



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ, Ο
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ Η
ΕΥΕΞΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ»**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ε. Χ ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: ΑΓΑΘΑΓΓΕΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Α.Μ. : 1808

Ρέθυμνο, 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Περίληψη...-3-

Εισαγωγή...-4-

Μέρος Α': Το θεωρητικό υπόβαθρο των μεταβλητών

1. Χρόνια ασθένεια...-5-

2. Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ)...-6-

3. Ιατρικά δεδομένα...-8-

4. Αναπαραστάσεις της ασθένειας...-11-

α. Προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος...-15-

β. Συναισθηματικές αναπαραστάσεις ...-18-

5. Ευεξία...-22-

6. Φύλο και Καρδιακές παθήσεις...-23-

7. Ηλικία και καρδιακές παθήσεις...-25-

Μέρος Β': Η έρευνα

1. Διατύπωση των στόχων και των υποθέσεων της έρευνας...-26-

2. Μεθοδολογία της έρευνας

α. Συμμετέχοντες...-29-

β. Διαδικασία...-30-

γ. Ψυχομετρικά εργαλεία...-31-

δ. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης δεδομένων...-32-

3. Αποτελέσματα...-36-

4. Συμπεράσματα...-40-

5. Περιορισμοί...-43-

Μέρος Γ': Βιβλιογραφία...-44-

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με κάποιες πτυχές των καρδιακών παθήσεων. Μέσα από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε μελετήθηκαν οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, η ευεξία αλλά και ο έλεγχος ασθενών που τους έχει διαγνωστεί κάποια καρδιακή πάθηση. Σκοπός της έρευνας ήταν να ερευνηθεί κατά πόσο συσχετίζονται αυτοί οι παράγοντες μεταξύ τους, αλλά και κατά πόσο συσχετίζονται με την χρόνια αυτή ασθένεια κάποιοι άλλοι παράγοντες, όπως το φύλο.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 67 συμμετέχοντες, στους οποίους είχε διαγνωστεί κάποιο είδος καρδιακής πάθησης. Για την διεξαγωγή των συμπερασμάτων πραγματοποιήθηκαν δύο φάσεις, στις οποίες οι ίδιοι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Αφού αναλύθηκαν τα δεδομένα επιβεβαιώθηκαν κάποιες από τις ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.

Λέξεις κλειδιά : χρόνια ασθένεια, καρδιακή πάθηση, προσωπικός έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος, συναισθηματικές αναπαραστάσεις, ευεξία, φύλο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος δίνεται ένα θεωρητικό υπόβαθρο όλων των μεταβλητών που εξετάστηκαν στο δεύτερο μέρος. Προτού όμως εξεταστούν οι συγκεκριμένες έννοιες χρειαζόταν να γίνει μία γενική αναφορά στις χρόνιες ασθένειες και να γίνει μία μικρή έκθεση συγκεκριμένα για τις καρδιακές παθήσεις, έτσι ώστε να μπορεί κάποιος να λάβει μία γενική εικόνα. Στη συνέχεια του πρώτου μέρους γίνεται αναφορά στις καρδιακές παθήσεις από ιατρική πλευρά, ενώ μετά μελετώνται οι αντιλήψεις που έχουν συνήθως τα άτομα για την ασθένεια τους. Ως προς τις αντιλήψεις για την ασθένεια δίνεται βάση σε αυτές που μελετώνται και στην έρευνα. Δεν θα μπορούσαμε, ωστόσο, να κλείσουμε το θεωρητικό μέρος εάν δεν παραθέταμε και κάποια συμπεράσματα από προηγούμενες μελέτες που ερευνούσαν κάποιους παράγοντες επικινδυνότητας της ασθένειας, όπως είναι η ηλικία αλλά και το φύλο.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αναφέρεται στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Συγκεκριμένα, ξεκινάει με τους στόχους που είχε η έρευνα και της υποθέσεις που είχαν γίνει πριν τη διεξαγωγή της. Στη συνέχεια αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας, δίνονται δηλαδή στοιχεία για τους συμμετέχοντες, τη διαδικασία της έρευνας, τα ψυχομετρικά εργαλεία, αλλά και τις μεθόδους στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν. Αφού, λοιπόν, αναλύθηκαν τα στατιστικά δεδομένα, παρατίθενται τα αποτελέσματα που βρέθηκαν από την έρευνα, ενώ στη συνέχεια αναφέρονται τα συμπεράσματα που βγήκαν από τη συγκεκριμένη έρευνα καθώς και οι περιορισμοί της.

A' ΜΕΡΟΣ

1.ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στις μέρες μας, οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στις αναπτυγμένες χώρες τουλάχιστον είναι χρόνιες. Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που γίνεται προσπάθεια για να ελεγχθούν (Καραδήμας Ε., 2005). Βέβαια, τα τελευταία χρόνια η διαχείριση χρόνιων ασθενειών έχει βελτιωθεί λόγω της χρήσης ρυθμιστικών φαρμάκων και της βελτιωμένης ιατρικής παρακολούθησης (Swedberg, K., Cleland, J. et al.,2008).

Συμπερασματικά, λοιπόν, οι περισσότεροι άνθρωποι ζώντας πλέον μεγαλύτερα από ότι στο παρελθόν χρονικά διαστήματα, 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 από Καραδήμας Ε.,2005). Ωστόσο, κάποια στοιχεία όπως ο φόβος και η ανησυχία συνήθως δεν εξαλείφονται πλήρως.

Είναι γεγονός όμως, ότι η χρόνια ασθένεια θεωρείται κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και μπορούν να επηρεάσουν άτομα όλων των ηλικιών, φύλου, εθνικότητας και κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων (Sheikh A., Marotta S.,2008).

Τέλος, μια εμφανής επίπτωση στην παρουσία μίας χρόνιας ασθένειας θεωρείται ότι είναι η αλλαγή της οπτικής των ανθρώπων για την υγεία τους, η οποία συσχετίζεται με την ποιότητα της ζωής (Johansson P., Brostrom A., Dahlstrom U., Alehagen U., 2008).

2.ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο και γι' αυτό το λόγο δεν μπορεί να υπάρξει ακριβής ορισμός. Οι περισσότεροι που επιθυμούν να προσδιορίσουν την καρδιακή ανεπάρκεια αναφέρονται σε τυπικά συμπτώματα. Γενικά, η κατάσταση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι πιο συχνό φαινόμενο σε ηλικίες κυρίως άνω των 50 ετών, καθώς αυξάνονται τα χρόνια ηλικίας. Βέβαια, δεν είναι καθόλου απίθανο να παρουσιάζεται κάποιες φορές και στις νεότερες ηλικίες.

Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου είναι γνωστοί (παρατίθενται στη συνέχεια) και γι' αυτό το λόγο υπάρχουν στρατηγικές πρόσληψης που μπορούν να επιδράσουν θετικά για την καταπολέμηση της ασθένειας. (Krum H., Abraham W., 2009).

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια θεωρείται μία εξουθενωτική ασθένεια για το άτομο. Η χρόνια αυτή ασθένεια περιορίζει την φυσική δραστηριότητα, διακόπτει τις κοινωνικές συναναστροφές και προκαλεί υψηλά επίπεδα ψυχολογικής αναστάτωσης. Η καρδιακή ανεπάρκεια θεωρείται μία ασθένεια με πολλές διαστάσεις συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής, της φυσικής, και της νοητικής υγείας, ενώ οι ασθενείς με αυτή τη χρόνια νόσο είναι πιο πιθανόν να ζήσουν την εμπειρία μιας εισαγωγής τους σε νοσοκομείο ή ακόμη και να φτάσουν στο θάνατο εξαιτίας της ασθένειας τους. (Johansson P., Brostrom A., Dahlstrom U., Alehagen U.,2008)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας έχει βελτιωθεί, ενώ η διάρκεια ζωής των ασθενών μετά την διάγνωση έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Παρόλα αυτά, η θνησιμότητα παραμένει ακόμα σε υψηλά επίπεδα και οι νοσηλείες είναι αρκετά συχνές (Swedberg, K., Cleland, J.,et al.,2008).

Οι καρδιακές παθήσεις θεωρούνται η κυριότερη αιτία θνησιμότητας. Είναι υπεύθυνες για περίπου το 50% όλων των θανάτων (συγκεκριμένα ένας στους 2,5 θανάτους).

Σύμφωνα με το American Heart Association(2004), έρχεται πιο ψηλά σε επίπεδο θνησιμότητας ακόμα και από τον καρκίνο, το AIDS, και άλλες αιτίες θανάτου(Sheikh A., Marotta S., 2008).

Ωστόσο, η θνησιμότητα από καρδιακές ασθένειες έχουν μειωθεί περίπου τις τελευταίες δεκαετίες στις βιομηχανικές χώρες. Παρόλα αυτά οι καρδιακές παθήσεις παραμένουν κύρια αιτία θανάτου, αν και έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες από γιατρούς, διοικητικούς υπαλλήλους και πολιτικούς για να μειωθεί ο κίνδυνος και να βελτιωθεί η πρόγνωση των ασθενειών(Joensen A., Jensen M., et al., 2009).

Ωστόσο, σύμφωνα με κάποια άλλη άποψη, οι εξελίξεις στην ιατρική και στη διατροφή έχουν μετατρέψει τις καρδιαγγειακές παθήσεις από μία κύρια και θανατηφόρα ασθένεια σε χρόνια ασθένεια. Ακόμη, στις μέρες μας, η καρδιακή ασθένεια αλληλεπιδρά με άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως η αρθρίτιδα, αυξάνοντας το ποσοστό αναπηρίας. Γι' αυτό το λόγο υπάρχει μία αυξανόμενη ανάγκη για προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης τα οποία βοηθούν να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών μειώνοντας τα συμπτώματα και αυξάνοντας τις λειτουργικές τους ικανότητες.(Shifren K., 2003).

Συμπερασματικά λοιπόν, εφόσον η καρδιακή ανεπάρκεια, σύμφωνα με το National Academy on an Aging Society(2000), θεωρείται πλέον αιτία πρόωρης μόνιμης αναπηρίας, οι εγχειρήσεις καρδιάς και οι σχετικές διαδικασίες, πολλές από τις οποίες έσωσαν αρκετές ζωές, αυξήθηκαν σχεδόν 400% τις τελευταίες δύο δεκαετίες(AI A., Peterson C., et al., 2005).

Συνεπώς, λοιπόν, και εφόσον πολλά είναι τα άτομα τα οποία ζουν με κάποια μορφή καρδιακής πάθησης είναι σημαντικό να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής, ενώ η θεραπεία και η διευθέτηση των καρδιακών παθήσεων να αποτελούν βασικό μέλημα τους (Sheikh A., Marotta S., 2008).

3.ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ορίζεται στην ιατρική ως ένα ετερογενές σύνδρομο. Στο σύνδρομο αυτό μία διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας είναι υπεύθυνη για την αδυναμία της καρδιάς να αντλήσει αίμα επαρκώς, προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβολικές ανάγκες των ιστών. Αυτό επιτυγχάνεται μόνο σε παθολογικά υψηλές διαστολικές πιέσεις ή όγκους. Γενικά, η ΚΑ μπορεί να προκύψει σαν αποτέλεσμα παθολογικής συσταλτικότητας του μυοκαρδίου ή λόγω αυξημένης κοιλιακής δυσκαμψίας ή παθολογικής μυοκαρδικής χάλασης ή εξαιτίας μιας ποικιλίας άλλων καρδιακών διαταραχών (π.χ. στένωση ή ανεπάρκεια βαλβίδων). Καθώς και σε καταστάσεις τις οποίες η καρδιά αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις περιφερικής αιματικής ροής ή μεταβολισμού. Η ΚΑ μπορεί να οφείλεται είτε σε μία οξεία βλάβη της καρδιακής λειτουργίας (ένα μεγάλο έμφραγμα μυοκαρδίου) ή συχνότερα σε μία χρόνια νόσο (Goldman L., Bennett C.J.).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αναφέρονται σε ένα μεγάλο εύρος διαταραχών του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του και μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κυρίως τύπους. Η στεφανιαία νόσος, οι διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και η καρδιομυοπάθεια αποτελούν τα είδη της καρδιαγγειακής νόσου. Μάλιστα, όσον αφορά την στεφανιαία νόσο, αυτή σχετίζεται με τη λειτουργία των καρδιακών αρτηριών και οφείλεται κυρίως στην αθηροσκλήρυνση. Επίσης, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο εμφανίζουν μία σειρά σοβαρών προβλημάτων, όπως στηθάγχη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και κοιλιακές αρρυθμίες (Καραδήμας, 2005).

Οι ασθενείς υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσουν συμπτώματα. Υπάρχει βέβαια περίπτωση ασθενείς με σοβαρή καρδιαγγειακή νόσο να είναι πλήρως ασυμπτωματικοί. Επειδή τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, είναι αναγκαίο οι ασθενείς να εκτιμώνται προσεκτικά προκειμένου να επιτευχθεί πρόωμη ανακάλυψη της

καρδιαγγειακής νόσου και να αρχίσει άμεσα η κατάλληλη θεραπεία.

Τα κύρια συμπτώματα των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι τα εξής: θωρακικός πόνος ή δυσφορία, δύσπνοια – παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια – αίσθημα παλμών – ζάλη – συγκοπή, βήχας – αιμόπτυση, αδυναμία – εξάντληση, πόνος στα άκρα μετά από άσκηση-οξύ πνευμονικό οίδημα- οίδημα και κατακράτηση υγρών- κοιλιακά και γαστρεντερικά συμπτώματα(Goldman L., Bennett C.J.). Ο τυπικός καρδιακός ασθενής μπορεί να έχει συμπτώματα υπέρτασης, διαβήτη, χρόνιας ασθένειας πνευμόνων ή νευρικής δυσλειτουργίας. Επιπρόσθετα, μπορεί να είναι παρούσες άλλες ασθένειες, όπως η οστεοπόρωση (Caldwell P., Arthur H.,2009).

Ωστόσο, ως προς τους παράγοντες κινδύνου των καρδιακών παθήσεων θα μπορούσαν να αναφερθούν οι παρακάτω. Κάποιοι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το αρσενικό γένος και το θετικό οικογενειακό ιστορικό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Ακόμη, μεγάλη σημασία για την εμφάνιση κάποιας καρδιακής ασθένειας έχει το κάπνισμα, η υπέρταση, η χαμηλή φυσική δραστηριότητα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος, κάποιες γεννητικές ορμόνες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αλλά και η συνεργεία των παραγόντων κινδύνου (Goldman L., Bennett C.J.). Ακόμη, παράγοντες κινδύνου αποτελούν η παχυσαρκία, η αθηροσκληρωτική ασθένεια ή το μεταβολικό σύνδρομο. Τέλος, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν καρδιοτοξίνες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για κάποια καρδιακή ανεπάρκεια. (Krum H., Abraham W.,2009).

Τα ποσοστά θνητότητας των ασθενών με καρδιακές παθήσεις είναι αυξημένα, ενώ η συχνότερη αιτία καρδιαγγειακής αναπηρίας και θανάτων στις ΗΠΑ θεωρείται ότι είναι η στηθάγχη και το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (Tierney L., McPhee S., Papadakis M.,2001). Από την άλλη πλευρά και σύμφωνα με το American Heart Association(1997), περίπου 13,5 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες υποφέρουν από στεφανιαία καρδιακή νόσο, με εκατομμύρια από αυτούς να έχουν σοβαρά λειτουργικά προβλήματα (Duberstein P.R., 2000).

Ωστόσο, η Υπερτροφική Καρδιομυοπάθεια είναι η πιο κοινή αιτία ξαφνικού καρδιακού θανάτου στους νέους, ειδικά στους νέους αθλητές (σχεδόν το 1/3 των θανάτων στους νέους αθλητές) (Cheng T., 2008). Επιπλέον, αν και υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στην ΚΑ και την προχωρημένη ηλικία,, η ετήσια επίπτωση νέων περιπτώσεων αυξάνει από λιγότερο του ένα προς χίλιους ασθενείς ανά έτος για ηλικίες κάτω των 45 χρόνων, ενώ φτάνουν τους δέκα ανά χίλιους ασθενείς για ηλικίες μέχρι 65. Τέλος, φτάνει τους τριάντα ανά χίλιους (3%) σε άτομα πάνω από 80 χρόνων (Goldman L., Bennett C.J.).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η λήψη προσεκτικού και πλήρους ιατρικού ιστορικού του ασθενή, η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις, βοηθούν στο να καθοριστεί η αιτιολογία οποιουδήποτε καρδιακού προβλήματος, να αξιολογηθεί. Επίσης, να ποσοτικοποιηθεί κάθε ανατομική ανωμαλία, να καθοριστεί η φυσιολογική κατάσταση των βαλβίδων του μυοκαρδίου ή του συστήματος αγωγής, να καθοριστεί η λειτουργική ικανότητα της καρδιάς, να υπολογιστεί η πρόγνωση και να δοθούν οδηγίες για πρωτογενή ή και δευτερογενή πρόγνωση. Η κύρια στρατηγική πρόληψης περιλαμβάνει τροποποίηση της διατροφής, θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας, διακοπή του καπνίσματος και ικανοποιητική άσκηση, που θα πρέπει να είναι τμήμα της προσέγγισης κάθε ασθενή με ή χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. (Goldman L., Bennett C.J.).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο ανώμαλος έλεγχος της γλυκόζης είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο σε ασθενείς με καρδιαγγειακή πάθηση(Anselino M.,Ohrvik J., et al., 2008). Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στους διαβητικούς ασθενείς η οξεία υπεργλυκαιμία κατά τη διάρκεια ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου προβλέπει δυσμενή βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και θνησιμότητα. Αντίθετα, η χρόνια υπεργλυκαιμία συσχετίζεται με αύξηση μακροπρόθεσμων καρδιακών επιπλοκών (Piga R. Et al.,2007)

4.ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια (illness representation) αποτελούνται από τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των ασθενών για την ασθένεια τους και δίνουν έμφαση στο μοντέλο που κατασκευάζουν οι ασθενείς για την κατάσταση τους. Οι ασθενείς εμφανίζουν τέτοια νοητικά μοντέλα των σωματικών τους αλλαγών τα οποία δείχνουν είτε εφήμερα συμπτώματα είτε μια μακροχρόνια αρρώστια. Τα μοντέλα των ατόμων για την ασθένεια τους είναι από τη φύση τους προσωπικά και οι ασθενείς είναι συχνά διστακτικοί να συζητήσουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ασθένεια, καθώς φοβούνται την σύγκρουση με τον γιατρό τους ή τον κίνδυνο να θεωρηθούν ανόητοι ή ανενημέρωτοι. Τα μοντέλα, βέβαια, αυτά ποικίλουν ανάλογα με την χρόνια ασθένεια, ενώ η κατανόηση των αναπαραστάσεων για την ασθένεια είναι αναγκαία για την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών. (Weinman J., Petrie K., et al., 1996).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι επιστήμονες θεωρούν ότι οι αναπαραστάσεις των ασθενών σχετικά με την ασθένεια τους καθορίζουν σημαντικά τη συμπεριφορά τους απέναντι στην ασθένεια (Walker M., 2007).

Οι αναπαραστάσεις αυτές αναφέρονται γενικά στην κατανόηση από τους ασθενείς για την εμπειρία της ασθένειας τους με σκοπό το σωστό χειρισμό σε συναισθηματικό, νοητικό και "φυσιολογικό" επίπεδο (Leventhal, Meyer & Merenz, 1980 et al., από Hermele S., Olivo E., et al., 2007). Υπάρχει στους ανθρώπους μια φυσική επιθυμία να κατανοήσουν τις ασθένειες τους ώστε να αναπτύξουν μηχανισμούς διαχείρισης και να προσαρμοστούν στο ρόλο τους ως ασθενείς (Bishop & Converse, 1986; Hagge & Orbell, 2003 από Hermele S., Olivo E., et al., 2007).

Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον Leventhal κάποια ερεθίσματα, όπως τα συμπτώματα, δημιουργούν γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια και την απειλή της υγείας. Αυτές οι αναπαραστάσεις επεξεργάζονται παράλληλα σε τρία στάδια.

Πρώτα ο ασθενής δημιουργεί την αντίληψη της ασθένειας ή της απειλής της υγείας, μετά υιοθετεί τις κατάλληλες συμπεριφορές για να τις αντιμετωπίσει και τέλος εκτιμάει την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα του σταδίου της εκτίμησης τροφοδοτούν τη δημιουργία των αναπαραστάσεων της ασθένειας και την υιοθέτηση των συμπεριφορών (Broadbent E., Petrie K., et al., 2006).

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στον εντοπισμό των αναπαραστάσεων για την ασθένεια, όπως ανοιχτού τύπου συνεντεύξεις και ανάλυση παραγόντων. Ακόμη, πέντε είναι τα είδη πληροφοριών που έχουν ενσωματωθεί στη δομή απλοϊκών θεωριών ή νοητικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια, ενώ και οι ειδικοί και οι αόριστοι μηχανισμοί συμβάλλουν στο κάθε στοιχείο (Martin R., Leventhal H., 2002).

Οι αναπαραστάσεις αυτές χωρίζονται σε γνωστικές και συναισθηματικές. Συγκεκριμένα, οι πέντε διαστάσεις των γνωστικών αναπαραστάσεων είναι η ταυτότητα, οι συνέπειες, η αιτία, η διάρκεια και ο έλεγχος. Ενώ στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνονται αρνητικές αντιδράσεις όπως ο φόβος, ο θυμός και το στρες. Έτσι, οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών περιλαμβάνουν τις συνέπειες, τη διάρκεια, τον προσωπικό έλεγχο, τον θεραπευτικό έλεγχο, την ταυτότητα, τη συνοχή, τη συναισθηματική αντίδραση και τις αιτίες (Broadbent E., Petrie K., et al., 2006).

Οι διαστάσεις όμως αυτές διαφέρουν ως προς το βαθμό από άτομο σε άτομο. Για παράδειγμα θα μπορούσε να αναφερθεί ότι άνθρωποι που δεν έχουν ακόμα λάβει διάγνωση των συμπτωμάτων τους αναφέρουν υψηλότερη ταυτότητα, χαμηλότερη κατανόηση, χαμηλότερες αναπαραστάσεις για την διάρκεια, χαμηλότερες αναπαραστάσεις για τον θεραπευτικό έλεγχο και υψηλότερες συναισθηματικές αναπαραστάσεις. Οι υψηλές αυτές συναισθηματικές αναπαραστάσεις περιγράφουν μία αντίδραση φόβου στην άγνωστη απειλή της υγείας (Broadbent E., Petrie K., et al., 2006).

Θα ήταν ωστόσο σημαντικό να αναφερθεί ότι οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια

θα μπορούσαν εύκολα να αλλάξουν εφόσον δεν μπορούν να παραμείνουν αμετάβλητες, εξαρτώμενες για παράδειγμα από την διάγνωση. Συγκεκριμένα, η σημαντική αλλαγή στις αναπαραστάσεις για την ασθένεια δείχνει ότι αμέσως μετά τη διάγνωση φυσιολογικών αποτελεσμάτων οι ασθενείς εκτιμούν ξανά τα συμπτώματα τους σε σχέση με τη νέα πληροφορία. Τα συμπτώματα που πριν φαινόταν απειλητικά για μία ασθένεια τώρα μειώνονται ή μεταποιούνται σε μη-απειλητικά. Με τη λήψη φυσιολογικών αποτελεσμάτων αμέσως μειώνονται οι συνέπειες που πίστευαν για την κατάσταση τους σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν διάγνωση καρδιακής πάθησης, τα οποία είχαν προετοιμαστεί για αρνητικά αποτελέσματα. Στα άτομα αυτά, ακόμη, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών μένουν ίδιες, ενώ μειώνονται στα άτομα με θετική διάγνωση (Dencich D., Ellis C., et al., 2008).

Ακόμη, ο χαρακτηρισμός της ασθένειας ως χρόνια συσχετίζεται με μειωμένο προσωπικό έλεγχο, μειωμένα αποτελέσματα της θεραπείας και αυξημένα συμπτώματα της ασθένειας, ενώ το ψυχολογικό στρες που συσχετίζεται με την ασθένεια είναι συνδεδεμένο με το ψυχολογικό στρες γενικά.(Hermele S., Olivo E., et al., 2007).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια συσχετίζονται με πέντε βασικά στοιχεία. Αυτά είναι η αιτία, η ταυτότητα, η διάρκεια, η θεραπεία και ο έλεγχος, στοιχεία τα οποία βοηθούν να διαχειριστεί ο ασθενής την ασθένεια του. Αφού βέβαια αναφερθούν κάποιες γενικές θεωρίες και κάθε ένα από τα στοιχεία αυτά, θα δοθεί περεταίρω ανάλυση στα στοιχεία που μελετά η παρούσα εργασία. Δηλαδή για τον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις.

Ως προς τις αναπαραστάσεις που έχουν οι ασθενείς για την αιτία (“cause”) της ασθένειας αυτή μπορεί να διακριθεί σε βιολογικές αιτίες, οι οποίες περιλαμβάνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, ιούς και μικρόβια (Hejimens & de Ridder, 1998).

Ακόμη, διακρίνονται σε συναισθηματικές αιτίες, στρες και κατάθλιψη (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996), περιβαλλοντικές αιτίες, όπως η μόλυνση και τα χημικά (Hejimens & de Ridder, 1998) και ψυχολογικές αιτίες, όπως η νοητική συμπεριφορά, υπερκόπωση και προσωπικότητα (Moss-Morris, et al.,1996).

Από την άλλη πλευρά, οι αναπαραστάσεις για τις συνέπειες (“consequences”) της ασθένειας αναφέρονται στις απόψεις σχετικά με την επίδραση της ασθένειας στην όλη ποιότητα της ζωής και πως αυτή επηρεάζει τη λειτουργική ικανότητα και τις φυσικές, κοινωνικές και συμπεριφοριστικές εμπειρίες, για παράδειγμα, η άποψη ότι “η ζωή μου χειροτέρευσε μετά την ασθένεια μου”.

Οι αναπαραστάσεις για την ταυτότητα (“identity”) της ασθένειας αναφέρονται στα χαρακτηριστικά και ατομικά συμπτώματα, για παράδειγμα, η γνώση του ασθενή “νομίζω ότι έχω γρίπη”

Ακόμη, οι αναπαραστάσεις για την διάρκεια της ασθένειας (“timeline”) αποτελούνται από τις ατομικές απόψεις σχετικά με την πορεία μιας ασθένειας, όπως για παράδειγμα “ η ασθένεια μου είναι χρόνια” και τη χρονική περίοδο των συμπτωμάτων “ ο πόνος είναι επίπονος” (Hagger & Orbell, 2003). Επίσης, οι αναπαραστάσεις για τη συνοχή της ασθένειας (“illness coherence”) αποτελούν τη γνώση του ασθενή ή την κατανόηση της ασθένειας.

Τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις (“emotional representation”) αναφέρονται στο ψυχολογικό στρες που σχετίζεται με την εμπειρία της ασθένειας, ενώ οι αναπαραστάσεις για την θεραπεία και τον έλεγχο (“cure and control”) περιλαμβάνουν την αίσθηση της ενδυνάμωσης που σχετίζεται με την απόδοση του ασθενή. Ως παράδειγμα θα μπορούσε να αναφερθεί το εξής : “αν πάρω αυτό το φάρμακο, θα βοηθήσει να θεραπευτεί η ασθένεια μου”. Επίσης, ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας “αυτό το φάρμακο θα απαλύνει τα συμπτώματα της αρρώστιας” (Hermele S., Olivo E., et al., 2007).

A.Ο προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος

Ο προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος αποτελούν διαστάσεις των γνωστικών αναπαραστάσεων των ασθενών. Οι γνωστικές αναπαραστάσεις απαρτίζονται από εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα που εγείρουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια όταν έρχονται σε επαφή και αναλύονται από σχηματικές δομές μίας προηγούμενης εμπειρίας που αφορά κάποια ασθένεια ή από σχηματικές αναπαραστάσεις μίας φανταστικής ασθένειας (Diefenbach M., Leventhal H.,1996).

Είναι φανερό ότι η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια προκαλεί αρκετές γνωστικές προσαρμογές. Η Taylor (1983) βρήκε ότι οι ασθενείς προσπαθούν πρώτα να βρουν ένα νόημα στην ασθένεια τους , γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες έπαιξαν ρόλο, τι σημαίνει αυτό για τον εαυτό τους ή τους άλλους, επαναπροσδιορισμό των αξιών και προτεραιοτήτων. Στη συνέχεια προσπαθούν να επανακτήσουν μια αίσθηση ελέγχου, όπως για παράδειγμα να ενημερώνονται για την ασθένεια, να τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες και να αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους. Τέλος, προσπαθούν να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμηση τους , για παράδειγμα μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων ή μέσω συγκρίσεων με χειρότερα πιθανά σενάρια (Καραδήμας, 2005)

Επιχειρώντας να δοθεί κάποιος ορισμός για τις συγκεκριμένες δύο διαστάσεις των γνωστικών αναπαραστάσεων θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο θεραπευτικός έλεγχος αναφέρεται στην πεποίθηση που έχουν οι ασθενείς για την δύναμη που έχει η θεραπεία να διαχειριστεί την ασθένεια, ενώ ο προσωπικός έλεγχος αναφέρεται στην αποτίμηση των ασθενών για τον βαθμό στον οποίο κατέχουν τον έλεγχο της ασθένειας. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι ο Burger και Cooper (1989) όρισαν τον προσωπικό έλεγχο ως την ικανότητα αλλαγής συγκεκριμένων γεγονότων, έτσι ώστε να οδηγηθεί το άτομο σε πιο επιθυμητά αποτελέσματα (AI A., Peterson C., et al., 2005). Εντούτοις, ως προς τους παράγοντες που συσχετίζονται αυτές οι δύο έννοιες, ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με εσωτερικούς παράγοντες, ενώ ο έλεγχος της

θεραπείας σχετίζεται με εξωτερικούς παράγοντες (Broadbent E., Petrie K., et al., 2006).

Ο Taylor και οι συνεργάτες του (2000) υποστήριξαν ότι οι άνθρωποι έχουν μία ευρεία τάση να έχουν μία θετική αντίληψη των πραγμάτων που μπορεί ακόμα και να οδηγεί σε υπερεκτιμημένο προσωπικό έλεγχο. Ο Taylor, επίσης, υποστήριξε ότι αυτές οι "θετικές ψευδαισθήσεις" συχνά δείχνουν μία καλή ψυχική υγεία. Γενικά η παρουσία ή απουσία του ελέγχου συσχετίζεται με διάφορα αποτελέσματα, όπως με την υγεία, την ευεξία και την προσωπική επιτυχία (Chipperfield, 1993; Mendes De Leon, Seeman, Baker, Richardson & Tinette, 1996; Menec, Chipperfield & Perry, 1999; Myers & Diener, 1995; Peterson, 1999; Robin, 1986 από AI A., Peterson C., 2005).

Γίνεται, λοιπόν, φανερό όπως και κάθε διάσταση της ασθένειας ο θεραπευτικός και ο προσωπικός έλεγχος συσχετίζονται άμεσα με πάρα πολλούς παράγοντες και γι' αυτό το λόγο είναι κάπως δύσκολο με μελετηθεί κάθε ένας παράγοντας χωρίς να γίνουν οι απαραίτητες συσχετίσεις.

Συνεπώς, λοιπόν, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ένας παράγοντας που συσχετίζεται με τον έλεγχο είναι η αισιοδοξία και η αυτοεκτίμηση. Συγκεκριμένα, οι Helgeson και Fritz (1999) βρήκαν ότι ο προσωπικός έλεγχος συσχετίζεται με την αισιοδοξία και την αυτοεκτίμηση και ότι μεγαλύτερος έλεγχος μαζί με αυτούς τους παράγοντες προβλέπουν λιγότερα καρδιακά επεισόδια (AI A., Peterson C., et al., 2005).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων για τον έλεγχο και της διάθεσης είναι ασαφής. Η διάθεση συχνά ερευνάται ως ένα αποτέλεσμα στην ψυχολογία της υγείας και υπάρχει πολύ μεγάλη εμπειρική υποστήριξη για την ιδέα ότι ο μεγαλύτερος έλεγχος προβλέπει καλύτερη διάθεση. Η διάθεση μπορεί επίσης να επηρεάσει τις αναπαραστάσεις του ελέγχου είτε άμεσα είτε έμμεσα και συνεπώς την συμπεριφορά (Senior V., Martean T., Weinman J., 2005).

Ακόμη, ο έλεγχος της ασθένειας, τόσο ο προσωπικός όσο και ο θεραπευτικός,

συσχετίζεται ακόμα και με την κατανόηση της ασθένειας. Ως παράδειγμα θα μπορούσε να αναφερθεί το συμπέρασμα στο οποίο είχε φτάσει μία έρευνα. Έτσι, λοιπόν, η σχέση μεταξύ του ελέγχου και της κατανόησης προκύπτει από το γεγονός ότι οι αρχικές αντιλήψεις και η κατανόηση των ασθενών σχετικά με το μυοκάρδιο έμφραγμα καθόρισαν σε σημαντικό βαθμό την ανάρρωσή τους και τη θέληση για ένα συνεχή έλεγχο της ασθένειας (Arnetz J., Winblad U., 2008).

Επιπρόσθετα, μέσα από έρευνες παρατηρήθηκε ότι άτομα με ιστορικό καρδιακής ασθένειας και άτομα που είχαν συμπτώματα ασθένειας θεωρούν ότι έχουν λιγότερο έλεγχο όσον αφορά την καρδιακή πάθηση σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ιστορικό ή καρδιακά συμπτώματα. (Senior V., Martean T., Weinman J., 2005).

Ο προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος συσχετίζονται και με άλλους παράγοντες, όπως τις αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι για την ηλικία τους. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι πιστεύουν γενικά ότι καθώς μεγαλώνουν, θα είναι περισσότερο ευπαθείς σε αρρώστιες και θα είναι λιγότερο ικανοί να έχουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους (Leventhal et al., 1999). Γενικά, οι νέοι και οι μεσήλικες θεωρούν ότι έχουν μεγαλύτερο έλεγχο της ασθένειάς τους σε σχέση με τους ηλικιωμένους (Kumanyika et al., 1989; Leventhal et al., in press)

Ένας τελευταίος παράγοντας που θα μπορούσε να αναφερθεί συσχετιζόμενος με τον έλεγχο είναι αυτός της πίστης. Συγκεκριμένα, οι Hood, Spilka, Hunsberger και Gorsuch (1996) αναφέρουν ότι ο έλεγχος είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο όπως και η πίστη. Πίστευαν ότι σε περιόδους κρίσης οι άνθρωποι τείνουν να αισθάνονται μία έλλειψη ελέγχου. Η πίστη ως ένα κοινό μέσο αντιμετώπισης του στρες είναι μία σημαντική πηγή ενδυνάμωσης. Ο μεγαλύτερος προσωπικός έλεγχος συσχετίζεται θετικά με τη χρήση προσευχών για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η χρήση προσευχών είναι μία έμμεση στρατηγική ελέγχου που σχετίζεται με το γεγονός της επέμβασης, ενώ ο εσωτερικός έλεγχος σχετίζεται αρνητικά με την υποκειμενική θρησκευτικότητα. (AI A., Peterson C., 2005).

B. Συναισθηματικές αναπαραστάσεις

Ενώ οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας οδηγούν στην επιλογή και στην αξιολόγηση μηχανισμών αντιμετώπισης, η συναισθηματική αντίδραση σε μία ασθένεια οδηγεί σε συμπεριφορές με στόχο την ρύθμιση του άγχους. Οι γνωστικές και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις μπορούν να είναι αλλά και να μην είναι συμβατές. Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις μπορούν να βοηθούν ή να παρεμποδίζουν την αναζήτηση για θεραπεία (Martin R., Leventhal H.,2002)

Όσον αφορά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ερεθίσματα που σχετίζονται με την υγεία εκτός από νοητικές αντιδράσεις προκαλούν και συναισθηματικές. Έτσι για παράδειγμα, ένας οξύς πόνος στο στήθος μπορεί να ερμηνευτεί ως μυϊκός πόνος, ο οποίος είναι δυσάρεστος αλλά δεν προκαλεί άγχος ή να μπορεί να ερμηνευτεί ως παραπομπός ενός καρδιακού επεισοδίου το οποίο είναι απειλητικό και προκαλεί άγχος. Συνεπώς, οι δράσεις αντιμετώπισης λαμβάνουν χώρα και εκτιμώνται σε σχέση και με τις συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλεί μία απειλή ασθένειας αλλά και με τη γνωστική διαδικασία που γεννάται από τις αναπαραστάσεις της απειλής. (Diefenbach M., Leventhal H., 1996).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στις καρδιακές παθήσεις (κυρίως στην αθηροσκλήρωση και στο οξύ καρδιακό επεισόδιο) περιλαμβάνουν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χρόνια έκθεση στο στρες, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κοινωνική απομόνωση και χαμηλή κοινωνική στήριξη. Επιπλέον, συναισθηματικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, το άγχος, το θυμό και την εχθρικότητα συμβάλουν στην ανάπτυξη των καρδιακών παθήσεων (Suls & Bunde, 2005, Steptoe, 2006 από Steptoe A., & Brydon L., 2009).

Οι συναισθηματικές βέβαια αναπαραστάσεις δεν παραμένουν αμετάβλητες. Ως παράδειγμα θα μπορούσαν να δοθούν τα αποτελέσματα μίας έρευνας. Η έρευνα αυτή μελετά την αλλαγή της συναισθηματικής ανταπόκρισης μετά τη διάγνωση στους

ασθενείς που ανέφεραν ότι έχουν συμπτώματα καρδιακής πάθησης. Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με κανονικές αρτηρίες εμφάνισαν μείωση των συμπτωμάτων που συσχετίζονταν με την κατάσταση τους και των συνέπειες που νόμιζαν ότι θα έχει η κατάσταση αυτή στη ζωή τους. Και τα δύο αυτά στοιχεία έμειναν ίδια με πριν σε ασθενείς των οποίων τα αποτελέσματα έδειξαν ύπαρξη καρδιακής πάθησης (ασθενείς αρτηρίες). Η λήψη φυσιολογικών αποτελεσμάτων προκάλεσε μία σημαντική μείωση στην συναισθηματική ανταπόκριση των ασθενών απέναντι στην ασθένεια τους, σε αντίθεση με τη συναισθηματική ανταπόκριση των ασθενών μετά τη διάγνωση καρδιακής πάθησης που παρέμεινε η ίδια. Τέλος, το γεγονός ότι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αλλάζουν αποδεικνύεται και από το ότι η ανησυχία και στις δύο ομάδες μειώθηκε μετά τη διάγνωση (Devcich D., Ellis C., et al., 2008)

Επανερχόμενος στα είδη των συναισθηματικών εκδηλώσεων θα μπορούσε κάποιος να αναφέρει ότι ο πόνος, η δυσφορία και τα άλλα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν ένα καρδιολογικό πρόβλημα μπορούν να προκαλέσουν ποσότητες άγχους και φόβου. Πολλοί ασθενείς ευαισθητοποιούνται σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αναπτύσσουν αγχώδεις αντιδράσεις σε κάθε πόνο ακόμα και μικρό (Beunderman & Duyvis, 1990 από Καραδήμας, 2005). Γενικώς, προβλήματα ψυχοπαθολογίας μπορούν να εμφανιστούν στους ασθενείς κατά την πρόοδο της ασθένειας σε ποσοστό που φτάνει το 20-40% (Fernandez, 1993 από Καραδήμας 2005).

Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις προκαλούν πολλαπλά και δύστροπα αποτελέσματα στην αντίληψη των συμπτωμάτων (Martin R., Levental H., 2002). Οι συναισθηματικές ανταποκρίσεις, όπως το άγχος και η κατάθλιψη ίσως ενισχύουν τα συμπτώματα της ασθένειας χωρίς να υπάρχει απόλυτα συσχέτιση με ψυχολογικές διαταραχές (Skotzko C., 2007).

Είναι φανερό πως ο πόνος και το άγχος μπορούν να προκαλέσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές αντιμετώπισης, όπως αποφυγή, ενώ ο φόβος εγείρει μία καταστροφική

ερμηνεία ενός συμπτώματος. Γενικώς, τα συμπτώματα που είναι ασαφή και διφορούμενα συχνά αποδίδονται στο στρες, ειδικά όταν υπάρχει κάποιο ερέθισμα άγχους πρόσφατα. Παρόλα αυτά το στρες που διατηρείται για καιρό θεωρείται ότι προκαλεί ασθένεια και τα μη ασαφή συμπτώματα απαιτούν φροντίδα.(Martin R., Leventhal H.,2002).

Όσον αφορά το άγχος, έρευνες έχουν δείξει ότι το ψυχολογικό άγχος συσχετίζεται με την φτωχή ψυχολογική λειτουργία μεταξύ ενός πληθυσμού με καρδιακές παθήσεις (Lesperance & Frasure- Smith, 2000, Rugulies, 2002 από Hermele S., Olivo E., 2007). Το άγχος, συμπεριλαμβανομένου το ψυχολογικό, ψυχοκοινωνικό ή συναισθηματικό άγχος, θεωρείται ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων. Το άγχος είναι γνωστό ότι έχει μεγάλη ποικιλία επιδράσεων στο καρδιαγγειακό σύστημα. Έρευνες δείχνουν ότι και τα ισχυρά και τα χρόνια ερεθίσματα άγχους μπορεί να προκαλέσουν καρδιαγγειακή διαταραχή. Ακόμη, ως προς το στρες, τόσο το χρόνιο όσο και το οξύ ψυχοκοινωνικό στρες, μπορεί να είναι καταστροφικό για τον ασθενή με καρδιακή πάθηση (Graeber B., et al., από Foody J., 2006). Γενικά, ο μεγαλύτερος έλεγχος σχετίζεται με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Αξίζει, ωστόσο να σημειωθεί ότι αν και πολύ σημαντικό στοιχείο, το στρες δεν αποτελεί και την βασικότερη αιτία ενός καρδιακού επεισοδίου, όπως συνηθίζουν οι άνθρωποι να πιστεύουν (σύμφωνα με μελέτες η πιο σημαντική αιτία ενός καρδιακού επεισοδίου θεωρείται η χοληστερίνη) (Senior V., Martean T., 2005)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σημαντική συναισθηματική αναπαράσταση αποτελεί και η κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, η αναγνώριση της κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου για την ακολουθία της καρδιοπάθειας οδήγησε σε σημαντικές συμπεριφοριστικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ώστε να βοηθηθεί η θεραπεία και η πρόληψη των καρδιακών παθήσεων σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (Graeber B., et al., από Foody J., 2006).

Έτσι, λοιπόν, γενετικές και κλινικές έρευνες έχουν δείξει μία σχέση μεταξύ κάποιας

καταθλιπτικής διαταραχής και της καρδιακής ασθένειας. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη δημιουργεί μεγάλο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων. Επίσης, οι ασθενείς με κάποια καρδιακή πάθηση και κατάθλιψη έχουν αυξανόμενο κίνδυνο μελλοντικών καρδιακών επεισοδίων σε σύγκριση με καρδιακούς ασθενείς χωρίς κατάθλιψη, ανεξάρτητα από την καρδιακή τους δυσλειτουργία. Γενικά, η κατάθλιψη και οι καρδιακές παθήσεις είναι δύο πολύ σημαντικά προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε αναπηρία. Ένα παράδειγμα που αποδεικνύει την ισχυρή αυτή σχέση είναι ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη που δεν είχαν καρδιακή πάθηση διατρέχουν διπλάσιο μέχρι και τετραπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν τέτοια πάθηση ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου(Hou S., Yen F., Tsai S.,2008). Ένα τελευταίο παράδειγμα που θα μπορούσε να επιβεβαιώσει αυτήν την ισχυρή σχέση είναι ότι οι αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την καρδιακή ασθένεια ακολουθημένες από κάποιες μέρες νοσηλείας για έμφραγμα του μυοκαρδίου συνδέονται με την ανάπτυξη νέων επεισοδίων κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί, καθώς όσο πιο αρνητικές είναι οι αντιλήψεις για την υγεία τόσο πιο πιθανόν είναι κάποιος να αναπτύσσει νέο επεισόδιο κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό απαιτείται συνεχής ψυχολογική επίβλεψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών με καρδιακή πάθηση, για να εντοπιστούν οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο καταθλιπτικών συμπτωμάτων(Dickens C., McGowam L., et al., 2008).

5.ΕΥΕΞΙΑ

Η ευεξία (well-being) αναφέρεται σε ιδανικές ψυχολογικές λειτουργίες (Ryan and Dece, 2001 από Καραδήμας Ε., 2007). Παρά τις δυσκολίες να εξεταστεί η ιδανική ψυχολογική λειτουργία με ακρίβεια, ο σκοπός, η δεξιοτεχνία, οι ισχυρές σχέσεις και η αυτοαποδοχή, καθώς και η ικανοποίηση ζωής, η θετική και αρνητική διάθεση και τα ψυχολογικά συμπτώματα, είναι οι πιο συνηθισμένοι τρόποι εξέτασης της ευεξίας. Η παρουσία μίας θετικής κατάστασης δεν είναι απλά η έλλειψη της αρνητικής διάθεσης ή των συμπτωμάτων (Clark & Watson, 1991, από Καραδήμας Ε., 2007).

Η "θετική" ψυχολογική ευεξία ορίζεται ως οι συναισθηματικές και νοητικές αντιδράσεις στην αντίληψη των προσωπικών χαρακτηριστικών και επιτευγμάτων με την κοινωνική ενσωμάτωση και την θετική πρόοδο στο χρόνο. Αντίθετα, η "αρνητική" ψυχολογική ευεξία είναι η νοητική και συναισθηματική αντίδραση όταν λείπουν τα προηγούμενα.

Η ευεξία είναι επίσης σημαντικά συνδεδεμένη με την αισιοδοξία και τις προσδοκίες της αυτοαποτελεσματικότητας. Η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με την λειτουργία και τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών που υποφέρουν από ασθένεια.

Γενικά, η αισιοδοξία, το στρες και η συναισθηματική αντιμετώπιση (όπως η αποφυγή) συνήθως προβλέπουν αρνητική ή θετική ψυχολογική ευεξία. Συγκεκριμένα, στοιχεία όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, η λύση των προβλημάτων και η θετική επανεκτίμηση των στρατηγικών διαχείρισης είναι χαρακτηριστικές για τη θετική ευεξία, ενώ στοιχεία όπως για παράδειγμα ο νευροτισμός προβλέπει αρνητική ευεξία (Καραδήμας, Ε., 2007)

6.ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται ακόμα σε μία μεταβλητή των καρδιακών παθήσεων. Θα ήταν ωφέλιμο να γίνει αναφορά σε έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου των καρδιακών παθήσεων, σε αυτόν του φύλου.

Γενικά, λοιπόν, οι καρδιακές παθήσεις συνηθίζονται να θεωρούνται μία ασθένεια των μεσήλικων ανδρών. Ωστόσο, παρά την αντίληψη αυτή των περισσότερων ανθρώπων οι καρδιακές παθήσεις παρουσιάζονται με μεγάλο μάλιστα ποσοστό και στις γυναίκες.(Foody J.M., 2006).

Στις γυναίκες η εμφάνιση τέτοιων νόσων καθυστερεί κατά 10 χρόνια σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η εμφάνιση οξέων προβλημάτων (π.χ. έμφραγμα) ή αιφνίδιων θανάτων καθυστερεί σχεδόν κατά 20 χρόνια(AHA, 2001, από Καραδήμας Ε., 2005). Ωστόσο, οι γυναίκες είναι πιθανότερο να πεθάνουν (1 στις 2 γυναίκες) από κάποιο καρδιακό επεισόδιο. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από καρδιακές παθήσεις σε σχέση με γυναίκες που έχουν υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Shifren K., 2003).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στην υγεία και την ασθένεια μεταξύ των φύλων, όπως είναι η δήλωση υψηλότερης έντασης και συχνότερης εμφάνισης συμπτωμάτων και δυσκολιών από τις γυναίκες, αντανακλούν στην πραγματικότητα σε προκαταλήψεις και διαφορετικές κοινωνικές προσδοκίες και προσεγγίσεις. Έτσι, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές τελικά το μέγεθος των διαφορών θεωρείται μάλλον μικρό(Καραδήμας Ε.).

Εντούτοις, είναι σημαντικό ότι σε όλες τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί εμφανίζεται μία σταθερή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων (Gijsbers van Wijk, Huisman, & Kolk, 1999 από Καραδήμας Ε.). Έχει παρατηρηθεί λοιπόν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής, αλλά ταυτόχρονα εμφανίζουν ή δηλώνουν υψηλότερη νοσηρότητα. Αυτό σημαίνει ότι δηλώνουν περισσότερα και συχνότερα σωματικά

συμπτώματα και δυσκολίες, έχουν περισσότερες ημέρες αδυναμίας, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στον γιατρό και εμφανίζουν μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων (Stenberg & Wall, 1995 από Καραδήμας Ε.).

Οι γυναίκες αν και αναφέρουν πολύ περισσότερα συμπτώματα από τους άνδρες, παρουσιάζουν διαφορετικά συμπτώματα από το άλλο φύλο. Έτσι, για παράδειγμα δεν παρουσιάζουν συνήθως έντονο πόνο στο στήθος, ενώ δεν αναγνωρίζουν αμέσως τα συμπτώματα που σχετίζονται με μία καρδιακή ασθένεια (Shifren K., 2003).

Γενικώς, οι γυναίκες που έχουν την τάση να ελαχιστοποιούν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την επίδραση του γεγονότος εμφανίζουν μία σοβαρή αίσθηση αισιοδοξίας και ελπίδας ότι η ζωή τους θα ξαναγίνει "κανονική". Παρόλα αυτά είναι δύσκολο να διατηρηθούν τα συναισθήματα αυτά και αυτή η εμπειρία δείχνει να δοκιμάζει σχέσεις και ρόλους (White J., Hunter M., Holttums, 2007).

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι οι γυναίκες δηλώνουν σημαντικά χειρότερα επίπεδα τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας. Μάλιστα, έχει αποδειχτεί ότι ως προς την ψυχική υγεία, οι γυναίκες επικρατούν ως και τρεις φορές των ανδρών σε συμπτώματα αγχωδών ή συναισθηματικών διαταραχών (Melamed, 1998 από Καραδήμας Ε).

Τέλος, όσον αφορά την αιτιολογία όλων των παραπάνω αναφορών, αυτή μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη βιολογικών παραγόντων. Συγκεκριμένα, είναι πιθανόν οι μηχανισμοί που αυξάνουν τη νοσηρότητα στις γυναίκες ταυτόχρονα να τις προστατεύει από την προωρότερη θνησιμότητα. Ακόμη, μπορεί να οφείλεται στους κοινωνικούς ρόλους που διαφέρουν και στα δύο φύλα. Τέλος, μπορεί να οφείλεται στην ανατροφή και την κοινωνικοποίηση ή τις προκαταλήψεις των ειδικών ως αποτέλεσμα των ευρύτερων κοινωνικών προκαταλήψεων (Καραδήμας Ε).

7.ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Τα ποσοστά καρδιακών παθήσεων αυξάνουν με το πέρασμα της ηλικίας, ειδικά μετά την ηλικία των 45 ετών (Καραδήμας, 2005). Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο περίπου το 42% όλων των θανάτων έχουν ως αιτία κάποια καρδιακή πάθηση. Από αυτό το ποσοστό το ένα έκτο των θανάτων αυτών παρατηρείται σε άτομα νεότερα των 65 χρόνων (Goldman L., Bennett C.).

Έτσι, λοιπόν, οι καρδιακές παθήσεις αν και παρουσιάζονται συνήθως σε άτομα μεγάλης ηλικίας δεν παύουν να παρατηρούνται και σε άτομα νεότερης ηλικίας. Ως προς την συμπεριφορά, ωστόσο, των ατόμων απέναντι στην ασθένεια, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας δεν διακινδυνεύουν την υγεία τους, καθώς μόλις αντιληφθούν κάποιο σύμπτωμα επισκέπτονται αμέσως τον γιατρό τους.

Επίσης, οι ηλικιωμένοι εκδηλώνουν ένα μεγαλύτερο ενδιαφέρον ως προς τη συμπεριφορά τους απέναντι στην ασθένεια, δηλαδή ακολουθούν πιστά το πρόγραμμα της θεραπευτικής τους αγωγής και την τήρηση του σωστού διατροφικού προγράμματος. Τέλος, οι επιστήμονες έφτασαν στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι συσχετίζουν την ασθένεια τους με το γήρας σε αντίθεση με τους νέους (Gump et al., 2001 από Shifren K., 2003).

B' ΜΕΡΟΣ

1.ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην προσπάθεια μας να μελετήσουμε κατά πόσο νομίζει ο ασθενής ότι κατέχει τον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο της καρδιαγγειακής του ασθένειας και κατά πόσο νοιώθει ευεξία και ποιες είναι οι συναισθηματικές του αναπαραστάσεις κάναμε μια έρευνα αποτελούμενη από δύο φάσεις. Μέσα από αυτή την έρευνα εξετάσαμε τις μεταβλητές σε σχέση με το χρόνο αλλά και μεταξύ τους. Αφού συλλέξαμε τα στατιστικά δεδομένα στη συνέχεια τα αναλύσαμε έτσι ώστε να μπορέσουμε να φτάσουμε στα συμπεράσματα μας. Για την εξέταση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών μας χρησιμοποιήσαμε το δείκτη συσχέτισης Pearson r , ενώ λάβαμε υπόψη μας για δείκτη σημαντικότητας $p > 0,10$, εφόσον το δείγμα μας ήταν σχετικά μικρό.

Θελήσαμε, λοιπόν, να εξετάσουμε τα εξής:

- Τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και αν αυτές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου
- Την ευεξία και αν αυτή διαφέρει στατιστικά σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου
- Τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις σε σχέση με την ευεξία και στις δύο φάσεις
- Τον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο και κατά πόσο συσχετίζεται με την ευεξία και στις δύο φάσεις, αλλά και την μεταξύ τους σχέση

- Τον θεραπευτικό έλεγχο σε σχέση με τις συναισθηματικές και στις δύο φάσεις
- Τέλος, αν το φύλο επηρεάζει τις μεταβλητές μας

Προτού όμως προχωρήσουμε στις στατιστικές αναλύσεις οφείλουμε να διατυπώσουμε τις υποθέσεις που κάναμε στην αρχή της έρευνας.

Ως προς τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις οι υποθέσεις που κάναμε ήταν οι εξής:

H₀: οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στις δύο φάσεις δεν συσχετίζονται μεταξύ τους

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και των δύο φάσεων

Ως προς την ευεξία, οι υποθέσεις που κάναμε ήταν οι εξής:

H₀: δεν υπάρχει συσχέτιση στην ευεξία μεταξύ των δύο φάσεων

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ευεξίας της πρώτης και την δεύτερης φάσης

Ακόμη, για τη σχέση μεταξύ ευεξίας και συναισθηματικών αναπαραστάσεων και των δύο φάσεων οι υποθέσεις που κάνουμε είναι οι εξής:

H₀: δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και της ευεξίας και στις δύο φάσεις.

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και της ευεξίας και στις δύο φάσεις.

Ως προς τον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο κάναμε τις εξής υποθέσεις:

H₀: ο προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος δεν συσχετίζονται με την ευεξία και των δύο φάσεων

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου με την ευεξία και των δύο φάσεων

Επίσης:

H₀: δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου

Μεταξύ των μεταβλητών του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων:

H₀: δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και των δύο φάσεων

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του θεραπευτικού ελέγχου και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και των δύο φάσεων

Τέλος, ως προς το φύλο μελετάμε όλες τις μεταβλητές μας αλλά και τη μεταξύ τους σχέση ξεχωριστά στους άνδρες από τις γυναίκες και έτσι μπορούμε να κάνουμε τις εξής γενικές υποθέσεις:

Για τους άνδρες:

H₀: δεν διαφέρουν οι Μέσες Τιμές των μεταβλητών όσον αφορά τους άνδρες

H₁: υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές των μεταβλητών όσον αφορά τους άνδρες

Και για τις γυναίκες:

H₀: δεν συσχετίζονται οι μεταβλητές όσον αφορά τις γυναίκες

H₁: υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών όσον αφορά τις γυναίκες

Γενικά, για να μελετήσουμε τα ζεύγη των μεταβλητών μεταξύ τους κάνουμε δύο υποθέσεις, την μηδενική και την εναλλακτική:

H₀: οι μεταβλητές δεν παρουσιάζουν μεταξύ τους συσχέτιση

H₁: οι μεταβλητές παρουσιάζουν μεταξύ τους συσχέτιση

Οι συσχετίσεις μπορούν να διακριθούν σε θετικές οι αρνητικές, ενώ υπάρχει η περίπτωση να μην υπάρχει καθόλου συσχέτιση. Συγκεκριμένα, όσο πιο κοντά στο 1 τόσο πιο θετική είναι η συσχέτιση, πράγμα που σημαίνει ότι όσο αυξάνουν ή μειώνονται οι τιμές της μίας μεταβλητής αυξάνουν ή μειώνονται αντίστοιχα και οι τιμές της άλλης, ενώ όσο πιο κοντά στο -1 τόσο πιο αρνητική είναι η συσχέτιση. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνουν οι τιμές της μίας μεταβλητής μειώνονται οι τιμές της άλλης. Γενικά, όσο πιο κοντά στο μηδέν βρίσκονται οι τιμές της συσχέτισης τόσο πιο μικρή θεωρείται η συσχέτιση.

2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Η έρευνα διεξήχθη σε 67 ασθενείς χαρακτηριζόμενοι από κάποια καρδιακή ανεπάρκεια. Τα άτομα αυτά έλαβαν μέρος και στις δύο φάσεις της έρευνας και επιλέχθηκαν κατά τυχαίο τρόπο από κάποια επίσκεψη τους σε νοσοκομείο ή ιατρείο.

Από το σύνολο των ασθενών το 65,67% (οι 44) ήταν άνδρες και το 34,33% (οι 23) ήταν γυναίκες. Ακόμη, ως προς την ηλικία των ερωτηθέντων ο μέσος όρος είναι τα 59,6 χρόνια με μικρότερη ηλικία τα 22 και μεγαλύτερη τα 89 χρόνια. Η τυπική απόκλιση της ηλικίας είναι τα 14,1 χρόνια πράγμα που σημαίνει ότι το 68% του συνολικού πληθυσμού κυμαίνεται από τα 45,5 έως τα 73,8 χρόνια. Επιπρόσθετα, ο μέσος όρος των χρόνων της ασθένειας των ερωτηθέντων είναι τα 9,6 χρόνια, ενώ η τυπική απόκλιση είναι 8,7, πράγμα που σημαίνει ότι τα 1 έως 27 χρόνια ασθένειας βρίσκεται το 95% του πληθυσμού.

Επίσης, μόλις το 1,5% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στο μέρος του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στη συναισθηματική ευεξία (ένας άνδρας), ενώ το 1,5% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στο μέρος που αναφέρεται στο θεραπευτικό έλεγχο (μία γυναίκα). Πιο συγκεκριμένα, το 100% των ερωτηθέντων απάντησε στη μεταβλητή του προσωπικού ελέγχου, το 98,5% στη μεταβλητή του θεραπευτικού ελέγχου, το 100% στις συναισθηματικές αντιλήψεις και το 98,5% στη συναισθηματική ευεξία.

B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα αποτελείται από δύο φάσεις. Κατά την διεξαγωγή της πρώτης φάσης δόθηκε ερωτηματολόγιο στους καρδιοπαθείς, το οποίο μεταξύ άλλων διερευνούσε και τις μεταβλητές που μελετούνται στην παρούσα εργασία, τον προσωπικό έλεγχο, τον θεραπευτικό έλεγχο, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και την ευεξία των ασθενών. Η συμμετοχή των ίδιων ασθενών στην δεύτερη φάση ήταν εθελοντική όπως και στην πρώτη. Η δεύτερη αυτή φάση πραγματοποιήθηκε μετά τη διαμεσολάβηση τουλάχιστον τριών μηνών, ενώ οι ερωτηθέντες κλήθηκαν πάλι να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο σε ατομικό βέβαιο επίπεδο, το οποίο διερευνούσε πάλι σχεδόν τις ίδιες μεταβλητές.

Συγκεκριμένα, αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τις φάσεις της έρευνας τους χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κλίμακες, το οποίο μεταξύ άλλων ερευνούσε τις μεταβλητές που μελετάμε.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικές μέρες, ενώ ο χρόνος συμπλήρωσης του καθενός δεν διήρκησε παραπάνω από 20 λεπτά. Οι ερωτηθέντες δεν χρειάστηκε να δώσουν αναλυτικά τα στοιχεία τους. Ωστόσο, δόθηκε μόνο το πρώτο γράμμα του ονόματος τους, του επιθέτου και του πατρωνύμου τους, έτσι ώστε να μπορέσει να γίνει ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων των δύο διαφορετικών φάσεων. Τέλος, μετά την περισυλλογή των ερωτηματολογίων σειρά είχε να ευχαριστήσουμε τους συμμετέχοντες για την πολύτιμη προσφορά τους στην έρευνα.

Γ. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Για να ερευνήσουμε τις μεταβλητές για τις αντιλήψεις για την ασθένεια χρησιμοποιήσαμε το Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) των Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, και Cameron (2002). Τα θέματα τροποποιήθηκαν ώστε να ανταποκρίνονται στα καρδιακά προβλήματα. Η ελληνική δομή έχει την ίδια δομή και τα ίδια θέματα με την πρωτότυπη κλίμακα. Υπάρχουν επτά διαστάσεις των αντιλήψεων της ασθένειας που περιλαμβάνονται στο IPQ-R από τις οποίες η συγκεκριμένη εργασία επικεντρώνεται στις τρεις εξής μεταβλητές: στον προσωπικό έλεγχο (Cronbach's $\alpha=.88$), ο οποίος αναφέρεται στην αποτίμηση του βαθμού στον οποίο υπάρχει προσωπικός έλεγχος της ασθένειας, στον θεραπευτικό έλεγχο (Cronbach's $\alpha=.81$), ο οποίος αναφέρεται στην αποτίμηση για τη δύναμη της θεραπείας να διαχειριστεί την αρρώστια και στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Cronbach's $\alpha=.91$), οι οποίες αποτιμούν το βαθμό της συναισθηματικής επίδρασης της ασθένειας. Το IPQ-R επίσης αξιολογεί τις αντιλήψεις για τα συμπτώματα της ασθένειας, καθώς και για τις αιτίες της ασθένειας. Για την απάντηση των

ερωτηματολογίων, οι ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν μια υποκλίμακα τύπου πέντε σημείων που κυμαίνονταν από το 1(διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 5(συμφωνώ απόλυτα).

Για την εξέταση της υποκειμενικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες φυσικής ευεξίας και συναισθηματικής ευεξίας(THE PHYSICAL FUNCTIONING AND THE WELL-BEING) από την κλίμακα RAND SF-36 (RAND HEALTH SURVEY; Έκδοση 1.0). Τα θέματα της έρευνας υγείας RAND είναι ακριβώς ίδια με το MEDICAL OUTCOMES STUDY SF-36. Παρόλα αυτά η έρευνα RAND χρησιμοποιεί μια πιο ακριβή διαδικασία αποτελεσμάτων.

Η κλίμακα φυσικής λειτουργίας αποτελείται από 10- θέματα που σχετίζονται με πρόσφατους περιορισμούς που υποβάλλονται από την κατάσταση της υγείας (για παράδειγμα, η ανύψωση βαριών αντικειμένων, το ανέβασμα σκαλών). Η υποκλίμακα συναισθηματικής ευεξίας που εξετάζεται και στην παρούσα εργασία αποτελείται από 5-θέματα που αφορούν τα προσωπικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια των περασμένων τεσσάρων μηνών (για παράδειγμα, "ήμουν πολύ νευρικός", "αισθανόμουν βαρύθυμος και μελαγχολικός";Cronbach's $\alpha=0.86$). γενικά, υψηλότερα αποτελέσματα αντανακλούν καλύτερη υγεία.

Δ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ως προς τις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο SPSS 15.0. Οι στατιστικές αναλύσεις που έλαβαν χώρα ήταν οι εξής:

α. δείκτες περιγραφικής στατιστικής : Μέσος όρος και Τυπική Απόκλιση

β. δείκτης συσχέτισης Pearson r για να γίνουν οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

και γ. Χρήση του t-test.

Πίνακας 1: Συσχετίσεις των μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6
1.Προσωπικός έλεγχος	1.00					
2.θεραπευτικός έλεγχος	.627**	1.00				
3.ευεξία (well-being)1	.072	.276*	1.00			
4.Συναισθηματικές αναπαραστάσεις1	.117	-.134	-.541**	1.00		
5.συναισθηματικές αναπαραστάσεις2	.202	-.019	-.497**	.716**	1.00	
6.ευεξία(well-being)2	.013	.125	.660**	-.459**	-.547**	1.00

*p<.05, **p<.01

ΦΥΛΟ

Πίνακας 2:Συσχετίσεις ως προς τους άνδρες

Άνδρες	1	2	3	4	5	6
1.προσωπικός έλεγχος	1					
2.θεραπευτικός έλεγχος	.575**	1				
3.ευεξία (well-being)1	.006	.276	1			
4.συναισθηματικές αναπαραστάσεις1	.045	-.188	-.598**	1		
5.συναισθηματικές αναπαραστάσεις2	.268	-.038	-.540**	.674**	1	
6.ευεξία (well-being)2	-.138	.119	.728**	-.551**	-.519**	1

*p<.05, **p<.01

Πίνακας 3:Συσχετίσεις ως προς τις γυναίκες

Γυναίκες	1	2	3	4	5	6
1.προσωπικός έλεγχος	1					
2.θεραπευτικός έλεγχος	.751**	1				
3.ευεξία (well-being)1	.181	.319	1			
4.συναισθηματικές αναπαραστάσεις1	.316	-.065	-.280	1		
5.συναισθηματικές αναπαραστάσεις2	.171	-.038	-.287	.694**	1	
6.ευεξία (well-being)2	.238	.171	.483*	-.166	-.564**	1

*p<.05, **p<.01

Πίνακας 4: Μέση τιμή- Τυπική απόκλιση- t-test σε άνδρες και γυναίκες

	Άνδρες Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Γυναίκες Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	t
1.προσωπικός έλεγχος	3.5455	.76871	3.5000	.95611	.211
2. θεραπευτικός έλεγχος	3.8466	.74165	3.9091	.67058	-.333
3.ευεξία (well- being)1	3.6591	.78305	3.3304	.70223	1.688**
4.συναισθηματικές αναπαραστάσεις1	2.9318	1.10748	3.6739	.86818	-2.793**
5.συναισθηματικές αναπαραστάσεις2	3.0152	.94883	3.8261	.90381	-3.375**
6. ευεξία (well- being)2	3.4744	.87399	3.1826	.87990	1.289

*p<.05, **p<.01

3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συναισθηματικές αναπαραστάσεις της πρώτης και της δεύτερης φάσεις

Ένας από τους σκοπούς της έρευνας είναι να εξετάσει τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών. Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις μελετήθηκαν και στις δύο φάσεις καθώς θέλαμε να εξετάσουμε εάν αυτές διαφέρουν με την χρονική διαφορά των τριών μηνών. Έτσι, λοιπόν, και στα δύο ερωτηματολόγια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αναφερθούν στα συναισθήματα τους στην παρούσα φάση σε σχέση βέβαια πάντα με την ασθένεια.

Μελετώντας, λοιπόν, τις τιμές της συγκεκριμένης μεταβλητής τόσο στην πρώτη φάση(στο πρώτο ερωτηματολόγιο), όσο και στην δεύτερη (στο δεύτερο ερωτηματολόγιο) διαπιστώνουμε ότι υπάρχει σημαντικά υψηλή θετική συσχέτιση. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στις δύο φάσεις συσχετίζονται μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι όσο θετικά είναι τα συναισθήματα στη μία φάση είναι σχεδόν το ίδιο θετικά και στην άλλη φάση, είτε όσο αρνητικά είναι τα συναισθήματα στην μία φάση είναι σχεδόν το ίδιο αρνητικά και στην άλλη φάση.

Εφόσον, φτάσαμε σε αυτό το συμπέρασμα οφείλουμε να δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση (H_1), η οποία ανέφερε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αναπαραστάσεων της πρώτης και της δεύτερης φάσεις.

Ευεξία στην πρώτη και την δεύτερη φάση

Ένα επίσης βασικό στοιχείο που μελετάει η έρευνα είναι η ευεξία(well-being). Η ευεξία μελετήθηκε και στις δύο φάσεις της έρευνας, καθώς θέλαμε να ελέγξουμε κατά πόσο έχει αλλάξει μετά από τρεις μήνες.

Παρατηρώντας τον πίνακα 1 διαπιστώνουμε ότι η μεταβλητή ευεξία πριν (ευεξία 1) και η μεταβλητή ευεξία μετά (ευεξία 2) παρουσιάζουν υψηλή θετική συσχέτιση.

Συγκεκριμένα, εάν παρατηρείται αυξημένη η ευεξία στην πρώτη φάση, θα είναι αυξημένη και στην δεύτερη φάση. Αντίθετα, αν παρατηρείται μειωμένη στο πρώτο ερωτηματολόγιο, θα παρουσιάζεται μειωμένη και μετά από τρεις περίπου μήνες. Συνεπώς, θα δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση(H_1) εφόσον οι μεταβλητές μας συσχετίζονται μεταξύ τους.

Συναισθηματικές αναπαραστάσεις σε σχέση με την ευεξία και στις δύο φάσεις

Αφού εξετάσαμε ξεχωριστά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και την ευεξία σε σχέση με το χρόνο, θα εξετάσουμε τώρα την μεταξύ τους σχέση. Με βάση τον πίνακα 1 παρατηρείται μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αναπαραστάσεων και της ευεξίας ως προς το παρελθόν και αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών ως προς το παρόν. Ακόμα, και αν εξετάσουμε τα ζεύγη των μεταβλητών κάνοντας χιαστή, δηλαδή συσχετίσουμε τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις στο παρελθόν με την ευεξία στο παρόν και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις στο παρόν με την ευεξία στο παρελθόν θα διαπιστώσουμε ότι και πάλι έχουμε μια σχετικά υψηλή αρνητική συσχέτιση.

Συνεπώς, λοιπόν, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι πρώτον η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών παραμένει σταθερή στο χρόνο και δεν μεταβάλλεται, πράγμα που σημαίνει ότι τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν όταν μειώνεται η μία μεταβλητή, αυξάνεται η άλλη. Συνεπώς δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση (H_1) που είχαμε θέσει στην αρχή.

Ο προσωπικός και θεραπευτικός έλεγχος σε σχέση με την ευεξία

Στο σημείο αυτό θέλουμε να μελετήσουμε τον προσωπικό έλεγχο αλλά και τον θεραπευτικό έλεγχο σε σχέση με την ευεξία στην πρώτη φάση, αλλά και την ευεξία στη δεύτερη φάση. Έτσι, παρατηρώντας τον πίνακα 1 φτάνουμε στα εξής συμπεράσματα. Πρώτον, ο προσωπικός έλεγχος τόσο στο παρόν όσο και στο παρελθόν δε συσχετίζεται με την ευεξία, πράγμα που σημαίνει ότι οι δύο αυτές μεταβλητές δρουν ανεξάρτητα και δεν επηρεάζει η μία την άλλη. Το δεύτερο συμπέρασμα στο οποίο φτάνουμε είναι ότι ο θεραπευτικός έλεγχος σε σχέση με την

ευεξία τόσο στην πρώτη φάση όσο και στη δεύτερη παρουσιάζουν μία πολύ χαμηλή θετική συσχέτιση. Συνεπώς, λοιπόν, στην περίπτωση του προσωπικού ελέγχου με την ευεξία δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση (H_0), ενώ στην περίπτωση του θεραπευτικού ελέγχου με την ευεξία δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση (H_1).

Ο προσωπικός έλεγχος σε σχέση με τον θεραπευτικό έλεγχο

Αφού ελέγξαμε τη σχέση που έχει ο θεραπευτικός και ο προσωπικός έλεγχος με την ευεξία, θα εξετάσουμε και κατά πόσο συσχετίζονται μεταξύ τους ο θεραπευτικός και ο προσωπικός έλεγχος. Παρατηρώντας, λοιπόν, την μεταξύ τους σχέση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει σημαντικά υψηλή θετική συσχέτιση. Συνεπώς, φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι όσο αυξάνεται ο θεραπευτικός έλεγχος, αυξάνεται και ο προσωπικός έλεγχος των ασθενών, ενώ όσο μειώνεται ο θεραπευτικός παρουσιάζεται μειωμένος και ο προσωπικός έλεγχος. Έτσι, στο σημείο αυτό δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση (H_1).

Ο θεραπευτικός έλεγχος σε σχέση με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις

Οι μεταβλητές των οποίων επιλέξαμε να εξετάσουμε τελευταία την μεταξύ τους σχέση είναι ο θεραπευτικός έλεγχος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στις δύο φάσεις της έρευνας. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τον θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της πρώτης φάσης παρατηρούμε μία χαμηλή αρνητική συσχέτιση, ενώ όσον αφορά τον θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της δεύτερης φάσης παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση. Επομένως, στην πρώτη περίπτωση δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση (H_1), ενώ στην δεύτερη περίπτωση δεχόμαστε την μηδενική (H_0).

Συσχετίσεις μεταβλητών ως προς το φύλο

Χρησιμοποιώντας ακόμη ως κριτήριο τον δείκτη συσχέτισης Pearson r θελήσαμε να μελετήσουμε τις μεταβλητές και την μεταξύ τους σχέση ξεχωριστά στους άνδρες από τις γυναίκες. Με αυτό τον τρόπο εξετάσαμε κατά πόσο επηρεάζει το φύλο τις μεταβλητές μας.

Αφού κάναμε στην αρχή δύο γενικές υποθέσεις, εξετάσαμε κατά πόσο συσχετίζονται οι μεταβλητές ξεχωριστά στους άνδρες από τις γυναίκες (πίνακας 2 και 3). Έτσι, τα συμπεράσματα που βγάλαμε ήταν τα παρακάτω. Πρώτον, ως προς την ευεξία και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στις δύο φάσεις (1 και 2) στους άνδρες βρέθηκε αρνητική συσχέτιση στο παρελθόν, η οποία όμως δεν μεταβάλλεται στο παρόν. Από την άλλη πλευρά, ως προς την ευεξία και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και στις δύο φάσεις στις γυναίκες παρατηρείται χαμηλή αρνητική συσχέτιση στο παρελθόν, η οποία αυξάνεται αρνητικά στο παρόν. Συνεπώς, και στις δύο περιπτώσεις δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση.

Δεύτερον συσχετίσαμε τον προσωπικό έλεγχο με τον θεραπευτικό έλεγχο και φτάσαμε στο συμπέρασμα ότι παρουσιάζεται μεγαλύτερη θετική συσχέτιση στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, με αποτέλεσμα να δεχτούμε και σε αυτό το σημείο την εναλλακτική μας υπόθεση. Τρίτον, όσον αφορά την ευεξία και στις δύο φάσεις (1 και 2) παρατηρείται πολύ θετική υψηλή συσχέτιση στους άνδρες και μέτρια θετική συσχέτιση στις γυναίκες, ενώ όσον αφορά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και των δύο φάσεων και στα δύο φύλα παρουσιάζεται μία υψηλή θετική συσχέτιση. Έτσι λοιπόν, σε όλες αυτές τις περιπτώσεις δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση.

Τέλος, όσον αφορά τον θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις του παρόντος και στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες δεν έχουμε συσχέτιση, και επομένως δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση (H_0). Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά τον θεραπευτικό έλεγχο και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις του παρελθόντος, στους άνδρες υπάρχει μία μικρή αρνητική συσχέτιση, ενώ στις γυναίκες δεν υπάρχει συσχέτιση. Συνεπώς, για τους άνδρες δεχόμαστε την εναλλακτική (H_1), ενώ για τις γυναίκες την μηδενική υπόθεση (H_0).

Χρήση του t-test για την μελέτη του φύλου

Για την διεξαγωγή της έρευνας έγινε χρήση και του t-test ώστε να μπορέσουμε να μελετήσουμε και την επιρροή που έχει το φύλο.

Μελετώντας, λοιπόν, τους μέσους όρους των ανδρών και των γυναικών όσον αφορά τις απαντήσεις που έχουν δώσει παρατηρούμε τα εξής (βλέπε πίνακα 4) :

- Στον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο οι μέσοι όροι είναι οι ίδιοι στους άνδρες και στις γυναίκες.
- Στις συναισθηματικές αναπαραστάσεις 1 και 2 παρατηρείται χαμηλότερη μέση τιμή στους άνδρες από τη μέση τιμή των γυναικών
- Τέλος, ως προς την ευεξία και των δύο φάσεων παρατηρείται λίγο χαμηλότερη η μέση τιμή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες

4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούμε να φτάσουμε σε κάποια συμπεράσματα. Προτού όμως προβούμε στα συμπεράσματα αυτά θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δύο φάσεις που εξέταζαν κάποιες μεταβλητές απείχαν μόλις τρεις μήνες. Συνεπώς τα συμπεράσματα που θα βγάλουμε δεν μπορούμε να πούμε ότι θα ίσχυαν μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Έτσι, λοιπόν, όσον αφορά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών παρατηρήθηκε ότι δεν μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Συνεπώς, εφόσον τα συναισθήματα παραμένουν σχεδόν τα ίδια μετά από κάποιο χρονικό

διάστημα λίγων μηνών, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αρνητικά συναισθήματα θα εμφανίζουν τα ίδια και μετά από κάποιους μήνες, ενώ οι ασθενείς που παρουσιάζουν θετικά συναισθήματα ως προς την ασθένεια δεν θα διαφέρουν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και με την ευεξία, δηλαδή τα επίπεδα ευεξίας που παρουσιάζει κάποιος ασθενείς δεν μεταβάλλονται στο χρόνο. Ωστόσο, εάν συσχετίσουμε την ευεξία με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις διαπιστώνουμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που αναφέρουν θετική ψυχολογική ευεξία παρουσιάζουν και αρνητικά συναισθήματα, ενώ οι ασθενείς που αναφέρουν αρνητική ψυχολογική ευεξία παρουσιάζουν θετικά συναισθήματα. Βέβαια, αυτό είναι ένα συμπέρασμα το οποίο δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της μελέτης.

Ένα ακόμη συμπέρασμα στο οποίο έχουμε φτάσει είναι ότι οι ασθενείς όσο πιστεύουν ότι η θεραπεία τους μπορεί να ελέγξει την ασθένεια πιστεύουν ότι μπορεί να έχουν και τον προσωπικό έλεγχο της ασθένειας. Αντίθετα, εάν οι ασθενείς πιστεύουν ότι η θεραπεία δεν μπορεί να τους βοηθήσει, τότε δεν έχουν τον έλεγχο της ασθένειας.

Επιπλέον, θέλοντας να εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ θεραπευτικού ελέγχου και συναισθηματικών αναπαραστάσεων μελετήσαμε και τις δύο φάσεις. Αν και στην πρώτη φάση παρατηρήθηκε ότι οι άνθρωποι τείνουν να έχουν θετικά συναισθήματα όσο δεν έχουν θεραπευτικό έλεγχο και αρνητικά συναισθήματα όσο πιστεύουν ότι η θεραπεία ελέγχει την ασθένεια τους. Ωστόσο, θα λέγαμε ότι γενικά εφόσον δεν υπήρξε κάποια ισχυρή συσχέτιση στη φάση αυτή και καθόλου συσχέτιση στην άλλη φάση, ο θεραπευτικός έλεγχος με τα συναισθήματα συσχετίζονται σε πολύ μικρό βαθμό.

Επιχειρώντας να εξετάσουμε τις μεταβλητές μας ως προς το φύλο, φτάσαμε στα παρακάτω συμπεράσματα. Καταρχάς, όσον αφορά την ευεξία και τη σχέση της με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις παρατηρήσαμε ότι η σχέση αυτή δεν μεταβάλλεται στους άνδρες. Αντίθετα, στις γυναίκες διακρίναμε ότι με το

πέρασμα του χρόνου τα συναισθήματα είναι περισσότερα αρνητικά από των ανδρών.

Επίσης, οι γυναίκες πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τους άνδρες ότι εάν υπάρχει ο θεραπευτικός έλεγχος μπορούν να ελέγξουν την ασθένεια. Ακόμη, στις γυναίκες η ευεξία παρουσιάζει πολύ μικρή διαφορά με το πέρασμα του χρόνου. Αντίθετα, στους άνδρες μεταβάλλεται λίγο πιο εύκολα από ότι τις γυναίκες.

Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε ότι και στα δύο φύλα ο θεραπευτικός έλεγχος δεν μπορεί να συσχετιστεί με τα συναισθήματα τους. Το μόνο συμπέρασμα που μπορούμε να βγάλουμε από αυτούς τους παράγοντες είναι ότι στους άνδρες μόνο σε ελάχιστο βαθμό η σχέση αυτή μεταβάλλεται με το χρόνο και αντιλαμβανόμαστε ότι όσο περισσότερο πιστεύουν ότι ελέγχει η θεραπεία την ασθένεια τόσο αρνητικότερα συναισθήματα έχουν και το αντίστροφο.

Ένα τελευταίο συμπέρασμα που έχουμε βγάλει από την έρευνα είναι από την σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τις απαντήσεις τους στην κλίμακα του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, διαπιστώνουμε πως όσον αφορά τις απαντήσεις τους σε θέματα που αφορούσαν τον προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο αυτές δεν διαφέρουν. Τέλος, αντιλαμβανόμαστε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν αρνητικότερα συναισθήματα από τις γυναίκες, ενώ ως προς την ευεξία οι γυναίκες παρουσιάζουν λίγο χαμηλότερα επίπεδα ευεξίας από τους άνδρες.

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η έρευνα όμως έχει και κάποιους περιορισμούς. Ο βασικότερος περιορισμός της έρευνας μας είναι το μέγεθος του δείγματος. Συγκεκριμένα, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό και για να γίνει μία έρευνα όσον τον δυνατόν πιο αξιόπιστη το δείγμα είναι καλό να είναι όσον το δυνατόν μεγαλύτερο. Έτσι, θα μπορούσε στο μέλλον να πραγματοποιηθεί μία νέα έρευνα που θα εξετάζει τις συγκεκριμένες μεταβλητές χρησιμοποιώντας όμως ένα μεγαλύτερο δείγμα. Τέλος, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι ένα μειονέκτημα της έρευνας είναι η υποκειμενικότητα των απαντήσεων. Αυτό σημαίνει ότι τα υποκείμενα θα μπορούσαν να δώσουν μία διαφορετική απάντηση από τη μία στιγμή στην άλλη.

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AI, A., Peterson, C., Rodgers, W., Tice, T. (2005). Effects of faith and secular factors on locus of control in middle-aged and older cardiac patients. *Aging & Mental Health*, 5, 470-481
- Anselmino, M., Ohrvik, J., Malmberg, K., Standl, E., Ryden, L. (2008). Glucose lowering treatment in patients with coronary artery disease is prognostically important not only in established but also in newly detected diabetes mellitus: a report from the Euro Heart Survey on Diabetes and the Heart. *European Heart Journal*, 29, 177-184
- Arnetz, J., Hoglund, A., Arnetz, B., Winblad U (2008). Development and evaluation of a questionnaire for measuring patient views of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 229-238
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic*, 60, 631-637
- Caldwell, P., Arthur, H. (2009). The influence of a “culture of referral” on access to care in rural settings after Myocardial infarction. *Health & Place*, 15, 180-185
- Cheng, T., (2008). Hypertrophic cardiomyopathy vs. athlete’s heart. *International Journal of Cardiology*, 131, 151-155
- Devcich, D., Ellis, C., Gamble, G., Petrie, K., (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis : Changes in illness representations immediately following coronary angiography. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 553-556
- Diefenbach, M., Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5, 1, 11-38

- Dickens, C., McGowam, L., Percival C., Tomenson, B., Cotter L., Heagerty, A., Creed, F. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 30, 414-420
- Duberstein, R.,P, Masling, J. (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην αρρώστια και την υγεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 87-113
- Foody, J.,M.(2006). Women and Coronary Artery Disease από το βιβλίο: Foody, J.,M.(2006). *Preventive Cardiology*. Humana Press, New Jersey, 217-235
- Goldman, L., Bennett, J.,C. (21^H έκδοση). *Νοσολογία (φυσιοπαθολογία-διάγνωση-θεραπεία)*. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 259-541
- Graeber, B., Soufer A., Burg, M., Soufer, R.,C.: The Implications of Mental Stress for Cardiovascular Disease από το βιβλίο: Foody, J., (2006) *Preventive Cardiology (second edition)*. Humana Press, New Jersey, 197-216
- Hermale, S., Olivo, E., Namerow P., OZ, M. (2007). Illness representation and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Health & Medicine*, 12(5),580-591
- Hou, S., Yen, F., Tsai, S. (2008). Is dysfunction of the tissue plasminogen activator (TPA)- plasmin pathway a link between major depression and cardiovascular disease?. *Medical Hypothesis*, 72, 166-168
- Joensen, A., Jensen, M., Overvad, K., Dethlefsen C., Schmidt, E., Rasmussen, L., Tjonneland A., Johnsen, S.(2009).Predictive values of acute coronary syndrome discharge diagnoses differed in the Danish National Patient Registry. *Journal of clinical Epidemiology*, 62, 188-194
- Johansson P., Brostrom A., Dahlstrom, U., Alehagen U.(2008). Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 269-276
- Καραδήμας, Ε., Χ.: Φύλο και υγεία: είναι οι γυναίκες ‘ασθενέστερες’ από τους άνδρες. *Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης*, 1-24

- Καραδήμας, Ε., Χ.(2005). *Ψυχολογία Υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 141-164
- Karademas, E., C.(2007). Positive and negative aspects of well-being: common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43,277-287
- Krum H., Abraham W.(2009). Heart Failure. *Seminor*,373, 941-955
- Martin, R., Leventhal H.: Symptom perception and health care-seeking behavior από το βιβλίο: Boll, T. (Editor-in-chief)(2002). *Disorders of behavior and health*. American Psychological, Washington, 299-319
- Piga, R., Naito, Y., Kokura, S., Handa, O., Yoshikawa, T.(2007). Short- term high glucose exposure induces monocyte- endothelial cells adhesion and transmigration by increasing VCAM-1 and MCP-1 expression in human aortic endothelial cells. *Atherosclerosis*, 193,328-334
- Senior, V., Martean T., Weinman J.(2005). Perceptions of control over heart disease in people with an inherited predisposition to raise cholesterol. *Health & Medicine*, 10(1), 16-30
- Sheikh, A., Marotta, S. (2008). Best Practices for Counseling in Cardiac Rehabilitation Settings. *Journal of Counseling & Development*, 86, 111-120
- Shifren, K. (2003). Women with heart disease: can the common- sense model of illness help?. *Health Care for Women International*, 24,355-368
- Skotzko, C. (2007). Symptom perception in CHF : (why mind matters). *Heart Fail*, 14,29-34
- Steptoe A., Brydon L.(2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 63-70
- Swedberg, K., Cleland, J., Cowie, M., Nieminem, M., Priori, S., Tavazzi, L., Veldhuisen D., Alonso-Pulpon, L., Camm, J., Dickstein, K., Drexler, H., Filippatos G., Linde, C., Lopez-Sendon, J., Santini, M., Zannad, F. (2008). Successful treatment of heart failure with devices requires collaboration. *The European Journal of Heart Failure*, 10,1229-1235
- Tierney, L., McPhee, S., Papadakis, M.(2001).*Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική*. Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε., Αθήνα, 520-664

- Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2),187-198
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-435
- White, J., Hunter, M., Holttum, S.(2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions adjustment and coping. *Health & Medicine*, 12(3),278-288