

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

ΑΣΘΕΝΩΝ & ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

**ΕΠΗΒΕΛΠΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΟΝΤΗ ΑΡΙΑΔΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
Α Μ: 1282**

ΡΕΘΥΜΝΟ 2008

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
A' ΜΕΡΟΣ	
Χρόνια Ασθένεια.....	4
1.1 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας	5
1.2 Στρατηγικές της χρόνιας ασθένειας.....	8
Αισιοδοξία και χρόνια ασθένεια.....	10
Αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την χρόνια ασθένεια.....	13
3.1 Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ΧΝΑ.....	13
3.2 Οι αντιλήψεις των συγγενών για την ΧΝΑ.....	16
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ).....	18
4.1 Ορισμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.....	18
4.2 Αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.....	19
4.3 Στάδια νεφρικής ανεπάρκειας.....	19
4.4 Αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας.....	21
5. Ερευνητικές υποθέσεις	23
B' ΜΕΡΟΣ	
Μέθοδος.....	24
6.1 Συμμετέχοντες.....	24
6.2 Ψυχομετρικά εργαλεία	25
Γ' ΜΕΡΟΣ	
Αποτελέσματα.....	27
7.1 Συσχέτιση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στις αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών για την ασθένεια.....	27
7.2 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ των μεταβλητών.....	31
7.3 ANOVA και συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης.....	31
7.4 Μερική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχιμότητα της ασθένειας.....	34
7.5 Μέτρηση της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την αισιοδοξία και τις αντιλήψεις για την ασθένεια.....	36

Δ' ΜΕΡΟΣ

<i>Συζήτηση-συμπεράσματα.....</i>	<i>39</i>
<i>Παράρτημα Α.....</i>	<i>45</i>
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	<i>50</i>

Περίληψη

Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας αποτελεί συχνά σημαντικό πλήγμα στη ζωή ενός ατόμου αλλά και της οικογένειάς του. Ο ασθενής χρειάζεται να αντιμετωπίσει μια σειρά από στρεσογόνα ερεθίσματα και καταστάσεις όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία και οι παρενέργειές της, καθώς και οι πιθανές επιλοκές της ασθένειας και πολλά άλλα που προκαλούν μεγάλες αλλαγές στη ζωή, στη συμπεριφορά και στις συνήθειές του. Η παρούσα έρευνα ασχολείται με την επίδραση των συμπτωμάτων στις αντιλήψεις των ασθενών και των οικείων τους σχετικά με την χρόνια ασθένεια, όπως και το ρόλο της αισιοδοξίας. Επιχειρείται μια μελέτη της επιρροής όλων των πιθανών συνδυασμών των παραπάνω μεταβλητών στην ασθένεια, στη λειτουργικότητα και στη γενικότερη ποιότητα ζωής ενός ασθενούς με χρόνια σωματικά προβλήματα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια που αποτιμούσαν την αισιοδοξία/ απαισιοδοξία, τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια από την οποία πάσχουν και τις αντιλήψεις των συγγενών για την ασθένεια των οικείων τους.

A' Μέρος

1. Χρόνια Ασθένεια

Στην σύγχρονη εποχή, οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στις αναπτυγμένες, τουλάχιστον, χώρες είναι χρόνιες. Τα κριτήρια με τα οποία ορίζεται σαν χρόνια μία σωματική ασθένεια είναι η χρονική διάρκεια της ασθένειας, ο βαθμός σοβαρότητάς της, η επίδραση την οποία επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη την οποία δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας. Βάσει αυτών, χρόνια σωματική ασθένεια ή διαταραχή ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μία περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στη κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στη κοινωνική του λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.(Sanderson, 2004; Kaplan et al,1993). Η συμπεριφορά και οι ικανότητες του πάσχοντος ατόμου μετά την διάγνωση της ασθένειας είναι ανάλογες με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η ασθένεια.(Curtis, Groarke, Coughlan, & Gsel, 2004). Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την καθημερινή ζωή αλλά και τις ικανότητες των ασθενών. Όπως παραδείγματος χάρη μπορεί να υπάρξει απώλεια του ρόλου τους, αλλαγές στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, απώλεια της λειτουργικότητας τους και όλα αυτά ίσως επιδρούν στην ψυχική τους υγεία (Vilhjalmsson, 1998). Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκαλέσει την πτώση των φυσικών αμυνών του οργανισμού καθώς και την ενεργητικότητα του ατόμου με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις. (Koopmans & Lamers, 2000). Υπάρχουν όμως κάποιες μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο ότι δηλαδή ασθενείς με χρόνια νοσήματα επιδεικνύουν περισσότερη αισιοδοξία και αυτοπεποίθηση. (Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006).

Μερικά ξαφνικά και μη αναμενόμενα γεγονότα και σοβαρές αλλαγές στη ζωή μπορεί να οδηγήσουν σε δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση της ασθένειας. Η εμφάνιση πολλών νοσημάτων ταυτόχρονα καθώς και η αγωγή (ιατρική) που ακολουθεί ένας ασθενής επηρεάζει πολύ τη ζωή του. Τα αποτελέσματα μιας χρόνιας ασθένειας προκαλούν συνήθως σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Οι ασθενείς που υποφέρουν από τις σωματικές συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας είναι πιθανό να αισθάνονται ντροπή και να πιστεύουν ότι οι άλλοι αμέσως καταλαβαίνουν το πρόβλημά τους αλλά και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Sanderson, 2004). Συνεπώς οι χρόνια ασθενείς που παρουσιάζουν καλές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι πιθανό να ανταποκρίνονται πιο θετικά στην ασθένεια τους (Taylor, 1999).

Έχει διαπιστωθεί ότι το κάθε φύλο (άντρες-γυναίκες) αντιμετωπίζει διαφορετικά τόσο τα επίπεδα όσο και τους τύπους της ασθένειας που βιώνει. (Cassidy, 1999; O'Neill & Morrow, 2001). Σε έρευνα που έγινε κλήθηκαν άντρες και γυναίκες να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με την διάρκεια της χρόνιας ασθένειας και τα επίπεδα ανικανότητας τα οποία αυτή μπορεί να προκαλέσει. Οι αναμενόμενες απαντήσεις ήταν οι γυναίκες να αναφερθούν σε περισσότερα σωματικά αλλά και ψυχικά προβλήματα, αλλά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε μεγάλη απόκλιση ανάμεσα στα δυο φύλα. Από αυτή την έρευνα επίσης καταρρίφθηκε η αντίληψη ότι οι γυναίκες αναφέρουν πιο εύκολα προβλήματα υγείας και παρατηρήθηκε ότι προσαρμόζονται ευκολότερα. (Macintyre, Ford, & Hunt, 1999).

1.1. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Κάθε χρόνια και σοβαρή για τη ζωή αρρώστια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka(1993), κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις», ή «έργα» που εμφανίζονται σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στην αρρώστια και στην θεραπεία της. Οι πιθανές φάσεις του μοντέλου του Doka είναι η : προδιαγνωστική, η οξεία που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής και χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές, είτε την για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα είτε

να το αποφύγει. Καλείται δηλαδή να αναγνωρίσει ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί, να αντιμετωπίσει το άγχος του και να αναζητήσει τη κατάλληλη βοήθεια.

Η οξεία φάση συνδέεται με τη διάγνωση . Πρόκειται για μια δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Ο ασθενής καλείται να κατανοήσει την αρρώστια του και ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει σε αυτή, θα ενεργοποιήσει στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί . Σύμφωνα με ερευνητικά αποτελέσματα, ασθενείς που ήταν επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την αρρώστια τους βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ένα χρόνο μετά τη διάγνωση, σε σύγκριση με ασθενείς που ανέφεραν ανεπαρκή ή ελλιπή πληροφόρηση.(Fallowfield et al, 1987 όπως αναφέρετε από Παπαδάτου Δ,1995). Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του και να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως σωστή διατροφή, κατάλληλη άσκηση , αποχή από το κάπνισμα κτλ.

Μερικές από τις αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ασθενής αφορούν: για το αν θα ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει κτλ. (Καραδήμας,2005). Κάθε άτομο αντιδρά όπως αναφέραμε με τον δικό του τρόπο στην διάγνωση και οι αντιδράσεις ποικίλουν. Όταν αποξενώνεται και αρνείται τους φόβους του, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να προσαρμοστεί. Για αυτό, το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να μοιραστεί τον τρόπο που βιώνει την αρρώστια. Μια άλλη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας στην εικόνα του εαυτού και στις σχέσεις του με τους άλλους. Για αυτή την πρόκληση θα αναφερθούμε παρακάτω.(Παπαδάτου ,1995).

Η χρόνια φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση(ίαση ή θάνατος). Είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα σε συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. Μερικές ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη(π.χ., κάποιες μορφές καρκίνου),άλλες

χαρακτηρίζονται από μία αργή, προοδευτική επιδείνωση της υγείας(νόσος του Alzheimer), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές και υφέσεις(όπως καρδιαγγειακές παθήσεις), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη(όπως η υπέρταση).(Καραδήμας,2005).

Μερικές από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο άρρωστος στη χρόνια φάση είναι να εξασφαλίσει «ένα φυσιολογικό ρυθμό» και «ποιότητα ζωής» και να τηρήσει τις απαραίτητες ιατροσηλευτικές οδηγίες για να μπορέσει να προσαρμοστεί. Επίσης η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου το οποίο είναι ικανό να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, θα το βοηθήσει να αποφύγει την μοναξιά και την απομόνωση.(Παπαδάτου,1995).

Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας συχνά προκαλεί θετικά συναισθήματα και ανακούφιση . Εντούτοις πολλά άτομα στην αποθεραπεία βιώνουν άγχος, θυμό και ανασφάλεια γιατί ίσως φοβούνται μια πιθανή υποτροπή και ίσως επειδή διακόπτεται η μακρόχρονη σχέση με το προσωπικό. (Παπαδάτου,1995).

Σύμφωνα με τον Doka, η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και έτσι τώρα ο στόχος της παρέμβασης δεν επικεντρώνεται στη θεραπεία αλλά στο πως θα ανακουφιστεί ο άρρωστος εν όψει του επικείμενου θανάτου. Ο θάνατος λοιπόν και η απειλή του θανάτου είναι ένα θέμα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1995).

Τέλος, σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα της ζωής. Με την έννοια αυτή αντικατοπτρίζονται μεταβλητές, όπως η λειτουργικότητα η σχετική με την αυτοεξυπηρέτηση, η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική λειτουργικότητα, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική κατάσταση, οι νοητικές και γνωστικές αποδόσεις και η ικανοποίηση από τη ζωή (Baum, Gatchel, & Krantz, 1997).

1.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας.

Η εμφάνιση της χρόνιας ασθένειας διαμορφώνει τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας όπως και των αλλαγών των οποίων αυτή προκαλεί στη ζωή του.

Σύμφωνα με τους Kyngas, et al. (2000) οι κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης των νέων ατόμων που πάσχουν από καρκίνο είναι η κοινωνική υποστήριξη, η πίστη ότι θα αναρρώσουν, η σκέψη της επιστροφής στη φυσιολογική ζωή σύντομα, οι συζητήσεις με το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της πρώτης στην καθημερινή ζωή. Άλλος ένας παράγοντας είναι η οικογένεια που αποτελεί μια σημαντική πηγή συναισθηματικής υποστήριξης. Επίσης οι επιπλέον γνώσεις για την ασθένεια, η πίστη στο Θεό, η θετική στάση ζωής, οι προηγούμενες εμπειρίες και η προθυμία για αντιστροφή της κατάστασης της υγείας τους είναι μια θετική στρατηγική αντιμετώπισης.

Παρατηρείται μια διαφορά στις στρατηγικές αντιμετώπισης που αφορούν την ασθένεια ανάμεσα σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ασθένεια και σε αυτούς με οξείες ασθένειες. Οι ασθενείς με οξείες ασθένειες χρησιμοποιούν στρατηγικές για την μείωση των συμπτωμάτων σε αντίθεση με τους χρόνιους ασθενείς οι οποίοι συνδυάζουν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης όπως συναισθηματικές, οργανικές κτλ. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και εστιάζουν ως στρατηγική στο συναίσθημα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης βρέθηκε ότι άτομα που πάσχουν από χρόνια ασθένεια θεωρούν ότι έχουν τον έλεγχο της ασθένειας τους είτε σε μικρότερο είτε σε μεγαλύτερο βαθμό. (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001). Σε έρευνα που διεξήχθη φάνηκε ότι υπάρχουν λίγα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η συμπεριφορά, η ανάλογη με την ψυχική υγεία, μετά τη διάγνωση ενός καρκίνου αλλά και ότι οι ψυχολογικοί τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας σχετίζονται με την επιβίωση ή την ανάρρωση από τον καρκίνο (Petticrew, Bell, & Hunter, 2002).

Επίσης η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην υποστήριξη που προσφέρει το οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό περιβάλλον και αφορά την βοήθεια του άρρωστου ατόμου που μπορεί να είναι σε μορφή υλική, συναισθηματική, ή πληροφορίες. (DiMatteo & Martin, 2006). Η υλική υποστήριξη είναι άμεση και έχει

κυρίως χρηματικό χαρακτήρα ο οποίος εκδηλώνεται με μορφή δώρων και δανείων προς το οικείο περιβάλλον του ασθενούς. Η δεύτερη μορφή κοινωνικής υποστήριξης είναι η συναισθηματική υποστήριξη και αναφέρεται στους δεσμούς με το οικογενειακό περιβάλλον και την βεβαιότητα ότι αυτοί θα είναι δίπλα του όταν τους χρειαστεί. Η υποστήριξη με τη μορφή πληροφοριών περιέχει την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ένα άτομο στην επίλυση του προβλήματός του (Schaefer et al., 1981). Σύμφωνα με τον Straub, (2002) έχει διαπιστωθεί ότι στους ασθενείς που παρέχεται κοινωνική υποστήριξη παρουσιάζουν λιγότερες μέρες νοσηλίας, λιγότερες ιατρικές επισκέψεις, και μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας. Όμως η κοινωνική υποστήριξη έχει και αρνητικές πλευρές όπως τα άτομα που προσφέρουν βοήθεια να ζητούν έμμεσα από τον ασθενή την αναπόδοση της, μπορεί να προσφέρεται σε λάθος στιγμή, ή μπορεί να παρέχεται με λάθος τρόπο. (DiMatteo & Martin, 2006). Το κοινωνικό δίκτυο σχετίζεται με τη συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τους Schmidt et al. (2002) διαπιστώθηκε μια σχέση ανάμεσα στα είδη προσκόλλησης και στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με το είδος προσκόλλησης –προσέγγισης εμφανίζουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα στην αντιμετώπιση της ασθένειας σε αντίθεση με τα άτομα που χαρακτηρίζονται από την προσκόλληση-αποφυγής. Η σχέση που έχει ο ασθενής με την οικογένεια του και κυρίως με τους γονείς του επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής του. Επιπλέον άτομα που πάσχουν από ψυχολογικά προβλήματα συνήθως εμφανίζουν τόσο σωματικά προβλήματα όσο και προβλήματα στις σχέσεις τους με τους γονείς, οι οποίοι είναι περισσότερο προστατευτική και λιγότερο περιποιητικοί. (Lung, Huang, Shun, & Lee, 2004).

Αισιοδοξία και χρόνια ασθένεια

Δεδομένου ότι οι αυξανόμενοι αριθμοί ατόμων πάσχουν από τα χρόνια αρρώστια, πολλές ερευνητικές προσπάθειες κατευθύνονται προς την κατανόηση της επιτυχούς προσαρμογής στην ασθένεια. Κατά τη διάρκεια των ετών χρόνιων αρρωστιών, μερικοί ασθενείς προσαρμόζονται επιτυχώς ενώ άλλοι δοκιμάζουν την ανησυχία, την κατάθλιψη και τους περιορισμούς στη φυσική λειτουργία (Antonak & Livneh, 1995; Komaroff et al., 1996; Penninx, van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman, & Van Eijk, 1998).

Η αισιοδοξία έχει καθοριστεί διαφορετικά στη λογοτεχνία. Η έρευνα έδειξε ότι η αισιοδοξία αντιπροσωπεύεται από τρεις βασικές πεποιθήσεις, δηλαδή θετικές προσδοκίες έκβασης, θετικές προσδοκίες αποτελεσματικότητας, και θετική μη ρεαλιστική σκέψη (Fournier, de Ridder & Bensing, 1999, όπως αναφέρεται στο Schwarzer, 1999).

α) Οι θετικές προσδοκίες έκβασης είναι ένα συστατικό κλειδί θεωρητικά της συμπεριφοριστικής αυτορύθμισης (Carver & Scheier, 1998, όπως αναφέρεται στο Fournier et al., 2002), η οποία εξηγεί το βαθμό δέσμευσης στη λήψη επιθυμητές (ή εναλλακτική λύση) εκβάσεις. Οι ασθενείς με τις θετικές προσδοκίες έκβασης επιδεικνύουν τη δέσμευση όσον αφορά στην υγεία τους, ακόμα και όταν έρχονται αντιμέτωποι με τους ανεξέλεγκτους ή ανέφικτους τομείς της υγείας τους. Σε εκείνη την περίπτωση, οι ασθενείς παραμένουν διανοητικά δεσμευμένοι και γυρίζουν στους νέους ρεαλιστικούς εφικτούς στόχους με την εστίαση στα συγκεκριμένα, κεντρικά προβλήματα (Folkman & Moskowitz, 2000).

β) Οι θετικές προσδοκίες αποτελεσματικότητας είναι ένα συστατικό κλειδί στην κοινωνική γνωστική θεωρία (Bandura, 1988), η οποία εξηγεί τη συμπεριφοριστικές εμμονή και την αποτελεσματικότητα. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με τις θετικές προσδοκίες αποτελεσματικότητας θα χειριστούν την ασθένειά τους πιο επαρκώς με συνέπεια τη συναισθηματική και συμπεριφοριστική προσαρμογή (Maddux & Lewis, 1995, όπως αναφέρεται Fournier et al., 2002).

γ) Η θετική μη ρεαλιστική σκέψη είναι ένα συστατικό κλειδί θεωρητικά της γνωστικής προσαρμογής. Εξηγεί πώς οι ασθενείς αποθηκεύονται ενάντια στην

αφομοίωση των αρνητικών πληροφοριών στις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις τους. Η θετική μη ρεαλιστική σκέψη βοηθά τους ασθενείς για να τονίσει τα θετικά στοιχεία της ασθένειάς τους και να ρίξει κάτω τις αρνητικές, αποτρέποντας έτσι την ανησυχία, την κατάθλιψη και τη φυσική απάθεια. Εντούτοις, η θετική μη ρεαλιστική σκέψη περιλαμβάνει μια παραίσθηση του άτρωτου, που μπορεί να εμποδίσει την πρακτική των κατάλληλων συμπεριφορών ή στατηγικών αντιμετώπισης της κατάστασης υγείας και να υπονομεύσει την υγεία κάποιου που εξαρτάται από τις συμπεριφορές σχετικά με την υγείας (Weinstein, 1980).

Επιπλέον, οι αισιόδοξοι έχουν περισσότερους θετικές συνήθειες υγείας (Robbins, Spence, & Clark, 1991), επισκέπτονται το γιατρό λιγότερο (Kubzansky, Kubzansky, & Maselko, 2004) και, από την άποψη της κατάστασης της υγείας, έχουν χαμηλότερη πίεση του αίματος (Raikkonen, Matthews, Flory, Owens, & Gump, 1999) και καλύτερη άνοση λειτουργία (Seegerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998). Εντούτοις, μερικές μελέτες έχουν αποτύχει να βρουν μια σύνδεση μεταξύ της αισιοδοξίας και φυσικής κατάστασης υγείας (Chamberlain, Petrie, & Azariah, 1992).

Σε μια παλαιότερη έρευνα που μελετούσε την σύνδεση μεταξύ αισιοδοξία και υγείας διαπίστωσε ότι η προδιάθεση και η εμπειρία σε κάποιες χρόνιες αρνητικές συγκινήσεις οδηγεί σε μια συστηματική προκατάληψη στην αντίληψη, ανάμνηση ή υποβολή έκθεσης των ψυχολογικών και φυσικών εκβάσεων υγείας (Costa & McCrae, 1987; Watson & Pennebaker, 1989).

Έχει παρατηρηθεί ότι και οι δύο μορφές διάθεσης(η θετική και η αρνητική) στην καθημερινή ζωή στις αναφορές που δίνουν οι ασθενείς έχει συνδεθεί με τα φυσικά συμπτώματα. (Dua, 1994; Pettit et al, 2001).

Επίσης σε κάποιες αναφορές πεσιμιστών έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει περισσότερο αρνητική διάθεση και παρουσιάζουν περισσότερες διαταραχές διάθεσης όταν βρίσκονται σε καταστάσεις άγχους από ότι οι αισιόδοξοι. (Scheier et al, 1994). Επιπλέον, οι πεσιμιστές που εκθέτουν έναν υψηλότερο αριθμό πρόσφατων παρενοχλήσεων έχουν μεγαλύτερο καταθλιπτικό συμπτώματα, και έναντι των αισιόδοξων και εκείνων που εκθέτουν τις χαμηλές παρενοχλήσεις (Chang & Sanna, 2003). Τέλος, σε σχέση με τη φυσική υγεία, πιο καθημερινές παρενοχλήσεις έχει συνδεθεί με το μεγαλύτερο σύμπτωμα υποβάλλοντας έκθεση για τους αισιόδοξους

αλλά όχι για τους πεσιμιστές (Lai, 1995; Lyons et al, 1994 όπως αναφέρεται στο Baker, 2007)

Η Baker (2007) μελέτησε το πρότυπο μεσολάβησης της αισιοδοξίας σε σχέση με την κατάσταση της υγείας, τα συμπτώματα και τις συμπεριφορές. Προκειμένου να εξεταστεί η συνεχόμενη διαμάχη ως προς τη διαστατικότητα της αισιοδοξίας· αυτές οι σχέσεις εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας την διπολική αισιοδοξία και τα δυο πρότυπα (αισιοδοξία και απαισιοδοξία). Επιπλέον αξιολόγησε την επιρροή των καθημερινών γεγονότων (άνοδοι, παρενοχλήσεις) και την διάθεση (θετικός, αρνητικός) στις σχέσεις αισιοδοξία-υγείας και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διπολική αισιοδοξία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Επίσης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο αισιοδοξίας τείνουν να είναι σε χειρότερη καθημερινή κατάσταση της υγείας, να εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα της ασθένειας και να καπνίζουν περισσότερο από τα αισιόδοξα άτομα.

Μια θετική στάση ζωής παρουσιάζουν τα αισιόδοξα άτομα οι οποίοι εμφανίζονται να προσελκύουν τις ενθαρρυντικές κοινωνικές σχέσεις, χρησιμοποιώντας τις προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και έχουν διαφορετικές συνήθειες υγείας από τους πεσιμιστές, οι οποίοι τείνουν να σταματήσουν και να γυρίσουν μακριά σε αγχωτικό καταστάσεις (Brissette et al, 2002; Scheier & Carver, 1992; Smith & Williams, 1992). Τα στοιχεία βασισμένα στις αυτοαναφορές δείχνουν ότι η υψηλότερη αισιοδοξία συσχετίζεται επίσης με τις μικρότερες αυξήσεις στην πίεση και καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή (Brissette et al., 2002).

Αντιλήψεις για την χρόνια ασθένεια

3.1 Οι αντιλήψεις των ασθενών για την χρόνια ασθένεια.

Η γνώση ή οι αξιολογήσεις, οι προσδοκίες και οι πεποιθήσεις για μια δεδομένη απειλή, έχουν επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της εμπειρίας μας και της αντιμετώπισης της πίεσης .

Ο Livneh και ο Antonak (1997 όπως αναφέρεται από Καραδήμα, 2005) θεωρούν ότι η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια δεν λαμβάνει χώρα κατά τρόπο ενιαίο κι όμοιο για όλους, ούτε ακολουθεί μια σειριακή ακολουθία φάσεων. Περιγράφουν τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών που σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια: (α)τις σχετικές με την ασθένεια (όπως το είδος της ασθένειας, οι περιοχές που θίγονται, η πιθανή θνησιμότητα) , (β)τις κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές(όπως φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο), (γ) ατομικές διαφορές(όπως τρόπος σκέψης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιούνται) και (δ) τους κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες(όπως η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό στίγμα).

Ο Leventhal και οι συνάδελφοι ανέπτυξαν το μοντέλο της «κοινής λογικής» που εξετάζει τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά των ανθρώπων όταν αυτοί βρίσκονται μπροστά σε πρόβλημα- απειλή για την υγεία τους.(Leventhal, Meyer, και Nerenz, 1980). Η θεωρία της κοινής λογικής υποστηρίζει ότι το άτομο βασίζεται σε συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφόρησης και δημιουργεί νοηκές αναπαραστάσεις για να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την ασθένειά του.

Επίσης το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στο ρόλο που παίζει το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο. Από έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα προτιμούν να συμβουλευτούν κάποιο μέλος της οικογένειας ή κάποιο φίλο προτού στραφούν στον ειδικό. Η πρόσφατα αναθεωρημένη και ευρέως χρησιμοποιημένη έκδοση αυτού του προτύπου (Leventhal και Nerenz, 1985) περιγράφει πέντε διαστάσεις της αντιπροσώπευσης ασθένειας οι οποίες είναι:

α) η ταυτότητα που αναφέρεται στην φύση και το όνομα της ασθένειας, καθώς και στα συμπτώματα που την συνοδεύουν,

β) η υπόδειξη ως προς το χρόνο που αναφέρεται στις πεποιθήσεις για την εξέλιξη της ασθένειας, καθώς και στα συμπτώματα της ασθένειας,

γ) τα αίτια που αναφέρονται στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της ασθένειας,

δ) οι συνέπειες που αφορούν τις επιπτώσεις της ασθένειας στην ποιότητα ζωής και στην λειτουργικότητα του ατόμου, και,

ε) ο έλεγχος(ή η θεραπεία) που αναφέρεται στις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών και συμπεριφορών που έχει εφαρμόσει προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημα.

Μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το πρότυπο της «κοινής λογικής» (Leventhal, Meyer και Nerenz, 1980; Leventhal και Nerenz, 1985) προτείνουν ότι η προσαρμογή ενός ατόμου στην ασθένεια, εν μέρει, επηρεάζεται από τις αξιολογήσεις, διανοητικές αντιπροσωπεύσεις, ή προσωπικές έννοιες που τα άτομα αντλούν από την ασθένειά τους προκειμένου να την κατανοήσουν και να την αντιμετωπίσουν. (Bombardier, D'Amico, and Jordan 1990; Lacroix, Martin, Avendano, and Goldstein 1991; Leventhal, Nerenz, and Steele 1984)

Όσο αναφορά την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια από μελέτη των Gregory et al (1998) έχει αποδειχτεί ότι οι αντιλήψεις των ασθενών στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ που ακολουθούν την θεραπεία της αιμοδιάλυσης περιστρέφονται γύρω από την ψυχολογική προσαρμογή της χρόνιας ασθένειας, την ποιότητα των υποστηρίξεων (ιδιαίτερα στη διευκόλυνση αυτής της ρύθμισης), την αποδοχή των καθεστώτων θεραπείας, και την ένταση μεταξύ επιθυμητού και αναμενόμενου, και τις πραγματικές εκβάσεις της θεραπείας. Η αντιληπτή εμπειρία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των εκβάσεων. Οι έννοιες της ασθένειας και της επεξεργασίας (δηλ., δριμύτητα ασθένειας, αποτελεσματικότητα της τεχνικής υποστήριξης, αποτελέσματα επεξεργασίας) και η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης (π.χ., η οικογένεια, φίλοι, συντροφικοί ασθενείς, υγειονομική περίθαλψη) είναι σοβαροί παράγοντες που επηρεάζουν τον επαναπροσδιορισμό του εαυτού (δηλ., ρύθμιση και αποδοχή της χρόνιας ασθένειας και των καθεστώτων επεξεργασίας). Τα κρίσιμα γεγονότα που εμφανίζονται στην ζωή του ασθενούς μπορούν να διευκολύνουν ή να εμποδίζουν την αποδοχή της ασθένειας και της επεξεργασίας, να κινούν το άτομο

προς ένα πιο υψηλό ή χαμηλότερο επίπεδο συνειδητοποίησης, ή να αλλάζουν τις αντιλήψεις για τις υποστηρίξεις, τις μαθησιακές ανάγκες και την υγιή συμπεριφορά. Για το μεγαλύτερο αριθμό ασθενών οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους άλλαξαν (μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, μεγαλύτερη εξάρτηση, αποφυγή, ενισχυμένες σχέσεις). Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων οι αλλαγές ήταν ξαφνικές και βαθιές. Οι συναισθηματικές και ψυχολογικές εντάσεις ρυθμίζονταν από τις επιπλοκές και την δριμύτητα της ασθένειας.

Είναι σημαντικό το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν μιλήσει για την ασθένειά τους στους δικούς τους ανθρώπους και στους φίλους δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και παρουσιάζουν λιγότερη συναισθηματική καταπόνηση (Kalichman, DiMarco, Austin, Luke, & DiFonzo, 2003).

Σε μια μελέτη που έγινε σε παιδιά που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) διαπιστώθηκε ότι, οι ασθενείς που θεραπεύθηκαν με την εγχώρια περιτοναϊκή διάλυση επέσυραν την προσοχή στην αυτάρκεια συχνότερα από εκείνους που λαμβάνουν την αιμοδιάλυση, ίσως επειδή ο αυτοδιαχειρισμός που απαιτείται από την περιτοναϊκή διάλυση τους ενθαρρύνει περισσότερο, ενώ οι ασθενείς που λαμβάνουν την αιμοδιάλυση στηρίζονται περισσότερο στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης για τη θεραπεία. (Brem, Brem, McGrath & Spirito, 1988).

Επίσης σε κάποια άλλη μελέτη που σύγκρινε τις αντιλήψεις των ασθενών που ακολουθούν την θεραπεία της αιμοδιάλυσης και των συγγενών τους σχετικά με την ΧΝΑ βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μια υψηλότερη αντίληψη για την αλλαγή τρόπου ζωής τους μετά από τη διάλυση, και γενικά, επικοινωνούν ευκολότερα με τους συγγενείς τους από ότι οι άνδρες. Τα προβλήματα επικοινωνίας είναι πιο κοινά στους ασθενείς με μια πρόσφατη διάγνωση. Οι ασθενείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας συνήθως χρειάζονται έναν καλύτερο διάλογο με τους νεφρολόγους τους και ωθούν κάποια ψυχολογική βοήθεια. (Zanini et al, 2006)

3.2 Οι αντιλήψεις των συγγενών για τη χρόνια ασθένεια των οικείων τους.

Η έναρξη μιας σοβαρής ασθένειας «εισβάλλει» στη ζωή της οικογένειας και την αλλάζει. Η οικογένεια καλείται να προσδώσει ένα νόημα στο γεγονός, να αναζητήσει λύσεις για τα προβλήματα που ανακύπτουν, να επαναπροσδιορίσει τους στόχους της και τις όποιες προτεραιότητές της. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν πολλαπλά διακριτά «τραυματικά» γεγονότα: από την διάγνωση και την ανακοίνωση της ασθένειας ως τις δύσκολες θεραπευτικές διαδικασίες.

Όπως και οι ίδιοι οι ασθενείς, η οικογένεια φαίνεται να διέρχεται μιας σειράς αντιδράσεων μπροστά στην ασθένεια, που περιλαμβάνουν την αίσθηση σοκ (που κυμαίνεται από το πάγωμα και την απάθεια ως την υπεραντίδραση), την άρνηση του συμβάντος ή της σημασίας του, τις προσπάθειες κατανόησης της νέας κατάστασης με μια εναλλαγή έντονων συχνά συναισθημάτων (π.χ., θυμός, ενοχή, απογοήτευση, θλίψη, ματαιώση, φόβος) και, βέβαια, τις προσπάθειες αποδοχής των συνθηκών και προσαρμογής σ' αυτές με την ανάληψη νέων ρόλων και καθηκόντων (Goldstein & Kenet, 2002). Επιπλέον εμφανίζονται συχνά δυσκολίες στις σχέσεις μεταξύ των μελών, αλλά και στις σχέσεις με το προσωπικό υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται αύξηση της ανησυχίας για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και για τη φροντίδα που η ίδια η οικογένεια προσφέρει, ενώ μειώνεται σημαντικά η φροντίδα προς τον εαυτό και τα υπόλοιπα («υγιή») μέλη της οικογένειας. Τέλος είναι πιθανό να εκδηλωθούν προβλήματα, όπως: καταθλιπτικά συμπτώματα, αγχώδεις διαταραχές, και οργανικά συμπτώματα (Gilbar, 2002, όπως αναφέρεται από Καραδήμα, 2005).

Οι συγγενείς μοιράζονται πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, συμπεριλαμβανομένου το ρόλο και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής καθώς επίσης και τις αλλαγές στη σχέση που έχουν με το ασθενή-συγγενή τους (Brunier & McKeever, 1993, όπως αναφέρεται στο White & Brin, 1999).

Οι Brown και λοιποί (1978, όπως αναφέρεται στο White & Brin, 1999) διαπίστωσε ότι πολλοί ασθενείς εγχώριας διάλυσης μεταβίβασαν την ευθύνη της διαδικασίας αυτής στα μέλη της οικογένειάς τους και μόνο 65% του υπομονετικού δείγματος βοηθούσε στην προετοιμασία για τη διάλυσή τους. Σε μια έρευνα 30 συζύγων ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια και που ακολουθούσαν περιτοναϊκή

διάλυση σαν θεραπεία βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των συζύγων συνδέθηκε άμεσα με την ικανοποίησή τους με τον άρρωστο σύντροφό τους (Dunn et al, 1994, όπως αναφέρεται στο White& Brin, 1999). Η συζυγική δυάδα διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στο τελικό-στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας γιατί οι μελέτες δείχνουν ότι η ατομική απόφαση του συζύγου προβλέπει την απόφαση του ασθενή (Chowanec & Binik, 1982, όπως αναφέρεται στο White& Brin, 1999). Οι Lowry & Atcherson (1984 σε μια έρευνά τους, η οποία εξέταζε 32 ασθενείς και 29 συγγενείς τους διαπίστωσαν ότι η καταθλιπτικές διάθεση και η αϋπνία αναφέρθηκαν εξίσου και στους ασθενείς και στους συγγενείς. Οι συγγενείς ήταν ανήσυχοι, θύμωναν εύκολα, αλλά παρολ'αυτά δεν είχαν κανένα πρόβλημα στον γάμο τους. Μια περαιτέρω πίεση έρευνας μελέτης, μια κοινωνικά υποστήριξη και συμπτώματα της κατάθλιψης στους συντρόφους των ασθενών διάλυσης διαπίστωσαν ότι 20% των συνεργατών είχε σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα (Rideout et al, 1990, όπως αναφέρεται στο White& Brin, 1999). Η κοινωνική υποστήριξη είχε μια ισχυρή επίδραση στο επίπεδο κατάθλιψης του συγγενή, αλλά δεν συσχετιζόταν με το επίπεδο των κατάθλιψης ασθενών.

Τέλος, και η οικογενειακή λειτουργία (δηλ. πώς τα οικογενειακά μέλη αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται μαζί) και η οικογενειακή ταυτότητα (δηλ., πώς μια οικογένεια καθορίζεται) είναι πιθανές να επηρεάζονται από την παρουσία ενός γονέα με τη χρόνια ασθένεια (Mosley-Howard & Evans, 2000, Patterson & Garwick, 1994). Όταν κάποιος από τους γονείς πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ESRD) μπορεί να είναι ανίκανος να ικανοποιήσει τις κοινωνικά καθορισμένες προσδοκίες του ρόλου του λόγω των απαιτήσεων της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν, μια μητέρα με ESRD μπορεί να επιθυμήσει να εκπληρώσει τον κοινωνικά κατασκευασμένο ρόλο της μητρότητας, που υποστηρίζει ότι οι μητέρες είναι με συνέπεια διαθέσιμες στα οικογενειακά μέλη, είναι αρμόδια για την οικογενειακή ευημερία, και βάζουν τις ανάγκες των μελών της οικογένειας επάνω από τις δικές τους (Rubin, 1984). Επειδή ESRD προκαλεί τους περιορισμούς, όπως η κούραση και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες επεξεργασίας που μπορούν να επηρεάσουν το ρόλο που λειτουργεί, οι μητέρες θα πρέπει πιθανώς να επαναπροσδιορίσουν τους ρόλους τους. Ομοίως, οι πατέρες με ESRD μπορεί να πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τον

παραδοσιακά καθορισμένο, βασισμένο στο φύλο ρόλο τους ως προμηθευτή όταν περιορίζουν οι απαιτήσεις ασθένειας τη δυνατότητά τους στην εργασία. Σύμφωνα με τον Agnetti (1997), υπάρχει ένα υψηλότερο κίνδυνο δημιουργίας προβλημάτων ανάμεσα στους συζύγους ή στις σχέσεις γονέας-παιδί όταν ένας γονέας έχει ESRD λόγω της επίμονης ασθένεια-σχετικής με την ψυχοκοινωνικής πίεσης. Σε μια αναθεώρηση των μελετών που ερευνούσαν γόνιους με χρόνια ασθένεια, οι Kahle και Jones (1999) εξέθεσαν ότι η γονική χρόνια ασθένεια δεν οδηγεί απαραίτητως στις αυξανόμενες συγγενικές δυσκολίες.

4. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

4.1 Ορισμός χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) είναι κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία και προοδευτική μείωση της ικανότητας των νεφρών να ρυθμίζουν το ποσόν και το είδος των τοξικών ουσιών που πρέπει να αποβληθούν. Πολλές από τις τοξικές ουσίες (π.χ. φάρμακα) που μεταφέρονται από το αίμα στους νεφρούς, είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβη στα σωληνάρια, με συνέπεια την εκδήλωση νεφρικής νόσου, η οποία στην περίπτωση αυτή καλείται οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας εκφράζεται εργαστηριακά από την μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) ή από την αύξηση της στάθμης της κρεατινίνης και της ουρίας στον ορό.(Parmer, 2002). Η ΧΝΑ αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας. Στα τέλη του 1998, 280.450 ασθενείς στην Ευρώπη υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση ή αντικατάσταση (μεταμόσχευση) της νεφρικής λειτουργίας. Ο αριθμός αντιστοιχεί σε 245 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Οι αντίστοιχοι αριθμοί για την Ελλάδα στα τέλη του 2001 ήταν 8.5000 ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Το κόστος θεραπείας των ασθενών αυτών αυξάνει συνεχώς. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ οι δαπάνες για την

αντιμετώπιση όλων των φάσεων της ΧΝΑ ανήλθε το 2000 σε 20 εκατ. Δολάρια, ποσό το οποίο είναι δυσβάσταχτο ακόμα και για οικονομικά αναπτυγμένες χώρες.

4.2 Τα αίτια της νεφρικής ανεπάρκειας.

Έχει παρατηρηθεί ότι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οφείλεται σε διάφορα αίτια. Ο διαβήτης είναι μια κοινή αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και αποτελεί ένα μεγάλο μέρος στην περαιτέρω ανάπτυξη της νεφρικής ασθένειας ως το τελικό στάδιο της. Ο ενδεχόμενος έλεγχος της γλυκόζης και της πίεσης του αίματος μειώνει τις νεφρικές επιπλοκές του διαβήτη. Η διαβητική νεφροπάθεια είναι η κύρια αιτία τελικού σταδίου ΧΝΑ στις αναπτυγμένες αλλά και στις υπό ανάπτυξη χώρες, μαζί δε με την υπέρταση ευθύνονται για το 55% των αιτιών ΧΝΑ. Κάποιες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι ο έλεγχος της γλυκόζης μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της διαβητικής νεφροπάθειας. (Wang et al, 1993, όπως αναφέρεται στο Parmar, 2002).

Επίσης η υπέρταση είναι μια καθιερωμένη αιτία, μια κοινή περιπλοκή, και ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την πρόοδο της νεφρικής ασθένειας. Η ελέγχοντας υπέρταση είναι η σημαντικότερη επέμβαση για να επιβραδύνει της εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι ανωμαλίες λιπιδίων, η μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις επίσης συμβάλουν στην πρόοδο της χρόνιας νεφρικής πάθησης. (Curtis et al, 2001). Άλλοι αιτιακοί παράγοντες στην εμφάνιση της νεφρικής ανεπάρκειας είναι το κάπνισμα, η αναιμία, ο υποσιτισμός. (Parmar, 2002).

4.3 Στάδια νεφρικής ανεπάρκειας.

Νεφρική ανεπάρκεια είναι η χρόνια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, όπου εξελίσσεται προοδευτικά σε διάστημα μηνών ή ετών. Τα στάδια από τα οποία θα διέλθει η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι σχηματικά τα εξής :

- *Στάδιο μείωσης της νεφρικής εφεδρείας.* Η νεφρική λειτουργία έχει μειωθεί μέχρι και 50% του φυσιολογικού, αλλά οι λειτουργίες του νεφρού είναι ακόμα επαρκείς για τη διατήρηση σταθερού του εσωτερικού περιβάλλοντος. Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και κατά κανόνα αγνοεί το πρόβλημά του.

- *Στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας.* Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης(GFR) έχει μειωθεί στο 25-50% του φυσιολογικού και εμφανίζονται οι πρώτες ενδείξεις διαταραχής της ικανότητας του νεφρού να ρυθμίζει το εσωτερικό περιβάλλον. Ο ασθενής παρουσιάζει νυκτουρία, μικρή αύξηση της στάθμης της ουρίας και της κρεατινίνης και πιθανώς υπέρταση και ήπια αναιμία. Η νεφρική λειτουργία βρίσκεται σε «εύθραυστη» ισορροπία που, αν δεν διαταραχθεί η ανεπάρκειά της δε γίνεται εμφανής. Διάφοροι παράγοντες μπορούν να επιδεινώσουν τη νεφρική λειτουργία στο στάδιο αυτό και λόγω της μεγάλης μείωσης των εφεδρειών, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε βαριά ουραιμία και οξέωση. Η επαναφορά της νεφρικής λειτουργίας στα προηγούμενα επίπεδα (ή τουλάχιστον σ' αυτά) είναι δυνατή αν η αντιμετώπιση της παρεμπόπτουσας διαταραχής είναι άμεση και αποτελεσματική.

- *Στάδιο κλινικά «εμφανούς» νεφρικής ανεπάρκειας.* Στο στάδιο αυτό η νεφρική λειτουργία έχει επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι διαταραχές του εσωτερικού περιβάλλοντος είναι βαριές και μη αναστρέψιμες. Υπάρχει σημαντική αναιμία, υπέρταση, νυκτουρία, υπερφωσφαταιμία, υπασβεστιαίμια και μεταβολική οξέωση. Η υπερκαλιαιμία δεν είναι συχνή εφόσον η διούρηση παραμένει ικανοποιητική και ο ασθενής δεν λαμβάνει τροφές πλούσιες σε κάλιο ή φάρμακα με υπερκαλιαιμική δράση.

- *Στάδιο ουραιμίας.* Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης(GFR) έχει μειωθεί σε επίπεδα μικρότερα του 10 ml/min. Οι κλινικές εκδηλώσεις και τα συμπτώματα του ουραιμικού βιολογικού συνδρόμου είναι έντονα. Υπάρχει προσβολή όλων των οργάνων, με περισσότερο εμφανή τη συμμετοχή του καρδιαγγειακού, του γαστρεντερικού, του αιμοποιητικού, του νευρικού συστήματος και του δέρματος. Η λήψη μεγάλων ποσοτήτων λευκόματος επιδεινώνει τη νεφρική λειτουργία και ο περιορισμός τους τη βελτιώνει. Παθήσεις που αυξάνουν τη διακίνηση του αζώτου,

όπως βαριές λοιμώξεις, υπερθυρεοειδισμός, καταβολικές καταστάσεις, επιδεινώνουν την ουραιμία και επιτείνουν τις εκδηλώσεις του ουραιμικού συνδρόμου. Τελικά, η διατήρηση, έστω και στοιχειωδώς, σταθερού το εσωτερικού περιβάλλοντος αποτυγχάνει και η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς γίνεται αναπόφευκτη. (Parma, 2002)

4.4 Αντιμετώπιση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Η αντιμετώπιση της ΧΝΑ μπορεί να γίνει με μια από τις παρακάτω μεθόδους: α) Αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, που είναι η χρόνια αιμοκάθαρση, β) περιτοναϊκή κάθαρση και γ) η μεταμόσχευση νεφρού.

A. Η *χρόνια αιμοκάθαρση* είναι μια μορφή θεραπείας η οποία πραγματοποιείται σε ένα νοσοκομείο ή μια κλινική όπου ο ασθενής είναι ένας σχετικά παθητικός παραλήπτης σε όλη την διάρκειά της. Η διαδικασία αιμοδιάλυσης εκτελείται τρεις φορές εβδομαδιαίως από τις νοσοκόμες ή τους τεχνικούς με κάθε επίσκεψη που διαρκεί περίπου 4 ώρες. Οι νοσοκόμες ή οι τεχνικοί είναι αρμόδιοι για την κατεύθυνση κάθε βήματος στην έναρξη, τον έλεγχο, και την αναστολή κάθε διαδικασίας της αιμοδιάλυσης. Ελάχιστη συμμετοχή απαιτείται ή επιτρέπεται στον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Για μερικούς ασθενείς, η αιμοδιάλυση πραγματοποιείται στο σπίτι (εγχώρια αιμοδιάλυση). Οι εγχώριοι ασθενείς έχουν ευκαιρία να συμμετέχουν και να είναι πιο ενεργοί στην διαδικασία της αιμοδιάλυσης. Επιπλέον, οι ασθενείς εγχώριας αιμοδιάλυσης έχουν λιγότερο συχνή επαφή με τις νοσοκόμες ή με τους τεχνικούς και είναι πιο ικανοί να ελέγχουν μόνοι τους το πρόγραμμα αιμοδιάλυσής τους. (Christensen and Ehlers, 2002).

Η χρήση αυτής της μεθόδου έχει κάποια πλεονεκτήματα, όπως π.χ., υπάρχει συνεχής επαφή με το γιατρό, αρκούν τρεις θεραπείες ανά εβδομάδα, δεν υπάρχει εξωτερικός καθετήρας, αλλά παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα όπως το ότι χρειάζεται ο ασθενής να πηγαίνει μέρα παρά ημέρα σε κάποιο κέντρο αιμοκάθαρσης,

επίσης χρειάζεται μόνιμη εσωτερική αγγειακή αναστόμωση και η δίαιτα που ακολουθείται είναι αυστηρή.

Η μέθοδος της αιμοκάθαρσης έχει και κάποιες ψυχολογικές επιπτώσεις όπως π.χ, το οξειδωτικό stress το οποίο είναι πιθανό να ευθύνεται για ένα μέρος τουλάχιστον από τις παρενέργειες της αιμοκάθαρσης.(Galaris, et al, 2002). Σε έρευνα που έγινε από τους Christensen, Turner, Slaughter και Holman (1989) διαπιστώθηκε ότι χρόνια ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφροπάθειας και παρουσιάζουν σημαντική σωματική χειροτέρευση σχετική με την ασθένεια, εμφανίζουν παράλληλα και αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους.

B. Η *περιτοναϊκή κάθαρση* είναι μία άλλη μέθοδος με την οποία καθαρίζεται το αίμα των νεφροπαθών. Κατ' αυτήν τοποθετείται στην κοιλιά του αρρώστου ένας καθετήρας και στη συνέχεια από το έξω στόμιο του καθετήρα βάζουμε μέσα στην κοιλιά ένα υγρό, το οποίο το αφαιρούμε μετά από 6 ώρες (δηλαδή κάνουμε στο 24ωρο 4 αλλαγές). Αφαιρώντας το υγρό μετά 6 ώρες, αφαιρούμε και τις άχρηστες ουσίες και με τον τρόπο αυτό σιγά-σιγά καθαρίζουμε το αίμα. Η μέθοδος αυτή για να γίνει, εκτός από την τοποθέτηση του καθετήρα χρειάζεται και ειδική εκπαίδευση του αρρώστου, για να μην κινδυνεύει όσο γίνεται από την περιτονίτιδα (φλεγμονή του περιτοναίου που μπορεί να το χαλάσει και να περιορίσει την λειτουργικότητά του). Διαρκεί περίπου 15 ημέρες, μετά την οποία ο άρρωστος πηγαίνει σπίτι του και κάνει μόνος την διαδικασία αυτή.

Τα πλεονεκτήματα της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι ο ασθενής κάνει μόνος του την θεραπεία, η δίαιτα που ακολουθεί είναι λιγότερο αυστηρή από ότι είναι στους ασθενείς με αιμοκάθαρση, επίσης ο ασθενής πηγαίνει μόνο μια φορά το μήνα στο νοσοκομείο, δεν τσιμπιέται ημέρα παρά ημέρα και όλη η διαδικασία μοιάζει περισσότερο με την λειτουργία του νεφρού. Κάποια από τα μειονεκτήματα της θεραπείας είναι ότι ο ασθενής πρέπει να κάνει τέσσερεις αλλαγές ανά 24ωρο, υπάρχει μόνιμος καθετήρας στην κοιλιά του, υπάρχει μεγαλύτερο κίνδυνο για λοιμώξεις, κερδίζει ευκόλα βάρος αλλάζοντας έτσι την εικόνα του εαυτού.

Γ. *Μεταμόσχευση*. Με τη μεταμόσχευση νεφρού, τοποθετείται ένας καινούργιος νεφρός (που μπορεί να είναι από κάποιο συγγενή ή κάποιο συμβατό δότη), στον άρρωστο που έχει νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, για να δοθεί οριστική λύση στο πρόβλημα της ανεπάρκειας. Ο ασθενής μετά την μεταμόσχευση του νεφρού χρειάζεται παρακολούθηση από τους γιατρούς στη αρχή συχνά και στη συνέχεια πιο αραιά, πρέπει να παίρνει αρκετά φαρμακά, να είναι συνεπής και τακτικός στην λήψη των φαρμάκων και στις γιατρικές υποδείξεις γιατί η μη τείρηση τους μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την λειτουργία του τεχνικού νεφρού ή και για την ίδια την ζωή του ασθενού.

5. Ερωτήματα και υποθέσεις σχετικά με την έρευνα

Από τη συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να εξαχθεί κάποιο συμπέρασμα σχετικά με την αισιοδοξία που έχουν οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και τις αντιλήψεις τους και των συγγενών τους σχετικά με την ασθένεια και τα συμπτώματά της.

Επιπλέον θα διερευνηθούν οι πιθανές σχέσεις μεταξύ των παραπάνων μεταβλητών. Θα επιχειρηθεί να ελεγχθεί αν η αισιοδοξία θα συσχετίζεται θετικά με τις αντιλήψεις που έχουν οι πάσχοντες για την ασθένειά τους και πιο συγκριμένα, σχετικά με την χρονική πορεία της ασθένειας και των συμπτωμάτων της, τις συνέπειες που αυτά έχουν στην ζωή των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους, τις πεποιθήσεις τους αλλά και των οικείων τους σχετικά με την καταλληλότητα της θεραπείας που ακολουθεί ο ασθενής.

Μια άλλη πιθανή ερευνητική υπόθεση είναι ότι οι γυναίκες θα έχουν καλύτερη αντίληψη της ασθένειας τους από τους άνδρες.

B' Μέρος

Μέθοδος

6.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στην έρευνα συμμετείχαν δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από άτομα που έπασχαν από την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ενώ η δεύτερη ομάδα από άτομα που είχαν κάποια συγγενική σχέση με τα άτομα της πρώτης ομάδας.

Όσον αφορά τη πρώτη ομάδα αποτελείται από 40 άνδρες (80%) και 10 γυναίκες (20%), όλα τα άτομα είχαν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια, η οποία είχε εμφανιστεί τουλάχιστον ένα χρόνο πριν. Σχετικά με την ασθένεια, 6 άτομα έπασχαν από συνοσηρότητα: νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτη ή/και καρδιαγγειακές παθήσεις(12%) και 44 άτομα έπασχαν μόνο από νεφρική ανεπάρκεια (88%). Σχετικά με την εκπαίδευση, ένα άτομο είχε παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού (2%), δέκα άτομα ήταν απόφοιτοι του δημοτικού (20%), έξι άτομα είχαν τελειώσει το τριτάξιο γυμνάσιο (12%), έντεκα άτομα το λύκειο (22%), έξι άτομα ανάλογες σχολές (12%) ενώ σε ότι αφορά στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, πέντε συμμετέχοντες ήταν απόφοιτος ΤΕΙ (10%), έντεκα απόφοιτοι ΑΕΙ (22%). Σχετικά με το επάγγελμα, εμφανίζεται στο δείγμα μια ποικιλία απασχολήσεων όπως, έξι οδηγού (12%), έξι οικοδόμοι (12%), πέντε άτομα ασχολούνται με διάφορα (10%), έξι δημόσιοι υπάλληλοι (12%), πέντε μαθηματικός (10%), δέκα ελεύθεροι επαγγελματίες (20%), έξι ιδιωτικοί υπάλληλοι (12%) και έξι συνταξιούχοι (12%). Τέλος σε ότι αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αυτής της ομάδας ήταν έγγαμοι, δηλαδή τριανταδύο άτομα (64%), πέντε ήταν άγαμοι (10%), δεκατρία άτομα συζούσαν με κάποιο οικείο πρόσωπο (26%), ενώ δεν υπήρχε κάποιος που να ήταν χήρος ή να ήταν διαζευγμένος με το/η σύντροφό του. Οι χρόνια ασθενείς ποίκιλλαν επίσης και ως προς τη διάρκεια της ασθένειας τους, η οποία κυμαινόταν από ένα έως και τριανταεπτά έτη, με μέσο όρο τα 10,7 έτη.

Όσον αφορά τους συμμετέχοντες της δεύτερης ομάδας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν 40 γυναίκες (80%) και 10 άνδρες (20%). Σχετικά με την εκπαίδευση, 18 άτομα είχαν τελειώσει το δημοτικό (36%), δεκατρία άτομα το λύκειο (26%), πέντε άτομα ανάλογες σχολές (10%), έξι άτομο ήταν απόφοιτος ΤΕΙ (12%) και οχτώ άτομα ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (16%). Όσον αφορά το επάγγελμα, δεκαπέντε

άτομα ασχολούνταν με οικιακά (30%), επτά ιδιωτικοί υπάλληλοι (14%), τέσσερις δημόσιοι υπάλληλοι (8%), τρία έμποροι (6%), τρεις μαθηματικοί (6%), έξι ηλεκτρολόγοι (12%) και δώδεκα άτομα ήταν άνεργοι (24%). Τέλος σε ότι αφορά της οικογενειακή κατάσταση, εικοσιτέσσερα άτομα ήταν σύζυγοι (48%), δεκαπέντε άτομα ήταν γονείς (30%) και έντεκα άτομα συζούζαν με τον ασθενή (22%).

6.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

Από τα υποκείμενα που συμμετέχουν στην έρευνα ζητήθηκε να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια, τα οποία μελετούσαν την *αισιοδοξία*, τις *αντιλήψεις των ασθενών* για την χρόνια ασθένεια που βιώνουν και τις *απόψεις των συγγενών* για την χρόνια ασθένεια που βιώνουν οι οικείοι τους.

Πιο αναλυτικά, το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτελεί την κλίμακα LOT-R [Life Orientation Test- Revised (Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ζωής – αναθεωρημένη)]. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε από τους Scheier, Carver και Bridges το 1994 για την μέτρηση της αισιοδοξίας των ασθενών για την συναισθηματική κατάσταση υγείας στην οποία βρίσκονται (Ερωτηματολόγιο Α' που παρατίθεται στο παράρτημα Α). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από δέκα προτάσεις από τις οποίες έξι μετρούν την αισιοδοξία, ενώ οι άλλες τέσσερις είναι απλώς συμπληρωματικές προτάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ έντονα) έως 5 (συμφωνώ πολύ).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αποτελεί την κλίμακα IPQ (Illness Perception Questionnaire- Ερωτηματολόγιο Αντίληψη Ασθένειας)το οποίο αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (Ερωτηματολόγιο Β' που παρατίθεται στο παράρτημα Α). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της αντίληψη της ασθένειας και αποτελείται από πέντε βασικές διαστάσεις που μετρούν τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική πορεία και τις πεποιθήσεις γύρω από την ελεγχσιμότητα ή την θεραπεία της ασθένειας . Πιο συγκεκριμένα, το

ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 38 προτάσεις οι απαντήσεις δίνονται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ έντονα) έως 5 (συμφωνώ πολύ). Οι προτάσεις χωρίζονται σε αυτές που αφορούν τις συνέπειες, τη ταυτότητα, την χρονική πορεία και τις πεποιθήσεις σχετικά με την ελεγχσιμότητα (θεραπεία) της χρονικής ασθένειας. Πιο αναλυτικά, οι συνέπειες αποτιμούνται με τις προτάσεις 7, 8, 9, 10, 11, 33, 34, 35, 36, 37 και 38. Η ταυτότητα αποτιμάται με τις προτάσεις 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 και 32. Η χρονική πορεία αποτιμάται με τις προτάσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 18 και 19 και η ελεγχσιμότητα με τις προτάσεις 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22 και 23.

Το τρίτο ερωτηματολόγιο είναι το ίδιο ελαφρύς τροποποιημένο λεκτικά ώστε να αναφέρεται στις αντιλήψεις και στις πεποιθήσεις των συγγενών σχετικά με την ασθένεια των οικείων τους (Ερωτηματολόγιο Γ' που παρατίθεται στο παράρτημα Α).

Αρχικά, γινόταν μια σύντομη προφορική ενημέρωση του κάθε συμμετέχοντος, η οποία σχετιζόταν με το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη ενώ δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις απλά ότι χρειαζόταν να απαντήσουν με τη μέγιστη δυνατή ειλικρίνεια. Οι κλίμακες χορηγούνταν και συμπληρώνονταν μέσα σε είκοσι λεπτά. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια και στο τέλος τις απαραίτητες δημογραφικές πληροφορίες.

Γ' Μέρος

Αποτελέσματα

7.1 Συσχέτιση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στις αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών για την ασθένεια.

Αρχικά, υπολογίστηκε ο δείκτης Pearson r ανάμεσα στις μεταβλητές της αισιοδοξίας, των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική πορεία και την ελεγχιμότητα της ΧΝΑ και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική πορεία και την ελεγχιμότητα της ασθένειας των οικείων τους.

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές τιμές μεταξύ της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας ($r = 0.401$, $p < 0.01$), της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.528$, $p < 0.01$), της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.822$, $p < 0.01$), της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας των οικείων τους ($r = 0.645$, $p < 0.01$), της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας των οικείων τους ($r = 0.316$, $p < 0.01$), της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.544$, $p < 0.01$) ενώ δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας (βλ. πίνακα 1: Συσχετίσεις).

Αντίθετα στατιστικά σημαντικές τιμές βρέθηκαν και μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.771$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.339$, $p < 0.01$) των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας ($r = - 0.514$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά

με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.295$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.535$, $p < 0.01$) και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας ($r = -0.514$, $p < 0.01$) ενώ δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας ($r = 0.088$, $p > 0.05$). Επίσης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές τιμές μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.470$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας ($r = -0.209$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.575$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας ($r = 0.367$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.524$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας ($r = -0.209$, $p < 0.01$). Στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε και μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = 0.896$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας ($r = 0.405$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τη χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.614$, $p < 0.01$), ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές τιμές μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων τους και των συγγενών σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας (βλ

πίνακας 1). Στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα της ασθένειας ($r = -0.256$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας ($r = -0.314$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = -0.178$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των ασθενών και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας ($r = 1.000$, $p < 0.01$). Επίσης στατιστικά σημαντικές τιμές βρέθηκαν και μεταξύ των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα και τις συνέπειες της ασθένειας των οικείων τους ($r = 0.585$, $p < 0.01$), των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.517$, $p < 0.01$) και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την ταυτότητα και την ελεγχιμότητα της ασθένειας ($r = -0.256$, $p < 0.01$). Συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες και την χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους ($r = 0.437$, $p < 0.01$) και μεταξύ των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με τις συνέπειες και την ελεγχιμότητα της ασθένειας ($r = -0.314$, $p < 0.01$), όπως και μεταξύ των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την χρονική πορεία και την ελεγχιμότητα της ασθένειας των οικείων τους ($r = -0.178$, $p < 0.05$).

Πίνακας 1: Τα αποτελέσματα της συσχέτισης Pearson r

	αισιοδοξία	Αντιληψεις ασθενων για τις συνεπειες ασθενειας	Αντιληψεις ασθενων για την ταυτοτητα ασθενειας	Αντιληψεις ασθενων για τη χρονικη διαρκεια ασθενειας	Αντιληψεις ασθενων για την ελεγχιμοτητα ασθενειας	Αντιληψεις συγγενων για τις συνεπειες της ασθενειας	Αντιληψεις συγγενων για την ταυτοτητα ασθενειας	Αντιληψεις συγγενων για τη χρονικη πορεια ασθενειας	Αντιληψεις συγγενων για την ελεγχιμοτητα ασθενειας
Αισιοδοξία	1	0.401**	0.822**	0.528**	0.030	0.316**	0.645**	0.544**	0.030
Αντιληψεις ασθενων για τις συνεπειες ασθενειας	0.401**	1	0.339**	0.771**	-0.514**	0.088	0.295**	0.535**	-0.514**
Αντιληψεις ασθενων για την ταυτοτητα ασθενειας	0.822**	0.339**	1	0.470**	-0.113	0.405**	0.896**	0.614**	-0.113
Αντιληψεις ασθενων για τη χρονικη διαρκεια ασθενειας	0.528**	0.771**	0.470**	1	-0.209**	0.367**	0.575**	0.524**	-0.209**
Αντιληψεις ασθενων για την ελεγχιμοτητα ασθενειας	0.030	-0.514**	-0.113	-0.209**	1	-0.314**	-0.256**	-0.178*	1,000**
Αντιληψεις συγγενων για τις συνεπειες της ασθενειας	0.316**	0.088	0.405**	0.367**	-0.314**	1	0.585**	0.437**	-0.314**
Αντιληψεις συγγενων για την ταυτοτητα ασθενειας των οικειων τους	0.645**	0.295**	0.896**	0.575**	-0.256**	0.585**	1	0.517**	-0.256**
Αντιληψεις συγγενων για τη χρονικη πορεια ασθενειας	0.544**	0.535**	0.614**	0.524**	-0.178*	0.437**	0.517**	1	-0.178*
Αντιληψεις συγγενων για την ελεγχιμοτητα ασθενειας	0.030	-0.514**	-0.113	-0.209**	1,000**	-0.314**	-0.256**	-0.178*	1

** Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

* Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (2-tailed).

7.2 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ των μεταβλητών

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ταυτότητα ασθένειας, οι αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας, οι αντιλήψεις των ασθενών για την χρονική διάρκεια της ασθένειας, οι αντιλήψεις των συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας, οι αντιλήψεις των συγγενών για την χρονική διάρκεια της ασθένειας, οι αντιλήψεις των συγγενών για την ταυτότητα της ασθένειας και οι αντιλήψεις των συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας των οικείων τους ενώ η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η αισιοδοξία. (βλ. πίνακας 2)

Πίνακας 2: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης

R	R ²	Adjusted R ²
0.929(a)	0.864	0.841

a Predictors: (Constant), αντιλήψεις ασθενών για την ταυτότητα ασθένειας, αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες ασθένειας, αντιλήψεις ασθενών για την χρονική διάρκεια ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για τις συνέπειες ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την χρονική διάρκεια ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την ταυτότητα ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας

Ο συντελεστής συσχέτισης ($R = 0.929$) δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και στις προβλεπόμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο συντελεστής προσδιορισμού ($R^2 = 0.864$ ή 86.4 %) ερμηνεύει το κατά πόσο η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής οφείλεται στις ανεξάρτητες.

7.3 ANOVA και συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης

Από την ANOVA (βλ. πίνακα 3), στην ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται πως ισχύει η εναλλακτική υπόθεση, ($F(7) = 38.091$, $p < 0,01$) οπότε μπορούμε να διατυπώσουμε την άποψη ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική διάρκεια και την ελεγχσιμότητα της ασθένειάς τους και οι αντιλήψεις των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική διάρκεια και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας των οικείων τους προβλέπουν την αισιοδοξία.

Πίνακας 3: Τα αποτελέσματα της απλής ANOVA

	Άρθροισμα τετραγώνων	df	F	Sig.
Ανάλυση παλινδρόμησης	469.781	7	38.091	0.000(a)
Σύνολο	543.780	49		

a Predictors: (Constant), αντιλήψεις ασθενών για την ταυτότητα ασθένειας, αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες ασθένειας, αντιλήψεις ασθενών για την χρονική διάρκεια ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για τις συνέπειες ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την χρονική διάρκεια ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την ταυτότητα ασθένειας, αντιλήψεις συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας

b Εξαρτημένη μεταβλητή: αισιοδοξία

Οι αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας ($t = - 2.917$, $p < 0.01$), οι αντιλήψεις των ασθενών για την ταυτότητα ($t = - 3.087$, $p < 0.01$), οι αντιλήψεις των ασθενών για την χρονική διάρκεια της ασθένειας ($t = 7.255$, $p < 0.01$), οι αντιλήψεις των συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας των οικείων τους ($t = 2.229$, $p < 0.05$), οι αντιλήψεις των συγγενών για τη ταυτότητα της ασθένειας ($t = - 4.799$, $p < 0.01$), οι αντιλήψεις των συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας ($t = - 2.371$, $p < 0.01$) και οι αντιλήψεις των συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας των οικείων τους ($t = - 1.611$, $p < 0.01$) παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αισιοδοξία και άρα την προβλέπουν. (βλ. πίνακας 4)

Πίνακας 4: Οι συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης

	B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	Sig.
(Constant)	- 10.039	3.442		- 2.917	0.269
Αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας	- 0.365	0.118	- 0.795	- 3.087	0.004
Αντιλήψεις ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας	0.745	0.103	1.743	7.255	0.001
Αντιλήψεις ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	1.603	0.363	1.003	4.417	0.001
Αντιλήψεις συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας των οικείων τους	0.020	0.087	0.021	2.229	0.086
Αντιλήψεις συγγενών για την ταυτότητα της ασθένειας των οικείων τους	- 0.700	0.146	- 1.314	- 4.799	0.001
Αντιλήψεις συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους	- 0.095	0.124	- 0.067	2.3 71	0.006
Αντιλήψεις συγγενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας των οικείων τους	- 0.248	0.154	- 0.225	- 1.611	0.016

a Εξαρτημένη μεταβλητή: αισιοδοξία

7.4 Μερική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας.

Η χρήση της μεθόδου της *μερικής συσχέτισης* μας βοήθησε να ερευνήσουμε εάν η *απάλειψη* της γραμμικής επίδρασης των μεταβλητών που σχετίζονται με τις αντιλήψεις για την ταυτότητα της ασθένειας, δηλαδή τις αντιλήψεις των ασθενών και τις αντιλήψεις των συγγενών για την ταυτότητα(συμπτώματα) της ασθένειας επηρεάζει τις μεταβλητές της αισιοδοξίας, των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειάς τους και των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας των οικείων τους.

Διαπιστώνουμε ότι η σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τις αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες είχε στατιστικά σημαντική αλλαγή ($r = 0.107$, $p < 0.05$). Επίσης παρατηρήθηκε αλλαγή και στη σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.558$, $p < 0.001$), της σχέσης ανάμεσα της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας ($r = 0.303$, $p < 0.05$). Επιπλέον η σταθεροποίηση των δυο παραγόντων άλλαξε λίγο την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεών τους για την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.754$, $p < 0.001$), την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεών τους σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας ($r = - 0.575$, $p < 0.001$), την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεων των συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.216$, $p < 0.001$), την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεων των συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας ($r = -0.575$, $p < 0.001$). Επίσης μικρή αλλαγή βρέθηκε και στην σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας ($r = 0.429$, $p < 0.001$), στην σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την θεραπεία (ελεγχσιμότητας) της ασθένειας ($r = 1.000$, $p < 0.001$). Μικρή αλλαγή βρέθηκε και στην σχέση των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες και των

αντιλήψεών τους για την χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους ($r = 0.506$, $p < 0.001$). (βλ. πίνακα 5).

Πίνακας 5: Τα αποτελέσματα της μερικής συσχέτισης

	Αισιοδοξία	Αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας	Αντιλήψεις ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	Αντιλήψεις ασθενών για τη ελεγχσιμότητα της ασθένειας	Αντιλήψεις συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας	Αντιλήψεις συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	Αντιλήψεις συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας
Αισιοδοξία	1.000	0.107	0.558	0.370	0.303	0.424	0.370
		P = 0.002	P = 0.000	P = 0.113	P = 0.005	P = 0.385	P = 0.163
Αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας	0.107	1.000	0.754	- 0.575	- 0.184	0.216	- 0.575
	P = 0.002		P = 0.000	P = 0.000	P = 0.367	P = 0.000	P = 0.000
Αντιλήψεις ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	0.558	0.754	1.000	- 0.110	0.106	0.429	- 0.036
	P = 0.000	P = 0.000		P = 0.453	P = 0.743	P = 0.000	P = 0.515
Αντιλήψεις ασθενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας	0.370	- 0.575	- 0.110	1.000	- 0.213	- 0.364	1.000
	P = 0.113	P = 0.000	P = 0.453		P = 0.066	P = 0.027	P = 0.000
Αντιλήψεις συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας	0.303	- 0.184	0.106	- 0.213	1.000	0.506	- 0.432
	P = 0.005	P = 0.367	P = 0.743	P = 0.066		P = 0.000	P = 0.097
Αντιλήψεις συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	0.424	0.216	0.429	- 0.364	0.506	1.000	- 0.507
	P = 0.385	P = 0.000	P = 0.000	P = 0.027	P = 0.000		P = 0.032
Αντιλήψεις συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας	0.103	- 0.575	- 0.036	1.000	- 0.432	- 0.507	1.000
	P = 0.163	P = 0.000	P = 0.515	P = 0.000	P = 0.097	P = 0.032	

Σημαντικότητα διπλής ούρας

7.5 Μέτρηση της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την αισιοδοξία και τις αντιλήψεις για την ασθένεια.

Για να διερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα των ασθενών ως προς τις μεταβλητές της αισιοδοξίας, των αντιλήψεων για τις συνέπειες της ασθένειας, των αντιλήψεων για την ταυτότητα της ασθένειας, των αντιλήψεων για την χρονική πορεία και των αντιλήψεων για την ελεγχιμότητα της ασθένειάς τους με τη χρήση του t-test (βλ. πίνακες 6,7).

Όσον αφορά στην αισιοδοξία ($F = 0.607$, $p > 0.05$), προκύπτουν ίσες διακυμάνσεις για τους άντρες και τις γυναίκες. Ο μέσος όρος των τιμών της αισιοδοξίας για τους άντρες ($M = 19.0250$, $SD = 3.4751$) δεν είναι σημαντικά μικρότερος ($t(48) = 1.755$, $p > 0.05$) από αυτόν της αισιοδοξίας για τις γυναίκες ($M = 17.0000$, $SD = 2.1082$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς κυμαίνεται από -0.2944 έως 4.3444 , περιέχει το μηδέν οπότε η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Σε ότι αφορά στη μεταβλητή των αντιλήψεων σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας, βλέπουμε ότι δεν υπάρχει διαφορά και ο μέσος όρος των τιμών των αντιλήψεων για τις συνέπειες της ασθένειας για τους άνδρες ($M = 33.2500$, $SD = 7.0265$) είναι σημαντικά μικρότερος ($t(48) = 0.484$, $p > 0.05$) από αυτόν των γυναικών για τις αντιλήψεις για τις συνέπειες της ασθένειας ($M = 32.0000$, $SD = 8.4327$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς ως προς τις αντιλήψεις για τις συνέπειες της ασθένειας είναι μεταξύ -3.9470 και 6.4470 . Περιέχει το 0 οπότε δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα για τον παράγοντα των αντιλήψεων των ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας. Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει διαφορά και έτσι ακολουθεί ο έλεγχος t για ίδιες διακυμάνσεις. Ο μέσος όρος των τιμών για τις αντιλήψεις των γυναικών ασθενών ($M = 23.5000$, $SD = 1.5811$) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(48) = -0.441$, $p > 0.05$) από των αντρών ($M = 22.2750$, $SD = 8.6883$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς των δυο φύλων ως προς τις αντιλήψεις που αφορούν την ταυτότητα της ασθένειας κυμαίνεται από -6.8134 έως 4.3634 . Περιέχει το 0 οπότε δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Η προτελευταία μεταβλητή του πίνακα είναι οι αντιλήψεις των ασθενών (άνδρες, γυναίκες) για την χρονική πορεία της ασθένειας. Γίνεται δεκτή η υπόθεση ότι τα δυο φύλα διαφέρουν σημαντικά ($F = 6.043$, $p < 0.01$). Μάλιστα ο μέσος όρος των τιμών των αντιλήψεων των ανδρών ($M = 27.7750$, $SD = 1.5104$) είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(48) = 7.436$, $p < 0.01$) από εκείνο των γυναικών ($M = 24.0000$, $SD = 1.0541$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς κυμαίνεται από 2.7542 έως 4.7958 και δεν περιέχει το μηδέν άρα η διαφορά είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %.

Τέλος, εξετάζεται η μεταβλητή των αντιλήψεων σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας. Από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι ο μέσος όρος των τιμών των αντιλήψεων των ανδρών ασθενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας ($M = 29.8500$, $SD = 3.2467$) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(48) = 3.017$, $p < 0.01$) από εκείνο των γυναικών ($M = 26.5000$, $SD = 2.6352$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς είναι ανάμεσα στο 1.1171 και στο 5.5829, δεν περιέχει το μηδέν και αυτό συνεπάγεται ότι υπάρχει διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Πίνακας 6: Τα αποτελέσματα του t- test

	Φύλο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Αισιοδοξία	1	19.0250	3.4751
	2	17.0000	2.1082
Αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας	1	33.2500	7.0265
	2	32.0000	8.4327
Αντιλήψεις ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας	1	22.2750	8.6883
	2	23.5000	1.5811
Αντιλήψεις ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	1	27.7750	1.5104
	2	24.0000	1.0541
Αντιλήψεις ασθενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας	1	29.8500	3.2467
	2	26.5000	2.6352

1: Άνδρες , 2: Γυναίκες

Πίνακας 7: Τα αποτελέσματα του Τεστ για ανεξάρτητα δείγματα

	F	Sig.	t	df	Sig. (2 - tailed)	Μέση διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς	
							Ελάχιστο	Μέγιστο
Αισιοδοξία	.607	0.440	1.775	48	0.086	2.0250	- 0.2944	4.3444
Αντιλήψεις ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας	3.167	0.081	0.484	48	0.631	1,2500	-3.9470	6.4470
Αντιλήψεις ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας	10.450	0.002	- 0.441	48	0.661	- 1.2250	- 6.8134	4.3634
Αντιλήψεις ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας	6.043	0.018	7.436	48	0.000	3.7750	2.7542	4.7958
Αντιλήψεις ασθενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας	0.324	0.572	3.017	48	0.004	3.3500	1.1171	5.5829

Γ' Μέρος

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει την σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας, των αντιλήψεων των ασθενών όσο αφορούν την ταυτότητα, τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας της νεφρικής ανεπάρκειας και των αντιλήψεων των συγγενών τους για τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας των οικείων τους. Όπως έχει διαπιστωθεί στην βιβλιογραφία η χρόνια ασθένεια μπορεί να δημιουργήσει ποικίλα σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα και συγκεκριμένα μέσα από την ανάλυση της συσχέτισης διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας δηλαδή όσο πιο αισιόδοξοι είναι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους τόσο πιο θετικές θα είναι οι αντιλήψεις τους για την ασθένεια και πιο συγκεκριμένα οι συνέπειες, τα συμπτώματα και η χρονική πορεία της ασθένειας θα διαρκέσουν λίγο. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας υποστηρίζονται και από την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας. Δηλαδή ότι υπήρχε θετική σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στις αντιλήψεις των ασθενών για την ταυτότητα (Baker,2007). Θετική σχέση επίσης βρέθηκε και ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας και στις αντιλήψεις τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των συγγενών τους για την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας, όσο πιο έντονες είναι οι συνέπειες της ασθένειας τόσο πιο πολύ θα επιδυνωθούν τα συμπτώματά της όπως επίσης η διάρκειά της θα είναι μεγαλύτερη. Επιπλέον θετική σχέση υπήρξε και μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας, των αντιλήψεών τους για την χρονική πορεία της ασθένειας, καθώς και των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας, δηλαδή όσο πιο έντονα πιστεύουν οι ασθενείς ότι είναι τα συμπτώματα της ασθένειας τόσο πιο πολύ αυξάνεται και η αντίληψή τους για την διάρκεια της ασθένειας. Επίσης τόσο πιο πολύ θα

επηρεάζονται και οι αντιλήψεις των συγγενών για τα συμπτώματα, την χρονική πορεία και τις συνέπειες γιατί οι ασθενείς θα εξαρτώνται περισσότερο από αυτούς, θα μειωθούν οι κοινωνικές τους σχέσεις με αποτέλεσμα την αλλαγή της καθημερινής ροής.(Gregory et al, 1998). Διαπιστώθηκε ακόμα ότι υπήρχε θετική σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική διάρκεια της ασθένειας, δηλαδή όσο πιο πολύ θα διαρκέσει η ασθένεια τόσο πιο πολύ οι συγγενείς πιστεύουν ότι θα αυξάνονται οι συνέπειες, η ταυτότητα(συμπτώματα) και η χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους. Θετική συνάφεια βρέθηκε ανάμεσα στις αντιλήψεις των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας των συγγενών τους. Επίσης θετική ήταν και η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των συγγενών για την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους, όσο οι συγγενείς των ασθενών πιστεύουν ότι είναι πιο έντονα τα συμπτώματα της ασθένειας τόσο πιο πολύ πιστεύουν ότι θα διαρκέσει. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας υποστηρίζονται και από την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας. Δηλαδή ότι υπήρχε θετική σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στις αντιλήψεις των ασθενών για την ταυτότητα.(Baker, 2007).

Ενώ παρατηρήθηκε αρνητική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεων τόσο των ίδιων όσο και των συγγενών τους για την ελεγχιμότητα της ασθένειας, δηλαδή οι ασθενείς πιστεύουν ότι όσο πιο έντονες είναι οι συνέπειες της ασθένειας τόσο πιο πολύ θα πιστεύουν τόσο οι ίδιοι όσο και οι συγγενείς τους ότι η θεραπεία που ακολουθείται είναι αναποτελεσματική. Επίσης διαπιστώθηκε αρνητική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για την ταυτότητα και των αντιλήψεων των συγγενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας, δηλαδή όσο πιο πολύ οι ασθενείς πιστεύουν ότι θα διαρκέσουν τα συμπτώματα τόσο πιο πολύ οι συγγενείς θα πιστεύουν ότι η θεραπεία είναι αναποτελεσματική. Ακόμα, αρνητική ήταν η σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας και στις αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών για την ελεγχιμότητα της ασθένειας, όσο περισσότερο διαρκεί η ασθένεια τόσο περισσότερο θα πιστεύουν οι συγγενείς και οι ασθενείς ότι

η αγωγή που ακολουθούν είναι αναποτελεσματική. Αρνητική βρέθηκε και η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για την ελεγχσιμότητα και των αντιλήξεων ασθενών και συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική διάρκεια της ασθένειας, όσο πιο αποτελεσματική πιστεύουν οι ασθενείς ότι είναι η θεραπεία τόσο λιγότερες θα πιστεύουν οι συγγενείς αλλά και οι ασθενείς ότι είναι οι συνέπειες, τα συμπτώματα και η διάρκεια της ασθένειας. Αρνητική όμως ήταν και η σχέση των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεων τους και των ασθενών όσο αφορά την ελεγχσιμότητα της ασθένειας, όσο πιο έντονα πιστεύουν οι συγγενείς ότι είναι οι συνέπειες της ασθένειας τόσο λιγότερο θα πιστεύουν και οι ίδιοι και οι ασθενείς ότι είναι αποτελεσματική η αγωγή που ακολουθείται. Καθώς επίσης αρνητική ήταν η σχέση ανάμεσα και στις αντιλήψεις των συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα και την χρονική πορεία της ασθένειας, όσο πιο πολύ οι συγγενείς πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματική η θεραπεία που ακολουθείται τόσο πιο πολύ πιστεύουν τόσο οι ίδιοι όσο και ασθενείς ότι θα μειώνονται οι συνέπειες, τα συμπτώματα και η χρονική διάρκεια της ασθένειας.

Ενώ δεν υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών και συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας όπως επίσης και μεταξύ αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες. Τέλος δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην αντίληψη των ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας και των αντιλήψεων συγγενών και ασθενών για την ελεγχσιμότητα.

Από την ανάλυση της παλινδρόμησης βρέθηκε ότι και οι αντιλήψεις των ασθενών και των συγγενών τους για την ταυτότητα, τις συνέπειες, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας επηρεάζουν την αισιοδοξία αφού βρέθηκε ότι το 84% της συνολικής διακύμανσης της αισιοδοξίας ερμηνεύεται από τις παραπάνω μεταβλητές.

Στην μερική συσχέτιση, όπου έγινε έλεγχος για τις αντιλήψεις των ασθενών και των συγγενών για την ταυτότητα της ασθένειας για να παρατηρήσουμε αν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της αισιοδοξίας, τις αντιλήψεις των συγγενών και

ασθενών για τις συνέπειες, τη χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα θα συσχετιστούν. Βρέθηκε ότι η σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τις αντιλήψεις των ασθενών για τις συνέπειες είχε στατιστικά σημαντική αλλαγή και ότι η σχέση τους ήταν θετική όταν έγινε η συσχέτιση τους με τις αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών για την ταυτότητα. Επίσης παρατηρήθηκε αλλαγή και στη σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας, της σχέσης ανάμεσα της αισιοδοξίας και των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες της ασθένειας. Επιπλέον η σταθεροποίηση των δυο παραγόντων άλλαξε λίγο την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεών τους για την χρονική πορεία της ασθένειας, την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες της ασθένειας και των αντιλήψεών τους σχετικά με την ελεγχσιμότητα της ασθένειας, την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεων των συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας, την σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεων των συγγενών για την ελεγχσιμότητα της ασθένειας. Επίσης μικρή αλλαγή βρέθηκε και στην σχέση των αντιλήψεων των ασθενών για την χρονική πορεία της ασθένειας και των αντιλήψεων των συγγενών για την χρονική πορεία της ασθένειας, στην σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των αντιλήψεων των συγγενών σχετικά με την θεραπεία (ελεγχσιμότητας) της ασθένειας. Μικρή αλλαγή βρέθηκε και στην σχέση των αντιλήψεων των συγγενών για τις συνέπειες και των αντιλήψεών τους για την χρονική πορεία της ασθένειας των οικείων τους.

Τέλος χρησιμοποιήθηκε το t-test για να βρεθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα στις μεταβλητές της αισιοδοξίας, των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών για τις συνέπειες, την ταυτότητα, την χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας και στα δυο φύλα. Όσον αφορά στην αισιοδοξία υπήρχαν ίσες διακυμάνσεις για τους άντρες και για τις γυναίκες. Σε ότι αφορά στη μεταβλητή των αντιλήψεων σχετικά με τις συνέπειες της ασθένειας, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες.

Επίσης αναλύοντας τα αποτελέσματα για τον παράγοντα των αντιλήψεων των ασθενών για την ταυτότητα της ασθένειας παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει

διαφορά ανάμεσα στις αντιλήψεις των γυναικών ασθενών και τις αντιλήψεις των αντρών για την ταυτότητα (συμπτώματα) της ασθένειας. Ενώ διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά σε ότι αφορά τις αντιλήψεις των ασθενών (άνδρες, γυναίκες) για την χρονική πορεία της ασθένειας.

Προτελευταίες αναλύθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την χρονική πορεία όπου βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά διπλής ουράς σε επίπεδο 5% μεταξύ των ανδρών και γυναικών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ως προς το θέμα της διαφοράς των δυο φύλων, δίνει στοιχεία όπως για παράδειγμα ότι οι γυναίκες που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχουν μια καλύτερη αντίληψη όσο αφορά την αλλαγή που επέρχεται λόγω της ασθένειας και της θεραπείας στη ζωή τους και επικοινωνούν ευκολότερα με τους συγγενείς τους από ότι οι άνδρες. (Zanini et al, 2006).

Έπειτα, μελετήθηκαν οι αντιλήψεις σχετικά με την ελεγχιμότητα της ασθένειας. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις για την ελεγχιμότητα της ασθένειας στα δύο φύλα διαφέρει, δηλαδή οι άνδρες πιστεύουν ότι η θεραπεία που ακολουθούν είναι πιο αποτελεσματική από ότι οι γυναίκες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μια μελέτη (Florakas et al., 1994) όπου βρέθηκε ότι οι άντρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να λαμβάνουν την αιμοδιάλυση από ότι οι γυναίκες.

Σε αυτό το σημείο, αφού παρουσιάστηκαν τα συμπεράσματα είναι απαραίτητο να αναφερθούν και κάποιοι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν την παρούσα έρευνα. Αρχικά, πρέπει να τονιστεί ότι το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό και αποτελούταν από δύο ομάδες, η πρώτη ομάδα αποτελούταν από ασθενείς (40 άνδρες και 10 γυναίκες) και η δεύτερη ομάδα από τους συγγενείς των ασθενών (10 άνδρες και 40 γυναίκες). Συνεπώς το μέγεθος του δείγματος μπορεί να οδηγήσει σε στατιστικά σφάλματα, γιατί ενδεχομένως κατά την ανάλυση των δεδομένων μπορεί να εμφανίστηκαν διαφορές ή συσχετίσεις που δεν υπάρχουν μεταξύ μεταβλητών ή να μην παρατηρήθηκαν εκεί όπου υπάρχουν. Η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να διασφαλίσει την πληρέστερη μελέτη και κατανόηση των ερευνόμενων μεταβλητών.

Ακόμα, τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στις υποκειμενικές αναφορές των συμμετεχόντων. Οπότε επιχειρείται μια αξιολόγηση των εξεταζόμενων μεταβλητών με βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων και όχι κάποιου άλλου προσώπου που θα χαρακτηριζόταν πιθανώς από μεγαλύτερη αντικειμενικότητα. Επίσης τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ασθενείς που είχαν ηλικία από 25 ετών και άνω, ενώ οι περισσότεροι ήταν ηλικιωμένοι επομένως το δείγμα δε θεωρείται τόσο αντιπροσωπευτικό.

Στο μέλλον θα μπορούσε να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί μια έρευνα η οποία θα σύγκρινε εφήβους και νέους που πάσχουν από την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με ενήλικές που πάσχουν από την ίδια ασθένεια ώστε να μελετηθεί η σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στις αντιλήψεις τους σε ότι αφορά την ασθένεια και την ποιότητα ζωής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α'

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες 6 ερωτήσεις δηλώνοντας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την καθεμία. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 ως το 5 και σημειώστε πόσο συμφωνείτε με τη κάθε πρόταση γράφοντας τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση. Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λάθος» απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με το πώς νιώθετε εσείς και όχι με το πώς νομίζετε ότι θα απαντούσαν οι «περισσότεροι άνθρωποι».

- 5- Συμφωνώ πολύ
- 4- Συμφωνώ
- 3- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- 2- Διαφωνώ κάπως
- 1- Διαφωνώ έντονα

1. _____ Σε αβέβαιες στιγμές, συνήθως περιμένω το καλύτερο.
2. _____ Αν είναι να πάει κάτι στραβά για μένα, σίγουρα θα πάει.
3. _____ Είμαι πάντα αισιόδοξος/η για το μέλλον μου.
4. _____ Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω.
5. _____ Σπάνια υπολογίζω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.
6. _____ Γενικώς περιμένω ότι θα μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα από όσα κακά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β'

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώστε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώστε με ένα \surd το αντίστοιχο τετράγωνο.

	Απόψεις για την ασθένειά σας	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο.					
2.	Η ασθένειά μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική.					
3.	Η ασθένειά μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
4.	Η ασθένειά μου θα περάσει γρήγορα.					
5.	Περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
6.	Η ασθένειά μου είναι μια σοβαρή					

	κατάσταση.					
7.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
8.	Η ασθένειά δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9.	Η ασθένειά επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
10.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11.	Η ασθένειά μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
12.	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου					
13.	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14.	Η πορεία της ασθένειάς εξαρτάται από εμένα.					
15.	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να επηρεάσω την ασθένειά μου					
16.	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
17.	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειά μου.					
18.	Η ασθένειά μου θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
19.	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου.					
20.	Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου					
21.	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειά μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ.					
22.	Η ασθένειά μου μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθώ.					
23.	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
24.	Τα συμπτώματα της ασθένειάς μου με μπερδεύουν.					
25.	Η ασθένειά μου είναι μυστήριο για μένα.					
26.	Δεν καταλαβαίνω την ασθένειά μου.					
27.	Η ασθένειά μου είναι ακατανόητη σε μένα.					
28.	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					

29	Τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
31	Η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη.					
32	Η ασθένειά μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους.					
33	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου.					
34	Όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι.					
35	Η ασθένειά μου με θυμώνει.					
36	Δεν με ανησυχεί η ασθένειά μου.					
37	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω.					
38	Η ασθένειά μου με φοβίζει.					

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Γ'

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζει ο οικείος σας.. Σας παρακαλούμε να σημειώστε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώστε με ένα \surd το αντίστοιχο τετράγωνο.

	Απόψεις για την ασθένεια του οικείου σας	Διαφωνά έντονα	Διαφωνά	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνά	Συμφωνά πολύ
1.	Η ασθένεια θα διαρκέσει λίγο.					
2.	Η ασθένεια είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική.					
3.	Η ασθένεια θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
4.	Η ασθένεια θα περάσει γρήγορα.					
5.	Περιμένω ότι θα είναι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής του/ της.					
6.	Η ασθένεια είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
7.	Η ασθένεια έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του/ της.					

8.	Η ασθένεια δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή του/ της					
9.	Η ασθένεια επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που τον/ την βλέπουν οι άλλοι.					
10.	Η ασθένεια έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11.	Η ασθένεια προξενεί δυσκολίες στον οικείο μου.					
12.	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά του/ της					
13.	Αυτά που κάνει μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά του/ της θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14.	Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από αυτόν/ ή.					
15.	Τίποτα δεν μπορεί να κάνει για να επηρεάσω την Ασθένειά του/ την					
16.	Έχει τη δύναμη να επηρεάσει την ασθένειά του/ την.					
17.	Οι πράξεις του/ την δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς του/ της.					
18.	Η ασθένειά του/ της θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
19.	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένεια.					
20.	Η θεραπεία που ακολουθεί είναι αποτελεσματική για την ασθένειά του/ της					
21.	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς του/ της μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθεί.					
22.	Η ασθένειά του/ της μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθεί.					
23.	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή του/ της..					
24.	Τα συμπτώματα της ασθένειας μου μπερδεύουν.					
25.	Η ασθένειά του/ της είναι μυστήριο για μένα.					
26.	Δεν καταλαβαίνω την ασθένειά του					

	της..					
27	Η ασθένειά του/ της είναι ακατανόητη σε μένα.					
28	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή του/ της.					
29	Τα συμπτώματά του/ της αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
31	Η ασθένειά του/ της είναι απρόβλεπτη.					
32	Η ασθένειά του/ της άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους.					
33	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά του/ της.					
34	Όταν σκέφτομαι την ασθένειά του/ της αναστατώνομαι.					
35	Η ασθένειά του/ της με θυμώνει.					
36	Δεν με ανησυχεί η ασθένειά του/ της.					
37	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχει.					
38	Η ασθένειά του/ της με φοβίζει.					

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antonak, R. F., & Livneh, H. (1995). Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, 40, 1099–1108.
- Baker, S. R. (2007). Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviours: Assessing idiographic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychology and Health*, 22, 4, 431–455.
- Bandura, A. (1988). Self-regulation of motivation and action through goal systems. In V. Hamilton, G. H. Bower, & N. H. Frijda (Eds.), *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 37–61). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.
- Bombardier, C., D' Amico, C., & Jordan, J. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavior Research and Therapy*, 28 (4), 297-304.
- Brem A, Brem F, McGrath M & Spirito A (1988) Psychosocial characteristics and coping skills in children maintained on chronic dialysis. *Pediatric Nephrology* 2(4), 460–465.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102–111.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Chamberlain, K., Petrie, K., & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery from surgery. *Psychology and Health*, 7, 301–310.
- Chang, E. C., Sanna, L. J., & Yang, K.-M. (2003). Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: A test of a mediation model. *Personality and Individual Differences*, 34, 1195–1208.
- Christensen, A. J. & Ehlers, Sh. L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal

- Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 712–724.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J., & Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, (3), 249-265.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite. *Journal of Personality*, 55, 299–316.
- Curtis, B., Barrett, B. J., Levin, A.(2001). Identifying and slowing progressive chronic renal failure. *Canadian Family Physician*, 47, 2512-2518.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine*, 2(4), 456-475.
- DiMatteo, R., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dua, J.K.(1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 669–680.
- Endler, N., Kocovski, N., & Macrodimitris, S. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30, 617-625.
- Florakas, C., Wilson, R., Toffelmire, E., Godwin M. & Morton R.(1994). Difference in the treatment of male and female patients with end-stage renal disease. *Canadian Medical Association Journal*, 151(9), 1283-1288
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Fournier, M., de Ridder, D., Bensing, J.(2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33, 1163-1183.
- Galaris, D., Mitroyanni, K., Siamopoulow, K.(2002). Oxidative stress in hemodialysis. Tracing active forms of oxygen and nitrogen. Therapeutic strategies.

Hellen Nephrology, 14 (1), 27-31.

- Gregory, D. M., Way, Ch. Y., Hutchinson, Th. A., Barrett, Br. J. & Parfrey, P. S. (1998). Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. *Qualitative Health Research*, 8, 764- 783)
- Kalichman, S., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W., & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (4), 315-332.
- Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw Hill.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Komaroff, A. L., Fagioli, L. R., Doolittle, T. H., Gandek, B., Gleit, M. A., Guerriero, R. T., Kornish, J., Ware, N. C., Ware, J. E., & Bates, D. W. (1996). Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. *The American Journal of Medicine*, 101, 281–290.
- Koopmans, G., & Lamers, L. (2000). Chronic conditions, psychological distress and the use of psychoactive medications. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 115-123.
- Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E., & Maselko, J. (2004). Optimism and pessimism in the context of health: Bipolar opposites or separate constructs. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 943–956.
- Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, L., & Jamsa, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.
- Lai, J. C. (1995). The moderating effect of optimism on the relation between hassles and somatic complaints. *Psychological Reports*, 76, 883–894.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62, 3133–3145.
- Lowry M.R. & Atcherson E. (1984) Spouse-assistants' adjustment to home hemodialysis. *Journal of Chronic Disease*, 37 (4), 293- 300)

- Lung, F., Huang, Y., Shu, B., & Lee, F. (2004). Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: a causal analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *45* (3), 206-212.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity. Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*, *48*, 89-98.
- O'Neill, E.S. & Morrow, L.L. (2001). The symptom experience of women with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* *33* (2), 257-268
- Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Parmar, M. S. (2002) Chronic renal disease: Early identification and active management of patients with renal impairment in primary care can improve outcomes, *British Medical Journal*, *325*, 85-90.
- Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, T., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H., Kriegsman, D. M. W., & Van Eijk, J.Th.M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases. *Health Psychology*, *17*, 551-558.
- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *325*, 1-10.
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E. (2001). Are happy people healthier. The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality*, *35*, 521-536.
- Raikkonen, K., Matthews, K. A., Flory, J. D., Owens, J. F., & Gump, B. B. (1999). Effects of optimism, pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 104-113.
- Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 755-765
- Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.

- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4* (4), 381-406.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology, 4*, 115–127.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 16*, 201–228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063–1078.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 763-773.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1646–1655.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*, 395–423.
- Straub, R. (2002). *Health psychology* (2nd ed.). USA: Worth Publishers.
- Taylor, S. (1999). *Health psychology* (4th ed.). Singapore: McGraw-Hill International editions.
- Vilhjalmsson, R. (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. *Social Science & Medicine, 47* (5), 603 - 611.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234–254.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 806–820.

- White, Y. & Brin F.S.(1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysispatients and their partners. *Journal of Advanced Nursing, 30(6)*, 1312-1320
- Zanini, S., Ajmone, C., Margola, D., Busnach, G., Summa, I., Brunati, C., Cabibbe, M., Dal Col, A., De Ferrari, M. E., Macaluso, M. (2006).The hemodialysed patient and his/her family caregiver. Comparison of perceptions of the chronic illness.*Giornale Italiano Nefrologia, 23(3)*, 291- 300.