

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΑΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κυνηγοπούλου Ελευθερία

A.M. 2055

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. Ευάγγελος Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2009-2010

Περιεχόμενα

- Περίληψη
- Πρόλογος
- Εισαγωγή
 1. Χρόνια ασθένεια και υγεία
 2. Καρδιοπάθεια
 3. Άρνηση-αποδοχή ασθένειας
 4. Άρνηση-αποδοχή καρδιοπάθειας
 5. Διαφορές φύλου και καρδιοπάθεια
 6. Νοσηλεία και αποδοχή
- Παρούσα έρευνα-Υπόθεση
- Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση
- Βιβλιογραφία

Περίληψη

Στην παρούσα πειραματική μελέτη, γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης των όρων τόσο της αποδοχής όσο και της άρνησης μιας ασθένειας. Η προσαρμογή στην ασθένεια κατά κάποιο τρόπο και η αποδοχή της περιλαμβάνουν τη συναισθηματική υγεία και την καλή σωματική λειτουργία. Αυτές οι έννοιες αναλύονται με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις πρόσφατες ερευνητικές μελέτες. Επιπρόσθετα, αναζητάται η σχέση ανάμεσα στις προηγούμενες έννοιες το φύλο και τη νοσηλεία.

Η έρευνα έγινε με βάση το δείγμα 117 καρδιοπαθών (81 άνδρες και 36 γυναίκες). Στην πρώτη φάση της έρευνας μετρήθηκε η αποδοχή με το Illness Cognition Questionnaire (ICQ) και με το RAND 36-Item Health Survey μετρήθηκε η συναισθηματική υγεία και η σωματική λειτουργία. Η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε μετά από τρεις μήνες στους ίδιους ανθρώπους (από τα 117 άτομα στα 61).

Σύμφωνα με τα ευρήματα οι περισσότεροι πάσχοντες αποδέχονται την ασθένεια τους και προσαρμόζονται σ' αυτήν αργά ή γρήγορα. Επιπλέον υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την αποδοχή, τη συναισθηματική υγεία και τη σωματική λειτουργία αλλά δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ αυτών των τριών και της νοσηλείας, τουλάχιστο στην παρούσα έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: Αποδοχή, Άρνηση, Συναισθηματική υγεία, Σωματική λειτουργία

Πρόλογος

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια σήμερα έχουν τέτοια έκταση που θεωρούνται σωστά σαν η μεγαλύτερη «θανατηφόρος επιδημία» που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα. Οι χρόνιες σωματικές ασθένειες όπως είναι οι καρδιαγγειακές νόσοι αλλάζουν τον τρόπο ζωής του ασθενή, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του καθώς και το πώς σχετίζεται με τους άλλους. Το άτομο πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται με τις συνέπειες της ασθένειας στη φυσική του κατάσταση. Επιπλέον, πρέπει να μάθει να αντιμετωπίζει τυχόν αρνητικά συναισθήματα, να διατηρεί την αυτοπεποίθηση και μια θετική εικόνα του εαυτού του. Τέλος, να διατηρεί τις κοινωνικές σχέσεις του ακόμα και όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα αβέβαιο μέλλον ώστε να απολαμβάνει την πρακτική και άλλη στήριξη που μπορεί να του προσφέρει ο κοινωνικός του περίγυρος. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν την ανάκαμψη της υγείας του ασθενούς και τον τρόπο που αντιμετωπίζει την ασθένεια και τη θεραπεία της.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που εξετάζουν διάφορες πτυχές των καρδιαγγειακών παθήσεων, που αφορούν στην αποδοχή αυτών από τους πάσχοντες. Η αποδοχή μιας ασθένειας σχετίζεται με την ψυχική υγεία όπως επίσης και με τη λειτουργικότητα των πασχόντων σύμφωνα με τις σωματικές τους δυνατότητες. Πέρα από τη βιβλιογραφική αναφορά παρουσιάζεται μια έρευνα που βασίστηκε σε Έλληνες καρδιοπαθείς οι οποίοι εξετάζονται σε 2 διαφορετικές χρονικές περιόδους πάνω στις προηγούμενες μεταβλητές. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις διαφορές των δύο φύλων σε σχέση με την καρδιοπάθεια και στο κατά πόσο επηρεάζει η νοσηλεία την αποδοχή τους για την ασθένεια.

Εισαγωγή

1. Χρόνια ασθένεια και υγεία

Χρόνιες ασθένειες είναι εξ ορισμού αυτές που δεν έχουν θεραπεία, και η επέμβαση περιορίζεται στον έλεγχο των συμπτωμάτων, στην αποτροπή της προόδου της και στην προαγωγή της διαχείρισης της φροντίδας του εαυτού (Thorne & Paterson, 2000).

Η χρόνια ασθένεια έχει γίνει όλο και περισσότερο προεξέχουσα στις αναπτυγμένες χώρες με δείκτη θνησιμότητας την οξεία ασθένεια μειώνοντας σε απάντηση τη βελτιωμένη υγιεινή (Gerhardt, 1990) και την επιτήρηση της δημόσιας υγείας (Strauss, 1984). Οι Strauss et al. (1984) παρουσιάζουν τη χρόνια ασθένεια σαν μια εμπειρία από πολλαπλά προβλήματα τα οποία μπορούν να αλλάξουν αλλά όχι να εξαφανιστούν. Στατιστικά τα ηλικιωμένα άτομα κατέχουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών από τα πιο νεαρά άτομα (Hamilton & Trepanier, 1994).

Η χρόνια ασθένεια πλήττει σοβαρά και τον εργασιακό χώρο όπου αναγνωρίζεται πως είναι ένα από τα πιο πολυέξοδα προβλήματα υγείας στις σύγχρονες βιομηχανικές χώρες (WHO, 1992). Τουλάχιστον το ένα τρίτο του εργατικού δυναμικού από την ηλικία των 50 είναι πιθανό να αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια, συνήθως καρδιαγγειακή ή μυοσκελετική (Ilmarinen, 1994).

Σύμφωνα με τις βιοϊατρικές προσεγγίσεις ο αρχικός στόχος της θεραπείας είναι να αντιστρέψει, εάν είναι δυνατόν, την πορεία της ασθένειας και να επαναφέρει τον ασθενή σε ένα κανονικό επίπεδο υγείας, προβαίνοντας έτσι στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς. Όπου η θεραπεία δεν είναι εφικτή, γίνεται προσπάθεια για ελαχιστοποίηση του αντικτύπου της ασθένειας στο σώμα. Πρωτίστως, αυτό επιτυγχάνεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων, όπου η θεραπεία επιδιώκει να

διατηρήσει όσο το δυνατόν περισσότερο ένα επίπεδο φυσιολογικής υγείας (Wellard, 1997). Σύμφωνα με τον Cooper (1990) η εστίαση στο σώμα, στη μη ομαλή κατάσταση του και η άγρυπνη έρευνα για θεραπεία έχουν επισκιάσει τις ανάγκες φροντίδας και εξάρτησης αυτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.

Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις για τη χρόνια ασθένεια είναι πιο ανεπτυγμένες από τις ιατρικές απόψεις, και επιδιώκουν να καθορίσουν τα αναπτυξιακά «νήματα» της χρόνιας ασθένειας. Αυτά τα «νήματα» βρίσκονται στις κοινωνικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις της χρόνιας ασθένειας. Τέσσερα βασικά θέματα που προσδιορίζονται μέσα στον ψυχοκοινωνικό τομέα της έρευνας είναι οι εκδηλώσεις της χρόνιας ασθένειας, ο σχεδιασμός της πορείας της χρόνιας ασθένειας, η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και η διερεύνηση της έννοιας της προσαρμογής (Wellard, 1997).

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.τ.λ., τα οποία μπορούν να καταβάλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις. Παράλληλα αντιμετωπίζουν νέους φόβους παραδείγματος χάριν για την εξέλιξη της ασθένειας ή για την ίδια τη ζωή και το μέλλον. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (Καραδήμας, 2005).

Υποστηρίζεται ότι η χρόνια ασθένεια επιβάλλει αλλαγές στη συνηθισμένη ζωή του πάσχοντα και διακόπτει το όραμα για το μέλλον. Η διαδικασία να προσαρμοστεί και να μάθει να ζει με τη χρόνια ασθένεια είναι σύνθετη, περιλαμβάνει διακυμάνσεις και ισχυρές αντιδράσεις από την απώλεια της προηγούμενης του ζωής. Οι ασθενείς σε πολλές περιπτώσεις πρέπει να μάθουν να συμμορφώνονται με διαδικασίες που

είναι δυσάρεστες γι' αυτούς (π.χ. μια ιατρική θεραπευτική αγωγή). Πρέπει επίσης, να προσαρμοστούν στη χρόνια ασθένεια και σ' ένα ψυχολογικό επίπεδο. Η κατάσταση της βέλτιστης ψυχολογικής προσαρμογής χαρακτηρίζεται συχνά ως αποδοχή της ασθένειας (Dijkstra1, Buunk, Tóth & and Jager, 2008).

2. Καρδιοπάθεια

Συνολικά οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν τη νούμερο ένα αιτία θανάτου και υπολογίζεται ότι έτσι θα παραμείνει. Σύμφωνα με εκτιμήσεις 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από κάποια καρδιακή πάθηση το 2005, αντιπροσωπεύοντας το 30% των συνολικών θανάτων. Απ' αυτούς τους θανάτους 7,6 εκατομμύρια ήταν λόγω καρδιακών προσβολών και 5,7 εκατομμύρια λόγω εμφράγματος. Περίπου 80% αυτών των θανάτων έχει εμφανιστεί στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Εάν επιτραπεί να συνεχιστούν οι σύγχρονες τάσεις, σύμφωνα με εκτιμήσεις μέχρι το 2015 20 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από καρδιαγγειακές παθήσεις (κυρίως από καρδιακή προσβολή και έμφραγμα) (WHO, 2009).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν δυσλειτουργία της καρδιάς ή των αιμοφόρων αγγείων. Περιλαμβάνουν τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (καρδιακές προσβολές), την εγκεφαλοπάθεια, την αυξημένη πίεση του αίματος (υπέρταση), την περιφερική αρτηριακή πίεση, τις ρευματικές καρδιακές παθήσεις, τις συγγενείς καρδιοπάθειες και τη συγκοπή. Αυξάνουν τον κίνδυνο για αρρυθμίες, καρδιακή προσβολή και ξαφνικό θάνατο, επομένως η ποιότητα ζωής όπως επίσης και η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής μειώνονται (Lovallo, 2005). Οι αιτίες των καρδιαγγειακών παθήσεων κυμαίνονται από δομικές ανωμαλίες μέχρι λοιμώξεις, φλεγμονές, περιβαλλοντικές συνθήκες και γενετική προδιάθεση. Προκειμένου να αποφύγει κάποιος τις καρδιαγγειακές παθήσεις πρέπει να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, να αποφύγει το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή, τη φυσική αδράνεια και το στρες.

Τα ποσοστά των καρδιακών νοσημάτων αυξάνουν με το πέρασμα της ηλικίας, ειδικά μετά την ηλικία των 45 ετών. Πολλοί περισσότεροι άνδρες σε σύγκριση με τις

γυναίκες αναπτύσσουν κάποια καρδιαγγειακή νόσο και πεθαίνουν εξαιτίας της. Στους άνδρες εμφανίζονται 4 φορές περισσότερες καρδιαγγειακές νόσοι σε σύγκριση με τις γυναίκες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών και 40 φορές περισσότερες στις ηλικίες κάτω των 45 ετών (Bellg, 2004 κατά τον Καραδήμα, 2005). Οι γυναίκες όμως είναι πιθανότερο να πεθάνουν στην περίπτωση που εκδηλώσουν μια σχετική νόσο κυρίως οξέων προβλημάτων (Καραδήμας, 2005).

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νόσων περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και, σε αρκετές περιπτώσεις, κάποια επέμβαση ή εγχείρηση. Στόχος της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου για εκδήλωση εμφράγματος ή άλλου σχετικού σοβαρού προβλήματος υγείας, η πρόληψη πιθανών επιπλοκών, όπως: τα εγκεφαλικά επεισόδια, η μείωση της δυσφορίας και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου (Gatchel & Oordt, 2003). Το μεγαλύτερο μέρος της πτώσης της θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων τα τελευταία χρόνια, οφείλεται κατά βάση στις βελτιωμένες ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λίγο στην αρχική πρόληψη και αποφυγή των παραγόντων κινδύνου (Cooper et al., 2000).

3. Άρνηση-αποδοχή ασθένειας

Πρώτος ο Freud (1961) χρησιμοποίησε την έννοια της *άρνησης* μέσα από τη γλώσσα των μηχανισμών άρνησης στην ψυχαναλυτική θεωρία. Οι μηχανισμοί άμυνας ορίστηκαν ως διαδικασίες οι οποίες χρησιμοποιούνται από το Εγώ για να αποφύγει το άγχος από μια απειλητική κατάσταση. Ο Freud περιγράφει την άρνηση ως την άρνηση να αναγνωριστεί η υπάρξη μιας αφόρητης κατάστασης ή τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτήν, και την βλέπει σαν μηχανισμό άμυνας για προστασία του Εγώ από το άγχος. Μέσα από τη χρήση του οι επίπονες και οδυνηρές σκέψεις και συναισθήματα δεν επιτρέπεται να περάσουν στη συνείδηση, και αυτό παρέχει στο Εγώ το χρόνο να γίνει αρκετά δυνατό να εξετάσει μια αλλαγμένη κατάσταση. Ο Freud είδε την άρνηση ως λειτουργική αλλά μέχρι ενός σημείου. Εάν η άρνηση ήταν παρατεταμένη θα οδηγούσε στην παθολογία. Με το πέρασμα των χρόνων, οι θεωρητικοί έχουν αναπτύξει περαιτέρω την κατανόηση των μηχανισμών άμυνας και έχουν επεκτείνει τη γνώση για τις επιπτώσεις του να βρίσκεσαι σε άρνηση (Horney, 1991).

Η Kubler-Ross (1969) έχει αναπτύξει ένα μοντέλο θλίψης στο οποίο οι άνθρωποι περνούν μέσα από πέντε στάδια συναισθηματικής ρύθμισης, τα οποία είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και το τελικό στάδιο της αποδοχής. Στο μοντέλο σταδίων της η φυσιολογική ρύθμιση σημαίνει ότι η άρνηση σταδιακά εξαφανίζεται και αντικαθίσταται από την αποδοχή. Αργότερα συμπλήρωσε πως η αποδοχή αποτελεί μια προσαρμοστική κατάσταση όπου οι άνθρωποι έχουν φθάσει σε ένα στάδιο ειρήνης και παραίτησης από το αναπόφευκτο (Kubler-Ross, 1987). Αν η αποδοχή δεν επιτευχθεί αυτό θεωρείται παθολογικό. Όπως ο Freud έτσι και η Kubler-Ross αντιλαμβάνεται την άρνηση ως υγιή όταν εξυπηρετεί ως

προστατευτική λειτουργία βραχυπρόθεσμα. Έαν παραταθεί θα οδηγήσει στην παθολογική θλίψη. Άλλοι θεωρητικοί έχουν προσαρμόσει το μοντέλο θλίψης στο πλαίσιο της ρύθμισης της απώλειας και έχουν αναπαράγει αυτή την ιδέα (Bowlby, 1980/81).

Οι μη ρεαλιστικές θετικές αντιλήψεις για τον εαυτό και για το μέλλον είναι συχνά χαρακτηριστικά της άρνησης (Kingsbury, 2000). Στις έρευνες τους για τις θετικές αυταπάτες οι Taylor και Brown (1988) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι έχουν συνήθως μη ρεαλιστικές θετικές απόψεις για τον εαυτό τους και για το μέλλον και αυτό είναι ανάλογο με την πνευματική τους υγεία. Άλλοι ερευνητές έχουν παράσχει στοιχεία από υψηλά επίπεδα της μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας στο γενικό πληθυσμό (Carver et al., 1989). Έχουν αναφερθεί επίσης έρευνες που προτείνουν ότι οι θετικές αυταπάτες βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν το στρες ή τις απειλητικές καταστάσεις όπως είναι η διάγνωση του καρκίνου. Οι Taylor et al. (1992) σε μια έρευνα τους διαπίστωσαν ότι οι μη ρεαλιστικές θετικές πεποιθήσεις για τον εαυτό και το μέλλον κάποιου μπορεί να είναι πιο προσαρμοστικές από μια ρεαλιστική άποψη (που συνήθως εξισώνεται με την αποδοχή). Γενικά, το να είσαι μη ρεαλιστικά θετικός ίσως να είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης που βοηθά τους ανθρώπους να αισθανθούν καλύτερα και συνδέεται με θετικές κοινωνικές σχέσεις και κίνητρα για εργασία (Telford, Kralik, Kock, 2006).

Στη βιβλιογραφία μπορούν να βρεθούν διαφορετικές απόψεις για το τι σημαίνει *αποδοχή*. Παραδείγματος χάριν οι Dembo, Leviton & Wright (1956) περιέγραψαν την αποδοχή της ασθένειας ως «αποδοχή της απώλειας». Οι Zauszniewski, McDonald, Krafic & Chung (2002) υποστηρίζουν ότι η αποδοχή είναι η ψυχολογική προσαρμογή στους πιθανούς περιορισμούς που μπορεί να έχει η ένταξη χρόνιων

καταστάσεων στον τρόπο ζωής κάποιου. Επιπλέον, οι Evers et al. (2001) αντιλαμβάνονται την αποδοχή ως την αναγνώριση της ανάγκης να προσαρμοστεί κάποιος στη χρόνια ασθένεια καθώς παρατηρούν την ικανότητα να υπομένουν το απρόβλεπτο, την ενοχλητική φύση της ασθένειας και να χειρίζονται τις απεχθείς συνέπειες. Οι McCracken και Eccleston (2003) υποστήριξαν ότι η αποδοχή είναι το να σταματάς την αναζήτηση μιας οριστικής λύσης με φυσικά παράπονα, και ο επαναπροσανατολισμός της προσοχής προς τις θετικές καθημερινές δραστηριότητες και άλλες πτυχές της ζωής. Επιπλέον, οι Hayes και Wilson (1994) περιγράφουν την αποδοχή ως την εγκατάλειψη της ανώφελης προσπάθειας να σταματήσουν κατά ένα μεγάλο μέρος οι αυτόματες, παρεισφρητικές και απωθητικές σκέψεις για την ασθένεια.

Σε αυτό που συμφωνούν οι προαναφερθέντες ορισμοί είναι ότι η αποδοχή της ασθένειας θεωρείται ως γνώση η οποία περιέχει ένα θετικό νόημα της ασθένειας και αποκαθιστά την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου ενσωματώνοντας τις εμπειρίες της ασθένειας στον τρόπο ζωής του πάσχοντα.

Στις διατομικές μελέτες έχει βρεθεί πως η ισχυρότερη αποδοχή σχετίζεται με την υψηλή ποιότητα ζωής (Ferrin, 2003; Viane et al., 2003) και τον υψηλότερο αυτοσεβασμό στους ασθενείς με τραυματισμό στο νωτιαίο μυελό (Ferrin, 2003) και σ' ένα δείγμα ανθρώπων με διάφορες ανικανότητες (Moore, 1998). Κατά συνέπεια, η έρευνα δείχνει ότι η αποδοχή σχετίζεται με διάφορες σημαντικές εκβάσεις της ασθένειας.

Η αποδοχή σχετίζεται επίσης, με την αύξηση της σωματικής και ψυχικής ευημερίας, την υψηλότερη ποιότητα ζωής, και την καλύτερη πρόγνωση στους ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Persson, Berglund, & Sahlberg, 1996), σκλήρυνση κατά πλάκας (Evers et al., 2001), χρόνια σύνδρομο κόπωσης (Van

Damme, Crombez, van Houdenhove, Mariman, & Michielsens, 2006), και διαβήτη (Richardson, Adner, & Nordström, 2001). Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι η αποδοχή συνδέεται με περισσότερη συγκέντρωση στην αντιμετώπιση προβλημάτων, και υψηλότερο επίπεδο ικανοτήτων αντιμετώπισης (Richardson et al., 2001; Schussler, 1992).

Έχει εκτιμηθεί πως οι άνθρωποι δεν μπορούν εύκολα να αντέξουν το γεγονός ότι υποφέρουν από κάποια ασθένεια, οι ασθενείς πρέπει να αλλάξουν την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους για να μπορέσουν να ζήσουν με την ασθένεια τους (Cullacksen & Lidbeck, 2004). Στους ασθενείς η έλλειψη αλλαγής μιας στάσης μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική αυτοεκτίμηση και σε απροθυμία να αποδεχτούν την ασθένεια. Επιπλέον, η αρνητική αυτοεκτίμηση εξαιτίας της ασθένειας πιστεύεται ότι συμβάλλει στην απροθυμία να γίνει αποδεκτή η ασθένεια (Dijkstra, Buunk, Toth & Jager, 2008).

Θεωρείται ότι οι ασθενείς έχουν σχηματισμένες στο μυαλό τους εικόνες για τον «τυπικό ασθενή» με την ασθένεια τους, και αυτές οι εικόνες-πρότυπο παρέχουν πληροφορίες για την αξιολόγηση του εαυτού τους. Όσο πιο αρνητικές είναι αυτές οι πρότυπες αντιλήψεις τόσο πιο αρνητική και η αυτοαξιολόγηση του ασθενούς. Επειδή η αυτοαξιολόγηση είναι από μια άποψη ο πυρήνας της αποδοχής, μια αρνητική αυτοαξιολόγηση σχετίζεται με χαμηλότερη αποδοχή της ασθένειας (Dijkstra, et al., 2008).

Παρόλο που η αποδοχή μπορεί να έχει συναισθηματικές εκδηλώσεις, οι ασθενείς που έχουν αποδεχτεί τη χρόνια ασθένεια τους, αναμένουν να βιώσουν λιγότερες και λιγότερο δυνατές αρνητικές συγκινήσεις όσον αφορά αυτήν. Η αντιπαράθεση με τη φυσική πραγματικότητα του να έχεις μια χρόνια ασθένεια έχει ως αποτέλεσμα τις αρνητικές συγκινήσεις (Taylor & Aspinwall, 1990). Παραδείγματος χάριν, η

ενόχληση από τον πόνο ή τα αναπηρικά συμπτώματα από το υψηλό επίπεδο ζάχαρης στο αίμα των διαβητικών ή οι περιορισμοί που προκαλούνται από ένα ακρωτηριασμό, μπορεί να μην αποφευχθούν πάντα επιτυχώς. Αυτή η αντιπαράθεση μπορεί να θεωρηθεί ως η ενεργοποίηση μιας ασυμφωνίας μεταξύ του πραγματικού εαυτού και του ιδεατού. Αυτή η ενεργοποίηση αποτελεί μια αρχική αιτία της εμφάνισης των αρνητικών συγκινήσεων (Higgins, 1987).

Σύμφωνα με τον McCracken (1998) η αποδοχή του πόνου στους ασθενείς με χρόνια πόνο είναι η προθυμία να βιώσουν το συνεχιζόμενο πόνο χωρίς να χρειάζεται να τον μειώσουν, να τον αποφύγουν ή αλλιώς να τον αλλάξουν. Το μήνυμα από τις λιγοστές μελέτες που έχουν γίνει για την αποδοχή και τη λειτουργικότητα των ασθενών με χρόνια πόνο, είναι ότι η μεγαλύτερη αποδοχή του χρόνιου πόνου είναι συνδεδεμένη με καλύτερη συναισθηματική, σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, υγειονομική περίθαλψη και χρήση φαρμάκων και τέλος, με καλύτερη θέση εργασίας (McCracken & Eccleston, 2003; Evers et al., 2001).

4. Άρνηση-αποδοχή καρδιοπάθειας

Σύμφωνα με τις ιατρικές τοποθετήσεις η άρνηση της ασθένειας είναι αρχικά μια κοινή αντιμετώπιση σε μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια όπως είναι οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις. Παραδείγματος χάριν ο Hackett (1974) και οι συνεργάτες του έχουν αναφέρει πως η πλειοψηφία των ασθενών με στεφανιαίες νόσους αρνούνται την ασθένεια τους μέχρι ενός σημείου. Σε μια μελέτη τους οι Shaw, Cohen, Doyle και Palesky (1985) ανέφεραν ότι αυτοί που αρνούνται την ασθένεια τους αποκτούν λιγότερη επίγνωση για τη φυσιολογία του εμφράγματος του μυοκαρδίου απ'αυτούς που αποδέχονται την ασθένεια τους.

Επιπλέον οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν την άρνηση καθυστερώντας να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, ή αποτυγχάνουν να συνεργαστούν με την ιατρική διαχείριση ή αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν τις οδηγίες φροντίδας του εαυτού τους όπως συνίσταται (Croog, Shapiro & Levine, 1971). Οι Gentry και Haney (1975) αναφέρουν ότι οι ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που καθυστερούν την επιδίωξη ιατρικής βοήθειας είναι λιγότερο επιρρεπείς στο να δεχτούν ότι υπέστησαν μια καρδιακή προσβολή. Βρήκαν επίσης, πως οι ασθενείς που αρνούνται το φόβο του επικείμενου θανάτου αποτυγχάνουν να κερδίσουν σε τόσο βαθμό την αποκατάσταση της λειτουργικότητάς τους σε αντίθεση με αυτούς που δεν τον αρνούνται. Οι Greene et al. (1974) βρήκαν ότι οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου οι οποίοι καθυστέρησαν να ζητήσουν βοήθεια μείωσαν δραστικά τις πιθανότητες τους για επιβίωση.

Βασισμένοι στις αξιολογήσεις των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου ο Hackett (1968) και οι συνεργάτες του κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άρνηση είναι «η πιο κοινή υπεράσπιση, καθώς επίσης και πολύ αποτελεσματική στη μείωση του άγχους».

Επιπλέον, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που υιοθετούσαν την άρνηση της ασθένειας τους ήταν πιο πιθανό να επιβιώσουν στην εισαγωγή τους στο νοσοκομείο απ' αυτούς που δεν το έκαναν.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από καρδιαγγειακές νόσους, υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη, γεγονός που αντικατοπτρίζει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Στα αρχικά στάδια μιας ασθένειας τα συμπτώματα συνήθως είναι άγχος και γενικότερη ανησυχία (πχ. Ο ασθενής μπορεί να αναρωτιέται αν η ασθένεια είναι επικίνδυνη, αν πρόκειται να κρατήσει πολύ καιρό κτλ.). Η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να επέλθει σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έρθει αντιμέτωπος με τις όποιες απώλειες συνεπάγεται η ασθένεια του. Η κατάθλιψη μετά από οξύ μυοκαρδιακό έμφραγμα έχει συνδεθεί με τα αυξανόμενα ποσοστά θνησιμότητας, τον αυξανόμενο κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών, και μεγαλύτερη φθορά στην ποιότητα ζωής (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1993). Οι ασθενείς με άγχος μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου έχει βρεθεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών στο νοσοκομείο (ισχαιμία, έμφραγμα, κοιλιακή αρρυθμία) (Moser & Dracup, 1996) και υψηλότερα ποσοστά επαναλαμβανόμενων καρδιακών γεγονότων μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (Grace, Abbey, Irvine, Shnek & Stewart, 2004)

5. Διαφορές φύλου και καρδιοπάθεια

Τον τελευταίο καιρό τα ζητήματα που αφορούν στις διαφορές φύλου έχουν αυξήσει την προσοχή στις κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες. Έρευνες υγείας έχουν αποκαλύψει ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επικράτηση έναντι των ανδρών σε θέματα που αφορούν ιατρικές καταστάσεις και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως είναι η κατάθλιψη (Waldron, 1983). Στην περίπτωση των καρδιαγγειακών παθήσεων τα αποτελέσματα ερευνών είναι κάπως παράδοξα. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, παραδοσιακά θεωρούνται κατά βάση ανδρική ασθένεια (Sytkowski, Dagostino, Belanger & Kannel, 1996), ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι η παθολογία και η θνησιμότητα των γυναικών από καρδιαγγειακά νοσήματα ξεπερνά αυτή των ανδρών (Greenland, Reicher-Reiss, Goldbourd & Behar, 1991).

Οι πλεοψηφία των μελετών που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα αναφέρει ότι οι γυναίκες δεν ανταπεξέρχονται τόσο καλά σωματικά και ψυχοκοινωνικά όσο οι άνδρες, όπως συμπεραίνεται σε μια μεγάλη αναθεώρηση των Brezinka και Kittel (1996). Οι γυναίκες ασθενείς σημειώνουν χειρότερα αποτελέσματα στα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την κατάθλιψη, το άγχος και τις διαταραχές ύπνου σε σύγκριση με τους άνδρες που πάσχουν από τις ίδιες ασθένειες (Uuskula, 1996). Εντούτοις, η βιβλιογραφία δεν είναι συνεπής και παραμένει ασαφές το γιατί υπάρχουν οι σχετικές με το φύλο διαφορές όσον αφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Μπορούν να υπάρξουν τουλάχιστον τρεις θεωρητικές εξηγήσεις για τις διαφορές που σχετίζονται με το φύλο και αφορούν τη λειτουργικότητα αυτών που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτές οι εξηγήσεις είναι υποθετικές και πιθανώς όχι αποκλειστικές. Καταρχάς, οι σχετικές με το φύλο διαφορές ίσως να είναι συνέπεια

μιας πιο βαριάς παθολογίας στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Αυτές οι φυσικές διαφορές στην αιτιολογία και δριμύτητα των ασθενειών μεταξύ των δύο φύλων ίσως να υπάρχουν, παρόλο που δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητές μέχρι αυτή τη στιγμή. Μια δεύτερη εξήγηση για τη φτωχότερη λειτουργικότητα των γυναικών μετά από καρδιαγγειακές παθήσεις ίσως να είναι το ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες γενικά έχουν χαμηλότερα προνοσηρά επίπεδα λειτουργικότητας. Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι στα κοινοτικά δείγματα η επικράτηση των ιατρικών και ψυχολογικών καταστάσεων είναι υψηλότερη στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες. Ως εκ τούτου, οι διαφορές στην ποιότητα ζωής, μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, μεταξύ ανδρών και γυναικών ίσως να αποδίδεται στις ήδη υπάρχουσες διαφορές στην ποιότητα ζωής των δύο φύλων, στο επίπεδο υγείας και στα κοινωνικά μειονεκτήματα που υπήρχαν πριν από την εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Μια τρίτη εξήγηση σχετική με τη φτωχότερη λειτουργικότητα των γυναικών μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις ίσως να είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη σχέση από τους άντρες, με την αποκατάσταση των νοσημάτων, ανεξάρτητα από τα προνοσηρά επίπεδα λειτουργικότητας. Αυτό αναφέρεται ρητά στη διαδικασία της προσαρμογής ατόμου έχει προκύψει καρδιαγγειακή νόσος.

Παρόλο που οι διαφορές φύλου όσον αφορά στον κίνδυνο έχουν αναφερθεί, είναι μικρή η γνώση για την προσαρμογή των δύο φύλων μετά από την καρδιαγγειακή πάθηση. Γενικά το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος και η παχυσαρκία είναι οι πιο κοινοί παράγοντες κινδύνου στους άνδρες, ενώ η ψυχολογική εξάντληση, η πίεση καθηκόντων και η λιγότερο επίμονη άσκηση είναι περισσότερο χαρακτηριστικά των γυναικών. Επομένως, οι συμπεριφορικές διαδικασίες προσαρμογής της υγείας ίσως να είναι προεξέχουσες στους άνδρες, ενώ οι ψυχοκοινωνικές διαδικασίες προσαρμογής ίσως να είναι πιο σχετικές μεταξύ των

γυναικών. Η αποτελεσματικότητα αυτών των διαδικασιών προσαρμογής μπορεί να διαφέρει, η οποία μπορεί να οδηγήσει στις διαφορές της ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο φύλων μετά από τις καρδιαγγειακές νόσους.

Σύμφωνα με τους Jaarsveld et al. (2002) τα χαμηλότερα επίπεδα στην ποιότητα ζωής των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες οφείλονται στις ήδη υπάρχουσες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η χειρότερη ποιότητα ζωής των γυναικών που ακολουθείται από τις καρδιαγγειακές νόσους. Στην κλινική πρακτική οι γυναίκες θα έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, και ακόμα και αν αυτά τα χαμηλότερα επίπεδα είναι στατιστικά εξηγήσιμα, οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν μια ευάλωτη ομάδα με περισσότερους φυσικούς περιορισμούς, περισσότερη κόπωση και περισσότερους κοινωνικούς περιορισμούς γι' αυτό ίσως χρειαστούν ιδιαίτερη προσοχή.

6. Νοσηλεία και αποδοχή

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι ένα σημαντικό απωθητικό γεγονός το οποίο επιδρά συνήθως αρνητικά στους ασθενείς. Οι ασθενείς πρέπει να εξετάσουν μια σειρά από αγχωτικά ερεθίσματα, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών συμπτωμάτων, των δυσάρεστων ιατρικών διαδικασιών, το φόβο του θανάτου, τον περιορισμό των συνηθισμένων δραστηριοτήτων κ.τ.λ. (Taylor, 1979). Η αποδοχή της ασθένειας ίσως είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη βοήθεια των ιατρικά άρρωστων ασθενών να δεχτούν την κατάσταση τους, να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις απωθητικές πτυχές της και επομένως να αισθανθούν καλύτερα. Επίσης, δεδομένου ότι η αποδοχή της ασθένειας απεικονίζει την κατανόηση του προβλήματος τους από τους ασθενείς (Viane et al., 2003) μπορεί επίσης να ενεργήσει σαν μεσολαβητής μεταξύ του στρες, που προκαλείται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, και της υποκειμενικής υγείας. Ο μεσολαβητικός ρόλος της επίγνωσης στο στρες και στις σχέσεις ευημερίας έχει καθιερωθεί (Martin & Leventhal, 2004). Απ' όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχει καμία έρευνα σχετικά με την αποδοχή της ασθένειας και την ευημερία των νοσηλευόμενων ασθενών, παρόλο που υπάρχουν έρευνες που εστιάζονται στη βελτίωση της αποδοχής στους ασθενείς.

Παρούσα έρευνα-Υποθέσεις

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει κατά πόσο οι ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους προσαρμόζονται στις συνθήκες που τους επιβάλλει η ασθένεια τους. Το βασικό λοιπόν, ερώτημα της παρούσας εργασίας είναι, αν οι πάσχοντες αποδέχονται την ασθένεια τους και κατά πόσο η αποδοχή, η συναισθηματική υγεία και η σωματική λειτουργία σχετίζονται μεταξύ τους. Επιπλέον εξετάζεται η σχέση της προσαρμογής της ασθένειας με το φύλο και τη νοσηλεία.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία υποθέτουμε πως η αποδοχή της ασθένειας θα σχετίζεται με τη συναισθηματική υγεία αλλά και σε μικρότερο βαθμό με τη σωματική λειτουργία. Επίσης, υποθέτουμε πως η συναισθηματική υγεία θα σχετίζεται με τη σωματική λειτουργία. Τέλος, όσον αφορά στη συσχέτιση των τριών εννοιών με το φύλο υποθέτουμε πως θα υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες περιμένουμε να είναι πιο ευάλωτες και να έχουν χαμηλότερα ποσοστά αποδοχής, συναισθηματικής υγείας και σωματικής λειτουργίας από ότι οι άντρες. Για τη νοσηλεία η βιβλιογραφία δεν αναφέρει αρκετές περιπτώσεις. Επηρεάζει άραγε ή όχι την εξέλιξη των προηγούμενων εννοιών;

Μέθοδος

Δείγμα

Η έρευνα διενεργήθηκε μέσω ερωτηματολογίων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων καρδιοπαθών. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους πάσχοντες σε δύο φάσεις με ενδιάμεση χρονική απόσταση γύρω στους τρεις μήνες. Τα άτομα ήταν τα ίδια και στις δύο φάσεις.

Συγκεκριμένα, στην πρώτη χορήγηση συμμετείχαν 117 άτομα (27-89 ετών) εκ των οποίων οι 81 ήταν άντρες και οι 36 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 59.41 χρόνια.

Στη δεύτερη χορήγηση απέμεινε μόνο το δείγμα των 61 ατόμων από τα 117. Από τα 61 άτομα οι 40 ήταν άντρες και οι 21 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 60.78 χρόνια.

Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους συμμετέχοντες έπειτα από επεξήγηση για τη χρήση τους και από ενημέρωση για την ανωνυμία της έρευνας. Η έρευνα ήταν προδρομική. Η χορήγηση έγινε σε δύο φάσεις, στα ίδια άτομα, μετά από τρεις περίπου μήνες. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, γι' αυτό και οι συμμετέχοντες δεν ανταμείφθηκαν. Την εποπτεία των ερωτηματολογίων είχαν φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης του τμήματος Ψυχολογίας οι οποίοι διεξήγαγαν την έρευνα. Για την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS.

Κλίμακες

Η κλίμακα *Illness Cognition Questionnaire (ICQ)* κατασκευάστηκε από τον Evers το 2001 και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της βασικής γνώσης για την ασθένεια (Evers, 2001). Το ICQ αξιολογεί τρεις βασικές μετρήσεις οι οποίες απεικονίζουν τις βασικές οδούς να αξιολογήσεις τον απωθητικό χαρακτήρα μιας χρόνιας ασθένειας: την ανημποριά (Cronbach's $\alpha=.88$), την αποδοχή και τα αντιληπτά οφέλη (Cronbach's $\alpha=.71$) απ' αυτήν. Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το κομμάτι που αξιολογεί την αποδοχή των συμμετεχόντων για την ασθένεια τους. Μελετά την αποδοχή ως έναν τρόπο των ασθενών να μειώσουν την απωθητική έννοια της ασθένειας τους με την αναγνώριση της πραγματικότητας, και συγχρόνως την πίστη στις δυνατότητες τους να ζήσουν μ' αυτό. Το κομμάτι αυτό αποτελείται από 6 στοιχεία (π.χ. Εχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου). Σύμφωνα με το δείκτη Cronbach's Alpha η αξιοπιστία της κλίμακας είναι .84.

Η συναισθηματική υγεία και η σωματική λειτουργία των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε με την ευρέως χρησιμοποιημένη και καλά επικυρωμένη κλίμακα *RAND 36-Item Health Survey*. Η κλίμακα αυτή αξιολογεί 8 έννοιες: τη φυσική λειτουργία, το σωματικό πόνο, το ρόλο των περιορισμών εξαιτίας των φυσικών προβλημάτων υγείας, τη συναισθηματική υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ενέργεια/κόπωση και τις γενικές αντιλήψεις περί υγείας. Περιλαμβάνει επίσης, ένα στοιχείο που παρέχει μια ένδειξη της παρατηρούμενης αλλαγής στην υγεία. Όσον αφορά στη συναισθηματική υγεία και τη φυσική λειτουργία, το ερωτηματολόγιο μετρά τις δύο αυτές έννοιες που χρησιμοποιήσαμε κατά τις τελευταίες 4 βδομάδες. Η φυσική λειτουργία περιλαμβάνει 10 υπομέρους στοιχεία τα οποία περιγράφουν κατά πόσο είναι ικανοί οι πάσχοντες να εκτελούν σωματικές εργασίες. Η συναισθηματική

υγεία περιλαμβάνει 5 υπομέρους στοιχεία τα οποία μετρούν τη διάθεση (Ware & Sherbourne, 1992).

Κλίμακα	Στοιχεία	Alpha	M	SD
Σωματική λειτουργία	10	0.93	70.61	27.42
Συναισθηματική υγεία	5	0.90	70.38	21.97

Αποτελέσματα

Η έρευνα αποτελείται από δύο φάσεις χορήγησης ερωτηματολογίων. Στην πρώτη φάση έπειτα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Illness Cognition Questionnaire (ICQ), προέκυψε σύμφωνα με το μέσο όρο ότι από τα 117 άτομα το 94.9% αποδέχεται την ασθένεια του έναντι του 5.1%. Αναφορικά με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για την αποδοχή της ασθένειας ήταν 0.884.

Μετά από χρήση του δεύτερου ερωτηματολογίου RAND 36-Item Health Survey όσον αφορά στη συναισθηματική υγεία αυτοί που αισθάνονται περισσότερο θετικά συναισθήματα κατέχουν το ποσοστό του 96.6% έναντι αυτών που αισθάνονται περισσότερο αρνητικά συναισθήματα με ποσοστό 3.4%, σύμφωνα με το μέσο όρο. Σύμφωνα με το δείκτη Cronbach's Alpha η αξιοπιστία ήταν 0.774. Τέλος, η σωματική λειτουργία εκτιμήθηκε με το ίδιο ερωτηματολόγιο και 97.4% φάνηκε να έχει καλή σωματική λειτουργία και το 2.6% να έχει κακή σωματική λειτουργία. Ο δείκτης αξιοπιστίας της ήταν επίσης πολύ καλός με 0.906.

Οι συσχετισμοί μεταξύ αποδοχής της ασθένειας, συναισθηματικής υγείας και σωματικής λειτουργίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1, όπως επίσης και στον πίνακα 4 για τη 2^η χορήγηση.

Πίνακας 1

Συσχετίσεις μεταξύ αποδοχής, συναισθηματικής υγείας και σωματικής λειτουργίας

	Αποδοχή	Ψυχική υγεία	Σωματική λειτουργία
Αποδοχή	1.00		
Συναισθηματική υγεία	0.376**	1.00	
Σωματική λειτουργία	0.173	0.314**	1.00

** p< .01

Η αποδοχή της ασθένειας συνδέθηκε θετικά με τη συναισθηματική υγεία ($p<0.01$) και η συναισθηματική υγεία συνδέθηκε θετικά με την σωματική λειτουργία ($p<0.01$). Η αποδοχή της ασθένειας με τη σωματική λειτουργία δεν είχαν καμία συσχέτιση.

Πίνακας 2

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των 3 μεταβλητών ως προς το φύλο

	Άντρες		Γυναίκες		t
	M	SD	M	SD	
Αποδοχή	2.76	0.69	2.50	0.60	1.97*
Συναισθηματική υγεία	53.69	17.24	43.25	14.54	3.08**
Σωματική λειτουργία	68.01	23.96	49.96	27.98	3.54***

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

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μέσω των όρων με το κριτήριο t, προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές που βρίσκονται στους παράγοντες: αποδοχή, συναισθηματική υγεία και σωματική λειτουργία μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το κριτήριο ανέδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά στην αποδοχή οι άνδρες σημείωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο ($M=2.76$) από τις γυναίκες ($M=2.50$) ($t(115)=1.98, p<.05$). Ο μέσος όρος των ανδρών σε θέματα συναισθηματικής υγείας ($M=53.69$) ήταν μεγαλύτερος από αυτό των γυναικών ($M=43.25$) ($t(111)=3.08, p<.01$). Τέλος, στη σωματική λειτουργία ο μέσος όρος των ανδρών ($M=68.01$) ήταν επίσης μεγαλύτερος από αυτό των γυναικών ($M=49.96$) ($t(112)=3.54, p<.001$).

Πίνακας 3

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των 3 μεταβλητών ως προς τη νοσηλεία

	Νοσηλεία		Μη νοσηλεία		t
	M	SD	M	SD	
Αποδοχή	2.74	0.68	2.43	0.64	1.77
Συναισθηματική υγεία	51.29	17.09	46.27	17.22	1.16
Σωματική λειτουργία	62.16	28.23	62.63	17.42	-0.06

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

Έπειτα συγκρίθηκαν οι μέσοι όροι ανά ζεύγη με το κριτήριο t, προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές που βρίσκονται στους παράγοντες: αποδοχή, συναισθηματική υγεία και σωματική λειτουργία ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ποτέ ή όχι. Το κριτήριο δεν ανέδειξε οποιαδήποτε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Όσον αφορά στην αποδοχή, αυτοί που έχουν νοσηλευτεί σημείωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο ($M=2.74$) από αυτούς που δεν έχουν νοσηλευτεί ($M=2.43$) ($t(114)=1.77$, $p > .05$). Ο μέσος όρος αυτών που έχουν νοσηλευτεί σε θέματα συναισθηματικής υγείας ($M=51.29$) ήταν πάλι μεγαλύτερος από αυτούς που δεν είχαν νοσηλευτεί ($M=46.27$) ($t(110)=1.16$, $p > .01$). Τέλος, στη σωματική λειτουργία ο μέσος όρος αυτών που είχαν νοσηλευτεί ($M=62.16$) ήταν μικρότερος από το μέσο όρο αυτών που δεν είχαν νοσηλευτεί ($M=62.63$) ($t(111)=-0.06$, $p > .001$).

Πίνακας 4

Συσχετίσεις μεταξύ αποδοχής, ψυχικής υγείας και σωματικής λειτουργίας στη 2^η χορήγηση

	Αποδοχή	Ψυχική υγεία	Σωματική λειτουργία
Αποδοχή	1.00		
Συναισθηματική υγεία	0.411**	1.00	
Σωματική λειτουργία	0.298*	0.363**	1.00

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

Στη δεύτερη χορήγηση των ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι η αποδοχή της ασθένειας συνδέεται θετικά με τη συναισθηματική υγεία ($p < 0.01$) και η συναισθηματική υγεία συνδέεται θετικά με τη σωματική λειτουργία ($p < 0.01$). Επιπλέον, η αποδοχή της ασθένειας συνδέεται θετικά και με τη σωματική λειτουργία ($p < 0.05$).

Συζήτηση

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δείχνει να έχουν αποδεχτεί την ασθένεια τους και η συναισθηματική και σωματική τους υγεία να είναι καλή.

Η συσχέτιση της αποδοχής με τη συναισθηματική υγεία και τη σωματική λειτουργία φανέρωσε πως οι έννοιες αυτές συνδέονται θετικά μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τις προηγούμενες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες η αποδοχή της ασθένειας συνδέεται με τα πιο υψηλά επίπεδα ευημερίας (Vowles et al., 2008). Όσοι δηλαδή, έχουν αποδεχτεί την ασθένεια τους έχουν αρκετά καλή συναισθηματική υγεία. Και όσοι έχουν καλή συναισθηματική υγεία έχουν και καλή σωματική λειτουργία. Παρόλο που στην πρώτη χορήγηση των ερωτηματολογίων η συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής και της σωματικής λειτουργίας δεν ήταν στατιστικά σημαντική στη δεύτερη χορήγηση τα δεδομένα άλλαξαν και παρατηρήθηκε σχέση και μεταξύ αυτών. Η αποδοχή με λίγα λόγια, βοήθησε στην καλή σωματική λειτουργία.

Κατόπιν, μετά τη συσχέτιση αποδοχής, συναισθηματικής υγείας και σωματικής λειτουργίας με το φύλο προέκυψε όπως ήταν αναμενόμενο να υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Έχει βρεθεί ότι οι άνδρες προσεγγίζουν θετικότερα από τις γυναίκες τις τρεις έννοιες.

Τέλος, όσον αφορά στη νοσηλεία και στο αν υπάρχει κάποια συσχέτιση με την αποδοχή, τη συναισθηματική υγεία και τη σωματική λειτουργία δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά. Δηλαδή, είτε ο ασθενής νοσηλεύτηκε είτε όχι αυτό δεν επηρεάζει τα επίπεδα ύπαρξης των τριών εννοιών. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι τυπικά μια ανεπιθύμητη, αγχωτική εμπειρία λόγω των περιορισμών και των προβλημάτων που προκαλεί, καθώς επίσης και λόγω της επιδείνωσης στην

προσωπική υγεία που αντιπροσωπεύει μια εισαγωγή (Taylor, 1979). Επομένως, τα αποτελέσματα που δείχνουν ότι η νοσηλεία δε σχετίζεται με την αποδοχή, τη συναισθηματική υγεία και τη σωματική λειτουργία είναι κάπως αντιφατικά. Θα πρέπει να δοθεί περισσότερη σημασία στη μελέτη αυτού του χώρου και να παρουσιαστούν σαφέστερα ευρήματα.

Συνοψίζοντας λοιπόν, τα όσα αναφέρθηκαν, οι περισσότεροι πάσχοντες αποδέχονται την ασθένεια τους και προσαρμόζονται σ' αυτήν αργά ή γρήγορα. Επιπλέον υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την αποδοχή, τη συναισθηματική υγεία και τη σωματική λειτουργία αλλά δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ αυτών των τριών και της νοσηλείας, τουλάχιστο στην παρούσα έρευνα.

Αυτά τα ερευνητικά αποτελέσματα δύναται να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη. Η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο, ώστε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αναπηρίας και απόγνωσης. Τα αποτελέσματα από πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την πορεία της σωματικής ασθένειας και αντιστρόφως. Οι ασθενείς δηλαδή που πάσχουν από καρδιακά νοσήματα και η υγεία τους παραμένει στάσιμη ή χειροτερεύει ίσως να οφείλεται στην άρνηση που βιώνουν. Αν δεχθούν βοήθεια, από διάφορους ειδικούς ή γενικά από τον περιβάλλοντα τους χώρο σε αυτό το κομμάτι ίσως η σωματική και η ψυχοκοινωνική τους υγεία να βελτιωθεί σημαντικά.

Όσον αφορά στους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να τονιστεί ότι το δείγμα θα μπορούσε να ήταν μεγαλύτερο των 117 ατόμων και οι γυναίκες να ήταν περισσότερες (81 άνδρες και 36 γυναίκες). Το κυριότερο όμως πρόβλημα ήταν το

γεγονός ότι η δεύτερη χορήγηση πραγματοποιήθηκε με μόνο 61 άτομα από τα 117. Επιπλέον, η έρευνα είναι συσχετιστική και τα αποτελέσματα δεν φανερώνουν απόλυτα αιτιώδη σχέση. Πρέπει να αναφερθεί επίσης, ότι η μέτρηση περιλάμβανε αποκλειστικά μόνο τα δύο ερωτηματολόγια ενώ θα ήταν σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν και άλλα ψυχομετρικά εργαλεία προς αύξηση της εγκυρότητας.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα εκτός από το κομμάτι της νοσηλείας που προαναφέρθηκε, προτείνεται επίσης, περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διευκρινιστεί καλύτερα η αλληλεπίδραση μεταξύ αποδοχής της ασθένειας, των παραγόντων που σχετίζονται με την ασθένεια, και της υγείας. Επιπλέον, χρειάζεται μια πιο ενδελεχής μελέτη στους λόγους που οφείλονται οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Όλες οι συνέπειες που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της μη αποδοχής στους καρδιοπαθείς είναι αρκετά σοβαρές. Είναι, επομένως, σημαντικό η γνώση αυτή να μεταδοθεί και σε άλλους τομείς των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να αναγνωριστούν και αντιμετωπιστούν οι ψυχολογικές επιπλοκές – πρώτα και κύρια στους ειδικούς καρδιολόγους, οι οποίοι είναι εκείνοι που εξετάζουν τους ασθενείς αυτούς. Η σύγχρονη ιατρική και ψυχολογία συνηγορούν στη βαρύτητα της αποδοχής, της καλής ψυχικής υγείας και του σημαντικού ρόλου που αυτές έχουν στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας, γι' αυτό και αρκετά προγράμματα θεραπείας έχουν προσανατολιστεί σ' αυτή την πλευρά .

Βιβλιογραφία

- Beekman, A.T.F., Copeland, J.R., & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br Journal Psychiatry*, 174, 307–11.
- Bellg, A.J. (2004). Clinical cardiac psychology. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (pp. 30-57). New York: Hogrefe & Huber.
- Bowlby, J. (1980/1981). *Attachment and Loss. Sadness and Depression*. Hogarth, Harmondsworth, New York/Penguin Books.
- Brezinka, V. & Kittel, F. (1996). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Social Science in Medical*, 42, 1351–65.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Castelli, W.P. (1988). Cardiovascular disease in women. *Am J Obstet Gynecol*, 158, 1553–60.
- Cooper, M.C. (1990). Chronic illness and nursing's ethical challenge. *Holistic Nurse Practice*, 5(1), 10-16.
- Cooper, R., Cutler, J., Desvigne-Nickens, P., Fortmann, S.P., Friedman, L., Havlik, R., Hogelin, G., Marler, J., McGovern, P., Morosco, G., Mosca, L., Pearson, T., Stamler, J., Stryer, D., & Thom, T. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the national conference on cardiovascular disease prevention. *Circulation*, 102, 3137-3147.

- Croog, S., Shapiro, D., & Levine, S. (1971). Denial among male heart patients. *Psychosom Med*, 33, 385-397.
- Dembo, T., Leviton, G., & Wright, B. A. (1956). Adjustment to misfortune: A problem in social psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3, 4-62.
- Dijkstra, A., Buunk, P.A., Tóth, G. & Jager, N. (2008). Psychological Adjustment to Chronic Illness: The Role of Prototype Evaluation in Acceptance of Illness. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12, 3-4, pp. 119-140.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., & Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Ferrin, J. M. (2003). *Acceptance of loss after an adult-onset disability: Development and psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale*. Doctoral dissertation, University of Wisconsin.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA*, 270, 1819-1825.
- Freud, S. (1961). *The Ego and the Id: Standard Edition of the Complete Psychological Works of Freud*, Vol. XIX. Hogarth Press, London.
- Gatchel, R.J. & Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical advise and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gentry, W.D., & Haney, T. (1975). Emotional and behavioral reaction to acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 4, 738-745.

- Gerhardt, U. (1990). Qualitative research on chronic illness: the issue and the story. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1149-1159.
- Grace, S.L., Abbey, S.E., Irvine, J., Shnek, Z.M., & Stewart, D.E. (2004). Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom*, 73, 344–352.
- Greene, W.A., Moss, A.J., & Goldstein, S. (1974). *Delay, denial and death in coronary heart disease*. In Eliot RS (ed), *Stress and the Heart*. Mt. Kisco, NY, Futura.
- Greenland, P., Reicher-Reiss, H., Goldbourt, U., & Behar, S. (1991). In-hospital and 1-year mortality in 1,524 women after myocardial infarction. Comparison with 4,315 men. *Circulation*, 83, 484–91.
- Greimel, E.R., Padilla, G.V., & Grant, M.M. (1998). Gender differences in outcomes among patients with cancer. *Psychooncology*, 7, 197–206.
- Gullacksen, A. C., & Lidbeck, J. (2004). The life adjustment process in chronic pain: Psychosocial assessment and clinical implications. *Pain Research and Management*, 9, 145–153.
- Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1974). Development of a quantitative rating scale to assess denial. *Journal of Psychosom Res*, 18, 93-100.
- Hackett, T.P., Cassem, N.H., & Wishnie, H. (1968). The coronary-care unit: An appraisal of its psychologic hazards. *N Engl J Med*, 279, 1365-1370.
- Hamilton, K. & Trepanier, H. (1994). *Hospital Care in the 21st Century, in Canada*. *Canadian Social Trends*, Volume 2, pp. 95-98. Thompson Educational, Toronto.

- Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *Behavioural Analyst*, 17, 289-303.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319–340.
- Horner A.J. (1991). *Psychoanalytic Object Relations Therapy*. Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Ilmarinen, J. (1994). *Ageing, work and health*. In J. Snel, & R. Cremer (Eds.). *Work and ageing: a European perspective*. London: Taylor & Francis.
- Kingsbury, S. (2000). *Adaptation to chronic illness*. The Harvard Mental Health (Letter) December.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Springer, New York.
- Kubler-Ross, E. (1987). *AIDS: The Ultimate Challenge*. Macmillan, New York.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδάνος
- Lovallo, W.R. 2005. Cardiovascular reactivity: Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 58, 119–132.
- Martin, R., & Leventhal, H. (2004). Symptom perception and health care-seeking behavior. In T.J. Boll, J.M. Raczynski & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (vol. 2, pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.

- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 101*, 21–27.
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain, 105*, 197-204.
- Moore, L. D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology, 138*, 13–25.
- Moser, D.K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med, 58*, 395– 401.
- Persson, L.O., Berglund, K., & Sahlberg, D. (1996). A structure of self-conceptions and illness conceptions in rheumatoid arthritis (RA). *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 535-549.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001). Persons with insulindependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 758–763.
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science & Medicine, 34*, 427-432.
- Shaw R, Cohen F, Doyle B, Palesky J. (1985). The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients. *Psychosom Med, 47*, 262-273.
- Strauss, A.L. (1984). *Where Medicine Fails*. Transaction, New Brunswick.
- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B.G., Maines, D., Suczek, B., & Wiener, C.L.. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby, St Louis.

- Sytkowski, P.A., Dagostino, R.B., Belanger, A., & Kannel, W.B. (1996). Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: the Framingham Heart Study. *Am J Epidemiol*, 143, 338–50.
- Taylor, S.E. (1979). Hospital patient behavior: Reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues*, 35, 156-184.
- Taylor S.E. & Brown J.D. (1988). Illusion and well being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1990). Psychological aspects of chronic illness. In G. R. Van den Bos & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Psychological aspects of serious illness* (pp. 3–60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Taylor S.E., Kemeny M.E., Aspinwall L.G., Schneider S.C., Rodriguez R. & Herbert M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 460–473.
- Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 457–464.
- Thorne, S.E, Paterson, B.L. (2000). *Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience*. *Ann Re Nurs Res*, 18, 3–25
- Uuskula, M. (1996). Psychological differences between young male and female survivors of myocardial infarction. *Psychother Psychosom*, 65, 327–30.

- Van Damme, S., Crombez, G., Van Houdenhove, B., Mariman, A., & Michielsens, W. (2006). Well-being in patients with chronic fatigue syndrome: The role of acceptance. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 595– 599.
- Van Jaarsveld, C.H.M., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Ormel, J., Van Veldhuisen, D.J., Kempen, G.I.J.M. (2002). Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: A prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1105–1112.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., et al. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65–72.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology*, 27, S136-S143.
- Waldron, I. (1983). Sex differences in human mortality: the role of genetic factors. *Soc Sci Med*, 17, 321–33.
- Ware, J.E., Jr., and Sherbourne, C.D., (1992). “The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection”, *Medical Care*, 30, 473-483
- Wellard, S. (1997). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 35 (1998), 49-55.
- World Health Organization. (1992). *Health promotion and chronic diseases discovering a new quality of health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Young, R.F., Kahana, E. (1993). Gender, recovery from late life heart attack, and medical care. *Women Health*, 20, 11–31.

Zauszniewski, J. A., McDonald, P. E., Krafcik, K., & Chung, C. (2002).
Acceptance, cognitions, and resourcefulness in women with diabetes.
Western Journal of Nursing Studies, 24, 728–750.