



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Χρόνια ασθένεια

Στρες

& Στρατηγικές Διαχείρισης”

Εισηγητής Καθηγητής: **Καραδήμας Ευάγγελος**

Φοιτήτρια: **Χαριτωνίδου Αφροδίτη**

A.M: 1939

Ρέθυμνο 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
Α' Μέρος	
1.ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.....	4
2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	6
2.1.Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση στο στρες.....	8
2.2. Οι επιπτώσεις του στρες	10
3. ΟΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	12
3.1 Αντιδράσεις των ατόμων στη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας.....	12
3.2.Η προσαρμογή του ατόμου στη χρόνια ασθένεια	14
4.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	17
4.1. Στρατηγικές διαχείρισης του στρες.....	19
4.2. Στρατηγικές διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας.....	21
4.2.1. Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα.....	22
4.2.2. Στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα.....	25
4.3. Στρατηγικές διαχείρισης και ποιότητα ζωής	28
5.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	30
5.1. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας.....	32
6.ΣΥΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ.....	35
Β' Μέρος	
1.ΜΕΘΟΔΟΣ.....	38
1.1.Δείγμα.....	38
1.2.Διαδικασία.....	40
2.Ψυχομετρικά εργαλεία.....	41
Γ' Μέρος	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
Δ' Μέρος	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μία δοκιμασία για τα άτομα που πάσχουν, αλλά και για τις οικογένειές τους, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητάς τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσον αφορά την πορεία και την έκβασή τους. Ο ασθενής χρειάζεται να αντιμετωπίσει μια σειρά από στρεσογόνες καταστάσεις όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία και οι επιπλοκές στην υγεία του, που προκαλούν αλλαγές στη συμπεριφορά του και στην καθημερινή ζωή. Για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών ο ασθενής χρησιμοποιεί διάφορες στρατηγικές διαχείρισης που εστιάζονται τόσο στο πρόβλημα όσο και στο συναίσθημα. Στη παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στις στρατηγικές διαχείρισης τόσο του στρες όσο και των χρόνιων ασθενειών. Τα ερευνητικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν σε χρόνιους ασθενείς για την υποστήριξη της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι από τις στρατηγικές διαχείρισης η πιο στατιστικά σημαντική ήταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις.

A' ΜΕΡΟΣ

1.ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του κάθε ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Αυτή η θεώρηση διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Στη εποχή που διανύουμε επικρατούν δυο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και ασθένειας. Αυτές είναι το βιοιατρικό μοντέλο υγείας και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986).

Το βιοιατρικό μοντέλο, στο οποίο στηρίζεται η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας λειτουργεί με ένα γραμμικό τρόπο σκέψης στο οποίο κάθε σύμπτωμα και κάθε πάθηση έχει μια συγκεκριμένη αιτία. Το βασικό ενδιαφέρον είναι να βρεθεί αυτή η αιτία για να εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο. Το βιοιατρικό δηλαδή μοντέλο, ασχολείται με τις βιολογικές λειτουργίες του ατόμου παραμερίζοντας το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την αντιμετώπιση της αρρώστιας (Παπαδάτου, 1989).

Από την άλλη μεριά το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως δυο αλληλοσυμπληρώμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η ασθένεια δεν θεωρείται ένα γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο συνεχώς μεταβάλλεται. Η υγεία δηλαδή ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική διάσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Sarafino, 1990). Στα πλαίσια

αυτής της θεώρησης η αρρώστια αποτελεί μια προειδοποίηση ένα μήνυμα που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγώς βιολογικό πρόβλημα και κατευθύνετε στην ολιστική παρέμβαση τόσο στο ατομικό όσο και στο κοινωνικό και οικολογικό επίπεδο. Παράλληλα προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του (Καλαντζή-Αζίζι, 1983).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεωρεί ότι διάφοροι παράγοντες αλληλεπιδρούν για την πρόκληση μιας ασθένειας. Ένας από αυτούς του παράγοντες που έχει μελετηθεί διεξοδικά τα τελευταία χρόνια είναι το ψυχολογικό στρες και η επίδραση του, στην υγεία του ατόμου. Το ψυχολογικό στρες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα νέα προβλήματα υγείας που ανέκυψαν στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα όπου οι αρρώστιες δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες αλλά χρόνιες (Sarafino,1990). Οι χρόνιες ασθένειες και το στρες που εμπλέκετε σε αυτές, αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας.

2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Η έννοια του στρες στις επιστήμες της ψυχικής και σωματικής υγείας (ιατρική, ψυχολογία) δεν είναι εύκολα προσδιορίσιμη. Αποτελεί μια ευρεία έννοια που εμπεριέχει πολυπαραγοντικά στοιχεία. Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες από ερευνητές επιστήμονες για την παροχή ενός τεκμηριωμένου ορισμού. Συνήθως το στρες γίνεται αντιληπτό με τις τρεις ακόλουθες προσπάθειες ορισμού του (Καραδήμας, 2005).

Η πρώτη προσπάθεια περιγράφει το στρες ως εξαρτημένη μεταβλητή δηλαδή ως μια αντίδραση του ατόμου σε ένα ερέθισμα του περιβάλλοντος. Ο Selye (1956) με τη θεωρία του περί Συνδρόμου Γενικής προσαρμογής υποστηρίζει αυτόν το εννοιολογικό προσδιορισμό. Η δεύτερη προσπάθεια ορισμού χαρακτηρίζει το στρες ως μια ανεξάρτητη μεταβλητή του εξωτερικού περιβάλλοντος, η οποία επηρεάζει το άτομο. Τέτοιοι είδους ανεξάρτητες μεταβλητές μπορεί να είναι οι εξετάσεις, η απώλεια εργασίας, το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο. Τέλος στη τρίτη προσπάθεια οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν το στρες ως μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση του ατόμου και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Το στρες δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής του ατόμου με το περιβάλλον τα οποία βρίσκονται σε μια συνεχή διαλεκτική σχέση (Καραδήμας, 2005). Η έννοια του «στρες» διακρίνεται από την έννοια του «άγχους» που συνήθως χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες έννοιες. Συγκεκριμένα ο όρος «στρες» αναφέρεται ερευνητικά ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. Ο όρος «άγχος» αναφέρετε μόνο στις ψυχική διάθεση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (Καραδημας, 2005).

Ο Cannon το 1900 αναφέρθηκε στο στρες ως την αντίδραση του οργανισμού σε ένα ερέθισμα, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις κατά τις οποίες παρουσιάζεται ένας κίνδυνος. Εκείνος διατύπωσε τον όρο «αντίδραση μάχης ή φυγής», κατά την οποία ο οργανισμός του ανθρώπου, όταν έχει να αντιμετωπίσει ένα κίνδυνο, τίθεται σε ετοιμότητα και επεξεργάζεται δυο πιθανές αντιδράσεις, τη μάχη ή τη φυγή (DiMatteo & Martin, 2006)). Στη συνέχεια το 1936 ο Selye διατύπωσε τη θεωρία του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής, που έχει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο αποτελεί το στάδιο του συναγερμού, στο οποίο το σώμα ενεργοποιείται για να αντιμετωπίσει το στρες. Σε αυτό το στάδιο παρατηρούνται διάφορες φυσιολογικές αλλαγές όπως αύξηση της δραστηριότητας των επινεφριδίων, του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος. Το δεύτερο στάδιο είναι το στάδιο της αντίστασης, στο οποίο το άτομο είτε δρα με σκοπό να αντιμετωπίσει το στρες είτε το αποδέχεται και προσαρμόζεται σε αυτό. Τέλος αναφέρετε το στάδιο της εξουθένωσης, όπου το άτομο χάνει τις δυνάμεις του μέσα στη συνεχή του προσπάθεια να αντιμετωπίσει το στρες ή να το αποδεχτεί στη ζωή του. Στο τελευταίο στάδιο της εξουθένωσης, οι διάφορες φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού γίνονται παθολογικές με επακόλουθο την ασθένεια ή το θάνατο του ατόμου (Cecil, 1990).

Το πρωτότυπο μοντέλο του Selye παρόλο που είναι αποδεκτό στο μεγαλύτερο αριθμό των ερευνών για το στρες έχει λάβει έντονη κριτική κυρίως για την μονόπλευρη εστίαση του στις φυσιολογικές διαστάσεις του στρες. Συγκεκριμένα ο ψυχολόγος Weinman δίνει έμφαση στη ελλιπή αναφορά του μοντέλου στις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου και στις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιεί για να ελαττώσει έως και να εξαλείψει το στρες από τη ζωή του. Αυτές οι αντιδράσεις επηρεάζονται από ατομικά χαρακτηριστικά, από την εμπειρία, από την εκπαίδευση, την κουλτούρα και την κοινωνική στήριξη για τα οποία θα γίνει

αναφορά παρακάτω (Cecil,1990). Επιπλέον ο ανθρωπολόγος Allan Young ασκεί κριτική στο μοντέλο του Selye λέγοντας ότι τα στεσογόνα ερεθίσματα περιγράφονται στη θεωρία του ως αφηρημένες έννοιες απομακρυσμένες από το κοινωνικό, πολιτισμικό, ιστορικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αρνούνται σημαντικές μεταβλητές που μπορεί να επηρεάζουν την ψυχοσωματική ενότητα του ατόμου και την αντίδραση του σε στρεσογόνες καταστάσεις (Young, 1980).

2.1.Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση στο στρες.

Έγινε στα προαναφερθέντα, αναφορά στο γεγονός ότι διάφοροι παράγοντες μπορεί να υπεισέρχονται στη διαμόρφωση της αντίδρασης του ατόμου προς στο στρες. Αυτοί οι παράγοντες είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά, το φυσικό περιβάλλον, η κοινωνική στήριξη, το οικονομικό επίπεδο και το πολιτισμικό πλαίσιο.

Συγκεκριμένα τα ατομικά χαρακτηριστικά μπορεί να είναι φυσικά και ψυχολογικά. Στα φυσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η ηλικία, το βάρος, το γενετικό υλικό, το ιστορικό υγείας ενώ στα ψυχολογικά εμπεριέχονται οι διάφοροι τύποι προσωπικότητας (Parkes, 1971). Επίσης οι πρώιμες εμπειρίες της βρεφικής και παιδικής ηλικίας επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου για το στρες στην διαμόρφωση της αίσθησης έλεγχου σε αυτό (Cecil,1990).

Στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος περιλαμβάνονται η ποιότητα του φυσικού κλίματος εάν δηλαδή είναι ζεστό, κρύο, υγρό κ.λ.π, και επίσης διάφορες πηγές που μπορεί να προκαλούν καταστροφή των ιστών του σώματος όπως οι παθογόνοι μικροοργανισμοί (Parkes,1971). Σχετικά με τη κοινωνική στήριξη αρκετές μελέτες εστιάζονται στη σημασία της για τη προστασία από τις αρνητικές συνέπειες του στρες. Ο Weinman αναφέρει ότι «η ελλιπής πρώιμη κοινωνική στήριξη οδηγεί σε ψυχικές διαταραχές και σε μειωμένη ικανότητα αντοχή του στρες» (Weinman,1984, όπως

παρατίθεται στο Cecil, 1990). Οι Brown και Harris μετά από μελέτες υποστήριξαν ότι γυναίκες που είχαν χάσει την μητέρα του πριν την ηλικία των 11 χρόνων είχαν αρκετές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Αυτή η τάση προς την κατάθλιψη ήταν εφικτό να μειωθεί έως και να εξαλειφθεί εάν ανέπτυσαν έστω και μια σχέση εμπιστοσύνης και πραγματικού ενδιαφέροντος με έναν άλλο άνθρωπο. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Kiritz και Moors τονίζοντας την σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων απέναντι στη προστασία της αρνητικής δράσης του στρες (Parkes, 1971). Οι οικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το στρες όπως η φτώχεια, η ανεργία, η οικονομική ανασφάλεια, η απώλεια του εισοδήματος αποτελούν στρεσογόνες πηγές με επακόλουθο την ψυχοσωματική ασθένεια (WHO, 1971).

Το πολιτισμικό πλαίσιο μπορεί να διαμορφώσει πεποιθήσεις οι οποίες θα λειτουργούν προστατευτικά ή παθολογικά στη συσχέτιση του με το στρες. Αυτό σημαίνει ότι ομάδες από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια μπορεί να εμφανίζουν διαφορετικές αντιδράσεις όταν εκτίθενται στο ίδιο στρεσογόνο ερέθισμα (Parkes, 1971). Οι Guthrie et al μελέτησαν τις αντιδράσεις φοιτητών από την Αμερική, την Γαλλία και τις Φιλιππίνες σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Οι Αμερικανοί φοιτητές για παράδειγμα ανέφεραν περισσότερο σωματικές αντιδράσεις κυρίως στη γαστρική περιοχή ενώ οι Γάλλοι φοιτητές ανέφεραν περισσότερο διαταραχές στη διάθεση και στη σκέψη. Οι Φιλιππινέζοι φοιτητές και κυρίως οι γυναίκες ανέφεραν καρδιαγγειακές παθήσεις, στηθάγχη και καρδιακές αρρυθμίες. Παρόλο τις παραπάνω διάφορες στο στρες στις προαναφερθέντες ομάδες, διαπιστώθηκαν κάποιες κοινές αντιδράσεις και συμπτώματα όπως είναι ο πονοκέφαλος, η ζάλη, εφιάλτες και μυϊκές συσπάσεις κυρίως στις γυναίκες. Οι διαφορές στη αναφορά των συμπτωμάτων στα δύο φύλλα πιθανόν να οφείλονται σε πολιτισμικές αξίες που εμποδίζουν τους άντρες

να παραδεχτούν τα συμπτώματα του στρες ώστε να μη αμαυρωθεί η εικόνα του «δυνατού άντρα» (Cecil,1990). Επιπρόσθετα τα πολιτισμικά πλαίσια που στηρίζουν την αξία της κοινωνικής συνοχής και στήριξης, προστατεύουν τα μέλη τους από στρεσογόνες καταστάσεις και από χρόνιες ασθένειες όπως τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Helman,1987). Επίσης κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μιας κουλτούρας επηρεάζουν την αντίληψη για το στρες, για παράδειγμα στις περιπτώσεις που παρατηρείτε θρησκευτικός φανατισμός ο ανθρώπινος πόνος τοποθετείτε στη ατυχία της μοίρας και στη θέληση του «θεού» και όχι στον άνθρωπο (WHO,1971). Περαιτέρω, οι πολιτισμοί που υποστηρίζουν την διαλογιστική και συλλογική πλευρά της ζωής εμφανίζουν μικρότερη τάση για στρες σε σχέση με αυτούς που στηρίζουν τον ανταγωνισμό και τον υλισμό. Τέλος στους πολιτισμούς όπου η ανατροφή των παιδιών μοιράζετε σε αρκετούς ενήλικες, εμφανίζετε μικρό ποσοστό ασθενειών που προκαλούνται από στρεσογόνα ερεθίσματα (Parkes, 1971).

2.2. Οι επιπτώσεις του στρες

Το στρες μπορεί να οδηγήσει ή να προκαλέσει την επιδείνωση διαφόρων χρόνιων ασθενειών αλλά και ψυχικών διαταραχών όπως τις καρδιαγγειακές παθήσεις, την υπέρταση, την κατάθλιψη (Astin, 1997). Επίσης, έχουν δείξει διάφορες έρευνες ότι το στρες αποτελεί έναν προσθετικό παράγοντα στην αύξηση της πιθανότητας για χρόνιες παθήσεις όπως του καρκίνου του πνεύμονα, της καρδιομυοπάθεια και της βουλιμιάς (Bernann & Moos, 1990).

Περαιτέρω, έρευνες εστιασμένες στην επίδραση του στρες στη ψυχική υγεία έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα στρες οδηγούν σε αύξηση των ορμονών, κυρίως της κορτιζόλης, η οποία σχετίζετε με τη δημιουργία των χρόνιων ασθενειών. Στη συγκεκριμένη έρευνα μεγαλύτερη έμφαση δόθηκε στη προοδευτική εξέλιξη της ασθένειας του καρκίνου και του AIDS (Turner-Cobb, 2005).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του στρες μπορούν να φανούν μέσω των αλλαγών που υφίσταται το άτομο σε γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο. Κάποιες από αυτές τις αλλαγές μπορεί να αποτελούν προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί το άγχος του. Συγκεκριμένα σε επίπεδο συμπεριφοράς το άτομο μπορεί να προβεί είτε σε συμπεριφορές που προωθούν την υγεία όπως η σωματική άσκηση , η ισορροπημένη διατροφή είτε σε κάποιες άλλες όπως στη χρήση αλκοόλ, νικοτίνης που επιδεινώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες (DiMatteo & Martin, 2006).

Επίσης το παρατεταμένο στρες οδηγεί σύμφωνα με ευρενητικά ευρήματα σε συναισθηματική καταπόνηση. Σχετίζετε σημαντικά με την κατάθλιψη και με το άγχος. Η περίπτωση ενός ατόμου που έχει υψηλό επίπεδο παρατεταμένου στρες και χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης, οδηγεί σε φτώχη και ελλιπή συναισθηματική ανάπτυξη. Το στρες δείχνει καλύτερα από την ασθένεια την αρνητική και τη θετική συναισθηματικότητα (Cruis et al, 2004).

3. ΟΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μία δοκιμασία για τα άτομα που πάσχουν, αλλά και για τις οικογένειές τους, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητάς τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσον αφορά την πορεία και την έκβασή τους. Ενώ κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά τη νόσο του, υπάρχει μία πλειάδα κοινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από τη νόσο από την οποία πάσχουν (Sarafino,1990). Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα και οι οικογένειές τους περνούν διάφορα στάδια, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με την χρόνια ασθένεια. Η χρόνια ασθένεια μπορεί να επιδράσει καταλυτικά στην ικανότητα του ατόμου για βασικές λειτουργίες όπως η επικοινωνία, η κοινωνικότητα και η αυτοφροντίδα. Η προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια είναι μια σύνθετη διαδικασία που επηρεάζεται από το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα και από κοινωνικούς παράγοντες. Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων προσδιορίζει πόσο καλά ένα άτομο έχει προσαρμοστεί σε μια κατάσταση. Επίσης η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους (McCall, 1975).

3.1 Αντιδράσεις των ατόμων στη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας

Τα άτομα και οι οικογένειες με τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας περνούν μια διαδικασία «πένθους» που έχει διάφορα στάδια. Ο ασθενής και μέλη της οικογένειάς του βιώνουν απώλειες που σχετίζονται με την απώλεια της υγείας και της σωματικής λειτουργίας, την απώλεια της ενεργού συμβολής και της παρουσίας στο σπίτι ενός συντρόφου ή ενός γονέως, την απώλεια των προνομίων του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς και όλων όσων απέρρεαν από τον κοινωνικό αυτό ρόλο και ακόμα

διάφορες συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες (Sarafino, 1990). Τα στάδια της διαδικασίας του πένθους έχουν περιγραφεί από την Kubler-Ross (1969) και αναφέρονται παρακάτω. Αρχικά στο στάδιο της διάγνωσης (shock), ο ασθενής και η οικογένεια του παρουσιάζουν μια αδυναμία να αντιδράσουν ή αντιδρούν σπασμωδικά. Το στάδιο αυτό ακολουθείται από το στάδιο της άρνησης (denial), όπου ο άρρωστος και η οικογένεια αρνούνται να αποδεχθούν το γεγονός. "Όχι, δεν μπορεί να είναι αλήθεια!", είναι η συνήθης αντίδραση ατόμων και οικογενειών και τρέχουν από ιατρείο σε ιατρείο, με την ελπίδα πως κάποιος θα τους πει κάτι διαφορετικό, πώς έγινε κάποιο λάθος. Στο στάδιο του θυμού (anger) ο άρρωστος και οικογένεια βιώνουν και εκφράζουν θυμό, ο οποίος αποτελεί μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση, μια διαμαρτυρία. "Γιατί εγώ; Αυτό είναι άδικο." Είναι θυμωμένοι γιατί η καθημερινή τους ζωή και τα σχέδια για το μέλλον ανατράπηκαν ξαφνικά. Οι περισσότεροι άνθρωποι εκφράζουν αυτό το θυμό στο περιβάλλον τους με το να παραπονιούνται για το σύστημα υγείας, για τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ οι άλλοι στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο Θεό την τύχη. Στο στάδιο της απόσυρσης (retreat), ο ασθενής και η οικογένεια του θρηνούν για τις απώλειες που υπέστησαν και στο στάδιο αυτό είναι δυνατόν ο ασθενής και η οικογένειά του να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, να μην εφαρμόζουν τις θεραπείες που τους έχουν συσταθεί και να περνούν μια φάση κατάθλιψης. Στο στάδιο της διαπραγμάτευσης (bargaining) άρρωστος και οικογένεια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η αρρώστια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους, για να καταλήξουν στο "γιατί όχι και σε μένα". Τότε, αρχίζει η διαδικασία διαπραγμάτευσης, "θα ακολουθώ πιστά τη θεραπεία, θα κάνω τις ασκήσεις που πρέπει, θα με βοηθήσει αυτό; Θα πηγαίνω

τακτικά στην εκκλησία, θα με βοηθήσει αυτό να γίνω καλά;. Η διαπραγμάτευση είναι μια προσπάθεια να υπερνικηθεί η κρίση και να γίνει καλύτερη η κατάσταση.

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής/αντιμετώπισης (acceptance), στο ασθενής και η οικογένεια του αποδέχονται το γεγονός, γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες (Kubler-Ross, 1969).

Η διαδικασία πένθους διαρκεί πολύ και το άτομο μπορεί να παλινδρομεί μεταξύ αισθημάτων αδυναμίας, απελπισίας, εξάρτησης καθώς βιώνει περιορισμούς στην καθημερινή ζωή του. Κάθε επιδείνωση της κατάστασης σημαίνει την έναρξη ενός νέου κύκλου πένθους και αυτός ο φαύλος κύκλος μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πένθος. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και σε συναισθηματικές διαταραχές (Taylor, 1999).

3.2. Η προσαρμογή του ατόμου στη χρόνια ασθένεια

Οι απαιτούμενες προσαρμογές στη χρόνια ασθένεια και η αυστηρή τήρηση κανόνων είναι αναπόφευκτες στην διάρκεια της έκβασης της. Η χρόνια ασθένεια δημιουργεί μια σειρά από προβλήματα τα οποία μπορεί να μην απειλούν πάντοτε τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, προκαλούν όμως αναστάτωση σε επαγγελματικό ή κοινωνικό επίπεδο. Οι προσαρμογές ή αλλαγές που πραγματοποιούνται στο επάγγελμα του ατόμου προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στον πάσχοντα. Το επάγγελμα είναι συνδυασμένο με τον κοινωνικό ρόλο του ατόμου, με την οικονομική του επιφάνεια και αποτελεί στοιχείο άντλησης ικανοποίησης. Στην περίπτωση που ο ασθενής απέχει από την επαγγελματική του δράση εμφανίζονται ποικίλες συναισθηματικές διαταραχές που δημιουργούν άγχος και αγωνία στην καθημερινότητα του ατόμου (Sanderson, 2004). Επίσης οι κοινωνικές επαφές δυσχεραίνονται καθώς το πάσχον άτομο αναγκάζεται να ακολουθεί κάποιες ιατρικές οδηγίες που μπορεί να περικλείουν ξεκούραση, συγκεκριμένη διατροφή,

τακτική λήψη φάρμακων, περιορίζει την κοινωνική του έξοδο. Το ίδιο δηλαδή το άτομο αναγκάζεται να θέσει αυτοπεριορισμούς στις κοινωνικές του σχέσεις. Περαιτέρω οι αντιδράσεις από τον κοινωνικό περίγυρο ποικίλλουν και μπορεί πολλές φορές το άτομο με χρόνια ασθένεια να αντιμετωπίσει ειρωνικά σχόλια ή αποπομπή από κάποια συντροφιά τα οποία δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα (Sanderson,2004).

Επιπλέον οι αλλαγές στη σεξουαλική έκφραση και λειτουργία είναι λεπτά ζητήματα που απασχολούν πολλά από τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και η μεγαλύτερη δυσκολία στο όλο ζήτημα είναι το γεγονός ότι εξαιτίας της λεπτής φύσης του θέματος, δυσκολεύονται να βρουν κάποιον για να απευθυνθούν ή να μιλήσουν για το πρόβλημά τους. Γενικά η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας εμπεριέχει διαρκής συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης από το πάσχων άτομο το οποίο χρειάζεται συνεχή θεραπεία και φροντίδα. Οι ίδιες οι στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας μπορεί να αποτελούν πηγή άγχους καθώς η ζωή του επαναδιοργανώνετε μέσα από αυτές. Οι προσαρμογές λοιπόν στην χρόνια ασθένεια και οι αλλαγές που φέρουν είναι ποικιλόμορφες (Verhaan et al,2005) .

Η Dell Orto (1984), έκανε ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις σχετικά με τη διαδικασία προσαρμογής και τις προσπάθειες που καταβάλλει το άτομο με χρόνια ασθένεια για να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση. Συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι κανένας άνθρωπος δεν είναι απόλυτα προετοιμασμένος για να αντιμετωπίσει τη χρόνια ασθένεια. Η ασθένεια φέρνει στην επιφάνεια τον καλύτερο και το χειρότερο εαυτό των ανθρώπων και αλλάζει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και δοκιμάζει τις αντοχές της. Επίσης μπορεί να εξαντλήσει υπάρχοντα συναισθηματικά αποθέματα ή να δημιουργήσει νέα. Συχνά, η μόνη διαθέσιμη υποστήριξη για τον ασθενή είναι η οικογένειά του όμως δεν διαθέτουν όλοι οι άνθρωποι οικογένεια για να αντλούν από

αυτήν υποστήριξη και επίσης δεν διαθέτουν όλες οι οικογένειες τις απαραίτητες ικανότητες για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αρρώστιας ενός μέλους τους. Η μάχη με τη χρόνια ασθένεια αποτελεί μια συνεχή διαδικασία αλλά η υπάρχουσα υποδομή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας μπορεί να βοηθήσει (Sarafino,1990).

4.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Τα τελευταία τριανταπέντε χρόνια έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες σχετικές με τις στρατηγικές διαχειρίσεις του στρες. Ο βασικός σκοπός αυτών των ερευνών ήταν η διερεύνηση του αν οι διάφορες στρατηγικές βοηθούν τα άτομα να διαχειριστούν αποτελεσματικά το στρες που εμπεριέχετε στη ζωή τους. Αυτός που αρχικά μίλησε για στρατηγικές διαχείριση σε γνωστικό και συμπεριφοριστικό επίπεδο ήταν ο Lazarus. Πριν από αυτόν οι ερευνητές τοποθετούσαν το στρες στην έννοια του μηχανισμού άμυνας και σε ασυνείδητες δυνάμεις (Folkman & Moskowitz, 2004). Ο Lazarus ορίζει τις στρατηγικές διαχειρίσεις ως εκείνες τις σκέψεις και συμπεριφορές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να χειριστούν τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις μιας κατάστασης που σχετίζετε με το στρες. Ο ορισμός αυτός έγινε γρήγορα αποδεκτός από την επιστημονική κοινότητα και άρχισαν να δημιουργούνται εργαλεία για την διευκρίνηση και την ονομασία αυτών των σκέψεων και συμπεριφορών που λειτουργούν στην διαχείριση του στρες (Tennen et al, 2000). Ένα από τα αρχικά εργαλεία για την μέτρηση των στρατηγικών διαχείρισης ήταν τα ερωτηματολόγια, τα οποία χρησιμοποιούνται και στις σημερινές έρευνες. Ο ασθενής καλείτε να απαντήσει περιφραστικά ή μονολεκτικά με ένα ναι /όχι σε μια λίστα ερωτήσεων που φανερώνουν τον τρόπο που το άτομο διαχειρίζεται τις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Τα ερωτηματολόγια δίνουν την δυνατότητα να παρουσιαστούν οι πολυδιάστατες σκέψεις και συμπεριφορές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να διαχειριστούν το στρες. Παρολ'αυτά εμπεριέχουν περιορισμούς που σχετίζονται με τη φύση του δείγματος, με την νοηματοδοτηση και την κατανόηση των ερωτήσεων από το κάθε άτομο (Stone et al, 1992). Εναλλακτικά χρησιμοποιείτε

η προσέγγιση της αφήγησης, στη διάρκεια της οποίας το άτομο καλείτε να αφηγηθεί τις καταστάσεις που του δημιουργούν στρες και τους τρόπους που το αντιμετωπίζουν.

Επίσης μέσα από τις αφηγήσεις ο ερευνητής μπορεί να λάβει πληροφορίες για τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ατόμου σε μια δεδομένη κατάσταση, για την συμπεριφορά του καθώς και για την νοηματοδότηση που δημιουργεί. Πολλές φορές γίνεται ένας συνδυασμός στον οποίο χρησιμοποιείτε μαζί το ερωτηματολόγιο και οι αφηγήσεις ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη κάλυψη των στοιχείων ((Folkman & Moskowitz, 2004). Ο Folkman σε μια έρευνα για την έρευνα των στρεσογόνων καταστάσεων που δημιουργούνται στους φροντιστές των ασθενών με AIDS στηρίχτηκε στην ανάλυση αφηγήσεων και ερωτηματολογίων. Μέσα από αυτά κατάφερε να συλλέξει στοιχεία για τις πηγές άγχους των φροντιστών όπως για την προσαρμογή στην ασθένεια, για την ανάληψη ευθυνών, για την αλλαγή των ρόλων και τις συγκρούσεις τους καθώς και για τα συναισθήματα τους μέσα στην κατάσταση.

Η συλλογή αυτών των στοιχείων είχε σκοπό την κατανόηση της αντίληψης των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (Folkman et al, 1994). Οι στρατηγικές διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων όπως είναι μια χρόνια ασθένεια αποτελούν μια συνεχή, δυναμική διαδικασία που εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου. Επηρεάζονται από το περιβάλλον, τις πηγές και τις απαιτήσεις του, από την προσωπικότητα του ατόμου και από την αλληλεπίδραση τους. Οι ίδιες όμως οι στρατηγικές επηρεάζουν την φυσιολογία, την ψυχολογία και την συμπεριφορά του ατόμου με αποτέλεσμα το γινόμενο των στρατηγικών διαχειρίσεις του στρες να είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό. Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η διάκριση των στρατηγικών διαχείρισης σε αυτές που εστιάζονται στο πρόβλημα και σε εκείνες που εστιάζονται στο συναίσθημα αποτελεί ένα καλό εναρκτήριο σημείο για περαιτέρω

μελέτη (Folkman & Moskowitz, 2004). Σε αυτή την βάση και στο εμπεριέχον της, εστιάζετε παρακάτω, η συνέχεια της παρούσας εργασίας.

4.1. Στρατηγικές διαχείρισης του στρες.

Οι στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούνται από τα άτομα δεν μπορούμε να τις κατατάξουμε ως «καλές» ή «κακές» διότι εμπεριέχουν προσαρμοστικές ποιότητες που αλληλεπιδρούν με την κάθε στρεσογόνο κατάσταση που εφαρμόζονται. Επειδή το πλαίσιο εφαρμογής τους αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που αλλάζει, μια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που είναι αποτελεσματική σε κάποια στρεσογόνο κατάσταση μπορεί να είναι αναποτελεσματική σε κάποια άλλη (Folkman & Lazarus, 1988). Κάθε στρατηγική διαχείρισης του στρες εφαρμόζετε μοναδικά σε κάθε κατάσταση και αλληλεπιδρά με το πλαίσιο και με διάφορους ρυθμιστικούς παράγοντες που ερμηνεύσουν τις ατομικές διαφορές ως προς το στρες. Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η κοινωνική υποστήριξη, το αίσθημα αντοχής, η αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας και η πνευματικότητα (Καραδήμας, 2005). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διακρίνονται σε αυτές που εστιάζονται και σε αυτές που εστιάζονται στο πρόβλημα. Συγκεκριμένα οι πρώτες έχουν ως στόχο την μείωση ή την εξάλειψη των συναισθηματικών επιπτώσεων των στρεσογόνων καταστάσεων. Περιλαμβάνουν διάφορες δράσεις όπως την φροντίδα του εαυτού, την συναισθηματική αντίδραση κ.α που πιθανόν να οδηγούν στη μείωση του στρες. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι αυτές οι στρατηγικές χρησιμοποιούνται όταν μια στρεσογόνο κατάσταση δεν είναι εύκολο να αλλάξει και επίσης όταν τα άτομα έχουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και άγχους (Ender & Parker, 1990). Επίσης στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες, κυρίως οι νέες, αντιμετωπίζουν το στρες περισσότερο εστιάζοντας στο συναίσθημα, σε σχέση με τους άντρες (Folkman

& Moskowitz, 2004). Καποιες στρατηγικές που εστιάζονται στο συναίσθημα είναι η ευχολογία, η άρνηση, η αποφυγή, το ποτό, το φαγητό, οι ναρκωτικές ουσίες, ο ύπνος (Folkman & Lazarus, 1988).

Από την άλλη, οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα για να το αντιμετωπίσουν έχουν ως στόχο την αλλαγή μιας στρεσογόνου κατάστασης, την πρόληψη της και γενικά δράσεις για την μείωση των επιπτώσεων της (Di Matteo & Martin, 2006). Σε αυτές τις στρατηγικές περιλαμβάνονται γνωστικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Τέτοιοι τύποι αντιμετώπισης του στρες είναι η συγκέντρωση πληροφοριών για την απόκτηση γνώσης μιας κατάστασης και η προληπτική δράση. Επίσης η αποφυγή μιας στρεσογόνου κατάστασης αποτελεί μια γνωστικό-συμπεριφοριστική στρατηγική (Di Matteo & Martin, 2006). Κάποιες συγκεκριμένες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια κατάσταση εσταζόμενοι στο πρόβλημα παρουσιάζουν καλύτερη υγεία σε σχέση με εκείνα που εστιάζονται στο συναίσθημα (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). Παρόλο που αυτές οι στρατηγικές παρέχουν κάποιες μακροπρόθεσμες λύσεις, το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε ψυχική καταπόνηση γ'αυτό χρειάζεται να χρησιμοποιεί και στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Di Matteo & Martin, 2006). Αναφέρθηκε προηγουμένως ότι η κάθε στρατηγική εφαρμόζεται μοναδικά σε κάθε κατάσταση και εξαρτάται από το κάθε άτομο και το πλαίσιο οπότε δεν υπάρχει ένας μόνος τρόπος αντιμετώπισης του στρες (Folkman & Lazarus, 1988).

Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για τις στρατηγικές διαχείρισης που ακολουθούσαν οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και διαπιστώθηκε ότι ήταν ως επί το πλείστον γνωσιακές και συμπεριφοριστικές. Συγκεκριμένα το 24% του δείγματος εστιαζόταν στη διαχείριση του συναισθήματος ενώ το 46% στη διαχείριση του προβλήματος

(Kroencke & Douglas, 1999). Μια άλλη όμως σχετική έρευνα με ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με σκλήρυνση κατά πλάκας έδειξε ότι η διαχείριση της ασθένειας γινόταν με επικέντρωση στο συναίσθημα και όχι στο πρόβλημα (Warren et al,1982).

4.2. Στρατηγικές διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας

Οι χρόνιες ασθένειες προάγουν την ανασφάλεια, απειλούν την αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα του ασθενούς και δημιουργούν στρες στην καθημερινότητα του (Veenstra et al,2005). Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αναζητούν και εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές για την διαχείριση της ασθένειας. Η επιλογή μιας στρατηγικής εξαρτάτε από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου, από την φύση της ασθένειας και τη φθορά που προκαλεί στον ασθενή, τη χρονική της διάρκεια, τη νοσηματοδότηση της από τον ασθενή, τις αλλαγές που υφίσταται στην πάροδο του χρόνου, από την κοινωνική υποστήριξη, το πλαίσιο δράσης και από τον βαθμό ελέγχου της κατάσταση (Geyer, 1997).

Σύμφωνα με τον Lazarus and Folkman οι στρατηγικές μπορούν να διαχωριστούν σε αυτές που εστιάζονται στο συναίσθημα και σε αυτές που εστιάζονται στο πρόβλημα, παρόλο που κάποιοι άλλοι ερευνητές όπως ο Jalowiec (1991) τοποθετούν τις στρατηγικές διαχείρισης σε οχτώ κατηγορίες(Cronqvist et al,1997). Τα προβλήματα όμως είναι μάλλον πολύπλευρα και για αυτό το λόγο χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα διαφορετικές στρατηγικές, τόσο όσες εστιάζουν περισσότερο στο πρόβλημα όσο και όσες εστιάζουν περισσότερο στο συναίσθημα για την καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας. (Lazarus & Folkman, 1984 όπως παρατίθεται Καραδήμας et al,).

Η παρακάτω μελέτη θα εστιαστεί στο διαχωρισμό των Lazarus and Folkman με επιπλέον αναφορά σε νέες στρατηγικές που συμπεριλαμβάνονται στις δυο γενικές κατηγορίες.

4.2.1. Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα

Οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα περιλαμβάνουν διάφορους γνωστικούς και συμπεριφοριστικούς παράγοντες που έχουν στόχο την ανάληψη δράσεων για την αλλαγή μιας κατάστασης. Σύμφωνα με μια έρευνα τα άτομα που προτιμούν αυτές τις στρατηγικές διακατέχονται από υψηλή αίσθηση συνοχής . Αυτό πιθανόν να οφείλετε στο γεγονός ότι τα άτομα με υψηλή αίσθηση συνοχής έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκλάβουν μια κατάσταση ως επικίνδυνη και να την νοηματοδοτήσουν ως μη ελεγχόμενη οπότε δρουν για την αλλαγή της (Veenstra et al., 2005). Ένας τρόπος διαχειρισής της ασθένειας είναι η απόκτηση γνώσεων για αυτήν. Οι ασθενείς προσπαθούν να συλλέξουν πληροφορίες από το ιατρικό προσωπικό, από συγγενείς, φίλους και άλλες πηγές ώστε να γνωρίσουν την φύση της ασθένειας τους και της θεραπείας της με σκοπό τον έλεγχο της (Folkman & Moskowitz, 2004).

Επίσης οι ασθενείς προσπαθούν εστιαζόμενοι στο πρόβλημα να δώσουν ένα νόημα στη χρόνια ασθένεια. Στην έρευνα του Gottlieb οι χρόνιοι ασθενείς ακολουθούσαν την στρατηγική της νοηματοδότησης της ασθένεια με το να κάνουν αιτιώδη συσχετίσεις και με να ψάχνουν συνεχώς το νόημα της (Gottlieb, 1997). Η διαδικασία της νοηματοδότησης μιας ασθένειας περιλαμβάνει αλλαγές στις αντιλήψεις, στις αξίες και στις προτεραιότητες του ασθενή. Κάποιοι ασθενείς δηλώνουν θετικά συναισθήματα μέσω της νοηματοδότησης καθώς λένε “ Η ασθένεια με έκανε να πιστέψω περισσότερο στην ποιότητα της ζωής και στο να ζω όσο μπορώ ικανοποιητικά”, “Εκτίμησα περισσότερο τους φίλους μου και ήρθα πιο κοντά τους μέσω της ασθένειας” (Folkman & Moskowitz, 2004). Επίσης όταν η γνωστική επεξεργασία συνδέεται με την νοηματοδότηση της ασθένειας, τα άτομα που εισέρχονται σε αυτή σύμφωνα με τη έρευνα των Folkman & Moskowitz εμφανίζουν καθόλου ή μικρότερη επιδεινώνει της ασθένειας σε σχέση με τους ασθενείς που

εμπλέκονται σε γνωστική επεξεργασία αλλά χωρίς την νοηματοδότηση της ασθένειας. Ο εστιασμός στα θετικά συναισθήματα που απορρέουν από την νοηματοδότηση της ασθένειας αποτελεί ένα από τα τελευταία επιτευγματα των ερευνών που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών (Folkman & Moskowitz, 2004).

Επιπρόσθετα, μια στρατηγική διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας με γνωστικό-συμπεριφοριστικό χαρακτήρα είναι η αποφυγή ή η άρνηση της ασθένειας. Οι ασθενείς που αρνούνται ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια μπορεί να υποφέρουν από άσχημες συνέπειες. Η προσπάθεια εξαφάνισης ενός γεγονότος και η μη ρεαλιστική αισιοδοξία εμποδίζει το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση της υγείας του και να θέσει ρεαλιστικούς στόχους για την βελτίωση της. Πολλές φορές η ίδια η φύση της ασθένειας και η αίσθηση του ατόμου για την ικανότητα του για έλεγχο οδηγούν ή εμποδίζουν την άρνηση της. Μια έρευνα υποστηρίζει ότι τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο και τα άτομα με αρθρίτιδα τα οποία κατέχονται από χαμηλή αυτοπεποίθηση, δυσκολεύονται να αποδεχτούν την ασθένεια τους σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984). Η αυξημένη χρήση αυτή της στρατηγικής, σύμφωνα με μελέτες, οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα άγχους και σε κατάθλιψη με επιπρόσθετες αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ασθενούς (Felton & Renenson, 1984). Η άρνηση ή η αποφυγή μιας ασθένειας μπορεί να οδηγήσει και στη μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών από τον ασθενή και πιθανόν να επιφέρει επιδείνωση της ασθένειας (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984).

Η τήρηση των ιατρικών οδηγιών αποτελεί μια στρατηγική διαχείρισης της ασθένειας εστιασμένη στο πρόβλημα. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την τήρηση ή μη των ιατρικών οδηγιών παραμένουν ασαφείς, καθώς τα ερευνητικά δεδομένα είναι συχνά αντιφατικά. Κάποιοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ορισμένοι ασθενείς

δεν συμμορφώνονται γιατί δεν κατανοούν ή γιατί ξεχνούν τις ιατρικές οδηγίες, άλλοι γιατί δεν είναι ικανοποιημένοι με το σύστημα υγείας και αντιτίθενται στο προσωπικό παραβιάζοντας συμβολικά τους κανόνες που επιβάλλει, ορισμένοι γιατί η χρονική διάρκεια και η πολυπλοκότητα της ασθένειας αποθαρρύνει τον ασθενή. Οι προσωπικές πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου σχετικά με το πόσο ευάλωτο θεωρεί τον εαυτό του, πόσο σοβαρή αξιολογεί την ασθένειά του, πόσο αποτελεσματική αξιολογεί την προτεινόμενη αγωγή και ποια είναι τα οφέλη, οι κίνδυνοι και τα εμπόδια που προβάλλει στη ζωή του, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό της συμμόρφωσης του ασθενή στη θεραπεία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Οι Donovan και Blake (1992) αμφισβητούν την έννοια της «συμμόρφωσης», επειδή αναντανακλά μια γενικότερη στάση ενός πατερναλιστικού, αυταρχικού συστήματος όπου ο «ειδικός» ορίζει τη διάγνωση και τη θεραπεία, ενώ ο ασθενής παθητικός δεκτής των εντολών δεν έχει άλλη επιλογή από τη συμμόρφωση και την υπακοή. Υποστηρίζουν ότι μολονότι ο γιατρός ορίζει μια συγκεκριμένη αγωγή, ο ασθενής είναι εκείνος που τελικά θα αποφασίσει εάν θα τηρήσει τις ιατρικές οδηγίες και αν θα πάρει τα φάρμακα. Σύμφωνα με τη θεώρησή τους, η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών δεν αποτελεί απαραίτητα ένδειξη «παθολογικής συμπεριφοράς» αλλά αποτέλεσμα συνειδητής απόφασης στη οποία ο ασθενής οδηγείται στηριζόμενος στη πληροφόρηση που διαθέτει, στις πεποιθήσεις και στις συναισθήματα του σχετικά με το πρόβλημα της υγείας του (Donovan και Blake, 1992). Από την άλλη μεριά κάποιοι ερευνητές όπως ο Becker (1979) υποστηρίζουν ότι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών είναι απαραίτητη από τον ασθενή για να θεραπευτεί. Διαφορετικά θα χρειάζεται να κάνει συνεχώς καινούργιες εξετάσεις που κοστίζουν σε χρόνο και σε χρήμα δημιουργώντας παράλληλα αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του (Καλαντζή-Αζίζι, 1992). Οι

στρατηγικές διαχείριση της χρόνιας ασθένειας που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα, μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές ανάλογα με το ποια, το πώς και το που θα εφαρμοστεί (Folkman & Moskowitz, 2004).

Γενικά υποστηρίζετε από τη βιβλιογραφία ότι οι ασθενείς που εστιάζονται στο πρόβλημα για να το διαχειρισθούν, εμφανίζουν καλύτερη υγεία σε σχέση με αυτούς που εστιάζονται στο συναίσθημα και κυρίως στην ευχολόγια οι οποίοι οδηγούνται στη επιδείνωση των συμπτωμάτων της ασθένειας τους (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). Επιπλέον κάποιες στρατηγικές όπως η θετική επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλήματος, σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Richardson, Golden-Kreutzer, & Andersen, 2006 όπως παρατίθεται Καραδήμας et al).

Οι Beutler, Moos & Lane, υποστηρίζουν ότι τα άτομα που ξεκινούν μια θεραπευτική αγωγή και χρησιμοποιούν τη στρατηγική της αποφυγής είναι περισσότερο πιθανό να εγκαταλείψουν τη θεραπεία τους. Συγκεκριμένα οι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις που στηρίζονται στη στρατηγική της αποφυγής εμφανίζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων της ασθένειας (Beutler, Moos & Lane, 2003). Επιπρόσθετα έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με ισχυρή αυτοπεποίθηση και ευελιξία στη προσαρμοστικότητα τους χρησιμοποιούν τόσο την στρατηγική της αποφυγής όσο και της προσέγγισης μιας κατάστασης. Γενικά τα άτομα που είναι θετικά, αισιόδοξα, με αίσθηση συνοχής και αυτοπεποίθηση έχουν ένα ρεπερτόριο στρατηγικών διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών (Friedman et al, 1992).

4.2.2 Στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα

Οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στο συναίσθημα μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να αναλαμβάνει δράσεις που αφορούν την φροντίδα του εαυτού και την συναισθηματική έκφραση που βελτιώνουν την

κατάσταση της υγείας του ή να οδηγείτε στη χρήση του αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών και νικοτίνης που την δυσχεραίνουν (Endler & Parker, 1990). Σε σχέση με την συναισθηματική έκφραση, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι ορισμένοι ασθενείς διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους με το κλάμα και με το γράψιμο, τα οποία τους δημιουργούν ανακούφιση (Moskowitz & Wrubel, 2000). Αντιθέτως, τα άτομα που συγκρατούνται όταν θέλουν κάτι είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να έχουν φτωχή ψυχο-κοινωνική ρύθμιση (Bombardier, D' Amico & Jordan, 1990).

Επιπλέον, η αποφυγή και η ευχολογία αποτελούν δυο στρατηγικές διαχειρήσεις της ασθένειας που η αυξημένη χρήση τους οδηγεί σε αυξημένο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με κάποιες άλλες στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Felton & Revenson, 1984). Στη κατάσταση αποφυγής ο ασθενής εισέρχεται σε δράσεις που του αποσπούν την προσοχή από το στρεσογόνο γεγονός της χρόνιας ασθένειας με το να ακούει μουσική, να ονειροπολεί. Επίσης στην αποφυγή εμπεριέχετε και η άρνηση του ασθενή ως προς την ασθένεια του, η οποία τον εμποδίζει να την αποδεχτεί με σκοπό την ανάληψη δράσεων για την βελτίωση και την ανάρρωση του από αυτή (Folkman & Moskowitz, 2004). Στη στρατηγική της ευχολογία ο ασθενής εύχεται για παράδειγμα να εξαφανιστεί η δύσκολη κατάσταση ή να τη ξεπεράσει χωρίς όπως να αναλαμβάνει προσωπική δράση. (Folkman & Lazarus, 1988). Η ευχολογία ανεξάρτητα από την ασθένεια και την ελεγχσιμότητα της έχει βρεθεί ότι επηρεάζει αρνητικά τόσο την ίδια τη χρόνια ασθένεια όσο και τη γενικότερη ψυχική και σωματική υγεία του ασθενή. (Felton & Revenson, 1984).

Περαιτέρω, η κοινωνική υποστήριξη, συμπεριλαμβάνεται στις στρατηγικές διαχειρίσεις που εστιάζονται στο συναίσθημα. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην βοήθεια που προσφέρουν οι φίλοι, συγγενείς, γείτονες, συνάδελφοι,

επαγγελματίες κ.λ.π. Η συναισθηματική υποστήριξη περιλαμβάνει την οικειότητα, το δεσμό με αλλά άτομα και την επιβεβαίωση ότι αν υπάρχει ανάγκη τότε εκείνα θα ενδιαφερθούν για παροχή στήριξης και βοήθειας (Schaefer et al,1981). Στους ασθενείς η κοινωνική υποστήριξη, δημιουργεί γρηγορότερη ανάρρωση και λιγότερες ιατρικές θεραπείες, λιγότερη ψυχική καταπόνηση και μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας (Straub, 2002). Παρολ'αυτά η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες όταν οι παρέχοντες της είναι πειστικοί προς τον ασθενή, δημιουργώντας του έτσι με τον τρόπο τους καταπίεση και δυσφορία (Straub, 2002).

Επίσης η αλληλεπίδραση του ασθενή με ορισμένα άτομα μπορεί να τον κάνει πιο ευάλωτο συναισθηματικά, να του δημιουργεί στρες και να φέρει αρνητικές συνέπειες στη ψυχική και σωματική του υγεία (Straub,2002).

Έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό δίκτυο είναι χωριστές μεταβλητές που συνδέονται διαφορετικά με την ψυχική υγεία. Η Κοινωνική υποστήριξη αφορά την ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων ενώ το κοινωνικό δίκτυο σχετίζεται με την συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Καραδημας, 1995). Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται ισχυρότερα με τη συμπτωματολογία και το ηθικό σε σχέση με το κοινωνικό δίκτυο. Επίσης έχει βρεθεί ότι τα άτομα με ένα ευρύ και υποστηρικτικό δίκτυο παρουσιάζουν καλύτερη κατάσταση υγείας σε σχέση με αυτά που δεν έχουν ένα ανάλογο δίκτυο. Επιπλέον υποστηρίζετε ότι η συλλογικότητα προστατεύει τα άτομα από τη θνησιμότητα(Schaefer et al, 1981).

Στις ανατολικές χώρες όπως στη Κίνα, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είναι λιγότερο ενεργοί στη διαχείριση της ασθένειάς τους και δεν χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης για την μείωση ή την εξάλειψη της όπως οι ασθενείς του δυτικού πολιτισμού. Αυτή η κατάσταση στήριξε στο γεγονός ότι η θρησκεία τους, ο

Βουδισμός και ο Ταοϊσμός μεταφέρει στους ασθενείς την αίσθηση ότι οτιδήποτε προκύπτει όπως η ασθένεια πρέπει να γίνεται δεκτό καθώς η ζωή τους κατευθύνετε από τις αόρατες, εξωτερικές δυνάμεις της μοίρας (Chui & Chan,2007).

Αυτή η αποδοχή της μοίρας υποστηρίζετε και από την διδασκαλία του Κομφούκιου η οποία έχει σημαντική επίδραση στη ζωή των κινέζων. Βασικά η ίδια η θρησκεία του και η πνευματική υποστήριξη που λαμβάνουν από αυτή αποτελεί τον κατεξοχήν μηχανισμό διαχείρισης της ασθένειας τους. Παρολ'αυτά οι κινέζοι σε περιόδους συναισθηματικής κρίσης αναζητούν βοήθεια μόνο το κοινωνικό τους δίκτυο και περισσότερο από την οικογένεια τους, την οποία αντιλαμβάνονται ως την βασική πηγή στήριξης της ζωής (Chui & Chan,2007).

4.3. Στρατηγικές διαχείρισης και ποιότητα ζωής

Η «ποιότητα ζωής» εξαρτάτε από τις στρατηγικές που θα ενεργοποίηση το άτομο για να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα με τη Random (1984), οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές όταν προωθούν τη λειτουργία του άρρωστου σε βασικούς ρόλους της καθημερινότητας της ζωής του, όταν συμβάλλουν στη συνεργασία του στη θεραπεία και όταν μειώνουν το άγχος και τη δυσφορία του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος , 1995). Ιδιαίτερη σημασία έχει η ικανότητα του άρρωστου να διατηρεί μια αίσθηση ελπίδας και αισιοδοξίας. Όταν βιώνει μια αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς που συνοδεύετε από παθητικότητα, αρνητικές προσδοκίες και απόγνωση τότε επηρεάζετε όχι μόνο η προσαρμογή του αλλά και η εξέλιξη της υγείας του (Seligman, 1975). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι η ενεργός και αισιόδοξη αντιμετώπιση του προβλήματος έχει θετικές επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής αλλά και στη διάρκεια επιβίωσης του ατόμου. Η αντιμετώπιση αυτή περιλαμβάνει την αναζήτηση πληροφοριών, τη δυνατότητα συμμετοχής του ατόμου στη λήψη αποφάσεων που το αφορούν και τη διεκδίκηση ικανοποιητικής

φροντίδας .Συνηθών οι ασθενείς που διαθέτουν τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά θεωρούνται από το προσωπικό υγείας «δύσκολοι», «επιθετικοί» ή «μη συνεργάσιμη», ακριβώς επειδή διεκδικούν τη διατήρηση του ελέγχου των καταστάσεων που βιώνουν, περιορίζοντας την επιρροή και εξουσία που έχει το προσωπικό επάνω τους . Οι ασθενείς που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο σε όσα τους συμβαίνουν ή που διστάζουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους χρειάζεται να τους δοθεί ιδιαίτερη στήριξη και υποστήριξη (Siegel, 1986). Για αυτό το σκοπό, για την στήριξη και ενδυνάμωση του ασθενή μπορούν να εφαρμοστούν διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις για τις οποίες ακολουθεί σχετική αναφορά.

5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η πολυπαραγοντική θεωρητική ερμηνεία του φαινομένου των χρόνιων ασθενειών οδήγησαν τα τελευταία χρόνια στην εξέλιξη ψυχολογικών μοντέλων παρέμβασης. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που θα συζητηθούν παρακάτω μπορούν να εφαρμοστούν μόνες ή σε συνδυασμό με ιατρικές παρεμβάσεις. Διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και σε χρόνιες παθήσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το διαβήτη, τη παχυσαρκία, την υπέρταση, το καρκίνο (Καλαντζή-Αζίζι, 1992). Μέσα στα πλαίσια των ερευνητικών διαπιστώσεων τα ψυχολογικά μοντέλα παρέμβασης μπορούν να συνοψιστούν σε δυο κατηγορίες: α) στον έλεγχο της συμπεριφοράς, όπου το άτομο μπορεί να επηρεάσει με τις αντιδράσεις του το ερέθισμα και τα αποτελέσματα του β) στον γνωστικό έλεγχο όπου το άτομο μέσω γνωστικής επεξεργασίας επηρεάζει τη σκέψη του και τις αντιλήψεις του (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Οι κυριότερες ψυχολογικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση ψυχοσωματικών ή καθαυτό οργανικά προβλήματα υγείας είναι οι συντελεστικοί μέθοδοι, οι μέθοδοι αντεξαρτήσεων, η χαλάρωση, ο γνωστικός αυτοέλεγχος, η βιοανάδραση και η μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Συγκεκριμένα οι συντελεστικοί μέθοδοι έχουν στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσω της ενίσχυσης ή της τιμωρίας. Οι μέθοδοι αντεξαρτήσεων διακρίνονται στη συστηματική απευαισθητοποίηση και στην ψυχοκατακλυσμική μέθοδο. Στη συστηματική απευαισθητοποίηση ο ασθενής μαθαίνει σταδιακά να παραμένει σωματικά και ψυχικά ήρεμος στην ίδια του την ασθένεια. Αυτή η κατάσταση του δίνει την δυνατότητα να αναλαμβάνει ενεργά την θεραπεία της ασθένειας του. Με τη ψυχοκατακλυσμική μέθοδο ο ασθενής καλείται να φανταστεί τη χειρότερη δυνατή φυσική κατάσταση και να τη βιώσει έως εκείνο το σημείο που δεν

θα αντέχει άλλο εξαιτίας του άγχους που θα τον διακατέχει. Μέσω αυτού του τρόπου το έντονο άγχος θα οδηγήσει σε μείωση και τελικά στην απόθεση του ίδιου του άγχους. Η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόζεται σε περιπτώσεις άγχους και πόνου (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Η χαλάρωση είτε πρόκειται για ασκήσεις σταδιακής νευρομυϊκής χαλάρωσης είτε για τις λεγόμενες αυτογενείς ασκήσεις έχουν ως σκοπό την μείωση του πόνου και του άγχους. Σχετικά με την εφαρμογή της χαλάρωσης σε καρκινοπαθείς ο Αναγνωστόπουλος, (1986) αναφέρει ότι «η χαλάρωση δεν επηρεάζει τον πόνο που προκαλείτε από τον ίδιο τον καρκίνο αλλά έχει θετικές επιπτώσεις σε δευτερεύοντες πόνους (όπως π.χ μυϊκούς σπασμούς) που συχνά εμφανίζονται σε αγχώδεις και φοβισμένους ασθενείς. Παράλληλα η βαθιά χαλάρωση οδηγεί τον ασθενή σε μια κατάσταση υπναγωγική και τον βοηθά να ξεπεράσει ενδεχόμενος διαταραχές του ύπνου (αϋπνίες)» (Αναγνωστόπουλος,1986).

Σχετικά με τον γνωστικό αυτοέλεγχο κύριος στόχος του είναι η αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας που είναι ασυμβίβαστη με αρνητικά συναισθήματα, αβεβαιότητα και ανημποριά. Η εξασκηση της φαντασίας, η συγκέντρωση και ο εστιασμός της προσοχής είναι τεχνικές που εφαρμόζονται συχνά για την επίτευξη του γνωστικού αυτοελέγχου (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Η βιοανάδραση (biofeedback) αποτελεί μια μέθοδο παροχής πληροφοριών των διαφόρων σωματικών λειτουργιών π.χ. του τόνο των μυών, τη θερμοκρασία του δέρματος, τους χτύπους της καρδιάς, τα εγκεφαλικά κύματα κ.λ.π.. Ο ασθενείς μαθαίνει να παρατηρεί τις βιολογικές του αντιδράσεις και να τις θέτει υπό συνειδητό έλεγχο. Με αυτό το τρόπο θα είναι πιο ικανός να αντιμετωπίζει διάφορους πόνους που σχετίζονται με την ασθένεια του όπως τον πόνο του καρκίνου (Greenberg,1996).

Τέλος, η μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων εμπεριέχει ασκήσεις με παιχνίδια ρόλων, ατομικά ή ομαδικά που έχουν στόχο την βελτίωση της επικοινωνίας του ασθενή με του άλλους και την ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης του. Επίσης ο ασθενής μαθαίνει να εκφράζει τα συναισθήματα του, να τα λεκτικοποιεί και να τα μοιράζεται. Επιπλέον ασκείτε εκτός από την λεκτική επικοινωνία και στην μη λεκτική όπου μέσω του σώματος του, ενός νεύματος ή μιας κινήσεις καθίσταται εφικτό να μετάδοση ένα μήνυμα στους ανθρώπου που είναι μαζί του (Αναγνωστοπουλος,1986).

Ένα ενδεικτικό πρόγραμμα που περικλείει κάποιες από τις προαναφερθούσες τεχνικές είναι η Καρδιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) η οποία βοηθάει τον ασθενή να μεγιστοποιήσει την καρδιαγγειακή λειτουργία μέσω της μάθησης νέων δεξιοτήτων ή μέσω της αλλαγής δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Συγκεκριμένα η CBT περιλαμβάνει διδασκαλία της αναπνοής και τεχνικές χαλάρωσης του σώματος , νοητικές τεχνικές χαλάρωσης, ύπνωση καθώς και γνωστικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των στρες που προκαλεί η ασθένεια μέσω αλλαγών στις συμπεριφορές και στη σκέψη.

Οι μέθοδοι που αναφέρθηκαν έχουν σκοπό να βοηθήσουν τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι έχει επίδραση στην ασθένεια του, την οποία μπορεί, έως ένα βαθμό, να ελέγχει. Η ενεργητική του συμμετοχή, οδηγεί στην αύξηση της αυτοπεποίθησης του και στη μείωση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων του (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

5.1. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

Στην σχετική διεθνή βιβλιογραφία έχει αναφερθεί η ύπαρξη 400 περίπου εναλλακτικων μορφών θεραπείας . Από αυτές, οι πιο διαδεδομένες είναι η θεραπεία Gestalt, η δραματοθεραπεία, το ψυχόδραμα, η συστημική, η Yoga, ο βελονισμός, η τεχνική Alexander, η ομοιοπαθητική, η ρεφλεξολογία κ.λπ.

Στη παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στη θεραπευτική διάσταση της Yoga. Η έννοια της yoga εμπεριέχει μια ενοποιητική δύναμη που στοχεύει στην ένωση του νου, του σώματος και του πνεύματος. Υπάρχουν διάφορες φιλοσοφίες και είδη yoga όπως η Prana Yoga, Brahma Yoga, Kriya Yoga, Kundalini Yoga, Astanga Yoga και Hatha Yoga η οποία είναι η πιο διαδεδομένη στο δυτικό πολιτισμό. Αυτή εμπεριέχει σωματικές ασκήσεις και στάσεις, τις λεγόμενες «Ασάνας» Που έχουν σκοπό την ενδυνάμωση του σώματος, του μυϊκού συστήματος και του ανοσοποιητικού και την συγκέντρωση της προσοχής . Επίσης περιλαμβάνει ασκήσεις αναπνοής που βοηθούν στη εύρυθμη καρδιακή λειτουργία και στη οξυγόνωση των κυττάρων. Επιπλέον με τις τεχνικές χαλάρωσης και με το διαλογισμό καθίσταται εφικτό η χαλάρωση του νευρικού συστήματος και η μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων του στρες (Greenberg,1996).

Ένα πρόγραμμα που εφαρμόζει τις τεχνικές της yoga είναι το mindfulness-based stress reduction (MBSR). Συγκεκριμένα αυτό το πρόγραμμα στοχεύει στη διαχείριση του νου, στην προσεκτική παρακολούθηση της σκέψης και του συναισθήματος και στη εστίαση στην παρούσα στιγμή για την επίτευξη της επίγνωσης. Μέσα σε αυτή την επίγνωση θα είναι πιο εύκολο για τον ασθενή να διαχειρισθεί αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις που τον στεναχωρούν. Το MBSR εφαρμόζεται σε χρόνιους ασθενείς στα χρονικά πλαίσια των 8 εβδομάδων και σκοπό έχει την εκπαίδευση του ασθενή στη χαλάρωση του σώματος και του νου, στις τεχνικές της Yoga, στη σωματική ανίχνευση μέσω της καθοδηγούμενης φαντασίας. Αυτό το πρόγραμμα επειδή περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές εφαρμόζετε εξατομικευμένα, ανάλογα δηλαδή με τις ανάγκες του ασθενή και με την κατάσταση της υγείας του (Share et al, 2008). Έρευνες σχετικές με αυτό το πρόγραμμα έδειξαν ότι προκαλεί σημαντική μείωση των σωματικών συμπτωμάτων, του χρόνιου πόνου και της κατάθλιψης. Επιπλέον προάγει

την ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, του ύπνου και της ψυχικής υγείας (Davidson et al,2003).

Βασικά ο σκοπός της ψυχολογικής παρέμβασης, ανεξάρτητα από τις τεχνικές που ακολουθεί, είναι η μείωση του άγχους του ασθενή και η απόκτηση ασφάλειας και σιγουριάς στη ζωή. Επίσης βοηθάει τον ασθενή να βρει την αυτοεκτίμηση του και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Η ασθένεια αξιολογείτε ως μια ευκαιρία για πιο «συνειδητή ζωή» με «ανθρώπινη ποιότητα» Ο ασθενής μαθαίνει να ζει μαζί με τη ασθένεια του και με τις αλλαγές του τρόπου ζωής που αυτή επιφέρει (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

6.ΣΥΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΕΙΣ.

Σε σχέση με το φύλο, ερευνητικά αποτελέσματα έχουν δείξει ότι η μικρότερη τήρησης της θεραπευτικής αγωγής, πραγματώνετε από τις γυναίκες ασθενείς σε σύγκριση με τους άνδρες, οι οποίες παρουσιάζουν και ελαφρώς εντονότερη συναισθηματική αντίδραση. Οι διαφορές αυτές, έχουν περιγραφεί συχνά στη σχετική βιβλιογραφία, ενώ έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες για την ερμηνεία τους, οι οποίες ποικίλλουν από τη βαρύτητα των γενετικών παραγόντων ως τη σημασία των κοινωνικών επιδράσεων (Καραδήμας et al, υπό δημοσίευση).

Οι γυναίκες, ακολουθούν στρατηγικές που σχετίζονται με τη διαχείριση του συναισθήματος ενώ οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερη αναστολή του συναισθήματος. Εξαιτίας της βίωσης των συναισθημάτων τους, οι γυναίκες παρουσιάζουν σωματική και ψυχική καταπόνηση και φαίνεται να υποφέρουν περισσότερο από το στρες. Στη έρευνα του Matud οι γυναίκες δήλωσαν ως στρεσογόνα γεγονότα αυτά σχετίζονται με την οικογένεια και με τη υγεία συγγενών τους ενώ οι άντρες αυτά που σχετίζονται με την εργασία, τα οικονομικά και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, φιλικές και ερωτικές (Matud, 2004). Σε σχέση με τις στρατηγικές διαχείρισης των συναισθημάτων οι άντρες εμφανίζουν την τάση να καταναλώνουν αλκοόλ ενώ οι γυναίκες να αναζητούν κοινωνική υποστήριξη. Επίσης οι γυναίκες με καλή σωματική και συναισθηματική υγεία κατά τη διάρκεια της ασθένειας τους καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ σε σχέση με τους άντρες (Eaton & Bradley, 2008).

Επίσης οι γυναίκες με την ασθένεια του καρκίνου, αναζητούν την κοινωνική υποστήριξη στη διάρκεια της ενώ οι άντρες με καρκίνο αναζητούν τη εύρεση νέων πληροφοριών μέσω του διαδικτύου που αφορούν την ασθένεια (Seale et al, 2006). Οι γυναίκες με την ασθένεια του καρκίνου, οι οποίες έχουν ένα υποστηρικτικό σύντροφο

εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική ικανοποίηση σε σχέση με τους άντρες που εμφανίζουν τη ίδια πάθηση. Συγκεκριμένα οι γυναίκες οι οποίες αναγκάζονται να απέχουν από τις διάφορες επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες δηλώνουν ότι αισθάνονται συναισθηματικά ισορροπημένες λόγω του υποστηρικτικού συντρόφου τους ο οποίος παίζει το ρόλο του «προστάτη». Αντιθέτως ένα μεγάλο ποσοστό αντρών δηλώνει καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω απώλειας των δραστηριοτήτων τους παρόλο τη στήριξη και συμπαράσταση από τη σύντροφο τους (Stiell et al,2007).

Επιπρόσθετα, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία ενός ενήλικα τόσο καλύτερη είναι η διαχείριση των στρεσογόνων ερεθισμάτων της ζωής του. Αυτή η υπόθεση στηρίζεται από μια ευρύ σχετική βιβλιογραφία η οποία αναφέρει ότι όσο μεγαλώνουμε γινόμαστε πιο ικανή να ρυθμίζουμε τα συναισθήματα και κυρίως τα αρνητικά. Επίσης υποστηρίζεται ότι οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού απέναντι στο στρες μειώνονται καθώς με τη πάροδο του χρόνου αυξάνεται η προσαρμογή και η αντοχή σε αυτό (Mroczek & Almeida, 2004). Από την άλλη μεριά κάποιες άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλώνουμε είναι δυνατό να μην επέλθει η προσαρμογή στο στρες αλλά η αύξηση της ευαισθητοποίησης σε αυτό. Αυτή η κατάσταση σχετίζεται με αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου και στο νευρικό σύστημα (Gilbert,1994).

Επίσης είναι ενδιαφέρον τα αποτελέσματα κάποιων μελετών που έχουν δείξει ότι από τα δείγματα ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, οι άντρες είναι αυτοί που βιώνουν λιγότερο στρες σχετικά με την ασθένεια τους. Οι Horn και Tesh υποστήριξαν ότι οι άντρες μεγαλύτερης ηλικίας, δεν συμμετέχουν τόσο ενεργά στη θεραπεία τους όσο άντρες μικρότερης ηλικίας με αποτέλεσμα να δηλώνουν λιγότερο στρες και άγχος για αυτή. Από την άλλη, κάποιες άλλες έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία

όπως των O'Farrell et al υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις διάφορες ηλικίες σε σχέση με τα επίπεδα του στρες και τις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας (O' Farrell et al,2000).

Β' ΜΕΡΟΣ

1.ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1.Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 128 άτομα, εκ των οποίων εβδομηνταένα άντρες (55,5%) και πενήνταεπτά γυναίκες (44,5%). Από τους συμμετέχοντες οι πενήνταενα (39,84%) είχαν διαγνωστεί από καρδιαγγειακές παθήσεις, οι σαράντα (32,25%) από καρκίνο και οι τριάντα επτά (28,91) από νεφρική ανεπάρκεια. Το μέσο όρο του χρόνου σε σχέση με την αρχική διάγνωση ήταν 8.29 χρόνια με ελάχιστο χρονικό διάστημα τα τρία χρόνια.(πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο

	Συχνότητα	ποσοστιαία αναλογία %
1.Άντρες	71	55,5%
2.Γυναίκες	57	44,5%

Σχετικά με την εκπαίδευση το 43,1% είχε παρακολούθησης την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 33,6 την δευτεροβάθμια και το 23,3% είχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση(πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή δείγματος ως προς την εκπαίδευση

	Συχνότητα	ποσοστιαία αναλογία %
1.Τάξεις Δημοτικού	20	15,6%
2.Δημοτικό	33	25,8%
3.Τριτάξιο Γυμνάσιο	15	11,7%
4.Λύκειο	32	25%
5.Ανάλογες σχολές	11	8,6%
6.ΤΕΙ	7	5,5%
7.ΑΕΙ	4	3,1%
8.Μεταπτυχιακά	6	4,7%

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι, συγκεκριμένα ογδοντατέσσερις (65,6%) ενώ δεκατρείς ήταν άγαμη (10,2%). Επίσης εννέα συμμετέχοντες (7%) βρίσκονταν σε διάσταση, επτά (5,5%) ήταν διαζευγμένοι και δεκατέσσερις χήροι (10,9%). Τα προαναφερθέντα ποσοστά αντικατροπτίζουν το 99,2 του συνολικού πληθυσμού καθώς ένας συμμετέχοντας (0,8%) δεν συμπεριλήφθηκε στη μελέτη λόγω μη συμπλήρωσης του συγκεκριμένου δημογραφικού στοιχείου (πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	ποσοστιαία αναλογία %
1. Άγαμος	13	10,2%
2. Έγγαμος	84	66,1%
3. Σε διάσταση	9	7,1%
4. Διαζευμένος	7	5,5%
5. Χήρος	14	11%

1.2. Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευόμενοι σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία κυρίως στον νόμο Ρεθύμνου και Ηρακλείου της Κρήτης. Τους νοσηλευόμενους επισκέπτονταν φοιτητές του πανεπιστήμιου Κρήτης για την διεξαγωγή έρευνας που αφορούσε την πτυχιακή τους εργασία. Αρχικά γινόταν μια σύντομη προφορική ενημέρωση του κάθε συμμετέχοντος, η οποία σχετιζόταν με το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη και ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, αλλά χρειαζόταν να απαντήσουν με ειλικρίνεια. Εξαιρούνταν από τη διαδικασία εκείνα τα άτομα που είχαν δυσκολία στην επικοινωνία με το περιβάλλον λόγω της κατάστασης της υγείας τους (π.χ., δεν μπορούσαν να είναι σε επαγρύπνηση, δεν είχαν γνώση της ελληνικής γλώσσας ή όσοι είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών). Κάποιοι νοσηλευόμενοι δεν ενδιαφέρονταν να λάβουν μέρος στην έρευνα χωρίς να δηλώνουν το λόγο. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν οκτώ ερωτηματολόγια και στο

τέλος τα απαραίτητα δημογραφικά στοιχεία. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διαρκούσε γύρω στη μια ώρα και τριάντα λεπτά. Από τα εκατονεικοσιοκτώ ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, θεωρήθηκαν έγκυρα τα εκατονεικοσιπέντε.

2. Ψυχομετρικά εργαλεία.

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια που αναφέρονταν σε πλευρές και ζητήματα της κατάστασης της υγείας τους. Το ερωτηματολόγιο Ε' το οποίο στο οποίο εστιάζετε η παρούσα εργασία αποτελεί την Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (ΚΑΒΥ). Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν πόσο εφαρμόζουν τη συμπεριφορά που περιγράφει η κάθε δήλωση για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί. Οι απαντήσεις δίνονταν σε πενταβάθμια κλίμακα που κυμαίνετε από 1 (καθόλου) ως το 5 (Πάρα πολύ). (Παράρτημα Α).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έγινε ο υπολογισμός των δεικτών συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών της ψυχικής υγείας και των στρατηγικών διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας. Οι στρατηγικές διαχείρισης αποτελούνται από της μεταβλητές: διαχείριση, συναισθηματικές αντιδράσεις, τήρηση ιατρικών οδηγιών, ανακουφιστικές και την ευχετική σκέψη. Από τα ευρήματα με τη χρήση του δείκτη Pearson r προέκυψαν ότι η μεγαλύτερη στατιστικώς σημαντική τιμή ήταν μεταξύ της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικής αντίδρασης όπου το $r = 0,579$, $p < 0.01$. Μεταξύ της ψυχικής υγείας και των ανακουφιστικών στρατηγικών βρέθηκε το $r = 0,305$, $p < 0.01$ ενώ μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ευχετικής σκέψης, $r = 0,403$, $p < 0.01$ γεγονός που δείχνει την μικρή τιμή της συσχέτισης τους. Ακόμα μικρότερη ήταν η συσχέτιση της ψυχικής υγείας και της διαχείρισης, $r = -0,096$, $p < 0.01$ και της ψυχικής υγείας με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, $r = -0,119$ $p < 0.01$ οι οποίες είχαν αρνητική κατεύθυνση. Στην συνέχεια παρατηρήθηκαν οι συνάφειες μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης και βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές τιμές. Συγκεκριμένα η μεγαλύτερη στατιστικώς σημαντική τιμή ήταν μεταξύ της τήρησης της συναισθηματικής αντίδρασης και των ανακουφιστικών στρατηγικών, $r = 0,647$, $p < 0.01$ και μεταξύ της συναισθηματικής αντίδρασης και της ευχετικής σκέψης, $r = 0,736$, $p < 0.01$. (πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών της ψυχικής υγείας, της διαχείρισης, της συναισθηματικής αντίδρασης, της τήρησης των ιατρικών οδηγιών, των ανακουφιστικών στρατηγικών, της ευχετικής σκέψης

	1	2	3	4
1.Ψυχική υγεία	1			
2.Διαχείριση	-0,096	1		
3.Συναισθηματική αντίδραση	0,579	0,112	1	
4.Τήρηση ιατρικών οδηγιών	-0,119	0,313	0,44	1
5.Ανακουφιστικές	0,305	0,207	0,647	0,148
6.Ευχετική σκέψη	0,403	0,195	0,736	0,132

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι το φύλο, η ηλικία, η διαχείριση, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, οι ανακουφιστικές και η ευχετική σκέψη ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι η ψυχική υγεία. Στα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι στρατηγικές διαχείρισης ερμηνεύουν το 35% της διακύμανσης της ψυχικής υγείας ($R=0,35$, $F(5,117)=13.28$, $p<0,01$).

Από τις στρατηγικές διαχειρίσεις η στατιστικώς σημαντική ήταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις ($\beta=0.63$, $t=5,54$, $p<0.01$). (πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ανάλυση παλινδρόμησης όλων των μεταβλητών: φύλο, ηλικία, διαχείριση, συναισθηματική αντίδραση, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ανακουφιστικές στρατηγικές, ευχετική σκέψη επί της ψυχικής υγείας.

	b	t	R	R square	F	df
A.1.Φύλο	0,071	0,794	0,190	0,036a	2,289	124a
2.Ηλικία	0,174	1,956	0,190	0,036a	2,289	124a
B. 1.Φύλο	-0,013	-0,175	0,621b	0,35b	10,468	124b
2.Ηλικία	0,112	1,482				
3.Διαχείριση	0,120	-1,547				
4.Συναισθηματική αντίδραση	0,63	5,538				
5.Τήρηση ιατρικών οδηγιών	-0,1	-1,284				
6.Ανακουφιστικές	-0,108	-1,029				
7.Ευχετική σκέψη	0,026	0,227				

a :μεταβλητές: φύλο, ηλικία

b: μεταβλητές: φύλο, ηλικία, διαχείριση, συναισθηματική αντίδραση, τήρηση ιατρικών οδηγιών, ανακουφιστικές, ευχετική σκέψη

Δ΄ ΜΕΡΟΣ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη παρούσα εργασία έγινε αναφορά στις χρόνιες ασθένειες και στο ρόλο που διαδραματίζει το στρες στη ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών. Η έννοια του στρες δεν είναι εύκολα προσδιορίσιμη στις επιστήμες της ψυχικής υγείας καθώς σε αυτή την έννοια περικλείονται πολυπαραγοντικά στοιχεία (Καραδημας, 2005. Με αφορμή αυτά τα πολυπαραγοντικά στοιχεία, έγινε στην παρούσα μελέτη αναφορά στις έρευνες και εργασίες διαφόρων επιστήμων που παρέχουν την δυνατότητα της καλύτερης αντίληψης και κατανόησης του φαινομένου του στρες.

Οι χρόνιες ασθένειες που αποτελούν το αντικείμενο μελέτης της παρούσας ερευνητικής εργασίας απαιτούν συνεχή προσαρμογές σε πολλούς τομείς της ζωής του ασθενή, οι οποίες προκαλούν διάφορες συναισθηματικές διαταραχές με αυξανόμενο άγχος και αγωνιά στην καθημερινότητα του (Sanderson, 2004). Εξαιτίας αυτών των διαρκών συμβιβασμών και προσαρμογών αλλά και λόγω της μεγάλης διάρκειας τους, οι ασθενείς προβαίνουν σε στρατηγικές διαχείρισης της κατάστασης των χρόνιων ασθενειών (Verhaan et al, 2005). Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές χρησιμοποιούνται όταν μια στρεσογόνο κατάσταση όπως μια χρόνια ασθένεια δεν είναι εύκολο να αλλάξει και επίσης όταν τα άτομα έχουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και άγχους (Ender & Parker, 1990). Στις στρατηγικές διαχείρισης εστιάζετε περισσότερο η παρούσα μελέτη στηριζόμενη τόσο σε βιβλιογραφική αναφορά όσο και στα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαμε.

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια φανερώνει ότι οι στρατηγικές διαχείρισης ερμηνεύουν το 35% της διακύμανσης της ψυχικής υγείας και από τις στρατηγικές στατιστικά σημαντικές ήταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Κάποιες συναισθηματικές αντιδράσεις όπως αναφέρθηκε στη

βιβλιογραφική αναφορά είναι η ευχολογία, η άρνηση, η αποφυγή, το ποτό, το φαγητό, οι ναρκωτικές ουσίες, ο ύπνος (Folkman & Lazarus, 1988). Επίσης αρκετοί ασθενείς εκφράζουν θυμό προς το περιβάλλον τους με το να παραπονιούνται για το σύστημα υγείας, για τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ οι άλλοι στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο Θεό την τύχη. (Kubler-Ross, 1969).

Περαιτέρω, σε σχέση με τις συναισθηματικές αντιδράσεις προέκυψε από τα ερευνητικά ευρήματα ότι η μεγαλύτερη στατιστικώς σημαντική τιμή βρίσκεται μεταξύ της συναισθηματικής αντίδρασης και των ανακουφιστικών στρατηγικών και μεταξύ της συναισθηματικής αντίδρασης και της ευχετικής σκέψης. Συγκεκριμένα όσο αυξάνουν οι συναισθηματικές αντιδράσεις αυξάνουν και οι στρατηγικές της ανακούφισης όπως και της ευχετικής σκέψης. Αυτό το γεγονός φαίνεται αναμενόμενο καθώς είναι συνηθισμένο οι χρόνιοι ασθενείς να ελπίζουν και να εύχονται μια καλύτερη ζωή χωρίς την ασθένεια και την ανασφάλεια που αυτή προκαλεί. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία σε σχέση με τη στρατηγική της ευχολογίας ο ασθενείς εύχεται για παράδειγμα να εξαφανιστεί η δύσκολη κατάσταση ή να τη ξεπεράσει χωρίς όπως να αναλαμβάνει προσωπική δράση τις περισσότερες φορές (Folkman & Lazarus, 1988). Επίσης ένας χρόνιος ασθενής είναι κατανοητό ότι ακολουθεί στρατηγικές ανακούφισης καθώς του δημιουργείτε περισσότερο η ανάγκη να φροντίζει τον εαυτό του με το να νιώθει άνετα, να μένει στο κρεβάτι, να πλαγιάζει όταν νιώθει κουρασμένος, να χρησιμοποιεί όσο το δυνατό λιγότερη ενέργεια, ώστε να αποκτήσει σωματική και ψυχική ισορροπία και να οδηγείτε στη αυτοθεραπεία.

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με την συναισθηματική έκφραση, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι ορισμένοι ασθενείς διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους με το κλάμα και με το γράψιμο, τα οποία τους δημιουργούν

ανακούφιση (Moskowitz & Wrubel, 2000). Αντιθέτως, τα άτομα που συγκρατούνται όταν θέλουν κάτι είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να έχουν φτωχή ψυχο-κοινωνική ρύθμιση (Bombardier, D' Amico & Jordan, 1990).

Σε αντίθεση με τα προηγούμενα αποτελέσματα βρέθηκε πολύ μικρή συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αντιδράσεων και της διαχείρισης και μεσαία συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών αντιδράσεων και της τήρησης των ιατρικών οδηγιών. Αυτό σημαίνει ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις δεν επηρεάζουν αρκετά την διαχείριση και την τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Το γεγονός ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις έχουν μια μέτρια συσχέτιση με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι κάποιοι ασθενείς ακολουθούν πιστά της ιατρικές οδηγίες λόγω του φόβου που τους προκαλεί η ασθένεια τους ενώ κάποιοι άλλοι εξαιτίας του θυμού που τους προκαλεί η κατάσταση της ασθένειας αντιδρούν με το να αρνούνται να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης σε σχέση με την ψυχική υγεία βρέθηκαν μικρές συσχετίσεις με την στρατηγική της διαχειρίσεως καθώς και με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών και την ευχετική σκέψη. Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο καθώς η ψυχική υγεία αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια που περιλαμβάνει διάφορες μεταβλητές με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συσχετισθεί σημαντικά μόνο με μια από αυτές.

Σε αυτό σημείο αφού παρουσιάστηκαν τα πιο σημαντικά συμπεράσματα σε σχέση με τις στρατηγικές διαχειρίσεις της χρόνιας ασθένειας θα γίνει αναφορά σε κάποιους περιορισμούς που χαρακτηρίζουν την παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα τα προβλήματα που αντιμετώπισα προσωπικά στην συμπλήρωση των ερωτηματολόγιων ήταν η ελλιπής κατανόηση της ελληνικής γλώσσα από κάποιους αλλοδαπούς ασθενείς. Σε κάποιες ερωτήσεις δεν καταλάβαιναν τι τους ρωτούσα και έτσι προσπαθούσα μέσω της αναλυτικής επεξήγησής με τη βοήθεια παραδειγμάτων, με απλό λόγο και σαφή και

επίσης με την χρήση νευμάτων και χειρονομιών να καθιστώ κατανοητή. Σε κάποιες περιπτώσεις αισθάνομαι ότι λειτούργησε στην επικοινωνία αλλά και σε μερικές περιπτώσεις έχω μια αμφιβολία. Επίσης κάποιοι ασθενείς κυρίως της μεγαλύτερης ηλικίας δεν είχαν διάθεση να βαθμολογήσουν της απαντήσεις τους σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης. Οι ίδιοι ασθενής είχαν δυσκολία να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις όπως τη σκέψη του θανάτου και έμεναν σιωπηλοί. Με διακριτικό και φιλικό τρόπο προσπαθούσα να λάβω κάποια στοιχειώδη λεκτικά στοιχεία. Επιπρόσθετα ένα μεγάλο μέρος των ερωτηματολογίων της έρευνας συμπληρώθηκε από ασθενής που νοσηλεύονταν σε δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης. Αυτό το γεγονός θεωρώ ότι περιορίζει τα αποτελέσματα σε συγκεκριμένα πλαίσια μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής τοποθεσίας.

Ολοκληρώνοντας τη παρούσα εργασία θα ήθελα να προσθέσω ότι λόγω του γεγονότος ότι οι χρονιές ασθένειες δεν θεραπεύονται οριστικά είναι σημαντικό να παρέχετε στους ασθενείς εκτός από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη. Οι ψυχολόγοι που είναι ειδικευμένοι σε θέματα υγείας μπορούν να βοηθήσουν στην όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή και στη επίτευξη της αυτοεξυπηρέτησης τους. Επίσης μπορούν να στραφούν στην αναγνώριση των ασθενών εκείνων που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες ώστε να τους εκπαιδεύσουν στις στρατηγικές διαχείρισης του στρες και στην μείωση του στην καθημερινή τους ζωή. Οι ψυχολογικές λοιπόν παρεμβάσεις καθώς θα συμπληρώνουν τις ιατρικές θα μπορούν να στηρίζουν την διατήρηση της ποιότητας ζωής του κάθε ασθενή.

Τέλος, θα ήθελα να προτείνω μια σχετική μελλοντική έρευνα που θα λαμβάνει υπόψη της την αλληλεπίδραση του ασθενή με το νοσοκομειακό προσωπικό, ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη και το πώς αυτή επιδρά στη εξέλιξη της ασθένειας

αλλά και στην θεραπείας της. Επιπλέον θα μπορούσε να μελετηθεί το εάν οι δομικές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου και οι χώροι θεραπείας και ανάρρωσης καθώς και η παρουσία των άλλων ασθενών επηρεάζουν την έκβαση της ασθένειας. Αισθάνομαι ότι το φαινόμενο της χρόνιας ασθένειας είναι πολυδιάστατο και μόνο μια συνεχή, διαχρονική και εις βάθος έρευνα και μελέτη από καταξιωμένους επιστήμονες θα μπορούσε να οδηγήσει στη καλύτερη κατανόηση του, για την αναγνώριση αιτιών και αποτελεσματικών θεραπειών.

σύμπτωμα

συμπτώματα

6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;

0
Καμία
ανησυχία

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Εξαιρετικά
μεγάλη ανησυχία

7. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;

0
Δεν
κατανοώ
καθόλου

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Την
ξεκάθαρα
κατανοώ

8. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θυμώνει, φοβίζει, ή στεναχωρεί;)

0
Δεν
επηρεάζει
καθόλου

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Με
επηρεάζει
εξαιρετικά

με

Ερωτηματολόγιο Β'

Βάζοντας ένα \surd στο κατάλληλο κουτάκι, σημειώστε παρακαλώ ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας τον τελευταίο καιρό.

Κινητικότητα Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα.

Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα.

Είμαι καθλωμένος /η στο κρεβάτι.

Αυτοεξυπηρέτηση Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου.

Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι.

Είμαι ανίκανος /η να πλυθώ ή να ντυθώ.

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

Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.

Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.

Είμαι ανίκανος /η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.

Πόνος/ δυσφορία Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία.

Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία.

Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία.

Άγχος/ θλίψη Δεν έχω άγχος ή θλίψη.

Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη.

Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη.

Ερωτηματολόγιο Γ'

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις λαμβάνοντας υπόψη σας το πώς νιώθετε τον τελευταίο καιρό. Δηλώστε το βαθμό στον οποίο πιστεύετε ότι ισχύουν. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 ως το 7 και γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε ερώτηση.

Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Κάπως	Λίγο	Καθόλου
7	6	5	4	3	2	1

1. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τη ζωή και την ασφάλειά σας;
2. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί την επιβίωσή σας;
3. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τις σχέσεις σας με τους οικείους;
4. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας απειλεί γενικώς την κοινωνική σας θέση;
5. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας θέτει σε κίνδυνο τα προσωπικά σας σχέδια και φιλοδοξίες;

Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Κάπως	Λίγο	Καθόλου
7	6	5	4	3	2	1

6. ____ Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας θέτει σε κίνδυνο τα προσωπικά σας χαρακτηριστικά;
7. ____ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της υγείας σας τις αντιλήψεις σας για τον κόσμο;
8. ____ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η κατάσταση της υγείας σας τις απόψεις σας ή τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεστε την ύπαρξή σας στον κόσμο;

Ερωτηματολόγιο Δ'

Παρακάτω υπάρχουν ορισμένες προτάσεις που αναφέρονται στον τρόπο που βλέπει κανείς την υγεία του. Παρακαλώ, απαντήστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο. Παρακαλώ, απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη σας το πώς νιώθετε τον τελευταίο καιρό.

	Διαφ ωνώ Απόλ υτα				Συμφ ωνώ απόλυ τα
1. Δυσκολεύομαι να προσαρμοστώ στους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένειά μου.	1	2	3	4	5
2. Εξαιτίας της κατάστασης της υγείας μου, χάνω τα πράγματα που μου αρέσουν.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένεια με κάνει μερικές φορές να αισθάνομαι άχρηστος.	1	2	3	4	5
4. Τα προβλήματα υγείας με κάνουν να υποχρεώνομαι στους άλλους περισσότερο από όσο θέλω.	1	2	3	4	5
5. Η ασθένειά μου με καθιστά βάρος για την οικογένεια και τους φίλους μου.	1	2	3	4	5
6. Η κατάσταση της υγείας μου δεν με κάνει να νιώθει ανίκανος.	1	2	3	4	5
7. Δεν θα μπορούσα ποτέ να είμαι τόσο αυτάρκης ώστε να νιώσω χαρούμενος.	1	2	3	4	5
8. Νομίζω ότι οι άλλοι συχνά νιώθουν κοντά μου άβολα, εξαιτίας της ασθένειάς μου.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Ε'

Τα επόμενα θέματα είναι πιθανοί τρόποι αντίδρασης στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζετε. Σημειώστε πόσο πολύ εφαρμόζετε αυτού του είδους τις δραστηριότητες κατά το τελευταίο διάστημα. Παρακαλώ, βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1 ως το 5 για κάθε ένα από τα ακόλουθα θέματα. Βεβαιωθείτε παρακαλώ πως απαντάτε σε κάθε θέμα.

	1 = Καθόλου	3 = Μέτρια	5 = Πάρα πολύ
· Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα	1	2 3 4	5
· Μένω στο κρεβάτι	1	2 3 4	5
· Βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια	1	2 3 4	5
· Αναρωτιέμαι γιατί συνέβη σε εμένα	1	2 3 4	5
· Πλαγιάζω όταν νιώθω κουρασμένος	1	2 3 4	5
· Αναζητώ ιατρική θεραπεία όσο το δυνατό πιο γρήγορα	1	2 3 4	5
· Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα	1	2 3 4	5
· Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα	1	2 3 4	5
	1 = Καθόλου	3 = Μέτρια	5 = Πάρα πολύ
· Συγκεντρώνομαι στο στόχο να γίνω καλύτερα	1	2 3 4	5
0. Αισθάνομαι απογοητευμένος	1	2 3 4	5
1. Προσπαθώ να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια είναι δυνατό	1	2 3 4	5
2. Μαθαίνω περισσότερα για το πώς δουλεύει το σώμα μου	1	2 3 4	5
3. Κάνω ότι μου λέει ο γιατρός μου	1	2 3 4	5
4. Φαντάζομαι για όλα τα πράγματα που θα μπορούσα να κάνω εάν ήμουν καλύτερα	1	2 3 4	5
5. Ακούω μουσική	1	2 3 4	5
6. Καθιστώ το περιβάλλον γύρω μου όσο πιο ήσυχο είναι δυνατό	1	2 3 4	5
7. Καταβάλλω κάθε προσπάθεια να ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού μου	1	2 3 4	5
8. Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα	1	2 3 4	5
9. Μένω όσο πιο ήσυχος και ακίνητος μπορώ	1	2 3 4	5
0. Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων	1	2 3 4	5
1. Νιώθω αγχωμένος που είμαι αδύναμος και ευάλωτος	1	2 3 4	5
2. Περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα (π.χ., λουλούδια)	1	2 3 4	5
3. Φροντίζω να είμαι άνετα	1	2 3 4	5
4. Μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες	1	2 3 4	5
5. Ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου	1	2 3 4	5

Ερωτηματολόγιο Στ'

Ποιες από τις ακόλουθες δραστηριότητες που αφορούν την υγεία σας εφαρμόζετε; Απαντήστε βάζοντας σε κύκλο ή υπογραμμίζοντας την απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο. Παρακαλώ, απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη σας το πώς νιώθετε τον τελευταίο καιρό.

1. Προσπαθώ να παραμένω ήρεμος και χαλαρός.	Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες Φορές	Μερικές Φορές	Σπάνια/ λίγες φορές	Ποτέ
2. Ξεκουράζομαι αρκετά.	Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες Φορές	Μερικές Φορές	Σπάνια/ λίγες φορές	Ποτέ
3. Προσέχω τη διατροφή μου, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.	Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες Φορές	Μερικές Φορές	Σπάνια/ λίγες φορές	Ποτέ
4. Καπνίζω.	Σχεδόν κάθε μέρα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Καθόλου
5. Ασκούμαι (π.χ., περπάτημα, ελαφρές ασκήσεις) στο βαθμό που μου έχει υποδείξει ο ιατρός.	Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες Φορές	Μερικές Φορές	Σπάνια/ λίγες φορές	Ποτέ

Ερωτηματολόγιο Ζ'

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο ισχύει κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Θα θέλαμε να αναφερθείτε στα ενοχλήματα που είχατε κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παρακαλούμε, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΚΑΤΑ ΤΙΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:

1. Μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
2. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή ανησυχούσατε για κάτι.	Όχι. Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3. Νιώθατε ότι παίζατε χρήσιμο ρόλο στα πράγματα γύρω σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
4. Νιώθατε ότι μπορούσατε να πάρετε αποφάσεις για διάφορα πράγματα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
5. Νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7. Μπορούσατε να ευχαριστηθείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Μπορούσατε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
9. Νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10. Νιώθατε ότι χάνετε την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11. Σκεφτόσασταν τον εαυτό σας ως ένα πρόσωπο χωρίς αξία.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12. Νιώθατε μια λογική ευτυχία, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δεδομένα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Περίπου τόσο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Ερωτηματολόγιο Η'

Για κάθε μία από τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλούμε σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας ταιριάζει. Παρακαλώ, απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη σας πως νιώθετε τον τελευταίο καιρό.

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ αρκετά
1.	Προσπαθώ να μεταφέρω τη θρησκεία σε όλες τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου.....	1	2	3	4	5	6
2.	Αρκετά συχνά έχω επίγνωση της παρουσίας του Θεού και της θείας ύπαρξης.....	1	2	3	4	5	6
3.	Οι θρησκευτικές αντιλήψεις μου είναι πίσω από όλη μου τη στάση για τη ζωή.....	1	2	3	4	5	6
4.	Είναι σημαντικό για μένα να αφιερώω χρόνο σε προσωπικές θρησκευτικές σκέψεις και διαλογισμούς...	1	2	3	4	5	6
5.	Αν δεν εμποδιστώ από αναπόφευκτες περιστάσεις, προσέρχομαι στην εκκλησία.....	1	2	3	4	5	6
6.	Η θρησκεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για μένα, γιατί απαντά σε πολλές ερωτήσεις γύρω από το νόημα της ζωής.....	1	2	3	4	5	6
7.	Διαβάζω κείμενα σχετικά με την πίστη και την εκκλησία.....	1	2	3	4	5	6
8.	Αν και πιστεύω στη θρησκεία μου, αισθάνομαι ότι υπάρχουν πολλά πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή.....	1	2	3	4	5	6
9.	Οι προσευχές που λέω όταν είμαι μόνος, έχουν τόσο νόημα και προσωπικό συναίσθημα, όσο αυτές που λέω κατά τη διάρκεια μιας Λειτουργίας.....	1	2	3	4	5	6
10.	Αρνούμαι να αφήσω τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις να επηρεάσουν τις καθημερινές μου υποθέσεις.....	1	2	3	4	5	6
11.	Ο σκοπός της προσευχής είναι διασφαλίσει μια ειρηνική ζωή.....	1	2	3	4	5	6
12.	Αυτό που προσφέρει περισσότερο η θρησκεία είναι παρηγοριά όταν παρουσιάζονται λύπες και ατυχίες.....	1	2	3	4	5	6
13.	Η κύρια επιδίωξη της προσευχής είναι να δώσει ανακούφιση και προστασία.....	1	2	3	4	5	6

14.	Ο θάνατος είναι ό,τι χειρότερο μπορεί να μου συμβεί...	1	2	3	4	5	6
15.	Συχνά σκέφτομαι το δικό μου θάνατο.....	1	2	3	4	5	6
16.	Πολύ συχνά σκέφτομαι τα πιθανά αίτια του δικού μου θανάτου.....	1	2	3	4	5	6

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

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2) Ηλικία (σε έτη):

3) Πόσο καλή είναι κατά τη γνώμη σας η υγεία σας σήμερα σε μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Το «0»

είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και «100» η καλύτερη κατάσταση

υγείας που μπορείτε να φανταστείτε.

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

4) Τι είδους ασθένεια σας ταλαιπωρεί; _____

5) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειάς σας: _____

6) Εκπαίδευση:

Πρωτοβ Τάξεις δημοτικού <input type="checkbox"/>	Δευτεροβάθμ <input type="checkbox"/>	Τριτάξιο γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Τριτοβάθμ <input type="checkbox"/>	ΤΕΙ <input type="checkbox"/>
Δημοτικό <input type="checkbox"/>		Λύκειο <input type="checkbox"/>		ΑΕΙ <input type="checkbox"/>
		Ανάλογες σχολές <input type="checkbox"/>		Μεταπτυχιακά <input type="checkbox"/>

7) Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος /η Έγγαμος /η Σε διάσταση

Διαζευγμένος /η Χήρος /α Συγκατοίκηση

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1986). *Υγεία και ασθένεια*. Στο
 Φ.Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, Δ.(Επιμ.) Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με
 καρκίνο. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα.
- Astin, J. (1997). *Stress reduction through mindfulness meditation*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66 ,97-106.
- Bernann, P.L & Moos, R.H (1990). *Life stressor, social support and late-life problem drinking*. *Psychological Aging*, 5, 491-501.
- Beutler, E. L, Moos, R. H & Lane, G, (2003). *Coping, Treatment planning and treatment outcome*. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59(10), 1151–1167
- Bombardier, C., D'Amico, C., & Jordan, J.(1990). *The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment*. *Behaviour research and Therapy*, 28 (4),297-304.
- Cecil, G. H.(1990). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinman Ltd
- Chui, W. Y & Chan, S. W,(2007). *Stress and coping of Hong-Kong Chinese family members during a critical illness*. *Journal of Clinical Nursing* 16,372-381.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. *The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up*. *Psychology, Health & Medicine*, 2 (4), 456-475.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn,J., Schumacher, J.F, Rosenkranz, M., Muller,D. (2003). *Alternations in brain and immune fuction, produced by mindfulness meditation*. *Psychosomatic Medicine*,65,564-570.
- Dimatteo, R., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στη ψυχολογία της υγείας* . Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Donovan, J. L., &Blake, D.R. (1992). *Patient non compliance: Deviance or reason*

- decision making?*. Social Science and Medicine, 34 (5)507-513.
- Eaton, R. J. & Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, Vol 15(1), 94-115.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844-854.
- Felton, B., & Revenson, T. (1984). *Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Felton, B., & Revenson, T., & Hinrichsen, G. (1984). *Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults*. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., Chensney, M.A., Christopher-Richards A. (1994). *Stress and coping in caregiving partners of men with AIDS*. *Psychiatr.Clin.N.Am*, 17: 35-53.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.K. (2004). *Coping: Pitfalls and promises*. *Annu .Rev. Psychol*, 55:745-74.
- Friedman, L.C., Nelson, D.V., Baer, P.E., Lane, M., Smith, F.E., & Dworkin, R.J. (1992). *The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients*. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127-141.
- Geyer, S. (1997). *Some conceptual considerations on the sense of coherence*. *Soc Sci Med*:44:1771-1779.
- Greenberg, J.S (1996). *Comprehensive Stress Management*. U.S.A: Brown & Benchmark.
- Gottlieb, B.H. (1997). *Coping with chronic stress*. Plenum Series on stress and coping.

- New York: Plenum.
- Gilbert, M. E.(1994).*The phenomenology of limbic kindling*.Toxicology and industrial Health, 10, 343-359.
- Helman, C.G.(1987). *Heart disease and the cultural construction of time: the type A behavior pattern as a Western culture-bound syndrome*. Soc.Sci. Med. 25,969-979.
- The role of Western culture values in coronary heart disease.
- Horn, E.V & Tesh, A (2000). *The effect of critical care hospitalisation in family members: Stress and responses*. Dimensions of critical care nursing19, 40-49.
- Lau, R.R.& Hartman, K.A(1983). *Common sense representations of common illnesses*. Health psychology,2:167-185.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). *The common sense of representation of illness danger*. Στο S.Rachman (ed.) contributions to Medical psychology (Vol.2). Oxford: Pergamon Press.
- Παπαδάτου, Δ (1989). *Εισαγωγή στη Ψυχολογία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα.
- Παπαδάτου, Δ. ,& Αναγνωστόπουλος, Φ.(1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας* . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Parkes,C.M.(1971).Psycho-social transitions: a field for study. Soc.Sci.Med.5,101-115.
- World Health Organisation (1971). Society, Stress and disease. WHO Chron. 25, 168-178.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α(1983). *Εφαρμοσμένη κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Καραβία.
- Καραδημας , Ε. Χ (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καραδήμας, Ε.Χ., Ζαρογιάννος, Α, Στραβοδήμος, Κ., Γυφτόπουλος,Α., & Κωνσταντινίδης,Κ.(υπο δημοσίευση). *Η προσαρμογή της κλίμακας αντιμετώπισης*

βλαβών και προβλημάτων υγείας σε δείγμα ελλήνων ασθενών: Ζητήματα εγκυρότητας.

Kroencke, D.C & Douglas, D. R,(1999). *Stress and coping in multiple sclerosis:*

exacerbation, remission and chronic subgroups. Multiple sclerosis,5,89-93.

Kubler-Ross,E. (1969). *On death and dying.* New York: MacMillan.

Matud, P. (2004).*Gender differences in stress and coping styles.*Personality and

individual differences, 37, 335-361.

McCall, S. *Quality of life.* Social indicators Research 1975,2: 229-248.

Moskowitz, J. T & Wrubel, J. (2000). *Apples and oranges: using qualitative and*

quantitative approaches to coping assessment. Am. Psychol. soc., Miami.

Mroczek, K. D, Ameida, M. D (2004).*The effect of daily stress, personality and age on*

daily negative affect. Journal of personality, 72:2, 1-27.

Nisbett, R. & Ross,L. (1980). *Human inference.* Strategies and shortcomings of social

judgments. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.

O' Farrell , P., Murray J & Hertz, S (2000). *Psychological distress among spouses of*

patients undergoing cardiac rehabilitation. Heart and Lung 29,97-104.

Sanderson,C. (2004). *Health Psychology.* U.S.A: Willey International.

Sarafino,E.P.(1990). *Health psychology. Biopsychological interactions.* United States

of America:Wiley.

Schaefer,C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). *The health-related functions of social*

support. Journal of Behavioral Medicine, 4(4), 381-406.

Seale, C., Ziebland,S.,& Charteris-Black,J.(2006). *Gender, cancer experience and*

internet use: a comparative keyword analysis of interviews and online cancer support

groups. Social Science and Medicine, 62,2577-2590.

Straub, R. (2002). *Health psychology (2nd ed.).*USA: Worth Publishers.

Stiell, H., Naaman, S., & Alison, L.(2007). *Couples and illness: An attachment*

- perspective on emotional focused therapy interventions. Journal on systemic therapies*, vol 26, 59-74.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. Singapore: Mc Graw-Hill International editions.
- Turk, D.C., Rudy, T. E. & Salovery, P.(1986). *Implicit models of illness*. *Journal of behavioral Medicine*, 9:453-474.
- Turner-Cobb, J. M. (2005). *Psychological and stress hormone correlates in early life: A key to HPA-axis dysregulation and normalization*.
- Verhaak, P., Heijmans, M., Peters, L., & Rijken, M (2005). *Chronic disease and mental disorder*. *Social Science & Medicine*,60, 789-797.
- Warren, S., Greenhill, G, Warren, K.G (1982). *Emotional stress and the development of multiple sclerosis: Case-control evidence of a relationship*. *Journal of chronic disease*, 35, 821-831.
- Young, A. (1980). *The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge*. *Soc. Sci. Med.* 14B, 133-146. A critique of both medical and lay models of stress.
- Veenstra, M., Torbjorn, M.& Roysamb, E. (2005). *Relationships between health domains and sense of coherence: A two- year cross study in patients with chronic illness*. *Quality of life Research* 14: 1455-1465.
- Folkman, S., & Lazarus, R(1988).*The relationship between coping and emotion :implications for theory and research*. *Social Science &Medicine*, 26(3), 309-317.
- Penley, J., Tomaka, J.& Wiebe, J. (2002). *The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review*. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.

- Schare, M. B, Christopher, J., Christopher, S. (2008). *Mind-Body Medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness through Yoga, Meditation and Qi-gong*. Journal of counseling and development, vol 86.
- Stone, A. A, Neale, J.M, (1984). *New measure of dialy coping: development and preliminary results*. J. Personal.Soc Psychol. 46 (4): 892-906.
- Seligman, M.E (1975). *Helplessness: On Depression Development and Death*. San Fransisco: W.H. Freeman &Go.
- Siegel, B.S (1986). *Love, Medicine and Miracles*. New York: Harper &Row.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., Carney M.A.,(2000). *A daily process approach to coping: research and practice*. Am. Psychol.55(60).626-36.