιώνουν οι γυναίκες μετεγχειρητικά, ενώ ένα πιο σταθερό εύρημα είναι ότι στρατηγικές αντιμετώπισης με αποφευκτικό χαρακτήρα, έχουν συνδεθεί με λιγότερο προεγχειρητικό άγχος, κάτι που επιβεβαιώθηκε και από την συγκεκριμένη έρευνα των Kain et al. (2000). Η ικανότητα μιας γυναίκας να χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που βιώνει, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα γενικότερα επίπεδα ευζωίας της μετά την υστερεκτομή (Persson & Kjolhede, 2008).

Συνοπτικά, όταν το άτομο βρίσκεται σε μια κατάσταση στρες, οι πιο συνήθεις στρατηγικές που χρησιμοποιεί για την αντιμετώπισή του είναι οι εξής : λήψη άμεσων

μέτρων, αναζήτηση πληροφοριών για αύξηση της γνώσης του, με σκοπό είτε επίλυση του προβλήματος με τη λήψη μιας ορθότερης απόφασης, είτε στη ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος, η αναζήτηση υποστήριξης, η συναισθηματική εκτόνωση, και οι ενδοψυχικές διεργασίες που με μια ευρύτερη έννοια, αποτελούν τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί το άτομο (άρνηση, απώθηση, εκλογίκευση, κ.α.), (Παπαδάτου, 1999).

Ρύθμιση Συναισθήματος

Όπως αναφέρουν οι Gross και John στην δημοσίευσή τους το 2003, ενώ τα συναισθήματα παλαιότερα – ή ακόμη και σήμερα - θεωρούνται σαν πάθη τα οποία λειτουργούν αυτόβουλα και ανεξέλεγκτα, τα τελευταία χρόνια αυτή η αντίληψη τείνει να εκλείψει. Οι πολυάριθμες έρευνες που γίνονται πάνω στη λειτουργία των συναισθημάτων δείχνουν ότι ο άνθρωπος μπορεί να επιδεικνύει αξιοσημείωτο έλεγχο στα συναισθήματά του, χρησιμοποιώντας διάφορες στρατηγικές για να επηρεάσουν το χρονικό σημείο και την ποιότητα του εκφραζόμενου συναισθήματος. Όπως αναφέρουν οι Gross, Richards και John (2006), οι στρατηγικές αντιμετώπισης διαχωρίζονται από τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, στο ότι στοχεύουν στη μείωση του αρνητικού συναισθήματος και στο ότι εστιάζουν σε αυτές τις προσπάθειες για πολύ μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση αντιμετώπισης του θανάτου ενός προσφιλούς προσώπου ή της απώλειας της εργασίας. Εντούτοις, αυτή η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων, ανάλογα με τον τρόπο που χρησιμοποιείται, δεν είναι πάντοτε τόσο λειτουργική ούτε οδηγεί σε επιθυμητά και θεμιτά αποτελέσματα. Υπερβολή στη ρύθμιση ή αποφυγή ρύθμισης συγκεκριμένων συναισθημάτων, ή παρατεταμένη χρήση λανθασμένων στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, μπορεί

να είναι δυσλειτουργική και να οδηγήσει σε μορφές ψυχοπαθολογίας (Davidson, Fox, & Kalin, 2007).

Μέσα από τις έρευνες του Gross και των συνεργατών του τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι οι προσπάθειες ρύθμισης του συναισθήματος επικεντρώνονται στη χρήση δύο κυρίως στρατηγικών: της γνωστικής επανεκτίμησης και της εκφραστικής καταπίεσης του συναισθήματος. Όπως περιγράφουν οι συγγραφείς, υπάρχει η αντίληψη ότι ένα συναίσθημα ξεκινά από την αξιολόγηση των συναισθηματικών σημάτων ή ερεθισμάτων. Όταν ένα συναίσθημα τύχει προσοχής και αξιολόγησης, τότε πυροδοτείται μια σειρά συντονισμένων αντιδράσεων που περιλαμβάνουν εμπειρικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά συστήματα του οργανισμού. Έπειτα, αυτές οι αντιδράσεις μπορούν να τύχουν ρύθμισης μέσα από διάφορους τρόπους, και δεδομένης της εξέλιξης της βίωσης ενός συναισθήματος, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με το χρονικό σημείο εμφάνισης και μεγαλύτερης επίδρασής τους στο ξεδίπλωμα του συναισθήματος. Έτσι, μια ευρεία διάκριση περιλαμβάνει τις στρατηγικές που δρουν προδρομικά, και αυτές που είναι προσανατολισμένες στην αντίδραση (Gross & Munoz, 1995). Η μεν πρώτη κατηγορία αφορά τις στρατηγικές εκείνες που εμφανίζονται πριν την εκδήλωση αντίδρασης σε ένα συναίσθημα και αφορούν τα όσα κάνουμε προτού ενεργοποιηθούν οι αντιδράσεις μας. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα όσα κάνουμε μετά τις πρώτες μας αντιδράσεις στο συναίσθημα που εμφανίστηκε (Gross & John, 2003).

Όσον αφορά τις δύο στρατηγικές που επικεντρώνουν οι Gross και John, η γνωστική επανεκτίμηση αντιστοιχεί στη γνωστική αλλαγή η οποία περιλαμβάνει την ερμηνεία μιας κατάστασης με τρόπο που θα αλλάξει την επίδρασή της στο συναίσθημα. Η εκφραστική

καταπίεση αφορά την τροποποίηση της αντίδρασης η οποία περιλαμβάνει την παρεμπόδιση της συμπεριφοράς που εμφανίζεται σαν αντίδραση σε ένα εξελισσόμενο συναίσθημα. Συνεπώς, είναι μια στρατηγική που εφαρμόζεται αργά στην πορεία εμφάνισης και ανάπτυξης ενός συναισθήματος, και μπορεί να δράσει ρυθμιστικά μόνο στις συμπεριφορές εκδήλωσης του συναισθήματος, και όχι γνωστικής επεξεργασίας ή τροποποίησης του προτού εξελιχθεί πλήρως. Με βάση τις δύο αναφερόμενες στρατηγικές λοιπόν, οι ερευνητές αυτοί σχεδίασαν το Ερωτηματολόγιο Ρύθμισης του Συναισθήματος (Emotion Regulation Questionnaire – ERQ), για την αξιολόγηση των στρατηγικών που ένα άτομο χρησιμοποιεί συχνότερα για τη ρύθμιση των συναισθηματικών του βιωμάτων.

Οι έρευνες των Gross & John (2003· 1998· 1997· 1995) έδειξαν τις συνέπειες από τη χρήση των δύο στρατηγικών. Ο Gross (2002) περιγράφει με βάση ερευνητικά δεδομένα τις επιπτώσεις της χρήσης των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος σε συναισθηματικό, γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο. Όσοι χρησιμοποιούν περισσότερο τη γνωστική επανεκτίμηση, βιώνουν αλλά και εκφράζουν περισσότερο θετικό συναίσθημα, ενώ φαίνεται να βιώνουν και να εκφράζουν και λιγότερο αρνητικό συναίσθημα. Με τη μεγαλύτερη άνεσή τους στο μοίρασμα των συναισθημάτων και των εμπειριών τους, μπορούν να δημιουργούν στενότερες διαπροσωπικές σχέσεις και γίνονται πιο αρεστοί και αποδεκτοί από τους γύρω τους. Επίσης, βιώνουν πολύ σπανιότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή αίσθημα ανικανοποίητου, σε σύγκριση με όσους χρησιμοποιούν αυτή τη στρατηγική λιγότερο συχνά.

Όσοι τώρα χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της εκφραστικής καταπίεσης του συναισθήματος, φαίνεται να βιώνουν και να εκφράζουν λιγότερο θετικό συναίσθημα ενώ

είναι πιο πιθανό να βιώσουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα, παρόλο που δεν θα το εκφράσουν. Η προσπάθεια που καταβάλλουν για την καταπίεση των συναισθημάτων τους ωστόσο, απαιτεί μεγάλο γνωστικό κόπο, και επικέντρωση στον εαυτό με αποτέλεσμα η βίωση αρνητικού συναισθήματος να παρατείνεται και να ενισχύεται. Η συγκεκριμένη στρατηγική, φαίνεται να έχει επιπτώσεις τόσο στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, όσο και στα επίπεδα ευεξίας του. Τα άτομα που χρησιμοποιούν την εκφραστική καταπίεση, δεν εκφράζουν ούτε θετικά ούτε αρνητικά συναισθήματα, επιδεικνύουν συμπεριφορές απόσυρσης και αποφυγής της οικειότητας στις σχέσεις τους, δεν εμπλέκονται ισότιμα στο μοίρασμα μέσα στις σχέσεις τους, και επιπρόσθετα, παρόλο που τα άτομα αυτά είναι συνήθως αρεστά και συμπαθητικά από τους άλλους, η δυσκολία τους στο μοίρασμα των συναισθημάτων τους, δεν τους επιτρέπει να λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη από τους γύρω τους, όταν το χρειάζονται. Επίσης, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν νιώθουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, έχουν χαμηλή αυτο-εκτίμηση και είναι σχετικά απαισιόδοξοι. Αυτή η στάση τους δημιουργεί μια αρνητική αυτοαντίληψη, καθώς θεωρούν ότι δεν είναι αυθεντικοί στις σχέσεις τους με τους άλλους, ότι κρύβουν πράγματα και εξαπατούν τους γύρω τους, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι πολλές φορές δεν μπορούν ούτε και οι ίδιοι να δουν καθαρά τα συναισθήματά τους, νιώθοντας να εξαπατούν και τον εαυτό τους. Συνολικά, οι John και Gross (2004) διαπιστώνουν ότι η αυξημένη χρήση της επανεκτίμησης και η μειωμένη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης, αποτελεί ένα πιο υγιές μοτίβο ρύθμισης του συναισθήματος.

Πιο πρόσφατες έρευνες, όπως των Gross, Richards, και John (2006) έδειξαν ωστόσο τις επιδράσεις του κοινωνικού συνόλου και της κοινωνικής φύσης του ανθρώπου στη ρύθμιση του συναισθήματος. Όπως αναφέρουν και οι Tamir και Mauss (2002), η επιλογή

των στρατηγικών αντιμετώπισης για την ρύθμιση του συναισθήματος επηρεάζεται από τρεις κατά βάση παράγοντες : τις στρατηγικές και τις δεξιότητες που ένα άτομο κατέχει επαρκώς (σχέδια δράσης, πιθανές συμπεριφορές, ατομικές δεξιότητες), από τις πεποιθήσεις σχετικά με την ελεγχσιμότητα της κατάστασης και από τις προσωπικές αξίες και στόχους ενός ατόμου. Οι συγγραφείς αυτοί τονίζουν το ρόλο της πεποίθησης για την ελεγχσιμότητα των συναισθημάτων, στο ότι μπορεί να προφυλάξει από τη βίωση δυσάρεστων αισθημάτων. Σε μια πιο απλοϊκή σχέση, η αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας για τον έλεγχο των συναισθημάτων, σε συνάρτηση με την αίσθηση άσκησης ελέγχου σε μια δυσάρεστη κατάσταση, οδηγούν στη βίωση λιγότερο αρνητικών συναισθημάτων και περισσότερο θετικών. Η επίδραση των πεποιθήσεων και στόχων στην επιλογή των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, αφορούν κυρίως το ποια συναισθήματα αξιολογούν ως σημαντικότερα τα άτομα, και προς τα πού εστιάζουν τις προσπάθειές τους για ρύθμιση του συναισθήματος. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο έχει σαν στόχο τη βίωση χαράς και ευχαρίστησης από την απώλεια κάποιων περιττών κιλών, μπορεί να καταπιέσει το αρνητικό του συναίσθημα κατά την περίοδο που θα διαρκούν οι προσπάθειες για απώλεια βάρους και να χρησιμοποιεί στρατηγικές που να προάγουν το θετικό συναίσθημα. Ωστόσο, σημαντικός παράγοντας στην επιλογή στρατηγικής ρύθμισης του συναισθήματος είναι οι πολιτισμικές νόρμες και οι κοινωνικοί κανόνες μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή γεωγραφικής περιοχής. Μια προέκταση στην πραγματική ζωή αυτής της σχέσης, είναι το εύρημα που παρουσιάζει ο Gross (2008) ότι οι άνθρωποι, αν και όχι ιδιαίτερα συχνά, εντούτοις καταφεύγουν σε στρατηγικές για τη μείωση του θετικού συναισθήματος, όπως της χαράς ή του ενθουσιασμού, προκειμένου να παραμένουν στα «συναισθηματικά αποδεκτά όρια» που επιβάλλει μια ομάδα ατόμων, για παράδειγμα μια παρέα. Αποκρύπτοντας τη χαρά, τον ενθουσιασμό ή το ενδιαφέρον για κάποιο άτομο, το άτομο μπορεί να ακολουθεί (ρητούς ή) άρρητους κανόνες

συμπεριφοράς και έκφρασης, με σκοπό να μην προκαλέσει αντιδράσεις στους γύρω του, αλλά και για να διατηρήσει μια δική του εσωτερική συναισθηματική ισορροπία.

Παρατηρούμε λοιπόν την πολυδιάστατη σύνθεση της χρήσης στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, καθώς τόσο η επιλογή στρατηγικής όσο και οι συνέπειες από αυτή την επιλογή κρίνονται σε συνάρτηση με πολλούς παράγοντες, με αρκετούς να έχουν εξωτερική προέλευση, όπως το κοινωνικό σύνολο και η κοινωνική επιθυμητότητα. Όλα αυτά μας οδηγούν στο να εξετάζουμε την επιλογή κάποιας στρατηγικής αλλά και τα αποτελέσματά της, σε συνάρτηση με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο κινείται ο πληθυσμός που εξετάζεται κάθε φορά.

Κεφάλαιο 4

Γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις

Η αναγνώριση και η κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται και επηρεάζουν την συμπεριφορά ενός ανθρώπου στην παρουσία κάποιας ασθένειας, είναι ένα σημαντικό θέμα για την Ψυχολογία Υγείας. Μέσα από την κατανόηση αυτών των παραγόντων, γίνεται δυνατός ένας πιο αποτελεσματικός και εμπειριστατωμένος σχεδιασμός στρατηγικών και παρεμβάσεων, με στόχο την παροχή εκπαίδευσης και στήριξης προς τους ασθενείς, για την καλύτερη προσαρμογή τους και αντιμετώπιση της κατάστασης με την υγεία τους.

Στη σύντομη ιστορία της Ψυχολογίας Υγείας, έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα και θεωρίες επεξήγησης στις σύνδεσης ανάμεσα στην ανθρώπινη συμπεριφορά και θέματα υγείας και ασθένειας. Τα περισσότερα μοντέλα συνέδεαν τη συμπεριφορά με τη λογική σκέψη και τις πεποιθήσεις που μπορεί να έχει ένα άτομο για θέματα υγείας και για παράγοντες και διαδικασίες που παρεμβαίνουν στην προσπάθεια αλλαγής, διακοπής ή υιοθέτησης μιας καινούριας συμπεριφοράς. Τα διάφορα αυτά μοντέλα έτυχαν εκτεταμένης επιστημονικής διερεύνησης και κάποια απ' αυτά, αδύναμα στην υπόστασή τους, εγκαταλείφθηκαν, κάποια άλλα βρίσκουν σημεία εφαρμογής σε καταστάσεις υγείας και εμπλουτίζονται και αναδιαμορφώνονται με την πάροδο του χρόνου. Οι Leventhal, Leventhal, & Cameron (2001), κάνουν ένα διαχωρισμό ανάμεσα στα μοντέλα εκείνα που αναλύουν τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και αφορούν την προσαρμογή του ατόμου σε νέες σχετικά με την υγεία του συνθήκες, και στον αντίποδα παρουσιάζουν μια άλλη σειρά μοντέλων και θεωριών, με κοινό παρονομαστή την έννοια της αυτο-ρύθμισης και των γνωστικών αναπαραστάσεων, όσον αφορά την αντιμετώπιση καταστάσεων που

σχετίζονται με την υγεία. Σχετικά με την πρώτη κατηγορία, τα συμπεριλαμβανόμενα μοντέλα (π.χ. Θεωρία Πεποιθήσεων για την Υγεία – Becker, 1974· Θεωρία της Έλλογης Δράσης και Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς –Ajzen, 1991· Ajzen & Fishbein, 1977· Fishbein & Ajzen, 1974· Στάδια της Αλλαγής: Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992· Prochaska & DiClemente, 1984· Prochaska, 1979) εξετάζουν μεταβλητές όπως η *γνωστική επεξεργασία* όσον αφορά την αντίληψη για την ευαλωτότητα στην ασθένεια, αλλά και τις *ενέργειες* που είναι διαθέσιμες για την διαχείριση των απειλών και των συναισθημάτων που αναδύονται ως αντίδραση σε μια ασθένεια. Οι *προθέσεις για δράση*, με βάση την αντίληψη για τα εμπόδια αλλά και τα οφέλη από την αποφυγή μιας απειλής, και οι *αντιλήψεις των σημαντικών άλλων* σχετικά με τις συμπεριφορές που θεωρούνται ωφέλιμες ή επιζήμιες για την υγεία είναι δύο παράγοντες που έχουν διερευνηθεί κυρίως από τους Fishbein και Ajzen, στα πλαίσια του Μοντέλου Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και του Μοντέλου της Έλλογης Δράσης. Στα πλαίσια της πρώτης αυτής κατηγορίας, εντάσσεται και η μελέτη της αντίληψης που έχει ένα άτομο σχετικά με την αυτο-επάρκεια και την αυτοαποτελεσματικότητά του στην αντιμετώπιση μιας κατάστασης, παράγοντες που έχουν μελετηθεί στα πλαίσια της κοινωνιο-γνωστικής θεωρίας του Bandura (1986).

Η άλλη μεγάλη κατηγορία περιλαμβάνει τα μοντέλα αυτο-ρύθμισης και μελέτης των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων, και βασίζονται σε τρεις βασικές έννοιες. Καταρχάς, τα άτομα θεωρούνται σαν ικανά να επιλύουν προβλήματα που σχετίζονται με αλλαγές, υπαρκτές ή πιθανές, σχετικά με τη σωματική τους υγεία, και να προβαίνουν σε διάφορες ενέργειες για τον έλεγχο αυτών των αλλαγών, που λειτουργούν σαν σημάδια κάποιας σωματικής πάθησης. Το άτομο δηλαδή, θεωρείται σαν ένα *αυτο-ρυθμιζόμενο σύστημα*. Οι αποφάσεις του αντανακλούν τις αναπαραστάσεις που έχει για

μια απειλή για την υγεία, την διαθεσιμότητα των μέσων για την αντιμετώπισή της και την εμπειρία του από ανάλογες καταστάσεις με συγκεκριμένα αποτελέσματα, θετικά ή αρνητικά. Κατά δεύτερο, όλη αυτή η διαδικασία προσαρμογής σε μια νέα κατάσταση για την υγεία, φιλτράρεται μέσα από *υποκειμενικές αντιλήψεις και αναπαραστάσεις*, τις οποίες έχει διαμορφώσει το άτομο από τις μέχρι τώρα γνώσεις και εμπειρίες του, και οι οποίες καθοδηγούν και τις συμπεριφορές του, χωρίς συχνά να ανταποκρίνονται στις ιατρικά αποδεκτές και αποτελεσματικές πρακτικές αντιμετώπισης. Τρίτο, οι αναπαραστάσεις που έχει ένα άτομο για θέματα υγείας, οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι ανάλογες συμπεριφορές του, δεν είναι καθαρά και απόλυτα δικό του δημιούργημα, αλλά έχουν επηρεαστεί και καθοριστεί από *επιρροές κοινωνικές και πολιτισμικές*.

Όπως αναφέρουν οι Leventhal, Leventhal και Cameron (2001), τα μοντέλα αυτο-ρύθμισης που έχουν προταθεί κατά καιρούς, παρά τις διαφορές τους, μοιράζονται κάποια κοινά στοιχεία. Πρωταρχικός τους στόχος είναι η επίλυση προβλήματος, η διαχείριση της κατάστασης της υγείας που βρίσκεται σε εξέλιξη. Έπειτα, αυτή η διαδικασία επίλυσης προβλήματος εμπλέκει τρεις κατηγορίες παραγόντων, με την πρώτη κατηγορία να αφορά τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται ή αναπαριστά την κατάσταση ή το πρόβλημα υγείας του. Η δεύτερη αφορά τις διαδικασίες, τα σχέδια ή τις τακτικές που επιστρατεύει το άτομο για την αντιμετώπιση της κατάστασης και η τρίτη αφορά την αξιολόγηση που κάνει το άτομο για τις συνέπειες τόσο της κατάστασής του, όσο και των ενεργειών του πάνω στην κατάστασή του.

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν σε αυτές τις διαδικασίες οι γνωστικοί παράγοντες, που αποτελούν όλα εκείνα τα στοιχεία που συνδέονται με προσωπικά σχήματα, γνωστικές αναπαραστάσεις, και αυθαίρετα, απλοϊκά συμπεράσματα και

«γνώσεις» σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Αυτά τα προσωπικά σχήματα και οι γνωστικές αναπαραστάσεις, διαμορφώνονται από προσωπικές πεποιθήσεις, γνώσεις, εμπειρίες, και από όσες πληροφορίες δέχεται κάποιος στο κοινωνικό του περιβάλλον. Με βάση λοιπόν το προσωπικό μοντέλο που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος για μια ασθένεια, αναλόγως θα ερμηνεύσει και τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της ασθένειας, θα προβλέψει την εξέλιξή της, θα εμπιστευτεί ή όχι τη θεραπευτική διαδικασία, θα διαμορφώσει τις δικές του συμπεριφορές, με βάση τον έλεγχο που θεωρεί ότι μπορεί να ασκήσει στην κατάσταση.

Το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, παρεμβαίνει στη διαμόρφωση αντιλήψεων και στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας, και περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους, γιατρούς με τους οποίους το άτομο έρχεται σε επαφή, τα ΜΜΕ και γενικά, πηγές πληροφόρησης εύκολα προσβάσιμες αλλά όχι απαραίτητα αντικειμενικές και ορθές. Οι πηγές πληροφόρησης, παρόλο που είναι κοινές για τους περισσότερους ανθρώπους, και αναμένεται σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, τα μέλη του να διαθέτουν σε μεγάλο βαθμό παρόμοιες αναπαραστάσεις και συμπεριφορές για θέματα υγείας, παρατηρούνται εντούτοις σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους. Ο Leventhal (1990) υποστηρίζει ότι οι αναπαραστάσεις δομούνται με δύο τρόπους, έναν αφηρημένο και έναν πιο συγκεκριμένο, ανάλογα με τις πηγές πληροφόρησης, στα πλαίσια μιας ευρύτερης προσπάθειας του ατόμου να αποδώσει νόημα σε αυτό που του συμβαίνει. Οι πιο *αφηρημένες* πληροφορίες, ανασύρονται από καταχωρημένες γνώσεις και σχήματα και συνδυάζονται με τις *συγκεκριμένες αποδείξεις* που έχει το άτομο στη διάθεσή του (π.χ. συμπτώματα) για να δημιουργηθεί ένα συμμετρικό σχήμα αναπαραστάσεων σχετικά με τη συγκεκριμένη κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Κατά καιρούς, αρκετοί συγγραφείς έχουν προτείνει διαφορετικές θεωρήσεις για τις γνωστικές αναπαραστάσεις και τον τρόπο δόμησής τους. Ο Bishop (1991, στο Lyons, & Chamberlain, 2005) υποστηρίζει πως ο τρόπος που ένα άτομο θα συνδυάσει και θα ερμηνεύσει κάποια συμπτώματα καθορίζεται από τα σχήματα ή τα πρωτότυπα ασθενειών που έχει διαμορφώσει. Σύμφωνα με τον Bishop, οι άνθρωποι διατηρούν συγκεκριμένα γνωστικά πρωτότυπα ασθένειας, τα οποία περιλαμβάνουν ομάδες συμπτωμάτων που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες ασθένειες. Τα πρωτότυπα ασθενειών μπορούν να έχουν διαφορετική ισχύ, αναλόγως με την αποκλειστικότητα, σαφήνεια και συσχετισμό των συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν, και η ισχύς τους καθορίζει και τη διάγνωση που ένας άνθρωπος θα κάνει ερμηνεύοντας κάποια συμπτώματα. Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει ότι ο μέσος άνθρωπος καταλήγει στη διάγνωση μιας ασθένειας με βάση τα συμπτώματα, έτσι όπως τα γνωρίζει μέσα από τη δική του εμπειρία και από το πλαίσιο μέσα στο οποίο θεωρούνται ότι προκύπτουν, και επίσης, ότι τα πρωτότυπα ασθένειας επηρεάζουν και τις συμπεριφορές που ένας άνθρωπος θα ακολουθήσει, βάσει των συμπτωμάτων που εντοπίζει. Φαίνεται ότι ισχυρά πρωτότυπα, μπορούν να οδηγήσουν σε μια πιο στέρεα και συνεκτική «διάγνωση» και να οδηγήσουν το άτομο πιο εύκολα στο γιατρό.

Εκτός από τις κοινωνικές επιρροές, ο Pennebaker (1982) εξηγεί ότι στην κατανόηση και ερμηνεία των συμπτωμάτων παρεμβαίνουν προσωπικοί, ατομικοί παράγοντες, καθώς τα συμπτώματα δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρα. Κάποια στοιχεία όπως ο νευρωτισμός, το αρνητικό συναίσθημα, η σωματοποίηση των συμπτωμάτων και η αυτο-επίγνωση, έχει φανεί από σχετικές έρευνες να αποτελούν σταθερούς παράγοντες για την ερμηνεία των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, τα άτομα με αυξημένη αυτο-επίγνωση (συνεπώς, και αυτο-παρατήρηση), παρατηρούν και εντοπίζουν πιο εύκολα συμπτώματα ή αλλαγές στον

οργανισμό τους, και προσπαθούν να τα αντιμετωπίσουν με όποιο τρόπο γνωρίζουν. Παρομοίως, το αυξημένο αρνητικό συναίσθημα, με την έννοια της βίωσης συναισθημάτων όπως ο θυμός, η απόγνωση, ο φόβος, ή η κατάθλιψη, που συνήθως συνοδεύεται και από αρνητική αντίληψη του εαυτού, κάνει τα άτομα επίσης να στρέφουν την προσοχή τους προς τον οργανισμό τους, να παρατηρούν πιο εύκολα οποιεσδήποτε μεταβολές και να αναφέρουν περισσότερα και συχνότερα συμπτώματα, σε σχέση με άτομα που διαθέτουν σε μικρότερο βαθμό αυτά τα χαρακτηριστικά. Κάποιοι μεταβαλλόμενοι παράγοντες που σχετίζονται και παρεμβαίνουν στον τρόπο που ένα άτομο θα ερμηνεύσει διάφορες σωματικές αισθήσεις είναι η διάθεση, η προσοχή και οι προσδοκίες του. Για παράδειγμα το ποσοστό εξωτερικών ερεθισμάτων και πληροφοριών που είναι διαθέσιμο σε ένα άτομο, μπορεί να επηρεάσει και να αλλάξει τον προσανατολισμό του, είτε προς τα εντός είτε προς το εξωτερικό περιβάλλον, και αναλόγως θα επηρεαστεί και η αναγνώριση και αναφορά σωματικών συμπτωμάτων. Στη βάση αυτής της σχέσης λειτουργεί και η διάσπαση προσοχής, σαν στρατηγική για την απομάκρυνση της προσοχής από τις σωματικές αισθήσεις, με συνακόλουθο αποτέλεσμα, για παράδειγμα, τη μειωμένη αίσθηση του πόνου. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι οι προσδοκίες, όπως αυτές σχηματίζονται με βάση τα όσα γνωρίζει κάποιος σχετικά με μια ασθένεια ή διαδικασία. Τέλος, σημαντική είναι η επίδραση του στρες στην αντίληψη και βίωση των σωματικών αισθήσεων και στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, αλλά και στην αναζήτηση βοήθειας και ιατρικής θεραπείας (Godoy-Izquierdo, Lopez-Chicheri, Lopez-Torrecillas, Velez, & Godoy, 2007).

Βλέπουμε λοιπόν ότι ενδοπροσωπικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που θα γίνουν αντιληπτά, θα ερμηνευθούν και θα αντιμετωπιστούν τα σωματικά συμπτώματα, και ότι αυτοί οι ενδοπροσωπικοί παράγοντες έχουν να κάνουν τόσο με

στοιχεία σταθερά της προσωπικότητας ενός ατόμου, όσο και με στοιχεία μεταβαλλόμενα, όπως για παράδειγμα οι γνώσεις που αποκτά κάποιος για ένα ιατρικό θέμα, και οι αντιλήψεις που διαμορφώνει. Στη βάση των θεωριών αυτο-ρύθμισης σε θέματα υγείας, οι Leventhal, Forster και Leventhal (2007), τοποθετούν τη στοιχειώδη εισήγηση ότι βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο που τα άτομα βιώνουν και αξιολογούν τη φυσική τους κατάσταση, και εισηγούνται ότι οι εμπειρικές αλλαγές επηρεάζουν την αυτο-αντίληψη του ατόμου. Οι αυτο-αντιλήψεις που διαμορφώνονται λοιπόν από τους προαναφερθέντες παράγοντες, θα επηρεάσουν με τη σειρά τους τις αντιλήψεις για την ευαλωτότητα του ατόμου σε συγκεκριμένες απειλές για την υγεία, και θα διαμορφώσουν και τις ανάλογες στρατηγικές χειρισμού και αντιμετώπισης της κατάστασης (π.χ. η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία, η αποδοχή μιας χρόνιας ασθένειας με τις συνοδές αλλαγές στην καθημερινότητα, κλπ), (Godoy-Izquierdo, et al., 2007).

Οι παράγοντες που εμπίπτουν στον γνωστικό τομέα, έχουν λάβει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον και χρησιμοποιούνται περισσότερο για το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την διευκόλυνση της προσαρμογής των ασθενών. Όπως αναφέρουν οι Godoy-Izquierdo, et al. (2007), οι γνωστικοί παράγοντες φαίνεται να προβλέπουν την προσαρμογή στην ασθένεια και στα συμπτώματα πιο αποτελεσματικά, σε σχέση με παράγοντες που έχουν να κάνουν καθαρά με την ασθένεια, και μπορούν να εξηγούν τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς αλλά και του κοινωνικού του περίγυρου στην κατάσταση που αντιμετωπίζει με την υγεία του.

Μοντέλο της Κοινής Λογικής στην Αυτο-ρύθμιση της Ασθένειας

Οι γνωστικές αναπαραστάσεις αποτελούν κεντρικό στοιχείο στο μοντέλο της κοινής λογικής, και τη μετεξέλιξή του, το μοντέλο της αυτο-ρύθμισης, που έχουν προταθεί από τον Leventhal και τους συνεργάτες του τις τελευταίες δεκαετίες (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992· Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980). Το Μοντέλο της Κοινής Λογικής αποτελεί συνέχιση του μοντέλου της διπλής επεξεργασίας, το οποίο προϋποθέτει ότι οι απειλές για την υγεία τυγχάνουν επεξεργασίας σε δύο παράλληλα συστήματα, όπου το ένα αφορά τον έλεγχο του κινδύνου και το άλλο τον έλεγχο των συναισθηματικών αποκρίσεων στον κίνδυνο. Το μοντέλο αυτό προέκυψε στη βάση αποτελεσμάτων ερευνών σχετικά με την επίδραση μηνυμάτων φόβου στην τροποποίηση συμπεριφορών υγείας (Leventhal, 1970, στο Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Οι πρώτες έρευνες κατά τη δεκαετία του '60-'70 έδειξαν ότι τα μηνύματα για την ύπαρξη μιας απειλής για την υγεία δεν αρκούν για να οδηγήσουν σε τροποποίηση της συμπεριφοράς, και ότι χρειάζονται επιπλέον πληροφορίες που να οδηγούν σε ένα σχέδιο δράσης, το οποίο λειτουργεί σαν συνδετικός κρίκος ανάμεσα στις στάσεις και τις συμπεριφορές. Αυτό που έκρινε το αποτέλεσμα, ήταν ο τρόπος που θα γινόταν αντιληπτή η απειλή, σαν αντιμετωπίσιμη ή σαν αζεπέραστη. Επομένως, το στοιχείο εκείνο που οδηγούσε στην ενεργοποίηση συμπεριφορών, προκαλούμενων από μηνύματα φόβου ή ρίσκου, μάλλον είχε γνωστικό χαρακτήρα, και προσδιορίστηκε ως η αναπαράσταση της απειλής (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Στις αρχικές τους δημοσιεύσεις οι ερευνητές αναφέρουν ότι προκειμένου να καταλάβουμε πώς ένας ασθενής προσαρμόζεται στις αντιλαμβανόμενες απειλές για την υγεία του, είναι απαραίτητο να εξεταστεί ο τρόπος που προσλαμβάνονται αυτές οι

απειλές. Συγκεκριμένα, το μοντέλο της κοινής λογικής πρεσβεύει ότι δημιουργούμε νοητικές, απλοϊκές αναπαραστάσεις για την ασθένεια που μας προσβάλλει, με σκοπό να την κατανοήσουμε και να της δώσουμε κάποιο νόημα, και με βάση το σχήμα επεξήγησης που θα δημιουργήσουμε, να δομήσουμε και να υλοποιήσουμε τις ανάλογες παρεμβάσεις και να διαχειριστούμε κατάλληλα να ανεγειρόμενα προβλήματα και δυσκολίες. Μια τέτοια διαχείριση περιλαμβάνει την αναζήτηση βοήθειας, την ανάπτυξη συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών αντιμετώπισης, την εμπλοκή και δέσμευσή στη θεραπεία. Επιπρόσθετα και παράλληλα με τις γνωστικές αναπαραστάσεις, ο άνθρωπος σχηματίζει και συναισθηματικές αναπαραστάσεις, για να μπορέσει να εξηγήσει και να διαχειριστεί το συναισθηματικό στοιχείο της εμπειρίας του, όπως τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τα συναισθήματα που θα αναδυθούν εξαιτίας της διάγνωσης, της θεραπείας, των επιπτώσεων από την ασθένεια κ.ο.κ. (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001).

Το μοντέλο της κοινής λογικής περιγράφει δύο παράλληλα συστήματα επεξεργασίας, με το ένα να δημιουργεί την ψυχολογικά αντικειμενική αναπαράσταση της απειλής για την υγεία, και των συνακόλουθων στρατηγικών αντιμετώπισης και διαδικασιών αξιολόγησης, και το άλλο σύστημα, περισσότερο συναισθηματικής επεξεργασίας, να δημιουργεί συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις, με τις ανάλογες στρατηγικές αντιμετώπισης και αξιολόγησης για τη διαχείριση των συναισθημάτων. Όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται έχουν λειτουργικό χαρακτήρα και συνεπώς, λειτουργικούς στόχους, όπως η ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της κατάστασης υγείας στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Όσον αφορά τη συναισθηματική σφαίρα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης εστιάζουν στην επίτευξη στόχων συναισθηματικής φύσης μέσω κυρίως της ρύθμισης του

συναισθήματος. Αυτοί οι δύο άξονες αποτελούν τους στόχους της χρήσης των στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως υποστηρίζεται τόσο από τον Leventhal (1970) όσο και από τον Lazarus (1966).

Το μοντέλο της κοινής λογικής λοιπόν, εξηγεί μια ακολουθία ενεργειών η οποία περιλαμβάνει τρία κύρια στάδια: Καταρχάς, υπάρχει ένα *ερέθισμα*, το οποίο μπορεί να είναι κάποιο μήνυμα ή πληροφορία, προερχόμενη είτε από το ίδιο το άτομο και τον οργανισμό του, ή από εξωτερικές πηγές, και μπορεί να είναι ένα προϋπάρχον ή και ένα καινούριο ερέθισμα. Η παρουσία του ερεθίσματος οδηγεί στην ενεργοποίηση των *γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων* για την κατάσταση υγείας που έχει να αντιμετωπίσει το άτομο, οι οποίες αντανακλούν την προσωπική ερμηνεία που το άτομο δίνει στην παρουσιαζόμενη απειλή για την υγεία του. Η προσωπική αυτή ερμηνεία μπορεί να στηρίζεται είτε σε εσωτερικές πηγές πληροφόρησης, όπως κάποιο σύμπτωμα, είτε σε εξωτερικές πηγές, όπως κάποια πληροφορία. Οι γνωστικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν πέντε κατηγορίες παραγόντων στις οποίες επικεντρώνεται η σκέψη και η επεξεργασία που κάνει ένα άτομο όταν κάποιο σωματικό σύμπτωμα γίνεται αντιληπτό, και αφορούν τις **αιτίες** που το προκάλεσαν (εξωτερικά στοιχεία όπως ιοί ή βακτήρια, εσωτερικές προδιαθέσεις, συγκεκριμένες συμπεριφορές), τις **συνέπειες** (οι βιωμένες και οι προσδοκώμενες συνέπειες, σε σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο), τη **χρονική πορεία** που θα ακολουθήσει (πεποιθήσεις αναφορικά με εξέλιξη και διάρκεια της ασθένειας, το χρονικό σημείο για την αναζήτηση και έναρξη θεραπείας, η χρονική διάρκεια μέχρι την αποκατάσταση, ο χρόνος από την έναρξη της νόσου μέχρι το τελικό στάδιο, στις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών), την **ταυτότητά** του (τα συμπτώματα και τα ονόματα που αποδίδονται σε μια ασθένεια) και την **ελεγχιμότητα** του (προσδοκώμενη και αντιλαμβανόμενη ανταπόκριση στη θεραπεία προερχόμενη

εσωτερικά, μέσω προσωπικού ελέγχου, και εξωτερικά, με τη μορφή της ιατρικής παρέμβασης). Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αντιστοιχούν στα συναισθήματα που προκύπτουν από τη παρουσία ενός ερεθίσματος, και μπορούν να φορούν ανησυχία, άγχος, φόβο, θυμό κ.α. Σε επόμενο στάδιο, το άτομο αξιοποιεί και εφαρμόζει διάφορες *στρατηγικές αντιμετώπισης, γνωστικής* (π.χ. επίλυση προβλήματος, αποφυγή, επαναξιολόγηση της κατάστασης, κλπ) και *συναισθηματικής φύσης*. Αφού κάνει χρήση αυτών των στρατηγικών, προχωρά σε *αξιολόγηση* των ενεργειών του που είχαν στόχο την επίλυση του προβλήματος, αλλά και όσων είχαν στόχο τη διαχείριση της συναισθηματικής του αντίδρασης. Ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των στρατηγικών, προκύπτει ένα νέο γνωστικό σχήμα όσον αφορά την πορεία και τα *αποτελέσματα* της ασθένειας, με την προσθήκη νέων πληροφοριών, και αναδύονται και τα ανάλογα *συναισθήματα* στα πλαίσια μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα συναισθήματα, τις γνωστικές αναπαραστάσεις, και στις νέες πληροφορίες (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003· Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001· Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992).

Οι αντιλήψεις που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος για μια δεδομένη ασθένεια, μπορούν να καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό τη στάση και συμπεριφορά του απέναντι σε αυτή. Οι αντιλήψεις έχουν βρεθεί να είναι σημαντικοί παράγοντες στη συμπεριφορά και έχουν συνδεθεί με αριθμό σημαντικών επιπτώσεων σε σχέση με την ασθένεια, όπως η συνέπεια και η αυτό-πειθαρχία αλλά και η λειτουργική αποκατάσταση (Petrie, Jago, & Devcich, 2007). Συνήθως οι ασθενείς έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας τους σε σύγκριση με τους φροντιστές τους, αλλά και με το ιατρικό προσωπικό, καθώς έχει φανεί ότι οι νοσηλευτές και οι γιατροί έχουν άγνοια για τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους και τις γνώσεις που έχουν γι' αυτή.

Διαφορετικές απόψεις εντοπίζονται και ανάμεσα σε διαφορετικούς ασθενείς, πάσχοντες από την ίδια ασθένεια.

Σύμφωνα με τους Keogh, White, Smith, McGilloway, O'Dowd και Gibney (2007), οι αντιλήψεις αυτές μπορούν, αν αλλάξουν με την κατάλληλη παρέμβαση, να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσαρμοστούν καλύτερα στην ασθένειά τους και να υιοθετήσουν αποδοτικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι σύγχρονες μελέτες των Danoff, et al. (2004) και Holtzman, Newth & Delongis (2004), επιβεβαιώνουν την άποψη αυτή σημειώνοντας πως άτομα που έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της συναισθηματικής εγκράτειας στο οικογενειακό πλαίσιο τείνουν να καταπιέζουν τα συναισθήματά τους προς όφελος των σημαντικών άλλων, επιδεικνύοντας παράλληλα χαμηλότερα ποσοστά συνολικής υγείας που συνδέονται άμεσα με πρότυπα επικοινωνίας που συνάδουν με την ευρύτερη παραμέληση του εαυτού και την υπερβολική ενασχόληση με τις ανάγκες των άλλων με συνέπεια τα υψηλά ποσοστά ψυχολογικής έντασης.

Στον τομέα της υγείας και της ασθένειας, οι αναπαραστάσεις που έχουμε εμπεριέχουν έντονα το στοιχείο της επικινδυνότητας και του ρίσκου για την απώλεια της υγείας ή και της ζωής ακόμα. Χωρίς αυτοί οι φόβοι να είναι πάντα προφανείς και ξεκάθαροι, συμβαίνει πολύ συχνά να παίρνουν άλλη μορφή, πιο απλή, και λιγότερο επικίνδυνη, που πάλι όμως έχει να κάνει με κάποια απώλεια: της λειτουργικότητας, της ζωτικότητας, αλλά και στοιχείων λιγότερο εμφανών και πιο εσωτερικών, που αναμοχλεύουν φόβους και άγχη ακρωτηριασμού ή απώλειας της ακεραιότητας.

Ερευνητική τεκμηρίωση

Το μοντέλο της κοινής λογικής έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες έρευνες και σε γενικές γραμμές δείχνει να έχει καλή εφαρμογή σε πληθώρα ασθενειών και ιατρικών καταστάσεων, οι οποίες ωστόσο έχουν χρόνια χαρακτήρα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νόσος του Addison, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η ψωρίαση, η νεφρική ανεπάρκεια (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici & Goldsmith, 2004), έμφραγμα του μυοκαρδίου (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996), τύποι καρκίνου (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2007). Στην έρευνα των Llewellyn, McGurk και Weinman (2007) ο παράγοντας που φάνηκε να έχει προβλεπτική αξία και χρησιμότητα στην εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων, ήταν η χρονιότητα της ασθένειας, η χρονική διάρκεια δηλαδή που αντιλαμβάνονταν οι ίδιοι οι ασθενείς ότι θα έχει το πρόβλημα υγείας τους. Επιπρόσθετα, οι αντιλήψεις των ασθενών για σοβαρές συνέπειες της ασθένειάς τους και μεγάλη χρονική διάρκεια συνδέονταν αρνητικά με τη σωματική και την κοινωνική λειτουργικότητά τους, ενώ όσοι αντιλαμβάνονταν την ασθένειά τους ως ελέγξιμη και θεραπεύσιμη, επιδείκνυαν μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικότητας. Η έρευνα των Murphy et al. (1999) σχετικά με τις αναπαραστάσεις για την ασθένεια, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την κατάθλιψη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, δείχνει περαιτέρω ψυχολογικές προεκτάσεις των αναπαραστάσεων για την ασθένεια. Οι ασθενείς που εκδήλωναν καταθλιπτικά συμπτώματα, είχαν αρνητικότερη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους, χρησιμοποιούσαν περισσότερο αρνητικού χαρακτήρα στρατηγικές αντιμετώπισης, και αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι ερευνητές εισηγούνται ότι η γνωστική εκτίμηση προηγείται της εμφάνισης της κατάθλιψης, και οι ασθενείς εισέρχονται σε κατάθλιψη εξαιτίας του τρόπου που

βλέπουν και αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους, σαν σοβαρή και με σημαντικές επιπτώσεις, και εξαιτίας της απόδοσης στον εαυτό τους περιορισμένου ελέγχου στην ασθένειά τους (Murphy et al., 1999).

Σε μικρότερο βαθμό έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες έρευνες που να εξετάζουν επεμβατικές διαδικασίες σαν θεραπευτικές μεθόδους, όπως η επέμβαση bypass στη στεφανιαία αρτηρία (Hermele, Olivo, Namerow, & Oz, 2007), επέμβαση για οστεοαρθρίτιδα (Orbell, Johnston, Rowley, Espley, & Davey, 1998) και επέμβαση για υποψία καρκίνου των πνευμόνων (Lehto & Cimprich, 2009). Στην περίπτωση της οστεοαρθρίτιδας, οι Orbell et al. (1998) εξέτασαν προ-εγχειρητικά τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και βρέθηκε ότι συνδέονταν με τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες της πάθησης και οι αντιλήψεις για την υγεία φάνηκε να μπορούν να προβλέπουν τα αποτελέσματα της επέμβασης. Η παρουσία κατάθλιψης συνδέθηκε με τις πεποιθήσεις για τον έλεγχο στην κατάσταση της υγείας, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα ελέγχου πριν την επέμβαση, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων κάποιο διάστημα μετά την επέμβαση, αλλά μετά από κάποιους μήνες, τα συμπτώματα αυτά υποχωρούσαν. Όσοι ασθενείς είχαν θετικές προσδοκίες από την επέμβαση, και ήταν πιο ενεργητικοί τους πρώτους μετεγχειρητικούς μήνες, είχαν σημαντικά μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης στους 9 μήνες μετά την επέμβαση, ενώ το ίδιο συνέβαινε και με όσους αντιλαμβάνονταν να έχουν υψηλά επίπεδα ελέγχου στα συμπτώματά τους, και δεν απέδιδαν την κατάσταση της υγείας τους στα γηρατειά.

Σχετικές έρευνες έγιναν επίσης και για τις αντιλήψεις που υπάρχουν στην περίπτωση προληπτικών εξετάσεων για διάφορους τύπους καρκίνου (Orbell, O'Sullivan, Parker,

Steele, Campbell, & Weller, 2008; van Oostrom, Mijers-Heijboer, Duivenoorden, Brocker-Vriends, van Asperen, Sijmons, et al., 2007) όπου φάνηκε να έχει προβλεπτική ικανότητα όσον αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στις εξετάσεις αυτές. Φάνηκε ότι το άγχος και η ανησυχία που προέρχονταν από την απειλή ύπαρξης καρκίνου, συνδέονταν με παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι συμπεριφορές αυτές, προερχόμενες από μια αντίληψη απειλής, και όχι από την παρουσία μιας πραγματικής ασθένειας, αντιστοιχούσαν στις αντιδράσεις για μια κατάσταση μεγαλύτερης σοβαρότητας και κρισιμότητας, μεγαλύτερης διάρκειας, με σοβαρότερες συνέπειες και με μικρή συνοχή. Σημαντικό ρόλο είχαν οι αιτιακές αποδόσεις, εφόσον φάνηκε ότι όταν τα αίτια αποδίδονταν σε γενετικούς παράγοντες, ανάλογες ήταν και οι αναπαραστάσεις (έλλειψη προσωπικού ελέγχου), ενώ όταν σαν αιτίες θεωρούνταν στοιχεία κάτω από τον έλεγχο του ατόμου (π.χ. διατροφή, άσκηση, κάπνισμα κλπ) οι συμμετέχοντες ένιωθαν μεγαλύτερο προσωπικό έλεγχο. Η έρευνα των Rees, Fry, Cull και Sutton (2004) έδειξε ότι στην περίπτωση γυναικών με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, όπου οι ίδιες δεν είχαν ακόμη εκδηλώσει σημάδια της νόσου, ενεργοποιούνταν οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις που αφορούν τον καρκίνο. Αυτό μεταφράστηκε από τους ερευνητές ως μεγαλύτερη κατανόηση της ασθένειας από αυτές τις γυναίκες, εξαιτίας ακριβώς της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού στην οικογένειά τους. Ήταν επίσης σε θέση να αποδώσουν πιο αντικειμενικά τις αιτίες για την εμφάνιση της νόσου σε σύγκριση με γυναίκες που δεν είχαν παρόμοιο ιστορικό.

Οι Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2007 με βάση τα αποτελέσματα της έρευνάς τους σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και λαιμού, υποδεικνύουν ότι οι σχετικές παρεμβάσεις στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, θα ήταν καλύτερο να εστιάζουν στη διαχείριση και των ψυχολογικών παραγόντων καθώς φαίνεται να παρεμβαίνουν και να επηρεάζουν τις

αντιλήψεις για το αποτέλεσμα μιας κατάστασης αλλά και το ίδιο το αποτέλεσμα, περισσότερο από τα δημογραφικά ή κλινικά στοιχεία της ασθένειας. Αυτοί οι ψυχολογικοί παράγοντες θα έπρεπε, όπως προτείνουν οι ερευνητές, να συμπεριλαμβάνονται στις παρεμβάσεις κατά την περιεγχειρητική περίοδο, και οι προσπάθειες να μην εστιάζουν μόνο στη διαχείριση των αντιλήψεων για την κατάσταση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Η ικανοποίηση από την προσλαμβανόμενη πληροφόρηση φαίνεται να επιδρά στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μετά τη θεραπεία, και συγκεκριμένα, φάνηκε να συνδέεται με τα επίπεδα κατάθλιψης. Αυτό που προκύπτει από τις σχετικές έρευνες είναι ότι η παροχή πληροφόρησης σαν διαδικασία μπορεί να αναπτυχθεί για την ενθάρρυνση ρεαλιστικών θετικών προσδοκιών μέσω συχνότερης επαφής με εξειδικευμένους νοσηλευτές. Εντούτοις, αυτό που στην πραγματικότητα φαίνεται να συμβαίνει είναι οι ασθενείς να προχωρούν στην εξαγωγή δικών τους συμπερασμάτων και ερμηνειών σε σχέση με την πληροφόρηση που δέχονται, και τα οποία καθορίζουν το επίπεδα ανησυχίας και δυσφορίας που βιώνουν, παρά το νόημα της πληροφόρησης που ο ειδικός επιχειρεί να μεταδώσει. Ο άνθρωπος βιώνει περισσότερο άγχος όταν αντιληφθεί και ερμηνεύσει την πληροφορία ως απειλητική. Αυτό υποδηλώνει πως οι ασθενείς, ερμηνεύουν την πληροφόρηση που δέχονται μέσα από το δικό τους πρίσμα ιδεών και θεωριών για την κατάσταση της υγείας τους, και αυτός είναι και ο λόγος που είναι σημαντικό να διερευνώνται οι απόψεις και αντιλήψεις των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη πληροφόρηση, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής διαδικασίας.

Στην έρευνα των Covic, et al. (2004) σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, εμφανίστηκαν κάπως διαφορετικές σχέσεις ανάμεσα στις διαστάσεις των γνωστικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι ασθενείς

που έδειχναν μεγαλύτερη κατανόηση και είχαν καλύτερη αντίληψη της κατάστασής τους είχαν χαμηλότερου βαθμού αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και αντίστοιχα, όσοι είχαν αποδεχθεί τη χρονιότητα της κατάστασής τους αντιλαμβάνονταν να διαθέτουν περισσότερο προσωπικό έλεγχο στην ασθένειά τους και μεγαλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, τα οποία έδειχναν ότι η αντίληψη για χρονιότητα μιας κατάστασης, είχε αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των ασθενών και στην αίσθηση ελέγχου που είχαν στην υγεία τους. Είναι ωστόσο συνεπές με τα ευρήματα ερευνών, όπου φάνηκε πως οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η αίσθηση προσωπικού ελέγχου είναι προβλεπτικοί δείκτες του επιπέδου ποιότητας ζωής, σε ασθενείς με κατά πλάκα σκλήρυνση, με νόσο του Addison και με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Αντίστοιχα ευρήματα φάνηκαν και για την περίπτωση του διαβήτη, τόσο τύπου 1 όσο και τύπου 2. Στα χρόνια και μη ιάσιμα προβλήματα υγείας λοιπόν, η αποδοχή της χρονιότητάς τους, διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς.

Ιδιαίτερη σημασία αξίζει να δοθεί στις αναπαραστάσεις που ενεργοποιούνται κατά την ανακοίνωση δυσάρεστων αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων. Μια τέτοια κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη και μπορεί να γίνεται αντιληπτή και ως μη ελεγχόμενη. Σχετικές έρευνες για τα μη ελεγχόμενα γεγονότα και καταστάσεις, έχουν δείξει ότι η θετική ψυχολογική προσαρμογή, είναι πιο πιθανό να επιτευχθεί όταν επιστρατεύονται στρατηγικές αντιμετώπισης που βασίζονται στην εύρεση και απόδοση νοήματος στην όλη εμπειρία, όπως για παράδειγμα η γνωστική επανεκτίμηση. Συγκεκριμένα, η χρήση τέτοιων στρατηγικών, είναι αποτελεσματικότερη από τη χρήση στρατηγικών όπως η αποφυγή ή η απόθεση, προκειμένου να επιτευχθεί έτσι έλεγχος των συναισθημάτων (Whitmarsh, Kutantji & Sidell, 2003). Ανάλογες έρευνες έδειξαν ότι ο αντιλαμβανόμενος

έλεγχος επάνω σε ένα πρόβλημα υγείας συνδέεται με συμπεριφορές θετικής προσαρμογής όπως η συνέπεια στις πρακτικές αποκατάστασης για καρδιακά προβλήματα (Whitmarsh, Kutantji, & Sidell, 2003), η τήρηση των ραντεβού ιατρικών εξετάσεων όπως η κολποσκόπηση (Orbell, Hagger, Brown, & Tidy, 2006) ή η επανάκτηση της λειτουργικότητας μετά από ορθοπεδική επέμβαση (Orbell, et al., 1998).

Οι Hagger και Orbell (2003) αναφέρουν σχετικές έρευνες που αφορούσαν τη σχέση των αντιλήψεων για τα συμπτώματα και την ταυτότητα των πόνων στην μέση, και των αναπνευστικών δυσκολιών. Οι έρευνες των Heijmans and de Ridder (1998), Scharloo, Kaptein, Weinman, Hazes, Willems, Bergman, et al., (1998) και Kaptein, Scharloo, Fischer, Snoel, Cameron, Sont, et al. (2008), σχετικά με την ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια, έδειξαν ότι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, νόσο του Addison, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ψωρίαση που αντιλαμβάνονταν την κατάσταση της υγείας τους ως να έχει σοβαρές επιπτώσεις, μεγάλη χρονική διάρκεια και ισχυρή ταυτότητα – δηλαδή, παρόντα έντονα συμπτώματα – αυτές οι αντιλήψεις συνδέονταν με περιορισμένη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Ωστόσο, συνδέονταν με θετικό τρόπο με την ελεγχιμότητα ή θεραπευσιμότητα της κατάστασης.

Κεφάλαιο 5

Σκοποί και υποθέσεις της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα, εξετάζει το μοντέλο της Κοινής Λογικής, σε συνδυασμό με άλλες μεταβλητές, για την περίπτωση μιας χειρουργικής επέμβασης, με μόνιμες μεν αλλά όχι ορατές επιπτώσεις. Ωστόσο, επιχειρείται μία διαφορετική διαδικασία, στη βάση του συγκεκριμένου μοντέλου. Στην περίπτωση της υστερεκτομής, δεν έχουμε να κάνουμε με μια συγκεκριμένη πάθηση με συγκεκριμένες συμπεριφορές, αλλά με μία μέθοδο θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση παθήσεων και καταστάσεων που προκαλούνται από ποικίλα αίτια. Επομένως, το υπό εξέταση αντικείμενο δεν είναι μία ασθένεια, αλλά μία μορφή θεραπείας, η επέμβαση για αφαίρεση της μήτρας και άλλων γεννητικών οργάνων. Επιχειρείται η εξέταση των διαστάσεων του μοντέλου του Leventhal όπως αυτές ενδεχομένως εφαρμόζονται ή αντιστοιχούν/προκύπτουν στην περίπτωση μίας επέμβασης.

Μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και των πιο πρόσφατων ερευνών σχετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις και την υστερεκτομή συγκεκριμένα, το ρόλο της πληροφόρησης και προετοιμασίας, τις συνοδές επιπτώσεις στη γυναίκα, έχουν διαμορφωθεί κάποια βασικά ερωτήματα τα οποία η συγκεκριμένη έρευνα επιχειρεί να διερευνήσει. Γίνεται μια προσπάθεια να φανεί κατά πόσο η ικανοποιητική πληροφόρηση από το γιατρό προσφέρει μια αίσθηση προετοιμασίας στη γυναίκα σχετικά με τη χειρουργική διαδικασία. Εξετάζονται επίσης οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις που έχει η γυναίκα για την επέμβαση αυτή καθεαυτή.

Με βάση το μοντέλο της κοινής λογικής για την αυτορύθμιση στην ασθένεια, χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Ασθένεια (Illness Perception Questionnaire – Revised - IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002) για τη διερεύνηση κάποιων μεταβλητών που αφορούν τόσο την κατάσταση πριν την επέμβαση, όπως τη θυμούνται και την αξιολογούν οι συμμετέχουσες, όσο και την κατάσταση κάποιους μήνες μετά την επέμβαση, όπου το άγχος, και η αρχική, έντονη επίδραση της εμπειρίας της επέμβασης έχει σχετικά καταλαγιάσει, και αυτό που επηρεάζει τη συναισθηματική και γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης από τις συμμετέχουσες είναι οι ορατές πλέον επιπτώσεις – αν υπάρχουν - στην καθημερινότητα τους. Οι κλίμακες του IPQ-R που εξετάζονται στη συγκεκριμένη έρευνα είναι το χρονοδιάγραμμα του προβλήματος υγείας, οι συνέπειες, ο έλεγχος που αποδίδει το άτομο στη θεραπεία (επέμβαση), ο προσωπικός έλεγχος που θεωρεί ότι ασκεί στην κατάστασή του, η συνοχή/συνεκτικότητα της κατάστασης, η χρονιότητά της, και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση της υγείας. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι κλίμακες της ταυτότητας και των αιτιών. Η κλίμακα της ταυτότητας αριθμεί τα συμπτώματα που ένα άτομο αποδίδει σε μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας, και ο λόγος που δεν συμπεριλήφθηκε είναι ότι δεδομένου του αριθμού καταστάσεων που μπορούν να οδηγήσουν σε υστερεκτομή, δεν μπορεί να δημιουργηθεί μια συγκεκριμένη, αποκλειστική λίστα συμπτωμάτων που να ισχύει για όλες τις συμμετέχουσες. Επιπρόσθετα, μια σχετικά παρόμοια κατάσταση υγείας, μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικά συμπτώματα σε κάθε περίπτωση ενώ πολλές περιπτώσεις είναι και ασυμπτωματικές. Επίσης, το ίδιο ισχύει και για τις αιτίες, καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι, εστιασμένοι και αναγνωρίσιμοι αιτιολογικοί παράγοντες για τη δημιουργία των καταστάσεων εκείνων που οδηγούν τελικά στην επέμβαση υστερεκτομής. Η παρουσία καρκίνου σαν λόγος που οδηγεί σε επέμβαση υστερεκτομής,

δεν συμπεριλαμβάνεται στην έρευνα, καθώς κρίθηκε ότι στην περίπτωση του καρκίνου ισχύουν άλλες γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες, παρεμβάλλεται πιο έντονο άγχος για τη ζωή και την απώλειά της, αλλά και επειδή ο καρκίνος σαν έννοια εμφανίζεται με συγκεκριμένη ταυτότητα στην αντίληψη ενός ανθρώπου. Επομένως, δεν μπορεί να διερευνηθεί ισότιμα με τις υπόλοιπες καταστάσεις που οδηγούν σε υστερεκτομή.

Για την αξιολόγηση των επιπέδων υγείας των συμμετεχουσών τόσο πριν την επέμβαση όσο και μετά, χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο RAND-36 (Hays, Sherbourne & Mazel, 1993). Η θεωρία και τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα υγείας των γυναικών και η καθημερινότητά τους, βελτιώνονται μετά την υστερεκτομή, καθώς η επέμβαση απομακρύνει τα συμπτώματα εκείνα που καθιστούσαν δύσκολη την καθημερινή ζωή μιας γυναίκας. Τέτοια συμπτώματα είναι οι συχνές μηνορραγίες, ενδεχόμενοι πόνοι ή ενοχλήσεις, η ανησυχία ότι υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας, οι δυσκολίες στην σεξουαλική επαφή, κ.α. Οι κλίμακες από το RAND-36 που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη έρευνα είναι η σωματική λειτουργικότητα, η συναισθηματική ευεξία, και τα γενικά επίπεδα υγείας.

Χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο ρύθμισης τους συναισθήματος Emotion Regulation Questionnaire – ERQ (Gross & John, 2003), για τη διερεύνηση των στρατηγικών που χρησιμοποιεί ένα άτομο για τη ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος με σκοπό τη διατήρηση μιας ισορροπημένης συναισθηματικής κατάστασης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ενώ μπορεί να αποτυπώνει τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί ένα άτομο μία δεδομένη χρονική στιγμή ή περίοδο της ζωής του, και σε σχέση με μια συγκεκριμένη κατάσταση που αντιμετωπίζει, εντούτοις μπορεί να αποτυπώσει και μια γενικότερη τάση

ή προτίμηση του ατόμου προς τη συχνότερη χρήση μιας συγκεκριμένης στρατηγικής σε ένα ευρύτερο πλαίσιο καταστάσεων και συμπεριφορών. Οι στρατηγικές που εξετάζονται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι η γνωστική επανεκτίμηση, και η εκφραστική καταπίεση.

Από σχετικές έρευνες και μετα-αναλύσεις (Hagger & Orbell, 2003) προκύπτει ότι υπάρχει μια αιτιακή σχέση ανάμεσα στις αναπαραστάσεις του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και στα αποτελέσματα της κατάστασης υγείας, και αυτή η σχέση διαμεσολαβείται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ο ασθενής χρησιμοποιεί. Αυτή η σχέση έχει φανεί να ισχύει στις περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, όπου οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν άμεση επίδραση στα αποτελέσματα της ασθένειας, όπως για παράδειγμα η συμμόρφωση με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ή η συστηματική μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Δεν γνωρίζουμε τι συμβαίνει στην περίπτωση ενός παροδικού προβλήματος υγείας, όπου η θεραπεία είναι μια χειρουργική επέμβαση.

Συνοπτικά, εξετάζονται λοιπόν οι μεταβλητές των επιπέδων υγείας μετά την επέμβαση, η σχέση με το σύντροφο, η πληροφόρηση και η προετοιμασία που έλαβαν οι συμμετέχουσες, η χρήση στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και οι αναπαραστάσεις που έχουν οι συμμετέχουσες για την κατάσταση της υγείας τους. Σκοποί της συγκεκριμένης έρευνας συνεπώς, είναι να δούμε κατά πόσο οι αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας και οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος που χρησιμοποιούν οι συμμετέχουσες, αλλά και η πληροφόρηση που δέκτηκαν εκ των προτέρων, σχετίζονται ή μπορούν να προβλέψουν να επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση. Όπως γίνεται κατανοητό, η συγκεκριμένη έρευνα δεν μπορούσε να μελετήσει όλα τα

φαινόμενα και τις μεταβλητές που θα μπορούσαν να αφορούν ένα τέτοιο θέμα, όπως η υστερεκτομή. Για παράδειγμα, δεν μελετάται το θέμα της ταύτισης με το φύλο και τα θηλυκά χαρακτηριστικά και αν αυτή η σχέση επηρεάζεται από την επέμβαση.

Με βάση λοιπόν τα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα προηγούμενων ερευνών, καταλήγουμε στα εξής ερωτήματα-υποθέσεις:

1. Η πληροφόρηση από το γιατρό θα σχετίζεται θετικά με το αίσθημα προετοιμασίας και με τις κλίμακες του έλεγχου της θεραπείας, προσωπικού έλεγχου και της λογικής συνοχής της κατάστασης της υγείας του IPQ-R , και αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την επέμβαση και τις κλίμακες του χρονοδιαγράμματος, των συνεπειών, της κυκλικότητας της κατάστασης υγείας (συμπτωμάτων) και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων για την κατάσταση της υγείας από το IPQ-R.

2. Αναμένεται ότι η επέμβαση θα λειτουργήσει θετικά όσον αφορά τα επίπεδα υγείας των συμμετεχουσών, περιμένοντας βελτίωση στις βαθμολογήσεις των ερωτηματολογίων RAND-36 (επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, συναισθηματικής ευεξίας και γενικής υγείας) και στις κλίμακες του IPQ-R έλεγχος στη θεραπεία, προσωπικός έλεγχος, συνεκτικότητα (κατανόηση) της κατάστασης υγείας ενώ οι κλίμακες χρονοδιάγραμμα ασθένειας, συνέπειες, κυκλικότητα (συμπτωμάτων), και συναισθηματικές αναπαραστάσεις, αναμένεται να είναι χαμηλότερες στη δεύτερη χορήγηση σε σύγκριση με την πρώτη.

3. Συχνότερη χρήση της γνωστικής επαναξιολόγησης και περιορισμένη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης (ER), θα σχετίζονται θετικά με τις κλίμακες ελέγχου στη θεραπεία, προσωπικού έλεγχου και της συνοχής της κατάστασης της υγείας, και αρνητικά με τις κλίμακες του χρονοδιαγράμματος, των συνεπειών, της κυκλικότητας της κατάστασης υγείας και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων του IPQ. Συχνότερη χρήση της γνωστικής επαναξιολόγησης και περιορισμένη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης (ER), αναμένεται να σχετίζεται θετικά με τους δείκτες υγείας όπως μετρώνται από το ερωτηματολόγιο RAND-36.

4. Αναμένεται ότι η αντίληψη για τις συνέπειες, το χρονοδιάγραμμα και η κλίμακα των συναισθηματικών αναπαραστάσεων, όπως μετρούνται από το IPQ-R, θα προβλέπουν χαμηλά σκορ στους δείκτες υγείας (RAND-36), ενώ οι κλίμακες της ελεγχιμότητας και της συνοχής της κατάσταση υγείας θα προβλέπουν υψηλά σκορ στους αντίστοιχους δείκτες του RAND-36.

Μέθοδος

Συμμετέχουσες

Το δείγμα αποτελούσαν 54 Κύπριες γυναίκες, ηλικίας 35-57 ετών (μ.ο.=47,9, τ.α=5,14).

Οι 46 (85%) εργάζονταν κατά τη φάση της έρευνας ενώ 8 (15%) ήταν άνεργες. Το 53,7% είχε απολυτήριο Λυκείου, το 29,6% ήταν απόφοιτες ΑΕΙ, και οι υπόλοιπες (17%) απόφοιτες γυμνασίου, ΤΕΙ, ή κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Οι περισσότερες είχαν δύο ή τρία παιδιά, ενώ καμία δεν ήταν άτεκνη. Όλες ήταν παντρεμένες πλην μίας η οποία ήταν χήρα.

Διαδικασία

Προσεγγίστηκαν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή τους τελευταίους 6 - 12 μήνες, μέσω ιδιωτικών γυναικολογικών κλινικών. Αφού αποκτούσαμε τη γραπτή συγκατάθεσή τους, ξεκινούσε η χορήγηση των ερωτηματολογίων. Αρχικά τους δόθηκε ένα πακέτο ερωτηματολογίων αποτελούμενο από το IPQ-R, RAND-36, ERQ το οποίο εξέταζε το πώς αισθάνονταν και πώς σκέφτονταν για το ενδεχόμενο της επέμβασης λίγες εβδομάδες πριν υποβληθούν σε υστερεκτομή, με την προσθήκη μιας σειράς ερωτημάτων που αφορούσε την επέμβαση, τη σχέση με το σύντροφο, και την πληροφόρηση που δέκτηκαν πριν την επέμβαση από το γιατρό τους. Ακολούθως τους δόθηκαν τα IPQ-R, RAND-36, για την αξιολόγηση της σημερινής τους κατάστασης. Ένας βασικός λόγος για την επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού σχεδίου είναι ότι πριν από την επέμβαση, συνήθως οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Ryan, 1997), εξαιτίας των προσδοκιών και της αβεβαιότητας που τις διακατέχει σχετικά με το τι θα βιώσουν, αλλά και εξαιτίας των συγκεκριμένων συμβολισμών που μια γυναίκα έχει για τα όργανα του γεννητικού της συστήματος. Έτσι, προτιμήθηκε η προσέγγιση

ασθενών αρκετό καιρό μετά την επέμβαση, όπου το άγχος και η ανησυχία που προκαλούνται από αυτή καθεαυτή την επέμβαση να είναι μειωμένα, και οι απαντήσεις των ασθενών να αποτυπώνουν, στο βαθμό που είναι δυνατό κάτι τέτοιο, τις γνωστικές και συναισθηματικές τους αναπαραστάσεις για την εμπειρία τους γενικότερα, και όχι για την επέμβαση συγκεκριμένα.

Εργαλεία Μέτρησης

Τα στοιχεία για την πληροφόρηση που δέκτηκαν οι συμμετέχουσες στηρίχθηκαν στη δημιουργία κάποιων ερωτημάτων που αφορούσαν την πληροφόρηση που τους παρείχε ο γιατρός (π.χ. είχα πλήρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση από το γιατρό μου για την αναγκαιότητα της επέμβασης, τους λόγους της επέμβασης, τη μορφή, τη μέθοδο και τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί) αλλά και μεμονωμένα ερωτήματα σχετικά με το αν θεωρούν ότι είχαν τον απαιτούμενο χρόνο για να προετοιμαστούν, εάν κατανοούν τι πρόκειται να συμβεί, και ερωτήματα σχετικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την επέμβαση, στη βάση των ερωτημάτων του IPQ-R για τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση της υγείας. Όλα αυτά τα ερωτήματα βαθμολογούνταν με βάση μια επταβάθμια κλίμακα τύπου Lickert, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο *διαφωνώ απόλυτα* και το 7 στο *συμφωνώ απόλυτα*. Υπάρχουν ερωτήματα που αφορούν τον τύπο, τη μέθοδο και τους λόγους της επέμβασης, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών αλλά και ερωτήματα σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή, τις προσδοκίες τους μετά την επέμβαση, και την πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν μετά την επέμβαση.

Οι αναπαραστάσεις των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο των αντιλήψεων για την ασθένεια (IPQ-R, Moss-Morris, et al., 2002),

στην ελληνική του εκδοχή, προσαρμοσμένο ωστόσο στις συνθήκες της έρευνας, με τις ερωτήσεις να αφορούν την κατάσταση υγείας που αντιμετώπιζε η κάθε γυναίκα και την προσφυγή στη λύση της χειρουργικής επέμβασης. Ωστόσο, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της κατάστασης υγείας των γυναικών που υποβάλλονται στη συγκεκριμένη επέμβαση, δεν εξετάστηκαν όλες οι διαστάσεις του IPQ-R. Για παράδειγμα, δεν μετρήθηκαν η ταυτότητα της ασθένειας ούτε οι αιτίες. Ο λόγος γι' αυτό είναι ότι καταρχάς δεν υπάρχει μια και μοναδική αιτία που να οδηγεί σε υστερεκτομή, καθώς πολλές καταστάσεις που αφορούν το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα μπορούν να επιβάλουν μια τέτοια επέμβαση. Επιπρόσθετα, τα συμπτώματα, τα οποία συνήθως αποτελούν τα στοιχεία για να στηριχθεί η διαμόρφωση μιας ταυτότητας της ασθένειας από έναν ασθενή, δεν είναι κοινά για όλες τις περιπτώσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε υστερεκτομή. Επομένως, εξαιτίας και του μικρού μεγέθους του δείγματος, το οποίο δεν επέτρεπε τις απαραίτητες διαφοροποιήσεις όσον αφορά αυτές τις διαστάσεις, δεν εξετάστηκαν οι συγκεκριμένες παράμετροι. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του IPQ-R έχει επιβεβαιωθεί επανειλημμένα από ανάλογες έρευνες. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι κλίμακες του IPQ-R επέδειξαν τους ακόλουθους δείκτες Cronbach's alpha: χρονοδιάγραμμα $\alpha=.68$ στην Α και $\alpha=.80$ στη Β φάση· συνέπειες, $\alpha=.74$ και $\alpha=.80$ · προσωπικός έλεγχος $\alpha=.64$ και $\alpha=.75$ · έλεγχος στη θεραπεία $\alpha=.71$ και $\alpha=.48$ · συνοχή της ασθένειας $\alpha=.87$ και $\alpha=.75$ · κυκλικότητα (συμπτωμάτων) $\alpha=.78$ και $\alpha=.77$ · συναισθηματικές αναπαραστάσεις $\alpha=.83$ και $\alpha=.91$.

Το ερωτηματολόγιο RAND-36 χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των επιπέδων ποιότητας ζωής. Καλύπτει τις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού πόνου, του περιορισμού των ρόλων λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας, περιορισμού των ρόλων λόγω προσωπικών ή συναισθηματικών προβλημάτων, τη συναισθηματική ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα, τα επίπεδα ενέργειας/κόπωσης,

και τις γενικότερες αντιλήψεις για τα επίπεδα υγείας. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήματα, τα οποία είναι όμοια με αυτά που μετρώνται από το MOS SF-36 (Ware & Shebourne, 1992). Τα ερωτήματα αυτά αναπτύχθηκαν από μεγαλύτερα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν από ασθενείς που συμμετείχαν στη Medical Outcomes Study (MOS). Η έρευνα αυτή (MOS) αποτελούσε μια μελέτη παρατήρησης των διαφορών στα στυλ πρακτικής των γιατρών και στα αποτελέσματα στην πορεία υγείας των ασθενών σε διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας (Hays & Shapiro, 1992). Στη συγκεκριμένη έρευνα, το RAND-36 χρησιμοποιήθηκε εστιάζοντας κυρίως σε τρεις διαστάσεις: τη σωματική λειτουργικότητα, η οποία αφορά την ικανότητα των ασθενών να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ανεβοκατέβασμα σκαλιών, η μεταφορά αντικειμένων, το σκύψιμο, το περπάτημα κ.α. και κατά πόσο αυτή η ικανότητα παρεμποδίζεται από το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν· τη συναισθηματική ευεξία, η οποία αναφέρεται στη διάθεση και τις συναισθηματικές εκδηλώσεις που είχαν οι ασθενείς (π.χ. τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχα εκνευρισμό/ αισθανόμουν μελαγχολία/ ήμουν χαρούμενη κ.α.)· τα γενικά επίπεδα υγείας, μεταβλητή που αφορά κυρίως το πόσο υγιής αντιλαμβάνεται ότι είναι η ασθενής, με βάση τη σύγκριση της υγείας της με αυτή άλλων γνωστών της, το πόσο συχνά θεωρεί ότι αρρωσταίνει ή το αν περιμένει ότι η υγεία της θα χειροτερεύσει. Οι κλίμακες του RAND-36 βαθμολογούνται από το 0-100 και τα ψηλότερα σκορ σηματοδοτούν θετικότερα επίπεδα υγείας και ευεξίας. Οι κλίμακες του RAND-36 επέδειξαν τα ακόλουθα επίπεδα αξιοπιστίας: γενικά επίπεδα υγείας, $\alpha=.73$ στην Α και $\alpha=.79$ στη Β φάση· σωματική λειτουργικότητα, $\alpha=.92$ και $\alpha=.71$ · συναισθηματική ευεξία, $\alpha=.75$ και $\alpha=.65$.

Το ERQ (Gross & John, 2003) μετρά δύο στρατηγικές ρύθμισης τους συναισθήματος, τη γνωστική επανεκτίμηση και την εκφραστική καταπίεση. Η γνωστική επανεκτίμηση

περιγράφει τις στρατηγικές εκείνες που χρησιμοποιεί ένα άτομο προκειμένου γνωστικά να ρυθμίσει το συναίσθημά του, για παράδειγμα «όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα με την υγεία μου, κάνω τον εαυτό μου να σκεφτεί με τρόπο που με βοηθά να παραμείνω ήρεμος» ή «όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα, αλλάζω αυτό που σκέφτομαι». Η εκφραστική καταπίεση μετρείται με ερωτήματα του τύπου «ελέγχω τα συναισθήματά μου για την κατάσταση της υγείας μου με το να μην τα εκφράζω». Οι κλίμακες του ERQ είχαν τις ακόλουθες τιμές Cronbach's α : γνωστική επανεκτίμηση, $\alpha=.80$ στην Α και $\alpha=.82$ στη Β φάση· εκφραστική καταπίεση, $\alpha=.85$ και $\alpha=.80$. Οι τιμές αυτές είναι παραπλήσιες των τιμών που έδειξαν οι μελέτες των Gross και John, αλλά και άλλων ερευνητών που χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

Στατιστικές αναλύσεις

Για τις στατιστικές αναλύσεις της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο SPSS 17.0. Για τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στις ποσοτικές μεταβλητές της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης r του Pearson. Για την ανεύρεση πιθανών σχέσεων ανάμεσα στις αναπαραστάσεις των ασθενών, τα επίπεδα υγείας, τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία που αφορούσαν την επέμβαση, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (ANOVA). Για τη σύγκριση των επιδόσεων των συμμετεχουσών στα ερωτηματολόγια πριν την επέμβαση και μετά, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t-test (paired samples), και τέλος, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της προβλεπτικής ικανότητας κάποιων μεταβλητών στα επίπεδα υγείας των συμμετεχουσών μετά την επέμβαση.

Αποτελέσματα

Στοιχεία για επέμβαση

Το 37% κατέφυγε στην επέμβαση υστερεκτομής εξαιτίας ινομυωμάτων, το 24% λόγω μηνορραγιών, το 13% λόγω πρόπτωσης μήτρας, 11% λόγω κυστών και 6% λόγω αλλοιωμένων κυττάρων ενώ 3,7% εξαιτίας κοιλιακών πόνων, αδιευκρίνιστης – προς τις ίδιες – αιτιολογίας. Το 65% υπεβλήθη σε μερική και το 35% σε ολική υστερεκτομή, ενώ η συχνότερη μέθοδος επέμβασης ήταν με χρήση κοιλιακής τομής (53,7%), ακολουθούσε η κοιλιακή τομή (27,8%) και τέλος η χρήση λαπαροσκόπησης (18,5%).

Σεξουαλική Ζωή

Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωναν ικανοποιημένες (38,9%) και πολύ ικανοποιημένες (48,1%) από τη σεξουαλική τους ζωή πριν την επέμβαση και η πλειοψηφία περίμεναν ότι μετά την επέμβαση δεν θα άλλαζε κάτι όσον αφορά τη σεξουαλική τους ζωή (68,5%) ή ότι θα χειροτέρευε (18,5%). Μετά την επέμβαση, ανέφεραν ότι η σεξουαλική τους ζωή παρέμεινε η ίδια (72,2%) ή βελτιώθηκε (18,5%) ενώ την χαρακτήριζαν ως πολύ καλή (40,7%) ή ως ικανοποιητική (50%). Όσον αφορά τη συμπεριφορά του συντρόφου τους απέναντί τους, σε ποσοστό 75,9% περίμεναν ότι θα παρέμενε η ίδια και το 79,6% αναφέρουν ότι δεν άλλαξε μετά την επέμβαση.

Πίνακας 1. Περιγραφικά μεγέθη δημογραφικών χαρακτηριστικών (N=54)

	M	SD
Ηλικία	47,94	5,1
Παιδιά	2,6	1,1
Διάρκεια Γάμου	26,3	5,2

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Κλίμακες Μέτρησης IPQ-R, RAND-36 και ERQ

Για τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τις μεταβλητές των αντιλήψεων για την υγεία (IPQ-R), των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος (ERQ) που οι συμμετέχουσες χρησιμοποιούσαν, και των επιπέδων υγείας τους (RAND-36), χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA), και μετέπειτα, έγινε χρήση post-hoc κριτηρίων πολλαπλών συγκρίσεων (Scheffe) για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ομάδων, με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0. Ο αριθμός των παιδιών φάνηκε να ασκεί σημαντική επίδραση στην αντίληψη για τη χρονιότητα της κατάστασης υγείας μετά την επέμβαση $F(4,49)=3.55, p=.013$, και στις συνέπειες πριν την επέμβαση $F(4,49)=3.49, p=.014$, και μετά την επέμβαση $F(4,49)=3.93, p=.008$. Ο αριθμός των παιδιών βρέθηκε να ασκεί επίδραση και στην αντίληψη για τη συνοχή της κατάστασης υγείας πριν την επέμβαση $F(4,49)=3.92, p=.008$, και στην αντίληψη για την κυκλικότητα των συμπτωμάτων πριν την επέμβαση $F(4,49)=4.66, p=.003$ και μετά την επέμβαση $F(18,35)=2.87, p=.004$. Τέλος, ο αριθμός των παιδιών φάνηκε να ασκεί σημαντική επίδραση στη γνωστική επανεκτίμηση μετά την επέμβαση $F(4,49)=2.8, p=.036$.

Ο λόγος για την επέμβαση φάνηκε να ασκεί σημαντική επίδραση στα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας $F(5,48)=2.70, p=.032$. Ο λόγος της επέμβασης βρέθηκε να ασκεί σημαντική επίδραση και στην αντίληψη για τη χρονιότητα της κατάστασης υγείας μετά την επέμβαση $F(5,48)=2.85, p=.025$. Σημαντική φάνηκε να είναι η επίδραση του λόγου της επέμβασης και στις αντιλήψεις για τις συνέπειες μετά την επέμβαση $F(5,48)=6.4, p=.000$ αλλά και στις αντιλήψεις για την ελεγχσιμότητα της κατάστασης μέσω της θεραπείας, πριν την επέμβαση $F(5,48)=2.52, p=.042$. Ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη χρήση του κριτηρίου Scheffe έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ύπαρξη αλλοιωμένων κυττάρων και ινομυωμάτων, ινομυωμάτων και μνηοραγιών, ινομυωμάτων και πρόπτωσης μήτρας. Σημαντική επίδραση φάνηκε να ασκεί ο λόγος για την επέμβαση και στην αντίληψη για την κυκλικότητα των συμπτωμάτων $F(5,48)=2.92, p=.022$. Επίσης, σημαντική ήταν η επίδραση του λόγου της επέμβασης και στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις πριν την επέμβαση $F(5,48)=8.99, p=.000$, με την ομάδα με ύπαρξη ινομυωμάτων να διαφέρει σημαντικά από την ομάδα με ύπαρξη αλλοιωμένων κυττάρων και πρόπτωσης μήτρας, όπως φάνηκε από τη χρήση του κριτηρίου Scheffe.

Η μέθοδος της επέμβασης φάνηκε να ασκεί μια συνολική σημαντική επίδραση στα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση $F(2,51)=3.36, p=.043$. Ο έλεγχος Scheffe δεν έδειξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες. Η μέθοδος επέμβασης φάνηκε να ασκεί σημαντική επίδραση και στα γενικά επίπεδα υγείας $F(2,51)=5.2, p=.009$. Το κριτήριο Scheffe έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κοιλιακή και την κοιλιακή τομή αλλά και τη χρήση λαπαροσκόπησης. Η μέθοδος, βρέθηκε να ασκεί σημαντική επίδραση στα γενικά επίπεδα υγείας και μετά την επέμβαση $F(2,51)=4.54, p=.015$. Το τεστ πολλαπλών

συγκρίσεων έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη λαπαροσκόπηση και την κοιλική τομή (χρήση Scheffe) και ανάμεσα στη λαπαροσκόπηση και την κοιλιακή τομή. Η μέθοδος βρέθηκε να ασκεί σημαντική επίδραση και στην αντίληψη για τη χρονιότητα της κατάστασης υγείας μετά την επέμβαση $F(2,51)=3,98, p=.025$. Η μέθοδος φάνηκε να επιδρά σημαντικά και στη χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης πριν την επέμβαση $F(2,51)=6.51, p=.003$. Η χρήση λαπαροσκόπησης φάνηκε να διαφέρει σημαντικά από τη χρήση κοιλιακής αλλά και κοιλικής τομής, με τη χρήση του Scheffe. Σημαντική βρέθηκε να είναι η επίδραση της μεθόδου και στη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης πριν την επέμβαση $F(2,51)=3.22, p=.048$. Ο τύπος της επέμβασης, έδειξε να έχει σημαντική επίδραση στα γενικά επίπεδα υγείας πριν την επέμβαση $F(1,52)=5.13, p=.028$ αλλά και στην αντίληψη για τη χρονιότητα της κατάστασης μετά την επέμβαση $F(1,52)=10.63, p=.002$.

Για την αναζήτηση συσχετίσεων ανάμεσα στην ηλικία και τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson's r . Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που εμφανίστηκαν ήταν ανάμεσα στην ηλικία και την αντίληψη για τις συνέπειες πριν την επέμβαση, η οποία ήταν αρνητική ($r = -.417, p < .01$), με την γνωστική επανεκτίμηση πριν την επέμβαση, όπου ήταν θετική ($r = .438, p < .01$) και μετά την επέμβαση, όπου ήταν επίσης θετική ($r = .344, p < .05$). Επίσης, η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την αίσθηση συμμετοχής στην επιλογή μεθόδου ($r = .354, p < .01$).

Πληροφόρηση

Το 92,6% των συμμετεχουσών ανέφεραν ότι οι πληροφορίες που έλαβαν σχετικά με την επέμβαση προέρχονταν από το γιατρό τους και δήλωναν ιδιαίτερα ικανοποιημένες

από την προσληφθείσα πληροφόρηση. Η πληροφόρηση από το γιατρό σχετικά με την επέμβαση (τους λόγους και την αναγκαιότητα της επέμβασης, τη διαδικασία που θα ακολουθούνταν στο χειρουργείο, τη μορφή και τη μέθοδο της επέμβασης) φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την επιλογή μεθόδου⁴ ($r = .793, p < .01$), με την ικανοποίηση από τις υπάρχουσες γνώσεις⁵ ($r = .785, p < .01$) και με την κατανόηση της διαδικασίας ($r = .887, p < .01$). Επίσης, η επιλογή μεθόδου συσχετίζεται θετικά με την αίσθηση ικανοποίησης από τις υπάρχουσες γνώσεις ($r = .678, p < .01$) και με την κατανόηση της διαδικασίας ($r = .731, p < .01$). Τέλος, η κλίμακα της κατανόησης της διαδικασίας, συσχετίζεται θετικά και με την ικανοποίηση από τις υπάρχουσες γνώσεις ($r = .788, p < .01$). Η προετοιμασία, και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την επέμβαση, δεν συσχετίζονται με καμία άλλη κλίμακα.

Πληροφόρηση και διαστάσεις ερωτηματολογίου Αντιλήψεων για την Ασθένεια (IPQ-R)

Η κλίμακα της πληροφόρησης από το γιατρό, δεν συσχετίζεται με καμία κλίμακα του IPQ-R στην πρώτη χορήγηση, αλλά δείχνει να σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα της χρονιότητας (IPQ-R) στη Β' χορήγηση ($r = -.289, p < .05$) και θετικά με την κλίμακα του προσωπικού ελέγχου (IPQ-R) ($r = .324, p < .05$) στη Β' χορήγηση. Η κλίμακα της κατανόησης της διαδικασίας φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα των συνεπειών (IPQ-R) ($r = -.303, p < .05$) στην Α' χορήγηση και την κλίμακα του χρονιότητα (IPQ-R) ($r = -.382, p < .01$) στη Β' χορήγηση. Η αίσθηση προετοιμασίας, συσχετίζεται αρνητικά ($r = -.287, p < .05$) με την αντίληψη για τη συνοχή της κατάστασης υγείας (IPQ-R) στην Α' χορήγηση, και θετικά με την αίσθηση προσωπικού ελέγχου (IPQ-R) στη Β' χορήγηση ($r = .302, p < .05$). Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την επέμβαση

⁴ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης για την επιλογή της μεθόδου

⁵ Γνώσεις σχετικά με το γυναικείο γεννητικό σύστημα

Πίνακας 2: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της πληροφόρησης από το γιατρό, και τα επίπεδα ικανοποίησης που ένιωθαν από τις υπάρχουσες γνώσεις, την αντιλαμβανόμενη κατανόηση της διαδικασίας και την ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους στην επιλογή της μεθόδου επέμβασης (N=54)

	Πληροφόρ. από γιατρό	Επιλογή μεθόδου	Ικανοπ. γνώσεις
Επιλογή μεθόδου	,793**		
Ικανοποιητικές γνώσεις	,785**	,678**	
Κατανόηση διαδικασίας	,887**	,731**	,788**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

συσχετίζονται αρνητικά με την *συνοχή της κατάστασης υγείας (IPQ-R)* στην Α' χορήγηση ($r = -.343$, $p < .05$) και θετικά με τις *συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση της υγείας (IPQ-R)* στην Α' χορήγηση ($r = .301$, $p < .05$) και στη Β' χορήγηση ($r = .464$, $p < .01$). Η αίσθηση ελέγχου στην επιλογή της μεθόδου επέμβασης, συσχετίζεται αρνητικά με τις *συνέπειες (IPQ-R)* από την επέμβαση στην Α' χορήγηση ($r = -.294$, $p < .05$), και θετικά με τον *προσωπικό έλεγχο (IPQ-R)* ($r = .279$, $p < .05$) και τη *συνοχή της κατάστασης υγείας (IPQ-R)* ($r = .318$, $p < .05$) στη Β' χορήγηση. Οι κλίμακες της αίσθησης ελέγχου στην επιλογή της μεθόδου επέμβασης, ικανοποιητικών γνώσεων σχετικά με το σώμα και κατανόησης της διαδικασίας, αφορούν μεμονωμένα ερωτήματα, και όχι σύνολα ερωτημάτων. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πληροφόρηση και διαστάσεις ερωτηματολογίου RAND-36

Τα γενικά επίπεδα υγείας από το RAND-36 στην Α μέτρηση φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την πληροφόρηση από το γιατρό ($r=.341, p<.05$), την αίσθηση ελέγχου στην επιλογή μεθόδου ($r=.377, p<.05$) και την κατανόηση της διαδικασίας ($r=.392, p<.05$), ενώ τα γενικά επίπεδα υγείας στη Β μέτρηση παρουσιάζουν επίσης θετικές συσχετίσεις με την πληροφόρηση από το γιατρό ($r=.356, p<.01$) και την κατανόηση της διαδικασίας ($r=.330, p<.05$). Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πληροφόρηση και διαστάσεις ERQ

Η προετοιμασία εμφάνισε θετική συσχέτιση με την γνωστική επανεκτίμηση στη Β μέτρηση ($r=.433, p<.01$), και η συμμετοχή στην επιλογή μεθόδου επέμβασης εμφάνισε θετικές συσχετίσεις με τη γνωστική επανεκτίμηση στην Α ($r=.419, p<.01$) και στη Β μέτρηση ($r=.346, p<.05$).

Συσχετίσεις ανάμεσα στις κλίμακες των ερωτηματολογίων IPQ-R, ERQ και RAND-36

Οι συνέπειες συσχετίζονται αρνητικά με την γνωστική επανεκτίμηση ($r=-.482, p<.01$), ο έλεγχος στη θεραπεία συσχετίζεται θετικά με την εκφραστική καταπίεση ($r=.402, p<.01$), και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις συσχετίζονται αρνητικά τόσο με την γνωστική επανεκτίμηση ($r=-.415, p<.01$) όσο και με την εκφραστική καταπίεση ($r=-.350, p<.01$). Η γνωστική επανεκτίμηση συσχετίζεται αρνητικά με τις συνέπειες ($r=-.399, p<.01$) και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r=-.419, p<.01$) στη Β μέτρηση. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 3. Συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της πληροφόρησης και τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου IPQ-R πριν και μετά την επέμβαση (N=54)

	Προετοιμ ασία	Συναισθ.αν απαρ. για επέμβαση	Επιλογή μεθόδου	Καταν. Διαδικασ.	Πληροφό ρηση από γιατρό
Συνοχή _A	-,287*	-,343*			
Συναισθ. αναπαρ. για κατάσταση υγείας_A		,301*			
Συνέπειες_A			-,294*	-,303*	
Χρονιότητα_B				-,382**	-,289*
Προσωπικός Έλεγχος_B	,302*		,279*		,324*
Συνοχή _B			,318*		
Συναισθημ. αναπαραστ. για κατάστ. υγείας_B		,464**			

* $p < .05$ ** $p < .01$

A=πριν την επέμβαση

B= μετά την επέμβαση

Η εκφραστική καταπίεση συσχετίζεται αρνητικά με το χρονοδιάγραμμα ($r = -.336$, $p < .05$), τις συνέπειες ($r = -.366$, $p < .01$) και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = -.384$, $p < .01$) και θετικά με τον προσωπικό έλεγχο ($r = .275$, $p < .05$) και τον έλεγχο στη θεραπεία ($r = .425$, $p < .01$).

Η γνωστική επανεκτίμηση συσχετίζεται αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = -.323$, $p < .05$) και η εκφραστική καταπίεση συσχετίζεται αρνητικά με τις συνέπειες ($r = -.285$, $p < .05$). Βλέπουμε ότι η εκφραστική καταπίεση συσχετίζεται

θετικά με τη *σωματική λειτουργικότητα* ($r=.295, p<.05$) και αρνητικά με τη *συναισθηματική ευεξία* ($r=-.364, p<.01$).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάμεσα στα γενικά επίπεδα υγείας πριν και μετά την επέμβαση και τη συναισθηματική ευεξία πριν την επέμβαση, και των μεταβλητών που αφορούν την πληροφόρηση

	Γενικά επίπεδα υγείας A	Συναισθημ. ευεξία B	Γενικά επίπεδα υγείας B
Κατανόηση διαδικασίας	,392**		,330*
Συμμετ. στην επιλογή μεθόδου	,377**		
Πληροφόρ. από γιατρό	,341*		,356**

* $p<.05$ ** $p<.01$

Όσον αφορά τις μετρήσεις που αφορούσαν το διάστημα πριν την επέμβαση, οι *συνέπειες* παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με τη *σωματική λειτουργικότητα* ($r= -.318, p<.05$), ο *έλεγχος στη θεραπεία* συσχετίζεται θετικά με τα *γενικά επίπεδα υγείας* ($r=.436, p<.01$), η *συνοχή της κατάστασης υγείας* συσχετίζεται θετικά με τη *συναισθηματική ευεξία* ($r=.319, p<.05$), και οι *συναισθηματικές αναπαραστάσεις* συσχετίζονται αρνητικά με τη *σωματική λειτουργικότητα* ($r=-.371, p<.01$) και τα *γενικά επίπεδα υγείας* ($r= -.342, p<.05$). Όσον αφορά τις μετρήσεις που αφορούσαν το διάστημα μετά την επέμβαση, η αντίληψη για τη *χρονιότητα* συσχετίζεται αρνητικά τόσο με τη *σωματική λειτουργικότητα* ($r= -.282, p<.05$), όσο και με τη *συναισθηματική ευεξία* ($r=-.461, p<.01$) αλλά και τα *γενικά επίπεδα υγείας* ($r=-.462, p<.01$), όπως και η αντίληψη για τις *συνέπειες* στην κατάσταση υγείας μετά την επέμβαση συσχετίζεται επίσης αρνητικά με τη *σωματική λειτουργικότητα* ($r=-.376, p<.01$), με τη *συναισθηματική ευεξία* ($r=-.397,$

$p < .01$) και με τα γενικά επίπεδα υγείας ($r = -.293$, $p < .05$). Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Η αντίληψη για τον αποδιδόμενο έλεγχο στη θεραπεία (επέμβαση) συσχετίζεται θετικά με τη σωματική λειτουργικότητα ($r = .288$, $p < .05$), και με τα γενικά επίπεδα υγείας ($r = .573$, $p < .01$), ενώ η αντίληψη για τη συνοχή της κατάσταση υγείας συσχετίζεται θετικά με τη συναισθηματική ευεξία ($r = .384$, $p < .01$), και τα γενικά επίπεδα υγείας ($r = .45$, $p < .01$). Η αντίληψη για την κυκλικότητα των συμπτωμάτων συσχετίζεται αρνητικά με τη σωματική λειτουργικότητα ($r = -.275$, $p < .05$), τη συναισθηματική ευεξία ($r = -.286$, $p < .05$), και τα γενικά επίπεδα υγείας ($r = -.348$, $p < .01$), και τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση της υγείας συσχετίζονται αρνητικά με τη συναισθηματική ευεξία ($r = -.41$, $p < .01$), και τα γενικά επίπεδα υγείας ($r = -.33$, $p < .05$), (βλ. Πίνακα 6). Η γνωστική επανεκτίμηση και η εκφραστική καταπίεση δεν παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση με καμία από τις διαστάσεις του RAND-36 της B μέτρησης.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάμεσα στις αντιλήψεις για τις συνέπειες, τον έλεγχο που αποδίδεται στη θεραπεία, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, τη σωματική λειτουργικότητα, και τη συναισθηματική ευεξία πριν την επέμβαση, τη χρονιότητα, την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, την απόδοση ελέγχου στη θεραπεία, τις συνέπειες και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις μετά την επέμβαση και τη χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης και της εκφραστικής καταπίεσης πριν και μετά την επέμβαση

	Γνωστική επανεκτίμηση _A	Εκφραστική καταπίεση_ A	Γνωστική επανεκτ. B	Εκφραστική καταπίεση B
Συνέπειες_A	-,482**			
Έλεγχος θεραπείας_A		,402**		
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις_A	-,415**	-,350**		
Χρονιότητα_B		-,336*		
Συνέπειες_B	-,399*	-,366**		-,285*
Προσωπικός έλεγχος_B		,275*		
Έλεγχος θεραπείας_B		,425**		
Συναισθηματικές αναπαραστ. B	-,419**	-,384**	-,323*	
Σωματική λειτουργικότη. A		,295*		
Συναισθηματική ευεξία A		-,364**		

* $p < .05$ ** $p < .01$

Πίνακας 6 . Συσχετίσεις ανάμεσα στις αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας πριν και μετά την επέμβαση και τα γενικά επίπεδα υγείας, σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση (N=54)

	Συνέπειες A	Έλεγχος Θεραπείας A	Συνοχή A	Συναισθηματικ ές αναπαραστάσει ς A	Χρονιότη τα B	Συνέπειες B	Έλεγχος θεραπείας B	Συνοχή B	Κυκλικότ ητα B	Συναισθηματικές Αναπαραστάσεις B
Σωματική	-,318*			-,371**	-,282*	-,376**	,288*		-,275*	
Λειτουργικότητα B										
Συναισθηματική			,319*		-,461**	-,397**		,384**	-,286*	-,410**
Ευεξία B										
Γενικά επίπεδα		,436**		,342*	-,462**	-,293*	,573**	,450**	-,348**	-,333*
Υγείας B										

* $p < .05$ ** $p < .01$

Σύγκριση μέσων όρων απαντήσεων πριν και μετά την επέμβαση

Η σύγκριση των απαντήσεων των συμμετεχουσών ανάμεσα στη μέτρηση που αφορούσε το διάστημα πριν την επέμβαση και το διάστημα μετά την επέμβαση έγινε με τη χρήση t-test εξαρτημένων δειγμάτων (πριν και μετά). Από τον πίνακα βλέπουμε ότι παρουσιάζονται αυξημένες στη μέτρηση μετά την επέμβαση, σε σύγκριση με πριν, οι τιμές των μεταβλητών *σωματική λειτουργικότητα* ($t=-3.89$, $p<.001$), *συναισθηματική ευεξία* ($t=-4.61$, $p<.001$) και *γενικά επίπεδα υγείας* ($t=-4.78$, $p<.001$). Οι τιμές των κλιμάκων *χρονιότητα* ($t=2.48$, $p<.05$), *συνέπειες* ($t= 8.7$, $p<.001$), *κυκλικότητα (συμπτωμάτων)* ($t=3.19$, $p<.01$) και *συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση υγείας* ($t=7.84$, $p<.001$), είναι μειωμένες στη Β χορήγηση, σύμφωνα με την υπόθεσή μας. Αντίστοιχα, οι τιμές των κλιμάκων *προσωπικού ελέγχου* ($t=-5.66$, $p<.001$), *ελέγχου στη θεραπεία* ($t=6.29$, $p<.001$), και *συνοχής της κατάστασης υγείας* ($t=5.15$, $p<.001$) παρουσιάζονται αυξημένες στη Β χορήγηση σε σύγκριση με την Α. Η υπόθεση για αυξημένη χρήση της στρατηγικής της *γνωστικής επανεκτίμησης* και μειωμένη χρήση των *εκφραστικής καταπίεσης* στη Β χορήγηση σε σύγκριση με την Α, δεν επιβεβαιώνεται, παρόλο που η διαφορά των μέσων όρων για την γνωστική επανεκτίμηση ακολουθεί την αναμενόμενη κατεύθυνση, δεν είναι ωστόσο στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 7. αποτελέσματα paired t-test ανάμεσα στις μετρήσεις A και B χορήγησης

	A' ΜΕΤΡΗΣΗ	B' ΜΕΤΡΗΣΗ	t
	Mean (SD)	Mean (SD)	
RAND-36 Σωματική λειτουργικ.	76.7 (23.31)	90.37 (10.22)	-3.89***
Συναισθηματική ευεξία	55.46 (17.35)	68.18 (13.85)	-4.61***
Γεν. Επίπ. Υγείας	62.78 (19)	72.03 (16.50)	-4.78***
IPQ-R Χρονοδιάγρ.	14.5 (3.33)	13.01 (4.31)	2.48*
Συνέπειες	15.07 (4.30)	11.25 (3.70)	8.7***
Προσ. Έλεγχος	16.42(3.49)	19.5 (3.77)	-5.66***
Έλεγχος Θεραπείας	18.31 (3.5)	20.40 (2.66)	-6.29***
Συνοχή	17.48 (3.93)	20.31 (2.63)	-5.15***
Κυκλικότητα	11.51 (3.20)	9.83 (2.86)	3.19**
Συναισθ. αναπαρ.	18.53 (4.58)	13.90 (5.33)	7.84 ***
ERQ Γνωστική επανεκτίμηση	30.39 (7.05)	31.35 (6.98)	-1.37
Εκφραστική καταπίεση	14.94 (6.28)	14.98 (5.40)	-.05

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση ιεραρχικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των γενικών επιπέδων υγείας των συμμετεχουσών μετά την επέμβαση. Αρχικά, εισήγαμε στην ανάλυση το λόγο που οδήγησε στην επέμβαση, καθώς θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τα μετέπειτα επίπεδα υγείας. Διαφορετικοί λόγοι – ιατρικές καταστάσεις όπως ύπαρξη ινομυωμάτων, μηνορραγίες, κύστες κλπ, μπορεί να εμφανίζονται με σοβαρά και ενοχλητικά συμπτώματα, τα οποία να οδηγούν στην αναγκαιότητα ή την απόφαση για υστερεκτομή, καθώς η επέμβαση στοχεύει στην ανακούφιση των ασθενών από τα

συγκεκριμένα συμπτώματα. Ακολουθώντας, προσθέσαμε σε δεύτερη φάση τα γενικά επίπεδα υγείας πριν την επέμβαση, με σκοπό να δούμε τη συμβολή τους στα γενικά επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση, και να διευκρινισθεί ο πιθανός τους ρόλος σε σύγκριση με άλλες μεταβλητές οι οποίες εξετάζονται. Τέλος, συμπεριλάβαμε στις προβλεπτικές μεταβλητές την αίσθηση ελέγχου στην θεραπεία αλλά και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την κατάσταση της υγείας, καθώς, αφενός θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για τον τρόπο που ένας άνθρωπος κρίνει τα επίπεδα υγείας του, και αφετέρου, ακολουθώντας ένα μοντέλο το οποίο ξεκινώντας από τις πρακτικές δυσκολίες που επιβαρύνουν την υγεία, εξετάζουμε την αντίληψη της ασθενούς για την υγεία της και ακολούθως, σε ένα πιο βαθύ επίπεδο, εξετάζουμε μαζί και κάποιες από τις αντιλήψεις σε σχέση με την κατάσταση της υγείας της που φαίνονται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο.

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 8, ο λόγος της επέμβασης εξηγεί το 10% της διακύμανσης των επιπέδων υγείας, μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .10$, $F_{change} (1,52) = 5.83$, $p < .05$). Όταν προστέθηκαν τα γενικά επίπεδα υγείας πριν τις επέμβαση, ο συνδυασμός των δύο αυτών μεταβλητών φάνηκε να εξηγεί το 46% της διακύμανσης των επιπέδων υγείας μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .46$, $F_{change} (1,51) = 54.03$, $p < .001$). Τέλος, στο τρίτο βήμα, προστέθηκαν και η αντίληψη για τον έλεγχο που αποδίδεται στη θεραπεία, αλλά και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, και φάνηκε να προβλέπουν το 8.5% της διακύμανσης των γενικών επιπέδων υγείας μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .085$, $F_{change} (2,49) = 5.95$, $p < .01$). Έτσι, το συνολικό μοντέλο μας φαίνεται να ερμηνεύει το 64.5% της διακύμανσης των γενικών επιπέδων υγείας μετά την επέμβαση, με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις να μην παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική προβλεπτική ικανότητα και το λόγο για την επέμβαση να έχει αρνητική πρόβλεψη στα γενικά επίπεδα υγείας.

Πίνακας 8. Ανάλυση Ιεραρχικής Παλινδρόμησης των προβλεπτικών μεταβλητών για τα γενικά επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση (N=54)

	β	t	ΔR^2	F_{change}	$d.f.$
Βήμα 1			.10	5.83*	1,52
Λόγος επέμβ.	-.32	-2.41*			
Βήμα 2			.46	54.03***	1,51
Γενικά επίπ. Υγείας A	.68	7.35***			
Βήμα 3			.085	5.95**	2,49
Έλεγχος θεραπείας A	.28	3.15**			
Συναισθημ. αναπαραστ. A	-.10	-1.9			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης για τη πρόβλεψη των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση. Αρχικά, εξετάζεται η προβλεπτική ικανότητα των παραμέτρων που αφορούν την επέμβαση, όπως ο λόγος για την επέμβαση (αιτία), ο τύπος της επέμβασης (ολική, ή μερική) και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε (κοιλιακή τομή, ή κοιλιακή τομή ή λαπαροσκόπηση). Οι τρεις αυτοί παράγοντες εισάγονται πρώτοι καθώς θεωρούνται σημαντικοί για τον τρόπο που μια γυναίκα θα αισθάνεται μετά την υστερεκτομή, εφόσον ο λόγος για την επέμβαση μπορεί να απαλειφθεί, ο τύπος της επέμβασης φαίνεται να διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο, καθώς η διατήρηση ή όχι των ωοθηκών, επηρεάζει τη διάθεση, αλλά και το ποια όργανα τελικά θα παραμείνουν, φαίνεται να επηρεάζει την αυτο-αντίληψη της γυναίκας. Τέλος, η μέθοδος, διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο, καθώς η παρουσία έντονης ουλής φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο αρνητικό συναίσθημα στις ασθενείς. Οι τρεις αυτές παράμετροι φαίνεται να ερμηνεύουν το 21% της διακύμανσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας

των συμμετεχουσών μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .21$, $F_{change} (3,50) = 4.40$, $p < .01$). Σε δεύτερη φάση, προστέθηκαν τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας πριν την επέμβαση, για να ελεγχουμε αν η διάθεση πριν την επέμβαση μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο στη διάθεση μετά την επέμβαση και για να ελεγχθεί η πιθανή επίδρασή της. Τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας πριν την επέμβαση, φάνηκε να ερμηνεύουν το 0.3% της διακύμανσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .03$, $F_{change} (1,49) = 2.17$, $p > .05, ns$). Τέλος, στην τρίτη φάση προστέθηκε η μεταβλητή της αντίληψης για τη συνοχή της κατάστασης υγείας πριν την επέμβαση, που έδειξε να συσχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση, με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson's r . Φάνηκε να ερμηνεύει το 10% της διακύμανσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .10$, $F_{change} (1,48) = 7.7$, $p < .01$). Το μοντέλο αυτό, με την συμπερίληψη όλων των προαναφερόμενων μεταβλητών, φαίνεται να προβλέπει το 31.3% της διακύμανσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση, με τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας να φαίνεται ότι δεν διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στην πρόβλεψη των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση.

Στον πίνακα 10, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των επιπέδων σωματικής λειτουργικότητας μετά την επέμβαση. Σε πρώτη φάση, εξετάζεται η μεταβλητή της γνωστικής επανεκτίμησης, καθώς η χρήση της στρατηγικής αυτής για τη ρύθμιση του συναισθήματος, έχει συνδεθεί με καλύτερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, με πιο υγιείς συμπεριφορές και με ευεργετικά αποτελέσματα στον άνθρωπο από τη χρήση της.

Πίνακας 9. Ανάλυση Ιεραρχικής Παλινδρόμησης των προβλεπτικών μεταβλητών για τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση (N=54)

	β	t	ΔR^2	F_{change}	$d.f.$
Βήμα 1			.21	4.40**	3,50
Λόγος επέμβ.	-.37	-2.79**			
Τύπος επέμβασης	.00	.04			
Μέθοδος επέμβασης	.36	2.77**			
Βήμα 2			.03	2.17	1,49
Συναισθ. Ευεξία A	.19	1.47			
Βήμα 3			.10	7.7**	1,48
Συνοχή κατάστασης υγείας A	.33	2.78**			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Ωστόσο, η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η γνωστική επανεκτίμηση δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας ($\Delta R^2 = .00$, $F_{change} (1,52) = .04$, $p > .05$ ns). Ακολούθως, προστίθενται τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας πριν την επέμβαση, για να ελεγχθεί η παρέμβαση τους στα επίπεδα λειτουργικότητας μετά την επέμβαση, και για να φανεί πιο ξεκάθαρα η προβλεπτική ικανότητα των υπολοίπων παραγόντων. Δεν φάνηκε να έχουν καμία προβλεπτική αξία ($\Delta R^2 = .00$, $F_{change} (1,51) = .02$, $p > .05$ ns). Στο τρίτο βήμα, προστέθηκαν οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και η αντίληψη για τις συνέπειες στην υγεία, όπως ίσχυαν για τις συμμετέχουσες πριν την επέμβαση, καθώς οι μεταβλητές αυτές, υποστηρίζεται ότι μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας του ατόμου. Η προσθήκη αυτών των μεταβλητών

φάνηκε να ερμηνεύει το 22% της διακύμανσης των επιπέδων σωματικής λειτουργικότητας μετά την επέμβαση ($\Delta R^2 = .22$, $F_{change} (2,49) = 6.76$, $p < .01$).

Πίνακας 10. Ανάλυση Ιεραρχικής Παλινδρόμησης των προβλεπτικών μεταβλητών για τη σωματική λειτουργικότητα μετά την επέμβαση (N=54)

	β	t	ΔR^2	F_{change}	$d.f.$
Βήμα 1			.00	.04	1,52
Γνωστική επανεκτ. A	-.03	-.20			
Βήμα 2			.00	.02	1,51
Σωματική λειτουργ. A	-.02	-.14			
Βήμα 3			.22	6.76**	2,49
Συναισθ. Αναπαραστ. A	-.35	-2.08**			
Συνέπειες A	-.25	-1.44			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Συζήτηση

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είδαμε τη σημασία που έχει η πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες που θα αντιμετωπίσουν και τις επιπτώσεις τους στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στα επίπεδα ψυχικής υγείας και σωματικής τους λειτουργικότητας. Αναμέναμε λοιπόν, ότι η πληροφόρηση από το γιατρό θα εμφανίσει συσχετίσεις προς συγκεκριμένη κατεύθυνση με τις αντιλήψεις για την ασθένεια, και στην πλειοψηφία τους, οι συσχετίσεις αυτές εμφανίστηκαν. Οι συσχετίσεις δείχνουν ότι η πληροφόρηση πιθανότατα είχε αντίκτυπο στις ασθενείς, έγινε δεκτή και κατανοητή και πιθανό να ευθύνεται για την αυξημένη κατανόηση των διαδικασιών που θα ακολουθούνταν. Η πληροφόρηση από το γιατρό δεν σχετίζεται σημαντικά με τις διαστάσεις που μετρώνται από το IPQ-R, παρά μόνο αρνητικά με την αντίληψη για τη χρονιότητα της κατάστασης υγείας, που αφορά την περίοδο μετά την επέμβαση και αναφέρεται στην αντίληψη για περιορισμένη χρονική διάρκεια των δυσχερειών με την υγεία. Συσχετίζεται επίσης θετικά με την αίσθηση προσωπικού ελέγχου στην κατάσταση υγείας, υπονοώντας ότι η αυξημένη κατανόηση εξαιτίας της πληροφόρησης, συνεισφέρει στην αύξηση του αισθήματος άσκησης ελέγχου στη διαδικασία, που αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την αποφυγή αρνητικών επιπτώσεων μετεγχειρητικά.

Η αίσθηση κατανόησης της διαδικασίας, εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την αντίληψη για τις αρνητικές συνέπειες του προβλήματος υγείας στη ζωή των ασθενών, αλλά και με τη χρονιότητα, υποδηλώνοντας ότι μια αυξημένη κατανόηση, εξαιτίας της πληροφόρησης που δέχτηκαν οι ασθενείς, συνυπάρχει με μια πιο ρεαλιστική και λιγότερη απειλητική αντίληψη σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει η κατάσταση αυτή στη ζωή

γυναικών, αλλά και με την αντίληψη για περιορισμένη χρονική διάρκεια της δύσκολης αυτής κατάστασης.

Η συσχέτιση που εμφανίζει η αίσθηση συνοχής με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την επέμβαση, μας δείχνει ότι το αυξημένο αρνητικό συναίσθημα εμποδίζει την αίσθηση κατανόησης και ρεαλιστικής αντίληψης της κατάστασης με την υγεία. Η κλίμακα της συνοχής της κατάστασης υγείας αφορά το βαθμό στον οποίο οι ασθενείς κατανοούν τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις του προβλήματος υγείας τους, πόσο ξεκάθαρη τους φαίνεται η κατάσταση ή αν την αντιλαμβάνονται ως μπερδεμένη, μυστήρια και ακατανόητη. Λογικά, θα αναμενόταν η εμφάνιση θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην συνοχή της κατάστασης υγείας και στην πληροφόρηση από το γιατρό, καθώς η πληροφόρηση θα έπρεπε να έχει ξεδιαλύνει πιθανές απορίες και ερωτηματικά των ασθενών σχετικά με το τι συμβαίνει με την υγεία τους, Ωστόσο, οι κλίμακες του IPQ-R, ανάμεσα στις οποίες είναι και η αίσθηση συνοχής, αφορούν τις αντιλήψεις των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν γενικότερα, συμπεριλαμβάνοντας τα συμπτώματα, τη διαδικασία της επέμβασης και το άγχος τους για τις επιπτώσεις της υστερεκτομής στη ζωή τους. Τα ερωτήματα σχετικά με την πληροφόρηση από το γιατρό, εστιάζουν στις διαστάσεις εκείνες που αφορούν την επέμβαση αυτή καθεαυτή και την συνακόλουθη διαδικασία εντός του χειρουργείου. Δεν εξετάστηκε αν οι ασθενείς έλαβαν πληροφόρηση και σχετικά με τη φύση του προβλήματος υγείας τους, τις πιθανές αιτίες, ή τις επιπτώσεις της υστερεκτομής στη μετέπειτα ζωή τους.

Είδαμε ακόμη ότι η αίσθηση συμμετοχής στην επιλογή της μεθόδου επέμβασης, συσχετίζεται αρνητικά με την αντίληψη για τις συνέπειες από την επέμβαση και θετικά με την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και αίσθησης συνοχής της κατάστασης υγείας. Η δυνατότητα της ασθενούς να συμμετέχει ενεργά σε μια διαδικασία λήψης αποφάσεων που

αφορά την ίδια, αυξάνοντας την αίσθηση προσωπικού ελέγχου σε αυτό που της συμβαίνει, πιθανότατα να συνδέεται άμεσα και με την αυξημένη κατανόηση του προβλήματος υγείας της, ενδεχομένως επειδή της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις απορίες της και τους προβληματισμούς της και να εισπράξει πληροφόρηση περισσότερο εστιασμένη στις ανάγκες της, κατά τη διαδικασία λήψης της απόφασης. Επίσης, φαίνεται να προσδίδει σε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα όσον αφορά τις επιπτώσεις στην ζωή της, καθώς η αυξημένη πληροφόρηση, σε συνδυασμό με την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και την αίσθηση συνοχής, βοηθά σε μια πιο θετική αντιμετώπιση της κατάστασης, απομακρύνοντας υπερβολικούς φόβους και ανησυχίες. Επιπρόσθετα, όταν είναι παρούσα μια αίσθηση προσωπικού ελέγχου στη θεραπεία και την αποκατάσταση, ο ασθενής πιθανό να βιώνει και αυξημένο αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας και αυτο-επάρκειας, με αποτέλεσμα να βλέπει ως πιο εύκολα αντιμετωπίσιμες τις όποιες πιθανές δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν μετά.

Από τις υπόλοιπες συσχετίσεις, διαφαίνεται ότι μια επαρκής πληροφόρηση, σε συνδυασμό με την αυξημένη κατανόηση της διαδικασίας που θα βιώσει η ασθενής, και την αίσθηση ελέγχου που προσδίδει η συμμετοχή στην επιλογή μεθόδου επέμβασης, μπορεί να συνδέεται με αυξημένα γενικά επίπεδα υγείας. Όπως αναφέρουν οι Gammon και Mulholland (1996a·1996b) η πληροφόρηση έχει επιδείξει συσχετίσεις τόσο με την επίλυση των συμπτωμάτων, όσο και με καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας. Όπως γνωρίζουμε όμως, οι ανάγκες των ασθενών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χρονική στιγμή της περιεγχειρητικής διαδικασίας, καθώς ενδιαφέρονται και ανησυχούν για διαφορετικούς λόγους πριν την επέμβαση και έχουν ανάγκη από άλλου είδους πληροφόρηση μετά την επέμβαση (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Η ενημέρωση, προκειμένου να είναι αποτελεσματική και βοηθητική για τους ασθενείς, πρέπει να γίνεται στη βάση των αναγκών των ασθενών, ικανοποιώντας πρωτίστως τις δικές τους ανάγκες και απορίες, και

ακολουθώντας τους ιατρικούς στόχους. Αν οι ανάγκες του εκάστοτε ασθενή δεν ικανοποιηθούν στο βαθμό που ο ίδιος επιθυμεί, είναι πιθανό να μην μειωθεί ή ακόμη και να αυξηθεί το άγχος και η ανησυχία σχετικά με την επεμβατική ή χειρουργική διαδικασία στην οποία θα υποβληθεί. Επομένως, αν υποθέσουμε ότι η πληροφόρηση που δόθηκε στο δείγμα της έρευνάς μας σχετικά με την επέμβαση, άφησε απορίες και αναπάντητα ερωτηματικά, ή έστω δεν βοήθησε στο σχηματισμό μιας ξεκάθαρης εικόνας για το τι θα ακολουθούσε, πιθανό να αποστέρησε από τις συμμετέχουσες την αίσθηση προετοιμασίας που επιθυμούσαν να έχουν. Σε κάθε περίπτωση μπορεί να ισχύει και η πιθανότητα η χαμηλή αίσθηση προετοιμασίας που είχαν να αφορά προσωπικούς τους λόγους που δεν είχαν άμεση σχέση με την ιατρικού περιεχομένου πληροφόρηση που έλαβαν. Επίσης, αν η πληροφόρηση είναι ελλιπής, ανεπαρκής ή ακατάλληλη, αφήνει τον ασθενή με μια αίσθηση σύγχυσης, η οποία μπορεί να επηρεάσει με τη σειρά της τόσο τις αντιλήψεις του για την κατάσταση που βιώνει, όσο και τις προσδοκίες του, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιήσει αλλά και τα επίπεδα σωματικής του υγείας.

Επίσης αναμενόμενο ήταν οι παράγοντες που αφορούσαν την επέμβαση, όπως ο τύπος της επέμβασης, ο λόγος για την επέμβαση και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, να ασκούν επίδραση στο σχηματισμό αναπαραστάσεων για την κατάσταση της υγείας, αλλά και στους δείκτες υγείας των συμμετεχουσών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συσχετίσεις που εμφανίζει η στρατηγική της εκφραστικής καταπίεσης, καθώς εμφανίζει συσχετίσεις με τις περισσότερες μεταβλητές του ερωτηματολογίου των αντιλήψεων για την ασθένεια (αντιλαμβανόμενος έλεγχος της θεραπείας, συναισθηματικές αναπαραστάσεις πριν την επέμβαση, συνέπειες, χρονιότητα, αίσθηση προσωπικού ελέγχου και ελέγχου της θεραπείας και συναισθηματικές αναπαραστάσεις μετά την επέμβαση). Η καταπίεση της έκφρασης των συναισθημάτων

συνδέεται με τις αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας πιθανό επηρεάζοντας και διαποτίζοντας τις αντιλήψεις για τις συνέπειες από την επέμβαση στη μετέπειτα ζωή της ασθενούς, την αίσθηση ελεγχιμότητας της κατάστασης, αλλά και την ποιότητα του συναισθήματος. Από τις σχετικές έρευνες για τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, γνωρίζουμε ότι η εκφραστική καταπίεση συνδέεται με αυξημένο βίωμα αρνητικού συναισθήματος, απόσυρση και καταθλιπτικές σκέψεις (Gross & John, 2003). Η καταπίεση της έκφρασης όταν χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό, συνδέεται με μειωμένα επίπεδα της κλίμακας των συναισθηματικών αναπαραστάσεων, τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση. Η σχέση αυτή μας πληροφορεί ότι η αυξημένη εκφραστική καταπίεση, σχετίζεται με μειωμένο αρνητικό συναίσθημα, κάτι που εκ πρώτης όψεως έρχεται σε αντίθεση με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα. Με τον ίδιο τρόπο σχετίζεται η εκφραστική καταπίεση και με την αντίληψη για τη χρονιότητα, δηλαδή, αυξημένη χρήση της συνδέεται με την αντίληψη για περιορισμένη χρονική διάρκεια των προβλημάτων υγείας, όπως επίσης και με λιγότερο αρνητικές συνέπειες. Αντιθέτως, συνδέεται θετικά με τις διαστάσεις της ελεγχιμότητας της κατάστασης, μια κατάσταση που μπορεί να υποδηλώνει στροφή προς τα έσω, προς τον εαυτό, με αποτέλεσμα την επιτυχία της ρύθμισης του αρνητικού συναισθήματος. Πιθανό ωστόσο, η εμμονή των συμμετεχουσών με την καταπίεση της έκφρασης του αρνητικού συναισθήματος, να μην τους επιτρέπει να παρατηρήσουν και άλλες διεργασίες, γνωστικής φύσης, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιούν αλλά δεν το αντιλαμβάνονται στο βαθμό που να τους επιτρέπει να το αναγνωρίσουν.

Τα ερευνητικά δεδομένα συνδέουν την εκφραστική καταπίεση με αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και στα επίπεδα ευεξίας του, με τα άτομα που τη χρησιμοποιούν να εκδηλώνουν συμπεριφορές απόσυρσης και αποφυγής της οικειότητας στις προσωπικές τους σχέσεις. Συνακόλουθα, τα άτομα αυτά βιώνουν μεγαλύτερο

καταθλιπτικό συναίσθημα και είναι πιο απαισιόδοξα. Οι συσχετίσεις που εμφάνισε η εκφραστική καταπίεση ειδικότερα με τις αντιλήψεις για τις συνέπειες, τη χρονιότητα αλλά και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι λόγοι γι' αυτές τις μη αναμενόμενες συσχετίσεις πιθανό να πρέπει να αναζητηθούν στα ιδιαίτερα πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών. Οι έρευνες σχετικά με το κοινωνικό μοίρασμα των συναισθημάτων πραγματοποιήθηκαν κυρίως από τον Rime και τους συνεργάτες του (Rimé, 1995; Rimé, Philippot, Boca, and Mesquita, 1992). Από τις έρευνες αυτές γνωρίζουμε ότι το μοίρασμα μια συναισθηματικής εμπειρίας γίνεται πιο εύκολα όταν το γεγονός που διακίνησε το συναίσθημα ήταν έντονο, και όταν το διακινούμενο συναίσθημα ξεπερνάει ένα συγκεκριμένο ουδό έντασης (Luminet, Bouts, Delie, Manstead, & Rimé, 1999). Επίσης, το μοίρασμα του συναισθήματος πραγματοποιείται σε συχνότερη βάση με τη πάροδο της ηλικίας, ενώ δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαπολιτισμικές διαφορές για το φαινόμενο αυτό. Το γνωστικό, εστιασμένο στο πρόβλημα σύστημα που περιλαμβάνει το Μοντέλο της Κοινής Λογικής, εμπλέκει την ενεργοποίηση και ανάπτυξη μιας αναπαραστάσης για την ασθένεια, η οποία καθοδηγεί τη χρήση στρατηγικών για τον έλεγχο της ασθένειας. Τα αποτελέσματα αυτών των στρατηγικών αξιολογούνται για την επιτυχία τους, και οι αξιολογήσεις τροφοδοτούν πάλι το γνωστικό σύστημα για να τροποποιήσουν τις αναπαραστάσεις αλλά και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Το συναισθηματικό σύστημα εμπλέκει την εκμείευση άγχους και φόβου, καταστάσεις που κινητοποιούν συμπεριφορές για τον έλεγχο της δυσφορίας. Οι εκτιμήσεις για την επιτυχία τους, χρησιμοποιούνται για την τροποποίηση περαιτέρω προσπαθειών ρύθμισης. Αυτή η συναισθηματική διάσταση του Μοντέλου της Κοινής Λογικής, αποτελεί το Σύστημα Συμπεριφορικής Παρεμπόδισης (ή Απώθησης) (Behavioral Inhibition System - Gray, 1987, στο Pennebaker, Zech, & Rime, 2001), το οποίο ανταποκρίνεται σε μια απειλή με τη διέγερση του άγχους και των συνδεδόμενων με αυτό αντιληπτικών και συμπεριφορικών μοτίβων ετοιμότητας: περιορισμός της προσοχής, εγρήγορση στην

παρακολούθηση των σχετικών με την απειλή ερεθισμάτων, προετοιμασία του κινητικού συστήματος στον υποθάλαμο για δράση, και τάσεις αποφυγής στόχων. Αυτή η κατάσταση, αποτελεί μια εσωτερικευμένη διεργασία, παθητική με την έννοια της απουσίας εξωτερικών συμπεριφορών, με εστίαση της προσοχής στον εαυτό και συνεπώς, απόσυρση από τον εξωτερικό κόσμο.

Σχετικές έρευνες για τη ρύθμιση του συναισθήματος και την προσαρμογή στην ασθένεια, αποκαλύπτουν ότι η προσαρμογή συνδέεται με αποτελεσματική χρήση των προδραστικών συμπεριφορών, με χαμηλή αποφυγή και συναισθηματική καταπίεση, με θετικές γνωστικές αλλαγές και με δραστηριότητες τροποποίησης της αντίδρασης. Οι λόγοι που ένας άνθρωπος χρησιμοποιεί παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και δη, την εκφραστική καταπίεση, είναι ποικίλοι και κυρίως έχουν να κάνουν με στοιχεία της προσωπικότητας, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν και οι εκάστοτε συνθήκες που αντιμετωπίζει. Σημαντικό ρόλο στην επεξήγηση και ερμηνεία του τρόπου διαχείρισης και έκφρασης των συναισθημάτων διαδραματίζουν οι αξίες που κάθε άνθρωπος διαθέτει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται. Οι αξίες αποκτούνται τυπικά μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο γεννιέται και μεγαλώνει ένας άνθρωπος (Hochschild, 1979). Υπάρχουν ενδείξεις για πολιτισμικές διαφορές ως προς την αξία που αποδίδεται στις συναισθηματικές εμπειρίες. Σε κολεκτιβιστικές κοινωνίες, η ενοχή για παράδειγμα, αξιολογείται σε μεγαλύτερο βαθμό ως σημαντική, σε σύγκριση με τις ατομικιστικές κοινωνίες. Επιπρόσθετα, στις κολεκτιβιστικές κοινωνίες, ευχάριστα συναισθήματα με ήπια ένταση, όπως η ηρεμία, αξιολογούνται περισσότερο απ'οτι σε ατομικιστικές κοινωνίες, όπου ισχύει το αντίθετο για ευχάριστα συναισθήματα υψηλής έντασης, όπως ο ενθουσιασμός για παράδειγμα.

Όπως εισηγούνται τα πιο πάνω παραδείγματα, διαπολιτισμικές διαφορές στις συναισθηματικές αξίες, συνδέονται με πυρηνικές αρχές της κοινωνίας. Οι συλλογικές κοινωνίες δίνουν έμφαση στην κοινωνική αρμονία, τη στιγμή που οι ατομικιστικές κοινωνίες δίνουν έμφαση στα προσωπικά επιτεύγματα. Στο βαθμό που τα χαμηλής έντασης ευχάριστα συναισθήματα προωθούν την προσαρμογή σε σχέση με τους άλλους, θα περίμενε κανείς να αξιολογούνται θετικότερα στις κολεκτιβιστικές κοινωνίες, και στο βαθμό που τα ευχάριστα συναισθήματα υψηλής έντασης προωθούν την επιρροή στους άλλους, κάποιος θα περίμενε να αξιολογούνται θετικότερα στις ατομικιστικές κοινωνίες. Εντός και ανάμεσα στις κουλτούρες, η αξία των υψηλής και χαμηλής έντασης θετικών συναισθημάτων διαφέρει σαν μια λειτουργία της σημαντικότητας της επιρροής έναντι της προσαρμογής σε σχέση με τους άλλους. Οι κοινωνίες μπορεί να διαφέρουν όχι μόνο όσον αφορά την καταλληλότητα διαφορετικών τύπων συναισθηματικών βιωμάτων, αλλά και όσον αφορά την καταλληλότητα της έντασης με την οποία βιώνονται. Οι άνθρωποι που αποδίδουν μεγαλύτερη αξία στον έλεγχο των συναισθημάτων, βιώνουν λιγότερο έντονο θυμό. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αξία των συναισθημάτων μπορεί να ποικίλει και να διαφέρει σαν λειτουργία της κοινωνίας, και επιπλέον, μπορεί να διαμορφώνει τους στόχους που οι άνθρωποι επιδιώκουν κατά τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους.

Στην συγκεκριμένη μελέτη, ελλείπει ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της χώρας καταγωγής των συμμετεχουσών και τον τρόπο που αυτά ενδεχομένως διαμορφώνουν και επηρεάζουν τη συμπεριφορά, μπορούμε να προβούμε σε υποθετικές ερμηνείες για τη σχέση που εμφάνισε η εκφραστική καταπίεση με τις διαστάσεις των αντιλήψεων για την υγεία. Η Κύπρος αποτελεί μια μικρή χώρα, με ταχεία ανάπτυξη κυρίως στον οικονομικό τομέα, αλλά και κατ'επέκταση σε τομείς όπως οι επιστήμες, η επιχειρηματικότητα, ο τουρισμός κ.α. Παρόλη την ανάπτυξη και εξέλιξη που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες όμως, η κοινωνία της Κύπρου παραμένει βαθιά

συντηρητική και διακατέχεται από καχυποψία για την παρουσία και τις προθέσεις του οποιουδήποτε άλλου. Τα αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2009 μέσω του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, έδειξε ότι οι Κύπριοι διακατέχονται από έλλειμμα κοινωνικού κεφαλαίου και κατ'επέκταση και κοινωνικής εμπιστοσύνης και εμπιστοσύνης προς το συνάνθρωπο. Η κυπριακή κοινωνία είναι μια κοινωνία βαθιά καχύποπτη, αδρανής προς στα κοινωνικοπολιτικά τεκταινόμενα και έντονα ατομοκεντρική (ΕΚΕ, 2009⁶). Παρόλο που η έρευνα αυτή δεν μπορεί να αποτελέσει βάση για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της δικής μας μελέτης, τονίζει κάποια χαρακτηριστικά ωστόσο που μπορεί να σχετίζονται με τα δικά μας αποτελέσματα.

Η αυξημένη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης μπορεί να αποτελεί μια συνειδητή απόφαση ενός ατόμου να μην εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του όχι εξαιτίας δικών του, εσωτερικών δυσκολιών ή αναστολών, αλλά εξαιτίας της αντίληψης που έχει για τα άτομα στα οποία πιθανό να μπορούσε να κάνει αυτό το μοίρασμα συναισθημάτων. Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους μπορεί να ειπωθεί αλλιώς ως φόβος μη κατανόησης ή μη ανταπόκρισης από τους άλλους σε αυτό που το άτομο επιθυμεί να μοιραστεί, ή σαν προσπάθεια αποφυγής της κίνησης για πλησίασμα ανθρώπων που το άτομο δεν εμπιστεύεται. Όπως αναφέρουν οι Pennebaker, Zech, και Rime (2001), το κοινωνικό μοίρασμα του συναισθήματος πραγματοποιείται με αποδέκτες κοντινά πρόσωπα του ατόμου, όπως οι γονείς, τα παιδιά, οι σύντροφοι ή οι στενοί φίλοι, όπου φυσιολογικά δεν μπορούν να παρεμβαίνουν εμπόδια που να αφορούν θέματα εμπιστοσύνης ή καχυποψίας. Μπορεί ωστόσο να παρεμβαίνουν ενοχές και προκαταλήψεις που έχουν να κάνουν με το ρόλο της μητέρας και συζύγου, που φροντίζει για την ψυχική ηρεμία των μελών της οικογένειάς της και την διατήρηση της ισορροπίας στο σπίτι της, με την απόκρυψη συναισθημάτων τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αναστάτωση σε κάποιο από

⁶ Ανασύρθηκε από: <http://www.philenews.com/AssetService/Image.ashx?t=2&pg=15120&> στις 27/1/2011.

τα μέλη της οικογένειας. Εξάλλου, η αδυναμία λεκτικοποίησης και μοιράσματος των συναισθημάτων που βιώνει ένα άτομο είναι χαρακτηριστικό της κυπριακής ψυχοσύνθεσης και συνδέεται με συγκεκριμένα στερεότυπα για την έκφραση συναισθημάτων ως ένδειξη αδυναμίας ή ακόμη αποτελούμενο στόχο δεισιδαιμονιών. Και πάλι, οι Pennebaker, Zech, και Rime (2001) υποστηρίζουν ωστόσο ότι παράγοντες της προσωπικότητας όπως αυτοί που περιλαμβάνονται στη Θεωρία των Πέντε Παραγόντων δεν έδειξαν κάποια προβλεπτική αξία όσον αφορά το μοίρασμα του συναισθήματος. Η μη εξωτερίκευση των συναισθηματικών εμπειριών και βιωμάτων συνδέθηκε όμως με φτωχότερη ψυχική αλλά και σωματική υγεία, κάτι που στη δική μας μελέτη δεν φαίνεται να ευσταθεί· αντίθετως, φαίνεται να ισχύει το αντίθετο.

Η προετοιμασία και η αίσθηση ελέγχου στην επιλογή μεθόδου επέμβασης εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις με την χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης. Ένα άτομο που χρησιμοποιεί την στρατηγική της γνωστικής επανεκτίμησης διοχετεύει ενέργεια και σκέψη στην γνωστική επεξεργασία και στη διαχείριση μέσω σκέψεων των καταστάσεων που αντιμετωπίζει. Έτσι, ενδεχομένως η συσχέτιση με την αίσθηση προετοιμασίας και αίσθησης ελέγχου στην επιλογή μεθόδου, να εμφανίστηκαν καθώς ένα άτομο με την τάση για γνωστική επεξεργασία, να χρησιμοποιεί την στρατηγική αυτή και για την εκτίμηση του πόσο προετοιμασμένο νιώθει και πόσο έλεγχο θεωρεί ότι ασκεί σε καταστάσεις.

Η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα της κατάστασης υγείας έχει συνδεθεί με περισσότερο ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και με τη γνωστική επανεκτίμηση σαν στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος, όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των Hagger και Orbell (2003). Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, αυτή η σχέση είναι απόλυτα λογική καθώς είναι πιο εύκολο για ένα άτομο να προβεί σε συμπεριφορές βοηθητικές για την κατάστασή του, να φροντίζει περισσότερο την υγεία του, αν θεωρεί ότι αυτές οι

συμπεριφορές είναι αποτελεσματικές για την ανακούφιση από τα συμπτώματα ή τη βελτίωση της κατάστασης και αυτό έχει φανεί σε αρκετές μελέτες σχετικά με διάφορες ασθένειες, όπως η αρθρίτιδα, ο διαβήτης, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα της κατάστασης, συνδέθηκε και με τα αποτελέσματα της θεραπείας. Όσοι ασθενείς αντιλαμβάνονταν την κατάσταση ως ελέγξιμη, είχαν θετικότερα αποτελέσματα στην κατάσταση της υγείας τους. Η ακριβής σχέση και διαδικασία πίσω από αυτή τη σχέση, δεν διευκρινίζεται, αλλά μπορεί η γνώση ότι η κατάσταση μπορεί να ελεγχθεί, να επηρεάζει τα αυτο-αναφερόμενα επίπεδα ευεξίας, ή να προκαλεί καλύτερη διάθεση, η οποία επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή την αντιλαμβανόμενη βελτίωση της κατάστασης υγείας. Ωστόσο, στη δική μας μελέτη, η εκφραστική καταπίεση και όχι η γνωστική επανεκτίμηση είναι που έχει συνδεθεί θετικά με την αντίληψη για την ελεγχσιμότητα της κατάστασης, ενώ η γνωστική επανεκτίμηση έχει συνδεθεί αρνητικά με την αντίληψη για τις αρνητικές συνέπειες και την ύπαρξη αρνητικού συναισθήματος.

Επίσης, η εκφραστική καταπίεση συσχετίστηκε θετικά με τη σωματική λειτουργικότητα αλλά αρνητικά με τη συναισθηματική ευεξία. Αυτές οι σχέσεις ίσως μπορούν να δώσουν περισσότερες πληροφορίες για τον τρόπο λειτουργίας των συμμετεχουσών όσον αφορά τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Η συσχέτιση της χρήσης της εκφραστικής καταπίεσης με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας, είναι αναμενόμενη. Ωστόσο, τα αυξημένα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας με την ταυτόχρονη χρήση της εκφραστικής καταπίεσης, φαινομενικά αποτελεί μια παράδοξη σχέση, το αρνητικό συναίσθημα που δεν μπορούσε να εκφραστεί όμως, μπορεί να διοχετευόταν στο σώμα με τη μορφή έντασης, και η λειτουργικότητα του σώματος να ήταν η μορφή έκφρασης και εκτόνωσης του αρνητικού συναισθήματος.

Στην μετα-ανάλυση των Hagger και Orbell (2003), η διάσταση της ταυτότητας της ασθένειας συνδέθηκε με συμπεριφορές αποφυγής και έκφρασης συναισθήματος. Η εκτίμηση των επιπέδων υγείας από το ίδιο το άτομο, η αξιολόγηση δηλαδή που κάνει κάποιος για την υγεία του και το πόσο υγιή ή μη θεωρεί τον εαυτό του, έχει φανεί να επηρεάζει τον τρόπο που θα παρουσιάσει τα συμπτώματά του στο γιατρό, και κατά συνέπεια, να επηρεάσει τη γνώμη του γιατρού και το αποτέλεσμα της διάγνωσης και την προτεινόμενη θεραπεία (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993). Η παρουσίαση των συμπτωμάτων από τον ασθενή ως σοβαρότερων ή ελαφρύτερων, εξυπηρετεί συγκεκριμένους σκοπούς, ενδεχομένως συχνά ασυνείδητους, αλλά τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να προέρχονται είτε από μια τάση για αυτο-προστασία και μεγαλύτερη διερεύνηση των επιπέδων υγείας, για προστασία της αυτο-εκτίμησης του ατόμου από μια ενδεχόμενη αποτυχία, η οποία μπορεί να γίνει πιο εύκολα αποδεκτή αν αποδοθεί σε προβλήματα υγείας, κ.α. (Fortenberry & Wiebe, 2007). Ο Hamilton το 1997 (Fortenberry & Wiebe, 2007) πρότεινε τον όρο *ιατρική δικαιολόγηση* για να περιγράψει αυτή την αυτο-περιοριστική χρήση των συμπτωμάτων από κάποια άτομα. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι τα αυτο-αναφερόμενα επίπεδα υγείας και τα αυτο-αναφερόμενα συμπτώματα, πρέπει να εξετάζονται σε συνδυασμό με τον έλεγχο άλλων διαστάσεων που αφορούν το άτομο και την προσωπικότητά του, για να διαπιστωθούν επιρροές που αλλοιώνουν την πραγματική εικόνα για την κατάσταση υγείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Fortenberry & Wiebe (2007) έδειξαν ότι η ιατρική δικαιολόγηση επιδρά στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας, και συμβάλλει στη εμφάνιση ατομικών διαφορών ως προς αυτό τον τομέα. Επίσης, οι αξιολογήσεις και οι αποκρίσεις στις απειλές για την υγεία, συνδέονται με ένα εσωτερικό σύστημα εαυτού και πιθανότατα αντανakλούν αυτο-προστατευτικά κίνητρα. Αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, έχουν φανεί να είναι αδύναμοι προβλεπτικοί δείκτες των επιπέδων ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Heijmans, 1998a' 1998b). Επομένως, στην συγκεκριμένη έρευνα, αν μετρήσουμε τις στρατηγικές ρύθμισης του

συναισθήματος σαν στρατηγικές αντιμετώπισης και όχι σαν στοιχεία της προσωπικότητας, τα αποτελέσματα έχουν νόημα, καθώς οι στρατηγικές αντιμετώπισης δεν έχουν μεγάλη προβλεπτική δύναμη στους δείκτες ποιότητας ζωής, και συγκεκριμένα, στην έρευνα για την υστερεκτομή, δεν παρουσιάζουν καμία συσχέτιση με τους μετεγχειρητικούς δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής.

Η εκφραστική καταπίεση χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή πρόβλεψης των επιπέδων σωματικής λειτουργικότητας μετά την επέμβαση με την χρήση ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης. Όταν εισήχθηκε μόνη της στο προβλεπτικό μοντέλο, δεν φάνηκε να έχει κάποια προβλεπτική ικανότητα. Σε δεύτερο στάδιο εισήχθηκαν τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας πριν την επέμβαση, που πάλι δεν επέδειξαν κάποια προβλεπτική αξία. Στο τρίτο και τελευταίο βήμα προστέθηκαν οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και η αντίληψη για τις συνέπειες πριν την επέμβαση, και όλοι μαζί οι προβλεπτικοί δείκτες φάνηκαν να ερμηνεύουν το 22% της διακύμανσης των επιπέδων σωματικής λειτουργικότητας μετά την επέμβαση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών, που αναγνωρίζουν την αντίληψη για τις συνέπειες και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ως σημαντικούς προβλεπτικούς δείκτες των επιπέδων σωματικής λειτουργικότητας. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν στην ανάλυση παλινδρόμησης επέδειξαν αρνητική προβλεπτική ικανότητα στα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, καθώς η αντίληψη για αυξημένες αρνητικές συνέπειες και το αυξημένο αρνητικό συναίσθημα, προβλέπουν χαμηλά επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας.

Όσον αφορά τα γενικά επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση, όπως μετρώνται από το RAND-36, η ανάλυση παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε, έδειξε ότι ο λόγος της επέμβασης, σε συνδυασμό με τα γενικά επίπεδα υγείας πριν την επέμβαση αλλά και την

αντίληψη για απόδοση ελέγχου στη θεραπεία και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, εξηγούν το 64.5% της διακύμανσής τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης εξηγείται από τα γενικά επίπεδα υγείας πριν την επέμβαση, και το στοιχείο αυτό δείχνει μια συνέπεια ως προς τις απόψεις των ασθενών σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία τους αλλά και το πώς ερμηνεύουν και διαχειρίζονται αυτό που τους συμβαίνει. Αν ανατρέξουμε στα ερωτήματα που αποτελούν την κλίμακα των γενικών επιπέδων υγείας⁷ θα δούμε ότι αποτελούν καταγραφή του τρόπου που οι συμμετέχουσες αξιολογούν τα επίπεδα υγείας τους σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους και σε σχέση με το μέλλον, περισσότερο σαν μια γνωστική εκτίμηση της υγείας τους παρά ως καταγραφή συγκεκριμένων δυνατοτήτων ή περιορισμών εξαιτίας της υγείας τους, ή ως συμπεράσματα βασισμένα σε εργαστηριακές εξετάσεις. Επομένως, μια θετική στάση σχετικά με την υγεία, αποτελεί μάλλον ένα σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου το οποίο μπορεί να προβλέψει και την εκτίμηση των επιπέδων υγείας ακόμα και μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Σημαντικός είναι και ο ρόλος του ελέγχου που το άτομο αποδίδει στην θεραπευτική διαδικασία. Όταν το άτομο θεωρεί ότι η θεραπεία που ακολουθεί είναι αποτελεσματική, τότε και τα αυτοαναφερόμενα επίπεδα υγείας του είναι υψηλότερα.

Η ανάλυση παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε για την πρόβλεψη των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση, έδειξε ως σημαντικούς προβλεπτικούς δείκτες τον τύπο, τη μέθοδο και το λόγο της επέμβασης, σε συνδυασμό με τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας προεγχειρητικά και την αντίληψη για τη συνοχή της κατάστασης υγείας. Όλοι αυτοί οι προβλεπτικοί δείκτες μαζί εξηγούν το 31.1% της διακύμανσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας μετά την επέμβαση.

⁷ 1) Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, 2) Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου 3) Η υγεία μου είναι εξαιρετική 4) Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει

Η έρευνα των Covic et al., (2004) έδειξε ότι οι διαστάσεις εκείνες του IPQ-R που μπορούν να προβλέψουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται σε θεραπεία αιμοκάθαρσης, είναι η χρονιότητα της κατάστασης, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και ο προσωπικός έλεγχος. Στην έρευνα των Covic et al. (2004) φάνηκε ότι η αποδοχή της χρονιότητας της κατάστασης από ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια συσχετίζεται θετικά με τη λειτουργικότητα των ασθενών στην καθημερινότητά τους και στην αίσθηση προσωπικού ελέγχου στη κατάστασή τους, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα που συνδέουν την αντίληψη για τη χρονιότητα με φτωχότερα επίπεδα λειτουργικότητας. Με βάση παραδείγματα όπως αυτό, συμπεραίνουμε ότι διαφορετικές διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια μπορούν να προβλέψουν τα επίπεδα υγείας των ασθενών με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το υπό εξέταση πρόβλημα υγείας. Με βάση τέτοιου είδους αποτελέσματα, μπορούν να σχεδιαστούν παρεμβάσεις εστιασμένες στις ανάγκες της εκάστοτε κατάστασης υγείας, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών. Επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα που αρκετοί ερευνητές προτείνουν και φαίνεται η πλέον ορθή προσέγγιση, ότι πρέπει να εξετάζεται η περίπτωση κάθε ασθενούς ξεχωριστά, μετρώντας στοιχεία όπως οι αντιλήψεις για την κατάσταση υγείας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και οι προβληματισμοί ή ανάγκες που κάθε ασθενής μπορεί να έχει, και με βάση υπάρχοντα δεδομένα για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με τη υγεία του, να γίνεται ο κατάλληλος σχεδιασμός παρέμβασης για την περίπτωσή του. Αν και πιθανότατα μια τέτοια διαδικασία να είναι χρονοβόρα και ιδιαίτερα απαιτητική, μπορεί με τη λήψη των στοιχείων αυτών σε κατάλληλο χρόνο να μπορούν να προληφθούν μετέπειτα δυσχερείς καταστάσεις εξαιτίας της έλλειψης προετοιμασίας των ασθενών.

Συμπεράσματα

Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν στην υστερεκτομή είναι διάφοροι και ποικίλης σοβαρότητας. Η υστερεκτομή εφαρμόζεται σαν θεραπευτική παρέμβαση, είτε για την ανακούφιση της γυναίκας από ενοχλητικά και επώδυνα συμπτώματα (μηνορραγίες, πόνοι), είτε για την αντιμετώπιση καταστάσεων που μπορεί να έχουν κακή εξέλιξη μακροπρόθεσμα (παρουσία κυστών και ινομυωμάτων), είτε για την προφύλαξη της υγείας της γυναίκας από επικίνδυνες καταστάσεις (καρκίνο). Εντούτοις, είναι μια θεραπευτική παρέμβαση η οποία επιφέρει κάποιες μόνιμες αλλαγές στον οργανισμό και το σώμα της γυναίκας, που μπορεί να μην είναι ορατές από τους άλλους, αλλά είναι έντονα παρούσες για την ίδια. Σε μελλοντικές έρευνες, θα ήταν ενδιαφέρον να γινόταν μέτρηση των αντιλήψεων των συμμετεχουσών για τη μήτρα και τις ωοθήκες, για το τι συμβολίζουν και πόσο καθοριστικά τα θεωρούν για την αυτοαντίληψή τους, την ταύτιση με το φύλο τους και τα χαρακτηριστικά της γυναικείας τους φύσης.

Όπως είδαμε, το μοντέλο της κοινής λογικής έχει δοκιμαστεί σε πολυάριθμες περιπτώσεις σωματικών ασθενειών και έχει επιδείξει καλή εφαρμογή και χρησιμότητα ως προς το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων για τις υπό μελέτη περιπτώσεις. Τελευταία έχει αρχίσει να δοκιμάζεται και σε περιπτώσεις άλλες από αυτές των χρόνιων παθήσεων, και συγκεκριμένα σε περιπτώσεις χειρουργικών επεμβάσεων αλλά και σε καταστάσεις με μη μόνιμες επιπτώσεις. Φαίνεται ότι διαφορετικές διαστάσεις του μοντέλου βρίσκουν εφαρμογή ανάλογα με τη μορφή και τον τύπο κάθε προβλήματος υγείας. Η έρευνα των Llewellyn, McGurk, & Weinman (2007) για την εφαρμογή του μοντέλου στην περίπτωση του καρκίνου κεφαλής και λαιμού, συζητά για την αδυναμία του τύπου της ασθένειας ή της σωματικής λειτουργικότητας του ασθενούς να προβλέψει τα επίπεδα ποιότητας ζωής που αντιλαμβάνεται ότι απολαμβάνει ο ασθενής. Η ποιότητα ζωής δεν εξαρτάται από το πόσο

λειτουργικό είναι το σώμα ούτε από τη μορφή της ασθένειας, αλλά φαίνεται πως παράγοντες περισσότερο γνωστικοί και συναισθηματικοί, είναι που καθορίζουν και τα επίπεδα ποιότητας ζωής ενός ασθενούς. Όπως πρεσβεύει και ο ίδιος ο Leventhal, είναι οι πεποιθήσεις και οι αναπαραστάσεις που έχει το άτομο γι' αυτό που του συμβαίνει που καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιήσει, και οι οποίες θα επηρεάσουν την κρίση και αξιολόγησή του για το αποτέλεσμα μιας κατάστασης. Αυτό που τονίζουν οι Godoy-Izquierdo, et al. (2007) είναι ότι η διερεύνηση και η γνώση των μοντέλων και αναπαραστάσεων που έχει ένας ασθενής για ένα θέμα υγείας και για τη θεραπεία του, μπορεί να προσφέρει πιο εστιασμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της κατάστασης από τους ασθενείς.

Ο Horne (2003) αναλύει τη σχέση των αναπαραστάσεων για το πρόβλημα υγείας με τις αναπαραστάσεις που έχει ο ασθενής για τη θεραπεία, τα χαρακτηριστικά της και την αποτελεσματικότητά της, και τονίζει ότι πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι αναπαραστάσεις για την *αναγκαιότητα* της θεραπείας. Οι αναπαραστάσεις για το πρόβλημα υγείας είναι αλληλένδετες με τις αναπαραστάσεις για τη θεραπεία, ωστόσο αυτές οι αναπαραστάσεις μπορεί να μη βασίζονται σε αντικειμενικά ή ορθά στοιχεία και πληροφορίες. Εάν ένα άτομο πειστεί για την καταλληλότητα και αναγκαιότητα μιας θεραπείας χωρίς να γνωρίζει πιθανές εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές, καλείται να αξιολογήσει τη σχέση κόστους-οφέλους της θεραπείας, βασιζόμενος μόνο στα στοιχεία που έχει στη διάθεσή του. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι η αντίληψη για την αναγκαιότητα της θεραπείας, αλλά και ο προβληματισμός και η ανησυχία για τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητά της, συνδέονται με τα επίπεδα συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Οι εν λόγω έρευνες ωστόσο, εξέτασαν χρόνια προβλήματα υγείας, όπως το άσθμα, οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, κ. .α και τη συμμόρφωση προς τη φαρμακευτική αγωγή.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, είδαμε ότι οι διαστάσεις των αντιλήψεων για την υγεία επέδειξαν σε ικανοποιητικό βαθμό τις αναμενόμενες συσχετίσεις με τα επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση, με τις διαστάσεις των συναισθηματικών αναπαραστάσεων, της συνοχής της κατάστασης υγείας και του ελέγχου στη θεραπεία, να επιδεικνύουν προβλεπτική ικανότητα στα επίπεδα υγείας μετά την επέμβαση. Ενδιαφέρουσες αν και μη αναμενόμενες ήταν οι συσχετίσεις που εμφάνισε η στρατηγική της εκφραστικής καταπίεσης με τις αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας. Παρόλο που έγινε μια προσπάθεια ερμηνείας αυτών των συσχετίσεων, χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική τεκμηρίωση ή «ανάγνωση» αυτών των αποτελεσμάτων με βάση μια διαφορετική ίσως προσέγγιση για την ερμηνεία τους.

Περιορισμοί της έρευνας και μελλοντικές προτάσεις

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε αρκετούς περιορισμούς. Καταρχάς, δεν συμπεριλήφθηκαν στις μετρήσεις οι διαστάσεις της ταυτότητας και των αιτιών της κατάστασης υγείας που οδήγησε τις συμμετέχουσες στην υστερεκτομή, αν και περιγράφονται λεπτομερώς οι λόγοι γ' αυτή την παράλειψη. Κατά δεύτερο, σε μεταγενέστερη έρευνα θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστούν μεταβολές στον τρόπο που η γυναίκα που υφίσταται υστερεκτομή αντιλαμβάνεται τον εαυτό σαν γυναίκα, σε όλους της τους ρόλους: ερωτικό, σεξουαλικό, μητρικό, αλλά και τη σχέση της με τη θηλυκότητα και τα θηλυκά χαρακτηριστικά της, και πόσο θεωρεί ότι αυτά απειλούνται ή όχι από την υστερεκτομή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η εξέταση των επιπέδων πόνου, πριν και μετά την επέμβαση, παρόλο που εκ πρώτης όψεως αυτή η διάσταση εμπίπτει στο πεδίο της ιατρικής έρευνας, και όχι τόσο της Ψυχολογίας Υγείας. Τέλος, επανάληψη του συγκεκριμένου ερευνητικού σχεδιασμού με σημαντικά μεγαλύτερο δείγμα, ενδεχομένως να παρουσίαζε πιο ξεκάθαρα αποτελέσματα και να έδινε σαφέστερες απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Alfven, G. (1998). Psychosomatic Pain. *European Journal of Pain*, 2, 189-190.
- Ayoubi, J. M., Fanchin, R., Monrozies, X., Imbert, P., Reme, J. M., & Pons, J. C. (2003). Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 111, 179-182
- Bachmann, G. A. (1990). Hysterectomy. A critical review. *Journal of Reproductive Medicine*, 35(9), 839-62.
- Banchara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R., (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 295-307.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A cognitive social theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles Slack.
- Behar, R. (1991). *Passing Women: The body in the woman, the story in the woman*. Στο: Goldstein, L. (Επιμ.). *The female body: Figures, Styles, speculations* (σελ. 267-312). University of Michigan Press.

- Bellerose, S. B., & Binik, Y. M. (1993). Body Image and sexuality in oophorectomized women. *Archives of Sexual Behaviour*, 22 (5), 435-459.
- Bernhard L. A., (1992). Consequences of hysterectomy in the lives of women. *Health Care for Women International*, 13 (3), 281 — 291.
- Bernier. M.J., Sanares, D.C., Owen, S.V., & Newhouse, P.L., (2003). Preoperative teaching received and valued in a day surgery setting. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 77 (3), 563-582.
- Brown, S.C., Glass, J. M., & Park, D.C. (2002). The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 96, 279-284.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171–179.
- Carlson, K. J., Nichols, D. H., Schiff, I. (1993). Indications for hysterectomy. *New England Journal of Medicine*, 328, 856–860.
- Carson, R., & Butcher, J. (1992). *Abnormal psychology and modern life* (9th ed.). USA: HarperCollins Publishers, Inc.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (11), 936-946.
- Claerhout, F., & Deprest, J. (2005). Laparoscopic hysterectomy for benign diseases. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19 (3), 357-375.
- Clayton, R. D. (2006). Hysterectomy. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20 (1), 73-87.
- Conway, S.C., Creed, F.H. & Symmons, D.P.M. (1994). Life events and the onset of rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (8), 837-847.

- Cooper, R., Mishra, G., Hardy, R., & Kuh, D. (2009). Hysterectomy and subsequent psychological health: Findings from a British birth cohort study. *Journal of Affective Disorders, 115*, 122-130.
- Cosson, M., Rajabally, R., Querleu, D., & Crepin, G. (2001). Long-term complications of vaginal hysterectomy: a case control study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 94*, 239-244.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nefrology, Dialysis, Trnasplantation, 19*, 2078-2083
- Davindson, R. J., Fox, A., & Kalin, N. H. (2007). Neural Bases of emotion regulation in nonhuman primates and humans. Στο: Gross, J. (Επιμ.). *Handbook of Emotion Regulation* (σελ. 47-68). New York: Guilford Press.
- DeCherney, A. H., Bachman, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology, 99* (1), 51-57.
- Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress, and coronary heart disease. *European Journal of Personality, 11*, 343-357.
- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J., & Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology, 105*, 1555-1560.
- DiMatteo, R., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. Στο : Dalglish, T., & Power, M. (Επιμ.). *Handbook of Cognition and Emotion* (σελ. 45-60). Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Elson, J. (2004). To have and have not. Στο Elson, J. *Am I still a woman? Hysterectomy and gender identity* (σελ. 1-29). Philadelphia: Temple University Press.

- Farquhar, C. M., Harvey, S. A., Yu, Y., Sadler, L., & Stewart, A. W. (2006). A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 194, 711–717.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1974). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavior criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Flory, N., Bissonnette, F., & Binik, Y. M. (2005). Psychosocial Effects of Hysterectomy: Literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 117-129.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Fontana, A., Diegman, T., Villeneuve, A., & Lepore, S. (1999). Non-evaluative social support reduces cardiovascular reactivity in young women during acutely stressful performance situations. *Journal of Behavioral Medicine*, 22 (1), 75-91.
- Fortenberry, K.T. & Wiebe, D.J. (2007). Medical excuse making and individual differences in self-assessed health: The unique effects of anxious attachment, trait anxiety, and hypochondriasis. *Personality and Individual Differences*, 43 (1), 83–94.
- Gammon, J., & Mulholland, C. W. (1996a). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 589–604.
- Gammon, J., & Mulholland, C. W. (1996b). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychosocial coping outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 303–8.
- Godoy-Izquierdo, D., Lopez-Chicheri, I., Lopez-Torrecillas, F., Velez, M., & Godoy, J. F. (2007). Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals. *Patient Education and Counseling* 67, 196–213.

- Gorman, J., & Sloan, R. (2000). Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *American Heart Journal*, 140 (Suppl. 4), 77-83.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. Στο Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L. F. (Επιμ.). *Handbook of Emotions* (σελ. 497-512). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19, 555-568.
- Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151-164.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. Στο: Snyder, D. K. Simpson, J. & Hughes, J. N. (Επιμ.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (σελ. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. Στο: Gross, J.J. (Επιμ.). *Handbook of emotion regulation* (σελ. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gupta, S., & Manyonda, I. (2006). Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16, 147-153.

- Hagger, M. A. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health, 18* (2), 141-184.
- Hagger, M. A. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health, 20* (2): 161–173.
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2000). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders (3rd ed.)*. USA: McGraw-Hill, Inc.
- Hathaway, D. (1986). Effect of pre-operative instruction on postoperative outcomes: A meta-analysis. *Nursing Research, 35*(5), 269-275.
- Hays, R.D., & Shapiro, M.F. (1992). An overview of generic health-related quality of life measures for HIV research. *Quality of Life Research, 1*, 91-97.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D., Mazel, R.M. (1993). The RAND 36-item Health Survey 1.0. *Health Economics, 2*, 217-27.
- Heijmans M. (1998a). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome. In: *Cognitive Representations of Chronic Disease*. (pp.79–98). Utrecht, The Netherlands.
- Heijmans M. (1998b). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. In: *Cognitive Representations of Chronic Disease* (pp. 79–98). Utrecht, The Netherlands.
- Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Structure and determinants of illness representations in chronic disease: A comparison of Addison's disease and the Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology, 3*, 523-537.
- Helmy, Y. A., Hassanin, I. M. A., Elraheem, T. A., Bedaiwy, A. A., Peterson, R. S., & Bedaiwy, M. A. (2008). Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 102*, 60-64.
- Hermele, S., Olivo, E. L., Namerow, P. & Oz, M. C. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology, Health & Medicine, 12*(5), 580 – 591.

- Hochschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85, 551-575.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. Στο: Cameron, L. D., & Leventhal, H. (Επιμ.). *The self-regulation of health and illness behavior*. (σελ. 138-154). London – UK: Routledge
- Jick, B. S., (2004). Hysterectomy. Στο: Loue, S., & Sajatovic, M. (Επιμ.). *Encyclopedia of Women's Health* (σελ.322-324.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72 (6), 1301-1334.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Kain, Z. N., Kosarussavadi, B., Hernandez-Conte, A., Hofstadter, M. B., Mayes, L. C. (1997). Desire for perioperative information in adult patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia* 9,467-472.
- Kain, Z. N., Sevarino, F., Alexander, G. M., Pincus, S., & Mayes, L. C. (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy: A repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (6), 417-422.
- Kandel, E. R, Schwartz, J. H., Jessel., T . H, (2006). Συναισθηματικές Καταστάσεις. Στο: *Νευροεπιστήμη και Συμπεριφορά* (σελ. 623-640). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2000). *Ψυχιατρική* (Τόμος Β, 7^η έκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.

- Kaptein, A.A., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoel, L., Cameron, L. D. Sont, J. K. et al. (2008). Illness perceptions and COPD: An emerging field for COPD patient management. *Journal of Asthma*, 45, 625-629.
- Katz, A. 2003. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297–303.
- Keogh, K. M., White, P., Smith, S. M., McGilloway, S., O'Dowd, T., & Gibney, J. (2007). Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Family Practice*, 8:36.
- Khastgir, G., Studd, J. W., & Catalan, J. (2000). The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecology and Endocrinology*, 14 (2), 132– 41.
- King, H. (1993). "Once upon a text: Hysteria from Hippocrates". *Hysteria beyond Freud*. (σελ. 3–90). University of California Press.
- Kluiters, K. B., Hendriks, J. C. M., Mol, B. W. J., Bongers, M. Y., Bremer, G. L., de Vet, H. C. W., et al. (2007). Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: A randomized, controlled trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 14, 145-152.
- Kouroukian, S. M. (2004). Hysterectomy. Στο: Loue, S., & Sajatovic, M. (Επιμ.). *Encyclopedia of Women's Health* (σελ.322-324.) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kuppermann, M., Summitt, R.L., Varner, R.E., McNeeley, S.G., Goodman-Gruen, D., Learman, et al. (2005). Total or Supracervical Hysterectomy Research Group. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 1309– 1318.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, A., & Lazarus, C. (2003). *Άμεσες λύσεις στην τρέλα της καθημερινότητας: 101 στρατηγικές για ψυχική υγεία και αρμονία*. Αθήνα: Έσσοπτρον.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-84.
- Learman, L. A., Kuppermann, M., Gates, E., Gregorich, S. E., Lewis, J., & Washington, E. (2007). Predictors of hysterectomy in women with common pelvic problems: A uterine survival analysis. *Journal of American College of Surgeons*, 204 (4), 633-641.
- Lefkowitz, M. (1996). *The Wandering Womb*. Medical Notes: The New Yorker.
Ανασύρθηκε στις 19/9/2010 από:
http://www.newyorker.com/archive/1996/02/26/1996_02_26_194_TNY_CARDS_000373322#ixzz128Iv4vXO
- Lehto, R. H., & Cimprich, B. (2009). Worry and the formation of cognitive representations of illness in individuals undergoing surgery for suspected lung cancer. *Cancer Nursing*, 32 (1), 2-10.
- Leppert, P. C., Legro, R. S., Kjerulff, K. H. (2007). Hysterectomy and loss of fertility: Implications for women's mental health. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 269-274.
- Leventhal, H. (1990). Emotional and behavioural processes. In: Johnston, M. & Wallace, L. (Eds.). *Stress and Medical Procedures* (σελ. 25–57). Oxford :Oxford University Press.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Στο: Cameron, L. D., & Leventhal, H. (Επιμ.). *The self-regulation of health and illness behavior* (σελ. 42-65). London – UK: Routledge.

- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. 1992. Illness Cognition: Using Common Sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.
- Leventhal, H., Forster, R., & Leventhal, E. A. (2007). Self-regulation of health threats, affect, and the self – Lessons from older adults. In: Aldwin, C. M., Park, C. L., Spiro III, A. (Επιμ.). *Handbook of Health Psychology and Aging* (σελ.341-366). New York: Guilford Press.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, vol. 2 (σελ.7-30). New York: Pergamon.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer : Is Leventhal’s common sense model a useful framework for determining changes in outcome over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17-26.
- Lookinland, S., & Pool. M. (1998). Study on effect methods of pre-operative education in women. *Journal of the Association of periOperative Registered Nurses*, 67 (1), 203-213.
- Luminet, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. S. R., & Rimé, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognition and Emotion*, 14, 661-688.
- Lumley, M. A., Beyer, J., & Radcliffe., A. (2008). Alexithymia and Physical Health Problems: A Critique of Potential Pathways and a Research Agenda. Στο: Vingerhoets, A. J. J. M., Ivan Nyklíčcek, I., & Denollet, J. (Επιμ.). *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues* (σελ. 43- 68). New York: Springer.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2005). Comprehending bodily experience. Στο Lyons, A. C., & Chamberlain, K (Επιμ.). *Health Psychology: A critical introduction* (σελ. 181-206). New York: Cambridge University Press.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* (αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Manyonda, I. (2003). Total or subtotal hysterectomy abdominal hysterectomy for benign gynaecological disease. *Reviews in Gynaecological practice*, 3, 26-31.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior and physiology. *Emotion*, 5 (2), 175-190.
- McClintock Greenberg T. (2009). *Psychodynamic Perspectives in Aging and Illness*. San Francisco: Springer Science and Business Media.
- Meilahn, E. N., Matthews, K. A., Egekang, G., & Kelsey, S. F. (1989). Characteristics of women with hysterectomy. *Maturitas*, 11, 319-329.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17, 1-16.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 155 – 164.
- Nathorst-Boos, J., & Von Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 48(4), 261-262.
- Naughton, M. J., & McBee, W. L. (1997). Health-related quality of life after hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(4), 947– 57.
- Nemiah, J., & Sifneos, P. (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 154-160.
- Orbell, S., Hagger, M., Brown, V., & Tidy, J. (2006). Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cancer screening. *Health Psychology*, 25, 604–615.,
- Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D., Espley, A., & Davey, P. (1998). Cognitive Representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 47 (1), 93-102.

- Orbell, A., O'Sullivan, I., Parker, R., Steele, B., Campbell, C., & Weller, D. (2008). Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science and Medicine*, 67, 1465-1474.
- Oetker-Black, S.L., Jones, S., Estok, P., Ryan, M., Gale, N., και Parker, C. (2003). Preoperative Teaching and Hysterectomy Outcomes. *American Operating Room Nursing Journal*. 77 (6), 1215 – 1231.
- Παπαδάτου, Δ. (1999). Στρες και παρέμβαση στην κρίση. Στο: Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. (σελ. 91-108). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer – Verlag.
- Pennebaker, J. W., Zech, E., & Rime, B. (2001). Disclosing and Sharing Emotion: Psychological, Social and Health Consequences. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, & H. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539). Washington DC: American Psychological Association.
- Persson, P., & Kjolhede, P. (2008). Factors associated with postoperative recovery after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 140, 108-113.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191–1194
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Dorsey Press.

- Prockaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A., & Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health*, 19 (6), 749-765.
- Rimé, B. (1995). The social sharing of emotional experience as a source for the social knowledge of emotion. In J. A. Russell, J. M. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, & J. C. Wellenkamp (Eds.) *Everyday conceptions of emotions. An introduction to the psychology, anthropology, and linguistics of emotion* (pp. 475-489). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology*, 3, 225-258. Chichester: Wiley.
- Rosmalen, J., Neeleman, J., Gans, R., & De Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 305–311.
- Rowe, M. K., Kanouse, D. E., Mittman, B. S., Bernstein, S.J. 1999. Quality of life among women undergoing hysterectomies. *Obstetrics & Gynecology*, 93(6), 915–21.
- Rubin, G. J., Hardy, R., & Hotopf, M. (2004). A systematic review and meta-analysis of the incidence and severity of postoperative fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 317-326.
- Ryan, M. M. (1997). Hysterectomy: Social and Psychosexual aspects. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 11(1), 23-36.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and Emotion Regulation. Στο Gross, J. (Επιμ.) *Handbook of Emotion Regulation* (σελ. 606 – 615). New York: Guilford Press.

- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., Bergman, W., Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573–585.
- Scott, J. R., Sharp, H. T., Dodson, M. K., Norton, P. A., Warner, H. R. (1996). Subtotal hysterectomy in modern gynecology: A decision analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176 (6), 1186-1192.
- Smith, T., & Ruiz, J. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Straub, R. (2002). *Health psychology* (2nd ed.). USA: Worth Publishers.
- Suhonen, R. και Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, 5-15.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Swenson, R., & Clinch, J. (2000). Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 405–415.
- Tamir, M., & Mauss, I. B. (). Social cognitive factors in emotion regulation: implications for well-being. Στο Nyklvček I., Vingerhoets, A., & Zeelenberg M. (Επιμ.). *Emotion Regulation and Well-being* (σελ. 31- 47). New York: Springer.
- Taylor, S. E. (2009). *Health Psychology* (international edition). New York: McGraw-Hill.

- Thakar, R., Ayers, S., Georgakapolou, A., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2004). Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomized comparison of total versus subtotal hysterectomy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, *111*, 1115–20.
- Van Oostrom, I., Mijers-Heijboer, H., Duivenoorden, H. J., Brocker-Vriends, A. H. J. T., van Asperen, C. J., Sijmons, R. H., et al. (2007). The common sense model of self-regulation and psychological adjustment to predictive genetic testing: a prospective study. *Psycho-Oncology*, *16*, 1121-1129.
- Veazie, P. J., & Cai, S. (2007). A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of the information. *Medical Hypotheses*, *68*, 335-342.
- Wallach, E. E., & Eisenberg, E. (2003). *Hysterectomy: Exploring your options*. Baltimore & London: The John Hopkins University Press.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, *30*(6), 473-483.
- Webb, C., & Wilson-Barnett, J. (1983). Self-concept, social support and hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*, *20* (2), 97-107.
- Wiebe, D.J., & Korbel, C., (2003). Defensive denial, affect, and the self-regulation of health threats. In Cameron L.D. & Leventhal, H. (Eds.). *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 184–203). New York, NY: Routledge.
- Whitmarsh, A., Kutantji, M., & Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, *8*, 209–221.
- Wood, B., Watkins, J..B., Boyle, J. T., Nogueira, J., Zimand, E., & Carroll, L. (1989). The “Psychosomatic Family” Model: An Empirical and Theoretical Analysis. *Family Process*, *28*, 399-417.

Wulsin, L., & Signal, B. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 201-210.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Μετρήσεις για την περίοδο πριν την επέμβαση

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων – σεξουαλικής ζωής-πληροφόρησης

Παρακαλώ σημειώστε τα αρχικά του ονόματος και του επωνύμου σας καθώς και τη χρονολογία γεννήσεως σας (π.χ. Α. Μ. 1973) _____

Παρακαλώ σημειώστε με ✓ την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

1. Είστε: Παντρεμένη _____ Διαζευγμένη _____ Ελεύθερη _____ Δεσμευμένη _____

Χήρα _____

2. Έχετε παιδιά; (αριθμός) _____

3. Επίπεδο Μόρφωσης : δημοτικό _____ γυμνάσιο _____ λύκειο _____

επίπεδο ΤΕΙ _____ επίπεδο ΑΕΙ _____ επίπεδο Μαστερ _____

4. Εργάζεστε; Ναι _____ Όχι _____

5. Για ποιο λόγο κάνατε την επέμβαση;

6. Η επέμβαση ήταν ολική (αφαίρεση μήτρας+ωοθηκών+τραχήλου) ή μερική;

7. Με ποια μέθοδο έγινε η επέμβαση; (π.χ. με λαπαροσκόπηση;)

—

—

8. Πόσο καιρό είστε μαζί με τον σύντροφό σας; _____

9. Θα χαρακτηρίζα τη σεξουαλική μου ζωή *πριν* την επέμβαση ως:

Πάρα πολύ καλή _____

Ικανοποιητική _____

Μέτρια _____

Ανεπαρκής _____

Κακή _____

10. Μετά την επέμβαση *περίμενα* ότι η σεξουαλική μου ζωή:

Θα καλυτέρευε _____

Δεν θα επηρεαζόταν _____

Θα χειροτέρευε _____

11. *Πριν την επέμβαση, περίμενα* πως η συμπεριφορά του συντρόφου μου απέναντί μου:

Θα άλλαζε προς το καλύτερο _____

Θα παρέμενε η ίδια _____

Θα άλλαζε προς το χειρότερο _____

12. Η σεξουαλική μου ζωή σήμερα χαρακτηρίζεται ως:

Πάρα πολύ καλή _____

Ικανοποιητική _____

Μέτρια _____

Ανεπαρκής _____

Κακή _____

13. *Μετά* την επέμβαση η σεξουαλική μου ζωή:

Καλυτέρευσε _____

Δεν επηρεάστηκε _____

Χειροτέρευσε _____

14. Μετά την επέμβαση, η συμπεριφορά του συντρόφου μου απέναντί μου:

Άλλαξε προς το καλύτερο _____

Παρέμενε η ίδια _____

Άλλαξε προς το χειρότερο _____

14. Η πληροφόρηση που έλαβα για την επέμβαση προερχόταν κυρίως από:

A. το γιατρό μου

B. το φιλικό μου περιβάλλον

Γ. το οικογενειακό μου περιβάλλον Δ. από το διαδίκτυο

E. από περιοδικά/εφημερίδες

Στ. από εξειδικευμένα βιβλία

Z. άλλο

Παρακάτω δίδονται κάποιες προτάσεις με τις οποίες πιθανά συμφωνείτε ή διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την 7βαθμια κλίμακα που παρατίθεται πιο κάτω, υποδείξτε το βαθμό συμφωνίας σας με κάθε πρόταση σημειώνοντας τον ανάλογο αριθμό για καθεμία από αυτές.

7 Συμφωνώ απόλυτα

6 Συμφωνώ

5 Συμφωνώ κάπως

4 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

3 Διαφωνώ κάπως

2 Διαφωνώ

1 Διαφωνώ απόλυτα

1. Είχα πλήρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση από το γιατρό μου για:

A. τους λόγους της επέμβασης

1 2 3 4 5 6 7

B. την αναγκαιότητα της επέμβασης

1 2 3 4 5 6 7

Γ. τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί

1 2 3 4 5 6 7

Δ. τη μορφή και τη μέθοδο της επέμβασης

1 2 3 4 5 6 7

2. Η επιλογή της μεθόδου της επέμβασης πάρθηκε από κοινού με τον γιατρό μου

1 2 3 4 5 6 7

3. Θεωρώ ότι έχω ικανοποιητική γνώση για την ανατομία και τη λειτουργία του γεννητικού μου συστήματος

1 2 3 4 5 6 7

4. Κατανοούσα ακριβώς τι επρόκειτο να συμβεί στο χειρουργείο

1 2 3 4 5 6 7

5. Είχα αρκετό χρόνο να προετοιμαστώ ψυχολογικά για την επέμβαση

1 2 3 4 5 6 7

6. Η ανακοίνωση για την επέμβαση ήρθε ξαφνικά

1 2 3 4 5 6 7

7. Δεν ήμουν αρκετά προετοιμασμένη για την επέμβαση

1 2 3 4 5 6 7

8. Όταν σκέφτομαι την επέμβαση αναστατώνομαι

1 2 3 4 5 6 7

9. Το γεγονός της χειρουργικής επέμβασης με θύμωνε

1 2 3 4 5 6 7

10. Δεν με ανησυχούσε η επέμβαση

1 2 3 4 5 6 7

11. Αγχωνόμουν για την επέμβαση

1 2 3 4 5 6 7

12. Η επέμβαση με φόβιζε

1 2 3 4 5 6 7

13. Ποιες θεωρείτε τις αιτίες που οδήγησαν στην αναγκαιότητα της επέμβασης ;

Κακή διατροφή _____

Κληρονομικότητα _____

Έλλειψη άσκησης _____

Παραμέληση ιατρικών εξετάσεων _____

Αγνόηση πρώιμων συμπτωμάτων _____

Έλλειψη επαρκών γνώσεων για το γυναικείο γεννητικό σύστημα _____

Κακή ιατρική πρακτική στο παρελθόν _____

Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε) _____

Δεν ξέρω _____

2. IPQ-R – Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την κατάσταση της υγείας

Πιο κάτω παρατίθενται ορισμένες απόψεις για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε

άποψη, σημειώνοντας με ένα \surd το αντίστοιχο τετράγωνο. Απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη πως βλέπατε την κατάστασή της υγείας σας *λίγο πριν την επέμβαση*.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Πίστευα ότι οι δυσκολίες με την υγεία μου θα διαρκέσουν λίγο.					
2.	Πίστευα ότι οι δυσκολίες με την υγεία μου είναι πιθανώς μόνιμες και όχι παροδικές.					
3.	Πίστευα ότι οι δυσκολίες με την υγεία μου θα διατηρηθούν για πολύ καιρό.					
4.	Πίστευα ότι οι δυσκολίες με την υγεία μου θα περάσουν γρήγορα.					
5.	Περίμενα ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
6.	Πίστευα ότι οι δυσκολίες με την υγεία μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
7.	Πίστευα ότι το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζα είχε σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
8.	Πίστευα ότι το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισα δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9.	Πίστευα ότι το πρόβλημα υγείας μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
10.	Πίστευα ότι το πρόβλημα υγείας μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11.	Πίστευα ότι το πρόβλημα υγείας μου προξένησε δυσκολίες στους οικείους μου.					
12.	Πίστευα ότι πολλά μπορούσα να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					
13.	Αυτά που έκανα μπορούν να καθορίσουν αν η κατάστασή μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14.	Η πορεία του προβλήματος υγείας μου εξαρτιόταν από εμένα.					
15.	Τίποτα δεν μπορούσα να κάνω για να επηρεάσω το πρόβλημα υγείας μου.					
16.	Είχα τη δύναμη να επηρεάσω το πρόβλημα υγείας μου.					
17.	Οι πράξεις μου δεν θα είχαν καμία επίδραση στην έκβαση του προβλήματος υγείας μου.					
18.	Το πρόβλημα υγείας μου θα βελτιωνόταν με τον καιρό.					
19.	Λίγα μπορούσαν να γίνουν για να βελτιώσουν το πρόβλημα υγείας μου.					
20.	Η θεραπεία που θα ακολουθούσα ήταν αποτελεσματική για το πρόβλημα υγείας μου.					
21.	Οι αρνητικές επιπτώσεις του προβλήματος υγείας μου μπορούσαν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που θα ακολουθούσα (π.χ. επέμβαση).					
22.	Το πρόβλημα υγείας μου μπορούσε να ελεγχθεί με τη θεραπεία που θα ακολουθούσα.					
23.	Τίποτα δεν μπορούσε να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
24.	Τα συμπτώματά μου με μπέρδευαν.					
25.	Η κατάσταση της υγείας μου ήταν μυστήριο για μένα.					
26.	Δεν καταλάβαινα την κατάσταση της υγείας μου.					
27.	Η κατάσταση της υγείας μου ήταν ακατανόητη σε					

	μένα.					
28.	Είχα μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					
29.	Τα συμπτώματά μου άλλαζαν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30.	Τα συμπτώματα έρχονταν και έφευγαν κατά περιόδους.					
31.	Η εξέλιξη της κατάστασης της υγείας μου ήταν απρόβλεπτη.					
32.	Τα συμπτώματά μου άλλοτε βελτιώνονταν και άλλοτε χειροτέρευαν κάνοντας κύκλους.					
33.	Στενοχωριόμουν όταν σκεφτόμουν την κατάσταση της υγείας μου.					
34.	Όταν σκεφτόμουν την κατάσταση της υγείας μου αναστατωνόμουν.					
35.	Η περιπέτεια που πέρασα με την υγεία μου με θυμώνει.					
36.	Δεν με ανησυχούσε η κατάσταση της υγείας μου.					
37.	Αγχωνόμουν για την υγεία μου.					
38.	Η περιπέτεια που πέρασα με την υγεία μου με φόβιζε.					

3. Ερωτηματολόγιο RAND – 36 για τα επίπεδα Υγείας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί

σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας. **Θυμηθείτε πως αισθανόσασταν πριν υποβληθείτε στην επέμβαση.**

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας κάποιες μέρες πριν την επέμβαση ήταν:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν την επέμβαση, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας κάποιες μέρες πριν την επέμβαση;

Πολύ καλύτερη τότε απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τότε απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τότε απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τότε απ' ότι ένα χρόνο πριν
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η κατάσταση της υγείας σας πριν την επέμβαση, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει	Ναί, με περιορίζει	Όχι, δεν με περιορίζει
Πολύ	Λίγο	Καθόλου

- A Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ..... 1 2 3
- B Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- C Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά 1 2 3
- D Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια 1 2 3
- E Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια 1 2 3
- F Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο 1 2 3
- G Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο..... 1 2 3
- H Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα..... 1 2 3
- I Όταν περπατάτε εκατό μέτρα 1 2 3
- J Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε 1 2 3

6. Τις τελευταίες εβδομάδες πριν την επέμβαση, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες εβδομάδες πριν την επέμβαση. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες εβδομάδες πριν την επέμβαση, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Αισθανόσασταν γεμάτη ζωντάνια;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Αισθανόσασταν εξάντληση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Ήσασταν ευτυχισμένη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Αισθανόσασταν κούραση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Η υγεία μου είναι εξαιρετική.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Ερωτηματολόγιο Ρύθμισης του Συναισθήματος - ERQ

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα που νιώθετε σχετικά με την ασθένειά σας και την κατάσταση της υγείας σας, καθώς και στον τρόπο που τα διαχειρίζεστε. Παρακαλώ απαντήστε πόσο συμφωνείτε με κάθε μία πρόταση σημειώνοντας το βαθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μεγαλύτεροι βαθμοί αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας προς αυτό που περιγράφουν οι προτάσεις.

1. Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την κατάσταση της υγείας μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για αυτή.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
2. Όταν αντιμετωπίζω μια δυσκολία σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου, κάνω τον εαυτό μου να σκεφτεί για τη δυσκολία με ένα τρόπο που με βοηθά να μείνω ήρεμος.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
3. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την υγεία μου.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
4. Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την κατάσταση της υγείας μου με το να μην τα εκφράζω.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
5. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα (π.χ., λύπη ή θυμό), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
6. Όταν νιώθω συναισθηματικά άσχημα για την υγεία μου, βεβαιώνομαι ότι δεν εκφράζω τι νιώθω.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
7. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα (π.χ., χαρά), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
8. Κρατώ τα συναισθήματά μου για την υγεία μου για τον εαυτό μου.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7

9. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την υγεία μου.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
10. Όταν νιώθω θετικά συναισθήματα για την κατάσταση της υγείας μου, προσέχω να μην τα εκφράσω.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7

Μετρήσεις μετά την επέμβαση

1. Ερωτηματολόγιο Ρύθμισης του Συναισθήματος – ERQ

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα που νιώθετε σχετικά με την ασθένειά σας και την κατάσταση της υγείας σας, καθώς και στον τρόπο που τα διαχειρίζεστε. Παρακαλώ απαντήστε πόσο συμφωνείτε με κάθε μία πρόταση σημειώνοντας το βαθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μεγαλύτεροι βαθμοί αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας προς αυτό που περιγράφουν οι προτάσεις.

1. Ελέγγω τα συναισθήματά μου για την κατάσταση της υγείας μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για αυτή.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
2. Όταν αντιμετωπίζω μια δυσκολία σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου, κάνω τον εαυτό μου να σκεφτεί για τη δυσκολία με ένα τρόπο που με βοηθά να μείνω ήρεμος.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
3. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την υγεία μου.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
4. Ελέγγω τα συναισθήματά μου για την κατάσταση της υγείας μου με το να μην τα εκφράζω.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
5. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα (π.χ., λύπη ή θυμό), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
6. Όταν νιώθω συναισθηματικά άσχημα για την υγεία μου, βεβαιώνομαι ότι δεν εκφράζω τι νιώθω.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
7. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα (π.χ., χαρά), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ έντονα απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7
8. Κρατώ τα συναισθήματά μου για την υγεία μου για τον εαυτό μου.	Διαφωνώ Συμφωνώ							

	έντονα απόλυτα						
	1	2	3	4	5	6	7
9. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την υγεία μου.	Διαφωνώ	Συμφωνώ	έντονα	απόλυτα			
	1	2	3	4	5	6	7
10. Όταν νιώθω θετικά συναισθήματα για την κατάσταση της υγείας μου, προσέχω να μην τα εκφράσω.	Διαφωνώ	Συμφωνώ	έντονα	απόλυτα			
	1	2	3	4	5	6	7

2. IPQ-R

Πιο κάτω παρατίθενται ορισμένες απόψεις για το πρόβλημα υγείας που **αντιμετωπίσατε**. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα √ το αντίστοιχο τετράγωνο. Απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη πως βλέπετε **ΤΩΡΑ** την κατάστασή της υγείας σας.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1	Το πρόβλημα υγείας μου διήρκησε λίγο.					
2	Το πρόβλημα υγείας μου είναι πιθανώς μόνιμο και όχι παροδικό.					
3	Το πρόβλημα υγείας μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
4	Το πρόβλημα υγείας μου πέρασε γρήγορα.					
5	Περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
6	Το πρόβλημα υγείας μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
7	Το πρόβλημα υγείας μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
8	Το πρόβλημα υγείας μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9	Το πρόβλημα υγείας μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
10	Το πρόβλημα υγείας μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11	Το πρόβλημα υγείας μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
12	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					

13	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η κατάστασή μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14	Η πορεία της υγείας μου εξαρτάται από εμένα.					
15	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να επηρεάσω την κατάσταση της υγείας μου.					
16	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την κατάσταση της υγείας μου.					
17	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της κατάστασης της υγείας μου.					
18	Το πρόβλημα υγείας μου θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
19	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν το πρόβλημα υγείας μου.					
20	Η θεραπεία που ακολούθησα ήταν αποτελεσματική για το πρόβλημα υγείας μου..					
21	Οι αρνητικές επιπτώσεις του προβλήματος υγείας μου μπόρεσαν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την επέμβαση που έκανα.					
22	Το πρόβλημα υγείας μου μπόρεσε να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολούθησα (επέμβαση).					
23	Τίποτα δεν μπορούσε να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
24	Τα συμπτώματά μου με μπερδεύουν.					

25	Η κατάσταση της υγείας μου είναι ένα μυστήριο για μένα.					
26	Δεν καταλαβαίνω την κατάσταση της υγείας μου.					
27	Η κατάσταση της υγείας μου είναι ακατανόητη σε μένα.					
28	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					
29	Τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
31	Η εξέλιξη της κατάστασης της υγείας μου είναι απρόβλεπτη.					
32	Τα συμπτώματά μου άλλοτε βελτιώνονται και άλλοτε χειροτερεύουν κάνοντας κύκλους.					
33	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την κατάσταση της υγείας μου.					
34	Όταν σκέφτομαι την κατάσταση της υγείας μου αναστατώνομαι.					
35	Η κατάσταση της υγείας μου με θυμώνει.					
36	Δεν με ανησυχεί η κατάσταση της υγείας μου.					
37	Αγχώνομαι για την υγεία μου.					
38	Η κατάσταση της υγείας μου με φοβίζει.					

3. RAND-36

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. **Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας ΣΗΜΕΡΑ.**

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη <input type="checkbox"/> 1	Πολύ καλή <input type="checkbox"/> 2	Καλή <input type="checkbox"/> 3	Μέτρια <input type="checkbox"/> 4	Κακή <input type="checkbox"/> 5
--------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν <input type="checkbox"/> 1	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν <input type="checkbox"/> 2	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν <input type="checkbox"/> 3	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν <input type="checkbox"/> 4	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν <input type="checkbox"/> 5
--	---	--	--	---

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	----------------------------------	---

- A Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ..... 1 2 3
- B Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- C Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... 1 2 3
- D Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- E Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- F Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο 1 2 3
- G Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο..... 1 2 3
- H Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα 1 2 3
- I Όταν περπατάτε εκατό μέτρα 1 2 3
- J Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1 2 3

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Αισθανόσασταν γεμάτη ζωντάνια; ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Αισθανόσασταν εξάντληση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Ήσασταν ευτυχισμένη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Αισθανόσασταν κούραση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5