

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
Π.Μ.Σ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

*«Γνωστικοί και Συναισθηματικοί παράγοντες και Άγχος Υγείας:*

*Το μοντέλο των Looper και Kirmayer»*

**Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: ΖΕΡΒΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**A.M. : 65**

**Υπεύθυνος καθηγητής:Καραδήμας Ευάγγελος**

**Επιτροπή: Καραδήμας Ευάγγελος**

**Νέστορος Ιωάννης**

**Χατήρα Καλλιόπη**

Ρέθυμνο, 2007

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Περίληψη	4
1. Γενική Εισαγωγή	5
1.1 Υποχονδρίαση και άγχος υγείας	6
1.2. Η Γνωστικο- Συμπεριφορική θεωρία για το άγχος σχετικά με την υγεία	9
1.3 Το μοντέλο των Looper και Kirmayer	10
1.4 Γνωστικοί παράγοντες	16
1.5 Συναισθηματικοί παράγοντες	23
1.5.1 Συναίσθημα	24
1.5.2 Συναίσθημα και Κοινωνική Υποστήριξη	26
1.6 Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία	28
1.7 Σκοπός της έρευνας	30
2. Μέθοδος	32
2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία	32
2.2 Μέσα μέτρησης	32
2.3 Αποτελέσματα	38
2.3.1 Δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και άγχος υγείας και προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας	38
2.3.2 Δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες	42
2.3.3 Άγχος υγείας και δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και γνωστικοί και συναισθηματικοί	

<i>Γνωστικοί και Συναισθηματικοί παράγοντες και Άγχος υγείας</i>	3
<i>παράγοντες</i>	44
2.3.4 Προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και <i>γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες</i>	46
3. Συζήτηση	50
4. Παράρτημα	57
5. Βιβλιογραφία	66

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος υγείας αποτελεί μια έννοια η οποία σχετίζεται στενά με τα σωματόμορφα συμπτώματα. Απαρτίζεται από πολλά στοιχεία, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν μηχανισμούς διατήρησης αυτού. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξεταστεί η σχέση μεταξύ τους άγχους υγείας και γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων που προτείνονται στο μοντέλο των Looper και Kirmayer . Επίσης, εξετάζεται η σχέση μεταξύ ορισμένων δημογραφικών μεταβλητών (φύλο, ηλικία, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση) και δεικτών ποιότητας ζωής (πόνος, κινητικότητα, συνηθισμένες δραστηριότητες) με το άγχος υγείας και την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Εβδομήντα άτομα, χρόνιοι ασθενείς, κατά κύριο λόγο καρδιοπαθείς και διαβητικοί, συμμετείχαν στην έρευνα (μέσος όρος ηλικίας = 53.78 έτη). Σύμφωνα με τα ευρήματα, το μοντέλο των Looper και Kirmayer επιβεβαιώνεται. Οι γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες που αναφέρονται στο μοντέλο τους βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος υγείας και τα σωματόμορφα συμπτώματα. Οι δείκτες ποιότητας ζωής και οι δημογραφικές μεταβλητές δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος υγείας, αλλά οι πρώτοι μπορούν να προβλέψουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της ικανότητας για λειτουργικότητα ως προς την αντίληψη που διαμορφώνει ο ασθενής για την υγεία και την ασθένειά του. Τα ευρήματα της έρευνας τονίζουν τη σημασία της σχέσης μεταξύ γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων και άγχους υγείας και δίδουν επιβεβαίωση στο μοντέλο των Looper και Kirmayer.

## Γενική εισαγωγή

Οι σωματόμορφες διαταραχές αποτελούν μια κατηγορία διαταραχών, η οποία έχει συγκεντρώσει έντονο βιβλιογραφικό και ερευνητικό ενδιαφέρον. Ο όρος σωματόμορφες διαταραχές παρουσιάστηκε στο DSM III για να «περιγράψει» αυτούς τους ασθενείς με σωματικά συμπτώματα, τα οποία υποδεικνύουν ένα γενικό ιατρικό πρόβλημα αλλά δεν ερμηνεύονται πλήρως από μια γενική ιατρική κατάσταση, από τις άμεσες συνέπειες της χρήσης μιας ουσίας, ή από άλλη ψυχική διαταραχή (APA, 2000). Με άλλα λόγια, οι σωματόμορφες διαταραχές είναι ψυχολογικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων τα οποία δεν εξηγούνται πλήρως από μια ιατρική κατάσταση, τις επιδράσεις κάποιας ουσίας ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (DSM-IV-TR, 2000). Επιπρόσθετα, τα συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν σημαντική δυσφορία ή κοινωνική δυσλειτουργία και δεν είναι ηθελημένα (Brodine & Hartshorn, 2004).

Οι περισσότεροι γιατροί κάποιες φορές έχουν αντιμετωπίσει άτομα με σωματικά συμπτώματα τα οποία δεν εξηγούνται από την συνήθως οροθετημένη αρρώστια και για τα οποία δεν μπορεί να βρεθεί μια επαρκής οργανική βάση (Looper & Kirmayer, 2002). Τουλάχιστον το 20% των επισκέψεων σε έναν ιατρό οφείλονται σε σωματικά συμπτώματα τα οποία δεν μπορούν να εξηγηθούν από κάποια ασθένεια (Rief, 2004).

Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι τόσο βιολογικά όσο και ψυχολογικά και κοινωνικά, αν και οι ίδιοι οι συχνόι χρήστες συχνά δεν αποδέχονται την πιθανότητα ύπαρξης ψυχολογικών παραγόντων ή και κάποιας ψυχολογικής δυσκολίας ως αιτία του προβλήματος που δηλώνουν (Καραδήμας, 2005). Από την άλλη, έρευνες έχουν δείξει (Gill & Sharpe, 1999) ότι η παρουσία οργανικών αιτιών

στον πληθυσμό των συχνών χρηστών υπηρεσιών υγείας ανέρχεται σε ποσοστό 40% - 50%, αντίθετα από την αντίληψη ότι, τα άτομα αυτά δεν έχουν πραγματικά σωματικά- οργανικά προβλήματα. Μερικές από την συχνότερες ασθένειες που αναφέρθηκαν ήταν καρδιαγγειακά προβλήματα, χρόνιοι πόνοι, καρκίνος, και διαταραχές του αναπνευστικού, ενώ έχουν παρατηρηθεί και ορισμένες ανοσολογικές ανωμαλίες και κάποια νευρολογικά ευρήματα.

Από την άλλη μεριά, οι χρόνια ασθενείς πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως ο πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, σημαντική αδυναμία, αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και άλλα. Ταυτόχρονα, αντιμετωπίζουν και νέους φόβους για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον. Τα άτομα με χρόνια αθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων. Η προσαρμογή είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (Καραδήμας, 2005).

### **Υποχονδρίαση και άγχος υγείας**

Έτσι λοιπόν, φαίνεται ότι ιδιαίτερα σημαντικοί είναι οι παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση και διατήρηση των σωματόμορφων συμπτωμάτων. Εδώ θα μελετηθούν γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες σύμφωνα με το μοντέλο των Looper και Kirmayer. Γενικά, πρέπει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τους Salkovskis και Bass (1997), η υποχονδρία αποτελεί το άκρο ενός συνεχούς που αφορά το άγχος που είναι εστιασμένο στην υγεία (Salkovskis, 1989. Warwick & Salkoskis, 1989b). Επίσης, το άγχος υγείας λαμβάνει χώρα και σε μη ψυχιατρικά

υποκείμενα, συμπεριλαμβανομένων των σωματικά νοσούντων. Τα άτομα που πάσχουν από άγχος σχετικά με την υγεία απασχολούν πολλούς τομείς της ιατρικής πρακτικής .

Θεωρίες για το άγχος υγείας προτείνουν ότι κάποιοι άνθρωποι δεν μπορούν να εκφράσουν τη δυσφορία τους με προσωπικά και κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους, με συνέπεια η δυσφορία αυτή να εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών συμπτωμάτων (διαδικασία της σωματοποίησης). Η παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων είναι κεντρικό ζήτημα. Αυτοί οι ασθενείς διαφέρουν από τους φυσιολογικούς και τους αγχώδεις τόσο στην αντίληψη, όσο και στην τάση να παρερμηνεύουν φυσιολογικές σωματικές αισθήσεις. Άλλοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ο συνεχής έλεγχος και η συμπεριφορές αναζήτησης επιβεβαίωσης (Salkovskis & Bass, 1997. Salkovskis & Clark, 1993). Επιπλέον, η παρελθούσα εμπειρία μιας σωματικής ασθένειας σε ασθενείς και τις οικογένειές τους επηρεάζει σημαντικά. Οι υποθέσεις που κάνει ο ίδιος ο ασθενής τον οδηγούν στην επιλεκτική προσοχή των πληροφοριών που του δίδονται, το οποίο φαίνεται να επιβεβαιώνει την ιδέα της νόσου και να αγνοεί, επίσης επιλεκτικά, ή να υποτιμά αποδείξεις για την καλή κατάσταση της υγείας του. Οι παραπάνω υποθέσεις οδηγούν σε μεροληψίες με στόχο την επιβεβαίωση (confirmatory bias). Καταστάσεις οι οποίες αποτελούν κρίσιμα γεγονότα και ενεργοποιούν παρελθούσες αδρανείς υποθέσεις, περιλαμβάνουν ασυνήθιστες σωματικές αισθήσεις, λεπτομέρειες για την ασθένεια ενός φίλου στην ίδια ηλικία και νέες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια. Σε ασθενείς που αγχώνονται για την υγεία τους τέτοιες καταστάσεις σχετίζονται με σκέψεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν προσωπικές καταστροφικές ερμηνείες των σωματικών αισθήσεων. Αυτές οι ερμηνείες με τη σειρά τους, οδηγούν σε ένα από τα δύο: α) εάν οι αισθήσεις δεν είναι τέτοιες που να αυξήσουν το άγχος ή ο ασθενής δεν θεωρεί την καταστροφή άμεση,

τότε η αντίδραση θα είναι το άγχος σχετικά με την υγεία και β) εάν τα συμπτώματα που παρερμηνεύονται είναι τέτοια που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια μιας ενεργοποίησης του αυτόνομου συστήματος που οφείλεται στο άγχος κι η ερμηνεία είναι ότι τα συμπτώματα είναι σημάδια μιας άμεσης καταστροφής, θα επακολουθήσει μια άμεση αύξηση των συμπτωμάτων (Salkovksis & Bass, 1997).

Μηχανισμοί οι οποίοι εξυπηρετούν στη διατήρηση του άγχους υγείας περιλαμβάνουν το άγχος σχετικά με ζητήματα υγείας το οποίο προκαλεί φυσιολογική διέγερση κι οι ασθενείς μπορούν να παρερμηνεύσουν τα αυξημένα αυτόνομα συμπτώματα ως σωματική ασθένεια. Ακόμη, η επιλεκτική προσοχή σε πληροφορίες που αφορούν στην ασθένεια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Τέλος, συμπεριφορές με σκοπό την αποφυγή, τον έλεγχο ή τον ολοκληρωτικό αποκλεισμό της ασθένειας διατηρούν το άγχος με τα αυξημένα συμπτώματα και την ενασχόληση με αυτά. Η επιλεκτική προσοχή και η συμπεριφορά ελέγχου διατηρούν μακροπρόθεσμα το άγχος (Salkovksis & Bass, 1997).

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Deale, 2007), βασική υπόθεση για το άγχος που σχετίζεται με την υγεία είναι ότι, οι σωματικές ενδείξεις και τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως περισσότερο επικίνδυνα από όσο είναι και ότι, μια ασθένεια αντιμετωπίζεται ως πιθανότερη και σοβαρότερη από ό,τι είναι στην πραγματικότητα. Το σοβαρό κι επίμονο άγχος υγείας (ή υποχονδρίαση) χαρακτηρίζεται από ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων ως απειλητικών, όπως και των πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία.

Το άγχος υγείας είναι ανάλογο της αντιλαμβανόμενης πιθανότητας να λάβει χώρα η ασθένεια και του αντιλαμβανόμενου κόστους και της επιβάρυνσης από την ασθένεια. Παράλληλα, είναι αντιστρόφως ανάλογο της αντιλαμβανόμενης ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει την ασθένεια και της αντίληψης του βαθμού στον οποίο



εξωτερικοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν («παράγοντες διάσωσης») (Καραδήμας, 2005).

### **Η Γνωστικο- Συμπεριφορική θεωρία για το άγχος σχετικά με την υγεία**

Η γνωστικο- συμπεριφορική θεωρία (cognitive- behavioral theory, CBT) για το άγχος σχετικά με την υγεία (health anxiety) προβλέπει άτυπες αντιδράσεις σε αγχώδεις αναφορικά με την υγεία ανθρώπους, όταν αυτοί εκτίθενται σε πληροφορίες σχετιζόμενες με την υγεία (Hadjistavropoulos, Craig, & Hadjistavropoulos, 1998). Γνωστικές μεταβλητές, όπως πεποιθήσεις ότι οι σωματικές αισθήσεις σηματοδοτούν μια σοβαρή ασθένεια, θεωρούνται πρωτεύοντες καθοριστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του άγχους υγείας και το προϊόν των πληροφοριών και της παρελθούσης εμπειρίας. Όταν ενεργοποιούνται δυσλειτουργικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία από σημαντικά γεγονότα, όπως οι σωματικές αισθήσεις, τότε έπεται το άγχος υγείας. Η διατήρηση και η επιδείνωση του προβλήματος αποδίδονται σε πολύ χαρακτηριστικές γνωστικές και συμπεριφορικές διαδικασίες. Για παράδειγμα, η CBT προβλέπει ότι, το άγχος υγείας σχετίζεται με μια τάση στην προσοχή να δίνει έμφαση σε πληροφορίες σχετιζόμενες με την υγεία και με μια γνωστική τάση να παρερμηνεύει τις πληροφορίες με έναν καταστροφικό και προσωπικά απειλητικό τρόπο. Αναμένονται επίσης, προσπάθειες αποφυγής τέτοιου είδους πληροφοριών. Όταν η αποφυγή δεν είναι δυνατή, προβλέπεται μια τάση για αναζήτηση διαβεβαίωσης της καλής κατάστασης της υγείας μέσω του ελέγχου των συμπτωμάτων ή της ιατρικής προσοχής. Μακροπρόθεσμα, και οι δύο διαδικασίες, η αποφυγή και η υπερβολική επιβεβαίωση, επιδεινώνουν το άγχος υγείας (Hadjistavropoulos et al., 1998).

## Το μοντέλο των Looper και Kirmayer

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για την αιτιολογία και τον τρόπο ανάπτυξης των σωματόμορφων διαταραχών. Εδώ, θα στηριχθούμε σε μια πρόσφατη θεωρία που αναπτύχθηκε από τους Looper και Kirmayer, η οποία παρουσιάστηκε αρχικά το 1984 και το 1986, ενώ εξελίχθηκε στην τωρινή της μορφή (Looper & Kirmayer, 2002). Οι δύο ερευνητές στηριζόμενοι σε προηγούμενα μοντέλα και εμπειρικά δεδομένα παρουσιάζουν ένα μοντέλο αντιληπτικών, γνωστικών και σωματικών αλληλεπιδρώντων παραγόντων και διεργασιών, που είναι πιθανό να συμβάλλουν στην εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων και της συνακόλουθης δυσφορίας (Καραδήμας, 2005) και για αυτό εδώ κάνουμε λόγο για σωματόμορφα συμπτώματα κι όχι διαταραχές.

Οι ασθενείς με ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα<sup>1</sup> βιώνουν υψηλά επίπεδα δυσφορίας, η οποία παρακινεί για συνεχή αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Το αρχικό μέλημα του ιατρού είναι να αποκλείσει ιάσιμες ιατρικές καταστάσεις και, όταν δεν εντοπίζεται κάποια, ο ιατρός πρέπει να στραφεί στον περιορισμό της υπερβολικής αναζήτησης βοήθειας. Η στροφή αυτή συχνά σχετίζεται με περιορισμό της επαφής ιατρού- ασθενή, κι ο ασθενής αισθάνεται ότι ο ιατρός έχει χάσει το ενδιαφέρον του ή τους αντιμετωπίζει ως «ενοχλητικούς» (Kirmayer, 1994). Παρόλο που αρκετοί ιατροί επιθυμούν να συστήσουν σε τέτοιους ασθενείς ψυχολογική ή ψυχιατρική παρακολούθηση, μια τέτοια σύσταση θα σήμαινε για τους τελευταίους αμφισβήτηση της πραγματικότητας των συμπτωμάτων τους και ανικανότητα, και, φυσικά, θα έφεραν το στίγμα της διάγνωσης με κάποια ψυχιατρική ασθένεια (Kirmayer, 1988).

---

<sup>1</sup> Πρέπει να σημειωθεί η διαφορά μεταξύ δύο όρων, των σωματόμορφων διαταραχών και των «ιατρικά ανεξήγητων συμπτωμάτων». Ο πρώτος αποτελεί μια συγκεκριμένη διαταραχή, ενώ αντίθετα, ο δεύτερος όρος ορίζει μια γενική κατηγορία (Kirkmayer, L., Groleau, D., Looper, K. & Dao, M., 2004).

Εάν δεχτούν την παραπομπή αυτή, οι ασθενείς μπορεί να θεωρήσουν ότι η εστίαση σε παραδοσιακές ψυχολογικές θεραπείες δεν συμφωνεί με την προσωπική τους απόψη για την ασθένειά τους (Kirmayer, 2000).

Μια πρότερη μορφή του μοντέλου που θα αναλυθεί παρακάτω προτείνει ότι, η ασθένεια, η συναισθηματική διέγερση ή οι καθημερινές ψυχολογικές διαδικασίες παράγουν σωματικές αισθήσεις που προσελκύουν την προσοχή με διάφορους τρόπους. Σε κάποιες περιπτώσεις, αυτές οι αισθήσεις μπορούν να ερμηνευτούν ως ενδείξεις ασθένειας (συμπτώματα), μια απόδοση-ερμηνεία που υπηρετεί την παραγωγή ανησυχίας σχετικά με ασθένεια, καταστροφοποίησης και ηττοπάθειας. Συνεπώς, τα άτομα υιοθετούν το ρόλο του ασθενούς επιδιώκοντας αξιολόγηση και θεραπεία για την κατάστασή τους και εκθέτοντας τον εαυτό τους σε κοινωνικές πιέσεις, οι οποίες μπορούν να ενισχύσουν τη συμπεριφορά και την εμπειρία τους σχετικά με την ασθένεια. Παρόλο, που αυτή η διαδικασία αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στα σημάδια της ασθένειας, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να διογκωθεί ανάλογα με τη φύση του ατόμου και το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει. Σε αυτή η διαδικασία μπορεί να μεσολαβήσουν πολλοί παράγοντες, όπως οι προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με την ασθένεια, οι αντιδράσεις των σημαντικών άλλων, η ανησυχία σχετικά με την ασθένεια και ατομικές διαφορές στην προσωπικότητα, στην προσοχή, στους τρόπους αντιμετώπισης και στην αυτόνομη δραστηριότητα (Kirmayer & Taillefer, 1997).

Η σημερινή μορφή του μοντέλου τους στηρίχθηκε στην επισκόπηση ερευνών με γνωστικο-συμπεριφορική κατεύθυνση. Σύμφωνα με το μοντέλο των Loope και Kirmayer (σχήμα 1), οι σωματικές ενοχλήσεις μπορούν να προκληθούν από νέα ή παλαιότερα, χρόνια ιατρικά προβλήματα, όπως επίσης κι από σωματικές αισθήσεις που προκύπτουν από κάποια αναστάτωση που είναι μέρος της καθημερινότητας. Ο

βαθμός προσοχής που θα δοθεί στο σώμα θα προκαλέσει ποικίλους βαθμούς επίγνωσης των σωματικών αισθήσεων. Από τη στιγμή που υπάρχει πλήρης επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, η αξιολόγηση της σημαντικότητας και επικινδυνότητάς της θα οξυνθεί (Hitchcock & Mathews, 1992). Αυτό μπορεί να συμβαίνει μέσω αιτιακών αποδόσεων που ευνοούν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, δηλαδή το άτομο θεωρεί ότι, όσα νιώθει είναι αποτέλεσμα κάποιας νόσου παρά άλλων ακίνδυνων αιτιών, γνωστικών δυσλειτουργιών και σχημάτων ευαλωτότητας, τα οποία βασίζονται σε εξελικτική- παρελθούσα εμπειρία. Οι γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στις σωματικές αισθήσεις ευνοούν τις συμπεριφορές ασθένειας, όπως η αναζήτηση βοήθειας και καθησυχασμού. Οι συμπεριφορές αποφυγής περιορίζουν την κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα και μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω λειτουργικούς περιορισμούς, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο αυτο- ενισχυόμενης αδυναμίας. Επίσης, το διαπροσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί είτε να ενισχύσει αυτήν τη διεργασία, είτε να προάγει την ανάρρωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί μπορεί να αυξήσουν τη φυσιολογική δραστηριότητα. Παρά το γεγονός ότι, οι μηχανισμοί αυτοί παρουσιάζονται με γραμμικό τρόπο, οι αλληλεπιδράσεις και οι ανατροφοδοτήσεις μπορεί να είναι περίπλοκες και να πραγματοποιούνται με πολλαπλούς τρόπους (Καραδήμας, 2005. Looper & Kirmayer, 2002).

Γενικά, οι ψυχοφυσιολογικές θεωρίες παρέχουν ένα πλαίσιο πιθανών εξηγήσεων για τα πιο κοινά συμπτώματα και αναζητούν τη πηγή των τελευταίων στη διαταραγμένη λειτουργία των φυσιολογικών συστημάτων, η οποία είτε προέκυψε, είτε επιβαρύνθηκε από το ψυχοκοινωνικό στρες, τις συγκρούσεις, το θάνατο ή άλλους περιορισμούς (Kirmayer et al., 2004).

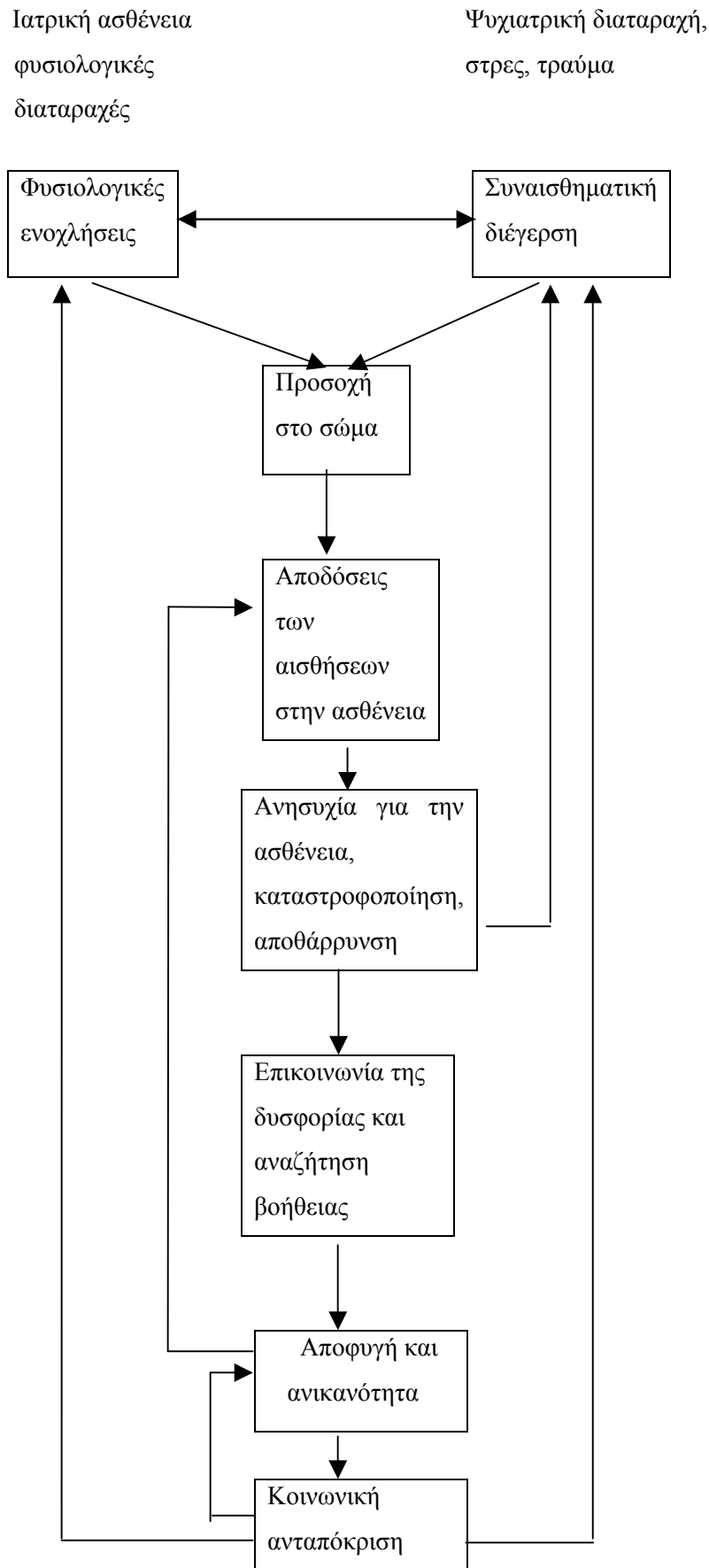
Ένα άλλο μοντέλο, συναφές με το παραπάνω είναι το Ολοκληρωμένο Εννοιολογικά Μοντέλο για τα Ιατρικά Ανεξήγητα Συμπτώματα. Το μοντέλο αυτό προσπαθεί να δώσει μια γενική εξήγηση για τα Ιατρικά Ανεξήγητα Συμπτώματα και παρόλο που υποθέτει ότι υπάρχουν κοινοί μηχανισμοί για διαφορετικά ανεξήγητα συμπτώματα, είναι σαφές ότι μεσολαβούν πολλοί παράγοντες στην εμφάνισή τους, η συμμετοχή των οποίων ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση (Brown, 2004).

Το γνωστικό σύστημα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η παράλληλη κάλυψη της δραστηριότητας σε αντιληπτικά και μνημονικά συστήματα παράγει έναν αριθμό αντιληπτικών υποθέσεων, η κάθε μια από τις οποίες αναπαριστά μια πιθανή ερμηνεία των ερεθισμάτων βάσει της προηγούμενης εμπειρίας. Η πιο ενεργή αντιληπτική υπόθεση, τότε επιλέγεται από το κύριο σύστημα προσοχής (primary attentional system, PAS) και χρησιμοποιείται για να οργανώσει σχετικές αισθητικές πληροφορίες σε ολοκληρωμένες πολυδιάστατες αντιληπτικές ενότητες, ή κύριες αναπαραστάσεις (primary representations). Το PAS επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων και του είδους των διαθέσιμων αισθητικών πληροφοριών, τη δραστηριοποίηση ανταγωνιστικών και συμπληρωματικών αναπαραστάσεων στη μνήμη και τη μείωση της υψηλής προσοχής (Brown, 2004).

Η συμπεριφορά μπορεί να ελεγχθεί μέσω δύο βασικών οδών, οι οποίες ακολουθούν τη θεωρία των Norman και Shallice (1986). Εδώ, τα σχήματα (schemata) ενεργοποιούνται αυτόματα από τις κύριες αναπαραστάσεις και προκαλούνται όταν ξεπεραστεί η ουδός ερεθισμού. Η αυτόματη δραστηριοποίηση των σχημάτων από την επιλογή τα στοιχείων του PAS παρέχει στο σύστημα τα μέσα για τον έλεγχο της γνωστικής λειτουργίας και της δραστηριότητας, η οποία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Από τη μία, συμπεριφορές που ελέγχονται με αυτόν τον τρόπο πραγματοποιούνται χωρίς συνειδητή προσπάθεια, από την άλλη, όμως, η αντιληπτική

και γνωστική διαδικασία σε αυτό το επίπεδο σχετίζονται με το ένστικτο και με μια υποκειμενική αίσθηση εγκυρότητας. Οι ασυνήθιστες πράξεις ελέγχονται από ένα δευτερεύων σύστημα προσοχής (secondary attentional system) το οποίο ελέγχει τη δραστηριότητα έμμεσα επηρεάζοντας τα επίπεδα ενεργοποίησης των σχημάτων μέσω του PAS (Shallice & Burgess, 1996).

Γενικά, τα Ιατρικά Ανεξήγητα Συμπτώματα προκαλούνται και εμφανίζονται όταν η χρόνια ενεργοποίηση των αποθηκευμένων αναπαραστάσεων στη μνήμη προκαλεί την επιλογή από το PAS ακατάλληλων πληροφοριών κατά τη διάρκεια της επιλογής της προσοχής και του αυτόματου ελέγχου της διαδικασίας. Αυτό το αποτέλεσμα αποτελεί μια λανθασμένη ερμηνεία του αισθητικού κόσμου, η οποία βιώνεται υποκειμενικά ως έγκυρη, επειδή το άτομο δεν έχει ενδοσκοπήσει στα συμπεράσματα τα οποία βγήκαν κατά τη δημιουργία της εμπειρίας και του ελέγχου της δραστηριότητας. Το είδος του



Σχήμα 1 Μηχανισμοί που αποτελούν τη βάση των σωματόμορφων συμπτωμάτων

συμπτώματος αντανακλά το είδος των πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διαδικασία. Κάποια συμπτώματα, όπως αυτά που χαρακτηρίζονται από αλλοιώσεις στην εμπειρία (π.χ. πόνος, ναυτία, αίσθηση δυσφορίας), εμφανίζονται όταν δεν σχετίζονται με τις πληροφορίες που δίδονται από τις αισθήσεις και οι αντιληπτικές υποθέσεις επιλέγονται κατά τη δημιουργία των κύριων αναπαραστάσεων από το PAS. Αντίθετα, τα συμπτώματα που χαρακτηρίζονται από ανικανότητα ελέγχου της αντίληψης ή της δραστηριότητας εμφανίζονται όταν ακατάλληλα γνωστικά σχήματα ενεργοποιούνται αυτόματα από τη διαδικασία επιλογής του PAS. Όλες αυτές οι ακατάλληλες πληροφορίες που επιλέγονται από το PAS ονομάζονται «άτιμες» αναπαραστάσεις (rogue representations) (Brown, 2004).

### **Γνωστικοί παράγοντες**

Γνωστικές μεταβλητές όπως οι *δυσλειτουργικές υποθέσεις*, οι *γνωστικές διεργασίες*, η *αντίληψη του σώματος και των αισθήσεων* και η *μεγένθυση* αυτών έχουν μελετηθεί. Σύμφωνα με μια επισκόπηση ερευνών (Marcus et al., 2007) βρέθηκε ότι, άτομα αγχώδη με την υγεία έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις κι υποθέσεις για την υγεία και την ασθένεια σε σχέση με άλλα άτομα με χαμηλά επίπεδα άγχους υγείας. Άτομα με υψηλό άγχος υγείας έχουν την τάση να ερμηνεύουν με καταστροφικό τρόπο τις σωματικές αισθήσεις και τα συμπτώματα, να υποθέτουν ότι, για να θεωρείται κανείς υγιής δεν θα πρέπει να έχουν κάποιο σωματικό σύμπτωμα και πιστεύουν ότι έχουν μικρό έλεγχο στην επανεμφάνιση της νόσου. Η καταστροφική ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων παρουσιάζεται με ποικίλους τρόπους, όπως για παράδειγμα τα άτομα ερμηνεύουν το σφίξιμο στο στήθος ως ένδειξη ότι παθαίνουν καρδιακή προσβολή ή σκέφτονται ότι ένα άτομο που παρουσιάζει πόνους στο στήθος



είναι πιθανό να παθαίνει καρδιακή προσβολή, φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι, φοβούνται ότι μπορεί να πάθουν καρδιακή προσβολή. Στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι, οι υποθέσεις κι οι πεποιθήσεις των αγχωδών με την υγεία ανθρώπων είναι διαφορετικές και ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση του βαθμού του άγχους υγείας και της εκτίμησης πιθανότητας τα διαφορούμενα συμπτώματα να υποδεικνύουν μια σοβαρή ασθένεια (Marcus & Crunch, 2003).

Οι λανθασμένες και δυσλειτουργικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία οδηγούν το άτομο στο να υπερεκτιμήσει την αξία της απειλής του σχετιζόμενου με την υγεία ερεθίσματος. Η ύπαρξη κάποιας αίσθησης προκαλεί την παρερμηνεία της τελευταίας. Έτσι, η αλληλεπίδραση ανάμεσα στις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για την υγεία και το αντιλαμβανόμενο ως απειλητικό για την υγεία ερέθισμα οδηγεί σε παρερμηνείες σχετικά με την υγεία, αποστροφικές εικόνες και σχετιζόμενη ανησυχία και φόβο. Το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει την απειλή αναζητώντας σημάδια ασφάλειας (όπως η παραμονή στο νοσοκομείο) και παρουσιάζοντας συμπεριφορές ασφαλείας. Αυτά εμποδίζουν τις λανθασμένες πεποιθήσεις να ακυρωθούν, και με αυτόν τον τρόπο διαιωνίζονται οι λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία και η σχετιζόμενη ανησυχία και ο φόβος. Γενικά, άτομα που πάσχουν από υποχονδρίαση δεν παρουσιάζουν καλύτερες συνήθειες για τη διατήρηση της υγείας τους από άλλους (Asmundson et al., 2001. Taylor, 2004).

Επιπρόσθετα, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι *αιτιακές αποδόσεις* στα σωματόμορφα συμπτώματα. Οι αιτιακές αποδόσεις στις οποίες θα προβεί ο ασθενής φαίνεται ότι σχετίζονται και με την συννοσηρότητα. Έτσι, ασθενείς που πάσχουν μόνο από μια σωματόμορφη διαταραχή τείνουν προς τις σωματικές αποδόσεις. Ενώ ασθενείς που πάσχουν από σωματόμορφη διαταραχή αλλά και από διαταραχή διάθεσης τείνουν προς τις ψυχολογικές αποδόσεις (Rief et al, 2004). Η επιρροή του

φύλου είναι και εδώ εμφανής, αφού οι γυναίκες προβαίνουν περισσότερο σε ψυχολογικές αποδόσεις, συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπλέον, οι αποδόσεις επηρεάζονται και από τις πεποιθήσεις του συντρόφου. Τέλος, συσχέτιση εντοπίζεται και με τη συμπεριφορά ασθένειας. Έτσι, άτομα που αποδίδουν την ασθένεια τους σε σωματικά αίτια ή σε ευπάθεια του οργανισμού τους, όχι μόνο επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και εκφράζουν περισσότερα παράπονα, ασχολούνται περισσότερο με το σώμα τους και αδημονούν για μια ιατρική διάγνωση (Rief et al, 2004).

Η έρευνα σε αυτήν την κατεύθυνση έχει δείξει τρεις τύπους αιτικών αποδόσεων, τις ψυχολογικές, τις σωματικές και τις φυσιολογικές (Robbins & Kirnayer, 1991) και ότι, οι αιτιακές αποδόσεις των συνηθισμένων σωματικών αισθήσεων σχετίζονται με τη συχνότητα των επισκέψεων σε κάποιον ιατρό (Sensky et al., 1996). Ακόμη, όσο περισσότερα σωματόμορφα συμπτώματα παρουσιάζει ο ασθενής τόσο περισσότερες και διαφορετικές αιτιακές αποδόσεις αναφέρει. Οι πεποιθήσεις για τη σωματική ασθένεια σχετίζονται με κάποιες μορφές συμπεριφοράς της ασθένειας όπως η αναζήτηση βοήθειας για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, η έκφραση παραπόνων και η εξέταση του σώματος. Τέλος, οι ασθενείς με σωματόμορφα συμπτώματα κάποιες φορές αναφέρουν και ψυχολογικές εξηγήσεις για τα συμπτώματά τους. Παρόλα αυτά, όμως, η υποτιθέμενη οργανική αιτιολογία των σωματικών παραπόνων φαίνεται να είναι πιο σημαντική στη συσχέτισή της με τη συμπεριφορά αυτή (Rief et al., 2004).

Οι λανθασμένες ερμηνείες προκύπτουν από τις παρελθούσες εμπειρίες, οι οποίες οδηγούν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων αντιλήψεων και υποθέσεων για την υγεία και την ασθένεια. Κάποια παραδείγματα περιλαμβάνουν: απρόσμενα σωματικά συμπτώματα που συνήθως ερμηνεύονται ως σοβαρή ασθένεια, «εάν αφήσω τον εαυτό

μου να σκεφτεί ότι είμαι υγιής, θα απογοητευτώ», «οι λεπτομερείς εξετάσεις είναι ο μόνος τρόπος για να αποκλειστεί η ασθένεια» και «η οικογένειά μου είναι επιρρεπής σε αρρώστιες». Τέτοιες υποθέσεις διαμορφώνονται νωρίς στη ζωή και τροποποιούνται με την εμπειρία. Μπορούν να προέρχονται από το συνεχές άγχος ή να ενεργοποιούνται από συγκεκριμένα γεγονότα, όπως το να προσέξει κανείς ένα νέο σωματικό σύμπτωμα (Deale, 2007).

Μια άλλη έρευνα βρήκε ότι, τα άτομα με άγχος υγείας τείνουν να αναφέρουν περισσότερες *καταστροφικές γνώσεις* κατά τη διάρκεια της επώδυνης εμπειρίας τους και να χρησιμοποιούν σημαντικά περισσότερο συναισθηματικές και αξιολογικές λέξεις για να περιγράψουν τον πόνο τους. Αυτό το εύρημα έδειξε μια τάση ερμηνείας των ατόμων αυτών περισσότερο αρνητική από τα μη αγχώδη με την υγεία άτομα. Επίσης τα αγχώδη με την υγεία άτομα δεν στέκονται στον τύπο των πληροφοριών που θα τους παρασχεθούν, θετικές ή αρνητικές Συμπεριφορικά, τα αγχώδη με την υγεία άτομα τραβούσαν το χέρι τους από το κρύο νερό γρηγορότερα από τα μη αγχώδη, γεγονός το οποίο οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το άγχος υγείας φαίνεται να σχετίζεται με συμπεριφορά και *τακτικές αποφυγής* (Hadjistravropoulos et al., 1998).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν κι οι Rode et al. (2006) οι οποίοι μελέτησαν τα επίπεδα άγχους υγείας σε άτομα με χρόνια πόνο, τα οποία επισκέπτονται κλινικές. Άτομα με υψηλό άγχος υγείας ανέφεραν περισσότερο πόνο από ασθενείς με χαμηλό άγχος υγείας. Σχετικά με την αιτιοπαθογένεια οι ερευνητές σημειώνουν ότι, ο έντονος πόνος μπορεί να προκαλέσει υψηλότερα επίπεδα άγχους υγείας ή τα υψηλά επίπεδα άγχους υγείας μπορούν να προκαλέσουν εντονότερο πόνο. Στην πραγματικότητα, σύμφωνα με την γνωστική- συμπεριφορική θεωρία και τα δύο μπορεί να είναι αληθή και αυτές οι αμφίδρομες σχέσεις είναι σημαντικές στη διατήρηση της δυσφορίας και της ανικανότητας.

Άλλοι ερευνητές (Marcus & Church, 2003) υποστηρίζουν ότι, η υποχονδρίαση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζεται με το νευρωτισμό και το αρνητικό συναίσθημα. Ως κλινική διάγνωση παρουσιάζει συννοσηρότητα με πλήθος αγχωδών διαταραχών και διαταραχών της διάθεσης. Αυτό που μπορεί να ισχύει είναι ότι, η τάση των ατόμων με υψηλά επίπεδα υποχονδρίασης να υπερεκτιμούν την πιθανότητα των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία αποτελεί απλά μια λειτουργία του υψηλού αρνητικού τους συναισθήματος. Εναλλακτικά, οι δυσλειτουργικές υποθέσεις για την ασθένεια είναι μοναδικές στην περίπτωση της υποχονδρίασης και συνεισφέρουν στη διαφοροποίηση της υποχονδρίασης από σχετικές καταστάσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, παράγοντες που προβλέπουν τα επίπεδα υποχονδρίασης είναι το θηλυκό γένος, τα υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος, η αγοραφοβική αποφυγή όταν το άτομο συνοδεύεται από άλλους και οι υψηλές εκτιμήσεις για την πιθανότητα τα συμπτώματα να οδηγούν σε μια σοβαρή ασθένεια, ενώ κατέληξαν στο ότι, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για την ασθένεια φαίνεται να είναι μοναδικές στην περίπτωση της υποχονδρίασης και με μοναδικό, επίσης, τρόπο να συνεισφέρουν στην πρόγνωση της υποχονδρίασης.

Βέβαια, οι ερμηνείες και οι πεποιθήσεις αναφορικά με την υγεία και την ασθένεια σχετίζονται και με άλλους παράγοντες. Αντανακλούν το πολιτισμικό, κοινωνικό, πολιτικό πλαίσιο καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου. Επιπροσθέτως, μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση αντιλήψεων φαίνεται ότι παίζει και η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή (Di Blasi et al., 2001).

Όσον αφορά στη χρόνια ασθένεια, έρευνες έχουν δείξει ότι, οι γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες, τείνουν να αποδίδουν τα καρδιαγγειακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε αιτίες εκτός του ελέγχου τους και να αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους ως μια χρόνια ανίατη κατάσταση. Οι αντιλήψεις για την ασθένεια

βρέθηκε να σχετίζονται με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επίσης, εντοπίστηκε μια διαφορά φύλου στην αντίληψη της κληρονομικότητας: οι γυναίκες έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να θεωρήσουν το οικογενειακό ιστορικό ως αιτία, ένας παράγοντας επικινδυνότητας ο οποίος είναι μη τροποποιήσιμος. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες σε αυτήν την έρευνα αντιλαμβάνονται ως σημαντικότερες αιτίες των καρδιαγγειακών τους προβλημάτων τις διατροφικές συνήθειες, την κληρονομικότητα και το στρες. Οι άνδρες έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αποδώσουν αιτιότητα στη διατροφή, στην υπερβολική εργασία και στο αλκοόλ, ενώ οι γυναίκες στην κληρονομικότητα. Οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν το κάπνισμα ως παράγοντα από τους πρώην καπνιστές. Οι τελευταίοι σε σχέση με τους μη καπνιστές είχαν κι αυτοί περισσότερες πιθανότητες να θεωρήσουν το κάπνισμα αιτιολογικό παράγοντα. Οι τρεις σημαντικότεροι παράγοντες στους οποίους οι συμμετέχοντες απέδιδαν την ασθένειά τους είναι η ηλικία, η υπερβολική εργασία και ο τρόπος ζωής (συμεριλαμβανομένου του καπνίσματος και της άσκησης). Επίσης, οι γυναίκες αντιλαμβάνονται, σημαντικά περισσότερο από τους άνδρες, μια πιο χρόνια πορεία και περισσότερα κυκλικά επεισόδια, ενώ οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερο αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο και φροντίδα στην ασθένειά τους από τις γυναίκες (Grace et al., 2005).

Και μια άλλη έρευνα, όμως, σε καρδιοπαθή πληθυσμό καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα. Σύμφωνα με αυτά, οι γυναίκες μπορεί να είναι περισσότερο επιρρεπείς στο αρνητικό συναίσθημα από τους άνδρες. Γενικά, οι γυναίκες έχουν χειρότερη προσαρμογή και συνέπειες από τους άνδρες μετά από ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο (Bergelson & Tommaso, 1995), ενώ παρουσιάζουν κι υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και συναισθηματικής δυσφορίας (Schron et al., 1991). Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι, παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις αναπαραστάσεις της

ασθένειας, μπορούν να είναι εκείνοι, οι οποίοι υπενθυμίζουν την πολυπλοκότητα και τον απροσδόκητο χαρακτήρα της ίδιας της ασθένειας. Όσον αφορά στην επίδραση του φύλου στις αρνητικές αντιλήψεις για την υγεία βρέθηκε ότι, οι γυναίκες υπερτερούν. Γενικά, ασθενείς με χαμηλή εικόνα του εαυτού και απαισιόδοξη άποψη για τη μελλοντική εξέλιξη της ασθένειας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος. Οι ασθενείς αυτοί είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη και στο άγχος, παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο, πάσχουν από έντονη επαναβίωση του καρδιακού επεισοδίου και επιδεικνύουν περισσότερη αποφευκτικότητα, όσον αφορά στα ερεθίσματα που σχετίζονται με την κατάσταση της ασθένειας. Τέλος, σημειώνεται ότι η πορεία της ασθένειας για τις γυναίκες επιβαρύνεται από την υψηλή συννοσηρότητα με υπέρταση και διαβήτη (Ladwig et al., 2000).

Οι γνώσεις και οι προσωπικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο και στον γλυκαιμικό έλεγχο. Οι προσωπικές πεποιθήσεις για την ασθένεια που σχετίζονται με τα συμπτώματα και τις συνέπειες από το διαβήτη βρέθηκαν να σχετίζονται με τη σωματική λειτουργικότητα, ενώ οι πεποιθήσεις που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο του διαβήτη και τις αναμενόμενες συνέπειες σχετίζονται με την ψυχική λειτουργικότητα (Paschalides et al., 2004).

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι σύμφωνα με αυτά μιας άλλης, η οποία κατέληξε ότι, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας προβλέπουν τη φυσική λειτουργικότητα 3 μήνες αργότερα κι ότι, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα του διαβήτη προέβλεπε τη φυσική αυτή λειτουργικότητα παρά οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες ή τα συμπτώματα (Hampson et al., 2000). Και οι δύο έρευνες συμφωνούν στο εξής: οι αρνητικές αναπαραστάσεις για την υγεία μπορούν να προβλέψουν την κακή φυσική λειτουργικότητα σε ασθενείς με διαβήτη. Τα αποτελέσματα βρίσκονται σε συνέπεια με το μοντέλο του Leventhal για τις αναπαραστάσεις της ασθένειας στο

ότι οι τόσο οι γνωστικές, όσο κι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αλληλοσχετίζονται, παρόλο που και τα δύο παραμένουν σημαντικοί ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες που μεσολαβούνται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Paschalides et al., 2004).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι, το κάπνισμα, ως συμπεριφορά υγείας, συσχετίζεται με συναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο το διαβητικό ασθενή. Άτομα με διαβήτη τύπου I που είναι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους, αρνητικό συναίσθημα και καταθλιπτικά κι άλλα κλινικά συμπτώματα από τους μη καπνιστές (Spangler et al., 2001).

### **Συναισθηματικοί παράγοντες**

Όσον αφορά στους συναισθηματικούς παράγοντες, η ασθένεια έχει συναισθηματικό αντίκτυπο και το συναίσθημα με τη σειρά του παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ασθένειας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν μια διάγνωση για κάποια σοβαρή ασθένεια συχνά βιώνουν έντονα αισθήματα φόβου, άγχους, πένθους και άλλων αρνητικών συναισθημάτων. Αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις αμβλύνονται με τη πάροδο του χρόνου καθώς το άτομο συμφιλιώνεται με την κατάσταση, αλλά μπορεί και να οδηγήσουν σε σοβαρή συναισθηματική δυσπροσαρμοστικότητα. Καθοριστικοί παράγοντες για το είδος της συναισθηματικής προσαρμογής είναι η ηλικία, η σοβαρότητα της κατάστασης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η κοινωνική υποστήριξη. Επιπρόσθετα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική ευεξία του ατόμου (Bishop, 2001).

### Συναίσθημα

Τα συναισθήματα δρουν τόσο ως παράγοντες επικινδυνότητας, όσο και ως προστατευτικοί παράγοντες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κατά κύριο λόγο τα αρνητικά συναισθήματα. Η αρνητική συναισθηματικότητα, αλλά και η μη εκδήλωσή τους σχετίζονται με χειρότερη υγεία. Η ισχυρότερη σχέση συναισθήματος και υγείας έχει βρεθεί να είναι ο θυμός και η επιθετικότητα. Αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει σημαντικές συσχετίσεις του θυμού/ επιθετικότητας με θανάτους από στεφανιαία νόσο, όπως επίσης και με θνησιμότητα από άλλους παράγοντες. Στη περίπτωση της στεφανιαίας νόσου η σχέση αυτή είναι τόσο ισχυρή, όσο και οι πιο παράγοντες επικινδυνότητας για την ασθένεια (Miller et al., 1996. Bishop, 2001).

Άτομα με υψηλά επίπεδα θυμού και επιθετικότητας τείνουν να παρουσιάζουν εντονότερες φυσιολογικές, κι ιδιαίτερα, καρδιακές αντιδράσεις. Αυτή η αυξημένη φυσιολογική δραστηριότητα παρουσιάζεται συχνότερα όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η παρενόχληση ή άλλες κοινωνικές προκλήσεις και θεωρείται ένα σημάδι, αν όχι η αιτία για τη μελλοντική ανάπτυξη της καρδιαγγειακής νόσου (Smith, 1992. Bishop, 2001).

Έρευνα μελέτησε τη συναισθηματική δυσφορία σε τύπου D καρδιακούς ασθενείς χωρίς σύντροφο. Η προσωπικότητα τύπου D χαρακτηρίζεται από το αρνητικό συναίσθημα και την κοινωνική απομόνωση. Παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση αυτού του τύπου προσωπικότητας στην ασθένεια είναι η αποτυχία για αλλαγή των παραγόντων επικινδυνότητας, όπως το κάπνισμα, και μικρή συμμόρφωση στη θεραπεία. Επίσης, επειδή οι ασθενείς με προσωπικότητα τύπου D παρεμποδίζουν την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι πολύ πιθανό να παρακωλύεται η επικοινωνία με τον ιατρό και κατά συνέπεια και η θεραπεία. Ακόμη, η έλλειψη κοινωνικής



υποστήριξης μπορεί να ενισχύσει τις επιδράσεις της προσωπικότητας τύπου D στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης και της συναισθηματικής δυσφορίας (van den Broek et al., 2007).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα θετικά συναισθήματα, τα οποία μπορούν να δράσουν προστατευτικά. Η θετική συναισθηματικότητα είναι ανεξάρτητη από την αρνητική. Η αισιοδοξία αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό δείγμα θετικού συναισθήματος, και αναφέρεται στην τάση του ατόμου να επικεντρώνεται στη θετική πλευρά των γεγονότων και στην πεποίθηση ότι τα γεγονότα θα λειτουργήσουν με το καλύτερο δυνατό τρόπο (Bishop, 2001).

Γενικά, το θετικό συναίσθημα δεν έχει μελετηθεί τόσο από τη βιβλιογραφία, όσο το αρνητικό. Μια αρκετά δημοφιλής υπόθεση είναι ότι, το θετικό συναίσθημα αυξάνει το προσδόκιμο ζωής σε άτομα που πάσχουν από κάποια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια. Ασθενείς με ικανοποιητικό προσδόκιμο, όπως άτομα που πάσχουν από πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού, στεφανιαία νόσο και AIDS μπορούν να οφεληθούν από το θετικό συναίσθημα. Παρά όλα αυτά, υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος μπορούν να είναι καταστροφικά για την υγεία ατόμων με προχωρημένες ασθένειες με κακή πρόγνωση. Πιθανότατα αυτό συμβαίνει, διότι δεν αναφέρονται όλα τα συμπτώματα με συνέπεια την ανεπαρκή φροντίδα ή την έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία (Pressman & Cohen, 2005).

Σε έρευνα μελετήθηκε η σχέση του θετικού συναισθήματος, του πόνου και των συμπτωμάτων και βρέθηκε ότι, το θετικό συναίσθημα σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα, λιγότερο πόνο και καλύτερη υγεία. Όταν κρατάμε την ασθένεια σταθερά, το θετικό συναίσθημα σχετίζεται με αναφορά λιγότερων συμπτωμάτων (Cohen et al., 2003. Cohen & Pressman, 2006). Όταν κρατάμε σταθερά τα αντικειμενικά σημάδια ασθένειας, άτομα με υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος

αναφέρουν λιγότερο σοβαρά συμπτώματα, ενώ αυτά με υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος αναφέρουν περισσότερο σοβαρά συμπτώματα. Επίσης, το θετικό συναίσθημα προβλέπει καλύτερα την αυτο-αναφερόμενη κατάσταση της υγείας, λιγότερα συμπτώματα στους ηλικιωμένους και λιγότερο πόνο σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Cohen & Pressman, 2006).

### *Συναίσθημα και Κοινωνική Υποστήριξη*

Όσον αφορά στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης, αυτή μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη ασθένειων, ενώ όταν το άτομο ασθενεί, έχει να παίξει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της καλύτερης προσαρμογής και αποκατάστασης. Επίσης, φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την υγεία, όσο αυξάνει η ηλικία (Cramer, 1991. Ποταμιάνος, 1995). Οι έρευνες που προσπάθησαν να ελέγξουν τη σχέση που πιθανόν έχει η κοινωνική υποστήριξη με συγκεκριμένες ασθένειες αφορούν κυρίως σε διάφορους τύπους καρκίνου και καρδιακές παθήσεις και εμφανίζουν αρκετά συνεπή αποτελέσματα. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει την καρδιαγγειακή δραστηριότητα σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις και πιθανώς και τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο της καρδιάς (Kamarck et al., 1990. Adler & Mathews, 1994. Ποταμιάνος, 1995), ενώ άτομα με μικρή ένταξη σε ομάδες έχουν στατιστικά μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιακή προσβολή (Manson et al., 1989. Adler & Mathews. 1994. Ποταμιάνος, 1995). Τέλος, οι γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχοκοινωνικής πίεσης και έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για κοινωνική στήριξη από τους άνδρες, αλλά έχουν μικρότερες πιθανότητες από τους τελευταίους για παροχή φροντίδας από το σύζυγο ή κάποιο άλλο διαθέσιμο άτομο (Heo et al., 2007).

Η προσωπικότητα τύπου D συνιστά έναν καρδιοτοξικό παράγοντα, ο οποίος σχετίζεται όχι μόνο με αρνητική πρόγνωση και κακή κατάσταση της υγείας, αλλά και με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας (Pedersen et al., 2004. van den Broek et al., 2007). Αναλογικά, λοιπόν, από τη στιγμή που οι τύπου D ασθενείς έχουν λιγότερους κοινωνικούς δεσμούς και βιώνουν λιγότερη κοινωνική στήριξη από τους ασθενείς που δεν είναι τύπου D, οι ασθενείς τύπου D που έχουν μια ικανοποιητική σχέση με ένα σύντροφο θα βρίσκονται σε μικρότερο κίνδυνο για αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία από τους ασθενείς χωρίς σύντροφο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ύπαρξη συντρόφου δεν επηρεάζει πλήρως την επίδραση του τύπου D στη συναισθηματική δυσφορία, αφού οι τύπου D ασθενείς με σύντροφο βρίσκονταν σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με μη τύπου D ασθενείς με ή χωρίς σύντροφο (van den Broek et al., 2007).

Άλλα αρνητικά συναισθήματα που έχουν συσχετιστεί με επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου είναι η κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται με κακή πρόγνωση για αυτούς που έχουν διαγνωστεί με AIDS, καρκίνο και καρδιαγγειακές ασθένειες, το πένθος (Wulsin et al., 1999) και το άγχος και ο φόβος.

Παραπάνω αναφερθήκαμε σε γνωστικές και συναισθηματικές μεταβλητές, οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη της ασθένειας και την εμφάνιση των σωματόμορφων συμπτωμάτων. Σε κάποιες από τις έρευνες που παρουσιάστηκαν, μελετήθηκε η επίδραση του φύλου (Heo et al., 2007. Grace et al., 2005. Marcus & Crunch, 2003. Ladwig et al., 2000) και για αυτό το λόγο δεν θα γίνει ξεχωριστή αναφορά. Εδώ θα αναφερθούμε στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health related quality of life) και τις αλληλεπιδράσεις της με την χρόνια ασθένεια και τα σωματόμορφα συμπτώματα.

**Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία**

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής του ατόμου επηρεάζεται από τη χρόνια ασθένεια. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στην κόπωση, στις διαταραχές στον ύπνο, στα συναισθηματικά παράπονα και στην κοινωνική απομόνωση (Ladwig et al., 2000). Προφανείς διαταραχές ύπνου υποδεικνύουν διαταραχή του αυτόνομου συστήματος. Ο διαταραγμένος ύπνος προβλέπει το ισχαιμικό επεισόδιο και αυτό μπορεί να σχετίζεται με νευροενδοκρινικές και ψυχοφυσιολογικές παραμέτρους. Ο ομαλός ύπνος, από την άλλη μεριά, τρέφει και προστατεύει τη καρδιά (Asplund & Aberg, 1998. Ladwig et al., 2000 ). Τα επίπεδα διαταραχών του ύπνου βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στις γυναίκες καρδιοπαθείς σε σχέση με τους άνδρες (Ladwig et al., 2000).

Μια άλλη έρευνα με ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια βρήκε ότι, οι άνδρες με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, ενώ οι γυναίκες με λιγότερο σοβαρά σωματικά συμπτώματα ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει τη ψυχολογική και σωματική κατάσταση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και των δύο φύλων σε παρόμοιο βαθμό. Τα σοβαρά σωματικά ή συναισθηματικά συμπτώματα στην καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζονται αφ' ενός με χαμηλή λειτουργικότητα, αφ' ετέρου με χαμηλή σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Heo et al., 200).

Επίσης, οι Paschalides και συνεργάτες (2004) σημειώνουν ότι, προκειμένου να βελτιωθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από διαβήτη είναι σημαντικό να ερευνηθούν οι αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την

υγεία κι ιδιαίτερα το αντιλαμβανόμενο βάρος των συμπτωμάτων, οι συνέπειες κι ο έλεγχος, και οι συναισθηματικοί παράγοντες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Αλλά και ο πόνος που συνοδεύει πολλές χρόνιες ασθένειες φαίνεται να επηρεάζει την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Βρέθηκε ότι, σε άτομα με πόνο, οι σωματικές συνιστώσες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής έχουν διαταραχθεί σημαντικά. Για τις ψυχικές συνιστώσες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι, η καταστροφοποίηση είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας. Τέλος, ασθενείς με επίμονο σωματόμορφο πόνο αναφέρουν διαταραγμένη ποιότητα ζωής και ήπιες δυσκολίες στη λειτουργικότητα που σχετίζονται με το πόνο (Pettrak et al., 2003).

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι σε μετα- ανάλυση (Olatunji et al., 2007) βρέθηκε ότι, οι αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η διαταραγμένη ποιότητα ζωής, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, συχνά περιλαμβάνει δυσκολίες οι οποίες προκαλούνται και επηρεάζονται από την ασθένεια. Η διαταραγμένη ποιότητα ζωής στην ψυχική υγεία μπορεί επακόλουθα να σημαίνει μια αλληλοκάλυψη στη διαταραγμένη λειτουργικότητα, η οποία υπονοείται από την διάγνωση της αγχώδους διαταραχής.

## Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της σχέσης γνωστικών και συναισθηματικών μεταβλητών που προβλέπονται στο μοντέλο των Looper και Kirnayer με τα σωματόμορφα συμπτώματα. Συγκεκριμένα, ελέγξαμε κατά πόσο τα γνωστικά σχήματα, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας, η εκτίμηση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και η στάση του ατόμου απέναντι στην ασθένειά του σχετίζονται με τα σωματόμορφα συμπτώματα. Το συγκεκριμένο μοντέλο στηρίχθηκε σε μια επισκόπηση ερευνών και στη βιβλιογραφία δεν έχουμε εντοπίσει κάποια εμπειρική επιβεβαίωσή του. Έτσι, θελήσαμε να δούμε αν οι μεταβλητές που προτείνει σχετίζονται όντως με τα σωματόμορφα συμπτώματα και το άγχος υγείας.

Τέλος, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η χρόνια ασθένεια προκαλεί αλλαγές σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι το άγχος, η κατάθλιψη και οι προσωπικές αναπαραστάσεις της ασθένειας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Olatunji, B., Cisler, J., & Tolin, 2007. Paschalides et al., 2004), ο πόνος μειώνει σημαντικά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Petraik, F., Hardt, J., Kappis, B., Nickel, R., & Egle, U., 2003), και η συναισθηματική δυσφορία (Ladwig et al., 2000) που πηγάζει από τη χρόνια ασθένεια όπως επίσης, τα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα (Heo, S., Moser, D., & Widener, J., 2007) περιορίζουν σημαντικά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Με βάση τα παραπάνω, θελήσαμε να μελετήσουμε αν παρατηρούνται διαφορές φύλου και κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής (λειτουργικότητα- κινητικότητα, συνηθισμένες- καθημερινές δραστηριότητες, πόνος) από τη χρόνια ασθένεια.

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήσαμε δείγμα από χρόνιους ασθενείς ενώ η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια τα οποία συμπλήρωσαν οι ίδιοι.

Βασικές υποθέσεις της έρευνας είναι: α) οι γνωστικοί και οι συναισθηματικοί παράγοντες που αναφέρονται στο μοντέλο των Looper και Kirnmayr επηρεάζουν το άγχος υγείας και σχετίζονται με τα σωματόμορφα συμπτώματα, και, β) οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση) και οι δείκτες ποιότητας ζωής (πόνος, κινητικότητα, συνηθισμένες δραστηριότητες) επηρεάζουν το άγχος υγείας και τα αντιλαμβανόμενα σωματόμορφα συμπτώματα και την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας

## **Μέθοδος**

### **Συμμετέχοντες και διαδικασία**

Στην έρευνά μας συμμετείχαν 70 άτομα (60% άνδρες και 40% γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 53,78 έτη (SD= 10,29 έτη). Εξ αυτών, 31,4% είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, 31,4% το λύκειο και 37,1% ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Επίσης, σε ποσοστό 58,6% ζούσαν μόνοι (άγαμοι, διαζευμένοι ή χήροι/ -ες) και 41,4% ζούσαν με κάποιο σύντροφο ή σύζυγο. Το δείγμα συγκεντρώθηκε από χρόνιους ασθενείς, στην Αθήνα και στην Κρήτη (κατά κύριο λόγο καρδιοπαθείς και διαβητικούς) σε δημόσια νοσοκομεία ή ιδιωτικά ιατρεία. Οι συμμετέχοντες είτε νοσηλεύονταν, είτε επισκέπτονταν τον ιατρό για έλεγχο. Η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε με προσωπική επαφή του ερευνητή με τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε μια φάση. Αφού τους παρουσιάστηκε ο σκοπός της έρευνας, τους δόθηκαν οδηγίες σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τα οποία συμπλήρωσαν οι ίδιοι και μετά τα επέστρεψαν στον ερευνητή. Σε περίπτωση που ήταν αναγκαίο, δινόντουσαν περαιτέρω διευκρινίσεις σχετικά με κάποιο θέμα των ερωτηματολογίων.

### **Μέσα μέτρησης**

Για τη μέτρηση των γνωστικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν το Young Schema Questionnaire και το Illness Perception Questionnaire- Revised (IPQ- R). Το πρώτο αποτελείται από 16 παράγοντες. Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να αξιολογεί τα γνωστικά σχήματα που διαμορφώνει ο άνθρωπος με σκοπό να



τροποποιούνται θεραπευτικά οι δυσλειτουργικές γνωστικές διαστρεβλώσεις ή σχήματα (Young, 1990). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε το καθένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε κλίμακα τύπου Lickert, από το 1 (εντελώς αναληθές για μένα) έως το 6 (με περιγράφει τέλεια). Εδώ χρησιμοποιήθηκαν δύο μόνο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας (Cronbach  $\alpha = ,91$ ) αντιπροσωπεύει τη «συναισθηματική αποστέρηση» (emotional deprivation) και αποτελείται από εννέα θέματα (π.χ. «γενικά, οι άνθρωποι δεν ήταν κοντά μου να μου δώσουν ζεστασιά, αγκαλιά και φροντίδα», «στο μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής μου, δεν ένιωσα ότι είμαι ξεχωριστός/ -η για κάποιον»). Ο δεύτερος παράγοντας, η εξάρτηση (dependence/ incompetence) (Cronbach  $\alpha = ,95$ ) αποτελείται από δεκαπέντε θέματα (π.χ. «πιστεύω ότι οι άλλοι μπορούν να με φροντίσουν καλύτερα από ότι εγώ τον εαυτό μου», «δεν νιώθω ικανός να τα βγάλω πέρα μόνος/ -η με τη καθημερινότητα»).

Η κλίμακα IPQ- R αποτελείται από 38 θέματα και σχεδιάστηκε για να αξιολογεί πέντε στοιχεία των αναπαραστάσεων της ασθένειας, την ταυτότητα, τις συνέπειες, το χρονοδιάγραμμα (time- line), τον έλεγχο/ θεραπεία και την αιτία (Morris et al., 2002). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε καθένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε μια κλίμακα τύπου Lickert, από το 1 (διαφωνώ έντονα) έως το 5 (συμφωνώ πολύ). Ο πρώτος παράγοντας (Cronbach  $\alpha = ,87$ ) αντιπροσωπεύει το χρονοδιάγραμμα και αποτελείται από έξι θέματα («η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο», « περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου», «η ασθένειά μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική»). Ο δεύτερος παράγοντας, οι «συνέπειες» (Cronbach  $\alpha = ,86$ ) περιλαμβάνει, επίσης, έξι θέματα (π.χ. «η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου», «η ασθένειά μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι», «η ασθένειά μου έχει

σοβαρές οικονομικές συνέπειες»). Ο τρίτος παράγοντας, ο «προσωπικός έλεγχος» (Cronbach  $\alpha = ,79$ ) αποτελείται από έξι θέματα (π.χ. «πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου», «η πορεία της ασθένειάς μου εξαρτάται από εμένα», «οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς μου»»). Ο τέταρτος παράγοντας ο «έλεγχος της θεραπείας» (Cronbach  $\alpha = ,21$ ) αποτελείται από πέντε θέματα (π.χ. «λίγα μπορούν να γίνουν για να βετιώσουν την ασθένειά μου», «οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ», «τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου), λόγω, όμως, του χαμηλού  $\alpha$  δεν χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας. Ο πέμπτος παράγοντας η συμμόρφωση με την ασθένεια (Cronbach  $\alpha = ,83$ ) αποτελείται από πέντε θέματα (π.χ. «τα συμπτώματα της ασθένειάς μου με μπερδεύουν», «η ασθένειά μου είναι ακατανόητη σε μένα», «έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου»). Ο έκτος παράγοντας η χρονική κυκλικότητα (timeline cyclical) (Cronbach  $\alpha = ,67$ ) αποτελείται από τέσσερα θέματα (π.χ. «τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα», «τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους», «η ασθένειά μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους»), ενώ ο τελευταίος παράγοντας, η συναισθηματική αναπαράσταση (Cronbach  $\alpha = ,90$ ) αποτελείται από έξι θέματα (π.χ. «στεναχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου», «αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω», «όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι»).

Το άγχος υγείας μετρήθηκε με την αντίστοιχη κλίμακα του ερωτηματολογίου Illness Attitudes Scale (IAS). Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να αξιολογεί φόβους, πεποιθήσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με την υποχονδρίαση και τη συμπεριφορά ασθένειας (Kellner, 1987). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο εμφανιζόταν με τη μεγαλύτερη συχνότητα καθένα από τα θέματα, σε

κλίμακα τύπου Lickert, από το 0 (καθόλου) έως το 4 (τον περισσότερο καιρό). Η ανάλυση παραγόντων έδειξε την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων. Από τους τέσσερις παράγοντες εμείς χρησιμοποιήσαμε μόνο έναν, τον πρώτο, ο οποίος αποτελεί μια γενική ένδειξη φόβων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με την υποχονδρίαση. Άτομα που σκοράρουν υψηλά σε αυτόν τον παράγοντα παρουσιάζουν αυξημένη ενασχόληση, ανησυχία και φόβο για κάποια ασθένεια (Ferguson, E., & Daniel, E., 1995). Ο παράγοντας αυτός (Cronbach  $\alpha = ,84$ ) αντιπροσωπεύει «γενικούς υποχονδριακούς φόβους και πεποιθήσεις» και αποτελείται από δώδεκα θέματα (π.χ. «έχεις κάποια ανησυχία ότι στο μέλλον μπορεί να πάθεις κάποια σοβαρή ασθένεια;», «όταν πονάς, ανησυχείς για κάποια σοβαρή ασθένεια;», «εξετάζεις το σώμα σου για να βρεις ότι κάτι δεν πάει καλά;»).

Για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου (Cronbach  $\alpha = ,94$ ) χρησιμοποιήσαμε το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ- 28) (General Health Questionnaire, GHQ) του Goldberg (1972). Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε αρχικά για να αξιολογεί δύο κατηγορίες προβλημάτων: την ανικανότητα φέρει κανείς εις πέρας κανονικές «υγιείς» λειτουργίες και την εμφάνιση προβλημάτων που προκαλούν δυσφορία και αποτελείται από 28 θέματα. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τα τωρινά και πρόσφατα, κι όχι παρελθόντα, ενοχλήματά τους σε κλίμακα τύπου Lickert από το 1 έως το 4.

Τέλος, για να εκτιμήσουμε την κινητικότητα, τις συνηθισμένες δραστηριότητες και τον πόνο, ως διαστάσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο EQ- 5D. Οι πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου, κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνηθισμένες δραστηριότητες, πόνος/ δυσφορία και άγχος/ θλίψη, μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα εργαλείο γενικής εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι οι εξής:

Κινητικότητα: 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα, 2. Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα, 3. Είμαι καθηλωμένος/-η στο κρεβάτι,  
Αυτοεξυπηρέτηση: 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου, 2. Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι, 3. Είμαι ανίκανος/-η να πλυθώ ή να ντυθώ, Συνηθισμένες Δραστηριότητες: 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου, 2. Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου, 3. Είμαι ανίκανος/-η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου, Πόνος/Δυσφορία: 1. Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία, 2. Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία, 3. Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία, και Άγχος/ Θλίψη: Δεν έχω άγχος ή θλίψη, 2. Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη, 3. Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη. Το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο αυτό απλά σημειώνει το κουτί το οποίο αντιπροσωπεύει το πιο ακριβές και αληθές για τον ίδιο σχόλιο. Εδώ, χρησιμοποιήσαμε μόνο τρεις διαστάσεις την κινητικότητα, τις συνηθισμένες δραστηριότητες και το πόνο, με δύο επίπεδα, την ύπαρξη και μη προβλημάτων σε καθεμία από αυτές. Στις αναλύσεις οι μεταβλητές αυτές εισήχθησαν ως εξής: Κινητικότητα: 1 = δεν έχουν προβλήματα κινητικότητας, και 2 = έχουν προβλήματα κινητικότητας, Συνηθισμένες δραστηριότητες: 1 = δεν έχουν προβλήματα στην εκτέλεση των συνηθισμένων/ καθημερινών δραστηριοτήτων, και 2 = έχουν προβλήματα στην εκτέλεση των συνηθισμένων/ καθημερινών δραστηριοτήτων, και Πόνος: 1 = δεν έχουν πόνο, και 2 = έχουν πόνο.

Προκειμένου να εκτιμήσουμε την μεταβλητή «προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας» ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να αξιολογήσουν κατά τη γνώμη τους πόσο καλή είναι σήμερα η υγεία τους σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100. Το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση της υγείας που

μπορούν να φανταστούν και το «100» η καλύτερη κατάσταση της υγείας που  
μπορούν να φανταστούν.

## Αποτελέσματα

### Δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και άγχος υγείας και προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι συνάφειες (Pearson  $r$ ) καθώς και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών της έρευνας.

Στον Πίνακα 2 βλέπουμε τους μέσους όρους του άγχους υγείας, και της προσωπικής εκτίμησης για την κατάσταση της υγείας ως προς το φύλο, τους δείκτες ποιότητας ζωής και την εκπαίδευση. Παρατηρούμε ότι ως προς το φύλο δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Ως προς τους δείκτες ποιότητας ζωής, όταν εξετάστηκε η κινητικότητα βρέθηκε ότι, τα άτομα που έχουν προβλήματα στην κινητικότητα παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους υγείας ( $t(67) = -3.18, p < .01$ ) σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν προβλήματα στην κινητικότητα.

Για το δείκτη των συνηθισμένων δραστηριοτήτων στατιστικώς σημαντικές διαφορές σημειώνονται ως προς το άγχος υγείας, όπου εκείνοι που εκτελούν κανονικά τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο άγχος για την υγεία ( $t(67) = -4.158, p < .001$ ) από εκείνους που δεν εκτελούν κανονικά τις συνηθισμένες δραστηριότητες.

Ακόμη ως προς το δείκτη του πόνου βρέθηκε ότι, τα άτομα που δεν έχουν πόνο παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο άγχος υγείας ( $t(67) = -3.22, p < .002$ ).

Ως προς την εκπαίδευση, στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στο άγχος υγείας ( $F(2, 66) = 3.75, p < .05$ ) και στην προσωπική εκτίμηση της

κατάστασης της υγείας ( $F(2, 65) = 9.67, p < .05$ ). Για να δούμε τις στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα τρία επίπεδα της μεταβλητής της εκπαίδευσης (υποχρεωτική εκπαίδευση, λύκειο και ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση), χρησιμοποιήσαμε τις αναλύσεις Post Hoc με κριτήριο Scheffe. Στην πρώτη μεταβλητή, οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης παρουσίασαν υψηλότερους μέσους όρους σε σύγκριση με τους αποφοίτους λυκείου ή ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, οι οποίοι δεν εμφάνιζαν διαφορές μεταξύ τους. Τέλος, ως προς την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, οι απόφοιτοι λυκείου εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τους αποφοίτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, ανάμεσα στους οποίους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά, με τους τελευταίους να αναφέρουν καλύτερη εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους σε σχέση με τους πρώτους (Μέση Διαφορά = 19.19,  $p < .05$ ).

**Πίνακας 1**  
**Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις τους**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Άγχος υγείας	1.00											
2. Συναισθηματική αποστέρηση	.421 <sup>β</sup>	1.00										
3. Εξάρτηση/ Ανικανότητα	.475 <sup>β</sup>	.220	1.00									
4. Χρονοδιάγραμμα ασθένειας	.320 <sup>β</sup>	-.066	.075	1.00								
5. Συνέπειες της ασθένειας	.626	.272 <sup>α</sup>	.352 <sup>β</sup>	.554 <sup>β</sup>	1.00							
6. Προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια	-.270 <sup>α</sup>	.048	-.360 <sup>β</sup>	-.322 <sup>β</sup>	-.446 <sup>β</sup>	1.00						
7. Συμμόρφωση με την ασθένεια	-.310 <sup>β</sup>	-.176	-.140	-.002	-.452 <sup>β</sup>	.113	1.00					
8. Κυκλικότητα της ασθένειας	-.036	.054	.150	.183	.267 <sup>α</sup>	.050	-.563 <sup>β</sup>	1.00				
9. Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	.481 <sup>β</sup>	.180	.210	.252 <sup>β</sup>	.738 <sup>β</sup>	-.185	-.585 <sup>β</sup>	.313 <sup>β</sup>	1.00			
10. Γενική κατάσταση της υγείας	.608 <sup>β</sup>	.364 <sup>β</sup>	.583 <sup>β</sup>	.188	.533 <sup>β</sup>	-.284 <sup>α</sup>	-.311 <sup>α</sup>	.348 <sup>β</sup>	.468 <sup>β</sup>	1.00		
11. Ηλικία	.229	-.139	.195	.315 <sup>β</sup>	.187	-.512 <sup>β</sup>	.274 <sup>α</sup>	-.265 <sup>α</sup>	.006	-.013	1.00	
12. Προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας	-.520	-.144	-.433 <sup>β</sup>	-.554 <sup>β</sup>	-.754 <sup>β</sup>	.438 <sup>β</sup>	.195	-.165	-.527 <sup>β</sup>	-.429 <sup>β</sup>	-.358 <sup>β</sup>	1.00
Μέσος όρος	17.61	20.3	25.78	20.94	16.97	22.49	17.76	12.09	17.53	53.67	53.79	71.35
Τυπική απόκλιση	7.27	9.15	12.92	5.08	4.75	3.67	3.81	2.84	5.04	14.03	10.29	19.06

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



## Πίνακας 2

**Μέσοι όροι του άγχους υγείας, των συναισθηματικών μεταβλητών, των γνωστικών μεταβλητών και της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας ως προς το φύλο, τους δείκτες ποιότητας ζωής και την εκπαίδευση**

	Άγχος υγείας	Συναισθηματική αποστέρηση	Εξάρτηση	Γενική κατάσταση υγείας	Χρονοδιάγραμμα	Συνέπειες ασθένειας	Προσωπικός έλεγχος	Συμμόρφωση	Κυκλικότητα	Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	Προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας
Άνδρες	17.12	20.16	22.62	50.63	21.05	17.05	23.38	17.88	11.90	17.12	72.73
Γυναίκες	18.32	20.50	30.54	58.19	20.79	16.86	21.21	17.57	12.36	18.14	69.26
Δεν έχουν προβλήματα κινητικότητας	16.29	19.34	22.66	51.04	20.88	16.27	23.25	17.84	12.29	16.73	75.66
Έχουν προβλήματα κινητικότητας	22.79	24.14	38.29	64.62	21.21	19.79	19.23	17.43	11.29	20.71	51.25
Δεν έχουν προβλήματα στις συνηθισμένες δραστηριότητες	15.67	19.69	22.85	49.32	19.90	15.19	23.22	18.37	11.71	15.79	78.67
Έχουν προβλήματα στις συνηθισμένες δραστηριότητες	23.11	22.06	34.28	66.47	23.94	22.11	20.29	16.00	13.17	22.56	49.41
Δεν έχουν πόνο	14.85	17.85	21.73	44.68	19.64	15.09	23.85	18.36	11.55	16.21	79.91
Έχουν πόνο	20.14	22.79	29.41	61.42	22.11	18.65	21.28	17.22	12.57	18.70	63.29
Υποχρεωτική εκπαίδευση	20.05	22.36	31.77	57.48	22.95	19.05	20.50	18.36	12.36	17.86	57.35
Λύκειο	14.41	18.77	25.55	51.73	19.64	14.64	13.18	18.09	12.41	16.27	77.95
Ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση	18.28	19.85	21.77	52.13	20.35	17.19	23.67	16.96	11.58	18.31	76.54

**Δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες**

Στον Πίνακα 2 βλέπουμε τους μέσους όρους των συναισθηματικών μεταβλητών και των γνωστικών μεταβλητών ως προς το φύλο, τους δείκτες ποιότητας ζωής και την εκπαίδευση. Παρατηρούμε ότι, ως προς το φύλο σημειώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μόνο ως προς την εξάρτηση, όπου ο μέσος των τιμών εξάρτησης των ανδρών ( $M = 22.62$ ,  $SD = 11.02$ ) είναι χαμηλότερος ( $t(68) = -2.62$ ,  $p < .05$ ) από αυτόν για τις γυναίκες ( $M = 30.54$ ,  $SD = 14.25$ ), και την γενική κατάσταση της υγείας, όπου και πάλι οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερους ( $t(68) = -2.23$ ,  $p < .05$ ) μέσους όρους.

Ως προς τους δείκτες ποιότητας ζωής, όταν εξετάστηκε η κινητικότητα βρέθηκε ότι, τα άτομα που έχουν προβλήματα στην κινητικότητα παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά χειρότερη γενική κατάσταση της υγείας ( $t(65) = -3.37$ ,  $p < .01$ ) και αναφέρουν ότι, η ασθένεια έχει περισσότερες συνέπειες ( $t(68) = -2.58$ ,  $p < .05$ ) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν. Επίσης, ο μέσος όρος τιμών για τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις για τα άτομα με προβλήματα στην κινητικότητα ( $M = 20.71$ ,  $SD = 5.30$ ) είναι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερος ( $t(68) = -2.77$ ,  $p < .01$ ) από αυτόν για τα άτομα που δεν έχουν προβλήματα ( $M = 16.73$ ,  $SD = 4.69$ ).

Για το δείκτη των συνηθισμένων δραστηριοτήτων στατιστικώς σημαντικές διαφορές σημειώνονται στις συνέπειες της ασθένειας, όπου και πάλι αυτοί με προβλήματα στις δραστηριότητες αυτές παρουσιάζουν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο ( $t(68) = -6.89$ ,  $p < .001$ ), στη συμμόρφωση με την ασθένεια, όπου ο μέσος όρος αυτών που δεν έχουν προβλήματα ( $M = 18.37$ ,  $SD = 3.38$ ) είναι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερος ( $t(68) = 2.344$ ,  $p < .05$ ) από εκείνους που έχουν ( $M = 16.00$ ,

SD = 4.50), και στην κατάσταση της υγείας, όπου τα άτομα χωρίς προβλήματα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων αναφέρουν στατιστικώς σημαντικά καλύτερη κατάσταση της υγείας ( $t(66) = 7.32, p < .001$ ) σε σύγκριση με αυτούς που έχουν προβλήματα. Ακόμη, βρέθηκε ότι, τα άτομα χωρίς προβλήματα έχουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερο προσωπικό έλεγχο στην ασθένεια ( $t(66) = 3.01, p < .05$ ) και χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικών αναπαραστάσεων της ασθένειας ( $t(86) = -6.04, p < .001$ ) σε σύγκριση με αυτούς που έχουν.

Ακόμη ως προς το δείκτη του πόνου, βρέθηκαν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής αποστέρησης ( $t(68) = -.17, p < .05$ ), χαμηλότερη εξάρτηση ( $t(68) = -2.58, p < .05$ ), χαμηλότερες τιμές στο χρονοδιάγραμμα ( $t(68) = -2.08, p < .05$ ) και περισσότερο προσωπικό έλεγχο της ασθένειας ( $t(66) = 3.05, p < .05$ ) σε άτομα χωρίς πόνο σε σύγκριση με εκείνους που έχουν.

Ως προς την εκπαίδευση, στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην εξάρτηση ( $F(2, 67) = 4.05, p < .05$ ), στις συνέπειες της ασθένειας ( $F(2, 67) = 5.39, p < .05$ ) και στον προσωπικό έλεγχο ( $F(2, 65) = 5.51, p < .05$ ). Για να δούμε τις στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα τρία επίπεδα της μεταβλητής της εκπαίδευσης (υποχρεωτική εκπαίδευση, λύκειο και ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση), χρησιμοποιήσαμε τις αναλύσεις Post Hoc με κριτήριο Scheffe. Στις δύο πρώτες μεταβλητές, οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης παρουσίασαν υψηλότερους μέσους όρους σε σύγκριση με τους αποφοίτους λυκείου ή ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, οι οποίοι δεν εμφάνιζαν διαφορές μεταξύ τους. Στη μεταβλητή του προσωπικού ελέγχου, οι απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης παρουσίασαν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες, στις οποίες εντοπίστηκαν διαφορές, με τους αποφοίτους λυκείου να παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά

υψηλότερο προσωπικό έλεγχο στην ασθένεια (Μέση διαφορά = 2.68,  $p < .05$ ) σε σύγκριση με τους αποφοίτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

### **Άγχος υγείας και δημογραφικές μεταβλητές, δείκτες ποιότητας ζωής και γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες**

Στον Πίνακα 1 βλέπουμε ότι, σημειώνονται αρκετές στατιστικώς σημαντικές συνάψεις μεταξύ των συναισθηματικών και των γνωστικών παραγόντων και του άγχους υγείας. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στους συναισθηματικούς παράγοντες: συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (Pearson  $r = .48$ ) και γενική κατάσταση της υγείας (Pearson  $r = .61$ ). Σχετικά με τις στατιστικώς σημαντικές συνάψεις των γνωστικών παραγόντων και το άγχος υγείας : συναισθηματική αποστέρηση (Pearson  $r = .42$ ), εξάρτηση (Pearson  $r = .48$ ), χρονοδιάγραμμα της ασθένειας (Pearson  $r = .32$ ), προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια (Pearson  $r = -.27$ ) και συμμόρφωση με την ασθένεια (Pearson  $r = -.31$ ).

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται μια ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης των δημογραφικών μεταβλητών και δεικτών ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών και γνωστικών παραγόντων επί του άγχους υγείας. Μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης του άγχους υγείας παρουσιάζουν η ηλικία ( $\beta = .29$ ,  $p < .05$ ) και οι γνωστικές μεταβλητές «συναισθηματική αποστέρηση» ( $\beta = .373$ ,  $p < .01$ ) και «κυκλικότητα της ασθένειας» ( $\beta = -.50$ ,  $p < .001$ ), η οποία το προβλέπει αρνητικά.

Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι, οι δημογραφικές μεταβλητές, οι δείκτες ποιότητας ζωής, οι συναισθηματικές και οι γνωστικές μεταβλητές μπορούν να ερμηνεύσουν το 16% - 34% της διακύμανσης του άγχους υγείας.

**Πίνακας 3<sup>2</sup>**  
**Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης των δημογραφικών μεταβλητών και δεικτών ποιότητας ζωής, των συναισθηματικών μεταβλητών και των γνωστικών μεταβλητών επί το άγχος υγείας**

		β	T	R	R <sup>2</sup> Change	F Change	df
Δημογραφικές μεταβλητές και δείκτες ποιότητας ζωής				.46	.21	2.49 <sup>α</sup>	6, 57
	Φύλο	.18	1.71				
	Ηλικία	.29 <sup>α</sup>	2.58 <sup>α</sup>				
	Οικ. κατάσταση	-.04	-.40				
	Πόνος	-.07	-.64				
	Κινητικότητα	-.17	-1.55				
	Δραστηριότητες	-.02	-.14				
Συναισθηματικές μεταβλητές				.61	.16	6.99 <sup>α</sup>	2, 55
	Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-.02	-.16				
	Γενική κατάσταση υγείας	.27	1.87				
Γνωστικές μεταβλητές				.84	.34	7.74 <sup>γ</sup>	7, 48
	Χρονοδιάγραμμα Κυκλικότητα	.23	1.96				
	Συναισθηματική αποστέρηση	-.50 <sup>γ</sup>	-4.45 <sup>γ</sup>				
	Εξάρτηση/Ανικανότητα	.37 <sup>α</sup>	3.45 <sup>α</sup>				
	Πρωσοπικός έλεγχος	.13	1.24				
	Συμμόρφωση	.21	1.69				
	Συνέπειες	-.25	-1.88				
		.35	1.92				

α = p < .05, β = p < .01, γ = p < .001

<sup>2</sup> Οικ. κατάσταση: 1= ζουν μόνοι (άγαμοι, διαζευμένοι ή χήροι/-ες, 2= συζούν (σύντροφο ή σύζυγο), Πόνος: 1= δεν έχω πόνο, 2= έχω πόνο, Κινητικότητα: 1= δεν έχω προβλήματα στην κινητικότητα, 2= έχω προβλήματα στην κινητικότητα, Δραστηριότητες: 1= δεν έχω πρόβλημα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, 2= έχω πρόβλημα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων

Διαπιστώνουμε ότι, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο πόνος, η κινητικότητα και οι συνηθισμένες δραστηριότητες μπορούν να προβλέψουν το άγχος υγείας ( $R^2$  Change = 21). Οι συναισθηματικοί παράγοντες «συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας» και «γενική κατάσταση της υγείας» μπορούν, επίσης, να προβλέψουν το άγχος υγείας ( $R^2$  Change = .16). Τέλος, οι γνωστικές μεταβλητές, «χρονοδιάγραμμα της ασθένειας», «κυκλικότητα της ασθένειας», «συναισθηματική αποστέρηση», «εξάρτηση», «προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια», «συμμόρφωση» και «συνέπειες της ασθένειας» προβλέπουν το άγχος υγείας ( $R^2$  Change = 34).

Στην ανάλυση ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης, οι παράγοντες εισήχθησαν όλοι μαζί. Οι δημογραφικές μεταβλητές και οι δείκτες ποιότητας ζωής έδειξαν να επηρεάζουν ένα σημαντικό ποσοστό 12,4% της διακύμανσης του άγχους υγείας ( $F(6, 57) = 2.49, p < .05$ ). Στη συνέχεια, οι συναισθηματικές μεταβλητές βρέθηκε ότι ήταν υπεύθυνες για ένα σημαντικό ποσοστό 27,6% της διακύμανσης ( $F(8, 55) = 4.01, p = .001$ ). Τέλος, οι γνωστικοί παράγοντες, προσέθεσαν άλλο ένα 33,4% επιρροής στη διακύμανση ( $F(15, 84) = 7.58, p < .001$ ), πράγμα που σημαίνει ότι όλες οι μεταβλητές αντιπροσωπεύουν το 61% της διακύμανσης του άγχους υγείας.

### **Προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες**

Στον Πίνακα 1 βλέπουμε ότι υπάρχουν αρκετές στατιστικώς σημαντικές συνάψεις μεταξύ των συναισθηματικών και γνωστικών παραγόντων και της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας. Όσον αφορά στους συναισθηματικούς παράγοντες: συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας

(Pearson  $r = -.53$ ) και γενική κατάσταση της υγείας (Pearson  $r = -.43$ ). Σε σχέση με τις στατιστικώς σημαντικές συνάφειες των γνωστικών παραγόντων με την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας: εξάρτηση (Pearson  $r = -.43$ ), χρονοδιάγραμμα της ασθένειας (Pearson  $r = -.55$ ), συνέπειες της ασθένειας (Pearson  $r = -.75$ ) και προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια (Pearson  $r = .44$ ).

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η ιεραρχική ανάλυση παραγόντων των δημογραφικών μεταβλητών, των δεικτών ποιότητας ζωής, των συναισθηματικών και των γνωστικών παραγόντων επί της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας.

Διαπιστώνουμε ότι, μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας παρουσιάζουν οι δείκτες ποιότητας ζωής, «κινητικότητα» ( $\beta = -.29, p < .01$ ), «συνηθισμένες δραστηριότητες» ( $\beta = -.26, p < .05$ ) και «πόνος» ( $\beta = -.29, p < .01$ ), οι οποίες την προβλέπουν αρνητικά, και η γνωστική μεταβλητή, «συνέπειες της ασθένειας» ( $\beta = -.36, p < .05$ ), η οποία επίσης την προβλέπει αρνητικά. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι, οι δημογραφικές μεταβλητές, οι δείκτες ποιότητας ζωής, οι συναισθηματικοί και γνωστικοί παράγοντες μπορούν να ερμηνεύσουν το 0%- 56% της διακύμανσης της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας.

Βλέπουμε ότι, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο πόνος, η κινητικότητα και οι συνηθισμένες δραστηριότητες μπορούν να προβλέψουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ( $R^2 \text{ Change} = .56$ ). Επίσης, οι συναισθηματικοί παράγοντες, «συναισθηματικές αναπαραστάσεις» και «γενική κατάσταση της υγείας» μπορούν να προβλέψουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ( $R^2 \text{ Change} = .02$ ). Τέλος, οι γνωστικοί παράγοντες,

Πίνακας 4<sup>3</sup>

**Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης των δημογραφικών μεταβλητών και δεικτών ποιότητας ζωής, των συναισθηματικών μεταβλητών και των γνωστικών μεταβλητών επί της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας**

		β	T	R	R <sup>2</sup> Change	F	df
Δημογραφικές μεταβλητές και δείκτες ποιότητας ζωής				.75	.56	11,86 <sup>γ</sup>	6, 56
	Φύλο	.15	1.44				
	Ηλικία	.11	.93				
	Οικ. κατάσταση	-.18	-1.98				
	Πόνος	-.29 <sup>β</sup>	-2.73 <sup>β</sup>				
	Κινητικότητα	-.29 <sup>β</sup>	-2.73 <sup>β</sup>				
	Δραστηριότητες	-.26 <sup>α</sup>	-2.43				
Συναισθηματικές μεταβλητές				.76	.02	1.42	2, 54
	Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-.12	-.85				
	Γενική κατάσταση υγείας	.26	1.91				
Γνωστικές μεταβλητές				.87	.17	4.50 <sup>β</sup>	7, 47
	Χρονοδιάγραμμα	-.18	-1.73				
	Κυκλικότητα	-.17	-1.52				
	Συναισθηματική αποστέρηση	.03	.25				
	Εξάρτηση/Ανικανότητα	-.15	-1.45				
	Προσωπικός έλεγχος	.08	.63				
	Συμμόρφωση	-.25	-1.97				
	Συνέπειες	-.36 <sup>α</sup>	-2.16 <sup>α</sup>				

α =  $p < .05$ , β =  $p < .01$ , γ =  $p < .001$

<sup>3</sup> Οικ. κατάσταση: 1= ζουν μόνοι (άγαμοι, διαζευμένοι ή χήροι/-ες, 2= συζούν (σύντροφο ή σύζυγο), Πόνος: 1= δεν έχω πόνο, 2= έχω πόνο, Κινητικότητα: 1= δεν έχω προβλήματα στην κινητικότητα, 2= έχω προβλήματα στην κινητικότητα, Δραστηριότητες: 1= δεν έχω πρόβλημα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, 2= έχω πρόβλημα στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων



«χρονοδιάγραμμα της ασθένειας», «κυκλικότητα της ασθένειας», «συναισθηματική αποστέρηση», «εξάρτηση», «προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια», «συμμόρφωση» και «συνέπειες της ασθένειας», προβλέπουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ( $R^2$  Change = .17).

Στην ανάλυση ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης, οι παράγοντες εισήχθησαν όλοι μαζί. Οι δημογραφικές μεταβλητές και οι δείκτες ποιότητας ζωής έδειξαν να επηρεάζουν σημαντικό ποσοστό 51,2% της διακύμανσης της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας ( $F(6, 56) = 11.86, p < .001$ ). Εν συνεχεία, οι συναισθηματικές μεταβλητές βρέθηκε ότι ήταν υπεύθυνες για ένα σημαντικό ποσοστό 52% της διακύμανσης ( $F(8, 54) = 9.38, p < .001$ ). Τέλος, οι γνωστικοί παράγοντες προσέθεσαν ένα επιπλέον 14,9% επιρροής στη διακύμανση ( $F(15, 47) = 9.37, p < .001$ ). Με βάση τα παραπάνω καταλήγουμε ότι, όλες οι μεταβλητές αντιπροσωπεύουν το 67% περίπου της διακύμανσης της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας.

## Συζήτηση

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διευκρίνιση της σχέσης γνωστικών και συναισθηματικών μεταβλητών που προτείνονται στο μοντέλο των Looper και Kirmayer με το άγχος υγείας και τα σωματόμορφα συμπτώματα. Επίσης, θελήσαμε να εξετάσουμε και τη σχέση των δημογραφικών μεταβλητών (φύλο, ηλικία, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση) και δεικτών ποιότητας ζωής (πόνος, κινητικότητα, δραστηριότητες) με το άγχος υγείας και την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας..

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, οι συναισθηματικοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με το άγχος υγείας. Οι μεταβλητές «συναισθηματικές αναπαραστάσεις» και «γενική κατάσταση της υγείας» μπορούν να προβλέψουν το άγχος υγείας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλες έρευνες, όπου διαφαίνεται η επίδραση του συναισθήματος, θετικού (Pressman & Cohen, 2006. Cohen & Pressman, 2005. Cohen et al., 2003) ή αρνητικού (van den Broek et al., 2007), στην κατάσταση της υγείας του ατόμου, στην αντίληψη αυτής και στο αίσθημα ευεξίας (Bishop, 2001), όπως ο θυμός κι η επιθετικότητα (Smith, 1992. Miller et al., 1996), η κατάθλιψη (Wulsin et al., 1999) κι η αισιοδοξία (Bishop, 2001). Επίσης, οι Marcus και Crunch (2003) σε έρευνα τους βρήκαν ότι, η υποχονδρίαση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζεται με το νευρωτισμό και το αρνητικό συναίσθημα. Τέλος, οι Looper και Kirmayer (2002) στο μοντέλο τους κάνουν λόγο για τη σπουδαιότητα του συναισθήματος και της συναισθηματικής δυσφορίας στη διαδικασία της θεραπευτικής παρέμβασης.

Όσον αφορά στους γνωστικούς παράγοντες, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, κι αυτοί σχετίζονται με το άγχος υγείας. Μεγαλύτερη προβλεπτική δύναμη

παρουσιάζουν οι μεταβλητές «συναισθηματική αποστέρηση» και «κυκλικότητα της ασθένειας». Τα δυσλειτουργικά αυτά σχήματα οδηγούν στην καταστροφική ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων (Marcus & Crunch, 2003), ενώ η αλληλεπίδραση αυτών με το αντιλαμβανόμενο ως απειλητικό για την υγεία ερέθισμα οδηγεί σε παρερμηνείες, ανησυχία και φόβο (Taylor, 2004). Σε μια άλλη έρευνα (Rief et al., 2004) βρέθηκε ότι, οι πεποιθήσεις για τη σωματική ασθένεια σχετίζονται με συμπεριφορές ασθένειας, για τις οποίες γίνεται λόγος και στο υπό εξέταση μοντέλο. Πιο αναλυτικά, τονίζεται ότι, οι συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και η αποφευκτική συμπεριφορά, μπορούν να επιφέρουν περαιτέρω λειτουργικούς περιορισμούς (Looper & Kirmayer, 2002), ενώ και οι Salkovskis και Bass (1997) περιλαμβάνουν αυτές τις συμπεριφορές στους παράγοντες του άγχους υγείας. Το άγχος υγείας φαίνεται να σχετίζεται με συμπεριφορές αποφυγής (Hadjistavropoulos et al., 1998), αλλά και με συμπεριφορές ασφαλείας, κατά τις οποίες το άτομο, για παράδειγμα, επιδιώκει την παραμονή του στο νοσοκομείο (Asmundson et al., 2001).

Οι γνωσίες και οι αναπαραστάσεις που σχετίζονται με τα συμπτώματα και τις συνέπειες από την ασθένεια, καθώς και οι πεποιθήσεις που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο της ασθένειας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς μπορούν να προβλέψουν τη σωματική και ψυχική λειτουργικότητα αντίστοιχα, ενώ τονίζεται ότι, οι αρνητικές αναπαραστάσεις για την υγεία μπορούν να προβλέψουν την κακή φυσική λειτουργικότητα του ασθενή (Paschalides et al., 2004). Όλα τα παραπάνω βρίσκονται σε συνέπεια με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και φυσικά, συμφωνούν με τους Looper και Kirmayer στο ότι, οι αιτιακές αποδόσεις που ευνοούν τις αναπαραστάσεις ασθένειας (Sensky, MacLeod, & Rigby, 1996), οι γνωστικές διαστρεβλώσεις και τα σχήματα ευαλωτότητας (Cox, Borger, Asmundson, & Taylor, 2000) οξύνουν την αξιολόγηση της σπουδαιότητας και της επικινδυνότητας των

αισθήσεων. Γενικά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα αγχώδη με την υγεία άτομα έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις και προβαίνουν σε διαφορετικές υποθέσεις για την υγεία και την ασθένεια σε σχέση με άλλους (Marcus et al., 2007).

Ως προς τις δημογραφικές μεταβλητές, τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι, ως προς το φύλο δεν σημειώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές για το άγχος που σχετίζεται με την υγεία. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με αποτελέσματα άλλων ερευνών στις οποίες βρέθηκε ότι, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και συναισθηματικής δυσφορίας (Schron et al., 1991) και περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για την υγεία (Ladwig et al., 2000) σε σύγκριση με τους άνδρες. Θα ανέμενε, λοιπόν, κανείς να δηλώνουν και υψηλότερα επίπεδα άγχους υγείας.

Για τη σχέση του φύλου με τους συναισθηματικούς και τους γνωστικούς παράγοντες, διαφορές βρέθηκαν μόνο ως προς τη γνωστική μεταβλητή «εξάρτηση», όπου οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερους μέσους όρους. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με αυτό μιας άλλης έρευνας, σύμφωνα με την οποία, οι γυναίκες τείνουν να αποδίδουν την ασθένειά τους σε αιτίες εκτός του ελέγχου τους και να αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους ως μια χρόνια ανίατη κατάσταση με περισσότερα κυκλικά επεισόδια, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερο προσωπικό έλεγχο και φροντίδα στην ασθένειά τους (Grace et al., 2005). Ακόμη, οι γυναίκες προβαίνουν περισσότερο σε ψυχολογικές αποδόσεις από τους άνδρες (Rief et al., 2004), έχουν χειρότερη προσαρμογή και συνέπειες από τους άνδρες (Bergelson, & Tommaso, 1995) και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και συναισθηματικής δυσφορίας (Schron et al., 1991). Τέλος, η ηλικία κι η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα του άγχους υγείας, εύρημα το οποίο συμφωνεί με άλλους ερευνητές, οι οποίοι κατέληξαν ότι, καθοριστικοί παράγοντες για το είδος της συναισθηματικής προσαρμογής του ατόμου στην ασθένειά του είναι, μεταξύ άλλων,

η ηλικία και η κοινωνική υποστήριξη (Bishop, 2001). Οι Heo et al. (2007) αναφέρουν σχετικά με αυτό ότι, οι γυναίκες έχουν μικρότερες πιθανότητες από τους άνδρες για παροχή φροντίδας από το σύζυγο ή κάποιο άλλα διαθέσιμο άτομο. Παράλληλα, η φροντίδα αυτή σχετίζεται περισσότερο με την υγεία, όσο αυξάνει η ηλικία (Cramer, 1991). Ως προς την εκπαίδευση, οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους υγείας σε σύγκριση με τους αποφοίτους λυκείου ή, ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με τη διαμόρφωση των ερμηνειών και των πεποιθήσεων αναφορικά με την υγεία και την ασθένεια.

Όσον αφορά στη σχέση των δεικτών ποιότητας ζωής με το άγχος υγείας, τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι δεν το προβλέπουν. Αναλυτικότερα, για τις μεταβλητές αυτές, «κινητικότητα», «συνηθισμένες δραστηριότητες» και «πόνος», εντοπίστηκαν μόνο διαφορές, σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε αυτούς τους τομείς παρουσιάζουν υψηλότερο άγχος υγείας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, όπου σημειώνεται ότι, άτομα με υψηλό άγχος υγείας αναφέρουν περισσότερο πόνο από άλλα, με χαμηλό άγχος υγείας (Rode et al., 2006). Επιπρόσθετα, οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν την αμφίδρομη δομή αυτής της σχέσης, ότι δηλαδή, η ύπαρξη έντονου πόνου μπορεί να προκαλέσει υψηλότερα επίπεδα άγχους ή τα υψηλά επίπεδα άγχους υγείας μπορούν να προκαλέσουν εντονότερο πόνο. Τέλος, το εύρημά μας συμφωνεί και με τους Pertak et al. (2003), οι οποίοι βρήκαν ότι οι σωματικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι διαταραγμένες στα άτομα με πόνο.

Επιπλέον, οι Heo et al (2000) βρήκαν ότι, τα αντιλαμβανόμενα συμπτώματα της ασθένειας, και συγκεκριμένα της καρδιακής ανεπάρκειας, σχετίζονται με χαμηλή λειτουργικότητα και αυτή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Ένα άλλο αποτέλεσμα που πρέπει να σημειωθεί είναι οι διαφορές φύλου που εντοπίστηκαν στους γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, αλλά όχι στο άγχος υγείας. Οι άνδρες βρέθηκαν να παρουσιάζουν χαμηλότερη «γενική κατάσταση της υγείας» και «εξάρτηση» από τις γυναίκες. Αυτό που θα περίμενε κανείς είναι να προκύψουν διαφορές φύλου και ως προς το άγχος υγείας, ειδικά από τη στιγμή που οι γνωστικές και συναισθηματικές μεταβλητές σχετίζονται και προβλέπουν το άγχος υγείας. Μάλιστα, στη βιβλιογραφία το φύλο, και ειδικότερα το θηλυκό γένος, αναφέρεται ως παράγοντας που προβλέπει τα επίπεδα υποχονδρίασης (Marcus, & Crunch, 2003).

Στηριζόμενοι στα παραπάνω, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι το μοντέλο των Loopee και Kirmayer επιβεβαιώνεται. Οι γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες που οι τελευταίοι αναφέρουν, όντως σχετίζονται με το άγχος υγείας και τα σωματόμορφα συμπτώματα. Αυτό σημαίνει ότι, το μοντέλο τους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό σωματόμορφων συμπτωμάτων σε χρόνιους ασθενείς, κι εν προκειμένω, όπως αποδεικνύει η έρευνά μας, σε καρδιοπαθείς και διαβητικούς.

Επιπρόσθετα, η δεύτερη υπόθεση της έρευνας δεν επιβεβαιώνεται πλήρως. Οι δημογραφικές μεταβλητές, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, κι οι δείκτες ποιότητας ζωής, πόνος, κινητικότητα, συνηθισμένες δραστηριότητες, δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος υγείας. Αντίθετα, οι δείκτες ποιότητας ζωής μπορούν να προβλέψουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι, η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τη λειτουργικότητά του και από το κατά πόσο έχει αυτή αλλάξει εξαιτίας της ασθένειάς του. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας είναι οι συναισθηματικοί,

«συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας», «γενική κατάσταση της υγείας» και οι γνωστικοί, «εξάρτηση», «χρονοδιάγραμμα της ασθένειας», «συνέπειες της ασθένειας», «προσωπικός έλεγχος στην ασθένεια».

Η έρευνα αυτή ήταν μια προσπάθεια επιβεβαίωσης του μοντέλου των Loopee και Kirmayer. Οι παράγοντες που αναφέρονται έχουν μελετηθεί διεξοδικά από τη βιβλιογραφία σε σχέση και με άλλες παραμέτρους, όπως για παράδειγμα διαφορές φύλου στις αναπαραστάσεις της ασθένειας. Θελήσαμε, επίσης, να εξετάσουμε και την άποψη που έχει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας του και να δούμε αν αυτή επηρεάζεται από κάποιες δημογραφικές μεταβλητές και από την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Βρήκαμε, λοιπόν, ότι σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικής εκτίμησης για την κατάσταση της υγείας διαδραματίζει η λειτουργικότητα του ατόμου, η εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων του κι η ύπαρξη ή όχι προβλημάτων στην κινητικότητα, ο πόνος, αλλά και οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες από την ασθένεια.

Βέβαια, στην έρευνά μας υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί: α) το δείγμα μας είναι μικρό, β) εξετάζονται σχέσεις συναφειακές κι όχι αιτιώδεις, συνεπώς δεν μπορούν να εξαχθούν ανάλογα συμπεράσματα και γ) η μεταβλητή της κοινωνικής ανταπόκρισης που αναφέρεται στο μοντέλο των Loopee και Kirmayer δεν εξετάζεται εδώ.

Το μοντέλο των Loopee και Kirmayer σε γενικές γραμμές επιβεβαιώνεται, χρειάζεται, όμως, να πραγματοποιηθούν κι άλλες έρευνες, οι οποίες να εξετάζουν σχέσεις αιτιότητας κι όχι συνάφειας, τόσο για την επιβεβαίωσή του, όσο και ως προς τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτείνει. Πολλοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση και διατήρηση των σωματόμορφων συμπτωμάτων και του άγχους υγείας, είναι, όμως σημαντικό να μελετηθούν έτσι ώστε να ειπωθεί η σχέση τους με τους

παραπάνω παράγοντες, όπως επίσης, και να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων από τους ερευνητές προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης. Το εν λόγω μοντέλο παρέχει ένα θεωρητικό υπόβαθρο, αλλά προτείνει και θεραπευτικές παρεμβάσεις με, επίσης, γνωστικο- συμπεριφορική κατεύθυνση. Συνεπώς, είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιηθούν έρευνες που θα διαπιστώνουν την αποτελεσματικότητα ή μη των προτεινόμενων θεραπειών καθώς η προτεινόμενη θεωρία τους παρουσιάζεται ολοκληρωμένη, αλλά πρέπει να επιβεβαιωθεί εμπειρικά.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Όλα τα παρακάτω αναφέρονται σε πλευρές και ζητήματα της κατάστασης της υγείας σας. Παρακαλούμε συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις, προσπαθώντας να είστε όσο πιο ειλικρινείς μπορείτε.

Σας ευχαριστούμε για την πολύτιμη συμβολή σας στην έρευνά μας.

### Ερωτηματολόγιο Α'

#### **ΟΔΗΓΙΕΣ:**

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις με τις οποίες κάποιος μπορεί να περιγράψει τον/την εαυτό του/της. Διαβάστε τις προτάσεις και αποφασίστε πόσο καλά σας περιγράφουν. Όταν δεν είστε σίγουροι, στηρίξτε την απάντησή σας στο τι **αισθάνεστε** κι όχι στο τι **θεωρείτε** ότι είναι αλήθεια.

Εάν επιθυμείτε, αναδιατυπώστε την πρόταση, έτσι ώστε να είναι ακόμα πιο αληθής για εσάς. Μετά, επιλέξτε την **υψηλότερη βαθμολογία από το 1 έως το 6**, η οποία σας περιγράφει (περιλαμβάνοντας τις αναδιατυπώσεις) και γράψτε τον αριθμό στο κενό πριν από την πρόταση.

#### **ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ:**

1. Εντελώς αναληθές για μένα
2. Μάλλον αναληθές για μένα
3. Περισσότερο αληθές παρά αναληθές
4. Μέτρια αληθές για μένα
5. Κυρίως αληθές για μένα
6. Με περιγράφει τέλεια

#### **ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:**

για τους οποίους νοιάζομαι

A. 4 Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι ^ δε θα με συμπαθήσουν

1. \_\_\_ Οι άνθρωποι δε βρίσκονται κοντά μου για να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές μου ανάγκες.
2. \_\_\_ Δεν έχω λάβει αγάπη και προσοχή.
3. \_\_\_ Ως επί το πλείστον, δεν είχα κάποιον να στηριχτώ για συμβουλές και συναισθηματική υποστήριξη.
4. \_\_\_ Τον περισσότερο καιρό, δεν είχα κάποιον να με φροντίζει, να μοιράζεται τον εαυτό του/ της μαζί μου, ή να νοιάζεται πραγματικά για οτιδήποτε μου συμβαίνει.
5. \_\_\_ Στο μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής μου, δεν είχα κάποιον, ο οποίος να θέλει να με πλησιάσει και να περάσει χρόνο μαζί μου.
6. \_\_\_ Γενικά, οι άνθρωποι δεν ήταν κοντά μου να μου δώσουν ζεστασιά, αγκαλια και φροντίδα.

7. \_\_\_ Στο μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής μου, δεν ένιωσα ότι είμαι ξεχωριστός/ -η για κάποιον.
  8. \_\_\_ Ως επί το πλείστον, δεν είχα κάποιον που να με ακούει πραγματικά, να με καταλαβαίνει ή να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και συναισθήματά μου.
  9. \_\_\_ Σπανια είχα κάποιο «δυνατό» άτομο να μου δίνει συμβουλές ή κατευθύνσεις όταν δεν είμαι σίγουρος/ -η τι να κάνω.
- \*ed
10. \_\_\_ Δε νιώθω ικανός να τα βγάλω πέρα μόνος/ -η με τη καθημερινότητα.
  11. \_\_\_ Χρειάζομαι άλλους ανθρώπους για να με βοηθήσουν να τα βγάλω πέρα.
  12. \_\_\_ Νιώθω ότι δε μπορώ να αντιμετωπίσω τις καταστάσεις καλά μόνος/ -η μου.
  13. \_\_\_ Πιστεύω ότι οι άλλοι μπορούν να με φροντίσουν καλύτερα από ότι εγώ τον εαυτό μου.
  14. \_\_\_ Έχω πρόβλημα να καταπιάνομαι με καινούρια καθήκοντα εκτός εργασίας, εκτός κι αν υπάρχει κάποιος να με καθοδηγήσει.
  15. \_\_\_ Θεωρώ τον εαυτό μου εξαρτημένο, όσον αφορά στη καθημερινή λειτουργικότητα.
  16. \_\_\_ Τα «κάνω θάλασσα» σε οτιδήποτε κι αν προσπαθήσω, ακόμα κι εκτός εργασίας.
  17. \_\_\_ Είμαι αδέξιος στους περισσότερους τομείς της ζωής.
  18. \_\_\_ Εάν εμπιστευτώ τη δική μου κρίση σε καθημερινές καταστάσεις θα πάρω τη λάθος απόφαση.
  19. \_\_\_ Μου λείπει η κοινή λογική.
  20. \_\_\_ Δεν μπορεί να στηριχτεί κανείς στην κρίση μου όσον αφορά καθημερινές καταστάσεις.
  21. \_\_\_ Δεν νιώθω σιγουριά σχετικά με την ικανότητά μου να λύνω τα καθημερινά προβλήματα που προκύπτουν.
  22. \_\_\_ Νιώθω ότι χρειάζομαι κάποιον που να μπορώ να στηριχτώ για να με συμβουλευεί για τα πρακτικά ζητήματα.
  23. \_\_\_ Νιώθω περισσότερο σα παιδί παρά σαν ενήλικας, όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση καθημερινών ευθυνών.
  24. \_\_\_ Πιστεύω ότι οι ευθύνες της καθημερινότητας με «πνίγουν».
- \*di

**Ερωτηματολόγιο Β'**

Οδηγίες: Παρακαλούμε να βαθμολογήσετε τις ακόλουθες προτάσεις σύμφωνα με το πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό που περιγράφουν χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 4 διαβαθμίσεων που δίνεται παρακάτω. Σημειώστε στην αρχή της κάθε πρότασης τον αριθμό που της αρμόζει με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

0-----1-----2-----3-----4  
**Οχι/καθόλου Σπάνια κάποιες φορές Σύχνα Τον περισσότερο καιρό**

- \_\_\_ 1. Ανησυχείς για την υγεία σου;
- \_\_\_ 2. Έχεις κάποια ανησυχία ότι μπορεί στο μέλλον να πάθεις κάποια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 3. Σε φοβίζει η σκέψη μιας σοβαρής ασθένειας;
- \_\_\_ 4. Όταν πονάς ανησυχείς για κάποια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 5. Αν ένας πόνος διαρκεί μια εβδομάδα ή περισσότερο, επισκέπτεσαι κάποιο γιατρό;
- \_\_\_ 6. Αν ένας πόνος διαρκεί μια εβδομάδα ή περισσότερο, πιστεύεις ότι έχεις μια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 7. Αποφεύγεις συνήθειες που μπορεί να είναι βλαβερές για σένα, όπως το κάπνισμα;
- \_\_\_ 8. Αποφεύγεις τροφές οι οποίες μπορεί να είναι ανθυγιεινές;
- \_\_\_ 9. Εξετάζεις το σώμα σου για να βρεις αν κάτι δεν πάει καλά;
- \_\_\_ 10. Πιστεύεις ότι έχεις κάποια ασθένεια που οι γιατροί δεν έχουν διαγνώσει σωστά;
- \_\_\_ 11. Όταν ο/η γιατρός σου σου λέει ότι δεν έχεις κάποια σωματική ασθένεια αρνείσαι να τον/την πιστέψεις;
- \_\_\_ 12. Όταν ο γιατρός σου σου λέει αυτό που βρήκε, αρχίζεις σύντομα να πιστεύεις ότι αναπτύσσεις μια νέα ασθένεια;
- \_\_\_ 13. Φοβάσαι τα νέα που σου θυμίζουν θάνατο;
- \_\_\_ 14. Σε φοβίζει η σκέψη του θανάτου;
- \_\_\_ 15. Φοβάσαι ότι μπορεί να πεθάνεις σύντομα;
- \_\_\_ 16. Φοβάσαι ότι μπορεί να έχεις καρκίνο;
- \_\_\_ 17. Φοβάσαι ότι μπορεί να πάσχεις από καρδιά;
- \_\_\_ 18. Φοβάσαι ότι μπορεί να έχεις κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 19. Όταν διαβάζεις ή ακούς για μια αρρώστια, εμφανίζεις συμπτώματα παρόμοια με αυτά της αρρώστιας που άκουσες ή διάβασες;
- \_\_\_ 20. Όταν αισθάνεσαι κάτι στο σώμα σου, το βρίσκεις δύσκολο να σκεφτείς κάτι άλλο;
- \_\_\_ 21. Όταν αισθάνεσαι κάτι στο σώμα σου, ανησυχείς για αυτό;
- \_\_\_ 22. Πόσο συχνά επισκέπτεσαι κάποιο γιατρό;

\_\_\_23. Πόσους διαφορετικούς γιατρούς ή άλλους θεραπευτές (φροντιστές) έχεις επισκεφτεί τον περασμένο χρόνο;

\_\_\_24. Πόσο συχνά έχεις υποβληθεί σε θεραπεία στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου;

\_\_\_25. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να δουλέψεις;

\_\_\_26. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να συγκεντρωθείς σε αυτό που κάνεις;

\_\_\_27. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να περνάς καλά;

### **Ερωτηματολόγιο Γ'**

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα √ το αντίστοιχο τετράγωνο.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
1.	Η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο.					
2.	Η ασθένειά μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική.					
3.	Η ασθένειά μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
4.	Η ασθένειά μου θα περάσει γρήγορα.					
5.	Περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
6.	Η ασθένειά μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
7.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					
8.	Η ασθένειά μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
9.	Η ασθένειά μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
10.	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					
11.	Η ασθένειά μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
12.	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					
13.	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
14.	Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα.					
15.	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να					

	επηρεάσω την ασθένειά μου.					
16	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
17	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς μου.					
18	Η ασθένειά μου θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
19	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου.					
20	Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου.					
21	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ.					
22	Η ασθένειά μου μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθώ.					
23	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
24	Τα συμπτώματα της ασθένειάς μου με μπερδεύουν.					
25	Η ασθένειά μου είναι ένα μυστήριο για μένα.					
26	Δεν καταλαβαίνω την ασθένειά μου.					
27	Η ασθένειά μου είναι ακατανόητη σε μένα.					
28	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					
29	Τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
30	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
31	Η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη.					
32	Η ασθένειά μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους.					
33	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου.					
34	Όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι.					
35	Η ασθένειά μου με θυμώνει.					
36	Δεν με ανησυχεί η ασθένειά μου.					
37	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω.					
38	Η ασθένειά μου με φοβίζει.					

**Ερωτηματολόγιο Δ'**

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

**ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:**

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

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

**Ερωτηματολόγιο Ε'**

Βάζοντας ένα ✓ σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιές δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

**Κινητικότητα**

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
- Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι

**Αυτοεξυπηρέτηση**

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
- Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

**Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)**

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

**Πόνος/Δυσφορία**

- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

**Άγχος /Θλίψη**

- Δεν έχω άγχος ή θλίψη
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη



**Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα "X" όπου χρειάζεται:**

1) Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα                       2) Ηλικία (σε έτη): .....

3) Πόσο καλή είναι κατά τη γνώμη σας η υγεία σας σήμερα σε μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και «100» η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε.

Γράψτε το βαθμό που σας εκφράζει δίπλα: \_\_\_\_\_ (0 – 100).

4) Εκπαίδευση:

Πρωτοβάθμια: Τάξεις δημοτικού <input type="checkbox"/>	Δευτεροβάθμια	Τριτάξιο γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Τριτοβάθμια: ΤΕΙ <input type="checkbox"/>
Δημοτικό <input type="checkbox"/>	Λύκειο <input type="checkbox"/>	Ανάλογες σχολές <input type="checkbox"/>	ΑΕΙ <input type="checkbox"/>
			Μεταπτυχιακά <input type="checkbox"/>

5) Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

6) Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος  /η Έγγαμος /η  Σε διάσταση

Διαζευγμένος  /η Χήρος /α  Συγκατοίκηση

7) Τόπος διαμονής: \_\_\_\_\_

8) Τι είδους ασθένεια σας ταλαιπωρεί; \_\_\_\_\_

9) Α.Μ. Φακέλου: \_\_\_\_\_

10) Αρ. Δωματίου: \_\_\_\_\_

11) Αρ. Κλίνης: \_\_\_\_\_

**Βιβλιογραφία**

- Adler, N. & Mathews, K. (1994) Health Psychology: Why Do some people get sick and some stay well?, *Annual Review of Psychology* , 45, 229-259
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association
- Arnold, I.A., Speckens, A.E.M., van Hemert, A.M. (2004). Medically unexplained symptoms. The feasibility of group cognitive- behavioral therapy in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 517- 520
- Asmundson, G.J.G, Taylor, S., Cox, B.J. (Eds.) (2001). *Health anxiety: Clinical and research perspectives in hypochondriasis and related disorders*. New York: Wiley
- Aspund, R., & Aberg, H. (1998). Sleep and cardiac symptoms amongst women aged 40-64 years. *Journal of International Medicine*, 243, 209- 213
- Bergelson, B.M., & Tommaso, C.L. (1995). Gender differences in clinical evaluation and triage in coronary artery disease. *Chest*, 108, 1510- 1513
- Bishop, G.D. (2001). Emotions and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 4454-4459
- Brodine, A.H., Hatrshorn, M. (2004). Recognition and management of somatoform disorders. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 91,3, 268- 273
- Brosschot, J.F., Gerin, W., & Thayer, J, F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress- related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113- 124

- Brown, R.J. (2004). Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*, 130, 5, 793- 812
- Cohen, S., Doyle, W.J., Alper, C.M., & Skinner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652- 657
- Cohen, S., & Perssman, S.D. (2006). Positive Affect and Health. *Currant direction in psychological Research*, 15,3, 122- 125
- Cramer, D. (1991). Social support and psychological distress in women and men. *British Journal of Medical Psychology*, 64: 147-158
- Creed, F., & Barsky, A. (2004) A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391- 408
- Deale, A. (2007). Psychopathology and Treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6, 6, 240- 246
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E.M., Georgiou, A., & Kleijen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic re view. *The Lancet*, 357, 757- 762
- Ferguson, E., & Daniel, E (1995). The Illness Attitudes Scale (IAS): A psychometric evaluation of a non- clinical population. *Personality and Individual Differences*, 18, 4, 463- 469
- Gill, D. & Sharpe, M. (1999). Frequent consulters in general medical practice: A systematic review of studies of prevalence, associations, and outcome, *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 115-130
- Grace, S.L., Krepostman,S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., Jaglal., S., Abramson, B.L., Stewart, D.E. (2005) Illness perceptions among cardiac

- patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 153- 160
- Hadjistavropoulos, H.D., Graig, K.D., Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety, *Behavior Research and Therapy*, 36, 149- 164
- Hampson, S.E., Glasgow, R.E., & Strycker, L.A. (2000). Beliefs versus feelings: a comparison of personal models and depression for predicting multiple outcomes in diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 27- 40
- Heo, S., Moser, D.K., Widener, J. (2007). Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health- related quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 146- 152
- Hitchcock, P.B. & Mathews, A. (1992) Interpretation of bodily symptoms with abdominal or pelvic pain. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17, 1, 23-27
- Kamarck, T.W. et al. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model, *Psychological Medicine*, 52, 42- 58
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: τυποθήτω Γιώργος Δάρδανος
- Kellner, R. (1987). Abridged manual of the Illness Attitudes Scale. *Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico*
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., Dao, M.D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 10, 663- 671
- Kirmayer, L.J. (2000). Broken narratives: Clinical encounters and the poetics of illness experience. In C. Mattingly & L. Garro (Eds.), *Narrative and cultural*

- construction of illness and healing*, Berkley, CA: University of California Press, pp. 153- 180
- Kirmayer, L.J. & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In S.M. Turner & M. Hersen (Eds). *Adult psychopathology and diagnosis* (3<sup>rd</sup> ed). New York: Wiley, pp. 333- 383
- Kirmayer, L.J. (1994). Improvisation and authority in illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 183- 214
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21(3 & 4), 159-188 & 237-262.
- Kirmayer, L. J. (1986). Somatization and the social construction of illness experience. In S. McHugh & T. M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A Multidisciplinary Perspective*. New York: Plenum Press. pp. 111-133.
- Kirmayer, L.J. (1988). Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. In M. Lock & D. Gordon (Eds.), *Biomedicine examined*, Dordrecht, the Netherlands: Kluwer, pp. 57- 92
- Krabbe, P., & Weijnen, T. Guidelines for analyzing and reporting EQ- 5D outcomes. In a Brooks, R., Rabin, R., & de Charro, F. *The measurement and evaluation of health status using EQ- 5D: A European Perspective*, Klumer Academic Publishers
- Ladwig, K., Muhlberger, N., Walter, H., Schumacher, K., Popp, K., Holle, R., Zitzmann- Roth, E., & Schomig, A. (2000). Gender differences in emotional disability and negative health perception in cardiac patients 6 months after stent implantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 501- 508

- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of Schema Questionnaire in a large clinical sample. Ανασύρθηκε στις 05/07/2007 από την ιστοσελίδα [www.therapist-training.com.au/LeeTaylorDunn1999.pdf](http://www.therapist-training.com.au/LeeTaylorDunn1999.pdf)
- Looper, K.J. & Kirmayer, L.J. (2002). Behavioural Medicine Approaches to Somatoform Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70,3, 810- 827
- Manson, B.S. et al. (1989). Social networks and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology*, 130, 100-111
- 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, 127-139
- Marcus, D.K. & Church, S.E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis?. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 543-547
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press, pp. 225- 236
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322- 348
- Moss- Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ- R). *Psychology and Health*, 17, 1, 1- 16
- Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361- 367

- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581
- Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., & Dickens, C.M. (2004). The associations of anxiety, Depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564
- Pedersen, S.S., van Domburg, R.T., Theuns, D.A.M.J., Jordaens, L., Erdinan, R.A.M. (2004) Type-D personality: a determinant of anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic Medicine*, 66, 714-719
- Petrack, F., Hardt, J., Kappis, B., Nickert, R., & Egle, U.T. (2003). Determinants of health-related quality of life in patients with persistent somatoform disorder. *European Journal of Pain*, 7, 463-471
- Ποταμιάνος, Γ.Α. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131, 925-971
- Rief, W., & Barsky, A.J. (2005) Psychological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 996-1002
- Rief, W. (2004). Somatoform disorders- new approaches to classification, conceptualization and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 4, 387-390

- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders. Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 367- 371
- Robbins, J.M., & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, *21*, 1029- 1045
- Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., & Hanna, M. (2006) Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 155-161
- Salkovskis, P.M. & Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In a Clark, D.M. & Fairburn, C.G. (Eds.). *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*, Oxford University Press, pp. 313- 340
- Shallice, T. & Byrgess, P.W. (1996). The domain of supervisory processes and temporal organization of behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, Series B, *351*, 1405- 1412
- Schron, E.B., Pawitan, Y., Shumaker, S.A., & Hale, C. (1991). Health quality of life differences between men and women in a postinfraction study. *Circulation*, *84*, 211- 245
- Sensky, T., MacLeod, A.K., & Rigby, M.F. (1996). Causal attributions about common somatic sensation among frequent general practice attenders. *Psychological Medicine*, *26*, 641- 646
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. A review. *Health Psychology*, *11*, 139- 150
- Taylor, S. (2004) Understanding and Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*, 112-126



The American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV- TR) Text Revision*. (2000). 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC, pp. 485- 511

Van der Broek, K.C., Martens, E.J., Nyklicek, I., van der Voort, P.H., Pedersen, S.S. (2007) Increased emotional distress in type D cardiac patients without a partner. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 41-49

Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema- focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press