



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑΣ ΤΡΙΑΝΤΗ
(Α.Μ 2454)**

ΘΕΜΑ:

***“ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ: Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ”***

Επιβλέπων Καθηγητής: Ευάγγελος Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ</u>	
1. Χρόνιες Ασθένειες.....	5
1.1 Ορισμός και Γενικά χαρακτηριστικά της Χρόνιας Ασθένειας.....	5
1.2 Η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια.....	8
1.2.1 Οι φάσεις της χρόνιας ασθένειας.....	10
1.2.2 Οι αντιδράσεις του ασθενή.....	13
1.2.3 Αντιμετώπιση και επιπτώσεις.....	15
1.3 Καρδιαγγειακές Παθήσεις.....	20
1.3.1 Είδη καρδιαγγειακών νόσων, τα αίτια και η θεραπεία τους.....	20
1.3.2 Καρδιαγγειακές νόσοι και ψυχοπαθολογία.....	25
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ</u>	
2. Μοντέλο Κοινής Λογικής (Common Sense Model).....	29
2.1 Γνωστικά Λάθη.....	33
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	
3. Παρούσα έρευνα και υποθέσεις.....	36

Β. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	38
Συμμετέχοντες.....	38
Εργαλεία.....	40
Διαδικασία.....	44
Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	45
Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο τις χρόνιες ασθένειες, δίνει περισσότερη έμφαση στις καρδιαγγειακές παθήσεις και ερευνά ουσιαστικά με ποιον τρόπο τα άτομα μπορούν να επηρεάσουν την ασθένειά τους και την μετέπειτα πορεία της.

Επικεντρωνόμαστε στις καρδιακές νόσους, τη θεραπεία τους, σε κάποια στατιστικά δεδομένα για τον επιπολασμό των νοσημάτων αυτών και στις πιο συνηθισμένες καταστάσεις συννοσηρότητας. Στη συνέχεια περιγράφουμε το μοντέλο κοινής λογικής που αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις των ασθενών και ελέγχει κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την πορεία της εκάστοτε ασθένειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις γνωστικές αναπαραστάσεις και στα γνωστικά σφάλματα ως απόρροια λανθασμένων γνωστικών αξιολογήσεων των χρόνιων ασθενών ταυτόχρονα με την παράθεση ερευνών που αφορούν τα γνωστικά λάθη και τις επιπτώσεις τους στην υγεία.

Τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν από δείγμα 60 ατόμων περιγράφουν τη σχέση γνωστικών λαθών και στρατηγικών αντιμετώπισης. Σχετίζονται τα γνωστικά λάθη με το Coping των ασθενών, και πιο συγκεκριμένα με τις στρατηγικές ξεκούρασης-εξοικονόμησης ενέργειας, αναζήτησης πληροφοριών και τήρησης των ιατρικών οδηγιών? Υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την ηλικία και το φύλο? Συνοπτικά, βρήκαμε ότι τα γνωστικά λάθη, δεν παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των φύλων, μπορούν να προβλέψουν το Coping των ασθενών και σχετίζονται αρνητικά με την τήρηση ιατρικών οδηγιών και την αναζήτηση επιμέρους πληροφοριών. Αντίθετα δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών σφαλμάτων και των στρατηγικών εξοικονόμησης ενέργειας. Τα ευρήματα αυτά αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της σχετιζόμενης με την υγεία συμπεριφοράς, τονίζουν το ρόλο του ίδιου του ατόμου στην πορεία της ασθένειάς του και γεννούν ελπίδες για μια καλύτερη πρόβλεψή της. Ταυτόχρονα κάνουν πιθανή μία καλύτερη προσέγγιση των ασθενών στο μέλλον.

Λέξεις -κλειδιά : *Καρδιαγγειακές ασθένειες, Μοντέλο κοινής λογικής, Γνωστικές αναπαραστάσεις, Γνωστικά σφάλματα, Coping.*

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ως χρόνια ασθένεια ορίζεται μια κατάσταση παθολογική, διάρκειας άνω των 3 μηνών, κατά την οποία παρατηρούνται μία ή περισσότερες βλάβες ,ή σοβαρές αποκλίσεις από τη φυσιολογική λειτουργικότητα και σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Οι αποκλίσεις αυτές, εκτεταμένες ή όχι παραμένουν μόνιμες ή ημιμόνιμες. Γενικότερα, τις περισσότερες των καταστάσεων, οι χρόνιες ασθένειες οφείλονται σε παθολογικές αλλοιώσεις που είτε δεν είναι αναστρέψιμες, είτε είναι δύσκολο να βελτιωθούν. Σε περίπτωση δηλαδή χρόνιας ασθένειας, το άτομο δεν δύναται να θεραπευτεί οριστικά, αλλά μπορεί πλέον μέσω της σύγχρονης τεχνολογικής προόδου να έχει έναν σημαντικό έλεγχο της ασθένειάς του. Δυστυχώς η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι χρόνιες ασθένειες είναι ιδιαίτερα υψηλή. Σε άτομα κάτω των 45 ετών, οι πιο συχνές χρόνιες παθήσεις είναι η παράλυση (ιδίως των κάτω άκρων) εξαιτίας ατυχημάτων, ενώ σε άτομα άνω των 45, οι συχνότερες είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Φυσικά δεν πρέπει να λησμονούμε τις ολοένα αυξανόμενες περιπτώσεις εμφάνισης όγκων, είτε αυτοί είναι καλοήθεις, είτε κακοήθεις (Di Matteo & Martin, 2011).

Αναφερόμενοι στα τεχνολογικά επιτεύγματα της σύγχρονης επιστήμης, οφείλουμε να κάνουμε μία μικρή αναδρομή στο παρελθόν και να δούμε συνοπτικά ποιες ήταν οι απόψεις των ατόμων για τις χρόνιες ασθένειες κάποια χρόνια πριν. Τα άτομα λοιπόν στο παρελθόν, μην έχοντας τη δυνατότητα γνώσης των βασικών αιτιών της εκάστοτε ασθένειας, απέδιδαν το γεγονός σε κάποια ανώτερη δύναμη. Σε κάποια δύναμη που ήθελε να τους τιμωρήσει για τις αμαρτίες τους¹, ή σε κάποιο “κακό πνεύμα” που κυριαρχούσε τη συνείδηση και το σώμα τους. Για αυτό το λόγο άλλωστε ακολουθούσαν τελετές εξαγνισμού και άφεσης αμαρτιών. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι πρωτοπόρος ήδη από την εποχή της αρχαιότητας, υπήρξε ο Ιπποκράτης, ο οποίος προσπάθησε να εξηγήσει την ασθένεια ως απόρροια μιας ανισορροπίας στα σωματικά υγρά του ανθρώπινου σώματος² (Καλλέγια, 2006). Στα μέσα

1 Μεσαιωνική Αντίληψη της Εκκλησίας

2 Ο Ιπποκράτης πίστευε πως οι διαφορές που παρουσιάζει η σωματική κατάσταση των ανθρώπων οφείλεται

του 18ου αιώνα ³ οι αντιλήψεις αυτές άρχισαν σταδιακά να εκλείπουν, καθώς παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά όργανα ιατρικής περίθαλψης αλλά και φάρμακα τα οποία ανακούφιζαν τους ασθενείς από τον πόνο. Εντούτοις, ακόμη και σήμερα υπάρχουν ορισμένοι πληθυσμοί του μη Δυτικού κόσμου που εξακολουθούν και αποδίδουν την ασθένεια σε πνεύματα και σε παρεμφερείς άλλες δοξασίες, αλλά και άτομα του ανεπτυγμένου κόσμου, τα οποία θεωρούν τη χρόνια ασθένεια ένα είδος τιμωρίας για ενδεχόμενες αμαρτίες τους (Goodheart & Lansing, 1997).

Σύμφωνα λοιπόν με τους Goodheart και Lansing (1997), η τεχνολογική πρόοδος δημιούργησε μία διχοτόμηση θα λέγαμε της σκέψης των ατόμων σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, αλλά και μία αμφιβολία. Από τη μία έπρεπε να ξεπεράσουν τις σχετιζόμενες με την ασθένεια δοξασίες⁴ και από την άλλη να οικειοποιηθούν τα νέα δεδομένα και να επιδιώξουν γιατρεία μέσω φαρμακευτικών σκευασμάτων, εργαλείων και μηχανημάτων, τα οποία εάν και παρουσιάζονταν σωτήρια και ελπιδοφόρα από τους ειδικούς, για εκείνους ήταν κάτι νεόφερτο το οποίο δίσταζαν να εμπιστευτούν.

Σήμερα, όντας στον 21ο αιώνα, η ανάπτυξη κάνει αλματώδη βήματα και γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της ανθρώπινης υγείας. Έχει γίνει κατανοητό πως η χρόνια ασθένεια είναι αποτέλεσμα ενός συνονθυλεύματος παραγόντων (βιολογικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί) καθώς διαταράσσει την φυσιολογική-βιολογική, κοινωνική αλλά και ψυχολογική ομοίωση του ατόμου. Για αυτό το λόγο η αντιμετώπιση της πρέπει να είναι πλέον πολυδιάστατη.

Οι χρόνιες ασθένειες, άλλοτε ξεκινούν με ήπια συμπτώματα, τα οποία κάποιες φορές δεν γίνονται καν αντιληπτά και άλλοτε με πραγματικά έντονες ενδείξεις. Είναι πολύ πιθανό ένας χρόνιος ασθενής να διανύει και περιόδους που τα συμπτώματα εκλείπουν εντελώς. Οι ασθένειες αυτές συχνά οδηγούν σε ανάλογες αναπηρίες ή στο θάνατο και μπορούν να χωριστούν σε τρεις επιμέρους κατηγορίες: α) στις ιδιαίτερα απειλητικές, β) στις περισσότερο διαχειρίσιμες και γ) στις απροσδόκητες. Στην πρώτη κατηγορία (απειλητικές) ανήκουν ασθένειες όπως οι καρδιοπάθειες, το AIDS, και ο καρκίνος. Στη δεύτερη κατηγορία (διαχειρίσιμες) συναντούμε ασθένειες όπως ο διαβήτης και η πίεση, οι οποίες θεωρούνται περισσότερο ελέγξιμες από τους ίδιους τους ασθενείς, χωρίς αυτό να αντικατοπτρίζει πάντοτε την πραγματικότητα. Τέλος, στην τρίτη κατηγορία (απροσδόκητες) ανήκουν τα αυτοάνοσα νοσήματα (πχ. Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας), η αρθρίτιδα και το Σύνδρομο χρόνιας

σε τέσσερις χυμούς του σώματος : Το αίμα ,το φλέγμα (βλέννα) ,την κίτρινη χολή, και τη μέλαινα χολή .

3 Αρχή της Βιομηχανικής Επανάστασης

4 Γίνεται αναφορά σε αυτές συνοπτικά με τον όρο magical thinking

κόπωσης⁵(Goodheart & Lansing, 1997).

Συνοπτικά λοιπόν, τα κύρια χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών κατά τον Leventhal ,et al. (2005) είναι τα εξής:

- i. είναι συστημικές και επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων
- ii. διαρκούν για ολόκληρη τη ζωή του ατόμου που πάσχει
- iii. χαρακτηρίζονται από μία διαδοχή υφέσεων και κρίσεων
- iv. πολλές έχουν προοδευτικά έναν επιδεινούμενο χαρακτήρα(π.χ άνοιες)

Όλες οι χρόνιες ασθένειες, ανεξαρτήτως της επιμέρους κατηγορίας στην οποία ανήκουν και των ιδιαίτερων τους στοιχείων, φέρουν τον ίδιο κίνδυνο: την αδυναμία του ασθενούς να επιτρέψει τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο στην κατάσταση⁶ όπου βρισκόταν πριν νοσήσει. Για το λόγο αυτό κύριο μέλημα των περισσότερων χρόνιων ασθενών, οι οποίοι νιώθουν έντονο άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον, είναι να μπορέσουν να επιστρέψουν στις προηγούμενες φυσιολογικές συνθήκες της ζωής τους, όπου μπορούσαν να αντεπεξέλθουν καλύτερα στους κοινωνικούς και οικογενειακούς τους ρόλους, να εργαστούν, να διασκεδάσουν και να χαλαρώσουν (Falvo,1991).

5 Αναφορά στο Chronic Fatigue Syndrome

6 Αναφέρεται ως pre-illness stage

1.2 Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια, είναι μια διαδικασία αρκετά επίπονη και χρονοβόρα. Οι Goodheart και Lansing (1997) πετυχημένα παρομοίασαν την προσαρμογή αυτή με ένα μακρύ ταξίδι, καθ'όλη τη διάρκεια του οποίου θα υπάρχουν ιδιαίτερα σημεία αναφοράς.

Κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004) -όπως αναφέρεται σε Καραδήμας (2005), η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια αφορά τέσσερις περιοχές : τη βιολογική, την κοινωνική, τη συναισθηματική και τη συμπεριφορά. Όλες οι περιοχές, λειτουργούν σαν ένα αλληλένδετο σύστημα. Η μία περιοχή επηρεάζει και επηρεάζεται ταυτόχρονα από όλες τις υπόλοιπες. Η *βιολογική περιοχή* αφορά θέματα όπως ο πόνος, οι παρενέργειες της εκάστοτε θεραπείας, η κόπωση και η γενικότερη προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας. Η *κοινωνική περιοχή* αφορά τομείς όπως απομόνωση, οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό υγείας και κοινωνικό στίγμα. Στο σημείο αυτό άξιο προσοχής είναι το γεγονός πως ειδικά οι χρόνιες ασθένειες ακόμη και σήμερα τυγχάνουν έντονου κοινωνικού στίγματος, ιδίως ασθένειες που είναι εμφανείς(πχ. δερματολογικές). Ίσως αυτό να οφείλεται σε στερεοτυπικές αντιλήψεις του παρελθόντος, οι οποίες αντί να εκλείπουν, διαιώνίζονται (πχ. Οι χρόνιοι ασθενείς είναι διαφορετικοί από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, είναι μολυσμένοι, δεν πρέπει να έχω καμία επαφή μαζί τους),(Goffman,1963). Απόρροια τούτου είναι συχνά οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετιζόμενα με έλλειψη αυτοπεποίθησης ή ταυτότητας εαυτού (Goodheart & Lansing, 1997). Συνεχίζοντας, η *συναισθηματική περιοχή* αφορά την αυτοεικόνα του κάθε ατόμου, την γενικότερη εύρεση νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας, τον επαναπροσδιορισμό των προσωπικών στόχων και αξιών, οικονομικά ζητήματα και θέματα πνευματικότητας. Τέλος ,η *συμπεριφορά* αφορά την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τους ελέγχους υγείας και τη συνεχή διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας. Για τη συμπεριφορά σε σχέση πάντοτε με κάποια ασθένεια, έχουν αναπτυχθεί αρκετές κοινωνιογνωστικές θεωρίες. Μία από αυτές είναι η κοινωνική θεωρία μάθησης⁷ (Rotter,1954. Bandura, 1991), η οποία υποστηρίζει πως για να υπάρξει η οποιαδήποτε συμπεριφορά(θετική), πρέπει το άτομο να είναι σίγουρο πως με αυτή θα επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πρέπει δηλαδή η συμπεριφορά να οδηγήσει στην ανάλογη ενίσχυση.

7 Social Learning Theory

Σημαντικό ρόλο παίζει η αυτοαποτελεσματικότητα⁸, η προσδοκία δηλαδή του ατόμου ότι είναι πλήρως ικανό ώστε να αναπτύξει μια ορθή συμπεριφορά(Williams & Erskine,1995).

Σύμφωνα με τον Morris(1990), η προσαρμογή είναι ευκολότερη για τα άτομα όταν γνωρίζουν όσο το δυνατό περισσότερα στοιχεία για την ασθένειά τους, έστω και αν αυτά δεν είναι και τόσο ευχάριστα(πχ. όγκοι). Ιδιαίτερα λοιπόν σημαντική για την προσαρμογή του ασθενούς είναι η κατάλληλη ενημέρωση. Εντούτοις οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να μην είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την ενημέρωση των ιατρών τους, ενώ συνήθως οι γυναίκες είναι αυτές που επιζητούν περισσότερες πληροφορίες διαβάζοντας σχετικά βιβλία και διατυπώνοντας απορίες(Hall, Roter & Katz, 1988).

Ποιος όμως είναι ο βασικός παράγοντας από τον οποίο εξαρτάται το πόσο καλά θα προσαρμοστεί το άτομο στην εκάστοτε ασθένεια? (κρίση). Ο Moos (1982)- όπως αναφέρεται σε Καραδήμας(2005) , ανέπτυξε μία *θεωρία κρίσης*, σύμφωνα με την οποία η προσαρμογή είναι μία διαδικασία που εξαρτάται από το είδος των στρατηγικών αντιμετώπισης⁹ του στρες που υιοθετεί το κάθε άτομο, κάτι που είναι ιδιαίτερα αποδεκτό από τους περισσότερους ειδήμονες του κλάδου. Ο πρώτος που μίλησε για προσπάθειες διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων¹⁰, ήταν ο Lazarus (1966). Σύμφωνα με αυτόν, το Coping είναι μια ανεξάρτητη από το αποτέλεσμα διαδικασία, η οποία εξαρτάται από το γενικότερο πλαίσιο που την περιστοιχίζει (Lazarus & Folkman, 1984). Ο ίδιος θεωρούσε πως προκειμένου ο ασθενής να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και στο περιβάλλον, συνδυάζει πρακτικές (δρα για την καταπολέμηση της πηγής του στρες) και συναισθηματικές (προσπαθεί να μειώσει τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί το στρες) στρατηγικές. Στόχος του Coping είναι να κάνει το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση, να την αξιολογήσει και να προσπαθήσει να αλλάξει προς το καλύτερο την αντίληψή του για αυτήν.

8 Self-efficacy

9 Coping strategies

10 Coping

1.2.1 ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ενημέρωση του ασθενούς ότι πάσχει από οποιαδήποτε χρόνια ή απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, αποτελεί αναμφίβολα μία τεράστια αλλαγή τόσο στη ζωή του ιδίου, όσο και των σημαντικών του άλλων (οικογένεια, φίλοι κτλ). Καλούνται να αντιμετωπίσουν μία νέα πραγματικότητα, η οποία κλονίζει όλες τις πτυχές της φυσιολογικής έως τώρα καθημερινότητάς τους. Φοβούνται για το μέλλον τους, νιώθουν πλήρη αβεβαιότητα και αδυναμία να αντιμετωπίσουν τη νέα κατάσταση.

Εντούτοις, η αρχή και η μετέπειτα εξέλιξη της εκάστοτε χρόνιας ασθένειας ξεκινά αρκετά πριν τη διάγνωση και σύμφωνα με τον Docca (1993)-(όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005) είναι δυνατόν να διαχωριστεί σε φάσεις. Κάθε φάση φέρει μαζί της νέα στοιχεία και νέους στόχους για το άτομο, σε επίπεδο οργανικό, ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό. Ο Docca λοιπόν στο μοντέλο του περιγράφει τις συγκεκριμένες φάσεις ως εξής: 1) αρχικά το άτομο αρχίζει και αισθάνεται κάποιες αλλαγές στη φυσιολογική λειτουργία του σώματός του και εντοπίζει κάποια συμπτώματα τα οποία ίσως να προδίδουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας. Στη *προδιαγνωστική* αυτή φάση το άτομο είτε θα κινητοποιηθεί και θα ζητήσει τη βοήθεια κάποιου ειδικού, είτε θα αψηφίσει το γεγονός υποβαθμίζοντάς το. Άλλωστε έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα συνήθως τείνουν να αμελούν και να χαρακτηρίζουν ως ασήμαντα κάποια σημαντικά συμπτώματά τους, ιδίως όταν αυτά δεν συνοδεύονται από οξύ πόνο ή αίμα. Όταν ερωτώνται για αποτελέσματα παλαιών ιατρικών εξετάσεων ή για επακριβή προσδιορισμό συμπτωμάτων φαίνεται να ακολουθούν μία θετική κατεύθυνση(παρουσιάζουν δηλαδή χαμηλότερα ποσοστά). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ασυναίσθητα (το γεγονός βασίζεται σε γνωστικές διεργασίες), θέλουν να μειώνουν την πιθανότητα ύπαρξης/απειλής οποιασδήποτε ενδεχόμενης ασθένειας¹¹ (Marks, 2002).

Η δεύτερη κατά σειρά φάση της εξέλιξης της ασθένειας, η *οξεία φάση*, αφορά κατά κύριο λόγο την επιστημονική- από ειδικό- διάγνωση και όπως είναι φυσικό την επερχόμενη αντίδραση του ασθενούς(έκπληξη, θυμός, θλίψη κτλ). Γίνεται απαραίτητη η διαδικασία συχνών και πολλές φορές επώδυνων ιατρικών εξετάσεων και ανάλογα με την ιατρική περίπτωση η ανάγκη ή μη νοσοκομειακής περίθαλψης και νοσηλείας. Το άτομο έρχεται

11 Ελεύθερη μετάφραση του : tension to minimize the threaten of the illness

αντιμέτωπο με τον ίδιο του τον εαυτό. Καλείται να αντιμετωπίσει μία πρόκληση παίρνοντας συνάμα πολύ σημαντικές για τη ζωή του αποφάσεις : ποια άτομα θα εμπιστευθεί και σε ποιους μπορεί να εκφράσει τα πραγματικά του συναισθήματα, τι πρέπει να κάνει με τους παλαιούς στόχους που είχε θέσει, πώς να τους τροποποιήσει, ποιους ενδεχομένως πρέπει να εξαλείψει, ποια φαρμακευτική αγωγή είναι η καλύτερη για να ακολουθήσει, και γενικότερα πώς μπορεί το άτομο να αλλάξει όλο το φάσμα της ζωής του προκειμένου να αντεπεξέλθει στα νέα δεδομένα. Πολλοί ασθενείς προκειμένου να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης και να είναι κύριοι του εαυτού τους, όπως αναφέραμε και παραπάνω, υιοθετούν στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος, κάτι με το οποίο θα ασχοληθούμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο.¹²

Τα αποτελέσματα των προσπαθειών που κάνει ο κάθε ασθενής διαφαίνονται θα λέγαμε στην επόμενη φάση, *τη χρόνια*, η οποία είναι ουσιαστικά η περίοδος που εκτείνεται έως το τελικό στάδιο. Στη φάση αυτή δηλαδή έχουμε είτε τη θεραπεία , είτε το θάνατο. Το στάδιο αυτό είναι ένα από τα πιο δύσκολα για τον κάθε ασθενή. Απαιτεί συνεχείς προσπάθειες και θυσίες. Δυστυχώς πολλές είναι οι φορές που εάν και οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμοι και τηρούν με κάθε λεπτομέρεια τις ιατρικές οδηγίες, το αποτέλεσμα δεν είναι το αναμενόμενο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ασθένειες όπως ο καρκίνος, που η εξέλιξη του είναι τάχιστα ή ασθένειες που σχετίζονται με το καρδιαγγειακό σύστημα, που παρά τις όποιες προσπάθειες δεν προσφέρεται στον ασθενή μια σταθερότητα στην υγεία του και η όποια ανακούφιση από πόνο και άγχος είναι παροδική, καθώς οι νόσοι αυτές συνοδεύονται από εξάρσεις , υποτροπές και υφέσεις. Εν συνεχεία, όποιοι ασθενείς καταφέρνουν και βγαίνουν νικητές θα μπορούσαμε να πούμε από τη φάση αυτή, περνούν στο επόμενο και τελευταίο πια στάδιο της *ανάρρωσης και της αποθεραπείας*. Εάν και η ονομασία της φάσης αυτής προδιαθέτει κάτι ευχάριστο, εφόσον η υγεία -έστω και μερικώς αρχικά- έχει αποκατασταθεί, οι περισσότεροι ασθενείς εξακολουθούν και βιώνουν έντονο άγχος, λύπη και θυμό. Κύριος λόγος για τα προαναφερθέντα είναι ο φόβος μη τυχόν τους ξανασυμβεί κάτι εξίσου οδυνηρό και δυσάρεστο. Μήπως οι επερχόμενες εξετάσεις έχουν ξανά αρνητικά αποτελέσματα ή μη τυχόν υπάρξουν στο μέλλον εξάρσεις , παρόμοια συμπτώματα ή ενδείξεις.

Σε όλες τις φάσεις το κύριο μέλημα είναι η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής. Δηλαδή το άτομο να μπορεί να ελέγχει όσο το δυνατόν περισσότερο τη ζωή του, τα συναισθήματα του, την επαγγελματική και κοινωνική του πορεία. Να έχει μια άρτια

12 Coping strategies (βλ.κεφ. 2)

αυτοεικόνα ούτως ώστε να διακατέχεται και από την ανάλογη αυτοπεποίθηση που απαιτείται προκειμένου να αντεπεξέλθει. Να στηρίζεται επίσης ψυχολογικά, κοινωνικά και συναισθηματικά από φίλους και οικογένεια καθώς επίσης να δέχεται την απαραίτητη στήριξη και πληροφόρηση από τον αρμόδιο γιατρό. Η κάθε είδους στήριξη και συμπαράσταση -ιδίως από τους οικείους- οδηγεί το άτομο σε ένα αίσθημα ευεξίας.¹³ Η βιβλιογραφία, αναφέρεται στο well being, σαν έναν από τους πρώτους παράγοντες που σχετίζονται με τη συνεχή εξέλιξη και τελική έκβαση της ασθένειας. Δηλαδή, άτομα που τυγχάνουν ιδιαίτερης φροντίδας από τον κοινωνικό τους περίγυρο, τόσο συναισθηματικά όσο και κοινωνικά, χωρίς όμως να χάνουν τον αυτοέλεγχό τους, τείνουν να αναρρώνουν γρηγορότερα και η υγεία τους να παραμένει περισσότερο σταθερή. Μάλιστα από έρευνα που έγινε το 1995 από τον Reifman σε επιζώντες από έμφραγμα, βρέθηκε ότι τις περισσότερες πιθανότητες να επιζήσουν εμφράγματος μυοκαρδίου, έχουν τα άτομα που είναι παντρεμένα και τυγχάνουν πλήρους κοινωνικής υποστήριξης¹⁴ (όπως αναφέρεται σε Rhodes, 1998). Ομοίως θετικές συσχετίσεις μεταξύ social support και φυσικών/συναισθηματικών λειτουργιών αναφέρουν στο βιβλίο τους και οι Sarason, Pierce και Sarason (1990). Παρατηρούμε λοιπόν πως η κοινωνική υποστήριξη, όρος που αρχικά ειπώθηκε από κοινοτικούς ψυχολόγους και αργότερα συνδέθηκε άρρηκτα με την υγεία, παίζει σπουδαίο ρόλο ακόμη και σε σοβαρές χρόνιες ασθένειες. Μάλιστα μαζί με την συναισθηματική υποστήριξη¹⁵ αποτελούν παράγοντες μείζονος σημασίας για την ορθή- φυσιολογική λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος (Seeman, Berkman, Blazer & Rowe, 1994). Όπως ήταν φυσικό, το γεγονός αυτό και η έρευνα που ακολούθησε, βοήθησε στο να μελετηθούν καλύτερα οι χρόνιες ασθένειες, εφόσον πλέον για τη διάγνωση και θεραπεία αναζητείται ένα συνονθύλευμα ενδεχόμενων αιτιών (βιολογικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες κτλ) και όχι μονοδιάστατοι παράγοντες.

13 Well being

14 Αναφέρεται ως Social support

15 Αναφέρεται ως emotional support

1.2.2 ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα όσον αφορά τη διάγνωση μιας ασθένειας είναι ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα αντιδράσει. Το κάθε άτομο, όντας μια ξεχωριστή όπως είναι φυσικό οντότητα αντιδρά με πολύ διαφορετικό τρόπο, καθώς αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και την παρατηρεί μέσα από ένα δικό του, προσωπικό-ιδιωτικό πρίσμα (Marks,2002). Επίσης οι αντιδράσεις εξαρτώνται εκτός των άλλων, από τον πολιτισμό του ασθενούς, τις κοινωνικές επιρροές, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο αλλά και το περιβάλλον εργασίας του.

Εντούτοις, υπάρχουν κάποια μοντέλα που παρουσιάζουν γενικά και συνοπτικά τις κύριες αντιδράσεις των ασθενών όταν μαθαίνουν για το εκάστοτε πρόβλημα της υγείας τους. Αρχικά θα αναφερθούμε στο μοντέλο¹⁶ που οι Goodheart και Lansing (1997) περιγράφουν στο βιβλίο τους. Σύμφωνα με αυτή την εκδοχή λοιπόν, το εκάστοτε σύνολο αντιδράσεων μπορεί να επηρεάζεται από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της κάθε ασθένειας, αλλά συνοπτικά χαρακτηρίζεται από έξι επιμέρους φάσεις. Ξεκινώντας, η πρώτη αντίδραση του ατόμου είναι η αίσθηση ότι κάτι “πάει λάθος” όσον αφορά τη φυσιολογική λειτουργία του σώματος του. Εν συνεχεία, το άτομο νιώθει έντονο άγχος και φόβο για τη χρονική διάρκεια που θα έχει η αίσθηση αυτή. Έπειτα όπως είναι φυσικό, ακολουθεί μία αποδιοργάνωση του ατόμου καθότι όλοι οι τομείς της ζωής του αρχίζουν και επηρεάζονται λόγω της ασθένειας που καλείται να αντιμετωπίσει και το αίσθημα φόβου γίνεται ακόμη πιο αισθητό. Θα μπορούσαμε να πούμε πως στο σημείο αυτό ο ασθενής αντιλαμβάνεται πλέον σχεδόν πλήρως την κρισιμότητα της κατάστασης του και για αυτό περνά στην επόμενη φάση όπου (προς)εύχεται και παρακαλά για την γιατροιά του. Στο σημείο αυτό, παίρνοντας ως αφορμή τις προσευχές στις οποίες συνήθως καταφεύγουν οι περισσότεροι ασθενείς για να αντλήσουν δύναμη πρέπει να αναφέρουμε πως η προσευχή και γενικότερα η Θρησκεία αποτελεί στις περισσότερες των περιπτώσεων ένα ασφαλές καταφύγιο για τους ασθενείς που όμως έχει βρεθεί ότι είναι όντως αποτελεσματικό. Μέσω των πνευματικών ενασχολήσεων οι ασθενείς κρατούν ζωντανή την ελπίδα τους, πιστεύουν σε μια γιατροιά (για αυτό συνήθως τηρούν πιστά τη φαρμακευτική

16 The Response Template

αγωγή , εκτός από άτομα πλήρως θρησκευτικά φανατισμένα) και την επιδιώκουν περισσότερο (Potts, 1998). Σε έρευνα που διεξήχθη το 1990 το 72% των ασθενών περιέγραψε την πίστη σαν ότι πολυτιμότερο είχαν την περίοδο που νόσησαν (Bergin & Jensen, 1990). Επίσης σε έρευνά τους οι Oxman, Freeman και Manheimer (1995) με ηλικιωμένους καρδιοπαθείς (στεφανιαία νόσος) βρήκαν ότι όσοι από τους ασθενείς αυτούς είχαν βαθιά πίστη, είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να επιζήσουν μετά από ανάλογες επεμβάσεις. Επιστρέφοντας λοιπόν στο μοντέλο περί των αντιδράσεων, το αμέσως επόμενο βήμα από τις ευχές για ίαση, είναι το έντονο αίσθημα αβοηθησίας. Οι ασθενείς έστω και προσωρινά κάποιες φορές νιώθουν έρμια στα χέρια της νόσου που τους ταλαιπωρεί και ανίκανοι να αντιστρέψουν την κατάσταση. Τελικά , τα άτομα προσαρμόζονται στην ασθένεια και μαθαίνουν πώς μπορούν να ζήσουν με αυτήν.

Όμοιο κατά κάποιο τρόπο με το προαναφερόμενο μοντέλο και ακόμα πιο συνοπτικό είναι αυτό που ο Shontz περιέγραψε ήδη από το 1975 (όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με αυτόν λοιπόν, τρία είναι τα στάδια της αντίδρασης που παρουσιάζουν οι περισσότεροι ασθενείς. Πρώτιστα, την διάγνωση της νόσου ακολουθεί το “*αρχικό σοκ*”, όπως ο ίδιος επονομάζει. Ο ασθενής αισθάνεται πως είναι παρατηρητής της κατάστασης αυτής και όχι ο πρωταγωνιστής. Δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα και λειτουργεί αυτόματα. Έπειτα ακολουθεί το στάδιο της *αντιπαράθεσης*, όπου το άτομο όμοια με το προηγούμενο μοντέλο αποδιοργανώνεται, χάνει κατά κάποιον τρόπο τον έλεγχο και μαζί κάθε ίχνος ελπίδας. Πενθεί, στεναχωριέται, απελπίζεται. Το αμέσως επόμενο στάδιο, αφορά στην *υποχώρηση* του ασθενούς. Δηλαδή, το άτομο χρησιμοποιεί την άρνηση και την αποφυγή προκειμένου να μην αντιμετωπίσει την πραγματικότητα, την οποία εντούτοις έχει αρχίσει και αντιλαμβάνεται πλήρως. Ομοίως με το μοντέλο των Goodheart και Lansing, το άτομο καθώς ο χρόνος περνά προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και προσπαθεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.

1.2.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ανεξάρτητα με τους τρόπους (στυλ) που υιοθετεί το κάθε άτομο, η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας είναι κάτι πραγματικά επώδυνο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Σπουδαίο ρόλο όπως ήδη έχει αναφερθεί παίζει τόσο ο γιατρός όσο και ο κοινωνικός περίγυρος. Εντούτοις πολλές φορές οι ασθενείς προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους μόνοι, υποφέροντας βουβά. Αυτό συμβαίνει διότι αυτό που έχουν ανάγκη είναι να μην συμπόνια, αλλά με τον όρο της κατανόησης και όχι με αυτόν της λύπησης (Murray, 2004). Όσον αφορά τον πόνο που νιώθουν οι άνθρωποι αυτοί, αν και ιδιαίτερα έντονος, είναι ταυτοχρόνως και υποκειμενικός. Είναι ένα πόνος μη ελέγξιμος και επομένως δύσκολος να αντιμετωπιστεί, καθώς η μόνη πληροφόρηση για αυτόν είναι τα λεγόμενα και οι περιγραφές των ίδιων των ασθενών (Doneys, 2000. Charmaz, 1999).

Η κάθε νόσος φέρει μαζί της περιορισμούς και συνεχείς μεταβαλλόμενες καταστάσεις, οι οποίες προκειμένου να αντιμετωπιστούν πρέπει το άτομο να διαμορφώσει, να αναθεωρήσει όλους τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και να δημιουργήσει νέα εναλλακτικά σχέδια. Οι άνθρωποι είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν μια χρόνια ασθένεια με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ωστόσο, μία ενδιαφέρουσα κατηγοριοποίηση είναι του Schmitz, Saile και Nilges (1996) - όπως αναφέρεται στους Di Matteo και Martin (2011), ο οποίος υποστηρίζει πως υπάρχουν δύο στυλ με τα οποία οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τις χρόνιες καταστάσεις: α) *τα αφομοιωτικά* και β) *τα προσαρμοστικά*.

Στην πρώτη περίπτωση το άτομο φαίνεται να μην έχει καταλάβει πλήρως την επικινδυνότητα της κατάστασης. Η διαρκής επιθυμία για κατάκτηση όλων των των στόχων, το ενεργοποιούν και αγωνίζεται ιδιαίτερα σκληρά προκειμένου να επιδιώξει ακόμη και μη-ρεαλιστικούς στόχους, τους οποίους δεν κατόρθωσε στο παρελθόν να σχεδιάζε να πραγματοποιήσει στο μέλλον. Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση όπου το άτομο υιοθετεί ένα προσαρμοστικό στυλ για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υγείας του, επικεντρώνεται σε στόχους αντικειμενικούς, τους οποίους έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει. Μάλιστα η έρευνα έδειξε πως η δεύτερη αυτή στρατηγική υλοποίησης ευέλικτων και εύκολων στόχων

ανάλογα με τις δυνάμεις του ασθενούς, έφερε περισσότερο θετικά αποτελέσματα στους εκφραστές της, παρά σε εκείνους που εναγωνίως και με πείσμα προσπαθούσαν να καταφέρουν δύσκολους και πολυσύνθετους στόχους. Αυτό διότι όπως είναι φυσικό, οι άνθρωποι με τους ευέλικτους στόχους τους πετύχαιναν και βίωναν όλα τα θετικά συναισθήματα που η επιτυχία αυτή έφερε. Αντίθετα όσοι αποτύγχαναν να εκπληρώσουν πολύπλοκους-πέρα από τις δυνατότητές τους στόχους- βίωναν έντονη θλίψη, στρες και απογοήτευση.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση λοιπόν της χρόνιας ασθένειας, πρέπει να πούμε πως εκτός από τον σπουδαίο ρόλο που παίζει το ίδιο το άτομο , εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και ο θεράπων ιατρός. Όσο περισσότερο ενημερωμένος είναι ο ασθενής για το θεωρητικό υπόβαθρο της νόσου, τόσο καλύτερα την αντιμετωπίζει. Ο γιατρός πρέπει ο ίδιος να ενημερώνει με δική του πρωτοβουλία τους ασθενείς, καθώς πολλοί από τους τελευταίους δεν αναφέρουν τις σχετιζόμενες με τη νόσο απορίες διότι φοβούνται μη χαρακτηρισθούν χαζοί ή ανενημέρωτοι για κάτι τόσο προσωπικό τους (Marks, 2002). Επιπρόσθετα, η ορθή προσαρμογή και αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας τις περισσότερες φορές αποτελεί έργο ιδιαίτερης δυσκολίας , καθώς οι επιπτώσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

Μία χρόνια ασθένεια, φέρει μαζί της αναρρίθμητες επιπτώσεις που αφορούν όλο το φάσμα της ζωής του ατόμου: από την σωματική και ψυχική του υγεία έως και την οικονομική του κατάσταση. Ξεκινώντας, οι σωματικές/βιολογικές επιπτώσεις (διαφέρουν ανάλογα με το είδος της ασθένειας) είναι εκείνες που το άτομο αντιλαμβάνεται άμεσα: Διαφορές στη φυσιολογική λειτουργία του σώματός του, επιβράδυνση των γνωστικών λειτουργιών ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς (Falvo, 2005), έντονοι πόνοι, δυσφορία, δυσκολία στη κίνηση, έντονα και επίπονα συμπτώματα ως αποτέλεσμα παρενεργειών της εκάστοτε φαρμακευτικής αγωγής και γενικότερα ένα αίσθημα απόλυτης σωματικής εξουθένωσης (Falvo, 1991). Απόρροια αυτής της σωματικής αδυναμίας, είναι οι ασθενείς να δημιουργούν μία νοητική εικόνα του “καινούριου” τους σώματος, εφόσον αλλάζει πλέον η εξωτερική τους εμφάνιση, η φυσική τους κατάσταση και η ενέργειά τους κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η νοητική αυτή ιδέα του σώματος, γίνεται ακόμη χειρότερη όταν οι χρόνιες ασθένειες έχουν ιδιαίτερα εμφανή αντίκτυπο επάνω στο σώμα, όπως για παράδειγμα οστεοαρθρίτιδες (δυσμορφία των οστών και των άκρων), χρόνιες αναπηρίες ή

δερματολογικές ασθένειες. Αυτή, η όχι και τόσο ελκυστική εικόνα του σώματός τους¹⁷ έχει ως αποτέλεσμα να οδηγούνται οι ασθενείς εκτός των άλλων και σε μία κατάσταση πλήρους ανηδονίας και σχεδόν ανεπαρκούς σεξουαλικότητας (Falvo, 2005). Αισθάνονται ανασφαλείς και αναπτύσσουν μια πλειάδα αρνητικών συναισθημάτων.

Οι ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σοβαρές, καθώς πολλές φορές οδηγούν σε καταστάσεις συννοσηρότητας.¹⁸ Οι ασθενείς βιώνουν έντονη θλίψη, κατάθλιψη, θυμό και ενοχή. Νιώθουν πολλές φορές πως είναι οι ίδιοι υπαίτιοι για την κατάστασή τους, και φέρουν όλες τις ευθύνες για την άσχημη κατάσταση στην οποία ευρίσκονται (πχ. λάθος συμπεριφορές και συνήθειες στο παρελθόν, μη τακτοί έλεγχοι υγείας κτλ). Επίσης, οι χρόνιοι ασθενείς διακατέχονται από ένα έντονο αίσθημα αβεβαιότητας. Ξέρουν πως έχουν μπροστά τους ένα αβέβαιο, απρόβλεπτο μέλλον και οτιδήποτε ως την ημέρα της διάγνωσης θεωρούταν δεδομένο, τώρα μοιάζει αμφίβολο. Το μελλοντικό όραμα, είναι κάτι που τα άτομα που νοσούν λόγω ανασφάλειας δεν μπορούν να απολαύσουν. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ασθενείς τρέφουν ένα ιδιαίτερα έντονο αίσθημα φόβου, και πιο συγκεκριμένα μία φοβία για τον επερχόμενο ή όχι θάνατο. Η ίδια τους η επιβίωση είναι ένα θέμα που πλέον τίθεται υπό αμφιβολία. Για αυτό το λόγο πολλοί από όσους νοσούν, ιδίως άτομα μέσης ηλικίας, πολλές φορές διαλύουν τις καριέρες τους, τις οικογένειές τους ή αρνούνται να τεκνοποιήσουν, εφόσον θεωρούν πως ο χρόνος ζωής που τους απέμεινε είναι ελάχιστος (Falvo, 2005).

Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση και ο συνεχής φόβος θανάτου, τις περισσότερες φορές οδηγεί τα άτομα σε απομόνωση από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Πολλοί ντρέπονται για την ασθένειά τους, φοβούνται την εγκατάλειψη, τον εξευτελισμό και το ρατσισμό που ενδεχομένως αντιμετωπίσουν(στίγμα), και για αυτό το λόγο δεν επιδιώκουν καμία απολύτως κοινωνική συναναστροφή(Di Matteo & Martin, 2011). Το 2012 ο Hirschberg έκανε μια έρευνα σχετικά με την κοινωνική συμμετοχή χρόνιων ασθενών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι ενώ οι ασθενείς(καρδιοπάθειες, μυοσκελετικές και νευρολογικές ασθένειες) έχαναν την επαφή και την επικοινωνία με τους φίλους, ενίσχυαν την επαφή και τις συναντήσεις με τους κοντινούς τους συγγενείς. Η ένταση των οικογενειακών επαφών δεν παρατηρήθηκε όμως σε ασθενείς με πνευμονολογικά χρόνια προβλήματα και αισθητηριακές διαταραχές. Οι κοινωνικές σχέσεις, δέχονται αναμφίβολα ρήξεις, εφόσον η κάθε μακροχρόνια ασθένεια

17 Body Image

18 Οι πιο συνηθισμένες καταστάσεις συννοσηρότητας είναι αυτές της κατάθλιψης και των διαταραχών του άγχους. (Βλ. Κεφ. 1.2.2)

προσθέτει πάντοτε ένταση μεταξύ των μελών της οικογένειας, των φίλων, κτλ. Έρευνα έδειξε πως η ύπαρξη διαζυγίου είναι ιδιαίτερα πιθανή μετά από διάγνωση χρόνιας ασθένειας και πως η επαναδιαπραγμάτευση γάμων όπου οι άνδρες έπασχαν από σκλήρυνση κατά πλάκας ήταν πολύ σπάνια, σε σχέση με γάμους που το ζεύγος ήταν υγιές (Robinson, 1988). Όμως, αντίθετα αποτελέσματα έδειξε η έρευνα των Banning και Tanzeen (2013) σε ζευγάρια όπου η γυναίκα έπασχε από καρκίνο. Η ένταση μεταξύ των σχέσεων δεν έλειψε, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, οι άνδρες στήριζαν ψυχολογικά και συναισθηματικά τις συζύγους τους.¹⁹

Η κοινωνική απόσυρση των χρόνιων ασθενών αφορά και τον τομέα της εργασίας τους. Πολλοί είτε αναγκάζονται να αποσυρθούν εφόσον δεν μπορούν να ανταποκριθούν πλέον στα επαγγελματικά τους καθήκοντα, ή επιλέγουν να σταματήσουν να εργάζονται για τους λόγους που προαναφέραμε. Το γεγονός αυτό όμως με τη σειρά του πυροδοτεί και σοβαρότατα οικονομικά προβλήματα. Το κόστος μιας χρόνιας ασθένειας είναι τεράστιο για τον πάσχοντα, ειδικά σε ασθένειες όπως ο καρκίνος όπου η φαρμακευτική αγωγή είναι ιδιαίτερος ακριβή (Banning & Tanzeen, 2013). Σε έρευνά τους το 1981 οι Meenan, Yelin, Nevitt και Epstein βρήκαν ότι στην Αμερική, άτομα που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και είχαν ετήσιο εισόδημα περί τα \$13.156, δαπανούσαν το 69% του ποσού αυτού για την ασθένειά τους. Επιπρόσθετα, η έρευνα αυτή έδειξε πως τα άτομα που είχαν έντονο οικονομικό πρόβλημα λόγω ανικανότητας για εργασία και όχι προσωπικής επιλογής, είχαν χειρότερα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα στη μετέπειτα έκβαση της υγείας τους. Σε αυτό το σημείο ως αναφέρουμε πως η χρόνια ασθένεια, αποτελεί έναν ιδιαίτερο οικονομικό- επιβαρυντικό παράγοντα, όχι μόνο για το άτομο, αλλά και το κράτος. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας²⁰ το 2005, ο Καναδάς δαπάνησε περίπου \$500 εκατ. για να καταπολεμήσει καρδιαγγειακές ασθένειες και τον διαβήτη (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

Απόρροια όλων των παραπάνω, είναι να διαταράσσεται η αυτοπεποίθηση²¹, η αυτοεκτίμηση²² και η προσωπική ταυτότητα των ασθενών. Σύμφωνα με τον Corwyn (2000)- όπως αναφέρεται σε Falvo (2005) τα χαρακτηριστικά αυτά και ιδιαίτερα η αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένα με τις κοινωνικές αντιδράσεις σχετικά με την ασθένεια (ρατσισμός,

19 Επιπτώσεις δεν δέχεται μόνο ο ασθενής, αλλά και όσοι τον φροντίζουν. Οι φροντιστές άλλοτε νιώθουν συναισθηματική ικανοποίηση και χαρά για αυτά που προσφέρουν και άλλοτε ψυχολογική και σωματική εξουθένωση λόγω των ευθυνών (Larsen & Lubkin, 2009).

20 W.H.O

21 Self esteem

22 Self concept

στίγμα). Όμοια άποψη είχε εκφράσει και ο Burry(1988), ο οποίος πίστευε πως η προσωπική ταυτότητα του ατόμου διαμορφώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο τις περισσότερες φορές σκοπεύει να ικανοποιεί όσους δεν έχουν “φυσικά” ελαττώματα. Σύμφωνα με αυτόν η χρόνια ασθένεια αποτελεί μία βιογραφική αποδιοργάνωση,²³ καθώς δεν καταστρέφει μόνο το σώμα, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής του ατόμου.

Οι χρόνια ασθενείς, αναγκάζονται να επαναξιολογήσουν τη ζωή τους. Η εκ νέου αυτή αξιολόγηση δεν έχει πάντα αρνητικά αποτελέσματα. Μερικοί ασθενείς γίνονται μετά από την περιπέτειά τους περισσότερο ευσυνείδητοι και προσπαθούν να αναζητήσουν την αρετή. Να αποπειραθούν δηλαδή να σταθούν ενάρετοι απέναντι στην κακοτυχία(πχ. να διατηρούν την ανεξαρτησία τους, να ανταποκρίνονται επαρκώς στην καθημερινότητα και τις ανάγκες της και να μην ζητούν χρήματα από οικείους τους)-(Williams, 1993 όπως αναφέρεται σε Bülow, 2003).

Το 1995 ο Hwu , σε έρευνά του με χρόνιους ασθενείς βρήκε ότι από όλες τις επιπτώσεις, οι ισχυρότερες με σειρά προτεραιότητας είναι:

- οι ψυχολογικές επιπτώσεις
- οι φυσικές/σωματικές επιπτώσεις
- οι κοινωνικές επιπτώσεις.

Εν κατακλείδι, οι χρόνια ασθενείς(και πολλοί περισσότερο ασθενείς που υφίστανται χρόνιο πόνο), νιώθουν εγκλωβισμένοι μέσα σε ένα στενό κλουβί που τους στερεί κάθε ίχνος ελευθερίας. Νιώθουν πως δεν είναι πλήρως λειτουργικοί, πως ένα σημαντικό κομμάτι τους εκλείπει και πως κάτι περίεργο, πέρα των δυνατοτήτων τους τους συμβαίνει και κοντρολάρει πλήρως τη ζωή τους(Kleinman, 1988).

23 Biographical disruption

1.3 ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1.3.1. ΕΙΔΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ, ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ.

Οι καρδιακές ασθένειες έχουν πάρει πλέον μορφή πανδημίας και είναι σήμερα ο νούμερο ένα κίνδυνος για πρόωρο θάνατο. Η αλματώδης αύξηση της εμφάνισής τους απαιτήσε περαιτέρω μελέτη τους και για αυτό σήμερα οι σχετιζόμενες με το κυκλοφορικό σύστημα νόσοι είναι ένας από τους πιο καλομελετημένους κλάδους της Ψυχολογίας της υγείας (Carroll, 1992). Μάλιστα υπάρχει ξεχωριστός τομέας , καρδιακής ψυχολογίας²⁴, ο οποίος μελετά τις ψυχολογικές διεργασίες που εμπλέκονται στην πρόληψη και θεραπεία των καρδιολογικών παθήσεων (Bellg,1998).

Τα είδη των καρδιολογικών παθήσεων, αναφέρονται αθροιστικά στη βιβλιογραφία ως εξής:

- Στεφανιαία Νόσος(CAD)²⁵
- Καρδιομυοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια
- Διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και άλλες μορφές καρδιολογικής ασθένειας(πχ. αρρυθμία, βαλβιδική ανεπάρκεια, ενδοκαρδίτιδα, ανεύρυσμα αορτής κ.ά) (Bellg,1998 . Καραδήμας,2005)

Η στεφανιαία νόσος ευθύνεται περίπου για το 50% των θανάτων CVD. Είναι μια κατηγορία νοσημάτων που προκαλείται από στένωση ή απόφραξη των καρδιακών(στεφανιαίων) αρτηριών ,η οποία συνήθως προκαλεί προβλήματα , όπως 1)Στηθάγχη(έντονος πόνος στο στήθος ή έντονη δυσφορία), 2) οξύ έμφραγμα του

24 Cardiac Psychology

25 Coronary Artery Disease / Μ.Ο ηλικίας ασθενών: 67 έτη (Gellis & Kang-Yi, 2012)

μυοκαρδίου(καρδιακή προσβολή όταν ο καρδιακός μυς στερείται το απαραίτητο οξυγόνο) ,
3)κοιλιακές αρρυθμίες(συμβαίνουν όταν ο καρδιακός μυς δεν μπορεί να αντλήσει την
απαραίτητη ποσότητα αίματος) και πολλές φορές προκαλεί ξαφνικό θάνατο(αν και η
συνηθέστερη αιτία ξαφνικού θανάτου είναι η ταχυκαρδία.) Μπορεί να προκληθεί ακόμη και
από πολύ έντονη-επίπονη φυσική άσκηση ή έντονο συναίσθημα.

Η στηθάγχη(αποτελεί την πρώτη ένδειξη καρδιακού προβλήματος σε ποσοστό 38%)
εμφανίζεται τις περισσότερες φορές με έντονο πόνο στο στήθος και το θώρακα, πονοκέφαλο,
λιποθυμίες, ιδρώτα, ναυτία ή έντονη δυσκολία στην αναπνοή. Μπορεί να οδηγήσει σε
ανακοπή η οποία ενδεχομένως να προκαλέσει το θάνατο αν δεν αναταθεί.

Αντίστοιχα, τα πιο τυπικά και συνήθη συμπτώματα ενός εμφράγματος(πρώτη ένδειξη σε
ποσοστό 42%) είναι η έντονη πίεση και ο πόνος στο στήθος που διαρκεί περισσότερο από
λίγα λεπτά και είτε φεύγει ή επανέρχεται ξανά. Πολλές φορές ο πόνος αυτός διοχετεύεται και
στους ώμους, τα χέρια, την πλάτη ή το λαιμό(Lewin, 1995).

Οι κοιλιακές αρρυθμίες προκαλούνται από κάποιου είδους διακοπή του καρδιακού
ρυθμού εξαιτίας της κακής οξυγόνωσης του καρδιακού μυός. Μία αρρυθμία μπορεί είτε να
αφορά τους καρδιακούς κόλπους και να μην είναι ιδιαίτερα απειλητική, είτε να αφορά τις
κοιλίες, όπου μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη.(Lewin, 1995).

Η καρδιομυοπάθεια είναι η σταδιακή εξασθένηση του καρδιακού μυός. Όταν ο μυς
αδυνατεί να αντλήσει την επαρκή ποσότητα αίματος , επέρχεται καρδιακή ανεπάρκεια η
οποία συνεχώς επιδεινώνεται. Η υπέρταση και το αλκοόλ είναι δύο από τους πιο
επιβαρυντικούς παράγοντες για τη νόσο(PGD, 1998- όπως αναφέρεται σε Di Matteo &
Martin, 2011. Καραδήμας, 2005).

Όλες οι προαναφερθείσες νόσοι έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην τήρηση της
φαρμακευτικής αγωγής, στη γενική προσαρμογή στην ασθένεια αλλά και στις γνωστικές
λειτουργίες του πάσχοντος(Bellg, 1998).

Σύμφωνα με τον Τούντα (2004)-όπως αναφέρεται σε Τούντας (2007),²⁶ περίπου το 48%
των θανάτων στην Ελλάδα οφείλονται σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Στο
Ηνωμένο βασίλειο ένα τρίτο των ατόμων μέσης ηλικίας πάσχουν από στεφανιαία νόσο ενώ
συνολικά περίπου 180 χιλιάδες άνθρωποι κάθε χρόνο παθαίνουν καρδιακή προσβολή
(Lewin,1995). Στο σημείο αυτό άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα άτομα έπειτα από μία
καρδιακή προσβολή επανέρχονται συνήθως πλήρως και δεν αντιμετωπίζουν ξανά κάτι

26 http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_ellinikou_plithusmou.pdf

ανάλογο(Lewin, 1995). Επίσης οι άνδρες κάτω των 65 ετών έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρδιακή προσβολή απ' ό τι οι γυναίκες, ενώ εκείνοι κάτω των 45 ετών έχουν σαράντα φορές περισσότερες πιθανότητες, καθότι οι γυναίκες έχουν το “προστατευτικό κάλυμμα” των αναπαραγωγικών ορμονών(American Heart Association, 1996 -όπως αναφέρεται σε Bellg, 1998). Εντούτοις , οι γυναίκες σε περίπτωση που εμφανίσουν κάποια συναφή νόσο είναι περισσότερο πιθανό να πεθάνουν(Καραδήμας, 2005). Παγκοσμίως , ένας στους τέσσερις ενήλικους πάσχουν από κάποια μορφή καρδιολογικής ασθένειας (CVD)²⁷, ενώ όσοι πεθαίνουν από τέτοιου είδους ασθένειες είναι σε αριθμό διπλάσιοι από τους θανόντες λόγω καρκίνου (Bellg,1998).

Το σύγχρονο μοντέλο για την αιτιολογία των καρδιαγγειακών παθήσεων, προβλέπει πως η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της γενικότερης υιοθέτησης ενός κακού τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες²⁸ μπορούν να ομαδοποιηθούν και να χωριστούν σε επιμέρους κατηγορίες. Οι πιο κύριες από αυτές είναι οι βιολογικοί, οι συμπεριφορικοί, οι περιβαλλοντικοί /κοινωνικοί παράγοντες και οι συναισθηματικοί.

Ξεκινώντας, από τους πιο ισχυρούς βιολογικούς παράγοντες επικινδυνότητας είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης (mellitus), η υπέρταση, τα χαμηλά επίπεδα “καλής” χοληστερόλης , και το Σύνδρομο X²⁹. Συνεχίζοντας, οι συμπεριφορικοί, αφορούν συνήθειες όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, φτωχό διατροφολόγιο(πλούσιο σε λίπη) που συνεπάγεται με τη σειρά του υψηλή χοληστερόλη και τριγλυκερίδια, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η καθιστική ζωή. Αντίστοιχα, ενδεχόμενες αιτίες για τα καρδιαγγειακά νοσήματα που ενάγονται στο περιβάλλον είναι οι ελλείψεις κοινωνικές επαφές(κοινωνική απομόνωση, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης), αλλά και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο(status). Μάλιστα έρευνες έδειξαν πως άνθρωποι που ήταν ιδιοκτήτες σπιτιών και δούλευαν σε καλύτερα περιβάλλοντα εργασίας (αμείβονταν περισσότερο και ασκούσαν περισσότερο έλεγχο) αντιμετώπιζαν ανάλογες ασθένειες σε μικρότερη συχνότητα από ότι άτομα που ήταν είτε άνεργα, είτε ασκούσαν δύσκολες χειρονακτικές εργασίες ή αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα και ενοικίαζαν τα σπίτια όπου διέμεναν (Woodward, et al., 1992-όπως αναφέρεται σε Lewin,1995). Ανάλογη και πιο πρόσφατη έρευνα έδειξε όμοια αποτελέσματα: οι καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσιάζονταν με μεγαλύτερη συχνότητα σε άτομα που απασχολούνταν σε χαμηλές επαγγελματικές κατηγορίες(Armstrong, Strogatz, & Wang, 2004-

27 Cardiovascular Disease

28 Στην βιβλιογραφία αναφέρονται ως risk factors

29 Σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη

όπως αναφέρεται σε Καραδήμας,2005). Τέλος, οι συναισθηματικοί παράγοντες επικινδυνότητας, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι αποτέλεσμα όλων των υπολοίπων. Για παράδειγμα, ένα άσχημο και αποθαρρυντικό γεγονός στη ζωή ενός ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε κάποιας μορφής καρδιαγγειακού νοσήματος εξαιτίας του άγχους που νιώθει το άτομο, του φόβου, της απομόνωσης/κατάθλιψης, του θυμού ή της επιθετικότητας (Carroll,1992. Wells, 1985-όπως αναφέρεται σε Lewin,1995. Allan & Scheidt, 1996. Bellg, 1998. Καραδήμας,2005. Di Matteo & Martin, 2011).

Εντούτοις, ο πιο μελετημένος ίσως παράγοντας επικινδυνότητας για την ανάπτυξη ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος είναι το stress, το οποίο εντάσσεται και αυτό με τη σειρά του στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αναφέραμε προηγουμένως. Αρχικά, είχαν μελετηθεί μόνο οι ιατρικοί παράγοντες και όχι οι ψυχολογικοί, οι οποίοι οδηγούν σε ανάλογες νόσους. Το 1935, πρώτος ο Walter Cannon³⁰, ανέφερε το stress, ως κάτι που μας ασκεί έντονη πίεση, μας βγάζει από τη φυσιολογική μας ισορροπία και για αυτό εμποδίζεται η ψυχολογική και φυσιολογική μας ομοιόσταση. Για παράδειγμα, σε πολλές περιπτώσεις, η καρδιακή αντίδραση στο stress είναι αυτή που προκαλεί την υπέρταση. Γενικότερα, έχει αποδειχθεί πως είναι πολύ δύσκολο η οποιαδήποτε ασθένεια να μην είναι συνδεδεμένη με το stress ή να μην είναι ο κύριος παράγοντας που την επιβαρύνει. (υπέρταση, γλαύκωμα, πονοκέφαλοι, άσθμα, πεπτιδικές διαταραχές, ακόμη και το απλό κρύωμα),(Carroll, 1992. Marks, 2002). Οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει επάνω στο εργασιακό stress(πχ καταβολή μεγάλης προσπάθειας έναντι μικρής ανταμοιβής) και τα αποτελέσματα που αυτό επιφέρει.(Peter, et al., 1998. Peter & Siegrist, 1997 – όπως αναφέρονται σε DiMatteo & Martin, 2011).

Αν και οι περισσότεροι από τους παράγοντες που αναφέραμε είναι ιδιαίτερα γνωστοί για την έμμεση σχέση τους με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, εντούτοις, ευθύνονται περίπου για το 50% των περιπτώσεων. Αυτό διότι εκτός των άλλων σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη οποιασδήποτε ασθένειας παίζει και το πολιτισμικό πλαίσιο. Κάτι που σε μία χώρα μπορεί να είναι κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου, σε κάποιον άλλο πολιτισμό, ενδέχεται να μην είναι. Για παράδειγμα, αν και οι Ιάπωνες τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν διπλασιάσει το βάρος τους και καπνίζουν αρκετά, η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές νόσους δεν κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Αυτό συμβαίνει μάλλον επειδή στη συγκεκριμένη χώρα συγκρινόμενη με τον υπόλοιπο δυτικοποιημένο κόσμο(πχ. Αμερική) , υπάρχουν σημαντικές χρονικές διαφορές

30 Αμερικανός Φυσιολόγος

όσον αφορά την προ-ύπαρξη των παραγόντων κινδύνου(Office of Health Economics, 1990-όπως αναφέρεται σε Lewin,1995).

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία των καρδιαγγειακών νόσων επιτυγχάνεται ανάλογα με την περίπτωση, με φαρμακευτική αγωγή, αλλαγή του τρόπου ζωής και των επιβλαβών συμπεριφορών, εγχείρηση και σε κάποιες ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις όπως η πλήρης συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με μεταμόσχευση. Η φαρμακοθεραπεία συμβάλλει συνήθως στη μείωση της υπέρτασης και της χοληστερόλης, στην ανακούφιση από τη στηθάγχη, στην πρόληψη των θρομβώσεων και των αρρυθμιών. Ασθενείς που ήδη πάσχουν από αρρυθμίες, μπορούν να θεραπευτούν από την τοποθέτηση ενός βηματοδότη ή ενός απινιδωτή. Οι παρεμβατικές -εγχειρητικές διαδικασίες περιλαμβάνουν την αγγειοπλαστική³¹, την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών³² και τις μεταμοσχεύσεις. Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της τεχνολογίας διαδίδεται η χρήση των λέιζερ για επεμβατικές διαδικασίες (Bellg, 2004 όπως αναφέρεται σε Καραδήμας, 2005. Bellg, 1998). Επιπρόσθετα , προληπτικές εξετάσεις ιδίως μετά την ηλικία των 35-40 ετών καθίστανται αναγκαίες για να προβλεφθεί κάθε ενδεχόμενο πρόβλημα.(αιματολογικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα, triplex-υπέρηχος καρδιάς, ηχοκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως). Άξιο αναφοράς επίσης είναι το ότι η μέτρια φυσική άσκηση εκτός από την προληπτική της αξία, έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει ιδιαίτερω και καρδιοπαθείς μετεγχειρητικού σταδίου, κάνοντάς τους να αναρρώνουν και να επιστρέφουν στην εργασία τους γρηγορότερα από ότι άλλοι ασθενείς που δεν ασκούνται καθόλου (Wenger, 1978-όπως αναφέρεται σε Carroll,1992).

Σε κάθε περίπτωση , η θεραπεία και η αντιμετώπιση είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο. Εκτός από τις παρενέργειες που μπορεί να έχει για παράδειγμα η φαρμακοθεραπεία (ανηδονία, αυπνία, πονοκεφάλους, κόπωση, κατάθλιψη, εφιάλτες, παραισθήσεις κτλ.) το άτομο πρέπει να προχωρήσει σε μία πλήρη τροποποίηση του τρόπου ζωής και των επιμέρους συνηθειών του (Bellg, 1998. Καραδήμας, 2005).

31 Το γνωστό “μπαλονάκι”

32 Bypass

1.3.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Είναι πολύ συχνό φαινόμενο ασθενείς με την όποια καρδιακή πάθηση, να αντιμετωπίζουν ταυτοχρόνως κάποια άλλη ψυχολογική διαταραχή. Η συννοσηρότητα αυτή είναι ένα φαινόμενο μάλλον λογικό, εφόσον η οποιαδήποτε ασθένεια δημιουργεί στο άτομο έντονο άγχος αλλά και φόβο. Τα έντονα αυτά συναισθήματα δημιουργούνται συχνά με την διάγνωση της ασθένειας, συνεχίζονται κατά τη διάρκειά της και εξακολουθούν πολλές φορές να υπάρχουν και μετά την ίαση, καθώς πολλοί από τους ασθενείς φοβούνται μη τυχόν νοσήσουν ξανά. Οι πιο συνήθεις διαταραχές που αντιμετωπίζουν καρδιακοί ασθενείς είναι α) η κατάθλιψη και β) οι αγχώδεις διαταραχές

Η πιο συνηθισμένη και καλομελετημένη συνάμα διαταραχή που οι καρδιακοί ασθενείς αντιμετωπίζουν, είναι η κατάθλιψη. Τα τελευταία χρόνια η κατάθλιψη έπαψε να είναι απλά μια σοβαρή ψυχική νόσος και διαφωτίστηκε η περαιτέρω σχέση της με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με την ανακάλυψη των ανάλογων βιολογικών, νευροορμονικών και ενδοκρινικών μηχανισμών (Παρίσης, Φουντουλάκη, & Φιλιππάτος, 2008). Η διαταραχή είναι μάλιστα πολύ συχνότερη στους ασθενείς αυτούς(ειδικά σε όσους πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια) απότι στο γενικό πληθυσμό(Koenig, 1998. Havranek, et al., 1999. Jiang, et al., 2001. Abramson, et al., 2001 -όπως αναφέρονται σε Παρίσης, Φουντουλάκη, & Φιλιππάτος, 2008). Σύμφωνα με τον Joynt (2004), από το σύνολο του πληθυσμού που πληρούν τα κριτήρια κατάθλιψης, το 35 %-70% είναι νοσηλεύόμενοι καρδιακοί ασθενείς, το 11%-25%

ασθενείς με καρδιακά προβλήματα που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και μόλις 5%-10% άτομα από τον υπόλοιπο γενικό πληθυσμό. Αυτό συμβαίνει μάλλον διότι η διάγνωση μιας καρδιολογικής ασθένειας, η εμπειρία χρόνιας στηθάγχης ή ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου πυροδοτούν ψυχολογικές διεργασίες που με τη σειρά τους οδηγούν στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα άτομα απομονώνονται, θλίβονται, και απογοητεύονται (Bellg, 1998). Δυστυχώς, η αναγνώριση κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους είναι ένα έργο αρκετά δύσκολο εξαιτίας των αλληλεπικαλυπτόμενων συμπτωμάτων και σημείων μεταξύ των δύο νόσων: κόπωση, ανορεξία, απάθεια, περιορισμός δραστηριοτήτων. Η κατάθλιψη σε καρδιακούς ασθενείς επιβαρύνει την ασθένειά τους, εφόσον συχνά οδηγεί τους ασθενείς σε μη συμμόρφωση σε δίαιτα, φυσική άσκηση, λήψη φαρμάκων, και αυτοφροντίδα (Bellg, 1998).

Από την άλλη πλευρά, πρέπει να τονίσουμε πως η σχέση καρδιαγγειακών νοσημάτων και κατάθλιψης είναι αμφίδρομη. Δηλαδή, τα νοσήματα της καρδιάς, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να προκαλέσουν μεν άσχημα συναισθήματα (πχ. μελαγχολία) που κάποιες φορές οδηγούν σε κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη, αλλά από την άλλη, η κατάθλιψη με τη σειρά της επιβαρύνει πολύ την υγεία και μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο Rozanski (1999)-όπως αναφέρεται σε Παπαβενετίου (2008), περιέγραψε 3 τρόπους με τους οποίους ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια καρδιακή ασθένεια και ειδικότερα σε στεφανιαία νόσο. Οι τρόποι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- συμβάλλουν στην υιοθέτηση δυσμενών για την υγεία συμπεριφορών, όπως καθιστική ζωή, μη ισορροπημένη διατροφή και κάπνισμα. (έμεσοι συμπεριφορικοί μηχανισμοί)
- μέσω άμεσων παθοφυσιολογικών μηχανισμών προάγουν την παθογένεια της αθηροσκλήρωσης
- εφόσον η προαναφερθείσα νόσος εμφανίζεται, συμβάλλουν στη διατήρηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, παρεμποδίζοντας την ορθή ιατρική παρέμβαση και φροντίδα.

Καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν σχεδόν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από στεφανιαία νόσο απ'ότι ψυχικά υγιή άτομα (Lett, et al., 2004)-όπως αναφέρεται σε Παπαβενετίου (2008). Επιπρόσθετα ο Panagiotakos, et al. (2004) βρήκαν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με παράγοντες πήξης του αίματος και θρομβωτικές διαδικασίες

αθηροσκλήρωσης, κάτι που εξηγεί τη σχέση της με τις καρδιαγγειακές νόσους. Επίσης οι Carney, Freedland, Rich και Saini (1996)-όπως αναφέρονται σε Carney, et al.(2005) σε έρευνά τους βρήκαν ότι τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κάποια καρδιαγγειακή νόσο απ'ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός ,ενώ σύμφωνα με την έρευνα των Pratt, Ford, Crum, Armenian, Gallo και Eaton (1996) , άτομα με διάγνωση μείζονος κατάθλιψης έχουν 4,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο για εκδήλωση καρδιακής νόσου.

Επιπρόσθετα, πολλά από τα αγχώδη, μοιάζουν με τα καρδιακά συμπτώματα. (ζαλάδα, ταχυκαρδία, κόπωση). Έτσι πολλοί ασθενείς με συμπτώματα που οφείλονται καθαρά στο έντονο άγχος που βιώνουν, παρερμηνεύοντας τα ,πιστεύουν πως η κατάσταση υγείας τους συνεχώς χειροτερεύει και επιδεινώνεται. Έτσι η σύγχυση τους, τους οδηγεί σε περαιτέρω έξαρση των συμπτωμάτων αυτών και επομένως σε συνεχείς κρίσεις πανικού. Αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές (πχ αγοραφοβία, φοβούμενοι μήπως πάθουν κάτι ενόσω δεν βρίσκονται στο σπίτι τους) οι οποίες με τη σειρά τους δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση υγείας τους, καθώς επιδεινώνουν τα συμπτώματα και κάνουν ακόμη εντονότερη τη φυσιολογική λειτουργία του καρδιακού μυός (Lewin, 1995).

Σε πρόσφατή τους μελέτη, οι Van Beek, et.al. (2012), μελέτησαν το καρδιακό άγχος³³ ασθενών που υπέστησαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αναφερόμενοι σε καρδιακό άγχος εννοούμε όλα εκείνα τα αγχώδη συμπτώματα και τις καταστάσεις που αναπτύσσονται ενδεχομένως μετά από επεισόδιο εμφράγματος και επιδεινώνουν κατά πολύ τη λειτουργία της καρδιάς. Μάλιστα για το άγχος αυτό υπάρχει εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο³⁴ αξιολόγησης, το οποίο το διαφοροποιεί από το γενικευμένο άγχος. Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω έρευνα, οι περισσότεροι από τους υπό εξέταση ασθενείς, μετά από τις καρδιολογικές επεμβάσεις στις οποίες επεβλήθησαν, αν και ελάττωσαν το γενικευμένο άγχος τους εφόσον η έκβαση ήταν η επιθυμητή, αύξησαν το καρδιακό. Το αποτέλεσμα ήταν οι ασθενείς αυτοί να μην έχουν στη συνέχεια τα αναμενόμενα αποτελέσματα στην καλύτερευση της υγείας τους.

Το άγχος/stress με τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχει αντίστοιχα με την κατάθλιψη, μια σχέση αμφίδρομη. Στη σχέση μεταξύ στρες και καρδιολογικών νόσων εμπλέκεται το

33 Γίνεται αναφορά στο cardiac anxiety

34 Cardiac Anxiety Questionnaire (QAC)

κεντρικό νευρικό σύστημα, το ανοσολογικό και το ενδοκρινολογικό σύστημα. Το έντονο αίσθημα άγχους δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, υπερδιεγείροντας το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και τον υποθαλαμικό-υποφυσικό-επινεφριδικό άξονα. Η μη ορθή λειτουργία των συστημάτων αυτών οδηγεί σε αυξημένες εκκρίσεις ορμονών (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, κορτιζόλη, ACTH). Ορμόνες όπως η αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη, σε καταστάσεις έντονου άγχους βλάπτουν τους ιστούς της καρδιάς και τα αιμοφόρα αγγεία, ενώ η κορτιζόλη προκαλεί παθητικότητα, κατάθλιψη και μειωμένες νοητικές λειτουργίες στους ηλικιωμένους (Αντωνίου & Καραδήμας, 2012). Κάποιες έρευνες επιβεβαίωσαν τους παραπάνω ισχυρισμούς για την αμφίδρομη σχέση του άγχους και των καρδιαγγειακών νοσημάτων και έδειξαν ότι τα άτομα δύο ώρες μετά από ένα ισχυρό επεισόδιο στρες (πχ. κρίση πανικού) διατρέχουν 1,6 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού συμπτώματος/νοσήματος, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Mittleman, Maclure, Sherwood, Mulry, et al., 1995).

Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως η σχέση μεταξύ κατάθλιψης, άγχους και καρδιαγγειακών νοσημάτων, αποτελεί ουσιαστικά μία ευθεία γραμμή με αμφίδρομες κατευθύνσεις. Για αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία ή ορθή αξιολόγηση των ασθενών και η μετέπειτα παρέμβαση που απαιτείται για τη θεραπεία τους.

2. ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΛΟΓΙΚΗΣ

Προκειμένου οι ασθενείς να αντιληφθούν καλύτερα την εμπειρία τους ούτως ώστε να επιλέξουν τη στρατηγική με την οποία θα την αντιμετωπίσουν, δημιουργούν σύμφωνα με το μοντέλο αυτορρύθμισης³⁵, τις δικές τους αναπαραστάσεις. Όπως όλοι οι άνθρωποι χτίζουν αναπαραστάσεις του εξωτερικού κόσμου ώστε να εξηγήσουν και να προβλέψουν διάφορες καταστάσεις, έτσι και οι ασθενείς, αναπτύσσουν γνωστικά μοντέλα ώστε να εξηγήσουν τα υπάρχοντα συμπτώματα, τις διάφορες σωματικές αλλαγές κτλ, που πιστεύουν ότι προέρχονται από την ασθένεια (Marks, 2002).

Ενα μοντέλο που βασίζεται στη θεωρία της αυτορρύθμισης, είναι το μοντέλο κοινής λογικής³⁶, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του, και αφορά στις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά που σχετίζονται με τις απειλές κατά της υγείας. Το μοντέλο αυτό, υποστηρίζει πως οι ασθενείς δημιουργούν γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους, βασιζόμενοι είτε σε αφηρημένες(πχ διαδίκτυο, εφημερίδες, περιοδικά, διηγήσεις) είτε σε συγκεκριμένες πηγές πληροφόρησης(συμπτώματα, συναισθήματα φόβου, αναμνήσεις από παρόμοια κατάσταση) προκειμένου να αντιληφθούν την κατάσταση και να τη διαχειριστούν όσο το δυνατόν καλύτερα. Οι πηγές αυτές πληροφόρησης χωρίζονται

35 Self Regulatory Model

36 Common Sense Model (CSM)

συνοπτικά σε τρεις επιμέρους κατηγορίες:

1. τις πληροφορίες που προκύπτουν από την τρέχουσα εμπειρία της κατάστασης του ατόμου ή από παρόμοιες εμπειρίες του παρελθόντος.³⁷
2. τις πληροφορίες που προέρχονται από σημαντικούς άλλους (γιατρός, οικογένεια, φίλοι)
3. τις αναρίθμητες, κοινές πληροφορίες που το άτομο αντλεί από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, στηριζόμενες στην γνώση που έχει ο εκάστοτε πολιτισμός για την ασθένεια(Hagger & Orbell, 2003).

Μάλιστα τα άτομα, δείχνουν να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην πρώτη κατηγορία πληροφορίας, εφόσον συχνά αξιολογούν τα προβλήματά τους μόνο με την παρουσία και τη “βοήθεια” ατόμων του ευρύτερου κοινωνικού τους πλαισίου. Ζητούν τη δική τους άποψη περί του θέματος και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις γνώμες κοντινών τους ανθρώπων που είχαν ενδεχομένως παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν, γεγονός που πολλές φορές είναι ιδιαίτερος επικίνδυνος εφόσον καθυστερούν να αξιολογήσουν την κρισιμότητα της ασθένειας και να ζητήσουν τη γνώμη ενός ειδικού(Hagger & Orbell, 2003).

Οι ασθενείς, βασιζόμενοι σε αυτό το ευρύ φάσμα πληροφοριών αρχίζουν σταδιακά να δημιουργούν α)γνωστικές και β) συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς τους. Και τα δύο είδη των προαναφερθέντων αναπαραστάσεων κινητοποιούν είτε όμοιες είτε διαφορετικές συμπεριφορές που έχουν σαν στόχο να δώσουν μία λύση στο πρόβλημα και να μειώσουν το φόβο που ενδεχομένως νιώθει ο ασθενής. Το άτομο αξιολογεί όλα τα δεδομένα και καταλήγει με τη συμπεριφορά που θα ακολουθήσει και τα συναισθήματα που θα βιώσει.

Μία ολοκληρωμένη γνωστική αναπαράσταση , απαρτίζεται από πέντε διαστάσεις:³⁸ την ταυτότητα, τα αίτια, τις συνέπειες, την ελεγχσιμότητα και τη χρονική πορεία. Η ταυτότητα αφορά το όνομα/φύση της ασθένειας και τα συνοδά της συμπτώματα. Τα αίτια αφορούν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με το τι ευθύνεται για τη δημιουργία και εμφάνιση του προβλήματος/ασθένειας. Εν συνεχεία, οι συνέπειες -όπως άλλωστε υποδηλώνει και η λέξη- αφορούν στις επιπτώσεις της ασθένειας στην υγεία του ατόμου, ενώ η ελεγχσιμότητα αφορά

37 Το 1980 οι Kelley & Michela ανέπτυξαν τη θεωρία απόδοσης (attribution theory) που υποστήριζε πως οι άνθρωποι εξηγούν τα νέα δεδομένα στη ζωή τους πάντα βάσει παλαιών εμπειριών και αποτελεσμάτων.

38 Το ειδικό ερωτηματολόγιο που μετρά τις πέντε αυτές διαστάσεις είναι το Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) (Morris, et al., 2002)

τις αντιλήψεις του ασθενούς για το εάν πιστεύει πως οι πράξεις και οι στρατηγικές που ακολουθεί θα φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τέλος, η χρονική πορεία, αφορά τις πεποιθήσεις για τη μετέπειτα εξέλιξη της νόσου και των συμπτωμάτων της(πόσο θα κρατήσει και πόσο ενδεχομένως τους καταβάλλει), (Hemphill, Stephens, Rook, Franks & Salem, 2013. Hagger & Orbell, 2003. Leventhal, Nerenz & Steele, 1984).

Από την άλλη πλευρά, η συναισθηματική αναπαράσταση αφορά όλα εκείνα τα συναισθήματα που το άτομο έχει συνδέσει με την ασθένεια και θα διαμορφώσουν την τελική συμπεριφορά του. Τα πιο συνήθη συναισθήματα τα οποία νιώθει ένας ασθενής είναι ο φόβος, το άγχος, η ανησυχία, η θλίψη. Ουσιαστικά, ο φόβος για το μέλλον και την πορεία της ασθένειας, είναι αυτός ο οποίος υποκινεί μία πληθώρα δυσάρεστων συναισθημάτων, τα οποία μπορεί να ωθήσουν το άτομο σε επιβαρυντικές για την υγεία του συμπεριφορές, αδικαιολόγητες αντιδράσεις και αρνητικές σκέψεις. Για παράδειγμα, ένα άτομο που πάσχει από υπέρταση και οι γιατροί του έχουν συστήσει να προσέχει ιδιαίτερος προκειμένου να μην οδηγηθεί σε κάποιο σοβαρό καρδιακό πρόβλημα, είναι πολύ πιθανό κάθε φορά που νιώθει έστω μία ασήμαντη ενόχληση στο στήθος, να αγχώνεται υπερβολικά. Έτσι, λόγω έντονου άγχους, οι καρδιακοί του παλμοί θα αυξάνονται (ταχυκαρδία), οι δυσάρεστες του σκέψεις πληθαίνουν και η πεποίθηση του ατόμου αυτού ότι κάτι κακό με την υγεία του πρόκειται να συμβεί άμεσα συνεχώς ενισχύεται. Ως εκ τούτου το άτομο, που ενδεχομένως θα έχει ενημερωθεί για τα συμπτώματα μιας καρδιακής προσβολής από αφηρημένες πηγές (διαδίκτυο κτλ), κάθε φορά που πιστεύει πως αντιμετωπίζει κάτι ανάλογο, θα προχωρά σε άσκοπες επισκέψεις σε νοσοκομεία και σε περιττές μάλλον εξετάσεις. Αυτό συμβαίνει διότι ο συγκεκριμένος ασθενής, σε έντονη συναισθηματική κατάσταση, έχει φτιάξει μια αναπαράσταση κινδύνου από το συνονθύλευμα των πληροφοριών που έχει δεχτεί, και προχωρά σε μία υπερβολική συμπεριφορά προκειμένου να προλάβει τον επερχόμενο κατά την άποψή του κίνδυνο(Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985).

Στο άρθρο των Hagger και Orbell (2003), στο οποίο μεταναλύονται 45 εμπειρικές μελέτες, αποδεικνύεται ότι το μοντέλο κοινής λογικής μπορεί ικανοποιητικά πλέον να προβλέψει τη συμπεριφορά ατόμων σε θέματα υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα που θεωρούν πως μπορούν να ασκήσουν υψηλό έλεγχο στην ασθένειά τους, εφαρμόζουν στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος, νιώθουν λιγότερη δυσφορία και περισσότερη ευεξία, και τελικά έχουν μια καλή έκβαση. Αντίθετα, η ισχυρή αντίληψη ταυτότητας (το άτομο θεωρεί ότι πάσχει από μία πολύ σοβαρή ασθένεια) και μεγάλης χρονικής πορείας, σχετίζεται με έντονη έκφραση συναισθημάτων, χαμηλή διάθεση και λειτουργικότητα, έλλειψη ευεξίας και

ενεργητικότητας, υψηλά ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας³⁹ και αποφυγή. Οι Karademas, Bakouli, Bastounis, Kallergi, Tamtani, et al.(2008) μελέτησαν ασθενείς με χρόνια κινητικά προβλήματα και βρήκαν πως όσοι πίστευαν πως η ασθένειά τους έχει μια ισχυρή ταυτότητα και ιδιαίτερα μικρή ελεγχιμότητα, ένιωθαν μία ιδιαίτερα έντονη απειλή για την υγεία τους με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται για τα ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ευεξίας τους. Άλλη μία έρευνα με χρόνιους ασθενείς που έπασχαν από Διαβήτη τύπου Β, έδειξε πως όσοι από τους πάσχοντες θεωρούσαν την πάθησή τους ως μία κατάσταση που ναι μεν θα διαρκέσει εφ'όρου ζωής, αλλά είναι σχετικά σταθερή όσον αφορά τα συμπτώματά της, είχαν καλύτερα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα στην υγεία τους. Αντίθετα όσοι ισχυρίστηκαν πως η ασθένειά τους είναι ιδιαίτερα επεισοδιακή, με πολλές διακυμάνσεις, δεν ακολουθούσαν την φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις υποδείξεις τους ιατρικού προσωπικού(Hemphill, et al.,2013). Επίσης οι Dickens, et al. (2008) σε έρευνά τους βρήκαν ότι από ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, και στη συνέχεια ανέπτυξαν κατάθλιψη, οι περισσότεροι πίστευαν πως η ασθένειά τους θα κρατήσει πολύ και είναι δύσκολο να γιατρευτεί. Όμοια, καρδιακοί ασθενείς με αρνητικές αναπαραστάσεις(έντονα συμπτώματα, μεγάλη διάρκεια, μικρός έλεγχος, σοβαρές συνέπειες), αντιμετωπίζουν συχνά χαμηλότερη ποιότητα ζωής, περισσότερες ιατρικές επιπλοκές, δυσκολότερη προσαρμογή στην καθημερινότητα, λιγότερες πιθανότητες αποκατάστασης της υγείας τους και αργούν περισσότερο να επιστρέψουν στην εργασία τους (Petrie, et.al.,1996-όπως αναφέρεται σε Le Grande, et al.,2012). Σύμφωνα με τα ευρήματα των Hirani και Newman (2005), καρδιακοί ασθενείς που πιστεύουν πως τα αίτια της νόσου που αντιμετωπίζουν είναι ιδιαίτερα ισχυρά εφόσον αφορούν είτε γενετικούς παράγοντες είτε την κληρονομικότητα, συνήθως συνεχίζουν τις επιβαρυντικές για την ασθένεια συμπεριφορές(πχ. κάπνισμα κτλ), ακολουθώντας μία μοιρολατρική στάση. Αντίθετα όσοι πιστεύουν ότι το πρόβλημα οφείλεται σε έναν λανθασμένο/επιβαρυντικό τρόπο ζωής, δέχονται με ιδιαίτερη επιθυμία να πάρουν μέρος σε εξειδικευμένα-νοσοκομειακά προγράμματα παρέμβασης ή δέχονται να κάνουν αλλαγές στο διατροφολόγιό τους και να προχωρήσουν σε εξειδικευμένο πρόγραμμα φυσικής άσκησης (Cooper, Lloyd, Weinman, et al., 1999). Ακόμη,καρδιακοί ασθενείς που είχαν προχωρήσει σε μεταμόσχευση και οι οποίοι θεωρούσαν ότι η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα ελέγξιμη, φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα αισιόδοξοι, με υψηλά ποσοστά ευεξίας(Cooper, Lloyd, Weinman, et al., 1999). Τέλος, όσοι από μία ομάδα καρδιοπαθών που είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, πίστευαν ότι σίγουρα θα γιατρευτούν πλήρως, έπαιρναν μέρος σε

39 Psychological distress

προγράμματα παρέμβασης, δίχως καμία αμφιβολία ή άρνηση. Όσοι πίστευαν πως η ασθένεια θα κρατήσει μικρό χρονικό διάστημα και πως οι επιπτώσεις της δεν θα είναι ιδιαίτερος άσχημες, εντός έξι μηνών επέστρεφαν στην εργασία τους. Αντίθετα, όσοι πίστευαν πως η νόσος που καλούνται να αντιμετωπίσουν, έχει μια ισχυρή ταυτότητα, χαρακτηρίζονταν από μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, δυσλειτουργία και πολλές φορές ανηδονία (Petrie, Weinman, Sharpe & Backley, 1996).

Σύμφωνα με τον Καραδήμα(2005) οι αναπαραστάσεις του κάθε ατόμου, μπορεί να είτε ατελείς ή καλά ανεπτυγμένες, σταθερές ή μεταβαλλόμενες, ανάλογα πάντα με τις εμπειρίες του ατόμου, τις συνθήκες, και άλλους καθοριστικούς παράγοντες. Επίσης, σχετίζονται άμεσα με στοιχεία του εαυτού και επηρεάζουν την αυτοεικόνα. Η μάθηση και η προσωπική εμπειρία τείνουν να σταθεροποιούν τις αναπαραστάσεις. Τέλος, πίσω από κάθε αναπαράσταση, πρέπει να βλέπουμε την προσωπική – γενική ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου (χαρακτήρας, παιδεία κτλ), όπως επίσης και το πολιτισμικό του υπόβαθρο(Diefenbach & Leventhal, 1996-όπως αναφέρεται σε Hagger & Orbell, 2003).

2.1 ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΛΑΘΗ

Πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν το πρόβλημα με την υγεία τους, με περίεργες συμπεριφορές, οι οποίες οφείλονται σε διαστρεβλώσεις της γνωστικής διαδικασίας αξιολόγησης και αναπαράστασης της κατάστασης (Καραδήμας, 2005). Το γεγονός αυτό συμβαίνει εξαιτίας των συχνών γνωστικών λαθών στα οποία εμπίπτουν οι περισσότεροι άνθρωποι και επηρεάζουν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τα θέματα της υγείας. Τα γνωστικά λάθη, σύμφωνα με τους Γνωσιακούς Ψυχολόγους, είναι λαθεμένες εκτιμήσεις και συμπεράσματα των ατόμων, που δεν αντανακλούν την πραγματικότητα και στηρίζονται σε παράλογες- μη λογικές διεργασίες γνωστικής επεξεργασίας των πληροφοριών (Alloy & Abramson, 1988. Beck, 1967-όπως αναφέρονται σε Christensen, Moran, & Wiebe, 1999).

Ο Weinstein(1982, 1983, 1984) -όπως αναφέρεται σε Christensen, et al.(1999) συγκέντρωσε σε έρευνές του μια σειρά από γνωστικά λάθη : οι ασθενείς συχνά πιστεύουν πως είναι άτρωτοι, έχουν κάποιο είδος “γενικευμένης ανοσίας”, και οι ίδιοι είναι πολύ λιγότερο πιθανό να νοσήσουν από ότι οι γύρω τους. Χαρακτηρίζονται δηλαδή για τη μη ορθή και παράλογη κρίση τους σχετικά με την πιθανότητα απειλής μιας σοβαρής ασθένειας.

Επίσης, πολλοί από αυτούς που έχουν την τάση να προχωρούν σε υπεργενικεύσεις⁴⁰- χαρακτηριστικό γνωστικό λάθος- συνδυάζοντας τωρινές με παρελθοντικές εμπειρίες σχετιζόμενες με ασθένειες, συνήθως λαμβάνουν τις συμβουλές του γιατρού, σαν όχι και τόσο σημαντικές διότι πιστεύουν πως γνωρίζουν οι ίδιοι την έκβαση της κατάστασης (“ αυτή η συμβουλή του δεν με βοήθησε με την προηγούμενη αρρώστια, άρα ούτε τώρα θα με βοηθήσει”). Εκτός τούτου, μία ακόμη συχνή γνωστική στρέβλωση, είναι οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποιες παρενέργειες με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν να τείνουν να μειώνουν την αξία της αγωγής αυτής και συχνά να μην την τηρούν (“ αυτή η αγωγή με εξουθενώνει, άρα δεν είναι η κατάλληλη για μένα, άρα είναι μάλλον καλύτερο να τη σταματήσω”).

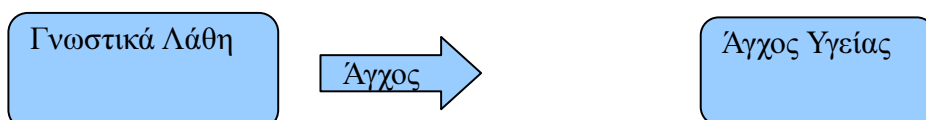
Οι Martin και Leventhal (2004), μελέτησαν και ανέπτυξαν επίσης μια σειρά γνωστικών λαθών : όταν συμπτώματα εμφανίζονται ταυτόχρονα με σημαντικά γεγονότα, τότε τα άτομα τείνουν να αποδίδουν τις ενδείξεις αυτές στο άγχος/στρες και όχι σε κάποια ασθένεια. Επίσης, συμπτώματα που εμφανίζονται κυρίως κατά την περίοδο της γήρανσης, συνήθως θεωρούνται φυσιολογικά (αναμενόμενη συνέπεια της προχωρημένης ηλικίας) και δεν λαμβάνονται σαν ένδειξη ασθένειας. Ακόμη, υπάρχει η γενική τάση οι περισσότεροι σπάνιες ασθένειες, να θεωρούνται και οι πιο επικίνδυνες, ενώ συχνά οι ασθενείς πιστεύουν πως για να είναι κάποιος υγιής ή να έχει η θεραπεία αποτέλεσμα, πρέπει να μην αντιμετωπίζει κανένα απολύτως σύμπτωμα. Τέλος, όταν ένα σύμπτωμα είναι ασαφές τα άτομα αποφεύγουν να το αξιολογήσουν και μεταθέτουν την ευθύνη αποκλειστικά στους ειδικούς.

Γενικότερα, τα γνωστικά λάθη είναι η αιτία που πολλές φορές οι ασθενείς, νιώθουν πως δεν μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση υγείας τους, θεωρούν αναποτελεσματική τη φαρμακευτική αγωγή, αμφιβάλλουν για το αν οι οδηγίες του ιατρικού προσωπικού θα έχουν στην περίπτωσή τους κάποιο αποτέλεσμα, και συχνά οδηγούνται σε επιβλαβείς για την υγεία τους συμπεριφορές (Christensen, et al. 1999). Πιο συγκεκριμένα, οι Christensen , et al. (1999) βρήκαν σε έρευνά τους με διαβητικούς ασθενείς τύπου I, ότι περισσότερα γνωστικά λάθη, οδηγούσαν σε μη ακολουθία της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης ,τα γνωστικά σφάλματα οδηγούν τον υγιή πληθυσμό με μεγαλύτερη συχνότητα σε κάποια ασθένεια (Saigal, 2007 - όπως αναφέρεται σε Fulton, Markus, & Merkey,2011).

Τα γνωστικά σφάλματα είναι τόσο επιβαρυντικά για την πορεία της ασθένειας, καθώς

40 Overgeneralizations

έχει αποδειχτεί πως είναι άμεσα συνδεδεμένα με τα ποσοστά του άγχους⁴¹ που σχετίζονται με την υγεία (Salkovskis, & Warwick, 1986. Warwick, & Salkovskis, 1990-όπως αναφέρονται σε Fulton, et al.,2011). Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να εξηγήσουμε τη διαφορά μεταξύ του άγχους και του άγχους για την υγεία. Στην πρώτη περίπτωση, το άγχος οφείλεται σε γνωστικούς και φυσιολογικούς παράγοντες. Αντίθετα στην δεύτερη περίπτωση, το άγχος σχετίζεται με το φόβο για την πορεία της ασθένειας, τις λανθασμένες αντιλήψεις και ερμηνείες των συμπτωμάτων και τις ανάλογες συμπεριφορές που υιοθετούνται (Hadjistavropoulos, Asmundson, & Kowalyk, 2004. Kehlert, 2009-όπως αναφέρονται σε Fulton, et al., 2011). Ενώ τα γνωστικά σφάλματα, οδηγούν σε κυνικές και μοιρολατρικές πεποιθήσεις (“ αφού έτυχε σε μένα να έχω μια τόσο σοβαρή ασθένεια, ό,τι και να κάνω δεν μπορώ να την ελέγξω, άρα ποιος ο λόγος να πάρω όλα αυτά τα φάρμακα?”), το άγχος για την υγεία οδηγεί σε μια υπερένταση του ασθενούς και μια γενικευμένη καταστροφολογία. Η πορεία αυτή από τα γνωστικά λάθη, στο έντονο για την υγεία άγχος γίνεται με τη μεσολάβηση του γενικευμένου άγχους, που αναφέραμε και παραπάνω. Δηλαδή, ας θεωρήσουμε πως ένας ασθενής πάσχει από μία νόσο , όπου μόνο το 25% μπορεί να ιαθεί πλήρως. Οι μοιρολατρικές απόψεις του ασθενή αυτού, απόρροια των γνωστικών του σφαλμάτων, θα τον οδηγήσουν σε αρνητικά συναισθήματα, έντονο άγχος και μία πεποίθηση πλήρους έλλειψης ελέγχου της κατάστασης. Το έντονο άγχος που βιώνει, δεν θα του επιτρέψει να λάβει τις σωστές πληροφορίες, αλλά ο ίδιος θα εστιάσει στις περισσότερες δυσοίωνες (“θα ανήκω στο 75 % που δεν θα ιαθεί”)-(Salkovskis, 1997. Matheus, & Macleod,1994-όπως αναφέρονται σε Fulton, et al.,2011). Απόρροια τούτου, είναι να οδηγηθεί ο ασθενής σε μία αυξημένη επαγρύπνηση, να αγχώνεται με την κάθε σωματική ένδειξη που ο ίδιος θεωρεί πως αποτελεί έντονο σύμπτωμα και να ζητά εναγωνίως μια ιατρική άποψη, πιστεύοντας πως θα πεθάνει(καταστροφολογία). Τα συστατικά αυτά είναι χαρακτηριστικά του σχετιζόμενου με την υγεία άγχους (Salkovskis, 1997.Barlow, 2002-όπως αναφέρονται σε Fulton, et al., 2011).



41 Health Anxiety

Πώς τελικά μπορούμε να προβλέψουμε τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές του ασθενή? Σύμφωνα με τον Christensen, et al.(1999), οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται με τις πληροφορίες που λαμβάνει το άτομο αλλά και με τις γνωστικές διαστρεβλώσεις των πληροφοριών αυτών. Οι γνωστικοί παράγοντες, σε συνδυασμό πάντοτε με τα προσωπικά/ατομικά χαρακτηριστικά, παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία καθώς το να αξιολογούμε τις στρεσογόνες καταστάσεις με παράλογες, γνωστικά διαστρεβλωμένες αντιλήψεις, οδηγεί σε συμπεριφορική και συναισθηματική δυσλειτουργία (Haaga, Dyck, & Ernst, 1991. Beck, 1967-όπως αναφέρονται σε Christensen, et al., 1999). Αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς να νιώθουν μια πλειάδα αρνητικών συναισθημάτων, μια έντονη δυσφορία, να μην υπάρχουν τα κατάλληλα ποσοστά αυτοφροντίδας και η εξέλιξη της ασθένειάς τους να μην είναι η αναμενόμενη (Flor & Turk, 1988. Smith, Follick, Ahern, & Adams, 1986 -όπως αναφέρονται σε Christensen, et al., 1999).

3. ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοπός της έρευνας που θα παραθέσουμε παρακάτω ήταν να ελέγξουμε εάν τα γνωστικά λάθη στα οποία εμπίπτουν ασθενείς με χρόνιες καρδιοπάθειες, επηρεάζουν τις στρατηγικές⁴² και τους τρόπους με τους οποίους χειρίζονται την κατάσταση.

Υποθέσαμε πως εφόσον τα γνωστικά λάθη, διαστρεβλώνουν κατά κάποιο τρόπο την πραγματικότητα, θα έχουν άμεσο αντίκτυπο και στους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς διαχειρίζονται την κατάστασή τους. Οι υποθέσεις δηλαδή της έρευνας αφορούσαν στις συνέπειες των γνωστικών λαθών οι οποίες διαφαίνονται στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας και στη μετέπειτα εξέλιξή της. Πιο συγκεκριμένα θελήσαμε να ερευνήσουμε εάν τα γνωστικά σφάλματα σχετίζονται με α) την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, β) με στρατηγικές ξεκούρασης με άμεσο σκοπό τη διατήρηση της ενέργειας και γ) με την αναζήτηση σχετιζόμενων με την ασθένεια πληροφοριών. Σύμφωνα με τις υποθέσεις μας,




42 coping

μεγάλα ποσοστά στην κλίμακα γνωστικών λαθών θα οδηγούσαν σε αυξημένα ποσοστά ξεκούρασης, μειωμένη τήρηση των οδηγιών και χαμηλή επιθυμία για αναζήτηση πληροφοριών.

Προχωρήσαμε επίσης σε ανάλυση παλινδρόμησης για να εντοπίσουμε και να ελέγξουμε κατά πόσο τα γνωστικά λάθη μπορούν απουσία άλλων ατομικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο και των γενικότερων χαρακτηριστικών της ασθένειας, να προβλέψουν διαφοροποιήσεις που αφορούν στο coping των ασθενών.

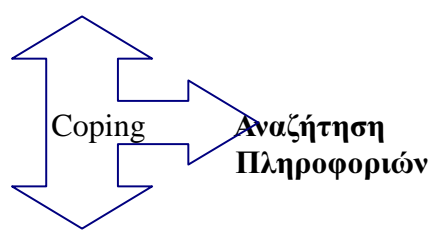
Πίνακας 1

Οι Υποθέσεις της έρευνας

	ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
Γνωστικά λάθη (errors)	α. τήρηση οδηγιών  β. αναζήτηση πληροφοριών  γ. ξεκούραση 

Πίνακας 2

Προβλεπτικές και εξαρτημένες μεταβλητές

Προβλεπτικές (Predictors)	Εξαρτημένες (Dependent)
Φύλο Ηλικία Έτος διάγνωσης Σοβαρότητα κατάστασης (επεμβάσεις κτλ.) Γνωστικά λάθη	Ξεκούραση  Τήρηση Οδηγιών

B. ΜΕΘΟΔΟΣ

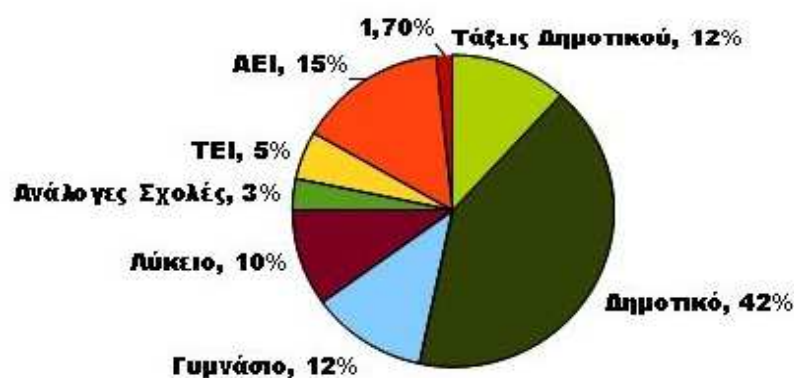
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος 60 χρόνια καρδιοπαθείς (N=60), από τους οποίους το 68% (N= 41) ήταν άνδρες και το 32% (N= 19) ήταν γυναίκες. Το 76,7% (N=46) από αυτούς έχουν κάποια στιγμή νοσηλευθεί εξαιτίας του προβλήματός τους, ενώ το 71,7% (N=43) έχει προβεί σε κάποια εγχειρητική διαδικασία εξαιτίας της καρδιαγγειακής του ασθένειας.

Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 64,2 έτη, με μέση ηλικία τα 66,5 έτη. Ο νεότερος του δείγματος ήταν 22 χρονών , ενώ ο γηραιότερος 86. Αναφορικά με τη μόρφωση, το 41,7% (N=25) των συμμετεχόντων είχε τελειώσει το δημοτικό, ενώ το 11,7%(N=7) μόνο κάποιες τάξεις του. Αντίθετα, το 10%(N=6) είχε αποφοιτήσει από το Λύκειο και το 11,7%(N=7) είχε λάβει γυμνασιακή εκπαίδευση. Συνολικά, 20% των συμμετεχόντων έλαβαν ανώτατη εκπαίδευση, 15% (N=9) σε Πανεπιστημιακά Ιδρύματα (ΑΕΙ) και 5%(N=3) σε

Τεχνολογικά Ιδρύματα(ΤΕΙ). Από αυτούς, μόνο ένας (1,7%) είχε στο ενεργητικό του κάποιο μεταπτυχιακό. Τέλος, ένα 3,3% (N=2) δήλωσε πως έχει αποφοιτήσει από ανάλογες σχολές.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 66,7% (N=40) ήταν έγγαμοι, το 16,7%(N=10) άγαμοι, ενώ μόλις ένας (1,7%) δήλωσε πως συγκατοικούσε. Επίσης, σε διάσταση ζούσε το 5%(N=3) των συμμετεχόντων, διαζευγμένοι ήταν το 3,3%(N=2) , ενώ χηρεία δήλωσε το 6,7%(N=4).



Γράφημα 1. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3

Το Φύλο και η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

ΦΥΛΟ	N	M.O (%)
Άνδρες	41	68
Γυναίκες	19	32
ΣΥΝΟΛΟ	60	100
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμος	40	66,7

Άγαμος	10	16,7
Σε διάσταση	3	5
Διαζευγμένος	2	3,3
Χηρεία	4	6,7
Συγκατοίκηση	1	1,7
ΣΥΝΟΛΟ	60	100

ΕΡΓΑΛΕΙΑ

A) Irrational Health Belief Scale (IHBS)

Το IHBS είναι μία κλίμακα η οποία δημιουργήθηκε το 1999 από τον Christensen et al., με σκοπό να αναδεικνύει την τάση χρόνιων ασθενών να αντιλαμβάνονται και να εξηγούν οποιαδήποτε – σχετιζόμενη με την υγεία- πληροφορία με έναν παράλογο, διαστρεβλωμένο τρόπο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αυτή για να προσδιορίσουμε τα επίπεδα των γνωστικών λαθών στα οποία εμπίπτουν χρόνιοι καρδιοπαθείς. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις, στην κάθε μία εκ των οποίων περιγράφονται

σύντομα κάποιες εμπειρίες ή καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν με ποιον τρόπο θα ανταποκρίνονταν και οι ίδιοι σε όμοιες καταστάσεις, συμπληρώνοντας για κάθε μία από τις ερωτήσεις μία κλίμακα από το ένα(1. “καθόλου ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν”) έως το πέντε (5. “σχεδόν ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν”). Κάποιες ερωτήσεις έχουν σκοπό να ελέγξουν τις υποθέσεις σχετικά με τα μέτρα πρόληψης για την υγεία (π.χ εμβόλια), κατά πόσο αυτά είναι βοηθητικά και κατά πόσο οι ασθενείς αγνοούν ή ακολουθούν τις ιατρικές συμβουλές(π.χ Ερώτηση 1η: “ Εμβολιάστηκα για τη γρίπη πέρυσι και παρόλο αυτά αρρώστησα. Οι εμβολιασμοί δεν μου κάνουν ποτέ καλό”). Επίσης το ερωτηματολόγιο αυτό προσπαθεί να ελέγξει την τάση των ατόμων να υπερεκτιμούν τον εαυτό τους υποτιμώντας τις αρνητικές για την υγεία επιπτώσεις που μία συγκεκριμένη συμπεριφορά μπορεί να φέρει (π.χ Ερώτηση 20η : “Αφού δεν αρρώστησα ακόμη θα έχω πιθανώς ανοσία”), να προσδιορίσει κατά πόσο οι ασθενείς θεωρούν πως έχουν τον έλεγχο της κατάστασής τους (π.χ Ερώτηση 10η : “Αν αυτά τα προβλήματα υγείας είναι κληρονομικά στην οικογένειά μου, τότε το εάν θα πάθω κάτι ή όχι είναι πέρα από το δικό μου έλεγχο”) και κατά πόσο οι νοσούντες θεωρούν πως η συμμόρφωση στις κοινωνικές καταστάσεις έχει μεγαλύτερη αξία από την τήρηση των ιατρικών οδηγιών(π.χ Ερώτηση 11η : “Αν δεν φάω κι εγώ ένα κομμάτι γλυκό θα χαλάσω τη γιορτή”). Το ερωτηματολόγιο IHBS παρότι αποτελείται από ερωτήματα που αφορούν πολλών ειδών διαστρεβλώσεις, δεν έχει σκοπό να ξεχωρίσει τους διαφορετικούς τύπους γνωστικών στρεβλώσεων, αλλά και οι 20 υποθέσεις του αποσκοπούν στο να ερευνηθούν, να μετρηθούν και να αναδείξουν τελικώς έναν μόνο παράγοντα : τα γνωστικά λάθη. Απόδειξη τούτου είναι πως στην έρευνά μας το IHBS κατέδειξε μία πολύ καλή εσωτερική συνοχή(Cronbach a = .88).

1. Αρκετοί από τους συναδέλφους ή τους συγγενείς σας έχουν αρρωστήσει από γρίπη. Ακούτε στις ειδήσεις ότι υπάρχει μια επιδημία γρίπης και ότι οι άνθρωποι που έρχονται σε επαφή με άτομα που έχουν προσβληθεί από αυτή θα πρέπει να εμβολιαστούν για να μειώσουν τις πιθανότητες να νοσήσουν και οι ίδιοι. Σκέφτεστε: «Εμβολιάστηκα για τη γρίπη πέρυσι και παρόλα αυτά αρρώστησα. Οι εμβολιασμοί δεν μου κάνουν ποτέ καλό».

<i>Καθόλου ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν</i>	<i>Λίγο ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν</i>	<i>Μέτρια ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν</i>	<i>Αρκετά ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν</i>	<i>Σχεδόν ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν</i>
1	2	3	4	5

Εικόνα 1. Παράδειγμα IHBS ερωτηματολογίου περί αποτελεσματικότητας προληπτικών

μέτρων.

10. Επειδή και οι δύο γονείς σας είχαν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, γνωρίζετε ότι ο δικός σας κίνδυνος να αντιμετωπίσετε μια τέτοια ασθένεια είναι μεγαλύτερος από όσο στους περισσότερους ανθρώπους. Σε μια πρόσφατη εξέταση, ο γιατρός σας τονίζει ότι κάνοντας κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής σας, θα μπορούσατε να μειώσετε τον κίνδυνο για νόσο αυτή κατά 50%. Σκέφτεστε: «Αν αυτά τα προβλήματα υγείας είναι κληρονομικά στην οικογένειά μου, τότε το εάν θα πάθω κάτι ή όχι είναι πέρα από τον δικό μου έλεγχο».

Καθόλου ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Λίγο ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Μέτρια ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Αρκετά ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Σχεδόν ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν
1	2	3	4	5

Εικόνα 2. Παράδειγμα για ποσοστά ελέγχου της κατάστασης.

11. Ακολουθείτε μια συγκεκριμένη διαίτα που σας έδωσε ο γιατρός σας για ένα πρόβλημα υγείας. Η διαίτα αυτή σας αποτρέπει από την κατανάλωση γλυκών και άλλων τροφών πλούσιων σε ζάχαρη. Σε μια γιορτή, όλοι τρώνε γλυκό. Λέτε στον εαυτό σας: «Αν δεν φάω και εγώ ένα κομμάτι γλυκό, θα χαλάσω τη γιορτή».

Καθόλου ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Λίγο ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Μέτρια ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Αρκετά ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Σχεδόν ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν
1	2	3	4	5

Εικόνα 3. Παράδειγμα για συμμόρφωση με κοινωνικές επιταγές και μη τήρηση ιατρικών οδηγιών.

20. Όλα τα μέλη της οικογένειάς σας έχουν κολλήσει μια άσχημη γρίπη την τελευταία εβδομάδα, αλλά εσείς νιώθετε καλά μέχρι στιγμής. Ο γιατρός όμως σας λέει ότι πρέπει να πάρετε κάποιες προφυλάξεις ώστε να μην ασθενήσετε και εσείς. Λέτε στον εαυτό σας: «Αφού δεν αρρώστησα ακόμα, θα έχω πιθανώς ανοσία».

Καθόλου ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Λίγο ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Μέτρια ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Αρκετά ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν	Σχεδόν ίδιο με αυτό που εγώ θα σκεφτόμουν
1	2	3	4	5

Εικόνα 4. Παράδειγμα υποτίμησης των πιθανών επιπτώσεων.

B) Coping with Health Injuries and Problems Scale (CHIP)

Στην έρευνά μας, χορηγήσαμε το CHIP, προκειμένου να αξιολογήσουμε τους τρόπους με τους οποίους οι χρόνιοι καρδιοπαθείς αντιδρούν και αντιμετωπίζουν τα νέα συμπτώματα ή μια επιδείνωση της καρδιοπάθειάς τους. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που δημιούργησε ο Endler et al.(1998). Στη δική μας έρευνα χρησιμοποιήσαμε την ελληνική του μορφή η

οποία σταθμίστηκε από τους Karademas et al.(2010). Με το ερωτηματολόγιο αυτό θελήσαμε να διαχωρίσουμε τρεις κατηγορίες αντιμετώπισης(Coping): 1) την ενεργητική αντιμετώπιση , όπου λαμβάνεται υπόψιν κατά πόσον το άτομο προκειμένου να λύσει το πρόβλημά του υιοθετεί στρατηγικές συνεχούς και πλήρους ενημέρωσης(αναζήτηση πληροφοριών και ιατρικής βοήθειας), 2) την ακολουθία των ιατρικών συμβουλών /οδηγιών και 3) τις “καταπραυντικές” στρατηγικές, που αφορούν κυρίως τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς προσπαθούν να μετριάσουν τις αρνητικές επιπτώσεις εξοικονομώντας ενέργεια. Οι ασθενείς καλούνταν να συμπληρώσουν σύμφωνα με μία κλίμακα τύπου Likert(1 έως 5)κατά πόσο εφάρμοσαν τους συγκεκριμένους τρόπους αντίδρασης(1=καθόλου, 5=Πάρα πολύ) προκειμένου να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της υγείας τους. Παρακάτω παραθέτουμε το σύνολο των ερωτήσεων έτσι ακριβώς όπως δόθηκαν στους συμμετέχοντες της έρευνάς μας:

Τα επόμενα θέματα είναι πιθανοί τρόποι αντίδρασης όταν αντιμετωπίζετε ένα νέο σύμπτωμα ή μια επιδείνωση στην ασθένειά σας. Σημειώστε πόσο πολύ εφαρμόσατε καθένα την τελευταία φορά που είχατε ένα νέο ή σοβαρό σύμπτωμα ή επιδεινώθηκε η κατάσταση της υγείας σας. Παρακαλώ, βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1 ως το 5 για να απαντήσετε.

1 = Καθόλου 3 = Μέτρια 5 = Πάρα πολύ

1. Έμεινα στο κρεβάτι.....	1	2	3	4	5
2. Προσπάθησα να μάθω περισσότερα για το πρόβλημα ή για το τι μου συμβαίνει (π.χ., ρώτησα το γιατρό).....	1	2	3	4	5
3. Το είπα αμέσως σε κάποιον (π.χ., οικογένεια, φαρμακοποιό, γιατρό).....	1	2	3	4	5
4. Ξεκουραζόμουν όταν ένιωθα κουρασμένος.....	1	2	3	4	5
5. Πήγα στο γιατρό ή το νοσοκομείο όσο το δυνατό πιο γρήγορα.....	1	2	3	4	5
6. Προσπάθησα να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια ήταν δυνατό.....	1	2	3	4	5
7. Κατέβαλα κάθε προσπάθεια να ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού...	1	2	3	4	5
8. Ήμουν συνεπής στη λήψη των φαρμάκων.....	1	2	3	4	5
9. Προσπάθησα να μάθω περισσότερα για τη θεραπεία που ακολουθώ (π.χ., αποτελεσματικότητα, παρενέργειες) ρωτώντας το γιατρό ή το φαρμακοποιό ή με άλλο τρόπο.....	1	2	3	4	5

Εικόνα 5. Το ερωτηματολόγιο CHIP.

Όπως παρατηρούμε (Βλ. Εικ.5), συνολικά το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 9 θέματα . Οι ερωτήσεις υπ'αριθμόν 2, 3, 5 και 9 αναφέρονταν στην πρώτη κατηγορία αντιμετώπισης(αναζήτηση πληροφοριών) με εσωτερικό δείκτη συνοχής Cronbach's α =

.80. Η 7η και 8η ερώτηση αναφέρονταν στην τήρηση των οδηγιών (Cronbach's $\alpha = .79$) ενώ οι υπόλοιπες (1η, 4η, 6η) αφορούσαν την εξοικονόμηση της ενέργειας (Cronbach's $\alpha = .78$). Με το ερωτηματολόγιο αυτό προσπαθήσαμε να καταλήξουμε στο στυλ αντιμετώπισης που υιοθετούν άτομα με καρδιαγγειακές νόσους έτσι ώστε να ανταπεξέρχονται αποτελεσματικότερα στις διακυμάνσεις της υγείας τους.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας όπως προείπαμε επιλέχθηκαν άτομα με χρόνιες καρδιοπάθειες, δίχως κάποιο περιορισμό στην ηλικία. Η οποιαδήποτε καρδιοπάθεια

έπρεπε να είναι κλινικά διαγνωσμένη, ενώ καταστάσεις απλής υπέρτασης ή αυξημένης χοληστερόλης δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα εφόσον αποτελούσαν απλά παράγοντες επικινδυνότητας. Μετά από συνεννόηση με τους ιθύνοντες, συλλέχθηκαν συνολικά 60 ερωτηματολόγια από α) τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης, β) το Α.Κ.Α.Π.Η Ρεθύμνης, γ) το καρδιολογικό ιατρείο Ι.Κ.Α Δήμου Ρεθύμνης και δ) το καρδιολογικό ιατρείο Ι.Κ.Α Αγίων Αναργύρων (Αθήνα). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας και γινόταν με τη βοήθειά μας, εφόσον η περισσότεροι ασθενείς ήταν υπερήλικοι. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς ήταν νεότεροι σε ηλικία και είχαν ένα εκπαιδευτικό υπόβαθρο που τους επέτρεπε να κατανοούν πλήρως τη δομή και τα ζητούμενα των ερωτηματολογίων, η συμπλήρωση γινόταν από τους ίδιους, παρότι η παρουσία μας εκεί ήταν αναγκαστική για ενδεχόμενες απορίες ή εξακριβώσεις. Μία ενδελεχής επεξήγηση του σκοπού της έρευνας προηγούταν της συμπλήρωσης και όπως ήταν φυσικό, για να υπάρξουν αληθείς απαντήσεις των συμμετεχόντων και για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, διατηρήθηκε η ανωνυμία του δείγματος. Σε περίπτωση που ο συμμετέχων δήλωνε ενοχλημένος από κάποια ερώτηση ή κουρασμένος για να συνεχίσει, η διαδικασία αυτομάτως διακοπτόταν.

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για να ελέγξουμε εάν ισχύει η υπόθεση ότι τα γνωστικά λάθη επηρεάζουν τις

στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο SPSS και προχωρήσαμε σε συσχέτιση της ανεξάρτητης μεταβλητής (γνωστικά λάθη) και των επιπέδων της εξαρτημένης μεταβλητής (ξεκούραση, αναζήτηση πληροφοριών και τήρηση οδηγιών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερα σκορ στην κλίμακα γνωστικών λαθών δεν σχετίζονταν με στρατηγικές ξεκούρασης και εξοικονόμησης ενέργειας, εφόσον ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r υπέδειξε μια μηδενική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών ($r = -.04, p > .05$). Αντίθετα τα γνωστικά λάθη φάνηκαν να έχουν μία μέτρια αρνητική σχέση με την αναζήτηση πληροφοριών, η οποία ήταν στατιστικώς σημαντική ($r = -.25, p = .05$). Εντούτοις το πιο ενδιαφέρον ίσως εύρημα είναι η συσχέτιση γνωστικών λαθών και τήρησης των ιατρικών οδηγιών. Οι μεταβλητές αυτές εμφανίζουν μία πλήρως στατιστικά σημαντική και αρκετά δυνατή σχέση μεταξύ τους, που υποδεικνύει ότι μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα γνωστικών λαθών σχετίζονται με μειωμένα ποσοστά της τήρησης των οδηγιών ($r = -.48, p = 0$).

Επιπρόσθετα, θέλαμε να ελέγξουμε εάν η ηλικία των συμμετεχόντων είχε κάποια επίδραση στις προαναφερθείσες συσχετίσεις. Βρήκαμε λοιπόν πως η ηλικία έφερε στατιστικά σημαντικά ποσοστά συσχέτισης μόνο με την στρατηγική ξεκούρασης και εξοικονόμησης ενέργειας ($r = .26, p < .05$). Αυτό δείχνει μάλλον πως μπορεί τις περισσότερες φορές τα γνωστικά λάθη να μη σχετίζονται άμεσα με στρατηγικές εξοικονόμησης ενέργειας, αλλά κάποιοι ασθενείς -ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι- επιλέγουν τη στρατηγική αυτή. Παρακάτω παραθέτουμε έναν πίνακα με όλους τους δείκτες συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών που ερευνούμε (Πίνακας 4).

Δείκτης συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας.

Υποκλίμακα	1	2	3	4	5
1.Γνωστικά λάθη		-.040	-.251	-.476**	.023
2. εξοικονόμηση ενέργειας			.518**	.483**	.264*
3. αναζήτηση πληροφοριών				.545**	.233
4. τήρηση οδηγιών					.243

Σημείωση. Η 5^η μεταβλητή αφορά στην ηλικία.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Το δείγμα της έρευνάς μας όπως ήδη έχουμε αναφέρει αποτελούταν από 41 άνδρες και 19 γυναίκες (N= 60). Θελήσαμε λοιπόν να δούμε εάν παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στις τιμές των μεταβλητών ανάλογα με το φύλο. Προκειμένου να συγκρίνουμε τους μέσους όρους των δύο αυτών ανεξάρτητων δειγμάτων (άντρες, γυναίκες) προχωρήσαμε σε T-Test, εφόσον πρώτα ελέγξαμε μέσω της ανάλυσης διακύμανσης ότι οι διασπορές των διαφορετικών φυλετικών ομάδων δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές και πως τα δεδομένα ακολουθούν μία κανονική κατανομή. Ο δείκτης λοιπόν του Levene, δεν ήταν στατιστικά σημαντικά διαφορετικός σε καμία από τις περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, για τα γνωστικά λάθη η διαφορά στη διακύμανση ήταν στατιστικά ασήμαντη ($t(58) = -.29, p > .05$). Αντίστοιχα στατιστικά ασήμαντες ήταν και οι διαφορές που αφορούσαν τις στρατηγικές εξοικονόμησης ενέργειας ($t(98) = -.28, p > .05$), αναζήτησης πληροφοριών ($t(83) = .51, p > .05$) και τήρησης οδηγιών ($t(28) = -.69, p > .05$). Τα δεδομένα αυτά απέδειξαν ότι ισχύει η μηδενική μας υπόθεση (η διακύμανση της ομάδας ανδρών είναι ίση με αυτής των γυναικών) και έτσι προχωρήσαμε στη σύγκριση των μέσων όρων. Ομοίως, οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τα γνωστικά λάθη αλλά και τα τρία είδη coping ήταν στατιστικά ασήμαντες ($p > .05$).

Πίνακας 5

Αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου ως προς τα γνωστικά λάθη και το Coping

(N= 60).

		M.O	T.A	t	p
Γνωστικά Λάθη	Άντρες	41,14	15,73	- .291	.772
	Γυναίκες	42,36	13,70		
Εξοικονόμηση Ενέργειας	Άντρες	10,58	3,30	- .282	.779
	Γυναίκες	10,84	3,20		
Αναζήτηση Πληροφοριών	Άντρες	14,87	4,24	.509	.613
	Γυναίκες	14,26	4,58		
Τήρηση Οδηγιών	Άντρες	8,53	1,93	- .688	.494
	Γυναίκες	8,89	1,72		

Εν συνεχεία, προχωρήσαμε σε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για να δούμε κατά πόσο τα γνωστικά λάθη σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών, ελέγχοντας επίσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και ιδιαίτερα στοιχεία της ασθένειας. Στο πρώτο βήμα ορίσαμε σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χαρακτηριστικά του ατόμου (φύλο, ηλικία) και της ασθένειας (έτος διάγνωσης κτλ). Στο δεύτερο βήμα, ανεξάρτητη μεταβλητή τοποθετήσαμε τα γνωστικά σφάλματα, εφόσον θέλαμε να ελέγξουμε την μοναδική τους συνεισφορά στην εξαρτημένη μεταβλητή (Coping). Επικεντρωθήκαμε στη σχέση γνωστικών σφαλμάτων και Coping, το οποίο είναι και το ζητούμενο της έρευνας και βρήκαμε πως τα γνωστικά λάθη ως ανεξάρτητη μεταβλητή δεν παρουσίασαν σε σχέση με τη στρατηγική εξοικονόμησης ενέργειας και ξεκούρασης στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\beta = -.05$, $t = -.43$, $p > .10$). Αντίθετα, το επίπεδο γνωστικών λαθών σε σχέση με την αναζήτηση πληροφοριών για το σχετιζόμενο με την υγεία πρόβλημα, βρήκαμε πως τείνει να μένει στατιστικά σημαντικό ($\beta = -.21$, $t = -1.68$, $p = .09$). Περισσότερο όμως ενδιαφέρον προκαλούν τα ευρήματα για το πόσο μπορεί σύμφωνα με το επίπεδο των γνωστικών σφαλμάτων να προβλεφθεί η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών από την πλευρά των καρδιοπαθών. Τα γνωστικά λάθη σε σχέση με αυτή την εξαρτημένη μεταβλητή, παρουσιάζουν εξαιρετικά στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\beta = -.48$, $t = -$

4.19, $p < .001$).

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνά μας, η συμπεριφορά των χρόνιων ασθενών- στην περίπτωση μας χρόνιων καρδιοπαθών- σχετίζεται σε έναν αρκετά υψηλό βαθμό και με μη-λογικές διεργασίες. Βασίζεται πολλές φορές σε προσωπικές εμπειρίες, παρερμηνείες και αβάσιμες απόψεις. Η έκβαση της εκάστοτε ασθένειας δεν εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από σωματικούς παράγοντες αλλά και από γνωστικούς μηχανισμούς οι οποίοι εάν και εμμέσως έχουν φανερό αντίκτυπο στην μετέπειτα εξέλιξη της κατάστασης υγείας των πασχόντων.

Είδαμε πως τα γνωστικά λάθη , από μόνα τους αποτελούν ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης των σχετιζόμενων με την υγεία συμπεριφορών . Περισσότερα γνωστικά λάθη σχετίζονται με μειωμένη επιθυμία για αναζήτηση επιπρόσθετων πληροφοριών, ανεξάρτητα με το φύλο, παρότι όπως ήδη αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι γυναίκες έχουν μία τάση να ενημερώνονται περισσότερο και να επιθυμούν να λαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες για το πρόβλημά τους σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό. Εντοπίσαμε επίσης πως τα γνωστικά λάθη, εάν εξαιρέσουμε κάποιες περιπτώσεις ηλικιωμένων, δεν φαίνεται να συσχετίζονται με στρατηγικές εξοικονόμησης της ενέργειας, κάτι που δείχνει ακόμη μια φορά πως οι γνωστικές αυτές στρεβλώσεις πολλές φορές είναι η αιτία που τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται πλήρως την επικινδυνότητα της κατάστασης. Εντούτοις, μάλλον το πιο σημαντικό μας εύρημα είναι ότι σύμφωνα με τις συσχετίσεις, τα άτομα που αντιμετωπίζουν την κατάστασή τους βασιζόμενα σε γνωστικές στρεβλώσεις, φαίνεται να μη συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες. Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως το γεγονός αυτό είναι κάτι ιδιαίτερος επικίνδυνο εφόσον πολλές φορές οι ασθενείς συνεχίζουν τις επιβλαβείς συμπεριφορές και δεν τηρούν την φαρμακευτική τους αγωγή. Όμοια αποτελέσματα, όπου υψηλά σκορ γνωστικών λαθών σχετίζονταν με μειωμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, είχε βρει επίσης ο Christensen, et al.(1999). Η μόνη διαφοροποίηση ήταν ότι σε αυτή την έρευνα, το δείγμα αποτελούνταν από χρόνιους ασθενείς διαβήτη τύπου I, και όχι άτομα με χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις όπως στην περίπτωση μας. Γενικότερα , τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συνάδουν με αυτά παρόμοιων ερευνών (Christensen, et al.,1999. Fulton, et al., 2011), εφόσον βλέπουμε να σχετίζονται με μία επιβράδυνση της υγείας ή με παράγοντες που μπορούν να την επιβαρύνουν σημαντικά(μη τήρηση οδηγιών, κτλ). Είναι ιδιαίτερης σπουδαιότητας καθώς δημιουργούν νέες οπτικές μέσω των οποίων πρέπει να αντιλαμβανόμαστε τη σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά. Μπορεί να υπάρξουν η απαρχή για την περαιτέρω διερεύνηση και άλλων μηχανισμών, γνωστικών και μη που έχουν άμεση σχέση με της εξέλιξη της

εκάστοτε ασθένειας. Αφήνουν στο παρελθόν απόψεις που υποστήριζαν πως οι συμπεριφορές και η πορεία μιας ασθένειας εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από τη σοβαρότητα της ασθένειας, δίχως να λαμβάνουν υπόψιν τα ατομικά χαρακτηριστικά. Εν τέλει, τα ερευνητικά μας δεδομένα αποτελούν έναν λίθο, έστω και μικρό, για την επιπλέον εξέλιξη της επιστήμης, εφόσον αναδεικνύουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών και προάγουν περαιτέρω έρευνα.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως οι υποθέσεις μας, με μόνη εξαίρεση τις στρατηγικές εξοικονόμησης της ενέργειας, επαληθεύτηκαν. Τα γνωστικά λάθη είναι ένας παράγοντας μείζονος σημασίας ο οποίος πρέπει να ελέγχεται σε κάθε περίπτωση. Η διερεύνηση και ο μετέπειτα έλεγχος του μπορεί να βοηθήσει και να προβλέψει έγκαιρα μακροπρόθεσμες επιβλαβείς συμπεριφορές που μόνο να επιβραδύνουν της κατάσταση της υγείας μπορούν. Ο έλεγχος από το ιατρικό προσωπικό για σωματικές ενδείξεις, τήρηση των οδηγιών και εξέλιξη της κατάστασης δεν επαρκεί. Για την ορθή πρόληψη και αντιμετώπιση της εκάστοτε νοσηρής κατάστασης κρίνεται αναγκαία η συνεργασία του ιατρικού προσωπικού με τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι τελευταίοι είναι οι αρμόδιοι που θα εξετάσουν και θα αξιολογήσουν τη γενικότερη ψυχοσύνθεση και τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενή μέσω ερωτηματολογίων και κλινικής συνέντευξης. Σε κάθε ανεπτυγμένο σύστημα Πρόνοιας η ιατρική πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την ψυχολογική παρέμβαση, η οποία σύμφωνα με τον Bellg (1998) σε περιπτώσεις χρόνιων καρδιοπαθών έχει τρεις επιμέρους στόχους: α) τη διευκόλυνση υιοθέτησης υγιών συμπεριφορών αλλά και τήρηση της φαρμακευτικής τους αγωγής, β) την παροχή στήριξης και βοήθειας στους ασθενείς ώστε να αντιμετωπίσουν προβλήματα που απορρέουν από την ασθένεια (πχ. Συμπτώματα) και γ) την άσκηση επιρροής τόσο στους βιολογικούς όσο και στους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και την εξέλιξη της ασθένειας.

Θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει μία ανάλογη έρευνα η οποία θα μελετήσει χρόνιους ασθενείς και τη σχέση γνωστικών λαθών -coping, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο (των ιδίων και των οικείων τους) και το πολιτισμικό τους υπόβαθρο. Είναι πολύ πιθανό ασθενείς που ζουν σε χώρες με ένα πλήρως ανεπτυγμένο και αξιόπιστο σύστημα υγείας να είναι λιγότερο επιρρεπείς σε πράξεις που υπονομεύουν τις ιατρικές συμβουλές. Επιπρόσθετα ενδέχεται άτομα με ένα καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης (Πανεπιστημιακή μόρφωση, μεταπτυχιακό κτλ) να αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους με έναν τρόπο περισσότερο αντικειμενικό, αποφεύγοντας πράξεις που βασίζονται σε προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες, ακολουθώντας τις συμβουλές των ειδημόνων, καθότι γνωρίζουν

πως όπως είπε και ο Πλάτωνας, όταν κάποιος δεν έχει γνώση, δεν μπορεί να έχει γνώμη. Πολλές φορές δηλαδή, άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζονται να είναι περισσότερο επιπόλαια και απόλυτα στις αντιλήψεις τους.

Επιπρόσθετα θα ήταν ίσως ενδιαφέρον να διαχωριστούν τα είδη των γνωστικών διαστρεβλώσεων και να συσχετιστούν με τις συγκεκριμένες αλλαγές που παρατηρούνται στις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς. Η ηλικία θα έπρεπε επίσης να μελετηθεί για να δούμε εάν τα νεαρά άτομα παρουσιάζουν αποκλίσεις από το γηραιότερο πληθυσμό.

Εάν και η έρευνά μας μα έδωσε όμορφα και ενδιαφέροντα αποτελέσματα, εντούτοις φέρει μαζί της και κάποια αδύναμα στοιχεία. Αρχικά, το δείγμα που συλλέξαμε ήταν περιορισμένο(N=60) και αποτελούταν κατά κύριο λόγο από ηλικιωμένα άτομα. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι κάτι φυσιολογικό, εφόσον οι καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται κατά κύριο λόγο έπειτα από τη μέση ηλικία, αλλά το περιορισμένο αυτό ηλικιακά δείγμα δεν μας επιτρέπει να εξετάσουμε με πλήρη ακρίβεια πώς σχετίζεται η ηλικία με τα γνωστικά λάθη και το coping. Ενδέχεται δηλαδή νεότερα άτομα να μην έχουν τα ίδια αποτελέσματα με τους ηλικιωμένους, είτε επειδή το γνωστικό τους επίπεδο είναι καλύτερο ή επειδή στερούνται της πολύχρονης εμπειρίας που απορρέει από την ασθένεια, κάτι που οι μεγαλύτεροι σε ηλικία βιώνουν. Επιπρόσθετα είναι γνωστό πως οι ηλικιωμένοι εκφράζουν συχνά τα συμπτώματά τους και τη γενικότερη κατάστασή τους με έναν τρόπο υπερβολικό, που πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει στην εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων.

Επίσης, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον ανδρικό πληθυσμό, οι γυναίκες του δείγματος υστερούσαν κατά πολύ σε αριθμό. Τα αποτελέσματά μας θα ήταν περισσότερο ενδιαφέροντα εάν είχαμε τη δυνατότητα να μιλήσουμε και για διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων και εάν τελικά το φύλο καθορίζει κατά κάποιο τρόπο την αντίληψη του ασθενούς για την ασθένεια.

Τέλος, το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας έλαβε χώρα στην κλειστή κοινωνία του Ρεθύμνου. Ήδη από την αρχή της συλλογής των δεδομένων αντιμετωπίσαμε προβλήματα που αφορούσαν φόβο για ενδεχόμενο στιγματισμό. Πολλά από τα άτομα που ζουν στο Ρέθυμνο είναι πολύ πιθανό να μην συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια με έναν πλήρως ειλικρινή τρόπο, καθώς ανησυχούσαν πως το πρόβλημά τους θα μαθευτεί, παρότι τους

είχαμε εξαρχής εγγυηθεί την ανωνυμία τους. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις όπου ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε εξωτερικά ιατρεία, οι ηλικιωμένοι ασθενείς συνοδεύονταν από κάποιο οικείο τους πρόσωπο. Εντοπίσαμε πως στις περιπτώσεις αυτές η απόκρισή τους στα ερωτηματολόγια έτεινε να είναι υπερβολική κάποιες φορές, σε σχέση πάντοτε με την εξωτερική φυσική και σωματική τους κατάσταση.

Εν κατακλείδι, συνειδητοποιούμε πως τελικά η ασθένεια και η μετέπειτα πορεία της ξεπερνά τα πλαίσια της λογικής, αντικειμενικής ιατρικής διάγνωσης και εξαρτάται σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα και τα ξεχωριστά ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Οι νοητικές, γνωστικές και συχνά μη λογικές λειτουργίες τακτά εμπλέκονται με έναν τόσο περίεργο τρόπο, όπου τα τελικά αποτελέσματα είναι ακριβώς τα αντίθετα από τα αναμενόμενα. Για να αντιμετωπιστεί λοιπόν μία χρόνια ασθένεια στον πυρήνα της πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά ώστε να προβλέψουμε/αποτρέψουμε τις επερχόμενες συμπεριφορές. Άλλωστε, ο ίδιος ο Ιπποκράτης είχε υποστηρίξει πως “Ουκ ένι ιατρικήν εϊδέναι, όστις μη οϊδεν ό τι εστίν άνθρωπος”.⁴³

43 Μτφ: είναι αδύνατο να ξέρει την ιατρική, αυτός που δεν ξέρει ακριβώς τι είναι ο άνθρωπος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allan, R. & Scheidt, S. (1996). *Heart and Mind*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Αντωνίου, Α.Σ. & Καραδήμας, Ε.Χ. (2012). Στρες και Υγεία. Στο Σ. Βοσνιάδου(Επιμ.Εκδ.), *Ψυχολογία*, (pp. 771-822). Αθήνα: Gutenberg.
- Bandura, A.(1991). Self- efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J.Madden(Ed.),*Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-270). New York: Raven.
- Banning, M. & Tanzeem, T. (2013).Managing the illness experience of women with advanced breast cancer: hopes and fears of cancer-related insecurity. *European Journal of Cancer Care*, 22, 1-8.
- Bell,J.(1998). Clinical Cardiac Psychology. In P. Camic & S.Knight (Eds.), *Clinical Handbook of Health Psychology* (pp.53-98). USA: Hogrefe & Huber.
- Bergin, A.E. & Jensen, J.(1990). Religiosity of Psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Bülow, P.H.(2003).In dialogue with time: Identity and illness in narratives about chronic fatigue. *Narrative Inquiry*, 13(1),71-97.
- Burry, M. & Anderson, R.(1988). *Living with Chronic Illness: the Experience of Patients and their Families*. London: Unwin Hyman.
- Carney, R.M., Freedland, K.E. & Veith, R.C.(2005). Depression, the Autonomic Nervous System, and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 529- 533.

- Carroll, D. (1992). *Health Psychology: Stress, Behaviour and Disease*. London: the Falmer Press.
- Charmaz, K.(1999). Discoveries of self in illness. In K.Charmaz & D.A. Paterniti(Eds.), *Health, Illness, and healing. Society, social context, and self* (pp. 72–82). Los Angeles: Roxbury.
- Christensen, A.J., Moran, P.J. & Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology, 18*,169–176.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J. & Jackson, G.(1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation : role of intention and illness beliefs. *Heart, 82*, 234- 236.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B.,Cotter, L., Heagerty, A., et al.(2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry, 30*, 414-420.
- DiMatteo,R.M. & Martin, L.R.(2011). *Health Psychology*. USA: Pearson Education.
- Doneys, D.M.(2000). Chronic Pain. In Frank,R.G, & Elliott,T.R.(Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp.185-200).Washington,DC: American Psychological Association.
- Endler,N. S., Parker, J.D.A. & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems:Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment,10*, 195-205.
- Falvo, D.R.(2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability, 3rd Revised Edition*. London-Canada: Jones & Bartlett.
- Falvo, D.R.(1991). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Gaithersburg: Aspen.

- Fulton, J.J., Markus, M.K. & Merkey, T.(2011). Irrational Health Beliefs and Health Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 527-538.
- Gellis, Z.D, & Kang-Yi, C.(2012). Meta-analysis of the effect of Cardiac Rehabilitation interventions on Depression outcomes in adults 64 years of age and older. *American Journal of Cardiology*, 110, 1219-1224.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. New York: Simon & Schuster.
- Goodheart, C. D., & Lansing, M.H.(1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hagger,M.S, & Orbell, S.(2003). A meta-analytic Review of the Common Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hall, J.A., Roter, D.L., & Katz, N.R.(1988). Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-675.
- Hemphil,C. R., Stephens,M. P., Rook, K. S., Franks, M.M. & Salem, J.K. (2013). Older adults' beliefs about the timeline of type 2 diabetes and adherence to dietary regimens. *Psychology & Health*, 28(2), 139-153.
- Hirani, S.P. & Newman, S.P.(2005). Patient's beliefs about their Cardiovascular Disease. *Heart*, 91, 1235-1239.
- Hirschberg, M.(2012). Living with Chronic Illness: an Investigation of its Impact on Social Participation. *Reinvention: a Journal of Undergraduate Research*, 5(1), Retrieved January 23, 2013, from <http://www.warwick.ac.uk/reinventionjournal/issues/volume5issue1/hirschberg> .
- Hwu,Y.J.(1995). The impact of Chronic Illness on Patients. *Rehabilitation Nursing*, 20(4),1-5.

- Joynt, K.E., Whellan, D.J., & O'Connor, C.M. (2004). Why is depression bad for the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure. *Journal of Cardiac failure*, 10, 258-270.
- Καλλέγια, Α. (Μάιος 2006). Ιπποκράτης: Ο πατέρας της Ιατρικής. *Ιστορικά Θέματα*, 51, 1-6.
- Karademas, E.C., Zagorianos, A., Stravodimos, K., Gyftopoulos, A., & Constadinides, K. (2010). The adaptation of the Coping with Health Injuries and Problems Scale to a sample of Greek Patients: Validity issues. *Hellenic Journal of Psychology*, 7, 159-179.
- Karademas, E.C., Bakouli, A., Bastounis, A., Kallergi, F., Tamtami, P., et al. (2008). Illness Perceptions, Illness-related Problems, Subjective Health and the Role of Perceived Primal Threat : Preliminary Findings. *Journal of Health Psychology*, 13, 1021-1030.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας : Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα : Τυπωθήτω.
- Kelley, H.H., & Michela, J.L. (1980). Attribution Theory and Research. *Annal Review of Psychology*, 31, 457-501.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, Healing & the Human condition*. USA: Basic Books.
- Larsen, P. & Lubkin, I.M., (2009). *Chronic Illness: Impact and Intervention*. London-Canada: Jones and Bartlett.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping process*. New York: Mc Graw Hill.
- Le Grande, M.R., Elliot, P.C., Worcester, M., Murphy, B., Goble, A., Kugathassan, V., et al. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of

life in cardiac patients. *Psychology, Health and Medicine*, 17(6), 709-722.

Leventhal, H., Cameron, L. D., Leventhal, E., & Ozakinci, G. (2005). Do messages from your body, your friends, your doctor, or the media shape your health behavior? In T. Brock & M. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives*, (pp. 195-233). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health: Social psychological aspects of health*, Vol.4, (pp. 219-252). New Jersey: Earlbaum.

Lewin, B. (1995). Cardiac Disorders. In A. Broome & S. Llewelyn (Eds.), *Health Psychology: Processes and applications* (pp. 141-166). London: Charman & Hall.

Marks, D.F. (2002). *The Health Psychology Reader*. London: Sage.

Martin, R. & Leventhal, H. (2004). Symptom perception and health care-seeking behavior. In T.J. Boll, J.M. Rakzynski & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, 2 (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.

Meenan, R.F., Yelin, E.H., Nevitt, M., & Epstein, W.V. (1981). The impact of chronic disease: A Sociomedical Profile of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 24(3), 544-549.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense model of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.

Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J.B., Mulry, R.P., Tofler, G.H., Jacobs, S.C., et al. (1995). Triggering of Acute Myocardial Infarction Onset by Episodes of Anger. *American Heart Association*, 92(7), 1720-1725.

Morris, R.M., Weinman, J., Petrie, K., Horn, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness

Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

Morris, L.A.(1990). *Communicating therapeutic risks*. New York: Springer.

Oxman, T.E., Freeman, D.H., & Manheimer, E.D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly.

Psychosomatic Medicine, 57, 5-15.

Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Chrisohoou, C., Tsetsekou, E., Papageorgiou, C., & Christodoulou, G.(2004).Inflammation, coagulation, and depressive symptomatology in cardiovascular disease-free people; the ATTICA study. *European Heart Journal*, 25(6), 492-499.

Παπαβενετίου,Ε.(2008). *Διατροφικές συνήθειες, ψυχολογικοί παράγοντες και κλινικά χαρακτηριστικά σε ηλικιωμένα άτομα: Επιδημιολογική μελέτη MEDIS*.(Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Παρίσης, Ι., Φουντουλάκη, Α., & Φιλιππάτος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και Καρδιαγγειακά Νοσήματα. Στο Φ.Αναγνωστόπουλος, & Ε. Καραδήμας (Επιμ.Εκδ.), *Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογικές διεργασίες*, (pp. 403-411). Αθήνα: Λιβάνη.

Petrie, K.J., Weinman, J.A., Sharpe,N., & Buckley, J.(1996). Role of patients view of their illness in prediction return to work and functioning after a Myocardial Infarction: londitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194.

Potts,R.G.(1998). Spirituallity, Religion, and the experience of illness. In P. Camic, & S. Knight(Eds.), *Clinical Handbook of Health Psychology* (pp.495-522). USA: Hogrefe & Huber.

Pratt, L.A., Ford,D.E., Crum, R.M., Armenian,H.K., Gallo,J.J. & Eaton, W.W.(1996). Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the

Baltimore ECA follow-up. *Circulation Journal* , 94(12), 3123-3129.

Rhodes, J.E. (1998). Family, friends and community: the role of social support in promoting health.

In P. Camic, & S. Knight (Eds.), *Clinical Handbook of Health Psychology* (pp.481-494).

USA: Hogrefe & Huber.

Robinson, I. (1988). Managing Symptoms in Chronic Disease: Some dimensions of patient's experience. *International Rehabilitation Medicine*, 10(3), 112-118.

Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.

Sarason, B.R., Pierce, A.R., & Sarason, I.B. (1990). *Social support: The sense of acceptance and the role of relationships*. New York: Wiley.

Seeman, T.E., Berkman, L.F., Blazer, D., & Rowe, J.W. (1994). Social ties, support and neuroendocrine function: The MacArthur studies of successful aging. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 95-106.

Τούντας, Ι. (2007). *Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού*. Ανακτήθηκε, Δεκέμβριο 12, 2012, από

http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_ellinikou_plithusmou.pdf.

Van Beek, M.H.C.T., Mingels, M., Voshaar, O., Van Balkom, A.J.L.M., Lappenschaar, M., Pop, G., et al. (2012). One-year follow up of cardiac anxiety after a myocardial infarction: A latent class analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 362-368.

Williams, A., & Erskine, A. (1995). Chronic Pain. In A. Broome & S. Llewelyn (Eds.), *Health Psychology: Processes and applications* (pp. 353-376). London: Charman & Hall.

World Health Organization (2005). *Facing the facts: the impact of chronic disease in Canada*.

Retrieved, January 25, 2013, from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.