



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ρύθμιση του συναισθήματος και αναπαραστάσεις της
ασθένειας, η σχέση τους με την υγεία

Εισηγήση: Κωνσταντίνος Κιομουρτζής Α.Μ. 2076

Εποπτεία: Ευάγγελος Καραδήμας

Στην Ξανθούλα

Περιεχόμενα

	Σελ.
Εισαγωγή.....	5
ΜΕΡΟΣ Α	
1. Χρόνιες ασθένειες	
1.1 Υγεία και συμπεριφορές υγείας.....	6-7
1.2 Χρόνιες ασθένειες: ορισμός, προσεγγίσεις, στάδια.....	7-11
1.3 Χρόνιες ασθένειες και ηλικία.....	11-13
1.4 Υγειονομική περίθαλψη χρόνιων ασθενών.....	13-14
2. Συναισθήματα	
2.1 Ορισμός, ρόλος και είδη.....	15-17
2.1.1 Αρνητικά συναισθήματα και υγεία.....	17-19
2.2 Εκφραζόμενο συναίσθημα	19-20
2.3 Ρύθμιση του συναισθήματος.....	20-23
2.4 Γνωστική ρύθμιση του συναισθήματος και στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος.....	24-27
2.5 Ρύθμιση του συναισθήματος και υγεία.....	27-29
3. Αναπαραστάσεις της ασθένειας	
3.1 Γνωστικές αναπαραστάσεις	30-32
3.2 Μοντέλο αυτό-ρύθμισης και Μοντέλο Κοινής Λογικής.....	32-37
3.3 Αναπαραστάσεις ασθένειας και υγεία.....	37-45
3.4 Οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας στα δυο φύλα.....	45-46
3.5 Στοιχεία αυτό-ρύθμισης και συμπεριφορές υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών.....	46-49
ΜΕΡΟΣ Β.	
1. Η ΕΡΕΥΝΑ	
1.1 Σκοπός.....	50
1.2 Υποθέσεις.....	50
1.3 Μέθοδος.....	50
1.3.1 Δείγμα και διαδικασία.....	50
1.4 Μέσα συλλογής δεδομένων -Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	51
1.4.1 Το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας	51-52
1.4.2 Κλίμακα Ρύθμισης του Συναισθήματος	53

1.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων.....	53
2. ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
2.1. Γενικά Στοιχεία.....	54
2.2. Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις.....	54-56
2.3. Ρύθμιση του Συναισθήματος - Δείκτες Υγείας.....	58
2.4 Ρύθμιση του Συναισθήματος - Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας.....	58
2.5 Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας - Δείκτες Υγείας.....	58
2.6 Συσχετίσεις ανάμεσα στους δείκτες της κάθε μεταβλητής	58
2.6.1. Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας.....	58-59
2.6.2 Αναπαραστάσεις του συναισθήματος.....	59
2.6.3 Δείκτες της υγείας.....	59-60
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	61-66
Περιορισμοί έρευνας και μελλοντικές προτάσεις.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68-74

Εισαγωγή

Η παρακάτω πτυχιακή εργασία πραγματοποιείται στα πλαίσια των προϋποθέσεων για την λήψη του πτυχίου. Η εργασία έχει ως στόχο τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στη ρύθμιση του συναισθήματος (emotion regulation), στις αναπαραστάσεις της ασθένειας (illness perceptions) και στους δείκτες υγείας, σε χρόνιους ασθενείς με καρδιολογικές παθήσεις.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος πραγματοποιείται μια εκτενής βιβλιογραφική αναφορά και αφορά: α) Έννοιες που σχετίζονται με τις χρόνιες ασθένειες (chronic illness). β) Περιγραφή της ρύθμιση του συναισθήματος και των στρατηγικών που την συνοδεύουν. Επιπλέον, αναφέρονται οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για να μετρηθεί η ρύθμιση του συναισθήματος γ) Αναφορά στις αναπαραστάσεις της ασθένειας και μια περιγραφή του μοντέλου αυτό-ρύθμισης (self regulation model) και του μοντέλου κοινής λογικής (common sense model) του Leventhal, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Επιπροσθέτως, αναφέρονται σχετικές έρευνες με τις μεταβλητές που προαναφέρθηκαν.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται το ερευνητικό τμήμα. Παρουσιάζονται τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων, το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R) και η κλίμακα ρύθμισης του συναισθήματος (ERQ). Τα παραπάνω περιλαμβάνονται σε ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς το οποίο συμπλήρωσαν τα υποκείμενα. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα στατιστικής των κοινωνικών επιστημών SPSS. Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών αποκάλυψε συσχετίσεις σε όλες τις μεταβλητές μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα: Α) στις αναπαραστάσεων της ασθένειας και τους δείκτες υγείας, Β) την ρύθμιση του συναισθήματος και την υγεία, και Γ) ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενών για την ασθένειά τους και την ρύθμιση του συναισθήματός τους. Ολοκληρώνοντας, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, σε όλες τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην προκείμενη έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: emotion regulation, illness perceptions, chronic illness, common sense model.

ΜΕΡΟΣ Α

1. Χρόνιες ασθένειες

1.1 Υγεία και συμπεριφορές υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) όπως αναφέρεται στο (Αναγνωστόπουλος, Καραδήμας, 2008) η υγεία προσδιορίζεται ως «η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και η οποία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την απουσία συμπτωμάτων ασθένειας ή και αναπηρίας».

Στις εφημερίδες, την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, συναντάμε μια μεγάλη ποικιλία άρθρων και προγραμμάτων που προσφέρουν πληροφορίες και συμβουλές σε θέματα υγείας και ευεξίας. Η συγκεκριμένη ανησυχία με τα ζητήματα υγείας δεν είναι νέα. Ποτέ όμως δεν ήταν τόσο έντονα «πανταχού παρούσα». Είμαστε διαποτισμένοι με αυτήν, και ζούμε σε μια εποχή που «βασανίζεται» με την υγεία και την φυσική κατάσταση (fitness). Η τέλεια υγεία προβάλλεται ως άμεσο αποτέλεσμα της φυσικής σωματικής κατάστασης. Σε διαφημίσεις, τηλεοπτικά προγράμματα και ταινίες παρατίθεται μια σειρά εικόνων και προτύπων – μοντέλων σύμφωνα με τα οποία ορίζουμε το σώμα μας και την εμφάνισή μας. Η διαφήμιση, κατά το κύριο μέρος της, στηρίζεται ακόμα στο ανθρώπινο σώμα και την εικόνα του για να πουλήσει προϊόντα. Σε αυτές τις διαφημίσεις, ένα τέλειο υγιές σώμα υπονοεί ένα είδος αθανασίας στη στιγμή, μια περιφρόνηση του θανάτου και σε μια επιθυμητή μετάβαση από την πλήξη της καθημερινότητας σε μια κατάσταση «διαρκούς ευτυχίας» (Bauman, 1992, όπως αναφέρεται στο Gwyn, 2002).

Η ψευδαίσθηση της «τέλειας υγείας» γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτή ως μια νόρμα, το αδιαφιλονίκητο δικαίωμα μιας αγεγάδιαστης έκδοσης της ανθρωπότητας. Παράλληλα, οποιοσδήποτε υπαινιγμός ατέλειας, διαφοράς από τους καθιερωμένους κανόνες βάρους ή μορφής, παραμόρφωσης ή δυσμορφίας, θεωρούνται τύποι παρέκκλισης, υποδεικνύοντας μια αξιοπρόσεκτη και λιγότερη ανθρωπότητα. Για ορισμένους συγγραφείς όπως ο ιατρικός ανθρωπολόγος Friendson (1970), οι συνέπειες αυτής της επικράτησης του ιατρικού μοντέλου είναι ότι κοινωνικο-πολιτισμικά εισαγόμενα παράπονα και σύνδρομα, λανθασμένα χαρακτηρίζονται ως «ασθένεια». Αυτή είναι μια ιδέα που ακολουθείται σε μεγαλύτερη διάσταση και λεπτομερέστερα από τον Showalter (1997) όπως αναφέρεται στο Gwyn, (2002) ο οποίος υποστηρίζει ότι, ορισμένες σύγχρονες θλίψεις

που κυμαίνονται από το χρόνιο σύνδρομο κόπωσης έως μια συνολική έκπτωση, είναι συγκεκριμένες εκδηλώσεις μιας διαδεδομένης πολιτιστικής υστερίας.

Σχετικά με την υγεία κρίνεται αναγκαίο να διευκρινιστούν κάποιες βασικές έννοιες. Συμπεριφορές υγείας αποκαλούνται οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία όπως η έκθεσή της σε κίνδυνο ή η διατήρηση και προστασία της. Οι περισσότερες από τις χρόνιες ασθένειες δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά γίνεται προσπάθεια μέσω μιας σειράς παρεμβάσεων, να ελέγχεται η πορεία τους και να εξασφαλίζεται περισσότερος χρόνος επιβίωσης καθώς και μία βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Η έννοια ποιότητα ζωής περιλαμβάνει την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα, τις επαγγελματικές ασχολίες, την συναισθηματική κατάσταση, τις γνωστικές και νοητικές ικανότητες και την γενικότερη ικανοποίησή του ατόμου από την ζωή (Καραδήμας, 2005).

Άλλοι ερευνητές πρότειναν έναν ευρύτερο ορισμό για τη συμπεριφορά υγείας ως «οποιαδήποτε συμπεριφορά που διενεργείται από ένα άτομο, ανεξάρτητα από αντιληπτή ή πραγματική κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να προστατέψει, να προωθήσει, ή να διατηρήσει την υγεία του, ανεξάρτητα από το αν τέτοια συμπεριφορά είναι ή όχι αντικειμενικά αποτελεσματική προς το στόχο του» (Harris και Guten, 1979, όπως αναφέρεται στο Hwu, 2001).

Ο Laffrey (1985, όπως αναφέρεται στο Hwu, 2001) περιγράφει τρεις τύπους συμπεριφορών υγείας: 1. συμπεριφορά πρόληψης της ασθένειας, που ορίζεται ως η συμπεριφορά που μειώνει ή αποφεύγει την ασθένεια ή τα συμπτώματα της, 2. συμπεριφορά διατήρησης της υγείας, που ορίζεται ως η συμπεριφορά που προστατεύει ή επιβεβαιώνει ένα υπάρχον επίπεδο υγείας και 3. συμπεριφορά προώθησης της υγείας, που ορίζεται ως η συμπεριφορά που αυξάνει το επίπεδο της υγείας ή της ευημερίας ενός ατόμου.

1.2 Χρόνιες ασθένειες: ορισμός, προσεγγίσεις, στάδια

Η χρόνια ασθένεια είναι μια μόνιμη ασθένεια, η οποία μπορεί να χαρακτηρίζεται από μια κυματιστή καμπύλη με τον ακόλουθη ακολουθία: σταθερότητα, επιδείνωση, αποκατάσταση από την επιδείνωση και επιστροφή στη σταθερότητα. Άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν συχνά την αβεβαιότητα των αλλαγών από αυτά τα βήματα, και φαίνεται να έχουν σχετικά μικρό έλεγχο της ασθένειάς τους. Με αυτήν την έλλειψη του έλεγχου συνδέονται και οι περιπλοκές της χρόνιας ασθένειας.

Μαθαίνοντας να ζουν με τη χρόνια ασθένεια, οι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορετικές διαστάσεις στις ενέργειες που κάνουν οι ίδιοι για να διατηρήσουν ή να προωθήσουν την κατάσταση της υγείας τους.

Επιστημονικές εξηγήσεις πάνω στις χρόνιες ασθένειες, έχουν εστιάσει στο πρόσωπο που αντιμετωπίζει την χρόνια ασθένεια και αναπτύχθηκαν πάνω σε βιοιατρικά ή ψυχοκοινωνικά πλαίσια. Σε μια ευρεία ανασκόπηση της ερευνητικής και θεωρητικής βιβλιογραφίας ομιλίες για τον ατομικισμό και την επιστήμη αποκαλύπτονται ως κυρίαρχες στις τρέχουσες κατασκευές των χρόνιων ασθενειών.

Οι κυρίαρχες τρέχουσες κατασκευές της χρόνιας ασθένειας είναι οι εξής:

A. Βιοϊατρική προσέγγιση

Η ιατρική βιβλιογραφία που σχετίζεται με τη χρόνια ασθένεια παραμένει κατευθυνόμενη στην έρευνα της παθο-φυσιολογίας συγκεκριμένων ασθενειών και στους μηχανισμούς που χρησιμοποιεί η κλινική θεραπεία. Ο αρχικός στόχος της θεραπείας είναι να αντιστραφεί, εάν είναι δυνατόν, η πορεία της ασθένειας και ο ασθενής να επιστρέψει σε μια κανονική κατάσταση της υγείας του. Όπου η θεραπεία δεν είναι εφικτή, γίνεται προσπάθεια ελαχιστοποίησης του αντίκτυπου της ασθένειας στο σώμα, κυρίως μέσω του ελέγχου του συμπτώματος. Η βιοϊατρική προσέγγιση παραμένει μια από τις σημαντικές κατασκευές της χρόνιας ασθένειας. Όμως η έρευνα στην ιατρική, με μια θεραπευτική πρόθεση, αποτυγχάνει να αναγνωρίσει μια πραγματικότητα πέρα από το φυσικό σώμα των χρόνιων ασθενών για τους οποίους η θεραπεία δεν είναι εφικτή.

B. Ψυχοκοινωνική προσέγγιση

Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις για την χρόνια ασθένεια έχουν αναπτυχθεί υπό την ιατρική άποψη, η οποία επιδιώκει να καθορίσει τα αναπτυξιακά στάδια της χρόνιας ασθένειας. Τα στάδια αυτά βρίσκονται στις κοινωνικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις της χρόνιας ασθένειας. Τέσσερις κύριοι παράγοντες προσδιορίζονται μέσα στον ψυχοκοινωνικό τομέα της έρευνας και είναι: 1. Εκδηλώσεις της χρόνιας ασθένειας, 2. ο σχεδιασμός της πορείας της ασθένειας, 3. η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, και 4. η εξερεύνηση της έννοιας της συμμόρφωσης. Ο Strauss και οι συνεργάτες του (1984) (όπως αναφέρεται στο Wellard, 1998), αναπαριστά τις χρόνιες ασθένειες ως ένα πολλαπλό πρόβλημα που μπορεί να αλλάξει αλλά δεν παύει να υφίσταται. Η χρόνια ασθένεια προσδιορίζεται από μια ιατρική «κρίση». Η πρόληψη και ο έλεγχος αυτών των κρίσεων απαιτούν την κατασκευή σύνθετων κοινωνικών ρυθμίσεων για να προωθηθεί η σχετιζόμενη ψυχολογική και κοινωνική αναταραχή. Η χρόνια ασθένεια

δημιουργεί την ανάγκη για την διαχείριση των θεραπευτικών αγωγών. Μετά από αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αξίας της θεραπευτικής αγωγής χρόνιοι ασθενείς συχνά επιδιώκουν να συμπληρώσουν τις θεραπευτικές αγωγές τους με εναλλακτικές θεραπείες (Wellard, 1998).

Υπογραμμίζεται η ανάγκη να γίνει κατανοητή η ασθένεια και από την άποψη της ερμηνείας που δίνει ο ίδιος ο ασθενής, σε σχέση με την αρχή, την πορεία, την πρόοδο της ασθένειας και τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν. Υπάρχει μια θεωρητική τοποθέτηση η οποία κατανοεί την ασθένεια όχι απλώς ως μια κατάσταση στην οποία οι άνθρωποι υποφέρουν, αλλά επιπλέον, ως ένας όρος που απαιτεί μια επαναδιαπραγμάτευση της κοινωνικής τους ταυτότητας (Gerhardt 1989) (όπως αναφέρεται στο Randley, 2003). Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι υπάρχει ένα στοιχείο στιγματισμού, που προκαλεί η ασθένεια και σαν απάντηση σε αυτό τα άτομα καλούνται να προσπαθήσουν, όχι μόνο να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους, αλλά και να συμπεριφέρονται με τρόπους που να είναι κοινωνικά αποδεκτοί και κατάλληλοι (Randley, 2003)

Η συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι ο τέταρτος μεγαλύτερος τομέας της ψυχοκοινωνικής έρευνας σχετικά με τη χρόνια ασθένεια. Οι ειδικοί της υγείας θεωρούν ότι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τους ασθενείς οδηγεί στην αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Οι θεραπευτικές αγωγές απαιτούν από τους ασθενείς να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τις πτυχές της ζωής τους, που κυμαίνονται από πολύ απλές ως εξαιρετικά σύνθετες ρουτίνες. Η συμμόρφωση έχει οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός προσώπου (που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ακολουθεί δίαιτες και κάνει αλλαγές τρόπου ζωής) συμπίπτει με τις ιατρικές συμβουλές» (Haynes, 1979, που αναφέρεται στον Hymovich και Hagorian, 1992, όπως αναφέρεται στο Wellard, 1998). Τα ποσοστά συμμόρφωσης στη χρόνια ασθένεια υπολογίζονται περίπου 50% (Cameron & Gregor, 1987, Turk & Rudy, 1991, όπως αναφέρεται στο Wellard, 1998). Η μη συμμόρφωση έχει αυστηρές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της επιδείνωσης και της αύξησης της ανικανότητας (Turk & Rudy, 1991, όπως αναφέρεται στο Wellard, 1998). Μια αποτυχία να ακολουθηθούν οι θεραπευτικές αγωγές από τους ασθενείς οδηγεί στην ανάγκη για επείγουσες θεραπείες και στην εισαγωγή σε νοσοκομείο για να επανέλθει ο ασθενής σε μια σταθερή κατάσταση (Lamping & Campbell, 1990, όπως αναφέρεται στο Wellard, 1998). Έχει υποστηριχτεί ότι η πρόβλεψη του βαθμού συμμόρφωσης

των ασθενών θα επέτρεπε στους γιατρούς να ανακαλύψουν εναλλακτικές στρατηγικές που θα οδηγούσαν στην αυξανόμενη συμμόρφωση των ασθενών.

Οι άνθρωποι με τις χρόνιες ασθένειες στηρίζονται σε διάφορες στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας όπως η συναισθηματική ενασχόληση, η απόσπαση της προσοχής, σε διαφορετική έκταση από τους ασθενείς με οξείες ασθένειες. Σύμφωνα με τον Endler et al 1998, (όπως αναφέρεται στο Endler, 2001), τα άτομα με τα χρόνια προβλήματα υγείας χρησιμοποίησαν πιο συναισθηματικές στρατηγικές διαχείρισης από εκείνα με οξεία προβλήματα υγείας που εργάζονται κυρίως προς την ανακούφιση των συμπτωμάτων παρά προς τη λήψη μέτρων. Άνθρωποι με τις χρόνιες ασθένειες πρέπει να ρυθμίσουν τους τρόπους ζωής τους παρά να προσπαθήσουν να ελέγξουν και να καταπραΰνουν τα συμπτώματά τους (Alonzo, 1984, όπως αναφέρεται στο Endler, 2001).

Εννέα φάσεις της χρόνιας ασθένειας έχουν προσδιοριστεί, που αντιπροσωπεύουν τις πολλές αλλαγές που συμβαίνουν στην εξέλιξη μιας χρόνιας κατάστασης. (Corbin, 1998, όπως αναφέρεται στο Wilkinson, 2005)

1. Δεν παρουσιάζονται σημάδια ή συμπτώματα
2. Εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια και συμπτώματα και γίνεται διάγνωση
3. τα συμπτώματα είναι ελεγχόμενα και γίνεται διαχείριση της ασθένειας με χορήγηση θεραπευτικής αγωγής.
4. Τα συμπτώματα γίνονται ανεξέλεγκτα από την προηγούμενη αγωγή.
5. Εμφανίζονται πιο σοβαρά συμπτώματα και επιπλοκές που δεν ανακουφίζονται και χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης.
6. Παρουσιάζεται μια κατάσταση που είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου.
7. Διαδοχική επαναφορά σε έναν αποδεκτό τρόπο ζωής μέσα στους περιορισμούς που θέτει η ασθένεια.
8. Η φυσική και ψυχική υγεία χειροτερεύει.
9. Επέρχεται ο θάνατος .

Σύμφωνα με τον Lunney et al., 2002, (όπως αναφέρεται στο Wilkinson, 2005) διαμορφώνονται τρεις διαφορετικές τροχιές μιας ανεπτυγμένης και τελικά μοιραίας χρόνιας ασθένειας, που αντιπροσωπεύουν την τελευταία φάση ζωής για τα περισσότερα άτομα: (1) εκείνοι που είναι άρρωστοι αλλά με μια λειτουργικά σταθερή περίοδο που ακολουθείται από καθορισμένη τελική φάση, που αποτελείται από

μερικές εβδομάδες επιδείνωσης της ανικανότητας και των συμπτωμάτων, π.χ θάνατος από καρκίνο (2) μια τροχιά που χαρακτηρίζεται από μια μακριά πορεία αργής πτώσης με περιοδικές κρίσεις καθώς επίσης και από περιόδους σταθερότητας ή ακόμη και «αποκατάστασης,» με έναν ξαφνικό θάνατο, όπως π.χ. σε περιπτώσεις συγκοπής της καρδιάς και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και (3) μια μακροχρόνια, αργή πτώση με σταθερά προοδευτική ανικανότητα πριν το θάνατο από επιπλοκές λόγω μεγάλης ηλικίας, όπως π.χ σε περιπτώσεις εγκεφαλικού ή άνοιας.

1.3 Χρόνιες ασθένειες και ηλικία

Η ηλικία και οι κοινωνιο-δημογραφικοί παράγοντες συσχετίζονται όχι μόνο με τα επίπεδα γνώσης της ασθένειας αλλά και με την εφαρμογή της γνώσης σε σχέση με τις πρακτικές υγείας και την ευημερία. Σύμφωνα με προηγούμενη έρευνα (π.χ., Beier & Ackerman, 2003, Klug et al., 2005, McCafferty et al., 2003, Persell et al., 2004, Reeves et al., 2002, όπως αναφέρεται στο Jackson, 2009), ασθενείς με μικρότερο επίπεδο γνώσης της ασθένειας ήταν πιθανότερο να είναι νέοι ενήλικοι, ανύπανδροι και χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης από τις ομάδες με μέτρια και υψηλή γνώση. Η ομάδα με χαμηλή γνώση ανέφερε επίσης χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγέλματος και εισοδήματος από την ομάδα με υψηλή γνώση, ένα σχέδιο που είναι σύμφωνο με τα στοιχεία που προτείνουν ότι οι ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν περιορίσει τη βασική εκπαίδευση υγείας, έχουν λιγότερη πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες πρόληψης και μειωμένη ικανότητα να αντιμετωπίσουν τα μηνύματα για την υγεία και την ασθένεια ως πληροφορίες παρά «ως ενόχληση» (Antonovsky, 1994, Davis et al, 1995, όπως αναφέρεται στο Jackson, 2009).

Υπάρχουν περισσότερες από 200 χρόνιες παθήσεις σε νέους κάτω των 18 και πολλές από αυτές είναι σπάνιες. Είναι όμως δύσκολο να διαγνωστούν όλες αυτές οι παθήσεις καθώς η ιατρική διάγνωση αντανακλά μια προσέγγιση εστιασμένη συνήθως στο πρόβλημα και όχι στην πορεία της χρόνιας ασθένειας που μπορεί να είναι απρόβλεπτη. Π.χ. το άσθμα, ο διαβήτης, η αιμοφιλία και η κυστική ίνωση είναι χρόνιες ασθένειες αλλά η καθημερινή τους διαχείριση και η πορεία τους μπορεί να διαφέρει. Το άσθμα μπορεί να έχει μια εποχιακή μορφή ή να είναι μια οξεία επικίνδυνη για τη ζωή κρίση. Η θεραπεία των χρόνιων ασθενειών δίνει έμφαση στα

συμπτώματα, στην πρόληψη των επιπλοκών και στην προώθηση της υγείας. Αυτή η προσέγγιση είναι πιο ολιστική απ' ό,τι το ιατρικό μοντέλο που εστιάζει στο πρόβλημα. Μια χρόνια ασθένεια έχει μια βιολογική βάση που διαρκεί τουλάχιστον 3 με 12 μήνες και συνοδεύεται από μια ή περισσότερες συνέπειες π.χ. 1) περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα, 2) εξάρτηση από άλλα μέσα όπως φάρμακα, ειδικές δίαιτες και βοηθητικά μηχανήματα και 3) ανάγκη για επιπλέον ιατρικές υπηρεσίες. (Kathleen, 1999)

Σε έρευνα που έγινε σε 144 νέους με διάφορες χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των νέων, με ασθένεια ή χωρίς παρουσιάζεται ψυχοκοινωνικά σε καλή κατάσταση. Νέοι με χρόνιες ασθένειες εκτιμούν την υγεία τους χειρότερη από ότι νέοι που ζουν χωρίς ασθένειες. Αυτό οφείλεται από τη μια σε αντικειμενικούς φυσικούς παράγοντες και από την άλλη σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως το άγχος, η θλίψη και η δυστυχία. Νέοι με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες είναι λιγότερο ανεξάρτητοι και λιγότερο προσανατολισμένοι στο μέλλον απ' ό,τι οι άλλοι. Επίσης παρουσιάζουν λιγότερο ικανοποιητικές σχέσεις με την οικογένειά τους καθώς και δυσκολίες με τους συνομήλικους τους. Φτωχότερη κοινωνική λειτουργικότητα συνδέεται με φτωχότερη φυσική υγεία. Έτσι, όταν μια ασθένεια επιμένει στη νεαρή ή εφηβική ηλικία τότε συγκεκριμένοι ψυχοκοινωνικοί τομείς είναι ευάλωτοι, όπως π.χ τα σχέδια για το μέλλον, οι δραστηριότητες με την οικογένεια, οι ερωτικές σχέσεις, η απόκτηση διπλώματος οδήγησης, η ικανοποίηση από τη ζωή, η σχολική σταδιοδρομία και οι σχέσεις με φίλους και συγγενείς (Weller, 1984).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι νέοι θεωρούσαν ότι η ζωή τους ήταν καλύτερη όταν μπορούσαν να είναι με τους φίλους τους και να κάνουν τα ίδια πράγματα έκαναν (Gallo et al. 1992, Kim & Kang 2003, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008). Εντούτοις, αυτό περιπλεκόταν συχνά από την ασθένειά τους και τις περιόδους που περνούσαν στο νοσοκομείο. Οι νέοι δεν θέλουν πάντα οι φίλοι τους να ξέρουν ότι έχουν μια ασθένεια επειδή αυτό τους καθιστά διαφορετικούς, αν και, με μερικές χρόνιες ασθένειες, π.χ την επιληψία, αυτό δεν ήταν πάντα δυνατό να κρυφτεί ειδικά εάν είχαν μια κρίση (Eklund & Sivberg 2003, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008). Πολλές φορές οι νέοι απεχθάνονται τη θεραπεία τους γιατί αυτή τους καθιστά διαφορετικούς, καθώς πρέπει να παίρνουν φάρμακα για όλη τους τη ζωή και πρέπει να σκέπτονται συνέχεια την υγεία τους περισσότερο από ότι οι φίλοι τους. Αυτό είναι ένα φορτίο και σε μερικές οι περιπτώσεις ήταν αρκετό για να τους οδηγήσει να σταματήσουν τη θεραπεία (Christian & D'Auria 1997, Atkin & Ahmad 2001,

Hokkanen et al. 2004, McEwan et al. 2004, Huus & Enskar 2007, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008). Οι γονείς ήταν οι καλύτεροι σύμμαχοι, βοηθώντας τους νέους με την ασθένειά τους και ήταν σημαντικοί στην καθοδήγηση της θεραπείας τους. Εντούτοις, ήταν επίσης μια πηγή έντασης και δυσαρέσκειας (Christian & D'Auria 1997, McEwan et al. 2004, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008). Οι γονείς ενέργησαν με έναν προστατευτικό τρόπο προς το νεαρό άτομο και αυτό οδήγησε συχνά σε σύγκρουση με την επιθυμία του νεαρού ατόμου να είναι ανεξάρτητο και να παίρνει τις αποφάσεις του (Snethen et al. 2001, Hokkanen et al. 2004, McEwan et al. 2004, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008) Τα άτομα σε πρόωρη εφηβεία αντιμετώπισαν τη λιγότερη δυσκολία επειδή ήταν κάτω από την προστασία των γονέων, οι οποίοι θεωρούνταν ενθαρρυντικοί. (Atkin & Ahmad 2001, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008) 'Όταν οι νέοι μεγάλωσαν άρχισαν να καταλαβαίνουν τη θεραπεία τους και μπορούσαν να έχουν τον έλεγχο, φτιάχνοντας το δικό τους καθημερινό πρόγραμμα που ήταν καλύτερο για αυτούς (Admi 1996, Atkin & Ahmad 2001, Eklund & Sivberg 2003, Damiao & Pinto 2007, όπως αναφέρεται στο Taylor, 2008).

1.4 Υγειονομική περίθαλψη χρόνιων ασθενών

Τα άτομα με χρόνια συμπτώματα είναι οι συνήθεις χρήστες των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αν και η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στην ηλικία των 65 έχει αυξηθεί πέρα από 20 έτη, μόνο 11.9 αυτών των ετών αναμένονται να είναι υγιείς. Το μεγαλύτερο μέρος του φορτίου της ασθένειας και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών εμπίπτει τώρα στα τελευταία έτη ζωής, όταν ζουν γενικά οι άνθρωποι με τις καθιερωμένες, σοβαρές χρόνιες ασθένειες που θα οδηγήσουν τελικά σε θάνατο. Παραδείγματος χάριν, 96% των επισκεπτών υγειονομικής περίθαλψης στο σπίτι, 88% των συνταγών, 72% όλων των επισκέψεων σε ιατρούς, και 75% όλων των εσωτερικών ασθενών νοσοκομείων πηγαίνουν στους ανθρώπους με πολλαπλές χρόνιες ασθένειες. (Anderson, et al, 2002, όπως αναφέρεται στο Wilkinson, 2005)

Η παραδοσιακή έννοια των σχέσεων υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται πάνω σε τρία αρχικά υποθετικά θεμέλια. Αυτά είναι: 1.ο γιατρός είναι ο ειδικός, 2. το υγειονομικό σύστημα υποστηρίζει από το νόμο όλες τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, 3. ο ιδανικός ασθενής είναι και υπάκουος και αυτοδύναμος. Παρόλα αυτά όπως έχει υποστηριχτεί από διάφορους θεωρητικούς τα τελευταία χρόνια, η

κατάσταση μιας χρόνιας ασθένειας διαφέρει εμφανώς από αυτήν της οξείας ασθένειας σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης (Bury, 1988, De Ridder et al., 1997, Monks, 1995, Robinson, 1988, Thorne, 1993, Wellard, 1998, όπως αναφέρεται στο Thorne, 2000). Η χρόνια ασθένεια βρίσκεται αναπόφευκτα σε εξέλιξη και δεν έχει χαρακτήρα επεισοδιακό. Όταν μια ασθένεια είναι χρόνια, το ιατρικό σύστημα έχει εγγενώς αποτύχει στην κοινωνική του υπόσχεση να θεραπεύσει την ασθένεια.

Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης και των χρόνιων ασθενών μπορεί να είναι ποικιλοτρόπως σποραδική ή τρέχουσα, περιστασιακή ή εντατική, και μπορεί να περιλαμβάνει έναν ειδικό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή μια σειρά από τους ειδικούς επαγγελματίες. Επειδή σε μεγάλη πλειοψηφία η διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας γίνεται τυπικά από τον ασθενή στα πλαίσια της ζωής του, η σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης με τους οποίους δεσμεύονται, γίνεται μια σημαντική πηγή για ανταλλαγή πληροφοριών, λήψη αποφάσεων και δημιουργία κινήτρων. Η ικανότητα του επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης να συμμετέχει στην αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί επομένως να υποστηρίξει ή αποθαρρύνει τις αποφάσεις και τις ενέργειες του ασθενούς που θα βελτιστοποιήσουν τη δυνατότητα του ασθενή να ζήσει όσο το δυνατόν καλύτερα με την ασθένεια του (Thorne, 1993, όπως αναφέρεται στο Thorne, 2004). Η ύπαρξη σεβασμού, εμπιστοσύνης και ελέγχου, μέσα στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης είναι σαφώς αποφασιστικής σημασίας στην ποιότητα ζωής των χρόνιων ασθενών. (Thorne, 2000)

2. Συναισθήματα

2.1 Ορισμός, ρόλος και είδη

Είναι τα συναισθήματα παράλογες δυνάμεις που απελευθερώνουν καταστρεπτικές σκέψεις και παρορμήσεις; (Young, 1943, όπως αναφέρεται στο Gross & John, 2004) ή τα συναισθήματα αντιπροσωπεύουν τη «σοφία που έρχεται με τα χρόνια»; (Lazarus, 1991b, p. 820, όπως αναφέρεται στο Gross & John, 2004) η οποία μας καθοδηγεί με επιτυχία στη διάρκεια της ζωής μας; Και οι δυο οπτικές έχουν κάποια αξία. Η πρόκληση είναι να βρεθούν τρόποι ρύθμισης των συναισθημάτων μας ώστε να κρατήσουμε τα βοηθητικά και να μειώσουμε τα καταστρεπτικά τους στοιχεία (Gross & John, 2004).

Το συναίσθημα είναι ένα βασικό συστατικό της ανθρώπινης εμπειρίας που είναι άρρηκτα συνυφασμένο με τη σκέψη και την πράξη. Είναι λοιπόν λογικό ότι το να κατανοήσουμε και να τιθασεύσουμε το συναίσθημα αποδεικνύεται κρίσιμο για να αλλάξουμε τόσο την επίδραση, όσο και τη γνωστική ικανότητα και συμπεριφορά.

Το συναίσθημα είναι μια κατασκευή που από τη μια είναι ενδόμυχα οικείο και από την άλλη περίφημο για την ικανότητα του να δραπετεύει. Είναι δύσκολο να δοθεί ένας ορισμός για το συναίσθημα καθώς έχει πολλές διαστάσεις. Ο Zeman (2007) αναφέρεται στον πολύπλευρο ορισμό του Solomon (2002), (όπως αναφέρονται στο Burum & Goldfriend, 2007) που θεωρεί το συναίσθημα ως ολιστική κατασκευή που αποτελείται από εκφράσεις συμπεριφοράς, φυσιολογικό υπόστρωμα, φαινομενολογική εμπειρία, γνωστικές διαδικασίες και ένα κοινωνικό περιβάλλον. Για να εξακριβωθεί η ακριβής δομή του συναισθήματος είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η συναισθηματική συνειδητοποίηση που είναι τόσο σημαντική σε πολλές ψυχολογικές θεραπείες. Το να μετρηθεί η συναισθηματική συνειδητοποίηση απαιτεί να εξακριβωθεί η αιτία της παρουσίας συναισθήματος. Έτσι, οι λεκτικές εκφράσεις συναισθήματος, η συναισθηματική συμπεριφορά και οι σκέψεις που συνδέονται με το συναίσθημα μπορούν να θεωρηθούν πλευρές της συναισθηματικής συνειδητοποίησης, ξεχωριστές όμως από το ίδιο το συναίσθημα (Burum & Goldfriend, 2007).

Σύμφωνα με το Mueller (όπως αναφέρεται στο Weiner, 1986) υπάρχουν τοπικά κέντρα εγκεφάλου όπου τα συναισθήματα γεννιούνται και αποθηκεύονται. Από την άλλη, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός λειτουργικών οδών που είναι ευρέως

κατανεμημένα σε όλο τον εγκέφαλο. Αυτά τα πολλαπλά κυκλώματα συμμετέχουν στη ρύθμιση και στην ολοκλήρωση συναισθηματικών συμπεριφορών (Weiner, 1986).

Η σημαντική διάκριση ανάμεσα σε πρωτογενή και δευτερογενή συναισθήματα παρέχει πολλές πληροφορίες για τις διαφορές στη δομή του συναισθήματος. Τα πρωτογενή συναισθήματα αποδίδονται στον άνθρωπο γενετικά και επιτελούν μια εξελικτική λειτουργία διαβίωσης καθώς παρέχουν πληροφορίες για αντιδράσεις σε συγκεκριμένες καταστάσεις π.χ. ο φόβος ως σήμα κινδύνου. Από την άλλη, τα δευτερογενή συναισθήματα είναι αντιδράσεις στα πρωτογενή, αποτέλεσμα παλιότερων καταστάσεων ή γνωστικών διαδικασιών. Ελλιπής αναγνώριση του συναισθήματος μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις όπως π.χ. ψυχολογικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση συμπτωμάτων, διαταραχές προσωπικότητας και διατροφής (Bugum & Goldfriend, 2007).

Ως μετα-συναισθήματα ορίζονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ατόμου πάνω στα ίδια του τα συναισθήματα. Σύμφωνα με άλλο ορισμό τα μετα-συναισθήματα μπορούν να εκληφθούν ως μια υποκατηγορία «δευτερογενών συναισθημάτων» (Greenberg, 2002, όπως αναφέρεται στο Mitmansgruber, et al., 2009) που ακολουθούν χρονικά τα πρωτογενή συναισθήματα π.χ. το δευτερογενές συναίσθημα του άγχους ακολουθεί το πρωτογενές συναίσθημα του θυμού. Τα μετα-συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του συναισθήματος ενός ατόμου με επίδραση στην ψυχολογική ευημερία του. Αναφέρονται αρνητικά μετα-συναισθήματα όπως ο θυμός και το άγχος, που οδηγούν στη μη αποδοχή των συναισθημάτων και θετικά μετα-συναισθήματα όπως η συμπόνια και το ενδιαφέρον που οδηγούν στην αποδοχή των συναισθημάτων του ατόμου με πιθανές θετικές επιδράσεις στην ψυχολογική του ευημερία (Neff, 2003, όπως αναφέρεται στο Mitmansgruber, et al., 2009).

Ο ρόλος των συναισθημάτων θεωρείται κεντρικός στις ψυχοκοινωνικές θεωρίες της υγείας και τις συμπεριφορές υγείας. Ένα μεγάλο εύρος ερευνών έχει τεκμηριώσει τους βασικούς ρόλους των συναισθημάτων σε βασικές φυσιολογικές διαδικασίες και σε συμπεριφορές υγείας. Τέτοια συναισθήματα είναι το έντονο άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός. Παρόλα αυτά οι μηχανισμοί δράσης σε διάφορα βασικά συναισθήματα, όπως αμηχανία, αποστροφή, ενοχή και ελπίδα, δεν είναι επαρκώς κατανοητοί. Σε πρόσφατες έρευνες προτείνεται ότι ορισμένα ιδιαίτερα συναισθήματα παρέχουν τις οδηγίες για να κατανοήσουμε τα φυσιολογικά, τα υποκινούμενα, και τα γνωστικά

μονοπάτια που συνδέουν τα συναισθήματα με την υγεία και κατά προέκταση την επίδρασή τους στην πορεία της υγείας (Καραδήμας, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες αρκετές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να διερευνηθεί ο ρόλος των συναισθημάτων στην υγεία του ατόμου. Ειδικότερα θεωρείται ότι υπάρχει αλληλένδετη σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σωματικής υγείας και οι έρευνες επικεντρώνονται στο σχεδιασμό κατάλληλων ψυχολογικών παρεμβάσεων σε θέματα σωματικής υγείας. Στόχος των παρεμβάσεων θα είναι η άμεση αλλαγή του συναισθήματος και η μείωση της δυσφορίας. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένα συναισθήματα σχετίζονται με την πορεία και την έναρξη πολλών ασθενειών (Καραδήμας, 2005).

2.1.1 Αρνητικά συναισθήματα και υγεία

Τα αρνητικά συναισθήματα επιδρούν στην σωματική υγεία μέσω δύο οδών: είτε άμεσα, μέσω του ενδοκρινικού, ανοσοποιητικού και νευρολογικού συστήματος, είτε έμμεσα, μέσω των επιδράσεων των συναισθημάτων στην συμπεριφορά και τις συνήθειες του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Υπάρχουν αποδείξεις ότι όχι μόνο η εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων συνδέεται με φτωχότερη υγεία αλλά κυρίως η έλλειψη έκφρασης αυτών των συναισθημάτων. Από το 1980 έρευνες έχουν συγκεντρώσει αποδείξεις πάνω στην αρνητική επίδραση που έχει στην υγεία η καταπίεση του συναισθήματος. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που χρησιμοποιούν την καταπίεση συναισθημάτων ως τρόπο διαχείρισης, καθώς επίσης και αυτά που αναστέλλουν ενεργά την έκφραση συναισθημάτων, έχουν βρεθεί να έχουν γενικά πιο φτωχή υγεία και να δείχνουν αρνητικές ψυχοφυσιολογικές και ανοσοποιητικές αλλαγές ως αποτέλεσμα καταπίεσης έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων (Pennebaker, 1995 όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001).

Σύμφωνα με μια πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών σχετικά με ορισμένα συναισθήματα και πως σχετίζονται αυτά με χρόνιες ασθένειες, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας όσον αφορά την εκδήλωση και πορεία καρδιαγγειακών νόσων και μολύνσεων από ιούς. Όσο για το άγχος και τον θυμό / εχθρικότητα τα στοιχεία είναι ελλιπή (Καραδήμας, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί σε καταθλιπτικά άτομα η τάση να εμφανίζουν μειωμένη ποικιλότητα του καρδιακού ρυθμού, μία κατάσταση η οποία

έχει συνδεθεί με πολλά καρδιακά προβλήματα (Stein & Kleiger, 1999, όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 2005). Επιπλέον, διαταραχές του συναισθήματος σχετίζονται με απώλεια του παρασυμπαθητικού καρδιακού ελέγχου, μια κατάσταση που αφήνει τον καρδιακό μυ ευάλωτο σε αρρυθμίες και ταυτόχρονα σε περιστατικά αιφνίδιων θανάτων (Καραδήμας, 2005).

Το να ζει κανείς με ένα χρόνιο πόνο είναι μια κατάσταση που έχει διακυμάνσεις. Άτομα με χρόνιο πόνο απαιτείται να παίρνουν καθημερινές αποφάσεις σχετικά με το πώς να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις απαιτήσεις που έχει η ασθένεια καθώς επίσης και άλλες γενικότερες υποχρεώσεις. Πολλά άτομα καταβάλλονται από τις απαιτήσεις της ασθένειας και την καθημερινή ζωή, ενώ άλλα παραμένουν συγκεντρωμένα και καλά ρυθμισμένα και δεν χρειάζονται τη βοήθεια κάποιου ειδικού στην ψυχική υγεία. Σχετική έρευνα που εξετάζει τη διαφορετική αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο πόνο υποστηρίζει ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στο ρόλο που παίζουν οι προσωπικές φιλοδοξίες και προσπάθειες, καθώς και οι στόχοι των ασθενών που μεσολαβούν για μια μακροπρόθεσμη επιτυχία προσαρμογής στην ασθένεια. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης το συναίσθημα ως μια δύναμη που ενεργοποιεί την αυτο-ρύθμιση. Πιο συγκεκριμένα, έχει υποτεθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα όπως η λύπη, ο φόβος και το άγχος ενεργοποιούν βραχυπρόθεσμους στόχους προς αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων, ενώ θετικά συναισθήματα όπως η χαρά, η ικανοποίηση και η διασκέδαση ενεργοποιούν μακροπρόθεσμους ανταποδοτικούς και εκτενείς στόχους, όπως η αυτό-βελτίωση, η δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών δεσμών και οι δημιουργικές αναζητήσεις. Σε ασθενείς με χρόνιο πόνο τα συναισθήματα μπορεί να ασκήσουν μια σημαντική επίδραση στον περιορισμό των στόχων, λόγω της σταθερής σχέσης μεταξύ του πόνου και των αρνητικών συναισθημάτων. Πολλές έρευνες έχουν συνδέσει τον πόνο με την αδυναμία συναισθηματικής ρύθμισης. Για παράδειγμα, η επικράτηση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη σε άτομα με χρόνιο πόνο από ότι σε άτομα χωρίς πόνο. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι ασθενείς με χρόνιο πόνο μπορεί να είναι πιο ευάλωτοι σε αρνητικά συναισθήματα και σε μόνιμη αρνητική διάθεση (Hamilton, Karoly & Kitzman, 2004).

Άλλες έρευνες έχουν βρει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο θυμό και την εχθρικότητα μελετώντας θανάτους από στεφανιαία νόσο (Miller et al., 1996, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001). Ο θυμός και η εχθρικότητα φαίνεται να σχετίζονται και με άλλες ασθένειες όπως ο καρκίνος και η αρθρίτιδα αλλά με

μικρότερες συνδέσεις απ' ότι με τη στεφανιαία νόσο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ενώ η έκφραση του θυμού συνδέεται με τη στεφανιαία νόσο, η καταπίεση του θυμού συνδέεται με τον καρκίνο (Friedman 1990, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001).

Η θλίψη έχει βρεθεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει αυξημένες ασθένειες όπως και θνησιμότητα σε άτομα που πενθούσαν πρόσφατα. Η αυξημένη θνησιμότητα βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη στους πρώτους έξι μήνες που ακολουθούν το πένθος και να προέρχεται από πολλές αιτίες όπως ατυχήματα, βία, καρδιακά νοσήματα και καρκίνο (Wulsin et al. 1999, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001).

Το άγχος και ο φόβος έχουν επίσης επιπτώσεις στην υγεία π.χ. το άγχος μπορεί να μετατραπεί σε φυσικές αντιδράσεις μέσω της σωματοποίησης συμπτωμάτων (Barsky and Klerman 1983). Επιπλέον, το άγχος συνδέεται με καταστάσεις όπως η στεφανιαία νόσος, το άσθμα, το έλκος, την αρθρίτιδα και τους πονοκεφάλους (Friedman 1990, Friedman and Booth-Kewley, 1987), ενώ ο έντονος φόβος έχει συνδεθεί με ξαφνικό θάνατο από εμφράγματα. (Hafen et al., 1996, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001).

Πολλοί ερευνητές; έχουν παρατηρήσει σχέση ανάμεσα στο θυμό και σε ισχαιμικές παθήσεις. Από την άλλη, ασθενείς με τέτοιες παθήσεις μπορούν ενίοτε να πεθάνουν πάνω στους σπασμούς της ερωτικής πράξης, καθώς το υπερβολικό συναίσθημα θυμού ή έρωτα έχει αντίστροφες επιδράσεις στην καρδιά (Weiner, 1986).

2.2 Εκφραζόμενο συναίσθημα

Το εκφραζόμενο συναίσθημα (Ε.Σ.) αναφέρεται σε μια κατασκευή που αντιπροσωπεύει βασικές απόψεις των διαπροσωπικών σχέσεων. Περιλαμβάνει μετρήσεις της κριτικής, της εχθρότητας, της ζεστασιάς, των θετικών σχολίων, της υπερβολικής συναισθηματικής εμπλοκής και εκτιμάται από μια ημι-δομημένη συνέντευξη γνωστή ως η οικογενειακή συνέντευξη του Camberwell. Το Ε.Σ. έχει ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό σε ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα και στις οικογένειές τους (Wearden, et al., 2000).

Διάφορες χρόνιες ιατρικές καταστάσεις στις οποίες θεωρείται ότι οι ψυχοκοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες μπορεί να διαδραματίσουν έναν ρόλο στην πορεία ή στην έκβαση της ασθένειας έχουν μελετηθεί χρησιμοποιώντας τη

μεθοδολογία του εκφραζόμενου συναισθήματος. Μερικές από τις καταστάσεις που μελετώνται είναι αυτές στις οποίες ο ασθενής δεν περιμένει να θεραπευτεί, αλλά η έκφραση της ασθένειας μπορεί να παραμείνει σταθερή ή μπορεί να ποικίλει αρκετά με την πάροδο του χρόνου. Παραδείγματος χάριν, συνήθως θεωρείται ότι τα επίπεδα στη γλυκόζη του αίματος στο διαβήτη επηρεάζονται από το στρες και ότι στο άσθμα και την επιληψία η συχνότητα και η δριμύτητα των επεισοδίων επηρεάζονται από τους ψυχολογικούς παράγοντες, αν και πρέπει να ειπωθεί ότι οι σχέσεις μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων και των φυσικών εκβάσεων δεν είναι πάντα εύκολο να καταδειχθούν (Bradley, 1988, Lai, & Trimble, 1997, Miller & Wood, 1995, όπως αναφέρεται στο Wearden, et al., 2000). Δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά ερευνητικά συμπεράσματα που επιτρέπουν σταθερά συμπεράσματα για την προβλεπτική δύναμη του ΕΣ στις διάφορες ιατρικές καταστάσεις. Ωστόσο σε ορισμένες ψυχιατρικές ασθένειες όπως στην κατάθλιψη και στη σχιζοφρένεια έχει φανεί μια προβλεπτική δύναμη του ΕΣ για την πορεία της ασθένειας καθώς αυτό συμβάλλει στην υποτροπή τουλάχιστον στη σχιζοφρένεια. Έτσι έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς που ζούσαν με συγγενείς με υψηλό ποσοστό ΕΣ, αυτό λειτουργούσε ως παράγοντας άγχους και ότι όταν αυξήθηκε η διέγερση του ασθενή επάνω από ένα ορισμένο κατώτατο όριο, η υποτροπή ήταν πιθανό να εμφανιστεί (Brown, et al., 1972, όπως αναφέρεται στο Wearden, et al., 2000). Επιπλέον, οι ασθενείς με τη σχιζοφρένεια μπορούν να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην αυτόνομη διέγερση όταν είναι σε επαφή με συγγενείς με υψηλό ΕΣ. Οι ερευνητές εντούτοις έχουν σκεφτεί δύο πιθανούς τρόπους με τους οποίους το ΕΣ μπορεί να έχει επιπτώσεις στην πορεία των φυσικών ασθενειών. Ο πρώτος είναι άμεσα, μέσω της πρόκλησης φυσιολογικών αλλαγών στον ασθενή και ο δεύτερος είναι με την επιρροή της συμμόρφωσης του ασθενή με τη θεραπεία (Wearden, et al., 2000).

2.3 Ρύθμιση του συναισθήματος

Σύμφωνα με ερευνητές (Eisenberg et al., 2000, p. 137, όπως αναφέρεται στο Garnefski et al., 2002), ο ορισμός της ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί στενά να περιοριστεί ως «η διαδικασία της έναρξης, διατήρησης, διαμόρφωσης και αλλαγής της εμφάνισης, έντασης ή διάρκειας μιας εσωτερικής συναισθηματικής κατάστασης και των φυσιολογικών διαδικασιών που σχετίζονται με το συναίσθημα, συχνά με σκοπό την επίτευξη των στόχων του ατόμου».

Η ρύθμιση του συναισθήματος είναι η διαδικασία που οι άνθρωποι αναλαμβάνουν, έτσι ώστε να επηρεάσουν τη συναισθηματική τους απόκριση. Πρόσφατα νευρολογικά ευρήματα (όπως δεσμοί διπλής κατεύθυνσης ανάμεσα στα κέντρα των αισθημάτων όπου γεννιέται το συναίσθημα και σε φλοιώδη κέντρα ρύθμισης του συναισθήματος) έχουν φέρει αλλαγές στην παλιότερη ομοφωνία σχετικά με το ότι ρύθμιση του συναισθήματος είναι μια απλή και ελεγχόμενου ελέγχου διαδικασία. Το μοντέλο ρύθμισης του συναισθήματος του Gross αναφέρει ότι η ρύθμιση του συναισθήματος περιλαμβάνει όλες τις συνειδητές και ασυνειδητές στρατηγικές που χρησιμοποιούμε για να αυξήσουμε, να συντηρήσουμε ή να μειώσουμε μια ή περισσότερες συναισθηματικές αποκρίσεις (Gross, 1998, όπως αναφέρεται στο Berking, et al., 2008).

Η ρύθμιση του συναισθήματος επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τα χαρακτηριστικά του ατόμου και της ιδιοσυγκρασίας του. Ο όρος ιδιοσυγκρασία χρησιμοποιείται για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία σχετίζονται με την διάθεση (Hilgard, 2003). Η έννοια της ιδιοσυγκρασίας αποτελεί σημαντικό συστατικό της συναισθηματικότητας που έχει βιολογική βάση, κληρονομείται και επηρεάζει τόσο την συναισθηματικότητα όσο και την προσωπικότητα.

Όσον αφορά την ρύθμιση του συναισθήματος ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται σε ατομικές διαφορές στην ένταση, την συχνότητα και την διάρκεια των συναισθημάτων. Για άλλους ο όρος αναφέρεται στη συγκινησιακή ισορροπία που εκδηλώνει ένα άτομο. Η ρύθμιση του συναισθήματος αναφέρεται επίσης, στις διεργασίες που σχετίζονται με την διαμόρφωση της συγκινησιακής αντίδρασης και τις διεργασίες αντιμετώπισης μιας συγκίνησης έτσι ώστε να μειωθεί ή να αυξηθεί η ένταση μιας εμπειρίας. Ο Thompson (1994) όπως αναφέρει ο Oatley & Jenkins (2004), όρισε την ρύθμιση του συναισθήματος ως τις ενδογενείς και εξωγενείς διεργασίες που ευθύνονται για την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την τροποποίηση των συγκινησιακών αντιδράσεων που αφορούν κυρίως τα χαρακτηριστικά της έντασης και του χρόνου για την επίτευξη των στόχων του ατόμου (Oatley & Jenkins, 2004).

Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας που αφορά τη ρύθμιση του συναισθήματος έχει επικεντρωθεί στην περίοδο από τη βρεφική μέχρι την παιδική ηλικία.. Αυτή είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη της ρύθμισης του συναισθήματος, καθώς δυνάμεις που προέρχονται από το χαρακτήρα, που σχετίζονται με την ανάπτυξη (π.χ. η ανάπτυξη των πρόσθιων λοβών) και κοινωνικές δυνάμεις (π.χ. οικογένεια, σχολείο,

φίλοι) ενώνονται για να δημιουργήσουν τα θεμέλια στην έννοια της ρύθμιση του συναισθήματος που παρατηρείται στην νεαρή και ενήλικη ζωή. Ωστόσο, πιστεύεται ότι οι διαδικασίες ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να συνεχίζουν να αλλάζουν και να εξελίσσονται και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Gross & John, 2004).

Σε πολλές έρευνες η ρύθμιση του συναισθήματος και η συναισθηματική πολυπλοκότητα θεωρούνται ως κληρονομικά χαρακτηριστικά. Όμως είναι πιο πιθανό να αποτελούν επίκτητες δεξιότητες. Θεραπείες όπως η Γνωστική-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) που επικεντρώνει στην αλλαγή της σχέσης ανάμεσα στη σκέψη και στο συναίσθημα έχουν βρεθεί ότι βελτιώνουν τις ικανότητες ρύθμισης του συναισθήματος (Hamilton, Karoly & Kitzman, 2004).

Έχει προταθεί ένα μοντέλο που συνθέτει διάφορες θεωρίες για την προσαρμοσμένη ρύθμιση του συναισθήματος την οποία αντιλαμβάνεται ως μια αλληλεπίδραση εννέα συγκεκριμένων δεξιοτήτων ρύθμισης του συναισθήματος. Με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, οι παρακάτω δεξιότητες θεωρούνται σημαντικές:

α. Η δυνατότητα συνειδητής επεξεργασίας των αναγνωρισμένων συναισθημάτων, β. η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, γ. η σωστή ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων που σχετίζονται με το συναίσθημα, δ. η κατανόηση των υπαγορεύσεων των συναισθημάτων, ε. η αντοχή των συναισθηματικά στενάχωρων καταστάσεων, στ. η ενεργή τροποποίηση των αρνητικών συναισθημάτων προκειμένου να αισθανθεί το άτομο καλύτερα, ζ. η αποδοχή των συναισθημάτων, η. ανθεκτικότητα και ανεκτικότητα των αρνητικών συναισθημάτων και θ. η αντιμετώπιση των συναισθηματικά στενάχωρων καταστάσεων προκειμένου να επιτευχθούν σημαντικοί στόχοι.

Μια σημαντική υπόθεση του μοντέλου είναι ότι η δυνατότητα να τροποποιηθούν τα συναισθήματα σε μια επιθυμητή κατεύθυνση ή το να γίνονται αποδεκτά και ανεκτικά τα ανεπιθύμητα συναισθήματα, αυτό αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχικής υγείας. Αντίθετα, οι υπόλοιπες δεξιότητες θεωρείται ότι είναι κατάλληλες μέχρι το σημείο να διευκολύνουν την εφαρμογή των βασικών δεξιοτήτων τροποποίησης ή της αποδοχής και της ανοχής των συναισθημάτων (Hamilton, Karoly & Kitzman, 2004).

Σημαντικός είναι ο ρόλος της γλώσσας και της σημασίας στη ρύθμιση του συναισθήματος. Μια μαθημένη αρνητική γλώσσα και σημασία που συνδέεται με άβολες ή στρεσογόνες συναισθηματικές εμπειρίες, μπορεί να διαστρεβλώσει την εμπειρία, να εντατικοποιήσει τη στεναχώρια και να αυξήσει τη συμπτωματολογία. Σ'

αυτή την περίπτωση η παρέμβαση πρέπει να εστιαστεί στην ουδετεροποίηση της αρνητικής γλώσσας που χρησιμοποιείται για να περιγραφεί μια συναισθηματική εμπειρία και στην αλλαγή των αρνητικών και παράλογων σκέψεων που συμβάλλουν στη συναισθηματική από-ρύθμιση. Έμφαση έχει δοθεί και στην ετικετοποίηση και στο λεκτικό συμβολισμό (verbal symbolization) μιας συναισθηματικής κατάστασης που βοηθά την αποτελεσματική ρύθμιση του συναισθήματος (Paivio & Greenberg, 2001).

Η ρύθμιση του συναισθήματος φαίνεται συχνά να έχει κάποιο κόστος στην ευημερία, την κοινωνική και γνωστική λειτουργία και την φυσική υγεία, προτείνοντας ότι η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να μην είναι μια ευχάριστη λύση έτσι και αλλιώς. Τα άτομα συχνά θα πρέπει να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους ιδιαίτερα τα αρνητικά, για να λειτουργούν καλύτερα στη ζωή τους. Εν τούτοις, έρευνες προτείνουν ότι η εσκεμμένη ρύθμιση του συναισθήματος, σε αντίθεση με την αυτόματη, μπορεί να έχει κάποιο «κόστος». Έτσι παρουσιάζεται ένα δίλημμα αναφορικά με το να εκφράσει κανείς τα συναισθήματά του ή «να πληρώσει το τίμημα» μιας εσκεμμένης ρύθμισης που κοστίζει. Στην έρευνα του Gross και των συνεργατών του (2006), προτείνεται ότι λαμβάνοντας υπόψη ένα είδος ρύθμισης του συναισθήματος που έχει παραμεληθεί στο παρελθόν –αυτόματη ρύθμιση του συναισθήματος– μπορεί να βοηθήσει στο να λυθεί αυτό το δίλημμα. Πρόσφατες έρευνες προσωπικότητας και κοινωνικής ψυχολογίας δείχνουν ότι μπορούν να επιδιωχθούν αυτόματα πολλοί στόχοι και συχνά με τρόπους που δεν φαίνεται να κοστίζουν (Bargh et al., 2001, όπως αναφέρεται στο Maus et al., 2007).

Κοινό στοιχείο αποτελεί ότι η αναγνώριση ενός συναισθήματος είναι μια πηγή πληροφοριών. Έτσι, η συνειδητοποίηση μιας συναισθηματικής εμπειρίας είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική ρύθμιση του συναισθήματος και τη λειτουργική προσαρμογή. Ακόμα και τα αρνητικά, άβολα και οδυνηρά συναισθήματα παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τις αξίες, τους στόχους ζωής, του τι πρέπει να θεραπευτεί, να διαχειριστεί, να ελεγχθεί ή να αλλάξει. Έτσι, η αύξηση της συναισθηματικής αναγνώρισης είναι ένα απαραίτητο συστατικό για τη θεραπεία των προβλημάτων ρύθμισης του συναισθήματος (Paivio & Greenberg, 2001)

2.4 Γνωστική ρύθμιση του συναισθήματος και στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος

Γνωστική ρύθμιση του συναισθήματος αποκαλείται ο γνωστικός τρόπος διαχείρισης των εσωτερικών συναισθηματικών πληροφοριών που εγείρονται. Η ρύθμιση του συναισθήματος μέσα από τις γνωσίες συνδέεται πολύπλοκα με την ανθρώπινη ζωή και βοηθάει στη διαχείριση των συναισθημάτων μετά από την εμπειρία στρεσογόνων γεγονότων (Garnefski, et al., 2007). Σε όλα τα στάδια της ζωής τους οι άνθρωποι έχουν να διαχειριστούν ένα μεγάλο αριθμό στρεσογόνων γεγονότων και διεκδικούν την προσαρμογή τους στον κόσμο. Ακόμη και τα έμβρυα επιχειρούν να τροποποιήσουν το περιβάλλον τους με απλούς και φυσικούς τρόπους. Καθώς μεγαλώνουν τα παιδιά, το εύρος του ρεπερτορίου της συναισθηματικής τους ρύθμισης αυξάνεται και αλλάζει από πρωταρχικές εξωτερικές, συμπεριφορικά προσανατολισμένες στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, σε πιο εσωτερικές γνωστικά βασισμένες (Garnefski, et al., 2007).

Μέχρι την ηλικία των 8 με 9 ετών τα νεαρά παιδιά έχουν μάθει να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους με γνωστικές έννοιες ή σκέψεις για τον εαυτό τους, τα αισθήματά τους και τους άλλους. Για παράδειγμα, μερικά παιδιά όταν βιώσουν ένα αρνητικό γεγονός ίσως αποκτήσουν σκέψεις που κατηγορούν τον εαυτό τους ενώ άλλα μπορεί να κατηγορήσουν κάποιον άλλο. Μπορεί να εστιάσουν στη θλίψη τους ή μπορεί να δώσουν έμφαση στον τρόπο με την λειτουργία της καταστροφολογίας. Άλλα μπορεί να έχουν σκέψεις για αποδοχή, σχεδιασμό, θετική επανεκτίμηση της κατάστασης. Αυτές οι γνωστικές αλλαγές στην παιδική ηλικία ενδέχεται να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχολογική ανάπτυξη των νέων. Είναι φανερό ότι η αρχή της συνειδητής, γνωστικής, ρύθμισης του συναισθήματος σχετίζεται στενά με την γνωστική διαχείριση της κατάστασης (Garnefski, et al., 2007).

Τα άτομα χρησιμοποιούν δυο διαφορετικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όπως η γνωστική επαναξιολόγηση και η εκφραστική καταστολή. Η πρώτη αφορά την γνωστική αλλαγή μιας πιθανής κατάστασης συναισθηματικής έκφρασης με τέτοιο τρόπο που αλλάζει και την συναισθηματική επίδραση. Για παράδειγμα, σε συνεντεύξεις εισαγωγικών εξετάσεων κάποιος μπορεί να δει το διάλογο σαν μια ευκαιρία να εξακριβώσει πόσο πολύ αρέσει το σχολείο στον υποψήφιο παρά σαν τεστ της αξίας του (Lazarus & Alfert, 1964, όπως αναφέρεται στο Gross, & John, 2003). Η επαναξιολόγηση έχει συνδεθεί με αυξημένη

ενεργοποίηση του ραχιαίου έξω προμετωπιαίου φλοιού (dorsolateral prefrontal cortex), του κοιλιακού έξω προμετωπιαίου φλοιού (ventrolateral prefrontal cortex) και του έσω προμετωπιαίου φλοιού (medial prefrontal cortex) και με μειωμένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής και του κογχικού-μετωπιαίου φλοιού (orbitofrontal cortex) (Candli, et al., 2009).

Η δεύτερη είναι μια ρύθμιση της αντίδρασης που περιλαμβάνει την αναστολή μιας συμπεριφοράς έκφρασης του συναισθήματος. Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να κρατήσει ανέκφραστο το πρόσωπό του κατά τη διάρκεια μιας παρτίδας πόκερ ενώ έχει καλό φύλο. Η αναστολή έκφρασης του συναισθήματος έχει διαφορετικές επιπτώσεις και επιδράσεις, στις κοινωνικές σχέσεις και την καλή διαβίωση. Εκτιμάται όλο και περισσότερο ότι τα άτομα ασκούν αξιολογούμενο έλεγχο στα συναισθήματα χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών με σκοπό να επηρεάσουν τα συναισθήματα που έχουν αλλά και πότε τα έχουν (Gross, 1998, όπως αναφέρεται στο Gross & John, 2003). Ξεκινάμε με την προϋπόθεση ότι συγκεκριμένες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την χρονιότητα μιας συναισθηματικής ανταπόκρισης. Επειδή ένα συναίσθημα αναπτύσσεται με τον χρόνο, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διακριθούν σε σχέση με το πότε ασκούν την πρωταρχική επιρροή στην διαδικασία γέννησης του συναισθήματος. Έτσι έχουμε τις στρατηγικές που εστιάζουν:

- α) σε ενέργειες που κάνουμε πριν η συναισθηματική αντίδραση ενεργοποιηθεί πλήρως και αλλάξει την συμπεριφορά και την φυσιολογική ανταπόκριση και
- β) σε πράγματα που κάνουμε αφού ένα συναίσθημα έχει ήδη δημιουργηθεί (Gross, 2001, όπως αναφέρεται στο Gross & John, 2003).

Τα άτομα που χρησιμοποιούν την επαναξιολόγηση συχνά χρησιμοποιούν μια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος που παρεμβαίνει νωρίς στην διαδικασία δημιουργίας συναισθημάτων και γι αυτό μπορούν να τροποποιήσουν όχι μόνο αυτά που εκφράζουν με την συμπεριφορά τους, αλλά και αυτά που νιώθουν μέσα τους και μοιράζονται με τους γύρω τους. Επίσης διαπραγματεύονται στρεσογόνες καταστάσεις κρατώντας μια αισιόδοξη στάση, επαναπροσδιορίζουν ότι θεωρούν στρεσογόνο και κάνουν δραστικές προσπάθειες να βελτιώσουν την κακή τους διάθεση.

Αντιθέτως, όσοι χρησιμοποιούν την καταστολή του συναισθήματος χρησιμοποιούν μια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος που παρεμβαίνει αργά στην διαδικασία δημιουργίας συναισθημάτων και μπορεί να τροποποιήσει μόνο ό,τι τα άτομα εκφράζουν με την συμπεριφορά τους, με αξιολογούμενο κόστος στην

λειτουργικότητά τους. Επιπλέον, θεωρούν τον εαυτό τους μη αυθεντικό παραπλανώντας τους γύρω τους για τον πραγματικό τους εαυτό. Έτσι αντιμετωπίζουν μια στρεσογόνο κατάσταση καλύπτοντας τα εσωτερικά τους αισθήματα και επιτυγχάνοντας μικρότερη βελτίωση της διάθεσής τους (Gross & John, 2003)

Η ικανότητα να ρυθμίζει το άτομο την επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων είναι σημαντική για την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Οι άνθρωποι καλούνται να είναι ικανοί να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα έτσι ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στο εργασιακό τους περιβάλλον. Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα άτομα χρησιμοποιούν πολλές γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όταν αντιμετωπίζουν αρνητικά συναισθήματα ώστε να μειώσουν την αρνητική επίδραση. Σύμφωνα με το ICARUS (Inventory of Cognitive Affect Regulation Strategies) των Kamholz, Hayes, Carver, Gulliver & Perlman, μερικές από τις πιο συχνές γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος είναι η *θετική σκέψη* που επικεντρώνεται γνωστικά σε θετικά γεγονότα του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος, οι *θρησκευτικές σκέψεις* που περιλαμβάνουν γνωστικές προσεγγίσεις προς το Θεό, την προσευχή και τη διατήρηση της πίστης, η *μείωση της σημασίας* που επανεκτιμά την κατάσταση προκειμένου να μειωθούν οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η *αναπλαισίωση και ωρίμανση* που προσπαθεί να ανακαλύψει τα οφέλη και το βαθύτερο νόημα της κατάστασης, η *σύγκριση με άλλα άτομα* που είναι σε χειρότερη κατάσταση, η *αποδοχή των συναισθημάτων και η αποδοχή της κατάστασης* και η *ανάλυση των συναισθημάτων και της κατάστασης* σε μια προσπάθεια να κατανοηθεί η πηγή και η σημασία των συναισθημάτων και της ίδιας της κατάστασης (Kamholz, Hayes, Carver, Gulliver & Perlman, 2006).

Προηγούμενες έρευνες σε άτομα που εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα, παρέχουν αποδείξεις ότι παρουσιάζουν μια πιο δυσλειτουργική χρήση στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, από ότι άτομα χωρίς κατάθλιψη. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι αυτά τα μειονεκτήματα δεν περιορίζονται μόνο στην οξεία φάση της αρρώστιας, αλλά αποτελούν και ένα παράγοντα επικίνδυνο για την ανάπτυξη περιοδικών επεισοδίων κατάθλιψης. Άτομα που είχαν εμφανίσει κατάθλιψη στο παρελθόν σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αυτό-αντιλαμβανόμενων δυσκολιών ρύθμισης του συναισθήματος, πιο συχνή χρήση δυσλειτουργικών στρατηγικών ρύθμισης και λιγότερο συχνή χρήση της λειτουργικής στρατηγικής του «να βλέπω τα πράγματα από άλλη πλευρά». Οι δύο ομάδες του δείγματος της έρευνας διαφέρουν

επίσης στην αποδοχή και την καθαρότητα του συναισθήματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής παρέχουν μια πρωταρχική στήριξη στην ιδέα ότι η ευαισθησία στην κατάθλιψη σχετίζεται με μειονεκτήματα στη ρύθμιση του συναισθήματος (Ehring et al., 2008).

Εκτός από τις γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, τα συναισθήματα μπορούν να διαχειριστούν επιπλέον, με μια σειρά ασυνείδητων γνωστικών διαδικασιών όπως τη διαδικασία επιλεκτικής προσοχής, τις διαστροφές της μνήμης, την άρνηση ή προβολή στο μέλλον. Έρευνες αποδεικνύουν ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη χρήση συγκεκριμένων γνωστικών στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και στην αναφορά συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Η ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη «απροσάρμοστων» γνωστικών στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος. Ένα κλινικό δείγμα έρευνας ασθενών με κατάθλιψη ή άγχος έδειξε ότι αυτά τα άτομα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στην αυτό-κατηγορία, στην περισυλλογή-στοχασμό, στην καταστροφολογία και χαμηλότερες επιδόσεις στη θετική επανεκτίμηση (Garnefski et al., 2002).

2.5 Ρύθμιση του συναισθήματος και υγεία

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η καταπίεση του συναισθήματος δεν είναι η καλύτερη μέθοδος διαχείρισης της ασθένειας και ότι οι συνέπειες μπορεί να είναι πολύ σοβαρές. Υπάρχουν αρκετά δεδομένα ήδη που εισηγούνται ότι, άτομα που αναστέλλουν ενεργά τη συναισθηματική τους έκφραση εμφανίζουν μετρήσιμες ανοσολογικές μεταβολές, με αποτέλεσμα κακή έκβαση της υγείας τους. Ο καρκίνος για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι απαντάται πιο συχνά σε άτομα που καταπιέζουν τα συναισθήματα τους, ενώ για καρδιακά προβλήματα της στεφανιαίας αρτηρίας, όπου ο θυμός, η εχθρότητα και η επιθετικότητα φαντάζουν προβλέψιμα, η καταπίεση του συναισθήματος είναι τόσο ανεπιθύμητη όσο και η έκφραση του συναισθήματος (Eysenck, 1998).

Σε μια έρευνα (Mennin and co 2002, 2004, όπως αναφέρεται στο Kristalyn et al., 2006) εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα μειονεκτήματα, στη ρύθμιση του συναισθήματος και στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (ΓΑΔ). Βρέθηκε ότι συγκεκριμένα μειονεκτήματα στη συναισθηματική διαύγεια, στην αποδοχή των συναισθημάτων, στην ικανότητα προσκόλλησης σε ένα στόχο, στον έλεγχο της

παρόρμησης και στην πρόσβαση σε στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος συνδέονται με το χρόνιο άγχος και τη ΓΑΔ Έτσι, τα άτομα με ΓΑΔ έχουν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στην ικανότητα ρύθμισης πολλών συναισθημάτων από τα άτομα χωρίς ΓΑΔ (Kristalyn et al., 2006).

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι η συναισθηματική εξωτερίκευση μέσω του γραψίματος μπορεί να έχει οφέλη σε άτομα που αντιμετώπισαν σοβαρές ασθένειες και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις (Frisina, Borod, & Lepore, 2004, όπως αναφέρεται στο Cameron, et al., 2008). Πολλοί ερευνητές θεωρούν υπεύθυνη γι' αυτό, τη διαδικασία συναισθηματικής ρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, το εκφραστικό γράψιμο προωθεί τη συγκέντρωση προσοχής σε κρίσιμες πλευρές της κατάστασης και τη γνωστική αναδόμηση ώστε να αυξηθεί η κατανόηση και η σημασία της κατάστασης καθώς και τη διαχείριση της (Kemeny, et al., 2002, όπως αναφέρεται στο Cameron, et al., 2008). Οι Cameron and Nicholls (1998) χρησιμοποίησαν το μοντέλο κοινής λογικής (Common Sense Model, CSM) για να αναπτύξουν μια γραπτή εργασία αυτό- ρύθμισης. Η παρέμβαση περιλαμβάνει το να γράψουν οι συμμετέχοντες τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους αναφορικά με την εμπειρία τους έτσι ώστε να προωθήσουν την ανάπτυξη μιας συναφούς αναπαράστασης, να αυξήσουν την κατανόηση, να αναγνωρίσουν στρατηγικές επίλυσης του άγχους που σχετίζεται με την εμπειρία τους και να αποτιμήσουν την επιτυχία τους. Αυτού του είδους η παρέμβαση έδειξε ότι η προσέγγιση της αυτό-ρύθμισης ήταν χρήσιμη στα άτομα με ποικίλους βαθμούς αισιοδοξίας καθώς τους βοήθησε στην αλλαγή της διάθεσης τους και μείωσε τις κλινικές επισκέψεις που σχετίζονται με την ασθένεια (Cameron, et al., 2008).

Μια άλλη παρέμβαση συναισθηματικής ρύθμισης που στηρίζεται στο μοντέλο κοινής λογικής, προσαρμοσμένη στο πρόγραμμα «Healing Journey» (Cunningham, et al., 1991, όπως αναφέρεται στο Cameron, et al., 2008), εφαρμόστηκε σε γυναίκες που βρίσκονταν σε θεραπεία καρκίνου του μαστού. Η παρέμβαση αυτή περιλάμβανε 12 εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις που παρείχαν εκπαίδευση στη συναισθηματική ρύθμιση με δραστηριότητες όπως συζήτηση για τις συναισθηματικές εμπειρίες του καρκίνου, ασκήσεις γραψίματος εξωτερίκευσης (π.χ. να γράψω για τους φόβους μου και το μίσος μου), ασκήσεις γνωστικής αλλαγής που προωθούν την προσωπική ωρίμανση και την αναθεώρηση στόχων, τεχνικές ρύθμισης του άγχους όπως χαλάρωση και διαλογισμός. Οι συμμετέχουσες ανέφεραν μεγαλύτερη χρήση τεχνικών ρύθμισης του άγχους, μεγαλύτερο αντιληπτό έλεγχο, μείωση της συναισθηματικής

καταπίεσης, μείωση του άγχους και της ανησυχίας για τον καρκίνο και βελτίωση στην ικανότητα διαχείρισης της κατάστασης κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Cameron, et al., 2008).

Σύμφωνα με μια έρευνα του Middendorp και των συνεργατών του (2005), η ρύθμιση του συναισθήματος δεν έχει άμεση σπουδαιότητα για την αντιληπτή σωματική υγεία των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά μπορεί να είναι σημαντική για την ψυχολογική ευημερία (psychological well-being) και για την κοινωνική λειτουργικότητα και ίσως μέσω αυτής της διαδρομής έμμεσα για τη σωματική υγεία, π.χ. μέσω μιας αύξησης των επισκέψεων στο γιατρό ή της τήρησης των ιατρικών οδηγιών (Middendorp, et al., 2005).

3. Αναπαραστάσεις της ασθένειας

3.1 Γνωστικές αναπαραστάσεις

Όταν αναφερόμαστε σε «γνωστικές αναπαραστάσεις» της ασθένειας, εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο μια ασθένεια ή μια κατάσταση που σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που προσπαθούν να φωτίσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν συμπεριφορές και πεποιθήσεις που φέρουν τα άτομα για την υγεία τους. Τα μοντέλα αυτά υποστηρίζουν ότι, ο τρόπος που το άτομο αναπαριστά μια κατάσταση (π.χ. μια ασθένεια) καθορίζει και την τελική συμπεριφορά του. Τα παραπάνω έχουν σημασία για την προστασία και την διατήρηση του επιπέδου υγείας και η πρόβλεψη των συμπεριφορών είναι σημαντική για ερευνητικούς αλλά και παρεμβατικούς σκοπούς (Καραδήμας, 2005).

Βασικό συστατικό των γνωστικών αναπαραστάσεων που δημιουργούν τα άτομα για την ασθένειά τους είναι η συνοχή. Ο Antonovsky (1979, 1987), όπως αναφέρουν οι Poppius et al., (1999) συνέλαβε την έννοια της «αίσθησης της συνοχής» (sense of coherence/ SOC) η οποία περιγράφεται ως ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει μια ισχυρή και διαρκή πεποίθηση ότι: (1) τα ερεθίσματα, εσωτερικά και εξωτερικά που δέχεται κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα, (2) ότι υπάρχουν αρκετές πηγές που ικανοποιούν τις απαιτήσεις που θέτουν αυτά τα ερεθίσματα και (3) ότι αυτές οι απαιτήσεις είναι προκλήσεις που αξίζει κανείς να επενδύσει και να δεσμευτεί. Το πρώτο από τα τρία στοιχεία που αποτελούν το SOC είναι η ικανότητα κατανόησης, (comprehensibility) δηλαδή η ικανότητα να κριθεί η πραγματικότητα. Ένα άτομο που έχει υψηλό ποσοστό σε SOC βλέπει το μέλλον του αρκετά προβλέψιμο, θεωρεί ότι τα πράγματα θα επιλυθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και σε περίπτωση δυσάρεστων εκπλήξεων όπως αποτυχίες, θάνατο ή ανεργία, τις αντιμετωπίζει αποδοτικότερα βρίσκοντας ένα νόημα μέσα σε αυτές. Ένα άτομο με χαμηλό ποσοστό σε SOC θα έχει τα αντίθετα συναισθήματα, μερικές φορές μια αίσθηση παράνοιας, και πιθανό να σκέφτεται ότι είναι ηττημένος (Poppius et al., 1999).

Το δεύτερο στοιχείο, η ικανότητα διαχείρισης, (manageability) αναφέρεται στην έκταση στην οποία ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχει στη διάθεση του επαρκείς πόρους για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις από τα διάφορα ερεθίσματα της ζωής. Άλλος εμπιστεύεται τους δικούς του πόρους και άλλος εμπιστεύεται το περιβάλλον του. Ένα άτομο υψηλό σε SOC δεν θα αισθανθεί θύμα από τα γεγονότα ή ότι η ζωή

του φέρθηκε άδικα. Εάν δυσάρεστα πράγματα συμβαίνουν στη ζωή, θα είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει και όχι να θρηνεί ατελείωτα (Porrius et al., 1999).

Το τρίτο στοιχείο, η κατανόηση της σημασίας, αντιπροσωπεύει το κινητήριο στοιχείο αυτής της δομής. Αναφέρεται στην έκταση στην οποία κάποιος αισθάνεται ότι η ζωή του έχει νόημα συναισθηματικά. Το άτομο βλέπει ότι τα προβλήματα και οι απαιτήσεις της ζωής αξίζουν για να επενδύσει ενέργεια, να δεσμευτεί και θεωρεί ότι οι προκλήσεις είναι ευπρόσδεκτες. Όταν αντιμετωπίζει μια αρνητική εμπειρία θα προσπαθήσει να την υπερνικήσει με αξιοπρέπεια. Σε μια έρευνα των McSherry and Holm, (1994) που συμφωνεί με τη μελέτη του Antonovsky, αναφέρεται ότι χαμηλό ποσοστό SOC συμβάλλει σημαντικά σε περισσότερη πίεση, ανησυχία και θυμό από ότι μέτρια ή υψηλά ποσοστά SOC. Άτομα με χαμηλό SOC ήταν επίσης λιγότερο πιθανό να θεωρήσουν ότι κατέχουν τη δύναμη να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση από ότι άτομα με υψηλό SOC (Porrius et al., 1999).

Σε μια έρευνα των Kattainenena και των συνεργατών του (2006), η αίσθηση της συνοχής ήταν σταθερότερη μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών (μπαλονάκι /PTCA). Και στις δυο ομάδες ασθενών η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής αυξήθηκε σημαντικά μέχρι 6 μήνες μετά την επέμβαση. Επιπλέον, η αλλαγή στην αίσθηση της συνοχής συνδέθηκε με το χρόνο και το επίπεδο ευτυχίας. Οι ασθενείς που ήταν πολύ δυστυχημένοι (αρνητική αναπαράσταση του συναισθήματος) είχαν τη χαμηλότερη αίσθηση της συνοχής πριν από την CABG. Μεταξύ των ασθενών με PTCA, υπήρξε μια αλλαγή στην αίσθηση της συνοχής και της ευτυχίας, αλλά δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ της ικανοποίησης ζωής και της αίσθησης συνοχής. Ασθενείς που ήταν αρκετά δυστυχημένοι, είχαν μια αδύνατη αίσθηση της συνοχής πριν από το PTCA, αλλά ένα έτος μετά από την θεραπεία, η αίσθηση της συνοχής αναφέρθηκε ως μέτρια (Kattainenena et al., 2006).

Άλλα βασικά συστατικά των γνωστικών αναπαραστάσεων είναι η ταυτότητα, οι συνέπειες και η χρονιότητα της ασθένειας. Οι Rutter & Rutter, (2002) και Heijmans, (1999) (όπως αναφέρεται στο Rosema et al., 2009), σε μια σύνοψη ερευνών, βρήκαν ότι αυτές οι τρεις διαστάσεις της γνωστικής αναπαράστασης της ασθένειας, έχουν θετικές σχέσεις με τις παθητικές και επικεντρωμένες στο συναίσθημα στρατηγικές διαχείρισης, όπως η άρνηση ή η αποφυγή, η επαναξιολόγηση και το ξέσπασμα συναισθημάτων. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο πιο ελεγχόμενη

θεωρείται μια ασθένεια, τόσο περισσότερο χρησιμοποιούνται στρατηγικές διαχείρισης που στοχεύουν στο πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς που βιώνουν περισσότερα συμπτώματα που σχετίζονται με το πρόβλημα, που πιστεύουν ότι η ασθένεια τους έχει σοβαρές συνέπειες και θεωρούν την ασθένεια τους χρόνια και όχι οξεία, παρουσιάζουν περισσότερο άγχος και συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, είναι λιγότερο λειτουργικοί και έχουν χειρότερη ψυχολογική ευημερία.

Η Δυτική βιοιατρική γνώση έχει ενσωματωθεί με παραδοσιακές κινέζικες έννοιες σε ένα μεικτό πεδίο αναπαραστάσεων όπου η κινέζικη και η δυτική γνώση συνυπάρχουν (Jonchelovitch & Gervais, 1999). Σύμφωνα με έρευνες οι Κινέζοι μοιράζονται ένα κοινό σύστημα αναπαραστάσεων που αφορά την υγεία και την ασθένεια με τους δυτικούς λαούς. Αυτό το σύστημα βασίζεται στις παραδοσιακές έννοιες της «ισορροπίας» και της «αρμονίας» μεταξύ των αλληλοεξαρτώμενων δυνάμεων του Γίν και του Γιάνγκ. Η υγεία είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας, ενώ η ασθένεια προέρχεται από την ανισορροπία..

3.2 Μοντέλο αυτό-ρύθμισης και Μοντέλο Κοινής Λογικής

Η μελέτη των αντιλήψεων των ατόμων για την ασθένεια προήλθε από έρευνες για τις απειλές της υγείας στη δεκαετία του '60 από τον Leventhal και τους συνεργάτες του. Έτσι ανέπτυξαν τον μοντέλο της αυτο-ρύθμισης, (self-regulation model) για να περιγραφεί η διαδικασία με την οποία τα άτομα αποκρίνονται σε μια αντιλαμβανόμενη απειλή της υγείας. Το μοντέλο προτείνει ότι, περιστασιακά ερεθίσματα, όπως τα συμπτώματα, παράγουν ταυτόχρονα γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας ή απειλές της υγείας. Αυτές οι αναπαραστάσεις επεξεργάζονται παράλληλα σε τρία στάδια. Τα άτομα πρώτα διαμορφώνουν την αναπαράσταση της ασθένειας ή την απειλή της υγείας, έπειτα, υιοθετούν συμπεριφορές για να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση και τελικά, αξιολογούν την αποτελεσματικότητα αυτών των συμπεριφορών. Το μοντέλο ενσωματώνει μια συνεχή διαδικασία ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας / απειλής και την υιοθέτηση των διαμορφωμένων συμπεριφορών (Hagger & Orbell, 2003). Αυτές οι αναπαραστάσεις περιέχουν πεποιθήσεις για την αιτιολογία της ασθένειας, τα συμπτώματα και την ετικέτα της, τις προσωπικές συνέπειες της ασθένειας, πόσο καιρό θα διαρκέσει, και το βαθμό στον οποίο η ασθένεια είναι υποκείμενη στον έλεγχο ή τη θεραπεία. Αυτά τα

στοιχεία δείχνουν λογικές εσωτερικές συσχετίσεις, π.χ. μια ισχυρή πεποίθηση ότι η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί ή να ελεγχθεί συνδέεται τυπικά με μια σύντομη αντιληπτή διάρκεια της ασθένειας και σχετικά μικρότερες συνέπειες (Figueiras et al., 2007).

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα γεγονότα της ζωής είναι σημαντικός στον καθορισμό των συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεών τους. Οι σχέσεις μεταξύ των πεποιθήσεων για την ασθένεια και των συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων έχουν ερευνηθεί εκτενώς τόσο στην φυσική όσο και στην ψυχική ασθένεια, αλλά και από διαφορετικές προσεγγίσεις. Στην προσπάθεια να γίνει κατανοητή η παρέκκλιση στην φυσική υγεία και στις σχετιζόμενες με την ασθένεια συμπεριφορές, οι ψυχολόγοι έχουν εστιάσει πρώτιστα στα μοντέλα κοινωνικής γνώσης (κοινωνιογνωστικά μοντέλα). Αυτά τα πρότυπα προσπαθούν να προσδιορίσουν τις βασικές γνώσεις που είναι μεταξύ των εξωγενών παραγόντων που έχουν συνδεθεί με τις συμπεριφορές υγείας, όπως τα δημογραφικά στοιχεία, τους κοινωνικοί παράγοντες και τις μεμονωμένες συμπεριφορές. Τα μοντέλα που ευρύτατα έχουν εφαρμοστεί περιλαμβάνουν τη θεωρία της αυτό-ρύθμισης (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984 όπως αναφέρεται στο Lobban et al., 2003).

Τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα των γνωστικών αναπαραστάσεων της υγείας τα οποία θεωρούνται πιο σημαντικά είναι τα εξής:

A) Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model), το οποίο καλείται να απαντήσει για ποιο λόγο τα άτομα κινητοποιούνται δύσκολα στην ανάληψη δράσης με στόχο την πρόληψη μιας ασθένειας ή ενός γενικότερου προβλήματος υγείας.

B) Η θεωρία της έλλογης δράσης (Theory of Reasoned Action), που ασχολείται με την πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς όσον αφορά την πρόθεση ενός ατόμου για δράση.

Γ) Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior), με άλλα λόγια εκφράζει την πρόθεση για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς.

Δ) Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Social Learning Theory), αποτελεί ένα πλαίσιο κατανόησης και αλληλεπίδρασης ατομικών περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων.

E) Η θεωρία των σταδίων αλλαγής (Stages of Change Theory), η οποία έχει εφαρμοστεί σε μια σειρά θεμάτων υγείας που έχουν στάδια αλλαγής και τέλος

ΣΤ) Το μοντέλο της κοινής λογικής (Common Sense Model). Αναπτύχθηκε από τον Haward Leventhal και τους συνεργάτες του και αποτελεί ένα από τα πιο πρόσφατα ανεπτυγμένα μοντέλα γύρω από τις πεποιθήσεις και την συμπεριφορά που έχουν σχέση με τις απειλές κατά της υγείας. Λέγεται και μοντέλο διπλής επεξεργασίας για την αναπαράσταση του φόβου και της απειλής. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στην θεωρία της αυτό-ρύθμισης και υποστηρίζει ότι το άτομο δημιουργεί γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας ή μιας σχετικής με την υγεία του συμπεριφορά, βασισμένο σε διαφορετικές πηγές πληροφόρησης με στόχο να κατανοήσει και να διαχειριστεί το αποτέλεσμα των ερμηνειών του. Σημαντικό ρόλο για το μοντέλο αυτό παίζει το κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς (οικογένεια, γνωστοί, φίλοι, συνάδελφοι). Η αναπαράσταση της κατάστασης που δημιουργείται αφορά την γνωστική και την συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Η πλειοψηφία των μελετών που εστιάζουν στις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια βασίζονται στο μοντέλο κοινής λογικής της ασθένειας του Leventhal, το οποίο προτείνει ότι τα άτομα κατασκευάζουν σχηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και των καταστάσεων που απειλούν την υγεία σύμφωνα με τις συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφοριών που τους είναι διαθέσιμες (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980, Weinman & Petrie, 1997, όπως αναφέρεται στο Figueiras et al., 2007). Μια βαθύτερη κατανόηση των αντιλήψεων της ασθένειας έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη στη διαχείριση και έκβαση της υγείας των ασθενών. Εκτενείς ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ανοικτού τύπου ερωτηματολόγια έρευνας, και μελέτες ανάλυσης παραγόντων καθιστούν βέβαιο ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας είναι πολυδιάστατες και έχουν κοινό περιεχόμενο όσον αφορά στις ασθένειες (π.χ. Turk, Rudy & Salovey, 1986, Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996, όπως αναφέρεται στο Figueiras et al., 2007).

Το μοντέλο κοινής λογικής της ασθένειας έχει ένα σύστημα παράλληλης επεξεργασίας δύο μερών: (α) ένα γνωστικό τομέα και (β) ένα συναισθηματικό τομέα. Στο γνωστικό, τα άτομα έχουν τις γνωστικές αναπαραστάσεις των απειλών και προγραμματίζουν να αξιολογήσουν και να εκτελέσουν διαδικασίες για τον έλεγχο της απειλής. Στο συναισθηματικό τομέα, τα άτομα έχουν ένα παράλληλο σύνολο συναισθηματικών αντιδράσεων και διαδικασιών για τη διαχείριση των συναισθημάτων (Leventhal et al., 1999, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003).

Ο Leventhal και οι συνεργάτες του θεώρησαν ότι οι αντιλήψεις των ατόμων για τα εσωτερικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα αλληλεπιδρούν με τη μνήμη τους για να

διαμορφώσουν τη νοητική αναπαράσταση της απειλής της ασθένειας και οι νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας καθοδηγούν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές των ατόμων (Leventhal, Leventhal, Robitaille & Brownlee, 1999, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003). Πολυάριθμοι ερευνητές επίσης έχουν δείξει ότι οι νοητικές αναπαραστάσεις των ατόμων για την ασθένεια επηρεάζουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, ιδιαίτερα συμπεριφορές σχετικές με την τήρηση ιατρικών οδηγιών (medical adherence) σε ασθενείς υπέρτασης (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985), και αρθρίτιδας (Park et al., 1999, όπως αναφέρονται στο Shifren, 2003).

Οι νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, σύμφωνα με το «μοντέλο κοινής λογικής» του Leventhal και των συνεργατών του (Leventhal, Idler & Leventhal, 1999, Leventhal & Cameron, in press, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003) περιλαμβάνουν πέντε βασικά στοιχεία:

(1) ταυτότητα (δηλ., συμπτώματα και «ετικέτα» για την ασθένεια), (2) χρονιότητα (αρχή, διάρκεια, και χρόνος αποκατάστασης για την ασθένεια), (3) αντιληπτή αιτία (δηλαδή, ασθένεια προερχόμενη από τα μικρόβια, ή γενετική), (4) ελεγχσιμότητα (π.χ., Μπορώ να αυτό-θεραπευτώ με τα φάρμακα και την άσκηση;) και (5) συνέπειες (δηλαδή, ανικανότητα, κοινωνική απώλεια, θάνατος).

Για παράδειγμα, οι αντιλήψεις της ασθένειας για το άσθμα είναι εύκολα ταξινομημένες σε πέντε διαστάσεις που διακρίνονται από το Μοντέλο κοινής λογικής. Η «ταυτότητα» περιλαμβάνει τα παράπονα, τα σημάδια και τα συμπτώματα που οι ασθενείς αποδίδουν στο άσθμα τους. Παραδείγματα των αντιλήψεων αυτής της ασθένειας είναι ότι το άσθμα προκαλείται από «το άγχος», «την κληρονομικότητα» ή «τον καιρό». Μια αντίληψη της ασθένειας που σχετίζεται με τη θεραπεία / έλεγχο θα μπορούσε να είναι η άποψη ότι «Δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να βοηθήσει την κατάσταση μου». Για τη διάσταση των συνεπειών, μια αντίληψη της ασθένειας όπως «το άσθμα μου δεν είναι μια σοβαρή κατάσταση» θα ήταν ένα παράδειγμα. Όσον αφορά τις αντιλήψεις για το χρόνο, οι ασθενείς που συμφωνούν με τις δηλώσεις όπως «η ασθένειά μου θα διαρκέσει για σύντομο χρόνο» ή «η ασθένειά μου θα βελτιωθεί μέσα στο χρόνο» έχουν βρεθεί να έχουν φτωχά αποτελέσματα θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που παρουσίασαν αντιλήψεις για χαμηλό έλεγχο, που έχουν την πεποίθηση ότι το άσθμα έχει επεισοδιακό χαρακτήρα και αυτοί που θεωρούν ότι το άσθμα τους έχει λίγες δυσμενείς συνέπειες, ήταν λιγότερο πιστοί στην τήρηση οδηγιών και στη λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Kaptein et al., 2008).

Οι πέντε βασικές διαστάσεις του μοντέλου κοινής λογικής παρουσιάζουν θετικές ή αρνητικές συσχετίσεις ανάλογα με την ασθένεια. Εξετάζοντας τους μέσους συντελεστές συσχέτισης από διάφορες έρευνες, βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις για μια ισχυρή ταυτότητα ασθένειας είχε σημαντική θετική συσχέτιση με την χρήση στρατηγικών αποφυγής και συναισθηματικής έκφρασης. Επιπροσθέτως, η ικανότητα ελέγχου της ασθένειας παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με γνωστικές επαναξιολογήσεις, εκφραζόμενο συναίσθημα και στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Αντιλήψεις της ασθένειας οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό συμπτωματολογίας, έχοντας μια χρόνια διάρκεια και σημαντικές συνέπειες, είχαν σημαντική συσχέτιση με στρατηγικές αποφυγής και εκφραζόμενου συναισθήματος. Επιπλέον, αντιλήψεις θεραπεύσιμης και ελεγχόμενης ασθένειας είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με αποτελεσματικές εκβάσεις που οδηγούσαν σε ψυχολογική ευημερία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα και αρνητικά συσχετιζόμενες με τη θλίψη. Αντιστρόφως, συνέπειες της ασθένειας, χρονιότητα και ταυτότητα έδειξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με ψυχολογική ευημερία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα (Hagger & Orbell, 2003).

Οι διαστάσεις της γνωστικής αναπαράστασης της ασθένειας της ταυτότητας, της χρονιότητας, της κυκλικότητας και των συνεπειών συσχετίζονται αρνητικά τόσο με την φυσική όσο και με την ψυχική υγεία. Από την άλλη, οι διαστάσεις του προσωπικού ελέγχου και του ελέγχου της θεραπείας έδειξαν μια ισχυρή θετική συσχέτιση με την φυσική και με την ψυχική υγεία. Η συναισθηματική αναπαράσταση έδειξε μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη φυσική και με την ψυχική υγεία. Ασθενείς που πιστεύουν ότι η ασθένεια τους έχει σοβαρές συναισθηματικές επιπτώσεις, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη συναισθηματική λειτουργικότητα. (Moss-Morris R, 2002, όπως αναφέρεται στο Rosema et al., 2009).

Όσο η γνώση διευρύνεται τόσο το μοντέλο αυτό-ρύθμισης της ασθένειας του Leventhal χρησιμοποιείται ευρέως και έχει αναπτυχθεί. Το ερωτηματολόγιο αντίληψης της ασθένειας (Illness Perception Questionnaire) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιημένο ψυχομετρικό εργαλείο που αξιολογεί πέντε γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας σε μια 5βαθμια κλίμακα Likert. Μια αναθεωρημένη έκδοση αυτής της κλίμακας, (IPQ-R), επέκτεινε την αρχική κλίμακα με την προσθήκη περισσότερων στοιχείων, χωρίζοντας τη διάσταση του ελέγχου στον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας και ενσωματώνοντας μια κυκλική διάρκεια της

ασθένειας (κυκλικότητα), μια συνολική αντίληψη του παράγοντα της ασθένειας, και μια συναισθηματική αναπαράσταση (Broadbent et al., 2006).

3.3 Αναπαραστάσεις ασθένειας και υγεία

Η κατανόηση των αναπαραστάσεων της ασθένειας είναι πολύ σημαντική τόσο για τους ασθενείς όσο και για το ιατρικό προσωπικό, γιατί βοηθάει στην καλύτερη διαχείριση και στην αποτελεσματική έκβαση πολλών χρόνιων ασθενειών. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη του Deary (2008), (όπως αναφέρεται στο Wearden & Peters, 2008) για το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (CFS) παρατηρείται ότι η φυσιολογική δυσλειτουργία (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα, διαταραχές ύπνου, κ.α.) επηρεάζεται και διατηρείται από τους γνωστικούς, συμπεριφοριστικούς, και συναισθηματικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν. (Powell, Bentall, Nye & Edwards, 2001, Wearden et al., 2006, όπως αναφέρεται στο Wearden & Peters, 2008).

Σε άλλη έρευνα, γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) παρουσιάζουν μεγαλύτερη κόπωση από τους άνδρες (Belza et al., 1993, Huysen et al., 1998, όπως αναφέρεται στο Treharnea et al., 2008). Η σχέση μεταξύ της διάρκειας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της κόπωσης δεν είναι σαφής. Η κούραση έχει βρεθεί να είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ανθρώπων που υφίστανται μακροχρόνια RA (Barlow, Cullen & Rowe, 1999, Riemsma et al., 1998, όπως αναφέρεται στο Treharnea et al., 2008) αλλά και μεταξύ των ανθρώπων με πιο πρόσφατα διάγνωση RA (Belza et al., 1993, όπως αναφέρεται στο Treharnea et al., 2008), ενώ άλλες μελέτες δεν παρουσιάζουν καμία συσχέτιση μεταξύ της κούρασης και της διάρκειας της RA (Belza, 1995, Huysen et al., 1998, Pollard et al., 2006, όπως αναφέρεται στο Treharnea et al., 2008). Άνθρωποι που θεώρησαν ότι οι συνέπειες της RA τους ήταν σοβαρότερες και ανεξέλεγκτες είχαν μεγαλύτερη κούραση 1 έτος αργότερα, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα που ζούσαν με τη RA και τη χρήση φαρμάκων.

Αναπαραστάσεις της ασθένειας, συναισθηματικές αναπαραστάσεις και αντιλήψεις χρονιότητας, προέβλεψαν συμπεριφορές αυτοσυντήρησης και αυτοδιαχείρισης όσον αφορά τη διατροφή και τα φάρμακα. Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα πρόβλεψαν πιο υψηλά επίπεδα διαφοροποίησης στην τήρηση ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Άτομα που θεώρησαν ότι η ασθένεια τους ήταν προσωρινή, ήταν λιγότερο πιθανό να τηρήσουν τη συνιστώμενη διατροφή και αντίστροφα. Σε σχετική έρευνα, μια

λανθασμένη πεποίθηση ότι, η τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια (ESRD) είναι προσωρινή, οδήγησε τα άτομα στη μη τήρηση των ιατρικών προτεινόμενων διαιτητικών αλλαγών (O'Connor et al., 2008).

Ένας στόχος των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η διατήρηση όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας ζωής (Carlson, Johnson & Kjellstrand, 1987, όπως αναφέρεται στο Fowler & Baas, 2006). Οι αρνητικές επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι μεγάλες τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ασθενείς που χρειάζονται αιμοκάθαρση έχουν πολύ μεγαλύτερη μείωση της ποιότητας ζωής από αυτούς που δεν χρειάζονται ακόμα αιμοκάθαρση (Evans et al., 1985, Kutner, Cardenas, & Bower, 1992, Rocco, Gassman, Wang, Kaplan, & the MDRDS Group, 1997, όπως αναφέρεται στο Fowler & Baas, 2006). Οι ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση έχουν σημαντικά περισσότερους σωματικούς πόνους, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, χαμηλότερη ζωτικότητα, φτωχότερη γενική υγεία, μεγαλύτεροι φυσική, διανοητική, και κοινωνική δυσλειτουργία, και περισσότερους περιορισμούς στη δυνατότητά τους να εργαστούν και να συμμετέχουν στις δραστηριότητες λόγω της υγείας από ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (DeOreo, 1997 Fujisawa et al., 2000, όπως αναφέρεται στο Fowler & Baas, 2006). Πολλοί αισθάνονται ανικανότητα, αντιλαμβάνονται έλλειψη ελέγχου και έχουν αρνητική προοπτική της υγείας, με αποτέλεσμα την κατάθλιψη και το θυμό. Σε έρευνα που έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου IPQ-R η υποκλίμακα ταυτότητας συσχετίστηκε θετικά με την κυκλικότητα και τις συνέπειες, όπως επίσης και με τη συναισθηματική αναπαράσταση. Η χρονιότητα (οξεία-χρόνια) συσχετίστηκε θετικά με τις συνέπειες και αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο. Η κυκλικότητα συσχετίστηκε θετικά με τις συνέπειες και με τη συναισθηματική αναπαράσταση (Moss-Morris et al., 2002, όπως αναφέρεται στο Fowler & Baas, 2006). Οι συνέπειες συσχετίστηκαν θετικά με τη συναισθηματική αναπαράσταση και αρνητικά με την ποιότητα ζωής, δηλαδή καθώς οι συνέπειες αυξήθηκαν, η ποιότητα ζωής μειώθηκε. Οι υψηλότερες αντιληπτές συνέπειες συσχετίστηκαν με περισσότερες συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Fowler & Baas, 2006).

Σε μια άλλη ποιοτική έρευνα που εξέτασε ασθενείς με μη επιληπτικές κρίσεις φάνηκε ότι πολλοί ασθενείς δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν την χρονιότητα ή τον έλεγχο της ασθένειας, καθώς δεν υπήρξαν σαφείς ενδείξεις σχετικές με την αιτία. Έτσι δεν θεωρούσαν ότι η ασθένειά τους είχε μια συγκεκριμένη πορεία.

Παραδείγματος χάριν, εκείνοι με μια σταθερότερη πεποίθηση σε μια ψυχολογική εξήγηση, θεωρήθηκε ότι θα μπορούσαν να έχουν κάποιο έλεγχο των κρίσεων επιληψίας τους. Ομοίως, σε άλλες παθήσεις με αδιευκρίνιστα αίτια, όπως το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, έχει διαπιστωθεί ότι η απόδοση της αιτίας του σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ένας ιός) συνδέεται με μεγαλύτερη ανικανότητα και φτωχότερα αποτελέσματα (Seizure, 2004).

Σύμφωνα με έρευνες σε ασθενείς με άσθμα έχει βρεθεί ότι πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν και διαχειρίζονται το άσθμα ως μια οξεία ή και επεισοδιακή ασθένεια, λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία των συμπτωμάτων και τις κρίσεις που απειλούν τη ζωή τους. Σε έρευνα των Horne και Weinman (2002) (όπως αναφέρεται στο McAndrew et al., 2008), ασθενείς με άσθμα που θεωρούσαν την ασθένειά τους οξείας μορφής αντί χρόνιας, θεωρούσαν λιγότερο απαραίτητο να χρησιμοποιήσουν φάρμακα πρόληψης ή ελέγχου (που χρησιμοποιούνται μεταξύ των κρίσεων όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα) και έτσι δεν ήταν συνεπείς στη θεραπευτική αγωγή. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα έρευνας των Halm et al.'s (2006), (όπως αναφέρεται στο McAndrew et al., 2008), με ασθενείς που νοσηλεύονται με τις αρχικές ή δευτερογενείς διαγνώσεις του άσθματος, ασθενείς που θεώρησαν ότι είχαν το άσθμα μόνο όταν είχαν τα συμπτώματα, ήταν λιγότερο πιθανό να πιστέψουν στη σημασία των προληπτικών / θεραπευτικών φαρμάκων όταν δεν είχαν τα συμπτώματα και λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν αυτά τα φάρμακα 1 και 6 μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Σε άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι ασθενείς με διαβήτη προσδιορίζουν την ασθένεια τους με βάση υποκειμενικά ερεθίσματα, όπως τα συμπτώματα και οι λειτουργικές - σωματικές αλλαγές τόσο στην υπογλυκαιμία όσο και στην υπεργλυκαιμία (Diamond, Massey & Covey, 1989, όπως αναφέρεται στο McAndrew et al., 2008). Αυτοί οι σωματικοί δείκτες χρησιμεύουν στη δημιουργία της αντίληψης για το διαβήτη και αποτελούν στόχους για την αυτό-διαχείριση (Wagner, Schnoll & Gipson, 1998, όπως αναφέρεται στο McAndrew et al., 2008). Όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί μόνο υποκειμενικά ερεθίσματα (συμπτώματα) για να προσδιορίσει την ασθένεια και όχι αντικειμενικούς δείκτες που μετράνε τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος, τότε ο ασθενής δεν ελέγχει αποτελεσματικά την ασθένεια του. (McAndrew et al., 2008).

Σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 αναφέρθηκε ότι η αντιμετώπιση ήταν ο πιο συχνός γνωστικός τρόπος διαχείρισης, που εστίαζε στο

πρόβλημα και αναζητούσε θεραπεία. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει ισχυρές πεποιθήσεις ότι η θεραπεία μπορεί να ελέγξει μελλοντικές αρνητικές επιπτώσεις του διαβήτη. Από την άλλη, μεγαλύτερη διάρκεια του διαβήτη σχετίστηκε αρνητικά με την αντιμετώπιση ως διαχείριση. Η εμπειρία περισσότερων συμπτωμάτων που προέρχονται από την αύξηση στη γλυκόζη του αίματος οδηγεί στην αποδοχή ως τρόπο διαχείρισης και αυτό δηλώνει ότι η επαναλαμβανόμενη εμπειρία συμπτωμάτων οδηγεί τον ασθενή στο να παραιτηθεί μπροστά στην ασθένεια και να έχει την τάση να μην ελέγχει τα επίπεδα γλυκόζης (Searle et al., 2007). Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας συνδέονται άμεσα τόσο με τις θεωρητικές γνώσεις διαχείρισης όσο και με τις συμπεριφορικές δράσεις διαχείρισης στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Ωστόσο, οι δυο αυτοί τομείς διαχείρισης λειτουργούν ανεξάρτητα και δεν σχετίζονται μεταξύ τους (Searle et al., 2007). Όσον αφορά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νιώθουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν το διαβήτη τους έχουν την τάση να αντιδρούν πιο συναισθηματικά στην ασθένεια τους και να αποφεύγουν τις προσπάθειες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το διαβήτη τους (Searle et al., 2007). Άλλες παρεμβάσεις που προωθούσαν την αυτό-ρύθμιση ασθενειών όπως ο διαβήτης και το AIDS είχαν βελτιώσει την θεραπεία των ασθενών (Petrie, Broadbent & Meechan, 2003, όπως αναφέρεται στο Broadbent et al., 2006).

Έρευνες περισσότερο από 30 χρόνια καταδεικνύουν την σημαντικότητα των γνωστικών αναπαραστάσεων της υγείας στη συμπεριφορά των ασθενών. Έχει αποδειχτεί ότι η αλλαγή των αντιλήψεων της ασθένειας ασθενών βελτίωσε την αποκατάσταση της υγείας τους μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002, όπως αναφέρεται στο Broadbent, et al., 2006). Περίπου 500.000 γυναίκες το χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες παθαίνουν καρδιακή προσβολή. Αν και οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (CHD) εμφανίζονται στους άνδρες κατά μέσο όρο περίπου 10 έτη πριν από τις γυναίκες, περίπου η μία σε κάθε δύο γυναίκες θα πεθάνει από ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο (American Heart Association, 1999, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003). Επιπλέον, οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση έχουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου από τις γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση (Brezinka & Kittel, 1995, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003), ενώ γυναίκες Αφρο-αμερικανίδες έχουν 35% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου από τις Καυκάσιες γυναίκες (American Heart Association, 1999, όπως αναφέρεται στο Shifren, 2003).

Σε έρευνα των Aalto et al., (2005) σε καρδιοπαθείς, άτομα με πιο σοβαρή ασθένεια ανέφεραν πιο δυνατή ταυτότητα της ασθένειας, πιο αδύναμη πεποίθηση στον έλεγχο της στεφανιαίας νόσου, πιο σοβαρές συνέπειες της στεφανιαίας νόσου και μεγαλύτερη χρονιότητα της στεφανιαίας νόσου. Εμπειρίες ΕΜ προκαλούν φόβους και αβεβαιότητα και γι' αυτό θα μπορούσαν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις για την καρδιακή ασθένεια. Το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου είναι ένας σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για την ασθένεια. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό θεωρούν τους εαυτούς τους πιο ευάλωτους στην στεφανιαία νόσο. Σε συστοιχία με αυτά τα ευρήματα, το να έχει κανείς συγγενείς και φίλους με στεφανιαία νόσο σχετίζεται ξεκάθαρα με την αντίληψη ύπαρξης παρόμοιας ασθένειας (Aalto et al., 2005).

Αρνητικές πεποιθήσεις για την ασθένεια, ιδιαίτερες αυτές που σχετίζονται με τις συνέπειες της στεφανιαίας νόσου, σε μεγάλο βαθμό προέβλεψαν υψηλά επίπεδα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης σε 3 και 9 μήνες. Θετικές αντιλήψεις της ασθένειας συνδέονται σημαντικά με καλύτερη ποιότητα ζωής. Μεγαλύτεροι σε ηλικία και χαμηλότερου κοινωνικού επιπέδου έδειξαν περισσότερο αρνητικές αντιλήψεις τις ασθένειας. Πεποιθήσεις για περισσότερο σοβαρές συνέπειες και φτωχότερο προσωπικό έλεγχο συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Stafford et al., 2009).

Θα ήταν ίσως αναμενόμενο ασθενείς που λαμβάνουν την πιο δραματική θεραπεία, δηλαδή επέμβαση by-pass να έχουν αναπαραστάσεις της ασθένειας που να αντανακλά τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, που τους οδήγησε στην απόφαση της εγχείρησης. Για το λόγο αυτό, επιδεικνύουν τη δυνατότερη ταυτότητα (π.χ. τα πιο τυπικά και συχνά συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου), αποκαλύπτουν πεποιθήσεις μεγαλύτερης συνοχής (δηλ. η στεφανιαία νόσος έχει την μεγαλύτερη επίδραση στη ζωή τους εξαιτίας της δύναμης των συμπτωμάτων) και τέλος αντανακλούν πεποιθήσεις μικρής χρονιότητας καθώς η εγχείρηση αναμένεται να επιλύσει την κατάσταση (Hirani et al., 2006).

Οι πεποιθήσεις των ασθενών είναι στενά συνδεδεμένες με συναισθηματικές αντιδράσεις όπως ο φόβος, ο θυμός και η θλίψη. Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση καρδιάς, έχει φανεί ότι οι πεποιθήσεις τους για την ασθένεια τους άσκησαν ισχυρή επίδραση στην αποθεραπεία τους μετά από την επέμβαση. Έτσι, η ανικανότητα που σχετίζεται με την ασθένεια ήταν υψηλότερη σε ασθενείς που σχετίζανε περισσότερα συμπτώματα με την κατάστασή τους (ταυτότητα), ήταν

περισσότερο θλιμμένοι από την ασθένεια τους, είδαν την ασθένεια τους να έχει χρονιότητα ή κυκλικότητα και αντιλαμβάνονταν την ασθένεια τους να έχει σοβαρές συνέπειες. Σε αντίθεση, μεγαλύτερα επίπεδα σωματικής λειτουργίας σχετίστηκαν με την προ-εγχειρητική πεποίθηση ότι, η ασθένεια της καρδιάς θα είναι μικρής διάρκειας και δεν θα σχετιστεί με σοβαρές συνέπειες (Juergens et al., 2010).

Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης 3 μήνες μετά την εγχείρηση σχετίστηκαν με πεποιθήσεις χρονικής διάρκειας της ασθένειας, σοβαρές συνέπειες και χαμηλό βαθμό συνοχής της ασθένειας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών φαίνεται ότι οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την χρονιότητα και τις συνέπειες της κατάστασής τους φαίνεται να είναι ιδιαίτερος σημαντικοί παράγοντες επιρροής της αποθεραπείας που ακολουθεί μετά την εγχείρηση. Ασθενείς που αντιλαμβάνονται ότι η ασθένεια τους έχει χρονιότητα ή κυκλικότητα και ότι η ασθένεια τους έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή τους αναφέρουν υψηλά επίπεδα ανικανότητας, καταθλιπτικά συμπτώματα, και χαμηλά επίπεδα σωματικής λειτουργίας 3 μήνες μετά την εγχείρηση (Juergens et al., 2010).

Έχει φανεί ότι αρνητικές πεποιθήσεις για τις καρδιακές παθήσεις ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν πρόσφατα εισαχθεί στο νοσοκομείο μετά το πρώτο τους επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου, ήταν πιο συχνές σε νεαρά άτομα με χαμηλή μόρφωση και με έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Αναμενόμενα, αντιλήψεις ότι, η καρδιακή ασθένεια είναι σοβαρή, σχετίζεται επίσης με το βαθμό της σοβαρότητας της καρδιακής ασθένειας και με κατάθλιψη που ακολουθεί μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ανεξάρτητα από τις πιθανές ανάμικτες επιδράσεις της σοβαρότητας του εμφράγματος του μυοκαρδίου και τη βασική μορφή της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι ασθενείς με πιο αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την υγεία τους κατά το διάστημα του εμφράγματος τους, ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν νέα επεισόδια κατάθλιψης 6 με 12 μήνες μετά το έμφραγμα σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη. Ειδικότερα, πρόβλεψη ότι η στεφανιαία νόσος θα διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα σχετιζόταν με την ανάπτυξη νέων επεισοδίων κατάθλιψης 6 με 12 μήνες αργότερα. Επιπλέον, η πρόβλεψη ότι η καρδιακή ασθένεια θα μπορούσε να ελεγχθεί – θεραπευτεί σχετίζεται με τα μισά (σε αριθμό) συμβάντα κατάθλιψης (Dickens et al., 2008).

Ασθενείς που αντιλήφθηκαν υψηλότερο βαθμό στη συχνότητα των καρδιακών συμπτωμάτων, αισθάνθηκαν ότι η κατάσταση τους δεν ήταν ελέγξιμη και θεώρησαν ότι οι τις αιτίες για τα καρδιακά τους προβλήματα ήταν αποτέλεσμα της

συμπεριφοράς τους και είχαν φτωχότερη ψυχική ποιότητα ζωής, 3 χρόνια μετά τη νοσηλεία τους. Τρεις παράγοντες, η χαμηλή συχνότητα των συμπτωμάτων, κανένα προηγούμενο ιστορικό καρδιακής ασθένειας και η πεποίθηση ότι η ασθένεια είναι ελέγξιμη, συνδέονται με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία τρία έτη μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Lau-Walker et al., 2008).

Άλλη έρευνα προτείνει ότι ασθενείς με ισχυρότερη πεποίθηση ότι η κατάσταση τους είναι ελέγξιμη είναι πιθανό να συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης και να επιστρέψουν στην εργασία τους νωρίς (Petrie et al., 1996, 2002, Cooper et al., 1999, όπως αναφέρεται στο Lau-Walker et al., 2008). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ασθενείς που αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στην κατάστασή τους και έχουν λιγότερη αίσθηση του ελέγχου της κατάστασης τους, είναι πιθανό να έχουν φτωχή φυσική και ψυχική ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα. Αυτό δείχνει ότι αυτοί οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους τόσο αποτελεσματικά όσο εκείνοι με μια υψηλότερη αίσθηση του ελέγχου (Lau-Walker et al., 2008).

Στην έρευνα των Hagger & Orbell (2006), εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας. Η έρευνα βασίζεται στη θεωρία της αυτό-ρύθμισης πάνω στις συναισθηματικές αποκρίσεις ασθενών με μη φυσιολογικά εργαστηριακά αποτελέσματα. Μία ομάδα από γυναίκες ασθενείς είχαν λάβει μη φυσιολογικά αποτελέσματα σε εξέταση αντίχενωση καρκίνου τραχήλου της μήτρας (PAP test) και μια άλλη ομάδα αποτελούμενη από άντρες και γυναίκες είχαν λάβει παρόμοια αποτελέσματα καρκίνου παχέος εντέρου. Η ανάλυση αποκαλύπτει ότι ισχυροί θετικοί συσχετισμοί υπήρξαν μεταξύ των συνεπειών, της ταυτότητας και της χρονιότητας και ισχυροί αρνητικοί συσχετισμοί μεταξύ των τελευταίων διαστάσεων και της διάστασης θεραπείας / ελέγχου. Επιπλέον, η ανάλυση υποστήριξε τις θετικές σχέσεις μεταξύ των συνεπειών, της ταυτότητας και της χρονιότητας και των μεταβλητών της έκβασης της ασθένειας, όπως η ψυχολογική πίεση και ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των διαστάσεων και εκβάσεων, όπως η λειτουργικότητα και η ψυχολογική ευημερία. Υπήρξαν επίσης ισχυρές θετικές σχέσεις μεταξύ της διάστασης θεραπείας / ελέγχου και της ψυχολογικής ευημερίας σε αυτές τις μελέτες (Hagger & Orbell, 2006).

Προηγούμενες μελέτες που εξετάζουν το συναίσθημα σε περιπτώσεις καρκίνου εστιάζουν στο άγχος και την ψυχολογική πίεση που προκαλούνται από τη διαδικασία. Υπάρχουν στοιχεία ότι και άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις μπορούν επίσης να

εκδηλωθούν σε περιπτώσεις αρνητικών αποτελεσμάτων εξετάσεων. Παραδείγματος χάριν, οι μελέτες έχουν σημειώσει υψηλό βαθμό αμηχανίας και ταπείνωσης στις γυναίκες που υφίστανται εξετάσεις τραχήλου της μήτρας (Gath, Hallam, Mynors-Wallis, Day and Bond, 1995, Palmer, Tucker, Warren & Adams, 1993, όπως αναφέρεται στο Hagger & Orbell, 2006). Περαιτέρω, η φύση της ασθένειας μπορεί επίσης να προκαλέσει συναισθηματικές αντιδράσεις όπως ενοχή και θλίψη, δεδομένου ότι οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τον αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και τη μόλυνση με τον ανθρώπινο ιό Papilloma (Human Papilloma Virus / HPV), ο οποίος είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενος (Gath et al., 1995, Palmer et al., 1993, όπως αναφέρεται στο Hagger & Orbell, 2006). Όπως αναμένεται, υπήρξε μια σημαντική θετική επιρροή των συναισθηματικών αναπαραστάσεων στην ανησυχία, το θυμό, την ενοχή, την αμηχανία και τη θλίψη και μια σημαντική αρνητική συσχέτιση των συναισθηματικών αναπαραστάσεων με την ανακούφιση.

Σε έρευνα στηριγμένη στο μοντέλο κοινής λογικής αποδείχτηκε ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιληπτή υγεία και σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Ασθενείς που βλέπουν την ασθένεια τους ως μια κατάσταση με σοβαρά συμπτώματα και συνέπειες, ότι η ασθένεια τους είναι χρόνια και που θεωρούν την ασθένεια τους ανεξέλεγκτη, βρέθηκε να έχουν χειρότερη φυσική και ψυχική υγεία από αυτούς που πίστευαν τα αντίθετα. Στην έρευνα των Weinman & Petrie (1997) υποστηρίζεται ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μπορούν όχι μόνο να εξηγήσουν την ποικιλία των τρόπων αντιμετώπισης της ίδιας ασθένειας, αλλά και να είναι άμεσα συνδεδεμένες με διάφορες εκβάσεις όπως η εμμονή στη θλίψη (adherence emotional distress). Μια ισχυρή πεποίθηση ότι η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί ή να ελεγχθεί, τυπικά συνδέεται με μια αντιληπτική σύντομη διάρκεια της ασθένειας και σχετικά μικρότερες συνέπειες. Μερικά σαφή παραδείγματα σπουδαιότητας των αναπαραστάσεων της ασθένειας στο να κατευθύνουν μια συμπεριφορά προστατευτική για την υγεία και την αποκατάστασή της, αναφέρονται σε πρόσφατες έρευνες για γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η Cameron (1997) όπως αναφέρεται στο Weinman & Petrie (1997) βρήκε ότι ενεργοποιώντας τις αναπαραστάσεις της ασθένειας στις γυναίκες, αυτό προκάλεσε ανησυχίες σχετικές με τον καρκίνο, που είχαν ως αποτέλεσμα υψηλότερα επίπεδα αυτοεξέτασης του στήθους.

Σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς με καρκίνο στο λαιμό ή στο κεφάλι, φάνηκε ότι οι πεποιθήσεις για τη χρονιότητα της ασθένειας προέβλεπαν την ύπαρξη

συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά από τη θεραπεία. Οι ισχυρότερες πεποιθήσεις ότι η ασθένεια διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα, τα υψηλά επίπεδα της αυτο-κατηγορίας για την ασθένεια και τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, συνδέθηκαν με υψηλά επίπεδα της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου (Llewellyn et al., 2007).

3.4 Οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας στα δυο φύλα

Σύμφωνα με κλινικές έρευνες οι άντρες και οι γυναίκες διαφέρουν στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις αντιλήψεις της ασθένειας και τις μεθόδους διαχείρισης που χρησιμοποιούν (Grace et al., 2005 όπως αναφέρεται στο Kelly et al., 2007). Συναφή αποτελέσματα σε έρευνα για την κατάθλιψη δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι δυο φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από διαταραχή μείζονος κατάθλιψης και πιο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία για την κατάθλιψη απ' ότι οι άντρες (Mazure, Keita & Blehar, 2002, όπως αναφέρεται στο Kelly et al., 2007). Ένας μικρός αριθμός ερευνών δείχνει ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη τάση να αποδίδουν την κατάθλιψη σε διαπροσωπικές αιτίες ενώ οι άντρες την αποδίδουν είτε σε φυσικά αίτια είτε σε άγχος που σχετίζεται με το σχολείο ή την εργασία (Angst et al., 2002, Robbins & Tanck, 1991, όπως αναφέρεται στο Kelly et al., 2007).

Σύμφωνα με τον Kelly (2007), αν τα συμπτώματα κατάθλιψης αποδίδονται σε εργασιακό στρες, το άτομο αποφασίζει να χρησιμοποιήσει μια στρατηγική διαχείρισης όπως την επίλυση του προβλήματος. Σε αντίθεση, αν τα συμπτώματα θεωρούνται ως μια θεραπεύσιμη ιατρική κατάσταση, τότε το άτομο πιθανό να ζητήσει φαρμακευτική θεραπεία. Επιπλέον, ο Lauber και οι συνεργάτες του (2003) όπως αναφέρουν ο Kelly και οι συνεργάτες του (2007), βρήκαν ότι αυτοί που αναγνωρίζουν την κατάθλιψη ως ζήτημα ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να έχουν πιο θετική αντιμετώπιση προς τη θεραπεία με φάρμακα και την ψυχοθεραπεία, από αυτούς που βλέπουν την κατάθλιψη ως «κρίση».

Σε αδρές γραμμές οι άντρες διαχειρίζονται την κατάθλιψή τους με μεθόδους αντιπερισπασμού, όπως η ενασχόληση με τον αθλητισμό ή με άλλες δραστηριότητες ή η χρήση ουσιών (Angst et al., 2002, όπως αναφέρεται στο Kelly et al., 2007), ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν πιο συναισθηματικούς τρόπους διαχείρισης όπως το κλάμα, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ή η επίμονη συζήτηση πάνω στις αιτίες και στις επιπτώσεις της κατάθλιψης τους (Angst et al., 2002, Butler & Nolen-Hoeksema,

1994, Kleinke, Staneski & Mason, 1982, Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill & Parker, 2002, όπως αναφέρεται στο Kelly et al., 2007).

Ολοκληρώνοντας, σε μια άλλη έρευνα οι άνδρες αποδίδουν την στεφανιαία τους νόσο πιο συχνά σε συμπεριφορές κινδύνου και εσωτερικούς παράγοντες (π.χ. τη δική τους στάση - συμπεριφορά), ενώ οι γυναίκες πιο συχνά αντιλαμβάνονται το άγχος ως αιτία της στεφανιαίας τους νόσου. Οι γυναίκες επίσης αντιλαμβάνονται περισσότερα συμπτώματα σχετιζόμενα με τη στεφανιαία νόσο αλλά αναφέρουν λιγότερο σοβαρές συνέπειες (Aalto, et al., 2005).

3.5 Στοιχεία αυτό-ρύθμισης και συμπεριφορές υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών

Οι αντιλήψεις ασθένειας είναι ιδιοσυγκρασιακές αναπαραστάσεις των συμπτωμάτων και της ασθένειας, που διαμορφώνονται από προσωπική ή παρατηρημένη επαφή με την ασθένεια καθώς επίσης και από πληροφορίες από ιατρικές πηγές (π.χ., γιατροί και βιβλία) και από «δημοφιλή» μέσα, όπως φίλοι, γονείς, το Διαδίκτυο, και φίλους ασθενείς. Ακόμα και αν δεν είναι ιατρικά ακριβείς, αυτές οι αναπαραστάσεις διαμορφώνουν τις αντιδράσεις και τις συμπεριφορές των ασθενών ως προς την έκβαση της ασθένειας (Karpein et al., 2008).

Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτό-ρύθμισης, οι εμπειρίες μιας ασθένειας και η διαχείρισή τους διαμορφώνουν την γνωστική αναπαράσταση της υγείας του ατόμου. (Leventhal et al., 1998)(Leventhal et al., 1984, όπως αναφέρεται στο Aalto et al., 2005). Ένα μοντέλο αυτό-ρύθμισης της ασθένειας χρησιμοποιήθηκε για να εξηγήσει τις αποφάσεις των ασθενών στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας μετά από συμπτώματα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (Lockyer, 2002, Dracup & Moser, 1995, Petrie & Weinman, 1997, Meischke et al., 1995, όπως αναφέρεται στο MacInnes, 2006).

Η ανάπτυξη ενός μοντέλου της ασθένειας και της απόφασης για αναζήτηση βοήθειας επηρεάστηκε από την εμπειρία σοβαρών και ασυνήθιστων συμπτωμάτων . Στρατηγικές αντιμετώπισης στόχευαν αρχικώς στην ανακούφιση των συμπτωμάτων πριν την αναζήτηση βοήθειας από την οικογένεια και τους φίλους. Φαίνεται ότι τα άτομα κάνουν σύγκριση ανάμεσα στα δικά τους συμπτώματα και στα συμπτώματα από εμπειρίες άλλων. Όταν τα συμπτώματα αναγνωρίζονται ως όμοια σε σχέση με των άλλων, είναι πιο πιθανό να χαρακτηρίσουν και τα δικά τους, ως συμπτώματα

εμφράγματος του μυοκαρδίου και να αναζητήσουν γρηγορότερα βοήθεια. Το αποτέλεσμα της ερμηνείας των συμπτωμάτων καθορίζει τους τρόπους αντιμετώπισης συμπεριλαμβανομένου, της ξεκούρασης, της λήψης φαρμάκων και την κατανάλωση αλκοόλ όταν η απειλή της υγείας γίνεται αντιληπτή ως ήπια. Όταν οι τρόποι αντιμετώπισης κρίνονται ως ακατάλληλοι, εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης υιοθετούνται όπως για παράδειγμα βοήθεια από την οικογένεια και τους φίλους. Η επιρροή της οικογένειας και των φίλων είναι θετική όταν έχει ήδη αναζητηθεί επαγγελματική βοήθεια. Όταν οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν τον έλεγχο της ασθένειας τότε δημιουργείται στον ασθενή μια αίσθηση ανακούφισης.

Το στοιχείο της ταυτότητας στην αναπαράσταση της ασθένειας συσχετίστηκε με καθυστερήσεις στην θεραπεία. Τα άτομα που παρουσίασαν συμπτωμάτων που συνήθως δεν συνδέονται με καρδιακές παθήσεις, όπως ζαλάδες και ερεθισμένα μάτια, καθυστέρησαν περισσότερο να αναζητήσουν βοήθεια. Αυτοί που αναγνώρισαν τη δύσπνοια ως σχετιζόμενο με την κατάσταση τους ήταν πιο πιθανό να αναζητήσουν γρηγορότερα βοήθεια (Petrie & Weinman, 1997, όπως αναφέρεται στο MacInnes, 2006). Δεδομένου ότι οι γυναίκες μπορεί να έχουν άτυπα συμπτώματα αυτό ίσως εξηγεί μερικώς την τάση τους να αναζητούν βοήθεια αργότερα από ότι οι άνδρες (Dracup & Moser, 1995, όπως αναφέρεται στο MacInnes, 2006). Επιπλέον, μια συνειδητοποίηση των συμπτωμάτων, η αντίληψη τους ως ασήμαντα, η αυτό-θεραπεία και η αντίληψη του κινδύνου, φαίνεται να επηρεάζουν την απόφαση της αναζήτησης βοήθειας (Petrie & Weinman, 1997, όπως αναφέρεται στο MacInnes, 2006).

Πέρα από τους ίδιους τους ασθενείς, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας αφορούν και το ιατρικό προσωπικό. Οι γιατροί αναπτύσσουν αντιλήψεις για τις ασθένειες των ασθενών τους βασισμένες στην ιατρική πείρα τους, στην παράθεση των συμπτωμάτων, στην εμπειρία που περιγράφεται από τους ασθενείς και στις παρατηρήσεις της προόδου της ασθένειας ως προς τη θεραπεία. Ανεξάρτητα από εάν είναι αντικειμενικά ορθές, οι αντιλήψεις ασθένειας καθορίζουν δραματικά τις αποφάσεις σχετικά με την ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD). Σε έρευνα των Wildman και των συνεργατών (2007), (όπως αναφέρεται στο Kaptein et al., 2008), φάνηκε πως η απαισιοδοξία των γιατρών στις προγνώσεις των ασθενών με COPD είχε επιπτώσεις στην απόφασή τους για την εισαγωγή ή όχι των ασθενών με COPD στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης, με ενδεχόμενες θανατηφόρες συνέπειες για τους ασθενείς. Συνολικά, αντιλήψεις ασθένειας που αποδίδουν πολλά συμπτώματα στην COPD

(«ταυτότητα»), αντιλαμβάνονται μια χαμηλή αίσθηση του ελέγχου («έλεγχος»), ισχυρές συναισθηματικές αντιλήψεις (ανησυχία, κατάθλιψη, καταστροφολογία) και εμφανίζονται να συνδέονται με φτωχά αποτελέσματα στην έκβαση της ασθένειας (Kaptein et al., 2008).

Σημαντικές όμως είναι και οι αναπαραστάσεις των γονέων για διάφορες ασθένειες των παιδιών τους. Ο κύριος σκοπός μιας έρευνας του Mereuta & Craciun, (2009) ήταν να φανεί εάν ορισμένοι παράγοντες όπως η γονική αντίληψη του καρκίνου και η αναποτελεσματική συμπεριφορά έχουν με κάποιο τρόπο επίδραση στο επίπεδο της θλίψης που βιώνει ένα χρόνο αργότερα νοσηλευόμενο παιδί. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο κοινής λογικής ως θεωρητικό υπόβαθρο μετρήθηκε το επίπεδο θλίψης των παιδιών, η γονική αντίληψη της ασθένειας και η απροσάρμοστη γονική συμπεριφορά (Mereuta & Craciun, 2009). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια σημαντική σύνδεση ανάμεσα στην αντίληψη της σοβαρότητας του καρκίνου και την αναποτελεσματική συμπεριφορά των γονιών. Ένας δεύτερος στόχος ήταν η ανακάλυψη πιθανών αιτιολογικών σχέσεων ανάμεσα σ' αυτές τις τρεις μεταβλητές. Προηγούμενες έρευνες είχαν δείξει ότι η αρνητική συναισθηματική κατάσταση των παιδιών μπορεί να καθοριστεί όχι τόσο από την ίδια την ασθένεια αλλά παρατηρώντας και συμπάσχοντας με τους γονείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στην γονική αντίληψη της σοβαρότητας του καρκίνου και στα επίπεδα της αναποτελεσματικής συμπεριφοράς που εμφανίζουν οι γονείς. (Mereuta & Craciun, (2009).

Όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις των συγγενών, οι σύζυγοι δύναται να υποφέρουν μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος από ότι οι ασθενείς (Moser & Dracup, 2004, όπως αναφέρεται στο Broadbent et al., 2009). Σύζυγοι συχνά αναφέρουν χαμηλή αντίληψη ελέγχου της ασθένειας, σε άτομα με καρδιακές παθήσεις, απ' ότι οι ίδιοι οι ασθενείς. Επιπλέον, οι σύζυγοι, έχουν χαμηλή κατανόηση των παρεχόμενων πληροφοριών και αναφέρουν μια αρνητική επίδραση της καρδιακής προσβολής στην δική τους ποιότητα ζωής (Arejford et al., 1998, όπως αναφέρεται στο Broadbent et al., 2009). Πρόσφατες μελέτες επίσης έδειξαν ότι οι αντιλήψεις της ασθένειας των συζύγων των ασθενών παίζει μεγάλο ρόλο στην αποθεραπεία τους. Οι αιτίες που αποδίδουν στην ασθένεια οι σύζυγοι για τους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου προβλέπουν αλλαγές στην διαίτα και την εκγύμναση (Weinman et al., 2000, όπως αναφέρεται στο Broadbent et al., 2009).

Παρόμοια, θετικές αντιλήψεις της ασθένειας και στους ασθενείς και στις

συζύγους τους έχουν συνδεθεί με καλύτερη αποθεραπεία (Figueiras, Weinman, 2003, όπως αναφέρεται στο Broadbent et al., 2009). Μια εβδομάδα μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, οι σύζυγοι των ασθενών με καρδιακές παθήσεις στην ομάδα παρέμβασης (intervention group) είχαν μεγαλύτερη κατανόηση της ασθένειας, λιγότερη ανησυχία, ισχυρότερες πεποιθήσεις ότι η ασθένεια οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες και λιγότερες ερωτήσεις για την κατάσταση της καρδιάς των συντρόφων τους. Επίσης, ανέφεραν περισσότερες θετικές προσδοκίες σχετικά με την ικανότητα των ασθενών με καρδιακά προβλήματα να αναρρώσουν και μικρότερη πιθανότητα ενός ακόμα εμφράγματος του μυοκαρδίου. Είχαν λιγότερο άγχος σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα του ασθενούς και τα φάρμακα του καθώς και για τα συμπτώματα του. Έτσι σε διάστημα 3 μηνών οι σύζυγοι της ομάδας διαμεσολάβησης αξιολογήθηκαν ως λιγότερο ανήσυχες σχετικά με την ασθένεια. Αυτό δείχνει ότι μια σύντομη παρέμβαση μπορεί να αλλάξει τις αντιλήψεις της ασθένειας και να μειώσει το άγχος σχετικά με την ασθένεια στις συζύγους ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (Broadbent et al., 2009).

ΜΕΡΟΣ Β.

1. Η ΕΡΕΥΝΑ

1.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί πιθανή συσχέτιση των μεταβλητών: α. του συναισθήματος, β. των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας και γ. των δεικτών υγείας, σε άτομα που αντιμετωπίζουν καρδιακά νοσήματα (χρόνιες ασθένειες). Επιπλέον, ελέγχθηκε η πιθανή διαφορετική ανταπόκριση των δύο φύλων.

1.2 Υποθέσεις

Οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας ήταν οι εξής:

1. Υπάρχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ρύθμισης του συναισθήματος και των δεικτών της υγείας ασθενών με καρδιακές παθήσεις;
2. Υπάρχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας και της έκβασης της υγείας των υποκειμένων;
3. Υπάρχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας και της ρύθμισης του συναισθήματος;
4. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τη ρύθμιση του συναισθήματος, τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και των δεικτών της υγείας τους;

1.3 Μέθοδος

1.3.1 Δείγμα και διαδικασία

Το σύνολο των υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν καρδιολογικές παθήσεις και ήταν πολίτες που επιλέχθηκαν από την πόλη της Καβάλας, του Ρεθύμνου και των Χανίων. Το δείγμα αποτελούσαν 113 άτομα, 70 άντρες και 43 γυναίκες. Οι ηλικίες ήταν από 29 έως 88 ετών. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς και δόθηκαν σχετικές οδηγίες για την σωστή συμπλήρωσή τους. Ο κάθε ασθενής συμπλήρωσε το δικό του ατομικά. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και το είδος της έρευνας.

1.4 Μέσα συλλογής δεδομένων -Ψυχομετρικά Εργαλεία

1.4.1 Το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (The

Revised Illness Perception Questionnaire IPQ-R) (Moris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002)

Η ελληνική προσαρμογή της αναθεωρημένης κλίμακας αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R), αποτελεί μια νέα μέθοδο αποτίμησης των γνωστικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια. Η κλίμακα αυτή προήλθε από την κλίμακα αντίληψης της ασθένειας (Illness Perception Questionnaire IPQ). Το IPQ αποτελεί ένα θεωρητικό κριτήριο μέτρησης που εμπεριέχει 5 τομείς. Αυτοί, παρέχουν πληροφορίες για 5 συστατικά στοιχεία που βρέθηκε ότι αποτελούν τη βάση των γνωστικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια. Οι 5 τομείς αποτιμούν, την ταυτότητα, την αιτία, την χρονική διάρκεια (χρονιότητα), τις συνέπειες και τον έλεγχο της θεραπείας.

Η κλίμακα IPQ έχει ένα συγκεκριμένο αριθμό από βασικά μέρη αλλά επιτρέπει στον χρήστη να προσθέσει μέρη για ομάδες ασθενών ή συγκεκριμένες ασθένειες. Τα δεδομένα παρουσιάζονται υποστηρίζοντας την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας IPQ σε πληθυσμούς με διάφορες χρόνιες ασθένειες.

Όσον αφορά την αναθεωρημένη κλίμακα αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R), αποτελεί μια πρόσφατα ανεπτυγμένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη ποσοτική μέτρηση των 5 στοιχείων της αναπαράστασης της ασθένειας και συγκεκριμένα του μοντέλου της αυτό-ρύθμισης του Leventhal. Η αναθεωρημένη έκδοση διακατέχεται από την ανάγκη να συμπεριλάβει επιπλέον μέρη στην κλίμακα προσθέτοντας την αντίληψη της κυκλικής διάρκειας, τη συνοχή της ασθένειας και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής μέρη του IPQ-R:

I. Ερωτηματολόγιο με **20 συμπτώματα** από τα οποία ο ασθενής καλείται να σημειώσει δίπλα επιλέγοντας ΝΑΙ ή ΟΧΙ στο κάθε ένα από αυτά, για να δείξει ποια συνδέονται με την ασθένειά του, π.χ. 1. «Πόνος σε κάποιο σημείο του σώματος», 2. «Αιμορραγία», 3. «Δυσκολία στην αναπνοή», 4. «Ναυτία ή δυσφορία» κλπ.

II. Ερωτηματολόγιο με **38 ερωτήσεις** οι οποίες παρατίθενται ως απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζουν, π.χ. «Η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο», «Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένεια μου», «Η ασθένειά

μου με θυμώνει», «Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου» κλπ. Το άτομο απαντάει με την βοήθεια μιας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert η οποία κυμαίνεται από το 1=διαφωνώ έντονα, έως το 5=συμφωνώ πολύ. Τα υποκείμενα καλούνται να σημειώσουν μία από αυτές ανάλογα με ποια τους ταιριάζει περισσότερο.

Οι υψηλές επιδόσεις (score) σχετικά με την ταυτότητα, την διάρκεια, τις συνέπειες και τις κυκλικές διαστάσεις, αντιπροσωπεύουν ισχυρές πεποιθήσεις σχετικές με τον αριθμό των συμπτωμάτων που αποδίδονται στην ασθένεια, τη χρονική διάρκεια της κατάστασης, τις αρνητικές συνέπειες της ασθένειας και την κυκλική φύση της κατάστασης αντίστοιχα. Υψηλά score στον αυτοέλεγχο, στον έλεγχο της θεραπείας, και στη συνοχή της ασθένειας, αντιπροσωπεύουν, θετικές πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο της ασθένειας και την προσωπική κατανόηση της κατάστασης (Moris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002).

Παρακάτω παρατίθενται οι τομείς ελέγχου που αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένες ερωτήσεις στην αναθεωρημένη κλίμακα αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R):

1. τη ταυτότητα, που αναφέρεται στην ετικέτα που χρησιμοποιεί το άτομο για να περιγράψει την ασθένεια και τα συμπτώματα που προκαλούνται από την ασθένεια. (θετικά σχετιζόμενα συμπτώματα με την ασθένεια στο ερωτηματολόγιο των 20 συμπτωμάτων),
 2. τη χρονιότητα, η χρονική διάρκεια που πιστεύει ο ασθενής ότι θα διαρκέσει η ασθένεια (οξεία/χρόνια) (ερωτήσεις 1-5 και 18),
 3. τις συνέπειες της ασθένειας, αναμενόμενα αποτελέσματα και έκβαση της ασθένειας (ερωτήσεις 6-11),
 4. τον αυτοέλεγχο (ερωτήσεις 12- 17),
 5. τα στοιχεία ελέγχου της θεραπείας, ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής θεωρεί ότι μπορεί να ελέγξει την ασθένεια ή να ανακτήσει την υγεία του, (ερωτήσεις 19-23),
 6. τη συνοχή της ασθένειας (ερωτήσεις 24-28),
 7. τη κυκλική διάρκειά της (ερωτήσεις 29-32),
 8. τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις (ερωτήσεις 33-38)
- (Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000).

1.4.2 Κλίμακα Ρύθμισης του Συναισθήματος (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ) (Gross & John, 2003)

Η κλίμακα αποτελείται από 10 προτάσεις που αναφέρονται στα συναισθήματα που νιώθουν τα υποκείμενα της έρευνας σχετικά με την ασθένειά τους και την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και στον τρόπο που τα διαχειρίζονται, π.χ. «Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την υγεία μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για αυτή», «Όταν θέλω να νιώσω λιγότερα αρνητικά συναισθήματα (π.χ., λύπη ή θυμό), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι» κλπ.

Στο ίδιο ερωτηματολόγιο της έρευνας που πραγματοποίησαν οι Gross, J., J & John, O., P. εξήχθησαν τα μέρη με βάση την λογική δηλώνοντας καθαρά σε κάθε δείκτη την διαδικασία ρύθμισης του συναισθήματος που σκοπεύαμε να μετρήσουμε όπως «ελέγχω τα συναισθήματά μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι (reappraisal) και ελέγχω τα συναισθήματά μου με το να μην τα εκφράζω (suppression). Εκτός από τους γενικούς δείκτες του συναισθήματος, οι δύο που προαναφέρθηκαν περιλαμβάνουν τουλάχιστον μια ερώτηση σχετική με τη ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος (στους συμμετέχοντες δόθηκαν ως παραδείγματα οι λέξεις λύπη και θυμός) και μια ερώτηση σχετική με την ρύθμιση θετικού συναισθήματος (με παράδειγμα τις λέξεις χαρά και διασκέδαση). Στο ερωτηματολόγιο των συναισθημάτων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, οι ερωτήσεις 1,2,3,5,7,9 αντιπροσωπεύουν τον παράγοντα της επανεκτίμησης και οι ερωτήσεις 4,6,8,10 αντιπροσωπεύουν τον παράγοντα της καταστολής (Gross & John, 2003).

1.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό (στατιστικό) πρόγραμμα SPSS 17 και περιλάμβανε τις εξής κατηγορίες:

- I. Δείκτη συσχέτισης των μεταβλητών: Pearson r (Pearson Correlation Coefficient).
- II. Διαφορές φύλου των εξεταζόμενων μεταβλητών: Κριτήριο t, t-test.
- III. Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (Descriptive Statistics): Μέσος Όρος (Mean) και Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation).

2.ΕΥΡΗΜΑΤΑ

2.1. Γενικά Στοιχεία

Χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής, Μέσος Όρος (Mean) και Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation) και μελετήθηκε η κάθε μια μεταβλητή χωριστά για να βρεθεί η πιο αντιπροσωπευτική επίδοση της κάθε ομάδας (άνδρες – γυναίκες). Σε ένα άλλο επίπεδο έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Pearson Product-Moment ή Pearson r (Συντελεστής Συσχέτισης Γινομένου και Ροπών, (Γεωργούσης, 1995), όπως αναφέρεται στο Ρούσος & Τσαούσης, 2006). Ο δείκτης αυτός μας πληροφορεί αφενός για το βαθμό συσχέτισης (υψηλό – μέτριο – χαμηλό) δυο μεταβλητών μεταξύ τους και αφετέρου για το είδος, δηλαδή θετική/ αρνητική. Η αριθμητική τιμή που μπορεί να πάρει ο δείκτης κυμαίνεται από -1 (απόλυτη αρνητική συσχέτιση) έως +1 (απόλυτη θετική συσχέτιση). Η ενδιάμεση τιμή (0) δηλώνει απουσία συσχέτισης των δύο μεταβλητών. Οι μεταβλητές ελέγχθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας (Significance Level) .01 (1%) και .05 (5%). Τα ποσοστά 1% και 5% αναφέρουν την ποσοστιαία τιμή σύμφωνα με την οποία το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t (t -test) και ο δείκτης p (significance).

Το t κριτήριο αποτελεί μια μέτρηση που μας δίνει την απόσταση που ο μέσος όρος του δείγματος μας έχει από το μέσο όρο του πληθυσμού σε μονάδες τυπικού σφάλματος, όπως προκύπτει από τα δεδομένα του δείγματος μας.

Στον παρακάτω πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ευρήματα ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, τα συναισθήματα και τους δείκτες υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Pearson r για τις μεταβλητές του συναισθήματος και τους δείκτες υγείας

		καταπίεση του συναισθήματος	έλεγχος του συναισθήματος	φυσική υγεία	ψυχική υγεία
καταπίεση του συναισθήματος	Pearson r	–	.288** .002	-.133 .164	-.215* .023
έλεγχος του συναισθήματος	Pearson r	–	–	-.104 .274	.048 .619
χρονιότητα	Pearson r	–	–	-.353** .000	-.403** .000
κυκλικότητα	Pearson r	–	–	-.218* .028	-.039 .686
συνέπειες	Pearson r	–	–	-.348** .000	-.129 .176
προσωπικός έλεγχος	Pearson r	–	–	.050 .604	-.035 .716
έλεγχος της θεραπείας	Pearson r	–	–	-.111 .244	-.137 .151
συνοχή της ασθένειας	Pearson r	–	–	-.488** .000	-.293** .002
συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Pearson r	–	–	-.226* .017	-.217* .022
συμπτώματα	Pearson r	–	–	-.607** .000	-.645** .000
φυσική υγεία	Pearson r	–	–	–	.557** .000
ψυχολογική υγεία	Pearson r	–	–	–	–

* $p < .05$ και ** $p < .01$

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Pearson r για τις μεταβλητές των αναπαραστάσεων της ασθένειας

		χρονι ότητα	κυκλικό τητα	συνέπει ες	προσωπ ικός έλεγχος	έλεγχος της θεραπείας	συνοχή της ασθένειας	συναισθημ ατικές αναπαραστ άσεις	συμπτώματα
καταπίεση του συναισθήματος	Pearson p	.122 .199	.048 .619	-.068 .478	.016 .864	.055 .566	.319** .001	-.004 .966	.222* .019
έλεγχος του συναισθήματος	Pearson p	-.016 .863	.110 .247	-.156 .101	.092 .335	-.079 .410	.150 .117	-.167 .078	.094 .325
χρονιότητα	Pearson p	—	-.149 .117	-.019 .842	.452** .000	.483** .000	.185 .052	-.106 .264	.642** .000
κυκλικότητα	Pearson p		—	.245** .009	-.113 .238	-.171 .072	.266** .005	.259** .006	-.147 .124
συνέπειες	Pearson p			—	-.235* .012	-.105 .262	.303** .001	.406** .000	.016 .871
προσωπικός έλεγχος	Pearson p				—	.379** .000	.025 .792	-.274** .003	.283** .003
έλεγχος της θεραπείας	Pearson p					—	.110 .252	.077 .420	.390** .000
συνοχή της ασθένειας	Pearson p						—	.118 .216	.397** .000
συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Pearson p							—	-.010 .916
συμπτώματα	Pearson p								—
φυσική υγεία	Pearson p								
ψυχολογική υγεία	Pearson p								

* $p < .05$ και ** $p < .01$

2.2 Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα από το Μέσο Όρο (Mean) και την Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation) των μεταβλητών που εξετάστηκαν. Στα ευρήματα του πίνακα 4 δεν εμφανίζεται πουθενά στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 4

Μέσοι Όροι (Mean) και Τυπικές Αποκλίσεις (Std. Deviation) για όλες τις μεταβλητές

	Φύλο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
χρονιότητα	1	19.4188	2.82037
	2	19.5302	2.71219
κυκλικότητα	1	11.5072	3.72836
	2	11.9767	2.86596
συνέπειες	1	18.5797	3.90100
	2	17.9302	4.66188
προσωπικός έλεγχος	1	19.3913	3.32644
	2	18.9721	2.84273
έλεγχος της θεραπείας	1	17.0145	1.94402
	2	17.2558	1.97717
συνοχή της ασθένειας	1	13.7500	3.64210
	2	13.9826	3.68572
συναισθηματικές αναπαραστάσεις	1	18.8261	4.77418
	2	19.3488	4.17409
συμπτώματα	1	8.8551	9.21360
	2	8.4884	9.38178
καταπίεση του συναισθήματος	1	17.0580	5.77491
	2	15.4651	5.01592
έλεγχος του συναισθήματος	1	29.4058	7.79955
	2	30.1860	6.86348
φυσική υγεία	1	565.9000	326.91811
	2	528.5116	357.17752
ψυχολογική υγεία	1	272.0580	137.40782
	2	272.3721	128.03069

* 1 = άνδρες, 2 = γυναίκες

2.3 Ρύθμιση του Συναισθήματος - Δείκτες Υγείας

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS προέκυψαν τα εξής ευρήματα: (Βλέπε πίνακα 2) Η καταπίεση του συναισθήματος σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία δηλαδή η ψυχική υγεία αυξάνεται όσο μειώνεται η καταπίεση των συναισθημάτων ($r = -.29, p < .05$). Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν εμφανίζουν συσχέτιση.

2.4 Ρύθμιση του Συναισθήματος - Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας

Ομοίως, η καταπίεση του συναισθήματος σχετίζεται θετικά με τη συνοχή της ασθένειας ($r = .32, p < .01$) και με τα συμπτώματα ($r = .22, p < .05$). Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν εμφανίζουν συσχέτιση (Βλέπε πίνακα 1).

2.5 Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας - Δείκτες Υγείας

Τα συμπτώματα σχετίζονται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.61, p < .01$) και με την ψυχική υγεία ($r = -.65, p < .01$).

Η συναισθηματική αναπαράσταση σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.23, p < .05$) και με την ψυχική υγεία ($r = -.22, p < .05$).

Η συνοχή της ασθένειας σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.49, p < .01$) και με την ψυχική υγεία ($r = -.29, p < .01$).

Οι συνέπειες της ασθένειας σχετίζονται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.35, p < .01$).

Η κυκλικότητα της ασθένειας σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.21, p < .05$).

Η χρονιότητα της ασθένειας σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική υγεία ($r = -.35, p < .01$) και με την ψυχική υγεία ($r = -.40, p < .01$) (Βλέπε πίνακα 1).

2.6 Συσχετίσεις ανάμεσα στους δείκτες της κάθε μεταβλητής

2.6.1. Γνωστικές Αναπαραστάσεις της Ασθένειας

Η χρονιότητα σχετίζεται θετικά

1. με τον προσωπικό έλεγχο ($r = .45, p < .01$)
2. με τον έλεγχο θεραπείας ($r = .48, p < .01$) και
3. με τα συμπτώματα ($r = .45, p < .01$)

Η κυκλικότητα σχετίζεται θετικά

1. με τις συνέπειες ($r = .25, p < .01$)

2. με τη συνοχή ($r = .27, p < .01$) και

3. με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = .26, p < .01$)

Οι συνέπειες σχετίζονται αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο ($r = -.24, p < .05$) και θετικά με τη συνοχή της ασθένειας ($r = .30, p < .01$) και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = .41, p < .01$).

Ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται θετικά με τον έλεγχο της θεραπείας ($r = .38, p < .01$) και με τα συμπτώματα ($r = .28, p < .01$) και αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = -.27, p < .01$).

Ο έλεγχος της θεραπείας σχετίζεται θετικά με τα συμπτώματα ($r = .39, p < .01$).

Η συνοχή της ασθένειας σχετίζεται θετικά με τα συμπτώματα ($r = .40, p < .01$).

2.6.2 Αναπαραστάσεις του συναισθήματος

Η καταπίεση του συναισθήματος σχετίζεται θετικά με τον συναισθηματικό έλεγχο ($r = .29, p < .01$).

2.6.3 Δείκτες της υγείας

Η φυσική υγεία σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία ($r = .56, p < .01$).

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του t-test (κριτήριο t) (βλέπε πίνακα 3) σε όλες τις μεταβλητές που αφορούν, το συναίσθημα, την υγεία και τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, πουθενά δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους, $t_s(110) = < 1.491, p > .05$.

Πίνακας 3

t-test και p για όλες τις μεταβλητές

		t-test	p
χρονιότητα	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.206	.837
κυκλικότητα	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.706	.482
συνέπειες	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	.794	.429
προσωπικός έλεγχος	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	.685	.495
έλεγχος της θεραπείας	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.635	.527
συνοχή της ασθένειας	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.326	.745
συναισθηματικές αναπαραστάσεις	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.591	.556
συμπτώματα	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	.203	.839
καταπίεση του συναισθήματος	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	1.491	.139
έλεγχος του συναισθήματος	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.539	.591
φυσική υγεία	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	.570	.570
ψυχολογική υγεία	συμπεριλαμβανομένου ομοίων μεταβλητών	-.012	.990

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια να ελεγχθούν σε θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο οι πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας, της ρύθμιση του συναισθήματος και την έκβαση της υγείας, ασθενών με διάφορες καρδιακές παθήσεις. Ο ρόλος των σημερινών ερευνών φαίνεται να έχει επικεντρωθεί στην επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων και των επιδράσεων τους στην υγεία των χρόνιων ασθενών. Ωστόσο, ορισμένα θετικά συναισθήματα συσχετίζονται κι αυτά με μια ποικιλία ασθενειών. Στις μεταβλητές της παρούσας έρευνας ο έλεγχος της θεραπείας και ο προσωπικός έλεγχος αποκαλύπτουν μια θετική αναπαράσταση της ασθένειας. Αντιθέτως η ύπαρξη συμπτωμάτων, οι συνέπειες και το αρνητικό συναίσθημα αναφέρονται σε αρνητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας.

1. Συσχέτιση μεταβλητών ανάμεσα στη ρύθμιση του συναισθήματος και την υγεία ασθενών με καρδιακές παθήσεις.

Η πρώτη υπόθεση της παρούσας έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται μόνο για την μεταβλητή της καταπίεσης του συναισθήματος. *Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι, όσο αυξάνεται η καταπίεση του συναισθήματος τόσο μειώνεται η ψυχολογική υγεία. Όσον αφορά στη φυσική υγεία και στις υπόλοιπες μεταβλητές της ρύθμισης του συναισθήματος (δηλαδή, την καταπίεση και τον έλεγχο του συναισθήματος), δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσά τους.*

Με βάση την βιβλιογραφία, τα άτομα που χρησιμοποιούν την καταπίεση ως ένα τρόπο ρύθμισης του συναισθήματος για να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες, συχνά νιώθουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα που όμως δεν τα εκδηλώνουν στην έκφραση της συμπεριφορά τους. Όσο αυξάνεται η καταπίεση του συναισθήματος τόσο φαίνεται να μειώνονται οι παράγοντες που οδηγούν στη καλή διαβίωση. Σύμφωνα με έρευνες άτομα που τυπικά καταπιέζουν τα συναισθήματά τους παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Gross & John, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, άτομα που χρησιμοποιούν την καταπίεση συναισθημάτων ως τρόπο διαχείρισης, καθώς επίσης και αυτά που αναστέλλουν ενεργά την έκφραση συναισθημάτων, έχουν βρεθεί να έχουν γενικά πιο φτωχή υγεία και να δείχνουν αρνητικές ψυχοφυσιολογικές και ανοσοποιητικές αλλαγές ως αποτέλεσμα καταπίεσης

έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων (Pennebaker, 1995 όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001).

Σύμφωνα με τον Eysenck, (1998) σε καρδιακά προβλήματα της στεφανιαίας αρτηρίας τόσο η καταπίεση όσο και η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων όπως, ο θυμός η εχθρικότητα και η επιθετικότητα, μπορεί να προκαλέσει πολύ σοβαρές συνέπειες στην έκβαση της υγείας των ασθενών.

2. Συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις των υποκειμένων για την ασθένειά τους και την έκβαση της υγείας τους.

Οι άνθρωποι καλούνται να είναι ικανοί να διαχειριστούν τα αρνητικά τους συναισθήματα (συναισθηματικές αναπαραστάσεις) έτσι ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Σε σχετική έρευνα, όσο αυξάνεται η έκφραση θυμού και η εχθρικότητα (αρνητικά συναισθήματα) τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Miller et al., 1996, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001). Το άγχος, ο φόβος και η θλίψη επιδρούν σημαντικά στην φυσική υγεία καθώς πολλές έρευνες έχουν αποδείξει τη συσχέτιση των τριών αυτών αρνητικών συναισθημάτων με καρδιακά νοσήματα και άλλες χρόνιες παθήσεις (Wulsin et al., 1999, Friedman, 1990, Friedman and Booth-Kewley, 1987, Hafen et al., 1996, όπως αναφέρεται στο Bishop, 2001). Επίσης, σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι ασθενείς με πιο αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την υγεία τους κατά το διάστημα του εμφράγματος τους, ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν νέα επεισόδια κατάθλιψης 6 με 12 μήνες μετά το έμφραγμα σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη (Dickens et al., 2008).

Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα συνάδουν με τις βιβλιογραφικές παραπομπές και πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι, όσο αυξάνεται η αντίληψη των αρνητικών συναισθημάτων στους ασθενείς, τόσο μειώνεται η φυσική και ψυχολογική τους υγεία.

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα των Hagger & Orbell, (2003) όσο αυξάνεται η αντιληπτική χρονική διάρκεια μιας χρόνιας ασθένειας τόσο μειώνεται η ψυχική υγεία των ασθενών. *Όμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην έρευνα των ασθενών με καρδιακές παθήσεις και πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η αίσθηση των ασθενών για την χρονική διάρκεια της ασθένειάς τους τόσο μειωνόταν η ψυχολογική του υγεία.*

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές, βρέθηκε ότι η χαμηλότερη συχνότητα καρδιακών συμπτωμάτων και η πεποίθηση των ασθενών ότι η ασθένειά τους είναι ελέγξιμη, συνδεόταν με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία, τρία έτη μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Φαίνεται ότι αυτοί οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοί να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους αποτελεσματικά, από εκείνους που είχαν μικρότερη αίσθηση του ελέγχου της ασθένειάς τους (Lau-Walker et al., 2008).

Πράγματι, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι, όσο υψηλότερος ήταν ο βαθμός της συχνότητας των καρδιακών συμπτωμάτων που οι ασθενείς αντιλήφθηκαν, τόσο μικρότερη ήταν η φυσική και σωματική υγεία που εμφάνιζαν.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επικυρώνονται με παρόμοια έρευνα σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή όπου οι αντιλήψεις των ασθενών για τα συμπτώματα της ασθένειάς τους ήταν αντιστρόφως ανάλογα σημαντικά συσχετισμένες με την φυσική υγεία. Έτσι όσο περισσότερα συμπτώματα οι ασθενείς απέδιδαν στην ασθένεια τους από την αρχή της διάγνωσης τόσο χειρότερε ή αργούσε να βελτιωθεί η φυσική τους υγεία μετά από 12 μήνες (Lane, 2009).

Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα δεν υποστηρίχτηκε, η συσχέτιση μεταξύ της πεποίθησης των ασθενών για την ασθένειά τους (έλεγχος της θεραπείας) και της ψυχικής και σωματικής υγείας τους, αν και θα αναμέναμε κάποια συσχέτιση των μεταβλητών αυτών, καθώς η βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε αναφέρει κάτι τέτοιο. Κάθε έρευνα υποκρύπτει σε σφάλματα τα οποία διαστρεβλώνουν τα αποτελέσματα ή μερικές φορές δεν μπορούν να ελεγχθούν οι μεταβλητές σε ικανοποιητικό βαθμό από τον ερευνητή. Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας δείχνουν ότι ασθενείς που αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στην κατάστασή τους, είναι πιθανό να έχουν φτωχότερη φυσική και ψυχική υγεία μακροπρόθεσμα. Επιπροσθέτως, δίνουν μια σαφή εικόνα της σπουδαιότητας και της σημασίας των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας στην έκβαση της φυσικής και σωματικής υγείας των ασθενών με καρδιακές παθήσεις.

Στην έρευνα ασθενών με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) βρέθηκε ότι, η μειωμένη συνοχή της ασθένειας σχετίστηκε με επιβαρημένη ψυχική κατάσταση (Hermele, 2007). *Στην παρούσα έρευνα αντιθέτως όσο αυξανόταν η αίσθηση συνοχής της ασθένειας τόσο, τα υποκείμενα ανέφεραν ότι μειωνόταν η αντίληψη της ψυχικής τους υγείας.*

3. Συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενών για την ασθένειά τους και την ρύθμιση του συναισθήματός τους.

Τα ερευνητικά δεδομένα της παρούσας έρευνας αποκαλύπτουν επιπλέον ότι, όσο περισσότερο οι ασθενείς χρησιμοποιούν την καταπίεση για να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους, τόσο περισσότερα συμπτώματα αισθάνονται ότι έχουν και τόσο μεγαλύτερη είναι η συνοχή της ασθένειας που αντιλαμβάνονται.

4. Διαφορές φύλου.

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά στη ρύθμιση του συναισθήματος, τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και την υγεία. Σχετικά με τις παραπάνω μεταβλητές και το γεγονός ότι δεν σημειώθηκαν διαφορές, ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι αυτό-αναφορικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εξέτασαν την μεταβλητή περιφερειακά χωρίς να φανούν οι λεπτές πλευρές στην διαφορετικότητα των δύο φύλων.

Σε έρευνα των Aalto et al., (2005) βρέθηκαν διαφορές φύλου σε ότι αφορά τις συνέπειες της στεφανιαίας νόσου στη ζωή των ασθενών. Έτσι οι άντρες αντιλαμβάνονταν ως πιο σοβαρές τις συνέπειες της στεφανιαίας νόσου από ότι οι γυναίκες. Επίσης, οι γυναίκες θεωρούσαν την ασθένειά τους λιγότερο ελεγχόμενη και αντιλαμβάνονταν πιο πολλά συμπτώματα που σχετίζονταν με την νόσο.

5. Συσχετίσεις ανάμεσα στους δείκτες των ιδίων μεταβλητών

Αρχικά θα αναφερθεί η συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ των δεικτών της ρύθμισης του συναισθήματος. *Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσο περισσότερο οι ασθενείς χρησιμοποιούν την καταπίεση για να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους, τόσο μεγαλώνει η αντίληψη ότι ελέγχουν τα συναισθήματά τους.*

Όσον αφορά τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας, σε μια έρευνα των McSherry and Holm, (1994) (όπως αναφέρεται στο Poppius (1999) βρέθηκε ότι χαμηλή αντίληψη της συνοχής της ασθένειας σε άτομα με στεφανιαία νόσο (SOC) συμβάλλει σημαντικά στην έκφραση περισσότερης ανησυχίας και θυμού (αναπαράσταση αρνητικών συναισθημάτων) από ότι μέτρια ή υψηλά ποσοστά SOC. Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στους συγκεκριμένου δείκτες.

Σε μια άλλη έρευνα των Hiraní και των συνεργατών του, (2006) όσο περισσότερα τυπικά και συχνά συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου εμφάνισαν οι

ασθενείς, τόσο μεγαλύτερη ήταν η αίσθηση της συνοχής της ασθένειας, δηλαδή, η στεφανιαία νόσος είχε την μεγαλύτερη επίδραση στη ζωή τους εξαιτίας της δύναμης των συμπτωμάτων. *Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα.*

Επιπλέον, βρέθηκε ότι, όσοι αντιλαμβάνονται περισσότερα συμπτώματα για την ασθένειά τους, φαίνεται να αισθάνονται μεγαλύτερη την εκτιμώμενη διάρκεια της ασθένειάς τους. Ομοίως σε έρευνα των Juergens και των συνεργατών του (2010) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση καρδιάς όσοι σχετίζανε περισσότερα συμπτώματα με την κατάστασή τους, παρατήρησαν ότι η αντίληψη της ασθένειας τους είχε μεγαλύτερη διάρκεια, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη πεποίθηση είχαν ότι η ασθένεια της καρδιάς, προεγχειρητικά, θα είναι μικρής διάρκειας και δεν θα αντιμετωπίσουν σοβαρές συνέπειες, τόσο καλύτερη ήταν η σωματική τους υγεία (Juergens et al., 2010). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε ασθενείς 3 μήνες μετά την εγχείρηση καρδιάς. Όσοι αντιλαμβάνονται ότι η ασθένεια τους θα κρατήσει για πολύ ή θα έχει μεγάλη κυκλική διάρκεια και ότι η ασθένεια τους θα έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή τους αναφέρουν χαμηλά επίπεδα σωματικής υγείας (Juergens et al., 2010). Τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου: *όσοι ασθενείς είχαν την πεποίθηση ότι η ασθένειά τους θα κρατήσει λιγότερο, ότι θα έχει μικρή κυκλική διάρκεια και θα έχουν λιγότερες συνέπειες, τόσο μεγαλύτερα ήταν τα επίπεδα της σωματικής υγείας που εμφάνισαν.*

Ασθενείς που ένιωθαν αρκετά δυστυχημένοι (αρνητική αναπαράσταση του συναισθήματος), είχαν μια αδύνατη αίσθηση της συνοχής πριν από τη διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών (μπαλονάκι /PTCA). Αλλά ένα έτος μετά από την θεραπεία, η αίσθηση της συνοχής αναφέρθηκε ως μέτρια (Kattainen et al., 2006). *Αντιθέτως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση.*

Οι Rutter & Rutter, (2002) και Heijmans, (1999) (όπως αναφέρεται στο Rosema et al., 2009), σε μια σύνοψη ερευνών, υποστηρίζουν ότι όσο πιο σοβαρές είναι οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες της ασθένειας για τα άτομα, τόσο περισσότερο βιώνουν, άγχος συμπτώματα κατάθλιψης και αρνητικές συναισθηματικές αναπαραστάσεις. *Ομοίως, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι, όσο πιο σημαντικές κατανοούν τις συνέπειες τις ασθένειάς τους τα υποκείμενα, τόσο πιο σοβαρές θεωρούνται οι αρνητικές αναπαραστάσεις του συναισθήματος.*

Σύμφωνα με τον Hirani (2006) ασθενείς με καρδιακά προβλήματα σε φαρμακευτική αγωγή ή πριν από επεμβάσεις, όσο περισσότερο έλεγχο πίστευαν ότι έχουν πάνω στην ασθένειά τους, τόσο η αντίληψη της διάρκειας της ασθένειάς τους ήταν συντομότερη. *Αντιθέτως, στην παρούσα έρευνα όσο μεγάλωνε η πεποίθηση ελέγχου της ασθένειας των υποκειμένων, τόσο μεγάλωνε και η αντίληψη της διάρκειας της ασθένειας.*

Επιπλέον, βρέθηκε ότι η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου της ασθένειας των υποκειμένων μειωνόταν όσο θεωρούσαν ότι η ασθένειά τους είχε σοβαρές συνέπειες (αρνητική συσχέτιση). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται στη βιβλιογραφία σε ασθενείς με διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών (μπαλονάκι /PTCA) (Astin, 2006).

Στην παρούσα έρευνα άτομα με υψηλότερο έλεγχο της θεραπείας είχαν αντίστοιχα ισχυρότερη πεποίθηση του προσωπικού ελέγχου. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν στην ίδια έρευνα σε ασθενείς με μπαλονάκι (PTCA) (Astin, 2006).

Σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) φάνηκε ότι, οι αντιλήψεις πως η ασθένειά τους είναι χρόνια συνδέεται με μειωμένη πεποίθηση για τον προσωπικό έλεγχο της ασθένειας (Hermele, 2007). *Τα αποτελέσματα αυτά δεν φαίνεται να επιβεβαιώνονται στην παρούσα έρευνα όπου, όσο μεγαλύτερη θεωρείται η αντίληψη της διάρκειας της ασθένειας τόσο, αυξημένη βρέθηκε να είναι η πεποίθηση του προσωπικού ελέγχου της ασθένειας.*

Περιορισμοί έρευνας και μελλοντικές προτάσεις

Ένας περιορισμός της έρευνας είναι ότι έχουν ληφθεί υπόψη μόνο δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, έχουν εξεταστεί σε «γενικές» γραμμές και δεν έχουν συμπεριληφθεί συγκεκριμένα συναισθήματα όπως θυμός, λύπη, υπερηφάνεια κλπ. Την έρευνα αποτελούσε ένα σχετικά μικρό δείγμα ($N = 112$ ατόμων), άρα τα αποτελέσματα θα πρέπει να τα εξετάσουμε με προσοχή και να μην τα θεωρήσουμε γενικευμένα. Ένα σημαντικό επόμενο βήμα θα ήταν να γίνει επέκταση και εμβάθυνση της ανάλυσης της ρύθμισης του συναισθήματος. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός που ταυτόχρονα αποτελεί πρόταση για μελλοντική έρευνα, είναι η σύντομη σχετικά περίοδος λήψης των δεδομένων. Θα ήταν καλό να διενεργηθούν μακροχρόνιες, έρευνες, στις οποίες θα παρακολουθούνται με το πέρασμα του χρόνου οι ίδιοι συμμετέχοντες. Αυτό θα επιτρέψει επανειλημμένες παρατηρήσεις στα ίδια πρόσωπα, σε διαφορετικές καταστάσεις, καθώς οι επιδράσεις της χρήσης συγκεκριμένων στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος αναπτύσσονται και συσσωρεύονται με το πέρασμα του χρόνου.

Η έρευνα ήταν αποτέλεσμα συγκεκριμένου πολιτισμικού περιβάλλοντος στο οποίο συνέβη. Η δυτική φιλοσοφία και ψυχολογία αντιμετώπιζε πάντοτε με έντονο ενδιαφέρον το συναίσθημα και τον έλεγχό του. Οι ερωτήσεις, οι συμμετέχοντες και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν βασίζονται στο δυτικό πρότυπο. Θα ήταν καλό να πραγματοποιηθούν διαπολιτισμικές έρευνες και να εξεταστούν μελλοντικά τα συμπεράσματα που μπορούν να προκύψουν και από άλλα πολιτισμικά περιβάλλοντα. Στο μέλλον θα ήταν χρήσιμο να ληφθούν υπόψη κι άλλες διαδικασίες ρύθμισης του συναισθήματος όπως π.χ. ο έλεγχος της παρόρμησης και να συσχετιστούν με περισσότερες μεταβλητές, όπως την ρύθμιση της επιθετικότητας. Η επέκταση της έρευνας θα μας δώσει την δυνατότητα να καθορίσουμε ποιες διαφορές ανάμεσα στις διαδικασίες ρύθμισης του συναισθήματος είναι υπεύθυνες για συγκεκριμένα αποτελέσματα και θα μας βοηθήσει να συσχετίσουμε αυτές τις στρατηγικές με άλλους σημαντικούς τρόπους αυτό-ρύθμισης όπως π.χ. η αντιμετώπιση καταστάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aalto, A., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 393–402.
- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Καραδήμας, Ε., (2008). *Υγεία και Ασθένεια Ψυχολογικές Διεργασίες*. Αθήνα: Λιβάνη
- Astin, F. & Jones, K. (2006). Changes in patients' illness representations before and after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & lung*, 35, (5), 293-300.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230–1237
- Bishop, G. (2001). Emotions and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 4454-4459.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631– 637.
- Broadbent, E., Ellis, C., Thomas, J., Gamble, G., Petrie, K. (2009). Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 11–15.
- Burum, B., Goldfried, M. & Brook, S. (2007). The Centrality of Emotion to Psychological Change. *Clinical Psychology: Science and practice*, 14, (4), 407-413.
- Cameron, L. & Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215–221.
- Canli, T., Ferri, J. & Duman, E. (2009). Review: Genetics of emotion regulation. *Neuroscience*, 164, 43–54.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A. & Creed, F. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 30, 414–420.

- Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., Bosterling, A. & Tuschen-Caffie, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574–1584.
- Endler, N., Kocovski, N. & Macrodimitris, S. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30, 617–625.
- Eysenck, H. (1998). Book reviews : Emotion, Disclosure and Health, (Pennebaker, J.). *Behavioral research and therapy*, 36, 247-254
- Figueiras, M. & Alves, N. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22, (2), 143–158.
- Fowler, C. & Baas, L. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 33, (2)
- Garnefski, N., Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. & Onstein, E. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. The development of an instrument *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, (1).
- Goldin, P., McRae, K., Ramel, W. & Gross, J. (2008). The Neural Bases of Emotion Regulation: Reappraisal and Suppression of Negative Emotion. *Biol Psychiatry*, 63, 577–586.
- Green, A., Payne, S. & Barnitt, R. (2004). Illness representations among people with non-epileptic seizures attending a neuropsychiatry clinic: a qualitative study based on the self-regulation model. *Seizure*, 13, 331—339.
- Gross, J., & John, O. (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.
- Gwyn, R. (2002). *Communicating health and illness*. Sage publications, London.

- Hagger, M. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, (2), 141–184.
- Hagger, M. & Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology and Health*, 21, (2), 183–209.
- Hamilton, N., Karoly, P. & Kitzman, H. (2004). Self-Regulation and Chronic Pain: The Role of Emotion. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 5, 559–576.
- Hermele, S., Olivo, E., Namerow, P. & Oz, M. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology. Health & Medicine*, 12, (5), 580 – 591.
- Hirani, S., Pugsley, W. & Newman, S. (2006). Illness representations of coronary artery disease: An empirical examination of the Illness Perceptions Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199–220.
- Hwu, Y., Coate, V. & Boore, J. (2001). The health behaviours of Chinese people with chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 629–641.
- Jackson, T. (2009). Profiles of Chronic Illness Knowledge in a Community Sample of American Adults. *The Journal of Genetic Psychology*, 170, (3), 197–212.
- John, O. & Gross, J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72, 6.
- Jovchelovitch, S. & Gervais, M. (1999). Social Representations of Health and Illness: The Case of the Chinese Community in England. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 247-260.
- Juergens, M., Seekatz, B., Moosdorf, R., Petrie, K. & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 553–560
- Kamholz, B., Hayes, A., Carver, C., Gulliver, S. & Perlman, C. (2006). Identification and Evaluation of Cognitive Affect-Regulation Strategies: Development of a Self-Report Measure. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 2.
- Kaptein, A., Hughes, B., Scharloo, M., Fischer, M., Snoei, L., Weinman, J. & Rabe, K. (2008). Illness Perceptions About Asthma Are Determinants of Outcome. *Journal of Asthma*, 45, 459–464.

- Kaptein, A., Scharloo, M., Fischer, M., Snoei, L., Cameron, L., Sont, J., Rabe, K. & Weinman, J. (2008). Illness Perceptions and COPD: An Emerging Field for COPD Patient, Management. *Journal of Asthma*, 45, 625–629.
- Καραδήμας, Ε., (2005). *Ψυχολογία της Υγείας Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Δαρδανός
- Kathleen M.(1999). Identifying the Educational Implications of Chronic Illness in School Children. *Children Journal of School Health*, 69, (10), 392-397.
- Kattainen, E., Merilainen, P. & Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 21–30.
- Kelly, M., Sereika, S., Battista, D. & Brown, C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 315–332.
- Lane, D., Langman, C., Lip, G. & Nouwen, A. (2009). Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 203–210.
- Lau-Walker, M., Cowie, M. & Roughton, M. (2008). Coronary heart disease patients' perception of their symptoms and sense of control are associated with their quality of life three years following hospital discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 63–71.
- Llewellyn, C., 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 outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17– 26.
- Lobban, F., Barrowclough, C. & Jones, S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23, 171–196.
- MacInnes, J. (2006). The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 280 – 288.
- Mauss, I., Cook, C., Gross, J. (2007). Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 698–711.
- McAndrew, L., Musumeci-Szabo, T., Mora, P., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E., Leventhal, E. & Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design

- interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195–204.
- Mereuta, O. & Craciun, C. (2009). Parents' illness perceptions, maladaptive behaviors, and their influence on the emotional distress of the child. A pilot study on a Romanian pediatric cancer group. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13, 207-219.
- Middendorp, H., Geenen, R, Sorbi, M., Hox, J., Vingerhoets, A., Van Doornen, L., Bijlsma, J. (2005). Styles of Emotion Regulation and Their Associations With Perceived Health in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, (1), 44–53.
- Mitmansgruber, H., Beck, T., Hofer, S. & Schóíler. G.(2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46, 448–453.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, (1), 1–16.
- Oatley, K.,& Jenkins, J., (2004). *Συγκίνηση Ερμηνείες και Κατανόηση*. (μεταφρ. Ντάβου, Κ.) Αθήνα: Παπαζήση
- O'Connor, S., Jardine, A. & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 191–200.
- Orr, D., Weller, S., Satterwhite, B., & Pless, B. (1984). Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. *The Journal of Pediatrics*, 104-152.
- Paivio, S. & Greenberg, L. (2001). Treating emotion regulation problems. *Psychotherapy in Practice*, 57, (2), 153-155.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R. & Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science & Medicine*, 49, 109-120.
- Radley, A., (2003). Worlds of Illness. *Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. Routledge, New York
- Ρούσος, Π. & Τσαούσης, Γ. (2006). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 849–857.
- Salters-Pedneault, K., Elizabeth Roemer, L., Tull, M., Rucker, L. & Mennin, D. (2006). Evidence of Broad Deficits in Emotion Regulation Associated with Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Ther Res*, 30, 469–480
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R. & Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621–638.
- Shifren, K. (2003). Women with heart disease: can the common- sense model of illness help?. *Health Care for Women International*, 24, 355-368.
- Stafford, L., Berk, M. & Jackson, H. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 211–220.
- Taylor, R., Gibson, F. & Franck, L. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3083–3091
- Thorne, S., Nyhlin, K., & Paterson, B. (2000). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 303±311.
- Thorne, S., Harris, S., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54, 299–306.
- Treharne, G., Lyons, A., Hale, E., Goodchild, C., Booth, D. & Kitas, G. (2008). Predictors of fatigue over 1 year among people with rheumatoid arthritis. *Psychology, Health & Medicine*, 13, (4), 494–504.
- Wearden, A. & Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal's common sense model. *British Journal of Health Psychology*, 13, 189–193.
- Weiner H. (1986). Emotions in Health and Illness, Theoretical and Research Foundations. *General Hospital Psychiatry* 8,133-139.
- Weinman, J. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431Ø5

- Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, (2), 113-116
- Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N. & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.
- Wellard, S. (1998). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 49-55.
- Wilkinson, A., & Lynn, J. (2005). Caregiving for advanced chronic illness patients. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9, 122-132.