

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ : Προσωπικότητα και αναπαραστάσεις ασθένειας
σε καρδιοπαθείς

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Πολίτη Ευδοκίας

Επιβλέπων Καθηγητής

Καραδήμας Ευάγγελος

Ρέθυμνο 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ σελ.3

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ.4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες και υγεία σελ.5

1.2 Η θεωρία των χαρακτηριστικών κατά Eysenk και Catell σελ.7

1.3 Το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων σελ.11

1.3.1 Προσωπικότητα και σωματική υγεία σελ.15

1.4 Προσωπικότητα τύπου A και υγεία σελ.18

1.5 Προσωπικότητα τύπου D και υγεία σελ.20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

2.1 Μοντέλο Κοινής Λογικής (Common Sense Model) σελ.22

2.1.1 Οι διαστάσεις του Μοντέλου Κοινής Λογικής σελ.25

2.2. Ερωτηματολόγια Αντίληψης της Ασθένειας σελ.28

2.3 Λοιπά Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες σελ.30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ σελ.34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΣ : Δείγμα (Συμμετέχοντες), Εργαλεία, Διαδικασία σελ.35

4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ σελ.38

4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ σελ.41

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ.46

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δείξει εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου και αντιλήψεων που έχει για την ασθένεια και αν αυτά μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στα καρδιολογικά προβλήματα. Γι αυτό τον λόγο κάναμε μία έρευνα με την βοήθεια σχετικών ερωτηματολογίων σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα και οδηγηθήκαμε σε ευρήματα που υποστηρίζουν ότι τελικά μπορεί να υπάρξει συσχέτιση μεταξύ παραγόντων της προσωπικότητας του ατόμου και των αντιλήψεών του για την ασθένεια. Προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα τα ερευνητικά μας αποτελέσματα έγινε εκτενή βιβλιογραφική αναφορά σε όρους και θεωρίες που ερμηνεύουν τα μοντέλα και στην συνέχεια έγινε παρουσίαση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων που βρήκαμε χρησιμοποιώντας στατιστικές αναλύσεις. Τα ευρήματά μας έδειξαν ότι στο άτομο με νευρωτισμό μπορεί να εμφανιστούν οι συνέπειες της ασθένειας και οι συναισθηματικές εκφράσεις, δεν έχει όμως τον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας του. Στο εξωστρεφές άτομο η ασθένεια μπορεί να εμφανίσει κάποια συνοχή, όμως το εξωστρεφές άτομο δεν εμφανίζει συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας, το χρονοδιάγραμμα, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα και τις συναισθηματικές εκφράσεις. Το αρεστό στους τρίτους άτομο μπορεί να έχει τον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας, όμως δεν εμφανίζονται οι συνέπειες της ασθένειας και δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά του για την ασθένεια. Το συνεπές άτομο μπορεί να έχει τον έλεγχο της θεραπείας του και η ασθένεια μπορεί να έχει κάποια συνοχή. Και τέλος το δεκτικό στις νέες εμπειρίες άτομο εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά: προσωπικότητα, υγεία, αντιλήψεις για την ασθένεια, έρευνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τη δεκαετία του 1960 και έπειτα έχουν διεξαχθεί χιλιάδες έρευνες και έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες που προσπαθούν να αναδείξουν τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην προσωπικότητα και την υγεία. Βιολογικοί παράγοντες και περιβάλλον αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση συγκεκριμένων στοιχείων στη προσωπικότητά μας που αφορούν την αντίληψή μας για την υγεία και κατ' επέκταση σύμφωνα με πολλές έρευνες αυτά τα στοιχεία σχετίζονται με συγκεκριμένα προβλήματα υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναπτύξουμε έννοιες, ορισμούς και θεωρίες που αποδεικνύουν τη συσχέτιση της προσωπικότητας με την υγεία γενικότερα και ειδικότερα με τις καρδιοπάθειες. Θα γίνει βιβλιογραφική αναφορά σχετικά με το "μοντέλο των πέντε παραγόντων" και ποιοί τύποι προσωπικότητας συνδέονται με χρόνιες ασθένειες και ειδικότερα με διάφορα καρδιολογικά προβλήματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται βιβλιογραφική αναφορά στις 7 διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια και πώς αυτές σχετίζονται με τα καρδιολογικά προβλήματα. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στα διάφορα κοινωνιογνωστικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί για την πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας που σχετίζονται τόσο με την πρόληψη όσο και με την θεραπεία δυσλειτουργικών συνηθειών συμπεριφοράς υγείας και την υιοθέτηση νέων και ειδικότερα γίνεται εκτεταμένη ερμηνεία και ανάπτυξη του Μοντέλου Κοινής Λογικής.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά και ανάπτυξη σχετικής έρευνας που έγινε σε 132 άτομα με ποικίλα καρδιολογικά προβλήματα που προέρχονται από τα ΚΑΠΗ Ρεθύμνου και το Νοσοκομείο Ρεθύμνου. Ειδικότερα τους δόθηκαν σχετικά ερωτηματολόγια σε τρεις φάσεις της έρευνάς μας (με διαφορά 2 εβδομάδων η κάθε μια από την προηγούμενη). Σκοπός της έρευνας ήταν να βρεθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των πέντε στοιχείων της προσωπικότητας που είναι (με βάση το μοντέλο των πέντε παραγόντων) : ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια, η προσήνεια, η συνέπεια και η δεκτικότητα στις εμπειρίες, με τις επτά διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια που είναι: το χρονοδιάγραμμα, οι συνέπειες της ασθένειας, ο προσωπικός έλεγχος, ο έλεγχος στη θεραπεία, η συνοχή, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα και οι συναισθηματικές εκφράσεις. Τέλος θα γίνει ερμηνεία των

αποτελεσμάτων στα οποία καταλήξαμε μετά από στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που πήραμε με την βοήθεια αυτών των ερωτηματολογίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες και υγεία

Από ιατρικής και ψυχολογικής πλευράς το γεγονός ότι η προσωπικότητα σχετίζεται με την υγεία και την ευεξία ανάγεται στους αρχαίους Έλληνες που πίστευαν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υγεία και την ιδιοσυγκρασία. Άλλωστε σύμφωνα και με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) το 1948 (Καραδήμας, 2005) «η Υγεία ορίζεται ως : η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (σελ.15). Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες όπως για παράδειγμα το στρές, το συναίσθημα, η κοινωνική υποστήριξη και οι συμπεριφορές υγείας επιδρούν στην έναρξη, πορεία και εξέλιξη διαφόρων ασθενειών όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, μόλυνση από HIV και άλλες μολυσματικές ασθένειες.

Από το 1960 και έπειτα έχουν γίνει χιλιάδες μελέτες σχετικά με τη σχέση που πιθανώς υπάρχει μεταξύ της προσωπικότητας και της υγείας. Σύμφωνα με τους Smith & Gallo (2001) η σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της υγείας ασκείται μέσω τριών τρόπων : α) μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας σε συμπεριφοράς υγείας όπως για παράδειγμα η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα, β) μέσω της άμεσης επίδρασης των αρνητικών συναισθημάτων όπως του στρές, της κατάθλιψης και γ) μέσω του τρόπου αντίδρασης και αντίληψης της ασθένειας. Μετά από σχετικές έρευνες τα αρνητικά συναισθήματα και ιδιαίτερα η κατάθλιψη και το άγχος φαίνεται ότι αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση σοβαρών καρδιαγγειακών παθήσεων. Στα καταθλιπτικά άτομα συγκεκριμένα έχει παρατηρηθεί να εμφανίζουν αρρυθμίες, κατάσταση που συνδέεται με πολλά καρδιακά προβλήματα (Stein & Kleiger, 1999). Επιπλέον οι διαταραχές στο συναίσθημα και οι αγχώδεις διαταραχές σχετίζονται με απώλεια του παρασυμπαθητικού καρδιακού ελέγχου κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο (Gorman & Sloan, 2000).

Αντίστοιχα ευρήματα υπάρχουν για την επίδραση του άγχους στην έναρξη και πορεία καρδιαγγειακών παθήσεων (Bankier & Littman, 2002. Smith & Ruiz, 2002), καθώς επίσης και ελάχιστα ευρήματα για την επίδραση του θυμού στην εμφάνιση και πορεία καρδιαγγειακών παθήσεων (Krantz & McCeney, 2002. Kubzansky & Kawachi, 2000).

Οι τρόποι με τους οποίους επιδρούν τα αρνητικά συναισθήματα στην σωματική υγεία γενικότερα και στην χρόνια ασθένεια ειδικότερα είναι δύο : είτε άμεσα, μέσω του ανοσοποιητικού, ενδοκρινικού και νευρικού συστήματος (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1994. Miller, 1998), είτε έμμεσα, μέσω των επιδράσεων σε συμπεριφορές υγείας και συνήθειες του ατόμου όπως : η έλλειψη άσκησης, το κάπνισμα, η δυσκολία διακοπής του καπνίσματος, η ανθυγιεινή διατροφή κ.α (Steptoe et al, 1996). Αντίστοιχα μπορούμε να πούμε ότι και τα θετικά συναισθήματα επιδρούν στην σωματική υγεία μειώνοντας το άγχος, συμβάλλοντας στη θετική επαναξιολόγηση των πραγμάτων (Folkman & Moskowitz, 2000), στην ανάπτυξη θετικής σκέψης και αισιοδοξίας (Scheier & Carver, 1992) και πιθανόν να αναιρούν της αρνητικές συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων και του στρες στην υγεία γενικότερα (Fredrickson, 1998). (όπως παρουσιάζονται στο Καραδήμας, 2005)

1.2 Η θεωρία των χαρακτηριστικών κατά Eysenk και Catell

Όπως γνωρίζουμε οι άνθρωποι συμπεριφέρονται με συγκεκριμένους τρόπους λόγω κάποιων γενικών προδιαθέσεων που έχουν, των λεγόμενων χαρακτηριστικών (traits). Δηλαδή περιγράφουμε τους ανθρώπους ανάλογα με την πιθανότητα να συμπεριφερθούν με έναν συγκεκριμένο τρόπο όπως για παράδειγμα να είναι εξωστρεφείς ή εσωστρεφείς, να είναι φιλικοί ή εχθρικοί κ.ο.κ . Τα χαρακτηριστικά είναι αυτά που αποτελούν τους θεμελιώδεις δομικούς λίθους της ανθρώπινης προσωπικότητας, που σύμφωνα με τον Funder (2001) «προσωπικότητα είναι τα χαρακτηριστικά πρότυπα σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφοράς ενός ατόμου» (σελ. 2).

Ο **Hans J. Eysenk** (1915-1997) υποστηρίζει την επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν επαρκείς μετρήσεις των χαρακτηριστικών. Έτσι ανέπτυξε την **παραγοντική ανάλυση**, μία στατιστική τεχνική που μπορεί να ορίσει ομάδες ή παράγοντες που σχετίζονται μεταξύ τους. Για παράδειγμα τα άτομα που συμφωνούν με τη δήλωση «προτιμώ να πηγαίνω σε μέρη με κόσμο», θα συμφωνούν και με τη δήλωση «μου αρέσει να περνάω τον ελεύθερο χρόνο μου με παρέα» και θα διαφωνούν με τη δήλωση «τα βράδια προτιμώ να μένω μόνος μου στο σπίτι, παρά να βγαίνω με φίλους». Αυτές οι τρεις δηλώσεις δείχνουν μία κοινή διάσταση της προσωπικότητας που είναι η κοινωνικότητα. Η παραγοντική ανάλυση λοιπόν μας βοηθάει να εντοπίζουμε τις διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητας. Πρόκειται δηλαδή για ένα στατιστικό εργαλείο που καθορίζει τις συμπεριφορές που σχετίζονται μεταξύ τους. Στη συνέχεια με πρόσθετες παραγοντικές αναλύσεις ο Eysenk καθορίζει τις βασικές διαστάσεις στις οποίες βασίζονται οι παράγοντες των χαρακτηριστικών στην αρχική φάση, στην προκειμένη περίπτωση τα χαρακτηριστικά της κοινωνικότητας και της ενεργητικότητας μπορούν να τοποθετηθούν στην ίδια ομάδα με ανώτερη έννοια την εξωστρέφεια. Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν τους δευτερεύοντες παράγοντες ή **υπερπαράγοντες**. Έτσι ο Eysenk ανακάλυψε τρεις βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας την **εσωστρέφεια-εξωστρέφεια**, τον **νευρωτισμό** (σταθερός-ασταθής) και τον **ψυχωτισμό**. Τα άτομα με ψυχωτισμό είναι συνήθως μοναχικά, απαθή και αδιάφορα προς τους άλλους.

Ο Eysenk έχει σχεδιάσει πολυάριθμα ερωτηματολόγια για να μετρήσει τη διάσταση της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας, όπως το *Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Maudsey (Maudsey Personality Inventory)*, το *Ερωτηματολόγιο*

Προσωπικότητας του Eysenk (Eysenk Personality Inventory, Eysenk Personality Questionnaire). Μετά από σχετικές μετρήσεις κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ατομικές διαφορές στην διάσταση της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας αντανακλά διαφορές στη νευροφυσιολογική λειτουργία του ατόμου. Όμως τόσο οι διαφορές ως προς τη διάσταση του νευρωτισμού όσο και οι διαφορές ως προς τη διάσταση του ψυχωτισμού βασίζονται σε κληρονομική-βιολογική διαφορά στη λειτουργία του νευρικού συστήματος. Άρα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της προσωπικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς. Η θεωρία του για την προσωπικότητα σχετίζεται με τη θεωρία του για την ψυχοπαθολογία και την αλλαγή της συμπεριφοράς. Δηλαδή το είδος των ψυχολογικών δυσκολιών που θα αναπτύξει κάποιος εξαρτάται από τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και από λειτουργικές αρχές του νευρικού του συστήματος.

Ο **Raymond B. Catell** είναι αυτός που πρότεινε ότι θα πρέπει να εξετάζουμε περισσότερα χαρακτηριστικά και να μένουμε στην περιγραφή του χαρακτηριστικού και όχι του τύπου της προσωπικότητας. Διέκρινε τρεις μεθόδους μελέτης της προσωπικότητας : τη **διμεταβλητή** (bivariate), την **πολυμεταβλητή** (multivariate) και την **κλινική** (clinical). Στο διμεταβλητό μοντέλο οι μεταβλητές είναι δύο, η ανεξάρτητη που χειρίζεται ο ερευνητής και η εξαρτημένη που μετρά για να παρατηρήσει την επίδραση των πειραματικών χειρισμών. Η πολυμεταβλητή μέθοδος μελετά τις σχέσεις πολλών μεταβλητών μαζί. Επίσης εδώ ο ερευνητής δεν κάνει χειρισμούς των μεταβλητών αλλά αφήνει τα πράγματα να εξελιχθούν μόνα τους και στη συνέχεια με στατιστικές μεθόδους οδηγείται σε κάποια αποτελέσματα-συμπεράσματα. Μία τέτοια μέθοδος είναι η παραγοντική ανάλυση. Ωστόσο ο Catell αποδοκιμάζει τη διμεταβλητή μέθοδο καθώς υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι σύνθετη και εκφράζεται μέσα από την επίδραση πολλών παραγόντων και όχι μόνο δύο. Επιπλέον το γεγονός ότι ο ερευνητής προσπαθεί να χειριστεί την ανεξάρτητη μεταβλητή σημαίνει ότι θα πρέπει να παραβλέψει πολλά ζητήματα όπως για παράδειγμα τις συναισθηματικές συνθήκες οι οποίες δεν γίνεται να υποβληθούν σε χειρισμό και άρα ο ερευνητής αναγκάζεται να περιοριστεί και να εξάγει συμπεράσματα που βασίζονται σε συμπεριφορές πειραματόζωων ή στη φυσιολογία. Αντίθετα η κλινική μέθοδος ασχολείται με την μελέτη συμπεριφορών όπως αυτές εκδηλώνονται στη ζωή. Τόσο ο κλινικός ψυχολόγος όσο και ο ερευνητής

της πολυμεταβλητής μεθόδου ενδιαφέρονται για σύνθετους τύπους συμπεριφοράς όπως αυτοί εκδηλώνονται στη ζωή και όχι κάτω από πειραματικούς χειρισμούς και προσπαθούν να κατανοήσουν την όλη προσωπικότητα του ατόμου και όχι μεμονωμένες συμπεριφορές. Η διαφορά ανάμεσα στους δύο είναι ότι ο πρώτος χρησιμοποιεί τη διαίσθησή του για να κρίνει τις μεταβλητές και τη μνήμη του για να παρακολουθεί τα γεγονότα, ενώ ο δεύτερος χρησιμοποιεί την συστηματική έρευνα και τις στατιστικές αναλύσεις. Καταλήγει λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η πολυμεταβλητή μέθοδος έχει την επιστημονική αυστηρότητα που απαιτείται σε αντίθεση με την κλινική μέθοδο που δεν την έχει. Η καλύτερη στατιστική τεχνική της πολυμεταβλητής μεθόδου είναι η **παραγοντική ανάλυση**. Η διαφορά ανάμεσα στον Catell και τον Eysenk είναι ότι ο μεν πρώτος προτιμά να χρησιμοποιεί μεγαλύτερο αριθμό παραγόντων σε επίπεδο χαρακτηριστικών αλλά που σχετίζονται στενά μεταξύ τους, ενώ ο δεύτερος χρησιμοποιεί μικρότερο αριθμό παραγόντων που καλύπτουν ένα μεγαλύτερο φάσμα συμπεριφορών αλλά δεν σχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους.

Η θεωρία του Catell για την προσωπικότητα στηρίζεται στην άποψη ότι υπάρχει η προδιάθεση για ένα συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς που εμφανίζεται στις διαφορετικές χρονικές στιγμές και περιστάσεις. Υπάρχουν δύο σημαντικές διακρίσεις ως προς τα χαρακτηριστικά : η μία αφορά τη διάκριση ανάμεσα στα **χαρακτηριστικά των ικανοτήτων**, τα **χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας** και τα **δυναμικά χαρακτηριστικά** και η άλλη διάκριση αφορά τα **επιφανειακά** και τα **πηγαία χαρακτηριστικά**. Τα χαρακτηριστικά των ικανοτήτων αφορούν δεξιότητες του ατόμου που του επιτρέπουν να λειτουργεί αποτελεσματικά όπως για παράδειγμα η ευφυΐα. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας αφορούν τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά και τον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου. Τα δυναμικά χαρακτηριστικά αφορούν τα κίνητρα του ατόμου, τους στόχους του και τις προσπάθειές του. Και τα τρία παραπάνω αποτελούν τα σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας. Στη δεύτερη διάκριση τα επιφανειακά χαρακτηριστικά αφορούν συμπεριφορές που φαινομενικά φαίνονται να κινούνται μαζί αλλά στην ουσία δεν μεταβάλλονται μαζί και δεν έχουν κοινή αιτία. Ενώ τα πηγαία χαρακτηριστικά εκφράζουν συμπεριφορές που κινούνται μαζί, μεταβάλλονται μαζί για να συγκροτήσουν μία ανεξάρτητη διάσταση της προσωπικότητας και μπορεί να έχουν κοινή αιτία. Τα πηγαία-πρωτογενή χαρακτηριστικά αποτελούν τους δομικούς λίθους της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Catell υπάρχουν τρεις πηγές των δεδομένων :

τα πραγματικά δεδομένα (Life-record data ή L-data) που αφορούν καθημερινές συμπεριφορές αποτέλεσμα παρατήρησης ή πραγματικών μετρήσεων, τα δεδομένα ερωτηματολογίου (Questionnaire data ή Q-data) που αφορούν δεδομένα από αυτοαναφορές ή ερωτηματολόγια και τα δεδομένα αντικειμενικών δοκιμασιών (Objective test data ή OT-data) που αφορούν συγκεκριμένες καταστάσεις στις οποίες εκδηλώνεται μία συμπεριφορά και το άτομο δεν γνωρίζει τη σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά και το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που μετρείται. Έτσι ο Catell δημιούργησε το *Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας των 16 Παραγόντων* (*Sixteen Personality Factor Questionnaire ή 16P.F*) που περιέχει 12 χαρακτηριστικά αντίστοιχα με εκείνα που βρέθηκαν με τη μέθοδο των πραγματικών δεδομένων και 4 χαρακτηριστικά που βρέθηκαν αποκλειστικά με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιώντας αυτά τα αποτελέσματα για να οδηγηθεί στην δημιουργία αντικειμενικών τεστ, κατέληξε σε 21 πρωτεύοντα χαρακτηριστικά.

Τέλος ο Catell υποστηρίζει ότι τα κίνητρα του ανθρώπου κατευθύνονται από έμφυτες τάσεις τα λεγόμενα **έργια** (ergs) και από επιδράσεις του περιβάλλοντος τα λεγόμενα **συναισθήματα** (sentiments). Έργια μπορεί να είναι η ασφάλεια, το σέξ, η αυτοεπιβεβαίωση, ενώ συναισθήματα είναι το θρησκευτικό, το αυτοσυναίσθημα, της εργασίας κ.α. Επιπλέον οι **καταστάσεις** και οι **ρόλοι** μπορούν να εξηγήσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Κατάσταση για τον Catell είναι η αλλαγή της διάθεση που οφείλεται εν μέρει στην επίδραση των περιστάσεων για παράδειγμα το άγχος, η κόπωση κ.α. Οι ρόλοι εκφράζουν το ρόλο που έχει το άτομο σε μία συγκεκριμένη περίσταση. Έτσι ενώ ο Catell υποστηρίζει τη σταθερότητα της συμπεριφοράς μέχρι ενός βαθμού στις διάφορες περιστάσεις, η διάθεση του ατόμου (κατάσταση) και ο ρόλος του σε μια περίσταση (ρόλοι) επηρεάζουν τη συμπεριφορά του.

Συμπερασματικά λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο Eysenk και ο Catell ήταν σημαντικοί υποστηρικτές της παραγοντικής ανάλυσης. Ο Eysenk τόνισε λίγα μόνο χαρακτηριστικά ενώ ο Catell τόνισε πολλά. Ενώ ο Eysenk δεν χρησιμοποίησε την έννοια του κινήτρου, ο Catell την χρησιμοποίησε και τόνισε τη σπουδαιότητά της στη μεταβλητότητα της συμπεριφοράς. Τέλος ο λόγος που έγινε αναφορά μόνο στους Eysenk και Catell είναι γιατί μπορεί να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικοί θεωρητικοί των χαρακτηριστικών λόγω της κοινής τους έμφασης στις ατομικές διαφορές και στις γενική προδιάθεση του ατόμου να αντιδρά με συγκεκριμένο τρόπο. (όπως παρουσιάζονται στο Pervin, L. A. & John, O. P., 2001)

1.3 Το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων

Σύμφωνα με τις θεωρίες των Eysenk και Cattell (που αναλύσαμε παραπάνω) τα χαρακτηριστικά αποτελούν θεμελιώδεις μονάδες της προσωπικότητας καθώς αντιπροσωπεύουν τις γενικές προδιαθέσεις του ατόμου για συγκεκριμένες αντιδράσεις. Ωστόσο αυτές οι θεωρίες διέφεραν και ως προς την χρήση της παραγοντικής ανάλυσης αλλά και ως προς τον αριθμό των βασικών διαστάσεων των χαρακτηριστικών αυτών που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την περιγραφή της προσωπικότητας. Έτσι σήμερα μπορούμε με βεβαιότητα να πούμε ότι οι απόψεις όλων των θεωρητικών συγκλίνουν στο λεγόμενο **‘μοντέλο των πέντε παραγόντων’** της προσωπικότητας ή αλλιώς τη Μεγάλη Πεντάδα (Big Five). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζεται από τρεις σημαντικούς χώρους : από την παραγοντική ανάλυση των γλωσσικών όρων για τα χαρακτηριστικά, από τη σχέση των ερωτηματολογίων των χαρακτηριστικών με άλλα ερωτηματολόγια, και από την ανάλυση της κληρονομικής συμβολής στην προσωπικότητα.

Σύμφωνα με σχετική έρευνα των McCrae & Costa (1990, 1994) οι πέντε παράγοντες είναι αρκετά αξιόπιστοι και έγκυροι και παραμένουν σχετικά σταθεροί σε όλη την ενήλικη ζωή του ατόμου. Το επίθετο «Μεγάλη» έχει να κάνει με το εύρημα ότι σε κάθε παράγοντα υπάγονται πολλά ειδικότερα χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα οι Πέντε Μεγάλοι Παράγοντες των Χαρακτηριστικών όπως τους ονόμασαν σε σχετική τους έρευνα οι Costa & McCrae (1985, 1992) (Pervin & John, 2001) είναι :

- **ο Νευρωτισμός** : «Προσδιορίζει την τάση των ατόμων προς την κατάθλιψη, τις ουτοπικές ιδέες, τους ακατανίκητους πόθους, τις ορμές και τις δυσπροσαρμοστικές μιμητικές αποκρίσεις. Αξιολογεί την προσαρμογή σε αντίθεση με την συναισθηματική αστάθεια. Το άτομο που παίρνει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι σχετικά ανήσυχο, νευρικό, συναισθηματικό, ανασφαλή, ανεπαρκή, υποχόνδριο» (σελ.347).

- **η Εσωστρέφεια** : «Αξιολογεί την ποσότητα και την ένταση της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, την ανάγκη για παρακίνηση, την ικανότητα για χαρά και το βαθμό της ενεργητικότητας. Το άτομο που παίρνει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι κοινωνικό, ενεργητικό, ομιλητικό, προσωποκεντρικό, αισιόδοξο, αγαπά τα αστεία, τρυφερό» (σελ.347).

- **η Πνευματική διαθεσιμότητα** : «Αξιολογεί την ανάγκη και αναζήτηση για δραστηριότητα και την εκτίμηση της εμπειρίας για την εμπειρία, την ανοχή απέναντι στο άγνωστο και τη διερεύνησή του. Το άτομο που έχει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι περίεργο, με πολλά ενδιαφέροντα, δημιουργικό, πρωτότυπο, εφευρητικό, μη παραδοσιακό» (σελ.347).

- **η Καλή προαίρεση και συνεργατικότητα** : «Αξιολογεί την ποιότητα του διαπροσωπικού προσανατολισμού του ατόμου πάνω σε ένα συνεχές από τη συμπόνια στον ανταγωνισμό τόσο στις σκέψεις και στα συναισθήματα όσο και στις πράξεις. Το άτομο που έχει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι ευσπλαχνικό, γεμάτο εμπιστοσύνη, καλόκαρδο, θέλει να βοηθά, συγχωρεί, εύπιστο και ευθύ» (σελ.347).

- **η Ευσυνειδησία** : «Αξιολογεί το βαθμό οργάνωσης, σταθερότητας και κινητοποίησης του ατόμου προς τον στόχο. Αντιπαραθέτει τους ανθρώπους στους οποίους μπορεί να βασιστεί κανείς με εκείνους που είναι νωθροί και ανοργάνωτοι. Το άτομο που παίρνει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι οργανωτικό, αξιόπιστο, εργατικό, πειθαρχημένο, ακριβή, σχολαστικό, φιλόδοξο, τακτικό, καρτερικό» (σελ.347).

Δηλαδή με λίγα λόγια ο Νευρωτισμός έρχεται σε αντίθεση με την συναισθηματική σταθερότητα με μία ευρεία κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ένταση, η οξυθυμία. Η Πνευματική Διαθεσιμότητα στην εμπειρία περιγράφει την πολυπλοκότητα της πνευματικής και της βιοματικής ζωής του ατόμου. Η Εξωστρέφεια (ή αλλιώς Καλή Προαίρεση) και η Συνεργατικότητα περιγράφουν αυτά που κάνουν οι άνθρωποι με τους άλλους και στους άλλους. Και τέλος, η Ευσυνειδησία περιγράφει εκείνες τις συμπεριφορές του ατόμου που σχετίζονται με τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του καθώς επίσης τους στόχους και τον κοινωνικά επιθυμητό έλεγχο των παρορμήσεών του. Η Μεγάλη Πεντάδα σχεδιάστηκε με σκοπό να βρει εκείνα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου που θεωρεί πολύ σημαντικά για τη ζωή του. Με άλλα λόγια περιλαμβάνει εκείνες τις πτυχές της αλληλεπίδρασης που είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους ανθρώπους, όπως για παράδειγμα την εμπιστοσύνη που μπορούμε να έχουμε σε κάποιον, ποιες σχέσεις μπορούμε να περιμένουμε ότι θα αναπτύξουν οι άνθρωποι μεταξύ τους κ.ο.κ.

Οι Costa & McCrae (1992) συνέθεσαν ένα ερωτηματολόγιο, το NEO-Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο της Προσωπικότητας (NEO-Personality Inventory Revised / NEO-PI-R) για τη μέτρηση της Μεγάλης Πεντάδας παραγόντων της προσωπικότητας. Αρχικά περιορίστηκαν στους τρεις παράγοντες αυτόν του Νευρωτισμού, της Εξωστρέφειας και της Πνευματικής Διαθεσιμότητας και στη συνέχεια πρόσθεσαν τους παράγοντες της Καλής Προαίρεσης/Συνεργατικότητας και της Ευσυνειδησίας κι έτσι σχημάτισαν το μοντέλο των πέντε παραγόντων. Στη συνέχεια διαφοροποίησαν καθέναν από τους πέντε παράγοντες σε έξι ειδικότερες όψεις δηλαδή έξι ειδικότερα χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν καθέναν από τους πέντε παράγοντες όπως για παράδειγμα η Εξωστρέφεια στον NEO-PI-R ορίζεται από τις έξι όψεις του *Επιπέδου δραστηριότητας, της Σιγουριάς, των Θετικών συναισθημάτων, της Κοινωνικότητας, της Συγκίνησης και της Τρυφερότητας*. Κάθε όψη μετριέται με 8 ερωτήσεις έτσι το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 240 ερωτήσεις (5 παράγοντες X 6 όψεις X 8 δηλώσεις).

Οι ερευνητές των χαρακτηριστικών ασχολήθηκαν κυρίως με την προσωπικότητα των ενηλίκων και υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά αυτά παραμένουν σταθερά μετά την ηλικία των 30. Οι Costa & McCrae (1994-a) μετά από σχετική έρευνα υποστηρίζουν πως «όπως η ευφυΐα και το ύψος έτσι και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται πως έχουν ένα σημείο πλήρους ωριμότητας η ανάπτυξη της προσωπικότητας δεν ολοκληρώνεται πριν το τέλος της πρώτης εικοσαετίας» (σελ.139, 142). Η ίδια έρευνα δείχνει ότι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες στα 20 με 25 τους χρόνια έχουν υψηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας και νευρωτισμού και χαμηλότερα ποσοστά συνεργατικότητας και ευσυνειδησίας απ ότι οι μεγαλύτεροι ενήλικες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι νεαροί ενήλικες και οι έφηβοι έχουν περισσότερα άγχη για αποδοχή και προβλήματα αυτοεκτίμησης, αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους φίλους τους και στις κοινωνικές συναλλαγές, είναι συχνά λιγότερο υπεύθυνοι και ευσυνείδητοι από τους μεγαλύτερους ενήλικες. Άρα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ρόλοι των ενηλίκων ως εργαζόμενοι και ως γονείς χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, συναισθηματική ισορροπία και ικανότητα.

Έτσι τίθεται ένα άλλο μεγάλο ερώτημα σχετικά με το αν οι άνθρωποι διατηρούν σταθερά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους είτε ως προς τον χρόνο (διαχρονική) είτε ως προς τις περιστάσεις (διαπεριστασιακή). Είναι πολλές οι

σχετικές μελέτες που αποδεικνύουν ότι η βασική προσωπικότητα δεν αλλάζει για μακρές χρονικές περιόδους (Block, 1981. Conley, 1985. McCrae & Costa, 1994) ακόμη και αν το άτομο έχει παντρευτεί, έχει χωρίσει, έχει ξαναπαντρευτεί, έχει περάσει τη κρίση της μέσης ηλικίας, η προσωπικότητά του δεν έχει αλλάξει αισθητά. Αυτό επιβεβαιώνεται και απ τις απόψεις γυναικών και αντρών για τους συζύγους τους σύμφωνα με σχετική έρευνα (McCrae & Costa, 1990). Το θέμα της διαπεριστασιακής σταθερότητας είναι περισσότερο πολύπλοκο απ αυτό της διαχρονικής. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν τόσο την διαπεριστασιακή σταθερότητα όσο και μελέτες που αποδεικνύουν την διαπεριστασιακή διακύμανση. Τα συμπεράσματα λοιπόν που εξάγονται ποικίλλουν ανάλογα με την οπτική του κάθε ψυχολόγου

Συνοψίζοντας λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι το μοντέλο των πέντε παραγόντων καθώς επίσης και το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο μετρούν τα συναισθήματα, τις ενορμήσεις, αλλά και τις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων. Ωστόσο σύμφωνα με τους Costa & Widiger (1994) πολλές μορφές ψυχοπαθολογίας αποτελούν υπερβολές φυσιολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου και όχι απόκλιση από το φυσιολογικό. Για παράδειγμα κάποιος με αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να εμφανίζει υπερβολικά χαμηλή συνεργατικότητα. Όμως αυτό που έχει τελικά μεγαλύτερη σημασία στις μετρήσεις των παραγόντων είναι ο τύπος των βαθμολογήσεων στους πέντε παράγοντες. (όπως παρουσιάζονται στο Pervin, L. A. & John, O. P., 2001)

1.3.1 Προσωπικότητα και σωματική υγεία

Σύμφωνα με ποικίλες έρευνες που θα παρουσιαστούν στο εν λόγω κεφάλαιο θα αναδειχθεί η σχέση στοιχείων την προσωπικότητας γενικότερα και των 5 παραγόντων ειδικότερα με την σωματική υγεία. Έτσι σε πρόσφατη έρευνα των Tom Rosenstrom και συνεργάτες (2012), άτομα με υψηλό επίπεδο υποκλινικής αθηροσκλήρωσης είχαν συνδυαστικά υψηλότερη επιμονή (δηλ. ήταν περισσότερο επίμονοι ή τελειομανείς), περισσότερο αποδιοργανωμένο (σχιζοειδή) χαρακτήρα και μια περισσότερο αντικοινωνική δομή στην ιδιοσυγκρασία τους, σε σχέση με άλλους. Ωστόσο καμιά επίδραση δε βρέθηκε αναφορικά με το μοντέλο των 5 παραγόντων. Μία ακόμη μελέτη των Alexander Weiss και Paul T. Costa (2005) έδειξε ότι ο Νευρωτισμός και η Δεκτικότητα που έγινε σε ηλικιωμένους ηλικίας 65-100 ετών λειτούργησε προστατευτικά σε σχέση με την θνησιμότητα από κάθε αιτία, ενώ αρνητική επίδραση στην θνησιμότητα από κάθε αιτία είχαν η Παρορμητικότητα και η Ευθύτητα.

Μία άλλη μελέτη των Taylor M. και συνεργάτες (2009) έδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα Ευσυνειδησίας και Δεκτικότητας ίσως δρουν προστατευτικά ενάντια στην θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες κανένας από τους 5 παράγοντες της προσωπικότητας δεν παρουσίασε σημαντική σχέση με όλες τις αιτίες θνησιμότητας. Μία επόμενη έρευνα των Ferguson and Bibby (2012) έδειξε ότι ενώ η Δεκτικότητα λειτουργεί προστατευτικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από κάθε αιτία, η επίδραση αυτή μειώνεται από άλλους παράγοντες κινδύνου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να διερευνούνται σε κάθε περίπτωση οι σύνθετες, ανεξάρτητες, ρυθμιστικές και μεσολαβητικές διαδικασίες που συνδέουν τη Δεκτικότητα με τη θνησιμότητα από κάθε αιτία.

Σχετική έρευνα των Alan J. Christensen, Shawna L. και συνεργάτες (2002) εξέτασε τον ρόλο της προσωπικότητας ως δείκτη πρόβλεψης της θνησιμότητας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ασθενείς με υψηλά επίπεδα Νευρωτισμού είχαν 37,5 % μεγαλύτερο εκτιμητέο ποσοστό θνησιμότητας. Ενώ ασθενείς με χαμηλά επίπεδα Ευσυνειδησίας είχαν μια αύξηση της τάξης του 36,4% στη θνησιμότητα. Σε άλλη μελέτη των Alan J. Christensen and Timothy W. Smith (1995) εξετάστηκε η σχέση των παραμέτρων του ερωτηματολογίου των 5 παραγόντων ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε ένα δείγμα 72 ασθενών που υποβάλλονταν σε νεφρική αιμοκάθαρση. Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η Ευσυνειδησία είναι το μοναδικό χαρακτηριστικό του μοντέλου των 5 παραγόντων που σχετίζεται με την προσκόλληση του ασθενούς στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Καμιά άλλη παράμετρος του ερωτηματολογίου δε παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με την προσκόλληση αυτή.

Ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση (Multiple Sclerosis) συχνά βιώνουν κατάθλιψη και άγχος. Ο σκοπός της έρευνας που διεξήχθη από τους Jared M. Bruce, Sharon G. Lynch (2011) ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ άγχους, διάθεσης και διαταραχών της προσωπικότητας σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση. Τα ευρήματα έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και βασικής δυσλειτουργίας της προσωπικότητας στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση. Ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, οι οποίοι ήταν καταθλιπτικοί και αγχωτικοί παρουσίασαν περισσότερο Νευρωτισμό, λιγότερη Εξωστρέφεια, λιγότερη Συγκαταβατικότητα και λιγότερη Ευσυνειδησία, συγκριτικά με τους ψυχικά υγιείς ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και με τα υγιή άτομα (ομάδα ελέγχου). Αντίθετα, τα βασικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας των μη καταθλιπτικών και μη αγχωτικών ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση, δε παρουσίαζαν ουσιαστικές διαφορές από την ομάδα 'ελέγχου'. Απ τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η επιτυχής θεραπεία των συμπτωμάτων διάθεσης και άγχους στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, να μπορεί μερικώς να βελτιώσει τα χαρακτηριστικά διαταραχών της προσωπικότητας. Επιπρόσθετα περαιτέρω κατανόηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί ίσως να βοηθήσει σε αποτελεσματικότερη ψυχιατρική και ιατρική θεραπευτική παρέμβαση.

Σχετική έρευνα των Redford B. Williams and Virginia P. Williams (1993, 1997) έδειξε ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα εχθρότητας παρουσιάζουν υπερβολικές απαντήσεις σε στρες σε διάφορα βιολογικά συστήματα όπως το καρδιαγγειακό και το ανοσοποιητικό που ρυθμίζουν τις νευροενδοκρινολογικές, μεταβολικές και αιμοστατικές λειτουργίες. Τα ευρήματα αυτά αποτελούν ισχυρό επιχειρήμα για την ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων με σκοπό τη μείωση των επιπέδων της εχθρότητας και με απώτερο στόχο την μείωση των επιπτώσεών τους στην υγεία. Παρομοίως σχετικές έρευνες έδειξαν ότι οι άνθρωποι που θυμώνουν εύκολα ή οι εχθρικοί άνθρωποι έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιακή νόσο (Alexander, 1950. Niaura et al., 2002) .

Επίσης τα παιδιά που είναι ιδιαίτερα εσωστρεφή είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν αναπνευστικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένου του άσθματος και λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (Kagan, 1992). Τέλος οι άνθρωποι που είναι εσωστρεφείς και καταπιέζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο σε υψηλότερα ποσοστά από ότι οι άνθρωποι που δεν καταπιέζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους (Temoshok, 1987). (όπως αναφέρονται στο Jones, A.C., & Pennebaker, J.W., 2000)

Μία ακόμη μελέτη έχει δείξει ότι τα άτομα που είχαν αισιόδοξη διάθεση είχαν και καλύτερη φυσική αποκατάσταση μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (Scheier et al, 1989. Scheier et al, 2003). Ομοίως σε μία άλλη μελέτη με άντρες που είχαν υποστεί βαρύ καρδιακό επεισόδιο βρέθηκε ότι όσοι είχαν αισιόδοξη σκέψη επιβίωσαν περισσότερο από τα οκτώ χρόνια που είχαν προβλεφθεί (Buchanan, 1995). Μια μελέτη των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε γυναίκες, έδειξε ότι οι αισιόδοξοι χαρακτήρες είχαν μικρότερη πιθανότητα για εξέλιξη της νόσου κατά τη διάρκεια μιας τριετούς περιόδου παρακολούθησης από ότι οι πιο απαισιόδοξοι (Matthews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell & Kuller, 2005). Παρομοίως στα αισιόδοξα άτομα προβλέπονται χαμηλότερα επίπεδα πόνου, καλύτερη ψυχολογική ευεξία και ποιότητα ζωής σε σοβαρά προβλήματα υγείας (Garofalo, 2000. Scheier et al, 2001). Αυτό εξηγείται από τους Peterson & Bossio οι οποίοι περιγράφουν διάφορους μηχανισμούς που μπορούν να συνδέσουν την αισιοδοξία με την υγεία (Peterson, 2000. Peterson & Bossio, 1991). Συγκεκριμένα η αισιοδοξία μπορεί να μειώσει ή να αποτρέψει την κατάθλιψη και αυτή η αλλαγή στην κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Peterson, 2000). Η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσει συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία για παράδειγμα μπορεί να αυξήσει την ενεργό συμμετοχή στην επίλυση προβλημάτων (Aspinwall & Brunhart, 2000. Aspinwall & Taylor, 1997. Ironson et al, 2005). Η αισιόδοξη σκέψη μπορεί να ενθαρρύνει τα άτομα να αναζητούν πληροφορίες σχετικά με την καλύτερη θεραπεία ή στρατηγικών διαχείρισης για έναν υπάρχοντα κίνδυνο για την υγεία ή διαταραχή (Aspinwall & Brunhart, 2000. Hornung et al., 1995). Τέλος έχει βρεθεί ότι η αισιοδοξία συνδέεται με την εξωστρέφεια και την αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης. Αυτό είναι σημαντικό, δεδομένου ότι η κοινωνική απομόνωση προβλέπει κακή υγεία, ενώ η κοινωνική υποστήριξη προβλέπει βελτιωμένη

ψυχολογική και σωματική ευεξία (Miyazaki et al, 2005. Peterson, 2000). (όπως αναφέρονται στο Freres, D.R., et al, 2002)

1.4 Προσωπικότητα τύπου Α και υγεία

Σύμφωνα με τους καρδιολόγους Friedman & Rosenman τα δύο βασικά χαρακτηριστικά αυτού του τύπου συμπεριφοράς είναι η ανταγωνιστικότητα με στόχο την επίτευξη στόχων και την κατίσχυση έναντι των άλλων καθώς και η διαρκής αίσθηση βιασύνης. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η επιθετικότητα, η νευρικότητα, συνήθως τα άτομα αυτά είναι οξύθυμα, θυμώνουν εύκολα ακόμα κι αν το θυμό τους δεν τον εκφράζουν ανοικτά. Για τον άνθρωπο με συμπεριφορά τύπου Α, ο χρόνος είναι ο χειρότερος εχθρός του και προσπαθεί να κάνει τα πάντα όσο πιο γρήγορα μπορεί. Ο τύπος Α είναι συνήθως άνθρωπος κοινωνικός, φιλόδοξος, με τάσεις αρχηγίας και γι αυτό συχνά τον συναντάμε σε ανώτερες διοικητικές θέσεις. Αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του είναι και αυτά που συμβάλλουν στο να εμφανίσει καρδιολογικά προβλήματα. Σύμφωνα με σχετική μελέτη των Friedman και Rosenman (1974) υπάρχει και ο τύπος Β που έχει αρκετά κοινά στοιχεία με τον Α όμως δεν ταλαιπωρεί τόσο τον εαυτό του και την υγεία του. Είναι το ίδιο δυναμικός, αποφασιστικός και φιλόδοξος, όμως είναι ήρεμος, δεν βιάζεται συνεχώς και καταλήγει σε μία απόφαση δίνοντας στον εαυτό του αρκετό χρόνο για να σκεφτεί. Αντίθετα ο τύπος Α αντιδρά απότομα, επιθετικά, βιαστικά, χωρίς να δίνει στον εαυτό του τον απαιτούμενο χρόνο για να σκεφτεί και μετά να πάρει την τελική απόφαση.

Σύμφωνα με έρευνες (Booth-Kewley & Friedman, 1987. Smith, 1992) η συμπεριφορά τύπου Α αποτελεί σοβαρό παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση καρδιολογικών παθήσεων όπως είναι : η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η αρτηριοσκλήρυνση, η υπέρταση κ.α. Όμως νεώτερες μεταanalύσεις έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς τύπου Α και της υγείας γενικότερα (Marks et al, 2000). Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι μόνο δύο χαρακτηριστικά της προσωπικότητας Α σχετίζεται με την υγεία και αυτό είναι ο θυμός και η εχθρικότητα. Όμως και πάλι σύμφωνα με έρευνα των Krantz &

McCeney (2002) τα ευρήματα είναι αντιφατικά καθώς είναι πολύ δύσκολο να μετρηθεί η εχθρικότητα και ο θυμός.

Άλλη σχετική έρευνα των Lovallo & Pishkin (1980) υποστηρίζει ότι κατά τη διάρκεια μιας έντονα στρεσογόνου κατάστασης, τα άτομα με συμπεριφορά τύπου A είχαν μεγαλύτερη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος απ ό τι τα άτομα τύπου B. Επίσης τα άτομα τύπου A είχαν αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης ανεξαρτήτως στρες και αύξηση τριγλυκεριδίων όταν η πηγή του στρες ήταν ένας έντονος θόρυβος.

Μία επιθεώρηση της διεθνούς βιβλιογραφίας που έκαναν οι Rosenman & Chesney (1980) αποκαλύπτει ότι η συμπεριφορά τύπου A έχει αιτιολογική σχέση με την εμφάνιση και συχνότητα των διαταραχών της στεφανιαίας νόσου και τον βαθμό σοβαρότητας της στεφανιαίας αρτηριοσκλήρυνσης και στα δύο φύλλα. Η συμπεριφορά τύπου A δείχνει να είναι ανεξάρτητης εθνικότητας και είναι μάλλον παγκόσμιο φαινόμενο. Τα συμπεράσματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά εάν αναλογιστούμε ότι είναι από τον Rosenman, έναν από τους πρωτεργάτες της συμπεριφοράς τύπου A. (όπως παρουσιάζονται στο Πιντέρης, 1988)

1.5 Προσωπικότητα τύπου D και υγεία

Το σύστημα που κατηγοριοποίησε την προσωπικότητα τύπου A κάποιες δεκαετίες πριν, όρισε και τον Τύπο D την δεκαετία του '90 ως την προσωπικότητα στην οποία παρατηρήθηκαν χρόνια αρνητικά συναισθήματα, απαισιοδοξία και κοινωνική αναστολή. Το γράμμα D προέρχεται από τη λέξη distressed που σημαίνει καταπονημένος, αγχωμένος. Τα άτομα με προσωπικότητα τύπου D τείνουν να έχουν αρνητικά συναισθήματα όπως : κατάθλιψη, εχθρικότητα, θυμό, άγχος, κακή διάθεση και αρνητική εικόνα του εαυτού τους. Υιοθετώντας το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Big-Five) η προσωπικότητα τύπου D χαρακτηρίζεται από υψηλό νευρωτισμό, χαμηλή εξωστρέφεια και χαμηλή ευσυνειδησία. Βρίσκονται σε συνεχή ετοιμότητα και εγρήγορση και αντιδρούν υπερβολικά στα στρεσογόνα ερεθίσματα, κάτι που τους προκαλεί ένταση και δυσφορία. Τα άτομα αυτά καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, δεν τα εκφράζουν και σύμφωνα με διάφορες έρευνες, κάποιες απ τις οποίες αναφέρονται παρακάτω, υπάρχει αυξημένη συσχέτιση καρδιαγγειακών νόσων με τον θυμό, την εχθρικότητα και την αυταρχικότητα.

Σύμφωνα με την Violla Spek (2005), ερευνήτρια στο Πανεπιστήμιο Tiburg της Ολλανδίας, οι ασθενείς με προσωπικότητα Τύπου D τείνουν να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, υπερευαισθησίας και μελαγχολικής διάθεσης σε διάφορες καταστάσεις και χρονικά διαστήματα, ενώ δε μοιράζονται αυτά τα συναισθήματα με άλλους, γιατί φοβούνται την αποδοκιμασία, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μελλοντικά καρδιακά προβλήματα. Σε άλλη σχετική μελέτη ο Johan Denollet (2005) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προσωπικότητα Τύπου D και η κατάθλιψη είναι ξεκάθαρες εκδηλώσεις ψυχολογικού στρες, οι οποίες επιδρούν στο καρδιαγγειακό σύστημα ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Συγκεκριμένα ο τύπος D χαρακτηρίζεται από κακή ρύθμιση των ορμονών του στρες με αποτέλεσμα η καρδιά τους να λειτουργεί γρηγορότερα, αυξάνοντας έτσι την αρτηριακή τους πίεση (υπέρταση) και απελευθερώνοντας μεγαλύτερες ποσότητες γλυκόζης στο αίμα. Όπως αναφέρει ο ίδιος ερευνητής ο τύπος D μπορεί να καθοριστεί με την χρήση ενός σύντομου ερωτηματολογίου που αποτελείται από 14 ερωτήσεις, που μετρούν την κοινωνική αναστολή που εμφανίζει το άτομο, καθώς και τη συνολική του διάθεση. Οι ασθενείς απαντούν σε ερωτήσεις του τύπου "Είστε σχετικά κλειστό άτομο;", "Νιώθετε συχνά θλίψη;" και άλλες παρόμοιες ερωτήσεις.

Όλ' αυτά έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς με προσωπικότητα τύπου D να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διάφορα καρδιολογικά προβλήματα όπως περιφερικά αρτηριακά νοσήματα, αγγειοπλαστική (τεχνητή αναίμακτης διάνοιξης αγγειακών στενώσεων), bypass, ανακοπή καρδιάς, καρδιακή προσβολή ή ακόμη και θάνατο. (όπως παρουσιάζονται στο Schiffer, Spek & Denollet, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ-ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

2.1 Μοντέλο Κοινής Λογικής

Το *Μοντέλο Κοινής Λογικής* (Common Sense Model) είναι μία θεωρία γύρω από το πώς δομούνται οι πεποιθήσεις και καθορίζεται η συμπεριφορά του ατόμου πάνω σε θέματα απειλών κατά της υγείας. Πρόκειται για συνέχεια του μοντέλου *Διπλής Παράλληλης Επεξεργασίας* (Parallel Process Model) που αναφέρει ότι οι απειλές κατά την υγεία προκαλούν φόβο και μία ανάγκη να αναπτυχθούν σχετικές διαδικασίες προκειμένου να ελεγχθούν αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής βασίζεται στη θεωρία της αυτορύθμισης και αναπτύχθηκε από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980. Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001. Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). (όπως παρουσιάζονται στο Καραδήμας, 2005)

Σύμφωνα με πολλές μελέτες οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία είναι δυναμικές διαδικασίες. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές πηγές τις οποίες τα άτομα χρειάζεται να λάβουν υπόψη τους, ώστε να πάρουν αποφάσεις για τη σωματική και διανοητική τους υγεία (Anderson & Leitner, 1996. Diefenbach & Leventhal, 1996. Sheeran, Conner, & Norman, 2001). Η εστίαση σε προγράμματα παρέμβασης που παρέχουν πολλές πληροφορίες για την υγεία σε μεγαλύτερους ηλικιακά ενήλικους με καρδιοπάθεια και λίγες πληροφορίες σχετικά με το πώς μπορεί κάποιος να αποκτήσει τον έλεγχο για την καρδιακή του αποκατάσταση, ίσως να μην είναι η καλύτερη στρατηγική για την βελτίωση των συμπεριφορών που σχετίζονται με προβλήματα καρδιάς. Στην πραγματικότητα, η εκπαίδευση χωρίς συγκεκριμένο σχεδιασμό και δημιουργία ενός στόχου δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πεδία όπως η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Park & Jones, 1997). Ο Leventhal και οι συνεργάτες του πιστεύουν ότι οι αντιλήψεις των ατόμων τόσο από εσωτερικά όσο και από εξωτερικά ερεθίσματα αλληλεπιδρούν με την μνημονική τους αποτύπωση, σχηματίζοντας έτσι την νοητική αναπαράσταση για την απειλή από την ασθένεια και οι νοητικές αναπαραστάσεις των ατόμων για την ασθένεια είναι αυτές που καθοδηγούν τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με την υγεία (Leventhal, Robitaille, & Brownlee, 1999). Οι νοητικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια, σύμφωνα με το «μοντέλο κοινής λογικής για την ασθένεια» από τον Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Idler, & Leventhal, 1999. Leventhal, Leventhal, &

Cameron, in press) περιλαμβάνουν 5 στοιχεία κλειδιά: (1) ταυτότητα (δηλ. τα συμπτώματα και η ονομασία της ασθένειας), (2) χρονοδιάγραμμα (δηλ. έναρξη, διάρκεια και χρόνος ανάρρωσης), (3) αντιληπτή αιτία (δηλ. αν προήλθε από μικρόβια ή γενετικούς λόγους), (4) ελεγχιμότητα (δηλ. μπορώ να θεραπεύσω μόνος/η μου την ασθένεια με φαρμακευτική αγωγή και άσκηση) και (5) συνέπειες (δηλ. ανικανότητα, κοινωνική απώλεια, θάνατος).

Το μοντέλο κοινής λογικής έχει ένα παράλληλο σύστημα επεξεργασίας που περιλαμβάνει δυο μέρη: (α) ένα γνωστικό σκέλος και (β) ένα συναισθηματικό σκέλος. Στο γνωστικό σκέλος τα άτομα έχουν γνωστική αντίληψη των αναπαραστάσεων για τις απειλές στην υγεία τους και σχεδιάζουν την εκτίμηση και την πραγματοποίηση διαδικασιών για τον έλεγχο των απειλών αυτών (δηλ. τα 5 παραπάνω στοιχεία-κλειδιά). Στο συναισθηματικό σκέλος, τα άτομα έχουν ένα παράλληλο σετ συναισθηματικών αντιδράσεων και διαδικασιών για να ελέγχουν τα συναισθήματά τους (Leventhal et al., 1999). Τα γνωστικά και τα συναισθηματικά σκέλη του ατόμου αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Τα άτομα θεωρούνται ενεργοί δράστες που θα σκεφτούν και θα ελέγξουν τις απειλές, ενώ ταυτόχρονα θα χειριστούν και τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους για τις απειλές. Η συναισθηματική επεξεργασία των πληροφοριών, μπορεί να εμποδίσει τη διαδικασία αιτιολογικής επεξεργασίας της πληροφορίας, εμποδίζοντας εν τέλει την ικανότητα του ατόμου να φτάσει στο στόχο του. Η εργασία του Epstein και των συνεργατών του (Epstein, 1990. Epstein, Donovan, & Denes-Raj, 1999. Epstein, Pacini, Denes-Raj, & Heier, 1996), πάνω στη γνωστική-εμπειρική θεωρία ακολουθεί μια παρόμοια λογική με δυο παράλληλα συστήματα αλληλεπίδρασης, το σύστημα λογικής και το εμπειρικό σύστημα. Περιστασιακά, τα δύο αυτά συστήματα μπορεί να συγκρουστούν μεταξύ τους και το ποιο σύστημα θα επικρατήσει σε μια δεδομένη κατάσταση, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του συναισθηματικού μεγέθους που εμπλέκεται σε μια κατάσταση, των ατομικών διαφορών στην προτίμηση ενός συστήματος έναντι ενός άλλου και της ποσότητας εμπειρίας που έχει κάποιος σε μια δεδομένη κατάσταση (Epstein et al., 1996). Πολλοί ερευνητές έχουν δείξει ότι οι νοητικές αναπαραστάσεις των ατόμων για την ασθένεια, έχουν αντίκτυπο στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και ιδιαίτερα στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε υπέρτασικούς ασθενείς (Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985). Διαφορετικές παράμετροι του «μοντέλου κοινής λογικής για την ασθένεια» παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα στις συμπεριφορές των ατόμων ως προς

την υγεία. Παραδείγματα τέτοιων διαφορών φαίνονται σε έρευνες πάνω στις παραμέτρους-κλειδιά αυτού του μοντέλου. Για παράδειγμα, έρευνα σχετικά με τις αντιληπτές συνέπειες της ασθένειας έχει δείξει πως οι πεποιθήσεις ότι η καρδιοπάθεια έχει σοβαρές συνέπειες, συνδέονται με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάρρωσης, πριν το άτομο είναι και πάλι ικανό να επιστρέψει στην εργασία του και σε άλλες δραστηριότητες (Petrie, Weiman, Sharpe, & Buckley, 1996). (όπως παρουσιάζονται στο Shifren, 2003)

Σύμφωνα με τον Leventhal και τους συνεργάτες του (1980, 1984) μια αναπαράσταση της ασθένειας καθοδηγείται από τρεις βασικές πηγές πληροφόρησης. Η πρώτη πηγή πληροφόρησης είναι η συγκέντρωση υπαρχόντων πληροφοριών που κατέχει ήδη το άτομο, μέσω προηγούμενης κοινωνικής επικοινωνίας και πολιτισμικής γνώσης της ασθένειας. Η δεύτερη πηγή είναι οι πληροφορίες από εξωτερικά κοινωνικά περιβάλλοντα, από άτομα που θεωρούνται ότι έχουν κύρος ή αποτελούν έγκυρες πηγές, όπως ένας γιατρός ή ένας γονέας. Τέλος, το άτομο, συμπληρώνει την αναπαράστασή του για την ασθένεια, λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα εμπειρία του για την ασθένεια. Η τρέχουσα αυτή εμπειρία ενσωματώνει και προηγούμενη γνώση της αποτελεσματικότητας προηγούμενων χειρισμών που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση της νόσου. Παράγοντες, όπως ο τύπος της προσωπικότητας και το πολιτισμικό υπόβαθρο μπορούν επίσης να είναι σημαντικοί (Diefenbach & Leventhal, 1996). Η αντίληψη και η μετάφραση αυτών των διαφορετικών πηγών πληροφοριών, οδηγεί στην δημιουργία της αναπαράστασης της ασθένειας μέσω συμμετρικών αντιληπτικών (αφηρημένων και εκούσιων) και σχηματικών (συγκεκριμένων και νοητικών) διαδικασιών. (όπως παρουσιάζονται στο Hagger & Orbell, 2003)

2.1.1 Διαστάσεις του Μοντέλου Κοινής Λογικής

Παραπάνω κάναμε αναφορά σε 5 διαστάσεις του Μοντέλου Κοινής Λογικής που είναι : η ταυτότητα, το χρονοδιάγραμμα/χρονική πορεία, τα αίτια, οι συνέπειες και η ελεγχιμότητα. Ας δούμε αναλυτικά κάθε μία απ αυτές τις διαστάσεις.

α) **η ταυτότητα** σχηματίζεται από τον «τίτλο» της νόσου-ασθένειας και από τα συμπτώματά της. Ο τίτλος της ασθένειας και τα συμπτώματα που βιώνει το άτομο είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους καθώς τα δεύτερα αποτελούν άμεση απόδειξη του πρώτου και άρα θα καθορίσουν την απόφαση του ατόμου να αναζητήσει ή όχι ιατρική βοήθεια καθώς και την ανάλογη συμμόρφωση στην προτεινόμενη από τον γιατρό θεραπεία. Εάν για παράδειγμα το άτομο θεωρήσει ότι τα συμπτώματα που το απασχολούν δεν αφορούν κάποιο σοβαρό πρόβλημα τότε δεν θα αναζητήσει ιατρική φροντίδα. Έρευνα των Baumann et al (1989) έδειξε ότι όταν ο ασθενής βιώνει κάποια συμπτώματα τότε θα αναζητήσει και τη διαγνωστική «ετικέτα» της ασθένειας και όταν λάβει και αυτή τότε θα αναζητήσει τα διακριτικά της συμπτώματα. Επίσης όταν τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως σοβαρά τότε είναι δυσκολότερη η ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου σε αυτά. (Baumann et al, 1989)

β) **τα αίτια** απαντούν στο ερώτημα «γιατί αυτό συνέβη». Ερευνητές που ασχολούνται με την φύση των ασθενειών έχουν κατά καιρούς κάνει διάφορους διαχωρισμούς των αιτιών. Έτσι έχουμε τα *κατηγορικά* αίτια όπως είναι το περιβάλλον, ο εαυτός, η κληρονομικότητα, τα *αίτια που καθορίζουν διαστάσεις* όπως είναι η αυτοενοχοποίηση. Έχουμε επίσης τα *χαρακτηρολογικά* αίτια όπως αυτά που αναφέρονται σε ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του υποκειμένου και άρα δύσκολα στην αλλαγή και έχουμε και τα *συμπεριφορικά* αίτια που είναι αυτά που αφορούν συμπεριφορές του υποκειμένου και άρα πιο εύκολα στην αλλαγή. Ωστόσο ο Weiner (1985) μετά από σχετική έρευνα προτείνει τον διαχωρισμό των αιτιών ως εξής : α) στο αν αποδίδονται σε εσωτερικούς-προσωπικούς ή σε εξωτερικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες, β) στη σταθερότητά τους, δηλαδή εάν αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου ή όχι και γ) στον έλεγχο που μπορεί να έχει το άτομο πάνω σε αυτά. Σχετική μετα-ανάλυση αυτών των αιτιών έδειξε ότι είχαν τόσο άμεση όσο και έμμεση επίδραση στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην ασθένειά του. (όπως

παρουσιάζονται στο Roesch & Weiner, 2001). Ωστόσο μια άλλη διάκριση των αιτιών είναι τα βιολογικά αίτια (αιτίες που αναφέρονται στο ανοσοποιητικό σύστημα, στα μικρόβια και τους ιούς· Heijmans, 1998), τα συναισθηματικά αίτια (π.χ. άγχος και κατάθλιψη· Moss-Morris et al, 1996), τα περιβαλλοντικά αίτια (π.χ. μόλυνση και χημικά· Heijmans, 1998. Heijmans & De Ridder, 1998) και τα ψυχολογικά αίτια (νοητική στάση, υπερκόπωση, προσωπικότητα· Moss-Morris et al, 2002. Rutter & Rutter, in press).

γ) **η χρονική πορεία** της ασθένειας αναφέρεται στις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας (π.χ. «Η ασθένειά μου είναι χρόνια») και τη χρονική κλίμακα των συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. «Ο πόνος είναι επίμονος»). Μετά από σχετική έρευνα του Leventhal (1984) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αρχικά πιστεύουν ότι η ασθένειά τους θα είναι οξεία και σύντομη, με την πάροδο του χρόνου όμως κατανοούν την χρονική πορεία της ασθένειας. Με άλλα λόγια ο Leventhal υποστήριξε ότι οι ασθενείς τείνουν να δίνουν τρεις διαστάσεις της ασθένειας : την οξεία, την κυκλική και την χρόνια. Έρευνα των Meyer, Leventhal & Gutman (1985) σε ασθενείς με υπέρταση έδειξε ότι το 40% πίστευε ότι θα είναι μία σύντομη ασθένεια και το 58% αυτών διέκοψε τη θεραπεία μέσα σε 6 ή 9 μήνες, ενώ όσοι πίστευαν ότι είναι μία χρόνια ασθένεια μόνο το 17% διέκοψε την θεραπεία στο ίδιο διάστημα. Η αναπαράσταση της χρονικής πορείας της ασθένειας επηρεάζει την ψυχολογική προσαρμογή και την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. (όπως παρουσιάζονται στο Hagger & Orbell, 2003)

δ) **οι συνέπειες** της ασθένειας στη ζωή ενός ατόμου αναφέρονται στις πεποιθήσεις που σχετίζονται με τον αντίκτυπο της ασθένειας στη συνολική ποιότητα ζωής του ή στο πώς μπορεί να επηρεάσει τις λειτουργικές του ικανότητες (π.χ. 'Η ασθένειά μου με εμποδίζει να κάνω διάφορα πράγματα'). Τέτοιες δηλώσεις είναι συχνά συγκριτικές (π.χ. 'Η ζωή μου είναι χειρότερη από πριν εξαιτίας της ασθένειάς μου'). (Hagger & Orbell, 2003). Η αντίληψη συγκεκριμένων συμπτωμάτων ή η διάγνωση συγκεκριμένης ασθένειας οδηγεί στην διαμόρφωση απόψεων γύρω από τις συνέπειες. Για παράδειγμα ένα σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα θα μπορεί να έχει και σοβαρότερες συνέπειες από ένα μικρότερης σημασίας πρόβλημα. Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις αναπαραστάσεις των συνεπειών και την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών. Όσο περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις πιστεύει το άτομο ότι θα έχει το πρόβλημα υγείας του, τόσο αυξημένα επίπεδα

άγχους και κατάθλιψης θα βιώσει. Οι αναπαραστάσεις που έχει το άτομο για τις συνέπειες της ασθένειάς του καθώς και ο έλεγχος που πιστεύει ότι έχει, είναι εκείνα τα στοιχεία που επηρεάζουν περισσότερο απ' όλα την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου. Η αλληλεπίδρασή τους με άλλα στοιχεία αναπαραστάσεων όπως αυτό της ταυτότητας και του ελέγχου καθιστά την εκτίμησή τους αναγκαία τόσο για την καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή όσο και για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή τους στην ασθένεια. (όπως παρουσιάζονται στο Scharloo et al, 1997)

ε) **η ελεγχιμότητα** είναι ο έλεγχος που μπορεί να έχει ο ασθενής ή το προσωπικό υγείας για τη θεραπεία της ασθένειας, δηλαδή είναι η αίσθηση της δυνατότητας που έχει κάποιος ως προς την απόδοσή του στην αντιμετώπιση της ασθένειας (π.χ. «Εάν πάρω αυτό το φάρμακο, θα με βοηθήσει να θεραπεύσω την ασθένειά μου) ή την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (π.χ. «Η λήψη αυτού του φαρμάκου θα είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθένειάς μου»). (Hagger & Orbell, 2003). Σχετική έρευνα υποστηρίζει ότι ασθενείς με υψηλές αναπαραστάσεις ελεγχιμότητας έχουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή (Helgeson, 1992), ενώ ασθενείς που πιστεύουν ότι η κατάστασή τους δεν είναι υπό έλεγχο και άρα δεν μπορούν να κάνουν κάτι γι αυτό, υιοθετούν αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης τους προβλήματος, όπως η αποφυγή (όπως παρουσιάζονται στο Moss-Morris et al, 1996).

2.2 Ερωτηματολόγια Αντίληψης της Ασθένειας

Με βάση την έννοια των γνωστικών αναπαραστάσεων που αναπτύχθηκε παραπάνω δημιουργήθηκε το *Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Ασθένειας* (Illnes Perception Questionnaire - IPQ, Weinman et al, 1996) προκειμένου να παρέχει μια ποσοτική εκτίμηση των πέντε συνιστωσών της αναπαράστασης για την ασθένεια που είναι : **ταυτότητα** (σύνδεση συμπτωμάτων με ασθένεια), **συνέπειες** (της ασθένειας), **χρονοδιάγραμμα** (χρονολογική σειρά γεγονότων), **προσωπικό έλεγχο** (κατά πόσο πολύ πιστεύει κάποιος ότι ελέγχει την αρρώστια του) / **έλεγχος στη θεραπεία** (κατά πόσο πολύ πιστεύει κάποιος σε μια θεραπεία) και **αίτια** (ασθένειας) (Leventhal et al, 1984, 1997). Από τότε έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με μεγάλο εύρος περιπτώσεων όπως : καρδιοπάθειες (Cooper et al., 1999. Petrie et al., 1996. Steed et al., 1999), ρευματοειδής αρθρίτιδα, καρκίνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτη, χρόνια σύνδρομο κόπωσης και στην ασθένεια του Addison. Έχει επίσης προσαρμοστεί για άτομα που υπόκεινται σε εξετάσεις : όπως στεφανιαία αγγειογραφία και τεστ γενετικού υλικού, καθώς και για συζύγους και αποκλειστικούς νοσοκόμους ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας (Heijmans et al, 1999. McClenahan & Weinman, 1998. Weinman et al, 2000)

Τα στοιχεία αυτά παρέχουν ποσοτική ανάλυση για τη σχέση που συνδέει τις πέντε συνιστώσες της αναπαράστασης για την ασθένεια μεταξύ τους, αλλά και για την αναμενόμενη συσχέτιση της αντίληψης του ατόμου για την ασθένειά του με ένα εύρος ψυχολογικών αποτελεσμάτων που αφορούν την αντιμετώπιση του προβλήματος, τη λειτουργική προσαρμογή, τη διάθεση και την προσκόλληση στις διάφορες συστάσεις γιατρών για τη λήψη φαρμάκων.

Μετά όμως από σχετικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι θα έπρεπε να συμπεριληφθεί στις συνιστώσες το **κυκλικό χρονοδιάγραμμα** και οι **συναισθηματικές αναπαραστάσεις** που τελικά συμπεριλήφθηκε στο αναβαθμισμένο ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα λοιπόν με το αυτορυθμιστικό μοντέλο του Leventhal (Leventhal et al, 1984, 1997, 2001) όταν οι άνθρωποι αντιδρούν σε μια ασθένεια, αναπτύσσουν παράλληλα γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που από κοινού βοηθούν στη δημιουργία αμυντικών συμπεριφορών που επικεντρώνονται τόσο γύρω από το πρόβλημα (γνωστικές αναπαραστάσεις) όσο και γύρω από το συναίσθημα (συναισθηματικές αναπαραστάσεις). Το πρώτο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να μετρά μόνο τις

γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και όχι τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένειά τους. Έτσι στόχος του αναβαθμισμένου Ερωτηματολογίου για τις Αναπαραστάσεις-Αντιλήψεις Ασθένειας ήταν να συμπεριλάβει και τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένειά τους, με σκοπό να εκτιμήσουμε το βαθμό στον οποίο η αναπαράσταση του ασθενούς για την αρρώστια του θα μπορούσε να μας παρέχει κατανόηση της συνολικής εικόνας της ασθένειας. Με άλλα λόγια μας δείχνει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής εκτιμά την συνάφεια-χρησιμότητα της αναπαράστασής του για την ασθένεια. Και αυτό συμπεριλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο ως **συνάφεια/συνοχή της ασθένειας** (κατά πόσο δηλαδή σχετίζεται η ασθένεια με κάποια αποτελέσματα). Έτσι το αναβαθμισμένο Ερωτηματολόγιο Αναπαράστασης Ασθένειας έχει επτά συνιστώσες : **χρονοδιάγραμμα, κυκλικό χρονοδιάγραμμα, συνέπειες, αυτό-έλεγχος, έλεγχος θεραπείας, συνάφεια/συνοχή ασθένειας και συναισθηματικές αναπαραστάσεις**. (όπως παρουσιάζονται στο Moss-Morris et al, 2002)

2.3 Λοιπά Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες

Διάφορες έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν δείξει ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά υγείας που μπορεί να έχει κάποιος. Για παράδειγμα είναι πιθανό ένα άτομο που αξιολογεί κάποιο σύμπτωμα ως επικίνδυνο να μην ζητήσει άμεσα την κατάλληλη ιατρική βοήθεια και υπάρχουν κι άλλες περιπτώσεις ατόμων που καταφεύγουν εύκολα στην αναζήτηση ιατρικής γνώμης ακόμα και στην περίπτωση ασήμαντων ενοχλήσεων. Έτσι έχουν αναπτυχθεί μία σειρά από κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες (όπως το Μοντέλο Κοινής Λογικής) που προσπαθούν να εντοπίσουν εκείνους τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά υγείας των ατόμων και τις πεποιθήσεις τους για την υγεία γενικότερα (προσωπικότητα και αντιλήψεις ασθένειας) και ειδικότερα μπορεί να συμβάλλουν άμεσα ή έμμεσα στην εμφάνιση χρόνιων ασθενειών όπως είναι τα καρδιολογικά προβλήματα. Επίσης τα μοντέλα αυτά προσπαθούν να προτείνουν προγράμματα πρόληψης για την υγεία, αποτελεσματικές στρατηγικές τήρησης ιατρικών οδηγιών, εγκατάστασης νέων συμπεριφορών υγείας κ.α. Τα σημαντικότερα από αυτά τα μοντέλα και τα οποία έχουν λάβει την μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη είναι τα ακόλουθα :

A) Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία είναι ίσως το παλιότερο από τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα και αναπτύχθηκε από τον Becker το 1974. Το μοντέλο αυτό εστιάζει σε 2 απόψεις για την συμπεριφορά ως προς την υγεία: στην αντίληψη της απειλής της υγείας και στην εκτίμηση της συμπεριφοράς υγείας. Η αντίληψη της απειλής για την υγεία περιλαμβάνει 2 στοιχεία: το κατά πόσο κάποιος είναι επιρρεπής σε μια ασθένεια και ο προσδοκώμενος βαθμός των συνεπειών αυτής της ασθένειας. Η εκτίμηση συμπεριφοράς υγείας αποτελείται από δυο διακριτά σκεπόμενα, αυτών που σχετίζονται με τα εμπόδια δηλαδή κατά πόσο είναι εφικτή η συμπεριφορά υγείας και μπορεί το άτομο να ξεπεράσει τυχόν εμπόδια που θα συναντήσει (π.χ οικονομικές δυσκολίες, παρενέργειες της θεραπείας κ.α) και αυτών που σχετίζονται με τα οφέλη απ την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας. Εκτός από την αντίληψη της απειλής για την υγεία και την εκτίμηση συμπεριφοράς, στο μοντέλο συμπεριλαμβάνονται επίσης η "πρόκληση για δράση" και η "κινητοποίηση για την υγεία». Η πρόκληση για δράση αναφέρεται στο στοιχείο εκείνο που 'ενεργοποιεί' την

επιθυμία κάποιου να προστατέψει την υγεία του, ενώ η κινητοποίηση για την υγεία αναφέρεται στην ετοιμότητα κάποιου να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας (Becker, Haefner & Maiman, 1977). Σε αντίθεση με τα άλλα στοιχεία στο μοντέλο, η κινητοποίηση ενός ατόμου για θέματα υγείας δεν αναφέρεται σε κάτι συγκεκριμένο αλλά μετράει απλώς πόσο πολύ ένα άτομο εκτιμάει την καλή υγεία και την ασφάλεια γενικότερα. Ωστόσο το μειονέκτημα που έχει αυτό το μοντέλο είναι ότι δίνει έμφαση μόνο στις ατομικές πεποιθήσεις και δεν λαμβάνει υπόψη το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί το άτομο και τέλος δεν προτείνει συγκεκριμένες στρατηγικές τροποποίησης των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων για την υγεία. (όπως παρουσιάζονται στο Lajunen & Rasanen, 2004)

B) Θεωρία έλλογης δράσης και θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Η θεωρία έλλογης δράσης θεωρεί ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται από την πρόθεσή του, όπου η πρόθεση αυτή αποτελεί μια λειτουργία της «στάσης απέναντι στην συμπεριφορά» (δηλ. το γενικότερο αίσθημα αρέσκειας ή δυσαρέσκειας για αυτήν την συμπεριφορά) και ένα «υποκειμενικό στερεότυπο», (δηλ. η γνώμη που σχηματίζουν οι άλλοι άνθρωποι όταν αμφισβητούν μια τέτοια συμπεριφορά) (Fishbein & Ajzen, 1975. Chang, 1998). Επίσης, οι προθέσεις που έχει το άτομο προκειμένου να εκδηλώσει μια συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν και από τις στερεοτυπικές κοινωνικές πεποιθήσεις τις οποίες ήδη κατέχει δηλ. τα αντιληπτά κοινωνικά στερεότυπα (Hawkins, Best & Coney, 2001). Η θεωρία έλλογης δράσης σχετίζεται με τη λογική, εκούσια και συστηματική συμπεριφορά (Fishbein & Ajzen, 1975. Chang, 1998), δηλ. τη συμπεριφορά πάνω στην οποία το άτομο έχει έλεγχο (Thompson, Haziris & Alekos, 1994). Σε σύγκριση με τη θεωρία της έλλογης δράσης, η θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς έχει επιπλέον τον ‘αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς’, ως έναν προσδιοριστικό παράγοντα πρόθεσης της συμπεριφοράς, δηλαδή αναφέρεται στην αντίληψή του κατά πόσο εύκολη ή δύσκολη είναι η πραγματοποίηση μιας συμπεριφοράς (Conner & Sparks, 1996). Ωστόσο ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς έχει άμεσα και έμμεσα αποτελέσματα (λόγω της πρόθεσης). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση ανάμεσα στις συναισθηματικές και γνωστικές στάσεις του ατόμου σε σχέση με τις συμπεριφορές του, θεωρώντας δεδομένη την ύπαρξη συναισθηματικών παραμέτρων (Lawton, Parker, Manstead, 1996). Οι γνωστικές στάσεις σχετίζονται με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συμπεριφοράς. Οι συναισθηματικές

στάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα που σχετίζονται με την συμπεριφορά. Σε αυτή τη μελέτη, οι γνωστικές και οι συναισθηματικές στάσεις, μετρήθηκαν ξεχωριστά (Lajunen & Rasanen, 2004). Από τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς είναι μια επέκταση της θεωρίας της έλλογης δράσης. (όπως παρουσιάζονται στο Hansen, Jensen & Solgaard, 2004).

Γ) Θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Αν και είναι δύσκολο να εντοπιστούν οι ακριβείς ρίζες της, η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, απεικονίζοντας τον συνδυασμό ατομικής γνώσης και εμπειριών, φαίνεται να έχει εισαχθεί αρχικά από τον Rotter (1960) και αργότερα να επεκτάθηκε από τον Bandura (1968,1977). Η υποκείμενη υπόθεση της Θεωρίας είναι ότι η συμπεριφορά προκύπτει τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από τις καταστάσεις. Μέσω του προτύπου της κοινωνικής μάθησης, η «αμοιβαία αιτιοκρατία» είναι μια διαδικασία που προάγει τη μάθηση μέσα απ' την αλληλεπίδραση μεταξύ της ατομικής νόησης, του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς. Ο Bandura ανέπτυξε ένα πρότυπο 4 βημάτων συνδυάζοντας τη γνωστική και τη λειτουργική πλευρά της μάθησης. Στην πραγματικότητα, το άτομο παρατηρεί κάτι στο περιβάλλον, θυμάται το αντικείμενο που παρατήρησε, παράγει μια συμπεριφορά και στη συνέχεια, το περιβάλλον ανταποκρίνεται με ένα επακόλουθο γεγονός (αποτέλεσμα). Όταν το αποτέλεσμα είναι η ανταμοιβή τότε η συμπεριφορά θα επαναληφθεί, ενώ όταν το αποτέλεσμα είναι η τιμωρία τότε η συμπεριφορά δεν θα επαναληφθεί. Η περαιτέρω ανάλυση του Bandura (1977) είναι ότι οι συνέπειες μαθαίνονται μέσω της υποκατάστασης διαμορφώνοντας τελικά συμπεριφορές. Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης είναι πολύ σημαντική γιατί περιγράφει εκείνες τις μεταβλητές που προβλέπουν μία συμπεριφορά και τους τρόπους παρέμβασης προκειμένου να τροποποιηθεί μία δυσλειτουργική συμπεριφορά και να υιοθετηθεί μία νέα πιο θετική. (όπως παρουσιάζονται στο Crittenden, 2005)

Δ) Θεωρία των σταδίων αλλαγής

Η θεωρία των σταδίων αλλαγής ή αλλιώς διαθεωρητικό μοντέλο αναπτύχθηκε από τους Prochaska & DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1984. Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) και υποστηρίζει ότι προκειμένου το άτομο να αποκτήσει μία νέα συμπεριφορά ή να αλλάξει μία άλλη ακολουθεί τα παρακάτω

στάδια : α) *αρχικό στάδιο πριν τον προβληματισμό*, κατά το οποίο το άτομο δεν έχει ή δεν γνωρίζει κάποιο κίνητρο για να αλλάξει μία συμπεριφορά ή να υιοθετήσει μία νέα, β) *φάση προβληματισμού*, όπου το άτομο αρχίζει να υπολογίζει τα κέρδη ή τα εμπόδια της δράσης, γ) *προετοιμασία*, όπου το άτομο συνδυάζει την πρόθεση με την συμπεριφορά που θέλει να αλλάξει ή να αποκτήσει, δ) *δράση*, όπου το άτομο κάνει αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο ζωής του, υιοθετώντας ουσιαστικά την νέα συμπεριφορά και ε) *διατήρηση*, όπου το άτομο έχει μάθει πια τόσο καλά τη νέα συμπεριφορά που την εκτελεί αυτόματα πια χωρίς κάποια προσπάθεια και αυτό έχει διάρκεια στο χρόνο. Ωστόσο η κριτική που δέχθηκε αυτό το μοντέλο είναι ότι δεν συμμερίζεται καθόλου τα συναισθήματα του ατόμου, έναν πολύ ουσιαστικό παράγοντα. (όπως παρουσιάζονται στο Καραδήμας, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να βρεθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας που είναι (όπως αναφέρθηκε παραπάνω) : ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια, η προσήνεια, η συνέπεια και η δεκτικότητα στις νέες εμπειρίες, με τις επτά διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια που είναι: το χρονοδιάγραμμα, οι συνέπειες της ασθένειας, ο προσωπικός έλεγχος, ο έλεγχος στη θεραπεία, η συνοχή, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα και οι συναισθηματικές εκφράσεις. Οι υποθέσεις μας με βάση την βιβλιογραφία μας είναι ότι ο νευρωτισμός έχει θετική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας και τις συναισθηματικές εκφράσεις και αρνητική συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας. Η εξωστρέφεια μπορεί να έχει θετική συσχέτιση με την συνοχή της ασθένειας και αρνητική συσχέτιση με τις συναισθηματικές εκφράσεις, και τις συνέπειες της ασθένειας. Η προσήνεια μπορεί να έχει θετική συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας και αρνητική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας και τις συναισθηματικές εκφράσεις. Η συνέπεια στον χαρακτήρα μπορεί να έχει θετική συσχέτιση με τον έλεγχο θεραπείας, τον προσωπικό έλεγχο και την συνοχή της ασθένειας. Τέλος η δεκτικότητα στις νέες εμπειρίες μπορεί να έχει θετική συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο, τον έλεγχο της θεραπείας και αρνητική συσχέτιση με το χρονοδιάγραμμα. Η αιτιολόγηση και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας δίνεται παρακάτω(στη ‘Συζήτηση’).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΣ

A) Το Δείγμα (Συμμετέχοντες)

Στην έρευνά μας αρχικά απευθυνθήκαμε σε 159 ασθενείς. Ωστόσο αρνήθηκαν τη συμμετοχή 19 και αποχώρησαν αν και συμμετείχαν στην πρώτη φάση 8. Έτσι, το τελικό δείγμα ήταν 132 άτομα. Το δείγμα συγκεντρώθηκε από το νοσοκομείο και το ΚΑΠΗ Ρεθύμνου. Το δείγμα μας συμπλήρωσε τρία ερωτηματολόγια σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές με διαφορά 20 με 30 ημερών η καθεμία από την προηγούμενη. Σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπλήρωσαν από μόνοι τους οι ασθενείς, όπου όμως αυτό δεν ήταν δυνατό τα στοιχεία λήφθηκαν μέσω συνέντευξης. Απ' το δείγμα μας οι 90 ήταν άντρες και οι 42 γυναίκες, ηλικίας από 41 έως 75 ετών. Οι 6 απ αυτούς δεν είχαν τελειώσει το Δημοτικό, οι 42 είχαν απολυτήριο Δημοτικού, οι 17 είχαν απολυτήριο Γυμνασίου, οι 28 είχαν απολυτήριο Λυκείου, οι 9 είχαν τελειώσει ανάλογες σχολές, οι 4 είχαν Πτυχίο ΤΕΙ, οι 23 είχαν πτυχίο ΑΕΙ και τέλος οι 3 είχαν κάνει κάποιο Μεταπτυχιακό.

B) Εργαλεία

Στη Πρώτη φάση της διαδικασίας στο πρώτο ερωτηματολόγιο που χορηγήσαμε μετρήσαμε σωματικές ενοχλήσεις ή συμπτώματα, στο δεύτερο ερωτηματολόγιο μετρήσαμε συναισθήματα, στο τρίτο και τέταρτο κοινωνική υποστήριξη και στο πέμπτο στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου.

Στη Δεύτερη φάση της διαδικασίας που χορηγήσαμε νέο ερωτηματολόγιο μετρούσαμε σωματικά συμπτώματα, αντιλήψεις για την ασθένειά τους, και πιθανά αίτια σύμφωνα με τη δική τους άποψη.

Στη Τρίτη φάση της διαδικασίας στο πρώτο ερωτηματολόγιο μετρήσαμε ξανά σωματικές ενοχλήσεις ή συμπτώματα, στο δεύτερο ερωτηματολόγιο μετρήσαμε ξανά συναισθήματα και στο τρίτο ερωτηματολόγιο μετρήσαμε καθημερινές συνήθειες όπως για παράδειγμα εάν γυμνάζονται και πόσο πολύ ή συχνά, εάν καπνίζουν και πόσο, τι τρώνε κ.λ.π.

Αναλυτικότερα για την αξιολόγηση της προσωπικότητας χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο TPQue5 (Tsaousis & Kerpelis, 2004) το οποίο αξιολογεί την προσωπικότητα σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων ή αλλιώς “Big Five” της προσωπικότητας και είναι βασισμένο σε ελληνικά δεδομένα. Συγκεκριμένα

καθένας απ' τους πέντε παράγοντες περιλαμβάνει 15 θέματα: α) νευρωτισμός (π.χ., Είμαι άτομο που αγχώνεται πολύ εύκολα. Cronbach's $\alpha = 0,83$), β) εξωστρέφεια (π.χ., Είμαι πολύ δραστήριο και ζωντανό άτομο. Cronbach's $\alpha = 0,77$), γ) προσήνεια (π.χ., Όταν κάποιος έχει ανάγκη, πάντοτε τον βοηθώ. Cronbach's $\alpha = 0,82$), δ) συνέπεια (π.χ., Συνήθως τελειώνω οτιδήποτε αρχίζω. Cronbach's $\alpha = 0,78$) και ε) δεκτικότητα σε εμπειρίες (π.χ., Ενδιαφέρομαι για όλες τις μορφές τέχνης. Cronbach's $\alpha = 0,53$). Η υψηλότερη τιμή σε κάθε κλίμακα δείχνει υψηλότερα επίπεδα του αντίστοιχου χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, δηλαδή στη δική μας έρευνα είναι ο νευρωτισμός και η προσήνεια.

Τέλος οι αντιλήψεις για την ασθένεια εκτιμήθηκαν σύμφωνα με το Βελτιωμένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (IPQ-R. Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne & Cameron, 2002). Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αυτού αποκτήθηκε μέσω της ιστοσελίδας (<http://www.uib.no/ipq/index.html>). Οι ερωτήσεις προσαρμόστηκαν κατάλληλα έτσι ώστε να αναφέρονται σε καρδιακά προβλήματα. Επίσης η ελληνική έκδοση χρησιμοποιεί την ίδια δομή και τις ίδιες ερωτήσεις για κάθε παράμετρο / κατεύθυνση με την αρχική κλίμακα. Αναλυτικότερα εκτιμήσαμε 7 διαστάσεις αντίληψης για την ασθένεια που συμπεριελήφθησαν στο IPQ-R και οι οποίες είναι : α) το χρονοδιάγραμμα οξείας/χρόνιας ασθένειας (δηλαδή τις πεποιθήσεις του ατόμου ότι η ασθένεια θα διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα), β) τις συνέπειες (δηλαδή τις πιθανές συνέπειες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας ή την ασθένεια), γ) τον προσωπικό έλεγχο (δηλαδή εκτιμήσεις του ατόμου για τον βαθμό με τον οποίο ασκεί προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια), δ) θεραπεία ελέγχου (δηλαδή εκτιμήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας), ε) τη συνοχή ως προς την ασθένεια (δηλαδή την ικανότητα του ασθενούς να κατανοήσει την ασθένειά του), στ) το κυκλικό χρονοδιάγραμμα (δηλαδή τις πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με την προβλεψιμότητα και την ποικιλομορφία της ασθένειας) και τέλος ζ) τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις (δηλαδή ο βαθμός της συναισθηματικής επίδρασης που ασκεί η ασθένεια στον ασθενή). Για να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο, οι ερωτώμενοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα Likert των 5 βαθμίδων, η οποία κυμαινόταν από το 1 (διαφωνώ έντονα) έως το 5 (συμφωνώ έντονα). Οι συντελεστές αξιοπιστίας κυμαίνονταν από 0,70 έως 0,89. Οι μέσες τιμές υπολογίστηκαν ξεχωριστά για κάθε υποκλίμακα IPQ-R.

Γ) Διαδικασία

Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες που είχαν κάποιο πρόβλημα με την καρδιά τους από απλή πίεση μέχρι και κάποιο σοβαρό νόσημα, στο χώρο του Νοσοκομείου Ρεθύμνου και στα ΚΑΠΗ Ρεθύμνου. Στην πρώτη φάση χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία είτε συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς, είτε λήφθηκαν σε μορφή συνέντευξης. Από κάθε ασθενή πήραμε κάποιο τηλέφωνο επικοινωνίας έτσι ώστε να μπορούμε να τους βρούμε για την δεύτερη και τρίτη φάση της έρευνας μας. Μετά από 20 με 30 μέρες από την πρώτη φάση, ήρθαμε σε επαφή με τους ίδιους ασθενείς και τους χορηγήσαμε άλλα ερωτηματολόγια τα οποία και πάλι είτε συμπλήρωσαν οι ίδιοι, είτε συμπληρώθηκαν από μας μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης. Τέλος στην τρίτη φάση που συνέβη 20 με 30 μέρες από τη δεύτερη επαναλάβαμε την ίδια διαδικασία με άλλα ερωτηματολόγια.

Οι ασθενείς ενημερώθηκαν εξ αρχής ότι η συμμετοχή τους είναι απολύτως εθελοντική και είναι απαραίτητο να συμμετέχουν και στις τρεις φάσεις προκειμένου να έχουμε ολοκληρωμένα στοιχεία για τους σκοπούς της έρευνά μας. Επίσης ενημερώθηκαν ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα παραμείνουν απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τους ερευνητές για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς.

Τέλος οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια αυτά μετρούν γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις ασθενών με καρδιοπάθεια και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας τους. Στόχος της έρευνας είναι να κατανοήσουμε πώς οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται έτσι ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας γενικότερα. Μέσα από αυτή την γνώση θα μπορούσαμε να κατανοήσουμε καλύτερα την προσαρμογή των καρδιολογικών ασθενών αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξης.

4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως ανέφερα και παραπάνω το τελικό δείγμα μας ήταν 132 άτομα, απ τα οποία τα 90 ήταν άντρες και τα 42 ήταν γυναίκες. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα διάφορα στοιχεία εκπαίδευσης των ασθενών.

Πίνακας 1

Εκπαίδευση και συνολικός αριθμός ατόμων

Εκπαίδευση	Αριθμός ατόμων
Τάξεις Δημοτικού	06
Δημοτικό	42
Τριτάξιο Γυμνάσιο	17
Λύκειο	28
Ανάλογες Σχολές	09
ΤΕΙ	04
ΑΕΙ	23
Μεταπτυχιακός Τίτλος	03

Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα διάφορα καρδιακά προβλήματα και το σύνολο των ασθενών στην κάθε ασθένεια.

Πίνακας 2

Ασθένεια και συνολικός αριθμός ατόμων

Καρδιακό πρόβλημα	Αριθμός ατόμων
Πίεση	20
Αρρυθμία	20
Ανεπάρκεια	15
Στεφανιαία νόσος-έμφραγμα	77

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 2 απ τα 132 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας, τα 20 είχαν αρτηριακή πίεση, τα 20 εμφάνιζαν αρρυθμίες, μαρμαρυγή, ταχυκαρδία, τα 15 είχαν ανεπάρκεια βαλβίδας, και τα 77 εμφάνιζαν στεφανιαία νόσο, στένωση βαλβίδας, ανεύρισμα ή έμφραγμα.

Παρακάτω ακολουθεί ένας ακόμα αναλυτικός πίνακας με τους δείκτες συσχέτισης όλων των μεταβλητών της έρευνάς μας.

Πίνακας 3

Δείκτης Συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της Έρευνας (N=132)

	Νευ/ς	Εξ/α	Πρ/α	Συν/α	Δεκ/α	Χρον/μα	Συν/ς	Προσ. έλ.	Έλ.θερ.	Συν/η.	Κυκ.Χρ.	Συν. Εκ
Νευρωτισμός	1											
Εξωστρέφεια	-,41**	1										
Προσήνεια	-,30**	,19*	1									
Συνέπεια	-,78	,21*	,30**	1								
Δεκτικότητα	-,11	,28*	-,14	-,08	1							
Χρονοδιάγρ/α	,14	-,24**	,10	,11	-,28**	1						
Συνέπειες	,21*	-,25**	-,26**	-,16	-,08	,26**	1					
Προσ. Έλεγ.	-,36**	,14	,26**	,10	,08	,05	-,28**	1				
Έλ. Θερ.	-,18*	,11	,35*	,25*	-,02	,13	-,37**	,64**	1			
Συνοχή	,009	,18*	,15	,27**	-,05	,17*	-,22**	,17*	,39**	1		
Κυκλικό. χρο.	,13	-,19*	-,08	,03	-,13	-,06	,31**	-,06	,05	-,15	1	
Συν. Εκφ.	,36**	-,38**	-,18*	-,16	-,04	,17*	,48**	-,18*	-,25**	-,28**	,32**	1

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 3 έγινε συσχέτιση μεταξύ των πέντε παραγόντων προσωπικότητας και των 7 διαστάσεων αντίληψεων της ασθένειας. Όσον αφορά τους πέντε παράγοντες προσωπικότητας μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ **νευρωτισμού** και εξωστρέφειας, προσήνειας, προσωπικού ελέγχου και ελέγχου θεραπείας. Ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του νευρωτισμού και των συνεπειών της ασθένειας και της συναισθηματικής έκφρασης. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ **εξωστρέφειας** και προσήνειας, συνέπειας, δεκτικότητας και συνοχής και αρνητική συσχέτιση με νευρωτισμό, χρονοδιάγραμμα, συνέπειες ασθένειας, κυκλικό χρονοδιάγραμμα και συναισθηματική έκφραση. Η **προσήνεια** έχει θετική συσχέτιση με εξωστρέφεια, συνέπεια, προσωπικό έλεγχο, έλεγχο θεραπείας και αρνητική συσχέτιση με νευρωτισμό, συνέπειες ασθένειας και συναισθηματική έκφραση. Η **συνέπεια** έχει θετική συσχέτιση με εξωστρέφεια, έλεγχο

θεραπείας και συνοχή. Και τέλος η **δεκτικότητα** έχει θετική συσχέτιση με εξωστρέφεια και αρνητική συσχέτιση με το χρονοδιάγραμμα.

Όσον αφορά τις 7 διαστάσεις των αντιλήψεων για ασθένεια το **χρονοδιάγραμμα** έχει θετική συσχέτιση με συνέπειες ασθένειας, συνοχή και συναισθηματική έκφραση και αρνητική συσχέτιση με εξωστρέφεια και δεκτικότητα. Οι **συνέπειες της ασθένειας** έχουν αρνητική συσχέτιση με εξωστρέφεια, προσήνεια, προσωπικό έλεγχο, έλεγχο θεραπείας, συνοχή της ασθένειας και θετική συσχέτιση με νευρωτισμό, χρονοδιάγραμμα, κυκλικό χρονοδιάγραμμα και συναισθηματικές εκφράσεις. Ο **προσωπικός έλεγχος** έχει θετική συσχέτιση με προσήνεια, έλεγχο θεραπείας και συνοχή και αρνητική συσχέτιση με νευρωτισμό, συνέπειες ασθένειας και συναισθηματική έκφραση. Ο **έλεγχος θεραπείας** έχει θετική συσχέτιση με προσήνεια, συνέπεια, προσωπικό έλεγχο και συνοχή και αρνητική συσχέτιση με νευρωτισμό, συνέπειες ασθένειας και συναισθηματική έκφραση. Η **συνοχή** έχει αρνητική συσχέτιση με συνέπειες ασθένειας και συναισθηματική έκφραση και θετική συσχέτιση με εξωστρέφεια, συνέπεια, προσωπικό έλεγχο, έλεγχο θεραπείας και χρονοδιάγραμμα. Το **κυκλικό χρονοδιάγραμμα** έχει αρνητική συσχέτιση με εξωστρέφεια και θετική συσχέτιση με συνέπειες ασθένειας και συναισθηματική έκφραση. Τέλος οι **συναισθηματικές αναπαραστάσεις** έχουν θετική συσχέτιση με νευρωτισμό, συνέπειες ασθένειας, χρονοδιάγραμμα και κυκλικό χρονοδιάγραμμα και αρνητική συσχέτιση με εξωστρέφεια, προσήνεια, προσωπικό έλεγχο, έλεγχο θεραπείας και συνοχή. Σε όλες τις συσχετίσεις ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας ήταν είτε $p < 0,001$ είτε $p < 0,05$ που σημαίνει ότι η πιθανότητα να έχει γίνει λάθος στις μετρήσεις μας είναι είτε μικρότερη του 0,1% είτε μικρότερη του 5% αντίστοιχα.

4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τα αποτελέσματα που βγάλαμε από την έρευνά μας μπορούμε να πούμε ότι τα νευρωτικά άτομα πιθανόν δεν είναι εξωστρεφή και αρεστά στους τρίτους κάτι το οποίο φαίνεται πολύ λογικό. Ασκούν χαμηλό προσωπικό έλεγχο στην ασθένειά τους και δεν πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας που τους έχει χορηγηθεί κάτι που μπορεί να σημαίνει ότι δεν είναι συνεπή με την φαρμακευτική αγωγή που παίρνουν και δεν προσέχουν γενικότερα με αποτέλεσμα να υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να επιδεινωθεί η κατάστασή τους. Επίσης στο νευρωτικό άτομο μπορεί να εμφανιστούν οι συνέπειες της ασθένειας καθώς εμφανίζει θετική συσχέτιση και να εκφράσει τα συναισθήματά του που σχετίζονται με την ασθένειά του, κάτι που πιθανόν αιτιολογεί ή εξηγεί το ότι είναι νευρωτικό. Συνεπώς όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις μας και είναι σημαντικά καθώς μπορούμε να προβλέψουμε ότι σ' ένα νευρωτικό άτομο είναι αυξημένες οι πιθανότητες να εκδηλωθεί ένα καρδιολογικό πρόβλημα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία μας.

Το εξωστρεφές άτομο με βάση τα αποτελέσματά μας, μπορεί να είναι αρεστό στους άλλους, να είναι συνεπή στις υποχρεώσεις του, να είναι ανοικτό στις νέες εμπειρίες και να εμφανίζει θετική συσχέτιση με την συνοχή-σειρά της ασθένειας κάτι που σημαίνει ότι εφόσον είναι συνεπές άτομο πιθανόν να ακολουθεί πιστά την φαρμακευτική του αγωγή και εφόσον είναι ανοικτό στις νέες εμπειρίες πιθανόν να αποδεχτεί μια νέα εμπειρία όπως αυτή ενός προβλήματος υγείας με μεγαλύτερη ανοχή, δυναμισμό και ψυχραιμία και άρα και γι αυτούς τους λόγους η ασθένεια πιθανόν να εμφανίζει μια συνοχή. Απ την άλλη το άτομο αυτό εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τον νευρωτισμό δηλαδή συνήθως τα εξωστρεφή άτομα δεν είναι νευρωτικά. Εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας δηλαδή πιθανόν να είναι μικρότερες οι πιθανότητες να εμφανίσει σοβαρά συμπτώματα ή ακόμα και τον θάνατο λόγω ενός καρδιολογικού προβλήματος. Αν και εξωστρεφές πιθανόν να μην εκφράζει τα συναισθήματα που σχετίζονται με την ασθένειά του, και εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας δηλαδή πιθανόν δεν πιστεύει ότι η ασθένειά του θα διαρκέσει για πολύ. Και πάλι όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις μας και μας βοηθούν να κατανοήσουμε πως ίσως είναι καλό να είναι εξωστρεφές ένα άτομο καθώς η ασθένεια μπορεί να έχει μία συνοχή και άρα να μπορεί να προβλεφθεί η πορεία της, όμως θα πρέπει να εκφράζει τα

συναισθήματα που σχετίζονται με την ασθένειά του , πιθανόν σε κάποιον ειδικό, προκειμένου να αποφορτίζεται το ίδιο και να αισθάνεται πιο καλά.

Τα άτομα που είναι αρεστά στους άλλους μπορεί να είναι και συνεπή ως χαρακτήρες κάτι που μπορεί να είναι θετικό για την υγεία τους καθώς μπορεί να είναι συνεπή στη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθούν ή γενικά στις συμπεριφορές υγείας που τους έχει συστήσει ο γιατρός τους. Μπορεί να έχουν τον προσωπικό έλεγχο στην ασθένειά τους κάτι που είναι πολύ θετικό για την πορεία της και τον έλεγχο της θεραπείας τους δηλαδή πιθανόν να πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας που κάνουν και άρα να την ακολουθούν πιστά. Εμφανίζουν όμως αρνητική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας άρα πιθανόν μειωμένη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα ή ακόμα και θάνατο λόγω καρδιολογικού προβλήματος κάτι που είναι πολύ θετικό και αρνητική συσχέτιση με την έκφραση των συναισθημάτων τους που αφορούν την ασθένειά τους κάτι που όμως είναι σχετικά κακό γιατί όπως είπαμε και παραπάνω είναι καλό να μιλούν για το πρόβλημά τους προκειμένου να αποφορτίζονται συναισθηματικά. Όλα τα παραπάνω και πάλι επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις μας και είναι σημαντικά καθώς μας πληροφορούν ότι τα αγαπητά σε τρίτους άτομα πιθανόν λόγω της μεγαλύτερης αυτοπεποίθησης που έχουν να μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα ένα πρόβλημα υγείας και να έχουν τον έλεγχό της ασθένειάς τους.

Με τη σειρά τους τα συνεπή-τυπικά άτομα εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τον έλεγχο της θεραπείας κάτι που σημαίνει ότι πιθανόν να πιστεύουν στην αποτελεσματικότητά της και άρα να την τηρούν πιστά. Εμφανίζουν θετική συσχέτιση και με την συνοχή-σειρά της ασθένειας κάτι που μπορεί να σημαίνει ότι θα μπορεί να προβλεφθεί με μεγαλύτερη ευκολία η πορεία της. Βλέπουμε ότι και εδώ οι υποθέσεις μας επιβεβαιώνονται και μας πληροφορούν ότι οι συνεπείς χαρακτήρες μπορεί να εμφανίζουν μια θετική έκβαση της πορείας της ασθένειά τους καθώς είναι τυπικοί και συνεπείς με την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν.

Τέλος τα άτομα που είναι ανοικτά στις νέες εμπειρίες εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας κάτι που σημαίνει ότι πιθανόν δεν πιστεύουν ότι η ασθένειά τους θα διαρκέσει πολύ. Αυτό είναι θετικό γιατί αποτελεί μια αισιόδοξη σκέψη και μας πληροφορεί ότι είναι καλό τα άτομα να είναι ανοικτά στις νέες εμπειρίες καθώς πιθανόν να μπορούν να αποδεχτούν καλύτερα το

ενδεχόμενο μιας σοβαρής ασθένειας όπως είναι ένα καρδιολογικό πρόβλημα. Και πάλι εδώ επιβεβαιώνονται οι υποθέσεις της θεωρίας μας.

Μέχρι τώρα με βάση την έρευνά μας αναλύσαμε τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας σε συσχέτιση τόσο μεταξύ τους όσο και με τις επτά διαστάσεις αντιλήψεων για την ασθένεια. Στην συνέχεια θα αναλύσουμε τις επτά διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια.

Σχετικά λοιπόν με τις επτά διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια μπορούμε να πούμε ότι :

α) το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας εμφανίζει θετική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας δηλαδή εάν ο ασθενής πιστεύει ότι η ασθένεια του διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα τότε είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν οι συνέπειες της ασθένειας και η ασθένεια πιθανό να έχει μια συνοχή-σειρά και είναι πολύ πιθανόν τότε ο ασθενής να εμφανίσει συναισθηματικές εκφράσεις που σχετίζονται με την ασθένειά του. Κάτι που φαίνεται πολύ λογικό και σημαίνει πως όσο περισσότερο διαρκεί μία ασθένεια τόσο μεγαλύτερη συναισθηματική επίδραση έχει στον ασθενή, και τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανιστούν οι συνέπειες της ασθένειας στην πιο σοβαρή της μορφή, και σαφώς επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις της θεωρίας μας και της βιβλιογραφίας.

β) οι συνέπειες της ασθένειας εμφανίζουν θετική συσχέτιση με το κυκλικό χρονοδιάγραμμα και με τις συναισθηματικές εκφράσεις κάτι που πιθανό να σημαίνει ότι όσο σοβαρότερες είναι οι συνέπειες της ασθένειας τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εκφράσει τα αρνητικά του συναισθήματα το άτομο, και άρα μεγαλύτερη πιθανότητα να ασκήσει συναισθηματική επίδραση στον ασθενή η ασθένειά. Ωστόσο οι συνέπειες της ασθένειας εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο που έχει το άτομο στο πρόβλημά του κάτι που ίσως δείχνει ότι όσο σοβαρότερες είναι οι συνέπειες μιας ασθένειας τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να χάσει τον προσωπικό του έλεγχο το άτομο. Επίσης εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τον έλεγχο της θεραπείας κάτι που ίσως να σημαίνει οτι όσο επιδεινώνεται η αρρώστια τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα το άτομο να μην πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τέλος είναι πολύ πιθανό η ασθένεια να μην εμφανίσει συνοχή. Όλα τα παραπάνω επίσης υποστηρίζουν την θεωρία μας και μας πληροφορούν ότι όσο σοβαρότερη είναι μία ασθένεια ή τα συμπτώματά της τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα το άτομο να χάσει τον προσωπικό του έλεγχο, να μην

πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, και η ασθένεια να μην εμφανίζει μια συνοχή.

γ) Εάν το άτομο έχει προσωπικό έλεγχο της ασθένειάς του τότε είναι πολύ πιθανό να πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του και άρα θα είναι μεγαλύτερες οι πιθανότητες να την τηρεί και είναι πολύ πιθανό η ασθένεια να εμφανίσει μία συνοχή-σειρά κάτι που ίσως να σημαίνει ότι εάν το άτομο έχει τον προσωπικό έλεγχο της κατάστασής του και είναι συνεπές με την φαρμακευτική του αγωγή τότε είναι πολύ πιθανό η ασθένεια να έχει μια συνοχή και να μπορεί το άτομο να την κατανοήσει καλύτερα. Όμως το άτομο με προσωπικό έλεγχο της ασθένειάς του εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις συναισθηματικές εκφράσεις δηλαδή είναι πιθανό να μην ασκεί συναισθηματική επίδραση η ασθένεια πάνω του κάτι που επίσης είναι σύμφωνο με την θεωρία μας και μας πληροφορεί ότι το άτομο με προσωπικό έλεγχο πιθανόν να χειρίζεται καλύτερα το πρόβλημά του και πιστεύοντας στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του μπορεί να είναι συνεπές με την αγωγή που του έχει χορηγηθεί και η ασθένεια πιθανόν να έχει μια συνοχή σ αυτήν την περίπτωση και άρα είναι πολύ πιθανό να μην ασκεί συναισθηματική επίδραση πάνω στο άτομο αυτό.

δ) Σχετικά με τον έλεγχο της θεραπείας δηλαδή εάν το άτομο πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας τότε είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζει η ασθένεια μία συνοχή κάτι που είναι πολύ λογικό εφόσον το άτομο θα ακολουθεί την θεραπεία του. Όμως ο έλεγχος της θεραπείας εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις συναισθηματικές εκφράσεις κάτι που επίσης είναι πολύ λογικό και συμφωνεί με την θεωρία μας γιατί είναι πιθανό εάν το άτομο πιστεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του τότε να ασκεί λιγότερη συναισθηματική επίδραση η ασθένεια πάνω του εφόσον θα πιστεύει ότι μπορεί και να θεραπευτεί.

ε) Εάν η ασθένεια εμφανίζει μια συνοχή-σειρά τότε είναι πολύ πιθανό να μην ασκεί συναισθηματική επίδραση πάνω στο άτομο κάτι που ίσως μας δείχνει ότι το άτομο μπορεί να κατανοήσει καλύτερα την ασθένειά του και άρα αυτό δεν θα τον επηρεάζει και τόσο συναισθηματικά.

στ) Τέλος το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της ασθένειας εμφανίζει θετική συσχέτιση με τις συναισθηματικές εκφράσεις κάτι που πιθανόν να δείχνει ότι όσο περισσότερο το άτομο πιστεύει ότι η ασθένειά του θα εμφανίζει μια ποικιλομορφία και διάρκεια τόσο

η ασθένεια θα ασκεί συναισθηματική επίδραση στον ασθενή κάτι που επίσης είναι σύμφωνο με την θεωρία μας καθώς πιθανόν να δείχνει πως όσο το άτομο έχει αρνητικές σκέψεις για την διάρκεια, προβλεψιμότητα και ποικιλομορφία της ασθένειάς του τόσο αυτό θα επηρεάζει την συναισθηματική του κατάσταση αρνητικά.

Σε γενικές γραμμές λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν από την έρευνά μας και τα αποτελέσματά μας συμφώνησαν με την θεωρία μας. Όμως δεν θα ήταν σωστό να τα γενικεύαμε σε ολόκληρο τον πληθυσμό καθώς το δείγμα μας είναι μέτριου μεγέθους (N=132), είναι από μια μόνο πόλη της Ελλάδας και όχι από διάφορες περιοχές και βασίστηκε μόνο σε ερωτηματολόγια χωρίς να γίνει χρήση και σε άλλες μεθόδους όπως θα μπορούσε να είναι ιατρικές γνωματεύσεις, πληροφορίες για τους ασθενείς από συγγενείς ή οικογένεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είδαμε τόσο μέσα από τη θεωρία όσο και μέσα από την ποσοτική έρευνα που κάναμε ότι οι συμπεριφορές που θα υιοθετήσει τελικά το άτομο και σχετίζονται με την υγεία εξαρτώνται από ποικίλους παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με την προσωπικότητά του όσο και με εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον του. Με τον ίδιο τρόπο αναπτύσσονται και διαμορφώνονται οι αντιλήψεις υγείας, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.

Αυτό που θα πρέπει να έχουμε κατά νου είναι ότι τα μοντέλα που εξετάσαμε είναι θεωρητικά και γι αυτό ενέχουν περιορισμούς καθώς δεν μπορούν να προβλέψουν το σύνολο των ατομικών προσεγγίσεων της ασθένειας και των συμπεριφορών υγείας. Ωστόσο είναι χρήσιμα εργαλεία για την κατανόηση τόσο του νοήματος της ασθένειας όσο και των προσωπικών αντιδράσεων σε αυτή.

Από την άλλη τόσο τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε όσο οι έννοιες και οι ορισμοί που έχουν προκύψει από άπειρες μελέτες και έρευνες μας βοηθούν να κατανοήσουμε τις σχέσεις ανάμεσα στην προσωπικότητα, στις αντιλήψεις για την ασθένεια και τις συμπεριφορές υγείας που τελικά θα υιοθετήσει το άτομο που πάσχει από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα.

Συμπερασματικά λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι σαφώς η έρευνα που κάναμε μας έδωσε πολλές πληροφορίες σχετικά με τα καρδιοπαθή άτομα και τα άτομα που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα όμως τα αποτελέσματά μας δεν μπορούμε να τα γενικεύσουμε στον πληθυσμό γιατί όπως είδαμε υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Anderson, T., & Leitner, L. M. (1996). Symptomatology and the use of affect constructs to influence value and behavior constructs. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 77–83.
- Aspinwall, L.G., & Brunhart, S.M. (2000). What I do know won't hurt me: Optimism, attention to negative information, coping, and health. In J.E. Gillham (ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (pp. 163–200). Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417–436.
- Bandura, A. (1968). A social learning interpretation of psychological dysfunctions. In: Longon, D., Rosenham, D. (Eds). *Foundations of abnormal psychology* (p. 293-344). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Bankier, B., & Littman, A. B. (2002). Psychiatric disorders and coronary heart disease in women – A still neglected topic : Review of the literature from 1971 to 2000. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 133-140.
- Baumann, L., Cameron, L., Zimmerman, R., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology, 8*, 449-470.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles Slack.

Becker, M. H., Haefner, D. P., & Maiman, L. A. (1977). The Health Belief Model in the prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behaviour, 18*, 348–366.

Block, J. H., & Block, J. (1981). The role of ego control and ego resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognitive, affect and social relations: The Minnesota symposium in child psychology* (pp. 39-101). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease : A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 343-362.

Brucea, J.M., & Lynch, S.G.(2011). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 70*, 479-485.

Buchanan, G.M., & Seligman, M.E.P. (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Chang, M. K. (1998). Predicting unethical behavior: a comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *Journal of Business Ethics, 17*, 1825–1834.

Christensen, A.J., and Smith, T.W. (1995). , Personality and Patient Adherence: Correlates of the Five-Factor Model in Renal Dialysis. *Journal of Behavioral Medicine, 18*, 1-9.

Christensen, A.J., Shawna, L., Ehlers, J.S., Moran, P. J., Raichle, K., Ferneyhough, K., and Lawton, W.L. (2002). Patient Personality and Mortality: A 4-Year Prospective Examination of Chronic Renal Insufficiency. *Health Psychology, 21*, 315-320.

- Conley, J. J. (1985). Longitudinal stability of personality traits: A multitrait-multimethod-multioccasion analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1266-1282.
- Cooper, A., Loyd, G. S., Weinman, J., & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82, 234–236.
- Conner, M., & Sparks, P. (1996). The Theory of Planned Behaviour and health behaviours. In M. Conner, & P. Norman (Eds.). *Predicting health behaviour* (pp. 121– 162). Buckingham: Open University Press.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. P. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual* Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. P. (1992). *NEO-PI-R: Professional Manual* Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. P. (1994-a). “Set like plaster?” Evidence for the stability of adult personality. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp.21-40). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. P. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In C.F. Halverson, Jr., G.A. Kohnstamm & Roy P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp.139-155). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (Eds.) (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Crittenden, W. F. (2005). A social learning theory of cross-functional case education. *Journal of Business Research*, 58, 960-966.

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress & Homeless*, 5, 11–38.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. Pevin (Ed.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 165–192). New York: Guilford Press.

Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V., & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 390–405.

Epstein, S., Donovan, S., & Denes-Raj, V. (1999). The missing link in the paradox of the Linda conjunction problem: Beyond knowing and thinking of the conjunction rule, the intrinsic appeal of heuristic processing. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 204–214.

Ferguson, E., and Bibby, P. A. (2012). Openness to experience and all-cause mortality: A meta-analysis and reevaluation from risk ratios and odds ratios. *British Journal of Health Psychology*, 17, 85–102.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Freres, D.R., Gillham, J.E., Reivich, K., & Shatte, A.J. (2002). Preventing depressive symptoms in middle school students: The Penn Resiliency Program. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 31–40.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type a behavior and your heart*. New York: Fawcett Crest.

Funder, D.C. (2001). *The personality puzzle*, 2nd ed. London: Norton.

Garofalo, J.P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. In R. Gatchel and J. Weisberg (eds), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 203–217). Washington, DC: American Psychological Association

Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (Eds.) (1994). *Handbook of human stress and immunity*. San Diego : Academic.

Gorman, J. M., & Sloan, R. P. (2000). Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *American Heart Journal*, 140 (Suppl.4), 77-83

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common Sense Model of illness representations. *Psychology and Health*, 2, 141-184.

Hansen, T., & Jensen, J. M., & Solgaard, H. S. (2004). Predicting online grocery buying intention: a comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *International Journal of Information Management*, 24, 539–550

Hawkins, D. I., Best, R. J., & Coney, K. A. (2001). *Consumer behavior, building marketing strategy* (8th ed.). Homewood, IL, New York: Irwin, McGraw-Hill.

- Heijmans, M., de Ridder, D., and Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health, 14*, 451–466.
- Helgeson, V. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of personality and social psychology, 63*, 656-666.
- Hornung, R., Vollrath, M., Hattlich, A., Helminger, A., Filipp, S., & Ferring, D. (1995). Cognitive illness representations. In B. Boothe, R. Hirsig, A. Helminger, B. Meier & R. Vokart (eds), *Perception-evaluation-interpretation*. Swiss monographs in psychology, 3, 154–159. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M.A., O' Cleirigh, C., Laurenceau, J.P., Scheiderman, N., & Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: Proactive behavior, avoidance coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*, 86–97.
- Kagan, J. (1992). Temperamental contributions to emotion and social behavior. In M.S. Clark (ed.), *Emotion and social behavior* (pp. 99–118). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Jones, A. C., & Pennebaker, J. W. (2000). Expressive Writing, Psychological Processes and Personality. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality* (pp277-298). University of Edinburg: Scotland.
- Καραδήμας, Χ. Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας : θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα : τυπωθήτω.
- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research and coronary heart disease. *Annual Review of Psychology, 53*, 341-369.

Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease?. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.

Lajunen, T., & Rasanen, M. (2004). Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the Health Belief Model, Theory of Planned Behavior and the Locus of Control. *Journal of Safety Research*, 35, 115-123.

Lawton, R., Parker, D., Manstead, A. S. R., & Stradling, S. G. (1997). The role of affect in predicting social behaviors: The case of road traffic violations. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1258– 1276.

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., and Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. In Petrie, K. J. and Weinman, J. (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19–45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., and Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illnessself-regulation: A perceptual-cognitive model. In Baum, A., Revenson, T. A. and Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19–48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp. 7-30). Vol.7. New York: Pergamon.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., and Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. (Eds.),

Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health, Vol. 4. pp. 219–252. Earlbaum, Hillsdale, NJ.

Leventhal, H., Idler, E., & Leventhal, E. A. (1999). The impact of chronic illness on the self system. In R. J. Contrada & R. D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity, and physical health: Interdisciplinary explorations. Second Rutgers symposium on self and social identity* (pp. 185–208). New York: Oxford University Press.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (In press). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. New York: Lawrence Erlbaum.

Leventhal, E. A., Leventhal, H., Robitaille, C., & Brownlee, S. (1999). Psychosocial factors in medication adherence: A model of the modeler. In D. C. Park, R. W. Morrell, & K. Shifren (Eds.), *Processing of medical information in aging patients: Cognitive and human factors perspectives* (p. 148). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lovallo, W. R., Pishkin, V. (1980). A psychophysiological comparison of type A and B men exposed to failure and uncontrollable noise. *Psychophysiology*, 17, 29-36.

Madden, T. J., Scholder, E. P., Ajzen, I. (1992). A Comparison of the Theory of Planned behavior and the Theory of Reasoned Action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.

Matthews, K.A., Raikonen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L.H. (2005). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66, 640–644.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford Press.

McClenahan, R., and Weinman, J. (1998). Determinants of carer distress in non-acute stroke. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33, 138–143.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common sense model of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115–135.

Miller, A. H. (1998). Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatric Clinic of North America*, 21, 443-463.

Miyazaki, T., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Fujita, O., Kobayashi, F., Haratani, T., Iimori, H., Sakami, S., Fujioka, Y., & Kawamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominance. *Biological Psychiatry*, 1, 30–37.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, J. K., Horne, R., Cameron, D. L., and Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R): *Psychology and Health*, 1, 1-16.

Moss-Morris, R., & Petrie, K. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.

Niaura, R.S., Todaro, J.F., Stroud, L., Spiro III, A., Ward, K.D., & Weiss, S. (2002). Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychology*, 21, 588–593.

Park, D. C., & Jones, T. R. (1997). Medication adherence and aging. In A. D. Fisk & W. A. Rogers (Eds.), *Handbook of human factors and the older adult* (pp. 257–287). San Diego, CA: Academic Press.

Pervin, A. L., Oliver, P. J. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας : έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα : τυπωθήτω.

Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J.E. Gillham (ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (pp. 145–161). Radnor, PA: Templeton Foundation Press.

Peterson, C., & Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. New York: Free Press

Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., and Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191–1194.

Πιντέρης, Γ. (1988). *Προσωπικότητα και υγεία : ημικρανίες, υπέρταση, εμφράγματα και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Θυμάρι.

Roesch, S., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of psychosomatic research*, 50, 205-219.

Rosenman, R. H., and Chesney, M. A. (1980). The relationship of type a behavior pattern to coronary heart disease. *Acta Nerv. Supervision (PRAHA)*, 22, 1-45.

Rosenström, T., Jokela, M., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Juonala, M., Raitakari, O., Viikari, J., & Keltikangas-Järvinen, L.(2012). Associations between dimensional personality measures and preclinical atherosclerosis: The cardiovascular risk in Young Finns study. *Journal of Psychosomatic Research* 72, 336–343.

Rotter, J.B. (1960). Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures. *Psychological Review*, 67, 301–316.

Scharloo, M., & Kapterin, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness. A review in K. Petrie & J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness*, (pp. 77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J., Magovern, G.J., Sr., Lefebvre, R.C., & Abbott, R.A. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1024–1040.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201-228.

Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.S. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. Chang (ed.) *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189–216). Washington, DC: American Psychological Association.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., & Carver, C.S. (2003). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. In P. Salovey & A. Rothman (eds), *Social psychology of health. Key readings in social psychology* (pp. 342–361). New York, NY: Psychology Press.

Schiffer, A. A., Spek, V., & Denollet, J. (2005). Type D Personality Associated With Higher Future Heart Risk. In the American Heart Association journal, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *12*, 12-27.

Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? *Health Psychology*, *20*, 12–19.

Shifren, K. (2003). Women with heart disease: can the common sense model of illness help? *Health Care for Women International*. *24*, 355-368.

- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology, 11*, 139-150.
- Smith, T. W., & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp139-172). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W., & Ruiz, L. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70*, 548-568.
- Steed, L., Newman, S. P., and Hardman, S.M.C. (1999). An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. *British Journal of Health Psychology, 4*, 337–347.
- Stein, P. K., & Kleiger, R. E. (1999). Insights from the study of heart rate variability. *Annual Review of Medicine, 50*, 249-261.
- Step toe, A., & Wardle, J. (1996). The European Health and Behaviour Survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health, 11*, 49-74.
- Step toe, A., & Wardle, J., Polland, T. M., Canaan, L., et al. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 229-240.
- Taylor, M. D., Whiteman, M.C., Fowkes, G.R., Lee, A.J., Allerhand, M., & Deary, I.J. (2009). Five Factor Model Personality Traits and All-Cause Mortality in the Edinburgh Artery Study Cohort. *Psychosomatic Medicine 71*, 631–641.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys, 6*, 545–567.

Tsaousis, I., & Kerpelis, P. (2004). The traits personality questionnaire 5 (TPQue5): Psychometric properties of a shortened version of a big five measure. *European Journal of Psychological Assessment, 20*, 180-191.

Thompson, K. E., Haziris, N., & Alekos, P. J. (1994). Attitudes and food choice behavior. *British Food Journal, 96*(11), 9–17.

Vollrath, M. E. (2006). *Handbook of Personality and Health*. University of Edinburg: Scotland.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., and Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health, 11*, 431–445.

Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N., and Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology, 5*, 263–273.

Weiner, B. (1985). An attributional theory to achievement motivation and emotion. *Psychological review, 92*, 548-573.

Weiss, A., and Costa, P.T. (2005). Domain and Facet Personality Predictors of All-Cause Mortality Among Medicare Patients Aged 65 to 100. *Psychosomatic Medicine 67*, 724-733.

Whiteman, M. C. (2003). Personality, cardiovascular disease and public health. In Vollrath M. (Eds.). *Handbook of Personality and Health* (pp 13-34). University of Edinburg: Scotland.

Williams, R.B., & Williams, V.P. (1993) *Anger Kills: Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm your health*. New York: Times Books, Trade paperback edition published by Harper-Collins, Spring, 1994.

Williams, V.P., & Williams, R.B. (1997) *Lifeskills: 8 simple ways to build stronger relationships, communicate more clearly, and improve your health*. New York: Times Books/Random House.