



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



# ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

**ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &**

**ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

**ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ**

**Ειρήνη Χονδρονικόλα**

**A.M. (1999)**

**(Επόπτης: Καθηγητής Ευάγγελος Καραδήμας)**

**Ρέθυμνο,  
Σεπτέμβριος 2009**



## Πίνακας Περιεχομένων

▪ <b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....</b>	<b>5</b>
▪ <b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>6</b>
▪ <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>6</b>
<b>(Μέρος Πρώτο)</b>	
▪ <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ/ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....</b>	<b>9</b>
1.1 Θρησκεία- Εισαγωγή.....	9
1.1.1. Θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές .....	13
Ανταμοιβή & Τιμωρία.....	13
Επιθανάτιες εμπειρίες .....	14
Πεποιθήσεις για εαυτό.....	15
1.2 Πνευματικότητα- Εισαγωγή.....	16
1.3 Μέτρηση της θρησκευτικότητας-Πνευματικότητας.....	18
1.4 Θρησκεία και Επιστήμη.....	19
Σύγκρουση Επιστήμης & Θρησκείας.....	21
Αρμονία Επιστήμης & Θρησκείας .....	23
1.5 Θρησκεία και Φυσική Υγεία.....	24
1.5.1 Θρησκεία και ευεξία.....	25
1.5.2 Θετικές επιδράσεις της Θρησκείας.....	26
Μεταβλητές του τρόπου ζωής.....	26
Άλλοι παράγοντες.....	30
Ο ρόλος της Νηστείας .....	32
Θρησκεία & Στεφανιαία Νόσος.....	34
Συμπέρασμα .....	35
1.5.3 Αρνητικές επιδράσεις της Θρησκείας .....	36

1.6 Θρησκευτικότητα-Πνευματικότητα (Συμπερασματικά).....	39
▪ <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ .....</b>	<b>40</b>
2.1 Η ανατομία της Καρδιάς μας .....	40
2.2 Καρδιακές Παθήσεις- Εισαγωγή.....	41
2.2.1 Αιτίες εμφάνισης Καρδιακών Παθήσεων.....	43
2.2.2 Είδη Καρδιακών Παθήσεων.....	46
Στεφανιαία Νόσος.....	46
Βαλβιδοπάθειες.....	50
Μυοκαρδιοπάθειες.....	51
Αρρυθμίες.....	52
Καρδιακή Προσβολή/ Αιφνίδιος Θάνατος.....	55
Όγκοι της Καρδιάς .....	56
Συγγενείς Καρδιοπάθειες.....	57
2.3 Ψυχολογικές Παρεμβάσεις στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα.....	58
▪ <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>60</b>
3.1 Εισαγωγή.....	60
3.2 Ιστορική Αναδρομή.....	62
Πνευματικές Πεποιθήσεις.....	62
Θρησκευτικές Πεποιθήσεις.....	63
Επιστημονικές Πεποιθήσεις.....	64
Συμπέρασμα.....	66
3.3 Χαρακτηριστικά των Αντιλήψεων για την Ασθένεια .....	66
Διαφορετική ερμηνεία συμπτωμάτων.....	67
Διαφορετική γνωστική αναπαράσταση της Ασθένειας .....	67
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την Ασθένεια.....	68

**(Μέρος Δεύτερο)**

▪ <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Η ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>73</b>
1.1 Ερευνητική Διαδικασία .....	73
1.2 Δείγμα.....	75
1.3 Αποτελέσματα.....	78
1.4 Ερμηνεία- Συζήτηση των Αποτελεσμάτων.....	82
1.5 Περιορισμοί της Μελέτης.....	83
▪ <b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....</b>	<b>85</b>
▪ <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>87</b>

## Κατάλογος Πινάκων

- Πίνακας (1): Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....75
- Πίνακας (2): Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.....76
- Πίνακας (3): Κατανομή του δείγματος ως προς τη νοσηλεία.....76
- Πίνακας (4): Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης.....77
- Πίνακας (5): Κατανομή του δείγματος ως προς την εκπαίδευση.....77
- Πίνακας (6): T-test (ως προς το φύλο).....78
- Πίνακας (7): T-test (ως προς τη νοσηλεία).....79
- Πίνακας (8): Pearson (r), Συσχετίσεις .....80
- Πίνακας (9): Μερική συνάφεια.....81



## Πρόλογος

Βασικά κίνητρα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας αποτέλεσαν η σπουδαιότητα της διερεύνησης της καταλυτικής επίδρασης των θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών και πεποιθήσεων των ανθρώπων σε πολλές πτυχές της ζωής τους, και κυρίως στην Υγεία τους και την διατάραξη αυτής μέσω της εμφάνισης διαφόρων ασθενειών, καθώς και η σπουδαιότητα της επισήμανσης των αντιλήψεων που φέρει το άτομο για αυτές τις ασθένειες, την αιτία διαμόρφωσής τους και οι επιδράσεις που είναι δυνατόν να έχουν αυτές οι αντιλήψεις στο καίριο ζήτημα της Υγείας του σημερινού αλλά και αλλοτινού ανθρώπου. Η πρωτοτυπία της συγκεκριμένης εργασίας έγκειται στο γεγονός της εξέτασης των παραπάνω θεμάτων υπό τη σκοπιά εμφάνισης και έκβασης της χρόνιας ασθένειας, και συγκεκριμένα της καρδιοπάθειας, ένα φάσμα παθήσεων που μαστίζει τον ανθρώπινο πληθυσμό και αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα.

## Εισαγωγή

Η Εργασία περιστρέφεται γύρω από το ζήτημα της σχέσης της Θρησκευτικότητας- Πνευματικότητας, των Αντιλήψεων για την Ασθένεια που φέρει το άτομο και της Καρδιακής πάθησης (την έκβαση της ασθένειας). Συγκεκριμένα, σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης σχέσης αυτών των μεταβλητών, παραθέτοντας πληροφορίες για τους ορισμούς των εννοιών αυτών και για τις λειτουργίες τους, και πραγματώνοντας τις πληροφορίες αυτές σε μια συγκεκριμένη έρευνα που διεξήχθη σε καρδιοπαθή άτομα ανά την Ελλάδα.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το βιβλιογραφικό και το ερευνητικό μέρος. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο, του 1<sup>ου</sup> μέρους, η εργασία πραγματεύεται το θέμα της Θρησκευτικότητας-Πνευματικότητας, την έννοια και τη λειτουργία της θρησκείας, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές που υπάρχουν, τον ορισμό της έννοιας της Πνευματικότητας, καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία που υπάρχουν για την μέτρηση της Θρησκευτικότητας-Πνευματικότητας. Σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση είναι η σχέση της θρησκείας και της επιστήμης, σύμφωνα με την οποία διερευνάται το αν υπάρχει σύγκρουση ή αρμονία, και η σχέση της θρησκευτικότητας

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

και της υγείας, αναγνωρίζοντας τις θετικές και τις αρνητικές επιδράσεις που ασκεί η θρησκεία και αναλύοντας τις διάφορες απόψεις που έχουν καταγραφεί για το καίριο αυτό ζήτημα.

Το 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο, του 1<sup>ου</sup> μέρους, είναι αφιερωμένο στις παθήσεις της Καρδιάς (Καρδιαγγειακά Νοσήματα). Αναλυτικότερα, επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή της ανατομίας της καρδιάς και έπειτα παραθέτονται σημαντικές πληροφορίες για τις καρδιακές παθήσεις, τα χαρακτηριστικά αυτών, τα σχετικά δημογραφικά στοιχεία που υπάρχουν, τα είδη (μορφές) των καρδιακών παθήσεων αλλά και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν προς βελτίωση αυτών των παθήσεων.

Κλείνοντας το 1<sup>ο</sup> μέρος της εργασίας, το 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αφορά στις αντιλήψεις που διαμορφώνει ένα άτομο σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει. Συγκεκριμένα, επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή των αντιλήψεων για την Ασθένεια και έπειτα αναφέρονται τα χαρακτηριστικά αυτών των αντιλήψεων και οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στη διαμόρφωση τους.

Από την άλλη μεριά, το 2<sup>ο</sup> μέρος της εργασίας είναι αφιερωμένο, όπως προαναφέρθηκε, στο κομμάτι της έρευνας, με σκοπό την εξακρίβωση της σχέσης των τριών βασικών μεταβλητών που αποτελούν και τον τίτλο του συγκεκριμένου γραπτού. Αναλυτικότερα, αναφέρονται εκτενώς οι στόχοι της έρευνας, οι υποθέσεις που τέθηκαν, λεπτομέρειες για το δείγμα και την ερευνητική διαδικασία και τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν. Τέλος, ακολουθεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η συζήτηση γύρω από τους περιορισμούς της μελέτης.

# *Μέρος Πρώτο*





# 1. Θρησκευτικότητα/ Πνευματικότητα

## 1.1. Θρησκεία (Εισαγωγή)



Η θρησκεία έχει αναδειχθεί σε ισχυρή δύναμη που βρίσκεται πίσω από τις επιχειρήσεις, το εμπόριο και την οικονομική ανάπτυξη σε όλες τις μορφές της, ενώ η παρακαταθήκη που κληροδότησε στον κόσμο περιλαμβάνει πανεπιστήμια, σχολεία, νοσοκομεία και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας.

Οι πεποιθήσεις και η πρακτική των μεγάλων παραδοσιακών θρησκειών ποικίλλουν τόσο πολύ, ώστε καμία απόπειρα καθορισμού της θρησκείας δε μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα επιτυχημένη. Μολαταύτα, οι μεγάλες παραδοσιακές θρησκείες έχουν σημαντικά κοινά στοιχεία. Το κυριότερο από αυτά είναι η καθολική απόρριψη της ιδέας ότι οι άνθρωποι είναι αποτελέσματα βιολογικών συμβάντων, προορισμένοι να ζήσουν μια ζωή κενή ανώτερου νοήματος και σκοπού και να βρεθούν αντιμέτωποι με την πλήρη εκμηδένιση της ύπαρξής τους, όταν η σύντομη αυτή ζωή τους φτάσει στο τέλος της. Επειδή αυτήν την υλιστική-ρεντουξιονιστική άποψη υιοθετούν πολλοί επιστήμονες, δημιουργείται η εντύπωση ότι η θρησκεία και η επιστήμη αποτελούν τα δύο αντίθετα άκρα του φάσματος της σκέψης. Η υλιστική επιστήμη θεωρεί ότι το μόνο που υπάρχει είναι ο υλικός κόσμος, ενώ αντίθετα η θρησκεία υποστηρίζει ότι ο υλικός κόσμος είναι απλώς μια φανερή διάσταση πολύ βαθύτερων, μη υλικών πραγματικοτήτων.

Η αγγλική λέξη “religion”, που σημαίνει «θρησκεία», προέρχεται από την λατινική λέξη religio, που συνήθως μεταφράζεται ως η «υποχρέωση» ή ο «δεσμός». Κατά το *Oxford English Dictionary*, η θρησκεία αποτελεί την «αναγνώριση από τον άνθρωπο μιας υπερφυσικής, ελέγχουσας δύναμης και ειδικότερα ενός προσωπικού Θεού ή θεών, που δικαιούνται υπακοή και λατρεία». Ο ορισμός αυτός είναι

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

κατάλληλος για τις θεϊστικές θρησκείες, όπως είναι ο χριστιανισμός, ο ιουδαϊσμός και ο ισλαμισμός, και για ορισμένες σέκτες εντός του ινδουισμού. Ωστόσο δεν ταιριάζει καθόλου σε άλλες, όπως είναι ο ζαϊνισμός, ο βουδισμός, ο ταοϊσμός και ο Αιντβάιτα ινδουισμός, που υιοθετούν μια μη δυϊστική προσέγγιση της πνευματικής ζωής. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από την πεποίθηση ότι όλη η δημιουργία στην ουσία είναι μοναδική (ένα) και ότι ο ατομικός νους είναι στη βαθύτερη ουσία του πανομοιότυπος με τη βαθύτερη ουσία κάθε άλλου νου. Όπως λέει ένα παλιό βουδιστικό ρητό: «Υπάρχουν πολλές κούπες, αλλά όλες είναι φτιαγμένες από τον ίδιο πηλό». Από την άλλη, ο Σλάιερμάχερ, συγγραφέας του 18<sup>ου</sup> αιώνα, διακρίνει τη θρησκεία από τη μεταφυσική και την ηθική. Σύμφωνα με αυτόν, και οι τρεις έχουν το ίδιο θέμα: το Σύμπαν και τη σχέση του ανθρώπου με αυτό. Αλλά ενώ η μεταφυσική είναι (ή θέλει να είναι) γνώση στηριγμένη στη νόηση και η ηθική αφορά στις πράξεις και στηρίζεται στη θέληση, η θρησκεία είναι «εποπτεία (Αισθητηριακή αντίληψη) και συναίσθημα (Συγκίνηση) του Σύμπαντος», «αίσθηση και γούστο για το Άπειρο» (Ανδρουλιδάκης, 1997).



Έναν πιο λειτουργικό ορισμό της θρησκείας προσφέρουν οι *Argyle* και *Beit-Hallahmi* (1975), σύμφωνα με τους οποίους η θρησκεία είναι «ένα σύστημα πίστης στη θεία ή υπερφυσική δύναμη και ένα σύστημα πρακτικών λατρείας ή άλλων τελετουργικών που απευθύνονται στη δύναμη αυτή».

Ωστόσο, και αυτός ο ορισμός ακούγεται και πάλι υπερβολικά προσανατολισμένος προς μια Θεότητα και μάλλον δεν ανταποκρίνεται στις μη θεϊστικές θρησκείες. Παρόμοιες αμφιβολίες γεννά και ο ισχυρισμός του *Wallace* (1966) ότι το καθοριστικό χαρακτηριστικό της θρησκείας είναι ότι «υπάρχουν ψυχές, υπερφυσικές υπάρξεις και υπερφυσικές δυνάμεις». Το βουδιστικό δόγμα *ανάτα*, το οποίο αρνείται την ύπαρξη της αιώνιας, ατομικής «ψυχής» που διδάσκουν οι δυτικοί θεϊστές, βρίσκεται σαφώς έξω από το πλαίσιο του ορισμού του *Wallace*, όπως άλλωστε και η αντιβαϊτιστική διδαχή του ινδουισμού ότι το Άτμαν (η ατομική εσώτερη πνευματική ύπαρξη) και το Βράχμαν (η απόλυτη ουσία πέρα από έννοιες και ορισμούς) είναι στην πραγματικότητα ένα. Ο χριστιανικός μυστικισμός εμφανίζει ορισμένες ομοιότητες

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

περισσότερο με την ιδέα μιας ενιαίας θείας ουσίας παρά με αυτή των μεμονωμένων ψυχών. Επίσης ο σουφισμός φαίνεται να κινείται κ' αυτός πέρα από τη σφαίρα του δυϊσμού. Έτσι, ορισμένες θρησκείες θεωρούν ότι ο ατομικός εαυτός διατηρεί την ατομικότητα του αιώνια , ενώ άλλες θεωρούν ότι γίνεται ένα με την ενότητα που βρίσκεται πίσω από όλο τον αόρατο κόσμο (ή ότι επιτυγχάνει την αυτοεκπλήρωση στην ενότητα αυτή).

Οι επιμέρους θρησκείες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους όχι μόνο ως προς τον τρόπο που κατανοούν τον Θεό και την ψυχή (*Smart, 1987*) , αλλά και σε πολλά άλλα καίρια ζητήματα. Με ένα θέμα τόσο βαθύ όσο η θρησκεία , είναι λογικό πολλοί ειδικοί στις θρησκευτικές μελέτες να μην δέχονται καν την ιδέα ότι είναι δυνατό να δοθεί ορισμός. Για παράδειγμα, οι *Nielsen και συνεργάτες (1988)* υποστήριζαν το εξής: «Η ιδέα ότι αυτό που ονομάζεται θρησκεία μπορεί να απομονωθεί , να αναλυθεί ή να οριστεί είναι κυρίως δυτική» και απορρέει από την τάση του δυτικού πολιτισμού να διαχωρίζει το κοσμικό από το ιερό και έτσι να θεωρεί τη φύση αυτόνομο τομέα και να περιορίζει τη θρησκεία μόνο σε πνευματικά ζητήματα. Η τάση αυτή, κατά την άποψη τους προέρχεται εν μέρει από το δυτικό θεϊσμό, που ξεχωρίζει τον Θεό από τη δημιουργία του, αλλά «ενισχύεται σθεναρά από τη δυτική επιστήμη, επειδή η επιστήμη στην ουσία της είναι κλάδος αναλυτικός». Οι περισσότεροι επιστήμονες , ανεξάρτητα από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις, επιθυμούν να διαχωρίζουν τη θρησκεία «όσο το δυνατόν σαφέστερα και ακριβέστερα από τη φύση , η οποία εξ ορισμού , είναι αυτό που επιζητούν να εξετάσουν και να εξηγήσουν οι φυσικοί και οι άλλοι επιστήμονες». Συνεπώς , για τον επιστήμονα «η θρησκεία δεν μπορεί να είναι τίποτα περισσότερο από ένα ζήτημα υπεύθυνης παρατήρησης και επιστημονικής περιγραφής» (*Nielsen et al, 1988*).

Από την άλλη μεριά, οι *Nielsen και συνεργάτες* ξεκαθαρίζουν ότι οποιοσδήποτε ορισμός της θρησκείας πρέπει να είναι εκτενής και πολυσύνθετος , αν φιλοδοξεί να είναι περιεκτικός. Συγκεκριμένα, απαριθμούν τουλάχιστον 12 χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν κατά κανόνα το θρησκευτικό από το εγκόσμιο, τα οποία είναι τα εξής.

1. Πίστη σε κάποια υπερφυσική ή άλλη πραγματικότητα, πέρα από τη συνήθη ύπαρξη και εμπειρία, και ωστόσο βασική για αυτές.

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

2. Διάκριση μεταξύ ιερού και κοσμικού ή μεταξύ της απόλυτης και της φαινομενικής πραγματικότητας.
3. Έμφαση σε τελετουργίες ή στη συλλογική λατρεία ή στην τήρηση κανόνων και τυπικών.
4. Ένας ηθικός κώδικας ή ηθικές αρχές ή η πίστη ότι τα πνεύματα πρέπει να «κατευνάζονται» με κάποιον τρόπο (με αφιερώματα, θυσίες κτλ.).
5. Αγώνας για την επίτευξη επιπέδων συνείδησης πέρα από τη φυσιολογική ανθρώπινη εμπειρία.
6. Χρήση ιερών κειμένων, προσευχών, ψαλμών, μάντρα, ύμνων κτλ., σε μια προσπάθεια επηρεασμού της θείας θέλησης (είτε η θέληση αυτή θεωρείται υπερβατική είτε εμμονή).
7. Μια κοσμοθεωρία και άποψη για τη θέση του ατόμου στα πλαίσια της κοσμοθεωρίας αυτής.
8. Προσωπική δέσμευση των πιστών σε αυτή την κοσμοθεωρία και στις απαιτήσεις που επιβάλλει στο άτομο.
9. Επίσημη οργάνωση (με τη μορφή ιδρυμάτων, κοινωνικών δομών κτλ.).
10. Ενδότερες καταστάσεις αρμονίας με το Θείο και με την αληθινή φύση του ίδιου του ατόμου.
11. Πίστη σε κάποιο είδος μετά θάνατον ζωής (σε άλλες διαστάσεις και/ή μέσω μετενσάρκωσης σε αυτόν τον κόσμο).
12. Επιθυμία (ισχυρότερη σε κάποιες περιστάσεις απ' ό,τι σε άλλες) αυτοπροσηλυτισμού.

Συγκαταλέγοντας και εξετάζοντας αυτά τα χαρακτηριστικά μαζί με τους άλλους ορισμούς που προαναφέραμε, μπορούμε να εντοπίσουμε τρεις βασικούς παράγοντες που φαίνεται ότι αποτελούν απαραίτητα συστατικά στην περίπτωση που θέλουμε να ονομάσουμε μια θρησκεία, και αυτά είναι: η *Πίστη* σε μια πνευματική διάσταση, η *Τήρηση* ενός συνόλου πνευματικών τελετουργιών ή πρακτικών και η *Προσήλωση* σε ένα δόγμα ηθικής διαγωγής που απορρέει από πνευματικές διδαχές.

### 1.1.1. Θρησκευτικές Πεποιθήσεις και πρακτικές



Δεν μπορούμε να κατανοήσουμε την ψυχολογία της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας , αν δεν έχουμε κάποια ιδέα για το τι πιστεύουν οι θρησκευόμενοι άνθρωποι , ποια είναι η προέλευση αυτής της πίστης και τι επίδραση έχει στον τρόπο ζωής μας. Λόγω προβλημάτων σημασιολογίας (καθεμιά από τις μεγάλες θρησκείες ταυτίζεται ιδιαίτερα με ορισμένες φυλές και πολιτισμούς), μερικές

τουλάχιστον από αυτές τις ομοιότητες και τις διαφορές μπορεί να είναι περισσότερο φαινομενικές παρά αληθινές. Η γλώσσα επηρεάζει όχι μόνο την έκφραση και την επικοινωνία, αλλά και τη σκέψη και την εννοιολογική σύλληψη επίσης .

#### *Ανταμοιβή & Τιμωρία*

Όλες οι μεγάλες παραδοσιακές θρησκείες ισχυρίζονται ότι η αφοσίωση στον πνευματικό δρόμο αλλάζει τη ζωή των πιστών με πολλούς θετικούς τρόπους. Οι αλλαγές αυτές υποστηρίζεται ότι έχουν βαθιές επιδράσεις στη μέλλουσα ζωή , είτε σε κάποιον επόμενο κόσμο είτε σε άλλη μια μετενσάρκωση εδώ στη γη. Η μη αναγνώριση της ύπαρξης της πνευματικής διάστασης ή η υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής ασύμφωνου με τις ηθικές διδαχές του θρησκευτικού δρόμου υποστηρίζεται ότι οδηγούν σε δυσάρεστες συνέπειες στη μετά θάνατον ζωή, είτε στην κόλαση είτε σε κάποια άλλη μετενσάρκωση στον παρόντα κόσμο (κάποιες ανατολικές θρησκείες διατείνονται ότι ο τιμωρούμενος μπορεί να μετενσαρκωθεί σε κατώτερη μορφή ζωής, δηλαδή σε ζώο). Δεν είναι περίεργο λοιπόν που οι διδαχές αυτές εντυπώνονται στον νου των πιστών βαθύτερα από καθετί άλλο και ενεργούν γι' αυτούς ως ισχυρά κίνητρα για να παραμείνουν στον πνευματικό δρόμο.

Όροι με συναισθηματικό περιεχόμενο όπως «σωτηρία», «φώτιση», «αυτοεκπλήρωση», «απελευθέρωση» και «αναγέννηση» χρησιμοποιούνται ποικιλοτρόπως από τις θρησκείες για να περιγράψουν άνδρες και γυναίκες που όχι μόνο παραμένουν στο μονοπάτι αυτό αλλά περνούν επίσης από σημαντικά ορόσημα. Ο δρόμος αυτός λέγεται ότι οδηγεί όχι μόνο στις ανταμοιβές που επαγγέλλονται οι

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

θρησκείες για τη μετά θάνατον ζωή , αλλά και σε οφέλη κατά τη διάρκεια της παρούσας ζωής- για παράδειγμα , τα άτομα υιοθετούν μια συμπονετική και γεμάτη χαρά στάση ζωής και αναπτύσσουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις, τις αντιξοότητες και τα δεινά του κόσμου αυτού με ηρεμία και ψυχραιμία. (Fontana, 2005)

**Επιθανάτιες εμπειρίες**



Όπως συμβαίνει και με πολλές θρησκευτικές εμπειρίες , τον ψυχολόγο ενδιαφέρει πολύ η επίδραση που έχουν οι μεταβλημένες αυτές καταστάσεις στην επακόλουθη συμπεριφορά του και τις επακόλουθες πεποιθήσεις. Πρόσφατες έρευνες με αντικείμενο την επίδραση αυτή στράφηκαν ιδιαίτερα στις επονομαζόμενες «επιθανάτιες εμπειρίες» (near-death experiences)- εμπειρίες

όσων έφτασαν πολύ κοντά στο θάνατο. Οι επιθανάτιες εμπειρίες συνδέονται με επεισόδια κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο είτε είναι κλινικά νεκρό για μικρό χρονικό διάστημα (π.χ. εμφανίζει παύση των ζωτικών λειτουργιών που ιατρικώς θεωρούνται ενδείξεις ζωής) είτε βρίσκεται σε εξαιρετικά μεγάλο κίνδυνο κλινικού θανάτου. Τα ευρήματα ποικίλουν , αλλά σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων τα άτομα αναφέρουν ότι διατηρούσαν τη συνείδηση τους κατά τα επεισόδια αυτά και μερικές φορές δίνουν λεπτομέρειες για κλινικές παρεμβάσεις και άλλες ιατρικές πράξεις που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια τους, τις οποίες κανονικά δεν θα μπορούσαν να γνωρίζουν. Σε κάποιες περιπτώσεις , αναφέρουν ακόμα ότι έφυγαν από τα φυσικά τους σώμα και βίωσαν «παραδεισένιες» καταστάσεις από τις οποίες απρόθυμα επέστρεψαν στο σώμα τους (Bailey και Yates, 1996). Η έρευνα των Ring (1985) αποκάλυψε πως το 75% του δείγματος του πειράματος εμφάνισε αξιοσημείωτη μείωση του ενδιαφέροντος τους για τα υλικά πράγματα , μεγαλύτερο προσανατολισμό στη θρησκεία και την πνευματικότητα και πολύ σημαντική μείωση του φόβου για το θάνατο.

Ανεξάρτητα από το πώς εξηγούμε τις επιθανάτιες εμπειρίες ή από τις πληροφορίες που μπορούν να μας δώσουν για τη δραστηριότητα του ανθρώπινου

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

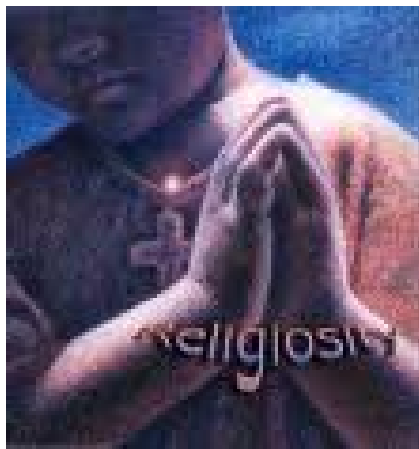
νου, το σημαντικό είναι ότι κατά κανόνα πείθουν όσους τις βιώνουν για τη μετά θάνατον ζωή και αλλάζουν βαθύτατα τις πεποιθήσεις τους και σημαντικές πλευρές της συμπεριφοράς τους. Τέλος, ένα από τα ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά των επιθανάτιων εμπειριών είναι ότι αναφέρεται πως συμβαίνουν αδιακρίτως σε ανθρώπους με και χωρίς θρησκευτική πίστη.

***Πεποιθήσεις για εαυτό***

Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένες διαφορές όσον αφορά το ρόλο του εαυτού. Στις θειστικές θρησκείες, όπως ο ιουδαϊσμός, ο χριστιανισμός και ο ισλαμισμός, ο εαυτός είναι σοβαρό εμπόδιο για τη σωτηρία ή την πνευματική πρόοδο, επειδή, είτε από αδυναμία, είτε από σκοπιμότητα, αντιτίθεται στον Θεό με το να μην ακολουθεί, για παράδειγμα, το θείο νόμο ή- το χειρότερο απ' όλα- με το να αρνείται ακόμα και την ύπαρξη των πνευματικών πραγματικοτήτων. Στο χριστιανισμό, η άρνηση αυτή θεωρείται βλασφημία κατά του Αγίου Πνεύματος (*Κατά Μάρκον Ευαγγέλιο, 3:29*), το μοναδικό αμάρτημα για το οποίο λέγεται ότι δεν υπάρχει συγχώρεση (λογικά επειδή η συμφιλίωση με το Θεό δεν μπορεί να συντελεστεί αν κάποιος αρνείται την ίδια Του την ύπαρξη). Συνεπώς για τον θειστή, σκοπός της θρησκευτικής ζωής είναι να υποτάξει τον εαυτό του στη θεία βούληση και να γίνει δούλος του Θεού εκτελώντας το θέλημα Του και ακολουθώντας το δρόμο Του.

Περιστασιακά, αυτή η έννοια της σχέσης δούλου/αφέντη μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα ενοχής και απαξίας – με πιο ακραία μορφή την άρνηση του εαυτού, που εκφραζόταν κατά τον Μεσαίωνα με την αυτομαστίγωση και με άλλες ταπεινώσεις της σάρκας αγίων ανδρών και γυναικών. Σωστότερο είναι να την αντιμετωπίσουμε ως ανάγκη του ανθρώπου να ταπεινωθεί ενώπιον του Θεού για να μεταρσιωθεί, να ρίξει τον εαυτό του χαμηλά για να εξυψωθεί και να παραδεχτεί, να ομολογήσει και να μετανιώσει για τις κακές του πράξεις προκειμένου να του δοθεί άφεση αμαρτιών. Οι θειστικές θρησκείες θεωρούν ότι οι εντολές και οι κώδικες τους δόθηκαν στον άνθρωπο από το Θεό για να γίνεται το θέλημα Του επί της Γης και για να εξαγνιστεί και να τελειοποιηθεί ο ατομικός εαυτός μέσω ενός συνδυασμού προσωπικής προσπάθειας και θείας χάριτος.

## 1.2 Πνευματικότητα (Εισαγωγή)



Το να ορίσουμε τις έννοιες «πνεύμα» και «πνευματικότητα» είναι ακόμα πιο δύσκολο από το να ορίσουμε τη θρησκεία. Συγκριτικά με τη λέξη «θρησκεία», οι ψυχολόγοι έχουν ελάχιστα προσπαθήσει να καθορίσουν την πνευματικότητα, και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι μια έννοια ομιχλώδης. Επιπλέον, η πνευματικότητα έχει πολλά νοήματα έξω από τα πλαίσια της θρησκείας. Μιλάμε για ανθρώπους πνευματώδεις ή για ανθρώπους που «κάνουν πνεύμα», σχεδόν σαν να θεωρούμε το πνεύμα αναγνωρισμένο παράγοντα της προσωπικότητας. Το αλκοόλ, που ανεβάζει παροδικά τη διάθεση, ονομάζεται «οινόπνευμα» («πνεύμα οίνου»). Λέμε ότι γράφουμε ή μιλάμε με το «πνεύμα της αλήθειας». Μιλάμε ακόμα για «αθλητικό πνεύμα», όταν συζητάμε για σπορ, ή λέμε ότι κάποιος δεν βλέπει κάτι «με το σωστό πνεύμα».

Η λέξη «πνεύμα», όταν χρησιμοποιείται με τον τρόπο αυτό, σημαίνει κυρίως ενέργεια, φυσική ή ψυχολογική. Η αγγλική λέξη spirit (πνεύμα) προέρχεται από τη λατινική spiritus, που σημαίνει πνοή/αναπνοή. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το *Oxford English Dictionary* είναι το ζωντάνεμα (εμφύσηση ζωής) ή η ζωτική αρχή ενός ανθρώπου, που συνδέεται με την ιδέα ότι ο Θεός ενεφύσησε πνοή ζωής στον Αδάμ, τον πρώτο άνθρωπο. Όταν δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ αναπνοής και πνεύματος, το πνεύμα είναι η ζωοδόχος αρχή που διατηρεί την ανθρώπινη ύπαρξη, την πραγματικότητα πίσω από τα φαινόμενα, μια πραγματικότητα που δεν περιορίζεται από το σώμα και που το εγκαταλείπει κατά το θάνατο για να επιστρέψει εκεί από όπου ήλθε, όπως ακριβώς η εκπνοή φαίνεται να επιστρέφει σε μια υλική διάσταση.

Συνεπώς, τόσο με την κοσμική όσο και με την θρησκευτική έννοια, το «πνεύμα» αρχικά υποδήλωνε τη δύναμη που ενοποιούσε τις μη ορατές και τις ορατές διαστάσεις. Ωστόσο, οι θρησκείες σήμερα μεταχειρίζονται τον όρο με πιο στενή έννοια, καθώς θεωρούν ότι σημαίνει μόνο την αιώνια, μη φυσική (μη υλική) πλευρά μας. Επομένως, η έννοια της πνευματικότητας σημαίνει πίστη σε αυτή τη μη υλική



ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

διάσταση, η οποία θεωρείται ότι διαχέεται στο φυσικό κόσμο και δημιουργεί άλλα επίπεδα ύπαρξης προσπελάσιμα κατά τις μυστικιστικές εμπειρίες και τη μετά θάνατον ζωή. Υπονοεί επίσης ότι οι άνθρωποι, άνδρες και γυναίκες, είναι κάτι παραπάνω από τα φυσικά τους σώματα, ότι η ανθρώπινη ζωή έχει νόημα και πρέπει να τη ζούμε σύμφωνα με το νόημα αυτό.



Στις θείστικες θρησκείες, όπως η χριστιανική, προκαλείται σύγχυση από το γεγονός ότι η λέξη «πνεύμα» μερικές φορές χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της «ψυχής», ενώ άλλες φορές θεωρείται ότι σημαίνει το οικουμενικό απρόσωπο στοιχείο που υπάρχει μέσα μας. Αντίθετα, η λέξη «ψυχή» αντιπροσωπεύει την προσωπική, τη μεταβαλλόμενη μορφή με την οποία εκφράζεται το πνεύμα στους ανθρώπους. Όταν θεωρούνται έννοιες ξεχωριστές, το πνεύμα πιστεύεται ότι είναι βασικά ένα με το Θεό, ενώ η ψυχή είναι χωριστή και καλείται να ενατενίζει, να υπακούει και να λατρεύει το Θεό. Το πνεύμα συνεπώς είναι αιώνιο και αμετάβλητο, ενώ η ψυχή θεωρείται ότι φέρει τη σφραγίδα της συμπεριφοράς του ατόμου στη διάρκεια της επίγειας ζωής του και υπόκειται σε ανταμοιβές, τιμωρίες, κάθαρση και – σε ορισμένα συστήματα πίστης- σε περαιτέρω εξέλιξη στη μετά θάνατον ζωή.

Με βάση αυτό μπορεί να λεχθεί ότι η «πνευματικότητα» αντιπροσωπεύει επίσης το βαθμό στον οποίο το άτομο αναγνωρίζει την πνευματική του φύση και επιτρέπει στη φύση αυτή να εκφραστεί μέσω της ψυχής και μέσω της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της υλικής ζωής. Όσο περισσότερο εκδηλώνεται η πνευματικότητα, τόσο περισσότερο προσεγγίζει κανείς το Θεό και εκτελεί το θέλημα Του. Επομένως, η πίστη στην πνευματικότητα, όπως συμβαίνει και με τη θρησκεία ως όλον, θεωρητικά γεννά ορισμένες ευθύνες για το άτομο, όπως την επίδειξη ευσπλαχνίας και κατανόησης προς τους άλλους, αλλά για το πνευματικό άτομο οι ευθύνες αυτές καθορίζονται από τις προσωπικές του πεποιθήσεις μάλλον παρά από το θρησκευτικό δόγμα σε βαθύτερο επίπεδο, πνευματικότητα σημαίνει, επίσης, προσπάθεια βίωσης της πνευματικής πηγής της ίδιας της ύπαρξης. Ο *Walsh (1999)* δηλώνει καθαρά ότι χωρίς αυτή την εσωτερική αλλαγή είμαστε ανολοκλήρωτοι ως ανθρώπινα όντα, βιώνουμε μόνο ένα μικρό μέρος του εαυτού μας, ενώ μένουν ανεκμετάλλευτες οι βαθύτερες δυνατότητες μας.



Ο όρος «πνευματικότητα» θεωρείται επίσης μερικές φορές ότι υποδηλώνει την ανοιχτή στάση απέναντι στα πνευματικά κηρύγματα των θρησκειών και των σχολών σκέψης και όχι την δογματική απόρριψη όλων όσων προέρχονται από τη θρησκευτική μας προτίμηση. Έτσι, παρά το γεγονός ότι ο πνευματικός άνθρωπος μπορεί να αποτελεί μέλος μιας αναγνωρισμένης θρησκευτικής ομάδας, είναι πιθανό να είναι πιο ανεκτικός σε άλλες θρησκευτικές παραδόσεις απ' ό,τι αυτοί που είναι απλώς θρήσκοι και λιγότερο πιθανό να εμπλακεί σε δυναμικό ή επιθετικό προσηλυτισμό (Fontana, 2005).

### 1.3. Μέτρηση της θρησκευτικότητας – Πνευματικότητας

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες και ψυχομετρικά εργαλεία με σκοπό την εκτίμηση της πνευματικότητας των ανθρώπων και τη συλλογή διαφόρων άλλων σχετικών πληροφοριών.

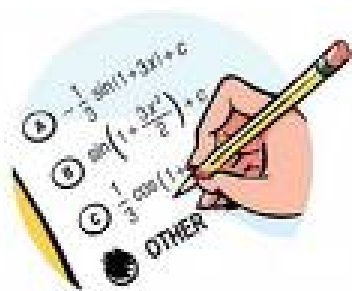
Συγκεκριμένα το **Religious Orientation Scale (ROS)** που αναπτύχθηκε από τους Allport και Ross (1967), μετράει τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές τόσο της εσωτερικής όσο και της εξωτερικής πνευματικότητας (εκκλησιασμός) και είναι κατάλληλο για άτομα με χριστιανικές πεποιθήσεις. Επίσης, το **Spiritual Well-Being (SWBS)** έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως μέτρηση αυτό-αναφοράς της πνευματικής και της υπαρξιακής ευεξίας ενώ το **Index of Core Spirituality Experiences (INSPIRIT)** εκτιμάει τις κεντρικές (πυρηνικές) πνευματικές εμπειρίες που σχετίζονται με την ύπαρξη μιας ανώτερης δύναμης και μιας εσωτερικευμένης σχέσης με αυτήν τη δύναμη. Αναλυτικότερα, το **INSPIRIT** έχει σχετιστεί με υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή, με μια νοοτροπία που προάγει την υγεία, με χαμηλότερη συχνότητα ιατρικών συμπτωμάτων, γενικά καλύτερη υγεία και χαμηλότερα επίπεδα πόνου σε πληθυσμούς με ασθενείς. Επιπροσθέτως, το **Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FaCIT-SpWB)** μετράει πλευρές της πνευματικότητας όπως νόημα, αρμονία, γαλήνη, δύναμη και σθένος που οφείλονται

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

στην πίστη, καθώς το *Systems of Belief Inventory (SBI-IS)* αναπτύχθηκε για να μετρήσει τις θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές σε ιατρικούς πληθυσμούς· συνοπτικά, αναφέρεται σε αρκετές από τις πιθανές ωφέλιμες πλευρές της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, συναισθηματικές, γνωστικές, συμπεριφοριστικές και κοινωνικές, χωρίς να φαίνεται να μετράει υπαρξιακές ανησυχίες που σχετίζονται με ικανοποίηση, νόημα και σκοπό. Τέλος, το *Brief RCORE* εκτιμάει θετικές και αρνητικές θρησκευτικές στρατηγικές σε δύο αντίστοιχες υποκλίμακες, ενώ το *Spiritual Involvement and Beliefs Scale (SIBS)* μετράει πράξεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με θρησκευτικές ή πνευματικές παραδόσεις (Mytko & Knight, 1999).

### 1.4. Θρησκεία και Επιστήμη

Σε καμία περίοδο του 20<sup>ου</sup> αιώνα η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επιστήμη και τη θρησκεία δεν ήταν τόσο επίκαιρη- γνωσιολογικά, πολιτικά, κοινωνικά, ιδεολογικά- όσο είναι στα πρώτα χρόνια του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Το ενδιαφέρον δεν εστιάζεται ούτε στην «ανωτερότητα» της επιστήμης, ούτε στην «φιλελευθεροποίηση» της θρησκείας. Η μεγάλη σημασία που έχει σήμερα η



διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επιστήμη και τη θρησκεία αποτυπώνεται στις προσπάθειες να κατανοηθούν οι διαδοχικές αλλαγές που υπέστη ο χαρακτήρας αυτής της σχέσης από τον 16<sup>ο</sup> και 17<sup>ο</sup> αιώνα- από τότε δηλαδή που άρχισαν να διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά και οι

πρακτικές της σύγχρονης επιστήμης- ως αποτέλεσμα των αλλαγών που επήλθαν στην επιστήμη και τη θρησκεία. Οι αλλαγές αυτές βρίσκονται σε πλήρη αντιστοιχία με τους γενικότερους κοινωνικούς μετασχηματισμούς, αφού η σχέση επιστήμης και θρησκείας εκφράζει, ουσιαστικά, τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική λειτουργία της επιστήμης και σε αυτήν της θρησκείας. (Brooke, 1991).

Στις μέρες μας , για πρώτη φορά μετά από πολλές δεκαετίες, αμφισβητείται πλέον θεσμικά η ιστορικά κατοχυρωμένη δικαιοδοσία της επιστήμης να έχει τον αποκλειστικό λόγο για την ανάδειξη της αλήθειας όσον αφορά τις λειτουργίες της φύσης. Ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που προσδίδουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη συζήτηση για τη σχέση της επιστήμης και θρησκείας στις μέρες μας είναι τα εξής: η προσπάθεια πολλών να δείξουν ότι η επιστήμη και η θρησκεία είναι λόγοι συμφιλιωμένοι, η «τραυματισμένη» εικόνα της επιστήμης, η δυναμική προώθηση του θεολογικού λόγου ως «ισότιμου» με τον επιστημονικό, και η διεκδίκηση πολιτικής εξουσίας από την εκκλησία.

Αναλυτικότερα, στη δημόσια πρόσληψη της επιστήμης στη Δύση, η σχέση επιστήμης και θρησκείας έχει καταγραφεί ως η σχέση ανάμεσα στους εκπροσώπους μιας αμείλικτης εξουσίας, όπως είναι η οργανωμένη Εκκλησία, και ενός μοναχικού διανοητή, εκφραστή κατά κάποιον τρόπο της φιλοσοφικής ή επιστημονικής κοινότητας. Είναι μια εικόνα που επαναλαμβάνει το μοτίβο του «καλού και του κακού». Ωστόσο, η εικόνα αυτή δεν αναπαράγει ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της σχέσης ανάμεσα στην επιστήμη και τη θρησκεία: ότι τα δύο «στρατόπεδα» δεν είναι ομογενοποιημένα. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που οι φορείς της εκκλησιαστικής εξουσίας αλλά και της επιστημονικής κοινότητας, αντίστοιχα, εκφράζονται μέσα από μια ενιαία προβληματική. Η Εκκλησία αισθάνθηκε κατά καιρούς απειλή, αλλά αυτό δε σημαίνει πως οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί είχαν όλοι την ίδια άποψη για τον τρόπο αντιμετώπισης της. Ορισμένοι επέλεξαν τη μετωπική σύγκρουση. Άλλοι, όμως, θεώρησαν ότι μοναδικός τρόπος διατήρησης της εξουσίας ήταν να υιοθετηθεί τμήμα έστω των απόψεων που εκ πρώτης όψεως φαίνονταν απειλητικές. Το ίδιο ισχύει και για την κοινότητα των επιστημόνων: δίπλα σε όσους έρχονται σε μετωπική αντιπαράθεση με την Εκκλησία υπάρχουν πολλοί που συμπλέουν με αυτήν. (*Brooke, 1991*)

Συμπερασματικά, τρία είναι τα σημαντικά θέματα που ενδιαφέρουν τους ιστορικούς των επιστημών, όσον αφορά στη σχέση επιστήμης-θρησκείας. Το πρώτο είναι η ιστορικότητα αυτής της σχέσης, η οποία αναδιαμορφώνεται μέσα από τις αλλαγές που έχουν επέλθει ανά τους αιώνες στα πεδία της επιστήμης και της θρησκείας, πρόκειται στην ουσία για σχέση ανάμεσα σε δύο φορείς δύο διαφορετικών τρόπων θέασης του κόσμου και ανάγεται στις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε δύο φορείς που ιστορικά έχουν πείσει την κοινωνία ότι διεκδικούν την αληθή ερμηνεία

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

του κόσμου, αλλά και ανάμεσα σε δύο διαφορετικές διεργασίες έκφρασης, πιστοποίησης και επιβολής της κάθε αλήθειας. Κατά συνέπεια, πρόκειται για σχέση ανάμεσα στους λειτουργούς δύο θεσμών που ο καθένας ασκεί (μια διαφορετικού τύπου) εξουσία και προτείνει στην κοινωνία ένα διαφορετικό είδος γνώσης. Έτσι, λοιπόν, ένα σημαντικό στοιχείο αυτής της σχέσης είναι η ιστορικότητα όχι μόνο της αλήθειας, αλλά και των διαδικασιών κατανόησης, πιστοποίησης, ανάδειξης και καθιέρωσης της.

Το δεύτερο είναι ότι ο θεολογικός προβληματισμός υπήρξε εγγενές στοιχείο πολλών επιστημονικών έργων, κυρίως του 17<sup>ου</sup> αιώνα, αφού πολλά από τα θεωρητικά ζητήματα που υπεισήλθαν στη διατύπωση ή την ερμηνεία των νέων θεωριών σχετίζονταν με τη θεολογία. Τέλος, το τρίτο θέμα είναι η δημόσια έκφραση της σχέσης επιστήμης και θρησκείας, οι κοινωνικές διεργασίες που την προκαλούν, την αποτρέπουν ή και τη συντηρούν, οι σχέσεις εξουσίας που αναδεικνύονται ως αποτέλεσμα της διαμάχης ή μιας συζήτησης, οι σχέσεις των επιστημόνων που εμπλέκονται σε τέτοιες διαδικασίες με συναδέλφους τους από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, τα ακροατήρια που διαμορφώνονται και οι αντιδράσεις τους, καθώς και οι επιπτώσεις στο θεσμικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν όσοι παίζουν κάποιο ρόλο στις διαμάχες ή τις συζητήσεις αυτές. (Brooke, 1991)

### **Σύγκρουση Επιστήμης και Θρησκείας**

Δεν είναι δυνατόν να δοθεί μια απλή και ευθεία απάντηση στο ερώτημα εάν υπάρχει ανεπίλυτη σύγκρουση μεταξύ της επιστήμης και της θρησκείας· και αυτό διότι η απάντηση εξαρτάται από το πώς θα επιλέξει κανείς να ερμηνεύσει την όλη κατάσταση. Στις θρησκευτικές κοινότητες, ίσως περισσότερο από ό,τι οπουδήποτε αλλού, οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις των μελών, που έχουν άποψη εκ των έδρων, έρχονται σε αντίφαση με τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των άλλων που έχουν άποψη εκ των έξω. Με άλλα λόγια, για ένα μέλος της θρησκευτικής κοινότητας η κριτική από μέρους της επιστήμης μπορεί να αποτελεί παράγοντα κάθαρσης της θρησκείας, δίνοντας της την ευκαιρία να αποδειχθεί ικανή να αμυνθεί εν όψει της εν λόγω πρόκλησης. Αλλά σε κάποιον που δεν ανήκει στη θρησκευτική αυτή κοινότητα και που βλέπει την κατάσταση από έξω, η ίδια ακριβώς κατάσταση μπορεί να φαίνεται σαν ένα βήμα προς την καταστροφή, καθώς η θρησκεία εκτίθεται διότι αποκαλύπτεται ότι παρουσιάζει μια εγγενώς αβάσιμη περιγραφή του ανθρώπινου

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

πεπρωμένου. Σύμφωνα με τον *J.W. Draper (1875)* «η ιστορία της επιστήμης είναι η αφήγηση της σύγκρουσης μεταξύ δύο αντίπαλων δυνάμεων, της επεκτατικής δύναμης της ανθρώπινης διάνοιας, από τη μία πλευρά, και της καταπιεστικής δύναμης της παραδοσιακής πίστης και των ανθρώπινων συμφερόντων, από την άλλη». Ο *A. D. White (1895)*, διαφοροποιώντας την άποψη του από τη θέση του *Draper* έχει υποστηρίξει ότι η πραγματική διαμάχη υπάρχει μεταξύ της επιστήμης και της δογματικής θεολογίας και όχι μεταξύ της επιστήμης και της θρησκείας, ισχυριζόμενος και αυτός, βέβαια, ότι υπάρχει μια θεολογική και μια επιστημονική άποψη για κάθε ζήτημα, και ότι οι δύο αυτές απόψεις βρίσκονται μονίμως σε διάσταση.

Από την άλλη μεριά, οι απόψεις περί διαμάχης μεταξύ των δύο παρουσιάζουν κάποια ελαττώματα στην διαπραγμάτευση της θέσης αυτής. Συγκεκριμένα, δεν μιλούν για τις προσπάθειές εκείνων που θεωρούσαν και θεωρούν ότι ο επιστημονικός και ο θρησκευτικός λόγος είχαν σχέση συμπληρωματική και ότι δεν απέκλειαν ο ένας τον άλλο. Επίσης, οι ιστορικές αφηγήσεις που μιλούν για τη σύγκρουση μεταξύ επιστήμης και θρησκείας μειονεκτούν από μία ακόμη άποψη: αυτήν που αφορά στην παράβλεψη της σχέσης που υπήρχε μεταξύ καθιερωμένης και καινοτόμου επιστήμης. Για την αξιολόγηση μιας νέας επιστημονικής θεωρίας χρησιμοποιούνται συνήθως ως γνώμονας οι ήδη υπάρχουσες θεωρίες. Συνεπώς με βάση αυτές δομούνται τα επιχειρήματα εναντίων θεωριών που έρχονται σε έντονη αντίθεση με τα επιστημονικά δεδομένα της κάθε εποχής. Επίσης, διάκριση είναι απαραίτητο να γίνεται στη στάση των κληρικών απέναντι στις φυσικές επιστήμες, διότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην εχθρική και στην αδιάφορη στάση. Πολλοί εκπρόσωποι της χριστιανικής θρησκείας συμμερίζονται την άποψη που εξέφρασε ο άγιος Βασίλειος λέγοντας ότι σε μια ζωή γεμάτη πραότητα και ηπιότητα υπάρχουν υψηλότερες ενασχολήσεις από το αν η Γη έχει σχήμα σφαίρας, κυλίνδρου ή δίσκου (*Brooke, 1991*). Μερικές φορές, η διερεύνηση της φύσης έρχεται τελευταία σε μια σειρά από προτεραιότητες.

Συγκαταλέγοντας, το θεμελιώδες μειονέκτημα της άποψης που θέλει επιστήμη και θρησκεία να βρίσκονται σε διαρκή διαμάχη είναι η τάση της απεικόνισης της επιστήμης και της θρησκείας σαν αποστασιοποιημένες δυνάμεις, σαν αυτόνομες οντότητες. Θα ήταν κατά πολύ προσφορότερο να τις βλέπει κανείς ως πολύπλοκες κοινωνικές δραστηριότητες που αφορούν διαφορετικές εκφάνσεις της ανθρώπινης

ανησυχίας, και να αναγνωριστεί το γεγονός ότι, πολλές φορές, έχει συμβεί τα ίδια άτομα να συμμετέχουν και στις δύο.

### *Αρμονία Επιστήμης και Θρησκείας*

Οι απολογητές της θρησκείας υποστηρίζουν συχνά ό,τι, όταν υπάρξει αμοιβαία κατανόηση μεταξύ επιστήμης και θρησκείας, οι δύο χώροι θα μπορέσουν να βρεθούν σε τέλεια αρμονία μεταξύ τους. Με άλλα λόγια, ότι οι διαμάχες που σημειώθηκαν στο παρελθόν ήταν απλώς αποτέλεσμα παρεξήγησης. Το πρόβλημα είναι, όμως, ότι οι απόψεις περί εγγενούς αρμονίας μεταξύ επιστήμης και θρησκείας έχουν τα ίδια τρωτά σημεία και γεννούν τις ίδιες αντιρρήσεις με τις απόψεις περί εγγενούς διαμάχης.

Οι παραπάνω θεολογικές δηλώσεις των επιστημόνων, στην πραγματικότητα, αποτελούν προσπάθειες μετριασμού εντυπώσεων και παρουσίασης μιας πιο συγκαταβατικής άποψης. Μια φαινομενικά ευθεία βεβαίωση των αρμονικών σχέσεων χριστιανισμού και θρησκείας μπορεί να αποδειχθεί τελικά ότι αποτελούσε αντίδραση σε έναν διάλογο μεταξύ νεών και κατεστημένων θέσεων. Επίσης, η χρήση της ιστορίας για τον εντοπισμό μιας προνομιακής άποψης από την οποία ήταν πάντοτε δυνατή η εναρμόνιση μεταξύ επιστήμης και θρησκείας παρουσιάζει προβλήματα καθώς η εμφάνιση πολλών διαφορετικών επιστημονικών κλάδων και οι θεωρητικές αλλαγές σε καθέναν από αυτούς καθιστούν πολύ δύσκολο τον εντοπισμό ενός μοναδικού συνόλου αρχών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την προαναφερθείσα αρμονία. Από την άλλη μεριά, ούτε ο ισχυρισμός ύπαρξης μιας συγκεκριμένης θρησκευτικής παράδοσης που επιδεικνύει μόνο εύνοια προς την επιστήμη θα μπορούσε να σταθεί λογικά: αν και ορισμένα δόγματα περί Δημιουργίας ενδέχεται να επέτρεπαν την επιστημονική έρευνα, ορισμένα άλλα στα πλαίσια της ίδιας παράδοσης μπορεί να την κατέπνιγαν (Brooke, 1991).

Συμπερασματικά με τη σχέση επιστήμης και θρησκείας αυτό που γίνεται εμφανές είναι ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν διεισδύσει στον διάλογο με θέμα την επιστήμη σε πολλά επίπεδα, ότι η αναγωγή της σχέσης αυτής σε σχέση διαμάχης είναι ανεπαρκής, όπως επίσης προβληματική εμφανίζεται η απόπειρα αναθεωρητικής ιστορικής προσέγγισης πρεσβεύοντας μια σχέση απόλυτης αρμονίας μεταξύ της επιστήμης και της θρησκείας. Μεγάλο μέρος όσων έχουν γραφτεί για την επιστήμη και τη θρησκεία έχει διαμορφωθεί υπό το πρίσμα της ύπαρξης είτε

σύγκρουσης είτε αρμονίας μεταξύ τους. Γεγονός είναι , όμως, ότι θα πρέπει ο κάθε άνθρωπος να υπερβεί αυτούς τους περιορισμούς προκειμένου να εκτιμήσει τον πλούτο και τα συναρπαστικά στοιχεία που παρουσιάζει αυτή η ενδιαφέρουσα σχέση.

## 1.5. ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



Οι διάφοροι πολιτισμοί κατά το πέρας της ιστορίας έχουν αναφερθεί στη Υγεία και την Ασθένεια συνδέοντας τις με μια ποικιλία θρησκευτικών πεποιθήσεων και πρακτικών δίνοντας έμφαση στους ιδιαίτερους θρησκευτικούς κανόνες που αφορούν στην διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, τους εσωτερικούς συλλογισμούς και τις εσωτερικές προσευχές. Η σοφία των αρχαίων χρόνων , σχετιζόμενη πάντα με τις κυρίαρχες Θρησκείες , παραπέμπει στο γεγονός ότι ο τρόπος ζωής (συμπεριλαμβανομένων των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών) επηρεάζει δυναμικά την υγεία και καμιά φορά αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Το ενδιαφέρον για τις πιθανές σχέσεις μεταξύ της θρησκείας , της πνευματικότητας και της υγείας καθιστούν το ζήτημα αυτό «καίριο». Το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει τοποθετηθεί σε ιδιαίτερα θέματα πνευματικών και θρησκευτικών προγραμμάτων και δημοσιεύονται συνήθως σε διάφορα φιλολογικά περιοδικά (π.χ. *American Psychologists*, *Journal of Health Psychology*) (*Thoresen et al, 2002*)

Πρόσφατες έρευνες έχουν εστιάσει στη σχέση μεταξύ της θρησκείας , της πνευματικότητας και της υγείας, και οι περισσότερες από αυτές προβαίνουν κατά κύριο λόγο σε ασφαλή συμπεράσματα: οι ερευνητές έχουν βρει συνδετικούς κρίκους μεταξύ ποικίλων θρησκευτικών διαστάσεων με μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, καρδιοπάθειας, αλκοολισμού και ψυχικής ασθένειας, με υψηλότερα ποσοστά ποιότητας της ζωής , καθώς και με υψηλά ποσοστά εμφάνισης θετικών συμπεριφορών υγείας. Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι οι θρησκευτικοί και οι πνευματικοί παράγοντες, είναι δυνατόν να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και να συσχετίζονται σημαντικά με την υγεία των γηραιότερων ατόμων (όπου τα προβλήματα υγείας είναι πιο συχνά) (*Aldwin et al, 2002*)



### 1.5.1. Θρησκεία και Ευεξία

Η Υγεία και η Ευεξία είναι δύο έννοιες αλληλένδετες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (*WHO, 1946*), η υγεία ορίζεται όχι ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ως κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.



Αξιοσημείωτες συσχετίσεις μεταξύ θρησκευτικότητας και ποικίλων μετρήσεων ευεξίας στη διάρκεια διαφόρων χρονικών περιόδων παρατήρησαν οι *Markides (1983)* και *Musick (1996)*, ενώ ο Francis (*Francis και Robbins, 2000*) αναφέρει σημαντικές

συσχετίσεις μεταξύ μιας θετικής στάσης προς το χριστιανισμό και των βαθμολογήσεων στο Ερωτηματολόγιο Ευτυχίας της Οξφόρδης (*Oxford Happiness Inventory*) (*Argyle, Martin και Grossland, 1989*) σε ένα δείγμα 295 ατόμων, των οποίων οι ηλικίες κυμαίνονταν από τα τέλη της εφηβείας μέχρι τα τέλη της δεκαετίας των εβδομήντα χρόνων. Αυτό που είναι σημαντικό είναι ότι η σχέση αυτή διατηρήθηκε ακόμα και όταν ελήφθησαν υπόψη οι μεταβλητές του φύλου, της εξωστρέφειας, του νευρωτισμού και του ψυχωτισμού (με μετρήσεις βάσει του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα μελετών που χρησιμοποίησαν τις ίδιες μετρήσεις με δείγματα φοιτητών στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες και με δείγματα ενηλίκων από όλο το ηλικιακό φάσμα. Ο Francis συμπεραίνει ότι τα αποτελέσματα αυτά «δείχνουν ότι εμφανίζεται μια σταθερή σχέση μεταξύ της ευτυχίας και της θρησκευτικότητας σε μια ποικιλία διαφορετικών πληθυσμών», όταν η ευτυχία ορίζεται στα πλαίσια των εννοιολογικών δομών που τελειοποίησαν οι Argyle και Grossland (δηλαδή απουσία αρνητικών συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη και άγχος, η συχνότητα και ο βαθμός του θετικού συναισθήματος ή της χαράς και ένα σημαντικό μέσο επίπεδο ικανοποίησης σε μια χρονική περίοδο). Τα ευρήματα αυτά δε αποκαλύπτουν φυσικά αν οι ευτυχισμένοι άνθρωποι έχουν θετικότερη στάση απέναντι στη θρησκεία από ό,τι οι δυστυχισμένοι ή αν οι άνθρωποι γίνονται

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ευτυχέστεροι όσο γίνεται θετικότερη η στάση τους απέναντι στη θρησκεία, αλλά η ύπαρξη της σχέσης είναι σαφές ότι μπορεί να έχει ψυχολογική σημασία.

Συμπερασματικά, αυτές και άλλες μελέτες υποδηλώνουν μια σημαντική σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας και των μεταβλητών που συνδέονται με την ευεξία. Η σχέση αυτή φαίνεται να διατηρείται και για τα δύο φύλα και για όλες τις ηλικιακές ομάδες, από την εφηβεία μέχρι την τρίτη ηλικία.

### 1.5.2. Θετικές επιδράσεις της θρησκείας

#### Μεταβλητές του τρόπου ζωής

Σύμφωνα με τους *Koenig, McCullough και Larson (2001)* «υπάρχει πληθώρα στοιχείων που δείχνουν ότι η θρησκευτική πίστη και πρακτική συνδέονται με θετικές συμπεριφορές υγείας και η πίστη είναι πιθανότατα μια μείζον οδός μέσω της οποίας η θρησκεία επηρεάζει τη φυσική υγεία».

Οι εκτιμήσεις ποικίλουν , αλλά φαίνεται ότι ακόμα και με συντηρητικούς υπολογισμούς το ένα τρίτο των φυσικών ασθενειών ίσως οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες. Επομένως, η στενότερη σύνδεση μεταξύ της θρησκευτικής πίστης και της ψυχικής διάθεσης μπορεί να σημαίνει ότι η θρησκευτική πίστη έχει κάποια σημαντική σχέση με την επίπτωση της ασθένειας και της υγείας. Δεν είναι εύκολο , ωστόσο , να ξεχωρίσουμε τη θρησκευτική και πνευματική πίστη από ένα πλήθος άλλων σχετικών μεταβλητών. Όσοι ακολουθούν θρησκευτικούς και πνευματικούς δρόμους μπορεί, για παράδειγμα , να επιδίδονται λιγότερο σε καταχρήσεις αλκοόλ , καπνού και άλλων πιθανώς επιβλαβών ουσιών από ό,τι όσοι δεν πιστεύουν. Μπορεί να επιδίδονται λιγότερο σε ασύδοτο και ριψοκίνδυνο σεξ και ίσως τείνουν λιγότερο να εμπλέκονται σε πιθανώς στρεσογόνες εξωσυζυγικές σχέσεις. Μπορεί να είναι λιγότερο επιρρεπείς στην πολυφαγία και άλλες φυσικές απολαύσεις και να τείνουν να περνούν περισσότερο χρόνο απολαμβάνοντας τη φύση , και έτσι να έχουν περισσότερες ευκαιρίες φυσικής άσκησης. Μπορεί να ξεκουράζονται περισσότερο τις Κυριακές , κι έτσι να αποδεικνύονται ικανότεροι στην αντιμετώπιση του στρες της σύγχρονης ζωής , ή να έχουν συχνότερα κατοικίδια ζώα-άλλο ένα γνωστό αντίδοτο του στρες. Μπορεί να έχουν αρμονικότερες σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους τους , να επιλέγουν λιγότερο ριψοκίνδυνα και πυρετώδη επαγγέλματα και να είναι λιγότερο πιθανό να είναι θύματα ή θύτες επεισοδίων βίας

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

στο σπίτι. Ενδέχεται, επίσης, να έχουν πιο τακτικό ωράριο, μεγαλύτερη διάθεση να αποφεύγουν τις αντιπαραθέσεις και να απογοητεύονται λιγότερο από την απουσία υλικής επιτυχίας. Η θρησκεία μπορεί συνεπώς να ωθεί τους ανθρώπους γενικά να φροντίζουν καλύτερα τον εαυτό τους και ίσως να ζητούν ιατρική βοήθεια γρηγορότερα απ' ό,τι ο μέσος συνάνθρωπός τους. Χωρίς τη θρησκευτική πίστη, οι άνθρωποι αυτοί ίσως να ζούσαν πολύ διαφορετικά. Η θρησκεία δημιουργεί επίσης ορισμένες συμπεριφορικές ευθύνες, προφανείς και υπονοούμενες, σε αυτούς που την ακολουθούν. Η επιθυμία αποφυγής της αποδοκιμασίας των υπολοίπων πιστών μπορεί να δημιουργεί ακόμα περισσότερες.

Οι υλιστές που απορρίπτουν κάθε εγγενή αξία της θρησκείας θα υποστήριζαν ότι αυτές οι μεταβλητές του τρόπου ζωής είναι ο μοναδικός λόγος που απορρέουν οποιαδήποτε οφέλη από τη θρησκευτική πίστη και μερικές μελέτες δείχνουν πράγματι ότι φαίνεται πως υπάρχει κάποιος σύνδεσμος με τις μεταβλητές του τρόπου ζωής. Μια μετανάλυση των *Sloan & Bagiella (2002)*, μέσα από ανασκόπηση 266 ερευνών, αποκάλυψε επίσης ότι μόνο το 17% αυτών αποδεικνύουν σημαντική σχέση μεταξύ των θρησκευτικών δραστηριοτήτων και μιας θετικής έκβασης της Υγείας. Στην πραγματικότητα έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες στις οποίες οι θρησκευτικές μεταβλητές και η έκβαση της υγείας διερευνώνται μαζί· παρόλα αυτά, δεν είναι αλήθεια ότι όλες αυτές οι έρευνες μπορούν αξιόπιστα να αποδείξουν ότι τα διάφορα οφέλη σχετικά με την υγεία προέρχονται από θρησκευτικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ο *Troyer (1988)* διαπίστωσε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες πολλές μορφές καρκίνου (στις όποιες συμπεριλαμβάνονται ο καρκίνος των πνευμόνων, του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του ουροποιητικού και του γαστρεντερικού σωλήνα) έχουν χαμηλότερο επιπολασμό μεταξύ των αντβεντιστών της Εβδόμης Ημέρας, των μορμόνων, των χουτεριτών και των μελών της Κοινότητας των Άμις (Amish) απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Είναι γνωστό ότι οι θρησκευτικές αιρέσεις δίνουν αυστηρές κατευθυντήριες οδηγίες για την προσωπική συμπεριφορά και έτσι ενθαρρύνουν τρόπους ζωής που είναι δυνατό να επηρεάζουν θετικά την υγεία κατά αθροιστικούς και πολύπλευρους τρόπους. Αρκετές άλλες μελέτες (*Gardner και Lyon, 1977· Frasen, Beeson και Phillips, 1991*) υποστηρίζουν τα ευρήματα του Troyer και δείχνουν με σαφήνεια ότι η αποχή από το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ σε συνδυασμό με την καλύτερη διατροφή και τις ασφαλέστερες σεξουαλικές συνήθειες που

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ακολουθούν αυτές οι εξαιρετικά πειθαρχημένες θρησκευτικές κοινότητες συμβάλλουν στο χαμηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο.

Ωστόσο, οι υποστηρικτές της θρησκείας πιθανότατα θα ισχυριστούν ότι οι μεταβλητές του τρόπου ζωής δεν είναι ο μόνος λόγος που οι άνθρωποι αποκομίζουν οφέλη υγείας ακολουθώντας ένα θρησκευτικό δρόμο. Οι θρησκευόμενοι πιστεύουν ότι ο Θεός τους δίνει πραγματικά τη δύναμη να ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις που τους θέτει η θρησκεία και τους ανταμείβει για την αυτοπειθαρχία τους με εσωτερική γαλήνη και πνευματική ανάπτυξη. Επιπρόσθετα, υποστηρίζουν ότι ο Θεός ή οι πνευματικές ενέργειες μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τη ζωή τους, όπως η προσευχή και η θεραπεία εξ αποστάσεως. Μια από τις πληρέστερες και εκτενέστερες προσπάθειες εξέτασης των μεταβλητών του τρόπου ζωής σε βάθος χρόνου (*Strawbridge και συνεργάτες, 1997*) δείχνει ότι τα επιχειρήματα αυτά δεν μπορούν να απορριφθούν εύκολα. Σε μια μελέτη παρακολούθησης 5.286 ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες που διήρκεσε 28 έτη, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι μεταξύ γυναικών, ο εβδομαδιαίος εκκλησιασμός κατά το εναρκτήριο έτος της μελέτης 1965 συνδεόταν με μείωση της θνησιμότητας κατά 34%, ακόμα και μετά τις προσαρμογές ως προς τις συνθήκες υγείας, την αντιληπτή υγεία, τη μόρφωση, την εθνότητα, το θρησκευτικό δόγμα, την οικογενειακή κατάσταση, την άσκηση, την κατανάλωση αλκοόλ και τη σωματική μάζα. Παρ' ότι οι αριθμοί που αφορούσαν στους άνδρες έχασαν στατιστική σημαντικότητα, όταν δεν έγινε καμιά προσαρμογή ως προς τις τέσσερις τελευταίες μεταβλητές, αρκετές μελέτες (*Oman και Reed, 1998· Koenig και συνεργάτες, 1999*) έχουν αποφέρει θετικά ευρήματα και για τα δύο φύλλα, και πάλι αφού ελήφθησαν υπόψη ο τρόπος ζωής και άλλες μεταβλητές που προήγαγαν την υγεία. Με βάση αυτές τις μελέτες, η προστατευτική επίδραση που έχει ο εκκλησιασμός μια φορά την εβδομάδα ή συχνότερα και/ή τα συστήματα πίστης που υπαγορεύουν αυτή τη συνήθεια φαίνεται ότι είναι ισοδύναμη με την προστατευτική επίδραση της χρήσης ζώνης ασφαλείας, με μείωση του κινδύνου θανάτου περίπου κατά 25-33%, επίδραση που είναι εμφανής και στα δύο φύλλα, μολονότι είναι μάλλον σημαντικότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες.

Επιπλέον, οι *Bekelman et al (2007)*, σε μια έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της θρησκευτικότητας και της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ασθένεια που συχνά σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο και υψηλά επίπεδα θνησιμότητας), υπέθεσαν για

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

τη μελέτη τους ότι τα υψηλά επίπεδα θρησκευτικότητας θα ήταν σε θέση να μειώσουν σημαντικά τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής. Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει το ρόλο της θρησκευτικότητας σε περιπτώσεις βαριάς μορφής καρκίνου και έχουν βρει ότι σχετίζεται σημαντικά με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης, αλλά λίγα μόνο στοιχεία υπάρχουν σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζει σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Τελικά, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν, όντως, πως το υψηλότερο επίπεδο θρησκευτικότητας σχετίζεται σημαντικά και συνδέεται στενά με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Προς την ίδια κατεύθυνση, οι *Contrada et al (2004)* εξέτασαν τα αποτελέσματα της θρησκευτικής επίδρασης στα καταθλιπτικά συμπτώματα ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε επέμβαση καρδιάς, εκτιμώντας τα επίπεδα τη θρησκευτικότητας και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σε 142 ασθενείς μια εβδομάδα πριν από την πραγματοποίηση της επέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσοι ασθενείς είχαν έντονες θρησκευτικές πεποιθήσεις, σαν αποτέλεσμα αυτών, είχαν λιγότερες επιπλοκές και μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο.

Η μεγαλύτερη μελέτη που έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα, η μελέτη των *Hummer και συνεργατών (1999)*, η οποία χρησιμοποίησε ένα τυχαίο δείγμα 21.204 ενήλικων Αμερικανών κατά την περίοδο 1987 έως 1995, αναφέρει ότι η μέση ηλικία των μη εκκλησιαζόμενων ήταν τα 75,3 έτη σε σύγκριση με την ηλικία των 81,9 ετών των εκκλησιαζόμενων μια φορά την εβδομάδα και την ηλικία των 82,9 ετών των εκκλησιαζόμενων ακόμα πιο συχνά. Μεταξύ των Αφροαμερικανών, τα νούμερα είναι ακόμα πιο ενδιαφέροντα, καθώς η μέση ηλικία θανάτου των μη εκκλησιαζόμενων ήταν 66,4 έτη και των εκκλησιαζόμενων τα 80,1 έτη. Ο έλεγχος ως προς την υγεία των ατόμων του δείγματος κατά την είσοδο τους στη μελέτη και ως προς τα επίπεδα άσκησης και τους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες δεν επηρέασε αυτή την αξιολόγηση και τη σταθερή σχέση μεταξύ της συνήθειας παρακολούθησης της εκκλησίας και της μακροζωίας.

Και τι γίνεται με αυτούς που δηλώνουν ότι είναι θρήσκοι χωρίς να πηγαίνουν απαραίτητα στην εκκλησία; Οι *Oxman, Freeman και Manheimer (1995)* διεξήγαγαν μια μελέτη 232 μεσήλικων ασθενών που υποβλήθηκαν σε επιλεκτική καρδιοχειρουργική επέμβαση και διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος θανάτου ήταν κατά 14 φορές μεγαλύτερος για τα άτομα που δεν είχαν ούτε κοινωνική ούτε θρησκευτική

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

στήριξη από τα άτομα που είχαν. Οι *Helm και συνεργάτες (2000)*, σε μια εξαετή μελέτη παρακολούθησης σχεδόν 4.000 ατόμων, διαπίστωσαν ότι η απουσία κατ'ιδίαν άσκησης κάποιας θρησκευτικής πρακτικής (διαλογισμού, προσευχής ή μελέτης της Βίβλου) ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης θνησιμότητας σε προηγουμένως υγιή άτομα, ακόμα και έπειτα από έλεγχο ως προς την κοινωνική στήριξη και τις συμπεριφορές υγείας. Επομένως, η κατ'ιδίαν άσκηση θρησκευτικής και πνευματικής πρακτικής, όπως επίσης και ο τακτικός εκκλησιασμός, φαίνεται ότι συνδέονται με θετικές εκβάσεις όσον αφορά την υγεία, γεγονός που δείχνει ότι ο αποφασιστικός παράγοντας δεν είναι απλώς η κοινωνική υποστήριξη που έχει κανείς όταν είναι μέλος μιας εκκλησίας. Ωστόσο, απαιτούνται σαφώς περισσότερες συγκριτικές μελέτες μεταξύ των εκκλησιαζομένων στην εκκλησία και εκείνων που καλλιεργούν τη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα τους κατ'ιδίαν.

### *Άλλοι παράγοντες*

Στη περίπτωση που μπορούν να απαλειφθούν οι μεταβλητές του τρόπου ζωής ως αποκλειστικός λόγος της μακροζωίας όσων ακολουθούν θρησκευτικούς και πνευματικούς δρόμους, υπάρχουν άραγε άλλοι συμπτωματικοί παράγοντες που μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο; Ένας από αυτούς είναι το ενδιαφέρον: Οι άνθρωποι που έχουν ένα ενδιαφέρον στη ζωή τους τείνουν να είναι υγιέστεροι και να ζουν περισσότερο από όσους δεν έχουν. οι *Glass και συνεργάτες (1999)*, στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, ανακάλυψαν ότι ακόμα και ύστερα από έλεγχο ως προς την ευρεία ποικιλία μεταβλητών (σεξ, ηλικία, φυλή, οικογενειακή κατάσταση, μάζα σώματος, κάπνισμα, εισόδημα, λειτουργική αναπηρία και ιστορικό υγείας), αρκετές συνδεδεμένες με τα ενδιαφέροντα δραστηριότητες σχετίζονται θετικά με μειωμένη θνησιμότητα. Παραγωγικές δραστηριότητες όπως η κηπουρική, η κοινοτική εργασία, η προετοιμασία του φαγητού και τα συχνά ψώνια μειώνουν το ποσοστό θανάτου κατά 23%, οι κοινωνικές δραστηριότητες το μειώνουν κατά 19% και οι δραστηριότητες διατήρησης της καλής φυσικής κατάστασης κατά 15%. Στη μελέτη του *Glass*, ο εκκλησιασμός ταξινομήθηκε μαζί με τις κοινωνικές δραστηριότητες. Επομένως, είναι δύσκολο να τον διαχωρίσουμε από αυτές ως ξεχωριστή επίδραση. Ωστόσο, φαίνεται καθαρά ότι πολλά πράγματα που δίνουν στη ζωή κάποιο εστιασμένο νόημα και σκοπό και περιλαμβάνουν ενθουσιώδες ενδιαφέρον και αφοσίωση βοηθούν τους ανθρώπους να ζουν περισσότερο. Η αισιοδοξία και μια θετική, γεμάτη ελπίδα και σεβασμό στάση προς τη ζωή μπορεί

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

επίσης να συμβάλει. Οι *Carson, Soeken και Grimm (1988)* διαπίστωσαν ότι τόσο η πνευματική ευεξία όσο και η υπαρξιακή ευεξία- η δεύτερη μάλιστα ακόμα περισσότερο- συνδέονται με οπτιμιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας (με μακροπρόθεσμες πλευρές της προσωπικότητας) και καταστάσεις προσωπικότητας (με βραχυπρόθεσμες διαθέσεις). Ωστόσο, δεν είναι γνωστό, και εν πάση περιπτώσει είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, αν στην περίπτωση των θρησκευόμενων ο οπτιμισμός και η ελπίδα πηγάζουν από πραγματική πνευματική εμπειρία ή απλώς από την πίστη ότι στη ζωή υπάρχει μια πνευματική διάσταση που με κάποιον τρόπο υπολογίζει τα άτομα και τους παρέχει την αναγκαία στήριξη και καθοδήγηση.

Υπάρχουν άραγε άλλες μελέτες που να υποστηρίζουν την ιδέα ότι η θρησκεία κ η πνευματικότητα αυτή καθαυτή επηρεάζουν θετικά την υγεία και όχι συμπτωματικοί παράγοντες; Μια λύση είναι να ρίξουμε μια ματιά στις έρευνες με αντικείμενο πόσο καλά προσαρμόζονται οι άνθρωποι στην ασθένεια , όταν προκύπτει , και υπάρχουν αρκετές μελέτες που επιχειρούν να εξετάσουν ακριβώς αυτό. Στη μελέτη που έκαναν στις Ηνωμένες Πολιτείες οι *Johnson και Spilka (1991)* , απέδειξαν ότι το 85% των γυναικών με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στη μελέτη τους ανέφεραν ότι η θρησκεία τις βοηθούσε να αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους. Οι συγγραφείς εξέτασαν επίσης αν υπήρχε ή όχι διαφορά στη συμπεριφορά αντιμετώπισης μεταξύ εκείνων για τις οποίες η θρησκεία ήταν ενδογενής (intrinsic) και εκείνων για τις οποίες ήταν εξωγενής (extrinsic). Τη διάκριση ενδογενούς- εξωγενούς περιέγραψε για πρώτη φορά ο *Allport (Allport και Ross, 1967)*, ο οποίος περιέγραψε τον ενδογενώς θρήσκο άνθρωπο ως εκείνον που βρίσκει τα σημαντικότερα κίνητρα του στη θρησκεία και θεωρεί τις άλλες ανάγκες μικρότερης σημασίας. Ο ενδογενώς θρήσκος άνθρωπος προσπαθεί να εσωτερικοποιήσει τη θρησκευτική πίστη, έτσι ώστε να αποκτήσει κεντρικό ρόλο στη ζωή του. Αντίθετα , ο *Allport* όρισε τους εξωγενώς θρήσκους ως άτομα που τείνουν να χρησιμοποιούν τη θρησκεία για τους δικούς τους σκοπούς- για παράδειγμα, για ασφάλεια , κοινωνικότητα, διασκέδαση η αυτοδικαίωση. Από θεολογική άποψη, ο ενδογενώς θρήσκος στρέφεται προς το Θεό και μακριά από τον εαυτό, ενώ ο εξωγενώς θρήσκος στρέφεται προς το Θεό ενώ παραμένει προσανατολισμένος προς τον εαυτό.

Θα μπορούσε παρόλ' αυτά , να υποστηριχθεί ότι τα ποικίλα αυτά οφέλη αντιμετώπισης μπορεί να είναι απλώς συνέπεια φυσιολογικών ψυχολογικών διεργασιών. Αυτή η ίδια η πίστη ότι υπάρχει ένας Θεός γεμάτος αγάπη που σχεδιάζει

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

τη ροή των πραγμάτων και φροντίζει τους πιστούς μπορεί να αποτελεί και από μόνη της την αιτία των ενισχυμένων συμπεριφορών αντιμετώπισης, χωρίς να εμπλέκεται υποχρεωτικά καμιά πνευματική διάσταση. Γεγονός είναι, βέβαια, πως η θρησκευτική πίστη φαίνεται να υποβοηθά τη συμπεριφορά αντιμετώπισης που αναπτύσσουν οι καρκινοπαθείς και σε χώρες άλλες πλην των Ηνωμένων Πολιτειών φανερόντας πως πολλές από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί αφορούν στη σχέση μεταξύ της θρησκευτικής πίστης και των ποσοστών καρκίνου/της αντιμετώπισης του καρκίνου.

***Ο ρόλος της νηστείας***

Επιπροσθέτως, πολλοί υποστηρίζουν πως η νηστεία, από μόνη της σαν συμπεριφορά, είναι σε θέση να μειώσει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο της καρδιάς (στηθάγχη, καρδιακή προσβολή, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια) και για σακχαρώδη διαβήτη. Η επιστήμη έρχεται να επιβεβαιώσει αυτό που διάφορες θρησκείες δίδασκαν από αρχαιότατων χρόνων ότι η νηστεία που γίνεται περιοδικά είναι καλή όχι μόνο για την ψυχή αλλά και για το σώμα. Εδώ και αρκετά χρόνια οι έρευνες παρήγαγαν στοιχεία που τεκμηριώναν ότι η νηστεία με αποχή από ζωικής προέλευσης προϊόντα και με περιορισμό της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων σχετιζόταν με καλύτερη σωματική υγεία και μακροζωία.

Μια νέα επιδημιολογική εργασία από γιατρούς και άλλους επιστήμονες του πανεπιστημίου της Πολιτείας της Γιούτα των Ηνωμένων Πολιτειών προσθέτει σημαντικά νέα στοιχεία για τις ευεργετικές επιδράσεις της νηστείας στον ανθρώπινο οργανισμό. Στην πολιτεία αυτή το ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν από καρδιακές παθήσεις είναι από τα χαμηλότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συγκεκριμένα, στην Πολιτεία αυτή οι άνθρωποι που ανήκουν στην εκκλησία LDS, δηλαδή οι Μορμόνοι, έχουν ακόμη χαμηλότερο ποσοστό θανάτων λόγω καρδιακών παθήσεων από τους υπόλοιπους κατοίκους της Γιούτα και των Ηνωμένων Πολιτειών. Η απαγόρευση του καπνίσματος στους Μορμόνους σίγουρα παίζει ένα σημαντικό ρόλο για τη μείωση των θανάτων λόγω στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ωστόσο οι ερευνητές θέλησαν να διερευνήσουν κατά πόσο υπάρχουν και άλλες συμπεριφορές των Μορμόνων που συμβάλλουν στο μειωμένο κίνδυνο θανάτου που έχουν λόγω παθήσεων της καρδιάς.





Το ποσοστό των ανθρώπων που καπνίζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει μειωθεί χάρις στις αντικαπνιστικές εκστρατείες και παράλληλα μειώθηκε και το ποσοστό των θανάτων λόγω καρδιακών παθήσεων. Ωστόσο η διαφορά θανάτων λόγω καρδιακών παθήσεων με τους Μορμόνους παραμένει σημαντική. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες στη συμπεριφορά των εν λόγω ανθρώπων που συμβάλλουν ουσιαστικά σε λιγότερο κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις. Οι Μορμόνοι εκτός από την απαγόρευση του καπνίσματος δεν επιτρέπουν στα μέλη της θρησκείας τους να πίνουν καφέ, τσάι ή αλκοόλ. Επίσης κάνουν συστηματικά περιόδους νηστείας, λαμβάνουν μέρος σε θρησκευτικές τελετουργίες και έχουν ισχυρό κοινωνικό δίκτυο στήριξης μεταξύ τους.

Πολλοί από τους πιο πάνω παράγοντες συμπεριφοράς μελετήθηκαν όσο αφορά στη σχέση τους με την πρόκληση ή πρόληψη καρδιακών παθήσεων. Όμως για τη νηστεία που γίνεται συστηματικά κατά περιόδους δεν έχουν γίνει επαρκείς μελέτες. Η νηστεία για τουλάχιστον μία ημέρα κάθε μήνα διδάσκεται από πολύ νωρίς στα παιδιά των Μορμόνων. Η τακτική πρακτική της νηστείας αρχίζει ήδη από την ηλικία των 8 ετών.

Τα αποτελέσματα των ερευνητών του πανεπιστημίου της Γιούτα έδειξαν ότι η συστηματική νηστεία όπως γίνεται από τους Μορμόνους μειώνει κατά 54% τον κίνδυνο για καρδιακή πάθηση. Επίσης βρήκαν ότι η εν λόγω νηστεία μείωνε σημαντικά και τον κίνδυνο προσβολής από διαβήτη. Αντίθετα, η νηστεία δεν επηρέαζε το βάρος σώματος ή την αρτηριακή πίεση, κάτι που σύμφωνα με τους ερευνητές οφείλεται στο ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νηστεύουν για λιγότερο από τρεις ημέρες κάθε φορά. Η νηστεία αυτής της διάρκειας επηρεάζει περισσότερο το μεταβολισμό της γλυκόζης και του ζαχάρου. Γι' αυτό και επιδρά στον κίνδυνο για διαβήτη και όχι στο σωματικό βάρος.

Συμπερασματικά, φαίνεται να επιβεβαιώνονται οι θετικές επιδράσεις της νηστείας για τη σωματική μας υγεία. Εάν συνδυασθεί και με περιορισμό των θερμίδων που καταναλώνουμε τα θετικά της αυξάνονται σημαντικά. Επιπρόσθετα σε ψυχικό επίπεδο, η νηστεία ενδυναμώνει την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση ενώ σε πολλούς ανθρώπους ενδυναμώνει το θρησκευτικό τους αίσθημα. (Home et al, 2008)

### Θρησκεία και Στεφανιαία Νόσος



Και τι γίνεται με τη σχέση μεταξύ της θρησκείας και της άλλης μείζονος αιτίας θανάτου στη Δύση, της στεφανιαίας νόσου; Οι *Friedlander, Kark και Stein (1986)* συνέκριναν με υγιείς μάρτυρες ένα δείγμα 454 Ισραηλινών ανδρών και 81 γυναικών που έπασχαν από πρωτοεκδηλωθείσα στεφανιαία νόσο και διαπίστωσαν ότι μόλις το 49% των ανδρών και το 50% των γυναικών της πρώτης ομάδας περιέγραψαν τους εαυτούς τους ως θρήσκα άτομα σε σύγκριση με το 79% των ανδρών και το 84% των γυναικών της ομάδας ελέγχου. Και πάλι, στο Ισραήλ, οι *Goldbourt, Yaari και Medalie (1993)* απέδειξαν ότι ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο ήταν κατά 20% μικρότερος για τους ορθόδοξους (ζηλωτές) Εβραίους από ό,τι για τους λιγότερο ορθόδοξους ή εκείνους που δεν πίστευαν, ακόμα και μετά από έλεγχο ως προς την ηλικία, την αρτηριακή πίεση, το επίπεδο της χοληστερόλης στο αίμα, το κάπνισμα, το διαβήτη και το δείκτη μάζας σώματος. Επίσης, οι *Hyghes et al (2004)*, έχουν δείξει ότι η θρησκευτικότητα και η κοινωνική υποστήριξη βελτιώνουν σημαντικά το άγχος σε ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο.

Ένα ακόμα εύρημα που υποστηρίζει την αξία της θρησκευτικής πίστης προήλθε από τους *Oxman, Freeman και Manheimer (1995)*, που μελέτησαν τα ποσοστά θνησιμότητας σε ένα δείγμα 232 ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας έξι μήνες ύστερα από χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) και διαπίστωσαν ότι πέθανε μόλις το 5% όσων παρακολουθούσαν θρησκευτικές λειτουργίες τουλάχιστον κάθε λίγους μήνες σε σύγκριση με το 12% όσων δεν παρακολουθούσαν ποτέ ή παρακολουθούσαν πολύ σπάνια. Κανένας από τους αυτοπεριγραφόμενους ως θρήσκους ασθενείς του δείγματος της μελέτης δεν πέθανε σε σύγκριση με το 11% των υπόλοιπων ασθενών του δείγματος. Πέθανε το 6% όσων αντλούσαν δύναμη και παρηγοριά από τη θρησκεία σε σύγκριση με το 16% όσων δεν έβρισκαν τα στοιχεία αυτά στη θρησκεία. Όταν ελέγχθηκαν κάποιες μεταβλητές, όπως η παλαιότερη καρδιοχειρουργική επέμβαση, η βαρύτητα της αρτηριακής στένωσης, η ηλικία και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, διαπιστώθηκε ότι όσοι δεν αποκόμιζαν δύναμη ή παρηγοριά από τη θρησκεία είχαν τριπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από όσους αποκόμιζαν τα παραπάνω οφέλη.

Με λίγα λόγια, φαίνεται ότι η θρησκευτικότητα συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρδιακής προσβολής, χαμηλότερο ποσοστό θανάτου από καρδιακή προσβολή και πιο μακροχρόνια επιβίωση έπειτα από χειρουργική επέμβαση λόγω προβλημάτων στεφανιαίας. Ωστόσο, επειδή ο αριθμός των μελετών είναι μικρός, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να είμαστε σε θέση να καταλήξουμε σε πιο σίγουρα συμπεράσματα σχετικά με την αξία της θρησκείας για την υγεία της καρδιάς και τη φροντίδα της στεφανιαίας νόσου. Το ίδιο ισχύει και για άλλη μια πιθανώς πολύτιμη περιοχή ερευνών, την επίδραση της θρησκευτικής πίστης στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι η κύρια άμυνα του οργανισμού ενάντια στις λοιμώδεις νόσους και πιθανώς και ενάντια σε άλλα νοσήματα. Ως αυτόνομο σύστημα, το ανοσοποιητικό βρίσκεται έξω από τα πλαίσια της συνειδητής επίγνωσης. Αν λοιπόν διαπιστωθεί ότι η θρησκευτική πίστη συνδέεται με την ενίσχυση του συστήματος αυτού, αυτό μπορεί να δείχνει ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ των δύο – μολονότι ενδέχεται να εμπλέκονται κι εδώ παράγοντες σχετικοί με τον τρόπο ζωής. Πολύ λίγες μελέτες μέχρι σήμερα έχουν εξετάσει την ύπαρξη μιας τέτοιας σχέσης, αλλά όσες έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα αυτό οδήγησαν τους *Koenig και συνεργάτες (1999)* στο προσεκτικό συμπέρασμα ότι η θρησκευτική πίστη και οι θρησκευτικές πρακτικές, όπως η προσευχή και ο διαλογισμός, είναι δυνατό να συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στον ορό (σημείο καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού). Τα ευρήματα δείχνουν επίσης, με κάποιες επιφυλάξεις ακόμα, ότι οι μεταβλητές αυτές συνδέονται με καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού στους ηλικιωμένους, στα οροθετικά στο HIV άτομα (φορείς) και στους πάσχοντες από AIDS.

### **Συμπέρασμα**

Με βάση τις ποικίλες αυτές μελέτες, φαίνεται πέρα από κάθε αμφιβολία ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα συνδέονται πολύ στενά με καλύτερη φυσική υγεία και αυξημένη μακροβιότητα. Μάλιστα, σε μια μετα- ανάλυση 29 μελετών που περιλάμβανε περίπου 125.000 άτομα, οι *McCullough και συνεργάτες (2000)* συμπεραίνουν ότι η σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας και των αυξημένων ποσοστών επιβίωσης είναι στην πραγματικότητα σημαντική, με πιθανότητες περισσότερες από 1.000:1 να μην οφείλεται στην τύχη. Με βάση μια ανασκόπηση

των διαθέσιμων μελετών , είναι εύλογο το συμπέρασμα ότι μια παρόμοια μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ της θρησκείας και της χαμηλότερης επίπτωσης ασθενειών όπως ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες θα απέφερε παρόμοια ευρήματα, όπως και μια μετα-ανάλυση της παρατηρηθείσας σχέσης μεταξύ της θρησκείας και της συμπεριφοράς αντιμετώπισης και των εκβάσεων μεταξύ των πασχόντων από φυσικές ασθένειες.

### ***1.5.3. Αρνητικές Επιδράσεις της Θρησκείας***

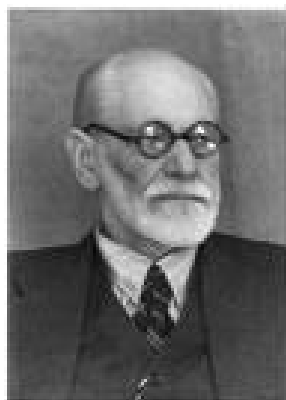
Ωστόσο, η θρησκεία έχει και μια αρνητική πλευρά, δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια διαφόρων περιόδων της ιστορίας λειτούργησε ως υπερσυντηρητική και καταπιεστική δύναμη που επηρέασε αρνητικά την επιστημονική πρόοδο και την ελευθερία της σκέψης και του λόγου. Οδήγησε σε κοινωνικούς και πολιτισμικούς διαχωρισμούς , και αποτέλεσε το πρόσχημα για μερικούς από τους πιο βάρβαρους πολέμους στην ιστορία της ανθρωπότητας. Προκάλεσε συμπεριφορές υπερβολικές και καταχρηστικές , όπως συνέβη με την Ιερά Εξέταση , οδήγησε σε βασανιστήρια και σε εκτελέσεις χιλιάδων ανθρώπων και στην αμείλικτη καταστολή ολόκληρων συστημάτων πίστης και, μέσα από απόπειρες προσηλυτισμού , στον κυριολεκτικό αφανισμό πολλών αυτοχθόνων πολιτισμών, αλλά και αθώων ανθρώπων που άνηκαν σε αυτούς τους πληθυσμούς. Διέλυσε οικογένειες και σχέσεις, αναστάτωσε τη ζωή κατέστρεψε τη σταδιοδρομία όσων θεώρησε αιρετικούς. Σε ατομικό επίπεδο, εξαιτίας της πολλοί άνθρωποι υπέστησαν ψυχικές ταλαιπωρίες και βλάβες και υπήρξε πηγή άσκοπης ενοχής, φόβου και άγχους. Δίδαξε δογματικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς και παρεμπόδισε πολλές μορφές πνευματικής ανάπτυξης και μόρφωσης. Οδήγησε σε άκαμπτες γονεϊκές στάσεις με επίκεντρο την τιμωρία, δικαίωσε την πιο άδικη και ολέθρια κοινωνική διαστρωμάτωση , δημιούργησε αφύσικες και καταπιεστικές στάσεις απέναντι στο ανθρώπινο σώμα και τις σεξουαλικές σχέσεις και υπήρξε τροχοπέδη στη δημιουργική έκφραση στη λογοτεχνία, το θέατρο και τις εικαστικές τέχνες.

Υπάρχουν, ωστόσο, μερικές μελέτες που δείχνουν ότι η θρησκεία μπορεί να σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική υγεία σε ορισμένες περιστάσεις. Χρησιμοποιώντας έναν ευρύ ορισμό των πνευματικών πεποιθήσεων μάλλον παρά της παραδοσιακής

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

θρησκευτικής δραστηριότητας, οι *King, Speck και Thomas (1999)* διαπίστωσαν χειρότερες εκβάσεις υγείας σε επιλεγμένες μεταβλητές στην πειραματική ομάδα από ό,τι στην ομάδα ελέγχου. Εντούτοις, ο ορισμός ήταν τόσο ευρύς, που αποδείχτηκε ότι δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ αυτού και των μετρήσεων της παραδοσιακής θρησκευτικής συμβολής, γεγονός που ρίχνει σκιές αμφιβολίας στις προεκτάσεις των αποτελεσμάτων τους. Μολαταύτα, είναι αλήθεια ότι οι ομάδες με ορισμένες φονταμενταλιστικές θρησκευτικές πεποιθήσεις απορρίπτουν μερικές σημαντικές ιατρικές παρεμβάσεις, όπως οι μεταγγίσεις αίματος, η προγεννητική φροντίδα και οι εμβολιασμοί κατά την παιδική ηλικία. Μπορεί επίσης να προτιμούν να βασίζονται στη θρησκευτική τους πίστη μάλλον παρά στην ορθόδοξη ιατρική περίθαλψη σε κάποιες περιστάσεις και σε ακραίες περιπτώσεις ενδέχεται ακόμα και να αρνηθούν τη χειρουργική επέμβαση λόγω των αρχών τους. Τα άτομα αυτών των ομάδων είναι σχετικά λίγα και δεν είναι γνωστό ποια είναι η συνολική επίδραση των πεποιθήσεών τους στη θνησιμότητα και σε άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με την υγεία.

Κάποιες μελέτες δεν διαπίστωσαν κανενός είδους συνδέσεις, θετικές ή αρνητικές, μεταξύ της θρησκείας και της υγείας. Οι *Idler και Kasl* δεν παρατήρησαν καμία σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών στη μελέτη τους *Health and Aging (Υγεία και Γήρανση)* που διεξήγαγαν το 1992 στο Γέιλ, παρ' ό,τι φάνηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χρησιμοποίησης της θρησκείας ως πηγής συμπεριφοράς αντιμετώπισης και της θνησιμότητας από πάσα αιτία. Ωστόσο, το ασυνήθιστο εύρημα τους ότι δεν υπήρχε επίσης καμία σύνδεση μεταξύ της επιβίωσης και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών τους οδήγησε στην υπόθεση ότι η ηλικία, η ιατρική διάγνωση και η βαρύτητα των προβλημάτων υγείας στο δείγμα τους μπορεί να υπερτέρησαν και να επισκίασαν τις ασθενέστερες θετικές επιδράσεις τόσο των κοινωνικών όσο και των θρησκευτικών παραγόντων.



Ο Φρόιντ ήταν από τους πρώτους ψυχολόγους που ισχυρίστηκαν ότι οι θρησκευτικές διδαχές μπορούν να οδηγήσουν σε υπερβολικά επίπεδα ενοχής, κυρίως μέσω της έμφασης που δίνουν οι διδαχές αυτές στην αμαρτία και τη θεία τιμωρία-ακόμα και για μη εκφρασμένες ανήθικες σκέψεις και φαντασιώσεις (*Freud, 1927*). Κατά την άποψη του, αυτή η ενοχή, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με το σώμα και

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

τη σεξουαλικότητα του, μπορεί να είναι αίτια της νεύρωσης, ειδικότερα όταν δημιουργείται κατά την παιδική ηλικία μέσω της άκαμπτα αυστηρής συμπεριφοράς των γονέων και της έμφασης που δίνεται στην απαλλαγή των παιδιών από το βάρος του προπατορικού αμαρτήματος, με το οποίο, σύμφωνα με κάποιες χριστιανικές διδασκαλίες, φαίνεται ότι αυτά έρχονται στον κόσμο. Η έμφαση στο πυρ της κόλασης, στην αιώνια καταδίκη και στον κίνδυνο να επισύρει η συμπεριφορά του ανθρώπου την οργή του Θεού μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα της ενοχής και του φόβου ακόμα πιο πολύ.

Ο Φρόιντ στήριξε τη συσχέτιση θρησκείας και ενοχής στην κλινική του εργασία. Άλλα πειραματικά ευρήματα των *Spellman, Baskett και Byrne (1971)* έδειξαν ότι η συσχέτιση αυτή φαίνεται να ισχύει περισσότερο για άτομα που έχουν περάσει πρόσφατα την εμπειρία της θρησκευτικής μεταστροφής παρά για όσους έγιναν θρήσκοι σταδιακά, με την πάροδο του χρόνου. *Οι Zeidner και Hammer (1992)*, δουλεύοντας με ένα συγχρονικό (cross-sectional) δείγμα κατοίκων του βορείου Ισραήλ που είχαν δεχθεί πυραυλικές επιθέσεις κατά τη διάρκεια του πολέμου του Κόλπου, διαπίστωσαν επίσης θετική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας ως μηχανισμού άμυνας και του αυξημένου βάρους. Κατά την άποψη τους η σχέση αυτή μπορούσε να εξηγηθεί είτε από την τάση των αγχωδών ανθρώπων να στρέφονται προς τη θρησκεία και την πνευματικότητα σε εποχές κρίσης είτε από φόβο μεταξύ των ατόμων με μεγαλύτερη πνευματική προδιάθεση ότι οι πυραυλικές επιθέσεις αποτελούσαν άμεση απειλή για την εβραϊκή θρησκεία και κουλτούρα.

## 1.6. Θρησκευτικότητα-Πνευματικότητα

### (Συμπερασματικά)



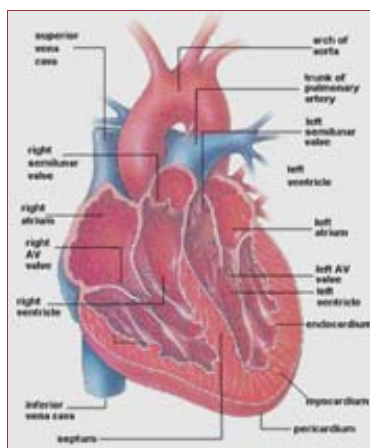
Τα στοιχεία των προηγούμενων κεφαλαίων δείχνουν ότι η θρησκευτική πίστη και οι πνευματικές εμπειρίες και πρακτικές φαίνεται να βελτιώνουν την ευεξία και τις θετικές σχέσεις και γενικά συμβάλουν στην ανάπτυξη της ψυχικής και τη βελτίωση της φυσικής υγείας.

Επιπλέον, η θρησκευτική πίστη και οι πνευματικές εμπειρίες είναι δυνατό να

επηρεάσουν θετικά τις ιδέες για τον εαυτό, τις ηθικές αξίες, τις ανθρώπινες σχέσεις, τον τρόπο ζωής, τους στόχους της ζωής, τις φιλοσοφίες ζωής, τη δημιουργική έκφραση και τους κοινωνικούς δεσμούς και την ένταξη σε ομάδες. Συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ της θρησκείας και μιας ευρύτατης ποικιλίας ζητημάτων που ενδιαφέρουν τον άνθρωπο είναι εμφανέστατη σε όλη την έκταση των κεφαλαίων που έχουν αναλυθεί. Όσον αφορά τα αρνητικά στοιχεία, από την άλλη, η θρησκεία, λόγω της σύνδεσης της με συγκεκριμένα πολιτικά κινήματα, έχει χρησιμοποιηθεί συχνά για να εγκρίνει ή να δικαιολογήσει πράξεις κατάκτησης ή βαρβαρότητας όσων κατέχουν ως μέσο ενίσχυσης της δύναμης διάφορες μορφές εξουσίας και ως τρόπος δημιουργίας ενοχής και αγωνίας στις ψυχές των ανθρώπων. Ωστόσο, το γεγονός ότι καμιά παραίνεση για τέτοιου είδους δραστηριότητες δεν υπάρχει στις διδασκαλίες αυτές των ιδρυτών των μεγάλων θρησκειών υποδεικνύει πως αυτές προκύπτουν μάλλον από άλλους τομείς της ψυχολογίας του ατόμου και της κοινωνικής ψυχολογίας, και όχι από τις θρησκευτικές ή τις πνευματικές κλίσεις αυτές καθαυτές.

## 2. Καρδιακές Παθήσεις

### 2.1. Η ανατομία της καρδιάς μας



Η καρδιά, είναι το κεντρικό όργανο της κυκλοφορίας. Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, που δέχεται το αίμα που προέρχεται από τις φλέβες και το ωθεί προς τις αρτηρίες. Βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα ανάμεσα στους δύο πνεύμονες. Το σχήμα της καρδιάς παρομοιάζεται με το σχήμα κώνου. Η κορυφή της αντιστοιχεί στο πέμπτο αριστερό μεσοπλευρικό διάστημα. Τέλος, περιβάλλεται από ένα υμένα από δύο φύλλα, το περικάρδιο (ινώδης σάκος) (Vander et al, 2001), ενώ οι εσωτερικές της κοιλότητες καλύπτονται από μια λεπτή μεμβράνη, το ενδοκάρδιο. Ανάμεσα στο περικάρδιο και ενδοκάρδιο βρίσκεται το παχύτερο τοίχωμα της καρδιάς που ονομάζεται μυοκάρδιο και αποτελείται από δυνατές μυϊκές ίνες.

Όλα τα κύτταρα του οργανισμού μας για να διατηρηθούν στη ζωή και να επιτελέσουν τις λειτουργίες τους χρειάζονται οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Ο εφοδιασμός αυτός γίνεται από το αίμα το οποίο ταυτόχρονα παραλαμβάνει από τα κύτταρα τις άχρηστες ουσίες. Για να επιτελέσει το αίμα τον προορισμό του, πρέπει να "κυκλοφορεί" συνεχώς. Οι σωλήνες μέσα στους οποίους τρέχει το αίμα ονομάζονται αιμοφόρα αγγεία, η δε καρδιά είναι η αντλία που δίνει στο αίμα την ώθηση για να κυκλοφορήσει. Η καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία αποτελούν μαζί καρδιαγγειακό σύστημα.



## 2.2. Καρδιακές παθήσεις (Εισαγωγή)

Στις βιομηχανικές κοινωνίες, από τη δεύτερη και Τρίτη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς (Coronary Heart Disease: CHD) και σήμερα πια αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας στις κοινωνίες αυτές. Τα ενδεικτικά στοιχεία συνθέτουν μια δραματική εικόνα. Στην Ελλάδα «τα καρδιολογικά νοσήματα έρχονται πρώτα σε επιπολασμό και σαν αιτία θανάτου» (Κ.Ε.Σ.Υ., 1987). Στη Μ. Βρετανία το ένα τρίτο των θανάτων στους άντρες κάτω των 65 χρόνων και το 28% του συνόλου των θανάτων οφείλονται σε παθήσεις των στεφανιαίων αρτηριών (Bundy, 1992). Στις ΗΠΑ, επίσης, αποτελεί



την κύρια αιτία θανάτου και μαζί με τις άλλες καρδιαγγειακές νόσους ευθύνεται και για το ένα τρίτο των θανάτων. Στην ίδια χώρα, οι ετήσιες δαπάνες για τις καρδιαγγειακές νόσους ανήλθαν, στη δεκαετία του 1980, στο ποσόν των πενήντα δισεκατομμυρίων δολαρίων, ποσό μεγαλύτερο από το διπλάσιο αυτού που δαπανάται για όλους τους τύπους καρκίνου (Surwit et al, 1982).

Το πρώτο πράγμα με το οποίο αξίζει να εξετάσει κανείς σχετικά με το σπουδαίο και λειτουργικό όργανο του ανθρώπου- την καρδιά- είναι τα είδη των παθήσεων που συχνά απορρέουν από τη λειτουργία της και ποιες πραγματικά είναι αυτές οι παθήσεις. Στην πραγματικότητα πρόκειται για ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που δεν μπορούν να καλυφθούν από έναν εννοιολογικό ορισμό ή από μια ενιαία μορφή, αλλά ,μάλλον, είναι σύνολο εννοιών και ασθενειών. Ο όρος «καρδιακές παθήσεις» αναφέρεται σε οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιάζεται σε κάποιο από τα διαφορετικά μέρη του καρδιαγγειακού συστήματός .

Αναλυτικότερα, υπάρχουν άνθρωποι που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από κάποιου είδους καρδιακών παθήσεων και συνήθως στην πλειοψηφία αυτών συνήθως διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και η κληρονομικότητα, σε αυτούς δηλαδή που υπάρχει μια οικογενειακή καταγωγή των καρδιακών παθήσεων. Επιπροσθέτως, οι καρδιακές παθήσεις παραμένουν ένας από τους βασικούς λόγους του αιφνίδιου θανάτου στον κόσμο σήμερα. Παρά το γεγονός αυτό, έχουν επιτευχθεί αξιοπρόσεκτα βήματα από την άποψη της θεραπείας της στεφανιαίας νόσου,

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

μειώνοντας έτσι σημαντικά τα ποσοστά των αιφνίδιων αυτών θανάτων τα τελευταία χρόνια. Η ανάπτυξη των φαρμάκων καθώς επίσης και οι χειρουργικές επεμβάσεις που προορίζονται για την καταπολέμηση των σχετικών παθήσεων πραγματοποιούνται εκτενώς μειώνοντας θεαματικά τα ποσοστά εμφάνισης τους .

Από την άλλη μεριά, ζωτικής σημασίας πληροφορίες για τις καρδιακές παθήσεις είναι οι αιτίες πρόκλησης τους , καθώς στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλά διαφορετικοί παράγοντες που θεωρούνται ως υπεύθυνοι για την πρόκληση των παθήσεων. Σε πρώτη ανάλυση, υπάρχουν διάφορα είδη καρδιακών παθήσεων που κληρονομούνται, που σημαίνει ότι ένας άνθρωπος γεννιέται με αυτές. Επιπλέον, υπάρχουν άλλες μορφές που οι άνθρωποι τείνουν να αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο- των αποκτηθείσων και των κληρονομημένων μορφών- είναι ότι οι πρώτες μπορούν σθεναρά να καταπολεμηθούν ενώ οι κληρονομημένες μορφές δεν μπορούν.



Ίσως οι σημαντικότερες και πολύτιμες πληροφορίες για τις καρδιακές παθήσεις περιλαμβάνονται στο κομμάτι της πρόληψης, καθώς έχουν προταθεί διάφορα διαθέσιμα προληπτικά μέτρα που μπορούν σημαντικά να ελαττώσουν τα προβλήματα. Η πληροφόρηση του κοινού έχει βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό από την άποψη της εκπαίδευσης των ανθρώπων στα οφέλη της κατάλληλης διατροφής, στην αποφυγή του καπνίσματος και στην επένδυση του χρόνου σε ένα ισχυρό καρδιαγγειακό πρόγραμμα άσκησης που σκοπό έχει να δυναμώσει την καρδιά του ανθρώπου. Επιπλέον , ένας κοινός έλεγχος από τον παθολόγο μπορεί να μην αποτρέψει όλους τους τύπους καρδιακών παθήσεων , αλλά μπορεί αναντίρρητα να έχει μια σημαντική επίδραση στη ανακάλυψη του προβλήματος προτού να μετατραπεί σε σοβαρό θέμα. Όταν η επεξεργασία πραγματοποιείται γρήγορα, οι πιθανότητες να αποφευχθεί ή να αντιμετωπιστεί επιτυχώς το πρόβλημα προτού να γίνει απειλητικό για τη ζωή είναι αυξημένες.

Διάφορα άλλα προληπτικά μέτρα είναι η διατήρηση ενός υγιούς βάρους, η διατήρηση των επιπέδων χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, ο έλεγχος της γλυκόζης στο αίμα σε περίπτωση ύπαρξης διαβήτη, ο έλεγχος της πίεσης του αίματος και η επιβεβαίωση ότι οι τροφές που καταναλώνει το άτομο είναι πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά.

### 2.2.1 Αιτίες εμφάνισης Καρδιακών Παθήσεων

Οι καρδιακές παθήσεις εμφανίζονται όταν η χοληστερόλη μαζεύεται στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών (τα αγγεία που φέρνουν οξυγονοποιημένο αίμα στους ιστούς της καρδιάς) και έπειτα δημιουργούν πλάκα. Ενόσω αυξάνεται η πλάκα στα αγγεία του αίματος γίνονται πιο στενά έτσι ώστε να δυσκολεύεται το αίμα να περάσει (πίεση) και τελικά να κλείνουν. Όταν κλείνουν αυτά τα αγγεία ο κίνδυνος για καρδιακή προσβολή είναι εξαιρετικός (δεν παίρνει το κατάλληλο οξυγόνο η καρδιά για να λειτουργήσει κι έτσι πεθαίνει ένα μέρος από τους μύες της).



Ένας από τους κύριους λόγους που εμφανίζονται αυτές οι παθήσεις είναι το φαγητό που καταναλώνεται από το άτομο: Η κακή διατροφή με τα επακόλουθα της (παχυσαρκία και αυξημένη χοληστερίνη στο αίμα) θεωρούνται από τους πιο σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες της καρδιοπάθειας. Οι βλαπτικές συνέπειες της

κακής διατροφής πάνω στην υγεία μας είναι γνωστές από πολύ παλιά. Σήμερα η διατροφή, δυστυχώς, για πολύ κόσμο έχει πάψει να είναι μία απλή βιολογική ανάγκη και έχει αναγορευθεί σε μία τελετουργική διασκέδαση. Οι μεταβολές που έχουν πραγματοποιηθεί στο διαιτολόγιο μας διαχρονικά είναι σημαντικές. Οι πρόγονοί μας ετρέφοντο κυρίως με φυτικές τροφές, στις οποίες σπάνια προσέθεταν κάποιο ψάρι και ακόμη σπανιότερα λίγο κρέας. Πολλά άτομα έβλεπαν το κρέας στο τραπέζι τους μία φορά το μήνα ή το πολύ την εβδομάδα. Το είδος αυτό της διατροφής εξασφάλιζε στα άτομα αυτά χαμηλή πρόσληψη λιπών και αυξημένη πρόσληψη φυτικών σακχάρων και ινών. Σήμερα, βέβαια, το διαιτολόγιό μας έχει αλλάξει δραματικά. Τρώμε πολλαπλάσιες ποσότητες κρέατος και λιπαρών τροφών, ενώ έχουμε μειώσει σημαντικά την ποσότητα των φυτικών ινών και των φυσικών σακχάρων τα οποία έχουμε αντικαταστήσει με την απλή βιομηχανοποιημένη σάκχαρη.

Ευτυχώς οι καταστροφικές συνέπειες των διαιτητικών μας μεταβολών έγιναν έγκαιρα αντιληπτές και σήμερα έχει ξεκινήσει μία προσπάθεια ενημέρωσης του κόσμου σε θέματα που αφορούν την διατροφή και, παρ' όλο που η προσπάθεια αυτή δεν έχει την ένταση που θα της άξιζε, εν τούτοις έχει αρχίσει να αποδίδει τους

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

καρπούς της. Με μικρές μόνο παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και διατροφής του Δυτικού κόσμου η μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι θεαματική, έτσι μείωση έχουμε:

- στις ΗΠΑ κατά 37%
- στην Αυστραλία κατά 35%
- στη Νέα Ζηλανδία κατά 30%
- στον Καναδά κατά 26%

Επειδή η καθολική μεταβολή στον τρόπο ζωής και διαίτης συναντά τρομακτικές δυσκολίες αποδοχής από τον περισσότερο κόσμο, σήμερα η συμβουλή για τις παλιότερες γενιές είναι να προσπαθήσουν σταδιακά να αλλάξουν τον τρόπο διατροφής τους, ενώ για τις νεώτερες γενιές είναι να αποφύγουν από την παιδική τους ηλικία να έχουν τέτοια γευστικά ερεθίσματα που να τους απομακρύνουν από τον φυσικό τρόπο διατροφής (Chaughard, 1965).

Επιπλέον, καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση καρδιοπάθειας διαδραματίζουν τα λίπη. Η χοληστερόλη είναι ένα είδος λίπους που βρίσκεται από μόνη της στο αίμα του κάθε ανθρώπου (σε κάθε κύτταρο). Η ολική χοληστερόλη συμπεριλαμβάνει την LDL (κακή χοληστερόλη) και την HDL (καλή χοληστερόλη). Ο άνθρωπος χρειάζεται τη χοληστερόλη γιατί είναι μέρος της μεμβράνης του κάθε κύτταρου στο σώματος και βοηθάει στη δημιουργία ορισμένων ορμονών. Η υπερβολική ποσότητα είναι αυτό που συμβάλει στο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο που συνάμα μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή προσβολή. Οι άνθρωποι λαμβάνουν τη χοληστερόλη με δυο τρόπους – παράγεται από το ήπαρ (συκώτι) του κάθε ανθρώπου και καταναλώνεται μέσα από τα φαγητά που περιέχουν χοληστερόλη όπως τα αυγά, το κρέας, και τα γαλακτοκομικά. Κανονικά ο οργανισμός παράγει όση χοληστερόλη χρειάζεται. Επίσης, η διατροφική χοληστερόλη και τα κορεσμένα λίπη (που επίσης βρίσκονται κυρίως στα ζωικά λίπη, όπως το κρέας, το βούτυρο, το τυρί) αυξάνουν τη χοληστερόλη στο αίμα.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν σημαντικές θρεπτικές ουσίες και λίπη που σχετίζονται με την καρδιά και τα προσλαμβάνουμε από τις τροφές που καταναλώνουμε. Συγκεκριμένα, τα *Κορεσμένα λίπη* αυξάνουν την ποσότητα της χοληστερόλης στο αίμα, επίσης και της κακής χοληστερόλης - γνωστή έως LDL, κι έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες για καρδιοπάθειες. Τέτοια λίπη βρίσκονται κυρίως

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

στις ζωικές τροφές, στα οργανικά κρέατα (όπως το συκώτι), στα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το γάλα, το τυρί και το βούτυρο, στα γλυκίσματα, στα μπισκότα, στο ινδοκάρυδο. Τα *Μονοακόρεστα λίπη* μειώνουν την χοληστερόλη στο αίμα, επίσης και την κακή χοληστερόλη (LDL) χωρίς να μειώνεται η καλή χοληστερόλη (HDL). Τέτοια λίπη βρίσκονται στο ελαιόλαδο, στο λάδι canola, στο σουσάμι, στο αβοκάντο. Τέλος, τα *Πολυακόρεστα λίπη* χρειάζονται για την ανάπτυξη και την δημιουργία του οργανισμού. Έχουν επίσης την ικανότητα να μειώνουν την ποσότητα της χοληστερόλης (LDL και HDL) στο αίμα κι έτσι βοηθούν στην πρόληψη καρδιοπαθειών. Τέτοια λίπη συναντάμε στα ψάρια, στους ξηρούς καρπούς και σε διάφορα λάδια.

Επιπλέον, οι φυτικές ίνες θεωρούνται μια από τις σπουδαιότερες θρεπτικές ουσίες, και παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφή του κάθε ανθρώπου. Οι φυτικές ίνες βοηθούν στην κανονική λειτουργία των εντέρων, και μπορούν να συνεισφέρουν στη μείωση του κίνδυνου ορισμένων παθήσεων όπως το διαβήτη, τον καρκίνο - και σημαντικό για μας σ' αυτή την περίπτωση - τις καρδιοπάθειες. Οι φυτικές ίνες βρίσκονται στα δημητριακά όπως το σιτάρι, η βρώμη, στα φρούτα – στα φρέσκα (με τη φλούδα τους) και στα παστά, στα λαχανικά (όπως και τα φασόλια), στους ξηρούς καρπούς και στους σπόρους, στο σκούρο ρύζι, στα ψωμιά φτιαγμένα με αλεύρι ολικής αλέσεως, και στα πιτυρούχα ψωμιά και στα όσπρια.

Επίσης, είναι γνωστό πως το αλάτι είναι απαραίτητο για την λειτουργία του οργανισμού. Όταν γίνεται κατάχρηση όμως, από το φαγητό, σχετίζεται με υψηλή αρτηριακή πίεση που συνάμα οδηγεί σε προβλήματα καρδιάς. Μόνο το 15% του αλατιού που καταναλώνουμε προέρχεται από το αλάτι που βάζουμε εμείς στο τραπέζι την ώρα του φαγητού. Το άλλο 85% του αλατιού που καταναλώνουμε είναι «κρυμμένο» – στα έτοιμα φαγητά, στα τρόφιμα μέσα σε κονσέρβες, στα συσκευασμένα τρόφιμα, στη σόδα μαγειρικής, στη σάλτσα σόγιας, MSG (monosodium glutamate), στο baking powder, στους ζωμούς, στα καπνιστά και ξιδάτα φαγητά ειδικά τα αλλαντικά.

Τέλος, οι αντιοξειδωτικές ουσίες είναι ουσίες σημαντικές για την εξουδετέρωση των ελεύθερων ριζών. Οι ελεύθερες ρίζες παράγονται μέσα στο σώμα (υπάρχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα), και μπορούν να βλάψουν τα κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού. Συνάμα, η βλάβη που γίνεται

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

μπορεί να συνεισφέρει σε αλλά σοβαρά προβλήματα υγείας όπως στον καρκίνο, στις αρτηριοπάθειες, στο έμφραγμα και αλλά πολλά. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες βρίσκονται στα φρούτα όπως τα πορτοκαλιά, τα νεκταρίνια, τα πεπονιά, τις ντομάτες, κ.τ.λ. και στα λαχανικά όπως τα σκούρα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τις πιπεριές, το μπρόκολο, το σπανάκι, στα αμύγδαλα, και στο αραβοσιτέλαιο (*Chaughard, 1965*).

### 2.2.2. Είδη καρδιακών παθήσεων

#### Στεφανιαία Νόσος



Όπως τα διάφορα όργανα του σώματος παίρνουν οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες με την κυκλοφορία του αίματος και τις αρτηρίες, έτσι και η καρδιά τρέφεται και οξυγονώνεται με τις στεφανιαίες αρτηρίες. Υπάρχουν η αριστερή και η δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η αριστερή στεφανιαία έχει ένα βραχύ αρχικό τμήμα (το στέλεχος) και κατόπιν χωρίζεται σε δύο κλάδους: Τον πρόσθιο κατιόντα και τον περιστώμενο. Οι κλάδοι της αριστερής και η δεξιά στεφανιαία αρτηρία πορεύονται στην εξωτερική (επικαρδιακή) επιφάνεια της καρδιάς και κατόπιν εισχωρούν στο μυοκάρδιο, αφού πρώτα διακλαδωθούν σε πολλά μικρά αγγεία.

Η στεφανιαία νόσος οφείλεται στην δημιουργία πλούσιων σε χοληστερόλη αθηρωματικών πλακών στο τοίχωμα των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών, με αποτέλεσμα τη στένωση του αυλού τους και την παρεμπόδιση της ροής του αίματος μέσα από αυτές. Έτσι όταν το αίμα που φθάνει στο μυοκάρδιο με τις στεφανιαίες αρτηρίες δεν επαρκεί για τις ανάγκες της καρδιάς, τότε εμφανίζεται καρδιακή ισχαιμία και πόνος (στηθάγχη).

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια (ή στεφανιαία νόσος) αποτελεί σήμερα για τον Δυτικό κόσμο το πιο σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Υπολογίζεται ότι κάθε 3 λεπτά της ώρας πεθαίνει κάποιο άτομο από την πάθηση αυτή. Η τραγική όμως αυτή πραγματικότητα γίνεται πιο αισθητή αν αναγάγει κανείς τις ανθρώπινες απώλειες σε ημερήσια βάση και τις συγκρίνει με κάποια μεγάλη καταστροφή. Τα καρδιαγγειακά επεισόδια σήμερα έχουν τέτοια έκταση που θεωρούνται σωστά σαν η μεγαλύτερη

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

θανατηφόρος επιδημία που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο σήμερα η ισχαιμική καρδιοπάθεια καλείται 'πανούκλα του 20ου αιώνα' και για την οποία, τουλάχιστον για το εγγύς μέλλον, δεν υπάρχουν ορατές λυσιτελείς παρεμβάσεις.

Οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζουν ακόμη μια ιδιαιτερότητα, αφού τα άτομα τα οποία χάνονται προέρχονται από ηλικίες άκρως παραγωγικές, καθιστώντας έτσι την ισχαιμική καρδιοπάθεια σαν την σημαντικότερη αιτία πρόωρου θανάτου. Υπολογίζεται ότι 1 στους 5 άνδρες θα έχει κάποιο καρδιακό επεισόδιο πριν από τα 65 χρόνια του και ότι οι μισοί από αυτούς θα πεθάνουν. Μια άλλη σύγκριση η οποία μπορεί γλαφυρά να δείξει τον υποτονικό ιατρικό και κοινωνικό τρόπο αντίδρασης στη σύγχρονη αυτή μάστιγα είναι και το κάτωθι παράδειγμα. Αν υποθέσουμε ότι αιφνιδίως εμφανίζονταν ένα μικρόβιο το οποίο θα σκότωνε έναν άνθρωπο κάθε 6 λεπτά, δηλ. θα είχαμε τους μισούς θανάτους απ' όσους έχουμε από την ισχαιμική καρδιοπάθεια, τότε είναι σίγουρο ότι θα μας είχε καταλάβει ομαδική υστερία και όλοι μας με όλα τα μέσα θα ασχολούμεθα με το θέμα αυτό. Για τον υστερικό αυτό τρόπο αντίδρασης δεν υπάρχει αμφιβολία αφού όλοι γνωρίζουμε ανάλογες αντιδράσεις όταν π.χ. παρουσιάζονται μερικά κρούσματα χολέρας σε μία χώρα. Πρόσφατο επίσης παράδειγμα σωστού τρόπου αντίδρασης είναι και η αντιμετώπιση του προβλήματος του AIDS το οποίο παρ' ότι προκαλεί σημαντικά πιο λίγους θανάτους από την ισχαιμική καρδιοπάθεια, εν τούτοις ξεσήκωσε τον ιατρικό κόσμο, αλλά και άλλους παράγοντες και φορείς με αποτέλεσμα να μην έχει λείψει ούτε μια μέρα η εγρήγορση, η ενημέρωση και κυρίως η προσπάθεια για πρόληψη. Και βέβαια αυτός είναι ένας σωστός τρόπος αντίδρασης, διότι η πρόληψη είναι το Α και το Ω για οποιαδήποτε πάθηση και το AIDS όπως και τόσες άλλες μεταδοτικές παθήσεις που μπορούν να προληφθούν.

Τι γίνεται όμως με την ισχαιμική καρδιοπάθεια, μπορούμε να προλάβουμε και αν ναι, γίνεται η σωστή ενημέρωση; Το σίγουρο είναι ότι, ναι, μπορούμε να προλάβουμε την ισχαιμική καρδιοπάθεια σε ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, όμως η πρόληψη της νόσου αυτής απαιτεί συνεχή, έντονη και επίπονη προσπάθεια, αφού η αιτιολογία της νόσου είναι πολυπαραγοντική. Σε αντίθεση δηλ. με τα λοιμώδη νοσήματα όπου το αίτιο είναι συνήθως ένα και συγκεκριμένο και πάνω στο οποίο μπορούμε να συγκεντρώσουμε όλη μας την προσπάθεια πρόληψης, στην ισχαιμική

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

καρδιοπάθεια οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι πολλοί, άλλοι γνωστοί και άλλοι άγνωστοι, που έκαστος συμβάλλει με άλλοτε άλλο ποσοστό στην πρόκληση της νόσου σε κάθε άτομο. Οι πιο γνωστοί παράγοντες που η συμμετοχή τους σήμερα θεωρείται σημαντική στην πρόκληση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας είναι:

- Η διατροφή
- Το κάπνισμα
- Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (υπέρταση)
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η ελλιπής άσκηση

Μια εκδήλωση της Στεφανιαίας Νόσου είναι η **στηθάγχη**. Η ασθένεια σχετίζεται με παροξυσμό θωρακικής ενόχλησης, που συχνά περιγράφεται σαν πόνος, σφίξιμο, κάψιμο, συμπίεση, δύσπνοια και εμφανίζεται σε προσπάθεια, ενώ υποχωρεί λίγα λεπτά μετά τη διακοπή της προσπάθειας ή με τη λήψη υπογλώσσιου δισκίου νιτρογλυκερίνης, που πρέπει να λαμβάνεται πάντα σε καθιστή θέση και όχι σε όρθια, για την αποφυγή ζάλης από πιθανή υπόταση. Τυπικά η στηθάγχη εντοπίζεται πίσω από το στήθος και καταλαμβάνει ποικίλη έκταση στο θωρακικό τοίχωμα. Ο πόνος μπορεί να αντανακλά στα άνω άκρα (κυρίως στο αριστερό) καθώς και στην κάτω γνάθο. Μερικές φορές ο πόνος εντοπίζεται στο πάνω μέρος της κοιλιάς. Γενικά κάθε θωρακικός πόνος, που εμφανίζεται σε προσπάθεια και υποχωρεί λίγο μετά τη διακοπή της, πρέπει να θεωρείται ύποπτος για στηθάγχη. Στη στηθάγχη οι διαταραχές στο μυοκάρδιο είναι παροδικές (για λίγα λεπτά που διαρκεί η στηθαγχική κρίση) και αναστρέφονται πλήρως μετά το τέλος αυτής.

Η **σταθερή στηθάγχη** οφείλεται σε στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων από αθηρωματικές πλάκες, που υπάρχουν στο τοίχωμά τους και ο πόνος (στηθάγχη) εμφανίζεται μετά από την εκτέλεση συγκεκριμένου (με μικρές αυξομειώσεις) έργου, που είναι διαφορετικό για τον κάθε ασθενή και εξαρτάται από το βαθμό και την έκταση προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών. Έτσι άλλος εμφανίζει στηθάγχη μετά από βάδιση 200 μέτρων, άλλος στα 500 μέτρα και άλλος μόνο σε ανηφόρα, αλλά οι αποστάσεις αυτές παραμένουν περίπου σταθερές σε επόμενες προσπάθειες βάδισης. Η **ασταθής στηθάγχη** οφείλεται στην απότομη αύξηση της στένωσης μιας στεφανιαίας αρτηρίας, συνήθως εξαιτίας ρήξης μιας αθηρωματικής πλάκας και της επακόλουθης θρόμβωσης μέσα στον αυλό του αγγείου στο σημείο της ρήξης, που αυξάνει έτσι σημαντικά το ποσοστό στένωσης, αλλά δεν φράζει τελείως το αγγείο. Η



**ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

ασταθής στηθάγχη διαφέρει στην εκδήλωσή της από την σταθερή στηθάγχη και περιλαμβάνει τις ακόλουθες καταστάσεις:

- (α) Επιδεινούμενη στηθάγχη (συχνότερα, εντονότερα, μεγαλύτερης διάρκειας στηθαγγικά επεισόδια) σε ασθενή που είχε σταθερή στηθάγχη.
- (β) Στηθάγχη που εμφανίστηκε πρόσφατα αλλά εκλύεται σε μικρή προσπάθεια.
- (γ) Στηθάγχη σε ηρεμία ή σε ελάχιστη προσπάθεια.

Η ασταθής στηθάγχη είναι συχνά προάγγελος οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου.

Το **οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου**, μια ακόμη εκδήλωση της Ισχαιμικής Καρδιοπάθειας, έχει την ίδια αιτία όπως και η ασταθής στηθάγχη, με τη διαφορά ότι εδώ έχουμε απόφραξη (πλήρη διακοπή της ροής) του στεφανιαίου αγγείου, μετά τη ρήξη της αθηρωματικής πλάκας και την επακόλουθη θρόμβωση.

Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνει νέκρωση του τμήματος του μυοκαρδίου, που παίρνει αίμα από κλάδους της αρτηρίας μετά το σημείο της απόφραξης. Γι αυτό το λόγο όσο πιο κεντρικά είναι η βλάβη της αρτηρίας που οδήγησε στην απόφραξη, τόσο μεγαλύτερη είναι η νέκρωση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Το έμφραγμα μπορεί να συμβεί μετά από έντονη προσπάθεια, αλλά και σε ηρεμία ή στον ύπνο. Ο πόνος του εμφράγματος είναι παρόμοιος με αυτόν της στηθάγχης, αλλά είναι πιο έντονος, μεγαλύτερης διάρκειας (περισσότερο από μισή ώρα) και συνοδεύεται συνήθως από ιδρώτα, ωχρότητα, τάση προς έμετο ή/και έμετο. Σε έμφραγμα (χωρίς επιπλοκές) ο πόνος μπορεί να διαρκέσει 6-8 ώρες.



Τέλος, η **καρδιακή ανεπάρκεια** σπάνια είναι η πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και συνήθως επέρχεται μετά από εκτεταμένο έμφραγμα μυοκαρδίου, που νεκρώνει σημαντικό τμήμα της καρδιάς, το οποίο αφού μετατραπεί στη συνέχεια σε ουλή, δεν μπορεί να συνεισφέρει στην καρδιακή συστολή. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει διαταραχή στην αντλητική ικανότητα της καρδιάς, με συνέπεια την καρδιακή ανεπάρκεια. (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008)

### **Βαλβιδοπάθειες**

Οι βαλβίδες της καρδιάς είναι τέσσερις: η μιτροειδής, η αορτή, η τριγλώχινα και η πνευμονική. Το μεγαλύτερο βάρος από πλευράς πιέσεων δέχονται οι βαλβίδες που βρίσκονται στο αριστερό μέρος της καρδιάς (μιτροειδής και αορτή) και για το λόγο αυτό οι βαλβίδες αυτές προσβάλλονται από στένωση ή ανεπάρκεια. Όταν η καρδιολογία μιλά για στένωση μιας βαλβίδας, εννοεί ότι η βαλβίδα αυτή δεν μπορεί να ανοίξει πλήρως. Αντιθέτως, όταν μιλά για ανεπάρκεια εννοεί ότι η βαλβίδα δεν μπορεί να κλείσει υδατοστεγώς. Η συχνότητα μιας βαλβιδοπάθειας σε κάθε χώρα εξαρτάται από το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο των κατοίκων της καθώς και από τη μέση επιβίωση του πληθυσμού της. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο ρευματικός πυρετός, του οποίου η συχνότητα ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Σήμερα ο ρευματικός πυρετός είναι άγνωστος στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, ενώ, αντιθέτως, εξακολουθεί να υπάρχει σε υψηλά ποσοστά στις υπό ανάπτυξη. Ο τρόπος ζωής των κατοίκων τους ευνοεί την αύξηση της στεφανιαίας νόσου και της υπέρτασης, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανεπάρκειες των βαλβίδων, λόγω του αυξημένου ποσοστού εμφραγμάτων του μυοκαρδίου (ανεπάρκεια της μιτροειδούς) ή του αριθμού των υπερτασικών ασθενών (ανεπάρκεια της αορτής).

Τέλος, η παχυσαρκία αναγκάζει πολλές φορές τους παχύσαρκους, οι οποίοι κατά κανόνα ζουν στις κοινωνίες της αφθονίας και του ευδαιμονισμού, να χρησιμοποιούν φάρμακα που ελαττώνουν την όρεξη. Τέτοια φάρμακα είναι εκείνα που περιέχουν φεντερμίνη ή φενφλουραμίνη και προκαλούν κυρίως ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας. Ο μηχανισμός γένεσης των βαλβιδοπαθειών αυτών είναι άγνωστος. Όμως, η διακοπή λήψης των φαρμάκων αυτών αναστέλλει την εξέλιξη της νόσου.

Η διάγνωση των βαλβιδοπαθειών στηρίζεται στην κλινική εξέταση του αρρώστου από τον γιατρό του και υποβοηθείται από την εργαστηριακή καρδιολογική εξέταση, και κυρίως το υπερηχοκαρδιογράφημα. Η εργαστηριακή μελέτη στοχεύει στην ακριβή εκτίμηση του βαθμού της βλάβης, γιατί από τη βαρύτητα της στένωσης ή της ανεπάρκειας μιας βαλβίδας εξαρτάται η απόφαση για τη χειρουργική επέμβαση, η οποία έχει στόχο να αποκαταστήσει τη βλάβη της βαλβίδας ή το συνηθέστερο, να οδηγήσει σε αντικατάσταση της βαλβίδας από τεχνητή βιολογική ή μεταλλική βαλβίδα. Οι βιολογικές βαλβίδες είναι βαλβίδες από ζώα ύστερα από κατάλληλη τεχνική επεξεργασία ή πρόκειται για ανθρώπινες βαλβίδες τις οποίες συνήθως οι

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

χειρουργοί τις αποσπούν από καρδιές που αφαιρούνται κατά τη μεταμόσχευση καρδιάς. Οι βιολογικές είναι καλύτερες από πλευράς επιπλοκών και ποιότητας ζωής του ασθενή, αλλά συνήθως δεν μπορούν να τον καλύψουν για όλη του τη ζωή, εάν έχει προσδόκιμο επιβίωσης μεγαλύτερο των 15 ετών. Οι μεταλλικές βαλβίδες κατά κανόνα καλύπτουν τον ασθενή για μεγαλύτερο χρόνο, όμως έχουν αυξημένες επιπλοκές σε σχέση με τις βιολογικές.

Η εγχείρηση αντικατάστασης μιας βαλβίδας δεν οδηγεί σε πλήρη θεραπεία του ασθενή. Πρόκειται ουσιαστικά για μετατροπή της πορείας της βασικής νόσου. Γι' αυτό και η επέμβαση δεν πρέπει ποτέ να είναι πρόωρη. Με την εγχείρηση κλείνει το κεφάλαιο της υπάρχουσας βαλβιδοπάθειας και ανοίγει το κεφάλαιο της νέας βαλβίδας και των τυχόν επιπλοκών της. Γι' αυτό και οι ασθενείς χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση από τον καρδιολόγο τους και μετά την εγχείρηση.

Τέλος, οι συνήθεις Βαλβιδοπάθειες είναι η *πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας*, η *στένωση μιτροειδούς βαλβίδας*, η *ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας*, η *στένωση αορτικής βαλβίδας*, η *ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας*, η *στένωση τριγλωχίνας βαλβίδας*, η *ανεπάρκεια τριγλωχίνας βαλβίδας*, η *στένωση πνευμονικής βαλβίδας* και η *ανεπάρκεια πνευμονικής βαλβίδας* (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008).

### **Μυοκαρδιοπάθειες**

Οι μυοκαρδιοπάθειες αποτελούν παθήσεις του μυοκαρδίου και οφείλονται σε διάφορες αιτίες, ενώ τα συμπτώματά τους όπως και ο τρόπος αντιμετώπισής τους διαφέρουν ανάλογα με την αιτιολογία τους. Στις μυοκαρδιοπάθειες το μυοκάρδιο άλλοτε χάνει την ελαστικότητά του, με αποτέλεσμα τη διεύρυνση των καρδιακών κοιλοτήτων, και άλλοτε γίνεται παχύτερο ή σκληρό, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο μυϊκός ιστός αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό. Αποτέλεσμα αυτών των μεταβολών είναι η ελάττωση της συστολικής ικανότητας του μυοκαρδίου να αποστειλεί το αίμα σε όλο το σώμα, γεγονός που καταλήγει σε καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες και άλλες επιπλοκές. Οι τέσσερις κύριες κατηγορίες μυοκαρδιοπαθειών είναι η διατατική, η υπερτροφική, η περιοριστική και η αρρυθμογενής δεξιά κοιλιακή δυσπλασία. Ορισμένες μυοκαρδιοπάθειες προκαλούνται από συγκεκριμένη αιτία, όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η υπέρταση, η λοίμωξη από ιούς. Μερικοί τύποι όμως μυοκαρδιοπαθειών οφείλονται σε γενετικές μεταλλάξεις και εμφανίζονται σε πολλά άτομα της ίδιας οικογένειας. Σε μερικές περιπτώσεις μυοκαρδιοπαθειών, δεν

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ανευρίσκεται η αιτία και τότε ονομάζονται ιδιοπαθείς μυοκαρδιοπάθειες. Πιο συγκεκριμένα, η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να οφείλεται σε προχωρημένη στεφανιαία νόσο, οπότε λέγεται ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, σε λοιμώξεις, σε κατάχρηση οινόπνευματος, σε επιπλοκή της εγκυμοσύνης, σε ορισμένες τοξίνες και σε ουσίες ή φάρμακα. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να κληρονομηθεί, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Η περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια περιλαμβάνει την αιμοχρωμάτωση (εναπόθεση σιδήρου σε διάφορους ιστούς και στο μυοκάρδιο), την αμυλοείδωση (ανώμαλες πρωτεΐνες κάθονται στο μυοκάρδιο), τη σαρκοείδωση (ειδική φλεγμονή σε διάφορα όργανα, περιλαμβανομένης της καρδιάς) και τις διάφορες μορφές διαταραχών του κολλαγόνου. Η αρρυθμογενής δεξιά κοιλιακή δυσπλασία είναι κληρονομική πάθηση και μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες επικίνδυνες, πολλές φορές, για τη ζωή. Οι μυοκαρδιοπάθειες μπορεί να προσβάλουν όλες τις ηλικίες, από τη βρεφική μέχρι τη γεροντική ηλικία. Ορισμένες ηλικίες όμως προσβάλλονται συχνότερα από ορισμένες μορφές μυοκαρδιοπάθειας, όπως τα νέα άτομα παρουσιάζουν πρώιμα τις εκδηλώσεις της αρρυθμογενούς δεξιάς κοιλιακής δυσπλασίας και οι ενήλικοι συχνότερα την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Μερικοί ασθενείς ζουν φυσιολογικής ζωής χωρίς συμπτώματα, χωρίς να ξέρουν ότι πάσχουν, ενώ άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν γρήγορα συμπτώματα και επιπλοκές. Σύγχρονες θεραπείες μπορεί να ελαττώσουν τα συμπτώματα και τις επιπλοκές (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008).

### Αρρυθμίες

Ως αρρυθμία ορίζουμε κάθε διαταραχή στον καρδιακό ρυθμό (με την



εμφάνιση π.χ. κάποιων έκτακτων καρδιακών συστολών) ή την καρδιακή συχνότητα, είτε πρόκειται για ελάττωσή της (βραδυκαρδία) είτε για αύξησή της (ταχυκαρδία) πέρα απ' τα φυσιολογικά όρια.

Οι αρρυθμίες εμφανίζονται κυρίως σε μεσήλικες και η πιθανότητα εκδήλωσής τους

αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό δεν αποκλείει βέβαια τους έφηβους ή τους νέους ενήλικες, αν και η αιτιολογία ποικίλλει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Το αίτιο, όμως, δεν είναι πάντα ανιχνεύσιμο και σίγουρα μια αρρυθμία δεν υποκρύπτει πάντοτε ένα καρδιακό πρόβλημα. Αν ξεκινήσουμε από εξωτερικές αιτίες που

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

μπορούν να προκαλέσουν την άρρυθμη λειτουργία της καρδιάς, θα δούμε ότι υπάρχουν αρκετές τέτοιες στην καθημερινή μας ζωή, όπως η συναισθηματική φόρτιση, η έντονη σωματική δραστηριότητα, η πρόσληψη καφεΐνης, αλκοόλ ή νικοτίνης αλλά και η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων (ενδεικτικά αναφέρουμε αντιασθματικά, αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά και θυρεοειδικές ορμόνες).

Διάφορα νοσήματα επίσης μπορούν να αποτελέσουν γενεσιουργό αιτία αρρυθμιών με διάφορους μηχανισμούς. Από τα εξωκαρδιακά αναφέρουμε τις θυρεοειδοπάθειες (όπου συχνά οι αρρυθμίες αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα που ανησυχεί τον ασθενή και τον κατευθύνει στον ιατρό), τις πνευμονοπάθειες, τις διαταραχές στη συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών (κάλιο, νάτριο) στο αίμα αλλά και νοσήματα του πεπτικού συστήματος όπως η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση και οι διαφραγματοκήλες. Από τα καρδιακά, εξέχουσα θέση κατέχει το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (όπου μάλιστα οι αρρυθμίες αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου κατά το πρώτο 48ωρο από την εκδήλωσή του) αλλά και η χρόνια ισχαιμία του μυοκαρδίου, οι καρδιομυοπάθειες και οι μυοκαρδίτιδες.

Μια αρρυθμία μπορεί να μη γίνει αισθητή από τον ασθενή αλλά να αποτελεί τυχαίο εύρημα ενός προληπτικού ελέγχου. Άλλοτε μπορεί να πάρει τη μορφή "φτερουγίσματος" στο στήθος ή να συνοδεύεται από δύσπνοια, οπισθοστερνικό πόνο, αίσθημα ζάλης ή απώλεια των αισθήσεων. Φυσικά υπάρχουν και περιπτώσεις που οδηγεί κατευθείαν στην καρδιακή ανακοπή και, αν δεν μεσολαβήσουν άμεσες ενέργειες (καρδιοαναπνευστική ανάνηψη, απινίδωση), στο θάνατο. Σαν γενική αρχή πάντως, εδώ ισχύει ότι η ανησυχία του ασθενούς θα πρέπει να είναι ανάλογη με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, λαμβάνοντας υπ' όψη και το ιατρικό του ιστορικό.

Η βασική διάκριση, όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι μεταξύ ταχυκαρδίας, που είναι και η συχνότερη, και βραδυκαρδίας. Περαιτέρω διαχωρισμός γίνεται ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης που την προκαλεί αλλά και με το μέγεθος και τη διάρκεια της διαταραχής του ρυθμού. Μια αρρυθμία μπορεί να προκύψει διότι η καρδιακή ώση ξεκινά από ένα άλλο σημείο της καρδιάς και όχι το φλεβόκομβο, είτε διότι ο ίδιος ο φλεβόκομβος αναπτύσσει ανώμαλο ρυθμό ή συχνότητα. Ακόμη, μπορεί να εμφανιστεί κάποιου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, δηλαδή η μεταφορά των ώσεων στις κοιλίες να καθυστερεί (με όλες ή μερικές από αυτές να φτάνουν στον προορισμό τους) ή να μην γίνεται καθόλου. Στην τελευταία περίπτωση, ρόλο βηματοδότη αναλαμβάνουν κύτταρα των κοιλιών με αποτέλεσμα συνήθως την

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

εμφάνιση βραδυκαρδίας. Διακρίνουμε λοιπόν τις κολπικές ή υπερκοιλιακές αρρυθμίες και τις κοιλιακές, οι οποίες είναι κατά κανόνα μεγαλύτερης βαρύτητας. Πολλές από τις πρώτες συχνά διάγουν αδιάγνωστες για μεγάλο χρονικό διάστημα αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο επιπλοκών. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τον κολπικό πτερυγισμό, κατά τον οποίο παράγονται ώσεις με ιδιαίτερα αυξημένη συχνότητα κάνοντας τα τοιχώματα των κόλπων να συσπώνται αντίστοιχα γρήγορα και να έχουμε έτσι έναν σταθερά γρήγορο καρδιακό ρυθμό. Η αυξημένη ταχύτητα, με την οποία αναπόφευκτα προσκρούουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια στα τοιχώματα των κόλπων, ενεργοποιεί τους μηχανισμούς πήξης του αίματος και προδιαθέτει στη δημιουργία θρόμβων. Αυτοί μπορεί να διαφύγουν στην αιματική κυκλοφορία και να αποφράξουν ένα μικρής διαμέτρου αγγείο, προκαλώντας έτσι ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Πολλές αρρυθμίες είναι πιθανό να μην χρειάζονται καθόλου θεραπεία παρά μόνο κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η διακοπή ή ο περιορισμός της πρόσληψης καφεΐνης. Για τις υπόλοιπες, η θεραπεία είναι ανάλογη του αιτίου. Αν αυτό προέρχεται από την ίδια την καρδιά, τότε στόχος είναι να θεραπευθεί το προϋπάρχον καρδιακό νόσημα είτε η ίδια η αρρυθμία. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, τα οποία επιλέγονται με μεγάλη προσοχή διότι η λανθασμένη χρήση τους είναι δυνατό να επιδεινώσει το πρόβλημα, και διάφορες επεμβατικές μέθοδοι. Πιο διαδεδομένη είναι αυτή της τοποθέτησης τεχνητού βηματοδότη, μιας συσκευής που τοποθετείται υποδόρια και αναλαμβάνει τη διοχέτευση ηλεκτρικών ώσεων στο μυοκάρδιο μέσω ηλεκτροδίων όταν ανιχνεύει αρρυθμία. Άλλες τεχνικές αφορούν: α) τη χειρουργική τοποθέτηση ενός μικρού αυτόματου απινιδωτή, που μπορεί να κάνει ένα μικρό ηλεκτροσόκ στην καρδιά προκειμένου να προφυλάξει από μια πιθανά θανατηφόρο αρρυθμία και β) την απινίδωση, που γίνεται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών προκειμένου να σωθεί η ζωή του ασθενούς (*Chaughard, 1965*).

**Καρδιακή προσβολή / Αιφνίδιος θάνατος**

*“Φροντίζουμε την Υγεία μας, και μελετούμε προσεκτικά τι τρώμε, τι πίνουμε, πως μεγαλώνουμε τους απογόνους μας, και πως ασκούμε, και πελεκάμε και γυαλίζουμε κάθε πέτρα που ανήκει σ’ αυτό το κτίριο· κι έτσι η Υγεία μας αποτελεί για μας μια μακρόχρονη και τακτική ασχολία. Όμως μέσα σε μια στιγμή ένα Κανόνι τα τσακίζει όλα, όλα τα καταστρέφει, τα συντρίβει όλα· μια Αρρώστια που δεν μπορούμε ν’ αποφύγουμε παρ’ όλη την επιμέλεια μας, που δεν μπορούμε να υποψιαστούμε παρ’ όλη την περιέργεια μας. . .” (Donne, 1627)*

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος (ΑΚΘ) είναι ο φυσικός θάνατος λόγω καρδιακών αιτιών, με απότομη απώλεια των αισθήσεων, μέσα σε διάστημα μιας ώρας από την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων. Μπορεί να προϋπάρχει ή όχι καρδιακή νόσος, αλλά ο χρόνος και ο τρόπος θανάτου είναι απρόσμενος. Καρδιακή ανακοπή, από την άλλη, είναι η αιφνίδια διακοπή της καρδιακής λειτουργίας ως αντλίας, η οποία μπορεί να είναι αναστρέψιμη αν υπάρξει άμεση παρέμβαση, αλλά οδηγεί σε θάνατο χωρίς παρέμβαση.

Έχουν κατά καιρούς δοθεί πολλοί ορισμοί για τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, γεγονός που οφείλεται στην οπτική γωνία από την οποία αντιμετωπίζεται το θέμα από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νομικούς, επιδημιολόγους κλπ. Η σοβαρότητα του προβλήματος του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σαν πρόβλημα δημόσιας υγείας είναι αυτονόητη, αλλά η συχνότητα του δεν είναι απόλυτα σαφής. Στις Η.Π.Α. αναφέρεται μια επίπτωση 300.000 περιστατικών ανά έτος. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το 50% των θανάτων καρδιακής αιτιολογίας

Όσον αφορά την αιτιολογία, η στεφανιαία νόσος, με όλο το φάσμα των κλινικών της εκδηλώσεων, φαίνεται ότι ευθύνεται για ποσοστό τουλάχιστον 80% των περιπτώσεων αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε ενήλικες. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να περιλάβουμε, εκτός από την συνήθη αθηροσκληρυντική αιτία, τις συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων, την εμβολή των στεφανιαίων, και την στεφανιαία αρτηρίτιδα. Σε καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αρχής ο κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου είναι αντιστρόφως ανάλογος του κλάσματος εξωθήσεως. Επισημαίνεται ότι ο ΑΚΘ μπορεί να είναι η πρώτη και μοναδική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Επίσης, οι μυοκαρδιοπάθειες είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία με ποσοστό 10-15% των ΑΚΘ και έπειτα ακολουθούν οι υπόλοιπες μορφές καρδιοπάθειας με , σαφώς, χαμηλότερα ποσοστά ευθύνης.

Τέλος, η ετήσια θνητότητα από ΑΚΘ στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 0,2%. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά μικρό και σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλων μεθόδων για screening test καθιστά πρακτικά αδύνατο τον προληπτικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Πρέπει όμως να καταβάλλεται προσπάθεια για έγκαιρη διάγνωση καρδιοπαθειών που μπορεί να προδιαθέτουν για ΑΚΘ, και στη συνέχεια να γίνεται διαστρωμάτωση κινδύνου για κάθε ασθενή.

### **Όγκοι της Καρδίας**



Δεν υπάρχει τέλεια ταξινόμηση των καρδιακών νεοπλασμάτων, όπως σε κάθε όργανο ή ιστό, τα νεοπλάσματα που προσβάλλουν την καρδιά μπορεί να είναι πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή. Τα πρωτοπαθή μπορεί να είναι καλοήγη ή κακοήγη και τα δευτεροπαθή ή μεταστατικά, είναι εξ' ορισμού

κακοήγη. Τα μεταστατικά νεοπλάσματα είναι πάρα πολύ πιο συχνά από τα πρωτοπαθή με μια σχέση τουλάχιστον 30 προς 1. Η συχνότητα ανεύρεσης πρωτοπαθών καλοηθών και κακοηθών όγκων στις περισσότερες σειρές νεκροτομών ποικίλλει άνω 0,1 έως 0,3 %. Οι συχνότητες των μεταστατικών νεοπλασμάτων επίσης ποικίλουν από αναφορά σε αναφορά, αλλά όλες οι μελέτες κατατάσσουν τον καρκίνο του πνεύμονα ως τον πλέον συχνό μεταστατικό καρκίνο στη νεκροτομή ή ακολουθούμενος από τον καρκίνο του μαστού, το λέμφωμα και την λευχαιμία.

Τα καρδιακά νεοπλάσματα μπορεί να προσβάλλουν μόνο το ενδοκάρδιο, μόνο το επικάρδιο ή κατά ποικίλους συνδυασμούς. Η πλέον συχνή τοποθεσία των μεταστατικών καρδιακών νεοπλασμάτων είναι το επικάρδιο. Νεοπλάσματα περιοριζόμενα στο τοιχωματικό περικάρδιο, χωρίς επέκταση στο επικάρδιο δεν θεωρούνται καρδιακά νεοπλάσματα. Οι επικαρδιακές νεοπλασματικές εναποθέσεις μπορεί να είναι πολυεστιακές ή μεμονωμένες ή μπορεί να είναι εκτεταμένες και διάχυτες. Ομοίως, οι ενδομυοκαρδιακές μάζες μπορεί να είναι εστιακές ή πολυεστιακές. Βέβαια, η πλέον συχνή θέση ενδομυοκαρδιακών μαζών είναι το ελεύθερο τοίχωμα της αριστεράς κοιλίας και μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Τα



ενδοκαρδιακά νεοπλάσματα ή ενδοκοιλοτικά μπορεί να αφορούν μία ή περισσότερες καρδιακές κοιλότητες (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008).

### **Συγγενείς Καρδιοπάθειες**

Οι συγγενείς καρδιοπάθειες είναι ανωμαλίες διάπλασης της καρδιάς που φέρει μαζί του το άτομο «εκ γενετής». Ο όρος δεν πρέπει να συγχέεται με τη «συγγένεια» με την έννοια της κληρονομικότητας, με την οποία έχει μικρή μόνο σχέση.

Το αίτιο των συγγενών καρδιοπαθειών στη μεγάλη πλειονότητά του (80%) παραμένει άγνωστο. Ένα μικρό ποσοστό 6%-8% έχει σχέση με γενετικούς (κληρονομικούς) παράγοντες, ενώ ένα άλλο ποσοστό περίπου 10% σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως λοιμώξεις (ερυθρά), λήψη φαρμάκων (κυτταροστατικά, αντιεπιληπτικά κτλ.) ή τοξικών ουσιών (οινόπνευμα), έκθεση σε ακτινοβολία ιδιαιτέρως κατά τον πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης περίοδος της οργανογένεσης στο έμβρυο. Επίσης ενοχοποιούνται χρόνιες παθήσεις όπως ο διάσπαρτος ερυθριματώδης λύκος και ο σακχαρώδης διαβήτης της εγκυμονούσας γυναίκας. Γενικά, η αιτιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών είναι πολυπαραγοντική και έχει σχέση και με τη βλαπτική αλληλεπίδραση των παραγόντων που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Η συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών υπολογίζεται στο 8%-10% των ζώντων νεογέννητων, δηλαδή περίπου ένα στα 100. Ο αριθμός διαφόρων μορφών και συνδυασμών συγγενών καρδιοπαθειών ανέρχεται περίπου στις 200. Οι συνηθέστερες όμως μορφές συγγενών καρδιοπαθειών είναι οκτώ, καλύπτουν περίπου το 80% του συνόλου των συγγενών καρδιοπαθειών και κατατάσσονται σε μία από τις παρακάτω τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα χαρακτηρίζεται από μια παθολογική επικοινωνία (τρύπα, πόρος) μεταξύ αριστερής και δεξιάς καρδιάς. Εδώ ανήκουν η μεσοκοιλιακή επικοινωνία, που είναι και η συνηθέστερη μορφή του συνόλου των συγγενών καρδιοπαθειών (30%), η μεσοκολπική επικοινωνία και ο ανοικτός αρτηριακός πόρος (κακώς ονομαζόμενος και βοτάλειος πόρος). Η δεύτερη ομάδα αφορά στενώσεις (ή ατρησίες) βαλβίδων ή και στενώσεις μεγάλων αρτηριών της καρδιάς, όπως είναι η στένωση της πνευμονικής βαλβίδας, η στένωση της αορτικής βαλβίδας και η στένωση του ισθμού της αορτής. Τέλος, η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει διάφορους

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

συνδυασμούς των ανωμαλιών που προαναφέραμε με συνηθέστερη τη μετάθεση των μεγάλων αρτηριών στη νεογνική και βρεφική ηλικία και την τετραλογία του Fallot στη νηπιακή και παιδική ηλικία. Οι ανωμαλίες αυτής της ομάδας, όπως και άλλες σπανιότερες, λέγονται σύνθετες (συμπλοκές) συγγενείς καρδιοπάθειες, συνοδεύονται από κυάνωση (μελάνιασμα) γι' αυτό λέγονται και κυανωτικές σε αντίθεση με εκείνες των δύο προηγούμενων ομάδων που είναι ακυανωτικές (χωρίς κυάνωση). Επιπλέον έχουν βαρύτερη πρόγνωση.

Σε ένα από τα τέσσερα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες είναι δυνατόν να εντοπισθούν και άλλες συγγενείς δυσπλασίες, εξωκαρδιακές που αφορούν το μυοσκελετικό, νευρικό, γαστρεντερικό και ουροποιογεννητικό σύστημα ή να συνυπάρχει κάποιο γενετικό σύνδρομο (*Down, Noonan, Turner κτλ.*). Οι συγγενείς καρδιοπάθειες είναι η συχνότερη μορφή καρδιοπάθειας (90%) της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας, ενώ στην παιδική ηλικία προεξάρχουν οι επίκτητες καρδιοπάθειες με κύριους εκπροσώπους τη ρευματική καρδιοπάθεια (τα κρούσματα της οποίας μειώνονται) και τις μυοκαρδίτιδες. Άρα η εντόπιση των παιδιών με συγγενή καρδιοπάθεια θα γίνει από τον παιδίατρο και η σωστή διάγνωση από τον παιδοκαρδιολόγο ο οποίος καλείται συνήθως από τον παιδίατρο να αξιολογήσει ένα παιδί με καρδιακό φύσημα (εννέα στα δέκα παιδιά παραπέμπονται για εκτίμηση καρδιακού φύσηματος), με κυάνωση ή με σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας (*Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008*).

### **2.3. Ψυχολογικές παρεμβάσεις στα καρδιαγγειακά νοσήματα**

Η ψυχολογική προσέγγιση των καρδιακών παθήσεων κρίνεται απαραίτητη σε κάθε πρόγραμμα παρέμβασης που στοχεύει είτε στην πρόληψη είτε στην αντιμετώπιση του περιστατικού τη στιγμή της οξείας φάσης του είτε την αποκατάσταση του.

Συγκεκριμένα, τόσο στο στάδιο της *πρόληψης* όσο και στο στάδιο της αποκατάστασης, σημαντικό τμήμα της παρέμβασης αφορά στη μείωση ενός ή περισσοτέρων από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου. Σύμφωνα με τον Bundy (1992), οι κύριες προσπάθειες σε αυτήν την κατεύθυνση συνίστανται σε συμπεριφορικές αλλαγές, μέσω εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, που στοχεύουν σε περιορισμό διαφόρων παραγόντων κινδύνου όπως η παχυσαρκία, η πλούσια σε

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

λιπαρά διατροφή και το κάπνισμα, και σε προσπάθειες χειρισμού της συμπεριφοράς (θυμού, εχθρότητας) μέσω διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων (συμπεριφορικές, γνωστικές ή ψυχαναλυτικές) και τεχνικών χαλάρωσης (μυϊκή χαλάρωση, βιοεπανατροφοδότηση και αεροβική άσκηση).

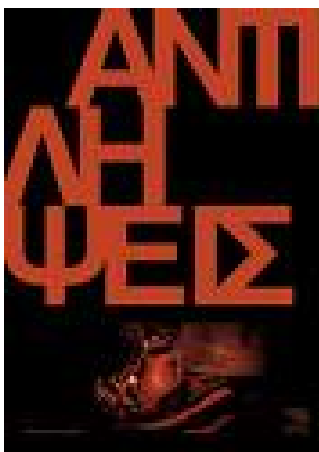
Από την άλλη μεριά, η παρέμβαση κατά την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της νόσου επικεντρώνεται κυρίως στην αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου καθώς και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης που εμφανίζεται σε μερικά άτομα αμέσως μετά από ένα επεισόδιο οξείας φάσης. Ως κύριο μέσο για την επίτευξη των παραπάνω χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπεία, της οποίας βέβαια η αποτελεσματικότητα έχει ελεγχθεί μόνο από υποκειμενικές αξιολογήσεις των ίδιων των πασχόντων και των συγγενών τους, χωρίς η αξιολόγηση αυτή να έχει διαχρονικό χαρακτήρα.

Τέλος, μια ποικιλία τεχνικών και προσεγγίσεων χρησιμοποιούνται από την ψυχολογία στην προσπάθεια της να παρέμβει για την καλύτερη φυσιολογική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των καρδιοπαθών ασθενών όπως διάφορες τεχνικές χαλάρωσης και τεχνικές ελέγχου του άγχους και συγκεκριμένες μορφές ψυχοθεραπείας (κυρίως συμπεριφορικής ή γνωστικής κατεύθυνσης) που στοχεύουν στην ένταξη του ατόμου σε κοινωνικές ομάδες, στην επιστροφή του ατόμου στην πριν από το περιστατικό απασχόληση του, καθώς και στην επιστροφή στους προηγούμενους ρυθμούς της ζωής του. (Ποταμιάνος, 1995)

## 3. Αντιλήψεις για την Ασθένεια

### 3.1. Εισαγωγή

« η νόσος είναι η νυχτερινή ζώνη της ζωής, μια δεύτερη, πιο δυσβάστακτη, υπηκοότητα. Καθένας μας γεννιέται κατέχοντας διπλή υπηκοότητα, μια στο βασίλειο των υγιών και μια στο βασίλειο των αρρώστων. Αν και όλοι μας προτιμάμε να χρησιμοποιούμε μόνο το διαβατήριο του υγιούς, αργά ή γρήγορα καθένας από εμάς υποχρεώνεται, τουλάχιστον για ένα χρονικό διάστημα, να πολιτογραφηθεί υπήκοος του άλλου εκείνου τύπου» (Sontag, 1991).



Οι έννοιες της υγείας, της ασθένειας και της ιατρικής σε όλη την διάρκεια της ιστορικής πορείας συνδέονται στενά με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, συνιστώντας κοινωνικά φαινόμενα. Κατά αντίστοιχο τρόπο, οι θεωρίες και οι αντιλήψεις που αναπτύσσονται σχετικά με τις έννοιες της υγείας-ασθένειας και ιατρικής σε κάθε εποχή έχουν άμεση σχέση με τις κοινωνικό-οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες που επικρατούν στον χώρο-χρόνο σε μια σχέση δυναμικής αλληλεπίδρασης δεδομένου ότι ένα πλήθος κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτιστικών, περιβαλλοντολογικών και άλλων παραγόντων επιδρούν στην υγεία και στην ασθένεια. Επίσης, ο τρόπος οργάνωσης της ιατρικής επιστήμης σε μια κοινωνία σχετίζεται με τις ισχύουσες κοινωνικές σχέσεις, δομές και θεσμούς και γενικότερα με την οργάνωση της ευρύτερης κοινωνικής ζωής. (Καδδά, 2005) Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην *υποκειμενικότητα* του ασθενή: έτσι η προσοχή στρέφεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, καθώς και στις αντιλήψεις που έχει για την ασθένεια και τη θεραπεία αυτής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Πολλαπλές μελέτες έχουν αποκαλύψει πέντε υπάρχουσες ιδιότητες των αναπαραστάσεων για τις ασθένειες ξεκινώντας από το απλό κρυολόγημα μέχρι τον βαριάς μορφής καρκίνο (π.χ. Lau & Hartman, 1983; Petrie & Weinman, 1997; Skelton & Croyle, 1991). Οι ιδιότητες αυτές είναι : η *Ταυτότητα* της ασθένειας (π.χ. συμπτώματα και μορφή), ο *Χρόνος* (εκδήλωσης, διάρκειας ή ανάρρωσης), οι *Αιτίες* που γίνονται αντιληπτές (π.χ. μικρόβια, γενετικοί παράγοντες), οι *Συνέπειες* (π.χ.

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ &amp; ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

θάνατος, δυσλειτουργία, πόνος, οικονομικές επιβαρύνσεις) και η *Δυνατότητα Ελέγχου* της ασθένειας. Το περιεχόμενο και η οργάνωση των πληροφοριών για τις παραπάνω ιδιότητες των ασθενειών μπορούν να ποικίλουν στους ασθενείς, επιτρέποντας τη δημιουργία διαφορετικών υποκειμενικών αντιλήψεων σχετικά με την ασθένεια και την υγεία (*Contrada & Ashmore, 1999*)

Από την άλλη μεριά, υπάρχει ένα πλήθος μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία που επιβεβαιώνει τη μακρόχρονη σχέση ανάμεσα στην Υποκειμενική Αντίληψη για την Υγεία (Self-Reported Health/ SRH) , τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (*Kaplan & Camacho, 1993*). Όπως σημειώνουν οι *Mantzavinis, Pappas, Dimoliatis & Ioannidis*, η SRH είναι ένας σημαντικός δείκτης της συνολικής ευζωίας που μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλες παραμέτρους (2005). Επιπλέον, οι *DeSalvo, Fan, McDonell, & Fihn (2005)* που συνέκριναν μίας και πολλαπλών ερωτήσεων μετρήσεις της γενικής SRH για να προβλέψουν τη θνησιμότητα και τις κλινικές ενδείξεις σε ένα μεγάλο πληθυσμό βετεράνων ασθενών, βρήκαν ότι οι ασθενείς που αναφέρουν «φτωχή» SRH συγκεντρώνουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να πεθάνουν ή να χρειαστούν εντατική φροντίδα υγείας συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες με καλή ή εξαιρετική SRH. Οι *Mukamal, Ding, & Djousse (2006)* βρήκαν, επίσης, ότι η χαμηλή SRH συσχετίζεται με αυξημένη χρήση φαρμάκων και σε μελέτη των *Malmstrom, Sundquist, & Johansson (1999)* με ένα δείγμα 9.240 συμμετεχόντων ηλικίας 25 έως 74 χρόνων βρέθηκε ότι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όσο και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο συσχετίζονται σημαντικά με την SRH. Τέλος, οι *Pikhart, Bobak, Rose, & Marmot (2003)* σημειώνουν ότι η SRH δεν εξαρτάται μόνο από ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες αλλά και από τις υλικές , οικονομικές απολαβές.

## 3.2. Ιστορική αναδρομή

### Πνευματιστικές πεποιθήσεις

Είναι γνωστό ότι ο άνθρωπος στα πρώτα χρόνια της ζωής του θεωρούσε τα αντικείμενα και φαινόμενα (πέτρα, δένδρο) και τα γεγονότα (καταιγίδα) ως περικλείοντα ζωή και βούληση. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές η ασθένεια οφειλόταν σ' ένα πνεύμα (spirit of the illness) το οποίο εισερχόταν στο ίδιο το άτομο ή σε κάποια άλλη μεγαλύτερης ισχύος δύναμη, προερχόμενη από άλλο άτομο ή το δαίμονα. Έτσι η θεραπεία της ασθένειας εστιάστηκε στην προσπάθεια εξουδετέρωσης των πνευμάτων αυτών είτε μέσω συμφωνίας με το δαίμονα είτε μετά από επίκληση καλοκάγαθων δυνάμεων (θεοτήτων). Αποτέλεσμα της επικράτησης τέτοιων αντιλήψεων ήταν η εμφάνιση των μάγων, που εξιλέωναν τα πνεύματα χρησιμοποιώντας μαγικές μεθόδους ή συγκρούοντουσαν με τα κακά πνεύματα που προκαλούσαν την ασθένεια.

Τις πνευματιστικές - μαγικές (animistic-magic) αυτές αντιλήψεις δεν τις συναντάμε μόνο στον πρωτόγονο άνθρωπο, αλλά και σε όλες τις επόμενες εποχές. Στη Μινωική περίοδο η επίκληση του θείου για την ίαση της ασθένειας ή την αποτροπή του κακού περιλάμβανε τις επωδές (ξόρκια), τους εξορκισμούς, τη χρήση περιάπτων (φυλακτών) και σφραγίδων και τους εξαγνισμούς (νερά καθαρμών). Η επωδή που είναι γνωστή σήμερα στην Ελλάδα ως ξόρκι και στην Κρήτη ως γητειά, αποτελεί ένα είδος λόγου που απευθύνεται σε δαιμονικές δυνάμεις, οι οποίες στη συνείδηση του δεισιδαιμονικού ανθρώπου παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή του. Τα φυλακτά ήταν αντικείμενα κατασκευασμένα από διάφορα υλικά (χρυσό, ασήμι, λίθους κλπ.) τα οποία κρεμούσαν οι άνθρωποι στο λαιμό τους, για να προστατευθούν από τις ασθένειες και τα άλλα κακά. Οι σφραγίδες αντιπροσώπευαν την κυριότητα κάποιου αντικειμένου ή την αυθεντικότητα κάποιου προϊόντος. Στο Μεσαίωνα οι ασθένειες της ψυχής και του σώματος ερμηνευόντουσαν ως αποτέλεσμα της επίδρασης δαιμόνων και μαγισσών (Δετοράκης, 1979).

Στις μέρες μας οι πνευματιστικές-μαγικές αντιλήψεις δεν έχουν εξαφανιστεί και διατηρούνται με διάφορες μορφές σε αρκετά μέρη του κόσμου. Όλοι έχουμε ακούσει για το κακό μάτι (evil eye) ή το μάτιασμα ενός ατόμου από ένα άλλο. Στην Κρήτη το μάτιασμα είναι γνωστό ως «θιαρμός» και μέχρι σήμερα διατηρείται η συνήθεια της επίκλησης του Θείου για την απομάκρυνση του κακού με τη χρησιμοποίηση πετσέτας, αλατιού, ακολουθώντας συγκεκριμένη τελετουργία και

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

αναφορά ειδικής "γητειάς". Επίσης, γητειές χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα, αραιότερα φυσικά απ' ότι στο παρελθόν, για τη θεραπεία της ασθένειας. Αλλά και η χρήση των φυλακτών και σφραγίδων διατηρείται μέχρι τις μέρες μας στην Κρήτη. Συνήθως τα φυλακτά αποτελούνται από σταυρό ή υλικά από τους Αγίους Τόπους αλλά και από άλλα αντικείμενα (π.χ. "χαχάλες"- δαγκάνες καβουριών). Ακόμη και σήμερα γυναίκες κρεμούν από το λαιμό τους γαλαζόπετρες επειδή πιστεύεται ότι έχουν σχέση με τη γαλουχία.

Την πνευματιστική - μαγική αυτή αντίληψη ακόμη τη συναντάμε στη στάση και στη συμπεριφορά των ασθενών απέναντι στο γιατρό. Την βλέπουμε όταν ο ασθενής μ' επιμονή ζητά από το γιατρό "να του γράψει μια συνταγή δηλαδή κάποιο φάρμακο, από το οποίο αυτός περιμένει τη θεραπεία. Η ερώτηση "δεν θα μου γράψετε τίποτε να πάρω, γιατρέ;", ως και το σχόλιο "ο γιατρός δε μου 'δωσε τίποτε, πως θα γίνω εγώ καλά χωρίς φάρμακο", ακούγονται πολύ συχνά και στις μέρες μας και δείχνουν ότι οι ασθενείς επιθυμούν κάποιο μαγικό. Τέλος την μαγική σκέψη των ασθενών μπορούμε ακόμη να την αντιληφθούμε στις περιπτώσεις εκείνες που ασθενείς κατηγορούν τους γιατρούς των ότι δεν τους έκαναν καλά. Ο γιατρός δέχεται τις κατηγορίες αυτές, αφού θεωρείται από τους ασθενείς ως ένας μάγος (magician). Το σχόλιο "Ο γιατρός δεν έκανε αυτά που ο ίδιος μπορούσε", το οποίο συχνά ακούμε στους διαδρόμους των νοσοκομείων, αντανakλάται η πρωτόγονη πίστη ότι ο γιατρός μπορεί να ελέγξει την αρρώστια.

### **Θρησκευτικές πεποιθήσεις**

Η στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ατόμων βασισμένη ερμηνεία της ασθένειας, θεωρεί τις σωματικές διαταραχές ως προμελετημένη παρέμβαση Θεότητας. Η πεποίθηση αυτή, η οποία αποτελεί προϊόν της ανάπτυξης του μονοθεϊσμού και της θρησκευτικής ηθικής, μοιάζει με τις προηγούμενα αναπτυγμένες πνευματιστικές-μαγικές αντιλήψεις περί ασθένειας, σύμφωνα με τις οποίες η ασθένεια είναι ένα αυστηρά προσωπικό γεγονός και αντιπροσωπεύει το ενδιαφέρον κάποιου παράγοντα που βρίσκεται έξω από τον ασθενή. Σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις η ασθένεια αποτελεί ένα δώρο από το Θεό και ένα σημάδι της εκτίμησης ή της μομφής του. Επίσης μπορεί να θεωρηθεί ως μια δοκιμασία που στέλνεται από το Θεό σ' ένα άτομο, με σκοπό να δοκιμάσει την καρτερία ή την αντοχή του, ή και ως τιμωρία για την ηθική ή πνευματική έκπτωσή του, καθώς και

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

για τις αμαρτίες του. Αποτέλεσμα των αντιλήψεων αυτών είναι ο ασθενής να καταφεύγει στην προσευχή, στον ιερέα ή στην εκκλησία, μετανοώντας για τις αμαρτίες που έκανε και που θεωρεί υπεύθυνες για την τιμωρία του και ζητώντας "συγχώρεση" από το Θεό.

Οι θρησκευτικές αντιλήψεις στις μέρες μας είναι συχνά αναμειγμένες μ' ανάλογες πνευματιστικές - μαγικές, "ταξίμάτων" (επάργυρων, επίχρυσων) αφιερωμάτων δηλαδή στις εικόνες Αγίων με περιεχόμενο μορφές ανθρωπίνου σώματος, μέλους η οργάνου. Τα "ταξίματα" αυτά φαίνεται ότι έλκουν την καταγωγή τους από τα αρχαία ελληνικά αναθήματα, τα οποία πρόσφεραν ασθενείς στα Ασκληπιεία.

### **Επιστημονικές πεποιθήσεις**

Με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της επιστήμης, η ανθρώπινη σκέψη γίνεται πλέον ορθολογική. Ο άνθρωπος τώρα ασπάζεται την ορθολογική και επιστημονική άποψη σχετικά με την ασθένεια, υιοθετώντας τις καινούριες ανακαλύψεις της ιατρικής επιστήμης. Η επιστημονική προσέγγιση της ασθένειας έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με τις προηγούμενα εκτεθείσες, δηλαδή την πνευματιστική-μαγική και την θρησκευτική και αποτελεί εξέλιξη των τελευταίων εκατό ετών, αν και οι βάσεις που αφορούν την προέλευση των αρρώστιας, την ταξινόμησή της και τη θεραπεία της τέθηκαν μετά από συστηματική ανάλυση από τον Ιπποκράτη και τον Αριστοτέλη. Οι επιστημονικές αυτές πεποιθήσεις σχετικά με τη φύση της αρρώστιας δεν έμειναν σταθερές τους τελευταίους δύο αιώνες και παρακολούθησαν τις συνεχείς εξελίξεις-αλλαγές της ιατρικής επιστήμης. Στις αρχές του 19ου αιώνα η συγκέντρωση αρρώστων στα νοσοκομεία δίνει ώθηση στην κλινική παρατήρηση, στην περιγραφή της αρρώστιας και την ταξινόμησή της.

Συγκεκριμένα, η προσοχή στην περίοδο αυτή μετατοπίζεται από το άρρωστο άτομο στην αρρώστια (Doyal, 1979). Σιγά-σιγά στα μέσα του 19ου αιώνα και ως αποτέλεσμα της μελέτης των παθολογο-ανατομικών διεργασιών της αρρώστιας, αρχίζει αυτή να θεωρείται όχι ως μια συνολική διαταραχή του οργανισμού αλλά ως αποτέλεσμα μιας εντοπισμένης βλάβης (Ackemecht, 1982). Οι θεαματικές εξελίξεις στο χώρο των βασικών επιστημών, το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, οδήγησαν το κέντρο του ενδιαφέροντος από το νοσοκομειακό κρεβάτι στο εργαστήριο. Σημαντική ώθηση στην ιατρική επιστήμη την εποχή αυτή έδωσε η χρησιμοποίηση του μικροσκοπίου και η πειραματική έρευνα. Η αρρώστια τώρα



ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

αρχίζει να θεωρείται αποτέλεσμα διαταραγμένης παθοφυσιολογικής λειτουργίας. Όλες οι παραπάνω εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης στη διάρκεια του 19ου αιώνα οδήγησαν στην ανάπτυξη μιας θεωρίας, της συγκεκριμένης αιτιολογίας νοσημάτων, που βασιζόταν κυρίως στα βιολογικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας .

Βέβαια η θεωρία αυτή αδυνατούσε να εξηγήσει την αιτιολογία μιας σειράς νοσημάτων, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο καρκίνος, οι ψυχικές διαταραχές. Οι πολλές επιδημιολογικές μελέτες, που ακολούθησαν, έδειξαν ισχυρή συσχέτιση της αρρώστιας με πολλούς παράγοντες, όπως τις συνήθειες του ατόμου (διατροφή, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος), το επαγγελματικό και εργασιακό περιβάλλον



κ.ά. Η θεώρηση της αιτιότητας στην επιδημιολογία (αλλά και στην προληπτική ιατρική) απέκτησε στοχαστικό (πιθανολογικό) χαρακτήρα, οδηγώντας τελικά στην ανάπτυξη διάφορων σχηματικών αιτιολογικών υποδειγμάτων (models). Ένα απ' αυτά είναι και εκείνο που περιέγραψε ο *Rothman* σύμφωνα με το οποίο ένα νόσημα προκαλείται πάντα, όταν υπάρχει ένα επαρκές (ή ικανό) αιτιολογικό σύμπλεγμα. Τα νοσήματα που καθορίζονται με αιτιολογικά κριτήρια,

όπως τα λοιμώδη νοσήματα, έχουν συνήθως ένα αιτιολογικό σύμπλεγμα, ενώ τα νοσήματα που καθορίζονται με ορισμένα (μη αιτιολογικά) κριτήρια έχουν συνήθως πολλά επαρκή αιτιολογικά συμπλέγματα. Ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* , όπως αναφέρθηκε , σε μια προσπάθεια του να συμπεριλάβει όλους τους παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στο άτομο και να οδηγήσουν στην αρρώστια, όρισε ως υγεία "την κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας"(1946).

Η σχετικά πρόσφατη επικράτηση της επιστημονικής προσέγγισης της αρρώστιας έρχεται φυσικά σε σύγκρουση με τις αρχαιότερα επικρατούσες της πνευματιστικής-μαγικής και θρησκευτικής. Συχνά όμως παρατηρούμε πνευματιστικές μαγικές αντιλήψεις και θρησκευτικές πίστεις, να συνυπάρχουν με σύγχρονες ιατρικές γνώσεις όχι μόνο στον ίδιο πληθυσμό αλλά και στο ίδιο το άτομο.

### ***Συμπέρασμα***

Συγκαταλέγοντας, η συνύπαρξη αλλά και η αλληλεπίδραση όλων των παραπάνω πεποιθήσεων - πίστεων είναι που προσδιορίζουν τη μοναδική για κάθε άτομο αντίληψη σχετικά με την ασθένεια. Την αντίληψη αυτή του αρρώστου θα πρέπει ν' αναγνωρίσει ο γιατρός, εάν επιθυμεί να διατηρήσει μια ουσιαστική και όχι επιφανειακή σχέση μαζί του. Συχνά ο άρρωστος δεν έχει τις ίδιες ιδέες, απόψεις και γνώσεις με το γιατρό σχετικά με την προέλευση, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, ενώ πολλές φορές αγνοεί και την ανατομία και φυσιολογία του σώματός του. Ακόμη ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να μην είναι ενημερωμένος για την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ενώ αντίθετα είναι αρκετά πιθανό να εξακολουθεί να δέχεται ισχυρές επιδράσεις από επιστημονικές πηγές, που προέρχονται από το τοπικό πολιτιστικό περιβάλλον του (subcultural influences). Η αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων αυτών, σχετικά με την αντίληψη, αναφορικά με την ασθένεια, του αρρώστου, εκτιμάται ότι θα βοηθήσει το γιατρό να κατανοήσει καλύτερα τον άρρωστο του και να σχεδιάσει αποτελεσματικά την θεραπευτική παρέμβασή του.

### ***3.3. Χαρακτηριστικά των Αντιλήψεων για την Ασθένεια***

Πώς είναι να είναι κανείς «ασθενής»; Η ικανότητα μας να φανταστούμε την εμπειρία μιας ασθένειας και να δείξουμε ενσυναίσθηση σε κάποιον που είναι ασθενής είναι αυστηρώς περιορισμένη. Μέχρι τη στιγμή που να βρεθεί κάποιος πραγματικά στο ρόλο του ασθενή, είναι δύσκολο να τοποθετήσει τον εαυτό του στη θέση αυτή. Γενικότερα, το να είναι κάποιος «ασθενής» αποτελεί μια τόσο αναπάντεχη και ανησυχητική εμπειρία που ακόμα και οι γιατροί που ασχολούνται επί καθημερινής βάσεως με τις ασθένειες, αναφέρουν μια νέα ξεχωριστή εμπειρία και αίσθηση από μια ασθένεια όντας οι ίδιοι ασθενείς (*Morse & Johnson, 1991*).

Το φαινόμενο του «πάσχοντος» από κάποιο πρόβλημα υγείας δεν είναι καθόλου απλό: ο κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται σε διαφορετικό χρόνο πότε η υγεία του έχει κλονιστεί, αξιολογεί διαφορετικά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που έχουν εμφανιστεί, αναπαριστά νοητικά με μοναδικό τρόπο την ασθένεια του και διαφορετικές πλάνες στη σκέψη του εμποδίζουν την ορθή εκτίμηση του κινδύνου. Με

άλλα λόγια η γνωστική αναπαράσταση και οι αντιλήψεις για την ασθένεια διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

### ***Διαφορετική ερμηνεία των συμπτωμάτων***

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των συμπτωμάτων από τους ασθενείς. Οι ατομικές διαφορές που σχετίζονται με το όριο ανεκτικότητας για μερικά αισθήματα διαφέρει από άτομο σε άτομο και έτσι ορισμένα άτομα τείνουν να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις εσωτερικές καταστάσεις και να συνειδητοποιούν ευκολότερα τις σωματικές αισθήσεις ή να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε αυτές. Ως αποτέλεσμα, αναγνωρίζουν τις σωματικές αλλαγές πιο γρήγορα απ' ό,τι άλλα άτομα που έχουν την τάση να συγκεντρώνουν την προσοχή τους σε εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο βαθμός προσοχής που δίνει το άτομο στα εσωτερικά ερεθίσματα εξαρτάται εν μέρει από τη φύση ή την ένταση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που είναι παρόντα τη δεδομένη χρονική στιγμή. Επιπλέον, συναισθηματικοί, γνωστικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη των σωματικών αισθημάτων. Για παράδειγμα, αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους, έντασης και φόρτου εργασίας ευνοούν την εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει, ανέχεται και αντιμετωπίζει τα συμπτώματα του.

Βέβαια, η ερμηνεία των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση τους επηρεάζεται από τις παρελθούσες εμπειρίες του ατόμου. Η γνώση την οποία αποκτά από προηγούμενες εμπειρίες σχετικές με προβλήματα υγείας επηρεάζει τις ερμηνείες που αποδίδει στα συμπτώματα και τις αποφάσεις του σχετικά με το πόσο αυτά δικαιολογούν ιατρική παρακολούθηση.

### ***Διαφορετική γνωστική αναπαράσταση της Ασθένειας***

Κάθε άτομο αναπτύσσει ορισμένες ιδέες, γνώμες και απόψεις γύρω από τις διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο σε όσα ακούει, από διάχυτες πληροφορίες που κυκλοφορούν μεταξύ των ανθρώπων, σε όσα διαβάζει σχετικά με τις ασθένειες και όσα μαθαίνει από το ιατρικό προσωπικό, αλλά και σε όσα βιώνει άμεσα και προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τις πληροφορίες αυτές τις χρησιμοποιεί για να κατασκευάσει γνωστικές αναπαραστάσεις σχετικά με τις διάφορες ασθένειες και οι διάφορες παράμετροι που σχετίζονται με αυτές τις αναπαραστάσεις αφορούν στη σοβαρότητα της νόσου (πόσο μεταδοτική είναι, πόσο δύσκολο είναι να θεραπευτεί, ποια μπορεί να είναι η διάρκεια της και σε ποιο βαθμό απαιτεί ιατρική

παρακολούθηση), στην προσωπική ευθύνη του πάσχοντος στην πρόκληση της ασθένειας και της θεραπείας της, στην ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από το ίδιο το άτομο ή από κάποιον ειδικό και στη δυνατότητα επηρεασμού της πορείας της αρρώστιας, γεγονός που εξαρτάται από την απρόβλεπτη εξέλιξη των συμπτωμάτων (Turk et al., 1986).

Επίσης, η γνωστική αναπαράσταση κάθε ασθένειας διαμορφώνεται σημαντικά και από το συμβολικό περιεχόμενο που αποδίδεται στην ονομασία της στα πλαίσια ενός πολιτισμού. Για παράδειγμα, η λέξη «καρκίνος» έχει για πολλούς ανθρώπους ιδιαίτερη συμβολική, μεταφορική σημασία, σε βαθμό που μερικοί να φοβούνται απλώς να την προφέρουν. Στην κοινή αντίληψη, η διάγνωση της ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη, ακρωτηριασμό και αναπηρία.

Συμπερασματικά, η εμπειρία της ασθένειας και η αντίδραση του ατόμου σε αυτήν εξαρτάται αρχικά από την αντίληψη των συμπτωμάτων. Η διαδικασία με την οποία το άτομο βιώνει τα συμπτώματα είναι σύνθετη, επηρεαζόμενη όχι μόνο από την οργανική κατάσταση, αλλά και από τη συναισθηματική διάθεση, τη μάθηση, από γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Όμως το άτομο δεν βιώνει μεμονωμένα συμπτώματα· τα οργανώνει σε ένα σύνολο και τα ερμηνεύει σύμφωνα με ορισμένες γνωστικές αναπαραστάσεις που έχει σχετικά με διάφορες ασθένειες. Αυτές οι αναπαραστάσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς προσανατολίζουν το άτομο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και στην αναζήτηση βοήθειας για την αποκατάσταση της υγείας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

### ***3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την Ασθένεια***

Κάθε άτομο αναπτύσσει κάποιες απόψεις ή αντιλήψεις σχετικά με διάφορες ασθένειες, βασιζόμενο κυρίως σε όσα έχει ακούσει ή διαβάσει γι' αυτές και σε όσα βιώνει προσωπικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές της υγείας του θεωρείται μια από τις κυριότερες κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας. Η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ασθένειας του εξαρτάται και επηρεάζεται από τα εκάστοτε πολιτισμικά δεδομένα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται και συντελούν στην διαφοροποίηση της

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

συμπεριφοράς ενός ατόμου -κατά τη διάρκεια της ασθένειας του- είναι το φύλο του, οι διάφορες όψεις της προσωπικότητάς του, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Οι υποκειμενικές αντιδράσεις στην ασθένεια περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται και υπολογίζει διαφορετικά τα συμπτώματα μιας ασθένειας δημιουργώντας παράλληλα μια συμπεριφοράς απέναντι σ' αυτή (Ραβάνης, 1995). Ο ορισμός της αρρώστιας ποικίλλει από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον ορισμό της ασθένειας, όπως αυτή δίνεται από το ίδιο το άτομο και όχι από τον γιατρό.

Ο πολιτισμός (culture) παίζει ίσως τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων (ή στάσεων) σε σχέση με την ασθένεια και την υγεία του πληθυσμού (Μουζάς και συνεργάτες, 2008 ). Οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αναπτύσσουν διάφορες ομάδες ενός πληθυσμού, όπως συνήθειες, πεποιθήσεις, γλώσσα, ασκούν σημαντικές επιδράσεις στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ατόμων σχετικά με την ασθένεια. Σύμφωνα με τον Saunders (1953), οι συνήθειες-πεποιθήσεις αυτές, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγει και τις δραστηριότητες λαϊκής ιατρικής (folk medicine), παίζουν ένα σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στη διαμόρφωση των στάσεων των ατόμων σχετικά με την ασθένεια, αλλά και της συμπεριφοράς τους όσον αφορά τη θεραπεία της.

Από την άλλη μεριά, δραματικός είναι ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την ασθένεια από το άτομο. Τα άτομα που αναπτύσσονται σε παρόμοιο κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον και που ανήκουν στην ίδια κοινωνική τάξη, δεν έχουν πάντα την ίδια αντίληψη της ασθένειας.

Οι διαφορετικές αντιλήψεις των ατόμων σε σχέση με την ασθένεια εξηγούνται από τις διαφορές τους σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου και οι αντιδράσεις αυτού στις διάφορες καταστάσεις.

Ο Mechanic θεωρεί ότι οι παρακάτω παράγοντες ερμηνεύουν τους διαφορετικούς ορισμούς της ασθένειας (1966):

- α. Ο αριθμός και η επιμονή των συμπτωμάτων.
- β. Η ικανότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα.
- γ. Η συνειδητοποιούμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.
- δ. Η έκταση της κοινωνικής και φυσικής ανικανότητας που προέρχεται από τα

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

συμπτώματα.

ε. Οι πολιτιστικές αντιλήψεις του ατόμου.

στ. Η διαθέσιμη πληροφορία και οι υπάρχουσες γνώσεις σε σχέση με την υγεία.

Όπως γίνεται εμφανές από τα παραπάνω, η ίδια η προσωπικότητα φέρει τη σφραγίδα της στις διάφορες αντιλήψεις των ασθενών. Η προσωπικότητα (personality) είναι μια ψυχολογική έννοια και υπονοεί ότι κάθε άτομο έχει μια μοναδική και σταθερή δομή ή οργάνωση αναγκών, συναισθημάτων και συνηθειών. Συγκεκριμένα, είναι μια σύνθεση ιδιοσυστατικών (γενετικών) και περιβαλλοντικών (μαθησιακών) παραγόντων. Εκπροσωπεί ένα ευρύ όρο περιλαμβάνοντας παράγοντες όπως ευφυΐα, στάσεις, κίνητρα και συνειδητές-ασυνειδητές σκέψεις (Blum, 1960). Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις, αρκετοί παράγοντες από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, ψυχολογικά δρώντες, επηρεάζουν την αντίληψη που αυτό διαμορφώνει σε σχέση με την ασθένεια. Ο Blum σημειώνει την ύπαρξη κινήτρων σε ένα άτομο, που οδηγούν στην επιβολή μιας αναπόδεικτης ασθένειας, ο Blum ιδιαίτερη σημασία στη διαμόρφωση της αντίληψης για την ασθένεια έχουν οι παρακάτω Ψυχολογικοί παράγοντες:

α. Προτεραιότητα της προσοχής (priority of attention).

β. Υποχονδρίαση (hypochondriasis).

γ. Ευαισθητοποίηση (sensitization).

δ. Εξάρτηση (dependency).

ε. Ενοχή (guilt).

στ. Άρνηση (denial).

Επιπροσθέτως, στην διαμόρφωση των αντιλήψεων για την υγεία μπορούν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο διάφοροι άλλοι παράγοντες δημογραφικοί, όπως είναι η ηλικία ή το φύλο αλλά και η ίδια η οικογένεια που αποτελεί πηγή διαμόρφωσης και εμφύσησης πολλών άλλων άρχων και αντιλήψεων για το άτομο (Μουζάς, 2008).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι η συνειδητοποίηση της ασθένειας από το άτομο βασίζεται στην εμπειρία των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα βασίζεται στις πεποιθήσεις (beliefs) και ιδέες, που τα άτομα έχουν σχηματίσει για τα συμπτώματα αυτά δηλαδή εάν συνδέονται με την ασθένεια ή είναι ασήμαντα και φυσιολογικά. Πολιτιστικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν ένα σύμπλεγμα, που επιδρά πάνω στο άτομο και διαμορφώνει τις

**ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

πεποιθήσεις του, όσον αφορά τα συμπτώματα και τελικά τις αντιλήψεις του για την υγεία και την ασθένεια (Τούντας, 2000).

# *Μέρος Δεύτερο*





# 1. Η Μέθοδος

## 1.1. Ερευνητική Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το φθινόπωρο του 2009.

Σκοπός της έρευνας μας ήταν να εντοπιστούν οι πιθανές σχέσεις μεταξύ της Θρησκευτικότητας, των αντιλήψεων που φέρει το άτομο για την ασθένεια και την υγεία του και της έκβασης της ασθένειας του. Η πρώτη υπόθεση μας, λοιπόν, ήταν ότι η θρησκευτικότητα και οι αντιλήψεις για την Υγεία και την ασθένεια συσχετίζονται μεταξύ τους και η δεύτερη ότι οι δύο αυτές μεταβλητές μπορούν να συσχετίζονται με έκβαση της ασθένειας (Καρδιακή Πάθηση).

Για τη συγκέντρωση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια υπό επίβλεψη σε περίπτωση ύπαρξης αποριών και ανάγκης και περαιτέρω αποσαφηνίσεις.

### Ψυχομετρικά εργαλεία

**Θρησκευτικότητα.** Το *Intrinsic Sudecale from the Religion Orientation Scale* των Allport και Ross (1967) χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει την εσωτερική θρησκευτικότητα. Η συγκεκριμένη κλίμακα μέτρησης περιέχει 9 στοιχεία (π.χ. Οι θρησκευτικές μου αντιλήψεις είναι πίσω από όλη τη στάση μου για τη ζωή: Cronbach's  $\alpha = .92$ ). Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, στην οποία η υψηλότερη βαθμολογία συσχετίστηκε με υψηλότερη θρησκευτικότητα. Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε καθώς έχει αποδειχτεί θεωρητικά και επιστημονικά κατάλληλη (Donahue, 1995).

**Εκκλησιασμός.** Η συχνότητα του εκκλησιασμού καθορίστηκε από ερωτήσεις συγκεκριμένου περιεχομένου (π.χ. Πόσο συχνά παρακολουθείτε τη Θεία Λειτουργία στην Εκκλησία;). Τα υποκείμενα της έρευνας έκαναν χρήση πεντάβαθμης κλίμακας Likert η οποία κυμαινόταν από το 1 (1-2 φορές το χρόνο ή και λιγότερο) μέχρι το 5 (Σχεδόν κάθε εβδομάδα).

*Αντιλήψεις σχετικά με την Ασθένεια.* Το Illness Cognition Questionnaire (ICQ) αναπτύχθηκε από τους Evers et al. (2001) και χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει τις βασικές αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια. Το ερωτηματολόγιο ICQ περιλαμβάνει 3 βασικές αντιλήψεις που αντικατοπτρίζουν τους βασικούς τρόπους εκτίμησης του χαρακτήρα της ασθένειας: α) την *αβοηθητότητα*, η οποία εστιάζει στην μη ελέγξιμη φύση της ασθένειας και στις αρνητικές επιπτώσεις που έχει στην καθημερινή λειτουργικότητα (6 στοιχεία, π.χ. 'Η ασθένεια μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος' Cronbach's  $\alpha = .902$ ), β) την *αποδοχή*, η οποία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βελτιώνουν την αρνητική νοσηματοδότηση της ασθένειας αναγνωρίζοντας την πραγματικότητα και, την ίδια στιγμή, πιστεύοντας στην ικανότητα τους να ζήσουν με αυτήν (6 στοιχεία, π.χ. 'Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου': Cronbach's  $\alpha = .82$ ) και γ) τα *οφέλη*, τα οποία σχετίζονται με τη θετική νοσηματοδότηση της ασθένειας εστιάζοντας στις αναμφίβολες θετικές συνέπειες της (6 στοιχεία, π.χ. 'Η αντιμετώπιση της ασθένειας μου με έχει κάνει δυνατότερο άνθρωπο', Cronbach's  $\alpha = .932$ ).

Αρχικά τα άτομα ενημερώθηκαν για την έρευνα, τον σκοπό της καθώς και την ερευνητική διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθήσει. Ύστερα από γραπτή συγκατάθεση του κάθε ασθενή για τη συμμετοχή του στην έρευνα, ένας υπεύθυνος της έρευνας πραγματοποιούσε μια συνέντευξη διάρκειας εικοσιπέντε (25) λεπτών στον ασθενή σε ένα δωμάτιο του νοσοκομείου ή σε κάποιο χώρο του ίδιου του ασθενή: οι ερωτήσεις προέρχονταν από ερωτηματολόγια στα οποία καταγράφονταν άμεσα τα στοιχεία που συλλέγονταν από τους ασθενείς. Σε δεύτερο στάδιο, ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε ερωτήσεις ενός δεύτερου ερωτηματολογίου, παρόμοιο με το πρώτο (με κάποιες σημαντικές διαφοροποιήσεις) μετά το πέρας 2 μηνών από τη συμπλήρωση του πρώτου.

Η ανάλυση των δεδομένων μας έγινε με το SPSS 17.00.

## 1.2. Δείγμα

Στην έρευνα που ακολουθεί έλαβαν μέρος ασθενείς με καρδιακές παθήσεις. Τα άτομα του δείγματος αποτέλεσαν εξωνοσοκομειακοί και ενδονοσοκομειακοί ασθενείς από την Ελλάδα. Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα αποτέλεσαν η ανικανότητα ευφράδειας της ελληνικής γλώσσας, κατανόησης του εθιμοτυπικού της έρευνας ή η διάχυση πληροφοριών σχετικά με την έρευνα. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 61 ασθενείς, 40 άνδρες και 21 γυναίκες. Όλοι ήταν ενταγμένοι στην Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία.

Ο μέσος όρος Ηλικίας ήταν 60.78 έτη (ΤΑ= 13.61). Η πλειοψηφία (N=12) έπασχε, γενικά από Στεφανιαία νόσο, 9 ασθενείς είχαν αναφέρει κάποιας μορφής βαλβιδοπάθειας, 8 έπασχαν από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, 5 ασθενείς έπασχαν από καρδιακή ανεπάρκεια και 5 ακόμα έπασχαν από κάποιας μορφής αρρυθμίας. Ασθένειες και επεμβάσεις που αναφέρθηκαν ακόμη ήταν η επέμβαση bypass, μυοκαρδιοπάθειες και στηθάγχη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία (N=43) από τους ασθενείς ανέφεραν πως ήταν έγγαμοι, 10 ασθενείς ανέφεραν πως συγκατοικούσαν με το σύντροφο τους, 4 πως ήταν διαζευγμένοι και ακόμη 4 δήλωναν άγαμοι.

**Πίνακας (1): Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο**

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%(ΠΟΣΟΣΤΑ)
ΑΝΔΡΑΣ	40	65.6
ΓΥΝΑΙΚΑ	21	34.4
ΣΥΝΟΛΟ	61	100.0

Πίνακας (2): Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>61</b>
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	60.7869
<b>ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (S.D.)</b>	13.61019
<b>MINIMUM</b>	22.00
<b>MAXIMUM</b>	89.00

Πίνακας (3): Κατανομή του δείγματος ως προς τη νοσηλεία

<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	51	83.6
<b>ΟΧΙ</b>	10	16.4
<b>ΓΕΝΙΚΟ</b>	61	100.0

**Πίνακας (4): Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης.**

<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	27	44.3
<b>ΟΧΙ</b>	34	55.7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	61	100.0

**Πίνακας (5): Κατανομή του δείγματος ως προς την εκπαίδευση**

<b><u>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ</u></b> <b><u>ΕΠΙΠΕΔΟ</u></b>	<b><u>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</u></b>	<b><u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u></b>
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	7	11.5
<b>ΤΡΙΤΑΞΙΟ</b> <b>ΓΥΜΝΑΣΙΟ</b>	20	32.8
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	8	13.1
<b>ΑΝΑΛΟΓΕΣ</b> <b>ΣΧΟΛΕΣ</b>	16	26.2
<b>ΤΕΙ</b>	3	4.9
<b>ΑΕΙ</b>	3	4.9
<b>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ</b>	4	6.6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	61	100.0

### 1.3. Αποτελέσματα

Σαν αρχικό στάδιο της επισήμανσης των αποτελεσμάτων από την έρευνα μας πραγματοποιείται έλεγχος αναφορικά με τη μεταβλητή του Φύλου (Ανδρας-Γυναίκα), έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι αυτή δεν διαδραματίζει κανένα ρόλο και δεν επιδρά στα αποτελέσματα. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε ως ένα σημείο να δείξουμε πως τα αποτελέσματα μας έχουν προέλθει μόνο από τις μεταβλητές που μελετάμε (Θρησκευτικότητα, Αντιλήψεις για την Ασθένεια). Το T-test θεωρήθηκε ως το πλέον κατάλληλο προς αυτήν την κατεύθυνση καθώς είναι σε θέση να συγκρίνει τις διαφορές ανάμεσα στα δύο ομάδες υποκειμένων (2 φύλα) και εφόσον οι διαφορές μεταξύ αυτών αποδειχτεί πως είναι ασήμαντες (όπως φαίνεται και στον πίνακα), θα είναι εμφανές πως τα αποτελέσματα δεν θα έχουν επηρεαστεί από την μεταβλητή του φύλου.

**Πίνακας (6): T-test (ως προς το φύλο)**

	ΦΥΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	Μ.Ο.	T	P
<b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	40	3.6556	-.913	.365
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21	3.9577	-.953	.345
<b>ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΜΟΣ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	40	3.0500	-1.437	.156
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21	3.5714	-1.488	.144
<b>ΑΒΟΗΘΗΤΟΤΗΤΑ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	39	1.8034	-1.643	.106
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21	2.1429	-1.609	.116
<b>ΑΠΟΔΟΧΗ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	40	2.7417	1.547	.127
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21	2.4683	1.668	.101
<b>ΟΦΕΛΗ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	40	2.5708	.400	.691
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21	2.4762	.391	.698

Από τον Πίνακα(6) διακρίνουμε ότι με  $P < 0,05$  οι διαφορές στα δύο φύλα δεν θεωρούνται σημαντικές.

**ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Επόμενη σημαντική παράμετρος στην έρευνα μας αποτέλεσε η διαπίστωση ύπαρξης ή μη σχέσης μεταξύ της νοσηλείας και των υπόλοιπων μεταβλητών. Συγκεκριμένα στο δείγμα μας, 51 συμμετέχοντες αναφέρουν πως έχουν νοσηλευτεί τουλάχιστον μία φορά λόγω της καρδιακής πάθησης του, ενώ οι υπόλοιποι 10 συμμετέχοντες δε αναφέρουν κάποιο σχετικό ιστορικό νοσηλείας.

**Πίνακας (7): T-test (ως προς τη νοσηλεία)**

	ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	Μ.Ο	t	P
<b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	ΝΑΙ	51	3.6906	-.991	.326
	ΟΧΙ	10	4.1111	-.929	.371
<b>ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΜΟΣ</b>	ΝΑΙ	51	3.2549	.327	.745
	ΟΧΙ	10	3.1000	.327	.749
<b>ΑΒΟΗΘΗΤΟΤΗΤΑ</b>	ΝΑΙ	51	1.9933	1.612	.112
	ΟΧΙ	10	1.5667	2.001	.062
<b>ΑΠΟΔΟΧΗ</b>	ΝΑΙ	51	2.6830	.942	.350
	ΟΧΙ	10	2.4667	.956	.356
<b>ΟΦΕΛΗ</b>	ΝΑΙ	51	2.6405	2.130	.037**
	ΟΧΙ	10	2.0167	2.092	.057

Από τον πίνακα(7) φαίνεται στατιστικά σημαντική ( $P < 0,05$ ) η σχέση νοσηλείας με τα αναφερόμενα από το άτομο οφέλη (benefit). Με άλλα λόγια, όσοι συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν, ανέφεραν περισσότερα οφέλη για την ασθένεια τους.

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Τις παραπάνω δράσεις ακολούθησαν οι συσχετίσεις (correlations) των μεταβλητών της έρευνας με δείκτη συσχέτισης Pearson (r):

**Πίνακας (8): Pearson (r), Συσχετίσεις**

	<i>Pearson(r)</i>	<i>ΕΣ.ΘΡΗΣΚ</i>	<i>ΕΚΚΛ</i>	<i>ΑΒΟΗΘ</i>	<i>ΑΠΟΔ</i>	<i>ΟΦΕΛΗ</i>
<b><i>ΕΣ.ΘΡΗΣΚΕΥΤ</i></b>	Συσχέτιση	1	.736**	.120	.052	.180
	N	61	61	60	61	61
<b><i>ΕΚΚΛ</i></b>	Συσχέτιση	.736**	1	.086	.125	.323*
	N	61	61	60	61	61
<b><i>ΑΒΟΗΘΗΤ</i></b>	Συσχέτιση	.120	.086	1	-.334**	-.082
	N	60	60	60	60	60
<b><i>ΑΠΟΔΟΧΗ</i></b>	Συσχέτιση	.052	.125	-.334	1	.500**
	N	61	61	60	61	61
<b><i>ΟΦΕΛΗ</i></b>	Συσχέτιση	.180	.323*	-.082	.500**	1
	N	61	61	60	61	61

\*\* . Στατιστικά σημαντική συσχέτιση με  $P < 0,01$

\* . Στατιστικά σημαντική συσχέτιση με  $P < 0,05$

Από τον πίνακα(8) στατιστικά σημαντικές φαίνονται οι συσχετίσεις της *Εσωτερικής θρησκευτικότητας* και του *Εκκλησιασμού* ( $r=0.736$ ,  $P<0.01$ ), της *Αβοηθητότητας* και της *Αποδοχής* ( $r= -0.334$ ,  $P<0.01$ ), της *Αποδοχής* και των *Οφελών* ( $r=0.500$ ,  $P<0.01$ ) και, τέλος, η συσχέτιση του *Εκκλησιασμού* και των *Οφελών* ( $r=0.323$ ,  $P<0.05$ ).



ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Τέλος, με τη χρήση συσχέτισης Μερικής Συνάφειας είμαστε σε θέση να ελέγξουμε ταυτόχρονα την επίδραση του φύλου και της ηλικίας στα αποτελέσματα μας:

**Πίνακας (9): Μερική συνάφεια.**

		<i>ΕΚΚΛΗΣ</i>	<i>ΕΣ.ΘΡΗΣΚΕΥΤ</i>	<i>ΑΒΟΗΘ</i>	<i>ΑΠΟΔ</i>	<i>ΟΦΕΛΗ</i>
<i>ΕΚΚΛ</i>		1.000	.716	.014	.106	.318
	<i>N</i>	0	56	56	56	56
<i>ΕΣΩΤΕΡ ΘΡΗΣΚΕΥΤ</i>		.716	1.000	.084	-.003	.155
	<i>N</i>	56	0	56	56	56
<i>ΑΒΟΗΘΗΤ</i>		.014	.084	1.000	.322	-.081
	<i>N</i>	56	56	0	56	56
<i>ΑΠΟΔΟΧΗ</i>		.106	-.003	-.322	1.000	.485
	<i>N</i>	56	56	56	0	56
<i>ΟΦΕΛΗ</i>		.318	.155	-.081	.485	1.000
	<i>N</i>	56	56	56	56	0

Σύμφωνα με τον Πίνακα(9) καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δε σημειώθηκε στα αποτελέσματα ύστερα από τον έλεγχο της επίδρασης του φύλου και της ηλικίας.

## 1.4. Ερμηνεία- Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Έχουν εμφανιστεί κατά καιρούς διάφοροι ισχυρισμοί για τη σχέση της θρησκευτικότητας-πνευματικότητας με την Υγεία και τις καρδιακές παθήσεις, με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης, τόσο στα ΜΜΕ όσο και σε ιδιωτικά περιοδικά και εφημερίδες. Αυτοί οι ισχυρισμοί επιβεβαιώνονται μέσα από πλήθος μελετών που υπάρχουν στην βιβλιογραφία οι οποίες έχουν εξετάσει τη σχέση της θρησκευτικής επίδρασης και της έκβασης της ασθένειας και η πλειοψηφία αυτών των ερευνών έχει δείξει πως οι θρησκευόμενοι άνθρωποι τείνουν να είναι πιο υγιείς (Sloan & Bagiella, 2002). Ένα σημαντικό παράγοντα που εξετάζει η έρευνα που περιγράφηκε στα προηγούμενα κεφάλαια είναι η επίδραση των αντιλήψεων για την ασθένεια που διαμορφώνει το άτομο και η σχέση αυτών τόσο με τη θρησκευτικότητα όσο και με την έκβαση των καρδιακών παθήσεων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και για τις τρεις μεταβλητές, παρόλο που οι άντρες του δείγματος αγγίζουν το διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τον αριθμό των γυναικών (40 άνδρες, 21 γυναίκες). Επίσης η διαπίστωση της συσχέτισης μεταξύ της νοσηλείας και των αναφερόμενων από το άτομο οφελών από την ασθένεια, είναι αρκετά σημαντική για τη υπόθεση που προτείνει σχέση μεταξύ των αντιλήψεων για την ασθένεια και την καρδιοπάθεια με Μ.Ο. 2.6405 για αυτούς που νοσηλεύτηκαν και 2.0167 για αυτούς που δεν ανέφεραν νοσηλεία ( $P < 0.05$ ).

Οι συσχετίσεις των μεταβλητών της έρευνας, πέρα από τις αναμενόμενες σημαντικές σχέσεις, προσέφεραν και κάποια σημαντικά στοιχεία που αφορούν τις αρχικές μας υποθέσεις. Συγκεκριμένα, αναφερόμενοι πρώτα στις αναμενόμενες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, η *θρησκευτικότητα* και ο *εκκλησιασμός* φάνηκε να έχουν απόλυτη συσχέτιση ( $r=0,736$ ,  $P < 0.01$ ), πράγμα που σημαίνει πως όσο πιο κοντά στη θρησκεία είναι ο συμμετέχων, τόσο πιο συχνά παρακολουθεί τη θεία λειτουργία ή γενικά εκκλησιάζεται. Επίσης, η *αβοηθητότητα* φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την *αποδοχή* της ασθένειας ( $r = -0.334$ ,  $P < 0.01$ ). Με άλλα λόγια, όσο πιο ανήμπορος νιώθει ο συμμετέχων αναφορικά με την ασθένεια του, τόσο πιο δύσκολο του είναι να την αποδεχτεί. Τέλος, σημαντική στατιστικά συσχέτιση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, έχουν τα

## ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

αναφερόμενα οφέλη με την αποδοχή της ασθένειας, πράγμα εύλογο καθώς όσο περισσότερα οφέλη αναγνωρίζει κανείς από την ασθένεια του, τόσο πιο εύκολο του μοιάζει να την αποδεχτεί καλά. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση των δύο αυτών μεταβλητών θα μπορούσε να χαρακτηριστεί απόλυτη, κάνοντας λόγο για ποιοτικές και όχι ποσοτικές μεταβλητές ( $r= 0.500$ ,  $P<0.01$ ).

Από την άλλη μεριά, όσον αφορά την αρχική υπόθεση της έρευνας μας, για τη σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας- Πνευματικότητας, των αντιλήψεων για την υγεία και την καρδιοπάθεια, σημαντική στατιστικά συσχέτιση παρουσιάζουν ο εκκλησιασμός με τα αναφερόμενα ( $r= 0,32$ ,  $P,0.05$ ). Με άλλα λόγια, σύμφωνα με αυτή τη σχέση, διαπιστώνεται πως όσο πιο συχνά εκκλησιάζονται οι συμμετέχοντες, τόσο πιο πολλά οφέλη ανακαλύπτουν στην ασθένεια τους. Επομένως, φαίνεται η θρησκευτικότητα να επιδρά στις αντιλήψεις που διαμορφώνει το άτομο για την καρδιακή του πάθηση. Κάτι τέτοιο μπορεί, επίσης, σημαίνει, λαμβάνοντας υπόψη τη θετική συσχέτιση της αποδοχής και των οφελών πως ο εκκλησιασμός ως παράγοντας θρησκευτικότητας, επηρεάζοντας θετικά τα οφέλη για την ασθένεια, μπορεί έμμεσα να επηρεάζει την αποδοχή της ασθένειας από το άτομο. Επίσης ο παραπάνω ισχυρισμός μπορεί να διατυπωθεί και διαφορετικά: εάν ισχύει η πιθανότητα σχέσης μεταξύ του εκκλησιασμού και της αποδοχής της ασθένειας, λαμβάνοντας υπόψη την αρνητική συσχέτιση της βοήθητοτητας και της αποδοχής, μπορούμε δειλά να ισχυριστούμε πως η συχνότητα του εκκλησιασμού θα μπορούσε να μειώσει την αίσθηση του αβοήθητου που νιώθει το άτομο όσον αφορά την ασθένεια.

Καταλήγοντας, παρόλες τις πιθανές συσχετίσεις που μπορούν να ξεπροβάλουν από την έρευνα μας, δραματικής σημασίας είναι η συσχέτιση του εκκλησιασμού και των αναφερόμενων οφελών για την ασθένεια, η οποία αναφέρθηκε, και γεγονός είναι πως η συσχέτιση αυτή παρέμεινε ίδια ύστερα και από τον έλεγχο της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων του φύλου και της ηλικίας.

### ***1.5. Περιορισμοί της Μελέτης***

Η έρευνα που περιγράφηκε, ενώ ενθαρρύνει την άποψη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των θρησκευτικών παραγόντων και της υγείας, καθώς και της καρδιοπάθειας γενικότερα, εξηγεί ελάχιστα τον τρόπο με τον οποίο μπορεί η Θρησκευτικότητα- Πνευματικότητα να επιδράσει και να επιφέρει μια καλύτερη έκβαση της καρδιακής

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

νόσου. Κάτι τέτοιο συμβαίνει διότι μια απλή συσχέτιση δεν μπορεί να ταυτιστεί με αιτιώδη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές. Καθώς λοιπόν η έρευνα αποκαλύπτει σημαντικές συσχετίσεις, όπως η συσχέτιση της νοσηλείας με τα αναφερόμενα οφέλη, αλλά και η συσχέτιση του εκκλησιασμού με τα αναφερόμενα οφέλη, είναι αδύνατον να ισχυριστούμε πως υπάρχει αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας είναι πως η σχέση που εξετάζει συνδέεται με ένα ζήτημα πολυπαραγοντικό και εξαρτάται πάντοτε από την κουλτούρα του πληθυσμού που εξετάζουμε. Συγκεκριμένα, το δείγμα της μελέτης προέρχεται από άτομα ελληνικής κουλτούρας και υπηκοότητας, έτσι τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να γενικευτούν και να ανταποκρίνονται και στις υπόλοιπες κουλτούρες της Ευρώπης. Γενικότερα βέβαια, στην Ευρώπη έχουν γίνει λίγες έρευνες σχετικά με τη σχέση των τριών αυτών μεταβλητών και έτσι καμία έρευνα δεν μπορεί να μας παρέχει απόλυτη εγκυρότητα.

Το ενδιαφέρον για την πολιτισμική ποικιλομορφία σημειώθηκε από τους Krause et al οι οποίοι προσέφεραν κάποιες αποδείξεις που εξυπηρετούν τον ισχυρισμό πως η ύπαρξη της σχέσης θρησκευτικότητας και υγείας παρουσιάζει μικρότερη συσχέτιση στην Ιαπωνία απ' ό τι στις ΗΠΑ. Μια πρόταση προς τους ψυχολόγους προς αυτήν την κατεύθυνση θα ήταν η ανάπτυξη και η χρήση πολυδιάστατων μεθόδων μέτρησης της θρησκευτικότητας-πνευματικότητας που να μπορούν να περικλείουν τις σχετικές με την υγεία διαστάσεις της θρησκείας σε ποικίλες πολιτισμικές κατευθύνσεις.

Τέλος, περιορισμό της μελέτης αποτελεί το ίδιο το δείγμα: ο μικρός αριθμός του δείγματος μειώνει τις πιθανότητες γενίκευσης των αποτελεσμάτων (N=61) και καθώς οι άντρες(N=40) είναι σχεδόν διπλάσιοι από τις γυναίκες (N=21), οι πιθανότητες γενίκευσης μειώνονται ακόμα περισσότερο στον γυναικείο πληθυσμό.

## Γενικό Συμπέρασμα

Η ακατανίκητη επιθυμία για θρησκευτική και πνευματική εμπειρία και πίστη και οι συνέπειες αυτής της επιθυμίας για την ανθρώπινη συμπεριφορά συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων μυστηρίων με τα οποία βρίσκεται αντιμέτωπη η ψυχολογία. Παρά τους ωκεανούς λέξεων που έχουν γραφτεί στο πέρασμα των αιώνων, απέχουμε ακόμα πολύ από τις απαντήσεις που θα έριχναν φως στα μυστήρια αυτά. Με βάση τις έρευνες που έχουν παρουσιαστεί σε αυτήν την εργασία, φαίνεται πως είναι σαφές πλέον ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα δεν μπορούν να εξηγηθούν ικανοποιητικά απλώς και μόνο με προσπάθειες αντιμετώπισης του φόβου του θανάτου, ως έκφραση της ανάγκης του ανθρώπου να βρει στον Θεό ή στους Θεούς φανταστικά υποκατάστατα των εγκόσμιων γονέων του, ως νευρωσική απόδραση από τις πραγματικότητες της ζωής ή ως συμπτώματα αρχόμενης ή πραγματικής ψύχωσης. Μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, ακόμα και στο δυτικό κόσμο, πιστεύουν σε μια πνευματική ύπαρξη κάποιου είδους και είναι σημαντικό το ποσοστό των ανθρώπων που αναφέρουν μάλιστα ότι είχαν εμπειρίες που ερμηνεύουν ως μυστικιστικές και θρησκευτικές. Η πεποίθηση αυτή, αντί να υποχωρεί στη Δύση, μπορεί να αντίθετα να εξαπλώνεται ευρύτερα. Η πιο πρόσφατη σφυγμομέτρηση στις Ηνωμένες Πολιτείες (Κέντρο Θρησκευτικών Ερευνών Πρίνστον, 1996) αποκαλύπτει μάλιστα ότι το 96% των ατόμων του δείγματος της μελέτης εκφράζουν σήμερα την πίστη τους στην ύπαρξη του Θεού ή μιας ανώτερης δύναμης, το 90% πιστεύουν στον παράδεισο, το 79% στα θαύματα και το 73% σε κάποια μορφή κόλασης. Το 90% προσεύχονται και το 43% έχουν πάει στην εκκλησία τις τελευταίες επτά ημέρες. Ελάχιστοι άλλοι τομείς της ανθρώπινης πίστης και συμπεριφοράς είναι πιθανό να αποκαλύψουν τέτοια ομοφωνία.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα εγείρουν ζητήματα τόσο σημαντικά για τους ψυχολόγους, που παρά τις ανακρίβειες και τις διαφωνίες στις οποίες προσκρούουμε στο πεδίο αυτό θα συνεχίσουν να έχουν θεμελιώδη σημασία για την κατανόηση της ανθρώπινης σκέψης και συμπεριφοράς. Η πιεστική ανάγκη να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες με διαφορετικές κατευθύνσεις αναφορικά με το θέμα αυτό είναι σαφής. Οι έρευνες αυτές πρέπει αναγκαστικά να

*ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ*

λάβουν υπόψη όχι μόνο τις εξωτερικές, αλλά και τις εσωτερικές πλευρές του ζητήματος, και το κύριο εμπόδιο στη διεξαγωγή τους εξακολουθεί να είναι η προκατάληψη με την οποία βλέπουν πολλοί εκπρόσωποι της επιστήμης το όλο θέμα της θρησκείας ξεχνώντας το ρόλο που συνεχίζει να διαδραματίζει η θρησκεία στη σκέψη και τη συμπεριφορά τόσο στη ζωή των ανθρώπων μεμονωμένα όσο και στην κοινωνία συνολικά.

Επιπλέον, το ζήτημα των Αντιλήψεων σχετικά με την ασθένεια πρέπει να εξεταστεί και αυτό εις βαθών επισημαίνοντας κάθε πτυχή επίδρασης τους και συσχέτισης με την Θρησκεία αλλά και με την Υγεία. Όποιες και αν είναι οι απόψεις μας σχετικά με την υπερβατική διάσταση της θρησκείας και της πνευματικότητας, άνδρες και γυναίκες φαίνεται ότι έχουν μια έμφυτη προδιάθεση να βρίσκουν σε αυτά τα εμπειρικά συστήματα κάποιο νόημα και ένα σκοπό για την ύπαρξη τους, καθώς και έναν κώδικα πεποιθήσεων και αξιών που τους δίνουν ψυχολογική δύναμη, τους στηρίζουν και καθοδηγούν τις πράξεις τους. Παρά τις όποιες δοκιμασίες, ένα πράγμα παραμένει σίγουρο: οι ψυχολόγοι που επιθυμούν να μελετήσουν το ρόλο που έχουν διαδραματίσει και εξακολουθούν να διαδραματίζουν η θρησκεία και η πνευματικότητα στη ζωή των συνανθρώπων τους και οι διαμορφωμένες σε αυτούς αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια, δεν πρέπει να αποθαρρύνονται από φόβους μήπως η δουλειά τους δεν έχει σημασία ή ενδιαφέρον, γιατί το έργο που τους περιμένει είναι σίγουρα σπουδαίο και συναρπαστικό.

# Βιβλιογραφία

- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J.P. Forgas & J.M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189- 203). Amsterdam: North Holland, Elsevier Science.
- Ackernecht, E. (1982). *A Short History of Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins, University Press.
- Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, **5**: 432-443
- Ανδρουλιδάκης, Κ. (1997). *Για τη Θρησκεία, Λόγοι προς τους Μορφωμένους Περιφρονητές της*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The Social Psychology of Religion*. London: Rout & Kegan Paul.
- Bailey, L., & Yates, J., (Eds) (1996). *The Near-Death experience*. New York: Rutledge.
- Bauaam, B., & Γαβρόγλου, Κ. (2005). *Επιστήμη και Θρησκεία. Μια Ιστορική Προσέγγιση*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Bekelman, D.B., Dy, S.M., Becker, D.M., Wittstein, I.S., Hendricks, D.E., Yamashita, T.E. & Gottlied, S.H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Society of General Internal Medicine*, **22**: 470-477.
- Blum, R.H. (1960). *The Patient's Definition of Illness*. In: The Management of the Doctor Patient Relationship. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Brooke, J. H. (1991). *Science and Religion. Some Historical Perspectives*. Cambridge: University Press.
- Bundy, C. (1992). Cardiac disorders. In a Broome (Ed.), *Health psychology: processes and applications*. London: Chapman &Hall.
- Carson, V.B., Soeken, K., & Grimm, P. (1988). Hope and its relationship to spiritual well-being. *J Psychol Theology*, **16**:159-167.
  - Contrada, R.J., & Ashmore, R.D. (1999). *Self, Social Identity and Physical Health*. New York: Oxford University Press.
  - Contrada, R.J., Goyal, T.M., Cather, C., Rafalson, L., & Idler, E.L. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: The



impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, **23**, 227-238.

- Desalvo, K.B., Fan, V.S., McDonnell, M.B., & Fihn, S.D. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*: **40 (4)**: 1234-1246.
- Δετοράκης, Μ.Ε.(1979). Ιστορία της Ιατρικής στην Κρήτη: Από τους Προϊστορικούς Χρόνους μέχρι την Ένωση της Κρήτης με την Ελλάδα. Περίληψη παραδόσεων, *Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης*, Ηράκλειο (18-19).
- Donahue, M.J. (1995). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta- analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, **48**: 400-419.
- Donne, J. (1627). *Προσευχές για Περιστάσεις Έκτακτης Ανάγκης*.
- Doyal, L. (1979). *The Political Economy of Health*. Pluto Press.
- Draper, J.W. (1895). *History of the Conflict between Religion and Science*. Henry S. King & Co.
- 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
- Chaughtart, P. (1965). *Η καρδιά και οι ασθένειαι της*. Αθήνα, Εκδόσεις: I.N. Ζαχαρόπουλος.
- Fontana, D. (2005). *Ψυχολογία, Θρησκεία, Πνευματικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας.
- Fraser, G. E., Beeson, W.L., & Phillips, R.L. (1991). Diet and lung cancer in California Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, **133**:683-693.
- Francis, L., & Robbins, M. (2000). Religion and happiness: a study in empirical theology. *Transpersonal Psychology Review*, **4**: 17-22.
- Freud, S. (1927). *Die Zukunfteiner Illusion*. Gesammelte Werke, Vol. 14, London, 1961.
- Friedlander, Y., Kark, J.D., & Stein, Y. (1986). Religious orthodoxy and myocardial infarction in Jerusalem, a case control study. *Int J Cardiol*. **10**(1):33-41.
  - Gardner, J.W., & Lyon, J.L. (1977). Low incidence of cervical cancer in Utah. *Gynecol Oncol*. **5**(1):68-80.





- Goldbourt, U., Yaari, S., & Medalie, J.H. (1993). Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees: a 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*, **82**:100–121.
- Helm, H., Hays, J., Flint, E., Koenig, H., Blazer, D. (2000). Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, **55**: 400-405.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C.F., Marottoli, R.A., & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly. *British Medical Journal* **319**:478-483.
- Home, B.D., May, H.T., Anderson, J.L., Kfoury, A.G., Bailey, B.M., McClure, B.S., Renlund, D.G., Lappe, D.L., Carlquist, J.F., Fisher, P.W., Pearson, R.P., Bair, T.L., Adams, T.D., & Muhlestein, J.B. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *American Journal of Cardiology*, **102**(7):814-819
- Hughes, J.W., Tomlinson, A., Blumenthal, J.A., Davidson, J., Sketch, M.H., & Watkins, L.L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized Cardiac Patients. *Ann Behav Med*, **28**: 179-185
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, **36**, 272-285.
- Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, **97**: 1052–79.
- Johnson, Sarah C. & Spilka, B. (1991). Coping with Breast Cancer: The Roles of Clergy and Faith. *Journal of Religion and Health*, **30**(1), 21-33.
- Καδδά, Α. (2005). Κοινωνιολογική προσέγγιση της υγείας, ασθένειας και ιατρικής στον Ελλαδικό χώρο κατά τον 16<sup>ο</sup> – 17<sup>ο</sup> αιώνα μέσα από ιστορική πηγή. *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος **16**.
- Kaplan, G.A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol*. **117**(3):292–304.
- Κ.Ε.Σ.Υ. (1987). Έκθεση της επιτροπής για τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και το συντονισμό των υπηρεσιών αντιμετώπισης των καρδιοπαθειών. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, τόμος **30**, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1989.



- King, M., Speck, P., & Thomas, A. (1999). The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. *Social. Science and Medicine*, **48**: 1291-1299
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (1998). Religion and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Liang, J., & Sugisawa, H. (1999). Religion, social behavior, and health among the Japanese elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, **40**, 405-421.
- Λουρίδας, Γ., & Μπουγιούκας, Γ. (2008). Επίκτητες Καρδιοπάθειες. Σύγχρονες Απόψεις στη Διάγνωση και Θεραπεία. University Studio Press.
- Λυκιαρδόπουλος, Γ., & Ροζάνης, Σ. (1993). *Η Νόσος ως Μεταφορά. Το AIDS και οι Μεταφορές του*. Αθήνα: Ύψιλον/Βιβλία.
- Malmstrom, M., Sundquist, J., & Johansson, S.E. (1999). Cardiovascular risk factors and the neighborhood environment: A multilevel analysis.
- Mantzavinis, G.D., Trikalinos, T.A., Dimoliatis, I.D.K., & Ioannidis, I.P.A. (2005). Self-reported health in high and very high incomes. *Quality of Life Research*: **15**: 547-558.
- Markides, K. S. (1983). Aging, religiosity and adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*. **38(5)**: 621-625.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health psychology*, **19**, 211-222.
- Mechanic, D. (1966). Response factors in illness: The study of illness behavior. *Social Psychiatry* **1:20**.
- Morse, J.M., & Johnson, J.L. (1991). *The Illness Experience. Dimensions of Suffering*. London: Sage Publications.
- Μουζάς, Ο.Δ., Αγγελόπουλος, Ν.Β., & Λιάκος, Α. (2008). Απόψεις περί των ψυχικών νόσων σε περιοχή της Ελλάδας. Η επίπτωση κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων. *Ψυχιατρική*, **19** (4): 337-349
- Mukamal, K.J., Ding, E.L., Djoussé, L. (2006). Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*. **6**:118.
  - Musick, M. A. (1996). Religion and marital dependency. *Journal of the Scientific Study of Religion*, **35**: 30-40.



- Mytko, J.J., & Knight, J.S. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, **8**,439-450.
- Nielsen, N. C., Jr., Hein, N., Reynolds, F. E., Miller, A. L., Karff, S. E., Cowan, A. C., et al. (1988). *Religions of the World, 2nd Edition*. New York: St. Martin's Press.
- Oman, D., Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, **88**,1469-1475.
- Oxman, T., Freeman, D., Manheimer, E. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, **57**,5-15.[
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Petrie, K.J., & Weinmann, J.A. (1997). *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Pikhart, H., Bobak, M., Rose, R., & Marmot, M. (2003). Household item ownership and self-rated health: material and psychosocial explanations. *BMC Public Health*: **3**:38.
- Ποταμιάνος, Γ.Α. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ραβάνης, Χ. (1995). «Κοινωνία και Υγεία», στο Ποταμιάνος Α. κ.α. *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ring, K. (1985). *Life at death: A Scientific investigation of the near-death experience*. New York: Coward, McCann & Geoghegan.
- Saunders, L., & Hews, W. (1953). Folk medicine and medical practice. *J M Ed* **28**:43-46
- Skelton, J.A., & Croyle, R.T. (1991). *Mental Representations in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.
- Sloan, R.P., & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Ann Behav Med*, **24**:14-21.
- Smart, N. (1987). *Religion and Western mind*. New York: Macmillan.
- Spellman, C.M., Baskett, G.D., & Byrne, D. (1971). Manifest anxiety as a contributing factor in religious conversion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **36**: 245-247.
- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S., Kaplan, G. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, **87**: 957-961.



- Surwit, R. S., Williams, R. B., Jr, & Shapino, D. (1982). *Behavioral Approaches to Cardiovascular Disease*. New York: Academic Press.
- Thoresen, C.E., & Harris, H.S. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Ann Behavior Med*, **24**: 3-13.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Troyer, H. (1988). Review of cancer among 4 religious sects: evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors. *Soc Sci Med*. **26**(10):1007–1017.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, **9**: 453-474.
- Vander, A., Sherman, I., Luciano, D., & Tsakopoulos, M.D. (2001). *Φυσιολογία του Ανθρώπου. Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Wallace, B. (1966). Distance and the allelism of lethals in a tropical population of *Drosophila melanogaster*. *Am. Nat.* **100** (916) : 565-578.
- Walsh, R. (1999). *Essential Spirituality: The Seven Central Practices*. New York: Wiley & Sons.
- White, E.G. (1895). Have you oil in your vessels with your lamps? *Review and Herald*.
- Zeidner, M., & Hammer, A. L. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies and outcomes. *Journal of Personality*, **60**, 709-746.

