

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**  
**ΠΜΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑ**



**ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ  
ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΗΣ**

**ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗΣ**

**A.M. 156**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΣ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ, 2014**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ.4
1. Εισαγωγή.....	σελ.6
1.1 Εννοιολογικός ορισμός του διαβήτη.....	σελ.6
1.2 Συμπτώματα.....	σελ.7
1.3 Κατηγοριοποίηση του Διαβήτη.....	σελ.8
1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία και παράγοντες επικινδυνότητας.....	σελ.10
1.5 Επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη.....	σελ.13
1.5.1 Βιολογικές.....	σελ.13
1.5.2 Ψυχοκοινωνικές.....	σελ.16
1.6 Η θεωρία της Αυτορρύθμισης.....	σελ.24
1.6.1 Αυτορρύθμιση και χρόνιες ασθένειες.....	σελ.24
1.6.2 Το μοντέλο της Κοινής Λογικής.....	σελ.26
1.6.3 Το μοντέλο της Κοινής Λογικής στη νόσο του διαβήτη.....	σελ.29
1.6.4 Το μοντέλο της Κοινής Λογικής: έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις.....	σελ.32
1.7 Θεωρία Δέσμευσης και Αποδοχής (Acceptance and Commitment Therapy, ACT).....	σελ.36
1.7.1 Η θεωρία της Συσχετιστικής Δομής.....	σελ.37
1.7.2 Το μοντέλο της ΘΑΔ .....	σελ.40
1.7.3 Αποδοχή και Διαβήτη.....	σελ.44
1.8 Κινητοποίηση και σακχαρώδης διαβήτη.....	σελ.46
1.9 Σκοπός της παρούσας έρευνας.....	σελ. 48
2. Μεθοδολογία.....	σελ.52
2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία.....	σελ.52
2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	σελ.53
2.3 Στατιστικές αναλύσεις.....	σελ.58
3. Αποτελέσματα.....	σελ.59
3.1 Προκαταρκτικά αποτελέσματα.....	σελ.59
3.2.α).Αναπαραστάσεις υγείας και ψυχική υγεία.....	σελ.62

3.2.β) Αναπαραστάσεις υγείας και σωματική υγεία.....σελ.63	σελ.63
3.2.γ) Αναπαραστάσεις υγείας και ρύθμιση του διαβήτη.....σελ.64	σελ.64
3.3.α) Κοινωνική στήριξη και ψυχική υγεία, ο ρόλος των γνωστικών αναπαραστάσεων.....σελ.65	σελ.65
3.3.β) Κοινωνική στήριξη και σωματική υγεία, ο ρόλος των γνωστικών αναπαραστάσεων.....σελ.67	σελ.67
3.4.α) Γνωστικές αναπαραστάσεις και ψυχική υγεία, ο ρόλος της αποδοχής.....σελ.69	σελ.69
3.4.β) Γνωστικές αναπαραστάσεις και σωματική υγεία, ο ρόλος της αποδοχής.....σελ.70	σελ.70
3.5.α) Γνωστικές αναπαραστάσεις και ψυχική υγεία, ο ρόλος της κινητοποίησης.....σελ.71	σελ.71
3.5.β) Γνωστικές αναπαραστάσεις και σωματική υγεία, ο ρόλος της κινητοποίησης.....σελ.73	σελ.73
4. Συζήτηση.....σελ.75	σελ.75
4.1 Αρχικά συμπεράσματα .....σελ.75	σελ.75
4.2 Συμπεράσματα σχετικά με το διαμεσολαβητικό ρόλο της αποδοχής.....σελ.79	σελ.79
4.3 Συμπεράσματα σχετικά με το διαμεσολαβητικό ρόλο της κινητοποίησης.....σελ.81	σελ.81
4.4 Συμπεράσματα για το ρόλο της κοινωνικής στήριξης.....σελ.83	σελ.83
4.5 Περιορισμοί της έρευνας.....σελ.85	σελ.85
4.6 Πρακτικές εφαρμογές και οφέλη της έρευνας.....σελ.86	σελ.86
4.7 Επίλογος-Προτάσεις για μετέπειτα έρευνα.....σελ.88	σελ.88
Βιβλιογραφία.....σελ.88	σελ.88
Παράρτημα.....σελ.107	σελ.107

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η βαθύτερη κατανόηση του τρόπου που οι γνωστικές αναπαραστάσεις του ελέγχου και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις σε άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II σχετίζονται με την ψυχική και σωματική τους υγεία, καθώς και με τις συμπεριφορές αυτορρύθμισης του διαβήτη. Με βάση τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι ο θεραπευτικός έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ασθενών. Με τη σωματική υγεία φάνηκε να σχετίζονται μόνο οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, ενώ με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας δε βρέθηκε να σχετίζεται καμία γνωστική αναπαράσταση. Επιπλέον, προέκυψε η αποδοχή του εαυτού να διαμεσολαβεί τη σχέση του θεραπευτικού ελέγχου και της ψυχικής υγείας των ασθενών με διαβήτη. . Ακόμα, η συνολική κινητοποίηση φάνηκε να διαμεσολαβεί σημαντικά στις σχέσεις του θεραπευτικού ελέγχου με την ψυχική υγεία, και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων με την ψυχική υγεία και τη σωματική υγεία. Τέλος, όσον αφορά στη στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενή, βρέθηκε ότι οικογενειακή στήριξη σχετίζεται με την ψυχική υγεία, μέσω του θεραπευτικού ελέγχου, ενώ η στήριξη από τους σημαντικούς άλλους σχετίζεται με την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων μέσω του θεραπευτικού ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά τόσο για θεωρητικούς όσο και για κλινικούς σκοπούς, καθώς συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση του πως ο διαβήτης επηρεάζει τη ζωή των ασθενών.

**Λέξεις Κλειδιά:** Διαβήτης τύπου II, γνωστικές αναπαραστάσεις, έλεγχος, κινητοποίηση, κοινωνική στήριξη, ψυχική και σωματική υγεία.

## *Πρόλογος*

*Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τον κύριο Καραδήμα Ευάγγελο για την εποπτεία καθόλη τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής μου. Ακόμα, ευχαριστώ τον ενδοκρινολόγο-διαβητολόγο κύριο Κωνσταντίνο Ανυφαντάκη, ο οποίος με βοήθησε σημαντικά στην εύρεση συμμετεχόντων για την έρευνά μου.*

## 1. Εισαγωγή

### 1.1 Εννοιολογικός Ορισμός του Διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία από τις αρχαιότερες γνωστές νόσους στον άνθρωπο. Το πλήρες όνομα του «σακχαρώδους διαβήτη» προέρχεται από τις λέξεις σάκχαρο και διαβήτης. Ο όρος «διαβήτης» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη, και προέρχεται από το ρήμα «διαβαίνω». Με τη λέξη αυτή, ο Έλληνας γιατρός περιέγραψε ένα από τα κυριότερα και εμφανέστερα συμπτώματα της νόσου, την πολουρία, με τη λογική ότι το νερό που πίνει ο ασθενής διαβαίνει ακατάπαυστα σαν μέσα από σιφόνι, αναλλοίωτο, προκειμένου να καταλαγιάσει το έντονο αίσθημα της δίψας του πάσχοντος (Chessler & Lernmark, 2000). Εν συνεχεία, προστέθηκε ο όρος «σακχαρώδης» από τον Cullen, κατά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, καθώς τα ούρα που αποβάλλονται είναι γλυκά λόγω του σακχάρου (γλυκόζη) που περιέχεται σε αυτά (Hazlett, 2000).

Πρόκειται για μια χρόνια νόσο που χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών και οφείλεται σε μειονεκτική έκκριση ή σε μειονεκτική δράση της ινσουλίνης ή σε συνδυασμό των δύο, με αποτέλεσμα την απόλυτη ή σχετική έλλειψη (WHO, 1999). Είναι μια ομάδα νοσημάτων του μεταβολισμού που χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, που έχουν ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίες στην έκκριση ινσουλίνης, τη δράση της ή και στο συνδυασμό των δύο αυτών λειτουργιών (American Diabetes Association [ADA], 2004).

Όπως αναφέρεται από τον καθηγητή Rudy W. Bilous (2009) πρόκειται για μια μόνιμη αλλαγή της εσωτερικής μας χημείας, η οποία οδηγεί στην ύπαρξη μεγάλης ποσότητας γλυκόζης στο αίμα μας. Το αίτιο είναι η έλλειψη της ορμόνης ινσουλίνης.

Η ορμόνη είναι ένας χημικός αγγελιαφόρος ο οποίος δημιουργείται σε ένα τμήμα του σώματος (σε αυτήν την περίπτωση στο πάγκρεας) και απελευθερώνεται στην αιματική ροή ώστε να δράσει σε περισσότερο απομακρυσμένα σημεία. Μπορεί να υπάρχει πλήρης έλλειψη παραγωγής ινσουλίνης, όπως στον διαβήτη τύπου 1. Ωστόσο, στον διαβήτη τύπου 2 υπάρχει συνήθως ένας συνδυασμός μερικής έκπτωσης της παραγωγής ινσουλίνης και ελαττωμένης απόκρισης του σώματος στην ορμόνη, το οποίο ονομάζεται αντίσταση στην ινσουλίνη.

## 1.2 Συμπτώματα

Στα πρώτα του στάδια, ο σακχαρώδης διαβήτης συνήθως παραμένει ασυμπτωματικός. Ακόμα και για χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου, υπάρχει η πιθανότητα ο ασθενής να μην έχει αντιληφθεί ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Έχει υπολογιστεί ότι αρκετοί ασθενείς πάσχουν από διαβήτη για ένα διάστημα περίπου 5 ετών, προτού παρουσιάσουν κάποιο σύμπτωμα και γίνει η διάγνωση του (ADA, 2008). Στον διαβήτη τύπου I, η νόσος συνήθως εισβάλλει απότομα και συχνά η πρώτη εκδήλωση της μπορεί να είναι η ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης, με ναυτία, εμετό, κοιλιακό πόνο και απώλεια συνείδησης. Στον διαβήτη τύπου II, η νόσος εισβάλλει βαθμιαία, η συμπτωματολογία λείπει τελείως και ο ασθενής αισθάνεται υγιής.

Συνοπτικά, τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι η πολυδιψία (έντονη δίψα), η πολουρία (και ειδικότερα κατά τις βραδινές ώρες), η πολυφαγία, η οποία όμως συνοδεύεται από απώλεια και όχι από αύξηση βάρους (εξαιτίας της ανικανότητας των κυττάρων να προσλάβουν γλυκόζη), ο κνησμός, η συχνή εξάντληση χωρίς ιδιαίτερη σωματική δραστηριότητα, η δυσκολία επούλωσης των πληγών και τέλος οι συχνές φλεγμονές και λοιμώξεις (ADA, 2008).

### 1.3 Κατηγοριοποίηση του διαβήτη

Είναι προφανές ότι προκειμένου να επιτευχθεί μία αποτελεσματική κλινική διαχείριση του διαβήτη, απαιτείται ένα κατάλληλο σύστημα κατηγοριοποίησης του. Κι αυτό με σκοπό να παρέχεται ένα πλαίσιο για την αναγνώριση των διαφόρων μορφών και σταδίων του. Η καλύτερη κατηγοριοποίηση του διαβήτη γίνεται με βάση την αιτιολογία του.

Αναλυτικότερα, τα είδη του διαβήτη που υπάρχουν είναι τέσσερα: α) ο «σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι» (ΣΔτ1), ο οποίος χαρακτηρίζεται από απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης. Παλαιότερα, ονομαζόταν νεανικός ή/και ινσουλοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης. Η έναρξή του λαμβάνει χώρα κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, κυρίως στην ηλικία μεταξύ των 11 και 14 ετών, και αφορά περίπου το 5% των περιπτώσεων διαβήτη (Chessler & Lernmark, 2000). Ο διαβήτης τύπου Ι οφείλεται στην αυτοάνοση καταστροφή των παγκρεατικών β-κυττάρων, η οποία συνεπάγεται την έλλειψη ινσουλίνης. Η αιτιολογία του θεωρείται πολυπαραγοντική με κυριότερα αίτια την κληρονομικότητα, την επίδραση χημικών και διατροφικών παραγόντων, ιογενείς λοιμώξεις, χαρακτηριστικά του ενδομήτριου περιβάλλοντος, κ. ά. Η επιδημιολογία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου Ι δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι τα διαγνωστικά κριτήρια του διαβήτη έχουν μεταβληθεί με το πέρασμα των χρόνων (Chessler & Lernmark, 2000). Η συχνότητά του υπολογίζεται σε 1-2 περιπτώσεις ανά 100 άτομα (Wysocki & Buckloh, 2002). β) Ο «σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ», τον οποίο διαπραγματεύεται και η παρούσα έρευνα. Είναι ο συχνότερος τύπος και χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη διαταραχής της έκκρισης και της δράσης της ινσουλίνης. Παλιότερα ονομάζονταν σακχαρώδης



διαβήτη των ενηλίκων και μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτη. Αυτός ο τύπος είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος και αφορά το 90-95% των περιπτώσεων. Η διάγνωσή του γίνεται κατά την ενήλικη ζωή, και συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 45 ετών (CDCP, 1998, 1999), ενώ το άτομο μπορεί να πάσχει από διαβήτη ακόμα και 10 χρόνια πριν από την κλινική διάγνωση. Πολλοί πάσχοντες δε γνωρίζουν ότι νοσούν μέχρι την εμφάνιση των πρώτων έντονων συμπτωμάτων. Είναι αποτέλεσμα στην αντίσταση στην ινσουλίνη, καθώς η διαθέσιμη ινσουλίνη δεν καταφέρνει να δράσει φυσιολογικά και αφετέρου παρατηρείται μειωμένη δυνατότητα των κυττάρων του παγκρέατος (β-κύτταρα) να παράγουν ινσουλίνη. Σχετίζεται με ελλείμματα τόσο στην έκκριση ινσουλίνης όσο και στη δράση της, ενώ εν συνεχεία η αλληλεπίδραση αυτών των δύο διεργασιών οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (Kahn, 2003). Είναι πολύ πιο συχνό από τους υπόλοιπους τύπους, με συχνότητα 60 ανά 1000 άτομα. Η αιτιολογία του διαβήτη τύπου II είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται τόσο με περιβαλλοντικούς όσο και με γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία των β-κυττάρων και την ευαισθησία στην ινσουλίνη του ιστού (μύες, συκώτι, λιπώδης ιστός, πάγκρεας) (Scheen, 2003). Επηρεάζεται επίσης, από παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Χαρακτηριστικό αυτού του τύπου διαβήτη αποτελεί ότι το 80% των ατόμων που πάσχουν από αυτόν είναι παχύσαρκοι (Zimmerman, 1998).

Ο γ) «διαβήτη κύησης», ο οποίος ορίζεται ως διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων ποικίλης βαρύτητας με έναρξη, ή πρώτη αναγνώριση, στην παρούσα εγκυμοσύνη (ADA, 2008). Διευκρινίζεται ότι δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με γνωστό διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται στο 2-5% όλων των κυήσεων, αλλά εξαφανίζεται μετά τη λήξη τους, μπορεί όμως να προκαλέσει περιγεννητικές επιπλοκές, καθώς και προβλήματα στην υγεία της

μητέρας και του νεογνού. Ο διαβήτης που εμφανίζεται κατά την κύηση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για τη μετέπειτα εμφάνιση διαβήτη τύπου II (CDCP, 1999). Επίσης, (δ) υπάρχουν και «άλλοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη», οι οποίοι οφείλονται σε γενετικές διαταραχές των β-κυττάρων, νοσήματα της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, φάρμακα κτλ.

Ωστόσο, εκτός από τους ασθενείς που παρουσιάζουν είτε διαβήτη τύπου 1, είτε διαβήτη τύπου 2, έχει παρατηρηθεί μία ομάδα ατόμων, στην οποία η νόσος εμφανίζεται με την τυπική εικόνα διαβήτη τύπου 2, αλλά, παρουσιάζονται ταυτόχρονα κάποια ανοσολογικά και κλινικά ευρήματα διαβήτη τύπου 1. Αυτός ο τύπος διαβήτη ονομάζεται διαβήτης τύπου 1/2 ή μεικτός τύπος (Κρασσάς & Παπαδοπούλου, 2002). Τέλος, υπάρχουν πιθανότητες να εμφανιστεί σχετικά ήπιος και όχι ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, στην πρόωρη γήρανση τύπου ώριμου ατόμου, κατάσταση η οποία αναφέρεται ως σύνδρομο Βέρνερ (Werner), (Παπασπηλιόπουλος, 1992).

#### **1.4 Επιδημιολογικά Στοιχεία και Παράγοντες Επικινδυνότητας**

Η επικράτηση του διαβήτη έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, επηρεαζόμενη ιδιαίτερα από την παγκόσμια αύξηση της παχυσαρκίας. Ειδικότερα, τα ποσοστά του διαβήτη αυξήθηκαν παγκοσμίως τα τελευταία σαράντα χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, το 1985 υπήρχαν 30 εκατομμύρια άνθρωποι που έπασχαν από την ασθένεια (IDF, 1997). Αριθμός ο οποίος αυξήθηκε σε 135 εκατομμύρια, ή αλλιώς στο 4% του πληθυσμού παγκοσμίως, υπολογίζοντας ότι αυτό θα φτάσει το 5,4% ή τα 300 εκατομμύρια ανθρώπους το έτος 2025 (Winer & Sowers, 2004). Η πρόωμη νοσηρότητα, η θνησιμότητα, το μειωμένο προσδόκιμο ζωής και το οικονομικό, και όχι μόνο, κόστος των ασθενών με διαβήτη, των φροντιστών τους και των υπηρεσιών

υγείας, καθιστούν τον σακχαρώδη διαβήτη ένα σημαντικό κομμάτι της δημόσιας υγείας (Forouhi & Wareham, 2010). Αποτελεί με άλλα λόγια, ένα σοβαρό ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό ζήτημα του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί απειλή για τη δημόσια υγεία, καθώς αποκτά πλέον διαστάσεις επιδημίας, τόσο για τις βιομηχανικές όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ καταγράφεται ως η πέμπτη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2000 (Anderson, 2002).

Καλό είναι να αναφερθεί ότι οι προβλέψεις σχετικά με την κατανομή του σακχαρώδους διαβήτη στον γενικό πληθυσμό είναι δυσοίωνες, καθώς πλησιάζουν σε ανησυχητικά για τον πληθυσμό επίπεδα, ενώ παρατηρείται ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των διαβητικών δεν έχει γνώση της κατάστασής του (King, 1998). Στην Ελλάδα, από αποτελέσματα μελετών παρατήρησης, πληροφορούμαστε ότι το ποσοστό εμφάνισης του αυτοαναφερόμενου σακχαρώδους διαβήτη αυξήθηκε από 2,4% σε 3,1%, κατά τη διάρκεια του διαστήματος μεταξύ του 1974 και του 1990 (Katsilambros, 1993). Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη στη χώρα μας είναι κοντά στα επίπεδα των ΗΠΑ (9,6% ) (Geiss, 2006), της Ισπανίας (11%), (Valverde, 2006) και της Κύπρου (10,3%) , (Loizou, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στον επιπολασμό του σακχαρώδους διαβήτη τύπου I, αυτός ποικίλει έντονα από χώρα σε χώρα. Ενδεικτικά αναφέρεται η Βενεζουέλα και η Κίνα που έχουν ακραία χαμηλά ποσοστά (0,1/100.000/χρόνο), και η Φιλανδία και η Σαρδηνία όπου η αναλογία ανέρχεται στο 40,9 και 37,8/100.000/χρόνο, αντίστοιχα. Γενικότερα, οι χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής έχουν είτε υψηλά είτε μέτρια ποσοστά, ενώ τα ποσοστά στην Αφρική είναι μέσου επιπέδου.

Συνεχίζοντας, η αργοπορημένη εμφάνιση του διαβήτη τύπου II και η ασυνήθιστη παρουσία του, χωρίς την έντονη (οξεία) μεταβολική ενόχληση που χαρακτηρίζει το διαβήτη τύπου I, δυσχεραίνει το να διευκρινιστεί η πραγματική χρονική στιγμή στην οποία ξεκινάει. Υπάρχει λοιπόν μια «προ- διαγνωστική» περίοδος, η οποία έχει ως αποτέλεσμα μέχρι και τα μισά περιστατικά να παραμένουν αδιάγνωστα. Σύμφωνα με δεδομένα της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το διαβήτη (International Diabetes Federation, 1998), που περιλαμβάνει περισσότερες από 150 χώρες, ο επιπολασμός του διαβήτη τύπου II αυξάνεται διαρκώς, επηρεάζοντας περίπου το 6% των ανθρώπων ηλικίας 20 έως 79 ετών, με τους περισσότερους από αυτούς να βρίσκονται στις αναπτυσσόμενες χώρες (Mayor, 2006). Όσον αφορά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (όπου ο διαβήτης μάλιστα αποτελεί την έβδομη αιτία θανάτου), το 26,9% των κατοίκων ηλικίας 65 χρόνων και πάνω, πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη μελέτη ΑΤΤΙΚΗ, κατά τη διάρκεια του 2001, το ποσοστό του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II ήταν 7,6% στον ανδρικό πληθυσμό και 5,9% στο γυναικείο (Panagiotakos, 2005). Σημειώνεται, ότι οι συγκεκριμένοι αριθμοί βρίσκονται σε συμφωνία με τα ποσοστά του σακχαρώδους διαβήτη σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα άτομα που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν σε κάποιο σημείο της ζωής τους σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι α) οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι (BMI ή Δείκτης Μάζας Σώματος  $> 25 \text{ kg/m}^2$ ), β) εκείνοι που κάνουν καθιστική ζωή, γ) όσοι εμφανίζουν διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (προδιαβητικοί ασθενείς), δ) όσοι έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με διαβήτη, ε) οι γυναίκες που παρουσιάζουν διαβήτη κύησης ή γεννούν βρέφη με βάρος πάνω από 4 κιλά, στ) οι γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ζ) οι υπερτασικοί (Α.Π.  $> 140/90 \text{ mmHg}$ ) και η) όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα καλής χοληστερόλης, HDL-C ( $< 35 \text{ mg/dl}$ )

και αυξημένα τριγλυκεριδίων (> 250 mg/dl) καθώς και οι ασθενείς με ιστορικό αγγειακής νόσου (π.χ. στηθάγχη, έμφραγμα, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο) (ADA, 2004).

## **1.5 Επιπτώσεις του Σακχαρώδους Διαβήτη**

### **1.5.1 Βιολογικές**

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που οφείλονται στο διαβήτη σχετίζονται κυρίως με τις επιπλοκές της ασθένειας παρά με αυτή καθεαυτή τη νόσο. Σε γενικές γραμμές, οι παθολογικές επιπτώσεις της συγκεκριμένης νόσου, αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα, τους νεφρούς, το κυκλοφορικό σύστημα, τους οφθαλμούς και άλλα όργανα (Καραδήμα, 2005). Μάλιστα τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας στους πάσχοντες από διαβήτη (Manson et al., 1991). Από τη μελέτη Framingham και μετά, στην οποία βρέθηκε ότι ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου σε διαβητικούς άνδρες, ηλικίας 45-74 χρόνων, ήταν διπλάσιος σε σχέση με τους μη διαβητικούς, ενώ ο κίνδυνος αθηροσκληρωτικού εγκεφαλικού εμφράκτου τετραπλάσιος (Kannel, & McGee, 1979), τα επιδημιολογικά στοιχεία άρχισαν να δείχνουν ότι ο διαβήτης συνυπάρχει με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και καρδιακών προβλημάτων (Almdal, Scharling, Jensen, & Vestergaard, 2004. Fox, Sullivan, D'Agostino & Wilson, 2004). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι ασθενείς με διαβήτη τύπου II έχουν περίπου 1,5 με 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο και ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται στο διπλάσιο σε αυτούς, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων

επικινδυνότητας για καρδιαγγειακές νόσους (Almdal, Scharling, Jensen, & Vestergaard, 2004). Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από άλλες έρευνες οι οποίες έχουν καταλήξει στο ότι οι συγκεκριμένοι πάσχοντες, παρουσιάζουν κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων ο οποίος είναι αυξημένος κατά 2 έως 6 φορές από ότι στα υγιή άτομα (Gu, Cowie, & Harris, 1999. Kannel, & McGee, 1979. Manson, et al., 1991. Wingard, & Barrett-Connor, 1995). Τα καρδιαγγειακά επεισόδια που σχετίζονται με τον διαβήτη τύπου II και η υψηλή συχνότητα μακροαγγειακών επιπλοκών, όπως εγκεφαλικά και ακρωτηριασμοί, είναι μείζονες παράγοντες νοσηρότητας.

Μια ακόμα χρόνια επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Πρόκειται για υπερπλασία των τριχοειδών στην επιφάνεια του αμφιβληστροειδούς και προσβολή της ωχράς κηλίδας, που οδηγούν σε απώλεια όρασης. Ακόμη, όπως πληροφορούμαστε, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συχνότερη αιτία τύφλωσης στον εργασιακά ενεργό πληθυσμό του Δυτικού κόσμου, ηλικίας 20-74 χρόνων (Cheung, Mitchell, & Wong, 2010. Zimmet, 1999). Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον παθολόγο Eugene Hughes (2009) στην περίπτωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, όταν πια γίνεται η διάγνωσή της, το 1/3 περίπου των ασθενών με διαβήτη τύπου 2, έχουν ήδη βλάβη στον αμφιβληστροειδή, αν και μόνο στη μία από τις είκοσι περιπτώσεις είναι αρκετά σοβαρή, ώστε να απειλεί την όραση. Ωστόσο, αν δεν υπάρχουν στοιχεία αμφιβληστροειδοπάθειας στο στάδιο της διάγνωσης, είναι πολύ μικρότερη η πιθανότητα (κάτω από το 1%) να προκληθεί σοβαρό πρόβλημα όρασης στα επόμενα 2 χρόνια. Επιπλέον, τα άτομα με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα όρασης σε σχέση με τα υγιή άτομα, όπως εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, γλαύκωμα και καταρράκτη (Mangione, Lee, Pitts, Gutierrez, Berry, & Hays, 1998).

Στην κατηγορία των μικροαγγειοπαθειών, εκτός της αμφιβληστροειδοπάθειας, ανήκουν η διαβητική νεφροπάθεια και νευροπάθεια, ως συνέπειες του σακχαρώδους διαβήτη. Η πρώτη αφορά σε προσβολή των νεφρών με βλάβες του σπειράματος, των αγγείων και του διάμεσου ιστού, που μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια, ενώ στη δεύτερη, η οποία διακρίνεται σε μονο- ή πολυνευροπάθεια ή νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, εμφανίζεται απώλεια της αισθητικότητας (αρχικά στα κάτω άκρα, «διαβητικό πόδι»), καθώς και στυτική δυσλειτουργία (Hughes, 2009).

Συνεχίζοντας, με τις επιπλοκές της ασθένειας, η πιο σημαντική συνέπεια ενός αρρυθμισμού σακχαρώδους διαβήτη είναι η κετοξέωση, που οφείλεται στην έλλειψη ινσουλίνης. Τα συμπτώματα της κετοξέωσης ξεκινούν συνήθως με μια αίσθηση χρόνιας δίψας και πολουρία. Έπεται οξύ επεισόδιο ναυτίας, εμετού, έντονου άλγους στην κοιλιακή χώρα και δυσκολίας στην αναπνοή. Περίπου το 1/3 των περιστατικών με σακχαρώδη διαβήτη διαγιγνώσκεται, αφού εμφανιστούν τα παραπάνω συμπτώματα (Sarafino, 1999). Σε περίπτωση που ο πάσχων αφηθεί χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, η κετοξέωση μπορεί να οδηγήσει σε κώμα, ενώ ο θάνατος του ασθενή καθίσταται πλέον ζήτημα ημερών (Καραδήμας, 2005). Τέλος, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να ελέγχουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας. Η υπογλυκαιμία, αποτελεί ουσιαστικά επιπλοκή της θεραπείας του σακχαρώδους διαβήτη, καθώς μπορεί να προκληθεί από λανθασμένη δοσολογία κατά τη χορήγηση ινσουλίνης (αυξημένη δόση), από έντονη σωματική άσκηση, μειωμένη λήψη τροφής ή υδατανθράκων. Η υπογλυκαιμία μπορεί να προκαλέσει στον πάσχοντα αύξηση του καρδιακού ρυθμού, πονοκεφάλους, πείνα, τρέμουλο, εφίδρωση, μειωμένη συγκέντρωση, αλλαγές στη διάθεση και σύγχυση. Εάν δε θεραπευτεί άμεσα μπορεί να

επιφέρει κόμα ή ακόμα και θάνατο. Από την άλλη πλευρά, η υπεργλυκαιμία προκαλεί έντονη δίψα, αυξημένη συχνότητα ούρησης και ύπαρξη γλυκόζης στα ούρα. Τα συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας γίνονται πιο δύσκολα αντιληπτά από τους ασθενείς με διαβήτη σε σχέση με αυτά της υπογλυκαιμίας (Hunter, Goodie, Oordt & Dobmeyer, 2009).

### **1.5.2 Ψυχοκοινωνικές**

Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την υγεία με μία νέα προοπτική, διευκρινίζοντας ότι η υγεία ορίζεται όχι μόνο από την απουσία ασθένειας, αλλά επίσης από την παρουσία σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1952). Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σε ζητήματα ποιότητας ζωής, τα οποία πυροδοτήθηκαν από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ενδείξεων που αφορούν στην επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στη φυσική υγεία, και των δραματικών αλλαγών στην οργάνωση των δομών υγείας.

Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη συχνά έχουν την αίσθηση ότι η ασθένειά τους είναι μια πρόκληση και απαιτεί καθημερινή ρύθμιση. Οι ασθενείς αυτοί έχουν να αντιμετωπίσουν το διαβήτη όλη μέρα, κάθε μέρα, παίρνοντας αμέτρητες αποφάσεις σε μια συχνά μάταιη προσπάθεια να πλησιάσουν μια μη-διαβητική κατάσταση του μεταβολισμού τους. Η θεραπεία του διαβήτη, όπως η λήψη ινσουλίνης, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του ασθενή, είτε θετικά, μειώνοντας για παράδειγμα τα συμπτώματα της υψηλής γλυκόζης στο αίμα, ή αρνητικά, αυξάνοντας τα συμπτώματα του χαμηλού σακχάρου του αίματος. Το ψυχοκοινωνικό φορτίο του να ζει κανείς με



διαβήτη είναι συχνά βαρύ, και ενδεχόμενο επακόλουθο είναι να επηρεαστούν οι συμπεριφορές αυτό-φροντίδας, και πιο μακροπρόθεσμα, ο γλυκαιμικός έλεγχος, ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών και η ποιότητα ζωής του πάσχοντα. Υπάρχουν πλέον δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράμετροι είναι σημαντικοί για τη σωστή φροντίδα του διαβήτη (Fisher, Arfken, Heins, Houston, Jeffe, & Sykes, 1996. Rosenthal, Fajardo, Gilmore, Morley, Nabiloff, 1998). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συχνά καθορίζουν τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας ενώ οι ψυχολογικές μεταβλητές (όπως η κατάθλιψη) πολλές φορές είναι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες αυτών που θα ακολουθήσουν την ασθένεια, όπως η νοσηλεία ή ο θάνατος, από ότι είναι οι φυσιολογικές και μεταβολικές μετρήσεις (π.χ. παρουσία επιπλοκών, επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης) (Rosenthal, Fajardo, Gilmore, Morley, Nabiloff, 1998).

Οι χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, είναι ιδιαίτερα πιεστικές και στρεσογόνες για τον πάσχοντα (και τους γύρω του) και κατά συνέπεια μπορούν να προκαλέσουν έντονα αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή. Προκαλούνται, με άλλα λόγια, καταστάσεις που περιλαμβάνουν άρνηση, θυμό, κατάθλιψη, ενοχή, αίσθημα αβοήθητου, αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης κ.ο.κ. .

Ο σακχαρώδης διαβήτης λοιπόν, στις περισσότερες περιπτώσεις αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ποικίλων ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων. Συγκεκριμένα, έχει φανεί ότι συνδέεται στενά με την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς το 1/3 των ασθενών με διαβήτη είναι πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001. Egede, Zheng, & Simpson, 2002. Gavard, Lustman, & Clouse, 1993.). Πολλές είναι οι έρευνες οι οποίες έχουν καταλήξει σε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του διαβήτη και της κατάθλιψης στις

H.Π.A. (Lustman, Anderson, Freedland, De Groot, Carney & Clouse, 2000. Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001. Eaton, 2002. Kaholokula et al., 2003. Nichols, & Brown, 2003). Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχει βρεθεί να φτάνει το ποσοστό του 31,7% (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001) σε σύγκριση με μια εκτιμώμενη επικράτησή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο βαθμό του 10% στο γενικό πληθυσμό (Judd et al., 1997). Επιπλέον, άτομα που έχουν διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη έχει βρεθεί ότι έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν διαταραχή μείζονος κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα χωρίς διαβήτη (Gavard et al., 1993).

Η ίδια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο διαβήτη και την κατάθλιψη έχει εξακριβωθεί και από μελέτες σε διαφορετικά έθνη. Για παράδειγμα, οι Grandinetti et al. (2000) παρατήρησαν ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν σημαντικά υψηλότερη σε γηγενείς από τη Χαβάη που έπασχαν από διαβήτη τύπου II (26,9%) σε σύγκριση με άτομα που έπασχαν από άλλες χρόνιες ασθένειες (15,2%) και σε σύγκριση με άτομα που δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (13,1%).

Παρομοίως, οι Black, Markides και Ray (2003) παρατήρησαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν σημαντικά μεγαλύτερα σε Μεξικανό-Αμερικάνους με σακχαρώδη διαβήτη (31,1%) συγκρινόμενοι με εκείνους χωρίς διαβήτη (24,1%).

Παράγοντες όπως η αντίληψη που έχει ο ασθενής για τις επιπτώσεις του διαβήτη, η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και η αίσθηση ελέγχου πάνω στην ασθένεια φαίνεται να ενισχύουν τη σχέση της κατάθλιψης με τον διαβήτη, σύμφωνα με τους ερευνητές Edege και Zheng (2003). Έχει βρεθεί ότι η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της ασθένειας, οι επιπτώσεις αυτής και η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας επηρεάζουν αρνητικά την αξιολόγηση

του ατόμου για την υγεία του και συνδέονται με κατάθλιψη και άγχος (Hampson et al., 2000 Paschalides, Wearden, Dunkerly, Bundy, Davies, & Dickens, 2004).

Τρεις υποθέσεις έχουν διατυπωθεί στη βιβλιογραφία όσον αφορά τη σχέση που μπορεί να έχει η κατάθλιψη με το σακχαρώδη διαβήτη. Η πρώτη θεωρεί την κατάθλιψη σαν απάντηση του οργανισμού στο ψυχοκοινωνικό στρες που προκαλείται λόγω του διαβήτη ή σαν απόρροια των βιοχημικών αλλαγών που βιώνει ο οργανισμός λόγω της ασθένειας και της θεραπείας της (Anderson, Horton, O'Toole, Brownson, Fazzino, & Fischer, 2007. De Groot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001. Lustman, Anderson, De Groot, Carney, & Clouse, 2000). Σύμφωνα με τη δεύτερη υπόθεση, μια προϋπάρχουσα κατάθλιψη ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο προσβολής από διαβήτη τύπου II (Lustman, Griffith, & Clouse, 1988). Τέλος, η Τρίτη υπόθεση στηρίζεται στην άποψη ότι η σχέση κατάθλιψης και διαβήτη είναι ακόμα πιο σύνθετη και μπορεί να διαφέρει για κάθε τύπο διαβήτη. Με άλλα λόγια, αναφέρεται σε μια αμφίδρομη σχέση η οποία επηρεάζεται από περίπλοκους μηχανισμούς (Lustman, Griffith, Gavard, & Clouse, 1992).

Η κατανόηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έχει σημαντικές επιδράσεις στη θεραπεία της κατάθλιψης και την προστασία άλλων επιπλοκών που σχετίζονται με τη νόσο του διαβήτη (π.χ. προβλήματα στην καρδιά, τα νεφρά ή στα μάτια). Επιπλέον, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (για παράδειγμα, σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας) έχει βρεθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (Talbot & Nouwen, 2000. Goldney, et al. 2004). Για παράδειγμα, οι Kaholokula et al. (2003) βρήκαν μια σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα της κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη τύπου II. Εν συνεχεία, οι

Ciechanowski, et al. (2000) κατέληξαν στο ότι η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετιζόταν με την ποιότητα ζωής σε ανθρώπους με σακχαρώδη διαβήτη.

Οι εκδηλώσεις άγχους και στρες αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα και πιο κοινά προβλήματα των ανθρώπων στις σύγχρονες κοινωνίες. Η ασθένεια του σακχαρώδους διαβήτη έχει φανεί να είναι μια στρεσογόνος εμπειρία για τα περισσότερα άτομα. Παρόλα αυτά, οι ενδείξεις για τη σχέση του διαβήτη με το άγχος είναι λιγότερο ισχυρές από αυτές για τη σχέση του διαβήτη με την κατάθλιψη. Σε ανασκόπηση 18 ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τους Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse και Lustman (2002), βρέθηκε ότι το 14% του πληθυσμού των διαβητικών θα βιώσει κάποια στιγμή γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ενώ το 40% θα νιώσουν αυξημένα συμπτώματα άγχους. Παλιότερα, είχε βρεθεί ότι το 40,9% των πασχόντων από διαβήτη εμφάνιζαν γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το 26,3% απλή φοβία, το 15,8% αγοραφοβία, το 10,5% κοινωνική φοβία, το 3,5% διαταραχή πανικού και το 0,9% ψυχαναγκαστική διαταραχή (Lustman, Griffith, Clouse, & Cryer, 1986). Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με διαβήτη έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν αγχώδη διαταραχή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Bouwman, Adriaanse, Van't Riet, Snoek, Dekker, & Nijpels, 2010). Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια να δυσχεραίνεται η πρόγνωση της ασθένειας, καθώς το άγχος δυσκολεύει τον πάσχοντα να εφαρμόσει τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας που απαιτεί η νόσος του διαβήτη (Inui et al., 1998).

Εκτός από την κατάθλιψη, το στρες και το άγχος, με το διαβήτη συνδέονται επίσης ο φόβος της ένεσης/βελόνας και ο φόβος του αίματος/τραυματισμού, κυρίως στους ασθενείς των οποίων η θεραπεία βασίζεται στις ενέσεις ινσουλίνης. Ο «φόβος της αυτό-ένεσης» (fear of self-injection- FSI) και ο «φόβος της αυτοεξέτασης» (fear

of self-testing-FST) είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν τον γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών, κάνοντας τους να αναβάλλουν ή να αποφεύγουν τις ενέσεις και/ή την αυτοεξέταση της γλυκόζης του αίματος. Οι φοβίες αυτές θα έπρεπε ενδεχομένως να θεωρούνται παράγοντες επικινδυνότητας για την πρόιμη ανάπτυξη επιπλοκών του διαβήτη (Zambanini, & Feher, 1997). Η έρευνα έχει δείξει ότι ο φόβος της ένεσης ινσουλίνης σε ασθενείς με διαβήτη συνδέεται με γενικευμένο άγχος, ανησυχία για ενδεχόμενη αύξηση της συχνότητας των ενέσεων, καθώς και αποφυγή αυτών. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχθεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος της ένεσης και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) (Zambanini, Newson, Maisey, & Feher, 1999). Έχει ήδη δημοσιευθεί ένας μικρός αριθμός μελετών περίπτωσης σχετικά με τον φόβο της ένεσης σε διαβητικούς ασθενείς (Zambanini, & Feher, 1997. Bell, Christian, & Clements, 1983. Bodzin, 1996), επισημαίνοντας την αρνητική επίδραση του φόβου της ένεσης στην ποιότητα ζωής και την αυτοφροντίδα τους. Με το φόβο της ένεσης πιθανώς να συνδέεται και η φοβία του αίματος-τραυματισμού. Η τελευταία έχει βρεθεί να σχετίζεται με πιο αραιούς αυτοελέγχους της γλυκόζης του αίματος (Metsch, Tilill, Koebberling, & Sartory, 1995) και με φτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο (Berlin et al., 1997).

Εκείνος που πάσχει από διαβήτη, έχει να αντιμετωπίσει αρκετούς κινδύνους και ενδεχόμενες επιπλοκές στη διάρκεια της ζωής του. Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση υπογλυκαιμικού ή υπεργλυκαιμικού επεισοδίου. Σε βάθος χρόνου, το άτομο μπορεί να εμφανίσει επιπλοκές προκαλούμενες από το διαβήτη, όπως αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και άλλες, τις οποίες καλείται να διαχειριστεί. Οι επιπλοκές αυτές μπορούν να μειώσουν τόσο τη διάρκεια ζωής του ασθενή κατά 10-30%, όσο και την ποιότητα της ζωής του. Επίσης, οι επιπλοκές αυτές ίσως προσβάλουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση

του ατόμου, στερώντας του για παράδειγμα μια πιθανή επαγγελματική ανέλιξη (Wasserman & Trinova, 2006).

Αν επιχειρούσε κανείς να συνοψίσει τις επιπτώσεις του διαβήτη στη ζωή του ασθενή, θα καταγράφονταν οι εξής αλλαγές: σε ψυχολογικό επίπεδο, παρουσιάζεται φόβος, αίσθηση του ατόμου ότι είναι διαφορετικό από τα άλλα, πιθανή ιδεοληπτική συμπεριφορά, καθώς και μια επιπρόσθετη υπευθυνότητα για «συνεχόμενη φροντίδα του εαυτού», η οποία είναι λογικό να αυξάνει τα επίπεδα άγχους. Ακόμα, πιθανή είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Στον κοινωνικό τομέα, παρατηρείται απουσία ποικιλίας για εργασιακή απασχόληση, σχετικές απαγορεύσεις σχετικά με την οδήγηση και φυσικά περιορισμού στον τρόπο ζωής. Τέτοιοι περιορισμοί έχουν να κάνουν για παράδειγμα με την αναγκαιότητα ένεσης ινσουλίνης, με τα τακτικά γεύματα αλλά και το περιεχόμενο αυτών. Τέλος, τα οικονομικά του ασθενή είναι λογικό να επηρεαστούν σημαντικά λόγω του υψηλού κόστους του συστήματος υγείας και λόγω του κόστους της διατροφής που πρέπει να ακολουθήσει. Ακόμα, τα φάρμακα, η ινσουλίνη και ο κατάλληλος ιατρικός εξοπλισμός, όπως τα μηχανάκια μέτρησης του σακχάρου, είναι πολυδάπανα για τους περισσότερους ανθρώπους.

Εκτός όμως από τις αλλαγές που φέρνει ο διαβήτης στις ζωές των ίδιων των ασθενών, η εμφάνιση της νόσου έχει επιπτώσεις και στους φροντιστές τους (συνήθως σύντροφοι). Σε εκείνους δηλαδή που είναι υπεύθυνοι για την παροχή βοήθειας, σε καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Ο φροντιστής ξαφνικά έρχεται αντιμέτωπος με έναν αριθμό καινούριων ευθυνών, όπως τις απαιτήσεις της νόσου, τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων του πάσχοντα, την ανάληψη του νοικοκυριού, μεγαλύτερες οικονομικές ευθύνες καθώς και πολλά άλλα (D' Ardenne, 2004). Έρευνες οι οποίες διαπραγματεύονται την ποιότητα ζωής φροντιστών ατόμων με χρόνια νόσο, έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα με περισσότερα

προβλήματα από ότι τα άτομα που δεν έχουν να διαπραγματευτούν κάποια ασθένεια χρόνιας μορφής (Klein, Den, & Bogdonoff, 1967). Η παροχή φροντίδας απορροφά πολύ χρόνο από τη ρουτίνα των φροντιστών και αποσπά την προσοχή τους από την κοινωνική, προσωπική και εργασιακή τους καθημερινότητα. Διαθέτουν, κατά συνέπεια, λιγότερο χρόνο στις προσωπικές τους σχέσεις, σε δραστηριότητες αναψυχής, και γενικότερα σε ζητήματα που αφορούν τους ίδιους (Gilleard, Gilleard, Gledhill, & Whittick, 1984. Kosberg & Cairl, 1986).

Σε περίπτωση που ο φροντιστής είναι ταυτόχρονα και ο σύντροφος του ασθενή, όλες οι αλλαγές που αναφέρθηκαν είναι λογικό, σε ορισμένες περιπτώσεις, να επιφέρουν αναταράξεις στη ζωή αλλά και στην ίδια τη σχέση του ζευγαριού. Υπάρχουν δεδομένα που έχουν επισημάνει ότι γεγονότα ζωής, όπως μια χρόνια ασθένεια, μπορούν να επηρεάσουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή (Lyons & Meade, 1995). Οι σύντροφοι ασθενών με χρόνια νόσο, βιώνουν παρατεταμένο στρες το οποίο μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων αλλά και σωματικών δυσλειτουργιών (O'Connor, Allen, & Kaszniak, 2002). Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κάποιας χρόνιας ασθένειας και παραπονιούνται επίσης για σωματικές ενοχλήσεις, όπως πόνος, διαταραχές ύπνου, έλκος, διαβήτης, αναιμία, υψηλή πίεση, καταρράκτη και καρδιακές παθήσεις (Pruchno & Potashnick, 1989. Scharlach, Runkle, Midanik, & Soghikian, 1994. Sexton & Munro, 1985).

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει φυσικά να υποτιμάται η γενικότερη κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη για τη διαχείριση της ασθένειάς τους. Το κοινωνικό πλαίσιο ενός ασθενή μπορεί να συμβάλλει στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας καθώς και στην τροποποίηση παλαιότερων συμπεριφορών, που κρίνονται πλέον δυσλειτουργικές (Kerns & Weiss, 1994. Reich &

Zautra, 1995. Thompson & Pitts, 1992). Η οικογένεια αποτελεί συνήθως τη σημαντικότερη πηγή στήριξης, καθώς ακόμα κι αν είναι λιγότερο υποστηρικτική από αυτό που αναμενόταν, εξακολουθεί να συμβάλλει σημαντικά στη στήριξη του ατόμου (Kissane, 2005). Οι σημαντικοί άλλοι στη ζωή του ασθενή μπορούν να παίξουν σημαντικότατο ρόλο (τόσο θετικό, όσο και αρνητικό) στις πολλαπλές αλλαγές που απαιτούνται στη ζωή του πάσχοντα, όπως είναι κατά κύριο λόγο, οι διατροφικές αλλαγές (Hunter, Goodie, Oordt & Dobbmeyer, 2009). Συχνά, σαν αποτέλεσμα της ασθένειας τους, στα άτομα με διαβήτη παρατηρείται επιδείνωση της κοινωνικής τους κατάστασης, καθώς βρίσκονται σε μια κατάσταση μεγαλύτερης εξάρτησης από τους άλλους (Uzdrowiajacy, 2005). Ανάλογες ενδείξεις βρέθηκαν και σε έρευνα όπου διαβητικοί ασθενείς με περιφερειακή νευροπάθεια ανέφεραν ότι θεωρούσαν τον εαυτό τους «βάρος» για την οικογένεια και τους φίλους τους, ως αποτέλεσμα της νόσου (Lewko et al., 2007).

Συμπερασματικά, είναι γεγονός ότι οι ψυχολόγοι και οι διαβητολόγοι οφείλουν να συνεργαστούν αποτελεσματικά για την βελτίωση τόσο της διανοητικής και ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας των διαβητικών ασθενών. Οφείλουν ακόμη να συνεχίσουν να βελτιώνουν τους τρόπους ψυχολογικής στήριξης, έτσι ώστε να ανακουφίσουν από το άγχος ή την κατάθλιψη τους διαβητικούς ασθενείς (Rose, 1980. Pfeffer, 1985. Ryan, 1997).

## **1.6 Η Θεωρία της Αυτορρύθμισης**

### ***1.6.1 Αυτορρύθμιση και Χρόνιες Ασθένειες***

Η εμφάνιση μια χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα, τα οποία ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή, ακόμα κι όταν εκείνοι αντιμετωπίζουν την ίδια κατάσταση. Η επιστήμη της



ψυχολογίας λοιπόν έχει επισημάνει ότι προκειμένου οι ασθενείς να ανταποκριθούν και να δώσουν κάποιο νόημα στην κατάστασή τους, δημιουργούν τα δικά τους μοντέλα ή αναπαραστάσεις της νόσου τους..

Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα έμβια όντα, ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από την ικανότητα να έχει υπό τον έλεγχο του εσωτερικές καταστάσεις και διαδικασίες (Baumastier et al., 1994). Με άλλα λόγια, μπορεί να αντιστέκεται στις ενορμήσεις του και να προσαρμόζει τη συμπεριφορά του σε μια ποικιλία δεδομένων, καθώς και να αλλάζει την παρούσα συμπεριφορά του προκειμένου να είναι συνεπής με τους εκάστοτε στόχους του (Baumeister, 1999). Τα διάφορα, λοιπόν, μοντέλα της αυτορρύθμισης μοιράζονται από κοινού μια προσέγγιση ελέγχου, κατά την οποία η συμπεριφορά του ανθρώπου ρυθμίζεται από τους στόχους που βάζει ο ίδιος, από τις ενέργειες για την επίτευξη των εκάστοτε στόχων και από την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των πράξεών του (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, & Ozakinci, 2004). Βασίζονται, δηλαδή, στην άποψη ότι ο άνθρωπος είναι από τη φύση του οργανισμός που λειτουργεί βάσει στόχων (Ford, 1992). Έτσι, στη θεωρία της αυτορρύθμισης ο χρόνιος ασθενής θεωρείται ως εκείνος που προσπαθεί να λύσει ένα πρόβλημα, μέσα από την κατανόηση των σωματικών του εμπειριών, δρώντας και αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα των πράξεων του, κατά την προσπάθειά του να ελέγξει αυτές τις αλλαγές, καθώς και περιγράφοντας πως αυτές οι προσπάθειες του εξελίσσονται, δεδομένου του ιστορικού της ασθένειάς του και του κοινωνικού του πλαισίου .

Συνοψίζοντας τη διαδικασία της αυτορρύθμισης, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως μια σειρά δράσεων για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, εύκολα διακρίνει κανείς τρεις φάσεις σε αυτήν. Πρώτη φάση είναι η επιλογή των στόχων, δεύτερη η επιδίωξη τους και τρίτη φάση είναι η επίτευξη, η διατήρηση και η απαγκίστρωσή

τους (Maes & Karoly, 2005). Έχει φανεί ότι οι άνθρωποι θέτουν και επιδιώκουν στόχους που είναι ταιριαστοί με την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους, βασιζόμενοι στην ανάγκη τους να δημιουργήσουν μια συνεπή, σταθερή και θετική εικόνα του εαυτού τους (Shahar, Henrich, Blatt, Ryan, & Little, 2003). Οι στόχοι που είναι προσωπικοί και ιδιαίτερα σημαντικοί, είναι πιθανότερο να επιτευχθούν (Williams, McGregor, Zeldman, Fredman, & Deci, 2004. Williams, et al., 2006). Σε κάθε περίπτωση, κάποιοι στόχοι συνυπάρχουν χωρίς κάποιο εμπόδιο, αλλά αναπόφευκτα, ορισμένες φορές οι στόχοι που βάζει το άτομο έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους (Sheldon & Kasser, 1995).

Καταλήγοντας, η κατανόηση μια χρόνιας νόσου, όπως ο διαβήτης, περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από την απλή εκτίμηση της σημασίας ή του μεγέθους της σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ασθενή. Το μοντέλο της αυτορρύθμισης είναι δυναμικό. Αυτό σημαίνει ότι προτείνει συγκεκριμένες υποθέσεις σεβόμενο τόσο τον τρόπο κατασκευής του συστήματος επεξεργασίας των πληροφοριών του ατόμου, το οποίο αποτελεί τη βάση των εμπειριών και της συμπεριφοράς του, όσο και την εξέλιξή του με το πέρασμα του χρόνου. Απαιτεί γενικότερα, μια λεπτομερή κατανόηση του πως η ασθένεια επηρεάζει την εμπειρία, τη διάθεση και τη λειτουργικότητα του ανθρώπου, λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχεία τα οποία θέτουν περιορισμούς αλλά και προσφέρουν μονοπάτια για τον συμπεριφορικό έλεγχο (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, & Ozakinci, 2004).

### ***1.6.2 Το μοντέλο της κοινής λογικής***

Ένα από τα πιο διαδεδομένα μοντέλα αυτορρύθμισης, καθώς και πρόσφατα ανεπτυγμένο αναφορικά με τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με

την υγεία, είναι το μοντέλο της κοινή λογικής (common sense model). Το συγκεκριμένο μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980. Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001. Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Σύμφωνα με αυτό, το άτομο δημιουργεί νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς του, βασισμένο σε συγκεκριμένες (π.χ. ανάμνηση ενός οικείου που ασθένησε) και αφηρημένες πηγές πληροφόρησης (π.χ. εφημερίδες, κινηματογράφος), στοχεύοντας στο να κατανοήσει την κατάσταση και να τη διαχειριστεί. Οι πηγές πληροφόρησης, πάνω στις οποίες στηρίζεται η αναπαράσταση της κατάστασης, είναι οι εξής τρεις: α) οι πληροφορίες που το άτομο έχει απομοιώσει από την επαφή του με άλλα άτομα, αλλά και από την γνώση που έχει κάθε λαός για την ασθένεια, β) οι πληροφορίες που αντλεί το άτομο από τον περίγυρό του (π.χ. από το γιατρό του ατόμου) και γ) οι πληροφορίες που προκύπτουν από τον ίδιο τον πάσχοντα και από την εμπειρία που έχει με την κατάσταση (π.χ. ένταση συμπτωμάτων). Τέλος, θα παίξει ρόλο το εάν έχει ξαναπαρουσιαστεί το σύμπτωμα και το πως αντέδρασε το άτομο τότε (Καραδήμας, 2005).

Σημαντικό ρόλο στο μοντέλο της κοινής λογικής διαδραματίζει το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου. Ειδικά η γνώμη από τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι κτλ), τα οποία στο παρελθόν είχαν αντιμετωπίσει κάποιο ανάλογο πρόβλημα, αποκτά αυτόματα ιδιαίτερη αξία.

Η αναπαράσταση διαμορφώνεται από το άτομο, με βάση τις πληροφορίες που αναφέρθηκαν ακριβώς από πάνω, σε δύο διαφορετικά επίπεδα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται η γνωστική αναπαράσταση της ασθένειας και η συναισθηματική αναπαράστασή της. Οι δύο αυτές διεργασίες (επίπεδα) ναί μεν είναι σχετικά ανεξάρτητες μεταξύ τους, ωστόσο μπορούν να κινητοποιήσουν τόσο διαφορετικές όσο και όμοιες συμπεριφορές, που έχουν ως στόχο να μειωθεί η απειλή που βιώνει το

άτομο από την εκάστοτε κατάσταση. Αναλυτικότερα, λοιπόν, η γνωστική αναπαράσταση περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα, τη χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα. Τα αίτια δηλώνουν τους παράγοντες που αντιλαμβάνεται το άτομο ως υπεύθυνους για την εκδήλωση της ασθένειας. Οι συνέπειες αναφέρονται στις επιπτώσεις που έχει η κατάσταση του ασθενή στην ποιότητα ζωής του. Η ταυτότητα έχει να κάνει με τη φύση και το όνομα του προβλήματος, καθώς και με τα συμπτώματα από τα οποία συνοδεύεται. Η χρονική πορεία δηλώνει τις πεποιθήσεις του ατόμου για την εξέλιξη της ασθένειας και των συμπτωμάτων της, και τέλος, η ελεγχσιμότητα αφορά την αξιολόγηση του ατόμου για το εάν και κατά πόσο οι συμπεριφορές που εφαρμόζει θα είναι αποτελεσματικές. Σύμφωνα με τους Marks et al. (2000) οι πέντε αυτοί παράγοντες δείχνουν να αναπαριστούν τις τρεις βασικές προοπτικές του χρόνου, α) το παρελθόν με τα αίτια, β) το τώρα, μέσα από τη θεώρηση «της παρούσας» μορφή του προβλήματος και γ) το μέλλον, λαμβάνοντας υπόψη την πορεία και τις συνέπειες της νόσου.

Παράλληλα, όμως, με τη γνωστική αναπαράσταση της ασθένειας, πραγματοποιείται και η συναισθηματική αναπαράσταση. Αυτό σημαίνει ότι τα διάφορα συναισθήματα έχουν επίσης την ικανότητα να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ατόμου, ενώ οι επιδράσεις τους διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέτοια συναισθήματα είναι πιθανώς ο φόβος, το άγχος, η ανησυχία κ.α. Για παράδειγμα, το άγχος αυξάνει την επαγρύπνηση του ατόμου κατά την επεξεργασία πληροφοριών και ενισχύει τις αρνητικές σκέψεις. Ακόμα, ενδυναμώνει την εστίαση της προσοχής σε συγκεκριμένα ερεθίσματα ή την στρέφει μόνο σε μακροπρόθεσμες συνέπειες (Gray, 1999, 2001).

Οι αναπαραστάσεις που θα σχηματίσει κάθε άτομο για την κατάσταση που βιώνει ενδέχεται να είναι καλά ανεπτυγμένες ή ατελείς, μεταβαλλόμενες ή σταθερές, ανάλογα με τις εμπειρίες του. Διαφέρουν ωστόσο, από τις πεποιθήσεις και τις στάσεις του ασθενούς για τις οποίες κάνουν λόγο άλλα μοντέλα, σε τρία κύρια σημεία. Πρώτον, η αναπαράσταση της ασθένειας στηρίζεται ουσιαστικά στη θεωρία των σχημάτων. Σε σύγκριση δηλαδή με άλλα κοινωνικογνωστικά μοντέλα διαφέρει καθώς βασίζεται σε μια γενικότερη γνωστική θεωρία, όπου πραγματοποιείται συγκερασμός πληροφοριών και εμπειριών του παρελθόντος. Δεύτερον, οι αναπαραστάσεις δε δημιουργούνται από αναλύσεις των ερευνητών, αλλά από το ίδιο το άτομο, καθώς επηρεάζονται από παράγοντες που προέρχονται από την ίδια την εμπειρία του ατόμου. Τρίτον, το συγκεκριμένο μοντέλο ενέχει την αναπαράσταση της συναισθηματικής αντίδρασης στην ασθένεια και στη γενικότερη κατάσταση, στοιχείο το οποίο αποτελεί και το «δυνατό χαρτί» του (Edgar & Skinner, 2003).

Εν συνεχεία, οι αναπαραστάσεις που θα σχηματισθούν από το άτομο επηρεάζουν το επόμενο βήμα, τις στρατηγικές δηλαδή αντιμετώπισης που θα επιλέξει να εφαρμόσει προκειμένου να αντιμετωπίσει την απειλητική προς εκείνο κατάσταση. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης χαρακτηρίζονται από προσπάθειες να ελεγχθεί ο φόβος και άλλα συναφή με την ασθένεια συναισθήματα. Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο θετικές πεποιθήσεις για την ασθένεια, όσον αφορά στην αίσθηση ελέγχου πάνω σε αυτή, συνδέονται με στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, ενώ αντιλήψεις που θεωρούν την ασθένεια ως μια κατάσταση μεγάλης διάρκειας, συνδέονται με την εφαρμογή δυσλειτουργικών στρατηγικών, όπως αποφυγή (Lawson, Bundy, Belcher, & Harvey, 2010). Τέλος, στο τρίτο βήμα του μοντέλου, εκτιμάται η αποτελεσματικότητα αυτών των δύο τύπων στρατηγικών διαχείρισης. Ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης (ή η αντίληψη που

διαμορφώθηκε στο στάδιο της αναπαράστασης) είτε θα διατηρηθούν είτε θα τεθούν υπό διαδικασία αναδιαπραγμάτευσης.

### **1.6.3. Το μοντέλο της κοινής λογικής στη νόσο του διαβήτη**

Η καθημερινή διαχείριση του διαβήτη απαιτεί αυτορρύθμιση, τον επαναλαμβανόμενο και αυτοματοποιημένο έλεγχο της παρούσας κατάστασης του ασθενή σε σύγκριση με τα συνηθισμένα επίπεδα της ευημερίας του (Hamara, Cassmeyer, O'Connell, Weldon, Knapp, & Kyner,, 1988). Η θεωρία λοιπόν που ανέπτυξε ο Leventhal και οι συνάδελφοί του περιγράφει ότι, με την παρουσία της ασθένειας, ενεργοποιούνται δύο παράλληλες διαδικασίες: η γνωστική, η αντικειμενική δηλαδή αναπαράσταση της απειλής της υγείας και η συναισθηματική, η υποκειμενική αναπαράσταση της απειλής (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980).

Τα αποτελέσματα των στρατηγικών που σχετίζονται με το γνωστικό κομμάτι της ασθένειας του διαβήτη προσπαθούν να επιτύχουν τον μεταβολικό έλεγχο και έτσι μετριοούνται με δείκτες όπως η απώλεια βάρους, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και τα σκορ σε τεστ γνώσης σχετικά με τον διαβήτη. Τα αποτελέσματα, από την άλλη, των στρατηγικών που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα δεν εκτιμώνται το ίδιο συχνά. Ωστόσο, υπάρχει αυξανόμενος αριθμός δεδομένων που αναφέρουν συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική προσαρμογή και στον έλεγχο του διαβήτη (Davis, Hess, Harrison, & Hiss, 1987). Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη και επιλέγουν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα εκδηλώνουν χαμηλά επίπεδα δυσφορίας, έχουν καλύτερη προσαρμογή και καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg, & Bru, 2004. Sultan & Heurtier-Hartmann, 2001).

Ακόμα, οι πάσχοντες που αντιλαμβάνονται το διαβήτη σα μια σοβαρή νόσο ενώ παράλληλα θεωρούν πως η θεραπεία που λαμβάνουν μπορεί να φανεί

αποτελεσματική, ακολουθούν πιο εύκολα ένα πρότυπο διατροφής κατάλληλο για την ασθένειά τους και ακολουθούν σωματική άσκηση (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997. Hampson, Glasgow, & Strycker, 2000. Skinner & Hampson, 2002. Hampson, Glasgow, & Foster, 1995). Σημαντικό επίσης εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα που αποδίδουν την εμφάνιση του διαβήτη σε εσωτερικά αίτια και κρίνουν βοηθητική τη θεραπεία που τους έχει δοθεί, παρουσιάζουν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο (Hampson, Glasgow, & Foster, 1995. Hampson, Glasgow, & Strycker, 2000). Το μοντέλο του Leventhal εφαρμόστηκε επίσης σε έρευνα των Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, και Ingersoll-Dayaton (2000) και βρέθηκε ότι ορισμένες πτυχές της γνωστικής αναπαράστασης του διαβήτη (κυρίως η κατανόηση της νόσου και ο έλεγχός αυτής) συνδέονται με αυξημένη εκδήλωση συμπεριφορών υγείας, μείωση των σχετικών εμποδίων και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Από τις παραπάνω έρευνες γίνεται φανερή η σπουδαιότητα του ρόλου που μπορούν να διαδραματίσουν οι σκέψεις, ιδιαίτερα της αναπαράστασης της ασθένειας στον γλυκαιμικό έλεγχο αλλά και στην υγεία των ασθενών με διαβήτη. Άρα η αυτορρύθμιση στο διαβήτη με βάση το μοντέλο της κοινής λογικής περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια: α) η αναπαράσταση της ασθένειας γίνεται ο στόχος της αυτορρύθμισης (γλυκαιμικός έλεγχος), β) επιλογή στρατηγικών για την επίτευξη του στόχου (υιοθέτηση υγιεινού προγράμματος διατροφής), γ) εκπόνηση σχεδίου δράσης, με σκοπό να εξασφαλιστεί ότι οι απαιτούμενες διεργασίες θα εφαρμοστούν, δ) αξιολόγηση αποτελεσματικότητας του σχεδίου από τον ασθενή και ε) η αναπαράσταση της ασθένειας τροποποιείται μετά από την ανατροφοδότηση που λαμβάνει το άτομο από την αξιολόγηση του σχεδίου δράσης που επέλεξε να εφαρμόσει (Shibayama, Sato, Nishigaki, Ochiai, & Kazuma, 2011).

Το μοντέλο της κοινής λογικής έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμο στην ψυχολογία της υγείας, εφόσον μια σημαντική πρόκληση στην έρευνα του συγκεκριμένου κλάδου είναι να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη δέσμευση ενός ατόμου στη θεραπεία ή σε οποιαδήποτε συμπεριφορά υγείας, προκειμένου να διαχειριστεί την ασθένεια και να εντοπίσει κατάλληλους στόχους για παρέμβαση (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984. Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996). Πολλές έρευνες έχουν εστιάσει σε γνωστικούς παράγοντες που βρίσκονται στη βάση των κινήτρων και της πρόθεσης του ατόμου να εφαρμόσει κάποια συμπεριφορά υγείας (Croyle & Barger, 1993. Leventhal, Leventhal, & Contrada 1998). Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα παρέχουν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη της συμπεριφοράς ασθενών και την τήρηση τεχνικών αυτορρύθμισης. Το μοντέλο της κοινής λογικής προσφέρει τη δυνατότητα στο άτομο να εστιάζει στο πως γνωστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας, με τρόπο που αναλύθηκε στην παρούσα ενότητα. Με άλλα λόγια αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο καθώς αντιλαμβάνεται το άτομο ως το σημαντικότερο παράγοντα στην επίλυση προβλημάτων, αποκτώντας ενεργό ρόλο στη διαδικασία αυτή.

Το συγκεκριμένο μοντέλο αυτορρύθμισης είναι ένα σύνθετο, πολυεπίπεδο πλαίσιο που αναπαριστά τη διαδικασία της αυτορρύθμισης στην υγεία και στην ασθένεια. Τα υπάρχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι βασίζονται σε μια σειρά από «πνευματικά εργαλεία», προκειμένου να αξιολογήσουν το νόημα των σωματικών τους ερεθισμάτων: μέρος, διάρκεια, οξύτητα κτλ. είναι παραδείγματα στοιχείων, τα οποία χρησιμοποιούνται από το άτομο με σκοπό να γίνουν κατανοητές κάποιες χρόνιες καταστάσεις, όπως η υπέρταση (Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985), το άσθμα (Halm, Mora, & Leventhal, 2006. Mora, Halm, Leventhal, & Ceric, 2007), ο HIV (Horne, Buick, Fisher, Leake, & Weinman, 2004), τα συμπτώματα



γήρανσης (Leventhal & Prohaska, 1986. Mora, Leventhal, Swigar, Leventhal, 2002), οι συμπεριφορές που συνδέονται με ψυχολογικό στρες (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993) και σαφώς ο διαβήτης (Skinner & Hampson, 2001).

#### **1.6.4. Το μοντέλο της κοινής λογικής: έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις**

Οι γνώσεις που αφορούν στον έλεγχο έχουν οριστεί, περιγραφεί και συσχετιστεί με την υγεία μέσω πολλών τρόπων. Οι Wallston et al. (1989) διαχώρισαν εννοιολογικά τους όρους αίσθηση ελέγχου (locus of control), αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) και απόδοση (attributions). Ο καθένας από αυτούς αναφέρεται σε κάποια πτυχή ελέγχου. Ωστόσο, διαχωρίζονται από το θεωρητικό πλαίσιο που περιβάλλει το καθένα, εστιάζοντας σε διαφορετική προοπτική του χρόνου (παρόν, παρελθόν, μέλλον) και εφαρμόζοντας τον έλεγχο σε διαφορετικές λειτουργίες (συμπεριφορά, διαδικασία, αποτελέσματα). Οι σκέψεις γύρω από τον έλεγχο είναι αυτόματες γνωστικές αναπαραστάσεις σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσάρεστες καταστάσεις.

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο της κοινής λογικής η γνωστική αναπαράσταση της κατάστασης της υγείας του ατόμου περιλαμβάνει, όπως έχει ήδη αναφερθεί, πέντε παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι η ελεγκσιμότητα (ή θεραπεία) και αφορά στον τρόπο που το ίδιο το άτομο αξιολογεί τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί για την αντιμετώπιση της κατάστασής του, κατά πόσο κρίνει δηλαδή ότι αυτές είναι αποτελεσματικές ή όχι. Αφορά πιο συγκεκριμένα, τον αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο του ατόμου πάνω στην ασθένειά του και τον θεραπευτικό έλεγχο, το κατά πόσο δηλαδή η θεραπεία που ακολουθεί πιστεύει ότι είναι αποτελεσματική για εκείνο.

Η ψυχολογική διάσταση του ελέγχου έχει να κάνει με τις απόψεις του ατόμου για την ικανότητά του να ελέγχει τη ζωή του. Από τη μία πλευρά υπάρχουν εκείνοι που εκφράζουν πίστη στις προσωπικές τους επιλογές και θεωρούν ότι αυτόκατευθύνονται. Από την άλλη, υπάρχουν και τα άτομα που πιστεύουν ότι η ζωή τους ελέγχεται από εξωτερικούς παράγοντες. Σε γενικότερα πλαίσια, η αίσθηση ελέγχου αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της ανθρώπινης προσωπικότητας (Kellerman, J., Zeitzer, L., Ellenberg, L. & Rigler, D., 1980). Στα πλαίσια, ωστόσο, των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια, αφορά στον έλεγχο που θεωρεί ότι έχει το άτομο πάνω στην κατάσταση που αντιμετωπίζει σχετικά με την υγεία του. Σε έρευνα το Gray (2004) βρέθηκε ότι η διάγνωση κάποιων συγκεκριμένων σοβαρών ή χρόνιων ασθενειών συνδέεται με μείωση στην αίσθηση ελέγχου της κατάστασης της υγείας σε εφήβους. Βέβαια, αυτό βρέθηκε να ισχύει στα άτομα με ογκολογικές, καρδιολογικές, νεφρολογικές και ρευματολογικές διαταραχές, αλλά όχι σε άτομα που έπασχαν από διαβήτη ή ινοκυστική νόσο.

Όσον αφορά στα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, η αντιλαμβανόμενη ικανότητα ελέγχου της ασθένειάς και τα επακόλουθα πλεονεκτήματα αυτής της αίσθησης προβλέπουν την τήρησης της σωστής διατροφής, την ποιότητα του μεταβολικού ελέγχου και τη γενικότερη ποιότητα ζωής (Bradley, 1994. Hampson, 1997. Stenstrom, Wikby, Andersson & Ryden, 1997. Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, Ingersoll-Dayton, 2000). Τα άτομα που νιώθουν μεγαλύτερη αυτεπάρκεια φαίνεται να έχουν εντονότερη προσωπική κινητοποίηση και γνωρίζουν καλύτερα το διαβήτη τους (Stenstrom, Wikby, Andersson & Ryden, 1997). Οι αντιλήψεις, επίσης, ότι η ασθένεια είναι θεραπεύσιμη/ελέγξιμη σχετιζόταν θετικά με την ψυχολογική ευεξία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα του ατόμου, και αρνητικά με την ψυχολογική πίεση και άγχος (Hagger & Orbell, 2002). Ακόμα, σε

ασθενείς με διαβήτη τύπου II αντιλήψεις για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχετίζονταν με καλύτερη αυτοδιαχείριση της νόσου (Ponzo et al., 2006), ενώ αρκετοί είναι οι ερευνητές που έχουν συνδέσει, μέσω της έρευνας τους, την αίσθηση αποτελεσματικότητας της θεραπείας με τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας (Griva, Myers & Newman, 2000. Skinner, John & Hampson, 2000. Skinner & Hampson, 2001. Skinner, Hampson & Fife-Schaw, 2002). Τέλος, εξίσου σημαντικά είναι και τα ευρήματα ότι η ισχυρή αίσθηση προσωπικού ελέγχου μειώνει το άγχος. Άτομα με αδύναμη αίσθηση ελέγχου που βιώνουν υψηλά επίπεδα χρόνιου στρες τείνουν να αισθάνονται αβοήθητοι (Sarafino,).

Στην προσπάθειά να γίνει κατανοητό ένα σύνθετο σύστημα, όπως είναι το ανθρώπινο μυαλό, μια δυναμική επιστημονική προσέγγιση είναι να εντοπιστούν τα κομμάτια που πραγματοποιούν τις διάφορες εξειδικευμένες λειτουργίες. Το να μελετάει κανείς το κάθε κομμάτι μεμονωμένα είναι σημαντικό, αλλά δεν προσφέρει μια πλήρη κατανόηση του συνόλου. Το ίδιο λοιπόν συμβαίνει και με τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις του ανθρώπινου μυαλού. Είναι δύο διαφορετικές διεργασίες, αλλά δεν είναι εντελώς ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Ερευνητές έχουν προτείνει και δείξει μέσω της μελέτης τους ότι οι συναισθηματικές διεργασίες και ο γνωστικός έλεγχος είναι δύο ξεχωριστές διεργασίες που αλληλοεπηρεάζονται (Gray, Braver, & Raichle, 2002).

Όπως αναφέρθηκε και λίγο παραπάνω, ένα από τα δυνατά σημεία του μοντέλου της κοινής λογικής των Leventhal et al. είναι ότι πέραν των γνωστικών αναπαραστάσεων περιλαμβάνει και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις που δημιουργεί ο ασθενής για την κατάστασή της υγείας του. Το μοντέλο ουσιαστικά προτείνει ότι το άτομο ανταποκρινόμενο στην ασθένειά του ή σε οποιαδήποτε απειλή για την υγεία του, αναπτύσσει ταυτοχρόνως τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές

αναπαραστάσεις. Ενδιαφέρεται δηλαδή για τον τρόπο που τα νέα δεδομένα στη ζωή του ατόμου (χρόνια νόσος κτλ) πυροδοτούν διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, όπως άγχος, ανησυχία, φόβος κτλ. Κατά συνέπεια, η συναισθηματική αναστάτωση στα πλαίσια μια χρόνιας ασθένειας έχει αρνητικά συμπτώματα στην τήρηση της θεραπείας και στην ποιότητα ζωής (de Groot, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001. DiMatteo, Lepper & Groghan, 2000). Οι συναισθηματικές αποκρίσεις σε μια νέα κατάσταση είναι ζωτικά συστατικά για το σύστημα κινητοποίησης του ατόμου- ως άμεσες απαντήσεις στην αξιολόγηση της προόδου βάσει των στόχων του, ως εμπειρίες που πρέπει να ρυθμιστούν και ως επιρροές σε σκέψεις και συμπεριφορές (Cameron & Leventhal, 2003 (e book)). Αναφορικά με το διαβήτη, έχει φανεί πολλές φορές η σύνδεσή του με την κατάθλιψη (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001. Egede, Zheng, & Simpson, 2002.) και τις αγχώδεις διαταραχές (Bouwman, Adriaanse, Van't Riet, Snoek, Dekker, & Nijpels, 2010). Τα ποσοστά αυτών των διαταραχών φτάνουν τα διπλάσια για τον πληθυσμό των διαβητικών, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Είναι σημαντικό λοιπόν, πέραν των γνωστικών αναπαραστάσεων, να δώσουμε τη δέουσα προσοχή και σε συναισθήματα, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που το άτομο θα διαχειριστεί την κατάστασή του. Τρεις τελικώς ήταν οι λόγοι για τους οποίους συμπεριλήφθηκαν οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις στην παρούσα έρευνα: η προφανής και πλέον αποδεδειγμένη αλληλεπίδραση γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων, ο ρόλος που μπορούν να διαδραματίσουν στη διαχείριση της ασθένειας, καθώς και η περιορισμένη υπάρχουσα βιβλιογραφία γύρω από τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις.

## **1.7 Θεραπεία Δέσμευσης και Αποδοχής (Acceptance and Commitment Therapy, ACT)**

Η θεραπεία της αποδοχής και της δέσμευσης είναι μία από τις πιο πρόσφατες θεραπείες της συμπεριφοράς που στηρίζονται στη συνειδητότητα (mindfulness) και έχει φανεί να είναι αποτελεσματική σε μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων. Σε αντίθεση με την υπόθεση της «υγιούς κανονικότητας» της Δυτικής Ψυχολογίας, η Θεραπεία της Δέσμευσης και της Αποδοχής (ΘΑΔ) υποθέτει ότι οι ψυχολογικές διαδικασίες ενός υγιούς μυαλού είναι συχνά καταστροφικές και δημιουργούν ψυχολογικό πόνο. Η ΘΑΔ δε στοχεύει στη μείωση αυτών των συμπτωμάτων, βασιζόμενη στη λογική ότι η συνεχής προσπάθεια να απαλλαγεί κανείς από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να προκαλέσει διαταραχές (Harris, 2006). Η συγκεκριμένη θεραπεία χρησιμοποιεί ένα μίγμα από μεταφορές, παράδοξα και ικανότητες συνειδητότητας μαζί με μια ποικιλία από εμπειρικές ασκήσεις και καθοδηγούμενες συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

### ***1.7.1 Η Θεωρία της Συσχετιστικής Δομής (Relational Frame Theory)***

Το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η Θεωρία της Αποδοχής και της Δέσμευσης είναι η Θεωρία της Συσχετιστικής Δομής (Relational Frame Theory). Πρόκειται για μια από τις συμπεριφορικές-αναλυτικές θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς που είναι ενεργές στην έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες. Η Θεωρία της Συσχετιστικής Δομής είναι μια εκτεταμένη και δύσκολα κατανοητή θεωρία, αλλά ουσιαστικά συνοψίζεται στο τρόπο που οι άνθρωποι, ως μοναδικά έλλογα όντα, δημιουργούν τον ψυχολογικό πόνο και την δυστυχία μόνο με την χρήση της γλώσσας (Fletcher & Hayes, 2005).

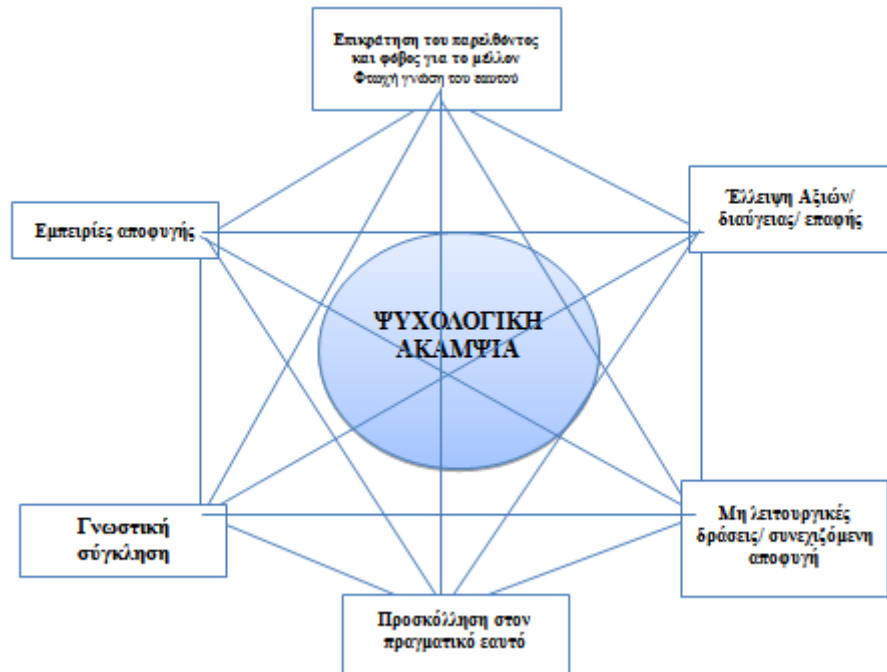
Η προσέγγιση αυτή εντάσσεται στο αποκαλούμενο «τρίτο κύμα» συμπεριφορικών και γνωστικών θεραπειών και συνδυάζει κλασικές γνωστικό-συμπεριφορικές τεχνικές με θέματα αποδοχής και συνειδητότητας. Ενώ η παραδοσιακή Γνωστικό-Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) διαπραγματεύεται τις ανθρώπινες σκέψεις με σκοπό να τις αμφισβητήσει, να τις αλλάξει και να αναδιαμορφώσει το περιεχόμενό τους, οι νέες θεραπείες υιοθετούν μια διαφορετική προσέγγιση, εστιάζοντας στη σχέση ανάμεσα στο άτομο και στις σκέψεις και στα συναισθήματά του (Hayes, Follette, & Linehan, 2004).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, ο πυρήνας της ανθρώπινης γλώσσας και αντίληψης είναι η μαθημένη και εννοιολογικά ελέγξιμη ικανότητα του κάθε ατόμου να συνδέει αυθαίρετα γεγονότα και να αλλάζει λειτουργίες συγκεκριμένων γεγονότων βασισμένο στις σχέσεις τους με άλλα. Για παράδειγμα, πολύ μικρά παιδιά θα γνωρίζουν ότι ένα νόμισμα των 5 λεπτών είναι μεγαλύτερο από ένα των 10 λεπτών σε μέγεθος, αλλά μόνο αργότερα θα κατανοήσουν ότι το πρώτο είναι μικρότερο από το δεύτερο λόγω κοινωνικής αποδοχής. Όλες οι εφαρμογές της ΘΣΔ απορρέουν από διάφορες πηγές, ωστόσο τρία είναι τα βασικά της χαρακτηριστικά: α) η ανθρώπινη αντίληψη είναι ένα συγκεκριμένο είδος μαθημένης συμπεριφοράς (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Smeets, Strand, & Friman, 2004), β) η αντίληψη τροποποιεί τα αποτελέσματα άλλων συμπεριφορικών διαδικασιών (Dymond & Barnes, 1995) και γ) οι γνωστικές συσχετίσεις και λειτουργίες συνδέονται με διαφορετικά εννοιολογικά χαρακτηριστικά μιας κατάστασης (Wulfert & Hayes, 1988).

Με άλλα λόγια, η ανθρώπινη δυστυχία προκαλείται μόνο από την συμβολική χρήση της γλώσσας. Για να γίνει πιο ξεκάθαρη αυτή η πρόταση διευκρινίζεται ότι η χρήση και η λειτουργία της γλώσσας προκαλεί ψυχολογικό πόνο στους ανθρώπους με τους εξής τρόπους: η γλώσσα είναι αυτή που μας βάζει να παλεύουμε με τις δικές

μας σκέψεις, αισθήσεις, εμπειρίες και μνήμες. Επίσης, μας κρίνει, μας αξιολογεί, μας εξαπατά, μας υπενθυμίζει λάθη του παρελθόντος, μας αγχώνει για το μέλλον και τέλος, μας δημιουργεί κανόνες για τον εαυτό μας που κυβερνούν την συμπεριφορά μας και περιορίζουν την ευελιξία μας (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Συνεπώς, σύμφωνα με τη ΘΣΔ, η ρίζα της ανθρώπινης δυστυχίας είναι η γλώσσα από μόνη της.

Η θεωρία αυτή στηρίζει λοιπόν την άποψη ότι οι άνθρωποι παγιδεύονται σε ένα συνεχή αγώνα προκειμένου να αποφύγουν τον πόνο, που ουσιαστικά είναι αναπόφευκτος, ενώ εμμένουν στην κυριολεκτική σημασία των λέξεων και των γεγονότων. Εκτός από τη συνεχή παρουσία του πόνου, η γλώσσα προκαλεί επίσης δυστυχία στον άνθρωπο μέσα από τις εμπειρίες αποφυγής, την τάση του δηλαδή να συμπεριφέρεται με τρόπο με τον οποίο να διαφοροποιεί την ένταση, τη συχνότητα ή τη μορφή προσωπικών μη επιθυμητών συμβάντων (π.χ. συναισθήματα, αναμνήσεις κτλ.) και τα πλαίσια στα οποία συμβαίνουν. Το ίδιο αποτέλεσμα επιφέρει η γλώσσα και μέσα από τη γνωστική σύντηξη, όπου το άτομο εμμένει στην κυριολεκτική σημασία των λέξεων και τις αφήνει να καθορίσουν τη συμπεριφορά του. Εδώ οι σκέψεις ταυτίζονται με την πραγματικότητα. Οι τρεις αυτές καταστάσεις προκαλούν στον άνθρωπο μια ψυχολογική ακαμψία, μια αδυναμία με άλλα λόγια να αξιολογεί ποιες συμπεριφορές είναι υπέρ και ποιες εναντίον του, οδηγώντας τον στην πιθανή εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (Hayes, 2004).



Εικόνα 1: Ψυχοπαθολογία σύμφωνα με τη ΘΣΔ

Το μοντέλο ψυχοπαθολογίας της ΘΣΔ θα μπορούσε να αποδοθεί με απλό και κατανοητό τρόπο μέσα από ένα εξαγωνικό σχήμα (Εικόνα 1). Ο σχηματισμός αυτός ουσιαστικά συνοψίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και είναι α) οι εμπειρίες αποφυγής, β) η γνωστική σύγκληση, γ) οι μη λειτουργικές σκέψεις/ η συνεχόμενη αποφυγή, δ) η προσκόλληση στον αντιληπτό εαυτό, ε) η έλλειψη αξιών και στ) η επικράτηση του παρελθόντος και ο φόβος για το μέλλον.

### 1.7.2 Το μοντέλο της ΘΑΔ

Η ΘΑΔ σε γενικές γραμμές στοχεύει στη βελτίωση της «ψυχολογικής ευελιξίας», την ικανότητα δηλαδή που έχει το άτομο να συνδέεται με την παρούσα δεδομένη στιγμή σαν ένα συνειδητό όν, καθώς και να αλλάζει ή να επιμένει σε μια συμπεριφορά όταν αυτή είναι λειτουργική. Η «ψυχολογική ευκαμψία» εδραιώνεται



μέσα από έξι θεμελιώδεις διαδικασίες της ΘΑΔ (Εικόνα 2): α) αποδοχή, β) γνωστική αποκόλληση, γ) σύνδεση με το παρόν, δ) ο εαυτός ως πλαίσιο, ε) αξίες και στ) δεσμευμένες δράσεις . Καθεμία από αυτές γίνεται αντιληπτή ως μια θετική ψυχολογική ικανότητα, που συμβάλλει στην αποφυγή της ψυχοπαθολογίας. Αναλυτικότερα, η (α) αποδοχή μαθαίνεται σα μια εναλλακτική της συμπεριφορικής αποφυγής. Η αποδοχή εμπλέκει τον ενεργό εναγκαλισμό αυτών που θα χαρακτηρίζαμε ως προσωπικά γεγονότα της ιστορίας του κάθε ατόμου. Χωρίς περιττές προσπάθειες να αλλάξει τη συχνότητά τους ή τη μορφή τους, ειδικά όταν αυτό θα μπορούσε να προκαλέσει ψυχολογικές «βλάβες». Για παράδειγμα, τα άτομα που ταλαιπωρούνται από αγχώδεις διαταραχές μαθαίνουν να νιώθουν το άγχος, ως συναίσθημα, ολοκληρωτικά και χωρίς άμυνες. Η αποδοχή (και η γνωστική αποκόλληση) στη ΘΑΔ δεν είναι το τελικό στάδιο από μόνη της. Αντιθέτως, αναπτύσσεται ως μια μέθοδος προκειμένου να ενισχυθούν οι βασισμένες σε αξίες ενέργειες του ατόμου (Hayes, Luoma, Bond, Masudaa, & Lillis, 2006).

Οι τεχνικές (β) γνωστικής αποκόλλησης επιχειρούν περισσότερο να τροποποιήσουν τις ανεπιθύμητες σκέψεις και άλλα προσωπικά γεγονότα, παρά να μετατρέψουν τη μορφή ή τη συχνότητα αυτών. Με άλλα λόγια, η ΘΑΔ επιδιώκει να αλλάξει τον τρόπο που ο καθένας αλληλεπιδρά ή σχετίζεται με τις σκέψεις του, δημιουργώντας γνωσίες στις οποίες οι μη βοηθητικές λειτουργίες τους ελαττώνονται. Έχουν αναπτυχθεί τεχνικές για διάφορα κλινικά περιστατικά (Hayes & Strosahl, 2005). Για παράδειγμα, μια αρνητική σκέψη θα μπορούσε να επαναληφθεί τόσες φορές έως ότου μείνει μόνο ο ήχος, ή να θεωρηθεί ένα εξωτερικό γεγονός δίνοντάς του σχήμα, χρώμα, ταχύτητα ή μορφή. Κάποιος θα μπορούσε ακόμα να ευχαριστήσει το ίδιο του το μυαλό για μια σκέψη που του προσέφερε, να ονομάσει τη διαδικασία της σκέψης («κάνω τη σκέψη ότι δεν είμαι καλός»), να εξετάσει τις προηγούμενες

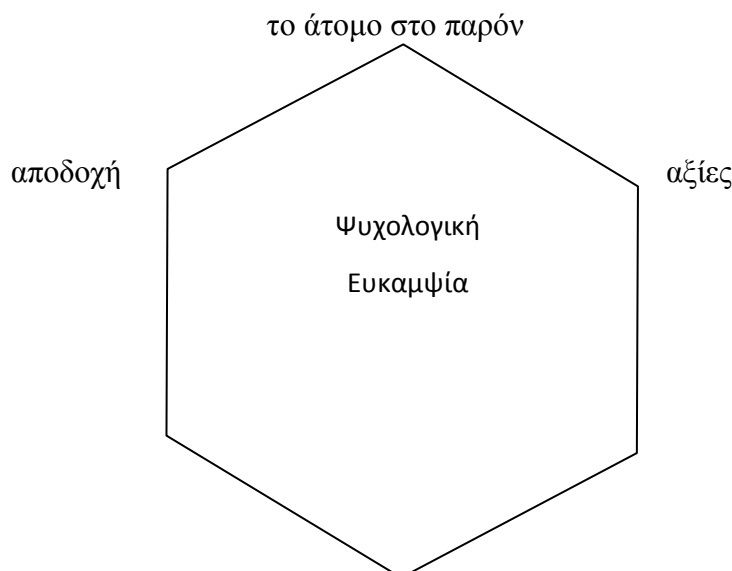
σκέψεις, συναισθήματα και αναμνήσεις που υπήρχαν ενώ βιώνει την εκάστοτε σκέψη. Τέτοιες διαδικασίες έχουν στόχο να μειώσουν την κυριολεκτική φύση της σκέψης, να αποδυναμώσουν την τάση του ατόμου να αντιδρά στις σκέψεις του όπως ακριβώς γίνονται («δεν είμαι καλός») και όχι σε αυτό που ουσιαστικά βιώνει (π.χ. τη σκέψη «δεν είμαι καλός»).

Η τρίτη διαδικασία που στελεχώνει τη ΘΑΔ είναι το να μην ξεχνάει να ζει *(γ) το άτομο στο παρόν*. Η ΘΑΔ προωθεί τη διαρκή, άνευ κριτικής, επαφή με τα ψυχολογικά και περιβαλλοντικά γεγονότα όπως αυτά συμβαίνουν. Στόχος είναι οι ασθενείς να βιώνουν τον κόσμο πιο άμεσα, έτσι ώστε η συμπεριφορά τους να είναι πιο ευέλικτη και συνεπώς, οι ενέργειές τους να είναι πιο συνεπείς με τις αξίες που έχουν. Αυτό επιτυγχάνεται επιτρέποντας να υπάρχει περισσότερος έλεγχος πάνω στη συμπεριφορά, μέσω της επεξεργασίας, και χρησιμοποιώντας τη γλώσσα περισσότερο σαν εργαλείο, προκειμένου το άτομο να σημειώνει και να περιγράφει τα γεγονότα, και όχι απλά για να τα προβλέπει και να τα κρίνει. Ενθαρρύνεται ενεργά η αίσθηση «του εαυτού ως μια διαδικασία»: η εκτόνωση, η διαρκής άκριτη περιγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και άλλων προσωπικών περιστατικών (Hayes, Luoma, Bond, Masudaa, & Lillis, 2006).

Επόμενη βασική αρχή της ΘΑΔ είναι *(δ) ο εαυτός ως πλαίσιο*. Σαν αποτέλεσμα των συσχετίσεων «Εγώ» εναντίον «Εσύ», «Τώρα» εναντίον «Τότε», «Εδώ» εναντίον «Εκεί», η ανθρώπινη γλώσσα οδηγεί σε μια αίσθηση του εαυτού ως κέντρο δράσης, και παρέχει μια υπερβατική, πνευματική πλευρά στη λεκτική ικανότητα του ανθρώπου. Αυτή άλλωστε είναι και μία από τις βασικές ιδέες πάνω στις οποίες στηρίχθηκαν και αναπτύχθηκαν, τόσο η ΘΑΔ, όσο και η ΘΣΔ (Hayes, 1984). Ο εαυτός ως πλαίσιο είναι ένα σημαντικό κομμάτι, καθώς από αυτή την οπτική, ο καθένας μπορεί να αποκτήσει επίγνωση των εμπειριών του χωρίς να

προσκολλάται σε αυτές. Με αυτό τον τρόπο, η αποδοχή και η εκτόνωση καλλιεργούνται από το άτομο. Ο εαυτός ως πλαίσιο αναπτύσσεται στη ΘΑΔ με ασκήσεις συνειδητότητας, μεταφορές και εμπειρικές διαδικασίες

Οι (ε) αξίες επίσης αποτελούν καίριο συστατικό της δομής της ΘΑΔ. Η συγκεκριμένη θεωρία χρησιμοποιεί μια ποικιλία ασκήσεων για να βοηθηθεί ο πελάτης να διαλέξει τις κατευθύνσεις του σε διάφορους τομείς της ζωής του (π.χ. οικογένεια, καριέρα), ενώ ταυτόχρονα υποβόσκουν λεκτικές διαδικασίες οι οποίες ενδεχομένως να οδηγήσουν σε επιλογές βασισμένες στην αποφυγή ή στην κοινωνική συμμόρφωση (π.χ. «Θα έπρεπε να έχω αξία το X» ή «Ένας καλός άνθρωπος θα έπρεπε να έχει ως αξία το Y» ή «Η μητέρα μου θα ήθελε να έχω ως αξία το Z»). Στη ΘΑΔ η αποδοχή, η εκτόνωση, το άτομο συνδεδεμένο με το παρόν ή το άτομο ως πλαίσιο δεν σημαίνουν το τέλος από μόνα τους. Αυτό που κάνουν είναι να ανοίγουν ένα μονοπάτι για μια πιο ουσιαστική, συνεπή με τις αξίες του καθενός, ζωή. Τέλος, στα πλαίσια της ΘΑΔ, η ψυχολογική ευελιξία επηρεάζεται από αυτό που χαρακτηρίζεται ως (στ) δεσμευμένες δράσεις. Ενθαρρύνεται δηλαδή η ανάπτυξη ευρύτερων προτύπων αποτελεσματικής δράσης που συνδέονται με επιλεγμένες αξίες. Σύμφωνα με αυτή τη λογική, η ΘΑΔ έχει σημαντικές ομοιότητες με την κλασική συμπεριφορική θεραπεία (Hayes, Luoma, Bond, Masudaa, & Lillis, 2006).



γνωστική  
αποκόλληση

δεσμευμένες  
δράσεις

ο εαυτός ως πλαίσιο

*Εικόνα 2: Το εξαγωνικό μοντέλο της θεραπείας της ΘΑΔ*

Συμπερασματικά, οι θεμελιώδεις διαδικασίες της ΘΑΔ είναι τόσο συσχετιζόμενες όσο και αλληλοκαλυπτόμενες. Λαμβάνοντάς τες υπόψη ως ένα σύνολο, η καθεμία υποστηρίζει την άλλη και όλες μαζί στοχεύουν στην ψυχολογική ευελιξία του ατόμου: διαδικασία δηλαδή κατά την οποία το άτομο συνδέεται με την παρούσα στιγμή ως ένα ευσυνείδητο ον αλλά και εμμένει ή αλλάζει συμπεριφορές βασισόμενο σε επιλεγμένες αξίες.

Η ΘΑΔ έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική σε διάφορες κλινικές περιπτώσεις, όπως κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στρες εργασίας, χρόνιος πόνος, στρες λόγω καρκίνου τελικού σταδίου, άγχος, αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, νευρική ανορεξία, χρήση ηρωίνης και μαριχουάνας, ακόμα και σχιζοφρένεια (Zettle & Raines, 1989. Twohig, Hayes, & Masuda, 2006. Bond & Bunce, 2000. Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004. Branstetter, Wilson, Hildebrandt, & Mutch, 2004). Μια μελέτη των Bach & Hayes (2002) έδειξε ότι μόνο μετά από τέσσερις ώρες εφαρμογής της ΘΑΔ, η επανεισαγωγή σχιζοφρενών ατόμων στο νοσοκομείο μειώθηκε στο 50% κατά τους έξι επόμενους μήνες.

### **1.7.3 Αποδοχή και Διαβήτης**

Η αποδοχή, ετυμολογικά, σημαίνει το «να λαμβάνει κανείς αυτό που προσφέρεται». Στη ΘΑΔ, όμως, η αποδοχή δεν ταυτίζεται με την ανοχή, αντιθέτως εκφράζει τον ενεργό, άκριτο εναγκαλισμό της εμπειρίας στο εδώ και τώρα. Η

αποδοχή είναι αδύνατη χωρίς τον γνωστικό αποπλισμό και ουσιαστικά δηλώνει το ενεργό βίωμα των γεγονότων, όπως αυτά είναι, και όχι όπως λέγεται ότι είναι. Με άλλα λόγια, αποδοχή σημαίνει το συναίσθημα να βιώνεται ως συναίσθημα, οι σκέψεις ως σκέψεις, οι αισθήσεις ως αισθήσεις κ.ο.κ., στο εδώ και τώρα. Η έννοια της αποδοχής στη ΘΑΔ περιλαμβάνει την «έκθεση». Έτσι η ΘΑΔ συνδέεται με όλες τις θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση, αλλά όχι για συναισθηματικούς σκοπούς. Το να νιώσεις ένα συναίσθημα περιλαμβάνει τη διαδικασία της αξιολόγησής του εκάστοτε συναισθήματος και της σύγκρισής του. Για παράδειγμα, «Νιώθω τόσο άγχος, το οποίο είναι περισσότερο (ή λιγότερο) από ότι ήταν και αυτό είναι καλό (ή κακό)». Η αποδοχή της ΘΑΔ οδηγεί σε ένα διαφορετικό είδος έκθεσης: μια ολοκληρωτική εμπειρία με ενεργό τρόπο στο παρόν, λεπτό προς λεπτό (Hayes, 2004).

Έχει προταθεί ότι οι συνέπειες του να μην μπορεί να αποδεχθεί ο πάσχων την ίδια του την κατάσταση, τον οδηγεί στο να υποκύπτει στους περιορισμούς που του θέτει η ασθένεια, στη μείωση της αυτεπάρκειας του, σε αίσθημα εξάρτησης από τους άλλους και μειωμένη αίσθηση αξίας του εαυτού (Juczyński & Narzędzia, 2001). Σύμφωνα με τους Haase, Britt, Coward, Leidy, and Penn (1992), η αποδοχή μιας χρόνιας ασθένειας δύναται να διευκολύνει την προσωπική ανάπτυξη, η οποία εκδηλώνεται ως αυξημένη αυταξία και αυτογνωσία. Οι ερευνητές Stuifbergen and Rogers (1997) κατέληξαν στο ότι η αποδοχή διευκόλυνε την προαγωγή της υγείας και την ποιότητα ζωής σε άτομα με χρόνιες νόσους και αναπηρίες. Έχει ακόμα δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο ρόλο που παίζει η αποδοχή στην αποκατάσταση από μια ποικιλία συμπεριφορικών προβλημάτων, όπως εθισμοί (Marlatt, 1994), κατάθλιψη (Dougher & Hackbert, 1994), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή πανικού (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Σημαντικό ρόλο έχει βρεθεί επίσης να διαδραματίζει η αποδοχή στην αντιμετώπιση του πόνου. Για παράδειγμα, οι

Arntz and Schmidt (1989) κατέληξαν στο ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος έχει θετικές συνέπειες στη διαχείριση του.

Αποτελέσματα άλλων ερευνών έχουν επίσης επιβεβαιώσει την παραπάνω σχέση και σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Αναλυτικότερα, οι Lewko et al. (2007) βρήκαν την αποδοχή να επηρεάζει αρνητικά καταστάσεις, όπως η αυτεπάρκεια, το αίσθημα εξάρτησης από τους άλλους καθώς και την αίσθηση αξίας του εαυτού. Επιπλέον φάνηκε ότι οι σχέσεις αυτές ίσχυαν περισσότερο για τους διαβητικούς ασθενείς που έπασχαν από περιφερειακή νευροπάθεια, ασθενείς οι οποίοι έδειχναν μεγαλύτερες δυσκολίες στην αποδοχή της ασθένειάς τους, σε σύγκριση με τους διαβητικούς που δεν υπέφεραν από περαιτέρω επιπλοκές. Μελέτες έχουν βρει ακόμα ότι μεγαλύτερη αποδοχή της ασθένειας σε άτομα με διαβήτη έχουν μεγαλύτερες ικανότητες διαχείρισης (Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001) και αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους (Dion, 1990).

Η αυτορρύθμιση του διαβήτη τύπου II απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή, φυσική δραστηριότητα, έλεγχο της γλυκόζης του αίματος, καθώς και συνέπεια στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και της ινσουλίνης. Μια καλή αυτορρύθμιση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C), που αντικατοπτρίζουν μια μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών που σχετίζονται με τον διαβήτη, άρα καλύτερη σωματική υγεία (U.K. Prospective Diabetes Study Group [UKPDS], 1998). Έρευνα συσχέτισης πάνω στις διάφορες μορφές στρατηγικών διαχείρισης έχει δείξει ότι η αποδοχή του διαβήτη συσχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα HbA1C (Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001).

Επιπλέον, σε έρευνά τους οι Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson (2007) υπέθεσαν ότι οι αλλαγές στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σε ασθενείς με διαβήτη ενδέχεται να επηρεάζονται από την αποδοχή και τις συμπεριφορές

αυτορρύθμισης. Στα αποτελέσματά τους βρήκαν ότι ενημέρωση μιας μέρας γύρω από τον διαβήτη συνδεόταν με βελτιωμένη αυτορρύθμιση αλλά όχι θετικές εξελίξεις στον διαβητικό έλεγχο. Αν ωστόσο, λιγότερο από τη μισή της ώρα, η εκπαίδευση-παρέμβαση εστίαζε στην αποδοχή, στη συνειδητότητα και στη δράση που βασίζεται σε αξίες, τότε οι ασθενείς ανέφεραν ότι η αυτορρύθμισή τους είχε βελτιωθεί σημαντικά. Συμπερασματικά, φαίνεται πιθανό μια παρέμβαση της ΘΑΔ να έχει σημαντική επίδραση στις συμπεριφορές αυτορρύθμισης του διαβήτη, και ίσως στον έλεγχο της γλυκόζης.

### **1.8 Κινητοποίηση και Σακχαρώδης Διαβήτης**

Το να αισθάνεται κανείς γεμάτος ζωντάνια είναι μια συνηθισμένη πλευρά της ανθρώπινης εμπειρίας, παρόλα αυτά η κατάσταση αυτή μπορεί να παρουσιαστεί με διάφορες μορφές στην πορεία του κάθε ατόμου. Οι άνθρωποι συχνά αναφέρονται στο ότι νιώθουν γεμάτοι ζωντάνια ή δυναμισμό κάτω από ορισμένες συνθήκες ή μετά από συγκεκριμένα γεγονότα. Ενώ από την άλλη, νιώθουν πεσμένοι και εξαντλημένοι σε κάποια συγκεκριμένα πλαίσια. Αυτή η θετική αίσθηση της ζωντάνιας και της ενέργειας σχετίζεται με κάτι παραπάνω από το να είναι κανείς σε εγρήγορση ή ακόμα και από το να έχει αποθέματα θερμίδων. Έχει να κάνει επίσης και με συγκεκριμένες ψυχολογικές εμπειρίες (Ryan & Frederick, 1997).

Ο σακχαρώδης διαβήτης απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Αναλυτικότερα, ο ασθενής καλείται να ενημερωθεί για την πάθηση του, να κινητοποιηθεί, να αναλάβει την προσωπική ευθύνη και να προβεί σε συνειδητές ενέργειες προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπείας. Με άλλα λόγια το άτομο που έχει διαβήτη, θα πρέπει να είναι σε θέση ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να ελέγχει, για παράδειγμα, τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα του. Επιπλέον, είναι αναγκασμένο να

επισκέπτεται συχνά τις υπηρεσίες φροντίδας για τη διαφύλαξη της υγείας του, να προβαίνει σε τακτικό ιατρικό έλεγχο μέσω των κατάλληλων εξετάσεων, να είναι σε θέση να εντοπίζει πρώιμα σημάδια ή συμπτώματα των επιπλοκών, προκειμένου να τις προλαμβάνει. Για όλους τους παραπάνω λόγους το άτομο με διαβήτη πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση και δραστηριοποίηση (Doherty, James & Roberts, 2000. Wasserman & Trinova, 2006). Ακόμα, βασική προϋπόθεση για μια καλή εξέλιξη της νόσου του διαβήτη είναι η καθημερινή άσκηση του ασθενή. Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα κομμάτια της θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαβητικών ασθενών (Barclay, Procter, Glendenning, Marsh, Freeman & Mathers, 2008), συνεπώς, το άτομο καλείται να παρουσιάζει καλή δραστηριοποίηση.

Η απώλεια ενέργειας και κινητοποίησης είναι αρκετά συχνή στην εποχή μας. Αποτελεί μάλιστα και ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης ή της ανηδονίας που είναι απαραίτητα (τουλάχιστον το ένα από τα δύο) για τη διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου, βασική προϋπόθεση είναι η εμφάνιση και άλλων συμπτωμάτων, όπως η διαταραχή της όρεξης και του ύπνου, ψυχοκινητική διαταραχή κ.α. (APA, 2000). Ανάμεσα σε αυτά τα συμπτώματα είναι και η απώλεια ενέργειας. Το άτομο δηλαδή νιώθει έντονη κόπωση και εξάντληση, ακόμα κι αν δεν έχει κάνει κάτι που δικαιολογεί τέτοια αίσθηση, επειδή νιώθει ότι έχει χάσει όλη του την ενέργεια (Χριστοπούλου, 2008).

Συμπερασματικά, γίνεται κατανοητό ότι οι ασθενείς με διαβήτη θα έπρεπε, ιδανικά, να παρουσιάζουν καλά επίπεδα κινητοποίησης και ενέργειας, καθώς η διαχείριση της συγκεκριμένης νόσου απαιτεί έντονη δραστηριοποίηση, σε τακτική μάλιστα βάση. Εάν λοιπόν ο πάσχων θέλει η ασθένειά του να έχει καλή έκβαση, το να



είναι κινητοποιημένος θα έπρεπε να 'είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας του.

### **1.9 Σκοπός της παρούσας έρευνας**

Η έρευνα αυτή διαπραγματεύεται την ασθένεια του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Αναλυτικότερα, μελετά το πώς οι αντιλήψεις του ασθενή για τη νόσο του επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου, καθώς και τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας που απαιτεί η ασθένεια του διαβήτη. Σύμφωνα με τους Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey και Ingersoll-Dayaton (2000), οι οποίοι στηρίχτηκαν στο μοντέλο του Leventhal, ορισμένες πτυχές της γνωστικής αναπαράστασης του ατόμου για τον διαβήτη (ιδιαίτερα η κατανόηση και ο έλεγχος της ασθένειας) συνδέονται με την παρουσία συμπεριφορών υγείας, μείωση των σχετικών εμποδίων και καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα των Hampson, Glasgow και Foster (1995), σύμφωνα με τα οποία η ψυχική ευεξία και η κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου με διαβήτη τύπου II σχετίζονται με την αντίληψη του ατόμου για την ασθένεια του. Αυτές είναι μερικές μόνο από τις έρευνες που καταδεικνύουν τη συσχέτιση των γνωστικών αναπαραστάσεων στο διαβήτη με την ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές υγείας και στηρίζουν τις αρχικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

Πέραν όμως των παραπάνω σχέσεων, η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο τη διερεύνηση της αποδοχής του εαυτού αλλά και της κινητοποίησης (ενέργεια), ως διαμεσολαβητές στη σχέση που μπορεί να έχουν οι γνωστικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια του διαβήτη με την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η άποψη αυτή στηρίζεται σε προηγούμενες έρευνες οι οποίες έχουν επισημάνει τη σημασία της

αποδοχής τη νόσου στην πορεία της ζωής των ασθενών. Για παράδειγμα, η μελέτη των Stuijbergen and Rogers (1997) έδειξε ότι η αποδοχή διευκόλυνε την προαγωγή της υγείας και την ποιότητα ζωής σε άτομα με χρόνιες νόσους και αναπηρίες.

Ωστόσο, διευκρινίζεται ότι ο η παρούσα έρευνα διαπραγματεύεται την έννοια της αποδοχής του εαυτού, ως μια πιο γενική έννοια από αυτή της αποδοχής της νόσου. Η αποδοχή άλλωστε του εαυτού, δεν μπορεί να μη συμπεριλαμβάνει την αποδοχή της νόσου, ως μια επιμέρους διαδικασία της. Στην έρευνα αυτή λοιπόν επιδιώκεται να εξετασθεί η άποψη ότι οι αντιλήψεις για τον διαβήτη, θα συνδέονται με την ποιότητα ζωής των νοσούντων μέσω της αποδοχής του εαυτού τους.

Το ίδιο επιδιώκει να ελέγξει η έρευνα αυτή και για την κινητοποίηση που παρουσιάζουν τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II. Κατά πόσο δηλαδή παίζει ρόλο διαμεσολαβητή στη σχέση γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία και ποιότητα ζωής. Η νόσος του διαβήτη έχει γίνει ξεκάθαρο ότι απαιτεί μια ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για την πάθηση του, να κινητοποιηθεί, να αναλάβει την προσωπική ευθύνη και να προβεί σε διάφορες ενέργειες, όπως τακτική μέτρηση σακχάρου του αίματος, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπείας (Doherty, James & Roberts, 2000).

Μάλιστα, η φυσική δραστηριότητα είναι μια βασική πτυχή της σωστής αντιμετώπισης του διαβήτη, συνεπώς γίνεται κατανοητή η αναγκαιότητα κινητοποίησης από πλευρά του ασθενή (Barclay, Procter, Glendenning, Marsh, Freeman & Mathers, 2008). Από την άλλη, η έλλειψη κινητοποίησης συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (Χριστοπούλου, 2008).

Τέλος, με βάση προηγούμενες έρευνες οι οποίες τονίζουν τη σημασία του κοινωνικού πλαισίου στα άτομα με χρόνια νόσο, σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι επίσης ο έλεγχος του πώς η κοινωνική στήριξη ενδέχεται να επηρεάσει τις

σχέσεις: «γνωστικές αναπαραστάσεις στο σακχαρώδη διαβήτη και ποιότητα ζωής» και «γνωστικές αναπαραστάσεις του διαβήτη και συμπεριφορές αυτό-φροντίδας».

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την έναρξη αλλά και την πορεία διάφορων ασθενειών, μεταξύ αυτών και του διαβήτη (Martin & Brantley, 2004). Σαφώς η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης είναι ευρεία, ενώ η σχέση της με την υγεία αρκετά πολύπλοκη. Με άλλα λόγια, η επίδραση της κοινωνική στήριξης στην πορεία της υγείας του ατόμου επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, μεταξύ αυτών η προσωπικότητα του ατόμου, ο βαθμός της υποστήριξης κ.α. Αποδεικνύεται ωστόσο από πληθώρα ερευνών ότι το κοινωνικό πλαίσιο έχει τη δύναμη να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο ακόμα και στην εφαρμογή συμπεριφορών αυτό-φροντίδας, οι οποίες είναι καθοριστικές για τη διαχείριση του διαβήτη (Kerns & Weiss, 1994. Reich & Zautra, 1995). Οι Albright και συν. (2001) υποστήριξαν ότι η ύπαρξη κοινωνικού πλαισίου, και κυρίως η στήριξη της οικογένειας, συνδεόταν με καλύτερες συμπεριφορές αυτό-φροντίδας. Εξίσου σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του κοινωνικού πλαισίου και στο μοντέλο της κοινής λογικής, στο οποίο άλλωστε έχει βασιστεί η συγκεκριμένη έρευνα (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001).

Απώτερος σκοπός της έρευνας είναι η πληρέστερη κατανόηση του σακχαρώδους διαβήτη και ο τρόπος που επενεργεί στις ζωές των ασθενών. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν μπορούν να καταστούν χρήσιμα προκειμένου να δημιουργηθούν πιο αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης στους ασθενείς με διαβήτη τύπου II, είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Μπορούν με άλλα λόγια να αξιοποιηθούν τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, όπως και ανάλογων εργασιών, έτσι ώστε οι παρεμβάσεις που θα σχεδιαστούν από τους αρμόδιους να είναι πιο αποτελεσματικές και να καλύπτουν σε έναν πληρέστερο βαθμό τις ανάγκες όσων πάσχουν από διαβήτη τύπου II.

Οι υποθέσεις λοιπόν της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

**Υπόθεση 1.** Οι αντιλήψεις για την υγεία (έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις) σχετίζονται με την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας του ατόμου με διαβήτη τύπου II. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος σχετίζεται θετικά, ενώ οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αρνητικά με την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας..

**Υπόθεση 2.** Η αποδοχή του εαυτού διαμεσολαβεί στη σχέση των αντιλήψεων για την υγεία (έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις) με την ψυχική υγεία και σωματική υγεία.

**Υπόθεση 3.** Η κινητοποίηση διαμεσολαβεί στη σχέση των αντιλήψεων για την υγεία (έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις) με την ψυχική υγεία και τη σωματική υγεία.

**Υπόθεση 4.** Οι αντιλαμβανόμενος έλεγχος, ο θεραπευτικός έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις διαμεσολαβούν στη σχέση της κοινωνικής στήριξης με την ψυχική και σωματική υγεία.

## **2. Μεθοδολογία**

### **2.1 Συμμετέχοντες-Διαδικασία**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, καθώς και σε ιδιωτικά ενδοκρινολογικά-διαβητολογικά ιατρεία του Νομού Ρεθύμνου. Αναλυτικότερα, η έρευνα αναφερόταν σε άτομα που έπασχαν από διαβήτη τύπου II. Συνεπώς, αποκλείστηκαν από την έρευνα ασθενείς με διαβήτη τύπου I ή διαβήτη κύησης. Πέραν της νόσου, δεν υπήρξε κάποιο άλλο κριτήριο αποκλεισμού.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το διάστημα μεταξύ Δεκέμβρη 2013 και Απρίλη 2014 και έγινε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς. Ύστερα από τη συγκατάθεση των υπεύθυνων ιατρών, προσεγγίστηκαν οι ασθενείς με τους εξής τρόπους: Όσον αφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, η υπεύθυνη της έρευνας αφού περιέγραφε σύντομα το περιεχόμενο και το σκοπό της μελέτης στον ασθενή, ζητούσε την εθελοντική του συμμετοχή, αμέσως μετά την πραγματοποίηση των σχετικών με τη νόσο μετρήσεων από τους νοσηλευτές. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είτε γραπτά, είτε προφορικά. Στην τελευταία περίπτωση, γινόταν ανάγνωση του ερωτηματολογίου και καταγράφονταν οι απαντήσεις από την ίδια την ερευνήτρια. Τα ερωτηματολόγια χορηγούνταν στο ιατρείο, την ώρα που απουσίαζε ο θεράπων ιατρός. Στο χώρο των ιδιωτικών ιατρείων, η προσέγγιση των συμμετεχόντων γινόταν στο χώρο αναμονής τους και ζητούνταν η συνεργασία τους είτε από την ερευνήτρια είτε από το γιατρό τους. Τα ερωτηματολόγια χορηγούνταν με τον τρόπο που περιγράφηκε ακριβώς παραπάνω και συμπληρώνονταν σε ένα δωμάτιο του ιατρείου, όπου δεν υπήρχε άλλος, πέραν του ερευνητή και του συμμετέχοντα.

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 48 άτομα, από τα οποία τα 25 ήταν άνδρες και τα 23 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 65 χρόνια (με μεγαλύτερη ηλικία συμμετέχοντα τα 97 χρόνια και μικρότερη τα 35). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι (50%), ενώ το 29% του δείγματος ήταν ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι, το 12,5% ασχολείτο με τα οικιακά, το 6,3% έκανε κάποια άλλη εργασία και τέλος, το 2% βρισκόταν σε αναζήτηση εργασίας. Όσον αφορά στη μόρφωση των ατόμων που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα, οι περισσότεροι είχαν τελειώσει το δημοτικό σχολείο (31,3%) ή ήταν απόφοιτοι γυμνασίου ή αντίστοιχης σχολής (29,2%). Το 20,8% είχε τελειώσει κάποια ανώτερη ή

ανώτατη σχολή και το 16,7% του δείγματος είχε ολοκληρώσει τις σπουδές του τελειώνοντας το λύκειο ή κάποια αντίστοιχη σχολή.

## 2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

*Αναπαραστάσεις της ασθένειας.* Για την εκτίμηση των αναπαραστάσεων των ασθενών για την υγεία τους χρησιμοποιήθηκε το Revised Illness Perception Questionnaire (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002), το οποίο κατασκευάστηκε βασισμένο στο μοντέλο του Leventhal για τις αναπαραστάσεις της υγείας (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984. Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller & Robitaille, 1997). Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο έχει ήδη μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα (Karademas, Bakouli, Bastounis, Kallergi, Tamtami & Theofilou, 2008).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 38 ερωτήματα-δηλώσεις, σχετικές με την ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογήθηκαν επτά διαστάσεις της αναπαράστασης της ασθένειας: η χρονική διάρκεια (6 ερωτήματα), η οποία μετρήθηκε με προτάσεις της μορφής «πιστεύω ότι... η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο» και στόχευε στην αξιολόγηση των απόψεων του ατόμου για το πόσο θα διαρκέσει η ασθένειά του (Cronbach  $\alpha$ =.94). Οι συνέπειες της κατάστασης (6 ερωτήματα), π.χ. «Η ασθένειά μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου» (Cronbach=.59). Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στην ασθένεια (6 ερωτήματα), π.χ. «Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα» (Cronbach  $\alpha$ =.85). Ο θεραπευτικός έλεγχος (5 ερωτήματα), το κατά πόσο δηλαδή το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι η θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει βοηθάει την κατάστασή του, π.χ. «Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την

ασθένειά μου» (Cronbach  $\alpha$ =.81). Η συνοχή της ασθένειας (5 ερωτήματα), που δηλώνεται από προτάσεις όπως «Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την ασθένειά μου» και μετράει το κατά πόσο γίνεται κατανοητή η ασθένεια από τον ίδιο τον πάσχοντα (Cronbach  $\alpha$ =.89). Η κυκλικότητα της ασθένειας (4 ερωτήματα), εάν δηλαδή τα συμπτώματα της ασθένειας παραμένουν σταθερά ή έχουν διαβαθμίσεις ανά διαστήματα και είναι ευμετάβλητη η κατάσταση που βιώνει το άτομο, π.χ. «Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους» (Cronbach  $\alpha$ =.87) και τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις (6 ερωτήματα), οι συνέπειες δηλαδή της νόσου σε συναισθηματικό επίπεδο, π.χ. «Όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι» (Cronbach  $\alpha$ =.84). Οι απαντήσεις που έδιναν οι συμμετέχοντες στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, δίνονταν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, και κυμαίνονταν από «Διαφωνώ πολύ» (το οποίο εκφραζόταν με το βαθμό 1) έως «Συμφωνώ πολύ» (το οποίο εκφραζόταν με το βαθμό 5). Το IPQ-R στο σύνολό του είχε σχετικά υψηλό βαθμό εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach  $\alpha$ =.81).

*Αποδοχή.* Η αποδοχή των ασθενών αξιολογήθηκε με το Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011), το οποίο έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να μετράει ό, τι ακριβώς και το αρχικό AAQ (Hayes et al., 2004). Αξιολογεί δηλαδή, μέσα από 7 προτάσεις αυτό-αναφοράς, την εμπειρική αποδοχή όπως γίνεται αντιληπτή από τη Θεωρία της Δέσμευσης και Αποδοχής. Παραδείγματα των προτάσεων που περιλαμβάνει είναι: «Τα συναισθήματα μου προκαλούν προβλήματα στη ζωή», «Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι χειρίζονται τη ζωή τους καλύτερα από εμένα». Οι απαντήσεις δίνονται σε επταβάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από «Ποτέ δεν αληθεύει» (βαθμός 1) έως «Πάντα αληθεύει» (βαθμός 7). Ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  του εργαλείου είναι .94.

*Κινητοποίηση και Ενέργεια:* Η μεταβλητή αυτή εκτιμήθηκε με το Motivation and Energy Inventory (Fehnel, Bann, Hogue, Kwong & Mahajan, 2004), το οποίο αποτελείται από 30 ερωτήματα και μετράει ουσιαστικά 3 παράγοντες, τη γενική φυσική ενέργεια, την πνευματική κινητοποίηση και την κοινωνική κινητοποίηση. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  είναι ίσος με .84, .89 και .83 αντίστοιχα, για κάθε υποκλίμακα, ενώ στο σύνολό της η κλίμακα έχει Cronbach  $\alpha$  = .93. Τα ερωτήματα που απαρτίζουν το MEI αφορούν το πως νιώθανε οι συμμετέχοντες κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες και είναι της μορφής: «Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά δυσκολευτήκατε να σηκωθείτε το πρωί από το κρεβάτι, γιατί δε θέλατε να αντιμετωπίσετε τη μέρα;». Οι απαντήσεις δίνονται σε εξαβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 σημαίνει «Ποτέ» και το 6 «Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα».

*Κοινωνική Στήριξη.* Η μεταβλητή αυτή αξιολογήθηκε με την κλίμακα «Multidimensional Scale of Perceived Social Support» των Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988). Αποτελείται από 12 ερωτήματα τα οποία απαντώνται σε επταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 σημαίνει «διαφωνώ πολύ» και το 7 «συμφωνώ πολύ». Η κλίμακα αυτή έχει κατασκευαστεί με σκοπό να μετράει την αντιλαμβανόμενη επάρκεια της στήριξης που δέχεται το άτομο από τρεις πηγές: την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους. Παραδείγματα ερωτήσεων είναι τα εξής: «Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο μπορώ να μοιραστώ χαρές και λύπες» και «Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν». Τέλος, ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας των υποκλιμάκων του MSPSS είναι Cronbach  $\alpha$  = .95,  $\alpha$  = .94 και  $\alpha$  = .92, αντίστοιχα.

*Υποκειμενική Ψυχική και Σωματική Υγεία.* Η υγεία των συμμετεχόντων τόσο σε σωματικό όσο και ψυχικό επίπεδο μετρήθηκε με το Short-Form Health Survey



(SF-36) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993. Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005). Αυτό αποτελείται από δύο διαστάσεις, μία που αξιολογεί τη σωματική υγεία και μία την ψυχική υγεία. Αναλυτικότερα, μετράει 8 παράγοντες της αντιλαμβανόμενης υγείας μέσα από 36 ερωτήματα. Οι παράγοντες αυτοί είναι η σωματική λειτουργικότητα, οι περιορισμοί λόγω των σωματικών προβλημάτων, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, οι περιορισμοί λόγω των συναισθηματικών προβλημάτων και η ψυχική υγεία. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο υποκλίμακες του συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου, αυτές της ψυχικής υγείας (9 ερωτήματα, με εύρος απαντήσεων από το 1, το οποίο σημαίνει συνεχώς, έως το 5, που σημαίνει καθόλου) και της σωματικής λειτουργικότητας (10 ερωτήματα, με εύρος απαντήσεων από το 1, που δηλώνει το «Ναι, με περιορίζει πολύ», έως το 3, που δηλώνει το «Όχι, δε με περιορίζει καθόλου»). Ο δείκτης Cronbach  $\alpha$  είναι .89 και .95 αντίστοιχα, για τις δύο υποκλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

*Συμπεριφορές Αυτό-φροντίδας.* Οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας στο διαβήτη αξιολογήθηκαν με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (R-SDSCA) (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000). Το συγκεκριμένο εργαλείο επιδιώκει να μετρήσει συνολικά έξι διαστάσεις της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη. Αναλυτικότερα, διερευνά τις εξής συμπεριφορές: τη γενική διαίτα (2 ερωτήματα, π.χ. «Πόσες από τις τελευταίες επτά ημέρες ακολουθήσατε ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής;», με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha=.91$ ), την ειδική διαίτα (2 ερωτήματα, π.χ. «Πόσες από τις τελευταίες επτά ημέρες καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;», με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha=.15$ ), τη σωματική άσκηση (2 ερωτήματα, π.χ. «Πόσες από τις τελευταίες επτά ημέρες

πραγματοποιήσατε φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον 30 λεπτών;», με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha=.75$ ), τον έλεγχο σακχάρου του αίματος (2 ερωτήματα, π.χ. «Πόσες από τις τελευταίες επτά ημέρες ελέγξατε το σάκχαρό σας;», με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha=.90$ ), τη φροντίδα των ποδιών (2 ερωτήματα, π.χ. «Πόσες από τις τελευταίες επτά ημέρες ελέγξατε τα πόδια σας;», με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha=.66$ ) και το κάπνισμα (ρωτώντας του ασθενείς εάν καπνίζουν και αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο).

*Δημογραφικά Στοιχεία.* Τα δεδομένα που αφορούσαν δημογραφικές πληροφορίες συγκεντρώθηκαν με αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια. Τα ερωτήματα αφορούσαν στο φύλο, ηλικία, επάγγελμα, εκπαίδευση και έτος διάγνωσης του διαβήτη των συμμετεχόντων.

### **2.3 Στατιστικές αναλύσεις**

Για την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν και για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics, έκδοση 21.0 .

Για τις αναλύσεις διαμεσολάβησης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό PROCESS 2.11 που έχει κατασκευαστεί για το SPSS από τον Andrew F. Hayes (2012) και το οποίο επιτρέπει την ανάλυση πολλαπλής διαμεσολάβησης. Η μέθοδος αξιολόγησης έμμεσων επιδράσεων σε μοντέλα πολλαπλών μεσολαβητών των Preacher και Hayes (2008) που εφαρμόστηκε στην παρούσα έρευνα έχει το εξής σημαντικό πλεονέκτημα: επιτρέπει να φανεί σε τι βαθμό κάθε επιμέρους μεσολαβητής διαμεσολαβεί σε μία σχέση, αφού ελεγχθούν όλοι οι άλλοι διαμεσολαβητές που έχουν συμπεριληφθεί στην εξίσωση (εξετάζει δηλαδή ειδικές διαμεσολαβητικές σχέσεις), καθώς και όλες οι «συμμεταβλητές». Υπολογίζεται ακόμα το Sobel test για τις άμεσες

και συνολικές επιδράσεις, αλλά και τα bootstrapped διαστήματα εμπιστοσύνης για κάθε ειδική έμμεση επίδραση αλλά και οι διαφορές μεταξύ αυτών. Οι εκτιμήσεις βασίζονται στη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (Peacher & Hayes, 2008a. Peacher & Hayes, 2008b). Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε τεχνική bootstrapping για 5.000 δείγματα, λόγω μικρού μεγέθους του δείγματος.

### **3. Αποτελέσματα**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν με βάση τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας είναι τα ακόλουθα:

#### **3.1 Προκαταρκτικά Αποτελέσματα**

Πριν την έναρξη των αναλύσεων παλινδρόμησης και διαμεσολάβησης, θεωρήθηκε απαραίτητο να βρεθούν οι συσχετίσεις όλων των μεταβλητών μεταξύ τους. Απαραίτητη προϋπόθεση τόσο για τις αναλύσεις παλινδρόμησης όσο και για τις αναλύσεις διαμεσολάβησης είναι οι μεταβλητές που θα εξετασθούν να σχετίζονται επαρκώς μεταξύ τους, δηλώνοντας ότι υπάρχει νόημα στην περαιτέρω διερεύνησή τους.

Πέραν των συσχετίσεων των μεταβλητών της έρευνας, καταγράφονται στον Πίνακα 1 τόσο ο μέσος όρος όσο και η τυπική απόκλιση καθεμίας μεταβλητής που συμπεριλήφθηκε στις αναλύσεις που ακολουθούν.

Πίνακας 1

Συσχετίσεις, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών

Μεταβλητές	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	_															
2. Θεραπευτικός έλεγχος	,72**	_														
3. Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-,23	-,27	_													
4. Αποδοχή	-,43**	-,46**	,61**	_												
5. Πνευματική κινητοποίηση	,15	,32*	-,45**	-,70**	_											
6. Κοινωνική κινητοποίηση	,21	,32*	-,34	-,42**	,47**	_										
7. Σωματική ενέργεια	,18	,35*	-,55**	-,61**	,69**	,64**	_									
8. Οικογενειακή στήριξη	,37*	,48**	-,10	-,27	,44**	,32*	,22	_								
9. Στήριξη από φίλους	,30*	,29*	-,22	-,21	,26	,49**	,36**	,56**	_							
10. Στήριξη από σημαντικούς άλλους	,38**	,47**	-,23	-,30*	,39**	,31*	,24	,90**	,56**	_						
11. Ψυχική υγεία	,30*	,55**	-,66**	-,65**	,57**	,55**	,73**	,46**	,40**	,58**	_					
12. Σωματική υγεία	,30*	,32*	-,21**	-,49**	,49**	,37**	,58**	,38**	,40**	,32*		_				

Πίνακας 1 (Συνέχεια)

Συσχετίσεις, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
13. Γενική δίαιτα	,13	,14	-,26	-,18	,25	,33*	,41**	,22	,33*	,25	,24	,24	_			
14. Άσκηση	,14	,15	,08	,03	,12	,32*	,11	,18	,29*	,23	,12	,15	,14	_		
15. Έλεγχος ζαχάρου	,15	,03	,03	-,01	,07	,17	,13	,31*	,40*	,30*	,16	,15	,33*	,13	_	
16. Φροντίδα ποδιών	-,03	-,12	,16	-,03	-,03	,02	,01	,08	,21	,25	-,03	-,01	,36*	,40**	,33*	_
Μέσος Όρος	3,84	3,76	3,15	24,73	4,38	3,27	3,39	5,71	4,83	5,57	52,55	61,77	4,35	2,25	5,39	2,33
Τυπική Απόκλιση	,84	,76	1,05	12,79	1,03	,90	1,13	1,60	1,90	1,77	17,34	31,97	2,19	2,25	2,02	2,08

Σημείωση: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .00$

### 3.2<sup>α</sup>. Αναπαραστάσεις Υγείας και Ψυχική Υγεία

Προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση των αναπαραστάσεων του διαβήτη (αντιλαμβανόμενος έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις) και της ψυχικής υγείας των ασθενών με διαβήτη τύπου II, εφαρμόστηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, κατά την οποία ελέγχθηκαν στατιστικώς οι παράγοντες: ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και τα χρόνια κατά τα οποία νοσούσε το κάθε άτομο. Προέκυψαν λοιπόν δύο στατιστικές σημαντικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, ο θεραπευτικός έλεγχος βρέθηκε να σχετίζεται με την ψυχική υγεία:  $\beta = 3,37, p = .002$ , καθώς επίσης και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας:  $\beta = -3,20, p = .003$ . Οι γνωστικές αναπαραστάσεις που μελετήθηκαν βρέθηκαν να ερμηνεύουν τα επίπεδα της ψυχικής υγείας κατά το 42%.

Τα αποτελέσματα λοιπόν έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη αίσθηση έχει ο ασθενής ότι η θεραπεία που ακολουθεί είναι κατάλληλη και αποτελεσματική για την κατάστασή του, τόσο καλύτερα είναι τα επίπεδα της ψυχικής του υγείας. Αντίστοιχα, βρέθηκε ότι όσο αρνητικότερη συναισθηματική αναπαράσταση της κατάστασης παρουσίαζε ο ασθενής, τόσο χειρότερη ήταν η ψυχική του υγεία.

## Πίνακας 2

*Δείκτες. Εξαρτημένη μεταβλητή: ψυχική υγεία*

	b	t	P
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	-,285	-1,954	,059
Θεραπευτικός έλεγχος	,572	3,984	,000
Συναισθηματικές Αναπαραστάσεις	-,513	-5,192	,000

### 3.2<sup>β</sup>. Αναπαραστάσεις Υγείας και Σωματική Υγεία

Και στην περίπτωση όπου ελέγχθηκε η σχέση των αναπαραστάσεων της υγείας και της σωματικής υγείας των ατόμων με διαβήτη τύπου II, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης και ελέγχθηκαν στατιστικώς οι παράγοντες ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και χρονική διάρκεια της νόσου. Εδώ, οι γνωστικές αναπαραστάσεις βρέθηκε να ερμηνεύουν μόνο το 8% της εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή της σωματικής υγείας. Ωστόσο, βρέθηκαν μόνο οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις του διαβήτη να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη σωματική υγεία των ασθενών. Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο αρνητικά συναισθήματα προκαλεί η ασθένεια στο άτομο, τόσο επιδεινώνεται η σωματική του υγεία. Από την άλλη, ο έλεγχος (τόσο ο προσωπικός αντιλαμβανόμενος όσο και ο θεραπευτικός έλεγχος) δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη σωματική υγεία των ασθενών.



## Πίνακας 3

*Δείκτες. Εξαρτημένη μεταβλητή: σωματική υγεία*

	B	t	P
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	-,025	-,116	,908
Θεραπευτικός έλεγχος	,051	,240	,812
Συναισθηματικές Αναπαραστάσεις	-,300	-2,072	,045

### 3.2'. Αναπαραστάσεις Υγείας και Ρύθμιση του Διαβήτη

Αφού ελέγχθηκαν στατιστικώς οι παράγοντες ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και χρονική διάρκεια της νόσου, πραγματοποιήθηκε επίσης ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της σχέσης των γνωστικών αναπαραστάσεων με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ρύθμιση του διαβήτη. Μετά από αυτή την ανάλυση, προέκυψε ότι δε σχετίζονται σημαντικά οι γνωστικές αναπαραστάσεις της υγείας με κανέναν από τους παράγοντες της ρύθμισης του διαβήτη.

Αναλυτικότερα, οι σχέσεις του αντιλαμβανόμενου ελέγχου με τη γενική διαίτα, την άσκηση, τον έλεγχο ζαχάρου και τη φροντίδα ποδιών του ασθενή ήταν οι εξής:  $t = .95$ ,  $p > .05$ ,  $t = .52$ ,  $p > .05$ ,  $t = .61$ ,  $p > .05$  και  $t = .46$ ,  $p > .05$  αντίστοιχα. Οι τιμές που βρέθηκαν για τις σχέσεις του θεραπευτικού ελέγχου με τη γενική διαίτα του ασθενή, τη σωματική άσκηση, τον έλεγχο του ζαχάρου του και τη φροντίδα των ποδιών του ήταν  $t = -.34$ ,  $p > .05$ ,  $t = -.06$ ,  $p > .05$ ,  $t = -.53$ ,  $p > .05$  και  $t = -.46$ ,  $p > .05$ . Τέλος, τα

αποτελέσματα για τις σχέσεις των συναισθηματικών αναπαραστάσεων του διαβήτη με τη γενική δίαιτα του ατόμου, τη σωματική του άσκηση, τον έλεγχο του ζαχάρου του και τη φροντίδα των ποδιών του ήταν τα ακόλουθα:  $t = -1,07, p > .05$ ,  $t = .85, p > .05$ ,  $t = .07, p > .05$  και  $t = .56, p > .05$  αντίστοιχα. Καμία από τις παραπάνω σχέσεις λοιπόν δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ούτε σε επίπεδο  $.05$ .

### **3.3<sup>α</sup>. Κοινωνική Στήριξη και Ψυχική υγεία, ο ρόλος των γνωστικών αναπαραστάσεων**

Για να ελεγχθεί η σημασία των γνωστικών αναπαραστάσεων στη σχέση της κοινωνικής στήριξης και της ψυχικής υγείας των ασθενών με διαβήτη τύπου II πραγματοποιήθηκε ανάλυση διαμεσολάβησης, τοποθετώντας σε ρόλο διαμεσολαβητή τις γνωστικές αναπαραστάσεις, και συγκεκριμένα τον αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο, το θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας. Εδώ, όπως και σε όλες τις αναλύσεις, ελέγχθηκαν στατιστικώς οι παράγοντες ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και χρόνια της νόσου.

Όσον αφορά λοιπόν στην οικογενειακή στήριξη, βρέθηκε ότι αυτή σχετίζεται με την ψυχική υγεία, μέσω του θεραπευτικού ελέγχου. Η στήριξη από τους φίλους φάνηκε να μη σχετίζεται με την ψυχική υγεία των ασθενών, ούτε άμεσα ούτε έμμεσα μέσω των γνωστικών αναπαραστάσεων. Τέλος, η υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους βρέθηκε να σχετίζεται με την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων μέσω του θεραπευτικού ελέγχου.

Τα αποτελέσματα λοιπόν έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη η στήριξη του ασθενή από την οικογένεια, τόσο αυξάνεται η αίσθηση ελέγχου της ασθένειας μέσω της

θεραπείας του, και κατά συνέπεια βελτιώνεται η ψυχική του υγεία. Αντίστοιχα, η κοινωνική στήριξη από τους σημαντικούς άλλους βελτιώνει την αίσθηση θεραπευτικού ελέγχου του διαβήτη, και κατά συνέπεια, ενισχύεται και η ψυχική ευεξία του ατόμου.

#### Πίνακας 4

*Έμμεσες επιδράσεις της οικογενειακής στήριξης, στήριξης των φίλων και των σημαντικών άλλων στην ψυχική υγεία*

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Σύνολο</b>				
Οικογένεια	1,6291	1,0849	-,4491	3,8558
Φίλοι	1,3927	,9458	-,3421	3,4100
Σημαντικοί Άλλοι	1,7208	,9295	-,0061	3,6710
<b>Αντιλαμβανόμενος έλεγχος</b>				
Οικογένεια	-,5684	,6534	-2,3743	,1859
Φίλοι	-,7825	,6143	-2,5119	,0241
Σημαντικοί Άλλοι	-,8469	,7107	-2,7085	,0592
<b>Θεραπευτικός έλεγχος</b>				
Οικογένεια	1,7300	,9183	,3648	4,1101
Φίλοι	1,2020	,8439	-,2188	3,1648
Σημαντικοί Άλλοι	1,6193	,7860	,4546	3,6042

---

**Συναισθηματικές  
Αναπαραστάσεις**

Οικογένεια	,47675	,7530	-1,0001	2,0001
Φίλοι	,9732	,6904	-,1139	2,6995
Σημαντικοί Άλλοι	,9484	,6795	-,1874	2,5253

---

\*Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

**3.3<sup>b</sup>. Κοινωνική Στήριξη και Σωματική υγεία, ο ρόλος των γνωστικών αναπαραστάσεων**

Στη συνέχεια, εξετάστηκε ο ρόλος που παίζουν οι γνωστικές αναπαραστάσεις στον τρόπο που η κοινωνική στήριξη σχετίζεται με τη σωματική υγεία των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γνωστικές αναπαραστάσεις δε βρέθηκαν να παίζουν ρόλο στον τρόπο που η κοινωνική στήριξη σχετίζεται με τη σωματική υγεία των διαβητικών. Αν και φάνηκε να παίζουν ρόλο η οικογενειακή στήριξη και η στήριξη των φίλων στην σωματική υγεία των συμμετεχόντων, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική η διαμεσολάβηση των γνωστικών αναπαραστάσεων σε αυτές τις σχέσεις.

Πίνακας 5

*Εμμεσες επιδράσεις της οικογενειακής στήριξης, στήριξης των φίλων και των σημαντικών άλλων στην ψυχική υγεία*

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Σύνολο</b>				
Οικογένεια	-,0972	1,7691	-4,2683	2,9588
Φίλοι	,7207	1,1483	-1,3736	3,1919
Σημαντικοί Άλλοι	,6054	1,7105	-2,6216	4,2846
<b>Αντιλαμβανόμενος έλεγχος</b>				
Οικογένεια	,0640	1,2894	-2,3818	2,9610
Φίλοι	-,3379	1,1143	-3,8441	1,1971
Σημαντικοί Άλλοι	-,1497	1,4404	-3,9674	2,2272
<b>Θεραπευτικός έλεγχος</b>				
Οικογένεια	-,6767	1,9293	-5,0318	3,0275
Φίλοι	,0691	,1,0857	-1,8091	2,8922
Σημαντικοί Άλλοι	,3028	1,8149	-4,2880	3,2287
<b>Συναισθηματικές Αναπαραστάσεις</b>				
Οικογένεια	,5155	,9854	-,8838	3,3130
Φίλοι	,9895	,9719	-,1115	4,0540

---

Σημαντικοί Άλλοι	1,0579	1,0681	-,2035	4,4992
------------------	--------	--------	--------	--------

---

\*Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

### 3.4<sup>α</sup>. Γνωστικές Αναπαραστάσεις και Ψυχική Υγεία, ο ρόλος της αποδοχής

Η κατανόηση του τρόπου που η αποδοχή επηρεάζει τη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων (έλεγχος και συναισθηματικές αναπαραστάσεις) και της ψυχικής υγείας των ατόμων με διαβήτη τύπου II ήταν ο επόμενος στόχος της παρούσας έρευνας. Στην συγκεκριμένη ανάλυση, λοιπόν, βρέθηκε η αποδοχή να διαμεσολαβεί στη σχέση γνωστικών αναπαραστάσεων και ψυχικής υγείας των ασθενών με διαβήτη. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι ο θεραπευτικός έλεγχος, και όχι ο προσωπικός έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις της νόσου, σχετίζεται με την ψυχική υγεία του δείγματος μέσω της αποδοχής του εαυτού τους.

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν στην πράξη ότι όσο μικρότερος ο έλεγχος που νιώθει ότι ασκεί ο ασθενής στην εξέλιξη του διαβήτη μέσω της θεραπείας που ακολουθεί, τόσο αυξάνεται η αποδοχή του εαυτού του και κατά συνέπεια, επιδεινώνεται η ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Πίνακας 6

*Έμμεση επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων στην ψυχική υγεία*

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Αποδοχή</b>				
Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος	3,8833	2,6935	-,4942	10,4028
Θεραπευτικός έλεγχος	3,5820	2,5438	,1825	12,3749
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-2,4369	1,7934	-6,4742	,3914

\*Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

### 3.4.β Γνωστικές Αναπαραστάσεις και Σωματική Υγεία, ο ρόλος της αποδοχής

Στη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της σωματικής υγείας των ατόμων με διαβήτη τύπου II, δε βρέθηκε να παίζει ρόλο διαμεσολαβητή η αποδοχή. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις δε βρέθηκαν να σχετίζονται ούτε άμεσα, ούτε έμμεσα μέσω της αποδοχής, με τη σωματική υγεία του δείγματος.

## Πίνακας 7

*Έμμεση επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων στη σωματική υγεία*

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Αποδοχή</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	5,0342	4,4783	-,9153	19,0990
Θεραπευτικός έλεγχος	5,2804	4,4063	-.1798	17,3804
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-3,6120	3,2280	-10,8322	1,4886

\*Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

### 3.5<sup>α</sup>. Γνωστικές Αναπαραστάσεις και Ψυχική Υγεία, ο ρόλος της κινητοποίησης

Στον έλεγχο της κινητοποίησης ως διαμεσολαβητή στη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων με την ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις σχετίζονται με την ψυχική υγεία μέσω της κινητοποίησης των ίδιων των ασθενών. Η κινητοποίηση στο σύνολό της (σωματική, πνευματική και κοινωνική κινητοποίηση) φάνηκε να διαμεσολαβεί σημαντικά στη σχέση των δύο, από τους τρεις παράγοντες του IPQ που διερευνήθηκαν (θεραπευτικός έλεγχος και



συναισθηματικές αναπαραστάσεις), με την ψυχική υγεία. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερο έλεγχο αισθάνεται ότι ασκεί το άτομο στην ασθένειά του μέσω της θεραπείας που ακολουθεί, τόσο αυξάνεται η κινητοποίησή του, και κατά συνέπεια βελτιώνεται η ψυχική του υγεία. Από την άλλη, όσο πιο δυσάρεστες συναισθηματικές αναπαραστάσεις παρουσιάζει το άτομο για το διαβήτη, τόσο μειώνεται η κινητοποίησή του, και στη συνέχεια προσβάλλεται και η ψυχική του υγεία. Αν και καμία μορφή κινητοποίησης δε βρέθηκε από μόνη της να παίζει ρόλο διαμεσολαβητή στη σχέση γνωστικών αναπαραστάσεων και ψυχικής υγείας, το σημαντικό είναι ότι στο σύνολό της (πνευματική, κοινωνική και σωματική) η κινητοποίηση διαμεσολαβεί στη σχέση αυτή.

#### Πίνακας 8

Έμμεση επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων της νόσου στην ψυχική υγεία

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Σύνολο</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	2,8415	2,5605	-2,6603	7,4990
Θεραπευτικός έλεγχος	4,4924	2,6045	,0368	10,1673
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	8,9347	1,5697	-6,8872	-,6943
<b>Πνευματική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	,0548	1,0572	-1,8210	2,8829
Θεραπευτικός έλεγχος	,4447	1,4947	-1,0384	5,6807

Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-,4144	1,3993	-3,0880	2,4629
<b>Κοινωνική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	1,4400	1,2152	-,0975	5,3911
Θεραπευτικός έλεγχος	1,3935	1,4725	-,4701	6,0473
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	1,0539	1,0936	-4,8917	,2607
<b>Σωματική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	1,3467	1,8209	-,7962	7,0512
Θεραπευτικός έλεγχος	2,6542	2,3082	-,0294	8,9347
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-2,1044	1,6176	-5,8939	,2698

\*Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

### 3.5<sup>β</sup>. Γνωστικές Αναπαραστάσεις και Σωματική Υγεία, ο ρόλος της κινητοποίησης

Ανάλογα με τα παραπάνω ήταν και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση διαμεσολάβησης της κινητοποίησης στη σχέση των συναισθηματικών αναπαραστάσεων για τον διαβήτη και της σωματικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η συνολική κινητοποίηση των ασθενών βρέθηκε να διαμεσολαβεί σημαντικά στη σχέση των συναισθηματικών αναπαραστάσεων με τη σωματική υγεία. Προέκυψε λοιπόν, ότι όσο πιο έντονα αρνητικές είναι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις που

διαμορφώνει το άτομο για την ασθένειά του, τόσο μειώνεται η κινητοποίησή του, και ως συνέπεια επηρεάζεται αρνητικά η σωματική του κατάσταση. Από την άλλη, ούτε ο αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος ούτε ο θεραπευτικός έλεγχος του διαβήτη φάνηκε να επηρεάζουν την παραπάνω σχέση.

## Πίνακας 9

Έμμεση επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων της νόσου στη σωματική υγεία

	Μέση Τιμή Έμμεσης Επίδρασης	Τυπικό Σφάλμα	Bootstrapping 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης*	
			Χαμηλό	Υψηλό
<b>Σύνολο</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	3,4711	3,9135	-3,9928	11,4591
Θεραπευτικός έλεγχος	6,1405	4,4663	-1,5187	15,6891
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-5,9603	2,9700	-13,9182	-1,3162
<b>Πνευματική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	,0538	1,8510	-3,6822	3,5780
Θεραπευτικός έλεγχος	,6080	2,7709	-2,7601	9,3677
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-,7498	2,8391	-6,0198	5,4662
<b>Κοινωνική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	,4822	1,7047	-2,1081	4,8375
Θεραπευτικός έλεγχος	1,0320	2,5534	-3,2132	7,5513
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-,7030	1,8287	-5,4496	2,2845

---

<b>Σωματική Κινητοποίηση</b>				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος	2,9351	3,6157	-1,3040	14,8222
Θεραπευτικός έλεγχος	4,5005	3,8603	-,8294	14,7723
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-4,5075	3,7014	-12,8488	2,3579

---

\*Διορθωμένο σφάλμα boottrapping (5.000 bootstrap δείγμα). Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο  $p < .05$  για διάστημα εμπιστοσύνης 95% όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

## 4. Συζήτηση

### 4.1 Αρχικά συμπεράσματα

Σε γενικές γραμμές, η παρούσα έρευνα στόχευε στο να διερευνηθεί η σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας του διαβήτη τύπου II με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας, αλλά κυρίως με τη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, στηρίχθηκε στη θεωρία της αυτορρύθμισης, και συγκεκριμένα στο μοντέλο της κοινής λογικής των Leventhal και συνεργατών (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980. Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001. Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Υπάρχουν μελέτες που έχουν επισημάνει τον ρόλο των γνωστικών αναπαραστάσεων στο χώρο της ψυχολογίας της υγείας.. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι σε ενήλικες με διαβήτη και άλλες χρόνιες καταστάσεις, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας παίζουν ρόλο στη συμπεριφορά που θα εκδηλώσει το άτομο γύρω από την ασθένειά του (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996). Έρευνα σε εφήβους με διαβήτη υποστήριξε τη σημασία των

γνωστικών αναπαραστάσεων στον καθορισμό των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της νόσου στον πληθυσμό αυτό (Griva, Myers & Newman, 2000. Skinner, John & Hampson, 2000. Skinner & Hampson, 2001. Skinner, Hampson & Fife-Schaw, 2002). Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, γίνεται ξεκάθαρος ο ρόλος του ελέγχου, τόσο του προσωπικού αντιλαμβανόμενου ελέγχου όσο και του ελέγχου μέσω της θεραπείας, καθώς και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων στη ζωή και στο επίπεδο ευεξίας ατόμων που έπασχαν από διαβήτη τύπου II.

Οι αρχικές υποθέσεις της έρευνας επιβεβαιώθηκαν μερικώς. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναμενόταν με βάση τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα, τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν τη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ψυχικής υγείας των ατόμων με διαβήτη τύπου II. Ωστόσο, η επιβεβαίωση της αρχικής υπόθεσης έγινε εν μέρει, καθώς δε βρέθηκαν να σχετίζονται όλοι οι παράγοντες του IPQ που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα με την ψυχική κατάσταση των ατόμων. Βρέθηκαν οι δύο, από τις τρεις γνωστικές αναπαραστάσεις που εξετάστηκαν, να συνδέονται με την ψυχική ευεξία των ασθενών, δηλαδή μόνο ο θεραπευτικός έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Γεγονός το οποίο δηλώνει ότι ο βαθμός στον οποίο το άτομο θεωρεί ότι ελέγχει την κατάστασή που βιώνει μέσω της θεραπείας που ακολουθεί και η αρνητικότητα των συναισθημάτων που αντιμετωπίζει παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχική του κατάσταση. Όσο μεγαλύτερο έλεγχο αισθάνεται ότι ασκεί μέσω της θεραπείας του και όσο λιγότερα αρνητικά συναισθήματα βιώνει, τόσο καλύτερη ψυχική υγεία παρουσιάζει το άτομο.

Το παραπάνω εύρημα είναι συνεπές με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έδειξαν ότι η αίσθηση ελέγχου του διαβήτη σχετίζεται έντονα (και σε μεγαλύτερο βαθμό από τις υπόλοιπες διαστάσεις του μοντέλου της κοινής λογικής) με καλύτερη

ποιότητα ζωής (Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, & Ingersoll-Dayaton, 2000). Ακόμα, η αίσθηση ελέγχου πάνω στην ασθένεια του διαβήτη φαίνεται να ενισχύει τη σχέση της κατάθλιψης με τον διαβήτη, σύμφωνα με τους ερευνητές Egede και Zheng (2003). Το ίδιο εξάλλου έχει παρατηρηθεί και όσον αφορά στον έλεγχο πάνω σε άλλες χρόνιες ασθένειες. Λόγου χάριν, οι Murphy, Dickens, Creed και Bernstein (1999) βρήκαν ότι η μειωμένη ελεγχσιμότητα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα συσχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης, όσον αφορά στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις είναι σχεδόν αυτονόητο ότι η αρνητικότητα ή μη των συναισθημάτων που θα προκληθούν στο άτομο από την ασθένεια, θα καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της ψυχικής του υγείας. Αν κάποιος αντιλαμβάνεται την ασθένειά του ως ένα γεγονός που τον φοβίζει ή τον αγχώνει, είναι πολύ πιθανό να πληγεί η ψυχική του ισορροπία. Άλλωστε έχει βρεθεί ότι το 1/3 ατόμων που πάσχουν από διαβήτη μπορούν να λάβουν διάγνωση μείζονας κατάθλιψης (Egede, Zheng & Simpson, 2002. Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001).

Σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες έρχεται το επόμενο εύρημα της μελέτης αυτής όπου βρίσκει τον έλεγχο να μη σχετίζεται με τη σωματική υγεία ατόμων με διαβήτη τύπου II. Υπάρχουν αρκετές προηγούμενες μελέτες στις οποίες παρατηρείται σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις και τη σωματική υγεία των ασθενών. Όσον αφορά στον έλεγχο της ασθένειας συγκεκριμένα, τα δεδομένα είναι αμφιλεγόμενα. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Foster, Bishop, Thomas, Main, Horne, Weinman & Hay (2008) παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που αισθάνονταν μειωμένο έλεγχο πάνω στην ασθένειά τους παρουσίαζαν χειρότερα επίπεδα υγείας. Ωστόσο, διευκρινίζεται ότι δεν έχει ενοχοποιηθεί ο έλεγχος τόσο όσο άλλες διαστάσεις των γνωστικών αναπαραστάσεων για τη σωματική υγεία χρόνιων

ασθενών. Γενικότερα οι γνωστικές αναπαραστάσεις έχουν βρεθεί να συνδέονται με τη σωματική υγεία ασθενών, και συγκεκριμένα τη σωματική υγεία των διαβητικών, εστιάζοντας ωστόσο σε αναπαραστάσεις διαφορετικές από εκείνες της ελεγχιμότητας. Αναλυτικότερα, οι Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Danies και Dickens (2004) βρήκαν ότι οι συνέπειες και η ταυτότητα σχετίζονταν με τη σωματική υγεία ασθενών με διαβήτη. Ακόμα, η Δημητράκη Γ. (2012) κατέληξε στο ότι οι η αναγνώριση αρνητικών συνεπειών και η κυκλικότητα της ασθένειας σε άτομα με διαβήτη τύπου II σχετίζονται αρνητικά με τη σωματική τους υγεία. Άρα, ίσως τελικά τα ευρήματα της παρούσας έρευνας που δε θέλουν τον έλεγχο να συνδέεται με τη σωματική υγεία των ασθενών με διαβήτη τύπου II να μην έρχονται ουσιαστικά σε αντίθεση με την ήδη υπάρχουσα γνώση, αλλά απλά να συμπληρώνουν σε αυτή.

Παρά το ότι δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον έλεγχο και τη σωματική υγεία ασθενών με διαβήτη τύπου II, παρατηρήθηκε εντούτοις, να είναι στατιστικά σημαντική η σχέση ανάμεσα στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στα επίπεδα σωματικής υγείας. Θεωρήθηκε πολύ πιθανό στην έρευνα αυτή, η συναισθηματική αναπαράσταση της νόσου να σχετίζεται με τη σωματική υγεία των ατόμων, καθώς είναι γνωστή η σύνδεση ψυχικών και βιολογικών συμπτωμάτων. Έτσι λοιπόν, προέκυψε ότι όσο περισσότερο αρνητικά συναισθήματα βιώνει το άτομο εξαιτίας της ασθένειάς του, τόσο χειροτερεύει η σωματική του υγεία.

Κλείνοντας την πρώτη υπόθεση της έρευνας, ελέγχθηκε η σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας στη νόσο του διαβήτη. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο διαβήτης προϋποθέτει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτόν. Σε έρευνα των Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, και Ingersoll-Dayaton (2000) βρέθηκε ότι ορισμένες

πτυχές της γνωστικής αναπαράστασης του διαβήτη (κυρίως η κατανόηση της νόσου και ο έλεγχός αυτής) συνδέονται με αυξημένη εκδήλωση συμπεριφορών υγείας. Ακόμα, στα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, η αντιλαμβανόμενη ικανότητα ελέγχου της ασθένειάς και τα επακόλουθα πλεονεκτήματα αυτής της αίσθησης προβλέπουν την τήρησης της σωστής διατροφής, την ποιότητα του μεταβολικού ελέγχου και τη γενικότερη ποιότητα ζωής (Bradley, 1994. Hampson, 1997. Stenstrom, Wikby, Andersson & Ryden, 1997. Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey, Ingersoll-Dayton, 2000). Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δε συμφωνούν με τα προηγούμενα ευρήματα ερευνών, όπου θέλουν τις γνωστικές αναπαραστάσεις να συνδέονται με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας των ατόμων με διαβήτη. Στην έρευνα αυτή δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε μεταξύ ελέγχου και συμπεριφορών αυτό-φροντίδας ούτε μεταξύ συναισθηματικών αναπαραστάσεων και συμπεριφορών αυτό-φροντίδας.. Το εύρημα, το οποίο δεν επιβεβαίωσε ούτε την αρχική υπόθεση ούτε είναι σύμφωνο με προηγούμενα αποτελέσματα, μπορεί να οφείλεται στη μεθοδολογία της έρευνας. Ίσως έχει επηρεαστεί για παράδειγμα από το μικρό αριθμό του δείγματος.

#### **4.2 Συμπεράσματα σχετικά με το διαμεσολαβητικό ρόλο της αποδοχής**

Πέραν λοιπόν της διερεύνησης της σχέσης που έχουν οι γνωστικές αναπαραστάσεις του αντιλαμβανόμενου και θεραπευτικού ελέγχου, καθώς και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, με τη σωματική και ψυχική υγεία ατόμων με διαβήτη τύπου II, διερευνήθηκε στη συνέχεια ο ρόλος που παίζει η αποδοχή και η κινητοποίηση (ξεχωριστά) στις σχέσεις αυτές. Πιο συγκεκριμένα, ελέγχθηκε ο ρόλος της αποδοχής και της κινητοποίησης ως διαμεσολαβητές στις σχέσεις των τριών



γνωστικών αναπαραστάσεων αφενός με την ψυχική, και αφετέρου με τη σωματική υγεία των ασθενών του δείγματος.

Θεωρήθηκε πιθανό με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία η αίσθηση ελέγχου και το αντίστοιχο επίπεδο των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται από τον σακχαρώδη διαβήτη να σχετίζονται με την ψυχική κατάσταση του ατόμου, μέσα από το βαθμό στον οποίο το άτομο έχει αποδεχθεί τον εαυτό του (θεωρήθηκε ότι εικόνα του εαυτού σαφώς περιλαμβάνει και την εικόνα του ατόμου ως ασθενή). Ο ρόλος της αποδοχής στη χρόνια νόσο, αλλά και στο διαβήτη συγκεκριμένα, έχει επισημανθεί επαρκώς μέχρι τώρα. Για παράδειγμα, οι ερευνητές Stuijbergen and Rogers (1997) κατέληξαν στο ότι η αποδοχή διευκόλυνε την προαγωγή της υγείας και την ποιότητα ζωής σε άτομα με χρόνιες ασθένειες. Μελέτες έχουν, επίσης, βρει ότι καλύτερη αποδοχή της ασθένειας σε άτομα με διαβήτη συνεπάγεται μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή (Dion, 1990). Τα αποτελέσματα λοιπόν που προέκυψαν ήρθαν σε αντίθεση με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι η εντονότερη αίσθηση ελέγχου του διαβήτη μέσω της θεραπείας σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία, μέσω της μειωμένης αποδοχής του εαυτού. Εύρημα το οποίο φαίνεται κάπως οξύμωρο αρχικά, ίσως όμως μπορεί να δικαιολογηθεί καθώς η αποδοχή μιας δυσάρεστης και ταυτόχρονα χρόνιας κατάστασης, όπως είναι ο διαβήτης, είναι λογικό να επιφέρει μειωμένα επίπεδα ευεξίας, τουλάχιστον σε κάποια στάδιά της. Παράλληλα, η υψηλή αίσθηση ελέγχου ίσως δικαιολογεί τα μειωμένα επίπεδα αποδοχής, καθώς τα άτομα που νιώθουν σίγουρα ότι «τα καταφέρνουν», δεν μπαίνουν στη διαδικασία να προβληματιστούν γύρω από τον εαυτό τους και την ασθένειά τους. Η αμφιβολία του αν ελέγχει κανείς την κατάσταση ίσως είναι πιο λογικό να οδηγεί σε μεγαλύτερη ενδοσκόπηση, και συνεπώς αποδοχή.

Η αποδοχή έχει επίσης βρεθεί να σχετίζεται με τη σωματική υγεία ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες, καθώς για παράδειγμα η μεγαλύτερη αποδοχή έχει συνδεθεί με καλύτερο έλεγχο γλυκόζης, πληρέστερη αυτορρύθμιση, και συνεπώς καλύτερη σωματική κατάσταση (Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001. Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007). Ωστόσο, δε βρέθηκε η αποδοχή να έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων με τη σωματική υγεία ασθενών με διαβήτη τύπου II. Σε αυτό βέβαια, το αποτέλεσμα ενδέχεται να έχει συμβάλλει το γεγονός ότι η αποδοχή είναι μια πιο πνευματική διεργασία και είναι λογικό να συνδέεται πιο πολύ με την ψυχική, παρά με τη σωματική υγεία.

#### **4.3 Συμπεράσματα σχετικά με το διαμεσολαβητικό ρόλο της κινητοποίησης**

Ένας ακόμα παράγοντας που μελετήθηκε στην έρευνα αυτή ως διαμεσολαβητής στη σχέση γνωστικών αναπαραστάσεων και ψυχικής και σωματικής υγείας ήταν η κινητοποίηση. Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι η νόσος του διαβήτη είναι μια κατάσταση που απαιτεί ιδιαίτερη κινητοποίηση, προκειμένου ο ασθενής να έχει μια καλή πορεία. Συνοπτικά αναφέρεται ότι το άτομο με διαβήτη πρέπει πρώτα από όλα να ασκείται σωματικά, ενώ παράλληλα οφείλει να κινητοποιηθεί, να αναλάβει την προσωπική ευθύνη και να προσπαθήσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπείας (είναι αναγκασμένο, για παράδειγμα, να επισκέπτεται συχνά τις υπηρεσίες φροντίδας για τη διαφύλαξη της υγείας του). Ακόμα, η κινητοποίηση σε πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο είναι βοηθητική για την αποφυγή αρνητικών επιπτώσεων, όπως είναι η κατάθλιψη.

Επιπλέον, τα άτομα που νιώθουν να έχουν περισσότερο έλεγχο πάνω στην κατάσταση τους, αλλά και που βιώνουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα λόγω της

απειλητικής για τη ζωή τους ασθένεια, αναμένεται λογικά να έχουν μεγαλύτερη κινητοποίηση. Άλλωστε αυτό έχει αποδειχθεί και από έρευνες όπως εκείνη των Stenstrom, Wikby, Andersson και Ryden (1997) όπου βρέθηκε πως τα άτομα που νιώθουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, φαίνεται να έχουν εντονότερη προσωπική κινητοποίηση.

Για τους παραπάνω λόγους, θεωρήθηκε πιθανή η διαμεσολάβηση της κινητοποίησης στη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων τόσο με την ψυχική όσο και με τη σωματική υγεία ατόμων που έπασχαν από διαβήτη τύπου II. Διευκρινίζεται ότι η κινητοποίηση μετρήθηκε σε τρεις διαστάσεις: πνευματική, κοινωνική και σωματική. Εξετάσθηκε λοιπόν η διαμεσολάβηση κάθε μορφής κινητοποίησης ξεχωριστά αλλά και στο σύνολό της. Τα αποτελέσματα της υπόθεσης που αφορούσαν την ψυχική υγεία, έδειξαν ότι η συνολική κινητοποίηση (και όχι κάποια μορφή κινητοποίησης από μόνη της) διαμεσολαβούσε στις σχέσεις του θεραπευτικού ελέγχου με την ψυχική υγεία και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων με την ψυχική υγεία. Αναλυτικότερα τα ευρήματα έδειξαν ότι αφενός, όσο μεγαλύτερο έλεγχο αισθάνεται ότι ασκεί το άτομο στην ασθένειά του μέσω της θεραπείας που ακολουθεί, τόσο αυξάνεται η κινητοποίησή του, και κατά συνέπεια βελτιώνεται η ψυχική του υγεία. Από την άλλη, όσο πιο δυσάρεστες συναισθηματικές αναπαραστάσεις παρουσιάζει το άτομο για το διαβήτη, τόσο μειώνεται η κινητοποίησή του, και στη συνέχεια προσβάλλεται και η ψυχική του υγεία.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι στατιστικά σημαντική βρέθηκε η κινητοποίηση στο σύνολό της, και όχι μεμονωμένα κάποιο κομμάτι της. Έτσι φαίνεται η σημασία που έχει η κινητοποίηση στις δύο παραπάνω σχέσεις που

αναφέρθηκαν, καθώς παίζει ρόλο ως ένα σύνολο, αποτελούμενο από όλες τις μορφές της ταυτόχρονα (πνευματική, κοινωνική και σωματική).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της διαμεσολάβησης της κινητοποίησης στη σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της σωματικής υγείας, βρέθηκε και σε αυτή την περίπτωση να διαμεσολαβεί η συνολική κινητοποίηση στη σχέση της συναισθηματικής αναπαράστασης της ασθένειας και της σωματικής υγείας του ατόμου. Χωρίς όμως να βρεθεί σημαντική διαμεσολάβηση στην περίπτωση των αναπαραστάσεων που αφορούσαν στον έλεγχο. Στην πράξη, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι όσο πιο έντονα αρνητικές είναι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις που διαμορφώνει το άτομο για την ασθένειά του, τόσο μειώνεται η κινητοποίησή του, και ως συνέπεια επηρεάζεται αρνητικά η σωματική του κατάσταση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι και στην ψυχική και στη σωματική υγεία, φάνηκε να παίζουν ρόλο οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, μέσω της κινητοποίησης. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι όσο πιο αρνητικά αντιμετωπίζει κανείς μια κατάσταση που βιώνει, τόσο λιγότερο κινητοποιείται σχετικά με αυτή καθώς αδρανοποιείται από τα αρνητικά συναισθήματα.

#### **4.4 Συμπεράσματα για το ρόλο της κοινωνικής στήριξης**

Κλείνοντας τα αποτελέσματα των υποθέσεων της έρευνας, αναφέρεται η διερεύνηση της διαμεσολαβητικής σχέσης των γνωστικών αναπαραστάσεων στη σχέση της κοινωνικής στήριξης των ατόμων με διαβήτη και της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Στηριζόμενη σε προηγούμενη γνώση, θεωρήθηκε πως οι κοινωνική στήριξη θα σχετίζεται με την ψυχική υγεία και σωματική υγεία των ασθενών, μέσω των γνωστικών αναπαραστάσεών τους για τη νόσο. Γενικά,

αναμενόταν ότι όσο καλύτερη κοινωνική στήριξη γνώριζε ένα άτομο, τόσο θετικότερες θα ήταν οι γνωστικές του αναπαραστάσεις για το διαβήτη, και κατά συνέπεια, τα επίπεδα της υγείας του θα ήταν καλύτερα.

Στη χρόνια ασθένεια, και συγκεκριμένα στη νόσο του διαβήτη, έχει φανεί να παίζει ιδιαίτερο ρόλο η κοινωνική στήριξη από άτομα σημαντικά για τον ασθενή. Ο κοινωνικός περίγυρος ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη έχει τη δυνατότητα να διαδραματίσει σημαντικότατο ρόλο (τόσο θετικό, όσο και αρνητικό) στις πολλαπλές αλλαγές που απαιτούνται στη ζωή του πάσχοντα (Hunter, Goodie, Oordt & Dobmeyer, 2009). Καθοριστικός έχει φανεί να είναι επίσης ο ρόλος του συντρόφου του ασθενή (Stephens & Clark, 1997), αν και γενικότερα έχει αποδειχθεί ότι το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο ενός ασθενή μπορεί να συμβάλλει στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας, καθώς και στην τροποποίηση παλαιότερων συμπεριφορών, που κρίνονται πλέον δυσλειτουργικές (Kerns & Weiss, 1994. Reich & Zautra, 1995. Thompson & Pitts, 1992).

Τα αποτελέσματα λοιπόν επιβεβαίωσαν μερικώς την υπόθεση της έρευνας και έδειξαν τα εξής: όσο μεγαλύτερη η στήριξη του ασθενή από την οικογένεια, τόσο αυξάνεται η αίσθηση ελέγχου της ασθένειας μέσω της θεραπείας του, και κατά συνέπεια βελτιώνεται η ψυχική του υγεία. Αντίστοιχα, η κοινωνική στήριξη από τους σημαντικούς άλλους βελτιώνει την αίσθηση θεραπευτικού ελέγχου του διαβήτη, και κατά συνέπεια, ενισχύεται και η ψυχική ευεξία του ατόμου. Το ότι δε βρέθηκε να παίζει ρόλο η στήριξη των φίλων μπορεί να αποδοθεί στο ότι ίσως μια χρόνια νόσος να αποτελεί περισσότερο ένα θέμα αρκετά προσωπικό, το οποίο πιο εύκολα μοιράζεται κανείς με την οικογένεια παρά με φιλικά πρόσωπα. Ακόμα, ίσως οι

σημαντικοί άλλοι περιλαμβάνουν για πολλούς τα στενά φιλικά άτομα, ενώ οι φίλοι είναι μια πιο αόριστη έννοια.

Τα παραπάνω αποτελέσματα ήταν σύμφωνα με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Ωστόσο, όσον αφορά τα αποτελέσματα της διαμεσολάβησης των γνωστικών αναπαραστάσεων στη σχέση κοινωνικής στήριξης και σωματικής υγείας, δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαμεσολαβητική σχέση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η κοινωνική στήριξη είναι βοηθητική στην ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς η ψυχική υγεία μια είναι πιο υποκειμενική κατάσταση που μπορεί να επηρεαστεί από την υποστήριξη των σημαντικών άλλων, ενώ η σωματική υγεία σχετίζεται περισσότερο με προσωπικούς και γενετικούς παράγοντες.

#### **4.5 Περιορισμοί της έρευνας**

Αξιολογώντας τα ευρήματα της παρούσας έρευνας πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι περιορισμοί που υπάρχουν σε αυτή. Αρχικά, ένας σημαντικός περιορισμός που πρέπει να αναφερθεί είναι το μικρό δείγμα που συγκεντρώθηκε. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 48 και αυτό ίσως έχει επηρεάσει τα ευρήματα. Συγκεκριμένα, ο μικρός αριθμός του δείγματος μπορεί να οφείλεται για τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που βρέθηκαν, ή αντίστοιχα τα μη σημαντικά αποτελέσματα. Εάν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο τα αποτελέσματα θα είχαν μεγαλύτερη αξία, καθώς θα μπορούσαν να γενικευθούν ευκολότερα στο σύνολο του πληθυσμού ατόμων με διαβήτη τύπου II. Η γενίκευση λοιπόν των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας καλό είναι να γίνονται με επιφύλαξη.

Δεύτερος περιορισμός είναι ότι έχουν χρησιμοποιηθεί οι ίδιες μεταβλητές σε αρκετές αναλύσεις, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες να έχει πραγματοποιηθεί σφάλμα τύπου I. Υπάρχει δηλαδή η περίπτωση τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα να είναι σημαντικά λόγω σφάλματος. Για το λόγο αυτό καλό είναι να είμαστε πιο αυστηροί, και να αποδεχτούμε τα αποτελέσματα τα οποία είναι στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο .001. Να διευκρινιστεί ότι ο λόγος που το δείγμα ήταν τόσο μικρό, ήταν η ιδιαιτερότητα του δείγματος. Αρχικά, επισημαίνεται ότι δεν υπάρχει διαβητολογική κλινική στην πόλη του Ρεθύμνου, όπου και διεξάχθηκε (τουλάχιστον αρχικά) η έρευνα, δυσχεραίνοντας τη συλλογή δεδομένων και περιορίζοντας τον αριθμό των πιθανών συμμετεχόντων. Ακόμα, αρκετοί ήταν εκείνοι που δήλωναν ότι υπέφεραν ήδη αρκετά για να αφιερώσουν και κάποια ώρα στο να συμπληρώνουν ερωτηματολόγια, εκφράζοντας συχνά θυμό. Θα ήταν συνετό λοιπόν εάν κάποιος επιθυμεί να ασχοληθεί με ίδιο ή ανάλογο δείγμα, να φροντίσει, σαν πρώτο βήμα τουλάχιστον, να έχει πρόσβαση σε κάποια μεγαλύτερη νοσοκομειακή μονάδα.

Επιπρόσθετα, οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, δεν ήταν όλες προσαρμοσμένες στον ελληνικό πληθυσμό. Για όλες τις κλίμακες λήφθηκε άδεια από τους εκάστοτε κατασκευαστές, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα. Ωστόσο, κάποιες από αυτές μεταφράστηκαν από εμένα και συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, χωρίς να είναι προσαρμοσμένες.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων, ήταν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, γεγονός που από μόνο του ενέχει κάποιους κινδύνους. Για παράδειγμα, κάποιος συμμετέχοντας μπορεί να συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο σκεπτόμενος το κοινωνικά επιθυμητό.

#### 4.6 Πρακτικές εφαρμογές και οφέλη της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα, πάρα τους περιορισμούς της, έχει κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα. Επισημαίνει παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή του ατόμου με διαβήτη τύπου II. Τα αποτελέσματά της θα μπορούσαν συνεπώς να αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης στο διαβήτη, είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Είναι γνωστό ότι τέτοιου είδους προγράμματα απώτερο στόχο έχουν τη βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών. Προκειμένου λοιπόν να γίνονται όλο και πιο αποτελεσματικά, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους δεδομένα ανάλογων ερευνών. Οφείλουν να εστιάζουν σε παράγοντες που έχει αποδειχθεί να επηρεάζουν τη ζωή και τις επιλογές ατόμων με διαβήτη, αλλά και να μην αγνοούν, τον τρόπο που κάθε παράγοντας φαίνεται, με βάση τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, να επηρεάζει τη ζωή του ασθενή.

Μιλώντας για τη συγκεκριμένη έρευνα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν, αυτά φώτισαν την αξία της αποδοχής του εαυτού και της κινητοποίησης σε άτομα με διαβήτη τύπου II. Οι δύο αυτές μεταβλητές φάνηκαν να διαμεσολαβούν σημαντικά στη σχέση ορισμένων γνωστικών αναπαραστάσεων με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμα, διευκρινίστηκε η έντονη σημασία του ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων στην υγεία των ατόμων. Εστιάζοντας σε τρεις μόνο παράγοντες των γνωστικών αναπαραστάσεων γίνεται ακόμα πιο ξεκάθαρη η αξία τους, ανεξάρτητα από τη συμβολή των υπολοίπων αναπαραστάσεων. Τέλος, διευκρινίζεται το πώς σχετίζεται ο κοινωνικός περίγυρος με την καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στην ασθένειά του. Δεδομένα τα οποία καλό θα ήταν να αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό νέων προγραμμάτων παρέμβασης, εστιάζοντας για



παράδειγμα στην τροποποίηση γνωσιών για την ασθένεια ή σε παράγοντες όπως η αποδοχή και η κινητοποίηση, μέσω των οποίων βρέθηκε οι γνωστικές αναπαραστάσεις να σχετίζονται, κυρίως, με την ψυχική υγεία των ασθενών.

Επιπλέον, δεν πρέπει να υποτιμηθούν και τα οφέλη που προσφέρει η έρευνα σε θεωρητικό επίπεδο, καθώς διαφωτίζουν ακόμα περισσότερο τον τρόπο που οι γνωστικές αναπαραστάσεις, σχετίζονται με την υγεία του ατόμου που πάσχει από διαβήτη. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς το πόσο σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, εφόσον το ερευνητικό έργο στο συγκεκριμένο πληθυσμό, άτομα δηλαδή που πάσχουν από διαβήτη τύπου II, είναι πιο περιορισμένο σε ποσότητα, συγκριτικά με άλλου τύπου ασθενείς.

#### **4.7 Επίλογος- Προτάσεις για μετέπειτα έρευνα**

Η συγκεκριμένη έρευνα λοιπόν φαίνεται πέραν των περιορισμών της να έχει κάποια σημαντικά οφέλη. Ωστόσο, πέραν της σημασίας των αποτελεσμάτων και της πιθανής αξιοποίησής τους σε πρακτικό επίπεδο, καλό θα ήταν να γίνουν και κάποιες ακόμα σχετικές διερευνήσεις. Πρώτον, θα ήταν σημαντικό να πραγματοποιηθεί μια ανάλογη έρευνα σε ένα μεγαλύτερο δείγμα, προκειμένου να είναι ακόμα πιο έγκυρα τα αποτελέσματα που θα προκύψουν. Ακόμα, κάποιος ερευνητής θα μπορούσε να ασχοληθεί με την αποδοχή, εστιασμένη ως έννοια στην αποδοχή της κατάστασης/ασθένειας και όχι ως αποδοχή του εαυτού (όπως και χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα), με σκοπό τη σύγκριση των αποτελεσμάτων εκείνων με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Τέλος, ενδιαφέρουσα θα ήταν να πραγματοποιηθεί η ίδια, ή ανάλογη έρευνα, σε διαχρονικό επίπεδο, προκειμένου να φανούν αλλαγές στις σχέσεις που προέκυψαν με την πάροδο του χρόνου.

## Βιβλιογραφία

- Almdal, T., Scharling, H., Jensen, J. S. & Vestergaard, H.(2004). The independent effect of type 2 diabetes mellitus on ischemic heart disease, stroke, and death: a population based study of 13,000 men and women with 20 years of follow-up. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1422–1426.
- American Diabetes Association. (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 1, 55-60.
- American Diabetes Association. (2004). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 27, 15–35.
- Anderson, D., Horton, C., O’Toole, M. L., Brownson, C. A., Fazzino, P. & Fischer, E. B. (2007). Integrating depression care with diabetes care in real-world settings: lessons from the Robert Wood Johnson Foundation Diabetes Initiative. *Diabetes Spectrum*, 20, 10-16.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069– 1078.
- American Psychological Association. (2000). *DSM-IV Text Revision*. Washington, DC: Author.
- Arntz, A. & Schmidt, A. J. M. (1989). Perceived control and the experience of pain. In A. Steptoe & A. Appels (Eds.), *Stress, Personal Control and Health* (pp. 131–162). Brussels, Luxembourg: Wiley.

- Bach, P. B. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to present the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.
- Barclay, C., Procter, K. L., Glendenning, R., Marsh, P., Freeman, J. & Mathers, N. (2008). Can type 2 diabetes be prevented in UK general practice? A lifestyle-change feasibility study (ISAIAH). *British Journal of General Practice, 58*, 541-548.
- Bell, D. S. H., Christian, S. T. & Clements, R. S. (1983). Acuphobia in a long-standing insulin-dependent diabetic patient cured by hypnosis (letter). *Diabetes Care, 6*, 622.
- Berlin, I., Bisserbe, J. C., Eiber, R., Balssa, N., Sachon, C., Bosquet, F. & Grimaldi, A. (1997). Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults. *Diabetes Care, 20*, 176– 8.
- Black, S. A., Markides, K. S. & Ray, L. A. (2003). Depression increased incidence of adverse outcomes in older Mexican Americans with tuype 2 diabetes. *Diabetes Care, 26*, 2822–2828.
- Bilous, R. (2009). *Οικογενειακός ιατρός. Μάθετε για το διαβήτη* (Γεώργιος Δημητριάδης). Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Bodzin, B. (1996). The needle-phobic patient with diabetes. *Home Healthcare Nurse, 14*, 378– 80.

- Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156–163.
- Bouwman, V., Adriaanse, M. C., Van 't Riet, E., Snoek, F. J., Dekker, J. M. & Nijpels, G. (2010). Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study. *PloS One, 5*, e9971.
- Bradley, C. (1994). Measures of perceived control of diabetes. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of psychology and diabetes* (pp.291-331). Chur, Switzerland: Harwood Academic Press.
- Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M. & Mutch, D. (2004). *Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT*. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orleans.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M. B., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Association, 305*, 160-164.
- Cameron, L., Leventhal, E. A. & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community dwelling adult sample population. *Health Psychology, 12*, 171–179.
- CDCP (1998). National Diabetes Fact Sheet. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Available:  
<http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/facts98.htm>

- CDCP (1999). Diabetes Surveillance Report. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Available:  
<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/index.htm>.
- Chessler, S. D. & Lernmark, A. (2000). Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus. In J. K. Davidson (Eds.), *Clinical diabetes mellitus: A problem-oriented approach* (3<sup>rd</sup> ed., pp.37-58). New York: Thieme.
- Cheung, N., Mitchell, P. & Wong, T. Y. (2010). Diabetic retinopathy. *Lancet*, 376, 124–36.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J. & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278–3285.
- Constitution of the World Health Organization (1952). In *Handbook of Basic Documents, World Health Organization*, (5th edn., pp.3-20). Geneva: Palais des Nations.
- Croyle, R. T. & Barger, S. D. (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston, (Eds.), *International review of health psychology* (pp. 29–49). London: John Wiley & Sons.
- Davis, W., Hess, G., Harrison, R. & Hiss, R. (1987). Psychosocial adjustment and control of diabetes mellitus: Differences by disease type and treatment. *Health Psychology*, 6, 1-14.
- D'Adrenne, P. (2004). The couple sharing long-term illness. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 291-308.
- Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from

- stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785–802.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2000). Depression in a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Dion, G. A. (1990). *Testing of an instrument to measure acceptance of diabetes: Ideas about diabetes—revised (IAD-R)*. Louisiana State University, New Orleans: Unpublished doctoral dissertation.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. A (1994). Behavior-analytic account of depression and a case-report using acceptance-based procedures, *Behavior Analyst*, 17, 321–334.
- Edgar, K. A & Skinner, T. C. (2003). Illness representation and coping as a predictor of emotional Well-being in Adolescence with type 1 Diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 28, 485-493.
- Egede, L. E. & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26, 104– 111.
- Fehnel, S. E., Bann, C. M., Hogue, S. L., Kwong, W. J. & Mahajan, S. S. (2004). The development and psychometric evaluation of the Motivation and Energy Inventory (MEI). *Quality of life research*, 13, 1321-1336.

- Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 4*, 315-336.
- Fisher, E. B. Jr., Arfken, C. L., Heins, J., Houston, C., Jeffe, D. & Sykes, R. (1996) Acceptance of diabetes in adults. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research*. New York: Plenum Publishing Corp.
- Foster, N.E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. & Hay, E (2008). Illness perceptions of low-back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain, 136*, 177-187.
- Fox, C. S., Sullivan, L., D'Agostino, R. B., & Wilson, P. W. (2004). The significant effect of diabetes duration on coronary heart disease mortality: the Framingham Heart Study. *Diabetes Care, 27*, 704 –708.
- Gavard, J. A., Lustman, P. J. & Clouse, R. E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes Care, 16*, 1167–1178.
- Gilleard, C. J., Gilleard, K., Gledhill, K. & Whittick, J. (1984). Caring for the mentally infirm at home: A survey of the supporters. *Journal of Epidemiology and Community Health, 38*, 319–325.
- Goldney, R. D., Phillips P. J., Fisher, L. J. & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care, 27*, 1066–1070.
- Gray, J. R. (2004). Integration of emotion and cognitive control. *American Psychological Society, 2*, 46-48.

- Gray, J. R. (2001). Emotional modulation of cognitive control: Approach-withdrawal states double-dissociate spatial from verbal two-back task performance. *Journal of Experimental Psychology: General*, *130*, 436-452.
- Gray, J. R. (1999). A bias toward short-term thinking in threat-related negative emotional states. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *25*, 65-75.
- Gray, J.R., Braver, T.S., & Raichle, M.E. (2002). Integration of emotion and cognition in the lateral prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *99*, 4115–4120.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 1053-1060.
- Gu, K., Cowie, C. C. & Harris, M. I. (1999). Diabetes and decline in heart disease mortality in US adults. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 1291-1297.
- Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Leidy, N. K. & Penn, P. E. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance, and self-transcendence. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, *24*, 141-147.
- Halm, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). No symptoms, no asthma: The acute episodic disease belief is associated with poor self-management among inner city adults with persistent asthma. *Chest*, *129*, 573–580.
- Hamera, E., Cassmeyer, V., O'Connell, K., Weldon, G., Knapp, T. & Kyner, J. (1988). Self-regulation in individuals with type 2 diabetes. *Nursing Research*, *37*, 363-367.
- Hampson, S. E. (1997). Illness representations and self-management in diabetes. In K. Petrie and J. Weinman (Eds.), *Perceptions of illness and treatment: current*



- psychological research and applications* (pp.323-347). Chur, Switzerland: Harwood Academic.
- Harris, R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 4, 2-8.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99–110.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Follette, V. & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Horne, R., Buick, D., Fisher, M., Leake, H. & Weinman, J. (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: Identifying the types of beliefs that are associated with nonadherence to HAART. *International Journal of STD and AIDS*, 15, 38–44.
- Hughes, E. (2009). *Βιβλία Υγείας: Διαβήτης τύπου 2* (Παύλος Παπαχριστοφίλου). Αθήνα : Εκδόσεις Πεδίο.

- Hunter, C. L., Goodie, J. L., Oordt, M. S. & Dobmeyer, A. C. (2009). *Integrated behavioral health in primary care: step-by-step guidance for assessment and intervention*.
- International Diabetes Federation (1998). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Brussels: International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation (1997). *Task Force on Diabetes Health Economics: Facts, Figures and Forecasts*. Brussels: International Diabetes Federation.
- Inui, A., Kitaoka, H., Majima, M., Majima, M., Takamiya, S., Uemoto, M., Yonenaga, C., Honda, M., Shirakawa, K., Ueno, N., Amano, K., Morita, S., Kawara, A., Yokono, K., Kasuga, M. & Taniguchi, H. (1998). Effect of the Kobe earthquake on stress and glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 158, 274–288.
- Kahn, S. E. (2003). The relative contributions of insulin resistance and beta-cell dysfunction to the pathophysiology of Type 2 diabetes. *Diabetologia*, 46, 3-19.
- Kaholokula, J. K., Haynes, S. N., Grandinetti, A. & Chang, H. K. (2003). Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 435–458.
- Kannel, W. B. & McGee, D. L. (1979). Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham Study. *Journal of the American Medical Association*, 241, 2035–2038.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυποθήτω.

- Karademas, E.C., Bakouli, A., Bastounis, A., Kallergi, F., Tamtami, P. & Theofilou, M. (2008). Illness perceptions, illness-related problems, subjective health, and the role of perceived primal threat: Preliminary results. *Journal of Health Psychology, 13*, 47-55.
- Katsilambros, N., Aliferis, K., Darviri, CH., Tsapogas, P., Alexiou, Z., Tritos, N. & Arvanitis, M. (1993). Evidence for an increase in the prevalence of known diabetes in a sample of an urban population in Greece. *Diabetic Medicine, 10*, 87-90.
- Kellerman, J. (1980). Comprehensive psychosocial care of the child with cancer. In J. Kellerman (Ed.), *Psychological aspects of childhood cancer, Springfield*, (p.111).
- Kerns, R. D. & Weiss, L. H. (1994). Family influences on the course of chronic illness: A cognitive-behavioral transactional model. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 116-121.
- Klein, R. F., Dean, A. & Bogdonoff, M. D. (1967). The impact of illness upon the spouse. *Journal of Chronic Diseases, 20*, 241-248.
- Kosberg, J. I. & Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist, 26*, 273-285.
- Κρασσάς, Γ. Ε. & Παπαδοπούλου, Φ. Γ. (2002). Διαβήτης τύπου 1 |2: Μύθος ή πραγματικότητα? *Ελληνικά Διαβητολογικά χρονικά, 2*, 102-110.
- Lawson, V. L., Bundy, C., Belcher, J. & Harvey, J. N. (2010). Mediation by illness perception of the effect of personality and health threat communication on

coping with the diagnosis of diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 15, 623-642.

- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. & Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage Handbook of Health Psychology* (pp.197-240). London: Sage Publications.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. (2003). The Common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. D. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive approach. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). New York: Erlbaum.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Contrada, R.J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: a perceptual cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717–734.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19–46). Australia: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, E. A. & Prohaska, T. R. (1986). Age, symptom interpretation, and health behavior. *Journal of the American Geriatric Society*, 34, 185–191.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook*

- of psychology and health: social psychological aspects of health* (pp. 219–252). Hillsdale, New Jersey : Earlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp.7-30). New York: Pergamon.
- Lewko, J., Polityńska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., Jankowiak, B., et al. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in Medical Sciences, 1*, 144-146.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M. & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care, 23*, 934-942.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Gavard, J. A. & Clouse, R. E. (1992). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care, 15*, 1631–1639.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E. & Cryer, P. E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and illness control. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 736-742.
- Lyons, R. & Meade, A. (1995). Painting a new face on relationships: relationship remodelling in response to chronic illness, Chapter 8. In S. Duck & J. Wood, (Eds.), *Confronting Relationship Challenges*. Thousand Oaks: Sage.
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Journal of Applied Psychology, 54*, 267–99.

- Mangione, C. M., Lee, P. P., Pitts, J., Gutierrez, P., Berry, S. & Hays, R. D. (1998). Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ). *Archives of Ophthalmology*, *116*, 1496–1504.
- Manson, J. E., Manson, J. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Krolewski, A. S., Rosner, B., Arky, R. A., Speizer, F. E. & Hennekens, C. H. (1991). A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of Internal Medicine*, *151*, 1141-1147.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction and acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 175-197). Reno, NV: Context Press.
- Metsch, J., Tilill, H., Koebberling, J. & Sartory, G. (1995). On the relations among psychological distress, diabetes-related health behaviour and level of glycosylated hemoglobin in type 1 diabetes. *Internal Journal of Behavioral Medicine*, *2*, 104– 17.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, *4*, 115–135.
- Mora, P. A., Halm, E. A., Leventhal, H. & Ceric, F. (2007). Elucidating the relationship between negative affectivity and symptoms: The role of illness-specific affective responses. *Annals of Behavioral Medicine*, *34*, 77–86.
- Mora, P. A., Robitaille, C., Leventhal, H., Swigar, M. & Leventhal, E. A. (2002). Trait negative affect relates to prior week symptoms, but not to reports of illness episodes, illness symptoms and care seeking among older persons. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 436–449.

- Moss-Morris, R., Petrie, K. J. & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, *1*, 15–25.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*, 155–164.
- Nichols, G. A. & Brown, J. B. (2003). Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *26*, 744–749.
- O'Connor, M. F., Allen, J. J. B. & Kaszniak, A. W. (2002). Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 183–185.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavost, C., Chrysohoout, C. & Stefanadist, C. (2005). *The epidemiology of Type 2 diabetes mellitus in greek adults : the ATTICA study. Diabetic medicine*, *22 (11)*, 1581-1588.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Quality Life Research*, *14*, 1433–1438.
- Παπασπηλιόπουλος, Π, Ι. (1992). Διαβήτης. *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα*, *2*, 234 - 236. Αθήνα: Πάπυρος.
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerly, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 557–564.

- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, *312*, 1191–1194.
- Ponzo, M. G., Gucciardi, E., Weiland, M., Masi, R., Lee, R. & Grace, S. L. (2006). Ethnocultural and psychological barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, *31*, 153-160.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008a). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*, 879-891.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008b). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. In A. F. Hayes, M. D. Slater, & L. B. Snyder (Eds.). *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (pp. 13-54). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pruchno, R. A. & Potashnik, S. L. (1989). Caregiving spouses: Physical and mental health in perspective. *Journal of the American Geriatric Society*, *37*, 697–705.
- Reich, J.W., & Zautra, A.J. (1995). Spouse encouragement of self-reliance and other reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*, *18*, 249–260.
- Richardson, A., Adner, N. & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, *33*, 758-763.
- Rose, R.M. (1980). Endocrine responses to stressful psychological events. *Psychiatric Clinics North America*, *3*, 251.



- Ryan, C. M. (1997). *Psychological factors and diabetes mellitus*. In J. Pickup & G. Williams (Eds.), *Text- book of Diabetes* (pp. 66.1-66.13). Oxford: Blackwell Science.
- Ryan, R. M. & Frederick, Ch. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Rosenthal, M. J., Fajardo, M., Gilmore, S., Morley, J. E. & Nabiloff, B. D. (1998). Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a three-year prospective study. *Diabetes Care*, 21, 231-235.
- Sarafino, E.P. (1999). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Wiley.
- Scharlach, A. E., Runkle, M. C., Midanik, L. T. & Soghikian, K. (1994). Health conditions and service utilization of adults with elder care responsibilities. *Journal of Aging and Health*, 6, 336–352.
- Scheen, A. J. (2004). Pathophysiology of type 2 diabetes. *Continuing Medical Education*, 12, 335-341.
- Sexton, D. L. & Munro, B. H. (1985). Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. *Research in Nursing and Health*, 8, 83–90.
- Skinner, T. C. & Hampson, S. E. (2001). Personal models of diabetes in relation to self-care, wellbeing, and glycemic control. *Diabetes Care*, 24, 828–833.
- Stenstrom, U., Wikby, A., Andersson, P-O & Ryden, O. (1997). Relationship between locus of control beliefs and metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus. *British Journal of Health Psychology*, 3, 15-25.

- Stephens, M. & Clark, S. (1997). Reciprocity in the expression of the emotional support among later-life couples coping with stroke. In B. Gottlieb, (Eds), *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press.
- Stuifbergen, A. K. & Rogers, S. (1997). Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Advances in Nursing Science* , 19, 1-20.
- Talbot, F. & Nouwen, A. (2002). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23, 1556–1562.
- Thompson, S.C. & Pins, J.S. (1992). In sickness and in health: chronic illness, marriage and spousal caregiving. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.). *Helping and Being Helped: Naturalistic Studies* (pp. 1 15-151). Newbury Park: Sage publications.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E. & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C. & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 1, 3-13.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute.
- Watkins, K., W., Connell, C. M., Fitzgerald, J. T., Klem, L., Hickey, T. & Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality of life outcomes. *Diabetes Care*, 23, 1511-1515.
- WHO (1999). *Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and Complications*. Department of Noncommunicable Disease Surveillance,

World, Health, Organization. Available:

<http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who> dmc.htm#Heading

Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z. R. & Deci, E. L. (2004).

Testing a selfdetermination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58–66.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R.

M. & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91–101.

Winer, N. & Sower, J. R. (2004). Epidemiology of diabetes. *The journal of Clinical Pharmacology*, 44, 397-405.

Wingard, D. L. & Barrett-Connor, E. (1995). Heart disease and diabetes. In M. I.

Harris, C. C. Cowie, M. P. Stern, E. J. Boyko, G. E. Rieber & P. H. Bennett (Eds.), *Diabetes in America*. (2nd ed., pp. 429-448 ). Bethesda, Md.: National Institutes of Health.

Wysocki, T. & Buckloh, L. M. (2002). Endocrine, metabolic, nutritional, and immune disorders. In T. J. Boll, S. B. Johnson, N. W. Perry, R. H. Rozensky (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Medical disorders and behavioral applications* (pp. 65-99). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Τόπος.

Zambanini, A., Newson, R. B., Maisey, M. & Feher, M. D., (1999). Injection-related

anxiety in insulin-treated diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 46, 239–46.

Zambanini, A. & Feher, M. D. (1997). Needle phobia in type I diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 14, 321–3.

Zettle, R. D. & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 436–445.

Zimmerman, B. (1998). *Medical Management of Type 2 Diabetes* (4th edn). Alexandria, VA: American Diabetes Association.

Zimmet, P. Z. (1999). Diabetes epidemiology as a tool to trigger diabetes research and care. *Diabetologia*, 42, 499–518.

Zimmet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610–617.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



Αξιότιμε κύριε/α,

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη τύπου ΙΙ. Διεξάγεται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και αφορά στη σχέση μεταξύ της αντίληψης για την ασθένεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς και το ρόλο της αποδοχής και της κινητοποίησης σε αυτή τη σχέση. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε σε βάθος τον αντίκτυπο που έχουν αυτοί οι παράγοντες στην ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική, του ασθενή. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να οργανώσουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξης και παρέμβασης στα άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με αυτή την ασθένεια.

Όσον αφορά στη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου, διευκρινίζονται τα εξής: Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά παράλληλα πολύ σημαντική για τη διεξαγωγή της. Η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου υποδηλώνει τη συμφωνία σας για προσωπική συμμετοχή στην έρευνα. Ακόμα, η ταυτότητα όλων των συμμετεχόντων θα παραμείνει ανώνυμη και τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα είναι εμπιστευτικά. Θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τους ερευνητές για επιστημονικούς σκοπούς.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία ή ένσταση σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας: Γεωργουλάκη Ελένη, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Ψυχολογία της Υγείας, τηλέφωνο 6947440882 ή στο [eleni88@live.com](mailto:eleni88@live.com).

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Ερωτηματολόγιο Α΄

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα  $\surd$  το αντίστοιχο τετράγωνο. Απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη πως βλέπετε ΤΩΡΑ την κατάσταση της υγείας σας.

	Απόψεις για την ασθένειά σας	Διαφωνώ πολύ	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 μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9.	Η ασθένειά μου 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 ασθένειας εξαρτάται από μένα.					
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 δε θα έχουν					

	καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς 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 ασθένειάς 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 ένα 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 συμπτώματά 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.	Δε με ανησυχεί η ασθένειά μου.					
37.	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω.					
38.	Η ασθένειά μου με φοβίζει.					



Ερωτηματολόγιο Β'

Από τις παρακάτω δηλώσεις, παρακαλώ επιλέξτε πόσο ισχύει η κάθε δήλωση για σας κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό σύμφωνα με την πιο κάτω κλίμακα.

1= Ποτέ δεν αληθεύει      2= Πολύ σπάνια αληθεύει      3= Σπάνια αληθεύει  
4= Αληθεύει μερικές φορές      5= Αληθεύει συχνά      6= Αληθεύει σχεδόν πάντα  
7= Πάντα αληθεύει

		Ποτέ δεν αληθεύει	Πολύ σπάνια αληθεύει	Σπάνια αληθεύει	Αληθεύει μερικές φορές	Αληθεύει συχνά	Αληθεύει σχεδόν πάντα	Πάντα αληθεύει
1	Οι οδυνηρές μου εμπειρίες και μνήμες με δυσκολεύουν να ζήσω μια ζωή την οποία θα εκτιμώ.	1	2	3	4	5	6	7
2	Φοβάμαι τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ανησυχώ ότι δε μπορώ να ελέγξω τις ανησυχίες και τα συναισθήματά μου	1	2	3	4	5	6	7
4	Οι οδυνηρές μου εμπειρίες με εμποδίζουν να έχω μια ζωή που να με γεμίζει.	1	2	3	4	5	6	7
5	Τα συναισθήματά μου προκαλούν προβλήματα στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
6	Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι χειρίζονται τη ζωή τους καλύτερα από μένα	1	2	3	4	5	6	7
7	Οι ανησυχίες είναι εμπόδιο για την επιτυχία μου.	1	2	3	4	5	6	7

Ερωτηματολόγιο Γ'

Για κάθε ερώτημα που ακολουθεί, παρακαλείστε να σημειώσετε το κουτάκι της πρότασης που δηλώνει το πως νιώθατε κατά τις 4 περασμένες εβδομάδες. Πριν απαντήσετε, προσπαθήστε να σκεφθείτε κάθε μέρα της εβδομάδας (συμπεριλαμβανομένων των σαββατοκύριακων), καθώς επίσης και κάθε πλαίσιο στο οποίο βρεθήκατε, όπως δουλειά, σπίτι, σχολείο κτλ.

- Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε ενθουσιασμένος/η καθώς ξεκινούσε η μέρα σου;
 

<input type="checkbox"/> Ποτέ	<input type="checkbox"/> Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα	<input type="checkbox"/> 1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα
<input type="checkbox"/> 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα	<input type="checkbox"/> 5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα	
<input type="checkbox"/> Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα		

2. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε ικανοποιημένος/η με αυτά που κατορθώσατε κατά τη διάρκεια της ημέρας;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
3. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά δυσκολευτήκατε να σηκωθείτε το πρωί από το κρεβάτι, γιατί δε θέλατε να αντιμετωπίσετε τη μέρα;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
4. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά «ξεμείνατε» από ενέργεια πριν το τέλος της μέρας;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
5. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά δυσκολευτήκατε να ολοκληρώσετε πράγματα που ξεκινήσατε, γιατί χάσατε το ενδιαφέρον σας για αυτά;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
6. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε καταβεβλημένος/η ακόμα κι από ασήμαντες εργασίες;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
7. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά αναβάλατε πράγματα για μια άλλη μέρα;
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
8. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο συχνά δυσκολευτήκατε να θυμηθείτε πληροφορίες (π.χ. ονόματα, ή που βάλατε κάποιο αντικείμενο, ή τι χρειαζόσασταν από το σούπερ μάρκετ...);
- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη εβδομάδα       1 ή 2 μέρες τη εβδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη εβδομάδα       5 ή 6 μέρες τη εβδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα
9. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων εβδομάδων, πόσο δυσκολευτήκατε να συγκεντρωθείτε;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

10. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο δυσκολευτήκατε να πάρετε αποφάσεις που είχαν μικρή σημασία;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

11. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά αποφύγατε συζητήσεις με άλλους;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

12. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο από το χρόνο σας προτιμήσατε να είστε μόνος/η σας;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

13. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, για πόσο χρόνο δυσκολευτήκατε να συγκεντρώσετε την προσοχή σας στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

14. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά δυσκολευτήκατε να κρατήσετε τα πράγματα οργανωμένα;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

15. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε έντονα κουρασμένος/η κατά τη διάρκεια της ημέρας;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

16. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε εξουθενωμένος/η;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

17. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε γεμάτος/η ενέργεια;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

18. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά νιώσατε κινητοποιημένος/η;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

19. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά πήρατε τηλέφωνο, στείλατε μήνυμα ή γράψατε γράμμα/mail σε φίλους ή συγγενείς;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

20. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά βρεθήκατε με φίλους ή συγγενείς με τους οποίους δε μένετε μαζί;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

21. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά κάνατε κάποια δραστηριότητα ή χόμπι;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

22. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, πόσο συχνά ασκηθήκατε (όπως περπάτημα, κολύμβηση, γιόγκα.....);

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

23. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, σε τι βαθμό ενδιαφερθήκατε να αναλάβετε επιπλέον δραστηριότητες ή εργασίες;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

24. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, σε τι βαθμό ενδιαφερθήκατε να μάθετε ή να δοκιμάσετε νέα πράγματα;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα
- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα
- Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

25. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, σε τι βαθμό ενδιαφερθήκατε να συναντήσετε νέους ανθρώπους;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα

- 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

26. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, σε τι βαθμό ενδιαφερθήκατε να μιλήσετε με ανθρώπους που δε γνωρίζετε καλά;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

27. Κατά τη διάρκεια των 4 περασμένων βδομάδων, σε τι βαθμό ενδιαφερθήκατε για κοινωνικές δραστηριότητες, όπως το να συναντήσετε φίλους, να βγείτε έξω για δείπνο ή να πάτε σε ένα πάρτυ;

- Ποτέ       Λιγότερο από μία μέρα τη βδομάδα       1 ή 2 μέρες τη βδομάδα  
 3 ή 4 μέρες τη βδομάδα       5 ή 6 μέρες τη βδομάδα  
 Κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα

#### Ερωτηματολόγιο Δ'

Μας ενδιαφέρει πως νιώθετε για τις ακόλουθες καταστάσεις. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και σημειώστε πως αισθάνεστε για κάθε δήλωση.

Κυκλώστε το "1", εάν **Διαφωνείτε πολύ**      Κυκλώστε το "2", εάν **Διαφωνείτε μέτρια**

Κυκλώστε το "3", εάν **Διαφωνείτε λίγο**      Κυκλώστε το "4", εάν **Ούτε πολύ ούτε λίγο**

Κυκλώστε το "5", εάν **Συμφωνείτε λίγο**      Κυκλώστε το "6", εάν **Συμφωνείτε μέτρια**

Κυκλώστε το "7", εάν **Συμφωνείτε πολύ**

1. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο που βρίσκεται κοντά μου όταν το χρειάζομαι.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
2. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο μπορώ να μοιραστώ χαρές και λύπες.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
3. Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθάει.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
4. Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και στήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
5. Έχω ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο νιώθω πολύ άνετα.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
6. Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν.  

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Μπορώ να βασίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα πάνε στραβά.  
1      2      3      4      5      6      7
8. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.  
1      2      3      4      5      6      7
9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ χαρές και λύπες.  
1      2      3      4      5      6      7
10. Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα συναισθήματά μου.  
1      2      3      4      5      6      7
11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις.  
1      2      3      4      5      6      7
12. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.  
1      2      3      4      5      6      7

#### Ερωτηματολόγιο Ε'

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας σχετικές με το διαβήτη κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Εάν ήσασταν άρρωστος/η κατά τις προηγούμενες 7 ημέρες, παρακαλούμε να ανακαλέσετε τις τελευταίες 7 ημέρες που δεν ήσασταν άρρωστος.**

#### **Δίαιτα**

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ακολουθήσατε ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής;

0    1    2    3    4    5    6    7

Κατά μέσο όρο, τον τελευταίο μήνα, πόσες ΗΜΕΡΕΣ ΤΗ ΒΔΟΜΑΔΑ ακολουθήσατε το πρόγραμμα διατροφής σας;

0    1    2    3    4    5    6    7

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;

0    1    2    3    4    5    6    7

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ καταναλώσατε τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, όπως κόκκινο κρέας ή πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα;

0    1    2    3    4    5    6    7

#### **Άσκηση**

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ πραγματοποιήσατε φυσική δραστηριότητα διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών; (Συνολική διάρκεια συνεχούς δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένου και του βαδίσματος).

0 1 2 3 4 5 6 7

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ συμμετείχατε σε μάθημα συγκεκριμένης άσκησης (όπως κολύμβηση, περίπατος, ποδηλασία) πέρα από αυτά που κάνατε στο σπίτι ή στην εργασία σας;

0 1 2 3 4 5 6 7

### Έλεγχος Σακχάρου Αίματος

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ελέγξατε το σάκχαρο σας;

0 1 2 3 4 5 6 7

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ελέγξατε το σάκχαρο σας, ακριβώς όσες φορές σας συνέστησε ο γιατρός σας;

0 1 2 3 4 5 6 7

### Φροντίδα ποδιών

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ελέγξατε τα πόδια σας;

0 1 2 3 4 5 6 7

Πόσες από τις τελευταίες ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;

0 1 2 3 4 5 6 7

### Κάπνισμα

Καπνίσατε ένα τσιγάρο –έστω και μια ρουφηξιά κατά τη διάρκεια των τελευταίων ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΩΝ;

0. Όχι

1. Ναι. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίσατε κατά μέσο όρο την ημέρα;

Αριθμός τσιγάρων: .....

### Ερωτηματολόγιο ΣΤ'

**Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητάει τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πως αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις καθημερινές σας δραστηριότητες.**

1. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πηγαιναν με εσάς τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση παρακαλείσθε να δώσετε εκείνη την απάντηση, που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα..

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a) Αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;	1	2	3	4	5
b) Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5
c) Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5
d) Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5
e) Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5
f) Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	1	2	3	4	5
g) Αισθανόσασταν εξάντληση;	1	2	3	4	5
h) Ήσασταν ευτυχισμένος/η;	1	2	3	4	5
i) Αισθανόσασταν κούραση;	1	2	3	4	5
2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες, που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;					
a) <u>Σε έντονες δραστηριότητες</u> , όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ		<i>Ναι, με περιορίζει πολύ</i>	<i>Ναι, με περιορίζει λίγο</i>	<i>Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου</i>	
		1	2	3	
b) <u>Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες</u> , όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία		1	2	3	
c) Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια		1	2	3	



από την αγορά

d) Όταν ανεβαίνετε <u>μερικές</u> σειρές από σκαλοπάτια	1	2	3
e) Όταν ανεβαίνετε <u>μια</u> σειρά από σκαλοπάτια	1	2	3
f) Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
g) Όταν περπατάτε πάνω από <u>ένα</u> χιλιόμετρο	1	2	3
h) Όταν περπατάτε <u>μερικές εκατοντάδες μέτρα</u>	1	2	3
i) Όταν περπατάτε <u>εκατό</u> μέτρα	1	2	3
j) Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με «X» όπου χρειάζεται:**

Φύλο: Άνδρας..... Γυναίκα.....

Ηλικία: ..... ετών

Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια δραστηριότητά σας:

Υπάλληλος ή ελεύθερος επαγγελματίας..... Σε αναζήτηση εργασίας.....

Συνταξιούχος..... Άλλο (αναφέρετε) ..... Οικιακά.....

Έχετε τελειώσει: Δημοτικό σχολείο.....

Γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή.....

Λύκειο ή αντίστοιχη σχολή.....

Ανώτερη ή ανώτατη σχολή.....

Ποιο έτος έγινε η διάγνωση του διαβήτη; .....