

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΘΕΜΑ:
ΤΑ ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΛΑΘΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ
ΓΙΑΝΝΗ ΚΑΛΑΪΤΖΗ
Α.Μ. 2654**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	4-7
1.1. Καρδιαγγειακές Νόσοι	7-9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ	10-13
2.1. Γνωστικά Λάθη	13-14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ	15-16
3.1. Γνωστικά Λάθη και η σχέση με τον ιατρό	16-18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	19
ΜΕΘΟΔΟΣ	20
Συμμετέχοντες	20
Εργαλεία	20-21
Διαδικασία	21-22
ΕΥΡΗΜΑΤΑ	23-24
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ	25-26
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	27-31

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο τη μελέτη των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις και τη σχέση τους με τον θεράποντα ιατρό. Τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας αφορούν πεποιθήσεις και συμπεριφορές των χρόνιων ασθενών που επιβαρύνουν την κατάσταση υγείας τους όπως είναι η ασυνέπεια στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, η υποτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας ή η παράβλεψη των ιατρικών οδηγιών. Γίνεται έλεγχος για το πώς η σχέση με τον επιβλέποντα ιατρό επηρεάζει τη συχνότητα των γνωστικών λαθών σε συμπεριφορές υγείας. Η σχέση με τον επιβλέποντα ιατρό στην εργασία αυτή θεωρείται η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό του αλλά και η πληροφόρηση που λαμβάνει από αυτόν σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και γενικότερα των συμπτωμάτων και της θεραπείας.

Οι βασικές υποθέσεις της έρευνας είναι το πώς η ικανοποίηση και πληροφόρηση του ασθενούς από τον επιβλέποντα ιατρό σχετίζεται με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Ο έλεγχος των υποθέσεων έγινε τη χρήση μιας κλίμακας που βασίζεται στο μοντέλο Κοινής Λογικής, με το οποίο αξιολογούνται οι αναπαραστάσεις των ασθενών για θέματα υγείας ανάλογα με την πληροφόρηση από τον ιατρό τους. Η αξιολόγηση των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας έγινε με την ελληνική έκδοση του Irrational Health Belief Scale, το οποίο αξιολογεί ατομικές διαφορές σε γνωστικές στρεβλώσεις που αφορούν συμπεριφορές υγείας. Έγιναν επίσης έλεγχοι για διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS και επιβεβαίωσαν την υπόθεση που υποστηρίζει ότι οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι από τον θεράποντα ιατρό τους κάνουν λιγότερα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Ωστόσο η δεύτερη υπόθεση που υποστηρίζει ότι η πληροφόρηση από τον ιατρό μειώνει τα γνωστικά λάθη δεν επιβεβαιώθηκε σύμφωνα με τα ευρήματα. Συνεπώς, η καλή σχέση με τον ιατρό συμβάλει σημαντικά στην μείωση των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας ενώ η πληροφόρηση από τον ιατρό φαίνεται να αυξάνει τα γνωστικά λάθη. Επιπρόσθετα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, στην ηλικία, στη μόρφωση και στην οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με τα γνωστικά λάθη και τη σχέση τους με τον θεράποντα ιατρό.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιες ασθένειες, καρδιαγγειακές παθήσεις, γνωστικά λάθη, ικανοποίηση από τον ιατρό, πληροφόρηση από τον ιατρό, Μοντέλο Κοινής Λογικής, Irrational Health Belief Scale.

Εισαγωγή

1) Χρόνια Ασθένεια

Οι χρόνιες ασθένειες έχουν ερευνηθεί εκτενώς τις τελευταίες δεκαετίες από πολλά επιστημονικά πεδία καθώς επιδρούν στον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, εξελίσσονται με αργό ρυθμό και έχουν επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα. Οι πιο συχνές χρόνιες ασθένειες είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και ο διαβήτης. Οι χρόνιες ασθένειες δεν θεραπεύονται οριστικά αλλά με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής ο ασθενής μπορεί να ζήσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα μια σχεδόν φυσιολογική ζωή (Καραδήμας, 2005).

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις που έχουν οι χρόνιες ασθένειες. Σύμφωνα με την Wellard (1998), οι ψυχολογικές προσεγγίσεις για την χρόνια ασθένεια πηγάζουν από την ιατρική οπτική και επικεντρώνονται στις αναπτυξιακές απειλές που έχει να αντιμετωπίσει ο χρόνιος ασθενής. Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής έρευνας ξεχώρισαν θέματα όπως η εκδήλωση της χρόνιας ασθένειας, η χαρτογράφηση της τροχιάς της ασθένειας, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς καθώς και η διερεύνηση της έννοιας της προσαρμογής.

Οι Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczek & Wiener (1984) περιέγραψαν τη χρόνια ασθένεια σαν μια εμπειρία με πολλαπλά προβλήματα τα οποία μεταβάλλονται αλλά δεν υποχωρούν ποτέ. Καθώς οι χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται από συχνές ιατρικές κρίσεις, η πρόληψη και ο έλεγχος των κρίσεων αυτών απαιτεί περίπλοκες κοινωνικές ρυθμίσεις για να αντιμετωπιστεί η ψυχολογική και η κοινωνική αναστάτωση που προκαλείται. Οι DiMatteo & Martin (2011), ορίζουν τη χρόνια ασθένεια σαν μια παθολογική κατάσταση στην οποία παρατηρούνται βλάβες ή αποκλίσεις από τη φυσιολογική σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα, οι οποίες παραμένουν μόνιμες ή ημιμόνιμες. Η αντιμετώπιση μιας χρόνιας κατάστασης απαιτεί εντατική προσπάθεια η οποία περιλαμβάνει θεραπεία, διαρκή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση. Έπειτα ο χρόνιος ασθενής θα πρέπει να ενσωματώσει στην καθημερινή του ζωή τους περιορισμούς που υφίστανται.

Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005), οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να προσαρμοστούν στα διάφορα προβλήματα που προκαλεί η χρόνια ασθένεια όπως είναι ο πόνος, η απώλεια δύναμης, ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων, τα δυσάρεστα συμπτώματα, ακόμα και οι παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης το στρές για την έκβαση της ασθένειας και γενικότερα για το μέλλον του ασθενούς αυξάνεται κατακόρυφα. Εξίσου στρεσογόνες είναι και οι φάσεις της διάγνωσης, της θεραπείας και οι διάφορες υποτροπές που βιώνει ο κάθε χρόνιος ασθενής. Όλες αυτές οι δυσάρεστες αλλαγές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα του ασθενούς και απαιτούν την προσαρμογή του στα νέα δεδομένα. Πολλά θεωρητικά μοντέλα

προσπάθησαν να περιγράψουν την προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια και σύμφωνα με τους Samson & Siam (2008), τα μοντέλα αυτά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο τύπους. Ο πρώτος τύπος μοντέλων υποστηρίζει ότι το κάθε άτομο προσαρμόζεται καθώς περνά από κάποιες φάσεις ενώ ο δεύτερος τύπος περιστρέφεται γύρω από την ιδέα ότι η προσαρμογή στην αλλαγή επιτυγχάνεται με την εκπλήρωση μιας μη γραμμικής σειράς από ζητήματα προσαρμογής.

Κατά την προσαρμογή, η προσπάθεια του ασθενούς επικεντρώνεται στη βιολογική, την κοινωνική και τη συναισθηματική πτυχή της ασθένειας αλλά και στη συμπεριφορά του αναφορικά με αυτή (Stewart, Ross & Hartley, 2004). Η βιολογική πτυχή αναφέρεται σε συμπτώματα της ασθένειας, σε παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, στο πόνο και στη μειωμένη λειτουργικότητα. Η κοινωνική πτυχή αφορά την απομόνωση του ατόμου από τον περίγυρό του, την αλλαγή στις σχέσεις του με την οικογένειά και τους φίλους του. Η συναισθηματική πλευρά έχει να κάνει με την αυτοεικόνα του ασθενούς, τους στόχους και τις προσδοκίες που θα πρέπει να επαναπροσδιορίσει, αξίες που θα επανεξετάσει και γενικότερα θέματα πνευματικότητας. Η πτυχή της συμπεριφοράς αναφέρεται στο πως ο ασθενής θα τηρεί τις οδηγίες του ιατρικού προσωπικού και στο πώς θα αντιμετωπίζει την εξέλιξη της ασθένειας. Άλλοι τομείς που ενδεχομένως να επηρεαστούν είναι ο επαγγελματικός τομέας, καθώς ο ασθενής είναι πιθανόν να μην μπορεί να αντεπεξέλθει πλέον στις απαιτήσεις τους επαγγέλματός του, αλλά και η αποδοχή της εικόνας του σώματος καθώς λόγω της ασθένειας οι δυνατότητές και οι αντοχές του περιορίζονται και ενδεχομένως να υπάρξουν μορφολογικές αλλαγές εξαιτίας της ασθένειας ή της θεραπείας.

Οι επιπτώσεις μιας χρόνιας ασθένειας ποικίλουν ανάλογα με το είδος της ασθένειας και τις δυσκολίες προσαρμογής που αντιμετωπίζει ένας χρόνιος ασθενής (Sarafino, 2006). Κάποια προβλήματα υγείας εξελίσσονται σε μικρότερες ηλικίες, κάποια άλλα απαιτούν πιο περίπλοκες θεραπείες ή προκαλούν περισσότερο πόνο και ανικανότητα σε σχέση με άλλες ασθένειες. Άτομα που βιώνουν μια χρόνια ασθένεια είναι πιο πιθανόν να προσαρμοστούν ανεπαρκώς στη κατάστασή τους και να εκδηλώσουν κατάθλιψη (Williamson, 2000). Αυτό υποστηρίζεται και από τους Turvey, Schultz, Beglinger & Klein (2009), οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της χρόνιας ασθένειας, των γνωστικών λειτουργιών και της σωματικής λειτουργικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 70 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν τα ευρήματα και άλλων σύγχρονων ερευνών σύμφωνα με τα οποία η σωματική ασθένεια και η λειτουργικότητα στην ύστερη ενήλικη ζωή συμβάλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, οι χρόνιες ασθένειες επιφέρουν πολλαπλές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς. Σύμφωνα με τη Sanderson (2004), οι επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας διακρίνονται σε σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές. Οι σωματικές επιπτώσεις έχουν να κάνουν με τα συμπτώματα της ασθένειας που προκαλούν μεγάλη δυσφορία όπως είναι η παράλυση, η

παραμόρφωση και ο πόνος. Επίσης, οι χρόνιοι ασθενείς ανησυχούν για το πώς η ασθένεια ή η θεραπεία θα προκαλέσει αλλαγές στην εικόνα του σώματος ή στη λειτουργικότητα του ατόμου τόσο στις καθημερινές του ενασχολήσεις όσο και στη σεξουαλική του ζωή. Οι κοινωνικές επιπτώσεις αφορούν την τάση του ατόμου να κρύβει τη κατάσταση υγείας του από τους άλλους προκειμένου να αποφύγει τη λύπηση ή την περιθωριοποίηση εκ μέρους των κοινωνικών του συναναστροφών. Κάτι ανάλογο ανέφερε και ο Lubkin (1986), ότι οι χρόνιοι ασθενείς χρησιμοποιούν την κανονικοποίηση σαν στρατηγική αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας. Δηλαδή κρύβουν από τους άλλους την κατάσταση της υγείας τους και προσπαθούν να πείσουν τους εαυτούς τους ότι είναι “κανονικοί” όπως ο υπόλοιπος πληθυσμός. Ο Lubkin ερεύνησε τις έννοιες του στίγματος, της μειωμένης κινητικότητας, της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικότητας στους χρόνιους ασθενείς. Η ψυχοκοινωνική επίδραση των παραγόντων αυτών στα άτομα σχετίζεται με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, άγχος και απομόνωση. Ακόμα όμως και σε περιπτώσεις που ο ασθενής κοινοποιήσει την κατάστασή του στους γύρω του ενδεχομένως κάποια άτομα να απομακρυνθούν εξαιτίας δικών τους φόβων για μετάδοση της ασθένειας ή επειδή δεν αντέχουν να βλέπουν τις σωματικές αλλαγές στον ασθενή. Έτσι πολλοί χρόνιοι ασθενείς αναφέρουν ότι νιώθουν να τους αποφεύγουν και να χάνουν την κοινωνική υποστήριξη στη φάση που την έχουν περισσότερο ανάγκη. Αξίζει να αναφερθεί ότι ακόμα και άτομα που προσπαθούν να βοηθήσουν όπως είναι οι συγγενείς και φίλοι, όταν δεν έχουν μια ρεαλιστική εικόνα για το τι περνά ο ασθενής κάνουν την κατάσταση πιο δύσκολη τόσο για τους ίδιους όσο και για τον ασθενή.

Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας αφορούν και τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς καθώς αυξάνονται οι υποχρεώσεις τους. Ο ασθενής είναι πιθανόν σε κάποια φάση της ασθένειας να χρειάζεται βοήθεια για την προσωπική του υγιεινή, τη μετακίνησή του, την φαρμακευτική του φροντίδα και αυτό απαιτεί πολλή ενέργεια εκ μέρους των ατόμων που τον φροντίζουν. Η κατάσταση αυτή προκαλεί συναισθηματική φόρτιση, ανισορροπία, ενοχές αλλά και αγανάκτηση στα μέλη της οικογένειας και στις μεταξύ τους σχέσεις. Παράλληλα, τα μέλη της οικογένειας από τη στιγμή της διάγνωσης βιώνουν επίσης την απώλεια και είναι πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη και άγχος. (Sanderson, 2004)

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις στους χρόνιους ασθενείς σχετίζονται με τη φάση της ασθένειας. Δηλαδή, αρχικά κατά τη διάγνωση βιώνουν το αρχικό σοκ και τη δυσπιστία. Σε περιπτώσεις όπου η ασθένεια καθιστά το άτομο ανάκανο σε μεγάλο βαθμό (π.χ. Parkinson, Huntington, καρκίνος), τότε ενδεχομένως το άτομο να αναγκαστεί να εγκαταλείψει όνειρα και στόχους που είχε μέχρι αυτό το σημείο. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής θα αποφασίσει ότι δεν θα κάνει παιδιά ή δεν θα προωθήσει την καριέρα του, έτσι η δυσπιστία, η άρνηση και ο θυμός είναι αναμενόμενες αντιδράσεις, ιδιαίτερα όταν αναφερόμαστε σε άτομο νεαρής ηλικίας. Η κατάθλιψη που βιώνουν οι

χρόνιοι ασθενείς φαίνεται να οφείλεται στην απώλεια ελέγχου εξαιτίας της ασθένειας. Επίσης η ανησυχία που νιώθουν προκαλείται από την αβεβαιότητα που επιφέρει μια διάγνωση χρόνιας ασθένειας και αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα. Εξίσου πιθανόν είναι ο χρόνιος ασθενής να κατηγορεί τον εαυτό του για την εκδήλωση της ασθένειας καθώς πολλές φορές φαίνεται να σχετίζεται με τον τρόπο ζωής, για παράδειγμα, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η σεξουαλική δραστηριότητα. Βιώνουν επίσης υψηλά επίπεδα ενοχής λόγω της ευθύνης που νιώθουν για την απόκτηση της ασθένειας και για τον πόνο που προκαλούν στον εαυτό τους και σε όσους αγαπούν. (Sanderson, 2004). Οι Glinder & Compas (1999), αναφέρουν ότι η ενοχή φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς αυτούς.

Αρκετά ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι χρόνιοι ασθενείς αναφέρουν και θετικές επιπτώσεις που προκύπτουν από την ασθένεια. Μερικές από αυτές είναι το ότι δένονται περισσότερο με τους φίλους και την οικογένειά τους, εκτιμούν περισσότερο τη ζωή, υιοθετούν πιο υγιεινούς τρόπους ζωής, ευαισθητοποιούνται και βιώνουν θετικές αλλαγές στην αυτοεικόνα τους. Ακόμα και τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς ενθαρρύνουν τους γύρω τους να ζούν τη ζωή τους στο μέγιστο και να προσπαθούν να πραγματοποιήσουν τα όνειρα τους. (Sanderson, 2004)

1.1) Καρδιαγγειακές νόσοι

Σύμφωνα με την έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2012), μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη είναι οι καρδιαγγειακές νόσοι. Ο Καραδήμας (2005), αναφέρει τρεις τύπους καρδιολογικών παθήσεων εκ των οποίων ο πρώτος είναι οι στεφανιαίες νόσοι που αφορούν τη λειτουργία των καρδιακών αρτηριών και οφείλονται συνήθως στην αθηροσκλήρωση. Η αθηροσκλήρωση δημιουργείται από στρώματα λίπους ή πλάκες που αναπτύσσονται στα τοιχώματα των αρτηριών και προκαλούν προοδευτικά στένωση ή απόφραξη. Η αθηροσκλήρωση εκδηλώνεται σαν πρόβλημα σε μεγαλύτερες ηλικίες ωστόσο ο σχηματισμός των αθηρωματικών πλακών ξεκινά από νωρίς σύμφωνα με τον Sarafino (2006). Σε αυτοψίες Αμερικανών ηλικίας 15-34 που είχαν πεθάνει από άλλα αίτια φάνηκε ότι η αθηροσκλήρωση είχε ξεκινήσει και επιδειωνόταν με την ηλικία (Strong, Malcom, McMahan, Tracy, Newman, Herderick, Cornhill, 1999). Ο δεύτερος τύπος καρδιαγγειακών νόσων είναι οι διαταραχές των καρδιαγγειακών βαλβίδων. Οι διαταραχές αυτές έχουν να κάνουν με προβλήματα στις λειτουργίες των τεσσάρων βαλβίδων, τη μιτροειδή, την αορτική, την πνευμονική και την τριγλώχινα. Περίπου οι μισές των περιπτώσεων των διαταραχών των καρδιακών βαλβίδων οφείλονται στην εμφάνιση ρευματικού πυρετού κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία ενώ άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η εκφυλιστική νόσος. Τα συμπτώματα των ασθενειών αυτών είναι το καρδιακό άλγος, η λιποθυμία, η κόπωση κ.ά. και διαφέρουν ανάλογα με

το είδος της βλάβης και τη βαλβίδα που επιβαρύνει. (Καραδήμας, 2005). Τρίτος τύπος των καρδιαγγειακών διαταραχών είναι η καρδιομυοπάθεια, δηλαδή η σταδιακή εξασθένηση του καρδιακού μυός. Προοδευτικά προκαλείται καρδιακή ανεπάρκεια όταν η καρδιά δεν μπορεί να αντλήσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος. Η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, το αλκοόλ, η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια και άλλοι λόγοι που δεν έχουν διαπιστωθεί ακόμη φαίνεται να εμπλέκονται στην εμφάνιση της νόσου αυτής (Καραδήμας, 2005).

Οι παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων είναι η ηλικία, το φύλο και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Τα ποσοστά εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται μετά την ηλικία των 45 και οι άνδρες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους παθήσεις σε σχέση με τις γυναίκες σε κάθε ηλικιακή ομάδα (NCHS, 2003). Άλλες διαπολιτισμικές μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες από τη Ρωσία σημειώνουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ οι Γάλλοι και οι Ιάπωνες έχουν πολύ χαμηλά ποσοστά (AHA, 1995). Αυτό ενδεχομένως να σημαίνει ότι ο τρόπος ζωής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι βιολογικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τον τρόπο ζωής συμβάλουν σημαντικά στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων. Το οικογενειακό ιστορικό, ο διαβήτης, η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, τα υψηλά LDL και τα χαμηλά HDL επίπεδα χοληστερίνης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία και στο στρές είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου (AHA, 2004). Σύμφωνα με τους Greenland, Knoll, Stamler, Neaton, Dyer, Garside et al. (2003), στην πλειοψηφία τους άτομα με καρδιακή προσβολή πληρούσαν έστω και ένα από τους πιο πάνω παράγοντες. Σε άλλη διαπολιτισμική έρευνα τα υψηλά LDL και τα χαμηλά HDL επίπεδα χοληστερίνης βρέθηκε ότι είναι ο σημαντικότερος παράγοντας επικινδυνότητας ενώ το κάπνισμα ήταν το δεύτερο στη σειρά (Yusuf, Hawken, Ounpuu, Dans, Avezum, Lanas et al., 2004).

Σε γενικές γραμμές οι καρδιαγγειακές νόσοι είναι πηγές άγχους και φόβου για τον κάθε ασθενή ενώ παράλληλα επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής, στη διάθεση και στη γνωστική λειτουργία. (Sarafino, 2006) Επίσης, υπάρχουν πολλές πιθανότητες ο ασθενής να παρουσιάσει προβλήματα ψυχοπαθολογίας τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με σύντομες παρεμβάσεις από ένα ειδικό ψυχικής υγείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι το άγχος για την ασθένεια ενδεχομένως να προκαλεί συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία και η κόπωση, τα οποία ο ασθενής πιθανόν να τα ερμηνεύσει σαν συμπτώματα της ασθένειας. Αυτό τους προκαλεί σύγχυση και φόβο και αυτή η κατάσταση συμβάλει σημαντικά στην εκδήλωση διαταραχής πανικού. Σύμφωνα με τον Sarafino (2006), δύο περίπου χρόνια μετά το καρδιακό επεισόδιο το άγχος μειώνεται σημαντικά.

Επιπρόσθετα, ο Sarafino (2006), αναφέρει ότι οι ασθενείς ζούν με το φόβο για ένα ενδεχόμενο δεύτερο καρδιακό επεισόδιο, έτσι η προσαρμογή τους εξαρτάται σημαντικά από το βαθμό

ανικανότητας που έχει αφήσει στο άτομο το πρώτο καρδιακό επεισόδιο. Επίσης τονίζεται το πόσο σημαντικό είναι το άτομο να μπορέσει να επιστρέψει στα εργασιακά του καθήκοντα γεγονός που θεωρεί ότι είναι ένα σημάδι ανάρρωσης. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη συμβάλουν σημαντικά στην καλύτερη και συντομότερη ανάρρωση του ασθενούς ενώ οι οικογενειακές δυσκολίες όπως τα οικονομικά ή ακόμα και η σεξουαλική ζωή του ζευγαριού συνήθως χειροτερεύουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που συνεχίζονται για μήνες μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο προφανώς δεν προσαρμόζονται ομαλά στην κατάσταση και τείνουν να συνδέονται με μειωμένη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή και με επιδείνωση της φυσικής κατάστασης τους κατάστασης. Επιπλέον είναι πολύ πιθανόν οι ασθενείς αυτοί να υποφέρουν μετέπειτα από άλλα καρδιακά προβλήματα όπως οι αρρυθμίες ή μπορεί να πεθάνουν μέσα στον επόμενο χρόνο σε σχέση με όσους βιώνουν λιγότερο άγχος. (Sarafino, 2006). Τέλος, άτομα που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών με επιτυχία, τείνουν να είναι πιο αισιόδοξα για το μέλλον, έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου και αυτοπεποίθησης και είναι λιγότερο πιθανόν σε σχέση με τους άλλους να υποστεί άλλο καρδιακό επεισόδιο για τους επόμενους μήνες (Helgeson & Fritz, 1999).

2) Μοντέλο Κοινής Λογικής

Το μοντέλο Κοινής Λογικής (Common Sense Model - CSM) αναπτύχθηκε από τους Leventhal, Meyer & Nerenz (1980) στην προσπάθειά τους να μελετήσουν τη συμπεριφορά του ασθενούς κατά την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ασθένειας με βάση τις δικές του αναπαραστάσεις για την ασθένεια. Οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια βασίζονται σε συγκεκριμένα συμπτώματα που βιώνουν τα οποία λειτουργούν σαν ένα σύστημα αυτορρύθμισης που καθοδηγεί τις προσπάθειες αντιμετώπισης και θέτει στόχους μέσω των οποίων οι προσπάθειες αυτές αξιολογούνται. Τα συστήματα αυτορρύθμισης, που μπορεί να είναι σωματικά ή βιολογικά, είναι ουσιαστικά ένα σύστημα ανατροφοδότησης το οποίο λειτουργεί για να ρυθμίζει δράσεις ελέγχου και δοκιμής (Wyke, Adamson, Dixon, Hunt, 2013). Στο μοντέλο Κοινής Λογικής, η επίλυση προβλημάτων είναι το μέσο διαχείρισης του εαυτού, οι λύσεις σε αντιλαμβανόμενα προβλήματα δοκιμάζονται μέχρι να επιτευχθούν οι στόχοι. Σε σχέση με την υγεία, οι στόχοι για αυτορρύθμιση είναι συγκεκριμένα οι αντιληπτικές εμπειρίες, οι σωματικές αισθήσεις και τα συμπτώματα, η διάθεση και τα συναισθήματα και η αίσθηση δύναμης και επάρκειας που παράγεται από το βιολογικό και ψυχολογικό εαυτό (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Επίσης οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην πληροφόρηση από το περιβάλλον, είτε αυτή είναι έγκυρη είτε όχι και καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της κατάστασής του. Σύμφωνα με το μοντέλο κοινής λογικής υπάρχουν τρεις πηγές πληροφόρησης για την ασθένεια οι οποίες είναι: α) ο κοινωνικός περίγυρος του ατόμου, από τον οποίο αντλεί πληροφορίες με βάση τις εμπειρίες και τις γνώσεις των ανθρώπων που έρχεται σε επαφή, β) οι σημαντικοί άλλοι, όπως είναι ο γιατρός ή ένας καλός φίλος των οποίων η γνώμη μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τον ασθενή και γ) πληροφορίες από την εμπειρία του ίδιου του ασθενή σε σχέση με την ασθένεια ή από παρόμοιες εμπειρίες με κοντινά άτομα (Καραδήμας, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι Leventhal et al. (1980), αναφέρουν ότι πρόκειται για ένα μοντέλο παράλληλης επεξεργασίας όπου οι άνθρωποι παράγουν ταυτόχρονα γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια. Επίσης, οι Hagger & Orbell (2003), αναφέρουν ότι η διαμόρφωση της αναπαράστασης της ασθένειας είναι μια διαδικασία δύο επιπέδων κατά την οποία οι συνδέσεις γίνονται με βάση αφηρημένων και συγκεκριμένων πηγών πληροφόρησης.

Παράλληλα, οι Leventhal, Diefenbach & Leventhal (1992), αναφέρουν ότι η αυτορρύθμιση σε γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο επηρεάζεται από το συναίσθημα και την αντίληψη για την ασθένεια. Οι συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν τις αναπαραστάσεις για την ασθένεια: α) επηρεάζοντας την εμφάνιση και την εξέλιξη της υφιστάμενης ασθένειας, β)

αυξάνοντας τη δυσκολία αυτοδιάγνωσης και λήψης απόφασης για αναζήτηση περίθαλψης με το να προσθέτει συναισθηματικά συμπτώματα στη θέση της σωματικής ασθένειας, γ) στρέφοντας την προσοχή, την ερμηνεία και την επεξεργασία των αναπαραστάσεων της σωματικής κατάστασης έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή είτε σαν καταστροφική είτε σαν καλοήθεις και δ) επηρεάζοντας συμπεριφορικές αποφάσεις εν όψει σωματικών αλλαγών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναπαράσταση της ασθένειας μπορεί να ταξινομηθεί σε λογικές διαστάσεις (Linz, Penrod & Leventhal, 1982). Τέτοιες διαστάσεις είναι ο σκοπός, οι συνέπειες, η ταυτότητα και το χρονοδιάγραμμα. Στην ανάλυση των Hagger & Orbell (2003) σχετικά με τις διατάσεις αυτές αναφέρουν ότι ο σκοπός είναι η διάσταση η οποία αναπαριστά τις πεποιθήσεις σχετικά με τους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση της ασθένειας (βιολογικοί, συναισθηματικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες). Οι συνέπειες της ασθένειας στη ζωή του ατόμου είναι οι πεποιθήσεις σχετικά με την επίδραση που έχει η ασθένεια στη γενικότερη ποιότητα ζωής του ασθενούς ή το πώς έχει επηρεάσει τη λειτουργικότητά του. Η ταυτότητα της ασθένειας αναφέρεται σε δηλώσεις σχετικά με την περιγραφή της ασθένειας καθώς και τη γνώση για τα συμπτώματά της. Το χρονοδιάγραμμα αφορά την πεποίθηση του ατόμου για τη διάρκεια της (πχ. είναι χρόνια ασθένεια) και το χρονικό διάστημα των συμπτωμάτων της ασθένειας (πχ. ο πόνος είναι επίμονος). Επιπρόσθετα, οι Lau & Hartman (1983), πρότειναν άλλη μια διάσταση, αυτή της θεραπείας και της ελεγχιμότητας της ασθένειας η οποία αναφέρεται στην αίσθηση ενδυνάμωσης της απόδοσης σε συμπεριφορές αντιμετώπισης (πχ. Η φαρμακευτική αγωγή θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση της ασθένειας) ή στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Σύμφωνα με τους McAndrew, Musumeci-Szabo, Mora, Vileikyte, Burns, Halm, Leventhal, Leventhal (2008), το μοντέλο CSM είναι ένα περίπλοκο, και πολυεπίπεδο πλαίσιο που απεικονίζει τη διαδικασία αυτορρύθμισης της υγείας και της ασθένειας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα χρησιμοποιούν μια σειρά από διανοητικά εργαλεία για να αξιολογήσουν τη σημαντικότητα των σωματικών ερεθισμάτων. Η περιοχή, η διάρκεια, η σοβαρότητα κ.α., είναι στοιχεία τα οποία χρησιμοποιεί το διανοητικό σύστημα για να κατανοήσει χρόνιες παθήσεις όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, το άσθμα, τον HIV, σημάδια γήρανσης και αποδόσεις στο στρές. Οι αναπαραστάσεις αυτές σχηματίζονται από αυτή τη διαδικασία, επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και ασκούν επιρροή στο πώς το άτομο θα αντιδράσει στα συμπτώματα. Έτσι η ενεργός επεξεργασία ή η απόδοση νοήματος και η δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων στα σωματικά ερεθίσματα επηρεάζουν την επιλογή μηχανισμών αντιμετώπισης καθώς και τη δημιουργία σχεδίων για ειδικές δράσεις αλλά και προσδοκίες για τις συνέπειες των πράξεων αυτών (πχ. μείωση των συμπτωμάτων). Οι αποφάσεις προσαρμογής διαφέρουν σε κάθε άτομο ανάλογα με την αναπαράσταση που έχουν σχηματίσει για την ασθένειά τους και αυτή η ερμηνευτική διαδικασία

αντανακλά εμπειρίες ασθενειών του παρελθόντος, κοινωνικές προσδοκίες, πληροφορίες από φίλους, μέσα μαζικής ενημέρωσης και επαγγελματίες υγείας.

Το μοντέλο CSM χρησιμοποιήθηκε ερευνητικά για να κατανοηθεί το πώς γίνεται η αυτορρύθμιση στα άτομα κατά την προσαρμογή τους στη χρόνια ασθένεια, πώς σχετίζεται το μοντέλο με την αναζήτηση θεραπείας, την τήρηση της φαρμακοθεραπείας, στην απόδοση των συμπτωμάτων της χρόνιας ασθένειας στο στρές ή την γήρανση αλλά και πώς σχετίζονται τα διανοητικά μοντέλα με σωματικές εμπειρίες, την αγωνία και τις ψυχολογικές διαταραχές. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι McAndrew (2008), το μοντέλο CSM έχει χρησιμοποιηθεί μόνο περιγραφικά ενώ ελάχιστες φορές εφαρμόστηκε σε επίπεδο παρέμβασης για να μελετηθεί η επίδραση στη διαδικασία διαχείρισης της αυτορρύθμισης στην ασθένεια. Έτσι οι ερευνητές, προσπάθησαν να αναπτύξουν παρεμβάσεις με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης της ασθένειας από χρόνιους ασθενείς. Υποστήριξαν ότι η διάσταση της ελεγχσιμότητας της ασθένειας και η αίσθηση ενδυνάμωσης μπορούν να παρέχουν μια σημαντική βάση για παρεμβάσεις με επίκεντρο τον ασθενή. Δημιούργησαν δύο ειδών στρατηγικές, τις συμπεριφορικές (from the bottom-up) και τις γνωστικές (from the top-down).

Σε ένα δείγμα ασθενών με διαβήτη εφάρμοσαν τη συμπεριφορική στρατηγική και σε δείγμα ασθενών με άσθμα εφάρμοσαν τη γνωστική στρατηγική με σκοπό να επηρεάσουν τον τρόπο που σκέφτονται, αισθάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους. Αρχικά η συμπεριφορική στρατηγική επικεντρώνεται στη συμπεριφορά για να δημιουργήσει μια γενική άποψη γύρω από το διαβήτη σαν μια χρόνια κατάσταση που απαιτεί συνεχή αυτορρύθμιση. Στους ασθενείς με άσθμα η γνωστική παρέμβαση παρείχε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για το άσθμα έτσι ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν ότι η ασθένεια αυτή υπάρχει ακόμα και όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα καθώς οι μισοί από αυτούς πίστευαν ότι η ασθένεια υπάρχει μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα γεγονός που τους αποτρέπει να παίρνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή όταν δεν έχουν συμπτώματα. Η προσέγγιση αυτή δημιουργεί μια γενική γνωστική αναπαράσταση του άσθματος σαν μια θεραπεύσιμη χρόνια ασθένεια και βοηθά τους ασθενείς να ερμηνεύσουν σωστά την κατάστασή τους και να προβούν σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους, όπως το να λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή ακόμα και όταν δεν έχουν συμπτώματα και αφετέρου να απολαμβάνουν τα αποτελέσματα όπως με το να βιώνουν λιγότερη δύσπνοια κατά τη σωματική άσκηση. Οι McAndrew (2008), αναμένουν ότι οι στρατηγικές αυτές θα μπορούν να λειτουργήσουν συνδυαστικά και σε διαφορετικές χρόνιες παθήσεις για πιο επιτυχημένες παρεμβάσεις.

2.1) Γνωστικά Λάθη

Τα γνωστικά λάθη σε επίπεδο επεξεργασίας και αξιολόγησης καταστάσεων που σχετίζονται με την υγεία είναι ένα φαινόμενο που έχει μελετηθεί εκτενώς. Οι πρώτοι που μελέτησαν τη σχέση των παράλογων πεποιθήσεων για την υγεία και το ρόλο τους στη παρουσία υποχονδρίασης και κλινικού άγχους για την υγεία ήταν οι Salkovskis & Warwick (1986). Σύμφωνα με το γνωστικοσυμπεριφορικό τους μοντέλο της υποχονδρίασης και του άγχους για την υγεία, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις όπως, α) οι σοβαρές ασθένειες είναι πιο διαδεδομένες από ότι είναι στην πραγματικότητα, β) τα αμφιλεγόμενα συμπτώματα είναι πιθανό να προμηνύουν καταστροφικά αποτελέσματα, γ) αν μια ασθένεια δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί άμεσα τότε τα αποτελέσματα είναι καταστροφικά και δ) το να είναι κανείς υγιής σημαίνει ότι δεν έχει κανένα σύμπτωμα, μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους για την υγεία και τις πιθανότητες εμφάνισης υποχονδρίασης.

Μεταγενέστερα οι Christensen, Moran & Wiebe (1999), υποστήριξαν ότι οι παράλογες πεποιθήσεις σε θέματα υγείας οφείλονται σε γνωστικούς παράγοντες και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα κινητοποιηθεί. Ο Αναγνωστόπουλος (1995), αναφέρει ότι τα γνωστικά λάθη οφείλονται στη μεροληπτική και επιλεκτική επεξεργασία των πληροφοριών καθώς και άλλων γνωστικών στοιχείων όπως είναι τα συναισθήματα του ασθενούς για την κατάσταση. Η διαδικασία αυτή διαδραματίζεται καθόλη τη διάρκεια της γνωστικής επεξεργασίας, δηλαδή όταν ο ασθενής συλλέγει πληροφορίες για την ασθένεια, όταν ερμηνεύει τις πληροφορίες αυτές, ακόμα και όταν πρόκειται να πάρει μια απόφαση σχετικά με την υγεία του και στον τρόπο που θα εφαρμόσει την απόφασή του αυτή.

Ένα από τα πιο αξιολογικά κοινωνικογνωστικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν προκειμένου να προβλέπουν συμπεριφορές υγείας είναι το Health Belief Model (HBM, Rosenstock, 1966). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι μεγάλη και τα αντιλαμβανόμενα πλεονεκτήματα υγείας ξεπερνούν κάθε εμπόδιο τότε το άτομο θα εμπλακεί στην εν λόγω συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους Christensen et al. (1999) αν και το HBM φαινόταν να έχει υψηλή διαισθητική, η χρησιμότητα του μοντέλου στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας φαίνεται να είναι μέτρια. Πολλές μελέτες υποστήριξαν ότι τα στοιχεία του HBM αποτελούν σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες προληπτικών συμπεριφορών υγείας ωστόσο άλλες μελέτες δεν κατάφεραν να βρουν κάποια σχέση πρόβλεψης. Έγιναν επίσης, προσπάθειες εφαρμογής στοιχείων του HBM για σκοπούς πρόβλεψης της δέσμευσης του ασθενούς στις ιατρικές οδηγίες και έχει αποδειχθεί ότι είναι λιγότερο επιτυχής από τις προβλέψεις για προληπτικές συμπεριφορές υγείας.

Έχουν διατυπωθεί και κριτικές για το HBM, συγκεκριμένα η Janis (1984), υποστήριξε ότι ένας

σημαντικός περιορισμός του ΗΒΜ είναι το ότι περιλαμβάνει την υπόθεση ότι οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία εκτιμώνται και διαχειρίζονται με ένα λογικό τρόπο. Με βάση την υπόθεση αυτή όταν ένα άτομο τείνει να εκτιμά καταστάσεις με παράλογο τρόπο, οι συμβατικοί ορισμοί του μοντέλου δεν μπορούν να προβλέψουν τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται και στην ανεπάρκεια γνώσεων για την υγεία καθώς οι Federman, Wisnivesky, Wolf, Leventhal & Halm (2010), αναφέρουν ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας. Συγκεκριμένα, στην έρευνά τους σε πληθυσμό με άσθμα, βρέθηκε ότι ασθενείς με ανεπαρκείς γνώσεις για την υγεία είχαν χαμηλότερο έλεγχο των συμπτωμάτων (πχ. Πεποιθήσεις ότι το άσθμα είναι παρών όταν υπάρχουν συμπτώματα, η φαρμακευτική αγωγή δρά καλύτερα όταν δεν τη χρησιμοποιούν συνεχώς). Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να αφορούν ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας που είναι πιο πιθανό να έχουν λανθασμένες πεποιθήσεις για το άσθμα και λιγότερες γνώσεις για την υγεία.

Μερικά χρόνια αργότερα, οι Christensen et al. (1999), πρότειναν το Irrational Health Belief Scale (IHBS) το οποίο είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να αξιολογεί τις ατομικές διαφορές στην τάση για απασχόληση με γνωστικές στρεβλώσεις σε θέματα υγείας. Αποτελέσματα εφαρμογής του εργαλείου αυτού έδειξαν ότι τα γνωστικά λάθη σχετίζονται με συμπεριφορές σε θέματα υγείας τόσο στον κλινικό όσο και στον υγιή πληθυσμό. Οι Fulton, Marcus & Merkey (2011), με τη βοήθεια του IHBS μελέτησαν την τάση των ατόμων να εκτιμούν πληροφορίες σχετικά με την υγεία με παράλογο τρόπο σε σχέση με το άγχος και την ανησυχία για την υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράλογες πεποιθήσεις για την υγεία συσχετίζονται με την ανησυχία για την υγεία και στη σχέση αυτή διαμεσολαβεί το άγχος. Το εύρος των παράλογων πεποιθήσεων που σχετίζονται με την ανησυχία για την υγεία φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό που έχει υποδειχθεί με βάση προηγούμενες έρευνες.

3) Σχέσεις με τον ιατρό

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού έχει μελετηθεί σε σημαντικό βαθμό καθώς πρόκειται για μια σχέση καθοριστική για την έκβαση της ασθένειας και τον τρόπο αντιμετώπισης της ανάλογα με την σχέση που έχει δημιουργηθεί μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005), ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους, ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύουν τα συμπτώματα και που γενικότερα βιώνουν την εμπειρία της ασθένειας καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τις αναπαραστάσεις που του έχει μεταδώσει ο θεράπωντας ιατρός του. Η μεταξύ τους επικοινωνία είναι επίσης σημαντική όσον αφορά τις πληροφορίες και τις οδηγίες σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία. Η ποιότητα της επικοινωνίας συμβάλει τήρηση των ιατρικών οδηγιών αλλά και στη γενικότερη ικανοποίηση του ασθενούς από το προσωπικό υγείας.

Οι DiMatteo & Martin (2011), συνοψίζουν τρία βασικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί για την περιγραφή της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Ένα από τα πρώτα μοντέλα που αναπτύχθηκαν είναι αυτό των Szasz & Hollender (1956) το οποίο περιγράφει τρεις βασικές μορφές αλληλεπίδρασης. Η πρώτη μορφή αλληλεπίδρασης περιγράφεται με το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη για τη ζωή του ασθενούς καθώς ο ίδιος βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση και δεν μπορεί να πάρει αποφάσεις σχετικά με την υγεία του. Έπειτα, είναι το μοντέλο της καθοδήγησης-συνεργασίας όπου ο ιατρός αναλαμβάνει και πάλι το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης αναφορικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο ασθενής δίνει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και απαντά στις ερωτήσεις που του υποβάλλονται αφήνοντας ωστόσο την ευθύνη στον ιατρό σχετικά με τα συμπεράσματα και τις αποφάσεις που πρέπει να παρθούν. Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής είναι η τρίτη μορφή αλληλεπίδρασης κατά την οποία ο ιατρός και ο ασθενής αποφασίζουν μαζί σε ότι αφορά τη θεραπευτική πορεία μοιράζοντας έτσι την ευθύνη. Αυτού του είδους η αλληλεπίδραση θεωρείται η πιο αποδοτική καθώς και οι δύο πλευρές εκφράζουν τις απόψεις και τις ανησυχίες τους, συναποφασίζουν για τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης και αυτό οφείλεται στην ικανότητά τους να επικοινωνούν αποτελεσματικά μεταξύ τους.

Έκτοτε έχουν διατυπωθεί αρκετές παραλλαγές των τριών βασικών μοντέλων των Szasz & Hollender (1956). Μία από αυτές είναι της Ballard-Reisch (1990), η οποία διατύπωσε τέσσερις διαφορετικούς τύπους σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Πρώτος τύπος είναι αυτός της απόσχισης ευθυνών από την πλευρά του ασθενούς, στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δεν αναλαμβάνει καμία ευθύνη και στηρίζεται πλήρως στον ιατρό του για την λήψη αποφάσεων. Δεύτερος τύπος είναι αυτός της αυτονομίας του ασθενούς, όπου ο ασθενής αναλαμβάνει τη λήψη

όλων των αποφάσεων. Τρίτος τύπος είναι αυτός της συνεργασίας σύμφωνα με τον οποίο ο ιατρός και ο ασθενής συνεργάζονται αρμονικά για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Τέταρτος τύπος είναι αυτός του τερματισμού της σχέσης όπου ο ασθενής διακόπτει την συνεργασία του με τον ιατρό.

Οι Roter & Hall (1992), ανέφεραν επίσης τέσσερα είδη σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς: α) το πατερναλιστικό (ο ιατρός έχει τον έλεγχο και ο ασθενής έχει περιορισμένες δυνατότητες παρέμβασης), β) το καταναλωτικό (ο ασθενής έχει όλη την εξουσία επειδή πληρώνει για τις ιατρικές υπηρεσίες και ο ιατρός οφείλει να εξυπηρετεί τις απαιτήσεις του, γ) την περιορισμένη σχέση (ιατρός και ασθενής δεν συνεργάζονται ουσιαστικά, η σχέση τους χαρακτηρίζεται ως τυπική χωρίς όμως να αναλαμβάνει κανένας εκ των δύο την ευθύνη για την έκβαση της υγείας του ασθενούς) και δ) το αμοιβαίο (οι δύο πλευρές επενδύουν ισάξια στην εξέλιξη της πορείας της υγείας του ασθενούς και συμμετέχουν ενεργά καθόλη τη διάρκεια της αλληλεπίδρασής τους στη λήψη αποφάσεων).

Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη οι Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui (1997), κατέγραψαν πέντε τύπους επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Πρώτος τύπος είναι ο στενά βιοϊατρικός όπου ο ιατρός διατυπώνει κλειστού τύπου ερωτήσεις και χρησιμοποιεί βιοϊατρική ορολογία. Δεύτερος τύπος είναι ο διευρυμένος βιοϊατρικός όπου μοιάζει με τον αμέσως προηγούμενο με τη διαφορά ότι εδώ ο ιατρός λαμβάνει υπόψη του διάφορα ψυχοκοινωνικά θέματα αλλά σε πολύ μικρό βαθμό. Τρίτος τύπος είναι ο βιοψυχοκοινωνικός όπου η αλληλεπίδραση χαρακτηρίζεται από περισσότερη ισορροπία καθώς ο χρόνος κατανέμεται ισότιμα σε βιοϊατρικά και ψυχοκοινωνικά θέματα. Ο τέταρτος τύπος είναι ο ψυχοκοινωνικός σύμφωνα με τον οποίο πρωταρχική θέση έχουν τα θέματα ψυχοκοινωνικής φύσεως. Πέμπτος τύπος ο καταναλωτικός όπου ο ασθενής υποβάλει ερωτήσεις και ο ιατρός καλείται να απαντήσει.

3.1) Γνωστικά λάθη και η σχέση με τον ιατρό

Πέρα από τους τύπους επικοινωνίας που αναπτύσσονται μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι και κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αλληλεπίδρασή τους. Η αντίληψη που διαμορφώνει ο ασθενής για την κατάστασή του και γενικότερα οι πεποιθήσεις του για την υγεία γενικότερα ενδεχομένως να δυσχεραίνουν την ομαλή συνεργασία με τον ιατρό του. Ο Stimson (1974), έκανε μια ανασκόπηση των μελετών που έγιναν με σκοπό να ερευνηθούν το κατά πόσο οι ασθενείς λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή ακολουθώντας επακριβώς τις οδηγίες του ιατρού τους. Συμπεράσματα της ανασκόπησης αυτής δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών αποτυγχάνει να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού. Αυτή η συμπεριφορά θεωρείται ως αποκλίνουσα εκ μέρους

των ιατρών και των ερευνητών, ωστόσο ο Stimson προσπάθησε να αναλύσει τη συμπεριφορά αυτή μέσα από τη ματιά του ασθενούς. Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζεται από το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, από την εμπειρία του με την ασθένεια και με τη θεραπεία και από την αλληλεπίδρασή του με τον ιατρό και με άλλα άτομα που δεν εμπλέκονται άμεσα με το ιατρικό περιβάλλον. Αυτή η οπτική δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να έχει συγκεκριμένες προσδοκίες από τον ιατρό του, να αξιολογεί τις πράξεις και τις οδηγίες που του δίνει, καθώς επίσης και την δυνατότητα να επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιήσει τη φαρμακευτική αγωγή.

Οι Donovan & Blake (1992), αναφέρουν ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν την εντύπωση ότι δίνουν ξεκάθαρες οδηγίες στους ασθενείς τους και όταν αυτοί δε συμμορφώνονται, τότε έχουν την αποκλειστική ευθύνη. Επίσης πολλοί ασθενείς αρνούνται να συμμορφωθούν καθώς προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια ή αντιδρούν στον τρόπο με τον οποίο τους έχουν συμπεριφερθεί οι ιατροί και γενικότερα αντιτίθενται στο σύστημα με το να καταπατούν συμβολικούς κανόνες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Donovan & Blake, φαίνεται ότι ασθενείς με χρόνιες, ανίατες ασθένειες παίρνουν τις καλύτερες δυνατές αποφάσεις χωρίς να ανησυχούν για τη συμμόρφωση. Για κάθε είδους θεραπεία που τους προσφέρεται, οι ασθενείς δημιουργούν τη δική τους ανάλυση για το κόστος και τα οφέλη της. Ζυγίζουν τα αναμενόμενα οφέλη (συνήθως την ανακούφιση των συμπτωμάτων) έναντι της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και των αντιλαμβανόμενων κινδύνων της θεραπείας (παρενέργειες, εξάρτηση, χρόνος και προσπάθεια κτλ.). Η πλειοψηφία των ασθενών ζητούν πληροφορίες για την ασθένεια και την θεραπεία οι οποίες θα τους καταστήσουν ικανούς να πάρουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για θεραπεία. Ωστόσο, οι αποφάσεις που παίρνουν, βασίζονται σε ανακριβή γνώση για παρενέργειες και σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Οι Ward & Savulescu (2006), αναφέρουν ότι σε πολλές περιπτώσεις, οι αποφάσεις που παίρνουν οι ασθενείς φαίνονται παράλογες στους ιατρούς. Ωστόσο οι αποφάσεις αυτές μπορεί να βασίζονται σε κάποιες προσωπικές αξίες του ασθενούς όπως είναι η θρησκεία γεγονός που πρέπει να σεβαστεί ένας επαγγελματίας υγείας. Είναι επίσης πιθανόν ασθενείς να αρνηθούν τη θεραπεία για αλτρουιστικούς λόγους, δηλαδή μια θεραπεία να περιορίσει σημαντικά την αυτονομία του και να επιβαρύνει τον περίγυρό του. Τέτοιες ιδιαιτερότητες είναι σημαντικό να γνωστοποιούνται στον θεράποντα ιατρό έτσι ώστε να γίνει μια προσπάθεια εξεύρεσης εναλλακτικών λύσεων. Αυτό καθιστά τη συνεργασία ιατρού-ασθενούς πιο δύσκολη καθώς ο ιατρός έχει μια πρόκληση στην οποία θα πρέπει να αντεπεξέλθει προκειμένου να βρεί τη χρυσή τομή για μια αποδοτική λύση. Δεν είναι όμως απίθανο μερικοί ασθενείς να παίρνουν παράλογες αποφάσεις χωρίς κάποιο περιορισμό σε θέματα θρησκείας ή προσωπικών αξιών. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην ελλιπή επεξεργασία των πληροφοριών που αφορούν την κατάστασή του ή στο ότι στηρίζεται σε

εσφαλμένες αξίες ή εκτιμά με μεγάλη ανακρίβεια τον κίνδυνο. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, σε τέτοιες περιπτώσεις η κατάλληλη αντιμετώπιση των παράλογων αποφάσεων δεν είναι η απλή παροχή πληροφοριών αλλά η διευκόλυνση της ορθής αιτιολογίας σχετικά με τις πληροφορίες που δόθηκαν. Ενδέχεται επίσης να χρειαστεί ο ιατρός να προκαλέσει τις προσωπικές αξίες του ασθενούς καθώς και τους λόγους για τους οποίους το άτομο υπερασπίζεται αυτές τις αξίες. Είναι εξίσου σημαντικό να αξιολογηθεί το κατά πόσο οι επιλογές αυτές συμφωνούν με τις αξίες του ασθενούς ακόμα και σε ακραίες καταστάσεις, αν μπορούν δηλαδή οι αξίες αυτές να υπερνικήσουν τη λογική.

Ο Roter (1984), σημείωσε ότι ο κάθε ιατρός που δεν παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες έχει να κάνει με ένα ασθενή που δεν διεκδικεί και δεν απαιτεί να ενημερωθεί επαρκώς. Επιπρόσθετα, όταν ένας ασθενής δεν μπορεί να κατανοήσει αυτά που του αναφέρει ο ιατρός του τότε ο ιατρός δεν φρόντισε να ελέγξει αν η διάγνωση της ασθένειας και οι οδηγίες για τη θεραπεία έγιναν κατανοητές από τον ασθενή. Οι Roter & Ewart (1992, όπως αναφέρονται στον Καραδήμα, 2005), αναφέρουν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς ερμηνεύουν τα συμπτώματα της ασθένειας τους και γενικότερα την κατάσταση υγείας τους μπορεί επίσης να δυσχεραίνει την επικοινωνία με τον ιατρό. Η περιγραφή των συμπτωμάτων για πολλούς λόγους, όπως η ηλικία, η μόρφωση ακόμα και η υποτίμηση ή υπερεκτίμηση της ασθένειας, δεν είναι πάντα αντικειμενική.

4) Υποθέσεις Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την σχέση μεταξύ των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με καρδιοπάθειες και πώς σχετίζονται τα λάθη αυτά με την σχέση που έχουν οι ασθενείς με τον ιατρό που τους επιβλέπει. Γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας θεωρούνται συμπεριφορές όπως η παράβλεψη ιατρικών οδηγιών, υποτίμηση κινδύνων για την υγεία και η μη ρεαλιστική αξιολόγηση επιλογών για προτεινόμενες θεραπείες. Η σχέση με τον ιατρό αναφέρεται στο κατά πόσο ο ιατρός φροντίζει να ενημερώσει τον ασθενή για τις διάφορες πτυχές της ασθένειας όπως είναι τα αίτια, οι συνέπειες, οι οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή (πληροφόρηση από τον ιατρό) αλλά και η ικανοποίηση του ασθενούς από τη φροντίδα που λαμβάνουν από τον ιατρό τους (ικανοποίηση από τον ιατρό). Οι υποθέσεις προκύπτουν από τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τη βιβλιογραφία τα οποία υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση και η καλή πληροφόρηση από τον ιατρό οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια έτσι αναμένεται να γίνονται λιγότερα γνωστικά λάθη εκ μέρους του ασθενούς. Γίνεται επίσης έλεγχος για διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, στην ηλικία, στο μορφωτικό επίπεδο και στην οικογενειακή κατάσταση.

Υπόθεση 1: Η ικανοποίηση του ασθενούς από τον επιβλέποντα ιατρό σχετίζεται αρνητικά με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας.

Υπόθεση 2: Η πληροφόρηση του ασθενούς από τον επιβλέποντα ιατρό σχετίζεται αρνητικά με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας.

5) Μέθοδος

5.1) Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 82 άτομα (n=82) με καρδιολογικά προβλήματα εκ των οποίων 54 ήταν άνδρες και 28 ήταν γυναίκες. Στην πλειοψηφία του το δείγμα ανέφερε τη στεφανιαία νόσο σαν καρδιολογική πάθηση ενώ ακολουθεί με μικρή διαφορά το έμφραγμα και έπειτα οι αρρυθμίες. Ο μέσος όρος για την ηλικία του δείγματος ανέρχεται στην ηλικία των 60 ετών με νεαρότερο συμμετέχοντα σε ηλικία 21 ετών και μεγαλύτερο σε ηλικία 86 ετών. Όσον αφορά τη μόρφωση, 7 άτομα είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού, 30 άτομα ήταν απόφοιτοι του δημοτικού, 10 απόφοιτοι Γυμνασίου, 11 απόφοιτοι Λυκείου, 2 απόφοιτοι τεχνικών σχολών, 4 άτομα απόφοιτοι ΤΕΙ, 16 άτομα απόφοιτοι ΑΕΙ και 2 άτομα είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Σχετικά με το επάγγελμα το 32,8% ήταν συνταξιούχοι, 13,4% ασχολούνταν με τα οικιακά ενώ το υπόλοιπο 53,8% ασχολούνταν με διάφορα άλλα επαγγέλματα όπως δημόσιοι υπάλληλοι, ιδιωτικοί υπάλληλοι, αγρότες, εκπαιδευτικοί, μάγειρες κτλ. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το 19,5% ήταν άγαμοι, 65,9% ήταν έγγαμοι, 3,7% σε διάσταση, 2,4% διαζευγμένοι, 6,1% χήροι και 2,4% συγκατοικούσαν.

5.2) Εργαλεία

Για την αξιολόγηση της παροχής πληροφοριών εκ μέρους του ιατρού για την κατανόηση της ασθένειας και της θεραπείας χορηγήθηκε μια κλίμακα που βασίζεται στο μοντέλο CS-SRM (Physicians' communication of the common-sense self-regulation model, Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει επτά στοιχεία και το κάθε στοιχείο αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο πεδίο αναπαραστάσεων για την υγεία όπως: τα αίτια, η ταυτότητα, η χρονική διάρκεια, ο έλεγχος και οι συνέπειες (π.χ. Έχει συζητήσει μαζί σας ο ιατρός σας για το ποια μπορεί να είναι τα αίτια της ασθένειάς σας; Πως ελέγχετε την κατάστασή σας για να δείτε αν λειτουργεί η θεραπεία;). Στις ερωτήσεις οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντήσουν με Ναι/Όχι/Δεν ταιριάζει. Από το άθροισμα των απαντήσεων εξάγεται η συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από το μηδέν (0) μέχρι το επτά (7). Η κλίμακα αυτή μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά για την διεξαγωγή της έρευνας αυτής. Αρχικά τα στοιχεία μεταφράστηκαν στα ελληνικά, έπειτα έγινε αντίστροφη μετάφραση στα αγγλικά από έναν ειδικό με μητρική γλώσσα τα αγγλικά και έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις. Σύμφωνα με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha η αξιοπιστία της κλίμακας κυμαίνεται στο $\alpha=0.78$, συνεπώς είναι αρκετά υψηλή.

Τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας αξιολογήθηκαν με την ελληνική έκδοση του Irrational Health Belief Scale (IHBS) των Christensen, Moran & Wiebe (1999), το οποίο αξιολογεί ατομικές διαφορές σε γνωστικές στρεβλώσεις που αφορούν συμπεριφορές υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 20 στοιχεία, διατυπωμένα σε προτάσεις που περιγράφουν εμπειρίες ή καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Μετά το τέλος της κάθε πρότασης διατυπώνεται μια εκτίμηση της κατάστασης. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν το πόσο κοντά είναι η εκτίμηση αυτή στην δική τους εκτίμηση για μια ανάλογη κατάσταση. Απαντούσαν σε μια πενταβάθμια κλίμακα με το ένα (1) να σημαίνει ότι η εκτίμηση αυτή δεν αντιπροσωπεύει καθόλου αυτό που θα σκεφτόταν ενώ το πέντε (5) αντιπροσώπευε αυτό που θα σκεφτόταν ακριβώς το άτομο. Σύμφωνα με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha η αξιοπιστία της κλίμακας κειμένεται στο $\alpha=0.84$, επομένως είναι πολύ υψηλή.

5.3) Διαδικασία

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε άτομα με καρδιοπάθειες. Το δείγμα προέρχεται κυρίως από το νομό Ρεθύμνου και την Κύπρο. Αρχικά ο κάθε συμμετέχων ενημερώθηκε για τους σκοπούς διεξαγωγής της έρευνας, για την ανωνυμία αναφορικά με τις πληροφορίες που θα δοθούν καθώς και για το δικαίωμά τους να μην συμμετάσχουν στην έρευνα. Ακολούθως ενημερώθηκαν ότι η χορήγηση θα γίνει σε δύο φάσεις όπου 1,5 με 2 μήνες μετά τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου θα κληθούν να συμπληρώσουν και το δεύτερο ερωτηματολόγιο. Όσοι συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα τους ζητήθηκε να δώσουν ένα τηλέφωνο επικοινωνίας προκειμένου να ενημερωθούν για τη δεύτερη φάση. Δίπλα από τους αριθμούς τηλεφώνων αναγραφόταν η ημερομηνία χορήγησης του πρώτου ερωτηματολογίου έτσι ώστε να τηρηθεί το χρονικό διάστημα μέχρι τη χορήγηση του δεύτερου ερωτηματολογίου.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτελείται από οκτώ (8) σελίδες και περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία κτλ.), γενικές πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια (ταυτότητα, έτος διάγνωσης κτλ.) και τις κλίμακες αξιολόγησης. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του είναι περίπου 30 λεπτά. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις (4) σελίδες και περιλαμβάνει κλίμακες αξιολόγησης της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωσή του είναι περίπου 10 λεπτά. Κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων παρέχονταν διευκρινίσεις σχετικά με τις ερωτήσεις, δόθηκε περισσότερος χρόνος όπου χρειαζόταν και επιτράπηκε στους συμμετέχοντες να διακόψουν για λίγο σε περίπτωση που το ζητούσαν.

6. Ευρήματα

Αρχικά, με τη χρήση του δείκτη συσχέτισης Pearson r βρέθηκε μια μέτρια προς χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της πληροφόρησης από τον ιατρό και των γνωστικών λαθών: $r(66)=,212, p<,10$. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η πληροφόρηση από τον ιατρό τόσο αυξάνονται τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Επίσης βρέθηκε υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τον ιατρό με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας: $r(82)= -,345, p<,05$. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό του τόσο μειώνονται τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας.

Έπειτα με την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης γίνεται έλεγχος για το πώς οι ανεξάρτητες μεταβλητές, δηλαδή η πληροφόρηση και η ικανοποίηση από τον ιατρό σχετίζονται με τα γνωστικά λάθη. Σύμφωνα με τις αναλύσεις το 6% της διακύμανσης των γνωστικών λαθών σχετίζονται με την ικανοποίηση από τον ιατρό και βρίσκεται στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας. Συνδυαστικά η ικανοποίηση και η πληροφόρηση από τον ιατρό είναι υπεύθυνες για το 8% της διακύμανσης των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας και είναι οριακά στατιστικά σημαντικό.

Στη συνέχεια με την χρήση της παραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (Factorial ANOVA), φαίνεται ότι η πληροφόρηση από τον ιατρό ($\beta=,16, t=1,31, p>,10$) και η ικανοποίηση από τον ιατρό ($\beta=-,19, t=-1,57, p>,10$) δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας.

Αναφορικά με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ο έλεγχος έγινε με τη βοήθεια του t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Οι διακυμάνσεις είναι ίσες γιατί σύμφωνα με τον έλεγχο του Levene's Test οι τιμές των παρατηρούμενων τιμών σημαντικότητας δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Ο μέσος όρος των τιμών της πληροφόρησης από τον ιατρό στους άνδρες ($M=8.45, SD=1.72$) δεν διαφέρει σημαντικά ($t=-,186, DF=64, p>,05$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=8.55, SD=2.18$). Ο μέσος όρος των τιμών των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας στους άνδρες ($M=40,83, SD=14.43$) διαφέρει ελάχιστα ($t=-,451, DF=80, p>,05$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=42.28, SD=12,56$). Ο μέσος όρος των τιμών της ικανοποίησης από τον ιατρό στους άνδρες ($M=4.14, SD=,85$) δεν διαφέρει σημαντικά ($t=,211, DF=80, p>,05$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=4.10, SD=,78$).

Σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στις τρεις μεταβλητές δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία σε σχέση με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson r , $r(82)= -,017, p>,05$. Η ηλικία σε σχέση με την πληροφόρηση από τον ιατρό, $r(82)=-,032, p>,05$, και σε σχέση με την ικανοποίηση από τον ιατρό $r(82)=,068, p>,05$. Έγινε επίσης, έλεγχος για την επίδραση της μόρφωσης (3 ομάδες, κατώτερη-μέση-ανώτερη εκπαίδευση) σε σχέση με τα γνωστικά λάθη βρέθηκε μη στατιστικά σημαντική ($F(7,74)=1,025, p>,05$). Οι έλεγχοι Tukey HSD και Scheffe δεν εντόπισαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των

επιπέδων μόρφωσης. Το ίδιο ισχύει και για την επίδραση της μόρφωσης στην ικανοποίηση και την πληροφόρηση από τον ιατρό. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης (2 ομάδες, όσοι συζούν-όσοι ζούν μόνοι) στις τρεις μεταβλητές χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση.

7. Συμπεράσματα-Συζήτηση

Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να ελέγξει τα γνωστικά λάθη σε συμπεριφορές υγείας σε ένα δείγμα ατόμων που αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακές παθήσεις και τον τρόπο που σχετίζονται τα λάθη αυτά με την πληροφόρηση που λαμβάνουν αλλά και από το πόσο ικανοποιημένοι δηλώνουν από τη συνεργασία τους με τον θεράποντα ιατρό τους. Η εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας ήταν τα γνωστικά λάθη σε συμπεριφορές υγείας και οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η ικανοποίηση και η πληροφόρηση από τον θεράποντα ιατρό. Η αξιολόγηση των μεταβλητών αυτών έγινε με την χρήση μιας κλίμακας που βασίζεται στο μοντέλο Κοινής Λογικής (CSM, Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) με το οποίο αξιολογούνται οι αναπαραστάσεις των ασθενών για θέματα υγείας ανάλογα με την πληροφόρηση από τον ιατρό τους. Έπειτα, η αξιολόγηση των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας έγινε με την ελληνική έκδοση του Irrational Health Belief Scale (IHBS) των Christensen, Moran & Wiebe (1999), το οποίο αξιολογεί ατομικές διαφορές σε γνωστικές στρεβλώσεις που αφορούν συμπεριφορές υγείας. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας που βασίζεται στο μοντέλο CS-SRM και του IHBS σύμφωνα με το δείκτη Alpha χαρακτηρίζεται από υψηλή εσωτερική συνοχή γεγονός που σημαίνει ότι τα δεδομένα που προκύπτουν είναι αξιόπιστα. Έγιναν επίσης έλεγχοι για διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αλλά και στο πώς το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση συμβάλουν στη διαμόρφωση των μεταβλητών της έρευνας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις των δεδομένων βρέθηκαν κάποιες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που έχουν αναφερθεί. Αναφορικά με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας, τα στοιχεία από τις αναλύσεις δείχνουν ότι υπάρχει μια υψηλά αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τον ιατρό. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την Υπόθεση 1 σύμφωνα με την οποία αναμενόταν η ικανοποίηση του ασθενούς από τον επιβλέποντα ιατρό να σχετίζεται αρνητικά με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Δηλαδή, όσο πιο ικανοποιημένος είναι ένας ασθενής από τη σχέση που έχει με τον ιατρό του τόσο λιγότερα γνωστικά λάθη θα κάνει σε θέματα που αφορούν την υγεία του. Αυτό συμπίπτει και με τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τη βιβλιογραφία τα οποία υποστηρίζουν ότι η σχέση του ασθενούς με τον ιατρό του είναι καθοριστική για το τρόπο με τον οποίο θα προσαρμοστεί στη χρόνια ασθένεια αλλά και με το πως θα εφαρμόσει τις οδηγίες σχετικά με την θεραπεία (Ballard-Reisch, 1990. Roter & Hall, 1992. Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui, 1997. Szasz & Hollender, 1956).

Αναφορικά με τα γνωστικά λάθη και την πληροφόρηση από τον ιατρό έχει βρεθεί χαμηλή θετική συσχέτιση. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η πληροφόρηση από τον ιατρό τόσο αυξάνονται τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Το εύρημα αυτό απορρίπτει την Υπόθεση 2: Η πληροφόρηση του ασθενούς από τον επιβλέποντα ιατρό σχετίζεται αρνητικά με τα γνωστικά λάθη σε θέματα υγείας. Αυτό

ενδεχομένως να σημαίνει ότι η πληροφόρηση δεν γίνεται με το σωστό τρόπο ή δεν δίνονται εξηγήσεις σε απλή γλώσσα ώστε ο ασθενής να κατανοήσει πραγματικά τα όσα του αναφέρει ο ιατρός του. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η σχέση αυτή φαίνεται να δικαιολογείται καθώς οι συμπεριφορές υγείας στους χρόνιους ασθενείς δεν εξαρτώνται μόνο από την πληροφόρηση που λαμβάνουν από τον ιατρό τους αλλά και από επιρροές που δέχονται από τον περίγυρό τους, τους σημαντικούς άλλους και τις δικές τους αναπαραστάσεις για την ασθένεια (Donovan & Blake, 1992. Roter, 1984. Roter & Ewart, 1992. Stimson, 1974. Ward & Savulescu, 2006).

Επιπρόσθετα, δεν έχει βρεθεί σχέση μεταξύ των γνωστικών λαθών και της ικανοποίησης ή της πληροφόρησης από τον ιατρό ξεχωριστά. Δηλαδή, οι δύο αυτές μεταβλητές από μόνες τους δεν μπορούν να προβλέψουν τις συμπεριφορές υγείας που εμπεριέχουν γνωστικά λάθη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι πολλοί οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της συμπεριφοράς και το γεγονός ότι εμπλέκονται οι παράλογες πεποιθήσεις για την ασθένεια η πρόβλεψη γίνεται ακόμα πιο δύσκολη. (Federman, Wisnivesky, Wolf, Leventhal & Halm, 2010. Janis, 1984).

Επίσης το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση και η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν με διαφορετικούς τρόπους τα γνωστικά λάθη στους καρδιοπαθείς. Αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός παρεμβάσεων στους χρόνιους ασθενείς δεν χρειάζεται να διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση ή την οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο στο δείγμα δεν υπάρχει μεγάλη διασπορά στις ηλικίες και στη μόρφωση έτσι τα αποτελέσματα μπορούν να διαφέρουν σε έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα.

Τα πιο πάνω συμπεράσματα δεν είναι ανεξάρτητα από άλλες επιδράσεις καθώς όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, οι καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν πολλές αντιδράσεις εκ μέρους του ασθενούς αλλά και πολλά ζητήματα ψυχικής υγείας. Σαφώς αυτό καθιστά την έρευνα σε αυτό το πεδίο πιο περίπλοκη και πολυσύνθετη καθώς το άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος που πολύ πιθανόν να αντιμετωπίζει ένα άτομο με καρδιαγγειακά προβλήματα να επηρεάζει σημαντικά αποφάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τη σωματική του υγεία. Επίσης έχουν αναφερθεί πολλοί παράγοντες που μεσολαβούν στη δημιουργία αναπαραστάσεων για την ασθένεια και που επηρεάζουν με διαφορετικούς τρόπους τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του ασθενούς στην ασθένεια.

Πρέπει επίσης να αναφερθούν και οι περιορισμοί της έρευνας αυτής όπως είναι αρχικά το μικρό δείγμα. Ένα δείγμα 82 ατόμων είναι αρκετά μικρό για να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το γενικό πληθυσμό, ωστόσο το δείγμα με καρδιοπαθείς είναι αρκετά δύσκολο να συλλεχθεί καθώς στην Κρήτη δεν υπάρχουν οργανωμένοι σύνδεσμοι καρδιοπαθών και επίσης άτομα που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα με κάποια καρδιαγγειακή πάθηση είναι πολύ πιθανό να μην θελήσει να συνεργαστεί. Επιπλέον υπάρχει μικρό δείγμα για πιο νεαρές ηλικίες καθώς τα καρδιαγγειακά

προβλήματα απασχολούν περισσότερο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Έτσι, οι μεταβλητές της έρευνας αυτής είναι δύσκολο να ελεγχθούν σε νεαρότερες ηλικίες. Επίσης τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται μόνο από τα ερωτηματολόγια, δηλαδή τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων γεγονός που σημαίνει ότι δεν είναι απολύτως αντικειμενικά και δεν αντιπροσωπεύουν πλήρως την πραγματική κατάσταση.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να γίνουν σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος από όλη την Ελλάδα. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να διεξαχθούν πιο γενικευμένα συμπεράσματα. Επίσης θα μπορούσε να ελεγχθεί εκτενέστερα η σχέση των γνωστικών λαθών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις και η σχέση τους με τον ιατρό σε νεαρότερες ηλικίες. Θα μπορούσε επίσης να ερευνηθεί και η μεσολάβηση άλλων μεταβλητών στη σχέση αυτή όπως είναι οι επιρροές των σημαντικών άλλων, οι προσωπικές αξίες και οι ερμηνείες του ασθενούς με βάση τα συμπτώματα ή προηγούμενες εμπειρίες. Αυτές είναι μεταβλητές που με βάση τη βιβλιογραφία μεσολαβούν στη δημιουργία αναπαραστάσεων για την ασθένεια (Hagger & Orbell, 2003. Καραδήμας, 2005. Leventhal et al., 1980. Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992. Linz, Penrod & Leventhal, 1982). Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να ελεγχθεί ο βαθμός επίδρασής τους στις μεταβλητές της παρούσας έρευνας.

Οι χρόνιες ασθένειες είναι πλέον πολύ συχνές και συνήθως μπορούν ελεγχθούν με κάποιους περιορισμούς χωρίς ωστόσο να μπορούν θεραπευτούν. Οι προσαρμογές που καλείται να κάνει ο χρόνιος ασθενής είναι πολλές και σύνθετες, απαιτούν προσπάθεια, δέσμευση και υποστήριξη (DiMatteo & Martin, 2011). Συνεπώς η διεύρυνση της έρευνας στο πεδίο αυτό είναι απαραίτητη και αφορά δυστυχώς ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Τα δεδομένα από τις έρευνες στους χρόνιους ασθενείς θα αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό παρεμβάσεων με την προσδοκία ότι πλέον θα υπάρχει ένα οργανωμένο υποστηρικτικό πλαίσιο για την καλύτερη προσαρμογή και αφετέρου στον αυξημένο έλεγχο της χρόνιας ασθένειας.

Βιβλιογραφία

Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Η γνωστική αναπαράσταση της ασθένειας. Στο Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ. Έκδ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

AHA (American Heart Association) (1995). *Heart and stroke facts: 1996 statistical supplement*. Dallas, TX

AHA(American Heart Association) (2004). *Heart and stroke encyclopedia*. Retrieved (8-12-2004) from <http://www.americanheart.org>.

Ballard-Reisch, D. S. (1990). A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Communication, 2*, 91-104.

Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology, 18*, 169–176.

DiMatteo, M.R., Martin, L.R. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. (Επισ. Επιμ. Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός). Αθήνα: Πεδίο

Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine, 34*, 5. 507-513.

Federman, A. D., Wisnivesky J. P., Wolf, M. S., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2010). Inadequate Health Literacy Is Associated With Suboptimal Health Beliefs in Older Asthmatics. *Journal of Asthma, 47*, 620–626.

Fulton, J. J., Marcus, D. K., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 527-538.

Gliner, J. G., & Compass, B. E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: A prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology, 18*, 475-481.

Greenland, P., Knoll, M. D., Stamler, J., Neaton, J. D., Dyer, A. R., Garside, D. B., & Wilson, P. W.

(2003). Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Journal of the American Association*, 290, 891-897.

Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.

Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1999). Cognitive adaption as a predictor of new coronary events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 61, 3-15.

Janis, I. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations: Prescriptive hypothesis derived from recent research in social psychology. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 113-147) Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Lau, R.R., & Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Eds.), *Medical Psychology*, 2.

Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.M. (1992). Illness cognition: using Common Sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143.

Leventhal, L., Brisette, I., & Leventhal, H. (2003). The common-sense model of selfregulation of health and illness. In L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), *The selfregulation of health and illness behaviour*. London: Routledge.

Linz, D., Penrod, S. & Leventhal, H. (1982). *Cognitive organisation of disease among laypersons*. Paper presented at the 20th International Congress of Applied Psychology, Edinburgh, Scotland.

Lubkin, I.M., (1986). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Jones and Bartlett, Boston.

McAndrew, L. M., Musumeci-Szabo, T. J., Mora P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2008) Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology, 13*, 195–204.

NCHS (National Center for Health Statistics) (2003). *Health, United States, 2003*. Retrieved (4-6-2004) from <http://www.cdc.gov/nchs>.

Philips, L. A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology, 17*, 244-257.

Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Mill-band Memorial Fund Quarterly, 44*, 94-127.

Roter, D. L. (1984). Patient question asking in physician-patient interaction. *Health Psychology, 3*, 395-410.

Roter, D. L. & Eward, C. K. (1992). Emotional inhibition in essential hypertension: Obstacle to communication during medial crisis? *Health Psychology, 11*, 163-169.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Jr., Stiles, W. B., & Inui, J. (1997). Communication patterns of primary health care physicians. *Journal of the American Medical Association, 227*, 350-356.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 597–602.

Samson, A., & Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling, 70*, 426–429.

- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions* (5th ed.). New York: Wiley.
- Stewart, K. E., Ross, D. ,& Hartley, S. (2004). *Patient adaption to chronic illness*. In T. Boll, J. M., Raczynski, & L. C. Leviton. (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, 2, 405-421. Washigton, DC: American Psychological Association.
- Stimson, G. V. (1974). Obeying doctor's orders: A view from the other side. *Social Science & Medicine*, 8, 97-104.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suczek, B., Wiener, C. L. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby, St Louis.
- Strong, J. P., Malcom, G. T., McMahan, C. A., Tracy, R. E., Newman, W. P. 3rd, Herderick, E. E., Cornhill, J. F. (1999). Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: Implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *Journal of the American Medical Association*, 281, 727-735.
- Szasz, T. S., & Hollender, H. M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.
- Turvey, C. L., Schultz, S. K., Beglinger, L., & Klein, D.M. (2009). A Longitudinal Community-Based Study of Chronic Illness, Cognitive and Physical Function, and Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 632-641.
- Ward, M., & Saluvescu, J. (2006). Patients who challenge. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20, 545-563.
- Wellard, S. (1998). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* ,35 , 49-55.
- Williamson, G. M. (2000). Extending the activity restriction model of depressed affect: Evidence from a sample of breast cancer patients. *Health Psychology*, 19, 339-347.

World Health Organisation (2012). *The European health report 2012: Charting the way to well being*.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.