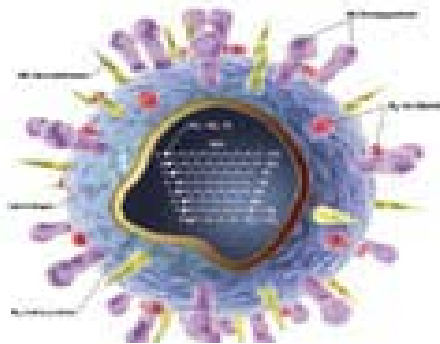




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Αντιλήψεις και τρόποι
αντιμετώπισης του ιού της
H1N1: Μια προδρομική μελέτη**



**Εισηγητής Καθηγητής : Καραδήμας Ευάγγελος
Φοιτήτρια : Γεωργίου Βάσω
Α.Μ : 2191**

Ρέθυμνο 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
1.Εισαγωγή.....	4
1.1 Η πανδημία του 1918-H1N1.....	6
1.2 Γρίπη από τον ιό (H5N1) των πτηνών.....	10
1.3 Η γρίπη των χοίρων.....	14
1.4 Η νέα γρίπη (H1N1)ν στο μικροσκόπιο.....	15
1.5 HIV/AIDS.....	19
2.Η Επιδημία ως πηγή στρες.....	22
2.1 Στρες, Ασθένεια και Υγεία.....	23
3.Στρατηγικές Αντιμετώπισης του Στρες	27
3.1 Σχέση του Στρες με την Υγεία	32
4.Ευπάθεια.....	35
4.1 Ρόλος και Καθορισμός της ευπάθειας.....	35
4.2 Ευπάθεια και Κίνδυνος.....	40
5. Σκοπός Έρευνας.....	42
5.1 Μέθοδος (Συμμετέχοντες).....	43
5.2 Διαδικασία.....	44
5.3 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	45
5.4 Αποτελέσματα.....	48
6. Συζήτηση.....	52
7. Βιβλιογραφία.....	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό. Αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις και συνέπειες της απειλής που συνεπάγεται η πανδημία της νέας γρίπης. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να κατανοήσουμε τις αντιδράσεις και τις συνέπειες αυτές σε ένα βάθος χρόνου καθώς, μάλιστα δεν υπάρχει σχετική γνώση. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα πως αντιδρούμε σε περιπτώσεις μιας γενικευμένης απειλής κατά της υγείας, αλλά και να σχεδιάσουμε αποτελεσματικότερους τρόπους επικοινωνίας και ψυχολογικής παρέμβασης.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας αποτελούνται από 166 υποκείμενα, κλήθηκαν να συμπληρώσουν πέντε ψυχομετρικές διαδικασίες σε Α και Β φάση, οι κλίμακες του ερωτηματολογίου ήταν ενενήντα-δύο ερωτήσεις. Στη διάρκεια της στατιστικής μας ανάλυσης στη Α και Β φάση του ερωτηματολογίου εξετάσαμε κατά πόσο η ευπάθεια επηρεάζει το άτομο να χρησιμοποιήσει κάποιους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης της νέας γρίπης, για να μην ανησυχεί και να αγχωνεται. Τα ευρήματα της έρευνας μας έβγαλαν ως συμπέρασμα πως η ευπάθεια δεν σχετίζεται με κανένα τρόπο στρατηγικής αντιμετώπισης της νέας γρίπης και τα άτομα που είναι ευπαθείς δεν χρησιμοποιούν κάποιο από τους τρόπους στρατηγικής. Τέλος, συγκρίναμε κατά πόσο οι τρόποι στρατηγικής διαφέρουν μεταξύ τους στη Α και Β φάση και παρατηρήσαμε πως σε όλες τις στρατηγικές και στις δύο φάσεις υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους και πως δεν έχουμε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι κάθε ηλικίας, παθαίνουν γρίπη κάθε χρόνο,σε κάποιους θα διαρκέσει μια με δύο εβδομάδες αλλά κάποιοι θα εμφανίσουν για τη ζωή επιπλοκές. Κλινικά, η γρίπη είναι συνήθως αυτοπεριορισμένη νόσος που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη πυρετού και ρίγη,συνοδεύεται από κεφαλαλγία,μυαλγία διάχυτη,πονόλαιμο, βήχα, γαστρεντερικές ενοχλήσεις,όπως εμετός,κοιλιακός πόνος και διάρροια. Η πιο κοινή αιτία της νοσηλείας οφείλεται στη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που κυμαίνονται από λαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα και πνευμονία. Ωστόσο, μπορεί να εκδηλώσουν όσο αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα εγκεφαλοπάθεια, μετά την γρίπη εγκεφαλίτιδα και σύνδρομο Guillain -Barré.

Για τον όρο «πανδημία γρίπης» δεν υπάρχει ένας σταθερός ορισμός, μερικοί τον χρησιμοποιούν για να αναφερθούν σε μια παγκόσμια εξάπλωση της επιδημίας της γρίπης. Με αυτό τον όρο είναι πιθανόν να έχουμε «επιδημία» της γρίπης κάθε λίγα χρόνια και αναφέρεται στο βαθμό όπου συνδέεται με διάφορες αρρώστιες ή θανάτους. Άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο για να αναφερθούν στην παγκόσμια εξάπλωση επιδημιών που συνδέεται με υψηλά ποσοστά ασθενειών, όπως πνευμονία. Επίσης πρόσφατα. ο ορισμός αυτός χρησιμοποιήθηκε για να αναφερθεί σε ένα συνδυασμό ενός επιδημιολογικού και ιολογικού γεγονότος (S.C. Schoenbaum, 2001).

Οι σοβαρότερες πανδημίες εμφανίστηκαν κατά τον 20^ο αιώνα, υπήρχαν τρεις συντριπτικές πανδημίες, το 1918 που προκλήθηκε από H1N1 (την ισπανική γρίπη)όπου εμφανίστηκε μετά τον Ά παγκόσμιο πόλεμο , το 1957 η H2N2 (ασιατική γρίπη) και το 1968 η H3N2 (η γρίπη του Χονγκ Κονγκ).Μετά ακολουθούν, η γρίπη των χοίρων H1N1-X το 1976 όπου είναι παραλλαγή της ισπανικής γρίπης, το 1977 ακολουθεί η ρώσικη γρίπη H1N1-X παραλλαγή της ισπανικής γρίπης, το 1997 η

γρίπη των πτηνών(H5N1) όπου εμφανίστηκε στο Χονγκ-Κονγκ και το 1999 η γρίπη των πτηνών(H9N2) στο Χονγκ-Κονγκ .

Οι H1N1,H2N2 και η H3N2 υπήρξαν οι πιο συντριπτικές πανδημίες με αυξημένη θνησιμότητα που παρατηρήθηκε σε βρέφη, σε ηλικιωμένους και άτομα με χρόνιες ασθένειες. Το 1918 με την ισπανική γρίπη H1N1 οι νεκροί έφτασαν στα 20 εκατομμύρια (K.D. Patterson, G.F. Pyle,1991), το 1957 με την ασιατική γρίπη H2N2 είχαμε 2 εκατομμύρια νεκρούς και το 1968 με την γρίπη H3N2 του Χονγκ-Κονγκ οι νεκροί ήταν 1 εκατομμύριο (S.C. Schoenbaum, 2001).

Θα αναφερθούμε στις πιο σημαντικές πανδημίες όπου έπλητταν τον κόσμο από τον 20^ο αιώνα και τον πλήττουν ακόμη μέχρι σήμερα.

1.1 Η πανδημία του 1918-H1N1

Μια πανδημική γρίπη μπορεί να αποτελέσει συντριπτική για ολόκληρο τον πληθυσμό, με αποτέλεσμα να επιφέρει τον θάνατο σε εκατομμύρια ανθρώπους. Σε σύντομο χρονικό διάστημα οι πανδημίες γρίπης μπορούν να σπείρουν την καταστροφή, όπως έγινε και στην πανδημία του 1918 που προκάλεσε θάνατο σε 20 εκατομμύρια ανθρώπους.

Η Gina Kolata (1999) ,στο πρόσφατο βιβλίο της «Γρίπη» διατύπωσε τις ακόλουθες παρατηρήσεις σχετικά με τον παγκόσμιο αντίκτυπο της πανδημίας του 1918: « Σε σύγκριση με το AIDS είχε σκοτώσει 11,7 εκατομμύρια άτομα μέχρι το 1997,ο Α παγκόσμιος πόλεμος ήταν υπεύθυνος για 9,2 εκατομμύρια θανάτους και ο Β παγκόσμιος ήταν υπεύθυνος για 15,9 εκατομμύρια θανάτους.» Ο ιστορικός (Αλφρεντ) Crosby παρατηρεί ότι ανεξάρτητα από τον ακριβή αριθμό που ξεριζώθηκε από την γρίπη του 1918,ένα πράγμα είναι αναμφισβήτητο:«σκοτώσε περισσότερους ο ιός από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια σε μια περίοδο ανάλογη στην ιστορία του κόσμου». «Είναι εύκολο να χαρακτηριστεί η πανδημία του 1918 ως μια εξαιρετικά ασυνήθιστη περίπτωση και πιστεύω ότι δεν θα αρέσει αν εμφανιστεί ξανά (G. Kolata,1999)».

Η γεωγραφική προέλευση της πανδημίας του 1918 παραμένει αμφισβητούμενη, με δύο πιθανές περιοχές προέλευσης. Η μία ήταν από την Κίνα, στη συνέχεια επεκτάθηκαν στις ΗΠΑ και την Ευρώπη μέσω της μετανάστευσης ενός εργάτη. Ο άλλος ήταν από τις ΗΠΑ όπου τα πρώτα ξεσπάσματα εμφανίστηκαν ταυτόχρονα στο Ντιτρόιτ, τη νότια Καρολίνα και τη φυλακή SAN Quentin το Μάρτιο του 1918, έπειτα διαδόθηκε σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη.

Στην πανδημία του 1918,το 50% του παγκόσμιου πληθυσμού ήταν μολυσμένο και το 25% είχε αναπτύξει σημαντικές κλινικές μολύνσεις Η επιδημία γρίπης του 1918

σημειώθηκε 28 χρόνια μετά την προηγούμενη πανδημία του 1890. Η πιο σημαντική διαφορά στην επιδημιολογία της πανδημίας του 1918 ήταν το ασυνήθιστο W-διαμορφωμένο σχέδιο θνησιμότητας με τη μέγιστη τιμή της υπέρβασης θανάτου μεταξύ των νέων-ενηλίκων μεταξύ 20 και 40 χρονών. Οι συνδυαζόμενοι ιοί που περιέχει το τμήμα γονιδίων HA της πανδημίας του 1918 έδειξαν να παρουσιάζουν υψηλή παθογένεια σε ποντίκια που δεν είναι συνήθως ευαίσθητα σε άλλους ανθρώπινους ιούς της γρίπης. Κλινικά, χαρακτηρίστηκαν από οξεία εκδήλωση, ρίγη, γρήγορη και υψηλή άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος. Οι Brem et al (1918) ανέφεραν ότι σε πολλές περιπτώσεις εμφάνισαν αιμορραγίες και λεμφοπενία στα αρχικά στάδια η οποία αναφέρεται ως δυσκρασία αίματος. Από τα θανατηφόρα κρούσματα, το 51,8% είχε αρχικά λεμφοκύτταρα ενώ το 21,7% δεν είχε. Λόγω των περιορισμένων εργαστηρίων εκείνη την εποχή δεν ήταν καθόλου βέβαιο αν η αιμορραγία ήταν συνδεδεμένη με θρομβοπενία. Το 1918 στέλεχος του ιού είχε κατασταλτικές συνέπειες επί του μυελού των οστών και οδήγησε να φιλοξενεί ορισμένα βακτηρίδια, όπως στρεπτόκοκκο κ.α. Μετά τις εξετάσεις του πνεύμονα έδειξε εκτεταμένη βλάβη στους πνεύμονες σε όλο το αναπνευστικό δένδρο. Ένα άλλο εντυπωσιακό εύρημα ήταν ο τεράστιος αριθμός των μεγάλων μονοπύρηνων κυττάρων στους πνεύμονες σε προγενέστερα στάδια. Ο αστερισμός της λεμφοπενίας και το πνευμονικό οίδημα παρατηρούνταν σε υγιείς νέους και ενήλικες κατά την διάρκεια της πανδημίας του 1918 σε αντίθεση με τις πανδημίες του 1957 και 1968.

Όλα αυτά τα χρόνια, οι ιστορικοί έχουν δώσει όλο και μεγαλύτερη προσοχή στην πανδημία του 1918. Οι Patterson και Pyle's (1991) ανέφεραν την σύγχρονη εκτίμηση των 30 εκατομμυρίων θανάτων σε όλο τον κόσμο αυτής της πανδημίας, προσπάθησαν να συγκεντρώσουν τα στοιχεία θνησιμότητας από την περιοχή και τη χώρα. Παρά τα όσα αναφέρονται σχετικά με τις τεράστιες επιπτώσεις της πανδημίας

στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Patterson και Pyle's(1991) αναφέρουν πως «τα υψηλότερα ποσοστά θανάτου είναι κατά κανόνα από την Αφρική και την Ασία, και η χαμηλότερη από τη Βόρεια Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη». Δεν αποτελεί έκπληξη, πως τα φτωχά στρώματα του πληθυσμού υποφέρουν περισσότερο από ό, τι τα πιο εύπορα που έχουν καλύτερη τροφή και στέγη.

Το 1998, ο καθηγητής Χάουαρντ Φίλιπς, στο Τμήμα Ιστορίας στο Πανεπιστήμιο του Κέιπ Τάουν, και ο καθηγητής David Killingray διοργάνωσε ένα συνέδριο, με τίτλο, «Σκέψεις για την ισπανική γρίπη Πανδημία μετά από 80 χρόνια: τα αίτια, η πορεία και οι συνέπειες»,(βλ. <http://www.uct.ac.za/depts/history/conf.htm>). Οι μελέτες που παρουσιάστηκαν σε αυτό το συνέδριο ζωγράφισαν μια εικόνα για τις κοινωνικές επιπτώσεις της γρίπης. Για παράδειγμα στη Βομβάη λήφθηκαν ορισμένα μέτρα αντιμετώπισης της γρίπης συμπεριλαμβανομένου της ίδρυσης ειδικών νοσοκομείων, την οργάνωση εθελοντών ιατρικής υποστήριξης και φιλανθρωπικές συλλογές.

Οι καταστάσεις αυτές που υφίστανται σήμερα, δεν χρειάζονται πολύ φαντασία για να συνειδητοποιήσει κανείς ότι το αποτέλεσμα μιας πανδημίας γρίπης σε ορισμένες από τις φτωχότερες περιοχές του κόσμου θα μπορούσε να είναι τεράστια. Μία προβλέψιμη τραγωδία θα μπορούσε να παρουσιαστεί σε χώρες στις οποίες υπάρχει μεγάλος αριθμός των ατόμων με HIV λοίμωξη (K.D. Patterson,1986).

Επιπλέον, έχουμε ήδη αναθεωρήσει το γεγονός ότι ακόμη και στον πρώτο κόσμο, οι ιατρικές εγκαταστάσεις και οι πόροι που θα ήταν κατά πάσα πιθανότητα δεν επαρκεί για να αμβλύνει τον αντίκτυπο ενός νέου ιού της γρίπης Α και να μολύνει έναν πληθυσμό. Στον 21ο αιώνα, δεν υπάρχει κάποιο εμπόδιο στη διάδοση της μεταφοράς μιας ενδεχόμενης πανδημίας σε όλο τον κόσμο σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι, η μόνη διαφορά μεταξύ τότε και τώρα είναι η κατανόησή μας για καλλιέργεια

της ιολογίας της γρίπης και η ικανότητά μας να προλάβουμε μια πανδημία που θα εξαπλωθεί. Φαίνεται να υπάρχουν πολλές δυνατότητες για να γίνει αυτό. Πρώτον, πρέπει να υπάρχει μια παγκόσμια επιτήρηση για να μην προκύψει μια μόλυνση ανθρώπων. Απαιτεί συνολική οργάνωση και οικονομική στήριξη για να έχουν ένα στενό και αποτελεσματικό δίκτυο παρακολούθησης,(S.C. Schoenbaum,1976).

Οι πανδημίες συχνά αποτελούνται από περισσότερα από ένα κύμα σε μια περίοδο έξαρσης της γρίπης, ή οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες επιδημίες στα επόμενα ένα ή δύο χρόνια, με την εμφάνιση της ενδεχόμενης πανδημίας , οι χώρες πρέπει να εξετάσουν την άμεση παραγωγή ενός εμβολίου, ακόμα κι αν φαίνεται ότι δεν είναι δυνατόν να παράγονται μέσα σε κάποιο χρόνο για να αποτρέψει το πρώτο κύμα επιδημίας (L. Simonsen, M.J. Clarke, L.B. Schonberger, N.H. Arden, N.J. Cox, K. Fukuda,1998).Υπάρχουν τώρα διάφορα αντιαυτά φάρμακα που είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη μόλυνσης της γρίπης ή την τροποποίηση της ασθένειας όταν δίνονται αρκετά νωρίς. Η επόμενη πανδημία θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί, να μπορέσουν να την προλάβουν αν διάθεταν επαρκή εφοδιασμό ενός ή περισσότερων από αυτά τα αντιβιοτικά .

Υπάρχουν σημαντικά διδάγματα για τη σύγχρονη κοινωνία από τις επιπτώσεις της πανδημίας του 1918-1919 και άλλων πανδημιών. Κάποιος μπορεί να κάνει επιτακτική την ανάγκη για ετοιμότητα σε περίπτωση πανδημίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης και εκτέλεσης στρατηγικών για την πρόληψη και για τη βελτίωση της πανδημίας που εξαπλώνεται.

1.2 Γρίπη από τον ιό (H5N1) των πτηνών

Ο ιός της γρίπης των πτηνών τύπου Α (H5N1) προκάλεσε επιδημίες σε πουλερικά και ανθρώπους και δημιούργησε έντονη ανησυχία για την πιθανότητα να προκαλέσει πανδημία στο άμεσο μέλλον. Ο ιός εξαπλώνεται σε περισσότερα είδη ζώων, καθώς και σε περισσότερες χώρες σε διαφορετικές ηπείρους. Αν και η μετάδοσή του από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι προς το παρόν περιορισμένη, υπάρχει πιθανότητα ο ιός να μεταλλαχθεί και να προκαλέσει πανδημία με υψηλή θνητότητα και τεράστιες οικονομικές επιπτώσεις.

Η επιδημία του ιού της γρίπης των πτηνών ξεκίνησε από τις Ασιατικές χώρες, εξαπλώθηκε, πρόσφατα σε πολλές άλλες χώρες και έχει προκαλέσει έντονη ανησυχία για ενδεχόμενη πανδημία στους ανθρώπους. Οι περισσότεροι ιοί της γρίπης βρίσκονται στα πτηνά που αποτελούν το φυσικό ξενιστή τους και μόνο ορισμένοι τύποι κυκλοφορούν μεταξύ των ανθρώπων.

Ο όρος γρίπη των πτηνών, αναφέρεται στον ιό της γρίπης τύπου Α που κυκλοφορεί στα πτηνά και σε ειδικές συνθήκες μπορεί να προκαλέσει νόσο και σε ανθρώπους. Έχουν αναγνωριστεί περισσότερα από 90 είδη υγιών πτηνών που ζουν κυρίως σε υδάτινο περιβάλλον και φέρουν τον ιό για πολλά χρόνια χωρίς να παρουσιάζουν συμπτώματα, αλλά καθώς μεταναστεύουν σε διαφορετικά μέρη μεταφέρουν τον ιό σε μακρινές αποστάσεις, εκκρίνοντάς τον στα περιττώματά τους, ενώ τα ίδια παραμένουν υγιή (Ligon BL,2005).

Όλα τα άλλα είδη πτηνών, όταν μολυνθούν από τον ιό, μπορεί να παρουσιάσουν από ήπια συμπτώματα έως ταχύτατα θανατηφόρο νόσηση, με ποσοστό θνητότητας 100% σε 48 ώρες και υψηλή μεταδοτικότητα (CDC, 2005).Όταν ο ιός μεταδοθεί σε πουλερικά μπορεί να κυκλοφορεί για μικρό χρονικό διάστημα με χαμηλή λοιμογόνο

δράση, έως ότου μεταλλαγεί και να γίνει ιδιαίτερα παθογόνος (World Health Organization,2005).

Από το 1997 υπήρξαν κρούσματα γρίπης των πτηνών σε ανθρώπους στο Hong - Kong που οφείλονταν σε ιό τύπου A (H5N1) (Claas EC, Osterhaus AD, van Beek R, et al.1998). Το γεγονός αυτό σήμανε συναγερμό μεταξύ των επιδημιολόγων, γιατί ο ιός αυτός παρουσίαζε ξεχωριστές ιδιότητες: μπορούσε να μεταδοθεί με απευθείας επαφή από πουλερικά σε ανθρώπους, ήταν καινούργιο αντιγονικά στέλεχος, για το οποίο ο πληθυσμός δεν είχε ανοσία και ήταν θανατηφόρος. Από τις 18 περιπτώσεις ασθενών που αποδείχθηκε ότι οφείλονταν στον ιό, 6 (33%) πέθαναν. Παράγοντας κινδύνου για νόσηση αποτελούσε η έκθεση σε πάσχοντα πουλερικά εντός μίας εβδομάδας πριν τη νόσηση, ενώ δεν αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου η βρώση πουλερικών ή η επαφή με πάσχοντες από τον ιό (H5N1) (Mounts AW, Kwong H, Izurieta HS, et al.1999).Από το 2004 έως και τους τρεις πρώτους μήνες του 2005, νέες περιπτώσεις γρίπης H5N1 καταγράφηκαν σε 9 Ασιατικές χώρες: Κίνα, Καμπότζη, Νότια Κορέα, Ινδονησία, Ταϊλάνδη, Βιετνάμ, Ιαπωνία, Ινδονησία και Λάος. Πρόσφατα καταγράφηκαν κρούσματα στο Καζακστάν, τη Μογγολία, τη Ρωσία, τη Ρουμανία και την Τουρκία., από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) έχουν καταγραφεί 175 περιστατικά επιβεβαιωμένης λοίμωξης σε ανθρώπους, από τους οποίους 96 πέθαναν (World Health Organization,2006).

Τα ανησυχητικά χαρακτηριστικά αυτών των επιδημικών εξάρσεων ήταν η υψηλή θνητότητα (περίπου 60%), που για παιδιά μικρότερα των 15 ετών ήταν ακόμη υψηλότερη (89%). Τα περισσότερα περιστατικά αφορούσαν σε νέους και παιδιά χωρίς ιστορικό προηγούμενης νόσου (Beigel JH, Farrar J, Han AM, et al.2005). Ανάλυση του γονιδιώματος του ιού (H5N1) έδειξε ότι δεν ήταν ανθρώπινος ιός που είχε υποστεί μετάλλαξη, αλλά ήταν ιός της γρίπης των πτηνών, που η μετάλλαξη

μόνο 2 αμινοξέων στην αιμοσυγκολλητίνη (HA) τον κατέστησε ικανό να αναγνωρίζει υποδοχείς ανθρώπινων κυττάρων. Ο ιός ήταν πολύ μεταδοτικός μεταξύ των πουλερικών, αλλά είχε μικρή μεταδοτικότητα μεταξύ των ανθρώπων, αφού μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί μόνο σποραδικές περιπτώσεις ενδοοικογενειακής μετάδοσης του ιού και μία πιθανή περίπτωση μετάδοσης από μητέρα σε παιδί. Η απλή κοινωνική επαφή δε φαίνεται να ήταν αρκετή για τη μετάδοση του ιού, ακόμη και σε ιατρικό προσωπικό που ήρθε σε επαφή με ασθενείς χωρίς να ληφθούν προφυλακτικά μέτρα. Με δεδομένο ότι ο ιός μπορεί να επιβιώσει στο περιβάλλον, θεωρητικά θα μπορούσε να μεταδοθεί και από μολυσμένα αντικείμενα, από πόση μολυσμένου νερού, ακόμη και από κόπρανα μολυσμένων πουλερικών που χρησιμοποιούνται ως λίπασμα.. Υπολογίζεται ότι περισσότερα από 100 εκατομμύρια πουλερικά και πτηνά πέθαναν ή θανατώθηκαν κατά την προσπάθεια να ελεγχθεί ο ιός, ενώ σε ορισμένες χώρες έγινε και εμβολιασμός των πουλερικών. Παρόλα τα μέτρα, πολλοί επιδημιολόγοι πιστεύουν ότι ο ιός συνεχίζει να κυκλοφορεί στα πτηνά σε αυτές τις περιοχές (Bartlett JG, Hayden FG,2005).

Το φάσμα της κλινικής συμπτωματολογίας που προκαλεί λοίμωξη με τον ιό της γρίπης των πτηνών (H5N1) είναι ευρύ και περιλαμβάνει από περιπτώσεις με ήπια κλινική εικόνα (Apisarnthanarak A, Kitphati R, Thongphubeth K, et al,2004), έως σοβαρή με θανατηφόρο έκβαση. Οι περισσότεροι ασθενείς που νόσησαν με γρίπη των πουλερικών ήταν ενήλικες και παιδιά χωρίς ιστορικό προηγούμενης νόσου. Δεν έχει βρεθεί γιατί νεαρά άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαισθησία στον ιό. Η νόσος χαρακτηρίζεται από οξεία εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως πυρετός με ρίγος που συνοδεύεται από κακουχία και κεφαλαλγία και συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα.

Μαζικός εμβολιασμός για το συγκεκριμένο στέλεχος του ιού αποτελεί την πιο αποτελεσματική τακτική για αντιμετώπιση πιθανής επιδημίας. Το κοινό εμβόλιο της γρίπης δεν προφυλάσσει από τον ιό H5N1. Η παρασκευή εμβολίου, όμως είναι προβληματική για το συγκεκριμένο ιό, καθώς είναι ιδιαίτερα θανατηφόρος για έμβρυα πουλερικών που χρησιμοποιούνται για καλλιέργεια των στελεχών των υπολοίπων εμβολίων γρίπης. Γίνονται προσπάθειες για την παρασκευή εμβολίου με μεθόδους γενετικής μηχανικής, αλλά ακόμη βρίσκονται σε στάδιο κλινικών δοκιμών.

Όλα αυτά που αναφέραμε σχετικά με τον ιό H5N1 απαιτείται προετοιμασία και επαγρύπνηση, καθώς δεν μπορεί να υπάρξει απόλυτη πρόβλεψη για το πώς, πότε και που μπορεί να ξεκινήσει επιδημία από τον ιό της γρίπης και ποια μπορεί να είναι η εξέλιξη της. Υπολογίζεται ότι σε περίπτωση πανδημίας θα μπορούσαν να υπάρξουν στην καλύτερη περίπτωση 2-7 εκατομμύρια νεκροί, με δεκάδες εκατομμύρια να χρειάζονται ιατρική περίθαλψη (World Health Organization,2005). Έως ότου υπάρξει αποτελεσματικό εμβόλιο, χρειάζεται συντονισμός σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, τόσο όσον αφορά στην προμήθεια αντικών φαρμάκων, όσο και για την προετοιμασία των υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για αντιμετώπιση ενδεχόμενης επιδημίας.

1.3 Η γρίπη των χοίρων:

Η γρίπη των χοίρων είναι μια οξεία ίωση του αναπνευστικού συστήματος των χοίρων που προκαλείται από ιό της γρίπης τύπου Α. Η θνητότητα είναι χαμηλή στους χοίρους και αυτά αναρρώνουν σε 7-10 ημέρες. Ιοί της γρίπης που προέρχονται από χοίρους βρίσκονται σε άγρια πουλιά, οικόσιτα πουλερικά, άλογα και ανθρώπους αλλά μετάδοση στο ίδιο το είδος θεωρείται σπάνια. Μέχρι στιγμής έχουν εντοπιστεί τρεις υπότυποι του ιού Α σε χοίρους, H1N1, H1N2 και H3N2 (<http://www.scribd.com>).

Ασθένειες σε ανθρώπους από τη γρίπη των χοίρων έχουν εντοπιστεί περιστασιακά από τα τέλη της δεκαετίας του '50, συνήθως σε άτομα που είχαν απευθείας έκθεση σε χοίρους (χοιροτρόφους, εργαζόμενους σε φάρμες χοίρων κ.λπ.). Στην Ευρώπη από το 1958 έχουν αναφερθεί συνολικά 17 περιστατικά.. Στις ΗΠΑ έξαρση κρουσμάτων γρίπης των χοίρων εντοπίστηκε σε νεοσύλλεκτους στο στρατόπεδο Fort Dix, New Jersey το 1976, χωρίς όμως επιβεβαίωση επαφής τους με χοίρους. Αντίθετα παρουσιάστηκε εκτεταμένη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο με περισσότερους από 200 ασθενείς, 12 εισαγωγές σε νοσοκομείο και ένα θάνατο.

Τα συμπτώματα είναι συνήθως παρόμοια με αυτά της εποχιακής γρίπης, με ξαφνική εμφάνιση πυρετού και συμπτωμάτων του αναπνευστικού συστήματος. Μπορεί ακόμα να παρατηρηθεί διάρροια. Συνήθως η γρίπη των χοίρων μεταδίδεται με απευθείας επαφή ή στενή επαφή με χοίρους. Δευτερογενής μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο έχει περιγραφεί αλλά είναι πολύ σπάνια. Αυτός ο ιός δεν μεταδίδεται με τη βρώση χοιρινού κρέατος ή προϊόντων χοιρινού κρέατος .

Ο ιός ο οποίος έχει εντοπιστεί στις ΗΠΑ και το Μεξικό είναι ευαίσθητος στους αναστολείς της νευραμινιδάσης αλλά ανθεκτικός στις αμανταδίνες . Ο ιός αυτός μπορεί να προσβάλλει τόσο τους χοίρους, όσο και τον άνθρωπο και τα πτηνά, αλλά

έχει την δυνατότητα να μεταδοθεί και από άνθρωπο σε άνθρωπο (Δημοπούλου Ειρήνη,2009).

Η ΠΟΥ στο Global Influenza Preparedness Plan the World Health Organisation (WHO) έχει καθορίσει έξι φάσεις ετοιμότητας για πανδημία και η αρμόδια επιτροπή Επείγουσας Κατάστασης του Οργανισμού σε επείγουσα συνάντηση της 25ης Απριλίου 2009 έκρινε πως απαιτείται η συλλογή επιπλέον στοιχείων που αφορούν τα κλινικά, επιδημιολογικά και ιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου για να αξιολογηθεί πλήρως η κατάσταση και να δοθεί συμβουλή του προς το Διευθυντή της ΠΟΥ για αλλαγή φάσης. Στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες για αναβάθμιση της ετοιμότητας για αντιμετώπιση πιθανής πανδημίας και όλες οι χώρες-μέλη έχουν ένα σχέδιο δράσης για αντιμετώπιση πιθανής πανδημίας γρίπης (<http://www.moh.gov.cy>)

1.4 Η νέα γρίπη (H1N1)v στο μικροσκόπιο

Στις αρχές του περασμένου Μαρτίου, ένας ιός της γρίπης κάνει την εμφάνιση του σε Μεξικό και ΗΠΑ. Λίγες εβδομάδες αργότερα, διαπιστώνεται ότι ανήκει στην οικογένεια των ιών γρίπης τύπου Α και στην υποκατηγορία H1N1.Είναι ένας νέος ιός ο οποίος δεν έχει απομονωθεί ποτέ ξανά (Ρ.Τσουλέα 2009). Το επιστημονικό όνομα του ιού είναι A/California/7/2009 (H1N1)v, ενώ για συντομία ονομάζεται και «πανδημικός A(H1N1) 2009» ή «A(H1N1)v» και πρέπει να διαφοροποιείται από τον κοινό H1N1 εποχιακό ιό. Το κοινό όνομα «γρίπη των χοίρων» οφείλεται στο γεγονός ότι εργαστηριακές μελέτες έδειξαν αρχικά ότι πολλά γονίδια του νέου ιού είναι όμοια με αυτά των ιών που προκαλούν γρίπη στους χοίρους στην Βόρεια Αμερική. Περαιτέρω ειδικές γονιδιακές αναλύσεις έδειξαν ότι πρόκειται για τετραπλό ικό γενετικό ανασυνδυασμό: ο ιός φέρει στοιχεία γονιδίων από γρίπη των χοίρων της

Βόρειας Αμερικής, από γρίπη πτηνών της Βόρειας Αμερικής, από γρίπη των ανθρώπων και από γρίπη χοίρων ευρωασιατικής προέλευσης (Trifonov et al., 2009).

Δεν είναι η πρώτη φορά που εντοπίζονται τέτοιου είδους σύνθετοι ιοί. Τα τελευταία χρόνια, σποραδικά ανιχνεύονται περιπτώσεις ανθρώπων που μολύνονται με ιούς γρίπης των χοίρων, ενώ παλαιότερα κυκλοφορούσαν σε χοίρους των ΗΠΑ ιοί γρίπης που έφεραν γονίδια από ιούς πτηνών, ανθρώπων και χοίρων. Εντούτοις, οι περιπτώσεις εκείνες ήταν μεμονωμένες, καθώς οι «μεικτοί» ιοί δεν μεταδίδονται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο (Ρ. Τσουλέα 2009)

Ο νέος ιός κάνει ακριβώς το αντίθετο: μεταδίδεται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο, γεγονός που υποδηλώνει ότι από την στιγμή που πέρασε στους ανθρώπους και μετά, προσαρμόστηκε όσο χρειαζόταν για να μετατραπεί σε ανθρώπινο ιό. Το πόσο γρήγορα μεταδίδεται μεταξύ των ανθρώπων το συνειδητοποίησαν πολύ νωρίς. Μέσα σε 25 ημέρες από την στιγμή που εντοπίστηκε στην αμερικανική ήπειρο είχε φτάσει στη Ευρώπη, ενώ μέσα σε δύο μήνες εξαπλωνόταν ραγδαία σε ΗΠΑ, Ευρώπη, Αυστραλία, Νότια Αμερική και Ασία.

Αν και οι τάσεις ήταν ενθαρρυντικές, ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) προειδοποίησε ότι πάρα πολλοί άνθρωποι σε όλες τις χώρες εξακολουθούσαν να ήταν ευάλωτοι στη νέα γρίπη. Και επισήμανε ότι ακόμα κι αν συνεχιστεί, η τάση της νέας νόσου θα είναι ήπια, οι συνέπειες της θα είναι σοβαρές όταν αρρωστήσουν μαζικά οι πολίτες. Μια από τις συνέπειες ήταν η κατακόρυφη αύξηση της ζήτησης για Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, η οποία μπορούσε να «γωνατίσει» τις εντατικές ή ακόμα να διαταράξει τη διαθεσιμότητα τους για άλλες νόσους. Από την ημέρα της ανακοίνωσης του ΠΟΥ της πανδημίας, ο νέος ιός συνέχισε να εξαπλώνεται, και πλέον διπλάσιος αριθμός χωρών αναφέρουν κρούσματα. Στο νότιο ημισφαίριο έχει αρχίσει η συνηθισμένη εποχιακή γρίπη και εκεί οι χώρες αναφέρουν πως ο νέος ιός

εξαπλώνεται και προκαλεί κρούσματα παράλληλα με τους συνηθισμένους εποχιακούς ιούς (CDC,2009,βλ.βιβλιογραφία).Το κανονικό πρώτο κύμα της πανδημίας υπολογιζόταν ότι θα αρχίσει το φθινόπωρο και θα εξελιχθεί κατά την διάρκεια του χειμώνα. όπως και έγινε.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό κέντρο Ελέγχου Ασθενειών (ECDC),από την πρώτη στιγμή που εμφανίστηκε ο ιός A(H1N1)v, οι επιστήμονες ήταν σχεδόν βέβαιοι ότι : θα μεταδίδεται με τον γνωστό τρόπο, δηλαδή με τα σταγονίδια από τον βήχα και το φτάρνισμα, με άμεση ή έμμεση επαφή με αυτά. Θα έχει λίγο διαφορετική περίοδο επώασης και θα είναι μεταδοτικός έως ότου υποχωρήσουν πλήρως τα συμπτώματα. Τα πιο αποτελεσματικά μέτρα εναντίον του θα είναι τα μέτρα προσωρινής υγιεινής (ECDC,2009).

Άγνωστο παραμένει πόσοι άνθρωποι ακριβώς θα αρρωστήσουν, πόσοι θα χάσουν την ζωή τους και πόσο σοβαρή θα είναι η πανδημία. Τα καλά νέα είναι πως με βάση όλες τις μελέτες που έχουν γίνει έως τώρα ,ο νέος ιός A (H1N1)v είναι απίθανο να μετατραπεί σε «σούπερ ιό» που θα σκοτώνει μαζικά εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους. Ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ Dr. Marc Lipsitch στις 16 Σεπτεμβρίου 2009 δήλωσε πως «η νέα γρίπη έχει χαμηλότερη θνησιμότητα απ' ότι αρχικά εκτιμήθηκε». Από τα στατιστικά στοιχεία συμπεραίνουμε πως η τρέχουσα επιδημία είναι κατηγορίας 1, όπως δηλαδή και η εποχιακή γρίπη, και το ευχάριστο γεγονός είναι, πως είναι ήπια στα παιδιά (Reuters, 2009).

Κανείς δεν ξέρει με βεβαιότητα αν θα υπάρξει δεύτερο κύμα, ούτε αν όντως θα διαρκέσει 12-18 μήνες που είναι οι αρχικές εκτιμήσεις ή θα μας συνοδεύσει τελικά για μερικά χρόνια.

Τα στοιχεία από την έως τώρα πορεία της πανδημίας έχουν επιτρέψει να εντοπιστούν ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν αλλά και να πεθάνουν από την νέα γρίπη, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ,οι έγκυοι μολύνονται από τον νέο ιό της γρίπης και διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Τα διεθνή στοιχεία δείχνουν πως ποσοστό 6% έως 13% όσων πεθαίνουν από τη νέα γρίπη, είναι έγκυοι (Vaccine,2009).Επίσης οι καπνιστές αποτελούν κύριο παράγοντα κινδύνου για βαριά νόσο και θάνατο από τη νέα γρίπη, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και παχυσαρκία αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρής και μοιραίας νόσου.Περίπου το 40% των ατόμων που αρρώστησαν βαριά ή πέθαναν από τη νέα γρίπη ήταν νέοι και κατά τα άλλα υγιείς.

Η πανδημική γρίπη, παρότι εκτιμάται ότι θα είναι ήπια για τη συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων που θα προσβάλει, για κάποιους θα αποδειχθεί σοβαρή ή ακόμη και απειλητική για τη ζωή. Επειδή κανείς δεν μπορεί να προβλέψει αν θα ανήκει στους πολλούς ή στους ελάχιστους, πρέπει όλοι να λαμβάνουν ορισμένα μέτρα, τόσο για να αποφύγουν κατά το δυνατόν τη μόλυνση όσο και για να διαφυλάξουν την υγεία τους, αν αρρωστήσουν (ΚΕΕΛΠΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων),2009).

1.5 HIV/AIDS

Η μόλυνση από HIV(Human Immunodeficiency Virus) και η συνακόλουθη ανάπτυξη του AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome,Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας) αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που διαφέρει από όσες εξετάσαμε μέχρι στιγμής. Είναι μια μάλλον νέα ασθένεια, άγνωστη παλαιότερα, είναι μεταδοτική, καθώς οφείλεται σε ένα νέο ιό (HIV), η μετάδοση της σχετίζεται άμεσα με την ανθρώπινη συμπεριφορά ,ενώ η νόσηση συνοδεύεται συχνά από ενοχές και κοινωνικό στιγματισμό.

Το HIV/AIDS πλήττει πλέον άτομα από κάθε κοινωνικό και δημογραφικό επίπεδο, αν και επικεντρώνεται περισσότερο στα χαμηλότερα επίπεδα (Brook,Dale,Tomlinson, Waterworth , Daniels & Forster,2001).Αποτελεί μια παγκόσμια επιδημία (πανδημία), που πλήττει όμως πολύ περισσότερο τις φτωχές χώρες της Αφρικής και της Ασίας.

Οι Ironson, Rabin και Schneiderman (2002), ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία, διαπίστωσαν ότι υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες, ειδικά όταν συνδυάζονται με άλλες αρνητικές μεταβλητές π.χ, χαμηλές προσδοκίες σχετίζονται με ταχύτερη πρόοδο της μόλυνσης.

Επιπλέον τρεις πολύ σημαντικές μακροχρόνιες έρευνες (Ickovics, Hamburger, Valhow, Schoenbaum, et al.2001,Leserman, Petitto,Golden, Gaynes et al.,2000, Mayne, Vittinghoff, Chesney, Barrett & Coates,1996), ανέδειξαν μια σαφή σχέση μεταξύ ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως : η ύπαρξη κατάθλιψης ή οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το άτομο αφενός και προόδου της ασθένειας και θνησιμότητας αφετέρου ,ακόμα και μετά τον έλεγχο παραγόντων, όπως: χαρακτηριστικά προσωπικότητας, χρήση ουσιών, θεραπεία και κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Η χρόνια κατάθλιψη φάνηκε, μάλιστα, να σχετίζεται με διπλάσιο αριθμό θανάτων (Ickovics et al .,2001).Κατά τους Ironson et al.,(2002) κάποιοι παράγοντες μπορούν σαφώς να προβλέψουν την πρόοδο της ασθένειας (π.χ κατάθλιψη, στρεσογόνες καταστάσεις κ.α) ενώ για κάποιες άλλες μεταβλητές, όπως για την κοινωνική υποστήριξη, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι προς το παρόν μεικτά.

Ο φόβος που προκαλεί μια διάγνωση HIV/AIDS σε ένα άτομο, η ανησυχία για τις αντιδράσεις των οικείων και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, η δυσφορία που προκαλούν οι μορφολογικές αλλαγές και οι λοιπές συνέπειες, δημιουργούν έντονα αρνητικά συναισθήματα και υψηλή φόρτιση στους φορείς του HIV (Flaskerud, 1988),ενώ οι κύκλοι ύφεσης και έξαρσης των ασθενειών που σχετίζονται με το AIDS μπορούν να προκαλέσουν συναισθήματα αβοηθησίας και απελπισίας. Τα άτομα με HIV/AIDS αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών στρεσογόνων καταστάσεων, οι οποίες προκαλούν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις. Τα παραπάνω στοιχεία και το γεγονός ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με ταχύτερη εξέλιξη της ασθένειας και με μικρότερο χρόνο επιβίωσης, καθιστούν πραγματική ανάγκη την ψυχολογική αντιμετώπιση της.

Κάθε μολυσματική ασθένεια προκαλεί φόβο, ειδικά όταν αυτή είναι θανατηφόρα και ο τρόπος μετάδοσης σχετίζεται με συμπεριφορές που προκαλούν τα κοινωνικά ταμπού, όπως συμβαίνει με το HIV/AIDS. Οι ασθενείς ,οι οικείοι τους και οι οικογένειες τους συχνά στιγματίζονται (Flaskerud,1988).Κατά συνέπεια πολλοί φορείς διερωτώνται εάν θα πρέπει να εκμυστηρευτούν την κατάσταση της υγείας τους και σε ποιον. Πολλοί το αποκρύβουν από φόβο που τους προκαλεί το ενδεχόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Για πολλές οικογένειες, η ανακοίνωση της διάγνωσης για ένα σύντροφο, παιδί ή σύζυγο συμπίπτει την αιφνιδιαστική διαπίστωση ότι ο φορέας είναι χρήστης ουσιών ή ομοφυλόφιλος ή ότι διατηρεί

παράλληλες σχέσεις. Επίσης οι σύντροφοι φοβούνται ότι έχουν ήδη μολυνθεί και οι ίδιοι. Αυτοί οι λόγοι οδηγούν στην ανάπτυξη έντονων αρνητικών συναισθημάτων, όπως θυμού, τα οποία σε συνδυασμό με τον κοινωνικό στιγματισμό μπορεί να οδηγήσει σε εγκατάλειψη του φορέα. Οι αντιδράσεις αυτές οφείλονται όχι μόνο στο φόβο που προκαλεί ο κίνδυνος μετάδοσης, αλλά και ως μέσο έκφρασης της αποδοκιμασίας προς συμπεριφορές που σχετίζονται με τη μόλυνση και που δεν είναι αρεστές ή αποδεκτές.

Οι κοινωνικές διακρίσεις και οι συνακόλουθες δυσκολίες στη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας αποτελούν, μεταξύ άλλων, κύρια εμπόδια στην επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής όπως με σαφήνεια έδειξε μια έρευνα του Heckman (2003). Ο φόβος του στιγματισμού, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, μπορεί να αποτρέψει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων από το να κάνουν εξετάσεις στο μέλλον, για να διαπιστώσουν εάν έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Σε κάθε περίπτωση προκαλούνται αρνητικές επιπτώσεις στη διάθεση και τη λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ αναπτύσσονται συναισθήματα προσωπικής υπαιτιότητας, αδικίας, απελπισίας και απροθυμίας για δοκιμή νέων θεραπευτικών σχημάτων. Επιπλέον ο φόβος του στιγματισμού, μπορεί να αποτρέψει μεγάλο ποσοστό ατόμων από το να κάνουν εξετάσεις στο μέλλον, για να διαπιστώσουν εάν έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Θα πρέπει όμως να διατηρηθεί η αίσθηση ότι η πανδημία του HIV/AIDS αποτελεί πραγματικό και επείγοντα κίνδυνο και η ανάγκη για αποτελεσματική αντιμετώπιση του σε κάθε επίπεδο παραμένει μια αναγκαιότητα.

2.Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΩΣ ΠΗΓΗ ΣΤΡΕΣ

Τα τελευταία 20-30 χρόνια δίδεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση στο ρόλο που τα συναισθήματα διαδραματίζουν στην υγεία του ατόμου. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ συναισθημάτων και σωματικής υγείας (όπως και μεταξύ στρες και υγείας) δεν έχει μόνο ερευνητικό ενδιαφέρον, αλλά και κλινικό. Έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένα συναισθήματα όπως το στρες σχετίζονται με την έναρξη και την πορεία αρκετών ασθενειών.

Η προσπάθεια ορισμού της έννοιας του στρες στην επιστήμη δεν είναι εύκολη, χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι ορισμοί ,καθώς αποτελεί μια ευρύτατη αλλά και δύσκολη προσδιοριζόμενη έννοια. Ο όρος «στρες» χρησιμοποιείται περισσότερο γενικά και αναφέρεται σε δυσάρεστα ερεθίσματα, αλλά έχει τρεις τουλάχιστον σημασίες. Πολλοί συγχέουν αυτές τις σημασίες, θεωρώντας ότι το στρες προκαλεί διάφορα μεγάλα προβλήματα ζωής και βιολογικές ασθένειες (Alder Beth,2005).

Το στρες έχει γίνει αντιληπτό κατά τρεις κυρίως τρόπους. Η πρώτη προσπάθεια ορισμού περιγράφει το στρες ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως αντίδραση, δηλαδή του ατόμου σε ένα αρνητικό ερέθισμα. Στρες είναι η ψυχολογική και η σωματική αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα (Selye,1956,Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής).

Η δεύτερη ομάδα ερευνητών περιγράφει το στρες από την προοπτική του ερεθίσματος ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή. Το στρες ορίζεται ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα. Σύμφωνα με τους Elliott και Eisdorfer (1982) υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι στρεσογόνων ερεθισμάτων : α) τα οξέα, χρονικά περιγεγραμμένα ερεθίσματα, β) ερεθίσματα σε διαδοχή, γ) οι χρόνιοι, περιοδικοί στρεσογόνοι παράγοντες και δ) οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες.

Η τρίτη προσπάθεια ορισμού του στρες το περιγράφει ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις. Η μεγάλη αξία της

θεωρίας αυτής έγκειται στο ότι αποδέχεται την ύπαρξη και μιας άλλης διάστασης, αυτής της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Lazarus & Folkman, 1984 Mechanic, 1976). Έτσι, «στρες» δεν είναι μόνο τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, ούτε μόνο οι αντιδράσεις του ατόμου. Είναι μάλλον το αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής του ατόμου με το περιβάλλον του.

2.1 Στρες, Ασθένεια και Υγεία

Το στρες μπορεί να είναι η αιτία μιας ασθένειας, και η αρρώστια μπορεί από μόνη της να είναι στρεσογόνα. Οι χρόνιοι ασθενείς πολύ συχνά νιώθουν πόνο, δυσφορία και κατάθλιψη, αυτούς θα μπορούσαμε να τους περιγράψουμε ως «στρεσαρισμένους». Παρόλα αυτά, οι υγιείς μένουν μερικές φορές έκπληκτοι από το πόσο καλά αντιμετωπίζουν την κατάσταση τους άτομα με μειονεξίες ή ανικανότητες.

Ο Lazarus υποστηρίζει ότι το στρες είναι αποτέλεσμα της αποτυχημένης προσπάθειας μας να αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση. Αυτό δείχνει την ύπαρξη μιας σχέσης ανάμεσα στην αποτυχία αντιμετώπισης μιας κατάστασης και στη βιολογική ασθένεια. Ο πιο πιθανός μηχανισμός είναι η αλλαγή στη φυσιολογία. Εάν κάποιος άνθρωπος είναι ευάλωτος, ίσως αναμένεται ότι μπορεί να αρρωστήσει, είτε από μια σωματική ασθένεια είτε από μια ψυχική νόσο.

Όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι, προσπαθούν να βρουν μια αιτία για την ασθένεια τους. Αυτή η διεργασία είναι γνωστή ως απόδοση αιτιών, και με τον ίδιο τρόπο που προσπαθούμε να εξηγήσουμε τα συναισθήματά μας προσπαθούμε επίσης να βρούμε τις αιτίες των ασθενειών μας. Το πιο συνηθισμένο ιατρικό μοντέλο είναι εκείνο της «μικροβιακής προέλευσης» της ασθένειας. Σε αυτό αιτίες θεωρούνται τα βακτήρια ή ιοί. Οι βιολογικοί μηχανισμοί της ασθένειας δεν είναι πάντα κατανοητοί, ακόμη και το μοντέλο της μικροβιακής προέλευσης. Πολλά άτομα ζητούν από τους γιατρούς του

αντιβιοτικά για ιογενείς λοιμώξεις όπως γρίπη ,παρά το γεγονός ότι τα αντιβιοτικά είναι αποτελεσματικά μόνο σε ασθένειες που προκαλούνται από βακτήρια.

Δεν είναι δυνατόν να εξηγηθούν όλες οι ασθένειες από μια απλή μικροβιακή θεωρία, γιατί δεν αρρωσταίνουν όλοι οι άνθρωποι όταν εκτεθούν σε ένα ιό. Μερικοί μοιάζουν να είναι πιο ευάλωτοι από άλλους. Γνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την αντίσταση τους στην ασθένεια και το βλέπουμε αυτό όταν επιχειρήσουμε να βρούμε τις αιτίες μιας ασθένειας. Οπότε μερικά άτομα αρρωσταίνουν γιατί έχουν μειωμένη αντίσταση, πράγμα που μπορεί να είναι μια επίπτωση του στρες.

Υπάρχει το ερώτημα που διατυπώθηκε και πριν από δεκαετίες, αν δηλαδή το στρες μπορεί να προκαλέσει φυσιολογικές μεταβολές που είναι υπεύθυνες για την πρόκληση νόσου (Anisman H.,2003 & Selye H.,1936).Υπάρχουν αναφορές ότι το στρες αυξάνει την επιρρέπεια για λοιμώξεις, διότι μειώνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξάνει την τάση προς την αυτοανοσία, η οποία συσχετίζεται με την αύξηση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτά τα δύο αποτελέσματα δεν είναι ασύμβατα μεταξύ τους.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και στρεσογόνων παραγόντων στους οποίους εκτίθεται το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Μελετήθηκαν οικογένειες με παιδιά ηλικίας 1-18 ετών, για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ των λοιμώξεων που προκαλούνται με φυσικό τρόπο από τον ιό της γρίπης και του στρες. Η έλλειψη συνοχής στο πλαίσιο της οικογένειας και η προσαρμοστικότητα διαπιστώθηκε ότι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λοίμωξης (Eskandari F, Webster JI, Sternberg EM.,2003).

Επίσης σε μια άλλη μελέτη εκτέθηκαν υγιείς εθελοντές σε ένα από τους 5 διαφορετικούς ιούς που προκαλούν λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού

συστήματος όπου αποκάλυψε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες και στην τάση για λοιμώξεις και ανάπτυξη συμπτωμάτων κρυολογήματος. Το έντονο στρες και άγχος προανήγγειλαν την πιθανότητα μόλυνσης ή ανάπτυξης γρίπης μετά την μόλυνση από τον ιό (Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP., 1993 & Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP et al. 1940-1944). Έτσι τα υψηλά επίπεδα στρες μπορούν να αυξήσουν την ευπάθεια ενός ατόμου σε λοιμώξεις.

Επίσης, η επιδημία είναι ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός, είναι αναμενόμενο να προκαλεί άγχος σε κάποιο άνθρωπο όταν δεν γνωρίζει ποιες μπορεί να είναι οι συνέπειες. Το άτομο ξαφνικά αντιλαμβάνεται την τρωτότητα του. Επιδημίες όπως η βουβωνική πανώλη, λεπρά και η σύφιλη θεωρούνται οι μεγαλύτερες μάστιγες του ανθρωπίνου πληθυσμού. Μερικές φορές το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται στο 25% μέχρι 60%. (Rice P. 1992). Οι ασθένειες όπως η πανούκλα, ο ιός της γρίπης κεντρίζουν το φόβο των ανθρώπων. Αυτές οι επιθέσεις στην ανθρωπινή υγεία δεν μπορούσαν να περάσουν απαραίτητες. (Danielle Ofri, M.D., Ph.D., (2009). Με την περίπτωση της γρίπης H1N1, τα αυξανόμενα κρούσματα του νέου τύπου ιού της γρίπης H1N1 και ο παγκόσμιος χαρακτήρας που έχει λάβει η νόσος αυτή έχουν προκαλέσει ανησυχία στη διεθνή κοινότητα. Ο φόβος για την εξάπλωση του ιού και η ανακοίνωση πως σχολεία και τάξεις πρέπει να κλείσουν προκαλούν ανησυχία στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς και στα παιδιά. Ένα άτομο που μπαίνει σε αυτή τη διαδικασία διακατέχεται από συναισθήματα, ανησυχίας και αβεβαιότητας, συναισθήματα αδυναμίας για καταστάσεις που δεν μπορεί να ελέγξει, ένταση, οξυθυμία, κούραση κ.α.

Εκτός από αυτά τα ποσοστά μόλυνσης που αναφέραμε πιο πάνω φαίνεται να υπάρχουν αντίστοιχα και ίσως μεγαλύτερα ποσοστά συναισθηματική αντίδρασης η λεγομένη συναισθηματική επιδημιολογία. Για παράδειγμα η επιδημία του Aids το

άτομο συνήθως βιώνει έντονες αλλαγές στο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο του ασθενούς. Οι Landis, Earp και Koch (1992) στα πλαίσια ενός προγράμματος εξέτασης , από τα άτομα που βρέθηκε ότι ήταν φορείς το 46% δεν επέστρεψαν να πάρουν τις εξετάσεις τους και μονό το 10% ενημέρωσαν τους οικείους του για το γεγονός. Γενικά τα ψυχιατρικά προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο προκύπτουν από τις συνέπειες της ίδιας της νόσου στους πάσχοντες και από το φόβο της νόσου στα υγιή άτομα. (Rice P. 1992).

Επίσης με την επιδημία HIV/AIDS οι Ironson, Bablin και Schneiderman (2002), διαπίστωσαν ότι υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες, ειδικά όταν συνδυάζονται με άλλες αρνητικές μεταβλητές π.χ χαμηλές προσδοκίες σχετίζονται με ταχύτερη πρόοδο της μόλυνσης.

Ο φόβος που προκαλεί μια διάγνωση HIV/AIDS σε ένα άτομο, η ανησυχία για τις αντιδράσεις των οικείων και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, η δυσφορία που προκαλούν οι μορφολογικές αλλαγές και οι λοιπές συνέπειες, δημιουργούν έντονα αρνητικά συναισθήματα και υψηλή φόρτιση στους φορείς του HIV(Flaskerud,1988), ενώ οι κύκλοι ύφεσης και έξαρσης των ασθενειών που σχετίζονται με το AIDS μπορούν να προκαλέσουν συναισθήματα αβοηθησίας και απελπισίας. Τα άτομα με HIV/AIDS αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών στρεσογόνων καταστάσεων, οι οποίες προκαλούν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις.

Έχει αναπτυχθεί μια μεγάλη σειρά προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση ή διαχείριση του στρες. Έχουν σχεδιαστεί προγράμματα για να προσφέρουν χαλάρωση και βελτιωμένες ικανότητες αντιμετώπισης του στρες έτσι ώστε η κατάσταση του ατόμου να μην επιδεινώνεται (Ginsberg A, Price S, Ingram D et al., 1996 & Gruber B, Hall N, Hersh S et al., 1988).

3.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Το στρες προκύπτει στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μια ασυμφωνία ή αντίφαση, πραγματική ή φανταστική ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα αποθέματα, βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά, που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει στρες.

Ο Lazarus και η Folkman (1984) καθώς και οι άλλοι συνεργάτες τους (Cohen & Lazarus, 1983 Lazarus & Launier, 1978) διακρίνουν δύο σημαντικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στο βίωμα και στην αντιμετώπιση στρεσογόνων συνθηκών: α) τη γνωστική εκτίμηση της κατάστασης (cognitive appraisal) και β) την προσπάθεια αντιμετώπισης (coping). Αρχικά το άτομο αξιολογεί τη σημασία ενός γεγονότος (π.χ. ενός συμπτώματος) και αποδίδει κάποιο νόημα σε αυτό.

Αυτή η γνωστική εκτίμηση ονομάζεται πρωτογενής εκτίμηση και περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου να απαντήσει σε ερωτήματα όπως : « Τι σημαίνει αυτό το γεγονός; Άραγε απειλούμαι, κινδυνεύω ή θα είμαι καλά;». Η ερμηνεία του γεγονότος ή της κατάστασης μπορεί να αφορά μια από τις τρεις δυνατές εκτιμήσεις : Το γεγονός γίνεται αντιληπτό ως : α) άσχετο και μη σημαντικό για το άτομο, β) θετικό ή ωφέλιμο, με αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει θετικά συναισθήματα, ή γ) ψυχοπιεστικό (στρεσογόνο) και συνοδεύεται από επώδυνα συναισθήματα.

Όταν το γεγονός ερμηνεύεται ως ψυχοπιεστικό, αυτόματα το άτομο το αξιολογεί με έναν από τους ακόλουθους τρόπους : α) ως επίσημο ή βλαβερό, όταν αφορά μια βλάβη ή απώλεια που έχει ήδη υποστεί, β) ως απειλητικό, όταν περικλείει την πιθανότητα βλάβης ή κινδύνου που απειλεί την υγεία ή την ευημερία του ίδιου ή προσφιλών του προσώπων , γ) ως προκλητικό, όταν εμπεριέχει την πιθανότητα απόκτησης κάποιου κέρδους ή οφέλους εν όψει των αντίξοων συνθηκών που

αντιμετωπίζει. Η γνωστική φάση της πρωτογενούς εκτίμησης προσδιορίζει τη φύση και την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει. Έτσι, λοιπόν, η αναγγελία μιας χρόνιας αρρώστιας μπορεί να εκτιμηθεί ως βλάβη, απειλή ή πρόκληση. Ατομικοί παράγοντες που συνδέονται με τις συνθήκες που αντιμετωπίζει το άτομο επηρεάζουν την εκτίμηση ενός ψυχοπαιστικού γεγονότος (Cohen & Lazarus, 1983 Lazarus & Folkman, 1984).

Η δευτερογενής εκτίμηση της κατάστασης περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποθεμάτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προβάλλει η συγκεκριμένη πραγματικότητα. Συνειδητά ή ασυνείδητα θέτει ένα σύνολο ερωτημάτων που αφορούν το κατά πόσο μπορεί να κάνει κάτι για να ξεπεράσει ή να προλάβει κάποιο κακό, εάν θα παρέμβει στο περιβάλλον τροποποιώντας τις στρεσογόνες συνθήκες, εάν θα αποδεχτεί μια κατάσταση, πως θα δράσει, ποιες επιπτώσεις θα έχουν οι ενέργειες του κ.λπ.

Αργότερα, όταν πλέον αντιμετωπίζει την κατάσταση, έχει την τάση να επανεκτιμά τόσο τις συνθήκες οι οποίες μπορεί να έχουν τροποποιηθεί, όσο και τις μεθόδους που χρησιμοποιεί για να τις αντιμετωπίσει (cognitive re-appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984. Folkman et al., 1986. Lazarus, 1993).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) που ενεργοποιεί το άτομο, για να μειώσει το στρες και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπαιστικής κατάστασης, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση προβλήματος (problem-focused coping) και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση συναισθημάτων του (emotion-focused coping).

Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα είτε αυξάνοντας τα αποθέματα του για να τις αντιμετωπίσει (Lazarus& Folkman,1984).Για παράδειγμα, ο άρρωστος ο οποίος μόλις έμαθε ότι πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, ανατρέχει σε ιατρικά βιβλία για να ενημερωθεί για την αρρώστια του και ζητά μια δεύτερη γνώμη πριν δώσει τη συγκατάθεση του στην προτεινόμενη αγωγή.

Το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση συναισθημάτων, όταν νοιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε για να τροποποιήσει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδραση του σ' αυτήν (Lazarus& Folkman,1984)..Για παράδειγμα, ένα άτομο που πάσχει από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να καταφύγει στη χρήση ηρεμιστικών, οινοπνευματωδών ποτών, να αναζητήσει την υποστήριξη των φίλων και συγγενών ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπών την προσοχή του από το ψυχοπιεστικό γεγονός (π.χ. υπερεπενδύει την εργασία του, βλέπει τηλεόραση κ.λπ.).Άλλοτε πάλι χρησιμοποιεί γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψης του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Για παράδειγμα, μπορεί να αρνείται τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας ή μπορεί να εκλογικεύσει την κατάσταση του θεωρώντας ότι « υπάρχουν και χειρότερα πράγματα στη ζωή από την κατάσταση που αντιμετωπίζω» ή επανεκτιμώντας θετικά την κατάσταση σκεπτόμενοι ότι «αν μη τι άλλο, εξαιτίας της αρρώστιας μου έμαθα να απολαμβάνω τις χαρές της ζωής».

Ένα άτομο που βιώνει στρες συχνά ενεργοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος, όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Εφόσον το προσωπικό υγείας στηρίζει τον άρρωστο στη διαδικασία της αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που προβάλλει η ασθένεια είναι σημαντικό να ενθαρρύνει στρατηγικές αντιμετώπισης που αποβλέπουν και στους δύο στόχους.

Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω μερικές από τις συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο όταν βιώνει στρες (Cohen & Lazarus, 1979 Moos & Schaffer, 1986 Srafino, 1990).

-Η λήψη άμεσων μέτρων περιλαμβάνει τις ενέργειες του ατόμου ,για την αντιμετώπιση της κατάστασης που του δημιουργεί στρες .Για παράδειγμα, ο άρρωστος συμβουλευέται το γιατρό, συμμορφώνεται με τις οδηγίες, συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν, δίνει την συγκατάθεση του, αλλάζει γιατρό όταν δεν τον εμπιστεύεται κ.λπ. Ακόμα και η δραστηριοποίηση σε τομείς που δεν έχουν καμία σχέση με το πρόβλημα της υγείας μπορούν να λειτουργήσουν εποικοδομητικά στην αντιμετώπιση της κατάστασης, καθώς επιτρέπουν την απόσπαση της προσοχής του αρρώστου από τις συνθήκες που του δημιουργούν στρες και συμβάλουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του.

- Η αναζήτηση πληροφοριών επιτρέπει στο άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Η στρατηγική αυτή άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Για παράδειγμα μια γυναίκα που πληροφορείται ότι έχει καρκίνο του μαστού ζητά πληροφορίες σχετικές με τις υπάρχουσες εναλλακτικές θεραπείες, πριν δώσει τη συγκατάθεση της (επίλυση προβλήματος), ή /και ζητά μια δεύτερη και ιατρική γνώμη για να βεβαιωθεί ότι παίρνει τις σωστές αποφάσεις και για να είναι

ήσυχη με τη συνείδηση της « ότι έκανε ότι περνούσε από το χέρι της» (ρύθμιση των συναισθημάτων).

- Αντίστοιχα, η αναζήτηση υποστήριξης μπορεί να χρησιμεύσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν, για παράδειγμα, μια ασθενής που βιώνει στρες αναζητά τη συντροφιά και ηθική συμπαράσταση μιας φίλης. Μπορεί όμως να χρησιμεύσει και στην επίλυση του προβλήματος, όταν για παράδειγμα, η ίδια ασθενής ζητά από κάποιον συγγενή να αναλάβει τις μητρικές υποχρεώσεις της όσο εκείνη νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

- Η συναισθηματική εκτόνωση αποβλέπει κυρίως στη ρύθμιση των συναισθημάτων και περιλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, τις φωνές, το κάπνισμα, την άθληση, τη χρήση τοξικών ουσιών κ.λπ.

- Οι ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας μέσω των οποίων το άτομο τροποποιεί την αντίληψη του για την ψυχοπιεστική κατάσταση και μ'αυτό τον τρόπο μειώνει το στρες που προκαλεί. Γνωστικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η απώθηση, η διανοητικοποίηση, η εκλογίκευση και άλλες αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Όσο πιο αδύναμο θεωρεί ένα άτομο τον εαυτό του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση κ.λπ.), τόσο περισσότερο καταφεύγει στη χρήση παρόμοιων στρατηγικών.

Μερικές από τις προαναφερθείσες στρατηγικές εστιάζονται στο πρόβλημα, ενώ άλλες ενθαρρύνουν την αποφυγή του. Και οι δύο προσεγγίσεις μπορεί να αποβούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας, ανάλογα με τη χρονική στιγμή κατά την οποία εφαρμόζονται κατά την διάρκεια τους. Σύμφωνα με τον Suls και τη Fletcher (1985) που ανέλυσαν μια σειρά ερευνών, οι στρατηγικές αποφυγής για την αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου κατάστασης μπορούν να παίξουν ένα ευεργετικό ρόλο μόνο βραχυπρόθεσμα. Για παράδειγμα, στη φάση της διάγνωσης

μιας απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, η άρνηση της πραγματικότητας μπορεί να είναι προσωρινά αποτελεσματική. Όμως με την πάροδο του χρόνου οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα υγείας συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη προσαρμογή του ατόμου.

Ο Lazarus και Folkman (1984) αντιμετωπίζουν τις στρατηγικές ως μια διαδικασία εξέλιξης και αλλαγής. Πιστεύουν πως αποτελεσματικότερες στρατηγικές για τη μείωση του στρες είναι οι ευέλικτες. Τα άτομα που χρησιμοποιούν πιο πολύ ευέλικτες στρατηγικές, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν με επιτυχία κάθε γεγονός ή κατάσταση.

3.1 ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ένα όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών το οποίο εστιάζεται στο ψυχολογικό στρες (Giacobbì, Tuccitto, & Frye, 2007). Το ενδιαφέρον αυτό είναι δικαιολογημένο, καθώς το ψυχολογικό στρες ενοχοποιείται για ένα πλήθος ασθενειών, όπως η καρδιακή νόσος, επιδημία, ο καρκίνος, η μειωμένη αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος σε διάφορες παθολογίες και σχετίζεται με μια όχι και τόσο καλή ποιότητα ζωής, που οδηγεί σε αυξανόμενους ρυθμούς κατάθλιψης και αυτοκτονιών και με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Giacobbì et al., 2007) και επίσης διάφορα ερεθίσματα άγχους ευθύνονται για ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας όπως, επιθετική συμπεριφορά, ανησυχία (Kraag, Zeegers, Kok, Hosman, & Abu-Saad, 2006).

Για την αντιμετώπιση του στρες, τα άτομα χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης και διάφορους τρόπους που θα τα βοηθήσουν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι στρατηγικές αυτές παίζουν ένα πολύ μεγάλο και

σημαντικό ρόλο στο να καθορίσουν τη φύση και το βαθμό του στρεσογόνου ερεθίσματος (Vigil, 2000).

Μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες ήταν η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα, καθώς αποτελέσματα ερευνών σε ενήλικες αναφέρουν ότι αυτή μπορεί να μειώσει τις ψυχολογικές επιδράσεις καθημερινών ερεθισμάτων άγχους (Norris, Carroll, & Cochrane, 1992), ενώ άτομα με χαμηλό επίπεδο φυσικής κατάστασης φαίνεται να πιέζονται περισσότερο από ερεθίσματα άγχους, σε σχέση με αυτά με καλή φυσική κατάσταση (Keller, & Seraganian, 1984).

Διάφορες αναφορές έχουν συσχετίσει τη συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα με την καλή ψυχολογική κατάσταση και τη μείωση του στρες (Schnohr, Kristensen, Prescott, & Scharling, 2005), ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Brown και Lawton (1986), το στρες είχε μια όλο και λιγότερη εξασθενημένη επίδραση στη φυσική και συναισθηματική υγεία μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν συχνή συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα. Οι Brown και Siegal (1988), βρήκαν ότι η αρνητική επίδραση του στρες στην υγεία μειώθηκε, καθώς αυξήθηκε το ποσό του χρόνου συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα.

Η Kull (2002), εστιάζεται στο γεγονός ότι οι φυσικά δραστήριες γυναίκες είχαν καλύτερη ψυχική υγεία, χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, χαμηλότερο καθημερινό αντιλαμβανόμενο στρες, ενώ ανέφεραν ότι θεωρούν τον εαυτό τους πιο ικανό να αντιμετωπίσει επιτυχώς ερεθίσματα άγχους. Επιπλέον φαίνεται να βοηθά και η άσκηση, που γενικά θεωρείται ότι έχει θετικά οφέλη για την καλή ψυχολογική υγεία, τα οποία έχουν αναφερθεί και σε άτομα με υψηλά επίπεδα στρες (Stephoe, Edwards, Mores, & Mathews, 1989). Έχει επίσης φανεί ότι η συμμετοχή σε άσκηση και σε φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι αποτελεσματική για την ψυχική και την ψυχολογική υγεία, καθώς σπουδαστές που παράλληλα ήταν και εν ενεργεία αθλητές,

ανέφεραν λιγότερο αντιλαμβανόμενο στρες, περισσότερη ικανότητα να χρησιμοποιούν επιτυχώς προσαρμοσμένες στρατηγικές αντιμετώπισής του, αντιμετωπίζοντας ερεθίσματα άγχους και βιώνοντας λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα που σχετίζονται με το στρες, σε σύγκριση μη αθλητές σπουδαστές (Nguyen et al., 2006).

Το στρες έχει αναγνωριστεί ευρέως σαν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας, είναι μέρος της ολοένα και περισσότερο απαιτητικής κοινωνίας, ενώ ερεθίσματα άγχους υπάρχουν καθημερινά στη ζωή. Για την αντιμετώπισή του χρειάζεται η ενεργοποίηση σωστών και αποτελεσματικών στρατηγικών, καθώς, η μετάβαση από το υπερβολικό και αφόρητο στρες στον έλεγχο του, είναι μια ενεργητική διαδικασία που προϋποθέτει την αλλαγή. Προγράμματα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας, σε συνδυασμό και με άλλες τεχνικές και στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν επιτυχώς καθημερινά ερεθίσματα άγχους.

4.ΕΥΠΑΘΕΙΑ

4.1 Ο Ρόλος και ο καθορισμός της ευπάθειας

Πιστεύουμε πως δεν υπάρχει πιο σημαντικός στόχος στην έρευνα της ψυχοπαθολογίας από το να κατανοήσουμε τα αίτια της . Παρόλα αυτά, πιθανότατα να υπάρχουν πολλές υποθέσεις, όπως η κατανόηση της θεωρίας και της έρευνας της ευπάθειας. Είναι δύσκολο να υποθέσουμε έναν πιθανό παράγοντα για να καταλάβουμε το αίτιο μιας διαταραχής, χωρίς να συμπεριληφθεί η εξέταση των διεργασιών που την προκαλούν. Ακόμη περισσότερο, υπάρχει η υπόθεση ότι η προσπάθεια να κατανοήσουμε την ευπάθεια στην ψυχοπαθολογία είναι εν τέλει η προσπάθεια να κατανοήσουμε την ίδια την ψυχοπαθολογία (Rick E. Ingram&Joseph M. Price, 2010).

Ο ρόλος της ευπάθειας σε αυτή την διαδικασία εξηγεί πως ένα άτομο μπορεί από μια κανονική κατάσταση να περάσει σε μια ψυχολογική και εκφράζει τα αίτια, τα οποία είναι υποκειμενικά. Η εμφάνιση μιας διαταραχής ή η εκδήλωση ενός περιστατικού που θα προκαλέσει διαταραχή όπως και η κατανόηση των διεργασιών που εμπλέκονται στην εκδήλωση των διαταραχών, έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των αιτιών της ψυχοπαθολογίας. Από την άποψη της ευπάθειας, τα στοιχεία που αφορούν αυτές τις διαδικασίες δείχνουν στους ερευνητές τους παράγοντες που θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο από τη βίωση μιας διαταραχής.

Η αιτιότητα μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα στο πλαίσιο της ευπάθειας. Η ευπάθεια έχει δύο μορφές, η μία οφείλεται σε παράγοντες που γίνονται εμφανής πριν την έναρξη της διαταραχής και η άλλη σε ακραίους παράγοντες που μπορούν να προκύψουν χρονικά πριν από την εμφάνιση μιας διαταραχής, (Rick E. Ingram&Joseph M. Price, 2010).

Ο όρος ευπάθεια ενσωματώνεται στη ψυχοπαθολογική έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες (Ingram et al.,1998). Παρόλο που η έννοια της ευπάθειας έχει ενσωματωθεί στην έννοια των αιτιών της ψυχοπαθολογίας εδώ και μερικές δεκαετίες δεν έχουμε σαφή ορισμό της δομής και της φύσης της έννοιας της ευπάθειας. Αυτή η συλλογή γνώσεων είναι εφικτή επειδή ευλόγως ξέρουμε την ευπάθεια όταν τη βλέπουμε και επειδή οι ερευνητές μπορούν να προσδιορίσουν αποδεδειγμένα ευπαθείς ομάδες για κάποια μελέτη. Για παράδειγμα τα δεδομένα δείχνουν πως οι άνθρωποι όταν εμφανίζουν μια διαταραχή διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να βιώσουν ακόμα μια διαταραχή και ως εκ τούτου οι ερευνητές μπορούν να συγκεντρώσουν αυτές τις ευπαθείς ομάδες για μελέτη. Οι απλοί ορισμοί για την ευπάθεια αφθονούν. Για το ευρύ κοινό ευπάθεια π.χ. είναι όσοι είναι ευάλωτοι ή ευαίσθητοι σε κάποια θέματα. Αν και πραγματικά περιεκτικοί οι ορισμοί της ευπάθειας, σπάνια μπορεί κάποιος να παραγάγει μια εννοιολογική κατανόηση αυτής της έννοιας σύμφωνα με κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα που έχουν εξεταστεί στη θεωρία και στις έρευνες και επομένως να έχουν σημαντικές ενδείξεις για τη φύση της (Ingram et al.,1998).

Υπάρχει μια συνεχής προσπάθεια να κατανοηθεί η ευπάθεια ως ανθεκτικό γνώρισμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι έρευνες των Zubin & Spring (1977) που προσπάθησαν να ταυτίσουν τον όρο της ευπάθειας με την κατανόηση των αιτιωδών διεργασιών της σχιζοφρένειας.

Οι Zubin & Spring (1977) ήταν επίσης οι πιο συγκεκριμένοι σχετικά με αυτό που εκτίμησαν ως γνώρισμα της φύσης της ευπάθειας : « Εκτιμούμε ότι η ευπάθεια είναι ένα σχετικά μόνιμο γνώρισμα ... και ένα από τα χαρακτηριστικά που έχουν όλοι οι σχιζοφρενείς.....είναι η έκτοτε παρουσία της ευπάθειας τους». Πολλοί ερευνητές της σχιζοφρένειας όπως ο Meehl's (1962) καινοτομεί την έννοια της σχιζοφασία που αντιπροσωπεύει ένα κληρονομημένο νευρικό έλλειμμα, ενώ οι Zubin and Spring

(1977) και Nicholson και Neufeld (1992) είναι απολύτως κατηγορηματικοί πως οι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν το σχετικό επίπεδο της ευπάθειας, τουλάχιστον για τη σχιζοφρένεια. Η μονιμότητα, εντούτοις, δεν χρειάζεται να είναι ριζωμένη σε γενετικούς παράγοντες. Ένα παράδειγμα από τη βιβλιογραφία δείχνει ότι η σχιζοφρένεια είναι και πάλι ενδεικτική. Οι ερευνητές πρότειναν ότι το προγεννητικό στρες ή τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε ευπάθεια τα άτομα με σχιζοφρένεια.

Η παρουσία παραγόντων κινδύνου από το περιβάλλον (Brown,2007) αλληλεπιδρούν με γενετικούς παράγοντες αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης της ευπάθειας στη διαταραχή της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, αυτό δεν μπορεί να αποκλείσει το γεγονός ότι η παρουσία προστατευτικών παραγόντων θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ευπάθειας, π.χ. η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να μειώσει την ευπάθεια της ψυχοπαθολογίας (Potter, Padich, Rudorfer,& Krishnan, 2006; Shelton & Lester, 2006). Παρόλο που με την φαρμακοθεραπεία μπορεί να μειωθεί η ευπάθεια τα σχιζοφρενή άτομα μπορούν να βιώσουν ένα ψυχιατρικό επεισόδιο όταν το φάρμακο διακόπτεται. Οι Hollon, Evans, και DeRubeis (1990) και Hollon και Cobb (1993) κάνουν επίσης διάκριση μεταξύ: 1) των σταθερών γνωρισμάτων της ευπάθειας που προδιαθέτουν τα άτομα με διαταραχή αλλά δεν αποτελούν τη διαταραχή και 2) των μεταβλητών που δηλώνουν ότι αντιπροσωπεύουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων που εκφράζουν την εκδήλωση της διαταραχής.

Όπως έχουμε σημειώσει, οι υποθέσεις της γενετικής ευπάθειας προσφέρουν λίγη δυνατότητα για την τροποποίηση των χαρακτηριστικών της . Πολλές ψυχολογικές προσεγγίσεις στηρίζονται στις υποθέσεις της δυσλειτουργικής εκμάθησης όπως η

γένεση της ευπάθειας. Δεδομένων αυτών των υποθέσεων, όχι μόνο λειτουργικά αλλά τα πραγματικά επίπεδα της ευπάθειας είναι δυνατό να κυμαίνονται σε συνάρτηση με νέες εμπειρίες μάθησης.

Οι Hollon et al. (1990) και Hollon και Cobb (1993), υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικές επεμβάσεις, όπως η γνωστική θεραπεία, είναι σχεδιασμένες για να αλλάξουν τις δυσλειτουργικές γνωστικές δομές, στο βαθμό που η ευπάθεια είναι βαθιά ριζωμένη σε αυτές τις δομές, και να ελαττώσουν την ευαισθησία στη ψυχοπαθολογία.

Από την άποψη ενός ψυχολογικού επεισοδίου οι διορθωτικές εμπειρίες μπορούν να μειώσουν την ευπάθεια ή ορισμένες άλλες εμπειρίες μπορούν να αυξήσουν την ευπάθεια όπως η συχνή εμπειρία με την ίδια αναταραχή. Ο Post (1992) αναφέρει πως κάθε επεισόδιο μιας συναισθηματικής διαταραχής αφήνει ένα υπολειπόμενο νευρολογικό ίχνος που οδηγεί στην ανάπτυξη των διόδων μέσω των οποίων η όλο και περισσότερη ελάχιστη πίεση (άγχος), αρκεί για να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς που οδηγούν σε μια διαταραχή. Μια τέτοια διαδικασία μπορεί να οδηγήσει στην αυξανόμενη ευπάθεια.

Η ευπάθεια αντιπροσωπεύει μια ενδογενή μεταβλητή. Αυτό είναι ίσως η πιο εμφανής κατά τις γενετικές εννοιολογήσεις της ευπάθειας αλλά είναι επίσης εξίσου σημαντικό και για ψυχολογικές εννοιολογήσεις. Δηλαδή αν προέρχονται από τα εγγενή χαρακτηριστικά ή αν η ευπάθεια μπορεί να αποκτηθεί μέσω των διαδικασιών μάθησης. Αυτή η πτυχή μπορεί να αντιπαραβληθεί σε άλλα επίπεδα ανάλυσης που θα μπορούσε για παράδειγμα να εστιάσει στις περιβαλλοντικές ή τις εξωτερικές πηγές του στρες που ξεκινούν μια διαταραχή ή ίσως μια έμφαση στις διαπροσωπικές μορφές που μπορούν να οδηγήσουν στις απωθητικές αλληλεπιδράσεις, (βλέπε Shelton, Hollon, Purdon, & Loosen, 1991).

Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ευπάθεια δεν είναι εύκολο να παρατηρηθεί και μπορεί έτσι καλύτερα να κατανοηθεί ως λανθάνουσα περίοδος. Από την πλευρά της έρευνας αυτό το χαρακτηριστικό γνώρισμα μπορεί να γίνει πιο σαφές στην αναζήτηση των αισθητών δεικτών της ευπάθειας. Υπάρχει μια ποικιλία στρατηγικών έρευνας για τον εντοπισμό των δεικτών αλλά σε κάθε περίπτωση λειτουργούν με τις παραδοχές ότι: 1) οι διεργασίες της ευπάθειας είναι παρούσες σε άτομα που έχουν λίγες ή καθόλου μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, 2) οι διαδικασίες που συνδέονται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων και 3) δεν είναι εύκολα παρατηρήσιμα και είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Αυτή η αίσθηση της λανθάνουσας περιόδου εμφανίζεται ιδιαίτερα στην περίπτωση των ερευνών που στηρίζονται σε κάποιου είδους άγχος ή προκλητικού γεγονότος που καθιστά την ανίχνευση του παράγοντα ευπάθειας δυνατό.

Τέλος, αν και εννοιολογικά διακρίνεται από ευαισθησία, το άγχος είναι ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό της ευπάθειας δεδομένου ότι πολλά μοντέλα προϋποθέτουν ότι η ευπάθεια δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή χωρίς άγχος.

4.2 Ευπάθεια και κίνδυνος

Η ευπάθεια και ο κίνδυνος δεν είναι συνώνυμα. Υποστηρίζουμε, όπως (π.χ., Cicchetti & Valentino, 2006) ότι η έννοια του κινδύνου αναφέρεται σε μεταβλητή που εμπειρικά σχετίζεται με την πιθανότητα να βιώνεται μια διαταραχή π.χ. η φτώχεια και το στρες που σχετίζονται με την κοινωνική αδικία. Ο κίνδυνος εξυπηρετεί σε γενικές γραμμές να προβλέψει την πιθανότητα μιας δυσλειτουργίας. Δηλαδή ο κίνδυνος μας λέει ότι κάποιος μπορεί να αναπτύξει μια διαταραχή αλλά δεν αναφέρεται στο πώς και γιατί η διαταραχή εμφανίζεται. Έτσι ο κίνδυνος αναφέρεται σε περιγραφικές μεταβλητές και όχι σε αιτιώδης.

Η αποτελεσματικότερη θεραπεία μιας διαταραχής δεν στοχεύει μόνο στα συμπτώματα της, αλλά και στους μηχανισμούς που βοήθησαν να προκαλέσουν αυτή την διαταραχή. Αν και πρέπει να σημειωθεί πως μερικοί συγγραφείς έχουν υποστηρίξει ότι η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι αυτή που αλλάζει ευρέως τους παράγοντες κινδύνου.

Η αυτό-διαχείριση του κινδύνου έχει καταστεί επιτακτική ανάγκη για το άτομο, που αναμένεται να γίνει «γνώστης» για τις πηγές, τη φύση και τις συνέπειες του κινδύνου και αυτό να είναι δυνατό να λάβει τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Με βάση την εκτίμηση των εμπειρογνομόνων ένα ανεπιθύμητο γεγονός που εμφανίζεται μπορεί να αποτραπεί μέσω της παρέμβασης (Castel,1991: 288). Η σκιαγράφηση του κινδύνου και η ανάλυση παραγόντων που προκαλούν κίνδυνο μπορεί να βοηθήσει ολόκληρο τον πληθυσμό να προσανατολιστεί στην επίτευξη του «ελέγχου πριν από την εκδήλωση» (Bogard,1996). Αυτό περιλαμβάνει μέτρα για την πρόληψη όπως για παράδειγμα την εκδήλωση πανδημίας του ιού της γρίπης.

Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι αν και ο κίνδυνος και η ευπάθεια είναι εννοιολογικά ξεχωριστές έννοιες, δε σημαίνει απαραίτητως πως είναι εμπειρικά ανεξάρτητες. Μια

διάκριση μεταξύ της ευπάθειας και του κινδύνου όπου οι Ruter (1987), Luthar και Zigler (1991), έχουν υποστηρίξει είναι ότι αυτές οι μεταβλητές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για να παραγάγουν την αρχή μιας διαταραχής. Εν ολίγοις, λοιπόν, ο κίνδυνος είναι μια σημαντική προγνωστική μεταβλητή που έχει την τάση να λειτουργεί σε συνεννόηση με την ευαισθησία, αλλά είναι κατατοπιστικός θεωρητικά ή εμπειρικά σχετικά με κάποιους μηχανισμούς. «Ευπάθεια» από την άλλη πλευρά, είναι ένας όρος που πρέπει να διατεθεί για τη συζήτηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στην εμφάνιση ή τη διατήρηση μιας διαταραχής.

Τέλος, μια επισήμανση για την ευπάθεια και την ανθεκτικότητα, είναι πως αντιλαμβανόμαστε αυτές τις δύο έννοιες ως διαφορετικές άκρες συνέχειας της ευπάθειας . Η ανθεκτικότητα προτείνει το αντίθετο δηλ. της ευπάθειας και υπονοεί μια αντίσταση αλλά όχι μια ασυλία στην αναταραχή.

5. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αναφέραμε, η οποιαδήποτε επιδημία προσβάλει το άτομο μπορεί να έχει κάποια επίδραση στη ψυχική μας υγεία. Η ύπαρξη μιας επιδημίας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που βλέπουμε τη ζωή μας γενικά, το τι πιστεύουμε γι 'αυτή την επιδημία, την αντίδραση μας στον κίνδυνο νόσησης, την ανησυχία μας και την αισιοδοξία μας σε σχέση με την ύπαρξη της επιδημίας.

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό. Αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις και συνέπειες της απειλής που συνεπάγεται η πανδημία της νέας γρίπης. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε τις αντιδράσεις και τις συνέπειες αυτές σε ένα βάθος χρόνου καθώς, μάλιστα, δεν υπάρχει σχετική γνώση. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα πως αντιδρούμε σε περιπτώσεις μιας γενικευμένης απειλής κατά της υγείας, αλλά και να σχεδιάσουμε αποτελεσματικότερους τρόπους επικοινωνίας και ψυχολογικής παρέμβασης.

Πιο συγκεκριμένα αποπειραθήκαμε να μελετήσουμε τις εξής μεταβλητές:

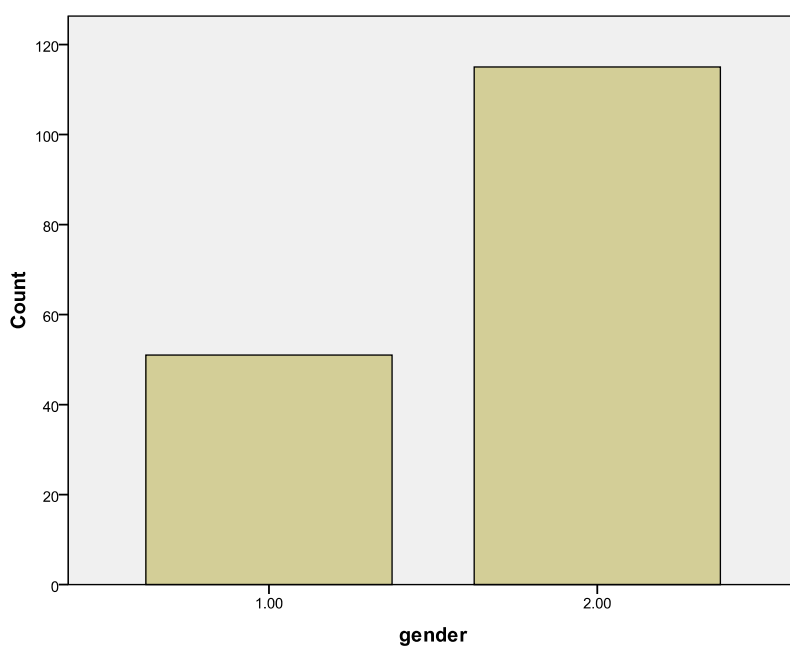
- α) οι στάσεις, δηλαδή οι αντιλήψεις που έχει το άτομο το τελευταίο καιρό σχετικά με την νέα γρίπη.
- β) η πιθανότητα, το τι πιστεύει τώρα το άτομο για τη γρίπη.
- γ) οι στρατηγικές αντιμετώπισης για την γρίπη
- δ) η ευπάθεια
- ε) η αισιοδοξία

Στη μελέτη μου θα εστιαστώ κυρίως στους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης της γρίπης και στην ευπάθεια. Οι παραπάνω μεταβλητές συσχετίστηκαν τόσο μεταξύ τους όσο και με τα δημογραφικά στοιχεία.

5.1 ΜΕΘΟΔΟΣ

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Το δείγμα αποτελείται από 166 υποκείμενα από τα οποία 51 (30,7%) ήταν άνδρες και 115 (69,3%) γυναίκες .Ο μέσος όρος της ηλικίας των υποκειμένων είναι 29,1%.Όσο αφορά την εκπαίδευση των υποκειμένων που συμμετείχαν, 2,4% τελείωσαν τάξεις του δημοτικού,3,0% το γυμνάσιο,15,1% το λύκειο,7,2 % ανάλογες σχολές, 12% ΤΕΙ , 57,2% ΑΕΙ και 1,8% μεταπτυχιακό. Ακόμα, η οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων ήταν 65,1% άγαμα, 27,7% έγγαμα, 0,6% σε διάσταση, 3,6% διαζευγμένοι, 0,6% σε κατάσταση χηρείας και τέλος 1,6 % συγκατοικούσαν.



5.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα είχε διεξαχθεί σε δύο φάσεις (4-5 μήνες), με τη συμπλήρωση των ίδιων σχεδόν ερωτηματολογίων κάθε φορά. Τα ερωτηματολόγια μπορούσε το υποκείμενο να τα συμπληρώσει μέσα σε μερικά λεπτά. Η συμπλήρωση μπορούσε να γίνει και τηλεφωνικά γι αυτό το λόγο ζητείτο το τηλέφωνο του υποκειμένου για να έρθουμε σε επαφή μαζί του κατά την επόμενη φάση της έρευνας.

Διευκρινιζόταν από την αρχή πριν δοθεί το ερωτηματολόγιο ποιος ήταν ο σκοπός της έρευνας, αφού συμφωνούσαν τα υποκείμενα προχωρούσαμε στη συμπλήρωση τους.

Τα δεδομένα που συγκεντρώνονταν ήταν εμπιστευτικά και μόνο από τους ερευνητές θα χρησιμοποιούνταν.

Τα περισσότερα υποκείμενα ήταν δεκτικοί στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ελάχιστοι ήταν λιγότερο απρόθυμοι, κυρίως οι πιο μεγάλοι σε ηλικία λόγω χρόνου γιατί δούλευαν.

Οι κλίμακες του ερωτηματολογίου περιείχαν συνολικά 92 ερωτήσεις.

5.3 ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις και συνέπειες της απειλής που συνεπάγεται η πανδημία της νέας γρίπης.

Στο ερωτηματολόγιο περιέχει ποσοτικές ερωτήσεις, όπου ζητούσαμε από το άτομο να αξιολογήσει(και στις δύο φάσεις) τις στάσεις του, την πιθανότητα(τι πιστεύει),τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης, την ευπάθεια και την αισιοδοξία. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το Α ερωτηματολόγιο, που απαρτίζεται από έξι ερωτήσεις, όπου ρωτάει το συμμετέχοντα πως νοιώθει τον τελευταίο καιρό σχετικά με την νέα γρίπη, τις αντιλήψεις του γύρω από την γρίπη. Υπήρχαν έξι διαστάσεις κατά πόσο τους επηρεάζει η γρίπη, πόσο πιστεύουν στα μέτρα της πολιτείας, πόσο πιστεύουν στα δικά τους μέτρα προστασίας, αν ανησυχούν για τη γρίπη, πόσα γνωρίζουν για τη γρίπη και πόσο πολύ τους επηρεάζει συναισθηματικά. Τα υποκείμενα δήλωναν το βαθμό που ένοιωθαν με κάθε μια δήλωση σε μια δεκάβαθμη κλίμακα όπως π.χ «καμία ανησυχία» ως το εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία»,»δεν με επηρεάζει καθόλου» ως το «με επηρεάζει εξαιρετικά».

Στο Β ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επτά ερωτήσεις σχετικά με το τι πιστεύουν για τη γρίπη, απαντούσαν σε μια αριθμητική κλίμακα από το 1-5 και δήλωναν το βαθμό που πίστευαν σε κάθε ερώτηση όπως «καθόλου» ως το πάρα πολύ».

Στο Γ ερωτηματολόγιο, αναφέρεται στην μια από τις δύο μεταβλητές που θα εστιαστούμε στην μελέτη μας, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν δεκαοχτώ ερωτήσεις σχετικά με τους τρόπους αντίδρασης για τη γρίπη, απαντούσαν σε μια αριθμητική κλίμακα από το 1-5 και δήλωναν το βαθμό που πίστευαν σε κάθε ερώτηση όπως «καθόλου» ως το «πάρα πολύ».Σύμφωνα με αυτή την μεταβλητή, τους τρόπους

στρατηγικής αντιμετώπισης της γρίπης, έχουμε κάνει κάποια ανάλυση για τον κάθε παράγοντα που συμπεριλαμβάνεται σε αυτούς τους τρόπους στρατηγικής μας. Οι τέσσερις παράγοντες είναι η κινητοποίηση, τα μέσα προστασίας του εαυτού, η αποφυγή και η ελαχιστοποίηση. Με βάση αυτούς τους τέσσερις παράγοντες μετρήσαμε την κινητοποίηση με την ερώτηση για παράδειγμα «Ρωτάω τον γιατρό μου ή τον φαρμακοποιό μου», για τα μέσα προστασία του εαυτού μετρήσαμε με την ερώτηση « Αν νοιώσω αδιάθετος ,ζητάω αμέσως τη συμβουλή του γιατρού», στην αποφυγή ρωτήσαμε πόσο «αποφεύγω την στενή επαφή με άλλους ανθρώπους» και τέλος στην ελαχιστοποίηση μετρήσαμε με την ερώτηση «δεν λαμβάνω καμία ιδιαίτερη προφύλαξη». Στη συνέχεια μετρήσαμε την εσωτερική τους αξιοπιστία σύμφωνα με αυτούς τους παράγοντες και τα αποτελέσματα είναι:

α) κινητοποίηση (0.84)

β) μέσα προστασίας του εαυτού (0.72)

γ) αποφυγή (0.65)

δ) ελαχιστοποίηση (0.60)

Παρατηρούμε πως και στους τέσσερις παράγοντες έχουμε εσωτερική αξιοπιστία, γιατί πάνω από 0.60 σημαίνει πως έχουμε καλές τιμές.

Στο Έρωτηματολόγιο, αναφέρεται στην δεύτερη μεταβλητή που θα μελετήσουμε όπου είναι η ευπάθεια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν 5 δηλώσεις για το τι αισθάνονται προσωπικά για τη γρίπη και γενικά πως αισθάνονται αν τους συμβεί κάτι κακό ή κάποια ασθένεια, όπως για παράδειγμα υπήρχαν ερωτήσεις του τύπου «ανησυχώ ότι πρόκειται να εκδηλώσω μια σοβαρή ασθένεια ,αν και τίποτα σοβαρό δεν έχει διαγνωσθεί.». Χρησιμοποίησαν μια κλίμακα από το 1-6 και έγραφαν τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή ,ο βαθμός που δήλωναν σε κάθε ερώτηση ήταν π.χ «με περιγράφει τέλεια» ως το «εντελώς αναληθές για μένα».

Στο Έρωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε έξι ερωτήσεις για το πώς νοιώθουν για τη γρίπη, πόσο αισιόδοξοι είναι. Η κλίμακα ξεκινούσε από το 1-5, τα υποκείμενα δήλωναν το βαθμό που συμφωνούσαν ή διαφωνούσαν με κάθε μια δήλωση, όπως «συμφωνώ πολύ» έως το «διαφωνώ έντονα».

Τέλος, υπήρχαν πιο προσωπικές ερωτήσεις σχετικά με την υγεία τους, κατά πόσο πιστεύουν πως είναι η τρέχουσα κατάσταση της υγείας τους, αν έχουν νοσήσει ποτέ από τη νέα γρίπη και αν έχει νοσήσει κάποιος γνωστός ή συγγενής από τη νέα γρίπη.

5.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η σχέση ευπάθειας με τους τρόπους αντίδρασης στον κίνδυνο νόσησης από τη νέα γρίπη: Κινητοποίηση, Μέσα προστασίας του εαυτού, Αποφυγή, Ελαχιστοποίηση.

Στη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης προσπαθήσαμε να εξετάσουμε αρχικά κατά πόσο η ευπάθεια, δηλαδή η ανησυχία του ατόμου ότι κινδυνεύει, τον επηρεάζει για να χρησιμοποιήσει κάποιους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης της νέας γρίπης, για να μην ανησυχεί και να αγχώνεται.

Αυτοί οι τρόποι στρατηγικής είναι η κινητοποίηση, μέσα προστασίας του εαυτού, η αποφυγή και η ελαχιστοποίηση.

Συσχέτιση της ευπάθειας με τους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης της γρίπης: κινητοποίηση, μέσα προστασία του εαυτού ,αποφυγή, ελαχιστοποίηση

		ευπάθεια	κινητοποίηση	προστασία	αποφυγή	ελαχιστοποίηση
ευπάθεια	Pearson Correlation	1	,084	,257**	,163*	-,029
κινητοποίηση	Pearson Correlation	,084	1	,452**	,587**	,119
προστασία	Pearson Correlation	,257**	,452**	1	,358**	,305**
αποφυγή	Pearson Correlation	,163*	,587**	,358**	1	,163*
ελαχιστοποίηση	Pearson Correlation	-,029	,119	,305**	,163*	1

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

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα, στην Α φάση της έρευνας βλέπουμε ότι η ευπάθεια δεν σχετίζεται με την κινητοποίηση ($r=0,09, p<0,01$), άρα τα άτομα που είναι ευπαθείς δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της κινητοποίησης. Η ευπάθεια δεν σχετίζεται με

την προστασία ($r=0,26$ $p<0,01$), άρα τα άτομα που είναι ευπαθείς δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της προστασίας του εαυτού. Η ευπάθεια δεν σχετίζεται με την αποφυγή ($r=0,16$ $p<0,01$) άρα τα ευπαθείς άτομα δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της αποφυγής. Η ευπάθεια δεν σχετίζεται με την ελαχιστοποίηση ($r=-0,029$ $p<0,01$), άρα τα άτομα δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της ελαχιστοποίησης.

Β φάση της έρευνας

Συσχέτιση της ευπάθειας με τους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης της γρίπης στη Β φάση: κινητοποίηση, μέτρα προστασίας του εαυτού, αποφυγή, ελαχιστοποίηση

		Ευπάθεια	b.κινητοποίηση	b.προστασία	b.αποφυγή	b.ελαχιστοποίηση
ευπάθεια	Pearson Correlation	1	,128	,087	,190*	-,149
b.κινητοποίηση	Pearson Correlation	,128	1	,493**	,591**	,105
b.προστασία	Pearson Correlation	,087	,493**	1	,469**	,168*
b.αποφυγή	Pearson Correlation	,190*	,591**	,469**	1	-,141
b.ελαχιστοποίηση	Pearson Correlation	-,149	,105	,168*	-,141	1

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

Ο πιο πάνω πίνακας μας δείχνει τα αποτελέσματα της Β φάσης της έρευνας, βλέπουμε ότι η ευπάθεια δεν προβλέπει την κινητοποίηση ($r=0,13$, $p>0,05$), άρα τα άτομα που είναι ευπαθείς δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της κινητοποίησης. Η ευπάθεια δεν προβλέπει την προστασία ($r=0,087$ $p>0,05$), άρα τα άτομα που είναι ευπαθείς δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της προστασίας του εαυτού. Η ευπάθεια δεν προβλέπει την αποφυγή ($r=0,19$ $p>0,05$) άρα τα ευπαθείς άτομα δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της αποφυγής. Η ευπάθεια δεν προβλέπει την

ελαχιστοποίηση ($r=-0,15$ $p>0,05$), άρα τα άτομα χρησιμοποιούν την στρατηγική της ελαχιστοποίησης.

Εδώ βλέπουμε, πως η σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι η ίδια όπως και στην Α φάση του ερωτηματολογίου.

Σύγκριση μέσο όρων στη Α και Β φάση των ερωτηματολογίων της κινητοποίησης, της προστασία του εαυτού, της αποφυγής και της ελαχιστοποίησης;

Οι παρακάτω πίνακες μας δείχνουν κατά πόσο οι τρόποι στρατηγικής διαφέρουν μεταξύ τους στην Α και Β φάση. Η κινητοποίηση(Α φάση) ο μέσος όρος της είναι $M=14,7901$ και δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά με την κινητοποίηση (Β φάση) $M=14,5370$. Δεν είναι στατιστικά σημαντικό γιατί $t(161)=0,649$ $p=0,51$. Η προστασία στη Α και Β φάση επίσης δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά του μέσου όρου τους, $M=10,2625$, $M=10,3500$ αντίστοιχα. Δεν είναι ούτε εδώ στατιστικά σημαντικό, $t(159)=-0,354$ $p=0,72$. Επίσης και η αποφυγή στη Α και Β φάση ο μέσος όρος είναι $M=6,4727$ και $M=6,1636$, δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(164)=1,306$ $p=0,19$. Το ίδιο συμβαίνει και στην ελαχιστοποίηση ο μέσο όρος είναι $M=5,7651$ και $M=5,9337$, επίσης δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $t(165)=-0,904$ $p=0,36$. Παρατηρούμε πως σε όλες τις στρατηγικές και στις δύο φάσεις υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους και πως δεν έχουμε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Κινητοποίηση	14,7901	162	5,10320	,40095
b.κινητοποίηση	14,5370	162	5,18615	,40746
Pair 2 Προστασία	10,2625	160	3,38789	,26784
b.προστασία	10,3500	160	3,39107	,26809
Pair 3 Αποφυγή	6,4727	165	2,80149	,21810
b. αποφυγή	6,1636	165	2,93068	,22815
Pair 4 Ελαχιστοποίηση	5,7651	166	1,73002	,13428
b.ελαχιστοποίηση	5,9337	166	1,92633	,14951

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	kinitopoihsh - b.kinitopoihsh	,25309	4,96486	,39008	-,51724	1,02341	,649	161	,517
Pair 2	prostasia - b.prostasia	-,08750	3,12504	,24706	-,57544	,40044	-,354	159	,724
Pair 3	apofygi - b.apofygi	,30909	3,03961	,23663	-,15815	,77633	1,306	164	,193
Pair 4	elaxistopoiisi - b.elaxistopoiisi	-,16867	2,40363	,18656	-,53702	,19967	-,904	165	,367

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στην «πανδημία της γρίπης». Δεν υπάρχει ένας σταθερός ορισμός αυτού του όρου αφού μερικοί τον χρησιμοποιούν για να αναφερθούν σε μια παγκόσμια εξάπλωση της επιδημίας της γρίπης και άλλοι τον χρησιμοποιούν για να αναφερθούν στην εξάπλωση των επιδημιών που συνδέεται με υψηλά ποσοστά ασθενειών και για να αναφερθούν σε ένα συνδυασμό ενός επιδημιολογικού και ιολογικού γεγονότος. Με αυτό τον όρο, πιθανό να έχουμε επιδημία κάθε λίγα χρόνια, όπου συνδέεται με διάφορες αρρώστιες ή θανάτους.

Κατά τον 20^ο αιώνα, είχαμε τις πιο συντριπτικές πανδημίες με αυξημένη θνησιμότητα όπου ο αριθμός των νεκρών είχε ξεκινήσει από το 1 εκατομμύριο με τη γρίπη H3N2 του Χονγκ-Κονγκ, 2 εκατομμύρια το 1957 με την ασιατική γρίπη H2N2 και το 1918 με την ισπανική γρίπη H1N1 που οι νεκροί έφτασαν τα 20 εκατομμύρια. Οι ιοί, όπως : H1N1 του 1918 και η γρίπη A(H5N1) προκάλεσε αρχικά, επιδημία σε πουλερικά και έπειτα σε ανθρώπους. Ο ιός αυτός διαδιδόταν αρχικά στα πτηνά και στη συνέχεια προκαλούσε νόσο στους ανθρώπους.

Στη γρίπη των χοίρων έχουν εντοπιστεί τρεις υπότυποι του ιού A σε χοίρους, H1N1, H1N2, H3N2, όπου αυτός ο ιός οφείλεται σε μια οξεία ίωση του αναπνευστικού συστήματος των χοίρων που μεταδίδεται στους ανθρώπους που είχαν επαφή με τους χοίρους.

Αναφερθήκαμε, επίσης, στη νέα γρίπη, (H1N1)v, που μας απασχόλησε στις αρχές του περασμένου Μαρτίου, ένας ιός γρίπης που εμφανίστηκε στο Μεξικό και στις Η.Π.Α. Έχει κοινό όνομα με τη «γρίπη των χοίρων» και οφείλεται στο γεγονός ότι εργαστηριακές μελέτες έδειξαν αρχικά σε πολλά γονίδια του νέου ιού ότι είναι όμοια με αυτά των ιών που προκαλούν γρίπη στους χοίρους στη Β. Αμερική. Δεν είναι η πρώτη φορά που εντοπίζονται τέτοιου είδους σύνθετοι ιοί. Στις προηγούμενες γρίπες

οι «μεικτοί» ιοί δεν μεταδίδονται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο, ο νέος ιός όμως κάνει το αντίθετο, μεταδίδεται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Επειδή κανείς δεν μπορεί να προβλέψει αν μια πανδημική γρίπη που θα εμφανιστεί θα είναι σοβαρή ή απειλητική για τους ανθρώπους, πρέπει όλοι να λαμβάνουμε μέτρα για να αποφύγουμε όσο το δυνατό τη μόλυνση και να διαφυλάξουμε την υγεία μας.

Τέλος, η μόλυνση από το HIV/AIDS, αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που διαφέρει από όσες εξετάσαμε μέχρι στιγμής, οφείλεται σε ένα νέο ιό (HIV) και η μετάδοση της σχετίζεται άμεσα με την ανθρώπινη συμπεριφορά, ενώ η νόσηση συνοδεύεται συχνά από ενοχές και κοινωνικό στιγματισμό.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένα συναισθήματα, όπως το στρες, σχετίζονται με την έναρξη και την πορεία αρκετών ασθενειών. Το στρες μπορεί να είναι η αιτία μιας ασθένειας ενώ η αρρώστια μπορεί από μόνη της να είναι στρεσογόνα. Ο Lazarus υποστηρίζει ότι το στρες είναι αποτέλεσμα της αποτυχημένης προσπάθειας μας να αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση. Εάν κάποιος άνθρωπος είναι ευάλωτος, ίσως αναμένεται ότι μπορεί να αρρωστήσει είτε από μια σωματική ασθένεια είτε από μια ψυχική νόσο.

Ο Lazarus και η Folkman (1984), καθώς και άλλοι συνεργάτες τους, διακρίνουν δύο σημαντικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στο βίωμα και στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων συνθηκών : α) τη γνωστική εκτίμηση της κατάστασης και β) την προσπάθεια αντιμετώπισης. Αυτή η γνωστική εκτίμηση ονομάζεται πρωτογενής εκτίμηση και περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου να απαντήσει σε ερωτήματα. Η δευτερογενής εκτίμηση της κατάστασης, περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποθεμάτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προβάλλει η συγκεκριμένη πραγματικότητα.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιεί το άτομο για να μειώσει το στρες και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπρεστικής κατάστασης, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση προβλήματος και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση συναισθημάτων του.

Οι συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο όταν βιώνει στρες είναι: η λήψη άμεσων μέτρων, η αναζήτηση πληροφοριών, η αναζήτηση υποστήριξης, η συναισθηματική εκτόνωση και οι ενδοψυχικές διεργασίες. Τα άτομα που χρησιμοποιούν πιο πολύ ευέλικτες στρατηγικές, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν με επιτυχία κάθε γεγονός ή κατάσταση. Επίσης, προγράμματα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές και στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν επιτυχώς καθημερινά ερεθίσματα άγχους.

Υπάρχει η υπόθεση ότι η προσπάθεια να κατανοήσουμε την ευπάθεια στην ψυχοπαθολογία είναι εν τέλει η προσπάθεια να κατανοήσουμε την ίδια την ψυχοπαθολογία. Ο ρόλος της ευπάθειας σε αυτή τη διαδικασία εξηγεί πως ένα άτομο μπορεί από μια κανονική κατάσταση να περάσει σε μια ψυχολογική και εκφράζει τα αίτια , τα οποία είναι υποκειμενικά.

Η ευπάθεια έχει δύο μορφές, η μια οφείλεται σε παράγοντες που γίνονται εμφανής πριν την έναρξη μιας διαταραχής και η άλλη σε ακραίους παράγοντες που μπορούν να προκύψουν χρονικά πριν από την εμφάνιση της διαταραχής. Εδώ και μερικές δεκαετίες δεν έχουμε σαφή ορισμό της δομής και της φύσης της έννοιας της ευπάθειας. Οι απλοί ορισμοί για την ευπάθεια αφθονούν. Σπάνια μπορεί κάποιος να παραγάγει μια εννοιολογική κατανόηση αυτής της έννοιας σύμφωνα με κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα που έχουν εξεταστεί στη θεωρία και στις έρευνες και

επομένως να έχουν σημαντικές ενδείξεις για τη φύση της. Για το ευρύ κοινό ευπάθεια είναι όσα άτομα είναι ευάλωτα ή ευαίσθητα σε κάποια θέματα..

Οι Hollon et al. (1990) και Hollon και Cobb (1993), υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικές επεμβάσεις, όπως η γνωστική θεραπεία, είναι σχεδιασμένες για να αλλάξουν τις δυσλειτουργικές γνωστικές δομές και να ελαττώσουν την ευαισθησία στη ψυχοπαθολογία. Οι διορθωτικές εμπειρίες μπορούν να μειώσουν την ευπάθεια ή ορισμένες άλλες εμπειρίες μπορούν να αυξήσουν την ευπάθεια, όπως η συχνή εμπειρία με την ίδια διαταραχή. Ο Post (1992) αναφέρει πως κάθε επεισόδιο μιας συναισθηματικής διαταραχής αφήνει κάποιο ίχνος άγχους, που είναι σε θέση να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς που οδηγούν σε μια διαταραχή και στη συνέχεια να οδηγήσει σε αυξανόμενη ευπάθεια.

Η ευπάθεια αντιπροσωπεύει μια ενδογενή μεταβλητή. Δηλαδή αν οι γενετικές και ψυχολογικές εννοιολογήσεις της ευπάθειας προέρχονται από τα εγγενή χαρακτηριστικά ή αν η ευπάθεια μπορεί να αποκτηθεί μέσω των διαδικασιών μάθησης. Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ευπάθεια δεν είναι εύκολο να παρατηρηθεί και μπορεί έτσι καλύτερα να κατανοηθεί ως λανθάνουσα περίοδος. Από την πλευρά της έρευνας αυτό το χαρακτηριστικό γνώρισμα μπορεί να γίνει πιο σαφές στην αναζήτηση των αισθητών δεικτών της ευπάθειας. Τέλος, αν και εννοιολογικά διακρίνεται από ευαισθησία, το άγχος είναι ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό της ευπάθειας δεδομένου ότι πολλά μοντέλα προϋποθέτουν ότι η ευπάθεια δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή χωρίς άγχος.

Επιπλέον, η έννοια του κινδύνου αναφέρεται σε μεταβλητή που εμπειρικά σχετίζεται με την πιθανότητα να βιώνεται μια διαταραχή. Ο κίνδυνος μας λέει ότι κάποιος μπορεί να αναπτύξει μια διαταραχή αλλά δεν αναφέρεται στο πως και γιατί η

διαταραχή εμφανίζεται. Έτσι ο κίνδυνος αναφέρεται σε περιγραφικές μεταβλητές και όχι σε αιτιώδη .

Με βάση κάποια προληπτικά μέτρα που μπορεί να λάβει το άτομο, μπορεί να αυτό-διαχειριστεί τον κίνδυνο, να ελέγξει τον κίνδυνο πριν την εκδήλωση του και να γίνει «γνώστης» για τις πηγές, τις συνέπειες και τη φύση του κινδύνου. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι αν και ο κίνδυνος και η ευπάθεια είναι εννοιολογικά ξεχωριστές έννοιες, δε σημαίνει απαραίτητως πως είναι εμπειρικά ανεξάρτητες. Ο κίνδυνος, λοιπόν είναι μια σημαντική προγνωστική μεταβλητή που έχει την τάση να λειτουργεί σε συνεννόηση με την ευαισθησία, αλλά είναι κατατοπιστικός θεωρητικά ή εμπειρικά σχετικά με κάποιους μηχανισμούς.

Κλείνοντας, σε αυτή την εργασία έγινε απόπειρα μελέτης κατά πόσο μια επιδημία που προσβάλει το άτομο μπορεί να έχει κάποια επίδραση στην ψυχική του υγεία. Πως μπορεί δηλαδή να επηρεάσει τον τρόπο που βλέπουμε τη ζωή μας γενικά, και το τι πιστεύουμε γι'αυτή την επιδημία, την αντίδραση μας στο κίνδυνο νόσησης, την ανησυχία μας και την αισιοδοξία μας σε σχέση με την ύπαρξη της επιδημίας.

Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε τις αντιδράσεις και τις συνέπειες αυτές σε ένα βάθος χρόνου. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα πως αντιδρούμε σε περιπτώσεις μιας γενικευμένης απειλής κατά της υγείας αλλά και να σχεδιάσουμε αποτελεσματικότερους τρόπους επικοινωνίας και ψυχολογικής παρέμβασης.

Στην Α φάση της έρευνας, η συσχέτιση της ευπάθειας με τους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης, δηλαδή την κινητοποίηση, τα μέσα προστασίας του εαυτού, την αποφυγή και την ελαχιστοποίηση, που προκύπτει από τα ευρήματα είναι αρνητική. Δηλαδή, τα άτομα που είναι ευπαθείς δε χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν την ανησυχία τους απέναντι στη γρίπη. Οπότε όση ανησυχία έχει το

άτομο ότι μπορεί να κινδυνεύει από μια επιδημία γρίπης δεν τον επηρεάζει έτσι ώστε να χρησιμοποιήσει αυτούς τους τρόπους στρατηγικής για να μειώσει την ανησυχία του και το άγχος που νιώθει. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία όσον αφορά την ευπάθεια, τα δεδομένα δείχνουν πως τα άτομα που εμφανίζουν μια ανησυχία διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να βιώσουν και άλλη ανησυχία εκτός και αν χρησιμοποιήσουν κάποιες στρατηγικές για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το άγχος τους σημείο που παρουσιάζεται και φαίνεται και στη Β φάση της έρευνας.

Στη Β φάση της έρευνας, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι τα ίδια με αυτά της Α φάσης. Τα άτομα και εδώ δε χρησιμοποιούν τις στρατηγικές αυτές για να αντιμετωπίσουν το άγχος και την ανησυχία τους. Όπως αναφέρεται και στην εργασία μας, το άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση συναισθημάτων, όταν νοιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδραση του σ' αυτήν (Lazarus & Folkman, 1984). Για παράδειγμα, ένα άτομο που πάσχει από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να καταφύγει στη χρήση ηρεμιστικών, να αναζητήσει την υποστήριξη των φίλων και συγγενών ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπών την προσοχή του από το ψυχοπαιστικό γεγονός (π.χ. υπερεπενδύει στην εργασία του, βλέπει τηλεόραση κ.λπ.). Αλλά και εδώ δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο για να προστατέψει τον εαυτό του από την ευπάθεια.

Στη συνέχεια συγκρίναμε τους μέσους όρους της Α και Β φάσης της έρευνας μας με την κινητοποίηση, τα μέτρα προστασίας του εαυτού, την αποφυγή και την ελαχιστοποίηση και παρατηρήσαμε πως και στις δύο φάσεις υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους και πως δεν έχουμε κανένα στατιστικό αποτέλεσμα, π.χ. η αποφυγή στη Α φάση είχε μέσο όρο $M=6,4727$ και στη Β φάση ο μέσος όρος της ήταν $M=6,1636$.

Από τα ευρήματα αυτά, συμπεραίνω πως τα άτομα που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα ήταν κυρίως νεαρά και σε μικρή ηλικία, βλέπουν διαφορετικά τη ζωή, με ελάχιστες εμπειρίες σχετικά με κάποια επιδημία. Η ευπάθεια γίνεται εμφανής όταν το άτομο νιώθει κάποια ανησυχία ή άγχος για κάποιο θέμα, στην έρευνα μας τα άτομα ανησυχούν για τη νέα επιδημία που εμφανίστηκε αλλά δεν κάνουν κάτι για να αντιμετωπίσουν την ανησυχία τους. Επίσης το δείγμα μας είναι κυρίως γυναίκες, οι οποίες είναι πιο ευάλωτες και ανήκουν πιο συχνά σε ευπαθείς ομάδες από ότι οι άντρες. Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που αναφέρεται στη μελέτη μας, κάποια δεδομένα δείχνουν πως όταν τα άτομα εμφανίζουν κάποια ανησυχία, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να βιώσουν και άλλη ανησυχία, γι' αυτό το λόγο και στις δύο φάσεις της έρευνας μας βλέπουμε τα άτομα να είναι ευπαθείς και να συσχετίζονται αρνητικά με τους τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης του στρες γιατί δεν χρησιμοποιούν κανένα τρόπο.

Σε επομένη έρευνα που θα διεξαχθεί για τον ιό της γρίπης, τα άτομα που θα συμμετάσχουν, θα πρέπει να προσέξουν κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων το δείγμα τους, σε ποια άτομα δηλαδή θα χορηγήσουν, να υπάρχει μια ισορροπία στις ηλικίες και στο φύλο, λόγω του ότι στην έρευνα που έχουμε κάνει οι γυναίκες και οι νεαρές ηλικίες κυριαρχούσαν. Να προσπαθήσουν να βρουν άτομα που είναι δεκτικά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έτσι ώστε να μη δυσανασχετούν όταν τους δίνεται για δεύτερη φορά να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Τέλος, να κρατούν κάποια στοιχεία από τους συμμετέχοντες ώστε όταν τους ξαναζητήσουν να μπορούν να τους βρουν.

Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να κατευθυνθούν στη μελέτη και άλλων στοιχείων που θα μπορέσουν να βοηθήσουν τα άτομα να μειώσουν την ευπάθεια και το άγχος τους με άλλες τεχνικές και ακόμη θα μπορούσαν να μελετήσουν για φάρμακα και για κάποιο νέο εμβόλιο, όπου με την εμφάνιση κάποιου νέου ιού γρίπης να μπορούν να τον αντιμετωπίσουν χωρίς να έχουν άλλες επιπτώσεις και θανάτους.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alder B., (2005).Κίνητρα, συναισθήματα και στρες. Ελληνικά Γράμματα.
- Anisman H, Merali Z. Cytokines. (2003).Stress and depressive illness: brain-immune interactions. *Ann Med*, 35: 2-11 (Review).
- Apisarnthanarak A, Kitphati R., Thongphubeth K., et al., (2004). Atypical avian influenza (H5N1). *Emerg Infect Dis*.10 (7): 1321-4.
- Bartlett JG., Hayden FG.(2005) Influenza A (H5N1) : will it be the next pandemic influenza? Are we ready? *Ann Intern Med*.143 (6):460-2.
- Beigel JH., Farrar J., Han AM., et al.(2005). Avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med*. 353 (13) : 1374-85.
- Bogard, W. (1996) *The Simulation of Surveillance: Hypercontrol in Telematic Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brem WV., Bolling GE., Casper EJ. Pandemic “influenza” and secondary pneumonia at camp fremont,California. *JAMA 1918*; 26:2138-44.
- Brown, J.D., & Lawton, M. (1986). Stress and wellbeing in adolescence: The moderating role of physical exercise. *Journal of Human Stress*, 12(3),125-131.

- Brown J.D., & Siegal, J.M.(1988). Exercise as a buffer of life stress : A prospective study of adolescents health. *Health Psychology*, 7,341-353.
- Brown, J. (2007). Psychiatric issues in toxic exposure. *Psychiatric Clinics of North America*,30, 837–854.
- Γ. Βυθούλκα .(2009-2010).Η γρίπη των χοίρων ή νέα γρίπη. Πόσο επικίνδυνη είναι; *Home News*.Ειδικό τεύχος, Άρθρο 13.
- Castel, R. (1991) ‘From dangerousness to risk’, in G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- CDC. Information about influenza pandemics.(2005).(Accessed 15 October 2005,at <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/pandemics.htm>.)
- CDC,July 24 2009, “Novel H1N1 fly Situation Update”.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological–transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3.Risk, disorder, and adaptation* (pp. 129–201). Hoboken, NJ: Wiley.

- Claas EC., Osterhaus AD., van Beck R, et al. Human influenza A H5N1 virus related to a highly pathogenic avian influenza virus. *Lancet* 1998; 351(9101): 472-7.
- Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. Στο G.C. Stone, F.Cohen& N.E.Adler (Eds) *Health Psychology- A Handbook*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Cohen S., Doyle WJ., Skoner DP., et al. Development of common cold. *JAMA* 1997, 277: 1940-1944.
- Cohen S., Tyrrell DAJ., Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Person Soc Psychol* 1993, 64: 131-140.
- Δημοπούλου Ε. (2009). «Γρίπη των χοίρων». *Helmedica*. Κτηνιατρικό τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. 2, 6.
- Danielle Ofri, M.D., Ph. D., (2009), Australia's Winter with the 2009 H1N1 Virus.
- Ε.Χ Καραδήμας, (2005). « Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας- Θεωρία και κλινική πράξη». Τυπωθύτω.

- ECDC, 10 September 2009, “Pandemic (H1N1) 2009 ECDC DAILY UPDATE”.
- Elliot, G.R. & Eisdorfer, C. (1982). Stress and health. New York: Springer.
- Eskandari F., Webster JL, Sternberg EM. Neural . Neural immune pathways and their connection to inflammatory diseases. *Arthritis Res Ther* 2003, 5: 251-265 (Review).
- Flaskerud, J.H. (1988). AIDS: psychosocial aspects. *Health Values*, 12, 44-52.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, A., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5):992-1003.
- G. Kolata, “ Flu : The story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the search for the Virus that caused it, Farrar, status and Giroux”. New York, 1999, p.330, (p.7).
- Giacobbi, P., Tuccitto, D., & Frye, N. (2007). Exercise, affect and university student’s appraisals of academic events prior to the final examination period. *Psychology of sport and exercise*, 8, 261-274.

- Ginsberg, S. Price, D. Ingram and E. Nottage.(1996). Life events and the risk of breast cancer: a case-control study, *European Journal of Cancer*,32: 12, 2049-2052.
- Gruber B, Hall N,Hersh S et al.,(1988). Psychoneuroimmunology and cancer: an integrated review, *Journal of Advanced Nursing*,19:6, 1114- 1120.
- Heckman, T.G. (2003). The Chronic illness Quality of life (CIQOL) model: Explaining life satisfaction in people.
- Hollon, S. D., & Cobb, R. (1993). Relapse and recurrence in psychopathological disorders. In C. G. Costello (Ed.), *Basic issues in psychopathology* (pp. 377–402). New York: Guilford Press.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 117–136). New York: Plenum Press.
- Ickovics, J.R., Hamburger, M.E., Valhov, D., Schoenbaum, E.E., Schuman, P., Boland, R.L., Moore, J.& HIV-Epidemiology Research Study Group (2001). Mortality , CD4 cell count decline and depressive symptoms among HIV-seropositive women. *Journal of American Medical Association*, 285,1466-1474.

- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ironson, G., Antoni, M.H., Schneiderman, N., Chesney, M.A., O' Cleirigh, C., Balbin, E., Greenwood, D., Lutgendort, S., La Parriere A., Klimas, N. & Fletcher, M.A. (2002). Coping: Interventions for optimal disease management . In M.A Chesney & M.H. Antoni (Eds), *Innovative approaches to health psychology* (pp.167-195). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ironson, G., Balbin, E. & Schneiderman, N. (2002). Health Psychology and Infections Diseases. In T.J Boll, S.B., Johnson, N.W. Perry & R.H. Rozensky (Eds) . *Handbook of clinical health psychology vol.1* (pp.5-36). Washington DC: American Psychological Association .
- Καμτσιος, Σ., & Φυλακτιδου, Α., (2008). Σχέση στρατηγικών αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους αυτοαποτελεσματικότητας και συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. *Αναζητήσεις σε Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6 (3), 303-310.
- ΚΕΕΛΠΝΟ, 9 Σεπτεμβρίου 2009, Εβδομαδιαία έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης της γρίπης.
- K.D . Patterson, G.F . Pyle, The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic, *Bull Hist. Med.* 65 (1991) 4-21.

- K.D. Patterson, *Pandemic Influenza 1700-1900 : A study in Historical Epidemiology*, Rowman and Little-field, Totawa, NJ, 1986, p.118 (p.3).
- Keller, S., & Seraganian, P. (1984). Physical fitness level and autonomic reactivity to psychosocial stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (4), 279-287.
- Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, GC., & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents. *Journal of school psychology*, 44(6), 449-472.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12 (4), 241-251.
- L.Simonsen, M.J. Clarke, L.B. Schonberger, N.H. Arden, N.J.Cox, K.Fukuda, *Pandemic versus epidemic influenza mortality : a patten of changing age distribution*, *J. Infect. Dis.* 178 (1998), 53-60.
- Landis, S.E., Earp, J.L., & Koch, G.G (1992). Impact of HIV testing and counselling on subsequent sexual behaviour *AIDS Education and Prevention*, 4 (1), 61-70.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55:234-247.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping New York : Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. Στο L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.) *Perspectives in International Psychology*. New York: Plenum.
- Ligon BL. (2005). Avian Influenza Virus H5N1 : A review of its history and information regarding its potential to cause the next pandemic. *Semin Pediatr Infect . 16 (4) : 326-35.*
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6–22.
- Mechanic, D. (1976). Stress, illness and illness behaviour. *Journal of Human Stress*, 2, 2-6.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–838.

- Moos, R.H. & Schaffer, J.A.(1986). Life transitions and crises : A conceptual overview. Στο R.H. Moos (Ed.) *Coping with life Crises: An Integrated Approach*. New York: Pergamon.
- Mounts AW., Kwong H., Izuvieta HS, et al. (1999). Case- control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong,1997. *J Infect*, 180(2): 505-8.
- Nguyen, M.S., Unger,J., Hamilton, J., & Spruijt Metz, D. (2006). Associations between physical activity and perceived stress/ hassles in college students. *Stress and Health*, 22,179-188.
- Nicholson, I. R., & Neufeld, R. W. J. (1992). A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 117–130.
- Norris, R., Carrol, D., & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well- being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Reasearch*, 36 (1),55-65.
- Petersen. A.,& Wilkinson. I (2008) *Health, Risk and Vulnerability*. New York. Routledge.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999–1010.

- Potter, W. Z., Padich, R. A., Rudorfer, M. V., & Krishnan, R. R. (2006). Tricyclics, tetracyclics, and monoamine oxidase inhibitors. In D. J. Stein, D. J. Kupfer, & A. F. Schatzberg (Eds.), *Textbook of mood disorders* (pp. 251–262). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- P. Τσουλέα (2009). « Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για τη Νέα Γρίπη». *Τα Νέα*.
- Reuters, 16 September 2009. “ Swine flu death rate similar to seasonal flu : expert”.
- Rice,P.L. (1992). *Stress and Health (2and ed.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Risk E. I. & Joseph M.P (2010). *Vulnerability to psychopathology- Risk Across the Lifespan*. The Guilford Press. New York-London.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- S.C. Shoenbaum, M.T. Coleman , W.R. Dowdle, S. R. Mostow, Epidemiology of influenza in the elderly : evidence of virus recycling, *Am .J. Epidemiol.* 103 (1976), 166-173.

- Sarafino, E.P.(1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York :John Wiley & Sons, Inc.
- Schnohr, P., Kristensen, T., Prescott, E., & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time : The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*,15, 107-112.
- Selye H.A.(1936) .Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138:32.
- Selye H., (1956). *The stress of life*. New York Mc Graw-Hill.
- Shelton, R. C., Hollon, S. D., Purdon, S. E., & Loosen, P. T. (1991). Biological and psychological aspects of depression. *Behavior Therapy*, 22, 201–228.
- Shelton, R. C., & Lester, N. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors and newer antidepressants. In D. J. Stein, D. J. Kupfer, & A. F. Schatzberg (Eds.), *Textbook of mood disorders* (pp. 263–280). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Stephen C., Schoenbaum, (2001) “ The impact of pandemic influenza with special reference to 1918. *International Congress Series* 1219 (2001) 43–51.

- Steptoe, A., Edwards, S., Mores, J., & Mathews, A. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (5), 537-547.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies : A metanalysis. *Health Psychology*, 4:249-288.
- Tnifonov et al., 20 April 2009, “ The origin of the recent swine influenza A (H1N1) virus infecting humans”, *Eurosurveillance*, Vol 14, Issue 17.
- Vaccine, 30 July 2009 “ Is routine influenza immunization warranted in early pregnancy?”, D.M. Skowroski, Vol 27, Issue 35, 4754-4770.
- Vigil, M. (2000). Stress perception stress full experiences and stress management strategies : A comparative case study of Swedish and Peruvian teacher students. Thesis, Stockholm University, Sweden.
- World Health Organization. Avian influenza (“bird flu”) and the significance of transmission to humans., 2005. (Accessed 10 October 2005, at <http://who.int/mediacentre/factsheets/avian-influenza/en>).
- World Health Organization. Avian influenza: assesing the pandemic threat. WHO/CDS/2005. 2005. (Accessed 15 October 2005, 2005, at <http://www.who.org>).

- World Health Organization. Avian influenza- situation in Turkey. 2006. http://www.who.int/csr/don/2006_01_05/en/index.html).
- World Health Organization. Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO. 2006. (Accessed 8 March 2006, at http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_03_08/en/index.html).
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.
- <http://www.scribd.com>
- <http://www.uct.ac.za/depts/history/conf.htm>