

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

“Χρόνια ασθένεια: Στρες, Ψυχική Υγεία & Κοινωνική Υποστήριξη”

Εισηγητής Καθηγητής: **Καραδήμας Ευάγγελος**

Φοιτήτρια: **Μπάκουλη Αργυρώ**

A/M: **1798**

Περιεχόμενα

<i>Περίληψη</i>	3
A' Μέρος	
1. Χρόνια Ασθένεια.....	4
1.1 Αντιδράσεις των ατόμων που διαγιγνώσκονται με χρόνια ασθένεια.....	5
1.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας.....	7
2. Γενικά στοιχεία για το στρες.....	9
2.1 Μηχανισμοί μέσω των οποίων το στρες επιδρά στην υγεία.....	11
2.2 Η αντιμετώπιση του στρες.....	12
2.3 Σχέση στρες και χρόνιας ασθένειας.....	14
2.4 Σχέση στρες και ψυχικής υγείας.....	15
3. Σχέση ψυχικής υγείας και χρόνιας ασθένειας.....	17
3.1 Σχέση κατάθλιψης και χρόνιας ασθένειας.....	19
3.2 Η σημασία των προσδοκιών για την ψυχική υγεία.....	21
4. Ευχολογία.....	22
4.1 Σχέση ευχολογίας και στρες.....	23
4.2 Σχέση ευχολογίας και χρόνιας ασθένειας.....	24
4.3 Σχέση ευχολογίας και ψυχικής υγείας.....	26
5. Κοινωνική υποστήριξη.....	28
5.1 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και χρόνιας ασθένειας.....	29
5.2 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και στρες.....	33
5.3 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και ψυχικής υγείας.....	34
5.4 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης, στρες και ψυχικής υγείας.....	37
6. Η επίδραση του φύλου και της ηλικίας στο στρες, στην ψυχική υγεία, στη χρήση ευχολογίας και κοινωνικής υποστήριξης σε χρόνια ασθενείς.....	40
7. Ερωτήματα και υποθέσεις σχετικά με την έρευνα.....	44
B' Μέρος	
Μέθοδος.....	45
Συμμετέχοντες και διαδικασία.....	45
Ψυχομετρικά εργαλεία.....	46

Γ' Μέρος

<i>Αποτελέσματα</i>	48
---------------------------	----

Δ' Μέρος

<i>Συζήτηση – Συμπεράσματα</i>	51
<i>Επίλογος</i>	57
<i>Παράρτημα Α</i>	59
<i>Παράρτημα Β</i>	62
<i>Βιβλιογραφία</i>	65

Περίληψη

Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας αποτελεί συχνά σημαντικό πλήγμα στη ζωή ενός ατόμου αλλά και της οικογένειάς του. Ο ασθενής χρειάζεται να αντιμετωπίσει μια σειρά από στρεσογόνα ερεθίσματα και καταστάσεις όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία και οι παρενέργειές της, οι πιθανές επιπλοκές της ασθένειας και πολλά άλλα που προκαλούν μεγάλες αλλαγές στη ζωή, στη συμπεριφορά και στις συνήθειές του. Η παρούσα έρευνα ασχολείται με την επίδραση του στρες, των ψυχολογικών δυσκολιών, της χρήσης της ευχολογίας και της παρεχόμενης κοινωνικής υποστήριξης σε χρόνια ασθενείς. Επιχειρείται μελέτη της επιρροής όλων των πιθανών συνδυασμών των παραπάνω μεταβλητών στην ασθένεια, στη λειτουργικότητα και στη γενικότερη ποιότητα ζωής ενός ασθενούς με χρόνια σωματικά προβλήματα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια που αποτιμούσαν το στρες, την ψυχική υγεία, την ευχολογία και την κοινωνική υποστήριξη σε άτομα που έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια. Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι πως η αντιμετώπιση σχετίζεται με το στρες και την ψυχική και όχι με τη σωματική υγεία του ασθενούς και πως ειδικά η ευχολογία επιβαρύνει την κατάσταση των ασθενών αφού η χρήση της προκαλεί αυξημένο στρες. Το αυξημένο στρες με τη σειρά του οδηγεί σε σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Ακόμα τα ψυχολογικά προβλήματα σχετίζονται με τα σωματικά, το στρες και την κοινωνική υποστήριξη. Τέλος τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν αύξηση του στρες και των ψυχολογικών δυσκολιών χωρίς όμως να επηρεάζουν τις αντιδράσεις αντιμετώπισης. Συνεπώς όταν αυξάνει το στρες του ασθενούς, χειροτερεύουν τα σωματικά και ψυχικά προβλήματά του, οπότε τείνει να χρησιμοποιεί περισσότερο την ευχολογία ενώ επιπλέον εξαιτίας των ψυχικών προβλημάτων του δε δέχεται την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη.

Α΄ Μέρος

1. Χρόνια Ασθένεια

Οι περισσότερες ασθένειες τα τελευταία χρόνια είναι χρόνιες, δηλαδή δε θεραπεύονται τελείως αλλά μπορούν τα άτομα αλλάζοντας τις συμπεριφορές υγείας τους και λαμβάνοντας την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή να τις ελέγξουν (Καραδήμας, 2005). Η κατάσταση της ασθένειας σχετίζεται με τη λειτουργικότητα τη σχετική με την ασθένεια (Curtis, Groarke, Coughlan, & Gsel, 2004). Οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με κάποια χρόνια ασθένεια βιώνουν αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή και λειτουργικότητα. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι απώλεια του ρόλου τους, αλλαγές στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, απώλεια της λειτουργικότητας τους και όλα αυτά ίσως επιδρούν στην ψυχική τους υγεία (Vilhjalmsson, 1998). Η απώλεια της ενεργητικότητας μαζί με τη λειτουργική εξασθένηση οδηγεί τα ασθενή άτομα να δυσκολεύονται να εκτελέσουν τις καθημερινές τους υποχρεώσεις και δραστηριότητες (Koopmans & Lamers, 2000). Το αντίθετο υποστηρίζει μια έρευνα, σύμφωνα με την οποία, οι χρόνια ασθενείς επιδεικνύουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, αυτοπεποίθησης και αυτο-ενίσχυσης (Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006).

Μερικά ξαφνικά και μη αναμενόμενα γεγονότα και σοβαρές αλλαγές στη ζωή μπορεί να οδηγήσουν σε δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση της ασθένειας. Η συνοσηρότητα αλλά και η ιατρική θεραπεία επηρεάζουν πολύ τη ζωή του ασθενούς. Η συμπεριφορά αντιμετώπισης των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας επηρεάζεται από το συσσωρευτικό βάρος των αντιθέσεων και των τραυμάτων που εμφανίζονται στην πορεία της ζωής. Για να γίνει κατανοητή η τραυματική φύση των εμπειριών της χρόνιας ασθένειας είναι σημαντικό να βελτιωθούν οι συμπεριφορές υποστήριξης (Bediako & Friend, 2004).

Οι άντρες και οι γυναίκες διαφέρουν στους τύπους και στα επίπεδα της ασθένειας που βιώνουν (Cassidy, 1999). Ζητήθηκε σε άντρες και γυναίκες να απαντήσουν σε μια συνηθισμένη ερώτηση για τις χρόνιες ασθένειες, δηλαδή αν πάσχουν από κάποια ασθένεια μεγάλης διάρκειας, ανικανότητα ή αναπηρία και στη συνέχεια σε άλλες παρόμοιες ερωτήσεις. Οι ερευνητές ανέμεναν οι γυναίκες να αναφέρουν περισσότερα σωματικά και ψυχικά προβλήματα. Ωστόσο τα ευρήματα δε στήριξαν τη συγκεκριμένη υπόθεση, αφού φάνηκε ότι δεν υπήρχε διαφορά των δυο φύλων ως προς την απάντηση

τους στην πρώτη ερώτηση. Απλά οι άντρες ανέφεραν λίγα περισσότερα προβλήματα υγείας. Αυτά τα αποτελέσματα διαψεύδουν την αντίληψη ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα και ευκολότερα ασθένειες και αναζητούν ιατρική βοήθεια. Τέλος οι γυναίκες διατηρούν την ικανότητα να προσαρμόζονται ευκολότερα (Macintyre, Ford, & Hunt, 1999).

1.1 Αντιδράσεις των ατόμων που διαγιγνώσκονται με χρόνια ασθένεια

Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται αμφιβολία, αβεβαιότητα, ντροπή, στίγμα, έλεγχο, απομόνωση, απώλεια και προσπάθεια ανάπλασης του εαυτού (Albrecht, Fitzpatrick, & Scrimshaw, 2003). Ωστόσο, όταν υπάρχει κάποιος άλλος που είναι σε καλύτερη κατάσταση από τον άνθρωπο που ασθενεί τότε μπορεί ο τελευταίος είτε να σκεφτεί πεσιμιστικά και να πιστέψει ότι δε θα τα καταφέρει ποτέ είτε να σκεφτεί πιο αισιόδοξα. Έχει μεγάλη σημασία πως ερμηνεύει το κάθε άτομο μια περίσταση. Μάλιστα όταν η σύγκριση γίνεται προς τα κάτω, τότε αυτή ίσως οδηγήσει σε ευχάριστα συναισθήματα τον ασθενή επειδή δεν είναι στην άσχημη θέση που βρίσκεται κάποιος άλλος ή σε δυσάρεστα για την πιθανότητα να βρεθεί. Το ίδιο συμβαίνει και στις ομάδες αυτοβοήθειας. Σε αυτές, η προς τα κάτω θετική σύγκριση σχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενούς. Η θετική κοινωνική σύγκριση που παρουσιάζεται σε μια ομάδα αυτοβοήθειας σχετίζεται με καλύτερη ρύθμιση της σοβαρότητας της χρόνιας ασθένειας ενώ η αρνητική με χειρότερη ρύθμιση. Η συσχέτιση μπορεί να είναι θετική όταν οι συγκρίσεις εξηγούνται θετικά ή αρνητική όταν οι συγκρίσεις είναι αρνητικές (Dibb & Yardley, 2006). Σε μια έρευνα που αφορούσε καρκινοπαθείς που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση, φάνηκε ότι όσοι ασθενείς αναμένουν ότι η ανάρρωση τους θα διαρκέσει πολύ αναφέρουν και πολλά οφέλη ένα χρόνο μετά την εγχείρηση ενώ οι ασθενείς που περιμένουν πιο γρήγορη περίοδος ανάρρωσης κερδίζουν πραγματικά περισσότερα οφέλη κατά τη διάρκεια του έτους που ακολουθεί εξαιτίας της αισιοδοξίας τους (Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert, & Knoll, 2006).

Τα χρόνια ασθενή άτομα πρέπει ενσωματώσουν το ρόλο του ασθενή στη ζωή τους προκειμένου να τον αποδεχτούν και να προσαρμοστούν σε αυτόν. Μόλις διαγνωστεί μια ασθένεια, το άτομο περνάει μια φάση κρίσης (Moos, 1977 όπως παρατίθεται Taylor,

1999), όταν αυτή περάσει, έρχεται η στιγμή που συνειδητοποιεί ότι η ασθένεια θα αποτελεί μέρος της ζωής του. Η διάγνωση της ασθένειας αποτελεί συνήθως ένα σοκ για το άτομο που πάσχει. Έτσι αυτό χρησιμοποιεί την άρνηση ως άμυνα για να αποφύγει να σκεφτεί τις συνέπειες της ασθένειας σε όλους τους τομείς της ζωής του. Μια ακόμα συνήθης αντίδραση μετά τη διάγνωση είναι η ανησυχία, η οποία καταπονεί ψυχολογικά το άτομο αλλά και επηρεάζει την καλή λειτουργικότητά του. Η κατάθλιψη είναι και αυτή συνηθισμένη αντίδραση απέναντι σε μια χρόνια ασθένεια. Επιπλέον, αποτελεί μια καθυστερημένη αντίδραση του ασθενή, γιατί εμφανίζεται αφού το άτομο κατανοήσει όλες τις παραμέτρους της ασθένειας και τα αποτελέσματά της. Αφού η οξεία φάση της ασθένειας φτάσει στο τέλος, το άτομο αναλογίζεται το τι έχει να αντιμετωπίσει. Η κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό κομμάτι σχετικό με την ασθένεια γιατί καταπονεί ψυχολογικά τον ασθενή αλλά και γιατί μπορεί να επηρεάζει την ανάρρωση ή την αποκατάστασή του (Adams, Dammers, Saia, Brantley, & Gaydos, 1994 όπως παρατίθεται Taylor, 1999). Ωστόσο η εκτίμηση της κατάθλιψης είναι σχετικά πιο δύσκολη, επειδή συμπτώματα όπως η αϋπνία, η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τελικά συμπτώματα της ασθένειας ή της θεραπείας (Taylor, 1999). Σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας όμως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα της ζωής. Με την έννοια αυτή αντικατοπτρίζονται μεταβλητές, όπως η λειτουργικότητα η σχετική με την αυτοεξυπηρέτηση, η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική λειτουργικότητα, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική κατάσταση, οι νοητικές και γνωστικές αποδόσεις και η ικανοποίηση από τη ζωή (Baum, Gatchel, & Krantz, 1997).

Σημαντικό είναι και το εύρημα των Goodwin, Marusic, & Hoven (2003), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι τα άτομα που πάσχουν από σωματική ασθένεια εμφανίζουν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας. Μάλιστα συγκεκριμένες ασθένειες (πνευμονοπάθεια, έλκος, AIDS) σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από την επίδραση ψυχικών διαταραχών. Παρατηρείται λοιπόν μια σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον κίνδυνο αυτοκτονίας και στον αριθμό των σωματικών προβλημάτων υγείας. Για αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να ευθύνονται τρεις αιτίες, η ιδιοσυγκρασία, το γεγονός ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα σε κάποιες σωματικές καταστάσεις με ψυχικά ή συναισθηματικά προβλήματα ή το μέγεθος του πόνου και της δυσλειτουργίας.

1.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας

Μια χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις και προκαλεί αλλαγές στη ζωή του ατόμου που πάσχει, οι οποίες συνήθως είναι μόνιμες αλλά επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζεται το άτομο στις αλλαγές αυτές. Οι κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν νέα άτομα που πάσχουν από καρκίνο είναι η κοινωνική υποστήριξη, η πίστη ότι θα αναρρώσουν και η σκέψη της επιστροφής στη φυσιολογική ζωή σύντομα. Τα νέα άτομα συζητούν συνήθως με το ιατρικό προσωπικό την ασθένεια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της πρώτης στην καθημερινή ζωή. Επίσης η οικογένεια αποτελεί μια σημαντική πηγή συναισθηματικής υποστήριξης. Οι πρόσθετες γνώσεις για την ασθένεια είναι μια θετική στρατηγική αντιμετώπισης αλλά υπάρχουν και άλλες, όπως η πίστη στο Θεό, η θετική στάση ζωής, οι προηγούμενες εμπειρίες και η προθυμία για αντιστροφή της κατάσταση της υγείας τους (Kyngas, Mikkonen, Nousiainen, Ryttilahti, Seppanen, Vaattovaara, & Jamsa, 2000).

Οι χρόνια ασθενείς βασίζονται σε ποικίλες στρατηγικές αντιμετώπισης με διαφορετική έκταση από ότι άνθρωποι με οξείες ασθένειες. Οι πρώτοι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό συναισθηματικών, οργανικών στρατηγικών αντιμετώπισης αλλά και αποφυγή. Οι δεύτεροι χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας με κύριο σκοπό τους τη μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τις εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ενώ απαιτείται και μεγαλύτερος χρόνος για να αναρρώσουν. Ένα μη αναμενόμενο εύρημα είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια δεν αισθάνονται ότι έχουν χάσει τον έλεγχο της ασθένειας τους, αν και ορισμένα που αξιολογούν την κατάστασή τους ως πιο σοβαρή θεωρούν ότι έχουν λιγότερο έλεγχο πάνω στη νόσο (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001). Σε έρευνα που διεξήχθη φάνηκε ότι υπάρχουν λίγα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η συμπεριφορά, η ανάλογη με την ψυχική υγεία, μετά τη διάγνωση ενός καρκίνου αλλά και ότι οι ψυχολογικοί τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας σχετίζονται με την επιβίωση ή την ανάρρωση από τον καρκίνο (Petticrew, Bell, & Hunter, 2002).

Επιπλέον, η ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία, μια υγιής και αγαπημένη οικογένεια και η ικανότητα προσαρμογής του ασθενούς με χρόνια ασθένεια φαίνεται να

βοηθά τον τελευταίο να αντιμετωπίσει τη δύσκολη κατάσταση στην οποία έχει υπεισέλθει. Τα προγράμματα υποστήριξης καρκινοπαθών που περιλαμβάνουν μέλη της οικογένειας θεωρούνται αποτελεσματικά για την ανακούφιση και τη μείωση της καταπόνησης τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών. Αν και δεν υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα, πολλοί καρκινοπαθείς αναζητούν ψυχοσωματικές ερμηνείες για την ασθένειά τους. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με τη συμπεριφορά αντιμετώπισης, την ευεξία του ασθενούς και την πορεία της ασθένειας. Ακόμα συντελεί στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της ασθένειας και προσφέρει πόρους για την αντιμετώπισή της. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καρκινοπαθείς τείνουν να χρησιμοποιούν γνωστικές στρατηγικές, αισιοδοξία και πίστη στη θρησκεία όταν πρέπει να ξεπεράσουν τα εμπόδια που θέτει στη ζωή τους η ασθένεια. Αντίθετα οι νεότεροι επικεντρώνονται περισσότερο στο πρόβλημα και προσπαθούν να βρουν λύση. Οι παραπάνω παράγοντες με τη σειρά τους επηρεάζουν τους συγγενείς, οι οποίοι αναζητούν ένα τρόπο να προσεγγίσουν τα ασθενή άτομα και να τα στηρίξουν, ώστε να μην νιώσουν ότι απειλούνται. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ίδιας σημασίας τόσο για τα άτομα που τη δέχονται όσο και για αυτούς που την προσφέρουν, δηλαδή τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς (Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann, & Strauss, 2005).

Σημαντικά ευρήματα προέκυψαν από μια έρευνα όταν αποκαλύφθηκε μια μέτρια σχέση ανάμεσα στα είδη προσκόλλησης και στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Η ανασφαλής προσκόλληση συνδέθηκε με όχι τόσο εύκαμπτη αντιμετώπιση της ασθένειας. Άτομα που τα χαρακτηρίζει η προσκόλληση προσέγγισης - αποφυγής παρουσιάζουν μια αρνητική συναισθηματική αντιμετώπιση απέναντι στη χρόνια ασθένεια. Οι ασθενείς με προσκόλληση προσέγγισης - αποφυγής εμφανίζουν μια υπερδραστήρια συμπεριφορά κατά την αντιμετώπιση της ασθένειας ενώ αυτοί με την προσκόλληση αποφυγής δε λειτουργούν με δραστήριο τρόπο για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone, & Strauss, 2002). Ο δεσμός με τους γονείς έχει άμεση επίδραση στον ασθενή και στην ποιότητα της ζωής του. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας εκτός από τον τομέα της ψυχικής υγείας, εμφανίζουν συχνά συμπτώματα και στη σωματική τους υγεία αλλά και στις προσωπικές τους αλληλεπιδράσεις και οι γονείς τους (ιδιαίτερα η μητέρα τους) είναι πιο υπερπροστατευτικοί ενώ τα φροντίζουν λιγότερο (Lung, Huang, Shu, & Lee, 2004).

2. Γενικά στοιχεία για το στρες

Έχει επιχειρηθεί να δοθούν στο στρες διάφοροι ορισμοί κατά καιρούς, διότι είναι μια δύσκολη έννοια. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν το στρες ως στατικό φαινόμενο και συνέπεια ενός γεγονότος ενώ άλλοι ως μεταβαλλόμενη διεργασία που αλλάζει με το χρόνο και με τις συνθήκες (DiMatteo & Martin, 2006).

Το στρες ορίζεται από τα άτομα ως η παρουσία γεγονότων που απαιτούν μια μεγαλύτερη συμφωνία προσπάθειας ή που προκαλούν ένταση και αρνητικά συναισθήματα. Το στρες λοιπόν είναι η διαδικασία με την οποία τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα προκαλούν ή απειλούν τα άτομα αλλά και πως εκείνα τα αντιλαμβάνονται και τα βιώνουν (Baum, Gatchel, & Krantz, 1997). Περιλαμβάνει τα στρεσογόνα ερεθίσματα αλλά και τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές ή φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου (Taylor, 2003 όπως παρατίθεται Curtis et al., 2004). Στρεσογόνα ερεθίσματα μπορεί να είναι, τα φυσικά φαινόμενα που προκαλούν πρόβλημα στη φυσική διαδοχή (όπως ένας σεισμός), σημαντικές αλλαγές στη ζωή (όπως ένας γάμος) και διάφορες περιστάσεις που πιέζουν το άτομο (όπως ένας αστηνός προϊστάμενος) (DiMatteo & Martin, 2006). Δηλαδή στρεσογόνα θεωρούνται και τα κατακλυσμαία γεγονότα που συμβαίνουν ξαφνικά και με έντονη επίδραση αλλά και τα βαθύτερα που είναι μόνιμα και καθημερινά γεγονότα και αποτελούν μέρος της καθημερινής ζωής. Ωστόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα δεν είναι πάντα περιβαλλοντικά αλλά μπορεί να είναι σύμβολα μιας απειλής ή ψυχολογικές αναπαραστάσεις κινδύνου (Baum, Gatchel, & Krantz, 1997). Το στρες λοιπόν μπορεί να πηγάζει από το περιβάλλον, το σώμα ή το νου. Το σωματικό στρες προκαλείται από ασθένειες, τραυματισμούς ή καταπόνηση του σώματος. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό στρες προέρχεται από την αρνητική σκέψη και την εσφαλμένη λογική (Lazarus & Lazarus, 2003).

Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι το στρες είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε ψυχοπνευματικούς παράγοντες. Το 1900, ο Cannon αναφέρθηκε στο στρες ως την αντίδραση του οργανισμού σε ένα ερέθισμα, συγκεκριμένα σε επείγουσες καταστάσεις κατά τις οποίες παρουσιάζεται ένας κίνδυνος. Εκείνος διατύπωσε τον όρο «αντίδραση μάχης ή φυγής», κατά την οποία ο οργανισμός του ανθρώπου όταν έχει να αντιμετωπίσει ένα κίνδυνο τίθεται σε ετοιμότητα και επεξεργάζεται δυο ενδεχόμενα, τη μάχη ή τη φυγή (Cannon, 1932 όπως παρατίθεται

DiMatteo & Martin, 2006). Μάλιστα σχετικά με το στρες και την ασθένεια θεωρεί ότι όταν κάποιος βιώνει τακτικά στρεσογόνα γεγονότα, τότε μπορεί να παρουσιάσει πρόβλημα σε επίπεδο φυσιολογίας και να αυξηθεί η ευαλωτότητα του στις ασθένειες (DiMatteo & Martin, 2006).

Αργότερα, ο Selye διατύπωσε τη θεωρία του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής, που έχει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο καλείται στάδιο του συναγερμού, στο οποίο το σώμα δραστηριοποιείται για να αντιμετωπίσει το στρες και παρατηρείται αύξηση της δραστηριότητας των επινεφριδίων, του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος. Το δεύτερο στάδιο είναι το στάδιο της αντίστασης, σε αυτό το άτομο είτε δρα με σκοπό να αντιμετωπίσει το στρες είτε το δέχεται και προσαρμόζεται σε μια ζωή με στρες. Τέλος αναφέρθηκε και στο στάδιο της εξουθένωσης, όπου το άτομο χάνει τις δυνάμεις του ενώ επιχειρεί να αντιμετωπίσει το στρες ή να το αποδεχτεί στη ζωή του. Ο Selye θεωρεί ότι τα τρία παραπάνω στάδια συνδέονται και κατευθύνουν το άτομο πολλές φορές σε ευαλωτότητα σε ασθένειες (DiMatteo & Martin, 2006).

Μια ακόμα άποψη που παρουσιάζεται για το στρες, αναφέρεται στο στρες ως διεργασία, η οποία στηρίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Το άγχος που μπορεί να προκληθεί σε ένα άτομο από κάποιο ερέθισμα του περιβάλλοντος, εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον. Ένα γεγονός καλείται ψυχοπιεστικό, όταν το άτομο το αντιληφθεί ως απειλητικό βάσει της υποκειμενικής του θεώρησης. Η διαδικασία αξιολόγησης έχει δυο φάσεις, την πρωτογενή αξιολόγηση και τη δευτερογενή. Κατά την πρωτογενή, το άτομο επεξεργάζεται το αν ένα συμβάν είναι σχετικό με το ίδιο και αν θα έχει επιπτώσεις στη ζωή του. Στη δευτερογενή, το άτομο επεξεργάζεται κατά πόσο οι προσωπικοί του πόροι είναι αρκετοί ώστε να μπορεί να υπερσκελίσει τα αποτελέσματα μιας πιθανής δυσκολίας. Οι πόροι είναι οι προσωπικές πηγές που αφορούν στα εφόδια και τα προσόντα για την αντιμετώπιση των διαφόρων γεγονότων (Cohen & Lazarus, 1983; Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984 όπως παρατίθεται DiMatteo & Martin, 2006). Αν ένα άτομο πιστεύει ότι το περιβάλλον του απαιτεί περισσότερους πόρους τότε θα βιώσει στρες. Η διαδικασία αυτή καλείται διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης και σύμφωνα με αυτή ο κάθε άνθρωπος αξιολογεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται αλλά και τα εφόδια που τελικά έχει και δρα ανάλογα (Lazarus, 1999 όπως παρατίθεται DiMatteo & Martin, 2006).

2.1 Μηχανισμοί μέσω των οποίων το στρες επιδρά στην υγεία

Η σχέση του ανθρώπου με το περιβάλλον αλλάζει με το χρόνο και έτσι τα άτομα αντιμετωπίζουν το στρες διαφορετικά κάθε φορά. Όταν το στρες κατακλύζει το άτομο, δημιουργούνται κάποιες συμπεριφορές που με τη σειρά τους οδηγούν σε νέα ερεθίσματα (DiMatteo & Martin, 2006). Στην περίπτωση που το ένα αγχογόνο ερέθισμα ακολουθεί το άλλο σε μια σύντομη χρονική περίοδο τότε το στρες είναι πιθανό να γίνει χρόνια. Υπάρχουν όμως και φορές που το άτομο καταφέρνει να ελέγξει το στρες του (DiMatteo & Martin, 2006).

Τα ψυχολογικά αποτελέσματα του στρες μπορούν να εκφραστούν με διάφορους τρόπους, όπως με αλλαγές στη γνωστική λειτουργία, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά. Κάποιες από αυτές τις αλλαγές μπορεί να αποτελούν προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί το στρες του. Μερικές συμπεριφορές που προωθούν την υγεία όπως η άσκηση, βελτιώνονται από την εμπειρία του στρες, ενώ άλλες που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, ενισχύονται (Broome & Liewelyn, 1995). Έτσι το χρόνια, καθημερινό στρες και/ή στρεσογόνα γεγονότα πιθανόν να παρασύρουν το άτομο να παραμελεί την υγεία του. Ίσως πάλι το άτομο προκειμένου να χαλαρώσει όταν είναι στρεσαρισμένο να προβαίνει σε συμπεριφορές που το ηρεμούν τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αλλά είναι επιβλαβείς για την υγεία (όπως το αλκοόλ) (DiMatteo & Martin, 2006). Οι συμπεριφορές - παράγοντες κινδύνου για την υγεία είναι δυνατόν να αποτελέσουν έμμεσες αιτίες στρες (Broome & Liewelyn, 1995). Υπάρχει και η άποψη που σχετίζει τα συναισθήματα με την υγεία. Έτσι, ένα άτομο αντιμετωπίζει το στρες με τρόπους που επηρεάζουν άμεσα την υγεία του. Οι ορμόνες του στρες που προέρχονται από θετικά συναισθήματα μπορούν να προωθούν τη σωματική ισορροπία και να προστατεύουν από την ασθένεια ή βοηθούν στη θεραπεία της αλλά μπορεί και να δημιουργούν υπό ορισμένες συνθήκες (Lazarus & Lazarus, 1994). Κάποιο ποσοστό στρες βοηθά τα άτομα να είναι πιο δραστήρια, ωστόσο το πολύ έντονο στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να προκαλέσει προβλήματα υγείας. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι υψηλή αρτηριακή πίεση, ημικρανίες, στομαχικές διαταραχές αλλά και ψυχική ένταση, κατάθλιψη, πανικός και διαταραχές του ανοσοποιητικού (Lazarus & Lazarus, 2003).

Το μοντέλο της προδιάθεσης-στρες προτείνει δυο αλληλεπιδρώντες παράγοντες, τους προδιαθεσικούς που σχετίζονται με την ευαλωτότητα στο στρες και τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον. Αυτή η πεποίθηση δείχνει ότι διαφορετικοί άνθρωποι παρουσιάζουν διαφορετική ευαλωτότητα στο στρες. Με τη σειρά του το γεγονός οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ανάλογα με το πώς συνδυάζεται το στρες με την προδιάθεση είναι και οι συνέπειες για την υγεία (Straub, 2002). Επιπροσθέτως υπάρχει και η ψυχονευροανοσολογία που ασχολείται με την επίδραση της ψυχολογίας στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Φαίνεται ότι η εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται ισχυρά με ψυχολογικούς παράγοντες (DiMatteo & Martin, 2006).

2.2 Η αντιμετώπιση του στρες

Η αντιμετώπιση του στρες είναι μια δυναμική διαδικασία. Αν ένα άτομο χρησιμοποιήσει κάποια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που αποβεί αποτελεσματική, τότε ενισχύεται και τείνει να την εφαρμόσει ξανά. Τα άτομα αξιολογούν συνεχώς το περιβάλλον τους αλλά και τις δικές τους ενέργειες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του. Όταν κάποιο άτομο είναι σε θέση να διαχειριστεί αποτελεσματικά μια ψυχοπιεστική κατάσταση τότε μειώνεται η δυσφορία και η καταπόνηση που αισθάνεται (Lazarus & Folkman, 1984, όπως παρατίθεται DiMatteo & Martin, 2006).

Η σημασία του στρεσογόνου ερεθίσματος και η αντιμετώπισή του συντελούνται με τη βοήθεια κάποιων ρυθμιστικών μεταβλητών, που μπορούν να ερμηνεύσουν τις ατομικές διαφορές ως προς το στρες. Στους ρυθμιστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η κοινωνική υποστήριξη, η αίσθηση αντοχής, η αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας και η πνευματικότητα (Καραδήμας, 2005).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που δύναται να χρησιμοποιήσει ένα άτομο, χωρίζονται σε αυτές που εστιάζονται στο πρόβλημα και αυτές που εστιάζονται στο συναίσθημα. Οι πρώτες έχουν ως στόχο τη μείωση των απαιτήσεων της περιστασης ή την αύξηση των πόρων για την αντιμετώπισή της και περιλαμβάνουν την άμεση ανάληψη δράσης για την τροποποίηση της ψυχοπιεστικής κατάστασης, την πρόληψή της

ή τη μείωση των επιπτώσεων της. Οι δεύτερες περιλαμβάνουν προσπάθειες ρύθμισης ή μείωσης των συναισθηματικών επιπτώσεων των στρεσογόνων καταστάσεων. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα πιο συχνά χρησιμοποιείται όταν τα στρεσογόνα γεγονότα δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν και μάλιστα πιο συχνά από τις γυναίκες (Billings & Moos, 1981 όπως παρατίθεται DiMatteo & Martin, 2006). Περιλαμβάνει στρατηγικές όπως είναι η ευχολογία, η αποφυγή, η άρνηση κ.α. Δε στοχεύει όμως στο πρόβλημα και δεν οδηγεί σε μακροπρόθεσμες λύσεις. Παρόλα αυτά, αν το άτομο χρησιμοποιεί συνεχώς τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα μπορεί να καταλήξει σε μια μακροπρόθεσμη λύση αλλά παράλληλα να τραυματιστεί η ψυχική του υγεία, για αυτό χρειάζεται και η αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα (DiMatteo & Martin, 2006). Παρόλα αυτά έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και έτσι δεν υπάρχει ένας μόνο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του στρες (Lazarus & Lazarus, 2003).

Επίσης σημειώνονται ακόμα δυο γνωστικοί τύποι αντιμετώπισης των ψυχοπαιστικών γεγονότων, η προληπτική και η αποφευκτική αντιμετώπιση. Στην πρώτη περίπτωση κάποια άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που εμφανίζονται στη ζωή τους με κάθε τρόπο, όπως συγκεντρώνοντας πληροφορίες ή δρώντας προληπτικά. Στη δεύτερη, ορισμένα άτομα μειώνουν ή αποφεύγουν τις επιπτώσεις ενός στρεσογόνου γεγονότος (DiMatteo & Martin, 2006).

Στους εσωτερικούς πόρους που διαθέτει ο άνθρωπος για την αντιμετώπιση του στρες του συγκαταλέγονται η ψυχολογική σκληραγώγηση, η αισιοδοξία και ο προσωπικός έλεγχος ενώ στους εξωτερικούς, η κοινωνική υποστήριξη (Straub, 2002). Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις ψυχοπαιστικές καταστάσεις και τα γεγονότα της ζωής (DiMatteo & Martin, 2006). Χωρίζεται σε υλική, συναισθηματική ή μπορεί να έχει τη μορφή πληροφοριών (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981).

Οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης του στρες ταξινομούνται σε συμπεριφοριστικές, γνωσιακές και γνωσιακές-συμπεριφοριστικές. Στόχος των συμπεριφοριστικών είναι η τροποποίηση των ενεργειών του ατόμου (παράδειγμα με την αεροβική άσκηση). Οι γνωσιακές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην τροποποίηση των γνωσιών, ώστε να πάψουν

να είναι δυσλειτουργικές. Οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές τεχνικές περιλαμβάνουν τη βιοανάδραση και τη χαλάρωση κ.α. (DiMatteo & Martin, 2006).

2.3 Σχέση στρες και χρόνιας ασθένειας

Το στρες μπορεί να προκαλέσει αύξηση της φυσιολογικής δραστηριότητας, καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, αλλαγή στις συμπεριφορές υγείας, επίδραση στα συμπτώματα και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Taylor, 2003 όπως παρατίθεται Curtis et al., 2004). Έχει διαπιστωθεί ότι οι καθημερινές δυσκολίες ή αλλιώς τα μικροπροβλήματα (δυσάρεστα συμβάντα μικρής σημασίας για τα οποία το άτομο δεν έχει αυτόματη αντίδραση) με το πέρασμα του χρόνου επηρεάζουν συσσωρευτικά και με αρνητικό τρόπο την υγεία (Arango & Cano, 1998). Μάλιστα, στις περιπτώσεις που υπάρχει ευπάθεια λόγω κάποιας σωματικής ασθένειας, αυτή είναι δυνατόν να αυξηθεί όταν το άτομο εκτίθεται σε έντονο στρες. Υπάρχουν όμως και ασθένειες, οι οποίες στην περίπτωση που συνοδεύονται από στρες, κατευθύνουν τη σωματική κατάσταση σε επιδείνωση (DiMatteo & Martin, 2006). Η λειτουργικότητα ενός ασθενούς λοιπόν επηρεάζεται από ψυχολογικές αιτίες, όπως το πώς αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει το στρες που απορρέει από την ασθένειά του (Holroyd & Lazarus, 1982, όπως παρατίθεται Bombardier, D' Amico, & Jordan, 1990).

Παρόλα αυτά, η πεποίθηση ότι το στρες αποτελεί βασική αιτία της σωματικής ασθένειας δεν υποστηρίζεται ιδιαίτερα από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο συγκεκριμένο τομέα αλλά ούτε και η αντίθετη άποψη. Είναι δύσκολη η διεξαγωγή μιας καλής έρευνας σε αυτό τον τομέα και τα περισσότερα ευρήματα επιδέχονται διάφορες εξηγήσεις. Οι ανασκοπήσεις μπορεί να μην είναι τόσο ακριβείς γιατί τα άτομα τείνουν να επαναφέρουν στη μνήμη τους το στρες που ένιωθαν σε περιόδους ασθένειας ενώ σε μελέτες που χρησιμοποιούν αυτο-αναφορές είναι πιο πιθανό τα άτομα με στρες να αναφέρουν ως συμπτώματα ασθένειας μικρές ενοχλήσεις (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000).

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα διεξήχθη από τους Poltavski και Ferraro (2003), οι οποίοι συνέκριναν ως προς τα επίπεδα στρες και ασθένειας δυο ομάδες φοιτητών, Ρώσους και Αμερικανούς. Η μελέτη έδειξε ότι οι Ρώσοι φοιτητές ανέφεραν υψηλότερα

ποσοστά στρες από τους Αμερικανούς, ωστόσο οι δεύτεροι παρουσίαζαν συχνότερα περιστατικά σωματικής ασθένειας. Οι Αμερικανές φοιτήτριες ανέφεραν περισσότερο άγχος από τους άντρες και επίσης περιστατικά σωματικής ασθένειας σε μεγαλύτερο βαθμό. Ίσως αυτό να συμβαίνει εξαιτίας των πολιτισμικών διαφορών. Δηλαδή, υπάρχει η πιθανότητα οι Ρώσοι να αντιστοιχούν την ασθένεια με εντονότερα σωματικά συμπτώματα. Ανάμεσα στις δυο ομάδες μάλλον εμφανίζεται διαφορά ως προς το επίπεδο της σωματικής καταπόνησης που απαιτείται για να αναφέρουν μια ασθένεια. Τέλος, οι φοιτήτριες έδειξαν να είναι πιο επιρρεπείς στη σωματική ασθένεια από τους άντρες.

Οι ερευνητές Gannon και Pardie (1989) αποκάλυψαν ότι ο αριθμός των στρεσογόνων παραγόντων ήταν ο καλύτερος δείκτης για τα συμπτώματα τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, δόθηκε σημασία στη χρονιότητα και την ελεγχιμότητα των παραγόντων του στρες που εξηγούν ένα μέρος της ποικιλίας στα αποτελέσματα στην υγεία. Ωστόσο, για τους άντρες ούτε η χρονιότητα ούτε η ελεγχιμότητα αυξάνει τη δύναμη της σχέσης μεταξύ του στρες και των συμπτωμάτων. Κάποιος μπορεί να γενικεύει τις συνέπειες στην υγεία και να περιμένει ότι το άτομο που χρειάζεται έλεγχο δε θα αντιδρά σε μη ελέγξιμες καταστάσεις με συμπτώματα ή καταπόνηση εκτός αν η έλλειψη του ελέγχου είναι χρόνια ενώ όσοι δεν περιμένουν έλεγχο θα αντιδρούν με αυξημένη καταπόνηση ή συμπτώματα όσο ο αριθμός των μη ελέγξιμων γεγονότων αυξάνει. Έτσι οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αλληλεπίδραση του προσωπικού και καταστασιακού ελέγχου μπορεί να είναι ένας καλύτερος δείκτης των συνεπειών για την υγεία από ότι ξεχωριστά ο καθένας.

2.4 Σχέση στρες και ψυχικής υγείας

Οι έφηβοι χρόνια ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπεριφορά σε καθημερινά προβλήματα τείνουν να μην τα καταφέρνουν πολύ καλά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των στρεσογόνων κοινωνικών καταστάσεων και αυτό είναι πιθανό να τους οδηγήσει σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα τέτοιων ατόμων ήταν σημαντικά σχετισμένη με παράγοντες, που αφορούν στο στρες (στυλ αντιμετώπισης και κέντρο ελέγχου) και αρνητικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters, 2002).

Το στρες στα άτομα με χρόνια ασθένεια και στην προκειμένη περίπτωση με ψωρίαση, οδηγεί σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Όταν η σωματική υγεία του ασθενούς χειροτερεύει τότε αυξάνεται και η ψυχολογική καταπόνησή του. Αλλά και αν τα άτομα θεωρούν το στρες ως αιτία της ασθένειας τους τότε αυτό τους προκαλεί πρόβλημα στην ψυχική τους ευεξία. Ίσως γιατί αυτά που έχουν πολύ στρες και άσχημη διάθεση θεωρούν ότι οι ψυχολογικές συνιστώσες είναι η αιτία της ψωρίασης ή ίσως η αντίληψη ότι το στρες προκαλεί την κατάσταση τους τα οδηγεί με τη σειρά της σε καταθλιπτική διάθεση (O'Leary, Creamer, Higgins, & Weinman, 2004). Ένα μη αναμενόμενο εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τα παραπάνω είναι ότι τα υποκείμενα που αναφέρουν ένα μεγάλο αριθμό στρεσογόνων γεγονότων είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν μια χρόνια πορεία της κατάθλιψης από εκείνα που αναφέρουν λιγότερα τέτοια γεγονότα (Hays, Krishnan, George, Pieper, Flint, & Blazera, 1997).

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το παρατηρούμενο στρες ήταν σχετικό με την κατάθλιψη και το άγχος. Ακόμα και αν το υψηλό στρες εμφανίζει μια αναλογία με τη συναισθηματική καταπόνηση, δεν συμβαίνει το ίδιο και με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (όπως έντονος πόνος και σωματική δυσλειτουργία). Επιπλέον υψηλά επίπεδα στρες και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης παρουσιάζουν συσχέτιση με φτωχή συναισθηματική ανάπτυξη. Το στρες δείχνει καλύτερα από την ασθένεια, τη θετική και αρνητική συναισθηματικότητα. Επίσης το στρες αφορά στη διακύμανση της αρνητικής επίδρασης ένα χρόνο μετά ενώ η αντιμετώπιση αφορά στην αρνητική επίδραση στο παρόν (Curtis et al., 2004).

Είναι δυνατόν ένας ασθενής να αναπτύξει μετατραυματική διαταραχή άγχους εξαιτίας της χρόνιας σωματικής ασθένειας από την οποία πάσχει. Έτσι φάνηκε ότι τα χαρακτηριστικά του ασθενούς μπορεί να αποτελέσουν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους αλλά και άλλοι παράγοντες (όπως η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη και οι αρνητικές σχέσεις με το προσωπικό υγείας) ενώ δεν αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα η σοβαρότητα της ασθένειας από μόνη της (Tedstone & Tarriger, 2003). Η σύντομη διάγνωση και παρέμβαση για τη μετατραυματική διαταραχή άγχους που είναι ακόλουθη μιας χρόνιας νόσου θα μπορούσε μακροπρόθεσμα να οδηγήσει σε πιο αργή ανάπτυξη της νόσου και μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας

(Alonzo, 2000). Συνεπώς αν παρέμβουν οι ειδικοί νωρίς στη συμπτωματολογία του μετατραυματικού στρες τότε ίσως να έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την έκβαση της ασθένειας (Bediako & Friend, 2004).

3. Σχέση ψυχικής υγείας και χρόνιας ασθένειας

Η χρόνια σωματική ασθένεια δύναται να προκαλεί επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών. Η ψυχολογική καταπόνηση μπορεί να εμφανίζεται ως ψυχική διαταραχή ή ως αντίδραση στις πρωτεύουσες ή δευτερεύουσες επιπτώσεις της ασθένειας (Heijmans, Foets, Rijken, Schreurs, Ridder, & Bensing, 2001). Έτσι, οι ασθενείς με κάποια χρόνια πάθηση παρουσιάζουν σοβαρότερη ψυχική καταπόνηση και υψηλότερη πιθανότητα ψυχικής διαταραχής από τα υγιή άτομα και ιδιαίτερα οι γυναίκες αλλά και οι νεότεροι. Συγκεκριμένα, η αρνητική εξέλιξη της ασθένειας αλλά και οι διάφορες αγχογόνες καταστάσεις, όπως ο πόνος και οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα οδηγούν σε μεγαλύτερη πιθανότητα για ψυχική καταπόνηση. Αντίθετα ο αυτοέλεγχος και τα χαρακτηριστικά της χρόνιας σωματικής ασθένειας δε σχετίζονται με την τελευταία. Τέλος τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται και επηρεάζουν τη ζωή ενός τέτοιου ασθενούς, τον θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχική ασθένεια. Τέτοια προβλήματα είναι συνήθως τα σωματικά, τα κοινωνικά, τα εργασιακά, τα οικονομικά και των σχέσεων. Οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας εκτίθενται περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό σε κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα σχέσεων, ίσως ως αποτέλεσμα της ασθένειας και εξαιτίας αυτών παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχική καταπόνηση. Οι άνθρωποι που έχουν διαγνωσθεί με μια χρόνια σωματική ασθένεια κινδυνεύουν πιθανότατα περισσότερο από προβλήματα από ότι οι σωματικά υγιείς. Η ψυχολογική καταπόνηση μπορεί να κυμαίνεται από μια προσπάθεια προσαρμογής μέσω των συναισθημάτων μέχρι κάποια ψυχική διαταραχή (Verhaak, Heijmans, Peters, & Rijken, 2005).

Παρατηρήθηκε σε άτομα που πάσχουν από ασθένεια του ήπατος και δεν έχουν ιστορικό αλκοολισμού, ότι η ψυχολογική καταπόνηση που εμφανίζουν είναι ανεξάρτητη του φύλου, της ηλικίας, της θεραπείας ή της διάρκειας της ασθένειας. Συχνά λοιπόν παρουσιάζουν ψυχολογική καταπόνηση και ψυχιατρική νοσηρότητα. Οι ασθενείς, που

είναι συναισθηματικά καταπονημένοι τείνουν να έχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις σχετικά με την ασθένεια. Αντίστοιχα, όταν ο ασθενής αποφεύγει αυτές τις σκέψεις, τότε η καταπίεση της σκέψης συνδέεται με μεγάλο βαθμό ψυχικής καταπόνησης. Συνεπώς η ψυχολογική καταπόνηση είναι πιθανό να είναι μια συνέπεια του πόνου και της ενόχλησης που σχετίζεται με κάποιες ασθένειες (Davis, De-Nour, Shouval, & Melmed, 1998). Επίσης στην έρευνα των Rasul, Stansfeld, Hart, Gillis, & Smith (2002) βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στην ψυχολογική καταπόνηση και τη στεφανιαία νόσο και τα καρδιο-αναπνευστικά προβλήματα. Επίσης υπάρχει σχέση και μεταξύ της μεταβλητής της ψυχικής καταπόνησης και του έντονου πόνου στο στήθος και της στηθάγχης τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο έχουν μια πιο έντονη ψυχολογική αντίδραση στη χρόνια ασθένειά τους, η οποία αντικατοπτρίζεται στα υψηλά επίπεδα δυσφορίας που βιώνουν (Lalos & Eisemann, 1999). Έχει επιβεβαιωθεί ότι διαφορετικές χρόνιες ασθένειες προκαλούν εξαιτίας των ιδιοτήτων τους άλλες στρεσογόνες καταστάσεις. Έτσι η μη ελεγχόμενη πορεία της ασθένειας, οι σωματικοί περιορισμοί και η απειλή που επιφέρει για τη ζωή ή γενικότερα η φτωχή συνθήκη υγείας σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας (Verhaak et al., 2005). Αντίστοιχα παρατηρήθηκε ότι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο των ωθηκών και αναφέρουν αυξημένα επίπεδα σωματικής χειροτέρευσης, αισθάνονται ότι έχουν λιγότερο έλεγχο στην ασθένεια και τις συνέπειες της και αυτό τις κατευθύνει να καταπονούνται ψυχολογικά. Αυτό μάλλον συμβαίνει επίσης γιατί οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τους σωματικούς περιορισμούς εξαιτίας της χρόνιας ασθένειας και την ανικανότητα τους να την ελέγξουν και παρουσιάζουν ψυχολογική καταπόνηση (Norton, Manne, Hernandez, Rubin, Carlson, Bergman, & Rosenblum, 2005).

Οι Koopmans και Lamers (2000) ερεύνησαν τη σχέση μεταξύ των χρόνιων συνθηκών, της ψυχολογικής καταπόνησης και της χρήσης ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων. Ανακάλυψαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των χρόνιων συνθηκών και της ψυχολογικής καταπόνησης ενώ η σχέση δεν ήταν τόσο ισχυρή με τη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής. Ο αριθμός των χρόνιων συνθηκών που παρουσιάζει ένα άτομο, παρά ο τύπος τους, συνδέεται περισσότερο με την ψυχολογική καταπόνηση και τη χρήση φαρμάκων.

Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με χρόνια ασθένεια, στην προκειμένη με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, συνηθίζουν να απουσιάζουν περισσότερο συνολικά χρόνο από την εργασία τους γιατί παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής καταπόνησης και πιο φτωχή ικανότητα αντιμετώπισής της (Grossi, Soares, Anglesleva, & Perski, 1999). Η ψυχική και σωματική κατάπτωση επιδρούν σημαντικά αλλά διαφορετικά στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού. Οι ερευνητές αποκάλυψαν ότι η ψυχική ασθένεια επηρεάζει πιο έμμεσα την παραγωγικότητα από τη σωματική ασθένεια. Οι εργαζόμενοι με προβλήματα ψυχικής υγείας, που είναι σωματικά ασθενείς ή μη, είναι πιο πιθανό να πάνε στη δουλειά αλλά δυσκολεύονται να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και πάνω από το μέσο όρο (Dewa & Lin, 2000). Παρόλα αυτά, στους ανθρώπους που σταμάτησαν να εργάζονται ή να κινούνται για μεγάλη χρονική περίοδο όχι μόνο δε βελτιώθηκε η κατάσταση της υγείας τους αλλά βίωσαν ακόμα περισσότερο χρόνο πόνο από άλλους (Koleck, Mazaux, Rascle, & Bruchon-Schweitzer, 2006). Τέλος σε άλλη έρευνα αποκαλύφθηκαν θετικές επιδράσεις της σωματικής υγείας στην ψυχική και αρνητικές επιδράσεις της ψυχικής υγείας στη σωματική (Hays, Marshall, Wang, & Sherbourne, 1994).

3.1 Σχέση κατάθλιψης και χρόνιας ασθένειας

Η αυτοπεποίθηση, η αισιοδοξία και ο έλεγχος εμφανίζουν θετική σχέση με τη ρύθμιση μιας χρόνιας ασθένειας (Dibb & Yardley, 2006). Μάλιστα έχει αποκαλυφθεί ότι τα άτομα που είναι μολυσμένα από τον ιό HIV και είναι ικανοποιημένα από τη ζωή τους έχουν και βελτιωμένη σωματική υγεία και ευεξία (Heckman, 2003). Παρόλα αυτά οι χρόνιες ασθένειες αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη, αβοηθησία και άλλα αρνητικά για την υγεία αποτελέσματα (Revenson, Schiaffino, Majerovitz, & Gibofsky, 1991). Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης, η κατάθλιψη συνδέθηκε με αυξημένη ευπάθεια στη μόλυνση από κάποια μεταδοτική ασθένεια αλλά και με βραδύτερη ανάρρωση από αυτή (Imboden, Canter, & Cluff, 1961). Έχει βρεθεί ακόμα ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα που θεωρούν την ασθένειά τους χρόνια, μη θεραπεύσιμη και μη ελέγξιμη αποκτούν καταθλιπτικά συμπτώματα (Grace, Krepostman, Brooks, Arthur, Scholey, Suskin, Jaglal, Abramson, & Stewart, 2005).

Μάλιστα αποκαλύφθηκε σε μια έρευνα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανιστούν σε ασθενείς που πάσχουν από γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικά αλλά και καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι σχετικές, με τις παραπάνω τρεις χρόνιες συνθήκες, ασθένειες μπορεί να επιβαρύνουν από ότι φάνηκε στα ευρήματα, την ψυχική υγεία των ασθενών. Βέβαια το αποτέλεσμα ήταν αξιοσημείωτο και για το γεγονός ότι θα ανέμενε κανείς περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή αρθρίτιδα, που είναι γρηγορότερα αναπτυσσόμενες νόσοι και οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα θνησιμότητας (Mills, 2001). Βρέθηκε επίσης ότι οι τραυματισμοί στην πλάτη έχουν συχνά χρόνιες συνέπειες και έτσι οι τραυματισμένοι τείνουν να αντιδρούν με κατάθλιψη και θυμό εξαιτίας του στρες του τραυματισμού και της απώλειας της κοινωνικής τους ταυτότητας (Strunin & Boden, 2004).

Μια έρευνα αποκάλυψε ότι η κόπωση έχει μια ισχυρή σχέση με τη σωματική και ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα όσο αυξάνει η κόπωση αυξάνει το άγχος και η κατάθλιψη (Williamson, Purcell, Sterne, Wessely, Hotopf, Farmer, & Sham, 2005). Μια ασθένεια που έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχική καταπόνηση και κόπωση είναι η ημικρανία (Koopmans & Lamers, 2000). Επίσης η κόπωση των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση σχετίζεται ισχυρά και σημαντικά με καταθλιπτικά συμπτώματα (Chwastiak, Gibbons, Ehde, Sullivan, Bowen, Bombardier, & Kraft, 2005).

Σε έρευνα των Kurdyak και Gnam (2004) παρουσιάστηκε το συμπέρασμα ότι άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη αλλά και από κάποιο άλλο χρόνιο σωματικό πρόβλημα είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις οδηγίες του γιατρού και να λάβουν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά σε σχέση με άτομα που πάσχουν μόνο από κατάθλιψη χωρίς τη χρόνια ιατρική κατάσταση. Επιπλέον, σε μια άλλη έρευνα παρατηρήθηκε ότι 7 στους 10 δυσθυμικούς ασθενείς, υποφέρουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες, κυρίως από καρκίνο (Arolt, Fein, Driessen, Dorlochter, & Maintz, 1998).

Συμπερασματικά, από έρευνα του Vilhjalmsson (1998) αποκαλύφθηκαν οι σημαντικές άμεσες σχέσεις ανάμεσα στη χρόνια σωματική ασθένεια και στους προσωπικούς πόρους, που δείχνουν ότι η εμπειρία της απώλειας μειώνει την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση της κυριαρχίας του ατόμου. Μάλιστα τα χρόνια σωματικά προβλήματα επηρεάζουν άμεσα την κατάθλιψη αλλά και έμμεσα αφού επιδεινώνουν τις επαγγελματικές και οικονομικές πιέσεις και προκαλούν την εξασθένηση

των προσωπικών πόρων, δηλαδή της αυτο-εκτίμησης και της υπεροχής. Η άμεση επίδραση της χρόνιας σωματικής νόσου στην κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στις επιπτώσεις των χρόνιων σωματικών προβλημάτων, στις σωματικές όψεις της κατάθλιψης ή στις αρνητικές υποκειμενικές εμπειρίες εξαιτίας των προβλημάτων λειτουργικότητας που αυξάνουν συμπτώματα όπως η λύπη, η μοναξιά, η έλλειψη ελπίδας και η ντροπή. Τέλος πιθανόν να προκαλείται ως αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής που δίνεται για τα σωματικά προβλήματα. Ένα ακόμα εύρημα του ίδιου ερευνητή είναι το γεγονός ότι η χρόνια ασθένεια επηρεάζει άμεσα τους προσωπικούς πόρους αλλά όχι την κοινωνική υποστήριξη.

3.2 Η σημασία των προσδοκιών για την ψυχική υγεία

Οι διαπροσωπικές προσδοκίες επηρεάζουν την ψυχολογική ανάπτυξη. Οι προσδοκίες μειώνουν την ψυχολογική αλλαγή και ρύθμιση σε ένα τρίμηνο ακόμα και όταν η κοινωνική υποστήριξη είναι σταθερή. Μπορεί η ρύθμιση σε ένα ασθενή με χρόνια πρόβλημα να είναι πιο δύσκολη όταν η οικογένεια του δεν μπορεί να κατανοήσει το μέγεθος και τη χρονιότητα της νόσου του. Πιθανόν να πιστεύει ότι δεν είναι άξιος να εκπληρώσει τις προσδοκίες της οικογένειας σχετικά με την ικανότητά του να ελέγξει την ασθένεια. Αυτή η αντίληψη δεν είναι καλή για τον ίδιο αλλά και για την πορεία της ασθένειας του. Όμως οι χρόνια ασθενείς πολλές φορές τείνουν να ερμηνεύουν τις ασύμφωνες αντιλήψεις των άλλων ως παρανόηση και να αναπτύσσουν συναισθήματα ότι δεν τους καταλαβαίνουν. Ίσως έτσι μπορούν να εξηγηθούν και οι πιθανές συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, που το ένα μέλος της αντιμετωπίζει μια μακροχρόνια νόσο. Άρα οι αντιλαμβανόμενες προσδοκίες σχετίζονται με την ψυχολογική ρύθμιση (Hachett, Friend, Symister, & Wadhwa, 1997). Όπως και στην προηγούμενη έρευνα έτσι και σε αυτή βρέθηκε σχέση ανάμεσα στις αντιλαμβανόμενες προσδοκίες και στην αντιλαμβανόμενη παρανόηση από μέρους των ασθενών, που στην προκειμένη πάσχουν από αρθρίτιδα. Έτσι και πάλι βρέθηκε μια σύνδεση ανάμεσα στις προσδοκίες των συντρόφων των ασθενών και στην ανικανότητα των τελευταίων να τις επιτύχουν. Όταν οι χρόνια ασθενείς νιώθουν ότι δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις προσδοκίες των

συζύγων τότε υπάρχει κίνδυνος να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Bediako & Friend, 2004).

Οι Eitel, Hatchett, Friend, Griffin και Wadhwa (1995) ανακάλυψαν ότι οι πιο πολλοί από τους ασθενείς που πίστευαν ότι οι άνθρωποι δεν παίρνουν σοβαρά την ασθένεια τους, είχαν πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι όταν ένας ασθενής με χρόνια πάθηση αισθάνεται πως δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις προσδοκίες των δικών του σχετικά με την ασθένεια και το πώς την αντιμετωπίζει, τότε μπορεί να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι χαμηλότερες προσδοκίες μπορεί να επιδρούν σε λιγότερη εξασθένηση και περισσότερη υποστήριξη με συνέπεια λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Για τους πολύ σοβαρά ασθενείς ο μεγάλος έλεγχος πάνω στη θεραπεία ισοδυναμεί με μικρή ρύθμιση.

4. Ευχολογία

Προηγούμενα αναφέρθηκαν δυο στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, οι εστιασμένες στο πρόβλημα και οι εστιασμένες στο συναίσθημα. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα στοχεύει στη ρύθμιση του συναισθήματος και συνίσταται από την ευχολογία, την αυτοκατηγορία, την αποφυγή κ.α. Όλες οι παραπάνω, αποτελούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές κατά την αντιμετώπιση χρόνιων καταστάσεων και σχετίζονται με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Bombardier, D' Amico & Jordan, 1990).

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους εστιάζοντας στο πρόβλημα τείνουν να παρουσιάζουν καλύτερη υγεία. Αντίθετα βρέθηκε ότι τα ασθενή άτομα που στηρίζονται στην ευχολογία είναι πολύ πιθανό να οδηγηθούν σε χειροτέρευση της υγείας τους. Η ευχολογία αρχικά συνδέθηκε με την ψυχολογική υγεία ενώ η σχέση της με τη σωματική υγεία χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). Μάλιστα από προηγούμενες έρευνες έχει βρεθεί ότι η σχέση μεταξύ ευχολογίας και υγείας ήταν η ίδια για διάφορους στρεσογόνους παράγοντες. Συγκεκριμένα οι Lazarus και Folkman (1985 όπως παρατίθεται Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002) υποστήριξαν ότι σχετίζεται με την ανησυχία και το άγχος ενώ οι McCrae και Costa (1986 όπως παρατίθεται Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002) ότι συνδέεται με το νευρωτισμό. Για τα

άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, το επίπεδο της απειλής είχε μόνο αδύναμες επιδράσεις στην αντιμετώπιση ενώ για τα άτομα με χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού, παρουσιάστηκε μια θετική σχέση ανάμεσα στην απειλή και τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης που εστιάζονται στο συναίσθημα (Terry, 1991).

Έχει βρεθεί ότι τα άτομα προκειμένου να διαχειριστούν μια προβληματική κατάσταση χρησιμοποιούν την ευχολογία (παράδειγμα εύχονται η δύσκολη κατάσταση να εξαφανιστεί ή να την ξεπεράσουν), το φαγητό, το ποτό, τις ναρκωτικές ουσίες, τα φάρμακα, το κάπνισμα ή τον ύπνο (Folkman & Lazarus, 1988). Επιπλέον προέκυψε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με την ψυχική λειτουργικότητα σε εφήβους που βίωσαν την κακοποίηση στην Παλαιστίνη. Ειδικότερα αυτές που εστιάζονται στο συναίσθημα φαίνεται να χρησιμοποιούνται από νέα άτομα μη δυτικών πολιτισμών. Οι γνωστικές μέθοδοι και αυτές της αναζήτησης πληροφοριών στοχεύουν σε θετικά αποτελέσματα και μπορεί να συνεισφέρουν στη μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων της αντιμετώπισης που εστιάζεται στο συναίσθημα (Thabet, Tischler, & Vostanis, 2004).

4.1 Σχέση ευχολογίας και στρες

Η επικεντρωμένη στο συναίσθημα στρατηγική δείχνει να περιέχει διάφορες δράσεις, όπως φροντίδα του εαυτού, συναισθηματική αντίδραση κ.α. που ενδεχομένως μειώνουν το στρες. Ακόμα υπάρχουν δεδομένα που φανερώνουν ότι τα άτομα που είναι αγχωμένα τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τρόπους μείωσης του στρες που σχετίζονται με το συναίσθημα. Τέλος άντρες και γυναίκες με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού τείνουν να επιδίδονται σε περισσότερες δραστηριότητες που βασίζονται στο συναίσθημα (Endler & Parker, 1990).

Πιο συγκεκριμένα, κάτι τέτοιο δε φαίνεται να ισχύει για τη χρήση της ευχολογίας. Οι ερευνητές McCabe, McKern και McDonald (2004) ασχολήθηκαν με άτομα τα οποία πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση και διαπίστωσαν λοιπόν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς όταν χρησιμοποιούν την ευχολογία ως τρόπο προσαρμογής στη στρεσογόνο κατάσταση που βιώνουν, εμφανίζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα. Αυτό φάνηκε να ισχύει και για τα δυο φύλα. Αντίστοιχα δεν ήταν τόσο πιθανό να υιοθετήσουν στρατηγικές επίλυσης προβλήματος ή αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης.

4.2 Σχέση ευχολογίας και χρόνιας ασθένειας

Η ευχολογία ανεξάρτητα από την ασθένεια και την ελεγχσιμότητα της ασθένειας έχει βρεθεί να επηρεάζει αρνητικά τη χρόνια ασθένεια ενώ η αναζήτηση πληροφοριών, θετικά. Οι γνωστικο-συμπεριφοριστικές θεραπείες μπορεί να χρειαστούν, ώστε να διακόψουν τη χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης επικεντρωμένων στο συναίσθημα (Felton & Revenson, 1984).

Σε έρευνα βρέθηκε ότι η φτωχή ρύθμιση στην ασθένεια εμφανίζει συνάρτηση με περισσότερες αντιδράσεις στρατηγικής εστιασμένης στο συναίσθημα, όταν ο ασθενής είναι συγκρατημένος. Αντίθετα για τη στρατηγική επίλυσης του προβλήματος δεν ισχύει κάτι παρόμοιο, δηλαδή δε συνδέεται με τη χρόνια ασθένεια και τη ρύθμισή της. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα σχετίζονται θετικά με φτωχή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και κατάθλιψη, όταν είναι σταθερή η σοβαρότητα της ασθένειας. Η εκτίμηση και η αντιμετώπιση της ασθένειας παρουσιάζουν σχέση με τη συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ρύθμιση σε μια χρόνια σωματική κατάσταση. Μη αναμενόμενο αποτέλεσμα ήταν ότι οι αντιλήψεις ότι κάποιος μπορεί να αλλάξει την κατάσταση της υγείας του ή απλώς ότι θα ήταν καλό να τη δεχτεί, ήταν σχετικές με την επικεντρωμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς που συγκρατούνται όταν θέλουν κάτι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν τύπους αντιμετώπισης εστιασμένους στο συναίσθημα, να παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και φτωχότερη ψυχοκοινωνική ρύθμιση (Bombardier, D' Amico, & Jordan, 1990).

Η ικανότητα για έλεγχο αλλά και η αποδοχή της ασθένειας κατευθύνουν το άτομο σε μια πιο ενεργή αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα χρησιμοποιείται από όσους δεν αποδέχονται την ασθένειά τους και δεν τη θεωρούν ελέγξιμη (Schussler, 1992). Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα που πάσχουν από καρκίνο και άτομα που πάσχουν από αρθρίτιδα έχουν μειωμένη αυτοπεποίθηση και δυσκολεύονται να αποδεχτούν την ασθένειά τους σε αντίθεση με κείνα που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη ή αρτηριακή υπέρταση. Ο έλεγχος της ασθένειας δεν εξηγεί όσο αναμένεται την αντιμετώπιση και έτσι στην ερμηνεία συμβάλλει σημαντικά και το επίπεδο δυσκολίας στη λειτουργικότητα. Στρατηγικές, όπως η ευχολογία, η έκφραση των συναισθημάτων και η κατηγορία προς τον εαυτό δεν έχουν

θετικά αποτελέσματα. Δεν προλαμβάνουν την απώλεια της αυτοπεποίθησης, δε βοηθούν στην αποδοχή της ασθένειας ή δε συντελούν στη μείωση της λύπης ή της κατάθλιψης, για αυτό και πιστεύεται ότι η μέθοδος αντιμετώπισης που εστιάζεται στο συναίσθημα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, σχετίζεται με φτωχότερη ρύθμιση της χρόνιας ασθένειας. Δεν έχει ξεκαθαριστεί ωστόσο ακόμα αν αυτές οι στρατηγικές υποκινούν τα αρνητικά συναισθήματα ή αποτελούν συμπεριφορικές αντιδράσεις στο στρες (Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984).

Οι ασθενείς που συνεχίζουν έντονα να αρνούνται ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια μπορεί να υποφέρουν από άσχημες συνέπειες. Οι ασθενείς που τραυματίζουν το νωτιαίο μυελό τους δείχνουν μεγαλύτερη καταπόνηση όταν συγκεντρώνονται στην ευχολογία (παράδειγμα στη σκέψη ότι το ατύχημα δε συνέβη) σε αντίθεση με μια ρεαλιστική αποδοχή της κατάστασής τους (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990 όπως παρατίθεται Sanderson, 2004). Αυτός ο τύπος μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας, όπως η προσπάθεια του ασθενή να αντιστρέψει ψυχικά ή να εξαφανίσει ένα γεγονός πραγματικό, εμποδίζει το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση του και να θέσει νέους, πιο ρεαλιστικούς στόχους και προσδοκίες για τη μετέπειτα ζωή του. Επίσης η άρνηση μπορεί να μειώσει την ικανότητα του ατόμου να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες ή να το οδηγήσει να αρνηθεί τη θεραπεία και αυτές οι ενέργειες μπορεί να έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία του.

Συμπεραίνεται από έρευνα που διεξήχθη ότι οι έφηβοι με διαβήτη τύπου I τείνουν να χρησιμοποιούν πολύ την ευχολογία είτε εμφανίζουν συνοδά διατροφικά προβλήματα είτε όχι. Οι δυο ομάδες εντούτοις διαφέρουν ως προς τη χρήση άλλων στρατηγικών που επικεντρώνονται στο συναίσθημα. Ειδικότερα παρατηρείται ότι οι έφηβοι που πάσχουν από διαβήτη τύπου I και παρουσιάζουν παράλληλα μια διαταραγμένη συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό τείνουν να καταφεύγουν στην ευχολογία και σε κατηγορίες προς τον εαυτό. Επίσης εμφανίζουν χειρότερη σωματική υγεία και ψυχοκοινωνική ποιότητα ζωής. Οι έφηβοι με διαβήτη αλλά χωρίς προβληματικές διατροφικές συνήθειες δεν παρουσιάζουν κάποιες από τις προηγούμενες συμπεριφορές και προβλήματα. Η ευχολογία, ως μια αποφευκτική στρατηγική αντιμετώπισης είναι θετικά σχετισμένη με προβλήματα και καταθλιπτική διάθεση. Έτσι, η μεγάλη χρήση ευχολογίας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αυτοπεποίθηση και σε μειωμένη ποιότητα του μεταβολικού

ελέγχου. Οπότε οι έφηβοι με διαβήτη τύπου I αλλά και με συνοδά προβλήματα διατροφής χρησιμοποιούν πιο συχνά την ευχολογία και τη συναισθηματική ρύθμιση και λιγότερο συχνά κατηγορούν τους άλλους. Από την άλλη οι έφηβοι χωρίς διατροφικά προβλήματα χρησιμοποιούν πιο συχνά την ευχολογία και τις γνωστικές δομές και λιγότερο συχνά τις κατηγορίες προς τους άλλους ή προς τον εαυτό (Grylli, Wagner, Hafferl-Gattermayer, Schober, & Karwautz, 2005).

Οι ερευνητές Hassinger, Semenchuk και O'Brien (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι και τα άτομα που υποφέρουν από χρόνιες ημικρανίες χρησιμοποιούν πιο δυσπροσαρμοστικούς τρόπους διαχείρισης του πόνου και του στρες τους, όπως την ευχολογία και την αυτοκριτική ή την καταστροφολογία και τη χρήση αρνητικών γνωσιών. Επίσης τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πονοκέφαλο τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους για να ανταπεξέλθουν στη δύσκολη κατάσταση, όπως την ευχολογία, η οποία όμως δε μειώνει το στρες στις περισσότερες καταστάσεις (Holm, Holroyd, Hursey, & Penzien, 1986). Τα άτομα που πάσχουν από υψηλή διαστολική πίεση, τα χαρακτηρίζει η ευχολογία, η αποφυγή και η ελαχιστοποίηση των ενδεχόμενων απειλών (Wright & Sweeney, 1990). Η ευχολογία και ο αυτοπερισπασμός δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ασθένεια από το να γίνει χρόνια. Η συναισθηματική όμως σταθερότητα παρατηρήθηκε να προσφέρει μια πιο γρήγορη ανάρρωση στο άτομο που πάσχει (Van Tilburg, Vingerhoets, & Van Heck, 1999).

4.3 Σχέση ευχολογίας και ψυχικής υγείας

Η αποφυγή και η ευχολογία είναι σχετικές με την ασθένεια σύμφωνα με την Olf (1991, όπως παρατίθεται Falkum, Olf, & Aasland, 1997). Επίσης η αυξημένη χρήση των παραπάνω στρατηγικών οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ενώ συμβαίνει το αντίθετο με κάποιες άλλες στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Felton & Revenson, 1984).

Επίσης έχει βρεθεί ότι υπάρχει σύνδεση της αντιμετώπισης που επικεντρώνεται στο συναίσθημα με υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και ψυχικής καταπόνησης (Felton & Revenson, 1984). Αντίστοιχα οι ασθενείς με πόνο στο στήθος χωρίς κάποια ψυχική διαταραχή χρησιμοποιούν πολύ περισσότερο την αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο

πρόβλημα, μετά σε σειρά ακολουθούν οι ασθενείς με πόνο στο στήθος και κάποια συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή ενώ τέλος έρχονται οι ψυχικά ασθενείς χωρίς κάποια σωματικά συμπτώματα. Οι ασθενείς με ψυχοπαθολογία χρησιμοποιούν την ευχολογία πολύ περισσότερο από εκείνους που υποφέρουν από πόνο στο στήθος και παράλληλα από κάποια ψυχιατρική διαταραχή και τέλος ακολουθούν με τη λιγότερη χρήση ευχολογίας τα άτομα με πόνο στο στήθος χωρίς ψυχολογικά προβλήματα. Επιπρόσθετα οι ασθενείς με πόνο στο στήθος αλλά και με ψυχιατρικά προβλήματα συνηθίζουν περισσότερο την αποφευκτική αντιμετώπιση αλλά όχι την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με αυτούς χωρίς ψυχιατρική διαταραχή. Άρα το συμπέρασμα είναι ότι η ύπαρξη ή η απουσία μιας ψυχικής διαταραχής πιθανόν να είναι πιο στενά συνδεδεμένη με τη μέθοδο αντιμετώπισης που ακολουθεί το άτομο παρά με τα σωματικά συμπτώματα (Vitaliano, Katon, Maiuro, & Russo 1989). Γενικότερα λοιπόν οι ασθενείς με ψυχοπαθολογία δε στρέφονται προς την τεχνική επίλυσης προβλήματος αλλά προς τη χρήση ευχολογίας και γενικότερα τεχνικών προσανατολισμένων στο συναίσθημα (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987).

Από έρευνα βρέθηκε ότι οι σχιζοφρενείς τείνουν να χρησιμοποιούν ιδιαίτερα την αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα. Μάλιστα στην ομάδα των σχιζοφρενών παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής καταπόνησης και αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά αντιμετώπισης που εστιάζεται στο πρόβλημα, χαμηλή αυτο-ενίσχυση και χαμηλότερη ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής σε σχέση με την υγιή ομάδα. Οι σχιζοφρενείς συγκεκριμένα χρησιμοποιούν τις συναισθηματικές στρατηγικές 5,5 φορές πιο συχνά από τους υγιείς (Ritsner, Gibel, Ponizovsky, Shinkarenko, Ratner, & Kurs, 2006). Το συναίσθημα αλλά και οι μέθοδοι αντιμετώπισης στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μπορεί να ποικίλουν στην πορεία της ασθένειας. Ωστόσο η συναισθηματική καταπόνηση, η αυτο-ενίσχυση και η κοινωνική υποστήριξη εμφανίζουν σχέση με τη χρήση των μεθόδων αντιμετώπισης τόσο στην ψυχωσική φάση όσο και στη σταθεροποιητική φάση της ασθένειας. Η ενδεχόμενη μείωση της συναισθηματικής καταπόνησης στους σχιζοφρενείς φαίνεται να οδηγεί σε μια βελτίωση των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών (Strous, Ratner, Gibel, Ponizovsky, & Ritsner, 2005).

5. Κοινωνική υποστήριξη

Οι τύποι αντιμετώπισης του στρες είναι η χαλάρωση, το χιούμορ, η άσκηση και η κοινωνική υποστήριξη (Sanderson, 2004). Η κοινωνική υποστήριξη αφορά στην υποστήριξη που προσφέρουν οι φίλοι, η οικογένεια, οι συνάδελφοι, οι γείτονες, οι επαγγελματίες και οι γνωστοί. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην παρεχόμενη βοήθεια και μπορεί να είναι υλική, συναισθηματική ή να λαμβάνει τη μορφή πληροφοριών (DiMatteo & Martin, 2006). Η υλική υποστήριξη περιλαμβάνει την άμεση βοήθεια ή τις άμεσες υπηρεσίες και μπορεί να αφορά σε δάνεια, δώρα ή πρακτική βοήθεια προς τα άλλα άτομα. Η συναισθηματική υποστήριξη περιλαμβάνει την οικειότητα, το δεσμό με άλλα άτομα αλλά και τη διαβεβαίωση ότι αν υπάρξει ανάγκη τότε εκείνα θα ενδιαφερθούν να βοηθήσουν. Η υποστήριξη με τη μορφή πληροφοριών περιέχει την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ένα άτομο στην επίλυση του προβλήματός του (Schaefer et al., 1981).

Τις στρεσογόνες καταστάσεις, οι άνθρωποι που δέχονται κοινωνική υποστήριξη μπορούν να τις αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά και να βιώνουν λιγότερο στρες. Στους ασθενείς η κοινωνική υποστήριξη συνήθως συνεπάγεται γρηγορότερη ανάρρωση και λιγότερες ιατρικές εφαρμογές, λιγότερη ψυχική καταπόνηση (ειδικότερα σε θανατηφόρες ασθένειες) και μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας (Straub, 2002). Ωστόσο η κοινωνική υποστήριξη ενδέχεται να έχει και αρνητικές συνέπειες, δηλαδή να δημιουργεί δυσφορία στο άτομο είτε επειδή οι παρέχοντες την μπορεί να γίνονται πιεστικοί είτε γιατί περιμένουν ανταπόδοση με κάποιο τρόπο (DiMatteo & Martin, 2006). Ένας άλλος λόγος πιθανόν να είναι ότι το άτομο δε δέχεται το είδος της υποστήριξης που χρειάζεται. Ίσως πάλι το άτομο να μην προσέξει τη βοήθεια γιατί δε δίνεται την κατάλληλη στιγμή. Επίσης μπορεί η υποστήριξη που του προσφέρεται να είναι τόση που αντί να μειώνει το στρες να οδηγεί σε αύξησή του. Τέλος η αλληλεπίδραση του με ορισμένα άτομα μπορεί να το κάνει πιο ευάλωτο σε προβλήματα που ακολουθούν το στρες (Straub, 2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό δίκτυο είναι χωριστές μεταβλητές και συνδέονται διαφορετικά με την ψυχική υγεία (Schaefer et al., 1981). Η κοινωνική υποστήριξη αφορά στην ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Αντίστοιχα, το κοινωνικό δίκτυο σχετίζεται με τη συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Καραδήμας, 2005). Τέλος βρέθηκε ότι οι μεταβλητές της

κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται ισχυρότερα με τη συμπτωματολογία και το ηθικό από αυτές του κοινωνικού δικτύου (Schaefer et al., 1981).

Δεδομένα ερευνών υποστηρίζουν ότι τα άτομα με μεγάλο και υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο ζουν περισσότερο και παρουσιάζουν καλύτερη κατάσταση υγείας από τα άτομα που δεν έχουν τέτοιο δίκτυο (Uchino, Cacioppo, & Keicolt-Glaser, 1996). Η συλλογικότητα επίσης προστατεύει τα άτομα από τη θνησιμότητα. Έτσι το να ζει ένας ηλικιωμένος σε μια ενωμένη κοινότητα με εποικοδομητικό κοινωνικό έλεγχο αυξάνει τις πιθανότητες του να επιβιώσει μετά από τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας (Wen, Cagney, & Christakis, 2005).

Η οικογενειακή κατάσταση και συγκεκριμένα το γεγονός ότι κάποιος είναι έγγαμος ή άγαμος, που συνδέεται με τη λήψη κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για τους άντρες αλλά όχι για τις γυναίκες (Gliksman, Lazarus, Wilson, & Leeder, 1995). Επίσης, σε έρευνα που έγινε σε ηλικιωμένους στο Χονγκ-Κονγκ παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες επηρεάζονται ίσως ελαφρά περισσότερο από την κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τους άντρες (Cheng & Chan, 2006). Τα δεδομένα συμπληρώνει η έρευνα των Andre-Petersson, Engstrom, Hedblad, Janzon και Rosvall (2007) που αποκάλυψε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους άντρες. Φάνηκε μάλιστα ότι η κοινωνική υποστήριξη στον επαγγελματικό χώρο έχει σημασία για την υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος. Η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη στην εργασία σε συνδυασμό με μια παθητική θέση εργασίας είναι πιθανό να προκαλέσουν στις γυναίκες με το πέρασμα του χρόνου καρδιαγγειακά προβλήματα. Ωστόσο δε βρέθηκε κάποιο παρόμοιο αποτέλεσμα για τους άντρες.

5.1 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και χρόνιας ασθένειας

Η δυνατή ταυτότητα της ασθένειας, μια παθητική αντιμετώπιση, η πεποίθηση ότι η ασθένεια θα διαρκέσει πολύ και η πίστη ότι θα χειροτερεύσει οδηγούν το ασθενές άτομο σε χειροτέρευση της λειτουργικότητάς του, της σωματικής και της κοινωνικής. Αντίθετα η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η πίστη στον έλεγχο και στη θεραπεία της ασθένειας οδηγούν σε καλύτερη λειτουργικότητα έναν ασθενή (Scharloo, Kaptein,

Weinman, Hazes, Willems, Bergman, & Rooijmans, 1998). Τα άτομα που δέχονται σημαντικά ποσά κοινωνικής υποστήριξης αναρρώνουν πιο γρήγορα από τις ασθένειες όταν τύχει να αρρωστήσουν (Sanderson, 2004). Οπότε, η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική όταν η ζωή του ατόμου πλήττεται από μια ασθένεια. Η υποστήριξη από φίλους, συγγενείς και επαγγελματίες μπορεί να σχετίζεται με το γενικότερο νόημα και τη σημασία μιας ασθένειας. Μάλιστα όσο μεγαλώνει η υποστήριξη από αυτές τις τρεις ομάδες ατόμων τόσο πιο θετικό είναι το νόημα που προσλαμβάνουν τα άτομα για τις συνέπειες της ασθένειας από την οποία πάσχουν στη ζωή τους (Park & Folkman, 1997).

Τα αποτελέσματα μιας χρόνιας ασθένειας προκαλούν συνήθως σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι ασθενείς που υποφέρουν από τις σωματικές συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας είναι πιθανό να αισθάνονται ντροπή και να πιστεύουν ότι οι άλλοι αμέσως καταλαβαίνουν το πρόβλημά τους αλλά και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Sanderson, 2004). Χρόνια ασθενείς που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη και είναι αισιόδοξοι μπορούν να ανακάμψουν σωματικά καλύτερα από τα καρδιαγγειακά τους προβλήματα. Ακόμα αποκαλύφθηκε ότι κερδίζουν από την αποφυγή δέσμευσής τους με αναποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης και την έλλειψη συναισθηματικής καταπόνησης, ταραχής και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Shen, McCreary, & Myers, 2004). Ανάλογα σε ασθενείς με αρθρίτιδα, μια μείωση της ευκινησίας είναι προβλεπόμενη από ένα μικρό κοινωνικό δίκτυο. Μάλιστα σε έρευνα που διεξήχθη φάνηκε η επίδραση των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου και των χαρακτηριστικών του κοινωνικού δικτύου στην πρόγνωση της λειτουργικότητας στο πρώτο στάδιο της αρθρίτιδας (Evers, Kraaimaat, Geenen, & Bijlsma, 1998). Συνεπώς οι χρόνια ασθενείς που παρουσιάζουν καλές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι πιθανό να ανταποκρίνονται πιο θετικά στην ασθένεια τους (Taylor, 1999).

Αν και η εκμυστήρευση στα οικεία άτομα της διάγνωσης μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να έχει πλεονεκτήματα εντούτοις παρουσιάζει και μειονεκτήματα, όπως ότι μπορεί να αποφεύγουν το άτομο που πάσχει. Έχει φανεί ότι οι χρόνια ασθενείς δέχονται συνήθως λιγότερη συναισθηματική υποστήριξη (Fyrand, Moum, Finset, & Glennas, 2002). Κατά αυτόν τον τρόπο επέρχεται απώλεια της κοινωνικής υποστήριξης τη στιγμή που το άτομο τη χρειάζεται περισσότερο από όλα (Sanderson, 2004). Μάλιστα όταν η

χρόνια ασθένεια συνοδεύεται από προβλήματα λειτουργικότητας τότε η συναισθηματική υποστήριξη είναι ακόμα πιο μικρή και οι κοινωνικές σχέσεις εξίσου μειωμένες. Ωστόσο, σημειώνεται ότι ακόμα και αν ο ασθενής έχει πολλά σωματικά προβλήματα αλλά έχει δίπλα του φίλους, γείτονες και γενικά ανθρώπους που τον αγαπούν, δεν αποφεύγει τη συντροφικότητα και τις αλληλεπιδράσεις μαζί τους (Fyrand et al., 2002). Εξετάστηκε σε μια έρευνα ένα δείγμα Λατίνων γυναικών που έπασχαν από αρθρίτιδα, οι μισές εξέφρασαν αμφιθυμικά ή αρνητικά συναισθήματα όταν δέχονταν υποστήριξη με τις εργασίες του σπιτιού. Εντούτοις μεγαλύτερη υλική υποστήριξη με τις οικιακές δουλειές συνεπαγόταν μικρότερη καταπόνηση. Επίσης μεγάλη συναισθηματική υποστήριξη οδηγούσε σε μεγάλη ψυχική ευεξία τις ασθενείς. Πιθανότατα αυτά τα αποτελέσματα να αντανακλούν κοινωνικές και πολιτιστικές συνήθειες σε ότι αφορά στους τύπους υποστήριξης (Abraido-Lanza, 2004). Επιπροσθέτως, το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου εμφανίζει συσχέτιση με μεγαλύτερη συναισθηματική και υλική υποστήριξη στις γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και θεραπευτεί. Η συναισθηματική και υλική υποστήριξη είναι ανάλογη του μεγέθους του κοινωνικού δικτύου και του πόσο δικτυωμένη είναι η γυναίκα μέσα σε αυτό. Λίγες κοινωνικές σχέσεις οδηγούν σε χαμηλή συναισθηματική και υλική υποστήριξη. Όσο μάλιστα μεγαλώνουν οι σωματικές ανάγκες μιας χρόνια ασθενούς τόσο μεγαλύτερη υλική υποστήριξη απαιτείται. Οι κοινωνικοί πόροι έχουν αξία για το άτομο που αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια, που πολλές φορές μπορεί να είναι επικίνδυνη για τη ζωή του και συντελούν στην ψυχική και σωματική ευεξία του (Bloom, Stewart, Johnston, Banks, & Fobair, 2001).

Για να αυξήσει κάποιος την παρεχόμενη κοινωνική υποστήριξη μπορεί να σχηματίσει μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο και να συμμετέχει σε οργανωμένες ομάδες κοινωνικής υποστήριξης (Sanderson, 2004). Σε ασθενείς με καρκίνο και συγκεκριμένα με οξεία λευχαιμία, παρατηρήθηκε ότι όταν λάμβαναν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη τότε είχαν περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης και λιγότερες πιθανότητες θανάτου. Μάλιστα η υλική υποστήριξη, περισσότερο από τη συναισθηματική προέβλεπε την επιβίωση για δυο χρόνια (Pinquart, Höffken, Silbereisen, & Wedding, 2006). Η έρευνα των Ashton, Vosvick, Chesney, Gore-Felton, Koopman, O'Shea, Maldonado, Bachmann, Israelski, Flamm και Spiegel (2005) που αφορούσε άτομα που έπασχαν από τον ιό HIV/AIDS, αποκάλυψε ότι όσο πιο ικανοποιημένοι ήταν οι ασθενείς με τη

βοήθεια και την υποστήριξη που τους προσφερόταν τόσο λιγότερα σωματικά συμπτώματα σχετικά με την ασθένειά τους παρουσίαζαν τον επόμενο χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που πάσχουν από τον ιό HIV τείνουν να αποκαλύπτουν πιο συχνά στους φίλους τη χρόνια ασθένειά τους παρά στην οικογένεια, γιατί τους θεωρούν πιο υποστηρικτικούς. Στην οικογένεια, αποκαλύπτονται πιο συχνά στις αδερφές και στη μητέρα παρά στους αδερφούς και τον πατέρα. Είναι σημαντικό το εύρημα ότι οι πάσχοντες που έχουν μιλήσει για την ασθένειά τους στους φίλους και στους δικούς τους ανθρώπους δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και παρουσιάζουν λιγότερη συναισθηματική καταπόνηση (Kalichman, DiMarco, Austin, Luke, & DiFonzo, 2003).

Η κοινωνική υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει ο/η σύντροφος είναι αξιόλογη αλλά έχει διαφορετική επίδραση στους άντρες και στις γυναίκες μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο. Διαπιστώθηκε ότι για τις γυναίκες μεγαλύτερη ικανοποίηση από το σύντροφο οδηγεί σε καλύτερη μετέπειτα υγεία. Ίσως αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που έχουν υποστηρικτικούς συντρόφους δε στενοχωριούνται πολύ από την αδυναμία συμμετοχής τους σε διάφορες δραστηριότητες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την αρχική εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο μπορεί να προβλέπουν την κατάσταση της υγείας του ένα έτος μετά το καρδιακό επεισόδιο (Franché, Abbey, Irvine, Shnek, Grace, Devins & Stewart, 2004).

Αντίθετα, τα αποτελέσματα μιας έρευνας έδειξαν ότι ούτε η κοινωνική υποστήριξη ούτε τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής επιδρούν στη σωματική υγεία (Schaefer et al., 1981). Σε εξίσου διαφορετικά δεδομένα σε σχέση με τα παραπάνω κατέληξαν και άλλοι ερευνητές που συμπέραναν ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (νευρωτισμός, εξωστρέφεια), οι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (χρόνιοι παράγοντες, πόνος, επίδραση της ασθένειας στη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή, αξιοπρόσεκτα γεγονότα ζωής), η αντιμετώπιση και η κοινωνική υποστήριξη δε μπορούν να προβλέψουν τη δράση και πορεία της ασθένειας, συγκεκριμένα της πρώιμης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Ωστόσο η αντιμετώπιση και η κοινωνική υποστήριξη σχετίζονται με τη δράση της ασθένειας κατά τον τρίτο και πέμπτο χρόνο μετά τη διάγνωση και ειδικότερα μικρή κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε μεγάλη δράση της ασθένειας μετά τον τρίτο χρόνο. Όταν το δίκτυο υποστήριξης για ένα χρόνια ασθενές άτομο είναι μικρό τότε αυτό συνεπάγεται κακή πορεία της ασθένειας μετά το

τρίτο έτος και όχι στο πέμπτο. Η μεγαλύτερη χρήση της παθητικής αποφυγής αντιμετώπισης προκαλεί δυσμενή πορεία στην ασθένεια στο τρίτο και πέμπτο χρόνο μετά τη διάγνωσή της (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003).

5.2 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και στρες

Η παρουσία ενός φίλου ή ακόμα και ενός αγνώστου δημιουργεί ένα κοινωνικό περιβάλλον και μειώνει το στρες του ατόμου που πρέπει να εκτελέσει ένα έργο αλλά μειώνει και τις καρδιαγγειακές αντιδράσεις του. Έτσι φαίνεται ότι η ποιότητα των δεσμών με τους άλλους είναι ανάλογη των αντιδράσεών του ατόμου απέναντι στο στρες (Fontana, Diegnan, Villeneuve, & Lepore, 1999).

Έχει παρατηρηθεί πως αν τα άτομα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες στη ζωή τους, η αποδοχή κοινωνικής υποστήριξης θα μειώσει την επίδραση αυτού του στρες. Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης είναι ένα στρεσογόνο ερέθισμα και έτσι όσοι δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη θα βιώνουν στρες (Cassidy, 1999). Έχει διαπιστωθεί ότι όσο υψηλότερο είναι το στρες των ατόμων τόσο μικρότερη αντίστοιχα είναι η κοινωνική υποστήριξη (Wijndaele, Matton, Duvigneaud, Lefevre, Bourdeaudhuij, Duquet, Thomis, & Philippaerts, 2006).

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι παράγοντες του στρες και οι κοινωνικοί και προσωπικοί πόροι, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η αντιμετώπιση είναι σχετισμένοι με την ψυχική υγεία. Σε έρευνα που περιλάμβανε έφηβα παιδιά, αποκαλύφθηκε ότι τα αγόρια ωφελούνται από την υποστήριξη που τους παρέχουν οι γονείς και οι συνομήλικοι όταν εκτίθενται σε στρεσογόνα γεγονότα ενώ δεν παρατηρήθηκε κάτι παρόμοιο για τα κορίτσια. Τα αρνητικά γεγονότα έχουν εντονότερη επιρροή όταν η κοινωνική υποστήριξη από τους συνομηλίκους δεν είναι η αναμενόμενη. Τέλος οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα μακροχρόνια προβλήματα είναι πιο έντονα όταν οι γονείς δε στηρίζουν αρκετά τα έφηβα παιδιά τους (Ystgaard, Tambs, & Dalgard, 1999).

5.3 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης και ψυχικής υγείας

Η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη προκαλεί μεγάλη αυτοπεποίθηση στο άτομο και με τη σειρά της αυξάνει την αισιοδοξία ενώ προκαλεί μείωση της κατάθλιψης (Symister & Friend, 2003). Οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν την αυτοπεποίθηση του ατόμου και να προσφέρουν υποστήριξη. Αντίθετα η έλλειψή τους οδηγεί σε κατάθλιψη και φτωχή ψυχική υγεία (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Ωστόσο εντύπωση δημιουργεί το αποτέλεσμα ότι η προβληματική κοινωνική υποστήριξη δε σχετίζεται με την αυτοπεποίθηση. Η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται ένα άνθρωπος φάνηκε να είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί αυξάνει την αισιοδοξία και μειώνει, αλλά σε μικρότερη έκταση, την κατάθλιψη (Symister & Friend, 2003). Μάλιστα σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η αισιοδοξία αυξάνει ενώ ο pesσισμός μειώνει το μέγεθος της κοινωνικής υποστήριξης αντίστοιχα (Hachett et al., 1997).

Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει αρνητικά την υγεία αλλά και η κακή υγεία επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το δεύτερο συμβαίνει γιατί η κακή υγεία περιορίζει την ενέργεια του ατόμου και αυξάνει την καταθλιπτική διάθεση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Τα υψηλότερα επίπεδα της διαθέσιμης υποστηρικτικής συμπεριφοράς συσχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε άντρες και γυναίκες και με χαμηλότερα επίπεδα παρατηρούμενου στρες σε γυναίκες αλλά όχι σε άντρες (Gannon, & Pardie, 1989). Επιπρόσθετα σε μια πρόσφατη έρευνα καταφάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην προστασία των ατόμων από αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, ιδιαίτερα μάλιστα για τους άντρες (Plaisier, De Bruijn, De Graaf, Ten Have Beekman, & Penninx, 2007). Αντίθετα σε έρευνα που αφορούσε σε ηλικιωμένα άτομα φάνηκε πως η συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων δε σχετίζεται ιδιαίτερα με την ψυχική υγεία των ατόμων (Bowling & Farquhar, 1991).

Οι χρόνια ασθενείς που λαμβάνουν διαφορετικούς τύπους κοινωνικής υποστήριξης αναφέρουν λιγότερο άγχος και πιο θετική επίδραση ένα χρόνο μετά (Sherbourne & Hays, 1990 όπως παρατίθεται Sanderson, 2004). Επιπλέον η ύπαρξη συντρόφου, οι πολλές στενές κοινωνικές σχέσεις, τα συναισθήματα υπεροχής και η υψηλή αυτοπεποίθηση σε άτομα που πάσχουν από αρθρίτιδα έχουν άμεσες επιδράσεις στην ψυχική υγεία και λειτουργικότητα του ασθενούς. Η υπεροχή, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις φαίνεται ότι καταπραΰνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, που αποτελούν

απόρροια της ασθένειας (Penninx, Van Tilburg, Deeg, Kriegsman, Boeke, & Vaneijk, 1997). Οι ψυχοκοινωνικοί πόροι αντιμετώπισης προστατεύουν από την κατάθλιψη άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια ή ακόμα και υγιή άτομα. Αντίστοιχα με την προηγούμενη έρευνα και σε αυτή διαπιστώθηκε πως η υψηλή αυτοπεποίθηση, η αυτο-ενίσχυση, η υπεροχή, η ύπαρξη ενός συντρόφου και η λιγότερη μοναξιά μετριάζουν την επίδραση μερικών χρόνιων ασθενειών στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάσταση του συντρόφου, που παρέχει σημαντική υποστήριξη, προκαλεί μείωση της αρνητικής επίδρασης των χρόνιων ασθενειών στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η αυτοπεποίθηση μειώνει την επιρροή της ασθένειας στα καταθλιπτικά συμπτώματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή από αρθρίτιδα. Η υπεροχή στην περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη μετριάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η αυτο-ενίσχυση βοηθά στο μετριασμό των ίδιων συμπτωμάτων σε άτομα που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο. Όλοι οι πόροι εξαιρουμένου του μεγέθους του κοινωνικού δικτύου παρουσιάζουν μια άμεση επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004). Σε άλλη περίπτωση όμως παρατηρήθηκε ότι το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου σχετίζεται με την κατάθλιψη (Schaefer et al., 1981).

Όπως αναμενόταν, αποκαλύφθηκε στην έρευνα των Revenson et al. (1991) πως η βοηθητική υποστήριξη από οικογένεια και φίλους σχετίζεται με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από την προβληματική υποστήριξη. Ωστόσο το διαφορετικό στοιχείο αυτής της έρευνας για τους ασθενείς με χρόνια ασθένεια είναι το εύρημα ότι το κόστος μιας προβληματικής και ελλιπούς υποστήριξης δεν ακυρώνει τα οφέλη μιας θετικής. Οι χρόνια πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα που θεωρούν ότι δέχονται μικρή υποστήριξη και έχουν και ένα μεγάλο ποσοστό προβληματικών κοινωνικών σχέσεων βιώνουν τα πιο πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα. Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία η αλληλεπίδραση των θετικών και αρνητικών πλευρών των διαπροσωπικών σχέσεων. Τα αρνητικά αποτελέσματα της προβληματικής υποστήριξης χάνουν λίγο τη σημασία τους στα πλαίσια προσφοράς θετικής υποστήριξης. Οι δύσκολες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να συνδέονται πιο πολύ με την ψυχική καταπόνηση εξαιτίας της έλλειψης των θετικών εμπειριών. Ίσως πάλι το άτομο που παρέχει την υποστήριξη να έχει αποτύχει να καταλάβει τις ανάγκες του ασθενούς.

Από έρευνα σε ασθενείς με χρόνια πάθηση και συγκεκριμένα σε νεφροπαθείς βρέθηκε ότι όταν έχουν μεγάλη βαθμολογία ευχαρίστησης (agreeableness), τότε η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη τους οδηγεί σε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κάτι που δε συμβαίνει σε τόσο μεγάλο βαθμό με τους ασθενείς που δε δηλώνουν ευχαριστημένοι (Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle, & Lawton, 2007). Ακόμα η κοινωνική υποστήριξη έχει άμεση επίδραση τόσο στην κατάθλιψη όσο και στο ηθικό. Η χαμηλή υλική και η χαμηλή συναισθηματική υποστήριξη σχετίζονται ανεξάρτητα με κατάθλιψη και αρνητικό ηθικό ενώ η υποστήριξη μέσω πληροφοριών δε συμβάλλει στην κατάθλιψη ή το αρνητικό ηθικό (Schaefer et al., 1981).

Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων που πάσχουν από μια χρόνια ασθένεια, στην προκειμένη περίπτωση οστεοαρθρίτιδα γονάτου έχουν και θετική αλλά και αρνητική πλευρά. Η θετική είναι η κοινωνική υποστήριξη ενώ η αρνητική είναι η πίεση που δέχονται από την κοινωνία. Στο δείγμα βρέθηκαν υψηλά ποσοστά κοινωνικής υποστήριξης και χαμηλά κοινωνικής πίεσης καθώς και ότι τόσο η κοινωνική υποστήριξη όσο και η κοινωνική ένταση σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με καταθλιπτικά συμπτώματα. Η σχέση αυτή μάλιστα δε διαφοροποιείται σημαντικά ως προς το φύλο του ασθενούς. Εντούτοις ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα, οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα τέτοιων συμπτωμάτων από ότι οι άνδρες (Sherman, 2003). Σε άλλη περίπτωση η κοινωνική πίεση έχει προκύψει να είναι πιο σημαντικός παράγοντας από την υποστήριξη στην ευεξία των ατόμων (Davis & Swan, 1999). Γενικότερα, το να συμμετέχει κάποιος σε ένα κοινωνικό κύκλο έχει και απαιτήσεις που μπορεί να μειώνουν τη θετική επιρροή της υποστήριξης (Schaefer et al., 1981).

Σε άλλη έρευνα φάνηκε πως οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και εκείνων που πάσχουν από χρόνια σωματική ασθένεια παρουσιάζονται μειωμένες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το κοινωνικό περιβάλλον των σχιζοφρενών είναι μικρότερο και βρέθηκε να προσφέρει λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από εκείνο των ατόμων που πάσχουν από κάποια σωματική ασθένεια και των υγιών. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι στις οικογένειες των σχιζοφρενών εμφανίζεται μια έλλειψη κοινωνικής επάρκειας και αλληλεπίδρασης. Σε ότι αφορά στα άτομα με χρόνια ασθένεια οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις δεν εξασφαλίζουν

την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη. Η υλική υποστήριξη ωστόσο δε διέφερε ανάμεσα στην ομάδα των σχιζοφρενών, των ασθενών με χρόνια προβλήματα και των υγιών ατόμων. Τέλος οι κοινωνικοί πόροι ήταν υψηλότεροι σε νεαρά άτομα και των τριών ομάδων (Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa, Maj, & National Mental Health Project Working Group, 2006). Επιπρόσθετα το αντικειμενικό φορτίο για τους συγγενείς ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια προέκυψε να είναι πιο ουσιώδες και υψηλό στις περιπτώσεις των νευρολογικών ασθενειών ενώ το υποκειμενικό φορτίο είναι υψηλό και για τους συγγενείς των σχιζοφρενών αλλά και για τους συγγενείς ατόμων που υποφέρουν από νευρολογικές ασθένειες. Η κοινωνική υποστήριξη αλλά και η βοήθεια σε επείγουσες καταστάσεις είναι σημαντικά μειωμένη προς τους συγγενείς των σχιζοφρενών αντίθετα δεν παρατηρείται το ίδιο με τους συγγενείς ατόμων που πάσχουν από σωματικά προβλήματα υγείας. Μπορεί οι οικείοι των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια να αποφεύγουν τις στενές κοινωνικές σχέσεις είτε λόγω του στίγματος είτε εξαιτίας της χαμηλής λειτουργικότητας των ασθενών. Επίσης η σχιζοφρένεια έχει μια πιο αρνητική επίδραση στην ευεξία των συγγενών (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, Maj, & National Mental Health Project Working Group, 2005). Η κοινωνική υποστήριξη όμως έχει τη δυνατότητα να προβλέψει το στίγμα από μια ψυχική ασθένεια ένα χρόνο αργότερα (Mueller, Nordt, Lauber, Rueesch, Meyer, & Roessler, 2006).

5.4 Σχέση κοινωνικής υποστήριξης, στρες και ψυχικής υγείας

Ένα πρόσφατο μοντέλο, το μοντέλο εξέλιξης του στρες (Stress Process Model), συνδέει τα πολλαπλά επίπεδα υποστήριξης και το στρες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο και δίνει έμφαση στα αποτελέσματά τους στην ψυχική υγεία. Οι πρωτογενείς στρεσογόνοι παράγοντες (όπως τα γεγονότα ζωής και τα χρόνια προβλήματα) οδηγούν σε δευτερογενείς παράγοντες στρες (όπως η κατάθλιψη) και αποτελέσματα (όπως τα ψυχολογικά συμπτώματα και οι ψυχιατρικές διαγνώσεις) υπό την επιρροή των περιβαλλοντικών στρεσογόνων ερεθισμάτων (όπως η σωματική κατάσταση) και πόρων (όπως η υποστήριξη) (Katerndahl & Parchman, 2002).

Οι μεταβλητές της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται αρνητικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά με τα ψυχοσωματικά δε συμβαίνει κάτι ανάλογο. Η

υποστήριξη που δίδεται στα άτομα από τους συγγενείς και τους φίλους, τα προστατεύει από την ικανότητα του στρες να προκαλέσει συμπτώματα (Gannon, & Pardie, 1989). Η υποστήριξη στην κρίση, η αλληλεπίδραση με τη γειτονιά, η συμμετοχή στην κοινότητα, ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής επιδρούν στην εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Εντούτοις το αν θα παρουσιαστεί σχέση ανάμεσα στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και στα προβλήματα ψυχικής υγείας εξαρτάται από το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης. Από την άλλη η κοινωνική υποστήριξη εμφανίζει συσχέτιση με τα ψυχιατρικά συμπτώματα αλλά αυτή εξαρτάται από τα επίπεδα του στρες (Frydman, 1981).

Η σχέση στρες, ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης διερευνήθηκε με μια μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν 2616 άτομα, τα οποία χωρίστηκαν με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, που περιείχαν αναφορές σχετικά με την ψυχική υγεία, τη σωματική δραστηριότητα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε τρεις ομάδες. Η μια, εμφάνισε υψηλά επίπεδα στρες, αναποτελεσματική αντιμετώπιση και μειωμένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, η δεύτερη ομάδα παρουσίασε τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα ενώ η τρίτη, κάποια ενδιάμεσα ευρήματα. Οι τρεις αυτές ομάδες παρατηρήθηκαν και στους άντρες και στις γυναίκες, ωστόσο οι γυναίκες ήταν περισσότερες στην πρώτη ομάδα. Τα στρεσαρισμένα άτομα βρέθηκαν να έχουν υψηλά ποσοστά στρες, αποφευκτικής και παθητικής συμπεριφοράς αντιμετώπισης και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σε αντίθεση με τα μη στρεσαρισμένα που εμφάνισαν υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και ενεργητική συμπεριφορά αντιμετώπισης των προβλημάτων. Τα άτομα που κατατάχθηκαν στη στρεσαρισμένη ομάδα έδειξαν υψηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης, που βαθμιαία μειώνονται στην ενδιάμεση και στη μη στρεσαρισμένη ομάδα αντίστοιχα. Μάλιστα η ανάμιξη με αθλητικές δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο ήταν μειωμένες στην ομάδα υψηλού στρες. Τέλος παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερο στρες έχουν τα άτομα τόσο λιγότερη ενεργητική αντιμετώπιση χρησιμοποιούν για τα προβλήματά τους (Wijndaele et al., 2006).

Επιπλέον οι συμμετέχοντες σε μια έρευνα χωρίς υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις και με χαμηλή αυτοαντίληψη βρέθηκε να δηλώνουν συχνά ότι βιώνουν σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Μάλιστα όσοι έχουν λίγους ψυχοκοινωνικούς

πόρους είναι πιο ευάλωτοι στο στρες και στα προβλήματα διάθεσης όταν τα επίπεδα του στρες τους αυξάνονται, ακόμα και αν σε γενικές γραμμές έχουν λίγο στρες. Οι καθημερινές μικρές μάχες της ζωής οδηγούν σε μια εξασθένηση και χειροτέρευση την υγεία και τη διάθεση. Τα άτομα που δεν έχουν αυτοπεποίθηση και κοινωνική υποστήριξη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν θετική σχέση ανάμεσα στο στρες και στα σωματικά συμπτώματα αλλά και ανάμεσα στο στρες και στη φτωχή συναισθηματική διάθεση. Αξιοπρόσεκτο είναι το φαινόμενο ότι οι άνθρωποι που ανέφεραν τη μέρα της διεξαγωγής της έρευνας ότι αντιμετώπισαν πολλές δυσκολίες, παρουσίασαν την ίδια μέρα άσχημη διάθεση αλλά και την ίδια και την επόμενη πολλές σωματικές ενοχλήσεις (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988).

Σε έρευνα που έγινε από τους Christensen, Turner, Slaughter και Holman (1989) διαπιστώθηκε ότι χρόνια ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφροπάθειας και παρουσιάζουν σημαντική σωματική χειροτέρευση σχετική με την ασθένεια, εμφανίζουν παράλληλα και αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Μάλιστα η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλώνεται με ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα. Ιδιαίτερα όσοι χειροτερεύουν πολύ σωματικά αισθάνονται περισσότερο άγχος και κατάθλιψη όταν θεωρούν ότι οι δικοί τους άνθρωποι δεν τους στηρίζουν. Όταν αντίθετα ένας ασθενής δεν έχει πρόσθετα επιβαρυνόμενη σωματική υγεία τότε δεν τον αφορά τόσο το επίπεδο της υποστήριξης από την οικογένεια και δεν τον επηρεάζει ψυχολογικά. Ακόμα αποκαλύφθηκε μια οριακή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής υποστήριξης και της επίδρασης της ασθένειας, επειδή πολλοί ασθενείς με σημαντική επίδραση της ασθένειας αναφέρουν μικρότερη στήριξη από τους συγγενείς. Ίσως αυτό παρατηρείται γιατί οι πιο σωματικά καταβεβλημένοι ασθενείς είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται το κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον με πιο αρνητικό τρόπο.

Τέλος θα ήταν καλό να αναφερθεί και το εύρημα που αφορά στη συναισθηματική έκφραση και στο πόσο βαθύ είναι ένα τραύμα. Οι δυο αυτές μεταβλητές συνδέονται με τη μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών που πάσχουν από HIV/AIDS. Μάλιστα η σοβαρότητα των τραυματικών εμπειριών σχετίζεται με την ιατρική στήριξη, το στρες και την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται τα άτομα που ζουν με HIV/AIDS (O' Cleirigh, Ironson, Antoni, Fletcher, Balbin, Schneiderman, & Solomon, 2003).

6. Η επίδραση του φύλου και της ηλικίας στο στρες, στην ψυχική υγεία, στη χρήση ευχολογίας και κοινωνικής υποστήριξης σε χρόνια ασθενείς

Οι γυναίκες με άσθμα εμφανίζουν κάποια ψυχολογικά συμπτώματα και καταπόνηση σχετικά με την ασθένεια καθώς και κατάθλιψη. Αντίστοιχα οι άντρες με άσθμα παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κάποια στοιχεία κοινωνικής απομάκρυνσης. Στις χρόνια ασθενείς γυναίκες τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι πιο συγκεχυμένα και ευρεία ενώ στους άντρες πιο συγκεκριμένα και εντοπιζόμενα. Τέλος οι γυναίκες αντιδρούν στην ξαφνική παρουσία και διάγνωση της ασθένειας ενώ οι άντρες όταν αυτή χειροτερέψει και γίνει χρόνια (Tonv-Korshynska, Dew, Chopey, Spivak, & Lemko, 2001). Η έρευνα έδειξε ότι η χρόνια ασθένεια σε νεαρά άτομα οδηγεί αυτά σε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στους άντρες μόνο. Δηλαδή οι άντρες χρόνια ασθενείς παρουσιάζονται να είναι πιο καταθλιπτικοί από τις υγιείς αλλά και ασθενείς γυναίκες αντίστοιχα (Kiviruusu, Huurre, & Aro, in press). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Brezinka, Maes και Dusseldorp (2001), αφού παρατήρησαν πως οι γυναίκες μετά από ένα στεφανιαίο πρόβλημα δεν παρουσιάζουν πιο υψηλά επίπεδα ψυχολογικής χειροτέρευσης σε σχέση με τους άντρες. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες προσεγγίζουν τα κλινικά επίπεδα μόνο σε ορισμένες μεταβλητές σχετικές με την ψυχική χειροτέρευση, που ωστόσο είναι διαφορετικές ανάλογα με το φύλο. Οι γυναίκες εμφανίζουν κοινωνική απομάκρυνση, έντονη εξάντληση και άγχος ενώ οι άντρες περισσότερη κατάθλιψη, αγοραφοβία και εχθρότητα. Κάποιοι άλλοι ερευνητές που μελετούσαν τις διαφορές των δυο φύλων που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας κατέληξαν σε λίγο διαφορετικά συμπεράσματα όπως ότι οι γυναίκες ασθενείς με προβλήματα καρδιάς μετά από θρόμβωση εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για άγχος και κατάθλιψη τα δυο πρώτα χρόνια μαζί με μια μείωση των συμπτωμάτων. Από την άλλη πλευρά για τους άντρες ο κίνδυνος για κατάθλιψη παρουσιάστηκε αυξημένος δυο χρόνια μετά (Bjerkeset, Nordahl, Mykletun, Holmen, & Dahl, 2005).

Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη χρήση στρατηγικών που σχετίζονται με το συναίσθημα ενώ οι άντρες μεγαλύτερη αναστολή συναισθήματος. Επίσης οι γυναίκες τείνουν να χαρακτηρίζονται από περισσότερα σωματικά συμπτώματα και ψυχική καταπόνηση. Μάλιστα, υποφέρουν από περισσότερο στρες και στηρίζονται περισσότερο σε μεθόδους αντιμετώπισης που επικεντρώνονται στο συναίσθημα. Ακόμα

παρουσιάζουν περισσότερο καθημερινό στρες και πιο πολλά χρόνια προβλήματα. Ο αριθμός των γεγονότων ζωής που βιώνουν οι άντρες και οι γυναίκες δε διαφέρουν, ωστόσο αυτά επηρεάζουν τις γυναίκες περισσότερο και συνδέονται με προβλήματα υγείας. Οι γυναίκες στην έρευνα ανέφεραν ως πιο στρεσογόνα τα γεγονότα τα σχετικά με την οικογένεια και την υγεία κοντινών προσώπων ενώ οι άντρες τα γεγονότα τα σχετικά με την εργασία, τα οικονομικά και τις φιλικές και ερωτικές σχέσεις (Matud, 2004). Το ίδιο συμπέρασμα εξήγαγαν και οι Endler και Parker (1990), δηλαδή ότι οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά αντιμετώπιση επικεντρωμένη στο συναίσθημα ανάλογα με τους άντρες ενώ δεν έχει σημειωθεί αντίστοιχη διαφορά για τις μεθόδους που εστιάζονται στο έργο.

Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν ανάγκη περισσότερο από κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη. Αντίθετα οι άντρες με καρκίνο του προστάτη τείνουν να χρησιμοποιούν πολύ το διαδίκτυο προκειμένου να ανακαλύπτουν νέες πληροφορίες που αφορούν στην ασθένειά τους (Seale, Ziebland, & Charteris-Black, 2006). Τα δυο φύλα φαίνεται πως αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους σε παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Για τις γυναίκες είναι πολύ πιο σημαντικές οι κοινωνικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της υγείας ενώ για τους άντρες οι συμπεριφορικές (Denton, Prus & Walters, 2004). Αντίστοιχα προέκυψε πως οι άντρες τείνουν να κάνουν χρήση αλκοόλ και ουσιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα ενώ οι γυναίκες αναζητούν υποστήριξη (Simbayi, Kalichman, Strebel, Cloete, Henda, & Mqeketo, 2007). Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ βρέθηκε επιπλέον πως οι άντρες με σωματικά προβλήματα υγείας πίνουν περισσότερο ενώ οι γυναίκες με καλή ψυχική υγεία πίνουν λιγότερο. Ακόμα οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια καταναλώνουν λιγότερη ποσότητα αλκοόλ. Έτσι όσο πιο καλή σωματική υγεία εμφανίζει μια γυναίκα τόσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνει ενώ η καλύτερη συναισθηματική υγεία σχετίζεται με μειωμένη κατανάλωση (Green, Freeborn, & Polen, 2001). Είναι αξιόλογο το γεγονός ότι στην έρευνα των Ellaway και Macintyre (2007) βρέθηκε ότι η συμμετοχή των αντρών σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις σχετίζεται συχνά με καλύτερη ψυχική υγεία αλλά χειρότερη σωματική λειτουργικότητα.

Οι αρνητικές συζυγικές σχέσεις, όταν σε ένα ζευγάρι η γυναίκα ασθενεί από αρθρίτιδα, σχετίζονται με την ψυχολογία και των δυο συζύγων. Ωστόσο διαφορετικοί

παράγοντες προβλέπουν την ψυχική υγεία του κάθε συζύγου. Η χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας από μέρους της συζύγου, όπως οι κατηγορίες προς τον εαυτό και η ευχολογία, σχετιζόταν με φτωχότερη ρύθμιση του συζύγου. Είναι πιθανό οι άντρες να καταπονούνται όταν οι γυναίκες τους αναλώνονται σε αρνητικούς τρόπους αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας ή αλλιώς πιο καταθλιπτικοί και αγχωμένοι άντρες κατευθύνουν τις γυναίκες τους προς λιγότερο επικοδομητική αντιμετώπιση της ασθένειας (Manne & Zautra, 1990).

Σε μια άλλη πολύ πρόσφατη έρευνα, το 60 % του δείγματος, το οποίο περιλάμβανε άτομα μολυσμένα με τον ιό HIV, δεν είχε αναφέρει σε άλλους την ασθένειά του εξαιτίας του φόβου των αντιδράσεών τους. Μάλιστα οι άντρες ήταν πιο πιθανό να μην έχουν μιλήσει σε άλλα άτομα για τη χρόνια ασθένειά τους και να αισθάνονται περισσότερο υποκειμενικό στίγμα. Οι άντρες παρουσίασαν λιγότερη κατάθλιψη και λιγότερη αποδοχή κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τις γυναίκες (Simbayi, Kalichman, Strebel, Cloete, Henda, & Mqeketo, 2007).

Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από μυοσκελετικό πόνο, ο πόνος διαρκεί περισσότερο, είναι πιο συχνός και σύνθετος, επίσης τους παρουσιάζονται περισσότερα προβλήματα υγείας και περισσότερη ανικανότητα. Αντίθετα τα νεότερα άτομα βιώνουν πιο έντονο πόνο αλλά χρησιμοποιούν και ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Έτσι αποκαλύφθηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανικανότητα και περισσότερη χρήση παθητικών τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος (Soares, Sundin, & Grossi, 2004). Σε άλλη έρευνα παρατηρήθηκε ότι στις μεγάλες σε ηλικία γυναίκες με μυοσκελετικό πόνο, ο πόνος ήταν πιο επικρατών και εντοπιζόταν σε περισσότερα σημεία σε σχέση με τους μεγάλους σε ηλικία άντρες (Leveille, Zhang, McMullen, Kelly-Hayes, & Felson, 2005). Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι και αυτό το εύρημα που υποστηρίζει πως τα νεότερα άτομα με κάποιο πόνο χρησιμοποιούν την αντιμετώπιση που επικεντρώνεται στο πρόβλημα, όμως όσο η ηλικία αυξάνεται μειώνεται η χρήση αυτής της στρατηγικής και αυξάνεται η χρήση της μεθόδου που εστιάζεται στο συναίσθημα (Lachapelle & Hadjistavropoulos, 2005).

Παλιότερα δεδομένα αναδεικνύουν πως η πιο συνήθης ψυχιατρική διάγνωση σε ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και άνω είναι η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι πιο συχνά από την κλινική κατάθλιψη (Henderson & Kay, 1984

όπως παρατίθεται Bowling & Farquhar, 1991). Τέλος σε πολύ πρόσφατη έρευνα προέκυψε πως μετά την ηλικία των 70 ετών, παρατηρούνται αυξήσεις στα σωματικά συμπτώματα αλλά τα καταθλιπτικά παραμένουν σταθερά (Nguyen & Zonderman, 2007).

7. Ερωτήματα και υποθέσεις σχετικά με την έρευνα

Από τη συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να εξαχθεί κάποιο συμπέρασμα σχετικά με το επίπεδο του στρες και των ψυχολογικών δυσκολιών που βιώνουν άτομα που έχουν διαγνωστεί με μια σωματική ασθένεια, η οποία είναι μόνιμη και δεν μπορεί να θεραπευτεί οριστικά. Τα αποτελέσματα θα συνεισφέρουν και δεδομένα που αφορούν στο επίπεδο ευχολογίας και κοινωνικής υποστήριξης που χρησιμοποιούν τα ασθενή άτομα. Επιπλέον θα διερευνηθούν οι πιθανές σχέσεις μεταξύ του στρες, της ψυχικής υγείας, της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες. Θα επιχειρηθεί να ελεγχθεί αν το στρες μπορεί να μειωθεί με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η ευχολογία και η κοινωνική υποστήριξη αλλά και αν τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη χρήση των παραπάνω τεχνικών.

Μια πιθανή υπόθεση της έρευνας είναι ότι τα επίπεδα του στρες και της ψυχικής υγείας θα μειωθούν όταν οι χρόνια σωματικά ασθενείς δέχονται υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Μια δεύτερη υπόθεση είναι ότι η χρήση της ευχολογίας εκ μέρους των ασθενών θα οδηγεί σε χειρότερη ψυχική υγεία και υψηλότερο στρες. Τέλος, υπάρχει το ενδεχόμενο ότι όσοι ασθενείς παρουσιάζουν χειρότερη σωματική ποιότητα ζωής θα εμφανίζουν περισσότερο στρες, περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, θα επιδιώκουν περισσότερο τη χρήση της ευχολογίας και θα δέχονται λιγότερη κοινωνική υποστήριξη.

B' Μέρος

Μέθοδος

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά εβδομήντα πέντε άτομα (75), εκ των οποίων εικοσιέξι άντρες (34,7%) και σαρανταεννιά γυναίκες (65,3%). Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια, η οποία είχε εμφανιστεί τουλάχιστον ένα χρόνο πριν. Σχετικά με την ασθένεια, δυο άτομα έπασχαν από αλλεργία (2,7%), δυο άτομα από αναιμία (2,7%), δέκα άτομα από αρθρίτιδα (13,3%), πέντε άτομα από άσθμα (6,6%), ένα άτομο από κατάθλιψη (1,3%), ένα άτομο από δυσκοιλιότητα (1,3%), τρία άτομα από δισκοπάθεια (4,0%), δυο άτομα από έλκος (2,7%), πέντε άτομα από σακχαρώδη διαβήτη (8,0%), ένα άτομο είχε υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο (1,3%), δυο άτομα είχαν επιληψία (2,7%), ένα άτομο φλεβίτιδα (1,3%), ένα άτομο γυναικολογικά προβλήματα (1,3%), δυο άτομα ημικρανίες (2,7%), εννέα άτομα καρδιαγγειακά προβλήματα (14,7%), τρία άτομα έπασχαν από καρκίνο (3,9%), ένα άτομο από κώφωση (1,3%), ένα άτομο από νεφρική ανεπάρκεια (1,3%), πέντε άτομα από οστεοπόρωση (6,6%), πέντε άτομα από υψηλή αρτηριακή πίεση (6,6%), δυο άτομα από πνευμονολογικές παθήσεις (2,7%), δυο άτομα από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (2,7%), ένα άτομο από ρευματισμούς (1,3%), ένα άτομο από σπαστική κολίτιδα (1,3%), τρία άτομα από προβλήματα με το θυρεοειδή (4,0%) και ένα από χοληστερόλη (1,3%). Τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο δείγμα παρουσιάζουν ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (14,7%), η αρθρίτιδα (13,3%), ο σακχαρώδης διαβήτης (8,0%), η αρτηριακή πίεση (6,6%) και το άσθμα (6,6%).

Σχετικά με την εκπαίδευση, πέντε άτομα είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού (6,7%), εικοσιπέντε άτομα ήταν απόφοιτοι του δημοτικού (33,3%), δέκα άτομα είχαν τελειώσει το τριτάξιο γυμνάσιο (13,3%), οκτώ άτομα το λύκειο (10,7%), τέσσερα άτομα ανάλογες σχολές (5,3%) ενώ σε ότι αφορά στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, οκτώ συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (10,7%), έντεκα απόφοιτοι ΑΕΙ (14,7%) και τέσσερις είχαν λάβει μεταπτυχιακό δίπλωμα (5,3%). Σχετικά με το επάγγελμα, εμφανίζεται στο δείγμα μια ποικιλία απασχολήσεων αλλά με μεγαλύτερη

συχνότητα τα οικιακά (22 άτομα ή 29,3%), ενώ ακόμα συμμετέχουν δυο δικηγόροι (2,7%), δυο αγρότες (2,7%), μία αισθητικός (1,3%), ένας εφοριακός (1,3%), ένας έμπορος (1,3%), δυο ελεύθεροι επαγγελματίες (2,7%), ένας ηλεκτρολόγος (1,3%), ένας γιατρός (1,3%), τρεις εκπαιδευτικοί (4,0%), ένας ξυλουργός (1,3%), ένας λογιστής (1,3%), μία μαία (1,3%), ένας μεταφορέας (1,3%), δυο μηχανικοί (2,7%), ένας νοσηλεύτης (1,3%), δυο πωλητές (2,7%), δεκαπέντε συνταξιούχοι (20,0%), ένας ταχυδρόμος (1,3%), ένας βοσκός (1,3%) και δώδεκα υπάλληλοι του ιδιωτικού και του δημοσίου (15,0%). Τα πιο συχνά παρουσιαζόμενα επαγγέλματα βρέθηκαν να είναι τα οικιακά (29,3%) και οι υπάλληλοι (15,0%) ενώ πολλοί είναι και οι συνταξιούχοι (20,0%).

Τέλος σε ότι αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, δηλαδή οι πενήντα (66,7%), έντεκα ήταν άγαμοι (14,7%), εννέα χήροι (12,0%), τέσσερις διαζευγμένοι (5,3%) και ένας σε διάσταση (1,3%) ενώ δεν υπήρχε κάποιος που να συζούσε με το/η σύντροφό του. Οι χρόνια ασθενείς ποίκιλλαν επίσης και ως προς τη διάρκεια της ασθένειας τους, η οποία κυμαινόταν από ένα έως και τριανταεπτά έτη, με μέσο όρο τα 10,7 έτη.

Ψυχομετρικά εργαλεία

Πρώτα χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες η Κλίμακα Αντιμετώπισης των Τραυματισμών και των Προβλημάτων (CHIP, Ερωτηματολόγιο Α' που παρατίθεται στο παράρτημα Α), το οποίο έχει προσαρμοστεί στα Ελληνικά και μετρά τέσσερις πλευρές της αντιμετώπισης για προβλήματα υγείας (απόσπαση, μετριασμό, υλική και συναισθηματική αντιμετώπιση). Αποτελείται από 32 προτάσεις και οι απαντήσεις δίνονται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ). Οι προτάσεις χωρίζονται σε αυτές που αφορούν στις στρατηγικές επίλυσης προβλήματος, στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, στην αποφυγή αντιμετώπισης, στην ευχολογία και στην κοινωνική υποστήριξη. Η ευχολογία αποτιμάται με τις προτάσεις 1, 9, 20 και 24 που έχουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0.73. Η κοινωνική υποστήριξη από την άλλη μετράται με τις προτάσεις 5, 13 και 25 του ερωτηματολογίου

που εμφανίζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0.69 (Endler, Parker & Summerfeldt, 1998).

Η ψυχική υγεία αποτιμήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ερωτηματολόγιο Γ' που παρατίθεται στο παράρτημα Α) που αποτελείται από δώδεκα προτάσεις και το οποίο έχει προσαρμοστεί στα Ελληνικά (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos, & Karastergiou, 1990). Το ερωτηματολόγιο αυτό διακρίνεται για το μεγάλο βαθμό εγκυρότητάς του και παρέχει μια σφαιρική εικόνα για την ψυχολογική υγεία. Περιλαμβάνει δώδεκα προτάσεις, όπως 'νιώθατε ό,τι είστε συνεχώς κάτω από πίεση', 'νιώθατε ό,τι δε μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας', οι οποίες αθροίζονται και προκύπτει το τελικό αποτέλεσμα. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α είναι 0.92. Γενικότερα, τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερα συμπτώματα.

Τέλος, χορηγήθηκε το Ερωτηματολόγιο που μετρούσε το Στρες της Ζωής (Ερωτηματολόγιο Στ' που παρατίθεται στο παράρτημα Α) ζητώντας από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν το στρες που βιώνουν από οκτώ πιθανές πηγές (σύντροφος, οικογένεια, προσωπική ζωή, απασχόληση, οικονομικά, υγεία κάποιου κοντινού προσώπου, κοινωνικές σχέσεις και συνθήκες ζωής) κατά τη διάρκεια των προηγούμενων εβδομάδων. Οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν το βαθμό στον οποίο κάποια από τις οκτώ πηγές τους προκάλεσε στρες με μια τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Η κλίμακα παίρνει τιμές από το 1 (καθόλου στρες) έως το 4 (υψηλό στρες). Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου Cronbach α είναι 0.69.

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

Γ' Μέρος

Αποτελέσματα

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών του στρες, της ψυχικής υγείας, της ευχολογίας, της κοινωνικής υποστήριξης και της σωματικής ποιότητας ζωής. Από τα ευρήματα με τη χρήση του δείκτη Pearson r (πίνακας 1 που παρατίθεται στο Παράρτημα Β), προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές τιμές μεταξύ του στρες και της ψυχικής υγείας ($r = 0.406$, $p < 0.01$), μεταξύ του στρες και της ευχολογίας ($r = 0.258$, $p < 0.05$) αλλά και μεταξύ του στρες και της σωματικής ποιότητας ζωής ($r = 0.419$, $p < 0.01$) ενώ δε βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του στρες και της κοινωνικής υποστήριξης ($r = -0.226$, $p > 0.05$). Από τη συσχέτιση βρέθηκαν ακόμα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μεταξύ της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής υποστήριξης ($r = -0.263$, $p < 0.05$) καθώς και μεταξύ της ψυχικής υγείας και της σωματικής ποιότητας ζωής ($r = 0.494$, $p < 0.001$). Στη συνέχεια παρατηρήθηκε ότι δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές τιμές μεταξύ της μεταβλητής ευχολογίας και των υπολοίπων μεταβλητών εκτός του στρες ($r = 0.258$, $p < 0.05$). Δηλαδή δεν αποκαλύφθηκε στατιστικά σημαντική τιμή μεταξύ ευχολογίας και ψυχικής υγείας ($r = 0.013$, $p > 0.05$), μεταξύ της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης ($r = 0.107$, $p > 0.05$), μεταξύ της ευχολογίας και της σωματικής ποιότητας ζωής ($r = 0.127$, $p > 0.05$) αλλά και ανάμεσα στις μεταβλητές της σωματικής ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης ($r = -0.200$, $p > 0.05$).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι το στρες, η ψυχική υγεία, η ευχολογία και η κοινωνική υποστήριξη ενώ η εξαρτημένη είναι η σωματική ποιότητα ζωής. Ο συντελεστής συσχέτισης ($R = 0.528$), που φαίνεται στον πίνακα 2 (παρατίθεται στο Παράρτημα Β), δείχνει τη συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και στις προβλεπόμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο συντελεστής προσδιορισμού ($R^2 = 0.278$ ή 27,8 %) ερμηνεύει το κατά πόσο η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής οφείλεται στις ανεξάρτητες. Το αποτέλεσμα του πίνακα 3 (παρατίθεται στο Παράρτημα Β) ήταν στατιστικά σημαντικό ($F(4, 60) = 5.784$, $p < 0.1$), οπότε υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 4 που παρατίθεται στο Παράρτημα Β) όμως φαίνεται ότι συγκεκριμένα η ευχολογία ($t = 0.566$, $p > 0.05$) και η κοινωνική

υποστήριξη ($t = -0.090$, $p > 0.05$) δε συνεισφέρουν στο παραπάνω ποσοστό και συγκεκριμένα δεν προβλέπουν τη σωματική ποιότητα ζωής αφού δε φτάνουν σε τιμές στατιστικής σημαντικότητας. Αντίθετα το στρες ($t = 2.007$, $p < 0.05$) και η ψυχική υγεία ($t = 2.839$, $p < 0.05$) παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη σωματική ποιότητα ζωής. Δηλαδή οι μεταβλητές, στρες και ψυχική υγεία προβλέπουν κατά 27,8 % τη σωματική ποιότητα ζωής ή αλλιώς ότι το 27,8 % της διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής εξηγείται από τις μεταβλητές του στρες και της ψυχικής υγείας.

Μετά πραγματοποιήθηκε μερική συσχέτιση (πίνακας 5 παρατίθεται στο Παράρτημα Β) για τις μεταβλητές του στρες, της ψυχικής υγείας και της σωματικής ποιότητας ζωής. Με τη βοήθεια αυτής της επεξεργασίας των δεδομένων δύναται να παρατηρηθεί αν η απάλειψη της γραμμικής επίδρασης των μεταβλητών που σχετίζονται με την αντιμετώπιση, δηλαδή της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης, επηρεάζει τις υπόλοιπες τρεις μεταβλητές. Η προσαρμογή των παραγόντων αντιμετώπισης άλλαξε πολύ λίγο τη σχέση μεταξύ της σωματικής ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας, που συνεχίζει όμως να είναι στατιστικά σημαντική ($r = 0.441$, $p < 0.001$). Επιπλέον, η σταθεροποίηση των δυο παραγόντων άλλαξε λίγο τη σχέση του στρες και της σωματικής λειτουργικότητας αλλά ακόμα είναι στατιστικά σημαντική ($r = 0.379$, $p < 0.05$). Τέλος η προσαρμογή της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης επηρέασε μόνο λίγο τη σχέση στρες και ψυχικής υγείας, η οποία ακόμα παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα ($r = 0.389$, $p < 0.05$). Έτσι λοιπόν προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι μεταβλητές της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις συσχετίσεις της σωματικής ποιότητας ζωής με την ψυχική υγεία και με το στρες αλλά ούτε τη σχέση ανάμεσα στο στρες και την ψυχική υγεία.

Τέλος, διερευνήθηκε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα ως προς τις μεταβλητές του στρες, της ψυχικής υγείας, της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης με τη χρήση του t-test (πίνακες 6,7 παρατίθεται στο Παράρτημα Β). Όσον αφορά στο στρες ($F = 0.772$, $p > 0.05$), προκύπτουν ίσες διακυμάνσεις για τους άντρες και τις γυναίκες. Ο μέσος όρος των τιμών του στρες για τους άντρες ($M = 14.875$, $SD = 5.456$) δεν είναι σημαντικά μικρότερος ($t(63) = -0.765$, $p > 0.05$) από αυτόν του στρες για τις γυναίκες ($M = 15,976$, $SD = 5.672$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της

διαφοράς κυμαίνεται από -3,974 έως 1,773, περιέχει το μηδέν οπότε η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Σε ότι αφορά στη μεταβλητή της σωματικής υγείας, ισχύει η υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά και οι διακυμάνσεις είναι ίδιες ($F = 0.093$, $p > 0.05$). Ο μέσος όρος των τιμών της σωματικής ποιότητας ζωής για τους άνδρες ($M = 7.385$, $SD = 1.651$) δεν είναι σημαντικά μικρότερος ($t(73) = -0.516$, $p > 0.05$) από αυτόν για τη σωματική ποιότητα ζωής στις γυναίκες ($M = 7.592$, $SD = 1.657$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς ως προς τη σωματική υγεία είναι μεταξύ -1.008 και 0.553, περιέχει το μηδέν, οπότε η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα για τον παράγοντα της ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι υπάρχει ίση διασπορά ($F = 0.178$, $p > 0.05$) και έτσι ακολουθεί ο έλεγχος t για ίδιες διακυμάνσεις. Ο μέσος όρος των τιμών για την ψυχική υγεία στις γυναίκες ($M = 24.939$, $SD = 4.293$) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(73) = -1.118$, $p > 0.05$) από των αντρών ($M = 23.654$, $SD = 5.491$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς των δυο φύλων ως προς την ψυχική υγεία κυμαίνεται από -3.576 έως 1.006.

Η προτελευταία μεταβλητή του πίνακα είναι η ευχολογία. Γίνεται δεκτή η υπόθεση ότι τα δυο φύλα έχουν ίση διασπορά ($F = 3.862$, $p > 0.05$) και έτσι χρησιμοποιείται ο έλεγχος t για ίσες διασπορές. Μάλιστα ο μέσος όρος των τιμών της ευχολογίας για τους άντρες ($M = 15.115$, $SD = 3.241$) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(73) = 0.168$, $p > 0.05$) από εκείνο των γυναικών ($M = 15.000$, $SD = 2.598$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς κυμαίνεται από -1.255 έως 1.486 και περιέχει το μηδέν άρα η διαφορά δεν είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %.

Τέλος σειρά έχει η μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης, όπου τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι διακυμάνσεις είναι ίδιες ($F = 0.012$, $p > 0.05$), οπότε εν συνεχεία εφαρμόζεται ο έλεγχος t για ίσες διακυμάνσεις. Ο μέσος όρος των τιμών της κοινωνικής υποστήριξης για τους άντρες ($M = 11.500$, $SD = 2.083$) δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t(72) = 0.502$, $p > 0.05$) από εκείνο των γυναικών ($M = 11.229$, $SD = 2.281$). Το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % της διαφοράς είναι ανάμεσα στο -0.804 και στο 1.346, περιέχει το μηδέν και αυτό συνεπάγεται ότι η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5 %.

Δ' Μέρος

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθεί η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο στρες, στην ψυχική υγεία, στην ευχολογία και στην κοινωνική υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Έτσι, διερευνήθηκαν με τη βοήθεια ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς τα επίπεδα του στρες, της ψυχικής υγείας, της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης που βιώνουν άτομα που έχουν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια.

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, φανερώνει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο στρες και στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Επίσης στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε και ανάμεσα στο στρες και στη σωματική ποιότητα ζωής. Όσο αυξάνονται τα επίπεδα του στρες τόσο αυξάνονται τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα αλλά και το αντίστροφο. Έτσι όσο αυξάνονται τα σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα, αυξάνει και το στρες του ασθενούς. Τα ευρήματα αυτά ήταν αναμενόμενα, γιατί όπως προκύπτει και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στο πρώτο μέρος της εργασίας, το στρες στα άτομα με χρόνια ασθένεια όπως η ψωρίαση, οδηγεί σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Συνέβαινε μάλιστα να μειώνεται η ψυχική τους ευεξία όταν θεωρούσαν το στρες ως την αιτία της ασθένειάς τους. Επιπλέον, όταν η σωματική υγεία χειροτερεύει αυξάνεται η ψυχολογική καταπόνηση του ατόμου (O'Leary et al., 2004). Σε άλλη όμως περίπτωση παρατηρήθηκε ότι το στρες σχετίζεται με τα συναισθηματικά προβλήματα του ατόμου αλλά όχι με τα σωματικά (Curtis et al., 2004). Συμπερασματικά από τις προκείμενες απαντήσεις των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και συμμετείχαν στην έρευνα φάνηκε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα είναι σημαντικό κομμάτι της ζωής των ασθενών και οπότε είναι αναμενόμενο να επιβαρύνουν την υγεία τους γενικότερα.

Ακόμα προέκυψε σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας και σε αυτή της σωματικής ποιότητας ζωής. Μάλιστα όσο αυξάνουν τα προβλήματα σωματικής λειτουργικότητας αυξάνουν και τα ψυχικά προβλήματα του ασθενούς με χρόνια προβλήματα υγείας. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα φαίνεται να στηρίζουν τα ευρήματα αυτά αφού παρατηρήθηκε πως γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών και ανέφεραν αυξημένα επίπεδα σωματικής χειροτέρευσης,

ένιωθαν ότι ελέγχουν λιγότερο την ασθένεια και τις συνέπειες της και αυτό τις οδηγούσε σε ψυχολογική καταπόνηση (Norton et al., 2005).

Επίσης παρατηρήθηκε από τα αποτελέσματα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχικής υγείας καθώς και ανάμεσα στο στρες και στην ευχολογία. Έτσι λοιπόν, όσο αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται ένας χρόνια ασθενής τόσο μειώνονται τα τυχόν προβλήματα ψυχικής υγείας του. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως η υπεροχή, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τείνουν να καταπραΰνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι συνέπεια της ασθένειας (Penninx et al., 1997). Ενδεχόμενα πάλι, όσο αυξάνουν τα ψυχικά συμπτώματα μπορεί να μειώνονται τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης που παρέχονται. Κάτι αντίστοιχο υποστηρίζεται και από τους ερευνητές Gannon και Pardie (1989), οι οποίοι επισημαίνουν ότι υψηλότερα επίπεδα της διαθέσιμης υποστηρικτικής συμπεριφοράς σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε άντρες και σε γυναίκες. Ακόμα προέκυψε από την παρούσα έρευνα πως όσο αυξάνουν τα επίπεδα του στρες τόσο αυξάνει η χρήση ευχολογίας από τους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα άτομα που είναι στρεσαρισμένα τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο μεθόδους αντιμετώπισης του στρες που σχετίζονται με το συναίσθημα (Endler & Parker, 1990).

Αντίθετα, δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές τιμές στις υπόλοιπες συσχετίσεις. Μελετήθηκε η σχέση μεταξύ στρες και κοινωνικής υποστήριξης και μεταξύ σωματικής ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης αλλά δε φάνηκε η κοινωνική υποστήριξη στη συγκεκριμένη έρευνα να παρουσιάζει επίδραση στις παραπάνω δυο μεταβλητές. Σε ότι αφορά στη μη εύρεση σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και στη σωματική υγεία τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία δεν είναι τόσο σταθερά. Από τη μια πλευρά, οι χρόνια ασθενείς που παρουσιάζουν καλές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι πιθανό να ανταποκρίνονται πιο θετικά στην ασθένεια τους (Taylor, 1999). Από την άλλη, έχει παρατηρηθεί πως οι χρόνια ασθενείς δέχονται συνήθως λιγότερη συναισθηματική υποστήριξη ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν προβλήματα λειτουργικότητας (Fyrand et al., 2002).

Ανάλογο μη στατιστικά σημαντικό εύρημα παρουσιάστηκε και στις συσχετίσεις ανάμεσα στην ευχολογία και την ψυχική υγεία, στην ευχολογία και τη σωματική

ποιότητα ζωής και στην ευχολογία και την κοινωνική υποστήριξη. Αυτό σημαίνει, ότι η ευχολογία δεν επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα ψυχικής, σωματικής λειτουργικότητας ή κοινωνικής υποστήριξης. Σε αντίθεση με τα ευρήματα, υπάρχει η άποψη πως η ευχολογία συνδέεται με την ψυχική υγεία αλλά η σχέση της με τη σωματική υγεία χρειάζεται και άλλη διερεύνηση (Penley et al., 2002). Εντούτοις η ευχολογία έχει βρεθεί σε άλλη έρευνα πως επηρεάζει αρνητικά τη σωματική υγεία (Felton & Revenson, 1984).

Μετά πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, από την οποία προέκυψε ότι το στρες και η ψυχική υγεία προβλέπουν τη σωματική ποιότητα ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι η αύξηση των επιπέδων του στρες και των ψυχολογικών προβλημάτων οδηγεί σε σωματική χειροτέρευση ένα χρόνια ασθενή. Η βιβλιογραφία δίνει αντίστοιχα με αυτά τα αποτελέσματα, δεδομένα. Έτσι δύναται ένας ασθενής να αναπτύξει μετατραυματική διαταραχή άγχους εξαιτίας της χρόνιας σωματικής ασθένειάς του (Tedstone & Tarrier, 2003). Επίσης στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η ευχολογία δε σχετίζονται με τα σωματικά προβλήματα λειτουργικότητας. Τέλος, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η ευχολογία δεν μπορεί να εμποδίσει μια ασθένεια να γίνει χρόνια (Van Tilburg et al., 1999).

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε στα δεδομένα ανάλυση μερικής συσχέτισης, κατά την οποία απαλείφθηκε η γραμμική επίδραση των μεταβλητών της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης. Επηρεάστηκε λίγο η σχέση του στρες με την ψυχική υγεία και τη σωματική ποιότητα ζωής αντίστοιχα και ακόμα πιο λίγο η σχέση των δυο τελευταίων μεταξύ τους, οι σχέσεις όμως συνεχίζουν να είναι στατιστικά σημαντικές. Σε αυτή την ανάλυση παρουσιάστηκε μη στατιστικά σημαντική αλλαγή στις συσχετίσεις, γεγονός που εξηγεί ότι η κοινωνική υποστήριξη και η ευχολογία δεν επηρεάζουν τις σχέσεις των παραπάνω τριών μεταβλητών. Έτσι όσο αυξάνουν τα επίπεδα του στρες χειροτερεύουν τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής λειτουργικότητας και το αντίστροφο αλλά και όσο αυξάνουν τα ψυχολογικά συμπτώματα αυξάνουν και τα σωματικά και το αντίστροφο. Το σημαντικό συμπέρασμα όμως από αυτή τη στατιστική ανάλυση είναι ότι είτε ο ασθενής χρησιμοποιεί τις δυο στρατηγικές αντιμετώπισης είτε όχι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη γενικότερη κατάστασή του. Σε συνδυασμό μάλιστα με τα αποτελέσματα των συσχετίσεων, οι δυο μέθοδοι αντιμετώπισης, η ευχολογία και η κοινωνική υποστήριξη, σχετίζονται ίσως περισσότερο με τα ψυχικά προβλήματα παρά με τα σωματικά. Η

ευχολογία από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι κάποιες φορές συνδέεται περισσότερο με την ψυχική υγεία (Penley et al., 2002). Μάλιστα κάποιοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη ή η απουσία μιας ψυχικής διαταραχής πιθανόν να είναι πιο στενά συνδεδεμένη με τη μέθοδο αντιμετώπισης παρά με τα σωματικά συμπτώματα (Vitaliano et al., 1989). Η κοινωνική υποστήριξη με βάση κάποια δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετίζεται εξίσου με τα σωματικά και τα ψυχικά προβλήματα ενός ατόμου που πάσχει από χρόνια ασθένεια, κάτι που δεν επαληθεύεται από τα ευρήματα. Η έρευνα των Ashton et al. (2005) που περιλάμβανε άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS, αποκάλυψε ότι όσο πιο ικανοποιημένα είναι από την υποστήριξη που τους προσφέρεται τόσο λιγότερα σωματικά συμπτώματα σχετικά με την ασθένειά τους παρουσιάζουν τον επόμενο χρόνο. Επιπλέον οι πάσχοντες που δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη εμφανίζουν λιγότερη συναισθηματική καταπόνηση (Kalichman et al., 2003).

Τέλος χρησιμοποιήθηκε το t-test για να βρεθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα στις μεταβλητές του στρες, της ψυχικής υγείας, της σωματικής ποιότητας ζωής, της κοινωνικής υποστήριξης και της ευχολογίας στα δυο φύλα. Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες – ασθενείς παρουσιάζουν περισσότερο στρες, περισσότερα ψυχικά προβλήματα και χειρότερη σωματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους άντρες αλλά ωστόσο οι διαφορές δεν προσέγγισαν επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Επίσης οι γυναίκες – ασθενείς επέδειξαν λιγότερη χρήση ευχολογίας και λιγότερη αποδοχή της κοινωνικής υποστήριξης από τους άντρες, χωρίς οι διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές. Άρα, το συμπέρασμα είναι ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των δυο φύλων ως προς τις τέσσερις εξεταζόμενες μεταβλητές. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ως προς το θέμα της διαφοράς των δυο φύλων, δίνει στοιχεία όπως ότι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση με μπαλονάκι δεν παρουσιάστηκαν περισσότερο καταπονημένες από τους άντρες σε κανένα τομέα σχετικό με την προσαρμογή (Ladwig et al., 2000). Αντίθετα με την προηγούμενη έρευνα, σε μια άλλη των Brezinka et al. (2001), οι γυναίκες παρουσίασαν κοινωνική απομάκρυνση, έντονη εξάντληση και άγχος ενώ οι άντρες περισσότερη κατάθλιψη, αγοραφοβία και εχθρότητα. Υπάρχουν όμως και αποτελέσματα διαφορετικά, όπως το γεγονός ότι σε μια έρευνα οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη χρήση στρατηγικών που σχετίζονται με το συναίσθημα, περισσότερα

σωματικά συμπτώματα, περισσότερη ψυχική καταπόνηση, περισσότερο στρες και πιο πολλά χρόνια προβλήματα υγείας (Matud, 2004).

Σε αυτό το σημείο, αφού παρουσιάστηκαν τα συμπεράσματα είναι απαραίτητο να αναφερθούν και κάποιοι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν την παρούσα έρευνα. Αρχικά, πρέπει να τονιστεί ότι το δείγμα της έρευνας ήταν σχετικά μικρό ($N = 75$ άτομα) και η αναλογία αντρών και γυναικών ήταν 26 προς 49 αντίστοιχα. Οι γυναίκες ήταν πιο προσιτές και δεκτικές στο να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από ότι οι άντρες που συνήθως αρνούνταν. Συνεπώς το μέγεθος του δείγματος μπορεί να οδηγήσει σε στατιστικά σφάλματα, γιατί ενδεχομένως κατά την ανάλυση των δεδομένων μπορεί να εμφανίστηκαν διαφορές ή συσχετίσεις που δεν υπάρχουν μεταξύ μεταβλητών ή να μην παρατηρήθηκαν εκεί όπου υπάρχουν. Η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να διασφαλίσει την πληρέστερη μελέτη και κατανόηση των ερευνόμενων μεταβλητών.

Ακόμα, τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στις υποκειμενικές αναφορές των συμμετεχόντων. Οπότε επιχειρείται μια αξιολόγηση των εξεταζόμενων μεταβλητών με βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων και όχι κάποιου άλλου προσώπου που θα χαρακτηριζόταν πιθανώς από μεγαλύτερη αντικειμενικότητα. Εξάλλου υπάρχει και η περίπτωση, επειδή στην πλειοψηφία των χορηγήσεων τα υποκείμενα δε διάβαζαν μόνα τους τα ερωτηματολόγια, να απέφευγαν να εκφράσουν με απόλυτη ειλικρίνεια τις πεποιθήσεις τους λόγω ντροπής ή άλλων αιτιών.

Ένας πρόσθετος περιορισμός είναι ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας, άρα το δείγμα δε θεωρείται τόσο αντιπροσωπευτικό. Ένα μέρος των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε στο Β΄ ΚΑΠΗ του νομού Ρεθύμνης. Κάποιες ερωτήσεις μάλιστα πιθανόν να μη γίνονταν απολύτως αντιληπτές από τα υποκείμενα ακόμα και μετά από τις απαραίτητες διευκρινίσεις, ιδιαίτερα αφού τα τριάντα από τα εβδομήντα πέντε άτομα του δείγματος είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού ή ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Οι χρόνιες ασθένειες από τις οποίες έπασχαν οι συμμετέχοντες κυμαίνονταν από λίγο σοβαρές έως πολύ σοβαρές. Υπήρχαν άτομα που έπασχαν από ασθένειες, όπως αλλεργίες και άλλα που παρουσίαζαν σοβαρά καρδιαγγειακά προβλήματα. Η μη διαφοροποίηση των συμμετεχόντων ως προς τη σοβαρότητα της ασθένειας τους και της

απειλής που αυτή επιφέρει για τη ζωή μπορεί να επηρέασε τα ευρήματα της έρευνας. Επιπλέον παρουσιάστηκαν διαφοροποιήσεις ως προς τη διάρκεια της ασθένειας. Το τελευταίο μπορεί να σχετίζεται με τις αντιλήψεις που είχαν για την υγεία και την ασθένεια. Εντούτοις δεν είναι τόσο πιθανό ότι αυτό το γεγονός επηρέασε με κάποιο τρόπο τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι περιορισμοί που αναφέρθηκαν παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την περαιτέρω μελέτη του θέματος, καθώς η εξάλειψή τους πιθανά να οδηγήσει στην εύρεση αποτελεσμάτων με μεγαλύτερη αξιοπιστία.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση σχετίζεται με την ψυχική υγεία του ατόμου με χρόνια ασθένεια αλλά όχι όμως με τη σωματική του υγεία. Ειδικότερα, δηλαδή η αντιμετώπιση παρουσιάζει συσχέτιση με το στρες και την ψυχική υγεία. Ανακεφαλαιώνοντας, το στρες σχετίζεται με την ψυχική υγεία, τη σωματική ποιότητα ζωής και την ευχολογία ενώ η ψυχική υγεία εμφανίζει σχέση με το στρες, τη σωματική λειτουργικότητα και την κοινωνική υποστήριξη. Τέλος η σωματική υγεία είναι σχετική με το στρες και την ψυχική υγεία αλλά όχι με τις δυο συγκεκριμένες μεταβλητές της αντιμετώπισης, την ευχολογία και την κοινωνική υποστήριξη. Επίσης φαίνεται πως η χρήση ευχολογίας δε σχετίζεται ούτε με τη σωματική αλλά ούτε και με την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Αντίθετα η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με τα ψυχολογικά και όχι με τα σωματικά προβλήματα. Η ευχολογία πιθανότατα επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενούς αφού αυξάνει το στρες του. Έτσι δύναται να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι το στρες επηρεάζει άμεσα την ψυχική και σωματική λειτουργικότητα ενός ασθενούς με χρόνια προβλήματα αλλά και τη χρήση της ευχολογίας κι έμμεσα την κοινωνική υποστήριξη (όχι άμεσα γιατί δε βρέθηκε συσχέτιση), η οποία σχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία. Δηλαδή φαίνεται ότι όσο αυξάνει το στρες του ασθενούς τόσο χειροτερεύουν τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματά του, οπότε τείνει να χρησιμοποιεί πιο πολύ την ευχολογία ενώ εξαιτίας των ψυχικών προβλημάτων του δε δέχεται την απαιτούμενη κοινωνική υποστήριξη. Οι υποθέσεις που διατυπώθηκαν στο Α' μέρος επιβεβαιώνονται πλήρως από τα αποτελέσματα. Τέλος, δεν υπάρχει διαφορά των δυο φύλων ως προς καμιά μεταβλητή και αυτό ίσως ερμηνεύεται από το γεγονός ότι όσο αυξάνει η ηλικία οι διαφορές των δυο φύλων γενικότερα εξομαλύνονται.

Επίλογος

Οι χρόνιες ασθένειες δε θεραπεύονται οριστικά και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να στηρίζονται οι ασθενείς, να τους προσφέρεται ιδιαίτερη φροντίδα και βοήθεια ώστε τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής τους να είναι λειτουργικοί και να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα πρόσφατα επιτεύγματα της ιατρικής είναι αξιόλογα και αναμένονται ακόμα περισσότερα στο μέλλον. Ωστόσο μόνο οι ιατρικές παρεμβάσεις δεν προσφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να σημειωθεί και η σημασία της συμβολής των ψυχολόγων, οι οποίοι στοχεύουν στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών δυσκολιών, ατόμων που έχουν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητο να συμπληρώνουν τις ιατρικές προκειμένου να βελτιωθεί το τελικό αποτέλεσμα και να επιτευχθεί ο πιο σημαντικός στόχος που είναι η διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών ατόμων.

Οι ψυχολόγοι πρώτιστα μπορούν να στραφούν προς την αναγνώριση των ασθενών εκείνων που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες, ώστε να επιχειρήσουν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να διαχειρίζονται το στρες τους αλλά και να προσαρμόζονται στα στρεσογόνα γεγονότα ή καταστάσεις. Εξάλλου από τα ευρήματα προέκυψε ότι το στρες σχετίζεται με την ψυχική, τη σωματική υγεία και με τη χρήση της ευχολογίας στους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας. Η ευχολογία δε θεωρείται αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων και η χρήση της από χρόνια ασθενείς θα ήταν καλό να αντικατασταθεί από κάποια άλλη πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης. Προκειμένου λοιπόν να μειωθούν οι αρνητικές επιπτώσεις του στρες μπορεί ο ψυχολόγος να εκπαιδεύσει τον ασθενή σε στρατηγικές αποτελεσματικής αντιμετώπισης και διαχείρισης του στρες. Επιπλέον μπορεί να επέμβει με στόχο να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ψυχολογικές δυσκολίες αυτής της ομάδας ατόμων που σχετίζονται με τα σωματικά τους συμπτώματα. Οι χρόνια ασθενείς συνίσταται να ενθαρρύνονται να διευρύνουν το κοινωνικό τους δίκτυο και να αυξάνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται καλύτερα την κατάστασή τους. Εξάλλου από την έρευνα προέκυψε ότι η χρήση κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με την ψυχική υγεία των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με χρόνια προβλήματα υγείας. Επιπλέον, η συστηματική βοήθεια και στήριξη αυτών των ασθενών από ένα ειδικό θα τους βοηθήσει να μειώσουν το στρες τους, τα ενδεχόμενα ψυχολογικά τους προβλήματα,

να βελτιώσουν τη σωματική τους λειτουργικότητα, να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης της κατάστασής τους αλλά και να αυξήσουν το μέγεθος της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και των υπαρχόντων κοινωνικών πόρων αντίστοιχα. Η συμβολή λοιπόν του ψυχολόγου δύναται να είναι καθοριστική για την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας αλλά και της συνακόλουθης λειτουργικότητας του ατόμου.

Στο μέλλον θα μπορούσε να οργανωθεί και να εφαρμοστεί μια έρευνα που να αφορά σε χρόνια σωματικά ασθενείς αλλά και ψυχικά ασθενείς με στόχο τη σύγκριση τους ως προς διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και πως αυτοί επηρεάζουν την εξέλιξη της ασθένειας. Οι δυο ομάδες προτείνεται να είναι εξισωμένες ως προς κάποια χαρακτηριστικά, όπως τα δημογραφικά. Στο παρελθόν έχουν διεξαχθεί έρευνες με ανάλογα θέματα αλλά δεν έχουν εξεταστεί ταυτόχρονα το στρες, τα ψυχικά προβλήματα, η ευχολογία, η κοινωνική υποστήριξη και η σωματική ποιότητα ζωής και πως όλες αυτές οι μεταβλητές σχετίζονται με την πρότερη, την παρούσα και τη μέλλουσα κατάσταση της υγείας των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια αλλά και πως συμβάλλουν στην ποιότητα της ζωής τους. Οι ψυχολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου πριν την εκδήλωση της ασθένειας αλλά και μετά τη διάγνωσή της αποτελούν ένα πεδίο μελέτης που μπορεί να προσφέρει πολλά στην αναγνώριση των αιτιών και της θεραπείας των χρόνιων ασθενειών.

Παράρτημα Α

Ερωτηματολόγιο Α'

Τα επόμενα θέματα είναι πιθανοί τρόποι αντίδρασης σε ένα πρόβλημα υγείας. Σημειώστε πόσο πολύ εφαρμόσατε αυτού του είδους τις δραστηριότητες όταν ήρθατε αντιμέτωπος με το πρόβλημα υγείας που σας απασχολεί τώρα. Παρακαλώ, βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1 ως το 5 για κάθε ένα από τα ακόλουθα θέματα. Βεβαιωθείτε παρακαλώ πως απαντάτε σε κάθε θέμα.

1 = Καθόλου 3 = Μέτρια 5 = Πάρα πολύ

1. Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα.....	1	2	3	4	5
2. Μένω στο κρεβάτι.....	1	2	3	4	5
3. Βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια.....	1	2	3	4	5
4. Αναρωτιέμαι γιατί συνέβη σε εμένα.....	1	2	3	4	5
5. Βρίσκομαι μαζί με άλλους ανθρώπους.....	1	2	3	4	5
6. Πλαγιάζω όταν νιώθω κουρασμένος.....	1	2	3	4	5
7. Αναζητώ ιατρική θεραπεία όσο το δυνατό πιο γρήγορα.....	1	2	3	4	5
8. Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα.....	1	2	3	4	5
9. Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα.....	1	2	3	4	5
10. Κοιμάμαι αρκετά.....	1	2	3	4	5
11. Συγκεντρώνομαι στο στόχο να γίνω καλύτερα.....	1	2	3	4	5
12. Αισθάνομαι απογοητευμένος.....	1	2	3	4	5
13. Ευχαριστιέμαι την προσοχή από τους φίλους και την οικογένεια.....	1	2	3	4	5
14. Προσπαθώ να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια είναι δυνατό.....	1	2	3	4	5
15. Μαθαίνω περισσότερα για το πως δουλεύει το σώμα μου.....	1	2	3	4	5
16. Αγχώνομαι για τα πράγματα που δεν μπορώ να κάνω.....	1	2	3	4	5
17. Κάνω σχέδια για το μέλλον.....	1	2	3	4	5
18. Φροντίζω να είμαι ζεστά ντυμένος ή σκεπασμένος.....	1	2	3	4	5
19. Κάνω ότι μου λέει ο γιατρός μου.....	1	2	3	4	5
20. Φαντάζομαι όλα τα πράγματα που θα μπορούσα να κάνω εάν ήμουν καλύτερα..	1	2	3	4	5
21. Ακούω μουσική.....	1	2	3	4	5
22. Καθιστώ το περιβάλλον γύρω μου όσο πιο ήσυχος είναι δυνατό.....	1	2	3	4	5
23. Καταβάλλω κάθε προσπάθεια να ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού μου..	1	2	3	4	5
24. Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα.....	1	2	3	4	5
25. Προσκαλώ κόσμο να με επισκεφθεί.....	1	2	3	4	5
26. Μένω όσο πιο ήσυχος και ακίνητος μπορώ.....	1	2	3	4	5
27. Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων.....	1	2	3	4	5
28. Νιώθω αγχωμένος που είμαι αδύναμος και εύαλωτος.....	1	2	3	4	5
29. Περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα (π.χ., λουλούδια).....	1	2	3	4	5
30. Φροντίζω να είμαι άνετα.....	1	2	3	4	5
31. Μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες.....	1	2	3	4	5
32. Ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου.....	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Γ'

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο ισχύει κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Θα θέλαμε να αναφερθείτε στα ενοχλήματα που είχατε κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παρακαλούμε, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΚΑΤΑ ΤΙΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:

1. Μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
2. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή ανησυχούσατε για κάτι.	Όχι. Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3. Νιώθατε ότι παίζατε χρήσιμο ρόλο στα πράγματα γύρω σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
4. Νιώθατε ότι μπορούσατε να πάρετε αποφάσεις για διάφορα πράγματα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
5. Νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7. Μπορούσατε να ευχαριστηθείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Μπορούσατε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
9. Νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10. Νιώθατε ότι χάνετε την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11. Σκεφτόσασταν τον εαυτό σας ως ένα πρόσωπο χωρίς αξία.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12. Νιώθατε μια λογική ευτυχία, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δεδομένα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Περίπου τόσο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Ερωτηματολόγιο Στ'

Σημειώστε παρακαλώ σε ποιους από τους παρακάτω τομείς της ζωής σας υπήρξαν καταστάσεις ή γεγονότα που σας ενόχλησαν ή σας προκάλεσαν δυσκολίες ή προβλήματα κατά τον τελευταίο μήνα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας, ανάλογα με το βαθμό αναστάτωσης ή ενόχλησης που σας προξένησε κάθε τομέας.

	Προξένησε αναστάτωση ή ενόχληση			
	Καθόλου ή ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Εργασία – επάγγελμα	1	2	3	4
Σύζυγος / σύντροφος.....	1	2	3	4
Οικογένεια - παιδιά	1	2	3	4
Προσωπική υγεία και ευεξία.....	1	2	3	4
Υγεία και ευεξία προσφιλών προσώπων.....	1	2	3	4
Κοινωνικές σχέσεις (φίλοι, ευρύτερη οικογένεια)	1	2	3	4
Συνθήκες διαβίωσης και ποιότητα ζωής.....	1	2	3	4
Οικονομικά ζητήματα.....	1	2	3	4
1. Άλλο. Προσδιορίστε:	1	2	3	4

Παράρτημα Β

Συσχετίσεις

Πίνακας 1

	Στρες	Ψυχική υγεία	Ευχολογία	Κοινωνική υποστήριξη	Σωματική ποιότητα ζωής
Στρες	1,000	0,406**	0,258*	-0,226	0,419**
Ψυχική υγεία	0,406**	1,000	0,013	-0,263*	0,494**
Ευχολογία	0,258*	0,013	1,000	0,107	0,127
Κοινωνική υποστήριξη	-0,226	-0,263*	0,107	1,000	-0,200
Σωματική ποιότητα ζωής	0,419**	0,494**	0,127	-0,200	1,000

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

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

Ανάλυση Παλινδρόμησης

Πίνακας 2

R	R ²	Adjusted R ²
0,528 ^a	0,278	0,230

a. Predictors: (constant), κοινωνική υποστήριξη, ευχολογία, ψυχική υγεία, στρες

ANOVA

Πίνακας 3

	Άθροισμα τετραγώνων	df	F	Sig
Ανάλυση παλινδρόμησης	47,324	4		
Σύνολο	170,062	64	5,784	0,001 ^a

a. Predictors: (constant), κοινωνική υποστήριξη, ευχολογία, ψυχική υγεία, στρες

b. Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική ποιότητα ζωής

Συντελεστές

Πίνακας 4

	B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	Sig.
(Constant)	2,776	1,831		1,516	0,135
Στρες	7,469	0,037	0,255	2,007	0,049
Ψυχική υγεία	0,129	0,045	0,354	2,839	0,006
Ευχολογία	3,853	0,068	0,066	0,566	0,573
Κοινωνική υποστήριξη	-0,008	0,083	-0,010	-0,090	0,928

Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική ποιότητα ζωής

Μερική Συσχέτιση

Απόλειψη γραμμικής επίδρασης της ευχολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης

Πίνακας 5

	Σωματική ποιότητα ζωής	Ψυχική υγεία	Στρες
Σωματική ποιότητα ζωής	1,0000	0,4408 P = 0,000	0,3789 P = 0,002
Ψυχική υγεία	0,4408 P = 0,000	1,0000	0,3891 P = 0,002
Στρες	0,3789 P = 0,002	0,3891 P = 0,002	1,0000

Σημαντικότητα διπλής ουράς

t-test

Πίνακας 6

	Φύλο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Στρες	1	14,8750	5,4559
	2	15,9756	5,6722
Σωματική ποιότητα ζωής	1	7,3846	1,6511
	2	7,5918	1,6573
Ψυχική υγεία	1	23,6538	5,4914
	2	24,9388	4,2934
Ευχολογία	1	15,1154	3,2413
	2	15,0000	2,5981
Κοινωνική υποστήριξη	1	11,5000	2,0833
	2	11,2292	2,2807

1: Άντρες, 2: Γυναίκες

Τεστ για ανεξάρτητα δείγματα

Πίνακας 7

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Μέση Διαφορά	95% Διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς	
							Ελάχιστο	Μέγιστο
Στρες	0,772	0,383	-0,765	63	0,447	-1,1006	-3,9738	1,7726
Σωματική ποιότητα ζωής	0,093	0,761	-0,516	73	0,607	-0,2072	-1,0076	0,5932
Ψυχική υγεία	0,178	0,675	-1,118	73	0,267	-1,2849	-3,5760	1,0062
Ευχολογία	3,862	0,053	0,168	73	0,867	0,1154	-1,2554	1,4862
Κοινωνική υποστήριξη	0,012	0,915	0,502	72	0,617	0,2708	-0,8040	1,3456

Βιβλιογραφία

- Abraido-Lanza, A. (2004). Social support and psychological adjustment among Latinas with arthritis: a test of a theoretical model. *Annual of Behavioral Medicine*, 27 (3), 162-171.
- Albrecht, G., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. (2003). *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage Publications Ltd.
- Alonzo, A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *Social Science & Medicine*, 50, 1475-1484.
- Andre-Petersson, L., Engstrom, G., Hedblad, B., Janzon, L., & Rosvall, M. (2007). Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Social Science & Medicine*, 64, 830-841.
- Arango, M., & Cano, P. (1998). A potential moderation role of stress in the association of disease activity and psychological status among patients with rheumatoid arthritis. *Psychological Reports*, 83, 147-157.
- Arolt, V., Fein, A., Driessen, M., Dorlochter, L., & Maintz, C. (1998). Depression and social functioning in general hospital in-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 117-126.
- Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., Gore-Felton, C., Koopman, C., O'Shea, K., Maldonado, J., Bachmann, M., Israelski, D., Flamm, J., & Spiegel, D. (2005). Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care and STDS*, 19 (9), 587-598.
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.
- Bediako, S., & Friend, R. (2004). Illness-specific and general perceptions of social relationships in adjustment to rheumatoid arthritis: the role of interpersonal expectations. *Annals of Behavioral Medicine*, 28 (3), 203-210.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.

- Bisschop, I., Kriegsman, D., Beekman, A., & Deeg, D. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, *59*, 721-733.
- Bjerkeset, O., Nordahl, H., Mykletun, A., Holmen, J., & Dahl, A. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 153– 161.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, *53*, 1513-1524.
- Bombardier, C., D' Amico, C., & Jordan, J. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavior Research and Therapy*, *28* (4), 297-304.
- Bowling, A., & Farquhar, M. (1991). Associations with social networks, social support, health status and psychiatric morbidity in three samples of elderly people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *26*, 115-126.
- Brezinka, V., Maes, S., & Dusseldorp, E. (2001). Gender differences in psychological impairment after a coronary incident. *Personality and Individual Differences*, *30*, 127-135.
- Broome, A., & Llewelyn, S. (1995). *Health psychology: processes and applications* (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Cheng, S., & Chan, A. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science & Medicine*, *63*, 118–122.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J., & Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, *12*, (3), 249-265.
- Chwastiak, L., Gibbons, L., Ehde, D., Sullivan, M., Bowen, J., Bombardier, C., & Kraft, G. (2005). Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 291– 298.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine*, *2*(4), 456-475.

- Davis, H., De-Nour, A., Shouval, D., & Melmed, R. (1998). Psychological distress in patients with chronic, non alcoholic, uncomplicated liver disease. *Journal of Psychosomatic Research, 44* (5), 547–554.
- Davis, M., & Swan, P. (1999). Association of negative and positive social ties with fibrinogen levels in young women. *Health Psychology, 18* (2), 131-139.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (3), 486-495.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine, 58*, 2585–2600.
- Dewa, C., & Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social science & Medicine, 51*, 41-50.
- Dibb, B., & Yardley, L. (2006). How does social comparison within a self-group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine, 63*, 1602-1613.
- DiMatteo, R., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin, K., & Wadhwa, N. (1995). Burden of self-care in seriously ill patients: impact on adjustment. *Health Psychology, 14* (5), 457-463.
- Ellaway, A., & Macintyre, S. (2007). Is social participation associated with cardiovascular disease risk factors? *Social Science & Medicine, 64*, 1384–1391.
- Endler, N., Kocovski, N., & Macrodimitris, S. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences, 30*, 617-625.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (5), 844-854.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10* (3), 195-205.
- Evers, A., Kraaijmaat, F., Geenen, R., & Bijlsma, J. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 179-193.

- Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R., Jacobs, J., & Bijlsma, J. (2003). Stress-vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 293-302.
- Falkum, E., Ollf, M., & Aasland, O. (1997). Revisiting the factor structure of the ways of coping checklist: a three-dimensional view of problem-focused coping scale. A study of Norwegian physicians. *Personality and Individual Differences*, *22* (2), 257-267.
- Felton, B., & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 343-353.
- Felton, B., Revenson, T., & Hinrichsen, G. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, *18* (10), 889-898.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, *26* (3), 309-317.
- Fontana, A., Diegman, T., Villeneuve, A., & Lepore, S. (1999). Nonevaluative social support reduces cardiovascular reactivity in young women during acutely stressful performance situations. *Journal of Behavioral Medicine*, *22* (1), 75-91.
- Franché, R., Abbey, S., Irvine, J., Shnek, Z., Grace, S., Devins, G., & Stewart, D. (2004). Sex differences in predictors of illness intrusiveness 1 year after a cardiac event. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 125-132.
- Frydman, M. (1981). Social support, life events and psychiatric symptoms: a study of direct, conditional and interaction effects. *Social Psychiatry*, *16*, 69-78.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennas, A. (2002). The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, *25* (3), 251-268.
- Gannon, L., & Pardie, L. (1989). The importance of chronicity and controllability of stress in the context of stress-illness relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, *12* (4), 357-372.
- Gliksman, M., Lazarus, R., Wilson, A., & Leeder, R. (1995). Social support, marital status and living arrangement correlates of cardiovascular disease risk factors in the elderly. *Social Science & Medicine*, *40* (6), 811-814.

- Goodwin, R., Marusic, A., & Hoven, C. (2003). Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science & Medicine*, *56*, 1783–1788.
- Grace, S., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B., & Stewart, D. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 153–160.
- Green, C., Freeborn, D., & Polen, M. (2001). Gender and alcohol use: the roles of social support, chronic illness, and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, *24* (4), 383-399.
- Grossi, G., Soares, J., Anglesleva, J., & Perski, A. (1999). Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain*, *80*, 607–619.
- Grylli, V., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 65–72.
- Hachett, L., Friend, R., Symister, P., & Wadhwa, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73* (3), 560-573.
- Hassinger, H., Semenchuk, E., & O'Brien, W. (1999). Appraisal and coping responses to pain and stress in migraine headache sufferers. *Journal of Behavioral Medicine*, *22* (4), 327-340.
- Hays, J., Krishnan, R., George, L., Pieper, C., Flint, E., & Blazera, D. (1997). Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Research*, *72*, 149-159.
- Hays, R., Marshall, G., Wang, E., & Sherbourne, C. (1994). Four-year cross-lagged associations between physical and mental health in the medical outcomes study. *Health Psychology*, *62* (3), 441-449.
- Heckman, T. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, *22* (2), 140–147.
- Heijmans, M., Foets, M., Rijken, M., Schreurs, K., De Ridder, D., & Bensing, J. (2001). Stress in chronic disease: do the perceptions of patients and their general practitioners match? *British Journal of Health Psychology*, *6* (3), 229–242.

- Holm, E., Holroyd, A., Hursey, G., & Penzien, B. (1986). The role of stress in recurrent tension headache. *Headache*, *26*, 160-167.
- Hoth, K., Christensen, A., Ehlers, S., Raichle, K., & Lawton, W. (2007). A longitudinal examination of social support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine*, *30* (1), 69-76.
- Imboden, J., Canter, A., & Cluff, E. (1961). Convalescence from influenza: a study of the psychological and clinical determinants. *Archives of Internal Medicine*, *108*, 393-399.
- Kalichman, S., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W., & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, *26* (4), 315-332.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Katerndahl, D., & Parchman, M. (2002). The ability of the stress process model to explain mental health outcomes. *Comprehensive Psychiatry*, *34* (5), 351-360.
- Kiviruusu, O., Huurre, T., & Aro, H. (in press). Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: are males more vulnerable? *Social Science & Medicine*, 1-14.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, *10*, 1-11.
- Koopmans, G., & Lamers, L. (2000). Chronic conditions, psychological distress and the use of psychoactive medications. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 115-123.
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., & Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *55*, 213-229.
- Kurdyak, P., & Gnam, W. (2004). Medication management of depression: the impact of comorbid chronic medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 565-571.

- Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, L., & Jamsa, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care, 10*, 6-11.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας. Στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη (Επιμ. Έκδ.), Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας (6^η εκδ.) (σσ. 179-230). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Lachapelle, D., & Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences among adults coping with pain: evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioural Science, 37* (2), 123-137.
- Ladwig, K., Muhlberger, N., Walter, H., Schumacher, K., Popp, K., Holle, R., Zitzmann-Roth, E., & Schomig, A. (2000). Gender differences in emotional disability and negative health perception in cardiac patients 6 months after stent implantation. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 501–508
- Lalos, A., & Eisemann, M. (1999). Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Support Care Cancer, 7*, 75-78.
- Lazarus, A., & Lazarus, C. (2003). *Άμεσες λύσεις στην τρέλα της καθημερινότητας: 101 στρατηγικές για ψυχική υγεία και αρμονία*. Αθήνα: Έσοπτρον.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (1994). *Passion and reason: making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine, 62*, 3133–3145.
- Leveille, S., Zhang, Y., McMullen, W., Kelly-Hayes, M., & Felson, D. (2005). Sex Differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain, 116*, 332-338.
- Lung, F., Huang, Y., Shu, B., & Lee, F. (2004). Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: a causal analysis. *Comprehensive Psychiatry, 45* (3), 206-212.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine, 48*, 89-98.

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, *61*, 313–322.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group. (2006). Social network in long-term diseases: a comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. *Social Science & Medicine*, *62*, 1392-1402.
- Manne, S., & Zautra, A. (1990). Couples Coping with Chronic Illness: Women with Rheumatoid Arthritis and Their Healthy Husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, *13* (4), 327-342,
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*, 1401–1415.
- McCabe, M., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 335-361.
- Meijer, S., Sinnema, G., Bijstra, J., Mellenbergh, G., & Wolters, W. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, *54*, 1453-1461.
- Mills, T. (2001). Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Social Science & Medicine*, *53*, 569-578.
- Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G., & Karastergiou, A. (1990). *Handbook of the General Health Questionnaire (GHQ)*. Thessalonika: Psychiatric Hospital (in Greek).
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Ruesch, P., Meyer, P., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, *62*, 39–49.
- Nguyen, H., & Zonderman, A. (2007). Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies. *Psychology and Aging*, *21* (1), 119-126.

- Norton, T., Manne, S., Hernandez, E., Rubin, S., Carlson, J., Bergman, C., & Rosenblum, N. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress: the role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology, 24* (2), 143–152.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Antoni, M., Fletcher, M., Balbin, E., Schneiderman, N., & Solomon, G. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 225–235.
- O'Leary, C., Creamer, D., Higgins, E., & Weinman, J. (2004). Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 465–471.
- Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1* (2), 115-144.
- Penley, J., Tomaka, J., & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25* (6), 551-603.
- Penninx, B., Van Tilburg, T., Deeg, D., Kriegsman, D., Boeke, J., & Vaneijk, J. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social Science & Medicine, 44* (3), 393-402.
- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Journal of Behavioral Medicine, 325*, 1-10.
- Pinquart, M., Höffken, K., Silbereisen, R., & Wedding, U. (2006). Social support and survival in patients with acute myeloid leukaemia. *Support Care Cancer, 15*, 81-87.
- Plaisier, I., De Bruijn, J., De Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A., & Penninx, B. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science & Medicine, 64*, 401–410.
- Poltavski, D., & Ferraro, F. (2003). Stress and illness in American and Russian college students. *Personality and Individual Differences, 34*, 971-982.
- Rasul, F., Stansfeld, S, Hart, C., Gillis, C., & Smith, G. (2002). Common mental disorder and physical illness in the Renfrew and Paisley (MIDSPAN) study. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1163-1170.

- Revenson, T., Schiaffino, K., Majerovitz, D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine*, 33 (7), 807-813.
- Ritsner, M., Gibel, A., Ponizovsky, A., Shinkarenko, E., Ratner, Y., & Kurs, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 144, 139– 152.
- Sanderson, C. (2004). *Health psychology*. USA: Wiley International.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4), 381-406.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J., Willems, L., Bergman, W., & Rooijmans, H. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 573–585.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 763-773.
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science & Medicine*, 34 (4), 427-432.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine*, 63, 1614–1624.
- Seale, C., Ziebland, S., & Charteris-Black, J. (2006). Gender, cancer experience and internet use: a comparative keyword analysis of interviews and online cancer support groups. *Social Science & Medicine*, 62, 2577–2590.
- Shen, B., McCreary, C., & Myers, H. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (1), 39-62.
- Sherman, A. (2003). Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social science & Medicine*, 56, 247-257.

- Simbayi, L., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, *64*, 1823–1831.
- Soares, J., Sundin, O., & Grossi, G. (2004). The stress of musculoskeletal pain: a comparison between primary care patients in various ages. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 297–305.
- Straub, R. (2002). *Health psychology* (2nd ed.). USA: Worth Publishers.
- Strous, R., Ratner, Y., Gibel, A., Ponizovsky, A., & Ritsner, M. (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *46*, 167–175.
- Strunin, L., & Boden, L. (2004). Family consequences of chronic back pain. *Social Science & Medicine*, *58*, 1385–1393.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, *22* (2), 123–129.
- Taylor, S. (1999). *Health psychology* (4th ed.). Singapore: McGraw-Hill International editions.
- Tedstone, J., & Tarrrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, *23*, 409-448.
- Terry, D. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personality and Individual Differences*, *12* (10), 1031-1047.
- Thabet, A., Tischler, V., & Vostanis, P. (2004). Maltreatment and coping strategies among male adolescents living in the Gaza Strip. *Child Abuse & Neglect*, *28*, 77–91.
- Tovt-Korshynska, M., Dew, A., Chohey, I., Spivak, M., & Lemko, I. (2001). Gender differences in psychological distress in adults with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 629–637.
- Uchino, B., Cacioppo, J., & Keicolt-Glaser, J. (1996). The relationships between social support and psychological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*, 488-531.

- Van Tilburg, M., Vingerhoets, A., & Van Heck, G. (1999). Determinants of homesickness chronicity: coping and personality. *Personality and Individual Differences, 27*, 531-539.
- Verhaak, P., Heijmans, M., Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine, 60*, 789-797.
- Vilhjalmsson, R. (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. *Social Science & Medicine, 47* (5), 603-611.
- Vitaliano, P., Katon, W., Maiuro, R., & Russo, J. (1989). Coping in chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37* (3), 338-343.
- Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine, 10* (1), 1-12.
- Wen, M., Cagney, K., & Christakis, N. (2005). Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of Individuals diagnosed with serious illness. *Social Science & Medicine, 61*, 1119-1134.
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., Thomis, M., & Philippaerts, R. (2006). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: a cluster-analytical approach (in press). *Psychology of Sport and Exercise*.
- Williamson, R., Purcell, S., Sterne, A., Wessely, S., Hotopf, M., Farmer, A., & Sham, P. (2005). The relationship of fatigue to mental and physical health in a community sample: the relationship of fatigue to mental and physical health in a community sample. *Social Psychiatry: Psychiatric Epidemiology, 40*, 126-132.
- Wright, T., & Sweeney, D. (1990). Correctional institution workers' coping strategies and their effect on diastolic blood pressure. *Journal of Criminal Justice, 18*, 161-169.
- Ystgaard, M., Tambs, K., & Dalgard, O. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Social Psychiatry: Psychiatric Epidemiology, 34*, 12-19.