



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

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΟΙ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΚΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΦΡΟΚΑΙ ΕΛΒΙΣΑ-ΦΩΤΕΙΝΗ, 2175**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κ<sup>ΟΣ</sup> ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**

**ΜΑΙΟΣ 2010**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

	Σελ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΑΥΤΗ.....	5
1.1 Ορισμός-έννοια.....	5
2. ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ .....	13
3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ .....	19
3.1 Η αξία της θεωρίας στη μελέτη της συμπεριφοράς της υγείας.....	20
3.2 Το ιατρικό μοντέλο .....	21
3.3 Το μοντέλο πεποίθησης της υγείας.....	22
3.4 Ενσωμάτωση του κοινωνικού πλαισίου: Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης/προγραμματισμένη συμπεριφορά .....	26
3.5 Το Μοντέλο Κοινής Λογικής (CMS) των αναπαραστάσεων .....	28
της ασθένειας .....	28
3.6 Αξιολόγηση του μοντέλου Κοινής Λογικής (CMS).....	38
4. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (IPQ) : ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	39
5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ .....	42
5.1 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ γνώσης και συναισθήματος .....	46
6. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	49
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	51
7.1 Συμμετέχοντες.....	51
7.2 Ερευνητική διαδικασία .....	54
7.2.1 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	54
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	57
8.1 Συσχέτιση υποκειμενικής υγείας με τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων .....	57
8.2 Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων με τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων .....	61

8.3 Πρόβλεψη της υποκειμενικής υγείας στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία .....	63
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ .....	73

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παρούσα ερευνητική εργασία ασχολείται με τη μελέτη των αντιλήψεων και των γνωστικών αναπαραστάσεων των χρόνια ασθενών όσον αφορά το επίπεδο κατάστασης της υγείας τους. Αρχικά, ορίζεται η έννοια της χρόνιας ασθένειας και αναφέρονται οι αντιδράσεις του ατόμου στην ασθένεια. Ακολουθούν οι φάσεις στην εξέλιξη της ασθένειας, καθώς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην χρόνια νόσο. Εν συνεχεία, γίνεται περιγραφή των αντιλήψεων που ενδέχεται να παρουσιάσουν οι πάσχοντες. Επιπροσθέτως, γίνεται μια σύντομη αναφορά των θεωρητικών και πρακτικών θεωρήσεων σχετικά με τους χρόνια ασθενείς και έπειτα αναλύεται και περιγράφεται εκτενώς το μοντέλο Κοινής Λογικής (CSM) που αποτελεί και το μείζον θεωρητικό υπόβαθρο στην έρευνά μας για την ερμηνεία των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Το συγκεκριμένο δείγμα στο οποίο βασίστηκε η έρευνα που ακολουθεί, αποτελείται από 127 άτομα, διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) για την αξιολόγηση των αντιλήψεων της ασθένειας. Όσον αφορά τις μετρήσεις της υγείας χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα σωματικής λειτουργίας (Physical Functioning Scale) και συναισθηματικής ευεξίας (Emotional Well-being Scale).

Τα ευρήματα της έρευνάς μας επιβεβαίωσαν εν μέρει τις αρχικές μας υποθέσεις. Έτσι, βρέθηκε ότι ο προσωπικός έλεγχος και η θεραπεία της ασθένειας αλληλεξαρτώνται με την υποκειμενική υγεία που βιώνει ο ασθενής. Επίσης, ένα άλλο εύρημα είναι ότι η χρονιότητα της ασθένειας επηρεάζει άμεσα την υποκειμενική υγεία (SRH), καθώς οι μεταβλητές αυτές βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές. Όσον αφορά τη σωματική υγεία, αυτή επηρεάζεται από τον προσωπικό έλεγχο και τον έλεγχο της θεραπείας, καθώς συνδράμει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων. Ακόμη, όσον αφορά τη ψυχική υγεία, αυτή επηρεάζεται άμεσα από τη συναισθηματική αναπαράσταση και τα συμπτώματα της ασθένειας, δηλαδή κάποιος που νιώθει ψυχικά υγιής αισθάνεται και πιο ικανός να αντιμετωπίσει την ασθένειά του και να βιώσει λιγότερο επώδυνα και επιζήμια συμπτώματα. Τέλος, ένα άλλο εύρημα, που προέκυψε από τη μελέτη της ύπαρξης διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα, βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις στους άντρες και τις γυναίκες.

# 1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΑΥΤΗ

---

## 1.1 Ορισμός-έννοια

Οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις αναπτυγμένες, τουλάχιστον, χώρες είναι χρόνιες. Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικώνσκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή και στις συνήθειες του ατόμου επιτρέπουν πλέον στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα μια σχεδόν “ φυσιολογική” ζωή, παρόλο που η ασθένεια εξακολουθεί να τους συνοδεύει.

Οι χρόνια ασθενείς πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως: ο πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, σημαντική αδυναμία, αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κ.α. Παράλληλα αντιμετωπίζουν νέους φόβους, π.χ. για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον (Moss-Morris et al., 2007).

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως: η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους.

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, κατά τους Steward, Ross και Hartley (2004) αφορά τέσσερις περιοχές: τη βιολογικά (σε θέματα, όπως: κόπωση, πόνος, και άλλα συμπτώματα, παρενέργειες της αγωγής, λειτουργικότητα, προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας), την κοινωνική (σε θέματα όπως: απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη συναισθηματική (αυτό-εικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη συμπεριφορά (έλεγχοι υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών,

διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Αίφνης προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αποπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση κ.λπ. Επίσης προβάλλουν θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: νέες μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στην μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, “μορφολογικές” αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας (π.χ. ακρωτηριασμός εξαιτίας ενός τροχαίου) είτε εξαιτίας της θεραπείας (π.χ. μαστεκτομή).

Οι περιοχές που περιγράψαμε είναι αλληλένδετες. Η αλλαγή σε μια περιοχή επηρεάζει και όλες τις άλλες, ενώ πλευρές της μιας περιοχής επηρεάζουν τις άλλες. Για παράδειγμα, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλλουν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ο βαθμός αυτονομίας μπορεί να καθορίσει τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς και της οικογένειας του, όπως και το οικογενειακό κλίμα κ.λπ. (Καραδήμας, 2005).

## **1.2 Αντιδράσεις του ατόμου στην ασθένεια**

Μια από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μιας διαδοχής: (α) *Αρχικό σοκ*, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και για βδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα. (β) *Αντιπαράθεση*, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μια αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία. (γ) *Υποχώρηση*, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση, για να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν “εγκαθίσταται” στη ζωή του ατόμου και την μεταβάλλει. Σταδιακά, λοιπόν, το άτομο αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται. Αν και δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλα τα άτομα κατά τον τρόπο που περιέγραψε ο Shontz, αυτό φαίνεται να ισχύει για τους περισσότερους.

Η διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής ασθένειας αποτελεί όμως μόνο την αρχή μιας μακράς διαδικασίας προσαρμογής, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια κρίση. Ο Moos Moos, (1982), Moos & Schaefer (1986) πρότεινε ένα μοντέλο περιγραφής των παραγόντων που επιδρούν στο άτομο, όταν αντιμετωπίζει μια κρίση, όπως είναι η χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη *θεωρία της κρίσης*, η προσαρμογή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το άτομο. Οι στρατηγικές προσδιορίζονται από τρεις ομάδες παραγόντων: εκείνους που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στην γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του στρες.

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν: (α) τη φύση της ασθένειας, καθώς κάποιες ασθένειες παρουσιάζονται ως πιο απειλητικές, επώδυνες ή αποδιοργανωτικές από κάποιες άλλες, (β) τις επιπτώσεις στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς και (γ) τις πλευρές της θεραπείας. Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και δυσκολίες ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. Τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται σε πλευρές του νοσοκομειακού πλαισίου, του στενού κοινωνικού (οικογένεια, φίλοι) και ευρύτερου περιβάλλοντος (κοινότητα, κοινωνία), καθώς και σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με τη θεωρία τα άτομα θα πρέπει να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία (π.χ. συμπτώματα, πιθανούς περιορισμούς, ιατρικές διαδικασίες, σχέσεις με ειδικούς), καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τη γενικότερη λειτουργικότητά τους (αρνητικά συναισθήματα, φόβος για το μέλλον, αυτό-εικόνα, σχέσεις με τους άλλους). Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα στη διαχείρισή τους ζητήματα, πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο ως πολύ καλά.

Αντίστοιχα ζητήματα και δυσκολίες έχουν όμως να διαχειριστούν και οι οικογένειες και οι οικείοι των χρόνια ασθενών. Ο βαθμός της προσαρμογής των οικείων σχετίζεται βέβαια, με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικείοι τους χρησιμοποιούν μια σειρά στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, όπως: η άρνηση ή ελαχιστοποίηση της

σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση πληροφόρησης, ο έλεγχος του προβλήματος, ο καθορισμός σαφών στόχων (όπως: η διατήρηση του βάρους σε συγκεκριμένα επίπεδα, η ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων κ.α.), η χρήση συναισθηματικής και υλικής βοήθειας από τους άλλους, η διατήρηση μιας θετικής προοπτικής (π.χ. η ανεύρεση “νοήματος” ή ενός “σκοπού” στην όλη εμπειρία).

Η μετέπειτα προσαρμογή ενός ασθενούς σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο αντίδρασής του στα πρώτα στάδια μετά την εκδήλωση ή τη διάγνωση της ασθένειας ή μετά τον τραυματισμό. Για παράδειγμα, οι Elliot, Shewchuk και Richards (1999) βρήκαν ότι όσο περισσότερη δυσφορία και καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνιζαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, τόσο μικρότερη ήταν η αποδοχή του προβλήματος και της νέας κατάστασης και, επομένως, τόσο δυσχερέστερη η προσαρμογή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια προκαλεί αρκετές γνωστικές προσαρμογές. Η Taylor (1983) βρήκε ότι οι ασθενείς προσπαθούν: (α) να βρουν ένα νόημα στην ασθένειά τους- γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες έπαιξαν ρόλο, τι σημαίνει αυτό για τον εαυτό ή τους άλλους, επαναπροσδιορισμό των αξιών και προτεραιοτήτων -, (β) να επανακτήσουν μια αίσθηση ελέγχου-π.χ. να ενημερώνονται για την ασθένεια, τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους-, καθώς και (γ) να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμησή τους-π.χ. μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων ή μέσω συγκρίσεων με χειρότερα πιθανά σενάρια (Καραδήμας, 2005).

### **1.3 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας**

Ο Doca το 1993 διέκρινε την εξέλιξη μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε μια σειρά φάσεων, κάθε μια εκ των οποίων χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες “προκλήσεις” ή “έργα” σε επίπεδο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό.

Οι φάσεις του μοντέλου του Doca είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία, που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς. Δεν είναι όλες οι φάσεις “υποχρεωτικές” για κάθε ασθένεια ή για κάθε ασθενή, ενώ οι “προκλήσεις” που περιλαμβάνουν, ποικίλλουν κατά περίπτωση.



Στην *προδιαγνωστική* φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις μιας σοβαρής ασθένειας. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν από την κινητοποίηση για τη διευκρίνιση της κατάστασης ως την αγνόηση των συμπτωμάτων ή την αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης.

Η *οξεία* φάση συνδέεται συνήθως με τη διάγνωση και τη συνακόλουθη αντίδραση του ατόμου. Η αρχική ισχυρή έκπληξη, η πιθανή ανάγκη για επώδυνες και δύσκολες ή και επικίνδυνες ιατρικές διαδικασίες, η ανάγκη πιθανώς για μακρόχρονη νοσηλεία, η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή προκαλούν μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση και να διαχειριστεί τα συναισθήματά του.

Κατά την οξεία φάση θα πρέπει, επίσης, ο ασθενής να λάβει μια σειρά σημαντικών και συχνά δύσκολων αποφάσεων, όπως: για το εάν θα μιλήσει – ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει, που θα νοσηλευτεί, ποιος θα είναι ο γιατρός του κ.λπ. Κάποια άτομα προσπαθούν να ελέγξουν τη νέα κατάσταση, συγκεντρώνοντας πληροφορίες και εφαρμόζοντας στρατηγικές επίλυσης προβλήματος. Κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν, αλλάζοντας τη ζωή τους και αναθεωρώντας τη ζωή τους προσποριούμενοι ή αρνούμενοι την πραγματικότητα, ενώ άλλοι παλινδρομούν.

Η *χρόνια* φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση (ίαση ή θάνατος). Αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για τον ασθενή και την οικογένειά του και απαιτεί συνεχείς προσαρμοστικές προσπάθειες. Η μορφή της ποικίλλει τόσο στη βάση των χαρακτηριστικών του ασθενή, από το εάν, για παράδειγμα, τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, εάν έχει μεταβάλλει τις συνήθειες της ζωής του κ.λπ., όσο και στη βάση των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Κάποιες ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη (π.χ. κάποιες μορφές καρκίνου), άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή (π.χ. είδη άνοιας), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη, εάν εξελιχθούν κατάλληλα (π.χ. η υπέρταση). Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους, η οποία καθίσταται πλέον το τμήμα της ζωής και της λειτουργίας τους.

Η φάση της *ανάρρωσης* και της *αποθεραπείας* προκαλεί, βέβαια, θετικά συναισθήματα και ανακούφιση. Πολλά όμως άτομα, ακόμα και στην περίπτωση της

αποθεραπείας, εξακολουθούν να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό και φόβο. Η εμπειρία της ασθένειας επηρεάζει τα πρόσωπα, τις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα κατά τρόπο καθοριστικό για πολλούς ανθρώπους.

Σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας ιδιαίτερος σημαντικό είναι το ζήτημα της *ποιότητας ζωής*, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει διαστάσεις, όπως: η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα του ατόμου (π.χ., η ικανότητα του να ζει μόνο του, να φροντίζει τον εαυτό του), η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική δραστηριότητα, η συναισθηματική του κατάσταση, οι γνωστικές και νοητικές του ικανότητες, ο βαθμός της γενικής ικανοποίησής του από τη ζωή Baum, Gatchel & Krantz (1997). Τα παραπάνω θέματα θα πρέπει να τίγονται και να αντιμετωπίζονται κάθε φορά και σε κάθε φάση στην εξέλιξη της ασθένειας, ώστε να διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ζωής και διαβίωσης για τον ασθενή.

Στις περιπτώσεις που η τελική φάση οδηγεί στο θάνατο, τόσο οι στόχοι των όποιων παρεμβάσεων όσο και οι αντιδράσεις ασθενών και οικείων αλλάζουν. Ο θάνατος και η απειλή του θανάτου είναι ένα ζήτημα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες και απειλητικές ασθένειες. Αποτελεί ένα από τα πιο «ζέοντα» θέματα που απασχολούν τον ασθενή και τους οικείους του από την έναρξη ήδη της ασθένειας, ενώ συνεχίζεται με μικρότερη ή μεγαλύτερη ένταση καθόλη τη διάρκειά της (Moos, 1982).

Αν και ο φόβος για το μέλλον και η πιθανότητα του θανάτου κατακλύζουν συχνά τη σκέψη του ασθενούς στα αρχικά βήματα της ασθένειας, μόλις ξεπεραστεί το στάδιο αυτό, αρχίζουν να αναπτύσσονται περισσότερες αισιόδοξες σκέψεις, καθώς και η ελπίδα ότι όλα θα πάνε καλά και ότι θα επέλθει η θεραπεία. Καθώς προχωρά ο καιρός, το άτομο αρχίζει να συμφιλιώνεται με την όλη κατάσταση και τη νέα πραγματικότητα που αυτή επιβάλλει. Έτσι αποκτά μια νέα ρουτίνα ζωής και πολλοί άνθρωποι κατορθώνουν να επανακτήσουν την αίσθηση ελέγχου και υποκειμενικής ευεξίας, στο βαθμό, βέβαια, και με τους περιορισμούς που οι συνθήκες επιβάλλουν. Παράλληλα ενσωματώνουν τις νέες διαδικασίες και υποχρεώσεις (εξετάσεις, ελέγχους, αλλαγή στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία τους) στον νέο τρόπο ζωής. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που κατορθώνουν νέα σχέδια για το μέλλον και νοηματοδοτούν τη ζωή τους με έναν νέο τρόπο.

Είναι ενδιαφέρον και αξίζει να τονιστεί ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, ακόμα και κάτω από εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες, καταφέρνουν τελικά να ανταπεξέλθουν και να συνεχίσουν τη ζωή τους, ξαναβρίσκοντας την αισιοδοξία τους και την αίσθηση επάρκειας Folkman, (1997). Το ίδιο συμβαίνει και με τους πάσχοντες από χρόνιες και απειλητικές ασθένειες και με τις οικογένειές τους. Βέβαια, ο φόβος και η ανησυχία για το μέλλον δεν εξαλείφονται πλήρως, γεγονός δικαιολογημένο. Η επανεμφάνιση της ασθένειας, η υποτροπή ή η επιδείνωσή της σηματοδοτούν μια νέα κατάσταση κρίσης, ενώ για τους περισσότερους αποτελεί ένα ανησυχητικό σημάδι άσχημης πρόγνωσης. Τα άτομα αντιμετωπίζουν και πάλι τους αρχικούς φόβους τους. Συχνά επαναλαμβάνουν τις αρχικές αντιδράσεις και τις προσπάθειες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, αλλά αυτή τη φορά με έναν ίσως λιγότερο ελπιδοφόρο τρόπο. Η «συμβίωση» με μια ασθένεια υψηλού κινδύνου αποτελεί μια εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση.

Παρά το ότι πολλές φορές αντιλαμβανόμαστε την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας ως μια σειρά φάσεων ή σταδίων, δεν συμφωνούν με αυτό όλοι οι ερευνητές. Για παράδειγμα, ένα πολύ ενδιαφέρον μοντέλο, που προσπαθεί να περιγράψει τους παράγοντες και τους τομείς της προσαρμογής σε μια χρόνια ασθένεια, είναι αυτό που αναπτύχθηκε σχετικά πρόσφατα από τους Livneh και Antonak (1997). Βασισμένοι στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και έρευνα, οι Livneh και Antonak θεωρούν ότι η προσαρμογή δεν λαμβάνει χώρα κατά τρόπο ενιαίο και όμοιο για όλους, ούτε ακολουθεί μια σειριακή ακολουθία φάσεων.

Περιγράφουν τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών που σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια: (α) τις σχετικές με την ασθένεια (όπως: το είδος της ασθένειας, οι περιοχές που θίγονται, η πιθανή θνησιμότητα), (β) τις κοινωνικές – δημογραφικές μεταβλητές (π.χ. φύλο, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο), (γ) ατομικές διαφορές (π.χ. ο τρόπος σκέψης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιούνται) και (δ) κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες (όπως: το κοινωνικό δίκτυο, το κοινωνικό στίγμα, η κοινωνική υποστήριξη κ.λπ.). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους και μεταβάλλονται διαρκώς.

Κατά τους δύο επιστήμονες, η διαδικασία της προσαρμογής είναι διαρκής, ρευστή και δυναμική, αν και ανά πάσα στιγμή το επίπεδο προσαρμογής του ατόμου μπορεί να αξιολογηθεί ως καλό ή μη. Η διαδικασία της προσαρμογής χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις, όπως: άγχος, κατάθλιψη αλλά και αποδοχή και ενσωμάτωση της νέας κατάστασης. Οι αντιδράσεις αυτές δεν είναι σταθερές. Αλλάζουν, καθώς

μεταβάλλεται και η αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων περιοχών που περιγράφηκαν παραπάνω.

Το μοντέλο αυτό παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον, καθώς ερμηνεύει τις διαφορές που υπάρχουν στην προσαρμογή των ατόμων που πάσχουν από την ίδια ασθένεια, προβλέπει τη συνεχή αλλαγή και επαναπροσαρμογή που παρατηρείται σε μια χρόνια ασθένεια, ενώ «προτείνει» περιοχές κατάλληλες για παρέμβαση, με στόχο την ενίσχυση της προσαρμογής του ασθενούς (Καραδήμας, 2005).

## 2. ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

---

Τυπικά η ψυχοσωματική ιατρική έχει δει την ασθένεια σαν ένα σημείο τέλους και έχει εστιάσει στον ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία ή στις ψυχοπαθολογικές συνέπειες της αρρώστιας. Αντίθετα, η προσέγγιση της αντίληψης της ασθένειας ξεκινά με την εμπειρία του ασθενή για την ασθένειά του και η κύρια έμφαση είναι στο δικό του μοντέλο για την κατάσταση. Ακριβώς όπως οι άνθρωποι κατασκευάζουν αναπαραστάσεις του εξωτερικού τους κόσμου για να εξηγήσουν και να προβλέψουν γεγονότα, οι ασθενείς αναπτύσσουν παρόμοια γνωστικά μοντέλα των σωματικών αλλαγών που αντικατοπτρίζουν είτε παροδικά συμπτώματα ή πιο μακρόχρονη ασθένεια. Πιστεύεται ότι αυτή η προσέγγιση έχει μια διαδεδομένη εφαρμογή στην ψυχοσωματική ιατρική, επειδή όλοι οι ασθενείς θα κατασκευάσουν αναπαραστάσεις που δουλεύουν για την ασθένεια τους, και είναι επομένως όχι περιορισμένο σε εκείνους που αναφέρονται σαν να έχουν μια παθολογική απόκριση στην κατάστασή τους.

Η προσέγγιση της αντίληψης της ασθένειας μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα στο πλαίσιο ευρύτερων αλλαγών στην ψυχοπαθολογία. Από την εμφάνιση της σύγχρονης γνωστικής ψυχολογίας περίπου 40 χρόνια πριν, η εστίαση στη γνώση και στις γνωστικές προσεγγίσεις έχει κυριεύσει όλες τις περιοχές της ψυχολογικής έρευνας και θεωρίας. Για παράδειγμα, οι κοινωνικές γνωστικές θεωρίες έχουν επηρεάσει εξαιρετικά την κοινωνική ψυχολογία και οι γνωστικές συμπεριφορικές μέθοδοι είναι τώρα κυρίαρχες στην κλινική ψυχολογία. Ομοίως, τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα είναι κεντρικά σε αρκετές έρευνες στην ψυχολογία της υγείας σαν βάση για την κατανόηση σχετικών με την υγεία συμπεριφορών. Στον πυρήνα της γνωστικής προσέγγισης είναι η άποψη ότι τα άτομα κατασκευάζουν μοντέλα, εσωτερικές αναπαραστάσεις, ή σχήματα τα οποία αναπαριστούν την συγκεντρωμένη κατανόησή τους για προηγούμενες εμπειρίες και χρησιμοποιούνται στην ερμηνεία νέων για το σχεδιασμό της συμπεριφοράς τους (Weinman & Petrie, 1997).

Η ενεργοποίηση μιας σχηματικής αναπαράστασης της ασθένειας μπορεί αυτόματα να ενεργοποιήσει πληροφορίες που σχετίζονται με διαδικασίες

αντιμετώπισης που κωδικοποιούνται στη μνήμη με την ασθένεια (Henderson et al., 2009).

Η πρόσφατη εργασία στην αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων αναγνώρισε προσωπικά σχήματα, εκλεκτική προσοχή, και το ρόλο των ερμηνευτικών διαδικασιών ως σημαντικών στην κατανόηση και των κανονικών φυσιολογικών αλλαγών και των συμπτωμάτων των ασθενειών, όπως ο διαβήτης. Μελέτες από τον Leventhal (1980) έδειξαν ότι η συναισθηματική απόκριση των ασθενών στις αλλαγές στο μέγεθος του όγκου που ακολουθούν χημειοθεραπεία για το λέμφωμα ήταν μια λειτουργία του δικού τους προσωπικού γνωστικού μοντέλου για την ασθένεια. Από αυτήν και άλλες μελέτες ανέπτυξε ένα αυτορρυθμιστικό μοντέλο με το οποίο οι ασθενείς κατασκευάζουν τις δικές τους αναπαραστάσεις ή μοντέλα τα οποία τους βοηθούν να κατανοήσουν την εμπειρία τους και παρέχουν βάση για τις δικές τους αποκρίσεις αντιμετώπισης. Αυτή η αναπαράσταση παρέχει κεντρικά στοιχεία, πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία της ασθένειας, τα συμπτώματα της και τη ταμπέλα, τις προσωπικές συνέπειες της ασθένειας, πόσο καιρό θα διαρκέσει, και η έκταση στην οποία η ασθένεια είναι υποκειμενική να ελεγχθεί ή να θεραπευτεί. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν λογικές αλληλοσυσχετίσεις. Για παράδειγμα, μια ισχυρή πεποίθηση ότι η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί ή να ελεγχθεί σχετίζεται τυπικά με μια σύντομη αντιλαμβανόμενη διάρκεια της ασθένειας και σχετικά μικρών συνεπειών.

Τα μοντέλα των ασθενών για την ασθένειά τους είναι, από τη φύση τους, προσωπικά. Στις ιατρικές διαβουλεύσεις οι ασθενείς είναι συνήθως απρόθυμοι να συζητήσουν τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την ασθένειά τους επειδή φοβούνται να διαφωνήσουν με το γιατρό ή να ρισκάρουν να θεωρηθούν χαζοί ή μη ενημερωμένοι. Μέχρι πρόσφατα, η αξιολόγηση των αντιλήψεων για την ασθένεια είχε γίνει με ανοιχτού τύπου συνεντεύξεις σχεδιασμένες να διαμορφώσουν τις δικές τους ιδέες σχετικά με την ασθένειά τους. Έχει αναπτυχθεί μια νέα κλίμακα που ονομάζεται Ερωτηματολόγιο για την Αντίληψη της Ασθένειας (IPQ) που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια ποικιλία σωματικών ασθενειών και θα πρέπει να κάνει την αξιολόγηση πιο αποτελεσματική για τους ερευνητές. Άλλες πρόσφατες εξελίξεις έχουν συμπεριλάβει κλίμακες για συγκεκριμένες ασθένειες όπως ο διαβήτης και μια κλίμακα να αξιολογήσει συγκεκριμένες πεποιθήσεις σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή (Weinman & Petrie, 1997).

Έχουν βρεθεί και μοντέλα ασθενών να ποικίλουν ευρέως ανάμεσα σε έναν αριθμό χρόνιων ασθενειών, ακόμα και ανάμεσα σε άτομα με την ίδια σοβαρότητα ασθένειας. Για ένα άτομο, ο διαβήτης μπορεί να φαίνεται ως μια σχετικά μικρή, περιορισμένη κατάσταση που προκαλείται από μια δίαιτα υψηλή σε ζάχαρη, αντίθετα κάποιος άλλος με ισοδύναμη ασθένεια μπορεί να το δει σαν γενετική κατάσταση που διαρκεί για το υπόλοιπο της ζωής τους και με καταστροφικές συνέπειες. Από την προοπτική ενός κλινικού μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να ανιχνευτούν αυτές οι διαφορές στις συνεδρίες ρουτίνας, αλλά θα γίνουν εμφανείς στις πιο πρόσφατες απαντήσεις στην ασθένεια και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Αντίθετα, η πιο πρόσφατη έρευνα έχει εστιάσει στην αντιμετώπιση ως τρόπο της εξήγησης της ρύθμισης της ασθένειας και της έκβασής της, πιστεύοντας ότι οι αντιλήψεις της ασθένειας μπορεί να εξηγούν τη ποικιλία των αποκρίσεων αντιμετώπισης στην ίδια την ασθένεια αλλά επίσης να είναι πιο άμεσα σχετικές σε τέτοιες εκβάσεις όπως η εμμονή, η συναισθηματική πίεση, και η σχετική με την ασθένεια ανικανότητα (Weinman & Petrie, 1997).

Μερικά ξεκάθαρα παραδείγματα για τη σημασία των μοντέλων των ασθενών για την ασθένεια στην διευθέτηση προστατευτικής για την υγεία συμπεριφοράς, ανάκαμψη, και ανικανότητα φαίνονται στην πρόσφατη εργασία για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην απαλλαγή, στους ασθενείς με έμφρακτα του μυοκαρδίου, και στους πάσχοντες από σύνδρομο χρόνιας κούρασης. Ο Cameron (1997) βρήκε, σε μια κλινική δοκιμασία με ελεγχόμενο ψευδοφάρμακο (placebo), ότι οι παρενέργειες της ενεργητικής θεραπείας εξυπηρετούσαν σαν υπενθύμιση για τον κίνδυνο του καρκίνου και ότι με την ενεργοποίηση αυτές οι αναπαραστάσεις της ασθένειας προκαλούσαν ανησυχίες που συνδέονταν με τον καρκίνο, καταλήγοντας σε υψηλότερα επίπεδα αυτοεξέτασης του μαστού.

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια είναι κεντρικές όχι μόνο για την κατανόηση των αποκρίσεων σε συγκεκριμένες ασθένειες αλλά επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ερμηνεύσουν τις αντιδράσεις των ασθενών στη γενετική δοκιμασία και στα δεδομένα της διαλογής της υγείας, όπως τα αποτελέσματα των δοκιμασιών χοληστερόλης. Έρευνα στην κατανόηση της γενετικής δοκιμασίας προτείνει ότι τα άτομα έχουν αρκετά περίπλοκα μοντέλα του κινδύνου της ασθένειας και βρίσκουν μια απλά γενετικά αποφασιστική ασθένεια δύσκολη να την κατανοήσουν. Πιο συχνά οι άνθρωποι βλέπουν την ανάπτυξη μιας γενετικής ασθένειας τελικά αποφασιστική όχι μόνο για τη γενετική σύνθεση τους αλλά επίσης

από παράγοντες τρόπου ζωής όπως το στρες. Ένα μεγάλο μέρος των τρεχόντων στοιχείων δείχνει επίσης το γεγονός ότι οι συστηματικές γνωστικές προκαταλήψεις χρησιμοποιούνται από τα άτομα για να ελαχιστοποιήσουν την απειλητική φύση των πληροφοριών της υγείας είτε με το να μειώνουν τη σημασία της σοβαρότητας του αποτελέσματος της εξέτασης είτε δυσφημώντας την ακρίβεια της εξέτασης, ή διαστρεβλώνοντας την επικράτηση ενός θετικού αποτελέσματος (Weinman & Petrie, 1997).

Αρκετές παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν πρόσφατα στην ψυχοσωματική περιοχή όπως η καρδιακή αποκατάσταση και τα προγράμματα διαχείρισης του πόνου, έχουν αναπτυχθεί εμπειρικά και δεν βασίζονται σε μια ηχηρή θεωρητική κατανόηση ελλοχευουσών ψυχολογικών διαδικασιών. Επίσης, αυτή η προσέγγιση μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη παρεμβάσεων που τροποποιούν ή λαμβάνουν υπόψη τις συγκεκριμένες γνώσεις των ασθενών όπως είναι οι πεποιθήσεις σχετικά με την αιτία ή το δυναμικό για τον έλεγχο/θεραπεία μιας ασθένειας. Η κατανόηση των αντιλήψεων της ασθένειας είναι απαραίτητη για αποτελεσματική διαχείριση του ασθενή, και πιστεύεται ότι αυτή η προσέγγιση έχει τεράστια δύναμη για την έρευνα και την πρακτική στην περιοχή της ψυχοσωματικής έρευνας (Weinman & Petrie, 1997).

Μια σχετική μελέτη ερεύνησε τις αναπαραστάσεις της ασθένειας των ατόμων με πολλαπλάσια σκλήρυνση τη σχέση αυτών των πεποιθήσεων με το μοντέλο των Leventhal και συνεργατών. το μοντέλο αυτορρύθμισης, το γενικά αποδεκτό του γένους συστατικό της δομής των αναπαραστάσεων της ασθένειας συμπεριλαμβανομένης της ταυτότητας, της χρονιότητας, των συνεπειών, της αιτίας, και της θεραπείας/της ελεγχιμότητας (Vaughan et al., 2003).

Για τη διεξαγωγή της μελέτης υιοθετήθηκε ένα συσχετιστικό μοντέλο. Εξερευνήθηκαν αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των τμημάτων αντιπροσώπευσης της ασθένειας και των σχέσεων μεταξύ των συστατικών και της έκβασης χρησιμοποιώντας το δείκτη Pearson  $r$ . Για να καθοριστεί η συμβολή των στοιχείων αναπαράστασης της ασθένειας στην εξηγημένη διαφορά στην η έκβαση, χρησιμοποιήθηκε μια σειρά από αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης. Συνολικά συμμετείχαν 99 συμμετέχοντες στη μελέτη. Συμπληρώθηκαν μια σειρά μέτρων για να αξιολογηθούν (1) οι αναπαραστάσεις της ασθένειας και (2) 5 ξεχωριστές περιοχές της έκβασης της ασθένειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων για την ασθένειά τους ήταν σύμφωνες με την ιατρική φύση και



κατανόηση της ασθένειας τους δείχνοντας ότι διατηρούσαν τις αντίληψεις μιας ισχυρής ταυτότητας της ασθένειας τους, της χρονιότητας, αλλά δεν βρέθηκε καμία ιδιαίτερη αιτία και καμία θεραπεία. Αναφέρθηκαν επίσης πεποιθήσεις στις σοβαρές συνέπειες της πολλαπλής σκλήρυνσης και του περιορισμένου ελέγχου. Μερικές σημαντικές αλληλεξαρτήσεις ανάμεσα στα στοιχεία της αναπαράστασης της ασθένειας καταδείχθηκαν, όπου μια ισχυρή ταυτότητα ασθένειας, μια εικόνα χρονιότητας της ασθένειας και η αντίληψη για χαμηλό έλεγχο αφορούσαν τις σοβαρότερες συνέπειες. Συνολικά, τα στοιχεία δόθηκαν για να προτείνουν ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας συμβάλλουν στην έκβαση της. Το στοιχείο των συνεπειών συνδέθηκε με, και συνέβαλε, στην εξηγημένη διαφορά για κάθε ένα από τις 5 ξεχωριστές περιοχές έκβασης, που δείχνουν ότι η αντίληψη που το MS έχει πολλά αρνητικά αποτελέσματα στη ζωή ενός ατόμου συνδέθηκε με μεγαλύτερα επίπεδα δυσκολίας σε όλες τις περιοχές έκβασης. Επιπλέον, για κάθε μια από τις μεταβλητές έκβασης, οι διαφορετικοί συνδυασμοί των στοιχείων της αναπαράστασης της ασθένειας εξήγησαν τη διαφορά τους. Παραδείγματος χάριν, τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης συνδέθηκαν με τις αντιλήψεις για μια ισχυρότερη ταυτότητα ασθένειας, σοβαρότερες συνέπειες, μια οξεία υπόδειξη ως προς το χρόνο, και χαμηλό έλεγχο. Συμπερασματικά, η έννοια των αναπαραστάσεων της ασθένειας επομένως παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο για τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα αυτής της ασθένειας (Vaughan et al., 2003).

Επίσης, πολλές παραγοντικές αναλύσεις ερευνών έχουν δείξει ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας είναι οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες και συνήθως έτσι όπως αισθάνονται οι ασθενείς όσον αφορά το επίπεδο υγείας τους, με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζουν και την ασθένεια και αναφέρουν αντίστοιχα μεγαλύτερα ή μικρότερα προβλήματα όσον αφορά την κοινωνική και σωματική λειτουργία, ανάλογα με τις αντιλήψεις και τις σκέψεις που έχουν (Heijmans & Monique, 1998).

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι πεποιθήσεις που διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση μιας ασθένειας ενός ατόμου έχουν αναγνωριστεί ως θεμελιώδεις στο πώς οι άνθρωποι αντιδρούν στις νέες πληροφορίες και στο πώς αντιμετωπίζουν τις ασθένειες. Ο Leventhal αναφέρθηκε σε αυτές τις πεποιθήσεις ως αναπαραστάσεις ή μοντέλα κοινής λογικής, Leventhal & Diefenbach, (1991) Leventhal, Meyer, & Nerenz, (1980); Ward, (1993), και άλλοι έχουν χρησιμοποιήσει τους όρους όπως σχήματα, Rumelhart, (1984), επεξηγηματικά μοντέλα, Kleinman,

(1980), εσωτερικά ενεργά μοντέλα, Pridham, (1993), επικαλυμμένα μοντέλα, Redman, (1993), ή τα σιωπηρά μοντέλα, Turk, Rudy, & Salovey, (1986), (Donovan & Ward, 2001).

### **3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ**

---

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που οι ερευνητές και οι επαγγελματίες προσεγγίζουν τη μελέτη της υγείας και της συμπεριφοράς της ασθένειας. Πριν ο Engel (1977) το ονομάσει μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η προοπτική έχει αλλάξει από ένα προσανατολισμένο στην ασθένεια ιατρικό μοντέλο σε θεωρητικές συλλήψεις που δίνουν έμφαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως επίσης στις ατομικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Το αυτό-ρυθμιστικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε από τον Leventhal και τους συνεργάτες του ενσωματώνει αυτούς τους παράγοντες γύρω από τις αναπαραστάσεις της κοινής λογικής του ασθενή για την υγεία και την αρρώστια κάνοντας λόγο ότι οι πεποιθήσεις ενός ατόμου είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την υγιή συμπεριφορά, κατά τους Leventhal et al. (1970, 1992). (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Στη προηγούμενη δεκαετία, ειδικότερα, οι ψυχολόγοι υγείας έχουν παρουσιάσει ασθενείς για να δημιουργήσουν τα δικά τους μοντέλα για την αναπαράσταση της ασθένειας προκειμένου να κατανοήσουν και να εξετάσουν αυτά προβλήματα. Μια εξέταση αυτών των αναπαραστάσεων της ασθένειας είναι επομένως πολύτιμη, όχι μόνο την προώθηση της κατανόησης της σχετικής με την υγεία αντιμετώπισής αλλά επίσης και για την ανάπτυξη των παρεμβάσεων για να διευκολυνθεί η αυτορρύθμιση της χρονιότητας της ασθένειας, κατά τους Leventhal *et al.*, 1984; Petrie & Weinman, 1997; Schiaffino and Cea, 1995 (Heijmans & Ridder, 1998).

### 3.1 Η αξία της θεωρίας στη μελέτη της συμπεριφοράς της υγείας

Τα άτομα είναι ικανά να ασχοληθούν, συχνά αυτόματα, με μεγάλες ποσότητες πληροφοριών από ποικίλες πηγές, και είναι εύκολο για τον ερευνητή να εξετάσει τους δυναμικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις σχετικές με την υγεία εκτιμήσεις και αποφάσεις. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό μιας γυναίκα η οποία ξαφνικά βιώνει έναν οξύ πόνο στην κοιλιά της. Θα εντοπίσει αυτόματα την προέλευση του πόνου, αν και, εξαρτάται από την ποιότητα της ταλαιπωρίας, ίσως να μην είναι σε θέση να επισημάνει την ακριβή θέση. Έπειτα, θα προσπαθήσει να δοκιμάσει να καθιερώσει την αιτία του πόνου. Είναι κάτι που έφαγε? Μήπως είχε τον πόνο πριν? Οι απαντήσεις σε αυτού του είδους τις ερωτήσεις είναι αποφασιστικές για το τι θα κάνει μετά. Για παράδειγμα, μπορεί να πάρει κάποια φάρμακα, να καλέσει ένα φίλο για συμβουλή, να αναζητήσει επαγγελματική φροντίδα, ή να περιμένει και να δει αν ο πόνος θα εξαφανιστεί από μόνος του. Οι πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ., “Φοβάμαι ότι μπορεί να είναι καρκίνος”).

Αυτό ο παράδειγμα επεξηγεί το πλήθος των πληροφοριών που χρειάζεται να ληφθεί υπόψη όταν εκτιμάται ένα άγνωστο σωματικό σύμπτωμα που τελικά μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση να αναζητήσουμε βοήθεια, κατά τους Sofer et al. (1979). Επίσης, καταδεικνύει την ανάγκη για ένα θεωρητικό πλαίσιο το οποίο να είναι ικανό στην οργάνωση πληροφοριών από διάφορες εξωτερικές και εσωτερικές πηγές και αυτό ενσωματώνει πράξεις αντιμετώπισης και αξιολόγηση. Αν και η ανάγκη για θεωρία έχει αναγνωριστεί από τους ερευνητές σε αυτό τον τομέα και ποικίλες προσπάθειες έχουν γίνει για να εξηγηθεί η συμπεριφορά της υγείας, καμία από αυτές τις προσπάθειες δεν ενσωματώνει όλες τις σημαντικές πτυχές της συμπεριφοράς της υγείας (Diefenbach & Leventhal, 1996).

### 3.2 Το ιατρικό μοντέλο

Η ιατρική επιστήμη έχει μια μακρόχρονη ιστορία και μια λίστα πρωτοφανών προόδων στην ανίχνευση και θεραπεία των ασθενειών. Η επιστημονική άποψη της ασθένειας η οποία αναπτύχθηκε με την ανακάλυψη των εμβολίων τον τελευταίο 18<sup>ο</sup> αιώνα και σιγά εξαπλώθηκε στα επόμενα εκατό χρόνια έχει διαμορφώσει τον τρόπο που οι επαγγελματίες θεραπεύουν τους ασθενείς τους. Δυο σημαντικές εξελίξεις έχουν επηρεάσει την τωρινή σκέψη στην ιατρική. Πρώτον, η αποδοχή της θεωρίας των μικροβίων ως αιτιώδη εξήγηση στην ανάπτυξη της ασθένειας έχει ενισχύσει μάλλον μια μηχανιστική άποψη του σώματος σαν μια πολύπλοκη μηχανή που μπορεί να επισκευαστεί, χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία. Δεύτερον, οι τεχνικές πτυχές της ιατρικής επιστήμης έχουν συχνά επισκιάσει την ανθρώπινη πλευρά που εμπλέκεται στην θεραπεία των ασθενών. Ως απότοκο, οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίστηκαν ως παθητικοί παραλήπτες (πρώτα από έναν πράκτορα πρόκλησης της ασθένειας, έπειτα από την ιατρική φροντίδα) παρά ως ενεργητικοί συμμετέχοντες στη διαδικασία της θεραπείας. Ο όρος “συμμόρφωση” αναπαριστά αυτό το συλλογισμό αρκετά κατάλληλο: περιγράφει την προσδοκία ότι ένας ασθενής θα πρέπει να ακολουθήσει μια ορισμένη ιατρική θεραπευτική αγωγή σχεδόν τυφλά. Συνεπώς, η αποτυχία ενός ασθενή να συμμορφωθεί ερμηνεύεται ως άρνηση για να ακολουθήσει τις διαταγές της θεραπείας και φαίνεται σαν λάθος του ασθενή.

Μια έμφαση στην τεχνική πλευρά της ιατρικής έχει μπερδέψει το διαχωρισμό μεταξύ ασθένειας και αρρώστιας. Μια ασθένεια χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο σημάδιών και σωματικών συμπτωμάτων. Η αρρώστια, από την άλλη πλευρά, είναι ένας κοινωνικός ορισμός της ασθένειας. Υπό αυτήν τη μορφή, η αρρώστια προκύπτει όταν ένας επαγγελματίας και η οικογένεια συμφωνούν ότι ένα άτομο είναι άρρωστο (δηλ., γίνεται ασθενής), και είναι λιγότερο ξεκάθαρα καθορισμένο από την ασθένεια. Μια αρρώστια μπορεί, αλλά δεν χρειάζεται να συμπεριλάβει όλα τα ξεχωριστά σημάδια της ασθένειας και συμπτώματα, κατά τον Kleinman (1988). Για παράδειγμα, δεν είναι αφύσικο για έναν άνθρωπο να αισθάνεται άρρωστος και να παραπονιέται για τα συμπτώματα χωρίς να υπάρχουν σωματικά σημάδια μιας ασθένειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το ιατρικό μοντέλο είναι ανίκανο να παράξει εξηγήσεις που ικανοποιούν είτε τον ασθενή είτε τον επαγγελματία. Αυτές οι επισημάνσεις στην πιο προφανή ανεπάρκεια του ιατρικού μοντέλου, το οποίο αγνοεί τις ψυχολογικές

διαστάσεις του ασθενή (γνωστικές και συναισθηματικές) στην εκτίμηση των συμπτωμάτων και σε μια ευρεία ποικιλία λύσεων θεραπειών. Όταν οι ψυχολογικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνονται στην διάγνωση, είναι συνήθως υπό μορφή παραγόντων προσωπικότητας (π.χ. Τύπος Α προσωπικότητας, Νευρωτισμός, ή Εξωστρέφεια) οι οποίοι αναφέρονται ως εξηγήσεις για την παρουσία των συμπτωμάτων. Το ιατρικό μοντέλο ασχολείται με τους ψυχολογικούς παράγοντες με τον ίδιο τρόπο που ασχολείται με τις φυσιολογικές και κλινικές μεταβλητές (π.χ., ως ένα χαρακτηριστικό που είναι είτε παρόν είτε απόν), και αγνοεί τις διαδικασίες που συνδέουν το χαρακτηριστικό στη συμπεριφορά στην ερώτηση (π.χ., συμμόρφωση). Ευτυχώς, αυτοί οι περιορισμοί του ιατρικού μοντέλου έχουν αναγνωριστεί, εκτενώς μέσα από προόδους στην έρευνα για τη συμμόρφωση/εμμονή, Blackwell (1992), και έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη εναλλακτικών θεωρητικών προσεγγίσεων στη μελέτη για τη συμπεριφορά της υγείας (Diefenbach & Leventhal, 1996).

### **3.3 Το μοντέλο πεποίθησης της υγείας**

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι ανέπτυξαν το Μοντέλο για την πεποίθηση της υγείας (HBM) το 1950 και καλυτέρευσαν στις επόμενες δεκαετίες. Ο στόχος του HBM ήταν να εξηγήσει τους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς της υγείας. Έχει ως αίτημα ότι η συμπεριφορά εξαρτάται 1) από την αξία που τοποθετείται από το άτομο σε μια συγκεκριμένη έκβαση, και 2) από την εκτίμηση του ατόμου της πιθανότητας ότι μια δεδομένη πράξη θα καταλήξει σε εκείνο το αποτέλεσμα, κατά τους Maiman & Becker (1974). Μεταφράζοντας αυτές τις γενικές ιδέες στην περιοχή της υγείας παρήγαγε την πιο συγκεκριμένη σύλληψη μιας επιθυμίας να διατηρήσει την υγεία και να αποφύγει την ασθένεια και η πεποίθηση ότι μια αποδιδόμενη συμπεριφορά υγείας θα αποτρέψει ή θα εμποδίσει την ασθένεια.

Συγκεκριμένα, το HBM παίρνει ως δεδομένο ότι η συμπεριφορά της υγείας είναι μια λειτουργία τεσσάρων παραγόντων: της αντίληψης της ευαισθησίας στην απειλή της υγείας, της αντίληψης για τη σοβαρότητα, και της αντίληψης των πλεονεκτημάτων, κοστών και εμποδίων για κάθε ένα από τα μέλη πιθανών συνόλων συμπεριφοράς χρήσιμων για την αποφυγή ή έλεγχο της απειλής. Η αντιλαμβανόμενη ευαισθησία, η αίσθηση του ατόμου στην ευπάθεια μιας ασθένειας και η

αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της απειλής της ασθένειας είναι η πηγή της κινητοποίησης για τη δράση. Δεν είναι, ωστόσο, ικανοποιητικές για δράση: η δράση θα πραγματοποιηθεί μόνο εάν το άτομο την αντιλαμβάνεται ως ωφέλιμη και σημαντική. Ωστόσο, οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες και τα εμπόδια στη δράση μπορούν να αντιδράσουν και να ακυρώσουν τα αντιλαμβανόμενα οφέλη. Για παράδειγμα, παρόλο που τα οφέλη κοινωνικής άσκησης είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένα, πολλά εμπόδια εμποδίζουν τους ανθρώπους από την άσκηση.

Σύμφωνα με το HBM, η ατομική γνώση περιλαμβάνει μια ανάλυση οφελών και κοστών, την έκβαση της οποίας μπορεί να είναι η επιλογή ανάμεσα σε αρκετές προληπτικές ή θεραπευτικές ενέργειες, ή καμία ενέργεια. Τέλος, ένα σύνθημα στη δράση (π.χ., σύμπτωμα, η αρρώστια ενός φίλου, ή μια καμπάνια για τη δημόσια υγεία) είναι απαραίτητη για να ενεργοποιήσει τις μεταβλητές περιλαμβάνοντας το HBM μοντέλο. Δημογραφικές, πολιτιστικές και μεταβλητές προσωπικότητας είναι ρυθμιστικοί παράγοντες.

*Εμπειρική υποστήριξη.* Το HBM έχει χρησιμοποιηθεί σε έναν αριθμό μελετών εξετάζοντας την προληπτική συμπεριφορά υγείας (π.χ., οποιαδήποτε συμπεριφορά την οποία το άτομο πιστεύει ότι εμποδίζει την ασθένεια, κατά τον Rosenstack (1974), το ρόλο της συμπεριφοράς του αρρώστου (π.χ., αναζήτηση θεραπείας, Becker, 1974), και τη συμπεριφορά που σχετίζεται με χρόνιες ασθένειες (συμμόρφωση με τη θεραπεία, Kasl, 1974). Οι Janz και Becker (1984) συνόψισαν τα αποτελέσματα 29 μελετών που χρησιμοποίησαν το HBM στη δεκαετία μεταξύ 1974-1984. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών εστίασε στην προληπτική υγεία και στη συμπεριφορά του ρόλου του αρρώστου. Τα ευρήματα αυτών των ερευνών πρότειναν ότι τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια ήταν μια μεταβλητή που σχετιζόταν με συνέπεια και σημαντικά με την προληπτική υγεία και τις συμπεριφορές του ρόλου του αρρώστου. Όπως ήταν αναμενόμενο, η αντιλαμβανόμενη ευαισθησία ήταν πιο σημαντική για την ενεργοποίηση συμπεριφορών για να εμποδίσουν τις δυναμικές απειλές της ασθένειας από τις δράσεις (που είναι, οι συμπεριφορές του ρόλου του αρρώστου) για να προσαρμοστεί στην υπάρχουσα ασθένεια. Τα αντιλαμβανόμενα οφέλη της δράσης επηρεάζονταν πιο πολύ από τη συμπεριφορά το ρόλο του αρρώστου απ'ότι επηρεάζονταν από τις προληπτικές συμπεριφορές.

Πιο πρόσφατα, το HBM έχει εφαρμοστεί σε μια ποικιλία διαφορετικών σχετικών με την υγεία θεμάτων όπως είναι η χρήση μαστογραφίας μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται σε κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, η απόφαση να

χρησιμοποιήσει την αμνιοκέντηση μεταξύ έγκυων γυναικών, και η πρόληψη του HIV ανάμεσα στους εφήβους. Επιπλέον, το μοντέλο έχει εφαρμοστεί για να μελετήσει τις αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία, κατά τους Bush & Ianotti (1990) και για να προβλέψει την συμμόρφωση ανάμεσα στους διαβητικούς εφήβους, Bond et al. (1992) (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Επίσης, πολλή έρευνα δείχνει τώρα ότι η διάσταση της προσωπικότητας της αισιοδοξίας-απαισιοδοξίας παίζει ένα σημαντικό ρόλο σε μια ευρεία σειρά συμπεριφοριστικών και ψυχολογικών εκβάσεων όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αντιπαλότητα, κατά τους Scheier & Carver (1992). Αυτό που είναι λιγότερο ξεκάθαρο είναι ο μηχανισμός ( ή οι μηχανισμοί ) με τους οποίους οι ευεργετικές επιρροές της αισιοδοξίας λαμβάνουν μέρος. Μια πιθανότητα είναι ότι οι αισιόδοξοι άνθρωποι τα πάνε καλύτερα από τους απαισιόδοξους επειδή αντιμετωπίζουν τα πράγματα πιο αποτελεσματικά. Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι αυτοί τουλάχιστον αντιμετωπίζουν διαφορετικά τα πράγματα. Οι αισιόδοξοι και απαισιόδοξοι διαφέρουν ο ένας από τον άλλο στις αναφορές των γενικών τάσεων αντιμετώπισης, όπως υποστηρίζουν οι Carver et al. (1989) και στην αντιμετώπιση των αποκρίσεων που φέρνουν στο μυαλό τους όταν σκέφτονται υποθετικές καταστάσεις, ανακαλώντας μια στρεσογόνο κατάσταση από το πρόσφατο παρελθόν, κατά τους Scheier et al. (1986), διαχειρίζονται μια μετάβαση ζωής, αντιμετωπίζοντας μια σοβαρή ασθένεια και ασχολούμενοι με ανησυχίες σχετικά με συγκεκριμένες απειλές της υγείας.

Στη διάγνωση, 59 ασθενείς με καρκίνο του μαστού αναφέρθηκαν στη συνολική αισιοδοξία στη ζωή τους. Η διαδικασία περιλάμβανε μια μέρα χειρουργείο, δέκα μέρες μετεγχείριση, και 3, 6, 12 μήνες ανάρρωσης, ανέφεραν τις πρόσφατες αποκρίσεις αντιμετώπισης και τα επίπεδα άγχους. Η αισιοδοξία σχετίστηκε αντιστρόφως με το άγχος σε κάθε σημείο, ακόμα και στον έλεγχο για προηγούμενο άγχος. Η αποδοχή, ο θετικός σχεδιασμός εκ νέου, και η χρήση της πίστης ήταν οι πιο κοινές αντιδράσεις για την αντιμετώπιση της κατάστασής τους, η άρνηση και η συμπεριφορική αποδέσμευση ήταν οι ελάχιστες κοινές αντιδράσεις. Η αποδοχή και η χρήση χιούμορ ενδεχομένως προέβλεπαν χαμηλότερο άγχος, ενώ η άρνηση και η αποδέσμευση προέβλεπαν περισσότερο άγχος. Οι αναλύσεις πρότειναν ότι πολλές αντιδράσεις αντιμετώπισης έπαιξαν μετριαστικό ρόλο στην επιρροή της αισιοδοξίας στο άγχος (Carver et al., 1993).



Συνοψίζοντας, το HBM ήταν η πρώτη συστηματική προσέγγιση που συμπεριέλαβε ψυχολογικές μεταβλητές για να εξηγήσει τη συμπεριφορά της υγείας. Αν και μεγάλος αριθμός μελετών χρησιμοποίησε το HBM, οι διαφορές στη λειτουργικότητα του μοντέλου των κύριων εννοιών και η συμπερίληψη μιας ποικιλίας ρυθμιστικών μεταβλητών, κάνουν τις συγκρίσεις στις μελέτες δύσκολες. Επιπροσθέτως, ο αριθμός των μεταβλητών που έχουν προταθεί για να δοκιμάσουν τα στοιχεία κλειδί του μοντέλου είναι τόσο μεγάλος που ο συνυπολογισμός τους σε οποιαδήποτε μελέτη δεν είναι εφικτή και έτσι κάνει τη συνολική δοκιμασία ολόκληρου του μοντέλου, αδύνατη. Τέλος, υπάρχουν ουσιαστικοί λόγοι που αμφιβάλλουν για τη χρησιμότητα των βασικών μεταβλητών του μοντέλου: ειδικά, υπάρχει λόγος στην ερώτηση εάν οι άνθρωποι σκέφτονται τους πιθανολογούμενους όρους όσον αφορά την ευπάθεια τους, ή εάν οι ποικίλες εκβάσεις ή σοβαρότητες θα πρέπει να ενσωματωθούν σε μια ενιαία μεταβλητή (Diefenbach & Leventhal, 1996).

### **3.4 Ενσωμάτωση του κοινωνικού πλαισίου: Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης/προγραμματισμένη συμπεριφορά**

Βασισμένη στην υπόθεση ότι τα άτομα έχουν επίγνωση και σκέφτονται τις συνέπειες συγκεκριμένων πράξεων πριν δράσουν, οι Ajzen και Fishbein (1980) πρότειναν τη «Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης», πιο πρόσφατα την μετονόμασαν «Θεωρία προγραμματισμένης συμπεριφοράς», ένα μοντέλο για την πρόβλεψη των δράσεων της υγείας. Σύμφωνα με την τροποποίησή τους, η συμπεριφορά είναι ένας σκόπιμος παράγοντας που βασίζεται και σε έναν προσωπικό και συμπεριφοριστικό παράγοντα και ένα κοινωνικό ή κανονιστικό παράγοντα. Ο προσωπικός παράγοντας αποτελείται από την εστίαση του ατόμου μπροστά σε μια συμπεριφορά (π.χ., να κόψει το κάπνισμα), ή οι αξίες που προάγει και εκείνες τις αποτρέπει. Το κοινωνικό ή κανονιστικό στοιχείο αναπαριστά την αντίληψη του ατόμου για τις απόψεις που έχουν οι σημαντικοί άλλοι σχετικά με εκείνη τη συμπεριφορά (π.χ., οι φίλοι μου είναι μη καπνίζοντες και θα καλωσόριζε τις προσπάθειες για το κόψιμο του καπνίσματος). Σημειώτεον ότι οι κοινωνικές νόρμες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά μέσα από προθέσεις αντιλαμβάνονται ως κοινωνικές νόρμες, που είναι ότι δεν χρειάζεται να αναπαριστούν μια κοινωνικά αποδεκτή σκοπιά. Τα προσωπικά και κοινωνικά στοιχεία διαμορφώνουν τον εξωτερικό παράγοντα και εξαρτώνται από την σημαντικότητα που ορίζει το άτομο για κάθε συστατικό στοιχείο. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είναι πιθανό να διακόψει το κάπνισμα είναι ένας ο οποίος εκτιμά να είναι υγιής, που νομίζει ότι το κάπνισμα είναι κακό και αναζητά τη γνώμη και την υποστήριξη των φίλων του/της. Ωστόσο, το ίδιο άτομο είναι λιγότερο πιθανό να παρατήσει το κάπνισμα εάν σκέφτεται τους φίλους του ότι δεν θα στηρίξουν την απόφασή του ή εάν δίνει λίγη σημασία στους φίλους του.

Στη διάκριση μεταξύ των συμπεριφοριστικών και κανονιστικών πεποιθήσεων, η θεωρία αναγνωρίζει την επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στη λήψη απόφασης ενός ατόμου, το οποίο, όπως και στο παραπάνω παράδειγμα, έχει τη δυνατότητα να είναι πιο δυνατός στον καθορισμό της πρόθεσης και της συμπεριφοράς απ'ότι τις προσωπικές πεποιθήσεις. Οι παράγοντες της προσωπικότητας ή οι δημογραφικές μεταβλητές παίζουν έναν δευτερεύοντα ρόλο στη θεωρία και υποτίθεται ότι έχουν μόνο έμμεσα αποτελέσματα στη συμπεριφορά μέσω της επιρροής στις

συμπεριφοριστικές και κανονιστικές πεποιθήσεις και προθέσεις. Η αναθεώρηση της θεωρίας από τον Ajzen (1988), που μετονόμασε τη θεωρία σε προγραμματισμένη συμπεριφορά, προσέθεσε τον έλεγχο ως καθοριστικό παράγοντα της σύνδεσης της πρόθεσης στην πράξη. Καθώς, το μοντέλο είναι εστιασμένο σε συμπεριφορές για συγκεκριμένες πράξεις, η ιδέα του Ajzen για τον έλεγχο είναι ουσιαστικά ισοδύναμη με την έννοια του Bandura (1977) για την αυτό-αποτελεσματικότητα.

Συνοψίζοντας, εστιάζοντας στις συμπεριφοριστικές και κανονιστικές πεποιθήσεις κάνει τη θεωρία της λογικευμένης δράσης/προγραμματισμένης συμπεριφοράς να φαίνεται φειδωλή τουλάχιστον σε σύγκριση με το HBM. Ωστόσο, υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι γιατί αυτό το φειδωλό μπορεί να είναι απατηλό (Diefenbach & Leventhal, 1996).

### **3.5 Το Μοντέλο Κοινής Λογικής (CMS) των αναπαραστάσεων της ασθένειας**

Το CMS (Μοντέλο Κοινής Λογικής) υποθέτει ότι τα άτομα δημιουργούν νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους και βασίζονται σε συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφοριών διαθέσιμων σε αυτούς με σκοπό να καταλάβουν και να διαχειριστούν το πρόβλημα. Είναι η ερμηνεία αυτής της πληροφορίας που διαμορφώνει το πρώτο βήμα στη διαδικασία της αναζήτησης βοήθειας, δεσμεύοντας σε μια στρατηγική αντιμετώπισης ή υιοθετώντας τη διαχείριση της θεραπευτικής αγωγής της ασθένειας, κατά τους Bishop and Converse (1986) (Hagger & Orbell, 2003). Το μοντέλο κοινής λογικής (CSM) της συμπεριφοράς της ασθένειας προϋποθέτει ότι ο ασθενής είναι ενεργός συμμετέχων στη διαδικασία θεραπείας της υγείας (Searle et al., 2007).

Η γνώση που σχετίζεται με την ασθένεια αναφέρεται στο διανοητικό εναλλασσόμενο ρεύμα - που αναλαμβάνεται από ένα άτομο που θεωρεί τον εαυτό του ή της να είναι άρρωστος-η (Croyle και Ditto, 1990). Όταν οι άνθρωποι βιώνουν τα συμπτώματα της ασθένειας, δεσμεύουν σε μια γνωστική αναζήτηση που τους επιτρέπει να ερμηνεύουν και κατανοούν τα συμπτώματά τους. Η γνωστική αναπαράσταση της ασθένειας και συνεπώς το γνωστικό πλαίσιο που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να κατανοήσουν τα συμπτώματά τους αποτελείται από τις υπάρχουσες πεποιθήσεις τους σχετικά με την ασθένεια (Orbell et al, 1998).

**Μια αναπαράσταση της ασθένειας καθοδηγείται από τρεις βασικές πηγές πληροφοριών, κατά τους Leventhal et al. (1980, 1984), που είναι οι εξής:**

- 1. Η πρώτη πηγή πληροφοριών** είναι η γενική πίσίνα των ‘λαϊκών’ πληροφοριών ήδη αφομοιωμένων από το άτομο από προηγούμενη κοινωνική επικοινωνία και πολιτισμική γνώση της ασθένειας.
- 2. Η δεύτερη πηγή** είναι η πληροφορία από το εξωτερικό κοινωνικό περιβάλλον από τους αντιλαμβανόμενους σημαντικούς άλλους ή από επιτακτικές πηγές όπως είναι ο γιατρός ή ο γονιός.
- 3. Τέλος, στην τρίτη πηγή** το άτομο ολοκληρώνει την αναπαράσταση για την ασθένειά του λαμβάνοντας υπόψη την πρόσφατη εμπειρία με την ασθένεια. Η

πρόσφατη εμπειρία αναφέρεται τις σωματικές και συμπτωματικές πληροφορίες βασισμένες σε πρόσφατες αντιλήψεις και προηγούμενες εμπειρίες με την ασθένεια. Η πρόσφατη εμπειρία επίσης καλύπτει τη γνώση της αποτελεσματικότητας προηγούμενων μέσων που χρησιμοποιούνται να αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Παράγοντες όπως ο τύπος προσωπικότητας και το πολιτισμικό υπόβαθρο μπορεί επίσης να είναι σημαντικοί, κατά τους Diefenbach and Leventhal (1996) (Hagger & Orbell, 2003).

Πληροφορίες από όλες αυτές τις πηγές συμβάλλουν σε μια ατομική 'κατανόηση' ή διαμόρφωση μιας αναπαράστασης της κατάστασής τους σε μια διαδικασία δυο-επιπέδων. Ο Leventhal (1990) ισχυρίζεται ότι η διαδικασία στην κατασκευή αυτής της αναπαράστασης είναι μια συμμετρική στην οποία γίνονται συνδέσεις μεταξύ των *αφηρημένων* και *συγκεκριμένων* πηγών των πληροφοριών. Για παράδειγμα, εμπειρίες συμπτωμάτων ή σχηματικών πληροφοριών από ένα άτομο μπορεί να αναγκάζουν στην αναζήτηση σημαντικής μνήμης για *αφηρημένες* πληροφορίες συνδέοντας εκείνα τα συμπτώματα με τις αποθηκευμένες διαγνώσεις ή ταμπέλες. Αυτό μετά αναγκάζει ένα άτομο να δημιουργήσει μια σχηματική αναπαράσταση της ασθένειας συνδεδεμένης με την αφηρημένη ταμπέλα της ασθένειας. Αυτό το σχήμα βασίζεται σε συγκεκριμένη απόδειξη και εμπνέει για την αναζήτηση σημαντικών σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη διαγνωσμένη κατάσταση. Ο Leventhal υπονοεί ότι αυτός ο *συμμετρικός κανόνας* που συνδέει τα συμπτώματα με την διάγνωση είναι αυτόματος και διαισθητικός. Τελικά, είναι η αντίληψη και η αναπαράσταση των διαφορετικών πηγών των πληροφοριών που οδηγεί στην κατασκευή της αναπαράστασης της ασθένειας μέσω συμμετρικά γνωστικών (*αφηρημένων* και *εμπρόθετων*) και σχηματικών (*συγκεκριμένων* και *αντιληπτικών*) διαδικασιών (Leventhal et al., 1992; Hagger & Orbell, 2003).

Οι Linz et al. (1982) & Meyer et al. (1985) υποστήριξαν ότι χρησιμοποιώντας ανοιχτού-τύπου συνεντεύξεις, οι ερευνητές έχουν καθιερώσει ότι το περιεχόμενο μιας αναπαράστασης της ασθένειας μπορεί να διαταχτεί σε λογικά θέματα ή διαστάσεις. Αυτές οι διαστάσεις είναι: η αιτία, οι συνέπειες, η ταυτότητα και η υπόδειξη ως προς το χρόνο.

Η διάσταση της *αιτίας* αναπαριστά τις πεποιθήσεις που αναφέρονται στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση της ασθένειας ή της αρρώστιας. Ένας αριθμός διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων έχουν αναγνωριστεί στην έρευνα πάνω στις αναπαραστάσεις της ασθένειας και ένας αριθμός διαστάσεων που υποβόσκουν που ξεπρόβαλλαν διαισθητικά από την παραγοντική ανάλυση έχουν αναγνωριστεί. Παραδείγματα διαστάσεων που έχουν αναγνωριστεί είναι βιολογικής αιτίας (αιτιώδη στοιχεία σχετικά με τις αιτίες όπως είναι το ανοσοποιητικό σύστημα, τα μικρόβια και οι ιοί, Heijmans (1998), Heijmans & De Ridder (1998) και ψυχολογικής αιτιολογίας (αιτίες όπως η νοητική συμπεριφορά, η υπερκόπωση και η προσωπικότητα, κατά τους Moss-Morris et al. (2002) & Rutter. Υπάρχει μια επικάλυψη στα ατομικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογήσουν τις αιτιολογικές διαστάσεις, για παράδειγμα, το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται σαν συναισθηματικές αιτίες όπως επίσης με τις κλίμακες αναπαριστώντας ψυχολογικές αιτίες. Αυτό έχει κάνει μελέτες που έχουν εξετάσει την αιτιολογική διάσταση από διαφορετικές προοπτικές και τη σχέση τους στην άλλη αναπαράσταση της ασθένειας δύσκολη να ερμηνευτεί. Μερικοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ενιαία μέτρα στοιχείων για κάθε αιτιολογική διάσταση ώστε να εξασφαλίσουν να μην εμφανίζεται καμία τέτοια σύγκρουση., κατά τους Kemp et al. (1999) & Stein et al. (2001). Πρόσφατοι ερευνητές τονίζουν την ανάγκη για παραγοντική ανάλυση ενιαίων μετρήσεων των στοιχείων της αιτιολογικής διάστασης για κάθε ξεχωριστή ασθένεια μπορεί να παραχθεί και να ενθαρρύνει την κατασκευή συγκεκριμένων αιτιωδών στοιχείων της ασθένειας, κατά τους Moss-Morris et al. (2002).

*Οι συνέπειες* της ασθένειας στη ζωή ενός ατόμου αναφέρονται στις πεποιθήσεις όσον αφορά τον αντίκτυπο της ασθένειας στη συνολική ποιότητα της ζωής ή στον τρόπο που μπορεί να επηρεάσει την λειτουργική ικανότητα (π.χ. “Η ασθένεια μου με εμποδίζει να κάνω συγκεκριμένα πράγματα”). Τέτοιες δηλώσεις είναι συχνά συγκριτικές( π.χ. “Η ζωή μου είναι χειρότερη απ’ότι ήταν εξαιτίας της ασθένειάς μου”).

Η *ταυτότητα* της ασθένειας αναφέρεται σε δηλώσεις όσον αφορά τις πεποιθήσεις σχετικά με την ταμπέλα της ασθένειας (π.χ. “Νομίζω ότι έχω γρίπη”) και η γνώση σχετικά με τα συμπτώματά της (π.χ. “Η γρίπη κάνει τους μυς μου και τις ενώσεις μου να πονάνε”). Ωστόσο, σχεδόν πάντα μετριέται από ένα απλό άθροισμα

των αυτό-αναφορών των βιωμένων εμπειριών (π.χ. “Έχεις βιώσει κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ασθένειάς σου..”) παρά συνειρμικών πεποιθήσεων που κάνουν τη διάκριση μεταξύ των πεποιθήσεων σχετικά με την συμπτωματολογία της ασθένειας και την εμπειρία των συμπτωμάτων.

*Η χρονιότητα της ασθένειας* αναφέρεται τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την αιτία της ασθένειας (π.χ. “Η ασθένειά μου είναι χρόνια”) και η κλίμακα του χρόνου των συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. “Ο πόνος είναι επίμονος”). Πρόσφατη έρευνα έχει καταλήξει στο συνυπολογισμό περαιτέρω αναπαραστάσεων των διαστάσεων της ασθένειας, πεποιθήσεις που αναφέρονται στη θεραπεία ή ελεγχσιμότητα μιας ασθένειας, κατά τους Lau and Hartman (1983).

Η διάσταση *θεραπεία/έλεγχος* αναφέρεται στην αίσθηση της ενδυνάμωσης όσον αφορά την παρουσία των συμπεριφορών αντιμετώπισης (π.χ. “Αν πάρω αυτό το φάρμακο θα με βοηθήσει να θεραπεύσω την ασθένεια”) ή την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (π.χ. “Παίρνοντας αυτή τη θεραπεία θα είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθένειάς μου”).

Οι Leventhal et al. (1980) δήλωσαν ότι το CMS είναι ένα μοντέλο “παράλληλης διαδικασίας” στην οποία οι άνθρωποι τυπικά κάνουν αυθόρμητες γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους. Έτσι μια αναπαράσταση της ασθένειας μπορεί όχι μόνο συμπεριλάβει τις γνωστικές διαστάσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως, αλλά επίσης και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες των συναισθηματικών εκβάσεων, κατά τους Moss-Morris et al. (2002). Το πρώτο τμήμα της εικόνας 1 παρέχει μια σχηματική αναπαράσταση του αντίκτυπου του ερεθίσματος της ασθένειας στις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας στο CMS (Hagger & Orbell, 2003).





Αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι η ταυτότητα ήταν ισχυρά και αρνητικά σχετιζόμενη στη διάσταση θεραπεία/έλεγχος αλλά θετικά σχετιζόμενη στις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρονιότητα και οι σοβαρές συνέπειες της αρρώστιας. Αυτό προτείνει ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι κατασκεύασαν την ασθένειά τους σαν να είναι υψηλά συμπτωματική και ωστόσο έχοντας μια ισχυρή ταυτότητα της ασθένειας θα μπορούσε να έχει μια σχετική αντίληψη ότι η ασθένεια ήταν μη ελεγχόμενη, χρόνια και είχε σοβαρές συνέπειες για τον τρόπο ζωής τους. Αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν μια προκαταρκτική απόδειξη ότι υφίσταται μια κοινή τάση στον τρόπο που οι πάσχοντες από ασθένεια οργανώνουν τις λαϊκές πεποιθήσεις τους σχετικά με την ασθένειά τους (Hagger & Orbell, 2003).

Μια μετανάλυση εμπειρικών μελετών που υιοθετούν το μοντέλο κοινής λογικής (Common Sense Model) των Leventhal, Meyer και Nerenz (1980) έδειξε ότι ο μέσος όρος της σωστής μήτρας συσχέτισης για το δείγμα των μελετών έδειξε ότι το CSM για τις διαστάσεις της γνώσης των συνεπειών της ασθένειας ελέγχουν/θεραπεύουν, αναγνωρίζουν και χρονιότητα ακολούθησε ένα λογικό σχέδιο υποστηρίζοντας την κατασκευή τους στις 7 ξεχωριστές κατηγορίες και τις εκβάσεις υγείας σε έξι κατηγορίες. Εξετάζοντας τον μέσο όρο των διορθωμένων συντελεστών συσχετισμού στις μελέτες αποκάλυψε ότι οι αντιλήψεις μιας ισχυρής ταυτότητας της ασθένειας σχετίζονταν σημαντικά και θετικά με τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης της αποφυγής και της έκφρασης των συναισθημάτων. Επιπροσθέτως, η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα της ασθένειας συσχετιζόταν σημαντικά με τη γνωστική αξιολόγηση, εκφράζοντας συναισθήματα και εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι αντιλήψεις για την ασθένεια ως ιδιαίτερα συμπτωματικά, έχουν μια χρόνια υπόδειξη για το χρόνο και σοβαρές συνέπειες σχετίζονταν σημαντικά με την αποφυγή και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της έκφρασης συναισθημάτων. Επίσης, οι αντιλήψεις ότι η ασθένεια ήταν θεραπεύσιμη και ελέγξιμη σχετίζονταν σημαντικά με τις προσαρμοστικές εκβάσεις της ψυχολογικής ευημερίας, κοινωνικής λειτουργίας και ζωτικότητας και σχετιζόταν αρνητικά με τον ψυχολογικό κίνδυνο και την κατάσταση της ασθένειας. Οι αναλύσεις παρέχουν απόδειξη για τις θεωρητικά προβλέψιμες σχέσεις μεταξύ της γνώσης ασθένειας, την αντιμετώπιση και τις εκβάσεις στις μελέτες. Ο στόχος του εκάστοτε σχετικού άρθρου ουσιαστικά ήταν να καθιερώσει εάν υπάρχει συνέπεια στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι γνωστικά αναπαριστούν την ασθένεια ή εάν αυτές οι

αναπαραστάσεις συνδέονται με συνέπεια με την αντιμετώπιση της ασθένειας και τις εκβάσεις της ασθένειας στις εμπειρικές ερευνητικές μελέτες (Hagger & Orbell, 2003).

Ένας σημαντικός στόχος για την ψυχολογική έρευνα για την υγεία είναι να κατανοηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμμονή ενός ατόμου σε ένα ιατρικό καθεστώς ή σε μια υγιή συμπεριφορά για τη διαχείριση της ασθένειας και για να αναγνωρίσει κατάλληλους στόχους για την παρέμβαση, κατά τους Leventhal et al. (1984), Patric et al. (1996). Πολύ έρευνα για την εμμονή έχει εστιάσει στους αντιληπτικούς και γνωστικούς παράγοντες που υποβόσκουν των κινήτρων των ανθρώπων ή την πρόθεση να παρακολουθήσουν τα ραντεβού για την φροντίδα της υγείας τους ή να υιοθετήσουν συμπεριφορές που έχουν προταθεί ότι βελτιώνουν την υγεία, όπως υποστήριξαν οι Croyle and Barger (1993), Leventhal et al. (1998). Τα κοινωνικά γνωστικά μοντέλα παρέχουν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη της συμπεριφοράς της ασθένειας και την εμμονή στις τεχνικές αυτορρύθμισης. Ένα θεωρητικό μοντέλο που έχει προσδιορίσει πως οι γνωστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις συμπεριφορές αντιμετώπισης της ασθένειας και τις εκβάσεις είναι το Μοντέλο Κοινής Λογικής (CSM) για τις αναπαραστάσεις της ασθένειας που προτάθηκε από τους Leventhal, Meyer και Nerenz (1980). Το CSM αναγνωρίζει τους παράγοντες που εμπλέκονται στην επεξεργασία των πληροφοριών από τον ασθενή όσον αφορά την ασθένειά του ή την αρρώστια, πως αυτή η πληροφορία είναι ενσωματωμένη για να παρέχει μια λαϊκή άποψη της ασθένειας και πως αυτή η λαϊκή άποψη οδηγεί τις συμπεριφορές αντιμετώπισης και τις εκβάσεις. Το μοντέλο έχει υιοθετηθεί στην ανάπτυξη των οργάνων για να αντλήσει τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και χρησιμοποιείται για να εξετάσει πως αυτές οι γνώσεις προσκρούουν στις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις εκβάσεις στους ανθρώπους με αρρώστια και ασθένεια. (Hagger & Orbell, 2003).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα μοντέλα για τη γνώση της ασθένειας θέτουν ως αίτημα ότι πεποιθήσεις των ατόμων για μια ασθένεια κατευθύνουν διαδικασίες για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη συνοχή της. Έρευνες που υποκινούνται από το αυτορρυθμιστικό μοντέλο της γνώσης της ασθένειας (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) έχει προτείνει ότι η γνωστική *αναπαράσταση* μιας ασθένειας περιλαμβάνει τουλάχιστον τις ακόλουθες ιδιότητες: (α) *ταυτότητα* — τα σωματικά συμπτώματα και την ετικέτα που συνδέονται με την ασθένεια, (β) *πεποιθήσεις* — *αιτιότητας* για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της

ασθένειας, (γ) προσδοκίες *χρονιότητας* για το χρονικό διάστημα της ασθένειας , καθώς επίσης και η διάρκειά του, και (δ) άμεσες και μακροπρόθεσμες *συνέπειες* από την ασθένεια.

Αντιθέτως, το μοντέλο προβλέπει επίσης ότι τα άτομα δεδομένης μιας ασθένειας ονομάζουν την αναζήτηση των αντίστοιχων συμπτωμάτων σε μια προσπάθεια να ελεγχθεί η ταυτότητα του επεισοδίου ασθένειας (Leventhal et al, 1980). Κατά συνέπεια, το αυτορρυθμιστικό μοντέλο υποθέτει τη συμμετρία μεταξύ των συμπτωμάτων και των ετικετών —ένα άτομο αποκρίνεται στις πληροφορίες με μια (ετικέτες) ψάχνοντας για τις συνεπείς πληροφορίες σχετικά με την άλλη (συμπτώματα).

Διάφορες μελέτες έχουν επεξηγήσει την ευρετική αξία του αυτορρυθμιστικού μοντέλου στη μελέτη των ασθενών με καρκίνο που λαμβάνουν τη χημειοθεραπεία (Leventhal, Easterling, Coons, Luchterhand, , 1986 Nerenz, 1979 Ringler, 1981), ασθενείς με την υπέρταση (Baumann & Leventhal, 1985 Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985), και ασθενείς με τις κοινές ασθένειες (Lau & Hartman, 1983). Τα στοιχεία όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο προτείνουν ότι πεποιθήσεις για την αιτία και τη χρονιότητα μπορεί να υπαγορεύουν διαδικασίες αντιμετώπισης. Η αντίληψη για τα συμπτώματα οδήγησε μερικούς ασθενείς στην ιατρική θεραπευτική αγωγή με μέτρα αυτό-θεραπείας που επιλέγονται βάσει των αντιληπτών αιτιών του καρκίνου με την ελπίδα ότι ο καρκίνος είναι μια οξεία και ενδεχομένως ιάσιμη ασθένεια (Baumann et al., 1989).

Μια έρευνα που εφάρμοσε το μοντέλο κοινής λογικής είχε ως προϋπόθεσή ότι οι ενέργειες που λαμβάνονται για να μειώσουν τους κινδύνους υγείας καθοδηγούνται από του ασθενή τις υποκειμενικές ή κατασκευές κοινής λογικής της απειλής υγείας. Υποθέσαμε ότι οι απειλές εκείνης της ασθένειας αντιπροσωπεύονται από τις ετικέτες και τα συμπτώματά της (η ταυτότητά της), τις αιτίες , τις συνέπειες, και τη διάρκειά της. Αυτές οι ιδιότητες είναι αντιπροσωπευτικές σε δύο επίπεδα: ως άμεσα αντιληπτά γεγονότα και ως αφηρημένες ιδέες. Και τα δυο επίπεδα οδηγούν στην αντιμετώπιση της συμπεριφοράς.. Πάρθηκε συνέντευξη από 230 ασθενείς με υπέρταση. Η υπόθεση ήταν εάν θα μπορούσαν να ελέγξουν τις αλλαγές της πίεσης αίματος, 46% από 50 μη υπερτασικούς, η κλινική ελέγχει περιπτώσεις που λένε ναι, όπως 71% από τους 65 ασθενείς νέων στη θεραπεία, 92% των 50 ασθενών που συνέχισαν τη θεραπεία, και

94% των 65 ασθενών που επανεισάχθηκαν, οι οποίοι είχαν προηγουμένως εγκαταλείψει και επιστρέψει στην θεραπεία.

Ασθενείς στην ομάδα που συνέχισε τη θεραπεία, που πίστεψε ότι η θεραπεία είχε ευεργετικά αποτελέσματα επάνω στα συμπτώματά τους, ανέφερε συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και ήταν πιθανότερο να έχουν ελεγχόμενη τη πίεση του αίματός τους. Οι ασθενείς νέοι στη θεραπεία ήταν πιθανό να αποχωρήσουν από τη θεραπεία εάν: (1) είχαν εκθέσει τα συμπτώματα στον επαγγελματία στην πρώτη συνεδρία θεραπείας, ή (2) ανέλυσαν την ασθένεια και τη θεραπεία για να είναι ακριβείς. Τα στοιχεία προτείνουν ότι οι ασθενείς αναπτύσσουν τα σιωπηρά μοντέλα ή τις πεποιθήσεις για τις απειλές της ασθένειας, οι οποίες καθοδηγούν τη συμπεριφορά για τη θεραπεία τους, και ότι το αρχικά πιο κοινό μοντέλο της υψηλής πίεσης αίματος είναι βασισμένο προγενέστερους διορατικούς, συμπτωματικούς όρους (Meyer et al., 1985).

Επίσης, το μοντέλο κοινής λογικής του Leventhal για την αναπαράσταση της ασθένειας παρέχει ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων για καταθλιπτική ασθένεια και τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης. Μια έρευνα σχετική ερεύνησε αυτήν την σχέση ανάμεσα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και στα δυο φύλα και από την άποψη των διαφορών φύλου. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς όρισαν τα παρεχόμενα αντικαταθλιπτικά χάπια ή τις πεποιθήσεις για την κατάθλιψη, τη συναισθηματική αντίδραση στην κατάθλιψη, τις πεποιθήσεις για τα φάρμακα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Το δείγμα αποτελέστηκε από 189 καταθλιπτικούς ασθενείς (70,4% γυναίκες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική αντίδραση στην κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας στον καθορισμό στρατηγικών αντιμετώπισης. Η μεγαλύτερη συναισθηματική αντίδραση στην κατάθλιψη ήταν συνδεδεμένος με την δυσκολία προσαρμογής στην αντιμετώπιση για τους άνδρες και τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν πρόσθετες σχέσεις μεταξύ του μεγαλύτερου αντιληπτού ελέγχου της κατάθλιψης και περισσότερο προσαρμοστικές τεχνικές αντιμετώπισης καθώς επίσης και μεταξύ της αντίληψης για τις συνέπειες της κατάθλιψης και της επίλυσης προβλήματος. Συμπερασματικά, Η παρούσα έρευνα παρέχει στοιχεία ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με την κατάθλιψη συσχετίζονται με τους τρόπους αντιμετώπισης. Επίσης, οι άνδρες και οι γυναίκες μπορούν να διαφέρουν με τον τρόπο με τον οποίο οι αντιλήψεις τους για την κατάθλιψη επηρεάζουν τις τους τρόπους αντιμετώπισης που υιοθετούνται (Kelly et al., 2007).

Μέχρι σήμερα, η πλειοψηφία των μελετών σε αυτήν την περιοχή έχει εστιάσει στις αντιλήψεις της ασθένειας για τους ασθενείς και αυτό δεν είναι γνωστό εάν αυτά τα μοντέλα υπάρχουν επίσης και στα υγιή άτομα, και εάν έχουν την ίδια δομή και το σχέδιο αλληλεξαρτήσεων. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι οι άνθρωποι είναι αρκετά ενήμεροι σχετικά με τους παράγοντες που μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην υγεία και την ποιότητα της ζωής καθώς επίσης και ως προληπτικά μέτρα για να αποφευχθεί η ασθένεια. Ένα μεγάλο μέρος της εργασίας που προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει τις υγιείς συμπεριφορές έμμεσα έχουν υποθέσει ότι οι επιλογές της υγιούς συμπεριφοράς είναι προϊόν των λογικών διαδικασιών αξιολόγησης (Ajzen, 1985 Rogers, 1975). Εντούτοις, καμία μελέτη δεν έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ των μοντέλων των υγιών λαών ασθένεια και τις πεποιθήσεις τους προς τις προληπτικές ενέργειες για την υγεία (Figueiras & Alves, 2007).

### 3.6 Αξιολόγηση του μοντέλου Κοινής Λογικής (CMS)

Έχουμε παρουσιάσει τρία από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα θεωρητικά πλαίσια στην ψυχολογική έρευνα για την υγεία για να εξηγήσουμε τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας και να το φέρουμε σε αντιδιαστολή με το ιατρικό μοντέλο. Θεωρούμε ότι το Μοντέλο Κοινής Λογικής για την αναπαράσταση της ασθένειας είναι το μοντέλο επιλογής, που λαμβάνει υπόψη τις πολλαπλές πηγές εισαγωγής και διάφορων σκελών πληροφοριών που ένα άτομο εξετάζει και ενσωματώνει πριν πάρει μια απόφαση όσον αφορά τη σωματική και ψυχολογική του κατάσταση. Αυτή η προτίμηση βασίζεται στους εξής τέσσερις παράγοντες: (1) η προσέγγιση της Κοινής Λογικής είναι το μόνο πλαίσιο που τοποθετεί την αναπαράσταση της ασθένειας στο κέντρο εκείνων των γνωστικών και συναισθηματικών διαδικασιών που είναι υπεύθυνες για την εκτίμηση της υγείας και της ασθένειας, (2) το δυναμικό πλαίσιο του μοντέλου που λαμβάνει υπόψη την αλλαγή της φύσης ποικίλων εισαγωγών που επιτρέπουν την κατασκευή πεποιθήσεων της ασθένειας, (3) μια αναπτυγμένη δομή από τις αποδείξεις στοιχείων υποστηρίζει την προσέγγιση του Κοινού Μοντέλου Λογικής για ποικίλες περιοχές της ασθένειας, (4) η προσέγγιση της κοινής λογικής είναι πολύτιμη για τη δοκιμασία θεωριών σχετικά με την υγεία και τη συμπεριφορά, καθώς επίσης και για τη συλλογή περιγραφικών δεδομένων (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Ένα μοντέλο κοινής λογικής μπορεί να είναι ένα χρήσιμο πλαίσιο για τις πεποιθήσεις ασθενών εντούτοις, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη χρήση ενός δυναμικού μοντέλου για να προβλέψουν τις μακρόχρονες εκβάσεις των βασικών παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας (Llewellyn et al., 2007). Τέλος, είναι πολύ σημαντικός ο καθορισμός των αναπαραστάσεων της ασθένειας προκειμένου να αναπτυχθούν κατάλληλες ψυχολογικές παρεμβάσεις (Dorrian et al., 2009).

#### 4. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (IPQ) : ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

---

Το ερωτηματολόγιο για την αντίληψη της ασθένειας (IPQ) είναι μια νέα μέθοδος για την ποσοτική αξιολόγηση των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Το IPQ είναι ένα θεωρητικά παραγόμενο μέτρο που περιλαμβάνει πέντε κλίμακες που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με πέντε συστατικά που έχουν βρεθεί να κρύβουν τη γνωστική αναπαράσταση. Οι πέντε κλίμακες αξιολογούν *την ταυτότητα* – τα συμπτώματα του ασθενή σχετίζονται με την αρρώστια, *την αιτία* – προσωπικές ιδέες σχετικά με την αιτιολογία, *τη χρονιότητα* – την αντιλαμβανόμενη διάρκεια της ασθένειας, *τις συνέπειες* – αναμενόμενες επιδράσεις και έκβαση και *τον έλεγχο της θεραπείας* – πως κάποιος ελέγχει ή ξεπερνάει την ασθένεια. Το IPQ έχει ένα συγκεκριμένο αριθμό κύριων στοιχείων αλλά επιτρέπει στο χρήστη να προσθέσει στοιχεία για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών ή απειλές υγείας (Weinman et al., 1996).

Το IPQ έχει επίσης επεκταθεί για να συμπεριλάβει και μετρήσεις για την συνοχή της ασθένειας και την συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Ακόμη το ερωτηματολόγιο αυτό θα επιτρέψει επίσης στους ερευνητές να ερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν την αντιμετώπιση συμπεριφορών και τελικά τις εκβάσεις της ασθένειας. Επίσης, το IPQ παρέχει κάποια υποστήριξη στον ισχυρισμό του Home (1997) ότι η διάσταση του ελέγχου μπορεί να χωριστεί σε προσωπικά και θεραπευτικά στοιχεία. Αυτό μπορεί να είναι κυρίως σχετικό για μελλοντική δουλειά στις σχέσεις μεταξύ των αναπαραστάσεων για την ασθένεια και της θεραπείας της εμμονής (Moss-Morris et al., 2002). Επίσης, έχει βρεθεί από διάφορες έρευνες ότι οι περιοχές του IPQ είναι εμφανείς και παρούσες ακόμη και στους σχιζοφρενείς ασθενείς (Lobban et al., 2005).

Μια μελέτη που εκπονήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση του IPQ ερωτηματολογίου αξιολογεί το συνοπτικό ερωτηματολόγιο αντίληψης ασθένειας (συνοπτικό IPQ), μια κλίμακα εννέα-στοιχείων με σκοπό να αξιολογήσει γρήγορα τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας. Έτσι αξιολογήθηκε ότι ο επανέλεγχος της αξιοπιστίας της κλίμακας σε 132 νεφρικούς εξωτερικούς ασθενείς. Αξιολογήθηκε την ταυτόχρονη αξιοπιστία με τη σύγκριση του συνοπτικού

IPQ με το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R) και άλλων σχετικών μέτρων σε 309 ασθενείς με άσθμα, 132 νεφρικούς, και 119 εξωτερικούς διαβητικούς ασθενείς. Η προβλεπτική αξιοπιστία καθιερώθηκε με την εξέταση της σχέσης των συνοπτικών αποτελεσμάτων IPQ στις εκβάσεις σε ένα δείγμα 103 ασθενών μυοκαρδιακού εμφράγματος (MI). Η διακρίνουσα εγκυρότητα εξετάστηκε με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων του συνοπτικού IPQ μεταξύ πέντε διαφορετικών ομάδων ασθένειας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το συνοπτικό IPQ παρουσίασε καλή αξιοπιστία στον επανέλεγχο και την ταυτόχρονη ισχύ με τα σχετικά μέτρα. Η κλίμακα κατέδειξε επίσης την καλή προβλεπτική αξιοπιστία στους ασθενείς που ανακτούν από MI με τα μεμονωμένα στοιχεία να σχετίζονται με τη διανοητική και φυσική λειτουργία στην τρίμηνη εξέταση που ακολουθήθηκε, τη καρδιακή αποκατάσταση, και την ταχύτητα της επιστροφής στην εργασία. Η διακρίνουσα εγκυρότητα του συνοπτικού IPQ υποστηρίχθηκε από τη δυνατότητά της να διακρίνει μεταξύ των διαφορετικών ασθενειών. Συμπερασματικά, το συνοπτικό IPQ παρέχει μια γρήγορη αξιολόγηση των αντιλήψεων ασθένειας, η οποία θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στους άρρωστους πληθυσμούς, σε μεγάλης κλίμακας μελέτες, και σε επαναλαμβανόμενα μετρήσιμα ερευνητικά σχέδια (Broadbent et al., 2006).

Μια σχετική έρευνα που χρησιμοποίησε το ανωτέρω ερωτηματολόγιο ακολούθησε την εξής μεθοδολογία: περιλάμβανε μια λίστα με τα 12 κοινά συμπτώματα. Τα υπόλοιπα στοιχεία είτε πάρθηκαν από τους ασθενείς είτε από τους ερευνητές για να προσαρμοστούν στην περιγραφή του Leventhal για τα στοιχεία της αναπαράστασης της ασθένειας. Τα στοιχεία από τις κλίμακες IPQ είχαν μια κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης που κυμαινόταν από το “Διαφωνώ απόλυτα” έως “Συμφωνώ απόλυτα”. Τα δεδομένα λήφθηκαν από 7 ομάδες ασθενών και παρέχουν την βάση για την εκτίμηση των ψυχομετρικών στοιχείων των IPQ κλιμάκων. Οι 7 ομάδες ήταν οι εξής: διαβητικοί, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ασθενείς με πρόβλημα στα νεφρά, ασθενείς με χρόνια σύνδρομο κούρασης, ασθενείς με χρόνια πόνο και ασθενείς με εμφράγματα του μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ασθενείς με ισχυρότερη *ταυτότητα* ασθένειας είναι πιο πιθανό να αντιληφθούν την ασθένειά τους ότι διαρκεί περισσότερο και να έχουν πιο σοβαρές συνέπειες. Ασθενείς με υψηλότερη βαθμολογία *χρονικής διάρκειας* είναι λιγότερο πιθανό να δουν την ασθένειά τους ως δυναμικά ελεγχόμενη ή θεραπεύσιμη και να έχουν πιο σοβαρές προσωπικές συνέπειες. Η κλίμακα της ταυτότητας, όπως αναμενόταν, σχετίζεται



θετικά με πρόσφατη αναφερόμενη ανικανότητα. Μια υψηλότερη βαθμολογία της διάρκειας χρόνου, έδειξε ότι η πεποίθηση ότι η ασθένεια θα διαρκέσει αρκετό χρόνο, σχετίζεται θετικά με τις εκτιμήσεις των ασθενών για την πιθανότητα μελλοντικής καρδιακής προσβολής. Η κλίμακα για τον έλεγχο της θεραπείας σχετίζεται σημαντικά με τις βαθμολογίες για την ανάκτηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Η κλίμακα για τις *συνέπειες* σχετίζεται θετικά με τις εκτιμήσεις της πίεσης, την ανικανότητα, την αντιλαμβανόμενη πιθανότητα μελλοντικής καρδιακής προσβολής (Weinman et al., 1996).

## 5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

---

Κάθε σημείο κατά την κατασκευή των αναπαραστάσεων της ασθένειας προσφέρει μια δυνατότητα για την απόκτηση της επιρροής του συναισθήματος. Για παράδειγμα, συμπτώματα μιας επικείμενης γρίπης μπορούν να προκαλέσουν άγχος και ανησυχία σχετικά με την ατελή δουλειά και τις προθεσμίες που είναι σε διακινδύνευση, και αισθήματα θυμού και δυσπιστίας αναφέρονται συνήθως από ασθενείς αφότου έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, κατά τον Meyerowitz, (1983). Ανεξάρτητα αν η επιρροή είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα των αναπαραστάσεων της ασθένειας ή εάν είναι ένα ανεξάρτητο στοιχείο που προκαλείται από γνωστικές πτυχές της αναπαράστασης, το συναίσθημα μπορεί να λειτουργήσει με δύο τρόπους. Από τη μία, η έρευνα στην επικοινωνία του φόβου προτείνει ότι ο φόβος, σε συνδυασμό με ένα σχέδιο δράσης, μπορεί να κινητοποιήσει το άτομο να υιοθετήσει την προληπτική συμπεριφορά για την υγεία του, Leventhal (1970), και Sutton, (1982). Από την άλλη, μια αρκετά μεγάλη βιβλιογραφία για την κινητοποίηση για τον καρκίνο του μαστού προτείνει ότι ο φόβος του καρκίνου και οι επιλογές πιθανής θεραπείας ήταν δυνατά εμπόδια.

Ένα συναίσθημα έντονο όταν υπάρχει μια ασθένεια είναι η ανησυχία. Η ανησυχία που περιλαμβάνει τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις για τις απειλές και τις ανησυχίες είναι επικρατούσα όταν έρχεται αντιμέτωπη με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια όπως ο καρκίνος. Η ανησυχία μπορεί να συμβάλει στο σχηματισμό των αρνητικών γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας που μπορούν να έχουν καταστρεπτική επίδραση στις συμπεριφοριστικές και προσαρμοστικές εκβάσεις. Μια σχετική μελέτη εξέτασε για πρώτη φορά (α) τη σχέση μεταξύ της ανησυχίας και του πρόωρου σχηματισμού των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας στα άτομα με πιθανό καρκίνο πνευμόνων κατά τη διάρκεια της προχειρουργικής και μεταχειρουργικής περιόδου και (β) τις σχέσεις μεταξύ της ανησυχίας και του άγχους, του φύλου, της ηλικίας, και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Οι συσχετιστικές στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογήσουν την ανησυχία και τις γνωστικές αναπαραστάσεις σε 42 άτομα πριν από χειρουργική επέμβαση πνευμόνων και πάλι 3 εβδομάδες μετά το χειρουργείο (Cameron, 2008).

Η υψηλότερη ανησυχία σχετιζόταν σημαντικά σε περισσότερο απειλητικό περιεχόμενο σε πολλές περιοχές ασθένειας. Επίσης, υπήρχαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της ανησυχίας και του χρόνου σε ορισμένες περιοχές ασθένειας που δείχνουν ότι η υψηλή ανησυχία συνδέθηκε με την αυξανόμενη απειλή και το αρνητικό περιεχόμενο στις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας κατά τη διάρκεια του χρόνου. Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η ανησυχία ως γνώρισμα ήταν ο μόνος σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας σε της ανησυχίας σε ένα παλινδρομικό μοντέλο συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, του φύλου, της εκπαίδευσης, και της ανησυχίας πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Τα συμπεράσματα προτείνουν ότι η υψηλότερη ανησυχία στο χρόνο της διάγνωσης συνδέεται με την ανάπτυξη του αρνητικού και περισσότερο απειλητικών περιεχομένων στις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας στα άτομα με πιθανό καρκίνο πνευμόνων (Letto & Cimprick, 2009). Οι αντιλήψεις κινδύνου προσδιορίζονται από πολλές θεωρίες ως αρχικοί ενεργοποιητές των συμπεριφορών υγείας, Brewer, Weinstein, Cuite, & Herrington, (2004); Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, (2000) και υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση ότι η ανησυχία και άλλα σχετικά με τον κίνδυνο συναισθήματα επίσης επηρεάζουν τις προθέσεις επιρροής και τις ενέργειες, κατά τους Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, (2001); McCaul, Schroeder, & Reid, (1996) (Cameron, 2008).

Αυτά τα συμπεράσματα δίνουν έμφαση στο ρόλο των γνωστικών αναπαραστάσεων στη ρύθμιση του να είσαι σε κίνδυνο για καρκίνο (Shiloh et al., 2009). Έτσι λοιπόν, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας των ασθενών και οι πεποιθήσεις για τη θεραπεία για την κατάθλιψη και την ανησυχία, καθώς επίσης και οι αντιληπτές ανάγκες τους, είναι σημαντικές για τη θεραπεία (Prins et al., 2008). Επίσης, έχει βρεθεί από έρευνα ότι η αισιοδοξία είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, ανεξάρτητα από την ανησυχία και το επίπεδο του φόβου όταν αναφέρεται πριν τη θεραπεία (Llewellyn et al., 2008).

Μια έρευνα ανέφερε 30% των γυναικών, οι οποίες ειδοποιήθηκαν ότι πρέπει να υποβληθούν σε μαστογραφία ένιωσαν ανησυχία μετά τη λήψη ενός χαρτιού υπενθύμισης, κατά τους Dean et al. (1986). Η προφανής ασυνέπεια σε αυτά τα ευρήματα πιθανόν αναπαριστά ένα κοινό υποβόσκον θέμα! οι άνθρωποι δρουν για να αποφύγουν τις απειλές. Εάν μια πράξη μπορεί να εξυπηρετήσει στην αποφυγή της απειλής (π.χ., διακοπή καπνίσματος), όσο πιο έντονη η απειλή τόσο πιο πιθανά θα

προβεί το άτομο σε πράξη. Εάν μια πράξη κινείται μπροστά σε μη ελεγχόμενη απειλή, ωστόσο πιο δυνατή είναι η απειλή, λιγότερο πιθανό είναι να προβεί το άτομο σε πράξη. Είναι αναμενόμενο, ωστόσο, να βρούμε ότι πολύ ίδιοι άνθρωποι θα υιοθετήσουν μια ενθαρρυντική για την υγεία δράση (π.χ., διακοπή καπνίσματος) ενώ αποφεύγουν άλλη (π.χ., να κάνουν μια ακτινογραφία). (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Μια έρευνα σχετική υιοθέτει ότι με η συναισθηματική ρύθμιση στην επιβίωση από τον καρκίνο επηρεάζεται από το πώς οι ασθενείς ερμηνεύουν τις παρενέργειες της θεραπείας και άλλες σχετιζόμενες με τον καρκίνο εμπειρίες. Η έρευνα αυτή εξέτασε τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, βάσει του μοντέλου αυτορρύθμισης (SRM), στους άντρες που έκαναν για τον καρκίνο του προστάτη (PC). Πιο σοβαρές για το PC αντιλήψεις υπέθεσαν οι ερευνητές ότι προβλέπουν φτωχότερη συναισθηματική ευημερία, κυρίως ανάμεσα σε άντρες που βίωναν μεγαλύτερη μετα-θεραπευτική σεξουαλική δυσλειτουργία ή γενικό άγχος για τη ζωή. Όσον αφορά τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, χρησιμοποιήθηκαν διάφορες κλίμακες που διεξήχθησαν σε 214 άντρες μέσα σε 18 μήνες συμπλήρωσης της θεραπείας για το πρώιμο στάδιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο PC ήταν λιγότερο κατανοητός, ήταν λιγότερο πιθανό να ελεγχθεί από τη θεραπεία, και ήταν πιο πιθανό να προκλήθηκε από την προσωπικότητα κάποιου και οι συμπεριφορές παρέμειναν να έχουν σχέση με φτωχότερη συναισθηματική ευημερία μετά τη ρύθμιση για τους σχετικούς ιατρικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Το άγχος της ζωής μετρίασε τη σχέση μεταξύ των αντιλαμβανόμενων συνεπειών του PC και της συναισθηματικής ευημερίας, τέτοιας που οι πιο σοβαρές αντιλήψεις των αρνητικών συνεπειών προέβλεπαν φτωχότερη συναισθηματική ευημερία μόνο για τους άντρες που βίωναν υψηλότερο άγχος για τη ζωή. Ο βαθμός για τη σεξουαλική δυσλειτουργία δεν μετρίασε καμία από τις σχέσεις μεταξύ των αντιλήψεων για τον καρκίνο και της συναισθηματικής ευημερίας. Συμπερασματικά, πιο σοβαρές αντιλαμβανόμενες συνέπειες PC σχετίζονται με φτωχότερη συναισθηματική ευημερία, κυρίως ανάμεσα στους άντρες που βίωναν μεγαλύτερο άγχος στη ζωή τους (Hagger & Orbell, 2006; Orbell et al., 2008).

Μια άλλη μελέτη εξέτασε τη σχέση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων της ασθένειας που διευκρινίστηκαν από τη θεωρία αυτορρύθμισης στις συναισθηματικές αποκρίσεις των ασθενών με τα μη φυσιολογικά αποτελέσματα διαλογής. Οι συμμετέχοντες ήταν 660 γυναίκες που έλαβαν μια ανώμαλη αυχενική κηλίδα και 701 άνδρες και γυναίκες που έλαβαν ένα ανώμαλο ορθοκολιτικό αποτέλεσμα διαλογής καρκίνου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ταχυδρομικά ερωτηματολόγια που περιέχουν τα μέτρα των αναπαραστάσεων της ασθένειας και των συγκεκριμένων συναισθημάτων (Hagger & Orbell, 2006;Orbell et al., 2008).

Οι παραγοντικές αναλύσεις των στοιχείων αιτίας παρήγαγαν τρεις παράγοντες για κάθε δείγμα, που αντιστοιχεί στην ψυχολογική πίεση, τις βιολογικές, και συμπεριφοριστικές αιτίες. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι, μετά από τον έλεγχο για τις δημογραφικές μεταβλητές, τις αντιληπτές συνέπειες, τη ταυτότητα της ασθένειας, και τις αιτιώδεις αποδόσεις στην ψυχολογική πίεση εξήγησαν τη σημαντική διαφορά στο συναίσθημα. Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αποτέλεσαν επίσης τη μοναδική διαφορά στις συναισθηματικές απαντήσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν τη συμφωνία στις σχέσεις μεταξύ των αναπαραστάσεων της ασθένειας ενός συναισθηματικά εμφανούς γεγονότος και της συγκίνησης στους ασθενείς από τα δύο προγράμματα διαλογής καρκίνου και υποστηρίζουν την εσωτερική ισχύ της θεωρίας αυτορρύθμισης (Hagger & Orbell, 2006;Orbell et al., 2008).

Όσον αφορά την παρέμβαση και επιτυχή παρέμβαση του επαγγελματία για την προσαρμογή του ασθενούς, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στις στρατηγικές προώθησης και πρόληψης των προσφερόντων ιατρικές υπηρεσίες και κλινικά (θεραπεία/αποκατάσταση) ενεργών επαγγελματιών η γνώση των προσωπικών μοντέλων της ασθένειας για τις απειλές της φυσικής και ψυχικής υγείας των υγιών και άρρωστων ανθρώπων με διαφορετική προσωπική εμπειρία με την ασθένεια (Izquierdo et al., 2007).

Επίσης, όταν ένα άτομο υποβάλλει διάφορες ερωτήσεις κατά τη βίωση μιας σωματικής αίσθησης: “είμαι άρρωστος, αγχώνεται, ή είναι αυτά ένα σημάδι γήρανσης; Εάν είμαι άρρωστος, είναι το σύμπτωμα που συνδέεται με μια ετικέτα ασθενειών;” Μετά από την υποβολή τέτοιων ερωτήσεων, το άτομο αναπτύσσει μια γνωστική και συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας που περιλαμβάνει τις διαστάσεις της ταυτότητας, της αιτίας, των συνεπειών, του ελέγχου, και της χρονιότητας της ασθένειας. Αυτή η αναπαράσταση καθοδηγείται από τα προσωπικά,

πολιτιστικά, και περιβαλλοντικά πλαίσια και καθορίζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Με την αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων του ατόμου της ασθένειας, ο επαγγελματίας νοσοκόμος μπορεί να χρησιμοποιήσει το μοντέλο κοινής λογικής για την αναπαράσταση της ασθένειας (CSM) για να καθιερώσει τις επεμβάσεις και τα προγράμματα δράσης που είναι χρήσιμα στη μείωση του κινδύνου και στη διαχείριση των συμπτωμάτων.

Οι επαγγελματίες νοσοκόμοι φροντίζουν συχνά για τους ασθενείς που έχουν πολύ σοβαρά συμπτώματα που είναι σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους. Αυτό γίνεται μια σημαντική πρόκληση στην αποτελεσματική διαχείριση ασθενειών. Το CSM του Leventhal μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα πλαίσιο για να προσδιορίσει τα γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ατόμων όσον αφορά την ασθένειά τους που αναπτύσσεται όταν παρουσιάζονται τα χρόνια συμπτώματα. Με την αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων της ασθένειας του ατόμου, οι νοσοκόμες θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν το CSM για να καθιερώσουν τις επεμβάσεις και τα προγράμματα δράσης που θα είναι χρήσιμα στη μείωση της θλίψης του ασθενή και στη διαχείριση των συμπτωμάτων (Fowler et al., 2006). Έτσι, οι νοσοκόμες μπορούν να λειτουργήσουν ως τμήμα της γενικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης για να προσδιορίσουν τους διαθέσιμους πόρους για να ελαχιστοποιήσουν τις αντιληπτές συνέπειες των χρόνιων παθήσεων σε συνδυασμό πάντα και συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας για να υπάρξει ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα παρέμβασης (Fowler & Baas, 2006).

## **5.1 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ γνώσης και συναισθήματος**

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συναισθήματος και της γνώσης ασθένειας είναι τόσο πολυάριθμες για να καλύψουν οποιεσδήποτε λεπτομέρειες. Παραδείγματος χάριν, οι συναισθηματικές καταστάσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας με: (1) την επιρροή της αρχής και της προόδου της υπάρχουσας ασθένειας, μια έμμεση επίδραση, (2) αύξηση της δυσκολίας της αυτό-διάγνωσης και της απόφασης να επιδιωχθεί η αναζήτηση βοήθειας προσθέτοντας των συναισθηματικά συμπτώματα σε εκείνα της φυσικής ασθένειας, (3) αλλάζοντας την προσοχή και την ερμηνεία και επεξεργασία των αναπαραστάσεων και σωματικών

καταστάσεων έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτά έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται είτε ως καταστροφικά (όπως στους ασθενείς με την επίθεση πανικού) είτε ως ήπια (Baumann et al, 1989) και (4) έχοντας επιπτώσεις στις συμπεριφοριστικές αποφάσεις (π.χ., για να επιδιώξουν ή να μην επιδιώξουν την προσοχή) σε απάντηση στη σωματική αλλαγή (Gortmacher, Eckenrode, & Gore, 1982).

Στις τελευταίες τρεις από αυτές τις δυνατότητες, η συναισθηματική κατάσταση από μόνη της μπορεί να γίνει ένας στόχος για την αυτορρύθμιση. Παραδείγματος χάριν, όταν άτομα είναι και άρρωστος και αντιμετωπίζουν μια ασθένεια που δεν βασίζεται στο στρες της ζωής, το επίπεδό τους από τον υποκειμενικό κίνδυνο μπορεί να γίνει εξαιρετικά υψηλός και να παραγάγει το κίνητρο για να επιδιώξουν την ιατρική φροντίδα ως στρατηγική μείωσης του κινδύνου, κατά τους Cameron et al., 1992 Roghman και Haggerty, (1973). Η συμπεριφορά ασθένειας (Pilowsky, 1986) ή οι υποχονδριακές αντιδράσεις και τα γνωρίσματα παρέχουν ιδιαίτερο τα ενδιαφέρον συνοχής στις συναισθηματικο-γνωστικές αλληλεπιδράσεις. Κατ' αρχάς, τα άγρυπνα και υποχονδριακά άτομα διατηρούν εύκολα την προσοχή στα σωματικές συνθήματα και τις απειλές υγείας. Παραδείγματος χάριν, τα σωματικά άγρυπνα υποκείμενα συνεχίζουν να παρουσιάζουν συναισθηματικές αντιδράσεις αποφυγής, δηλαδή αυξημένο καρδιακό παλμό, όταν καθοδηγούνται για να φανταστούν σκηνές απειλής της υγείας ενώ ο έλεγχος της υγείας δεν προκαλούσε παρόμοιες αντιδράσεις στα υποκείμενα. Δεύτερον, όταν αποσπά ένα σωματικό σύνθημα μια συναισθηματική αντίδραση, ο συνδυασμός του σωματικού συνθήματος και του συναισθήματος θα παρακινήσει και θα στηρίξει ποικίλες διαδικασίες που σχεδιάζονται στην αναζήτηση έξω και τον έλεγχο διαφόρων συνεπειών που θα επιβεβαιώσουν τις υπάρχουσες ερμηνείες του συμπτώματος

Το μοντέλο κοινής λογικής προτείνει αυτήν την παθολογική διαδικασία αυτορρύθμισης ότι θα αντικατασταθεί μόνο όταν έχει το άτομο ένα συνεπές σύστημα για να επιτρέψει σε αυτόν ή αυτή να παραγάγει τις διαδικασίες που θα επιβεβαιώσουν εναλλακτικές εξηγήσεις. Για να το κάνει αυτό ένας επαγγελματίας πρέπει να μειώσει περισσότερο την παθολογική ερμηνεία του πόνου, πρέπει να παρέχει μια ήπια αναπαράσταση και διαδικασίες για μια συνεπή δοκιμασία της αίσθησης (δηλ., ότι προκαλείται από την ανησυχία και έχει μια γραμμή συγκεκριμένου χρόνου, και θα σταματήσει με τη διακοπή άσκησης). Όταν το σύστημα είναι συνεπές, οι διαδικασίες δοκιμασίας θα επιβεβαιώσουν ότι ο στόχος

(δηλ., πόνος και κίνδυνος) οφείλονται στο συναισθηματικό κίνδυνο παρά στην καρδιακή ασθένεια (Sciaffino & Cea, 1995).

Τέλος, ένας άλλος σημαντικός, αυξανόμενος τομέας της έρευνας είναι ο ρόλος των ψυχολογικών πεποιθήσεων ανάμεσα στις έγκυες γυναικών με υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα και η σχέση αυτών των πεποιθήσεων με τη χρήση της θεραπείας, Flynn et al. (2006a,b); Young et al.(2001), και η έλλειψη γνώσης για τους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορούν να προσκρούσουν στη χρήση θεραπείας. Η αξιολόγηση των ψυχολογικών πεποιθήσεων που επηρεάζουν τη θεραπεία παρέχει τις ευκαιρίες για τις εξατομικευμένες, συνοπτικές επεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση του δεσμού με τις αναγκαίες υπηρεσίες θεραπείας. Ο Brown et al. (2001) σύμφωνα με τις προηγούμενες μελέτες των αναπαραστάσεων της ασθένειας σε καταθλιπτικά άτομα στην πρωτογενή θεραπεία, οι έγκυες και μετά τον τοκετό γυναίκες απέδωσαν την αιτία της κατάθλιψής τους στην πίεση, την κληρονομικότητα, και τις διαπροσωπικές δυσκολίες. Οι γυναίκες πριν τον τοκετό ήταν λιγότερο πιθανό να επιβεβαιώσουν τις πεποιθήσεις ότι η καταθλιπτική διάθεσή τους οφειλόταν στην ιατρική ασθένεια ή τις αιτίες, και ήταν πιθανότερο να αποδώσουν την κατάθλιψή τους και στη συμπεριφορά τους και στην κατάσταση του μυαλού, και στις σχετικές με την εγκυμοσύνη αλλαγές, όπως οι ορμονικές αλλαγές, η έλλειψη ύπνου, και οι δυσκολίες στην προσαρμογή στην ύπαρξη εγκυμοσύνης (O'Maher et al., 2009).



## 6. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Όπως αναφέραμε και ανωτέρω, παρατηρούμε ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι πάσχοντες αναλόγως με τη σοβαρότητα της ασθένειας (αν δηλ. είναι ανίατη ή ελέγξιμη) μεταβάλλονται αναλογικά και οι γνωστικές αναπαραστάσεις και αντιδράσεις τους, δηλ οι αντιλήψεις που έχουν για την ασθένειά τους. Ο στόχος της εκάστοτε ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει τις γνωστικές αναπαραστάσεις και αντιλήψεις των χρόνια ασθενών και το επίπεδο υγείας τους. Με άλλα λόγια, θέλουμε να κατανοήσουμε πως αυτές οι αντιδράσεις συνδυάζονται ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι πέντε κύριες διαστάσεις, βάσει του μοντέλου Κοινής Λογικής (CMS), που μελετήθηκαν είναι οι εξής:

(α) ταυτότητα,

(β) συμπτώματα του ασθενή (που σχετίζονται με την αρρώστια),

(γ) την αιτία ( προσωπικές ιδέες σχετικά με την αιτιολογία), την υπόδειξη ως προς το χρόνο (την αντιλαμβανόμενη διάρκεια της ασθένειας),

(δ) τις συνέπειες (αναμενόμενες επιδράσεις) και έκβαση και

(ε) τον έλεγχο της θεραπείας (πως κάποιος ελέγχει ή ξεπερνάει την ασθένεια).

❖ Οι υποθέσεις που κάναμε ήταν οι εξής:

**1<sup>η</sup> υπόθεση:** Η υποκειμενική, σωματική και ψυχική υγεία θα σχετίζονται θετικά ή αρνητικά με τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (τη χρονιότητα, τις συνέπειες, τον προσωπικό έλεγχο, έλεγχο της θεραπείας, τη συνοχή της ασθένειας, τη κυκλικότητα του χρόνου και τη συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας).

**2<sup>η</sup> υπόθεση:** Θα υπάρχει θετική ή αρνητική διαφοροποίηση στο φύλο (άντρες-γυναίκες) όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις τους.

**3<sup>η</sup> υπόθεση:** Η υποκειμενική, σωματική και ψυχική υγεία θα επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων των ασθενών όσον αφορά το επίπεδο υγείας τους.

Τέλος, οι **εξαρτημένες μεταβλητές** της έρευνάς μας είναι οι εξής: η υποκειμενική, η σωματική και η ψυχική υγεία. Ενώ οι **ανεξάρτητες μεταβλητές** μας είναι: η χρονιότητα, οι συνέπειες, ο προσωπικός έλεγχος, ο έλεγχος της θεραπείας, η συνοχή της ασθένειας, η κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας και η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας.

## 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

---

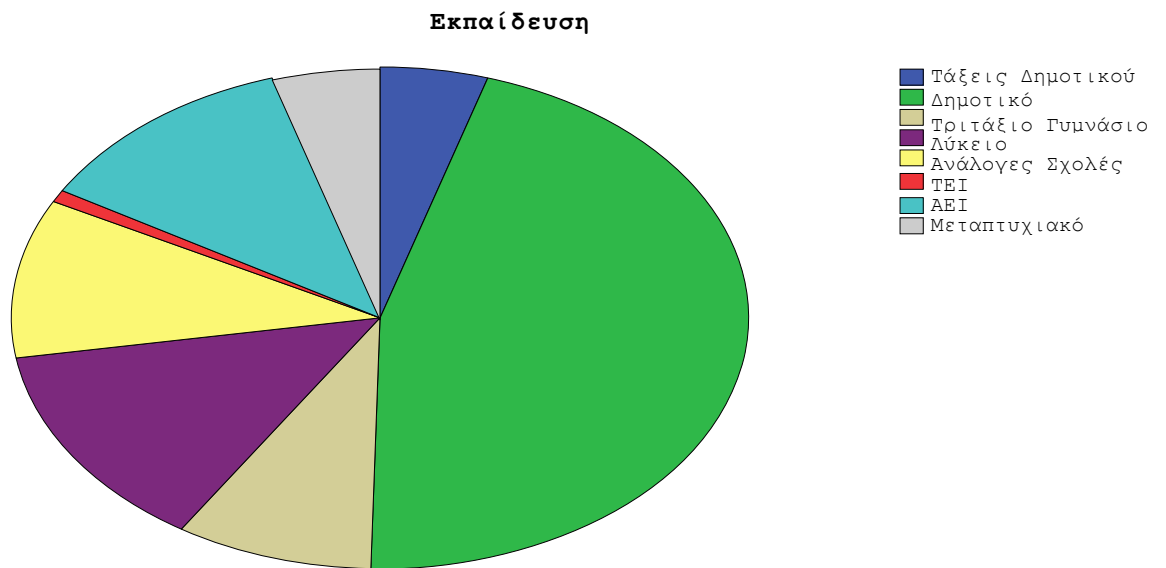
### 7.1 Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας στο οποίο βασίστηκε η έρευνα που ακολουθεί, αποτελείται από **127 άτομα**, κατά μείζονα λόγο τρίτης ηλικίας, εκ των οποίων ήταν **81 (63,8%) άντρες** και **46 γυναίκες (36,2%)**. Ενδεικτικά κάποια από τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες είναι τα παρακάτω: καρκίνος του μαστού, καρκίνος προστάτη, καρδιά, αυτοάνοσα νοσήματα όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, λευχαιμία, πολλοί αντιμετώπιζαν υποθυρεοειδισμό ή υπερθυρεοειδισμό, άσθμα, υπέρταση, στεφανιαία νόσο, νεφρική ανεπάρκεια κ.α. Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο: 6 (4,7%) υποκείμενα τελείωσαν τάξεις δημοτικού, 58 (45,7%) δημοτικό, 11 (8,7%) γυμνάσιο, 17 (13,4%) λύκειο, 13 (10,2%) ανάλογες σχολές, 1 (0,8%) ΤΕΙ, 15 (11,8%) ΑΕΙ και 6 (4,7%) Μεταπτυχιακό (Τα αποτελέσματα από την κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζονται και στον πίνακα 1). Επιπροσθέτως, όσον αφορά το επίπεδο νοσηλείας των ατόμων, το 73,2% (93) ήταν άντρες και 26,8% (34) ήταν γυναίκες (αυτό φαίνεται παραστατικά στο σχήμα 2 που ακολουθεί παρακάτω). Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση: ήταν 5 άτομα (3,9%) άγαμα, 82 (64,6%) έγγαμα, 21 (16,5%) διαζευγμένα, 3 (2,4%) χήροι/ες, 14 (11%) σε διάσταση και 2 (1,6%) συγκατοικούσαν. Σημειωτέον ότι το εύρος των ηλικιών κυμαίνεται από 29 έως 90 έτη και ο μέσος όρος ηλικίας των χρόνια ασθενών είναι 63,7 χρόνων.

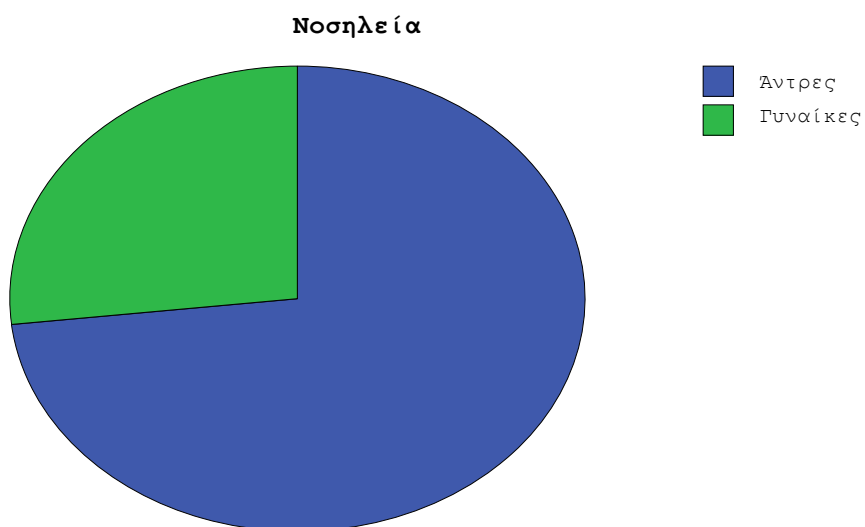
**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Κατανομή ως προς το μορφωτικό επίπεδο

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
<b>ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ</b>	6	4,7
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	58	45,7
<b>ΤΡΙΤΑΞΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ</b>	11	8,7
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	17	13,4
<b>ΑΝΑΛΟΓΕΣ ΣΧΟΛΕΣ</b>	13	10,2
<b>ΤΕΙ</b>	1	0,8
<b>ΑΕΙ</b>	15	11,8
<b>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ</b>	6	4,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	127	100,0

Σχήμα 1. Κατανομή ως προς το μορφωτικό επίπεδο



Σχήμα 2. Κατανομή ως προς τη νοσηλεία



## 7.2 Ερευνητική διαδικασία

Για την ολοκλήρωση της μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων μεσολάβησαν περίπου 8 εβδομάδες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν αρκετά πρόθυμοι. Η διάρκεια για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 15 λεπτά καθώς η πλειοψηφία του δείγματός μας ήταν τρίτης ηλικίας και δεν είχαν πολύ υψηλό μορφωτικό επίπεδο με αποτέλεσμα να απαιτεί περισσότερο χρόνο για την κατανόηση των ερωτήσεων. Επίσης, στην αρχή προτού χορηγηθεί το ερωτηματολόγιο ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες για τον σκοπό της έρευνας και έτσι με την συγκατάθεσή τους προχωρήσαμε στη χορήγηση και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

### 7.2.1 Ψυχομετρικά εργαλεία

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

#### Αντιλήψεις της ασθένειας.

Ένα μεθοδολογικό ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το **IPQ-R** ερωτηματολόγιο για την αντίληψη της ασθένειας (**Revised Illness Perception Questionnaire**), το οποίο είναι μια νέα μέθοδος για την ποσοτική αξιολόγηση των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Το IPQ-R είναι ένα θεωρητικά παραγόμενο μέτρο που περιλαμβάνει πέντε κλίμακες που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με πέντε συστατικά που έχουν βρεθεί να κρύβουν τη γνωστική αναπαράσταση (Moss-Morris et al., 2002).

Η ελληνική έκδοση του IPQ-R αναρτήθηκε από το Illness Perception Questionnaire Website. Η έρευνα που χρησιμοποιεί ποικίλες διαφορετικές τεχνικές αξιολόγησης προτείνει ότι οι ασθενείς συγκεντρώνουν τις ιδέες τους για μια ασθένεια γύρω από πέντε συνεπή θέματα ή συστατικά. Αυτά τα συστατικά αποτελούν μαζί την αντίληψη του ασθενή για την ασθένειά τους. Τα συστατικά παρέχουν ένα πλαίσιο για τους ασθενείς για να κατανοήσουν τα συμπτώματά τους, να αξιολογήσουν τον κίνδυνο υγείας, και την άμεσες δράση και την αντιμετώπιση. Κάθε ένα από αυτά τα συστατικά κρατά μια αντίληψη για μια πτυχή της ασθένειας και μαζί παρέχουν τη συνεπή άποψη του ατόμου μιας ασθένειας.

Η Ελληνική έκδοση μοιράζεται την ίδια δομή και τα ίδια στοιχεία της κάθε διάστασης με την πρωτότυπη κλίμακα. Με αυτή την κλίμακα αξιολογούμε επτά διαστάσεις των αντιλήψεων της ασθένειας: τη **χρονιότητα της ασθένειας**, που περιλαμβάνει πεποιθήσεις για το πόσο θα κρατήσει η ασθένεια· **συνέπειες**, διάσταση που περιλαμβάνει τις πιθανές συνέπειες μιας κατάστασης υγείας· **προσωπικός έλεγχος** που αναφέρεται στην αξιολόγηση του βαθμού κατά τον οποίο υπάρχει προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια και κατά πόσο εξαρτάται από το άτομο η αλλαγή της κατάστασής του· **έλεγχος θεραπείας** που αναφέρεται στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας στον έλεγχο της ασθένειας· **συνάφεια ασθένειας**, το οποίο αφορά την ικανότητα του ασθενούς να κατανοεί την ασθένειά του· **κυκλική χρονιότητα** (timeline-cyclical), που σχετίζεται με πεποιθήσεις που αφορούν την προβλεψιμότητα και μεταβλητότητα της ασθένειας· και **συναισθηματικές αναπαραστάσεις**, που αφορούν στην αξιολόγηση της συναισθηματικής επίδρασης της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που αφορά τις αντιλήψεις για την ασθένεια είχε 38 ερωτήσεις που διατυπωνόντουσαν κάποιες με διαφορετικό τρόπο με σκοπό να υπάρχει εγκυρότητα σε αυτά που εξέφρασαν οι ασθενείς. Επίσης, η κλίμακα είναι σημασιολογικής διαφοροποίησης (Likert scale), δηλ. οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κυμαινόταν από το 1 (“Διαφωνώ έντονα”) έως το 5 (“Συμφωνώ πολύ”) (Moss-Morris et al., 2002). Ακόμη, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι για την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας το Cronbach  $\alpha$  κυμαινόταν από .69 έως .82.

#### Μετρήσεις της υγείας.

Οι κλίμακες για τη Σωματική Λειτουργία και την Συναισθηματική Ευεξία (Physical Functioning and the Emotional Well-being scales) από το RAND 36-item Health Survey (έκδοση 1.0), επίσης μια **κλίμακα αυτοαξιολόγησης της υγείας** χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την εκάστοτε κατάσταση υγείας. Τα στοιχεία από τη RAND Έρευνα Υγείας είναι πανομοιότυπα με τις ιατρικές εκβάσεις της μελέτης SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992, Steward & Ware, 1992). Ωστόσο, η Έρευνα RAND υιοθετεί μια απλούστερη διαδικασία βαθμολόγησης. Οι τελικές βαθμολογίες κυμαίνονται από το 0 έως το 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη υγεία.

Η κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας (**Physical Functioning scale**) περιλαμβάνει 10 στοιχεία που αναφέρονται τους τρέχοντες περιορισμούς που επιβάλλονται από την κατάσταση της υγείας (π.χ., ανέβασμα σε αρκετές σειρές σκαλοπάτια, Cronbach's  $\alpha = .91$ ). Η κλίμακα της Συναισθηματικής Ευεξίας (**Emotional Well-being scale**) αποτελείται από 5 στοιχεία όσον αφορά τα προσωπικά αισθήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων (π.χ., “αισθάνομαι αποθαρρυσμένος και μελαγχολικός”, Cronbach's  $\alpha = .84$ ).

Επίσης, ένα μοναδικό στοιχείο μετράει τη συνολική αυτοαξιολόγηση της υγείας. Οι συμμετέχοντες ρωτώνται να βαθμολογήσουν τη γενική υποκειμενική υγεία τους σε έναν τύπο κλίμακας Likert που κυμαίνεται από το 1 (πολύ χαμηλή) έως 5 (εξαιρετική).



## 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

---

### 8.1 Συσχέτιση υποκειμενικής υγείας με τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων

Αρχικά, στη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης προσπαθήσαμε να εξετάσουμε κατά πόσο η υποκειμενική υγεία, δηλ. τρόπος που αντιλαμβάνεται ο ασθενής το επίπεδο υγείας του, η σωματική και η νοητική υγεία συσχετίζονται με άλλες πτυχές των γνωστικών αναπαραστάσεων όπως είναι: η υποκειμενική υγεία, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, η χρονιότητα, η κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας, οι συνέπειες της ασθένειας, οι αντιλήψεις του ατόμου, η θεραπεία της ασθένειας, η συνοχή της ασθένειας και η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας.

Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήσαμε εδώ είναι ο δείκτης συσχέτισης **Pearson r**, γιατί μελετάμε την αλληλεπίδραση 2 μεταβλητών (υποκειμενική υγεία και σωματική υγεία) και μας ενδιαφέρει κατά πόσο οι τιμές που παίρνει μια μεταβλητή επηρεάζονται από τις τιμές που παίρνει η άλλη μεταβλητή.

Ζητάμε δηλ. να διαπιστώσουμε κατά πόσο η μεταβολή των γνωστικών αναπαραστάσεων και αντιλήψεων για την υγεία επιδρά στις τιμές της υποκειμενικής υγείας. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι χρησιμοποιούμε το δείκτη συσχέτισης Pearson r γιατί οι δυο μεταβλητές μας έχουν μετρηθεί σε κλίμακα ίσων διαστημάτων και αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση αυτού του δείκτη συσχέτισης.

Οι μεταβλητές που συσχέτισαμε είναι η υποκειμενική, σωματική και ψυχική υγεία (εξαρτημένες μεταβλητές) όσον αφορά τις διάφορες γνωστικές αναπαραστάσεις όπως είναι: η υπόδειξη ως προς το χρόνο, οι συνέπειες, ο προσωπικός έλεγχος, ο έλεγχος της θεραπείας, η συνοχή της ασθένειας, η χρονιότητα της ασθένειας και η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας (ανεξάρτητες μεταβλητές). Ο Δείκτης Συσχέτισης που βρήκαμε είναι:

➤ Όσον αφορά την **υποκειμενική υγεία (SRH)**:

Η υποκειμενική υγεία έχει αρνητική μέτρια συσχέτιση με την χρονιότητα της ασθένειας:  $r(127) = -,306$ ,  $p < 0,05$ . Άρα, καταλαβαίνουμε ότι όσο αυξάνεται η υποκειμενική υγεία τόσο μειώνεται η αίσθηση που έχει το άτομο ως προς την χρονιότητα της ασθένειας.

Η υποκειμενική υγεία φαίνεται ότι έχει, όπως και παραπάνω, μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη χρονιότητα:  $r(127) = -,302$ ,  $p < 0,05$ .

Η υποκειμενική υγεία έχει μέτρια αρνητική αλληλεξάρτηση με τις συνέπειες της ασθένειας:  $r(127) = -,443$ ,  $p < 0,05$ . Ωστόσο, όσον αφορά τη συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο παρατηρείται μέτρια θετική συσχέτιση,  $r(127) = ,469$ ,  $p < 0,05$  δηλ. όταν αυξάνεται η αίσθηση της υποκειμενικής υγείας τόσο αυξάνεται και ο προσωπικός έλεγχος (ανάλογα ποσά). Επίσης, παρατηρείται μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση όσον αφορά τις μεταβλητές έλεγχος της θεραπείας και υποκειμενική υγεία:  $r(127) = ,535$ ,  $p < 0,05$ . Εν συνεχεία, η συνοχή της ασθένειας έχει μέτρια θετική συσχέτιση με την υποκειμενική υγεία:  $r(127) = ,393$ ,  $p < 0,05$ . Τέλος, υφίσταται μέτρια αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας:  $r(127) = -,456$ ,  $p > 0,05$ .

➤ Όσον αφορά τη **σωματική υγεία**:

Η σωματική υγεία έχει αρνητική συσχέτιση, δηλαδή δεν σχετίζεται με την χρονιότητα της ασθένειας  $r(127) = -2,32$ ,  $p < 0,05$ , δηλαδή δεν παρατηρείται στατιστική διαφορά. Αντίθετα υπάρχει κάπως πιο μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας  $r(127) = -,355$ ,  $p < 0,05$ . Επίσης, παρατηρείται μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας  $r(127) = -,431$ ,  $p < 0,05$ . Όσον αφορά το προσωπικό έλεγχο υπάρχει μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση  $r(127) = ,539$ ,  $p > 0,05$ . Το ίδιο ισχύει και με τον έλεγχο της θεραπείας  $r(127) = ,570$ ,  $p > 0,05$ , άρα σχετίζονται και αυτές οι μεταβλητές μέτρια. Ακόμη, η σωματική υγεία σχετίζεται θετικά αλλά πολύ μέτρια με την συνοχή της ασθένειας  $r(127) = ,362$ ,  $p > 0,05$  και τέλος σχετίζεται η σωματική υγεία μέτρια προς χαμηλά αρνητικά με τη συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας  $r(127) = -,322$ ,  $p > 0,05$ .

➤ Όσον αφορά την **ψυχική υγεία**:

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι υπάρχει χαμηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική και την χρονιότητα της ασθένειας  $r(127) = -,238$ ,  $p > 0,05$ , όπως το ίδιο

συμβαίνει και με τη κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας  $r(127) = -,224, p > 0,05$ . Ωστόσο, παρατηρείται μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή για τις συνέπειες της ασθένειας  $r(127) = -,379, p > 0,05$  και μέτρια προς υψηλή αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Από την άλλη παρατηρείται μέτρια θετική συσχέτιση με τον προσωπικό έλεγχο, άρα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά  $r(127) = ,414, p > 0,05$ . Το ίδιο ισχύει και με τον έλεγχο της θεραπείας  $r(127) = ,381, p > 0,05$  και τέλος ο στατιστικός έλεγχος έδειξε ότι υπάρχει θετική χαμηλή συσχέτιση με τη συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας  $r(127) = ,250, p > 0,05$ .

Τα αποτελέσματα από τον στατιστικό έλεγχο που έγινε παραθέτονται αναλυτικά στον πίνακα 1.

Από τα ανωτέρω αποτελέσματα είναι πρόδηλο ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα π.χ. στον έλεγχο της ασθένειας και την υποκειμενική υγεία. Με άλλα λόγια, όσο πιο σοβαρά είναι τα σωματικά συμπτώματα μιας ασθένειας τόσο θα επηρεάζεται και η αντιλαμβανόμενη υποκειμενική υγεία του ασθενούς.

**Πίνακας 1. Συσχετίσεις των μεταβλητών**

	Υποκειμενική υγεία (SRH)	Σωματική υγεία (physical health)	Ψυχική υγεία (mental health)
Υποκειμενική υγεία (SRH) Pearson corr.	1	,607** ,000	,530** ,000
Σωματική υγεία (physical health) Pearson corr.	,607** ,000	1	,464** ,000
Ψυχική υγεία (mental health) Pearson corr.	,530** ,000	,464** ,000	1
Χρονιότητα της ασθένειας (timeline) Pearson corr.	-,306** ,000	-,232** ,009	-,238** ,007
Κυκλικότητα του της ασθένειας (timecycl) Pearson corr.	-,302** ,001	-,355** ,000	-,224* ,011
Συνέπειες (consequ) Pearson corr.	-,443** ,000	-,431** ,000	-,379** ,000
Ο προσωπικός έλεγχος (person) Pearson corr.	,469** ,000	,539** ,000	,414** ,000
Ο έλεγχος της θεραπείας (treatcon) Pearson corr.	,535** ,000	,570** ,000	,381** ,000
Η συνοχή της ασθένειας (illcoher) Pearson corr.	,393** ,000	,362** ,000	,250** ,005
Η συναισθ. αναπαράσταση της ασθένειας (emotrepr) Pearson corr.	-,456** ,000	-,322** ,000	-,470** ,000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 8.2 Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων με τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων

Έγινε απόπειρα στην έρευνά μας να εξετάσουμε αν τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορές σε κάποιες μεταβλητές που σχετίζονται με τις γνωστικές αναπαραστάσεις που ενστερνίζονται τα άτομα για το επίπεδο υγείας που αντιμετωπίζουν. Έτσι χρησιμοποιήθηκε το **T-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα**, που είναι και το κατάλληλο κριτήριο για την εξέταση της ύπαρξης διαφορών.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την υποκειμενική υγεία που αντιλαμβάνονται τα άτομα σχετικά με την κατάσταση υγείας τους δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων:  $t(12) = 1,14$ , n.s. Το ίδιο παρατηρούμε και για τις εξής μεταβλητές: σωματική υγεία:  $t(12) = 1,18$ , n.s., , ψυχική υγεία:  $t(12) = 0,750$ , n.s., χρονιότητα της ασθένειας:  $t(12) = -0,925$ , n.s., κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας:  $t(12) = -1,234$ , n.s., συνέπειες της ασθένειας:  $t(12) = 0,288$ , n.s, συνοχή της ασθένειας:  $t(12) = 3,022$ , n.s., συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας:  $t(12) = 2,457$ , n.s., προσωπικός έλεγχος:  $t(12) = 1,174$ , n.s., και έλεγχος της θεραπείας:  $t(12) = -1,031$ , n.s. Η μόνη μεταβλητή, η οποία παρατηρούμε ότι έχει μια στατιστικώς σημαντική διαφορά στους μέρους όρους των ομάδων είναι τα συμπτώματα της ασθένειας έτσι όπως τα αντιλαμβάνονται οι ασθενείς:  $t(12) = -0,011$ ,  $p < 0,05$  (Τα ανωτέρω αποτελέσματα απεικονίζονται στον πίνακα 2).

Ο στατιστικός έλεγχος από τα παραπάνω αποτελέσματα μας οδηγεί στο συμπέρασμα να δεχτούμε την μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ), που υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν διαφορές των μέσων όρων ανάμεσα στο φύλο και στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Αυτό σημαίνει ότι δεν υφίστανται σε αδρές γραμμές ουσιαστικές διαφορές στους μέσους όρους των δυο φύλων. Έτσι, εκτός από τα συμπτώματα της ασθένειας έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και βρέθηκε ότι διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες, στις υπόλοιπες μεταβλητές δεν υφίστανται διαφορές στους άντρες και τις γυναίκες.

**Πίνακας 2.** Διαφορές φύλου ως προς τις γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας

		<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	<b>ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΛΚΙΣΗ</b>	<b>t- τιμές</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>
<b>Υποκειμενική υγεία</b>	Άντρες	2,8272	1,00983	1,114	,267
	Γυναίκες	2,6304	,85267		,246
<b>Σωματική υγεία</b>	Άντρες	65,6790	25,60216	1,172	,243
	Γυναίκες	59,8913	28,68389		,259
<b>Ψυχική υγεία</b>	Άντρες	62,9012	21,82121	,750	,455
	Γυναίκες	60,000	19,29306		,439
<b>Χρονιότητα της ασθένειας</b>	Άντρες	23,1852	4,57196	-,925	,357
	Γυναίκες	23,9348	4,04641		,341
<b>Κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας</b>	Άντρες	11,4938	3,57464	-1,234	,220
	Γυναίκες	12,2391	2,65150		,184
<b>Συνέπειες</b>	Άντρες	19,1728	4,96183	,288	,773
	Γυναίκες	18,9130	4,72735		,771
<b>Προσωπικός έλεγχος</b>	Άντρες	21,8395	4,40016	3,022	,003
	Γυναίκες	19,1957	5,28570		,005
<b>Θεραπεία ασθένειας</b>	Άντρες	18,2963	3,41484	2,457	,015
	Γυναίκες	16,6957	3,72302		,019
<b>Συνοχή της ασθένειας</b>	Άντρες	18,3210	4,38699	1,174	,243
	Γυναίκες	17,3696	4,39373		,244
<b>Συναισθ. αναπ. ασθένειας</b>	Άντρες	19,9012	5,67584	-1,031	,305
	Γυναίκες	20,9565	5,30809		,269
<b>Συμπτώματα</b>	Άντρες	,3019	,14458	-,011	,991
	Γυναίκες	,3022	,16464		,991

### 8.3 Πρόβλεψη της υποκειμενικής υγείας στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία

Στις περιπτώσεις όπου προσπαθούμε να προβλέψουμε μια μεταβλητή κριτήριο στηριζόμενοι σε περισσότερες από μία μεταβλητές, χρησιμοποιούμε την **ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης**. Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης ο κύριος στόχος είναι να υπολογίσουμε τη συνολική προβλεπτική ικανότητα των μεταβλητών που χρησιμοποιούμε. Με άλλα λόγια, να καθορίσουμε το συνολικό ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύουν οι προβλεπτικές μεταβλητές. Στην ανάλυση της Παλινδρόμησης ψάχνουμε τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών δηλ. τη συμμεταβολή και τη πρόβλεψη. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μελετάμε εδώ είναι ποσοτικές και όχι κατηγορικές (Ρούσσος & Τσαούσης, 2006).

Βρέθηκε, λοιπόν, ότι:

Αυτές οι μεταβλητές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική πρόβλεψη στην υποκειμενική υγεία (SRH) του ασθενούς είναι η χρονιότητα της ασθένειας ( $b = -.15$ ,  $t = -1.99$ ,  $p < 0.05$ ), ο έλεγχος της θεραπείας ( $b = .26$ ,  $t = 2.25$ ,  $p < 0.05$ ), και η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας ( $b = -.20$ ,  $t = -2.15$ ,  $p < 0.05$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το διάστημα δηλ. η χρονιότητα της ασθένειας, η αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ο ασθενής ότι ασκεί πάνω στη νόσο του, επηρεάζει άμεσα την υποκειμενική υγεία της ασθένειας, το πώς δηλ βιώνει ο ασθενής τη κατάσταση του, καθώς επίσης και ο έλεγχος της θεραπείας όπως και η συναισθηματική αναπαράσταση επηρεάζουν την υποκειμενική υγεία, πιθανώς επειδή ο πάσχοντας θα νιώθει λόγω χάρη μεγαλύτερη ασφάλεια και αισιοδοξία όταν μπορεί να ελέγξει και είναι αποτελεσματική η θεραπεία που ακολουθεί στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Αυτό έχει ως απότοκο, οι πάσχοντες να νιώθουν ότι μπορούν να ελέγξουν την ασθένεια έως κάποιο βαθμό, αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα που βιώνουν και κατανοούν τη χρονιότητα της ασθένειας. Σε αντιδιαστολή, οι μεταβλητές κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας ( $b = -.089$ ,  $t = -1.14$ ,  $p > 0.05$ ), συνέπειες της ασθένειας ( $b = -.088$ ,  $t = -.909$ ,  $p > 0.05$ ), προσωπικός έλεγχος ( $b = -.048$ ,  $t = -.448$ ,  $p > 0.05$ ), συνοχή της ασθένειας ( $b = .026$ ,  $t = 2.81$ ,  $p > 0.05$ ) και τα συμπτώματα ( $b = -.094$ ,  $t = -1.14$ ,  $p > 0.05$ ), δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά που

σημαίνει ότι αυτές οι μεταβλητές δεν επηρεάζουν την υποκειμενική υγεία του ασθενούς. Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα που μόλις συζητήσαμε.

**Πίνακας 3.** Πρόβλεψη της υποκειμενικής υγείας στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία

Model	Beta	t	Sig.
<b>Χρονιότητα της ασθένειας</b>	-,148	-1,985	<b>,049</b>
Κυκλικότητα του χρόνου ασθένειας	-,089	-1,138	,257
Συνέπειες	-,088	-,909	,365
Προσωπικός έλεγχος	,048	,448	,655
<b>Θεραπεία της ασθένειας</b>	,265	2,251	<b>,026</b>
Συνοχή της ασθένειας	,026	,281	,780
<b>Συναισθηματική αναπαράσταση</b>	-,202	-2,215	<b>,029</b>
Συμπτώματα	-,094	-1,137	,258

Οι μεταβλητές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική πρόβλεψη στη σωματική υγεία του ασθενούς είναι ο προσωπικός έλεγχος (b= ,226, t= 2,18, p<0,05), ο έλεγχος της θεραπείας της ασθένειας (b= ,244, t= 2,16, p<0,05) και τα συμπτώματα (b= -,260, t= -3,29, p<0,05). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ότι ασκεί ο ασθενής ότι έχει άμεσα και ορατά αποτελέσματα και στην αντίληψη που έχει ο ασθενής για το σώμα του. Επίσης, το ίδιο συμβαίνει και με τον έλεγχο της θεραπείας όπως και τα συμπτώματα, δηλ. μπορεί να επιφέρει αλλαγή στη βελτίωση της αντίληψης της σωματικής υγείας του ασθενούς η ύπαρξη ελέγξιμων συμπτωμάτων και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθεί. Επομένως, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η άμβλυνση και καλύτερευση των συμπτωμάτων της ασθένειας σε ατομικούς, κατά μείζονα λόγο, παράγοντες όπως και στη θεραπεία που ακολουθεί ο ασθενής. Σε αντιδιαστολή, οι μεταβλητές που δεν δείχνουν να έχουν



κάποια στατιστική σημαντική πρόβλεψη και δεν επηρεάζουν έτσι τη σωματική υγεία είναι οι εξής: η χρονιότητα της ασθένειας ( $b = -,031, t = -,427, p > 0,05$ ), η κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας ( $b = -,130, t = -1,73, p > 0,05$ ), οι συνέπειες της ασθένειας ( $b = -,147, t = -1,59, p > 0,05$ ), η συνοχή της ασθένειας ( $b = -,054, t = -,625, p > 0,05$ ) και η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας ( $b = -,059, t = -,672, p > 0,05$ ). Δεχόμαστε επομένως την μηδενική υπόθεση- $H_0$  που υποστηρίζει ότι η σωματική υγεία δεν επηρεάζεται από τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων. Στον πίνακα 4 απεικονίζονται τα παραπάνω αποτελέσματα.

**Πίνακας 4.** Πρόβλεψη της σωματικής υγείας στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία

Model	Beta	t	Sig.
Χρονιότητα της ασθένειας	-,031	-427	,670
Κυκλικότητα του χρόνου ασθένειας	-,130	-1,733	,086
Συνέπειες	-,147	-1,596	,113
<b>Προσωπικός έλεγχος</b>	,226	2,184	<b>,031</b>
<b>Θεραπεία της ασθένειας</b>	,244	2,162	<b>,033</b>
Συνοχή της ασθένειας	-,054	-,625	,533
Συναισθηματική αναπαράσταση	,059	,672	,503
<b>Συμπτώματα</b>	-2,60	-3,292	<b>,001</b>

Οι μεταβλητές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική πρόβλεψη και επηρεάζουν την ψυχική υγεία στην αντίληψη της ασθένειας του ασθενούς είναι η συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας ( $b = ,285, t = 2,95, p < 0,05$ ) και τα συμπτώματα της ασθένειας ( $b = -,233, t = -2,68, p < 0,05$ ). Από αυτά τα αποτελέσματα είναι εμφανές ότι το πώς αισθάνεται ο ασθενής για τη κατάσταση του και αναλόγως και με τα συμπτώματα της ασθένειας, αν δηλ. είναι σοβαρά ή όχι, επηρεάζει άμεσα την ψυχική υγεία δηλ. την ψυχολογική κατάσταση που έχει ο πάσχοντας. Έτσι, οι πάσχοντες

νώθουν ότι μπορούν έχουν επίγνωση των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και κατανοούν τα συμπτώματα που βιώνουν. Έτσι η ψυχική υγεία γι'αυτούς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του επιπέδου υγείας στο οποίο βρίσκονται. Σε αντιδιαστολή, η σωματική υγεία δεν δείχνει να επηρεάζεται σημαντικά από τις εξής μεταβλητές: τη χρονιότητα της ασθένειας ( $b = -,092, t = -1,17, p > 0,05$ ), τη κυκλικότητα του χρόνου της ασθένειας ( $b = -,034, t = -,412, p > 0,05$ ), τις συνέπειες της ασθένειας ( $b = -,012, t = -1,19, p > 0,05$ ), τη συνοχή της ασθένειας ( $b = -,075, t = -,778, p > 0,05$ ), το προσωπικό έλεγχο ( $b = ,183, t = 1,60, p > 0,05$ ), και τον έλεγχο της ασθένειας ( $b = ,062, t = ,499, p > 0,05$ ). Δεχόμαστε, επομένως, την μηδενική υπόθεση- $H_0$  που υποστηρίζει ότι η ψυχική υγεία δεν επηρεάζεται από τις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων. Στον πίνακα 5 απεικονίζονται τα παραπάνω αποτελέσματα.

**Πίνακας 5.** Πρόβλεψη της ψυχικής υγείας στις μεταβλητές των γνωστικών αναπαραστάσεων για την υγεία

Model	Beta	t	Sig.
Χρονιότητα της ασθένειας	-,092	-1,167	,245
Κυκλικότητα του χρόνου ασθένειας	-,034	-412	,681
Συνέπειες	-,012	-119	,906
Προσωπικός έλεγχος	,183	1,604	,111
Θεραπεία της ασθένειας	,062	,499	,619
Συνοχή της ασθένειας	-,075	-778	,438
<b>Συναισθηματική αναπαράσταση</b>	<b>-,285</b>	<b>-2,951</b>	<b>,004</b>
<b>Συμπτώματα</b>	<b>-,233</b>	<b>-2,679</b>	<b>,008</b>

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

---

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας και στις γνωστικές αναπαραστάσεις, δηλαδή τις αντιλήψεις που ενστερνίζονται οι χρόνια ασθενείς όσον αφορά την κατάστασή υγείας τους.

Άλλες έρευνες που επιχείρησαν τη μελέτη των γνωστικών αναπαραστάσεων των χρόνια ασθενών τα ευρήματά τους παρουσιάζονται αντιφατικά όσον αφορά τη σχέση της χρόνιας ασθένειας με την υποκειμενική αντίληψή της, με άλλα αποτελέσματα να βρίσκουν συσχέτιση ανάμεσα στις προαναφερθέντες μεταβλητές και άλλα όχι. Έχουν βρεθεί, ακόμη, μοντέλα ασθενών να ποικίλουν ανάμεσα σε έναν αριθμό χρόνιων ασθενειών, ακόμα και ανάμεσα σε άτομα με την ίδια σοβαρότητα ασθένειας, γεγονός που επεξηγεί εν μέρει και την εικόνα που κυριαρχεί ανάμεσα στις διάφορες μελέτες που εκπονήθηκαν γι' αυτό το σκοπό.

Επίσης, πολλές αναλύσεις ερευνών έχουν δείξει ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας συνήθως προβλέπουν και το πώς αισθάνονται οι ασθενείς όσον αφορά το επίπεδο υγείας τους, με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζουν και την ασθένεια και αναφέρουν αντίστοιχα μεγαλύτερα ή μικρότερα προβλήματα ανάλογα με τις αντιλήψεις και τις σκέψεις που κάνουν. Σε αδρές γραμμές, παρατηρείται ότι οι χρόνια ασθενείς έχουν μια κοινή τάση στον τρόπο που οργανώνουν τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την ασθένειά τους. Οι Hagger & Orbell (2003) βρήκαν ότι η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα της ασθένειας σχετιζόταν σημαντικά με τη γνωστική αξιολόγηση, εκφράζοντας συναισθήματα και εστιασμένες στην αντιμετώπιση του προβλήματος στρατηγικές. Επίσης, οι αντιλήψεις ότι η ασθένεια ήταν θεραπεύσιμη και ελέγξιμη σχετιζόταν σημαντικά με τις προσαρμοστικές εκβάσεις της ψυχολογικής ευημερίας, κοινωνικής λειτουργίας και ζωτικότητας, ενώ έχει αρνητική σχέση με τον ψυχολογικό κίνδυνο και την κατάσταση της ασθένειας. Ακόμη, άλλη έρευνα έδειξε (Kelly et al., 2007), ότι οι άντρες δυσκολεύονταν να προσαρμοστούν περισσότερο και είχαν μεγαλύτερη συναισθηματική αντίδραση στην κατάθλιψη, σε αντιδιαστολή με τις γυναίκες που υιοθετούσαν περισσότερο προσαρμοστικές τεχνικές αντιμετώπισης.

Στην έρευνά μας, δεν βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας των πασχόντων. Πρέπει, όμως, να λάβουμε υπόψη ότι η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε μετρούσε τις γνωστικές αναπαραστάσεις και τα συναισθήματα σχετικά με πολλές ασθένειες, αφήνοντας εκτός τους διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης σε διαφορετικές καταστάσεις τις οποίες θα μπορούσε να ανιχνεύσει ίσως με ένα διαφορετικό ψυχομετρικό εργαλείο. Τα ευρήματα ερευνών μέχρι σήμερα, δείχνουν ότι οι πεποιθήσεις για την αιτία και τη χρονιότητα της ασθένειας μπορεί να κινητοποιήσουν τα άτομα στη διαδικασία εύρεσης στρατηγικών αντιμετώπισης (Bauman et al., 1989). Επίσης, άλλη έρευνα έχει βρει ότι η διάσταση θεραπεία/έλεγχος αναφέρεται στην αίσθηση της ενδυνάμωσης όσον αφορά την παρουσία συμπεριφορών αντιμετώπισης ή την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Lan and Hartman, 1983).

Τώρα όσον αφορά το πρώτο εύρημα της έρευνας μας έχει δείξει ότι ο προσωπικός έλεγχος που θεωρεί το άτομο ότι ασκεί στην ασθένειά του, συσχετίζεται με την υποκειμενική του υγεία. Ο προσωπικός έλεγχος αναφέρεται στον συντονισμό διαφόρων ενεργειών από το άτομο προκειμένου να προβεί στη θεραπεία του και να θεωρήσει ότι η ασθένεια του είναι αλληλένδετη και εξαρτάται από τον ίδιο για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία. Αυτή η συνάφεια μεταξύ υποκειμενικής υγείας και προσωπικού ελέγχου πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι όταν εξαρτάται η βελτίωση της κατάστασης σε ατομικούς παράγοντες αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνεται μεγαλύτερη υποκειμενική ασφάλεια και υγεία το άτομο, καθώς μπορεί να ελέγξει τη πορεία της ασθένειας του αν λάβει τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης. Επίσης, η υποκειμενική υγεία βρέθηκε να επηρεάζεται και από τη χρονιότητα, καθώς και τη συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Η συναισθηματική αναπαράσταση είναι μείζονος σημασίας καθώς αντικατοπτρίζει την ψυχολογική κατάσταση και τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο σχετικά με την ασθένεια που αντιμετωπίζει. Αυτή η ικανότητα πρόβλεψης της υποκειμενικής υγείας από τη διάρκεια της νόσησης και τη συναισθηματική αναπαράσταση πιθανώς να οφείλεται στο ότι η διάρκεια της ασθένειας έχει άμεσο αντίκτυπο και το πώς βιώνει το άτομο την υποκειμενική του υγεία και αν μπορεί να προβεί σε ενέργειες για τη θεραπεία της, καθώς επίσης και η συναισθηματική αναπαράσταση επηρεάζει την υποκειμενική υγεία και της κατάστασης του ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο είναι αισιόδοξο και έχει ελπίδες ότι θα βελτιωθεί η κατάσταση του αντιλαμβάνεται

καλύτερα αντίστοιχα και την υποκειμενική του υγεία. Αντιθέτως, έχει αρνητικές συναισθηματικές αναπαραστάσεις τότε πιθανώς να σκέφτεται απαισιόδοξα και να πιστεύει ότι οι προσπάθειες που θα κάνει είναι μάταιες.

Έτσι, από τα αποτελέσματα είναι πρόδηλο ότι όσο περισσότερο έλεγχο θεωρεί ότι ασκεί πάνω στην υγεία του κανείς, τόσο καλύτερα θα νιώθει και σε συναισθηματικό επίπεδο. Ένα άλλο εύρημα της έρευνάς μας αφορά την ψυχική υγεία του ασθενούς, η οποία βρέθηκε ότι επηρεάζεται σημαντικά από τη συναισθηματική αναπαράσταση και τα συμπτώματα της ασθένειας, δηλαδή κάποιος ασθενής που έχει καλή ψυχική υγεία αισθάνεται και πιο ικανός να αντιμετωπίσει και να μειώσει τα αρνητικά και επώδυνα συμπτώματα της ασθένειας του. Αυτό θα έχει ως απότοκο, πιθανώς να έχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής ο ασθενής από τη στιγμή που μπορεί να βελτιώσει και εξαρτάται και από αυτόν η πορεία της ασθένειάς του. Έτσι, η ποιότητα ζωής του πάσχοντος θα έχει άρδην αλλαγές και θα έχει μεγαλύτερη αισιοδοξία για την αντιμετώπιση των όποιων δυσκολιών παρουσιάζονται.

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε πολλά επίπεδα όπως είναι η κοινωνική, η εργασιακή, η διαπροσωπική λειτουργικότητα, η ψυχολογική ευημερία κ.α. Όσο καλύτερη ποιότητα ζωής έχει το άτομο τόσο πιο καλά θα αισθάνεται, καθώς μια χρόνια ασθένεια μπορεί να επιφέρει αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, τη σεξουαλική ζωή, τις διαπροσωπικές σχέσεις είτε είναι οικογενειακές είτε κοινωνικές κ.α. Όταν τα προαναφερθέντα στοιχεία βρίσκονται σε μια ισορροπία το άτομο θα έχει ως επακόλουθο να νιώθει καλύτερα συναισθηματικά και να βιώσει πιο θετικές αντιλήψεις για την ασθένειά του.

Όσον αφορά τώρα το τρίτο εύρημα της έρευνάς μας, βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές όσον αφορά τις γνωστικές αναπαραστάσεις στους άντρες και τις γυναίκες. Ωστόσο, πολλές έρευνες που έχουν να κάνουν με το φύλο και την υγεία υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα και διαφέρουν στον τρόπο αναπαράστασης της ασθένειας, πράγμα που δεν επιβεβαιώθηκε από την εκάστοτε έρευνα. Αυτό το αποτέλεσμα, πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουμε να κάνουμε με γνωστικές αναπαραστάσεις και όχι τόσο με συναισθηματικές που συνήθως έχει βρεθεί ότι υφίστανται μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, όπου οι γυναίκες εκφράζουν πιο έντονα τα συναισθήματά τους απ'ότι τους άντρες. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να ακολουθήσουν έρευνες που στόχο θα έχουν τη διερεύνηση διαφορών του φύλου σε

σχέση με τα γνωστικά και συναισθηματικά σχήματα που υιοθετούν και τον τρόπο αντίδρασής τους.

Τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών πρέπει να αποτελέσουν εφαλτήριο για τους ειδικούς υγείας ούτως ώστε να βρουν εποικοδομητικές και αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών. Επίσης, κρίνεται απαραίτητο να υπάρχει μια αρμονική συνεργασία ανάμεσα στους γιατρούς και τους ψυχολόγους και τις νοσοκόμες/ους καθώς η χρόνια ασθένεια είναι αλληλένδετη τόσο με σωματικά όσο και με ψυχολογικά συμπτώματα.

Ακόμη, καλό θα ήταν να γίνουν συντονισμένες προσπάθειες για την οργάνωση ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων παρέμβασης. Οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών στηρίζονται στην πληροφόρηση, την αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, στη χρήση ειδικών παρεμβατικών και θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών, στην οικογενειακή θεραπεία, καθώς και στην παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι συνήθειες γενικοί στόχοι των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ενίσχυση της χρήσης λειτουργικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (Καραδήμας, 2005).

Η βιβλιογραφία έχει να παρουσιάσει αρκετά αναπτυγμένα μοντέλα παρέμβασης, τα οποία έχουν δείξει σημαντική αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τους Stewart et al. (2004) οι μη-φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, καθώς όχι μόνο ενισχύουν την ποιότητα ζωής, αλλά βελτιώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπειών. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές που έχουν επιδείξει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι η εκπαίδευση του ασθενή, οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και στις δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς και η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων. Επίσης, σημαντικά αποτελέσματα έχουν οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, κοινωνικής στήριξης, καθώς και σε επίπεδο κοινότητας με στόχο την ενίσχυση της κατανόησης των πολιτών για μια συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση (Καραδήμας, 2005).

Καίρια θέση στα προγράμματα παρέμβασης κατέχουν οι προσπάθειες για ενίσχυση της υλικής και συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς οι προσπάθειες για την ενίσχυση της χρήσης περισσότερο

λειτουργικών και αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (Καραδήμας, 2005).

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις κατά τους Gatchel & Oordt (2003): (α) κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία, (β) παρόθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και (γ) παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο (Καραδήμας, 2005).

Η Καλαντζή-Αζίζι (1985) έχει κάνει μια επισήμανση που αναφέρεται στα παραπάνω: Η ασθένεια αποτελεί ένα είδος προειδοποίησης πως κάτι δεν πηγαίνει καλά στη ζωή του ατόμου. Ο ασθενής θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένεια δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός και να κατανοήσει πως συσχετίζεται με τον τρόπο ζωής του. Αυτή η ενασχόληση με τον εαυτό και τον τρόπο ζωής οδηγεί σταδιακά το άτομο: (α) σε μια πιο ολοκληρωμένη αυτογνωσία και, επομένως, σε έναν νέο τρόπο αντίληψης του εαυτού και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, καθώς και (β) στην υιοθέτηση αλλαγών στη συμπεριφορά (Καραδήμας, 2005).

Επιπροσθέτως, άλλη μια πρόταση για το μέλλον θα ήταν η έρευνα να διεξάγεται σε χώρους που δεν νοσηλεύονται βαριά τα άτομα, καθώς πιθανώς να έρχονται σε δύσκολη θέση οι ασθενείς και δεν το επιτρέπει και η ίδια η κατάσταση τους πολλές φορές στο να βοηθήσουν. Έτσι πιθανώς να αρνηθούν και πιο εύκολα και να είναι πιο διστακτικοί οι ασθενείς που νοσηλεύονται εν αντιθέσει με αυτούς που βρίσκονται π.χ. στα ΚΑΠΗ. Επίσης, κάτι άλλο που παρατηρήθηκε είναι ότι οι ασθενείς έκαναν παράπονα ότι παίρνει είναι πολύ χρονοβόρο το ερωτηματολόγιο και μερικοί αρνούσαν να το συμπληρώσουν μόνο γι' αυτό το λόγο.

Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε ότι η παρούσα έρευνα έχει και περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός είναι ότι έχει βασιστεί σε αυτό-αναφορές (self-reported) και επομένως ελλοχεύει ο κίνδυνος να μην είναι τα πλέον αντικειμενικά και αντιπροσωπευτικά της πραγματικής κατάστασης της παρουσίασης της εικόνας των αντιλήψεων που κυριαρχούν. Επιπροσθέτως, ένας άλλος περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας είναι σχετικά μικρό και αυτό έχει ως απόρροια να μην είναι τόσο αντιπροσωπευτικό της γενικής εικόνας του πληθυσμού. Ένας τρίτος παράγοντας και σημαντικός περιορισμός είναι ότι ακολουθήθηκε συσχετιστική προσέγγιση, έτσι ακόμη και αν η συνδιακύμανση των μεταβλητών είναι υψηλή, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υφίσταται και μια αιτιώδης σχέση ανάμεσα τους. Επομένως, για την

αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος συνίσταται η μέτρηση διαφορετικών πραγμάτων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές για να υπάρχει και μια πολυπρισματική αξιολόγηση διαφορετικών μεταβλητών που πιθανώς να παίζουν σημαντικό ρόλο και να επηρεάζουν άμεσα τα αποτελέσματα. Εντούτοις, παρόλο που η συσχετιστική έρευνα δεν παρέχει επαρκή στοιχεία με τα οποία ο ερευνητής μπορεί να συμπεράνει την ύπαρξη αιτιωδών σχέσεων, είναι πάντως πολύτιμα ως ενδείξεις για την ύπαρξη μιας λειτουργικής σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές που προσδιορίζουν ψυχολογικά φαινόμενα.

Ακόμη, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν πιο διεξοδικά και άλλες μεταβλητές που σχετίζονται άμεσα με τις χρόνιες ασθένειες προκειμένου να κατανοήσουν αν εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες στη διαμόρφωση των γνωστικών αναπαραστάσεων. Για παράδειγμα, εκτός από το φύλο άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι οι δημογραφικοί, κοινωνικοί παράγοντες και γενικότερα το πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο. Όλα τα παραπάνω αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές για τη βελτίωση των μελλοντικών ερευνών λαμβάνοντας υπόψη όλες τις πιθανές παραμέτρους που θα μπορούσαν να συνδράμουν στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση και εφαρμογή κλινικών πρακτικών και τεχνικών για τους επαγγελματίες υγείας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

---

- Bauman, L.J., Cameron, L.D., Zimmerman, R.S. & Leventhal, H. (1989). Illness mediates the effect of optimism on Distress: a study of women with early stage breast cancer. *Health psychology, 65*, 375-390.
- Broadbent, E., Petrie, J.K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631-637.
- Cameron, L.D (2008). Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: The case of skin cancer risk. *Psychology and Health, 23*, 91-112.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, D.S., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, S.P., Ketchum, A.S., Moffat, FL. & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on Distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Diefenbach, M.A. & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of illness representations: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless, 5*, 11-38.
- Donovan, H.S. & Ward, S. (2001). A representational approach to patient education. *Journal of nursing scholarship, 33*, 211-216.
- Dorrion, A., Pempster, M. & Adair, P. (2009). Adjustment to inflammatory Bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. *Inflammatory Bowel Disease, 15*, 47-55.
- Figueiras, J.M. & Alves, C.N. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health, 22*, 143-158.
- Fowler, C. & Baas, L. (2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology nursing Journal, 33*, 173-187.
- Fowler, C., Kirschner, M., Van kuiken, D. & Baas, L. (2006). Promoting self-care through symptom management: a theory-based approach for nurse

- practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 221-227.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology and Health*, 21, 183-209.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003). A Meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Heijmans, M. & Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.
- Heijmans, M.W.J., Monique (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 39-51.
- Henderson, J.C., Orbell, S. & Hagger, S.M. (2009). Illness schema activation and attentional bias coping procedures. *Health Psychology*, 28, 101-107.
- Izquierdo, D.G., Lopez-Chicheri, I., Lopez-Torrecillas, F., Velez, M. & Godoy, F.J. (2007). Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals. *Patient Education and Counseling*, 67, 196-213.
- Kelly, M.A.R., Sereika, S.M., Battista, D.R. & Brown, C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 315-332.
- Kolb, Whishaw I.Q. (2009). *Εγκέφαλος και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Letho, H.R., & Cimprich, B. (2009). Worry and the formation of cognitive representations of illness in individuals undergoing surgery for suspected lung cancer. *Cancer Nursing*, 32, 1-9.
- 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.
- Llewellyn, C.D, Weinmann, J., McGurk, M. & Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *Journal of Psychosomatic research*, 65, 525-532.
- Llewellyn, C.D., McGurk, M. & Weinmann, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful

- framework for determining changes in outcomes overtime? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17-26.
- Lobban, F., & Barrowclough, C. (2005). Common sense representations of schizophrenia in patients and their relatives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 134-141.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: relatives version. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 163-179.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gotman, M. (1985). Common-Sense Models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Morris-Moss, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Moss-Morris, R., Humphrey, K., Johnson, M.H., & Petrie, K.J. (2007). Patients' perceptions of their pain condition across a multidisciplinary pain management program: Do they change and if so does it matter? *Clinical Journal of Pain*, 23, 558-564.
- O'Mahen, H.A., Flynn, H.A., Chermack, S. & Marcus, S. (2009). Illness perceptions associated with perinatal depression treatment use. *Arch Womens Ment Health*, 12, 447-450.
- Oostrom, I., Meijers-Heijboer, H., duivenvoorden, H.J., Brocker-Vriends, A.H.J., Asperen, C.J., Sijmons, R.h., Seynaeve, C., Gool, A.R., Klijn, G.M. & Tibben, A. (2007). The common sense model of self-regulation and psychological adjustment to predictive genetic testing: a protective study. *Psycho-Oncology*, 16, 1121-1129.
- Orbell, S., Johnson, M., Rowley, D., Espley, A. & Davey, P. (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Soc.Sci.Med*, 47, 93-102.
- Orbell, S., O'Sullivan, I., Parker, R., Steele, B., Cambell, C. & Weller, D. (2008). Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science & Medicine*, 67, 1465-1474.
- Prins, M.A., Verhaak, F.M.P., Bensing, J.M., & Van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-

- the patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28, 1038-1058.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A. & Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health*, 19, 749-765.
- Scarle, A., Norman, P., Thompson, R. & Verdhana, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 12, 621-638.
- Schiaffino, K.M. & Cea, D.C. (1995). Assessing chronic representations: the implicit models of illness questionnaire. *Journal of Behavioral medicine*, 18, 531-548.
- Shiloh, S., Drori, E., Utreger, A.O., & Friedman, E. (2009). Being "at-risk" for developing cancer: cognitive representations and psychological outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 197-208.
- Steward, A.L., & Ware, J.E. (Eds.). Measuring functioning and well-being: *The Medical Outcome Study approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Traeger, L., Penedo, F.J., Gonzalez, J.S., Dahn, J.R., Lecherer, S.C., Scheineidenman, N. & Antoni, H.M. (2009). Illness erceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychological Research*, 67, 389-397.
- Vaughan, R., Morrison, L. & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and the relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-301.
- Ware, J.E., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weinman, J. & Petrie, J.K. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Morris-Moss, R. & Horne, B. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 43-52.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γεώργιος Δαρδάνος.
- Ρούσσοις, Α.Π. & Τσαούσης, Γ. (2006). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.