



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Προσαρμογή και Άγχος στους Χρόνιους Ασθενείς

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καλλέργη Φανουρία 1661

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2006-2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
Περίληψη.....	1
ΜΕΡΟΣ Α'	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ορισμός: Χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες-Συχνότητα εμφάνισης	2
Αναφορά των πιο σημαντικών και συχνά εμφανιζόμενων χρόνιων ασθενειών.....	6
Προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια.....	9
Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας.....	14
Αντιδράσεις του ατόμου στη χρόνια ασθένεια.....	17
Αντιλήψεις περί ασθένειας.....	20
Στρες και άγχος στους χρόνιους ασθενείς.....	23
Επίδραση του φύλου.....	28
Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις.....	31
ΜΕΡΟΣ Β': Μέθοδος	
Δείγμα.....	33
Μέσα συλλογής δεδομένων.....	36
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	38
ΜΕΡΟΣ Γ': Ευρήματα	
Συσχετίσεις.....	39
T-test ως προς το φύλο.....	42
Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση.....	44
ΜΕΡΟΣ Δ': Συζήτηση.....	
Βιβλιογραφία.....	51

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στα επίπεδα του στρες των χρόνιων και στην ψυχική τους υγεία. Επίσης να διερευνηθεί εάν υπάρχει σχέση ανάμεσα στις σκέψεις που κάνουν οι χρόνιοι ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους και στην ψυχική τους υγεία. Και ακόμη, να εξεταστεί εάν το φύλο και η διάρκεια της ασθένειας παίζουν και αυτά κάποιο ρόλο στην ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών. Αρχικά θα γίνει η ανάλυση κάποιων θεωρητικών θεμάτων που είναι απαραίτητα για την κατανόηση της προσαρμογής και του άγχους και στρες που εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς, και στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Στην έρευνα συμμετείχαν 119 ενήλικες που εμφανίζουν κάποια χρόνια ασθένεια. Τα αποτελέσματα της έρευνας για της ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών έδειξαν ότι αυτή σχετίζεται με το στρες, με την προσκόλληση και με την αντίσταση στις σκέψεις για την κατάσταση της υγείας τους. Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα δεν βρέθηκε να υπάρχουν, όπως επίσης, δε βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών ο χρόνος που διαρκεί η ασθένεια.

Λέξεις κλειδιά:

προσαρμογή, άγχος και στρες, χρόνιες ασθένειες, ψυχική υγεία, σκέψεις για την ασθένεια

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ορισμός: Χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες- Συχνότητα εμφάνισης

Ως χρόνια ασθένεια ή αναπηρία ορίζεται μία παθολογική κατάσταση στην οποία παρατηρούνται μία ή και περισσότερες βλάβες ή αποκλίσεις από τη φυσιολογική σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα του ατόμου, οι οποίες, ανεξάρτητα από το αν είναι εκτεταμένες ή όχι, παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Κατά κανόνα, οι χρόνιες καταστάσεις οφείλονται σε παθολογικές αλλοιώσεις που δεν είναι αναστρέψιμες ή είναι εξαιρετικά δύσκολο να βελτιωθούν. Συνήθως αφήνουν ως κατάλοιπο κάποιου είδους αναπηρία (DiMatteo & Martin, 2006). Για να θεωρηθεί μία ασθένεια χρόνια πρέπει η διάρκειά της να είναι από 3 μήνες και πάνω. Οι χρόνιες είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες ασθένειες στη σύγχρονη εποχή, στις αναπτυγμένες χώρες, τουλάχιστον. Οι χρόνιοι ασθενείς με τη βοήθεια των φαρμακευτικών αγωγών και με αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειές τους μπορούν πλέον να ζήσουν πιο μεγάλα χρονικά διαστήματα και μία, όσο γίνεται, κανονική ζωή, παρόλο που εξακολουθεί να τους συνοδεύει η ασθένειά τους (Καραδήμας, 2005).

Η αντιμετώπιση και η καταπολέμηση μιας χρόνιας ασθένειας προϋποθέτει την καταβολή εντατικής προσπάθειας, η οποία περιλαμβάνει την επιλογή και τήρηση της κατάλληλης θεραπείας, συνεχή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση του ίδιου του ατόμου που πάσχει αλλά και των οικείων του, για σωστή τήρηση των οδηγιών για την λήψη των φαρμάκων, για αλλαγή της συμπεριφοράς (όταν αυτή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας του ατόμου) και την ενίσχυση των «υγιεινών» συνηθειών ώστε αυτές να καθιερωθούν ως τρόπος ζωής. Σε αντίθεση με τα άτομα που πάσχουν από κάποια οξεία ασθένεια ή τραυματισμό και νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ακολουθώντας κάποια θεραπευτική αγωγή, οι χρόνιοι ή οι ανάπηροι ασθενείς πρέπει να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν, σε μία σχετικά φυσιολογική ζωή, τους

περιορισμούς που υφίστανται. Είτε ζουν μόνοι τους είτε μαζί με άλλα άτομα, πρέπει να διατηρήσουν κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας και να επιτύχουν μία όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής μέσα στα πλαίσια των περιορισμών που θέτει η κατάσταση της υγείας τους (DiMatteo & Martin, 2006). Είναι σημαντικό, λοιπόν, οι χρόνιοι ασθενείς να μάθουν να ζουν με τις συνέπειες της ασθένειας που τους βασανίζει. Τέτοιες συνέπειες είναι ο πόνος, διάφορα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειάς, έλλειψη σωματικής και ψυχικής δύναμης, αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες, παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή, φόβοι για την εξέλιξη της ασθένειας, για τη ζωή τους, τη ζωή της οικογένειάς τους και για το μέλλον το δικό τους και της οικογένειάς τους (Καραδήμας, 2005).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών είναι εντυπωσιακά υψηλή και τείνουν να εμφανίζονται όλο και πιο συχνά όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων. Το 1995, σχεδόν 22,5 εκατομμύρια κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών ηλικίας μεταξύ 18 και 64 ετών αντιμετώπιζαν περιορισμούς στις δραστηριότητες τους εξαιτίας κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας (National Center for Health Statistics [NCHS], 1998). Ορισμένες από αυτές τις περιπτώσεις ήταν αποτέλεσμα μίας σοβαρής οξείας ασθένειας ή ενός σοβαρού ατυχήματος, ενώ άλλες οφείλονταν σε χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι βλάβες στην περιοχή της ράχης ή της σπονδυλικής στήλης, ή ελκώδης κολίτιδα, ο διαβήτης, οι βλάβες στα κάτω άκρα ή στο ισχίο, οι διαταραχές της όρασης ακόμα και οι ψυχιατρικές διαταραχές. Οι πιο συχνές χρόνιες παθήσεις που παρουσιάζονται στους ανθρώπους ηλικίας κάτω των 45 ετών είναι η παράλυση και οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα των κάτω άκρων (κυρίως λόγω ατυχημάτων). Ενώ για τους ανθρώπους ηλικίας άνω των 45 ετών, οι πιο συχνές είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και τα καρδιακά νοσήματα.

Όσον αφορά τους μη ηλικιωμένους ενήλικες, δηλαδή ηλικίας από 18 έως 64 ετών, τα προβλήματα που εμφανίζουν πιο συχνά και επηρεάζουν τη λειτουργικότητά τους είναι τραυματισμοί στη ράχη, στη σπονδυλική στήλη και στα κάτω άκρα, καρδιακά νοσήματα, αρθρίτιδα και προβλήματα όρασης (NCHS, 1998). Όσο μεγαλύτερο είναι σε ηλικία ένα άτομο τόσο πιο πολύ αυξάνονται οι πιθανότητες να παρουσιάσει μία ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες που του δυσχεραίνουν την τέλεση των δραστηριοτήτων του επί καθημερινής βάσης όπως την εργασία, τα οικιακά, τις σπουδές, την ψυχαγωγία και τα χόμπι. Όμως, οι χρόνιες ασθένειες δεν παρουσιάζονται μόνο στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, πλήττουν και τους νέους σε εντυπωσιακά μεγάλη συχνότητα (DiMatteo & Martin, 2006).

Οι πιο συχνές χρόνιες ασθένειες είναι οι παρακάτω:

- Αρθρίτιδες και σχετικές παθήσεις
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Καρκίνος (καρκίνος του παχέως εντέρου και καρκίνος του στήθους)
- Διαβήτης
- HIV/AIDS
- Επιληψία, και
- Παχυσαρκία (η παχυσαρκία έχει φτάσει σε επιδημιολογικά επίπεδα, τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιακά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτη, αρθρίτιδες και κάποια είδη καρκίνου).

Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομειακές μονάδες οξέων περιστατικών περιθάλπονται είτε για παθήσεις που ενδέχεται να εξελιχθούν σε χρόνιες (για παράδειγμα η καρδιακή προσβολή, ο καρκίνος και η παράλυση που

προκαλείται από τυχαίο τραυματισμό) είτε για ιατρικές καταστάσεις κρίσεως οι οποίες οφείλονται σε χρόνιες ασθένειες που βρίσκονται σε εξέλιξη (για παράδειγμα οι αλληπαλλήλες καρδιακές προσβολές, το διαβητικό κώμα και οι επιπλοκές που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης για την αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας). Όμως, δεν απαιτούν όλες οι χρόνιες καταστάσεις νοσηλεία σε νοσοκομειακές μονάδες, αλλά απλώς διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία. Πρόκειται πολλές φορές για ασθένειες με «ύπουλη» δράση, όπως η αρθρίτιδα, οι οποίες σταδιακά στερούν από το άτομο την υγεία και τη ζωτικότητα του και εμφανίζουν βαθμιαία επιδείνωση με το πέρασμα του χρόνου (DiMatteo & Martin, 2006).

Είναι σημαντικό οι χρόνιοι ασθενείς να μάθουν να ζουν με τα διάφορα προβλήματα, δυσκολίες και αλλαγές που επιφέρει η ασθένειά τους. Οι αλλαγές αυτές και οι δυσκολίες δημιουργούν στους ασθενείς πολλές φορές άγχος και στρες. Τα άτομα με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν επίσης και μία σειρά έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λπ., τα οποία είναι δυνατόν να εξαντλήσουν τους συναισθηματικούς πόρους ακόμη και του πιο ανεκτικού κι αισιόδοξου ανθρώπου (Καραδήμας, 2005). Οι χρόνιες ασθένειες πρέπει να αντιμετωπίζονται μέρα με τη μέρα, χρόνο με το χρόνο, χωρίς ωστόσο να υπάρχει η πιθανότητα ίασης, αλλά γίνεται η προσπάθεια να ελεγχθούν. Μολονότι οι χρόνιες καταστάσεις διαφοροποιούνται όσον αφορά το βαθμό της σοβαρότητάς τους και του βαθμού των προβλημάτων και δυσκολιών που προκαλούν στη «φυσιολογική» ζωή, όλες δημιουργούν σοβαρές αλλαγές στη ζωή των ατόμων οι οποίες τους επηρεάζουν σημαντικά (DiMatteo & Martin, 2006).

Αναφορά των πιο σημαντικών και συχνά εμφανιζόμενων χρόνιων ασθενειών

Καρδιαγγειακές νόσοι: διαταραχές του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του. Κατηγοριοποιούνται σε τρεις τύπους: τις στεφανιαίες νόσους, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και την καρδιομυοπάθεια. Αποτελούν μία από τις βασικότερες αιτίες θανάτου, ο ένας σε κάθε 2,5 θανάτους είναι λόγω κάποιας καρδιαγγειακής νόσου (ΑΗΑ, 2001, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005). Η αντιμετώπισή τους απαιτεί κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, προσπάθειες για αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, την ένταξη της άσκησης στη ζωή των ασθενών και γενικά την αλλαγή του τρόπου ζωής και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία και όταν είναι απαραίτητο κάποια επέμβαση ή εγχείριση (Καραδήμας, 2005).

Νεοπλασίες: οι αλλαγές στο γενετικό υλικό των κυττάρων και η τροποποίηση του κύκλου της ζωής τους. Υπάρχουν πολλά είδη νεοπλασιών (πάνω από 100) κάποιες από τις οποίες είναι ακίνδυνες (καλοήθειες) και κάποιες οι οποίες είναι επικίνδυνες για τη ζωή (κακοήθειες). Η εμφάνισή τους είναι πολύ συχνή και αποτελούν σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας. Τα αίτια ανάπτυξης του καρκίνου διαφέρουν ανάλογα με τη μορφή και τον τύπο του. Προκαλούν μία σειρά από έντονες δυσκολίες και προβλήματα τα οποία πλήττουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Από τα πιο σοβαρά προβλήματα που εμφανίζεται σε κάποιες μορφές καρκίνου, ειδικά σε προχωρημένα στάδια, είναι ο έντονος πόνος. Όμως και η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να είναι πολύ δυσάρεστη, να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητά των ασθενών, στην εικόνα του εαυτού τους και μπορεί να προκαλέσει μορφολογικές αλλαγές είτε μόνιμες είτε περιστασιακές. Οι κυριότερες μορφές θεραπείας που χρησιμοποιούνται είναι οι επεμβάσεις, οι ακτινοβολίες και οι χημειοθεραπείες, οι οποίες μπορεί να εφαρμοστούν μεμονωμένα ή και σε συνδυασμό (Καραδήμας, 2005).

Σακχαρώδης Διαβήτης: χρόνια ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του οργανισμού να παράγει ή να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την ινσουλίνη. Χωρίζεται σε τρεις τύπους: τον ινσουλοεξαρτώμενο διαβήτη ή αλλιώς διαβήτη τύπου I ή νεανικό διαβήτη, τον μη- ινσουλοεξαρτώμενο διαβήτη ή αλλιώς διαβήτη τύπου II και τον διαβήτη της κήσης. Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης του διαβήτη τύπου I είναι κληρονομικά και η επίδραση χημικών και διατροφικών παραγόντων. Η κληρονομικότητα είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει και την εμφάνιση του διαβήτη τύπου II. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που οφείλονται στο διαβήτη σχετίζονται κυρίως με τις επιπλοκές της ασθένειας και όχι στην ασθένεια καθαυτή. Η αντιμετώπιση του απαιτεί τον συχνό καθημερινό έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα από τον ίδιο τον ασθενή, αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, τακτική ήπια άσκηση και αν είναι απαραίτητο λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Καραδήμας, 2005).

Υπέρταση: παθολογική κατάσταση κατά την οποία η αρτηριακή πίεση του ατόμου παραμένει υψηλή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η συνολική πίεση είναι μεγαλύτερη από 140 και η διαστολική μεγαλύτερη από 90 και συνήθως αυτό συμβαίνει για αρκετές εβδομάδες ή μήνες. Αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου της καρδιάς, καθώς και άλλα νοσήματα, όπως εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (Sharino & Goldstein, 1982). Η εμφάνιση της υπέρτασης, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 85% των περιπτώσεων, εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η παχυσαρκία, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η διατροφή, η χρήση αλκοόλ, η κληρονομικότητα, καθώς και διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (DiMatteo & Martin, 2006). Για άτομα με ήπια και μέτρια υπέρταση, πολλές φορές η αλλαγή του τρόπου ζωής και μία ειδική δίαιτα βοηθούν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Στην

περίπτωση που οι παραπάνω μέθοδοι δεν βοηθήσουν, τότε πρέπει να χορηγηθούν φάρμακα, τα γνωστά αντιυπερτασικά, και μερικές φορές διουρητικά σε συνδυασμό με αντιυπερτασικά (Encarta Encyclopedia Deluxe, 2004).

Αρθρίτιδες: ασθένειες που προκαλούν πόνο, ακαμψία και στις περισσότερες περιπτώσεις πρήξιμο στις αρθρώσεις. Πλήττουν ανθρώπους και των δύο φύλων, όλων των ηλικιών, όλων των φυλών, κάθε κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και γεωγραφικής περιοχής. Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία για τα περισσότερα είδη αρθρίτιδας. Ο άμεσος στόχος θεραπείας είναι η μείωση του πόνου των αρθρώσεων και των φλεγμονών και η μεγιστοποίηση της κινητικότητας τους, για αυτούς τους λόγους οι ασθενείς ακολουθούν συνήθως ειδική διαίτα και καθημερινές ασκήσεις σε συνδυασμό με αναλγητικά και αντι-φλεγμονώδη φάρμακα και, σε κάποιες περιπτώσεις αρθρίτιδας, φάρμακα που επιβραδύνουν την ανάπτυξη της ασθένειας (Encarta Encyclopedia Deluxe, 2004).

Προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια

«Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη, επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει σχεδόν όλους του τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας» (Καραδήμας, 2005, p. 141).

Κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004), (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια αφορά τέσσερις περιοχές: τη *βιολογική*, σε θέματα όπως είναι η κούραση, η αίσθηση του πόνου και άλλα συμπτώματα, παρενέργειες από τη θεραπευτική αγωγή, αλλαγές στη λειτουργικότητα του ατόμου και προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας, την *κοινωνική*, σε θέματα όπως η κοινωνική απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας, τη *συναισθηματική*, όπως είναι η αυτό-εικόνα, η οικονομική κατάσταση, ο επαναπροσδιορισμός των στόχων και των προσδοκιών, η επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας και εύρεση νοήματος στην εμπειρία αυτή της ασθένειας και τέλος τη *συμπεριφορά*, που έχει να κάνει με τον έλεγχο της υγείας, την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τη διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας κ.α. Επίσης οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα που έχουν να κάνουν με την εργασία τους, είναι αναγκασμένοι να δουλεύουν λιγότερο, εάν χρειάζεται να σκεφτούν σοβαρά για αλλαγή του επαγγέλματός τους σε κάποιο που έχει λιγότερες απαιτήσεις, μερικές φορές έρχονται αντιμέτωποι με την απειλή της απόλυσης λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων τους και την υποχρεωτική συνταξιοδότηση. Επίσης καθημερινά αισθάνονται οι χρόνιοι ασθενείς τις αλλαγές που λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας συμβαίνουν στο σώμα τους, αυτό επηρεάζει την εικόνα που έχουν για το σώμα τους, τέτοιες αλλαγές είναι οι μειωμένες ικανότητες και αντοχές, η αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, οι περιορισμοί στη μετακίνηση, η ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων και διάφορες σωματικές

αλλαγές. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περιοχές αυτές είναι αλληλένδετες, αλλαγή σε μία από αυτές επηρεάζει και όλες τις άλλες, ενώ στοιχεία της μίας περιοχής εξαρτώνται αλλά και επηρεάζουν τις άλλες (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τις Stephen Wright και Angela Kirby (1999), με την αξιοσημείωτη αύξηση της εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών τον τελευταίο αιώνα, που σχετίζονται αλλά και κατά ένα μέρος είναι αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, μεγάλη προσοχή έχει δοθεί, στην έρευνα, για την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων αλλά και για την προσαρμογή των ατόμων στη νέα κατάσταση εξαιτίας των ασθενειών. Καθώς δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός για την ποιότητα ζωής, η προσαρμογή παραμένει μία ελλιπής και δύσκολα καθορισμένη έννοια.

Έρευνες που έχουν γίνει στον τομέα της προσαρμογής στις χρόνιες ασθένειες έχουν αποκαλύψει τέσσερις τομείς που σχετίζονται με αυτήν.

- Κοινωνικός Ψυχολογικός Τομέας. Πρώτη που ασχολήθηκε είναι η Shelley Taylor το 1983, και ανέφερε ότι η προσαρμογή σχετίζεται με κάποιες συμπεριφορές θεραπείας, όπως είναι η διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας ή μίας ασθένειας που επιζητάει θεραπεία καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την επιτυχημένη προσαρμογή των ατόμων στη διάγνωση, όπως είναι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών και της φαρμακοθεραπείας. Η δεύτερη θεωρία της Taylor αναφέρεται στο ότι η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια επιφέρει αρκετές γνωστικές προσαρμογές, οι ασθενείς δηλαδή προσπαθούν για: α) την εύρεση νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας (προσπάθεια εύρεσης των αιτιών και επαναξιολόγηση στόχων και αξιών), β) την ανάκτηση αισθήματος ελέγχου πάνω στην κατάσταση (πάνω στην

ασθένεια και τη θεραπεία της), και γ) την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους, σε μεγάλο βαθμό μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων.

Τα παραπάνω θέματα έχουν γίνει το καθένα μεμονωμένα αντικείμενα διεξοδικής μελέτης, τα τελευταία 15 χρόνια.

Η απόδοση αιτιών για την εμφάνιση της ασθένειας από μέρους των ασθενών έχει γίνει αντικείμενο πολλών μελετών. Πιθανώς το πιο διαδεδομένο αλλά και συχνά συναντούμενο εύρημα είναι το ότι να αποδίδουμε τις ευθύνες για την εμφάνιση της ασθένειας στους άλλους συχνά σχετίζεται με φτώχη σωματική και συναισθηματική προσαρμογή (Tennen & Affleck, 1990. Turnquist, Harvey & Anderson, 1988). Οι Wright, Brownbridge, Fielding και Stratton (1990) προχώρησαν παραπέρα, και μίλησαν για απόδοση ευθυνών από τους γονείς, που αντιμετώπιζαν διαμάχες με τους έφηβους γιους ή κόρες τους, που ήταν ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια στο τελικό στάδιο, κάτι το οποίο δείχνει φτώχη προσαρμογή και από τη μεριά των ασθενών αλλά και των γονιών, της οικογένειας γενικά.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μία κρίση στη ζωή τους όπως είναι μία χρόνια ασθένεια τείνουν να επαναξιολογούν τους στόχους και τις αξίες τους, αυτές οι αλλαγές έχουν μεγάλη αξία στην προαγωγή της προσαρμογής (Collins, Taylor & Skokan, 1990. Schaefer & Moos, 1992).

Η προσπάθεια απόκτησης ελέγχου πάνω στην ασθένεια έχει επίσης δεχθεί εκτεταμένη προσοχή. Παλαιότερες μελέτες έχουν αναφέρει θετική σχέση μεταξύ της απόκτησης ελέγχου πάνω στην ασθένεια και στα σημάδια προσαρμογής σε αυτήν (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield, 1987). Αρκετές πρόσφατες μελέτες όμως είναι περισσότερο συνεπείς με μία «ισοδύναμη» υπόθεση (η προσαρμογή στην ασθένεια αυξάνεται όταν η προσπάθεια απόκτησης ελέγχου αντανακλά την πραγματική

ικανότητα για έλεγχο). Για παράδειγμα, ο Helgeson (1992) αναφέρει ότι υπάρχει μία θετική σχέση ανάμεσα στην προσπάθεια απόκτησης προσωπικού ελέγχου και στην προσαρμογή μεταξύ ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο μετά από έμφραγμα (πρώτη εμπειρία των ασθενών)-όπου η ανάγκη για έλεγχο, μέσω της αλλαγής του τρόπου ζωής, είναι υψηλή.

Η βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με τις κοινωνικές συγκρίσεις δεν βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τις προβλέψεις της Taylor-σε μεγάλο βαθμό λόγω ενός διαχωρισμού που ήρθε στην επιφάνεια ανάμεσα στις διαδικασίες αξιολόγησης και απόδοσης (ή αλλιώς καθορισμού). Για αυτό το λόγο, ο Helgeson και η Taylor (1993) ανέφεραν ότι οι κοινωνικές συγκρίσεις, για λόγους αξιολόγησης της κατάστασης του ατόμου, σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή και οι κεντρικές ή θετικές αποδόσεις/καθορισμοί, σχετικά πάλι με την κατάσταση του ατόμου, προάγουν την ελπίδα και την έμπνευση, και επίσης παρέχουν πληροφορίες οι οποίες είναι χρήσιμες για τη βελτίωση της κατάστασης του.

- Κοινωνιολογικός Τομέας. Ένας δεύτερος, περισσότερο πειραματικός/πρακτικός τομέας που έχει ασχοληθεί η έρευνα, ο οποίος πηγάζει από την ιατρική κοινωνιολογία και εστιάζεται στις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας στην αντίληψη του εαυτού. Δύο παλαιότερες, αλλά αξιοσημείωτες εργασίες, είναι αυτές του Bury (1982) με τίτλο: 'Chronic illness as biographical disruption' και της Charmaz (1983) με τίτλο: "Loss of self: a fundamental form of suffering in chronically ill". Η δεύτερη αναφέρει τέσσερις παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση του ψυχικού πόνου στα άτομα που υποφέρουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Αυτοί οι παράγοντες είναι όταν: ζουν, λόγω της ασθένειας, με πολλούς περιορισμούς, βιώνουν κοινωνική απομόνωση, νιώθουν ντροπή για την κατάσταση τους και χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων για την αυτοεξυπηρέτησή

τους. Πιο πρόσφατα, η Charmaz (1995) είχε σκιαγραφήσει τις πλευρές ενός τρόπου ζωής με χρόνια ασθένεια, τον προσαρμοσμένο στην χρόνια ασθένεια τρόπο ζωής. Με αυτό εννοούσε την μεταβολή του τρόπου ζωής και του εαυτού έτσι ώστε να συμβαδίζει με τις σωματικές αλλαγές και απώλειες και τέλος να επιτευχθεί η επανένωση σώματος και εαυτού ανάλογα με τη νέα κατάσταση, που είναι η ζωή με την ασθένεια.

- Ψυχομετρικός Τομέας. Αρκετά εργαλεία αξιολόγησης έχουν κατασκευαστεί για τους σκοπούς του εντοπισμού και της αξιολόγησης των επιδράσεων που επιφέρουν οι χρόνιες ασθένειες. Δύο από τις πιο διαδεδομένες μονοδιάστατες κλίμακες είναι η *Acceptance if Illness Scale* (AIS) (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984) και η *Illness Instrument Rating Scale* (IIRS) (Devins et al., 1984). Είναι όμως σημαντικό να αναφερθεί ότι, αυτές οι κλίμακες, εστιάζουν αποκλειστικά στις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει μία χρόνια ασθένεια στους ανθρώπους, δηλαδή, αξιολογούν σε ποιο βαθμό μία ασθένεια έχει επιβλαβείς συνέπειες ή εισβάλλει και αναστατώνει τις ζωές των ασθενών.
- Προσωπικός/Ατομικός Τομέας. Τέλος, υπάρχει μία πληθώρα βιβλίων, τα οποία αναφέρονται σε προσωπικές εμπειρίες ασθενών, σε συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις και που έχουν δεχθεί συγκεκριμένες παρεμβάσεις και θεραπείες.

Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Κάθε χρόνια ή/και απειλητική για τη ζωή ασθένεια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka το 1993 (όπως περιγράφεται στην Παπαδάτου, 1995) η εξέλιξη της χρόνιας ή/και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας διακρίνεται από διάφορες φάσεις, κάθε μία από τις οποίες χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» τα οποία εμφανίζονται σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν ρύθμιση, έτσι ώστε ο ασθενής και η οικογένειά του να προσαρμοστούν στις συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της.

Οι φάσεις κάθε χρόνιας ασθένειας είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία οδηγεί κάποιες φορές στο θάνατο του ασθενή. Όμως πρέπει να σημειωθεί ότι, το μοντέλο του Doka (1993) μιλάει για μία πολύπλοκη ατομική διεργασία, δηλαδή οι προκλήσεις δεν είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς και καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει. Η πορεία της ασθένειας, επίσης, δεν ακολουθεί πάντα όλες τις φάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή είναι πιθανό ένα άτομο να μην περάσει στη χρόνια φάση λόγω των θεραπευτικών μεθόδων που θα ακολουθήσει, ενώ κάποιο άλλο άτομο, λόγω καθυστέρησης της διάγνωσης, να μπει κατευθείαν στην τελική φάση.

Κατά την *προδιαγνωστική φάση* τα άτομα αναγνωρίζουν κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Γίνεται η χρήση στρατηγικών από τα άτομα έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας τους ή για να το αποφύγουν. Τα άτομα δηλαδή, σε αυτή τη φάση, καλούνται να αναγνωρίσουν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας, να αντιμετωπίσουν το άγχος και την ανησυχία για αυτή τη νέα κατάσταση και να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για να γίνει η διάγνωση.

Μόλις γίνει η διάγνωση της ασθένειας, ακολουθεί η *οξεία φάση* και η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας. Αυτή η φάση είναι αρκετά δύσκολη για

τα άτομα και χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, μεγάλες αλλαγές στη ζωή των ατόμων και λήψη σημαντικών αποφάσεων από τα ίδια τα άτομα και τις οικογένειές τους. Οι ασθενείς συχνά σε αυτή τη φάση βιώνουν υπαρξιακή κρίση και αναθεωρούν το νόημα της ζωής τους. Τα άτομα σε αυτή τη φάση αντιμετωπίζουν κάποιες προκλήσεις. Κάποιες από αυτές είναι: κατανόηση της ασθένειας, αναθεώρηση του τρόπου ζωής και προώθηση συνηθειών και συμπεριφορών υγείας, χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση των νέων συνθηκών που εμφανίζονται εξαιτίας της διάγνωσης της ασθένειας, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών, αναγνώριση και αποδοχή των επιπτώσεων της ασθένειας στην εικόνα του εαυτού, στις σχέσεις με τους άλλους και γενικότερα στη ζωή των ατόμων.

Η επόμενη φάση είναι η *χρόνια*, η οποία εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση (ίαση ή θάνατος), κατά την οποία τα άτομα επιδιώκουν να εξασφαλίσουν μία «ποιότητα ζωής» με τους περιορισμούς που τους επιβάλει η ασθένεια και η θεραπεία της. Οι εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα και οι οικογένειές τους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη φύση της ασθένειας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας τους. Και σε αυτή τη φάση, τα άτομα αντιμετωπίζουν κάποιες προκλήσεις, κάποιες από τις οποίες είναι: η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού και «ποιότητα ζωής», η τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, η ενίσχυση του δικτύου υποστήριξης και προσπάθειες περιορισμού της κοινωνικής απομόνωσης, η κατανόηση της εξέλιξης της ασθένειας και της θεραπευτικής της αγωγής, η αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων και των ανησυχιών και η αναγνώριση των επιπτώσεων της χρόνιας ασθένειας στην εικόνα του εαυτού, στις σχέσεις με τους άλλους και στην αντίληψη της ζωής των ασθενών.

Τα άτομα είναι πιθανό μετά τη χρόνια φάση να περάσουν στη φάση της *ανάρρωσης και αποθεραπείας*. Σε αυτή τη φάση τα άτομα μετά από τις εμπειρίες που έχουν βιώσει στις διάφορες φάσεις της ασθένειας έχουν επηρεαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να έχει τροποποιηθεί η αντίληψή για τον εαυτό τους, τους άλλους και γενικότερα τη ζωή. Σίγουρα η αποθεραπεία επιφέρει θετικά αισθήματα και αισθήματα ανακούφισης, όμως πολλοί άνθρωποι αισθάνονται φόβο και ανησυχία για την πιθανότητα υποτροπής. Δεν παύει δηλαδή να είναι μία δύσκολη φάση για τα άτομα, καθώς καλούνται να αναπτύξουν μία νέα εικόνα εαυτού και να προσαρμοστούν σε αυτή τη κατάσταση εκ νέου.

Η *τελική φάση* είναι η φάση κατά την οποία η κατάσταση της υγείας των ατόμων επιδεινώνεται και προετοιμάζονται για τον επικείμενο θάνατο. Σε αυτή τη φάση η παρέμβαση στοχεύει στην ανακουφιστική φροντίδα των ατόμων και όχι στον έλεγχο ή τη θεραπεία της ασθένειας (Παπαδάτου, 1995).

Μεγάλη σημασία σε όλες τις φάσεις της ασθένειας είναι η διατήρηση της ελπίδας. Χωρίς ελπίδα τα άτομα παραιτούνται από τη ζωή και πεθαίνουν γρήγορα (Siegel, 1986). Η διατήρηση της ελπίδας επηρεάζει το νόημα που αποδίδουν οι ασθενείς στις εμπειρίες που βιώνουν, και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Παπαδάτου, 1995).

Αντιδράσεις των ατόμων στη χρόνια ασθένεια

Ο Shontz το 1975 (έτσι όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) έκανε μία πρώτη αναφορά για το ποιες είναι οι αντιδράσεις των ατόμων μετά τη διάγνωση μίας σοβαρής ασθένειας. Οι αντιδράσεις των ατόμων παίρνουν κατά τον Shontz τη μορφή διαδοχής. Στην αρχή μίλησε για *αρχικό σοκ*, σε αυτό το σημείο το άτομο μαθαίνοντας τα νέα αισθάνεται κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται με αυτόματο τρόπο και αισθάνεται εκτός πραγματικότητας, σαν να είναι ο ίδιος ένας παρατηρητής. Η κατάσταση του σοκ μπορεί να διαρκέσει για μερικές μέρες ή για εβδομάδες και είναι πιο έντονο όταν το άτομο δεν το περιμένει. Στη συνέχεια είναι η *αντιπαράθεση*, όπου το άτομο εμφανίζει αποδιοργάνωση της σκέψης και αισθάνεται απώλεια, πένθος και απελπισία. Τέλος, λαμβάνει μέρος η *υποχώρηση*, όπου το άτομο χρησιμοποιεί ως στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης την άρνηση και την αποφυγή. Σταδιακά όμως το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί την κατάσταση και εμφανίζονται και οι προσπάθειες προσαρμογής στην ασθένεια και στους περιορισμούς που αυτή επιβάλλει. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005) δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι, όταν διαγιγνώσκετε ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, κατά τον τρόπο που περιγράφεται παραπάνω, όμως αυτός φαίνεται να ισχύει για τους περισσότερους.

Η προσαρμογή στην ασθένεια είναι μία διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η διάγνωση μίας ασθένειας και η προσαρμογή σε αυτήν μία κατάσταση που μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μία κρίση. Σύμφωνα με τη θεωρία της κρίσης του Moos (έτσι όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005), υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επιδρούν στο άτομο όταν αντιμετωπίζει μία κρίση, όπως είναι μία απειλητική για τη ζωή χρόνια ασθένεια. Η προσαρμογή λοιπόν του ατόμου εξαρτάται από τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει το

στρες που προκαλείται από την κρίση. Οι στρατηγικές αυτές καθορίζονται από τρεις ομάδες παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες είναι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικοί παράγοντες και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Μέσα από τους παράγοντες αυτούς δημιουργείται η γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και γίνεται η επιλογή και εφαρμογή των στρατηγικών που θα χρησιμοποιήσει τελικά το άτομο.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια αφορούν *τη φύση της ασθένειας*, δηλαδή εάν είναι σε μεγάλο βαθμό απειλητική για τη ζωή και εάν προκαλεί πόνο στα άτομα, *τις επιπτώσεις στον οργανισμό και στη λειτουργικότητα των ατόμων και τις πλευρές της θεραπείας*. Οι προσωπικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και κοινωνικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό προηγούμενης προσαρμογής, *προϋπάρχοντα προβλήματα και προβλήματα ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια, πεποιθήσεις που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο πάνω στο σώμα και τον οργανισμό κ.α.* Τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με θέματα που αφορούν το νοσοκομειακό πλαίσιο, το στενό κοινωνικό πλαίσιο, όπως είναι η οικογένεια και οι φίλοι, το ευρύτερο περιβάλλον, όπως είναι η κοινότητα και η κοινωνία, και την κοινωνική στήριξη.

Τα άτομα λοιπόν πρέπει να αντιμετωπίσουν ζητήματα που αφορούν την ασθένειά τους και τη θεραπεία αλλά και ζητήματα που σχετίζονται με τη γενικότερη λειτουργικότητά τους. Αν και η διαχείριση των παραπάνω ζητημάτων φαίνεται δύσκολη, τα περισσότερα άτομα καταφέρνουν να αντεπεξέλθουν σε ικανοποιητικό βαθμό.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι αντίστοιχα ζητήματα και δυσκολίες αντιμετωπίζουν και οι οικογένειες των ατόμων που υποφέρουν από κάποια χρόνια

ασθένεια, αλλά και τα άτομα που είναι πολύ κοντά σε αυτούς. Όμως, ο βαθμός προσαρμογής τους σχετίζεται άμεσα με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η μετέπειτα πορεία της προσαρμογής των ασθενών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την πρώτη αντίδραση που θα έχουν στα πρώτα στάδια της ασθένειας ή μετά τη διάγνωση (Καραδήμας, 2005).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια προκαλεί κάποιες γνωστικές προσαρμογές στα άτομα. Αυτές οι γνωστικές προσαρμογές σύμφωνα με την Taylor (1983) είναι ότι τα άτομα προσπαθούν να βρουν ένα νόημα στην εμπειρία της ασθένειας, προσπαθούν να επανακτήσουν μία αίσθηση ελέγχου πάνω στην ασθένεια και γενικά στη ζωή τους και προσπαθούν να επανακτήσουν την αυτοπεποίθησή τους, κυρίως μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων. Μέσα από τις παραπάνω προσπάθειες τα άτομα αποδέχονται την κατάσταση τους, έτσι ώστε να γίνει πλέον ο νέος τρόπος ζωής τους, δηλαδή να μάθουν να ζουν με την ασθένεια.

Αντιλήψεις περί ασθένειας

Όταν μιλάμε για αντιλήψεις περί ασθένειας, εννοούμε τις οργανωμένες γνωστικές αναπαραστάσεις ή πεποιθήσεις που οι ασθενείς έχουν για την ασθένειά τους. Αυτές οι αντιλήψεις έχει βρεθεί ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο για την ανάπτυξη της συμπεριφοράς, και έχουν σχετιστεί με μία σειρά σημαντικών επιδράσεων, όπως είναι η έντονη επιθυμία των ατόμων να θεραπευτούν, να νιώθουν ότι μπορούν να θεραπευτούν, και να έχουν μία λειτουργική ανάκαμψη.

Υπάρχει ένα σταθερό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς συνθέτουν τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια. Οι αντιλήψεις αυτές περιλαμβάνουν συνήθως το όνομα της ασθένειας και ένα εύρος συμπτωμάτων, που ο ασθενής πιστεύει ότι σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του. Επίσης, περιλαμβάνουν πεποιθήσεις για τα αίτια εμφάνισης της ασθένειας και για τη διάρκειά της, αντιλήψεις για τις επιπτώσεις που έχει στους ίδιους τους ασθενείς και στις οικογένειές τους, και αντιλήψεις για το σε ποιο βαθμό μπορούν οι ίδιοι οι ασθενείς να ελέγξουν την ασθένειά και τα συμπτώματά της, ή σε ποιο βαθμό μπορούν να την ελέγξουν μέσω της θεραπείας.

Υπάρχουν δύο σημαντικά σημεία που πρέπει να αναφερθούν, αρχικά ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την κατάστασή τους είναι συχνά διαφορετικές από τις αντιλήψεις των ατόμων που τους βοηθούν. Το προσωπικό υγείας συχνά δε γνωρίζει τις ιδέες των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους. Και, ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια διαφέρουν πολύ από ασθενή σε ασθενή. Ακόμη και ασθενείς με την ίδια ασθένεια, μπορεί να έχουν πολύ διαφορετική αντίληψη και άποψη για αυτήν (Petrie et al., 2007).

Μία σημαντική σειρά μελετών που έχει γίνει από τον Frostholm και τους συνεργάτες του, έχει ρίξει φως στη σπουδαιότητα των αντιλήψεων για την υγεία σε

ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Στην πρώτη μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς δεν ήταν σίγουροι για τα συμπτώματα και είχαν αυξημένο άγχος για την ασθένεια και της επιπτώσεις της. Οι παραπάνω παράγοντες βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προάγγελοι της μειωμένης ικανοποίησης των ασθενών από την ιατρική εξέταση και τη θεραπεία (Frostholm, Fink & Oernboel et al., 2005). Μία επόμενη μελέτη, έδειξε έντονη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις περί ασθένειας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ασθενείς που συνέδεαν περισσότερα συμπτώματα με την ασθένειά τους, και που πίστευαν ότι η ασθένειά τους έχει πιο σοβαρές επιπτώσεις, είχαν την τάση να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας από ασθενείς που δεν είχαν αυτές τις αντιλήψεις (Frostholm, Fink & Christensen et al. 2005).

Όπως έχουμε αναφέρει και σε άλλα σημεία, η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια είναι μία αρκετά δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία. Η χρόνια ασθένεια προκαλεί στα άτομα πολλές δυσκολίες και μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Από παλιότερες μελέτες έχει γίνει φανερό ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια επηρεάζουν σημαντικά και καθορίζουν τα αποτελέσματα και την προσαρμογή, σε ένα μεγάλο αριθμό ιατρικών καταστάσεων.

Οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς για την ασθένειά τους μπορεί να επηρεάσει πολλές καταστάσεις. Σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις έχει βρεθεί ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια μπορεί να επηρεάσουν την πρόληψη, την αποκατάσταση, την προσαρμογή στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας τους, το αν θα ακολουθούν πιστά ή όχι τις συμβουλές του γιατρού αλλά και τη θεραπευτική αγωγή και την ποιότητα της ζωής τους γενικά, μετά τη διάγνωση της ασθένειας.

Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου II, οι αντιλήψεις που είχαν ότι η ασθένειά τους θα έχει μικρή διάρκεια και ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, βρέθηκε να σχετίζονται με καλύτερη αυτό-διαχείριση του διαβήτη. Επίσης, σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις τους για την ασθένεια σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα ζωής που έχουν. Σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι αντιλήψεις για την ασθένεια, πιο συγκεκριμένα οι πεποιθήσεις για τις επιπτώσεις που θα έχει στη ζωή τους, επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίησή τους από τη ζωή, τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα σωματικά τους συμπτώματα (Petrie et al., 2007).

Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει, έχουν δείξει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τις αντιλήψεις για την ασθένεια. Σε μία μελέτη που έγινε το 2005 από τον Grace και τους συνεργάτες του σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιακές παθήσεις, έδειξε ότι, υπάρχει μία σειρά διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι γυναίκες επιθυμούσαν να ακολουθήσουν ένα μεγαλύτερης διάρκειας θεραπευτικό πρόγραμμα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες πίστευαν ότι είχαν μεγαλύτερο προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια και τη θεραπεία.

Στρες και άγχος στους χρόνιους ασθενείς

Συχνά αναφέρεται ότι το στρες έχει γίνει χαρακτηριστικό του σύγχρονου τρόπου ζωής, εξαιτίας των αλλαγών στο είδος της εργασίας, της αλλαγής της δομής της οικογένειας, από την παραδοσιακή δομή που είχε, και από άλλα χαρακτηριστικά του σύγχρονου αστικού περιβάλλοντος. Το στρες, θεωρείται η κύρια αιτία εμφάνισης της ψυχολογικής καταπόνησης των ατόμων και της εμφάνισης σωματικών ασθενειών. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του, συχνά θεωρείται, ότι είναι το κλειδί για την ολοκλήρωση της ανθρώπινης ευτυχίας (Marks, et al., 2000).

Όμως τι ακριβώς εννοούμε όταν μιλάμε για στρες; Εάν ρωτήσεις οποιονδήποτε άνθρωπο τι σημαίνει στρες, η απάντησή του θα σχετίζεται με μία από τις τρεις κατηγορίες που υπάρχουν για την εξήγηση του. Κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες έχουν ερευνηθεί και σχετίζονται με τις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για το στρες. Η πρώτου τύπου απάντηση είναι ότι το στρες είναι 'όταν νιώθεις ότι βρίσκεσαι κάτω από πολύ πίεση' ή 'όταν νιώθεις ότι οι καταστάσεις σε καταβάλουν'. Αυτή η άποψη έχει υιοθετηθεί από τους θεωρητικούς που υποστηρίζουν τα μοντέλα του στρες που σχετίζονται με τα ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον, ότι δηλαδή το στρες ορίζεται ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα. Οι θεωρητικοί, που υποστηρίζουν αυτή την άποψη, έχουν επανειλημμένα προσπαθήσει να κατηγοριοποιήσουν και να παρουσιάσουν στρεσογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες ή να κατασκευάσουν κλίμακες που να μετράνε το αντίκτυπο που έχουν κάποια στρεσογόνα γεγονότα ζωής, από τα πολύ ασήμαντα μέχρι τα πιο σοβαρά. Αυτές οι μετρήσεις των γεγονότων ζωής έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξεταστεί ο ρόλος που έχει το στρες στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών.

Η δεύτερου τύπου απάντηση εστιάζεται στη σωματική και ψυχολογική αίσθηση του να 'νιώθεις στρεσαρισμένος', με συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες,

αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνίες, σωματική ανησυχία, ένταση και κόπωση. Αυτή η άποψη έχει υιοθετηθεί από τους θεωρητικούς που υποστηρίζουν τα μοντέλα αντίδρασης του στρες (δηλαδή ότι το στρες είναι η ψυχολογική και σωματική αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικά ερεθίσματα), οι οποίοι ασχολούνται με τη φυσιολογία του στρες και εξετάζουν πιθανούς μηχανισμούς του καρδιαγγειακού και του ανοσοποιητικού συστήματος που συνδέουν το στρες με σωματικές ασθένειες, όπως είναι οι στεφανιαίες νόσοι και οι μολύνσεις από ιούς αντίστοιχα. Τα μοντέλα αντίδρασης έχουν υπάρξει και η ώθηση για την εγκαθίδρυση και διάδοση των προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του στρες, τα οποία εστιάζονται στον έλεγχο της φυσιολογίας του στρες κάνοντας χρήση τεχνικών χαλάρωσης και ασκήσεων αναπνοής, γιόγκα, διαλογισμού και άλλων ειδών σωματικής άσκησης.

Και τέλος, ο τρίτος τύπος απάντησης αναφέρεται στο ότι το στρες είναι 'όταν αισθάνεσαι ότι δεν μπορείς να τα βγάλεις πέρα, να αντιμετωπίσεις τις καταστάσεις' ή 'όταν έχεις τόσο πολύ άγχος και ένταση που δεν έχεις τη δύναμη να τα αντιμετωπίσεις'. Αυτή η άποψη αντικατοπτρίζεται από τα μοντέλα αλληλεπίδρασης του στρες, από θεωρητικούς που υποστηρίζουν ότι το στρες εμφανίζεται όταν υπάρχει έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις των ατόμων και στο βαθμό που είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν αυτές οι απαιτήσεις. Τα μοντέλα αλληλεπίδρασης του στρες είναι περισσότερο ελκυστικά, επειδή ξεπερνούν ένα πρόβλημα που προκύπτει από τα άλλα μοντέλα εξήγησης του στρες, ότι δηλαδή τα άτομα διαφέρουν ως προς το ποια γεγονότα και απαιτήσεις βρίσκουν στρεσογόνα και στον τρόπο που αντιδρούν σε αυτά τα γεγονότα και τις απαιτήσεις. Τα παραπάνω, οδήγησαν στην εξεύρεση μεθόδων αντιμετώπισης του στρες και στην ανάπτυξη τεχνικών που στοχεύουν στο να βοηθήσουν τα άτομα να ξεπεράσουν το στρες αυξάνοντας την

αποτελεσματικότητα των μεθόδων αντιμετώπισής που ήδη χρησιμοποιούν (Marks, et al., 2000).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και το στρες ευθύνονται για την όλο και αυξανόμενη εμφάνιση των χρόνιων ασθενειών, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή πίεση, οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος.

Όμως και μετά την εμφάνιση μίας ασθένειας, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό αγχογόνες/στρεσογόνες καταστάσεις. Αυτές οι αγχογόνες καταστάσεις, ξεκινούν με τη διάγνωση της ασθένειας, και συνεχίζουν σε καθημερινό επίπεδο, όπου οι ασθενείς αισθάνονται άγχος για την πορεία της ασθένειας, για την σωστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών και της φαρμακευτικής αγωγής, των γενικότερων περιορισμών λόγω της ασθένειας, του πόνου που πιθανώς να αισθάνονται και το πιο βασικό, αισθάνονται άγχος για την ίδια τους τη ζωή και για το ότι μπορεί να νιώθουν ότι επιβαρύνουν τους δικούς τους ανθρώπους όταν δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν μόνοι τους.

Έχει βρεθεί ότι, τα συμπτώματα άγχους, είναι πολύ συχνά ανάμεσα σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 24% έως 31%. Επίσης, αυτά τα συμπτώματα συχνά επιμένουν και στους επόμενους μήνες επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης και άλλου καρδιακού επεισοδίου (Lane et al., 2003).

Το άγχος και το στρες που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς μπορεί να δημιουργήσει περισσότερα προβλήματα στην κατάσταση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Σε αυτό το σημείο όμως πρέπει να γίνει η διάκριση ανάμεσα στους όρους “στρες” και “άγχος”. Με τον όρο “στρες” εννοούμε τη διαδικασία που περιλαμβάνει και στρεσογόνα ερεθίσματα αλλά και τις ψυχικές, σωματικές και

κοινωνικές αντιδράσεις των ατόμων. Ενώ, το “άγχος” αναφέρεται στην ψυχική διάθεση, δηλαδή μόνο στην αντίδραση των ατόμων σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (Καραδήμας, 2005).

Το χρόνια στρες, έχει βρεθεί ότι, σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με την μείωση της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος, με αλλαγές να εντοπίζονται, πιο συγκεκριμένα, στον αριθμό των μακροφάγων κυττάρων, στο συνολικό αριθμό των Τ-λεμφοκυττάρων και στην αναλογία μεταξύ των βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων και των κατασταλτικών Τ-λεμφοκυττάρων. Τα ευρήματα που σχετίζονται με τις επιδράσεις των οξέων αγχογόνων ερεθισμάτων στο ανοσοποιητικό σύστημα, είναι όμως αντιφατικά. Κάποιες μελέτες έχουν βρει ότι αυξάνεται η δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, κάποιες άλλες ότι μειώνεται και κάποιες άλλες ότι δεν υπάρχουν καθόλου αλλαγές στη λειτουργία του. Μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει ποικιλία διαφορετικών μετρήσεων για να εξετάσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, έχουν επίσης βρει αντιφατικά αποτελέσματα για διαφορετικές πλευρές του ανοσοποιητικού συστήματος (O’Leary, 1990).

Υπάρχει γενική συμφωνία, ότι ένας αριθμός μεθοδολογικών δυσκολιών πρέπει να ξεπεραστεί για να βγει με σιγουριά το αποτέλεσμα ότι το στρες έχει άμεση επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα, και ότι αυτό έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ασθενειών. Αρχικά, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση ανάμεσα στις άμεσες επιδράσεις του στρες και άλλων ψυχολογικών καταστάσεων, οι οποίες μπορεί να ενεργοποιούνται από ερεθίσματα άγχους, όπως την έλλειψη ύπνου. Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να περιοριστούν οι έμμεσες επιδράσεις που μπορεί να προκύψουν όταν τα ερεθίσματα άγχους προκαλούνται από επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, που μπορεί αυτές με τη σειρά τους να επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Και τέλος, όταν υπάρχουν

σημαντικές επιδράσεις του στρες στο ανοσοποιητικό σύστημα, είναι επίσης απαραίτητο, να αποδειχθεί ότι αυτές οι επιδράσεις είναι κλινικά σημαντικές, σε σχέση με την εμφάνιση κάποιας ασθένειας (O'Leary, 1990. Bachen et al., 1997).

Επίδραση του φύλου

Οι διαφορές που υπάρχουν στην υγεία ως προς το φύλο έχουν ερευνηθεί εκτενώς. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2006) σε όλες τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, οι οποίες εξετάζουν θέματα που αφορούν την υγεία γενικά, εμφανίζεται μία σταθερή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Μπορεί οι γυναίκες να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής, αλλά ταυτόχρονα εμφανίζουν ή δηλώνουν μεγαλύτερη ευπάθεια, δηλαδή αναφέρουν περισσότερα και συχνότερα σωματικά συμπτώματα και προβλήματα, επισκέπτονται συχνότερα το γιατρό και κάνουν μεγαλύτερη λήψη φαρμάκων. Όμως, τα παραπάνω αποτελέσματα προέρχονται από έρευνες στις οποίες η εξέταση των ατόμων στα θέματα υγείας γίνεται μέσω υποκειμενικών δηλώσεων.

Μέσα από έρευνες που εξετάζουν πιο αντικειμενικά κριτήρια, όπως είναι ιατρικά και εργαστηριακά ευρήματα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα υγείας, σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους άνδρες, σε κάθε ηλικία. Γενικά, οι γυναίκες εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα αυτοάνοσα νοσήματα, γαστρεντερικές διαταραχές, ημικρανίες και διάφορους άλλους πόνους, οστεοπόρωση, άνοιες, τάσεις λιποθυμίας, κόπωση, δυσκολίες στον ύπνο, διαταραχές συναισθήματος και αγχώδεις διαταραχές. Οι Franks, Gold και Fiscella το 2003 (όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2006) σε μία έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ και περιλάμβανε ένα πολύ μεγάλο δείγμα, βρήκαν ότι οι γυναίκες τείνουν να δηλώνουν πολύ χειρότερα επίπεδα και σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας.

Επίσης έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες τείνουν να επισκέπτονται πολύ συχνότερα γιατρούς και τις υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τους άνδρες, σχεδόν κάτω από οποιαδήποτε συνθήκη (Καραδήμας, 2006).

Μέσα από άλλες μελέτες, που εξετάζουν την υγεία των ανδρών, έχει βρεθεί ότι οι άνδρες πεθαίνουν κατά μέσο όρο πέντε χρόνια νωρίτερα από τις γυναίκες και είναι περισσότερο πιθανό να πάσχουν από σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν και να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Griffiths, 1996). Σε συνδυασμό με τα παραπάνω οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό σε σύγκριση με τις γυναίκες να προσέξουν διάφορα συμπτώματα (Gijsbers van Wijk, Huisman & Kolk, 1999), να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και να υπομείνουν τη διαδικασία της εξέτασης (Lee & Owens, 2002).

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει δοθεί στο γεγονός ότι οι άνδρες αποτυγχάνουν να εντοπίσουν ακόμα και σοβαρά συμπτώματα που υποδηλώνουν κάποια σοβαρή ασθένεια και την τάση που έχουν να καθυστερούν να καταφύγουν σε ιατρική βοήθεια ακόμη και όταν έχουν αντιληφθεί τα συμπτώματα (Gannon et al., 2007).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ενώ οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευπάθεια γενικότερα στις ασθένειες, οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, εμφανίζουν συμπεριφορές που είναι αντίθετες στην προαγωγή της υγείας και καταφεύγουν πιο δύσκολα σε ιατρική βοήθεια.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που εξηγούν γιατί οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ευπάθεια από τους άνδρες μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις ομάδες:

- Η ύπαρξη κάποιας βιολογικής βάσης, η οποία μπορεί να ευθύνεται για τις διαφορές που υπάρχουν στα θέματα της υγείας ανάμεσα στα δύο φύλα.
- Η απόκτηση κοινωνικών ρόλων που διαφέρει για τα δύο φύλα και πιθανώς να θέτει τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για να αναπτύξουν προβλήματα σωματικής ή ψυχολογικής φύσεως.
- Οι διαφορές στην ανατροφή και στην κοινωνικοποίηση που έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες να προσέχουν και να αντιλαμβάνονται περισσότερο

τις διάφορες ενοχλήσεις και τα συμπτώματα και γενικά την τάση να αναφέρουν ευκολότερα από τους άνδρες την κατάσταση της υγείας τους και τέλος.

- Η προκατάληψη που μπορεί να έχουν οι ειδικοί, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο ότι οι γυναίκες είναι «ασθενέστερες» από τη φύση τους (Καραδήμας, 2006).

Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις

Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει το άγχος/στρες που βιώνουν οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και κατά πόσο αυτά και η κατάσταση της σωματικής τους υγείας επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία.

Συγκεκριμένα στόχος της έρευνας είναι να ερευνησει τα παρακάτω θέματα:

- Αρχικά θα εξεταστεί το στρες των χρόνιων ασθενών και πως αυτό σχετίζεται με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας. Δηλαδή θα εξετάσουμε τα επίπεδα του άγχους που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς, λόγω της κατάστασης της υγείας τους και τις επιπτώσεις που φέρει αυτή στις ζωές τους, και πώς αυτά σχετίζονται με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας.
- Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τις σκέψεις που έχουν οι χρόνιοι ασθενείς για την ασθένειά τους, για την κατάσταση της υγείας τους γενικά, και κατά πόσο αυτές, δηλαδή η προσκόλληση ή η αντίσταση σε αυτές, σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία.
- Επίσης θα εξετάσουμε εάν και σε ποιο βαθμό σχετίζονται το στρες που εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς με την προσκόλληση ή αντίσταση σε σκέψεις που έχουν για την ασθένειά τους.
- Και τέλος θα εξεταστούν κατά πόσο το φύλο των ασθενών, και η διάρκεια της ασθένειάς τους επηρεάζουν την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας.

Οι ερευνητικές λοιπόν υποθέσεις είναι οι εξής:

1. Η ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών επηρεάζεται από τα επίπεδα άγχους που βιώνουν.
2. Η ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών επηρεάζεται από την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια.
3. Η ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών επηρεάζεται από την αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια.

4. Τα επίπεδα του άγχους που εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς επηρεάζονται από την προσκόλληση στις σκέψεις που έχουν για την ασθένεια τους.
5. Τα επίπεδα του άγχους που εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς επηρεάζονται από την αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια τους.
6. Το φύλο των ασθενών επηρεάζει την ψυχική υγεία των ασθενών.
7. Η διάρκεια της ασθένειας επηρεάζει την ψυχική υγεία των ασθενών.

ΜΕΡΟΣ Β': Μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 119 άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Τα 46 άτομα, δηλαδή περίπου το 38,7%, είναι άνδρες και τα 73, περίπου το 61,3%, γυναίκες. Οι ηλικίες των ατόμων κυμαίνονται από 20 έως 84 χρονών. Το 20% περίπου του συνόλου του δείγματος (24 άτομα) πάσχει από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, το 9% περίπου (11 άτομα) εμφανίζει κάποια μορφή αρθρίτιδας, το 8,4% (10 άτομα) σκλήρυνση κατά πλάκας, περίπου το 7,5% (9 άτομα) σακχαρώδη διαβήτη και ένα 5,8% (7 άτομα) υπέρταση. Πιο περιεκτικά γίνεται αναφορά στον πίνακα 1:

Πίνακας 1: Είδη ασθένειας που εμφανίζουν τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα. Αριθμός των ατόμων και ποσοστά επί της εκατό που εμφανίζει την κάθε ασθένεια.

Είδος ασθένειας	Αριθμός ατόμων	Ποσοστά (%)
Καρδιαγγειακές παθήσεις	24	20,1
Αρθρίτιδες	11	9,2
Σκλήρυνση κατά πλάκας	10	8,4
Σακχαρώδης διαβήτης	9	7,4
Υπέρταση	7	5,8
Θυρεοειδής	7	5,8
Αναπνευστικά προβλήματα	7	5,8
Οστεοπόρωση	6	5
Δισκοπάθεια	5	4,2
Καρκίνος	5	4,2
Πνευμονοπάθεια	4	3,4

Αλλεργίες	3	2,5
Ημικρανίες	3	2,5
Εγκεφαλικά επεισόδια	2	1,7
Έλκος	2	1,7
Επιληψία	2	1,7
Ισχιαλγίες	2	1,7
Νεφρική ανεπάρκεια	2	1,7
Άλλες ασθένειες	8	6,7
Σύνολο	119	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος (32% περίπου) έχει τελειώσει μόνο το δημοτικό, περίπου το 15% έχει τελειώσει κάποιο Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ένα 12% έχει τελειώσει κάποιο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ένα 12% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 11% είναι απόφοιτοι τριτάξιου γυμνασίου, το 9% έχουν τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 6% έχουν τελειώσει κάποια σχολή επιπέδου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόλις ένα 3% περίπου κατέχουν κάποιο μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Η επαγγελματική κατάσταση των ατόμων του δείγματος φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα 2:

Πίνακας 2: Είδος του επαγγέλματος που κάνουν τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα. Αριθμός των ατόμων και ποσοστά επί της εκατό που κάνουν το κάθε επάγγελμα.

Επαγγέλματα	Αριθμός ατόμων	Ποσοστά (%)
Απουσία απάντησης	7	5,9
Οικιακά	24	20,2
Συνταξιούχος	23	19,4

Ιδιωτικός υπάλληλος	21	17,6
Ελεύθεροι επαγγελματίες	11	9,3
Αγροτικές εργασίες	7	5,9
Δημόσιος υπάλληλος	5	4,2
Εκπαιδευτικός	5	4,2
Άνεργος	3	2,5
Δικηγόρος	2	1,7
Φοιτητής/τρια	2	1,7
Μηχανικός	2	1,7
Τραπεζικός υπάλληλος	2	1,7
Ιατρός	1	0,8
Κομμωτής/τρια	1	0,8
Λογιστής/τρια	1	0,8
Μαία	1	0,8
Νοσηλεύτης/τρια	1	0,8
Σύνολο	119	100

Και τέλος, η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος: το 60,5% περίπου των ατόμων είναι παντρεμένοι, το 16% άγαμοι, το 14% ο σύζυγός τους ή η σύζυγός τους έχει πεθάνει, το 6% περίπου είναι διαζευγμένοι, το 1,7% είναι σε διάσταση, και το 1,7% συγκατοικούν.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση των παρακάτω ερωτηματολογίων και υποκλιμάκων:

- **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.) (General Health Questionnaire)**, όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλο, και Καραστεργίου (1990). Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει το επίπεδο της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις που εξετάζουν εάν κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες οι συμμετέχοντες έχουν κάποιες ενοχλήσεις, για παράδειγμα: κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες: “μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε”, “δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή ανησυχούσατε για κάτι”, “νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση”, “νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος” κτλ. Οι απαντήσεις ανάλογα με τις ερωτήσεις παίρνουν δύο μορφές, σε ερωτήσεις όπως: “μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε” οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντήσουν σημειώνονται μία από τις παρακάτω επιλογές: “περισσότερο από ό,τι συνήθως”, “το ίδιο όπως συνήθως”, “λιγότερο από ό,τι συνήθως” ή “πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως”. Ενώ, σε ερωτήσεις όπως: “νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση” μπορούσαν να επιλέξουν ανάμεσα στις εξής απαντήσεις: “καθόλου”, “όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως”, “μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως” ή “πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως”.

- **Υποκλίμακα στρες:** για την αξιολόγηση του βαθμού της ενόχλησης, της αναστάτωσης, των δυσκολιών ή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Η υποκλίμακα αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Ζητείται από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν εάν στους παρακάτω τομείς η κατάσταση της υγείας τους τους έχει προξενήσει αναστάτωση ή ενόχληση: εργασία-επάγγελμα, σύζυγος/ σύντροφος, οικογένεια-παιδιά, προσωπική υγεία και ευεξία, υγεία και ευεξία

προσφιλών προσώπων, κοινωνικές σχέσεις (φίλοι, ευρύτερη οικογένεια), συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής και τέλος οικονομικά ζητήματα. Σε αυτούς τους τομείς, οι συμμετέχοντες δήλωσαν το βαθμό στον οποίο τους προξένησε αναστάτωση, επιλέγοντας από μία κλίμακα απαντήσεων από το 1 έως το 4, όπου το 1 αντιπροσωπεύει το “καθόλου ή ελάχιστα” και το 4 το “πολύ”.

- **Υποκλίμακα προσκόλλησης στις σκέψεις για την ασθένεια:** μετράει το βαθμό που τα άτομα σκέφτονται την κατάσταση της υγείας τους, εάν ασχολούνται πολύ με σκέψεις που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους. Αποτελείται από τρεις ερωτήσεις που έχουν την εξής μορφή: “σε ποιο βαθμό σκέφτεστε θέματα που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας καθημερινά;”, “σε ποιο βαθμό σκέφτεστε θέματα που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας ακόμη και όταν δεν το σκοπεύετε;” και “σε ποιο βαθμό είστε απορροφημένος με την κατάσταση της υγείας σας;”. Οι απαντήσεις έχουν τη μορφή επταβάθμιας κλίμακας, όπου το 7 αντιπροσωπεύει το “πάρα πολύ” μέχρι το 1 που σημαίνει “καθόλου” και οι συμμετέχοντες σημείωναν δίπλα από την ερώτηση τον αριθμό τους αντιπροσώπευε.

- **Υποκλίμακα αντίστασης στις σκέψεις για την ασθένεια:** μετράει το βαθμό που τα άτομα μπορούν να αντισταθούν σε σκέψεις γύρω από την κατάσταση της υγείας τους. Αποτελείται και αυτή από τρεις ερωτήσεις: “σε ποιο βαθμό μπορείτε να αντισταθείτε σε σκέψεις που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας;”, “σε ποιο βαθμό υπάρχουν πράγματα που μπορούν να σας κάνουν να βγάλετε από το μυαλό σας σκέψεις γύρω από την κατάσταση της υγείας σας;” και “σε ποιο βαθμό μπορείτε να βγάλετε γρήγορα από το μυαλό σας σκέψεις γύρω από την κατάσταση της υγείας σας;”. Η μορφή των απαντήσεων που μπορούσαν να επιλέξουν οι συμμετέχοντες είναι η ίδια με της υποκλίμακας “προσκόλλησης στις σκέψεις για την ασθένεια”.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διήρκεσε περίπου δύο μήνες, χωρίς να παρουσιαστούν ιδιαίτερες δυσκολίες. Στη διαδικασία εντοπισμού του δείγματος τέθηκαν οι παρακάτω περιορισμοί: τα άτομα έπρεπε να είναι ενήλικες και να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, δεν τέθηκε κάποιος άλλος περιορισμός. Η εξεύρεση του δείγματος έγινε με τη βοήθεια, μετά από άδεια των υπεύθυνων των υπηρεσιών, της Κοινωνικής Πρόνοιας του νομού Ηρακλείου και του ΙΚΑ Ρεθύμνης. Τα άτομα κατέφθναν στις υπηρεσίες, τους ρωτούσαμε εάν θέλουν να συμμετέχουν στην έρευνα, και αφού δεχόντουσαν τους εξηγούσαμε ότι τα στοιχεία που θα μας έδιναν μέσω του ερωτηματολογίου ήταν εμπιστευτικά και ότι θα παρέμεναν ανώνυμα.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήμασταν παρόντες, έτσι ώστε να προσέχουμε ότι τα άτομα είναι συγκεντρωμένα στη συμπλήρωση και για να διασφαλιστεί ότι θα υπάρξουν όσο το δυνατόν λιγότερες περισπάσεις της προσοχής τους. Παρά το γεγονός της παρουσίας μας κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης, δεν παρεμβαίναμε στη διαδικασία επηρεάζοντας και προκαταλαμβάνοντας τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Στο τέλος της διαδικασίας, απαντούσαμε σε τυχόν ερωτήσεις που μας έθεταν οι συμμετέχοντες και τους ευχαριστούσαμε για τη συμμετοχή τους.

ΜΕΡΟΣ Γ': Ευρήματα

Συσχετίσεις

Πίνακας 3: Συσχετίσεις Pearson r. Συσχετίσεις της ψυχικής υγείας, του στρες, της προσκόλλησης στις σκέψεις για την ασθένεια και της αντίστασης στις σκέψεις για την ασθένεια, των χρόνιων ασθενών.

	Ψυχική υγεία	Στρες	Προσκόλληση	Αντίσταση
Ψυχική υγεία	1,000	,369**	,464**	-,233*
Στρες	,369**	1,000	,459**	-,092
Προσκόλληση στις σκέψεις	,464**	,459**	1,000	-,419**
Αντίσταση στις σκέψεις	-,233*	-,092	-,419**	1,000

** Η συσχέτιση είναι σημαντική για επίπεδο 0,01 (2-tailed).

* Η συσχέτιση είναι σημαντική για επίπεδο 0,05 (2-tailed).

Ψυχική υγεία και στρες

Υπολογίστηκε ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα στην ψυχική υγεία και το στρες των χρόνιων ασθενών. Η συνάφεια μεταξύ της ψυχικής υγείας και του στρες είναι ,369. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι ,001, δηλαδή $p < 0.001$. Από τα παραπάνω αποτελέσματα, βγαίνει το συμπέρασμα ότι, υπάρχει μία μικρή στατιστικά σημαντική, θετικής κατεύθυνσης, συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και το στρες των χρόνιων ασθενών (Pearson $r = ,369$). Όσο περισσότερα συμπτώματα εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ως προς την ψυχική τους υγεία τόσο περισσότερο στρες εμφανίζουν. Όσο λιγότερα συμπτώματα εμφανίζουν στην ψυχική τους υγεία τόσο λιγότερο στρες εμφανίζουν.

Ψυχική υγεία και προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια

Ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια των χρόνιων ασθενών, είναι $r = ,464$ σε επίπεδο σημαντικότητας ,001 ($p < 0.001$). Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μία μέτρια

στατιστικά σημαντική, θετικής κατεύθυνσης, συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια των χρόνιων ασθενών. Δηλαδή, Όσο περισσότερα συμπτώματα εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ως προς την ψυχική τους υγεία τόσο μεγαλύτερη προσκόλληση έχουν στις σκέψεις για την ασθένειά τους. Η συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια ($r = ,464$) βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη από τη συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και το στρες ($r = ,369$) των χρόνιων ασθενών.

Ψυχική υγεία και αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια των χρόνιων ασθενών είναι Pearson $r = -,233$ σε επίπεδο σημαντικότητας $,012$ ($p = .012$). Επειδή ο δείκτης συσχέτισης είναι πολύ χαμηλός δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια των χρόνιων ασθενών.

Στρες και προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η συνάφεια ανάμεσα στο στρες των χρόνιων ασθενών και στην προσκόλληση που έχουν στις σκέψεις για την ασθένειά τους, βρέθηκε Pearson $r = ,459$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $,001$ ($p < 0.001$). Αυτό σημαίνει ότι ανάμεσα στο στρες των χρόνιων ασθενών και στην προσκόλληση που έχουν στις σκέψεις για την ασθένειά τους υπάρχει μία μέτρια στατιστικά σημαντική, θετικής κατεύθυνσης, συνάφεια. Δηλαδή όσο περισσότερο στρες εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς τόσο περισσότερη προσκόλληση έχουν στις σκέψεις που αφορούν την υγεία τους και την ασθένεια που παρουσιάζουν. Επίσης ισχύει και το αντίθετο, δηλαδή όσο λιγότερο στρες εμφανίζουν τόσο λιγότερη προσκόλληση παρουσιάζουν στις σκέψεις για την ασθένειά τους.

Στρες και αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η συνάφεια ανάμεσα στο στρες των χρόνιων ασθενών και στην αντίσταση που έχουν στις σκέψεις για την ασθένειά τους, βρέθηκε Pearson $r = -.092$ σε επίπεδο σημαντικότητας ,356 ($p = .356$). Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές.

Προσκόλληση και αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η συνάφεια ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές βρέθηκε Pearson $r = -.419$. Όπως ήταν αναμενόμενο, βρέθηκε ότι υπάρχει μία μέτρια στατιστικά σημαντική, αρνητικής κατεύθυνσης, συνάφεια ανάμεσα στην προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια και στην αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια, αφού πρόκειται για δύο αντίθετες καταστάσεις. Δηλαδή, όσο περισσότερη προσκόλληση παρουσιάζει ένας χρόνιος ασθενής στις σκέψεις για την ασθένειά του τόσο λιγότερη αντίσταση σε αυτές έχει, και όσο λιγότερη προσκόλληση παρουσιάζει τόσο περισσότερη αντίσταση έχει.

T-test ως προς το φύλο

Έγινε t-test ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την ψυχική υγεία, το στρες, την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια και στην αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια, των χρόνιων ασθενών.

Ψυχική υγεία

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=23,95$, $SD=5,61$) και των γυναικών ($M=24,27$, $SD=4,02$) χρόνιων ασθενών, ως προς την ψυχική τους υγεία, δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(115) = -,361$, n.s). Αυτό σημαίνει ότι το φύλο δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα ψυχικής υγείας.

Στρες

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=16,58$, $SD=6,09$) και των γυναικών ($M=16,34$, $SD=6,02$) χρόνιων ασθενών, ως προς τα επίπεδα του στρες που εμφανίζουν, δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(100) = ,197$, n.s). Το φύλο δεν φαίνεται να παίζει ρόλο ούτε στα επίπεδα του στρες των χρόνιων ασθενών. Και οι άνδρες και οι γυναίκες χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα στρες.

Προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=10,97$, $SD=4,90$) και των γυναικών ($M=10,48$, $SD=4,22$) χρόνιων ασθενών, ως προς την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια, δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(116) = ,579$, n.s). Το φύλο, για άλλη μία φορά, δεν παίζει ρόλο στην προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια. Οι άνδρες και οι γυναίκες παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό προσκόλλησης στις σκέψεις για την ασθένειά τους.

Αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=14,48$, $SD=3,96$) και των γυναικών ($M=13,52$, $SD=3,79$) χρόνιων ασθενών, ως προς την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια, δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(116) = 1,324$, n.s). Το φύλο και σε αυτήν την περίπτωση δε φαίνεται να παίζει ρόλο στην αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια. Δηλαδή, στον ίδιο βαθμό οι άνδρες και οι γυναίκες χρόνιοι ασθενείς μπορούν να αντισταθούν ή όχι σε σκέψεις που έχουν να κάνουν με την ασθένειά τους.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα βλέπουμε ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ούτε ως προς την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, ούτε ως προς τα επίπεδα του στρες, αλλά ούτε και στην προσκόλληση και στην αντίσταση σε σκέψεις που έχουν να κάνουν με την κατάσταση της υγείας τους. Και στα δύο φύλα έχουμε σχεδόν ίσους μέσους όρους, αυτό σημαίνει ότι παρατηρούνται παρόμοια αποτελέσματα ως προς τις παραπάνω μεταβλητές ανάμεσα στα δύο φύλα στους χρόνιους ασθενείς.

Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση

Στην ανάλυση ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης, ο δείκτης πολλαπλής συσχέτισης της ψυχικής υγείας με τη διάρκεια του χρόνου της ασθένειας, βρέθηκε $R = ,035$, δηλαδή βρέθηκε ότι δεν υπάρχει συνάφεια. Ενώ, ο δείκτης πολλαπλής συσχέτισης της ψυχικής υγείας με τη διάρκεια του χρόνου της ασθένειας, το στρες, την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια και την αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια, βρέθηκε $R = ,482$, δηλαδή βρέθηκε ότι υπάρχει συνάφεια, αλλά είναι μέτρια.

Η διάρκεια του χρόνου της ασθένειας προστέθηκε πρώτη και δεν έδειξε να επηρεάζει σημαντικό ποσοστό (0,1%) της διακύμανσης της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών ($F_{1,99} = 0,12$, $p = ,730$). Όταν προσθέσαμε κατόπιν ως μεταβλητές το στρες, την προσκόλληση στις σκέψεις για την ασθένεια και την αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια, βρέθηκε ότι αυτές ήταν υπεύθυνες για ένα σημαντικό ποσοστό 23,2% της διακύμανσης ($F_{3,96} = 9,62$, $p < .001$). Με απλά λόγια, αυτό σημαίνει ότι, αν γνωρίζουμε τη διάρκεια της ασθένειας, τα επίπεδα του στρες, τα επίπεδα της προσκόλλησης και τα επίπεδα της αντίστασης στις σκέψεις για την ασθένεια, μπορούμε να κατανοήσουμε κατά 23,2% την ψυχική υγεία των ασθενών. Η γνώση των: διάρκεια της ασθένειας, επίπεδα στρες, επίπεδα προσκόλλησης και επίπεδα αντίστασης στις σκέψεις για την ασθένεια, φαίνεται να είναι κατά ένα βαθμό παράγοντες εκτίμησης της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών, με την επιφύλαξη ότι δεν είναι και αίτια της ψυχικής υγείας.

Στον πίνακα 4 που φαίνεται παρακάτω συνοψίζεται η εξίσωση της παλινδρόμησης:

Πίνακας 4: Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση μεταβλητών πρόβλεψης για την ψυχική υγεία.

Μπλοκ	Beta	t	Significance p (στατιστική σημαντικότητα)
Μπλοκ 1: Διάρκεια ασθένειας	-,064	-,702	,485
Μπλοκ 2: Στρες	,200	1,970	,052
Προσκόλληση	,367	3,150	,002
Αντίσταση	,001	,014	,989

ΜΕΡΟΣ Δ'

Συζήτηση

Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο στρες των χρόνιων ασθενών και στην ψυχική τους υγεία. Επίσης, να εξετάσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην προσκόλληση και στην αντίσταση στις σκέψεις που έχουν οι ασθενείς για την ασθένειά τους και στην ψυχική τους υγεία, καθώς και σε ποιο βαθμό επηρεάζονται τα παραπάνω από το φύλο και τη διάρκεια της ασθένειας.

Από τα ευρήματα της έρευνας μας, βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες των χρόνιων ασθενών και στην ψυχική τους υγεία. Δηλαδή, όταν το στρες είναι αυξημένο και τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι χρόνιοι ασθενείς στην ψυχική τους υγεία τείνουν να είναι και αυτά αυξημένα. Το άγχος επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών. Έχει βρεθεί ότι, πολλές φορές, το αυξημένο άγχος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Σε πολλές μελέτες γίνεται αναφορά για συνύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε χρόνιους ασθενείς (Groenvold et al., 1999. Van der Schaaf et al., 2002. Lane et al., 2003).

Το στρες, θεωρείται η κύρια αιτία εμφάνισης της ψυχολογικής καταπόνησης των ατόμων και της εμφάνισης σωματικών ασθενειών (Marks, et al., 2000). Άτομα με χρόνια και καθημερινό στρες είναι δυνατόν να αμελήσουν τη φροντίδα του εαυτού τους και, για να αντιμετωπίσουν το στρες, να υιοθετούν βραχυπρόθεσμα ευχάριστες, αλλά ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή κατανάλωση τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε σάκχαρα και λίπη (DiMatteo & Martin, 2006). Το στρες, όμως, δεν επιφέρει προβλήματα μόνο στη σωματική υγεία των ατόμων αλλά επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και την ψυχική τους υγεία. Το στρες επηρεάζει σημαντικά τις λειτουργίες του οργανισμού, το έντονο στρες προκαλεί

κεφαλαλγίες, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνίες, σωματική ανησυχία, ένταση και κόπωση, συμπτώματα που εάν επιμείνουν μπορεί να προκαλέσουν περισσότερα προβλήματα στα άτομα (Marks, et al., 2000).

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι, στην εξέταση της σχέσης της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών και του στρες, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που θα πρέπει να ερευνηθούν για να προβούμε σε ασφαλέστερα αποτελέσματα. Θα πρέπει να εξεταστούν και παράγοντες όπως είναι το είδος της ασθένειας, τους περιορισμούς που αυτές επιβάλλουν, τη στήριξη που έχουν οι χρόνιοι ασθενείς από το οικογενειακό περιβάλλον και άλλους παράγοντες που δεν μπόρεσαν να διερευνηθούν στην παρούσα έρευνα.

Σχετικά με την προσκόλληση στις σκέψεις που έχουν οι ασθενείς για την ασθένειά τους και στην ψυχική τους υγεία, μέσα από τα ευρήματα της έρευνάς μας, φάνηκε ότι υπάρχει σχέση. Δηλαδή, όταν η προσκόλληση των ασθενών σε σκέψεις για την ασθένειά τους είναι μεγάλη και τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην ψυχική τους υγεία τείνουν να είναι περισσότερα. Ενώ, ανάμεσα στην αντίσταση σε σκέψεις για την ασθένεια και την ψυχική υγεία, η σχέση βρέθηκε να είναι αντίστροφη. Δηλαδή, όταν η αντίσταση στις σκέψεις για την ασθένεια είναι μεγάλη, τα συμπτώματα στην ψυχική υγεία είναι μειωμένα. Όταν οι χρόνιοι ασθενείς, μπορούν να αντισταθούν σε σκέψεις που έχουν να κάνουν με την κατάσταση της υγείας τους, τότε τείνουν να εμφανίζουν μειωμένα συμπτώματα που σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία.

Το στρες των χρόνιων ασθενών βρέθηκε ότι σχετίζεται με την προσκόλληση σε σκέψεις σχετικά με την υγεία τους. Βρέθηκε δηλαδή ότι όταν η προσκόλληση είναι μεγάλη, και τα επίπεδα του στρες είναι μεγάλα. Το στρες είναι αυξημένο, όταν οι χρόνιοι ασθενείς έχουν μεγάλη προσκόλληση σε σκέψεις για την ασθένειά τους.

Από την άλλη, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες και στην αντίσταση στις σκέψεις για την κατάσταση της υγείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι και άλλοι παράγοντες μπορεί να επιδρούν στην εμφάνιση του στρες στους χρόνιους ασθενείς, όπως το αν έχουν ή όχι στήριξη από την οικογένεια τους.

Μέσα από άλλες έρευνες, που εξετάζουν τις σκέψεις των χρόνιων ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, έχει βρεθεί ότι, όταν οι ασθενείς σκέφτονται την υγεία τους, αυξάνεται το άγχος που σχετίζεται με αυτόν τον τομέα. Δηλαδή, ενώ δεν παρατηρείται αύξηση του γενικού άγχους, αυξάνεται το άγχος των ατόμων για την υγεία τους. Επίσης, το ίδιο φαινόμενο εντοπίστηκε και σε υγιή άτομα. Όταν έδωσαν σε υγιή άτομα να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις που σχετίζονταν με την υγεία τους, το άγχος τους για την υγεία τους αυξήθηκε (Lister et al., 2002).

Στη συνέχεια, όσον αφορά τα δύο φύλλα, ως προς την ψυχική υγεία, το στρες και τις σκέψεις για την ασθένεια, δεν βρέθηκε, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, να υπάρχουν διαφορές. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα ψυχικής υγείας, παρόμοια επίπεδα στρες, και τέλος και οι άνδρες και οι γυναίκες παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό προσκόλλησης και αντίστασης στις σκέψεις για την ασθένειά τους.

Τα παραπάνω όμως αποτελέσματα, έρχονται σε αντίθεση με αποτελέσματα άλλων μελετών, που υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις ασθένειες. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής, αλλά εμφανίζουν ή δηλώνουν μεγαλύτερη ευπάθεια, αναφέρουν περισσότερα και συχνότερα σωματικά συμπτώματα και προβλήματα, επισκέπτονται συχνότερα το γιατρό και κάνουν μεγαλύτερη λήψη φαρμάκων από τους άνδρες (Καραδήμας, 2006). Οι άνδρες, από την άλλη, αποτυγχάνουν να εντοπίσουν ακόμα και σοβαρά συμπτώματα που υποδηλώνουν κάποια σοβαρή ασθένεια και έχουν την

τάση να καθυστερούν να καταφύγουν σε ιατρική βοήθεια ακόμη και όταν έχουν αντιληφθεί τα συμπτώματα (Gannon et al., 2007).

Τέλος, όσον αφορά τη διάρκεια της ασθένειας και την ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών ενώ θα περιμέναμε ότι υπάρχει κάποια επίδραση, δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση. Η διάρκεια του χρόνου της ασθένειας, δεν έδειξε να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών. Όμως σε συνδυασμό η διάρκεια της ασθένειας, το στρες και οι σκέψεις για την κατάσταση της υγείας, βρέθηκε να επηρεάζουν την ψυχική υγεία.

Οι χρόνιοι ασθενείς φαίνεται ότι μαθαίνουν να ζουν, όσο περνάει ο χρόνος, με την ασθένεια, μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν και να υπομένουν τους περιορισμούς που αυτή υποβάλλει. Κάποιες ασθένειες έχουν γρήγορη εξέλιξη, άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς, άλλες έχουν συχνές υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις και άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη (Καραδήμας, 2005). Στις τρεις πρώτες περιπτώσεις ασθένειας, είναι πιο δύσκολο οι ασθενείς να συνηθίσουν την ασθένεια και τις επιπτώσεις της. Σε καταστάσεις που η πορεία της ασθένειας έχει πιο ήπια εξέλιξη οι ασθενείς πιο εύκολα και ήπια αποδέχονται και προσαρμόζονται στο νέο τρόπο ζωής που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας τους. Όπως έχει αναφερθεί και άλλη φορά, η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως το είδος της ασθένειας, η στήριξη που υπάρχει από την οικογένεια, ο χαρακτήρας του ατόμου και διάφοροι άλλοι παράγοντες. Για να εξετάσουμε λοιπόν αναλυτικότερα την επίδραση της διάρκειας της ασθένειας είναι σημαντικό να λάβουμε υπ' όψιν μας και άλλους παράγοντες.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, η μελέτη μας υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα μας αποτελείται από 119 υποκείμενα, δηλαδή δεν είναι

αρκετά μεγάλο και προέρχεται από αστικό πληθυσμό. Δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού των χρόνιων ασθενών. Επίσης, τα αποτελέσματα των σχέσεων του στρες και των σκέψεων για την ασθένεια, και της ψυχικής υγείας γίνονται με τη χρήση συσχετίσεων, εξετάζουμε δηλαδή συμμεταβολές ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές και όχι αιτιώδεις σχέσεις.

Η έρευνα μας περιλαμβάνει χρόνιους ασθενείς που πάσχουν από διάφορες ασθένειες, για αυτό το λόγο, τα αποτελέσματα μπορεί να μη θεωρηθούν ότι αντιπροσωπεύουν όλες τις χρόνιες ασθένειες. Κάθε πάθηση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τους ασθενείς. Είναι πιθανό λοιπόν τα χαρακτηριστικά που εξετάζει η ερευνά μας να διαφοροποιούνται ανάλογα με την πάθηση και αυτό είναι κάτι που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Τέλος, είναι σημαντικό να γίνουν περαιτέρω έρευνες για την εξέταση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών. Ενώ έχουν γίνει πολλές έρευνες για τις επιπτώσεις των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος κ.ά.) στην εμφάνιση χρόνιων ασθενειών (καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, αρθρίτιδες κ, ά.) (Καραδήμας, 2005), δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες που να εξετάζουν εάν οι επιπτώσεις και οι περιορισμοί των χρόνιων ασθενειών, έχουν επιπτώσεις, και ποιες είναι αυτές, στην ψυχική υγεία των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273–279.
- Bachen, E., Cohen, S. & Marsland, A. L. (1997). Psychoimmunology. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 35-39.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–181.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 169–195.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680.
- Collins, R. L., Taylor, S. E. & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263–285.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barre, P. E. & Guttman, R. D. (1984). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 327–343.

DiMatteo, M. R. & Martin, L. R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Doka, K. J. (1993). *Living with Life-Threatening Illness*. New York: Lexington Books.

Encarta Encyclopedia Deluxe (2004). U.S.A: Microsoft Corporation.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Coping and adjustment in chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889–898.

Frosthalm, L., Fink, P., Christensen, K. S. et al. (2005). The patients' illness perceptions and the use of primary healthcare. *Psychosom Med*, 67, 997–1005.

Frosthalm, L., Fink, P., Oernboel, E. et al. (2005). The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosom Med*, 67, 897-905.

Gannon, K., Glover, L., O'Neill, M. & Emberton, M. (2007). Men and chronic illness: A qualitative study of LUTS. *Journal of Health Psychology*, 9, 411-420.

Gijsbers van Wijk, C. M., Huisman, H. & Kolk, K. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior: A health diary study. *Social Science and Medicine*, 49, 1061–1074.

- Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D. et al. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *J Psychosom Res*, 59, 153-160.
- Griffiths, S. (1996). Men's health: Unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help. *British Medical Journal*, 312, 69–70.
- Groenvold, M., Fayers, P. M., Sprangers, M. A. G., Bjorner, J. B., Klee, M. C., Aaronson, N. K., Bech, P. & Mouridsen, H. T. (1999). Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *J Clin Epidemiol*, 52, 523-530.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656–666.
- Helgeson, V. S. & Taylor, S. E. (1993). Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(15), 1171–1195.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2006). Φύλο και υγεία: είναι οι γυναίκες «ασθενέστερες» από τους άνδρες; στο: Μ. Μαλικιώση-Λοΐζου, Δ. Σιδηροπούλου-Δημακάκου & Γ. Κλεφτάρας (επιμ.) *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στις Γυναίκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Lane, D., Carroll, D. & Lip, G. Y. H. (2003). Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction: Is there a causal association? *Journal of the American College of Cardiology*, 42, 1808-1810.
- Lee, C., & Owens, R. G. (2002). *The psychology of men's health*. Buckingham: Open University Press.
- Lister, A., Rode, S., Farmer, A. & Salkovskis, P. M. (2002). Does thinking about personal health risk increase anxiety? *Journal of Health Psychology*, 7, 409-414.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology: theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ. & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.)*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1998). *Health, United States, 1997*. Hyattsville, MD: Public Health Service.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Παπαδάτου, Δ. (1995). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, στο: Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.) *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Petrie, K. J., Jago, A. & Devicich, D. A. (2007). The role of perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.
- Schaefer, J. A. & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. Carpenter (Ed.) *Personal Coping: Theory, Research & Application* (pp. 150–172). London: Praeger.
- Siegel, B. S. (1986). *Love, Medicine and Miracles*. New York: Harper & Row.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1171.
- Tennen, H. & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108(2), 209–232.
- Turnquist, D. C., Harvey, J. H. & Anderson, B. L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 55–65.
- Van der Schaaf, I. C., Brilstra, E. H., Rinkel, G. J. E., Bossuyt, P. M. & van Gijn, J. (2002). Quality of life, anxiety, and depression in patients with an untreated intracranial aneurysm or arteriovenous malformation. *Stroke*, 33, 440-443.
- World Health Organization (1995). *World Health Report*. Geneva: WHO.

Wright, S. J., Brownbridge, G., Fielding, D. & Stratton, P. (1990). Family attributions and adjustment to dialysis in adolescent end-stage renal failure. *Psychology and Health*, 5(1), 77-88.

Wright, S. J. & Kirby A. (1999). Deconstructing Conceptualization of 'Adjustment' to Chronic Illness: A Proposed Integrative Framework. *Journal of Health Psychology*, 4, 259-272.