

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ-ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
& ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ/ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πετράκη Χαρίκλειας

Α.Μ. : 1933

ΕΞΑΜ. : Η'

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :κ. Ε. ΚΑΡΑΛΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2007-2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5

ΜΕΡΟΣ Α΄

1.Χρόνια ασθένεια.....	6
1.1. Φάσεις εξέλιξης της χρόνιας ασθένειας.....	10
1.1.2.Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας.....	12
1.1.3.Προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια (μοντέλο Doca).....	14
1.1.4.Στάδια προσαρμογής.....	16
1.2.Ψυχική Υγεία/ ασθένεια.....	18
1.2.1. Ψυχολογική προσαρμογή.....	20
1.3. Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα.....	22
1.3.1 θρησκεία και υγεία.....	23
1.3.2.Πνευματικότητα / θρησκευτικότητα και αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας.....	25
1.4.Ερευνητικοί στόχοι.....	28

ΜΕΡΟΣ Β΄

2. Μεθοδολογία.....	29
2.1.Ψυχομετρικά εργαλεία.....	30
2.1.3.Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	32

ΜΕΡΟΣ Γ΄

3.Αποτελέσματα.....	33
3.1.Συζήτηση.....	40
3.1.2.Βιβλιογραφία.....	43

Χρόνια Ασθένεια: προσαρμογή – στρατηγικές , πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα, ως μέσα αντιμετώπισης της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των σχέσεων ανάμεσα στην χρόνια ασθένεια , την προσαρμογή , τις στρατηγικές και την πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα των ασθενών που χρησιμοποιούν, ως μέσα, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την χρόνια ασθένεια τους. Θα ακολουθήσει αναφορά των θεωρητικών θεμάτων που κρίνονται απαραίτητα προκειμένου να κατανοηθούν έννοιες, όπως, η χρόνια ασθένεια, οι προσαρμοστικές στρατηγικές , και η συμβολή της πνευματικότητας στην διαχείριση της χρόνιας ασθένειας. Στη συνέχεια αναφέρεται η έρευνα , όπου συμμετείχαν 108 άτομα , ηλικίας 16 έως 80 ετών, που έπασχαν από κάποιο χρόνια νόσημα. Τα άτομα αυτά καλούνταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που αναφερόταν σε διάφορες μεταβλητές που αφορούσαν τόσο τις αντιλήψεις για την ασθένεια τους , τις στρατηγικές που προέβαιναν προκειμένου να προσαρμοστούν σε αυτή, όσο και σε θέματα πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο ψυχικής υγείας του ατόμου τόσο περισσότερες είναι οι συναισθηματικές του αντιδράσεις. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Στη συνέχεια διαπιστώθηκε χαμηλή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις διορθωτικές στρατηγικές, δηλαδή όσο χαμηλότερο το επίπεδο της ψυχικής υγείας τόσο υψηλότερο το επίπεδο των διορθωτικών στρατηγικών που υιοθετεί ο χρόνιος ασθενής. Όσο αφορά την πνευματικότητα φάνηκε να έχει στατιστική σημαντική συσχέτιση , τόσο στις συναισθηματικές αντιδράσεις, όσο και τις διορθωτικές στρατηγικές ,δηλαδή όσο υψηλότερο το επίπεδο πνευματικότητας τόσο υψηλότερα τα επίπεδα των συναισθηματικών αντιδράσεων και των διορθωτικών στρατηγικών ,και ευχετικής σκέψης. Επίσης διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην διαχείριση της ασθένειας στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών και διορθωτικών στρατηγικών, όμως δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις συναισθηματικών αντιδράσεων και στην τήρηση ιατρικών οδηγιών.

Όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές , στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας, τις συναισθηματικές

αντιδράσεις και τις διορθωτικές στρατηγικές. Αντίθετα διαπιστώθηκε υψηλότερο επίπεδο πνευματικότητας στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, χρόνια ασθένεια, προσαρμογή, πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια ασθένεια, ορίζεται ως μια παθολογική κατάσταση που διαρκεί για την υπόλοιπη ζωή του ασθενή.

Η χρόνια ασθένεια έχει αντικαταστήσει την οξεία ασθένεια και κυριαρχεί στις αναπτυγμένες χώρες εδώ και 50 χρόνια . Η βελτιωμένη μακροζωία των πληθυσμών σε αυτές τις χώρες έχει παρουσιάσει μια αύξηση του φορτίου που προκαλείται από αυτές τις χρόνιες ασθένειες, όπως, ο καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις , το Aids, τα αυτοάνοσα νοσήματα και ο διαβήτης (Hoffman, 1996).

Οι χρόνιες ασθένειες προσβάλλουν τις μέσες ηλικιακές ομάδες, και άτομα της τρίτης ηλικίας, όμως πλήττουν και άτομα νεότερης ηλικίας με μεγάλη συχνότητα (DiMatteo & Martin,2006). Ενώ αυτές οι ασθένειες είναι θανατηφόρες, οι περισσότεροι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με μια χρόνια ασθένεια θα ζήσουν για πολλά χρόνια με την ασθένεια τους. Κατά συνέπεια η διαχείριση της χρόνιας ασθένειας έχει γίνει ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της ζωής ενός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού και των οικογενειών τους. Η επίδραση της χρόνιας ασθένειας στη ζωή τους είναι μεταβλητή και περιλαμβάνει μερικούς περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς αυξάνονται επίσης και τα επίπεδα κόπωσης (Franssen, Bultmann, Kant & Van Amelsvoof, 2003).

Ο ασθενής πρέπει επίσης να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της ασθένειας, την ασάφεια των συμπτωμάτων, το επίπεδο απειλής της ζωής , καθώς και τις απαιτήσεις της ιατρικής περίθαλψης , η οποία μπορεί να σημαίνει νέες τεχνικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και της θεραπείας.

Η διατήρηση των αποτελεσματικών εργασιακών σχέσεων με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων με τους φίλους και την οικογένεια , είναι, οι άλλοι σημαντικοί προσαρμοστικοί στόχοι σε μια χρόνια ασθένεια (Stanton & Revenson, in press).

1.ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όπως αναφέρεται στο Nesse, Randolph. Why We Get Sick, The New Science in Darwinian Medicine, Times Books, Random House (1995) , ενώ η υγεία είναι μια κατάσταση ισορροπίας, αυτή της νόσου είναι μια κατάσταση ανισορροπίας. Αυτή η κατάσταση ανισορροπίας οδηγεί σε μια παθολογική κατάσταση. Η αιτία της νόσου μπορεί να ειπωθεί ως μια προσαρμοστική αποτυχία. Συχνά ξεκινά με μια ακραία κατάσταση ανισορροπίας και είναι πολύ συχνά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους και μια περίπτωση ζωής. Σε ορισμένες περιπτώσεις η υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη από μόνη της ή οφείλεται σε ακραίες περιβαλλοντικές περιστάσεις με μοναδικό αποτέλεσμα να οδηγηθεί στην παθολογία.

Σε κατάσταση υγείας, στα άτομο , υπάρχει μια προσαρμοστική ικανότητα και διαθέτει ένα ισορροπημένο σύστημα, που είναι απαραίτητα για την για την επιβίωση τους . Σε μια παθολογική κατάσταση υπάρχει, είτε μια αποτυχία ή μια δυσρυθμία της ικανότητας να αποκτήσουν τις δυνατότητες που χρειάζονται και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις απειλές. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει μειωμένη ικανότητα για την επαρκή διάκριση μεταξύ, του τι είναι επιβλαβές ή επωφελές και / ή μειωμένη ικανότητα να ανταποκριθεί με επαρκή προσαρμοστική ιδιαιτερότητα. Αυτή η αποτυχία μπορεί να είναι προσαρμοστική, όμως μεγεθύνεται, όταν μια μεταγενέστερη σειρά των γεγονότων προκαλεί περαιτέρω προσαρμοστική αποτυχία που οδηγεί σε φαύλο κύκλο. Στη φύση, υπάρχει έλεγχος της ισορροπίας, που συχνά δρα ως διασφάλιση πρόληψης παθολογικών διεργασιών. Επιπλέον, πολλές αδυναμίες μπορούν να αντισταθμιστούν από άλλες ισχυρότερες ικανότητες. Αν και συνεχείς αλλαγές, το άγχος και αγωνία είναι συχνές εκδηλώσεις. Η παθολογία συνήθως συμβαίνει μόνο όταν υπάρχει μια αλληλεπίδραση της ευπάθειας και των συνθηκών της ζωής που δεν μπορούν να ρυθμιστούν διότι υπάρχει μια σειρά από πολλαπλές αποτυχίες των ρυθμιστικών συστημάτων, που συχνά οδηγούν στην ασθένεια.

Τα αίτια για την ασθένεια μπορεί να είναι γενετικά, αναπτυξιακά Μπορεί να υπάρχει αυξημένη ευπάθεια που σχετίζεται με την μετέπειτα ζωή. . Γενετική των τρωτών σημείων, πρέπει να νοηθεί στο πλαίσιο της εξέλιξης. Τα γενετικά αίτια σχετίζονται με ένα μεγάλο αριθμό σπάνιων παθήσεων, αλλά δεν προκαλούν εκτεταμένες κοινές ασθένειες, οι οποίες επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων . Η Γενετική ευπάθεια στις ασθένειες μπορεί να είναι αποτέλεσμα της διαδρομής της

εξέλιξης οργανισμού . Η διαδρομή της εξέλιξης προσδιορίζεται από πολλά άγνωστα γεγονότα

Μια κατάσταση οξέος ή χρόνιου στρες μπορεί να αυξήσει το θέμα ευπάθειας όταν οι ικανότητες του οργανισμού διατίθενται για άλλες λειτουργίες . Μεταξύ των παραγόντων αυτών είναι το άγχος. Καθημερινά ο άνθρωπος βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα πρόβλημα, και καλείται να αντιμετωπίσει την σοβαρότητα του και να κρίνει αν έχει τη δυνατότητα (π.χ. συναισθηματική) , που είναι αναγκαία για να το αντιμετωπίσει. Εάν πιστεύει ότι το πρόβλημα είναι σοβαρό και ότι δεν διαθέτει τους απαραίτητους πόρους, αντιλαμβάνεται τον εαυτό του υπό στρες (Cohen et al., 1995)

Το στρες μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία στην οποία το περιβάλλον απαιτεί μια προσαρμοστική ικανότητα από τον οργανισμό , με αποτέλεσμα , τόσο ψυχολογικές αλλαγές όσο και βιολογικές θα μπορούσαν να θέσουν ένα άτομο σε κίνδυνο ασθένειας (Cohen et al., 1995). Πολλά γεγονότα είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως στρεσογόνα. Αυτά περιλαμβάνουν, καταστροφές, κρίσεις, αλλαγές στη ζωή και καθημερινές ενοχλήσεις (Rubin, Paplau, & Salovey, 1993). Παραδείγματα καταστάσεων που προκαλούν στρες όπως σεισμοί, ασθένειες , διαζύγιο , ανεργία κ.λ. μπορούν να παρέμβουν σε ένα σημαντικό προσωπικό στόχο. Όσο πιο σημαντικός είναι ο στόχος, τόσο περισσότερο άγχος βιώνει το άτομο , όταν αισθανθεί ότι απειλείται ο προσωπικός του στόχος (Rubin, Paplau & Salovey, 1993) .

Το στρες από μόνο του, πολύ σπάνια μπορεί να προκαλέσει μια ασθένεια. Όμως στις περιπτώσεις που το στρες γίνεται χρόνιο και έντονο, έχει τη δυνατότητα να συμβάλει με άλλους παράγοντες που συχνά συνυπάρχουν, να αυξήσει τον κίνδυνο για ορισμένες ασθένειες, να επηρεάσει την εξέλιξή τους ή ακόμη να τις επιδεινώσει.

Το χρόνιο έντονο στρες επηρεάζει αρνητικά πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η καρδιά και τα αγγεία, το σύστημα άμυνας εναντίον των μολύνσεων και του καρκίνου, το πεπτικό σύστημα, το άσθμα, η ημικρανία και άλλες ασθένειες, επιδεινώνονται από τις συνέπειες που δημιουργούνται από το χρόνιο στρες.

Οι κίνδυνοι για την καρδιά λόγω του στρες, έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ μεγαλύτεροι για άτομα με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας:

Αρχικά ο θυμός βρέθηκε ότι ευνοεί την απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, συμβάλλει στην εκδήλωση καρδιακής προσβολής και προκαλεί ανωμαλίες της λειτουργίας του καρδιακού ρυθμού. Οι ανησυχίες και το πένθος λόγω απώλειας αγαπημένων προσώπων, προκαλούν περισσότερα καρδιακά επεισόδια. .

Η επιθετικότητα έχει συσχετισθεί με υψηλή πίεση που δημιουργείται λόγω αυξημένης αντιδραστικότητας του καρδιαγγειακού συστήματος

Η επιτυχής αντιμετώπιση του στρες βοηθά σημαντικά τους ασθενείς με καρδιακά προβλήματα. Οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, αυξάνουν το ρυθμό της καρδιάς, δημιουργούν μεγαλύτερες ανάγκες για οξυγόνο και στους ασθενείς με στένωση των στεφανιαίων αρτηριών αυτό προκαλεί επεισόδια στηθάγχης.

Πόσο επηρεάζει το στρες το ανοσοποιητικό μας σύστημα; Το σύστημα άμυνας του οργανισμού δεν λειτουργεί όσο καλά όσο θα έπρεπε κάτω από συνθήκες χρόνιου και έντονου στρες. Οι ορμόνες που εκκρίνονται από τις καταστάσεις στρες (κορτιζόνη, αδρεναλίνη) επηρεάζουν αρνητικά τις λειτουργίες των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. (Rubin, Paplau & Salovey, 1993). Η καταστολή που παρατηρείται κάτω από τέτοιες καταστάσεις του συστήματος άμυνας, ευνοεί την ανάπτυξη λοιμώξεων και μπορεί να συμβάλει σε συνέργια με άλλους παράγοντες στην εκδήλωση καρκίνων.

Οι καταστάσεις της ζωής, οι οποίες συμβάλλουν στη νόσο, περιλαμβάνουν την έλλειψη πόρων, την τοξικότητα, περιβαλλοντικές ακρότητες, και ο ανταγωνισμός με άλλους οργανισμούς. Η έκθεση σε τοξικές ουσίες με προφανή αποτελέσματα, τόσο σε αναγνωρισμένα μοντέλα της νόσων, όσο και σε πιο αιγιματικά σύνδρομα νόσων. Σε κάθε περίπτωση, η έλλειψη πόρων και της έκθεσης σε τοξικές ουσίες μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ευπάθεια χρόνιων ασθενειών. Παρόλο που ο άνθρωπος έχει μεγάλη ευελιξία προσαρμογής στις περιβαλλοντικές ακρότητες, υπάρχουν όρια και ακραία περιβάλλοντα μπορούν να συμβάλουν σε ασθένεια. Ορισμένες από τις σημερινές χρόνιες ασθένειες μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που προκαλούνται από ταχείες τεχνολογικές εξελίξεις. Παρόλο που αυτές οι αλλαγές είχαν πολλά οφέλη, έχουν επίσης οδηγήσει σε μια γρήγορες περιβαλλοντικές αλλαγές που βοηθούν στην εξέλιξη των νόσων.

Επιπλέον οι ανθρώπινοι οργανισμοί ανταγωνίζονται με κάποια άλλα είδη οργανισμών, οι σημαντικότεροι των οποίων είναι τα μικρόβια. Μικρόβια που διαθέτουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, αναπαράγονται πολύ πιο γρήγορα από τον άνθρωπο. Αυτή η διαφορά στα μικρόβια προσφέρει μια ευκαιρία για να εξελιχθούν οι προσαρμοστικές δυνατότητες ταχύτερα από τον άνθρωπο και μπορούν να εξελιχθούν σε άμυνες. Ποτέ δεν τελειώνει ο πόλεμος μεταξύ των αμυντικών μηχανισμών και την παρεμβατική ικανότητα των παθογόνων οργανισμών. Ορισμένες

ασθένειες είναι αποτέλεσμα προσβολής από μολυσματική ασθένεια, που προκύπτουν
όσον αφορά την τρωτότητα της νόσου σε άλλες διεργασίες

1.1.Φάσεις εξέλιξης της χρόνιας ασθένειας (μοντέλο Doca)

Ο Doca το 1993 (στο Ψυχολογία της Υγείας- Καραδήμας, 2005) διέκρινε τις εξής φάσεις εξέλιξης της χρόνιας ασθένειας:

Α) *Στην προδιαγνωστική φάση* , κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τα αρχικά συμπτώματα , που τον προϊδεάζουν ότι πιθανόν κάτι δεν πάει καλά με την υγεία του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ή να κινητοποιηθεί προκειμένου να διευκρινίσει την κατάσταση της υγείας του ή να τα αγνοήσει εντελώς, ως να μη συμβαίνει απολύτως τίποτα.

Β) *Οξεία φάση* : συνήθως σ' αυτή τη φάση τίθεται και η διάγνωση, και συνοδεύεται από τις αντιδράσεις του ατόμου, προσπαθεί να κατανοήσει την ασθένεια του, να φανταστεί τι θα ακολουθήσει, όπως επώδυνες ιατρικές παρεμβάσεις, συχνές εισαγωγές για νοσηλεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα, να αλλάξει τρόπους και συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, να εκφράσει τα συναισθήματα του, και να αναγνωρίσει την νέα κατάσταση , τις επιπτώσεις της τόσο στον ίδιο όσο και στον κοινωνικό του περίγυρο.

Γ) *Χρόνια φάση*: που εκτείνεται ως την ίαση ή τον θάνατο. Σε αυτή τη φάση απαιτούνται συνεχείς προσπάθειες προκειμένου να προσαρμοστεί τόσο το άρρωστο άτομο όσο και η οικογένεια του, προκειμένου να εξασφαλιστεί μια καλή ποιότητα ζωής σε βιολογικό , ψυχοκοινωνικό και εργασιακό επίπεδο. Η υποστήριξη του από τους σημαντικούς άλλους της ζωής του, προκειμένου να τον βοηθήσουν να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του , να αποδεχθεί τη θεραπεία και να εκφράσει τα συναισθήματα του. Να βρει νόημα στη ζωή του όπως αυτή έχει διαμορφωθεί με τις νέες συνθήκες. Σύμφωνα με τον Doka, η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και έτσι τώρα ο στόχος της παρέμβασης δεν επικεντρώνεται στη θεραπεία αλλά στο πως θα ανακουφιστεί ο άρρωστος εν όψει του επικείμενου θανάτου. Ο θάνατος λοιπόν και η απειλή του θανάτου είναι ένα θέμα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος,1995). και

Δ) *Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας*, προκαλεί συναισθήματα αισιοδοξίας και ανακούφισης. Εντούτοις πολλοί ασθενείς βιώνουν θυμό και άγχος ,επειδή ίσως να φοβούνται πιθανή υποτροπή της ασθένειας τους (Παπαδάτου, 1995) . Η φάση της αποθεραπείας προβάλλει νέες προκλήσεις σε όλους τους τομείς της δραστηριότητας του ατόμου. Το άτομο καλείται να αναπτύξει μια νέα εικόνα του εαυτού του και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της καθημερινότητας του μέσα από

ένα νέο πρίσμα. Το άτομο έχει ανάγκη να διηγηθεί την εμπειρία της ασθένειας του, να την εντάξει στην ζωή του, αναγνωρίζοντας τις αρνητικές αλλά και τις όποιες θετικές επιπτώσεις που είχε τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένεια του.

Η τελική φάση σύμφωνα με τον Doca (1993), χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου , την τροποποίηση των παρεμβάσεων που αποβλέπει πλέον στην ανακουφιστική φροντίδα του αρρώστου εν όψει επικείμενου θανάτου (Παπαδάτου, 1995).

1.1.2. Συνέπειες της χρόνιας ασθένειας:

Όπως αναφέρεται από Δανάη Παπαδάτου (1995), η χρόνια ασθένεια προκαλεί:

Σε οργανικό επίπεδο:

- παροδικές ή μόνιμες σωματικές αλλαγές
- αλλαγή εικόνας σώματος
- περιορισμούς στις σωματικές δραστηριότητες
- αλλαγές – περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες (σχολείο, εργασία, αθλητισμός, διασκέδαση)
- ειδική διαίτα (συχνά νιώθει ότι διαφέρει από τους άλλους)
- συνεχή χορήγηση φαρμάκων (η καθημερινή λήψη φαρμάκων αποτελεί μια συνεχή υπενθύμιση της αρρώστιας και της ανεπάρκειάς του)

Ψυχο-κοινωνικά προβλήματα

- Απώλεια αυτονομίας- αδυναμία αυτο-φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης- εξάρτηση
- Φόβος και άγχος γύρω από το θάνατο
- Φόβος εγκατάλειψης
- Τα άτομα εκφράζουν ενοχές επειδή είναι άρρωστα και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για οικονομικά και ηθικά προβλήματα μέσα στην οικογένεια.
- Συνήθεις συμπεριφορές: *άρνηση-απόρριψη- επιθετική συμπεριφορά- έντονο άγχος- θυμός- απομόνωση-κατάθλιψη- μη συμμόρφωση στη θεραπεία*

Η οικογένεια είναι ένα πολύπλοκο και προσαρμοστικό σύστημα δυναμικών σχέσεων , το οποίο εμπεριέχει συγκεκριμένους κανόνες, στόχους, δομή και διέπεται από δυναμικές αλληλεπιδράσεις.

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί για την οικογένεια κατάσταση κρίσης και άπτεται της λειτουργικής της δομής και σηματοδοτεί την έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας

- Αλλαγές στη δομή και τους ρόλους της οικογένειας
- Απομόνωση από το αγαπημένο πρόσωπο
- Απώλεια ελέγχου της καθημερινής ρουτίνας
- Θυμός και αισθήματα αδυναμίας και ενοχής

- Έλλειψη πληροφοριών για τη φροντίδα
- Ανησυχία για μελλοντική οικονομική σταθερότητα
- Αρνητική ανάδραση (negative feedback): κινητοποιώντας τις δυνάμεις του συστήματος για την αναζήτηση καινούριων ισορροπιών, οι οποίες θα μειώσουν την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του, ανακαλύπτοντας μια νέα ισορροπία της εξέλιξης του συστήματος
- Θετική ανάδραση (positive feedback): μεγαλώνοντας την αταξία του συστήματος και προκαλώντας αλυσιδωτή αντίδραση και αποδιοργάνωση ολόκληρου του συστήματος οδηγεί σε μονιμότερη διαταραχή ισορροπιών του συστήματος (Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. 1995) σελ.121-125 Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.

1.1.3.Προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια

Αντιδράσεις του ατόμου στην χρόνια ασθένεια:

Η χρόνια ασθένεια επηρεάζει με καθοριστικό τρόπο το πάσχων άτομο αλλά και την οικογένεια του. Οι αντιδράσεις τους είναι ποικίλες και μπορεί να εξαρτηθούν από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες :

α) αυτούς που αφορούν άμεσα την ασθένεια (φύση, σοβαρότητα, αβέβαιη πρόγνωση, θεραπεία και κοινωνικές προκαταλήψεις),

β) αυτούς που συνδέονται με την χρονική εμφάνιση της αρρώστιας (ηλικία ασθενούς),

γ) ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (προσωπικότητα ασθενούς, κοινωνικό , οικονομικό επίπεδο, ύπαρξη κοινωνικού δικτύου κ.τ.λ). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους , μπορεί να παρεμποδίζουν ή να διευκολύνουν την προσαρμογή του άρρωστου ατόμου στην χρόνια ασθένεια (Παπαδάτου, 1995).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι μια διαδικασία διαρκής, ρευστή και δυναμική, αν και διαρκώς μπορεί να αξιολογηθεί το επίπεδο προσαρμογής του ατόμου , ως καλό ή μη. (Καραδήμας, 2005). Η διαδικασία της προσαρμογής χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις , όπως : άγχος, κατάθλιψη , αλλά και αποδοχή και ενσωμάτωση της νέας κατάστασης, βέβαια οι αντιδράσεις αυτές δεν είναι σταθερές αλλά μεταβάλλονται καθώς αλληλεπιδρούν μεταξύ των παραγόντων, ασθένειας, κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών, ατομικών και κοινωνικο-περιβαλλοντικών παραγόντων.(Καραδήμας, 2005).

Η ικανοποίηση των απαιτήσεων που δημιουργεί η χρόνια ασθένεια, απαιτεί συχνά σημαντικές ρυθμίσεις στον καθημερινό τρόπο ζωής του ασθενούς και την εκμάθηση των νέων δεξιοτήτων (Petrie & Morris, 1997).

Οι χρόνιες ασθένειες ποικίλουν σε πολλές διαστάσεις και υπάρχει συχνά περισσότερη παραλλαγή μέσα στην ασθένεια απ' ότι μεταξύ – ασθένειας. Η αρχική εισβολή της ασθένειας, ο βαθμός ασάφειας των συμπτωμάτων, ο βαθμός που απειλείται η ζωή, ο πόνος (π.χ προοδευτικός, υποτροπιάζων) , ο βαθμός διάσπασης της καθημερινής ρουτίνας της ζωής, από τα συμπτώματα , την θεραπεία, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αντιπροσωπεύουν άλλες διαστάσεις που καταδεικνύουν τη μεταβλητότητα της χρόνιας ασθένειας.(Stanton & Revenson, in press).

Για μερικές ασθένειες η αρχή είναι ξαφνική και οι ασθενείς πρέπει να προσαρμοστούν γρήγορα, ενώ για άλλες ασθένειες μπορεί να είναι πιο αργά και να δώσει περισσότερο χρόνο στο άτομο να προσαρμοστεί. Οι δυνατότητες των ασθενών

και των οικογενειών τους , ποικίλουν στην προσαρμογή που απαιτεί μια χρόνια ασθένεια. Η αποτυχία να προσαρμοστούν, ιδιαίτερα στις ασθένειες που χρειάζονται ενεργό καθημερινή διαχείριση, όπως η μόλυνση από HIV, ο ινσουλινο-εξαρτώμενος διαβήτης, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικές επιπλοκές και δυσκολίες , που γρήγορα μπορούν να προσθέσουν επιπλέον προβλήματα στα άτομα που υποφέρουν.

1.1.4. Στάδια προσαρμογής Τα παρακάτω στάδια που παρουσιάζονται , προέρχονται από τον Dr. JoAnn LeMaistre , στο “After the Diagnosis” (1999).

Το συναισθηματικό τραύμα της χρόνιας σωματικής ασθένειας προκαλείται από την απώλεια ενός επιπέδου λειτουργικότητας . το άρρωστο άτομο όχι μόνο υφίσταται την απώλεια της άμεσης ικανότητας του αλλά στερείται και από τις βλέψεις του για το μέλλον. Με την παρέμβαση της χρόνιας ασθένειας , όλες οι προηγούμενες προσπάθειες πιθανόν να φανούν άσχετες. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του χρόνιου ασθενή προσδιορίζονται σε διάφορα στάδια , όπως είναι της κρίσης , της απομόνωσης , θυμού, αναδημιουργία, κατάθλιψη και ανανέωση. Αυτά είναι συνοπτικά για την περιγραφή των συγκινήσεων , και δεν είναι απαραίτητο ότι κάθε ασθενής ακολουθεί υποχρεωτικά αυτά τα στάδια .

Στάδιο κρίσης: σ’ αυτό το στάδιο ο ασθενής είναι αρκετά φοβισμένος, και μειωμένη δυνατότητα να ανταποκριθεί στους άλλους. Ο ασθενής είναι πολύ φοβισμένος , αποπροσανατολισμένος. Κατά τη διάρκεια του σταδίου της κρίσης σχεδόν όλη η προσοχή και η ενέργεια του ασθενή στρέφονται προς την επίθεση της ασθένειας. Η πρωταρχική του ανησυχία είναι η επιβίωση. Επιπλέον , ο ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να αντιμετωπίσουν το φόβο του άγνωστου και του αβέβαιου μέλλοντος. Είναι σαφές ότι τα σχέδια του παρελθόντος έχουν καταστραφεί, και το μέλλον είναι ασαφές.

Στάδιο της απομόνωσης: κατά τη διάρκεια του σταδίου της απομόνωσης οι ασθενείς κλίνουν στον εαυτό τους και στα αρνητικά συναισθήματα τους, σκέφτονται ότι δεν θα υπάρξει πλήρης αποκατάσταση, συνειδητοποιούν ότι η κατάσταση είναι χρόνια, και φοβάται για την αυτό-εικόνα του .

Στάδιο θυμού: το άρρωστο άτομο αισθάνεται τρόμο, ανησυχία και ανικανότητα και σ’ αυτά προστίθεται και η αίσθηση της αδικίας να κτυπηθεί από μια ασθένεια με αποτέλεσμα να μπορεί να είναι μια αντίδραση οργής. Συχνά ο στόχος της οργής του είναι ο ίδιος. Η τελευταία η πιο επικίνδυνη έκφραση , αυτής της οργής είναι η αυτοκτονία. Οι λόγοι για τα συναισθήματα θυμού και απελπισίας είναι ότι δεν υπάρχει κανείς εξωτερικός αντίπαλος και ότι η ασθένεια του αναπαράγει ένα αίσθημα ανικανότητας.

Στάδιο αναδημιουργίας: σ’ αυτό το στάδιο ο ασθενής εμφανίζει μια αυξανόμενη αίσθηση ασφάλειας βασισμένη στις νέες ικανότητες- δεξιότητες διαβίωσης. Η διάθεση είναι καλύτερη και οι δυσκολίες φαίνονται μακρύτερα. Ο ασθενής μαθαίνει τις δυνατότητες και τα όρια των νέων ικανοτήτων του. Οι φίλοι επιλέγονται από το

πόσο καλά αντιδρούν στο γεγονός της ασθένειας. Η οικογένεια καθιερώνει νέες ρουτίνες καθημερινής ζωής...ή διαλύεται. Βεβαίως η ζωή δεν είναι όπως ήταν πριν. Αντ' αυτής υπάρχει μια αίσθηση αναδημιουργίας. Η αναδημιουργία παίρνει πολλές συγκεκριμένες πτυχές, όπως η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, αλλά σημαντικότερη είναι η συναισθηματική αξία. Όταν ένα συνηθισμένο σχέδιο διαβίωσης καταστραφεί από την ασθένεια, ο ασθενής φοβάται. Η επανεμφάνιση μιας θετικής αυτό-εικόνας αποτελεί την αναδημιουργία.

Στάδιο της διαλείπουσας κατάθλιψης: Η έξαρση που συνδέεται με νέες δεξιότητες μπορεί να δώσει τόπο σε νέα συναισθήματα απελπισίας, δεδομένου ότι ο ασθενής θυμάται πόσο απλό ήταν να κάνει παλιά στερεότυπα πράγματα, πριν αρρωστήσει. Η νοσταλγία και η θλίψη μπορεί να συνδυαστούν και να παράγουν θλίψη και αποθάρρυνση. Οι ιατρικοί περιορισμοί, οι επανεξετάσεις για να επιβεβαιωθεί αν βελτιώθηκε ή χειροτέρευσε, συχνά οδηγούν στην κατάθλιψη. Η διαλείπουσα κατάθλιψη φαίνεται να συνδυάζει δυο συναισθήματα, η συνειδητοποίηση της απώλειας της λειτουργικότητας που εμφανίζεται αρκετές φορές ημερησίως και η συνειδητοποίηση της εικόνας της ζωής εάν δεν είχε εμφανιστεί η ασθένεια.

Στάδιο της ανανέωσης: Η δημιουργία της ανανέωσης προέρχεται από την εμπειρία της ασθένειας που διδάσκει τον ασθενή να μη σπαταλήσει το παρόν στο φόβο του μέλλοντος. Είναι απαραίτητο να αναγνωρίσει ο ασθενής ότι είναι απαραίτητο να γίνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής του και να αποκτήσει νέες δεξιότητες.

1.2. Ψυχική Υγεία / ασθένεια

Η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο, ώστε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αναπηρίας και απόγνωσης. Τα αποτελέσματα από πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την πορεία της σωματικής ασθένειας και αντιστρόφως

Με τον όρο ψυχική υγεία εννοείται η υγεία του ανθρώπου, από νευρολογικής και ψυχολογικής καταστάσεως. Υφίσταται σύνδεσμος μεταξύ ψυχολογικών και νευρολογικών καταστάσεων. Όταν επικρατεί ψυχολογική ισορροπία, αυτό λέγεται καλή ψυχική υγεία. Αντίθετα, όταν δεν υφίσταται καλή ψυχολογική και νευρολογική ισορροπία αυτό χαρακτηρίζεται κακή ψυχική υγεία. Ενδεικτικά ως κακή ψυχική υγεία αναφέρουμε την κατάθλιψη, την τάση για αυτοκτονία, τις φοβίες, το άγχος, τους ψυχαναγκασμούς, τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, τα συμπτώματα των ψυχολογικών συγκρούσεων στο σώμα και την εμφάνιση σωματικών ασθενειών και γενικά την διαταραχή της συμπεριφοράς του ανθρώπου (νεύρωση) και την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, την αποκοπή της επικοινωνίας του με την πραγματικότητα, που εκδηλώνεται με τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις (ψύχωση).

"Η ψυχική υγεία συνεπάγεται την εξεύρεση ισορροπίας σε όλες τις πτυχές της ζωής : σωματικά, ψυχικά, συναισθηματικά και πνευματικά. Έχει την ικανότητα να απολαμβάνει τη ζωή και να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της καθημερινά – ότι κι αν αυτό συνεπάγεται, κάνει επιλογές και παίρνει αποφάσεις, για την προσαρμογή και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, είτε μιλάμε για προσωπικές ανάγκες και επιθυμίες. " **(Κέντρο Ψυχικής Υγείας και της Τοξικομανίας (CAMH) (2003), σελ. 11, Toronto, Ontario.**

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ειδικές καταστάσεις της ζωής σε συνδυασμό με ειδικά θέματα ευπάθειας μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνιες ασθένειες. Μολονότι υπάρχουν πολλοί τρόποι προσαρμογής στη νόσο, συχνά οι εκδηλώσεις της που ξεπερνούν τις προσαρμοστικές ικανότητες μπορεί να προκαλέσουν παθολογικούς μηχανισμούς προσαρμογής οδηγώντας σε ένα παθολογικό φαύλο κύκλο. Η παθολογική διεργασία μπορεί να εξελιχθεί και να επιμένουν σε πολλαπλά συστήματα ταυτόχρονα.

Από τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι διάφορα αγχωγόνα γεγονότα της ζωής, μπορεί να είναι η αιτία για τη πρόκληση διαταραχών διάθεσης (Μάνος, 1997). Η φυσική ασθένεια είναι ένας αγχωγόνος παράγοντας και οι ανάγκες της, καθορίζονται από τα

χαρακτηριστικά και τη βαρύτητα της νόσου. Μακριά ιστορία ενδιαφέροντος υπάρχει σχετικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν μια χρόνια ασθένεια. Οι περισσότεροι χρόνιοι ασθενείς παρουσιάζουν ψυχολογικά συμπτώματα (Balderson & Towell, 2003; Kissane et al., 2004; Pincus, Griffith, Pearce, & Isenberg, 1996). Μελέτες αναφέρουν, ότι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, έχουν αρκετά συμπτώματα κατάθλιψης (χάσιμο βάρους, νευροσυμπεριφορικά συμπτώματα, απώλεια όρεξης, ψυχοκινητική επιβράδυνση, Lustman, Freeland, Griffith, και Clouse (1998) και σαν συνέπεια αυτού είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη (Musselman, Betan, & Phillips, 2003).

1.2.1. Ψυχολογική προσαρμογή

Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών με χρόνια ασθένεια μπορεί να είναι βαθιές. Οι στόχοι που απαιτούνται για να διαχειριστούν ενεργά μια μακροχρόνια ασθένεια, συχνά παρεμποδίζουν την κανονική κοινωνική ζωή και την κοινωνική δραστηριότητα. Οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια είναι πιθανότερο να αισθανθούν άγχος-πίεση, και ειδικότερα εκείνοι που υποφέρουν από υψηλό βαθμό χρόνιου πόνου και ανικανότητα (Huure & Aro, 2002, Vilhialmsson, 1998).

Επιπλέον οι συναισθηματικές διαταραχές όπως π.χ η κατάθλιψη συχνά παρεμποδίζει την υιοθέτηση και τήρηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και φαίνεται να επιδεινώνει την πρόγνωση σε μερικές περιπτώσεις (Frasure- Smith & Lesperance, 2003). Οι ασθενείς που αποθαρρύνονται και αρνούνται να βελτιώσουν την ασθένειά τους με την αντιμετώπιση της, τείνουν να έχουν περισσότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία και πτωχότερη υγεία (Stern, Pascale & Ackerman, 1977).

Συγχρόνως η έρευνα αποκαλύπτει ουσιαστικά την ποικιλομορφία της προσαρμογής των ατόμων στη χρόνια ασθένεια, με πολλούς ασθενείς να παρουσιάζουν γενικά θετική προσαρμογή και μια μειονότητα να παρουσιάζει θλίψη-λύπη ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Stanton & Revenson, in press).

Τα κλινικά επίπεδα ψυχολογικής δυσλειτουργίας των ασθενών με χρόνιες ασθένειες ποικίλουν σε διάφορες μελέτες, σύμφωνα με τα κριτήρια και τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης. Μελέτες που αξιολόγησαν τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με διάφορες χρόνιες ασθένειες, διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά κυμάνθηκαν από 0-46% στους καρκινοπαθείς (Van't Spijker & Duivenvoorden, 1997), 12-40% στους ασθενείς με τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (Christens & Ehlers, 2002) και 0-61% για τους διαβητικούς ασθενείς, τύπων διαβήτη I, και II (Anterson, Clouse, Freedlands, Lustman, 2001). Τα ποσοστά ποίκιλαν ανάλογα με τους μεθοδολογικούς και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες π.χ. η κατάθλιψη ήταν πιο υψηλή στις διαβητικές γυναίκες απ' ότι στους διαβητικούς άνδρες.

Η χρόνια ασθένεια μπορεί επίσης να αναστατώσει έντονα την κοινωνική ζωή και να ασκήσει πίεση στα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Ειδικότερα οι σύζυγοι επιφορτίζονται σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα που προκαλούνται από την ασθένεια (Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbew, & Sanderman, 2000; Lyons, Sullivan, Ritvo & Coyne, 1996; Revenson, 1994, 2003).

Ο ασθενής που πριν την ασθένεια του είχε κάποιους στόχους για την οικογένεια του, και δεν μπορεί πλέον να τους διαχειριστεί, αυτοί εναποτίθενται τώρα στο/στη σύζυγο

ή σε άλλο μέλος της οικογένειας (Compaw, et al., 1994; Peterson & reverson, 2004). Μερικές φορές αυτό δημιουργεί συναισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας στον ασθενή και συναισθήματα πρόσθετου άγχους και δυσαρέσκειας στα μέλη της οικογένειας του ασθενή (Manne, Alfieni, Taylor & Dougherty, 1999; Revenson & majerovitz , 1990). Υπάρχει επίσης πολύ μεταβλητότητα, μερικοί χρόνιοι ασθενείς με χρόνια ασθένεια παραπονούνται για κοινωνική απομόνωση και έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης, για να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της χρόνιας ασθένειας, ενώ άλλοι αναφέρουν ότι οι κοινωνικές τους σχέσεις έχουν αυξηθεί (Danoff-Burg & Revenson, in press).

1.3. Πνευματικότητα / Θρησκευτικότητα και υγεία

Διαχωρισμός πνευματικότητας και θρησκευτικότητας

Είναι σημαντικό να μη συγχέεται η έννοια της πνευματικότητας με την έννοια της θρησκείας, επειδή η θρησκεία είναι μια σύνθετη μεταβλητή, με δικά της δίκαια και απεικονίζει τις ευδιάκριτες πτυχές της.

Η θρησκεία και η πνευματικότητα επικαλύπτονται αλλά δεν είναι εννοιολογικά ίδιες. Πιο συγκεκριμένα η θρησκεία αναφέρεται στην εξωτερική έκφραση της Πίστης, αυτές είναι εσωτερικές πεποιθήσεις και αξίες που αφορούν το Θεό ή οποιαδήποτε ανώτερης Ύπαρξης. Αυτή η εμπειρία θεωρείται ως έκφραση της πνευματικότητας (O'Neill & Kenny, 1998).

Η πνευματικότητα εντούτοις είναι ευρύτερη από τη θρησκεία και ένα άτομο μπορεί να είναι πνευματικό χωρίς την ύπαρξη θρησκείας, π.χ. άτομα που συμμετέχουν σε πρόγραμμα Ανώνυμων Αλκοολικών (AA), συμμετέχουν στις πνευματικές πλευρές του προγράμματος, αλλά σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι καθόλου θρησκευόμενοι (Hatch, Burg, Naberhaus, & Hellmich, 1988, Spalding & Metz, 1997).

Μερικές παλαιότερες έρευνες, εξέτασαν της σχέσης μεταξύ της αντιμετώπισης και της θρησκείας στις οποίες η πνευματικότητα ήταν δευτερεύον συστατικό, κατέληξαν σε μικτά συμπεράσματα, λόγω της έλλειψης κατάλληλου μέτρου για τη θρησκεία. Στην πραγματικότητα δεν έλαβαν υπόψη τους όλες τις σύνθετες διαστάσεις της θρησκείας (Hathaway & Pargament, 1991).

Πνευματικότητα είναι μια διάσταση που προσπαθεί να είναι σε αρμονία με το σύμπαν, αγωνίζεται να βρει απαντήσεις σχετικά με το άπειρον και προέρχεται κυρίως στην εστίαση σε εποχές συναισθηματικού στρες, σωματικής και ψυχικής ασθένειας, απώλειας, πένθους και θανάτου.

1.3.1. Θρησκεία και υγεία:

Τα αποτελέσματα , οι μηχανισμοί και το υπόβαθρο της ερμηνείας παρά την μεγάλη έρευνα των προηγούμενων δεκαετιών για τη υγεία και τη πνευματικότητα (Koenig, McCullough, Larson, 2001), η σχέση μεταξύ της θρησκείας και υγείας παραμένουν ανεπαρκώς κατανοητοί σήμερα (Sloan, Bagiella, Powell, 1999), κατά ένα μεγάλο μέρος οι μηχανισμοί, με τους οποίους η θρησκεία μπορεί να επηρεάσει, τη ψυχική, φυσική και κοινωνική υγεία, είναι άγνωστοι. Επίσης δεν έχει θεολογική ερμηνεία στα συμπεράσματα ως προς τη σημασία και τις επιπτώσεις τους. Η νέα πνευματική γνώση που θα αποκτιόταν από μια προσεκτική έρευνα σ' αυτή την περιοχή, θα έδινε τη δυνατότητα για κοινωνικές και κλινικές εφαρμογές. Υπάρχουν αρκετά επιδημιολογικά στοιχεία που δείχνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ θρησκείας και υγείας , αλλά ο μηχανισμός παραμένει αβέβαιος (Koenig & Larson, 2001). Πολλές μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ και σε άλλα μέρη του κόσμου, παρουσιάζουν μια σχέση μεταξύ της θρησκείας και καλή έκβαση της ψυχικής υγείας . τα αποτελέσματα αυτά έχουν επιβεβαιωθεί σε άτομα όλων των ηλικιών, των φυλών και κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Επίσης έχουν διαπιστωθεί ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές προβλέπουν καλύτερη ψυχική υγεία με την πάροδο του χρόνου, από μελέτες σε ασθενείς αλλά και σε υγιή άτομα που ζουν σε μη στρεσογόνα περιβάλλοντα ((Koenig, McGue, Kueger, Bouchard, 2005). Οι μελέτες που έχουν εξετάσει τα αποτελέσματα των θρησκευτικών παρεμβάσεων, στην κατάθλιψη, το πένθος, και στις διαταραχές άγχους , διαπίστωσαν ότι όταν αυτές οι παρεμβάσεις σε πιστούς σε κάποια θρησκεία ασθενείς, παρουσίασαν γρηγορότερη βελτίωση. Οι μελέτες που βασίστηκαν στο χριστιανισμό, μουσουλμανισμό, και στο βουδισμό, όλες κατέληξαν σε θετικά αποτελέσματα. Υποστηρίζουν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία και αυτό φαίνεται εύλογο, δεδομένου ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και διδασκαλίες , ενθαρρύνουν την κοινωνική συνεκτικότητα και ευθύνη(Koenig, McCullough, Larson, 2001), την υγεία από την άποψη ότι απαγορεύουν την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ,(Stylianous 2004) ενισχύουν την κοινωνική υποστήριξη (Ellison, 1994), επίσης η θρησκευτική συμμετοχή σχετίζεται με την μακροζωία και λιγότερα ποσοστά θνησιμότητας(Koenig, McCullough, Larson, 2001). Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που δείχνει ότι η θρησκεία έχει επιπτώσεις στην υγεία , είναι βασισμένη στις μελέτες της θρησκευτικής συμμετοχής, όπου οι

φυσικοί παράγοντες υγείας και οι παράγοντες προσωπικότητας (όπως η κοινωνικότητα) (Sternberg, 1997), μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα της θρησκευτικής συμμετοχής. Οι επιστήμονες της βιο-ψυχο-νευρολογίας παρουσιάζουν συχνά τη σύνδεση μεταξύ φυσιολογικών και ψυχολογικών λειτουργιών (πεποιθήσεις, γνωσιακές μελέτες και μελέτες συναισθημάτων), δείχνουν το στρες μπορεί να αυξήσει τις αιτίες θανάτου από καρδιακή ανακοπή (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000), έχουν επιπτώσεις στην επιβίωση του καρκίνου, (Blumenthal t al. 2003), με τη μείωση των επιπέδων στρες , την παροχή ηρεμίας και με την υποστήριξη θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών , μπορούν να αντισταθμιστούν τα αρνητικά αποτελέσματα του ψυχοκοινωνικού στρες στο ανοσοποιητικό και καρδιαγγειακό σύστημα (Koenig, Cohen, 2002).

1.3.2. Η Πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα και αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας

Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά αντιμετωπίζουν μια σειρά δυσκολιών και παραγόντων άγχους, όπως ο πόνος, συναισθήματα αβεβαιότητας και αλλαγές στη εικόνα του σώματος τους, επειδή αυτές οι ασθένειες δεν θεραπεύονται. Αυτά τα είδη των στρεσογόνων παραγόντων μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές της ευημερίας, στον πνευματικό κίνδυνο και στις υπαρξιακές αναζητήσεις όπως π.χ. «ποιο είναι το νόημα της ζωής?» (O' Neill & Kenny, 1998).

Συχνά η αναζήτηση αυτή σχετικά με το νόημα και το σκοπό της ζωής, η οποία μπορεί να φέρει σε συγκρούσεις με άλλους ανθρώπους και να αναρωτηθούν για ορισμένες επιλογές στη ζωή τους. Η ανικανότητα επίλυσης αυτών των συγκρούσεων μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Το πως τα άτομα αντιμετωπίζουν τις χρόνιες ασθένειες είναι αρκετά σημαντικό στη λειτουργία και την ποιότητα της ζωής τους (Folkman & Lazarus, 1988), μπορεί να προσκρούσει στις αντιλήψεις τους για τη χρόνια ασθένεια τους.

Για αιώνες οι φιλόσοφοι εξέταζαν τις διάφορες διαστάσεις της πνευματικότητας (Smith, Stefanek, Joseph, Verdick, Zadora & Fetting, 1993) περιέγραψαν την πνευματικότητα ως διάσταση του συνειδητού, στην οποία ένα άτομο προσπαθεί να προσεγγίσει όλα τα πράγματα του κόσμου και τονίζει ότι η πνευματικότητα επεκτείνεται σε μια δύναμη πέρα από εμάς.

Αυτός ο καθορισμός χρησιμοποιεί ένα υποσυνείδητο ή ενστικτώδες συστατικό της ανθρώπινης ψυχής, που οδηγεί ένα άτομο να επιδιώξει το νόημα της ζωής του.

Αυτός ο καθορισμός εξηγεί επίσης την προσπάθεια του ατόμου για μια επικοινωνία με όλη τη δημιουργία και μια πίστη σε μια Δύναμη πέρα από τη δυνατότητα ελέγχου, ενδεχομένως μιας Ύπαρξης ή μιας Οντότητας. Αντιθέτως οι O' Neil and Kenny (1998), έχουν προτείνει ότι όταν η πνευματικότητα περιλαμβάνει τη σχέση ενός ατόμου με υψηλότερη Ύπαρξη, περισσότερο ενός «θρησκευτικού πλαισίου».

Σε αυτό τον καθορισμό η θρησκευτικότητα του ατόμου είναι ένας παράγοντας που παρακινεί όλες τις πτυχές της ζωής του και η πνευματικότητα προκύπτει από τη θρησκεία.

Οι Hungleman, Kenkel- Rossi, Klassen & Stollenwerk (1996) έχουν βρει την πνευματικότητα σαν ένα είδος διαδικασίας αύξησης, που οδηγεί σε μια πραγματοποίηση του τελικού σκοπού και του νοήματος της ζωής.

Η πρόσφατη έρευνα για την αντιμετώπιση χρόνιας ασθένειας και πνευματικότητας, περιέλαβε το συνδυασμό πνευματικότητας και θρησκείας ως ανταλλάξιμες έννοιες. Αυτή η έρευνα έχει βρει ως επί το πλείστον ότι, η θρησκεία είναι σημαντική για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, πρακτικές και σχέσεις χρησιμοποιούνται συχνά για να βοηθήσουν τα άτομα στην αντιμετώπιση του σωματικού και ψυχολογικού άγχους (Hathaway & Pargament, 1991). Pargament, 1990) συζήτησε τους διαφορετικούς τρόπους που οι θρησκευτικές προσπάθειες αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας, ενδεχομένως βοηθούν στην αντιμετώπιση της αγχωτικής εμπειρίας. Καταρχάς η θρησκεία μπορεί να είναι ένα στοιχείο αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας μέσω της ερμηνείας (π.χ. μια τραγική κατάσταση είναι μέρος του σχεδίου του θεού).

Η θρησκεία μπορεί να έχει επιπτώσεις στην αντιμετώπιση, με τη διαμόρφωση μιας διαδικασίας (π.χ. το θρησκευτικό υπόβαθρο μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο να αντιμετωπίσει τον εθισμό).

Επίσης η θρησκεία μπορεί να διαμορφώσει τη διαδικασία της αντιμετώπισης (π.χ. μια εμπειρία θανάτου συγγενικού προσώπου, μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην αναζήτηση οργανωμένης θρησκείας).

Ο Pargament (1990), καθορίζει τρεις διαφορετικούς τύπους θρησκευτικής αντιμετώπισης:

Το αυτοκατευθυνόμενο άτομο επιδιώκει να λύσει τα προβλήματα του χωρίς την αναζήτηση της βοήθειας του θεού.

Το θρησκευτικά συνεργάσιμο άτομο: άτομο και θεός συνεργάζονται στην επίλυση του προβλήματος, και

Το άτομο αναβολής: είναι το παθητικό άτομο που περιμένει το θεό να παρέμβει με οποιοδήποτε τρόπο, για να του επιλύσει το πρόβλημα του.

Η έρευνα που αξιολογεί τη σχέση μεταξύ της θρησκείας και τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο, έχει προσδιορίσει σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ της θρησκευτικότητας και της διαχείρισης των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα η παρουσία ισχυρών θρησκευτικών πεποιθήσεων αφορά μειωμένα επίπεδα πόνου, εχθρότητας και κοινωνικής απομόνωσης, καθώς επίσης και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Ackin, Brown & Manger, 1983) και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Bickel, Ciarrocchi, Sheers, Estadt, Powell & Pargament, 1998).

Η έρευνα για την έννοια της πνευματικότητας έχει παράσχει σημαντικά στοιχεία για την στρατηγική αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας, Kaczorowski (1989) βρήκε ότι ασθενείς με καρκίνο, το άγχος ήταν χαμηλότερο στους ανθρώπους που είναι ιδιαίτερα πνευματικοί.

Αυτές οι μελέτες παρέχουν άμεσα στοιχεία μιας ενδεχόμενης σημαντικής σχέσης μεταξύ της πνευματικότητας και της ενισχυμένης ικανότητας να αντιμετωπίσουν συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη και άλλες μορφές ψυχοκοινωνικού κινδύνου που συνδέονται με τη χρόνια ασθένεια.

1.4. Ερευνητικοί στόχοι-υποθέσεις

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη χρόνια ασθένεια και την ψυχική υγεία. Επιπροσθέτως, η συγκεκριμένη έρευνα αποσκοπεί στη μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στην πνευματικότητα του ατόμου και τις στρατηγικές που υιοθετεί προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη χρόνια ασθένειά του.

Υποθέσεις

Οι κυριότερες υποθέσεις της παρούσας έρευνας μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη χρόνια ασθένεια και την ψυχική υγεία του ατόμου.
2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη χρόνια ασθένεια και τις στρατηγικές διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας.
3. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πνευματικότητα και την υγεία του ατόμου.
4. Υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας και στρατηγικών αντιμετώπισης.

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 108 άτομα ηλικίας από 16 έως 88 ετών ($M.O.=57.51$ χρόνια, $T.A.=11.92$). Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν 64 άνδρες (59.8%) και 43 γυναίκες (40.2%), ενώ ένα υποκείμενο δεν ανέφερε το φύλο του.

Από τους συμμετέχοντες, 11 άτομα (10.4%) ήταν άγαμα, 76 άτομα (71.7%) ήταν έγγαμα, 2 άτομα (1.9%) ήταν σε διάσταση, 3 άτομα (2.8%) ήταν σε διαζευγμένα και 14 άτομα (13.2%) είχαν χηρέψει. Επίσης, δύο άτομα δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων της έρευνας, 18 άτομα (16.8%) ανέφεραν ότι είχαν παρακολουθήσει μόνο ορισμένες τάξεις του Δημοτικού σχολείου, 26 άτομα (24.3%) ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 9 άτομα (8.4%) ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Τριτάξιου Γυμνασίου, 30 άτομα (28%) ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 9 άτομα (8.4%) ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι ανάλογων σχολών, 6 άτομα (5.6%) ανέφεραν ότι είχαν πτυχίο Τ.Ε.Ι., 3 άτομα (2.8%) ανέφεραν ότι είχαν πτυχίο Α.Ε.Ι. και, τέλος, 6 άτομα (5.6%) ανέφεραν ότι είχαν στην κατοχή τους Μεταπτυχιακό Δίπλωμα. Επίσης, ένα άτομο δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Τέλος, από τα υποκείμενα ζητούνταν να αναφέρουν τα έτη της ασθένειάς τους, δηλαδή να αναφέρουν πριν πόσο καιρό έλαβαν γνώση για την ασθένειά τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των υποκειμένων, τα έτη διάγνωσης της ασθένειας κυμαίνονται από 0 έως 27 έτη ($M.A.=4.46$ έτη, $T.A.=5.41$).

Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από ασθενείς των Νοσοκομείων, Ηρακλείου και Ρεθύμνου Κρήτης. Οι ασθενείς που συμμετείχαν ενημερώνονταν αναλυτικά από την γράφουσα για το σκοπό της έρευνας και βεβαιώθηκαν για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα. Σε όλους στους ασθενείς δόθηκαν οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ατομική. Στο τέλος της συλλογής των ερωτηματολογίων ευχαρίστησα τους συμμετέχοντες με ευχές για καλή ανάρρωση.

Ψυχομετρικά Εργαλεία

Υποκειμενική Κατάσταση της Υγείας: Το ερωτηματολόγιο ζητούσε από τα υποκείμενα της έρευνας να απαντήσουν στο πόσο καλή θεωρούσαν ότι ήταν η υγεία τους την παρούσα χρονική στιγμή. Πιο αναλυτικά, τα υποκείμενα κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100, όπου το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορούν να φανταστούν και το «100» είναι η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορούσαν να φανταστούν. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός που έδιναν τα υποκείμενα, τόσο θετικότερα αξιολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των υποκειμένων, ο μέσος όρος βαθμολογίας της Υποκειμενικής Κατάστασης της Υγείας βρέθηκε ίσος με $M.A.=65.47$ ($T.A.=20.66$).

Γενική Υγεία: Η γενική υγεία αξιολογήθηκε με τη βοήθεια της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου General Health Questionnaire (GHQ) (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos, & Karastergiou, 1999). Το ερωτηματολόγιο GHQ είναι ένα ευρέως γνωστό κι έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο παρέχει ένα γενικό δείκτη της ψυχολογικής και σωματικής υγείας του ατόμου (Cronbach $\alpha=.92$)

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει το επίπεδο ψυχικής υγείας των χρόνιων ασθενών. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις που εξετάζουν κατά πόσο τις τελευταίες 4 εβδομάδες οι συμμετέχοντες έχουν κάποιες ενοχλήσεις, π.χ. ερωτήσεις (π.χ. «Μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε», «Νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση», «Νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος»), οι οποίες αθροίζονται και δίνουν ένα συνολικό σκορ. Ανάλογα με τις ερωτήσεις, τα υποκείμενα μπορούσαν να επιλέξουν μία από τις παρακάτω επιλογές: «περισσότερο απ' ό,τι συνήθως», «το ίδιο όπως συνήθως», «λιγότερο απ' ό,τι συνήθως», ή «πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως». Ενώ σε ρωτήσεις, όπως π.χ. «Νιώθατε να είστε συνεχώς κάτω από πίεση», τα υποκείμενα μπορούσαν να επιλέξουν ανάμεσα στις εξής απαντήσεις: «καθόλου» «όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως», «μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως», ή «πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως». Γενικά, υψηλότερο σκορ σημαίνει την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων (προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας).

Στρατηγικές διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας: Η κλίμακα αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας που εφαρμόζουν και αφορούν την υγεία, (CHIP, Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά (Καραδήμας, Ζαρόγιαννος, Στραβοδήμος, Γυφτόπουλος, Κωνσταντινίδης) αποτελούνταν από πέντε παράγοντες: οργανική αντιμετώπιση, η οποία περιλαμβάνει στρατηγικές όπως πληροφορίες για την ασθένεια, ή ψάχνουν για ιατρική βοήθεια (αποτελείται από 8 δηλώσεις, π.χ. ψάχνουν για περισσότερες πληροφορίες, (Cronbach $\alpha=.78$), εμμονή στις ιατρικές συμβουλές (4 δηλώσεις, π.χ. συμμόρφωση στις οδηγίες, Cronbach $\alpha=.82$), Στον παράγοντα, ανακουφιστικές στρατηγικές, αναφέρεται τις στρατηγικές αυτές ως μέρος της ευρύτερης προσπάθειας αντιμετώπισης της βλάβης ή του προβλήματος υγείας, η οποία περιλαμβάνει (4 δηλώσεις, π.χ. την παραμονή στο κρεβάτι, Cronbach $\alpha=.64$), αναπολώντας και ονειροπολώντας (5 δηλώσεις, π.χ. ευχόμενος να μην είχε συμβεί, Cronbach $\alpha=.77$), συναισθηματικές αντιδράσεις (4 δηλώσεις, π.χ. αισθάνομαι θυμό και λύπη σχετικά με την υγεία μου, Cronbach $\alpha=.84$). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους, χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, από το 1 (καθόλου) έως το 5 (πάρα πολύ). Η προσαρμογή της κλίμακας αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων Υγείας έγινε σε δείγμα Ελλήνων ασθενών από Καραδήμα, Ζαρογιάννο, Στραβοδήμο, Γυφτόπουλο & Κωνσταντινίδη. Η εν λόγω προσαρμογή είναι υπό δημοσίευση στο Hellenic Journal Of Psychology.

Θρησκευτικότητα: Η Θρησκευτικότητα αξιολογήθηκε σε μια προσαρμογή στα Ελληνικά του καταλόγου θρησκευτικότητας (Religious Life Inventory, RLI; Batson & Schoenrade, 1991). Περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες αξιολογούσαν τα θέματα σε μια κλίμακα 6 σημείων τύπου Likert. Τα υποκείμενα μπορούσαν να επιλέξουν μία από τις παρακάτω απαντήσεις: «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ αρκετά», «μάλλον διαφωνώ», «μάλλον συμφωνώ», «συμφωνώ αρκετά» και «συμφωνώ απόλυτα». Η υψηλότερη βαθμολογία αντιπροσώπευε γενικά τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας. (Cronbach $\alpha=.79$). Μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν τη συχνότητα που προσευχόταν. Επιπροσθέτως, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στον παράγοντα της «εγγενούς θρησκευτικότητας», που αξιολογεί την πίστη και την ενασχόληση με θρησκευτικά θέματα, δηλ. κατά πόσο το άτομο ενδόμυχα πιστεύει στο Θεό ή δρα σύμφωνα με τις επιταγές του (π.χ. «Οι

θρησκευτικές αντιλήψεις μου είναι πίσω από όλη τη στάση μου για τη ζωή», «Προσπαθώ να μεταφέρω τη θρησκεία σε όλες τις άλλες δραστηριότητες της ζωής μου») και στον παράγοντα της «εξωτερίκευσης της θρησκευτικότητας» (π.χ. «Αν δεν εμποδιστώ από αναπόφευκτες περιστάσεις προσέρχομαι στην εκκλησία», «Διαβάζω κείμενα σχετικά με την πίστη και την εκκλησία»).

Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης δεδομένων

Για τις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο SPSS 13.0 Έλαβαν χώρα οι ακόλουθες στατιστικές αναλύσεις:

1. *Δείκτες περιγραφικής στατιστικής* (descriptive statistics): Μέσος Όρος (Mean) και Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation).
2. *Συσχετίσεις μεταξύ υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων*: Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας Pearson r (Pearson r correlation coefficient).

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται ο δείκτης συνάφειας Pearson r μεταξύ όλων των υποκλιμάκων, έτσι όπως αυτές αξιολογήθηκαν με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν στους ασθενείς.

Πίνακας 1

Δείκτες συνάφειας Pearson r μεταξύ των υποκλιμάκων της Ψυχικής Υγείας, της Πνευματικότητας, της Διαχείρισης Ασθένειας, των Συναισθηματικών Αντιδράσεων, της Τήρησης των Ιατρικών Οδηγιών, των Διορθωτικών Στρατηγικών και της Ευχετικής Σκέψης

	Ψυχική Υγεία	Πνευματικότητα	Διαχείριση Ασθένειας	Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών	Διορθωτικές Στρατηγικές	Ευχετική Σκέψη
Ψυχική Υγεία	-	.226*	-.137	.531**	-.131	.287**	.347**
Πνευματικότητα	-	-	.145	.354**	.187	.392**	.321**
Διαχείριση Ασθένειας	-	-	-	.036	.434**	.284*	.117
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	-	-	-	-	.150	.670**	.702**
Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών	-	-	-	-	-	.373**	.257**
Διορθωτικές Στρατηγικές	-	-	-	-	-	-	.701**
Ευχετική Σκέψη	-	-	-	-	-	-	-

Σημείωση: * $p < .05$, ** $p < .01$

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.226$, $p=.024$) ανάμεσα στην Ψυχική Υγεία και την Πνευματικότητα που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής χαμηλής θετικής συσχέτισης

ανάμεσα στην Ψυχική Υγεία και την Πνευματικότητα, δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας του ατόμου τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της Πνευματικότητάς του.

Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=-.137$, $p=.170$) ανάμεσα στην *Ψυχική Υγεία* και την *Διαχείριση Ασθένειας* των ασθενών.

Όμως, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.531$, $p<.001$) ανάμεσα στην *Ψυχική Υγεία* και τις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ψυχική Υγεία και τις Συναισθηματικές Αντιδράσεις, δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας του ατόμου τόσο περισσότερες θα είναι οι Συναισθηματικές Αντιδράσεις του.

Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=-.131$, $p=.190$) ανάμεσα στην *Ψυχική Υγεία* και την *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* των ασθενών.

Εν συνεχεία, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.287$, $p=.004$) ανάμεσα στην *Ψυχική Υγεία* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* που υιοθετούν τα άτομα, τα οποία πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής χαμηλής θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ψυχική Υγεία και τις Διορθωτικές Στρατηγικές, δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Διορθωτικών Στρατηγικών που υιοθετεί.

Επίσης, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.347$, $p<.001$) ανάμεσα στην *Ψυχική Υγεία* και την *Ευχετική Σκέψη* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ψυχική Υγεία και την Ευχετική Σκέψη, δηλαδή όσο περισσότερα είναι τα προβλήματα της Ψυχικής Υγείας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της Ευχετικής Σκέψης του.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=.145$, $p=.144$) ανάμεσα στην *Πνευματικότητα* και τη *Διαχείριση Ασθένειας* των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια.

Αντιθέτως, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.354$, $p<.001$) ανάμεσα στην *Πνευματικότητα* και τις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Πνευματικότητα και τις Συναισθηματικές Αντιδράσεις, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της Πνευματικότητας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Συναισθηματικών Αντιδράσεών του.

Εν αντιθέσει, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=.187$, $p=.059$) ανάμεσα στην *Πνευματικότητα* και την *Τήρηση των Ιατρικών Οδηγιών* των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.392$, $p<.001$) ανάμεσα στην *Πνευματικότητα* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Πνευματικότητα και τις Διορθωτικές Στρατηγικές, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της Πνευματικότητας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Διορθωτικών Στρατηγικών του.

Παρόμοια, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.321$, $p=0.001$) ανάμεσα στην *Πνευματικότητα* και την *Ευχετική Σκέψη* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Πνευματικότητα και την Ευχετική Σκέψη, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της Πνευματικότητας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της Ευχετικής Σκέψης του.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=.0036$, $p=.710$) ανάμεσα στην *Διαχείριση Ασθένειας* και τις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια.

Αντιθέτως, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.354$, $p<.001$) ανάμεσα στη *Διαχείριση Ασθένειας* και την *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην Διαχείριση Ασθένειας και την Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών, δηλαδή όσο

υψηλότερο είναι το επίπεδο της Διαχείρισης Ασθένειας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της Τήρησης Ιατρικών Οδηγιών.

Παρόμοια, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.248$, $p=.011$) ανάμεσα στη *Διαχείριση Ασθένειας* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην *Διαχείριση Ασθένειας* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* που υιοθετεί το άτομο, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της Διαχείρισης Ασθένειας του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Διορθωτικών Στρατηγικών.

Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=.117$, $p=.229$) ανάμεσα στη *Διαχείριση Ασθένειας* και την *Ευχετική Σκέψη* των ασθενών.

Παρόμοια, δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=.150$, $p=.124$) ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και την *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* των ασθενών.

Όμως, όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.434$, $p<.001$) ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* που υιοθετεί το άτομο, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο Συναισθηματικών Αντιδράσεων του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Διορθωτικών Στρατηγικών του.

Επίσης, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.434$, $p<.001$) ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* που υιοθετεί το άτομο, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο Συναισθηματικών Αντιδράσεων του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των Διορθωτικών Στρατηγικών του.

Παρόμοια, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.670$, $p<.001$) ανάμεσα στις *Συναισθηματικές Αντιδράσεις* και την *Ευχετική Σκέψη* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής υψηλής θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις

Συναισθηματικές Αντιδράσεις και την Ευχετική Σκέψη του ατόμου, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο Συναισθηματικών Αντιδράσεων του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της Ευχετικής Σκέψης του.

Επίσης, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.373$, $p<.001$) ανάμεσα στην *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* και τις *Διορθωτικές Στρατηγικές* του ατόμου, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της *Τήρησης Ιατρικών Οδηγιών* του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο των *Διορθωτικών Στρατηγικών* του.

Ομοίως, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.257$, $p.008$) ανάμεσα στην *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* και την *Ευχετική Σκέψη* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής μέτριας θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην *Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών* και την *Ευχετική Σκέψη* του ατόμου, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της *Τήρησης Ιατρικών Οδηγιών* του ατόμου τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της *Ευχετικής Σκέψης* του.

Τέλος, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Pearson $r=0.701$, $p<.001$) ανάμεσα στις *Διορθωτικές Στρατηγικές* και την *Ευχετική Σκέψη* των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής υψηλής θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις *Διορθωτικές Στρατηγικές* και την *Ευχετική Σκέψη* του ατόμου, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο των *Διορθωτικών Στρατηγικών* που υιοθετεί τόσο το άτομο τόσο υψηλότερο θα είναι το επίπεδο της *Ευχετικής Σκέψης* του.

Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι διαφορές (*t*- values) στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν στους ασθενείς με βάση το φύλο τους (άνδρες-γυναίκες). Στο συγκεκριμένο πίνακα παρατίθενται οι μέσοι όροι (*M*), οι τυπικές αποκλίσεις (*SD*) ανά φύλο, οι διαφορές (*t*- values) μεταξύ των δύο φύλων, καθώς και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (*p*-values).

Πίνακας 2

Μέσοι όροι (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*), διαφορές (*t*-test) και επίπεδο σημαντικότητας (*p*-values) στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων ανά φύλο

	Άνδρες (<i>N</i> =64)		Γυναίκες (<i>N</i> =43)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Μεταβλητές						
Ψυχική Υγεία	26.90	6.24	28.98	7.66	-1.469	.138
Πνευματικότητα	36.70	9.50	41.60	8.43	-2.663	.009
Διαχείριση Ασθένειας	30.21	6.27	27.67	5.14	2.192	.031
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	13.39	4.32	14.74	3.98	-1.639	.104
Τήρηση Ιατρικών Οδηγιών	17.41	2.27	16.83	3.05	1.106	.271
Διορθωτικές Στρατηγικές	13.33	4.56	13.21	4.35	.133	.894
Ευχετική Σκέψη	18.47	5.26	19.14	4.50	-.648	.495

Όπως δείχνει ο Πίνακας 2, δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανά φύλο ($t=-1.469$, $df=99$, $p=0.138$) στην υποκλίμακα της Ψυχικής Υγείας.

Αντίθετα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα ($t=-2.663$, $df=101$, $p=0.009$) όσον αφορά στο επίπεδο της Πνευματικότητάς

τους. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες του δείγματός μας παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο Πνευματικότητας συγκριτικά με τους άνδρες.

Επίσης, διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα ($t=2.192$, $df=104$, $p=0.031$) όσον αφορά στο επίπεδο της *Διαχείρισης Ασθένειάς* τους. Συγκεκριμένα, οι άνδρες του δείγματός μας παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο Διαχείρισης Ασθένειας συγκριτικά με τις γυναίκες.

Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στο επίπεδο των *Συναισθηματικών Αντιδράσεων* ($t=-1.639$, $df=105$, $p=0.271$), της *Τήρησης Ιατρικών Οδηγιών* ($t=1.106$, $df=104$, $p=0.271$), των *Διορθωτικών Στρατηγικών* ($t=.133$, $df=103$, $p=0.894$) και, τέλος, της *Ευχετικής Σκέψης* ($t=-.684$, $df=105$, $p=0.495$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τη χρόνια ασθένεια σε σχέση με την ψυχική υγεία, τις στρατηγικές διαχείρισης της καθώς και την πνευματικότητα /θρησκευτικότητα ως μέσα προσαρμογής σε αυτήν.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο ψυχικής υγείας τόσο περισσότερες είναι οι συναισθηματικές του αντιδράσεις. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Στη συνέχεια διαπιστώθηκε χαμηλή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις διορθωτικές στρατηγικές, δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της ψυχικής υγείας τόσο είναι υψηλότερο το επίπεδο των διορθωτικών στρατηγικών που υιοθετεί ο χρόνιος ασθενής. Όσο αφορά την πνευματικότητα φάνηκε να έχει στατιστική σημαντική συσχέτιση, τόσο στις συναισθηματικές αντιδράσεις, όσο και τις διορθωτικές στρατηγικές όχι όμως και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών.

Όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις διορθωτικές στρατηγικές. Αντίθετα διαπιστώθηκε υψηλότερο επίπεδο πνευματικότητας στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, ίσως επειδή οι γυναίκες είναι περισσότερο εκδηλωτικές στις πεποιθήσεις τους, απ' ότι οι άνδρες.

Η χρόνια ασθένεια όπως έχει διαπιστωθεί και βιβλιογραφικά, δημιουργεί πολλά και ποικίλα σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Ασκεί βαθιά επίδραση στη κοινωνική ζωή του ατόμου που πάσχει, του προκαλεί πολλή θλίψη σαν απάντηση στις απώλειες που επιβάλλει στη ζωή του. Ένα από τα πιο σημαντικά και δύσκολα έργα του ατόμου που έρχεται αντιμέτωπος με μια βαριά χρόνια ασθένεια είναι η διατήρηση της ψυχικής – συναισθηματικής του υγείας, σε πείσμα των δοκιμασιών που υποβάλλεται. Στην έρευνα μας διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία (Pearson $r=.531$) και συναισθηματικών αντιδράσεων, δηλαδή όσο χαμηλότερο το επίπεδο ψυχικής υγείας τόσο υψηλότερες συναισθηματικές αντιδράσεις εμφανίζει. Η ψυχική υγεία αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της σωματικής υγείας. Τα αποτελέσματα μελετών των Cohen & Lazarus (1979), έχουν αποδείξει τη σπουδαιότητα που διαδραματίζει η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού. Επίσης υποστηρίζουν οι ίδιοι ερευνητές ότι η κατάθλιψη αυξάνει το

χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ανάκαμψη από μια σοβαρή ασθένεια και ότι το χαμηλό ηθικό επηρεάζει αρνητικά τις διεργασίες που αφορούν τη φυσιολογία. Πολλές πλευρές της χρόνιας ασθένειας ενδέχεται να αποδειχθούν εξαιρετικά ψυχοπιεστικές και ίσως οι ασθενείς να εκδηλώσουν κατάθλιψη και ως εκ τούτου να αντιλαμβάνονται την ασθένεια τους πιο αρνητικά, και να θεωρούν ότι είναι λιγότερο ικανοί να την ελέγξουν, απ'ότι εκείνοι που δεν υποφέρουν από αυτή την ψυχική διαταραχή (Murphy et al. 1999, στο DiMatteo & Martin, 2006). Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ευχετική σκέψη (Pearson $r=.347$), δηλαδή όσο περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παρουσιάζει ο ασθενής τόσο υψηλότερο επίπεδο ευχετικής σκέψης εμφανίζει. Η αναγκαστική συνύπαρξη με άλλους ασθενείς, ιδιαίτερα αν η κατάσταση είναι βαριά, ενδέχεται να προκαλέσει κατάθλιψη και η αναγνώριση της εξάρτησης από άλλα άτομα ίσως προκαλέσει στον ασθενή, έντονη αμηχανία (Mullan, 1983, στο DiMatteo & Martin, 2006).

Η πνευματικότητα παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο πνευματικότητας του ατόμου τόσο υψηλότερα, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα διορθωτικών στρατηγικών και ευχετικής σκέψης. Η πνευματικότητα βέβαια δεν παρουσίασε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ διαχείρισης της ασθένειας και τήρηση ιατρικών οδηγιών. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η θρησκευτική πίστη και η συμμετοχή σε οργανωμένη θρησκεία, προσφέρει οφέλη. Φαίνεται ότι αυξάνει την ικανότητα ηλικιωμένων ατόμων να αντιμετωπίσουν την ασθένεια την αναπηρία και την απώλεια καθώς και τη δική τους θνησιμότητα (Koenig, 1999). Η έρευνα που αξιολογεί τη σχέση μεταξύ της θρησκείας και τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο, έχει προσδιορίσει σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ της θρησκευτικότητας και της διαχείρισης των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα η παρουσία ισχυρών θρησκευτικών πεποιθήσεων αφορά μειωμένα επίπεδα πόνου, εχθρότητας και κοινωνικής απομόνωσης, καθώς επίσης και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Ackin, Brown & Manger, 1983) και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Bickel, Ciarrocchi, Sheers, Estadt, Powell & Pargament, 1998).

Η έρευνα για την έννοια της πνευματικότητας έχει παράσχει σημαντικά στοιχεία για την στρατηγική αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας, Kaczorowski (1989) βρήκε ότι ασθενείς με καρκίνο, το άγχος ήταν χαμηλότερο στους ανθρώπους που είναι ιδιαίτερα πνευματικοί. Βέβαια δεν έχουν βρει όλες οι μελέτες αποδεικτικά στοιχεία

που να συνδέουν την θρησκευτικότητα με την καλή υγεία. Ο Δρ. Richard P. Sloan(1999), πιστεύει ότι τα επιστημονικά ευρήματα, που υποστηρίζουν την σύνδεση μεταξύ πνευματικότητας και καλής υγείας είναι αδύναμη. Επιπλέον ότι οι μελέτες ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο που καθορίζουν τη θρησκευτική και πνευματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη στη σύγκριση τους.

Όσον αφορά την διαχείριση της ασθένειας και την τήρηση ιατρικών οδηγιών ,διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση, δηλαδή όσο υψηλότερο το επίπεδο διαχείρισης τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της τήρησης των ιατρικών οδηγιών και διορθωτικών στρατηγικών.

Αν ένας ασθενής έχει πληροφορίες σχετικά με το τι να αναμένει, είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει καλύτερα τη διαδικασία (Clark, 1997, Michei et al., 1996)

Τα ευρήματα μας σχετικά με την ψυχική υγεία, τις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας και την πνευματικότητα ως μέσα προσαρμογής του ατόμου στη χρόνια ασθένεια θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο από το προσωπικό υγείας , όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να τους παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα, γιατί όταν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν με χρόνιες ασθένειες, έχουν ανάγκη υποστήριξη, ώστε να διατηρήσουν την αίσθηση ελέγχου, να διατηρήσουν την ελπίδα και την αίσθηση του σκοπού της ζωής. Η θρησκευτική συμμετοχή εμφανίζεται να επιτρέπει στους ασθενείς, ιδιαίτερα σε εκείνους με σοβαρή χρόνια ασθένεια, να αντιμετωπίζουν καλύτερα την αρνητική εμπειρία της υγείας τους και να αισθάνονται ότι μπορούν να την νικήσουν παρά να νικηθούν από αυτήν.

Η έρευνα μας βέβαια υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς, αν ληφθεί υπόψη ότι , τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν αυτοαναφοράς, επομένως τα δεδομένα είναι υποκειμενικά, το βραχύ χρονικό διάστημα συλλογής, καθώς και οι νοσοκομειακές συνθήκες νοσηλείας δεν ήταν οι καλύτερες (πολυπληθείς θάλαμοι νοσηλείας). Επίσης δεν καθορίστηκε αν τα φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς είχαν επιπτώσεις στην ψυχοσύνθεση τους, που πιθανόν να επηρέαζαν τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο.

Μια μελλοντική προσεγμένη έρευνα, που θα εστιάσει σε διαφορετικές φάσεις της χρόνιας ασθένειας , σε διαφορετικές συνθήκες, διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, προκειμένου να προβεί σε συγκρίσεις και τα αποτελέσματα ίσως , βοηθήσει στην καλύτερη εξαγωγή συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν σε ασφαλέστερες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acklin, M., Brown, E., & Mauger, P., (1983). The role of religious values in coping with cancer. *Journal of Religion and health*, 22,322-333.

Amirkhan, James H. (1998). Attributions as predictors of coping and distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(9):1006-1018.

Antoni, M. H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N., & Fletcher, M. A. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906–915.

Antoni, M. H., Cruess, D. G., Cruess, S., Lutgendorf, S., Kumar, M., Ironson, G.,Klimas, N., Fletcher,M. A., & Schneiderman, N. (2000). Cognitivebehavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary norepinephrine, and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 31–45

Balderson, N., & Towell, A. (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Journal of Health Psychology*, 8, 125-134.

Bickel, C. O., Ciarrocchi, J. W., Sheers, N. J., Estadt, B. K., Powell, D. A., & Pargament, K. I., (1998). Perceived stress, religious coping styles, and depressive affect. *Journal of psychology and Christianity*, 17, 33-42.

Βαλλάση, Ε.Α. (2001) . *Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18930, 216

Batson, C.D., & Schoenrade, P.A.(1991). Measuring religion as quest; (2) reliability concerns . *Journal for the ScientificStudy of religion*, 30, 430-447.

Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C. D., Georgiades, A., & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 569–589.

Blumenthal, et al (2003) *Lancet* 362:604-609

Brown, KW et al., (2003) . *Psychosomatic Medicine.* 65:636-643

Chang, Edward & Strunk, Daniel R. (1999). Dsyphoria: Relations to appraisals, coping, and adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 46*(1):99-108

Cohen, Sheldon; Doyle, William, J.; & Skoner, David P. (1999). Psychological stress, cytokine productions, and severity of upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine, 61*(2):175-180.

Cohen et. al. (1998). Type of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology, 17*(3):214-233.

Cohen, S. et. al. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277*:1940-1944.

Cohen, S.; Kessler, R.C.; & Gordon, L.U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In Cohen, S.; Kessler, R.C.; & Gorden, L.U. (Eds). *Measuring Stress. A Guide for Health and Social Scientists.* Oxford: Oxford University Press

Fukunishi et. al. (1998). Stress, coping, and social support in glucose tolerance abnormality. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(4):361-369

Folkman, S., & Lazarus, R. S., (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology. 54*, 466-475.

Franssen, P. M., Bultmann, U., Kant, I., & van Amelsvoort, L. G. (2003). The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 339–344.

Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2003). Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives of General Psychiatry*, 60, 627–636.

Fulcher, K. Y., & White, P. D. (1997). Randomised controlled trial of graded exercise in patients with the chronic fatigue syndrome. *British Medical Journal*, 314, 1647–1652.

General Health Questionnaire (GHQ) (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos, & Karastergiou, 1999)

Glynn, Laura; Christenfeld, Nicholas; & Gerin, William (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61(2):234-242

Goldberg, D. (1992). General Health Questionnaire (GHQ-12). Windsor, UK: NFER-NELSON

DiMatteo, M., & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας*. (Αναγνωστόπουλος, Φ., & Ποταμιάνος, Γ.), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Hathaway, W.L., & Pargament, K.I., (1991). The religious dimensions of coping: implications for prevention and promotion. *Religion and prevention in Mental Health*, 64, 65-92.

Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9, 232–242.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J.(2000). Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *HealthPsychology, 19*, 107–114.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J.(2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology, 20*, 387–392.

Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H. Y. (1996). Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association, 276*, 1473–1479.

Hunglemann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focusing on spiritual well-being: Harmonic interconnectedness of mind-body-spirit –use of the JAREL spiritual well-being scale *Geriatric Nursing. 17*(6), 262-266.

Kaczorowski, J.M (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal, 5*(4), 105-116.

Καραδήμας, Ε., (2005) .*Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα : Τυπωθήτω.

Kissane, D.W., Lowe, A., & Hatton, A. (2004). The effect of cognitive-existential group therapy on survival in early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 22*, 4255-4260.

Livneh, Hanoch, Antonac, Richard, F., (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Journal of Counseling and development*.

Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality, 55*(2):317-342

Lustman, P.J., Freeland, K.E., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (1998). Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 Diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 20, 302-306

Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H., & Phillips, L. (2003). Relationship of depression to diabetes mellitus types 1 & 2. *Epidemiology, biology and treatment. Biological Psychiatry*, 54, 317-329.

Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E., & Kerns, R. D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23, 132–137.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ., (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Petrie, K. J., Broadbent, E., & Meechan, G. (2003). Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 247–277). London: Routledge

Revenson, T. A., & Schiaffino, K. M. (2000). Community-based health interventions. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 471–493). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Rubin, Z.; Peplau, L.A.; & Salovey, P. (1993). Psychology and Health. In DeRocco, M.; Mancuso, T.; & Piland, S. (Eds). *Psychology*. (pp. 426-432). Boston, MA: Houghton Mufflin Company

Sanderson, CA., (2004). *Health Psychology*. New York. Wiley

Surwit, R. S., van Tilburg, M. A., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edwards, C. L., Williams, P., & Lane, J. D. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *25*, 30–34

Sloan, R. P. "Religion, Spirituality, and Medicine" *Lancet* Feb. 20, 1999.

Taylor, SE., (1999). *Health psychology*. Singapore: McGraw Hill Companies.