



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ :

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ
ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ
ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ**

Πτυχιακή εργασία της

φοιτήτριας

ΤΣΑΚΜΑΚΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

A.M: 1649

Επιβλέπων Καθηγητής

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....	6
1.1. Γενική προσέγγιση του όρου.....	6
1.2. Το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	11
2.1. Προσωπικότητα και στάσεις ζωής.....	11
2.2. Προσωπικότητα τύπου Α κι επιδράσεις στην υγεία.....	13
2.3. Αλεξιθυμία κι επιδράσεις στην υγεία.....	14
2.4. Προσωπικότητα και ευεξία.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΥΓΕΙΑΣ.....	18
3.1. Μοντέλο διαμεσολάβησης του στρες.....	18
3.2. Μοντέλο συμπεριφοράς υγείας.....	19
3.3. Μοντέλο συμπεριφοράς νόσησης.....	20
3.4. Βιολογικό μοντέλο.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ.....	22
4.1. Πώς ορίζεται η χρόνια νόσος.....	22
4.2. Η επίδραση της χρόνιας νόσου στο άτομο.....	23
4.3. Χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις.....	25
4.4. Οι επιπτώσεις της καρδιαγγειακής νόσου στο άτομο.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	28
5.1. Η οικογένεια στη καθημερινότητα της χρόνιας νόσου.....	28
5.2. Οι συνέπειες της χρόνιας νόσου στον/στην σύντροφο.....	29

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ & ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	32
---------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	33
6.1. Συμμετέχοντες.....	33
6.2. Εργαλεία μέτρησης και διαδικασία.....	34

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	36
------------------------------	----

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	41
---------------	----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
-------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49
-------------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα όλο και πιο έντονο επιστημονικό κι ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τον ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τόσο στην ύπαρξη μιας καλής κατάστασης της υγείας, όσο και στην εμφάνιση μιας ασθένειας.

Αρχικός σκοπός και στόχος του παρόντος εγχειρήματος είναι να κατανοηθούν βασικές εισαγωγικές έννοιες πάνω στις οποίες θα στηρίζεται και η εν λόγω ερευνητική προσπάθεια. Επιχειρείται η προσέγγιση της προσωπικότητας με βάση και με γνώμονα το μοντέλο των πέντε παραγόντων που την αποτελούν, προκειμένου να κατανοηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο μια τόσο σύνθετη έννοια, που αποτελεί τη βάση για τη περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος. Εν συνεχεία, προσεγγίζεται η σχέση της προσωπικότητας με την υγεία και τη διαχείριση της από το άτομο, με διαμεσολαβητικούς παράγοντες τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που προεξάρχουν στην εκάστοτε προσωπικότητα. Ο τρόπος δηλαδή που επιλέγει να ζήσει και να συμπεριφερθεί ο καθένας στην καθημερινότητα του φαίνεται να ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την σύνθεση της προσωπικότητάς του.

Ακόμη, στοχεύει στην κατανόηση τόσο της χρόνιας ασθένειας και των επιπτώσεων της στο άτομο και την οικογένεια αλλά και πιο συγκεκριμένα της χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου, εφόσον αφορά και άμεσα το εν λόγω σύγγραμμα. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε η παρούσα έρευνα, με παροχή ερωτηματολογίων σε δείγμα από ασθενείς με χρόνια καρδιαγγειακή νόσο και τους συντρόφους αυτών σε δύο διαφορετικές χρονικές φάσεις. Βασικός σκοπός είναι να αναδειχθεί η τυχόν υπάρχουσα επιρροή όχι μόνο της προσωπικότητας μεμονωμένα του ατόμου ως προς την αποδοχή της νόσου αλλά και της ίδιας της δυναμικής σχέσης μέσα στο ζευγάρι. Σε αυτό το σημείο λοιπόν, εστιάστηκαν και οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων, προκειμένου να εξαχθούν ανάλογα συμπεράσματα.

Η παρούσα προσπάθεια λοιπόν, στοχεύει σε μια εμβάθυνση των δυναμικών που αναπτύσσονται μέσα στα ζευγάρια, όπου δύο προσωπικότητες καλούνται εκ των πραγμάτων να αντιμετωπίσουν μια κοινή πραγματικότητα που εισβάλλει απειλητικά και ενδεχομένως να διαταράσσει τις ισορροπίες μιας συμβίωσης. Μια τέτοια προσπάθεια λοιπόν, είναι δυνατόν να αποτελέσει το εφαλτήριο για περαιτέρω προβληματισμούς αλλά και το κίνητρο για διεξοδικότερη διερεύνηση ενός τόσο ευαίσθητου θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

1.1. Γενική προσέγγιση του όρου

Ο ορισμός της προσωπικότητας αναφέρεται στη προσπάθεια να διερευνηθεί το άτομο ως μια ολοκληρωμένη και σύνθετη οντότητα κι επιχειρεί να απαντήσει στο κλασικό και πανανθρώπινο ερώτημα, στο γιατί είμαστε όπως είμαστε. Αποτελεί από την πλευρά των εκπροσώπων των ανθρωπολογικών επιστημών μια συνεχή προσπάθεια κατανόησης κι επεξήγησης της πολύπλοκης ομοιότητας αλλά και συνάμα της ξεχωριστής διαφορετικότητας της συμπεριφοράς των ανθρώπων (Pervin & John, 2001α).

Στην καθημερινότητα μας τόσο ακούμε, όσο και χρησιμοποιούμε εμείς οι ίδιοι πολύ τακτικά τον όρο «προσωπικότητα». Πολύ συχνά χρησιμοποιείται κυρίως για να γίνει αναφορά σε άτομα με ικανότητες ξεχωριστές αλλά και σε άλλους που είναι αναγνωρίσιμοι και προβεβλημένοι κοινωνικά. Παρόλαυτα όταν ο εν λόγω όρος προσεγγίζεται επιστημονικά, η έννοια του αλλάζει. Όταν λοιπόν, οι εκπρόσωποι της επιστήμης της Ψυχολογίας μιλάνε για «προσωπικότητα», εδώ και δεκαετίες, όπως σημειώνεται κι από τον καθηγητή Παρασκευόπουλο (1994), αναφέρονται στο σύνολο όλων των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών που διέπουν ένα άτομο και κυρίως, στον τρόπο με τον οποίο τα χαρακτηριστικά αυτά γνωρίσματα, συνδυάζονται και «πλέκονται» μεταξύ τους έτσι ώστε να δομήσουν ένα ενιαίο σύνολο. Όπως λοιπόν γράφει ο Ι.Ν. Παρασκευόπουλος, «...Ο όρος δηλαδή προσωπικότητα χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η δυναμική οργάνωση του συνόλου των σωματικών χαρακτηριστικών, των αντιληπτικών και νοητικών ικανοτήτων, της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας, της βούλησης και του χαρακτήρα του ατόμου» (σελ.70).

Σύμφωνα με έναν απλοϊκό ορισμό που επιχειρείται να δοθεί από τους Pervin & John (2001α), «...Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που

εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς» (σσ. 36-37). Η παραπάνω ερμηνεία λοιπόν, αναφέρεται στην προσπάθεια επεξήγησης των γνωρισμάτων εκείνων που οδηγούν το άτομο να σκέφτεται, να (συν)αισθάνεται και να ενεργεί με έναν εξειδικευμένο τρόπο για τον καθένα ξεχωριστά. Παρόλαυτά, η επιστημονική προσπάθεια ερμηνείας κι αποσαφήνισης της εν λόγω έννοιας είναι συστηματική και συνεχής και οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί έως σήμερα είναι ποικίλες και συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση του όρου.

Εξάλλου, έχουν επιχειρηθεί πολλές προσπάθειες να δημιουργηθεί μια συστηματική ταξινόμηση κατηγοριοποίησης και προσδιορισμού των χαρακτηριστικών εκείνων που κάνουν το κάθε ένα άτομο μια ξεχωριστή οντότητα και το διαφοροποιούν από όλους τους υπόλοιπους (Τσαούσης, 1999).

1.2. Το μοντέλο των Πέντε Παραγόντων Προσωπικότητας

Από τη δεκαετία του 1980 κι έπειτα, άρχισε να θεμελιώνεται μια θεωρία που στηρίζεται σε μια ποικιλία χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του ατόμου. Πρόκειται για το μοντέλο των πέντε παραγόντων των χαρακτηριστικών (Pergin & John, 2001β). Το μοντέλο αυτό αποτελεί ουσιαστικά μια προσέγγιση των βασικών διαστάσεων που θεωρείται σήμερα ότι δομούν την προσωπικότητα κάθε ανθρώπου και το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες δείχνει να κυριαρχεί στον χώρο ερμηνείας της προσωπικότητας μετά από ποικίλες προσπάθειες εννοιολογικής προσέγγισης του όρου (Τσαούσης, 1999).

Ως θεωρία, σχεδιάστηκε με σκοπό να συμπεριλάβει τα χαρακτηριστικά εκείνα που θεωρούνται κατά γενική ομολογία σημαντικά και μεσολαβούν σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης. Μπορεί να δοθεί η δυνατότητα ακόμη και για να επιχειρηθεί μια προσπάθεια πρόβλεψης των σχέσεων που είναι δυνατόν να δημιουργήσουν οι άνθρωποι μεταξύ τους. Καταρτίστηκαν λοιπόν, αντιπροσωπευτικές κλίμακες για την μέτρηση και την

«ταξινόμηση» των ατόμων με γνώμονα το ποσοστό που ο καθένας κατέχει ή όχι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που εμπεριέχονται στις εν λόγω κλίμακες.

Τα πέντε αυτά χαρακτηριστικά, όπως διατυπώθηκαν σε κλίμακες και αναφέρονται από τους Costa & McCrae (1985) είναι τα ακόλουθα : νευρωτισμός, εξωστρέφεια, προσήγεια, ευσυνειδησία και δεκτικότητα στην εμπειρία. Το καθένα από αυτά εμπεριέχει διαφορετικές ιδιότητες που είναι δυνατόν να χαρακτηρίζουν το άτομο σε μια διαβάθμιση ενός συνεχούς. Πιο συγκεκριμένα, σε μια κλίμακα διαβάθμισης του όρου νευρωτισμός, όπου αξιολογείται η συναισθηματική προσαρμογή σε αντίθεση με την συναισθηματική αστάθεια, προσδιορίζεται το κατά πόσο το άτομο χαρακτηρίζεται από τάση προς κατάθλιψη, από μη ρεαλιστικές ιδέες και ορμές. Έτσι, άτομο που αξιολογείται ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αν τύχει να συγκεντρώσει υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα, παραπέμπει πιθανών σε μια προσωπικότητα νευρική, ανήσυχη και συναισθηματικά ανασφαλή. Στην αντίθετη περίπτωση, μια χαμηλή βαθμολογία, θα μπορούσε να υπονοεί πως το άτομο χαρακτηρίζεται από ηρεμία, συναισθηματική ασφάλεια, χαλαρότητα και αυτοεκτίμηση.

Αντίστοιχα, το επόμενο χαρακτηριστικό, η εξωστρέφεια, αξιολογεί την ποιότητα των διαπροσωπικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του ατόμου, την ενεργητικότητα που το χαρακτηρίζει καθώς και την ικανότητα να συμμετέχει σε αστεία και να γελά. Οπότε μια υψηλή βαθμολογία θα μπορούσε να παραπέμπει σε ένα άτομο κοινωνικό, πρόσχαρο, ομιλητικό και αισιόδοξο. Αντίθετα, η συγκέντρωση χαμηλής βαθμολογίας, μπορεί να φανερώνει έναν άνθρωπο συνεσταλμένο, επιφυλακτικό, ήσυχο κι υποχωρητικό.

Η δεκτικότητα στην εμπειρία πάλι, αξιολογεί το κατά πόσο το άτομο είναι ανοικτό στην εμπειρία και σε ποιο βαθμό οτιδήποτε άγνωστο αποτελεί για εκείνο πρόκληση προς διερεύνηση. Έτσι όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως μια ανήσυχη προσωπικότητα με ποικίλα ενδιαφέροντα, του αρέσει η πρωτοτυπία και κυνηγά την εφευρετικότητα, είναι περισσότερο πιθανό να συγκεντρώσει μια υψηλή βαθμολογία. Στον αντίποδα αυτού, μπορεί να βρίσκεται

ένα άτομο με περιορισμένα ενδιαφέροντα κι ανησυχίες, συμβατικό, προσγειωμένο και με έλλειψη καλλιτεχνικού αισθητηρίου.

Ακόμη, ο επόμενος όρος που αφορά την προσήνια, αξιολογεί το κατά πόσο ένας άνθρωπος χαρακτηρίζεται από συμπόνια ή ανταγωνισμό ως προς τις διαπροσωπικές του αλληλεπιδράσεις. Με γνώμονα λοιπόν την εν λόγω αξιολόγηση μια προσωπικότητα είναι πιθανό να χαρακτηρίζεται από ευσπλαχνία, ευθύτητα, διάθεση για βοήθεια των άλλων και καλή προαίρεση. Στον αντίθετο πόλο αυτού του συνεχούς, είναι δυνατό να υποκρύπτεται μια προσωπικότητα με προεξάρχοντα τα χαρακτηριστικά της καχυποψίας, της κυνικότητας, της αγένειας και της έλλειψης διάθεσης για συνεργασία.

Τέλος, ο πέμπτος όρος που αφορά την ευσυνειδησία, έχει να κάνει με την διάθεση του ατόμου που αφορά την οργάνωση και την κινητοποίηση του προς ένα σκοπό. Ουσιαστικά, παραθέτονται με βάση την βαθμολογία που συγκεντρώνουν, μεταξύ τους άτομα οργανωμένα, πειθαρχημένα, σχολαστικά, μεθοδικά και φιλόδοξα έναντι σε εκείνα που μπορεί να παρουσιάζουν απουσία βούλησης κι ενδιαφερόντων, που χαρακτηρίζονται από οκνηρία, ανεπάρκεια στόχων κι αμέλεια (Pervin & John, 2001β). Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, επισημαίνεται πως κατά τη διάρκεια της εφηβείας αλλά και την νεαρής ενήλικης ζωής τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν στα άτομα είναι ο νευρωτισμός και η εξωστρέφεια συγκριτικά με την συνεργατικότητα και την ευσυνειδησία, που δείχνουν να υπερτερούν με υψηλότερα ποσοστά, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Με βάση λοιπόν, το συγκεκριμένο μοντέλο, οι ερευνητές υποστηρίζουν πως τα χαρακτηριστικά του ατόμου μετά την ηλικία των τριάντα, διατηρούνται σχετικά σταθερά. Υπάρχουν όμως ενδείξεις πως πριν από αυτή την ηλικία τα εν λόγω γνωρίσματα εξελίσσονται και διαφοροποιούνται μέχρι να σταθεροποιηθούν και να παγιωθούν. Όπως άλλωστε αναφέρεται από τους Costa και McCrae (1994), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

ακολουθούν μια διαδικασία ανάπτυξης και ωρίμανσης, όπως αντίστοιχα συμβαίνει με το ύψος και η οποία δεν ολοκληρώνεται μέχρι την πρώτη εικοσαετία της ζωής του ατόμου.

Από όλα τα ανωτέρω, μπορούμε να καταλάβουμε ότι ακόμη και τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ανθρώπινη προσωπικότητα μπορούν να μεταβληθούν και να δεχτούν ποικίλες επιδράσεις ως προς την διαμόρφωσή τους μέχρι τη στιγμή που θα κατασταλάξουν και θα προσδώσουν τελικά στο κάθε άτομο την μοναδική ταυτότητα και διαφορετικότητά του (Pervin & John, 2001β).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1. Προσωπικότητα και στάσεις ζωής

Εδώ και πέντε περίπου δεκαετίες, πραγματοποιούνται ποικίλες έρευνες που έχουν ως στόχο να καταδείξουν την άμεση σχέση που πιθανολογείται πως υπάρχει μεταξύ της προσωπικότητας του ατόμου και της κατάστασης της υγείας του, εφόσον μεγάλο ποσοστό του επιστημονικού αλλά και του απλού καθημερινού κόσμου γοητεύεται από την πιθανότητα της επιρροής της προσωπικότητας στην ατομική υγεία.

Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών, προκύπτει πως η προσωπικότητα επιδρά κι επηρεάζει συμπεριφορές του ατόμου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του και τη ποιότητα της υγείας που επιλέγει για το εαυτό του, όπως για παράδειγμα, το κάπνισμα, οι διατροφικές του συνήθειες. Ακόμη επηρεάζει τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται κι αντιδρά απέναντι στην ασθένεια καθώς και μέσω των άμεσων μηχανισμών επίδρασης του στρες και των αρνητικών συναισθημάτων (Smith & Gallo, 2001).

Με την μελέτη και την ανάλυση του μοντέλου των Πέντε Παραγόντων της Προσωπικότητας, δόθηκε η δυνατότητα να επιχειρηθούν συσχετίσεις με την ύπαρξη ή μη της υγείας. Σύμφωνα με ποικίλες ενδείξεις, τόσο ο νευρωτισμός όσο και η εξωστρέφεια, που έχουν μελετηθεί περισσότερο από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, φαίνεται να προδιαθέτουν στην ύπαρξη μιας καλής ποιότητας υγείας αλλά και στην εμφάνιση παθολογικών συμπτωμάτων (Costa & McCray, 1992).

Ακόμη, άλλες ενδείξεις αναφέρουν την λειτουργία του χαρακτηριστικού της πνευματικής διαθεσιμότητας ως μηχανισμό ρύθμισης του άγχους, το οποίο θεωρητικά ενοχοποιείται για την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων, με αποτέλεσμα να αποτελεί σε κάποιες περιπτώσεις

ενδεχομένως και προστατευτικό παράγοντα (McCrae & Costa, 1993). Επιπλέον, η συνεργατικότητα έχει μελετηθεί με την υπόθεση πως βοηθά στην καλύτερη προσαρμογή και αποδοχή της παθολογικής κατάστασης τους από χρόνιους ασθενείς, γεγονός που δείχνει να βοηθά ακόμη και στη πρόγνωση της ασθένειας τους (Smith & Williams, 1992). Θα μπορούσε κανείς να πει, ότι παρατηρείται μια όλο και πιο έντονη ομοφωνία, που αφορά την ιδιοσυγκρασία και τα συμπεριφορικά κίνητρα της ενήλικης προσωπικότητας και ιδιαίτερα το νευρωτισμό, την εξωστρέφεια και την ευσυνειδησία (Williams, 2006).

Παρόλαυτά, η μεγαλύτερη ερευνητική προσοχή έχει συγκεντρωθεί στη σχέση του νευρωτισμού και της αυτοαξιολογούμενης υγείας. Ένα μεγάλο μέρος των ερευνητικών αποτελεσμάτων έχει αποδείξει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη νευρωτισμού και στην χαμηλή αυτοαξιολόγηση της υγείας (Brown & Moskowitz, 1997. Cohen, Doyle, Skoner Fireman, Gwaltney & Newsom, 1995. Costa & McCrae, 1987. Feldman, Cohen, Doyle, Skoner & Gwaltney, 1999. Larsen, 1992. Watson & Pennebaker, 1989. Williams, O'Brien & Colder, 2004. Williams & Wiebe, 2000). Έχει σε αρκετές περιπτώσεις αποδειχθεί, ο ισχυρισμός ότι τα άτομα που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά νευρωτισμού, αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα παθήσεως, εφόσον είναι πιο ευάλωτα στις φυσικές αλλαγές, που αντιτίθενται σε προσποιητά συμπτώματα. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν πως ο νευρωτισμός συνδέεται με αναφορές συμπτωμάτων, εν απουσία αντικειμενικών σημείων ασθένειας. Οι Rabin, Ward, Leventhal & Schmitz (2001), αναφέρουν στοιχεία που προτείνουν πως ο νευρωτισμός παρουσιάζει πιο ισχυρή σχέση με την υποκειμενική συμπτωματολογία παρά με τα αντικειμενικά (παρατηρήσιμα) συμπτώματα.

Όσον αφορά το νευρωτισμό και τη σχέση του με την ατομική υγεία, έρευνες έχουν συνδέσει την ύπαρξη του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού με τα υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης (Miller, Cohen, Rabin, Skoner & Doyle, 1999), την ορμόνη που εκλύεται από την εμφάνιση του στρες (Marsland, Cohen, Ragin & Manuck, 2001). Από την άλλη πλευρά, μερικά

στοιχεία προτείνουν πως σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενειών, μέτρια επίπεδα νευρωτισμού έχουν συνδεθεί με φαινόμενα καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου ανάμεσα στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη Τύπου 2 (Lane, McCaskill, Williams, Parekh, Feinglos & Surwit, 2000) καθώς και έχουν συσχετιστεί με επιβράδυνση της νεφρικής αλλοίωσης ανάμεσα στα άτομα με διαβήτη Τύπου 1 (Brickman, Yount, Blaney, Rothberg & Kaplan De-Nour, 1996). Πρόσφατα στοιχεία αποδεικνύουν πως ο νευρωτισμός μπορεί να αποδειχθεί ακόμη και προστατευτικός παράγοντας θνησιμότητας ανάμεσα στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δεν έχουν μελετηθεί σε σχέση με την ποιότητα της υγείας, τόσο εκτενώς, όσο ο νευρωτισμός. Υπάρχουν ορισμένα περιορισμένα στοιχεία, που καταδεικνύουν πως η εξωστρέφεια σχετίζεται με συχνότερες αναφορές συμπτωμάτων, αλλά κάτι τέτοιο φαίνεται να ισχύει μόνο σε περιπτώσεις υψηλού βαθμού εξωστρέφειας. Βέβαια, τα στοιχεία αυτά χρήζουν, περαιτέρω, ανάγκης για ανάλυση και διερεύνηση. Παρόλαυτα, μια υπόθεση που υπάρχει είναι πως περισσότερες αναφορές συμπτωμάτων, μπορούν να προκύψουν από τη σχέση ανάμεσα στην υψηλού βαθμού εξωστρέφεια και τις ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως είναι για παράδειγμα η χρήση ουσιών (Cooper, Agocha & Sheldon, 2000).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που δεν έχει πλήρως διερευνηθεί είναι και η ευσυνειδησία. Παρόλαυτα, αυτή δείχνει να συνδέεται με την μακροβιότητα (Friedman, Tucker, Tomlinson-Keasey, Schwartz, Wingard & Criqui, 1993), με μια γενικότερη καλύτερη κατάσταση υγείας καθώς και με λιγότερους κινδύνους νόσησης του ατόμου (Bogg & Roberts, 2004).

2.2. Προσωπικότητα Τύπου Α κι επιδράσεις στην υγεία

Αξίζει στο σημείο αυτό να γίνει αναφορά και στον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει στην έρευνα της υγείας, το μοντέλο της προσωπικότητας Τύπου Α.

Μια τέτοια προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από τελειοθηρία, εργασιομανία, έντονα βιωμένο άγχος, έλλειψη υπομονής καθώς κι εκρήξεις θυμού ή απογοήτευσης. Ένα άτομο με αυτό το τύπο προσωπικότητας εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικό (Friedman, 1996). Ο όρος του τύπου αυτού της προσωπικότητας εισηγήθηκε για πρώτη φορά από καρδιολόγους το 1950. Υποστήριξαν ότι τα άτομα με αυτό το είδος προσωπικότητας φαίνεται να είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση καρδιακής προσβολής.

Άτομο με αυτό το τύπο προσωπικότητας έχει τη τάση να αντιδρά οργισμένα κι ερειστικά απέναντι στους άλλους, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη διατήρηση αρμονικών διαπροσωπικών σχέσεων. Στη σύγχρονη ψυχολογική θεωρία κι έρευνα, μια πτυχή της προσωπικότητας τύπου Α που δείχνει να αποτελεί έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη της καρδιαγγειακής νόσου, είναι η αυξημένη επιθετικότητα και ο θυμός που χαρακτηρίζει τα συγκεκριμένα άτομα (Eysenck, 1990).

Η πλειοψηφία των ερευνών γύρω από την σχέση της υγείας με τον συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας και την εχθρικότητα, εστιάζει στους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς που υποκινούνται σε σχέση με τη παρουσία ασθένειας και ιδιαίτερα στη περίπτωση των καρδιαγγειακών παθήσεων (Williams, 2006).

2.3. Αλεξιθυμία κι επιδράσεις στην υγεία

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί, όσον αφορά το συσχετισμό ανάμεσα στους παράγοντες προσωπικότητας και τη νοσηρή συμπεριφορά, και ο όρος «αλεξιθυμία».

Σύμφωνα με ευρήματα των Vanheule, Desmet, Megnauck & Bogaerts (2006), η αλεξιθυμία δείχνει να συμβάλει σε προβλήματα ως προς τη δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από αυτή, δεν εμπλέκονται συνήθως σε στενές διαπροσωπικές σχέσεις κι αν ακόμη το κάνουν τείνουν να θεωρούν τον εαυτό τους ως κυρίαρχο, εξαρτημένο ή απομονωμένο μέσα στην ίδια την σχέση. Αναφέρεται σε παράγοντα

ατομικής διαφοροποίησης που χαρακτηρίζει το άτομο από δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων του (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Σε μελέτη που διενεργήθηκε το 2008, η αλεξιθυμία, βρέθηκε να σχετίζεται με την διαστρεβλωμένη αντίληψη κι έλλειψη επίδειξης τρυφερότητας καθώς το γεγονός αυτό φαίνεται να σχετίζεται και με συχνότερη ψυχική διαταραχή, απρόσωπες και διαταραγμένες σχέσεις. Επιπλέον, εξαιτίας των εγγενών δυσκολιών στη διαχείριση των συναισθηματικών καταστάσεων που προσδιορίζει τα εν λόγω άτομα, το χαρακτηριστικό της αλεξιθυμίας δρα αρνητικά ακόμη και στη σύναψη ικανοποιητικών συναισθηματικών σχέσεων μέσα στα ζευγάρια (Yelsma & Marow, 2003).

Κλείνοντας, είναι άξιο να αναφερθεί ότι, η αλεξιθυμία, έχει βρεθεί να σχετίζεται με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, χαμηλά ποσοστά εξωστρέφειας καθώς και χαμηλά επίπεδα διαθεσιμότητας στην εμπειρία. Η έννοια της αλεξιθυμίας, έχει επανειλημμένα συνδεθεί με ορισμένες περιπτώσεις νοσηρής συμπεριφοράς, ενώ βρέθηκε κατόπιν ερευνών, να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του εν λόγω χαρακτηριστικού, με την εκδοχή της ευπροσήγορης προσωπικότητας καθώς και με το χαρακτηριστικό της ευσυνειδησίας (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor & Parker, 1999).

2.4. Προσωπικότητα και ευεξία

Λαμβάνοντας ως δεδομένο το γεγονός ότι η επιστήμη της Ψυχολογίας αναζητά να κατανοήσει την ανθρώπινη φύση, η μελέτη της ευεξίας χρειάζεται να κατέχει εξέχουσα θέση μέσα στο εν λόγω πλαίσιο. Η προσέγγιση λοιπόν της ατομικής ευεξίας έρχεται να εξισορροπήσει και την πνευματική υγεία σε αντιδιαστολή με τις διαταραχές και τα προβλήματα ενώ έχει επανειλημμένα βρεθεί πως αντιπροσωπεύει μια κεντρική ατομική αξία (Diener, 2000. Seligman, Park & Peterson, 2004. Suh, Diener, Oishi & Triandis, 1998).

Ουσιαστικά πρόκειται για την κατάσταση εκείνη, η οποία χαρακτηρίζεται από τρία βασικά γνωρίσματα : ικανοποίηση από τη ζωή, παρουσία θετικής επιρροής με ταυτόχρονη απουσία αρνητικής επιρροής (Diener & Lucas, 1999). Τα τρία αυτά στοιχεία σχετίζονται μεταξύ τους κι αλληλοεξαρτώνται. Με βάση τις έρευνες που ήδη έχουν διεξαχθεί, η ατομική ευεξία μπορεί να θεωρηθεί πως εμπεριέχεται μέσα στην ευρύτερη έννοια της ψυχικής υγείας, η οποία μαζί με την οργανική, συνθέτουν την έννοια την ευρύτερη έννοια της υγείας. Αρκετές έρευνες έχουν επιβεβαιώσει πως η εξωστρέφεια παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ατομική ευεξία, ενώ ο νευρωτισμός αρνητική συσχέτιση (DeNeve & Cooper, 1998. Diener & Lucas, 1999. Emmons & Diener, 1985. King & Miner, 2000).

Τα τρία βασικά γνωρίσματα της ευεξίας δημιουργούν διαφορετικές συσχετίσεις με τα δύο παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Οι Watson & Clark (1992), πρότειναν πως τόσο ο νευρωτισμός όσο και η εξωστρέφεια, ενέχουν ιδιοσυγκρασιακές τάσεις προκειμένου το άτομο να αποκτήσει αρνητική ή θετική επιρροή, αντίστοιχα. Από την άλλη, η ευσυνειδησία, η συνεργατικότητα καθώς και η πνευματική διαθεσιμότητα, παρουσιάζουν λιγότερο ισχυρή αλλά παρόλαυτά θετική συσχέτιση με την ατομική ευεξία.

Όσον αφορά, για παράδειγμα, το χαρακτηριστικό της εξωστρέφειας, δύναται να προωθήσει το άτομο στις κοινωνικές του επαφές, ενώ αντίθετα, ο νευρωτισμός μπορεί να δυσχεράνει τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους, δεδομένου πως η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων συμβάλει στην παρουσία ευεξίας. Σε αντίστοιχο πλαίσιο, η επίδραση του χαρακτηριστικού της συνεργατικότητας όσον αφορά την ευεξία μπορεί να λειτουργήσει μέσω της συνεισφοράς του στις κοινωνικές σχέσεις, ενώ η επιρροή της ευσυνειδησίας μπορεί να κατευθύνει το άτομο σε μια καλή ποιότητα ζωής καθώς και στην λήψη καρποφόρων αποφάσεων κι επίτευξης στόχων.

Γίνεται φανερό λοιπόν από τα παραπάνω, ότι τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τη προσωπικότητα μπορούν να σχετιστούν ποικιλοτρόπως με την έννοια της ευεξίας (Okun & George, 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Μοντέλο διαμεσολάβησης του στρες

Αποτελεί γεγονός πως έχει επανειλημμένα επιχειρηθεί να δομηθούν ορισμένα μοντέλα που να επεξηγούν την διαδικασία μέσω της οποίας, τα σταθερά ατομικά χαρακτηριστικά συνδέονται με την ποιότητα της υγείας.

Η πιο συνηθισμένη επεξήγηση της σχέσης ανάμεσα στην προσωπικότητα και την υγεία, αποτελεί το μοντέλο που καταδεικνύει το ρυθμιστικό ρόλο που παίζει το στρες. Σε αυτό το μοντέλο, γίνεται η υπόθεση πως το στρες μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση ασθενειών κι είναι δυνατόν να κάνει πιο ευάλωτη μια προσωπικότητα προς επιβλαβείς συμπεριφορές. Συνεχή αποτελέσματα ερευνών, εξάλλου, αποδεικνύουν πως η συνεχής ή η μακροχρόνια εμπειρία του στρες μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ασθένειας (Lovallo & Gerin, 2003. Treiber, Karmarck, Schneiderman, Sheffield, Kapuku & Taylor, 2003).

Παράλληλα όμως, κι όπως αποδεικνύεται από την επιβαρυντική επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα λόγω του στρες, το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό μπορεί να προκαλέσει και μια χρόνια φλεγμονή, η οποία είναι δυνατόν να συμβάλλει στην εμφάνιση μιας πλειάδας νοσημάτων, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η αρθρίτιδα όπως κι ορισμένα είδη κακοηθειών (Robles, Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, ένα ουδέτερο γεγονός μπορεί να εκτιμηθεί ως αγχωτικό, προκαλώντας σωματική και συναισθηματική αναστάτωση, μέχρι τον βαθμό εκείνο που ως τέτοιο εκτιμάται με βάση τα υποκειμενικά κριτήρια του εκάστοτε ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Η προσωπικότητα δηλαδή, μπορεί να επιδρά πάνω στο άγχος του ατόμου, με ποικίλους τρόπους. Πολλά είναι τα ερευνητικά δεδομένα όπως περιγράφει ο Gallagher (1990), που καταδεικνύουν ότι η προσωπικότητα μεταβάλλει την υποκειμενική εκτίμηση των εμπειριών της ζωής, για αυτό το

λόγο και τα νευρωτικά άτομα συνηθίζουν να ερμηνεύουν ένα ουδέτερο ερέθισμα ως απειλή. Ενώ από την άλλη πλευρά, τα αμιγώς πειστικά γεγονότα είναι για εκείνα άκρως ελεγχόμενα (Wiebe, 1991).

Ακόμη, η προσωπικότητα του ατόμου σύμφωνα με τους Suls, David & Harvey (1996), μπορεί να επηρεάσει την δυνατότητα επιλογής ή την αποτελεσματικότητα του στο να διαχειρίζεται και να αντιμετωπίζει προβλήματα και να κοινωνικοποιείται. Ως παράδειγμα θα μπορούσε να αναφερθεί στο σημείο αυτό, πως ο νευρωτισμός συνήθως σχετίζεται με μεγαλύτερη αποφυγή και διαχείριση των καταστάσεων με πιο συναισθηματικό τρόπο, ενώ η ευσυνειδησία φαίνεται να σχετίζεται με θετική ανατροφοδότηση αλλά και με μια πιο ενεργή στάση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου (Watson & Hubbard, 1996).

3.2. Μοντέλο συμπεριφοράς υγείας

Με βάση αυτό το μοντέλο, γίνεται η υπόθεση ότι η προσωπικότητα επηρεάζει την ατομική υγεία, οδηγώντας το κάθε άτομο να υιοθετήσει μια υγιεινή ή μια επιβλαβή (για την υγεία) συμπεριφορά.

Για παράδειγμα, η αισιοδοξία συνδέεται με περισσότερο εξισορροπημένη διατροφή, με φυσική άσκηση και σεξουαλικά δραστήρια συμπεριφορά (Mulkana & Hailey, 2001. Zak-Place & Stern, 2004), ενώ αντίθετα η επιθετικότητα, ως χαρακτηριστικό, προϋποθέτει συμπεριφορές όπως κάπνισμα, χρήση ουσιών, αποφυγή σωματικής άσκησης και μη ισορροπημένη διατροφή (Siegler, Costa & Brummett, 2003; Smith, Glazer & Ruiz, 2004). Ουσιαστικά, η προσωπικότητα μπορεί να διαμορφώσει τις αντιλήψεις κάθε ατόμου για την υγεία και κατά συνέπεια τον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει.

Οι Cooper, Agocha και Sheldon (2000), επιχείρησαν να αποδείξουν πως τόσο ο νευρωτισμός όσο κι η εξωστρέφεια μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως είναι για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ αλλά και οι σεξουαλικές

δραστηριότητες, με σκοπό όμως να καλυφθούν διαφορετικές ανάγκες. Τα νευρωτικά άτομα δηλαδή, μπορεί να επιλέξουν μια ριψοκίνδυνη συμπεριφορά προκειμένου να αντιμετωπίσουν την κακή τους διάθεση, ενώ αντίθετα τα εξωστρεφή άτομα θα επιλέξουν μάλλον να κάνουν κάτι τέτοιο με σκοπό να βελτιώσουν περισσότερο την διάθεσή τους.

3.3. Μοντέλο συμπεριφοράς νόσησης

Το εν λόγω μοντέλο αναφέρεται σε μια συμπεριφορά, η οποία αντιπροσωπεύει ουσιαστικά τις ενέργειες που κάνουν οι άνθρωποι όταν θεωρούν πως είναι άρρωστοι (για παράδειγμα, η αναφορά των συμπτωμάτων, η επίσκεψη στο γιατρό), και οι οποίες συνδέονται με την αντικειμενική υγεία (Idler & Benyamini, 1997).

Ουσιαστικά, το μοντέλο αυτό προσπαθεί να επεξηγήσει τον τρόπο που η προσωπικότητα μπορεί να συνδεθεί με την υγεία, κατά την απουσία της αντικειμενικής ύπαρξης ασθένειας. Αναφέρεται στο γεγονός πως όλοι οι άνθρωποι βιώνουν συνεχείς διακυμάνσεις της σωματικής κι οργανικής τους, κατάστασης. Η ατομική αντίληψη αυτών των διακυμάνσεων παρέχει την πληροφόρηση για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τόσο την υγεία όσο και την ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, κατά πόσο το εκάστοτε άτομο μπορεί με ακρίβεια να ανιχνεύσει ένα σύμπτωμα μέσα από τις διακυμάνσεις της φυσικής του κατάστασης, να του προσδώσει παθολογικό χαρακτήρα και στη συνέχεια να ακολουθήσει συγκεκριμένες ενέργειες όπως είναι για παράδειγμα η προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου.

Το συγκεκριμένο μοντέλο, αναπτύχθηκε προκειμένου να προσδιοριστεί η μετέπειτα κατάσταση εκείνη, που χαρακτηρίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο των συμπτωμάτων, όσο και της κατανόησης της υγείας και της ασθένειας που το οδηγούν στην αναφορά συμπτωμάτων ως παθολογικών καθώς και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά την απουσία αντικειμενικής ύπαρξης ασθένειας. Το ερευνητικό ενδιαφέρον του εν λόγω μοντέλου, επικεντρώνεται κυρίως στη διασύνδεση του νευρωτισμού με την υγεία. Η νοσηρή

συμπεριφορά λοιπόν, ως μια αυτοπροσδιοριζόμενη διαδικασία, αποτελεί τρόπον τινά μια πυξίδα ως προς το χειρισμό της ασθένειας και δύναται ακόμη να επηρεάσει την εξέλιξη της, όταν ήδη έχει εμφανιστεί μια παθοφυσιολογία (Cameron & Leventhal, 2003).

3.4. Βιολογικό μοντέλο

Το βιολογικό μοντέλο επιχειρεί να θέσει ένα συσχετισμό στη σχέση προσωπικότητας και υγείας, με τη διαμεσολάβηση βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να είναι γενετικοί, προγεννητικοί ή ακόμη και περιγεννητικοί κι ενδεχομένως επιδρούν στη διαμόρφωση της ατομικής προσωπικότητας αλλά και στην ευαλωτότητα στην ασθένεια.

Το παραπάνω μοντέλο θέτει λοιπόν ως σημαντικό, το διαμεσολαβητικό ρόλο των βιολογικών προδιαθέσεων ανάμεσα στην αλληλεπίδραση προσωπικότητας και υγείας/ασθένειας, δίνοντας έτσι στον παράγοντα της προσωπικότητας που σχετίζεται με την υγεία, μια σχετικά κληρονομική ερμηνεία.

Παρόλαυτα, δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα που να ισχυροποιούν τις ενδείξεις και τους ισχυρισμούς αυτούς, για αυτό τον λόγο δεν υφίσταται και επαρκής βιβλιογραφία μέχρι σήμερα τουλάχιστον, για περαιτέρω ανάπτυξη του εν λόγω μοντέλου (Plomin & Caspi, 1999) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

4.1. Πώς ορίζεται η χρόνια νόσος

Η επιστήμη της ιατρικής ορίζει τη χρόνια ασθένεια, ως εκείνη τη νοσηρή κατάσταση που είναι μακροχρόνια ή παρουσιάζει συχνά επεισόδια (Δανιηλίδου, χ.χ.). Πιο συγκεκριμένα, οι χρόνιες ασθένειες στη πλειοψηφία τους, παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά τα οποία θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε πέντε. Είναι συστηματικές, δηλαδή μπορούν να προσβάλουν διάφορα βιολογικά συστήματα και να επηρεάσουν τόσο την οργανική όσο και την κοινωνική λειτουργικότητα.

Ακόμη, έχουν μακροχρόνιο χαρακτήρα κι εξέλιξη, μόνο που οι περισσότερες γίνονται κλινικά αντιληπτές από την μέση ηλικία και μετά και πιο συγκεκριμένα, συνήθως από την ηλικία των 60 και άνω. Επίσης, ενώ πολλές από αυτές μπορούν να ελεγχθούν και να ρυθμιστούν ελάχιστες από αυτές μπορούν να ιαθούν (Bahls & Fogarty, 2002). Οι περισσότερες χρόνιοι νόσοι, επηρεάζουν με τη πάροδο του χρόνου ένα μεγάλο αριθμό ατομικών δραστηριοτήτων και τέλος, ως επί το πλείστον, παρουσιάζουν περιόδους υφέσεων, οι οποίες εναλλάσσονται με οξεία επεισόδια εκδήλωσης της νόσου ή με επιπλοκές της (Mokdad, Browman, Ford, Vinicor, Marks & Koplan, 2001).

Ο χρόνιος ασθενής δεν προσαρμόζει τη ζωή του, μονάχα στα χαρακτηριστικά και τις επιπτώσεις της ασθένειας, όπως είναι οι ποικίλες μορφές θεραπευτικής αγωγής (Chrisman & Kleinman, 1983) καθώς και μια ευρεία γκάμα συμπεριφορών αυτοπροστασίας (Ory & DeFriese, 1998), τα οποία αποτελούν μονάχα ένα μέρος της διαδικασίας προσαρμογής στην ασθένεια. Όλες οι αλλαγές στον τρόπο ζωής των ατόμων αυτών μπορούν να επηρεάσουν και γνωστικές λειτουργίες όπως είναι για παράδειγμα, η αίσθηση της ταυτότητας και τα αντιλαμβανόμενα χρονικά πλαίσια. Ορισμένες θεραπευτικές διεργασίες, μπορεί να

αποδειχθούν επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου όπως και να επιφέρουν μια μακροχρόνια επίδραση και καταπόνηση (Horne, 1997, 2003).

Από τα παραπάνω λοιπόν, θα μπορούσε να γίνει αντιληπτό το γεγονός πως η ζωή με τη χρόνια ασθένεια αποτελεί μια περίπλοκη και δύσκολη κατάσταση, ειδικά αν αναλογιστεί κάποιος και το γεγονός, πως όσο αναπτύσσεται ηλικιακά το άτομο μπορεί να εμφανίσει επιπρόσθετες χρόνιες νοσηρές καταστάσεις (Hoffman, Rice & Sung, 1996. Rothenberg & Korlan, 1990).

4.2. Η επίδρασή της χρόνιας νόσου στο άτομο

Η αρχική διάγνωση και η ανακοίνωση στον ασθενή πως πάσχει από μια χρόνια νόσο, είναι μια διαδικασία η οποία επιδρά κι επηρεάζει στον ψυχισμό και τη διάθεση του ατόμου, το οποίο προκειμένου τελικά να συμβιβαστεί με τη νέα πραγματικότητα είναι πιθανό να περάσει από ορισμένα στάδια αντίδρασης.

Σύμφωνα με τον Shontz (1975), μια πιθανή διαδοχή στις αντιδράσεις του ατόμου, ενδέχεται να εμπερικλείει : το αρχικό σοκ. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από το γεγονός πως ο ασθενής αιφνίδια βρίσκεται μπροστά σε μια διαφορετική (και ίσως σκληρή) πραγματικότητα, την οποία συνήθως αντιμετωπίζει με αδράνεια σαν παθητικός παρατηρητής. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Tresca (2008) σε σχετικό άρθρο, σε αυτό το στάδιο που χαρακτηρίζεται από άρνηση, το άτομο μπορεί αν προσπαθήσει ακόμη και να πείσει τον εαυτό του, πως τα αποτελέσματα των εξετάσεων είναι εσφαλμένα ή πως ο γιατρός έδωσε λάθος διάγνωση. Οι ασθενείς είναι δυνατόν, ακόμη και να αρνηθούν να ξεκινήσουν αγωγή ή να τροποποιήσουν τη διατροφή τους, επιχειρώντας με αυτό τον τρόπο να διαψεύσουν τη διάγνωση της νόσου.

Κατόπιν, μπορεί να περάσει στο στάδιο της αντιπαράθεσης, όπου και αποδιοργανώνεται ως προς τη σκέψη του, ενώ παράλληλα ενδέχεται να διακατέχεται από αίσθημα απελπισίας και

πένθους (Shontz, 1975). Το εν λόγω στάδιο, χαρακτηρίζεται και από θυμό προς ποικίλες κατευθύνσεις. Ο ασθενής νιώθει θυμό απέναντι στον γιατρό που έβαλε τη διάγνωση, απέναντι στην ίδια την ασθένεια καθώς και απέναντι στους υπόλοιπους που θεωρεί ότι συμπεριφέρονται λες και δεν έχει συμβεί τίποτα.

Στη συνέχεια ενδέχεται να ακολουθούν τα στάδια της διαπραγμάτευσης και της κατάθλιψης. Στη πρώτη περίπτωση, ο ασθενής δοκιμάζει να διαπραγματευτεί ή ακόμη και να εκλογικεύσει το γεγονός πως συνεχίζει να ακολουθεί κάποιες ανθυγιεινές συνήθειες ή ακόμη και να μην λαμβάνει την αγωγή του. Κατά το επόμενο στάδιο, οι ασθενείς δείχνουν να αισθάνονται οίκτο για τον εαυτό τους και να τους διακατέχει η απογοητευτική σκέψη πως δεν πρόκειται να αναρρώσουν. Σε αυτή τη περίπτωση πολλές φορές μπορεί να κριθεί αναγκαία η παρέμβαση ενός ψυχοθεραπευτή, ειδικά στα άτομα εκείνα που φαίνεται να τους έχει κυριεύσει η καταθλιπτική διάθεση ή ακόμη και να παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό.

Ως τελικό στάδιο της διαδικασίας, αποτελεί συνήθως η φάση της αποδοχής. Κατά το στάδιο αυτό, ο ασθενής δείχνει να αποδέχεται τόσο τη διάγνωση και την ύπαρξη της νόσου, όσο και να εκπαιδεύεται σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (Tresca, 2008). Παρόλα αυτά, φαίνεται πως τα περισσότερα άτομα με χρόνιες ασθένειες, μαθαίνουν τελικά να προσαρμόζονται στις συνθήκες που τους επιβάλουν αυτές. Όπως αναφέρει η Milstrey Wells (1999), έρευνες στην Ολλανδία, έδειξαν πως ασθενείς με διαγνώσεις αρθρίτιδας, καρκίνου, διαβήτη, δερματολογικών και νεφρικών νόσων πως δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα τόσο μεταξύ τους, όσο και σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, όσον αφορά τα επίπεδα της ψυχικής τους υγείας.

Στην παραπάνω περιγραφή αντίδρασης του ασθενούς στη χρόνια νόσο, έρχονται να προστεθούν και να παίζουν καθοριστικό ρόλο τα χαρακτηριστικά και η φύση της ίδιας της ασθένειας. Δηλαδή, ορισμένες χρόνιες νοσηρές καταστάσεις είναι πιο απειλητικές και παρουσιάζουν σοβαρότερες επιπτώσεις στο άτομο ως ψυχοσωματική οντότητα από κάποιες άλλες. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο δείχνουν να παίζουν και οι μορφές της θεραπείας που

επιλέγονται για την αντιμετώπιση της εκάστοτε κατάστασης, οι οποίες ανάλογα με τη φύση και τις επιπτώσεις τους στο άτομο, επηρεάζουν και τον τρόπο που εκείνο διαχειρίζεται τη νόσο.

Χρήσιμο θα ήταν να γίνει μια αναφορά τόσο στα ατομικά χαρακτηριστικά, που αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, όσο και στις γενικότερες κι ειδικότερες αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία και την ασθένεια. Σε όλα αυτά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως είναι η ύπαρξη και η διαχείριση της κατάστασης τόσο από το στενό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς (σύντροφος, γονείς, φίλοι) όσο κι από το ευρύτερο κοινωνικό του πλαίσιο (κοινότητα) όπως επίσης κι από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που περιβάλλει και φροντίζει τον ασθενή (Moos, 1982. Moos & Schaefer, 1986).

4.3. Χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις

Μια ευρεία κατηγορία χρόνιων παθήσεων, που αποτελεί και βασική αιτία θνησιμότητας σε πολλές χώρες του κόσμου, είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Αφορούν ένα φάσμα διαταραχών του καρδιακού μυός καθώς και της λειτουργικότητάς του.

Ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες, στεφανιαίες νόσοι, διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και καρδιομυοπάθεια. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία αφορά την ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό των αρτηριών με αποτέλεσμα τη στένωση ή και την απόφραξή τους (AHA, 2001α). Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, μπορούν να παρουσιάσουν μια ποικιλία προβλημάτων, όπως είναι η στηθάγχη, που χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο στο στήθος και δυσφορική διάθεση. Ακόμη, μπορεί να εμφανίσουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που συμβαίνει όταν ο καρδιακός μυς στερείται οξυγόνωσης εξαιτίας της απόφραξης κάποιας αρτηρίας, συνήθως (AHA, 2001β). Και ακόμη, κοιλιακές αρρυθμίες, οι οποίες εμφανίζονται από μια διακοπή του καρδιακού ρυθμού λόγω της κακής οξυγόνωσης της καρδιάς.

Στην κατηγορία των παθήσεων των βαλβίδων, εμπεριέχονται τα προβλήματα που οφείλονται από τις διαταραχές στη λειτουργία μιας ή και περισσότερων από τις τέσσερις βαλβίδες, οι οποίες είναι : η μιτροειδής, η αορτική, η πνευμονική και η τριγλώχινα. Η τρίτη κατηγορία της καρδιομυοπάθειας, αποτελεί την βαθμιαία αποδυνάμωση του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του (Gatchel & Oordt, 2003).

4.4. Οι επιπτώσεις της καρδιαγγειακής νόσου στο άτομο

Η εμφάνιση και η αντιμετώπιση μιας καρδιαγγειακής νόσου, αποτελεί συνήθως ένα σύνθετο πρόβλημα, που εστιάζεται σε ποικίλα επίπεδα τόσο της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης όσο και των αλλαγών που επιφέρει στη καθημερινότητα, στο τρόπο ζωής και το ψυχισμό του ατόμου.

Παρόλο, που η φαρμακευτική ή ακόμη και η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης της νόσου, ο ασθενής χρειάζεται να πραγματοποιήσει συχνά αλλαγές στη συμπεριφορά του, που είχε μέχρι την ανάπτυξη της ασθένειας. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να εμπεριέχουν για παράδειγμα τη διακοπή του καπνίσματος και την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών (Bellg, 2004). Συνήθως, οι ασθενείς με ένα οξύ επεισόδιο, όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου, κυρίως κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών, βιώνουν υπερβολικό άγχος, ενώ μπορεί να παρουσιάσουν ακόμη και αποφυγή ή άρνηση της κατάστασης τους (Sarafino, 1999). Άλλωστε σύμφωνα με τον Erdman (1990), πέρα από το άγχος, είναι πιθανό να εμφανίσουν ακόμη και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Με την πάροδο του χρόνου μετά την εμφάνιση ενός οξέως επεισοδίου, τα επίπεδα του άγχους πέφτουν αλλά παρόλαυτα το άτομο δεν παύει να βρίσκεται σε ένταση και σε μια κατάσταση στρεσαρίσματος και κατάθλιψης μέχρι κι ένα χρόνο μετά (Carney, Freedland, Rich & Jaffe, 1995). Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα, μπορεί όμως να επηρεάσουν ακόμη και τη πρόγνωση, τη πορεία της κατάστασης του ασθενούς και να διαμορφώσουν μια κακή ποιότητα

ζωής κι εξέλιξη της νόσου (Carney, Rich, Freedland, Saini, TeVelde, Simeone και συν., 1988. Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995).

Οι επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η εμφάνιση μιας καρδιολογικής νόσου, εντοπίζονται και σε άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου, όπως είναι η επαγγελματική και κατ'επέκταση η κοινωνική ζωή και δραστηριότητα αλλά και οι σχέσεις με τους οικείους του. Είναι αρκετές οι περιπτώσεις εκείνες, όπου ασθενής εξαιτίας της εμφάνισης της πάθησης αναγκάζεται να περιορίσει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες ή ακόμη και να σταματήσει να εργάζεται. Το γεγονός αυτό μπορεί να επιφέρει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχολογία του ατόμου όπως επίσης και στην αυτοεικόνα του, δημιουργώντας κάποιες φορές αίσθημα αναξιότητας. Αναφέρεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, επιστρέφει στην εργασία του, μετά την εμφάνιση της νόσου, παρόλο που μπορεί να έχει πλέον περιορισμένες αρμοδιότητες (Shanfield, 1990α).

Ωστόσο, η ύπαρξη ενός ισχυρού υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη πρόγνωση και πορεία της ασθένειας αλλά και σε μια ταχύτερη ανάρρωση (Reifman, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

5.1. Η οικογένεια στη καθημερινότητα της χρόνιας νόσου

Η εμφάνιση μιας χρόνιας πάθησης σε μέλος μιας οικογένειας επιφέρει συνήθως αλλαγές τόσο στους ρυθμούς της καθημερινότητας όσο και στις συνήθειες αλλά και τον τρόπο ζωής των υπολοίπων μελών. Με βάση ποικίλα ερευνητικά δεδομένα, αποδεικνύεται σε μεγάλο βαθμό, πως δεν νοσεί μόνο το άτομο αλλά ολόκληρη η οικογένεια.

Οι επιπτώσεις αφορούν ένα ευρύ φάσμα προσωπικών, οικονομικών, ψυχολογικών κι οργανωτικών συνηθειών τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και της οικογένειάς του. Πέραν της επιβάρυνσης αυτής, έρχεται να προστεθεί και ο φόρτος που επιφέρει η φροντίδα ενός χρόνιου πάσχοντα από τα λοιπά μέλη, που πολλές φορές δύναται να οδηγήσει σε επιβάρυνση και της δικής τους υγείας καθώς και στην εκδήλωση προβλημάτων. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να παρουσιάζεται κυρίως στους βασικούς φροντιστές του πάσχοντα (Καραδήμας, 2005).

Η προσαρμογή του οικογενειακού πλαισίου στη πραγματικότητα που επιβάλλει η εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου συμβαδίζει με την αντίστοιχη προσπάθεια προσαρμογής του ίδιου του ασθενή σε αυτή. Η διαδικασία αυτή δείχνει να εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως είναι η φύση και το είδος της ασθένειας, οι πρότερες οικογενειακές σχέσεις μεταξύ των μελών, ατομικοί παράγοντες του εκάστοτε μέλους καθώς και ευρύτεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Prevatt, Heffer & Lowe, 2000). Ακόμη, είναι σημαντικό να τονιστεί και το επίπεδο των αλλαγών που μπορούν να σημειωθούν στο οικογενειακό πλαίσιο του ασθενούς.

Η εμφάνιση της νόσου, δύναται να επιδεινώσει ήδη υπάρχοντα οικονομικά ή και προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το επίκεντρο τόσο της προσοχής όσο και κατ'επέκταση της οικογενειακής ζωής και καθημερινότητας, μπορεί να αποτελεί η καρδιολογική πάθηση του ατόμου, με μόνιμο στόχο την αντιμετώπισή της αλλά και

ταυτόχρονα τη δημιουργία μιας εξαρτητικής σχέσης μεταξύ του ασθενούς και των μελών που τον φροντίζουν.

Άμεση επίδραση της εμφάνισης της νόσου παρατηρείται στον/στην σύντροφο του ασθενούς, ο/η οποίος/α ανάλογα με τη στάση που υιοθετεί απέναντι στη διαχείριση της ασθένειας επηρεάζει και ως ένα βαθμό την εξέλιξή της. Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε στις New York Times, παρατηρήθηκαν γυναίκες που έπασχαν από αρθρίτιδα και η στάση των συντρόφων τους, απέναντι στη πάθηση τους. Η μελέτη κινήθηκε προς δύο κατευθύνσεις. Στην μια κατεύθυνση, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν πως οι ασθενείς που έτυχαν θετικής κι υποστηρικτικής αντιμετώπισης από τους συντρόφους, μπορούσαν με μεγαλύτερη ευκολία να διαχειριστούν τον πόνο και το άγχος που τους προκαλούσε η πάθηση.

Από την άλλη πλευρά, όταν ο σύντροφος ήταν επικριτικός ως προς την σύζυγο του, οδηγούσε κι εκείνη στην απόκτηση ευσεβών πόθων για ίαση, γεγονός που της δημιουργούσε περισσότερη ένταση κι άγχος. Σε αντίθεση με έναν υποστηρικτικό σύντροφο, που την οδηγούσε σε μια καλύτερη διαχείριση του πόνου (Goleman, 1989). Οι γυναίκες σύντροφοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα ατόμου με χρόνια νόσο, έχει αποδειχθεί πως εκφράζουν συχνότερα αισθήματα δυσφορίας από ότι οι άντρες σε αντίστοιχο ρόλο.

Η παραπάνω παρατήρηση θα μπορούσε και να αποδοθεί στην γενικότερη προδιάθεση των γυναικών να εκφράζουν πιο ανοιχτά κι ευκολότερα τα συναισθήματά τους σχετικά με μια κατάσταση (Gallagher-Thompson, Coon, Rivera, Powers & Zeiss, 1998).

5.2. Οι συνέπειες της χρόνιας νόσου στον/στην σύντροφο

Η φροντίδα ατόμων με χρόνια και σοβαρή πάθηση, πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει και σε μια πολυεπίπεδη επιβάρυνση του/της συντρόφου, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα των ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικοοικονομικών αλλαγών κι επιβαρύνσεων που ενδέχεται να προκύψουν (Καραδήμας, 2005).

Όπως αναφέρει ο Shanfield (1990β), μετά την έλευση εμφράγματος του μυοκαρδίου, οι σύζυγοι των ασθενών βιώνουν έντονη ψυχολογική πίεση και δυσφορία, η οποία βέβαια μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Οι συμπεριφορές των συζύγων επηρεάζονται από την ύπαρξη της ασθένειας, ενώ τόσο η επιθετικότητα όσο και οι σεξουαλικές ορμές περιορίζονται. Ακόμη, οι γυναίκες σύζυγοι ασθενών είναι δυνατόν, να εμφανίσουν πολλές μεταβολές στην εργασιακή τους, συμπεριφορά αλλά και να επιβαρυνθούν με επιπλέον υποχρεώσεις στο σπίτι.

Με βάση τα ευρήματα ποικίλων ερευνών, τα άτομα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς-συντρόφου, συχνά παραπονιούνται για υπερκόπωση, αίσθημα απομόνωσης και περιορισμού στις κοινωνικές τους σχέσεις και της επικοινωνίας τους με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Αναφέρουν ακόμη επαγγελματικά προβλήματα αλλά κι αίσθημα ντροπής καθώς και προδρομικό πένθος που επιφέρει επιπτώσεις στη ποιότητα της δικής τους καθημερινότητας και των συμπεριφορών υγείας, όπως για παράδειγμα κακή ποιότητα ύπνου ή κακή διατροφή. Παρόλαυτα, δεν είναι ακόμη σαφές σε ποιο βαθμό μπορεί να επηρεάσει η φροντίδα του χρόνιου πάσχοντα την υγεία του/της συντρόφου (Vitaliano, Zhang & Scalan, 2003).

Η χρόνια ασθένεια, αποδεικνύεται κι ερευνητικά πως έχει άμεσες συνέπειες όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τον σύντροφο του. Με βάση μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία και αφορούσε τη διερεύνηση ενός δείγματος χρονίων πασχόντων και των συντρόφων τους, παρουσιάστηκαν αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των συντρόφων που βιώνουν τις συνέπειες της νόσου σε τέσσερις τομείς της ζωής τους, όπως είναι η προσωπική ζωή, οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, οι οικονομικές επιπτώσεις και τα εγγενή οφέλη. Τα δεδομένα προήλθαν από ένα δείγμα χιλίων ενήντα τριών Ολλανδών ασθενών με χρόνιες νόσους. Τα ευρήματα, απέδειξαν πως οι επιπτώσεις αφορούν κυρίως τη προσωπική ζωή και τα εγγενή οφέλη του συντρόφου. Σε ποσοστό 20%, αναφέρθηκε επίδραση της χρόνιας νόσου στις κοινωνικές σχέσεις και την οικονομική κατάσταση των συντρόφων.

Ακόμη, από τις αναλύσεις παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν στην εν λόγω έρευνα, προέκυψε πως ο χρόνος που αφιερώνουν στη φροντίδα του συντρόφου τους, αποτελεί τον κύριο προγνωστικό παράγοντα του αντίκτυπου στους τέσσερις τομείς της ζωής του ατόμου. Ωστόσο, ο χρόνος φροντίδας δεν αποδείχτηκε μόνο ως παράγοντας επίδρασης, αλλά προέκυψε και ως ανεξάρτητη μεταβλητή, ως προς το είδος της νόσου που είχαν να αντιμετωπίσουν. Βρέθηκε δηλαδή, πως όταν η ασθένεια συνοδεύεται από σωματική κόπωση, ο σύντροφος ανέφερε συχνότερα αντίκτυπο στη προσωπική του ζωή, στις κοινωνικές του σχέσεις καθώς και στις εγγενείς ανταμοιβές. Από την άλλη ο πόνος που συνδεόταν με την ασθένεια, αναφέρθηκε πως είχε επιπτώσεις κυρίως στις κοινωνικές σχέσεις των συντρόφων.

Επομένως, τα ευρήματα καταδεικνύουν πως η παρουσία μιας χρόνιας νόσου επιφέρει επιπτώσεις στη ζωή του συντρόφου, γεγονός που δεν εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από τη παρεχόμενη φροντίδα (Baanders & Heijmans, 2007).

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ & ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Μέσα στα πλαίσια της έρευνας γύρω από τα χαρακτηριστικά που δίνουν στο κάθε άτομο την ξεχωριστή του ταυτότητα και καθορίζουν την συμπεριφορά του απέναντι στη διαχείριση τόσο μιας κατάστασης υγείας όσο και της εμφάνισης μιας νόσου, βρίσκεται και η παρούσα επιστημονική προσπάθεια. Γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγίσει το ζήτημα της αποδοχής και προσαρμογής στη χρόνια καρδιολογική νόσο με βάση τη προσωπικότητα των μελών του ζεύγους αλλά και το διαμεσολαβητικό ρόλο που ενδεχομένως να παίζει η φύση της σχέσης του ζευγαριού απέναντι στην εμφάνιση της ασθένειας.

Στην εν λόγω έρευνα επιχειρούνται να διερευνηθούν ορισμένες υποθέσεις που θέτουμε ως εξής :

1. Η προσωπικότητα του ασθενούς επιδρά στην αποδοχή της χρόνιας καρδιολογικής ασθένειας.
2. Η προσωπικότητα του συντρόφου επιδρά στην αποδοχή της χρόνιας καρδιολογικής ασθένειας.
3. Η αποδοχή της ασθένειας από τον ασθενή δύναται να επηρεάσει την αποδοχή της καρδιολογικής ασθένειας από τον/την σύντροφο.
4. Η αποδοχή της ασθένειας του/της συντρόφου δύναται να επηρεάσει την αποδοχή της καρδιολογικής ασθένειας του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Συμμετέχοντες

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε συμμετείχε δείγμα ατόμων με χρόνια καρδιολογική ασθένεια, όπως για παράδειγμα η στεφανιαία νόσος, το έμφραγμα μυοκαρδίου κ.α. καθώς και οι σύντροφοι τους.

Συνολικά συμμετείχαν εβδομήντα πέντε ζευγάρια (N=75). Το αρχικό δείγμα περιείχε ογδόντα οχτώ ζευγάρια, εκ των οποίων τα οχτώ αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, είτε κι οι δύο είτε ο ένας εξ αυτών, κι άλλα πέντε ζευγάρια που αποχώρησαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Το δείγμα συλλέχθηκε από άτομα που ευρέθησαν σε νοσηλευτικά ιδρύματα και Κ.Α.Π.Η. Αναλογικά, το δείγμα αποτελείται από εξήντα εννιά άντρες ασθενείς και έξι γυναίκες. Στη πλειοψηφία τους, πρόκειται για άτομα μέσου μορφωτικού επιπέδου (επίπεδο Λυκείου), ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών είναι τα εξήντα (Mean=60,026) και των συντρόφων τα πενήντα έξι έτη (Mean=56).

Στην πλειοψηφία τους, οι ασθενείς που συμμετείχαν, αναφέρουν ως βασική διάγνωση το έμφραγμα του μυοκαρδίου ενώ ακολουθούν, η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου και η στένωση αρτηριών. Ακόμη είναι σκόπιμο να αναφερθεί, πως το έτος της αρχικής διάγνωσης της καρδιολογικής νόσου είναι κατά μέσο όρο τα δέκα με έντεκα χρόνια πριν από το τρέχον (Mean=10,64), με πιο πρόσφατη διάγνωση ένα χρόνο πριν και παλαιότερη, τα τριάντα εννέα χρόνια.

6.2. Εργαλεία μέτρησης και διαδικασία

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκαν στα υποκείμενα του δείγματος, δομημένα ερωτηματολόγια σε δύο φάσεις.

Όσον αφορά τις υπό εξέταση μεταβλητές και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η αποδοχή της ασθένειας τόσο από τον πάσχοντα όσο και από τον/την σύντροφο, υπολογίστηκε από την αντίστοιχη κλίμακα του ερωτηματολογίου ICQ (γνωστικό), η οποία σχεδιάστηκε από τον Evers, Kraaimaat, van Lankveld, Jongen, Jacobs & Bijlsma, (2001). Η κλίμακα αποδοχής της ασθένειας αντανακλά την προσπάθεια των ασθενών να περιορίσουν την αρνητική επίδραση της ασθένειας, γνωρίζοντας την πραγματικότητα της και αποκτώντας πίστη στην ικανότητά τους να συμβιώσουν μαζί της [6 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert, π.χ. «Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που μου επιβάλλει η ασθένεια μου» : Cronbach, $\alpha=0,86$ (ασθενείς), $\alpha=0.72$ (σύντροφοι)].

Επιπλέον, για την αξιολόγηση της προσωπικότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο TPQue5 (Tsaousis & Kerpelis, 2004). Στο εν λόγω ερωτηματολόγιο αξιολογείται η προσωπικότητα με βάση τη θεωρία των «Πέντε Μεγάλων Παραγόντων» (The Big Five) και κατασκευάστηκε στηριγμένο σε ελληνικά δεδομένα. Αποτελείται από πέντε παράγοντες και ο κάθε ένας περιλαμβάνει με τη σειρά του δεκαπέντε θέματα διατυπωμένα σε κλίμακα Likert : Νευρωτισμός [π.χ., «Είμαι άτομο που αγχώνεται πολύ εύκολα» Cronbach $\alpha=0.80$ (ασθενείς), $\alpha=0.84$ (σύντροφοι)], εξωστρέφεια [π.χ., «Είμαι πολύ δραστήριο και ζωντανό άτομο» Cronbach $\alpha=0.72$ (ασθενείς), $\alpha=0.72$ (σύντροφοι)], προσήγεια [π.χ., «Όταν κάποιος έχει ανάγκη πάντοτε τον βοηθώ» Cronbach $\alpha=0.81$ (ασθενείς), $\alpha=0.85$ (σύντροφοι)], ευσυνειδησία [π.χ., «Συνήθως τελειώνω οτιδήποτε αρχίζω» Cronbach $\alpha=0.71$ (ασθενείς), $\alpha=0.68$ (σύντροφοι)] και δεκτικότητα στην εμπειρία [π.χ., «Ενδιαφέρομαι για όλες τις μορφές τέχνης» Cronbach $\alpha=0.75$ (ασθενείς), $\alpha=0.70$ (σύντροφοι)]. Η υψηλότερη τιμή σε κάθε κλίμακα υποδηλώνει και υψηλότερα επίπεδα του χαρακτηριστικού το οποίο και μετράμε.

Η λήψη των ερωτηματολογίων κατά τη πρώτη φάση διενεργήθηκε με προσωπική συνέντευξη τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων κατόπιν της ενημέρωσης και συγκατάθεσής τους. Κατά τη δεύτερη φάση υπήρξε και η δυνατότητα της τηλεφωνικής συνέντευξης των υποκειμένων πέραν της προσωπικής συνέντευξης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τις απαντήσεις των υποκειμένων του δείγματος μέσω των ερωτηματολογίων υποβλήθηκαν στην ανάλυση του Παραμετρικού ελέγχου Paired T-Test, με σκοπό να ελεγχθούν οι διαφορές των μεσών τιμών ανά ζεύγη, των υπό παρατήρηση χαρακτηριστικών, για στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 1

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις των Μεταβλητών της Έρευνας κι επίδραση ασθενή-συντρόφου ως προς τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και την αποδοχή της νόσου (N= 75)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Νευρωτισμός ασθενή	,61018	2,9182	-2,177	0,03
Νευρωτισμός συντρόφου	,62577	3,1253		
Εξωστρέφεια ασθενή	,50970	3,2916	2,202	0,031
Εξωστρέφεια συντρόφου	,43955	3,1307		
Προσήνεια ασθενή	,48965	3,7316	-3,503	0,001
Προσήνεια συντρόφου	,50993	3,9751		
Ευσυνειδησία ασθενή	,50847	3,6178	0,118	ns
Ευσυνειδησία συντρόφου	,43831	3,6089		
Δεκτικότητα στην εμπειρία ασθενή	,55859	2,7520	-0,051	ns
Δεκτικότητα στην εμπειρία συντρόφου	,44791	2,7547		
Αποδοχή ασθενή	,71763	3,0511	-0,351	ns
Αποδοχή συντρόφου	,57628	3,0800		

$p < 0,05$.

Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον ασθενή και τον/την σύντροφο του δείγματος (N=75), όσον αφορά το νευρωτισμό, την εξωστρέφεια και τη προσήνεια. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως τόσο για το χαρακτηριστικό του νευρωτισμού όσο και για την προσήνεια, οι σύντροφοι δείχνουν να τα δηλώνουν στις απαντήσεις τους, με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους ασθενείς. Από

την άλλη, όσον αφορά τον παράγοντα της εξωστρέφειας, φαίνεται να το δηλώνουν συχνότερα οι ασθενείς συγκριτικά με τους/τις συντρόφους αυτών.

Σε μια πρώτη προσπάθεια συσχετίσεων, επιχειρείται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ανάμεσα σε ασθενείς και συντρόφους καθώς και της αποδοχής της ασθένειας. Τα ευρήματα παραθέτονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2

Συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ασθενούς-συντρόφου και αποδοχή της ασθένειας (N= 75)

	Προσήνεια συντρόφου	Εξωστρέφεια συντρόφου	Δεκτικότητα στην εμπειρία συντρόφου	Αποδοχή ασθένειας από σύντροφο
Προσήνεια ασθενούς	,275*		-,389**	
Δεκτικότητα στην εμπειρία ασθενούς	-,415**	,242*	,607**	
Αποδοχή ασθένειας από ασθενή				,411**

** p< 0,01. * p< 0,05

Όσον αφορά τον πίνακα 2, από τις αναλύσεις των συσχετίσεων προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική σχέση παρουσιάζουν και τα ζεύγη προσήνεια ασθενούς-προσήνεια συντρόφου με θετική σχέση αλλά και προσήνεια ασθενούς-δεκτικότητα στην εμπειρία συντρόφου με αρνητική σχέση. Ακόμη, η δεκτικότητα στην εμπειρία του ασθενή εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση τόσο με τη δεκτικότητα αλλά και με την εξωστρέφεια του συντρόφου, σχετιζόμενα θετικά, ενώ η δεκτικότητα στην εμπειρία του ασθενή με την προσήνεια του/της συντρόφου παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση αλλά με αρνητικό πρόσημο. Τέλος, με γνώμονα τον ίδιο πίνακα, παρατηρείται πως υπάρχει

στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αποδοχή ασθένειας ασθενή-αποδοχή ασθένειας συντρόφου με θετικό πρόσημο.

Προχωρώντας λοιπόν τη διερεύνηση των σχέσεων πραγματοποιείται η συσχέτιση μεταξύ προσωπικότητας τόσο του ασθενή όσο και του συντρόφου με την αποδοχή της ασθένειας από τον καθένα τους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3

Συσχετίσεις μεταξύ προσωπικότητας ασθενούς-συντρόφου κι αποδοχή ασθένειας

(N= 75)

	Αποδοχή ασθένειας
Νευρωτισμός ασθενούς	-,357**
Νευρωτισμός συντρόφου	-,081
Εξωστρέφεια ασθενούς	,262*
Εξωστρέφεια συντρόφου	-,006
Προσήνεια ασθενούς	,425**
Προσήνεια συντρόφου	,269*
Ευσυνειδησία ασθενούς	,332**
Ευσυνειδησία συντρόφου	-,071
Δεκτικότητα στην εμπειρία ασθενούς	-,109
Δεκτικότητα στην εμπειρία συντρόφου	-,128

* $p < 0,01$. ** $p < 0,05$ (ασθενείς)

* $p < 0,05$ (σύντροφοι).

Προκύπτει αρχικά ότι όσον αφορά τον ασθενή, τόσο ο νευρωτισμός όσο και η εξωστρέφεια, η προσήνεια και η ευσυνειδησία φαίνεται να σχετίζονται με την αποδοχή της ασθένειας του/της. Πιο συγκεκριμένα, ο νευρωτισμός εμφανίζεται να έχει αρνητική σχέση με τη αποδοχή, ενώ τα υπόλοιπα τρία χαρακτηριστικά, θετική. Ο παράγοντας δεκτικότητα στην εμπειρία δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με την αποδοχή του ασθενούς.

Οι συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στους παράγοντες της προσωπικότητας συντρόφου και την αποδοχή της ασθένειας από εκείνον/νη καταδεικνύουν πως μόνο στην περίπτωση της συσχέτισης προσήνεια συντρόφου και αποδοχή ασθένειας λαμβάνουμε στατιστικά σημαντική σχέση με θετικό πρόσημο. Τα υπόλοιπα ζεύγη συσχετίσεων, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση.

Συνοψίζοντας τους τρεις προηγούμενους πίνακες, αυτό που λαμβάνουμε σαν βασική πληροφορία είναι πως ενώ η αποδοχή της ασθένειας από τον ασθενή σχετίζεται με την προσωπικότητα του, δεν ισχύει το ίδιο και για τον/την σύντροφο. Παρόλαυτα, υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή της ασθένειας από τον ασθενή και την αποδοχή από τον/την σύντροφο.

Μετά από τα παραπάνω αποτελέσματα που προκύπτουν από τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της προσωπικότητας και της αποδοχής της ασθένειας από τους ασθενείς και τους/τις συντρόφους τους, επιχειρείται μια περαιτέρω διερεύνηση με την βοήθεια της ανάλυσης παλινδρόμησης.

Επιχειρείται να προβλεφθεί η αποδοχή της ασθένειας από τον/την σύντροφο, με βάση τον χειρισμό των μεταβλητών της προσωπικότητας και της αποδοχής της ασθένειας από τον ασθενή.

Πίνακας 4

Πίνακας ιεραρχικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αποδοχή της ασθένειας από τον/την σύντροφο (N=75)

Προβλεπτική Μεταβλητή	B	SE B	B
<i>Βήμα 1</i>			
Αποδοχή ασθενή	,330	,086	,411**
<i>Βήμα 2</i>			
Αποδοχή ασθενή	,302	,089	,377**
Νευρωτισμός ασθενή	-,065	,103	-,071
Εξωστρέφεια ασθενή	,101	,164	,077
Προσήγεια ασθενή	,218	,131	,193
Ευσυνειδησία ασθενή	-,203	,159	-,154
Δεκτικότητα στην εμπειρία ασθενή	-,056	,154	-,043

$R^2 = 0,169$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,158$ (Βήμα 1) - $R^2 = 0,228$,

Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,160$ (Βήμα 2)

**p < 0,001.

Με βάση τον Πίνακα 4, φαίνεται πως η αποδοχή της ασθένειας από τον/την σύντροφο, ως εξαρτημένη μεταβλητή, να επηρεάζεται σημαντικά από την αποδοχή της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή (ανεξάρτητη μεταβλητή). Η σχέση που παρουσιάζεται είναι θετική τόσο στο Βήμα 1 όσο και στο Βήμα 2. Το συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύει η αποδοχή του ασθενούς είναι 17%.

Όσον αφορά τους παράγοντες της προσωπικότητας του ασθενούς (ανεξάρτητη μεταβλητή) δεν παρουσιάζεται από τα ευρήματα να επηρεάζουν σημαντικά τη αποδοχή του συντρόφου, ενώ το συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται τόσο από την αποδοχή όσο κι από την προσωπικότητα του ασθενή είναι 23%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα που αποκτήθηκαν από την εν λόγω μελέτη, αποτελούν μια εισαγωγική απεικόνιση του κατά πόσο η αποδοχή μιας χρόνιας καρδιολογικής ασθένειας τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο κι από τον/την σύντροφό του καθορίζονται από την προσωπικότητα του καθενός αλλά και από τη σχέση του ζευγαριού.

Πιο συγκεκριμένα, από τα πρώτα αποτελέσματα του δείγματος, λαμβάνουμε μια ένδειξη ότι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ανάμεσα στον ασθενή και τον/την σύντροφό, πιθανώς να σχετίζονται ανάλογα. Στην περίπτωση της συσχέτισης προσήνειας του ασθενή με την προσήνεια του συντρόφου υπάρχει μια θετική σχέση που ενδεχομένως να υποδεικνύει πως η πρόθεση για συνεργασία κι εμπιστοσύνη που υπάρχει στο ένα μέλος επηρεάζει κι αντίστοιχα το άλλο μέλος του ζεύγους να συμπεριφερθεί ανάλογα. Στην περίπτωση του δείγματος μας, μια τέτοια ένδειξη αποτελεί ένα θετικό παράγοντα συμβίωσης αλλά και κοινής αποδοχής ή μη, της ασθένειας. Ακόμη, η θετική συσχέτιση ανάμεσα στη δεκτικότητα στην εμπειρία του ασθενούς με την εξωστρέφεια του συντρόφου, θα μπορούσε να υποδεικνύει ότι όσο πιο ανοικτός στις εμπειρίες και τη διερεύνηση νέων πραγμάτων και καταστάσεων είναι ο ασθενής άλλο τόσο κοινωνικός και ενεργητικός είναι ο σύντροφός του και το αντίστροφο.

Επιπλέον, η δεκτικότητα στην εμπειρία από τον ασθενή φαίνεται να σχετίζεται ανάλογα και με τη δεκτικότητα στην εμπειρία από τον σύντροφο, ακόμη μια ένδειξη του κοινού τρόπου που δραστηριοποιείται κι αναλαμβάνει να διαχειριστεί κάθε νέα εμπειρία το ζευγάρι. Οι αρνητικές σχέσεις που ευρέθησαν, αφορούν τις συσχετίσεις ανάμεσα στη προσήνεια του ασθενούς και τη δεκτικότητα στην εμπειρία από το σύντροφο αλλά και αντίστροφα. Ένα τέτοιο εύρημα, αν και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, θα μπορούσε να υπονοεί ότι στη περίπτωση των εν λόγω χαρακτηριστικών, πως λειτουργεί ένας τρόπος τινά, μηχανισμός

εξομάλυνσης που επιδιώκει να κρατήσει συγκεκριμένες ισορροπίες μέσα στο ζευγάρι απέναντι στη διαχείριση είτε θετικών είτε αρνητικών καταστάσεων.

Όσον αφορά την αποδοχή της ασθένειας με βάση τη προσωπικότητα του ασθενή, φαίνεται να υπάρχει μια υψηλή συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά της εξωστρέφειας, της προσήνειας και της ευσυνειδησίας δείχνουν μια θετική συσχέτιση με την αποδοχή της ασθένειας από τον πάσχοντα. Θα μπορούσαμε να πούμε, πως μια τέτοια συσχέτιση είναι φυσιολογικά αναμενόμενη, εφόσον τα επιμέρους χαρακτηριστικά που απαρτίζουν τους παραπάνω παράγοντες βοηθούν το άτομο να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί πιο εύκολα στην πραγματικότητα μιας ασθένειας. Σε αντίθετη περίπτωση, μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μπορεί να παρατηρηθεί ανάμεσα στο νευρωτισμό και την αποδοχή. Με βάση τα χαρακτηριστικά του νευρωτισμού, θα λέγαμε πως είναι εύλογο να μην ευνοείται η προσαρμογή στην εμφάνιση μιας νόσου, αλλά αντίθετα να εμποδίζεται. Είναι δυνατόν δηλαδή, να επιχειρηθεί η πρόβλεψη ότι η αποδοχή του ασθενή εξαρτάται σε ένα σημαντικό βαθμό από τη δομή της προσωπικότητάς του.

Στην περίπτωση του/της συντρόφου, η αποδοχή της νόσου φαίνεται να παρουσιάζει μια θετική στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με τον παράγοντα της προσήνειας. Ουσιαστικά, η αποδοχή της ασθένειας δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη προσωπικότητα του συντρόφου εν γένει, σε αντίθεση με την περίπτωση του ασθενή. Το εύρημα αυτό, μπορεί να διεγείρει ερωτηματικά ως προς το ποιος μπορεί να είναι ο παράγοντας εκείνος που ενδεχομένως να παίζει σημαντικό ρόλο στην αποδοχή της ασθένειας από τον/την σύντροφο του ασθενούς.

Παρόλαυτα, διερευνώντας την συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή του ασθενή και την αποδοχή του συντρόφου, προκύπτει μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση, γεγονός που πιθανώς να υποδεικνύει πως μπορεί μεν η αποδοχή του συντρόφου να μην εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητάς του όπως συμβαίνει στην περίπτωση του ασθενή, αλλά να επηρεάζεται δε από τη αποδοχή που δείχνει ο ίδιος ο ασθενής απέναντι στη νόσο του, σε

ανάλογο βαθμό. Η ένδειξη αυτή, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα κρίσιμη και ενδεικτική για τη φύση της σχέσης του ζεύγους και την επιρροή που μπορεί να ασκεί το ένα ταίρι πάνω στο άλλο, ως προς την διαχείριση μιας σοβαρής κι απειλητικής κατάστασης που τείνει να διαταράξει τις ισορροπίες μέσα στη σχέση και τη ζωή του ζευγαριού.

Επιθυμώντας να διερευνηθεί περισσότερο εις βάθος και πιο διεξοδικά η παραπάνω ένδειξη και χρησιμοποιώντας ανάλυση παλινδρόμησης επιχειρήθηκε να παρατηρηθούν οι τιμές της αποδοχής της ασθένειας από τον/την σύντροφο, με γνώμονα τον χειρισμό τόσο της αποδοχής της νόσου από τον ασθενή όσο και συνδυαστικά της αποδοχής και της προσωπικότητας του πάσχοντα. Έτσι λοιπόν, τόσο στο πρώτο βήμα όσο και στο δεύτερο της ιεραρχικής παλινδρόμησης, παρατηρείται πως η αποδοχή του ασθενούς επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αποδοχή της νόσου από τον σύντροφό του. Αντίθετα, η προσωπικότητα του πάσχοντα δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την αποδοχή του συντρόφου.

Τα παραπάνω αποτελέσματα ενδεχομένως να καταδεικνύουν πως σε πρώτη φάση, όταν παρουσιαστεί μια χρόνια νόσος, το άτομο που νοσεί, ενδέχεται να την αποδεχτεί και να μπορέσει να προσαρμοστεί σε αυτή τη νέα πραγματικότητα με βάση τη δομή της προσωπικότητάς του κι όχι τόσο επηρεασμένος/η από εξωγενείς παράγοντες. Άλλωστε, η νόσος «εισβάλλει» ως μια κατάσταση που τον αφορά και τον πλήττει άμεσα τόσο σε επίπεδο οργανικό όσο και σε επίπεδο ψυχοκοινωνικό, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο μέλος του στενού ή ευρύτερου περιβάλλοντός του.

Ακόμη, στο σημείο αυτό θα μπορούσε να προστεθεί και το γεγονός πως ο μέσος όρος των ασθενών του δείγματος δήλωσε πως η αρχική διάγνωση της νόσου έγινε πριν δέκα με έντεκα χρόνια πριν από το τρέχον έτος (Mean=10,64). Μια τέτοια πραγματικότητα, ενδεχομένως να υποδεικνύει ότι πέραν της προσωπικότητας του ασθενούς, η χρόνια παρουσία της νόσου να παίζει από μόνη της και ένα σημαντικό ρόλο στην καλύτερη και

ουσιαστικότερη αποδοχή της από το άτομο που νοσεί κι εφόσον το ίδιο έχει πια ξεπεράσει τα αρχικά στάδια του σοκ και του πένθους.

Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται πως στην περίπτωση του/της συντρόφου του ασθενούς, ενδεχομένως η διαδικασία της αποδοχής της ασθένειας να μην περνάει τόσο μέσα από το πρίσμα της δομής της προσωπικότητας του/της. Αντίθετα, φαίνεται πως ίσως μεγαλύτερο ρόλο έρχεται να διαδραματίσει η ίδια η προσαρμογή, στην ασθένεια από τον πάσχοντα σύντροφό του. Θα μπορούσαμε, να υποστηρίξουμε πως παρόλο που αποτελεί μια πρώτη ένδειξη που χρήζει διεξοδικότερης διερεύνησης, παρόλαυτα ισχυροποιεί το γεγονός πως στα ζευγάρια, ο/η σύντροφος ταυτίζεται με τον ασθενή ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης μιας κρίσιμης κι απαιτητικής κατάστασης μέσα στην οικογένεια.

Πιθανόν κάτι τέτοιο να δείχνει ως ένα βαθμό, την σύμπνοια και τον κοινό τρόπο που βλέπει κι αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι, προβλήματα, καταστάσεις και συνθήκες καθώς και τον τρόπο που καλείται να τις διαχειριστεί, προκειμένου να διατηρηθούν οι ισορροπίες που ήδη υπάρχουν μέσα σε αυτό. Ακόμη, είναι εξίσου πιθανό να παρατηρείται αποδοχή της ασθένειας από τον/την σύντροφο, προκειμένου να διασφαλιστούν και οι ισορροπίες μέσα στην ίδια την οικογένεια και τα μέλη που την απαρτίζουν. Επιπλέον και στην περίπτωση του/της συντρόφου, είναι πιθανό να ασκεί σημαντική επίδραση και ο παράγοντας της πολύχρονης επαφής με την ασθένεια, με βάση την χρονολογία της αρχικής διάγνωσης αλλά κάτι τέτοιο αποτελεί μια εικασία που πραγματοποιείται στο εν λόγω σύγγραμμα, χωρίς να έχει διερευνηθεί περαιτέρω.

Όλη η διαδικασία αποδοχής της νόσου τόσο από τον ασθενή όσο κι από τον σύντροφο ακολουθεί, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, μια κυκλική πορεία ανατροφοδότησης. Ο ασθενής που αποδέχεται την καρδιολογική ασθένεια, με βάση την προσωπικότητά του επηρεάζει και τον/την σύντροφο του να την αντιμετωπίσει ανάλογα. Με τη σειρά του λοιπόν και ο/η σύντροφος αποδεχόμενος/η την νέα πραγματικότητα, ανατροφοδοτεί θετικά τον

πάσχοντα σύντροφό του. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να ενισχυθεί κι απο την υπάρχουσα βιβλιογραφία που παρατίθεται στο κεφάλαιο του παρόντος συγγράμματος που αφορά την επίδραση της χρόνιας ασθένειας στην οικογένεια (Prevatt, Heffer & Lowe, 2000). Μπορούμε λοιπόν, να καταλήξουμε στο συμπέρασμα, πως τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό, τα δεδομένα που παραθέτονται από τη βιβλιογραφία, ως προς την αλληλεπίδραση των μελών ενός ζευγαριού, όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας που προσβάλει τον ένα από τους δύο.

Παρόλαυτά, θα ήταν σκόπιμο να επισημανθεί ότι τα παραπάνω ευρήματα αφορούν ένα περιορισμένο δείγμα ζευγαριών, που θα μπορούσε να μην είναι άκρως αντιπροσωπευτικό, του γενικού πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται. Ακόμη, κάποιες από τις διαφορούμενες απαντήσεις των υποκειμένων πιθανών να πέρασαν και μέσα από το προσωπικό πρίσμα του ερευνητή και να δόθηκε μια πιο υποκειμενική ματιά στην αποτύπωση των απαντήσεων, με βάση μια γενικότερη αίσθηση και εικόνα της σχέσης του ζευγαριού καθώς και της προσωπικότητας του κάθε μέλους του.

Επιπλέον, θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε την υψηλή σημασία των ευρημάτων της έρευνας, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν τόσο στο πεδίο της ακαδημαϊκής θεωρίας όσο και στο πεδίο της κλινικής πρακτικής. Μέσα από την κατανόηση της δομής της προσωπικότητας αλλά και των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στις συμπεριφορές και στάσεις των μελών ενός ζευγαριού απέναντι σε κρίσιμα γεγονότα, μπορεί να στηριχθεί μια πιο απαρτιωμένη συμβουλευτική προσέγγιση του ζεύγους εκ μέρους τω θεραπευτών. Σε θεωρητικό πλαίσιο, είναι δυνατό να ενισχυθεί η γνώση και κατάρτιση των εκπαιδευομένων καθώς και να δοθεί η δυνατότητα της περαιτέρω διήθησης και ερευνητικής δραστηριότητας στο θέμα αυτό.

Κλείνοντας, τη συζήτηση, γίνεται λοιπόν σαφής, η ανάγκη για μια διεξοδικότερη διερεύνηση στο τομέα τόσο της σχέσης προσωπικότητας και του τρόπου διαχείρισης μιας

σοβαρής κατάστασης υγείας με βάση τους παράγοντες που συναινούν αλλά κι εκείνους που αντιτάσσονται σε μια θετική αποδοχή και διαχείριση μιας τέτοιας πραγματικότητας αλλά και γιατί. Ακόμη, μια αναλυτικότερη διείσδυση μέσα στα δυναμικά του ζευγαριού, θα μπορούσε ενδεχομένως να υποδείξει όχι μόνο τη πιθανή αλληλεπίδραση σε στάσεις και συμπεριφορές αλλά και να αποκαλύψει παραμέτρους και συνιστώσες που δεν είχαν ληφθεί υπόψη, μέχρι σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παρόν σύγγραμμα αποτέλεσε μια προσπάθεια διερεύνησης κι ενδεχομένως εύρεσης μιας δυνητικής σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη καρδιολογικής νόσου και τη προσαρμογή σε αυτή, τόσο από τον ασθενή όσο και από τον σύντροφό του με γνώμονα τη δομή και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων.

Επιλέχθηκε για αυτό το σκοπό ένα δείγμα εβδομήντα πέντε ζευγαριών που το ένα μέλος έπασχε από μια χρόνια καρδιολογική πάθηση. Λήφθηκαν ερωτηματολόγια και από τους δύο συντρόφους ενώ μετά από ένα μήνα περίπου πραγματοποιήθηκε επαναληπτική λήψη ερωτηματολογίων από τα συγκεκριμένα ζευγάρια. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν και καταχωρήθηκαν σε διαμορφωμένη βάση δεδομένων. Στη συνέχεια, υποβλήθηκαν σε αναλύσεις με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS. Τα αποτελέσματα παρατέθηκαν στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας και της περιγραφής των αποτελεσμάτων του παρόντος συγγράμματος.

Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν ενδιαφέροντα στοιχεία αλλά συνάμα και την ανάγκη διεξοδικότερης διερεύνησης. Ο ρόλος που ενδεχομένως να διαδραματίζει η προσωπικότητα του κάθε ατόμου φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας τόσο στη διαμόρφωση ενός ατομικού τρόπου αντιμετώπισης όσο και στη κοινή διαχείριση μιας κρίσιμης κατάστασης που έρχεται για να διαταράξει τα υπάρχοντα δυναμικά μέσα σε ένα ζευγάρι. Ακόμη, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι διακρίνεται και η επίδραση της δυαδικής σχέσης ως προς τη διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας του ενός μέλους, η όποια όπως φαίνεται ασκεί μεγαλύτερη επιρροή στον/στην σύντροφο του ατόμου που νοσεί, παρά στον ίδιο τον ασθενή.

Ουσιαστικά, με βάση τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, προκύπτει πως ο τρόπος που ένα άτομο θα διαχειριστεί τη νόσο που το προσβάλλει, εξαρτάται ως ένα βαθμό από τα

στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του. Ενώ, από την άλλη, ο/η σύντροφος του ασθενούς προκειμένου να αποδεκτεί την ασθένεια, δείχνει να έχει μεγαλύτερη ανάγκη από τη στάση που θα τηρήσει το ταίρι του κι όχι τόσο από τον ίδιο.

Μελετώντας τα παραπάνω στοιχεία, μπορεί ο αναγνώστης να συμπεράνει πως οι υποθέσεις που τέθηκαν στην αρχή του παρόντος συγγράμματος, διερευνήθηκαν και με βάση αυτές εξήχθησαν συγκεκριμένες διαπιστώσεις. Παρόλαυτα, οι διαπιστώσεις αυτές δεν μπορούν εύκολα να γενικευτούν και στον γενικό πληθυσμό, εφόσον το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό σε μέγεθος και δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, ώστε να προκύψουν επίσημα συμπεράσματα. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμη η περαιτέρω διεξαγωγή ερευνών με επιλογή μεγαλύτερου και πιο διευρυμένου δείγματος ατόμων, τόσο σε ηλικιακό εύρος όσο και σε γκάμα χρόνιων παθήσεων.

Εν κατακλείδι, το πεδίο της έρευνας στον τομέα της Ψυχολογίας της υγείας αποδεικνύεται ανεξάντλητο σε έκταση και σε θεματολογία. Υπόσχεται πολλά για την βαθύτερη κατανόηση τόσο του ίδιου του ατόμου αλλά και της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε εκείνο και τη ποιότητα ζωής και διαβίωσης του. Παράλληλα, δίνει τη δυνατότητα στους επιστήμονες του κλάδου να εξελίξουν το πεδίο των γνώσεων και των πρακτικών εφαρμογών τους, τόσο στη παρούσα φάση όσο και σε μια μελλοντική προοπτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Heart Association. (2001α). *2001 heart and stroke statistical update*. Dallas : AHA.
- American Heart Association. (2001β). *Heart and stroke facts*. Dallas : AHA.
- Baanders, A. N. & Heijmans, M. J. W. M. (2007). The impact of chronic diseases : the partner's perspective. *Family and Community Health*, 30, 305-317. Ανακτήθηκε 3 Φλεβάρη 2012, από ιστοσελίδα <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp1952.pdf>.
- Bahls, C. & Fogarty, M. (2002). Reining in a killer disease. Cancer and chronic disease in the same sentence? Researchers hope is not an oxymoron. *The Scientist*, 16, 16-18.
- Bellg, A. J. (2004). Clinical cardiac psychology. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (pp. 30-57). New York : Hogrefe & Huber.
- Bogg, T. & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors : A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887-919.
- Brickman, A. L., Yount, S.E., Blaney, N.T., Rothberg, S.T. & Kaplan De-Nour, A. (1996). Personality traits and long-term health status : The influence of neuroticism and conscientiousness on renal deterioration in Type-1 diabetes. *Psychosomatics*, 37, 459-468.
- Brown, K. W. & Moskowitz, D. S. (1997). Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 907-917.
- Cameron, L. D. & Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London : Routledge.

- Carney, R. M., Freedland, K. E., Rich, M. W. & Jaffe, A. S. (1995). Depression as a risk factor for cardiac patients in established coronary heart disease : A review of possible mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *17*, 142-149.
- Carney, R. M., Rich, M. W., Freedland, K. E., Saini, J., TeVelde, A., Simeone, C. & Clark, K. (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 627-633.
- Chrisman, N. J. & Kleinman, A. (1983). Popular health care, social networks, and cultural meanings : The orientation of medical anthropology. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health care, and the health professions* (pp. 569-590). New York : Free Press.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Fireman, P., Gwaltney, J. & Newsom, J. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 159-169.
- Cooper, M. L., Agocha, V. S. & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors : The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, *68*, 1059-1088.
- Costa, P. T. JR. & McCrae, R. R. (1985). *The Neo Personality Inventory Manual*. Odessa, Fla : Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. JR. & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease : Is the bark worse than bite? *Journal of Personality*, *55*, 299-331.
- Costa, P. T. JR. & McCrae, R. R. (1992). *Manual for the Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. JR. & McCrae, R. R. (1994). «Set like plaster?» Evidence for the stability of adult personality. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington, D. C. : American Psychological Association.

- Δανιηλίδου, Ν. (χ.χ.). *Η χρόνια ασθένεια και οι διαδικασίες προσαρμογής*. Ανακτήθηκε 4 Μαρτίου 2012, από ιστοσελίδα [http:// www.daniilidou.gr/?p=563](http://www.daniilidou.gr/?p=563).
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality : A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being : The Science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well being : The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-219). New York, NY, US : Russel Sage Foundation.
- Emmons, R. A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11(1), 89-97.
- Erdman, R. A. M. (1990). Myocardial infraction and cardiac rehabilitation. In A. A. Kaptein, H. M. Van Der Ploeg, B. Garssen, P. J. G. Schreurs & R. Beunderman (Eds.), *Behavioral medicine. Psychological treatment of somatic disorders* (127-145). New York : Wiley.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking : the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Eysenck, H. J. (1990). Type A Behavior and Coronary Heart Disease : The Third Stage. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 25-44.
- Feldman, P. J., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P. & Gwaltney, J. M. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370-378.

- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarctions : Is it more than depression? *Health Psychology, 14*, 388-398.
- Friedman, H. S., Tucker, J., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J., Wingard, D. & Criqui, M. H. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personal and Social Psychology, 65*, 176-185.
- Friedman, M. (1996). *Type A Behavior : Its Diagnosis and Treatment*. New York, Plenum Press, Kluwer Academic Press, 31.
- Gallagher, D. J. (1990). Extraversion, neuroticism and appraisal of stressful academic events. *Personality and Individual Differences, 11*, 1053-1057.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Rivera, P., Powers, D. & Zeiss, A. (1998). Family caregiving : Stress coping and intervention. In M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Handbook of geropsychology* (469-493). New York : Plenum.
- Gatchel, R. J. & Oordt, M. S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Goleman, D. (27 Απριλίου 1989). Health ; helping a spouse cope with a chronic illness. *Health. The New York Times*. Ανακτήθηκε 12 Φεβρουαρίου, 2012, από ιστοσελίδα <http://www.nytimes.com/1989/04/27/us/health-helping-a-spouse-cope-with-a-chronic-illness.html>.
- Hesse, C. & Floyd, K. (2008). Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 25*(5), 793-810.
- Hoffman, C., Rice, D. & Sung, H. Y. (1996). Persons with chronic conditions : Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association, 276*, 1473-1479.

- Horne, R. (1997). Representation of medication and treatment. Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 155-188). Amsterdam : Harwood Academic.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 138-154). London : Routledge.
- Idler, E. I. & Benyamini, Y. (1997). Self-related health and mortality : A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). Οι «άτυποι φροντιστές» και η προσαρμογή τους. Στο Ε. Χ. Καραδήμας (Επιμ. Έκδ.), *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη* (σσ. 221-225). Αθήνα:Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.
- King, L. A. & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events : Implications for physical health. *Personality and Social Psychology-Bulletin*, 26(2), 220-230.
- Lane, J. D., McCaskill, C. C., Williams, P. G., Parekh, P. I., Feinglos, M. N. & Surwit, R. S. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, 1321-1325.
- Larsen, R. J. (1992). Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms : Evidence from a combined concurrent-retrospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 480-488.
- Lazarus, R. W. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lovallo, W. R. & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity. Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65, 36-45.

- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1999). Relation between alexithymia and the Five-Factor Model of personality : A facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73, 345-358.
- Marsland, A. L., Cohen, S., Rabin, B. S. & Manuck, S. B. (2001). Associations between stress, trait negative affect, acute immune reactivity, and antibody response to hepatitis B injection in healthy young adults. *Health Psychology*, 20, 4-11.
- Miller, G. E., Cohen, S., Rabin, B. S., Skoner, B. P. & Doyle, W. J. (1999). Personality and tonic cardiovascular, neuroendocrine, and immune parameters. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 109-123.
- Milstrey Wells, S. (20 Οκτωβρίου 1999). Chronic illness : Acceptance is the first step toward healing. A delicate balance. *Living Successfully with Chronic Illness*. Ανακτήθηκε 6 Ιουνίου, 2012 από ιστοσελίδα <http://www.mult-sclerosis.org/news/Oct1999/AcceptingChronicIllness.html>.
- Mokdad, A. H., Browman, B. A., Ford, E. S., Vinicor, F., Marks, J. S. & Koplan, J. P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the US. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1195-1200.
- Moos, R. H. (1982). Coping with acute health crisis. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. New York : Plenum.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises : A conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises : An integrated approach*. New York : Plenum.
- Mulkana, S. S. & Hailey, B. J. (2001). The role of optimism in health-enhancing behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25, 388-395.

- Okun, M. A. & George, L. K. (1984). Physician-and self –ratings of health, neuroticism and subjective well-being among men and women. *Personality and Individual Differences*, 5(5), 533-539.
- Ory, M. G. & DeFriese, G. H. (1998). *Self-care in later life : Research, program and policy issues*. New York : Springer.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1994). Έννοια της προσωπικότητας. Στο Ι. Ν. Παρασκευόπουλος (Επιμ. Έκδ.), *Ψυχολογία ατομικών διαφορών. Διατομικές, διομαδικές και ενδοατομικές διαφορές και αποκλίσεις* (σσ.70-71). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2001α). Θεωρία της Προσωπικότητας: Από την Καθημερινή Παρατήρηση στις Συστηματικές Θεωρίες. Στο L. A. Pervin & O. P. John (Επιμ. Έκδ.), *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές* (μτφρ. Αλεξανδροπούλου Α. & Δασκαλοπούλου Ε.), (σσ. 36-37). Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος. 346-356.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2001β). Θεωρία για τα Χαρακτηριστικά: Το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων-Εφαρμογές και Αξιολόγηση της Θεωρίας για τα Χαρακτηριστικά. Στο L. A. Pervin & O. P. John (Επιμ. Έκδ.), *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές* (μτφρ. Αλεξανδροπούλου Α. & Δασκαλοπούλου Ε.), (σσ. 346-356). Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.
- Plomin, R. & Caspi, A. (1999). Behavioral genetics and personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality : Theory and research* (2nd edn, pp. 251-276). New York : Guilford Press.
- Prevatt, F. F., Heffer, R. W. & Lowe, P. A. (2000). A review of school reintegration programs for children with cancer. *Journal of school psychology*, 38, 447-467.
- Rabin, C., Ward, S., Leventhal, H. & Schmitz, M. (2001). Explaining retrospective reports of symptoms in patients undergoing chemotherapy : Anxiety, initial symptoms experience, and posttreatment symptoms. *Health Psychology*, 20, 91-98.

- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival : A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, *17*, 124-131.
- Robles, T. F., Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Out of balance : A new look at chronic stress, depression, and immunity. *Current Direction in Psychological Science*, *14*, 115.
- Rothenberg, R. B. & Koplan, J. P. (1990). Chronic disease in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, *11*, 267-296.
- Sarafino, E. P. (1999). *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (3rd ed.). New York : Wiley.
- Seligman, M. E. P., Park, N. & Peterson, C. (2004). The Values In Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia*, *27(1)*, 63-78.
- Shanfield, S. B. (1990 α). Return to work after an acute myocardial infraction : A review. *Heart and Lung*, *19*, 109-117.
- Shanfield, S. B. (1990 β). Myocardial infraction and patient's wives. *Psychosomatics*, *31(2)*, 138-145. Ανακτήθηκε 5 Ιουνίου 2012, από ιστοσελίδα <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2184453>.
- Shontz, F. C. (1975). *The psychological aspects of illness and disability*. New York: Macmillan.
- Siegler, I. C., Costa, P. T. & Brummett, B. H. (2003). Patterns of change in hostility from college to midlife in UNC Alumni Heart Study predict high-risk status. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 738-745.
- Smith, T. W. & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-172). Hillsdale, NJ : Erlbaum.

- Smith, T. W. & Williams, P. G. (1992). Personality and health : Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 335-423.
- Smith, T. W., Glazer, K. & Ruin, J. M. (2004). Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease : An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- Suh, E. Diener, E., Oishi, S. & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures : Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 482-493.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Tresca, A. J. (2008). *Mourning the Loss of Good Health. The loss of your health can take you through the stages of grief*. Ανακτήθηκε 8 Ιουνίου 2012 από ιστοσελίδα <http://www.ibdcrohns.about.com/cs/mentalhealth/a/mourninghealth.htm>.
- Trieber, F. A., Karmarck, T., Schneiderman, N., Sheffield, D., Kapuku, G. & Taylor, T. (2003). Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosomatic Medicine*, 65, 46-62.
- Τσαούσης, Ι. (1999). Αναζητώντας τη δομή της προσωπικότητας : Το μοντέλο των πέντε παραγόντων. *Ψυχολογία*, 6(1), 88-103.
- Tsaousis, I. & Kerpelis, P. (2004). The traits personality questionnaire 5 (TPQue5) : Psychometric properties of a shortened version of a big five measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 180-191.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R. & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*, 63(1), 109-117.

- Vitaliano, P. P., Zhang, J. & Scalan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 946-972.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1992). On traits and temperament. General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, *60*(2), 441-476.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptation style to dispositional structure : Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, *64*, 737-774.
- Watson, D. & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress. Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*, 234-254.
- Wiebe, D. J. (1991). Hardiness, and stress-moderation : A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 89-99.
- Williams, P.G. (2006). Personality and Illness Behavior. In M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health*, (pp. 157-159). John Willey & Sons, Ltd.
- Williams, P. G. & Wiebe, D. J. (2000). Individual differences in self-assessed health : Gender, neuroticism, and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, *28*, 823-835.
- Williams, P. G., O'Brien, C. D. & Colder, C. R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, *37*, 83-94.
- Yelsma, P. & Marow, S. (2003). An examination of couples. Difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *Journal of Family Communication*, *3*(1), 41-62.
- Zack-Place, J. & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, *52*, 229-236.