

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Θέμα Πτυχιακής Εργασίας: Χρόνια Ασθένεια: Η συμβολή των γνωστικών αναπαραστάσεων της χρόνιας ασθένειας και της ενημέρωσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.



ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. Καραδήμας Ευάγγελος.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Καλδή Μικαέλα

Α.Μ. : 2363

1/9/2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΙΑ.....	6
1.1 Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες για την κατανόηση των αναπαραστάσεων ασθένειας	8
1.2 Φάσεις της χρόνιας ασθένειας.	12
1.3 Σωματικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.	13
1.4 Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.....	15
1.5 Κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.....	18
2. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	20
2.1 Το μοντέλο κοινής λογικής και η συμβολή των νοητικών αναπαραστάσεων..	21
2.2. Τρόποι «κατασκευής» των νοητικών αναπαραστάσεων.....	24
2.3 Αντίληψη της ασθένειας και θεωρία απόδοσης αιτιών.....	26
2.4 Συνέπειες μη συμμόρφωσης και συμμόρφωσης στην θεραπεία.....	28
2.5 Η θεωρία της αυτορρύθμισης του μοντέλου κοινής λογικής.....	29
2.6 Τρόποι αξιολόγησης των γνωστικών αναπαραστάσεων.....	32
3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	34
3.1 Η συμβολή της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	35
3.2 Ο ρόλος της μη λεκτικής επικοινωνίας στην αλληλεπίδραση ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	36
3.3 Τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που επηρεάζουν την επικοινωνία με τους ασθενείς.....	37
3.4 Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επηρεάζουν την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.....	40
3.5 Προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	41
3.6 Τρόποι βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	42
4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43

5. ΜΕΘΟΔΟΣ	45
5.1 Δείγμα.....	45
5.2 Διαδικασία.....	46
5.3 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	47
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
6.1 Σύγκριση Μ.Ο. των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς.....	51
6.2 Σύγκριση Μ.Ο των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης ως προς το είδος του καρδιαγγειακού προβλήματος του ασθενούς.....	53
6.3 Συσχέτιση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τον επαγγελματία υγείας συγκριτικά με την ηλικία των ασθενών.....	56
6.4 Συσχετίσεις μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.....	58
7. Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις. Σε αυτήν ερευνάται ο ρόλος που έχουν οι γνωστικές αναπαραστάσεις της νόσου για την πορεία των ασθενών και η επιρροή της ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας στις γνωστικές αναπαραστάσεις και τον τρόπο συμπεριφοράς των ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης, του τμήματος Ψυχολογίας. Στόχος της έρευνας είναι η καλύτερη κατανόηση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης σχετικά με τη πορεία των ασθενών, την καλύτερη προσαρμογή τους στην ασθένεια και παράλληλα την ύπαρξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

Στην μελέτη έλαβαν μέρος 119 συμμετέχοντες με ιστορικό κάποιες καρδιαγγειακής νόσου. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν σε δύο διαφορετικές χρονικά στιγμές να συμπληρώσουν δύο ερωτηματολόγια, από όπου αξιολογήθηκαν οι γνωστικές αναπαραστάσεις της νόσου τους και ο ρόλος της ενημέρωσης που είχαν από τον γιατρό τους, λαμβάνοντας υπόψη παράλληλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι το φύλο του ασθενούς είναι στατιστικά σημαντικό μόνο για τον έλεγχο της θεραπείας. Οι άνδρες είχαν καλύτερο έλεγχο της ασθένειάς τους από ότι οι γυναίκες. Στην συνέχεια, από την αξιολόγηση των γνωστικών αναπαραστάσεων συγκριτικά με το είδος της καρδιαγγειακής πάθησης στατιστικά σημαντικά βρέθηκαν τα συναισθηματικά αίτια και τα συμπεριφορικά αίτια των ασθενών. Τα συναισθηματικά αίτια βρέθηκαν να επηρεάζουν περισσότερο τους ασθενείς με αρρυθμίες (Μ.Ο. 18,4) ενώ λιγότερο επηρεάζαν τους ασθενείς με βαλβιδοπάθειες (Μ.Ο. 12,8). Τα συμπεριφορικά αίτια βρέθηκαν επίσης να έχουν μεγαλύτερη επιρροή στους ασθενείς με αρρυθμίες (Μ.Ο. 11,3) και μικρότερη στους ασθενείς με βαλβιδοπάθειες (Μ.Ο. 7). Οι ασθενείς με εμφράγματα του μυοκαρδίου, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις είχαν παρόμοια υψηλούς Μ.Ο. στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά αίτια. Στην ενημέρωση βρέθηκε η ηλικία να είναι στατιστικά σημαντικά και όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι οι ασθενείς τόσο χειρότερη είναι η αντίληψη που έχουν για την ασθένειά τους. Η ενημέρωση βρέθηκε ότι επιδρά σημαντικά κυρίως στη συμμόρφωση και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις του

ασθενούς. . Επίσης, επιδρά στην κατανόηση του χρονοδιαγράμματος της νόσου και της σημαντικότητας του προσωπικού ελέγχου. Τέλος, σημαντική είναι η ενημέρωση για τα συναισθηματικά αίτια, όπου οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα συναισθηματικά αίτια της νόσου από ότι σε άλλα αίτια, όπως είναι τα βιολογικά ή τα περιβαλλοντικά.

1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η αντίληψη της υγείας, της ασθένειας, καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές τις καταστάσεις ποικίλλουν χρονικά και ανά πολιτισμό. Στη προϊστορική περίοδο οι άνθρωποι πίστευαν ότι τα αίτια των ασθενειών ήταν τα «κακά πνεύματα», τα οποία εισέβαλαν στο άτομο και του προκαλούσαν τα αρνητικά συμπτώματα των ασθενειών με έσχατη επίπτωση τον ίδιο τον θάνατο. Ακόμη και στις αρχές του αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας ισοδυναμούσε με τη «θανατική καταδίκη» του ασθενούς (Καραδήμας, 2005).

Ο ορισμός της υγείας είναι δύσκολο να συμπτυχτεί σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την υγεία βάσει της απουσίας συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου και την ύπαρξη οργανικής και ψυχολογικής ευεξίας. Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της «υγείας» παρουσιάζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) όπου η υγεία αναφέρεται ως «η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Επίσης αξίζει να αναφερθεί η οπτική του κοινωνιολόγου Antonovsky (1987) (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 2005) για την ασθένεια και την υγεία, βάσει του οποίου υπάρχουν βαθμοί συγγένειας μεταξύ τους σε ένα «συνεχές», όπου στο ένα άκρο βρίσκεται η ευεξία και στο άλλο ο θάνατος (Καραδήμας, 2005).

Στις στατιστικές αναλύσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 14/8/2013, www.who.int) οι κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ του 2000 – 2011 είναι η ισχαιμική καρδιακή νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το HIV/ AIDS. Οι χρόνιες ασθένειες προκαλούν αύξηση του αριθμού των θανάτων σε όλο τον κόσμο. Κύρια αιτία θανάτου αποτελούν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίες είναι υπεύθυνες για 17 εκατομμύρια περίπου θανάτους το έτος 2011 (όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 14/8/2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html). Πιο συγκεκριμένα, τις πρώτες θέσεις κατέχουν η ισχαιμική καρδιακή νόσος, η οποία έχει προκαλέσει 7 εκατομμύρια θανάτους (12,9%) και το εγκεφαλικό επεισόδιο που έχει προκαλέσει 6,2 εκατομμύρια θανάτους (11,4%) το έτος 2011 (όπως ανακτήθηκε από το

διαδίκτυο στις 14/8/2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/).

Ακόμη, θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί η γενικευμένη διάκριση μεταξύ των όρων «νόσος», «αρρώστια» και «ασθένεια», στους οποίους αποδίδεται ένα διαφορετικό νόημα και βάσει των αγγλικών λέξεων «disease», «illness», «sickness» αντίστοιχα. Η «νόσος» αναφέρεται στη διάγνωση και θεραπεία των ειδικών, όπως παραδείγματος χάριν είναι η γρίπη, ο καρκίνος ή ένα καρδιακό πρόβλημα. Ειδικότερα, η «νόσος» αναφέρεται στις παθολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα. Η «αρρώστια» επικεντρώνεται στην ατομική εμπειρία της νόσου και στα αισθήματα που δημιουργούν οι επιπτώσεις της στο σώμα και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Ακόμη, βάσει της ελληνικής ετυμολογίας, η «αρρώστια» χαρακτηρίζεται από έλλειψη ή ανεπάρκεια σωματικής ισχύος και ψυχικής δύναμης. Τέλος, η «ασθένεια» αναφέρεται στην κοινωνική της διάσταση, που αφορά το πώς οι άλλοι κρίνουν τα άτομα όταν είναι άρρωστα. Πιο συγκεκριμένα, τα άρρωστα άτομα έχουν μία ειδική θέση στο κοινωνικό σύνολο, τα οποία λόγω των συνεπειών της ασθένειας δεν έχουν πλέον τις καθημερινές ευθύνες που είχαν και βοηθούνται από το κοινωνικό τους περίγυρο, ο οποίος όμως παράλληλα τους αντιμετωπίζει ως «αδύναμους» (Καραδήμας, 2005).

1.1 Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες για την κατανόηση των αναπαραστάσεων της ασθένειας.

Η μελέτη της προσωπικής συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη κατανόηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των προσπαθειών να ανακτήσουν την υγεία τους οι ασθενείς ή να συμφιλιοθούν με το γεγονός ότι είναι άρρωστοι και να αντιμετωπίσουν την νόσο τους στον μέγιστο βαθμό (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Η συμπεριφορά ενός ατόμου για τη προστασία της υγείας του επηρεάζεται από ποικίλες μεταβλητές, όπως είναι οι βιολογικές μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η προσωπικότητα και το πολιτισμικό πλαίσιο. Για την καλύτερα κατανόηση των επιδράσεων αυτών των μεταβλητών στη συμπεριφορά των ατόμων έχουν αναπτυχθεί κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες. Αυτά τα μοντέλα βοηθούν στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης, στη πρόβλεψη συμπεριφοράς μετά από διάγνωση και στην εγκατάσταση νέων συμπεριφορών υγείας (Καραδήμας, 2005).

Αρχικά, το μοντέλο των πεποιθήσεων είναι ένα από τα πρώτα μοντέλα που δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε από κοινωνικούς ψυχολόγους στον τομέα της ψυχολογίας υγείας για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς των ανθρώπων. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το αν ένα άτομο θα αναλάβει δράση για την πρόληψη μίας ασθένειας εξαρτάται από τέσσερα στοιχεία. Αυτά είναι η αίσθηση ευαλωτότητας του ατόμου ως προς την κατάσταση που βιώνει, το αν οι συνέπειες της νόσου είναι σοβαρές, αν η προληπτική συμπεριφορά του είναι αποτελεσματική και αν τα οφέλη μείωσης της απειλής υπερβαίνουν το κόστος της ανάληψης δράσης. Αυτοί οι παράγοντες διαδραματίζουν τον κύριο ρόλο για την πιθανότητα εκτέλεσης συμπεριφορών υγείας, αλλά επηρεάζονται και από άλλες μεσάζοντες μεταβλητές, όπως είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και πολιτισμικές μεταβλητές. Τέλος, οι παράγοντες αυτοί, βάσει του μοντέλου, συσχετίζονται εκτός από την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και με την απειλή της ασθένειας και τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων (Redding, Rossi, Rossi, Velicer, Prochaska, 2000, όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο, 12/9/2013, http://drzaius.ics.uci.edu/meta/classes/informatics161_fall06/papers/10a-Redding_HealthBehaviorModels.pdf).

Στη συνέχεια, η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς αναφέρουν ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται από τις προθέσεις του, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό επηρεάζονται από το κοινωνικό περίγυρο. Πιο συγκεκριμένα, οι προθέσεις υποδηλώνουν τα κίνητρα του ατόμου που επηρεάζουν την συμπεριφορά του και είναι ενδείξεις του πόσο πρόθυμοι είναι να εκτελέσουν μία συμπεριφορά. Η πρόθεση του ατόμου είναι σημαντική όταν έχει την επιλογή κατά βούληση να εκτελέσει η όχι μία συμπεριφορά, ενώ σημαντικό είναι να υπάρχουν και οι διαθέσιμοι πόροι (π.χ. χρόνος, χρήμα). Η θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς δίνει ακόμη περισσότερη έμφαση στην αίσθηση ελέγχου που έχει το άτομο και στην δυνατότητα υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς. Αθροιστικά, η συμπεριφορά ενός ατόμου, βάσει αυτών των θεωριών, μπορεί να προβλεφθεί από την αντιληπτική συμπεριφορά και τις προθέσεις του (Ajzen, 1991).

Έπειτα, η θεωρία κοινωνικής μάθησης δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ατομικών παραγόντων και του περιβάλλοντος. Σημαντικό ρόλο έχουν οι προσδοκίες του ατόμου, δίνοντας έμφαση κυρίως στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας και το βαθμό αυτοελέγχου για την καλύτερη επίτευξη του τελικού στόχου (Καραδήμας, 2005). Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί έναν άμεσο τρόπο πρόβλεψης της πρόθεσης και της συμπεριφοράς του ατόμου. Σύμφωνα με την κοινωνιογνωστική θεωρία ως αυτοαποτελεσματικότητα ορίζεται η προσωπική αίσθηση ελέγχου, η οποία διευκολύνει την αλλαγή στις συμπεριφορές υγείας (Schwarzer, Luszczynka, όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο 12/9/2013, <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/self-efficacy.pdf>). Τα άτομα μέσω της αυτοαποτελεσματικότητας αξιολογούν τις δυνατότητες τους και όσο ισχυρότερη είναι η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας τους, τόσο μεγαλύτεροι είναι και οι στόχοι που θέτουν. Επίσης, η αυτοαποτελεσματικότητα έχει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία γνωστικών κατασκευών. Ειδικότερα, όταν οι άνθρωποι έχουν υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας κατασκευάζουν σενάρια για τους εαυτούς τους και είναι θετικά διακείμενοι για τα αποτελέσματα τους και τις μετέπειτα επιδόσεις τους. Έπειτα, με τη σειρά της η γνωστική επανάληψη αυτών των αποτελεσμάτων ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που θεωρούν τους εαυτούς τους αναποτελεσματικούς συνήθως κατασκευάζουν σενάρια αποτυχίας, υπονομεύουν τον εαυτό τους και θεωρούν πως

ότι συμβαίνει γύρω τους δεν έχει κανένα όφελος για τους ίδιους. Συνοπτικά, γίνεται κατανοητό ότι οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας καθορίζουν το αν θα υπάρξει αλλαγή στη συμπεριφορά και θα υιοθετηθούν νέες συμπεριφορές υγείας, καθώς και το πόση προσπάθεια θα δαπανηθεί για να διατηρηθούν (Bandura, 1989).

Η θεωρία των σταδίων αλλαγής (γνωστή και ως διαθεωρητικό μοντέλο) επικεντρώνεται στην εγκατάλειψη παλαιών συνηθειών (π.χ. διακοπή καπνίσματος) και την υιοθέτηση νέων συμπεριφορών υγείας. Αυτή η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς διακρίνεται σε έξι φάσεις. (Καραδήμας, 2005). Η πρώτη φάση είναι το αρχικό στάδιο πριν τον προβληματισμό, όπου το άτομο δεν είναι πρόθυμο να αναλάβει δράση στο άμεσο μέλλον. Αυτή η φάση υπολογίζεται ότι έχει διάρκεια μέσα στους επόμενους έξι μήνες. Το άτομο μπορεί να μην είναι ενημερωμένο ή να είναι ελλιπώς ενημερωμένο για τις συνέπειες της συμπεριφοράς του. Επίσης, μπορεί μερικές φορές να προσπάθησε να αλλάξει την συμπεριφορά του και να αποθαρρύνθηκε από τα ανεπιτυχή αποτελέσματα του. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την αποφυγή διαβάσματος, σκέψης και συζήτησης, δηλαδή να εθελουφλεί, για την ανθυγιεινή συμπεριφορά του (Prochaska, Velicer, 1997).

Στη συνέχεια, επόμενη είναι η φάση του προβληματισμού, όπου το άτομο σκοπεύει να αλλάξει την συμπεριφορά του μέσα στους επόμενους έξι μήνες και είναι περισσότερο συνειδητοποιημένο για τα υπέρ και τα κατά της συμπεριφοράς του. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής της συμπεριφοράς «αντιμάχονται» στο μυαλό του ατόμου και αυτός μπορεί να είναι ένας λόγος προσκόλλησης του σε αυτό το στάδιο. Αυτό το φαινόμενο χαρακτηρίζεται και ως «χρόνιος προβληματισμός» ή «συμπεριφορική αναβολή». Ακολουθεί η φάση προετοιμασίας, όπου το άτομο προτίθεται να αναλάβει δράση στο άμεσο μέλλον και υπολογίζεται αυτό να συμβεί μέσα στον επόμενο μήνα. Επίσης, φαίνεται να έχει ετοιμάσει κάποιο πλάνο δράσης, όπως είναι η συμμετοχή σε μαθήματα ενημέρωσης για την υγεία. Στην φάση δράσης γίνεται εμφανής η τροποποίηση του ανθρώπου στον τρόπο ζωής του και αυτή η φάση έχει διάρκεια μέσα στους επόμενους έξι μήνες (Prochaska, Velicer, 1997).

Επόμενη είναι η φάση διατήρησης, όπου το άτομο εργάζεται σχετικά με την πρόληψη της πιθανής υποτροπής και δεν δίνει έμφαση στις διαδικασίες αλλαγής της συμπεριφοράς, όπως συμβαίνει στην προηγούμενη φάση. Το άτομο δελεάζεται λιγότερο από την παλαιή συμπεριφορά του και είναι σίγουρο ότι θα συνεχίσει να

υιοθετεί την νέα συμπεριφορά υγείας. Αυτή η φάση, βάσει του πειρασμού και της αυτοαποτελεσματικότητας κυμαίνεται από τους έξι μήνες μέχρι και τα επόμενα πέντε χρόνια. Αξιοσημείωτο είναι, ότι η πιθανή υποτροπή δεν είναι μία ξεχωριστή φάση αλλά ένα είδος οπισθοδρόμησης σε κάποια από τις προηγούμενες φάσεις και αποτελεί συχνό φαινόμενο όσον αναφορά την εγκατάλειψη ανθυγιεινών συμπεριφορών. Τέλος, στη φάση τερματισμού το άτομο δεν δελεάζεται καθόλου από την προηγούμενη συμπεριφορά του και γνωρίζει πως αυτό δεν πρόκειται να την ξανά υιοθετήσει. Ανεξαρτήτως, των αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να βιώνει στη ζωή του (π.χ. άγχος, θυμός, κατάθλιψη) δεν επιλέγει ως μέσο αντιμετώπισης την παλαιά του συνήθεια, σαν να μην την είχε ποτέ (Prochaska, Velicer, 1997).

Συνοπτικά, οι παραπάνω μεταβλητές και τα μοντέλα υγείας αντικατοπτρίζουν τους ατομικούς παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν το έναυσμα για τη κατανόηση της ασθένειας και τον μετέπειτα τρόπο δράσης για την αντιμετώπιση της. Οι ασθενείς επηρεάζονται από μία πληθώρα μεταβλητών και η προσωπική εμπειρία της νόσου κατανοείται διαφορετικά από τον κάθε ασθενή. Τέλος, για την ορθή κατανόηση των ατομικών αντιδράσεων στα σωματικά συμπτώματα και την προσωπική εμπειρία μιας ασθένειας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη εξίσου όλοι οι παραπάνω παράγοντες.

1.2 Φάσεις της χρόνιας ασθένειας.

Οι φάσεις εξέλιξης της χρόνιας ασθένειας διακρίνονται από το μοντέλο του Doca (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 2005) στη προδιαγνωστική, την οξεία, τη χρόνια και τη τελική φάση. Οι φάσεις αυτές δεν είναι γραμμικές και δεν ισχύουν για κάθε χρόνια ασθένεια ούτε για τον κάθε ασθενή.

Αρχικά, στην προδιαγνωστική φάση παρουσιάζεται η αναγνώριση των συμπτωμάτων που ίσως υποδεικνύουν μία σοβαρή ασθένεια και οι αντιδράσεις των ασθενών ποικίλλουν από την κινητοποίηση μέχρι την πλήρη αγνόηση των συμπτωμάτων ή αποφυγή δράσης. Στη συνέχεια, η οξεία φάση αναφέρεται στη διάγνωση και την μετέπειτα αντίδραση του ασθενούς. Στην φάση αυτή συχνά παρατηρείται έκπληξη για τη διάγνωση και έντονα αρνητικά συναισθήματα λόγω των ιατρικών διαδικασιών που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής, όπως είναι η πιθανή μακρόχρονη νοσηλεία του και ο φόβος θανάτου για την ίδια του τη ζωή. Η οξεία φάση είναι η περίοδος που το άτομο θα πρέπει να λάβει μία σειρά από σημαντικές και συχνά δύσκολες αποφάσεις, όπως το τι είδος θεραπείας θα επιλέξει. Σε αυτή τη φάση, το άτομο είτε κινητοποιείται για να ελέγξει όσο μπορεί την ασθένεια του είτε αρνείται να δεχτεί την πραγματικότητα και προσπαθεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως πριν την διάγνωση του προβλήματος του.

Έπειτα στη χρόνια φάση υπάρχει η ίαση ή ο θάνατος του ασθενούς. Ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον θα πρέπει να προσαρμοστούν σε μία νέα καθημερινότητα, δηλαδή να μάθουν να ζουν με την ασθένεια, η οποία ποικίλλει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και του ίδιου του ατόμου. Παραδείγματος χάριν, μερικοί ασθενείς προσπαθούν να συγκεντρώσουν περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια τους και εφαρμόζουν στρατηγικές επίλυσης, οι οποίες μπορεί να αλλάξουν σε μεγάλο βαθμό τη ζωή τους. Η τελική φάση είναι αυτή της ανάρρωσης και της αποθεραπείας, η οποία προκαλεί θετικά συναισθήματα και κυρίως ανακούφιση. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς εξακολουθήσουν να έχουν κάποια αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος για πιθανή υποτροπή της ασθένειας. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε αυτές τις φάσεις της χρόνιας ασθένειας κύριο ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη ποιότητας στη ζωή του ασθενούς στο μέγιστο βαθμό που μπορεί να υπάρξει και όχι μόνο η εξασφάλιση του χρόνου επιβίωσης του (Καραδήμας, 2005).

1.3 Σωματικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.

Η χρόνια ασθένεια έχει σημαντικές σωματικές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς. Αρχικά, μία σημαντική επίπτωση από τις χρόνιες ασθένειες είναι η σωματική εξασθένιση, (πχ λόγω χημειοθεραπειών για την αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου) και η ύπαρξη του χρόνιου πόνου. Οι Broome και Llewelyn (1989) ορίζουν ως χρόνιο τον πόνο που διαρκεί έξι μήνες ή και περισσότερο και τον διακρίνουν από τον οξύ πόνο βάσει της έντασης του και της έκτασης της βλάβης του ιστού. Ο συνεχής πόνος προκαλεί μεγάλα δεινά και εξαθλίωση σε ατομικό επίπεδο αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον, σε συναισθηματικό και οικονομικό επίπεδο. Η αντοχή και η θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι οικονομικά δαπανηρή και έχει μεγάλες και συνεχείς απαιτήσεις στους πόρους υπηρεσιών υγείας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλούν ο σπλαχνικός πόνος και η μυϊκή ένταση, για των κατανόηση των οποίων χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. Οι ψυχολόγοι κατανοούν καλύτερα την μυϊκή ένταση ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ασθενείς με οσφυαλγία, οι οποίοι αντιδρούν με μυϊκή ένταση στα αντιλαμβανόμενα προβλήματα ενώ θα έπρεπε η φυσιολογική τους αντίδραση να είναι η καρδιαγγειακή αλλαγή. Επίσης, ο πόνος περιορίζεται συγκεκριμένα στη πλάτη και αργεί περισσότερο να περάσει από ότι σε άτομα χωρίς οσφυαλγία. Χαρακτηριστικά στην έρευνα των Milgen, Ittersum και Karptein (2011) αναφέρεται ότι μεγαλύτερη πιθανότητα χρόνιας οσφυαλγίας έχουν οι ασθενείς με πληθώρα προβλημάτων υγείας και οι οποίοι έχουν οικονομικές επιβαρύνσεις στη κοινωνία.

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες αναφέρουν πιο έντονα, πιο συχνά και πιο πολλά σωματικά συμπτώματα μεγαλύτερης διάρκειας, σε περισσότερες θέσεις του σώματος τους από ότι ο άνδρες. Οι γυναίκες υπερτερούν στις εκδηλώσεις συμπτωμάτων, ακόμα και αν εξαιρεθούν τα γυναικολογικά και αναπαραγωγικά συμπτώματα, αν εξετασθούν όλα τα σωματικά συμπτώματα ή αν ληφθούν υπόψη μόνο όσα θεωρούνται ιατρικώς ανεξήγητα. Πιθανά αίτια αυτής της διαφοράς θεωρούνται οι διαφορετικές έμφυτες αντιλήψεις του πόνου, η διαφορετική ονομασία και περιγραφή των συμπτωμάτων και ο διαφορετικός κοινωνικός ρόλος των δύο φύλων, βάσει του οποίου η γυναίκα αναγνωρίζει και γνωστοποιεί πιο εύκολα την δυσφορία της από ότι ένας άνδρας (Barsky, Peekna, Borus, 2001).

Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί ότι η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και διαδραματίζουν τον κύριο λόγο για τον τρόπο αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, η σωματική υγεία μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία του άτομου και ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού είναι η κατάθλιψη ενός ασθενούς ενώ μπορούν και οι ψυχολογικοί παράγοντες να επηρεάσουν την υγεία μέσω της συμπεριφοράς (π.χ. αποφυγή καπνίσματος). Ακόμη, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο φυσιολογίας του άτομου, λόγω χάρη ένα άτομο που είναι αγχώδες και θεωρεί τον κόσμο εχθρικό έχει υψηλότερα βασικά επίπεδα πίεσης από ότι ένα άτομο που χαρακτηρίζεται ως χαλαρό. Τέλος, η σωματική και ψυχολογική υγεία ενός ατόμου δε φαίνεται να συνδέονται αιτιωδώς αλλά συσχετίζονται και εμφανίζουν ένα κοινό αποτέλεσμα (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

1.4 Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.

Πολλές ψυχολογικές επιπτώσεις φαίνεται να έχουν συννοσηρότητα με την χρόνια ασθένεια και ειδικότερα με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Αρχικά, αξιοσημείωτη είναι η αναφορά της προσωπικότητας τύπου A, βάσει της οποίας κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενισχύουν την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νόσων. Οι Friedman και Rosenman (όπως αναφέρεται από Marks, Murray, Evans, Willing, 2000) αναφέρουν ότι αυτά είναι ο υψηλός ανταγωνισμός, οι υψηλοί στόχοι, η μόνιμη βιασύνη, η έλλειψη αντοχής στις καθυστερήσεις, η εχθρικότητα και η επιθετικότητα. Επίσης, οι ενεργητικοί και ευέξαπτοι, που συνηθίζουν να διαβάζουν πολύ, να καταναλώνουν φαγητό πολύ γρήγορα, να οδηγούν πολύ γρήγορα και να σκέφτονται συνεχώς τι πρέπει να κάνουν στη συνέχεια ακόμα και αν εκείνοι την στιγμή συνομιλούν με κάποιον, σχετίζονται περισσότερο με την ανάπτυξη μίας καρδιακής νόσου. Παρόλα αυτά, οι προσπάθειες δημιουργίας ενός «τυπικού προφίλ» του χρόνιου ασθενούς δεν έχουν ακόμη συνεπή αποτελέσματα. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά εν τέλει, δεν αποτελούν αίτια ανάπτυξης μίας νόσου αλλά κατηγοριοποιούνται ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

Στη συνέχεια, η πιο συχνή ψυχιατρική κατηγοριοποίηση αναφέρει ότι οι χρόνιοι ασθενείς παρουσιάζουν κατάθλιψη, υστερικό ή υποχόνδριο πόνο και παρόμοιες σωματόμορφες διαταραχές, αυξημένη μυϊκή ένταση ενώ σπάνια σχετίζονται με τον παραληρηματικό ή παραισθησιογόνο πόνο, ο οποίος εμφανίζεται πιο συχνά στις ψυχώσεις (Broome & Llewelyn, 1989). Ακόμη, οι έρευνες τις τελευταίες δεκαετίες αναφέρουν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ των καρδιαγγειακών παθήσεων και της διπολικής διαταραχής. Ειδικότερα, μεγαλύτερη συννοσηρότητα παρουσιάζεται με τον τύπο I της διπολικής διαταραχής από ότι με τον τύπο II και συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, που σχετίζονται με την συμπεριφορά των διπολικών ασθενών είναι η δυλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Οι συμπεριφορές αυτές λανθασμένα χρησιμοποιούνται ως τρόποι αντιμετώπισης του στρες από τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να ενισχύουν τις πιθανότητες ανάπτυξης μίας καρδιαγγειακής νόσου (Glass & Contrada, 2011, όπως ανακτήθηκε στις 12/9/2013, από διαδίκτυο <http://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/36566/>).

Έπειτα, ένας ακόμα βασικός παράγοντας κινδύνου είναι η κατάθλιψη. Τα συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζονται συχνότερα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά

νοσήματα και ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη από ότι οι άνδρες και οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς. Ακόμη, η κατάθλιψη σχετίζεται σημαντικά με τη βαρύτητα της νόσου και των συμπτωμάτων. Σε άλλες μελέτες, ασθενείς με στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, μετά από εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (by pass) και καρδιακή ανεπάρκεια φάνηκε να πάσχουν από κατάθλιψη, η οποία επιδεινώνει σημαντικά τη ποιότητα ζωής τους ενώ αυξάνεται ο κίνδυνος νοσηλείας τους στο νοσοκομείο και ο κίνδυνος του θανάτου τους. (Παρίσης, Φουντουλάκη & Φιλιπάτος, 2008). Μακροπρόθεσμα οι ασθενείς βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης από τον γενικό πληθυσμό, γεγονός που όπως προαναφέρθηκε αποτελεί κακή πρόγνωση για την ποιότητα της ζωής τους και την θεραπεία της ασθένειάς τους (Καραδήμας, 2005).

Ακόμη, οι Rozanski, Blumenthal και Kaplan (1999) συσχετίζουν τις καρδιαγγειακές παθήσεις με την κατάθλιψη, το άγχος, τους προσωπικούς παράγοντες και τα προσωπικά χαρακτηριστικά, την κοινωνική απομόνωση και το χρόνιο στρες. Τα παθοφυσιολογικά αποτελέσματα (π.χ. η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων) αυτών των παραγόντων συχνά φαίνονται από την υιοθέτηση ανεπιθύμητων συμπεριφορών υγείας, όπως είναι η κακή διατροφή. Αυτά τα στοιχεία επιβεβαιώνονται και σε μελέτες ζώων. Χαρακτηριστικά, στους πιθήκους με ψυχοκοινωνικό στρες παρατηρείται δυσλειτουργία των ωοθηκών και ενεργοποίηση των αδρενεργικών υποδοχέων που οδηγούν στην επιτάχυνση της αθηροσκλήρωσης. Επίσης, η πιθανότητα ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο είναι τρεις φορές υψηλότερη συγκριτικά με τις υπόλοιπες καρδιαγγειακές παθήσεις και τον γενικό πληθυσμό. Ειδικότερα, η μείζονος κατάθλιψη διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες και συνοδεύεται από αλλαγές στην όρεξη, διαταραχές ύπνου, κόπωση, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή διέγερση, αισθήματα ενοχής ή αναξιοσύνης, προβλήματα συγκέντρωσης και σκέψεις αυτοκτονίας. Τέλος, πρόσφατες μελέτες τονίζουν μία ακόμη πτυχή της κατάθλιψης, που είναι η απουσία ελπίδας και συνδέεται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας επικινδυνότητας στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και στην πορεία των προβλημάτων υγείας του είναι το στρες. Ειδικότερα, βάσει ερευνών επιβεβαιώνεται ο σημαντικός ρόλος του στρες στην πορεία και πρόγνωση μιας ήδη υπάρχουσας καρδιαγγειακής διαταραχής ενώ συχνά θεωρείται ως παράγοντας επικινδυνότητας για την έναρξη μιας τέτοιας

διαταραχής σε έναν αρχικά υγιή πληθυσμό. Επιπρόσθετα, το στρες σχετίζεται με τη κακή προσαρμογή του ασθενούς μετά από επώδυνες ιατρικές επεμβάσεις, την ένταση του πόνου και τις δυσκολίες αντιμετώπισης της νόσου, όπως είναι η εμφάνιση έρπητα (Καραδήμας, 2008). Οι Rozanski, Blumenthal και Kaplan (1999) αναφέρουν ότι το οξύ στρες, βάσει των ατομικών παραγόντων προσβάλλει με διαφορετικό τρόπο το συμπαθητικό νευρικό σύστημα του καθενός. Η υπερβολική αντίδραση του νευρικού συστήματος αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό για κάποιους ανθρώπους και συνήθως εκδηλώνεται με την αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της πίεσης του αίματος. Αθροιστικά όμως οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης (ως και 3 φορές υψηλότερα) σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές και το άγχος φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο και όχι με έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπως άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες.

Οι Krantz και McCeney (2002) αναφέρουν ότι το στρες συνδέεται με την στεφανιαία νόσο, καθώς το άγχος παράγει αιμοδυναμικές, ενδοκρινείς ή και ανοσολογικές αλλαγές που επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την πρόοδο της αθηροσκλήρωσης και των υπολοίπων καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τις βιολογικές διαδικασίες και γι' αυτό παρουσιάζονται ως παράγοντες κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, οι βιολογικές αντιδράσεις του ατόμου παρουσιάζονται με την απελευθέρωση κατεχολαμινών, κορτικοειδών, την αύξηση των καρδιακών παλμών, την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και με αλλαγές στις διαδικασίες πήξης του αίματος (π.χ. αιμόσταση ή θρόμβωση). Αυτές οι αντιδράσεις σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση μπορεί να αυξήσουν την ευπάθεια τους και την πιο συχνή αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να προδιαθέτουν καρδιαγγειακά επεισόδια με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης στο μέλλον ή μέσω της δυσλειτουργίας των κυττάρων στην στεφανιαία αρτηρία ή με την άμεση πρόκληση αρρυθμιών μέσω της μεταβολής των νευρικών αποδόσεων της καρδιάς. Τέλος, να υπογραμμιστεί ότι αυτές οι βιολογικές αλλαγές λόγω στρες μπορεί να παρουσιάζονται και σε άτομα που δεν νοσούν και από μόνες τους δεν αποτελούν σύμπτωμα κάποιας νόσου.

1.5 Κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.

Αδρομερώς, ένα άτομο με χρόνια ασθένεια μπορεί να προσδιοριστεί μέσα από την ασθένεια του ή το αντίθετο, δηλαδή να εθελουφλεί και να προσπαθεί να ξεχάσει την ύπαρξη της. Η οπτική αυτή του ασθενούς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υποστήριξη που λαμβάνει από το κοινωνικό του δίκτυο, την αποδοχή ή την απόρριψη που αισθάνεται από αυτήν. Αν και συχνά ένας χρόνιος ασθενής αποσύρεται από τους «φυσιολογικούς» ανθρώπους καθώς υπάρχουν πολλά σωματικά, θεσμικά και γραφειοκρατικά εμπόδια στην κοινωνία, τα οποία τον περιθωριοποιούν από αυτήν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ένας ασθενής που υποφέρει από στηθάγχη, ο πόνος τον «προειδοποιεί» ότι υπάρχουν πλέον κάποια όρια που δεν μπορούν να αθετηθούν και θα πρέπει να προσέχει τις σωματικές δραστηριότητες που κάνει, ακόμα και αν επρόκειτο για το ανέβασμα μιας σκάλας, η δραστηριότητα αυτή πλέον έχει νέο νόημα, το οποίο τον αποκλίνει από τον υπόλοιπο υγιή πληθυσμό και του υπενθυμίζει το αναπόφευκτο γεγονός του θανάτου (Smith & Veatch, 1995).

Το πλήγμα αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η επαγγελματική του πορεία αναχαιτίζεται, τουλάχιστον για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα συχνά αυξάνει το πλήγμα στην προσωπική εικόνα του ατόμου και την αίσθηση αποξένωσης του (Smith & Veatch, 1995). Αξιοσημείωτη είναι και η αναφορά της χαμηλής αυτοπεποίθησης σε παιδιά με χρόνια ασθένεια σε σύγκριση με τους υγιείς συνομήλικους τους, λόγω κυρίως της απόρριψης που νιώθουν από εκείνους και επειδή έχουν λιγότερη επιτυχία στις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες και στην ακαδημαϊκή πορεία τους (Pinquart, 2012). Παρ' όλα αυτά σημαντικό ρόλο βάση των Smith και Veatch, (1995) έχουν επίσης οι αναπαραστάσεις των ασθενών, όπου οι ασθενείς που έχουν θετικές αναπαραστάσεις και θετικές «ψευδαισθήσεις» (όλα τα είδη θετικών νοητικών καταστάσεων, όπως είναι η αισιοδοξία, η πίστη, μία αίσθηση του οργανισμού κλπ.) απωθούν τα αρνητικά συναισθήματα και έχουν καλύτερες διαπροσωπικές και κοινωνικές ικανότητες. Αντίθετα, οι ασθενείς που βασίζονται στην καταστολή και την άρνηση συνήθως οριοθετούνται απαισιόδοξα στην πραγματικότητα. Επομένως, οι περισσότερο θετικά διακείμενοι ασθενείς επικεντρώνονται στην υποστήριξη που λαμβάνουν από τη κοινωνία και σύμφωνα με τον Reifman (1995) (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 2005) αυτοί που λαμβάνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με όσους λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη αναρρώνουν γρηγορότερα και ζουν περισσότερο.

Συνοπτικά, ως κύριες κοινωνικές επιπτώσεις λόγω της χρόνιας ασθένειας, οι Lindholm, Burstrom και Diderichen (2002) αναφέρουν την ανεργία, τον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας και την φτώχεια. Η χαμηλή κοινωνική και οικονομική θέση ενός ατόμου, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τις παραπάνω επιπτώσεις, καθώς επίσης και να αυξάνουν τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης νόσου και την μετέπειτα πορεία του ασθενούς. Ειδικότερα, οι χειρωνακτικές εργασίες εμπεριέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σωματικών προβλημάτων υγείας από ότι οι μη χειρωνακτικές εργασίες. Επίσης, με την ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας, ο περιορισμός από την εργασία είναι πολύ σημαντικότερος για αυτούς, καθώς συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμοι άλλοι οικονομικοί πόροι για να εξασφαλίσουν την επιβίωση τους. Ακόμη, από την θέση ενός ατόμου εξαρτάται ο βαθμός του πόνου και αν θα μπορέσει να καλύψει τα περαιτέρω έξοδα ώστε να έχει μία καλύτερη υγειονομική περίθαλψη. Τέλος, για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις ενός ατόμου σημαντική είναι η κοινωνική και πολιτική θέση του κράτους σχετικά με την αγορά εργασίας και την προστασία των πολιτών της.

2. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι πρώτες μελέτες για τις γνωστικές αναπαραστάσεις ξεκίνησαν το 1960 και είχαν ως στόχο να προσδιορίσουν υπό ποιες συνθήκες τα εκφοβιστικά μηνύματα μίας ασθένειας προκαλούν φόβο, οδηγούν σε συμπεριφορές υγείας και στην εκτέλεση πράξεων για να προληφθεί αυτή η απειλή. Η κύρια υπόθεση ήταν ότι η στάση και η συμπεριφορά πρέπει να ενισχύονται όταν η εκτέλεση μιας πράξης μειώνει το φόβο και την αίσθηση ευπάθειας του ατόμου στην απειλή της ασθένειας (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller, et al., 1997). Σύμφωνα με τους Dollard και Miller (όπως αναφέρεται στο Leventhal et al., 1997) αν οι δράσεις του ατόμου δεν απομακρύνουν τον φόβο και την απειλή, οι μη ρεαλιστικές διαβεβαιώσεις θα μπορούσαν να εξαλείψουν την αίσθηση του φόβου. Παρ' όλα αυτά στα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση τους, αλλά ότι ο φόβος έχει βραχυπρόθεσμα μόνο αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα μηνύματα που προκαλούν περισσότερο φόβο συντελούν στην αλλαγή της επιθυμητής συμπεριφοράς παροδικά και χάνουν την ισχύ τους μέσα στις επόμενες δύο μέρες. Επιπροσθέτως, τα μηνύματα που παρείχαν συγκεκριμένους τρόπους δράσης επηρέαζαν περισσότερο την συμπεριφορά των ατόμων ανεξάρτητα από το βαθμό του φόβου. (Leventhal et al., 1997).

2.1 Το μοντέλο κοινής λογικής και η συμβολή των νοητικών αναπαραστάσεων.

Το μοντέλο κοινής λογικής ή παράλληλης επεξεργασίας χρησιμοποιείται ευρέως για τη παράλληλη γνωστική επεξεργασία του κινδύνου και του φόβου. Επίσης, συντελεί στο διαχωρισμό της αναπαράστασης της απειλής του φόβου από την εκτέλεση πράξεων με σκοπό τη προστασία των ασθενών. Έχει βρεθεί ότι η αποφυγή πράξεων σχετίζεται με την απειλή της ασθένειας και την αποφυγή προστατευτικών δράσεων όταν αυτές εμπεριέχουν πόνο ή και δυσφορία. Ο συνδυασμός ενός εκφοβιστικού μηνύματος και ενός σαφούς πλάνου δράσης έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ενώ δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο το επίπεδο του φόβου. Ακόμη, η κινητοποίηση των ασθενών δεν εξαρτάται από τα πλάνα δράσης όσο από τη γνωστική αναπαράσταση της απειλής (Leventhal et al., 1997).

Οι αναπαραστάσεις των απειλών ασθένειας έχουν τόσο συγκεκριμένους και αντιληπτικούς κώδικες όσο και αφηρημένους γλωσσικούς κώδικες. Ως αναπαραστάσεις ασθένειας ορίζονται οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες των ασθενών για τη κατάσταση υγείας ή τα σωματικά συμπτώματα τους. Οι αναπαραστάσεις αυτές διακρίνονται σε γνωστικές και συναισθηματικές. Αρχικά, τα κύρια χαρακτηριστικά των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας βάσει του μοντέλου κοινής λογικής είναι η ταυτότητα της νόσου («ετικέτα»), η χρονική διάρκεια της, τα αίτια, οι συνέπειες και οι δυνατότητες ελέγχου και θεραπείας της. (Diefenbach, όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο 11/7/2013). Πιο συγκεκριμένα, η ταυτότητα της νόσου αναφέρεται στο όνομα της νόσου και τα συμπτώματα που συνδέονται με αυτήν. Η χρονική διάρκεια αναφέρεται στις πεποιθήσεις του ατόμου για το αν θεωρούν την νόσο τους οξεία ή χρόνια. Τα αίτια αναφέρονται στους παράγοντες που θεωρούν υπεύθυνους οι ασθενείς για την ανάπτυξη μίας νόσου. Αδρομερώς, βάσει ερευνών διακρίνονται στα βιολογικά αίτια (όπως είναι η κληρονομικότητα), τα συναισθηματικά (π.χ. η κατάθλιψη) και στα εξωτερικά αίτια (π.χ. μόλυνση του περιβάλλοντος). Οι συνέπειες αναφέρονται στις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμη, η ελεγχσιμότητα αναφέρεται στις εκτιμήσεις του ατόμου για το αν ο τρόπος δράσης του είναι αποτελεσματικός και σε ποιο βαθμό το επιτυγχάνει αυτό. Τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αναφέρονται στον τρόπο που τα συναισθήματα του ασθενούς (π.χ. φόβος) θα συντελέσουν στην συμπεριφορά του. Χαρακτηριστικά, το άγχος εντείνει την επεξεργασία αρνητικών

συναισθημάτων και αυτή η συνεχής επεξεργασία μπορεί να συντελέσει στην ανάπτυξη περισσότερο εκτεταμένων και λεπτομερών αναπαραστάσεων κινδύνου (Καραδήμας, 2005).

Συχνά, οι ασθενείς διακρίνουν το χρονοδιάγραμμα της νόσου σε τρεις τύπους μοντέλων τις οξείες νόσους, (όπως είναι τα κρυολογήματα, η γρίπη και οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις) τις κυκλικές νόσους (όπως είναι η αλλεργίες και τα προβλήματα του δέρματος) και τις χρόνιες ασθένειες (όπως είναι ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις). Στις οξείες νόσους, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον παροδικό χαρακτήρα της νόσου και συνήθως δεν απευθύνονται σε ιατρούς αλλά την αντιμετωπίζουν μόνοι τους. Στις κυκλικές νόσους ζητείται ιατρική βοήθεια μόνο όταν δεν μπορούν να τις αντιμετωπίσουν εξ ολοκλήρου μόνοι τους αλλά δεν ανησυχούν για αυτές και αναγνωρίζουν την παροδική κυκλική πορεία τους. Στις οξείες νόσους οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια αναγνωρίζοντας ότι τα συμπτώματα τους δεν είναι τα «φυσιολογικά» συμπτώματα μίας γρίπης, όντας παράλληλα συναισθηματικά φορτισμένοι για τη διάγνωση και τη πορεία τους (Καραδήμας, 2005).

Πολλές πτυχές των αναπαραστάσεων και η περαιτέρω διαφοροποίηση τους, βάσει του μοντέλου κοινής λογικής, δημιουργούνται κατά τη διάρκεια ιατρικών συναντήσεων. Στις ιατρικές συναντήσεις οι ασθενείς λαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες που τους βοηθούν να κατανοήσουν καλύτερα την νόσο τους και να ολοκληρώσουν τις αναπαραστάσεις τους σχετικά με αυτήν. Επίσης λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από τον γιατρό τους, η οποία τους βοηθά να σκέφτονται αισιόδοξα και να αναπτύσσουν πλάνα δράσης για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου τους (Leventhal et al., 1997).

Στη μελέτη της Kucukarslan (όπως αναφέρεται στο Farmer, 2012), όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις, η εκτίμηση της ταυτότητας της ασθένειας διαφοροποιεί τα αποτελέσματα ανάλογα με τη κατάσταση, στην οποία μελετούνταν τα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτη υπέρτασης, η ταυτότητα των ασθενών είχε θετικό αντίκτυπο στη συμμόρφωση τους και όσο περισσότερα συμπτώματα είχαν τόσο μικρότερη ήταν η αίσθηση ελέγχου και η συμμόρφωση τους σε αυτήν. Παρόλα αυτά, η ταυτότητα δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα συμμόρφωσης στις μελέτες καρδιακής ανεπάρκειας και στον διαβήτη τύπου II.

Η σχέση ασθένειας, θεραπείας, ελέγχου και συμμόρφωσης συσχετίζεται διαφορετικά με το προσωπικό έλεγχο από τον έλεγχο θεραπείας. Ακόμη, βάσει των Leventhal, H., Diefenbach M. και Leventhal, E.A. (1995) για την επεξεργασία των γνωστικών αναπαραστάσεων σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν το περιεχόμενο των αναπαραστάσεων, η αντιμετώπιση των διαδικασιών και οι εκτιμήσεις για την αποτελεσματικότητά τους. Αθροιστικά, τα άτομα βάσει των παραγόντων αυτών αποδίδουν τις χρόνιες παθήσεις σε εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες και οι συνέπειες και τα συμπτώματά τους χαρακτηρίζονται ως επώδυνα και ανεξέλεγκτα. Τέλος, είναι σημαντική η αναφορά ότι βάσει του μοντέλου κοινής λογικής προτιμάται ο όρος «διαδικασία» αντί του όρου «αντιμετώπιση». Πιο συγκεκριμένα, ο τελευταίος όρος επιτρέπει τη σύνδεση του μοντέλου διαχείρισης ασθένειας με άλλα μοντέλα γνωστικής επεξεργασίας. Ακόμη, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η θετική οπτική βοηθά στην επίτευξη του στόχου και ο όρος «διαδικασία» είναι ουδέτερος και δεν συσχετίζεται με την πρόληψη ή τον έλεγχο της ασθένειας. Επομένως, με τον όρο αυτό αποφεύγονται τα εννοιολογικά χάσματα στην ευρύτερη βιβλιογραφία και δεν υπάρχει συναισθηματική σύνδεση, η οποία θα μπορούσε να δημιουργήσει νέες επιπλοκές στην αντιμετώπιση της ασθένειας (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick- Miller, Robitaille, 1997).

Εν κατακλείδι, αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ακόμη μοντέλο για τη κατανόηση της ασθένειας είναι αυτό της γνωσιακής και κοινωνικής επεξεργασίας των πληροφοριών υγείας (C-SHIP). Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση σε πέντε μονάδες με διαφορετικές γνωστικές και συναισθηματικές μεταβλητές. Ειδικότερα, αυτές είναι η κωδικοποίηση και η μόρφωση των ατόμων (π.χ. η προσωπική αντίληψη κινδύνου), οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες τους (π.χ. αυτοαποτελεσματικότητα). Επίσης δίνει έμφαση στους στόχους και τις αξίες, στις επιρροές και τα συναισθήματα (π.χ. ανησυχίες για την ασθένεια) και στις ικανότητες και δεξιότητες αυτορρύθμισης. Αυτές οι μεταβλητές ενεργοποιούνται ή αναστέλλονται ποικιλοτρόπως και βοηθούν στην κατανόηση και στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς των ασθενών (Diefenbach, όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο 11/7/2013).

2.2. Τρόποι «κατασκευής» των νοητικών αναπαραστάσεων.

Η ανάπτυξη των γνωστικών αναπαραστάσεων διαμορφώνεται με τη βοήθεια δύο ειδών μνήμης. Η σχηματική μνήμη αναφέρεται στην μη λεκτική, αυτόνομη εκμαίευση συναισθηματικών αντιδράσεων και σε συγκεκριμένες σωματικές αναμνήσεις. Χαρακτηριστικά, στη σχηματική μνήμη συγκαταλέγονται η ανάμνηση ενός οικείου προσώπου στο νοσοκομείο ή οι παλαιότερες προσωπικές εμπειρίες του ασθενούς. Η εννοιολογική ή προτασιακή μνήμη σχετίζεται με τις αφηρημένες έννοιες, την αίσθηση και αντίληψη της ασθένειας και την αξιολόγηση της. Χαρακτηριστικά, στην εννοιολογική μνήμη συγκαταλέγεται η αίσθηση ευπάθειας που έχει ένα άτομο λόγω της ύπαρξης κληρονομικότητας σε ένα πρόβλημα υγείας στην οικογένεια του. Τα δύο αυτά είδη μνήμης συντελούν για την δημιουργία ολοκληρωμένων αναπαραστάσεων των ασθενών. (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992). Ακόμη, η κατασκευή μίας αναπαράστασης μεταξύ συγκεκριμένων και αφηρημένων πηγών είναι συμμετρική. Η σύνδεση των συμπτωμάτων και της διάγνωσης είναι αυτόματη και διαισθητική. Οι διαδικασίες χαρακτηρίζονται ως εννοιολογικές (περιληπτικές και εμπρόθετες) και σχηματικές (συγκεκριμένες και αντιληπτικές) (Hagger & Orbell, 2003).

Επίσης, η δημιουργία νοητικών αναπαραστάσεων βασίζεται σε συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφοριών για τη κατανόηση και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Μία πρώτη πηγή πληροφοριών προέρχεται από τη «δεξαμενή των πολλών», στην οποία παρουσιάζονται οι λαϊκές πληροφορίες, οι οποίες έχουν αφομοιωθεί από το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο για την ασθένεια. Με άλλα λόγια, ένα άτομο έχει αφομοιώσει πληροφορίες για μία νόσο από τις συζητήσεις του με άλλους ανθρώπους και είναι η «λαϊκή» πολιτισμική γνώμη που επικρατεί στην κοινωνία. Έπειτα, μία σημαντική εξωτερική πηγή πληροφοριών είναι οι «σημαντικοί άλλοι», οι οποίοι βρίσκονται στο κοντινό περίγυρο τους και αποτελούν έγκυρες πηγές πληροφόρησης, όπως είναι ο γιατρός ή οι γονείς. Τέλος, ολοκληρώνονται οι νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας βάσει της τρέχουσας προσωπικής εμπειρίας του ασθενούς, η οποία αναφέρεται στις σωματικές ή συμπτωματικές πληροφορίες που λαμβάνει το άτομο για την ασθένεια του. Επιπροσθέτως, νέες έρευνες υποστηρίζουν ότι σημαντικό ρόλο για τις αναπαραστάσεις έχει και η αποτελεσματικότητα των πιθανών προηγούμενων μέσων

αντιμετώπισης, ο τύπος της προσωπικότητας και το πολιτιστικό υπόβαθρο (Hagger & Orbell, 2003).

2.3 Αντίληψη της ασθένειας και θεωρία απόδοσης αιτιών.

Η προσπάθεια καθορισμού των χαρακτηριστικών του εαυτού δημιουργούν ένα αίσθημα ευπάθειας επειδή συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά συγκεκριμένων χρόνιων ασθενειών. Χαρακτηριστικά, οι άνδρες αισθάνονται περισσότερο ευάλωτοι για εμφάνιση καρκίνου του προστάτη στην ηλικία των 60 ως 70 ετών, καθώς αποτελεί ένα σοβαρό σύγχρονο πρόβλημα που δημιουργείται σε άνδρες τέτοιων ηλικιών. Πιθανοί παράγοντες ανάπτυξης της νόσου είναι η κληρονομικότητα, η σωματική διαμόρφωση του ατόμου (π.χ. οι γυναίκες με μικρό στήθος έχουν την πεποίθηση ότι είναι λιγότερο ευάλωτες στο καρκίνο του μαστού και η ανάγκη τους για έλεγχο είναι μικρότερη), ο τρόπος ζωής, η ιδιοσυγκρασία του ατόμου (π.χ. τα άτομα που βιώνουν έντονο στρες αισθάνονται περισσότερο ευάλωτα σε καρδιαγγειακές παθήσεις) και οι συμπεριφορές υγείας. Αυτοί οι παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη προώθηση πρακτικών υγείας (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick- Miller, Robitaille, 1997).

Η αντίληψη της ασθένειας χαρακτηρίζεται από μία γνωστική αξιολόγηση με τη πάροδο του χρόνου. Ειδικότερα, αρχικά υπάρχει η φάση αυτοαξιολόγησης, στην οποία παρατηρούνται σωματικές αλλαγές, οι οποίες οδηγούν στο συμπέρασμα αν είναι ή όχι άρρωστο το άτομο. Στη συνέχεια, υπάρχει η φάση της ασθένειας, όπου το άτομο κινητοποιείται και προσπαθεί να θεραπεύσει τον εαυτό του. Αν το άτομο συνεχίζει να παρατηρεί μη έλεγχο της ασθένειας, η ανησυχία του μπορεί να επιμηκύνει το χρόνο αποφυγής και τη παραμονή του σε αυτή τη φάση πριν την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Έπειτα ακολουθεί η φάση χρήσης, που είναι το διάστημα από τη πρόκληση βοήθειας μέχρι όντως το άτομο να επισκεφθεί τον υπεύθυνο ιατρό και να υπάρξει διάγνωση. Αυτές οι φάσεις δεν ισχύουν υποχρεωτικά για όλες τις ασθένειες. Στη περίπτωση παραδείγματος χάριν εκδήλωσης μιας αιφνίδιας έναρξης μίας επιθετικής νόσου το άτομο φαίνεται αμέσως να περνά στην τελευταία φάση (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992).

Όταν ένα άτομο ενημερώνεται ότι πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια, το «γιατί» είναι μία από τις πρώτες ερωτήσεις που υποβάλλει. Με άλλα λόγια, τα άτομα αυθόρμητα προσπαθούν να δώσουν αποδόσεις για να κατανοήσουν τον λόγο που συνέβη σε εκείνους, μία τάση που αυξάνεται σύμφωνα με τη σοβαρότητα της νόσου. Η κατανόηση των αιτιών είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των γνωστικών

αναπαραστάσεων του μοντέλου κοινής λογικής σε όλες τις φάσεις της ασθένειας, στα οποία δίνεται μεγάλη βαρύτητα για την πορεία της νόσου. Συχνά τα άτομα πιστεύουν ότι είναι πολλά τα αίτια για μία ασθένεια ακόμα και αν υπάρχει μόνο μία προσδιοριζόμενη αιτία, εμμένουν ότι υπάρχουν και άλλες. Στις μελέτες τα αίτια διαφοροποιούνται και μελετούνται σε τρεις θεωρητικές διαστάσεις: τον τόπο (εσωτερικά- εξωτερικά), τη σφαιρικότητα (γενικά- ειδικά) και τη σταθερότητα (σταθερά- ασταθή). Ακόμη διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες ως βιολογικά, μυστικιστικά και ψυχοκοινωνικά αίτια. Άλλες σημαντικές δευτερεύουσες κατηγορίες είναι το υπερφυσικό άγχος, το διαπροσωπικό άγχος, ο τρόπος ζωής, η προσωπικότητα, η ευκαιρία, η χρήση ουσιών, η φύση και οι καιρικές συνθήκες (Shiloh, Rashuk- Rosenthal, Benyamini, 2002).

Επίσης, σε έρευνα για τους προγνωστικούς παράγοντες για την στεφανιαία νόσο οι περισσότεροι ασθενείς ως κύρια αίτια ανέφεραν τους γενετικούς παράγοντες, θεωρώντας ότι η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία «ανδρική ασθένεια» και ως δευτερεύουσες αιτίες το στρες και τον τρόπο ζωής. Σημαντικό ρόλο βέβαια έχουν η προσωπικότητα και οι ψυχολογικοί παράγοντες, καθώς τα άτομα που είχαν αδύναμη ταυτότητα της ασθένειας είχαν μεγαλύτερη πίστη στον έλεγχο και τη θεραπεία της νόσου και λιγότερη στις αντιλαμβανόμενες συνέπειες. Ακόμη, τα άτομα που έχουν οικογενειακό ιστορικό θεωρούν τον εαυτό τους περισσότερο ευπαθή στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου (Aalto, Heijmans, Weinman & Aro, 2005).

Η θεωρία απόδοσης αιτιών είναι ιδιαίτερα σημαντική στη κατανόηση της ασθένειας αλλά παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθούν κάποιοι σημαντικοί περιορισμοί αυτής. Αρχικά, έχει παρουσιαστεί ένας μεγάλος αριθμός αιτιών, ο οποίος στη βιβλιογραφία ποικίλλει αριθμητικά και φέρει διαφορετικές ερμηνείες. Παραδείγματος χάριν, τα γονίδια έχουν χαρακτηριστεί ως «εξωτερικά αίτια», «εσωτερικά αίτια», «άλλα», «ευκαιρία» και ως μοναδική αιτία. Ακόμη, οι κατηγορίες αιτιών αναπαριστούν σχήματα και δεν αντανακλούν τις ατομικές διαφορές των συμμετεχόντων. Ένας τελευταίος περιορισμός είναι τα προβλήματα που μπορεί να υπάρξουν από τη διαφορετική μεθοδολογία (πχ. Κλειστές – ανοιχτές ερωτήσεις) ή από το δείγμα με αποτέλεσμα την ασυνεπή κατηγοριοποίηση των αποδόσεων. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρξει περαιτέρω έρευνα για να μειωθούν αυτοί οι περιορισμοί και να αυξηθεί η αξιοπιστία της θεωρίας απόδοσης αιτιών (Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002).

2.4 Συνέπειες μη συμμόρφωσης και συμμόρφωσης στην θεραπεία

Η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη πορεία και τον έλεγχο της ασθένειας. Η μη συμμόρφωση έχει αρνητικές συνέπειες, οι οποίες ποικίλλουν από εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια ως την απώλεια συνείδησης και τον αιφνίδιο θάνατο. Οι κυριότεροι λόγοι μη συμμόρφωσης είναι η προβληματική διάδραση μεταξύ ασθενούς και γιατρού (π.χ. η χρήση τεχνικής γλώσσας μπορεί να είναι ακατανόητη για τον ασθενή) και οι πεποιθήσεις για τα μοντέλα υγείας. Από την άλλη πλευρά, η συμμόρφωση του ασθενούς εξαρτάται από τα κίνητρα και τις επιλογές αντίδρασης, την αίσθηση ευπάθειας, τις αρνητικές συνέπειες, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των προστατευτικών δράσεων. Επίσης, πολλά μοντέλα αναφέρουν ότι για την κατανόηση της συμμόρφωσης σημαντικό ρόλο έχουν και οι κοινωνικοί και ατομικοί παράγοντες (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992).

Ύστερα, σημαντικό ρόλο για τη συμμόρφωση ή μη των ασθενών στην θεραπεία έχουν τα στερεότυπα των φύλων και κυρίως όσον αναφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Συχνά μεταξύ των φύλων παρατηρούνται διαφορετικές αντιλήψεις των συμπτωμάτων, διαφορετικές ατομικές πράξεις ενώ η συμμόρφωση των γυναικών στη θεραπεία φαίνεται ότι είναι περισσότερο προβληματική. Οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες καθυστερούν περισσότερο να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και ίσως αυτό να εξηγεί το γιατί υποφέρουν περισσότερο μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου και γιατί έχουν λιγότερες επιλογές στη θεραπεία τους. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό, όπως αναφέρουν οι Cameron και Leventhal (2003) είναι ότι η κρίση των γυναικών και η απόφαση τους για δράση, όσον αφορά τα καρδιολογικά συμπτώματα είναι διαφορετική από των ανδρών, δηλαδή διαφέρει ο τρόπος αντίληψης τους για τα συμπτώματα και τότε αυτά χρειάζονται προσοχή και ιατρική φροντίδα.

Μελέτες σχετικά με τις λαϊκές γνωστικές αναπαραστάσεις αναφέρουν ότι συχνά τα άτομα αποδίδουν την εμφάνιση συμπτωμάτων στο στρες παρά στην ίδια την ασθένεια όταν βιώνουν δύσκολες καταστάσεις. Επίσης, πολλοί θεωρούν ότι τα συμπτώματα αυτά είναι φυσιολογικά λόγω της ηλικίας των ασθενών και όχι ότι είναι αποτελέσματα κάποιας νόσου. Ακόμη, τα στερεότυπα στις καρδιαγγειακές παθήσεις αναφέρουν ότι τα συμπτώματα είναι πιο πιθανό να οφείλονται σε στηθάγχη ή

εμφράγματα στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Αν και οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούν το θάνατο και των γυναικών εμφανίζονται περισσότερο στους άνδρες. Επομένως είναι περισσότερες οι πιθανότητες πολλοί άνθρωποι συχνά να γνωρίζουν κάποιον άνδρα από το κοινωνικό τους περίγυρο, ο οποίος θα νοσηλεύεται για κάποια καρδιαγγειακή πάθηση και να θεωρείται ως «ανδρική» ασθένεια. Ακόμη, αυτήν την εσφαλμένη γνωστική αναπαράσταση μπορεί να επηρεάζουν και οι επαγγελματίες υγείας που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο προστατευμένες από τέτοιες παθήσεις λόγω των ορμονών αναπαραγωγής τους (Cameron & Leventhal, 2003).

Οι συμπεριφορές συμμόρφωσης διατηρούνται και ενισχύονται όταν ο ασθενής βλέπει έμπρακτα βελτίωση στην υγεία του και θεωρεί ότι πρόκειται για ένα πειστικό σύστημα θεραπείας. Η συμμόρφωση στη θεραπεία επηρεάζεται από το πολιτισμικό και διαπροσωπικό επίπεδο του ασθενούς, τη πρόσβαση στα δυτικά ή παραδοσιακά φάρμακα και τη κουλτούρα. Πιο συγκεκριμένα, ένας ασθενής μπορεί να επηρεαστεί από τους γιατρούς, την οικογένεια, τους φίλους σχετικά με το πόσο ταχεία είναι η ανάκαμψη του και πόσο γρήγορα μπορεί και πάλι να αναλάβει τις ευθύνες του. Από την άλλη πλευρά, οι παρενέργειες της θεραπείας μπορεί να υπονομεύσουν τη συμμόρφωση τους, όπως λόγω χάριν οι διαβητικοί ασθενείς μετά από ένεση ινσουλίνης μπορεί να έχουν επεισόδια υπογλυκαιμίας, τα οποία δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα και μπορεί να προκαλέσουν ως και απώλεια συνείδησης ή και θάνατο (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992).

Η συμμόρφωση των ασθενών μπορεί να γίνει με τη βοήθεια ενός ειδικού επαγγελματία υγείας, ο οποίος θα βοηθήσει στην αλλαγή των λανθασμένων γνωστικών πεποιθήσεων και θα επιλέξει την κατάλληλη παρέμβαση. Υπάρχουν προγράμματα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, τα οποία ενισχύουν την ευημερία των ασθενών, τους βοηθούν στην διαχείριση της ασθένειας και προάγουν τις συμπεριφορές υγείας. Ειδικότερα, τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης βοηθούν στην βελτίωση της ζωής των ασθενών, τη μείωση των συμπτωμάτων και την αύξηση των λειτουργικών δυνατοτήτων (Shifren, 2003).

2.5 Αυτορρύθμιση: Το μοντέλο της κοινής λογικής

Το μοντέλο της κοινής λογικής βασίζεται στην θεωρία της αυτορρύθμισης, της οποίας κύριος στόχος είναι η ρύθμιση των αναπαραστάσεων του φόβου και της απειλής των ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ρύθμιση του άγχους για τη προσαρμογή του ασθενούς. Τα ερεθίσματα απειλής για την υγεία (όπως είναι τα συμπτώματα ή η διάγνωση) ενεργοποιούν τις γνωστικές αναπαραστάσεις απειλής της ασθένειας και τις συναισθηματικές διεργασίες. Από τη μία πλευρά, οι γνωστικές αναπαραστάσεις καθοδηγούν τη χρήση στρατηγικών ελέγχου της ασθένειας και τα αποτελέσματα αναλογικά με την επιτυχία τους ανατροφοδοτούν ή τροποποιούν τις αναπαραστάσεις και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Από την άλλη, οι συναισθηματικές διεργασίες εκμαιεύουν άγχος και φόβο και ωθούν προς την ανάπτυξη συμπεριφορών ελέγχου αυτών. Τα αποτελέσματα από την ρύθμιση των συναισθημάτων, βάσει της επιτυχίας τους, τροποποιούν τις περαιτέρω προσπάθειες ρύθμισης. (Cameron & Jago, 2008).

Ως παράγοντες κινδύνου της θεωρίας αυτορρύθμισης μπορούν να θεωρηθούν οι συμπεριφορικοί παράγοντες και οι μεταβλητές του τρόπου ζωής όταν υπάρχει η προδιάθεση για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Υπάρχουν συμπεριφορικοί παράγοντες που δεν μπορούν να μεταβληθούν, όπως είναι η ηλικία, το φύλο και η κληρονομικότητα του ατόμου. Άλλοι παράγοντες μπορούν να μεταβληθούν, όπως είναι η διακοπή καπνίσματος, ο διαβήτης, τα υψηλά επίπεδα αίματος σε χαμηλή πυκνότητα λιποπρωτεϊνικής χοληστερόλης και τα χαμηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών. Επίσης, σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν είναι η παχυσαρκία, ο καθιστικός τρόπος ζωής και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου. Ιδιαίτερα, ως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται η ανταπόκριση στο στρες, οι αντιδράσεις σε χρόνιο και οξύ στρες, σε αγχώδη και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία αυξάνουν την ευπάθεια ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων (Boll, Johnson, Perry & Rozensky, 2002).

Στη θεωρία της αυτορρύθμισης, μερικές από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους είναι η ανάπτυξη προσοχής, η συμμετοχή κατευθύνοντας τη προσοχή μακριά από την απειλή (αποφυγή) ή με έμφαση στη παρακολούθηση της απειλής. Επίσης, σημαντικές είναι και οι τεχνικές ενεργητικής συμπεριφοράς για τη μείωση της απειλής (π.χ. επαναξιολόγηση της

κατάστασης βάσει των οφελών), η διαφοροποίηση απαντήσεων, η αλλαγή έκφρασης και η συγκέντρωση στα συναισθήματα (π.χ. καταστολή και χαλάρωση). Επίσης, σημαντικό είναι οι ασθενείς να έχουν θετικές γνωστικές αλλαγές και να υπάρχει ανταπόκριση στη διαμόρφωση δραστηριοτήτων αντιμετώπισης (Cameron & Jago, 2008).

Συνοψίζοντας, είναι σημαντική η κατανόηση της συνοχής της θεωρίας αυτορρύθμισης για τη προσαρμογή του ασθενούς. Ειδικότερα, η συνοχή αναφέρεται στην κατανόηση, τη διαχείριση, και τη δυνατότητα ελέγχου της ασθένειας. Σχηματίζεται από τις ανθρώπινες εμπειρίες και ενισχύεται από την επιτυχία της επεξεργασίας του στρες. Τέλος, σχετίζεται με τους συναισθηματικούς περιορισμούς και τους περιορισμούς των ασθενών και όχι από τη σοβαρότητα της νόσου (Nio, 2010).

2.6 Τρόποι αξιολόγησης των γνωστικών αναπαραστάσεων

Το ερωτηματολόγιο αντίληψης της ασθένειας (illness perception questionnaire – IPQ) αποτελεί ένα έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο για τις γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενειών, το οποίο δημιουργήθηκε το 1996 (French & Weinman, 2008). Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά τα πέντε βασικά χαρακτηριστικά των γνωστικών αναπαραστάσεων με ερωτήσεις, όπου οι ασθενείς απαντούν με βάση τη κλίμακα Likert και προσαρμόζεται για τη χρήση του σε πολλές διαφορετικές ασθένειες (Diefenbach, όπως ανακτήθηκε από το διαδίκτυο 11/7/2013).

Οι ερευνητές με την αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου (IPQ-R) προσπαθούν να ενσωματώσουν τα ψυχομετρικά προβλήματα και επιπλέον τις υποκλίμακες σχετικά με την αξιολόγηση του κυκλικού χρονικού διαστήματος της ασθένειας, τη συμμόρφωση προς αυτήν και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις. (Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002).

Τα αποτελέσματα μίας μετά-ανάλυσης εμπειρικών μελετών με βάση το μοντέλο κοινής λογικής αναφέρει ότι οι συνέπειες, ο έλεγχος, η θεραπεία, η ταυτότητα και το χρονοδιάγραμμα ακολουθούν ένα λογικό μοντέλο υποστηρίζοντας την εγκυρότητα τους σε όλους τους τύπους των ασθενών. Οι αντιλήψεις μίας ισχυρής ταυτότητας της ασθένειας σχετίζονται με τη χρήση της στρατηγικής αντιμετώπισης της αποφυγής και την στρατηγική έκφρασης συναισθημάτων. Η δυνατότητα ελέγχου της νόσου σχετίζεται με τη γνωστική επανεκτίμηση εκφράζοντας συναισθήματα και προβληματισμούς σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι αντιλήψεις μίας άκρως συμπτωματικής ασθένειας, με σταθερή διατήρηση στο χρόνο και σοβαρές συνέπειες έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή αντιμετώπισης της νόσου. Από την άλλη πλευρά, η αντίληψη μίας ήπιου ασθένειας σχετίζεται με τη ψυχική ευεξία, τη κοινωνική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη ψυχολογική δυσφορία. Αθροιστικά, η προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς έχει ως στόχο τη τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τους ασθενείς και την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Hagger & Orbell. 2003).

Ένα ακόμα ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως είναι το ερωτηματολόγιο γνωστικής ασθένειας (ICQ), το οποίο αξιολογεί με βάση τρεις γνωστικούς πόρους αξιολόγησης τα αγχώδη και απωθητικά χαρακτηριστικά της χρόνιας ασθένειας. Τα γνωστικά χαρακτηριστικά του ICQ είναι η ανικανότητα, η

αποδοχή και τα αναμενόμενα οφέλη. Τα αντικείμενα και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου δεν διατυπώνονται με τον ίδιο τρόπο σε κάθε γνώρισμα επιτρέποντας έτσι την αξιολόγηση των επιρροών. Στα αποτελέσματα αυτού βρέθηκε ότι η καλή προσαρμογή του ασθενούς δεν προκύπτει μόνο μέσω του ελέγχου αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις συμβαίνει και μέσω της αποδοχής της ασθένειας. Με άλλα λόγια, η συναισθηματική πίεση μπορεί να μειωθεί όχι υποβαθμίζοντας αλλά τονίζοντας τους περιορισμούς μίας κατάστασης δίνοντας παράλληλα μία νέα, θετική αξιολόγηση σε αυτό. Τέλος, η ανικανότητα βρέθηκε να συνδέεται με ανεπιθύμητες αλλαγές ενώ η αποδοχή και τα οφέλη με ευεργετικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές στην υγεία μακροπρόθεσμα (Lauwerier, Crombez, Damme, Goubert, Vogelaers, Evers, 2009).

3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο εξετάζετε λεπτομερώς η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά ότι ο όρος «επαγγελματίες υγείας» αναφέρεται σε πολλούς και διαφορετικούς εργαζομένους στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι νοσοκόμοι. Στα αποτελέσματα των ερευνών παρουσιάζεται ότι μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της διαπροσωπικής σχέσης, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν σε ικανοποιητικότερο βαθμό τις υπηρεσίες τους για τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και τη θεραπεία των ασθενειών (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Συνοπτικά, όπως αναφέρουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (2012) η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός αλλά μία συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Η μελέτη σχετικά με την επικοινωνία του γιατρού και του ασθενούς χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση αλλά παρακάτω παρουσιάζονται κάποια βασικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και του γιατρού, τα οποία βοηθούν ώστε να υπάρξει καλύτερη επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Επίσης, σημαντική είναι η αναφορά και στη μη λεκτική επικοινωνία, όπου φαίνεται η συμβολή που έχουν ο τόνος φωνής και οι εκφράσεις του προσώπου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Τέλος, γίνεται αναφορά στις δυνατότητες βελτίωσης της επικοινωνίας και η χρησιμότητα ύπαρξης ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης για την ύπαρξη καλύτερων αποτελεσμάτων.

3.1 Η συμβολή της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι θετικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς. Το 2001 το Ινστιτούτο Ιατρικής αναφέρει την ανάγκη επικέντρωσης στον ασθενή ως έναν από τους έξι πρωταρχικούς στόχους για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη, το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου τονίζει το ρόλο και τη σημαντικότητα της επικέντρωσης στην επικοινωνία με τον ασθενή στο πλαίσιο παροχής φροντίδας, όπου δίνει έμφαση όχι μόνο στην ανταλλαγή πληροφοριών αλλά και στη διαμόρφωση μίας υγιούς σχέσης μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, αυτό μπορεί να γίνει μέσω της αλληλεπίδρασης τους εκτός της αίθουσας εξέτασης και με την κοινή απόφαση στο τρόπο αντιμετώπισης της νόσου. Η ένδειξη συμπάθειας, η κατανόηση και η προσοχή απέναντι στις ανησυχίες του ασθενή συμβάλλουν στην ύπαρξη μίας καλής επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών. (Shay, Dumenci, Siminoff, Flocke & Lafata, 2012).

Η θετική επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών έχει σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Ειδικότερα, από τους ασθενείς που έχουν καλή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αύξηση της συμμόρφωσης τους στη θεραπεία και ενίσχυση της ελπίδας στους ασθενείς. Ακόμη, οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο όριο ζωής. Επίσης, παρατηρούνται καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία, μειωμένο κόστος στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και συμμετοχή σε κλινικά προγράμματα αποκατάστασης (Shay, Dumenci, Siminoff, Flocke & Lafata, 2012).

3.2 Ο ρόλος της μη λεκτικής επικοινωνίας στην αλληλεπίδραση ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Η μη λεκτική επικοινωνία, δηλαδή ο τόνος της φωνής και οι εκφράσεις του προσώπου, αποτελεί ένδειξη της ποιότητας της επικοινωνίας γιατρών και ασθενών. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι σημαντική για τη δημιουργία στρατηγικών αντιμετώπισης ασθενειών και την εξυπηρέτηση των διάφορων αναγκών των διαφορετικής εθνικότητας ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η ευαισθητοποίηση στη μη λεκτική επικοινωνία σε φοιτητές προάγει τη διαμόρφωση μίας καλής συμπεριφοράς σε μία προσομοίωση κλινικής. Έρευνες αναφέρουν ότι μία πολιτισμική ομάδα μπορεί να κρίνει καλύτερα την μη λεκτική επικοινωνία σε άτομα που ανήκουν στην ίδια πολιτισμική ομάδα. Επομένως είναι σημαντική η ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και ευαισθησίας για τις διαπολιτισμικές τεχνικές στις ιατρικές σχολές, στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών και στα προγράμματα δημόσιας υγείας (Coelho & Galan, 2012).

Η μη λεκτική επικοινωνία, διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών βάσει των πρόσφατων εμπειρικών ευρημάτων. Αρχικά, να υπογραμμιστεί ότι η αδυναμία επαρκούς αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών συναισθηματικών εκφράσεων ενός ασθενούς, ιδίως όταν πρόκειται για έναν ασθενή με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, μπορεί να προκαλέσει τη δυσαρέσκεια του ασθενούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ένας άνδρας Ινδός, ο οποίος αν εξεταστεί από μία γυναίκα γιατρό στην Αμερική, θα αισθανθεί δυσαρέσκεια λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών προτύπων. Ο ασθενής μπορεί να απαντά μονολεκτικά στην γιατρό και εκείνη να μην καταλάβει τη δυσαρέσκεια του ενώ αν του ζητηθεί επανεξέταση φαίνεται ότι θα αυξηθεί το άγχος και η δυσφορία του. Μερικές φορές η δυσαρέσκεια του ασθενούς αντικατοπτρίζεται στην αποτυχία ή την άρνηση συμμόρφωσης και τήρησης ιατρικών οδηγιών. Πολλοί γιατροί δεν καταλαβαίνουν ότι ο πολιτισμός επηρεάζει τις σχέσεις των ασθενών με τους ίδιους και δεν έχουν τις δεξιότητες να γεφυρώσουν αυτές τις διαφορές (Coelho & Galan, 2012).

3.3 Τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που επηρεάζουν την επικοινωνία με τους ασθενείς.

Ζωτικής σημασίας για την δημιουργία μίας καλής επικοινωνίας είναι οι επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι οι γιατροί να αναγνωρίζουν τις ανησυχίες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και να τους ενημερώνουν για το μέλλον τους. Για μεγάλα χρονικά διαστήματα οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ακούν τις ανησυχίες, τα συναισθήματα και τις ανάγκες των ασθενών. Αυτή η ανατροφοδότηση είναι σημαντική για τους ασθενείς για μία καλύτερη κατανόηση, διάγνωση, πρόγνωση και λήψη αποφάσεων για μελλοντικές θεραπείες (Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011).

Έπειτα, η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών επηρεάζεται από την προσωπικότητα του γιατρού. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί κάποιος γιατρός να είναι υποστηρικτικός, επικοινωνιακός και πρόθυμος να μιλήσει για άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες με τον ασθενή επειδή αυτά τα στοιχεία αποτελούν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Συνεπώς, πιθανή αιτία κακής επικοινωνίας θα μπορούσε να είναι οι γιατροί που δεν κατέχουν αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Ακόμη, σημαντικό ρόλο έχουν οι προηγούμενες εμπειρίες του γιατρού με συγκεκριμένα είδη ασθενών και η φιλοσοφία τους σχετικά με τον τρόπο φροντίδας που θα πρέπει να έχουν. Ειδικότερα, υπάρχουν επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι η σχέση τους με τους ασθενείς θα πρέπει να είναι ισότιμες και συζητούν μαζί τους για να βρουν λύση στο πρόβλημα υγείας τους. Άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι προσκολλημένοι μόνο στα βιολογικά αίτια και να δίνουν αποκλειστικά συμβουλές στους ασθενείς τους χωρίς να επικεντρώνονται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά (Street, Gordon & Haibet, 2007).

Επίσης σημαντικό ρόλο έχουν η κοινωνικοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το φύλο, τη κουλτούρα και την εκπαίδευση τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο γιατρός που θεωρεί ότι οι άνθρωποι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν πρόκειται να ακολουθήσουν τις συμβουλές υγείας που θα τους δώσει. Επομένως η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάζεται από αυτήν την ιδέα και να είναι άμεσος στην επικοινωνία του, χωρίς λεπτομέρειες θεωρώντας ότι η περαιτέρω ενασχόληση με τον συγκεκριμένο ασθενή θα ήταν χάσιμο χρόνου για τον ίδιο (Street, Gordon & Haibet, 2007).

Ακόμη, η έρευνα των Street, Gordon και Haibet (2007) δίνει έμφαση στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς. Ειδικότερα, οι γιατροί ακόμη και αν θεωρούν ισότιμη τη σχέση τους με τους ασθενείς μπορεί να έχουν κάποια στερεότυπα σχετικά με τη δημογραφική κατάσταση των ασθενών τους. Χαρακτηριστική είναι η φυλετική προκατάληψη, η οποία σχετίζεται με αρνητικές αποδόσεις (π.χ. μη συμμόρφωση, λιγότερο έξυπνοι άνθρωποι, περισσότερες πιθανότητες κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών κλπ.) στις μειονότητες και στους λιγότερο μορφωμένους ασθενείς. Αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν τον τρόπο μετάδοσης πληροφοριών των γιατρών και την ιατρική τους απόφαση. Μερικά ευρήματα δείχνουν ότι τα κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά διευκολύνουν την ύπαρξη μίας θετικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης στην υγειονομική περίθαλψη. Ακόμη, άλλες έρευνες αναφέρουν ότι είναι καλύτερη η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή όταν βρίσκονται σε παρόμοια ηλικία ή έχουν το ίδιο φύλο.

Στη συνέχεια, οι Street, Gordon και Haibet (2007) αναφέρουν στην έρευνα τους ότι πρωταρχικό ρόλο έχει η ανάπτυξη μίας καλής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία τους είναι η εθνικότητα του ασθενούς και ο προσανατολισμός του γιατρού (αν είναι συγκεντρωμένος στον εαυτό σκεπτόμενος μόνο τα βιολογικά αίτια μίας ασθένειας ή αν είναι επικεντρωμένος στον ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη δική του γνώμη και ανησυχίες). Σε αυτήν την μελέτη λιγότερο σημαντικές μεταβλητές για τη σχέση τους βρέθηκαν ότι είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η συμφωνία των απόψεων, με εξαίρεση τους έγχρωμους ασθενείς, με τους οποίους οι γιατροί είναι αμφισβητήσιμοι. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των έγχρωμων ασθενών είναι λιγότερο αποτελεσματική και η ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα μικρή.

Οι ερευνητές Adams, Cimino, Arnold και Anderson (2012) αναφέρουν ότι η ένδειξη συμπάθειας και η καλή επικοινωνία είναι το στοιχείο κλειδί για τους εξωτερικούς ασθενείς, καθώς βοηθά στη μείωση του άγχους τους, στην αύξηση της ικανοποίησης και στη βελτίωση των ιατρικών αποτελεσμάτων τους. Παρόλα αυτά στα ευρήματα σπάνια οι γιατροί αντιδρούν με συμπάθεια στις εκφράσεις των αρνητικών συναισθημάτων των εξωτερικών ασθενών. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς που νοσηλεύονται αισθάνονται περισσότερη πίεση λόγω του εγκλεισμού τους στο νοσοκομείο αλλά συνήθως σε αυτούς παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη

από ειδικούς γιατρούς. Αυτή η ψυχολογική υποστήριξη τους βοηθά και έχει θετικά αποτελέσματα στην διαχείριση της ασθένειας τους, στη ποιότητα ζωής και στη μόρφωση τους. Ειδικότερα, στους εσωτερικούς ασθενείς όταν ανέφεραν αρνητικά συναισθήματα οι γιατροί συνήθως αντιδρούσαν με δηλώσεις που τους επέτρεπαν ρητά ή τους ενθάρρυναν σε μία συνεχή αναζήτηση των συναισθημάτων τους. Οι διαφορούμενες απαντήσεις των γιατρών επέτρεπαν στον ασθενή να αποφασίσει αν θα συζητήσει περαιτέρω για τα συναισθήματα του αλλά αυτές δεν θεωρούνται ως ιατρική υποστήριξη, όπως οι ξεκάθαρες δηλώσεις των γιατρών.

3.4 Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επηρεάζουν την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.

Η αλληλεπίδραση των γιατρών φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ομιλίας και τη συμμετοχή των ασθενών. Αξίζει να αναφερθεί ότι ως συμμετοχοί ασθενείς βάσει του Kaplan et al. (όπως αναφέρεται στο Cegala, Chisolm & Nwomeh, 2012) ορίζονται «οι ασθενείς που κάνουν ερωτήσεις, εκμαιεύουν τις επιλογές θεραπείας, εκφράζουν την γνώμη τους και δηλώνουν τις προτιμήσεις τους σχετικά με τη θεραπεία κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων». Αυτή η κατηγορία ασθενών παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία, βάσει παρατηρήσεων των γιατρών.

Ο ορισμός της συμμετοχής των ασθενών διακρίνεται σε τέσσερα στοιχεία βάσει του Street et al. (όπως αναφέρεται στο Cegala, Chisolm & Nwomeh, 2012), τα οποία είναι η αναζήτηση και ο έλεγχος πληροφοριών, η παροχή πληροφοριών, οι αποφασιστικές δηλώσεις και εκδηλώσεις του αποτελέσματος. Η αναζήτηση πληροφοριών με τη μορφή ερωτήσεων είναι ιδιαίτερη σημαντική για τη κατανόηση της κατάστασης και την αντιμετώπιση της. Επίσης, αν και δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες, το 80% των αποφάσεων των γιατρών σχετικά με την διάγνωση και τη θεραπεία φαίνεται να επηρεάζεται από τις πληροφορίες που τους δίνουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Οι θετικά διακείμενοι ασθενείς με την έκφραση των ανησυχιών και των συναισθημάτων καθοδηγούν τους γιατρούς και παράλληλα διαπραγματεύονται μαζί για τα πλάνα δράσης και τις δοκιμασίες που θα ακολουθήσουν. Ακόμη, αυτοί οι ασθενείς σχετίζονται με χαμηλότερες δαπάνες στην υγειονομική τους περίθαλψη. Επιπλέον, η ενεργητική συμμετοχή τους βοηθά ώστε να είναι οι ίδιοι το επίκεντρο των συζητήσεων ακόμα και αν ο γιατρός δεν κατέχει τις απαραίτητες επικοινωνιακές δεξιότητες. Τέλος, για την καλή επικοινωνία δεν παίζει κάποιο ρόλο για τους ασθενείς η χρονική διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων, ενώ παρατηρείται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ιατρική πολυπλοκότητα μίας κατάστασης τόσο περισσότερες διευκρινιστικές πληροφορίες φαίνεται να δίνουν οι γιατροί στους ασθενείς.

3.5 Προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Τρία μείζονα προβλήματα εμποδίζουν την επικοινωνία γιατρού-ασθενή βάσει των Farahani, Sahragard, Carroll και Mohammadi (2011). Αρχικά, σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη συλλογικότητας και επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Στη μελέτη υπάρχουν πολλές αναφορές από νοσηλευτές, οι οποίοι αναφέρουν ότι υπάρχει ακατάλληλη επικοινωνία με τους γιατρούς, η οποία κυμαίνεται από μία γενική έλλειψη επικοινωνίας και συντονισμού, αδιαφορία, πατερναλισμό ως την πλήρη περιφρόνηση τους. Χαρακτηριστικά, μερικές φορές, οι γιατροί και οι νοσηλευτές δίνουν διαφορετικές συμβουλές στους ασθενείς, με αποτέλεσμα εκείνοι να χάνουν την εμπιστοσύνη τους στους νοσηλευτές. Οι γιατροί βρίσκονται ιεραρχικά σε υψηλότερη βαθμίδα από τους νοσηλευτές και δύσκολα θα κλονιστεί ο σεβασμός προς το πρόσωπο τους από τους ασθενείς. Έπειτα, αξιοσημείωτο είναι ότι οι νοσηλευτές δεν ανέφεραν καθόλου θετικές εμπειρίες επικοινωνίας με τους γιατρούς. Αυτό το πρόβλημα επικοινωνίας επεκτείνεται μεταξύ της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, των ασθενών και των οικογενειών τους. Αντίθετα, όταν υπάρχει καλή σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζεται θετικό αντίκτυπο και στους ασθενείς.

Στη συνέχεια, ως προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών αναφέρονται η έλλειψη ενσυναίσθησης, η έλλειψη σεβασμού της ιδιωτικής ζωής των ασθενών και η έλλειψη εμπιστευτικότητας προς τους γιατρούς. Επίσης, η χρήση ιατρικής ορολογίας, τα ασαφή ή ανακριβές μηνύματα και οι πιθανές παρεξηγήσεις δυσκολεύουν περισσότερο την επικοινωνία των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας. Το τελευταίο μείζον πρόβλημα, το οποίο προαναφέρθηκε και σε άλλες μελέτες, είναι οι πολιτιστικές προκλήσεις, οι οποίες προκαλούν ντροπή και αμηχανία κυρίως όταν υπάρχουν θέματα ταμπού, όπως η σεξουαλικότητα, τα διαφορετικά έθιμα και η διαφορετική γλώσσα (Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011).

Αδρομερώς, βάσει των παραπάνω ερευνών γίνεται κατανοητό ότι η κακή επικοινωνία έχει αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς και στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα, η καλή επικοινωνία βελτιώνει τη τήρηση των συστάσεων θεραπείας, τη συναισθηματική και σωματική ευεξία και την ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.

3.6 Τρόποι βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Αρχικά, ιδιαίτερα σημαντική είναι η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας ώστε να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα στη πρόγνωση, τη διάγνωση, τη διαχείριση και τη θεραπεία της ασθένειας.

Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά μερικοί τρόποι παρέμβασης, τους οποίους θα πρέπει να ακολουθεί ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας για την ύπαρξη καλύτερης επικοινωνίας με τους ασθενείς.

Οι Ravitz, Lancee, Lawson, Maunder, Hunter, Leszcz et al. (2013) αναφέρουν μία καινοτόμο εκπαιδευτική παρέμβαση για την ανάπτυξη και βελτίωση της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, η οποία θα μπορούσε να βελτιώσει και τη ποιότητα περίθαλψης των ασθενών. Ειδικότερα, αναφέρουν ένα πρόγραμμα παρακολούθησης από φοιτητές ιατρικής τέσσερις φορές τη εβδομάδα, διάρκειας 30λεπτών. Σε αυτό παρακολουθούν βιντεοσκοπημένες συνεντεύξεις με πρότυπα «δύσκολων» ασθενών. Μετά από κάθε συνέντευξη ακολουθεί μία ώρα ατομικής προπόνησης βάσει αυτοαξιολόγησης και διδασκαλίας των επικοινωνιακών δεξιοτήτων από ψυχιάτρους. Επίσης, στις δύο συνεντεύξεις παρουσιάζονται πρότυπα ασθενών μία εβδομάδα και έξι μήνες μετά την επέμβαση τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρουν ότι μέσω αυτού του προγράμματος παρατηρήθηκε βελτίωση στη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς, η οποία είχε διάρκεια στο χρόνο.

Ακόμη, η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αξιολογηθεί από τα αποτελέσματα παρέμβασης με βάση το μοντέλο αυτορρύθμισης της κοινής λογικής (common sense, self-regulation model- CS-SRM). Οι παρεμβάσεις βασισμένες στο μοντέλο κοινής λογικής και της θεωρίας της αυτορρύθμισης βοηθούν ώστε οι ασθενείς να έχουν μία προσαρμοστική κατανόηση της κατάστασης τους και να μπορούν να αξιολογούν τα αποτελέσματα της δράσης τους. Η παρέμβαση με βάση το CS-SRM επικεντρώνεται στη βελτίωση και στα θετικά μέρη της θεραπείας. Επίσης, βοηθά στην ταχύτερη προετοιμασία του ασθενούς για τη κατανόηση του προβλήματος του και πως μπορεί να προσαρμοστεί καλύτερα σε αυτήν. Σε αυτή τη μελέτη είναι η πρώτη φορά που παρεμβάσεις με βάση το CS-SRM πραγματοποιούνται σε ιατρικές συναντήσεις, όπου υπάρχει πληθώρα ασθενειών με

διαφορετικές ασθένειες και θεραπείες. Παράλληλα, στις παρεμβάσεις αυτές δίνεται έμφαση στα αποτελέσματα των διαπροσωπικών δεξιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Οι παρεμβάσεις δείχνουν να είναι περισσότερο προβλεπτικές στις συμπεριφορές των ασθενών από ότι οι διαπροσωπικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Με άλλα λόγια, οι αναπαραστάσεις των ασθενειών και της θεραπείας φαίνεται να είναι πιο σημαντικές από τις διαπροσωπικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας για τη συμμόρφωση, τον έλεγχο και τη θεραπεία της νόσου. Επίσης, στα αποτελέσματα αναφέρεται ότι οι καλές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας και η αισιόδοξη οπτική συμμόρφωσης συντελούν στη λιγότερη χρήση ιατρικής περίθαλψης, γεγονός που ενισχύεται αποτελεσματικά από τις παρεμβάσεις που βασίζονται στο CS-SRM. Το μόνο πλεονέκτημα των διαπροσωπικών σχέσεων βάσει της έρευνας είναι η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών, η οποία όμως δεν είναι σημαντικός παράγοντας συμμόρφωσης στην ασθένεια ενώ σχετίζεται αρνητικά με την επίλυση του προβλήματος τους. Τέλος, η ικανοποίηση μπορεί να σχετίζεται με τις προσπάθειες και τα αποτελέσματα του ασθενούς ακόμα και αν δεν είναι καλή η σχέση του με τους επαγγελματίες υγείας (Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012).

Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι χρησιμοποιώντας ως βάση το μοντέλο κοινής λογικής μπορούν να σχεδιαστούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν την ενημέρωση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Είναι απαραίτητη η περαιτέρω πληροφόρηση των ασθενών για να κατανοήσουν τους καλύτερους τρόπους συμμόρφωσης στην ασθένεια και τον τρόπο που μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας. Αντίστοιχα, από την αρχή της εκπαίδευσης τους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξειδικεύονται στις διαπροσωπικές δεξιότητες και στον τρόπο παροχής ψυχολογικής βοήθειας στους ασθενείς τους. Η ανάπτυξη των απαραίτητων παρεμβάσεων μέσω της περαιτέρω έρευνας της ενημέρωσης θα συντελέσει στην καλύτερη επικοινωνία και προσαρμογή των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.

4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της σχέσης των γνωστικών αναπαραστάσεων με την πορεία της ασθένειας και ο ρόλος της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας για την επιρροή αυτών των αναπαραστάσεων. Αρχικός σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση των γνωστικών αναπαραστάσεων των ασθενών με την πορεία της νόσου τους. Ειδικότερα, αν ο τρόπος κατανόησης της ασθένειας επηρεάζει την μετέπειτα δράση των ατόμων και την προσαρμογή τους σε αυτήν. Επίσης, ο δεύτερος σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τον τρόπο που μπορεί να επηρεάσει η ενημέρωση τις αναπαραστάσεις των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, αν οι πρόσθετες πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε αποφυγή γνωστικών λαθών και στην δημιουργία λειτουργικότερων αναπαραστάσεων για την καλύτερη διαχείριση και πορεία της ασθένειας τους.

Πολλές έρευνες, που έχουν προαναφερθεί παραπάνω, υποστηρίζουν ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις μίας νόσου, δηλαδή η ταυτότητα, η χρονική διάρκεια, τα αίτια, οι συνέπειες και ο έλεγχος- θεραπεία της νόσου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για τη διαχείριση και θεραπεία της νόσου. Ο τρόπος κατανόησης της ασθένειας επηρεάζει τον τρόπο προσαρμογής και διαχείρισης της από τον ασθενή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το αν ο ίδιος αποφασίσει να υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας ώστε να έχει καλύτερα αποτελέσματα στην θεραπεία. Έπειτα, η ενημέρωση φαίνεται να έχει έναν βασικό ρόλο στον τρόπο κατανόησης της ασθένειας. Η πληροφόρηση και η ψυχολογική υποστήριξη από έναν επαγγελματία υγείας βοηθούν ώστε να αντιμετωπιστεί η ψυχολογική δυσφορία και οι ανησυχίες του, να κατανοήσει καλύτερα την ασθένεια του και να την διαχειριστεί αισιόδοξα και με το καλύτερο τρόπο για να έχει τα βέλτιστα αποτελέσματα.

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Δείγμα.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι οποίοι νοσηλεύονταν ή βρίσκονταν στα εξωτερικά ιατρεία του καρδιολογικού τμήματος του γενικού νοσοκομείου Ρεθύμνου. Οι ασθενείς είναι άνω των 18 ετών και το τελικό δείγμα αυτών ανέρχεται στους 119 συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, πήραν μέρος 82 άνδρες (69,9%) και 37 γυναίκες (31,1%) και ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 62,39 χρόνια ($SD=12,94$). Η πλειοψηφία του δείγματος (70,6%) είναι παντρεμένοι και ζουν με τις οικογένειες τους. Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος κυμαίνεται σε ποσοστά του 57,1% για αυτούς που έχουν τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση των 9 χρόνων ή κάποιες βαθμίδες της, 16% για εκείνους που έχουν τελειώσει το λύκειο και 26,9% για όσους έχουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πολλοί ασθενείς (49 άτομα) του δείγματος έχουν υποφέρει από έμφραγμα του μυοκαρδίου στο παρελθόν, άλλοι (32 άτομα) από τη νόσο της στεφανιαίας αρτηρίας και άλλοι (21 άτομα) από αρρυθμίες. Ένα μικρότερο ποσοστό (17 άτομα) ανέφερε ότι υποφέρει από άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως είναι η βαλβιδοπάθεια και η ανεπάρκεια καρδιάς. Ακόμη, 48 από τους συμμετέχοντες έχουν υποβληθεί σε στεφανιαία αγγειοπλαστική ή έχουν κάνει εγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) με μόσχευμα στο παρελθόν. Συνοπτικά, ο μέσος όρος μεσολάβησης από την πρώτη τους διάγνωση είναι 10,76 χρόνια ($SD=9,25$).

5.2 Διαδικασία.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε δύο φάσεις, όπου στην πρώτη οι ασθενείς καλούνται να συμπληρώσουν το πρώτο ερωτηματολόγιο και έπειτα από ένα χρονικό διάστημα περίπου δύο μηνών καλούνται να συμπληρώσουν και το δεύτερο ερωτηματολόγιο της έρευνας. Στα ερωτηματολόγια αυτά τους ζητήθηκαν προσωπικά στοιχεία, όπως είναι η οικογενειακή τους κατάσταση και το μορφωτικό τους επίπεδο, και κύριος στόχος αυτών είναι οι γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις τους για τη πορεία της ασθένειάς τους και αν αυτές επηρεάζονται από την ενημέρωσή τους.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τους δίνονταν οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της έρευνας και εξηγείται ότι τα στοιχεία που δίνουν είναι άκρως εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη προώθηση της επιστημονικής γνώσης. Ακόμη, στα ερωτηματολόγια αναφέρεται ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και η επικείμενη συμπλήρωσή τους υποδηλώνει τη συμφωνία της συμμετοχής τους. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν, αν και 23 άτομα αρνήθηκαν να λάβουν μέρος από την αρχή ενώ 6 αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου.

5.3 Ψυχομετρικά εργαλεία.

5.3.1. Ενημέρωση του γιατρού βάσει του μοντέλου κοινής λογικής της αυτορρύθμισης.

Για να αξιολογηθεί η συμβολή του γιατρού ως προς τη δυνατότητα κατανόησης της ασθένειας και της επικείμενης θεραπείας στους ασθενείς, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SC-SRM και πιο συγκεκριμένα η κλίμακα που κατασκευάστηκε για αυτό το σκοπό από τους Phillips, H. Leventhal και El. A. Leventhal (όπως αναφέρεται στο Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002). Η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε το CS-SRM ήταν σε ιατρικές συναντήσεις και τα αποτελέσματα αυτών αναφέρουν ότι περισσότερο σημαντικές είναι οι αναπαραστάσεις ασθένειας και θεραπείας για τη συμμόρφωση στην ασθένεια από ότι οι διαπροσωπικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από επτά αντικείμενα και το καθένα από αυτά αναφέρεται σε συγκεκριμένα στοιχεία των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας, στα αίτια, την ταυτότητα, το χρονοδιάγραμμα, τον έλεγχο και τις συνέπειες της νόσου. Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα μέτρησης αυτών των αντικειμένων είναι: «Έχετε συζητήσει με τον γιατρό σας τι να περιμένετε από τη λήψη φαρμάκων και γενικά τη θεραπεία;», «Έχετε συζητήσει με τον γιατρό σας ποια μπορεί να είναι τα αίτια της ασθένειας σας;». Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σε αυτές τις ερωτήσεις μονολεκτικά με «ναι/ όχι». Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί στα ελληνικά για τους σκοπούς της έρευνας και στην συνέχεια έχει ξανά μεταφραστεί στα αγγλικά από ειδικό αγγλόφωνο, ο οποίος έχει κάνει τις τελευταίες διορθώσεις.

5.3.2. Αναπαραστάσεις ασθενών.

Οι αναπαραστάσεις ασθενειών αξιολογούνται από το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Ασθένειας (IPQ-R, Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002). Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν βάσει των προσωπικών τους ασθενειών με γενικούς όρους και όχι με συγκεκριμένους, καθώς μπορεί να μην έχουν πλήρως επίγνωση της κατάστασης τους. Οι αναπαραστάσεις ασθενειών αναφέρονται σε επτά στοιχεία. Αρχικά η κλίμακα αξιολογεί αν η χρονική διάρκεια της νόσου θεωρείται οξεία ή χρόνια και υπάρχουν έξι αντικείμενα που αναφέρονται σε αυτήν (π.χ. «Η ασθένεια μου θα διαρκέσει λίγο», «Η ασθένεια μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική»). Επίσης, γίνεται αναφορά στις πιθανές συνέπειες λόγω της κατάστασης υγείας, οι οποίες μετρούνται με έξι αντικείμενα αξιολόγησης στο ερωτηματολόγιο (π.χ. «Η ασθένεια μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου»). Ο προσωπικός έλεγχος αξιολογείται με βάση τον βαθμό που επιδρά στην ασθένεια και αξιολογείται με έξι αντικείμενα στο ερωτηματολόγιο (π.χ. «Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένεια μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί»). Ακόμη, με πέντε αντικείμενα αξιολογείται ο έλεγχος της θεραπείας σχετικά με την αποτελεσματικότητα που έχει η θεραπεία στη διαχείριση της ασθένειας (π.χ. «Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένεια μου»). Η συμμόρφωση στην ασθένεια αξιολογείται βάσει της ικανότητας του ασθενούς να κατανοήσει τη νόσο του και μετράται με τη χρήση πέντε αντικειμένων (π.χ. «Η ασθένεια μου είναι ακατανόητη σε μένα»). Η μελέτη του κυκλικού χρονοδιαγράμματος βοηθά στην εκτίμηση των πεποιθήσεων σχετικά με την προβλεπτικότητα και τη μεταβλητότητα της ασθένειας και μετριέται στην έρευνα με τέσσερα αντικείμενα (π.χ. «Η ασθένεια μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους»). Τέλος, αξιολογούνται οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και ο βαθμός που μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην ασθένεια με την χρήση έξι αντικειμένων (π.χ. «Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω», «Η ασθένεια μου με φοβίζει»).

Επιπροσθέτως, χρησιμοποιούνται 13 αντικείμενα για να εκτιμηθούν οι αναπαραστάσεις σχετικά με τα δυνητικά αίτια ασθένειας, όπως είναι ένας ιός ή μικρόβιο, το φόρτο εργασίας, το αλκοόλ και το κάπνισμα. Αυτοί οι παράγοντες αντικατοπτρίζουν τρία είδη αιτιών. Αυτά είναι τα συναισθηματικά αίτια, όπως είναι τα στρες ή το άγχος, τα βιολογικά αίτια, όπως είναι η πεσμένη άμυνα του οργανισμού

και οι προσωπικές συμπεριφορές, όπως είναι το κάπνισμα και οι κακές συνήθειες διατροφής, που σύμφωνα με την προηγούμενη έρευνα των Καραδήμας και Τσαούσης (υπό δημοσίευση) (όπως αναφέρεται στο Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002) αντανακλούν τις αποδόσεις αιτιών ασθενειών των Ελλήνων ασθενών. Τα συμπτώματα ασθενειών που συμπεριλαμβάνονται στο IPQ-R δεν συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα έρευνα για την αποφυγή σύγχυσης με τα σωματικά μέτρα υγείας. Οι απαντήσεις δόθηκαν με την χρήση μίας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert, η οποία κυμαίνεται από το βαθμό 1 («διαφωνώ έντονα») ως το βαθμό 5 («συμφωνώ πολύ»).

5.3.3. Εσωτερική αξιοπιστία των ψυχομετρικών εργαλείων.

Τέλος, για την αξιολόγηση των γνωστικών αναπαραστάσεων των ασθενών σε σχέση με τα καρδιαγγειακά τους νοσήματα χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια ψυχομετρικά εργαλεία και στα δύο ερωτηματολόγια. Η εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία ανάμεσα στις δύο μετρήσεις παρουσιάζεται στα αποτελέσματα του δείκτη άλφα του Cronbach. Τα αποτελέσματα της κλίμακας, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, φαίνεται να βρίσκονται μεταξύ οριακών (0,70-0,79) και ικανοποιητικών (0,80 και άνω) μεγεθών.

Χαρακτηριστικά, στον παρακάτω πίνακα στις οριακές τιμές φαίνεται να βρίσκονται τα συναισθηματικά αίτια (0,70), ο προσωπικός έλεγχος (0,76) και η επικοινωνία με τον γιατρό (0,76). Ικανοποιητικές τιμές φαίνεται να λαμβάνουν η προσωπική συμπεριφορά (0,83), η συμμόρφωση στην ασθένεια (0,84) και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις (0,92).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής (alpha) των Μεταβλητών της Έρευνας

	Cronbach's a
Timeline	.81
Timeline – cyclical	.81
Consequences	.78
Personal control	.76
Treatment control	.70
Illness Coherence	.84
Emotional representation	.92
Biological causes	.69
Emotional causes	.70
Personal behavior	.83
Physician's communication	.76

6.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Σύγκριση Μ.Ο. των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς.

Στα αποτελέσματα που θα παρουσιαστούν στη συνέχεια, η ανάλυση τους έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS V2.0.

Αρχικά, στα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής αναπαριστάται ο ρόλος του φύλου ως προς τις γνωστικές αναπαραστάσεις και ο ρόλος της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία των ασθενών. Από την ανάλυση απλής διακύμανσης (Ανονα) φαίνεται ότι στατιστικά σημαντική διαφορά έχει μόνο ο έλεγχος της θεραπείας, ως προς το φύλο, όπου $F(1,117)=7,47, p<.01$. Ο Μ.Ο. των ανδρών ως προς τον έλεγχο της θεραπείας είναι μεγαλύτερος (19,5) από ότι ο Μ.Ο. των γυναικών (18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Σύγκριση Μ.Ο. και Απλή ανάλυση διασποράς (ANOVA) μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας ως προς το φύλο των ασθενών.

		Μ.Ο.	Τ.Α.	F	P
Χρονοδιάγραμμα	Ανδρες	21,98	4,88	1.47	.228
	Γυναίκες	23,16	4,89		
Κυκλικό χρονοδιάγραμμα	Ανδρες	11,54	3,87	0.33	.564
	Γυναίκες	11,97	3,26		
Συνέπειες	Ανδρες	18,68	4,68	0.23	.627
	Γυναίκες	18,21	5,17		
Προσωπικός έλεγχος	Ανδρες	22,35	3,95	1.03	.310
	Γυναίκες	21,56	3,75		
Έλεγχος θεραπείας	Ανδρες	19,5	2,52	7.47	.007
	Γυναίκες	18	3,26		
Συμμόρφωση στην ασθένεια	Ανδρες	18,53	4,17	0.56	.452
	Γυναίκες	17,91	4,05		
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Ανδρες	18,9	5,93	0.64	.422
	Γυναίκες	19,89	6,77		
Βιολογικά αίτια				1.62	.205

	Άνδρες Γυναίκες	12,07 13,02	3,79 3,75		
Συναισθηματικά αίτια	Άνδρες Γυναίκες	16,98 16,59	3,92 4,04	0.25	.617
Συμπεριφορικά αίτια	Άνδρες Γυναίκες	10,57 9,37	3,36 3,77	2.98	.087
Ενημέρωση	Άνδρες Γυναίκες	5,51 5,37	1,76 1,96	0.13	.712

6.2 Σύγκριση Μ.Ο των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης ως προς το είδος του καρδιαγγειακού προβλήματος του ασθενούς.

Στη συνέχεια έγινε στατιστική ανάλυση των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης του γιατρού σύμφωνα με το είδος του καρδιαγγειακού προβλήματος. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα διακρίθηκαν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες, στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, τις αρρυθμίες, τη στεφανιαία νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια και τις βαλβιδοπάθειες. Στατιστικά σημαντικά, βάσει της απλής ανάλυσης διακύμανσης είναι μόνο τα συναισθηματικά αίτια και τα συμπεριφορικά αίτια. στους Στα συναισθηματικά αίτια παρατηρούνται οι ασθενείς με αρρυθμίες να έχουν τον μεγαλύτερο Μ.Ο. (18,4) και οι ασθενείς με βαλβιδοπάθειες να έχουν τον μικρότερο Μ.Ο. (12,8). Οι Μ.Ο. των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (17), στεφανιαία νόσο(16,9), καρδιακή ανεπάρκεια (16,1) και άλλα προβλήματα (16,8) είναι παρόμοιοι και υψηλοί. Στα συμπεριφορικά αίτια μεγαλύτερος είναι ο Μ.Ο. των ασθενών με αρρυθμίες (11,3) και μικρότερος στους ασθενείς με βαλβιδοπάθειες (7). Οι Μ.Ο. των υπόλοιπων ειδών ασθενών έχουν παρόμοιες διακυμάνσεις. Ακόμη, βάσει των F-test στατιστικά σημαντικά είναι τα συναισθηματικά αίτια, όπου $F(4,114)=3,62, p < .01$ και τα συμπεριφορικά αίτια, όπου $F(4,114)=2,53, p < .05$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σύγκριση Μ.Ο. και Απλή ανάλυση διασποράς (ANOVA) μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας ως προς το είδος της καρδιαγγειακής πάθησης.

	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	P
Χρονοδιάγραμμα			1,06	,377
Έμφραγμα	22,44	5,18		
Αρρυθμίες	22,52	6,09		
Στεφανιαία νόσος	21,84	4,19		
Καρδιακή ανεπάρκεια	25,25	2,81		
Βαλβιδοπάθειες	20,66	3,46		
Συνολικά	22,35	4,89		
Κυκλικό χρονοδιάγραμμα			1,60	,178
Έμφραγμα	12,12	3,60		
Αρρυθμίες	12,14	3,63		
Στεφανιαία νόσος	11,46	3,56		
Καρδιακή ανεπάρκεια	11,75	4,89		
Βαλβιδοπάθειες	8,88	2,93		
Συνολικά	11,68	3,68		
Συνέπειες			1,69	,156

	Έμφραγμα	18,67	4,19		
	Αρρυθμίες	18,33	5,79		
	Στεφανιαία νόσος	19,28	4,91		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	19,50	5,52		
	Βαλβιδοπάθειες	14,77	3,80		
	Συνολικά	18,53	4,82		
Προσωπικός έλεγχος	Έμφραγμα	22,12	3,93	0,54	,704
	Αρρυθμίες	22,57	4,57		
	Στεφανιαία νόσος	22,43	3,80		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	20,87	3,60		
	Βαλβιδοπάθειες	20,88	2,57		
	Συνολικά	22,10	3,89		
Έλεγχος θεραπείας	Έμφραγμα	18,93	2,83	1,13	,343
	Αρρυθμίες	19,61	2,92		
	Στεφανιαία νόσος	19,40	2,29		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	18,25	2,37		
	Βαλβιδοπάθειες	17,55	4,47		
	Συνολικά	19,03	2,84		
Συμμόρφωση στην ασθένεια	Έμφραγμα	17,40	4,05	1,22	,302
	Αρρυθμίες	18,71	4,70		
	Στεφανιαία νόσος	19,34	3,53		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	18,25	4,94		
	Βαλβιδοπάθειες	19,11	4,13		
	Συνολικά	18,34	4,12		
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Έμφραγμα	20,20	5,73	1,74	,144
	Αρρυθμίες	18,71	7,20		
	Στεφανιαία νόσος	19,46	5,99		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	18,75	6,34		
	Βαλβιδοπάθειες	14,44	5,61		
	Συνολικά	19,21	6,19		
Βιολογικά αίτια	Έμφραγμα	11,71	3,56	0,97	,426
	Αρρυθμίες	13,33	3,89		
	Στεφανιαία νόσος	12,37	3,68		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	13,75	4,65		
	Βαλβιδοπάθειες	12,44	4,36		
	Συνολικά	12,36	3,78		
Συναισθηματικά αίτια	Έμφραγμα	17,04	3,57	3,62	,008
	Αρρυθμίες	18,42	3,44		
	Στεφανιαία νόσος	16,90	3,88		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	16,12	5,69		
	Βαλβιδοπάθειες	12,77	3,34		
	Συνολικά	16,86	3,95		
Συμπεριφορικά αίτια	Έμφραγμα	10,22	3,30	2,53	,044

	Αρρυθμίες	11,33	3,94		
	Στεφανιαία νόσος	10,34	3,32		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	10,12	3,97		
	Βαλβιδοπάθειες	7,00	2,64		
	Συνολικά	10,20	3,52		
Ενημέρωση	Έμφραγμα	5,20	2,05	0,82	,511
	Αρρυθμίες	5,57	1,83		
	Στεφανιαία νόσος	5,87	1,38		
	Καρδιακή ανεπάρκεια	5,00	2,20		
	Βαλβιδοπάθειες	5,66	1,50		
	Συνολικά	5,47	1,82		

6.3 Συσχέτιση των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας με την ηλικία των ασθενών.

Στον επόμενο πίνακα βρίσκονται τα αποτελέσματα της γραμμικής διμεταβλητής συσχέτισης μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης βάσει της ηλικίας των ασθενών. Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε είναι ο δείκτης συσχέτισης Pearson r , με σκοπό την εξέταση των αλληλεπιδράσεων τους.

Αρχικά, φαίνεται η ηλικία να συσχετίζεται θετικά με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας ($r = .299$, $p < .01$), τις συνέπειες ($r = .311$, $p < .01$), τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = .263$, $p < .01$) και τα συναισθηματικά αίτια ($r = .306$, $P < .01$). Επίσης, θετική είναι η συσχέτιση της ηλικίας με το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της ασθένειας ($r = .225$, $p < .05$). Η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση δείχνει ότι η ηλικία έχει μεγάλη προβλεπτική δύναμη και συνάφεια με τις παραπάνω γνωστικές αναπαραστάσεις. Έπειτα, όσον αφορά τις μεταβλητές προσωπικός έλεγχος ($r = -.192$, $p < .05$) και την κατανόηση της ασθένειας ($r = -.221$, $p < .05$) φαίνεται η συσχέτιση τους να είναι αρνητική σε σχέση με την ηλικία των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Συσχέτιση (Correlations) των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης με την ηλικία των ασθενών.

		Ηλικία
Χρονοδιάγραμμα	Pearson r	.299**
	P (sig.)	.001
Κυκλικό χρονοδιάγραμμα	Pearson r	.225*
	P (sig.)	.014
Συνέπειες	Pearson r	.311**
	P (sig.)	.001
Προσωπικός έλεγχος	Pearson r	-.192*
	P (sig.)	.037
Έλεγχος θεραπείας	Pearson r	-.052
	P (sig.)	.577
Συμμόρφωση στην ασθένεια	Pearson r	-.221*
	P (sig.)	.016
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Pearson r	.263**
	P (sig.)	.004
Βιολογικά αίτια	Pearson r	.065
	P (sig.)	.481

Συναισθηματικά αίτια	Pearson r P (sig.)	.306** .001
Συμπεριφορικά αίτια	Pearson r P (sig.)	.104 .261
Ενημέρωση	Pearson r P (sig.)	-.037 .690

Σημείωση. **Στατιστική σημαντικότητα επιπέδου 0,01.

*Στατιστική σημαντικότητα επιπέδου 0,05.

6.4 Συσχετίσεις μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τις στατιστικά σημαντικές ενδοσυνάφειες μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τον γιατρό. Αρχικά, θετικά φαίνεται να συσχετίζεται το χρονοδιάγραμμα και το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της ασθένειας με τις συνέπειες ($p < .01$) της ασθένειας, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($p < .01$) και τα συναισθηματικά αίτια ($p < .01$). Τα αίτια συμπεριφοράς φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικά μόνο για το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της νόσου και η ενημέρωση επηρεάζει μόνο το χρονοδιάγραμμα της νόσου. Η κατανόηση της ασθένειας συσχετίζεται αρνητικά με το χρονοδιάγραμμα και το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της νόσου. Έπειτα, ο έλεγχος της θεραπείας είναι στατιστικά σημαντικός ($p < .01$) με τον προσωπικό έλεγχο και αυτές οι δύο μεταβλητές συσχετίζονται θετικά με την κατανόηση της ασθένειας και αρνητικά με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας. Οι συνέπειες της ασθένειας συσχετίζονται θετικά με το πέρας του χρόνου της ασθένειας, με το κυκλικό χρονοδιάγραμμα και με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών. Τα αίτια συμπεριφοράς σχετίζονται θετικά με τις συνέπειες και αρνητικά με τη συμμόρφωση στην ασθένεια.

Επιπροσθέτως, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και τα συναισθηματικά αίτια σχετίζονται θετικά μεταξύ τους και είναι στατιστικά σημαντικά ως προς τη χρονική γραμμή της ασθένειας, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα,, τις συνέπειες, τα συμπεριφορικά αίτια και την ενημέρωση ενώ συσχετίζονται αρνητικά με τη συμμόρφωση στην ασθένεια. Η ενημέρωση από τον γιατρό σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας ($r = .189, p < .05$), τον προσωπικό έλεγχο ($r = .215, p < .05$), τη συμμόρφωση στην ασθένεια ($r = .188, p < .05$), τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($r = .192, p < .05$) και τα συναισθηματικά αίτια ($r = .214, p < .05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ενδοσυνάφειες μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Χρονοδιάγραμμα	1,00										
2. Κυκλικό χρονοδιάγραμμα	,14	1,00									
3. Συνέπειες	** ,38	** ,39	1,00								
4. Προσωπικός έλεγχος	* -,20	-,09	-,07	1,00							
5. Έλεγχος θεραπειών	** -,31	-,14	-,13	** ,56	1,00						
6. Συμμόρφωση στην ασθένεια	* -,19	** -,49	** -,38	** ,32	** ,36	1,00					
7. Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	** ,35	** ,53	** ,59	,01	-,12	** -,45	1,00				
8. Βιολογικά αίτια	,09	,08	,11	-,15	-,14	-,14	- 0,3	1,00			
9. Συναισθηματικά αίτια	** ,32	** ,35	** ,45	,07	,07	* -,23	** -,37	,13	1,00		
10. Συμπεριφορικά αίτια	,14	** ,33	* ,23	,18	,17	-,18	** ,29	,13	** ,49	1,00	
11. Ενημέρωση	* ,19	-,01	,13	* ,21	,14	* ,19	* ,19	-,05	* ,21	,15	1,00

*Σημείωση. **Στατιστική σημαντικότητα επιπέδου 0,01.*

**Στατιστική σημαντικότητα επιπέδου 0,05.*

Η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης φαίνεται στον πίνακα 6, όπου ως προβλεπτικές (ανεξάρτητες) μεταβλητές παρουσιάζονται οι γνωστικές αναπαραστάσεις και ως μεταβλητή κριτήριο (εξαρτημένη) η ενημέρωση. Η στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων υποδηλώνει ότι υπάρχει τουλάχιστον 1 Μ.Ο. που διαφέρει στατιστικά σημαντικά από κάποιον άλλον. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ενημέρωση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στις αναπαραστάσεις των ασθενών ($F = (10,108) = 2,60, p < .01$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Πίνακας απλής ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) των αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας.

Anova^a

	df	F	P
Παλινδρόμηση	10		
Υπόλοιπο	108		
Συνολικά	118	2,60	,007 ^b

Σημείωση. α. Η εξαρτημένη μεταβλητή: ενημέρωση.

β. Οι προβλεπτικές μεταβλητές: χρονοδιάγραμμα, κυκλικό χρονοδιάγραμμα, συνέπειες, προσωπικός έλεγχος, έλεγχος στην θεραπεία, συμμόρφωση στην ασθένεια, συναισθηματικές αναπαραστάσεις, βιολογικά αίτια, συναισθηματικά αίτια, συμπεριφορικά αίτια, ενημέρωση.

Στον επόμενο πίνακα μελετάται ο τρόπος που επηρεάζει η ενημέρωση από τον γιατρό, τις γνωστικές αναπαραστάσεις των ασθενών. Ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις και την ενημέρωση υπάρχουν στατιστικά σημαντικές και προβλεπτικές αιτιώδεις σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, για την πρόβλεψη της ενημέρωσης στατιστικά σημαντική είναι η συμμόρφωση στην ασθένεια ($\beta = .28, t = 2.53, p < .05$) και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($\beta = .24, t = 1.91, p = .06$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η συμμόρφωση στην ασθένεια και οι συναισθηματικές

αναπαραστάσεις διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στην ενημέρωση των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Αποτελέσματα από την ανάλυση διακύμανσης των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης.

Coefficients^a

	B	SE B	β	t
Χρονοδιάγραμμα	,056	,038	,151	1,469
Κυκλικό χρονοδιάγραμμα	-,035	,055	-,070	-,627
Συνέπειες	,002	,044	,007	,056
Προσωπικός έλεγχος	,053	,051	,114	1,048
Έλεγχος της θεραπείας	,016	,073	,026	,227
Συμμόρφωση στην ασθένεια	,125	,050	,284*	2,529
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	,070	,037	,238**	1,910
Βιολογικά αίτια	-,007	,044	-,014	-,155
Συναισθηματικά αίτια	,063	,051	,137	1,226
Συμπεριφορικά αίτια	,023	,055	,044	,420

Σημείωση. α. Εξαρτημένη μεταβλητή η ενημέρωση.

**Στατιστική σημαντικότητα επιπέδου 0.05*

***Στατιστική σημαντικότητα ίση με .06.*

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι να μελετήσει τη σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων για την ασθένεια (χρονοδιάγραμμα , κυκλικό χρονοδιάγραμμα , συνέπειες , προσωπικός έλεγχος , θεραπευτικός έλεγχος , συμμόρφωση στην ασθένεια αίτια βιολογικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά) και την ενημέρωση των χρόνιων ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη και κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, όπως είναι το φύλο, η ηλικία και το είδος του προβλήματος.

Η χρόνια ασθένεια έχει σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς καθώς και στο κοινωνικό περίγυρο του. Επομένως πρέπει να μελετηθεί η ατομική οπτική του ατόμου και η συμπεριφορά του με σκοπό τη προστασία της υγείας του. Παράλληλα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλες μεταβλητές, οι οποίες επηρεάζουν την συμπεριφορά και τις γνωστικές αντιλήψεις τους, όπως είναι οι βιολογικές μεταβλητές, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η προσωπικότητα και το πολιτισμικό πλαίσιο (Καραδήμας, 2005).

Στα αποτελέσματα βρέθηκαν να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στους γνωστικούς παράγοντες και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ότι υπάρχει ανάμεσα στον έλεγχο της θεραπείας και το φύλο του ασθενούς. Οι άνδρες είχαν καλύτερο έλεγχο της ασθένειας τους από ότι οι γυναίκες. Οι Cameron και Leventhal (2003) απέδωσαν αυτή τη διαφορά στο ότι οι άνδρες έχουν καλύτερο έλεγχο από ότι οι γυναίκες επειδή το περιβάλλον, κυρίως κατά την περίοδο ανάρρωσης τους, είναι ευνοϊκότερο για εκείνους. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μικρότερο έλεγχο της ασθένειας τους, συχνά επειδή αισθάνονται υποχρεωμένες να επιστρέψουν όσο το δυνατόν συντομότερα στη φροντίδα του σπιτιού και της οικογένειας του. Επομένως, οι άνδρες έχουν περισσότερο χρόνο να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον τους πριν να αναλάβουν πάλι τις καθημερινές δραστηριότητες που είχαν και δέχονται περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη από τις συζύγους τους σε αντίθεση με τις γυναίκες.

Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση της σχέσης των γνωστικών αναπαραστάσεων της νόσου και της ενημέρωσης ως προς το είδος των καρδιαγγειακών παθήσεων των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, τα είδη των καρδιαγγειακών παθήσεων διακρίθηκαν στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, τις αρρυθμίες, τη στεφανιαία νόσο, τη καρδιακή

ανεπάρκεια και την βαλβιδοπάθεια. Στατιστικά σημαντικά αποδείχθηκαν τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά αίτια βάσει των ειδών της ασθένειας. Οι Μ.Ο. των ασθενών στα συναισθηματικά αίτια ήταν παρόμοιοι, με μεγαλύτερο ποσοστό στις αρρυθμίες (18,4) ενώ σημαντικά απέκλινε ο Μ. Ο. στις βαλβιδοπάθειες (12,7). Παρόμοια, οι Μ.Ο. στα συμπεριφορικά αίτια ήταν παρόμοιοι με μεγαλύτερο τον Μ.Ο. των αρρυθμιών ενώ σημαντικά απέκλινε ο Μ.Ο. των βαλβιδοπαθειών (7). Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι οι ασθενείς κυρίως με αρρυθμίες αλλά και οι ασθενείς μετά από έμφραγμα, στεφανιαία νόσο και ανεπάρκεια έδιναν μεγάλη βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες για την νόσο τους. Οι ασθενείς θεωρούν τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά αίτια ως τις κύριες αιτίες έναρξης της νόσου. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς με βαλβιδοπάθειες δεν έδιναν καθόλου έμφαση στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά αίτια για την έναρξη της νόσου τους αλλά θεωρούσαν άλλα αίτια ως υπεύθυνα για αυτήν. Ο σημαντικός ρόλος των συναισθηματικών παραγόντων φαίνεται στην έρευνα των Aalto, Heijmans, Weinman και Aro (2005). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με αδύναμη ταυτότητα της ασθένειας φαίνεται ότι είχαν μεγαλύτερη πίστη στον έλεγχο και τη θεραπεία της νόσου και λιγότερη στις συνέπειες. Ακόμη, όσοι είχαν οικογενειακό ιστορικό θεωρούσαν τον εαυτό τους περισσότερο ευπαθή στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου. Επίσης, βάσει των Boll, Johnson, Perry και Rozensky (2002) σημαντικός είναι ο ρόλος των συμπεριφορικών παραγόντων (π.χ. ο καθιστικός τρόπος ζωής), οι οποίοι, αν δεν μεταβληθούν, αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων.

Έπειτα βρέθηκαν να υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης με την ηλικία των ασθενών. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ασθενών τόσο χειρότερη φαίνεται να είναι η αντίληψη τους για την νόσο. Η ηλικία βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και τα συναισθηματικά αίτια. Επίσης, θετική είναι η συσχέτιση της ηλικίας με το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της ασθένειας και τις συνέπειες. Αυτές οι αναπαραστάσεις έχουν προβλεπτική σχέση για την πορεία των νόσων βάσει της ηλικίας των ασθενών. Οι μικρότεροι ηλικιακά ασθενείς φαίνεται ότι έχουν καλύτερη κατανόηση της χρονιότητας της νόσου τους και των συνεπειών που θα έχει αυτή στην καθημερινότητα τους. Με την ανάπτυξη μίας καρδιαγγειακής νόσου, ο ασθενής καλείται να προσέχει περισσότερο την υγεία του και ίσως να υιοθετήσει

συμπεριφορές υγείας που παλαιότερα δεν είχε, όπως είναι η ύπαρξη μίας ισορροπημένης διατροφής και η διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, οι νεότεροι ασθενείς δίνουν έμφαση στα συναισθηματικά αίτια της ασθένειας τους από ότι σε άλλα αίτια, όπως είναι τα βιολογικά ή τα περιβαλλοντικά. Πιο συγκεκριμένα, θεωρούν περισσότερο υπεύθυνο το στρες και το άγχος τους από ότι άλλα πιθανά αίτια, όπως είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος. Ακόμη, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο για το ψυχολογικό επίπεδο των ασθενών, όπου οι νεότεροι φαίνεται να σκέφτονται περισσότερο αισιόδοξα, να είναι ήρεμοι και σίγουροι για την θετική πορεία της ασθένειας τους συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς. Ειδικότερα, οι νεότεροι ασθενείς κατανοούν καλύτερα την ασθένεια τους και τους πιθανούς τρόπους διαχείρισης της και αυτό τους βοηθά να αισθάνονται ψυχολογικά καλύτερα. Αντίθετα, ο προσωπικός έλεγχος και η κατανόηση της ασθένειας φαίνεται ότι συσχετίζονται αρνητικά σε σχέση με την ηλικία των ασθενών. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αισθάνονται ότι η κατανόηση της ασθένειας και ο προσωπικός τους έλεγχος δεν διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην πορεία της ασθένειάς τους. Πιθανή αιτία αυτών των ευρημάτων, βάσει της Shifren (2003) είναι ότι οι νέες και οι μεσήλικες έχουν καλύτερο έλεγχο της ασθένειας από ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίες πιστεύουν όχι μόνο ότι δεν έχουν τον έλεγχο αλλά και ότι είναι περισσότερο εξουθενωτικές οι συνέπειες της νόσου για εκείνες λόγω ηλικίας. Ακόμη, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι συχνά τα άτομα αποδίδουν την εμφάνιση συμπτωμάτων τους στο στρες παρά στην ίδια την ασθένεια όταν βιώνουν δύσκολες καταστάσεις ή τα θεωρούν φυσιολογικά λόγω της ηλικίας τους (Cameron & Leventhal, 2003).

Στη συνέχεια, στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε να υπάρχει στις ενδοσυνάψεις μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας. Η ενημέρωση φάνηκε να σχετίζεται θετικά με το χρονοδιάγραμμα της ασθένειας, τον προσωπικό έλεγχο, τη συμμόρφωση στην ασθένεια, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και τα συναισθηματικά αίτια. Επίσης, από τα αποτελέσματα της ανάλυσης απλής διακύμανσης φαίνεται η προβλεπτική αξία της ενημέρωσης στη συμμόρφωση και στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών. Η ενημέρωση φαίνεται να διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη ή τροποποίηση των γνωστικών αναπαραστάσεων και κατά συνέπεια στον τρόπο αντιμετώπισης και διαχείρισης της νόσου. Η

ενημέρωση βοηθά στην καταστολή των αρνητικών συναισθημάτων, την καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και την αύξηση του προσωπικού ελέγχου. Επίσης, η ενημέρωση βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της νόσου και κυρίως όσον αναφορά τα συναισθηματικά αίτια (π.χ. στρες και κατάθλιψη) που επιδρούν σε αυτήν και τον χρόνιο χαρακτήρα της. Άλλες μελέτες (Cegala, Chisolm & Nwomeh, 2012 `Coelho & Galan, 2012 `Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011 `Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011 `Shay, Dumenci, Siminoff, Flocke & Lafata, 2012 `Street, Gordon & Haibet, 2007) σχετικά με την ενημέρωση υπογραμμίζουν τη συμβολή της καλής επικοινωνίας των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας. Η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία από τους επαγγελματίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Η αποτελεσματική επικοινωνία κρίνεται από τη διαπροσωπική σχέση και τις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, η αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρών -ασθενών φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ομιλίας και τη συμμετοχή των ασθενών. Σε γενικές γραμμές, η θετική επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών έχει σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τέλος αποτελεί θετική πρόγνωση για τη κατανόηση, την συμμόρφωση και την πορεία της νόσου.

Συνοπτικά, το φύλο φαίνεται να επιδρά στον έλεγχο της θεραπείας της νόσου. Οι άνδρες έχουν καλύτερο έλεγχο της νόσου από ότι οι γυναίκες. Παράλληλα, το είδος του καρδιαγγειακού προβλήματος φαίνεται να επιδρά στη βαρύτητα που δίνουν οι ασθενείς στα συμπεριφορικά και συναισθηματικά αίτια. Οι ασθενείς κυρίως με αρρυθμίες, με έμφραγμα του μυοκαρδίου, στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια υποστήριζαν περισσότερο ότι αυτά τα αίτια ήταν υπεύθυνα για την ανάπτυξη της νόσου τους από ότι οι ασθενείς με βαλβιδοπάθειες. Έπειτα, οι αναπαραστάσεις των ασθενών διαδραμάτιζαν σημαντικό ρόλο στην πορεία των νόσων τους βάσει της ηλικίας τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας κατανοούσαν καλύτερα το χρονοδιάγραμμα της νόσου, το κυκλικό χρονοδιάγραμμα της, τις συνέπειες της, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της και τα συναισθηματικά της αίτια. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είχαν αρνητική εικόνα για τον τρόπο επιρροής της νόσου τους από τον προσωπικό τους έλεγχο και δυσκολεύονταν περισσότερο να την κατανοήσουν. Επιπροσθέτως, ο ρόλος της ενημέρωσης επιδρά στην βελτίωση κατανόησης του χρονοδιαγράμματος, του προσωπικού ελέγχου, της συμμόρφωσης,

των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και των συναισθηματικών αιτιών. Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι είναι σημαντικά για την κατανόηση των αναπαραστάσεων των ασθενών και πώς αυτές μπορούν να τροποποιηθούν με την συμβολή της ενημέρωσης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις θεωρητικές προσεγγίσεις για τον τρόπο που σχηματίζονται οι αναπαραστάσεις βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των πηγών ενημέρωσης που έχουν. Αυτά θα μπορούσαν να επαναξιολογηθούν σε άλλες μελέτες και να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις.

Στη συνέχεια, όσον αφορά τους περιορισμούς της έρευνας, ένας σημαντικός περιορισμός είναι ότι το δείγμα είναι σχετικά μικρό με αποτέλεσμα να μην είναι τόσο αντιπροσωπευτικό ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευθούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επαναλάβουν την ίδια έρευνα σε άλλους πληθυσμούς, όπως είναι τα υγιή άτομα ή σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες (π.χ. έφηβοι ή ηλικιωμένοι) προκειμένου να γίνουν καλύτερα αντιληπτοί οι παράγοντες που συμβάλουν στην κατανόηση και συμμόρφωση σε μία ασθένεια. Ακόμη, θα ήταν ενδιαφέρον η περαιτέρω μελέτη των γνωστικών αναπαραστάσεων και της ενημέρωσης στις χρόνιες και οξείες ασθένειες και τους παράγοντες που επεξηγούν αυτή τη διαφοροποίηση. Με αυτούς τους τρόπους, θα μπορούσε να υπάρξει μία περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με την χρόνια ασθένεια, τις γνωστικές αναπαραστάσεις και την ενημέρωση και πώς αυτές αλληλεπιδρούν.

Ακόμη σημαντικό θα ήταν να υπάρξουν διαφορετικές εκδοχές του IPQ-R για κάθε ασθένεια ώστε να γίνεται περαιτέρω ανάλυση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων των ασθενών. Επίσης, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλοι μέθοδοι, όπως είναι η συνέντευξη, οι οποίες θα επανεξέταζαν την εγκυρότητα των μετρήσεων ενώ θα μπορούσαν να συντελέσουν και στην ατομική παρέμβαση του ατόμου. Με τη βοήθεια πρόσθετων μεθόδων θα μπορούσαν να επιλυθούν κάποιοι σημαντικοί προβληματισμοί και να υπάρξει διαχωρισμός των γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων στη προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν διφορούμενες απόψεις για το αν η ψυχολογική προσαρμογή και τα συναισθήματα που μετριούνται είναι όντως αποτελέσματα της νόσου ή αν οφείλονται σε άλλα αίτια και για το αν η ικανοποίηση

των ασθενών είναι απόρροια της σχέσης τους με τους γιατρούς ή αν σχετίζεται με τις προσωπικές τους προσπάθειες.

Η ενημέρωση των ασθενών φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική για πολλές γνωστικές μεταβλητές και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα ώστε να υπάρξουν πληροφορίες που θα συντελέσουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων που θα προάγουν την ενημέρωση και τις απαραίτητες επικοινωνιακές δεξιότητες τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ίδιους τους ασθενείς. Αξιοσημείωτο είναι ότι η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός αλλά μία συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου και αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό στον κόσμο και να τον κινητοποιεί για τη συνεχή ενημέρωση του. Εν κατακλείδι, χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για τις γνωστικές αναπαραστάσεις και την ενημέρωση ώστε να υπάρξει μία περισσότερο λεπτομερής εικόνα για τις διαδικασίες των χρόνιων ασθενειών, η οποία θα βοηθήσει στην ανάπτυξη των κατάλληλων παρεμβάσεων για την πορεία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aalto, A. M., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A. R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness related and psychosocial correlates. *Journal of psychosomatic research*, 58, 393- 402.
- Adams, K., Cimino, J. E. W., Arnold, R. M., Anderson, W.G. (2012). Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. *Patient education and counseling*, 89, 44-50.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, Ε. (2008). Υγεία και Ασθένεια Ψυχολογικές Διεργασίες. Αθήνα: Λιβάνη.
- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Ποταμιανός, Γ. (2011). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας, Σειρά: Ψυχοκοινωνιολογία της υγείας. Αθήνα: Πεδίο.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Barsky, A.J., Peekna, H.M., Borus, J.F. (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of general internal medicine*, 16, 266-275.
- Boll, T. J., Johnson, S. B., Perry, N. W., & Rozensky, R. H. (2002). Handbook of clinical health psychology. Medical disorders and behavioral applications. Washington: American Psychological Association.
- Broome, A., & Llewelyn, S. (1995). Health psychology. Process and applications. London: Chapman & Hall Press.
- Cameron, L. D., & Jago, L. (2008). Emotion, regulation interventions: A common-sense model approach. *British journal of health psychology*, 13, 215-221.
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (2003). The self- regulation of health and illness behavior. London: Routledge, Taylor & Francis group press.

- Carroll, D. (1992). *Health psychology: Stress, behavior and disease*. London: The falmer press.
- Cegala, D. J., Chisolm, D. J., Nwomeh, B. C. (2012). Further examination of the impact of patient participation on physicians' communication style. *Patient education and counseling*, 89, 25-30.
- Coelho, K. R., Galan C. (2012). Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician- patient relationship. *International journal of family medicine*, 2012, 1-5.
- Δαφέρμος, Β. (2005). Κοινωνική στατιστική με το spss. Θεσσαλονίκη: Ζήτης.
- Diefenbach, M. A. (2013). Illness representations. General descriptions and theoretical background. *Perceptions of health and illness*. Ανακτήθηκε 11 Ιουλίου 2013, από ιστοσελίδα <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constucts/illnessrepresentations/illnessrepresentations.pdf>.
- Farahani, M. A., Sahragard, R., Carroll, J. K., Mohammadi, E. (2011). Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. *International journal of nursing practice*, 17, 322-328.
- Farmer, K. C. (2012), Leventhal's common-sense model and medication adherence. *Research in social and administrative pharmacy*, 8, 355-356.
- French, D. P., & Weinman, J. (2008). Current issues and new directions in psychology and health: "Assessing illness perceptions: Beyond the IPQ". *Editorial, psychology and health*, 23, 5-9.
- Glass, D.C., Contrada, R.J., (2011). Bipolar disorder, type A behavior and coronary disease. *Health Psychology Review*. Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2013, από ιστοσελίδα <http://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/36566/>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18, 141- 184.
- Hamilton, N. A., & Malcarne, V. C. (2004). Cognition, emotion and chronic illness. *Cognitive therapy and research*, 28, 555-557.

- Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας. Θεωρητική και κλινική πράξη. Αθήνα: Δαρδάνος.
- Krantz, D.S., McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu.Rev.Psychol.* 53, 341- 369.
- Lauwerier, E., Crombez, G., Damme, S., Goubert, L., Vogelaers, D., & Evers, A. W. M. (2009). The construct validity of the illness cognition questionnaire: The robustness of the three- factor structure across patients with chronic pain and chronic fatigue. *International journal Behavioral Medicine*, 17, 90-96.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller L. et al. (1997). Perceptions of health and illness. London: Harwood publishers.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research*, 16, 143-163.
- Lindholm, C., Burstrom, B., Diderichsen, F. (2002). Class differences in the social consequences of illness?. *J. epidemiol community health*, 56, 188-192.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, Br., Willing, C. (2000). Health psychology. Theory, research and practice. London: Sage publications.
- Milgen, C. P., Ittersum, M. W., & Kaptein, A. A. (2011). Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain?. *Physiotherapy*, 99, 27-32.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., & Cameron, L. D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Nio, K. (2010). Sense of coherence in adolescents with congenital cardiac disease. *Cardiology of the young*, 20, 538-546.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.

- Phillips, L. A. , Leventhal, H. , Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17, 244-257.
- Pinquart, M. (2012). Self- esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis. *Child: care, health and development*, 39, 153-161.
- Redding, C.A, Rossi. J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (2000). Health Behavior Models. *The international electronic journal of health education*, 3, 180-193. Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2013, από ιστοσελίδα http://drzaius.ics.uci.edu/meta/classes/informatics161_fall06/papers/10a-Redding_HealthBehaviorModels.pdf
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12, 38-48.
- Ravitz, P., Lancee, W. J., Lawson, A., Maunder, R., Hunter, J. J., Leszcz, M. et al. (2013). Improving physician-patient communication through coaching of simulated encounters. *Academic psychiatric*, 37, 87-93.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Kaplan, J. (1999). Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation journal of the American heart association*, 99, 2192- 2217.
- Schwarzer, R., Luszczynka, A., Perceived Self-Efficacy. Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2013, από ιστοσελίδα <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/self-efficacy.pdf>
- Shay, L. A., Dumenci, L., Siminoff, L.A., Flocke, S.A. & Lafate, J. E. (2012). Factors associated with patients reports of positive physician relational communication. *Patient education and counseling*, 89, 96- 101.
- Shifren, K. (2003). Women with heart disease: can the common- sense model of illness help?. *Health care for women international*, 24, 355 -368.

Shiloh, S., Rashuk-Rosenthal, D., & Benyamini, Y. (2002). Illness causal attributions: An exploratory study of their structure and associations with other illness cognitions and perceptions of control. *Journal of behavioural medicine*, 25, 373-394.

Smith D. H., & Veatch R. M. (1995). *Chronic illness from experience to policy*. Medical ethics series. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.

Street, R. L., Gordon, H., Haibet P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk or is it just the doctor? *Social science and medicine*, 65, 586- 598.

The top ten causes of death. Major causes of death. (2013). Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου 2013 από ιστοσελίδα <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>

The top ten causes of death. The ten leading causes of death in the world 2000- 2011 (2013). Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου 2013 από ιστοσελίδα <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>