

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΙΣ
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
Α.Μ : 2459

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2012-2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	4
1.1 Επιπτώσεις χρόνιων ασθενειών	5
1.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης χρόνιων ασθενειών	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	12
2.1 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων	13
2.2 Αντιδράσεις καρδιοπαθών	17
2.3 Προσαρμογή στην καρδιοπάθεια	20
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή	20
2.5 Θέματα προσαρμογής	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	28
3.1 Το μοντέλο κοινής λογικής	29
3.2 Γνωστικά λάθη	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑ	39
ΜΕΘΟΔΟΣ	40
5.1 Δείγμα	40
5.2 Εργαλεία	41
5.3 Διαδικασία.....	42
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	51
7.1 Περιορισμοί	53
7.2 Πρακτικές εφαρμογές	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων και των καρδιαγγειακών παθήσεων, φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο με μια σειρά αλλαγών σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο ασθενής πρέπει να διαχειριστεί τις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια στο σώμα του και τη λειτουργικότητά του, δυσάρεστα συναισθήματα που ενδέχεται να δημιουργηθούν αλλά και αλλαγές στην κοινωνική του ζωή. Το άτομο επιστρατεύει κάποιες στρατηγικές ώστε να διαχειριστεί αυτές τις αλλαγές. Σύμφωνα με το Μοντέλο της Κοινής Λογικής, αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης καθορίζονται από τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις που σχηματίζει το άτομο στην προσπάθειά του να κατανοήσει την ασθένειά του. Κατά τη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών σημειώνονται κάποια σφάλματα, τα οποία αναφέρονται ως γνωστικά λάθη. με αυτή την έρευνα προσπαθήσαμε να διαπιστώσουμε αν αυτά τα λάθη στον τρόπο σκέψης επηρεάζουν τον τρόπο που ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ασθένειά του. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 60 καρδιοπαθείς, στους οποίους χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της αντίληψης της ασθένειας και τη μέτρηση των γνωστικών λαθών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα γνωστικά λάθη φαίνεται να σχετίζονται αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο του ασθενή στην καρδιοπάθεια, τον έλεγχο της θεραπείας στην ασθένεια αλλά και με την κατανόηση της ασθένειας. Παράλληλα, μηδενική συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας, τις συνέπειές της, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις αλλά και την ηλικία του ασθενή και τα χρόνια που νοσεί.

Λέξεις – κλειδιά : Καρδιαγγειακές νόσοι, γνωστικές αναπαραστάσεις, γνωστικά λάθη, μοντέλο κοινής λογικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενειών που πλήττουν το σύγχρονο άνθρωπο ,των αναπτυγμένων κυρίως χωρών, αφορά χρόνιες ασθένειες (Καραδήμας, 2005). Μάλιστα, υπολογίζεται ότι σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή, το 50 % του πληθυσμού πάσχει από μία χρόνια πάθηση· αυτή μπορεί να είναι μια ήπια πάθηση, όπως μερική απώλεια ακοής ή μια πιο σοβαρή, για παράδειγμα κάποια μορφή καρκίνου (Taylor, 1999). Επιπλέον, πάνω από 70 % των θανάτων οφείλεται σε χρόνιες ασθένειες (Christensen & Antoni, 2002).

Μια οξεία ασθένεια χαρακτηρίζεται από ξαφνική έναρξη των συμπτωμάτων , τα οποία διαρκούν για μικρό χρονικό διάστημα και επηρεάζουν παροδικά τη λειτουργικότητα του ατόμου (Falvo, 2005). Αντιθέτως, μία χρόνια ασθένεια είναι μόνιμη, δεν είναι ιάσιμη και είναι πιθανόν να υποτροπιάζει. Χαρακτηρίζεται από αργή έναρξη των συμπτωμάτων, τα οποία όμως γίνονται πιο έντονα με το πέρασμα του χρόνου (Sanderson, 2004).

Δεν είναι όλες οι χρόνιες ασθένειες θανατηφόρες, μερικές εμφανίζονται σε μικρή ηλικία και άλλες καθιστούν το άτομο ανάκανο σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα , όμως, με τους Cogswell και Weir (1973) παρότι οι χρόνιες ασθένειες διαφέρουν ως προς τα συμπτώματα και τη φαρμακευτική αγωγή, έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά · οι ασθενείς έχουν ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία της ιατρικής περίθαλψης και ο στόχος σε κάθε περίπτωση είναι ο έλεγχος και η διαχείριση των συμπτωμάτων καθώς η ίαση δεν είναι εφικτή (όπως αναφέρεται σε Royer, 1998).

Ο ασθενής καλείται να μεταβάλλει τον τρόπο ζωής του ώστε να προσαρμόζεται στις αλλαγές που επιφέρει μια χρόνια ασθένεια. Συνειδητοποιεί ότι η ζωή του όπως την ήξερε μέχρι τώρα πρόκειται να αλλάξει και επαναπροσδιορίζει αξίες, πεποιθήσεις, στόχους και συνήθειες ώστε να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα (Falvo, 2005). Οι επιπτώσεις των

χρόνιων ασθενειών στον πάσχοντα αλλά και οι στρατηγικές που αυτός ακολουθεί για να τις αντιμετωπίσει περιγράφονται στα δύο επόμενα υποκεφάλαια.

1.1 Επιπτώσεις χρόνιων ασθενειών

Σύμφωνα με τη Sanderson (2004), οι επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία και την κοινωνική ζωή του πάσχοντα. Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με προβλήματα όπως ο πόνος, παραμορφώσεις, παράλυση, σεξουαλικές διαταραχές, ακράτεια κ.α. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αν η ασθένεια, η αγωγή ή οι επεμβάσεις (π.χ μαστεκτομή σε περίπτωση καρκίνου του στήθους) προκαλούν σημαντικές αλλαγές στο σώμα ή στη λειτουργικότητά του, το άτομο ανησυχεί και για την εικόνα του σώματός του (Sanderson, 2004). Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μετασχηματίζει την εικόνα που έχει για το σώμα του · αλλαγή η οποία σύμφωνα με τον Moore και τους συνεργάτες του (2000) εξαρτάται από το πόσο εμφανείς είναι οι αλλαγές στο σώμα και τη λειτουργική τους σημασία, το πόσο γρήγορα συνέβησαν και από τις αντιδράσεις των άλλων (όπως αναφέρεται σε Falvo, 2005). Αν και σε πολλές περιπτώσεις, δεν είναι η ίδια η ασθένεια αυτή που προκαλεί σωματικά συμπτώματα αλλά η φαρμακευτική αγωγή· για παράδειγμα, τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης συχνά προκαλούν υπνηλία, αύξηση βάρους και στυτική δυσλειτουργία (Sanderson, 2004).

Μία χρόνια ασθένεια επηρεάζει πολλούς τομείς της ανθρώπινης ζωής. Ωστόσο, οι αντιδράσεις των ασθενών στις αλλαγές αυτές ποικίλουν ανάλογα με τη φύση της ασθένειας, την προσωπικότητα του ατόμου, τη σημασία που έχει η ασθένεια για το άτομο, τις εκάστοτε συνθήκες ζωής και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από συγγενείς και φίλους (Falvo, 2005).

Αμέσως μετά τη διάγνωση, οι ασθενείς συχνά βιώνουν ένα σοκ, συναισθήματα φόβου,

άγχους και πολλές φορές και άρνηση (Taylor, 1999). Ο τρόπος που βλέπουν τον κόσμο πλέον αλλάζει για παράδειγμα πιστεύουν πλέον πως ο κόσμος δεν είναι δίκαιος καθώς πρέπει να εγκαταλείψουν ή να αναβάλουν κάποια σχέδια για το μέλλον (Sanderson, 2004). Μια χρόνια ασθένεια είναι πιθανό να δημιουργήσει και μια αρνητική εικόνα εαυτού στον πάσχοντα, ο οποίος πλέον ενδέχεται να βλέπει τον εαυτό τους ως αδύναμο ή εξαρτώμενο από άλλους (Christensen & Antoneli, 2002). Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί πως οι πάσχοντες από μία χρόνια ασθένεια έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από μια ψυχική διαταραχή σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Verhaak, Jeijmans, Peters & Rijken, 2005).

Πολλοί πάσχουν από κατάθλιψη, η οποία οφείλεται κυρίως στην αίσθηση του ασθενούς ότι χάνει τον έλεγχο. Αξίζει να σημειωθεί πως η διάγνωση της κατάθλιψης είναι δύσκολη καθώς πολλά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι και συμπτώματα της ασθένειας ή παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (για παράδειγμα αϋπνία, κούραση, μεταβολή του βάρους). Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη παραμένει αθεράπευτη διότι θεωρείται φυσιολογικό ο ασθενής να βιώνει καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας (Taylor, 1999). Η κατάθλιψη που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ή παραμένει αθεράπευτη ενδέχεται να οδηγήσει το άτομο σε κατάχρηση ουσιών, ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Falvo, 2005). Αξίζει να σημειωθεί μια έρευνα των Cassileth και συνεργατών (1984) που υποστηρίζει πως δεν υπάρχουν διαφορές στην εμφάνιση κατάθλιψης ανάμεσα σε υγιείς και χρόνια ασθενείς (όπως αναφέρεται σε Sanderson, 2004).

Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν και έντονα συμπτώματα άγχους εξαιτίας της αβεβαιότητας που τους προκαλεί η ασθένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάγνωση της πάθησης γίνεται προτού βιώσουν οι ασθενείς συμπτώματα της ασθένειας οπότε ανησυχούν για την έναρξή τους και την πορεία της ασθένειας (Sanderson, 2004). Οι πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες, μπορεί να νιώσουν ότι απειλείται η σωματική τους ακεραιότητα ή η ζωή

τους, η αυτονομία, η ανεξαρτησία και το αίσθημα ελέγχου, τα πλάνα τους για το μέλλον, οι σχέσεις τους με τους οικείους τους και η οικονομική τους ευημερία (Falvo, 2005). Βέβαια το άγχος βρίσκεται στο μέγιστο βαθμό του τη στιγμή της διάγνωσης και σταδιακά υποχωρεί καθώς οι ασθενείς προσαρμόζονται (Sanderson, 2004). Τα επίπεδα όμως του άγχους εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις των ασθενών ·αν αντιλαμβάνονται τις νέες συνθήκες που έχουν να αντιμετωπίσουν ως διαχειρίσιμες , το άγχος περιορίζεται ενώ αν θεωρούν πως η κατάσταση είναι πέρα από τον έλεγχό τους, τότε το άγχος γίνεται ανεξέλεγκτο (Falvo,2005).

Σε πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες γεννώνται πολλές φορές συναισθήματα θυμού και ενοχής. Ο θυμός μπορεί να κατευθύνεται προς άλλα πρόσωπα, ειδικά αν βλέπουν τους εαυτούς τους ως θύματα και πιστεύουν πως για την κατάστασή τους οφείλεται η αμέλεια άλλων. Ο θυμός, όμως, είναι πιθανό να έχει ως στόχο και το ίδιο το άτομο, αν πιστεύει ότι ευθύνεται εν μέρει για την εμφάνιση της ασθένειας. Σε άλλες περιπτώσεις ο θυμός είναι αποτέλεσμα αισθήματος ματαιώσης, απογοήτευσης ή συνειδητοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης σε συνδυασμό με αίσθημα αβοηθησίας.

Εκτός από θυμό, οι ασθενείς είναι πιθανό να νιώσουν τύψεις επειδή κατηγορούν τον εαυτό τους ως υπεύθυνο για την εμφάνιση της ασθένειας π.χ οι ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο στους πνεύμονες μετά από χρόνια χρήση καπνού. Ενοχές ενδέχεται να νιώσουν και όσοι αισθάνονται ότι εξαιτίας της ασθένειάς τους γίνονται βάρος στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας(Falvo, 2005).

Σε ψυχολογικό ,όμως , επίπεδο φαίνεται να βιώνουν και θετικές συνέπειες οι ασθενείς. Πολλοί εκτιμούν περισσότερο την αξία της ζωής, δένονται περισσότερο με τους οικείους τους, γίνονται περισσότερο φιλεύσπλαχοι, βλέπουν τον εαυτό τους πιο σοφό, δυνατό ή ικανό να αντιμετωπίζει προβλήματα, ζουν τη ζωή στο έπακρο και κυνηγούν τα όνειρά τους (Sanderson, 2004) .Σύμφωνα με έρευνα του Collins και συνεργατών (2001), οι ασθενείς

καταπιάνονται με συμπεριφορές που προωθούν τη βελτίωση της υγείας . Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με AIDS παρατηρήθηκε πως το 43% επιδίδεται σε σωματική άσκηση, 59% ακολουθεί υγιεινή διατροφή και 49% μείωσε το κάπνισμα (όπως αναφέρεται σε Sanderson, 2004).

Ο τρίτος τομέας που επηρεάζεται είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή. Πολλοί ασθενείς κρύβουν την κατάσταση της υγείας τους από φόβο μήπως τους αντιμετωπίσουν με οίκτο ή τους εγκαταλείψουν, με αποτέλεσμα να απομονώνονται. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται ιδιαίτερα σε ασθένειες που στιγματίζονται όπως το AIDS και η επιληψία. Αντιθέτως, οι ασθενείς που αποκαλύπτουν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν , δέχονται βοήθεια και στήριξη από τους οικείους τους και δεν αρνούνται την κατάσταση στη οποία βρίσκονται (Sanderson,2004). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Traue και Deighton (1999), η απόκρυψη σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών μπορεί να αποτελέσει μια μορφή στρες που μπορεί να πυροδοτήσει αρνητικές βιολογικές διαδικασίες όπως αυξημένη παραγωγή κορτιζόλης ή καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος (Ayers, Baum, McManus, Newman, Wallston, Weinman et al., 2007).

Αν και δεν λείπουν οι αρνητικές επιπτώσεις μιας τέτοιας αποκάλυψης. Αυτές περιλαμβάνουν την απόσυρση των φίλων σε πολλές περιπτώσεις από φόβο μήπως κολλήσουν την ασθένεια, επειδή δε μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση εξαιτίας προκαταλήψεων σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες ή από αβεβαιότητα για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να στηρίξουν τον ασθενή. Επιπλέον, τα κοντινά πρόσωπα του ασθενή μπορεί να διακατέχονται από μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις σχετικά με το πως θα έπρεπε ο ασθενής να αντιμετωπίζει την πάθηση (για παράδειγμα αν διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα συμπτώματα άγχους/κατάθλιψης). Από την άλλη πλευρά, μπορεί να γίνονται υπερπροστατευτικοί και ο ασθενής να νιώθει εξαρτημένος ή να δίνουν μη βοηθητικές συμβουλές ή ψεύτικες ελπίδες (Sanderson,

2004). Αν και η κοινωνική απομόνωση μπορεί να είναι και αποτέλεσμα των περιορισμών που επιφέρει μια χρόνια ασθένεια στο επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα το άτομο να μειώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες και να περιορίζει τις κοινωνικές επαφές του (Wood et al., 1985 όπως αναφέρεται σε Christensen & Antoni, 2002).

1.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών

Με τον όρο αντιμετώπιση αναφερόμαστε σε μια σειρά ενεργειών του ατόμου ώστε να διαχειριστεί ή να μειώσει το άγχος που προκαλείται από ένα τραυματικό γεγονός, στη συγκεκριμένη περίπτωση μια χρόνια ασθένεια. Οι αμυντικοί μηχανισμοί αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης διαφέρουν από άτομο σε άτομο και σε πολλές περιπτώσεις αποδεικνύονται βοηθητικοί ενώ σε άλλες επιζήμιοι και τότε το άτομο αναγκάζεται να εφαρμόσει άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης (Flavo, 2005).

Ένας αμυντικός μηχανισμός που ενεργοποιείται για να διαχειριστούν οι ασθενείς το υπερβολικό άγχος που βιώνουν, μετά τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας είναι η **άρνηση**. Το άτομο αρνείται ότι πάσχει, αμφισβητεί τη διάγνωση, δε συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή ή αγνοεί τις επιπτώσεις που μπορεί έχει η ασθένεια στην υγείας του (Falvo, 2005). Ο Lazarus (1983) υποστηρίζει ότι στα πρώτα στάδια της προσαρμογής στην ασθένεια, η άρνηση λειτουργεί προστατευτικά καθώς δεν επιτρέπει στον ασθενή να έρθει αντιμέτωπος με το ευρύ φάσμα των προβλημάτων που συνοδεύουν μια χρόνια ασθένεια, ειδικά σε αυτή τη φάση που δεν είναι τόσο έτοιμοι και ικανοί να το κάνουν (όπως αναφέρεται σε Taylor, 1999). Μάλιστα, έρευνα των Levine και συνεργατών (1988) έδειξε πως ασθενής με έμφραγμα του μυοκαρδίου που εμφάνισαν έντονη άρνηση, στο αρχικό στάδιο, έμειναν λιγότερες μέρες στην εντατική και εμφάνισαν λιγότερα σημάδια καρδιακής δυσλειτουργίας (όπως αναφέρεται σε Taylor, 1999)

Όμως, αν η άρνηση συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ενδέχεται να είναι ζημιογόνα για την εξέλιξη της ασθένειας καθώς το άτομο ενδέχεται να μην ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες ή να μη μαθαίνει καινούριες δεξιότητες αντιμετώπισης της ασθένειας. Η άρνηση δε βάζει μόνο σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών αλλά σε πολλές περιπτώσεις και των άλλων. Για παράδειγμα, κάποιος που έχει μολυνθεί από τον ιό HIV και βρίσκεται σε κατάσταση άρνησης, μπορεί να μεταδίδει τον ιό σε άλλους με το να έρχεται σε επαφή με τους ερωτικούς του συντρόφους χωρίς προφυλάξεις.

Μια άλλη στρατηγική είναι αυτή της **οπισθοδρόμησης (regression)**, της επιστροφής σε ένα προηγούμενο στάδιο ανάπτυξης με χαρακτηριστικά την εξάρτηση από άλλους, την υιοθέτηση μιας παθητικής στάσης ή την υπερβολική συναισθηματικότητα σε βαθμό που δεν συνάδουν με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Στα πρώτα στάδια μιας ασθένειας αυτή η στρατηγική, όπως και η άρνηση, μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, ειδικά σε περίπτωση που απαιτείται ξεκούραση και ακινησία. Αυτή, όμως, η στρατηγικής μακροπρόθεσμα ενδέχεται να εμποδίσει την προσαρμογή του ασθενούς και την ανάκτηση της ανεξαρτησίας του.

Πολλοί ασθενείς προσπαθούν να αντισταθμίσουν τους περιορισμούς που θέτει η ασθένεια σε έναν τομέα με το να αναπτύξουν άλλες δεξιότητες. Αυτή η στρατηγική της **αντιστάθμισης** μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμη καθώς το άτομο υιοθετεί νέες υγιείς συμπεριφορές ώστε να πετύχει τους στόχους του. Αντιθέτως, αποδεικνύεται επιβλαβής όταν οι νέες συμπεριφορές είναι αυτοκαταστροφικές ή κοινωνικά μη αποδεκτές.

Συχνά, τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια προσπαθούν να βρίσκουν δικαιολογίες για μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές τους ή να δικαιολογούν τους εαυτούς τους για ανολοκλήρωτες εργασίες ή στόχους που δεν πέτυχαν. Ο **εξορθολογισμός** φαίνεται αφενός να απαλύνει την απογοήτευση των ασθενών, αφετέρου δεν επιτρέπει στα άτομα να

αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές του.

Η πιο αποτελεσματική στρατηγική φαίνεται να είναι ο **μετασχηματισμός** των μη αποδεκτών συναισθημάτων και σκέψεων σε αποδεκτές συμπεριφορές. Οι χρόνιοι ασθενείς ενδέχεται να διακατέχονται από ισχυρά συναισθήματα εχθρότητας και θυμού , τα οποία αν διαχειριστούν σωστά μπορούν να επωφεληθούν από αυτά. Ωστόσο και αυτός ο αμυντικός μηχανισμός μπορεί να έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα, εάν το άτομο εξωτερικεύσει το θυμό του και άλλα αρνητικά συναισθήματα μέσω αρνητικών και μη κοινωνικά αποδεκτών πράξεων (Falvo, 2005).

Ο Shontz (1975) , ασχολήθηκε με τις αντιδράσεις των ασθενών μετά τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας και υποστήριξε πως η πλειονότητα των ασθενών περνά απο τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, του αρχικού σοκ, ο ασθενής βιώνει την κατάσταση σαν ένας παρατηρητής και συμπεριφέρεται με τρόπο αυτόματο. Αυτό το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και εβδομάδες. Στο δεύτερο στάδιο, της αντιπαράθεσης, ο ασθενής παρουσιάζει αποδιοργανωμένη σκέψη, μια αίσθηση απώλειας και πένθους (όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005). Η Taylor (1999) προσθέτει ότι το άτομο ,σε αυτή τη φάση, αισθάνεται έντονο άγχος, φόβο και είναι αποδιοργανωμένο καθώς διαπιστώνει πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που χρησιμοποιούσε δεν είναι πλέον αποτελεσματικές.

Στο τελευταίο στάδιο που περίγραψε ο Shontz, αυτό της υποχώρησης, ο ασθενής αρνείται την πραγματικότητα και ακολουθεί μια συμπεριφορά αποφυγής ώσπου με το πέρασμα του χρόνου να αποδεχτεί τα νέα δεδομένα και να προσαρμοστεί σε αυτά (όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005). .Αυτές οι τρεις φάσεις που περίγραψε ο Shontz φαίνεται να ισχύουν για την πλειονότητα των ασθενών (όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Με τον όρο “καρδιαγγειακές νόσοι” αναφερόμαστε σε μια ομάδα διαταραχών του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του και τις εντάσσουμε σε τρεις κατηγορίες : τις στεφανιαίες νόσους, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και την καρδιομυοπάθεια (Καραδήμας, 2005). Εκτιμάται πως οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονται για το 40% των θανάτων στις Η.Π.Α, ενώ ήταν η βασική αιτία ασθένειας και θανάτου τον 20ο αιώνα. Τέτοιες παθήσεις εμφανίζονται πιο συχνά σε άντρες ,ηλικιωμένους και σε όσους έχουν στο οικογενειακό ιστορικό τους άτομα με προβλήματα στην καρδιακή λειτουργία (Taylor, 1999).

Οι στεφανιαίες νόσοι οφείλονται σε αθηροσκλήρυνση, στη στένωση ή απόφραξη των καρδιακών αρτηριών που παρέχουν αίμα στον καρδιακό μυ. Όταν αυτές οι αρτηρίες στενεύουν ή κλείνουν, η τροφοδότηση της καρδιάς με αίμα παρεμποδίζεται εν μέρει ή ολοκληρωτικά. Παροδικές ελλείψεις παροχής αίματος συχνά έχουν ως αποτέλεσμα αίσθημα πόνου που εκτείνεται στη θωρακική περιοχή και στα χέρια και ονομάζεται στηθάγχη (Taylor, 1999). Η στηθάγχη, δεν οδηγεί στο θάνατο αλλά μπορεί να είναι ένα σημάδι έναρξης εμφράγματος (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Συμπτώματα στηθάγχης όπως αίσθημα βάρους στο στήθος ή δύσπνοια μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης ή σε καταστάσεις συναισθηματικής έντασης που απαιτούν αυξημένη αιματική ροή. Σε πολλές περιπτώσεις η στηθάγχη παραμένει σταθερή για χρόνια χωρίς αλλαγές στα συμπτώματα ή εξάρσεις (Camic & Knight, 1997).

Στην περίπτωση σοβαρής αποστέρησης αίματος ,εξαιτίας απόφραξης των αρτηριών, μπορεί να επέλθει απόφραξη/έμφραγμα του μυοκαρδίου. Υπολογίζεται πως το ¼ των ατόμων που υπέστησαν έμφραγμα πεθαίνει λίγες ώρες μετά και το 1/3 μέσα στις πρώτες εβδομάδες . ποσοστά που οφείλονται στο γεγονός ότι οι ασθενείς καθυστερούν ώρες ή και μέρες να

ζητήσουν ιατρική βοήθεια καθώς δε μπορούν να πιστέψουν πως έπαθαν έμφραγμα ή αποδίδουν τα συμπτώματα σε απλές διαταραχές (Taylor, 1999). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο κέντρο του θώρακα και διαρκεί λίγα λεπτά ή φεύγει και επιστρέφει και μπορεί να εξαπλώνεται στους ώμους, τον αυχένα και τα χέρια. Ενδέχεται το άτομο να παρουσιάσει ζάλη, ναυτία, εφίδρωση, δύσπνοια και λιποθυμία (Camic & Knight, 1997).

Στην περίπτωση που παρουσιαστεί κάποια βλάβη στη λειτουργία μίας ή περισσότερων από τις τέσσερις καρδιακές βαλβίδες (μιτρωειδής, αορτική, πνευμονική και τριγλώχινα), αναφερόμαστε σε **ασθένειες των καρδιακών βαλβίδων**. Αυτές οι ασθένειες σχετίζονται με το ρευματικό πυρετό, τις στεφανιαίες νόσους της καρδιάς, μολύνσεις και εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι δυσκολία στην αναπνοή, αίσθημα κόπωσης, πόνος στους μύες, στην πλάτη, στις αρθρώσεις, πυρετός κ.α. Οι ασθένειες αυτές αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλιώς μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο (Στεφανάδης, 2005).

Τέλος, ο τρίτος τύπος καρδιακών ασθενειών είναι οι **καρδιομυοπάθειες**. Στις καρδιομυοπάθειες, το μυοκάρδιο είτε χάνει την ελαστικότητά του και έχει ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση των καρδιακών κοιλοτήτων, είτε γίνεται παχύτερο ή σκληρό, ενώ σε μερικές περιπτώσεις ο μυϊκός ιστός αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό. Κύριες αιτίες είναι η αθηροσκλήρυνση, η υπέρταση, το αλκοόλ και η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια. (Τουτούζας, 2006)

2.1 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων διαχωρίζονται σε αμετάβλητους και μεταβλητούς. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσεται το φύλο. Σύμφωνα με τους Kaplan, Sallis και Patterson (1993) οι άντρες φαίνεται να διατρέχουν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο συγκριτικά με τις γυναίκες.

Όμως , τα ποσοστά θνησιμότητας είναι περίπου ίσα όταν συγκρίνονται με γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Πιο σύγχρονα ευρήματα παρουσιάζουν τους άντρες τέσσερις φορές πιο ευάλωτους στην εμφάνιση καρδιακής ασθένειας σε σύγκριση με γυναίκες ηλικίας κάτω των 65 ετών, ενώ σε ηλικίες κάτω των 45 ετών οι άνδρες είναι 40 φορές πιο ευάλωτοι (Bellg, 2004 όπως αναφέρεται σε Καραδήμας , 2005).

Μαζί με το φύλο, στους αμετάβλητους παράγοντες επικινδυνότητας προστίθενται και τα γηρατειά και η γενετική προδιάθεση (Camic & Knight, 1997). Τη διάσταση της γενετικής προδιάθεσης τονίζει και η Taylor (1999), υπογραμμίζοντας πως οι απόγονοι ατόμων με προβλήματα στη λειτουργία της καρδιάς είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μια καρδιαγγειακή νόσο· ειδικά αν εμφανίζουν και συμπεριφορικούς παράγοντες που ευθύνονται για αυτού του τύπου τις ασθένειες.

Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων που συσχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών περιλαμβάνει μεταβλητούς παράγοντες, τους οποίους το άτομο μπορεί να χειριστεί. Κύρια αιτία εμφάνισης κάποιας καρδιαγγειακής νόσου είναι το κάπνισμα. Μάλιστα ένας στους πέντε θανάτους ,που οφείλεται σε προβλήματα της καρδιακής λειτουργίας ,αποδίδεται στο κάπνισμα (Peto, Lopez, Boreham,Thun & Heath, 1996). Αντιθέτως, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας στεφανιαίας νόσου . Όμως , η στροφή σε τσιγάρα πιο χαμηλής περιεκτικότητας σε νικοτίνη και πίσσα δε φαίνεται να έχει τα ίδια αποτελέσματα (Taylor, 1999).

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης συμπεριλαμβάνονται στους παράγοντες επικινδυνότητας. Σύμφωνα με έρευνες, μειώνοντας κατά μία ποσοστιαία μονάδα τα επίπεδα χοληστερόλης, μειώνεται και κατά δύο μονάδες η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας καρδιαγγειακής νόσου (Taylor, 1999). Έχουν ενοχοποιηθεί επίσης, η παχυσαρκία, η υπέρταση , ο σακχαρώδης διαβήτης και τα υψηλά τριγλυκερίδια (Camic & Knight, 1997).

Παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων είναι και η κακή στοματική υγιεινή. Συγκεκριμένα, η περιοδοντίτιδα, μια ασθένεια που εμφανίζεται στη μέση ηλικία και προκαλεί μερική ή ολική απώλεια δοντιών, σχετίζεται με παθήσεις του καρδιακού μυός όπως φανερώνεται από πλήθος ερευνών τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Buhlin, Gustafsson, Pockley, Frostega & Klinge, 2003).

Η εκβιομηχάνιση και παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία συνδέονται με στεφανιαίες νόσους. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο φόρτος εργασίας, ο συνδυασμός υψηλών εργασιακών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου, η διαφορά ανάμεσα στην κατάρτιση κάποιου και της θέσης που κατέχει, ελλιπής ασφάλεια στον εργασιακό χώρο, υψηλή πίεση απόδοσης και η συνεχής επαγρύπνηση ώστε να αντεπεξέλθει ο εργαζόμενος σε αυτές τις συνθήκες. Επιπλέον, τα ποσοστά ασθενών με καρδιαγγειακές νόσους είναι πιο υψηλά σε αστικά κέντρα αλλά και σε μετανάστες συγκριτικά με όσους έχουν μια σταθερή γεωγραφική βάση (Taylor, 1999). Σύμφωνα με τους Frankish και Linden (1996), άνδρες τύπου Α παντρεμένοι με γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή που εξασκούσαν ένα επάγγελμα με κύρος, παρουσίαζαν αυξημένη καρδιακή λειτουργία και κίνδυνο για καρδιακή ασθένεια.

Τα αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν πως η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση είναι παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση καρδιακής νόσου. Η κατάθλιψη και οι καρδιακές νόσοι συχνά συνυπάρχουν. Έτσι, σε άτομα με καρδιακές νόσους πρέπει να γίνεται αξιολόγηση για κατάθλιψη αλλά και σε άτομα με κατάθλιψη για τη διάγνωση μιας καρδιακής νόσου (Bunker, Tonkin, Colquhoun et al, 2003). Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Case και συνεργατών (1992), όσοι ζούσαν απομονωμένοι βρίσκονταν σε υψηλότερο κίνδυνο θανάτου εξαιτίας καρδιακής ασθένειας ή εμφάνισης εμφράγματος.

Το μοτίβο συμπεριφοράς τύπου Α που αναφέρθηκε και προηγουμένως, αναφέρεται σε όσους εμφανίζουν τρία χαρακτηριστικά: επιθετικότητα, ένα αίσθημα πίεσης χρόνου και

ανταγωνιστικότητα (Taylor, 1999). Την δεκαετία του 1950, οι Friedman και Rosenman ξεκίνησαν συστηματικές έρευνες που έδειχναν ότι όσοι ανήκουν σε αυτόν τον τύπο είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση κάποιας καρδιαγγειακής νόσου (όπως αναφέρεται σε Ayers et al., 2007). Όσοι ανήκουν σε αυτό τον τύπο ακολουθούν έναν γρήγορο τρόπο ζωής, εργάζονται περισσότερο, τείνουν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καφεΐνης, να έχουν περισσότερο βάρος, να καπνίζουν και να κάνουν χρήση αλκοόλ συχνά, βρίσκονται σε διαρκή υπέρταση και συνήθως δεν ακολουθούν πιστά τη φαρμακευτική αγωγή (Taylor, 1999). Αν και έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στο μοτίβο συμπεριφοράς τύπου A και τη σχέση του με τις καρδιακές νόσους, σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν πως δεν υφίσταται καμία σχέση μεταξύ τους (Bunker et al, 2003).

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συσχετίζεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών. Αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν πως όσοι ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και ειδικά όσοι είχαν και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, όχι μόνο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας καρδιαγγειακής νόσου αλλά τους είναι και πιο δύσκολο να αντιμετωπίσουν και τα σημάδια μιας τέτοιας ασθένειας. Το 1986, στον Καναδά, οι θάνατοι που οφείλονταν σε κάποια καρδιακή νόσο σε άτομα με πενιχρά εισοδήματα ήταν 35% περισσότεροι στους άνδρες και 11% περισσότεροι στις γυναίκες (Squires, 2000).

Τέλος, η κοινωνική απομόνωση είναι άλλος ένας παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, άνδρες που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου και ήταν κοινωνικά απομονωμένοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου μέσα στα επόμενα τρία χρόνια σε σύγκριση με όσους ήταν κοινωνικά ενταγμένοι. Επιπλέον, οι ανύπαντροι ασθενείς και αυτοί που δεν είχαν σύντροφο είναι τρεις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν μέσα στα πέντε πρώτα χρόνια σε σχέση με τους παντρεμένους ή όσους

διατηρούσαν μια συντροφική σχέση (Weidner, Kopp,&Kristenson,2002).

2.2Αντιδράσεις καρδιοπαθών

Κατά τη διάρκεια ενός εμφράγματος οι ασθενείς βιώνουν ένα σοκ, αισθάνονται έντονο πόνο, χάνουν και επανακτούν τη συνείδησή τους. Σε αυτή τη φάση το κυρίαρχο συναίσθημα είναι το άγχος (Cay et al., 1972 , όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995). Όπως υποστηρίζεται από τους Dellipiani και συνεργάτες (1976), αυτό το έντονο άγχος αντικαθίσταται από μια σύντομη ευφορία καθώς η κατάσταση σταθεροποιείται και οι ασθενείς συνειδητοποιούν πως θα ζήσουν. Όμως, αυτό το συναίσθημα γρήγορα εξασθενεί καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται πως πάσχει από ασθένεια χρόνια και απειλητική για την υγεία του και σκεπτόμενο τις συνέπειές της στη ζωή του (Broome & Llewelyn, 1995).

Πολλοί ασθενείς (10-20 %) αμφιβάλλουν ότι έχουν υποστεί έμφραγμα ή διαψεύδουν ευθέως τη διάγνωση του γιατρού (Almeida & Wenger, 1982, Baile et al., 1982 όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995). Η άρνηση είναι ένας υγιής αμυντικός μηχανισμός που προστατεύει το άτομο από την απότομη έκθεση στις νέες συνθήκες που θα αντιμετωπίσει στο εξής, επιταχύνει την ανάρρωση (Tesar & Hackett, 1985) και είναι προβλεπτικός παράγοντας αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Croog,Shapiro & Levine, 1971, Stern, Pascal & Ackerman, 1977,όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995). Στη φάση της διάγνωσης φαίνεται να είναι βοηθητικός αλλά στη φάση αποκατάστασης έχει αρνητικές συνέπειες καθώς ο ασθενής δεν ακολουθεί τις υποδείξεις του ιατρικού προσωπικού (Taylor, 1999).

Μεγάλος αριθμός ασθενών με έμφραγμα βιώνουν και ανακοπή καρδιάς και πρέπει να τους επαναφέρουν στη ζωή με τεχνητά μέσα. Σε αυτή την περίπτωση, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με επιπλέον δυσκολίες όπως οι εφιάλτες, το χρόνιο άγχος, κατάθλιψη, χαμηλές

προσδοκίες σχετικά με την ανάρρωση και την ανάκτηση της δύναμης και της λειτουργικότητάς τους (Taylor, 1999).

Ο πόνος είναι άλλη μία συνθήκη που με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι καρδιοπαθείς. Οι Elton και Stanley (1983) υποστήριξαν ότι ο πόνος και η δυσφορία που αισθάνεται ο ασθενής επηρεάζονται από παράγοντες όπως η σημασία που αποδίδει ο ασθενής στην ασθένεια/ στον πόνο και οι απόψεις του σχετικά με αυτά τα θέματα, ο βαθμός ενεργοποίησης του αυτόνομου κεντρικού συστήματος και η προσοχή που δίνουν στον πόνο. Επίσης, η εμπειρία του πόνου επηρεάζεται από την ψυχική διάθεση του ασθενή, μεταβλητές σχετικές με την προσωπικότητά του, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που ακολουθεί αλλά και προηγούμενες σχετικές εμπειρίες του (Broome & Llewelyn, 1995).

Η κατάθλιψη εκτός από προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση κάποιας καρδιαγγειακής νόσου, μπορεί να εμφανίζεται και ως συνέπεια της. Παλαιότερες έρευνες ανέφεραν πως τα ποσοστά ασθενών με στεφανιαία νόσο που εμφάνιζαν κατάθλιψη, κυμαίνονται από 18 έως 60% (Kurosawa et al., 1983, Wynn, 1967, Stern et al., 1977, Hackett et al., 1968, Cay et al., 1972 όπως αναφέρεται σε Nemeroff, Musselman & Evans, 1998). Πιο πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ένα ποσοστό της τάξης 16-23 %. Παραδόξως, όσο αυξάνεται η σοβαρότητα της στεφανιαίας νόσου, δεν φαίνεται να αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης (Carney et al., 1987, Schleifer et al., 1989, Frasure- Smith et al. 1993, 1995 όπως αναφέρεται σε Nemeroff και συν., 1998).

Επίσης, καρδιακοί ασθενείς με κατάθλιψη φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας ή ενός μεταγενέστερου επεισοδίου (1,8-2,6 φορές) (Barth et al., 2004, Nicholson et al., 2006, van Melle et al., 2004 όπως αναφέρεται σε Vogelzangs, Seldenrijk, Beekman, van Hout, de Jonge & Penninx, 2010) σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (1,6-1,8 φορές) (Nicholson et al., 2006, Rugulies, 2002, van der Kooy et al., 2007, Wulsin &

Singal, 2003 όπως αναφέρεται σε Vogelzangs et al. ,2010). Η διάγνωση της κατάθλιψης , όπως και σε άλλες χρόνιες ασθένειες, έτσι και στις καρδιαγγειακές νόσους παραμένει δύσκολη καθώς πολλά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι παρόμοια με αυτά της ασθένειας ή με παρενέργειες που προκαλεί η φαρμακευτική αγωγή (Taylor , 1999) .

Οι ασθενείς με καρδιακές παθήσεις είναι πιθανό να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές· πολλές φορές παράλληλα με κατάθλιψη (Vogelzangs et all., 2010). Σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, το άγχος είναι σύνηθες και επηρεάζει το 50% αυτών που βρίσκονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Lanuzi, Stern, Pasternak & Desanctis, 2000). Σύμφωνα με τον Μαγου(1984) ,το άγχος και η κατάθλιψη μετριάζονται μέσα στις πρώτες 6 με 12 εβδομάδες (Broome & Llewelyn, 1995). Αντιθέτως, όσοι είναι παντρεμένοι και απολαμβάνουν τη φροντίδα των συζύγων τους, δεν εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης (Waltz et al., 1988 όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995.) Το άγχος και η κατάθλιψη, κρατάνε μακριά από τον εργασιακό τους χώρο μεγάλο ποσοστό των ασθενών μετά από ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Αν και σύμφωνα με τον Wiklund και τους συνεργάτες του (1985), το 62-92% αυτών των ασθενών επιστρέφει στη εργασία του (Broome & Llewelyn, 1995).

Μάλιστα, η επιστροφή στην εργασία φαίνεται να αποτελεί κύρια πηγή άγχους για τους ασθενείς καθώς λίγες μέρες κιόλας μετά το έμφραγμα, εκφράζουν τέτοιου είδους ανησυχίες (Cay et all., 1972 όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995). Πολλοί από αυτούς που θα επιστρέψουν στο χώρο εργασίας τους, θα μειώσουν την ποιότητα ή ποσότητα παραγόμενου έργου (Μαγου, 1979, Wiklund 1985b, Maeland & Havick, 1986), θα έχουν μειωμένο εισόδημα και θα βιώνουν πιο έντονο στρες σχετικά με την εργασία (Broome & Llewelyn, 1995).

Τα αποτελέσματα ερευνών των Sjorgen και Fugi-Meyer (1983), δείχνουν πως άνδρες

που υπέστησαν έμφραγμα (10-58%) αντιμετώπιζαν σεξουαλικές δυσκολίες ή μείωση στη συχνότητα των ερωτικών συνευρέσεων (Broome & Lewelyn, 1995). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Παπαδόπουλου και συνεργατών (1983), και η ερωτική ζωή των γυναικών επηρεάζεται καθώς το 50% φοβόταν να εμπλακεί σε ερωτικές δραστηριότητες (Broome & Lewelyn, 1995).

2.3 Προσαρμογή στην καρδιοπάθεια

Αφού το άτομο ξεπεράσει το σοκ της διάγνωσης και τα επακόλουθα συναισθήματα, όπως περιγράψαμε προηγουμένως, αναζητά τρόπους να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένειά του. Η διαδικασία της προσαρμογής διαφέρει σημαντικά από άτομο και σε άτομο. Ο απώτερος στόχος της προσαρμογής είναι η αποδοχή της κατάστασης, η ρεαλιστική εκτίμηση της και η ανακάλυψη των δυνατοτήτων του ατόμου (Falvo, 2005).

Υπολογίζεται ότι το 25% των ασθενών με κάποια μορφή καρδιοπάθειας, αντιμετωπίζει σοβαρά διαχρονικά προβλήματα στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους. Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν συναισθήματα θυμού, εχθρότητας, άγχους και κατάθλιψη. Εξαιτίας της ψυχολογικής τους κατάστασης συχνά δεν επιστρέφουν στην εργασία του, στις ενασχολήσεις τους και δεν είναι ενεργοί σεξουαλικά ακόμη και αν σωματικά είναι ικανοί να επιδοθούν σε τέτοιες ασχολίες. Επιπλέον, οι ασθενείς με φτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή, απομονώνονται, δε συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες λήψης της φαρμακευτικής αγωγής και άσκησης και διακατέχονται από μη ρεαλιστικές αρνητικές αντιλήψεις αναφορικά με την υγεία τους (Moser & Dracup, 1995).

2.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή

Σύμφωνα με τους Johnson και Morse (1990), η διαδικασία επανάκτησης της αίσθησης

ελέγχου είναι καθοριστική για την προσαρμογή ασθενών που υπέστησαν απόφραξη του μυοκαρδίου (όπως αναφέρεται σε Moser & Dracup, 1995). Ο Bar-on (1985), τονίζει ότι τα άτομα με αυξημένη αντίληψη ελέγχου της ασθένειας, έχουν και καλύτερη προσαρμογή σε αυτή (Christensen & Antoni, 2002). Η άποψη αυτή έχει επιβεβαιωθεί και από τους Moser και Dracup (1995) , οι οποίοι υποστήριξαν πως ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα ή εγχείρηση bypass και είχαν υψηλότερη αίσθηση ελέγχου, είχαν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι αν τα μέλη της οικογένειας διακατέχονται από αίσθηση ελέγχου , ο ασθενής ωφελείται επίσης.

Οι Morse και Johnson (1991) ασχολήθηκαν εκτενώς με το θέμα της αίσθησης ελέγχου και το τρόπο που επηρεάζει τους καρδιοπαθείς. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή νιώθουν πως έχουν χάσει τον έλεγχο και προσπαθούν να τον επανακτήσουν. Ο έλεγχος περιλαμβάνει τη διάσταση της προβλεψιμότητας , της ικανότητας , δηλαδή, να ανασύρει κάποιος πληροφορίες από παρελθούσες εμπειρίες σε μια προσπάθεια να προβλέψει τις μελλοντικές εκβάσεις. Περιλαμβάνει , επίσης , τη διάσταση του προσδιορισμού του εαυτού , τη λήψη αποφάσεων ανάλογα με τις δεδομένες συνθήκες . Το γεγονός ότι ο ασθενής δεν ξέρει τι συμβαίνει στο σώμα του και δεν έχει σαφή εικόνα της ασθένειας, μειώνει την αίσθηση ελέγχου των αποφάσεων. Η τρίτη συνιστώσα του ελέγχου είναι η ανεξαρτησία , η οποία αναφέρεται στην ικανότητα να δράσει το άτομο ανάλογα με τις αποφάσεις που έχει πάρει. Αυτή η ικανότητα μειώνεται από τους πραγματικούς ή αντιλαμβανόμενους περιορισμούς που θέτει η ασθένεια, καθώς το άτομο δεν εμπιστεύεται πλέον τις δυνάμεις του και ψάχνει στήριγμα σε εξωτερική βοήθεια (Morse & Johnson, 1991).

Η διαδικασία επανάκτησης του ελέγχου ,όπως περιγράφεται από τους Morse και Johnson (1991), περιλαμβάνει τέσσερα στάδια :

- Στάδιο υπεράσπισης εαυτού : περιλαμβάνει την προσπάθεια του ασθενή να

διατηρήσει το αίσθημα ελέγχου μέσω της ομαλοποίησης των συμπτωμάτων και της απόδοσής τους σε παράγοντες που δε σχετίζονται με την καρδιά, μέσω της άρνησης να ζητήσουν βοήθεια και να εκφράσουν τις σωματικές ενοχλήσεις που νιώθουν και αφού διαγνωσθούν με κάποια καρδιοπάθεια μέσω της άρνησης της πάθησης.

- Στάδιο συμβιβασμού : περιλαμβάνει την προσπάθεια του ατόμου να καταλάβει τι έχει συμβεί ,την επίπτωση που είχε το συμβάν στην υγεία του αλλά και την σημασία που θα έχει στο μέλλον.
- Μαθαίνοντας τη ζωή : το άτομο πλέον αποδέχεται την ασθένεια , ανακτά την αυτοπεποίθησή του θέτοντας στόχους , μειώνοντας έτσι το άγχος και την ανασφάλεια που ένιωθε στα προηγούμενα στάδια. Αποδέχεται τους περιορισμούς που του θέτει η ασθένεια, ενημερώνεται σχετικά με το πρόβλημα υγείας και κάνει τροποποιήσεις στον μέχρι τώρα τρόπο ζωής του.
- Ζώντας ξανά : στο τελευταίο στάδιο, το άτομο νιώθει πως έχει ξανά τον έλεγχο της κατάστασης και έχει τροποποιήσει τον τρόπο ζωής και σκέψης του.

Στη διαδικασία προσαρμογής φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και η κοινωνική υποστήριξη. Οι Sarason, Sarason και Pierce (1990), όρισαν την κοινωνική υποστήριξη ως συμπεριφορές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που προσφέρουν ένα αίσθημα ότι κάποιος νοιάζεται για σένα, εκτίμησης αλλά και το αίσθημα του ανήκειν (Neugebauer, 2000). Πηγές κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να αποτελέσουν φίλοι, σύζυγοι-σύντροφοι ή μέλη της οικογένειας. Ωστόσο, φαίνεται οι σύζυγοι ή σύντροφοι να ακούν μεγαλύτερη επιρροή απ' ότι μακρινά μέλη της οικογένειας (Camic & Knight, 1997).

Η κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται σε πληροφοριακή, συντελεστική και συναισθηματική. Το πρώτο είδος αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών σχετικά με μια στρεσογόνο κατάσταση που βοηθά το άτομο να προσδιορίσει σημαντικές πτυχές της

κατάστασης. Η συντελεστική κοινωνική υποστήριξη αφορά την έμπρακτη βοήθεια αναφορικά με μια στρεσογόνο κατάσταση όπως η οικονομική βοήθεια ή η μεταφορά του ασθενούς. Τέλος, η συναισθηματική στήριξη εμπεριέχει την αίσθηση πως κάποιος σε νοιάζεται και σε φροντίζει και πως μοιράζεσαι τις σκέψεις σου με κάποιον. Αποτελέσματα ερευνών (Bloom,1990, Dakof & Taylor,1990) έδειξαν πως στην προσαρμογή μιας ασθένειας η συναισθηματική υποστήριξη φάνηκε καταλυτικής σημασίας (Neugebauer, 2000).

Τα θετικά αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης στην ανάρρωση των καρδιοπαθών έχουν επιβεβαιωθεί από πλήθος ερευνών. Μια τέτοια έρευνα είναι αυτή των Kulik και Mahler (1989), η οποία έδειξε πως άνδρες ασθενείς που είχαν υποστεί εγχείρηση Bypass και δέχονταν συχνές επισκέψεις από τις συζύγους τους στο νοσοκομείο, έπαιρναν πιο γρήγορα εξιτήριο σε σύγκριση με αυτούς που δέχονταν λιγότερες . Μάλιστα, ο Hengelson (1993) υποστήριξε ότι η αντιλαμβανόμενη διαθεσιμότητα πληροφοριακής υποστήριξης είναι καλή ένδειξη ομαλής ανάρρωσης. Αντιθέτως, η κακή επικοινωνία των συζύγων προμήνυε φτωχή προσαρμογή και η μειωμένη αυτοαποκάλυψη μεταξύ των συζύγων συσχετιζόταν με την ικανοποίηση που παίρνει από τη ζωή του ο ασθενής (Hagelson,1993).

Οι ασθενείς , οι οποίοι δεν αντλούν ικανοποιητική κοινωνική στήριξη από το περιβάλλον τους ή δεν έχουν κάποια πηγή κοινωνικής στήριξης, μπορούν να απευθύνονται σε ομάδες κοινωνικής στήριξης. Αυτές οι ομάδες, αποτελούνται από άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια. Έτσι, οι ασθενείς συγκρίνουν στρατηγικές αντιμετώπισης καθημερινών προβλημάτων , μοιράζονται συναισθήματα, συζητούν για τα σωματικά τους συμπτώματα, την επαφή με το γιατρό τους και τα μέλη της οικογένειάς τους, το νόημα της ζωής και άλλα (Sanderson , 2004).

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η αισιοδοξία και απαισιοδοξία φαίνεται να επηρεάζουν την προσαρμογή σε στεφανιαίους νόσους έτσι όπως προέκυψε από μια σειρά

ερευνών. Πιο αναλυτικά, ο Scheier και οι συνεργάτες του (1989), μοίρασαν ερωτηματολόγια σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση bypass, μια μέρα πριν την επέμβαση, μια εβδομάδα μετά και έξι μήνες μετά. Μια μέρα πριν την εγχείριση οι αισιόδοξοι έκαναν σχέδια για τη μετέπειτα ζωή τους και δεν εμφάνιζαν καταθλιπτική διάθεση σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους ασθενείς. Μια εβδομάδα αργότερα δήλωναν χαρούμενοι, ανακουφισμένοι και ευχαριστημένοι με την ιατρική περίθαλψη αλλά και την υποστήριξη από συγγενείς και φίλους. Σε διάστημα έξι μηνών από την επέμβαση βίωναν μια καλύτερης ποιότητας ζωής σε σχέση με τους απαισιόδοξους (όπως αναφέρεται σε Christensen & Antoni, 2002).

Η φτωχή προσαρμογή στην ασθένεια σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται και σε δυσπροσαρμοστικές σκέψεις του ασθενούς σχετικά με την ασθένεια. Αρκετοί ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση επαγρύπνησης (False Alarm) εξαιτίας μη ρεαλιστικών φόβων (Broome & Llewelyn, 1995). Κάποιες σκέψεις ασθενών που ενέτειναν το φόβο και το άγχος που ένιωθαν, όπως διαπίστωσε ο Wynn (1967) ήταν οι εξής: “η κύρια αρτηρία της καρδιάς μου μπλόκαρε” ή “η μισή μου καρδιά πέθανε και η υπόλοιπη πεθαίνει”. Ενώ στη φάση της ανάρρωσης σχόλια από το ιατρικό προσωπικό όπως “θα γίνεις καλά, αν προσέχεις”, μεταφράζονταν από τους ασθενείς ως “αν δεν είμαι προσεκτικός, θα πεθάνω” ή σχόλια όπως “τυχερός ήσουν αυτή τη φορά” εκλαμβάνονταν από τους ασθενείς ως “την επόμενη φορά ίσως να μην είμαι τυχερός” (όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995).

Επίσης, οι Mayou και Bryant (1987) ασχολήθηκαν με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το έμφραγμα που υπέστησαν. Πολλοί ασθενείς αντιλαμβάνονταν την καρδιά τους σα μια μπαταρία ή μια δεξαμενή καυσίμων που εξαντλείται από τη δουλειά, το άγχος ή από υπερβολική χαρά. Αυτοί οι ασθενείς θεωρούσαν το έμφραγμα σαν μια προειδοποίηση πως η μπαταρία/τα καύσιμα τελειώνουν. Εξαιτίας αυτών των σκέψεών τους, αυτά τα άτομα εύλογα

απέφευγαν τη δουλειά, το άγχος ακόμη και την ευχαρίστηση ώστε να διατηρήσουν τα αποθέματα αυτά. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται κατανοητό πως ο τρόπος σκέψης των ασθενών οδηγεί σε περιορισμούς και δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος (όπως αναφέρεται σε Broome & Llewelyn, 1995).

2.3.2 Θέματα προσαρμογής

Φαίνεται πως ανάμεσα στις άλλες δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν οι καρδιοπαθείς είναι και η συμμόρφωση στη λήψη των φαρμάκων και την τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Υπολογίζεται πως πάνω από 60 % των καρδιοπαθών δεν ακολουθεί τις οδηγίες λήψης της φαρμακευτικής αγωγής (Baroletti & Dell'Orfano, 2010). Η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων φαίνεται να οφείλεται στη μειωμένη κατανόηση τους (Osterberg & Blaschke, 2005) αλλά και σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως η έλλειψη ιατρικής ασφάλισης και σε άγνοια για τα αποτελέσματα που έχει η μη λήψη φαρμάκων (Baroletti & Dell'Orfano, 2010) . Επιπλέον, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην τήρηση των οδηγιών εξαιτίας των αλλαγών στις γνωστικές λειτουργίες λόγω ηλικίας όπως δυσκολίες στην κατανόηση και στη μνήμη αλλά και σε άλλα προβλήματα όπως διαταραχές της όρασης (Gazmararian, Kripalani, Miller, Echt, Ren & Rask, 2006). Ασθενείς που πάσχουν παράλληλα από κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές νόσους, κάνουν χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ δε συμμορφώνονται με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής επίσης (Baroletti & Dell'Orfano, 2010).

Οι καρδιοπαθείς καλούνται να κάνουν αλλαγές στον μέχρι τώρα τρόπο ζωής τους. Συνίσταται υγιεινή διατροφή, μείωση στη χρήση αλκοόλ και καπνού καθώς και σωματική άσκηση (Falvo, 2005). Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη σημασία της άσκησης στην

προσαρμογή. Η αερόβια άσκηση συνίσταται σε ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους, όπως και οι καθημερινές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σωματική άσκηση (για παράδειγμα, το περπάτημα ή η χρήση ποδηλάτου αντί για αυτοκίνητο, δουλειές στο σπίτι κ. α) (Leon et al., 2005) καθώς συμβάλλουν στην λειτουργική ικανότητα του ασθενή και προσφέρουν ενδυνάμωση (Stephard & Balady, 1999). Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει πως ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα και είχαν ενταχθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης με γυμναστική, εμφάνισαν 25% μείωση της θνησιμότητας που οφείλεται σε καρδιακά προβλήματα. Η βελτιωμένη φυσική κατάσταση προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς αλλά και βοηθά τους ηλικιωμένους να ζουν ανεξάρτητοι. Πολλά από τα οφέλη της άσκησης περιλαμβάνουν μειωμένο καρδιακό ρυθμό, μειωμένη συστολική πίεση μειώνοντας έτσι τις ποσότητες οξυγόνου που χρειάζεται το μυοκάρδιο στις μέτριες ή απαιτητικές καθημερινές δραστηριότητες. Η άσκηση, φαίνεται επίσης να προωθεί την επιστροφή στο χώρο εργασίας, ειδικά όταν συνδυάζεται και με επαγγελματική συμβουλευτική. Η συστηματική άσκηση μειώνει και τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων καθώς ενισχύει τη μείωση βάρους και λίπους και της αρτηριακής πίεσης. (Stephard & Balady, 1999)

Τέλος, ας σημειώσουμε πως υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης. Ο όρος καρδιακή αποκατάσταση αναφέρεται στις οργανωμένες και πολύπλευρες παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτιστοποίηση της σωματικής, ψυχολογικής, και κοινωνικής αποκατάστασης των καρδιοπαθών. Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν ως επιπρόσθετους στόχους τη σταθεροποίηση, την επιβράδυνση ή την αναστροφή της εξέλιξης των διαδικασιών που εμπλέκονται στην αρτηριοσκλήρυνση, μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη νοσηρότητα και θνησιμότητα της ασθένειας. Τα προγράμματα αποκατάστασης (/ δευτερογενούς πρόληψης) περιλαμβάνουν αξιολογήσεις των ασθενών, πρόγραμμα διατροφής,

διαχείριση των παραγόντων κινδύνου (όπως υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα), ψυχοκοινωνική και επαγγελματική συμβουλευτική και άσκηση σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν(Leon, Franklin, Costa, Balady, Berra & Stewart et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στο πρόσφατο παρελθόν, επικρατούσε η άποψη ότι οι ασθενείς έχουν ένα σχετικά παθητικό ρόλο και ως εκ τούτου η συμπεριφορά τους μπορεί να εύκολα επηρεαστεί απλά και μόνο με την απόκτηση πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια. Είναι πλέον, όμως, αποδεκτό πως οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους. Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι παρόλο που μερικοί ασθενείς έχουν ενημερωθεί επαρκώς από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την ασθένειά τους, αυτοί αγνοούν τις ιατρικές συμβουλές, δε συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή, ακολουθούν ένα μη υγιεινό τρόπο ζωής κ.α.

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια ασθένεια διαμορφώνει αναπαραστάσεις στην προσπάθειά του να αντιληφθούν την νέα αυτή κατάσταση. Αυτές οι αναπαραστάσεις, λοιπόν, είναι σημαντικές σε όλα τα στάδια της ασθένειας: στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, στην αναζήτηση των αιτιών της ασθένειας, στην αλλαγή του τρόπου ζωής, στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, στη διαδικασία αποκατάστασης και την επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες (Hirani & Newman, 2005).

Οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με τις ασθένειες, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και τις αναφορές τους σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα που βιώνουν καθώς ορίζουν την προσοχή που δίνουν στο σώμα τους. Τα γνωστικά σχήματα είναι αυτά που μας βοηθούν να οργανώσουμε και να νοηματοδοτήσουμε τις πληροφορίες που μας δίνει το σώμα μας. Για αυτό το λόγο, τα άτομα ψάχνουν πληροφορίες που είναι συμβατές με τα γνωστικά τους σχήματα, τείνουν να αγνοούν αυτές που δεν είναι ταιριαστές και δίνουν περισσότερη σημασία στα συμπτώματα που είναι σύμφωνα με τα γνωστικά τους σχήματα παρά με αυτά που δεν είναι (Sutton, Baum & Johnston, 2005).

Ο Fielding (1987), ασχολήθηκε με τις απόψεις ασθενών που υπέστησαν έμφραγμα

σχετικά με τα αίτια του εμφράγματος. Πέρασαν από συνέντευξη 102 άτομα , στα οποία είχαν δοθεί οδηγίες να διακόψουν το κάπνισμα και είχαν ενημερωθεί για θέματα σχετικά με το έμφραγμα. Οι περισσότεροι ασθενείς απέδωσαν το έμφραγμα σε υπερκόπωση (62 φορές), στο κάπνισμα (60 φορές) και σε στενοχώρια (59 φορές). Τα ίδια άτομα αξιολόγησαν ως πιο ελέγξιμους παράγοντες όπως το κάπνισμα, η άσκηση, η διαίτα και ο τρόπος ζωής ενώ λιγότερο ελέγξιμους ψυχολογικούς παράγοντες όπως το στρες και η ανησυχία (όπως αναφέρεται σε Broome & Lewelyn, 1995).

3.1. Το μοντέλο της κοινής λογικής

Οι Leventhal, Meyer και Nerenz (1980) πρότειναν το μοντέλο της κοινής λογικής (common sense model) , το οποίο περιγράφει την επίδραση των γνωστικών παραγόντων στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Αυτό το μοντέλο εστιάζει στις γνωστικές αναπαραστάσεις που έχουν σχηματίσει τα άτομα για την ασθένειά τους, πώς αυτές καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ακολουθεί το άτομο αλλά και τις συνέπειές τους στην εξέλιξη της ασθένειας.

Σύμφωνα με το μοντέλο της κοινής λογικής οι ασθενείς διαμορφώνουν νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, που βασίζονται τόσο σε συγκεκριμένες όσο και σε αφηρημένες πληροφορίες ώστε να κατανοήσουν αρχικά και στη συνέχεια να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα (Hagger & Orbell, 2003). Οι συγκεκριμένες πληροφορίες μπορεί να προέρχονται από τα συμπτώματα που βιώνει το άτομο, τα συναισθήματά του, παρελθούσες εμπειρίες του, αναμνήσεις από ανάλογες εμπειρίες οικείων προσώπων κ.α. Ενώ οι αφηρημένες πληροφορίες ενδέχεται να πηγάζουν από τη διάγνωση ενός γιατρού, την υπόνοια κληρονομικότητας για μια ασθένεια, τις ενδείξεις ενός φαρμάκου ή την πιθανότητα μετάστασης ενός όγκου κ.α (Καραδήμας , 2005). Σε αυτό το σημείο είναι καθοριστικής

σημασίας η μετάφραση των πληροφοριών.

Οι αναπαραστάσεις διαμορφώνονται με βάση τρεις βασικές πηγές πληροφοριών. Την πρώτη πηγή αποτελούν οι πληροφορίες που το άτομο έχει ήδη αφομοιώσει από τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις αλλά και τις γενικές του γνώσεις σχετικά με την ασθένεια. Η δεύτερη πηγή από την οποία αντλεί πληροφορίες ο ασθενής είναι ο περίγυρος του, οι σημαντικοί άλλοι, όπως ο γιατρός ή οι οικογένειά του. Τέλος, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της νοητικής αναπαράστασης της ασθένειας παίζει η ίδια η εμπειρία του ασθενούς, δηλαδή το πώς το άτομο βιώνει την ασθένεια τη δεδομένη χρονική στιγμή. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το σημείο διαδραματίζουν τα συμπτώματα και οι σωματικές και η ερμηνεία που τους δίνει το άτομο σύμφωνα με την τωρινή αλλά και παρελθούσα εμπειρία της ασθένειας (Hagger & Orbell, 2003).

Το μοντέλο κοινής λογικής δίνει μεγάλη βαρύτητα στο ρόλο του κοινωνικού περιγύρου του ασθενή. Τα άτομα συχνά στρέφονται στους οικείους τους όταν συνειδητοποιήσουν πως αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, ειδικά αν κάποιος από αυτούς έχει αντιμετωπίσει το ίδιο ζήτημα. Πολλοί αποφεύγουν να αξιολογήσουν την κατάσταση και να αντιδράσουν ανάλογα προτού συμβουλευτούν τους κοντινούς τους ανθρώπους. Επομένως, οι αντιδράσεις των ασθενών και η αναζήτηση ή όχι βοήθειας και το είδος της καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό και από τη γνώμη των σημαντικών άλλων (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με το Leventhal (1990), η διαδικασία κατασκευής μιας νοητικής αναπαράστασης είναι μια συμμετρική διαδικασία όπου συνδέονται οι αφηρημένες με τις συγκεκριμένες πηγές πληροφοριών. Για παράδειγμα, η εμπειρία σωματικών συμπτωμάτων μπορεί να δώσει το έναυσμα για ανάλυση αφηρημένων πληροφοριών από τη σημασιολογική μνήμη, που να συνδέουν αυτά τα συμπτώματα με διαγνώσεις. Με αυτό τον τρόπο το άτομο διαμορφώνει μια σχηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Η σύνδεση μεταξύ συμπτωμάτων

και διάγνωσης είναι μια αυτόματη διαδικασία. Πάνω από όλα είναι η αντίληψη και μετάφραση των διαφόρων πληροφοριών που κατασκευάζουν την νοητική αναπαράσταση της ασθένειας μέσω συμμετρικών εννοιολογικών και σχηματικών διαδικασιών (Hagger & Orbell, 2003).

Το μοντέλο κοινής λογικής έχει τέσσερις διαστάσεις : τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική πορεία. Η πρώτη παράμετρος, αυτή των **αιτίων**, αναφέρεται στους παράγοντες εκείνους που το άτομο θεωρεί ότι προκάλεσαν την ασθένεια. Αυτοί μπορεί να είναι βιολογικοί, συναισθηματικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί (Hagger & Orbell, 2003). Οι French, Senior, Weinman και οι συνεργάτες τους (2001), ανακάλυψαν πως ασθενείς με στεφανιαία νόσο που απέδιδαν την ασθένειά τους σε γενετικούς / κληρονομικούς παράγοντες , συνέχιζαν επιβλαβείς για την υγεία τους συνήθειες όπως το κάπνισμα. Αντιθέτως, όσοι θεωρούσαν ότι ο τρόπος ζωής τους ευθύνεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζαν, έκαναν επίμονες προσπάθειες να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους (όπως αναφέρεται σε Hirani & Newman, 2005). Σε ασθενείς όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή ο καρκίνος , τα άτομα τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους ως υπεύθυνο για την πρόκληση της ασθένειας (Sutton, Baum & Johnston, 2005).

Το μοντέλο κοινής λογικής εξετάζει , επίσης, **τις συνέπειες** που έχει η ασθένεια στο άτομο όπως το ίδιο τις αντιλαμβάνεται και με ποιον τρόπο επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ή τη λειτουργική του ικανότητα. Οι ασθενείς τείνουν να συγκρίνουν κάνουν συγκριτικές αναφορές (π.χ η ζωή μου είναι χειρότερη μετά την εμφάνιση της ασθένειας) . Οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τη σοβαρότητα των συνεπειών της ασθένειας, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη δέσμευση σε υγιείς ή ανθυγιεινές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, ένας καρδιακός ασθενής που δεν δέχεται τη σοβαρότητα της κατάστασης, δεν θα ακολουθεί τις κατάλληλες πρακτικές για να μειώσει την πρόοδο της ασθένειας (Hagger & Orbell, 2003).

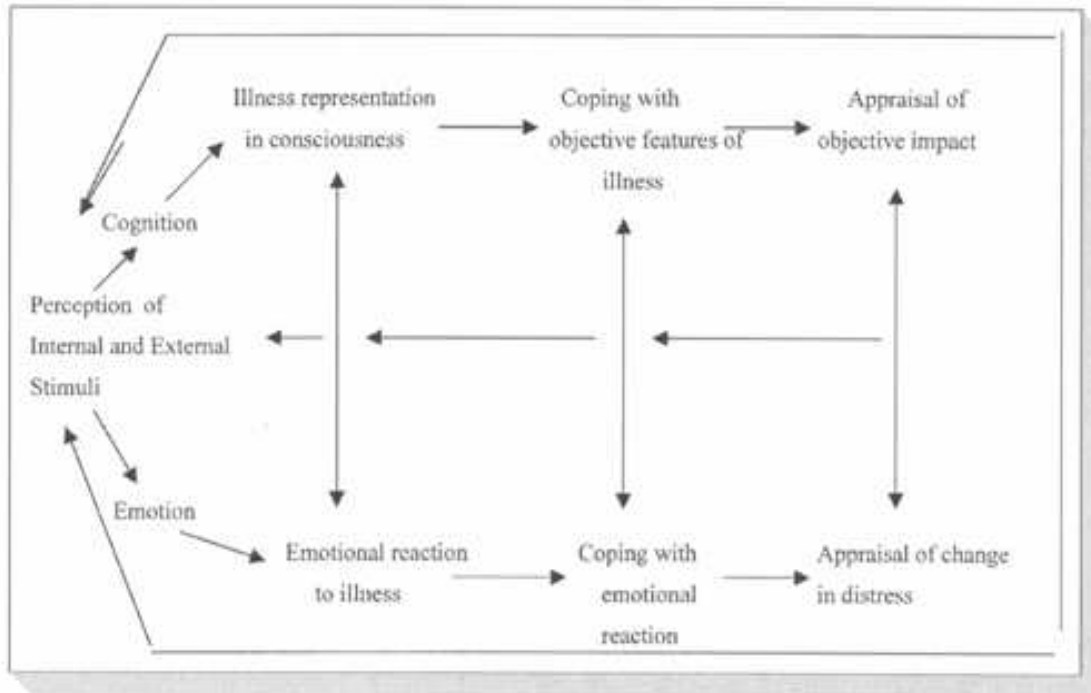
Η παράμετρος της **ταυτότητας** δίνει έμφαση στις σκέψεις των ασθενών αναφορικά με το είδος της ασθένειάς τους αλλά και τις γνώσεις τους σχετικά με τα συμπτώματα της ασθένειας (Hagger & Orbell, 2003). Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μια σαφή εικόνα των συμπτωμάτων που συνοδεύουν συχνές ασθένειες όπως η γρίπη ή η τροφική δηλητηρίαση αλλά μια πιο ασαφή εικόνα για άλλες (Sutton, Baum & Johnston, 2005). Η “ταυτότητα” φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Για παράδειγμα, αν το άτομο δε θεωρεί ότι το σφίξιμο στο στήθος αποτελεί σύμπτωμα εμφράγματος, πιθανότατα δε θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια άμεσα. Από την άλλη πλευρά, κάποιος που έχει διαγνωσθεί με κάποια καρδιακή ασθένεια, είναι πιθανό να δίνει υπερβολικά μεγάλη σημασία στις σωματικές αισθήσεις και να τις θεωρεί ενδεικτικές της δυσλειτουργίας της καρδιάς (Hirani & Newman, 2005).

Η πορεία της ασθένειας αναφέρεται στις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη χρονική διάρκεια της ασθένειας και των συμπτωμάτων. Καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν μικρής διάρκειας ασθένειες, συνήθως κατά την παιδική ηλικία, είναι δύσκολο να αντιληφθούν και να αποδεχτούν ότι θα ζουν με μια ασθένεια, όπως ο διαβήτης, για την υπόλοιπη ζωή τους. Τα άτομα που έχουν υπέρταση, σύμφωνα με τους Baumann και Leventhal (1985), πιστεύουν σε μεγάλο βαθμό πως η ασθένειά τους ακολουθεί μια κυκλική πορεία, ότι η αρτηριακή πίεσή τους είναι ανεβασμένη μόνο σε καταστάσεις έντονου στρες και όταν τα επίπεδά της είναι χαμηλά δε θεωρούν απαραίτητα τη λήψη φαρμάκων (όπως αναφέρεται σε Sutton, Baum & Johnston, 2005).

Οι Lau και Hartman (1983) αναφέρουν και την ύπαρξη άλλων παραμέτρων όπως οι πεποιθήσεις σχετικά με τη θεραπεία της ασθένειας ή την **ελεγχιμότητα** της (όπως αναφέρεται σε Hagger & Orbell, 2003). Αυτή η παράμετρος αναφέρεται στην αίσθηση αποτελεσματικότητας των τεχνικών αντιμετώπισης ή την αποτελεσματικότητα της

φαρμακευτικής αγωγής. Οι Moss-Morris, Weinman και συνεργάτες (2002), πρότειναν ότι οι ασθενείς με καρδιακά προβλήματα που έχουν χαμηλή αίσθηση ελέγχου, αντιμετώπιζαν και προβλήματα με την υγεία τους (όπως αναφέρεται σε Hirani & Newman, 2005). Επίσης, οι Bohachick, Taylor, Sereika και οι συνεργάτες τους (2002), σε δείγμα ασθενών που υπέστησαν μεταμόσχευση καρδιάς, διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης ελέγχου και αισιοδοξίας, ευημερίας και ικανοποίησης από τη ζωή και αρνητική συσχέτιση αναφορικά με θυμό και κατάθλιψη (όπως αναφέρεται σε Hirani & Newman, 2005).

Ο Leventhal και οι συνεργάτες του, τόνισαν πως το μοντέλο που πρότειναν είναι ένα μοντέλο παράλληλης επεξεργασίας και επισημαίνουν πως οι ασθενείς σχηματίζουν όχι μόνο γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας αλλά παράλληλα διαμορφώνουν και συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις ενεργοποιούνται ταυτόχρονα. Η ενεργοποίηση των γνωστικών αναπαραστάσεων ακολουθείται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης (για παράδειγμα άρνηση), την αξιολόγηση της αντιμετώπισης και τα αποτελέσματα της ασθένειας (για παράδειγμα αλλαγές στη λειτουργικότητα του ατόμου). Την ενεργοποίηση των συναισθηματικών αναπαραστάσεων ακολουθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης με βάση τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αξιολόγηση της αντιμετώπισης και τα αποτελέσματα της ασθένειας σε συναισθηματικό επίπεδο (Hagger & Orbell, 2003).



Εικόνα 1. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής (O'Neill, 2002)

Τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο (για παράδειγμα άγχος ή ανησυχία) φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά του ατόμου. Στην περίπτωση που το άτομο νιώθει έντονο άγχος τότε είναι πιθανό να σχηματίσει περισσότερες αναπαραστάσεις κινδύνου καθώς σε κατάσταση άγχους τείνει να είναι σε κατάσταση επαγρύπνησης κατά την επεξεργασία πληροφοριών αλλά και να δίνει βάση σε αρνητικές πληροφορίες και να αναπαράγει αρνητικές σκέψεις (Καραδήμας, 2005). Επίσης, το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε συγκεκριμένα ερεθίσματα ή στις βραχυπρόθεσμες μόνο συνέπειες (Gray, 1999, 2001 όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, σύμφωνα με το Leventhal κ τους συνεργάτες του (1980), οι αναπαραστάσεις της ασθένειας λειτουργούν σαν ένα φίλτρο και ερμηνευτικό σχήμα για τις διαθέσιμες πηγές πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και τον τρόπο με τον οποίο αυτές κινητοποιούν το άτομο απέναντι στους κινδύνους της ασθένειας. Οι πεποιθήσεις σχετικά με την ασθένεια, δηλαδή, επηρεάζουν τις συμπεριφορές αντιμετώπισης σε αναλογία με την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της ασθένειας. Οι ασθενείς που πιστεύουν πως έχουν

έλεγχο πάνω στην ασθένεια είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν ενεργητικές τεχνικές αντιμετώπισης . Αντιθέτως, οι ασθενείς που θεωρούν ότι η ασθένειά τους είναι εκτός του ελέγχου τους, χρόνια και συνοδεύεται από πολλά συμπτώματα, είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση στρατηγικών αποφυγής και άρνησης (Hagger&Orbel ,2003).

Την άποψη αυτή επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Moss- Morris και συνεργατών (1999), σύμφωνα με τα οποία άτομα που πίστευαν πως η ασθένειά τους είχε σοβαρές επιπτώσεις (στην ποιότητα ζωής τους ή στη λειτουργικότητά τους), παρουσίαζαν στρατηγικές αποφυγής (όπως αναφέρεται σε Hagger & Orbel, 2003) .Όπως αναφέρουν οι Hagger και Orbel (2003) , η αντίληψη κάποιου ασθενή ότι έχει τον έλεγχο συσχετίζεται με ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και γνωστική επανεκτίμηση. Αυτό δικαιολογείται αν σκεφτούμε ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φροντίδα του εαυτού είναι πιθανό να ανακουφίζουν τον ασθενή από τα συμπτώματα . έτσι, ο ασθενής βλέπει πως οι στρατηγικές που ακολουθεί είναι αποτελεσματικές και εύκολα εφαρμόσιμες.

3.2 Γνωστικά λάθη

Ο Leventhal και οι συνεργάτες του, έδωσαν ιδιαίτερη βάση στις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας. Ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του, ενδέχεται να χαρακτηρίζεται από γνωστικά/διεργαστικά λάθη. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε σε δυσλειτουργικές γνωσίες που προέρχονται από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα που μπορεί να προέρχονται από εμπειρίες από την οικογένεια, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου (O'Donohue, Fisher & Hayes, 2003).

Ο Beck (1967), εντόπισε έξι συστηματικά λάθη στον τρόπο σκέψης : τα αυθαίρετα συμπεράσματα (όταν το άτομο καταλήγει σε συμπεράσματα ενώ δεν έχει συγκεκριμένες

αποδείξεις για την ισχύ τους) , το “νοητικό φίλτρο” (όταν το άτομο αντιμετωπίζει όλες τις καταστάσεις μέσα από ένα συγκεκριμένο πρίσμα) και την υπεργενίκευση (όταν ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός ερμηνεύεται ως μια αλυσίδα αρνητικών δεδομένων). Διέκρινε επίσης, τη μεγαλοποίηση ή ελαχιστοποίηση (η τάση να μεγαλοποιεί κάποιος τη σημασία ενός γεγονότος , συνήθως αρνητικού, και να ελαχιστοποιεί αυτή ενός θετικού), την προσωποποίηση (η τάση να θεωρεί κάποιος τον εαυτό του υπεύθυνο για συγκεκριμένα γεγονότα, παρόλο που δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από αυτόν) και τον διπολικό τρόπο σκέψης (όταν κάποιος σκέφτεται απόλυτα και τείνει να κατατάσσει τις εμπειρίες του σε δύο ακραίες κατηγορίες) (όπως αναφέρεται σε Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Ο Burns συμπλήρωσε στα προηγούμενα σφάλματα σκέψης τη συναισθηματική συλλογιστική (η πεποίθηση ότι τα συναισθήματα αντανακλούν την πραγματικότητα.), την εσφαλμένη τιτλοφόρηση (όταν το άτομο “βάζει ταμπέλες” με βάση μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή ένα μεμονωμένο γεγονός.), την παραγνώριση των θετικών (το άτομο υποτιμά ή αγνοεί θετικές εμπειρίες.) και τα “πρέπει” (Η τάση να σκέφτεται κάποιος σχετικά με το πως θα έπρεπε να συμπεριφερθεί αυτός ή οι άλλοι) (Burns, 1989).

Μια κλίμακα που αξιολογεί την τάση να επεξεργαζόμαστε τις σχετικές με την υγεία πληροφορίες με έναν διαστρεβλωμένο/ μη λογικό τρόπο είναι η IHBS (Irrational Health Belief Scale) η οποία κατασκευάστηκε από τους Christensen και τους συνεργάτες του. Αυτή η κλίμακα μετρά την τάση του ατόμου (α) για υπεργενίκευση σχετικά με θέματα υγείας ,η οποία συνήθως έχει ως αποτέλεσμα να μην ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες (β) για μη λογικά συμπεράσματα σε σχέση με τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που το αποτρέπει από τη χρήση της (γ) για μοιρολατρικές αντιλήψεις σχετικά με το χαμηλό έλεγχο που έχει το άτομο στην ασθένεια (Christensen et al, 1999).

Υψηλά σκορ στην κλίμακα IHBS σχετίζονται με (α) συμπεριφορές που δεν προωθούν

την υγεία σε δείγμα φοιτητών (Christensen et al. ,1999) (β) μη τήρηση αγωγής σε δείγμα διαβητικών τύπου I (Christensen et al. ,1999) (γ) συχνή εμφάνιση ασθενειών στον υγιή πληθυσμό (Saigal, 2007) και (δ) μεγαλύτερη πίστη σε αμφίβολουσ ιατρικούς ισχυρισμούς για θετικά αποτελέσματα σε HIV (Benotsch, Kalichman & Weinhardt, 2004) (όπως αναφέρεται σε Fulton, Marcus & Merkey, 2011).

Από έρευνες των τελευταίων ετών έχουν καταγραφεί δυσλειτουργικές σκέψεις σχετικά με την υγεία. Οι Haenen, de Jong, Schmidt, Stevens και Visser (2000), υποστήριξαν ότι τα αμφίσημα συμπτώματα συνήθως θεωρούνται ενδεικτικά καταστροφικών αποτελεσμάτων (όπως αναφέρεται σε Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Άλλη μη “λογική” σκέψη σχετικά με τη υγεία αποτελεί η άποψη ότι για να είναι κάποιος υγιής πρέπει να μην εμφανίζει κανένα σύμπτωμα ή ότι αν μια ασθένεια δεν διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί αμέσως , τότε τα αποτελέσματα θα είναι καταστροφικά (Barsky, Coeytaux, Remy, Sarnie & Cleary, 1993 όπως αναφέρεται σε Fulton, Marcus & Merkey, 2011).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Flor & Turk, 1988, Smith, Follick, Ahern & Adams , 1986, Smith, Peck, Milano & Ward, 1988), διαστρεβλωμένες εκτιμήσεις μπορεί να οδηγήσουν ασθενείς σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές αλλά και διαταραχές της διάθεσης (όπως αναφέρεται σε Christensen, Moran & Wiebe, 1999). Άτομα που τείνουν να υπεργενικεύουν σχετικά με θέματα υγείας , είναι πιθανό να μην ακολουθήσουν τις ιατρικές συμβουλές καθώς ανακαλούν συμβουλές που τους είχαν δώσει γιατροί στο παρελθόν και δεν τους είχαν φανεί χρήσιμες. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο κάνει σκέψεις όπως “Αυτή η συμβουλή δε μου φάνηκε χρήσιμη όταν είχα την ασθένεια X, άρα δεν είναι γενικά χρήσιμη” (Christensen, Moran & Wiebe, 1999).

Σε έρευνα των Smith και των συνεργατών του (1986), αποδείχθηκε ότι ασθενείς με χρόνια πόνο τείνουν να κάνουν περισσότερα γνωστικά λάθη (όπως υπεργενίκευση ή διπολική

σκέψη) στην αξιολόγηση θεμάτων σχετικών με την υγεία (όπως αναφέρεται σε Christensen , Edwards, Patricia, Bruke, Lounsbury & Gordon, 1999). Επιπλέον , ασθενείς που τείνουν να καταστροφολογούν είναι πιθανό να μειώσουν τις δραστηριότητές τους καθώς ήπια ή ασαφή συμπτώματα τα εκλαμβάνονται ως άκρως απειλητικά για την υγεία τους. Παρομοίως, ασθενείς που παρακολουθούσαν πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης και έκαναν πολλά γνωστικά σφάλματα, γενικά ή και σχετιζόμενα με την υγεία τους, παρουσίασαν περιορισμένη πρόοδο σχετικά με την κινητικότητα τους (έξοδοι από το σπίτι) και την κοινωνική τους ζωή σε σχέση με ασθενείς του προγράμματος που δεν έκαναν/ που δεν έκαναν τόσα γνωστικά λάθη (Christensen et all,1999).

Τα γνωστικά λάθη αποτελούν μια διαρκή πηγή άγχους που αποτρέπει το άτομο από το να εστιάσει στις πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να αποκτήσει μια πιο ρεαλιστική άποψη της κατάστασης (Salkovskis & Warwick, 2010 όπως αναφέρεται σε Fulton, Marcus &Merkey, 2011). Αντιθέτως το άγχος καθιστά το άτομο σε μια διαρκή κατάσταση επαγρύπνησης και το ωθεί να αναζητά πληροφορίες που επιβεβαιώνουν το δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης του (Fulton et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσουμε αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τις γνωστικές αναπαραστάσεις σε ένα δείγμα ασθενών με καρδιαγγειακές νόσους .Πιο συγκεκριμένα , στόχος μας είναι να διαπιστώσουμε αν τα γνωστικά λάθη σχετίζονται με τις επτά διαστάσεις των αντιλήψεων σχετικά με θέματα ασθένειας · αυτές είναι : το χρονοδιάγραμμα, οι συνέπειες της ασθένειας, η αίσθηση ελέγχου της ασθένειας, ο έλεγχος της θεραπείας , το κυκλικό χρονοδιάγραμμα, η κατανόηση της ασθένειας και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Επίσης, εξετάζουμε και τη συσχέτιση ορισμένων δημογραφικών παραγόντων (π.χ ηλικία, φύλο) και παραγόντων σχετικών με την ασθένεια (π.χ τα χρόνια της ασθένειας.)

Οι υποθέσεις που θέλουμε να ελέγξουμε είναι οι εξής :

- (1) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται θετικά με την ηλικία των ασθενών.
- (2) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται αρνητικά με την αίσθηση ελέγχου του ατόμου στην ασθένειά του.
- (3) Τα γνωστικά λάθη δε σχετίζονται με τα χρόνια της ασθένειας.
- (4) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται αρνητικά με την κατανόηση της ασθένειας.
- (5) Τα γνωστικά λάθη δε σχετίζονται με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας.
- (6) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται δε σχετίζονται με τις συνέπειες της ασθένειας.
- (7) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις.
- (8) Τα γνωστικά λάθη σχετίζονται αρνητικά με τον έλεγχο της θεραπείας.
- (9) Τα γνωστικά λάθη δε σχετίζονται με το κυκλικό χρονοδιάγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 60 άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν επιπλοκές στην καρδιακή λειτουργία όπως στεφανιαία νόσος, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπέρταση, στένωση αρτηριών, κολπική μαρμαρυγή και ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε δύο φάσεις, οι οποίες απείχαν χρονικά ένα μήνα. Κατά την πρώτη φάση 10 άτομα αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους. Κατά την δεύτερη φάση δύο άτομα αρνήθηκαν να συμμετέχουν παρότι συμμετείχαν στην πρώτη φάση. Έτσι καταλήξαμε σε δείγμα 60 καρδιοπαθών · από αυτούς οι 41 είναι άνδρες και οι 19 γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος είναι 64,2 έτη, με τη μικρότερη ηλικία να είναι 22 έτη και η μεγαλύτερη 86 και ο μέσος όρος εμπειρίας της ασθένειας είναι τα 10,7 έτη. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι 10 είναι άγαμοι (16,7 %), οι 40 είναι έγγαμοι (66,7 %), οι 3 βρίσκονται σε διάσταση (5 %), οι 2 είναι χήροι/ες (3,3 %) και οι 5 ανέφεραν πως συγκατοικούσαν (6,7 %). Σχετικά με την εκπαίδευση που έχουν λάβει, οι 7 ανέφεραν πως παρακολούθησαν κάποιες τάξεις του δημοτικού (11,7), οι 25 ολοκλήρωσαν το δημοτικό (41,7), οι 7 ολοκλήρωσαν το λύκειο (11,7 %) και οι 6 το λύκειο (10 %). Οι 2 αποφοίτησαν από κάποια ανάλογη σχολή (3,3 %), οι 3 αποφοίτησαν από κάποιο Τ.Ε.Ι (5 %), οι 9 αποφοίτησαν από κάποιο Α.Ε.Ι (15 %) και ένας συμμετέχοντας είχε παρακολουθήσει μεταπτυχιακές σπουδές (1,7 %). Τέλος, για την ανεύρεση του δείγματος επισκεφθήκαμε το γενικό νοσοκομείο Ρεθύμνου και τα ιατρεία του Ι.Κ.Α Ρεθύμνου.

5.2 Εργαλεία

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήσαμε το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (IPQ-R; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne & Cameron, 2002) και την Κλίμακα Γνωστικών Λαθών σχετικά με την υγεία (IHBS; Christensen et al., 1999). Στο IPQ-R οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σχετικά με τις πεποιθήσεις τους ως προς το καρδιακό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Οι ερωτήσεις αφορούν επτά διαστάσεις : το χρονοδιάγραμμα (6 ερωτήσεις · π.χ “η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο”), τις συνέπειες (6 ερωτήσεις · π.χ “η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου”), την αίσθηση ελέγχου (6 ερωτήσεις · π.χ “η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα”), τον έλεγχο της θεραπείας (5 ερωτήσεις · π.χ “η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου”), την κατανόηση της ασθένειας (5 ερωτήσεις · π.χ “τα συμπτώματα της ασθένειας με μπερδεύουν”), το κυκλικό χρονοδιάγραμμα (4 ερωτήσεις · “π.χ η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη”) και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις (6 ερωτήσεις · “π.χ η ασθένειά μου με θυμώνει”). Οι συμμετέχοντες απαντούν χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert, όπου η απάντηση 1 αντιστοιχεί στην πλήρη διαφωνία με την ερώτηση και η απάντηση 5 στην πλήρη συμφωνία. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach α) κυμαίνεται από .76 μέχρι 0.93.

Η κλίμακα για τη μέτρηση γνωστικών λαθών σχετικά με την υγεία (IHBS; Christensen et al., 1999), χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της τάσης των ατόμων να διαμορφώνουν μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις σχετικά με θέματα υγείας. Αποτελείται από 20 σύντομες περιγραφές καταστάσεων που έχουν σχέση με την υγεία και ο συμμετέχων απαντά με βάση μια κλίμακα που κυμαίνεται από 1 , που εκφράζει την απόλυτη ταύτιση του ατόμου με την προκειμένη σκέψη μέχρι 5 , που δηλώνει την απόλυτη διαφωνία . Οι απαντήσεις του συμμετέχοντα αθροίζονται και μπορεί να κυμαίνονται από 20 έως 100 , με τις απαντήσεις που είναι πιο υψηλές να δηλώνουν περισσότερα γνωστικά λάθη. Αυτή κλίμακα μετρά την τάση

κάποιου να σκέφτεται πως δεν έχει επαρκή έλεγχο στην ασθένειά του (ερώτηση 10), την τάση να θεωρεί τον εαυτό του άτροφο απέναντι σε μια ασθένεια (ερώτηση 20) ή την τάση κάποιου να θεωρεί πιο σημαντικό να δρα επιθυμητά σε κοινωνικές συνθήκες παρά να τηρεί τις ιατρικές οδηγίες (ερώτηση 11). Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach $\alpha = ,88$) είναι ικανοποιητική.

5.3 Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από δύο μέρη και για αυτό το λόγο χορηγήθηκαν στο ίδιο δείγμα σε δύο φάσεις με διαφορά ενός μήνα ανάμεσα στις δύο χορηγήσεις. Το δείγμα , όπως αναφέρθηκε, προέρχεται από το νοσοκομείο και τα ιατρεία Ι.Κ.Α του Ρεθύμνου. Ο χρόνος που χρειάστηκε για τη συμπλήρωση του πρώτου μέρους της έρευνας ήταν περίπου 25-30 λεπτά για κάθε συμμετέχοντα ενώ για το δεύτερο περίπου 10 λεπτά. Η συμπλήρωση του πρώτου έγινε στον τόπο που συναντήσαμε τα άτομα ενώ το δεύτερο χορηγήθηκε κυρίως τηλεφωνικά ή κατόπιν συνεννόησης με το συμμετέχοντα σε κάποιο σημείο συνάντησης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πως η έρευνα διεξάγεται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και αφορά τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι καρδιοπαθείς την ασθένειά τους. Έγινε σαφές στους ασθενείς ότι με τη συμμετοχή τους στην έρευνα τηρείται η ανωνυμία τους και ότι τα προσωπικά τους δεδομένα και οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς. Τέλος, αναφέραμε πως για οποιαδήποτε απορία ή παράπονο, μπορούν να απευθυνθούν με τον υπεύθυνο καθηγητή που διεξάγει την έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά ελέγξαμε την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τη χρήση του συντελεστή Cronbach alpha αναφορικά με τα γνωστικά λάθη, το χρονοδιάγραμμα, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα ,τις συνέπειες, τον προσωπικό έλεγχο, τον έλεγχο της θεραπείας , την κατανόηση της ασθένειας και τις γνωστικές αναπαραστάσεις. Για να γίνει αποδεκτή η τιμή του Cronbach's α θα πρέπει να είναι $> 0,7$. Όσο μεγαλύτερη η τιμή , τόσο μεγαλύτερη η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1

Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής (alpha) των Μεταβλητών της Έρευνας

Μεταβλητές	alpha
Γνωστικά λάθη	0,88
Διάγραμμα	0,81
Κυκλικό διάγραμμα	0,82
Συνέπειες	0,76
Προσωπικός έλεγχος	0,76
Έλεγχος θεραπείας	0,78
Κατανόηση ασθένειας	0,86
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	0,93

Στη συνέχεια ελέγξαμε τη συσχέτιση με τη χρήση του δείκτη συσχέτισης pearson ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και το χρονοδιάγραμμα, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα , τις συνέπειες , τον προσωπικό έλεγχο , τον έλεγχο της θεραπείας , την κατανόηση της ασθένειας , τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις , την ηλικία και τα χρόνια ασθένειας του ερωτηθέντα (Πίνακας 2). Η ανάλυση των στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων θα επικεντρωθεί στις συσχετίσεις που αφορούν τις υποθέσεις της έρευνας. Σύμφωνα λοιπόν, με τον Πίνακα 2, στα 60 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα ($N = 60$) παρουσιάστηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τον προσωπικό έλεγχο ($r(60) = -0,35$, $p < 0,05$). Μέτρια αρνητική συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ των γνωστικών λαθών και του ελέγχου θεραπείας (

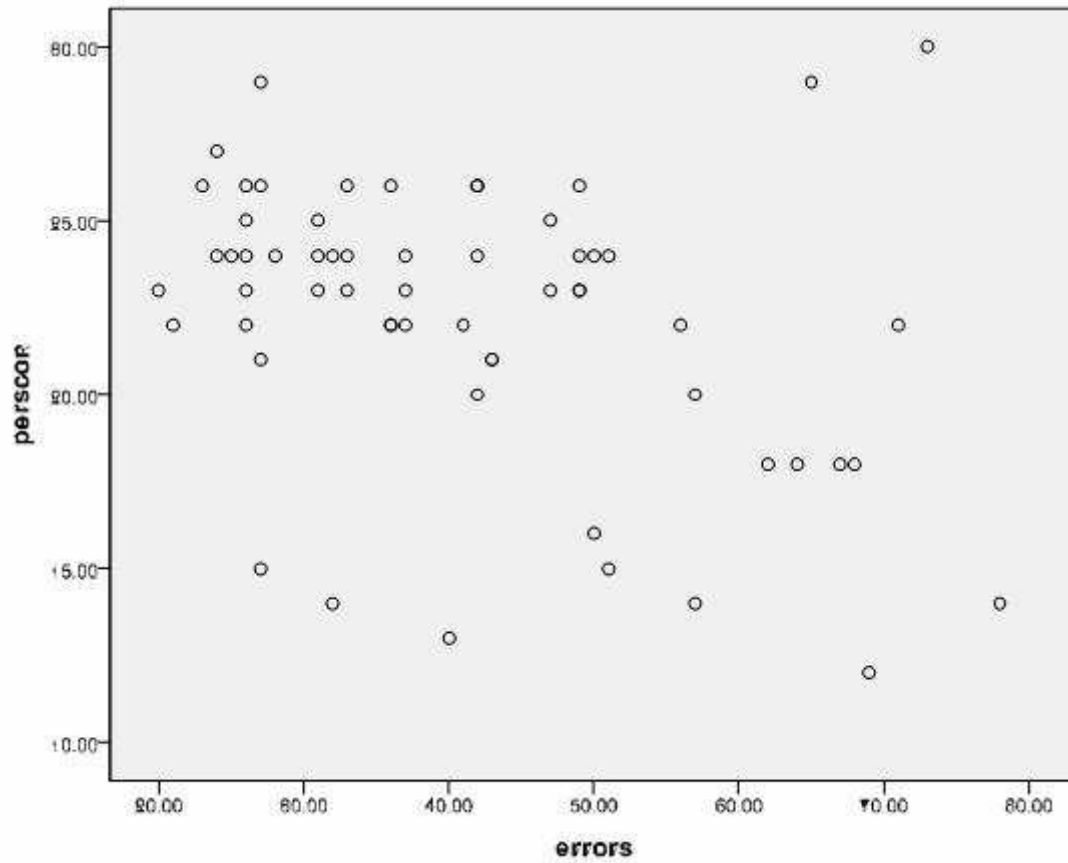
$r(60) = -0,36$, $p < 0,05$) αλλά και μεταξύ των γνωστικών λαθών και της κατανόησης της ασθένειας ($r(60) = 0,30$, $p < 0,01$). Ενώ ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τις υπόλοιπες μεταβλητές οι συσχετίσεις ήταν μηδενικές, με το χρονοδιάγραμμα να εμφανίζει δείκτη συσχέτισης $-0,07$, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα $0,10$, τις συνέπειες $0,01$, συναισθηματικές αναπαραστάσεις $-0,07$, την ηλικία $0,02$ και τα χρόνια ασθένειας $0,12$.

Πίνακας 2

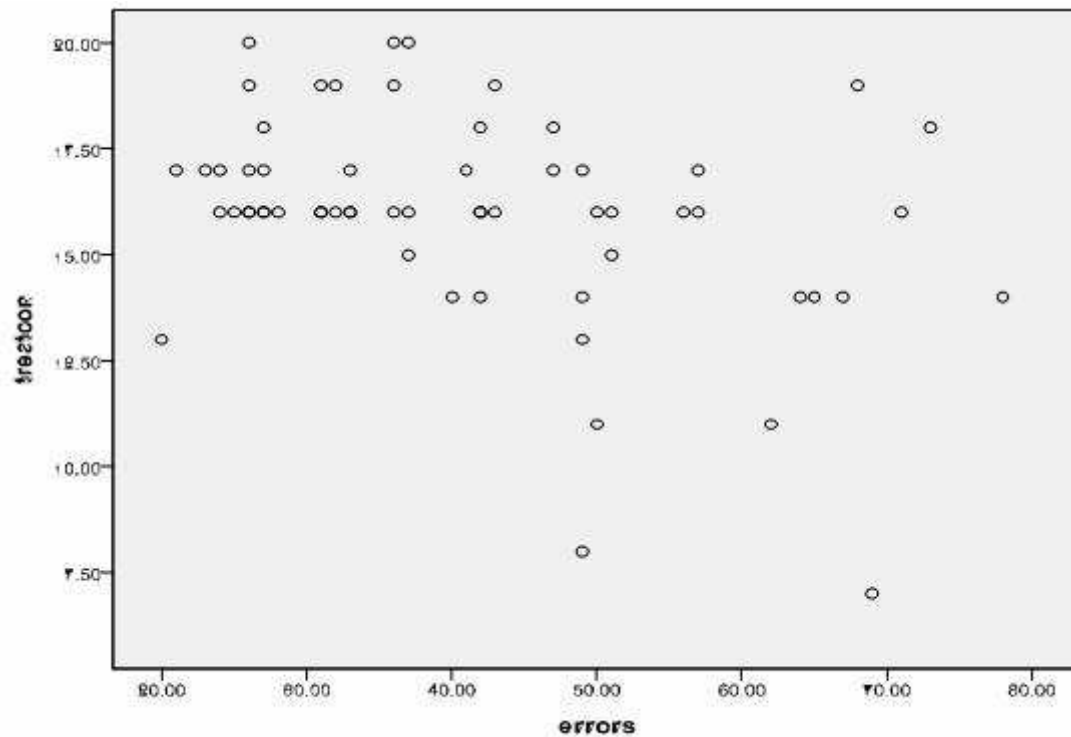
Δείκτης Συσχέτισης Ανάμεσα στις Μεταβλητές της Έρευνας (N= 60)

* $p < 0,05$. **	10	0,12	0,15	-0,23	0,04	-0,15	-0,08	0,11	-0,16	0,17
$p < 0,01$	9	0,02	0,46**	0,04	0,25	0,36**	0,06	-0,19	0,15	
Οι πιο ισχυρές συσχετίσεις σημειώθηκαν ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τον προσωπικό έλεγχο, τον έλεγχο της θεραπείας και την κατανόηση	8	-0,07	0,41**	0,56**	0,57**	0,02	0,01	-0,56**		
	7	-0,30**	-0,13	0,63**	0,38**	0,35**	0,23			
	6	-0,36**	-0,03	-0,03	0,06	0,35**				
	5	-0,35**	-0,22	-0,07	0,16					
	4	0,11	-0,46**	-0,45**						
	3	0,1	0,21							
	2	-0,65								
	1									
	Υποκλίμακα	1. Γνωστικά Λάθη	2. Χρονολογικά Διαγράμματα	3.Κυκλικό χρονονόημα	4.Συνέπειες	5.Προσωπικός έλεγχος	6.Έλεγχος θεραπευτικής	7.Κατανόηση ασθένειας	8.Συναισθηματικές ανασφάλειες	9. Ηλικία

ση της ασθένειας. Η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές αναπαρίσταται γραφικά στα παρακάτω διαγράμματα σκεδασμού (γράφημα 1,2,3).

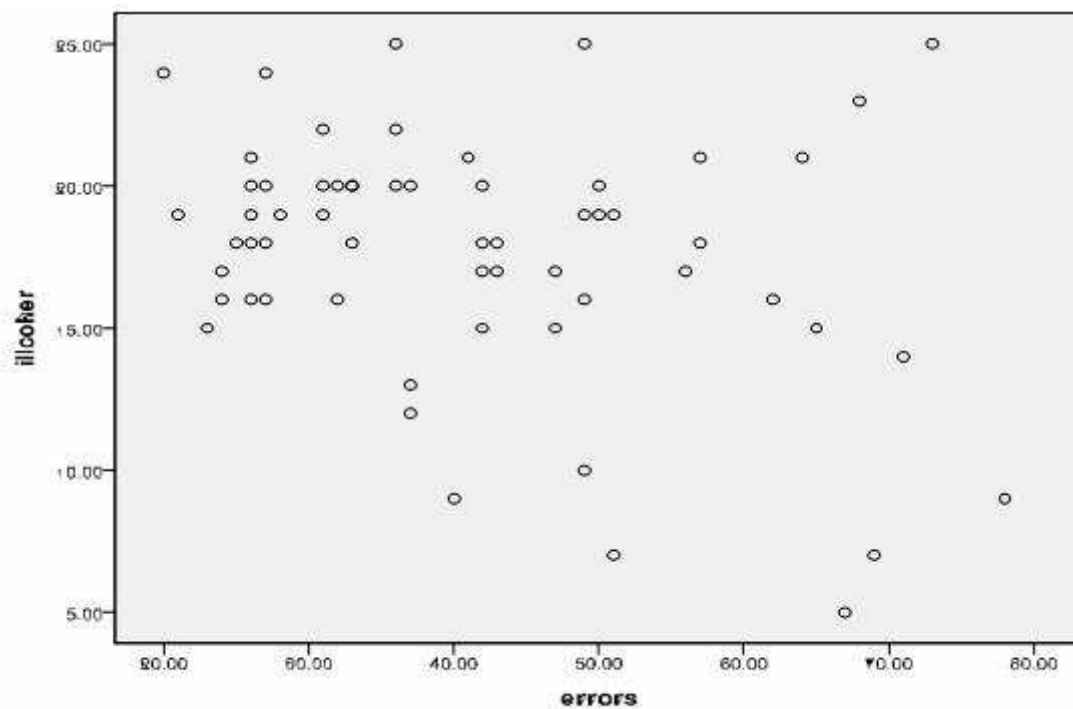


Γράφημα 1. Διάγραμμα Σκεδασμού για τη συσχέτιση Γνωστικών Λαθών και Προσωπικού Ελέγχου.



Γράφημ

α 2. Διάγραμμα Σκεδασμού για τη Σύσχεση των Γνωστικών Λαθών και του Ελέγχου Θεραπείας.



Γράφημα 3. Διάγραμμα Σκεδασμού για τα Γνωστικά Λάθη και την Κατανόηση της Ασθένειας.

Για την επίδραση που έχει το φύλο στα γνωστικά λάθη, το διάγραμμα, το κυκλικό διάγραμμα, τις συνέπειες και τον προσωπικό έλεγχο, χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο t. Όπως έδειξε το t-test (για ανεξάρτητα δείγματα), δε φαίνεται το φύλο να επηρεάζει τις παραπάνω μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανδρών και γυναικών είναι στατιστικά ασήμαντη αναφορικά με τα γνωστικά λάθη ($t(58) = -0,29, p > 0,5$), το χρονοδιάγραμμα ($t(58) = 0,62, p > 0,05$), το κυκλικό χρονοδιάγραμμα ($t(58) = -0,004, p > 0,05$), τις συνέπειες ($t(58) = 0,34, p > 0,05$) και τον προσωπικό έλεγχο ($t(58) = -1,20, p > 0,05$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Αποτελέσματα Επίδρασης Φύλου ως προς τις Γνωστικές Αναπαραστάσεις

		M.O	T.A	t	p
Γνωστικά λάθη	Άνδρες	41,15	15,74	-0,29	0,77
	Γυναίκες	42,37	13,70		
Χρονοδιάγραμμα	Άνδρες	23,17	4,81	0,62	0,54
	Γυναίκες	22,26	6,10		
Κυκλικό Χρον/μα	Άνδρες	12,05	4,04	0	1
	Γυναίκες	12,05	3,62		
Συνέπειες	Άνδρες	20,37	4,73	0,34	0,73
	Γυναίκες	19,89	5,34		
Προσ. Έλεγχος	Άνδρες	21,80	4,18	-1,2	0,23
	Γυναίκες	23,16	3,76		

Στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε την ανάλυση ιεραρχικής παλινδρόμησης για να ελέγξουμε τη σχέση μεταξύ γνωστικών λαθών, προσωπικού ελέγχου, ελέγχου της θεραπείας

και κατανόηση της ασθένειας. Ελέγχοντας για φύλο, ηλικία, νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση και χρόνια ασθένειας με ανάλυση παλινδρόμησης , βρήκαμε ότι τα γνωστικά λάθη σχετίζονται με τον προσωπικό έλεγχο ($\beta = -0,31, t = -2,6, p < 0,05$) (Πίνακας 4). Επιπλέον, σχετίζονται με τον έλεγχο της θεραπείας ($\beta = -0,39, t = -2,94, p < 0,05$) (Πίνακας 5) και με την κατανόηση της ασθένειας ($\beta = -0,36, t = -2,99, p < 0,05$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 4

Πίνακας Ιεραρχικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τον

Προσωπικό Έλεγχο

Προβλεπτική Μεταβλητή	B	SE B	β
Βήμα 1			
Φύλο	1,73	1,04	0,20
Ηλικία	-0,10	0,03	-0,35
Νοσηλεία	-0,86	1,27	-0,09
Χειρουργική επέμβαση	-0,85	1,17	-0,10
Χρόνια ασθένειας	-0,04	0,05	-0,08
Βήμα 2			
γνωστικά λάθη	-0,08	0,03	-0,31

$R^2 = 0,21$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,13$ (Βήμα 1) – $R^2 = 0,30$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,22$

(Βήμα 2)

Πίνακας 5

Πίνακας Ιεραρχικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τον Έλεγχο

της Θεραπείας

Προβλεπτική Μεταβλητή	B	SE B	β
Βήμα 1			
Φύλο	-0,13	0,70	-0,02
Ηλικία	0,01	0,02	0,06

Νοσηλεία	0,76	0,86	0,13
Χειρουργική επέμβαση	0,25	0,80	0,05
Χρόνια ασθένειας	-0,01	0,04	-0,03
Βήμα 2 γνωστικά λάθη	-0,06	0,02	-0,38

$R^2 = 0,02$, Προσαρμοσμένο $R^2 = -0,08$ (Βήμα 1) – $R^2 = 0,16$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,06$

(Βήμα 2)

Πίνακας 6

Πίνακας Ιεραρχικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Κατανόηση της

Ασθένειας

Προβλεπτική Μεταβλητή	B	SE B	β
Βήμα 1			
Φύλο	-1,04	1,15	-0,11
Ηλικία	-0,05	0,04	-0,16
Νοσηλεία	3,07	1,41	0,30
Χειρουργική επέμβαση	0,61	1,30	0,06
Χρόνια ασθένειας	0,10	0,06	0,21
Βήμα 2 γνωστικά λάθη	-0,11	0,04	-0,36

$R^2 = 0,13$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,05$ (Βήμα 1) – $R^2 = 0,26$, Προσαρμοσμένο $R^2 =$

0,17(Βήμα 2)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τις γνωστικές αναπαραστάσεις σε ένα δείγμα ασθενών με καρδιαγγειακές νόσους. Συγκεκριμένα ελέγξαμε μερικές από τις διαστάσεις του μοντέλου της κοινής λογικής, την αίσθηση ελεγχιμότητας (έλεγχος θεραπείας και προσωπικός έλεγχος), το χρονοδιάγραμμα, τις συνέπειες, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, την ταυτότητα (κατανόηση ασθένειας) καθώς και την ηλικία και τα χρόνια της ασθένειας.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα, υπάρχει μηδενική συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών λαθών και της ηλικίας. Άρα, τα γνωστικά λάθη δεν επηρεάζονται από την ηλικία του πάσχοντα. Μέτρια αρνητική συσχέτιση σημειώθηκε ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τον έλεγχο της ασθένειας. Επομένως, όσο περισσότερα γνωστικά λάθη κάνει ο ασθενής, τόσο λιγότερο έλεγχο αντιλαμβάνεται ότι ασκεί στην ασθένεια.

Επιπλέον, μηδενική συσχέτιση παρουσιάστηκε ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τα χρόνια που το άτομο νοσεί. Μέτρια αρνητική συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ των γνωστικών λαθών και της κατανόησης της ασθένειας. Συνεπώς, οι ασθενείς που σημειώνουν περισσότερα γνωστικά λάθη στον τρόπο που σκέφτονται σχετικά με θέματα υγείας, τείνουν να έχουν μια συγκεκριμένη εικόνα της ασθένειάς τους.

Το χρονοδιάγραμμα εμφάνισε μηδενική συσχέτιση με τα γνωστικά λάθη. Μηδενική συσχέτιση παρουσιάστηκε και ανάμεσα στις συνέπειες και τα γνωστικά λάθη. Επομένως, οι σκέψεις του ασθενούς σχετικά με τον τρόπο που η ασθένεια επηρεάζει τη ζωή του, δεν σχετίζονται με σφάλματα στον τρόπο σκέψης του. Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα τα γνωστικά λάθη και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις δε σχετίζονται. Συμπερασματικά, σφάλματα στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών δε φαίνεται να επηρεάζουν τα

συναισθήματα που προκαλεί η ασθένεια στα άτομα.

Μέτρια αρνητική συσχέτιση σημειώθηκε ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και τον έλεγχο της θεραπείας. Άρα, όσο περισσότερα λάθη σημειώνονται στον τρόπο σκέψης του ατόμου, τόσο λιγότερο θα πιστεύει το άτομο πως μπορεί να ελέγξει την ασθένειά του μέσω της θεραπείας που ακολουθεί. Τέλος, μηδενική συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στα γνωστικά λάθη και στο χρονοδιάγραμμα. Επομένως, τα γνωστικά λάθη φαίνεται να μην επηρεάζουν τις απόψεις των ατόμων σχετικά με την προβλεψιμότητα και μεταβλητότητα της ασθένειας.

Οι υποθέσεις μας σε γενικές γραμμές επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα της έρευνας. Εξαίρεση αποτελούν δύο υποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες τα γνωστικά λάθη σχετίζονται θετικά με την ηλικία του ασθενή και αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις που διαμορφώνει ενώ αποδείχτηκε πως οι συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές ήταν μηδενικές.

Αυτά τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς μας παρέχουν νέες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο την ασθένειά του. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για τον τρόπο που οι ασθενείς σκέφτονται σχετικά με την ασθένειά τους και τις στρατηγικές που ακολουθούν όπως το μοντέλο κοινής λογικής που παρουσιάσαμε. Ωστόσο, δεν υπήρχαν ως τώρα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την επίδραση των γνωστικών λαθών στις γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενών.

Επομένως, σε κλινικό επίπεδο διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο της ασθένειας, τον έλεγχο της θεραπείας και την κατανόηση της ασθένειας μπορεί να λειτουργούν σαν ενδείξεις γνωστικών λαθών κατά τη γνωστική αξιολόγηση. Θα μπορούσαν να εφαρμοστούν διάφορες τεχνικές, όπως αυτές που προτείνει η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, για την ανάδειξη και διαχείριση των γνωστικών λαθών ώστε ο ασθενής να ακολουθεί έναν πιο ρεαλιστικό τρόπο σκέψης και κατ' επέκταση να απολαμβάνει μια πιο

ποιοτική ζωή.

7.1 Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε προέρχεται μόνο από το Δήμο Ρεθύμνου. Αν στην έρευνα συμμετείχαν άτομα και από άλλες περιοχές της Ελλάδας τότε τα αποτελέσματα θα ήταν πιθανόν διαφοροποιημένα καθώς μεταβάλλονται τα δημογραφικά στοιχεία. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνας βασίζονται αποκλειστικά στα στοιχεία που συλλέξαμε από τη χορήγηση ερωτηματολογίων ενώ θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε και άλλες μεθόδους όπως οι προσωπικές συνεντεύξεις. Έτσι τα δεδομένα μας προέρχονται αποκλειστικά από αυτοαναφορές. Μια ακόμη αδυναμία της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες πάσχουν από διάφορες καρδιαγγειακές ασθένειες, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς τα συμπτώματα και τη σοβαρότητα ενώ θα μπορούσαμε να συλλέξουμε δεδομένα από άτομα που πάσχουν από μια συγκεκριμένη καρδιαγγειακή πάθηση. Τέλος, ως περιορισμό θα μπορούσαμε να θέσουμε και το μέγεθος του δείγματος ($n = 60$).

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν μελετήσουν την επίδραση των γνωστικών λαθών στις γνωστικές αναπαραστάσεις αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας. Επίσης, θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης οι γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενών πριν και μετά από συνεδρίες γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας όταν οι ασθενείς θα έχουν μάθει να αμφισβητούν τις μη ρεαλιστικές σκέψεις τους. Άλλη έρευνα θα μπορούσε να ελέγξει εάν τα γνωστικά λάθη συσχετίζονται με την ενημέρωση που λαμβάνει ο ασθενής σχετικά με την ασθένειά του και τη θεραπεία που ακολουθεί.

7.2 Πρακτικές εφαρμογές

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, λειτουργούν εξειδικευμένα κέντρα καρδιακής αποκατάστασης που περιλαμβάνουν αξιολογήσεις των ασθενών, πρόγραμμα διατροφής, διαχείριση των παραγόντων κινδύνου (όπως υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα), ψυχοκοινωνική και επαγγελματική συμβουλευτική και άσκηση σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν (Leon, Franklin, Costa, Balady, Berra & Stewart et al., 2005).

Με δεδομένα τα ευρήματα της έρευνάς μας ότι τα γνωστικά λάθη επηρεάζουν την κατανόηση της ασθένειας και μειώνουν την αίσθηση ελέγχου του ασθενή και της φαρμακευτικής αγωγής στην ασθένεια, θα μπορούσε ένα τέτοιο πρόγραμμα να περιλάβει και συνεδρίες γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας. Στόχος μιας τέτοιας προσέγγισης θα ήταν να αντικατασταθούν οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις των ασθενών με πιο ρεαλιστικές εκτιμήσεις.

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία κρίνεται ως πιο κατάλληλη καθώς ενδείκνυται για τη διαχείριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν μια χρόνια ασθένεια, στοχεύει άμεσα στην ανακούφιση των πρακτικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής και υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της (Taylor, 2006).

Οι δυσπροσαρμοστικές σκέψεις είναι πιθανό να σχετίζονται με αίσθηση μειωμένου προσωπικού ελέγχου, ελέγχου της θεραπείας και μειωμένη κατανόηση της ασθένειας και αυτοί οι παράγοντες με τη σειρά τους σχετίζονται με προσκόλληση με μη αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Επομένως, μέσω της γνωσιακής αναδόμησης θα μπορούσαν οι ασθενείς να κατασκευάζουν πιο ρεαλιστικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους ώστε και οι στρατηγικές αντιμετώπισής της να είναι περισσότερο βοηθητικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R (2007). *Psychology Health and Medicine*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Baroletti, S., & Dell' Orfano, H. (2010). Medication Adherence in Cardiovascular Disease. *Circulation, 121*, 1455-1458.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : The Guilford Press.
- Broome, A., & Llewelyn, S. (1995). *Health psychology processes and applications*. New York : Chapman and Hall.
- Buhlin, K., Gustafsson, A., Pockley G. A., Frostega, J., & Klinge B. (2003) .Risk factors for cardiovascular disease in patients with periodontitis. *The European Society of Cardiology. 24*.
- Bunker, S. J., Tonkin, A. M., Colquhoun, D. M., Esler M.D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, M., Oldenburg, B.F, Peach, H.J., Ruth, D., & Tennant, C. C. (2003). Stress and Coronary Heart Disease : Psychosocial Risk Factors. *Medical Journal. 178*(6), 272-276.
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behavior*. London;New York : Routledge.
- Camic, P., & Knight, S. (1998). *Clinical handbook of health psychology : a practical guide to effective interventions*. Toronto : Hogrefe & Huber.
- Christensen, A. J., & Antoni, M. J. (2002). *Chronic Physical Disorders*. Blackwell Publishers.
- Christensen, A. J., Edwards, D. L., Patricia, M. J., Burke, R., Lounsbury, P., & Gordon, E. E.I. (1999). Cognitive Distortion and Functional Impairment in Patients Undergoing Cardiac Rehabilitation. *Cognitive Therapy Research, 23* (2), 159-168.

- 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.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychological aspects of chronic illness and disability*. U.S.A: Jones and Bartlett Publishers.
- Frankish, C. J., & Linden, W. (1996). Spouse-pair Risk Factors and Cardiovascular Reactivity. *Journal of Psychosomatic Research, 40*(1), 37-51,
- Fulton, J. J., Marcus, D. K. , & Merkey, T. (2011). Irrational Health Beliefs and Health Anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 67* (6), 527-538.
- Gazmararian, J.A, Kripalani,S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related Diseases. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 1215-1221.
- Hagger, M. S., & Orbell S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health., 18*(2), 141-184.
- Helgeson, V. S. (1993). The onset of chronic illness : it's effect on the patient-spouse relationship. *Journal of Social and Clinical Psychology , 12*, 406-428.
- Hirani, S. P., & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart, 91*, 1235-1239.
- Kaplan, R. M., Sallis J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York : McGraw-Hill.
- Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας : θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα : Τυπωθήτω.

- Kulik, J.A., & Mahler, H.I.M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.
- Lanuzi, J.L., Stern, A.T, Pasternak, R. C., & Desanctis, R. W. (2000). The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Heart Disease. *Archives Of International Medicine*, Volume 160.
- Leon, A.S., Franklin, B.A., Costa, F. , Balady, G.J, Berra, K.A, Stewart, K.J et al. (2005). Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation*, 111, 369-376.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1992). Illness Cognition : Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : the influence of perceived control. *Heart Lung*, 24, 273-80.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Horne, R., & Cameron, L. D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Morse, J.M, & Johnson, J. L. (1991). *The illness experience : Dimensions of suffering*. Newbury Park, Calif. : Sage Publications .
- Nemeroff, C. B., Musselman, D. L, & Evans, D. L. (1998). Depression and Cardiac Disease. *Depression and Anxiety*, 8(1), 71-79.
- Neugebauer, N.A. (2000). *The experience of chronic illness and physical ability : The consequences for quality of life and social relationships*.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. Berkshire : Mc Graw Hill, Open University Press.

- O' Neil. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart Lung* , 31(4), 295-302 .
- Osterberg L, & Blaschke T.(2005) . Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine* , 353, 487–97.
- Royer, A. (1998). *Life with chronic illness. Social and Psychological dimensions*. U.S.A : Greenwood Publishing Group.
- Sanderson, C. A. (2004) . *Health Psychology*. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Squires, B. P. (2000). Cardiovascular disease and socioeconomic status. *Canadian Medical Association Journal*, 162.
- Στεφανάδης, Χ. Ι. (2005). *Εγχειρίδιο επείγουσας καρδιολογίας*. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Stephard, R. J., & Balady, G.J. (1999). Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation* , 99 , 963-972.
- Sutton,S. , Baum, A., & Johnston, M. (2005). *The Sage handbook of health psychology*. London : Sage Publications.
- Taylor, R. R. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Illness and Disability*. New York : Springer Science and Business Media Inc.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology*. Boston,Mass. : McGraw-Hill.
- Τουτούζας Π .Κ (2006). *Εγχειρίδιο καρδιολογίας*. Αθήνα : Παρισσιάνου Α.Ε
- Verhaak, P. F.M, Heijamns, M. ,Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic Disease And Mental Disease. *Social Science and Medicine* , 60, 789-797.
- Vogelzangs, N., Seldenrijk, A., Beekman A. TF., van Hout,H. PJ., de Jonge, P., & Penninx, B.

W.J.H.(2010). Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders.
Journal of Affective Disorders, 125,241-248.