

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Π. Μ. Σ. "ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ"

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«Θετική νοηματοδότηση και ψυχοκοινωνική προσαρμογή στις καρδιαγγειακές παθήσεις: μελετώντας τη συμβολή δημογραφικών μεταβλητών, ενδοπροσωπικών χαρακτηριστικών και στρατηγικών διαχείρισης στρες »

Επιμέλεια:

Γουρνιεζάκη Αθηνά (Α.Μ. 78)

Υπεύθυνος καθηγητής:

Καραδήμας Ευάγγελος

ΡΕΘΥΜΝΟ 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον κύριο Καραδήμα Ευάγγελο που με την επιστημονική του καθοδήγηση και την ουσιαστική του συμπαράσταση συνέβαλε ενεργά στη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας. Πρωτίστως όμως τον ευχαριστώ για την αγάπη, την οποία μου μετέδωσε για το αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας. Επίσης, ευχαριστώ την κυρία Μισιρλιάδου Όλγα, ψυχολόγο του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, η οποία με προσωπική της πρωτοβουλία διευκόλυνε σημαντικά το έργο μου, τους διευθυντές των Α' και Β' καρδιολογικών κλινικών κύριο Κόκκινο Διονύση και κύριο Θεοδωράκη Γιώργο για την άδεια χορήγησης των ερωτηματολογίων και το νοσηλευτικό προσωπικό των δύο κλινικών για την αξιόλογη συνεργασία τους. Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους συμπλήρωσαν το χρονοβόρο ερωτηματολόγιο της έρευνας για το ενδιαφέρον και την προθυμία που έδειξαν να συμμετάσχουν. Επιπλέον, ευχαριστώ τους αγαπημένους μου φίλους, Μανούσο Αποστολάκη, Χριστίνα Ζενέλη, Θεόφιλο Ποζίδη, Αντωνία Χαλαμπαλάκη, Βαγγέλη Λεμπέση, Παρασκευή Λυδάκη, Κασσαβού Κατερίνα και Κυριακούση Γιώργο για τη στήριξη τους στις όμορφες και δύσκολες στιγμές. Τελος, οφείλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην πολύτιμη οικογένεια μου, τον Άρη, τη Μαρίνα & τη Γαλάτεια για την αστείρευτη κατανόηση, αγάπη και πίστη τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θετική νοηματοδότηση, ως έννοια, σχετίζεται με τις θετικές αλλαγές τις οποίες αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι να συμβαίνουν στις ζωές τους έπειτα από ιδιαίτερα στρεσογόνες και τραυματικές εμπειρίες, όπως είναι μία σοβαρή ασθένεια. Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με: α) ορισμένους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (ευχαρίστηση από τη ζωή, αντίληψη γενικής υγείας), β) γνωστικές μεταβλητές (αισιοδοξία, εσωτερικό αίσθημα ελέγχου, αυτοπεποίθηση, αντιλαμβανόμενη απειλή) και γ) κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (π.χ επίλυση προβλήματος, συναισθηματική ανησυχία, απόσπαση προσοχής). Στην έρευνα συμμετείχαν 157 άτομα, εκ των οποίων 87 ήταν νοσηλευόμενοι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και 70 ήταν υγιή άτομα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν ως προς την ευχαρίστηση από τη ζωή ενώ διαφέρουν σημαντικά ως προς την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας και συγκεκριμένα, τη σωματική υγεία και τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα. Η θετική νοηματοδότηση της ασθένειας προβλέπει την ευχαρίστηση από τη ζωή, ακόμη και μετά τον έλεγχο δημογραφικών, ιατρικών, ψυχολογικών μεταβλητών και στρατηγικών διαχείρισης στρες. Η αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας δεν έδειξε να συσχετίζεται με τη θετική νοηματοδότηση εκτός από τον παράγοντα της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας που έχει αρνητική συσχέτιση με αυτή. Από τις γνωστικές μεταβλητές, μόνο η αισιοδοξία και το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου σχετίζονται με την θετική νοηματοδότηση ενώ από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, η συναισθηματική ανησυχία φαίνεται να μη συνδέεται με την εύρεση θετικού νοήματος. Αντίθετα, η απόσπαση προσοχής, η επίλυση προβλήματος, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών και η ονειροπόληση συσχετίζονται σημαντικά με την θετική νοηματοδότηση των νοσηλευόμενων ασθενών. Συμπερασματικά, η θετική νοηματοδότηση της ασθένειας αποτελεί ένα πολύπλευρο θέμα που αξίζει περαιτέρω διερεύνησης.

Λέξεις-κλειδιά: Θετική νοηματοδότηση, Ψυχοκοινωνική προσαρμογή, Γνωστικές μεταβλητές, Στρατηγικές αντιμετώπισης στρες

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
Μέρος 1^ο: Εισαγωγή	
Κεφάλαιο 1: Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	8
Κεφάλαιο 2: Η νοηματοδότηση της ασθένειας.....	13
2.1: Η θετική νοηματοδότηση.....	15
2.2: Ορισμοί και χαρακτηριστικά της θετικής νοηματοδότησης.....	16
2.3: Μεταβλητές που σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση.....	21
2.3.α: Δημογραφικές μεταβλητές.....	21
2.3.β: Ψυχοκοινωνικές & ιατρικές μεταβλητές.....	23
Κεφάλαιο 3: Η Ψυχοκοινωνική προσαρμογή.....	27
3.1: Ψυχοκοινωνική προσαρμογή και καρδιαγγειακές παθήσεις.....	31
3.2: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες & προσαρμογή.....	32
3.2.α: Ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες.....	33
3.2.β: Γνωστικές μεταβλητές.....	37
3.2.γ: Στρατηγικές αντιμετώπισης.....	38
3.3: Θετική νοηματοδότηση & προσαρμογή.....	40
Κεφάλαιο 4: Σκοποί και υποθέσεις της έρευνας.....	43
Μέρος 2^ο: Μέθοδος	
2.1: Συμμετέχοντες.....	45
2.2: Μέσα συλλογής δεδομένων.....	46
2.3: Διαδικασία.....	50

Μέρος 3^ο: Αποτελέσματα

3.1: Διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών.....	52
3.2: Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και θετικής νοηματοδότησης.....	52
3.3: Ψυχοκοινωνική προσαρμογή, θετική νοηματοδότηση, στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας και ενδοπροσωπικές μεταβλητές.....	57
3.4: Οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με ενδοπροσωπικές μεταβλητές και στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας.....	60
3.5: Σχέσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και θετικής νοηματοδότησης.....	63

Μέρος 4^ο: Συζήτηση.....	70
---	-----------

Βιβλιογραφία.....	77
--------------------------	-----------

Παράρτημα.....	89
-----------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί θεωρητικοί της δυτικής ψυχολογίας έχουν στρέψει την προσοχή τους στην θετική ανθρώπινη λειτουργικότητα και τη διερεύνηση των παραμέτρων της. Μία τέτοια παράμετρος είναι η θετική νοηματοδότηση. Αυτή αφορά τις θετικές αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στη ζωή των ανθρώπων ως αποτέλεσμα τραυματικών και στρεσογόνων καταστάσεων, όπως είναι μία χρόνια ασθένεια. Παρά τη παραδοξότητα της σχέσης μεταξύ τραυματικού γεγονότος και αποκομιζόμενου οφέλους, υπάρχουν αρκετές μελέτες που καταδεικνύουν πως σοβαρές ή χρόνιες ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν ωφέλιμες αλλαγές στη ζωή των πασχόντων. Οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη εύρεση θετικού νοήματος στην ασθένεια είναι ποικίλοι. Τόσο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τραυματικού συμβάντος όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της θετικής νοηματοδότησης.

Η αξιολόγηση μίας δύσκολης εμπειρίας ως ωφέλιμης έχει συσχετιστεί σε πολλές μελέτες με την επιτυχή προσαρμογή στη χρόνια ή οξεία ασθένεια, σε βιολογικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Πάραυτα, τα ευρήματα της έρευνας είναι ακόμη ασαφή ως προς τη σχέση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και ορισμένων δεικτών ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ της εύρεσης θετικού νοήματος, ενδοπροσωπικών χαρακτηριστικών, τρόπων διαχείρισης προβλημάτων υγείας και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο λόγος, για τον οποίο επιλέχθηκε η κλινική κατηγορία των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι επειδή η χρονιότητα των περισσότερων καρδιαγγειακών νοσημάτων καθιστά αναγκαία την «αποκωδικοποίηση» συγκεκριμένων παραγόντων, οι οποίοι βοηθούν στην διαδικασία της προσαρμογής των ασθενών, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια ζωή όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική.

Η κατανόηση των σχέσεων της θετικής νοηματοδότησης με ορισμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τη προσαρμογή των καρδιαγγειακών ασθενών, αφενός θα βοηθήσει να καλυφθεί το κενό που υπάρχει στην ελληνική έρευνα για τη θετική νοηματοδότηση της ασθένειας και αφετέρου θα συμβάλλει στην ανάπτυξη

κατάλληλα διαμορφωμένων προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο τη καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή των χρόνιων ασθενών.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης γίνεται μια εκτενής βιβλιογραφική περιγραφή των καρδιαγγειακών παθήσεων, της νοσηματοδότησης της ασθένειας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο της εισαγωγής γίνεται αναφορά στα επιδημιολογικά στοιχεία, την κλινική εικόνα και τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται το θέμα της νοσηματοδότησης της ασθένειας και ιδιαίτερα της θετικής νοσηματοδότησης. Ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή των ορισμών και των χαρακτηριστικών της καθώς και των δημογραφικών, ψυχοκοινωνικών και ιατρικών μεταβλητών που συστηματικά σχετίζονται με αυτή. Στο τρίτο κεφάλαιο, προσδιορίζεται η πολύπλοκη έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και γίνεται μία σύντομη αναφορά στα προεξάρχοντα ζητήματα της προσαρμογής των καρδιαγγειακών ασθενών. Εν συνεχεία, εξετάζονται κάποιοι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι λειτουργούν είτε βοηθητικά είτε ανασταλτικά στη διαδικασία της προσαρμογής και έπειτα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών αναφορικά με τη σχέση της θετικής νοσηματοδότησης και της προσαρμογής. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ο σκοπός και οι υποθέσεις που τέθηκαν προς διερεύνηση για τη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, περιγράφεται η μέθοδος της παρούσας μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας, τα ψυχομετρικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας και τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων.

Το τρίτο μέρος της εργασίας αφορά την παρουσίαση των κύριων αποτελεσμάτων της έρευνας. Αναφέρονται οι διαφορές που προέκυψαν μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων στα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής καθώς και οι εκάστοτε σχέσεις, που τέθηκαν προς μελέτη, μεταξύ της θετικής νοσηματοδότησης και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και των ενδοπροσωπικών και δημογραφικών μεταβλητών καθώς και των τρόπων διαχείρισης προβλημάτων υγείας.

Καταληκτικά, στο τέταρτο μέρος περιγράφονται τα βασικά ευρήματα της έρευνας σε συνδυασμό με τα πρόσφατα αποτελέσματα άλλων μελετών καθώς και αναφέρονται τόσο οι περιορισμοί της μελέτης όσο και οι ωφέλιμες προεκτάσεις που μπορεί να έχει.

Μέρος Ι^ο: Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1: Καρδιαγγειακές παθήσεις

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας παγκοσμίως. Παρότι το ποσοστό θνησιμότητας έχει μειωθεί στη Βόρειο Αμερική και σε αρκετές δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες λόγω της έγκαιρης πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας στις χώρες αυτές (www.who.int), τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται ακόμη για τον ένα σε κάθε 2.5 θανάτους (Smith & Ruiz, 2002).

Τα τελευταία χρόνια, στην Ελλάδα παρατηρείται επίσης μια μικρή μείωση (11%-15%) της θνησιμότητας τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Πάραυτα, το πρόβλημα παραμένει ακόμη μεγάλο, αφού οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν το αίτιο περίπου για τους μισούς από τους θανάτους που καταγράφηκαν στην Ελλάδα, το 2001 (www.who.int). Στις Η.Π.Α μεταξύ των υγιών σαραντάχρονων περίπου το 40% με 50% των ανδρών και το 25%-35% των γυναικών θα αναπτύξουν μελλοντικά στεφανιαία καρδιακή νόσο (Smith & Ruiz, 2002) ενώ ο ένας στους τέσσερις Αμερικανούς πάσχει από κάποια μορφή καρδιαγγειακής νόσου (Bellg, 2004).

Επί χρόνια οι επιδημιολογικές έρευνες συνέδεαν τη στεφανιαία νόσο με τα ανώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. Από τα μέσα όμως του 20^{ου} αιώνα και λόγω της ταχείας ανάπτυξης του βιοτικού επιπέδου, τα δεδομένα άλλαξαν, ώστε πλέον οι καρδιαγγειακές παθήσεις να εμφανίζονται συχνότερα στα χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα του δυτικού κόσμου (Armstrong, Strogatz & Wang, 2004. www.who.int). Στις Η.Π.Α, το οικονομικό κόστος που δημιουργείται από τις ιατρικές παροχές, τα επιδόματα σε περιπτώσεις ανημποριάς και τη χαμένη παραγωγικότητα σχετικά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, είναι τεράστιο (Smith & Ruiz, 2002).

Σε μελέτη στον Ελληνικό πληθυσμό, φάνηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας μεταξύ ανδρών και γυναικών αντιστοιχεί στο 4:1 (Panagiotakos, Pitsakos, Chrysohoou, Stefanadis & Toutouzas, 2002) πριν την ηλικία των 65 ετών και 40:1 πριν την ηλικία των 45 ετών. Παρότι με το πέρασμα της ηλικίας η διαφορά της συχνότητας εμφάνισης κάποιας καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών μειώνεται, οι γυναίκες καθυστερούν κατά 10 έτη να παρουσιάσουν κάποια πάθηση συγκριτικά με τους άνδρες ενώ στην περίπτωση οξέων προβλημάτων όπως το

έμφραγμα του μυοκαρδίου ή του αιφνίδιου θανάτου, κατά 20 έτη (Bellg, 2004). Πάραυτα, σε περίπτωση που οι γυναίκες εκδηλώσουν κάποια καρδιαγγειακή πάθηση είναι πιθανότερο να πεθάνουν (Καραδήμας, 2005). Στον Ελληνικό πληθυσμό, η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα των γυναικών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο είναι σχεδόν διπλάσια από ότι στους άνδρες (Κουρλαμπά, 2005).

Το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελείται από τον καρδιακό μυ, τα αιματικά αγγεία και το αίμα. Το μυοκάρδιο λειτουργεί σαν μια αντλία και αυτή του η δράση ρυθμίζει τη κυκλοφορία της αιματικής ροής στο σώμα (Taylor, 1991). Ο όρος ‘καρδιαγγειακές παθήσεις’ ή ‘νοσήματα του κυκλοφορικού’ αντιπροσωπεύει τις διαταραχές του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του (Καραδήμας, 2005). Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοίμωξης, ασθένειας, συγγενών ανωμαλιών ή επίκτητων βλαβών (Taylor, 1991).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν στους εξής τύπους: α) τις νόσους των στεφανιαίων αγγείων, β) τη καρδιακή ανεπάρκεια, γ) τις καρδιακές αρρυθμίες, δ) τις βαλβιδικές παθήσεις της καρδιάς, ε) τις μυοκαρδιοπάθειες και τέλος στ) τις συγγενείς καρδιοπάθειες (Παπαδημητρίου, 2000). Στα εγχειρίδια ψυχολογίας, αναφερόμενοι στον όρο ‘καρδιαγγειακές παθήσεις’ συνήθως γίνεται αναφορά, κυρίως, για μια μόνο μορφή τους – αυτή της στεφανιαίας νόσου (Coronary Heart Disease: CHD). Αυτό οφείλεται τόσο στην ιδιαίτερη προσοχή που έχει λάβει η συγκεκριμένη ασθένεια στην έρευνα (Σουρμελάκης, 1995) όσο και στο ότι αυτή ευθύνεται για τους μισούς από όλους τους θανάτους από τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Bellg, 2004).

Στον Ελληνικό πληθυσμό, η θνησιμότητα από τη στεφανιαία νόσο παρουσίαζε σχεδόν διπλάσια αύξηση από το 1956 ως το 1978, για τους άνδρες ηλικίας 45-74 ετών. Την επόμενη δεκαετία, ο ρυθμός αύξησης μειώθηκε ενώ μετά το 1990 άρχισε να μειώνεται η θνησιμότητα. Για τις γυναίκες, η θνησιμότητα αυξανόταν μέχρι το 1990 σε μικρότερο βαθμό απ’ότι στους άνδρες, ενώ μετά το 1990 άρχισε επίσης να μειώνεται. Η στεφανιαία νόσος των αγγείων παραμένει από τις πρώτες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (Κουρλαμπά, 2005).

Η στεφανιαία νόσος είναι μια βαθμιαία αναπτυσσόμενη χρόνια ασθένεια η οποία ξεκινάει από τις αρτηριοσκληρυντικές αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων τα οποία είναι υπεύθυνα για την παροχή αίματος στο καρδιακό μυ. Κύριες κλινικές εκδηλώσεις της είναι διάφορες μορφές στηθάγχης (σταθερή, ασταθής και Prinzmetal), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος.

Το κυριότερο αίτιο της μείωσης της αιματικής ροής στα στεφανιαία αγγεία και κατά συνέπεια στον καρδιακό μυ είναι η αρτηριοσκλήρυνση. Οι όροι αθήρωμα και αθηροσκλήρωση χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά από τον Έλληνα ιατρό Γαληνό (131-201μ.Χ) και προέρχονται από τις λέξεις ‘αθήρη’, που σημαίνει χυλός από αλεσμένο σιτάρι (πλιγούρι) και ‘όμμα’ που σημαίνει μάζα και σκληρός. Από την εποχή του R. Virchow, τον 19^ο αιώνα, υπήρξε ενδιαφέρον για το μηχανισμό γένεσης της αθρωματικής πλάκας. Επικρατέστερες υποθέσεις για την εξέλιξη της αθρωματικής πλάκας είναι η «απάντηση του ενδοθηλίου σε βλάβη», η «μονοκλωνική υπόθεση» και η υπόθεση της «λιπιδιακής διήθησης». Από τελευταίες μελέτες φαίνεται πως η πολυπλοκότητα διαδικασίας της αθρωγένεσης επιτρέπει τη συμμετοχή περισσότερων της μία υποθέσεων σε μια ενιαία θεωρία (Παπαδημητρίου, 2000).

Η αρτηριοσκλήρυνση είναι μια προοδευτική πολυπαραγοντική διαδικασία που αρχίζει κατά τη παιδική ηλικία και καταλήγει σε ένα φάσμα σοβαρών καρδιαγγειακών παθήσεων. Πρόκειται για την πάχυνση και σκλήρυνση του μέσου και μεγαλύτερου μεγέθους αρτηριών και την στένωση του αυλού τους από αθηροσκληρυντικές πλάκες. Αρχικά έχουμε εναπόθεση λιπιδίων και σχετικά κύτταρα στο αγγειακό τοίχωμα. Αυτές οι εναποθέσεις λιπιδίων μεγαλώνουν ως φανερές λιπώδεις γραμμές οι οποίες αποτελούνται από λιποειδή και λιποπρωτείνες και εντοπίζονται στον έσω χιτώνα του αγγείου. Ωστόσο, αυτή η κίτρινη λιπώδης ράβδωση που παρατηρείται ήδη από την παιδική ηλικία δεν αποτελεί αναγκαστικά πρόδρομη μορφή της αθηροσκλήρωσης του ενήλικα και σε αυτό το στάδιο η κατάσταση θεωρείται επανορθώσιμη.

Η πιο προχωρημένη αθρωματική βλάβη είναι η ινώδης πλάκα. Στους πληθυσμούς που παρουσιάζουν συχνά αθρωσκήρυνση, η ινώδης πλάκα αρχίζει να αναπτύσσεται γύρω στην ηλικία των εικοσιπέντε. Σε αυτό το στάδιο που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ινώδους ιστού και την υπερπλασία του έσω χιτώνα είναι αμφίβολο αν η αλλοίωση μπορεί να επανορθωθεί. Αν η πλάκα επιπλακεί με θρόμβωση, αιμορραγία ή ασβέτωση ονομάζεται επιπλεγμένη πλάκα. Η ινώδης πλάκα αποτελείται από μεγάλο αριθμό λείων μυϊκών κυττάρων, μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα. Μέσα στην ινώδη πλάκα ανευρίσκονται επίσης κολλαγόνες και ελαστικές ίνες, αφρώδη κύτταρα και κρύσταλλοι χοληστερόλης. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν νεκρωτικές εστίες και περιοχές ασβέστωσης.

Καθώς οι ‘πλάκες’ αυξάνονται σε αριθμό και μέγεθος, μπορούν να εμποδίσουν ή να διακόψουν την αιματική ροή (Cecyl, 1996). Όταν η παροχή αίματος στο καρδιακό μυ είναι μικρή ή ατελής, το άτομο εμφανίζει στηθάγχη. Αυτή εκδηλώνεται με πόνο στο στήθος ή έντονη δυσφορία, συνήθως μετά από στρες ή σωματική προσπάθεια (Καραδήμας, 2005). Η ρήξη ινώδους πλάκας μπορεί να οδηγήσει σε ακόμη σοβαρότερα κλινικά συμβάντα όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος θάνατος. Τη ρήξη της ινώδους πλάκας ακολουθεί ενεργοποίηση του πηκτικού μηχανισμού ο οποίος οδηγεί σε σχηματισμό θρόμβου. Έτσι επιτείνεται η απόφραξη του αγγείου (Cecyl, 1996).

Η σοβαρότητα της βλάβης που θα προκληθεί ως συνέπεια της αθηροσκληρυντικής στένωσης της στεφανιαίας αρτηρίας ή της απότομης απόφραξης της θα εξαρτηθεί από το βαθμό της ‘παράπλευρης κυκλοφορίας’ (Sarafino, 1998). Όταν αποφραγεί μια στεφανιαία αρτηρία, η ροή της σε αυτά τα παράπλευρα αγγεία δεν είναι αρκετή γι’ αυτή που χρειάζεται το μυοκάρδιο ώστε να παραμείνει ζωντανό, όμως τη δεύτερη ή τρίτη μέρα το μέγεθος τους διπλασιάζεται και συχνά η στεφανιαία αιμάτωση φτάνει σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε έναν περίπου μήνα, γεγονός που ερμηνεύει την ανάρρωση από τους διάφορους τύπους στεφανιαίας απόφραξης (Σουρμελάκης, 1995).

Η αιτιοπαθογένεια της αρτηριοσκληρυνσης είναι σύνθετη και πολύπλευρη. Περιλαμβάνει γενετική προδιάθεση και επίκτητους προδιαθεσιακούς παράγοντες κινδύνου, η παρουσία των οποίων προοιωνίζει την πιθανότητα ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου της αρτηριοσκληρυνσης και των συναφών κλινικών συνδρόμων όπως η στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος θάνατος διακρίνονται σε α) μη ελεγχόμενους (κληρονομικότητα, αύξηση της ηλικίας, φύλο) και ελεγχόμενους (υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία και έλλειψη σωματικής άσκησης) και β) κύριους (υπερχοληστερολαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα) και δευτερεύοντες (σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, καθιστική ζωή, στρες) (Cecyl, 1996. Bellg, 2004).

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ακόμη μία σχετικά συχνή καρδιαγγειακή πάθηση. Στις Η.Π.Α οι ρυθμοί συχνότητας εμφάνισης του συνδρόμου αυξάνονται ολοένα με το πέρασμα του χρόνου. Από το 1993 ως το 1999 η θνησιμότητα από καρδιακή ανεπάρκεια εμφάνισε αύξηση κατά 22% (Bellg, 2004. Παπαδημητρίου, 2000). Η συχνότητα της καρδιακής ανεπάρκειας μεταβάλλεται με την ηλικία και από

1% που είναι στις ηλικίες 50-60 ετών, αυξάνει στο 10% μετά τα 80 έτη (Παπαδημητρίου, 2000).

Το κλινικό σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας προσεγγίζεται με δύο διαφορετικούς τρόπους. Ο πρώτος δίνει έμφαση στην αδυναμία της καρδιακής αντλίας να διακινήσει ομαλά την απαραίτητη ποσότητα αίματος για τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού (Cecyl, 1996) και ο δεύτερος τονίζει τις αιμοδυναμικές, νεφρικές, νευρικές και ορμονικές μεταβολές που προκαλούνται στον οργανισμό από την ανώμαλη λειτουργία της καρδιάς.

Τα αίτια της καρδιακής ανεπάρκειας χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: α) «μηχανικά» (συγγενείς καρδιοπάθειες, επίκτητες βαλβιδικές παθήσεις, μυοκαρδιοπάθεια, παθήσεις του περικαρδίου) και μη «μηχανικά» (στεφανιαία νόσος των αγγείων, μυοκαρδίτιδες), β) «λειτουργικά» (π.χ αρτηριακή υπέρταση, ανεπάρκεια αορτής) και γ) εκλυτικά (π.χ εμφάνιση αρρυθμιών, καρδιακές λοιμώξεις, σωματική καταπόνηση, στρες).

Όσο η καρδιακή ανεπάρκεια εξελίσσεται παρατηρείται μια προοδευτική επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας και αυξάνεται ο κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου από την ανάπτυξη αρρυθμιών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κυρίως φαρμακευτική. Επειδή όμως συνήθως κανένα θεραπευτικό σχήμα δεν δίνει οριστική λύση, στις περιπτώσεις σοβαρής καρδιακής ανεπάρκειας χρειάζεται να γίνει καρδιακή μεταμόσχευση (Παπαδημητρίου, 2000).

Οι καρδιακές αρρυθμίες έχουν διάφορες κλινικές εκδηλώσεις. Σε γενικές γραμμές οι αρρυθμίες εμφανίζονται στους καρδιακούς κόλπους ή τις κοιλίες. Ουσιαστικά, οι αρρυθμίες είναι το αποτέλεσμα μιας μικρής διακοπής του καρδιακού ρυθμού λόγω έλλειψης οξυγόνωσης του μυοκαρδίου. Οι κοιλιακές αρρυθμίες είναι περισσότερο επικίνδυνες αφού συχνά καταλήγουν σε κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία αποτελεί συχνό αίτιο αιφνίδιου θανάτου.

Αντίστοιχα, οι βαλβιδικές παθήσεις της καρδιάς εμφανίζονται όταν μία ή περισσότερες από τις τέσσερις βαλβίδες της καρδιάς (μιτροειδής, πνευμονική, αορτική και τριγλώχινα) δυσλειτουργούν (Καραδήμας, 2005). Η δυσλειτουργία αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ροής του αίματος στο καρδιακό μυ, γεγονός που διαταράσσει την ισορροπία μεταξύ αναγκών και παροχής οξυγόνου (Cecyl, 1996).

Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι μια ομάδα παθήσεων που χαρακτηρίζονται από την πρωτοπαθή προσβολή του μυοκαρδίου, την άγνωστη σχετικά αιτιολογία τους και τη καρδιακή δυσλειτουργία (Παπαδημητρίου, 2000). Ο καρδιακός μυς εξασθενεί

προοδευτικά και όταν δεν μπορεί πλέον να λειτουργήσει ως μέσο διακίνησης της αιματικής ροής, εκδηλώνεται καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων φαίνεται να είναι μια αρκετά δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία τόσο λόγω της χρονιότητας που συνοδεύει τις περισσότερες κλινικές εκδηλώσεις όσο και λόγω των σωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί είτε η ίδια η ασθένεια είτε οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής ή των χειρουργικών επεμβάσεων (Καραδήμας, 2005). Διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να εμπλέκονται είτε άμεσα είτε έμμεσα στη πορεία της αποκατάστασης και προσαρμογής του ασθενή άλλοτε λειτουργώντας ως παράγοντες επικινδυνότητας (π.χ. στρες) (Linkowski, 2003) και άλλοτε ως παράγοντες προφύλαξης (π.χ. θετικά συναισθήματα) (Fredrickson, 2000).

Στην επόμενη ενότητα, θα εξετάσουμε διεξοδικά μια πολύπλευρη ψυχολογική παράμετρο, η οποία φαίνεται να συμβάλλει στη διαδικασία της ομαλής προσαρμογής του καρδιαγγειακού ασθενή.

Κεφάλαιο 2 : Η νοηματοδότηση της ασθένειας

Η διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας αποτελεί μια σοβαρή και στρεσογόνο κατάσταση στη ζωή του ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Taylor, 1991). Από τη στιγμή που η ασθένεια θα γίνει αντιληπτή είτε ως απειλή είτε ως πρόκληση από το άτομο, ξεκινάει η διαδικασία των προσπαθειών για προσαρμογή. Η επιτυχής προσαρμογή στην ασθένεια έγκειται στη δυνατότητα ‘ενσωμάτωσης’ της ασθένειας στη ζωή του ατόμου (Taylor, 1991).

Οι περισσότεροι θεωρητικοί συμφωνούν ότι υπάρχει μια εγγενής ανάγκη στον άνθρωπο για σκοπό, για ένα σύστημα αξιών και για πίστη σε ένα ακριβοδίκαιο και αγαθό κόσμο. Η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής για ένα ελεγχόμενο και προβλέψιμο περιβάλλον οδηγεί σε ένα αίσθημα πληρότητας και νοήματος στη ζωή των περισσότερων ανθρώπων (Park & Folkman, 1997. Baumeister, 1991. Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987). Σύμφωνα με τους Park & Folkman (1997), η διάγνωση μίας σοβαρής ασθένειας κλονίζει με απειλητικό τρόπο τόσο την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του όσο και το ήδη διαμορφωμένο νόημα που έχει αποδώσει στη ζωή του.

Κατά αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με την ασυμφωνία που δημιουργείται μεταξύ της αντίληψης τους για την νέα κατάσταση και του προϋπάρχουσας αντίληψης τους για το περιβάλλον. Για να μειωθεί η ασυμφωνία αυτή, τα άτομα προσπαθούν να νοηματοδοτήσουν τα νέα δεδομένα με τρόπο που να ταιριάζει στις ήδη υπάρχουσες πίστεις τους (Park & Folkman, 1997).

Για τον παραπάνω λόγο, τραυματικά γεγονότα, όπως η χρόνια ασθένεια συχνά αποτελούν το σημείο εκκίνησης στη ζωή κάποιου ατόμου για την επαναξιολόγηση των βασικών πεποιθήσεων και τον επαναπροσδιορισμό του προβλήματος (Taylor, 1983). Η 'γνωστική επεξεργασία' του γεγονότος είναι απαραίτητη για τη μετάβαση στη διεργασία της νοηματοδότησης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι όλα τα άτομα που επεξεργάζονται το συμβάν θα καταφέρουν να νοηματοδοτήσουν επιτυχώς την ασθένεια τους. Η νοηματοδότηση συμβάλλει στην διαμόρφωση μίας νέας εικόνας για τον εαυτό και το περιβάλλον (Ρούσση, Αυδή, & Τριλίβα, 2003).

Σύμφωνα με τη Fife (1994), η κατασκευή νοήματος μετά την εμφάνιση μιας σοβαρής ασθένειας δεν αποτελεί μια στατική κατάσταση αλλά αντανακλά μια δυναμική, εξελισσόμενη και μη-γραμμική διαδικασία. Τόσο η πορεία της νόσου όσο και τα διάφορα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ατόμου διαμορφώνουν τη νοηματοδότηση μέσα στο χρόνο (Fife, 1994). Το προσωπικό νόημα που έχει η ασθένεια στο πλαίσιο της εξελικτικής πορείας, της εσωτερικής ζωής και των σημαντικών σχέσεων του ατόμου είναι αδιαμφισβήτητα σημαντικό στην κλινική πράξη (Ρούσση και συν., 2003).

Διάφοροι θεωρητικοί προτείνουν πως η διαδικασία της νοηματοδότησης είναι κεντρικό θέμα στην ανθρώπινη εμπειρία και μία βασική ανθρώπινη ανάγκη (Bruner, 1997. Baumeister, 1991). Η εύρεση νοήματος σε μία τραυματική εμπειρία αυξάνει το αίσθημα ελέγχου ή υπεροχής, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι -πιθανόν- να μπορούν να επεξεργαστούν τις αρνητικές τους εμπειρίες με έναν πιο ήπιο τρόπο (Danoff-Burg & Revenson, 2005). Στην περίπτωση της ασθένειας, το άτομο είναι πιθανό να νοηματοδοτήσει θετικά, αρνητικά ή να παραμείνει εγκλωβισμένο στη φάση της επεξεργασίας του συμβάντος (Park & Folkman, 1997). Σε αρκετές περιπτώσεις, οι άνθρωποι αναφέρουν ταυτόχρονα θετικές και αρνητικές αλλαγές (Linley & Joseph, 2004. Folkman, 1997).

Στη παρούσα ενότητα, θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά μόνο της θετικής νοηματοδότησης της σοβαρής ασθένειας, η οποία έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τη ψυχολογική έρευνα. Εν συνεχεία, θα εξετάσουμε εκτενώς τις ψυχοκοινωνικές

μεταβλητές που έχουν συσχετιστεί με αυτή. Τέλος, θα εστιάσουμε στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις και τη σχέση αυτής με την εύρεση θετικού νοήματος στην ασθένεια.

2.1: Θετική νοηματοδότηση

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια στροφή στη δυτική ψυχολογία προς τη θετική ανθρώπινη λειτουργικότητα (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006. Linley & Joseph, 2004). Παρότι φαίνεται λίγο παράδοξη η σχέση της θετικής ψυχολογίας με τη μελέτη τραυματικών και στρεσογόνων γεγονότων, υπάρχουν αρκετές μελέτες και φιλοσοφικές θεωρήσεις που καταδεικνύουν την ύπαρξη οφέλους σε άσχημες καταστάσεις. Οι περισσότερες θρησκείες, όπως ο Χριστιανισμός, ο Βουδισμός και ο Ιουδαϊσμός εμπεριέχουν την πίστη πως άσχημα ή τραυματικά γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν θετικές αλλαγές στη ζωή των ανθρώπων (Linley & Joseph, 2004). Κάποιες ανθρωπιστικές και υπαρξιστικές ψυχολογικές προσεγγίσεις έχουν επίσης, τονίσει τη θετική αλλαγή που προέρχεται από επώδυνες καταστάσεις (Yalom, 1980. Frankl, 1963).

Όπως αναφέρουν οι Affleck & Tennen (1996), «η δυστυχία μπορεί να χάσει μερική από την τραχύτητα της μέσω κάποιων γνωστικών διαδικασιών -όπως την εύρεση του καλού σε άσχημα γεγονότα- επαναφέροντας έτσι την καλή άποψη για τους εαυτούς μας, τους άλλους ανθρώπους και τον κόσμο» (Affleck & Tennen, 1996). Παρά το γεγονός ότι η θετική επαναξιολόγηση άσχημων γεγονότων έχει παρατηρηθεί στο παρελθόν, μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να απασχολεί σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική έρευνα (Helgeson et al., 2006. Linley & Joseph, 2004) κυρίως στο πεδίο της σωματικής ασθένειας. Το ενδιαφέρον προέκυψε από διάφορες μελέτες με άτομα που έπασχαν από μία σοβαρή ή χρόνια ασθένεια, οι οποίες κατέδειξαν πως οι άνθρωποι μπορούν να βιώσουν θετικά συναισθήματα και ωφέλιμες αλλαγές ακόμη και στις πιο δύσκολες καταστάσεις (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998. Folkman, 1997).

2.2: Ορισμοί και χαρακτηριστικά της θετικής νοηματοδότησης

Οι θετικές αλλαγές που προκύπτουν στη ζωή ενός ανθρώπου, μετά από κάποια στρεσογόνο ή τραυματική εμπειρία, ορίζονται με διάφορους τρόπους ανάλογα την εκάστοτε προσέγγιση του θέματος. Στη βιβλιογραφία, οι ορισμοί οι οποίοι παρουσιάζονται συχνότερα είναι η ‘μετατραυματική ωρίμανση’ (posttraumatic growth), η ‘εύρεση οφέλους’ (benefit-finding) και η ‘σχετιζόμενη με το στρες ωρίμανση’ (stress-related growth) (Tedeschi & Calhoun, 1996. Helgeson et al., 2006. Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003. Park, Cohen & Murch, 1996). Μερικοί άλλοι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι οι εξής: ‘θετική επαναξιολόγηση’ (positive reappraisal) (Sears et al., 2003), ‘αντιλαμβανόμενα οφέλη’ (perceived benefits) (Mc Millen & Fischer, 1998), ‘υπαρξιακή συνειδητότητα’ (heightened existential awareness) (Yalom & Lieberman, 1991) και ‘ερμηνεύσιμα οφέλη’ (construing benefits) (Affleck & Tennen, 1996).

Οι διαφορετικοί ορισμοί αντιπροσωπεύουν την κατανόηση του θετικού νοήματος ως εκτίμηση, στρατηγική αντιμετώπισης ή αποτέλεσμα της τραυματικής εμπειρίας. Ο ακριβής προσδιορισμός του φαινομένου στη βιβλιογραφία δεν έχει επιτευχθεί ακόμη (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998). Στην πρόσφατη τους μετανάλυση, οι Helgeson και οι συνεργάτες της (2006) αναφέρουν ότι η πρόκληση για τη διευκρίνιση της θετικής νοηματοδότησης ίσως δεν είναι τόσο θεωρητική όσο εμπειρική, με την έννοια ότι πιθανόν τα παροντικά ψυχομετρικά εργαλεία να μην είναι τα κατάλληλα για τη σαφή διάκριση μεταξύ των διάφορων περιεχομένων. Ο ασαφής εννοιολογικός διαχωρισμός της θετικής νοηματοδότησης στις εμπειρικές μελέτες αντανακλά κάποια προβλήματα ως προς τον ακριβή προσδιορισμό του φαινομένου (Helgeson et al., 2006).

Η πρώτη διάκριση του θετικού νοήματος είναι εάν αυτό αντιπροσωπεύει πραγματικές αλλαγές στις ζωές των ανθρώπων μετά από ένα τραυματικό γεγονός όπως είναι η ασθένεια ή εάν πρόκειται για κάποιο γνωστικό μηχανισμό, στον οποίο η διάκριση των οφελών λειτουργεί ως μέσο διαχείρισης του στρες (Taylor, 1983). Πιθανόν, ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από το τραυματικό συμβάν να αποτελεί μία σημαντική παράμετρο σε αυτή τη διάκριση. Σύμφωνα με τους McFarland & Alvaro (2000), η θετική νοηματοδότηση αντιπροσωπεύει μια γνωστική στρατηγική για τη μείωση του άγχους όταν μετράται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το τραύμα και

αποτελεί πραγματική αλλαγή και ωρίμανση όταν η μέτρηση της γίνεται αρκετό καιρό μετά το συμβάν (McFarland & Alvaro, 2000).

Σύμφωνα με τους Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan (2000), ο ορισμός της ‘μετατραυματικής ωρίμανσης’ (posttraumatic growth) είναι ο πλησιέστερος στις πραγματικές θετικές αλλαγές στη ζωή του ασθενή, οι οποίες οδηγούν σε ένα υψηλότερο επίπεδο προσαρμογής από αυτό που προϋπήρχε του τραυματικού συμβάντος (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000). Η εννοιολογική διαφορά μεταξύ της ‘μετατραυματικής ωρίμανσης’ και της ‘εύρεσης οφέλους’ έγκειται κυρίως στο ότι η δεύτερη πιθανόν αντικατροπτίζει μια γνωστική κατασκευή του ατόμου, η οποία στοχεύει κυρίως στην προστασία του προϋπάρχοντος νοήματος του (Sears et al, 2003).

Μία δεύτερη διάκριση είναι το κατά πόσο η θετική νοηματοδότηση αποτελεί διαδικασία ή αποτέλεσμα. Πράγματι, από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι είναι αρκετά δύσκολο να διαχωριστεί η αντιλαμβανόμενη και η πραγματική νοηματοδότηση (αποτέλεσμα) από τις στρατηγικές διαχείρισης του στρες (διαδικασία). Πιθανόν, στα πρώτα στάδια της ασθένειας η εύρεση ωφέλιμων αλλαγών να αντανακλά μία διαδικασία διαχείρισης τους άγχους και στα μετέπειτα στάδια να αποτελεί το αποτέλεσμα που αναδύθηκε από την ασθένεια (Helgeson et al., 2006). Για τους περισσότερους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, η νοηματοδότηση περιγράφεται τόσο ως διαδικασία – με την έννοια ότι το άτομο καταβάλλει προσπάθεια για την εύρεση θετικού νοήματος – όσο και ως αποτέλεσμα, όταν η ανάγκη αυτή πλέον ικανοποιείται (Park & Folkman, 1997).

Πιθανόν, αυτός είναι ο λόγος που συχνά συγχέονται οι ορισμοί μεταξύ τους. Για παράδειγμα, ο ορισμός της ‘θετικής επαναξιολόγησης’ (positive reappraisal) εμπεριέχει την διαδικασία προσπάθειας για την ανεύρεση οφελών, όπως την επαναλαμβανόμενη χρήση ωφέλιμων πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια με σκοπό τη διαχείριση της ανησυχίας του ατόμου. Αντίθετα, η ‘εύρεση οφέλους’ (benefit-finding) στη τραυματική εμπειρία φαίνεται να είναι το θετικό αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας, δηλαδή η πραγματική εύρεση των οφελών που προκύπτουν από την ασθένεια (Helgeson et al., 2006) καθώς και μία φυσιολογική διαδικασία σχεδόν για κάθε άτομο που αντιμετωπίζει ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας (Sears et al, 2003).

Παρότι οι δύο ορισμοί αναφέρονται σε διαφορετικά περιεχόμενα, παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλές συσχετίσεις μεταξύ τους. Αυτή η παρατήρηση καθώς

και το γεγονός ότι σε διάφορες ερευνητικές μελέτες, η ‘εύρεση οφέλους’ ορίζεται είτε ως αποτέλεσμα – με την έννοια των πραγματικών θετικών αλλαγών που προκύπτουν από την ασθένεια – είτε ως στρατηγική αντιμετώπισης του στρες υποδεικνύουν την ανάγκη διάκρισης μεταξύ διαδικασίας και αποτελέσματος για τον ακριβή ορισμό της ‘εύρεσης οφέλους’ (benefit-finding) (Helgeson et al., 2006). Πάντως παρά τις διαφορετικές ερμηνείες του φαινομένου, μελέτες έχουν δείξει ότι οι τρεις προαναφερθέντες ορισμοί σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους (Sears et al, 2003).

Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Davis και των συνεργατών του (1998), οι ορισμοί της ‘εύρεσης οφέλους’ και της ‘δημιουργία νοήματος’ (sense making) απο τη τραυματική εμπειρία αποτελούν δύο ξεχωριστές κατηγορίες της νοηματοδότησης. Παρόμοια διάκριση έχει γίνει και από τους Janoff-Bulman και Franz (1997) μεταξύ του νοήματος ως ‘κατανόηση’ του συμβάντος και του νοήματος ως ‘σημασία’ του συμβάντος. Σύμφωνα με τους ίδιους, στη διαδικασία της προσαρμογής προηγείται η ‘δημιουργία νοήματος’ και ακολουθεί η ‘εύρεση οφέλους’. Στην πρώτη φάση, το άτομο προσπαθεί να αφομοιώσει το αρνητικό γεγονός στις προϋπάρχουσες αντιλήψεις του για τον κόσμο. Σε δεύτερη φάση, το άτομο αποδίδει θετική αξία και σημασία στο τραυματικό γεγονός σχετικά με τη ζωή του (Davis et al., 1998).

Η παραπάνω παρατήρηση πιθανόν απαντάει το ερώτημα γιατί έχει δοθεί τόση έμφαση στη βιβλιογραφία για τη νοηματοδότηση ως μέσο διαχείρισης του στρες. Οι Folkman & Moskowitz (2000) υποστηρίζουν ότι η κατασκευή νοήματος παίζει ρόλο τόσο στην εκτίμηση της κατάστασης και την επιλογή των μέσων αντιμετώπισης του στρες όσο και στην ίδια τη συμπεριφορά διαχείρισης, ειδικά αυτή που προάγει τα θετικά συναισθήματα. Για τους ίδιους, οι τρεις κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης που σχετίζονται με τη νοηματοδότηση είναι η θετική επαναξιολόγηση, η επίλυση προβλήματος και η απόδοση θετικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα. Στη βιβλιογραφία της θετικής αντιμετώπισης του στρες, η νοηματοδότηση αφορά την ‘προσαρμοστική αντιμετώπιση’ (accommodative coping), συμπεριλαμβάνοντας τη γνωσιακή αναδόμηση, την εύρεση οφέλους κ.α (Schwarzer & Knoll, in press).

Σύμφωνα με τη Helgeson και τους συνεργάτες της (2006), τα ερευνητικά αποτελέσματα της θετικής νοηματοδότησης πιθανόν να αντικατροπτίζουν μία ευρεία ποικιλία διαδικασιών εκ των οποίων κάποιες αφορούν πραγματικές αλλαγές στη ζωή κάποιου ατόμου, κάποιες άλλες σχετίζονται με στρατηγικές διαχείρισης του στρες και άλλες αποτελούν γνωστικούς χειρισμούς για αυτοενίσχυση με σκοπό την ανακούφιση απο την ανησυχία (Helgeson et al., 2006).

Εκτός από τις εννοιολογικές διακρίσεις της θετικής νοηματοδότησης, είναι σημαντικό να αναφερθεί και ποιες είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτή αναπτύσσεται. Στη βιβλιογραφία έχουν παρατηρηθεί αρκετές καταστάσεις που μπορεί να λειτουργήσουν ως ερεθίσματα για θετική νοηματοδότηση. Σε γενικές γραμμές, θετικές αλλαγές έχουν αναφερθεί σε έρευνες για το καρκίνο του μαστού (Tomich & Helgeson, 2004. Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001) - συγκεκριμένα, ο καρκίνος αποτελεί το κύριο ερευνητικό πεδίο στα πλαίσια της μελέτης της θετικής νοηματοδότησης (Helgeson et al., 2006) – το πένθος (Davis et al., 1998), τη μεταμόσχευση νωτιαίου μυελού (Widows, Jacobsen, Booth-Jones & Fields, 2005. Curbow, Somerfield, Baker, Wingard & Legro, 1993), το έμφραγμα του μυοκαρδίου (Affleck et al., 1987), τη πολλαπλή σκλήρυνση (Pakenham, 2005), το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Folkman, 1997), τη παιδική σεξουαλική κακοποίηση (McMillen, Zuravin & Rideout, 1995), τις τρομοκρατικές ενέργειες (Hall & Hobfoll, in press) και διάφορα άλλα στρεσογόνα συμβάντα. Ουσιαστικά, η έρευνα της θετικής νοηματοδότησης έχει διεξαχθεί κατά βάση στα πλαίσια των χρόνιων σωματικών ασθενειών.

Τα οφέλη που προκύπτουν από μία σοβαρή ασθένεια μπορεί να εμφανιστούν σε διάφορους τομείς της ανθρώπινης λειτουργίας. Στην ανασκόπηση των Linley & Joseph (2004) φαίνεται πως τα οφέλη έχουν κυρίως τρεις όψεις: α) οι διαπροσωπικές σχέσεις ενισχύονται σημαντικά. Τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ότι εκτιμούν περισσότερο την αξία των φίλων και της οικογένειάς τους και βιώνουν πιο συμπονετικά και αλτρουιστικά αισθήματα για τους άλλους, β) η εικόνα για τον εαυτό εμπλουτίζεται με μία αίσθηση μεγαλύτερης ευκαμψίας, σοφίας και δύναμης, η οποία συνυπάρχει με την αποδοχή εκ μέρους του ατόμου της τρωτότητας και των περιορισμών του και γ) η προσωπική θεώρηση του ατόμου για τη ζωή αλλάζει. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι εκτιμούν τη κάθε καινούργια μέρα και διαπραγματεύονται τη πραγματική ουσία των πραγμάτων για τους ίδιους μέσα από το πρίσμα της συνειδητοποίησης ότι η ζωή τους είναι πεπερασμένη (Linley & Joseph, 2004). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε διάφορες μελέτες (Katz, Flasher, Cacciapaglia & Nelson, 2001. Cordova et al., 2001. Widows et al., 2005. Andrykowski, Curran, Studts, Cunningham, Carpenter, McGrath, Sloan & Kennady, 1996).

Στην έρευνα των Affleck, Tennen, Croog & Levine (1987), άτομα που είχαν βιώσει ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ανέφεραν ότι το συγκεκριμένο γεγονός

τους οδήγησε να αυτό-αξιολογηθούν περισσότερο και να επαναπροσδιορίσουν θετικά τις αξίες, τις προτεραιότητες τους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επίσης, οι ασθενείς που επιβίωσαν και ενός επαναλαμβανόμενου επεισοδίου φάνηκε να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη συγκριτικά με τους άντρες που δεν είχαν υποστεί κάποιο επεισόδιο κατά τη διάρκεια των 8 χρόνων (Affleck et al., 1987).

Σε άλλη μελέτη των Dannoff-Burg & Revenson (2005) όπου εξέτασαν τα θετικά αποτελέσματα της ασθένειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, το 71.3% των συμμετεχόντων ανέφερε διαπροσωπικά οφέλη – με πιο συχνά αναφερόμενο την εκτίμηση που βίωναν για τη στήριξη που λάμβαναν από τους αγαπημένους τους, το 16.2% ανέφερε κάποιο άλλο όφελος ενώ το 12.5% δεν ανέφερε κάτι θετικό (Dannoff-Burg & Revenson, 2005).

Σε έρευνα της Folkman (1997) για τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες σε HIV οροθετικά άτομα που φρόντιζαν τους συντρόφους τους οι οποίοι ήταν ασθενείς με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ουσιαστικά θετικά γεγονότα, τα οποία αναδύονταν από τη φροντίδα του ασθενή. Οι τρεις συχνότερα αναφερόμενες πηγές θετικής νοηματοδότησης ήταν ένα αίσθημα δεσίματος και φροντίδας για τους ασθενείς, μία αίσθηση επίτευξης των στόχων τους και αυτοεκτίμησης και μία ευκαιρία απόσπασης της προσοχής τους από τις καθημερινές τους έννοιες. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει πως οι άνθρωποι μπορούν να νοηματοδοτήσουν θετικά ακόμη και σε περιόδους αυξημένης ανησυχίας (Folkman, 1997). Παρόμοιο εύρημα έχει φανεί και σε μελέτη που έγινε σε ζευγάρια, όπου ο ένας εκ των δύο συντρόφων έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ακόμη και τα πιο καταπονημένα ψυχολογικά ζευγάρια ανέφεραν υψηλά επίπεδα προσωπικής ωρίμανσης, ως αποτέλεσμα της ασθένειας (Stanton, Revenson & Tennen, 2006).

Επίσης, σε ποιοτική μελέτη των Mohr, Dick, Russo, Pinn, Boudewyn, Likosky και Goodkin (1999) για τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της πολλαπλής σκλήρυνσης αναδύθηκαν τρεις παράγοντες. Ο πρώτος αναφερόταν ως 'πτώση ηθικού', ο δεύτερος ως 'φθίνουσες διαπροσωπικές σχέσεις' και ο τρίτος ως 'εύρεση οφέλους'. Συγκεκριμένα, ο τρίτος παράγοντας αφορούσε μία εμπάθυνση στις στενές σχέσεις, μία αυξημένη εστίαση στην πνευματικότητα και μία εκτίμηση της ζωής (Mohr, Dick, Russo, Pinn, Boudewyn, Likosky & Goodkin, 1999). Την ίδια μελέτη επανέλαβαν ο Katz και οι συνεργάτες του (2001) σε ασθενείς με καρκίνο και συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο με τα ίδια αποτελέσματα. Τα επιπλέον οφέλη που αναφέρθηκαν από την ασθένεια ήταν συμπονετικότητα για τους άλλους και επιθυμία

για την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων τους. Τα οφέλη που αποκόμιζαν οι ασθενείς παρουσιάζονταν με μεγαλύτερη συχνότητα από τους δύο άλλους παράγοντες (Katz et al., 2001).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι η θετική νοηματοδότηση αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο αλληλεπιδρά σημαντικά με τη ζωή του ατόμου με χρόνια ασθένεια. Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε σε συγκεκριμένες μεταβλητές οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν την κατασκευή του θετικού νοήματος.

2.3: Μεταβλητές που σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση

Ένα από τα βασικά ερωτήματα της έρευνας στο πεδίο της θετικής νοηματοδότησης είναι ποιος έχει την τάση να βιώνει θετικές αλλαγές μετά από ένα τραυματικό γεγονός όπως είναι η ασθένεια και ποια είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού του γεγονότος που συμβάλλουν στις εκάστοτε αλλαγές. Για αυτό το λόγο, έχουν διερευνηθεί διάφορες ψυχοκοινωνικές παράμετροι οι οποίες θα αναφερθούν εκτενώς στη συνέχεια.

Οι Linley & Joseph (2004) σε μία πρόσφατη ανασκόπηση τους κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α) οι στρεσογόνες και τραυματικές εμπειρίες που οδηγούν το άτομο σε αντιλήψεις μη ελεγχιμότητας, αβοηθησίας και απειλής για τη ζωή είναι πιο πιθανό να επισπεύσουν τη διαδικασία της νοηματοδότησης, β) η εύρεση θετικού νοήματος είναι πιθανότερο να αναφερθεί από αισιόδοξα άτομα, τα οποία βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα και διαχειρίζονται τα γεγονότα με τρόπους όπως η θετική επαναξιολόγηση, η δεκτικότητα και η αδιάκοπη επεξεργασία και γ) οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με την ανησυχία και την ευεξία είναι πιθανές, παρότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ακόμη ασαφή (Linley & Joseph, 2004).

2.3.a: Δημογραφικές μεταβλητές

Όσον αφορά το φύλο, παρότι σε διάφορες μελέτες έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες είναι σε πλεονεκτικότερη θέση από τους άντρες σε σχέση με την εύρεση θετικού νοήματος (Linley & Joseph, 2004. Curbow et al., 1993), άλλες έρευνες

καταδεικνύουν ότι το φύλο δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με τη θετική νοηματοδότηση της ασθένειας (Widows et al., 2005. Pakenham, 2005). Σε μία πρόσφατη μετά-ανάλυση της Helgeson και συν. (2006) φαίνεται ότι το ερώτημα, εάν η θετική νοηματοδότηση σχετίζεται περισσότερο με το ανδρικό ή το γυναικείο φύλο, είναι δύσκολο να απαντηθεί. Κι αυτό επειδή η σύνθεση του δείγματος ως προς το φύλο καθορίζεται σημαντικά από τη φύση του τραύματος όπως ο καρκίνος του μαστού ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Helgeson et al., 2006).

Αναφορικά με την ηλικία, επικρατεί η άποψη ότι τα άτομα μικρότερης ηλικίας είναι περισσότερο πιθανό να νοηματοδοτήσουν θετικά την ασθένεια τους (Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006. Helgeson et al., 2006. Widows et al., 2005. Davis et al., 1998). Πάραυτα, άλλες έρευνες δεν βρίσκουν καμία μεταξύ τους συσχέτιση (Danoff-Burg & Revenson, 2005. Pakenham, 2005. Cruess, Antoni, McGregor, Kilbourn, Boyers, Alferi, Carver & Kumar, 2000) ενώ άλλες καταλήγουν ότι η μεγαλύτερη ηλικία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της θετικής νοηματοδότησης της ασθένειας (Carver & Antoni, 2004).

Αντίστοιχα, διάφορες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με τη λιγότερη μόρφωση (Widows et al., 2005. Carver & Antoni, 2004. Tomich & Helgeson, 2004) είναι αυτά που νοηματοδοτούν θετικότερα, ενώ άλλες έρευνες βρίσκουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους (Helgeson et al., 2006. Pakenham, 2005. Cruess et al., 2000) ή καταδεικνύουν την αντίθετη σχέση (Sears et al., 2003. Davis et al., 1998).

Σχετικά με την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση καθώς και το εισόδημα, κάποιες μελέτες δεν βρίσκουν κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών και της θετικής νοηματοδότησης (Helgeson et al., 2006. Widows et al., 2005. Pakenham, 2005. Cruess et al., 2000) ενώ άλλες βρίσκουν θετική συσχέτιση μεταξύ τους (Cordova et al., 2001). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές, εκτός της οικογενειακής κατάστασης, έχει φανεί ότι πιθανόν άτομα από χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα μπορούν να αποκομίσουν περισσότερα οφέλη από την εμπειρία τους (Tomich & Helgeson, 2004).

Επίσης, στη διαδικασία της νοηματοδότησης φαίνεται να εμπλέκονται και διαπολιτισμικές διαφορές. Η μετανάλυση της Helgeson και των συναδέλφων της (2006), έδειξε ότι τα άτομα που άνηκαν σε εθνική μειονότητα νοηματοδοτούσαν θετικότερα και είχαν καλύτερη ψυχολογική υγεία συγκριτικά με λευκά άτομα. Πιθανόν, οι μειοψηφίες - λόγω των συχνών αντίξοων καταστάσεων που βιώνουν - να

έχουν αναπτύξει ένα ισχυρότερο μοτίβο εύρεσης των οφελών σε δύσκολες εμπειρίες (Helgeson et al., 2006). Δεν είναι τυχαίο ότι ο Updegraff και οι συναδέλφοι του, σε μελέτη τους με HIV οροθετικές γυναίκες, υποστήριξαν ότι η θετική νοηματοδότηση ίσως να αποτελεί εν μέρει ένα κοινωνικοοικονομικό φαινόμενο, με την έννοια ότι η αντιλαμβανόμενη ωρίμανση σχετίζεται σημαντικά με τους προϋπάρχοντες πόρους που διαθέτει το άτομο (Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002).

2.3.β: Ψυχοκοινωνικές & ιατρικές μεταβλητές

Μία μεταβλητή, η οποία σχετίζεται συστηματικά με τη θετική νοηματοδότηση είναι η αισιοδοξία (Helgeson, 1999. Helgeson et al., 2006). Η αισιοδοξία είναι ένα χαρακτηριστικό που έχει απασχολήσει σημαντικά τη βιβλιογραφία αφού μοιάζει να σχετίζεται με πολλές παραμέτρους της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ως έννοια, αναφέρεται κυρίως στη προσδοκία θετικών παρά αρνητικών αποτελεσμάτων στη ζωή. Σύμφωνα με τους Scheier & Carver (1985), η αισιοδοξία πιθανόν είναι σημαντική μεταβλητή στην αποκατάσταση της χρόνιας ασθένειας, λόγω του ότι προσδίδει στο άτομο το χαρακτηριστικό της συνεχούς προσπάθειας έναντι της παραίτησης στις ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις (Scheier & Carver, 1985).

Το χαρακτηριστικό της αισιοδοξίας είναι ίσως το πιο σταθερό χαρακτηριστικό πρόβλεψης της θετικής νοηματοδότησης, εφόσον σχετίζεται με τη θετική σκέψη (Chan, Lai & Wong, 2006). Αφηγηματικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και θετικής νοηματοδότησης (Stanton et al., 2006. Linley & Joseph, 2004. Curbow et al., 1993). Οι αισιόδοξοι άνθρωποι φαίνεται να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη από την τραυματική εμπειρία. Αυτή η σχέση πιθανόν αποδίδεται στο γεγονός ότι τα αισιόδοξα άτομα χρησιμοποιούν περισσότερο προσαρμοστικές και εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, όπως την αναζήτηση στήριξης, την έμφαση στις θετικές πλευρές της ασθένειας και τη μεγαλύτερη αποδοχή των ανεξέλεγκτων γεγονότων (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Η σχέση της εύρεσης θετικού νοήματος και αισιοδοξίας είναι αναμενόμενη αφού το κύριο χαρακτηριστικό της αισιοδοξίας είναι η 'θετική ματιά' στα γεγονότα.

Σε μελέτη του Rini και των συναδέλφων του σε μητέρες ασθενών παιδιών, φάνηκε ότι η θετική νοηματοδότηση προέβλεπε την θετική προσαρμογή μόνο για

εκείνες, οι οποίες ήταν αισιόδοξες (Rini, Manne, DuHamel, Austin, Ostroff & Boulad (2004). Η αισιόδοξία έχει επίσης συσχετιστεί με καλύτερη αποκατάσταση των ασθενών που έχουν υποστεί επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών (bypass) (Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Lefebvre, Abbott & Carver, 1989) και με ταχύτερη αποκατάσταση μετά απο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Scheier, Matthews, Owens, George, Lefebvre & Abott, 1989).

Η αυτοεκτίμηση και η αισιόδοξία είναι οι – συχνότερα – αναφερόμενες ενδοπροσωπικές μεταβλητές πρόβλεψης της θετικής νοηματοδότησης (Park et al., 1996. Affleck & Tennen, 1996). Επίσης, σύμφωνα με τους Taylor και Brown (1988), η αυτοπεποίθηση και το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου συνεισφέρουν στην ενίσχυση του αισθήματος εμπιστοσύνης, το οποίο χρειάζεται το άτομο να έχει στον εαυτό του ώστε να αντιμετωπίζει τα προβλήματα ενεργητικά αντί να τα αποφεύγει (Taylor & Brown, 1988).

Μελέτη των Affleck και των συναδέλφων του έδειξε ότι ασθενείς που είχαν υποστεί καρδιακή προσβολή και απέδιδαν το συμβάν σε προσωπικούς παράγοντες (π.χ. λόγω διατροφής ή καπνίσματος), πίστευαν ότι μπορούν να αποφύγουν μελλοντικές προσβολές. Επίσης, τα άτομα που απέδιδαν τις αιτίες της πρώτης προσβολής σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ σε άλλους ανθρώπους) παρουσίαζαν υψηλότερη συχνότητα επαναλαμβανόμενων επεισοδίων για τα επόμενα οκτώ έτη. Συμπεριφορές υγείας όπως η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, και η κατά συνέπεια μείωση των διαδοχικών καρδιολογικών επεισοδίων έχει συσχετιστεί με το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου. Το αντίθετο ισχύει για τους ασθενείς που αποδίδουν την ασθένεια τους σε εξωτερικές παραμέτρους όπως η τύχη ή η μοίρα (Affleck et al., 1987).

Πάραυτα, σε έρευνα με γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου σχετιζόταν με λιγότερες αναφορές για οφέλη από την ασθένεια σε εκείνες που είχαν μετάσταση του καρκίνου τα τελευταία 5 χρόνια και με περισσότερα οφέλη σε εκείνες, οι οποίες είχαν παραμείνει υγιείς στο παραπάνω διάστημα.

Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία της Taylor (1983), οι μεταβλητές της αισιόδοξίας, αυτοεκτίμησης και αισθήματος ελέγχου αποτελούν τα κύρια συστατικά που μεσολαβούν στην εύρεση νοήματος και οδηγούν στη θετική προσαρμογή σε στρεσογόνες καταστάσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν μελετηθεί σε διάφορες έρευνες (Helgeson, 1999. Helgeson & Fritz, 1999. Chan, Lai & Wong, 2006).

Σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας 8 - εβδομάδων για ασθενείς με στεφανιαία νόσο μελετήθηκαν η αισιοδοξία, το αίσθημα ελέγχου και η αυτοπεποίθηση. Οι τρεις ενδοπροσωπικές μεταβλητές προέβλεπαν σημαντικά τη θετική νοηματοδότηση, παρότι η παρέμβαση επηρέασε ελάχιστα τη μεταξύ τους σχέση (Chan et al., 2006). Σε άλλη έρευνα, τα ίδια χαρακτηριστικά προέβλεπαν μειωμένη επανεμφάνιση καρδιακών επεισοδίων τους επόμενους 6 μήνες (Helgeson & Fritz, 1999).

Το αίσθημα απειλής που πηγάζει από τη σοβαρότητα της ασθένειας είναι ακόμη ένας παράγοντας που φαίνεται να μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και υγείας. Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προσαρμογής της Taylor (1983), η ωρίμανση του ατόμου – ακόμη και αν είναι αντιλαμβανόμενη – και η εύρεση οφελών είναι πιθανότερο να λάβει χώρα σε καταστάσεις σοβαρής απειλής (Taylor & Brown, 1988. Taylor, 1983). Για παράδειγμα, το εύρημα ότι τα άτομα νεαρότερης ηλικίας νοηματοδοτούν θετικότερα πιθανόν οφείλεται στο ότι οι νεότεροι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα στρεσογόνα γεγονότα περισσότερο απειλητικά (Stanton et al., 2006).

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που υποστηρίζουν ότι όσο σοβαρότερες είναι οι εκτιμήσεις του ατόμου για την ασθένεια του και η αντιλαμβανόμενη απειλή του από αυτή τόσο περισσότερη θα είναι η θετική νοηματοδότηση, ακόμη και μετά τον έλεγχο της αντικειμενικής σοβαρότητας της ασθένειας (Widows et al., 2005. Sears et al., 2003). Άλλες μελέτες δεν βρίσκουν παρόμοια σχέση (Pakenham, 2005). Σε γενικές γραμμές, τα αντιφατικά αποτελέσματα πιθανόν οφείλονται στο γεγονός ότι η σχέση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και απειλής από την ασθένεια είναι δυναμική και επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως για παράδειγμα, το στάδιο της ασθένειας.

Έρευνες σε καρκινοπαθείς οι οποίοι βρίσκονταν σε αρχικά στάδια καρκίνου έδειξαν ότι όσο σοβαρότερη ήταν η αρχική διάγνωση τόσο περισσότερη ήταν η θετική νοηματοδότηση (Carver & Antoni, 2004). Σε μελέτη των Tomich & Helgeson (2004), φάνηκε ότι η ‘εύρεση οφέλους’ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού αλληλεπιδρά με το εκάστοτε στάδιο της ασθένειας. Η θετική νοηματοδότηση στις γυναίκες που βρίσκονταν σε προχωρημένο στάδιο σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής και φτωχότερη προσαρμογή (Tomich & Helgeson, 2004). Σε μελέτη του Lechner και των συναδέλφων του με καρκινοπαθείς, φάνηκε ότι οι ασθενείς του II σταδίου αποκόμιζαν περισσότερα οφέλη από τους ασθενείς του σταδίου I και IV. Οι

ίδιοι υποθέτουν ότι οι ασθενείς του IV σταδίου πιθανόν αισθάνονται τόσο απειλημένοι που δεσμεύονται σε μία ανεπιτυχή ή ελλιπή γνωστική διαδικασία για την ανεύρεση νοήματος. Πιθανόν, οι αρνητικές συνέπειες της ασθένειας τους να είναι τόσο σοβαρές που δύσκολα μπορούν να τις ενσωματώσουν στο προϋπάρχον νόημα της ζωής τους (Lechner, Zakowski, Antoni, Greenhawt, Block & Block, 2003).

Άλλη μία σημαντική μεταβλητή στη διαδικασία της θετικής νοηματοδότησης είναι ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από την διάγνωση της ασθένειας. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι όσο περισσότερος καιρός έχει περάσει από την διάγνωση τόσο περισσότερα τα οφέλη που αποκομίζουν οι ασθενείς (Helgeson et al., 2006. Sears et al., 2003. Cordova et al., 2001. Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox & Grana, 2004). Το θέμα του χρόνου που έχει μεσολαβήσει από την τραυματική εμπειρία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον καθορισμό της 'εύρεσης οφέλους'. Χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και περισσότερο θετικό συναίσθημα παρουσιάζονται όταν η θετική νοηματοδότηση έχει μετρηθεί αρκετό καιρό μετά τη διάγνωση (Helgeson et al., 2006). Επίσης, λιγότερες χειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται με την εύρεση θετικού νοήματος σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Lichtman, Taylor & Wood, 1987).

Υπάρχουν και άλλες μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση και διαμεσολαβούν στη σχέση της με τα αποτελέσματα στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις. Οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες με τις οποίες σχετίζεται η θετική νοηματοδότηση συχνότερα είναι οι ενεργητικές ή εστιασμένες στο πρόβλημα όπως 'επίλυση προβλήματος', η 'θετική επαναξιολόγηση' (Widows et al., 2005. Sears et al., 2003. Lechner et al., 2006), η 'αναζήτηση υποστήριξης' (Mohr et al., 1999) ενώ σε κάποιες μελέτες έχει συσχετιστεί με αποφευκτικές στρατηγικές διαχείρισης, όπως η 'άρνηση' (Helgeson et al., 2006).

Χαμηλότερα επίπεδα πόνου και ανησυχίας καθώς και η αντίληψη λιγότερων κοινωνικών περιορισμών σχετίζονταν θετικά με την εύρεση διαπροσωπικών ωφέλιμων αλλαγών σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Dannoff-Burg & Revenson, 2005). Η θρησκευτικότητα, η οποία αντανάκλα εν μέρει τη πνευματική ωρίμανση είναι ακόμη μία μεταβλητή που συστηματικά σχετίζεται με την εύρεση θετικού νοήματος (Helgeson et al., 2006). Φαίνεται ότι σε καταστάσεις χρόνιου και σοβαρού στρες, η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αποτελούν παραμέτρους που διευκολύνουν τη θετική επανεκτίμηση της δύσκολης κατάστασης (Folkman,

1997). Επίσης, η κοινωνική στήριξη αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που σχετίζεται με τη θετική νοηματοδότηση σε καρδιαγγειακούς ασθενείς (Sheikh, 2004) ενώ σε άλλες μελέτες δεν έχει φανεί παρόμοια σχέση (Widows et al., 2005). Αντίθετα, ο νευρωτισμός ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας δεν παρουσιάζει καμία σχέση με τη θετική νοηματοδότηση, γεγονός που καταδεικνύει ότι άτομα που βιώνουν χρόνια συναισθήματα αυξημένης ανησυχίας δεν τείνουν να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη (Helgeson et al., 2006).

Κεφάλαιο 3: Η Ψυχοκοινωνική προσαρμογή

Οι συνεχείς ιατρικές και φαρμακευτικές ανακαλύψεις έχουν αλλάξει δραματικά τις μορφές και τα αίτια των ασθενειών, στις δυτικές κοινωνίες. Ως αποτέλεσμα αυτών των ανακαλύψεων, το προσδόκιμο όριο επιβίωσης έχει αυξηθεί ενώ οι ρυθμοί θνησιμότητας από μία ασθένεια έχουν μειωθεί σημαντικά. Ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις ή ο καρκίνος πλέον δεν χαρακτηρίζονται από μία ραγδαία εξέλιξη που οδηγεί στο θάνατο. Αντιθέτως, πολλοί από αυτούς τους ασθενείς μπορεί να επιβιώσουν για αρκετά χρόνια ή ακόμη και να αποθεραπευτούν. Οι 'σύγχρονες' ασθένειες στις ανεπτυγμένες κοινωνίες χαρακτηρίζονται ως χρόνιες (Stewart, Ross & Hartley, 2004. Sarafino, 1998).

Ο πιο πρόσφατος και ακριβής ορισμός των χρόνιων ασθενειών είναι ότι πρόκειται για ασθένειες με παρατεταμένη διάρκεια, οι οποίες δεν επιλύονται αυτόματα και σπανίως επέρχεται πλήρης ίαση (Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν την κύρια αιτία ανικανότητας και θνησιμότητας, τα τελευταία χρόνια και όσο η γήρανση του πληθυσμού αυξάνεται, ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι θα ζουν με τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση (Stanton et al., 2006).

Τα άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως οι περισσότεροι καρδιολογικοί ασθενείς έρχονται αντιμέτωπα με διάφορες προκλήσεις και προβλήματα όπως η θεραπεία τους, ο πόνος, οι αλλαγές στη καθημερινή τους ζωή και οι συναισθηματικές τους ανησυχίες για την ασθένεια και τη ζωή γενικότερα (Καραδήμας, 2005). Οι συνέπειες των χρόνιων ασθενειών μπορεί να είναι είτε σαφείς όπως συμβαίνει στις χειρουργικές επεμβάσεις είτε ασαφείς και βαθμιαία επιδεινούμενες όπως η έλλειψη ενέργειας, η

μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και η αλλοτρίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις (Stewart, Ross, Hartley, 2004).

Η χρονιότητα των περισσότερων ασθενειών και η αδυναμία του κλασσικού βιοϊατρικού μοντέλου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις συνέπειες των παθήσεων αυτών καθώς και το κοινωνικό και οικονομικό κόστος που αυτές δημιουργούν, έχει οδηγήσει τις ιατρικές και συμπεριφορικές επιστήμες να στρέψουν την προσοχή τους στην διαδικασία της προσαρμογής αυτών των ατόμων, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια ζωή όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική.

Η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία, η οποία αφορά τέσσερις αλληλεξαρτώμενες παραμέτρους. Αυτές είναι η βιολογική, η κοινωνική, η συναισθηματική και η συμπεριφορική. Η βιολογική υπόσταση της προσαρμογής έγκειται σε θέματα όπως οι σωματικές συνέπειες της χρόνιας ασθένειας, η χρονολογική ηλικία του ασθενή, η παρουσία δευτερογενούς ψυχολογικής διαταραχής όπως το άγχος ή η κατάθλιψη και η λειτουργικότητα, η οποία μπορεί να είναι τόσο αντικειμενικά μετρήσιμη όσο και υποκειμενικά. Η κοινωνική πλευρά αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου ή το στίγμα που μπορεί να συνοδεύει μία χρόνια πάθηση. Στη συναισθηματική παράμετρο υπάγονται θέματα όπως ο αυτοπροσδιορισμός του ατόμου, ο επαναπροσδιορισμός της φυσιολογικότητας, σεξουαλικά ζητήματα, διευθέτηση των ρόλων που καλείται να παίξει ο ασθενής καθώς και η επανεκτίμηση των προσωπικών αξιών και προτεραιοτήτων. Συμπεριφορικά, η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τη διατήρηση των επιθυμητών επιπέδων υγείας και την προληπτική συμπεριφορά για επερχόμενες κρίσεις της ασθένειας. Η βιοψυχοκοινωνική προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια αλληλεπιδρά με πολύπλευρους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας (Stewart et al., 2004. Καραδήμας, 2005).

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τη Stanton και τους συναδέλφους της (2006), προκύπτουν τρία βασικά συμπεράσματα: α) η χρόνια ασθένεια απαιτεί προσαρμογή σε ποικίλους τομείς της ανθρώπινης ζωής, β) η προσαρμογή είναι δυναμική κατάσταση, η οποία διαπλάθεται στο χρόνο και γ) υπάρχει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των ατόμων ως προς την προσαρμογή τους.

Αναφορικά με το πρώτο συμπέρασμα, παρότι έχουν παρατηρηθεί πολλοί τομείς της ανθρώπινης ζωής που αφορούν τη λειτουργικότητα, η έρευνα έχει αρχίσει πλέον και στρέφεται στις πιο σημαντικές παραμέτρους κάθε συγκεκριμένης ασθένειας. Σε γενικές γραμμές, η προσαρμογή ορίζεται ως την παρουσία ή απουσία

ψυχολογικής διαταραχής, ψυχολογικών συμπτωμάτων και αρνητικού συναισθήματος (Stanton et al., 2006). Οι Stanton, Collins & Sworowski (2001) καθόρισαν πέντε είδη προσαρμογής: α) έλεγχο στους τομείς που σχετίζονται με την ασθένεια, β) διατήρηση της λειτουργικότητας, γ) αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς, δ) απουσία ψυχολογικής διαταραχής και ε) μειωμένο αρνητικό συναίσθημα (Stanton, Collins & Sworowski, 2001). Άλλη αναφορά για τα πεδία της προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια περιελάμβανε τη ρύθμιση της ανησυχίας, διατήρηση της προσωπικής αξίας, ανασυγκρότηση των διαπροσωπικών σχέσεων, αποκατάσταση των σωματικών δυσκολιών και την προσωπική και κοινωνική αποδοχή της κατάστασης. Ακόμη, η προσαρμογή κρίνεται από τη διαχείριση του πόνου και των σωματικών συμπτωμάτων, την ευχαρίστηση από τις σχέσεις, το λειτουργικό επίπεδο, τη κινητικότητα κ.α. Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής σε σωματικό, λειτουργικό, κοινωνικό, σεξουαλικό και συναισθηματικό επίπεδο υποδηλώνει προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια (Stanton et al., 2006).

Σύμφωνα με τους Folkman και Moskowitz (2000), η επιτυχής προσαρμογή δεν είναι απλώς η απουσία ψυχικών συμπτωμάτων. Μία ασθένεια, η οποία διακόπτει τη ζωή ενός ατόμου δεν αποκλείει το αίσθημα της χαράς (Folkman & Moskowitz, 2000). Τελευταία, οι ερευνητές έχουν αρχίσει να στρέφουν την προσοχή τους στη θετική προσαρμογή. Δείκτες αυτής αποτελούν το θετικό συναίσθημα, μία αίσθηση σκοπού στη ζωή, η προσωπική ωρίμανση, η ευχαρίστηση από τη ζωή κ.α (Stanton et al., 2006). Η διαπίστωση αυτή, στο πεδίο της προσαρμογής είναι σημαντική αφού το θετικό συναίσθημα φαίνεται να μειώνει ή και να αντικαθιστά τις επιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος. Ο ρόλος των θετικών συναισθημάτων στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι γνωστός (Fredrickson, 2000) και θα αναφερθεί εκτενέστερα στην επόμενη ενότητα. Επίσης, η γνωστική θεωρία προσαρμογής της Taylor (1983) υποστηρίζει ότι η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, η διατήρηση του αισθήματος ελέγχου, η αισιοδοξία και η αναζήτηση θετικού νοήματος στην τραυματική εμπειρία αποτελούν σημαντικά πεδία προσαρμογής στην απειλητική και χρόνια ασθένεια (Taylor, 1983).

Παρότι η έρευνα για την προσαρμογή στην ασθένεια έχει εστιάσει κυρίως στη πρώτη περίοδο της διάγνωσης και της θεραπείας, τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διερευνά και άλλες φάσεις της χρόνιας ασθένειας όπως την περίοδο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όταν δεν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα, τις περιόδους επανεμφάνισης κάποιου επεισοδίου ή τα τελευταία στάδια της ασθένειας. Τόσο η

αβέβαιη πρόγνωση των χρόνιων ασθενειών όσο και η εμφάνιση διαδοχικών επεισοδίων όπως ένα επαναλαμβανόμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθιστούν απαραίτητη την προσαρμογή ανάλογα με το εκάστοτε στάδιο ή φάση της ασθένειας (Stanton et al., 2006).

Οι ψυχολογικές συνέπειες από τη διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων. Σε μελέτη του Dew και των συναδέλφων του (2005) με μεταμοσχευμένους καρδιολογικούς ασθενείς αναδύθηκαν τέσσερις διαφορετικές ομάδες ανάλογα με τα επίπεδα ανησυχίας τους. Αυτές ήταν: μία ομάδα με σταθερά επίπεδα χαμηλής ανησυχίας, μία ομάδα με σταθερά επίπεδα ιδιαίτερα υψηλής ανησυχίας, μία ομάδα της οποίας η ανησυχία ήταν υψηλή τους πρώτους μήνες και μειωνόταν με την πάροδο του χρόνου και μία ομάδα με κυμαινόμενη ανησυχία (Dew, Myyaskovsky, Switzer, DiMartini, Schulberg & Kormos, 2005). Σε άλλη έρευνα με ασθενείς που είχαν υποστεί επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass), φάνηκε ότι παρότι οι περισσότεροι προσαρμόστηκαν επιτυχώς μέσα στους επόμενους μήνες, ένα ποσοστό 30% του δείγματος παρουσίασε αύξηση της ανησυχίας, χειρότερα επίπεδα ευεξίας ή αδυναμία βελτίωσης (Stanton et al., 2006). Άλλες μελέτες σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα κατέληξαν σε αρκετές διαφορές μεταξύ των ατόμων αναφορικά με τον πόνο, τη δυσλειτουργικότητα και την κούραση παρότι οι ασθενείς είχαν παρόμοια ιατρικά χαρακτηριστικά (Stone, Broderick, Porter & Kaell, 1997).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην χρόνια ασθένεια. Οι περισσότερες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για τη ψυχοκοινωνική προσαρμογή συμφωνούν στη καθοριστική σημασία που έχει ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους για τη διαχείριση της ασθένειας και τη μετέπειτα ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους (Stanton et al., 2006). Μερικά από τα πιο σημαντικά θεωρητικά μοντέλα προσαρμογής είναι αυτά των Lazarus & Folkman (1984), όπου η προσαρμογή επηρεάζεται από δύο διαμεσολαβητικούς παράγοντες: α) τη γνωστική εκτίμηση του στρεσογόνου ερεθίσματος και β) την ανεύρεση τρόπων αντιμετώπισης της, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977), το οποίο όμως βοηθάει περισσότερο στην κατανόηση της διαδικασίας και διατήρησης της χρόνιας ασθένειας παρά προβλέπει την προσαρμογή του ασθενή, το μοντέλο προσαρμογής του Roy (1984), το οποίο περιγράφει την συνεχή αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος μέσω εστιακών (βιολογικοί παράμετροι), συναφών (δημογραφικές μεταβλητές, προσωπικότητα) και τυχαίων

ερεθισμάτων και το μοντέλο γνωστικής προσαρμογής της Taylor (1983) (Stewart et al., 2004).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, εκτός από ένα πολύπλευρο και πολύπλοκο φαινόμενο κατά τη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας ταυτόχρονα αποτελεί και ένα χρήσιμο και προκλητικό πεδίο διερεύνησης για την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς.

3.1: Ψυχοκοινωνική Προσαρμογή & Καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακοί ασθενείς μπορούν εύκολα να «κρύψουν» τη φτώχη τους προσαρμογή στην ασθένεια. Συνήθως είναι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και στην πλειοψηφία τους, άνδρες. Οι δύο αυτοί παράγοντες σχετίζονται τόσο με ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων και των δυσκολιών της ασθένειας όσο και με αντίσταση στις ψυχολογικές συστάσεις (Bellg, 2004). Συχνά, η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων αναφέρεται ως ‘Πύργος της Βαβέλ’ εφόσον κάθε ομάδα των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιεί διαφορετικές προσεγγίσεις για την αποκατάσταση του ασθενή (Johnson, 1991).

Συχνά, μετά την εμφάνιση κάποιου οξέος επεισοδίου, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το άτομο παρουσιάζει υψηλά επίπεδα άγχους και θλίψης κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών ή μηνών, τα οποία μειώνονται κατά το επόμενο έτος. Παρότι, οι περισσότεροι ασθενείς προσαρμόζονται τελικά επιτυχώς στην ασθένεια τους, κάποιοι συνεχίζουν να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ανησυχίας. Τα αισθήματα αυτά αποτελούν δείκτες φτώχης προσαρμογής, καθώς σχετίζονται τόσο με μειωμένη τήρηση των ιατρικών οδηγιών όσο και με απορύθμιση της φυσικής κατάστασης των ασθενών. Υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σχετίζονται με διαδοχικά καρδιακά επεισόδια, όπως οι αρρυθμίες και με αυξημένη θνησιμότητα τους επόμενους μήνες (Sarafino, 1998).

Η επιτυχής προσαρμογή στις καρδιαγγειακές παθήσεις απαιτεί πολλές φορές εντατική προσπάθεια εκ μέρους του ασθενή για τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική του αποκατάσταση. Ο καρδιαγγειακός ασθενής καλείται να ενσωματώσει τόσο αλλαγές, περιορισμούς και ιατρικές οδηγίες στο τρόπο ζωής του όσο και

δύσκολα συναισθήματα όπως η αβεβαιότητα για πιθανή εμφάνιση κάποιου μελλοντικού επεισοδίου.

Δύο από τα σημαντικά προβλήματα που φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι καρδιαγγειακοί ασθενείς στην προσαρμογή τους είναι: α) η επαγγελματική τους κατάσταση και β) οι οικογενειακές τους σχέσεις. Η πιθανή αναγκαστική διακοπή της εργασίας μπορεί να αποτελέσει πηγή ανησυχίας ειδικά για τον ασθενή που έχει επενδύσει σημαντικά σε αυτόν τον τομέα. Αντίστοιχα, η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει τόσο βοηθητικά – μέσω της κοινωνικής υποστήριξης - στην καλύτερη αποκατάσταση του καρδιακού ασθενή όσο και ανασταλτικά – μέσω της υπερπροστατευτικότητας (Καραδήμας, 2005).

Η διαδικασία της προσαρμογής σε άτομα με χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα ή σε άτομα που έχουν υποστεί ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο περιλαμβάνει 4 στάδια και μία ευρεία γκάμα τρόπων ανταπόκρισης στα στάδια αυτά. Το πρώτο στάδιο είναι η προάσπιση του εαυτού, το οποίο περιλαμβάνει την επανάκτηση του ελέγχου, την κανονικοποίηση των συμπτωμάτων και τη διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου. Το δεύτερο στάδιο είναι η αντιμετώπιση του γεγονότος. Εδώ συμπεριλαμβάνεται η αναγνώριση της τρωτότητας του εαυτού, η γνωστική επεξεργασία του γεγονότος, η αντιμετώπιση των περιορισμών και η επανεξέταση του μέλλοντος. Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει την εκμάθηση του νέου τρόπου ζωής όπως τη διαχείριση νέων ρόλων μέχρι στο τέταρτο στάδιο πλέον, το άτομο να αποδεχθεί τους περιορισμούς που προκαλεί η ασθένεια στη ζωή του. Οι περισσότεροι άνθρωποι επιστρέφουν συχνά στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της διαδικασίας. Η γνωστική επεξεργασία του γεγονότος και οι πειραματισμοί στην εκμάθηση του νέου τρόπου ζωής είναι συχνά οι περισσότερο χρονοβόρες διαδικασίες, ώστε το άτομο να καταφέρει να δημιουργήσει και να διατηρήσει μία θετική εκτίμηση της δύσκολης κατάστασης (Johnson, 1991).

3.2: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και προσαρμογή

Στη βιβλιογραφία της ψυχολογίας της υγείας έχουν μελετηθεί διάφορες ψυχοκοινωνικές παράμετροι, οι οποίες συμβάλλουν στη διαδικασία της προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε στους σημαντικότερους – ως

τώρα – παράγοντες πρόβλεψης της προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια και στις καρδιαγγειακές παθήσεις συγκεκριμένα.

3.2.a: Ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες

Υπάρχουν διάφορες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, οι οποίες λειτουργούν είτε ως προστατευτικές πηγές είτε ως ανασταλτικές πηγές κατά τη διαδικασία της επιτυχούς προσαρμογής στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η διερεύνηση της σχέσης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην προσαρμογή έχει καταλήξει σε δύο συμπεράσματα: α) η προσωπικότητα μπορεί να αποτελέσει τόσο παράγοντα κινδύνου (Smith, & Gallo, 2001) όσο και προστατευτικό παράγοντα στις χρόνιες παθήσεις (Ouellette, & DiPlacido, 2001). Η σχέση της προσωπικότητας με τις καρδιαγγειακές παθήσεις έχει παρατηρηθεί αρχικά από το 1868, όταν ο Von Dutch διέκρινε κάποια ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η υπερβολική ενασχόληση με την εργασία και το έντονο ύφος στην ομιλία, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Σουρμελάκης, 1995). Παρά την εμπειριστατωμένη μελέτη της προσωπικότητας τύπου-A στη βιβλιογραφία ως προδιαθεσικό παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων για τη φτωχή προσαρμογή του καρδιακού ασθενή (Smith & Gallo, 2001) δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να συνδέουν το θυμό – το ‘τοξικό’ στοιχείο της προσωπικότητας τύπου-A με τη προσαρμογή του ασθενή (Stanton et al., 2006). Πάραυτα, σε έρευνα έχει φανεί ότι άντρες με υψηλά επίπεδα εχθρικότητας αντιμετωπίζουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο γενικής και καρδιαγγειακής θνησιμότητας συγκρινόμενοι με άντρες που είχαν χαμηλά ποσοστά εχθρικότητας (Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Όσον αφορά την προστατευτική δράση της προσωπικότητας στην υγεία, σε έρευνα των Shen και συναδέλφων (2004) φάνηκε ότι αισιόδοξοι καρδιακοί ασθενείς είχαν γρηγορότερη αποκατάσταση κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Τα άτομα αυτά είχαν ένα συγκεκριμένο ψυχοκοινωνικό προφίλ με χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως θετική διάθεση, αναζήτηση κοινωνικής στήριξης και επιλογή προστατευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Shen et al, 2004).

Τα στοιχεία που συνδέουν τα θετικά συναισθήματα με την επίδραση των φυσιολογικών παραγόντων στην υγεία είναι περιορισμένα, αν και ευρήματα των τελευταίων χρόνων υποστηρίζουν ότι τα θετικά συναισθήματα συνδέονται με λειτουργίες του αυτόνομου συστήματος (Cohen et al, 2003). Η αισιοδοξία έχει συσχετισθεί με επιθυμητές αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, αν και οι

αλλαγές αυτές ίσως οφείλονται σε άλλες ρυθμιστικές μεταβλητές. Υποστηρίζεται ότι τα θετικά συναισθήματα μπορούν να διευκολύνουν την ανάρρωση μετά από καρδιακό επεισόδιο, προκαλώντας αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αυτή η επίδραση των θετικών συναισθημάτων ίσως αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την θετική έκβαση των καρδιαγγειακών παθήσεων, δρώντας είτε άμεσα, διαμέσου των αλλαγών στην φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, είτε έμμεσα διαμέσου των συμπεριφορών υγείας με μια πιο θετική επαναξιολόγηση της κατάστασης από τον ασθενή (Fredrickson, 2000).

Η γενικευμένη αισιοδοξία είναι μία σημαντική μεταβλητή, η οποία έχει ερευνηθεί αρκετά σε σχέση με την προσαρμογή στην ασθένεια είναι (Scheier & Carver, 1985). Σε μελέτη ασθενών με ισχαιμική νόσο, η αισιοδοξία τους μετρήθηκε αμέσως μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η αισιοδοξία προέβλεπε λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ένα χρόνο αργότερα (Shnek, Irvine, Stewart & Abbey, 2001). Σε άλλη μελέτη του Scheier και των συνεργατών του (1989), η αισιοδοξία προέβλεπε γρηγορότερη ανάρρωση και επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες για τα άτομα που είχαν υποστεί επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) (Scheier et al., 1989). Η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία αποτελούν ξεχωριστά χαρακτηριστικά με διαφορετικά αποτελέσματα για τη προσαρμογή. Σε καρδιολογικούς ασθενείς, χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας μετά την επέμβαση bypass προέβλεπε περισσότερο θετικό συναίσθημα και λιγότερο πόνο τους επόμενους 6 ως 12 μήνες (Mahler & Kulik, 2000).

Τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας πριν την διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας προβλέπουν καλή προσαρμογή για τον επόμενο χρόνο ενώ τα οφέλη που προκύπτουν από την αισιοδοξία διατηρούνται σε διάφορες περιόδους κατά τη διάρκεια της ασθένειας (Stanton et al., 2006). Η προστατευτική δράση της αισιοδοξίας φαίνεται να λειτουργεί μέσω χρήσιμων στρατηγικών αντιμετώπισης, συναισθηματικής κοινωνικής στήριξης, μειωμένης εκτίμησης της απειλής και μειωμένη χρήση αποφευκτικών τρόπων διαχείρισης της ασθένειας (Carver, Pojo, Haris, Noriega, Scheier, 1993). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η αισιοδοξία προβλέπει την επιβίωση από τη χρόνια ασθένεια. Επίσης, φαίνεται πως ένα αισιόδοξο πρότυπο εξήγησης των καταστάσεων μειώνει τον κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων τα επόμενα δέκα χρόνια (Stanton et al., 2006).

Αντιθέτως, η αυξημένη λειτουργία του συμπαθητικού συστήματος, που προκαλείται από το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να προκαλέσει

αύξηση στους καρδιακούς παλμούς και συστολή του μυοκαρδίου, αυξάνοντας τις απαιτήσεις του οργανισμού για οξυγόνο και πιθανόν ισχαιμικό επεισόδιο. Επομένως, οι καρδιοπαθείς ασθενείς βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για ισχαιμικό επεισόδιο, όταν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως ένταση και λύπη και τα καρδιακά επεισόδια είναι περισσότερα σε περιόδους έντονου θυμού ή εχθρότητας. Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν επίσης συσχετισθεί με μια κατασταλτική επίδραση στην λειτουργία του αυτόνομου συστήματος (Appels, Bar, Bar, Bruggeman, & de Baets, 2000). Τα αρνητικά συναισθήματα επιπλέον επηρεάζουν τους αιμοστατικούς παράγοντες (παράγοντες που επηρεάζουν την θρόμβωση του αίματος και την συνάθροιση των αιμοπεταλίων). Συγκεκριμένα, τα αρνητικά συναισθήματα αυξάνουν τα ποσοστά θρόμβωσης στις αρτηρίες της καρδιάς, προκαλώντας επαναλαμβανόμενα καρδιαγγειακά επεισόδια (McEver, 2001).

Άτομα τα οποία δεν θεωρούσαν τον εαυτό τους ικανό να αντιμετωπίσουν την κατάσταση μετά από μια καρδιακή προσβολή, δήλωναν μικρότερη ικανοποίηση από την ζωή τους, κατάσταση που συσχετιζόταν σημαντικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για επόμενο καρδιαγγειακό επεισόδιο. Επίσης, επηρεάζει σημαντικά την προσαρμογή στην ασθένεια. Παρατηρείται στο 16 με 34% των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ τα 2/3 των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά από καταθλιπτικά συμπτώματα (Gallo, Ghaed & Bracken, 2004). Άλλα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη είχαν 4,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακών προσβολών από αυτούς που δεν είχαν ιστορικό κατάθλιψης και άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης είχαν 1,5 με 2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια. Επίσης, άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις, είχαν χειρότερη έκβαση μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο και τέσσερις φορές υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας όταν παρουσίαζαν συνοσηρότητα με κατάθλιψη (Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Ακόμη και μικρά ποσοστά κατάθλιψης έχουν συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα σε άτομα που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Bush, Ziegelstein, Tayback, Richter, Stevens, 2001) καθώς επίσης, η κατάθλιψη φαίνεται να διπλασιάζει τον κίνδυνο για την επανεμφάνιση κάποιου επεισοδίου μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) (Stanton et al., 2006). Σε ανασκόπηση τους, οι Frasure-Smith & Lesperance (2005) κατέληξαν ότι υπάρχουν επαρκείς και αξιόλογες μελέτες που συστηματικά υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη

αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για την έναρξη όσο και για τη πορεία της στεφανιαίας νόσου (Frasure-Smith & Lesperance, 2005).

Οι Valkamo και συν. (2003) αναφέρουν ότι το 24% των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την ζωή τους, κατάσταση που συσχετίζεται σημαντικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν καθοριστικά για το ποσοστό ικανοποίησης από την ζωή των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις. Συγκεκριμένα, το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από την ζωή αναφερόταν κυρίως, στην υποκειμενική εκτίμηση των ασθενών για την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την καρδιακή τους ανεπάρκεια (Valkamo, Honkanen, Hintikka, Niskanen, Honkalampi, & Viinamaki, 2003).

Υψηλά επίπεδα αρνητικής συναισθηματικότητας και κοινωνικής αναστολής (η τάση να εμποδίζεται η αυτοέκφραση σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις) σε καρδιαγγειακούς ασθενείς αποτελούν διαμεσολαβητικό παράγοντα κινδύνου για πολλούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως καταθλιπτικότητα, χρόνια ένταση, θυμό καθώς και για μακράς διάρκειας καρδιακά επεισόδια (Denollet, 2000).

Άλλοι ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες, όπως το άγχος και η εχθρότητα μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την προσαρμογή μέσω μη-προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες όπως μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών, μια ακόμα λειτουργία που συνδέεται με το αυτόνομο νευρικό σύστημα και αποτελεί δείκτη της αρτηριοσκλήρυνσης (προβλεπτικό παράγοντα των καρδιακών επεισοδίων) (Hemingway, Shipley, & Mullen, 2003). Οπότε, διαμέσου της επίδρασης του αυτόνομου συστήματος, τα συναισθήματα και οι αντιλήψεις, πιθανόν να συμβάλλουν στην εξέλιξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Κοινωνικοί παράγοντες που φαίνεται να εμπλέκονται στη διαδικασία της προσαρμογής είναι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η κοινωνική στήριξη (Stanton et al., 2006). Σε έρευνα βρέθηκε ότι διάφοροι διαμεσολαβητικοί παράγοντες συνεισφέρουν θετικά στη σχέση κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και καρδιακής θνησιμότητας. Παρομοίως, σε παλαιότερη έρευνα επιβεβαιωνόταν αυξημένα ποσοστά θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, συγκριτικά με άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Gallo & Matthews, 2003).

Έρευνες συμφωνούν τόσο προς την προστατευτική δράση της κοινωνικής υποστήριξης (Stanton et al., 2006. Shen et al., 2004) όσο και προς την επιζήμια

επιρροή της κοινωνικής απομόνωσης στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Kiecolt-Glaser et al., 2002) καθώς έχει φανεί ότι καρδιακοί ασθενείς που ζουν μόνοι υποφέρουν από επαναλαμβανόμενα καρδιακά επεισόδια (Smith, Ruiz, & Uchino, 2004).

3.2.β: Γνωστικές μεταβλητές

Όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, οι περισσότεροι θεωρητικοί συμφωνούν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ασθένεια τους παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης καθώς και στη μετέπειτα προσαρμογή τους. Μερικές τέτοιες γνωστικές παράμετροι είναι η αντιλαμβανόμενη απειλή, το αίσθημα ελέγχου της κατάστασης και η εύρεση οφέλους από την ασθένεια. Για την εύρεση οφέλους και τη σχέση της με την προσαρμογή θα αναφερθούμε στην επόμενη ενότητα.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτορύθμισης του Leventhal (2001), οι αντιλαμβανόμενες απειλές στο σύστημα του εαυτού αφορούν την αιτία της ασθένειας, τη ταυτότητα, το χρονικό όριο, την ελεγχσιμότητα και τις πιθανές συνέπειες. Η αντιλαμβανόμενη απειλή αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα στα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης σε καρδιολογικούς ασθενείς ενώ ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι αντιλαμβάνονταν την ασθένεια τους ως χρόνια ή κυκλική είχαν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας από αυτούς που την θεωρούσαν οξεία (Stanton et al., 2006).

Τόσο το αίσθημα ελέγχου όσο και οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας συνεισφέρουν θετικά στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια. Σε διάφορες μελέτες καταδεικνύεται η σημασία της αντίληψης προσωπικού ελέγχου για τη πορεία της ασθένειας και τη καλή προσαρμογή (Taylor & Brown, 1988). Το αίσθημα ελέγχου έχει συσχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή και σε καρδιολογικούς ασθενείς (Bar-on, 1987). Σε ασθενείς που είχαν υποστεί bypass, τα άτομα που αισθάνονταν ότι μπορούσαν να ελέγξουν την αποκατάστασή τους έμειναν λιγότερες μέρες στο νοσοκομείο και ανέφεραν λιγότερη ανησυχία προ- και μετά-εγχειρητικά (Stanton et al., 2006).

Σε έρευνα της Helgeson (1992) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, φάνηκε ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος στην ασθένεια σχετιζόταν με καλύτερη προσαρμογή για εκείνους που είχαν υποστεί δεύτερο στεφανιαίο επεισόδιο συγκριτικά με αυτούς που

είχαν υποστεί μόνο ένα. Επίσης, οι ισχυρές αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου σε ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκε να επανανοσηλευτούν λειτούργησαν προστατευτικά στη συναισθηματική τους λειτουργικότητα ενώ για εκείνους που είχαν υποστεί στεφανιαία αγγειοπλαστική, φάνηκε ότι ο συνδυασμός αισιοδοξίας, αυτοεκτίμησης και αισθήματος ελέγχου βελτίωναν τη θετική προσαρμογή (Helgeson, 1992).

Πιθανόν, διαφορετικές αντιλήψεις ελέγχου να βοηθούν στην προσαρμογή διαφορετικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου σχετιζόταν με μειωμένη κατάθλιψη σε ασθενείς που περίμεναν να μεταμοσχευτούν και με αυξημένη κατάθλιψη σε ασθενείς που είχαν ήδη μία αποτυχημένη μεταμόσχευση (Christenson, Turner, Smith, Holman & Gregory, 1991). Η Helgeson (1992) υποστήριξε ότι το εξωτερικό αίσθημα ελέγχου, δηλαδή ότι οι άλλοι ελέγχουν την ασθένεια, ήταν χρήσιμη εκτίμηση όταν τα άτομα έπρεπε να βασιστούν στο ιατρικό προσωπικό. Όταν όμως, η θεραπεία περιελάμβανε μόνο τη φαρμακευτική αγωγή, τότε η ίδια εκτίμηση λειτουργούσε ανασταλτικά για τους ασθενείς (Helgeson, 1992). Επίσης, κάποιοι ερευνητές συσχετίζουν το αίσθημα ελέγχου με την αντιλαμβανόμενη απειλή, διευκρινίζοντας ότι η χρησιμότητα των εκτιμήσεων ελέγχου εξαρτάται από το εάν η απειλή ανταποκρίνεται στις προσπάθειες ελεγχσιμότητας (Christensen & Ehlers, 2002).

3.2.γ: Στρατηγικές αντιμετώπισης στρες

Οι τρόποι, οι οποίοι επιλέγουν τα άτομα να διαχειριστούν την ασθένεια τους έχουν μεγάλη χρησιμότητα στη κατανόηση της προσαρμογής τους. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιήσει ένας χρόνιος ασθενής εξαρτώνται από την προσέγγιση ή την αποφυγή του προβλήματος. Οι τρόποι προσέγγισης του προβλήματος αντανάκλουν τις ενεργητικές στρατηγικές, όπως η επίλυση προβλήματος, η αναζήτηση πληροφοριών για την ασθένεια, η αναζήτηση κοινωνικής στήριξης, η ενεργής προσπάθεια εύρεσης των οφελών της ασθένειας και η ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων. Αντίστοιχα, στις στρατηγικές αποφυγής περιλαμβάνονται η άρνηση, η καταστολή και η αποδέσμευση. Οι θρησκευτικοί τρόποι αντιμετώπισης (religious coping) μπορούν να συμπεριληφθούν τόσο στις στρατηγικές προσέγγισης όσο και στις στρατηγικές αποφυγής (Stanton et al., 2006).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984), οι τρόποι διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων διαχωρίζονται σε προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος και σε προσπάθειες ρύθμισης των συναισθημάτων. Η χρήση μίας μόνο ομάδας χαρακτηριστικών πιθανόν να αποβεί προβληματική για την αντιμετώπιση διαφορετικών καταστάσεων, ειδικά στις χρόνιες ασθένειες όπου απαιτείται τόσο η ικανότητα επίλυσης προβλήματος όσο και η ρύθμιση των συναισθημάτων για την προσαρμογή στις αλλαγές της νόσου (Ρούσση & Κούτρη, 2005).

Παρότι πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα βοηθούν την προσαρμογή σε αντίθεση με τις αποφευκτικές στρατηγικές ή αυτές που εστιάζουν στο συναίσθημα (Stanton et al., 2001), το θέμα είναι περισσότερο πολύπλοκο. Για παράδειγμα, η μείωση της απειλής, η οποία είναι αποφευκτική στρατηγική μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ένα κρίσιμο σημείο της ασθένειας. Επίσης, σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα φάνηκε ότι εάν η στρατηγική αποφυγής αποτελεί μία ενεργητική προσπάθεια απεμπλοκής από την στρεσογόνο κατάσταση σε μία δεδομένη φάση, όπως η απόσπαση προσοχής με άλλες δραστηριότητες, τότε αυτή σχετίζεται με μειωμένη ψυχική δυσφορία. Όταν η απόσπαση προσοχής συνδυάζεται τόσο με στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος όσο και με στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων μέσω της προσέγγισης της ασθένειας, δηλαδή όταν υπάρχει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να έχει χρήσιμο ρόλο στην προσαρμογή και αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Ρούσση & Κούτρη, 2005).

Πάραυτα, σε γενικές γραμμές επικρατεί ότι οι στρατηγικές αποφυγής δεν βοηθούν στην ομαλή προσαρμογή των ασθενών. Η χρήση αποφευκτικών τρόπων αντιμετώπισης στη διαχείριση προβλημάτων υγείας συσχετιζόταν με συνεχή συναισθηματική ανησυχία σε ασθενείς που είχαν υποστεί καρδιακή μεταμόσχευση (Dew et al., 1994). Αντιθέτως, η χρήση ενεργητικών στρατηγικών ή στρατηγικών προσέγγισης φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την προσαρμογή σε διάφορες χρόνιες ασθένειες (Stanton et al., 2006) καθώς και με καλύτερη ψυχολογική υγεία. (Chan, Lai & Wong, 2006). Οι προσπάθειες επίλυσης προβλήματος όπως η αναζήτηση πληροφοριών, η γνωσιακή αναδόμηση και οι ενεργητικές προσπάθειες μείωσης του πόνου αποτελούν σημαντικούς δείκτες για τη θετική προσαρμογή. Σε μελέτη του Carels και των συναδέλφων του με ασθενείς που έπασχαν από καρδιακή ανεπάρκεια φάνηκε ότι όταν προηγούνταν κατά μία μέρα προσπάθειες βελτίωσης των συμπτωμάτων, την επόμενη μέρα τα συμπτώματα μειώνονταν. Αντίθετα, όταν

προηγείτο η απόσπαση της προσοχής από τα συμπτώματα, την επόμενη μέρα, τα άτομα ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα (Carels, Musher-Eizenman, Cacciapaglia, Perez-Benitez, Christie & Brien, 2004).

Πάραυτα, οι ενεργητικές στρατηγικές μπορεί να μην είναι αποτελεσματικές σε περιπτώσεις μόνιμων καταστάσεων καθώς επίσης έχει παρατηρηθεί ότι και οι δύο ομάδες των στρατηγικών μπορούν να προβλέψουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα (Echteld, van Elderen & Van der Kamp, 2003). Συχνά, οι τρόποι διαχείρισης στη χρόνια ασθένεια αλληλεπιδρούν με τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που αναφέρθηκαν ή διαμεσολαβούν στις σχέσεις άλλων προβλεπτικών παραγόντων στη διαδικασία της προσαρμογής (Stanton et al., 2006).

3.3: Προσαρμογή και θετική νοηματοδότηση

Η εύρεση νοήματος και οφέλους στη τραυματική εμπειρία έχει διερευνηθεί τόσο ως προβλεπτικός παράγοντας της προσαρμογής όσο και ως δείκτης προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια (Stanton et al., 2006). Σε αρκετές μελέτες, η εκτίμηση μιας δύσκολης εμπειρίας ως ωφέλιμης έχει συσχετιστεί με τη θετική προσαρμογή στις χρόνιες ασθένειες (Felton & Revenson, 1984. Affleck et al., 1987). Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Tennen & Affleck (2002), φάνηκε ότι δεκατέσσερις από τις είκοσι συναφειακές μελέτες καταδεικνύουν μία συσχέτιση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και καλύτερης προσαρμογής (Stanton et al., 2006).

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της θετικής νοηματοδότησης και των επιπέδων υγείας σε άτομα που πάσχουν από μία χρόνια ή οξεία σωματική ασθένεια. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται πως οι θετικές ψυχολογικές αντιδράσεις σχετίζονται με την καλύτερη ενίσχυση της βιολογικής, συναισθηματικής και ανοσολογικής κατάστασης του ατόμου (Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Στη μελέτη των Affleck et al. (1987), αφοτου είχαν ελέγξει παράγοντες όπως την ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και τη σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασης φάνηκε ότι τα άτομα που νοηματοδοτούσαν θετικά την εμπειρία του πρώτου εμφράγματος είχαν καλύτερη καρδιολογική υγεία, χαμηλότερη συχνότητα

διαδοχικών εμφραγμάτων και χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας 8 χρόνια αργότερα (Affleck et al., 1987).

Επίσης, η ανεύρεση νοήματος σε HIV-οροθετικούς άντρες που βρίσκονταν σε διεργασία πένθους για κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο προέβλεπε μειωμένη ταχύτητα έκπτωσης των επιπέδων των CD4 T-λεμφοκυττάρων μετά από 2-3 χρόνια και χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας από AIDS, τα επόμενα 4-9 χρόνια παρακολούθησης. Το εύρημα αυτό δεν εξηγούταν καλύτερα από τα συμπτώματα που σχετιζόνταν με τον ιό, τις συμπεριφορές υγείας ή την κατάθλιψη (Bower et al., 1998).

Άλλη έρευνα, που σύγκρινε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που κατέγραφαν τις θετικές σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με την ασθένεια τους με ασθενείς οι οποίες ανέφεραν απλά τα σχετικά γεγονότα με αυτή, έδειξε ότι 3 μήνες αργότερα, οι πρώτες είχαν σημαντικά λιγότερες ιατρικές συναντήσεις για την ασθένεια τους σε σχέση με τις γυναίκες της δεύτερης ομάδας (Stanton et al., 2000).

Άτομα που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και ανέφεραν οφέλη από την ασθένεια τους, εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα ένα χρόνο αργότερα. Πάραυτα, τα επίπεδα ανησυχίας είχαν παραμείνει τα ίδια (Danoff-Burg & Revenson, 2005). Ασθενείς της ίδιας πάθησης που αντιλαμβανόταν τα οφέλη της κατάστασης ανέφεραν ότι υπήρχαν λιγότερες μέρες, κατά τη διάρκεια των οποίων περιοριζόνταν οι καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω σοβαρού πόνου.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν αρκετές μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και ψυχολογικής ευεξίας (Carver & Antoni, 2004. Sears et al., 2003) ενώ κάποιες άλλες δεν βρίσκουν παρόμοια σχέση (Cordova et al., 2001). Δείκτες υποκειμενικής ευεξίας αποτελούν η ευχαρίστηση από τη ζωή, η ψυχολογική υγεία, το θετικό συναίσθημα, η αντιλαμβανόμενη σωματική υγεία κ.α

Η εύρεση οφέλους ή κέρδους μετά από ένα τραυματικό γεγονός αποτελεί μία συνηθισμένη αντίδραση στη κρίση καθώς μπορεί και να επηρεάσει την αποκατάσταση του ασθενή μετά από τη καρδιακή προσβολή. Πολλοί ασθενείς που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου αναφέρουν οφέλη από αυτή τους την εμπειρία. Στη μελέτη των Affleck και των συνεργατών του (1987), τα άτομα που είχαν επιβιώσει μίας καρδιακής προσβολής και ανέφεραν οφέλη από αυτή τους την εμπειρία βίωναν μεγαλύτερη ευχαρίστηση από τη ζωή και λιγότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η εύρεση οφελών πιθανόν επηρεάζει θετικά την αποκατάσταση των καρδιακών ασθενών μέσω της ενίσχυσης των επιπέδων συναισθηματικής ευεξίας (Affleck et al., 1987).

Σε διαχρονική μελέτη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, φάνηκε ότι τα άτομα που ανέφεραν περισσότερα οφέλη που σχετίζονταν με τις διαπροσωπικές σχέσεις εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα ανημπόριας και λιγότερη δυσλειτουργικότητα από την ασθένεια, 12 μήνες αργότερα (Dannoff-Burg & Revenson, 2005). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η εύρεση θετικού νοήματος στην εμπειρία των χρόνιων ασθενών σχετίζεται με καλύτερη συναισθηματική διάθεση και ποιότητα ζωής (Carver et al., 1993. Curbow et al., 1993. Katz et al., 2001).

Η έρευνα των Carver & Antoni (2004), έδειξε ότι τα οφέλη που προκύπτουν από μία ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού σχετίζονται με μειωμένη κατάθλιψη τέσσερα ως επτά χρόνια αργότερα (Carver & Antoni, 2004). Σε άλλες μελέτες, η θετική νοηματοδότηση προέβλεπε αυξημένο θετικό συναίσθημα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού πέντε χρόνια μετά την διάγνωση (Bower, Meyerowitz, Desmond, Bernaards, Rowland, & Ganz, 2005) καθώς επίσης και σε υγιείς γυναίκες (Stanton et al., 2006). Μελέτη της Pakenham (2005), σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση έδειξε ότι η 'εύρεση οφέλους' από την ασθένεια σχετιζόταν σημαντικά με την ευχαρίστηση από τη ζωή, την δυαδική προσαρμογή και το θετικό συναίσθημα ενώ δεν παρατηρήθηκε κάποια σχέση μεταξύ γενικευμένης ανησυχίας και υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία (Pakenham, 2005).

Η απουσία σχέσης μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και ψυχολογικής ανησυχίας έχει παρατηρηθεί και σε μεταμοσχευμένους ασθενείς νωτιαίου μυελού (Widows et al., 2005). Στη μελέτη του Katz και των συναδέλφων του (2001), η θετική νοηματοδότηση σχετιζόταν θετικά με την ενεργητικότητα και την ζωτικότητα και αρνητικά με τον πόνο και τη συναισθηματική ανησυχία (Katz et al., 2001) Παρόμοια αρνητική σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων έχει παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες (Carver & Antoni, 2004). Θετική σχέση μεταξύ ανησυχίας και θετικής νοηματοδότησης έδειξε η έρευνα του Mohr και των συναδέλφων του (1992) σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση (Mohr et al., 1999). Τα ασαφή ευρήματα σε σχέση με τη θετική νοηματοδότηση και την ανησυχία είναι πιθανόν να οφείλονται σε αναφορές αντιλαμβανόμενης παρά πραγματικής μείωσης των επιπέδων ανησυχίας (Widows et al., 2005).

Στη πρόσφατη μετανάλυση της Helgeson και των συνεργατών της (2006) για τη σχέση της θετικής νοηματοδότησης με δείκτες προσαρμογής στην υγεία, φάνηκε επίσης ότι η εύρεση νοήματος δεν σχετίζεται με τη γενικευμένη ανησυχία, το άγχος, την ποιότητα ζωής και την υποκειμενική αντίληψη της σωματικής υγείας. Αντίστοιχα,

στην ίδια μελέτη η εύρεση οφέλους στην τραυματική εμπειρία σχετιζόταν με λιγότερη κατάθλιψη, περισσότερη ευχαρίστηση από τη ζωή καθώς και αποφευκτικές και παρεισφρητικές σκέψεις. Η Helgeson εξηγεί το τελευταίο εύρημα πιθανολογώντας ότι οι σκέψεις αυτές είναι ενδεικτικές της γνωστικής επεξεργασίας του γεγονότος αντί δείκτες ανησυχίας, όπως συχνά θεωρούνται (Helgeson et al., 2006). Από τα παραπάνω ευρήματα, είναι κατανοητό ότι οι συνέπειες της εύρεσης νοήματος και οφέλους στη διαδικασία της προσαρμογής στην χρόνια ασθένεια είναι ένα σημαντικό θέμα που απαιτεί ακόμη περισσότερη θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση (Stanton et al., 2006).

Κεφάλαιο 4: Σκοποί και υποθέσεις της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν τόσο οι διαφορές στα επίπεδα προσαρμογής μεταξύ υγιών ατόμων και καρδιαγγειακών ασθενών όσο και οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με: α) συγκεκριμένους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (ευχαρίστηση από τη ζωή, γενική αντίληψη σωματικής υγείας), β) δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση) και ιατρικές μεταβλητές (πρώτη νοσηλεία, ιστορικό χειρουργικής επέμβασης), γ) γνωστικές μεταβλητές (αισιοδοξία, αυτοεκτίμηση, αίσθημα εσωτερικού ελέγχου και αντιλαμβανόμενη απειλή) και δ) κάποιες στρατηγικές διαχείρισης του στρες (επίλυση προβλήματος, τήρηση ιατρικών οδηγιών, ευχετική σκέψη, συναισθηματική ανησυχία, απόσυρση, απόσπαση προσοχής). Συγκεκριμένα, ελέγξαμε κατά πόσο οι παραπάνω δημογραφικές, ιατρικές και γνωστικές μεταβλητές καθώς και οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση και ορισμένους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, όπως την ευχαρίστηση από τη ζωή και την γενική αντίληψη υγείας καθώς και εάν η θετική νοηματοδότηση μπορεί να προβλέψει τους δείκτες προσαρμογής μετά των έλεγχου όλων των προαναφερθέντων μεταβλητών. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πιθανόν να συνεισφέρουν στη κάλυψη του κενού που υπάρχει στην ελληνική έρευνα για τη θετική νοηματοδότηση της ασθένειας καθώς και στην ανάπτυξη συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο τη καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή των χρόνιων ασθενών.

Βασικές υποθέσεις της έρευνας ήταν: α) δεν θα υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους υγιείς και τους ασθενείς ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή ενώ πιθανόν να υπάρχουν διαφορές ως προς την αντίληψη των ψυχολογικών συμπτωμάτων, β) οι γνωστικές μεταβλητές και οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες σχετίζονται με την προσαρμογή ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, β) οι γνωστικές μεταβλητές και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών και των ιατρικών παραγόντων, γ) οι γνωστικές μεταβλητές, αισιοδοξία, αυτοεκτίμηση και αίσθημα εσωτερικού ελέγχου σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση, δ) η θετική νοηματοδότηση σχετίζεται με την ευχαρίστηση από τη ζωή ελέγχοντας για δημογραφικούς, ιατρικούς και γνωστικούς παράγοντες και τρόπους διαχείρισης της ασθένειας, και ε) οι γνωστικές μεταβλητές και οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρες πιθανόν σχετίζονται περισσότερο με τη γενική αντίληψη υγείας από ότι η θετική νοηματοδότηση.

Μέρος 2^ο : Μέθοδος

2.1: Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 157 άτομα, εκ των οποίων 70 ήταν υγιή άτομα (70% άνδρες και 30% γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 54.75 έτη (τυπική απόκλιση= 13.35 έτη) και 87 ήταν νοσηλεύόμενοι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα στην Α' και Β' καρδιολογική κλινική του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (80.5% άνδρες και 19.5% γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 57.12 έτη (τυπική απόκλιση= 12.85 έτη). Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, στην ομάδα των υγιών ατόμων, το 45.4% είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, 33.3% το λύκειο και 21.2% ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Αντίστοιχα, στην ομάδα των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, το 36.8% είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, 21.8% το λύκειο και το 41.4% ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Επίσης, αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των υγιών ατόμων, το 8.6% ήταν αδέσμευτοι, 5.7% διατηρούσαν κάποια σχέση, το 77.1% ήταν έγγαμοι ή συζούσαν με τον/την σύντροφο τους και 8.6% ήταν διαζευγμένοι ή χήροι-ες. Από το δείγμα των ασθενών, το 12.6% ήταν αδέσμευτοι, 3.4% είχαν σχέση, 64.3% ήταν έγγαμοι ή συζούσαν με κάποιο σύντροφο και 19.5% ήταν διαζευγμένοι, βρίσκονταν σε διάσταση με το/τη σύζυγο τους ή ήταν χήροι-ες. Όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, το 10% των υγιών ατόμων δήλωσε ότι δεν έχει κανένα εισόδημα, 49.9% δήλωσε μέτρια κατάσταση και το 40% καλή οικονομική κατάσταση. Στην ομάδα των ασθενών, το 4.6% δήλωσε μηδενικό εισόδημα, 42.5% μέτριο εισόδημα και 52.8% καλή οικονομική κατάσταση.

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις παραπάνω δημογραφικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t μεταξύ δύο μη συσχετισμένων δειγμάτων για τις μεταβλητές του φύλου και της ηλικίας και η μέθοδος X^2 για τις μεταβλητές της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαίδευσης και του εισοδήματος. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ υγιών και ασθενών ως προς το φύλο ($t = 1.49, df = 137.1, p = 0.13$), την ηλικία ($t = -1.12, df = 155, p = 0.26$), την οικογενειακή κατάσταση ($X^2 = 6.38, df = 6, p = 0.38$), την εκπαίδευση ($X^2 = 9.34, df = 4, p = 0.054$) και το εισόδημα ($X^2 = 8.99, df = 6, p = 0.17$).

Σχετικά με τα ιατρικά χαρακτηριστικά της ομάδας των ασθενών, το 64.1% νοσηλευόταν με τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, το 9% είχε διαγνωστεί με καρδιακές αρρυθμίες, το 6.8% είχε τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, το 6.9% ήταν μεταμοσχευμένοι ασθενείς οι οποίοι είχαν προσέλθει για μεταμοσχευτικό έλεγχο και το 11.2% αφορούσε άλλα σχετικά καρδιαγγειακά προβλήματα. Για το 42.5% ήταν η πρώτη φορά που νοσηλευόταν για την εν λόγω ασθένεια ενώ το 57.5% είχε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν. Επίσης, το 64.4% είχε χειρουργηθεί στο παρελθόν ενώ το 34.5% δεν είχε ποτέ αυτή την εμπειρία.

2.2: Μέσα συλλογής των δεδομένων

Η κλίμακα της θετικής νοηματοδότησης συμπληρώθηκε μόνο από την ομάδα των ασθενών. Οι υπόλοιπες κλίμακες συμπληρώθηκαν και από τις δύο ομάδες.

Γενική υγεία. Για τη μέτρηση της συνολικής ψυχολογικής υγείας οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos & Karastergiou, 1990). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας είναι ένα ευρέως γνωστό και ιδιαίτερα αξιόπιστο διερευνητικό ερωτηματολόγιο, το οποίο προβάλλει μια συνολική αξιολόγηση της ψυχολογικής υγείας. Οι συμμετέχοντες αξιολογούσαν κατά πόσο ίσχυε τον τελευταίο καιρό καθένα από τα εικοσιοκτώ θέματα (π.χ 'νιώθεις εξαντλημένος', 'αισθάνεσαι να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση', 'σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά', 'εύχεσαι να είχες πεθάνει'). Σε γενικές γραμμές, οι υψηλές τιμές καταδεικνύουν την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για τη κλίμακα της συνολικής γενικής υγείας, στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν για το δείγμα των ασθενών .88 (Cronbach α) και για το δείγμα των υγιών (Cronbach $\alpha = .88$).

Επιπλέον, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες οι οποίες είναι: α) σωματική υγεία, η οποία αξιολογείται με επτά θέματα (π.χ 'έχεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό', 'νιώθεις εξαντλημένος', 'έχεις πόνους στο κεφάλι'), β) ανησυχία και προβλήματα ύπνου, με επτά θέματα (π.χ 'έχεις ξαγρυπνήσει επειδή ήσουν ανήσυχος', 'αισθάνεσαι να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση', 'αισθάνεσαι νευρικός ή σε υπερδιέγερση'), γ) κοινωνική δυσλειτουργικότητα,

με επτά θέματα (π.χ 'είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου', 'έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος', 'αισθάνεσαι να παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου' και δ) σοβαρή κατάθλιψη, με επτά θέματα (π.χ 'σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα', 'σου έχει περάσει από το μυαλό να δώσεις τέλος στη ζωή σου'). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) για τις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, στη παρούσα μελέτη, ήταν για το δείγμα των ασθενών .79, .75, .75 και .83 και για το δείγμα των υγιών ατόμων .78, .81, .67 και .76.

Αυτοπεποίθηση. Για να αξιολογηθεί η συνολική αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων, χορηγήθηκε η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg, 1965). Η κλίμακα αποτελείται από δέκα θέματα (π.χ 'πιστεύω ότι έχω αρκετά θετικά στοιχεία', 'σε γενικές γραμμές τείνω να αισθάνομαι αποτυχημένος', 'έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου'). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε καθένα από αυτά σε μία τετράβαθμη κλίμακα, η οποία κυμαινόταν από *Συμφωνώ απόλυτα* ως *Διαφωνώ απόλυτα*. Γενικά, υψηλές συνολικές τιμές καταδεικνύουν υψηλή αυτοεκτίμηση, αφού έχει προηγηθεί επανακωδικοποίηση συγκεκριμένων τιμών κάποιων θεμάτων της κλίμακας. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) στην ομάδα των ασθενών ήταν .70 και για την ομάδα των υγιών .78.

Αισιοδοξία. Για τη μέτρηση της γενικευμένης αισιοδοξίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Life Orientation Test – Revised (Scheier, Carver & Bridges, 1994), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Καραδήμας, υπό δημοσίευση). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα θέματα, εκ των οποίων τα έξι - όπου χρησιμοποιήθηκαν για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας - αξιολογούν την αισιοδοξία (π.χ 'σε αβέβαιες στιγμές, συνήθως περιμένω το καλύτερο', 'είμαι πάντα αισιόδοξος / η για το μέλλον μου') ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα απλώς συμπληρώνουν την κλίμακα (ασθενείς - Cronbach α = .70, υγιείς-Cronbach α =.58). Οι συμμετέχοντες δήλωσαν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (*διαφωνώ έντονα*) ως το 5 (*συμφωνώ πολύ*). Γενικά, όσο υψηλότερες τιμές στην εν λόγω κλίμακα τόσο μεγαλύτερη και η αισιοδοξία που αντιλαμβάνονταν οι συμμετέχοντες.

Αίσθημα Ελέγχου Υγείας. Για να μετρηθεί το υποκειμενικό αίσθημα ελέγχου, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα Health Locus of Control Scale (Wallston, Kaplan & Maides, 1976), όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά για τις

ανάγκες της έρευνας. Αποτελείται από δύο υποκλίμακες, οι οποίες είναι α) το εσωτερικό κέντρο ελέγχου, το οποίο αξιολογείται με πέντε θέματα (π.χ. 'αν φροντίσω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω την ασθένεια', 'είμαι άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου') και β) το εξωτερικό κέντρο ελέγχου, όπου αξιολογείται με έξι θέματα (π.χ. 'η καλή υγεία είναι αρκετά θέμα καλής τύχης', 'οι άνθρωποι που δεν αρρωσταίνουν ποτέ, είναι απλώς πολύ τυχεροί'). Οι συμμετέχοντες αξιολογούσαν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (*διαφωνώ απόλυτα*) ως το 6 (*συμφωνώ απόλυτα*). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για τις δύο υποκλίμακες, στην ομάδα των ασθενών, είναι .72 και .55 και στην ομάδα των υγιών .64 και .64 αντίστοιχα. Η υποκλίμακα του αισθήματος εξωτερικού ελέγχου δεν λήφθηκε υπόψη στις περαιτέρω αναλύσεις που έγιναν, λόγω του χαμηλού δείκτη αξιοπιστίας της.

Ικανοποίηση από τη ζωή. Ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή, μετρήθηκε με την κλίμακα Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Αποτελείται από πέντε θέματα όπως 'Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική', 'είμαι ευχαριστημένος με τη ζωή μου'. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τον βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε μία από τις δηλώσεις σε μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, η οποία κυμαίνεται από το 'διαφωνώ έντονα' ως το 'συμφωνώ πολύ'. Για την ομάδα των ασθενών, ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach α) ήταν .83 και για την ομάδα των υγιών .76.

Στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Για την μέτρηση των στρατηγικών διαχείρισης του στρες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Διαχείρισης Προβλημάτων Υγείας και Τραυματισμών (Endler & Parker, 1998), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Καραδήμας, αδημοσίευτο κείμενο). Οι υγιείς συμπλήρωσαν τη συγκεκριμένη κλίμακα για τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίστηκαν κάποιο πρόβλημα υγείας στο παρελθόν. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από έξι υποκλίμακες, οι οποίες είναι: α) επίλυση προβλήματος – πληροφόρηση, η οποία αξιολογείται με πέντε θέματα όπως 'βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια', 'μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες', β) συναισθηματική αντίδραση-ανησυχία, με τέσσερα θέματα (π.χ. 'θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα', 'ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου'), γ) τήρηση ιατρικών οδηγιών, με τρία θέματα (π.χ. 'κάνω ότι μου λέει ο γιατρός μου', 'είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων'), δ) απόσυρση-εξοικονόμηση ενέργειας, με τέσσερα θέματα (π.χ. 'μένω

στο κρεβάτι’, ‘μένω όσο πιο ανήσυχος και ακίνητος μπορώ’), ε) απόσπαση προσοχής, με τέσσερα θέματα (π.χ. ‘βρίσκομαι μαζί με άλλους ανθρώπους’, ‘ περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα’) και στ) ευχετική σκέψη-ονειροπόληση, η οποία αποτελείται από πέντε δηλώσεις όπως ‘σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα’, ‘ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα’. Οι συμμετέχοντες δήλωναν τον βαθμό στον οποίο εφαρμόζαν αυτές τις δραστηριότητες, σε μία πεντάβαθμη κλίμακα από το 1 (καθόλου) ως το 5 (πάρα πολύ). Στην παρούσα έρευνα, ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για τις έξι υποκλίμακες κυμάνθηκε από .53 ως .80 για τους ασθενείς και για τους υγιείς από .30 ως .75 αντίστοιχα. Η υποκλίμακα της στρατηγικής αντιμετώπισης ‘απόσυρση-εξοικονόμηση ενέργειας’ δεν λήφθηκε υπόψη στις περαιτέρω αναλύσεις που έγιναν, λόγω του χαμηλού δείκτη αξιοπιστίας της.

Αίσθημα απειλής. Για να μετρηθεί το υποκειμενικό αίσθημα απειλής, χρησιμοποιήθηκε ένα συνεχές που εκτεινόταν από το 1 (καθόλου απειλητική) ως το 10 (εξαιρετικά απειλητική). Οι συμμετέχοντες απαντώντας στην ερώτηση «πόσο απειλητική ή επικίνδυνη πιστεύετε ότι είναι η συγκεκριμένη ασθένεια για τη ζωή σας;» αξιολογούσαν τον αντίστοιχο βαθμό στον οποίο θεωρούν κάτι τέτοιο, κατά την περίοδο νοσηλείας.

Θετική νοηματοδότηση. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα Benefit-Finding Scale (Tomich & Helgeson, 2004) όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, για να μετρηθεί η αντίληψη των θετικών αλλαγών που μπορεί να έχει επιφέρει μια ασθένεια, στη ζωή τους. Η κλίμακα αποτελείται από είκοσι θέματα-δηλώσεις όπως: ‘με έκανε να αισθάνομαι περισσότερο ευγνώμων για την κάθε μέρα’, ‘με ευαισθητοποίησε σε οικογενειακά θέματα’, ‘έφερε την οικογένεια μου πιο κοντά’. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τον βαθμό, στον οποίο οι στάσεις και οι συμπεριφορές τους έχουν αλλάξει ως αποτέλεσμα της συγκεκριμένης ασθένειας για την οποία νοσηλεύονται σε μία τετράβαθμη κλίμακα η οποία κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) ως το 4 (πάρα πολύ). Ο δείκτης αξιοπιστίας, στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν .93.

Για την προσαρμογή των ερωτηματολογίων του αισθήματος ελέγχου υγείας (Health Locus of Control Scale), της θετικής νοηματοδότησης (Benefit-Finding Scale) και της ικανοποίησης από τη ζωή (Satisfaction with Life Scale), τα οποία ήταν αρχικά στη αγγλική γλώσσα χρησιμοποιήθηκε η εξής διαδικασία: Κάθε ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από δύο άτομα που είχαν πολύ καλή γνώση τόσο της αγγλικής όσο και της ελληνικής γλώσσας. Αφού έγινε σύγκριση των

δύο μεταφράσεων, το ελληνικό ερωτηματολόγιο που προέκυψε δόθηκε σε δύο άτομα που ήταν επίσης καλοί γνώστες και των δύο γλωσσών για μετάφραση στα αγγλικά. Εν συνεχεία, επιφέραμε κάποιες αλλαγές και βελτιώσεις στο ελληνικό ερωτηματολόγιο, ώστε να διαμορφωθεί η τελική απόδοση του.

2.3: Διαδικασία

Η συγκέντρωση των δεδομένων και για τις δύο ομάδες έγινε με προσωπική επαφή της ερευνήτριας με τους συμμετέχοντες. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων στην ομάδα των ασθενών πραγματοποιήθηκε μεταξύ του Φεβρουαρίου 2007 και Μαΐου 2007 με άτομα που νοσηλεύονταν στην Α' και Β' καρδιολογική κλινική του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου κατόπιν έγκρισης του αντίστοιχου ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου και συνεννόησης με τους διευθυντές των δύο κλινικών. Χορηγήθηκαν 120 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επεστράφησαν τα 99. Από αυτά τα ερωτηματολόγια, τα δώδεκα επεστράφησαν είτε ασυμπλήρωτα είτε συμπληρωμένα επιλεκτικά. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 87 νοσηλευόμενοι ασθενείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν πλήρως τα ερωτηματολόγια.

Η διαδικασία προσέγγισης στο δείγμα των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν η ακόλουθη: αρχικά, επιλέγονταν βάση των ιατρικών φακέλων οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στην Α' και Β' καρδιολογική κλινική και που πληρούσαν το κριτήριο της ηλικίας (από 20 - 75 ετών). Έπειτα από μια μικρή ανάγνωση του ιατρικού ιστορικού κάθε ασθενή, η ερευνήτρια ενημερωνόταν από το νοσηλευτικό προσωπικό ποιοι ασθενείς ήταν σε θέση (π.χ λόγω σωματικού πόνου, κόπωσης από κάποια συγκεκριμένη εξέταση, προβλήματα όρασης, κινητικά προβλήματα κ.α) να ενημερωθούν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Όσοι ασθενείς επιλέγονταν, προσεγγίζονταν στα δωμάτια τους και ακολουθούσε μια σύντομη ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας, το οποίο ήταν οι αντιλήψεις των νοσηλευόμενων ασθενών για την υγεία και την ασθένεια. Κατόπιν, η ερευνήτρια έθετε το ερώτημα στους ασθενείς εάν θέλουν να συμμετάσχουν στην συγκεκριμένη διαδικασία συμπληρώνοντας κάποια ερωτηματολόγια ενώ διαβεβαιώνονταν για την ανωνυμία τους και το αυστηρό απόρρητο των απαντήσεων τους. Για να εξασφαλιστεί η

κατανόηση του τρόπου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τα άτομα συμπλήρωναν το πρώτο ερωτηματολόγιο μαζί με την ερευνήτρια ενώ 10 νοσηλευόμενοι ασθενείς ζήτησαν να συμπληρώσουν ολόκληρο το ερωτηματολόγιο μαζί της. Επίσης, τονιζόταν η σημαντικότητα των ειλικρινών απαντήσεων των ασθενών στην ερευνητική διαδικασία.

Κατόπιν συνεννόησης, οι επιλογές για την επιστροφή των ερωτηματολογίων ήταν τρεις: α) εάν το άτομο παρέμενε για νοσηλεία, τα ερωτηματολόγια παραλαμβάνονταν από την ίδια την ερευνήτρια, β) τα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε ένα συγκεκριμένο χώρο/ κουτί στο νοσηλευτικό σταθμό του ορόφου και γ) δίνονταν στο Νοσηλευτή Επικοινωνίας του αντίστοιχου ορόφου. Μετά την επιστροφή των ερωτηματολογίων, στην περίπτωση που δεν αναγραφόταν ο ακριβής λόγος για τον οποίο νοσηλευόταν το άτομο, η ερευνήτρια συμπλήρωνε την ακριβή διάγνωση από τον ιατρικό φάκελο του ασθενή.

Όσον αφορά το δείγμα των υγιών ατόμων, η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μεταξύ του Ιανουαρίου 2007 και Μαρτίου 2007 με τους εργαζόμενους και τους πελάτες δύο ιδιωτικών επιχειρήσεων. Η διαδικασία προσέγγισης ήταν η εξής: αρχικά, η ερευνήτρια έθετε το ερώτημα εάν θέλουν να συμπληρώσουν κάποια ερωτηματολόγια στα πλαίσια μιας έρευνας για τις αντιλήψεις που υπάρχουν σχετικά με θέματα υγείας και ασθένειας. Κύριο κριτήριο αποκλεισμού ήταν η ύπαρξη κάποιου σοβαρού προβλήματος υγείας στη ζωή του ατόμου. Εν συνεχεία, κάθε άτομο διαβεβαιωνόταν για την ανωνυμία και το απόρρητο των απαντήσεων του και ακολουθούσε μια μικρή ενημέρωση για το σκοπό, τη σημασία της έρευνας και τα ερωτηματολόγια που θα συμπλήρωνε. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν σε κλειστό φάκελο και κατόπιν συνεννόησης - συνήθως μετά από μία εβδομάδα - γινόταν μια δεύτερη συνάντηση για την επιστροφή τους. Η πλειοψηφία των ατόμων έδειξε σημαντικό ενδιαφέρον να συμμετάσχει στην έρευνα.

Μέρος 3^ο : Αποτελέσματα

3.1: Διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών

Σε πρώτη φάση ελέγξαμε τις τυχόν διαφορές που υπήρχαν ανάμεσα στις δύο ομάδες του δείγματος ως προς τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (ικανοποίηση από τη ζωή, αντίληψη γενικής υγείας). Για τον εντοπισμό των διαφορών, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t μεταξύ δύο μη συσχετισμένων δειγμάτων.

Αναφορικά με τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές και τους δείκτες προσαρμογής παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών (M.O = 1.75, T.A = .33) και των ασθενών (M.O = 1.88, T.A = .37) ως προς τη γενική αντίληψη υγείας ($t = - 2.18$, $df = 155$, $p < .05$) και αντίστοιχα για τους υγιείς (M.O = 1.80, T.A = .50) και τους ασθενείς (M.O = 1.99, T.A = .57) στην αναφορά σωματικών συμπτωμάτων ($t = - 2.20$, $df = 155$, $p < .05$). Επίσης, η πρώτη ομάδα (M.O = 1.95, T.A = .34) διέφερε με τη δεύτερη (M.O = 2.19, T.A = .45) ως προς τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα ($t = -3.68$, $df = 155$, $p < .001$).

Εν συνεχεία, ακολουθήθηκαν τόσο απλές αναλύσεις παλινδρόμησης όσο και ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης για να ελέγξουμε την ορθότητα των υποθέσεων της έρευνας αναφορικά με την ομάδα των καρδιαγγειακών ασθενών.

3.2: Σχέσεις μεταξύ Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής και Θετικής Νοηματοδότησης

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι της κλίμακας υποκειμενικής ευεξίας, της κλίμακας ψυχολογικών συμπτωμάτων και των τεσσάρων κύριων παραγόντων αυτής και της κλίμακας της θετικής νοηματοδότησης ως προς το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και το επάγγελμα των ασθενών. Επίσης, αναγράφεται το F -κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς των μέσων όρων.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο παρατηρούνται στην αντίληψη της γενικής υγείας [$F(1, 85) = 9.78$, $p < .01$] καθώς και σε δύο βασικούς

παράγοντες της ίδιας κλίμακας, α) τη σωματική υγεία [$F(1, 85) = 15.33, p < .001$] και β) τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα [$F(1, 85) = 8.20, p < .01$]. Συγκεκριμένα οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερους μέσους όρους από τους άνδρες, το οποίο σημαίνει ότι οι ίδιες αξιολογούν ως χειρότερη τη γενική υγεία τους, αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα και αντιλαμβάνονται περισσότερο μειωμένη τη λειτουργικότητά τους σε σχέση με τους άνδρες.

Ως προς τη μόρφωση, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται μόνο ως προς το παράγοντα της σωματικής υγείας [$F(2, 84) = 3.46, p < .05$] με τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή το λύκειο να εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους, δηλαδή χειρότερη σωματική υγεία, συγκριτικά με τους απόφοιτους ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς την ευχαρίστηση από τη ζωή [$F(1, 85) = 10.40, p < .01$] όσο και ως προς την αντίληψη της σωματικής υγείας [$F(1, 85) = 6.00, p < .01$]. Τα άτομα που ζουν με κάποιον/α παρουσιάζουν υψηλότερους μέσους όρους ως προς την ευχαρίστηση από τη ζωή και χαμηλότερους μέσους όρους ως προς τα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν μόνα τους.

Επίσης, φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εργαζόμενων ασθενών (υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, εργάτες) και αυτών που δεν εργάζονται (συνταξιούχοι, οικιακά, άνεργοι) ως προς την καταθλιπτική διάθεση [$F(1, 85) = 3.99, p < .05$], με τους εργαζόμενους να εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους. Οι δύο αυτές ομάδες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και ως προς τη θετική νοηματοδότηση [$F(1, 85) = 6.57, p < .01$]. Οι μη εργαζόμενοι μοιάζει να αντιλαμβάνονται περισσότερες θετικές αλλαγές ως αποτέλεσμα της ασθένειας τους. Τέλος, δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τους δείκτες της προσαρμογής και της θετικής νοηματοδότησης αναφορικά με την ηλικία και το εισόδημα (στην ανάλυση εισήχθη ως εξής: 1 = απο 700 - 1200 ευρώ, 2 = απο 1500 - >2000 ευρώ) της ομάδας των ασθενών.

Πίνακας 1

Μέσοι όροι των δεικτών υποκειμενικής ευεξίας και της θετικής νοηματοδότησης ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα

	Ευχαρίστηση από τη ζωή	Γενική Αντίληψη Υγείας	Σωματική Υγεία	Ανησυχία	Κοινωνική Δυσλειτουργικότητα	Σοβαρή κατάθλιψη	Θετική νοηματοδότηση
Άνδρες	4.92	1.81	1.87	2.00	2.12	1.25	2.79
Γυναίκες	4.38	2.11	2.44	2.19	2.46	1.36	2.52
F- κριτήριο (df)	2.43 (1, 85)	9.78 ^β (1, 85)	15.33 ^γ (1, 85)	1.58 (1, 85)	8.20 ^β (1, 85)	.87 (1, 85)	2.29 (1, 85)
25-40 ετών	4.68	1.78	1.67	2.10	2.00	1.35	3.00
41-55 ετών	4.61	1.95	2.09	2.10	2.33	1.29	2.54
56-65 ετών	4.95	1.86	2.04	2.05	2.11	1.26	2.75
66-77 ετών	4.89	1.85	1.96	1.95	2.24	1.24	2.77
F- κριτήριο (df)	.33 (3, 83)	.57 (3, 83)	1.36 (3, 83)	.31 (3, 83)	1.73 (3, 83)	.20 (3, 83)	1.18 (3, 83)
Ως 9 έτη εκπαίδευσης	5.00	1.93	2.12	2.01	2.28	1.33	2.73
Ως 12 έτη εκπαίδευσης	4.62	1.95	2.12	2.30	2.12	1.27	2.72
Ως 16 ή >16 έτη εκπαίδευσης	4.77	1.77	1.80	1.93	2.14	1.22	2.75
F- κριτήριο (df)	.55 (2, 84)	2.23 (2, 84)	3.46 ^α (2, 84)	2.82 (2, 84)	1.11 (2, 84)	.56 (2, 84)	.009 (2, 84)
Ζουν με κάποιον/α	5.11	1.83	1.88	2.00	2.14	1.27	2.81
Ζουν μόνοι	4.20	1.97	2.20	2.12	2.28	1.27	2.58
F- κριτήριο (df)	10.40 ^β (1, 85)	2.73 (1, 85)	6.00 ^β (1, 85)	.81 (1, 85)	1.79 (1, 85)	.007 (1, 85)	2.17 (1, 85)

$\alpha = p < .05, \beta = p < .01, \gamma = p < .001$

(Συνέχεια Πίνακα 1)

	Ευχαρίστηση από τη ζωή	Γενική Αντίληψη Υγείας	Σωματική υγεία	Ανησυχία	Κοινωνική Δυσλειτουργικότητα	Σοβαρή κατάθλιψη	Θετική νοηματοδότηση
Μέτριο εισόδημα	4.86	1.86	1.96	2.01	2.18	1.29	2.80
Υψηλό εισόδημα	4.78	1.88	2.00	2.06	2.20	1.26	2.68
F- κριτήριο (df)	.07 (1, 85)	.06 (1, 85)	.10 (1, 85)	.22 (1, 85)	.04 (1, 85)	.12 (1, 85)	.63 (1, 85)
Εργαζόμενοι	4.62	1.92	2.01	2.08	2.23	1.36	2.55
Μη εργαζόμενοι	5.01	1.82	1.96	2.00	2.14	1.18	2.91
F- κριτήριο (df)	1.96 (1, 85)	1.60 (1, 85)	.22 (1, 85)	.42 (1, 85)	.79 (1, 85)	3.99 ^α (1, 85)	6.57 ^β (1, 85)

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

3.3: Ψυχοκοινωνική προσαρμογή, θετική νοηματοδότηση, στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας και ενδοπροσωπικές μεταβλητές.

Στον πίνακα 2, παρατίθενται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι συσχετίσεις (Pearson r) που προέκυψαν μεταξύ όλων των μεταβλητών της έρευνας. Παρατηρούμε, ότι η θετική νοηματοδότηση της ασθένειας παρουσιάζει στατιστικώς σημαντικούς δείκτες συσχέτισης με την ευχαρίστηση από τη ζωή (Pearson $r = .43$, $p < .01$) ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυτής με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας εκτός από τον παράγοντα της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας που συσχετίζονται αρνητικά (Pearson $r = - .25$, $p < .05$). Από τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές, μόνο η αισιοδοξία (Pearson $r = .25$, $p < .05$) και το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου (Pearson $r = .23$, $p < .05$) έχουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη θετική νοηματοδότηση, παρότι η σχέση είναι μέτρια. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιας σχέσης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών και ταυτόχρονα την μεταξύ τους αυτονομία.

Αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, παρατηρούμε ότι η θετική νοηματοδότηση δεν σχετίζεται με τρόπους διαχείρισης όπως η συναισθηματική ανησυχία και η απόσυρση. Αντίθετα, φαίνεται να υπάρχει μία υψηλά θετική συσχέτιση με την απόσπαση προσοχής (Pearson $r = .49$, $p < .01$), την επίλυση προβλήματος (Pearson $r = .38$, $p < .01$), την τήρηση ιατρικών οδηγιών (Pearson $r = .36$, $p < .01$) και την ευχετική σκέψη – ονειροπόληση (Pearson $r = .30$, $p < .01$). Όσον αφορά τους δείκτες προσαρμογής που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω μελέτη, παρατηρούμε ότι η ευχαρίστηση από τη ζωή συσχετίζεται αρνητικά τόσο με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας (Pearson $r = - .30$, $p < .01$) όσο και με τους τρεις από τους τέσσερις παράγοντες του δείκτη αυτού. Συγκεκριμένα, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ευχαρίστησης από τη ζωή και αναφοράς σωματικών συμπτωμάτων (Pearson $r = - .21$, $p < .05$), ανησυχίας και προβλημάτων ύπνου (Pearson $r = - .30$, $p < .01$) και κοινωνικής δυσλειτουργικότητας (Pearson $r = - .31$, $p < .01$). Από τις γνωστικές μεταβλητές, μόνο η αισιοδοξία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συνάφεια (Pearson $r = .40$, $p < .01$) με την ικανοποίηση από τη ζωή και η αυτοεκτίμηση (Pearson $r = .29$, $p < .01$). Σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων υγείας, η ευχαρίστηση από τη ζωή σχετίζεται σημαντικά με τους ίδιους παράγοντες που σχετίζεται και η θετική

Πίνακας 2

Ενδοσυνάψεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις τους

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.Θετική νοηματοδότηση	1.00																
2. Ευχαρίστηση από τη ζωή	.43 ^β	1.00															
3. Γενική αντίληψη υγείας	-.14	-.30 ^β	1.00														
4. Σωματική υγεία	-.09	-.21 ^α	.84 ^β	1.00													
5.Ανησυχία/ προβ.ύπνου	-.02	-.30 ^β	.77 ^β	.60 ^β	1.00												
6.Κοιν. δυσλειτουργικότητα	-.25 ^α	-.31 ^β	.63 ^β	.45 ^β	.14	1.00											
7. Σοβαρή κατάθλιψη	-.05	-.04	.67 ^β	.32 ^β	.43 ^α	.35 ^β	1.00										
8. Επίλυση προβλήματος	.38 ^β	.27 ^β	-.13	-.10	-.25 ^β	-.03	.05	1.00									
9. Συναισθ. Ανησυχία	.03	-.20	.42 ^β	.36 ^β	.36 ^β	.20	.28 ^β	.11	1.00								
10. Τήρηση ιατρ. οδηγιών	.36 ^β	.43 ^β	-.25 ^α	-.25 ^α	-.18	-.20	-.09	.45 ^β	.10	1.00							
11.Απόσυρση /‘εξ. Ενέργειας’	.08	.06	.18	.26 ^β	.05	.22 ^α	-.01	.22 ^α	.33 ^β	.19	1.00						
12. Απόσπαση προσοχής	.49 ^β	.37 ^β	-.29 ^β	-.25 ^β	-.19	.37 ^β	-.05	.30 ^β	-.12	.20	-.07	1.00					
13. Ευχετική σκέψη	.30 ^β	.05	.03	.06	.08	-.09	.05	.39 ^β	.46 ^β	.21 ^α	.37 ^β	.13	1.00				
14. Αισιοδοξία	.25 ^α	.40 ^β	-.30 ^β	-.10	-.29 ^β	-.14	-.39	.25	-.13	.11	-.03	.30 ^β	.06	1.00			
15. Αυτοεκτίμηση	.01	.29 ^β	-.40 ^β	-.33 ^α	-.29 ^β	-.26 ^α	-.31 ^β	.07	-.21 ^α	.17	-.22	.19	-.03	.28 ^β	1.00		
16. Εσωτερικό αίσθ. Ελέγχου	.23 ^α	.09	-.02	.01	.17	-.35 ^β	.06	-.04	-.18	.07	-.08	.31	.03	-.04	.08	1.00	
17. Αίσθημα απειλής	.05	-.12	.41 ^β	.33 ^α	.23 ^α	.40 ^β	.25 ^α	.10	.33 ^β	.08	.25 ^α	-.20	.10	-.09	-.21 ^α	-.15	1.00
18. Μέσος όρος	2.75	4.82	1.87	1.99	2.04	2.19	1.27	3.35	2.74	4.15	2.73	3.29	3.27	3.94	3.29	3.77	6.71
19. Τυπική απόκλιση	.68	1.29	.37	.57	.56	.45	.42	.97	.95	.81	.76	.81	.89	.71	.35	1.05	2.63

$\alpha = p < .05, \beta = p < .01$

νοηματοδότηση εκτός της ευχετικής σκέψης – ονειροπόλησης που δεν παρουσιάζεται καμία μεταξύ τους συνάφεια. Οι συντελεστές συσχέτισης με την απόσπαση προσοχής, την τήρηση ιατρικών οδηγιών και την επίλυση προβλήματος είναι (Pearson $r = .37, .27, p < .01$ και $.43, p < .05$) αντίστοιχα.

Επιπρόσθετα, οι σχέσεις της αντίληψης του γενικού επιπέδου υγείας και των τεσσάρων υποκατηγοριών αυτού του δείκτη προσαρμογής με τις ενδοπροσωπικές μεταβλητές εμφανίζουν ορισμένες σημαντικές συνάφειες. Συγκεκριμένα, η αισιοδοξία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το γενικό επίπεδο υγείας (Pearson $r = - .30, p < .01$) και την ανησυχία – προβλήματα ύπνου (Pearson $r = - .29, p < .01$). Αντίστοιχα, η αυτοεκτίμηση εμφανίζει με όλους τους παράγοντες στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις (Pearson $r = - .26$ ως $-.40$). Το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα (Pearson $r = - .35, p < .01$). Επίσης, είναι ενδιαφέρον ότι το υποκειμενικό αίσθημα απειλής σχετίζεται θετικά με όλους τους παράγοντες του γενικού επιπέδου υγείας (Pearson $r = .23 - .41$) ενώ δεν παρουσιάζει καμία συνάφεια με την θετική νοηματοδότηση και την ευχαρίστηση από τη ζωή.

Όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, η επίλυση προβλήματος παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με την ανησυχία – προβλήματα ύπνου υποδεικνύοντας ότι όσο υψηλότερος είναι ο βαθμός εφαρμογής αυτού του τρόπου διαχείρισης τόσο μειώνεται η ανησυχία (Pearson $r = - .25, p < .05$). Επίσης, η συναισθηματική ανησυχία εμφανίζει σημαντικές θετικές συνάφειες με όλους τους παράγοντες (Pearson $r = .28-.42$), εκτός της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας ενώ η τήρηση των ιατρικών οδηγιών συσχετίζεται σημαντικά μόνο με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας (Pearson $r = - .25, p < .05$) και των σωματικών συμπτωμάτων (Pearson $r = - .25, p < .05$). Αντίστοιχα, η απόσπαση προσοχής συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το γενικό επίπεδο υγείας (Pearson $r = - .29, p < .01$), τη σωματική υγεία (Pearson $r = - .25, p < .05$) με αρνητικό τρόπο και τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα (Pearson $r = -.37, p < .01$) ενώ η ευχολογία – ονειροπόληση δεν παρουσιάζει καμία στατιστικά σημαντική συνάφεια με κάποιον παράγοντα.

Σχετικά με τις σχέσεις των ενδοπροσωπικών μεταβλητών με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας φαίνεται να μη προκύπτουν ιδιαίτερα σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, η αισιοδοξία εμφανίζει στατιστικά σημαντική συνάφεια μόνο με την απόσπαση προσοχής (Pearson $r = .30, p < .01$) ενώ το αίσθημα

απειλής με την συναισθηματική ανησυχία (Pearson $r = .33, p < .01$). Έχει ενδιαφέρον ότι εάν παρατηρήσουμε τις ενδοσυνάφειες που προκύπτουν μεταξύ των μεταβλητών στον πίνακα, θα δούμε ότι το αίσθημα απειλής συσχετίζεται σημαντικά με όλες τις μεταβλητές που δεν παρουσιάζουν κάποια συνάφεια με τη θετική νοηματοδότηση και αντίστροφα, δηλαδή όποια μεταβλητή συσχετίζεται σημαντικά με τη θετική νοηματοδότηση, δεν παρουσιάζει καμία συνάφεια με το αίσθημα απειλής.

3.4: Οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με ενδοπροσωπικές μεταβλητές & στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας

Στην επόμενη φάση, θελήσαμε να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ των τριών κύριων παραμέτρων της γνωστικής θεωρίας προσαρμογής της Taylor (1983), το αίσθημα ελέγχου, την αισιοδοξία και την αυτοεκτίμηση με τη θετική νοηματοδότηση αφού πρώτα ελέγξουμε τις επιδράσεις του φύλου και της ηλικίας.

Πίνακας 3

Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης των δημογραφικών μεταβλητών, του αισθήματος εσωτερικού ελέγχου, της αισιοδοξίας και της αυτοεκτίμησης επί της θετικής νοηματοδότησης

Θετική νοηματοδότηση		β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:				.16	.03	1.13	2, 84
	Φύλο	-.16	-1.49				
	Ηλικία	-.01	-.03				
Βήμα 2:				.40	.13	4.21 ^B	3, 81
	Αίσθημα ελέγχου	.25	2.39 ^a				
	Αισιοδοξία	.30	2.79 ^B				
	Αυτοεκτίμηση	-.10	-.94				

$\alpha = p < .05, \beta = p < .01$

Από την πρώτη ανάλυση (Πίνακας 3) φαίνεται πως οι δημογραφικές μεταβλητές και τα χαρακτηριστικά της αισιοδοξίας, αυτοεκτίμησης και εσωτερικού

αισθήματος ελέγχου ερμηνεύουν το 16% της διακύμανσης της εύρεσης θετικού νοήματος. Το 2^ο μοντέλο των τριών παραμέτρων (αίσθημα ελέγχου, αισιοδοξίας και αυτοεκτίμησης) εξηγεί το 13% της διακύμανσης των τιμών της θετικής νοηματοδότησης και σχετίζεται με αυτή ακόμη και μετά τον έλεγχο των επιδράσεων του φύλου και της ηλικίας. Μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης φαίνεται να έχει η αισιοδοξία, ακολουθεί το αίσθημα εσωτερικού ελέγχου ενώ η αυτοεκτίμηση δεν παρουσιάζει καμία στατιστική σημαντικότητα.

Εν συνεχεία, θέλοντας να απαντήσουμε πιο συγκεκριμένα το ερώτημα εάν υπάρχουν και ποιες είναι οι σχέσεις της θετικής νοηματοδότησης με δημογραφικές, ιατρικές και ψυχολογικές μεταβλητές καθώς και κάποιες στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας, χρησιμοποιήσαμε την πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Στον Πίνακα 4.α παρουσιάζεται η ανάλυση παλινδρόμησης όλων των ενδοπροσωπικών μεταβλητών, μερικών δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών και των στρατηγικών αντιμετώπισης επί της θετικής νοηματοδότησης. Με αυτό τον τρόπο, μπορούμε να παρατηρήσουμε ποιες μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν καλύτερα τη θετική νοηματοδότηση.

Όπως διαπιστώνεται, δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία), ιατρικές μεταβλητές (εάν είναι η πρώτη νοσηλεία, εάν έχουν χειρουργηθεί), ψυχολογικές μεταβλητές (αισιοδοξία, εσωτερικό αίσθημα ελέγχου, αυτοπεποίθηση και αίσθημα απειλής) και στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας (επίλυση προβλήματος, συναισθηματική ανησυχία, τήρηση ιατρικών οδηγιών, απόσυρση, απόσπαση προσοχής και ονειροπόληση) μπορούν να προβλέψουν το 49% της διακύμανσης των τιμών της θετικής νοηματοδότησης.

Η ψυχολογική μεταβλητή, η οποία προβλέπει τη θετική νοηματοδότηση είναι η στρατηγική αντιμετώπισης του στρες, «απόσπαση προσοχής». Από τις ιατρικές μεταβλητές φαίνεται ότι το γεγονός, εάν τα άτομα έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν, αποτελεί σημαντικό παράγοντα της θετικής νοηματοδότησης, ο οποίος την προβλέπει με αρνητικό τρόπο. Στη συνέχεια, θέλοντας να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης προβλημάτων υγείας και θετικής νοηματοδότησης καθώς και το αν η σχέση αυτή έχει μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης από την αντίστοιχη σχέση με τις γνωστικές μεταβλητές, προβήκαμε σε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης (Πίνακας 4.β).

Πίνακας 4.α

Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης των δημογραφικών, ιατρικών, ψυχολογικών & στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες επί της θετικής νοηματοδότησης

	β	T	R	R^2	F	df
Θετική νοηματοδότηση			.70	.49	5.23 ^γ	13, 72
Φύλο	-.15	-1.44				
Ηλικία	-.08	-.86				
Πρ. Νοσηλεία	-.00	-.01				
Χειρουργείο	-.28	-2.69 ^β				
Αυτοεκτίμηση	-.13	-1.33				
Αισιοδοξία	.14	1.44				
Αίσθημα ελέγχου	.08	.87				
Απειλή	.08	.77				
Επιλ. προβλήματος	.11	.92				
Συναισ. ανησυχία	.02	.14				
Τήρηση ιατρ. οδηγιών	.19	1.71				
Απόσπαση προσοχής	.30	2.88 ^β				
Ευχετική σκέψη	.07	.59				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

Πίνακας 4.β

Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης των δημογραφικών, ιατρικών, ψυχολογικών & στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες επί της θετικής νοηματοδότησης

Θετική νοηματοδότηση	β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:			.48	.24	6.22 ^γ	4, 81
Φύλο	-.16	-1.71				
Ηλικία	-.09	-.95				
Πρ. νοσηλεία	-.12	-1.23				
Χειρουργείο	-.49	-4.71 ^γ				
Βήμα 2:			.56	.07	2.08 ^β	4, 77
Αυτοεκτίμηση	-.07	-.70				
Αισιοδοξία	.26	2.46 ^α				
Αίσθημα ελέγχου	.16	1.53				
Απειλή	.10	.98				
Βήμα 3:			.70	.18	4.92 ^γ	5, 72
Επιλ. προβλήματος	.11	.93				
Συναισθ. Ανησυχία	.02	.15				
Τήρηση ιατρ. οδηγιών	.19	1.71				
Απόσπαση προσοχής	.30	2.88 ^β				
Ευχετική σκέψη	.07	.59				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

Από τον πίνακα 4.β, διαπιστώνουμε ότι οι στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας ‘απόσπαση προσοχής’, ‘τήρηση ιατρικών οδηγιών’, ‘επίλυση προβλήματος’, ‘ευχετική σκέψη’ και ‘συναισθηματική ανησυχία’ μπορούν να προβλέψουν το 18% της συνολικής διακύμανσης της θετικής νοηματοδότησης ($R^2=.18$), αφού έχουμε ελέγξει για δημογραφικές, ιατρικές και ψυχολογικές μεταβλητές. Επίσης, φαίνεται ότι το πρώτο μοντέλο των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών προβλέπει επίσης τη θετική νοηματοδότηση ($R^2=.24$). Οι ψυχολογικές μεταβλητές, όπως η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία, το αίσθημα ελέγχου και η απειλή προβλέπουν μόλις το 7% της συνολικής διακύμανσης της θετικής νοηματοδότησης. Το 3^ο μοντέλο, το οποίο περιλαμβάνει τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες σχετίζεται ισχυρότερα με τη θετική νοηματοδότηση συγκριτικά με το μοντέλο των γνωστικών μεταβλητών.

3.5: Οι σχέσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και θετικής νοηματοδότησης

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν εάν η θετική νοηματοδότηση συσχετίζεται με ορισμένους δείκτες προσαρμογής των καρδιαγγειακών ασθενών, κατά τη περίοδο νοσηλείας. Από τον πίνακα των συσχετίσεων, είναι εμφανές ότι υπάρχει θετική συνάφεια της θετικής νοηματοδότησης μόνο με την ευχαρίστηση από τη ζωή. Θέλοντας να ελέγξουμε τη σχέση αυτή καθώς και τις σχέσεις που προκύπτουν για τους υπόλοιπους δείκτες προσαρμογής, προβήκαμε σε ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης.

Στον πίνακα 5.α παρουσιάζεται η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών επί της ευχαρίστησης από τη ζωή. Οι δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές προστέθηκαν στο πρώτο βήμα. Κατόπιν, προστέθηκαν οι ψυχολογικές μεταβλητές και οι τρόποι διαχείρισης του στρες και στο τελευταίο βήμα προστέθηκε η θετική νοηματοδότηση. Ο λόγος για την προαναφερθείσα ανάλυση ήταν ότι θέλαμε να ελέγξουμε τις επιδράσεις των δημογραφικών, ιατρικών και ψυχολογικών μεταβλητών καθώς και των τρόπων διαχείρισης του στρες στη σχέση της θετικής νοηματοδότησης και της ικανοποίησης από τη ζωή.

Πίνακας 5.α

Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών & της θετικής νοηματοδότησης επί των δεικτών ευεξίας

Ευχαρίστηση από τη ζωή

	β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:			.31	.10	2.16	4, 81
Φύλο	-.17	-1.61				
Ηλικία	.17	1.58				
Πρ.νοσηλεία	-.23	-2.01 ^α				
Χειρουργείο	-.06	-.57				
Βήμα 2:			.65	.33	4.66 ^γ	9, 72
Αυτοεκτίμηση	.09	.92				
Αισιοδοξία	.24	2.24 ^α				
Αισθ.ελέγχου	-.02	-.23				
Επίλ.προβλήματος	.03	.30				
Συναισθ.ανησυχία	-.13	-1.12				
Τήρηση ιατρ.οδηγιών	.30	2.62 ^α				
Απόσπαση προσοχής	.24	2.17 ^α				
Ευχετική σκέψη	.02	.20				
Απειλή	-.01	-.08				
Βήμα 3:			.70	.06	8.90 ^β	1, 71
Θετική νοηματοδότηση	.35	2.98 ^β				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$

Όλες οι μεταβλητές της έρευνας μπορούν να προβλέψουν την ευχαρίστηση από τη ζωή ($R^2 = .49$), με τις ψυχολογικές μεταβλητές και τις στρατηγικές διαχείρισης του στρες να προβλέπουν το 39% της διακύμανσης των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Από τον πίνακα 5.α, διαπιστώνουμε ότι η θετική νοηματοδότηση είναι σημαντική μεταβλητή πρόβλεψης της ευχαρίστησης από τη ζωή, ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών, ιατρικών και γνωστικών μεταβλητών καθώς και των τρόπων διαχείρισης προβλημάτων υγείας, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .01$. Ακολουθεί η στρατηγική «τήρηση ιατρικών οδηγιών», η αισιοδοξία, η «απόσπαση προσοχής» και το αν το άτομο νοσηλεύεται για πρώτη φορά. Εκτός από την πρώτη νοσηλεία που προβλέπει αρνητικά την ευχαρίστηση από τη ζωή, οι υπόλοιπες μεταβλητές την προβλέπουν με θετικό τρόπο.

Πίνακας 5.β

Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών & της θετικής νοηματοδότησης επί των δεικτών ευεξίας

Γενική αντίληψη υγείας

	β	T	R	R^2	F	df
Βήμα 1:			.38	.14	3.39 ^α	4, 81
Φύλο	.31	2.98 ^β				
Ηλικία	.01	.08				
Πρ.νοσηλεία	.21	1.91				
Χειρουργείο	.12	1.09				
Βήμα 2:			.71	.36	5.83 ^γ	9, 72
Αυτοεκτίμηση	-.21	-2.27 ^α				
Αισιοδοξία	-.09	-.90				
Αισθ.ελέγχου	.17	1.82				
Επίλ.προβλήματος	.01	.09				
Συναισθ.ανησυχία	.30	2.60 ^α				
Τήρηση ιατρ.οδηγιών	-.17	-1.61				
Απόσπαση προσοχής	-.16	-1.51				
Ευχετική σκέψη	-.06	-.56				
Απειλή	.24	2.45 ^α				
Βήμα 3:			.71	.00	.22	1, 71
Θετική νοηματοδότηση	.05	.47				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.β, οι δημογραφικές, ιατρικές, ψυχολογικές μεταβλητές και οι τρόποι διαχείρισης προβλημάτων υγείας εξηγούν το 50% της συνολικής διακύμανσης της γενικής αντίληψης υγείας, με το δεύτερο μοντέλο να εξηγεί το 36% της διακύμανσης των τιμών της αντίληψης ψυχολογικής υγείας. Οι σημαντικότερες μεταβλητές που προβλέπουν το γενικό επίπεδο υγείας είναι το φύλο – κάτι που προαναφέρθηκε σχετικά με τις γυναίκες και την αναφορά τόσο σωματικών όσο και ψυχικών συμπτωμάτων- η «συναισθηματική ανησυχία», ακολουθεί το αίσθημα απειλής και τέλος η αυτοεκτίμηση. Μετά από ιεραρχικές αναλύσεις που προηγήθηκαν, παρατηρήσαμε ότι αυτές οι τρεις ψυχολογικές μεταβλητές αποτελούν από μόνες τους σημαντικές μεταβλητές πρόβλεψης της γενικής αντίληψης υγείας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .05$, ακόμη και μετά τον έλεγχο όλων των υπόλοιπων ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας. Επίσης, παρατηρούμε πως η θετική νοηματοδότηση δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με την αντίληψη της γενικής υγείας.

Εν συνεχεία, ακολουθήθηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τους 4 παράγοντες του ερωτηματολογίου της Γενικής Αντίληψης Υγείας. Για τον πρώτο παράγοντα που αφορά κυρίως την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων, φαίνεται από τον πίνακα 5.γ ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν τη μεταβλητή αυτή ($R^2 = .45$), με τις ψυχολογικές μεταβλητές και τις στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων υγείας να προβλέπουν το 27% της συνολικής διακύμανσης. Αφού ελέγξαμε για τις επιδράσεις των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών, οι κύριες μεταβλητές πρόβλεψης για τα σωματικά συμπτώματα παραμένουν το φύλο ($p < .001$) και η «συναισθηματική ανησυχία» ($p < .05$).

Για τον δεύτερο παράγοντα, της ανησυχίας και των προβλημάτων στον ύπνο παρατηρούμε στον πίνακα 5.γ, ότι το πρώτο μοντέλο των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών δεν έχει στατιστική σημαντικότητα, ενώ από το δεύτερο μοντέλο μόνο το εσωτερικό αίσθημα ελέγχου φαίνεται να προβλέπει με θετικό τρόπο την ανησυχία ($p < .01$) και η στρατηγική διαχείρισης «συναισθηματική ανησυχία» ($p < .05$). Όλες οι μεταβλητές μαζί προβλέπουν την αναφορά της ανησυχίας ($R^2 = .39$) με το δεύτερο μοντέλο να εξηγεί το 34% της διακύμανσης των τιμών της.

Στον τρίτο παράγοντα που αφορά την κοινωνική δυσλειτουργικότητα οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να εξηγήσουν το 42% της διακύμανσης. Οι γνωστικές μεταβλητές και οι στρατηγικές διαχείρισης εξηγούν το 25% της διακύμανσης της δυσλειτουργικότητας. Από το δεύτερο μοντέλο, μόνο η απειλή αποτελεί στατιστικά σημαντική μεταβλητή πρόβλεψης ($p < .01$) της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας. Όσο περισσότερο πιστεύει το άτομο ότι απειλείται η ζωή του από την ασθένεια, τόσο υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής δυσλειτουργικότητας δηλώνει. Από τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές, το φύλο και κατά σειρά το αν τα άτομα έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν προβλέπουν θετικά τη δυσλειτουργικότητα.

Τέλος, ελέγχοντας για τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές διαπιστώνουμε ότι η αισιοδοξία προβλέπει αρνητικά ($p < .01$) τον τέταρτο παράγοντα του ερωτηματολογίου, ο οποίος είναι η σοβαρή κατάθλιψη ενώ το αν το άτομο νοσηλεύεται πρώτη φορά προβλέπει θετικά την εξαρτημένη μεταβλητή. Όλες οι μεταβλητές εξηγούν το 33% της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης, με τις ψυχολογικές μεταβλητές και τις στρατηγικές διαχείρισης του στρες να εξηγούν το 27% της διακύμανσης. Η θετική νοηματοδότηση δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με κανέναν από τους 4 παράγοντες της γενικής υγείας.

Πίνακας 5.γ

Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών & της θετικής νοηματοδότησης επί των 4 παραγόντων της κλίμακας της Γενικής Αντίληψης Υγείας

<i>Σωματικά συμπτώματα</i>		<i>β</i>	<i>T</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>df</i>
Βήμα 1:				.41	.17	4.08 ^B	4, 81
	Φύλο	.37	3.71 ^γ				
	Ηλικία	.11	1.01				
	Πρ.νοσηλεία	.06	.58				
	Χειρουργείο	.08	.75				
Βήμα 2:				.66	.27	3.93 ^γ	9, 72
	Αυτοεκτίμηση	-.18	-1.82				
	Αισιοδοξία	.08	.79				
	Αισθ.ελέγχου	.19	1.92				
	Απειλή	.20	1.92				
	Επίλ.προβλήματος	-.00	-.03				
	Συναισθ.ανησυχία	.27	2.18 ^α				
	Τήρηση ιατρ.οδηγιών	-.18	-1.63				
	Απόσπαση προσοχής	-.19	-1.77				
	Ευχετική σκέψη	.00	.02				
Βήμα 3:				.67	.01	.79	1, 71
	Θετική νοηματοδότηση	.11	.89				
<i>Ανησυχία- προβλ. ύπνου</i>		<i>β</i>	<i>T</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>df</i>
Βήμα 1:				.20	.04	.85	4, 81
	Φύλο	.12	1.12				
	Ηλικία	-.06	-.54				
	Πρ.νοσηλεία	.15	1.30				
	Χειρουργείο	-.00	-.01				
Βήμα 2:				.61	.34	4.34 ^γ	9, 72
	Αυτοεκτίμηση	-.15	-1.46				
	Αισιοδοξία	-.08	-.73				
	Αισθ.ελέγχου	.30	2.85 ^B				
	Απειλή	.12	1.15				
	Επίλ.προβλήματος	-.19	-1.45				
	Συναισθ.ανησυχία	.33	2.56 ^α				
	Τήρηση ιατρ.οδηγιών	-.08	-.69				
	Απόσπαση προσοχής	-.10	-.91				
	Ευχατική σκέψη	.00	.00				
Βήμα 3:				.62	.01	1.53	1, 71
	Θετική νοηματοδότηση	.16	1.24				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

Πίνακας 5.γ (συνέχεια)

<i>Κοινωνική δυσλειτουργικότητα</i>		<i>β</i>	<i>T</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>df</i>
Βήμα 1:				.41	.16	3.99 ^β	4, 81
	Φύλο	.30	2.99 ^β				
	Ηλικία	.06	.55				
	Πρ.νοσηλεία	.20	1.87				
	Χειρουργείο	.23	2.18 ^α				
Βήμα 2:				.64	.25	3.44 ^γ	9, 72
	Αυτοεκτίμηση	-.12	-1.21				
	Αισιοδοξία	-.01	-.04				
	Αισθ.ελέγχου	-.19	-1.86				
	Απειλή	.28	2.62 ^β				
	Επίλ.προβλήματος	.04	.28				
	Συναισθ.ανησυχία	.01	.11				
	Τήρηση ιατρ.οδηγιών	-.08	-.71				
	Απόσπαση προσοχής	-.22	-1.96				
	Ευχετική σκέψη	-.07	-.54				
Βήμα 3:				.65	.01	.66	1, 71
	Θετική νοηματοδότηση	-.10	-.81				
<i>Σοβαρή κατάθλιψη</i>		<i>β</i>	<i>T</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>df</i>
Βήμα 1:				.25	.06	1.38	4, 81
	Φύλο	.09	.83				
	Ηλικία	-.09	-.81				
	Πρ.νοσηλεία	.24	2.09 ^α				
	Χειρουργείο	.07	.57				
Βήμα 2:				.58	.27	3.28 ^β	9, 72
	Αυτοεκτίμηση	-.18	-1.65				
	Αισιοδοξία	-.32	-2.79 ^β				
	Αισθ.ελέγχου	.15	1.39				
	Απειλή	.11	.99				
	Επίλ.προβλήματος	.25	1.89				
	Συναισθ.ανησυχία	.25	1.87				
	Τήρηση ιατρ.οδηγιών	-.16	-1.31				
	Απόσπαση προσοχής	.08	.69				
	Ονειροπόληση	-.16	-1.20				
Βήμα 3:				.58	.00	.17	1, 71
	Θετική νοηματοδότηση	-.05	-.41				

$\alpha = p < .05$, $\beta = p < .01$, $\gamma = p < .001$

Μέρος 4ο: Συζήτηση

Το θέμα της θετικής νοηματοδότησης και των ωφέλιμων αλλαγών, οι οποίες μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα κάποιας τραυματικής εμπειρίας, όπως η χρόνια ασθένεια, έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τη ψυχολογική έρευνα τα τελευταία χρόνια (Helgeson et al., 2006. Linley & Joseph, 2004. Bower et al., 1998. Folkman, 1997). Υπάρχουν αρκετές μελέτες που επαληθεύουν τις σχέσεις τόσο μεταξύ της θετικής νοηματοδότησης και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των χρόνιων ασθενών (Affleck & Tennen, 1987. Carver & Antoni, 2004. Pakenham, 2005) και των τρόπων διαχείρισης προβλημάτων υγείας όσο και διάφορων δημογραφικών, ιατρικών και ενδοπροσωπικών μεταβλητών (Lechner et al., 2006. Lichtman et al., 1987. Stanton et al., 2006).

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις διαφορές στα επίπεδα προσαρμογής μεταξύ υγιών ατόμων και καρδιαγγειακών ασθενών και τις σχέσεις μεταξύ της θετικής νοηματοδότησης της ασθένειας με ορισμένες δημογραφικές, ιατρικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές, με κάποιους τρόπους διαχείρισης προβλημάτων υγείας καθώς και με ορισμένους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Αναφορικά με τη πρώτη υπόθεση της έρευνας, από τις αναλύσεις φάνηκε ότι οι δύο ομάδες του δείγματος δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς την ικανοποίηση που αντλούν από τη ζωή. Το παραπάνω εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, οι οποίες καταδεικνύουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αναφέρουν μέτρια ως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) ακόμη και όταν βρίσκονται σε ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις (Bower et al., 1998. Folkman, 1997). Αντίθετα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των υγιών και ασθενών ατόμων ως προς το δείκτη της αντίληψης της γενικής υγείας, την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων και τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα. Οι καρδιαγγειακοί ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο επιβαρυσμένοι ψυχολογικά συγκριτικά με τα υγιή άτομα, γεγονός το οποίο έχει περιγραφεί πολύ συχνά στη βιβλιογραφία ακόμη και κατά τη φυσιολογική πορεία εξέλιξης της νόσου (Bellg, 2004).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σε σχέση με τις δημογραφικές μεταβλητές, τους δείκτες προσαρμογής και τη θετική νοηματοδότηση των

καρδιαγγειακών ασθενών, κατέδειξαν ότι το φύλο έχει σημαντικό ρόλο ως προς την αντίληψη της γενικής υγείας, την αναφορά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και την δήλωση των επιπέδων λειτουργικότητας του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες φάνηκε να αξιολογούν ως χειρότερο το γενικό επίπεδο της υγείας τους ενώ αναφέρουν περισσότερα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και αντιλαμβάνονται περισσότερο μειωμένη τη λειτουργικότητα τους σε σχέση με τους άντρες. Το συγκεκριμένο εύρημα έχει διαπιστωθεί σε διάφορες μελέτες, αφού υπάρχει μία γενική διαπίστωση ότι οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερα συμπτώματα από τους άντρες και χειρότερη γενική υγεία (Stanton et al., 2006. Stommel, Kurtz, Kurtz, Given & Given, 2004). Πάραυτα, παρά τις προσωπικές αξιολογήσεις αναφορικά με τη λειτουργικότητα, υπάρχουν μελέτες, οι οποίες αναφέρουν ότι οι άντρες μειώνουν περισσότερο τις καθημερινές δραστηριότητες μετά από την εκδήλωση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες τείνουν να αναλαμβάνουν τις οικιακές τους υποχρεώσεις πολύ γρηγορότερα (Stanton et al., 2006).

Η μόρφωση φαίνεται να είναι ένας ακόμη παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή το λύκειο δήλωσαν χειρότερη σωματική υγεία συγκριτικά με αυτούς, οι οποίοι είχαν λάβει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση. Η χαμηλή μόρφωση έχει επανειλημμένα συσχετιστεί με τη δήλωση περισσότερων ψυχολογικών συμπτωμάτων και φτωχότερης προσαρμογής σε χρόνιους ασθενείς (Havranek, Spertus, Masoudi, Jones & Rumsfeld, 2004).

Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση μοιάζει να λειτουργεί προστατευτικά για τη προσαρμογή των ασθενών. Συγκεκριμένα, από τα ευρήματα φάνηκε ότι οι ασθενείς, οι οποίοι ζουν με κάποιον/α εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους και λιγότερη συμπτωματολογία σε σύγκριση με αυτούς οι οποίοι ζουν μόνοι τους. Διάφορες έρευνες παρουσιάζουν τα έγγαμα άτομα περισσότερο ευτυχισμένα σε σύγκριση με άτομα που ζουν μόνα τους (Diener et al., 1999). Η συντροφικότητα - πιθανόν μέσω της κοινωνικής στήριξης – ενισχύει την καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή των καρδιολογικών ασθενών (Bennett, Perkins, Lane, Deer, Brater & Murray, 2001).

Είναι ενδιαφέρον ότι οι εργαζόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορές με τους μη εργαζόμενους όσον αφορά τόσο τη καταθλιπτική τους διάθεση όσο και τη θετική νοηματοδότηση. Οι εργαζόμενοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από

τους μη εργαζόμενους. Τόσο η χρονιότητα κάποιων παθήσεων όσο και η ανημπόρια που αυτές συνεπάγονται έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εργασιακή ικανότητα του ασθενή (Stanton et al., 2006). Πιθανόν, αυτό το αίσθημα εργασιακής ανημπόριας να μεσολαβεί στα επίπεδα κατάθλιψης. Αντίστοιχα, οι μη εργαζόμενοι μοιάζει να αντιλαμβάνονται περισσότερα οφέλη ως αποτέλεσμα της ασθένειας τους συγκριτικά με τους εργαζόμενους. Προς το παρόν, δεν γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες που μεσολαβούν στη σχέση εργασίας και θετικής νοηματοδότησης. Υπάρχει όμως περίπτωση τα δύο ευρήματα να σχετίζονται μεταξύ τους. Γενικά, καρδιολογικοί ασθενείς που βιώνουν θετικές αλλαγές από την ασθένεια τους εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Affleck et al., 1987). Ίσως οι πιο αυξημένες τιμές της κατάθλιψης στα εργαζόμενα άτομα από ότι στα μη εργαζόμενα να επηρεάζουν και τη διαδικασία εύρεσης θετικού νοήματος. Η περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο ζήτημα είναι απαραίτητη, αφού ιδιαίτερα στους καρδιολογικούς ασθενείς έχει παρατηρηθεί η σημασία της εργασίας (Friedman, 1978).

Εν συνεχεία, αφού ελέγξαμε για τους παράγοντες του φύλου και της ηλικίας, παρατηρήσαμε ότι οι γνωστικές μεταβλητές, οι οποίες προβλέπουν τη θετική νοηματοδότηση είναι η αισιοδοξία και το αίσθημα εσωτερικού ελέγχου. Βάση της γνωστικής θεωρίας της προσαρμογής της Taylor (1983), οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν απειλητικά γεγονότα στη ζωή τους – όπως τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας – δεσμεύονται σε γνωστικές διαδικασίες όπως την ανακατασκευή της αυτοεκτίμησης τους, την απόκτηση μίας πιο αισιόδοξης οπτικής και την επαναφορά του αισθήματος ελέγχου, κατασκευάζοντας με αυτούς τους τρόπους ένα νόημα για το γεγονός (Taylor & Brown, 1988). Σε διαχρονική έρευνα, η οποία μελέτησε τους τρεις δείκτες προσαρμογής σε σχέση με τη θετική νοηματοδότηση σε γυναίκες με επανεμφανιζόμενο επεισόδιο καρκίνου του μαστού, μόνο το αίσθημα εσωτερικού ελέγχου φάνηκε να σχετίζεται με λιγότερη θετική νοηματοδότηση 5 χρόνια αργότερα (Tomich & Helgeson, 2006). Περαιτέρω έρευνα θα απέδιδε χρήσιμα ευρήματα για τη διευκρίνιση του ρόλου των τριών παραμέτρων της Taylor (1983) στη κατασκευή του νοήματος.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, οι τρόποι διαχείρισης προβλημάτων υγείας, οι οποίοι σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση είναι τόσο ενεργητικοί όσο και αποφευκτικοί. Συγκεκριμένα, η εύρεση οφέλους από την ασθένεια σχετίζεται με στρατηγικές όπως η ‘επίλυση προβλήματος’, η ‘τήρηση των ιατρικών οδηγιών’, η ‘απόσπαση προσοχής’ και η ‘ονειροπόληση’ ενώ δεν σχετίζεται

με τη ‘συναισθηματική ανησυχία’. Παρότι, η θετική νοηματοδότηση σχετίζεται συνήθως με ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (Widows et al., 2005. Sears et al., 2003) έχει συσχετιστεί και με αποφευκτικές (Helgeson et al., 2006). Ελέγχοντας για δημογραφικές, ιατρικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές, οι στρατηγικές αντιμετώπισης εξηγούν σημαντικά περισσότερο μέρος της διακύμανσης ($R^2=.18$) της θετικής νοηματοδότησης συγκριτικά με τις γνωστικές μεταβλητές ($R^2=.07$). Μετά τον έλεγχο των παραπάνω μεταβλητών, η ‘απόσπαση προσοχής’ φαίνεται να προβλέπει περισσότερο τη θετική νοηματοδότηση. Σε έρευνα με χρόνιους ασθενείς έχει παρατηρηθεί ότι όταν η στρατηγική αποφυγής αποτελεί μια ενεργητική προσπάθεια απεμπλοκής από το στρεσογόνο γεγονός βοηθάει στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας του ατόμου. Πιθανόν, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες τέτοιες στρατηγικές να λειτουργούν προστατευτικά για το άτομο (Ρούσση & Κούτρη, 2005). Με παρόμοιο τρόπο, η Helgeson και οι συνεργάτες της (2006) εξηγούν το γεγονός ότι αποφευκτικές σκέψεις σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση. Πιθανόν, οι σκέψεις αυτές να μην είναι δείκτες ανησυχίας αλλά ενός είδους επεξεργασίας του γεγονότος (Helgeson, 2006).

Μετά τον έλεγχο τόσο δημογραφικών όσο και ιατρικών μεταβλητών, μόνο η αισιοδοξία συνεχίζει να προβλέπει τη θετική νοηματοδότηση. Η σχέση της αισιοδοξίας οπτικής με τη θετική νοηματοδότηση έχει φανεί σε πολλές μελέτες (Stanton et al., 2006. Linley & Joseph, 2004. Curbow et al., 1993). Είναι σημαντικό ότι δεν βρήκαμε καμία συσχέτιση μεταξύ θετικής νοηματοδότησης και της αντιλαμβανόμενης απειλής από την ασθένεια. Τα αποτελέσματα των ερευνών σε αυτό το θέμα είναι ακόμη αντιφατικά, αφού άλλες μελέτες βρίσκουν σημαντική σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων (Widows et al., 2005. Sears et al., 2003) και άλλες δεν βρίσκουν παρόμοια σχέση (Pakenham, 2005). Πιθανόν, η σχέση μεταξύ της θετικής νοηματοδότησης και του αισθήματος απειλής να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως το στάδιο της ασθένειας (Carver & Antoni, 2004). Επιπρόσθετα, από τις ιατρικές μεταβλητές φάνηκε ότι όσο περισσότερες φορές έχει χειρουργηθεί ένα άτομο λόγω της ασθένειας του, τόσο μειώνεται η θετική νοηματοδότηση. Έρευνα των Lichtman, Taylor & Wood (1987), έχει δείξει παρόμοιο αποτέλεσμα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Lichtman et al., 1987).

Το σημαντικότερο ίσως εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η σχέση της θετικής νοηματοδότησης με τους δείκτες προσαρμογής του ατόμου. Αφού ελέγξαμε για δημογραφικές, ιατρικές, γνωστικές και στρατηγικές διαχείρισης των

προβλημάτων υγείας φάνηκε ότι η θετική νοηματοδότηση αποτελεί από μόνη της προβλεπτικό παράγοντα της ικανοποίησης από τη ζωή. Αντίστοιχα, η εύρεση θετικού νοήματος δεν σχετίζεται με την αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας ή με κάποιον από τους τέσσερις παράγοντες αυτής. Συγκεκριμένα, δεν προβλέπει την αντίληψη σωματικών συμπτωμάτων, την ανησυχία, τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα και τη κατάθλιψη μετά τον έλεγχο των προαναφερθέντων παραγόντων. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί σε αρκετές έρευνες (Carver & Antoni, 2004. Sears et al., 2003. Curbow et al., 1993. Affleck et al., 1987. Pakenham, 2005. Widows et al., 2005. Helgeson et al., 2006). Η παρούσα μελέτη προσφέρει περαιτέρω στήριξη στα συγκεκριμένα ευρήματα επισημαίνοντας ότι οι σχέσεις αυτές υπάρχουν και μεταξύ του ελληνικού πληθυσμού. Το εύρημα ότι η θετική νοηματοδότηση σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή ακόμη και μετά τον έλεγχο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας καθώς και ότι κάτι τέτοιο δεν προκύπτει για την υποκειμενική αντίληψη της υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία αφού επισημαίνει ότι ίσως η θετική νοηματοδότηση να αποτελεί δείκτη μόνο της θετικής προσαρμογής του ατόμου. Αυτή η διαπίστωση είναι πολύ χρήσιμη εφόσον υπάρχει περίπτωση η εύρεση οφέλους στην ασθένεια να μειώνει ή και να αντικαθιστά τις συνέπειες της αρνητικής προσαρμογής και των ψυχολογικών συμπτωμάτων.

Πιο αναλυτικά, παρατηρούμε ότι από τις ιατρικές μεταβλητές, ο αριθμός νοσηλειών σχετίζεται τόσο με την ικανοποίηση από τη ζωή όσο και με τα επίπεδα κατάθλιψης. Όσο λιγότερος ο αριθμός νοσηλειών τόσο περισσότερη ευχαρίστηση από τη ζωή δήλωσαν οι ασθενείς. Αντίστοιχα, όσο περισσότερες φορές έχει νοσηλευτεί το άτομο τόσο υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης αναφέρει. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό για τη προληπτική ψυχολογική παρέμβαση στις πρώτες νοσηλείες των καρδιαγγειακών ασθενών.

Από τις γνωστικές μεταβλητές, αφότου ελέγξαμε για δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές φάνηκε ότι η αισιοδοξία σχετιζόταν θετικά με την ευχαρίστηση από τη ζωή ενώ προέβλεπε λιγότερα επίπεδα κατάθλιψης. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε αρκετές μελέτες (Stanton et al., 2006. Shnek et al., 2001). Επίσης, όσο μειώνεται η αυτοεκτίμηση τόσο χειρότερα αντιλαμβάνεται το άτομο το γενικό επίπεδο υγείας του ενώ το αίσθημα προσωπικού ελέγχου μοιάζει να αυξάνει τα επίπεδα ανησυχίας. Παρότι άλλες μελέτες δείχνουν τη σημασία της αντίληψης προσωπικού ελέγχου στη καλύτερη προσαρμογή (Taylor & Brown, 1988), η παρούσα έρευνα βρήκε αντίθετη σχέση, τουλάχιστον στον παράγοντα της ανησυχίας. Είναι

ενδιαφέρον ότι η αντιλαμβανόμενη απειλή προβλέπει θετικά την αντίληψη της γενικής υγείας και τη κοινωνική δυσλειτουργικότητα. Η αντιλαμβανόμενη απειλή παρουσιάζει υψηλές συσχετίσεις με τους δύο αυτούς παράγοντες ενώ είναι άξιο λόγου ότι συσχετίζεται ακριβώς με εκείνες τις μεταβλητές που δεν σχετίζονται με τη θετική νοηματοδότηση. Βάση των συγκεκριμένων ευρημάτων, πιθανόν το αίσθημα απειλής να λειτουργεί ως αντίποδας της θετικής νοηματοδότησης σε σχέση με τη προσαρμογή. Δηλαδή από τη μία πλευρά, η εύρεση θετικού νοήματος προβλέπει την θετική προσαρμογή και την ευεξία των ατόμων ενώ η αντιλαμβανόμενη απειλή προβλέπει καλύτερα την αρνητική προσαρμογή ή την παρουσία περισσότερων ψυχολογικών συμπτωμάτων. Περαιτέρω έρευνα των συγκεκριμένων παραγόντων σε σχέση με τη προσαρμογή ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας, σίγουρα θα αποφέρει ενδιαφέροντα και χρήσιμα ευρήματα.

Τέλος, αφότου ελέγξαμε για δημογραφικές, ιατρικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές παρατηρούμε ότι από τις στρατηγικές αντιμετώπισης η 'τήρηση ιατρικών οδηγιών' και η 'απόσπαση προσοχής' προβλέπουν την ικανοποίηση από τη ζωή ενώ η 'συναισθηματική ανησυχία' προβλέπει τόσο τη χειρότερη αντίληψη του γενικού επιπέδου υγείας όσο και την έκφραση περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων καθώς και αυξημένα επίπεδα ανησυχίας. Υπάρχουν αρκετές έρευνες, οι οποίες καταδεικνύουν ότι η χρήση στρατηγικών που στοχεύουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων οδηγούν σε φτωχότερη προσαρμογή ενώ ενεργητικές στρατηγικές βοηθούν στην ομαλότερη προσαρμογή των χρόνιων ασθενών (Dew et al., 1994. Stanton et al., 2001).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας θα πρέπει να εκτιμηθούν βάση ορισμένων περιορισμών. Αρχικά, το δείγμα είναι σχετικά ομοιογενές, εφόσον οι περισσότεροι συμμετέχοντες του δείγματος είναι κάτοικοι της Αθήνας. Δεύτερον, το μικρό μέγεθος του δείγματος πιθανόν να οδηγεί σε τυχαία αποτελέσματα. Τρίτον, η μελέτη είναι συναφειακής μορφής, με αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών παρά μόνο οι συμμεταβολές αυτών. Είναι πιθανό, οι ασθενείς, οι οποίοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους να νοηματοδοτούν θετικότερα ή η θετική νοηματοδότηση να αποτελεί ένα μέρος της θετικής προσαρμογής. Παρόμοιοι περιορισμοί πιθανόν ισχύουν και για τους υπόλοιπους παράγοντες που περιγράφηκαν. Επίσης, δεν πρέπει να είναι αμελητέο το γεγονός ότι οι διαχρονικές μελέτες είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση της διαδικασίας της θετικής νοηματοδότησης. Τέταρτον, η μέτρηση των μεταβλητών

βασίστηκε σε αυτό-αναφορές, γεγονός το οποίο πιθανόν καθιστά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων «φιλτραρισμένες» και πέμπτον η συγκεκριμένη έρευνα δεν περιλαμβάνει άλλες μεταβλητές, όπως ο χρόνος από τη διάγνωση, η κοινωνική στήριξη ή η θρησκευτικότητα, οι οποίες περιγράφονται στη βιβλιογραφία ως σημαντικές.

Το θέμα των παραγόντων, οι οποίοι εμπλέκονται στη διαδικασία ή το αποτέλεσμα της θετικής νοηματοδότησης είναι πολύπλευρο και εξαιρετικά ενδιαφέρον. Τόσο η δυσκολία ως προς τον ακριβή προσδιορισμό του φαινομένου της θετικής νοηματοδότησης όσο και η ελλιπής κατανόηση της αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων και συνθηκών της ασθένειας στη διαδικασία της εύρεσης θετικού νοήματος, καθιστούν το θέμα αυτό ιδιαίτερα πολύπλοκο. Η περαιτέρω διερεύνηση και μελέτη των σχέσεων μεταξύ ψυχολογικών, κοινωνικών και ιατρικών μεταβλητών θα φανεί πολύτιμη για τη καλύτερη κατανόηση αυτού του ζητήματος στον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, διαχρονικές μελέτες, οι οποίες θα εξετάζουν ένα μεγαλύτερο εύρος ψυχοκοινωνικών παραγόντων και τρόπων διαχείρισης του στρες κατά τη μεταβαλλόμενη πορεία της εκάστοτε ασθένειας, είναι απαραίτητες για τη διευκρίνιση της σημαντικής σχέσης μεταξύ της θετικής νοηματοδότησης και της προσαρμογής των χρόνιων ασθενών.

Η πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων, οι οποίοι καθορίζουν την εύρεση θετικού νοήματος και η αποκωδικοποίηση, τόσο των μεταξύ τους σχέσεων όσο και των σχέσεων που προκύπτουν με τη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, θα αποβούν ιδιαίτερα ωφέλιμες στην ανάπτυξη εξειδικευμένων προγραμμάτων ψυχολογικής παρέμβασης με σκοπό τη καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή των καρδιαγγειακών και άλλων χρόνιων ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899-922.
2. Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Casual Attribution, Perceived Benefits, and Morbidity after a Heart Attack: An 8- Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 29-35.
3. Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Kennady, D. E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*, 827-834.
4. Appels A., Bar, F. W., Bar, J., Bruggeman, C., & de Baets, M. (2000). Inflammatory, depressive symptomatology and coronary artery disease. *Psychosomatic medicine, 62*, 601-605.
5. Armstrong, D.L., Strogatz, D., & Wang, R. (2004). United States coronary mortality trends and community services associated with occupational structure among blacks and whites, 1984-1998. *Social Science and Medicine, 58*, 2349-2361.
6. Bar-on, D. (1987). Causal attributions and the rehabilitation of myocardial infarction victims. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5*, 114-122.
7. Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. NY: Guilford Press.
8. Bellg, A.J. (2004). Clinical cardiac psychology. Στο P.Camic & S. Knight (Eds.). *Clinical Handbook of Health Psychology* (p. 29-57). New York: Hogrefe & Huber.
9. Bennett, S. J., Perkins, K. A., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research, 10*, 671-682.

10. Bower, J. E., Kemeny, M. E. Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and Aids-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.
11. Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine, 29*, 236-245.
12. Bruner, J. (1997). *Πράξεις νοήματος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
13. Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D. & Stevens, S. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology, 88*, 337-341.
14. Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlation test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521-527.
15. Carels, R. A., Musher-Eizenman, D., Cacciapaglia, H., Perez-Benitez, C. I., Christie, S., & O'Brien, W. (2004). Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients: a within-individual approach. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 95-101.
16. Carver, C S. & Antoni, M. H. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology, 23*, 595- 598.
17. Carver, C. S., Pojo, C., Haris, S. D., Noriega, V. & Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
18. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.

19. Cecyl (1996). *Παθολογία*. (Τόμος Β'). Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
20. Chan, I. W. S., Lai, J. C. L., & Wong, K. N. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology and Health, 21*, 335-349.
21. Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 712-724.
22. Christenson, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M., & Gregory, M. C. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 419-424.
23. Cohen, S., Doyle, W., Turner, B., Alper, M., & Skoner, P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine, 65*, 652-657.
24. Cordova, M. J., Cunningham, L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185.
25. Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S. M., Carver, C. S., & Kumar, M. (2000). Cognitive behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit-finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 62*, 304-308.
26. Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 423-443.
27. Danoff-Burg, S., & Revenson, T. A. (2005). Benefit-Finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 91-103.
28. Danoff-Burg, S., Agee, J. D., Romanoff, N. R., Kremer, J. M. & Strosberg, J. M. (2006). Benefit finding and expressive writing in adults with lupus or rheumatoid arthritis. *Psychology and Health 21*, 651-665.

29. Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 561-574.
30. Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 255-266.
31. Dew, M. A., Myaskovsky, L., Switzer, G. E., DiMartini, A. F., Schulberg, H. C., & Kormos, R. L. (2005). Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychological Medicine, 35*, 1215-1227.
32. Dew, M. A., Simmons, R. G., Roth, L. H., Schulberg, H. C., & Thompson, M. E. (1994). Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine, 24*, 929-945.
33. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
34. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
35. Echteld, M. A., van Elderen, T., & Van der Kamp, L. J. (2003). Modelling predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine, 26*, 49-60.
36. Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 343-353.
37. Fife, B. L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science and Medicine, 38*, 309-316.
38. Folkman, S. (1997). Positive psychological States and Coping with Severe Stress, *Social Science & Medicine, 45*, 1207-1221.
39. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*, 647-654.
40. Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.

41. Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2005). Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 19-25.
42. Fredrickson, B.L (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well - being. *Prevention & Treatment*, *3*.
43. Friedman, M. (1978). Type A behavior: Its possible relationship to pathogenetic processes responsible for coronary heart disease (a preliminary enquiry). Στο T. Dembroski και συν. (Eds.), *Coronary-Prone Behavior*, New York: Springer-Verlag, 137-140.
44. Gallo, L., Ghaed, S., & Bracken, W. (2004). Emotions and cognition in coronary heart disease: risks, resilience, and social context. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 669-693.
45. Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the Association Between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? *Psychological Bulletin*, *129*, 10- 51.
46. Hall, B. J., & Hobfoll, S. E. (in press). Posttraumatic growth actions work, posttraumatic growth cognitions fail: Results from the Intifada and Gaza disengagement. *European Health Psychologist*.
47. Havranek, E. P., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Jones, P. G., & Rumsfeld, J. S. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of American Cardiology*, *44*, 2333-2338.
48. Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 656-666.
49. Helgeson, V. S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*, *18*, 561-569.
50. Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1999). Cognitive adaptation as a predictor of new coronary events following percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 488-495.
51. Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 797-816.

52. Hemingway, H., Shipley, M. & Mullen, M. (2003). Social and psychosocial influences on inflammatory markers and vascular function in civil servants. *American Journal of Cardiology*, 92, 984-987.
53. Johnson, J. L. (1991). Learning to live again: The process of adjustment following a heart attack. Στο J. M. Morse & J. L. Johnson (Eds.) *The illness experience: Dimensions of suffering* (p. 12-87). Newbury Park: Sage Publications.
54. Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός.
55. Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of “benefit-finding” in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571.
56. Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Kiecolt-Glaser, R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 84-107.
57. Κουρλαμπά, Γ. (2005). Επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα: Στατιστικά στοιχεία, *Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία*, 12, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
58. Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Philips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828-840.
59. Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-oncology*, 12, 491-499.
60. Lichtman, R. R., Taylor, S. E., & Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5, 47-74.
61. Linkowski, P. (2003). Neuroendocrine profiles in mood disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 191-197.
62. Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

63. Mahler, H., & Kulik, J. A. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: prediction of affect, pain and functional status. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 347-358.
64. Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
65. McEver, R.P. (2001). Adhesive interactions of leukocytes, platelets, and the vessel wall during haemostasis and inflammation. *Thrombosis and Haemostasis*, 86, 746-756.
66. McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
67. McMillen, J. C., & Fischer, R. H. (1998). The Perceived Benefit Scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*, 22, 173-187.
68. McMillen, C., Zuravin, S., & Rideout, G. (1995). Perceived benefits from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1037-1043.
69. Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W., & Goodkin, D. E. (1999). The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18, 376-382.
70. Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G., & Karastergiou, A. (1990). *Handbook of the General Health Questionnaire (GHQ)*. Thessalonica: Psychiatric Hospital (in Greek).
71. Ouellette, S. C., & DiPlacido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. Σto A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (p. 175-194). Mahwah, NJ: Erlbaum.
72. Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 24, 123-132.

73. Panagiotakos, D., Pitsakos, C., Chrysohoou, C., Stefanadis, C. & Toutouzas, P. (2002). Risk Stratification of Coronary Heart Disease in Greece: Final Results from the CARDIO2000 Epidemiological Study. *Preventive Medicine, 35*, 548-556.
74. Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
75. Παπαδημητρίου, Κ. (2000). *Εσωτερική Παθολογία*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press .
76. Park, C. L., Cohen, L., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*, 71-105.
77. Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*, 115-144.
78. Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events – Current Status and Future Directions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 5, 828-840.
79. Rini, C., Manne, S., DuHamel, K. N., Austin, J., Ostroff, J., & Boulad, F. (2004). Mothers' perceptions of benefit following pediatric stem cell transplantation: A longitudinal investigation of the roles of optimism, medical risk and sociodemographic resources. *Annals of Behavioral Medicine, 28*, 132-141.
80. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
81. Ρούσση, Π., Αυδή, Ε., & Τριλίβα, Σ. (2003). Ψυχοδυναμική και γνωστική-συμπεριφορική συμβουλευτική για άτομα με προβλήματα υγείας: Σημεία σύγκλισης και απόκλισης. *Ψυχολογία, 10*, 2 & 3, 378-398.
82. Ρούσση, Π., & Κούτρη, Ι. (2005). Προσαρμογή σε σοβαρά προβλήματα υγείας και ικανότητα διάκρισης ως προς την αντίληψη ελέγχου και την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία, 12*, 524-539.
83. Sarafino, E. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: Wiley & Sons.

84. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalised outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
85. Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
86. Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, J. & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024-1040.
87. Schwarzer, R., & Knoll, N. (in press). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. Στο Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.). *Handbook of Positive Psychological Assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
88. Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit-finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, 487-497.
89. Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11*, 265-273.
90. Shen, B. J., McCreary, C., & Myers, H. (2004). Independent and Mediated Contributions of Personality, Coping, Social Support, and Depressive Symptoms to Physical Functioning Outcome Among Patients in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine, 27*, 39-62.
91. Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology, 20*, 141-145.
92. Smith, T. W., & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. Στο A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (p. 139-174). Mahwah, NJ: Erlbaum.

93. Smith, T. & Ruiz, J. (2002). Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 548-568.
94. Smith, T., Ruiz, J., & Uchino, B. (2004). Mental Activation of Supportive Ties, Hostility, and Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stress in Young Men and Women. *Health Psychology, 23*, 476-485.
95. Σουρμελάκης, Μ. (1995). Καρδιαγγειακές παθήσεις και ψυχολογική παρέμβαση. Στο Γ. Ποταμιάνος (επιμ.). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. (σ. 33-75). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
96. Stanton, A. L., Collins, C. A., & Sworowski, L. A. (2001). Adjustment to chronic illness: Theory and research. Στο A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (p. 387-403). Mahwah, NJ: Erlbaum.
97. Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M. M., & Collins, C. A. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875-882.
98. Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of psychology, 58*, 1-28.
99. Stewart, K. E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. Στο T. Boll, J. Raczynski & L. Leviton (Eds.). *Handbook of Clinical Health Psychology* (p. 405-420). Washington, DC: American Psychological Association.
100. Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology, 23*, 564-573.
101. Stone, A., Broderick, J., Porter, L., & Kaell, A. (1997). The experience of rheumatoid arthritis pain and fatigue: Examining momentary reports and correlates over one week. *Arthritis Care, 10*, 185-193.
102. Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*, 1161-1173.

103. Taylor, S. E. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
104. Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*, 193-210.
105. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 455-471.
106. Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, *23*, 16-23.
107. Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2006). Cognitive Adaptation Theory and Breast Cancer Recurrence: Are There Limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 980-987.
108. Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*, 382-394.
109. Valkamo, M., Honkanen, H., Hintikka, J., Niskanen, L., Honkalampi, K., & Viinamaki, H. (2003). Life satisfaction in patients with chest pain subsequently diagnosed as coronary heart disease – connection through depressive symptoms? *Quality of Life Research*, *12*, 1099-1105.
110. Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 580-581.
111. Weinrib, A. Z., Rothrock, N. E., Johnsen, E. L. & Lutgendorf, S. K. (2006). The Assessment and Validity of Stress-Related Growth in a Community-Based Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 851-858.
112. Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic Growth following Bone Marrow Transplantation for cancer. *Health Psychology*, *24*, 266-273.
113. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

114. Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, *54*, 334-345.

Centers for Disease Control and Prevention, U.S., (2003).

<http://www.cdc.gov/washington/overview/chrondis.htm>,

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Π. Μ. Σ. "ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ"



Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται στα πλαίσια μίας ερευνητικής μελέτης με σκοπό την κατανόηση των αντιλήψεων και των σκέψεων των ασθενών σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. ***Τα στοιχεία που θα δοθούν είναι ανώνυμα και αυστηρώς απόρρητα.*** Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία ή επιθυμείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε στο 6944-386828: Γουρνιαζάκη Αθηνά – μεταπτυχιακή φοιτήτρια ‘Ψυχολογίας Υγείας’

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.

A'

Ημερομηνία : _____

Παρακαλούμε, μη γράψετε το ονοματεπώνυμο σας, καθώς επιθυμούμε να διατηρηθεί η ανωνυμία σας. Τα παρακάτω στοιχεία θα μας βοηθήσουν στο να καταλάβουμε καλύτερα τις απαντήσεις σας καθώς και στο να διεξαχθεί σωστότερα η συγκεκριμένη έρευνα.

Σημειώστε βάζοντας ένα X στις παρακάτω δημογραφικές δηλώσεις:

1. Είστε: Άνδρας _____ Γυναίκα _____
2. Η ηλικία σας είναι: _____ ετών
3. Ο τόπος διαμονής σας είναι: _____
4. Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι:
 - Αδέσμευτος
 - Δεσμευμένος
 - Συζώ με τον / την σύντροφο μου
 - Έγγαμος
 - Διαζευγμένος
 - Σε διάσταση
 - Χήρος /α
5. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι
Αν **ναι**, πόσα έχετε; _____ Τι ηλικίας; _____
6. Σημειώστε ποια από τις παρακάτω δηλώσεις περιγράφει καλύτερα την κύρια δραστηριότητα σας:
 - Υπάλληλος
 - Ελεύθερος επαγγελματίας
 - Εργάτης
 - Συνταξιούχος
 - Καλλιτέχνης
 - Οικιακά
 - Φοιτητής /Φοιτήτρια
 - Άνεργος /η
 - Άνεργος /η (λόγω προβλήματος υγείας)
 - Άμισθη εργασία (εθελοντής κ.α)
 - Άλλο _____ (παρακαλούμε αναφέρατε)

7. Πόσα χρόνια περίπου διήρκησε η εκπαίδευσή σας;

- 6 έτη
- 9 έτη
- 12 έτη
- 16 έτη
- Περισσότερο από 16 έτη

8. Το προσωπικό μηνιαίο εισόδημά σας είναι περίπου:

- Δεν έχω εισόδημα
- ως 700 ευρώ
- ως 1000 ευρώ
- ως 1200 ευρώ
- ως 1500 ευρώ
- ως 2000 ευρώ
- πάνω από 2000 ευρώ

9. Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο νοσηλεύεστε; _____

10. Είναι η πρώτη φορά που νοσηλεύεστε για τη συγκεκριμένη ασθένεια;

Ναι Όχι

Αν όχι, πόσες φορές έχετε νοσηλευτεί; _____

11. Πόσες ημέρες νοσηλεύεστε; _____

12. Έχετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας; _____

13. Σε τι είδους θεραπεία βρίσκεστε αυτή τη στιγμή; _____

14. Πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που διαγνωστήκατε με την εν λόγω ασθένεια; _____ (ημερομηνία)

15. Έχετε την εμπειρία κάποιας χειρουργικής επέμβασης; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσες φορές; _____

16. Πόσο επικίνδυνη ή απειλητική πιστεύετε ότι είναι η συγκεκριμένη ασθένεια για τη ζωή σας;

(σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα το σημείο που θεωρείτε ότι σας εκφράζει περισσότερο- απαντήστε όσο το δυνατόν πιο ειλικρινά)

○ _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____ ○

Καθόλου
απειλητική

Εξαιρετικά
απειλητική

B'

Παρακαλούμε, σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω 11 προτάσεις βάσει των παρακάτω πιθανών απαντήσεων:

1=διαφωνώ απόλυτα 2=διαφωνώ αρκετά 3=διαφωνώ λίγο
4=συμφωνώ λίγο 5=συμφωνώ αρκετά 6=συμφωνώ απόλυτα

1. _____ Αν φροντίσω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω την ασθένεια.
2. _____ Κάθε φορά που αρρωσταίνω, είναι εξαιτίας του ότι εγώ έκανα ή δεν έκανα κάτι.
3. _____ Η καλή υγεία είναι αρκετά θέμα καλής τύχης.
4. _____ Άσχετα με το τι κάνω, εάν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.
5. _____ Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονται κατά πόσο οι ασθένειες τους ελέγχονται από τυχαία γεγονότα.
6. _____ Μπορώ να κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός μου.
7. _____ Υπάρχουν τόσες παράξενες ασθένειες γύρω που ποτέ δεν μπορείς να ξέρεις πως ή πότε θα αποκτήσεις κάποια.
8. _____ Όταν αισθάνομαι άρρωστος, ξέρω ότι είναι επειδή δεν είχα γυμναστεί όσο έπρεπε ή επειδή δεν είχα φάει σωστά.
9. _____ Οι άνθρωποι που δεν αρρωσταίνουν ποτέ είναι απλώς πολύ τυχεροί.
10. _____ Η ασθενής υγεία των ανθρώπων είναι αποτέλεσμα της δικής τους απροσεξίας.
11. _____ Είμαι άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου.

Γ'

Κάθε μία από τις δέκα παρακάτω προτάσεις ακολουθείται από 4 πιθανές απαντήσεις:

ΣΑ= Συμφωνώ απόλυτα Σ= Συμφωνώ Δ= Διαφωνώ ΔΑ= Διαφωνώ απόλυτα

Διαβάστε την κάθε πρόταση και σημειώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεστε για τον εαυτό σας αυτή τη στιγμή.

1. _____ Πιστεύω ότι είμαι άνθρωπος με αξία, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους.
2. _____ Πιστεύω ότι έχω αρκετά θετικά στοιχεία.
3. _____ Σε γενικές γραμμές τείνω να αισθάνομαι αποτυχημένος.
4. _____ Μπορώ να κάνω τα πράγματα το ίδιο καλά όσο οι περισσότεροι άλλοι.
5. _____ Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχουν πολλά πράγματα στη ζωή μου για τα οποία μπορώ να είμαι περήφανος.
6. _____ Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου.
7. _____ Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.
8. _____ Θα ήθελα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό.
9. _____ Κάποιες στιγμές αισθάνομαι τελείως άχρηστος.
10. _____ Μερικές φορές αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα καλό πάνω μου.

Δ'

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες 6 ερωτήσεις δηλώνοντας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την καθεμία. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 ως το 5 και σημειώστε πόσο συμφωνείτε με την κάθε πρόταση γράφοντας τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά. Δεν υπάρχουν «σωστές» και «λάθος» απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με το πώς νιώθετε εσείς και όχι με το πώς νομίζετε ότι θα απαντούσαν οι «περισσότεροι άνθρωποι»

1= διαφωνώ έντονα 2=διαφωνώ κάπως 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4= συμφωνώ λίγο

5= συμφωνώ πολύ

1. _____ Σε αβέβαιες στιγμές, συνήθως περιμένω το καλύτερο.
2. _____ Αν είναι να πάει κάτι στραβά για 'μένα, σίγουρα θα πάει.
3. _____ Είμαι πάντα αισιόδοξος /η για το μέλλον μου.
4. _____ Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω.
5. _____ Σπάνια υπολογίζω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.
6. _____ Γενικώς περιμένω ότι θα μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα από όσα κακά.

Ε'

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα από το 1 ως το 7, σημειώστε πόσο συμφωνείτε με κάθε πρόταση. Για το σκοπό αυτό, γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση. Παρακαλώ, να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1= διαφωνώ έντονα

2=διαφωνώ

3= διαφωνώ κάπως

4= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

5= συμφωνώ λίγο

6= συμφωνώ

7= συμφωνώ πολύ

1. _____ Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική.
2. _____ Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες.
3. _____ Είμαι ευχαριστημένος /η με τη ζωή μου.
4. _____ Μέχρι στιγμής, έχω πετύχει όσα σημαντικά πράγματα θέλω στη ζωή μου.
5. _____ Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

ΣΤ'

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν το νόημα που μπορεί κάποιος να αποδώσει σε μία ασθένεια. Σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε με κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις χρησιμοποιώντας τις εξής επιλογές:

1= καθόλου

2= λίγο

3= αρκετά

4= πολύ

Το να έχω τη συγκεκριμένη ασθένεια...

1. Με έκανε να νιώθω περισσότερο ευγνώμων για τη κάθε μέρα _____
2. Με δίδαξε πως να προσαρμόζομαι σε καταστάσεις που δεν μπορώ να αλλάξω _____
3. Με έκανε περισσότερο δεκτικό /ή σε διάφορα πράγματα _____
4. Με βοήθησε να «παίρνω» τα πράγματα όπως έρχονται _____
5. Έφερε την οικογένεια μου πιο κοντά _____
6. Με έκανε να συνειδητοποιήσω πόσο σημαντικό είναι να κάνω σχέδια για το μέλλον της οικογένειας μου _____
7. Με ευαισθητοποίησε σε οικογενειακά θέματα _____
8. Με δίδαξε να είμαι πιο υπομονετικός _____
9. Με έκανε να απασχοληθώ και να σκεφτώ για το μέλλον όλων των ανθρώπων _____
10. Με δίδαξε ότι ο καθένας έχει ένα λόγο που ζει _____
11. Μας έκανε να αναλάβουμε τις ευθύνες μας σαν οικογένεια _____
12. Με βοήθησε να αντιμετωπίζω καλύτερα τις ανησυχίες και τα προβλήματα μου _____
13. Μου έδειξε ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να αγαπιούνται _____
14. Έδωσε στην οικογένεια μου μια αίσθηση συνέχειας, μια αίσθηση «κοινής ιστορίας» _____
15. Βοήθησε στην καλύτερη οργάνωση της ζωής μου _____
16. Με βοήθησε να οργανώσω το χρόνο μου καλύτερα _____
17. Με έκανε πιο υπεύθυνο άτομο _____
18. Με δίδαξε να ελέγχω τη διάθεση μου _____
19. Ανανέωσε το ενδιαφέρον μου να συμμετάσχω σε διάφορες δραστηριότητες _____
20. Με έκανε πιο παραγωγικό _____

Z'

Σας παρακαλώ να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1) Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
2) Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3) Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
4) Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
5) Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6) Νιώθεις σφιξίμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7) Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
8) Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
9) Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10) Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11) Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12) Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
13) Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
14) Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
15) Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
16) Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
17) Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
18) Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η

19) Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως
20) Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
21) Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
22) Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
23) Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
24) Έχεις αισθανθεί ό,τι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
25) Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26) Βρήκες μερικές φορές ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
27) Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
28) Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

Η'

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

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

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.