

## Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ

*Ευάγγελος Χ. Καραδήμας<sup>1</sup>, Αριστείδης Ζαρογιάννος<sup>2</sup>,  
Κωνσταντίνος Στραβοδήμος<sup>2</sup>, Αναστάσιος Γυφτόπουλος<sup>2</sup>,  
& Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Κρήτης & <sup>2</sup>Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**Περίληψη:** Για την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας απαιτείται η χρήση ειδικά σχεδιασμένων, έγκυρων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η προσαρμογή σε πληθυσμό Ελλήνων ασθενών μιας τέτοιας κλίμακας, της Κλίμακας Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (Endler et al., 1998). Η κλίμακα χορηγήθηκε σε 4 ομάδες ασθενών (συνολικά 187 ασθενείς, 108 άνδρες και 79 γυναίκες). Μετά από διερευνητική ανάλυση παραγόντων αποκαλύφθηκε μια δομή πέντε παραγόντων (στρατηγικών): διαχείριση προβλήματος, τήρηση θεραπευτικής αγωγής, συναισθηματικές αντιδράσεις, ανακουφιστικές στρατηγικές, και ονειροπόληση-ευχολογική σκέψη. Η δομή αυτή δεν ταυτίζεται με αυτήν της αρχικής κλίμακας. Επιπλέον, αποκαλύφθηκε παρουσία σύνθετων στρατηγικών αντιμετώπισης.

**Λέξεις κλειδιά:** Βλάβες υγείας, Προβλήματα υγείας, Στρατηγικές αντιμετώπισης.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καταστάσεις πίεσης (στρες) σχετίζονται με σειρά προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας καθώς και με δυσκολίες προσαρμογής τόσο στους ανθρώπινους οργανισμούς (Crueess, Schneiderman, Antoni, & Penedo, 2004) όσο και στα ζώα (McCabe et al., 2000). Στους ανθρώπους η εμπειρία του στρες συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τα στρεσογόνα ερεθί-

---

**Address:** Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Γάλλος, 741 00 Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310-77532. Fax: 28310 77578. Email: karademas@psy.soc.uoc.gr

σματα (Lazarus & Folkman, 1984). Ένα σημαντικό τμήμα της διεργασίας αντιμετώπισης του στρες είναι οι στρατηγικές τις οποίες θα επιλέξει το άτομο για να διευθετήσει τις στρεσογόνες καταστάσεις. Οι Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, και Gruen (1986) ορίζουν τις στρατηγικές αυτές ως «προσπάθειες του ατόμου, γνωστικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς, να διευθετήσει (μειώσει, ελαχιστοποιήσει, επιβληθεί ή αντέξει) (σ)τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης προσώπου-περιβάλλοντος» (σ. 993). Η έρευνα έχει δείξει ότι η συσχέτιση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (ΣΑΣΚ) και σωματικής και ψυχικής υγείας είναι υψηλή (Beasley, Thompson, & Davidson, 2003).

Μία από τις μείζονες στρεσογόνες καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι οι σοβαρές ασθένειες (Καραδήμας, 2005). Μια αυξανόμενη βιβλιογραφία υποδεικνύει, μάλιστα, τη σημασία των ΣΑΣΚ στην προσαρμογή στην ασθένεια (Golden-Kreutz & Andersen, 2004. Luecken & Compas, 2002). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι στρατηγικές όπως η θετική επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλήματος σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Jim, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006). Η χρήση ευχολογικής σκέψης και η χαμηλή χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλήματος ή αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης έχει συσχετισθεί με λιγότερο καλή προσαρμογή σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας (McCabe, McKern, & McDonald, 2004). Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν σε έρευνες μεταξύ υποψηφίων για μεταμόσχευση πνεύμονος (Myaskovsky et al., 2005), όπως και σε ασθενείς που βρίσκονταν σε διαδικασία μεταμόσχευσης καρδιάς (Bucker, Evon, Losielle, Finkel, & Mill, 2005). Σημαντική είναι, επίσης, η σχέση των ΣΑΣΚ με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, όπως έχει φανεί από έρευνες σε διάφορες ομάδες ασθενών (Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson, & Rothbart, 2003. Johnson, Zautra, & Davis, 2006). Τέλος, οι ΣΑΣΚ φαίνονται να συσχετίζονται ακόμα και με τον κίνδυνο θανάτου σε χρόνιους ασθενείς (Murberg, Furge, & Bru, 2004), αλλά και με την προσαρμογή που εμφανίζουν οι κύριοι φροντιστές ασθενών (Fletcher et al., 2006. Myaskovsky et al., 2005).

Όλες οι παραπάνω έρευνες υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της μελέτης των ΣΑΣΚ σε θέματα ασθένειας και, επομένως, την ανάγκη να υπάρχουν αξιόπιστες και έγκυρες κλίμακες αξιολόγησης των στρατηγικών αυτών. Στην υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία υπάρχουν γενικώς δύο τάσεις. Σε πολλές έρευνες χρησιμοποιούνται κλίμακες που έχουν κατασκευαστεί για να αξιολογήσουν τις ΣΑΣΚ σε μια στρεσογόνο κατάσταση γενικώς. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη χρήση του ερωτηματολογίου στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) σε ποικίλες τροποποιημένες μορφές, ώστε να εναρμονιστούν με

την υπό μελέτη κατάσταση (Bucker et al., 2005. Murberg et al., 2004. Myaskovsky et al., 2005), ή τη χρήση του Ερωτηματολογίου Τρόπων Αντιμετώπισης (Ways of Coping Questionnaire, WOCQ: Folkman et al., 1986) ομοίως σε διάφορες μορφές (McCabe et al., 2004. Siegel & Schrimshaw, 2005). Από την άλλη πλευρά, σε αρκετές έρευνες χρησιμοποιούνται κλίμακες που έχουν κατασκευαστεί για να μετρήσουν τις ΣΑΣΚ σε μια συγκεκριμένη ασθένεια. Έτσι, έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί κλίμακες ΣΑΣΚ για το άσθμα (Aalto, Härkäpää, Aro, & Rissanen, 2002), για τον πόνο (Brown & Nicassio, 1987), ή για τις νεοπλασίες όπως το ερωτηματολόγιο Ψυχική Προσαρμογή στον Καρκίνο (Mental Adjustment to Cancer, MAC: Watson, Greer, & Bliss, 1989). Το τελευταίο, μάλιστα, αξιολογεί τόσο στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας όσο και την ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια (Nordin, Belglund, Terje, & Glimelius, 1999).

Όμως, σύμφωνα με τους Endler, Parker, και Summerfeldt (1998), η χρήση κλιμάκων ΣΑΣΚ στις έρευνες γύρω από την προσαρμογή στην ασθένεια συνδέεται αρκετές φορές με ορισμένα σοβαρά ζητήματα. Η χρήση κλιμάκων που δεν κατασκευάστηκαν ειδικά για την ασθένεια (όπως, π.χ., το COPE ή το WOCQ) παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς. Αυτές οι κλίμακες αναπτύχθηκαν, κατά τους ερευνητές, για γενικές καταστάσεις και έτσι δεν μπορούν να καλύψουν την ειδική κατάσταση μιας ασθένειας, ενώ η προσαρμογή τους με την αφαίρεση των ακατάλληλων ερωτήσεων ή με τη χρήση διάφορων στατιστικών μεθόδων (όπως η παραγοντική ανάλυση) δημιουργεί προβλήματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Κατά συνέπεια, η χρήση 'γενικών' κλιμάκων, αν και αποτελεί ευκολότερη λύση, ενέχει μειονεκτήματα, με αποτέλεσμα η μέτρηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι ασθενείς να μην είναι ορθή, καθώς η παρουσία ακόμα και λίγων ακατάλληλων ερωτήσεων στην κλίμακα μέτρησης μπορεί να θίξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα μιας κλίμακας (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1993). Η ανάπτυξη ειδικών κλιμάκων για τις διάφορες ασθένειες φαίνεται να αποτελεί την κατάλληλη λύση, όπως εξάλλου έχει δείξει και η ανάπτυξη της κλίμακας MAC (Watson et al., 1989), η οποία έχει επικρατήσει στην έρευνα γύρω από τις νεοπλασίες, ενώ γενικές κλίμακες ΣΑΣΚ χρησιμοποιούνται πλέον σπάνια στο χώρο αυτό (Nordin et al., 1999). Από την άλλη πλευρά, η ανάπτυξη ειδικών κλιμάκων δεν είναι πάντα εύκολη. Συχνά υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί, όπως οι δυσκολίες στην ανεύρεση δείγματος σε ικανό μέγεθος ή η ανεπάρκεια στη συλλογιστική της κλίμακας και των παραγόντων της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ορισμένες ειδικές κλίμακες να παρουσιάζουν προβλήματα στη δομή, στην εγκυρότητα και στην αξιοπιστία τους, ενώ αρκετές φορές δεν παρουσιάζονται αναλυτικά οι διαδικασίες ανάπτυξής τους (Endler et al., 1993, 1998).

Για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες αυτές, ο Endler και οι συνεργάτες του

προχώρησαν στην κατασκευή μιας πολυδιάστατης κλίμακας αξιολόγησης των ΣΑΣΚ, της Κλίμακας Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (Coping With Health Injuries and Problems Scale, CHIP: Endler et al., 1998), για χρήση από άτομα που βιώνουν ποικίλα προβλήματα υγείας. Οι ερευνητές ορίζουν ως αντιμετώπιση του στρες τις «γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες για αλλαγή, τροποποίηση ή ρύθμιση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων (οι οποίες μπορεί να είναι λειτουργικές ή δυσλειτουργικές)» (Endler et al., 1998, σ. 196). Η βλάβη και το πρόβλημα υγείας γίνονται αντιληπτά ως ένας ειδικός τύπος πηγής στρες, που μπορεί να ποικίλει ως προς τη διάρκεια, το βαθμό προσωπικού ελέγχου, και τη φύση του. Στόχος της CHIP, κατά τους Endler et al. (1998), είναι η εύρεση μιας βασικής ομάδας στρατηγικών που να ταιριάζει σε μια σχετικώς ευρεία ομάδα βλαβών και προβλημάτων υγείας, αλλά και στις διαφορετικές φάσεις εξέλιξής τους.

Σκοπός του άρθρου αυτού είναι να παρουσιάσει την προσαρμογή στα ελληνικά της CHIP. Καθώς διευρύνεται και στη χώρα μας η έρευνα γύρω από την προσαρμογή σε μια ασθένεια, αλλά και γενικότερα σε θέματα υγείας και ασθένειας, κρίνεται σημαντικό να υπάρχει στα ελληνικά μια κλίμακα που να αναφέρεται ειδικά σε βλάβες και προβλήματα υγείας. Κριτήρια για την επιλογή της CHIP ήταν η αυστηρή μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την αρχική ανάπτυξή της (Endler et al., 1998), η σαφής φιλοσοφία της (βλ. παραπάνω), καθώς και η αυξανόμενη χρήση της στη σχετική έρευνα.

Η πρωταρχική μορφή της CHIP περιλάμβανε 75 δηλώσεις (Endler et al., 1998). Η μορφή αυτή χορηγήθηκε σε μεγάλο δείγμα ατόμων από το γενικό πληθυσμό (α' επιμέρους έρευνα) και, στη συνέχεια, σε μεγάλο αριθμό ασθενών (β' επιμέρους έρευνα). Μετά από κατάλληλες στατιστικές αναλύσεις αποκαλύφθηκε μια δομή τεσσάρων παραγόντων με 32 συνολικά δηλώσεις (8 δηλώσεις ανά παράγοντα). Οι παράγοντες αυτοί ήταν: (α) *Ανακούφιση*. Αξιολογεί τις στρατηγικές του ατόμου που αποσκοπούν στην ανακούφιση και την επίτευξη ηρεμίας (π.χ., "Μένω στο κρεβάτι", "Κοιμάμαι"). (β) *Συντελεστικές στρατηγικές*. Έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος (π.χ., "Βρίσκω πληροφορηση", "Τηρώ τις ιατρικές οδηγίες"). (γ) *Απόσπαση προσοχής*. Σε αυτήν περιλαμβάνονται στρατηγικές που στοχεύουν στην απόσπαση της προσοχής από τη στρεσογόνο κατάσταση (π.χ., "Ακούω μουσική", "Καλώ παρέα", "Ονειροπολώ"). (δ) *Συναισθηματική ενασχόληση*. Σε αυτήν περιλαμβάνονται συναισθηματικές αντιδράσεις με αφορμή το πρόβλημα υγείας (π.χ., "Αισθάνομαι θυμό", "Ανησυχώ για την υγεία μου", "Εύχομαι να μην είχε συμβεί"). Τέλος, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της CHIP εξετάστηκαν σε δύο επιπρόσθετες επιμέρους έρευνες σε πληθυσμό ασθενών. Σημειώνουμε ότι οι παράγοντες (α) και (β) αντιστοιχούν περίπου σε στρατηγικές "επίλυσης προ-

βλήματος” (Lazarus & Folkman, 1984), οι οποίες σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, όπως λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα ή καλύτερη αντίληψη της προσωπικής υγείας και υψηλότερη αίσθηση ευεξίας (Bucker et al., 2005. Jim et al., 2006. Luecken & Compas, 2002). Οι παράγοντες (γ) και (δ), αντιστοιχούν μάλλον στις “εστιασμένες στο συναίσθημα” στρατηγικές, οι οποίες σχετίζονται με μικρότερη προσαρμογή, περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα, καθώς και χαμηλότερη ευεξία και αίσθηση υγείας (Endler et al., 2003. McCabe et al., 2004).

Στα πλαίσια της προσαρμογής της CHIP σε ελληνικό πληθυσμό στόχος ήταν να εξεταστεί η δομή της, η αξιοπιστία, και η εγκυρότητά της. Επίσης, εξετάστηκε η σχέση των παραγόντων (στρατηγικών) της CHIP με ορισμένα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρήση των στρατηγικών, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Ως προς το φύλο, οι γυναίκες συνήθως δηλώνουν υψηλότερη συναισθηματική ενασχόληση με μια στρεσογόνο κατάσταση, όπως υψηλότερη ανησυχία ή φόβο, ενώ οι άνδρες δηλώνουν σχετικά υψηλότερη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος, όπως η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Καραδήμας, 1998. Lazarus, 1999. Lazarus & Folkman, 1984). Ως προς την ηλικία, την εκπαίδευση ή το μορφωτικό επίπεδο, ελάχιστες σχέσεις με τις ΣΑΣΚ περιγράφονται στη βιβλιογραφία (Καραδήμας, 1998. Lazarus & Folkman, 1984).

Τέλος, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των παραγόντων (στρατηγικών) της CHIP με τα χαρακτηριστικά της ασθένειας (είδος ασθένειας) και το τρέχον επίπεδο προσαρμογής στην ασθένεια, όπως αυτό μετρήθηκε με δύο υποκειμενικούς δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας. Παρά την ύπαρξη σχέσεων μεταξύ των στρατηγικών με το επίπεδο προσαρμογής στην ασθένεια και τους δείκτες υγείας (βλ. παραπάνω) δε φαίνεται να υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία ευρήματα που να συσχετίζουν τις ΣΑΣΚ που επιλέγουν οι ασθενείς με το είδος της ασθένειας.

Έτσι, οι συγκεκριμένες υποθέσεις της έρευνάς μας ήταν: (α) Οι γυναίκες δηλώνουν υψηλότερη συναισθηματική ενασχόληση με την ασθένεια, ενώ οι άνδρες υψηλότερη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος (Υπόθεση 1). (β) Δεν αναμένονται σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις στρατηγικές και την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, και την οικογενειακή κατάσταση, καθώς και το είδος της ασθένειας (Υπόθεση 2). (γ) Στρατηγικές, όπως η συναισθηματική ενασχόληση, θα συσχετίζονται με χαμηλότερους υποκειμενικούς δείκτες υγείας, ενώ οι στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, όπως η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής ή η ανεύρεση πληροφοριών, θα συσχετίζονται με υψηλότερους δείκτες υγείας (Υπόθεση 3). (δ) Τέλος, αναμένουμε οι στρατηγικές να συσχετίζονται με τους υποκειμενικούς δείκτες υγείας, ακόμα και μετά το στατιστικό έλεγχο των δημογραφικών παραγόντων (Υπόθεση 4).

## ΜΕΘΟΔΟΣ

### *Δείγμα*

Στην έρευνα συμμετείχαν 187 άτομα με διαφορετικά προβλήματα υγείας και σε διάφορες φάσεις της ασθένειας (108 άνδρες, 79 γυναίκες, ηλικίας 24 έως 72 ετών, *M.O.* = 56.84 χρόνια, *T.A.* = 14.18). Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από δύο κλινικές που συνήθως διαχειρίζονται σοβαρά προβλήματα υγείας (καρδιολογική, ογκολογική), από μία κλινική που συνήθως διαχειρίζεται κάπως λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας (ουρολογική), καθώς και από εξωτερικά ιατρεία παθολογίας. Στην τελευταία περίπτωση, οι συμμετέχοντες δήλωσαν χρόνιες αλλά μη απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Όλοι οι συμμετέχοντες προέρχονταν από δημόσιες κλινικές και ιατρεία.

Πιο συγκεκριμένα, 40 συμμετέχοντες ήταν μη νεοπλασματικοί πρωτο-νοσηλευόμενοι ασθενείς σε μια χειρουργική ουρολογική κλινική (31 άνδρες, 9 γυναίκες, με *M.O.* ηλικίας = 60.98 χρόνια, *T.A.* = 13.94), ενώ 39 προέρχονταν από μια καρδιολογική κλινική (28 άνδρες, 11 γυναίκες με *M.O.* ηλικίας = 61.48 χρόνια, *T.A.* = 9.66). Από τους 39 συμμετέχοντες της καρδιολογικής κλινικής, για πρώτη φορά είχαν εισαχθεί 18 άτομα, ενώ για δεύτερη ή τρίτη φορά 21 άτομα. Τέλος, 43 νοσηλεύονταν σε ογκολογική κλινική με πρώτη σχετική διάγνωση (22 άνδρες, 21 γυναίκες με *M.O.* ηλικίας = 55.09 χρόνια, *T.A.* = 14.60), ενώ 65 προέρχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία παθολογίας ενός νοσοκομείου και αντιμετώπιζαν διάφορες χρόνιες ασθένειες, όπως αναπνευστικά προβλήματα ή χρόνιους πόνους (27 άνδρες, 38 γυναίκες με *M.O.* ηλικίας = 52.63 χρόνια, *T.A.* = 14.60). Από τους συμμετέχοντες, το 66.8% ζούσε με την οικογένειά του, ενώ το υπόλοιπο 33.2% δήλωσε ότι ζούσε μόνο. Επίσης, σε ποσοστό 55.1% δήλωσαν ότι είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή κάποιες τάξεις μόνο, 25.1% είχαν ολοκληρώσει τη λύκειο και 19.8% είχαν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση.

### *Διαδικασία*

Οι νοσηλευόμενοι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 3-4 ημέρες μετά την είσοδό τους στο νοσοκομείο. Τους νοσηλευόμενους επισκεπτόταν ένας βοηθός έρευνας, ο οποίος εξηγούσε ότι επρόκειτο για έρευνα που αφορά γενικά την κατάσταση των ασθενών στο νοσοκομείο, άφηγε τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από όσους δεχόταν και τα περιουσιάζεγε την επόμενη ημέρα. Στην έρευνα καλούνταν να συμμετέχουν όλοι οι ασθενείς που βρισκόταν στις κλινικές ή τα ιατρεία κατά την περίοδο της έρευνας. Εξαιρούνταν όμως όσοι λόγω της κατάστασης της υγείας τους (π.χ., δυσκολία στην επικοινωνία με το περιβάλλον)

δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ή όσοι είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών. Εξαιρουμένων αυτών, λοιπόν, το ποσοστό επιστροφής στην ομάδα των ουρολογικών ασθενών ήταν περίπου 60%, στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών 75%, και στην ομάδα των καρκινοπαθών ήταν περίπου 50%. Στους συμμετέχοντες, οι οποίοι προέρχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία και που συμφωνούσαν να συμμετάσχουν, χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια επί τόπου κατά το χρόνο αναμονής πριν την ιατρική επίσκεψη. Το ποσοστό αποδοχής συμμετοχής στην έρευνα στο μέρος αυτό του δείγματος έφτασε το 70% περίπου. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν στοιχεία για τους λόγους μη συμμετοχής κάποιων ασθενών, πέρα από τη δήλωση μερικών ότι δεν τους ενδιέφερε να λάβουν μέρος στην έρευνα.

### **Εργαλεία**

**Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (KABΠΥ).** Η μετάφραση της KABΠΥ από την πρωτότυπη CHIP (Endler et al., 1998) ακολούθησε μια αυστηρή διαδικασία, την οποία καθόρισε και έλεγξε η εταιρεία Multi-Health Systems Inc. (Τορόντο, Καναδάς) που είχε και τα δικαιώματα χρήσης της CHIP. Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή, δύο δίγλωσσοι ψυχολόγοι τη μετέφρασαν στα Ελληνικά. Στη συνέχεια, δύο άλλοι δίγλωσσοι ψυχολόγοι την επαναμετέφρασαν στα Αγγλικά. Στο τέλος, μετά από ορισμένες τροποποιήσεις και διορθώσεις, διατυπώθηκε η τελική μορφή της.

Η KABΠΥ περιλαμβάνει 32 δηλώσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν πόσο εφαρμόζουν τη συμπεριφορά που περιγράφει η κάθε δήλωση για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert από το 1 (καθόλου) έως το 5 (πάρα πολύ).

**Δείκτες υποκειμενικής υγείας.** Ως δείκτες υποκειμενικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν: (α) Μία μοναδική ερώτηση, με την οποία απλά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν την *τρέχουσα κατάσταση της υγείας* τους (αξιολόγηση προσωπικής υγείας). Μπορούσαν να απαντήσουν στη βάση μιας 100-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, από το 1 (η χειρότερη δυνατή κατάσταση ασθένειας) ως το 100 (η καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας). Η αξιολόγηση της προσωπικής σωματικής υγείας με τον τρόπο αυτό, παρά την απλότητά της, έχει αποδειχθεί κύριος προβλεπτικός παράγοντας της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, της χρήσης υπηρεσιών υγείας και ορισμένων συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Benyamini & Idler, 1999. Hansen, Fink, Frydenberg, & Oxhøj, 2002). (β) Το *επίπεδο ψυχικής υγείας* αξιολογήθηκε μέσω του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (EGY) (General Health Questionnaire: Goldberg, 1978), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρούφαλλο, και Καραστεργί-

**Πίνακας 2. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων με πλάγια περιστροφή της ΚΑΒΠΥ, αξιοπιστία παραγόντων, και περιγραφικά στοιχεία**

Α/Α	Δηλώσεις	M.O.	T.A.	Φορτίσεις ανά παράγοντα				
				1	2	3	4	5
15	Μαθαίνω περισσότερα για το πώς δουλεύει το σώμα μου	3.18	1.16	.72				
31	Μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες	3.54	1.14	.68				
3	Βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια	3.33	1.20	.66				
11	Συγκεντρώνομαι στο στόχο να γίνω καλύτερα	3.65	1.04	.63				
30	Φροντίζω να είμαι άνετα	3.96	.82	.61				
29	Περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα (π.χ., λουλούδια)	3.13	1.29	.57				
21	Ακούω μουσική	2.92	1.30	.49				
7	Αναζητώ ιατρική θεραπεία όσο το δυνατό πιο γρήγορα	3.68	1.19	.42				
28	Νιώθω αγχωμένος που είμαι αδύναμος και ευάλωτος	2.62	1.32		.75			
8	Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα	2.62	1.40		.71			
32	Ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου	3.71	1.29		.67			
12	Αισθάνομαι απογοητευμένος	2.66	1.36		.66			
23	Καταβάλλω κάθε προσπάθεια να ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού μου	3.91	.99			.83		
19	Κάνω ό,τι μου λέει ο γιατρός μου	4.09	.98			.81		
27	Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων	4.25	1.07			.75		
22	Καθιστώ το περιβάλλον γύρω μου όσο πιο ήσυχο είναι δυνατό	3.21	1.13			.42		
6	Πλαгиάζω όταν νιώθω κουρασμένος	3.48	1.17				.76	
14	Προσπαθώ να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια είναι δυνατό	2.84	1.23				.68	
2	Μένω στο κρεβάτι	2.31	1.22				.64	
26	Μένω όσο πιο ήσυχος και ακίνητος μπορώ	2.65	1.15				.62	
4	Αναρωτιέμαι γιατί συνέβη σε εμένα	3.07	1.39					.65
9	Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα	3.62	1.14					.64
1	Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα	3.65	1.21					.58
24	Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα	4.14	1.13					.57
20	Φαντάζομαι πράγματα που θα μπορούσα να κάνω, αν ήμουν καλά	3.44	1.32					.45
	Ιδιοτιμή			5.21	2.54	2.09	1.80	1.41
	Ποσοστό διακύμανσης			17.87	11.73	8.94	7.56	5.62
	Cronbach's $\alpha$			.78	.74	.73	.70	.65
	M.O.			27.34	15.44	15.47	11.28	17.91
	T.A.			5.74	4.29	3.10	3.46	4.03

**Σημείωση:** Η αρίθμηση των δηλώσεων είναι σύμφωνη με αυτήν της CHIP. Δηλώσεις με φόρτιση < .40 παραλείπονται. Παράγοντας 1: Διαχείριση Προβλήματος. Παράγοντας 2: Συναισθηματικές Αντιδράσεις. Παράγοντας 3: Τήρηση Θεραπευτικής Αγωγής. Παράγοντας 4: Ανακουφιστικές Στρατηγικές. Παράγοντας 5: Ονειροπόληση-Ευχολογική Σκέψη.



Η δομή των παραγόντων που προέκυψαν μετά την εφαρμογή της πλάγιας περιστροφής τύπου Direct Oblimin,  $\delta = 0$ , η εσωτερική αξιοπιστία, το ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύουν, οι μέσοι όροι, καθώς και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της κάθε δήλωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Ο πρώτος παράγοντας, η Διαχείριση Προβλήματος, αποτελούνταν από 8 δηλώσεις με τιμή φόρτισης  $> .40$ , πέντε εκ των οποίων αποτελούσαν συντελεστικές στρατηγικές (π.χ., μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες, βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια) και οι οποίες στην CHIP ανήκαν στον ομώνυμο παράγοντα. Στη δική μας ανάλυση, στον παράγοντα αυτό φόρτισαν και δύο δηλώσεις, οι οποίες στην CHIP ανήκαν στον παράγοντα Απόσπαση Προσοχής (“Ακούω μουσική”, “Περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα”), και μία στον παράγοντα Ανακουφιστικές Στρατηγικές (“Φροντίζω να είμαι άνετα”). Είναι πιθανό το ελληνικό δείγμα να αντιμετώπισε τις στρατηγικές αυτές ως μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας αντιμετώπισης της βλάβης ή του προβλήματος υγείας, η οποία περιλαμβάνει τόσο κινητοποίηση του ατόμου (π.χ., με την αναζήτηση πληροφοριών) όσο και φροντίδα με στόχο την ψυχολογική αντιστάθμιση και ανακούφιση.

Ο δεύτερος παράγοντας, Συναισθηματικές Αντιδράσεις, αποτελούνταν από 4 δηλώσεις με τιμή φόρτισης  $> .40$ , το σύνολο των οποίων αντιστοιχεί σε συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου προς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει (π.χ., “Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα”, “Ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου”). Ο παράγοντας αυτός είναι αντίστοιχος του παράγοντα Συναισθηματική Ενασχόληση της CHIP.

Ο τρίτος παράγοντας, Τήρηση Θεραπευτικής Αγωγής, αποτελούνταν από 4 δηλώσεις οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην προσπάθεια τήρησης των οδηγιών του ιατρικού προσωπικού (π.χ., “Κάνω ό,τι μου λέει ο γιατρός μου”, “Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων”). Στην CHIP οι δηλώσεις που φόρτιζαν στον παράγοντα αυτό ανήκαν στους παράγοντες Συντελεστικές Στρατηγικές και Ανακούφιση.

Ο τέταρτος παράγοντας, Ανακουφιστικές Στρατηγικές, είναι αντίστοιχος εκείνου της CHIP. Περιλάμβανε 4 δηλώσεις με τιμές φόρτισης  $> .40$ , οι οποίες αναφέρονται σε προσπάθειες επίτευξης σωματικής ανακούφισης και ηρεμίας (π.χ., “Πλαγιάζω όταν νιώθω κουρασμένος”, “Μένω στο κρεβάτι”).

Ο πέμπτος και τελευταίος παράγοντας, Ονειροπόληση-Ευχολογική Σκέψη αποτελούνταν από 5 δηλώσεις με τιμές φόρτισης  $> .40$ . Τα θέματα αυτά αναφέρονται κυρίως σε αποφυγή της πραγματικότητας. Στην CHIP φόρτιζαν είτε στον παράγοντα Συναισθηματική Ενασχόληση (π.χ., “Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα”) είτε στον παράγοντα Απόσπαση Προσοχής (π.χ., “Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα”, “Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα”).

**Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων**

Αυτό το μοντέλο των πέντε παραγόντων, υποβλήθηκε στη συνέχεια σε επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Lisrel 8 (Jöreskog & Sörbom, 1993), με στόχο τον περαιτέρω έλεγχο της συγκεκριμένης δομής. Έτσι, η εξέταση της δομής των πέντε παραγόντων έδειξε ότι υπάρχει μεγαλύτερη συμφωνία προς τα δεδομένα, σε σύγκριση με την CHIP,  $\chi^2(265, N = 187) = 647.92, p < .001, AGFI = .73, NNFI = .69, CFI = .72$ , αν και οι στατιστικοί δείκτες εξακολουθούσαν να υπολείπονται αρκετά των απαιτήσεων για επάρκεια του μοντέλου, καθώς θα πρέπει οι δείκτες AGFI, NNFI και CFI να είναι τουλάχιστον ίσοι ή  $> .90$  (Hu & Bentler, 1999).

**Πίνακας 3. Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των παραγόντων της KABIPY ως προς τις δημογραφικές μεταβλητές και το είδος της ασθένειας και κριτήρια στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών**

Μεταβλητή	Παράγοντας				
	1	2	3	4	5
	Φύλο				
Άνδρες	27.73 (6.23)	14.83 (4.37)	15.85 (3.26)	11.52 (3.29)	17.66 (4.58)
Γυναίκες	26.79 (4.97)	16.27 (4.06)	14.94 (2.80)	10.94 (3.67)	18.27 (3.30)
<i>t</i> (185)	1.10	2.28*	2.01*	1.15	1.02
Cohen's <i>d</i>	.02	.34	.30	.17	.15
	Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Υποχρεωτική εκπαίδευση	26.66 (5.76)	15.32 (4.39)	16.06 (2.68)	11.51 (3.31)	18.34 (3.66)
Λύκειο και ΑΕΙ/ΤΕΙ	28.18 (5.64)	15.57 (4.18)	14.75 (3.43)	10.99 (3.63)	17.39 (4.41)
<i>t</i> (185)	1.81	.39	2.93**	1.04	1.61
Cohen's <i>d</i>	.27	.06	.43	.15	.24
	Οικογενειακή κατάσταση				
Με οικογένεια	26.73 (5.93)	14.78 (3.98)	15.72 (3.03)	11.34 (3.35)	17.75 (4.05)
Μόνοι	28.29 (5.34)	16.74 (4.61)	15.08 (3.17)	11.15 (3.69)	18.16 (4.01)
<i>t</i> (185)	1.82	3.01**	1.39	.37	.69
Cohen's <i>d</i>	.28	.46	.20	.05	.10
	Προβλήματα υγείας				
Ουρολογικά	27.93 (6.10)	14.48 (3.34)	17.37 (2.29)	12.45 (3.23)	16.95 (4.50)
Καρδιολογικά	25.71 (5.97)	14.21 (5.01)	14.72 (3.26)	10.74 (3.72)	17.61 (4.99)
Νεοπλασίες	27.37 (5.78)	16.14 (4.39)	15.00 (2.65)	10.93 (3.13)	18.37 (3.81)
Παθολογικά	27.91 (5.53)	16.27 (4.08)	15.06 (3.30)	11.11 (3.45)	18.38 (3.10)
<i>F</i> (3, 183)	1.38	3.02*	7.15**	2.08	1.33
$\eta^2$	.02	.05	.11	.04	.02

**Σημείωση:** Παράγοντας 1: Διαχείριση Προβλήματος. Παράγοντας 2: Συναισθηματικές Αντιδράσεις. Παράγοντας 3: Τήρηση Θεραπευτικής Αγωγής. Παράγοντας 4: Ανακουφιστικές Στρατηγικές. Παράγοντας 5: Ονειροπόληση-Ευχολογική Σκέψη. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

### Σχέσεις με τα δημογραφικά στοιχεία, το είδος της ασθένειας και τα επίπεδα ψυχικής υγείας

Για να διερευνηθούν οι υποθέσεις που αφορούσαν τις σχέσεις των παραγόντων της ΚΑΒΠΥ με δημογραφικά στοιχεία και δείκτες υποκειμενικής υγείας, υπολογίστηκε μια τιμή για κάθε παράγοντα. Αυτό έγινε με βάση το άθροισμα των τιμών των δηλώσεων που φόρτιζαν τον κάθε παράγοντα.

Οι στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο έδειξαν ότι οι γυναίκες δηλώνουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής αντίδρασης στα προβλήματα υγείας,  $t(185) = 2.28, p < .05$ , Cohen's  $d = .34$ , αλλά ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα τήρησης της θεραπευτικής αγωγής,  $t(185) = 2.01, p < .05$ , Cohen's  $d = .30$ . Στις λοιπές στρατηγικές αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας δε διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο (βλ. Πίνακα 3). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, πλην της περίπτωσης στην οποία τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης δήλωσαν υψηλότερη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής,  $t(185) = 2.93, p < .01$ , Cohen's  $d = .43$ . Παρομοίως, ως προς την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε μόνο ότι όσοι ζούσαν μόνοι δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών αντιδράσεων,  $t(185) = 3.06, p < .01$ , Cohen's  $d = .45$ .

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις (Pearson's  $r$ ) μεταξύ των παραγόντων της ΚΑΒΠΥ, της αξιολόγησης της προσωπικής υγείας, του επιπέδου ψυχικής υγείας, και της ηλικίας. Παρατηρούμε ότι ως προς την αξιολόγηση της προσωπικής υγείας παρατηρείται μόνο μία μικρή, αν και στατιστικώς σημαντική, αρνητική συνάφεια με τις ανακουφιστικές στρατηγικές ( $r = -.21, p < .05$ ). Ο δείκτης επιπέδου ψυχικής υγείας σχετίζεται κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο με τη διαχεί-

**Πίνακας 4.** Pearson's  $r$  μεταξύ παραγόντων της ΚΑΒΠΥ, αξιολόγησης προσωπικής υγείας (ΑΠΥ), επιπέδου ψυχικής υγείας (ΕΨΥ), και ηλικίας

	1	2	3	4	5	6	7
1. Διαχείριση προβλήματος	1.00						
2. Συναισθηματικές αντιδράσεις	.23**	1.00					
3. Τήρηση θεραπευτικής αγωγής	.28**	.06	1.00				
4. Ανακουφιστικές στρατηγικές	.29**	.30**	.22**	1.00			
5. Ονειροπόληση-Ευχολογική σκέψη	.37**	.51**	.21*	.17*	1.00		
6. ΑΠΥ	-.13	-.15	.06	-.21**	-.13	1.00	
7. ΕΨΥ	-.22**	.43**	-.13	.13	.09	-.18	1.00
8. Ηλικία	-.09	-.10	.11	-.02	.06	-.12	.19*

Σημείωση: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

ριση προβλήματος ( $r = -.22, p < .01$ ) και με τις συναισθηματικές αντιδράσεις ( $r = .43, p < .001$ ). Με την ηλικία δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση. Είναι, επίσης, ενδιαφέρον ότι μεταξύ των παραγόντων της ΚΑΒΠΥ παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές θετικές συσχετίσεις, εκ των οποίων αρκετές υψηλότερες του  $r = .30$ .

Σε μια ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (βλ. Πίνακα 5) φάνηκε ότι οι παράγοντες του ΚΑΒΠΥ ερμήνευσαν το 21% της διακύμανσης του δείκτη επιπέδου ψυχικής υγείας,  $F_{change}(5, 132) = 8.89, p < .001, R^2_{change} = .21$ , ακόμα και μετά το στατιστικό έλεγχο της σχέσης με την ηλικία, το φύλο, της εκπαίδευσης (σε 2 επίπεδα: υποχρεωτική εκπαίδευση / λύκειο – ανώτερη), και της οικογενειακής κατάστασης (με οικογένεια / μόνοι). Επίσης, ερμήνευσαν το 7% της διακύμανσης του δείκτη αξιολόγησης της προσωπικής υγείας,  $F_{change}(5, 127) = 2.77, p < .05, R^2_{change} = .07$ , επίσης μετά το στατιστικό έλεγχο των ίδιων μεταβλητών.

**Πίνακας 5. Ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης των δημογραφικών μεταβλητών και των παραγόντων της ΚΑΒΠΥ επί των δεικτών υγείας**

	$\beta$	$T$	$R^2$	$F_{change}$	$R^2_{change}$
Αξιολόγηση προσωπικής υγείας					
Βήμα 1			.01	(4, 132) = 1.55	
Φύλο	.17	1.95			
Ηλικία	-.09	-.90			
Εκπαίδευση	.03	.27			
Οικογενειακή κατάσταση	.01	.06			
Βήμα 2			.08	(5, 127) = 2.77*	.07
Διαχείριση προβλήματος	-.10	-1.03			
Συναισθηματικές αντιδράσεις	-.01	-.12			
Τήρηση θεραπευτικής αγωγής	.16	1.76			
Ανακουφιστικές στρατηγικές	-.21	-2.23*			
Ονειροπόληση-Ευχολογική σκέψη	-.10	-.96			
Επίπεδο ψυχικής υγείας					
Βήμα 1			.09	(4, 137) = 4.57**	
Φύλο	.15	1.70			
Ηλικία	-.18	-1.90			
Εκπαίδευση	-.19	-1.95			
Οικογενειακή κατάσταση	-.20	-2.28*			
Βήμα 2			.30	(5, 132) = 8.89***	.21
Διαχείριση προβλήματος	-.33	-3.90***			
Συναισθηματικές αντιδράσεις	.36	4.15***			
Τήρηση θεραπευτικής αγωγής	-.03	-.40			
Ανακουφιστικές στρατηγικές	.14	1.70			
Ονειροπόληση-Ευχολογική σκέψη	.01	.02			

**Σημείωση:** Εκπαίδευση σε 2 επίπεδα: υποχρεωτική εκπαίδευση / λύκειο – ανώτερη. Οικογενειακή κατάσταση σε 2 επίπεδα: με οικογένεια / μόνοι. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Τέλος, να σημειωθεί ότι ως προς το είδος της ασθένειας, στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην τήρηση της θεραπευτικής αγωγής,  $F(3, 183) = 7.15, p < .001$ , μερικό  $\eta^2 = .11$ , καθώς και στις συναισθηματικές αντιδράσεις,  $F(3, 182) = 3.02, p < .05$ , μερικό  $\eta^2 = .05$ . Πιο συγκεκριμένα, οι post hoc αναλύσεις έδειξαν ότι οι ουρολογικοί ασθενείς δήλωσαν μεγαλύτερη τήρηση της αγωγής σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών,  $p < .01$  (βλ. Πίνακα 3). Πρέπει όμως να υπογραμμίσουμε ότι το εύρημα αυτό πιθανότατα οφείλεται στο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών αυτών ήταν άνδρες, οι οποίοι γενικώς δηλώνουν καλύτερη τήρηση των οδηγιών (βλ. αμέσως παραπάνω). Επίσης, οι ογκολογικοί και οι παθολογικοί ασθενείς δήλωσαν μεγαλύτερη συναισθηματική αντίδραση σε σύγκριση προς τους ουρολογικούς και καρδιολογικούς ασθενείς,  $p < .01$ .

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών της Κλίμακας Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (ΚΑΒΠΥ) των Endler et al. (1998), η οποία αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα αξιολόγησης των στρατηγικών που ένα άτομο χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει προβλήματα και βλάβες υγείας.

Η δομή των τεσσάρων παραγόντων της CHIP δεν επιβεβαιώθηκε στην ΚΑΒΠΥ. Με τη χρήση διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων η ΚΑΒΠΥ μας έδωσε μια αξιόπιστη δομή πέντε παραγόντων με 4-8 δηλώσεις ο καθένας. Οι παράγοντες—στρατηγικές αυτές είναι η διαχείριση του προβλήματος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η τήρηση θεραπευτικής αγωγής, οι ανακουφιστικές στρατηγικές, και η ονειροπόληση—ευχολογική σκέψη. Η δομή της ΚΑΒΠΥ παρουσιάζει ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές με την αρχική εκδοχή της CHIP. Ο δεύτερος και ο τέταρτος παράγοντας της ΚΑΒΠΥ είναι σχεδόν όμοιοι με τους αντίστοιχους παράγοντες της CHIP. Όμως, ο παράγοντας Τήρηση Θεραπευτικής Αγωγής της ΚΑΒΠΥ ανήκε στον παράγοντα των λειτουργικών στρατηγικών της CHIP. Με άλλα λόγια, οι λειτουργικές στρατηγικές της αρχικής εκδοχής χωρίστηκαν στο δικό μας δείγμα σε δύο επιμέρους παράγοντες: τη διαχείριση προβλήματος και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, το ίδιο συνέβη και με τη Συναισθηματική Ενασχόληση της CHIP που στην ΚΑΒΠΥ διασπάστηκε σε δύο παράγοντες: τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την ονειροπόληση—ευχολογική σκέψη. Η σημαντικότερη διαφορά όμως έγκειται στον πρώτο παράγοντα της ΚΑΒΠΥ, Διαχείριση Προβλήματος, ο οποίος παρουσιάζεται να περιλαμβάνει στρατηγικές που αποσκοπούν στην προσπάθεια διαχείρισης του προβλήματος τόσο σε γνωστικό (π.χ., μαθαίνω περισσότερα) όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο (π.χ., ακούω μουσική).

Τέτοιου σύνθετου περιεχομένου παράγοντας δεν υφίσταται στην CHIP, όπου οι αντίστοιχες στρατηγικές φορτίζουν σε τρεις διαφορετικούς παράγοντες.

Οι διαφορές που περιγράψαμε παραπάνω είναι πιθανό να οφείλονται στη σύνθεση του δείγματός μας ή στις διαφορετικές τεχνικές ανάλυσης που χρησιμοποιήσαμε για την ΚΑΒΠΥ. Κυρίως όμως φαίνεται να απηχούν βαθύτερες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο το ελληνικό δείγμα προσπαθεί να διαχειριστεί τα προβλήματα υγείας. Αν και στην CHIP υπάρχουν πιο 'ξεκάθαροι' παράγοντες-στρατηγικές, στην ΚΑΒΠΥ οι παράγοντες είναι μάλλον συνθετότεροι γεγονός που, κατά την αντίληψή μας, απηχεί την πολυπλοκότητα των αντιδράσεων των ασθενών. Βέβαια, οι διαφορές μεταξύ CHIP και ΚΑΒΠΥ, όπως και το ότι η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων προσφέρει μόνο μερική στήριξη στο μοντέλο μας, θέτουν ζητήματα εγκυρότητας της κλίμακας. Ελπίζουμε όμως ότι η ΚΑΒΠΥ αντικατοπτρίζει πιστότερα τις στρατηγικές που τείνουν να χρησιμοποιούν οι Έλληνες ασθενείς. Σίγουρα περαιτέρω έρευνες που θα ελέγξουν ή θα βελτιώσουν τη δομή της ΚΑΒΠΥ είναι απαραίτητες.

Επίσης, ενδιαφέρον είναι το εύρημα της μικρότερης τήρησης της θεραπευτικής αγωγής, όπως δηλώθηκε από τις γυναίκες ασθενείς σε σύγκριση με τους άνδρες, αλλά και η ελαφρώς εντονότερη συναισθηματική αντίδραση. Οι διαφορές αυτές, οι οποίες παρέχουν στήριξη στη σχετική υπόθεσή μας (Υπόθεση 1), έχουν περιγραφεί συχνά στη σχετική βιβλιογραφία, ενώ έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες για την ερμηνεία τους, οι οποίες ποικίλλουν από τη βαρύτητα των γενετικών παραγόντων ως τη σημασία των κοινωνικών επιδράσεων (Καραδήμας, 2006). Παρομοίως, η ανεύρεση πολύ λίγων διαφορών ως προς την εκπαίδευση και την οικογενειακή κατάσταση είναι σύμφωνη προς τη βιβλιογραφία (Lazarus, 1999) και στηρίζει την Υπόθεση 2. Παρ' όλα αυτά, το εύρημα της μικρότερης τήρησης της θεραπευτικής αγωγής από τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση ίσως απηχεί τη στάση τους να συνυπολογίζουν την προσωπική τους γνώμη σε θέματα υγείας (Chamberlain, 1997). Επίσης, το εύρημα της υψηλότερης συναισθηματικής αντίδρασης από τα άτομα που ζουν μόνοι ίσως συνδέεται με τη μικρότερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο ψυχικής υγείας (Rhodes, 2004).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ στρατηγικών και δεικτών υποκειμενικής υγείας, η θετική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη ψυχικής υγείας και των εντονότερων συναισθηματικών αντιδράσεων στην ασθένεια, είναι μάλλον αναμενόμενη και συχνή στις σχετικές έρευνες (π.χ., McCabe et al., 2004. Myaskovsky et al., 2005). Ενδιαφέρουσα είναι και η αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη ψυχικής υγείας και διαχείρισης προβλήματος. Η μεγαλύτερη προσπάθεια διαχείρισης των ζητημάτων υγείας σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο σχετίζεται με λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως εξάλλου είναι γνωστό και από την ευρύτερη βιβλιογραφία

(π.χ., McCabe et al., 2004). Από την άλλη πλευρά, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ αξιολόγησης της προσωπικής υγείας και ανακουφιστικών στρατηγικών δείχνει μάλλον ότι όσο 'υγιέστερο' κρίνει τον εαυτό του ένα άτομο, τόσο λιγότερο χρησιμοποιεί στρατηγικές, όπως η διατήρηση δυνάμεων. Τέτοιες συσχετίσεις έχουν ήδη καταγραφεί στη σχετική έρευνα (Meurer, Layde, & Guse, 2001. Fayers & Sprangers, 2000). Βέβαια, τα ευρήματα αυτά δε στηρίζουν την Υπόθεση 3, δηλαδή ότι στρατηγικές, όπως η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, σχετίζονται με καλύτερους δείκτες υγείας. Τούτο πιθανώς οφείλεται στη συμμετοχή στην έρευνά μας ασθενών που βρίσκονταν σε διαφορετικές φάσεις, διαφορετικών ασθενειών. Πιθανώς σε πιο ομοιογενή δείγματα τα αποτελέσματα να αποδειχθούν διαφορετικά. Αντίθετα, επιβεβαιώθηκε η Υπόθεση 4, σύμφωνα με την οποία οι στρατηγικές σχετίζονται με τους δείκτες υποκειμενικής υγείας, ακόμα και μετά το στατιστικό έλεγχο των δημογραφικών μεταβλητών. Μάλιστα, στην περίπτωση του επιπέδου ψυχικής υγείας έφτασαν να ερμηνεύουν ένα επιπρόσθετο 21% της διακύμανσης του δείκτη, καταδεικνύοντας έτσι τη σημασία τους.

Επιπλέον, αξίζει να σχολιάσουμε την ύπαρξη θετικών συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων-στρατηγικών της ΚΑΒΠΥ, που με την εξαίρεση μιας περίπτωσης, ήταν όλες στατιστικά σημαντικές. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει τη συμπληρωματικότητα των στρατηγικών. Η μεγαλύτερη χρήση της μιας δε σημαίνει τη μικρότερη χρήση μιας άλλης. Καθώς τα προβλήματα είναι μάλλον πολύπλευρα, και για την καλύτερη αντιμετώπισή τους χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα διαφορετικές στρατηγικές, τόσο όσες εστιάζουν περισσότερο στο πρόβλημα όσο και όσες εστιάζουν περισσότερο στο συναίσθημα (Lazarus & Folkman, 1984).

Η έρευνά μας παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, όπως το συγκριτικά μέτριο μέγεθος του δείγματος, τη συμπερίληψη ασθενών μόνο από το δημόσιο τομέα υγείας, καθώς και με ορισμένες μόνο διαταραχές, ενώ δεν αξιολογήσαμε και άλλες μεταβλητές που πιθανώς σχετίζονται με τις στρατηγικές, όπως επιπρόσθετες παραμέτρους της ασθένειας. Στις μελλοντικές έρευνες είναι αναγκαία η χρήση της ΚΑΒΠΥ σε επιπλέον πληθυσμούς ασθενών ώστε να ελεγχθεί περαιτέρω η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της, αλλά και για να είναι δυνατή η χρήση της ΚΑΒΠΥ σε έρευνες σχετικές με την προσαρμογή των ασθενών σε διαφορετικές φάσεις της ασθένειας και σε σχέση με διαφορετικές πλευρές της προσαρμογής.

Η σημασία των στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας και των προβλημάτων υγείας είναι μεγάλη και συχνά καθοριστική (Beasley et al., 2003. Johnson et al., 2006. Luecken & Compas, 2002. Murberg et al., 2004). Έτσι, η συμπεριληψή τους στις σχετικές έρευνες έχει πολλά να προσφέρει. Ευελπιστούμε ότι η προσαρμογή μιας τέτοιας κλίμακας στα ελληνικά θα διευκολύνει την έρευνα σε θέματα υγείας και ασθένειας μεταξύ του ελληνικού πληθυσμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aalto, A. M., Härkäpää, K., Aro, A. R., & Rissanen, P. (2002). Ways of coping with asthma in everyday life. Validation of the Asthma Specific Coping Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1061-1069.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences, 34*, 77-95.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging, 21*, 392-401.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain, 31*, 53-64.
- Bucker, E. J., Evon, D. M., Losielle, M. M., Finkel, J. B., & Mill, M. R. (2005). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research, 59*, 215-222.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Chamberlain, K. (1997). Socio-economic health differentials: From structure to experience. *Journal of Health Psychology, 2*, 399-411.
- Cruess, D. G., Schneiderman, N., Antoni, M. H., & Penedo, F. (2004). Biobehavioral bases of disease processes. In T. J. Boll, R. G. Frank, A. Baum, & J. L. Wallander (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (Vol. 3, pp. 31-79). Washington, DC: American Psychological Association.
- Endler, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M., & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences, 34*, 323-346.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioural Science, 25*, 384-399.
- 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.
- Fayers, P. M., & Sprangers, M. A. G. (2002). Understanding self-rated health. *Lancet, 359*, 187-188.
- Fletcher, K. E., Clemow, L., Peterson, B. A., Lemon, S. C., Estabrook, B., & Zapka, J. G. (2006). A path analysis of factors associated with distress among first-degree female relatives of women with breast cancer diagnosis. *Health Psychology, 25*, 413-424.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter. Cognitive appraisal, coping encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
- Goldberg, D. (1978). *General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.



- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, *13*, 211-220.
- Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M., & Oxhøj, M. (2002). Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical patients. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 668-675.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.
- 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.
- Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, *25*, 696-703.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8 reference guide*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Καραδήμας, Ε. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, *5*, 260-273.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2006). Φύλο και υγεία: Είναι οι γυναίκες «ασθενέστερες» από τους άνδρες; Στο Μ. Μαλιωσή, Δ. Σιδηροπούλου-Δημακάκου, & Γ. Κλεφτάρας (Επιμ. Έκδ.), *Η συμβουλευτική ψυχολογία στις γυναίκες* (σ. 214-228). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotions: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Luecken, L. J., & Compas, B. E. (2002). Stress, coping, and immune function in breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*, 336-344.
- McCabe, M. P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 355-361.
- McCabe, P. M., Sheridan, J. F., Weiss, J. M., Kaplan, J. P., Natelson, B. H., & Pare, W. P. (2000). Animal models of disease. *Physiological Behavior*, *68*, 501-507.
- Meurer, L. N., Layde, P. M., & Guse, C. E. (2001). Self-rated health status: A new vital sign for primary care? *Wisconsin Medical Journal*, *200*, 35-39.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρούφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας* (Ε.Γ.Υ.). Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.
- Murberg, T. A., Furge, G., & Bru, E. (2004). Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: A 6-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, *36*, 757-766.
- Myaskovsky, L., Dew M. A., Switzer, G. E., McNulty, M. L., DiMartini, A. F., & McCurry, K. R. (2005). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social Science & Medicine*, *60*, 2321-2332.

- Nordin, K., Belglund, G., Terje, I., & Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.
- Rhodes, J. E. (2004). Family, friends, and community: The role of social support in promoting health. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (pp. 289-296). Washington, DC: Hogrefe & Huber.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2005). Stress, appraisal, and coping: A comparison of HIV-infected women in the pre-HAART and HAART eras. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 225-233.
- Watson, M., Greer, S., & Bliss, J. M. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. User's manual*. Surrey, UK: CRC Psychological Medicine Research Group, Royal Marsden Hospital.

## THE ADAPTATION OF THE COPING WITH HEALTH INJURIES AND PROBLEMS SCALE TO A SAMPLE OF GREEK PATIENTS: VALIDITY ISSUES

*Evangelos C. Karademas<sup>1</sup>, Aristides Zarogiannos<sup>2</sup>, Konstantinos Stravodimos<sup>2</sup>, Anastasios Gyftopoulos<sup>2</sup>, & Konstantinos Konstadinides<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>University of Crete, Greece & <sup>2</sup>University of Athens, Greece*

**Abstract:** The use of specially designed, valid and reliable measures is required for the assessment of coping with health injuries and problems. The aim of the present study was the adaptation of such a measure, the Coping With Health Injuries and Problems Scale (Endler et al., 1998), to a Greek sample. The scale was administered to four groups of patients (187 in total, 108 males and 79 females). Using exploratory factor analysis a structure of five reliable factors was revealed: dealing with the problem, adherence to therapy, emotional reactions, palliative strategies, and daydreaming–wishful thinking. This structure is not identical to this of the original scale. Moreover, the presence of complex coping strategies was revealed.

**Key words:** Coping strategies, Health injuries, Health problems.

**Address:** Evangelos C. Karademas, Department of Psychology, University of Crete, Gallos, 741 00 Rethymno, Greece. Phone: +30-28310-77532. Fax: +30-28310-77578. E-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr