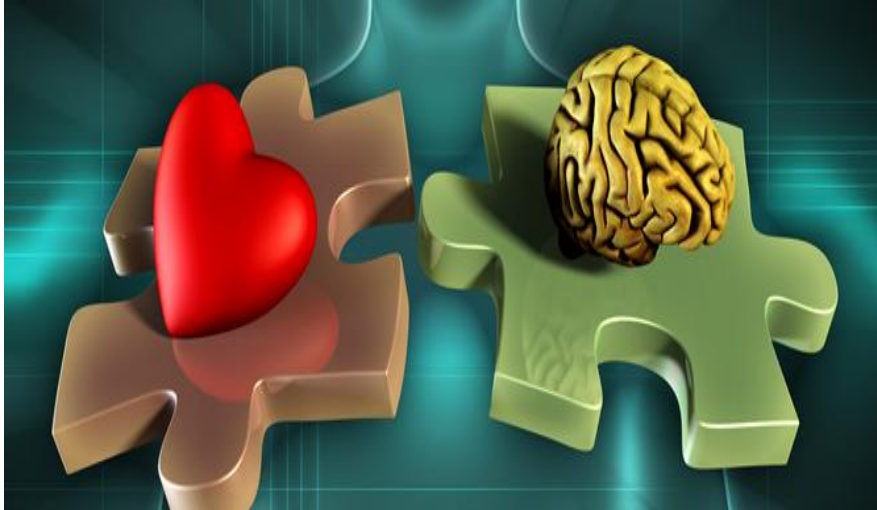


**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**Θέμα: Η Συναισθηματική Ρύθμιση και η Ψυχική Υγεία σε ασθενείς με  
καρδιαγγειακές παθήσεις.**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Ευάγγελος Καραδήμας**

**Πτυχιακή εργασία της ΠαχάκηΧρυσάνθη – Μαρία (2926)**

**Ρέθυμνο, 2014-15**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ .....	4
1.1. Η έννοια της χρόνιας ασθένειας .....	4
1.2. Αίτια και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη χρόνια ασθένεια .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ .....	10
2.1. Η έννοια των καρδιαγγειακών ασθενειών .....	10
2.2. Τα αίτια των καρδιαγγειακών ασθενειών .....	12
2.3. Ιατρικές παρεμβάσεις στις καρδιαγγειακές ασθένειες.....	14
2.4. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις καρδιαγγειακές ασθένειες.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ..Η ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ.....	21
4.1. Η έννοια της ρύθμισης των συναισθημάτων .....	21
4.2. Η συναισθηματική ρύθμιση στη χρόνια υγεία.....	24
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	30
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	33
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	37
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	42
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	48

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη πλειοψηφία τους οι ασθενείς, που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονοι άνθρωποι είναι χρόνιες. Οι χρόνιες ασθένειες δεν θεραπεύονται, αλλά αποτελούν καταστάσεις που οι ασθενείς προσπαθούν να ελέγξουν. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανήκουν στις χρόνιες ασθένειες και σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποτελούν τη πιο συχνή αίτια θνησιμότητας ανά τον κόσμο. Ορμώμενοι από αυτές τις εξελίξεις, τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές τείνουν να εστιάζουν το διερευνητικό τους ενδιαφέρον στη μελέτη των συναισθημάτων και στη σχέση τους με τις χρόνιες ασθένειες, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο απώτερος στόχος των ερευνητών είναι η βαθύτερη κατανόηση της επίδρασης των συναισθημάτων στη σωματική και ψυχική υπόσταση των χρόνιων ασθενών. Η θεωρητική εξέλιξη των συναισθημάτων καθιστά πλέον σαφές πως έχουν τόσο ψυχική-γνωστική όσο και βιολογική χροιά, καθώς υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθήματος και σκέψης που αντανακλά τη συμπεριφορά, η οποία συνοδεύεται από σωματικές αλλαγές. Με βάση τη παραπάνω άποψη έχουν διατυπωθεί αρκετές προσεγγίσεις, με σκοπό την επεξήγηση του μηχανισμού με τον οποίο λειτουργούν τα συναισθήματα και τη κατανόηση της πιθανής επίδρασης αυτού του μηχανισμού στην εκδήλωση των χρόνιων ασθενειών.

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην έρευνα του μηχανισμού ρύθμισης των συναισθημάτων και στη σχέση αυτού του μηχανισμού με τη ψυχική υγεία των ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα. Αρχικά παρατίθενται ορισμένες θεωρητικές πληροφορίες, με σκοπό την αποσαφήνιση των εννοιών της χρόνιας ασθένειας, των καρδιαγγειακών παθήσεων και των στρατηγικών ρύθμισης των συναισθημάτων. Ενώ παράλληλα γίνεται λόγος για το τρόπο που λειτουργεί η ρύθμιση των συναισθημάτων στα πλαίσια των χρόνιων ασθενειών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε και αφορούσε τις γνωστικές, συναισθηματικές αντιδράσεις των χρόνιων ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο ψυχικής υγείας. Σκοπός της έρευνας ήταν η απόκτηση μίας ολοκληρωμένης εικόνας για τη προσαρμογή των χρόνιων ασθενών και για το ρόλο που παίζουν οι στρατηγικές ρύθμισης τους συναισθήματος στην ψυχική τους υγεία σε βάθος χρόνου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ..ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

#### 1.1. Η έννοια της χρόνιας ασθένειας

Στη σύγχρονη εποχή, η πλειοψηφία των ασθενειών που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι είναι χρόνιες. Η εμφάνιση των χρόνιων ασθενειών στην ιστορία της ανθρώπινης υγείας είναι σχετικά πρόσφατη, καθώς χρονολογείται γύρω στον 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αιώνα. Από αρχαιοτάτων χρόνων οι λοιμώξεις αποτελούσαν τη μεγαλύτερη πρόκληση για την ανθρώπινη υγεία. Ωστόσο αυτό άλλαξε τη περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης, η οποία συνοδεύτηκε από έντονη οικονομική ανάπτυξη των χωρών αλλά και τη δημιουργία των κατάλληλων αντιβιοτικών και εμβολίων για τις λοιμώξεις. Μετά την αποτελεσματική αντιμετώπιση των λοιμώξεων ακολούθησε μία επιδημιολογική εξέλιξη, με την εμφάνιση των χρόνιων ασθενειών. Για αυτό το λόγο, οι χρόνιες ασθένειες συχνά ονομάζονται «ασθένειες του πολιτισμού» (Egger, 2012). Καθίσταται σαφές λοιπόν πως χάρη στη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα υγείας μετατράπηκε σε χρόνιο. Αξίζει να σημειωθεί πως οι χρόνιες ασθένειες αντιπροσωπεύουν μία γενική κατηγορία νοσημάτων (καρκίνος, καρδιαγγειακά προβλήματα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης κ.α.), τα οποία στη πλειονότητα τους δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που οι άνθρωποι προσπαθούν να ελέγξουν. Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής και η υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορών υγείας επιτρέπουν στους ανθρώπους να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και αν το χρόνιο νόσημα τους συνοδεύει (Καραδήμας, 2005).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι περισσότεροι άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας μίας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα και στενή συνεργασία με το προσωπικό υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες πάνω από 125 εκατομμύρια άτομα ζουν με μία χρόνια κατάσταση και συνήθως καταπονούνται από δύο ή και περισσότερες χρόνιες αρρώστιες (Fowler & Baas, 2006). Σύμφωνα με το Κέντρο Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενειών του Πανεπιστημίου του Michigan (University of Michigan Center for Managing Chronic Disease) (2011) οι χρόνιες αρρώστιες αποτελούν τη κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συγκεκριμένα ευθύνονται για το 70% των συνολικών θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1,7 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές ετησίως. Στα ίδια ευρήματα καταλήγουν και τα στοιχεία

του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Σύμφωνα με αυτά οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν τη πρωταρχική αιτία πρόωρου θανάτου σε όλο το κόσμο, ακόμα και σε μέρη όπου οι μολυσματικές ασθένειες είναι ανεξέλεγκτες (University of Michigan Center for Managing Chronic Disease, 2011).

Πέραν του αυξημένου κινδύνου για θάνατο, οι χρόνιες καταστάσεις γεμίζουν τη καθημερινότητα των ασθενών με πληθώρα προβλημάτων. Συνήθως τα προβλήματα αυτά διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ωστόσο σε γενικές γραμμές οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται ορισμένες δυσκολίες που αφορούν τόσο τη σωματική τους υγεία όσο και τη ψυχική τους ευημερία. Συγκεκριμένα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν το πόνο που βιώνουν, τα δυσάρεστα συμπτώματα της νόσου, τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, το αίσθημα αδυναμίας και τους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Παράλληλα αντιμετωπίζουν φοβίες για το παρόν και το μέλλον τους, τα οποία επισκιάζονται από την χρόνια ασθένεια (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008. Καραδήμας, 2005).

Ταυτόχρονα τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μία σειρά διακριτών στρεσογόνων καταστάσεων, όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η πιθανή υποτροπή. Αυτές οι καταστάσεις συχνά καταβάλλουν και τους πιο «ανθεκτικούς» ψυχικά ανθρώπους. Είναι εμφανές πως η προσαρμογή σε μία χρόνια νόσο αποτελεί μία εξαιρετικά πολύπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός πως η προσαρμογή αλληλεπιδρά με όλους τους λειτουργικούς τομείς της καθημερινότητας των ασθενών (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008. Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (2004) (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια σχετίζεται με τέσσερις βασικές περιοχές της ζωής. Οι περιοχές αυτές είναι οι εξής:

- Η βιολογική: Αφορά τα προβλήματα κόπωσης, λειτουργικότητας και παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, τα οποία συχνά αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς.
- Η κοινωνική: Σχετίζεται με τις δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Ενώ αφορά και ζητήματα όπως το στίγμα και η κοινωνική απομόνωση.
- Η συναισθηματική: Περιλαμβάνει θέματα, όπως η αυτό – εικόνα, τα οικονομικά ζητήματα, η εύρεση νοήματος στην εμπειρία και ο επαναπροσδιορισμός στόχων.
- Η συμπεριφορά: Σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας. Εν ολίγοις αφορά θέματα όπως ο έλεγχος υγείας, η τήρηση ιατρικών οδηγιών και η διαχείριση της ασθένειας.

Ακόμα οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής φύσεως. Οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα τους και η αίσθηση αδυναμίας συχνά τους δημιουργούν προβλήματα στον επαγγελματικό τους χώρο. Ολοκληρώνοντας όλες οι περιοχές που προαναφέρθηκαν είναι αλληλένδετες μεταξύ τους. Με λίγα λόγια η αλλαγή σε μία περιοχή επηρεάζει όλες τις υπόλοιπες, ενώ οι πλευρές της μίας περιοχής επηρεάζουν τις άλλες. Παραδείγματος χάρη οι καλές οικογενειακές σχέσεις μπορούν να συμβάλλουν στη τήρηση των ιατρικών οδηγιών (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

Ένα ακόμα απαραίτητο στοιχείο για τη πληρέστερη κατανόηση των χρόνιων ασθενειών είναι η αποσαφήνιση του τρόπου αντίδρασης των ατόμων στην διάγνωση μία σοβαρής νόσου. Ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται και αντιδρά στις σοβαρές στρεσογόνους καταστάσεις της ζωής του, όπως μία χρόνια ασθένεια, με βάση τα δικά του ατομικά χαρακτηριστικά. Παράταύτα ο Shontzto 1975 (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) υποστήριξε την ύπαρξη τριών διαδοχικών αντιδράσεων μετά τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας, οι οποίες τείνουν να ισχύουν για τη πλειοψηφία των ασθενών. Αρχικά το άτομο βιώνει ένα σοκ, το οποίο διαρκεί από μερικές ημέρες έως και εβδομάδες και είναι εντονότερο όταν η ασθένεια εμφανίζεται απροειδοποίητα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται πλήρως τη κατάσταση του και τη ζει ως παρατηρητής. Στη συνέχεια το άτομο βιώνει μία εσωτερική αντιπαράθεση με έντονα αποδιοργανωμένη σκέψη και αισθήματα απελπισίας, πένθους. Ενώ προς το τέλος αυτής της διαδοχικής διαδικασίας ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί τη κατάσταση του. Αρχικά την αρνείται και την αποφεύγει. Όμως σταδιακά προσαρμόζεται και εν τέλει την αποδέχεται. Κατ' επέκταση η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια επηρεάζεται από την αντίδραση των ατόμων στην ανακάλυψη της νόσου. Παράλληλα σχετίζεται με πληθώρα προβλημάτων προς επίλυση που αφορούν αυτή κάθε αυτή την ασθένεια αλλά και τη ψυχική και κοινωνική ζωή των πασχόντων. Τέλος ζητήματα έχουν να διαχειριστούν και οι οικογένειες των χρόνιων ασθενών. Σύμφωνα με τον Γιαβασόπουλο και τον Γούρνη (2008) ο βαθμός προσαρμογής των οικείων σχετίζεται με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών.

Επιπρόσθετα η χρόνια ασθένεια διακρίνεται από φάσεις εξέλιξης. Αρκετές φορές εμφανίζεται αναπάντεχα. Ωστόσο από τη στιγμή που θα εμφανιστεί αρχίζει να εξελίσσεται άλλοτε με ραγδαίους ρυθμούς και άλλοτε με αργούς ρυθμούς. Ο Docato 1993 (όπως περιγράφεται στους Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008) διέκρινε τρεις φάσεις στην ανάπτυξη των χρόνιων ασθενειών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικά οργανικά, πνευματικά και κοινωνικά στοιχεία. Στη προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει

συμπτώματα, τα οποία αποτελούν πιθανές ενδείξεις μίας σοβαρής, χρόνιας ασθένειας. Τις περισσότερες φορές η αντίδραση του άτομου απέναντι σε αυτά περιλαμβάνει αγνόηση και άρνηση. Στην οξεία φάση συνήθως πραγματοποιείται η διάγνωση της νόσου από κάποιον ειδικό υγείας. Κατά τη διάρκεια αυτή της περιόδου το άτομο αντιμετωπίζει πληθώρα αρνητικών και μπερδεμένων συναισθημάτων (έκπληξη, λύπη, φόβο κ.α.). Ενώ οφείλει να λάβει σημαντικές αποφάσεις για τη θεραπεία του αλλά και τις αλλαγές που πρέπει να κάνει στη ζωή του λόγω της ασθένειας. Η τελική φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση της ασθένειας, που συνήθως είναι ο Θάνατος. Αυτή η περίοδος είναι δύσκολη τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του και απαιτεί συνεχείς προσαρμοστικές προσπάθειες. Κάποιες ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη (π.χ. καρκίνος), άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς (π.χ. είδη άνοιας), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) και άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη (π.χ. υπέρταση). Στη περίοδο της χρόνιας φάσης περιλαμβάνεται και η φάση της αποθεραπείας. Αυτή η φάση ανακουφίζει ως ένα βαθμό τους ασθενείς, οι οποίοι εξακολουθούν να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μαθαίνουν να ζουν με την ασθένεια τους, η οποία καθίσταται πλέον τμήμα της ζωής και της λειτουργικότητάς τους.

## **1.2. Αίτια και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη χρόνια ασθένεια**

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούνται από μία γκάμα νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το σακχαρώδη διαβήτη κ.α. Το κάθε ένα από αυτά έχει τα δικά του αίτια ανάπτυξης. Ωστόσο υπάρχουν κάποιοι γενικοί παράγοντες κινδύνου που φαίνεται πως συμβάλλουν στην εμφάνιση των περισσότερων χρόνιων ασθενειών. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του σύγχρονου τρόπου ζωής, το άγχος της σύγχρονης εποχής και τα στοιχεία της προσωπικότητας των ασθενών. Σύμφωνα με τον Egger και τον Dixon (2014) ο σύγχρονος τρόπος ζωής συμπεριλαμβάνει την ανεπαρκή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την αύξηση του σωματικού βάρους και τη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καπνού και αλκοόλ. Στην έρευνα των Meng, Maskarinec, Leek και Kolonel (1999) επιβεβαιώθηκε η αρνητική επίδραση του καπνίσματος, της έλλειψης σωματικής άσκησης, του αλκοόλ και της μεγάλης κατανάλωσης αλατιού στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών, όπως η υπέρταση στους πολίτες της Χαβάης. Παρόμοια αποτελέσματα βρήκαν και οι Li, Zhang, Jiang και Wu σε μία έρευνα που πραγματοποίησαν το 2012 στον Κινέζικο πληθυσμό.

Είναι γεγονός πως η ασταθής διατροφή οφείλεται για τα 2/3 της ανάπτυξης του διαβήτη τύπου II και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στη σύγχρονη κοινωνία οι άνθρωποι υποφέρουν από διατροφική αστάθεια και υπερφαγία. Οι ρυθμοί της σύγχρονης ζωής οδηγούν τους ανθρώπους στο γρήγορο φαγητό (fastfood) και την υπερβολική κατανάλωση σακχάρων, αλατιού και κορεσμένων λιπαρών. Επομένως η προσθήκη λαχανικών, φρούτων και τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, κάλιο και νάτριο μπορεί να οχυρώσει τον ανθρώπινο οργανισμό και να τον προστατεύσει από την ανάπτυξη οποιασδήποτε χρόνιας ασθένειας (Kaplan, Sallis&Patterson, 1993).

Ακόμα η αδράνεια και η απουσία γυμναστικής άσκησης αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες ανάπτυξης 35 διαφορετικών ασθενειών (Egger&Dixon, 2014). Σύμφωνα με τον Kaplan και τους συνεργάτες του (1993) η γυμναστική άσκηση περιλαμβάνει οποιαδήποτε κίνηση του σώματος παράγεται από τους σκελετικούς μύες και οδηγεί σε θερμιδική και ενεργειακή δαπάνη. Δυστυχώς το 40% των ατόμων άνω των 65 ετών δεν γυμνάζεται. Ενώ το 1/3 των ανθρώπων κάνει μία μορφή φυσικής άσκησης όπως το περπάτημα ή η κηπουρική εργασία. Ωστόσο η φυσική άσκηση μειώνει τη πίεση του αίματος, το διαβήτη και τα καρδιαγγειακά προβλήματα (Kaplan et al., 1993). Η συμβολή της σωματικής άσκησης στην επάνδρωση του ανθρώπινου οργανισμού καταδεικνύεται στην έρευνα του Telford (2007). Σε αυτήν αποδείχθηκε πως η έλλειψη φυσικής άσκησης επηρεάζει την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη, οδηγεί στην ανάπτυξη μεταβολικής δυσλειτουργίας και κατ' επέκταση στην εμφάνιση μίας χρόνιας ασθένειας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Antonovsky (1972- 1979) (όπως αναφέρεται στον Ben-Sira, 1984) η χρόνια ασθένεια αποτελεί την έκφραση «βλάβης» του οργανισμού, μετά την αδυναμία αποκατάστασης της συναισθηματικής ομοιόστασης του ατόμου που έχει διαταραχθεί λόγω της ανεπαρκούς αντιμετώπισης των περιβαλλοντικών απαιτήσεων (π.χ. ανησυχία στον εργασιακό χώρο). Έτσι το στρες μακροπρόθεσμα οδηγεί σε χρόνιες επιπτώσεις, όπως αυξημένες συγκεντρώσεις στο φλοιό των επινεφριδίων, μεγάλη ενεργοποίηση του νευρικού συμπαθητικού συστήματος, αγγειακές φλεγμονώδεις διεργασίες και καρδιαγγειακά προβλήματα (Egger&Dixon, 2014).

Ολοκληρώνοντας, αρκετές θεωρίες ενοχοποιούν διάφορα στοιχεία της προσωπικότητας των ατόμων για την ανάπτυξη των χρόνιων ασθενειών. Η πιο γνώστη θεωρία είναι εκείνη των Friedman και Rosenman το 1950 (όπως περιγράφεται στους Kaplan et al., 1993). Αυτή η θεωρία συνέδεσε ένα είδος προσωπικότητας (προσωπικότητα τύπου A) με την εκδήλωση των



καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι άνθρωποι με προσωπικότητα τύπου A διακατέχονται από έντονο άγχος, ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα, φιλοδοξία και αυστηρή οργάνωση. Συνήθως οι άνθρωποι αυτοί είναι εργασιομανείς και αναλαμβάνουν περισσότερες δραστηριότητες από αυτές που μπορούν να χειριστούν. Πάντα χρησιμοποιούν τους γύρω τους για να επιτύχουν τους στόχους τους και πάντα προσπαθούν να καταφέρουν το μέγιστο αποτέλεσμα σε λίγο χρονικό διάστημα. Αυτό φυσικά τους προξενεί έντονο άγχος, την αίσθηση του ανεκπλήρωτου και αρνητικά συναισθήματα. Διάφορες μελέτες έχουν συνδέσει την προσωπικότητα τύπου A με την ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης και των καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι άνθρωποι με αυτά τα χαρακτηριστικά αντιδρούν δραματικά σε στρεσογόνους παράγοντες, ενεργοποιώντας σε βλαπτικό επίπεδο τους εσωτερικούς μηχανισμούς του οργανισμού τους. Παράλληλα αυτά τα άτομα υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως τη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και καπνού (Kaplanetal, 1993).

Από τη στιγμή που θα εκδηλωθεί μία χρόνια ασθένεια, αρχίζει το δύσκολο κομμάτι της διαχείρισης της. Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών είναι απαιτητική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους. Υπάρχουν λοιπόν κάποιες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν σε αυτή τη δύσκολη και δια βίου διαδικασία.

Σύμφωνα με τους Γιαβασόπουλο και Γούρνη (2008) οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για τη ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών στηρίζονται στη πληροφόρηση για την φύση των ασθενειών, στηνεκπαίδευση των ασθενών στην αναγνώριση των συμπτωμάτων τους και τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των συμπτωμάτων όταν δεν μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση σε γιατρό, στην αξιοποίηση της κοινωνικής στήριξης, στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, στη χρήση ειδικών παρεμβατικών θεραπευτικών στρατηγικών (π.χ.τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και αναδόμησης δυσλειτουργικών σκέψεων), στην οικογενειακή θεραπεία και στη παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Ο κύριος στόχος όλων των παραπάνω παρεμβάσεων είναι η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτές οι ψυχολογικές παρεμβάσεις βασίζονται στη χρήση της Γνωστικό – Συμπεριφοριστικής θεραπείας (CBT). Η εφαρμογή αυτή της μορφής ψυχοθεραπείας στοχεύει στην τροποποίηση περιβαλλοντικών, κοινωνικών και γνωστικών παραγόντων που επιδεινώνουν τα συμπτώματα και προκαλούν υποτροπή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ..ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

### 2.1. Η έννοια τω καρδιαγγειακών ασθενειών

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μία κατηγορία νοσημάτων που ανήκουν στην ομάδα των χρόνιων ασθενειών. Ο όρος καρδιαγγειακές ασθένειες αναφέρεται σε ένα μεγάλο εύρος διαταραχών που αφορούν τη λειτουργία του καρδιακού μυός (Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγωγής Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ) (2015) τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υπεύθυνα για το 1/3 των θανάτων παγκοσμίως. Ενώ αποτελούν τη πρώτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη με ποσοστό θνησιμότητας 42% στον ανδρικό πληθυσμό και 52% στον γυναικείο πληθυσμό. Αν και τις τελευταίες δεκαετίες στην Αυστραλία, στη Σκανδιναβία, στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε πολλές Δυτικές Χώρες έχει παρατηρηθεί μεγάλη μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών επεισοδίων μέσω της εφαρμογής διαγνωστικών και παρεμβατικών προγραμμάτων, στην Ελλάδα τα καρδιαγγειακά επεισόδια έχουν αυξηθεί. Τα αποτελέσματα αυτά πιθανόν οφείλονται στην αλλαγή του τρόπου ζωής των Ελλήνων και στην επιδείνωση αναγνωρισμένων παραγόντων κινδύνου, όπως η καθιστική ζωή, τα κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση. Με βάση αυτά τα δεδομένα μπορεί να προβλεφθεί περαιτέρω αύξηση των καρδιαγγειακών επεισοδίων στη χώρα μας με το πέρασμα των χρόνων.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις διακρίνονται σε τρεις κυρίες ομάδες. Η πρώτη κατηγορία των καρδιαγγειακών ασθενειών περιλαμβάνει τις στεφανιαίες νόσους. Οι στεφανιαίες νόσο σχετίζονται με τη λειτουργία των καρδιακών αρτηριών και οφείλονται κυρίως στην αθηροσκλήρωση. Εν ολίγοις συμβαίνουν όταν στο εσωτερικό των αρτηριών, που προμηθεύουν αίμα τη καρδιά δημιουργούνται «αθηρωματικές πλάκες», οι οποίες προκαλούν απόφραξη ή στένωση των αρτηριών. Τα αίτια δημιουργίας των «αθηρωματικών πλακών» δεν είναι απολύτως σαφή. Ωστόσο παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υπέρταση, ο διαβήτης, το στρες και ο θυμός πιθανόν συμβάλλουν στην ανάπτυξη των στεφανιαίων νοσημάτων. Η στεφανιαία νόσος περιλαμβάνει τρία σοβαρά προβλήματα. Το πρώτο είναι η ανάπτυξη της στηθάγχης (angina pectoris). Η στηθάγχη περιλαμβάνει έντονο πόνο στο στήθος και δυσφορία, τα οποία συνήθως οφείλονται σε κάποια σωματική δραστηριότητα ή σε έντονο στρες. Διαρκεί για λιγότερο από δέκα λεπτά και βελτιώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή. Το δεύτερο πρόβλημα ονομάζεται οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή) και πραγματοποιείται όταν ο καρδιακός μυς στερείται του απαραίτητου οξυγόνου, εξαιτίας της απόφραξης κάποιας αρτηρίας που οδηγεί σε μεγάλη και παρατεταμένη έλλειψη αιμάτωσης. Τα συμπτώματα ενός

εμφράγματος του μυοκαρδίου συμπεριλαμβάνουν το αίσθημα πίεσης ή πόνου στο στέρνο, πόνους στους ώμους, το λαιμό και τα άνω και κάτω άκρα, τάση για λιποθυμία, εφίδρωση, δυσκολία στην αναπνοή και μερικές φορές πυρετός και γαστρεντερικές διαταραχές. Το έμφραγμα είναι πιθανόν να οδηγήσει στην ανακοπή, η οποία μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς. Μετά την ιατρική αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, αν η κατάσταση των καρδιακών κοιλιών είναι καλή το ποσοστό επιβίωσης του ασθενούς φτάνει στο 70- 95% για μία δεκαετία. Αντίθετα αν οι κοιλίες δυσλειτουργούν το ποσοστό μειώνεται στο 40 – 85%. Τέλος τα στεφανιαία νοσήματα περιλαμβάνουν τις κοιλιακές αρρυθμίες. Οι κοιλιακές αρρυθμίες προκαλούνται από τη διακοπή του καρδιακού ρυθμού, εξαιτίας της κακής οξυγόνωσης του καρδιακού μυός. Ενώ συχνά μπορεί να οδηγήσουν σε καρδιακή μαρμαρυγή, η οποία αποτελεί τακτική αιτία αιφνίδιου θανάτου (Καραδήμας, 2005. Kaplanetal., 1993).

Η δεύτερη κατηγορία των καρδιακών παθήσεων σχετίζεται με τις ασθένειες των καρδιακών βαλβίδων. Η καρδιά διακρίνεται από τέσσερις βαλβίδες : τη μιτροειδή, την αορτική, τη πνευμονική και τη τριγλώχινα. Οι νόσοι των καρδιακών βαλβίδων λαμβάνουν χώρα όταν προκύπτουν προβλήματα στη λειτουργία μίας ή και περισσότερων εκ των παραπάνω βαλβίδων. Σε μεγάλο ποσοστό αυτή η ασθένεια είναι εκφυλιστική. Παράλληλα οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ποίκιλα συμπτώματα ανάλογα με το είδος της βαλβίδας που προσβάλλεται. Κάποια από αυτά τα συμπτώματα είναι το καρδιακό άλγος, η κούραση, η κολπική μαρμαρυγή και η λιποθυμία. Ολοκληρώνοντας, η τελική κατηγορία των καρδιαγγειακών ασθενειών είναι η καρδιομυοπάθεια, η οποία αφορά την προοδευτική εξασθένηση του καρδιακού μυός. Σε αυτή τη περίπτωση ο μυς δεν έχει πλέον τη δυνατότητα να αντλήσει το απαραίτητο αίμα και δυσλειτουργεί. Ορισμένα αίτια ανάπτυξης της καρδιομυοπάθειας θεωρούνται το αλκοόλ, η αθηροσκλήρωση και η υπέρταση (Καραδήμας, 2005).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή ασθένεια, πέραν των σωματικών συμπτωμάτων βιώνουν μεγάλες ποσότητες άγχους. Συνήθως τα άτομα διαχειρίζονται αυτό το άγχος με την χρήση στρατηγικών αποφυγής (π.χ. άρνηση). Οι περισσότεροι ασθενείς τείνουν να βιώνουν υψηλότερα από το κανονικό επίπεδο αισθήματα άγχους και κατάθλιψης έως και τέσσερις ημέρες μετά την αναπάντεχη εμφάνιση της νόσου. Με το πέρας των τεσσάρων ημερών το άγχος υποχωρεί αν και παραμένει πάνω από τα κανονικά του επίπεδα (Καραδήμας, 2005). Σε γενικές γραμμές η αντιμετώπιση μίας καρδιαγγειακής ασθένειας είναι εξαιρετικά δύσκολη τόσο σε σωματικό

όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Οι αλλαγές στη σωματική αντοχή και στους κοινωνικούς ρόλους των ασθενών συχνά τους φέρνουν αντιμέτωπους με πληθώρα ψυχολογικών δυσκολιών που απαιτούν συμβουλευτική παρέμβαση. Συμπερασματικά, η διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενειών είναι πολυδιάστατη και επίπονη.

## **2.2. Τα αίτια των καρδιαγγειακών ασθενειών**

Οι καρδιαγγειακές ασθένειες είναι η πιο διαδεδομένη κατηγορία των χρόνιων ασθενειών και αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο. Εκατομμύρια άνθρωποι καθημερινά εκτίθενται σε ποικίλους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση μία καρδιαγγειακής νόσου, χωρίς να το γνωρίζουν. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να διακριθούν σε βιολογικούς, συμπεριφορικούς και ψυχολογικούς (Saeidi, Soroush, Komasi, Moemeni&Heydarpair, 2014).

Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, την ηλικία, το ιατρικό οικογενειακό ιστορικό, αλλά και δυσλειτουργίες εσωτερικών μηχανισμών, όπως η υπερχοληστερολαιμία, η υπέρταση και το μεταβολικό σύνδρομο. Σύμφωνα με τον Kaplan και τους συνεργάτες του (1993) οι άνδρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες θανάτου από κάποια καρδιαγγειακή πάθηση, σε σχέση με τις γυναίκες. Ωστόσο αυτή η συνθήκη αντιστρέφεται όταν οι γυναίκες αρχίζουν μπαίνουν στην εμμηνόπαυση. Ακόμα η ηλικία παίζει κατασταλτικό ρόλο στην καρδιαγγειακή υγεία, καθώς η φυσική φθορά του οργανισμού συχνά οδηγεί σε καρδιαγγειακά προβλήματα με το πέρασμα του χρόνου. Ένας ακόμα γενετικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η δυσλειτουργική στεφανιαία ανατομία και τα κληρονομικά προβλήματα στο μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων (Kaplan et al., 1993).

Όσο αφορά το μεταβολικό σύνδρομο, θεωρείται ένα οργανικό σύνδρομο που περιλαμβάνει επιμέρους μεταβολικές διαταραχές. Τα συμπτώματα του περιλαμβάνουν αυξημένο σωματικό βάρος, υψηλή περιφέρεια μέσης (> 120 cm στους άνδρες και > 88 cm στις γυναίκες), υψηλά τριγλυκερίδια, χοληστερίνη (HDL) και γλυκόζη. Το μεταβολικό σύνδρομο συχνά οδηγεί στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλά και στο πρόωρο θάνατο από αυτά (Ford, 2004). Η έρευνα των Khang, Cho, Kim το 2010 υπέδειξε πως οι άνδρες και οι γυναίκες με μεταβολικό σύνδρομο είχαν 48% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με εκείνους που δεν έπασχαν από μεταβολικό σύνδρομο. Ταυτόχρονη συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε πως η υψηλή πίεση του αίματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη των καρδιαγγειακών

προβλημάτων. Τέλος η μελέτη του Malik και των συνεργατών του (2004) τόνισε τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά επεισόδια και στεφανιαία νόσο σε ενήλικες Αμερικανούς, ηλικίας 30 – 74 ετών που έπασχαν από μεταβολικό σύνδρομο.

Οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει την μειωμένη σωματική άσκηση, την ελλιπή διατροφή και το κάπνισμα. Το υπερβολικό σωματικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν συχνά αίτια ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων. Ωστόσο ο δείκτης μάζας του σώματος σχετίζεται με την ελλιπή σωματική άσκηση και τις ανισόροπες διατροφικές συνήθειες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε κορεσμένα λιπαρά και σάκχαρα (Prado Junior, de Faria, de Faria, Franceschini & Priore, 2015). Η συμβολή του σωματικού βάρους στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών προβλημάτων αποδεικνύεται στην έρευνα των Alenazi, Koura, Zaki και Mahamed (2015), όπου το 30,4% των καρδιοπαθών συμμετεχόντων ήταν παχύσαρκοι και το 17,2 υπέρβαροι. Ακόμα το κάπνισμα οδηγεί συχνά σε έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και σε καρδιακό θάνατο. Το κάπνισμα ενεργεί συνδυαστικά με άλλα αίτια ανάπτυξης των καρδιαγγειακών προβλημάτων, όπως η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση. Ενώ συχνά προκαλεί μεταβολικές διαταραχές, μείωση της χοληστερόλης (HDL) και αύξηση της οξειδωμένης χοληστερόλης (LDL) που προκαλούν καρδιαγγειακές παθήσεις. Σύμφωνα με τη Πανελλήνια Μελέτη Καταγραφής Εμφράγματος του Μυοκαρδίου το 95% των ατόμων με έμφραγμα είναι κάτω των 45ετών και καπνιστές (Ρίχτερ, 2012).

Ολοκληρώνοντας, οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το τύπο προσωπικότητας και τα συναισθήματα άγχους ή κατάθλιψης που συχνά βιώνουν οι άνθρωποι στη σύγχρονη κοινωνία. Σύμφωνα με τη θεωρία του Dunbar το 1947 (όπως αναφέρεται στον Fisher, 1963) υπάρχει ένας τύπος προσωπικότητας που ονομάζεται «στεφανιαία προσωπικότητα» και επηρεάζει την εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτός ο τύπος προσωπικότητας περιλαμβάνει στοιχεία, όπως η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, η σκληρή δουλειά για την επίτευξη των στόχων, η αυτοπειθαρχία, η επιθετική και η ανταγωνιστική συμπεριφορά. Οι ψυχολογικοί παράγοντες συνεισφέρουν στην εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου και στην ενεργοποίηση των οξέων καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς με προχωρημένη αθηροσκλήρωση. Ενώ η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού αποκαλύπτει την επίδραση των διαφόρων συναισθημάτων στην καρδιακή λειτουργία (Sgoifo, Montano, Shively, Thayer & Steptoe, 2008). Παράλληλα ο Andak και οι συνεργάτες του (1993) υποστήριξαν ότι τα αισθήματα της εχθρότητας και της κατάθλιψης σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα από κάποια ισχαιμική καρδιαγγειακή ασθένεια. Στην μελέτη τους διαπιστώθηκε

πως δεν επηρεάζει η αντικαταθλιπτική αγωγή την εμφάνιση των καρδιαγγειακών προβλημάτων αλλά τα αισθήματα «αβοηθησίας» και έντονης λύπης που βιώνουν οι ασθενείς. Τέλος το συναισθηματικό στρες παράγει ανωμαλίες στο καρδιακό ρυθμό, στη πίεση του αίματος και στα επίπεδα χοληστερόλης, οδηγώντας σε πληθώρα καρδιαγγειακών προβλημάτων. Φυσικά ή συμβολή των στρεσογόνων παραγόντων της καθημερινότητας (π.χ. εργασιακό άγχος) δεν γίνεται αντιληπτή μέχρι την πρόκληση της καρδιαγγειακής πάθησης (Fisher, 1963).

### **2.3. Ιατρικές παρεμβάσεις στις καρδιαγγειακές ασθένειες**

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων περιλαμβάνει συνήθως την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συμπεριφορές υγείας και σε αρκετές περιπτώσεις κάποια επέμβαση. Η φαρμακευτική αγωγή συμβάλει στη μείωση της υπέρτασης, στη μείωση της χοληστερόλης, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου θρόμβωσης, στη μείωση της ισχαιμίας και στη πρόληψη των αρρυθμιών. Εν ολίγοις μέσω των φαρμακευτικών σκευασμάτων μειώνονται τα συμπτώματα των καρδιαγγειακών ασθενειών και προλαμβάνεται η εκδήλωση άλλων σοβαρών προβλημάτων υγείας (Καραδήμας, 2005).

Ακόμα οι ιατρικές παρεμβάσεις στη περίπτωση των καρδιαγγειακών προβλημάτων περιλαμβάνουν εγχειρητικές διαδικασίες, όπως η αγγειοπλαστική, η επέμβαση αρτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass), η μεταμόσχευση βαλβίδων ή ολόκληρου του καρδιακού μυός και η τοποθέτηση βηματοδότη ή απινιδωτή. Η επέμβαση της αγγειοπλαστικής (γνωστή ως «μπαλονάκι») εφαρμόζεται στη περίπτωση στένωσης των καρδιακών αρτηριών και στοχεύει στο καθαρισμό τους και στην ελεύθερη μετακίνηση του αίματος. Η εγχείρηση της αρτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση ενός ή περισσότερων τμημάτων από υγιείς αρτηρίες ή αγγεία, συνήθως των κάτω άκρων ή των περιοχών του στέρνου και τη μεταμόσχευση αυτών σε δυσλειτουργικές περιοχές των στεφανιαίων αρτηριών. Η μεταμόσχευση βαλβίδων ή ολόκληρου του καρδιακού μυός πραγματοποιούνται αποκλειστικά στις περιπτώσεις μεγάλης καρδιακής ανεπάρκειας. Ενώ πλέον, χάρη στη τεχνολογική και ιατρική εξέλιξη αυτές οι επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη χρήση λέιζερ. Τέλος η τοποθέτηση βηματοδότη ή απινιδωτή εφαρμόζεται στις περιπτώσεις των αρρυθμιών. Ο απινιδωτής είναι μία μικρή ηλεκτρική συσκευή, η οποία εμφυτεύεται στο στήθος του ασθενούς και προλαμβάνει μία απειλητική κοιλιακή αρρυθμία προκαλώντας ελάχιστο ηλεκτροσόκ. Ενώ ο βηματοδότης είναι μία ηλεκτρική συσκευή, που εμφυτεύεται στο στέρνο του ασθενή και

προλαμβάνει τον αργό καρδιακό ρυθμό, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε μία μη επαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου (Καραδήμας, 2005).

#### **2.4. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις καρδιαγγειακές ασθένειες**

Πέρα των φαρμακευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων συχνά οι ειδικοί της υγείας προτείνουν στους καρδιαγγειακούς ασθενείς την αλλαγή του τρόπου ζωής τους. Τα προγράμματα αποκατάστασης των καρδιαγγειακών ασθενών στοχεύουν στην επιμήκυνση και στη ποιοτική καλυτέρευση της ζωής τους. Οι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις οφείλουν να τροποποιήσουν όλες εκείνες τις συμπεριφορές που οδήγησαν στην ανάπτυξη των ασθενειών τους αλλά και συνεχίζουν να επιβαρύνουν την υγεία τους. Μπορούν λοιπόν, να συμμετέχουν σε προγράμματα που περιλαμβάνουν τη διδασκαλία σωστών διατροφικών συνηθειών, όπως την κατανάλωση τροφών με χαμηλά λιπαρά και την μείωση της καθημερινής κατανάλωσης καφεΐνης. Ακόμα μπορούν να παρακολουθήσουν προγράμματα σωματικής άσκησης και εκπαίδευσης σε τεχνικές χαλάρωσης, όπως ο διαλογισμός και η yoga. Τέλος, θεωρείται απαραίτητη η διακοπή του καπνίσματος και η μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ (Karpantetal., 1993). Με βάση όλα τα παραπάνω, ο Αμερικανικός Οργανισμός Καρδιάς (AmericanHeartAssociation–AHA) το 2010 πρότεινε ένα μοντέλο ιδανικής συμπεριφοράς για τη προαγωγή της καρδιακής υγείας. Το μοντέλο αυτό περιελάμβανε τη σωστή διατροφή, τη σωματική άσκηση και τη διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ (Miaoetal., 2015).

Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η προσαρμογή των ατόμων στις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι εξαιρετικά δύσκολη. Είναι εμφανές πως απαιτείται συχνά η ψυχολογική στήριξη των καρδιακών ασθενών. Σύμφωνα με τον Belg (2004) (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη πορεία των καρδιαγγειακών παθήσεων : α) διευκολύνοντας τις αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας και στη τήρηση των ιατρικών οδηγιών, β) συμβάλλοντας στην διαχείριση προβλημάτων που σχετίζονται με την ασθένεια ή τη ψυχοπαθολογία, γ) επηρεάζοντας τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στη πορεία της νόσου.

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις στους καρδιαγγειακούς ασθενείς περιλαμβάνουν κυρίως την ενημέρωση και τη πληροφόρηση των ασθενών για τη φύση της ασθένειάς τους, τα συμπτώματά της και τις σωστές συμπεριφορές που οφείλουν να υιοθετήσουν για να έχουν μία σταθερή ιατρική πορεία. Ακόμα εμπεριέχουν την εκπαίδευση τους σε στρατηγικές διαχείρισης του στρες, τεχνικές χαλάρωσης, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και σε

γνωστικές – συμπεριφοριστικές τεχνικές. Οι τελευταίες στοχεύουν στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και στην μετάλλαξη διάφορων δυσλειτουργικών σκέψεων, που εμποδίζουν την επιτυχή προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια. Αυτές οι τεχνικές ανήκουν στην γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία. Στις περιπτώσεις των καρδιαγγειακών ασθενειών χρησιμοποιούνται συχνά τόσο οι ατομικές συνεδρίες όσο και τα ομαδικά προγράμματα γνωστικό – συμπεριφοριστικής θεραπείας (Καραδήμας, 2005).

Στην Ελλάδα η Καλαντζή – Αζίζι δημιούργησε ένα από τα πρώτα προγράμματα παρέμβασης έπειτα από καρδιακή προσβολή το 1985. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είχε ως απώτερο σκοπό τον αυτοέλεγχο των ασθενών. Ενώ πραγματοποιούνταν σε μικρές ομάδες, που αποτελούνταν από πέντε με δέκα άτομα. Οι ασθενείς μέσα από συζητήσεις εκπαιδεύονταν σε θέματα που αφορούσαν την υγείας τους, τη σημασία της κοινωνικής στήριξης, τον αυτοέλεγχο, τη διαχείριση του στρες και ζητήματα που σχετίζονται με τη νέα τους ζωή μετά το έμφραγμα. Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, αλλά συνεχίστηκαν και με την έξοδο τους από την ιατρική μονάδα (Καραδήμας, 2005). Επομένως ίσως κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική στήριξη και η εκπαίδευση των ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, όσο και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην οικία τους.

Τέλος οι ψυχολόγοι υγείας μπορούν να ασκήσουν παρέμβαση τόσο στο προσωπικό υγείας όσο και στην οικογένεια των ασθενών. Η οικογένεια των ασθενών έρχεται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Είναι απαραίτητη λοιπόν η εκπαίδευση των φροντιστών στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών και στη κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Ενώ είναι ευεργετική και η ατομική στήριξη των φροντιστών, καθώς οι καινούργιοι ρόλοι συχνά τους επιβαρύνουν ψυχολογικά (Rosland&Piette, 2010). Παράλληλα σύμφωνα με τον Ben -Sira (1984) απαραίτητη θεωρείται η εκπαίδευση των ιατρών στην απόκτηση των κατάλληλων ψυχολογικών εργαλείων, καθώς η ψυχολογική στήριξη από τη μεριά του ιατρού συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη περίθαλψη, στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας, στη συμμόρφωση της θεραπείας και στο αίσθημα ασφάλειας από μεριάς τους ασθενούς.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Η ανάπτυξη μίας χρόνιας ασθένειας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα γεννά πληθώρα προβλημάτων σε διάφορους λειτουργικούς τομείς της ζωή των ατόμων. Η καθημερινή διαχείριση των συμπτωμάτων των χρόνιων παθήσεων συχνά φέρνει τους ασθενείς αντιμέτωπους με συναισθηματικά - ψυχικά προβλήματα, με δυσκολίες στις κοινωνικές - οικογενειακές σχέσεις και με προβλήματα στον εργασιακό χώρο.

Όσο αφορά την ψυχική υγεία αρκετές έρευνες καταδεικνύουν τη σύνδεση των χρόνιων ασθενειών, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις με την εμφάνιση διαταραχών του άγχους και κατάθλιψης. Είναι αναμενόμενο πως η αναπάντεχη εμφάνιση ενός καρδιαγγειακού προβλήματος διαταράσσει τόσο την σωματική υπόσταση του ατόμου όσο και τη ψυχολογική του κατάσταση. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα η διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων αποτελεί μείζον πρόβλημα. Σε μεγάλο βαθμό οι χρόνιοι ασθενείς χάνουν τη λειτουργικότητα τους. Δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν μόνοι τους δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές τους ανάγκες και φιλοδοξίες. Σε βασικό επίπεδο, οι δραστηριότητες αυτές αφορούν το βάδισμα, τη διατροφή, τη καθαριότητα και την ένδυση. Ο πόνος και τα σωματικά συμπτώματα που βιώνουν τους οδηγούν στην αναζήτηση βοήθειας είτε σε υπηρεσίες φροντίδας είτε σε οικείους. Παράλληλοι σωματικές αλλαγές και η μείωση της σωματικής αντοχής τους δημιουργούν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Οι ασθενείς αναπτύσσουν άγχος για το αν θα αρέσουν πλέον στον σύντροφο τους αλλά και για το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν. Με βάση όλα τα παραπάνω οι χρόνιοι ασθενείς αναπτύσσουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, οδηγούνται σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και διαταραχές άγχους ή κατάθλιψη (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005) η πλειοψηφία των καρδιαγγειακών ασθενών βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά τις πρώτες εβδομάδες έως και μήνες μετά την εκδήλωση του προβλήματος. Συνήθως αυτά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αρχίζουν να υποχωρούν μέσα στο επόμενο έτος, με την βοηθητική συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς. Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και σχετίζεται με την αδυναμία του ατόμου να λειτουργήσει κοινωνικά, καθώς βιώνει συναισθήματα έντονης θλίψης, απελπισίας και μελαγχολίας (Παγοροπούλου, 2000). Οι πλειοψηφία των ερευνών συνδέουν τις καρδιαγγειακές παθήσεις με την μετέπειτα εκδήλωση κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Rothenhäusler, Grieser, Nollert, Reichart, Schelling και Karpfhammer (2004) οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις επιφέρουν συχνά διαταραχές προσαρμογής με καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και μείζονα κατάθλιψη. Τα

συμπτώματα αυτών των διαταραχών στην μελέτη των παραπάνω ερευνητών διήρκησαν περίπου για 12 μήνες, επιστρέφοντας μετά οι ασθενείς στην προεγχειρητική ψυχολογική τους κατάσταση. Ακόμα όπως υποστηρίζουν οι Musselman, Evans και Nemeroff (1998) ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα κυμαίνεται από 17% έως 60%. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως μία δευτερεύουσα συναισθηματική απόκριση των ατόμων στις καρδιαγγειακές ασθένειες. Τέλος οι καρδιοπαθείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία βιώνουν δυσκολίες στην επίλυση προκλήσεων της ασθένειας και δεν συμμορφώνονται εύκολα με τη θεραπεία. Είναι γεγονός πως παρά την ιατρική και φαρμακευτική αγωγή παρατηρείται έκπτωση της υγείας τους (Musselman, Evans & Nemeroff, 1998).

Παράλληλα οι μελέτες στο χώρο της ψυχολογίας υγείας συνδέουν τις καρδιαγγειακές παθήσεις με την εκδήλωση μετατραυματικού στρες. Το στρες συνήθως αντιλαμβάνεται ως μια διεργασία, η οποία σχετίζεται με την αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (DiMatteo & Martin, 2011). Σύμφωνα με τον Μάνου (2008) η διαταραχή μετατραυματικού στρες αναπτύσσεται στα άτομα όταν τους συμβαίνει ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο είτε βιώνουν οι ίδιοι είτε γίνονται μάρτυρες, είτε έχουν έρθει αντιμέτωποι με πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο και με σοβαρό τραυματισμό. Τέλος τα τρία βασικά συμπτώματα της διαταραχής περιλαμβάνουν την αναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα και αναμνήσεις, το συναισθηματικό μούδιασμα, τη κοινωνική αποξένωση και την έντονη ευερεθιστότητα.

Ο επιπολασμός του μετατραυματικού στρες στους καρδιαγγειακούς ασθενείς είναι 4,8% με αύξηση στο 18,2% στους έξι μήνες που ακολουθούν οποιασδήποτε καρδιακή επέμβαση (Soviketal, 2011). Είναι γεγονός πως η έκθεση των ατόμων σε υπερβολικό στρες μπορεί να δημιουργήσει καλό διατηρημένες αναμνήσεις από τη περίοδο του άγχους και να οδηγήσει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η πλειοψηφία των ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα που υποβλήθηκαν σε νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες από τη παραμονή τους εκεί. Αυτές οι τραυματικές εμπειρίες συνήθως περιλαμβάνουν εφιάλτες, παραισθήσεις, αναπνευστική δυσχέρεια, πόνο, πανικό και φόβο για επικείμενο θάνατο. Ακόμα συχνά στην μονάδα εντατικής θεραπείας χορηγούνται στους ασθενείς για ιατρικούς σκοπούς εξωγενείς ορμόνες του στρες (π.χ. κατεχολαμίνες) και γλυκοκορτικοειδή (π.χ. κορτιζόνη). Αυτές οι ουσίες μεσολαβούν εν μέρει στη μνημονική διαδικασία και στην ανάπτυξη της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Schellingetal., 2004. Soviketal., 2011). Επομένως το άγχος της ασθένειας, ο φόβος της

επέμβασης και η αρνητική εμπειρία από τη παραμονή των ασθενών στην μονάδα εντατικής θεραπείας οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες στις περιπτώσεις των χρόνια ασθενών.

Ένας ακόμα τομέας που αντιμετωπίζουν προβλήματα οι καρδιαγγειακοί ασθενείς είναι οι κοινωνικές – οικογενειακές σχέσεις τους. Οι ασθενείς με κάποια χρόνια ασθένεια συχνά νιώθουν φόβο πως τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Επομένως η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα. Σε αυτή τη περίπτωση ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Έτσι, συχνά παρατηρείται οι χρόνιοι ασθενείς να απομονώνονται κοινωνικά (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008). Όσο αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, η καλή επικοινωνία μέσα σε αυτό είναι σημαντική για την πρόγνωση και την πορεία της καρδιαγγειακής νόσου. Οι ασθενείς με οικογενειακή στήριξη αναρρώνουν και ζουν περισσότερο από εκείνους χωρίς καμία υποστήριξη. Βέβαια υπάρχει ο κίνδυνος η ασθένεια να καταστεί το επίκεντρο της ζωής της οικογένειας, με αποτέλεσμα η οικογενειακή ζωή να περιστρέφεται γύρω από αυτή και μόνο (Καραδήμας, 2005). Τέλος συχνά οι ασθενείς μετατρέπονται σε θύματα και αποκομίζουν τη μέγιστη προσοχή από τα μέλη της οικογένειας. Ορισμένες φορές αυτή η συμπεριφορά αποτελεί το μοναδικό μέσο για να κερδίσουν τη προσοχή και την αγάπη των άλλων. Ωστόσο αυτό δημιουργεί ασυμμετρία στους οικογενειακούς ρόλους και διαταράσσει τη δυναμική της οικογένειας. Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, μαζί με την ικανότητα συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στη ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

Ολοκληρώνοντας, οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον εργασιακό χώρο. Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Ωστόσο μετά την προσβολή μίας χρόνιας ασθένειας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα οι ασθενείς αναγκάζονται να περιορίσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα ή να την διακόψουν τελείως με πρόωρη σύνταξη. Σύμφωνα με τους Rijken, Spreeuwenberg, Schippers και Groenewegen (2013) το ποσοστό των ατόμων με χρόνια νοσήματα που εργάζονται σε μία αμειβόμενη δουλειά για 12 ώρες την εβδομάδα στην Ολλανδία είναι 48% (15 – 39 ετών), 38% (40 – 54 ετών), 16% (55- 64 ετών). Το αίσθημα της αδυναμίας αλλά και τα σωματικά συμπτώματα μειώνουν τις επιδόσεις των χρόνιων ασθενών. Βέβαια η διακοπή από την εργασία αποτελεί πηγή σημαντικής έντασης, καθώς πλήττει την αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του και τη λειτουργικότητα του. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν

δεν μπορούν να παρέχουν τα απαραίτητα στην οικογένεια τους και εξαρτώνται από τους άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Η εξάρτηση αυτή καθιστά το άτομο παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής του. Για τους χρόνιους ασθενείς η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Καραδήμας, 2005. Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ..Η ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

### 4.1. Η έννοια της ρύθμισης των συναισθημάτων

Τα συναισθήματα αποτελούν το βασικό στοιχείο επικοινωνίας και επιβίωσης των ανθρώπινων και ζωικών οργανισμών. Κατά γενική ομολογία τα συναισθήματα προκαλούνται συνειδητά ή ασυνείδητα και σχετίζονται με μία κατάσταση, η οποία καθορίζει τη θετική ή την αρνητική τους έκφραση. Σύμφωνα με τον Fridja (1986) (όπως αναφέρεται στους Oatley&Jenkins, 2004) η βίωση των συναισθημάτων αποτελεί όχι μόνο μια ψυχική και γνωστική διεργασία αλλά και μια σωματική μεταβολή, συνοδευόμενη από πράξεις και εκφράσεις. Για τη καλύτερη κατανόηση των συναισθημάτων θεωρείται απαραίτητη μία σύντομη ιστορική αναδρομή της θεωρητικής εξέλιξης τους.

Κατά την αρχαιότητα, ο Αριστοτέλης υποστήριξε πως τα συναισθήματα προέρχονται από τις πεποιθήσεις των ανθρώπων. Συγκεκριμένα θεωρούσε πως οι ρήτορες χρησιμοποιούσαν με τέτοιο τρόπο το λόγο τους, ώστε να προκαλέσουν τα επιθυμητά συναισθήματα (π.χ. οίκτο, φόβο, θυμό ) στο ακροατήριό τους. Αυτή η άποψη του Αριστοτέλη σχετίζεται με αρκετές παραδοχές της σύγχρονης ψυχολογίας. Ενώ ενισχύει την άποψη πως τα συναισθήματα έχουν γνωστική βάση, καθώς μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο σκέψης και δράσης των ανθρώπων (Oatley&Jenkins, 2004). Αργότερα ο Καρτέσιος διατύπωσε μία πιο φιλοσοφική προσέγγιση των συναισθημάτων. Σύμφωνα με αυτήν, τα συναισθήματα εδράζονται στη ψυχή και πληροφορούν τους ανθρώπους για οτιδήποτε διαδραματίζεται στο εσωτερικό του εαυτού τους. Τέλος διέκρινε τα συναισθήματα σε λειτουργικά και δυσλειτουργικά ανάλογα με τις συνέπειες που έχει η σκέψη τους στον ανθρώπινο οργανισμό (Oatley&Jenkins, 2004).

Μετά την ορθολογική ματιά του Καρτέσιου για τα συναισθήματα, ακολούθησε η βιολογική θεωρία του Δαρβίνου. Μέσα από το ερευνητικό και συγγραφικό του έργο παρατήρησε πως κάθε συναίσθημα συνοδεύεται από έναν συγκεκριμένο σωματικό μηχανισμό και κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα συναισθήματα υφίστανται αυτόματα. Ακόμα η βιολογική θεωρία του Δαρβίνου ανέδειξε την εξελικτική πορεία των συναισθημάτων, τα οποία διατηρούνται μέχρι και σήμερα αποκαλύπτοντας τους μηχανισμούς που ευθύνονται για την έκφρασή τους και τη καταγωγή του ανθρώπινου είδους (Oatley&Jenkins, 2004). Στη συνέχεια οι James και Lange υποστήριξαν πως τα συναισθήματα είναι αποτέλεσμα των σωματικών αλλαγών που προκαλεί ένα ερέθισμα. Από την άλλη μεριά οι Cannon και Bard

παρέθεσαν μια διαφορετική άποψη. Συγκεκριμένα υποστήριξαν πως τα συναισθήματα εκδηλώνονται ως απόκριση σε ένα ερέθισμα χωρίς να έχουν προηγηθεί σωματικές αλλαγές (Oatley & Jenkins, 2004).

Στη σύγχρονη εποχή η Arnold υποστήριξε πως τα συναισθήματα προκύπτουν από την γνωστική αξιολόγηση των γεγονότων. Ενώ οι Schachter και Singer, υποστήριξαν ότι, όταν προκαλείται ένα συναίσθημα, ακολουθεί μία φυσιολογική διέγερση και το άτομο οδηγείται στη ταυτοποίηση αυτής της διέγερσης. Παρατηρείται, λοιπόν σημαντική συμβολή των γνωστικών και φυσιολογικών λειτουργιών στη διαμόρφωση των συναισθημάτων (Oatley & Jenkins, 2004).

Μέσα από τη παραπάνω ιστορική αναδρομή γίνεται κατανοητό πως τα συναισθήματα παρέχουν στους ανθρώπους πληροφορίες για τη καλύτερη αντιμετώπιση των διάφορων προκλήσεων που συναντούν στη διάρκεια της ζωής τους. Πέραν όμως, της θετικής συμβολής των συναισθημάτων, συχνά παρακινούν τους ανθρώπους να σκέφτονται και να ενεργούν καταστροφικά (Gross, 2013). Σύμφωνα με τους Gross, Richard και John (2006) η επιτυχημένη ρύθμιση των συναισθημάτων αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη προσαρμοστική λειτουργία του ανθρώπινου είδους. Έτσι, λοιπόν, 15 χρόνια πριν δημιουργήθηκε ο επιστημονικός κλάδος της ρύθμισης των συναισθημάτων, όπου τα αρχικά ψήγματα εμπειρικών και θεωρητικών εργασιών έγιναν πληθώρα ερευνητικών γνώσεων (Gross, 2013).

Η Ρύθμιση των συναισθημάτων αποτελεί την γνωστική ικανότητα των ατόμων να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους. Αυτή η τεχνική είναι συχνή στη καθημερινή ζωή. Αμέτρητα παραδείγματα επιδεικνύουν πως οι άνθρωποι την εφαρμόζουν αυτόματα και ασυνείδητα. Παραδείγματος χάρη το ξέσπασμα σε κλάματα (Gross, 1998). Σύμφωνα με τον Gross και τους συνεργάτες του (2006) η παραγωγή των συναισθημάτων αρχίζει όταν ένα εξωτερικό ή εσωτερικό συμβάν αφυπνίζει το άτομο πως κάτι σημαντικό συμβαίνει. Στη συνέχεια πραγματοποιείται παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών των συμβάντων και προκύπτει η συμπεριφορική αντίδραση με την ενεργοποίηση των κεντρικών και περιφερειακών, φυσιολογικών συστημάτων. Ωστόσο, όταν το συναίσθημα που γεννιέται οδηγεί σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές κρίνεται απαραίτητη η ρύθμιση του.

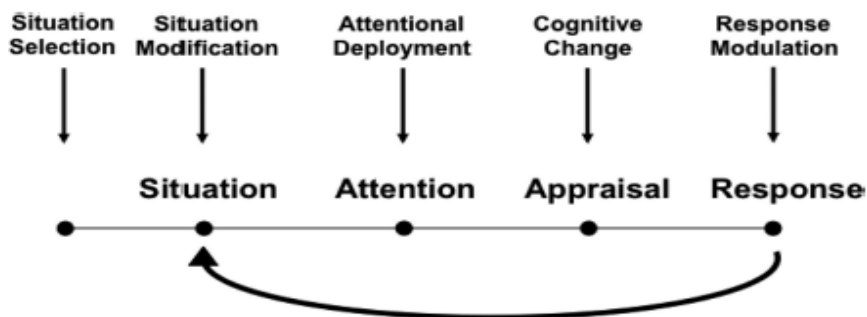
Ο Gross (2001) υποστήριξε πως η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνει όλες τις συνειδητές και ασυνείδητες στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι άνθρωποι για να αυξήσουν, να μειώσουν ή να διατηρήσουν τα συστατικά των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Τα συστατικά αυτά περιλαμβάνουν τις συμπεριφορικές και ψυχολογικές

αποκρίσεις που δημιουργούν τα συναισθήματα. Ο Gross (1998) (όπως αναφέρεται στους James & Gross, 2001) δημιούργησε ένα μοντέλο ρύθμισης των συναισθημάτων. Το συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνει ρυθμιστικές διαδικασίες που διαφοροποιούνται κατά μήκος του χρονοδιαγράμματος, στο οποίο εκτυλίσσεται η συναισθηματική απόκριση. Αυτές οι ρυθμιστικές διαδικασίες είναι : α) Οι στρατηγικές που εστιάζουν πριν την απόκριση (Antecedent Strategies). Αυτές οι στρατηγικές αναφέρονται σε δραστηριότητες που οι άνθρωποι κάνουν πριν οι συναισθηματικές αποκρίσεις ενεργοποιηθούν πλήρως, αλλάζοντας τις συμπεριφορικές και φυσιολογικές αντιδράσεις τους β) Οι στρατηγικές που εστιάζουν στην απόκριση (Response – Focused Strategies). Οι συγκεκριμένες στρατηγικές αναφέρονται στις δραστηριότητες που κάνουν οι άνθρωποι όταν τα συναισθήματα έχουν ήδη αρχίσει να δημιουργούνται και αφού οι συμπεριφορικές και φυσιολογικές αντιδράσεις τους έχουν διαμορφωθεί.

Σε αυτό το ευρύτερο φάσμα των παραπάνω διαδικασιών βρίσκονται πέντε «οικογένειες» στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος :

- 1) Η επιλογή κατάστασης (situation selection): αναφέρεται στην επιλογή μίας κατάστασης με βάση τα συναισθήματα που αυτή θα προκαλέσει. Π.χ. η επιλογή μίας βόλτας με φίλους λίγο πριν τις εξετάσεις και όχι το διάβασμα.
- 2) Η τροποποίηση κατάστασης (situation modification) : μόλις επιλεγεί ένα συμβάν μπορεί να προσαρμοστεί, έτσι ώστε να τροποποιηθούν και οι συναισθηματικές της επιπτώσεις. Π.χ. η άρνηση συζήτησης για τις εξετάσεις εάν οι φίλοι του ατόμου θελήσουν να συζητήσουν για αυτό το θέμα στη βόλτα τους.
- 3) Η ανάπτυξη προσοχής (attentional deployment): σε αυτή τη περίπτωση το άτομο επικεντρώνει τη προσοχή του σε συγκεκριμένες πτυχές μίας κατάστασης. Π.χ. η απόσπαση προσοχής σε μία συνομιλία μετρώντας τα πλακάκια του τοίχου.
- 4) Η γνωστική αλλαγή (cognitive change) : σχετίζεται με την επαναξιολόγηση μίας κατάστασης, ώστε η μεταβολή του νοήματος της να μεταβάλει και την ακόλουθη συναισθηματική απόκριση. Π.χ. στη περίπτωση μίας αγχωτικής εξέτασης το άτομο μπορεί να σκεφτεί πως η επίδοσή του στο διαγώνισμα δεν υποδηλώνει την αξία του ως άνθρωπο.
- 5) Η διαμόρφωση απάντησης (response modulation): αναφέρεται στη προσπάθεια επιρροής των συμπεριφορικών και φυσιολογικών αποκρίσεων όταν γίνονται. Π.χ. οι φοιτητές κρύβουν την αμηχανία τους όταν μιλούν στον αμφιθέατρο μπροστά σε κόσμο (Gross, 2001).

Οι τέσσερις πρώτες διαδικασίες είναι εστιασμένες πριν την απόκριση, ενώ η τελευταία είναι εστιασμένη ως απάντηση στο συναίσθημα. Αυτό διαφαίνεται και στη παρακάτω Εικόνα (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Εξελικτικό μοντέλο της συναισθηματικής ρύθμισης (Gross, 2013)

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να αναφερθεί πως η ρύθμιση των συναισθημάτων διαφέρει κατά τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων. Στη βρεφική ηλικία κυριαρχεί η εξωγενής ρύθμιση με τη συμβολή των φροντιστών. Αντίθετα στις αρχές και στα μέσα της παιδικής ηλικίας, λόγω ανάπτυξης των γνωστικών ικανοτήτων τα παιδιά χρησιμοποιούν ενδογενής στρατηγικές, όπως η τροποποίηση της σκέψης. Κατά τη εφηβική ηλικία η εξωγενής ρύθμιση από τους γονείς είναι ανεπιθύμητη. Ενώ η ανάπτυξη των προμετωπιαίων περιοχών οδηγεί σε νέες γνωστικές ρυθμίσεις των συναισθημάτων. Τέλος στην ενηλικίωση παρατηρείται μεγαλύτερη εστίαση στα θετικά στοιχεία των καταστάσεων και συχνότερη γνωστική επαναξιολόγηση. Τέλος η αποτυχία της συναισθηματικής ρύθμισης οφείλεται στην αδυναμία ακριβής παρακολούθησης συναισθημάτων ή στην αδυναμία επιλογής της κατάλληλης ρυθμιστικής τεχνικής (Gross, 2013).

#### 4.2. Η συναισθηματική ρύθμιση στη χρόνια υγεία

Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια αποτελεί μία προβληματική κατάσταση, η οποία γεννά πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων όπως ο φόβος και η λύπη. Έρευνες έχουν δείξει πως τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων, μέσω των διαδικασιών ρύθμισης τους. Δύο αρκετά διαδεδομένες ρυθμιστικές στρατηγικές, στο τομέα της χρόνιας ασθένειας είναι η συναισθηματική καταστολή και η γνωστική επαναξιολόγηση (Karademas, Tsalikou&Tallarou, 2010).

Η συναισθηματική καταστολή είναι μία στρατηγική εστιασμένη στην αντίδραση και αντιπροσωπεύει μία μορφή διαμορφωμένης αντίδρασης – απόκρισης. Αναφέρεται στη αναστολή της συμπεριφορικής εμπειρίας των συναισθημάτων. Έρευνες αποδεικνύουν πως η



καταστολή των αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο θυμός ή η εχθρότητα οδηγούν σε μειωμένη ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, χρόνια πόνο ή καρδιαγγειακά προβλήματα. Ακόμα η καταστολή των συναισθημάτων έχει συνδεθεί με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Για αυτό το γεγονός ενοχοποιείται η συνεχής προσθήκη νέων αρνητικών συναισθημάτων στα ήδη υπάρχοντα, με αποτέλεσμα η συναισθηματική ρύθμιση να καταναλώνει σημαντικούς προσωπικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς πόρους προσβάλλοντας την υγεία των ανθρώπων. Εν ολίγοις η καταστολή είναι μία δύσκολη διαδικασία που περιλαμβάνει συνειδητές, ασυνείδητες ενέργειες και καταπιεσμένα συναισθήματα (Karademasetal., 2010).

Αντίθετα η γνωστική επαναξιολόγηση είναι μία μορφή γνωστικής αλλαγής, η οποία στοχεύει στην μετατροπή του νοήματος μίας κατάστασης, με απώτερο σκοπό την αλλαγή των συναισθημάτων που αυτή επιφέρει. Η συγκεκριμένη στρατηγική λαμβάνει χώρα στην αρχή της γέννησης των συναισθημάτων και ως εκ τούτου μπορεί να αλλάξει ολόκληρη τη συναισθηματική πορεία, μειώνοντας την εμπειρία των αρνητικών συναισθημάτων και των εμπειριών τους. Αυτός ο τρόπος διαχείρισης των συναισθημάτων οδηγεί σε καλή ποιότητα ζωής τόσο σε υγιή όσο και σε ασθενή άτομα (Karademasetal., 2010).

Όσο αφορά την επίδραση των δύο παραπάνω στρατηγικών στην σωματική υγεία τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ξεκάθαρα. Η δυσπροσαρμοστική στρατηγική της καταστολής των συναισθημάτων εμπλέκεται στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών, καθώς οδηγεί σε μία παράδοξη αύξηση της ανεπιθύμητης εμπειρίας και της φυσιολογικής διέγερσης που αυτή επιφέρει (Hofmann, Heering, Sawyer&Asnaani, 2009). Η αναστολή της συναισθηματικής έκφρασης προξενεί αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού και καρδιαγγειακού συστήματος, αυξημένη ηλεκτροδερμική δραστηριότητα, μείωση των εκφράσεων του προσώπου και των σωματικών κινήσεων (Robertsetal., 2008. Hofmannetal., 2009. Gross&Levenson, 1993). Επιπρόσθετα κάποιες έρευνες υποδεικνύουν πως τα άτομα που δεν εκφράζονται συναισθηματικά είναι πιο ευάλωτοι στην εκδήλωση μίας χρόνιας νόσου σε σχέση με τα εκφραστικά άτομα. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς και των φυσιολογικών αποκρίσεων συνήθως εξηγείται με τη χρήση του «υδραυλικού μοντέλου». Το μοντέλο αυτό υποδηλώνει πως όταν τα εκφραστικά σημάδια της συγκίνησης αναστέλλονται, απορρίπτονται μέσω διαύλων και εκφορτώνονται σε άλλα κανάλια. Η ανάλογη βιβλιογραφία συνδέει την αναστολή του θυμού και της εχθρότητας με την ιδιοπαθή υπέρταση και την στεφανιαία νόσο (Gross&Levenson, 1993).

Από την άλλη μεριά ο Appleton, Loucks, Buka&Kubzansky(2014) υποστηρίζουν ότι η γνωστική επαναξιολόγηση σε αντίθεση με τη συναισθηματική καταστολή προσδίδει καρδιαγγειακή προστασία. Συγκεκριμένα στην ερευνά τους τονίζουν πως η επανεκτίμηση μίας κατάστασης μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα και την ενεργοποίηση του στρες που οδηγεί στη φυσιολογική απορρύθμιση. Παράλληλα σχετίζεται ελάχιστα με τους παράγοντες κινδύνου (υψηλή μάζα σώματος, ανθυγιεινός τρόπος ζωής) για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ακόμα στη μελέτη τους υπέδειξαν την επίδραση της συναισθηματικής καταστολής στην αυξημένη ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου – υπόφυσης – επινεφριδίων. Αυτή η αυξημένη ενεργοποίηση του άξονα οδηγεί σε παθοφυσιολογία της νόσου, όπως βλάβες στο ενδοθήλιο, αθηροσκλήρωση και αρτηριοσκλήρωση. Επίσης οι Kinnunen, Kokonen, Karriοκαι Pulkkinen (2005) συνδέουν την συναισθηματική καταστολή με την αύξηση του στρες και την εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου. Συμπερασματικά η μακροχρόνια χρήση των προσαρμοστικών ρυθμιστικών στρατηγικών έναντι τω λιγότερο προσαρμοστικών μπορεί αθροιστικά να μεταβάλλει τη τροχιά εκδήλωσης των χρόνιων ασθενειών .

Ακόμα η έλλειψη ψυχικής ευεξίας , τα συναισθήματα της θλίψης και το άγχος που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς αντιλαμβάνονται ευρύτερα ως αποτέλεσμα των δυσκολιών στη ρύθμιση του συναισθήματος. Αρκετοί θεωρητικοί συμφωνούν πως οι ασθενείς που δεν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, βιώνουν περισσότερες περιόδους άγχους και θλίψης που είναι πιθανό να εξελιχθούν σε κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Σύμφωνα με τους Grossκαι Levenson (1997) πάνω από τις μισές διαταραχές του Άξονα Ικαι του συνόλου των διαταραχών προσωπικότητας του ΆξοναΙΙπεριλαμβάνον κάποια μορφή συναισθηματικής δυσλειτουργίας (AmericanPsychiatricAssosiation, 1994). Ακόμα οιAldao , Nolen-Hoeksema και Schweizer το 2010 πρότειναν πως τα άτομα με αδύναμη συναισθηματική ρύθμιση εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές και κατάχρηση αλκοόλ, καθώς συχνά στρέφονται στο φαγητό ή το αλκοόλ για να κατευνάσουν τα ανεξέλεγκτα αρνητικά τους συναισθήματα. Ωστόσο διαφορετικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος έχουν οριστεί είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως προστατευτικοί παράγοντες για τη ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών.

Ο Freudτόνιζε πως η ψυχική υγεία εξαρτάται από τη ρύθμιση των συναισθηματικών παρορμήσεων. Αυτή η άποψη οδήγησε τους υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής θεωρίας και άλλων θεωριών στη πεποίθηση πως οι γνωστικές στρατηγικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη πρόληψη της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Ochsnerκαι τους συνεργάτες τους (2004) η

γνωστική επανεκτίμηση συμβάλλει στη ψυχική ευεξία χάρη στο νευροβιολογικό της υπόστρωμα. Ειδικότερα αυτή η ρυθμιστική στρατηγική σχετίζεται με καλά μελετημένες μορφές του γνωστικού ελέγχου, όπως η μνήμη εργασίας και η επιλεγμένη ανταπόκριση. Έτσι οι επιπτώσεις της προέρχονται από την αλληλεπίδραση των γνωστικών διαδικασιών ελέγχου του προσαγωγίου και του προμετωπιαίου φλοιού με τις συναισθηματικές διαδικασίες αξιολόγησης που υφίστανται σε εγκεφαλικές δομές, όπως η αμυγδαλή.

Αντίθετα η υπάρχουσα βιβλιογραφία συνδέει την συναισθηματική καταστολή με μειωμένη ψυχική ευημερία. Ειδικότερα η αναστολή των αρνητικών συναισθημάτων επηρεάζει τους χρόνιους ασθενείς σε δύο επίπεδα. Πρώτα από όλα μειώνει την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Ταυτόχρονα επιβαρύνει την ψυχολογία τους και μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κατάθλιψης ή αγχωδών διαταραχών (Karademasetal., 2010). Σύμφωνα με τους Goldin, McRae, Ramel και Gross (2007) η παρατεταμένη χρήση της καταστολής αυξάνει την ενεργοποίηση της αμυγδαλής και της νησίδας. Ενώ προκαλεί σημαντικές αντιδράσεις σε περιοχές του πλάγιου - κοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού που σχετίζεται με τον ανασταλτικό έλεγχο των κινήτρων. Μέσα από όλα αυτά τα νευρωνικά συστήματα επιβαρύνει τη ψυχική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Συμπερασματικά η γνωστική επαναξιολόγηση δεν έχει επίσημα αποτελέσματα, καθώς μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα και αυξάνει την ανοχή σε νέα συναισθηματικά ερεθίσματα. Ενώ η ρυθμιστική διαδικασία της συναισθηματικής καταστολής εντείνει την εμπειρία των αρνητικών συναισθημάτων και δεν ανακουφίζει την υποκειμενική τους εμπειρία. Έτσι όταν κάποιος καταπιέζει τα συναισθήματα του είναι απίθανο να αισθανθεί καλύτερα (Gross & Levenson, 1997).

## ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να ελεγχθεί αν οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος συσχετίζονται με την ψυχική υγεία των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις. Ειδικότερα εξετάσαμε τη σχέση δύο συγκεκριμένων ρυθμιστικών στρατηγικών με τα επίπεδα ψυχικής υγείας των καρδιαγγειακών ασθενών. Αυτές οι στρατηγικές είναι η συναισθηματική καταστολή και η γνωστική επαναξιολόγηση. Παράλληλα επιδιώξαμε να εξεταστεί η επίδραση που έχουν οι ρυθμιστικές στρατηγικές στη πρόβλεψη της ψυχικής υγείας των ασθενών με το πέρασμα του χρόνου. Τέλος θελήσαμε να ελέγξουμε και την πιθανή επίδραση των μεταβλητών του φύλου και της νοσηλείας τόσο στην επιλεγμένη χρήση μίας εκ των δύο ρυθμιστικών στρατηγικών όσο και στη ψυχική υγεία των ασθενών.

Ο στόχος μας είναι να κατανοήσουμε τον τρόπο που οι ρυθμιστικές τεχνικές της συγκίνησης συμβάλλουν στην ύπαρξη ενός καλύτερου επιπέδου υγείας για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Η κατάκτηση αυτής της γνώσης θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα τη προσαρμογή των χρόνιων ασθενών. Ενώ, ταυτόχρονα θα βοηθήσει τους ειδικούς ψυχικής υγείας να δημιουργήσουν εξειδικευμένα προγράμματα στήριξης, που θα αφογκράζονται τις ανάγκες των ασθενών και θα τους παρέχουν συμβουλές για μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι υποθέσεις που θελήσαμε να ελέγξουμε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας είναι οι εξής :

- I. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική καταστολή και στη ψυχική υγεία των ασθενών.
- II. Υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη γνωστική επαναξιολόγηση και στη ψυχική υγεία των ασθενών.
- III. Οι στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων θα αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για τη ψυχική υγεία των ασθενών.
- IV. Οι μεταβλητές του φύλου και της νοσηλείας θα επηρεάσουν τα επίπεδα ψυχικής υγείας των ασθενών. Συγκεκριμένα υποθέσαμε πως οι άνδρες θα έχουν χαμηλότερη ψυχική υγεία από τις γυναίκες. Ενώ οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί θα έχουν χαμηλότερη ψυχική υγεία σε σχέση με εκείνους δεν που έχουν νοσηλευτεί.
- V. Οι μεταβλητές του φύλου και της νοσηλείας θα επηρεάσουν τη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών της συναισθηματικής καταστολής ή της γνωστικής επαναξιολόγησης. Ειδικότερα υποθέσαμε πως οι άνδρες θα χρησιμοποιούν περισσότερο τη συναισθηματική καταστολή από τις γυναίκες ασθενείς. Ενώ οι

ασθενείς που δεν έχουν νοσηλευτεί θα χρησιμοποιούν περισσότερο τη γνωστική επαναξιολόγηση από εκείνους που έχουν νοσηλευτεί.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη παρούσα έρευνα μελετήθηκε ένα δείγμα 96 άτομα, εκ των οποίων οι 74 (77,1%) ήταν άντρες και οι 22 (22,9%) ήταν γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ηλικίας 64,7 έτη. Ενώ οι διαγνώσεις των καρδιαγγειακών τους ασθενειών πραγματοποιήθηκαν από το 1980 έως το 2014. Μερικές από τις ασθενείς που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες ήταν το by-pass, οι αρρυθμίες, η στεφανιαία νόσος, η ταχυκαρδία, η κολπική μαρμαρυγή και το έμφραγμα. Από αυτούς οι 81 (84,4%) είχαν νοσηλευτεί, σε αντίθεση με τους 15 (15,6%) που δεν είχαν νοσηλευτεί. Ακόμα οι 52 (54,2%) είχαν υποστεί κάποια καρδιαγγειακή εγχείρηση, ενώ οι 44 (45,8%) δεν είχαν προβεί σε εγχειρητική παρέμβαση. Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, οι 41 (42,7%) είχαν τελειώσει το δημοτικό σχολείο, οι 36 (37,5%) είχαν φοιτήσει στη μέση εκπαίδευση και οι 19 (19,8) είχαν κάποια ανώτερη μόρφωση. Τέλος, αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι 93 (96,9%) ήταν έγγαμοι, ένας (1,0%) ήταν άγαμος, ένας (1,0%) ήταν διαζευγμένος και ένας (1,0%) συγκατοικούσε με τη σύντροφο του.

Η δειγματοληψία ήταν συμπτωματική και τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν σε τρεις φάσεις, ανά ενάμιση μήνα περίπου. Στη συγκεκριμένη έρευνα χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με τέσσερις υποενότητες που αφορούσαν τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των χρόνιων ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας. Από αυτές τις τέσσερις υποενότητες στη τελική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας αξιοποιήθηκαν οι δύο. Σκοπός της έρευνας ήταν να κατανοήσουμε καλύτερα τη προσαρμογή των χρόνιων ασθενών και το ρόλο που παίζουν οι στρατηγικές ρύθμισης τους συναισθήματος στη ψυχική τους υγεία σε βάθος χρόνου. Η πρώτη υποενότητα που μελετήσαμε αφορούσε τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και η δεύτερη τα επίπεδα ψυχικής υγείας των ασθενών. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι ασθενείς δημιουργούσαν έναν κώδικα, με σκοπό την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους. Έπειτα μας παρείχαν κάποια δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, την ηλικία, τη καρδιολογική πάθηση που αντιμετώπιζαν, το έτος διάγνωσης, τη νοσηλεία και τη πιθανή χειρουργική παρέμβαση.

Στη συνέχεια συμπλήρωσαν τις υποενότητες του ερωτηματολογίου. Η πρώτη ενότητα αφορούσε τον τρόπο που διαχειρίζονται οι ασθενείς τα συναισθήματα τους και είχε διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μετράει τις ρυθμιστικές στρατηγικές της συναισθηματικής καταστολής και της γνωστικής επαναξιολόγησης. Στην ουσία

χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο συναισθηματικής ρύθμισης (ERQ) του Gross και John (2003) και το τροποποιήσαμε, ώστε να αναφέρεται στα συναισθήματα των συμμετεχόντων σε σχέση με τη κατάσταση της υγείας τους (βλ. παράρτημα. Α'ΦΑΣΗ, Ερ Γ). Η τελική μορφή της ενότητας περιελάμβανε δέκα προτάσεις. Από αυτές οι έξι προτάσεις αφορούσαν τη στρατηγική της γνωστικής επαναξιολόγησης και αναφέρονταν στην αλλαγή του νοήματος της κατάστασης, προκειμένου να αλλάξει το συναισθηματικό αντίκτυπο της (Cronbach's  $\alpha = 0,85$ ). Ένα παράδειγμα αυτών των προτάσεων είναι : « Ελέγχω τα συναισθήματα μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για τη κατάσταση που τα προκαλεί». Οι επόμενες τέσσερις προτάσεις της ενότητας αφορούσαν τη στρατηγική της συναισθηματικής καταστολής και αναφέρονταν σε τεχνικές αναστολής της εξελικτικής διαδικασίας του συναισθήματος – απόκρισης (Cronbach's  $\alpha = 0,89$ ). Ένα παράδειγμα αυτών των προτάσεων είναι: «Ελέγχω τα συναισθήματα μου να μην τα εκφράσω». Ολοκληρώνοντας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τη κάθε πρόταση σε κλίμακα τύπου Likert, επτά σημείων που κυμαινόταν από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα).

Στη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, μελετήθηκαν οι υποκειμενικές απόψεις των ασθενών για τη κατάσταση της ψυχικής τους υγείας το τελευταίο μήνα (βλ. παράρτημα. Α'ΦΑΣΗ, Ερ Δ2). Η συναισθηματική ευεξία μετρήθηκε με τη κλίμακα RAND, η οποία αποτελείται από 36 στοιχεία για την έρευνα της υποκειμενικής ψυχικής υγείας (έκδοση 1.0). Τα στοιχεία της κλίμακας RAND είναι πανομοιότυπα με τα ιατρικά αποτελέσματα ερευνών SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Ωστόσο η RAND χρησιμοποιεί μία πιο ακριβής διαδικασία βαθμολόγησης. Η κλίμακα της συναισθηματικής ευεξίας αποτελούνταν από πέντε στοιχεία με τα προσωπικά συναισθήματα των ασθενών (Cronbach's  $\alpha = -0,162$ ). Παραδείγματα αυτών των στοιχείων είναι: «Αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;», «Αισθανόσασταν κούραση;». Τέλος οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να σημειώσουν τη συχνότητα (Συνεχώς, Τις περισσότερες φορές, Μερικές φορές, Λίγες φορές, Καθόλου) που βίωναν αυτά τα συναισθήματα τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Η κατάσταση της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων μελετήθηκε σε βάθος χρόνου, με την επαναληπτική συμπλήρωση της κλίμακας τρεις μήνες μετά την πρώτη συμπλήρωση της (Cronbach's  $\alpha = 0,801$ ) (βλ. παράρτημα. Γ'ΦΑΣΗ, Ερ Β2).

Η συνολική χορήγηση των ερωτηματολογίων διήρκεσε, περίπου, τρεις μήνες. Σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας, οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί εξ αρχής για τους σκοπούς της έρευνας και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οικιοθελώς και

ανώνυμα. Ο χρόνος που απαιτούνταν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε κάθε φάση ήταν 30 λεπτά και η συμπλήρωση γινόταν στον ιδιωτικό χώρο των συμμετεχόντων. Η επιστροφή των ερωτηματολογίων γινόταν σε έναν κλειστό φάκελο, με σκοπό την αδυναμία ταυτοποίησης των στοιχείων και των ατόμων. Φυσικά, λόγω του μακροχρόνιου χαρακτήρα της έρευνας, συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες. Η επαναληπτική συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων οδήγησε κάποιους ασθενείς, που αρχικά ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν, στην εγκατάλειψη της συμμετοχής τους. Ενώ, εκείνοι που εν τέλει συμμετείχαν σε όλη τη διαδικασία, συχνά επέστρεφαν ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια, με δικαιολογίες όπως η συναισθηματική φόρτιση και οι σωματικές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν λόγω της ασθένειάς τους.

Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε, η έρευνα διενεργηθεί επιτυχώς. Οι απαιτούμενες στατιστικές αναλύσεις των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκαν μέσω του προγράμματος StatisticalPackagefortheSocialSciences (SPSS), με τη χρήση του δείκτη συσχέτισης Pearsonr, της ανάλυσης ευθύγραμμης παλινδρόμησης (linearregression) και της ανάλυση διακύμανσης (ANOVA).



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην αρχή της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων υπολογίσαμε τη συσχέτιση των κύριων μεταβλητών της έρευνας (στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και ψυχική υγεία). Συγκεκριμένα μελετήσαμε το βαθμό συσχέτισης της ψυχικής υγείας των ασθενών με τη συναισθηματική καταστολή και τη γνωστική επαναξιολόγηση τόσο στην έναρξη της έρευνας όσο και τρεις μήνες μετά. Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας στην έναρξη της έρευνας με τη συναισθηματική καταστολή [ $r(92)=0.036$ ,  $p=0,731$ ]. Παράλληλα, μη σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα παρατηρούνται στη συσχέτιση της ψυχικής υγείας στην έναρξη της έρευνας με τη ρυθμιστική στρατηγική της γνωστικής επαναξιολόγησης [ $r(92)=0.193$ ,  $p=0,066$ ].

Όσον αφορά στα αποτελέσματα για την επαναλαμβανόμενη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τρεις μήνες μετά, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ψυχική υγεία και στη γνωστική επαναξιολόγηση. Αυτό υποδηλώνει πως όσο αυξάνεται η γνωστική επαναξιολόγηση των συναισθημάτων, τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα ψυχικής υγείας των ασθενών [ $r(92)=0.293$ ,  $p=0,005$ ]. Τέλος δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη ψυχική υγεία και στη καταστολή του συναισθήματος [ $r(92)=0.075$ ,  $p=0,480$ ]. Αυτά τα ευρήματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 1).

**Πίνακας 1**

*Δείκτης συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=92)*

Μεταβλητές	1	2	3	4
1. Ψυχική υγεία1			0,193	0,036
2. Ψυχική υγεία2			0,293*	0,075
3. Γνωστική επαναξιολόγηση				0,165
4. Συναισθηματική καταστολή			0,165	

\* $p<0,01$

Στη συνέχεια της στατιστικής εξέτασης εφαρμόσαμε την ανάλυση της ευθύγραμμης παλινδρόμησης, με απώτερο σκοπό να ανακαλύψουμε κατά πόσο οι ρυθμιστικές στρατηγικές (συναισθηματική καταστολή και γνωστική επαναξιολόγηση) μπορούν να προβλέψουν το επίπεδο ψυχικής υγείας των ασθενών σε βάθος χρόνου (τρεις μήνες μετά την έναρξη της έρευνας). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο συντελεστής προσδιορισμού της παλινδρόμησης, το  $R^2$  είναι 0.093, που σημαίνει ότι το 0,093% της συνολικής διακύμανσης της ψυχικής υγείας μπορεί να αποδοθεί στη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών του συναισθήματος από τους ασθενείς.

Ακόμα από τα αποτελέσματα διαπιστώσαμε πως ο συντελεστής παλινδρόμησης  $\alpha$  (constant) έχει τιμή 2,748. Το γεγονός πως η τιμή του  $\alpha$  είναι θετική δηλώνει μία καλή ψυχική υγεία των ασθενών. Επιπρόσθετα από τα στατιστικά αποτελέσματα παρατηρήσαμε πως το κάθε επίπεδο της συναισθηματικής ρύθμισης μεμονωμένα μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας των ασθενών μετά από τρεις μήνες. Συγκεκριμένα για τη γνωστική επαναξιολόγηση το βέχει τιμή 0,129 και είναι στατιστικά σημαντικό ( $p < 0,01$ ). Από την άλλη μεριά για τη συναισθηματική καταστολή το  $b$  παρουσιάζει τιμή 0,012 και είναι στατιστικά μη σημαντικό ( $p > 0,01$ ). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα διαφαίνονται στο Πίνακα 2. Συμπερασματικά, από τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μονάχα η γνωστική επαναξιολόγηση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας των ασθενών μέσα στο χρονικό διάστημα των τριών μηνών.

## Πίνακας 2

*Πίνακας Ευθύγραμμης Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη μεταβλητή τη Ψυχική υγεία (N=96)*

Προβλεπτική μεταβλητή	B	SEB	B
Γνωστική επαναξιολόγηση	0,129	0,045	0,298*
Συναισθηματική καταστολή	0,012	0,038	0,033

\* $p < 0,01$

Ολοκληρώνοντας τις στατιστικές μας πρακτικές εφαρμόσαμε την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Οι μεταβλητές, στις οποίες επικεντρωθήκαμε ήταν το φύλο και η νοσηλεία των ασθενών. Συγκεκριμένα θελήσαμε να εξετάσουμε κατά πόσο αυτές οι μεταβλητές θα επηρεάσουν τη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών της συναισθηματικής καταστολής ή της γνωστικής επαναξιολόγησης και τη ψυχική υγεία των ασθενών.

Αναφορικά με τη μεταβλητή του φύλου, τα αποτελέσματα του έλεγχου της ομοιογένειας των διακυμάνσεων των ερευνητικών ομάδων, με την εφαρμογή του κριτηρίου Levene βρέθηκαν στατιστικά μη σημαντικά, τονίζοντας πως οι διακυμάνσεις των ερευνητικών ομάδων είναι ίσες.

Ακόμα τα αποτελέσματα της ανάλυσης (ANOVA) για τις μεταβλητές του φύλου και της ψυχικής υγείας των ασθενών στην έναρξη της έρευνας δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά,  $F(92)=0.016$ ,  $p=0.898$ . Επίσης και τα αντίστοιχα αποτελέσματα για τη ψυχική υγεία των ασθενών μετά από τρεις μήνες ήταν στατιστικώς μη σημαντικά  $F(92)=2.703$ ,  $p=0.104$ . Τέλος τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για τις μεταβλητές του φύλου και της γνωστικής επαναξιολόγησης ήταν στατιστικώς μη σημαντικά,  $F(92)=0.988$ ,  $p=0.323$ , όπως και τα ανάλογα αποτελέσματα για τη συναισθηματική καταστολή,  $F(92)=0.127$ ,  $p=0.722$  (Πίνακας 3).

### Πίνακας 3

*Πίνακας Ανάλυσης Διακύμανσης για την επίδραση του φύλου στη ψυχική υγεία, στη γνωστική επαναξιολόγηση και στη συναισθηματική καταστολή*

Μεταβλητές	Df	F	$\eta^2$	p
Ψυχική υγεία 1	92	0,016	0,385	0,898
Ψυχική υγεία 2	92	2,703	0,353	0,104
Γνωστική επαναξιολόγηση	92	0,988	1,77	0,323
Συναισθηματική καταστολή	92	0,127	2,47	0,722

Όσο αφορά τη μεταβλητή της νοσηλείας τα αποτελέσματα του έλεγχου της ομοιογένειας των διακυμάνσεων των ερευνητικών ομάδων, με την εφαρμογή του κριτηρίου Levene ήταν στατιστικά μη σημαντικά. Εν ολίγοις οι διακυμάνσεις των ερευνητικών ομάδων είναι ίσες.

Επίσης τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για τις μεταβλητές της νοσηλείας και της ψυχικής υγείας των ασθενών στην έναρξη της έρευνας ήταν στατιστικώς μη σημαντικά,  $F(92)=0.317$ ,  $p=0.575$ . Όσο αφορά την ψυχική υγεία των ασθενών μετά από τρεις μήνες τα αποτελέσματα ήταν επίσης στατιστικώς μη σημαντικά,  $F(92)=0.212$ ,  $p=0.646$ . Ολοκληρώνοντας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της ανάλυσης για τις μεταβλητές της νοσηλείας και της γνωστικής επαναξιολόγησης,  $F(92)=0.387$ ,  $p=0.535$ . Ταυτόχρονα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ούτε και για τη συναισθηματική καταστολή,  $F(92)=0.148$ ,  $p=0.701$  (Πίνακας 4).

#### Πίνακας 4.

*Πίνακας Ανάλυσης Διακύμανσης για την επίδραση της νοσηλείας στη ψυχική υγεία, στη γνωστική επαναξιολόγηση και στη συναισθηματική καταστολή*

Μεταβλητές	df	F	$\eta^2$	p
Ψυχική υγεία 1	92	0,317	0,387	0,575
Ψυχική υγεία 2	92	0,212	0,362	0,646
Γνωστική επαναξιολόγηση	92	0,387	1,78	0,535
Συναισθηματική καταστολή	92	0,148	2,47	0,701

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων της έρευνας θα εξετάσουμε την ισχύ των υποθέσεών μας. Αρχικά διατυπώσαμε ορισμένες υποθέσεις για τη συσχέτιση που θα μπορούσε να αναπτυχθεί ανάμεσα στις βασικές μεταβλητές της έρευνας (στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και ψυχική υγεία). Ειδικότερα, υποθέσαμε πως η ρυθμιστική στρατηγική της συναισθηματικής καταστολής θα σχετίζεται αρνητικά με τη ψυχική υγεία των ασθενών. Με λίγα λόγια, στην αρχή της έρευνας πιστεύαμε πως όσο αυξάνεται η συναισθηματική καταστολή των ατόμων, θα μειώνεται η ψυχική τους υγεία. Όμως, τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική καταστολή και τη ψυχική υγεία των ασθενών τόσο στην έναρξη της έρευνας, όσο και τρεις μήνες μετά την επανεξέταση της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων.

Αναφορικά, με τη δεύτερη υπόθεση, τα αποτελέσματα των αναλύσεων την επιβεβαίωσαν ως ένα βαθμό. Συγκεκριμένα υποθέσαμε πως θα υφίσταται θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ρυθμιστική στρατηγική της γνωστικής επαναξιολόγησης και στη ψυχική υγεία των ασθενών. Αυτή η υπόθεση απορρίφθηκε στην πρώτη φάση της έρευνας, καθώς δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη γνωστική επαναξιολόγηση και στη ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Αντίθετα στη τρίτη φάση της έρευνας, που διεξήχθη τρεις μήνες μετά, η υπόθεση επιβεβαιώθηκε. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη γνωστική επαναξιολόγησης και στη ψυχική υγεία. Είναι εμφανές, λοιπόν, πως όσο αυξάνεται η γνωστική επαναξιολόγηση των ασθενών, τόσο θα αυξάνονται και τα επίπεδα της ψυχικής τους υγείας.

Η επόμενη υπόθεση της έρευνας αφορούσε τη μελέτη του βαθμού που οι ρυθμιστικές στρατηγικές (συναισθηματική καταστολή και γνωστική επαναξιολόγηση) μπορούν να προβλέψουν το επίπεδο ψυχικής υγείας των ασθενών σε βάθος χρόνου (τρεις μήνες μετά την έναρξη της έρευνας). Τα στατιστικά αποτελέσματα υπέδειξαν πως το 0,093% της συνολικής διακύμανσης της ψυχικής υγείας οφείλεται στη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών του συναισθήματος από τους ασθενείς. Ακόμα διαπιστώθηκε πως η γνωστική επαναξιολόγηση, σε αντίθεση με τη συναισθηματική καταστολή, μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων μέσα σε τρεις μήνες. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων αποδείχθηκε πως κάθε φορά που η γνωστική επαναξιολόγηση του ατόμου θα αυξάνεται κατά μία μονάδα, η ψυχική του υγεία θα αυξάνεται κατά 0,129 μονάδες αντίστοιχα. Κατ' επέκταση από τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, μονάχα η

γνωστική επαναξιολόγηση μπορεί να προβλέψει τη ψυχική υγεία των καρδιαγγειακών ασθενών.

Ολοκληρώνοντας , τα στατιστικά αποτελέσματα δεν επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις που διατυπώσαμε στην αρχή της έρευνας και αφορούσαν την επίδραση του φύλου και της νοσηλείας στη ψυχική υγεία και στην επιλογή της ρυθμιστικής στρατηγικής από τους συμμετέχοντες. Ειδικότερα διαπιστώθηκε πως η μεταβλητή του φύλου (άνδρες – γυναίκες) δεν επηρέασε τη ψυχική υγεία των ασθενών, ούτε και τη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών της συναισθηματικής καταστολής ή της γνωστικής επαναξιολόγησης. Επομένως οι άντρες και οι γυναίκες έχουν τα ίδια επίπεδα ψυχικής υγείας, τόσο στην έναρξη της έρευνας, όσο και τρεις μήνες μετά. Ενώ παράλληλα χρησιμοποιούν τις ίδιες τεχνικές ρύθμισης του συναισθήματος. Η υπόθεση πως οι άνδρες θα χρησιμοποιούν περισσότερο τη συναισθηματική καταστολή από τις γυναίκες ασθενείς απορρίφθηκε. Όσο αφορά τη μεταβλητή της νοσηλείας αποδείχθηκε πως δεν επηρέασε τη ψυχική υγεία ή τη χρήση των ρυθμιστικών στρατηγικών της συναισθηματικής καταστολής και της γνωστικής επαναξιολόγησης. Συγκεκριμένα οι υποθέσεις πως οι ασθενείς που δε έχουν νοσηλευτεί θα έχουν υψηλότερη ψυχική υγεία και θα χρησιμοποιούν περισσότερο τη γνωστική επαναξιολόγηση δεν επιβεβαιώθηκαν. Από ότι φαίνεται όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτως νοσηλείας χρησιμοποιούν τις ίδιες ρυθμιστικές στρατηγικές.

Σύμφωνα με τους Desteno, Gross και Kubzansky(2013) η καταπίεση των συναισθημάτων και η συγκρατημένη έως μηδαμινή εκδήλωση τους οδηγεί σε αύξηση των υποκειμενικών, αρνητικών εμπειριών. Έτσι η συνεχής βίωση αρνητικών συναισθημάτων αναμενόμενα πλήττει τη ψυχική υγεία των ατόμων και προκαλεί τη εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (π.χ. κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές). Αντίθετα η γνωστική αναδιαμόρφωση των συναισθημάτων οδηγεί σε μείωση των αρνητικών εμπειριών και ενίσχυση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων. Χαρακτηριστικά ο Lazarus και ο Alfert σε μία ερευνά τους το 1964 (όπως αναφέρεται στον Gross, 1998) διαπίστωσαν πως η γνωστική επαναξιολόγηση μειώνει το άγχος και έχει ευεργετικές συνέπειες στη ψυχική υγεία. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν στη έρευνα του Gross (1998). Στη συγκεκριμένη πειραματική διαδικασία ο Gross θέλησε να εξετάσει την επίδραση των ρυθμιστικών στρατηγικών, της συναισθηματικής καταστολής και της γνωστικής επαναξιολόγησης στη ψυχική κατάσταση των ατόμων. Χρησιμοποιώντας ένα αποκρουστικό βίντεο παρατήρησε πως οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν τη συναισθηματική καταστολή, σε αντίθεση με εκείνους που χρησιμοποιούσαν τη γνωστική επαναξιολόγησης βίωσαν αηδία και φορτίστηκαν ψυχικά.

Από τη μία μεριά, λοιπόν, παρατηρείται αρνητική σχέση ανάμεσα στη καταπίεση των συναισθημάτων και στη ψυχική υγεία. Ενώ, από την άλλη πλευρά διαπιστώνεται θετική σχέση ανάμεσα στη γνωστική επανεξέταση και τη ψυχική ευημερία.

Τα ευρήματα της ερευνάς μας συμφωνούν μερικώς με τα αποτελέσματα των προγενέστερων μελετών της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Στη παρούσα έρευνα δεν επιβεβαιώθηκε η αρνητική σχέση ανάμεσα στη καταστολή των συναισθημάτων και στη ψυχική υγεία. Ενώ επιβεβαιώθηκε η θετική σχέση ανάμεσα στη γνωστική επαναξιολόγηση και στη ψυχική υγεία. Επομένως η γνωστική επαναξιολόγηση είναι προτιμότερη ως στρατηγική από τη καταστολή για τη διαδρομή της ψυχικής υγείας.

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, υποδεικνύουν πως η έκφραση και η γνωστική επαναξιολόγηση των συναισθημάτων αποτελούν τεχνικές που βοηθούν τους ασθενείς να προσαρμοστούν στη χρόνια ασθένεια τους. Η αναπάντεχη εμφάνιση μίας χρόνιας ασθένειας, όπως τα καρδιαγγειακά προβλήματα διαταράσσει όχι μόνο τη καθημερινότητα των ατόμων, αλλά και τη ψυχική και σωματική τους υπόσταση. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι χρόνιοι ασθενείς αισθάνονται έντονη θλίψη, απελπισία και φόβο. Έτσι, η γνωστική επαναξιολόγηση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν έχει ευεργετικές συνέπειες στη ψυχική και σωματική τους υγεία, ανεξαρτήτως φύλου ή νοσηλείας. Για παράδειγμα ασθενείς, που ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν συχνά τη γνωστική επαναξιολόγηση βίωναν λιγότερες αρνητικές συνέπειες και καταθλιπτικά συμπτώματα. Στη μελέτη FMRI του McRaek και των συνεργατών του (2008), παρατηρήθηκε μείωση των αρνητικών εμπειριών, τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν τη ρυθμιστική στρατηγική της γνωστικής επαναξιολόγησης.

Εν ολίγοις η ρυθμιστική στρατηγική της γνωστικής επαναξιολόγησης συμβάλλει στη προσαρμογή και στη ψυχική ευημερία των ασθενών. Κρίνεται, λοιπόν απαραίτητη η συμβολή των ειδικών ψυχική υγείας στη διαδικασία προσαρμογής των ασθενών στην χρόνια ασθένεια, καθώς αυτοί μπορούν να τους εκπαιδεύσουν στη χρήση της γνωστικής επαναξιολόγησης. Στόχος των ψυχολογικών παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης των ασθενών για καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Απαιτούνται εξειδικευμένα προγράμματα στήριξης, που θα αφογκράζονται τις ανάγκες των ασθενών και θα τους παρέχουν συμβουλές για μία καλύτερη ποιότητα ζωής (Rosland&Piette, 2010). Τα προγράμματα παρέμβασης μπορούν να γίνονται είτε σε νοσοκομειακό περιβάλλον, είτε σε

εξωτερικούς χώρους. Ενώ παράλληλα μπορούν να εφαρμοστούν ομαδικές και ατομικές συνεδρίες.

Η πρώτη ψυχοκοινωνική παρέμβαση για την αποτελεσματική διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων που επιφέρει η χρόνια ασθένεια επικεντρώνεται στους ίδιους τους ασθενείς. Συνήθως χρησιμοποιούνται προγράμματα Γνωστικό – Συμπεριφοριστικής θεραπείας (CBT). Σε αυτά, αρχικά κρίνεται απαραίτητη η πληροφόρηση των ασθενών για τη φύση της ασθένειάς τους και τους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της και της πιθανής υποτροπής της. Στη συνέχεια οι ασθενείς μπορούν να εκπαιδευτούν στην αναγνώριση των συναισθημάτων τους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε αυτές τις περιπτώσεις να συνειδητοποιούν ακριβώς τι αισθάνονται και να αποδέχονται χωρίς φόβο ή ντροπή ακόμα και τα αρνητικά τους συναισθήματα. Εξάλλου τις περισσότερες φορές η αδυναμία ρύθμισης των συναισθημάτων πηγάζει από την αδυναμία της σαφούς αναγνώρισης τους (Gross, 2013). Αφού επιτευχτεί και αυτός ο στόχος, οι ασθενείς μπορούν να εκπαιδευτούν σε ευεργετικές τεχνικές διαχείρισης των συναισθημάτων τους, όπως η γνωστική επαναξιολόγηση. Η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων, όπως αποδείχθηκε και στην παρούσα έρευνα, βελτιώνει τη ψυχική υγεία των ασθενών. Ακόμα μπορούν να μάθουν τεχνικές χαλάρωσης, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και δεξιότητες επικοινωνίας (Γιαβασόπουλο & Γούρνη, 2008).

Μία δεύτερη αποτελεσματική ψυχοκοινωνική παρέμβαση σχετίζεται με την ενίσχυση της στήριξης από την κοινωνία και κυρίως την οικογένεια. Καθίστανται απαραίτητα τα προγράμματα στήριξης και εκπαίδευσης των φροντιστών. Ειδικότερα υπάρχουν προγράμματα Ρύθμισης Στόχων, όπου τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν πώς να υιοθετούν συγκεκριμένους ρόλους υποστήριξης και πώς να θέτουν συγκεκριμένους στόχους προς επίτευξη κάθε φορά. Έτσι δεν συγχέονται οι ρόλοι των μελών και τίθενται ρεαλιστικοί στόχοι στη διαχείριση της ασθένειας. Μία άλλη παρέμβαση περιλαμβάνει την εκπαίδευση των οικογενειών στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών και στις τεχνικές αντιμετώπισης πιθανών υποτροπών ή συμπτωμάτων που προκύπτουν. Ακόμα υπάρχουν προγράμματα υποστηρικτικής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Με συνεδρίες Γνωστικό – συμπεριφοριστικής θεραπείας και παιχνίδια ρόλων τα μέλη μαθαίνουν να επικοινωνούν τα συναισθήματα τους και να στηρίζουν ο ένας τον άλλον (Γιαβασόπουλο & Γούρνη, 2008). Τέλος υπάρχουν προγράμματα εκπαίδευσης των οικείων στον ορισμό ρόλων στη κλινική διαχείριση της φροντίδας. Με λίγα λόγια οι φροντιστές μαθαίνουν να επικοινωνούν με τους ειδικούς υγείας και να ασκούν τη κατάλληλη επιρροή στους ασθενείς σχετικά με τα ιατρικά ζητήματα (Rosland&Piette, 2010).



Φυσικά θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούν οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, το διερευνητικό μας ενδιαφέρον κατευθύνθηκε αποκλειστικά σε δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος (γνωστική επαναξιολόγηση και συναισθηματική καταστολή), παραμελώντας τις υπόλοιπες ρυθμιστικές στρατηγικές (π.χ. απόσπαση προσοχής και προσδιορισμός στόχου). Ακόμα οι στατιστικές μας αναλύσεις επικεντρώθηκαν στην μελέτη της ψυχικής και όχι της σωματικής υγείας των ασθενών. Ενώ τα δεδομένα της έρευνας βασίστηκαν εξ ολοκλήρου στις υποκειμενικές αναφορές των ασθενών. Τέλος δεν υπήρξε ένας σαφής διαχωρισμός των καρδιαγγειακών ασθενειών που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες της έρευνας.

Με βάση τα παραπάνω κρίνεται απαραίτητο να δοθούν κάποιες κατευθύνσεις για μελλοντικές έρευνες. Προτείνεται, λοιπόν, μία μελέτη που θα αφορούσε τη διερεύνηση της σχέσης των ρυθμιστικών στρατηγικών της γνωστικής επαναξιολόγησης και της συναισθηματικής καταστολής με τη σωματική υγεία των καρδιαγγειακών ασθενών. Μία δεύτερη έρευνα θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνει και τις υπόλοιπες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και θα τις συσχέτιζε με τη ψυχική και τη σωματική υγεία των ασθενών, οι οποίοι θα έχουν διαχωριστεί με βάση το ακριβές καρδιαγγειακό νόσημα τους. Ακόμα θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθούν η επίδραση της συναισθηματικής ρύθμισης στη ψυχική και σωματική κατάσταση των ασθενών που αντιμετωπίζουν άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως η αρθρίτιδα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Τέλος μία καλή ερευνητική πρόταση περιλαμβάνει τη μελέτη της επίδρασης της γνωστικής επαναξιολόγησης στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών. Αυτό φυσικά απαιτεί αρχικά την μέτρηση της ψυχικής υγείας των ασθενών. Έπειτα την εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων, που επικεντρώνονται στην εκπαίδευση των ασθενών στη παραπάνω ρυθμιστική στρατηγική και ακολούθως την επαναξιολόγηση των επιπέδων της ψυχικής τους υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- Alenazi, S. A., Koura, H. M., Zaki, S. M., & Mohamed, A. H. (2015). Prevalence of obesity among male adolescents in Arar Saudi Arabia: Future risk of cardiovascular disease. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 40*(3), 182.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. (Fourth edition). Washington DC: Author.
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., Macera, C., Eaker, E., Glassman, A., & Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology, 4*(4), 285-294.
- Appleton, A. A., Loucks, E. B., Buka, S. L., & Kubzansky, L. D. (2014). Divergent associations of antecedent-and response-focused emotion regulation strategies with midlife cardiovascular disease risk. *Annals of Behavioral Medicine, 48*(2), 246-255.
- Ben-Sira, Z. (1984). Chronic illness, stress and coping. *Social Science & Medicine, 18*(9), 725-736.
- Γιαβασόπουλος, Ε. Κ., & Γουρνή, Π. Γ. (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 7*(1), 12-39.
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology, 32*(5), 474.
- DiMateo, M.R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία υγείας*. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιανός (Επιμ). Αθήνα: Πεδίο.
- Egger, G. (2012). Peer Reviewed: In Search of a Germ Theory Equivalent for Chronic Disease. *Preventing chronic disease, 9*.

- Egger, G., & Dixon, J. (2014). Beyond obesity and lifestyle: a review of 21st century chronic disease determinants. *BioMedresearchinternational*, 2014.
- Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγωγής Κινδύνου. (2015). *Συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαχρονικές τάσεις*. Ανακτήθηκε 23 Οκτωβρίου 2015, από ιστοσελίδα <http://emeno.gr/>.
- Fisher, S. H. (1963). Psychological factors and heart disease. *Circulation*, 27(1), 113-117.
- Ford, E. S. (2004). The metabolic syndrome and mortality from cardiovascular disease and all-causes: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey II Mortality Study. *Atherosclerosis*, 173(2), 307-312.
- Fowler C. & Baas L., (2006). Illness representations in patients with chronic kidney diseases on maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 2,173-187.
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 95.

- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 64(6), 970.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in everyday life. *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*, 13-35.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behavior research and therapy*, 47(5), 389-394.
- Kaplan, R. M., Sallis Jr, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. McGraw-Hill Book Company.
- Καραδήμας Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα, Εκδόσεις : Τυπωθήτω.
- Karademas, E. C., Tsalikou, C., & Tallarou, M. C. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*, 16(3) 510–519.
- Khang, Y. H., Cho, S. I., & Kim, H. R. (2010). Risks for cardiovascular disease, stroke, ischaemic heart disease, and diabetes mellitus associated with the metabolic syndrome using the new harmonized definition: findings from nationally representative longitudinal data from an Asian population. *Atherosclerosis*, 213(2), 579-585.
- Kinnunen, M. L., Kokkonen, M., Kaprio, J., & Pulkkinen, L. (2005). The associations of emotion regulation and dysregulation with the metabolic syndrome factor. *Journal of psychosomatic research*, 58(6), 513-521.
- Li, Y., Zhang, M., Jiang, Y., & Wu, F. (2012). Co-variations and clustering of chronic disease behavioral risk factors in China: China Chronic Disease and Risk Factor Surveillance, 2007. *PLoS One*, 7(3), e33881.
- Malik, S., Wong, N. D., Franklin, S. S., Kamath, T. V., Gilbert, J. L., Pio, J. R., & Williams, G. R. (2004). Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation*, 110(10), 1245-1250.

- Μάνου Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- McRae, K., Ochsner, K., Mauss, I., Gabrieli, J. & Gross, J. (2008). Gender differences in Emotion Regulation: An fMRI Study of Cognitive Reappraisal. *Group processes and Intergroup Relationships*, 11, 143-162.
- Meng, L., Maskarinec, G., Lee, J., & Kolonel, L. N. (1999). Lifestyle factors and chronic diseases: application of a composite risk index. *Preventive medicine*, 29(4), 296-304.
- Miao, C., Bao, M., Xing, A., Chen, S., Wu, Y., Cai, J., ... & Yang, X. (2015). Cardiovascular health score and the risk of cardiovascular diseases. *PloS one*, 10(7), e0131537.
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 580-592.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2004). *Συγκίνηση: ερμηνείες και κατανόηση*. Μ. Ντάβου (Επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Ochsner, K. N., Ray, R. D., Cooper, J. C., Robertson, E. R., Chopra, S., Gabrieli, J. D., & Gross, J. J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage*, 23(2), 483-499.
- Prado Junior, P. P., de Faria, F. R., de Faria, E. R., Franceschini, S. D. C. C., & Priore, S. E. (2015). Cardiovascular risk and associated factors in adolescents. *Nutricion hospitalaria*, 32(n02), 897-904.
- Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Schippers, J., & Groenewegen, P. P. (2013). The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation chances of people with chronic illness: results of a nationwide panel-study in the Netherlands. *BMC public health*, 13(1), 803.
- Ρίχτερ, Δ. (2012). *Κάπνισμα και καρδιαγγειακή νόσος*. Ανακτήθηκε 23 Οκτωβρίου 2015, από ιστοσελίδα <http://www.eelia.gr/2012-03-15-12-26-51.html>.

- Roberts N. et al., (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression across ethnic lines. *International Journal of Psychophysiology*, 70, 82-87.
- Rosland, A. M., & Piette, J. D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. *Chronic illness*, 6(1), 7-21.
- Rothenhäusler, H. B., Grieser, B., Nollert, G., Reichart, B., Schelling, G., & Kapfhammer, H. P. (2005). Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. *General hospital psychiatry*, 27(1), 18-28.
- Saeidi, M., Soroush, A., Komasi, S., Moemeni, K., & Heydarpour, B. (2015). Attitudes Toward Cardiovascular Disease Risk Factors Among Patients Referred to a Cardiac Rehabilitation Center: Importance of Psychological Attitudes. *Shiraz E-Medical Journal*, 16(7).
- Schelling, G., Kilger, E., Roozendaal, B., Dominique, J. F., Briegel, J., Dagge, A., ...& Kapfhammer, H. P. (2004). Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biological Psychiatry*, 55(6), 627-633.
- Sgoifo, A., Montano, N., Shively, C., Thayer, J., & Steptoe, A. (2009). The inevitable link between heart and behavior: New insights from biomedical research and implications for clinical practice. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(2), 61-62.
- Sovik, T. T., Aasheim, E. T., Taha, O., Fagerland, M. W., Björkman, S., Kristinsson, J., ...& Olbers, T. (2011). Weight loss, cardiovascular risk factors, and quality of life after gastric bypass and duodenal switch: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 155(5), 281-291.
- Telford, R. D. (2007). Low physical activity and obesity: causes of chronic disease or simply predictors?. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1233-1240.

University of Michigan Center for Managing Chronic Disease.(2011).

*WhatisChronicDisease?* Ανακτήθηκε 16 Οκτωμβρίου 2015, απο ιστοσελίδα

<http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html>.

Ware, J.E., Jr., &Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α' ΦΑΣΗ

*Πανεπιστήμιο Κρήτης*

*Τμήμα Ψυχολογίας*

Σας παρακαλώ να σημειώσετε στις τρεις διπλανές κενές θέσεις το αρχικό γράμμα του ονόματός σας, του ονόματος του πατέρα σας και του επωνύμου σας, καθώς και τη χρονολογία της γέννησής σας, με αυτή ακριβώς τη σειρά:

Α				
---	--	--	--	--

Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " X " όπου χρειάζεται :

- 1) Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα       2) Ηλικία (σε έτη): .....
- 3) Τι ακριβώς καρδιολογική ασθένεια αντιμετωπίζετε;  
\_\_\_\_\_
- 4) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειας: \_\_\_\_\_
- 5) Έχετε νοσηλευτεί εξαιτίας του καρδιακού προβλήματος; ΝΑΙ  ΟΧΙ .    6) Αν ΝΑΙ, πότε; \_\_\_\_\_
- 7) Έχετε χειρουργηθεί εξαιτίας του καρδιακού προβλήματος; ΝΑΙ  ΟΧΙ .    8) Αν ΝΑΙ, πότε; \_\_\_\_\_



## 9) Εκπαίδευση:

Πρωτοβάθμια: Τάξεις δημοτικού <input type="checkbox"/>	Δευτεροβάθμια	Τριτάξιο γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Τριτοβάθμια: ΤΕΙ <input type="checkbox"/>
Δημοτικό <input type="checkbox"/>	Λύκειο <input type="checkbox"/>		ΑΕΙ <input type="checkbox"/>
	Ανάλογες σχολές <input type="checkbox"/>		Μεταπτυχιακά <input type="checkbox"/>

## 10) Οικογενειακή κατάσταση:

Αγαμος /η Έγγαμος /η  Σε διάσταση

Διαζευγμένος /η Χήρος /α  Συγκατοίκηση

**Ερωτηματολόγιο Α'**

Η παρακάτω κλίμακα αποτελείται από λέξεις που περιγράφουν διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε παρακαλώ κάθε λέξη και μετά σημειώστε την κατάλληλη για σας απάντηση στον κενό χώρο δίπλα από τη λέξη.

Σημειώστε σε ποιο βαθμό νιώθατε έτσι κατά τις τελευταίες 15 ημέρες. Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα για να απαντήσετε.

Πολύ λίγο ή καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

- \_\_\_\_\_ Με ενδιαφέρον
  - \_\_\_\_\_ Πιεσμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Αναστατωμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Σθεναρός/ή
  - \_\_\_\_\_ Ένοχος/η
  - \_\_\_\_\_ Τρομαγμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Εχθρικός/ή
  - \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Περήφανος/η
  - \_\_\_\_\_ Ευέξαπτος/η
  - \_\_\_\_\_ Σε εγρήγορση
  - \_\_\_\_\_ Ντροπιασμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Σε έμπνευση
  - \_\_\_\_\_ Νευρικός/ή
  - \_\_\_\_\_ Αποφασισμένος/ή
  - \_\_\_\_\_ Προσηλωμένος
  - \_\_\_\_\_ Ταραγμένος/η
  - \_\_\_\_\_ Δραστήριος/α
  - \_\_\_\_\_ Φοβισμένος/η
-

### Ερωτηματολόγιο Β'

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

5 – Συμφωνώ πολύ

4 – Συμφωνώ λίγο

3 – Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

2 – Διαφωνώ κάπως

1 – Διαφωνώ έντονα

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

---

### Ερωτηματολόγιο Γ'

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα που έχετε, καθώς και στον τρόπο που τα διαχειρίζεστε. Παρακαλώ, απαντήστε πόσο συμφωνείτε με κάθε μία πρόταση σημειώνοντας το βαθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μεγαλύτεροι βαθμοί αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας προς αυτό που περιγράφουν οι προτάσεις.

1. Ελέγχω τα συναισθήματά μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για την κατάσταση που τα προκαλεί.	Διαφωνώ Συμφωνώ
	έντονα απόλυτα  1 2 3 4 5 6 7
2. Όταν αντιμετωπίζω μια δυσκολία, κάνω τον εαυτό μου να σκεφτεί για αυτή με ένα τρόπο που με βοηθά να μείνω ήρεμος.	Διαφωνώ Συμφωνώ
	έντονα απόλυτα  1 2 3 4 5 6 7
3. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ
	έντονα απόλυτα  1 2 3 4 5 6 7
4. Ελέγχω τα συναισθήματά μου με το να μην τα εκφράζω.	Διαφωνώ Συμφωνώ
	έντονα απόλυτα  1 2 3 4 5 6 7
5. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα (π.χ., λύπη ή θυμό), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.	Διαφωνώ Συμφωνώ  έντονα

---

 απόλυτα

 1 2 3 4 5 6 7
 

---

 6. Όταν νιώθω συναισθηματικά άσχημα, βεβαιώνομαι  
 ότι δεν εκφράζω τι νιώθω.

 Διαφωνώ  
 Συμφωνώ

έντονα

απόλυτα

 1 2 3 4 5 6 7
 

---

 7. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά  
 συναισθήματα (π.χ., χαρά), αλλάζω αυτό που  
 σκέφτομαι.

 Διαφωνώ  
 Συμφωνώ

έντονα

απόλυτα

 1 2 3 4 5 6 7
 

---

8. Κρατώ τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.

 Διαφωνώ  
 Συμφωνώ

έντονα

απόλυτα

 1 2 3 4 5 6 7
 

---

 9. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά  
 συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι.

 Διαφωνώ  
 Συμφωνώ

έντονα

απόλυτα

 1 2 3 4 5 6 7
 

---

 10. Όταν νιώθω θετικά συναισθήματα, προσέχω  
 να μην τα εκφράσω.

 Διαφωνώ  
 Συμφωνώ
 

---

έντονα

απόλυτα

1 2 3 4 5 6 7

**Ερωτηματολόγιο Δ'**

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

- 1. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;**

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	----------------------------------	---

- A. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ .....  1 .....  2 .....  3
- B. .... Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....  1 .....  2 .....  3
- Γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά .....  1 .....  2 .....  3
- Δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3
- Ε. Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3

- Z. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο .....  1 .....  2 .....  3
- H. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο .....  1 .....  2 .....  3
- Θ. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- I. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- K. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε .....  1 .....  2 .....  3

2. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι 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
- Γ. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- Δ. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- E. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- Z. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- H. Αισθανόσασταν εξάντληση; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- Θ. Ήσασταν ευτυχισμένος/η; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- I. Αισθανόσασταν κούραση; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

### Να συμπληρωθεί κατά τη 2<sup>η</sup> εβδομάδα της πρώτης φάσης της έρευνας

Η παρακάτω κλίμακα αποτελείται από λέξεις που περιγράφουν διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε παρακαλώ κάθε λέξη και μετά σημειώστε την κατάλληλη για σας απάντηση στον κενό χώρο δίπλα από τη λέξη.

Σημειώστε σε ποιο βαθμό νιώθατε έτσι κατά την τελευταία εβδομάδα. Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα για να απαντήσετε.

Πολύ λίγο ή καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

- \_\_\_\_\_ Με ενδιαφέρον
- \_\_\_\_\_ Πιεσμένος/η
- \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Αναστατωμένος/η
- \_\_\_\_\_ Σθεναρός/ή
- \_\_\_\_\_ Ένοχος/η
- \_\_\_\_\_ Τρομαγμένος/η
- \_\_\_\_\_ Εχθρικός/ή
- \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Περήφανος/η
- \_\_\_\_\_ Ευέξαπτος/η
- \_\_\_\_\_ Σε εγρήγορση
- \_\_\_\_\_ Ντροπιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Σε έμπνευση
- \_\_\_\_\_ Νευρικός/ή



\_\_\_\_\_ Αποφασισμένος/ή

\_\_\_\_\_ Προσηλωμένος

\_\_\_\_\_ Ταραγμένος/η

\_\_\_\_\_ Δραστήριος/α

\_\_\_\_\_ Φοβισμένος/η

**Β' ΦΑΣΗ**

*Πανεπιστήμιο Κρήτης*

*Τμήμα Ψυχολογίας*

*Σας παρακαλώ να σημειώσετε στις τρεις διπλανές κενές θέσεις το αρχικό γράμμα του ονόματός σας, του ονόματος του πατέρα σας και του επωνύμου σας, καθώς και τη χρονολογία της γέννησής σας, με αυτή ακριβώς τη σειρά:*

Α				
---	--	--	--	--

**Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " X " όπου χρειάζεται :**

1) Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

2) Ηλικία (σε έτη): .....

### **Ερωτηματολόγιο Α'**

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με 'δηλώσεις' σχετικές προς την ασθένειά σας. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε με αυτές βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην

απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μην δαπανάτε πολύ χρόνο για να απαντήσετε. Οι πρώτες εντυπώσεις είναι συνήθως οι καλύτερες.

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ απολύτως
1. Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένειά μου.	1	2	3	4
2. Έχω μάθει να ζω με την ασθένειά μου.	1	2	3	4
3. Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένειά μου καλά.	1	2	3	4
4. Μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα την ασθένειά μου.	1	2	3	4
5. Μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένειά μου.	1	2	3	4
6. Νομίζω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένειά μου, ακόμα και αν χειροτερέψει.	1	2	3	4

### Ερωτηματολόγιο Β'

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 √ το αντίστοιχο τετράγωνο. Απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη πως βλέπετε ΤΩΡΑ την κατάστασή της υγείας σας.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Η ασθένειά μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
2.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
3.	Η ασθένειά μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
4.	Η ασθένειά μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
5.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
6.	Η ασθένειά μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
7.	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					
8.	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
9.	Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα.					
10.	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
11.	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την					

	ασθένειά μου.					
12.	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς μου.					
13.	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου.					
14.	Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου.					
15.	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ.					
16.	Η ασθένειά μου μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθώ.					
17.	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου.					

**Γ' ΦΑΣΗ**

**Πανεπιστήμιο Κρήτης**

**Τμήμα Ψυχολογίας**

Σας παρακαλώ να σημειώσετε στις τρεις διπλανές κενές θέσεις το αρχικό γράμμα του ονόματός σας, του ονόματος του πατέρα σας και του επωνύμου σας, καθώς και τη χρονολογία της γέννησής σας, με αυτή ακριβώς τη σειρά:

Α				
---	--	--	--	--

**Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " X " όπου χρειάζεται :**

1) Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα       2) Ηλικία (σε έτη): .....

### **Ερωτηματολόγιο Α'**

Η παρακάτω κλίμακα αποτελείται από λέξεις που περιγράφουν διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε παρακαλώ κάθε λέξη και μετά σημειώστε την κατάλληλη για σας απάντηση στον κενό χώρο δίπλα από τη λέξη.

Σημειώστε σε ποιο βαθμό νιώθατε έτσι κατά τον τελευταίο μήνα. Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα για να απαντήσετε.

Πολύ λίγο ή καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4	5

- \_\_\_\_\_ Με ενδιαφέρον
- \_\_\_\_\_ Πιεσμένος/η
- \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Αναστατωμένος/η
- \_\_\_\_\_ Σθεναρός/ή
- \_\_\_\_\_ Ένοχος/η
- \_\_\_\_\_ Τρομαγμένος/η
- \_\_\_\_\_ Εχθρικός/ή
- \_\_\_\_\_ Ενθουσιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Περήφανος/η
- \_\_\_\_\_ Ευέξαπτος/η
- \_\_\_\_\_ Σε εγρήγορση
- \_\_\_\_\_ Ντροπιασμένος/η
- \_\_\_\_\_ Σε έμπνευση
- \_\_\_\_\_ Νευρικός/ή
- \_\_\_\_\_ Αποφασισμένος/ή
- \_\_\_\_\_ Προσηλωμένος
- \_\_\_\_\_ Ταραγμένος/η
- \_\_\_\_\_ Δραστήριος/α
- \_\_\_\_\_ Φοβισμένος/η

## Ερωτηματολόγιο Β'

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

### 1. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	----------------------------------	---

- A. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ .....  1 .....  2 .....  3
- B. .... Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....  1 .....  2 .....  3
- Γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά .....  1 .....  2 .....  3
- Δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3
- Ε. Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια .....  1 .....  2 .....  3
- Z. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο .....  1 .....  2 .....  3
- Η. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο .....  1 .....  2 .....  3
- Θ. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- Ι. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- Κ. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε .....  1 .....  2 .....  3

συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες;

Εάν ναι, πόσο;



2. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
A. Αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B. Είχατε πολύ εκνευρισμό; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Γ. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Δ. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Z. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H. Αισθανόσασταν εξάντληση; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Θ. Ήσασταν ευτυχισμένος/η; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
I. Αισθανόσασταν κούραση; .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5