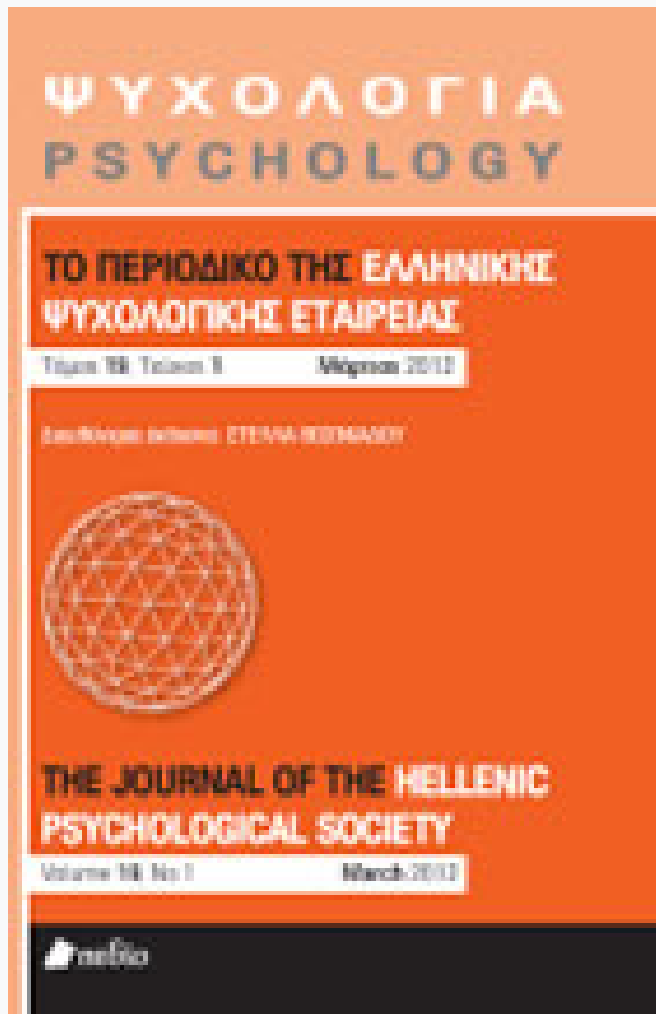


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 19, No 3 (2012)



General affect, illness representations, coping with illness, and subjective health in chronic patients

Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Δήμητρα Μουρίκη, Σταματίνα Σωτήρχου, Δήμητρα Τζάκου, Μαρία Γιαννάκη

doi: [10.12681/psy_hps.23626](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23626)

Copyright © 2020, Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Δήμητρα Μουρίκη, Σταματίνα Σωτήρχου, Δήμητρα Τζάκου, Μαρία Γιαννάκη



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Χ. Καραδήμας Ε., Μουρίκη Δ., Σωτήρχου Σ., Τζάκου Δ., & Γιαννάκη Μ. (2020). General affect, illness representations, coping with illness, and subjective health in chronic patients. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 19(3), 333–347. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23626

Συναισθηματική διάθεση, αναπαραστάσεις και τρόποι διαχείρισης της ασθένειας, και υποκειμενική υγεία σε χρόνιους ασθενείς

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ¹

ΔΗΜΗΤΡΑ ΜΟΥΡΙΚΗ², ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ ΣΩΤΗΡΧΟΥ³

ΔΗΜΗΤΡΑ ΤΖΑΚΟΥ⁴, ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΗ⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση της σχέσης μεταξύ συναισθηματικής διάθεσης, αναπαραστάσεων και στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας, καθώς και υποκειμενικής υγείας σε δείγμα χρόνιων ασθενών. Η συναισθηματική διάθεση του ατόμου χρησιμοποιήθηκε ως ένδειξη του γενικού τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιδρά στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Το δείγμα αποτελείτο από 137 ασθενείς (53 άνδρες, 84 γυναίκες) που υπέφεραν από καρδιαγγειακή νόσο, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ή ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η έρευνα έλαβε χώρα σε δύο φάσεις με απόσταση δύο μηνών μεταξύ τους. Βρέθηκε ότι η συναισθηματική διάθεση του ατόμου σχετίζεται προδρομικά με την υποκειμενική υγεία, ακόμα και ελέγχοντας για τις μεταβλητές που σχετίζονται με την εμπειρία της ασθένειας. Επιπλέον, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και η στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων που αφορούν στην ασθένεια βρέθηκαν να μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ θετικής και αρνητικής γενικής διάθεσης, αφενός, και σωματικής και ψυχικής υγείας, αφετέρου. Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για θεωρητικούς και κλινικούς σκοπούς. Φωτίζουν λίγο περισσότερο τις πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ του ευρύτερου πλαισίου και της εμπειρίας της ασθένειας, ενώ υποδεικνύουν ότι μια αποτελεσματικότερη προσέγγιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς θα μπορούσε να στοχεύει σε ειδικούς παράγοντες της περιοχής του προβλήματος και, παράλληλα, σε παράγοντες πλαισίου.

Λέξεις-κλειδιά: Χρόνια ασθένεια, Συναισθηματική διάθεση, Αυτο-ρύθμιση, Αναπαραστάσεις ασθένειας, Στρατηγικές διαχείρισης ασθένειας.

1. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 74 100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532. Fax: 2831077578. E-mail: karademas@uoc.gr
2. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 74 100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532. Fax: 2831077578. E-mail: dimitramouriki@gmail.com
3. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 74 100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532. Fax: 2831077578. E-mail: t-i-n-a-k-i@hotmail.com
4. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 74 100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532. Fax: 2831077578.
5. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 74 100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532. Fax: 2831077578. E-mail: glauki2003@yahoo.gr

1. Εισαγωγή

Η παρούσα προδρομική έρευνα μελέτησε τις σχέσεις που υφίστανται μεταξύ της γενικής συναισθηματικής διάθεσης, των αναπαραστάσεων για την κατάσταση της υγείας, των στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας, καθώς και των επιπέδων υποκειμενικής υγείας σε ένα δείγμα χρόνιων ασθενών. Στόχος της διερεύνησης αυτής ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο η γενική συναισθηματική διάθεση των ασθενών, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως ένα γενικό ατομικό γνώρισμα - δείκτης του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιδρά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, σχετίζεται προδρομικά με την εμπειρία της ασθένειας (αναπαραστάσεις και στρατηγικές) και με τα επίπεδα υγείας ακόμα και ελέγχοντας για τις σχετιζόμενες με την ασθένεια μεταβλητές. Επίσης, στόχος ήταν να εξεταστεί κατά πόσο οι αναπαραστάσεις και οι στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ γενικής συναισθηματικής διάθεσης και επιπέδων υποκειμενικής υγείας.

Χρόνια ασθένεια

Οι χρόνιες ασθένειες συνήθως δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις τις οποίες οι ασθενείς προσπαθούν μακροχρόνια να διαχειριστούν και να ελέγξουν. Τα κύρια χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών είναι, κατά τους Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal και Ozakinci (2005), τα εξής: είναι συστημικές και επηρεάζουν ένα μεγάλο εύρος βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών λειτουργιών, διαρκούν για όλη σχεδόν την υπόλοιπη ζωή του ασθενούς, συνήθως μπορούν να ελεγχθούν αλλά λίγες μόνο θεραπεύονται, πολλές έχουν προοδευτικά επιδεινούμενο χαρακτήρα και, τέλος, χαρακτηρίζονται από διαδοχή υφέσεων και κρίσεων. Στην Ελλάδα, όπως αναφέρουν οι Τούντας και συνεργάτες (2007), άνω του 45% των πρόωρων θανάτων οφείλονται σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ για το 25% των θανάτων ευθύνονται οι κακοήθειες νεοπλασίες.

Οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν ποικιλία συμπτωμάτων και δυσκολιών,

γεγονός που επιβάλλει αρκετούς περιορισμούς στη ζωή και την καθημερινότητά τους. Σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (2004), η προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια μπορεί να αφορά στο σύνολο σχεδόν της ζωής ενός χρόνιου ασθενούς: από τη σωματική/βιολογική του κατάσταση ως την κοινωνική/οικογενειακή και τη γνωστική/συναισθηματική του ζωή, καθώς και τη συμπεριφορά του. Επίσης, αντιμετωπίζουν αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβο για την εξέλιξη της ασθένειας και για την ίδια τη ζωή τους. Παράλληλα, όμως, η εμπειρία της ασθένειας και η προσαρμογή σε αυτήν επηρεάζονται από τη γενικότερη ζωή του ασθενούς και τις επικρατούσες συνθήκες. Στην πραγματικότητα, η «ασθένεια» δεν βρίσκεται εν κενώ, αλλά προσδιορίζεται από το πώς ο ασθενής την αναπαριστά, πως αντιδρά και από το τι συμβαίνει στο ευρύτερο περιβάλλον του (Leventhal et al., 2005).

Το μοντέλο της κοινής λογικής: αναπαραστάσεις και στρατηγικές

Το μοντέλο της κοινής λογικής (ΜΚΛ) που αναπτύχθηκε από τον Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992. Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) αποτελεί ένα πολύ καλό πλαίσιο για την κατανόηση της εμπειρίας της ασθένειας. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στις αρχές της αυτο-ρύθμισης, ως μιας διαδικασίας ενεργοποίησης και «καθοδήγησης» των συμπεριφορών (ορατών και μη) με απώτερο κίνητρο την προσέγγιση των στόχων του ατόμου. Το ΜΚΛ περιλαμβάνει μια σειρά υποθέσεων-προβλέψεων και ερμηνειών της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία και την ασθένεια. Η περιγραφή τους όμως ξεπερνά κατά πολύ τους στόχους του παρόντος άρθρου, για τις ανάγκες του οποίου θα αναφερθούμε σε συγκεκριμένες μόνο πλευρές του μοντέλου.

Σύμφωνα με το ΜΚΛ, οι ασθενείς αναπτύσσουν γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και της θεραπείας, οι οποίες τους βοηθούν όχι μόνο να συλλάβουν τι τους συμβαίνει αλλά και να ανεύρουν και εφαρμόσουν τρόπους αντιμετώπισης των σχετικών δυσκολιών.

Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μπορούν να χωριστούν σε έξι βασικές ομάδες (Leventhal et al., 1980). (α) Η *ταυτότητα* της ασθένειας που αναφέρεται τόσο στην ονομασία της όσο και στα βασικά συμπτώματα ή τις δυσκολίες που την συνοδεύουν. (β) Τα *αίτια* της ασθένειας όπως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής (π.χ. βιολογικά, ψυχολογικά, περιβαλλοντικά). (γ) Το *χρονοδιάγραμμα* της ασθένειας, το οποίο αφορά σε αντιλήψεις για το πόσο θα διαρκέσει η ασθένεια, αν είναι κάτι χρόνιο, οξύ ή κυκλικό. (δ) Η *θεραπεία/έλεγχος* της ασθένειας, κατά πόσο, δηλαδή, η ακολουθούμενη θεραπεία ή οι προσπάθειες του ίδιου του ασθενούς μπορούν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις συνέπειές της. (ε) Οι *συνέπειες* της ασθένειας σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό, οικονομικό κλπ. (ς) Οι *συναίσθηματικές* αναπαραστάσεις, οι οποίες αναφέρονται στα συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής όπως είναι ο φόβος, η αγωνία, η λύπη, ο θυμός εξαιτίας της ασθένειας. Σε μια διαρκώς ογκούμενη βιβλιογραφία και σε ένα μεγάλο εύρος ασθενειών έχει φανεί ότι μια πιο «λειτουργική» αντίληψη της ασθένειας (ως μιας κατάστασης όπου υπάρχει ένας βαθμός ελέγχου, οι συνέπειες δεν είναι πολύ βαριές ή τα συναισθήματα λιγότερο έντονα) προβλέπει καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια και καλύτερα επίπεδα υγείας και ποιότητας ζωής. Αντιθέτως, μια λιγότερο λειτουργική αντίληψη της ασθένειας (ως πιο βαριάς και λιγότερο ελέγξιμης) προβλέπει χειρότερα επίπεδα υγείας (π.χ. Foster et al., 2008. Frostholm et al., 2007. Gray & Rutter, 2007. Lewelly, McGurk, & Weinman, 2007. Rutter & Rutter, 2007. Για σχετικές ανασκοπήσεις βλ. και Hagger & Orbell, 2003. Martin & Leventhal, 2004).

Εκτός, όμως, των αναπαραστάσεων, αναπόσπαστο τμήμα της διαδικασίας προσαρμογής στην ασθένεια αποτελούν οι προσπάθειες του ασθενούς να τη διαχειριστεί. Σύμφωνα με το ΜΚΛ, μεταξύ αναπαραστάσεων και στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας υφίσταται μια ισχυρή αιτιώδης σχέση (οι αναπαραστάσεις «καθοδηγούν» τις δράσεις και τις στρατηγικές), ενώ οι στρατηγικές που επιλέγει και εφαρμόζει ο ασθενής καθορίζουν εν συνεχεία την προσαρμογή στην ασθένεια και το επίπεδο υγείας (Leventhal et al.,

1980). Όντως, πολλές δεκάδες ερευνών έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας μεσολαβούν μεταξύ αναπαραστάσεων και επιπέδων υγείας (π.χ. Carlisle, John, Fife-Schaw, & Lloyd, 2005. Hagger & Orbell, 2003. Oxland, & Wade, 2008. Rutter & Rutter, 2002. Shen, McCreary, & Myers, 2004). Επίσης, τεράστιος είναι ο αριθμός των ερευνών που καταδεικνύουν την ισχυρή προβλεπτική σχέση των στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας με την προσαρμογή σε αυτή και τα επίπεδα υγείας (π.χ. Compas & Luecken, 2002. Cooper, Katona, Orrell, & Livingston, 2006. Jim, Rischardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006. Osborne, Jensen, Ehde, Hanley, & Kraft, 2007). Σε γενικές γραμμές και σχεδόν σε κάθε έρευνα, στρατηγικές όπως η καταστροφολογία, η επίρριψη ευθυνών στον εαυτό, η διαρκής άρνηση και η αποφυγή συσχετίζονται με χειρότερα επίπεδα υγείας και λειτουργικότητας, ενώ στρατηγικές όπως η προσπάθεια για επίλυση του προβλήματος και η θετική προσέγγιση και επαναξιολόγηση έχουν σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια και καλύτερη υγεία.

Ασθένεια και ευρύτεροι παράγοντες πλαισίου

Πέρα από την πιο στενή «περιοχή του προβλήματος υγείας» (Leventhal et al., 2005) εκτείνεται ο ορίζοντας των ευρύτερων παραγόντων που αφορούν στη γενικότερη ζωή και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, ο οποίος επιδρά σε όλο το εύρος των μεταβλητών που σχετίζονται με την ασθένεια (αναπαραστάσεις, στρατηγικές διαχείρισης, επίπεδα υγείας κλπ). Σύμφωνα με το ΜΚΛ, υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων του πλαισίου και όσων σχετίζονται αμεσότερα με την εμπειρία της ασθένειας (Leventhal et al., 1980. Leventhal, Hudson, & Robitaille, 1997). Μάλιστα, οι Leventhal et al. (2005) τονίζουν ιδιαίτερα τη σημασία του γενικότερου εαυτού και των γνωρισμάτων του (π.χ. γενικοί στόχοι, προσωπικότητα, ταυτότητες, ρόλοι, αναπτυξιακό επίπεδο κλπ), όπως και του κοινωνικού-πολιτισμικού γίνεσθαι, ως

«πλαίσιο» που συν-διαμορφώνει την εμπειρία της ασθένειας.

Όπως, εξάλλου, τονίζει και ο Lazarus (1999), ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται και αντιδρά σε μια πιεστική κατάσταση (όπως μια ασθένεια) είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ προσωπικών παραγόντων και χαρακτηριστικών, περιβάλλοντος και ειδικών γνωρισμάτων της κατάστασης. Κατά συνέπεια, οι αναπαραστάσεις μιας ασθένειας και οι στρατηγικές διαχείρισής της είναι «αξεδιάλυτες» από το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα: οι ασθενείς αναπτύσσουν τις αναπαραστάσεις και τις στρατηγικές τους για την ασθένεια επηρεαζόμενοι και από το ευρύτερο πλαίσιο (Leventhal et al., 2005). Εντούτοις, η σχέση αυτή μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα εμφανής ή ισχυρή καθώς οι παράγοντες του ευρύτερου πλαισίου είναι πιο «απομακρυσμένοι» σε σύγκριση με τους «εγγύτερους» παράγοντες που αφορούν άμεσα στην ασθένεια (π.χ. χαρακτηριστικά της ασθένειας, πορεία της θεραπείας κ.λπ.). Εδώ θα πρέπει επιπλέον να τονιστεί ότι η σχέση μεταξύ της εμπειρίας της ασθένειας και του «πλαίσιου» δεν είναι μονόδρομος, αλλά σαφώς αμφίδρομη: η εμπειρία της ασθένειας υπόκειται σε επιδράσεις του ευρύτερου πλαισίου, αλλά και αυτό μακροπρόθεσμα επηρεάζεται και διαμορφώνεται από την εμπειρία της ασθένειας, αν και το μέγεθος της επίδρασης μπορεί να διαφέρει (Leventhal et al., 2005).

Η παρούσα έρευνα

Όπως προαναφέραμε, στην παρούσα έρευνα προσπαθήσαμε να εξετάσουμε τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ της γενικής συναισθηματικής διάθεσης, των αναπαραστάσεων και των στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας, καθώς και της υποκειμενικής υγείας σε ένα δείγμα χρόνιων ασθενών. Η γενική συναισθηματική διάθεση του ατόμου (θετική και αρνητική) χρησιμοποιήθηκε ως ένας παράγοντας που αντανάκλα το γενικό τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιδρά στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και συνθήκες, καθώς φαίνεται να αντανάκλα βαθύτερους τρόπους προσπέλασης και αντίληψης του περιβάλλοντος και του

εαυτού (Watson, 1988. Watson & Clark, 1984. Tellegen, 1985): η αρνητική διάθεση (αίσθηση δυσφορίας και άλλα αρνητικά συναισθήματα), ως γενικό γνώρισμα του ατόμου, δείχνει την τάση του να αντιμετωπίζει το περιβάλλον ως πιο εχθρικό ή αβέβαιο, επαγρυπνώντας για πιθανούς κινδύνους, όπως και την τάση για εστίαση της προσοχής στον εαυτό και στα προσωπικά αισθήματα. Από την άλλη πλευρά, η γενική θετική συναισθηματική διάθεση δείχνει την τάση του ατόμου για προσέγγιση των άλλων, εστίαση στο περιβάλλον μάλλον παρά τον εαυτό, καθώς και για θετικότερη ερμηνεία ή και τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων. Έτσι, αντανάκλα μια καλή σχέση με το περιβάλλον και περιλαμβάνει καταστάσεις όπως ο ενθουσιασμός, η ενεργητικότητα και η πνευματική εγρήγορση. Η γενική συναισθηματική διάθεση έχει συσχετιστεί σε αρκετές έρευνες με την υγεία (βλ. Watson, 1988. Watson & Clark, 1984).

Καθώς, όμως, η θετική και η αρνητική συναισθηματική διάθεση αντανάκλουν πρωτογενείς ή διαρκέστερους τρόπους αντίληψης του εαυτού και του κόσμου, είναι πιθανό να σχετίζονται επίσης με τους τρόπους αντίληψης και διαχείρισης της χρόνιας ασθένειας και μέσω αυτών με την υγεία. Την πιθανή αυτή σχέση διερευνά η παρούσα έρευνα στοχεύοντας να αναδείξει ένα επιμέρους, έστω, τμήμα της ευρύτερης αλληλεπίδρασης πλαισίου και «περιοχής του προβλήματος υγείας». Τέτοιες έρευνες γενικά είναι πολύ σπάνιες στη διεθνή βιβλιογραφία (βλ. και Leventhal et al., 2005. Leventhal et al., 1997). Έτσι, το όλο ζήτημα του τρόπου αλληλεπίδρασης μεταξύ ευρύτερου πλαισίου και παραγόντων που άμεσα σχετίζονται με το πρόβλημα υγείας παραμένει προς διερεύνηση. Τα σχετικά ευρήματα αναμένονται όμως με ενδιαφέρον, καθώς οι έστω λίγες μελέτες που, για παράδειγμα, έχουν διεξαχθεί γύρω από την επίδραση των συντρόφων ή του γενικού στρες στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια (π.χ. Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, & Revenson, 2010. Karademas, Karamvakalis, & Zarogiannos, 2009. Mellon, Kershaw, Northouse, & Freeman-Gibb, 2007) καταδεικνύουν το σημαντικό ρόλο του περιβάλλοντος στη χρόνια ασθένεια. Όσον αφορά στην παρούσα έρευνα και σύμφωνα με τα όσα

γνωρίζουμε, δεν υπάρχει άλλη δημοσιευμένη έρευνα μέχρι στιγμής που να έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ γενικής συναισθηματικής διάθεσης, παραγόντων που σχετίζονται άμεσα με τη χρόνια ασθένεια (π.χ. σχετικές αναπαραστάσεις) και υγείας των ασθενών. Έτσι, ελπίζουμε η παρούσα προσπάθεια να δώσει κάποιες πρώτες ενδείξεις για τη μορφή των μεταξύ τους σχέσεων.

Πιο συγκεκριμένα, οι υποθέσεις μας ήταν: (α) Η γενική θετική συναισθηματική διάθεση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας, ενώ η αρνητική διάθεση με χαμηλότερα επίπεδα υγείας, ακόμα και ελέγχοντας για τις ειδικές μεταβλητές που σχετίζονται με την ασθένεια (π.χ. αναπαραστάσεις). (β) Κυρίως, όμως, υποθέτουμε ότι οι αναπαραστάσεις και οι τρόποι διαχείρισης της ασθένειας δρουν ως μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ γενικής συναισθηματικής διάθεσης και υποκειμενικής υγείας. Αναμέναμε η θετική διάθεση, ως αντανakλούσα μια πιο θετική ερμηνεία και διαχείριση του περιβάλλοντος, να σχετίζεται με μια πιο θετική προσέγγιση της ασθένειας (π.χ. ως πιο ελέγξιμη, λιγότερο επιβαρυντική), καθώς και με χρήση πιο «ενεργητικών» στρατηγικών (π.χ. επίλυση προβλήματος), τα οποία με τη σειρά τους θα σχετίζονται με καλύτερα επίπεδα υγείας. Η αρνητική διάθεση, ως ενδεικτική της τάσης για επιφυλακτική προσέγγιση του περιβάλλοντος και εστίαση στον εαυτό, αναμέναμε να σχετίζεται με μια λιγότερο θετική προσέγγιση της ασθένειας και με χρήση λιγότερων στρατηγικών επίλυσης προβλήματος (ή και περισσότερων στρατηγικών αποφυγής), τα οποία με τη σειρά τους θα σχετίζονται με χειρότερα επίπεδα υγείας.

2. Μέθοδος

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Χρόνιοι ασθενείς που υπέφεραν από καρδιαγγειακή νόσο, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ή ρευματοειδή αρθρίτιδα, και που επισκεπτόταν τα εξωτερικά ιατρεία ενός μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι τρεις αυτές χρόνιες καταστάσεις επελέγησαν καθώς, εξαιρουμένων των νεοπλασιών

και των ανοιών, αποτελούν τις τρεις συχνότερα εμφανιζόμενες χρόνιες σωματικές νόσους στον ελληνικό πληθυσμό (τουλάχιστον στη βάση αυτοαναφορών με τους περιορισμούς που αυτό συνεπάγεται. Τούντας και συνεργάτες, 2007). Ασθενείς με δυσκολίες στην επικοινωνία ή που αδυνατούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια της έρευνας εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους αποκλείστηκαν. Επίσης, αποκλείστηκαν όσοι ασθενείς κατ' αναφορά τους δεν βρίσκονταν σε σχετικά σταθερή κατάσταση υγείας το τελευταίο εξάμηνο (π.χ. είχαν νοσηλευτεί). Μετά τη λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή, ένας βοηθός έρευνας χορηγούσε τα ερωτηματολόγια σε ένα δωμάτιο του νοσοκομείου. Όσοι δέχτηκαν και συμμετείχαν, προσκλήθηκαν σε ένα δεύτερο ραντεβού δύο περίπου μήνες αργότερα ώστε να συμμετάσχουν στο δεύτερο μέρος της έρευνας (που έλαβε χώρα πάλι στο νοσοκομείο). Ένα υπομνηστικό τηλεφώνημα από την ερευνητική ομάδα προς τους συμμετέχοντες λάμβανε χώρα λίγο πριν τη δεύτερη μέτρηση. Το διάστημα των δύο μηνών κρίθηκε ως μάλλον επαρκής χρόνος ώστε αφενός να μπορεί να μελετηθεί η προδρομική σχέση της γενικής συναισθηματικής διάθεσης με τους ειδικότερους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αφετέρου να διασφαλιστεί η κατά το δυνατόν ευκολότερη πρόσβαση στο σύνολο του δείγματος της πρώτης φάσης: όσο θα διαρκούσε, δηλαδή, η αρχική «δέσμευση» των συμμετεχόντων να λάβουν μέρος και στη δεύτερη φάση της έρευνας. Σημειώνουμε ότι η αρχική δέσμευση τείνει συνήθως να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου, όταν ειδικά δεν προσφέρονται κίνητρα συμμετοχής όπως και στην παρούσα έρευνα. Αρχικώς δέχτηκαν να συμμετάσχουν 155 ασθενείς, 18 όμως δεν έλαβαν μέρος στη δεύτερη φάση της έρευνας. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων συμμετείχαν και στις δύο φάσεις και όσων μόνο στην πρώτη, ως προς το φύλο, την ηλικία, την ασθένεια, την οικογενειακή κατάσταση και τη μόρφωση.

Το τελικό δείγμα αποτελείται από 137 ασθενείς, 53 άνδρες και 84 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 56,26 έτη (τυπική απόκλιση = 16,02. Ελάχιστο = 36, μέγιστο = 79 έτη). Η πλει-

οψηφία υπέφερε από κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα (43,10%), ενώ 31,40% αντιμετώπιζαν σακχαρώδη διαβήτη και 25,50% αρθρίτιδα. Η μέση χρονική απόσταση από την έναρξη της ασθένειας ήταν 12,79 έτη (τυπική απόκλιση = 7,57). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (72,20%). Το 62,80% είχε ως 12 έτη εκπαίδευσης, ενώ οι λοιποί είχαν περισσότερα των 12 ετών (τουλάχιστον 1 έτος ανώτερης εκπαίδευσης). Η έρευνα διεξήχθη μετά από έγκριση της Επιτροπής Δεοντολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

Ψυχομετρικά εργαλεία

Γενική συναισθηματική διάθεση. Η γενική συναισθηματική διάθεση μετρήθηκε με τη χρήση του Positive and Negative Affectivity Schedule (PANAS. Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Περιλαμβάνει δύο κλίμακες που αξιολογούν τη θετική και την αρνητική συναισθηματική διάθεση. Κάθε κλίμακα αποτελείται από 10 θέματα/επιθετικούς προσδιορισμούς που αντιστοιχούν στη θετική (π.χ. περήφανος, ακμαίος, ενθουσιασμένος) ή την αρνητική διάθεση (π.χ. πιεσμένος, ευέξαπτος, νευρικός). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν πόσο βιώνουν γενικά καθένα από αυτά χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (πολύ λίγο ή καθόλου) ως το 5 (πάρα πολύ). Η εσωτερική αξιοπιστία των κλιμάκων ήταν ικανοποιητική (Cronbach α = 0,78 και 0,83 για τη θετική και την αρνητική διάθεση, αντίστοιχα). Η γενική συναισθηματική διάθεση μετρήθηκε στην πρώτη φάση της έρευνας.

Αναπαραστάσεις της ασθένειας. Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας αξιολογήθηκαν με το Revised Illness Perception Questionnaire (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά για τις ανάγκες παλαιότερων ερευνών (βλ. π.χ. Karademas et al., 2008). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε σχέση με το δικό τους πρόβλημα υγείας. Μετρήθηκαν επτά διαστάσεις της αναπαράστασης της ασθένειας: η χρονική διάρκεια (οξεία έναντι χρόνιας) που αναφέρεται

στο πόσο θα διαρκέσει η ασθένεια (6 ερωτήσεις, π.χ. Η ασθένειά μου θα διαρκέσει για μεγάλο διάστημα): οι συνέπειες του προβλήματος υγείας (6 ερωτήσεις, π.χ. Το πρόβλημα υγείας έχει βαριές συνέπειες στη ζωή μου) ο βαθμός προσωπικού ελέγχου επί της ασθένειας (6 ερωτήσεις, π.χ. Η πορεία της ασθένειάς μου εξαρτάται από εμένα) ο θεραπευτικός έλεγχος που αναφέρεται σε αξιολογήσεις για την αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής (5 ερωτήσεις, π.χ. Η θεραπεία που ακολουθώ μπορεί να ελέγξει την ασθένειά μου) η «συνοχή» της ασθένειας, κατά πόσο, δηλαδή, ο ασθενής μπορεί να αντιληφθεί τι του συμβαίνει (5 ερωτήσεις, π.χ. Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα του προβλήματος της υγείας μου) η «κυκλικότητα» της ασθένειας, κατά πόσο, δηλαδή, η ασθένεια και η πορεία της είναι προβλέψιμη ή ποικίλει (4 ερωτήσεις, π.χ. Η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη) τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις που αφορούν στη συναισθηματική επίπτωση της ασθένειας (6 ερωτήσεις, π.χ. Η ασθένειά μου με κάνει να ανησυχώ). Οι συμμετέχοντες απάντησαν στη βάση μιας κλίμακας τύπου Likert από το 1 (διαφωνώ έντονα) ως το 5 (συμφωνώ απόλυτα). Οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) κυμάνθηκαν μεταξύ του 0,73 και του 0,89. Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μετρήθηκαν στην δεύτερη φάση της έρευνας.

Στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας. Οι στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας αξιολογήθηκαν με το Coping with Health Injuries and Problems Scale (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), όπως προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τους Καραδήμα, Ζαρογιάννο, Στραβοδήμο, Γυφτόπουλο και Κωνσταντίδη (2010). Αποτελείται από πέντε παράγοντες-στρατηγικές: διαχείριση προβλήματος που αντιστοιχεί σε προσπάθειες επίλυσης ή λειτουργικής αντιμετώπισης του προβλήματος (8 δηλώσεις, π.χ. Αναζητώ ιατρική θεραπεία όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια. Cronbach α = 0,82) τήρηση της θεραπευτικής αγωγής που αποτελείται από 4 δηλώσεις, οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην προσπάθεια τήρη-

σης των οδηγιών του ιατρικού προσωπικού (π.χ. Κάνω ό,τι μου λέει ο γιατρός μου. Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων. Cronbach $a = 0,79$) ανακουφιστικές στρατηγικές που περιλαμβάνει 4 δηλώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε προσπάθειες επίτευξης σωματικής ανακούφισης και ηρεμίας (π.χ. Πλαγιάζω όταν νιώθω κουρασμένος. Μένω στο κρεβάτι. Cronbach $a = 0,77$) ονειροπόληση - ευχολογική σκέψη που αποτελείται από 5 δηλώσεις, οι οποίες αναφέρονται κυρίως σε αποφυγή της πραγματικότητας (π.χ. Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα. Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα. Cronbach $a = 0,82$) ο τελευταίος παράγοντας, συναισθηματικές αντιδράσεις με 4 δηλώσεις, οι οποίες αντιστοιχούν σε συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου προς το πρόβλημα υγείας (π.χ. Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα. Cronbach $a = 0,80$), δεν συμπεριλήφθηκε στις αναλύσεις μας ώστε να αποφύγουμε τη σύγχυση με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (βλ. παραπάνω). Οι συμμετέχοντες απάντησαν στη βάση μιας κλίμακας τύπου Likert από το 1 (καθόλου) ως το 5 (πάρα πολύ). Οι στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας μετρήθηκαν στην δεύτερη φάση της έρευνας.

Υποκειμενική υγεία. Η σωματική και η ψυχική υποκειμενική υγεία μετρήθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας με τη χρήση των υποκλιμάκων σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής ευεξίας, αντίστοιχα, του RAND Health Survey των 36 ερωτήσεων (RAND 36-item Health Survey, version 1.0. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html). Τα ερωτήματα του RAND Health Survey είναι ίδια με του Medical Outcomes Study SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992. Stewart & Ware, 1992), αλλά το πρώτο υιοθετεί ένα πιο γρήγορο και ευθύ τρόπο ανάλυσης των απαντήσεων. Η κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας αποτελείται από 10 ερωτήσεις γύρω από την τρέχουσα κατάσταση σωματικής αντοχής και ισχύος (π.χ. Πόσο ικανός είστε να ανέβετε αρκετές σκάλες. Cronbach $a = 0,91$). Η κλίμακα συναισθηματικής ευεξίας αποτελείται από πέντε θέματα σχετικά με την ψυχική κατάσταση του ατόμου κατά τις τέσσερις τελευταίες

εβδομάδες (π.χ. Πόσο νιώθατε κακοκεφία και μελαγχολία. Cronbach $a = 0,74$). Το ερωτηματολόγιο διατίθεται στα Ελληνικά από τους κατασκευαστές του. Το τελικό σκορ διαμορφώνεται έτσι ώστε να κυμαίνεται μεταξύ 0 και 100, με τα υψηλότερα σκορ να δηλώνουν καλύτερη υποκειμενική υγεία.

3. Ευρήματα

Προκαταρκτικά ευρήματα

Μια πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης στις μεταβλητές της έρευνας: συναισθηματική διάθεση, αναπαραστάσεις και στρατηγικές, καθώς και υποκειμενική υγεία, με το φύλο ως ανεξάρτητη μεταβλητή δεν έδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές [Wilks $\lambda = 0,87$. $F(15, 119) = 1,23$. $p > 0,10$. $\eta^2=0,13$]. Σε παρόμοια ανάλυση με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι προς μη εγγάμους) δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές [Wilks $\lambda = 0,88$. $F(15, 119) = 1,09$. $p > 0,10$. $\eta^2=0,12$]. Απεναντίας, βρέθηκαν διαφορές ως προς το είδος της ασθένειας [Wilks $\lambda = 0,57$. $F(30, 236) = 2,49$. $p < 0,001$. $\eta^2=0,24$] και το μορφωτικό επίπεδο [ως 12 έτη εκπαίδευσης προς άνω των 12 ετών. Wilks $\lambda = 0,59$. $F(15, 119) = 5,40$. $p < 0,001$. $\eta^2=0,41$]. Οι επιμέρους αναλύσεις έδειξαν ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη δήλωναν υψηλότερο βαθμό ελέγχου και κατανόησης της ασθένειας τους, καθώς και μικρότερη χρήση ανακουφιστικών στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας σε σχέση με τους άλλους [$F_s(2, 132) > 3,60$. $p_s < 0,05$. $\eta^2_s > 0,05$]. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, όσοι είχαν περισσότερα έτη εκπαίδευσης δήλωσαν καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας, λιγότερη χρήση ανακουφιστικών στρατηγικών και ευχολογίας, όπως και μικρότερο θεραπευτικό έλεγχο [$F_s(1, 133) > 11,20$. $p_s < 0,01$. $\eta^2_s > 0,08$]. Τέλος, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και ορισμένων μεταβλητών: όσο μεγαλύτερη ηλικία τόσο χειρότερη σωματική υγεία, χειρότερες συνέπειες και μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση από την ασθένεια, καθώς και μεγαλύτερη χρήση ανακουφιστικών στρατηγικών

Πίνακας 1

Συσχετίσεις (Pearson *r*) της γενικής συναισθηματικής διάθεσης και της υποκειμενικής υγείας με τις αναπαραστάσεις και τις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας (N = 137)

	Θετική διάθεση	Αρνητική διάθεση	Σωματική	Ψυχική υγεία	ΜΟ (ΤΑ)
Θετική διάθεση	1,00				32,18 (5,61)
Αρνητική διάθεση	-0,11	1,00			22,59 (6,16)
Σωματική υγεία	0,23**	-0,01	1,00		70,73 (21,20)
Ψυχική υγεία	0,39***	-0,31***	0,32***	1,00	60,53 (12,78)
Χρονική διάρκεια	-0,18	-0,04	0,20*	0,20*	17,69 (3,61)
Κυκλικότητα	-0,07	-0,03	-0,35***	0,01	13,07 (3,51)
Συνέπειες	-0,09	0,06	-0,44***	-0,02	17,83 (4,49)
Προσωπικός έλεγχος	0,25**	-0,08	0,22*	0,15	18,42 (2,30)
Θεραπευτικός έλεγχος	0,14	-0,10	0,05	0,17*	16,87 (3,15)
Συνοχή	-0,11	0,13	-0,07	0,22*	13,82 (2,83)
Συναισθηματικές αναπαρ.	-0,25**	0,29***	-0,48***	-0,32**	18,99 (4,83)
Διαχείριση προβλήματος	0,19*	-0,02	0,25**	0,08	15,60 (5,11)
Ανακουφιστικές στρατηγ.	-0,12	-0,05	-0,53***	-0,06	11,59 (3,96)
Τήρηση αγωγής	0,04	-0,09	0,21*	0,12	12,19 (2,61)
Ευχολογία	-0,03	0,03	-0,40***	-0,13	17,03 (5,33)

Σημείωση. ΜΟ = Μέσος όρος. ΤΑ = Τυπική απόκλιση.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

και ευχολογίας δηλωνόταν (Pearson $r_s > 0,21$, $p_s < 0,01$). Άλλες στατιστικώς σημαντικές διαφορές ή σχέσεις (π.χ. ως προς τη διάρκεια της ασθένειας) δεν εντοπίστηκαν. Έτσι, όλες οι κύριες αναλύσεις έγιναν στη συνέχεια ελέγχοντας στατιστικά για το είδος της ασθένειας, το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία. Το είδος της ασθένειας εισήχθη στις αναλύσεις υπό τη μορφή δύο ψευδο-μεταβλητών: καρδιαγγειακή νόσος έναντι διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσος έναντι αρθρίτιδας.

Συναισθηματική διάθεση και υποκειμενική υγεία

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, η θετική συναισθηματική διάθεση σχετίζεται κατά τρόπο θετικό με τη σωματική και την ψυχική υποκειμενική υγεία ($p_s < 0,01$). Επίσης, συσχετίζεται θετικά με την

αναπαράσταση προσωπικού ελέγχου στην ασθένεια, αλλά αρνητικά με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις ($p_s < 0,01$). Με τις στρατηγικές εμφάνισε μόνο μία σημαντική συσχέτιση, με τη διαχείριση του προβλήματος ($p < 0,05$). Η αρνητική συναισθηματική διάθεση σχετίζεται μόνο με την ψυχική υγεία κατά αρνητικό τρόπο ($p < 0,001$), καθώς και με τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας κατά θετικό τρόπο ($p < 0,001$). Οι συσχετίσεις μεταξύ υποκειμενικής υγείας και αναπαραστάσεων και στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας είναι σύμφωνες προς τη θεωρία και τα τυπικά ερευνητικά ευρήματα σε δεκάδες ερευνών: μια πιο θετική αναπαράσταση της ασθένειας και οι πιο εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές σχετιζόταν με καλύτερα επίπεδα υγείας (βλ. και Compas & Luecken, 2002. Hagger & Orbell, 2003. Leventhal et al., 1980. Martin & Leventhal, 2004).

Πίνακας 2

Περίληψη των αποτελεσμάτων από τις ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης για τις μεταβλητές που σχετίζονται με την υποκειμενική υγεία στη Β' φάση της έρευνας (N = 137)

	Βήμα 1 – Συμμεταβλητές		Βήμα 2 – Γενική Συναισθηματική Διάθεση		β θετικής	T θετικής	β αρνητικής	T αρνητικής
	ΔR^2	F_{change} (df)	ΔR^2	F_{change} (df)				
Σωματική υγεία	0,46	8,75*** (15, 119)	0,01	2,07 (2, 117)	0,15	2,03*	0,01	0,13
Ψυχική υγεία	0,22	3,49*** (15, 119)	0,33	11,16*** (2, 117)	0,28	3,28**	-0,26	-3,23**

Σημείωση. Στο Βήμα 1 εισήχθηκαν οι μεταβλητές: ηλικία, μόρφωση, ασθένεια, αναπαραστάσεις και στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας.

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Για να εξετάσουμε κατά πόσο η γενική συναισθηματική διάθεση σχετίζεται με τα επίπεδα υγείας, ελέγχοντας για τις μεταβλητές της «περιοχής του προβλήματος», προβήκαμε σε δύο αναλύσεις ιεραρχικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές σε κάθε μία τα επίπεδα υποκειμενικής σωματικής και ψυχικής υγείας. Σε κάθε ανάλυση, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ηλικία, η μόρφωση, το είδος της ασθένειας, καθώς και οι αναπαραστάσεις και οι στρατηγικές, οι οποίες εισήχθηκαν στο πρώτο βήμα των ιεραρχικών αναλύσεων παλινδρόμησης, καθώς και η θετική και η αρνητική συναισθηματική διάθεση (στο δεύτερο βήμα των αναλύσεων). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η θετική συναισθηματική διάθεση φάνηκε να σχετίζεται οριακά με τα επίπεδα σωματικής υγείας ($\beta = 0,15$, $p < 0,05$), ενώ τόσο η θετική όσο και η αρνητική συναισθηματική διάθεση βρέθηκαν να σχετίζονται με τα επίπεδα σωματικής υγείας ($\beta_s = 0,25$ και $-0,26$, αντίστοιχα, $p_s < 0,01$. Βλ. Πίνακα 2).

Οι αναπαραστάσεις και οι στρατηγικές ως διαμεσολαβητές

Προκειμένου να ελέγξουμε εάν οι αναπαραστάσεις και οι στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ διάθεσης και επιπέδων υποκειμενικής υγείας, χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο αξιολόγησης έμμεσων επιδράσεων σε μοντέλα πολλαπλών μεσολαβητών, όπως έχει αναπτυχθεί από τους Preacher και Hayes (2008). Η μέθοδος αυτή επιτρέπει να εξεταστεί ο

βαθμός στον οποίο κάθε επιμέρους πιθανός μεσολαβητής όντως μεσολαβεί μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής, ελέγχοντας για όλους τους άλλους πιθανούς μεσολαβητές που έχουν εισαχθεί στην εξίσωση, καθώς και για συμμεταβλητές (στην προκειμένη περίπτωση ελέγξαμε για την ηλικία, τη μόρφωση και το είδος ασθένειας). Με άλλα λόγια, εξετάζει ειδικές έμμεσες επιδράσεις. Η μέθοδος αυτή υπολογίζει, μεταξύ άλλων, το Sobel τεστ όπως και τα bootstrapped διαστήματα εμπιστοσύνης για κάθε μία ειδική έμμεση επίδραση (για περισσότερα σχετικά με τη μέθοδο παραπέμπουμε στους Preacher & Hayes, 2008). Οι ειδικές έμμεσες επιδράσεις της θετικής και της αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης στην υποκειμενική υγεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Στην ανάλυση αυτή συμπεριλάβαμε ως πιθανούς μεσολαβητές μόνο εκείνες τις αναπαραστάσεις και τις στρατηγικές που βρέθηκαν από τις προηγούμενες αναλύσεις να σχετίζονται τόσο με τη γενική συναισθηματική διάθεση όσο και με τα επίπεδα υγείας: τον προσωπικό έλεγχο, τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις και τη στρατηγική διαχείρισης του προβλήματος. Σύμφωνα με τα ευρήματα (βλ. Πίνακα 3), οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις μεσολαβούν στις σχέσεις μεταξύ τόσο της θετικής όσο και της αρνητικής διάθεσης, αφενός, και της υποκειμενικής και της ψυχικής υγείας, αφετέρου. Επίσης, η στρατηγική διαχείρισης προβλήματος μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ θετικής διάθεσης και ψυχικής όπως και σωματικής υγείας.

Πίνακας 3
Οι Έμμεσες επιδράσεις της συναισθηματικής διάθεσης στην υποκειμενική υγεία μέσω των αναπαραστάσεων και στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας

	Τιμή Β	Τυπικό Σφάλμα	Τιμή Ζ	Bootstrapping	
				95% Διάστημα Εμπιστοσύνης [†]	
				Χαμηλό	Υψηλό
AM: Θετική διάθεση, EM: Υποκειμενική Σωματική Υγεία					
Προσωπικός έλεγχος	0,0466	0,0741	0,6289	-0,4712	0,3000
Συναισθηματικές αναπαρ.	0,3612	0,1517	2,3819	0,0680	0,6123
Διαχείριση προβλήματος	-0,1601	0,1044	-1,5331	-0,4176	-0,0014
AM: Αρνητική διάθεση, EM: Υποκειμενική Σωματική Υγεία					
Προσωπικός έλεγχος	-0,0178	0,0286	-0,6228	-0,1765	0,0271
Συναισθηματικές αναπαρ.	-0,5017	0,1706	-2,9400	-0,7547	-0,1791
Διαχείριση προβλήματος	-0,0003	0,0064	-0,0470	-0,0481	0,0902
AM: Θετική διάθεση, EM: Υποκειμενική Ψυχική Υγεία					
Προσωπικός έλεγχος	-0,0169	0,0445	-0,3794	-0,1577	0,1240
Συναισθηματικές αναπαρ.	0,1797	0,0863	2,2924	0,0673	0,5364
Διαχείριση προβλήματος	0,0855	0,0552	10,5482	0,0278	0,3396
AM: Αρνητική διάθεση, EM: Υποκειμενική Ψυχική Υγεία					
Προσωπικός έλεγχος	-0,0024	0,0135	-0,1810	-0,1177	0,0283
Συναισθηματικές αναπαρ.	-0,2345	0,0889	-2,6389	-0,5958	-0,1060
Διαχείριση προβλήματος	-0,0115	0,0474	-0,2436	-0,1289	0,1010

Σημείωση: AM = ανεξάρτητη μεταβλητή, EM = εξαρτημένη μεταβλητή

[†] Διορθωμένο σφάλμα bootstrapping (5000 bootstrap δείγματα) ελέγχοντας για ηλικία, ασθένεια και εκπαίδευση. Οι έμμεσες επιδράσεις είναι στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο $p < 0,05$ για διάστημα εμπιστοσύνης 95%, όταν σε αυτό δεν περιλαμβάνεται η μηδενική τιμή.

4. Συζήτηση

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η εξέταση της σχέσης μεταξύ γενικής συναισθηματικής διάθεσης, αναπαραστάσεων και στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας και υποκειμενικής υγείας σε δείγμα χρόνιων ασθενών. Η γενική συναισθηματική διάθεση του ατόμου χρησιμοποιήθηκε ως μια ένδειξη του γενικού τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιδρά στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, ελέγχοντας έτσι τη σχέση μεταξύ ευρύτερου ατομικού πλαισίου, παραγόντων που βρίσκονται εντός της «περιοχής του προβλήματος υγείας» (αναπαρα-

στάσεις, στρατηγικές), καθώς και επιπέδων υγείας. Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, τα ευρήματα προσέφεραν στήριξη στις υποθέσεις μας. Κατ' αρχάς, η γενική συναισθηματική κατάσταση των ασθενών βρέθηκε να σχετίζεται προδρομικά με την υποκειμενική ψυχική υγεία, ελέγχοντας για τους παράγοντες της «περιοχής του προβλήματος υγείας». Αυτό δείχνει τη σημασία των ευρύτερων ατομικών παραγόντων στη διαμόρφωση των επιπέδων υγείας των ασθενών, και το ρόλο που αυτοί διαδραματίζουν ανεξάρτητα από τους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την ασθένεια. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο προς το Μοντέλο της Κοινής Λογικής

(π.χ. Leventhal et al., 2005), το οποίο τονίζει τη σημασία του πλαισίου στη διαδικασία προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια.

Κυρίως, όμως, βρέθηκε στην έρευνά μας ότι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας και η στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων που αφορούν στην ασθένεια μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ θετικής και αρνητικής γενικής διάθεσης και σωματικής και ψυχικής υγείας. Η θετική συναισθηματική διάθεση βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα διαχείρισης των προβλημάτων της ασθένειας, τα οποία με τη σειρά τους σχετιζόταν με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Επίσης, η θετική διάθεση σχετιζόταν με ηπιότερα αρνητικά συναισθήματα για την ασθένεια. Απεναντίας, η αρνητική συναισθηματική διάθεση σχετιζόταν με εντονότερα αρνητικά συναισθήματα για την ασθένεια, τα οποία με τη σειρά τους βρέθηκαν να σχετίζονται με χειρότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι η γενική αρνητική διάθεση δεν αποτελεί απλά την αντίθετη όψη ή την έλλειψη θετικής διάθεσης. Οι δύο αυτοί «τύποι» διάθεσης αποτελούν τις αποτυπώσεις δύο μάλλον διαφορετικών τρόπων αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Watson et al., 1988). Για το λόγο αυτό, εξάλλου, η μεταξύ θετικής και αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης συνάφεια παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα, όπως και στην παρούσα έρευνα. Έτσι, και οι «διάδρομοι επίδρασης» τους στην υγεία των χρόνιων ασθενών, δεν πρέπει να ερμηνευτούν ως αντιθετικές αλλά ως μάλλον διαφορετικές διεργασίες. Η θετική συναισθηματική διάθεση φαίνεται να αντανακλά μια καλή σχέση με το περιβάλλον και τους άλλους, ενεργητικότητα και εγρήγορση (Watson, 1988. Watson & Clark, 1984). Αυτή η γενική τάση του ατόμου να προσεγγίζει το περιβάλλον με ένα ενεργητικό ή και αισιόδοξο τρόπο φαίνεται, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, να συνοδεύεται και από την υιοθέτηση μιας ανάλογης αναπαράστασης της ασθένειας ως λιγότερο επιβαρυντικής, αλλά και από την υιοθέτηση στρατηγικών που στοχεύουν στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ασθένεια. Καθώς αυτά σχετίζονται γενικά με καλύτερη προ-

σαρμογή και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Leventhal et al., 1980. Hagger & Orbell, 2003), φαίνεται ότι η θετική διάθεση υποβοηθά ή συντελεί στη διατήρηση μιας πιο «λειτουργικής» προσέγγισης της χρόνιας ασθένειας και, κατ' επέκταση, σε καλύτερη υγεία.

Αντίθετα, η γενικευμένη τάση του ατόμου να προσεγγίζει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος με επιφυλακτικό, ανήσυχο ή και εχθρικό τρόπο, όπως αυτό αντανακλάται στη γενική αρνητική διάθεση (Watson, 1988. Tellegen, 1985), σχετίστηκε και στην παρούσα έρευνα με χειρότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας, μέσω των συναισθημάτων που αφορούν στην ασθένεια. Με άλλα λόγια, μια επιφυλακτική προσέγγιση του περιβάλλοντος φάνηκε να σχετίζεται με μια λιγότερο λειτουργική προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια, καθώς συνοδεύονταν από εντονότερα αρνητικά συναισθήματα για την ασθένεια (π.χ. μεγαλύτερο φόβο ή θυμό), τα οποία γενικώς σχετίζονται με χειρότερα επίπεδα υγείας και ποιότητας ζωής (Leventhal et al., 1980. Hagger & Orbell, 2003. Mayne, 2001).

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι η γενική συναισθηματική διάθεση ως δείκτης του γενικότερου πλαισίου της ζωής σχετίζεται με την υγεία των χρόνιων ασθενών, αλλά και με τους παράγοντες της «περιοχής του προβλήματος υγείας», οι οποίοι λειτουργούν ως μεσολαβητής στη σχέση της διάθεσης με τα επίπεδα της υποκειμενικής υγείας, όπως υποστηρίζει και το Μοντέλο της Κοινής Λογικής (Leventhal et al., 1980. Leventhal et al., 2005). Το ευρύτερο πλαίσιο και οι παράγοντες που αφορούν στην περιοχή του προβλήματος φαίνεται πως βρίσκονται σε ένα αδιάλειπτο «διάλογο» και συν-διαμορφώνουν την προσαρμογή στην ασθένεια, αν και οι όποιες επιδράσεις του πλαισίου είναι πιθανό να ασκούνται κυρίως έμμεσα. Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά τόσο για θεωρητικούς όσο και για πρακτικούς-κλινικούς σκοπούς.

Όσον αφορά στο πρώτο, καταδεικνύεται αυτό που τονίζεται από αρκετά θεωρητικά μοντέλα, αλλά συχνά παραβλέπεται, ότι η αντίδραση και η προσαρμογή σε μια στρεσογόνο συνθήκη εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν τόσο στο ίδιο το γεγονός ή τη συνθήκη, στα γενικότερα

γνωρίσματα του ατόμου και την προσωπική του ιστορία, καθώς και στο γενικότερο περιβάλλον. Μεταξύ αυτών υπάρχουν αλληλεπιδράσεις που μεταβάλλονται στο χρόνο. Για το λόγο αυτό, τα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα δίνουν ανάλογη έμφαση και προσπαθούν να περιγράψουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ πλαισίου και συγκεκριμένου προβλήματος (π.χ. Leventhal et al., 1992) ή μεταξύ ατομικών συμπεριφορών και αντίστοιχων συμπεριφορών που προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. Bodenmann, 2005). Αντίθετα, η αδυναμία συνυπολογισμού των δυναμικών αυτών σχέσεων, ή η αποκλειστική εστίαση σε παράγοντες που αφορούν είτε μόνο τα ερεθίσματα, είτε μόνο το άτομο, είτε μόνο το γενικό πλαίσιο οδηγούν σε μονομερή ή και λανθασμένη αντίληψη της όλης διαδικασίας αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος. Εντούτοις, δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι όποιες επιδράσεις ασκούνται (α) είναι αμφίδρομες, αν και όχι απαραίτητα ίσης ισχύος (Leventhal et al., 2005), καθώς και (β) ότι δεν είναι όλες άμεσες, αλλά ασκούνται σε μεγάλο βαθμό η μία μέσω της άλλης, από τις πιο γενικές ή «απομακρυσμένες» στις πιο ειδικές ή «εγγύς».

Βέβαια, όλα τα παραπάνω έχουν συνέπειες και για την κλινική πράξη καθώς υποδεικνύουν ότι μια αποτελεσματικότερη προσέγγιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς θα ήταν καλό να στοχεύει τόσο σε ειδικούς παράγοντες της περιοχής του προβλήματος όσο και σε παράγοντες πλαισίου. Είναι πιθανό, αν και η εστίαση στην πρώτη ομάδα παραγόντων να επιφέρει αμεσότερα αποτελέσματα (βλ. π.χ. Goodman, Morrissey, Graham, & Bossingham, 2005. Petrie, Cameron, Ellis, Buick, & Weinman, 2002), η παράλληλη παρέμβαση σε παράγοντες πλαισίου να διασφαλίζει τη διαιώνιση και ενίσχυση των αποτελεσμάτων. Ταυτόχρονα, βέβαια, είναι εξίσου πιθανό η εστίαση μόνον σε κάποιους παράγοντες πλαισίου να μην επιφέρει επαρκή αποτελέσματα, καθώς οι «εγγύτεροι» παράγοντες της περιοχής του προβλήματος δεν είναι βέβαιο ότι θα αλλάξουν με τον τρόπο αυτό, εφόσον εξαρτώνται από πλειάδα γενικότερων μεταβλητών αλλά και από το ίδιο το πρόβλημα.

Σε κάθε περίπτωση, τα ευρήματα και τα συ-

μπεράσματα της έρευνας αυτής θα πρέπει να εξετάζονται υπό το πρίσμα των περιορισμών της. Έτσι, αν και προδρομική η έρευνα, δεν παύει να είναι συναφειακή με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η διερεύνηση και διαπίστωση αιτιωδών σχέσεων. Το δείγμα της έρευνας είναι ανομοιογενές καθώς αποτελείται από άτομα που έπασχαν από διαφορετικές ασθένειες. Όμως, το είδος της ασθένειας και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται είναι πιθανό να επηρεάζουν τη διαδικασία αυτο-ρύθμισης, όπως και τις σχέσεις μεταξύ των σχετικών παραγόντων (Leventhal et al., 1980). Έτσι, για την εξαγωγή στερεότερων συμπερασμάτων απαιτείται ο επανέλεγχος των υποθέσεών μας σε πιο ομοιογενή δείγματα ασθενών. Επίσης, η έρευνα βασίστηκε σε αυτο-αναφορές των ασθενών, ενώ εξετάστηκε η υποκειμενική υγεία των ασθενών, και όχι αντικειμενικά-κλινικά συμπτώματα. Τέλος, αν και οι εξεταζόμενες σχέσεις είναι αμφίδρομες, η παρούσα έρευνα δεν είχε τέτοιο στόχο και σχεδιασμό. Παρ' όλα αυτά, πιστεύουμε ότι τα ευρήματα της έρευνάς μας εμπεριέχουν αξία, καθώς φωτίζουν λίγο περισσότερο τις πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ ευρύτερου πλαισίου και της εμπειρίας της ασθένειας, καθώς και την περίπλοκη διαδικασία προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Η προσπάθεια κατανόησης των φαινομένων αυτών δεν είναι εύκολη ή γρήγορη, είναι όμως εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και ωφέλιμη ώστε να δομηθούν πληρέστερα και ακριβέστερα μοντέλα περιγραφής της ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελεσματικότεροι τρόποι παρέμβασης. Έτσι, αν και αυτή η προσπάθεια είναι επίπονη και χρειάζεται να στηριχθεί σε πολλή περισσότερη έρευνα, πιστεύουμε ότι τελικά θα αποδώσει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

- Badr, H., Carmack, C.L., Kashy, D.A., Cristofanilli, M., & Revenson, T.A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology, 29*, 169-180.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T.A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.),

- Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carlisle, A.C.S., John, A.M.H., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10, 571-587.
- Compas, B.E., & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 111-114.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 90, 15-20.
- 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.
- Foster, N.E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J., & Hay, E. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136, 177-187.
- Frosthalm, L., Oernboel, E., Christensen, K.S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J., & Fink, P. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 129-138.
- Goodman, D., Morrissey, S., Graham, D., & Bossingham, D. (2005). The application of cognitive-behaviour therapy in altering illness representations of systemic lupus erythematosus. *Behaviour Change*, 22, 156-171.
- Gray, S.E., & Rutter, D.R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22, 159-174.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M., & Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25, 753-761.
- Karademas, E.C., Bakouli, A., Bastounis, A., Kallergi, F., Tamtami, P., & Theofilou, M. (2008). Illness perceptions, illness-related problems, subjective health, and the role of perceived primal threat: Preliminary results. *Journal of Health Psychology*, 13, 47-55.
- Καραδήμας, Ε.Χ., Ζαρογιάννος, Α., Στραβοδήμος, Κ., Γυφτόπουλος, Α., & Κωνσταντινίδης, Κ. (2010). Η προσαρμογή της Κλίμακας Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας σε δείγμα ελλήνων ασθενών: Ζητήματα εγκυρότητας. *Hellenic Journal of Psychology*, 7, 159-179.
- Karademas, E.C., Karamvakalis, N., & Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness: Is the stress of life associated with illness perceptions and coping? *Stress and Health*, 25, 405-412.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotions: A new synthesis*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 223-230.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representations of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Martin, R., & Leventhal, H. (2004). Symptom perception and health care-seeking behavior. In T.J. Boll, J.M. Raczynski & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol. 2 (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A., & Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 197-240). London: Sage.
- Leventhal, H., Hudson, S., & Robitaille, C. (1997). Social comparison and health: A process model. In B. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 411-432). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Llewelly, C.D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17-26.
- Mayne, T.J. (2001). Emotions and health. In T.J.

- Mayne and G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 361-397). New York: Guilford.
- Mellon, S., Kershaw, T.S., Northouse, L.L., & Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 16, 214-223.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Osborne, T.L., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Hanley, M.A., & Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, 127, 52-62.
- Oxland, M., & Wade, T.D. (2008). Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology*, 13, 79-92.
- Petrie, K.J., Cameron, L., Ellis, C.J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). Asymptomatic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Rutter, C.L., & Rutter, D.R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7, 377-391.
- Rutter, C.L., & Rutter, D.R. (2007). Longitudinal analysis of the illness representation model in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Health Psychology*, 12, 141-148.
- Shen, B.J., McCreary, C.P., & Myers, H.F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 39-49.
- Stewart, A.L., & Ware, J.E. (Eds.) (1992). *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcome Study approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Stewart, K.E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In T. Boll, J.M. Raczynski & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (vol. 2, pp. 405-421). Washington, DC: American Psychological Association.
- Τούνταο, Ι. και ουνεργάτεο (2007). *Η υοεία του Ελληνικού πληθουομού*. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεοιών Υοείαο Εργαστηοίου Υοεινής και Επιδημοολοοίαο Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ware, J.E., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L.A. and Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

General affect, illness representations, coping with illness, and subjective health in chronic patients

EVANGELOS C. KARADEMAS¹

DIMITRA MOURIKI², STAMATINA SOTIRCHOU³

DIMITRA TZAKOU⁴, MARIA GIANNAKI⁵

ABSTRACT

The aim of the present study was to examine the relation of general affect to chronic patients' illness representations, coping strategies and subjective health. Positive and negative affect was used as indicators of the typical personal responses to environmental stimuli. Patients suffering from a cardiovascular disease, diabetes mellitus-II, or rheumatoid arthritis ($N=137$; 53 males, 84 females) participated in the study, which was conducted in two phases with a two-month time interval. According to the findings, general affect is related to subjective health, even after controlling for illness-related variables. Moreover, the emotional representations of illness and the illness problem-solving coping strategies mediated the relation of positive and negative affect to both physical and psychological health. These findings are important for theory and clinical practice as they may help us better understand the complex relationships between the illness experience and the broader personal and social context. At the same time, they suggest that an intervention plan aiming at both the problem- and the context-related factors could be more efficient in helping chronic patients, than aiming solely at either the context or the problem.

Keywords: Chronic illness; Affect; self-regulation; Illness representations; Coping with illness.

1. *Address:* Department of Psychology, University of Crete, 74100 Gallos, Rethymnon, Greece. Tel.: + 30 28310 77532. Fax: + 30 28310 77578. E-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr
2. *Address:* ...
3. *Address:* ...
4. *Address:* ...
5. *Address:* ...