



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

Σχέσεις μεταξύ αίσθησης ελέγχου, αίσθησης απειλής και αντιμετώπισης της ασθένειας σε δείγμα χρόνιων ασθενών

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Λάμπρου Νικολέτα
Α.Μ.:1712**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Ε.Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ**

ΡΕΘΥΜΝΟ 2008

Περιεχόμενα

Μέρος Α'

<i>1.1 Περίληψη.....</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες- Συχνότητα εμφάνισης.....</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Περιγραφή των πιο συχνών χρόνιων ασθενειών.....</i>	<i>7</i>
<i>1.4 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας.....</i>	<i>12</i>
<i>1.5 Αντιλήψεις περί ασθένειας.....</i>	<i>17</i>
<i>1.6 Απειλή της υγείας.....</i>	<i>21</i>
<i>1.7 Διαχείριση της ασθένειας.....</i>	<i>23</i>
<i>1.8 Συναισθηματικές αντιδράσεις.....</i>	<i>27</i>
<i>1.9 Επίδραση του φύλου.....</i>	<i>31</i>
<i>1.10 Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις.....</i>	<i>34</i>

Μέρος Β'

<i>2.1 Δείγμα.....</i>	<i>36</i>
<i>2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων.....</i>	<i>38</i>
<i>2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....</i>	<i>41</i>

Μέρος Γ'

<i>3.1 Συσχετίσεις.....</i>	<i>42</i>
<i>3.2 T-test ως προς το φύλο.....</i>	<i>46</i>
<i>3.3 Παλινδρόμηση.....</i>	<i>48</i>

Μέρος Δ'

<i>4.1 Συζήτηση.....</i>	<i>49</i>
<i>4.2 Βιβλιογραφία.....</i>	<i>54</i>

1.1 Περίληψη

Οι στόχοι της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον έλεγχο που νιώθουν ότι έχουν πάνω στην ασθένεια (τόσο τον προσωπικό όσο και αυτόν που θεωρούν ότι έχουν μέσω της θεραπείας), το αίσθημα της απειλής που βιώνουν, οι τρόποι με τους οποίους διαχειρίζονται την ασθένεια και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις και πώς αυτές οι παραπάνω μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους. Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του αισθήματος απειλής και των συναισθηματικών αντιδράσεων και αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων ελέγχου και του αισθήματος απειλής. Επίσης, η συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων ελέγχου και των συναισθηματικών αντιδράσεων υποδεικνύει ότι όσο περισσότερο έλεγχο νιώθουν τα άτομα ότι διαθέτουν πάνω στην ασθένεια τους τόσο λιγότερο επηρεάζονται συναισθηματικά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά την ευρεία βιβλιογραφία πάνω σε αυτό το θέμα δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων ελέγχου και του τρόπου διαχείρισης. Επιπλέον, διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τον τρόπο που διαχειρίζονται αλλά και αντιδρούν όταν αντιμετωπίζουν μία σοβαρή ασθένεια. Αρχικά, δίνονται ορισμοί των χρόνιων ασθενειών καθώς και η συχνότητα εμφάνισής τους, αναφέρονται οι πιο διαδεδομένες χρόνιες ασθένειες και οι φάσεις που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη μίας χρόνιας ασθένειας και έπειτα παρατίθεται η διαθέσιμη βιβλιογραφία πάνω στην κάθε μεταβλητή που αποτέλεσε αντικείμενο διερεύνησης. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα μεθοδολογικά στοιχεία και τα αποτελέσματα. Τέλος, συζητώνται τα ευρήματα σε σύγκριση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και οι περιορισμοί της έρευνας.

1.2 Χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες - Συχνότητα εμφάνισης

Οι περισσότερες ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος σήμερα στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες είναι χρόνιες (Καραδήμας, 2005). Είτε αυτό το γεγονός οφείλεται στην ανακάλυψη και χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων είτε στην αλλαγή του τρόπου ζωής οι χρόνιοι ασθενείς αποτελούν ολοένα και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού κάνοντας πιο επιτακτική την ανάγκη να ληφθούν μέτρα που θα συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Οι «χρόνιες καταστάσεις» ορίζονται σαν νόσοι ή τραυματισμοί με μακρά διάρκεια και επίμονες δομικές, αισθητηριακές και επικοινωνιακές δυσκολίες. Είναι είτε σωματικές είτε νοητικές και μπορεί να εμφανίζονται στη γέννηση ή αργότερα στη ζωή. Το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι η διάρκεια. Εφόσον πληρούν κάποιες ενδεικτικές ή διαγνωστικές προϋποθέσεις, οι χρόνιες καταστάσεις αποτελούν επίμονα χαρακτηριστικά για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου. Τα φαρμακευτικά και προσωπικά θεραπευτικά προγράμματα μπορούν κάποιες φορές να τις ελέγξουν αλλά σπάνια να τις θεραπεύσουν. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά μίας χρόνιας ασθένειας που χρησιμοποιούνται σε επιδημιολογικές μελέτες είναι α) η διάρκεια- τα συμπτώματα του ατόμου πρέπει να έχουν διάρκεια για μία ελάχιστη χρονική περίοδο ή πρέπει να εμφανίζονται επανειλημμένα, β) η σοβαρότητα των λειτουργικών περιορισμών- να είναι ανίκανο να δουλέψει, να κάνει τις δουλειές του σπιτιού ή καθημερινές δραστηριότητες για συνήθως, τέσσερις ή περισσότερους μήνες και γ) η χρήση υπηρεσιών φροντίδας της υγείας- η ιατρική φροντίδα να είναι απαραίτητη για ένα συνεχές χρονικό διάστημα (Cameron & Leventhal, 2002). Μερικές ασθένειες επιμένουν για μήνες, χρόνια και ποτέ δεν θεραπεύονται. Οι ασθένειες μπορεί να ξεκινούν ξαφνικά και να έχουν σοβαρές επιπτώσεις ή να ξεκινούν σταδιακά με μικρά

σημάδια. Μπορεί να ακολουθούν περίοδοι ύφεσης κατά τις οποίες το άτομο νιώθει ότι δεν επηρεάζεται από την ασθένεια αλλά γνωρίζει ότι η ασθένεια εξακολουθεί να υπάρχει και κάποια στιγμή θα εκδηλωθεί ξανά. Μπορεί όμως και να μην υπάρχει κάποια περίοδος ύφεσης και η ασθένεια να ακολουθήσει μία μακρά πορεία για να καταλήξει σε εμφανή ανικανότητα και στον θάνατο (Goodheart, Lansing, 1997). Βασικό χαρακτηριστικό λοιπόν της χρόνιας ασθένειας είναι η ποικιλομορφία των συμπτωμάτων και της πορείας της και μπορεί ή όχι να υπάρχει φάση ανάρρωσης ανάλογα με την ασθένεια και το άτομο. Παρόλο που τα συμπτώματα της χρόνιας ασθένειας δεν βιώνονται συνεχώς από όλους, περίπου το 50% βιώνουν την χρόνια ασθένεια συνέχεια (L.Sprey, 2006). Τα σοβαρά ατυχήματα και οι ασθένειες είναι δυνατόν να αλλάξουν τη ζωή ενός ανθρώπου άμεσα και ριζικά και επηρεάζουν όχι μόνο το σώμα αλλά και τη συνείδησή του. Η αντιμετώπιση και η καταπολέμηση μίας χρόνιας κατάστασης προϋποθέτει την καταβολή εντατικής προσπάθειας, η οποία περιλαμβάνει θεραπεία, διαρκή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση (DiMatteo & Martin, 2006).

Το 1995 σχεδόν 22,5 εκατομμύρια κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών ηλικίας μεταξύ 18 και 64 ετών αντιμετώπιζαν περιορισμούς στις δραστηριότητες τους εξαιτίας κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας. Τα προβλήματα αυτά είναι οι τραυματισμοί στη ράχη, στη σπονδυλική στήλη και στα κάτω άκρα (DiMatteo & Martin, 2006). Χρόνιες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και ο διαβήτης αποτελούν τα πιο κυρίαρχα, δαπανηρά και αναμενόμενα προβλήματα υγείας. Η μακρά πορεία της ασθένειας και της ανικανότητας που προκύπτει από τη χρόνια ασθένεια όπως ο διαβήτης και η αρθρίτιδα καταλήγει σε έντονο πόνο, ταλαιπωρία και μειωμένη ποιότητα ζωής για εκατομμύρια Αμερικάνους. Περίπου τα τρία τέταρτα των ενηλίκων ηλικίας 65 ετών και άνω πάσχουν από μία ή περισσότερες

χρόνιες ασθένειες και περίπου οι μισοί αναφέρουν ότι πάσχουν από δύο ή περισσότερες (L.Sperry, 2006). Καθώς η ηλικία του ατόμου αυξάνεται, αυξάνεται και η πιθανότητα να πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια ή περισσότερες που τον εμποδίζουν να ασχοληθεί με σημαντικές δραστηριότητες όπως η εργασία του, τα οικιακά, οι σπουδές ή η ψυχαγωγία (DiMatteo & Martin, 2006). Η χρόνια ασθένεια δεν πλήττει όμως μόνο τους ηλικιωμένους. Τα παιδιά και οι νέοι που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως ο διαβήτης που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, αναμένουν να ζήσουν περισσότερο και έτσι θα έχουν την ανάγκη να χειριστούν την κατάσταση της υγείας τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Κάθε χρόνο περισσότεροι από 1,7 εκατομμύρια Αμερικάνοι χάνουν τη ζωή τους από κάποια χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες αυτές οι ασθένειες είναι υπεύθυνες για 7 από τους 10 θανάτους (Sperry, 2006). Υπολογίζεται ότι τα τρία τέταρτα των δαπανών για τη φροντίδα της υγείας διατίθενται για τη διαχείριση χρόνιων καταστάσεων (DiMatteo & Martin, 2006). Ακόμα, σύμφωνα με έρευνες, το ποσοστό εμφάνισης χρόνιων ασθενειών στις γυναίκες και στις μειονότητες είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την αύξηση των χρόνιων ασθενειών στους Αμερικάνους είναι ο επιβλαβής τρόπος διατροφής -υψηλός σε υδατάνθρακες όπως η ζάχαρη και άλλες ανθυγιεινές τροφές- οι περιβαλλοντικές συνθήκες όπως η έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους και το έντονο στρες καθώς και η πρόοδος στην ιατρική περίθαλψη. Η αύξηση λοιπόν του ηλικιωμένου πληθυσμού που οφείλεται σε αυτή την πρόοδο καθώς και η υπογεννητικότητα – τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες- επιφέρει και αύξηση των χρόνιων ασθενειών (Sperry, 2006).

Η διαρκής σωματική ανικανότητα επιβάλλει την αλλαγή των καθημερινών ασχολιών και συνηθειών. Τα συμπτώματα μπορεί να παρεμποδίζουν την ικανότητα για εργασία, την εκτέλεση των οικογενειακών ρόλων, τη διασκέδαση και την ξεκούραση σε διαφορετικούς βαθμούς. Καθώς η ασθένεια επιμένει, τα συμπτώματα μερικές φορές μπορεί να είναι συνεχή (κάτι που είναι τρομαχτικό και αποθαρρυντικό), να μειώνονται ή να βρίσκονται σε ύφεση (κάτι που είναι ελπιδοφόρο), να εκδηλώνονται ξαφνικά (κάτι που προκαλεί σύγχυση και αποπροσανατολίζει) ή να αυξάνονται σταδιακά (κάτι που είναι εξουθενωτικό και κατακλύζει τον ασθενή) (Goodheart, Lansing, 1997). Έτσι συχνά οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Επίσης εμφανίζονται θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: νέες μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στην μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων ή μορφολογικές αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας είτε εξαιτίας της θεραπείας (Καραδήμας, 2005).

Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομειακές μονάδες οξέων περιστατικών περιθάλπονται είτε για παθήσεις που ενδέχεται να εξελιχθούν σε χρόνιες είτε για ιατρικές καταστάσεις κρίσεως οι οποίες οφείλονται σε χρόνιες ασθένειες που βρίσκονται σε εξέλιξη. Παραδείγματα της πρώτης κατηγορίας είναι η καρδιακή προσβολή, ο καρκίνος και η παράλυση που προκαλείται από τυχαίο τραυματισμό και της δεύτερης οι αλληπάλληλες καρδιακές προσβολές, το διαβητικό κώμα και οι επιπλοκές που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης στην νεφρική ανεπάρκεια. Κάποιες χρόνιες ασθένειες όπως η αρθρίτιδα δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομεία (DiMatteo & Martin, 2006).

Υπάρχουν περίπου 100 χρόνιες ασθένειες οι πιο συχνές από τις οποίες είναι:

➤ *η αρθρίτιδα,*

- *το άσθμα,*
- *η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,*
- *ο καρκίνος,*
- *το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (chronic fatigue syndrome),*
- *η χρόνια γριμορίτιδα,*
- *ο σακχαρώδης διαβήτης,*
- *η επιληψία,*
- *τα καρδιαγγειακά νοσήματα,*
- *το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και*
- *ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος.*

Υπολογίζεται, με ιεραρχική σειρά, ότι το 2010 στην Ευρώπη οι πιο σημαντικές αιτίες θνησιμότητας θα είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος του πνεύμονα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η πνευμονία, ο καρκίνος του εντέρου, ο καρκίνος του στομάχου, η κύρωση του ήπατος, ο καρκίνος του στήθους και τα τροχαία ατυχήματα (European Lung Foundation). Η εξέλιξη της κάθε ασθένειας μπορεί να ελαττωθεί, ειδικά στα αρχικά στάδια, με αποτελεσματική συμβουλευτική υγείας και ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές (Sperry, 2006). Γενικά, η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια είναι πολύπλοκη καθώς επηρεάζεται από όλους τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας και τους επηρεάζει όλους καθώς το άτομο πρέπει να την αντιμετωπίζει μέρα με τη μέρα, χρόνο με το χρόνο χωρίς όμως να υπάρχει πιθανότητα ίασης (DiMatteo & Martin, 2006). Η συνειδητοποίηση όμως του ατόμου ότι η ασθένεια δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός και η κατανόησή της μπορεί να βοηθήσει το άτομο όχι μόνο να «επικοινωνήσει» με την ασθένεια και να την χειριστεί αλλά και να συμβάλει στην αυτογνωσία του (Καλαντζή- Αζίζη, 1996).

1.3 Περιγραφή των πιο συχνών χρόνιων ασθενειών

Παρακάτω θα αναφερθούν κάποιες σημαντικές χρόνιες ασθένειες από τις οποίες έπασχαν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μας, τα συμπτώματά τους, η συχνότητά της καθεμίας και η φαρμακευτική και ψυχολογική αντιμετώπισή τους ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος της πρόκλησης που αποτελούν για τα άτομα αλλά και πόσο σημαντική είναι η καλύτερη κατανόηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών.

Άσθμα: Πρόκειται για χρόνια αναπνευστική ασθένεια. Μία «κρίση άσθματος» ξεκινά με σπασμούς, βήχα, δυσκολία στην αναπνοή και σφίξιμο στο στήθος. Ο χρόνιος ερεθισμός των αεραγωγών καθιστά τα άτομα ευαίσθητα σε αλλεργιογόνα, στην φυσική εξουθένωση, στο κάπνισμα ακόμα και στην εισπνοή κρύου αέρα. Οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως το κλάμα, οι φωνές, οι ματαιωμένες προσδοκίες και το στρες μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Έχει υπολογιστεί ότι η συχνότητα του άσθματος στη Δυτική Ευρώπη έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια. Συγκεκριμένα στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται ότι 3.4 εκατομμύρια άνθρωποι, έχουν συμπτώματα άσθματος που χρειάζονται θεραπεία ενώ στη Γερμανία, ο αριθμός των ασθματικών υπολογίζεται σε 4 εκατομμύρια (European Lung Foundation). Η πορεία της ασθένειας διαφέρει στον καθένα και εξαρτάται από τα συμπτώματα, από τα ερεθίσματα που τα προκαλούν, την κατάσταση της υγείας και την ικανότητα για αυτό- διαχείριση της κατάστασης. Η ιατρική θεραπεία περιλαμβάνει ένα πρωτόκολλο διαχείρισης το οποίο αποτελείται από τα εξής μέρη: διαχείριση της ασθένειας, έλεγχος των περιβαλλοντικών παραγόντων, χρήση φαρμάκων, εκπαίδευση του ασθενή και μέθοδοι αυτό- διαχείρισης και σταθεροποίηση της πορείας της ασθένειας (Sperry, 2006).

Αρθρίτιδα: Είναι χρόνια ασθένεια των αρθρώσεων. Υπάρχουν δύο τύποι: η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η οστεοαρθρίτιδα προσβάλλει το 65% των ηλικιωμένων στις Ηνωμένες Πολιτείες ενώ η ρευματοειδή αρθρίτιδα μόνο το 5% του συνολικού πληθυσμού. Ξεκινά σταδιακά πριν την ηλικία των 40 ετών και έπειτα σχεδόν όλοι όσοι πάσχουν από αυτή βιώνουν αλλαγές στις βασικές αρθρώσεις του σώματός τους. Η ηλικία έναρξης στους άνδρες είναι μικρότερη απ' ότι στις γυναίκες. Ο πόνος αποτελεί το πρωταρχικό σύμπτωμα και αυξάνεται με την άσκηση και ανακουφίζεται με την ξεκούραση. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, η κίνηση των αρθρώσεων μειώνεται και εμφανίζεται ευερεθιστότητα και ενοχλητικοί ήχοι κατά την κίνηση των οστών. Η οστεοαρθρίτιδα χαρακτηρίζεται από την αβέβαιη πρόγνωση και πορεία και την σημαντική ψυχολογική επίδραση. Η ιατρική θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα που μειώνουν τον ερεθισμό, το πρήξιμο και τον πόνο. Η αυτό- διαχείριση φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικό κομμάτι της θεραπείας και συνήθως εμπεριέχει την εκπαίδευση του ασθενή κατά την οποία μαθαίνει πληροφορίες για την ασθένεια, την εκδήλωσή της και την προοδευτική της πορεία. Επιπλέον χρησιμοποιούνται στρατηγικές όπως η άσκηση, η χαλάρωση, η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη γνωστική διαχείριση του πόνου, η επίλυση προβλημάτων και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Sperry, 2006).

Καρκίνος: Ο καρκίνος ή η κακοήθεια αναφέρεται σε περίπου πάνω από 100 ασθένειες που χαρακτηρίζονται από υπερβολική και μη ελεγχόμενη αύξηση των μη φυσιολογικών κυττάρων. Ο καρκίνος εισβάλλει και καταστρέφει άλλους γειτονικούς ιστούς και μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος. Η συχνότητα εκδήλωσής του και η μορφή του ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την γεωγραφική περιοχή και το γένος. Το 95% του καρκίνου προκαλείται από τη διατροφή και το περιβάλλον. Οι περισσότερες μορφές του μπορούν να θεραπευτούν αν η διάγνυσή

τους γίνεται σε πρώιμο στάδιο. Για να μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσης της ασθένειας χρειάζεται να αντιμετωπιστούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επικινδυνότητας και να γίνουν διαθέσιμοι ο τακτικός έλεγχος και οι υπηρεσίες συμβουλευτικής υγείας στα πρώτα, πιο θεραπεύσιμα στάδιά της. Τα άτομα με μορφές καρκίνου που δεν θεραπεύονται, θα πρέπει να ενημερωθούν για τις διαθέσιμες θεραπείες και τις παρενέργειές τους. Τυπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την κούραση, την απώλεια κιλών, τους πυρετούς, την νυχτερινή εφίδρωση, τον βήχα, την ενδεχόμενη αλλαγή των συνηθειών του εντέρου και τον επίμονο πόνο. Ο στόχος του ελέγχου για τον καρκίνο και της πρώιμης διάγνωσης είναι να μειώσουν την θνησιμότητα από τον καρκίνο, να επιτρέψουν την χρήση λιγότερο έντονων θεραπειών και να μειώσουν το οικονομικό κόστος. Οι μέγιστες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι το χειρουργείο, η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία. Άλλες μέθοδοι περιλαμβάνουν την ενδοκρινική θεραπεία (για καρκίνους του στήθους, του ήπατος και του προστάτη). Παρόλο που δεν υπάρχει τρόπος να αποφευχθούν όλες οι μορφές καρκίνου, μειώνοντας τους ατομικούς παράγοντες επικινδυνότητας μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα εκδήλωσης πολλών μορφών αυτής της καταστροφικής ασθένειας. Συγκεκριμένα, η διακοπή του καπνίσματος, η σωστή διατροφή, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η καθημερινή άσκηση, η προστασία από τις υπεριώδεις ακτίνες και η λήψη των απαραίτητων προφυλάξεων κατά τη σεξουαλική επαφή είναι κάποια από τα μέτρα που ενδείκνυνται για την αποφυγή εκδήλωσης του καρκίνου (Sperry, 2006).

Καρδιοαγγειακές νόσοι: Είναι υπεύθυνες για τον ένα σε κάθε δυόμιση θανάτους (AHA, 2001, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005). Ομαδοποιούνται σε τρεις κυρίως τύπους: τις στεφανιαίες νόσους, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και την καρδιομυοπάθεια. Γνωστοί παράγοντες επικινδυνότητας για την

εκδήλωση των νόσων είναι οι εξής: η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η υψηλή χοληστερόλη και οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία και ο διαβήτης καθώς και η υπέρταση. Επίσης έχουν ενοχοποιηθεί το στρες, ο θυμός και τα υψηλά τριγλυκερίδια. Τα ποσοστά των καρδιακών νοσημάτων αυξάνουν με το πέρασμα της ηλικίας ειδικά μετά την ηλικία των 45 ετών και ,σύμφωνα με έρευνες, οι άνδρες και τα άτομα με χαμηλό κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο αναπτύσσουν πιο συχνά κάποια καρδιαγγειακή νόσο. Έρευνα σε άτομα 35 ετών και άνω δείχνει ότι εμφανίζεται σε ποσοστό 28% στις Νότιο- Αμερικάνικες χώρες και 44% στις Ευρωπαϊκές χώρες (Wolf-Maier et al., 2003). Το 36,7 των ανδρών και το 23,7 των γυναικών 18- 89 ετών εμφανίζουν υπέρταση στην Ελλάδα (WHO, 2002). Η αντιμετώπιση τους περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και ενδεχομένως κάποια εγχείρηση. Στόχος της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου για εκδήλωση εμφράγματος ή άλλου σοβαρού προβλήματος υγείας, η πρόληψη πιθανών επιπλοκών και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Επίσης, ο πόνος, η δυσφορία και τα άλλα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν ένα καρδιολογικό πρόβλημα μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές ποσότητες άγχους και φόβου. Πέρα λοιπόν από την πολυπλοκότητα και τις πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, οι ασθενείς θα πρέπει να προβούν σε σημαντική αναθεώρηση του τρόπου ζωής τους, κάτι που καθιστά την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων έργο δύσκολο και απαιτητικό (Καραδήμας, 2005).

Σακχαρώδης διαβήτης: Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης ή ζάχαρης στο αίμα που καταλήγουν σε αναστολή της απελευθέρωσης ή της δράσης της ινσουλίνης ή και των δύο μαζί. Τα άτομα με διαβήτη Τύπου 1 ή ινσουλινοεξαρτώμενο ή νεανικό διαβήτη μπορεί να παρουσιάσουν

συσσώρευση λιπαρών οξέων στο αίμα που μπορεί να οδηγήσει σε διαβητικό κώμα ή και στο θάνατο εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Τα άτομα με διαβήτη Τύπου 2 μπορεί να πέσουν σε διαβητικό κώμα. Και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές, όπως στεφανιαία αρτηριακή νόσος, τύφλωση, κύρωση ύπατος και περιφερειακή νευροπάθεια. Επιπλέον, ο διαβητικός ασθενής μπορεί να χάσει ή να κερδίσει πολλά κιλά. Υπολογίζεται ότι περίπου 16 εκατομμύρια Αμερικάνοι έχουν διαβήτη εκ των οποίων μόνο τα δύο τρίτα έχουν διαγνωστεί. Αυτό συνεπάγεται ότι το ένα τρίτο δεν γνωρίζει ότι πάσχει από κάποια σοβαρή χρόνια ασθένεια. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2002 σε αστικό πληθυσμό στην Ελλάδα δείχνει ότι το 7,8% των ανδρών και το 6% των γυναικών 18-89 ετών πάσχουν από διαβήτη (WHO, 2002). Το 90% των ασθενών έχουν διαβήτη Τύπου 2 που έχει συσχετιστεί με παχυσαρκία στους ενήλικους και πιο συχνά, με παχυσαρκία στους εφήβους και τα παιδιά. Η πρόωμη διάγνωση, η βελτιωμένη παροχή φροντίδας της υγείας και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βοηθούν στην πρόληψη του διαβήτη. Η ιατρική θεραπεία στον διαβήτη Τύπου 1 περιλαμβάνει ινσουλίνη, διατροφή και εκπαίδευση του ασθενή. Η ινσουλίνη αποτελεί τον βασικό τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας καθώς ελέγχει αποτελεσματικά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα. Επιπλέον, η εκπαίδευση του ασθενή σε συνδυασμό με την διατροφή και την άσκηση είναι απαραίτητες προκειμένου να διατηρήσει με επιτυχία τον έλεγχο της γλυκόζης. Η ιατρική θεραπεία στον διαβήτη Τύπου 2 ξεκινά με την εκπαίδευση του ασθενή, την σωστή διατροφή, την άσκηση και την αυτό- διαχείριση με στόχο την απώλεια κιλών των υπέρβαρων ασθενών. Δυστυχώς όμως μόνο το 10% αυτών των ασθενών μπορούν να ακολουθήσουν το πρόγραμμα διατροφής και άσκησης που τους προτείνεται. Τα προγράμματα αυτό- διαχείρισης για τον διαβήτη είναι τα πιο ανεπτυγμένα από κάθε άλλο τύπο προγράμματος για χρόνιες ασθένειες και αξιόλογη έρευνα έχει

πραγματοποιηθεί πάνω στους παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επιτυχία των προσπαθειών αυτό- διαχείρισης του διαβήτη. Για παράδειγμα, οι διατροφικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη εμφανίζονται συχνά στα διαβητικά άτομα. Η έρευνα πάνω στις προσωπικές αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την αυτό- αποτελεσματικότητα προβλέπει την επιτυχία ή την αποτυχία των προσπαθειών αυτό- διαχείρισης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι προσωπικές αναπαραστάσεις του διαβήτη από ασθενείς σχετίζονται σημαντικά με τις προσπάθειες αυτό- διαχείρισης. Συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις τους που αφορούν την σοβαρότητα της ασθένειας και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι πιο ενδεικτικές του ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα και του ελέγχου της διατροφής. Πάντως τόσο στην περίπτωση της παραδοσιακής ιατρικής θεραπείας όσο και στην περίπτωση των προσπαθειών αυτό- αποτελεσματικότητας τη μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η πρόσληψη του φαγητού και το κατά πόσο το άτομο μπορεί να φάει ότι και όποτε το επιθυμεί ή όχι, κάτι που επηρεάζει την αυτό- αποτελεσματικότητά του (Καραδήμας, 2005).

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια: Η συχνότητα της κλινικά ουσιώδους ΧΑΠ ποικίλλει στα Ευρωπαϊκά κράτη από 4 – 10% του ενήλικου πληθυσμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται ότι 1000 με 4000 άτομα στα 100000 πάσχουν από την ασθένεια. Αναφέρεται σε μία κατάσταση που παλιότερα ονομαζόταν χρόνια βρογχίτιδα (φλεγμονή και στένωση των αρτηριών) ή εμφύσημα (λέπτυνση των πνευμόνων). Προκαλεί σταδιακό περιορισμό της ροής του αέρα και δυσκολία στην αναπνοή. Ο βήχας και η παραγωγή πτυέλου είναι κοινά συμπτώματα. Αποτελεί την πιο κοινή αυξανόμενη αιτία θανάτου παγκοσμίως και προκαλείται κατά το 90% των περιπτώσεων από το κάπνισμα. Η ρύπανση του αέρα, η έκθεση στη

σκόνη, σε χημικά, στο παθητικό κάπνισμα και η εισπνοή καυσίμων αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας (European Lung Foundation).

1.4 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να διαχωριστεί σε φάσεις. Υπάρχουν διάφορα μοντέλα τα οποία ονομάζουν και περιγράφουν αυτές τις φάσεις και παρακάτω θα αναφερθούν μερικά από αυτά.

Οι Morce και Johnson (1991) δημιούργησαν το Illness- Constellation Model το οποίο περιγράφει την ασθένεια σαν μία εμπειρία που επηρεάζει το άτομο και τα σημαντικά για αυτό άτομα. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την ασθένεια που βιώνουν τα άτομα προκαλούν αλλαγές στις αλληλεπιδράσεις τους, στους ρόλους και στις σχέσεις τους και καταλήγουν στην απώλεια της κανονικότητας.

Σε αυτό το μοντέλο η εμπειρία της ασθένειας ορίζεται σαν μία διαδικασία τεσσάρων σταδίων. Το στάδιο 1, είναι το στάδιο της *αβεβαιότητας* όπου το άτομο διακρίνει τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας και προσπαθεί να τα κατανοήσει καθορίζοντας το νόημα και τη σοβαρότητά τους. Το δεύτερο στάδιο, το στάδιο της *διάσπασης*, ξεκινά όταν το άτομο συνειδητοποιεί ότι μία κατάσταση είναι αληθινή και σοβαρή και αποφασίζει να ζητήσει βοήθεια. Μία ιατρική διάγνωση ή η σοβαρή ασθένεια του ατόμου μπορεί να προκαλέσει την είσοδό του σε αυτό το στάδιο. Έτσι το άτομο γίνεται πλήρως εξαρτημένο από τους επαγγελματίες υγείας και τα μέλη της οικογένειας. Στο στάδιο 3, το στάδιο της *προσπάθειας κατάκτησης του εαυτού* το άτομο προσπαθεί να κατανοήσει την ασθένεια. Εξετάζει το παρελθόν για να βρει τα αίτια της ασθένειας και προσπαθεί να προβλέψει το μέλλον. Οι «σημαντικοί άλλοι»

αγωνίζονται και εκείνοι προσπαθώντας να στηρίξουν τον ασθενή και να τον προστατέψουν από τα καθημερινά στρεσογόνα ερεθίσματα. Το άτομο θέτει τους στόχους του προκειμένου να διατηρηθεί μία ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη του για ανάληψη ευθυνών και ανεξαρτησία και την τάση υπερπροστατευτικότητας των κοντινών του ανθρώπων. Στο τέταρτο στάδιο, το στάδιο της *επανάκτησης του εαυτού* το άτομο αποκτά την κυριότητα κατακτώντας ξανά τις προηγούμενες σχέσεις του και τον έλεγχο του εαυτού του. Αποφασίζει εάν είναι καλύτερα ή προσαρμόζεται και αποδέχεται το διαφορετικό επίπεδο της λειτουργικότητάς του (Morice, Johnson, 1991).

Κατά την Fennel (έτσι όπως περιγράφεται στον Sprengy, 2006) η πορεία της χρόνιας ασθένειας διακρίνεται σε *φάσεις* και όχι σε στάδια γιατί σε μια φάση είναι δυνατή και η πρόοδος αλλά και η παλινδρόμηση ενώ στο στάδιο υπάρχει μόνο η πρόοδος.

Στην φάση 1 λοιπόν, την *κρίση*, το άτομο αναζητά ανακούφιση μέσω της ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας, της χρήσης ουσιών ή της πνευματικής βοήθειας. Το βασικό βήμα είναι να διαχειριστεί τα ξαφνικά συμπτώματα, τον πόνο ή το τραύμα που σχετίζονται με την νέα αυτή εμπειρία της ασθένειας. Στην φάση 2, την *σταθεροποίηση*, παρουσιάζονται πολλά συμπτώματα και το άτομο εξοικειώνεται περισσότερο με την ασθένεια. Προσπαθεί να συμμετάσχει στις δραστηριότητες που πραγματοποιούσε παλαιότερα και αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η αυτοεικόνα του που είχε πριν την ασθένεια πρέπει να αλλάξει. Το βασικό βήμα σε αυτό το στάδιο είναι να αναπτύξει ένα νέο εαυτό και να αναζητήσει μία προσωπική φιλοσοφία ζωής και μία πνευματικότητα που του ταιριάζει. Κατά τη διάρκεια της τρίτης φάσης, της φάσης της *ενσωμάτωσης*, τα άτομα μπορούν να ενσωματώσουν μέρη του παλιού τους εαυτού πριν την ασθένεια στο νέο τους εαυτό. Το βασικά βήματα σε αυτή τη φάση

είναι η εύρεση εργασίας εφόσον το άτομο μπορεί να δουλέψει, η ενσωμάτωση ή η δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου φίλων και οικογένειας και η ενσωμάτωση της ασθένειας του ατόμου μέσα σε ένα φιλοσοφικό ή πνευματικό πλαίσιο.

Κατά την Fennel (2003) πολλά άτομα παγιδεύονται σε ένα φαύλο κύκλο ανάμεσα στην πρώτη και στην δεύτερη φάση όπου κάθε νέα κρίση προκαλεί καινούριο τραύμα και αποσταθεροποιεί το άτομο. Τέτοιες κρίσεις συνοδεύονται από μία περίοδο σταθεροποίησης και χωρίς τη σωστή υποστηρικτική παρέμβαση μία νέα κρίση αποσταθεροποιεί ξανά το σύστημα. (Sperry, 2006)

Κατά τους DiMatteo & Martin (2006) στο πρώτο στάδιο, το οποίο ονομάζεται *οξεία φάση*, πρωταρχικό μέλημα τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρικού προσωπικού αποτελεί η επιβίωσή του. Τα μέτρα που λαμβάνονται λοιπόν για την αντιμετώπιση του τραύματος ή της νόσου καθορίζουν την άμεση και βραχυπρόθεσμη επιβίωση του ατόμου, τη συνολική διάρκεια και την ποιότητα της ζωής του. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής συνήθως αισθάνεται πόνο, φόβο και σύγχυση, συναισθήματα που μπορεί να τον επηρεάσουν, ιδιαίτερα στις αποφάσεις που λαμβάνει για τη θεραπεία του.

Κατά τη διάρκεια της επόμενης φάσης, της φάσης της *αποκατάστασης*, το άτομο που μέχρι στιγμής αποδεχόταν παθητικά την ιατρική φροντίδα χρειάζεται να δραστηριοποιηθεί ώστε να επιτύχει το μέγιστο επίπεδο καλής υγείας και λειτουργικότητας που του επιτρέπει η κατάσταση στην οποία βρίσκεται, να δεχτεί τους περιορισμούς της ασθένειάς του και να συμφιλιωθεί με τις αλλαγές στην αυτοεικόνα του.

Όταν το άτομο αποδεχτεί τους στόχους αυτούς που τέθηκαν, εάν πρόκειται για χρόνια ασθένεια, καλείται να αποδεχτεί ότι θα ζει με τους περιορισμούς αυτούς που του επιβάλλει και να προχωρήσει στις αναγκαίες ρυθμίσεις σε επίπεδο

συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις που η ασθένεια εξελίσσεται και περνά στο *τελικό στάδιο* όπου η θεραπεία δεν είναι δυνατή το άτομο πρέπει να συμφιλιωθεί με την καταληκτική νόσο και με την προοπτική του θανάτου. Οι αντιλήψεις του ατόμου για την ασθένεια και οι συναισθηματικές του αντιδράσεις εξαρτώνται από τα «πυρηνικά ή τα κεντρικά πρότυπα της ζωής του» τα οποία έχει διαμορφώσει βάσει των προηγούμενων εμπειριών του, των τωρινών στόχων του και των προσωπικών αξιών του (DiMatteo & Martin, 2006).

Κατά το «μοντέλο κοινής λογικής» το οποίο είναι το πιο διαδεδομένο μοντέλο στις μέρες μας γύρω από τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με τις απειλές κατά της υγείας και θα αναλυθεί στη συνέχεια, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις *αναπαραστάσεις* που δημιουργεί το άτομο, τη γνωστική και τη συναισθηματική, οι οποίες επιδρούν πάνω στις *στρατηγικές διαχείρισης* της ασθένειας και στα *αποτελέσματα* της ασθένειας. Στη συγκεκριμένη έρευνα λοιπόν εξετάστηκαν οι αναπαραστάσεις της ελεγχιμότητας, του αισθήματος απειλής και οι επιδράσεις μεταξύ τους και πάνω στον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων.

1.5 Αντιλήψεις περί ασθένειας

Η μελέτη των αντιλήψεων των ατόμων ξεκίνησε γύρω στα 1960 από έρευνες πάνω στην επίδραση της επικοινωνίας. Το 1970 ο Leventhal ανέπτυξε τη θεωρία της αυτό- ρύθμισης (απόδοση του όρου self- regulation model) για να περιγράψει την διαδικασία κατά την οποία τα άτομα ανταποκρίνονται σε μία αντιληπτή απειλή για την υγεία. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, περιστασιακά ερεθίσματα (όπως τα συμπτώματα) παράγουν τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας ή της απειλής για την υγεία. Το άτομο πρώτα δημιουργεί την αναπαράσταση της ασθένειας ή της απειλής, έπειτα υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς για να τη χειριστεί και τέλος, εκτιμά την αποτελεσματικότητα αυτών των συμπεριφορών. Μέσω ανατροφοδότησης, τα αποτελέσματα της διαδικασίας εκτίμησης φθάνουν πίσω στην δημιουργία της αναπαράστασης της ασθένειας/απειλής και στην υιοθέτηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (Cameron & Leventhal, 2002).

Έπειτα, βασισμένοι στη θεωρία της αυτό- ρύθμισης, ο Leventhal και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν το μοντέλο της κοινής λογικής (Common Sense Model). Κατά αυτό το μοντέλο, τα άτομα δημιουργούν νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους βασισμένες στις συγκεκριμένες και αφηρημένες πηγές πληροφόρησης που είναι διαθέσιμες σε αυτά προκειμένου να κατανοήσουν και να διαχειριστούν το πρόβλημα. Η ερμηνεία των πληροφοριών αυτών θα καθορίσει τη συμπεριφορά που θα ακολουθήσει το άτομο. Όλες οι πληροφορίες που συγκεντρώνει το άτομο διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση και τη συναισθηματική αναπαράσταση. Η γνωστική αναπαράσταση αποτελείται από πέντε διαστάσεις: τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα, τη χρονική πορεία και την ελεγχιμότητα (Καραδήμας, 2005).

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί που δείχνουν πόσο σχετίζονται οι αντιλήψεις των ατόμων με τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους. Κατά μία πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών (French, Cooper και Weinman, 2006) ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και θεωρούν ότι οι ασθένειά τους είναι ελεγχόμενη, συμπτωματική, με σοβαρές επιπτώσεις και κατανοούν την κατάστασή τους είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν στην διαδικασία της αποκατάστασης. Οι προσωπικές αναπαραστάσεις ασθενών με διαβήτη Τύπου 1 επίσης επηρεάζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η άρνηση, η νοητική και συμπεριφοριστική αποδέσμευση είναι πιο συχνές στους ασθενείς με πιο αρνητική θεώρηση του διαβήτη ενώ τα άτομα με θετική θεώρηση του διαβήτη χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα (Lawson, Lynne, Bundy, Harvey, 2007).

Αν και όπως αναφέρθηκε σύμφωνα με τους French, Cooper και Weinman (2006) η ασθένεια που θεωρείται ελεγχόμενη, συμπτωματική και με σοβαρές

επιπτώσεις προβλέπει τη δραστήρια συμμετοχή των ατόμων στη διαδικασία της αποκατάστασης έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω σε άλλες ασθένειες όπως στην ρευματοειδή αρθρίτιδα δείχνουν ότι τα άτομα που θεωρούν ότι η ασθένειά τους είναι δυνατό να θεραπευτεί ή θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους αναφέρουν σημαντική αύξηση στην κατάθλιψη με το πέρασμα του χρόνου (Schiaffino, Shawaryn, Blum, 1998). Επίσης όταν ζητήθηκε από συμμετέχοντες να φανταστούν ότι πάσχουν από AIDS ή από υπέρταση βρέθηκαν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα όταν θεωρούσαν ότι η αιτία της ασθένειας είναι ελεγχόμενη (Senior, Weinman, Marteau, 2002). Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι όταν τα μελλοντικά αποτελέσματα της ασθένειας θεωρούνται ελεγχόμενα διευκολύνεται η ψυχολογική προσαρμογή ενώ η πεποίθηση ότι η έναρξη της ασθένειας ήταν ελεγχόμενη η προσαρμογή των ατόμων δυσχεραίνεται.

Οι Llewellyn, McGurk και Weinman (2007) εξέτασαν τη χρησιμότητα του μοντέλου της κοινής λογικής στην πρόβλεψη μακροχρόνιων αποτελεσμάτων πάνω στην ασθένεια που βασίζονται στις κρίσεις ατόμων με καρκίνο του εγκεφάλου και του λαιμού. Οι πεποιθήσεις που έχουν οι ασθενείς πριν τη θεραπεία σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και την ταυτότητα της ασθένειας, συσχετίστηκαν με μη βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης μετά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις ενώ οι πεποιθήσεις που έχουν οι ασθενείς πριν την θεραπεία σχετικά με την επιθυμητή πορεία της ασθένειας και τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις συσχετίστηκαν με τη χρήση πιο βοηθητικών στρατηγικών. Επομένως φάνηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων των ατόμων και του τρόπου διαχείρισης της ασθένειας στο χρόνο.

Οι αντιλήψεις των ασθενών καθορίζουν και την χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με την Frostholm και τους

συνεργάτες της (2005), ασθενείς που έκαναν χρήση αυτών των υπηρεσιών και συσχέτιζαν περισσότερα συμπτώματα με την ασθένειά τους και πίστευαν ότι η ασθένειά τους θα έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και πιο σοβαρές επιπτώσεις αναζητούσαν ιατρική φροντίδα πιο συχνά τόσο 3 χρόνια πριν την έρευνα όσο και 2 χρόνια μετά.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια της πορείας μιας βαριάς ασθένειας ή ενός σοβαρού τραυματισμού οι αντιλήψεις ενός ασθενή μπορούν να επηρεαστούν σημαντικά από τις αντιλήψεις του συντρόφου του. Έχει βρεθεί ότι οι δυάδες διαβητικών τύπου 2 και των συντρόφων τους συνήθως έχουν τις ίδιες αναπαραστάσεις της ασθένειας και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου πάνω στην κατάσταση και ότι οι αναπαραστάσεις των συντρόφων μεσολαβούν ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών και τις μελλοντικές συμπεριφορές αυτό- διαχείρισης (Searle, Norman, Thomson, Vedhara, 2007). Παρόμοιες αντιλήψεις για την ασθένεια αναφέρουν και ζευγάρια ασθενών με καρδιακά προβλήματα και των συντρόφων τους. Μάλιστα οι αντιλήψεις τους σχετίζονται με την υποστήριξη που λαμβάνουν και προσφέρουν αντίστοιχα (Benyamini, Medalion, Garfinkel, 2006). Γυναίκες ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια εφόσον υπάρχει σύγκλιση των αντιλήψεων τους και των συντρόφων τους πάνω στον προσωπικό έλεγχο, στην συνοχή της ασθένειας και τις επιπτώσεις της (Sterba, R.F. DeVellis, Lewis, B.M. DeVellis, Jordan & Baucom, 2008). Γενικά, η συναισθηματική υποστήριξη των συντρόφων εκλαμβάνεται από τους ασθενείς σαν μεγαλύτερη συναισθηματική υπευθυνότητα γεγονός που συμβάλλει στην ευημερία τους (Fakete, Stephens, Michelson, Druley, 2007).

1.6 Απειλή της υγείας

Η ζωή με κάποια σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό μπορεί να είναι απρόβλεπτη, να μην έχει καμία λογική και να είναι γεμάτη απειλές για την αυτοεικόνα και οδυνηρές απώλειες.

Η εξάντληση και η υποχρεωτική εξάρτηση που προκαλούν η ασθένεια και η αναπηρία συχνά απειλούν την υποκειμενική αίσθηση δύναμης και ικανότητας του ατόμου. Η αίσθηση ελκυστικότητας βλάπτεται και αυτή ανεπανόρθωτα σε περίπτωση κάποιας σημαντικής εξωτερικής αλλαγής λόγω της ασθένειας ή των παρενεργειών της θεραπείας (DiMatteo & Martin, 2006). Καθώς στις γυναίκες το σώμα βιώνεται σαν βασικό στοιχείο της ταυτότητας και της αυτοαντίληψης οποιαδήποτε ασθένεια, νοσηρή κατάσταση ή ανεπάρκεια μπορεί να της οδηγήσει σε έντονο πόνο και «μαρτύριο». Το «μαρτύριο» αυτό σε γυναίκες κατά τη διάρκεια ασθενειών που επηρεάζουν άμεσα την εξωτερική τους εμφάνιση όπως ο καρκίνος του μαστού, η στειρότητα και οι διατροφικές διαταραχές εκδηλώνεται σαν απώλεια, απομόνωση, μοναξιά, θυμός και αίσθημα κενού. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού η απώλεια του στήθους λόγω της μαστεκτομής αποτελεί πολύ βαρύ πλήγμα καθώς το στήθος για τη γυναίκα συμβολίζει την μητρότητα, την γαλούχηση, τη θηλυκότητα και την σεξουαλικότητα (Fernandes, Papaioikonomou, Nieuwoudt, 2006).

Οι σωματικές αλλαγές και οι παραμορφώσεις συνήθως προκαλούν τρόμο και σύγχυση στον ασθενή ο οποίος δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του, ιδιαίτερα όταν αυτές εξελίσσονται προς το χειρότερο. Τις μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής εμφανίζουν οι άνθρωποι των οποίων το πρόσωπο έχει υποστεί κάποια παραμόρφωση καθώς φοβούνται ότι οι σχέσεις τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα θα αλλάξουν ριζικά λόγω της νέας εξωτερικής

εμφάνισής τους. Οι συζυγικές και οι οικογενειακές σχέσεις όντως ενδέχεται να τεθούν σε δοκιμασία όταν η νοσηλεία του ασθενή και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς τα αγαπημένα πρόσωπα αναγκάζονται να εκπληρώσουν και να εκτελέσουν πολλά από τα καθήκοντα που είχε αναλάβει παλιότερα ο ασθενής (DiMatteo & Martin, 2006).

Σε αρκετές περιπτώσεις όμως, η προσπάθεια του συντρόφου να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα και να πραγματοποιήσει τις αλλαγές που είναι απαραίτητες για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας μέσα από τη συζήτηση, εκλαμβάνεται σαν άσκηση κριτικής και λειτουργεί σαν τακτική ενθύμηση της απώλειας. Ακόμα και στις περιπτώσεις που το ενδιαφέρον που εκδηλώνεται μέσα από τη συζήτηση γίνεται αντιληπτό με θετικό τρόπο αφήνει υπονοούμενα σχετικά με την δύναμη, την γνώση και την αξία των συντρόφων (Goldsmith, Lindholm, Bute, 2006). Ο ασθενής μπορεί να νιώσει ότι χάνει την ανεξαρτησία του και αυτή η αίσθηση του αβοήθητου και η υποχρεωτική εξάρτηση να τον γεμίσουν αρνητικά συναισθήματα. Παρόλα αυτά η συμμετοχή κάποιου οικογενειακού μέλους στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επιφέρει, όσον αφορά τους ασθενείς, θετικές επιδράσεις πάνω στην κατάθλιψη και στην θνησιμότητα και όσον αφορά τα μέλη της οικογένειας μειώνει τα επίπεδα της κατάθλιψης, του άγχους και του αισθήματος της επιβάρυνσης που γίνεται αισθητό λόγω της συνεχούς παροχής φροντίδας (Martire, Lustig, Schulz, Miller, Helgeson, 2004).

Η εργασία προσφέρει μία εικόνα της παραγωγικής πλευράς του ατόμου και αποτελεί ένα μέσο για την υλοποίηση των ιδεών του. Κατά τη διάρκεια μίας χρόνιας ασθένειας με σοβαρές επιπτώσεις η ακαδημαϊκή ζωή ή η επαγγελματική σταδιοδρομία τίθενται σε κατάσταση αναμονής. Έτσι όταν το άτομο ασθενεί δυσκολεύεται να βρει νέους τρόπους αυτοπροσδιορισμού δεδομένου ότι απαιτείται

κάποιος χρόνος προκειμένου μάθει νέους τρόπους ή να γίνει ξανά παραγωγικό. Η αποχή από την εργασία όμως μπορεί να επιφέρει και οικονομική επιβάρυνση καθώς το κόστος μίας βαριάς ασθένειας συνήθως είναι αρκετά μεγάλο (DiMatteo & Martin, 2006). Άτομα με διαβήτη που αναφέρουν ότι η ασθένεια τους εμποδίζει να ασχοληθούν με επιθυμητές δραστηριότητες, με τις υποχρεώσεις τους και με τις σχέσεις τους και αποτελεί οικονομικό βάρος για αυτά κινδυνεύουν από κατάθλιψη. Πάντως η υψηλή κοινωνική στήριξη συσχετίζεται με χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης απειλής, πιθανόν δηλαδή να βοηθά τα άτομα να αντιλαμβάνονται τις στρεσογόνες καταστάσεις ως λιγότερο απειλητικές. Αξιοσημείωτο όμως είναι το γεγονός ότι οι έγγαμοι ασθενείς δεν αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής στήριξης σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς (Connell, Davis, Gallant, Sharpe, 1994).

Τέλος, μία ακόμα δυσκολία που συναντά το άτομο με μία σοβαρή ασθένεια είναι η αδυναμία του να κάνει όνειρα και σχέδια για το μέλλον θέτοντας στόχους γιατί υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αποδειχθούν ανέφικτα και οι επιθυμίες να μείνουν ανικανοποίητες (DiMatteo & Martin, 2006).

1.7 Διαχείριση της ασθένειας

Η διαχείριση της ασθένειας αποτελεί μία έννοια στην οποία έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να διαπιστωθεί πως οι ασθενείς χειρίζονται την ασθένειά τους και ποιες πιθανές μεταβλητές επηρεάζουν τον χειρισμό αυτό. Προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή αυτή η έννοια θα δώσουμε κάποιους ορισμούς και θα αναφέρουμε διάφορες θεωρίες. Οι στρατηγικές

διαχείρισης (coping strategies) που συναντώνται πιο συχνά στη βιβλιογραφία ορίζονται ως συνειδητά επιλεγμένες, σκόπιμες μορφές συμπεριφοράς και αντιλήψεις που ανταποκρίνονται σε απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Υπάρχουν τρεις θεωρητικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση: οι *ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις*, οι *τύποι διαχείρισης* και οι *διαδικασίες διαχείρισης*. Οι *ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις* επικεντρώνονται στη χρήση αμυντικών μηχανισμών οι οποίοι αποτελούν ασυνείδητους τρόπους καταπολέμησης του άγχους. Είναι μη συνειδητοί, ιδιοσυγκρασιακοί και σχετίζονται με την παθολογία σε αντίθεση με τις στρατηγικές διαχείρισης και ενώ έδωσαν το αρχικό ερέθισμα για τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι ενήλικες ανταποκρίνονται στο στρες εγκαταλείφθηκαν καθώς το περιεχόμενο των εννομήσεων και των γνωστικών χαρακτηριστικών δεν ήταν δυνατό να τεθεί υπό παρατήρηση. Τα *στυλ διαχείρισης* διαφέρουν στην έμφαση που δίνουν στο πώς οι άνθρωποι χειρίζονται τις πληροφορίες και τα συναισθήματά τους και θεωρούνται σταθερά στο χρόνο και στην περίσταση. Παίρνουν τη μορφή απώθησης, άμβλυνσης, ευαισθητοποίησης, ρύθμισης και προσέγγισης- αποφυγής (Aldwin, Yancura, 2004). Γενικά, η προσέγγιση ή η καταπολέμηση ενός προβλήματος θεωρείται καλύτερη από την αποφυγή. Η αποφυγή μειώνει την πιθανότητα να λυθεί το πρόβλημα και αποτελεί την αιτία της ανάπτυξης νέων προβλημάτων (A.M.Nezu, C.M.Nezu, Friedman, Faddis, Houts, 1999).

Σύμφωνα με την προσέγγιση που επικεντρώνεται στις *διαδικασίες διαχείρισης* αυτές εξαρτώνται τόσο από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος όσο και από προσωπικούς παράγοντες όπως οι αξίες και οι πεποιθήσεις. Οι στρατηγικές διαχείρισης λοιπόν είναι ευπροσάρμοστες και διαφέρουν στο χρόνο είτε σε ανταπόκριση σε διαφορετικές αντιλήψεις είτε σαν λειτουργία της εξελικτικής διαδικασίας (Aldwin, Yancura, 2004). Μία διαδικασία διαχείρισης μπορεί να

αποδειχθεί καλή ή κακή ανάλογα με το συγκεκριμένο άτομο, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή της μέτρησης, τη χρονική διάρκεια του προβλήματος, και την επίδρασή της πάνω σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα (π.χ. στην κοινωνική λειτουργικότητα ή στην σωματική υγεία) (Lazarus, 1995). Οι πέντε τύποι των στρατηγικών διαχείρισης είναι η διαχείριση που εστιάζεται στο πρόβλημα (problem-focused coping), η διαχείριση που εστιάζεται στο συναίσθημα (emotion-focused coping), η κοινωνική στήριξη, η θρησκευτική διαχείριση και η προσπάθεια απόδοσης νοήματος (meaning making). Η διαχείριση που επικεντρώνεται στο πρόβλημα ενσωματώνει συμπεριφορές και αντιλήψεις που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος όπως η αναζήτηση πληροφοριών, η άμεση δράση ή η διαίρεση του προβλήματος σε μικρότερα μέρη. Η διαχείριση που επικεντρώνεται στο συναίσθημα περιλαμβάνει ένα εύρος στρατηγικών που στοχεύουν στον έλεγχο της συναισθηματικής ανταπόκρισης του ατόμου σε ένα πρόβλημα. Παραδείγματα είναι η αποφυγή, η απόσυρση, η έκφραση συναισθήματος και η χρήση ουσιών (όπως αλκοόλ ή φαγητό). Η κοινωνική στήριξη συνίσταται στην αναζήτηση συμβουλών ή συναισθηματικής και συγκεκριμένης βοήθειας από άλλους. Η θρησκευτική διαχείριση μπορεί να περιλαμβάνει στοιχεία κοινωνικής στήριξης ή διαχείρισης που επικεντρώνεται στο πρόβλημα ή στο συναίσθημα και γενικά σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα πάνω στην ασθένεια. Η απόδοση νοήματος αναφέρεται σαν γνωστική επανεκτίμηση και περιλαμβάνει την προσπάθεια θέασης θετικών και σημαντικών πλευρών της κατάστασης (Aldwin, Yancura, 2004).

Οι περισσότερες έρευνες σήμερα βασίζονται στο «μοντέλο της κοινής λογικής» το οποίο προσδιορίζει τους παράγοντες στην επεξεργασία των πληροφοριών από ένα ασθενή όσον αφορά την ασθένεια του, πώς αυτή η πληροφόρηση ενσωματώνεται για να προσφέρει μία θεώρηση της ασθένειας και πώς αυτή

καθοδηγεί την διαχείριση και τα αποτελέσματα. Σύμφωνα με μεταανάλυση που έχει πραγματοποιηθεί πάνω σε έρευνες των στρατηγικών διαχείρισης ατόμων με καρκίνο, τα άτομα που βλέπουν την ασθένειά τους σαν απειλή είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης εστιασμένες στο πρόβλημα, αυτοί που τη βλέπουν σαν βλάβη ή απώλεια είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές αποφυγής και τέλος, αυτοί που βλέπουν την ασθένειά τους σαν πρόκληση χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης προσέγγισης (Franks, Roesch, 2006). Σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη η χρήση στρατηγικών διαχείρισης εστιασμένων τόσο στο πρόβλημα όσο και στο συναίσθημα συσχετίζεται με υψηλή συναισθηματική θλίψη πριν από τη θεραπεία και με μειωμένη φυσική, κοινωνική και υποκειμενική γνωστική λειτουργία μετά τη θεραπεία (Green, Pakenham, Headley and Gardiner, 2002). Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα μόνο οι στρατηγικές διαχείρισης «αποφυγή» και «παραίτηση» σχετίζονται με την ταυτότητα που αποδίδουν τα άτομα στην ασθένειά τους όσον αφορά τις αναπαραστάσεις της ασθένειας και με την ανικανότητα και την ψυχιατρική τους νοσηρότητα όσον αφορά τα αποτελέσματα πάνω στην ασθένεια. Άλλες στρατηγικές διαχείρισης δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται με τις αναπαραστάσεις και τα αποτελέσματα πάνω στην ασθένεια τουλάχιστον όσον αφορά τη συγκεκριμένη νόσο (Carlisle1, John, Fife- Schaw and Lloyd, 2005).

Αρκετές έρευνες μελετούν τη σχέση των στρατηγικών διαχείρισης με την *ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Στον καρκίνο του στήθους έχει παρατηρηθεί ότι οι σταθερές και οι μεταβλητές στρατηγικές διαχείρισης διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας. Στα στάδια της νοσηλείας, της χημειοθεραπείας και της επανένταξης χρησιμοποιούνται γενικά στρατηγικές όπως η κοινωνική στήριξη και ο αυτό- έλεγχος σε αντίθεση με το στάδιο της ανάρρωσης που χρησιμοποιούνται διαφορετικές στρατηγικές ανάλογα με το άτομο. Η αναζήτηση και η αντίληψη

κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης και η αποδοχή της ασθένειας μαζί με τον αυτό- έλεγχο σχετίζεται θετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ενώ η παραίτηση, η μοιρολατρία, η ρίψη ευθύνης στον εαυτό ή το περιβάλλον σχετίζεται με κακή ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Heim, Valach, Schaffner, 1997).

Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση των καρδιακών νοσημάτων έχουν βρεθεί η συσχέτισή τους τόσο με γενικά *στυλ* αντιμετώπισης όσο και με συγκεκριμένες *στρατηγικές* διαχείρισης. Τα γενικά *στυλ* που έχουν μελετηθεί είναι η απώθηση σε σύγκριση με την ευαισθητοποίηση, η διαχείριση που εστιάζεται στο πρόβλημα σε σύγκριση με αυτή που εστιάζεται στο συναίσθημα, η προσαρμοστικότητα σε σύγκριση με την δυσκολία προσαρμογής, η ενεργή σε σύγκριση με την παθητική διαχείριση, η αισιόδοξη προδιάθεση, το σθένος και η αίσθηση συνοχής. Οι συγκεκριμένες στρατηγικές διαχείρισης περιλαμβάνουν την διαχείριση που εστιάζεται στο πρόβλημα, την αναζήτηση πληροφοριών, την αντιπαράθεση, την θετική επανεκτίμηση, την άρνηση, την αποφυγή, την διάσπαση της προσοχής και την χρήση παραδοσιακών μηχανισμών άμυνας. Μόνο όμως η απώθηση, η διαχείριση που εστιάζεται στο πρόβλημα, η αισιόδοξη προδιάθεση, το σθένος και η αίσθηση συνοχής από τα *στυλ* διαχείρισης έχουν συσχετιστεί με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην καρδιακή νόσο (Linveh, 1999).

1.8 Συναισθηματικές αντιδράσεις

Σε γενικές γραμμές, τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με καλό επίπεδο υγείας και μακρύτερη και πιο ικανοποιητική ζωή. Αντίστροφα, τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούν βλάβες στην υγεία και θέτουν σε κίνδυνο τα άτομα

έχοντας άσχημα αποτελέσματα πάνω στην υγεία τους τα οποία κυμαίνονται από κατάθλιψη μέχρι καρδιακή νόσο. Παρόλο που ορισμένα άτομα τείνουν να υπερεκτιμούν την πιθανότητα να επιβιώσουν από κάποια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος ή το έμφραγμα οι θετικές αυτές αυταπάτες συνήθως επιμηκώνουν τη ζωή τους και τα βοηθούν στην ανεύρεση θετικού νοήματος παρά την ασθένειά τους. Μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις τα πολύ υψηλά ποσοστά αισιοδοξίας έχουν συνδεθεί με μειωμένη πιθανότητα συμμετοχής σε συμπεριφορές που στοχεύουν στην προστασία της υγείας (Campos, Keltner, Tapias, 2004).

Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών το αίσθημα αισιοδοξίας επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη υγεία των ασθενών είτε άμεσα (Carver, Pozo, Harris, V.Norriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Klark, 1993) είτε μέσω των στρατηγικών διαχείρισης που επιλέγει να χρησιμοποιήσει το άτομο (Scheier, Magovern, Abbott, Matthews, Owens, Lefebvre, Carver, 1989). Γυναίκες που βρίσκονται στο πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού και είναι αισιόδοξες είναι πιο πιθανό να αποδεχθούν την κατάσταση που αντιμετωπίζουν και δεν είναι τόσο πιθανό, σε σύγκριση με γυναίκες λιγότερο αισιόδοξες, να παραμερίσουν το πρόβλημα και να αρνηθούν να το διαχειριστούν. Τα αισιόδοξα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να «τα παρατήσουν» κάτι που αποτελεί μία ανήμπορη αντίδραση σε μία κατάσταση που είναι δύσκολο να διαχειριστεί (Carver, Pozo, Harris, Norriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat, Jr. & Clark, 1993). Έρευνα πάνω σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση καρδιάς δείχνει ότι η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με τη χρήση στρατηγικών διαχείρισης του προβλήματος και αρνητικά με τη χρήση του μηχανισμού της άρνησης. Επιπλέον, έχει μία σταθερή επίδραση στην φυσική ευεξία του ασθενή, στον ρυθμό ανάρρωσής του, στην επιστροφή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ποιότητα της ζωής του μετά την επέμβαση. Οι αισιόδοξοι ασθενείς είναι λιγότερο εχθρικοί και

λιγότερο καταπιεσμένοι απ' ότι οι απαισιόδοξοι και βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με τη φροντίδα που λαμβάνουν από το ιατρικό προσωπικό και την συναισθηματική υποστήριξη από το περιβάλλον τους (Scheier, Magovern, Abbott, Matthews, Owens, Lefebvre, Carver, 1989).

Αντίστοιχα, η αρνητική συναισθηματική προδιάθεση (π.χ. ο θυμός, η λύπη και η ντροπή) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία. Κυρίως, η μακρά διάρκεια των αρνητικών συναισθημάτων όπως η καταθλιπτική διάθεση και το χρόνιο άγχος, συνδέεται με αρνητικά αποτελέσματα πάνω στην υγεία ενώ αρνητικά συναισθήματα σε μικρό βαθμό, όπως το άγχος και η ενοχή συμβάλλουν θετικά στη συμμετοχή στην αναζήτηση βοήθειας και στις συμπεριφορές πρόληψης (Campos, Keltner, Tapias, 2004).

Υπάρχουν τρεις βασικές θεωρίες οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν τη σχέση του αρνητικού συναισθήματος (negative affectivity) και των παραπόνων των ατόμων σχετικά με την υγεία τους: η *ψυχοσωματική υπόθεση*, η *υπόθεση της ανικανότητας* και η *υπόθεση αντίληψης των συμπτωμάτων*. Κατά την *ψυχοσωματική υπόθεση* το υψηλό αρνητικό συναίσθημα που αποτελεί στοιχείο της προσωπικότητας του ατόμου προκαλεί υψηλά προβλήματα υγείας. Όμως μετά από επισκόπηση αρκετών ερευνών βρέθηκε ότι η ψυχοσωματική προσέγγιση δεν εξηγεί επαρκώς τη σύνδεση των παραπόνων σχετικά με την υγεία και του αρνητικού συναισθήματος καθώς το αρνητικό συναίσθημα δεν σχετίστηκε με αρκετούς δείκτες υγείας όπως η φυσική κατάσταση και ο τρόπος ζωής, η συχνότητα της ασθένειας, οι επισκέψεις στο γιατρό, η αντικειμενική ένδειξη ρίσκου, η δυσλειτουργία ή η παθολογία και η θνησιμότητα. Κατά την *υπόθεση της ανικανότητας*, τα προβλήματα υγείας είναι αυτά που προκαλούν εξάντληση και δυσφορία. Παρόλο που παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος και των αναφερόμενων σωματικών

προβλημάτων στα άτομα με χρόνιες ασθένειες, δεν βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά αρνητικού συναισθήματος σε σύγκριση με άτομα με μικρότερα προβλήματα υγείας ενώ δεν παρατηρήθηκαν παρόμοιες επιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος σε άτομα με την ίδια ασθένεια. Σύμφωνα με την *υπόθεση της αντίληψης των συμπτωμάτων* τα άτομα με υψηλό αρνητικό συναίσθημα είναι πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται, να υπερβάλλουν και να παραπονιούνται για μικρότερα φυσικά προβλήματα και αισθήσεις. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα στον πόνο, να βρίσκονται συνεχώς σε εγρήγορση ή να συγκεντρώνουν την προσοχή τους σε εσωτερικά ερεθίσματα και να αναφέρουν μεγαλύτερη σωματική δυσφορία (ιδιαίτερα σε καταστάσεις που τους προκαλούν ανία) (Watson & Pennebaker, 1989).

Η τάση να επικεντρώνονται στα αρνητικά γεγονότα κατευθύνοντας επίμονα τις σκέψεις τους γύρω από αυτά και τις πιθανές αρνητικές τους επιπτώσεις αυξάνει την πιθανότητα τα άτομα αυτά να υποφέρουν από κατάθλιψη (Campos, Keltner, Tapias, 2004). Η διαρκής ψυχοσωματική αφύπνιση και εγρήγορση που προκαλείται ή αυξάνεται από το αρνητικό συναίσθημα μπορεί να προκαλέσει υπερευαισθησία στον πόνο και η ανησυχία των ατόμων μήπως βιώσουν πόνο και η αποφυγή των δραστηριοτήτων που προκαλούν πόνο μπορεί να αυξήσει το αρνητικό συναίσθημα, την εγρήγορση και την λειτουργική ανικανότητα (Janssen, 2002).

Εάν η διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του άγχους παραταθεί για αρκετό διάστημα μετά την ασθένεια τουλάχιστον σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα μπορεί να επιδεινώσει την φυσική κατάσταση του ασθενούς και να προκαλέσει την εμφάνιση επικίνδυνων καρδιακών συμπτωμάτων (Carney, Rich, Freeland, Saini, TeVelde, Simeone & Clark, 1988, Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995).

Έρευνα σε δείγμα καρκινοπαθών που προσέρχονται σε ογκολογική κλινική δείχνει ότι μόνο το 14% των ασθενών εμφανίζουν κατάθλιψη, ένα ποσοστό που φαίνεται αρκετά χαμηλό. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία το ποσοστό της κατάθλιψης στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο δεν είναι ξεκάθαρο και κυμαίνεται από 1,5 μέχρι 50%, διακύμανση που μπορεί να οφείλεται στα ποικίλα εργαλεία μέτρησης και τον διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας της νόσου στα άτομα του δείγματος (Berard, Boermeester, Viljoen, 1998).

Κατά τους Bisschop, Kriegsman, Beekman και Deeg (2004) ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η ταυτότητα της ασθένειας, η κοινωνική στήριξη, τα μέσα διαχείρισης, η σωματική λειτουργία και δημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με την κατάθλιψη στους χρόνιους ασθενείς, η επίδραση των οποίων πάνω στην κατάθλιψη ποικίλλει ανάλογα με την ασθένεια.

1.9 Επίδραση του φύλου

Σημαντική διαφορά εμφανίζεται ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες όσον αφορά τη νοσηρότητα. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο σε σύγκριση με τους άνδρες όμως εμφανίζουν υψηλότερη νοσηρότητα. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα ότι αυτές που εργάζονται νοσούν σωματικά λιγότερο συχνά σε σύγκριση με αυτές που είναι μόνο νοικοκυρές αν και εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους τόσο σε σύγκριση με τις νοικοκυρές όσο και με τους άνδρες (Haavio- Mannila, 1986). Η διαφορά που παρατηρείται ανάμεσα στα δύο φύλα ερμηνεύονται με βάση α) τη βιολογική υπόθεση κατά την οποία οι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την διαφορά, β) τους κοινωνικούς ρόλους, γ) τις διαφορές στην ανατροφή και την κοινωνικοποίηση

αποτέλεσμα των οποίων είναι οι γυναίκες να παρατηρούν, να αναφέρουν και να αξιολογούν διαφορετικά τα διάφορα συμπτώματα και δ) την προκατάληψη των ειδικών οι οποίοι διαγιγνώσκουν πιο εύκολα μία ασθένεια σε μία γυναίκα (Καραδήμας, 2005).

Κατά τους Gijbbers van Wijk, Huismanb, Kolk (1999) οι γυναίκες αναφέρουν ότι βιώνουν περισσότερα συμπτώματα, αξιολογούν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά σε σύγκριση με τους άνδρες και εμφανίζονται συχνότερα. Η αρνητική ή η θετική διάθεση είναι αυτή που ευθύνεται για τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στην αναφορά των συμπτωμάτων η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τη συμπεριφορά απέναντι στην ασθένεια ενώ η συσχέτιση ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα και στην συμπεριφορά απέναντι στην ασθένεια φαίνεται ότι είναι πιο ισχυρή στις γυναίκες.

Μεταανάλυση που έχει πραγματοποιηθεί σε άνδρες και γυναίκες που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει βρει ότι οι γυναίκες τείνουν να ελαχιστοποιούν την επίδραση της ασθένειας, αργούν στην αναζήτηση της θεραπείας και δεν θέλουν να ενοχλούν τους άλλους με τα προβλήματα της υγείας τους. Βιώνουν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη, έλλειψη πίστης από τους συντρόφους τους στα καρδιακά τους προβλήματα και λαμβάνουν μικρότερη πληροφόρηση σε σύγκριση με τους άντρες (Kristofferzon, Lofmark, Carlsson, 2003).

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γυναικών και των ανδρών επίσης διαφέρουν. Σύμφωνα με δια- πολιτισμική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε υγιή άτομα στην Νέα Ζηλανδία, στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον Καναδά και στη Γερμανία, η κατάθλιψη και η δυσθυμία είναι πιο υψηλή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες ενώ η διπολική διαταραχή εμφανίζεται περίπου στα ίδια ποσοστά στα δύο φύλα (Weissman, Bland, Joyce, Newman, Wells, Wittchen, 1993). Εκτός όμως από

μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης οι γυναίκες με ιστορικό αγχώδων διαταραχών εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους σε σύγκριση με άνδρες με αντίστοιχο ιστορικό. Παρόλα αυτά, οι γυναίκες που δεν έχουν βιώσει προηγούμενο επεισόδιο αγχώδους διαταραχής δεν εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό άγχους σε σύγκριση με άνδρες που επίσης δεν έχουν ιστορικό. Η διαφοροποίηση αγοριών- κοριτσιών ξεκινά σε μικρή ηλικία με αποτέλεσμα τα κορίτσια έξι ετών να έχουν διπλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιου αγχώδους επεισοδίου μέχρι αυτή την ηλικία. Η ευπροσβλητότητα των γυναικών στο άγχος κατά τους Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Allen (1998) που διεξήγαγαν αυτή την έρευνα πιθανόν να σχετίζεται περισσότερο με γενετικούς παρά με κοινωνικούς παράγοντες που επιβάλλουν στα κορίτσια από μικρή ηλικία διαφορετικούς ρόλους από ότι στα αγόρια χωρίς όμως να αποκλείουν την πιθανότητα η απόκλιση που παρατηρείται ανάμεσα στα δύο φύλα να οφείλεται στις διαφορές που παρατηρούνται στην αυτό- αναφορά των συμπτωμάτων από τα αγόρια και τα κορίτσια.

Ενώ όμως κατά τις παραπάνω έρευνες οι γυναίκες που δεν υποφέρουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες, η έρευνα των Kiviruusu, Huurre, Aro (2007) σε δείγματα χρόνιων ασθενών δείχνει ότι η εκδήλωση κατάθλιψης, η χρήση διαχείρισης εστιασμένης στο συναίσθημα και η εξωτερική αίσθηση ελέγχου είναι συχνότερες στους άνδρες από ότι στις γυναίκες στις οποίες δεν παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στα δείγματα υγιών ατόμων και χρόνιων ασθενών. Η συχνότητα εκδήλωσης της κατάθλιψης στη χρόνια ασθένεια μελετάται αρκετά και ακόμα διερευνάται αν οι άνδρες ή οι γυναίκες χρόνιοι ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.

1.10 Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις

Οι στόχοι της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον έλεγχο που νιώθουν ότι έχουν πάνω στην ασθένεια (τόσο τον προσωπικό όσο και αυτόν που θεωρούν ότι έχουν μέσω της θεραπείας), το αίσθημα της απειλής που βιώνουν, οι τρόποι με τους οποίους διαχειρίζονται την ασθένεια και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις και πώς αυτές οι παραπάνω μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους.

Πιο αναλυτικά, η έρευνα επικεντρώνεται στα παρακάτω θέματα:

Εξετάζεται το αίσθημα της απειλής που νιώθουν τα άτομα λόγω της ασθένειάς τους και κατά πόσο αυτό σχετίζεται με τις αντιλήψεις τους για τον έλεγχο που έχουν πάνω στην ασθένεια, τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας και τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους.

Εξετάζονται πόσο σχετίζονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων και ο τρόπος που διαχειρίζονται την ασθένεια τους.

Εξετάζονται οι αντιλήψεις των ατόμων για τον έλεγχο που έχουν πάνω στην ασθένειά τους και κατά πόσο οι αντιλήψεις αυτές, δηλαδή ο προσωπικός έλεγχος και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχετίζονται με τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας.

Εξετάζεται κατά πόσο σχετίζεται το φύλο με τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας και τις συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ερευνητικές λοιπόν υποθέσεις είναι οι εξής:

1. Οι αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο σχετίζονται με : α.) τις αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, β.) το αίσθημα

της απειλής, γ.) την διαχείριση της ασθένειας και δ.) τις συναισθηματικές αντιδράσεις.

2. Οι αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχετίζονται με α.) το αίσθημα της απειλής, β.) την διαχείριση της ασθένειας και γ.) τις συναισθηματικές αντιδράσεις.
3. Το αίσθημα της απειλής σχετίζεται με α.) τη διαχείριση της ασθένειας και β.) τις συναισθηματικές αντιδράσεις.
4. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις σχετίζονται με την διαχείριση της ασθένειας.
5. Το φύλο των ασθενών σχετίζεται με α.) τη διαχείριση της ασθένειας και β.) τις συναισθηματικές αντιδράσεις.

Μέρος Β': Μέθοδος

2.1 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 83 άτομα. Βασική προϋπόθεση συμμετοχής ήταν α.) να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και β.) οι ηλικίες τους να κυμαίνονται από 18- 70 ετών. Τα 48 (58,5%) άτομα ήταν άνδρες και τα 34 (41%) γυναίκες. Το 28,9 του δείγματος των ατόμων έπασχε από καρδιαγγειακά νοσήματα, το 27,6 από καρκίνο, το 18% από νεφρική ανεπάρκεια, το 7,2% από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το 3,6 εμφάνιζε κάποια μορφή αρθρίτιδας. Οι υπόλοιπες χρόνιες καταστάσεις που εμφάνιζαν τα υποκείμενα της έρευνας σε μικρότερο ποσοστό αναφέρονται στον πίνακα 1.

	Αριθμός ατόμων	Ποσοστά (%)
Καρδιαγγειακά νοσήματα	24	28,9
Καρκίνος	23	27,6
Νεφρική ανεπάρκεια	15	18,0
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	6	7,2
Αρθρίτιδα	3	3,6
Υπερτροφία του προστάτη	3	3,6
Άσθμα	2	2,4
Σακχαρώδης διαβήτης	2	2,4
Αχαλασία οισοφάγου	1	1,2
Περικαρδίτιδα	1	1,2
Κύρωση του ήπατος	1	1,2
Νόσος του Parkinson	1	1,2
Υποθυρεοειδισμός	1	1,2
Σύνολο	83	100,0

Πίνακας 1. Είδη της ασθένειας που εμφανίζουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, αριθμός των ατόμων και ποσοστά επί τοις εκατό που εμφανίζουν την κάθε ασθένεια.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο μετρήθηκε σε μία κλίμακα που περιλάμβανε 8 κατηγορίες: το 28% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 16% είχαν τελειώσει το δημοτικό, το 9% μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 8% ήταν απόφοιτοι τριτάξιου γυμνασίου, το 7% είχαν τελειώσει κάποιες ανάλογες σχολές, το 6% ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, το 5% κατείχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα και το 3% ήταν πτυχιούχοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 73,5% ήταν έγγαμοι, το 10,8 είχε χάσει το σύντροφό του λόγω θανάτου, το 9,6 ήταν άγαμοι, το 3,6 ήταν διαζευγμένοι και το 2,4 σε διάσταση (πίνακας 2).

	Συχνότητα	Ποσοστά
Έγγαμος/η	61	73,5
Χήρος/α	9	10,8
Άγαμος/η	8	9,6
Διαζευγμένος/η	3	3,6
Σε διάσταση	2	2,4
Σύνολο	83	100,0

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση.

2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια και κλίμακες:

A. Σύντομο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων της ασθένειας (Brief Illness Perception Questionnaire) : Αποτελείται από 9 ερωτήσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων της ασθένειας συμπεριλαμβανομένων των επιδράσεων, της χρονικής διάρκειας, του προσωπικού ελέγχου, του ελέγχου μέσω της θεραπείας, της ταυτότητας της ασθένειας, της συνοχής, της ανησυχίας, της συναισθηματικής αντίδρασης και των αιτιών. Εμείς συμπεριλάβαμε τις 8 από τις 9 ερωτήσεις, εκτός δηλαδή της ερώτησης σχετικά με τις αιτίες της ασθένειας. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει συγκριθεί με το Illness Perception Questionnaire Revised και με άλλες μεθόδους μέτρησης από τους E. Broadbent, K.J. Petrie, J. Main, J. Weinman και έχει αποδειχθεί ότι παρόλο που η κατασκευή του είναι παρόμοια με αυτή του IPQ- R έχει το πλεονέκτημα της πιο άμεσης και ευθείας προσέγγισης, γεγονός που καθιστά την συμπλήρωσή του ευκολότερη από δείγματα ασθενών. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, η εγκυρότητα της ερώτησης του προσωπικού ελέγχου, η οποία συμπεριλαμβάνεται στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, στηρίχθηκε στην συσχέτισή της με την αυτό-αποτελεσματικότητα. Συγκεκριμένα από τις 8 ερωτήσεις αναλύσαμε τις δύο που αφορούν τον έλεγχο που νιώθει ότι έχει ο ασθενής, τόσο τον προσωπικό όσο και μέσω της ασθένειας. Αυτή που μετρά τον προσωπικό έλεγχο είναι η: « Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας;» στην οποία το άτομο μπορούσε να σημειώσει μία εκ των 10 επιλογών μίας διαφορετικής

κλίμακας (Likert scale) που ξεκινούσε από το 0 («Κανένα απολύτως έλεγχο») και έφτανε μέχρι το 10 («Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο»). Αυτή που μετρά τον έλεγχο μέσω της θεραπείας είναι η : «Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;» στην οποία το άτομο μπορούσε επίσης να επιλέξει μία εκ των 10 απαντήσεων που κυμαίνονταν από το 0 («Καθόλου») έως το 10 («Εξαιρετικά βοηθητική»).

Β. Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του αισθήματος της πρωταρχικής απειλής (primal threat): Το αίσθημα της απειλής που σχετίζεται με την ασθένεια μετρήθηκε με ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τον σκοπό αυτής της μελέτης (Καραδήμας, αδημοσίευτο κείμενο) και αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Οι δύο αναφέρονται στο αίσθημα της αυτό- συντήρησης (« Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί: α. τη ζωή και την ασφάλειά σας; β. τη λειτουργικότητά σας;»), δύο στην κοινωνική ενσωμάτωση (« Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί α. τις σχέσεις σας με τους οικείους και β. γενικώς την κοινωνική σας θέση;»), δύο στην προσωπική ταυτότητα και ανάπτυξη (« Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας θέτει σε κίνδυνο α. τα προσωπικά σας σχέδια και φιλοδοξίες; και β. τα προσωπικά σας χαρακτηριστικά;), δύο στην προσωπική θεώρηση του κόσμου (« Σε ποιο βαθμό η κατάσταση της υγείας σας επηρεάζει α. τις αντιλήψεις σας για τον κόσμο; και β. τις απόψεις σας ή τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεστε την ύπαρξή σας στον κόσμο;»). Οι συμμετέχοντες απαντούν σε κάθε μία ερώτηση χρησιμοποιώντας μία κλίμακα από το 1 («Δεν συμφωνώ καθόλου») μέχρι το 7 (« Συμφωνώ πάρα πολύ»).

Γ. Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (ΚΑΒΠΥ): Αποτελεί προσαρμογή στα ελληνικά της CHIP (Coping With Health Injuries and Problems Scale) από τους Ε. Χ. Καραδήμα, Α. Ζαρογιάννο,

Κωνσταντίνο Στραβοδήμο, Αναστάσιο Γυφτόπουλο και Κωνσταντίνο Κωνσταντινίδη για χρήση από άτομα που βιώνουν ποικίλα προβλήματα υγείας. Η ΚΑΒΠΥ περιλαμβάνει 21 δηλώσεις και ελέγχει την ύπαρξη πέντε παραγόντων: της διαχείρισης προβλήματος, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, τις ανακουφιστικές στρατηγικές και την ονειροπόληση-ευχολογική σκέψη. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν πόσο εφαρμόζουν τη συμπεριφορά που περιγράφει η κάθε δήλωση για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert (από το 1 = καθόλου, ως το 5 = πάρα πολύ). Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνονται δύο από τους παραπάνω παράγοντες: η διαχείριση του προβλήματος και οι συναισθηματικές αντιδράσεις.

2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε περίπου ένα μήνα. Το δείγμα των χρόνιων ασθενών προήλθε από το στρατιωτικό νοσοκομείο 401 στην Αθήνα, καθώς και από το νοσοκομείο και το ΙΚΑ Ρεθύμνου κατόπιν συνεννόησης με τους υπεύθυνους. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να βρίσκονται μέσα στο ηλικιακό όριο (20- 70 ετών) και να είναι πάσχοντες από κάποια χρόνια ασθένεια. Εφόσον πληρούσαν αυτά τα κριτήρια, ενημερώνονταν ότι η συμμετοχή τους θα συμβάλλει στην πληρέστερη γνώση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών και ότι τα στοιχεία που θα έδιναν θα ήταν εμπιστευτικά και εάν δέχονταν να συμμετάσχουν στην έρευνα τους χορηγούνταν το ερωτηματολόγιο.

Οι δυσκολίες που συναντήθηκαν αφορούσαν την συλλογή των δεδομένων από άτομα 50- 70 ετών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις γινόταν ανάγνωση του ερωτηματολογίου και οι ασθενείς έδιναν τις απαντήσεις ενώ οι απορίες τους λύνονταν άμεσα ώστε να διασφαλιστεί η κατανόηση των ερωτήσεων. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτήσεων από τον κάθε συμμετέχοντα γινόταν προσπάθεια να υπάρχει όσο το δυνατόν περισσότερη ησυχία και τα αγαπημένα πρόσωπα του ασθενή απομακρύνονταν προσωρινά από το χώρο προκειμένου να μην αποσπάται η προσοχή του ασθενή και οι απαντήσεις του να δίνονται με περισσότερη ειλικρίνεια. Επίσης στις περιπτώσεις που έπρεπε να γίνει ανάγνωση του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις διατυπώνονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο κατευθυντικές και να μην προκαταβάλλουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Στο τέλος της διαδικασίας το άτομο παρέδιδε το ερωτηματολόγιο το οποίο ελέγχονταν γρήγορα (εφόσον υπήρχε χρόνος) και εάν υπήρχαν κενές απαντήσεις δίνονταν ξανά σε αυτό για να τις συμπληρώσει.

Μέρος Γ': Αποτελέσματα

3.1 Συσχετίσεις

Αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια και αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Υπολογίστηκε ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα στις αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς σχετικά με τον έλεγχο που οι ίδιοι νιώθουν ότι έχουν πάνω στην ασθένειά τους και στις αντιλήψεις τους σχετικά με το πόσο θεωρούν ότι η θεραπεία που ακολουθούν τους ωφελεί. Η συνάφεια μεταξύ αυτών των αντιλήψεων είναι ,529 ($p<,01$). Δηλαδή παρατηρείται μία θετικής κατεύθυνσης, μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Αυτή η συσχέτιση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερο έλεγχο νιώθει το άτομο ότι έχει πάνω στην ασθένειά του τόσο πιο αποτελεσματική πιστεύει ότι είναι και η θεραπεία που ακολουθεί. Επίσης, όσο λιγότερο έλεγχο νιώθει το άτομο ότι έχει πάνω στην ασθένειά του τόσο λιγότερο αποτελεσματική θεωρεί ότι είναι και η θεραπεία του.

Αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια και το αρχέγονο αίσθημα της απειλής

Η συνάφεια (Pearson r) ανάμεσα στις αντιλήψεις σχετικά με τον έλεγχο πάνω στην ασθένεια και το αρχέγονο αίσθημα της απειλής που βιώνουν οι ασθενείς ήταν -, 479 ($p<,01$). Η αρνητικής κατεύθυνσης, χαμηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές υποδεικνύει ότι όσο περισσότερο έλεγχο θεωρούν οι ασθενείς ότι έχουν πάνω στην ασθένειά τους τόσο χαμηλότερο είναι το αίσθημα της απειλής που νιώθουν, ενώ όσο λιγότερο θεωρούν ότι ελέγχουν την ασθένειά τους τόσο μεγαλύτερο αίσθημα απειλής βιώνουν.

Αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια και η διαχείριση της ασθένειας

Ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές ήταν μόλις , 060 ($p < ,01$) κάτι που υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον έλεγχο που αισθάνονται ότι έχουν πάνω στην ασθένειά τους και την προσπάθειά τους να τη διαχειριστούν.

Αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια και οι συναισθηματικές αντιδράσεις

Ανάμεσα στις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον έλεγχο που έχουν πάνω στην ασθένεια και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις απέναντι σε αυτή ο Pearson r ήταν -,415 ($p < ,01$). Παρατηρείται λοιπόν μία αρνητικής κατεύθυνσης χαμηλή συσχέτιση που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο έλεγχο θεωρεί το άτομο ότι έχει πάνω στην ασθένειά του τόσο λιγότερο επηρεάζεται συναισθηματικά ενώ όσο λιγότερο έλεγχο έχει πάνω στην ασθένεια του τόσο περισσότερο επηρεάζεται συναισθηματικά.

Αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και το αίσθημα της απειλής

Ο δείκτης συνάφειας Pearson r βρέθηκε -,342 ($p < ,01$). Αυτός ο δείκτης συνάφειας υποδεικνύει ότι μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών υπάρχει μία αρνητικής κατεύθυνσης, χαμηλή συσχέτιση. Όσο περισσότερο αποτελεσματική θεωρούν τα άτομα ότι είναι η θεραπεία που ακολουθούν τόσο λιγότερο αίσθημα απειλής βιώνουν

ενώ όσο λιγότερο αποτελεσματική θεωρούν την θεραπεία τόσο περισσότερο νιώθουν ότι απειλούνται από την ασθένεια.

Αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η διαχείριση της ασθένειας

Με βάση τον δείκτη συνάφειας Pearson r ο οποίος ήταν ,035 ($p < ,01$) δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές. Δηλαδή οι αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με το πόσο αποτελεσματική είναι η θεραπεία δεν επηρεάζουν την προσπάθειά τους να διαχειριστούν την ασθένεια.

Αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και οι συναισθηματικές αντιδράσεις

Η συνάφεια (Pearson r) ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές βρέθηκε -,343 ($p < ,01$). Η συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών είναι χαμηλή, αρνητικής κατεύθυνσης. Όσο περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας τόσο λιγότερο επηρεάζονται συναισθηματικά ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της τόσο περισσότερο επηρεάζονται.

Το αρχέγονο αίσθημα της απειλής και η διαχείριση της ασθένειας

Ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) είναι μόλις ,076 ($p < ,01$). Έτσι καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην απειλή που νιώθουν οι ασθενείς και την προσπάθειά τους να διαχειριστούν την ασθένεια.

Το αρχέγονο αίσθημα της απειλής και οι συναισθηματικές αντιδράσεις

Η συνάφεια ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές είναι Pearson $r : ,668$ ($p < ,01$). Αυτό σημαίνει ότι ανάμεσα στο αρχέγονο αίσθημα της απειλής και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων υπάρχει μία θετικής κατεύθυνσης, μέτρια συσχέτιση. Όσο περισσότερο νιώθουν τα άτομα ότι η κατάσταση της υγείας τους τους απειλεί τόσο πιο έντονες είναι οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις και όσο λιγότερο νιώθουν τα άτομα ότι απειλούνται τόσο λιγότερο επηρεάζονται συναισθηματικά.

Η διαχείριση της ασθένειας και οι συναισθηματικές αντιδράσεις

Ο δείκτης συνάφειας (Pearson r) είναι $-,003$ ($p < ,01$) επομένως δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην προσπάθεια των ατόμων να διαχειριστούν την ασθένεια τους και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις .

3.2 T- test ως προς το φύλο

Πραγματοποιήθηκε t- test ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τις αντιλήψεις σχετικά με τον έλεγχο πάνω στην ασθένεια, τις αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το αίσθημα της απειλής, την διαχείριση της ασθένειας και τις συναισθηματικές αντιδράσεις προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των δύο ομάδων.

Αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο πάνω στην ασθένεια

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=4,70$, $SD=2,94$) και των γυναικών ($M=5,35$, $SD=2,96$) ως προς τις αντιλήψεις σχετικά με τον έλεγχο πάνω στην ασθένεια δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(82)=,333$, n.s.). Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι αντιλήψεις των ανδρών και των γυναικών σχετικά με τον έλεγχο που έχουν πάνω στην ασθένεια τους δεν διαφέρουν ιδιαίτερα.

Αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=6,81$, $SD=2,73$) και των γυναικών ($M=6,44$, $SD=2,65$) ως προς τις αντιλήψεις τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t(82)=,541$, n.s.). Οι άντρες και οι γυναίκες δηλαδή έχουν παρόμοιες αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους.

Το αρχέγονο αίσθημα της απειλής

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=29,80$, $SD=14,01$) και των γυναικών ($M=30,14$, $SD=13,96$) ως προς το αίσθημα της απειλής δεν είναι

στατιστικά σημαντική ($t(81)=,915$). Αυτό σημαίνει ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες νιώθουν ότι απειλούνται από την ασθένεια τους περίπου το ίδιο.

Η διαχείριση της ασθένειας

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=29,95,SD=6,82$) και των γυναικών ($M=27,17,SD=5,41$) ως προς την διαχείριση της ασθένειας τείνει να είναι στατιστικά σημαντική ($t(81)=,052$). Κάτι τέτοιο λοιπόν υποδεικνύει ότι οι άντρες και οι γυναίκες μάλλον διαφέρουν ως προς τον τρόπο που διαχειρίζονται την ασθένεια τους.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις

Η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ανδρών ($M=12,72,SD=4,73$) και των γυναικών ($M=14,67,SD=4,40$) ως προς τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις τείνει επίσης να είναι στατιστικά σημαντική ($t(81)=,063$). Φαίνεται δηλαδή ότι ανάλογα με το φύλο οι συναισθηματικές αντιδράσεις αλλάζουν. Διαφορετικά λοιπόν αντιδρούν οι άντρες και διαφορετικά οι γυναίκες απέναντι στην ασθένεια που αντιμετωπίζουν.

3.3 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Στην ανάλυση παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης των συναισθηματικών αντιδράσεων με τις αντιλήψεις ελέγχου ήταν $R^2 = ,179$ ($p < ,01$). Οι μεταβλητές «αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο» και «αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας» είναι υπεύθυνες για το 18% της διακύμανσης στις συναισθηματικές αντιδράσεις ($F_{1, 80} = 9,92$). Αυτό σημαίνει ότι εάν γνωρίζουμε τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο που πιστεύουν ότι διαθέτουν πάνω στην ασθένειά τους και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθούν τότε μπορούμε να προβλέψουμε κατά 18% και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις απέναντι στην ασθένεια. Επιπλέον είδαμε ότι οι αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο μπορούν να προβλέψουν σε μεγαλύτερο βαθμό ($t = |2,673|$) τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε σχέση με τις αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ($t = |1,563|$). Γνωρίζοντας λοιπόν τις αντιλήψεις ελέγχου μπορούμε να κατανοήσουμε κατά 18% τις συναισθηματικές αντιδράσεις χωρίς αυτό να υποδεικνύει ότι η σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών είναι αιτιακή. Ο παρακάτω πίνακας προσφέρει πληροφορίες για τους συντελεστές της παλινδρομικής εξίσωσης:

	B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	Στατιστική σημαντικότητα
Αντίληψη σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο	-,485	,182	-,318	-2,673	,009
Αντίληψη σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας	-,308	,197	-,186	-1,563	,122

Πίνακας 3: Παλινδρόμηση μεταβλητών πρόβλεψης για τις συναισθηματικές αντιδράσεις. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματικές αντιδράσεις. Ανεξάρτητες μεταβλητές: αντιλήψεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο (IPQ3), αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (IPQ4).

Μέρος Δ΄

4.1 Συζήτηση

Το αίσθημα της απειλής που νιώθουν τα άτομα όταν προσβάλλονται από κάποια σοβαρή χρόνια ασθένεια και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις συσχετίστηκαν θετικά κάτι που δείχνει ότι όσο περισσότερο η ασθένεια απειλεί την προσωπική θεώρηση του κόσμου των ατόμων, την κοινωνική τους ενσωμάτωση, την προσωπική τους ταυτότητα και ανάπτυξη και το αίσθημα της αυτό- συντήρησης τους τόσο περισσότερο αντιδρούν συναισθηματικά.

Επίσης συσχετίστηκαν θετικά μεταξύ τους οι αντιλήψεις που έχουν οι ασθενείς σχετικά με τον έλεγχο που διαθέτουν πάνω στην κατάστασή τους. Πιθανότατα η συσχέτιση αυτή μεταξύ των αντιλήψεων του προσωπικού ελέγχου και του ελέγχου μέσω της αποτελεσματικότητας της θεραπείας οφείλεται στη στενή σχέση που έχουν μεταξύ τους αυτές οι μεταβλητές και έτσι αναγνωρίζονται από τα άτομα σαν μία ενιαία μεταβλητή ελέγχου. Όταν δηλαδή κάποιος απαντά ότι ελέγχει ή ότι δεν ελέγχει την ασθένειά του συνήθως πιστεύει και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας καθώς είναι μάλλον απίθανο να πιστεύει ότι ελέγχει την ασθένεια ενώ η θεραπεία που ακολουθεί είναι αναποτελεσματική.

Μία χαμηλού βαθμού αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στις αντιλήψεις των ατόμων για τον έλεγχο που διαθέτουν πάνω στην ασθένεια τόσο τον προσωπικό όσο και αυτόν που αποκτούν μέσω της θεραπείας και το αίσθημα της απειλής κάτι που υποδηλώνει ότι όσο η αίσθηση ελέγχου των ασθενών αυξάνεται τόσο λιγότερο νιώθουν ότι απειλούνται. Οι Schulz και Decker (1985) βρήκαν ότι άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης, που είναι ικανοποιημένα με τις

κοινωνικές επαφές τους και νιώθουν ότι έχουν υψηλό έλεγχο πάνω στην ασθένεια τους αναφέρουν υψηλά επίπεδα ευ- ζην. Η χαμηλή λοιπόν συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στις αντιλήψεις του ελέγχου και στο αίσθημα της απειλής στην έρευνά μας υποδεικνύει ότι οι αντιλήψεις ελέγχου ασκούν μία αρνητική αλλά μικρή επίδραση πάνω στο αίσθημα των ατόμων ότι απειλούνται και αυτό πιθανόν να συμβαίνει γιατί υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα της απειλής.

Η χαμηλή αρνητική συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στις αντιλήψεις του ελέγχου που διαθέτουν τα άτομα και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες όπως αυτή των Newson, Knapp και Schulz (1996) κατά την οποία ο έλεγχος πάνω στην πορεία της ασθένειας, πάνω στα συμπτώματα και ο γενικός έλεγχος σχετίζονται αρνητικά με την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, ο προσωπικός έλεγχος και αυτός που ασκείται μέσω της αποτελεσματικής θεραπείας σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη σε άτομα με καρκίνο που πιστεύουν ότι η ασθένειά τους είναι πολύ σοβαρή (Marks, Richardson, Graham, 1986). Επίσης, όπως προαναφέρθηκε (Kiviruusu, Huurre, Aro, 2007), η εκδήλωση κατάθλιψης και η εξωτερική αίσθηση ελέγχου συσχετίζεται στους άνδρες ασθενείς, δηλαδή όσοι εμφανίζουν κατάθλιψη θεωρούν ότι ο έλεγχος της ασθένειάς τους δεν εξαρτάται άμεσα από αυτούς.

Παρότι σύμφωνα με αρκετές έρευνες (French, Cooper και Weinman, 2006. Lawson, Lynne, Bundy, Harvey, 2007. Llewellyn, McGurk, Weinman, 2007) υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ατόμων και του τρόπου που διαχειρίζονται την ασθένειά τους στη δική μας έρευνα δεν βρέθηκε συνάφεια μεταξύ των αντιλήψεων σχετικά με τον έλεγχο πάνω στην ασθένεια και του τρόπου διαχείρισης. Αυτό σημαίνει ότι η μικρή ή η μεγάλη αίσθηση ελέγχου των ατόμων μόνη της δεν καθορίζει και το είδος της στρατηγικής διαχείρισης που θα χρησιμοποιήσουν. Η

απουσία συσχέτισης πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι αντιλήψεις σχετικά με την ελεγχσιμότητα αποτελούν ένα μικρό ποσοστό των αντιλήψεων των ατόμων σχετικά με την ασθένειά τους. Οι άλλες αντιλήψεις σύμφωνα με το μοντέλο της κοινής λογικής μπορεί να αφορούν τα αίτια, τις συνέπειες, την ταυτότητα και τη χρονική πορεία της ασθένειας. Οι έρευνες λοιπόν που έχουν πραγματοποιηθεί και υποδεικνύουν την επίδραση των αντιλήψεων των ατόμων πάνω στον τρόπο διαχείρισης της ασθένειάς τους περιλαμβάνουν τη μελέτη όλων ή αρκετών τέτοιων διαστάσεων.

Το t- test που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα έδειξε ότι οι άντρες και οι γυναίκες δεν έχουν διαφορετικές αντιλήψεις πάνω στον έλεγχο που ασκούν στην ασθένειά τους (τόσο τον προσωπικό όσο και αυτόν που ασκείται μέσω της αποτελεσματικότητας της θεραπείας) και νιώθουν ότι απειλούνται από την ασθένειά τους περίπου το ίδιο. Διαφορές όμως παρατηρήθηκαν τόσο στον τρόπο που τα δύο φύλα διαχειρίζονται την ασθένεια όσο και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις απέναντι σε αυτή. Κατά την έρευνα των Kiviruusu, Huurre, Aro (2007) σε δείγματα χρόνιων ασθενών η εκδήλωση κατάθλιψης, η χρήση διαχείρισης εστιασμένης στο συναίσθημα και η εξωτερική αίσθηση ελέγχου είναι συχνότερες στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Παρόλα αυτά οι γυναίκες αναφέρουν ότι βιώνουν περισσότερα συμπτώματα, αξιολογούν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά σε σύγκριση με τους άνδρες και εμφανίζονται συχνότερα (Gijsbers van Wijk, Huismanb, Kolk, 1999), τείνουν να ελαχιστοποιούν την επίδραση της ασθένειας, αργούν στην αναζήτηση της θεραπείας και δεν θέλουν να ενοχλούν τους άλλους με τα προβλήματα της υγείας τους. Επιπλέον βιώνουν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη, έλλειψη πίστης από τους συντρόφους τους στα

καρδιακά τους προβλήματα και λαμβάνουν μικρότερη πληροφόρηση σε σύγκριση με τους άντρες (Kristofferzon, Lofmark, Carlsson, 2003).

Περιορισμοί και προτάσεις για έρευνα

Η απουσία συσχέτισης των αντιλήψεων ελέγχου με τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας πιθανόν, όπως προαναφέρθηκε, να οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν και άλλες αντιλήψεις (αίτια, συνέπειες, ταυτότητα, χρονική πορεία) που συμβάλλουν στην διαχείριση της ασθένειας και θα έπρεπε να εξεταστεί η επίδραση τους πάνω σε αυτή όμως ίσως και να οφείλεται στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας μας. Παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα άτομα όταν ρωτήθηκαν εάν μπορούν να ελέγξουν την ασθένεια απαντούσαν αρνητικά ή θεωρούσαν ότι μπορούσαν να την ελέγξουν σε μικρότερο βαθμό. Οι ερωτήσεις που είχαν ως στόχο να μετρήσουν τις αντιλήψεις ελέγχου των ατόμων βρισκόταν στην αρχή του ερωτηματολογίου και πιθανόν οι περισσότεροι απαντούσαν με αυτό τον τρόπο γιατί ήθελαν να δείξουν στον ερευνητή πόσο επηρεάζει η ασθένεια την ζωή τους και να υπογραμμίσουν την δυσάρεστη κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Αρκετοί μάλιστα έλεγαν «μα πώς είναι δυνατό να ελέγξω την ασθένειά μου εγώ; Οι γιατροί μόνο ξέρουν..»). Ίσως μετέπειτα κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου όταν έμπαιναν στην διαδικασία αξιολόγησης των καθημερινών δραστηριοτήτων τους να περιέγραφαν με περισσότερη ακρίβεια τις συνήθειες τους και τον τρόπο διαχείρισης που χρησιμοποιούν. Αυτή η διαπίστωση βέβαια δεν αποτελεί παρά μία υπόθεση που δεν μπορεί να επιβεβαιώσει την απουσία συσχέτισης μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Άλλωστε στις περισσότερες έρευνες που περιλαμβάνουν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς εμφανίζεται δυσκολία στην αξιολόγηση της πραγματικότητας και όσων δηλώνουν τα υποκείμενα της έρευνας (υπεισέρχεται το υποκειμενικό στοιχείο). Μία

λύση ίσως να ήταν να ερωτώνται ξανά στο τέλος τα άτομα πόσο έλεγχο νιώθουν ότι έχουν πάνω στην ασθένεια και πόσο τους βοηθάει η θεραπεία σε αυτό.

Ακόμα το γεγονός ότι τα άτομα της έρευνάς μας έπασχαν από διαφορετικές ασθένειες πιθανότατα να είχε επίδραση στα αποτελέσματα. Οι αντιλήψεις ελέγχου ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και ατόμων που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα ίσως να έχουν διαφορετική επίδραση πάνω στον τρόπο που διαχειρίζονται την ασθένειά τους καθώς κάθε νόσος συνοδεύεται από διαφορετικά συμπτώματα και επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τους ασθενείς.

Επιπλέον προσπαθήσαμε να μελετήσουμε ξεχωριστά το αίσθημα της απειλής που νιώθουν ότι έχουν τα άτομα και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Μεταξύ τους βρέθηκε υψηλή συσχέτιση που όμως πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω προκειμένου να διαπιστωθεί εάν το αίσθημα της απειλής εντάσσεται στο πεδίο των συναισθηματικών αντιδράσεων ή αποτελεί μία αντίληψη που επηρεάζει τις μετέπειτα συναισθηματικές αντιδράσεις. Μία έρευνα που θα μελετούσε μία φορά το αίσθημα απειλής και τις συναισθηματικές αντιδράσεις μετά την διάγνωση και πριν τη θεραπεία και δεύτερη φορά τις ίδιες μεταβλητές μετά τη θεραπεία ίσως να μας έδειχνε πώς σχετίζονται μεταξύ τους.

Συνοψίζοντας, η έρευνα μας περιλαμβάνει την μελέτη σημαντικών μεταβλητών που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών. Ο έλεγχος που ασκείται, το αίσθημα απειλής, ο τρόπος διαχείρισης, οι συναισθηματικές αντιδράσεις αποτελούν παράγοντες που μελετώνται αρκετά σήμερα αλλά η μελέτη των επιδράσεων μεταξύ όλων αυτών των μεταβλητών σε μία έρευνα είναι ιδιαίτερα σημαντική.

4.2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aldwin, C.M., Yancura, L.A. (2004). Coping. *Encyclopedia of Applied Psychology*, 1, 507- 510.

Benyamini, Y., Medalion, B., Garfinkel, D. (2006). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology & Health*, 22:7, 765 – 785.

Berard, R., M., F., Boermeester, F., Viljoen, G. (1998) Depressive disorders in an out-patient oncology setting: Prevalence, assessment and management. *Psycho-Oncology*, 7, 112–120.

Bisschop, M., I., Kriegsman, D., M., W., Beekman, A., T., F., Deeg, D., J., H.(2004) Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59, 721–733.

Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J. (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631– 637.

Cameron, L.d., Leventhal, H., (2002). *The self regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.

Campos, B., Keltner, D., Tapias, M. P. (2004). Emotion. *Encyclopedia of Applied Psychology*, 1, 713- 722.

Carlisle¹, A.C.S., John, A.M.H., Fife-Schaw, C., Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571–587.

Carney, R., M., Rich, M., W., Freedland, K., E., Saini, J., Tevelde, A., Simeone, C. and Clark, K., (1988) Major Depressive Disorder Predicts Cardiac Events in Patients with Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 50, 627-633.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Norriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Jr., Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 65, 2, 375- 390.

Connell, C.M., Davis, W.K., Gallant, M.P., Sharpe, P.A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health psychology*, 13, 3, 263- 273.

DiMatteo, M.R. & Martin, L.R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fakete, E.M., Stephens, M.A.P., Michelson, K.D., Druley, J.A. (2007). Couples' Support Provision During Illness: The Role of Perceived Emotional Responsiveness. *Families, Systems, & Health*, 25, No. 2, 204–217.

Fernandes, P., Papoikonomou, M., Nieuwoudt, J.M. (2006). Women suffering through their bodies. *South African Journal of Psychology*, 36(4), 851–879.

Franks, H.M., Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027–1037.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1995) The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 5, 388-398.

French, D.P., Cooper A. & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 757–767.

Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K. S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F. & Weinman, J. (2005). The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care. *Psychosomatic Medicine* 67:997–1005.

Gijsbers van Wijka, C.M.T., Huismanb, H., Kolk, A.M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behaviour: A health diary study. *Social Science & Medicine*, 49, 1061- 1074.

Goldsmith, D.J., Lindholm, K.A., Bute, J.J. (2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine*, 63, 2079–2090.

Goobheart, C.D., Lansing, M.H., (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Washington: American Psychological association.

Green, H.J., Pakenham, K.I. , Headley, B.C. , Gardiner, R.A. (2002). Coping and health related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. *Psycho-Oncology*, 11, 401–414.

Haavio- Mannila, E. (1986). Inequalities in health and gender. *Social Science & Medicine*, 22, 2, 141- 149.

Heim, E., Valach, L., Schaffner, L. (1997). Coping and Psychosocial Adaptation: Longitudinal Effects Over Time and Stages in Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59,408-418.

Janssen, S.A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 131–137.

Καλαντζή- Αζίζι, Α. (1996). Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Καραδήμας, Ε.Χ., Ζαρογιάννος, Α., Στραβοδήμος, Κ., Γυφτόπουλος, Α., Κωνσταντινίδης, Κ. Η προσαρμογή της κλίμακας αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας σε δείγμα Ελλήνων ασθενών: Ζητήματα εγκυρότητας. Υπό δημοσίευση στο Hellenic Journal of Psychology.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος.

Kiviruusu, O., Huurre, T., Aro, H. (2007) Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social Science & Medicine*, 65, 173–186.

Kristofferzon, M.L., R. Lofmark, M. Carlsson, (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 4, 360–374.

Lawson, V.L.Lynne, P.A ,Bundy, C., Harvey, J.N (2007). The role of illness perceptions, coping and evaluation in care-seeking among people with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 22:2, 175 – 191.

Linveh, H. (1999). Psychological adaptation to heart diseases. The role of coping strategies. *Journal of rehabilitation*, 24-32.

Lazarus, R.S., (1995). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lewinsohn, P., M., Gotlib, I., H., Lewinsohn, M., Seeley, J., R., Allen, N., B. (1998) Gender Differences in Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 1, 109-117.

Llewellyn, C.D, McGurk, M., Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17– 26.

Marks, G., Richardson, J. L., Graham, J.W. (1986). Role of Health Locus of Control Beliefs and Expectations of Treatment Efficacy in Adjustment to Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 2, 443-450.

Martire, L.M., Lustig, A.P., Schulz, R., Miller, G.E. , Helgeson, V.S. (2004). Is It Beneficial to Involve a Family Member? A Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Chronic Illness. *Health Psychology*, 23, 6, 599–611.

Morse, J. M., Johnson, J. L., *The illness experience*. (1991) London: Sage Publications.

Newson, J.T, Knapp, J.E. , Schulz, R. (1996) Longitudinal Analysis of Specific Domains of Internal Control and Depressive Symptoms in Patients With Recurrent Cancer. *Health Psychology* , 15, 5, 323-331.

Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H , Faddis, S., Houts, P.S. (1999). A problem-solving approach: Helping cancer patients cope. Washington: American Psychological Association.

Pitsavos, C., Panagiotakos, D., B., Chrysochou, C., Stefanis, C. (2002) Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. Greece: WHO Global Infobace.

Searle, A., Norman, P., Thomson, R., Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviours. *Journal of Psychosomatic Research* 63 (2007) 175– 184.

Scheier, M.F., Magovern, G.J., Abbott, R.A., Matthews, K.A., Owens, J.F., Lefebvre, R.C., Carver, C.S. (1989). *Journal of personality and social psychology*, 57, 6, 1024-1040.

Schiaffino, K., A., Shawaryn, M., A. and Blum, D. (1998). Examining the Impact of Illness Representations on Psychological Adjustment to Chronic Illnesses. *Health Psychology*, 17, 3, 262-268.

Senior, V., Weinman, J., Marteau, T., M. (2002). The influence of perceived control over causes and responses to health threats: A vignette study. *British Journal of Health Psychology*, 7, 203–211.

Sperry, L., (2006). *Psychological treatment of chronic illness*. Washington: American Psychological association.

Sterba, K.R., DeVellis, R.F., Lewis, M.A., DeVellis, B.M., Jordan, J.M. and Baucom, D.H. (2008) Effect of Couple Illness Perception Congruence on Psychological Adjustment in Women With Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology* , 27, 2, 221–229.

Sultz, R. , Decker, S. (1985) Long-Term Adjustment to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control and Self-Blame. *Journal of Personality and Social Psychology* , 48, 5, 1162-1172.

Watson, D., Pennebaker, J.W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96, 2, 234-254.

Weissman, M., M., Bland, R., Joyce, P., R., Newman, S., Wells, J., E., Wittchen, H., U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of affective disorders*, 29, 77, 84.

Wolf-Maier, K., Cooper, R., S., Banegas, J., R., Giampaoli, S, Hense, H., Joffres, M., Kastarinen, M., Poulter, N., Primatesta, P., Rodríguez-Artalejo, F., Stegmayr, B.,

Thamm, M., Tuomilehto, J., Vanuzzo, D., Vescio, F. (2003) Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. The journal of the American Medical Association, 289, 18, 2420- 2422.

www.european-lung-foundation.org