

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

*«ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ
ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ»*

ΓΚΑΡΙΠΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ

A.M.: 2098

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. Ε.ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ. 3
Περίληψη	σελ. 4
Υγεία – ορισμός	σελ. 5
Χρόνιες ασθένειες	σελ. 8
Χρόνιες ασθένειες και συνέπειες	σελ. 12
Μοντέλο Κοινής Λογικής (Common Sense Model)	σελ. 24
Ικανοποίηση από τη ζωή	σελ. 29
Υποθέσεις έρευνας	σελ. 31
Μέθοδος	σελ. 32
Διαδικασία	σελ. 33
Εργαλεία	σελ. 34
Ευρήματα	σελ. 36
Συμπεράσματα – Συζήτηση	σελ. 41
Βιβλιογραφία	σελ. 45

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αν και η επιστήμη της ιατρικής προχωρά συνεχώς με ταχείς ρυθμούς, ωστόσο υπάρχουν ζητήματα όπως οι χρόνιες ασθένειες που δεν έχουν καταφέρει να αντιμετωπιστούν επιτυχώς. Οι χρόνιες ασθένειες είναι πλέον μέρος της καθημερινότητας ενός μεγάλου μέρους της κοινωνίας. Μια και οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν καταστάσεις που δεν θεραπεύονται πλήρως, για το λόγο αυτό προσπαθούμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους, η οποία επηρεάζεται τόσο από τις συνέπειες που έχει η ασθένεια στη ζωή του ατόμου, όσο και από την ικανοποίηση που έχει από τη ζωή του. Η ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου είναι ένας σημαντικός δείκτης της ευχαρίστησης του ατόμου από την ίδια του τη ζωή και είναι επίσης ένας σημαντικός στόχος της επιτυχούς παρέμβασης προς τους χρόνιους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Αυτός είναι και ο στόχος της συγκεκριμένης εργασίας, να ερευνήσει εάν υπάρχουν τομείς της ζωής του ασθενούς που επηρεάζονται περισσότερο από τη χρόνια ασθένεια και πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής από τη ζωή του με τη χρόνια ασθένεια και μάλιστα διερευνώντας συγκεκριμένες πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή ζωή, η οικονομική κατάσταση κ.α. Αυτό το θέμα είναι σημαντικό, γιατί όταν ασχολούμαστε με χρόνιες ασθένειες δεν θα πρέπει να ερευνούμε μόνο τα σωματικά συμπτώματα αλλά να προσπαθούμε να προάγουμε και την καλύτερη ποιότητα ζωής του ατόμου. Η ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου είναι που μας πληροφορεί για αυτό. Επομένως, τα ευρήματα της εργασίας θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα, εάν μπορούσαν να αξιοποιηθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία ασχολείται με τη μελέτη των συνεπειών των χρόνιων ασθενειών στη ζωή του ατόμου καθώς και με την ικανοποίηση από τη ζωή των ασθενών με χρόνιες ασθένειες.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας ορίζεται η έννοια της υγείας γενικά, και στη συνέχεια πιο συγκεκριμένα ορίζεται η χρόνια ασθένεια και τα χαρακτηριστικά αυτής. Ακολουθεί μία ανάλυση των συνεπειών των χρόνιων ασθενειών στο σωματικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Εν συνεχεία, περιγράφεται το μοντέλο Κοινής Λογικής (Common Sense Model- CSM), ένα πρόσφατα ανεπτυγμένο μοντέλο που αφορά στις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την ασθένειά τους και το πώς αυτές επηρεάζουν τον τρόπο που θα δράσουν για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Ακόμη, γίνεται μία σύντομη κριτική του μοντέλου αυτού και συνεχίζοντας γίνεται μία ανάλυση της ικανοποίησης από τη ζωή των χρόνιων ασθενών.

Το δεύτερο μέρος αφορά στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία. Το δείγμα αποτελείται από 102 ενήλικα άτομα με κάποια χρόνια ασθένεια. Αναφέρονται τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων και η διαδικασία που ακολουθήσαμε. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο αυξάνονται οι συνέπειες στη ζωή του ατόμου από τη χρόνια ασθένεια, τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του από τη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, στις ειδικές πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή αυτές που φάνηκε να επηρεάζονται περισσότερο είναι η οικογενειακή ζωή και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν. Δηλαδή, όσο αυξάνονται οι συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση του ατόμου από την οικογένειά του και όσο αυξάνονται οι συνέπειες στη ζωή του ατόμου από τη χρόνια ασθένεια, τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του από τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν. Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τις συνέπειες από τη ζωή του ατόμου και την ικανοποίησή του από τη ζωή.

ΥΓΕΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο ορισμός της «υγείας» εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995). Ο ακριβής προσδιορισμός της έννοιας «υγείας» είναι δυσχερής. Δύσκολα θα συμπίπταμε όλοι σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Συνήθως αντιλαμβανόμαστε την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου, όταν αυτά μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας. Συχνά, επίσης, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με συστατικά, όπως: η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κλπ. (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τον μεγάλο κοινωνιολόγο της υγείας Antonovsky (1987) υπάρχουν βαθμοί ασθένειας και ευεξίας σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο βρίσκεται ο θάνατος και στο άλλο η μέγιστη δυνατή ευεξία. Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της «υγείας» είναι αυτός, που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization) το 1948. Όρισε την υγεία ως την «κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Καραδήμας, 2005).

Ο ορισμός αυτός αποτελεί μια μάλλον ιδανική κατάσταση ή ένα στόχο, παρά μια απλή περιγραφή της υγείας. Βέβαια, ο ορισμός της WHO, αν και είναι ευρύτερα διαδεδομένος, δεν είναι ο μόνος. Για παράδειγμα, οι Anderson και Anderson (2003) θεώρησαν ότι αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας και, συνεπώς, του ορισμού της είναι μεταξύ άλλων η προσωπική ευτυχία, η ισότητα, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις, η πίστη και η απόδοση νοήματος στον κόσμο. Με τον τρόπο αυτόν η υγεία ταυτίζεται σχεδόν με μια ιδανική κατάσταση του «όλου προσώπου» (Καραδήμας, 2005).

Η ασθένεια είναι «μία κατάσταση η οποία αποκλίνει σαφώς από τη φυσιολογική, ομαλή και καλή κατάσταση της υγείας». Όταν ένα άτομο ασθενεί, είναι ανήμπορο να εκτελέσει και να φέρει σε πέρας συνήθειες, καθημερινές δραστηριότητες, καθώς σε σωματικό επίπεδο δεν έχει τα αναμενόμενα επίπεδα αντοχής. Επιπλέον, ενδέχεται να αισθάνεται άλγος, ναυτία, κόπωση, ή απλώς να μη νιώθει καλά, γερό και υγιές. Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό, η ασθένεια είναι ένα υποκειμενικό φαινόμενο.

Εξαρτάται από το πώς αξιολογεί το ίδιο το άτομο την κατάσταση το σώματός και τη λειτουργικότητά του, όπως επίσης από το πώς νιώθει μέσα του (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

Όταν ο επαγγελματίας υγείας φροντίζει και περιθάλπει τους ασθενείς, συνήθως αναζητά και προσπαθεί να εντοπίσει κάποια από τις αποκαλούμενες νόσους. Η έννοια της νόσου είναι πιο στενή σε σύγκριση με αυτή της ασθένειας. Συγκεκριμένα ορίζεται ως «διακοπή, οριστική παύση ή διαταραχή της λειτουργίας του σώματος, των συστημάτων ή των οργάνων του. Μία παθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη δύο τουλάχιστον από τα εξής κριτήρια: αναγνωρισμένος αιτιολογικός παράγοντας, προσδιορισμένο σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, ανίχνευση αμετάβλητων ανατομικών αλλοιώσεων. Το αντίθετο της αίσθησης ανεμελιάς και γαλήνης, αυτό που συμβαίνει όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα ή βλάβη σε μία λειτουργία του σώματος. Μέχρι να ανακαλυφθεί η ύπαρξη της νόσου, είναι πιθανό οι άλλοι να πιστεύουν ότι είναι καλά, αλλά και το ίδιο το άτομο να θεωρεί τον εαυτό του αρκετά υγιή. Όσον αφορά την υγεία, αυτή δεν ισοδυναμεί απλώς με την απουσία νόσου. Με άλλα λόγια, η απουσία μιας αναγνωρίσιμης παθολογικής κατάστασης δεν σημαίνει απαραίτητα καλή υγεία (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα σημειώνεται μια μεγάλης σημασίας αλλαγή, όσον αφορά τις μορφές νόσησης και τη θνησιμότητα. Ενώ για παράδειγμα, κατά το 1900 οι κύριες αιτίες θανάτου υπήρξαν: η πνευμονία, η φυματίωση, η διάρροια και η γαστρεντερίτιδα, και ακολουθούσαν οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι νόσοι του ήπατος, στο τέλος του 20^{ου} αιώνα οι κύριες αιτίες θανάτου μεταβλήθηκαν. Οι πρώτες αιτίες είναι πλέον οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, τα ατυχήματα, ο διαβήτης και το AIDS ενώ ορισμένοι προσθέτουν και τις ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον οι δέκα κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση αυτών των προβλημάτων υγείας καθίστανται πλέον: το κάπνισμα, η διατροφή, η έλλειψη άσκησης, το αλκοόλ, διάφοροι μολυσματικοί παράγοντες, οι τοξίνες, η χρήση όπλων, η σεξουαλική συμπεριφορά, η συμπεριφορά οδήγησης και η παράνομη χρήση ουσιών. Προστίθενται ακόμη το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο και η φτώχεια, καθώς και το στρες και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτό (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με την επισήμανση που η Καλαντζή – Αζίζι (1985) κάνει, 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).

ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Στις αρχές του αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας ισοδυναμούσε με θανατική ποινή. Σήμερα, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα υγείας μετατρέπεται σε χρόνιο, ενώ αυξάνονται καθημερινά και οι πιθανότητες ίασής του. Στη σύγχρονη εποχή, οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν εξαιτίας μίας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα και στενή συνεργασία με το προσωπικό υγείας. Παρά το πρόβλημα της υγείας, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας, ο «α-σθενής» δεν στερείται «σθένους», γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμη και αν η αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Οι περισσότερες ασθένειες που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις ανεπτυγμένες, τουλάχιστον χώρες είναι χρόνιες (Καραδήμας, 2005). Με βάση μία αναφορά του WHO (World Health Organization) το 1992, οι χρόνιες ασθένειες έχουν αναγνωριστεί ως ένα από τα πιο ακριβά προβλήματα υγείας στις μοντέρνες βιομηχανικές χώρες (Munir, Leka & Griffiths, 2005). Οι χρόνιες ασθένειες έχουν εξελιχθεί αυξανόμενα στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ την ίδια ώρα τα ποσοστά θνησιμότητας από σοβαρές ασθένειες μειώνονται ως απόκριση στην ανεπτυγμένη υγιεινή και στην απόκριση της δημόσιας υγείας (Wellard, 1998). Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή και τις συνήθειες του ατόμου επιτρέπουν πλέον στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα μια σχεδόν «φυσιολογική» ζωή, παρόλο που η ασθένεια εξακολουθεί να τους συνοδεύει (Καραδήμας, 2005). Τα στοιχεία συνεχίζουν να υποδεικνύουν ότι το βάρος των χρόνιων ασθενειών καθώς και οι παράγοντες επικινδυνότητάς τους αυξάνονται παγκοσμίως (Abegunde & Stanciole, 2008).

Ως χρόνια ασθένεια ή αναπηρία ορίζεται μια παθολογική κατάσταση στην οποία παρατηρούνται μία ή περισσότερες βλάβες ή αποκλίσεις από τη φυσιολογική σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα, οι οποίες, ανεξάρτητα από το αν είναι εκτεταμένες ή όχι, παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Κατά κανόνα οι χρόνιες

ασθένειες οφείλονται σε παθολογικές αλλοιώσεις που δεν είναι αναστρέψιμες ή τουλάχιστον είναι πολύ δύσκολο να βελτιωθούν. Συνήθως αφήνουν ως κατάλοιπο κάποιου είδους αναπηρία. Η αντιμετώπιση και η καταπολέμηση μιας χρόνιας κατάστασης προϋποθέτει την καταβολή εντατικής προσπάθειας, η οποία περιλαμβάνει θεραπεία, διαρκή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση. Σε αντίθεση με τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια οξεία ασθένεια ή τραυματισμό και νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ακολουθώντας κάποια θεραπευτική αγωγή, οι χρόνιοι ή ανάπηροι ασθενείς πρέπει εν τέλει να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν σε μία σχετικά φυσιολογική ζωή τους περιορισμούς που υφίστανται. Είτε ζουν μόνοι τους είτε μαζί με άλλους, πρέπει να διατηρήσουν κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας και να επιτύχουν μία όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής μέσα στο πλαίσιο των περιορισμών που θέτει η ιατρική κατάστασή τους (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

Όταν μία ασθένεια είναι χρόνια, το ιατρικό σύστημα έχει αποτύχει στην κοινωνική αποδιδόμενη υπόσχεσή του να θεραπεύσει την ασθένεια. Η ποιότητα της ζωής που έπεται για τον ασθενή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ανάπτυξη του καθενός για αυτό-βοήθεια και τις ικανότητες να παίρνει αποφάσεις. Και τελικά, για πολλές χρόνιες ασθένειες η ποιότητα ζωής είναι επίσης εξαρτώμενη από την ικανότητα προσέγγισης κατάλληλης υποστήριξης αλλά και υπηρεσίες περίθαλψης της υγείας. Κατ' αυτό τον τρόπο οι χρόνιες ασθένειες δημιουργούν ένα ιδιαίτερο σύνολο συνθηκών μέσα στο οποίο οι ασθενείς και οι επαγγελματίες φροντιστές υγείας αλληλεπιδρούν (Thorne, Nuhlin & Paterson, 2000).

Η ιατρική βιβλιογραφία που σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες παραμένει στραμμένη προς τη διερεύνηση της παθοφυσιολογίας συγκεκριμένων ασθενειών και μηχανισμών για την κλινική τους αντιμετώπιση. Ο πρωταρχικός σκοπός της αντιμετώπισης είναι να αναστρέψει, εάν είναι δυνατό, την πορεία της ασθένειας και να επαναφέρει τον ασθενή σε ένα φυσιολογικό επίπεδο υγείας, πραγματοποιώντας έτσι μια «θεραπεία». Όταν η θεραπεία δεν είναι εφικτή η αντιμετώπιση εστιάζει στο να ελαχιστοποιήσει τον αντίκτυπο της ασθένειας στο σώμα (Wellard, 1998).

Έτσι, ενώ παλαιότερα οι ασθένειες ήταν συνήθως σύντομης διάρκειας και οδηγούσαν είτε στην αποθεραπεία είτε στο θάνατο, τώρα πλέον αποτελούν

μακρόχρονες καταστάσεις που απαιτούν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά του ατόμου, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιδείνωσής τους. Στόχοι καθίστανται, συνεπώς, η διαχείριση της ασθένειας παρά η θεραπεία της, η πρόληψη πιθανής επιδείνωσης και η εξασφάλιση των συνθηκών για καλή ποιότητα ζωής (Καραδήμας, 2005).

Τα χαρακτηριστικά της χρόνιας ασθένειας είναι ότι είναι μία μόνιμη κατάσταση, ότι δίνει στον ασθενή μια ανικανότητα η οποία διαρκεί, ότι προκαλείται από μη αναστρέψιμη παθολογική αλλαγή και προϋποθέτει ειδική μεταχείριση καθώς και αποκατάσταση για τον ασθενή. Η χρόνια ασθένεια εμπεριέχει αλλαγές με φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις και συχνά κάποια φαρμακευτική αγωγή για ολόκληρη τη ζωή του ασθενούς (Dalteg, et al., 2011). Σύμφωνα με τον Strauss και τους συνεργάτες τους (1984) η χρόνια ασθένεια θεωρείται ως μία εμπειρία από πολλαπλά προβλήματα που μπορεί να αλλάξουν αλλά δε μπορούν να φύγουν (Wellard, 1998).

Η χρόνια ασθένεια είναι μία μόνιμη αρρώστια, που μπορεί να χαρακτηριστεί από μια κυματοειδή καμπύλη με την παρακάτω ακολουθία: σταθερότητα, επιδείνωση, ανάκτηση από την επιδείνωση και επιστροφή στη σταθερότητα. Οι άνθρωποι με χρόνια ασθένεια συχνά αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα, με αλλαγές σε αυτά τα στάδια, και δείχνουν να έχουν σχετικά μικρό έλεγχο πάνω στην ασθένειά τους. Συνδεδεμένοι με αυτή την έλλειψη ελέγχου είναι οι εμπλεκόμενοι με τις χρόνιες ασθένειες (Hwu, Coates & Boore , 2001). Σε χρόνιες ασθένειες όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο καρκίνος ή νευρολογικές ασθένειες, τα άτομα που είχαν επηρεαστεί από αυτές τις ασθένειες παρουσίαζαν φτώχη αυτό-αξιολογούμενη υγεία (Molarius & Janson, 2002), κάτι το οποίο μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητό λαμβάνοντας υπόψη τα όσα έχουν αναφερθεί.

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 και άλλα. Παράλληλα αντιμετωπίζουν νέους φόβους, π.χ., για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον.

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως: η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κλπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμη και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις. Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (Καραδήμας, 2005).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως όσο μεγαλύτερος είναι σε ηλικία ένας άνθρωπος, τόσο πιο πιθανό είναι να πάσχει από μία ή περισσότερες χρόνιες καταστάσεις που τον εμποδίζουν να ασχοληθεί με σημαντικές δραστηριότητες, όπως η εργασία, τα οικιακά, οι σπουδές ή η ψυχαγωγία και τα χόμπι. Ωστόσο οι χρόνιες καταστάσεις δεν παρουσιάζονται μόνο στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Επειδή οι χρόνιες ασθένειες μπορούν να ελεγχθούν, αλλά δεν μπορούν να εξαλειφθούν, οι άνθρωποι με τέτοια διάγνωση αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους το γεγονός πως πρέπει να διαχειριστούν τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια κατά συνέπεια βιώνουν έναν αριθμό από συνέπειες, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών, των κοινωνικών, και των ψυχολογικών προβλημάτων (Sanderson, 2004).

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πολλοί άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες βιώνουν κάποιο τύπο φυσικής εξασθένισης. Αυτό ποικίλει ανάλογα με την ασθένεια, αλλά μπορεί και να περιλαμβάνει ιδιαίτερα ενοχλητικά συμπτώματα, όπως η παράλυση, παραμόρφωση, πόνο κ.α. οι άνθρωποι με διαβήτη για παράδειγμα, εμφανίζουν ιδιαίτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρδιακές ασθένειες, τύφλωση, σεξουαλική δυσλειτουργία, βλάβη του νεφρού, και προβλήματα με την κυκλοφορία του αίματος, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό. Οι άνθρωποι με χρόνια ασθένεια συχνά έχουν ανησυχίες για την εικόνα του σώματός τους, ειδικά όταν η ασθένειά τους ή η θεραπεία της προκαλεί σημαντικές φυσικές αλλαγές στη λειτουργία. Τα συμπτώματα της πολλαπλής σκλήρυνσης (multiple sclerosis MS), μιας νευρολογικής διαταραχής, περιλαμβάνουν εξασθενημένη όραση, αδυναμία, τρέμουλο, έλλειψη συντονισμού, και δυσκολίες με το έντερο και την κύστη (Sanderson, 2004). Ακόμη και οι όχι απειλητικές για τη ζωή χρόνιες ασθένειες μπορούν να οδηγήσουν σε φυσικά προβλήματα. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι με αρθρίτιδα (μια χρόνια, συστηματική, φλεγμονώδη κατάσταση που προκαλεί πόνο και οίδημα στις αρθρώσεις) φαίνεται στις αυτό- αναφορές τους πως δηλώνουν το αίσθημα του αβοήθητου, που σχετίζεται με αλλαγές στην ικανότητά τους να εκπληρώσουν τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, το να μπουκ και να βγουν από το αυτοκίνητο κ.α. (Sarafino, 2006).

Σε άλλες περιπτώσεις, η ίδια η ασθένεια δεν προκαλεί εξασθένηση, αλλά η θεραπεία από τις αρνητικές τις επιπτώσεις στην υγεία. Ένα άτομο με βλάβη στο νεφρό, για παράδειγμα, μπορεί να χρειάζεται να υποβληθεί σε αιμοκάθαρση, κατά την οποία το αίμα του/της κυκλοφορεί μέσα από τεχνητό νεφρό για αρκετές ώρες κάθε εβδομάδα. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί η υπέρταση οδηγεί σε έναν αριθμό από δυσάρεστες παρενέργειες, όπως η αύξηση του βάρους, η υπνηλία κ.α. Παρόμοια, πολλές από τις φαρμακευτικές αγωγές που χρησιμοποιούνται για να καταπολεμήσουν τον καρκίνο, στα οποία συμπεριλαμβάνονται η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία, έχουν ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως η κόπωση, η διάρροια, ο εμετός, η απώλεια των μαλλιών, η απώλεια της όρεξης και η ναυτία. Ακόμη και φυσικά προβλήματα μικρού μεγέθους, όπως η απώλεια των μαλλιών από τη χημειοθεραπεία ή την ακτινοβολία, μπορεί δημιουργούν πολύ άγχος στους ασθενείς (Sanderson, 2004).

Παρόμοια, η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νόσων συγκεκριμένα περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και, σε αρκετές περιπτώσεις, κάποια επέμβαση ή εγχείρηση. Στόχος της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου για εκδήλωση εμφράγματος ή άλλου σχετικού σοβαρού προβλήματος υγείας, η πρόληψη πιθανών επιπλοκών, όπως: τα εγκεφαλικά επεισόδια, η μείωση της δυσφορίας και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Πέρα από την πολυπλοκότητα και τα πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής ή των χειρουργικών παρεμβάσεων, οι ασθενείς θα πρέπει να προβούν σε σημαντική αναθεώρηση του τρόπου ζωής τους (Καραδήμας, 2005).

Επίσης, η μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή είναι ένα από τα βασικά προβλήματα στη διαχείριση του διαβήτη για παράδειγμα. Οι ανασκοπήσεις ερευνών σε αυτό το θέμα έδειξαν πως οι περισσότεροι άνθρωποι με διαβήτη, εξέταζαν τα επίπεδα της γλυκόζης λανθασμένα, χορηγώντας έτσι λάθος δόσεις ινσουλίνης, και αποτύγχαναν στο να ακολουθήσουν προσεκτικά το πρόγραμμα διατροφής που τους προτεινόταν. Τα άτομα με διαβήτη γενικά προσπαθούν να μένουν πιστοί στη θεραπευτική τους αγωγή, αλλά δεν το πετυχαίνουν πάντα. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι με διαβήτη αντιμετωπίζουν περισσότερη δυσκολία στο να ακολουθήσουν το διαιτολόγιο και τις συμβουλές σχετικά με την άσκηση απ' ό,τι τω

πιο «ιατρικές» διαστάσεις της θεραπευτικής τους αγωγής – το να εξετάζουν τα επίπεδα γλυκόζης τους και να παίρνουν την ινσουλίνη την ώρα που πρέπει (Sarafino, 2006).

Ένα ακόμη πρόβλημα με τους διαβητικούς είναι πως αντιμετωπίζουν πολλές καταστάσεις που καθιστούν δύσκολο το να τηρήσουν πιστά την διαβητική τους αγωγή. Μπορεί να νιώθουν ότι το να ελέγχουν τα επίπεδα της γλυκόζης τους στη δουλειά ή στο σχολείο είναι κάτι που τους φέρνει σε αμηχανία, ή να ξεχνάνε να παίρνουν μαζί τα απαραίτητα για να μετρήσουν τη γλυκόζη, ή να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ξυπνάνε κάθε πρωί για να κάνουν την ένεση στην ώρα της, ή να κάνουν λάθη στις κρίσεις σχετικά με το τι πρέπει να φάνε για παράδειγμα (Sarafino, 2006).

Και η κόπωση όμως είναι ένα από τα προβλήματα που συναντάμε σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και το οποίο αξίζει να αναφερθεί. Πιο συγκεκριμένα, η κόπωση έχει χαρακτηριστεί ότι συνοδεύει χρόνιες ασθένειες, όπως το άσθμα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τον καρκίνο, το θυρεοειδή, την πολλαπλή σκλήρυνση κ.α. Ως κόπωση μπορεί να θεωρηθεί μία υποκειμενική, συνεχής αίσθηση, με φυσικά, ψυχολογικά, συμπεριφορικά και γνωστικά στοιχεία. Η χρόνια κόπωση, δε σχετίζεται με την άσκηση, δεν ανακουφίζεται από την ξεκούραση, διαρκεί περισσότερο από 6 μήνες και συχνά συνοδεύει κάποια χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα με μία έρευνα, εργαζόμενοι με μία ή παραπάνω χρόνιες ασθένειες είχαν σκορ κατά μέσο όρο τουλάχιστον 10 βαθμούς υψηλότερα στο σκορ της κόπωσης σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που δεν είχαν κάποια χρόνια ασθένεια. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούσαν και με τα αποτελέσματα από προηγούμενες έρευνες (Franssen et. al, 2003).

Οι φυσικές αλλαγές που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες και/ή η αντιμετώπισή τους μπορεί αν οδηγήσουν ακόμη σε σεξουαλικά προβλήματα. Πολλά διαφορετικά είδη αντιμετώπισης του καρκίνου, μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι γυναίκες στις οποίες γίνεται διάγνωση για καρκίνο του στήθους, για παράδειγμα, πρέπει να ανταπεξέλθουν στις ανησυχίες τους για την εικόνα του σώματός τους, ειδικά εάν η θεραπεία τους ενέχει την αφαίρεση του ενός ή και των δύο μαστών. Παρόμοια, πολλοί άνθρωποι με στεφανιαίες καρδιακές ασθένειες αναφέρουν μία μείωση στη σεξουαλική τους δραστηριότητα, η οποία συχνά

προκαλείται από το φόβο (από την πλευρά του ασθενούς ή του/της συντρόφου) ότι η προσπάθεια για συνουσία θα μπορούσε ίσως να οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή (Sanderson, 2004). Η σεξουαλική δραστηριότητα στα άτομα με καρδιακά προβλήματα, συχνά δεν επιστρέφει στο επίπεδο που βρίσκονταν πριν από την καρδιακή προσβολή (Sarafino, 2006).

Ένα ακόμη πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που υποφέρουν από κάποια χρόνια ασθένεια μπορεί να σχετίζεται με τον ύπνο. Σύμφωνα με τον McGhie και Russel οι ασθενείς που παραπονιούνται περισσότερο για διαταραχές ύπνου ανάμεσα σε ασθενείς με σωματικές διαταραχές ήταν αυτοί που είχαν χρόνια πονοκέφαλο ή καρδιαγγειακά προβλήματα. Σύμφωνα με μία άλλη επιδημιολογική έρευνα των Gislason και Almqvist με 879 άντρες που έκαναν ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας κάποιας οργανικής ασθένειας έδειξαν πως τα παράπονα σχετικά με τον ύπνο ήταν πιο πολλά ανάμεσα σε αυτούς με υπέρταση, με πνευμονική πάθηση, διαβήτη, ρευματική ασθένεια ή παχυσαρκία απ' ότι στο υπόλοιπο του δείγματος (Hygrra & Kronholm, 1989).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η χρόνια ασθένεια επιφέρει συχνά σοβαρές επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Οι πρακτικοί περιορισμοί μιας σωματικής νόσου ή προβλήματος που προκαλεί εξασθένηση ενδέχεται να καταστήσουν σχεδόν αδύνατη τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

Μία από τις πιο δύσκολες πλευρές που έχει κανείς να αντιμετωπίσει όταν βιώνει μία χρόνια ασθένεια είναι η επίπτωση που μπορεί να έχει η ασθένεια στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες μερικές φορές επιλέγουν να κρύψουν την κατάστασή τους από τους άλλους, κυρίως λόγω των ανησυχιών για το ότι μπορεί να τους δείχνουν οίκτο και/ή να είναι εγκαταλελειμμένοι, και μπορεί εξαιτίας αυτού να αποτραβιούνται από πολλές κοινωνικές σχέσεις. Αυτή η προσέγγιση αφορά κυρίως περιπτώσεις όπου οι άνθρωποι έχουν ασθένειες με μεγάλα επίπεδα στίγματος, όπως επιληψία και AIDS (Sanderson, 2004).

Αν και το να πει κανείς στους άλλους ανθρώπους για τη χρόνια ασθένεια έχει πολλά πλεονεκτήματα, συμπεριλαμβάνοντας το γεγονός πως αποσπά την κοινωνική υποστήριξη καθώς και το ότι αποφεύγει να αρνείται την ασθένεια, ακόμη και αυτή η προσέγγιση, έχει κάποια πιθανά προβλήματα. Οι φίλοι μπορεί να αποτραβηχτούν από τον ασθενή, είτε λόγω των δικών τους φόβων για το ότι μπορεί να αποκτήσουν την ασθένεια είτε επειδή δεν αντέχουν να αντιμετωπίσουν τις φυσικές αλλαγές στον ασθενή. Οι άνθρωποι συχνά έχουν αρνητικές πεποιθήσεις και προκαταλήψεις προς τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, και τους αντιλαμβάνονται ως απροστάτευτους, μελαγχολικούς, ακόμη και «άξιους της μοίρας τους». Κάποιοι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες επομένως αναφέρουν πως νιώθουν ότι οι άλλοι τους αποφεύγουν και βιώνουν την έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης – ειρωνικά, την ίδια στιγμή που χρειάζονται περισσότερο από κάθε άλλη φορά την υποστήριξη (Sanderson, 2004).

Ένας ασθενής μπορεί λοιπόν να απομακρυνθεί από τους οικείους του για ποικίλους λόγους: άσχημη διάθεση, μορφολογικές αλλαγές, αμηχανία κ.α. Από την άλλη πλευρά οι οικείοι μπορεί να αρχίσουν να αποφεύγουν την επαφή με τον ασθενή είτε επειδή φοβούνται είτε επειδή νιώθουν αμηχανία για το τι πρέπει να πουν ή να πράξουν είτε επειδή νιώθουν λύπη ή άλλα αρνητικά συναισθήματα. Σε κάθε

περίπτωση η «απομόνωση» αυτή δε βοηθά μακροπρόθεσμα, ειδικά σε μία περίοδο που η κοινωνική υποστήριξη προς τον ασθενή έχει μεγάλη αξία (Καραδήμας, 2005).

Οι επαφές με τους φίλους μπορεί να ελαττωθούν σημαντικά, μέχρι του σημείου που ο ασθενής να έχει σπάνια επαφές με οποιονδήποτε άλλο εκτός των μελών της οικογένειάς του (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006). Ακόμη όμως και όταν τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι θέλουν να βοηθήσουν, μπορεί απλά να μην έχουν ρεαλιστικές ιδέες για το τι περνάνε οι ασθενείς. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι άνθρωποι με κάποια χρόνια ασθένεια έχουν οικογένεια και φίλους με μη ρεαλιστικές, υψηλές προσδοκίες σχετικά με το πώς οι ασθενείς θα έπρεπε να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται την ασθένειά τους. Για παράδειγμα, η οικογένεια και οι φίλοι μπορεί να πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να κάνουν περισσότερες εργασίες για να βοηθήσουν στο σπίτι ή ότι οι ασθενείς και τα συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους που έχουν αυτοί είναι πολύ απαισιόδοξα. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι έχουν με ρεαλιστικές, χαμηλές προσδοκίες σχετικά με το πώς οι άνθρωποι ανταπεξέρχονται έχοντας μία χρόνια ασθένεια. Μπορεί να είναι υπερβολικά προστατευτικοί ή ανεκτικοί, κάτι το οποίο με τη σειρά του μπορεί να δημιουργήσει στους ασθενείς το αίσθημα της εξάρτησης ή να τους κάνει εξαρτώμενους (Sanderson, 2004).

Τα μέλη της οικογένειας των ατόμων με χρόνια ασθένεια μπορεί επίσης να βιώνουν αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που βιώνουν οι οικογένειες είναι να συμβιβαστούν με την αυξημένη εξάρτηση του άρρωστου ατόμου. Ο ασθενής ενδέχεται να χρειάζεται βοήθεια σε μία σειρά από καθήκοντα, στα οποία περιλαμβάνονται η προσωπική υγιεινή, η ιατρική φροντίδα, τα οικονομικά θέματα, και οι οικιακές δουλειές, τα οποία μπορεί τόσο να καταναλώνουν χρόνο αλλά και να ταράζουν συναισθηματικά τα μέλη της οικογένειας όταν προσπαθούν να τα φέρουν εις πέρας. Αυτές οι αλλαγές στους ρόλους της οικογένειας μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη έλλειψη ισορροπίας στις οικογενειακές σχέσεις, κάτι το οποίο αυξάνει το αίσθημα ενοχής στην πλευρά του ασθενή και προσθέτει δυσαρέσκεια στην πλευρά των μελών της οικογένειας. Οι φροντιστές ακόμη μπορεί να υποφέρουν από προβλήματα υγείας και οι ίδιοι, ειδικά εάν πρέπει να φροντίζουν το άρρωστο άτομο για πολύ καιρό και αυτό το άτομο είναι σε πολύ κακή κατάσταση υγείας (Sanderson, 2004).

Τα μέλη της οικογένειας ακόμη, υποφέρουν και από τις δικές τους απώλειες όταν σε ένα αγαπημένο άτομο γίνεται η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Ως εκ τούτου, μπορεί να βιώνουν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάθλιψη και το άγχος. Αυτά τα συναισθήματα είναι ιδιαίτερος πιθανά όταν ο ασθενής έχει ή μπορεί να έχει ένα υψηλό επίπεδο λειτουργικής εξασθένησης. Για παράδειγμα, οι σύζυγοι/σύντροφοι ασθενών με χρόνιες ασθένειες ενδέχεται να βιώνουν μια μείωση στις κοινωνικές δραστηριότητες, όπως το να περνάνε χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους, το να βλέπουν ταινίες, και το να ασχολούνται με αθλητικές δραστηριότητες. Μπορεί ακόμη να χρειάζεται να εγκαταλείψουν κάποια από τα προσωπικά τους σχέδια και όνειρα, για να συμβιβαστούν με το άρρωστο άτομο. Αν και περισσότερη έρευνα έχει εστιάσει στην επίδραση στο γάμο της χρόνιας ασθένειας, και άλλα μέλη της οικογένειας, στα οποία περιλαμβάνονται οι γονείς, τα παιδιά, και τα αδέρφια επηρεάζονται κατά πολύ (Sanderson, 2004). Με βάση κάποια ευρήματα, οι γυναίκες μπορεί να επηρεάζονται περισσότερο από την κατάσταση υγείας του συζύγου τους, αναφορικά με την ψυχολογική εξάντληση απ' ότι οι άντρες. Άλλη έρευνα καταδεικνύει πως οι γυναίκες εστιάζουν περισσότερο στη σχέση και προσανατολίζονται περισσότερο στην ευημερία των άλλων απ' ότι οι άντρες. Επιπλέον, οι γυναίκες φροντιστές έχουν βρεθεί πιο συχνά να αισθάνονται περισσότερο φορτωμένες και στεναχωρημένες απ' ότι οι άντρες φροντιστές (Hagedoorn et. al, 2001).

Οι σχέσεις όμως με την οικογένεια είναι ιδιαίτερος σημαντικές για την πορεία και την πρόγνωση μιας καρδιακής νόσου. Αναφέρουμε, για παράδειγμα, ότι σύμφωνα με τον Reifman (1995) οι ασθενείς που έχουν ισχυρότερη κοινωνική υποστήριξη αναρρώνουν γρηγορότερα και ζουν περισσότερο σε σύγκριση με όσους λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα αφορά την πιθανότητα να καταστεί η ασθένεια επίκεντρο της ζωής της οικογένειας, με αποτέλεσμα η οικογενειακή ζωή να περιστρέφεται γύρω από αυτή και μόνο, ή να καταστεί ο ασθενής αυξανόμενα εξαρτημένος από τα μέλη της οικογένειάς του (Καραδήμας, 2005).

Ο αντίκτυπος των χρόνιων ασθενειών όμως και στο βαθμό συμμετοχής στην εργασία έχει δεχτεί πολλή προσοχή τα τελευταία χρόνια. Τουλάχιστον 1/3 του εργατικού δυναμικού στην ηλικία των 50 ετών, είναι πιθανό να αντιμετωπίζει μια

χρόνια ασθένεια, συνήθως κάποια καρδιαγγειακή ασθένεια. Από αυτή την άποψη, πολλή προσοχή έχει δοθεί στα αίτια των χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία (π.χ. πόνος στην πλάτη), στον αντίκτυπο των χρόνιων ασθενειών στην παραγωγικότητα της εργασίας κ.α. (Munir , Leka & Griffiths, 2005). Τα άτομα με κάποια χρόνια ασθένεια ενδέχεται ακόμη να αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα όταν τα συμπτώματά τους ή η θεραπεία που ακολουθούν επηρεάζουν την εργασία τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της χρόνιας ασθένειας αναγκάζουν τα άτομα να είναι ανίκανα να εργαστούν, ή τουλάχιστον να κάνουν συγκεκριμένα καθήκοντα. Για παράδειγμα, τα άτομα με επιληψία συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα στο να κρατήσουν μια εργασία επειδή δεν τους επιτρέπεται να οδηγούν. Οι άνθρωποι που είναι χρόνια ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως ο καρκίνος, οι στεφανιαίες καρδιακές ασθένειες, και το AIDS, μπορεί να βρίσκουν ότι τους προσφέρονται λιγότερο απαιτητικές θέσεις εργασίας ή να τους παραβλέπουν για προαγωγή επειδή οι εργοδότες θεωρούν πως το να επενδύουν χρόνο αλλά και πόρους σε αυτούς είναι χάσιμο χρόνου (Sanderson, 2004). Το να είναι σε θέση να εργαστούν έχει ιδιαίτερη σημασία σε άτομα που υποφέρουν από χρόνια προβλήματα υγείας, και τα άτομα με καρδιακά προβλήματα θεωρούν πως το να επιστρέφουν στην εργασία τους είναι ένα σημαντικό σημάδι της ανάρρωσής τους. Το να καθυστερεί κανείς να επιστρέφει ή να μην επιστρέφει καθόλου στην δουλειά του σχετίζεται συνήθως με μακράς διάρκειας συναισθηματικές δυσκολίες (Sarafino, 2006). Ακόμη, άτομα με χρόνια ασθένεια και με μία φυσική ανικανότητα, εμφανίζουν χαμηλότερες/ φτωχότερες εργασιακές εικόνες, και εκτιμούν την ευημερία τους χαμηλότερα απ' ότι άτομα χωρίς προβλήματα υγείας (Campen & Cardol, 2009).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Συνήθως οι ασθενείς έχουν μία σειρά ψυχολογικών αντιδράσεων, από τη στιγμή που θα υποψιαστούν ακόμη ότι έχουν μια σοβαρή αρρώστια. Ήδη από την εμφάνιση συμπτωμάτων δηλωτικών κάποιας νόσου, ο ασθενής αρχίζει να αντιδρά ψυχολογικά (Κοκκέβη, 2008). Οι άνθρωποι με χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν σχετικά μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχολογική εξάντληση απ' ότι οι υγιείς άνθρωποι. Η ψυχολογική αυτή εξάντληση ενδέχεται να εκδηλώνεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (Verhaak et al, 2005).

Οι άνθρωποι στους οποίους γίνεται η διάγνωση κάποιας χρόνιας ασθένειας συχνά βιώνουν ένα αρχικό σοκ και μία δυσπιστία. Οι άνθρωποι που πληροφορούνται ότι έχουν μια χρόνια ασθένεια με υψηλή αναπηρία μπορεί να χρειάζεται να παραμερίσουν κάποια από τα σχέδια και τα όνειρά τους. Μπορεί για παράδειγμα, να αποφασίσουν να μην κάνουν παιδιά ή να ακολουθήσουν μια νέα σταδιοδρομία. Η δυσπιστία, η άρνηση, και ο θυμός είναι συνεπώς συχνές άμεσες αντιδράσεις όταν λαμβάνουν μία διάγνωση κάποιας χρόνιας ασθένειας. Αυτές οι αντιδράσεις είναι ιδιαίτερα συχνές στα νεότερα άτομα, ίσως επειδή οι άνθρωποι αναμένουν μεγαλύτερη ανικανότητα με την ηλικία και επομένως όταν δέχονται μια τέτοια διάγνωση σε μικρή ηλικία αυτό είναι περισσότερο ενοχλητικό απ' ότι σε μεγαλύτερη ηλικία (Sanderson, 2004).

Πολλοί άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες βιώνουν κατάθλιψη, η οποία προκαλείται από την μεγάλη απώλεια του ελέγχου που έρχεται μαζί με τη χρόνια ασθένεια (Sanderson, 2004). Σε μία έρευνα με ένα δείγμα ηλικιωμένων μη-καταθλιπτικών ατόμων, το πιο συχνό στρεσογόνο γεγονός ζωής που σχετιζόταν με την έναρξη μείζονος κατάθλιψης ήταν η ανάπτυξη μιας απειλητικής για τη ζωή ιατρική ασθένεια. Οι περισσότερες έρευνες ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές ασθένειες και η αρθρίτιδα έχουν δείξει ένα αυξημένο επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Bisschop et. al., 2004). Πράγματι, οι εκτιμήσεις είναι ότι περίπου το 35% των ατόμων με αναπηρίες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε σύγκριση με το 12% των ατόμων χωρίς αναπηρίες. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα με 50 ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση φάνηκε ότι πολλοί ασθενείς ένιωθαν απογοητευμένοι και άχρηστοι. Η κατάθλιψη είναι, χωρίς καμία έκπληξη,

ιδιαίτερα συχνή σε περιπτώσεις πολύ σοβαρών και απειλητικών για τη ζωή ασθενειών, όπως ο καρκίνος, το AIDS, και το Alzheimer. Παρ' όλα αυτά, αυτά τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης είναι συχνότερα στην αρχή, ακολουθώντας τη διάγνωση και τείνουν να μειώνονται με τον καιρό (Sanderson, 2004).

Τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης σε έναν ασθενή που πάσχει από σοβαρή σωματική νόσο ή αναπηρία, δεν είναι η διαταραχή του ύπνου, η μείωση της όρεξης, της σεξουαλικής διάθεσης, ή τα διάχυτα σωματικά άλγη ως προϊόντα άγχους, γιατί ανάλογα συμπτώματα μπορεί να προκαλεί και η σωματική νόσος, από μόνη της. Ακόμη και το κεντρικό σύμπτωμα της κατάθλιψης, δηλαδή η μείωση της ενέργειας, της ενεργητικότητας και της διάθεσης, μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με τη σωματική νόσο και λιγότερο με τη συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Έτσι, το κύριο βάρος της ένδειξης ύπαρξης υποκείμενης κατάθλιψης πέφτει σε συμπτώματα όπως η απαισιοδοξία, η απελπισία, η μείωση των ενδιαφερόντων και των σχεδίων για το μέλλον (Κοκκέβη, 2008).

Ακόμη ένα παράδειγμα σχετικό με τα όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι και οι διαβητικοί, πολλοί από τους οποίους δεν διαχειρίζονται σωστά την κατάστασή τους και υποφέρουν από βαριά κατάθλιψη. Όσο περισσότερο ο διαβήτης επεμβαίνει στις καθημερινές τους δραστηριότητες και μειώνει τα αισθήματά τους σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο, τόσο περισσότερο απογοητευμένοι νιώθουν. Και όσο περισσότερο απογοητευμένοι νιώθουν, τόσο περισσότερο χειροτερεύει ο έλεγχος της γλυκόζης και τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για τα επακόλουθα προβλήματα υγείας, όπως η τύφλωση (Sarafino, 2006).

Το άγχος, που προκαλείται κυρίως από το μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας λόγω της διάγνωσης της χρόνιας ασθένειας, είναι ένα άλλο γνωστό πρόβλημα. Οι ασθενείς μερικές φορές μαθαίνουν ότι έχουν μια τέτοια ασθένεια ακόμη και προτού βιώσουν κάποιο από τα συμπτώματα. Άρα, στη συνέχεια αναρωτιούνται πότε θα ξεκινήσουν τα συμπτώματα και πως θα εξελιχθεί η ασθένεια. Σε μία έρευνα με 80 γυναίκες στις οποίες είχε πρόσφατα διαγνωστεί καρκίνος του στήθους βρέθηκε πως το 40% ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο είναι σημαντικά μεγαλύτερο απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Το άγχος ενδέχεται να είναι ανεβασμένο όταν οι άνθρωποι νιώθουν καταβεβλημένοι στο να ελέγξουν την ασθένεια καθώς και ανήσυχοι σχετικά με τα

μακροπρόθεσμα προβλήματα. Επίσης δεν ξέρουν τι να περιμένουν – πότε θα αρχίσουν τα συμπτώματα, τι συμπτώματα θα είναι, πότε θα είναι σε θέση να πάνε πίσω στην εργασία, πως θα αντιδράσουν οι άλλοι άνθρωποι. Σε κάποιες περιπτώσεις, το να βιώνει κανείς τα συμπτώματα από μία ασθένεια, μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερο άγχος όπως για παράδειγμα σε ασθενείς με άσθμα. Ευτυχώς όμως, η περίοδος κρίσης τείνει να είναι σχετικά μικρή – το άγχος είναι υψηλό κατά την περίοδο της διάγνωσης, αλλά στη συνέχεια μειώνεται με τον χρόνο και όσο οι ασθενείς προσαρμόζονται στο να έχουν μία τέτοια ασθένεια (Sanderson, 2004). Ωστόσο, οι ασθενείς με βαριά κατάθλιψη ή άγχος στις εβδομάδες μετά την καρδιακή προσβολή, είναι περισσότερο πιθανό να υποφέρουν από επακόλουθα καρδιακά προβλήματα, όπως αρρυθμίες, ή να πεθάνουν τον επόμενο χρόνο απ' ότι αυτοί που δεν ήταν σε τόσο άσχημη ψυχολογική κατάσταση (Sarafino, 2006).

Επειδή πολλές χρόνιες ασθένειες επηρεάζονται από τις επιλογές στον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, η άσκηση, η σεξουαλική δραστηριότητα, και άλλα, οι άνθρωποι συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για το ότι ανέπτυξαν τέτοιες ασθένειες. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα με ασθενείς με καρκίνο του στήθους βρέθηκε ότι το 41% κατηγορούσε τον εαυτό του για την ασθένεια. Και οι άνθρωποι που νιώθουν υπεύθυνοι για την ασθένειά τους συχνά βιώνουν αρκετά αισθήματα ενοχής για τον πόνο που προκαλούν στους ίδιους όπως επίσης και στους αγαπημένους τους. Ενδέχεται επίσης να έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Sanderson, 2004).

Επίσης, αξίζει να αναφερθεί το γεγονός πως ο βαθμός της απειλής για τη ζωή του ασθενούς, μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στον τρόπο που οι άνθρωποι αντιδρούν στην ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με μια αβέβαιη πρόγνωση, όπως ασθενείς με πρόσφατη τη διάγνωση του καρκίνου, μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο για να βιώνουν μία ψυχολογική εξάντληση, επειδή είναι αβέβαιοι για την τύχη ή την ύφεση ή την θεραπεία τους (Pennix et al., 1996).

Ωστόσο, αν και οι συνέπειες από την ανάπτυξη μιας χρόνιας ασθένειας είναι κατά κύριο λόγο αρνητικές, οι άνθρωποι συχνά βιώνουν και κάποιες θετικές επιπτώσεις. Τι πιθανό πλεονέκτημα θα μπορούσε να έχει μία χρόνια ασθένεια; Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά αναφέρουν πως αισθάνονται πιο κοντά και σε περισσότερη

επαφή με την οικογένεια και τους φίλους τους, ότι έχουν περισσότερη εκτίμηση για τη ζωή, ότι αισθάνονται περισσότερο συμπονετικοί, και ότι βιώνουν θετικές αλλαγές στις αντιλήψεις του εαυτού (π.χ., αισθάνονται πιο δυνατοί, πιο σοφοί, και περισσότερο ικανοί να διαχειριστούν και άλλα προβλήματα). Πράγματι, σε μία έρευνα με ασθενείς με καρκίνο, το 90% ανέφερε πως βίωσε τουλάχιστον μία θετική αλλαγή σαν αποτέλεσμα του καρκίνου. Το να λαμβάνει κανείς μια διάγνωση για χρόνια ασθένεια μπορεί ακόμη και να οδηγήσει το άτομο στο να καταπιαστεί με συμπεριφορά προαγωγής της υγείας. Σε μία έρευνα με περίπου 3000 άτομα με AIDS βρέθηκε ότι πολλοί είχαν πραγματοποιήσει κάποιες αλλαγές συμπεριφορές για προαγωγή της υγείας από τότε που έγινε η διάγνωση: 43% αύξησαν την άσκησή τους, 59% βελτίωσαν τη διατροφή τους, και 49% από τους καπνιστές μείωσαν το κάπνισμά τους. Άλλοι ανέφεραν ότι η μόλυνση από τον HIV τους οδήγησε σε αλλαγές στις προτεραιότητές τους, σε μεγαλύτερη εγγύτητα με την οικογένεια και τους φίλους, και σε μία μεγαλύτερη εστίαση στους πολύτιμους προσωπικούς στόχους. Τέλος, η διάγνωση από κάποια χρόνια ασθένεια μπορεί να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να ζήσουν τη ζωή γεμάτα και να συγκεντρωθούν στο να επιτύχουν τα όνειρά τους αντί να τα αναβάλλουν (Sanderson, 2004).

ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ (COMMON SENSE MODEL)

Στη συνέχεια θα γίνει μία ανάλυση του Μοντέλου Κοινής Λογικής (Common Sense Model) καθώς οι αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την ασθένειά τους, όχι μόνο έχουν επιπτώσεις για το πώς βλέπουν άλλες ασθένειες, αλλά και για τις προστατευτικές πράξεις υγείας που μπορεί (ή δε μπορεί) να κάνουν προκειμένου να μειώσουν τους κινδύνους γι' αυτές τις ασθένειες (Wang et al, 2009).

Το μοντέλο της κοινής λογικής (απόδοση του όρου Common Sense Model- CSM) είναι το πλέον πρόσφατα αναπτυγμένο μοντέλο γύρω από τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με τις απειλές κατά της υγείας. Πρόκειται για ένα μοντέλο που βασίζεται στη θεωρία της αυτορρύθμισης και αναπτύχθηκε από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (Καραδήμας, 2005).

Η κύρια θεώρηση του μοντέλου κοινής λογικής (CSM) είναι πως οι πεποιθήσεις (ή αναπαραστάσεις) που έχουν οι ασθενείς για την ασθένειά τους επηρεάζουν τις αντιδράσεις για την αντιμετώπισή της, που με τη σειρά τους ενδέχεται να επηρεάσουν τα αποτελέσματα που είναι βασισμένα στις κρίσεις (όπως η ποιότητα ζωής και οι συναισθηματικές συνέπειες). (Llewellyn et al., 2007). Το μοντέλο περιγράφει ένα σύστημα με δύο παράλληλα «μονοπάτια» από διαδικασίες ρύθμισης του εαυτού που λειτουργούν όταν ένας ασθενής αντιμετωπίζει μία απειλή στην υγεία του. στοιχεία του πρώτου «μονοπατιού» περιλαμβάνουν τη γνωστική αναπαράσταση της ασθένειας (Vossen et al, 2007).

Πιο αναλυτικά, το μοντέλο της κοινής λογικής υποθέτει ότι το άτομο δημιουργεί νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς του, βασισμένο σε συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφόρησης, με σκοπό να κατανοήσει την κατάσταση και να διαχειριστεί το πρόβλημα. Είναι η ερμηνεία αυτών των πληροφοριών που διαμορφώνει το πρώτο βήμα στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας, με την εμπλοκή σε μια στρατηγική αντιμετώπισης ή την υιοθέτηση μιας θεραπευτικής αγωγής διαχείρισης της ασθένειας. Όλες οι αναπαραστάσεις της ασθένειας καθοδηγούνται από τρεις πηγές πληροφόρησης. Η πρώτη πηγή πληροφόρησης, είναι η γενική

«δεξαμενή» πληροφοριών, που ήδη έχουν αφομοιωθεί από το άτομο από προηγούμενη κοινωνική επικοινωνία και πολιτισμική γνώση της ασθένειας. Η δεύτερη πηγή είναι οι πληροφορίες από το εξωτερικό κοινωνικό περιβάλλον, από το πώς αντιλαμβάνονται οι σημαντικοί άλλοι ή οι έγκυρες πηγές όπως ο γιατρός ή οι γονείς. Τέλος, τα άτομα ολοκληρώνουν τις αναπαραστάσεις τους λαμβάνοντας υπόψη τους την τωρινή εμπειρία τους με την ασθένεια. Η «τωρινή εμπειρία» αναφέρεται στις σωματικές και συμπτωματικές πληροφορίες που βασίζονται στην τωρινή αντίληψη και τις προηγούμενες εμπειρίες με την ασθένεια. Η τωρινή εμπειρία ακόμη περιλαμβάνει τη γνώση για την αποτελεσματικότητα από προηγούμενες εμπειρίες που χρησιμοποιήθηκαν για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Παράγοντες όπως ο τύπος της προσωπικότητας και πολιτιστικό φόντο μπορεί ακόμη να είναι σημαντικά (Hagger & Orbell, 2003).

Οι πληροφορίες από όλες αυτές τις πηγές συμβάλλουν στη δημιουργία μιας λογικής σκέψης του ατόμου ή στη διαμόρφωση μιας αναπαράστασης της κατάστασής τους σε μια διαδικασία δύο επιπέδων. Ο Leventhal (1900) υποστήριξε ότι η διαδικασία στην κατασκευή αυτής της περιγραφής είναι συμμετρική, και οι συνδέσεις γίνονται ανάμεσα στις αφηρημένες και τις συγκεκριμένες πηγές πληροφόρησης. Για παράδειγμα, οι εμπειρίες των συμπτωμάτων ή των σωματικών πληροφοριών από ένα άτομο μπορεί να υποχρεώνουν μια αναζήτηση στην σημασιολογική μνήμη για αφηρημένες πληροφορίες, που να συνδέουν αυτά τα συμπτώματα με αποθηκευμένες διαγνώσεις ή ετικέτες. Αυτό στη συνέχεια υποχρεώνει το άτομο να δημιουργήσει μια σχηματική αναπαράσταση της ασθένειας που να συνδέεται με την αφηρημένα ετικέτα της ασθένειας. Αυτό το σχήμα βασίζεται σε συγκεκριμένες ενδείξεις και εμπνέει την αναζήτηση για συγκεκριμένα συμπτώματα στο σώμα που να σχετίζονται με την κατάσταση που έχει διαγνωστεί. Ο Leventhal υπονοεί πως αυτός ο συμμετρικός κανόνας που συνδέει τα συμπτώματα με τη διάγνωση είναι αυτόματος και διαισθητικός. Εν τέλει, είναι η αντίληψη και η ερμηνεία των διαφορετικών πηγών των πληροφοριών που οδηγεί στην κατασκευή της απεικόνισης της ασθένειας μέσω συμμετρικών νοητικών (αφηρημένων και εννοιολογικές) και σχηματικών (συγκεκριμένων και αντιληπτικές) διαδικασιών (Hagger & Orbell, 2003).

Το περιεχόμενο της γνωστικής αναπαράστασης αποτελείται από πέντε διαστάσεις: τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα, τη χρονική πορεία και την ελεγχσιμότητα. Τα

αίτια αναπαριστούν τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση του προβλήματος ή της ασθένειας. Όπως έχει βρεθεί από πολλές έρευνες, τα αίτια, όπως τα αντιλαμβάνεται η κοινή λογική, μπορεί να είναι βιολογικά (π.χ., ιοί, βακτήρια, κληρονομικότητα), συναισθηματικά ή ψυχολογικά (π.χ., στρες, κατάθλιψη, προσωπικότητα), περιβαλλοντικά – εξωτερικά (π.χ., μόλυνση, χημικά, υπερβολικός φόρτος εργασίας κ.α.). Οι συνέπειες αναφέρονται στην επίπτωση που έχει το επίπεδο της υγείας στη γενική ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα του ατόμου. Εκφράζεται με δηλώσεις του τύπου: «η κατάστασή μου με εμποδίζει από το να ζω μια φυσιολογική ζωή», «εάν δεν ήμουν έτσι, τότε θα ζούσα καλύτερα», «εάν η διάγνωση επαληθευτεί, τότε τα πράγματα είναι πολύ άσχημα». Η ταυτότητα αναφέρεται στη φύση και το όνομα του προβλήματος ή της ασθένειας, καθώς και στα συμπτώματα που τη συνοδεύουν. Για παράδειγμα, «νομίζω ότι κόλλησα γρίπη, γιατί έχω πυρετό και με πονούν οι αρθρώσεις μου». Η χρονική πορεία αφορά τις πεποιθήσεις για την εξέλιξη της ασθένειας (π.χ., «όσο ζω θα υποφέρω από αυτή την κατάσταση», «μόλις τελειώσω τα φάρμακα, θα είμαι εντελώς καλά»), καθώς και των συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ., «ο πόνος θα περάσει σύντομα, αλλά πάντα θα ανησυχώ για την κατάστασή των αρθρώσεών μου»). Τέλος, οι πεποιθήσεις γύρω από την ελεγχιμότητα (ή θεραπεία) αφορούν στις αξιολογήσεις του ατόμου για το εάν οι συμπεριφορές και στρατηγικές που εφαρμόζει, θα είναι αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό (π.χ., «αυτά τα φάρμακα είναι θαυματοργά», «ό,τι και αν κάνω εγώ ή οι γιατροί, δεν θα τα καταφέρω») (Καραδήμας, 2005). Τα δεδομένα δείχνουν πως το πρότυπο από αυτά τα χαρακτηριστικά διέφερε για τις αναπαραστάσεις των ασθενειών όπως ο καρκίνος του στήθους, οι στεφανιαίες νόσοι, καθώς και το κοινό κρυολόγημα. Οι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες συχνά αναπαριστούνταν ως χρόνιες (χρονική πορεία), προκαλούνταν από εσωτερικούς (γενετικούς) όπως επίσης και από εξωτερικούς παράγοντες, με συνέπειες που αναμενόταν να ήταν αρκετά επώδυνες και ως αποτέλεσμα ανεξέλεγκτες (Leventhal & Diefenbach, 1992).

Σύμφωνα με τους Marks et al. (2000) οι πέντε αυτές διαστάσεις φαίνονται να αναπαριστούν μια βασική προοπτική χρόνου: α) κοιτώντας προς τα πίσω τα αίτια, β) κοιτώντας τον παρόντα χαρακτήρα του προβλήματος (ταυτότητα, συμπτώματα,

σοβαρότητα) και γ) κοιτώντας προς το μέλλον τις συνέπειες και την πορεία της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Σειρά ερευνών έχουν δείξει ότι το μοντέλο της κοινής λογικής επιβεβαιώνεται σε γενικές γραμμές, ενώ φαίνεται ότι μπορεί να προβλέψει ικανοποιητικά τη συμπεριφορά του ατόμου σε θέματα υγείας και ασθένειας. Οι Hagger & Orbell (2003) μεταναλύνοντας 45 εμπειρικές μελέτες έδειξαν ότι μια ισχυρή αντίληψη ταυτότητας (το άτομο πιστεύει ότι έχει αναγνωρίσει μια σοβαρή ασθένεια) σχετίζεται με αποφυγή, αλλά και έκφραση συναισθημάτων, όπως και με χαμηλότερη υποκειμενική ευεξία, διάθεση και λειτουργικότητα. Ο υψηλός βαθμός ελέγχου σχετίζεται με την εφαρμογή στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και θετική αξιολόγηση της όλης κατάστασης, με υψηλότερη ευεξία και ενεργητικότητα, όπως και με μικρότερη δυσφορία, αλλά και καλύτερη έκβαση του προβλήματος. Τέλος, όταν το άτομο δημιουργεί αναπαραστάσεις που περιλαμβάνουν αρνητικές συνέπειες και αρνητική πορεία της ασθένειας, τότε δηλώνει λιγότερη ευεξία και ενεργητικότητα, όπως και μεγαλύτερη αποφυγή και μεγαλύτερη έκφραση συναισθημάτων (συνήθως φόβου) (Hagger & Orbell, 2003).

ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ

Το μοντέλο κοινής λογικής για την αναπαράσταση και τον αυτό-έλεγχο μπορεί να είναι χρήσιμο στην κατανόηση των αντιλήψεων για τον κίνδυνο και την ανησυχία για την ασθένεια στα άτομα με ένα γενετικό κίνδυνο για κάποια ασθένεια (Vossen et al, 2007). Το μοντέλο κοινής λογικής μπορεί να είναι ένα χρήσιμο πλαίσιο για τις αντιλήψεις των ασθενών, όμως υπάρχουν αμφιβολίες για τη χρήση ενός τέτοιου μοντέλου που να προβλέπει τις μακροχρόνιες εκβάσεις των παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας (Llewellyn et al., 2007).

Παρά λοιπόν τη σπουδαιότητα του μοντέλου υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Για παράδειγμα, οι περισσότερες σχετικές έρευνες αφορούν χρόνιες ασθένειες (συνήθως

διαβήτη) παρά οξείες. Επίσης αν και η διασύνδεση μεταξύ συναισθηματικής και γνωστικής αναπαράστασης φαίνεται ιδιαίτερος σημαντική, δεν έχει αναπτυχθεί διεξοδικά. Εδώ, μάλιστα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός που το μοντέλο επιφέρει στις γνωστικές αναπαραστάσεις και το συναίσθημα, ελέγχεται, καθώς οι νέες αντιλήψεις για τη σχέση μεταξύ συναισθήματος και γνωστικών δομών και διεργασιών τονίζουν την επάλληλη και σύγχρονη δράση τους.

Επίσης, το μοντέλο αυτό, όπως και τα συναφή, τείνει να υποβαθμίζει το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο δημιουργούνται οι αναπαραστάσεις. Αυτό, είναι μεγάλης σπουδαιότητας.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι τα μοντέλα που εξετάσαμε μέχρι στιγμής είναι θεωρητικά και, κατά συνέπεια, αποτελούν εργαλεία για τον έλεγχο υποθέσεων και για την «καθοδήγηση» σε δυνητικά σημαντικές περιοχές της έρευνας και της παρέμβασης. Αναγκαστικά ενέχουν περιορισμούς, εφόσον δεν μπορούν να περιγράψουν το σύνολο των άπειρων ατομικών προσεγγίσεων της ασθένειας και των συμπεριφορών υγείας. Παρά τούτο παρέχουν έναν πολύτιμο και χρήσιμο οδηγό στην κατανόηση του νοήματος της ασθένειας και των προσωπικών αντιδράσεων σε αυτό. Εξάλλου τα μοντέλα αυτά εξελίσσονται συνεχώς και βελτιώνονται (Καραδήμας, 2005).

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ

Η ιδέα της ικανοποίησης από τη ζωή (life satisfaction), δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας ή ανικανότητας αλλά επίσης περιλαμβάνει την ικανοποίηση από τις κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες. Ο όρος ικανοποίηση από τη ζωή, αναφέρεται στη γνωστική αποτίμηση ενός ατόμου για τη ζωή του και το βαθμό στον οποίο οι ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες είναι ικανοποιημένες. Εμπεριέχει την αποτίμηση από την ζωή του ατόμου συγκριτικά με το τι προσδοκούσε από τη ζωή του γενικά. Όσο λιγότεροι οι στόχοι και οι προσδοκίες που επιτεύχθηκαν, τόσο μικρότερη και η ικανοποίηση. Ένα άτομο αναμένεται να έχει υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή εάν βρίσκει ευχαρίστηση στην καθημερινή του ζωή, βλέπει τη ζωή που ζει γεμάτη νόημα και νιώθει πως έχει πετύχει τους περισσότερους από τους στόχους που είχε θέσει στη ζωή του. Συμπεριλαμβάνονται ακόμη οι προσδοκίες για το μέλλον, η εικόνα του εαυτού, καθώς και το κατά πόσο ή όχι το άτομο διατηρεί μια αισιόδοξη στάση στη ζωή του (Enkvist, Ekstrom & Elmstahl, 2011).

Από την άλλη, ο όρος «ευεξία» (well-being) εστιάζει περισσότερο στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τη ζωή. Ο όρος «ποιότητα ζωής» (quality of life) αγκαλιάζει και τους δύο αυτούς όρους (δηλαδή «ικανοποίηση από τη ζωή» και «ευεξία»). Στη βιβλιογραφία ωστόσο υπάρχει αξιοσημείωτη επικάλυψη ανάμεσα σε αυτούς τους όρους (Enkvist, Ekstrom & Elmstahl, 2011). Η ικανοποίηση από τη ζωή έχει θεωρηθεί ως ένα από τα κυριότερα συστατικά της υποκειμενικής ευεξίας των ανθρώπων από διαφορετικές χώρες και κουλτούρες, καθώς επίσης αποτελεί ένδειξη της συνολικής κατάστασης του ατόμου για τη φυσική του υγεία, τη διανοητική του υγεία και το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο (Diener et al., 1999).

Σε προσωπικό επίπεδο, η δυσαρέσκεια από τη ζωή (δηλαδή η μη ικανοποίηση) έχει αναγνωριστεί ως επικίνδυνος παράγοντας για τα παρακάτω: αίτιο θνησιμότητας, αυτοκτονίας και ανικανότητας εργασίας (Koivumaa-Honkanen et al., 2004). Η δυσαρέσκεια από τη ζωή έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μικρή/φτωχή αυτό-αξιολογούμενη υγεία, που με τη σειρά της έχει σχετισθεί έντονα με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Desalvo et al., 2006).

Αποτελέσματα από μια έρευνα έδειξαν πως το επίπεδο της δυσαρέσκειας από τη ζωή ανάμεσα στους ενήλικες συσχετίζεται θετικά με επικίνδυνες συμπεριφορές

υγείας, χρόνιες ασθένειες και συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και συσχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μετά από προσαρμογές των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικό-οικονομικό τους επίπεδο (Strine et al., 2008).

Στην ίδια έρευνα, η παρουσία ενός μοναδικού παράγοντα επικινδυνότητας για την υγεία (κάπνισμα, παχυσαρκία, έντονο ποτό, φυσική αδράνεια) ή χρόνια ασθένεια (άσθμα, αρθρίτιδα, διαβήτης, καρδιακή ασθένεια) βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με περίπου 1.5 – 2.3 φορές υψηλότερη πιθανότητα για αναφορά δυσαρέσκειας από τη ζωή (Strine et al., 2008).

Άτομα με δύο ή και περισσότερους παράγοντες επικινδυνότητας για την υγεία ή χρόνιες ασθένειες ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι με τις ζωές τους απ' ότι αυτοί με μόνο μία ή καμία, προτείνοντας ότι η επίδραση των κινδύνων για την υγεία ή των εκβάσεων στην υποκειμενική ευεξία των ατόμων μπορεί να είναι προσθετική. Οι μηχανισμοί για τις συνδέσεις των επικίνδυνων παραγόντων για την υγεία και των χρόνιων ασθενειών με την δυσαρέσκεια από τη ζωή παραμένουν άγνωστοι. Έχουν όμως γίνει υποθέσεις ότι έχοντας κάποιος παράγοντες επικινδυνότητας για την υγεία ή χρόνιες ασθένειες ενδέχεται να τον οδηγήσει σε αλλαγές/μεταβολές στην προσωπικότητα, στα συναισθήματα καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισης που επιδρούν αρνητικά στην αποτίμηση των ανθρώπων για την ικανοποίησή τους από τη ζωή (Diener et al., 2003).

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να ελέγξουμε εάν οι συνέπειες που έχει η χρόνια ασθένεια στη ζωή του ατόμου συνδέονται/ συσχετίζονται με την ικανοποίηση που έχει το άτομο από τη ζωή του. Ακόμη, θέλαμε να εξετάσουμε κατά πόσο οι συνέπειες που έχει η χρόνια ασθένεια στη ζωή του ατόμου σχετίζονται με ειδικές πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικές αυτές πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή είναι 5 και είναι οι εξής: η οικογένεια, η οικονομική κατάσταση του ατόμου, η εργασία του, οι φιλικές και οι κοινωνικές του σχέσεις, καθώς και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν. Τέλος, θέλαμε να ερευνήσουμε το εάν και κατά πόσο υπάρχει κάποια διαφορά σχετικά με το φύλο όσο αφορά στις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας και την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή.

Οι υποθέσεις που έγιναν είναι οι εξής:

- **Υπόθεση 1^η**: οι συνέπειες που έχει η χρόνια ασθένεια στη ζωή του ατόμου σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης που έχει το άτομο από τη ζωή του
- **Υπόθεση 2^η**: υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας και στο βαθμό ικανοποίησης που έχει το άτομο από τη ζωή του

ΜΕΘΟΔΟΣ

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 102 άτομα με χρόνια ασθένεια. Το 43,1 % των ατόμων ήταν άνδρες (44 άνδρες) και το 56,9 % ήταν γυναίκες (58 γυναίκες). Η ηλικία τους κυμαινόταν από 20 έως 84 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 56,7 χρόνια. Όσον αφορά την εκπαίδευση το 6,9% είχε τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 23,5 % είχε τελειώσει το δημοτικό, το 14,7% το τριτάξιο γυμνάσιο, το 12,7% το λύκειο, το 7,8% ανάλογες σχολές, το 4,9% κάποιο Τ.Ε.Ι, το 27,5% κάποιο Α.Ε.Ι και το 2% είχε κάνει κάποιο μεταπτυχιακό. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση το 8,8% ήταν άγαμοι, το 64,7% ήταν έγγαμοι, το 2% σε διάσταση, το 4,9% διαζευγμένοι, το 17,6% χήροι και το 2% σε συγκατοίκηση. Το 61,8% των ατόμων ανέφερε πως έχει νοσηλευτεί για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ενώ το 37,3% δεν έχει χρειαστεί να νοσηλευτεί. Η πιο συχνές χρόνιες ασθένειες που αντιμετώπιζαν τα άτομα ήταν η υπέρταση, τα καρδιολογικά προβλήματα, ο διαβήτης. Άλλες ασθένειες λιγότερο συχνές ήταν οι ημικρανίες, ο θυρεοειδής, οστεοπόρωση, το άσθμα κ.ά.

Διαδικασία

Στην παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από φοιτητές ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης υπό την εποπτεία του καθηγητή κ.Ε.Καραδήμα, χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Ο κάθε φοιτητής είχε αναλάβει να χορηγήσει 25-30 ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους με διάστημα 15 ημερών. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και τα δεδομένα παρέμειναν εντελώς εμπιστευτικά και χρησιμοποιήθηκαν μόνο από τους ερευνητές για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Το πρώτο ερωτηματολόγιο (α΄ φάση) αφορά γενικά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων ασθενών, ενώ το δεύτερο (β΄ φάση) επικεντρώνεται στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Ο λόγος που χωρίστηκε η χορήγηση των ερωτηματολογίων σε δυο φάσεις είναι για να μην κουραστεί το άτομο κατά τη διάρκεια συμπλήρωσής τους. Η διάρκεια της συμπλήρωσης του πρώτου ερωτηματολογίου ήταν μεγαλύτερη από το δεύτερο (το πρώτο ήταν μεγαλύτερο σε έκταση από το δεύτερο).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του Γ΄ Κ.Α.Π.Η Ρεθύμνου, ύστερα από συνεννόηση με την υπεύθυνη της δομής, αλλά και φίλων και συγγενών από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον των ερευνητών. Αρχικά, γινόταν η σχετική ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας, για την εθελοντική τους συμμετοχή σε αυτή τη διαδικασία, αλλά και για την ανωνυμία των πληροφοριών. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων υπήρχε δυνατότητα βοήθειας σε τυχόν απορίες και διευκρινήσεις και γινόταν σαφές ότι ανά πάσα στιγμή ο καθένας ή η καθεμία ήταν ελεύθερος να διακόψει τη διαδικασία, χωρίς να υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Επίσης, γινόταν από την αρχή σαφές το γεγονός πως το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 2 φάσεις, και πως ήταν αναγκαία η συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων αλλά σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Έτσι από την αρχή και πριν από τη χορήγηση του πρώτου ερωτηματολογίου, ύστερα από συνεννόηση καθοριζόταν η επόμενη συνάντηση για τη συμπλήρωση του δεύτερου ερωτηματολογίου. Σε περίπτωση που κάποιος δεν μπορούσε ή δεν ήθελε την επόμενη συνάντηση, ενημερωνόταν πως αυτό δεν μπορεί να γίνει στα πλαίσια αυτής της έρευνας και τελικά δεν θα μπορούσε να συμμετέχει.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα προκειμένου να γίνει αξιολόγηση για τις συνέπειες των χρόνιων ασθενών στη ζωή του ατόμου, για την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου με κάποια χρόνια ασθένεια, αλλά και την ικανοποίησή του από συγκεκριμένες πλευρές της ζωής χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω κλίμακες:

ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ:

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια εκτιμήθηκαν με την κλίμακα Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002). Η ελληνική έκδοση του IPQ-R αποκτήθηκε από το Perception Questionnaire Website (<http://www.uib.no/ipq/index.html>). Η ελληνική έκδοση έχει την ίδια δομή και στοιχεία σε κάθε διάσταση με την πρωτότυπη κλίμακα. Προσδιορίσαμε 7 διαστάσεις από την αντίληψη της ασθένειας που συμπεριλαμβάνονται στο IPQ-R: τη χρονικότητα, τις συνέπειες (που μας αφορά εδώ) που αναφέρεται στις πιθανές συνέπειες της κατάστασης της υγείας, τον προσωπικό έλεγχο, τον έλεγχο την αντιμετώπιση, τη λογική στην ασθένεια και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας θα αναφερθούμε μόνο στην υποκλίμακα των συνεπειών. Για να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert που κυμαινόταν από το 1 ("διαφωνώ έντονα") έως το 5 ("συμφωνώ πολύ") (Cronbach $\alpha = .862$).

ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ:

Ικανοποίηση από τη ζωή. Ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή, ως έτερος δείκτης των κρίσεων για τις τρέχουσες συνθήκες ζωής, μετρήθηκε με την κλίμακα **Satisfaction with Life Scale** (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Αποτελείται από 5 θέματα – δηλώσεις (π.χ., Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες. Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική). Οι συμμετέχοντες δήλωναν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε μία δήλωση σε μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από το ‘διαφωνώ έντονα’ ως το ‘συμφωνώ πολύ’ (Cronbach $\alpha = .738$).

ΓΙΑ ΤΑ ΕΙΔΙΚΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ:

Για τα ειδικά της ικανοποίησης δεν χρησιμοποιήθηκε κάποιο υπάρχον ερωτηματολόγιο, αλλά φτιάξαμε ένα αυτοσχέδιο ώστε να δούμε την ικανοποίηση από ειδικές πλευρές της ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικές αυτές πλευρές της ικανοποίησης είναι 5 και είναι οι εξής: η οικογένεια, η οικονομική κατάσταση, η εργασία, οι φιλικές και κοινωνικές σχέσεις και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Συσχετίσεις των επιπτώσεων της χρόνιας ασθένειας με την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξάγουμε τα αποτελέσματα για τις υποθέσεις που διατυπώσαμε προηγουμένως είναι το SPSS. Αυτό που προσπαθήσαμε να ερευνήσουμε αρχικά ήταν το κατά πόσο οι επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας σχετίζονται με την ικανοποίηση που έχει από τη ζωή του αυτό το άτομο.

Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε εδώ είναι ο δείκτης συσχέτισης **Pearson r**, και ο οποίος χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου θέλουμε να ελέγξουμε την αλληλεπίδραση δύο μεταβλητών, δηλαδή το κατά πόσο οι τιμές που παίρνει η μία μεταβλητή (επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας) επηρεάζονται από τις τιμές που παίρνει η άλλη μεταβλητή (ικανοποίηση από τη ζωή του ασθενή).

Ο δείκτης συσχέτισης συμβολίζεται με r και μας πληροφορεί καταρχάς αν δύο μεταβλητές συσχετίζονται η μια με την άλλη. Επιπλέον, μας δίνει πληροφορίες για το είδος αυτής της συσχέτισης, δηλαδή για το κατά πόσο είναι θετική ή αρνητική. Τέλος, μας παρέχει πληροφορίες και για το βαθμό συσχέτισης, δηλαδή αν είναι υψηλή, μέτρια ή αρνητική (Ρούσσο & Τσαούσης, 2006).

Αυτό που βρέθηκε από τις αναλύσεις είναι πως:

Υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου, δηλαδή $r(102) = -.204, p < 0,05$. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται οι συνέπειες στη ζωή του ατόμου από τη χρόνια ασθένεια, τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του από τη ζωή.

Υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση από την οικογενειακή κατάσταση (οικογένεια) του ατόμου (1^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), δηλαδή $r(102) = .259, p < 0,05$. Αυτό με άλλα λόγια,

σημαίνει πως όσο αυξάνονται οι συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση του ατόμου από την οικογένειά του.

Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση του ατόμου από την οικονομική του κατάσταση (2^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), δηλαδή $r(102) = ,112$, $p > 0,05$.

Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία του (3^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), δηλαδή $r(57) = ,077$, $p > 0,05$.

Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση του ατόμου από τις φιλικές και τις κοινωνικές του σχέσεις (4^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), δηλαδή $r(102) = -,026$, $p > 0,05$.

Υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση του ατόμου από τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν (5^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), δηλαδή $r(102) = -,262$, $p < 0,05$. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται οι συνέπειες στη ζωή του ατόμου από τη χρόνια ασθένεια, τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του από τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν.

Τα αποτελέσματα από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προαναφέρθηκαν φαίνονται αναλυτικότερα στον επόμενο πίνακα (**πίνακα 1**).

Πίνακας 1. Συσχετίσεις των συνεπειών με την ικανοποίηση από τη ζωή και τις ειδικές πλευρές της ικανοποίησης

	συνέπειες	Ικανοποίηση από τη ζωή	Ls ειδικό 1	Ls ειδικό 2
Συνέπειες pearson cor.	1	-,204*	,259**	,112
Ικανοποίηση από τη ζωή	-,204*	1	,198*	,250*
Οικογένεια	,259**	,198*	1	,409**
Οικονομική κατάσταση	,112	,250*	,409**	1
Εργασία	,077	,456**	,429**	,445**
Φιλικές και κοινωνικές σχέσεις	-,026	,350*	,437**	,332**
Γενικότερες συνθήκες που επικρατούν	-,262**	,209*	,107	,085

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις συνέπειες και στο βαθμό ικανοποίησης που έχει το άτομο από τη ζωή του

Αφού ελέγξαμε το αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές που μας απασχολούν, στη συνέχεια θελήσαμε να ερευνήσουμε το αν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο και σε αυτές τις μεταβλητές. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε το **t-test**, το οποίο είναι το κριτήριο που χρησιμοποιούμε για να υπολογίσουμε τις τυχόν διαφορές που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα σε αυτά τα δείγματα.

Υποθέσαμε πως θα υπάρξει κάποια διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες αναφορικά με τις συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια και την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου.

Αυτά που βρέθηκαν είναι τα εξής:

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με τις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας, $t(10) = ,865$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου, $t(10) = 1,770$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με και την ικανοποίηση από τη οικογενειακή ζωή του ατόμου (1^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), $t(10) = ,684$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την ικανοποίηση από τη οικονομική κατάσταση του ατόμου (2^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), $t(10) = 1,470$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία του ατόμου (3^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), $t(10) = 1,489$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την ικανοποίηση από τις φιλικές και κοινωνικές σχέσεις του ατόμου (4^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), $t(10) = -,361$, $p > 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την ικανοποίηση από τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν (5^η ειδική πλευρά της ικανοποίησης), $t(10) = -,379$, $p > 0,05$.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (**πίνακα 2**).

Πίνακας 2. Διαφορές φύλου ως προς συνέπειες, ικανοποίηση από τη ζωή και ειδικές πλευρές ικανοποίησης

	t	df
Συνέπειες	,865	10
Ικανοποίηση από τη ζωή	1,770	10
Οικογένεια	,684	10
Οικονομική κατάσταση	1,470	10
Εργασία	1,489	5
Φιλικές και κοινωνικές σχέσεις	-,361	10
Γενικότερες συνθήκες που επικρατούν	-,379	10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα τις συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας και την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου, και πιο συγκεκριμένα να εντοπίσουμε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση με κάποια συγκεκριμένη πλευρά της ικανοποίησης. Οι πλευρές της ικανοποίησης που εξετάσαμε είναι 5 και είναι οι: η οικογένεια, η οικονομική κατάσταση, η εργασία, οι φιλικές και κοινωνικές σχέσεις και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν.

Οι συνέπειες των χρόνιων ασθενειών είναι πολλές και αφορούν αρκετούς και ιδιαίτερα σημαντικούς τομείς της ζωής του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές οι τομείς που επηρεάζονται είναι ο τομέας της φυσικής εξασθένησης, ο κοινωνικός και ο ψυχολογικός τομέας, με τον καθένα από αυτούς να περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους. Η σημαντικότητα αυτή είναι που καθιστά το θέμα των συνεπειών από μια χρόνια ασθένεια ένα θέμα με τόσο μεγάλο ενδιαφέρον, γιατί είναι ο τομέας που εάν ερευνήσουμε μπορεί να μας δώσει κάποιες προτάσεις για παρέμβαση με σκοπό την προαγωγή της ζωής των χρόνιων ασθενών.

Επίσης και το θέμα της ικανοποίησης από τη ζωή του ατόμου με κάποια χρόνια ασθένεια είναι ένα ενδιαφέρον θέμα, καθώς ο όρος αναφέρεται στη γνωστική αποτίμηση ενός ατόμου για τη ζωή του και το βαθμό στον οποίο οι ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες είναι ικανοποιημένες. Εμπεριέχει την αποτίμηση από την ζωή του ατόμου συγκριτικά με το τι προσδοκούσε από τη ζωή του γενικά. Όσο λιγότεροι οι στόχοι και οι προσδοκίες που επιτεύχθηκαν, τόσο μικρότερη και η ικανοποίηση (Enkvist, Ekstrom & Elmstahl, 2011).

Από κοινού λοιπόν τα δύο αυτά θέματα, θεωρούμε πως παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατανόηση των χρόνιων ασθενειών έτσι όπως το βιώνουν οι ίδιοι οι ασθενείς και πως έχουν πολλά να προσφέρουν στην έρευνα αυτού του τομέα. Οι έρευνες για τις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας στη ζωή του ασθενούς είναι πολλές και αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, ενώ οι έρευνες που ασχολούνται με την ικανοποίηση από τη ζωή του ασθενούς με κάποια χρόνια ασθένεια δεν είναι τόσες πολλές.

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια για να ερευνηθεί το εάν οι συνέπειες που βιώνει το άτομο που έχει κάποια χρόνια ασθένεια σχετίζονται με κάποια τρόπο με την ικανοποίηση που νιώθει το άτομο αυτό από τη ζωή του τόσο γενικά, όσο και συγκεκριμένα ως προς 5 ειδικές πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν για τις συνέπειες και την ικανοποίηση από τη ζωή ότι έχουν μία αρνητική συσχέτιση, υποδεικνύοντας πως όσο αυξάνονται οι επιπτώσεις από τη χρόνια ασθένεια στη ζωή του ασθενούς, τόσο μειώνεται η ικανοποίηση από τη ζωή του γενικότερα. Δηλαδή το άτομο με κάποια χρόνια ασθένεια, θα είναι λιγότερο ικανοποιημένο με τη ζωή του, όσο οι δυσάρεστες συνέπειες από την ασθένειά του γίνονται ολοένα και περισσότερες. Αυτό θα μπορούσε να γίνει εύκολα κατανοητό, υπό το πλαίσιο των σοβαρών συνεπειών που αναφέραμε και σε προηγούμενη ενότητα και ιδιαίτερα όσο αφορά τις επιπτώσεις στον ψυχολογικό τομέα του ασθενούς. Όπως αναφέραμε, τα υψηλά επίπεδα άγχους αλλά και κατάθλιψης υπάρχουν όταν κάποιος βιώνει μια χρόνια ασθένεια, και ίσως περισσότερο στην αρχική της φάση, και αυτό ίσως να σχετίζεται με τα αποτελέσματά μας.

Ακόμη, θελήσαμε να εξετάσουμε εάν υπάρχει κάποιος τομέας της ζωής του ασθενούς, που οι συνέπειες από τη χρόνια ασθένεια να τον επηρεάζουν περισσότερο. Αυτό θεωρήσαμε πως εκτός από την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος, θα βοηθήσει και στην πιο αποτελεσματική παρέμβαση που μπορεί να γίνει αναφορικά με την ικανοποίηση που θα νιώθει το άτομο από τη ζωή του με μία χρόνια ασθένεια. Αυτό που βρέθηκε από τα αποτελέσματα είναι πως οι ειδικές πλευρές της ικανοποίησης από τη ζωή του ασθενούς που επηρεάζονται από τις συνέπειες της ασθένειας είναι η οικογένεια, στην οποία εμφανίζεται μία θετική συσχέτιση και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν, όπου εμφανίζεται μια αρνητική συσχέτιση με τις συνέπειες της ασθένειας. Οι υπόλοιποι τρεις τομείς ικανοποίησης, δηλαδή η οικονομική κατάσταση, οι φιλικές και κοινωνικές σχέσεις του ασθενούς και η εργασία, δεν φάνηκε να επηρεάζονται από τις συνέπειες της ασθένειας. Πράγματι, αυτό το αποτέλεσμα σχετικά με την οικογένεια, που υποδεικνύει το γεγονός πως όσο οι επιπτώσεις από την ασθένεια αυξάνονται, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή του από την οικογένειά του, επιβεβαιώνεται από το ότι οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά αναφέρουν πως αισθάνονται πιο κοντά και σε περισσότερη επαφή με την οικογένεια (Sanderson, 2004).

Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο (άνδρες- γυναίκες) και τις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας, την ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου γενικά, αλλά και ειδικά ως προς την ικανοποίηση στις 5 πλευρές της που μετρήσαμε. Αυτό μας δείχνει πως ανάμεσα στα δύο φύλα δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές για τις μεταβλητές που προαναφέρθηκαν.

Τα παραπάνω ευρήματα της έρευνας σε συνδυασμό με αυτά που ήδη υπάρχουν μέχρι σήμερα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να βοηθήσουν στην εύρεση τρόπων για την μείωση των ανεπιθύμητων συνεπειών από τη χρόνια ασθένεια στη ζωή των ασθενών αλλά και την όσο το δυνατό μεγαλύτερη ικανοποίηση που μπορεί να έχουν από τη ζωή τους. Ακόμη, θα μπορούσε να δοθεί περισσότερη έμφαση σε τομείς που το έχουν περισσότερο ανάγκη, όπως η ικανοποίηση από την οικογένεια του ασθενούς αλλά και οι γενικότερες συνθήκες που επικρατούν. Θεωρούμε πως οι προσπάθειες αυτές μέσω προγραμμάτων παρέμβασης και άλλων τέτοιων τρόπων θα έπρεπε να είναι άμεσες καθώς, η δυσαρέσκεια από τη ζωή (δηλαδή η μη ικανοποίηση) έχει αναγνωριστεί ως επικίνδυνος παράγοντας για τα παρακάτω: αίτιο θνησιμότητας, αυτοκτονίας και ανικανότητας εργασίας (Koivumaa-Honkanen et al., 2004) και η δυσαρέσκεια από τη ζωή έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μικρή/φτωχή αυτό-αξιολογούμενη υγεία, που με τη σειρά της έχει σχετισθεί έντονα με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Desalvo et al., 2006).

Όμως, ένα άλλο σημαντικό ζήτημα της έρευνας μας που δεν θα πρέπει να παραλείψουμε είναι και το γεγονός πως υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί σε αυτή την έρευνα. Ένας πρώτος περιορισμός αφορά στο δείγμα, το οποίο είναι σχετικά μικρό, κάτι το οποίο δεν το καθιστά και τόσο αντιπροσωπευτικό όσο θα έπρεπε προκειμένου να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας. Ακόμη, ένα δεύτερο ζήτημα που ίσως μας περιορίζει είναι το γεγονός πως η έρευνα συμπεριέλαβε ένα ευρύ φάσμα από χρόνιες ασθένειες, κάτι το οποίο δεν θα μας βοηθούσε τόσο πολύ στο να γενικεύσουμε τα ευρήματά μας, και ιδιαίτερα αυτά που αφορούν στις συνέπειες, καθώς η κάθε ασθένεια έχει διαφορετικές επιπτώσεις στο άτομο. Ένα τρίτο θέμα αφορά στο γεγονός πως χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες δύο ερωτηματολόγια, σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους και αυτό ήταν από την αρχή της έρευνας ένα θέμα που μας απασχόλησε, γιατί σε κάποιες περιπτώσεις κάποιο κομμάτι του δείγματος χάθηκε, αφού δεν μπορέσαμε να βρούμε τους συμμετέχοντες τη δεύτερη

φορά και άρα έπρεπε να ψάξουμε ξανά για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων εκ νέου.

Οι μελλοντικές έρευνες που θα διεξαχθούν με αυτού του είδους τη θεματολογία, θα μπορούσαν να περιοριστούν σε λιγότερες ασθένειες για να επικεντρωθούν περισσότερο σε αυτές, καθώς και να περιορίσουν το εύρος της χρονικής διάρκειας της χρόνιας ασθένειας του ατόμου, προκειμένου τα ευρήματα τους να δώσουν πιο σαφή αποτελέσματα για κάποια συγκεκριμένη φάση της ασθένειας (π.χ. στην αρχική ή στη χρόνια φάση της ασθένειας πως σχετίζονται οι συνέπειες με την ικανοποίηση από τη ζωή). Ακόμη, θα μπορούσε μία επόμενη έρευνα να εξετάσει αντί για το ρόλο του φύλου, δηλαδή το εάν υπάρχουν διαφορές ως προς αυτό, να ερευνήσει εάν και άλλες μεταβλητές διαδραματίζουν κάποιοι ρόλο, όπως για παράδειγμα κοινωνικοί ή οικονομικοί παράγοντες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abeguende, D.O., & Stanciole, A.E. (2008). The economic impact of chronic diseases: How do households respond to shocks? Evidence from Russia. *Social Science and Medicine*, 66, 2296-2307.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Ποταμιάνος, Γ. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Anderson, N.B., & Anderson, P.E. (2003). *Emotional longevity: What really determines how long you live*. New York: Viking.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bisschop, I.M., Didi, Kriegsman, D.M.W., Beekman, A.T.F. , & Deeg, D.J.H. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59, 721-733.
- Campen, C., & Cardol, M. (2009). When work and satisfaction with life do not go hand in hand: Health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. *Social Science and Medicine*, 69, 56-60.
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B., & Malm, D. (2011). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, xx, xxx-xxx.

DeSalvo, K.B. , Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-related question. A meta-analysis. *Journal General International Medicine*, 21, 267-275.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403 – 425.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being – three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Enkvist, A., Ekstrom, H., & Elmstahl, S. (2011). What factors affect Life Satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics* xxx, xxx-xxx.

Franssen, P.M.L., Bultmann, U., Kant, I. , & Amelsvoort, L.G.P.M. (2003). The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 339-344.

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Brilman, I.E., Kempen, I.J.M.G. , & Ormel, J. (2001). Chronic disease in elderly couples. Are women more responsive to their spouse's health condition than men? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 693-696.

Hagger, M.S, & Orbell, S. (2003). A Meta-analytic review of the Common-sense model of illness representations. *Psychology and Health, 18*, 141-184.

Huw, Y.J., Coates, V.E., & Boore, J.R.P. (2001). The health behaviour of Chinese people with chronic illness. *International Journal of Nursing Studies, 38*, 629-641.

Hyypa, M.T. , & Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal Clinical Epidemiology, 42* (7), 633-638.

Καλαντζή – Αζίζι, Α. (1985). *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Koivumaa-Honkanen, H., Koskenvuo, M., Honkanen, R.J., Viinamaki, H., Heikkila, K., & Kaprio, J., 2004. Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychological Medicine, 34*, 221–228.

Κοκκέβη, Α. (2008). *Η Ψυχολογία στην Ιατρική Πράξη. Εισαγωγή στην ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά, στις αποκλίσεις τους και στις ασθένειες*. Αθήνα: Guttenberg.

Leventhal, H. , & Diefenbach, M. (1992). Illness cognition: using Common Sense Model to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 143-163.

Llewellyn, C.D., McGurk, M., & Weinman, 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 over time? *Journal of Psychosomatic Research*, *63*, 17-26.

Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-related health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*, *55*, 364-370.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.T., Home, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IRQ-R). *Psychology & Health*, *17*, 1-16.

Munir, F., Leka, S., & Griffiths, A. (2005). Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Social Science & Medicine*, *60*, 1397-1407.

Παπαδάτου, Δ. , & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Pennix, B.W.J.H., Beekman, A.T.F., Ormel, J., Kriegsman, D.M.W., Boeke, A.J.P., Van Eijk, J.T.M. ,& Deeg, D.J.H. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, *40* (5), 521-534.

Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, *17*, 124-131.

Ρούσσοι, Π.Α. ,& Τσαούσης, Γ. (2006). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Sanderson,A.C. (2004). *Health Psychology*. Wiley International Edition.

Sarafino, P.E. (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. John Wiley and Sons.INC.

Strine , T.W., Chapman, D.P., Blluz, L.S., Moriarty,D.G., & Mokdad, A.H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related Quality of Life, chronic illness and health behaviors among US community dwelling adults. *Journal Common Health, 33*, 40-50.

Thorne, S.E., Nyhlin, K.T., & Paterson, B.L. (2000). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies, 37*, 303-311.

Verhaak, P.F.M., Heijmans, J.W.M., Peters, L. ,& Rijken, M. (2005). Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine, 60*, 789-797.

Vossen, C.Y., Meer, F.J.M. , & Rosendaal, F.R. (2007). Using the Common Sense Model to predict risk perception and disease related worry in individuals at increased risk for venous thrombosis. *Health Psychology, 26 (6)*, 807-812.

Wang, C., O' Neil, S.M., Rothrock, N., Gramling, R., Sen, A., Acheson, L.S., Rubinstein, W.S., Nease, D.E. , & Ruffin, M.T. (2009). Comparison of risk

perceptions and beliefs across common chronic diseases. *Preventive Medicine*, 48, 197-202.

Wellard, S. (1998). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 49-55.