ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ:

Αναπαραστάσεις καρδιαγγειακών παθήσεων και ψυχική υγεία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ

ΒΛΑΧΟΥ ΑΚΡΙΒΗΣ

Α.Μ.: 2686

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ

2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ……2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ……3

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ……4
2. ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ……6
2.1 Μοντέλα αναπαράστασης ασθένειας……6
2.1.1 Μοντέλο Κοινής Λογικής……6
2.1.2 Μοντέλο Προστατευτικής Κινητοποίησης……8
2.2 Παράγοντες επίδρασης στην αντίληψη……10
3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ……16
3.1 Αναπαραστάσεις καρδιαγγειακών παθήσεων……17
3.2 Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας……21
4. ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ……23
4.1 Ψυχική υγεία και καρδιαγγειακή νόσος……23
4.2 Ορισμός άγχους υγείας……25
4.2.1 Άγχος υγείας και αναπαράσταση της ασθένειας……28
4.2.2 Άγχος υγείας και καρδιαγγειακές παθήσεις……32
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ……38
5. ΜΕΘΟΔΟΣ……39
5.1 Δείγμα……39
5.2 Ψυχομετρικά εργαλεία……40
5.3 Ερευνητική διαδικασία……42
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ……43
6.1 Αριθμός συμπτωμάτων και αντιλήψεις για την ασθένεια……43
6.2 Πηγές πληροφόρησης και αντιλήψεις για την ασθένεια……45
6.3 Συσχέτιση του άγχους υγείας και της γενικότερης ψυχικής υγείας με τον αριθμό των συμπτωμάτων……46
6.4 Επίδραση του φύλου στην αναφορά συμπτωμάτων……47
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ……48

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……53

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία είναι προϊόν ερευνητικής διαδικασίας, η οποία διενεργήθηκε κατά τη διάρκεια του έτους 2013 από το Τμήμα Ψυχολογίας της σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διαπιστώσουμε κατά πόσο η γενικότερη ψυχική υγεία και τα επίπεδα άγχους υγείας των συμμετεχόντων σχετίζονται με την αναφορά συμπτωματικών εκδηλώσεων του εμφράγματος μυοκαρδίου. Πιο συγκεκριμένα, θέλαμε να ελέγξουμε κατά πόσο η ψυχική κατάσταση του ατόμου συνδέεται με το σχηματισμό της γνωστικής του αντίληψης για μια χρόνια ασθένεια. Ακόμη, εξετάσαμε και τον βαθμό με τον οποίο σχετίζεται το φύλο αναφορικά με την ανάκληση των συμπτωμάτων που επισημάνθηκαν. Εντούτοις, ερευνήσαμε και άλλους παράγοντες που πιθανόν παίζουν κάποιο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, οι οποίοι αφορούσαν τον *αριθμό* και το *είδος* των συμπτωμάτων αλλά και τις *πηγές πληροφόρησης* που χρησιμοποίησαν οι ερωτηθέντες για τις απαντήσεις τους. Τα άτομα συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά μικρής διάρκειας, που αφορούσαν όλες αυτές τις μεταβλητές. Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι, σε αντιδιαστολή με τις προσδοκίες μας, οι κύριες υποθέσεις μας δεν επιβεβαιώνονται, αλλά οι πληροφορίες που μας δίνουν τα αποτελέσματα μας είναι αρκετά σημαντικές, καθώς μάς καταδεικνύουν τη συμβολή άλλων παραγόντων και μας οδηγούν διαρρήδην σε προτάσεις μελλοντικών μελετών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα που εξετάζεται και αναλύεται στην παρούσα διπλωματική εργασία αφορά τις «Αναπαραστάσεις Καρδιαγγειακών Νόσων και τη Ψυχική Υγεία» και έχει στόχο την αποσαφήνιση των σχέσεων που ενδεχομένως υπάρχουν μεταξύ της γενικότερης ψυχικής υγείας και του άγχους υγείας με τις αναπαραστάσεις που δημιουργούν τα άτομα αναφορικά με το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η διεξαγωγή αυτής της μελέτης έγινε υπό την αιγίδα του τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και υπό την εποπτεία του καθηγητή κου Ευάγγελου Καραδήμα, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχολογίας της Υγείας.

Η διάγνωση μιας σοβαρής πάθησης επιφέρει έναν καταιγισμό αλλαγών όχι μόνο στη ζωή του ατόμου, αλλά και στου άμεσου κοινωνικού του περίγυρου, γεγονός το οποίο καθιστά σημαντική την προσαρμογή όλων στις νέες συνθήκες. Εντούτοις, η αναφερόμενη προσαρμογή ή η σκέψη για την επερχόμενη εφαρμογή της έχει συχνά ως φυσικό επακόλουθο υψηλά ποσοστά στρες, τα οποία είναι πιθανό να επιφέρουν συννοσηρότητα με κάποιο είδος ψυχικής διαταραχής, όπως το άγχος υγείας. Έτσι, το άτομο, υγιές ή πάσχον, υιοθετεί συμπεριφορές υγείας και σχηματίζει γνωστικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια, οι οποίες εκτός του παράγοντα της ψυχικής υγείας, πολλές φορές φαίνεται να σχετίζονται και με κοινωνικούς συντελεστές, όπως οι πηγές πληροφόρησης που λαμβάνει από συγγενείς ή γνωστούς ως προς τη νόσο. Ακόμη, δεν είναι σπάνιο η δημιουργία αυτών των σχημάτων να επηρεάζεται και από δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, την ηλικία κ.ά. Για την καλύτερη διερεύνηση αυτών των πτυχών, υπάρχουν θεωρίες προσέγγισης, όπως το μοντέλο της Κοινής Λογικής και εκείνο της Προστατευτικής Κινητοποίησης, οι οποίες αξιολογούν τις πεποιθήσεις του ατόμου, αναφορικά με τις εν λόγω συνθήκες. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, λοιπόν, πρέπει να αναφερθεί ότι ο τρόπος με τον οποίο θα προσεγγίσει το άτομο την ασθένεια και τα συμπτώματά της, σχηματίζοντας συγκεκριμένες αναπαραστάσεις που σχετίζονται με ψυχικούς, κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στο πώς θα τη διαχειριστεί μετέπειτα είτε πρόκειται για το ίδιο, είτε για κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την ανάδειξη αποτελεσμάτων αναφορικά με το θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίσαμε παραπάνω. Εκτενέστερα, παρατηρήσαμε και μελετήσαμε τρεις παράγοντες που πιθανόν παίζουν κάποιο ρόλο στη δημιουργία αναπαραστάσεων για το έμφραγμα του μυοκαρδίου: τα επίπεδα του άγχους υγείας που έχουν τα άτομα για τη συγκεκριμένη πάθηση, τη γενικότερη ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκονται τη χρονική περίοδο της έρευνας, καθώς και το φύλο των συμμετεχόντων. Ακόμη, εξετάσαμε και συντελεστές, όπως τις πηγές πληροφόρησης των ερωτηθέντων και τον αριθμό

και το είδος των συμπτωμάτων, που ανέφεραν, καθώς επιδιώξαμε να ελέγξουμε το βαθμό με τον οποίο σχετίζονται και άλλες μεταβλητές στη διαδικασία σχηματισμού αντίληψης για την ασθένεια.

Το παρόν έγγραφο χωρίζεται σε τέσσερα κύρια μέρη. Αρχικά, στο πρώτος μέρος γίνεται αναφορά στη βιβλιογραφική αναζήτηση και ανάλυση των σημαντικότερων πλαισίων που αφορούν την έρευνά μας. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται δεδομένα που σχετίζονται με τις αναπαραστάσεις για την ασθένεια και τα μοντέλα συμπεριφορών υγείας, τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τα γνωστικά σχήματα αναφορικά με αυτές, καθώς και με τη συμβολή του άγχους υγείας στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το δεύτερο μέρος ξεκινά με την δόμηση των στόχων και υποθέσεων αυτής της έρευνας και συνεχίζει με την ανάλυση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος, στα ψυχομετρικά εργαλεία καθώς και στα βήματα της διαδικασίας που διενεργήθηκε. Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα ευρήματα που λάβαμε από τη στατιστική μας ανάλυση και τα οποία βασίζονται στην επεξεργασία των ερωτηματολογίων μέσω του SPSS. Τέλος, παρουσιάζεται η επιστημονική συζήτηση, που στόχο έχει την αξιολόγηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων μας, την αναφορά των περιορισμών της έρευνας καθώς και τις προτάσεις μελλοντικών προεκτάσεων που είναι σημαντικό να λάβουν χώρα βάσει των θεμελίων που εγκαθιστά η παρούσα μελέτη.

2. ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Πολλαπλά εμπειρικά δεδομένα αξιολογούν τις πεποιθήσεις του ατόμου που νοσεί, αναφορικά με τα βιολογικά αλλά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διέπουν την πάθηση του. Βάσει αυτών των ερευνητικών στοιχείων έχουν δημιουργηθεί *θεωρίες πεποιθήσεων για την υγεία*. Ειδικότερα, το μοντέλο της κοινής λογικής περιγράφει τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις του ατόμου, ενώ εστιάζει στις προσλαμβάνουσες πληροφορίες του ίδιου, οι οποίες συντελούν στη δόμηση των αναπαραστάσεων (Hagger & Orbell, 2003). Αντίστοιχα, το μοντέλο της προστατευτικής κινητοποίησης έρχεται να ενισχύσει το θεωρητικό υπόβαθρο και να υπογραμμίσει με μεγαλύτερη έμφαση τα εξωτερικά ερεθίσματα που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον και τα οποία καθορίζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τη νόσο (Norman, Boer & Seydel, 2005). Τα συγκεκριμένα θεωρητικά μοντέλα θα αναλυθούν περαιτέρω στη συνέχεια, με σκοπό την καλύτερη δυνατή κατανόηση των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που συμμετέχουν στη δημιουργία των πεποιθήσεων για την υγεία και την ασθένεια. Σε γενικότερο πλαίσιο, οι παράγοντες που επιδρούν στην αντίληψη του ατόμου ποικίλουν, καθώς προέρχονται είτε από τα βιώματα του ίδιου είτε από τη φύση της ασθένειας ή από τις συναφείς εμπειρίες του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

2.1 Μοντέλα Αναπαράστασης Ασθένειας

2.1.1 Μοντέλο Κοινής Λογικής

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι Leventhal, Meyer και Nerenz (όπως αναφέρεται στους Fischer, Scharloo, Abbink, van 't Hul, van Ranst, Rudolphus και συν., 2010) προτείνουν ένα διευρυμένο χρονικά πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο διαμορφώνονται οι αναπαραστάσεις των ασθενειών που μαστίζουν το σύγχρονο κόσμο. Γενικότερα, το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει οξείες, κυρίως, καταστάσεις επικινδυνότητας, ενώ νέες παράμετροι των σημαντικών επίκαιρων προβλημάτων υγείας, παραδείγματος χάριν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες, καθιστούν αναγκαία την προοπτική του χρόνου αναφορικά με την αντίληψη αυτών των προβλημάτων από τον πάσχοντα, το άμεσο περιβάλλον του ίδιου και τους επαγγελματίες υγείας. Το μοντέλο, το οποίο επιχείρησε να συμπεριλάβει αυτές τις καινούριες παρατηρούμενες διαστάσεις της αναπαράστασης του νοσηρού, ήταν εκείνο της *κοινής λογικής (Common Sense Model)*.

Σύμφωνα με τους Marks, Murray, Evans και Willig (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005), πέντε διαστάσεις ήταν εκείνες, οι οποίες αναλύθηκαν σχετικά με τη γνωστική έκφανση της αναπαράστασης της ασθένειας και οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε ένα μακρόχρονο χρονικό πλαίσιο. Ειδικότερα, πρόκειται για τις πεποιθήσεις που αφορούν τους

παράγοντες πρόκλησης - αίτια της ασθένειας - οι οποίοι είναι είτε οργανικοί, είτε περιβαλλοντολογικοί ή ψυχολογικοί. Ο ασθενής στρέφει το κέντρο του ενδιαφέροντος του στο παρελθόν, προκειμένου να αναζητήσει τα αίτια του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει. Στη συνέχεια, επικεντρώνεται στο παρόν, όπου τοποθετούνται χρονολογικά τα χαρακτηριστικά της ταυτότητας της ασθένειας. Δηλαδή, το άτομο διαμορφώνει τόσο αντικειμενικές, όσο και υποκειμενικές πεποιθήσεις αναφορικά με τη σοβαρότητα και τη φύση της συμπτωματολογίας που βιώνει. Σε μελλοντικό χρόνο, το άτομο αξιολογεί σε γνωστικό επίπεδο τις υπόλοιπες διαστάσεις της αναπαράστασης της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, καλείται να εκτιμήσει τις συνέπειες της νόσου στη σωματική και ψυχική του υγεία, καθώς και γενικότερα στην ποιότητα ζωής και λειτουργικότητά του. Επίσης, επεξεργάζεται τη θεραπεία που επέλεξε να ακολουθήσει, προκειμένου να αντιμετωπίσει τη νόσο, αλλά και τον προσωπικό έλεγχο που ασκεί τόσο στη διαδικασία της διάγνωσης όσο και της προκείμενης παρέμβασης (Hagger & Orbell, 2003. Καραδήμας, 2005).

Προεκτείνοντας την ανάλυση μας, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το μοντέλο της κοινής λογικής θεωρείται μοντέλο διττής επεξεργασίας, διότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις, στις οποίες και προαναφερθήκαμε, συνιστούν το πρώτο σκέλος και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις το δεύτερο σκέλος του συνόλου της αντιληπτικής διαδικασίας (Hagger & Orbell, 2003). Πιο συγκεκριμένα, το άγχος και γενικότερα η ψυχολογική δυσφορία του ασθενούς έχουν συσχετιστεί με χειρότερη πρόγνωση της ασθένειας, μακροπρόθεσμο χρονοδιάγραμμα της ίδιας, δυσμενείς συνέπειες, έκπτωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αλλά και χαμηλότερα επίπεδα ελέγχου της θεραπείας από τον ασθενή, με αποτέλεσμα την αρνητική έκβαση της αντιμετώπισης της (Frostholm, Oernboel, Christensen, Toft, Olesen, Weinman et al., 2007. Hagger & Orbell, 2003. Karademas, Karamvakalis & Zarogiannos, 2009). Αντίθετα, η ψυχική ευεξία έχει ταυτιστεί με υψηλό αντιλαμβανόμενο έλεγχο του ατόμου και ενεργητική συμμετοχή του στη θεραπεία (Fisher et al., 2010). Αβίαστα, λοιπόν, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η γνωστική αλλά και συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας θα χαρακτηρίζονταν ως παράλληλες διαδικασίες, οι οποίες κινητοποιούν ή επιβραδύνουν το άτομο σχετικά με την αντιμετώπιση της απειλής είτε από κοινού, είτε ανεξάρτητα η μία από την άλλη.

Εν περιλήψει, σύμφωνα με το μοντέλο της κοινής λογικής το άτομο συλλέγει είτε συγκεκριμένου είτε γενικότερου περιεχομένου πληροφορίες αναφορικά με τη νόσο η οποία τον προσέβαλε, με αποτέλεσμα τη δημιουργία σχηματικών αναπαραστάσεων, ώστε να κατανοήσει και να διαχειριστεί την ασθένεια με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Hagger & Orbell, 2003). Αποκαλούνται σχηματικές αναπαραστάσεις, επειδή προκύπτουν από τη συγκρότηση των συλλεγόμενων πληροφοριών σε σχήματα και όχι από τη μεμονωμένη

ανάλυση και επεξεργασία των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο *σχήμα* ορίζεται ένα νοητό σύμπλεγμα πληροφοριών για την ασθένεια, το οποίο συγκροτείται από πληροφορίες που το άτομο διαθέτει τόσο από το παρελθόν όσο και από το παρόν. Ως αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, το άτομο επιχειρεί να φέρει σε λογική συμφωνία τις προγενέστερες και τρέχουσες εμπειρίες της ασθένειας και ως εκ τούτου δημιουργείται μία αναδιαμορφωμένη σχηματική αναπαράσταση της νόσου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Συνεχίζοντας, θα ήταν παράλειψη να μην σημειωθεί ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας είναι συμμετρικές και ως προς την κοινή γνώμη. Σαφέστερα, οι βασικές πηγές ενημέρωσης του ατόμου σχετικά με την υγεία προέρχονται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια αναζήτησης απαντήσεων σε ερωτήματα που προκύπτουν αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του, το άτομο τείνει να απευθύνεται στους σημαντικούς άλλους, οι οποίοι είναι είτε συγγενείς είτε φίλοι. Ακόμη, αποζητά και ιατρική βοήθεια, προκειμένου να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την απειλή της υγείας του. Εντούτοις, διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες δεν αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο μία ασθένεια. Για αυτόν το λόγο, οι γνώσεις τις οποίες κατέχει το άτομο για το είδος της πάθησής του, εξαρτώνται διαρρήδην και από το πολιτισμικό υπόβαθρο που χαρακτηρίζει τη διαβίωση και καθημερινότητα του (Hagger & Orbell, 2003).

Συνοψίζοντας, καθίσταται σαφές ότι είτε η τρέχουσα είτε η προγενέστερη εμπειρία του ατόμου, καθώς και οι ληφθείσες πληροφορίες από το περιβάλλον σχετικά με την ασθένεια, είναι σε θέση να συγκροτήσουν τη σχηματική αναπαράσταση αυτής. Εν ολίγοις, η εξατομικευμένη επεξεργασία του συνόλου των πληροφοριών αποτελεί βασικό γνώρισμα της συγκρότησης της αναπαράστασης της ασθένειας. Ωστόσο, εξέχοντα ρόλο διαδραματίζει το εξωτερικό περιβάλλον και το πώς εκπέμπει τις σχετικές με την ασθένεια πληροφορίες. Το μοντέλο της προστατευτικής κινητοποίησης είναι εκείνο που εστιάζει ακόμη περισσότερο στο γεγονός ότι ο τρόπος αντίληψης του ατόμου για τη νοσηρή συμπτωματολογία εξαρτάται και από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται οι σημαντικοί άλλοι την ασθένεια. Ειδικότερα, επισημαίνεται ότι η αντίληψη και διαχείριση της ασθένειας από τον κοινωνικό περίγυρο έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση ωφέλιμων ή βλαβερών συμπεριφορών υγείας από το άτομο (Hewstone & Stroebe, 2001/2007).

2.1.2 Μοντέλο Προστατευτικής Κινητοποίησης

Ο Rogers στα μέσα της δεκαετίας του '70 (όπως αναφέρεται στους Norman και συν., 2005) διερευνά μορφές επικοινωνίας του ατόμου με το εξωτερικό περιβάλλον, οι οποίες

παροτρύνουν το άτομο να δράσει, ειδικότερα να αποκτήσει συμπεριφορές, οι οποίες είτε προάγουν είτε θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Το μοντέλο της *προστατευτικής κινητοποίησης (Protection Motivation Theory)* είναι εκείνο που αφορά επικοινωνιακά ερεθίσματα, τα οποία αποσκοπούν στην εκτίμηση ευαλωτότητας του ατόμου στην ασθένεια, καθώς και την αξιολόγηση των πιθανών τρόπων αντιμετώπισης της νόσου. Ειδικότερα, τα εν λόγω προτρεπτικά ερεθίσματα καθιστούν το άτομο σε επαγρύπνηση αναφορικά με το πρόβλημα της υγείας του και του αναδεικνύουν προστατευτικές ενέργειες, οι οποίες μειώνουν ή ακόμη εξαλείφουν ολοκληρωτικά τον κίνδυνο της απειλής (Hewstone & Stroebe, 2001/2007).

Κατά κύριο λόγο οι προτρεπτικές μορφές επικοινωνίας, τις οποίες εξετάζει το μοντέλο προστατευτικής κινητοποίησης, επικαλούνται το φόβο του πάσχοντα με σκοπό την άμεση δράση του. Οι αναφερόμενες προειδοποιήσεις, οι οποίες προέρχονται από το περιβάλλον, παραδείγματος χάριν μία ενημερωτική αφίσα ή η συνομιλία με κάποιον συγγενή ή φίλο, ο οποίος νοσεί, εμπεριέχουν πληροφορίες για κάποια απειλή της υγείας, καθώς και για πιθανότητες τρωτότητας ενός ατόμου από το συγκεκριμένο κίνδυνο (Hewstone & Stroebe, 2001/2007). Το άτομο αντιλαμβάνεται την ευαλωτότητα, η οποία το χαρακτηρίζει όσον αφορά το αντίξοο γεγονός για την υγεία του, καθώς και το μέγεθος της σοβαρότητας της βλαπτικής του επίδρασης, εάν δεν υιοθετήσει προστατευτικές συμπεριφορές ή δεν αναδιαμορφώσει τις ήδη μαθημένες συμπεριφορές υγείας που διαθέτει (Norman et al., 2005).

Ο επικαλούμενος φόβος δεν ενισχύει μόνον τη διαδικασία εκτίμησης της απειλής, αλλά "υποστηλώνει" και την αξιολόγηση του προτεινόμενου τρόπου αντιμετώπισης. Ο ασθενής καλείται να εξετάζει τις πιθανότητες επιτυχίας της ενδεδειγμένης θεραπευτικής παρέμβασης και, ταυτόχρονα, υποβάλλεται στη διαδικασία να ασκήσει κριτική στον εαυτό για το αν θα φέρει εις πέρας τις προτεινόμενες αυτές λύσεις (Norman et al., 2005). Επεξηγηματικά, το ζύγι ανάμεσα στις στερήσεις που υποβάλλεται ο ασθενής για την περάτωση της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και τα προσδοκώμενα οφέλη από αυτήν, είναι εκείνες οι παράμετροι που καθορίζουν το βαθμό της προστατευτικής κινητοποίησης του ίδιου (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Plotnikoff και Higginbottom (όπως αναφέρεται στους Norman και συν., 2005), η αυτοαποτελεσματικότητα έχει διαπιστωθεί ως ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόθεση σωματικής άσκησης όσον αφορά άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο.

Οι θεωρητικές βάσεις του μοντέλου της προστατευτικής κινητοποίησης άπτονται της θεωρίας του στρες των Lazarus και Folkman ήδη από το 1984. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με

τους Lazarus και Folkman (όπως αναφέρεται στους Folkman, Lazarus, Dunkel-Shetter, De longis & Gruen, 1986) το άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα του εαυτού και των άλλων, προβαίνοντας στη γνωστική αξιολόγηση της στρεσογόνου απειλής, η οποία απευθύνεται τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία του. Στη συνέχεια, επιχειρεί να διαχειριστεί το επαγόμενο άγχος για την κατάσταση του, αναζητώντας τους περισσότερο ωφέλιμους τρόπους αντιμετώπισης. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο αποδέχεται το υπάρχον πρόβλημα και αναζητά πληροφορίες, ώστε να το διαχειριστεί και τελικά να το ξεπεράσει ολοκληρωτικά. Εν ολίγοις, επιδιώκει να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν περισσότερο στις νέες συνθήκες που ορίζει η εν λόγω ασθένεια.

Ανακεφαλαιωτικά, η υποκειμενική κρίση του ατόμου όσον αφορά τις προσλαμβάνουσες πληροφορίες σχετικά με τη νοσηρή συμπτωματολογία έχει ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση της αναπαράστασης της ασθένειας και ειδικότερα την εκτίμηση του κινδύνου της υγείας και την πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας τόσο του ίδιου όσο και των πιθανών θεραπευτικών μέσων που θα επιλέξει για την αντιμετώπιση της κατάστασης (Floyd et al., 2000). Ωστόσο, η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται από πληθώρα εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Εκτενέστερα, από τη μια πλευρά, στους εσωτερικούς -ατομικούς παράγοντες- συγκαταλέγονται, όπως προαναφέρθηκαν, οι προηγούμενες εμπειρίες του πάσχοντα, αλλά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, ενώ, από την άλλη πλευρά, στους εξωτερικούς -κοινωνικούς παράγοντες- εμπεριέχονται η λεκτική πειθώ του συνομιλητή, όπως και η μάθηση της συμπεριφοράς της υγείας μέσω της παρατήρησης ή της μίμησης (Floyd et al., 2000).

2.2 Παράγοντες Επίδρασης στην Αντίληψη

Κατά κοινή ομολογία, το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας δε λαμβάνει πολλές φορές υπόψιν του την πολυδιάστατη δομή του εαυτού που νοσεί. Πιο συγκεκριμένα, οι γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες του ασθενούς επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ασθένεια που τον ταλανίζει, καθώς και την τελική έκβαση της υγείας του. Πέραν αυτού υπάρχουν ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες που ασκούν επιπρόσθετη επίδραση στις εν λόγω γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες, με αποτέλεσμα ποικίλες πεποιθήσεις, σχήματα, προσδοκίες και κίνητρα να συγκροτούν την αναπαράσταση της ασθένειας. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική ομάδα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Petersen, van den Berg, Janssens και Van den Bergh, 2011).

Οι κύριες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία αναπαραστάσεων, είναι η *μνήμη* και η *προσοχή*. Ειδικότερα, η μνήμη είναι εκείνη που εξυπηρετεί την αποθήκευση και ανάκληση πληροφοριών των προγενέστερων αλλά και

τρεχουσών εμπειριών της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Παράλληλα, όμως, το άτομο λειτουργεί και μέσω της προσοχής, εντοπίζοντας ερεθίσματα που αφορούν το πρόβλημα της υγείας του, τα οποία, βέβαια, είναι περιορισμένου εύρους (Ayers, Baum, McManus, Newman, Wallston, Weinman et al., 2007). Ως αποτέλεσμα τούτου, αν και το άτομο στερείται ορισμένων πληροφοριών και χρησιμοποιεί προγενέστερες γνώσεις, σπεύδει να ετικετοποιήσει - ταυτοποιήσει την ασθένεια, χωρίς ουσιαστικά να έχει συγκεντρώσει ένα ικανοποιητικό σύνολο στοιχείων της παρούσας κατάστασης της υγείας του, γεγονός που οδηγεί συχνά σε γνωστικά σφάλματα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Παραδείγματος χάριν, καρδιοπαθείς αντιλαμβάνονται την κόπωση ως αποτέλεσμα της καθημερινής ρουτίνας, όπως συνήθιζαν στο παρελθόν και ταυτοχρόνως, αγνοούν συμπτώματα τα οποία συσχετίζονται με τη νόσο, όπως η στηθάγχη (Martin, Rothrock, H. Leventhal & E. Leventhal, 2003).

Ο *βαθμός διαστρέβλωσης*, ο οποίος προκύπτει από τη γνωστική επεξεργασία της αναπαράστασης της ασθένειας από τον πάσχοντα, επιφέρει εξίσου επιπτώσεις στη συμπεριφορά υγείας του ίδιου. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα, τα οποία έχουν διαγνωστεί με καρδιαγγειακή νόσο, τείνουν να αποφεύγουν την έντονη άσκηση ή συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας του φόβου μην προκληθεί στηθάγχη. Εν ολίγοις, πιστεύουν ότι πρέπει να διατηρήσουν την απομειωμένη ενέργεια που διαθέτουν, διότι είναι πιθανό να βιώσουν κάποιο είδος σωματικής εξάντλησης, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τους. Ως εκ τούτου, αποβάλλουν οποιαδήποτε μορφή σωματικής άσκησης από το ημερήσιο πρόγραμμα τους και αποφεύγουν συγκινησιακά ερεθίσματα, γεγονός το οποίο στην πραγματικότητα δυσχεραίνει περισσότερο την κατάσταση τους, εφόσον τους καθιστά υπολειτουργικούς (Martin et al., 2003).

Συνεχίζοντας, αναντίρρητο γεγονός είναι ότι η *παρατηρούμενη μάθηση* συνίσταται σημαντικός, επίσης, παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς της υγείας. Το φαινόμενο της συλλογικής ψυχογενούς ασθένειας αποτελεί ένα παράδειγμα μιμητικής συμπεριφοράς, το οποίο έχει επέλθει από την παρατήρηση. Ειδικότερα, διάφορα συμπτώματα, όπως η ναυτία, η φαγούρα και άλλα, μεταδίδονται «ψευδώς» και σε άλλα άτομα, τα οποία συνήθως παρευρίσκονται στον ίδιο χώρο και η ανάλογη εξήγηση που δίνεται εκ μέρους τους είναι ότι «κόλλησαν» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το June Bug επεισόδιο, όπου εργάτες μιλούν για συμπτώματα, όπως η κόπωση, η ζαλάδα και η ναυτία, τα οποία αναφέρονται από όλο και περισσότερους συνεργάτες τους σε μια περίοδο αυξημένου φόρτου εργασίας. Η συλλογική αιτία που επινοείται, είναι το τσίμπημα από ένα συγκεκριμένο είδος κουνουπιού, χωρίς στην πραγματικότητα αυτό να ισχύει (Martin et al., 2003). Γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, ότι η μίμηση ενός προτύπου συμπεριφοράς κάποιου εργάτη

αποτέλεσε τον παράγοντα μετάδοσης της ψυχογενούς ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Πληθώρα ερευνητικών μελετών έχει εστιάσει στις δυσμενείς συνέπειες της *αρνητικής συναισθηματικής φόρτισης* του ασθενούς στην αντίληψη αλλά και στην περαιτέρω έκβαση της νόσου. Το άτομο καλείται να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του υπό το πρίσμα της ασθένειας. Σε αντιδιαστολή, άλλοι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν στρες στην καθημερινή ζωή, όπως ευθύνες, μη διαθέσιμοι πόροι και άλλα, καθιστούν τη διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής στο πλαίσιο της ασθένειας μια μακροπρόθεσμη και δύσκολη υπόθεση (Karademas et al., 2008. Sharpe & Curran, 2006). Η πιθανή αποτυχούσα προσαρμογή στην ασθένεια έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών άγχους, διάθεσης και συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος και η αρνητική διάθεση, ακόμη και η κατάθλιψη έχουν συσχετιστεί με τη μέγιστη αναφορά συμπτωμάτων της σωματικής ασθένειας, μεγαλύτερα επίπεδα ευαλωτότητας του ατόμου στο νοσηρό και συχνότερη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Ayers et al., 2007. Kolk, Hanewald, Schagen & Gijsbers van Wijk, 2002. Sharpe & Curran, 2006). Εντούτοις, η προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ασθενούς, η αύξουσα αυτοεκτίμηση και η μειωμένη συμπτωματολογία που αναφέρει ο ίδιος, έχουν ταυτιστεί με την απομείωση του άγχους και της άσχημης διάθεσης, καθώς και τη ψυχική ευεξία (Korotkov, Marshall & Fraser, 2013. Sharpe & Curran, 2006).

Ένα μέρος των δημοσιευμένων μελετών εξετάζει την επίδραση επαγωγής αρνητικών συναισθημάτων στην αντίληψη της υγείας σε μη νοσηρό πληθυσμό. Οι Solovery και Birnbaum (όπως αναφέρεται στους Petersen και συν., 2011) διαπίστωσαν ότι μετά την επαγωγή αρνητικής διάθεσης σε υγιή άτομα, αυτά αναφέρουν μεγαλύτερο πόνο και περισσότερη ευαλωτότητα στην έκφραση νοσηρών συμπτωμάτων, ανεξαρτήτως ρεαλιστικών συνθηκών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι Costa και McCae (όπως αναφέρεται στους Petersen και συν., 2011) παρατήρησαν ότι άτομα, τα οποία υποβλήθηκαν σε διεργασίες επαγωγής αρνητικών συναισθημάτων, ανέφεραν δύο ή τρεις φορές περισσότερα συμπτώματα από την ομάδα ελέγχου. Πράγματι, έχει αποδειχθεί, όπως προαναφέρθηκε, ότι ασθενείς, οι οποίοι βιώνουν άσχημα συναισθήματα, όπως ανησυχία, φόβο και αρνητική διάθεση, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη εγρήγορση σχετικά με την αντίληψη των συμπτωμάτων τους και αυξημένη προσοχή στις πληροφορίες που δίνει το σώμα, όπως και υψηλά ποσοστά απόδοσης συμπτωματικών εκδηλώσεων (Kolk et al., 2002. Petersen et al., 2011).

Εν συνεχεία, το δημογραφικό προφίλ του ασθενούς επηρεάζει και αυτό με το δικό του ρόλο τους γνωστικούς και συναισθηματικούς μηχανισμούς που συμμετέχουν στην αναπαράσταση του νοσηρού (Martin et al., 2003). Αν και το κοινωνικό πλαίσιο του ασθενούς

διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο στην αντίληψη της ασθένειας, στοιχείο που θα επανεξεταστεί και στη συνέχεια, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως το φύλο και η ηλικία, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό αυτήν τη διαδικασία. Ωστόσο, ο ερευνητικός κόσμος δεν έχει ακόμη αποσαφηνίσει το μέγεθος της επίδρασης των εκάστοτε μεταβλητών που αφορούν το ατομικό και κοινωνικό πλαίσιο.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την επίδραση της μεταβλητής του *φύλου* στη γνωστική επεξεργασία των ερεθισμάτων, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες εστιάζουν την προσοχή τους περισσότερο σε ερεθίσματα εξωτερικού τύπου και μπορούν να εξηγήσουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους, εάν έχουν υποβληθεί σε εργαστηριακές εξετάσεις. Ειδάλλως, αντιμετωπίζουν μια ιδιαίτερη δυσκολία στην ερμηνεία των συμπτωμάτων σε αντίθεση με τους άνδρες, για τους οποίους δεν ισχύει το ίδιο (Ayers et al., 2007. Goodwin, Fairclough & Poole, 2012). Δευτερευόντως, επειδή οι γυναίκες αναλαμβάνουν επί το πλείστον περισσότερες ευθύνες, όπως κατά κύριο λόγο τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων, φαίνεται να εμπλέκονται στη διαδικασία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας με μεγαλύτερη συχνότητα (Goodwin et al., 2012. Manierre, 2015). Πέραν αυτού, χαρακτηρίζονται, ακόμη, από αυξημένο άγχος συγκριτικά με τους άνδρες, γεγονός το οποίο έχει συσχετιστεί με συχνότερη αναφορά συμπτωμάτων, μεγαλύτερη έκπτωση της υγείας, καθώς και εντονότερη ανησυχία για τις αιτίες της εμφανιζόμενης συμπτωματολογίας (Kolk et al., 2002).

Ο παράγοντας της *ηλικίας*, επίσης, επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσεγγίζει την ασθένεια. Για να γίνει πιο σαφές, ο νέος καταβάλλεται από έντονη απογοήτευση, καθώς θεωρεί ότι το πρόβλημα της υγείας του δυσχεραίνει την υλοποίηση των μελλοντικών του στόχων. Το άτομο που διανύει τη μέση ηλικία λαμβάνει περισσότερο υπόψιν την τρωτότητα του, καθώς το αντίκτυπο της ασθένειας γίνεται εμφανές σε όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως η επαγγελματική σταδιοδρομία και η οικογένεια (Falvo, 2005). Και τέλος, οι άνθρωποι που ανήκουν στην τρίτη ηλικία τείνουν να στρέφονται προς το κοινωνικό περίγυρο, όταν διαγιγνώσκονται με κάποια νόσο. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί, ότι όσο περισσότερη κοινωνική στήριξη δέχεται ένας υπερήλικας, τόσο αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα του, διότι χαρακτηρίζεται από μειωμένη λειτουργικότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (Wolff, Schmiedek, Brose & Lindenberger, 2013).

Διερευνώντας περαιτέρω την ταυτότητα ενός πάσχοντα, διαπιστώνεται ότι το *κοινωνικοπολιτισμικό* και *οικονομικό επίπεδο* φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση συμπτωματολογίας και την επακόλουθη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Kolk et al., 2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι ο Ευρωπαίος αποδίδει, συνήθως, τη σωματική και ψυχολογική δυσφορία σε ένα πλαίσιο ασθένειας και αναζητά άμεσα ιατρό. Αντίθετα, ο Λατίνος απευθύνεται στον ιερέα, όταν αντιμετωπίζει συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Martin et al., 2003). Ακόμη, η έκφραση του σωματικού πόνου και της ψυχολογικής δυσπροσαρμογής σε αυτόν ποικίλει. Παραδείγματος χάριν, οι Schouten και Schinkel (υπό δημοσίευση) παρατήρησαν ότι οι μετανάστες Τουρκικής καταγωγής στην Ολλανδία εξέφρασαν εντονότερη συναισθηματική δυσφορία συγκριτικά με τους αυτόχθονες Ολλανδούς, όταν αντιμετώπισαν κάποιο είδος σωματικού πόνου. Είναι αξιοσημείωτο, βέβαια, ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα ψυχο-κοινωνικής φύσεως, όπως η κατάθλιψη και η οικονομική δυσχέρεια, τα οποία έχουν συσχετιστεί , τις περισσότερες φορές, με έκπτωση της υγείας και μειωμένα κίνητρα ανάληψης δράσεων (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2006).

Η αρνητικά διακείμενη αναπαράσταση της ασθένειας από το άτομο έχει διαπιστωθεί ότι είναι συνέπεια και ενός *μη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος* (Kang, Kim, Bae, Choi & Shin, 2014). Οι διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες παρέχουν στον ασθενή συναισθηματική και υλική υποστήριξη, φαίνεται πως συνδράμουν και στη συνολική ευημερία του. Από τη μία πλευρά, η υπερπροστασία από τους συγγενείς και φίλους καθιστά πολλές φορές ισχυρή την ταυτότητα της ασθένειας, γεγονός που πιθανώς επιφέρει φόβο, ενώ, από την άλλη πλευρά, η απουσία της κοινωνικής στήριξης έχει συσχετιστεί με αρνητική έκβαση της υγείας, εξαιτίας της περιορισμένης κινητοποίησης του ατόμου (Wolff et al., 2013).

Στο προαναφερθέν άμεσο περιβάλλον του ασθενούς συμπεριλαμβάνονται και οι εκάστοτε πάροχοι υπηρεσιών υγείας. Οι Kang και συν. (2014) συμπέραναν ότι η πλειοψηφία του ερευνητικού δείγματος που χρησιμοποίησαν εξέφρασε δυσαρέσκεια για την ιατρική αλληλεπίδραση. Παρατηρήθηκε ότι λαμβάνουν ελλιπή ενημέρωση από τον ιατρό και μάλιστα το περιορισμένο εύρος των πληροφοριών, που δέχονται, τους προκαλεί ιδιαίτερο φόβο. Στην πραγματικότητα, το ιατρικό προσωπικό παρεμβαίνει σε οξείες φάσεις του προβλήματος υγείας και δεν ακολουθεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο διαρκούς περίθαλψης του ασθενούς. Ως εκ τούτου, το πλάνο της παρέμβασης θα ήταν χρήσιμο να βασίζεται στην ατομική βούληση του πάσχοντα και την εμπιστοσύνη μεταξύ του ίδιου και της διεπιστημονικής ομάδας των ειδικών, με απώτερο σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του χρόνιου νοσήματος.

Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι τα *μέσα μαζικής ενημέρωσης* διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα τόσο όσον αφορά τον εαυτό όσο και τον κοινωνικό περίγυρο (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2006). Επίσης, εξαιτίας της ευρείας εξάπλωσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, όπως για παράδειγμα Facebook, Twitter και άλλα, δίνονται όλο και περισσότερες ευκαιρίες

ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με την υγεία. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα των Patel, Chang, Greysen και Chopra (υπό δημοσίευση) το 23% παρακολουθεί ενημερώσεις αναφορικά με το πρόβλημα υγείας κάποιου διαδικτυακού φίλου και το 11-15% αναζητεί ή αναρτά πληροφορίες για ζητήματα υγείας ευρέος φάσματος. Συνολικά, έχει διαπιστωθεί ότι η κοινωνικοποίηση και κινητοποίηση του ασθενούς αποτελούν χαρακτηριστικά αποτελέσματα της εν λόγω αλληλεπίδρασης. Ωστόσο, ένα σύνολο ερευνών υποστηρίζει ότι το άτομο το οποίο πυρπολείται από πολλαπλές πληροφορίες, είναι πιθανό να αισθανθεί πίεση και από την υπερβολική ανησυχία να παραμείνει αδρανές όσον αφορά την πρόληψη της υγείας του (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2006).

Ανακεφαλαιωτικά, η γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία της συμπτωματολογίας λαμβάνει χώρα εξαρτώμενη από ένα εύρος παραγόντων ατομικής, αλλά και κοινωνικής προέλευσης. Πρόκειται για μία αμφίδρομη αλληλεπίδραση μεταξύ παθολογίας και παραγόντων επιρροής των αντιληπτικών διεργασιών. Με άλλα λόγια, η φύση των συμπτωμάτων της ασθένειας που βιώνει το άτομο διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο στη διαμόρφωση αναπαράστασης της ίδιας σε συνδυασμό, βέβαια, με τις υπόλοιπες πτυχές της ταυτότητας του ασθενούς (Falvo, 2005). Για αυτόν το λόγο, θεωρήθηκε σκόπιμο σχετικά με το επόμενο κεφάλαιο, να περιγραφεί η παθοφυσιολογία των καρδιαγγειακών παθήσεων, προτού γίνει αναφορά στις αναπαραστάσεις που δημιουργεί το άτομο σχετικά με τα συμπτώματα των συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας.

3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα δεδομένα, που έχει κοινοποιήσει η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία το 2015, έχει διαπιστωθεί ότι οι θάνατοι που προκλήθηκαν εξαιτίας κάποιας καρδιαγγειακής πάθησης στο γενικό πληθυσμό ξεπέρασαν το 50% του συνολικού ποσοστού θνησιμότητας (Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett, Blaha, Cushman et al., 2015). Αναφορικά με τον Ελλαδικό χώρο, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος δημοσίευσε στοιχεία, τα οποία υπογραμμίζουν το γεγονός ότι 49% των ανθρώπων πέθαναν το 2003, επειδή νοσούσαν από κάποιον τύπο καρδιοπάθειας (Μπαμπάτσικου, 2010). Είναι αξιοσημείωτο ότι τα συγκεκριμένα ποσοστά αναφέρονται κατά κύριο λόγο στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω (Mozaffarian et al., 2015). Ακόμη, οι συνηθέστερες ασθένειες που συσχετίζονται με ανωμαλίες στη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος και θα παρουσιαστούν στη συνέχεια είναι οι εξής:

Καρδιακή ανεπάρκεια: επέρχεται όταν η καρδιά αδυνατεί να τροφοδοτήσει την κυκλοφορία του αίματος σύμφωνα με τις μεταβολικές απαιτήσεις των ιστών. Στην προσπάθεια της να αναπληρώσει το κενό παροχής αίματος εργάζεται με πολύ μεγαλύτερη πίεση. Στη συνέχεια, τα αίτια της καρδιακής ανεπάρκειας ποικίλουν και είναι πιθανό να είναι περισσότερα από ένα, παραδείγματος χάριν η αρτηριακή πίεση, οι αρρυθμίες, το αλκοόλ και άλλα. Ο ασθενής με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνει κατά κύριο λόγο δύσπνοια, κόπωση, βραδινή ούρηση, γαστρεντερικά προβλήματα, όπως ανορεξία, ναυτία και συχνούς έμετους, καθώς και συμπτώματα που αφορούν το κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως απώλεια μνήμης και δυσκολία συγκέντρωσης. Επιπλέον, οι ασθενείς αναφέρουν στηθάγχη και αίσθημα παλμών. Τα αναφερόμενα συμπτώματα στο σύνολο τους παρουσιάζονται χωρίς μεγάλη ένταση και μεταβάλλονται από άνθρωπο σε άνθρωπο (Κεκές, Κουτσιμπάνης, Γεωργιάδης, Στάκος & Τζιακάς, 1998).

Αρτηριακή πίεση: αποτελεί μεταβλητός δείκτης της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού και σε συνδυασμό με την υπερλιπιδαιμία και το κάπνισμα συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες πρόκλησης καρδιαγγειακής νόσου. Ειδικότερα, οι επιπλοκές της αρτηριακής πίεσης συσχετίζονται με αύξηση της πίεσης του αίματος, για παράδειγμα καρδιακή αιμορραγία ή εγκεφαλική αιμορραγία. Μέχρι την ηλικία των 40 χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής υπέρταση και στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας λαμβάνεται υπόψιν ως αποτέλεσμα αρτηριοσκλήρυνσης (πάχυνση των αιμοφόρων αγγείων). Ακόμη, τα συμπτώματα της αρτηριακής πίεσης δεν είναι συγκεκριμένα, ωστόσο στους περισσότερους ασθενείς εμφανίζονται με τη μορφή κεφαλαλγίας, ιλίγγων, δύσπνοιας, προκάρδιου άλγους, προκάρδιου αισθήματος παλμών, καταβολής δυνάμεων, πολυουρίας, οπτικών διαταραχών και

διαταραχών ισορροπίας (Κεκές και συν., 1998).

Μυοκαρδιοπάθειες: είναι παθήσεις, οι οποίες αφορούν το μυοκάρδιο, δηλαδή τον καρδιακό μυ, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την ουσιαστική λειτουργία της καρδιάς ως αντλίας. Οι αιτίες των μυοκαρδιοπαθειών δεν έχουν ανιχνευτεί, όμως οι πάσχοντες κινδυνεύουν ακόμη και από αιφνίδιο θάνατο (Κεκές και συν., 1998). Άτομα που αντιμετωπίζουν τη στεφανιαία νόσο πάσχουν από περιορισμένη παροχή, εξαιτίας κάποιων μεταβολών στις στεφανιαίες αρτηρίες, η οποία έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του συγκεκριμένου τμήματος της καρδιάς, ειδάλλως το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι εν λόγω ασθενείς βιώνουν παροδικά επεισόδια ανεπαρκούς παροχής μέχρι να λάβει χώρα το έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα συμπτώματα που εμφανίζουν, σε αυτήν τη φάση, είναι κατά κύριο λόγο το θωρακικό άλγος και η στηθάγχη (Γελαδάς & Τσακόπουλος, 2011).

Η διάγνωση των καρδιαγγειακών παθήσεων, εξαιτίας της υποκειμενικότητας που διέπει την αναφορά της συμπτωματολογίας, από τη μία πλευρά βασίζεται στη λήψη ιστορικού από το άτομο, αλλά από την άλλη στηρίζεται και σε διεργασίες αντικειμενικής εξέτασης, όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα, τη δοκιμασία κοπώσεως, τη στεφανιαιογραφία και άλλες (Κεκές και συν., 1998). Η θεραπευτική αντιμετώπιση, σε τέτοιες περιπτώσεις, περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, καθώς και πιθανές επεμβάσεις και συστάσεις για την υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Καραδήμας, 2005). Κρίνεται ωφέλιμο, λοιπόν, ο καρδιοπαθής να λαμβάνει γνώση για την κατάσταση της υγείας του αλλά και τους πιθανούς και διαθέσιμους τρόπους παρέμβασης, ώστε να διαμορφώνει μία όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική αναπαράσταση της νόσου.

3.1 Αναπαραστάσεις Καρδιαγγειακών Παθήσεων

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του εμπλέκονται με διαφορετικό βαθμό και συχνότητα στη διαμόρφωση αναπαραστάσεων, ανάλογα με το πλαίσιο της ασθένειας (Petersen et al., 2011). Όσον αφορά το πλαίσιο εκδήλωσης των καρδιαγγειακών παθήσεων, η σύγχρονη βιβλιογραφία εξετάζει τις προσλαμβάνουσες του ατόμου σχετικά με τα αίτια της ασθένειας, τη σοβαρότητα και τις συνέπειες των συμπτωμάτων στο χρόνο, καθώς και την αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενούς στη διαχείριση της νόσου. Η αρθρογραφία επικεντρώνεται, λοιπόν, στις διαστάσεις που προτείνουν τα μοντέλα αντίληψης της ασθένειας, όπως το μοντέλο κοινής λογικής και αυτό της προστατευτικής κινητοποίησης που περιγράφησαν σε προηγούμενη ενότητα.

Σύμφωνα με την Kelly (όπως αναφέρεται στους Hirani & Newman, 2005), ο άνθρωπος αναζητά με ιδιαίτερο ζήλο την αιτία των φαινομένων που συμβαίνουν στην καθημερινή του ζωή. Πέραν αυτού, όμως, η απόδοση της βαθύτερης αιτίας των πραγμάτων

διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο και στη μετέπειτα αντίδραση του ατόμου. Για παράδειγμα οι καρδιοπαθείς, οι οποίοι λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους υψηλούς δείκτες κληρονομικότητας των καρδιαγγειακών ασθενειών, υιοθετούν μία μοιρολατρική στάση, παραβλέποντας την προσωπική ευθύνη στην επιδείνωση της υγείας τους εξαιτίας βλαπτικών συμπεριφορών, όπως η ανθυγιεινή διατροφή ή το κάπνισμα. Μάλιστα, δεν είναι διατεθειμένοι να διακόψουν ολοκληρωτικά συνήθειες, οι οποίες προκαλούν, αλλά και οξύνουν την ασθένειά τους. Αντίθετα, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα, τα οποία αντιλαμβάνονται ως αιτία τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, είναι περισσότερο πρόθυμοι για την προσαρμογή τους σε νέες ωφέλιμες συνήθειες (Hirani & Newman, 2005).

Σύμφωνα με τους Hirani και Newman (2005), ο βαθμός αναγνώρισης και αποδοχής του προβλήματος υγείας από τον ασθενή αποτελεί ένα εξίσου ουσιαστικό σκέλος της αντιληπτικής διεργασίας. Ασθενείς, οι οποίοι βίωσαν ένα απρόσμενο και αναπάντεχο γεγονός, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, έδειξαν ότι δεν έχουν κατανοήσει επαρκώς το πρόβλημα, γεγονός που συσχετίστηκε με χρονιότητα της ασθένειας, χαμηλό αυτοέλεγχο, ελλιπή θεραπεία αλλά και χαμηλά επίπεδα της γενικότερης ποιότητας ζωής τους (Foxwell, Morley & Frizelle, 2013). Με άλλα λόγια, εάν ο καρδιοπαθής δεν αντιλαμβάνεται επαρκώς τη σοβαρότητα του προβλήματος που αντιμετωπίζει, φαίνεται ότι δεν αναλαμβάνει και την απαραίτητη δράση, ώστε να το καταπολεμήσει.

Πλήθος ερευνητών έχουν αναλύσει και αξιολογήσει τη στάση των ατόμων που έλαβαν διάγνωση για κάποιο τύπο καρδιοπάθειας. Οι Devcich, Ellis, Gamble και Petrie (2008) εκτίμησαν την αλλαγή, η οποία συνέβη στις αναπαραστάσεις της ασθένειας ατόμων που υποβλήθηκαν σε στεφανιαία αγγειογραφία. Όσοι διαγνώστηκαν με φυσιολογική στεφανιαία ανατομία μείωσαν τον αριθμό αναφερόμενων συμπτωμάτων και υιοθέτησαν θετικές πεποιθήσεις σχετικά με την πορεία της υγείας τους, ενώ μέχρι τώρα είχαν καταβληθεί από αρνητικά φορτισμένες πεποιθήσεις και συναισθήματα. Το ενδιαφέρον ήταν ότι και όσοι διαγνώστηκαν με στεφανιαία νόσο ανησυχούσαν λιγότερο για την απειλή της υγείας τους. Έτσι, φάνηκε πως οι διαγνωστικές πληροφορίες βοήθησαν τους συμμετέχοντες να αντιληφθούν το πρόβλημα αντικειμενικά, χωρίς υπερβολικές αντιδράσεις και αρνητικές εικασίες.

Από την άλλη πλευρά, οι Hickey, Sciacca, Biviano, Whang, Dizon, Garan και συν. (2014) αναφέρουν πως άτομα, τα οποία υποβάλλονται σε εξέταση μοριακής παθολογίας καρδιαγγειακών παθήσεων, εκφράζουν μεγαλύτερη ανησυχία για την εξέλιξη της υγείας τους και εμπίπτουν σε γνωστικά λάθη. Για να γίνει πιο σαφές, στην έρευνα που διενεργήθηκε, συμμετείχαν άτομα, τα οποία είχαν κάποιο συγγενή με αρρυθμίες ή έμφραγμα του

μυοκαρδίου και αξιολογήθηκε εάν διαθέτουν τη γενετική βάση των εν λόγω κινδύνων. Όσοι εν τέλει διέθεταν αυτήν την προδιάθεση, ανέφεραν πολύ περισσότερα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, κόπωση, στηθάγχη και γενικότερα σωματικό πόνο. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα αυτά δημιούργησαν αρνητικές πεποιθήσεις και αναφορές για την εξέλιξη της ασθένειας, χωρίς αυτή να έχει εκδηλωθεί ακόμα.

Στη συνέχεια, οι Kohlmann, Rimington και Weinman (2012) παρατήρησαν με τη σειρά τους ότι ασθενείς, οι οποίοι διατήρησαν αρνητικές πεποιθήσεις μετά από επέμβαση, χαρακτηρίστηκαν με χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, ανέφεραν φόβο για δυσμενείς μακροχρόνιες συνέπειες και μειωμένο βαθμό αυτοελέγχου. Αντιθέτως, ασθενείς οι οποίοι υιοθέτησαν θετικές πεποιθήσεις για την κατάσταση της υγείας τους αμέσως μετά την επέμβαση, χαρακτηρίζονταν, ακόμα και ένα χρόνο μετά, με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Τέλος, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στις γυναίκες, οι οποίες έτειναν να αντιλαμβάνονται υπό αρνητικό πρίσμα την πορεία και εξέλιξη της κατάστασής τους και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, καθώς και σοβαρές επιπτώσεις στη γενικότερη ποιότητα ζωής.

Οι Norris, Murray, Triplett και Hegadoren (2010) τόνισαν παρόμοιες και επίμονες διαφορές αναφορικά με το φύλο και την αναπαράσταση της καρδιαγγειακής νόσου. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι, όσο αυξανόταν η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της στηθάγχης, οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ οι άνδρες επεσήμαναν καλύτερη ποιότητα ζωής. Δηλαδή, οι άνδρες αντλούσαν ικανοποίηση από τη θεραπεία και παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με το έτερο φύλο. Οι ερευνητές απέδωσαν την εαυλωτότητα αυτή του γυναικείου φύλου στα αυξημένα επίπεδα στρες που παρουσιάζει και τα οποία προέρχονται από τη σύγκρουση των πολλαπλών κοινωνικών ρόλων, τους οποίους εκπροσωπούν οι γυναίκες στην καθημερινή τους ζωή.

Για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη ποιότητα ζωής, από τη μία πλευρά ο ασθενής καλείται να αξιολογήσει το μέγεθος της απειλής που υφίσταται και από την άλλη πλευρά την αποτελεσματικότητα, δηλαδή τα οφέλη και το κόστος των πιθανών τρόπων αντιμετώπισης της απειλής. Οι Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder και Anton (όπως αναφέρεται στους Hirani & Newman, 2005) τόνισαν το όφελος της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής, το οποίο ήταν η διατήρηση της υγείας και το κόστος, το οποίο ήταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, όπως ανέφεραν και οι καρδιοπαθείς συμμετέχοντες. Όσοι συμμετέχοντες επικεντρώνονταν στο κόστος, παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς, οι οποίοι είχαν προσαρμοστεί στη σωστή λήψη της φαρμακοθεραπείας. Οι τελευταίοι, μάλιστα, τείνουν να ασκούν και μεγαλύτερο έλεγχο στη

θεραπεία, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται από βελτιωμένη σωματική και ψυχική υγεία (Hirani & Newman, 2005).

Η αντίληψη των συμπτωμάτων των καρδιαγγειακών παθήσεων έχει χαρακτηριστεί ως συμπαγής και ισχυρός προγνωστικός παράγοντας του ελέγχου διαχείρισης της υγείας. Ειδικότερα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν ταυτιστεί με μια σειρά από συμπεριφορές υγείας που θεωρούνται και αιτίες της νόσου και το άτομο, αντιλαμβανόμενο την ταυτότητα και τη φύση της ασθένειας, καλείται να τις ελέγξει, ώστε να παρέμβει αποτελεσματικά εναντίον του πιθανού προβλήματος της υγείας. Τέτοιες συμπεριφορές είναι η σωματική άσκηση, το κάπνισμα, η διατροφή, η χρήση αλκοόλ, καθώς και άλλες επιβλαβείς ή μη συνήθειες (Byrne, Walsh & Murphy, 2005). Οι Plotnikoff και Higginbotham (2002) διαπίστωσαν ότι οι αναπαραστάσεις του καρδιοπαθούς για την ευαλωτότητα του απέναντι στην απειλή έχουν παραλληλιστεί με παρόμοιες αντιδράσεις, όπως την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (π.χ. δίαιτα χαμηλού λίπους). Ωστόσο, ανασταλτικοί παράγοντες αυτής της πρόθεσης συμπεριφοράς για την προσαρμογή στην ασθένεια θεωρήθηκαν, κατά κύριο λόγο, το υπερβολικό άγχος και η αρνητική διάθεση.

Οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας έχουν συσχετιστεί άμεσα με τα μειωμένα επίπεδα αυτοελέγχου σε άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιαγγειακά προβλήματα. Παραδείγματος χάριν, οι Bohachick και συν. (όπως αναφέρεται στους Hirani & Newman, 2005) παρατήρησαν ότι ο έλεγχος των ασθενών, οι οποίοι προηγουμένως υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς, είχε θετική συσχέτιση με ψυχολογικές καταστάσεις, όπως η αισιοδοξία και η ευεξία, αλλά αρνητική συσχέτιση με συναισθήματα θυμού και αρνητικής διάθεσης. Επιπλέον, οι Smith και συν. (2014) κατέληξαν σε ισχυρή συσχέτιση αρνητικών πεποιθήσεων για την υγεία, ελλιπούς κατανόησης της καρδιοπάθειας, αυξημένης αναφοράς καρδιαγγειακών συμπτωμάτων και μακροπρόθεσμων συνεπειών με σημαντικά ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Γενικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχικές ασθένειες επηρεάζουν ή ακόμη και μεταβάλλουν τις αναπαραστάσεις της πάθησης, καθώς και το βαθμό κινητοποίησης του ασθενούς (Skotzko, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, το υπέρμετρο άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα των καρδιαγγειακών ασθενών. Για παράδειγμα, ασθενείς με στεφανιαία νόσο εξαιτίας των υψηλών επιπέδων άγχους που βίωναν υπερέβαλαν όσον αφορά τη συμπτωματολογία, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η αντικειμενική δημιουργία των αναπαραστάσεων της ασθένειας. Επίσης, δυσάρεστα συναισθήματα εμπλέκονταν και στη διαδικασία αντιμετώπισης, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα θεωρήθηκαν υπαίτια της υποτίμησης της λειτουργικότητας των παθόντων. Με άλλα λόγια, όσοι διαγνώστηκαν με

καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέφεραν κόπωση, δυσκολία στον ύπνο, απώλεια βάρους και γνωστικά ελλείμματα, τα οποία είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους (Skotzko, 2008). Τέλος, οι Hirani και Newman (2005) επισημαίνουν ότι οι ασθενείς, οικειοθελώς, περιορίζουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινή ζωή, καθώς θεωρούν ότι είναι πηγές επιπρόσθετου στρες και αρνητικών συναισθημάτων.

Συνοψίζοντας, ο καρδιαγγειακός ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, οι οποίες καθορίζονται από το είδος της πάθησης, γεγονός το οποίο δε συνιστά μία ευεπίλυτη και άμεση υπόθεση. Εκτενέστερα, παρατηρήθηκε ότι αδυνατεί να υιοθετήσει συμπεριφορές οι οποίες προάγουν την υγεία, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει ιδιαίτερη δυσκολία στην άσκηση ελέγχου όσον αφορά την εξέλιξη της ασθένειας του. Για παράδειγμα, ασθενείς οι οποίοι παρουσίασαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας αξιολογήθηκαν με χαμηλα ποσοστά αυτοελέγχου, όπως και προαναφέρθηκε. Τέτοιες συνθήκες έχουν ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση του θεραπευτικού αποτελέσματος και κατά συνέπεια την αρνητική και επώδυνη εξέλιξη της νόσου. Εντούτοις, στην ενότητα που ακολουθεί εξετάζεται η διαδικασία αναζήτησης ιατρικής παρέμβασης από τον καρδιαγγειακό ασθενή, καθώς και οι πιθανοί αναχαιτιστικοί λόγοι αυτής της κινητοποιήσης.

3.2 Αναζήτηση Ιατρικής Βοήθειας

Η καθυστέρηση αυτοπαραπομπής του καρδιοπαθούς ασθενούς δεν αποτελεί μια περίοδο παθητικής αναμονής, αφού στη δεδομένη φάση συντελείται η διαδικασία επίλυσης του προβλήματος. Ο ασθενής αντιμετωπίζει το κύριο ερώτημα, το οποίο αντανακλά τη συνάφεια των σωματικών ενοχλήσεων που βιώνει με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Η περιορισμένη ένταση των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων δεν διευκολύνει την απάντηση του ερωτήματος (Martin et al., 2003). Για παράδειγμα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολία ως προς την ταυτοποίηση των συμπτωμάτων συγκριτικά με τους άνδρες. Ωστόσο, αν ο πάσχων έχει βιώσει τα ίδια συμπτώματα και στο παρελθόν, αναζητά πιο άμεσα ιατρική βοήθεια. Εν ολίγοις, οι αναπαραστάσεις που έχει διαμορφώσει ο ασθενής για τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στην αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης. Επίσης, όσο πιο άμεση είναι και η παρέμβαση στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας τόσο καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται (Ribeiro, Melão, Duarte Rodrigues, Machado Leite, Garcia, Dias et al., 2014).

Επομένως, η αυτοφροντίδα είναι μία γνωστική διαδικασία λήψης αποφάσεων, γεγονός που συγκρούεται με τη γνωστική δυσλειτουργία που έχει παρατηρηθεί σε ποσοστό 30% έως 50% των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια. Η παρατηρούμενη γνωστική δυσλειτουργία προσδιορίζεται στους τομείς της μνήμης, της προσοχής και των εκτελεστικών λειτουργιών.

Ευρήματα αναφορικά με τη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου των ασθενών αναφέρουν αλλοιώσεις στον μετωπιαίο και κροταφικό λοβό και απώλεια φαιάς ουσίας στις σχετικές περιοχές. Παραδείγματος χάριν αλλοιώσεις στον προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος ευθύνεται για την ερμηνεία των αισθητηριακών πληροφοριών, αλλά και διεργασίες που διεξάγονται κατά τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Συνολικά, τα γνωστικά ελλείμματα έχουν ως αποτέλεσμα την υποτίμηση των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων, τη λήθη της φαρμακευτικής αγωγής, την αδυναμία εκμάθησης συμπεριφορών υγείας, περιστάσεις δηλαδή, οι οποίες περιορίζουν τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης της καρδιαγγειακής νόσου (Dickson, Tkacs & Riegel, 2007).

Βάσει των παραπάνω οι αναπαραστάσεις του ατόμου αποτελούν το αντικείμενο παρέμβασης του ψυχολόγου υγείας με σκοπό την ανάληψη δράσης από τον ασθενή, η οποία θα έχει ως απόρροια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Βασικό εμπόδιο της όλης διαδικασίας αποτελεί η μοιρολατρική στάση των ασθενών ότι δεν είναι υπαίτιοι για το εμφανιζόμενο πρόβλημα υγείας. Έχει παρατηρηθεί πως ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να ξεπεράσει αυτό το εμπόδιο υιοθετώντας μια στρατηγική, η οποία θα απευθύνεται εξατομικευμένα στον ασθενή. Όμως, τα αυξημένα επίπεδα αυτοελέγχου του ασθενούς και η αυτοπεποίθηση του δε διατηρούνται, σε αυτήν την περίπτωση, περισσότερο από το χρονικό διάστημα των έξι μηνών. Ακόμη, τα δεδομένα αυτά συσχετίζονται άμεσα και με αυξημένες τιμές άγχους και κατάθλιψης (Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker & Cowie, 2013).

Ο προσδιορισμός "*εξατομικευμένος*" απευθύνεται σε έναν τρόπο παρέμβασης ο οποίος προσανατολίζεται με βάση την προοπτική του ασθενούς για την εξέλιξη της ασθένειας. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας, καθώς και του εξωτερικού περιβάλλοντος αποτελεί την ακριβή και εμπεριστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς για την καρδιαγγειακή πάθηση που βιώνει. Βέβαια, ο ασθενής θα πρέπει να είναι ο τελικός επεξεργαστής των διαθέσιμων πληροφοριών που κατέχει. Για αυτόν το λόγο, πιθανά συνοδά προβλήματα, όπως γνωστικά ελλείμματα και ψυχολογικές διαταραχές, θα πρέπει να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζονται με σκοπό την ενδυνάμωση του ασθενούς για την καλύτερη αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής πάθησης.

4. ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

4.1 Ψυχική υγεία και καρδιαγγειακή νόσος

Η αλληλεπίδραση σωματικής και ψυχικής υγείας μαγνητίζει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον της σύγχρονης ερευνητικής βιβλιογραφίας. Σημαντικότερη αιτία του αναφερόμενου προσανατολισμού των ερευνητών αποτελεί το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής του ανθρώπου που νοσεί επηρεάζεται τόσο από την εξέλιξη της ασθένειας όσο και από τη ψυχολογική κατάσταση του ίδιου. Ως επί το πλείστον οι αγχώδεις διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές της διάθεσης, έχουν επισημανθεί σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν ανωμαλίες όσον αφορά μεταβολικές διαδικασίες και ειδικότερα κάποιο είδος δυσλειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος (Kinley, Lowry, Katz, Jacobi, Jassal & Sareen, 2015. Wilder Schaaf, Artman, Peberdy, Walker, Ornato, Gossip et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, η συναισθηματική δυσφορία αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό των επιζώντων από καρδιακή προσβολή, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι 1 στους 4 βιώνει είτε κατάθλιψη, είτε νοσηρό άγχος ή μετατραυματική διαταραχή άγχους μετά την παρέλευση του αιφνίδιου γεγονότος. Ωστόσο, οι αναφερόμενες δυσμενείς ψυχολογικές συνθήκες είναι δυνητικά τροποποιήσιμες μέσω της ψυχοθεραπείας, με αποτέλεσμα τη μείωση των συμπτωμάτων και τη ψυχική ευημερία του ασθενούς, γεγονός που καθιστά την αλληλεπίδραση με τη σωματική υγεία ακόμη πιο σημαντική (Wilder Schaaf et al., 2013).

Αν και τα ποσοστά συννοσηρότητας ψυχιατρικών διαταραχών και καρδιαγγειακής νόσου είναι αξιοσημείωτα, η ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία σπάνια γίνεται αντιληπτή από τους ειδικούς. Αναλυτικότερα, οι Birket-Smith, B.H. Hansen, Hanash, J. F. Hansen και Rasmussen (2009) παρατήρησαν ότι το 38% του δείγματος των καρδιαγγειακών ασθενών, που συνέλεξαν, διαγνώστηκε με κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Οι περισσότεροι έπασχαν από αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, ενώ σε μικρότερο ποσοστό από μη προσδιορισμένη σωματόμορφη διαταραχή. Αντίστοιχα, οι Tully, Cosh και Baumeister (2014) διαπίστωσαν ερευνητικά πως το 20% των καρδιαγγειακών ασθενών πάσχουν από τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή και το 15% από αγχώδεις διαταραχές με ιδιαίτερη έξαρση της γενικευμένης διαταραχής άγχους. Επιπλέον, παρατήρησαν ποσοστό μεγαλύτερο του 50% αναφορικά με τη διάγνωση συννοσηρότητας άγχους και κατάθλιψης στους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Εντούτοις, ορισμένα συμπτώματα των καρδιαγγειακών παθήσεων ταυτίζονται με τα συμπτώματα των εν λόγω ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, όπως η κόπωση και η απώλεια ενέργειας και γι’ αυτόν το λόγο δε γίνονται αντιληπτά από το ιατρικό προσωπικό (Birket-Smith et al., 2009).

Εκτός της ισχυρής συσχέτισης καρδιαγγειακής νόσου και ψυχιατρικών διαταραχών, οι ερευνητές επιχειρούν να αξιολογήσουν τον τρόπο επίδρασης της ψυχοπαθολογίας του ασθενή στην επικείμενη πάθηση. Ως εκ τούτου, έχει παρατηρηθεί σημαντική επίδραση τόσο σε επίπεδο φυσιολογίας όσο και συμπεριφοράς. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Whooley, de Jonge, Vittinghoff, Otte, Moos, Carney και συν. (2008) (όπως αναφέρεται στους Bauer, Caro, Beach, Mastromauro, Lenihan, Januzzi και συν., 2012), η κατάθλιψη φαίνεται να επηρεάζει τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος, επειδή έχει συσχετιστεί με αυξημένο ποσοστό φλεγμονών, μη φυσιολογική λειτουργία των αιμοπεταλίων και την εμφάνιση αιφνίδιων και ανεπιθύμητων ανωμαλιών στη γενικότερη πορεία της υγείας του παθόντος. Επιπρόσθετα, οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με αυξημένο βαθμό θνησιμότητας στην πληθυσμιακή ομάδα των καρδιαγγειακών ατόμων (Birket-Smith et al., 2009).

Όσον αφορά το πεδίο της συμπεριφοράς, οι ασθενείς οι οποίοι βιώνουν κάποιο είδος καταθλιπτικής διαταραχής είναι λιγότερο πιθανό να διατηρήσουν ωφέλιμες συμπεριφορές για την υγεία (π.χ. άρνηση κατά τη λήψη φαρμάκων) (Kinley et al., 2015). Η απώλεια κινήτρων, ενέργειας και συγκέντρωσης που χαρακτηρίζει τους εν λόγω ασθενείς αποτελεί το βασικό παράγοντα διαφοροποίησης τους από τους υπολοίπους. Γι’ αυτόν το λόγο, οι Bauer και συν. (2012) αξιολόγησαν την τήρηση ιατρικών οδηγιών από καρδιαγγειακά άτομα, ύστερα από την αυθόρμητη ή επιτηδευμένη θεραπευτική βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Συμπέραναν ότι οι ασθενείς τηρούσαν με περισσότερη συνέπεια τις συμβουλές του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το παρελθόν, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, αλλά και τη συνολική βελτίωση της κατάστασης της υγείας.

Από τη μία πλευρά, συμπεραίνει κανείς ότι η κατάθλιψη έχει μονοπωλήσει το ενδιαφέρον της παγκόσμιας ερευνητικής κοινότητας σε σχέση με την καρδιαγγειακή νόσο (Bauer et al., 2012). Από την άλλη πλευρά, όμως, το άγχος έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκεται σε εξίσου σημαντικό βαθμό με την επικείμενη ασθένεια. Αρχικά, το άγχος σε μέτρια επίπεδα μπορεί να διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου, διότι το κινητοποιεί να μεριμνήσει για το παρόν πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Βέβαια, τις περισσότερες φορές η διαδικασία προσαρμογής του παθόντος στις συνθήκες της ασθένειας αποτελεί μία έντονα στρεσογόνο εμπειρία και είναι πιθανό να πυροδοτήσει κάποιο είδος αγχώδους διαταραχής. Είναι εξίσου πιθανό, όμως, η αγχώδης διαταραχή να προηγείται της νόσου και να αποτελέσει από μόνη της τον επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία, καθώς άτομα που βιώνουν έντονο στρες υιοθετούν συνήθειες επιβλαβείς για την υγεία τους. Παράλληλα, το στρες ευθύνεται για την υπερδιέγερση του συμπαθητικού συστήματος και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-φλοιού

των επινεφριδίων και η κατάσταση αυτή έχει πολλές αρνητικές συνέπειες στις διεργασίες του ανοσοποιητικού συστήματος και στη γενικότερη άμυνα του οργανισμού (Καστελλάκης, 2011. Kinley et al., 2015).

Προεκτείνοντας τη σκέψη μας σε αυτό το πλαίσιο, η συμπεριφορά του ασθενούς ο οποίος καταβάλλεται από υπέρμετρο άγχος είναι τελείως διαφορετική σε σύγκριση με τον ασθενή ο οποίος βιώνει κατάθλιψη. Τα εν λόγω άτομα εξαιτίας της έντονης ανησυχίας για την κατάσταση της υγείας τους εστιάζουν με ιδιαίτερη προσήλωση στη συμπτωματολογία και βρίσκονται σε μια διαρκή αναζήτηση για όλο και περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Η επαγρύπνηση αυτών των ατόμων χαρακτηρίζεται ως βοηθητική για την αποφυγή αρνητικής εξέλιξης της υγείας (Bauer et al., 2012. Kinley et al., 2015). Ωστόσο, ορισμένες φορές το άγχος για την κατάσταση του παθόντος είναι τόσο υπερβολικό, που αποδιοργανώνει και προκαλεί ποικίλες διαταραχές στον ύπνο, τη διατροφή, τη χρήση ουσιών και φαρμάκων και έχει ως αποτέλεσμα να πλήττεται το ανοσοποιητικό σύστημα και να ολισθαίνει η εξέλιξη της ασθένειας (Καστελλάκης, 2011). Στις ενότητες που ακολουθούν θα γίνει αναλυτικότερη αναφορά στις αρνητικές επιπτώσεις τους άγχους υγείας στην εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Ανακεφαλαιώνοντας, η αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχικών ασθενειών επηρεάζει το άτομο με πολλούς διαφορετικούς τρόπους και ως αποτέλεσμα παρατηρείται έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητας του. Με άλλα λόγια, έχει σημειωθεί η συσχέτιση του άγχους με αυξημένα ποσοστά επισκέψεων σε εξωτερικούς καρδιολόγους, αλλά και με αυξημένο αριθμό επαναλαμβανόμενων νοσηλειών σε άτομα, τα οποία πλήττονται από τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Το αναφερόμενο άγχος έχει συνδεθεί τόσο με μηχανισμούς φυσιολογίας όσο και με ποικίλες αλλαγές στη συμπεριφορά υγείας του παθόντος (Roy – Byrne, Davidson, Kessler, Asmundson, Goodwin, Kubzansky et al., 2008). Για παράδειγμα, άτομα τα οποία κυριεύονται από υπερβολικό άγχος για την υγεία τους, αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς. Η συγκεκριμένη μορφή άγχους για την υγεία έχει παρατηρηθεί τόσο σε άτομα με γενικευμένο άγχος όσο και σε άτομα με κατάθλιψη, συνθήκες που θα εξεταστούν περαιτέρω στη συνέχεια (Jackson, Fiddler, Kapur, Wells, Tamenson & Creed, 2006).

4.2 Ορισμός Άγχους υγείας

Ο άνθρωπος σκέφτεται και ανησυχεί αρκετά συχνά για τη λειτουργία του οργανισμού του, καθώς η σωματική ευεξία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της επιβίωσης του. Ως αποτέλεσμα τούτου, η αυτοαξιολόγηση της υγείας και η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

συνιστούν αναπόσπαστες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Μάλιστα, η ενασχόληση με τις σωματικές αισθήσεις είναι πιθανό να προειδοποιήσει το άτομο για τυχόν σοβαρούς κινδύνους που απειλούν την υγεία του. Συνεπώς, το άτομο κινητοποιείται προκειμένου να αντιμετωπίσει το εκάστοτε πρόβλημα υγείας. Βέβαια, η διαδικασία αυτοαξιολόγησης για κάποιους ανθρώπους αποτελεί πηγή συνεχούς έγνοιας και συναισθηματικής δυσφορίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο ανησυχεί σε υπερβολικό βαθμό χωρίς απαραίτητα να υπάρχει κάποια σωματική ένδειξη αρνητικής σημασίας. Ακόμη, αναπτύσσει άγχος για την υγεία του παρερμηνεύοντας και διαστρεβλώνοντας τα όσα αισθάνεται, παραδείγματος χάριν αντιλαμβάνεται τον κόμπο στο στήθος ως στηθάγχη. Υπό αυτές τις συνθήκες, η περισυλλογή και η ανησυχία για τη σωματική ευεξία ξεπερνούν τα όρια της αυτοφροντίδας και ερμηνεύονται ως *άγχος υγείας* (Abramowitz, Olatunji & Deacon, 2007. Williams, 2004).

Η αντιλαμβανόμενη υγεία υπό το πρίσμα του άγχους υγείας παραλληλίζεται ως ένα *συνεχές* διαφορετικών επιπέδων υποκειμενικότητας, ελέγχου και συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου. Στην αρχή του συνεχούς παρατηρεί κανείς την υποτίμηση της ασθένειας, τις μειωμένες δραστηριότητες αυτοφροντίδας και τον περιορισμένο έλεγχο της κατάστασης της υγείας (Williams, 2004). Καθώς εξελίσσεται το συνεχές, αναπαριστάται το άγχος υγείας ήπιας, μέτριας και αυξημένης έντασης. Τέλος, τα άτομα τα οποία κατατάσσονται στο άλλο άκρο του συνεχούς υπερδιογκώνουν τη σοβαρότητα της ασθένειας, καταχρώνται τις παροχές υπηρεσιών υγείας και βιώνουν υπέρμετρη στενοχώρια και κοινωνική απομόνωση, ενώ συχνά υπολειτουργούν στο χώρο εργασίας (Asmundson, Abramovitz, Richter & Whedon, 2010). Εκτενέστερα, σε αυτό το επίπεδο συμμετέχουν ψυχολογικοί μηχανισμοί, γνωστικές διεργασίες, συμπεριφορικές αντιδράσεις και χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ασθενειών, τα οποία περιγράφηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, αλλά θα εξεταστούν σε αυτήν την ενότητα εκ νέου υπό το πρίσμα του άγχους υγείας.

Οι Tyrer, Cooper, Crawford, Dupont, Green, Murphy και συν. (2011) διαπίστωσαν ότι σημαντικό ποσοστό των ατόμων ηλικίας 16 έως 75 ετών, που επισκέπτονται υπηρεσίες παροχής ιατρικής περίθαλψης, εκδηλώνουν ψυχοπαθολογικής φύσεως ανησυχίες για την υγεία τους. Ειδικότερα, οι Rief, Hessel και Braehler (2001) (όπως αναφέρεται στους Rief & Broadbent, 2007) αναφέρουν πως 1 στους 5 Αμερικανούς ανησυχούν, εάν θα αρρωστήσουν εξαιτίας κάποιας σωματικής ή ψυχιατρικής νόσου ή εάν θα τραυματιστούν σοβαρά με αρνητικό αντίκτυπο στα επίπεδα λειτουργικότητας τους. Σύμφωνα με τους Petrie, Broadbent, Kley, Moss-Morris, Horne και Rief (2015) (όπως αναφέρεται στους Rief & Broadbent, 2007), έχει διαπιστωθεί ότι οι σύγχρονοι προβληματισμοί για το εξωτερικό περιβάλλον, όπως η

μόλυνση των προμηθειών του νερού, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η χρήση φυτοφαρμάκων στα τρόφιμα και άλλα, συνδέονται με το άγχος υγείας και ως εκ τούτου το καθιστούν ως μια σοβαρή κοινωνική υπόθεση. Παρόλα αυτά, το γεγονός ότι το άγχος υγείας συνυπάρχει, κατά κύριο λόγο, με σωματικές ασθένειες ή ψυχιατρικές διαταραχές εμποδίζει διαρρήδην τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του (Tyrer et al., 2011).

Γενικότερα, οι ασθενείς, οι οποίοι εισάγονται στο νοσοκομείο λόγω κάποιας σωματικής ασθένειας, διαγιγνώσκονται είτε από *αγχώδεις διαταραχές*, είτε *διαταραχές της διάθεσης* ή *σωματόμορφες διαταραχές*. Το άγχος υγείας θεωρείται ότι υποβόσκει πίσω από τις αναφερόμενες κλινικές κατηγορίες, ωστόσο δεν έχει ταξινομηθεί οριστικά σε κάποια από αυτές. Πολλές φορές, παραλληλίζεται με τη διαταραχή σωματοποίησης, διότι το αυξημένο κόστος και η δυσαρέσκεια εξαιτίας της ιατρικής φροντίδας παρατηρείται εξίσου και στις δύο ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Επίσης, συχνά το άγχος υγείας έχει περιγραφεί και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο συνδέεται με άλλα εγγενή ή επίκτητα στοιχεία, όπως ο νευρωτισμός (Rief & Broadbent, 2007). Σε κάποιες περιπτώσεις έχει επισημανθεί και σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη. Εντούτοις, φαίνεται πως συγκαταλέγεται κυρίως στις αγχώδεις διαταραχές, επειδή παρουσιάζει περισσότερες ομοιότητες με αυτήν την κατηγορία σε αντιδιαστολή με τις υπόλοιπες (π.χ. διαταραχές της διάθεσης κ.ά.) (El-Gabalawy, Mackenzie, Thibodeau, Asmundson & Sareen, 2013).

Όσον αφορά την ταύτιση άγχους υγείας και διαταραχών άγχους, έχουν υπογραμμιστεί πολλαπλές ομοιότητες. Αρχικά, έχει συσχετιστεί με την *ιδεοψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή άγχους*, διότι εκδηλώνεται μέσω επαναλαμβανόμενων ενοχλητικών σκέψεων που αφορούν κάποια ασθένεια. Επίσης, σε αυτή τη συνθήκη το άτομο τείνει να τροποποιεί τη συμπεριφορά του, δηλαδή να υιοθετεί καταναγκαστικές συνήθειες που προλαμβάνουν την ασθένεια, όπως το πλύσιμο των χεριών. Το άγχος υγείας έχει παραλληλιστεί και με τη *διαταραχή πανικού* εξαιτίας της διαρκούς ενασχόλησης με τις σωματικές αισθήσεις και τις μετέπειτα δυσερμηνείες τους. Ακολούθως, υπάρχει σημαντική συνάρτηση με τη *γενικευμένη διαταραχή άγχους* λόγω της επίμονης ανησυχίας για την υγεία μεταξύ άλλων στρεσογόνων ερεθισμάτων. Και τέλος, συνυπάρχει με διαφόρων ειδών *φοβίες*, όπου το άτομο αποφεύγει συστηματικά ερεθίσματα τα οποία μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη κάποιας σωματικής ασθένειας (Abramowitz et al., 2007).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι στο τέλος του συνεχούς, που αναπαριστά την ασθένεια υπό την συνθήκη του άγχους υγείας, βρίσκεται η *υποχονδρίαση* (Hadjistavropouulos, Jansen, Kehler, Leclerc, Sharpe & Bourgault – Foguon, 2012). Η υποχονδρίαση δε συγκαταλέγεται στο DSM – V (American Psychiatric Associaton [APA],

2013), ωστόσο συμπεριλαμβανόταν στην κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών όσον αφορά το προηγούμενο εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA). Πιο συγκεκριμένα, το άτομο το οποίο πάσχει από υποχονδρίαση διατηρεί πεποιθήσεις, σύμφωνα με τις οποίες νοσεί ύστερα από έντονη ενασχόληση με τις ενδείξεις του σώματος του, ακόμη και αν αυτές δεν αξιολογούνται κλινικώς (American Psychiatric Association [APA], 1994). Η ιατρική διαβεβαίωση αναφορικά με την υγεία του ατόμου δεν είναι αρκετή ώστε να το μεταπείσει. Το άτομο υποβάλλεται, οικειοθελώς, σε επαναλαμβανόμενες ιατρικές εξετάσεις, εκφράζει διαρκώς την δυσαρέσκεια του για τις ληφθείσες υπηρεσίες υγείας και είναι αδύνατον να καθησυχάσει το άγχος του (Williams, 2004). Παραδείγματος χάριν, άτομο το οποίο χαρακτηρίζεται από υποχονδρίαση και έχει αναπτύξει την πεποίθηση ότι νοσεί από τη στεφανιαία καρδιαγγειακή νόσο, παρά το γεγονός ότι έχει υποβληθεί σε στεφανιογραφία, καρδιακή αγγειογραφία και ηλεκτροκαρδιογράφημα, συνεχίζει να διατηρεί αναλλοίωτες τις διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις του (APA, 1994).

Εκτός της υποχονδρίασης, το άγχος υγείας αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό και άλλων ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Στο DSM – V προστέθηκε η *διαταραχή άγχους αρρώστιας*, η οποία ορίζεται με κριτήρια διάγνωσης παρόμοια της υποχονδρίασης (APA, 2013). Επιπρόσθετα, το άγχος υγείας έχει παρατηρηθεί με υψηλό επιπολασμό στη διαταραχή σωματοποίησης (Rief & Broadbent, 2007). Θα μπορούσε, ακόμη, να συμπεριληφθεί και στους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη σωματική υγεία, όπως τους ορίζει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (2013). Επιπρόσθετα, οι White, McDonnell και Gervino (2011) υποστηρίζουν ότι το άγχος υγείας μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με την *αλεξιθυμία*. Ειδικότερα, τα άτομα με αλεξιθυμία αντιλαμβάνονται τις σωματικές ενδείξεις, οι οποίες οφείλονται σε συναισθηματική διέγερση, ως συμπτώματα κάποιας σοβαρής ασθένειας. Είναι αξιοσημείωτο, λοιπόν, ότι το άγχος υγείας συμμετέχει σε διάφορους τύπους ψυχοπαθολογίας είτε ως βασικό χαρακτηριστικό είτε ως συννοσηρή κατάσταση. Ωστόσο, το γεγονός αυτό είναι πιθανό να εμποδίζει τη δημιουργία ψυχομετρικών εργαλείων, τα οποία αξιολογούν το άγχος υγείας.

4.2.1 Άγχος υγείας και αναπαράσταση της ασθένειας

Ήδη από προηγούμενο κεφάλαιο, έχει επισημανθεί ο αρνητικός ρόλος της ψυχοπαθολογίας στην αντίληψη της ασθένειας από το άτομο. Όσον αφορά το άγχος υγείας, οι αναπαραστάσεις του ατόμου για την πρόληψη από σοβαρές ασθένειες και τη μεταδοτικότητα αυτών των ασθενειών υπό αυτό το πρίσμα χαρακτηρίζονται από δυσλειτουργικές υποθέσεις και πεποιθήσεις. Οι υποθέσεις αυτές ενεργοποιούνται από μια ποικιλία ερεθισμάτων, όπως το κοινωνικό περιβάλλον και η ίδια η νόσος. Το άτομο προσλαμβάνει κάθε ένδειξη της

πάθησης, αλλά και σχετικές πληροφορίες από το περιβάλλον ως εξαιρετικές απειλές κινδύνου για το σώμα του. Ακόμη, προβαίνει σε προκαταλήψεις, όπως για παράδειγμα θεωρεί τον εαυτό του υγιή, μόνο αν δεν παρουσιάζει κάποια σωματική ενόχληση. Μάλιστα, οι άνθρωποι, οι οποίοι καταβάλλονται από άγχος υγείας ή υποχονδρίαση, θεωρούν τον εαυτό τους ιδιαίτερα ικανό να ανιχνεύσει οποιαδήποτε ανωμαλία της σωματικής λειτουργίας. Ωστόσο, στην αναφερόμενη *ευαισθησία* δε συγκαταλέγεται η ακρίβεια και αντικειμενικότητα της διαδικασίας αντίληψης των σωματικών συμπτωμάτων. Εν ολίγοις, το άτομο μπορεί να αντιλαμβάνεται περισσότερο πόνο, αλλά αυτός ο πόνος δεν αναπαριστά τις δραστηριότητες του ανθρώπινου οργανισμού, όπως ο καρδιακός ρυθμός ή η αρτηριακή πίεση (Marcus, Gurley, Marchi & Bauer, 2007).

Οι Warwick και Salkovskis (1990) (όπως αναφέρεται στους Hadjistavropoulos και συν., 2012) ορίζουν τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν το *βαθμό απειλής* που αισθάνεται το άτομο, το οποίο εμφανίζει επίμονο άγχος υγείας: *πρώτον*, η αντιλαμβανόμενη πιθανότητα να έχει νοσήσει, *δεύτερον*, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της κατάστασης, *τρίτον*, η αποτελεσματικότητα του εαυτού σχετικά με την αντιμετώπιση του κινδύνου και *τέταρτον*, η ανεπάρκεια των ιατρικών υπηρεσιών σχετικά με τη θεραπεία και την τελική έκβαση της πιθανής ασθένειας. Οι τρεις πρώτες μεταβλητές έχουν ήδη επισημανθεί αναφορικά με την αναπαράσταση της ασθένειας. Η τελευταία μεταβλητή αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό πληθυσμιακών ομάδων που νοσούν και συσχετίζεται με μειωμένη ανταπόκριση στις καθησυχαστικές συστάσεις του ιατρικού προσωπικού. Γενικότερα, και οι τέσσερις μεταβλητές παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αρνητικής σημασιοδότησης στους ασθενείς σε σύγκριση με τον υπόλοιπο υγιή πληθυσμό (Hadjistavropoulos et al., 2012).

Στη συνέχεια, τα άτομα, που καταβάλλονται από άγχος υγείας, εμφανίζουν *έντονη αποστροφή* για ερεθίσματα τα οποία συνδέονται με κάποια ασθένεια. Για αυτόν το λόγο, έχει παρατηρηθεί ότι αντιλαμβάνονται περισσότερο σοβαρές ορισμένες ενδείξεις εξαιτίας του βαθμού αποστροφής ως προς αυτές. Οι ιατροί, λοιπόν, τείνουν να φέρνουν σε επαφή τον ασθενή με τα εν λόγω ερεθίσματα. Παραδείγματος χάριν, συμβουλεύουν τον καρδιοπαθή να γυμνάζεται ελαφρώς με σκοπό το αίσθημα της ταχυκαρδίας. Ως αποτέλεσμα, ο ασθενής διαπιστώνει το σφάλμα που ενυπάρχει στις πεποιθήσεις του και υιοθετεί καινούρια πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία δεν εμπεριέχουν αποφευκτικές αντιδράσεις. Ακόμη, πέραν της γνωστικής αναδόμησης και της έκθεσης στο αγχογόνο ερέθισμα, ο ψυχολόγος μυεί τον ασθενή σε διεργασίες διαχείρισης του στρες, ώστε να μειωθούν οι σωματικές αισθήσεις που προέρχονται από το έντονο και επίμονο άγχος (Asmundson et al., 2010). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Walker, Vincent και Furer, 1999 (όπως αναφέρεται στους Asmundson και συν.,

2010), οι αναφερόμενες πρακτικές της *γνωστικό - συμπεριφοριστικής θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy)* φαίνεται ότι επιλέγονται περισσότερο από τους ασθενείς συγκριτικά με τη φαρμακοθεραπεία.

Η εστίαση της προσοχής, η διαστρεβλωμένη γνώση, αλλά και η επιβεβαίωση που αναζητούν οι ασθενείς, αναφορικά με το πρόβλημα της υγείας από το περιβάλλον, είναι στοιχεία τα οποία επεξεργάζεται και η γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT). Ειδικότερα, γίνεται αναφορά σε έναν αυτοτροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο δυσερμηνειών, ο οποίος έχει σημείο έναρξης την εστίαση στο σώμα και καταλήγει στην αναζήτηση συμβουλών από τον περίγυρο, οι οποίες φαίνεται να πυροδοτούν εκ νέου εντονότερη ανησυχία για την υγεία του σώματος (Abramovitz et al., 2007). Έτσι, το άτομο ανακουφίζεται μόνον προσωρινά, όταν μοιράζεται τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του (Asmundson et al., 2010). Επίσης, σύμφωνα με την αρχή της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, η επιβεβαίωση από τους άλλους αυξάνει και την πιθανότητα περαιτέρω ενασχόλησης με το πρόβλημα (Rief & Broadbent, 2007). Εν περιλήψει, ενισχυόμενο το άγχος από το περιβάλλον καθιστά τον τρόπο σκέψης ακόμη περισσότερο καταστροφικό, με αποτέλεσμα την αβεβαιότητα του ασθενούς και το διογκωμένο αίσθημα ευπάθειας.

Όπως επισημάνθηκε στην εκτενέστερη αναφορά του *μοντέλου προστατευτικής κινητοποίησης*, τα σήματα που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον είναι εξίσου πιθανό να αυξήσουν τα επίπεδα φόβου που το διακατέχουν. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο είναι περισσότερο ευάλωτο είτε αν έχει αναβιώσει το πρόβλημα είτε αν το πρόβλημα αποτελεί εμπειρία κάποιου ατόμου από το εξωτερικό περιβάλλον (El-Gabalawy et al., 2013). Αναλυτικότερα, ο Karademas (2009) διαπίστωσε ότι άνθρωποι οι οποίοι εκτέθηκαν σε φωτογραφίες ατόμων που υπέφεραν παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα άγχους υγείας. Επιπλέον, το επικείμενο άγχος υγείας συσχετίστηκε με την αρνητική διάθεση και το μειωμένο προσωπικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας, ενώ, ο αντιλαμβανόμενος περιορισμένος βαθμός ασφάλειας και ελέγχου επέφερε περαιτέρω καταστροφικές και διαστρεβλωμένες σκέψεις. Γενικότερα, οι άνθρωποι βομβαρδίζονται καθημερινά από μηνύματα σχετικά με τον ανθρώπινο πόνο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα περισσότερο άγχος αναφορικά με τη σωματική τους υγεία.

Το άγχος υγείας στους ενήλικες έχει συσχετιστεί με ανασφαλείς μορφές *προσκόλλησης* στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον. Ειδικότερα, εάν το άτομο έχει βιώσει σοβαρή ασθένεια σε παιδική ηλικία, τείνει να αισθάνεται περισσότερο ανήσυχο και ευάλωτο και ως αποτέλεσμα να δημιουργεί σχέσεις ανασφαλούς προσκόλλησης. Η γονεϊκή επίδραση συμμετέχει σε μεγάλο βαθμό σε αυτές τις διεργασίες, διότι πολλές φορές οι γονείς μαθαίνουν

στο παιδί να θεωρεί τον εαυτό του ευάλωτο και ευπαθή λόγω της υπερπροστατευτικής συμπεριφοράς τους (Taylor & Asmundson, 2012). Συμπερασματικά, το άτομο προσδίδει καταστροφικό χαρακτήρα στις παρατηρούμενες σωματικές ενδείξεις και δαπανά πολλά χρήματα εξαιτίας της αυξημένης επισκεψιμότητας σε ιατρούς. Μάλιστα, συνήθως αισθάνεται ανικανοποίητος από τη ληφθείσα ιατρική φροντίδα, αλλά και την προσοχή που λαμβάνει από τον κοινωνικό του περίγυρο. Εξαιτίας της αντιλαμβανόμενης σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας, πιστεύει ότι οι συγγενείς και φίλοι θα πρέπει να τον μεταχειρίζονται με ξεχωριστό και ιδιαίτερα προστατευτικό τρόπο (Rief & Broadbent, 2007).

Η ευαισθησία που παρουσιάζουν ορισμένοι ασθενείς στο άγχος έχει διερευνηθεί τόσο σε περιβαλλοντολογικό, όσο και σε γενετικό επίπεδο. Το άτομο βρίσκεται σε διαρκή σωματική επαγρύπνηση και εκφράζει έντονη ανησυχία για οποιαδήποτε αντιλαμβανόμενη σωματική ένδειξη (Abramovitz et al., 2007). Οι Asmundson και συν. (2010) χαρακτηρίζουν το άγχος υγείας ως *μετρίως κληρονομικό*. Πιο συγκεκριμένα, έχει ειπωθεί ότι ένα σύνολο γονιδίων ευθύνεται για την εκδήλωση του άγχους υγείας, ωστόσο η φύση αυτών των γονιδίων παραμένει αδιευκρίνιστη (Taylor & Asmundson, 2012). Σε μελέτη διδύμων, παρατηρήθηκε αυξημένος βαθμός κληρονομικότητας αναφορικά με το φόβο της απειλής του σώματος και την παρεμβολή του συγκεκριμένου φόβου στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας, αλλά και η ταύτιση των διδύμων ως προς τη στρεσογόνο ασθένεια παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά κληρονομικότητας (Taylor, Thordarson, Jang & Asmundson. 2006). Είναι φανερό, βέβαια, ότι οι έρευνες, οι οποίες εξετάζουν τους γενετικούς παράγοντες επίδρασης στο άγχος υγείας, βρίσκονται σε αρκετά πρώιμο στάδιο.

Συνοψίζοντας, το άγχος υγείας επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο τα συμπτώματα και την απειλή της υγείας. Επίσης, οι επιπτώσεις τοξικών για την υγεία σκέψεων και πεποιθήσεων επιδρούν στα επίπεδα λειτουργικότητας του ατόμου και κατ' επέκταση δυσχεραίνουν συνολικά την ποιότητα ζωής του. Ποικίλοι παράγοντες (περιβαλλοντολογικοί, γενετικοί κ.ά.) συμμετέχουν στη δημιουργία αναπαράστασης των ασθενειών, όπως έχει υπογραμμιστεί, αλλά σε συνδυασμό με το άγχος υγείας η αναπαράσταση της ασθένειας εμπεριέχει αρνητικής σημασίας περιεχόμενο. Συμπληρωματικά, ήδη έχει επισημανθεί ότι η ταυτότητα της ασθένειας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συγκρότηση των αναπαραστάσεων, όπως στην περίπτωση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Στην επόμενη ενότητα, θα εκτιμηθεί περαιτέρω η διαδικασία προσαρμογής του ατόμου στις σωματικές προειδοποιήσεις που προέρχονται από το καρδιαγγειακό σύστημα υπό την έντονη επίδραση του άγχους υγείας. Η αναφορά του επόμενου κεφαλαίου θεωρήθηκε αναγκαία εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης εμφάνισης

αυξημένου και δυσλειτουργικού άγχους στους καρδιαγγειακούς ασθενείς (Sharma & Kandpal, 2014).

4.2.2 Άγχος υγείας και καρδιαγγειακές παθήσεις

Όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του γενικού πληθυσμού νοσεί από κάποιου είδους πάθηση του καρδιαγγειακού συστήματος. Ο αυξημένος επιπολασμός των καρδιαγγειακών παθήσεων έχει ως αποτέλεσμα την ευαισθησία του ατόμου σε σωματικές αισθήσεις, οι οποίες συσχετίζονται με τη λειτουργία της καρδιάς. Εκτενέστερα, το άτομο προβαίνει σε υποκειμενική «παρατήρηση» και αξιολόγηση της λειτουργίας της, χωρίς τη χρήση αντικειμενικών εργαλείων ή τη διαβεβαίωση κάποιου ειδικού όσον αφορά την ευπάθεια του δεδομένου οργάνου. Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό διαστρεβλωμένων σκέψεων και παρερμηνειών σχετικά με το ρυθμό της καρδιάς και άλλους παρόμοιους δείκτες. Ακόμη και σε περιπτώσεις διάγνωσης καρδιαγγειακής νόσου, ο ασθενής τείνει να υπερβάλλει αναφέροντας περισσότερα συμπτώματα, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στη ρεαλιστική εικόνα της κατάστασης της υγείας του. Οι εν λόγω αντιδράσεις έχουν διαπιστωθεί εν παρουσία έντονου και επίμονου άγχους. Υπό αυτές τις συνθήκες, έχει παρατηρηθεί ανώφελη χρήση ιατρικών υπηρεσιών, ενώ σε συνδυασμό με τα έξοδα, τα οποία είναι απαραίτητα για τη θεραπεία της νόσου, ο ασθενής βιώνει περαιτέρω άγχος εξαιτίας της ενδεχόμενης οικονομικής εξάντλησης. Όλα τα παραπάνω καθιστούν τον ασθενή περισσότερο ευάλωτο τόσο στην επιδείνωση της ασθένειας όσο και στην ανάπτυξη ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων (Eslami, Sundin, Macassa, Khankeh & Soares, 2013).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καρδιαγγειακοί ασθενείς ανησυχούν ιδιαίτερα και συχνά λανθασμένα για τις συνέπειες του άγχους στη σωματική τους υγεία. Με άλλα λόγια, προσδίδουν καταστροφικό χαρακτήρα στα πιθανά συμπτώματα και στη σωματική διέγερση η οποία οφείλεται στο άγχος. Για παράδειγμα, το αίσθημα παλμών, εξαιτίας έντονου στρες, ο καρδιαγγειακός ασθενής το μεταφράζει ως πρόδρομο καρδιακής προσβολής, ακόμη και θανάτου. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η αυξημένη ευαισθησία στα συμπτώματα του άγχους επηρεάζει και την τήρηση της φαρμακοθεραπείας. Ειδικότερα, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη σωματική διέγερση, που οφείλεται στο άγχος, ως παρενέργεια των χορηγούμενων φαρμάκων. Στην πραγματικότητα, η φαρμακοθεραπεία, η οποία χορηγείται στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες όπως υπέρταση, ζάλη και αίσθημα παλμών που ταυτίζονται με τη σωματική διέγερση που προκαλεί το άγχος. Έτσι, ερευνητικό δείγμα καρδιαγγειακών ασθενών λόγω της *ευαισθησίας άγχους* παρουσίασε διπλάσια ποσοστά μη τήρησης της φαρμακοθεραπείας, καθώς ανησυχούσε σε σημαντικό

βαθμό για τις παρενέργειες των χορηγούμενων σκευασμάτων (Alcántara, Edmondson, Moise, Oyola, Hiti & Kronish, 2014).

Η λεγόμενη ευαισθησία άγχους στους καρδιαγγειακούς ασθενείς ορίζεται ως *«άγχος καρδιάς»*. Οι άνθρωποι, οι οποίοι βιώνουν άγχος καρδιάς, αναφέρουν πόνο στο στήθος και είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όσον αφορά αντιλαμβανόμενες αλλαγές στην περιοχή του στήθους και πιο συγκεκριμένα στην ευρύτερη περιοχή της καρδιάς. Οι εν λόγω ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, διότι βιώνουν υψηλά επίπεδα φόβου, εστιάζουν σχολαστικά την προσοχή τους στην καρδιά, ακολουθούν αποφευκτικές συμπεριφορές και ζητούν τη διαρκή επιβεβαίωση ιατρών και συγγενών υιοθετώντας σημαντικά συναισθηματικά και οικονομικά βάρη. Το αξιοσημείωτο είναι, ότι ο υγιής πληθυσμός παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά άγχους καρδιάς σε σύγκριση με τους καρδιαγγειακούς ασθενείς (Marker, Carmin & Ownby, 2008). Με αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, εκτιμάται ότι γενικότερα οι άνθρωποι βρίσκονται σε υπερεγρήγορση αναφορικά με τη σωματική τους υγεία και την καρδιαγγειακή νόσο και εμπίπτουν σε λανθασμένες πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια μέσα σε ένα πλαίσιο αρνητικώς φορτισμένο συναισθηματικά εξαιτίας των διαύλων επίμονου και έντονου άγχους υγείας.

Το άγχος συνιστά τη ψυχολογική συνθήκη η οποία έχει υπογραμμιστεί περισσότερο στην ανάπτυξη και εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ως εκ τούτου έχουν επισημανθεί οι αντιδράσεις του οργανισμού, ο οποίος αντιμετωπίζει καρδιαγγειακά προβλήματα, στο άγχος. Ειδικότερα, οι σωματικές εκδηλώσεις του άγχους των καρδιαγγειακών ασθενών είναι τα υψηλά επίπεδα της πίεσης του αίματος, ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός, ο ίλιγγος, η παρατυπία στην αναπνοή, η ένταση των μυών καθώς και μία πλειάδα άλλων συμπτωμάτων. Ακόμη, είναι αξιοσημείωτο, ότι μέσω αυτών των παραγόντων επιφέρονται και αλλαγές στην παθοφυσιολογία του ατόμου με αποτέλεσμα τη συμμετοχή του άγχους στη δημιουργία οξειών και χρόνιων προβλημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος (Pitsavos, Panagitakos, Papageorgiou, Tsetsekou, Soldatos & Stefanadis, 2006).

Σύμφωνα με τον Eifert (1992) (όπως αναφέρεται στους White και συν., 2011) το άτομο, όταν βιώνει έντονο άγχος, επικεντρώνει την προσοχή του στις σωματικές αισθήσεις στην περιοχή της καρδιάς (π.χ. πόνος στο στήθος), με αποτέλεσμα να κυριεύεται από φόβο καρδιακής προσβολής ή θανάτου. Αυτή η συναισθηματική εκδήλωση αναδεικνύει και την άμεση συσχέτιση του άγχους υγείας με τις ποικίλες διαστάσεις ψυχοπαθολογίας, που ενδεχομένως ταλανίζουν τον καρδιαγγειακό ασθενή. Οι White και συν. (2011) αξιολόγησαν το άγχος καρδιάς σε άτομα, τα οποία παρουσίαζαν *αλεξιθυμία*. Οι εν λόγω συμμετέχοντες δε μπορούσαν να ταυτοποιήσουν ή έστω να περιγράψουν τα συναισθήματα, τα οποία

συσχετίζονταν με τον πόνο στο στήθος. Ως αποτέλεσμα, ανέφεραν κατά κύριο λόγο το σωματικό πόνο και σε λιγότερο βαθμό τη στρεσογόνο συναισθηματική εμπειρία που επέφερε τη σωματική διέγερση. Κατά συνέπεια, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα του πόνου ήταν πολύ μεγαλύτερη σε σύγκριση με την πραγματικότητα. Επιπλέον, τα άτομα, τα οποία εξέλαβαν τον πόνο στο στήθος ως πρόδρομο ενός επικείμενου καρδιακού επεισοδίου, περιόρισαν και πολλές από τις δραστηριότητες τους. Συμπερασματικά, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, τα χαρακτηριστικά του άγχους που συσχετίζονται με την υγεία εμφανίζονται συχνά σε συνδυασμό με μία πλειάδα ψυχικών εκδηλώσεων και γίνονται αντιληπτά με διαφόρων ειδών μορφές.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αλλιώς γνωστό ως *καρδιακή προσβολή* συνιστά μεγάλη απειλή για τη ζωή, γεγονός που δικαιολογεί τη δημιουργία άγχους σχετικά με αυτό είτε στους επιζώντες από μία τέτοια κατάσταση είτε σε όσους διατρέχουν μελλοντικά υψηλό κίνδυνο για μία αιφνίδια ανακοπή καρδιάς. Σύμφωνα με τους Eifert, Thompson, Zvolensky, Edwards, Frazer, Haddad και συν. (2000) (όπως αναφέρεται στους Rosman, Whited, Lampert, Mosesso, Lawless & Sears, 2015), οι ασθενείς που εκδηλώνουν αυτή τη μορφή άγχους ασκούν εξονυχιστικό έλεγχο στα συμπτώματα του καρδιαγγειακού προβλήματος και αναπτύσσουν τις προαναφερθείσες συμπεριφορές, δηλαδή αποφυγή δραστηριοτήτων και υπέρμετρη χρήση υπηρεσιών παροχής ιατρικής φροντίδας. Οι Rosman και συν. (2015) διαπίστωσαν ότι άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει καρδιαγγειακό επεισόδιο στο παρελθόν ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με τα συμπτώματα της νόσου και εικάζουν δυσμενείς συνέπειες για την υγεία τους εξαιτίας του ειδικού άγχους. Το επικείμενο άγχος εκτός των ενοχλητικών σκέψεων και των υψηλών επιπέδων φόβου συσχετίστηκε και με οξεία αρνητική εξέλιξη της ασθένειας, καθώς και αυξημένη *θνησιμότητα*. Συνεπώς, οι ειδικοί είναι επιβεβλημένο να εξετάζουν τους ασθενείς για την ύπαρξη άγχους αναφορικά με την υγεία τους, επειδή αυτό επιβαρύνει διαρρήδην τη διαδικασία αντιμετώπισης της ασθένειας.

Τα αυξημένα ποσοστά συσχέτισης άγχους και καρδιακού θανάτου οδήγησαν τους ερευνητές σε περαιτέρω διερεύνηση της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης. Αναλυτικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στα αντανακλαστικά των βαροϋποδοχέων, ο οποίος είναι ομοιοστατικός μηχανισμός της πίεσης του αίματος. Οι Watkins, Blumental και Carney (2002) διαπίστωσαν ότι ο μειωμένος έλεγχος του συγκεκριμένου μηχανισμού και ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα άγχους. Εξίσου, οι Pitsavos και συν. (2006) συμπέραναν ισχυρή σύνδεση του άγχους με αυξημένους δείκτες φλεγμονής και θρομβώσεων, οι οποίες συνιστούν βασικά χαρακτηριστικά των καρδιαγγειακών παθήσεων. Παράλληλα, άλλοι

ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. κατάθλιψη) δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την παθολογία του ανθρώπινου οργανισμού σε τέτοιο βαθμό, όπως το άγχος (Watkins et al., 2002).

Οι επεμβατικές τεχνικές διάγνωσης και θεραπείας, όπως η στεφανιογραφία και η *τοποθέτηση απινιδωτή*, βρέθηκε ότι αυξάνουν με τη σειρά τους τα επίπεδα άγχους υγείας στο άτομο, το οποίο πάσχει από καρδιαγγειακά προβλήματα (Bedair, Badu-Narayan, Dimopoulos, Quyan, Doyle, Swan et al., 2015. P. G. Ozdemir, Selvi, Boysan, M. Ozdemir, Akdağ & Ozturk, 2015). Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα, τα οποία βιώνουν προβλήματα μεγαλύτερης εμβέλειας και σοβαρότητας, εμφανίζουν και υψηλότερα επίπεδα άγχους. Αυτό συμβαίνει διότι, πολλές φορές, η έλλειψη γνώσεων για τις συγκεκριμένες μεθόδους καθιστά τη διαδικασία περισσότερο στρεσογόνο συγκριτικά με την πραγματικότητα. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς διακατέχονται από υπέρμετρο φόβο για το πέρας της διαδικασίας, αναφέρουν μεγαλύτερο πόνο, δαπανούν περισσότερα χρήματα για την καλύτερη δυνατή υγειονομική περίθαλψη, εκφράζουν θυμό και εχθρότητα ενώ, παράλληλα, περιορίζουν τις δραστηριότητες τους πριν και μετά τη διαδικασία της διάγνωσης ή της θεραπείας (π.χ. τοποθέτηση απινιδωτή) (P. G. Ozdemir et al., 2015).

Η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς ποικίλλει ανάμεσα στις διαφορετικές φάσεις εξέλιξης και αντιμετώπισης της καρδιαγγειακής νόσου. Οι Carroll και Arthur (2010) αξιολόγησαν τη συναισθηματική κατάσταση ασθενών, οι οποίοι έχρηζαν πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ειδικότερα, υποβλήθηκαν σε εμφύτευση απινιδωτή όσοι υπέφεραν από κοιλιακές αρρυθμίες *(πρωτοβάθμια περίθαλψη)* και όσοι είχαν υποστεί καρδιακή προσβολή *(δευτεροβάθμια περίθαλψη)*. Οι ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν δευτεροβάθμια περίθαλψη, παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά αβεβαιότητας για τις συνέπειες εμφύτευσης απινιδωτή συγκριτικά με την άλλη ομάδα ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, όσοι υπόκειντο στη φάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αισθάνονταν εξίσου αβεβαιότητα για τη σημασία και το αποτέλεσμα της εν λόγω διαδικασίας, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Παρόλα αυτά και οι δύο ομάδες παρουσίασαν υψηλά ποσοστά αβεβαιότητας, τα οποία επικαλύπτονταν με έντονο άγχος εξαιτίας της χρονιότητας του κινδύνου της υγείας.

Ακολούθως, σύμφωνα με τους Bedair και συν. (2015) διαπιστώθηκε ότι η μη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των καρδιαγγειακών ασθενών, *μετά* την εμφύτευση απινιδωτή, βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τα αυξημένα επίπεδα άγχους και τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς βιώνουν ποικίλες σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές, οι οποίες δυσχεραίνουν την προσαρμογή τους στην εν λόγω επεμβατική διαδικασία και ιδίως όταν πρόκειται για περιπτώσεις δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπου το άτομο έχει ήδη αισθανθεί να απειλείται η ζωή του εξαιτίας της

καρδιακής προσβολής. Το γεγονός αυτό αποτελεί πιθανή εξήγηση του περισσότερου και ιδιαίτερα τεταμένου άγχους αλλά και της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει αυτήν την ομάδα ασθενών για την εξέλιξη της υγείας τους (Carroll & Arthur, 2010). Επίσης, άτομα νεότερης ηλικίας βρέθηκε να παρουσιάζουν πιο έντονο άγχος και περισσότερες δυσκολίες αναφορικά με την αποδοχή τόσο της νοσηρής κατάστασης όσο και της δεδομένης θεραπευτικής τεχνικής (Bedair et al., 2015).

Εν συνεχεία, οι Lolaty, Bagheri-Nesami, Shorofi, Golzarodi & Charati (2014) αξιολόγησαν τους δείκτες στρες σε ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονταν μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Ωστόσο, εκτίμησαν τα εν λόγω δεδομένα πριν και μετά την επίσκεψη των συγγενών και φίλων. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι 10 λεπτά πριν έως και 30 λεπτά μετά την επίσκεψη οι ασθενείς παρουσίαζαν μείωση του υψηλού καρδιακού ρυθμού, μείωση της πίεσης του αίματος, καθώς και βελτιωμένες ενδείξεις του αναπνευστικού συστήματος. Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η υποστήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος και ειδικά του στενού περιβαλλοντικού κύκλου αμβλύνει τα αρνητικά συναισθήματα του ατόμου που νοσεί, καθώς και τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που εμπίπτει και επιφέρει θετικές αλλαγές στους μηχανισμούς φυσιολογίας, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα στις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψιν τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με το κοινωνικό περιβάλλον, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η επίδραση του στο άγχος υγείας είναι τόσο θετική όσο και αρνητική. Από τη μία πλευρά, η μείωση του άγχους υγείας και η καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια έχουν συσχετιστεί με τη στενή αλληλεπίδραση με άτομα από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον. Από την άλλη πλευρά, όμως, τα απειλητικά μηνύματα για την υγεία που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον, καθώς και ο χώροι παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως ιατρεία και νοσοκομεία, φαίνεται να αποτελούν αρνητικούς παράγοντες της εκδήλωσης του άγχους υγείας σε καρδιαγγειακούς ασθενείς (Muller, Hess & Hager, 2013). Το γεγονός ότι χαρακτηριστικά του άγχους υγείας σε σχέση με την καρδιαγγειακή νόσο εντοπίζονται τόσο στον υγιή όσο και στον ασθενή, τόσο σε γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο φυσιολογίας, αλλά και σε συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές εμποδίζει την εκτίμηση του και κατ' επέκταση την πλήρη αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης του με το κοινωνικό περιβάλλον.

Ανακεφαλαιώνοντας, το άγχος υγείας αντανακλάται σε διάφορες μορφές άγχους όσον αφορά τους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Παραδείγματος χάριν, παρατηρήθηκαν ενδείξεις του άγχους υγείας τόσο στην αξιολόγηση της *ευαισθησίας άγχους* όσο και στο *άγχος καρδιάς*. Εκτενέστερα, οι μεταβλητές, οι οποίες χρησιμοποιούνται ευρέως στην ερευνητική

βιβλιογραφία προκειμένου να εκτιμηθούν η επικέντρωση της προσοχής σε καρδιαγγειακά συμπτώματα, ο φόβος σοβαρότητας της κατάστασης, οι αποφευκτικές συμπεριφορές και η άσκοπη χρήση των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας, ποικίλουν και δεν εξυπηρετούν τη συνολική θεώρηση των αποτελεσμάτων. Παρά ταύτα, οι συγκεκριμένες συναισθηματικές και γνωστικό-συμπεριφοριστικές εκδηλώσεις αποτελούν τα βασικότερα χαρακτηριστικά του άγχους υγείας στους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Εντούτοις, πρόκειται για συμπεράσματα τα οποία εδράζουν σε ένα πρώιμο στάδιο της έρευνας αναφορικά με άγχος υγείας και τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας που πραγματοποιήσαμε είναι να ελέγξουμε, εάν και σε ποιο βαθμό οι αναπαραστάσεις που έχουν τα άτομα για το έμφραγμα του μυοκαρδίου δέχονται κάποιου είδους επίδραση από το Άγχος Υγείας και τη Γενικότερη Ψυχική Υγεία. Ακόμη, θέλουμε να εξετάσουμε και την επιρροή του Φύλου των συμμετεχόντων σχετικά με τις εν λόγω σωματικές εκδηλώσεις που ανέφεραν. Ωστόσο, για να ερευνηθούν αυτές οι αρχικές μας υποθέσεις θεωρήθηκε σκόπιμο να ληφθεί υπόψη και η κατανομή συχνοτήτων των ατόμων ως προς τις πηγές πληροφόρησης τους (ασθένεια συγγενούς/ίδιου, επαγγελματίες υγείας, ΜΜΕ κ.ά.), καθώς και τον αριθμό και το είδος συμπτωμάτων που ανέφεραν. Εκτενέστερα, θέλουμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες με το άγχος υγείας και τη ψυχική υγεία τους εκείνη τη χρονική περίοδο αλλά και σε ποιο βαθμό επηρεάζει το φύλο αυτή τη διαδικασία. Έτσι, οι κύριες υποθέσεις μας μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1) Θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν και του Άγχους Υγείας.

2) Θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν και της Γενικότερης Ψυχικής Υγείας των ερωτηθέντων.

3) Θα υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο Φύλα όσον αφορά τον αριθμό συμπτωμάτων που ανέφεραν. Οι γυναίκες θα αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα σε σχέση με τους άντρες.

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Δείγμα

Στην έρευνα, που πραγματοποιήσαμε, συμμετείχαν συνολικά 82 άτομα εκ των οποίων το 1 (1,2%) άτομο δεν απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που του δόθηκαν. Έτσι, καταλήξαμε σε δείγμα 81 (98,8%) ατόμων. Από αυτό οι 30 (37%) ήταν άντρες και οι 51 (63%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 22,5 έτη με την μικρότερη ηλικία να είναι 18 έτη και τη μεγαλύτερη ηλικία 29 έτη. Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων 5 (6,2%) άτομα νοσούσαν από κάποιο είδος χρόνιας πάθησης τη δεδομένη χρονική περίοδο της έρευνας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (93,8%) ήταν υγιείς. Από το συνολικό δείγμα, 26 (32,1%) άτομα είχαν αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας και 46 άτομα (56,8%) είχαν βιώσει εκ του σύνεγγυς κάποια χρόνια πάθηση συγγενικού ή φιλικού προσώπου. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν θετικά στις παραπάνω κατηγορίες ανέφεραν προβλήματα άνοιας, νεοπλασιών ή καρδιαγγειακές παθήσεις των ίδιων ή του ευρύτερου περίγυρού τους.

Για την ανεύρεση του εν λόγω δείγματος απευθυνθήκαμε στο φοιτητικό δυναμικό του Πανεπιστημίου Κρήτης, στον προσωπικό συγγενικό ή φιλικό μας κύκλο καθώς και στην κοινότητα του Νομού Ρεθύμνου.

5.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε σε κάθε άτομο απαρτιζόταν από 4 τμήματα που αξιολογούσαν τη ψυχική ευεξία του ατόμου τη δεδομένη περίοδο και τις γνωστικές αναπαραστάσεις που δημιουργεί για την καρδιοπάθεια. Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε ελέγχοντας το παρόν άγχος υγείας των ερωτηθέντων, το δεύτερο τη γενικότερη κατάσταση της ψυχικής τους υγείας λαμβάνοντας υπόψιν τα στοιχεία των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων, το τρίτο τμήμα εστίαζε στις αναπαραστάσεις τους για τα πιθανά συμπτώματα του «εμφράγματος του μυοκαρδίου», ενώ στο τελευταίο ερωτηματολόγιο εξετάστηκαν οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων για την εικόνα που σχηματίζουν αναφορικά με ένα υγιές ή ένα άτομο που αρχίζει να νοσεί. Τα δύο τελευταία τμήματα ήταν αυτοσχέδια και αναπτύχθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

- *Άγχος υγείας*: Το άγχος υγείας αξιολογήθηκε με την αντίστοιχη κλίμακα από το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Υγείας (Snell & Johnson, 1997). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 5 ερωτήσεις (π.χ. «Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου»). Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν μια κλίμακα 5 τιμών με εύρος από 1 (Διαφωνώ) μέχρι 5 (Συμφωνώ) για να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Όσο πιο μεγάλη η βαθμολογία που προέκυπτε από το άθροισμα των τιμών τόσο και μεγαλύτερο το ποσοστό παρουσίας άγχους που σχετίζεται με την υγεία.

- *Ψυχική υγεία*: Η γενικότερη ψυχική υγεία των ερωτηθέντων κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες αξιολογήθηκε με την κλίμακα των 12 στοιχείων του Ερωτηματολογίου της Γενικής Υγείας (CHQ), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Μουτζούκης, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλος & Καραστεργίου, 1990). Το CHQ είναι ένα πολύ γνωστό και ευρέως πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης, το οποίο παρέχει έναν καθολικό δείκτη της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με αυτήν την κλίμακα, τα συμπτώματα μετρήθηκαν με μια κλίμακα 12 ερωτήσεων (π.χ. «Νιώσατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση», «Σκεφτόσασταν τον εαυτό σας ως ένα πρόσωπο χωρίς αξία», «Έχετε καμία επιθυμία θανάτου»), οι οποίες αθροίστηκαν ώστε να αποδώσουν μια τελική βαθμολογία. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτέλεσαν και ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας. Για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο αυτό, οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν μια κλίμακα συχνοτήτων 4 τιμών τύπου «Περισσότερο από ότι συνήθως – Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως» με τις συχνότητες αυτές να μετατρέπονται ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε ερώτησης.

- *Αναπαραστάσεις Καρδιαγγειακών Παθήσεων* (έμφραγμα μυοκαρδίου): Αξιολογήθηκαν

οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων μέσω αναφοράς σχετικών συμπτωμάτων του δεδομένου προβλήματος υγείας και με επιπλέον πληροφόρηση σχετικά με την πηγή γνώσης που κατέχουν τα άτομα γι' αυτό. Με άλλα λόγια αναπτύχθηκαν ερωτήσεις ώστε να εξυπηρετήσουν τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και να καταδείξουν την αντίληψη που καταλαμβάνει τα άτομα αναφορικά με ένα είδος χρόνιας πάθησης, όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

- *Αναπαραστάσεις για την εικόνα της υγείας*: Το κομμάτι αυτό χρησιμοποιήθηκε για την πλήρη αξιολόγηση της τάσης των ατόμων να διαμορφώνουν ρεαλιστικές ή μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία. Το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου αποτελείται από 2 σύντομες περιγραφές ενός υγιούς και ενός ατόμου που αρχίζει να αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας και ο συμμετέχων απαντά με λίγα λόγια και κυρίως χρήση επιθέτων για το σωματικό επίπεδο, την κοινωνική εικόνα, τις δυσκολίες καθώς και τα πιθανά συμπτώματα που παρατηρεί σε αυτό το άτομο. Το συγκεκριμένο τμήμα του ερωτηματολογίου δεν χρησιμοποιήθηκε όμως στην παρούσα έρευνα, καθώς δεν αποτέλεσε μέρος των ερευνητικών μας υποθέσεων.

5.3 Ερευνητική Διαδικασία

Η έρευνα που περιγράφεται πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του έτους 2013. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων που αφορούσαν γενικές προσωπικές ερωτήσεις και δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, προϋπάρχουσα ή παρούσα ασθένεια ιδίων ή γνωστών κ.ά.) καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τις αναπαραστάσεις των ατόμων για τα συμπτώματα της καρδιοπάθειας.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα και αποτέλεσαν το δείγμα, όπως προαναφέρθηκε, βρέθηκαν από ποικίλες πηγές (φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης, συγγενείς, φίλοι, κάτοικοι του Νομού Ρεθύμνου). Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που ερωτήθηκαν για την εθελοντική τους συμμετοχή εξέφρασε ιδιαίτερη προθυμία να υποβοηθήσει και να ενισχύσει τις ερευνητικές διεργασίες του Πανεπιστημίου. Σε επόμενο στάδιο, οι ερευνητές κρίθηκε απαραίτητο να λάβουν κάποια τυπικά δεοντολογικά και μεθοδολογικά μέτρα πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων. Σε πρώτη φάση, τα μέτρα αυτά αφορούσαν την επικοινωνία του ερευνητή με τον επικείμενο συμμετέχων ώστε να οριστεί ένας κοινός τόπος συνάντησης, όπου η διαδικασία δε θα επηρεαζόταν από κανένα στοιχείο παρεμπόδισης περιβαλλοντικού περιεχομένου (π.χ. θόρυβος από αυτοκίνητα). Σε δεύτερη φάση, οι ερευνητές ενημέρωσαν τους ερωτηθέντες για τους σκοπούς της έρευνας, ότι δηλαδή πρόκειται για μία ερευνητική διαδικασία που πραγματοποιείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας και αφορά τις αναπαραστάσεις των ατόμων για την καρδιοπάθεια, καθώς και για τον απαιτούμενο χρόνο που θα διαρκέσει η όλη διαδικασία (περίπου 30 λεπτά). Ακόμη, έγινε ευκρινές στα άτομα ότι κατά τη συμμετοχή τους τηρείται αυστηρά η ανωνυμία τους και τα προσωπικά τους δεδομένα καθώς και ότι οι απαντήσεις τους αφορούν αποκλειστικά και μόνο επιστημονικούς σκοπούς. Τέλος, αναφέρθηκε ότι για οποιαδήποτε ένσταση, παράπονο ή ερώτημα μπορούν να απευθυνθούν στον υπεύθυνο καθηγητή που διεξάγει την έρευνα.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Αριθμός συμπτωμάτων και αντιλήψεις για την ασθένεια

6.1.1. Στον πίνακα 1, που παρατίθεται και σχετίζεται με τον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφερε ο κάθε συμμετέχων, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το 4,9% ανέφερε μόνο ένα πιθανό σύμπτωμα, το 22% ανέφερε δύο συμπτώματα, το 9% πέντε συμπτώματα και μόλις 1,2% ανέφερε και τα έξι πιθανά συμπτώματα του εμφράγματος μυοκαρδίου. Εντούτοις, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (61%) ανέφερε τρία (30,5%) ή τέσσερα αντιληπτά συμπτώματα (30,5%).

Πίνακας 1

Παρουσίαση αριθμού συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες με τη μορφή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων

Αριθμός	Απόλυτη συχνότητα (f)	Σχετική συχνότητα (rf)
1 σύμπτωμα	4	4,9
2 συμπτώματα	18	22,0
3 συμπτώματα	25	30,5
4 συμπτώματα	25	30,5
5 συμπτώματα	9	11,0
6 συμπτώματα	1	1,2
ΣΥΝΟΛΟ	82	100,0

6.1.2. Ακόμη, στον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι στην πρώτη θέση πιθανού συμπτώματος οι περισσότεροι (27,5%) ανέφεραν πόνους στο στήθος και στην ευρύτερη περιοχή της καρδιάς. Όσον αφορά τη δεύτερη και τρίτη θέση η πιο συχνή κατηγορία ήταν η αδυναμία-ζαλάδα (29,9%, 25%), ενώ στην τέταρτη θέση αναφέρθηκε η συναισθηματική

πίεση ως πιθανό σύμπτωμα (21,9%). Τέλος, στην πέμπτη θέση – η οποία δεν αναφέρθηκε από πολλούς – σημειώθηκαν διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως υψηλή πίεση, συμπτώματα άκρων κλπ. Εντούτοις, επισημάνθηκαν και άλλου είδους συμπτώματα (βλ. πίνακα 2) στις θέσεις αυτές, αλλά σε μικρότερη συχνότητα.

Πίνακας 2

Πίνακας συχνοτήτων για τις κατηγορίες συμπτωμάτων ως προς τη σειρά εμφάνισής τους

Κατηγορίες	1	2	3	4	5
Πόνος στο στήθος	27,5	7,8	5,4	6,3	11,1
Θωρακικοί πόνοι	13,8	7,8	7,1	6,3	
Κρανιακοί πόνοι	3,8		3,6	3,1	
Δύσπνοια	7,5	7,8	21,4	15,6	
Αδυναμία	17,5	29,9	25,0	15,6	11,1
Συμπτώματα άκρων	8,8	14,3	8,9	6,3	22,2
Συναισθηματική πίεση	3,8	3,9	3,6	21,9	
Ανακοπή	7,5		1,8		
Πίεση	2,5	3,9	5,4	6,3	11,1
Εφίδρωση	1,3	5,2	1,8	3,1	
Γνωστική δυσλειτουργία	1,3	1,3	5,4	6,3	
Γενικευμένος πόνος	1,3	6,5			
Άλλα συμπτώματα	3,8	11,7	10,7	9,4	44,4

6.2 Πηγές πληροφόρησης και αντιλήψεις για την ασθένεια

Όπως βλέπουμε και στον πίνακα 3, οι πηγές πληροφόρησης των συμμετεχόντων για τη συμπλήρωση του συγκεκριμένου τμήματος ερωτηματολογίου ήταν η εμπειρία ασθένειας του ίδιου (1,2%) ή οικείου προσώπου (37,8%), τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (39%), οι συμβουλές και η ενημέρωση από κάποιον επαγγελματία υγείας (13,4%) ή η συλλογή στοιχείων από άλλου είδους πηγές (69,5%) (κοινωνικές συζητήσεις, προσωπικές σπουδές κ.ά.).

Πίνακας 3

Οι πηγές πληροφόρησης των συμμετεχόντων στην έρευνα με τη μορφή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων

Πηγές πληροφόρησης	Απόλυτη συχνότητα (f)	Σχετική συχνότητα (rf)
Προσωπική εμπειρία	1	1,2
Ασθένεια γνωστού	31	37,8
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	32	39,0
Επαγγελματίες υγείας	11	13,4
Άλλο	57	69,5
ΣΥΝΟΛΟ	82	100,0

6.3 Συσχέτιση του άγχους υγείας και της γενικότερης ψυχικής υγείας με τον αριθμό των συμπτωμάτων

Στον πίνακα που παρατίθεται παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση του άγχους υγείας και της γενικότερης ψυχικής κατάστασης των ερωτηθέντων τη δεδομένη χρονική περίοδο με τον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφεραν. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του άγχους υγείας και του αριθμού των συμπτωμάτων, r=.088, p>.05, αλλά ούτε και μεταξύ της γενικότερης ψυχικής υγείας των ατόμων με την ίδια μεταβλητή, r=.137, p>.05.

Πίνακας 4

Δείκτης Συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=82)

	1.	2.	3.
1. Αριθμός	1	.088	.137
2. Άγχος υγείας	.088	1	.439
3. Γενική ψυχική υγεία	.137	.439	1

*p < 0,05. **p < 0,001

6.4 Επίδραση του φύλου στην αναφορά συμπτωμάτων

Σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα που αφορά την επίδραση του φύλου στον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές και οφείλονταν σε τυχαίους παράγοντες. Πιο αναλυτικά, όπως βλέπουμε και στον πίνακα 5, ο μέσος όρος της επίδρασης του αντρικού φύλου (Μ.Ο= 3,17) στον αριθμό των απαντήσεων δε διέφερε σημαντικά από τον μέσο όρο επίδρασης του γυναικείου φύλου (Μ.Ο= 3,27) ως προς αυτήν τη μεταβλητή. Ακόμη, η διαφορά των μέσων όρων φανερώνεται από τη συνάρτηση **t**(79)= -.420, p= .676. Εφόσον, λοιπόν, p> .05 δεχόμαστε και δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (Ho) η οποία και υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφερε ο κάθε συμμετέχων.

Πίνακας 5

Αποτελέσματα επίδρασης του φύλου ως προς τον αριθμό αναφοράς συμπτωμάτων (N= 81)

		N	*M.O*	*T*	*df*	*p*
Αριθμός				-,420	79	,676
	Άνδρες	30	3,17			
	Γυναίκες	51	3,27			

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα που διενεργήσαμε θέλαμε να εξετάσουμε και να ελέγξουμε τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων των συμμετεχόντων και της ψυχικής τους υγείας. Αναλυτικότερα, θέλαμε να διαπιστώσουμε εάν τα επίπεδα του Άγχους Υγείας ή της Γενικότερης Ψυχικής Κατάστασης των ατόμων επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό και την αναφορά σωματικών εκδηλώσεων του εμφράγματος μυοκαρδίου. Ακόμη, ελέγξαμε και την επίδραση του Φύλου των ερωτηθέντων στη διαδικασία ανάκλησης συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές νόσους. Ωστόσο, θέλοντας να εξετάσουμε και άλλους παράγοντες που συνέβαλαν στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων μας, δώσαμε ιδιαίτερη σημασία τόσο *στις πηγές πληροφόρησης* που είχαν τα άτομα για την εν λόγω ασθένεια όσο στον *αριθμό* και το *είδος* των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν.

Τα αποτελέσματα που αποκομίσαμε από τη στατιστική μας ανάλυση έρχονται σε διαφωνία με τις κύριες υποθέσεις μας. Εκτενέστερα, βρήκαμε ότι το άγχος υγείας και η γενικότερη ψυχική υγεία των ατόμων δε σχετίζονται με τον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Ακόμη, βρήκαμε ότι το φύλο εξίσου δεν ασκεί ιδιαίτερη επίδραση στον αριθμό των συμπτωμάτων. Εντούτοις, ήταν αξιοσημείωτο το γεγονός ότι επιβεβαιώσαμε κάποιες βασικές θεωρίες σχετικά με το πόσο σημαντική είναι η πληροφόρηση που έχουν λάβει τα άτομα για τις χρόνιες παθήσεις και συγκεκριμένα την καρδιοπάθεια, αλλά και τα συμπεράσματα που βγάλαμε παρατηρώντας τον αριθμό και τα είδη των σωματικών εκδηλώσεων που επισημάνθηκαν από τους ερωτηθέντες, πράγμα το οποίο μας οδήγησε στην πρόταση μας για μελλοντικές έρευνες, όπως θα δούμε και παρακάτω.

Αρχικά, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, θέλοντας να ελέγξουμε σε βάθος τις υποθέσεις της έρευνάς μας, ήταν επιβεβλημένο να εξετάσουμε και άλλους παράγοντες που συνέβαλαν στην αναφορά συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα τις *πηγές πληροφόρησης* (εμπειρία ίδιου/συγγενή, ΜΜΕ κ.ά.) που έλαβαν υπόψη τους οι συμμετέχοντες, ώστε να απαντήσουν στα τμήματα του ερωτηματολογίου που αφορούσαν το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όπως έχουμε σημειώσει και στη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, εκτός από τους εσωτερικούς παράγοντες, ποικίλες είναι και οι εξωτερικές - κοινωνικές - επιρροές που διαμορφώνουν πεποιθήσεις, κίνητρα, γνωστικά σχήματα και ιδεολογίες αναφορικά με την αναπαράσταση μιας ασθένειας. Από τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν, διαπιστώσαμε ότι το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή αλλιώς οι σημαντικοί άλλοι παίζουν καταλυτικό

ρόλο στη συγκρότηση πληροφοριών που κατέχει το άτομο ώστε να ταυτοποιήσει και τελικά να αντιληφθεί μια νόσο, απαντώντας στα ερωτήματα υγείας.

Για να γίνουμε πιο σαφείς, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (69,5%) παρατηρήσαμε ότι ανέφερε ως κύρια πηγή πληροφόρησης τις κοινωνικές συζητήσεις στις οποίες έχει παρευρεθεί και έχει ανταλλάξει ιδέες σχετικά με το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Συγκεκριμένα, το μοντέλο της «προστατευτικής κινητοποίησης», που αναλύθηκε και παραπάνω, εστιάζει ακόμη περισσότερο στο γεγονός ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις των ατόμων και οι αναφερόμενες προειδοποιήσεις τρωτότητας διαμορφώνονται στη βάση των μορφών επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον (συνομιλία με γνωστό ή συγγενή κλπ.) και τις αντιλήψεις και σκέψεις του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζονται «οι άλλοι» την ασθένεια (Hewstone & Stoebe, 2001/2007). Ακόμη, παρατηρούμε ότι τα άτομα ανέφεραν σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό (37,8%) ότι οι πληροφορίες τους σχετικά με το έμφραγμα του μυοκαρδίου προέρχεται και από την εμπειρία ασθένειας κάποιου συγγενικού ή φιλικού προσώπου. Σύμφωνα με αυτό αλλά και το μοντέλο της «κοινής λογικής» κατανοούμε ότι το άτομο προκειμένου να φέρει σε λογική συμφωνία τις γνωστικές του αναπαραστάσεις για τη νόσο δημιουργεί *σχήματα* που συνθέτουν τόσο τις τρέχουσες (παρόν) όσο και τις προγενέστερες πληροφορίες (παρελθόν) που έχει για τη συγκεκριμένη πάθηση από εμπειρίες ασθένειας του κοινωνικού του περίγυρου (Hagger & Orbell, 2003. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Τέλος, παρατηρήσαμε ότι αρκετά άτομα (39%) είχαν ενημερωθεί για τα εν λόγω συμπτώματα της καρδιοπάθειας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, γεγονός που συμφωνεί με τα ερευνητικά δεδομένα των Patel, Chang, Greysen και Chopra (υπό δημοσίευση) που υποστηρίζουν το σημαντικό ρόλο των μέσων δικτύωσης στην πληροφόρηση για την υγεία και την ασθένεια. Εντούτοις, ένα ελάχιστο ποσοστό (1,2%) ανέφερε προσωπική εμπειρία καρδιοπάθειας, γεγονός το οποίο μπορεί να εξηγηθεί εάν σκεφτούμε ότι το μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 23 έτη, τα οποία χαρακτηρίζονται από λιγότερες πιθανότητες ευπάθειας απέναντι στις καρδιαγγειακές νόσους, σε αντιδιαστολή με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που ταλανίζονται από αυτήν τη νόσο (65 ετών και άνω) (Mozaffarian et al., 2015).

Δύο ακόμη παράγοντες των οποίων τη συχνότητα ελέγξαμε, ώστε να εξάγουμε τα συμπεράσματα μας ήταν ο αριθμός και το *είδος* των συμπτωμάτων που ανέφεραν τα άτομα. Αρχικά, όσον αφορά τον *αριθμό*, διαπιστώσαμε ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματός μας ανέφεραν τρία ή τέσσερα συμπτώματα ενώ ελάχιστοι ήταν εκείνοι που ανέφεραν περισσότερα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί αν λάβουμε υπόψη μας ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται

από μειωμένα επίπεδα άγχους υγείας, όπως θα δούμε και παρακάτω. Έτσι, φυσικό επόμενο είναι και ο αριθμός των συμπτωμάτων που αναφέρουν να είναι μικρότερος από τον αριθμό που θα αναμέναμε ότι θα απέδιδαν άτομα με αυξημένη ευαλωτότητα και αρνητική ψυχική κατάσταση (Kolk et al., 2002. Petersen et al., 2011).

Όσον αφορά το *είδος* των συμπτωμάτων, θέλαμε να διαπιστώσουμε ποιο είναι το πιο συχνό είδος σωματικής εκδήλωσης που αναφέρουν οι ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι ανέφεραν ως πρώτο σύμπτωμα που τους έρχεται στο μυαλό τον *πόνο στην περιοχή του στήθους*. Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, εκτός από τους ασθενείς που χαρακτηρίζονται από «άγχος καρδιάς» και διαθέτουν εμπειρία κάποιου καρδιακού επεισοδίου, τα υγιή άτομα έχουν εξίσου την ίδια τάση να αναφέρουν ως κύριο σύμπτωμα την ενόχληση στο στήθος – καρδιά, επικεντρώνοντας την προσοχή τους και εκδηλώνοντας εγρήγορση απέναντι στις αλλαγές της περιοχής αυτής (π.χ. πόνος) (Marker, Carmin & Ownby, 2008). Τέλος, πολύ σημαντικό εύρημα ήταν ότι η *συναισθηματική πίεση* αποτέλεσε ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που ανέφεραν οι συμμετέχοντες, γεγονός το οποίο μας υποδεικνύει ότι τα άτομα τείνουν να δίνουν σημασία όχι μόνο σε εξωτερικές εκδηλώσεις αλλά και σε εσωτερικές ψυχικές συνθήκες που ενδεχομένως επικρατούν και είναι σε θέση να λειτουργήσουν ως «προμήνυμα» για μία ασθένεια, πράγμα που αποτελεί και σημαντική βάση περαιτέρω διερεύνησης.

Αντίθετα με τις προσδοκίες που είχαμε για τη θετική συσχέτιση μεταξύ των κύριων μεταβλητών της έρευνάς μας, τα αποτελέσματα, που αφορούσαν την επίδραση του άγχους υγείας και της γενικότερης ψυχικής κατάστασης των συμμετεχόντων στην αναφορά συμπτωμάτων καρδιαγγειακής νόσου, δεν ήταν στατιστικώς σημαντικά. Σε αντιδιαστολή με τον Rosman και τους συνεργάτες του (2015) αλλά και πολλές έρευνες που υποστηρίζουν ότι το άγχος υγείας και η ψυχολογική δυσφορία έχουν συσχετιστεί διαρρήδην με το αυξημένο ποσοστό αναφερόμενων συμπτωμάτων και το σχηματισμό συγκεκριμένων αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια, τα ευρήματα μας δεν απέδωσαν αυτά που αναμέναμε. Κάτι τέτοιο μπορεί να εξηγηθεί βάσει δύο παραγόντων. Πρώτον, οι συμμετέχοντες ήταν μικροί σε ηλικία, με αποτέλεσμα να μην έχουν επαρκείς εμπειρίες της ασθένειας ώστε να δημιουργούν άγχος για αυτήν και δεύτερον το δείγμα μας δεν αποτελείτο από καρδιαγγειακούς ασθενείς, συνθήκη η οποία δυσχεραίνει συλλήβδην αυτήν τη διαδικασία ως προς το επιθυμητό.

Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκε και η αναφορά συμπτωμάτων ως προς τις πιθανές διαφορές ανάμεσα στα δύο Φύλα, αλλά τα αποτελέσματα δεν απέδωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που μελετήσαμε, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα πράγματα διχάζονται και δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως όσον

αφορά το μέγεθος επίδρασης που ασκεί το φύλο στις διαδικασίες ανάκλησης συμπτωματικών εκδηλώσεων. Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι το φύλο επηρεάζει τη διαδικασία δημιουργίας γνωστικών αναπαραστάσεων που αφορούν τα συμπτώματα των ασθενειών, ενώ άλλες πηγές μας πληροφορούν πως οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τις απαντήσεις που δίνουν δεν είναι σημαντικές. Από τη μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες εστιάζουν περισσότερο και μπορούν να επεξηγήσουν καλύτερα τις σωματικές εκδηλώσεις σε σχέση με τους άνδρες, διότι βιώνουν μεγαλύτερο στρες και έρχονται σε συχνότερη επαφή με ιατρικό προσωπικό λόγω ευθυνών που σχετίζονται με την ανατροφή παιδιών και φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων (Ayers et al., 2007. Goodwin, Fairclough & Poole, 2012. Manierre, 2015). Από την άλλη πλευρά, όμως, έρευνες αποκαλύπτουν ότι οι διαφορές μεταξύ φύλων είναι συνήθως ελάχιστες σχετικά με την αναφορά των συμπτωμάτων και ότι ο ρόλος αυτής της μεταβλητής δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς απέναντι στις χρόνιες ασθένειες (Martin et al., 2003). Πράγματι, από τα ερευνητικά μας αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες του δείγματος ανέφεραν ελάχιστα περισσότερα συμπτώματα (Μ.Ο=3,27) σε αντίθεση με τους άνδρες (Μ.Ο= 3,17) αλλά αυτή η μικρή διαφορά δεν ήταν και ιδιαιτέρως σημαντική.

Η μελέτη μας ήρθε αντιμέτωπη με ορισμένους *περιορισμούς* που κατά κύριο λόγο αφορούσαν το δείγμα. Πιο αναλυτικά, η παρούσα έρευνα απευθυνόταν σε συγκεκριμένο πληθυσμό υπό την έννοια της ηλικίας αλλά και την κατάσταση υγείας (μη ασθενής πληθυσμός). Η ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν κατά μέσο όρο 23 έτη, γεγονός από το οποίο μπορούμε να κατανοήσουμε τις περιορισμένες προσωπικές εμπειρίες αλλά και γνώσεις που ενδεχομένως κατείχε το δείγμα για την καρδιοπάθεια σε αντίθεση με τις γνώσεις που πιθανώς διαθέτουν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας λόγω της συχνότερης επαφής με το ιατρικό προσωπικό και τις εμπειρίες καρδιαγγειακών παθήσεων από το κοινωνικό περιβάλλον. Ακόμη, αναχαιτιστικός παράγοντας μπορεί να αποτελέσει και το γεγονός ότι τα άτομα δεν ήταν ασθενείς, καθώς από την βιβλιογραφία μπορούμε να παρατηρήσουμε τη σημαντική συσχέτιση του άγχους υγείας κυρίως με την παράλληλη ύπαρξη καρδιοπάθειας. Τέλος, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι και το μέγεθος του δείγματος μας (N=82) μπορεί να αποτέλεσε έναν από τους περιορισμούς μας. Για τις ανάγκες ορισμένων μελετών ο αριθμός του δείγματος δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα. Στην περίπτωση, όμως, της δικής μας εργασίας ίσως να ήταν ένας από τους παράγοντες που δεν μας επέτρεψε να λάβουμε την προσδοκώμενη συνοχή στο αποτέλεσμα.

Παρόλα αυτά, θεωρούμε ότι τα ευρήματα που αποκομίσαμε ήταν ιδιαιτέρως σημαντικά. Εκτενέστερα, η παρούσα μελέτη αποτέλεσε βοηθητικό μέσο ώστε να

κατανοήσουμε καλύτερα την καταλυτική επίδραση των εξωτερικών παραγόντων στη διαδικασία σχηματισμού γνωστικών αναπαραστάσεων που αφορούν το έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά και γενικότερα τις χρόνιες ασθένειες. Με άλλα λόγια μάς παρείχε επαρκή πληροφόρηση για την επιρροή που δέχονται τα άτομα από τους σημαντικούς άλλους και σε συνδυασμό με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται αντιληπτό το πώς αυτό λειτουργεί εσωτερικά ώστε να δημιουργηθούν προσδοκίες, κίνητρα και στάσεις απέναντι σε μία νόσο.

Ωστόσο, φαίνεται ότι η συγκεκριμένη έρευνα εκτός του ότι επιβεβαίωσε κάποιες βασικές θεωρίες, έθεσε σημαντικές βάσεις για *μελλοντικές προεκτάσεις*, καθώς υποβάλλει ένα σημαντικό ερώτημα προς διερεύνηση. Προεκτείνοντας τη σκέψη μας θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε και να αναλύσουμε περισσότερο τη συχνή αναφορά συναισθηματικών συμπτωμάτων (συναισθηματική πίεση) από τα άτομα ως μία από τις κύριες εκδηλώσεις του εμφράγματος μυοκαρδίου. Μέχρι στιγμής οι πρόσφατες έρευνες μάς ενημερώνουν για αποτελέσματα πειραμάτων που έδειξαν πως τα άτομα τείνουν να αναφέρουν, κυρίως, σωματικής φύσεως συμπτώματα για σωματικές ασθένειες ή σωματικά συμπτώματα για ψυχικές διαταραχές, όπως η «διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων που αντικατέστησε τη γνωστή κατηγορία σωματοποίησης στο DSM-5 (Vishal, Brahmbhatt & Vankar, 2014). Αντιθέτως, η βιβλιογραφία δεν είναι αρκετά σαφής όσον αφορά την υπόθεση του κατά πόσο τα ψυχικά συμπτώματα σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση σωματικών ασθενειών και αν ο υγιής αλλά και ο ασθενής πληθυσμός θεωρεί και αναφέρει ως προμήνυμα βιολογικών παραγόντων τις ψυχικές διαταραχές. Η πιο προσεκτική παρατήρηση και διερεύνηση αυτών των παραγόντων θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την αλληλεπίδραση και εκδήλωση σωματικών ασθενειών μέσω της ψυχικής υπόστασης, αλλά και την αντίληψη που έχουν τα άτομα για αυτήν τη συνθήκη βάσει ερωτηματολογίων που θα χορηγηθούν τόσο σε υγιή όσο και σε ασθενή πληθυσμό (π.χ. «Θεωρείτε ότι το άγχος είναι προμήνυμα σοβαρής νόσου;»). Τελικός σκοπός αυτής της μελλοντικής διερεύνησης θα είναι η καλύτερη εκτίμηση και κατανόηση της σχέσης του ατόμου με τις ψυχικές εκδηλώσεις που αφορούν το σώμα του.

Βιβλιογραφικές πηγές:

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health Anxiety, Hypochondriasis and the Anxiety Disorders. *Behavior Therapy, 38*(1), 86–94. doi:10.1016/j.beth.2006.05.001

Alcántara, C., Edmondson, D., Moise, N., Oyola, D., Hiti, D., & Kronish, I. M. (2014). Anxiety sensitivity and medication nonadherence in patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(4), 283–286. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.07.009

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Ποταμιανός, Γ. (Επιμ.). (2006). *Εισαγωγή στη ψυχολογία της υγείας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports, 12*(4), 306–312. doi: 10.1007/s11920-010-0123-9

Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., et al. (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Bauer, L. K., Caro, M. A., Beach, S. R., Mastromauro, C. A., Lenihan, E., Januzzi, J. L., et al. (2012). Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication

and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *American Journal of Cardiology, 109*(9), 1266–1271. doi:10.1016/j.amjcard.2011.12.017

Bedair, R., Babu-Narayan, S. V., Dimopoulos, K., Quyam, S., Doyle, A. M., Swan, L., et al. (2015). Acceptance and psychological impact of implantable defibrillators amongst adults with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology, 181*, 218–224. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.12.028

Birket-Smith, M., Hansen, B. H., Hanash, J. A., Hansen, J. F., & Rasmussen, A. (2009). Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients-6-year survival. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 5–10. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.01.003

Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(5), 403-415. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.11.010

Carroll, S. L., & Arthur, H. M. (2010). A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death. *International Journal of Nursing Studies, 47*(7), 836–845. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.005

Γελαδάς, Ν., & Τσακόπουλος, Μ. (Επιμ.). (2011). *Φυσιολογία του ανθρώπου: Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού* (8η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Devcich, D. A., Ellis, C. J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis: Changes in illness representations immediately following coronary angiography. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(6), 553-556. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.07.003.9

Dickson, V. V., Tkacs, N., & Riegel, B. (2007). Cognitive influences on self-care decision

making in persons with heart failure. *American Heart Journal*, *154*(3), 424-431. doi:10.1016/j.ahj.2007.04.058

El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1096–1105. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.010

Eslami, B., Sundin, Ö., Macassa, G., Khankeh, H. R., & Soares, J. J. F. (2013). Anxiety, depressive and somatic symptoms in adults with congenital heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*(1), 49–56. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.10.006

Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Fischer, M., Scharloo, M., Abbink, J., van 't Hul, A., van Ranst, D., Rudolphus, A., et al. (2010). The dynamics of illness perceptions: Testing assumptions of Leventhal's common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting. *British Journal of Health Psychology*, *15*(4), 887-903. doi: 10.1348/135910710X492693

Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers R. W. (2000). A meta-analysis of research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*(2), 407-429. doi: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb0232

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Shettler, C., 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.

Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *75*(3), 211-222. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.05.003

Frostholm, L., Oernboel, E., Christensen, K. S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J., et al. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(2), 129-138. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.09.003

Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*(7), 945-953. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007

Goodwin, L., Fairclough, S. H., & Poole, H. M. (2012). A cognitive-perceptual model of symptom perception in males and females: the roles of negative affect, selective attention, health anxiety and psychological job demands. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 848-857. doi:10.1177/1359105312456321

Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., & Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(2), 167–178. doi:10.1007/s10865-011-9339-3

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health, 18*(2), 141-184. doi:10.1080/088704403100081321

Hewstone, M., & Stroebe, W. (2007). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία* (μτφρ. Α. Αμελαδιώτη, Φ. Κουρή, Γ. Μαμαλάκης, Μ. Μπρούμου & Λ. Πάτση) (3η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση (Αρχική δημοσίευση 2001).

Hickey, K. T., Sciacca, R. R., Biviano, A. B., Whang, W., Dizon, J. M., Garan, H., et al. (2014). The effect of cardiac genetic testing on psychological well-being and illness perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care, 43*(2), 127-132.

doi:10.1016/j.hrtlng.2014.01.006

Hirani, S. P., & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart, 91*(9), 1235-1239. doi:10.1136/hrt.2003.025262

Jackson, J., Fiddler, M., Kapur, N., Wells, A., Tomenson, B., & Creed, F. (2006). Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(4), 357–363. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.02.006

Kang, M., Kim, J., Bae, S. S., Choi, Y. J., & Shin, D. S. (2014). Older Adults' Perception of Chronic Illness Management in South Korea. *Journal of Preventive Medicine & Public Health, 47*(4), 236-243. doi:10.3961/jpmph.2014.47.4.236

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ. Δάρδανος.

Karademas, E. C. (2009). Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. Health: *An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 13*(5), 491–504. doi:10.1177/1363459308336793

Karademas, E. C., Karamvakalis, N., & Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness: is the stress of life associated with illness perceptions and coping? *Stress and Health, 25*(5), 405-412. doi:10.1002/smi.1252

Καστελλάκης, Α. Α. (Επιμ.). (2011). *Βιοψυχολογία.* Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην

Κεκές, Α., Κουτσιμπάνης, Γ., Γεωργιάδης, Γ., Στάκος Δ., & Τζιακάς, Δ. (1998). *Εισαγωγή στην κλινική καρδιολογία. Σύγχρονα Δεδομένα.* Ανακτήθηκε 29 Ιουλίου 2015 από https://kkeram1441.files.wordpress.com/2011/09/cebaceb1cf81ceb4ceb9cebfcebbcebfceb3ceb9ceb1-ceb4ceb7cebccebfcebacf81ceb9cf84ceb5ceb9cebf.pdf.

Kinley, D. J., Lowry, H., Katz, C., Jacobi, F., Jassal, D. S., & Sareen, J. (2015). Depression and anxiety disorders and the link to physician diagnosed cardiac disease and metabolic risk factors. *General Hospital Psychiatry, 37*(4), 288–293. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.03.022

Kohlmann, S., Rimington, H., & Weinman, J. (2012). Profiling illness perceptions to identify patients at-risk for decline in health status after heart valve replacement. *Journal of Psychosomatic Research, 72*(6), 427-433. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.03.002

Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijsbers Van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(1), 35-44. doi:10.1016/S0022-3999(01)00307-5

Korotkov, D., Marshall, K., & Fraser, I. (2013). Mindfulness and symptom perception: A test of Gibsbers van Wijk and Kolk's (1996) model. *The American Association of Behavioral and Social Sciences Journal, 17*(17), 57-74

Lolaty, H. A., Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S. A., Golzarodi, T., & Charati, J. Y. (2014). The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 20*(3), 147–151. doi:10.1016/j.ctcp.2014.03.002

Manierre, M. J. (2015). Gaps in knowledge: Tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine, 128*, 151-158. doi:10.1016/j.socscimed.2015.01.028

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 127–139. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.003

Marker, C. D., Carmin, C. N., & Ownby, R. L. (2008). Cardiac anxiety in people with and without coronary atherosclerosis. *Depression and Anxiety, 25*(10), 824–831. doi:10.1002/da.20348

Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H., & Leventhal, E. (2003). Common sense models of illness: implications for symptom perception and health related behaviors. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds), *Social psychological foundation of health & illness* (pp. 199-225). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Μουτζούκης, Γ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε. Γ. Υ.)*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J. , Cushman, M., et al. (2015). Heart disease and stroke statistics - 2015 update. A report from the American Heart Association. *Circulation, 131*(4), 29-322. doi:10.1161/CIR.0000000000000152

Μπαμπάτσικου, Φ. (2010). Επιδημιολογικά δεδομένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους ηλικιωμένους. *Το Βήμα του Ασκληπειού, 9*(3), 230-242

Müller, J., Hess, J., & Hager, A. (2013). General anxiety of adolescents and adults with congenital heart disease is comparable with that in healthy controls. *International Journal of Cardiology, 165*(1), 142–145. doi:10.1016/j.ijcard.2011.08.005

Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. In M. Conner & P. Norman (Eds), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (pp. 81-126). Maidenhead: Open University Press.

Norris, C. M., Murray, J. W., Triplett, L. S., & Hegadoren, K. M. (2010). Gender roles in persistent sex differences in health-related quality-of-life outcomes of patients with coronary artery disease. *Gender Medicine, 7*(4), 330-339. doi:10.1016/j.genm.2010.07.005

Ozdemir, P. G., Selvi, Y., Boysan, M., Ozdemir, M., Akdağ, S., & Ozturk, F. (2015). Relationships between coronary angiography, mood, anxiety and insomnia. *Psychiatry Research, 228*(3), 355–362. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.084

Petersen, S., van den Berg, R. A., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: A theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 428-439. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.002.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* (2η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Patel, R., Chang, T., Greysen, S. R., & Chopra, V. (υπό δημοσίευση). Social Media Use in Chronic Disease: A Systematic Review and Novel Taxonomy. *The American Journal of Medicine.* doi:10.1016/j.amjmed.2015.06.015

Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Papageorgiou, C., Tsetsekou, E., Soldatos, C., & Stefanadis, C. (2006). Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: The ATTICA Study. *Atherosclerosis, 185*(2), 320–326. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2005.06.001

Plotnikoff, R. C., & Higginbotham, N. (2002). Protection Motivation Theory and exercise behaviour change for the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. *Psychology, Health & Medicine, 7*(1), 87-98. doi:10.1080/13548500120101586

Ribeiro, V., Melão, F., Duarte Rodrigues, J., Machado, Leite, S., Garcia, R. M., et al. (2014). Perception of illness symptoms in patients with acute coronary syndrome: A need to improve. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 33*(9), 519-523. doi:10.1016/j.repc.2013.09.017

Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 821–841. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.005

Rosman, L., Whited, A., Lampert, R., Mosesso, V. N., Lawless, C., & Sears, S. F. (2015). Cardiac anxiety after sudden cardiac arrest: Severity, predictors and clinical implications. *International Journal of Cardiology, 181*, 73–76. doi:10.1016/j.ijcard.2014.11.115

Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., et al. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 208–225. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006

Schouten, B. C., & Schinkel, S. (υπό δημοσίευση). Emotions in primary care: Are there cultural differences in the expression of cues and concerns? *Patient Education and Counseling*. doi:10.1016/j.pec.2015.05.018

Sharma, R., & Kandpal, A. (2014). Mood States of Cardiac Patients: An Indian Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 113*, 26–35. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.007

Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine, 62*(5), 1153-1166. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.010

Skotzko, C. E. (2008). Symptom perception in CHF: (Why mind matters). *Heart Failure Reviews, 14*(1), 29-34. doi:10.1007/s10741-007-9059-5

Smith, A., Fortune, Z., Phillips, R., Walters, P., Lee, G., Mann, A., et al. (2014). UPBEAT study patients' perceptions of the effect of coronary heart disease on their lives: a cross-sectional sub-study. *International Journal of Nursing Studies, 51*(11), 1500-1506. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.006

Snell, W. E., & Johnson, G. (1997). The Multidimensional Health Questionnaire. *American Journal of Health Behavior, 21,* 33-42.

Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2012). Etiology of hypochondriasis: A preliminary behavioral-genetic investigation. *International Journal of Genetics and Gene Therapy, 2,* 1-5. doi:10.5348/ijggt-2011-1-SR-1

Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. G. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry, 5*(1), 47–50.

Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(6), 439–448. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.001

Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., et al. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research, 71*(6), 392–394. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.07.004

Vishal, G., Brahmbhatt, M., & Vankar, G. (2014). Somatic Symptom Disorder: Study of Medically Unexplained Symptoms. *Scholar Journal of Applied Medical Sciences, 2,* 664–670.

Watkins, L. L., Blumenthal, J. A., & Carney, R. M. (2002). Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. *American Heart Journal, 143*(3), 460–466. doi:10.1067/mhj.2002.120404

White, K. S., McDonnell, C. J., & Gervino, E. V. (2011). Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(4), 432–439. doi:10.1016/j.jbtep.2011.04.001

Wilder Schaaf, K. P., Artman, L. K., Peberdy, M. A., Walker, W. C., Ornato, J. P., Gossip, M. R., et al. (2013). Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: A systematic review of the literature. *Resuscitation*, *84*(7), 873–877. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.11.021

Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(5), 629–644. doi:10.1023/B:COTR.0000045569.25096.44

Wolff, J. K., Schmiedek, F., Brose, A., & Lindenberger, U. (2013). Physical and emotional well-being and the balance of needed and received emotional support: Age differences in a daily diary study. *Social Science and Medicine*, *91*, 67-75. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.033