

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ

Η σχέση της αισιοδοξίας και της θρησκείας με τις συμπεριφορές υγείας ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια.



Πτυχιακή εργασία της
Κωνσταντοπούλου Δήμητρας, 3051

Επόπτης Καθηγητής
Καραδήμας Ευάγγελος

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| Περίληψη | 3 |
| A. Εισαγωγή | |
| 1.1 Χρόνιες ασθένειες | 4 |
| 1.2 Αισιοδοξία | 7 |
| 1.3 Αισιοδοξία και Υγεία | 10 |
| 1.5 Αισιοδοξία και Συμπεριφορές Υγείας | 14 |
| 1.6 Θρησκεία | 19 |
| 1.7 Θρησκεία και Υγεία | 25 |
| 1.8 Στόχος της έρευνας | 31 |
| B. Μέθοδος | |
| 1.1 Δείγμα – Συμμετέχοντες | 32 |
| 1.2 Διαδικασία | 33 |
| 1.3 Εργαλεία | 35 |
| Γ. Ευρήματα | 37 |
| Δ. Συζήτηση | 43 |
| Βιβλιογραφία | 50 |
| Παράρτημα | 56 |

Περίληψη

Ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων της σύγχρονης εποχής, πάσχουν από μια μη ιάσιμη νόσο. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει το πώς η αισιοδοξία και η θρησκευτικότητα σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας ατόμων που πάσχουν από κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Coping With Health Injuries and Problems Scale (CHIP), το τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R) και η Religious/Spiritual Coping. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 άτομα (59 γυναίκες και 41 άνδρες), τα οποία έπασχαν τουλάχιστον από μια χρόνια ασθένεια. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η αισιοδοξία και η θρησκεία δεν σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας ούτε στον σωματικό ούτε στον ψυχικό τομέα. Επίσης, ούτε το φύλο φάνηκε να σχετίζεται με την υγεία ούτε το αν θα είναι κάποιος αισιόδοξος ή θρησκευόμενος ως αποτέλεσμα του φύλου που ανήκει. Τέλος, στην έρευνα για το αν η αισιοδοξία και η θρησκεία θα μπορούσε να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών υγείας, τα αποτελέσματα ήταν επίσης αρνητικά. Τα ευρήματα αυτά, προσφέρουν μια διαφορετική οπτική από ότι αναδεικνύει η μέχρι τώρα βιβλιογραφία, προωθεί την κριτική σκέψη και θα μπορούσε να αποτελέσει πηγή έμπνευσης για περαιτέρω έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιες ασθένειες, αισιοδοξία, θρησκεία, συμπεριφορές υγείας, σωματική και ψυχική υγεία.

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Χρόνιες Ασθένειες

Κοιτώντας πίσω στο χρόνο θα μπορούσε να διαπιστώσει κανείς ότι ο ορισμός της ασθένειας έχει περάσει από διάφορα στάδια μέχρι να καταλήξει σε αυτόν που επικρατεί σήμερα. Στις αρχαιότερες κοινωνίες επικρατούσαν θρησκευτικές και μαγικές αντιλήψεις, οι οποίες κατέκλυζαν το νου των ανθρώπων επί χιλιετίες έως τον 6ο αιώνα π.Χ. Οι άνθρωποι πίστευαν ότι η αρρώστια οφειλόταν σε κάποιο κακό πνεύμα ή ήταν ένα είδος τιμωρίας προς τον άνθρωπο για τις αμαρτίες του. Οι ιερείς πολύ συχνά ασκούσαν το ρόλο του θεραπευτή ή του μάγου. Για πολύ καιρό η ιατρική δεν διαχωρίστηκε από τις άλλες επιστήμες ενώ παράλληλα διατηρούσε το θρησκευτικό – μαγικό στοιχείο ενσωματωμένο λόγω της θεραπευτικής δύναμης που έκρυβε μέσα της. Ο πρώτος, που εισήγαγε την έννοια της «φύσης» και μετέτρεψε την ιερατική ή θεοκρατική ιατρική σε ορθολογική, ήταν ο Ιπποκράτης (Orfanos, 2007). Όρισε την υγεία ως ισορροπία μεταξύ των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος: το αίμα, το φλέγμα, τη κίτρινη και μαύρη χολή. Πολύ αργότερα όμως, κατά τη βιομηχανική επανάσταση και τους παγκόσμιους πολέμους, που στο προσκήνιο ήρθαν οι νέες ανάγκες και ανακαλύψεις στο τομέα της ιατρικής, τότε οι άνθρωποι άρχιζαν να στρέφονται προς ένα καθαρά ιατρικό μοντέλο (Bradby, 2010/2009). Σήμερα, είναι γνωστό, ότι λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής και της δημογραφικής αλλαγής, ο αριθμός των ατόμων με περισσότερες από μια χρόνιες ασθένειες έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία δέκα χρόνια. Έχει υπολογιστεί ότι πάνω από το 60% των ανθρώπων πάσχουν από δύο ή περισσότερες συνυπάρχουσες ασθένειες (van de Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos, & Knottnerus, 1998).

Είναι σημαντικό, πρώτα από όλα να αναφερθεί ένας ορισμός για τις χρόνιες ασθένειες. Ως χρόνια ασθένεια νοείται μια νοσηρή κατάσταση της υγείας που δεν θεραπεύεται οριστικά.

Συνήθως είναι κληρονομικές και δεν κολλάνε. Τα αίτια της εμφάνισης τους ποικίλουν και συνήθως έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής του πάσχοντα ατόμου (Sanderson, 2004). Τα συμπτώματα της ασθένειας θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον για τρεις μήνες, ώστε να πάρει το χαρακτηρισμό ως χρόνια (Καραδήμας, 2005). Σημαντικό εδώ να υπογραμμιστεί ότι η πλειοψηφία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις δεν είναι άτομα με ειδικές ανάγκες ούτε ηλικιωμένοι. Αντιθέτως, οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν όλες τις ηλικίες (Hoffman, Rice, & Sung, 1996).

Οι χρόνιοι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με πολλές αλλαγές, που αφορούν τη ζωή τους και τις συνήθειες τους καθώς έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά έντονων στρεσογόνων καταστάσεων. Βέβαια, με τη σύγχρονη τεχνολογία, τα φαρμακευτικά σκευάσματα και τις σωστές αλλαγές των συνηθειών τα άτομα αυτά μπορούν να ζήσουν μια σχεδόν φυσιολογική ζωή. Το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι το θέμα της προσαρμογής. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (2004, όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005), αφορά τέσσερις διαστάσεις. Υπάρχει λοιπόν, η βιολογική διάσταση, που σχετίζεται με τα συμπτώματα και τις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στην ασθένεια, η κοινωνική, που έχει να κάνει με θέματα σχέσεων, την μοναξιά που νιώθει το άτομο καθώς και το στίγμα που μπορεί να του προσάψουν, η συναισθηματική, η οποία εξαρτάται από την αυτό – εικόνα και την εύρεση νοήματος σε όλη την κατάσταση και τέλος η διάσταση της συμπεριφοράς, που έχει να κάνει με την τήρηση των καινούργιων κανόνων συμπεριφοράς και λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.

Μια χρόνια ασθένεια, δεν αποτελεί μια ενιαία και σταθερή κατάσταση. Αντίθετα, περνάει από διάφορα στάδια και παίρνει διάφορες μορφές. Σύμφωνα με το μοντέλου του Doca (1993, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005), οι φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας είναι η προδιαγνωστική, η οξεία, η χρόνια φάση και τέλος η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας. Στη πρώτη φάση, περιλαμβάνονται τα πρώτα συμπτώματα που κινητοποιούν

ή αδρανοποιούν το άτομο. Στη δεύτερη, περιλαμβάνεται η διάγνωση καθώς και όλη η ιατρική διαδικασία ενώ η τρίτη φάση, περιλαμβάνει την τελική έκβαση. Η τελευταία, χαρακτηρίζεται συνήθως από θετικά συναισθήματα και ανακούφιση

Οι ασθενείς συνήθως δεν αντιμετωπίζουν όλοι με τον ίδιο τρόπο την ασθένεια τους. Κάποιοι εμφανίζονται πιο ψύχραιμοι, ενώ άλλοι κατακλίνονται από το άγχος. Ο Moos (1982, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) ήταν αυτός που περιέγραψε ένα μοντέλο προσαρμογής των ατόμων στις περιόδους κρίσης. Το μοντέλο περιελάμβανε τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο, οι οποίες με τη σειρά τους εξαρτώνται από την ασθένεια που αντιμετωπίζει το άτομο, τους προσωπικούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Προχωρώντας, εκτός από την ασθένεια, από διάφορα στάδια περνάει και το ίδιο το άτομο. Σύμφωνα με το Schontz (1975, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005), οι αντιδράσεις των ατόμων είναι κατά σειρά το αρχικό σοκ, η αντιπαράθεση και τέλος η υποχώρηση. Βέβαια, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται την ασθένεια τους με τον ίδιο τρόπο με αποτέλεσμα να εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο και τις παραπάνω αντιδράσεις.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ένα άτομο με χρόνια ασθένεια δεν είναι πάντα «άρρωστο» απλά πρέπει να είναι πιο προσεκτικό από τους υπόλοιπους. Επίσης, οι χρόνιοι ασθενείς δεν είναι απαραίτητο να νοσηλεύονται. Είναι πολύ πιο πιθανό να χρειάζεται να αυξήσουν «μόνο» τις επισκέψεις στον γιατρό και τη συχνότητα των εξετάσεων τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί από τους χρόνιους ασθενείς, περίπου το 60% , χρειάζεται να νοσηλευτούν, όχι λόγω της ασθένειας αυτής καθαυτής, αλλά είτε γιατί δυσκολεύονται να τηρήσουν πιστά τις οδηγίες του γιατρού, είτε δεν λαμβάνουν με το σωστό τρόπο (μικρότερες ή μεγαλύτερες ποσότητες) ή και καθόλου την φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι νοσηλείες τους (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001).

1.2 Αισιοδοξία

Η αισιοδοξία ορίζεται ως η ατομική μεταβλητή που αντανακλά τον βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι παρουσιάζουν γενικευμένες ευνοϊκές προσδοκίες για το μέλλον τους (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας επιφέρουν ευημερία σε περιόδους αντιξοότητας. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εμπλοκής ενώ παραιτούνται πιο δύσκολα από μια κατάσταση σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους. Αυτή η διαφορά στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν τα πράγματα έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους.

Άλλος ορισμός σύμφωνα με τον Aspinwall και Tedeschi (2010), περιγράφει την αισιοδοξία ως μια γενικευμένη προσδοκία για θετικές εκβάσεις, γεγονός που φαίνεται να αποτελεί χαρακτηριστικό του ανθρώπου και να προβλέπει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το άγχος. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι από προδιάθεση τείνουν να συμμετέχουν πιο συχνά σε προσανατολισμένες μορφές αντιμετώπισης. Είναι πιο ευέλικτοι στη χρήση των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όσον αφορά τον έλεγχο των στρεσογόνων παραγόντων καθώς έχουν και μεγαλύτερη αντιληπτική ικανότητα, ώστε να διαχειριστούν αποτελεσματικά δυνητικά τραυματικά γεγονότα. Μια ακόμα μελέτη των Taylor και Armor (1996), φανερώνει επίσης, ότι οι αισιόδοξοι άνθρωποι χρησιμοποιούν περισσότερες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και πιο αποτελεσματικούς τρόπους ρύθμισης του συναισθήματος.

Σύμφωνα πάλι με τους Carver και Scheier (1998), η αισιοδοξία μπορεί να κατανοηθεί μέσω των συναισθημάτων των ανθρώπων όταν αυτοί αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις. Όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα συναισθήματα τους κατά κύριο λόγο μεταβάλλονται από ενθουσιασμό και προθυμία σε θυμό, άγχος και κατάθλιψη. Η ισορροπία μεταξύ των συναισθημάτων είναι αυτή που σχετίζεται με διαφορές στα επίπεδα της

αισιοδοξίας που παρουσιάζει κανείς. Οι πιο αισιόδοξοι άνθρωποι, σκέφτονται θετικά ακόμα και στις πιο δύσκολες καταστάσεις ενώ οι απαισιόδοξοι, περιμένουν άσχημα αποτελέσματα και αυτό τους προσδίδει περισσότερο άγχος, θυμό, θλίψη και απόγνωση.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Karademas, Kafetsios και Sideridis (2007), τόσο η αυτό-αποτελεσματικότητα όσο και η αισιοδοξία συνδέονται γενικότερα με την ευεξία. Το γεγονός ότι η αισιοδοξία σχετίζεται με την ευημερία έχει παρουσιαστεί και σε μελέτες που φανερώνουν ότι οι αισιόδοξοι συνδέονται αρνητικά με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Shnek, Irvine, Stewart, & Abbey, 2001. Vickers & Vogeltanz, 2001), ενώ συνδέονται θετικά με την υποκειμενική ευημερία, τη λειτουργία και τη συναισθηματική κατάσταση (Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss, & Derhagopian, 2005. Eid & Diener, 2004). Επίσης, η αισιοδοξία και οι θετικές επιδράσεις συνδέονται με μεγαλύτερη αντιληπτή υποστήριξη και πιο συχνά υψηλότερης ποιότητας κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Aspinwall & TedescFhi, 2010).

Ο Antonovsky (1987), έκανε λόγο για την αισιοδοξία ως αίσθηση συνοχής. Σε αυτή συμπεριλαμβανόταν η κατανόηση, η διαχείριση και η αναζήτηση νοήματος της κατάστασης. Γεγονότα που είναι στρεσογόνα ή τραυματικά ίσως εμφανίζονται χαοτικά, τυχαία και ανεξήγητα και συνεπώς προκαλούν δυσκολίες στα παραπάνω στοιχεία. Αντιθέτως, ανεπιθύμητα γεγονότα θα μπορούσαν να προκαλέσουν λιγότερο στρες, όταν οι άνθρωποι μπορούν να τα κατανοήσουν και να αντιληφθούν ότι έχουν τους πόρους που απαιτούνται για την αντιμετώπιση ή τη διαχείριση τους.

Σε ένα άλλο επίπεδο, όπου η αισιοδοξία παίζει σημαντικό ρόλο είναι το προσδόκιμο ζωής. Από την μελέτη που έκαναν οι Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra και Schouten (2004), σε 900 ηλικιωμένους Ελβετούς, προέκυψε ότι οι πιο αισιόδοξοι ζούσαν περισσότερο

από τους λιγότερο αισιόδοξους. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι αισιόδοξοι είναι περισσότεροι από τους απαισιόδοξους (Segerstrom, 2006).

Από έρευνα σε φοιτητές πρώτου έτους, αποδείχθηκε ότι οι πιο αισιόδοξοι εγκατέλειπαν σε μικρότερο ποσοστό 15%, την επόμενη χρονιά τις σπουδές τους σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους, που το ποσοστό αυτό έφτανε το 30% (SolbergNes, Evans, & Segerstrom, 2009). Επίσης, οι αισιόδοξοι είχαν μεγαλύτερο εισόδημα ετησίως (Segerstrom, 2007). Παιδιά γονέων που είχαν υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας στη ζωή τους (Heinonen, Räikkönen, Matthews, Scheier, Raitakari, Pulkki, & Keltikangas-Järvinen, 2006) όπως επίσης φάνηκε να έχουν και αυξημένο κοινωνικό δίκτυο σε σύγκριση με τους απαισιόδοξους καθώς τα άτομα αυτά καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για την διατήρηση και βελτίωση των σχέσεων τους (MacLeod & Conway, 2007). Γενικότερα τα άτομα που είναι πιο αισιόδοξα είναι ευκολότερο να γίνουν συμπαθείς και αποδεκτά λόγω έκφρασης θετικών προσδοκιών για το μέλλον (Carver, Kus, & Scheier, 1994). Σημαντικό βέβαια να τονιστεί είναι το γεγονός ότι αυτή η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή και η καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση επιφέρει μεγαλύτερη αισιοδοξία και ευημερία.

Η αρνητική πλευρά της αισιοδοξίας φαίνεται από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά λόγω των θετικών προσδοκιών που έχουν δεν μειώνουν τα ρίσκα που παίρνουν αλλά αντιθέτως παρακινδυνεύουν πολύ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα τυχερά παιχνίδια. Οι Gibson και Sanbonmatsh (2004), υποστήριξαν ότι τα τυχερά παιχνίδια είναι κάτι που οι θετικές προσδοκίες και η επιμονή μπορεί να μην είναι παραγωγικές. Η επιμονή που χαρακτηρίζει τους αισιόδοξους κάνει τα άτομα αυτά να μη μπορούν να δεχτούν ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν κάτι που τους κάνει να μην ξέρουν πότε να σταματήσουν. Τέλος, η υπερβολική αισιοδοξία μπορεί να τους «τυφλώσει» τόσο που τελικά να μην κατανοούν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους. Από την άλλη, οι θετικές πεποιθήσεις μειώνουν τη προσοχή σε

πληροφορίες με αρνητική χροιά είτε μέσω της διάθεσης παραλληλισμού επεξεργασίας είτε λόγω του κινήτρου να διατηρηθεί η θετική διάθεση είτε μέσω πληροφοριών ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές είτε τέλος, με την απόσπαση της προσοχής (Aspinwall & Tedeschi, 2010). Όλα αυτά υποστηρίζουν ότι οι θετικές πεποιθήσεις έχουν μια ακλόνητη, επιβλαβή κύρια επίδραση στις γνωστικές διεργασίες. Συνήθως κάνουν τους ανθρώπους λιγότερο στοχαστές ιδίως για αρνητικές πληροφορίες με αποτέλεσμα να προωθούν επικίνδυνες αποφάσεις και συμπεριφορές. Ως εκ τούτου, οι αισιόδοξοι θα πρέπει να είναι επιρρεπείς είτε αγνοώντας κινδύνους για την υγεία είτε θεωρώντας τους λιγότερο σοβαρούς ή λιγότερο πιθανούς να συμβούν .

1.3 Αισιοδοξία και υγεία

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε λόγος για τους διάφορους ορισμούς της αισιοδοξίας που έχουν δοθεί κατά καιρούς καθώς και τους παράγοντες της που σχετίζονται με την υγεία. Σε αυτή την ενότητα, θα γίνει μια πιο εκτενής αναφορά στη σχέση της αισιοδοξίας με την υγεία (τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο) και ακόμα, στο πως η αισιοδοξία σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας σε άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Η αισιοδοξία και η υποκειμενική ευημερία, έχουν συσχετιστεί θετικά με πολλαπλά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για την υγεία. Ξεκινώντας, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα στην υγεία.

Από έρευνα των de Ridder, Fournier και Bensing (2004), η έννοια της αισιοδοξίας περιλαμβάνει τρία είδη αισιόδοξων πεποιθήσεων. Αυτές είναι οι θετικές προσδοκίες έκβασης, οι θετικές προσδοκίες αποτελεσματικότητας και η μη ρεαλιστική αισιοδοξία. Οι θετικές προσδοκίες έκβασης, που ορίζονται από την τάση των ανθρώπων να πιστεύουν ότι θα προκύψουν γενικά καλά αποτελέσματα στο τέλος μιας κατάστασης, μπορεί να επηρεάσει την

έκθεση – παρουσίαση των συμπτωμάτων, εστιάζοντας μόνο τη προσοχή στα θετικά στοιχεία ακόμα και όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα όπως μια ασθένεια. Οι θετικές προσδοκίες αποτελεσματικότητας ή αλλιώς η παγκόσμια εμπιστοσύνη ενός ατόμου να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα απαιτητικών καταστάσεων, μπορεί να επηρεάσει την έκθεση των συμπτωμάτων διότι αυξάνει την ικανότητα ενός ατόμου όσον αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες του. Τέλος, υπάρχει και η μη ρεαλιστική αισιοδοξία, η οποία είναι η στρατηγική κατά την οποία η πραγματικότητα διαστρεβλώνεται γνωστικά μέσω της πεποίθησης κάποιου ότι ευχάριστα πράγματα είναι πιθανότερο να συμβούν σε αυτόν παρά σε κάποιον άλλον και επιπροσθέτως, είναι λιγότερο πιθανό ο ίδιος να αντιμετωπίσει αρνητικά γεγονότα (Weinstein, 1980). Η μη ρεαλιστική αισιοδοξία μπορεί επίσης να επηρεάσει την έκθεση των συμπτωμάτων, καθώς μπορεί να προωθήσει την άρνηση των σημμάτων της ευπάθειας του ατόμου. Η διαφορά αυτών των τριών εννοιών έγκειται στις δυνατότητες της κάθε μιας για την ενεργοποίηση των διαδικασιών αξιολόγησης του κινδύνου. Είναι σημαντικό, να τονιστεί ότι τα άτομα με υψηλές θετικές προσδοκίες έκβασης και αυτό – αποτελεσματικότητας, θεωρούνται ότι είναι πιο πρόθυμα να δεχτούν τους κινδύνους της υγείας τους και να προσπαθήσουν να τους αντιμετωπίσουν σε αντίθεση με τους εξωπραγματικά αισιόδοξους, οι οποίοι κατά κύριο λόγο δεν δίνουν καμία σημασία στα αρνητικά συμπτώματα και αρνούνται να τα αποδεχτούν. Φάνηκε όμως, ότι καμία από τις τρεις αισιόδοξες πεποιθήσεις (θετικές προσδοκίες έκβασης, αποτελεσματικότητας και μη ρεαλιστική αισιοδοξία) δεν συνέβαλε στη μειωμένη έκθεση των συμπτωμάτων είτε σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκα είτε σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I που εξετάστηκαν. Η μη ρεαλιστική αισιοδοξία δεν φάνηκε να επηρεάζει τα συμπτώματα έκθεσης ενώ οι άλλες δύο τύποι αισιοδοξίας φάνηκε να μην επηρεάζουν την έκθεση των συμπτωμάτων επίσης, παρά μόνο στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, οι οποίοι ανέφεραν θετικό προσδόκιμο αποτέλεσμα και λιγότερα συμπτώματα κόπωσης.

Μια άλλη έρευνα που επίσης μελετά την αισιοδοξία και τη σχέση της με τη σωματική υγεία είναι αυτή των Reker και Wong (το 1985, όπως αναφέρεται στους Scheier & Charls το 1987). Διαπίστωσαν ότι τα άτομα που αξιολογήθηκαν νωρίτερα ως πιο αισιόδοξα αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα κατά τα δυο έτη παρακολούθησης μαζί με πιο θετική – ψυχολογική και γενική ευημερία. Τα αποτελέσματα τους ήταν σύμφωνα με τη γενική αντίληψη ότι η αισιοδοξία παρέχει οφέλη για τη σωματική υγεία. Έρευνα των Scheier, Matthews, Owens, Abbott, Lebfevre και Carver (το 1986, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Scheier & Charls το 1987), κάνει λόγο για το ρόλο της αισιοδοξίας στην ανάκαμψη ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση στη στεφανιαία αρτηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αισιόδοξοι παρουσίαζαν κατά την αποκατάσταση μια πιο τάχιστη ανάκαμψη (έξι έως οκτώ ημέρες) από ότι οι απαισιόδοξοι. Επίσης, οι αισιόδοξοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κύματα Q, που αποτελεί σημάδι του εμφράγματος του μυοκαρδίου (EM) καθώς και μικρότερη απελευθέρωση του SGOT, ενός ενζύμου που προκαλεί γενική μυϊκή βλάβη που σχετίζεται με EM. Η αισιοδοξία κατά γενική ομολογία σχετίζεται με ισχυρή και διάχυτη θετική επίδραση στη σωματική ευεξία των ασθενών, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την επέμβαση καθώς συνδέεται και με λιγότερες επιπλοκές και με ταχύτερο ρυθμό ανάκαμψης. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι αισιόδοξοι εκτός από καλύτερη σωματική υγεία και ευεξία αναφέρονται και ως λιγότερο εχθρικοί και κάπως λιγότερο καταθλιπτικοί πριν τη χειρουργική επέμβαση. Φάνηκε επιπλέον, ότι τα άτομα αυτά έχουν ισχυρότερη κοινωνική στήριξη, μεγαλύτερη ικανοποίηση από το εργασιακό τους περιβάλλον και λιγότερο άγχος τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της επέμβασης.

Εκτός από το γεγονός ότι οι αισιόδοξες πεποιθήσεις έχουν άμεσες θετικές επιδράσεις στην υγεία έχουν αναφερθεί αμοιβαίες σχέσεις των πεποιθήσεων αυτών με διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την υγεία. Οι Antoni, Carver και Lechner (2009), αναφέρουν την αισιοδοξία από προδιάθεση, την εύρεση

οφέλους, την κοινωνική υποστήριξη και τη μείωση του άγχους ως παράγοντες ανθεκτικότητας και κατασκευάζουν επίσης ένα μοντέλο για να αντιπροσωπεύσουν το πώς αυτές οι μεταβλητές μπορούν να επηρεάσουν τη φυσιολογία του στρες. Προτείνουν λοιπόν, ότι τέτοιες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές σχετίζονται με το νευροενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα, τα οποία επηρεάζονται μέσω του στρες που προκαλείται από τη κοινωνική ρύθμιση. Έτσι, πρότειναν ότι η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένες σε τεχνικές μείωσης του άγχους και κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες βελτιώνουν την ικανότητα τους να χρησιμοποιούν την κοινωνική στήριξη, θα είχαν ευεργετικές επιδράσεις στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα άτομα που είναι πιο αισιόδοξα μπορούν να αξιολογούν και να αντιμετωπίζουν την κατάσταση τους με πιο αποτελεσματικό τρόπο, να βρίσκουν ένα όφελος στην όλη δραστηριότητα τους και να θεωρούν τη κατάσταση τους περισσότερο σαν πρόκληση. Έτσι, η αρρώστια μπορεί να μετατραπεί από ένα άθλιο τραυματικό γεγονός, που πρέπει κάποιος να υπομείνει, σε ένα γεγονός με σημασία. Όταν επιτυγχάνεται αυτό, τα άτομα δίνουν έμφαση στους εγγενείς στόχους και τις θετικές προσδοκίες, οι οποίες έχουν συσχετιστεί με πιο ισχυρή ανοσολογική απόκριση.

Οι Rasmussen, Scheier και Greenhouse (2009), έκαναν μια μελέτη πάνω στην τρίτη ηλικία και τις αρνητικές συνέπειες που μπορούν να έχουν τα στερεότυπα της γήρανσης στην υγεία των ανθρώπων αυτών. Τα στερεότυπα της γήρανσης ή με άλλα λόγια οι κοινωνικές απόψεις, είτε θετικές είτε αρνητικές, διαμορφώνουν τελικά τις προσωπικές απόψεις του καθενός για τη γήρανση και συνήθως αναφέρονται ως αυτοαντίληψη για τη γήρανση (SPA). Είναι ευρέως γνωστό ότι η γήρανση συχνά συνοδεύεται με μείωση της υγείας. Βρέθηκε ότι η αρνητική SPA, προβλέπει αναπηρία και σωματικές ασθένειες για το μέλλον ενώ θετική SPA, μπορεί να προβλέψει την επιβίωση και τη καλύτερη λειτουργική υγεία με τη πάροδο του χρόνου. Οι SPA, είτε θετικές είτε αρνητικές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία μέσω

διάφορων μηχανισμών. Αυτοί οι μηχανισμοί είναι η στερεοτυπική απειλή, η πλήρωση αρνητικών στερεοτύπων της γήρανσης που οδηγεί σε χειρότερη απόδοση, η κοινωνική σύγκριση, η εξωτερίκευση και η εσωτερίκευση, που αποτελούν τον πιο συχνό επιβλαβή μηχανισμό που έχει άμεσα αποτελέσματα στη λειτουργία αλλά και στην αυτοαντίληψη. Η έρευνα όμως, αποκάλυψε ότι η αισιοδοξία ήταν παράγοντας που μπορούσε να επιβραδύνει αυτή την εξέλιξη.

Επιπλέον, όσον αφορά τον τομέα των καταχρήσεων, η αισιοδοξία φαίνεται πως βοηθά στην αντιμετώπισή τους. Από γυναίκες που είχαν ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια τους, φαίνεται ότι οι πιο απαισιόδοξες ήταν πιο πιθανόν να αναπτύξουν προβλήματα αλκοολισμού σε σχέση με τις πιο αισιόδοξες (Ohannessian, Hesselbrock, Tennen, & Affleck, 1993). Σε άλλη έρευνα, άτομα που είχαν θεραπευθεί από την κατάχρηση αλκοόλ, παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα φροντίδας μετά τη θεραπεία. Το πρόγραμμα έδειξε ότι τα απαισιόδοξα άτομα σε σχέση με τα αισιόδοξα ήταν πιο πιθανό να υποτροπιάσουν και να ξανακάνουν χρήση αλκοόλ (Strack, Carver, & Blaney, 1987). Τέλος, έρευνα με έγκυες γυναίκες, απέδειξε ότι όσες από αυτές ήταν αισιόδοξες είχαν λιγότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Park, Moore, Turner, & Adler, 1997).

Τέλος, η απεμπλοκή από μια κατάσταση και η αυτοκτονία είναι ένας άλλος τομέας ο οποίος έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται από την αισιοδοξία. Βρέθηκε λοιπόν, ότι τα πιο αισιόδοξα άτομα εγκαταλείπουν δυσκολότερα την προσπάθεια τους και επίσης δεν υποκύπτουν καθόλου ή υποκύπτουν σε λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίας (Scheier & Carver, 1987).

1.4 Αισιοδοξία και συμπεριφορές υγείας

Αισιόδοξες πεποιθήσεις, φαίνεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών διεργασιών, όπως νευροενδροκρινών και την

ανοσοποιητική λειτουργία, τα οποία θα μπορούσαν να σχετίζονται άμεσα με την εξέλιξη της νόσου. Επίσης, παρουσιάζουν επίδραση σε συμπεριφορικές και κοινωνικές διαδικασίες, όπως η προληπτική συμπεριφορά, συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, κοινωνική υποστήριξη, εκτιμήσεις των πιθανών παραγόντων άγχους, την προσοχή και την αντιμετώπιση των κινδύνων που απειλούν την υγεία. Για παράδειγμα, η αισιοδοξία προβλέπει πολλαπλές μορφές προληπτικής συμπεριφοράς για την υγεία και την αυτό φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της περισσότερης άσκησης, της υγιεινής διατροφής και όχι το κάπνισμα ενώ η μοιρολατρία από την άλλη, δείχνει πολλαπλή αποδυνάμωση των υγιών συμπεριφορών όπως μη ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα, απόπειρες αυτοκτονίας και πράξεις που σχετίζονται με τραυματισμούς (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

Επίσης, οι θετικές πεποιθήσεις επηρεάζουν την υγεία με την υιοθέτηση καλύτερων συμπεριφορών υγείας και βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης. Για παράδειγμα άντρες με ΕΜ (έμφραγμα μυοκαρδίου) και γυναίκες με καρκίνο του μαστού, παρουσίαζαν διαφορετικά είδη θετικών συνεπειών. Παρατηρήθηκε αύξηση της ενασχόλησης με υγιείς συμπεριφορές σε άντρες με ΕΜ και αυξημένη ενσυναίσθηση και βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων σε γυναίκες με καρκίνο (Aspinwall & Tedeschi, 2010). Η αισιοδοξία εξ' ορισμού είναι αντιστρόφως ανάλογη με την απελπισία έναν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών (Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella, & Rose, 2006). Επίσης, η αισιοδοξία φαίνεται να προσδίδει ανθεκτικότητα απέναντι σε στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής, οι οποίες πολλές φορές είναι υπεύθυνες τόσο για την έναρξη όσο και την υποτροπή μιας μορφής ψυχοπαθολογίας (Ellicot, Hammen, Gitlin, Brown, & Jamison, 1990. Finlay – Jones & Brown, 1981). Τέλος, η αισιοδοξία σε ευρύτερο επίπεδο συνδέεται και με άλλους παράγοντες, όπως με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και την κοινωνική του ένταξη, οι οποίοι έχουν προστατευτικές επιδράσεις τόσο στη ψυχική όσο και

στη σωματική υγεία (House, Landis, & Umberson, 1998. Kawachi & Berkman, 2001. Lorant, Delière, Eaton, Robert, Philippot, & Anseau, 2003).

Προχωρώντας, σε άλλη μελέτη των Scheier και Carver (1985), βρέθηκε η αισιόδοξη φύση να σχετίζεται με πιο αποτελεσματικό τρόπο διαχείρισης του στρες. Σε μελέτες που έγιναν σε κολέγιο σε προπτυχιακούς φοιτητές, τα άτομα που ήταν πιο αισιόδοξα χειρίζονταν καλύτερα τα προβλήματα τους εστιάζοντας στην διαδικασία της αντιμετώπισης, επιδιώκοντας την κοινωνική στήριξη και δίνοντας έμφαση στις θετικές πτυχές μιας αγχωτικής κατάστασης. Από την άλλη, η απαισιοδοξία συνδέθηκε με άρνηση, αποστασιοποίηση και απεμπλοκή από το στόχο και άγχος. Σε αντίθεση με τα παραπάνω ο Weinstein (1980), στο πλαίσιο των θεμάτων υγείας υποστήριξε ότι άτομα με ψευδώς αισιόδοξη εκτίμηση για το μέλλον τους μπορεί να αποτύχουν να ασκήσουν κατάλληλες συμπεριφορές υγείας που θα μπορούσαν να τους οδηγήσουν στη μείωση του κινδύνου για εμφάνιση αυτών των διαταραχών.

Το σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας, προσφέρει ένα καλό μοντέλο για την εξέταση της δυνατότητας της προσαρμογής ή των αρνητικών συνεπειών της μη ρεαλιστικής αισιόδοξίας. Εκτός από την ομοφυλόφιλη κοινότητα, αρκετοί είναι οι άντρες αυτοί που πιστεύουν ότι είναι άτρωτοι στις αρνητικές επιπτώσεις του HIV. Αυτές λοιπόν οι πεποιθήσεις της μη τρωτότητας, μπορούν να θεωρηθούν αισιόδοξες ίσως ακόμα και εξωπραγματικά αισιόδοξες και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη σεξουαλική συμπεριφορά αυτών των ατόμων (Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, & Herbert, 1992). Οι άνθρωποι αυτοί είναι εξωπραγματικά αισιόδοξοι διότι πιστεύουν είτε ότι μπορούν να εξουδετερώσουν τον ιό από το σύστημα τους είτε ότι το σύστημα τους είναι σε καλύτερη κατάσταση είτε έχουν τη πεποίθηση ότι το να παραμένουν υγιείς και σε καλή φυσική κατάσταση θα τους προστατεύσει από την εμφάνιση του AIDS. Η πιο τραγική απόδειξη της ύπαρξης αυτών των ψευδαισθήσεων είναι το γεγονός, ότι οι άνδρες οι οποίοι έχουν ήδη διαγνωστεί θετικοί ως προς τον ιό HIV είναι πιο αισιόδοξοι. Αυτές οι ψευδαισθήσεις ίσως

είναι προσαρμοστικές και προστατευτικές από δευτερεύουσες αρνητικές εμπειρίες της καθημερινής ζωής όμως μπορεί να είναι εξίσου επικίνδυνες. Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι παρόλο που οι πιο αισιόδοξοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τους επιλέξει κανείς ως συντρόφους σε καμία περίπτωση η οροθετικότητα δεν είναι αποτέλεσμα αισιοδοξίας αλλά αντιθέτως, η οροθετικότητα παράγει αισιοδοξία. Το γνωστικό μοντέλο προσαρμογής του Taylor (1989), υποστηρίζει ότι οι θετικές ανταπάτες δημιουργούνται για την επιτυχή αντιμετώπιση των σοβαρών απειλών. Ειδικότερα για το AIDS, η αισιοδοξία συσχετίστηκε με χαμηλότερο αντιληπτό κίνδυνο, υψηλότερη αντίληψη για τον έλεγχο, χρήση θετικών στάσεων και προσωπική ανάπτυξη.

Στην αντίθετη πλευρά, υπάρχει και η μοιρολατρική ευπάθεια. Οι άντρες σε αυτή την κατηγορία ήταν περισσότερο στενοχωρημένοι, σχετίζονται με περισσότερες ανησυχίες σχετικά με την ασθένεια, αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως πιο επιρρεπείς στον κίνδυνο και θεωρούν ότι μπορεί να ασκήσουν χαμηλό βαθμό ελέγχου πάνω στην ασθένεια τους (Taylor et al., 1992). Αναφέρουν ακόμα περισσότερα συμπτώματα απελπισίας, αρνητική διάθεση και φόβο για την ασθένεια. Η αισιοδοξία μπορεί να αποτρέψει τα παραπάνω συμπτώματα και να διευκολύνει εποικοδομητικές συμπεριφορές (Scheier & Carver, 1985. Taylor & Brown, 1988). Επίσης ο Weinstein (1984), αναφέρει ότι η μη ρεαλιστική αισιοδοξία μπορεί να προωθήσει την αυτό – προσαρμοστική συμπεριφορά. Συμπεριφορές όπως η σωστή διατροφή, ο αρκετός ύπνος και η άσκηση έχουν αναφερθεί σε αισιόδοξους άνδρες με AIDS. Όμως, τονίζεται ότι η αισιοδοξία δεν συνδέθηκε με τη σεξουαλική συμπεριφορά. Τόσο οι αισιόδοξοι όσο και οι απαισιόδοξοι άνδρες έχουν τις ίδιες πιθανότητες να συμμετέχουν σε χαμηλού κινδύνου σεξουαλική δραστηριότητα.

Ο Schwarzer (1994), υποστήριξε ότι ο όρος της αισιοδοξίας περιλαμβάνει διαφορετικού τύπου γνώσεις που σχετίζονται με την υγεία. Έτσι χώρισε την αισιοδοξία σε αμυντική και σε λειτουργική. Στην αμυντική αισιοδοξία περιλαμβάνεται ο όρος της ευπάθειας. Η

συνειδητοποίηση της προσωπικής ευπάθειας του κάθε ατόμου είναι ένα κίνητρο για την αντιμετώπιση των απειλών και την αποφυγή των κινδύνων. Βέβαια, η ευπάθεια μπορεί να οριστεί ως υποκειμενική καθώς ισοδυναμεί με τον αντιληπτό κίνδυνο ενός ατόμου. Αυτό που αντιλαμβανόμαστε πολλές φορές δεν είναι η πραγματικότητα αλλά μια διαστρεβλωμένη άποψη η οποία οφείλεται είτε στην άγνοια του ατόμου είτε γιατί το άτομο έχει την αίσθηση ότι μπορεί να νικήσει το κίνδυνο. Επίσης η χρονική και η κοινωνική σύγκριση αποτελούν κατηγορία της αμυντικής αισιοδοξίας (Taylor, 1989). Όσο αφορά την αμυντική αισιοδοξία και τις συμπεριφορές υγείας, ο βασικός ισχυρισμός των μελετών είναι ότι υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους. Οι περισσότεροι άνθρωποι υποτιμούν τον πραγματικό κίνδυνο και αυτός είναι ο βασικότερος λόγο που δεν παίρνουν προφυλάξεις (Schwarzer, 1994). Επίσης, η αίσθηση της προσωπικής ευπάθειας θα πρέπει να προσδιοριστεί και αυτό θα γίνει τόσο από την προσωπική εμπειρία που έχει το άτομο με την ασθένεια όσο και μέσω της παρατήρησης φίλων ή μελών της οικογένειας (Weinstein, 1988). Σε πολλές περιπτώσεις όμως, ακόμα και μια επιζήμια προσωπική εμπειρία, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, φαίνεται να είναι ανεπαρκής για να ωθήσει στη λήψη προφυλάξεων. Σε μελέτη των Burling, Singetlon, Bigelow, Baile και Gottlieb (1984), φανερώθηκε ότι η πλειοψηφία των καπνιστών που υπέκυψε σε έμφραγμα συνέχιζαν να καπνίζουν αργότερα παρά τις επείγουσες προειδοποιήσεις να μην το κάνουν. Τα ίδια αποτελέσματα φάνηκαν και σε μελέτες σχετιζόμενες με σεξουαλική συμπεριφορά. Είναι σημαντικό λοιπόν, να τονιστεί ότι η εμπειρία μπορεί να μειώσει ως ένα βαθμό την προκατάληψη αλλά δεν την εξαλείφει.

Από την άλλη, η λειτουργική αισιοδοξία ή προσαρμοστική αισιοδοξία όπως ονομάστηκε από τον Schwarzer (1994), περιλαμβάνει διάφορα διακριτά υποσύνολα όπως αισιόδοξο επεξηγηματικό στυλ, την αισιοδοξία από προδιάθεση, τη γενικευμένη αυτό – αποτελεσματικότητα και την αντιληπτή αυτό – αποτελεσματικότητα. Από μελέτες έχει φανεί ότι το αισιόδοξο επεξηγηματικό στυλ έχει αποτελέσματα που σχετίζονται θετικά με την υγεία

και αρνητικά με την ασθένεια (Peterson & Seligman, 1987). Μια υπόθεση για τα παραπάνω αποτελέσματα είναι ότι τα αισιόδοξα άτομα μπορούν να πάρουν τον έλεγχο της ζωής τους και να υιοθετήσουν υγιεινές πρακτικές που θα οδηγήσουν σε θετικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για την υγεία. Μια άλλη υπόθεση είναι, ότι οι αισιόδοξοι είναι φυσιολογικά διαφορετικοί από τους απαισιόδοξους. Οι Kamen – Siegle, Rodin, Seligman και Dwyer, (1991), μελέτησαν τη σχέση μεταξύ επεξηγηματικού ύφους και ανοσολογικής απόκρισης σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Βρήκαν ότι το απαισιόδοξο επεξηγηματικό στυλ σχετίζεται με φτωχότερη ανοσολογική απόκριση. Ακόμα, η αισιοδοξία από προδιάθεση, που ορίζεται ως η τάση να πιστεύει κανείς ότι θα έχει γενικά καλά αποτελέσματα στη ζωή, έχει φανεί να συνδέεται με καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους που σχετίζεται με την ασθένεια και περισσότερες προσπάθειες για την πρόληψη της βλάβης. Όπως αναφέρουν οι Litt, Tennen, Affleck και Klock (1992), σε μελέτη τους με εξωσωματική γονιμοποίηση, οι αισιόδοξες γυναίκες που απέτυχαν στην in vitro γονιμοποίηση προσαρμόστηκαν καλύτερα στην αποτυχία από ότι οι απαισιόδοξες. Τέλος, η αυτό – αποτελεσματικότητα και η γενική αυτό – αποτελεσματικότητα, έχουν βρεθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποκίνηση των ασθενών να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν πολλές συμπεριφορές υγείας (DzewaltowskiD, Noble, & Shaw, 1990).

1.4 Θρησκεία

Ο άνθρωπος από την αρχή της εμφάνισης του στη γη αναρωτήθηκε ποιος είναι, από πού ήρθε και ποιος είναι ο προορισμός του. Αυτά τα ερωτήματα οδήγησαν τους ανθρώπους στη δημιουργία του θεσμού της θρησκείας. Ο όρος θρησκεία, ετυμολογικά προέρχεται από τη λατινική λέξη «religio» και χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τους Ρωμαίους πριν από τον Ιησού Χριστό, ως εκδήλωση της λατρείας τους προς τους δαίμονες τους. Στην ελληνική, προέρχεται από το ρήμα «θρησκεύω» που σημαίνει αποδίδω ιερή υπηρεσία, λατρεύω μια θεότητα. Με τη θρησκεία σχετίζονται και άλλα ρήματα, όπως το ρήμα αθρέω, που σημαίνει

βλέπω με προσοχή, θεωρώ με το νου. Οι ινδουιστές και οι βουδιστές χρησιμοποιούν τον αντίστοιχο όρο με τη λέξη dharma (ντάρμα) που σημαίνει διδασκαλία και σύστημα αρχών ενώ οι κομφουκιανιστές κάνουν χρήση της λέξης Τάο (οδός) (Rogers & Hickman, 2004).

Ο άνθρωπος είναι ον θρησκευτικό. Η τάση για λατρεία ενός θείου υπάρχει στους ανθρώπους από τις απαρχές της ύπαρξής του. Ακόμα και οι άγριες και κανιβαλικές φυλές έχουν ζωή θρησκευτική. Γονατίζουν μπροστά από κάποιο ξόανο ή φετίχ που δείχνει ότι η ιδέα του θεού είναι έμφυτη σε όλους (Μακράκης, 1993). Στη θρησκεία, τα ψυχικά στοιχεία και βιώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν. Βρίσκονται πέρα από ότι γνωρίζει ο άνθρωπος, ο οποίος μπορεί μόνο να τα περιγράψει και να τα αισθανθεί. Όλες οι θρησκείες προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις σε σημαντικά ερωτήματα, όπως στο πως δημιουργήθηκε ο κόσμος; πως πρέπει να ζουν οι άνθρωποι; γιατί υπάρχει τόσος πόνος; τι υπάρχει μετά το θάνατο; Κάθε απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα δεν μπορεί να αποδειχθεί. Αυτό που πρέπει να κάνει ο άνθρωπος είναι να δείχνει εμπιστοσύνη και πίστη στο δόγμα της θρησκείας του. Πολλές θρησκείες πιστεύουν πως αν ο άνθρωπος θρησκευέται σωστά, η ζωή του μπορεί να αλλάξει (Rogers & Hickman, 2004).

Το έμφυτο θρησκευτικό συναίσθημα του ανθρώπου ενισχύεται από ένα σύνολο δοξασιών, πεποιθήσεων, βιωμάτων και συμπεριφορών. Κατά καιρούς, έχουν γίνει εκτεταμένες συζητήσεις για τον ορισμό της έννοιας της θρησκείας που δεν συμφωνούν μεταξύ τους. Η ιστορία της θρησκείας άρχισε να αναπτύσσεται ως επιστήμη από τις αρχές του περασμένου αιώνα. Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια για τη θεώρηση της ιστορίας της θρησκείας όπως αναφέρει ο Μακράκης (1993), έγινε από το Hegel στα μαθήματα του για τη φιλοσοφία της θρησκείας. Ωστόσο, σε όλες τις θρησκείες υπάρχει κοινή βεβαιότητα για την ύπαρξη μιας ανώτερης δύναμης που απαιτεί συμμόρφωση στις επιταγές της. Επίσης, κοινό στοιχείο αποτελούν οι διάφορες θρησκευτικές εκδηλώσεις, η ενότητα και η συσπείρωση σε μια κοινότητα για ειρηνική συμβίωση (Rogers & Hickman, 2004).

Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της θρησκείας είναι η πίστη. Ως πίστη ορίζεται η ακλόνητη εμπιστοσύνη και αποδοχή ενός θρησκευτικού σχήματος ή δόγματος (Farouki, 1997).

Γενικότερα, η πίστη φανερώνει την αφοσίωση στο υπερφυσικό, το ιερό και το θείο καθώς και τους ηθικούς κώδικες, τις πρακτικές και τις αξίες. Η θρησκεία αναφέρεται σε μια σειρά από συναισθήματα και μπορεί να θεωρηθεί είτε ως μια θεϊκή ενέργεια είτε ως ανθρώπινη αντίδραση (Vaux, 1976). Αποκλειστικά θεοκεντρικός ή ανθρωποκεντρικός ορισμός δεν υπάρχει καθώς αν συνέβαινε κάτι τέτοιο θα χανόταν η πραγματική σημασία της. Στη θρησκεία ο άνθρωπος εκφράζει την απόλυτη ανησυχία του.

Η λατρεία είναι η πιο σημαντική έκφραση, με λόγια ή πράξεις, του σεβασμού των ανθρώπων προς το Θεό. Οι πιστοί συγκεντρώνονται συχνά για να εκφράσουν τα συναισθήματα του θαυμασμού, της χαράς και της ευχαριστίας απέναντι στο Θείο μέσα από διάφορες ιεροτελεστίες. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της θρησκείας είναι η προσευχή. Η προσευχή είναι ένα πανανθρώπινο φαινόμενο. Οι άνθρωποι προσεύχονται τόσο ατομικά όσο και ομαδικά, σε χώρους λατρείας. Η προσευχή, υποδηλώνει την επιθυμία του ανθρώπου να επικοινωνήσει με το Θείο. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους ένας άνθρωπος μπορεί να προσεύχεται. Οι πιστοί μπορεί να προσεύχονται όρθιοι, γονατιστοί, με κλειστά μάτια, κρατώντας κομπολόι ή κεριά κ.λπ.. Προσεύχονται προκειμένου να προκαλέσουν την υγεία και την ευημερία, να δηλώσουν την πίστη τους, να ξομολογηθούν, να ζητήσουν συγχώρεση καθώς και να ευχαριστήσουν και να δοξάσουν το Θεό τους. Ακόμα, ζητούν τη διαμεσολάβηση του θεού στη λύση των προβλημάτων τους. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε που στο κλάδο της ψυχολογίας πιστεύεται ότι η θρησκεία είναι ένας τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι καταφέρνουν να μειώσουν τους φόβους τους και να ξεπεράσουν τα προβλήματα και τις δυσκολίες τους (Rogers & Hickman, 2004).

Ο Joseph Campbell (1976), αναφέρει τη θρησκεία ως μυστικό άνοιγμα μέσω του οποίου οι αστείρευτες δυνάμεις του σύμπαντος ρίχνονται στις ανθρώπινες εκδηλώσεις. Στη

θρησκεία, απαντάει κανείς στη τάση που αισθάνεται μεταξύ βεβαιότητας και μυστηρίου, ζωτικότητας και περατότητας και καλού και κακού. Δεν είναι η λογική αναγκαιότητα αλλά η ζωτικής σημασίας αγωνία που ωθεί να πιστέψει κανείς στο Θεό. Από τις απαρχές της ανθρώπινης ύπαρξης, στις πρώτες κιόλας ανθρώπινες κοινωνίες, εκφράστηκε η ανάγκη δημιουργίας θεοτήτων στις οποίες αποδόθηκαν υπερφυσικές δυνάμεις. Απώτερος σκοπός ήταν να εξηγηθούν φαινόμενα που μέχρι τότε φάνταζαν μυστήρια και προκαλούσαν φόβο στους ανθρώπους. Επομένως, η ανάγκη για θρησκεία ξεκίνησε ως ανάγκη για εξήγηση του άγνωστου και ύστερα του υπερφυσικού. Ο Μπαμπινιώτης (2005), ορίζει τη θρησκεία ως «τη συγκεκριμένη σε μορφή και περιεχόμενο πίστη σε θεό, σε θεούς ή γενικότερα σε υπερφυσικές δυνάμεις και η αντίστοιχη απόδοση λατρείας».

Ο θεολόγος και γεωλόγος Edward Hitchcock , πίστευε ότι όλες οι γεωλογικές αλλαγές που έχουν γίνει στη διάρκεια της ιστορίας ακολουθούν τις κατευθυντήριες γραμμές που δίνονται από μια ανώτατη δύναμη. Συγκεκριμένα υποστήριξε ότι η Βίβλος έκανε λόγο για τη φωτιά και το νερό ως φορείς αλλαγής της γης, όπως ακριβώς αναφέρει η γεωλογία (το 1835, όπως αναφέρεται στο άρθρο του Guralnick, 1972).

Από την άλλη, πολλοί ήταν και αυτοί που αντιστάθηκαν στο θεσμό της θρησκείας. Ο Stuart έφερε αντίλογο στον Hitchcock λέγοντας ότι η αγία γραφή δεν αποτελεί εξήγηση της δημιουργίας των κοσμολογικών φαινομένων χωρίς όμως να αρνείται την ύπαρξη της (το 1836, όπως αναφέρεται πάλι στο έργο του Guralnick, 1972). Ο Dawkins (1941/2007), μεγάλος εξελικτικός βιολόγος και πολέμιος της θρησκείας υποστήριξε ότι η φυσική επιλογή, κατασκευάζει τους εγκεφάλους μας με την τάση να πιστεύουμε ότι μας λένε οι διάφορες μορφές εξουσίας (π.χ γονείς), το οποίο εννοείται θα μας βοηθήσει στην επιβίωση μας. Προχωρώντας , ο μεγάλος ψυχαναλυτής Freud (1997/2001) θεωρούσε τη θρησκεία ως μια νεύρωση της ανθρωπότητας. Υποστήριξε ότι «τα θρησκευτικά φαινόμενα, σχετίζονται με τα ατομικά νευρωτικά συμπτώματα, συμπτώματα που μας είναι πολύ γνωστά ως επαναλήψεις

σπουδαίων γεγονότων, από καιρό λησμονημένων τα οποία έλαβαν χώρα την εποχή της πρωτόγονης ιστορίας της ανθρώπινης οικογένειας».

Ο Barbour (2000), κάνει μια εκτενή ανασκόπηση για το τι συνέβη όταν η ανάπτυξη της επιστήμης βρέθηκε απέναντι από τη θρησκεία. Τόσο η θρησκεία όσο και η επιστήμη συνδέονται μεταξύ τους με τέσσερις διαφορετικές συνιστώσες, τη σύγκρουση, την ανεξαρτησία, το διάλογο και την ενσωμάτωση. Η σύγκρουση, είναι το πρώτο στάδιο κατά το οποίο κάποιος δυσκολεύεται να πιστέψει τόσο στο θεό όσο και στην εξέλιξη. Η ανεξαρτησία, είναι το επόμενο στάδιο το οποίο υποστηρίζει ότι η επιστήμη και η θρησκεία μπορούν να συνυπάρξουν όσο υπάρχει ένα εύλογο διάστημα μεταξύ τους. Ο διάλογος, είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται για να υπάρξει μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ τους και τέλος, βρίσκεται το στάδιο της ένταξης κατά το οποίο βρίσκονται τρόποι για το πώς οι δυο τομείς μπορούν να ενημερώνουν ο ένας τον άλλον ώστε να συνυπάρχουν αρμονικά.

Από την άλλη, υπάρχουν απόψεις ότι η επιστήμη και η θρησκεία κυμαίνονται σε δυο διαφορετικές κατευθύνσεις. Η επιστήμη προσφέρει μια αντίληψη του κόσμου και η θρησκεία προσφέρει μια άλλη διαφορετική. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι βλέπουν τον κόσμο από μια διαφορετική σκοπιά και ότι μεταξύ τους δεν συγκλίνουν πουθενά. Ένα τέτοιο παράδειγμα, είναι αυτό του στοχαστή Galileo, ο οποίος φημολογείται να έχει πει ότι «Η Βίβλος σας διδάσκει πώς να πάτε στον Παράδεισο, ενώ οι επιστήμη για το πώς πάνε οι ουρανοί» (Sobel, 1999). Από τη μελέτη των Shipman, Brickhouse, Dagher, και Letts IV (2002), σε φοιτητές για τις πεποιθήσεις τους, αν οι φυσικές επιστήμες έχουν κάποια σχέση με τις θρησκευτικές υποθέσεις προέκυψε ότι κατά μέσο όρο οι φοιτητές δεν παρουσιάζουν εχθρική στάση απέναντι στο συνδυασμό επιστήμης και θρησκείας. Βέβαια, δεν απουσίαζαν και οι απαντήσεις που φανέρωναν ότι η επιστήμη και η θρησκεία (κατανόηση και πίστη) είναι εντελώς διαφορετικές οπτικές. Θα πιστεύει κανείς ότι μια εξήγηση θα έπρεπε να είναι είτε επιστημονική είτε θρησκευτική. Κάτι τέτοιο αγγίζει τα όρια του δογματισμού αλλά

επιπροσθέτως, ο συνδυασμός και των δυο θα έδινε τη καλύτερη εξήγηση για μεγάλα ζητήματα που αφορούν την ανθρωπότητα.

Σημαντικό είναι να τονιστεί η διαφορά της θρησκείας από τη πνευματικότητα. Η πνευματικότητα ορίζεται ως η υποκειμενική και η εξατομικευμένη εμπειρία και υπέρβαση. Αντιθέτως, η θρησκευτικότητα από πολλούς γίνεται συνώνυμη με θεσμοθετημένες εκφράσεις της πίστης και τις πρακτικές της (Weaver, Pargament, Flannelly, & Oppenheimer, 2006).

Ο Spinks, στο βιβλίο του *Psychology and Religion* (όπως αναφέρει ο Μακράκης, 1993), μιλάει για άλλη σκοπιά της θρησκείας, αυτή του ψυχολόγου. Συγκεκριμένα, παρατηρεί ότι ένας ψυχολόγος βλέπει διαφορετικά το ζήτημα της θρησκείας από ότι ένας θεολόγος, ένας ανθρωπολόγος ή ένας ιστορικός. Ο ψυχολόγος δεν ενδιαφέρεται μονάχα για τα θρησκευτικά γεγονότα, έθιμα και τεχνουργήματα, αλλά δίνει έμφαση στη θρησκεία ως έκφραση των ανθρώπινων αναγκών και εμπειριών. Η θρησκεία, όπως αναφέρει είναι ένα ενεργητικό στοιχείο της ανθρώπινης ζωής σε όλα τα επίπεδα ανάπτυξης γιατί σχετίζεται απευθείας με βασικές ανθρώπινες ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές δεν είναι απόλυτα φυσικές καθώς η ζωή δεν αποτελεί ολότελα μια πρακτική υπόθεση. Αυτό φανερώνεται και από το γεγονός ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος αναζήτησε μη φυσικά μέσα για να ικανοποιήσει πολλές από τις βασικές του ανάγκες γεγονός που προϋποθέτει πίστη στην ύπαρξη πνευματικών ενεργειών.

Τέλος, σύμφωνα με το Thouless (όπως αναφέρει ο Μακράκης, 1993), για να υπάρξει ένας σωστός ορισμός της θρησκείας είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη τρεις συντελεστές. Αυτοί είναι οι πνευματικές ή διανοητικές πεποιθήσεις (οι ιδέες που πιστεύει κάποιος), η εμπειρία (συναισθηματικό στοιχείο) και η συμπεριφορά. Οι παραπάνω παράγοντες αντιστοιχούν στις τρεις βασικές λειτουργίες της ψυχής: στη νόηση, το συναίσθημα και τη βούληση.

1.5 Θρησκεία και υγεία

Από τα τέλη του 19ου αιώνα έως και τα μέσα του 20ου, το ενδιαφέρον για τη ψυχολογία της θρησκείας βίωσε μια απότομη άνοδο αλλά πολύ σύντομα και μια πτώση (Beit-Hallahmi, 1974). Αρκετοί από τους ιδρυτές της ψυχολογίας ήταν ηγετικές φυσιογνωμίες στη ψυχολογία της θρησκείας. Οι William James, Granville Stanley Hall και ο James Leuba, ήταν μερικοί από τους πρώτους ψυχολόγους που γοητεύτηκαν από τα θρησκευτικά φαινόμενα και τις επιπτώσεις που αυτά είχαν στην υγεία και την ευεξία του ανθρώπου (Weave et al., 2006). Ωστόσο, με την άνοδο της ψυχανάλυσης και του συμπεριφορισμού κατά του 1920 – 1930, το ενδιαφέρον για την επιστημονική μελέτη της θρησκείας μειώθηκε. Αναβίωση γνώρισε ξανά στο τέλος του 20ου αιώνα. Φαίνεται ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και οι συναφείς ηθικές συνήθειες επηρεάζουν ζωτικά συμπεριφορές υγείας. Ως αποτέλεσμα αυτής της αιτιώδους σχέσης, ο δείκτης υγείας και ασθένειας ποικίλει σημαντικά ανάλογα με τη διείδυση αυτών των πεποιθήσεων στην καθημερινότητα του ανθρώπου. Η καθαρότητα της ζωής, η ύπαρξη ειρήνης και η πίστη στην αθανασία είναι κάποιες από τις κοινές πεποιθήσεις των περισσότερων θρησκειών. Αυτές οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζονται με την υγεία με δυο τρόπους. Από τη μια, μπορεί να σχετίζονται με θετικές συνέπειες στο άτομο χαρίζοντας του υγεία, δημιουργικότητα, αρμονία και λογική και από την άλλη, μπορεί να σχετίζονται αρνητικά δημιουργώντας του δυσαρμονία και ασθένεια. Όμως δημιουργείται ένα εύλογο ερώτημα, πως αυτές καθαυτές οι αντιλήψεις – πεποιθήσεις μπορούν να επηρεάσουν την υγεία. Εάν η υγεία καθορίζεται από ένα σύμπλοκο αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβάλλοντος και βιολογίας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αλληλεπιδρούν με αυτές, ώστε οι ροπές υγείας ή νόσου να ενισχυθούν. Αν και αρκετές θρησκείες κηρύττουν ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα της αμαρτίας του ανθρώπου, υπάρχουν θρησκείες όπου υποστηρίζουν ότι ο πόνος είναι το μέσο για να κάνει τον άνθρωπο πιο δυνατό. Αλλού, υπάρχει η πεποίθηση ότι ο πόνος είναι

αναπόφευκτος για κάθε άνθρωπο, αλλά τον βοηθά, ώστε να ελέγξει τον εαυτό του, να αναθεωρήσει τις αξίες του και να αναζητήσει το βαθύτερο νόημα της ύπαρξής του.

Η σχέση μεταξύ υγείας και θρησκείας αποτελεί μια σχέση «συνεργασίας και ανταγωνισμού» ανά τους αιώνες. Είναι γνωστό, ότι η απόδοση των ασθενειών σε δαιμονικές δυνάμεις και η άσκηση θρησκευτικών πρακτικών για την ίαση τους ήταν σύνηθες φαινόμενο στο παρελθόν σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του κόσμου. Ίσως, ακόμα και σήμερα να μην έχουν εξαλειφθεί πλήρως τέτοιου είδους πεποιθήσεις. Βέβαια, κατά γενική ομολογία σήμερα είναι γνωστό, ότι η υγεία και η ασθένεια δεν είναι έργο του Θεού ή του διαβόλου. Όμως δεν παύει η θρησκεία να παίζει ένα καταλυτικό ρόλο.

Ο Levin (1994), αναφέρει ότι η θρησκευτικότητα ασκεί ευεργετική επίδραση στην υγεία. Επιπλέον, προσθέτει ότι σε πιο αυστηρές θρησκείες (π.χ. Μορμόνοι, Αντβεντιστές), αναφέρονται χαμηλότερα ποσοστά κινδύνου. Αυτό συνήθως συναντάται σε καρδιαγγειακές νόσους, σε υπέρταση, σε εγκεφαλικό επεισόδιο, σε διάφορες μορφές καρκίνου και στη γενική υγεία και τη θνησιμότητα του ανθρώπου. Τα αποτελέσματα αυτά, οφείλονται στο γεγονός ότι ορισμένες θρησκευτικές ομάδες επιβραβεύουν μορφές καλού τρόπου ζωής π.χ. σωστή διατροφή και άσκηση, ενώ ταυτόχρονα τιμωρούν άλλες επιβλαβείς συνήθειες π.χ. αλκοόλ, κάπνισμα και ναρκωτικά. Με αυτό τον τρόπο, η κατοχή συγκεκριμένων θρησκευτικών πεποιθήσεων μπορεί να αποτελέσει παράγοντα προώθησης συμπεριφορών υγείας.

Ακόμα, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα σχετίστηκε με τη θρησκεία, καθώς μπορεί να παρουσιάζονται σε υψηλότερο ή χαμηλότερο βαθμό σε μια θρησκευτική ομάδα, λόγω του γενετικού κινδύνου ή προστασίας που παρουσιάζουν τα μέλη της ομάδας σε ορισμένες συνθήκες (Levin, 1994). Επίσης, η θρησκευτική δραστηριότητα ή η δέσμευση μπορεί να προκαλέσει μια πολυπαραγοντική αλληλουχία των βιολογικών διεργασιών, η οποία οδηγεί σε καλύτερη υγεία. Ο King και Locke (1980), από μια σειρά μελετών που έκαναν για την υγεία

ανάμεσα σε κληρικούς και λαϊκούς, παρατήρησαν ότι χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζονταν στους ανθρώπους που είχαν αφοσιωθεί στη θρησκεία. Δεν αναφέρθηκε ωστόσο στο εάν η θρησκεία έχει σχέση με κάποια συγκεκριμένη ασθένεια. Βέβαια, είναι γνωστό από τα προηγούμενα ότι το κάπνισμα, που είναι αιτιολογικός παράγοντας για πολλές ασθένειες, απαγορεύεται από πολλές θρησκείες. Αυτός θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας προώθησης της υγείας, όποτε δεν μπορεί να γίνει λόγος για μια συγκεκριμένη ασθένεια. Συνεχίζοντας, ο Archer, Rinzler και Christakis (1967), υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της συχνότητας της θρησκευτικής παρουσίας με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Από μελέτη στην Ουάσινγκτον, όπως αναφέρεται στην έρευνα του Comstock και Partridge (1972), πάνω στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, φάνηκε ότι τριχομονάδες και μη φυσιολογικές εξετάσεις τραχηλικής βλέννας σχετίζονταν με τον εκκλησιασμό. Βέβαια, αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται και στις πεποιθήσεις που πρεσβεύει η εκκλησία περί μη ύπαρξης εξωσυζυγικής σχέσης. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για τη φυματίωση, το εμφύσημα, την κίρρωση του ήπατος, την αυτοκτονία, τον καρκίνο του όρθρου και του παχέος εντέρου καθώς και την υγεία των μωρών. Τα άτομα που πήγαιναν πιο συχνά εκκλησία, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα φάνηκαν να κινδυνεύουν λιγότερο από το να προσβληθούν από κάποια από τις παραπάνω ασθένειες.

Οι έρευνες φανερώνουν συσχετίσεις μεταξύ θρησκευτικότητας και θρησκευτικής δραστηριότητας με καλή ψυχική και σωματική υγείας (Weaver, Flannelly, & Flannelly, 2001). Όπως αναφέρεται στο άρθρο των Weaver, Pargament, Flannelly και Oppenheimer (2006), οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα αποτροπής συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση περισσότερων από 1.200 ερευνών, βρέθηκε ότι η αισιοδοξία παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης κατάθλιψης αλλά και παράγοντα επιτάχυνσης ανάρρωσης από κατάθλιψη σε άτομα που ήδη πάσχουν.

Από την άλλη, εμπειρικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι που αγωνίζονται για την πίστη τους μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη σωματική και τη συναισθηματική τους υγεία. Για παράδειγμα, ασθενείς που αισθάνονται είτε αποξενωμένοι είτε ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη αγάπη από το θεό, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για θνησιμότητα κατά τη διάρκεια μιας διετούς περιόδου. Θρησκευτικές αμφιβολίες, φόβοι και ενοχές έχουν επίσης συνδεθεί με τη κατάθλιψη, το άγχος και τη φτωχότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Exline, Yali, & Sanderson, 2000).

Στα πλαίσια μιας άλλης έρευνας που έγινε πάνω στην υγεία της κοινότητας, βρέθηκε ότι κατά κύριο λόγο τα συμπτώματα των χρόνιων ασθενών σχετίζονται με τη θρησκευτική πίστη. Η σχέση αυτή εξαρτάται από το αν οι άνθρωποι συμμετέχουν ενεργά ή παθητικά στην θρησκεία τους (Hannay, 1980). Άτομα τα οποία υποτάσσονταν παθητικά στην θρησκεία τους έχουν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά από ότι τα άτομα που είχαν μια πιο ενεργητική στάση. Η ενεργός συμμετοχή ορίζεται ως η παρουσία ή η συμμετοχή σε μια θρησκευτική υπηρεσία τουλάχιστον μια φορά το μήνα. Η διάκριση αυτή γίνεται διότι η θρησκεία αποτελεί σταθεροποιητικό παράγοντα, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου από ότι μια απλή παθητική ετικέτα.

Ο Levin (1994), επίσης εξέτασε τη θρησκεία από ψυχοκοινωνική σκοπιά. Συχνά, η θρησκευτική συμμετοχή μπορεί να σχετίζεται με καλύτερη υγεία λόγω της κοινωνικής υποστήριξης, την αίσθηση του ανήκει και τη φιλική συναναστροφή που λαμβάνουν τα άτομα αυτά. Τα χαρακτηριστικά αυτά, παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του θυμού και του άγχους που έχουν αρνητική επιρροή στην υγεία. Συνεχίζοντας, πεποιθήσεις συγκεκριμένων θρησκευτικών παραδόσεων μπορεί να προκαλέσουν αυτοπεποίθηση και μια αίσθηση γαλήνης. Εναλλακτικά, μπορούν να προκαλέσουν ενοχή, αμφιβολία, ντροπή και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τέτοια συναισθήματα με τη σειρά τους, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με πεποιθήσεις για την υγεία και συνεπώς έμμεσα σε υποκειμενικές αντιλήψεις για την υγεία.

Από την άλλη, η ιδιωτική λατρευτική τελετουργία και γενικώς η πνευματική πρακτική, αποτελούν χρήσιμες οδούς για τη μείωση του άγχους, του τρόμου, της ήττας, της μοναξιάς και μπορούν να δημιουργήσουν μια αίσθηση ότι το άτομο αγαπάται και εκτιμάται από κάποιον. Αυτά τα χαρακτηριστικά, σχετίζονται με την καλή έκβαση της θεραπείας, την υγεία και την ευεξία και έχουν χαρακτηριστεί ως συναισθηματικά εικονικά φάρμακα. Τέλος, ακόμα και η απλή πεποίθηση ότι η θρησκεία ή ο Θεός είναι αυτός που βελτιώνει την υγεία, μπορεί να είναι αρκετή για να παράγει ευεργετικά αποτελέσματα. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι είναι μια διαδικασία που μοιάζει με το φαινόμενο placebo (Levin, 1994).

Μια άλλη πλευρά της θρησκείας που επηρεάζει την υγεία, είναι η συχνή συμμετοχή σε θρησκευτικές τελετές (Comstock & Partridge, 1972). Φαίνεται να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εκκλησιασμού και συμπεριφορών υγείας. Η συχνότητα της θρησκευτικής συμμετοχής φαίνεται να είναι έκφραση της καθημερινής ζωής και των σιωπηρών πολιτιστικών προτύπων που κατευθύνουν το άτομο σε διαφορετικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις. Συγκεκριμένα στο τομέα της ψυχικής υγείας, η θρησκευτική συμμετοχή έχει βρεθεί να είναι θετικά συσχετιζόμενη με την προσαρμογή στη τρίτη ηλικία καθώς και με τη μείωση του άγχους και του φόβου για το θάνατο. Στο σημείο αυτό, είναι καλό να τονιστεί ότι η συχνότητα του εκκλησιασμού φαίνεται να ποικίλλει κατά ονομαστική αξία, φύλο, ηλικία, κοινωνική τάξη και τόπο κατοικίας. Τα μέλη της συντηρητικής θρησκευτικής ομάδας πηγαίνουν στην εκκλησία πιο συχνά από τα μέλη των φιλελεύθερων αιρέσεων. Οι άνδρες παρακολουθούν εκκλησιαστικές τελετές λιγότερα συχνά από ότι οι γυναίκες και οι μεσήλικες άνθρωποι πιο συχνά από τους νέους ή τους παλαιότερους. Τέλος, παρατηρήθηκε συχνότερη παρακολούθηση στη μεσαία τάξη από ότι στις υπόλοιπες. Ο Scotch (1963), ανέφερε ότι η υπέρταση μεταξύ των Ζουλού γυναικών ήταν πιο κοινή μεταξύ εκείνων που δεν πήγαιναν εκκλησία ενώ το ακριβώς αντίθετο ίσχυε για τους άνδρες. Στη Ζουλού κοινωνία, οι γυναίκες αναμένονταν να πηγαίνουν εκκλησία ενώ οι άντρες όχι και αν συνέβαινε το αντίθετο

αποτελούσε περίεργη συμπεριφορά. Με βάση αυτά, διατύπωσε την άποψη ότι τα άτομα που αποκλίνουν από τις κοινωνικές νόρμες είναι περισσότερο πιθανόν να είναι υπερτασικοί. Ένας άλλος τομέας που επηρεάζει η θρησκευτική παρακολούθηση είναι ο τομέας των καταχρήσεων. Έρευνα για τη κατανάλωση αλκοόλ φανέρωσε ότι το μόνο το 10% από αυτούς που πήγαιναν στην εκκλησία έκανα κατάχρηση σε αντίθεση με αυτούς που δεν πήγαιναν, όπου το ποσοστό έφτανε στα 22% (Cahalan, Cisin, & Crossley, 1969).

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθούν οι τρεις πεποιθήσεις που συνδέουν τη θρησκεία με τις συμπεριφορές υγείας. Η πρώτη από αυτές, υποστηρίζει ότι η καθαρότητα της ζωής είναι μια γενική θρησκευτική αξία. Κατά τη διάρκεια χρόνων, οι περισσότερες θρησκείες βλέποντας την διαδικασία καθαρισμού ανάμεσα στα πάντα με τη παρουσία του κινδύνου μόλυνσης, έχουν κρίνει σκόπιμο να διατηρηθεί η καθαρότητα του σώματος του νου και της ψυχής. Όλη αυτή η διαδικασία έχει τις ρίζες της σε αρχαία ταμπού, όπου η κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και η συμμετοχή σε αιμομικτικές σχέσεις οδηγούν στη πεποίθηση της μόλυνσης του ανθρώπου. Οι πιστοί γνωρίζουν λοιπόν ότι ο Θεός είναι καθαρός, άγιος και καλός και ότι μόνο οι καθαροί και οι αμόλυντοι μπορούν να τηρήσουν την παρουσία του. Η διατήρηση ενός καθαρού σώματος γίνεται ανάγκη ώστε να μην καταστραφεί ο ναός τους Θεού και να επιτείνει την επιστροφή του Ιησού. Βέβαια, σύμφωνα με τα παραπάνω θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει την τιμωρία ως έλλειψη καθαρότητας και αμαρτίας. Πράγματι, δεν είναι λίγα τα τελετουργικά, τα οποία αφορούν ομολογία, κάθαρση και άφεση και έχουν χρησιμοποιηθεί σε αρρώστους με σκοπό να ανακτήσουν τη χαμένη αθωότητα τους. Η δεύτερη πεποίθηση, κάνει λόγο ότι οι άνθρωποι βρίσκουν το νόημα της ζωής μέσω της θρησκείας και αυτό επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στην υγεία και τις συμπεριφορές της. Η θρησκεία θεωρείται μέσω ευημερίας. Μέσω αυτής, ο άνθρωπος ξεπερνά τις δυσκολίες που συναντά και γενικά βρίσκει την ευτυχία που αναζητά στη ζωή του. Μπορεί να θυμηθεί κανείς άλλωστε, ότι ο έλληνας φιλόσοφος Αριστοτέλης είχε μιλήσει για την ευτυχία και την είχε

αναφέρει ως Ευδαιμονία (ευ + δαίμον = εύνοια των θεών). Τέλος, η αίσθηση της αθανασίας στις διαφορετικές εκφάνσεις της, οδηγεί τους ανθρώπους τόσο στη διατήρηση όσο και στη περιφρόνηση της υγείας τους. Κοινό σημείο όλων σχεδόν των θρησκειών είναι η πεμπτουσία, δηλαδή η σωτηρία. Η αποξένωση από τον Θεό, δεν δίνει τη δυνατότητα να ξεπεραστεί ο αιώνιος θάνατος. Από την άλλη, λαμβάνοντας υπόψη του κάποιος την πεποίθηση που έχει υποστηρίζει και ο φιλόσοφος Σωκράτης, ότι το θνητό σώμα αργά ή γρήγορα θα πεθάνει και μόνο η ψυχή μπορεί να απελευθερωθεί στην αιώνια κατοικία, ίσως ένα τέτοιο άτομο όχι μόνο θα δεχόταν ευκολότερα την ιδέα του θανάτου αλλά θα τον προκαλούσε κιόλας αδιαφορώντας για τη διασφάλιση της υγείας του (Vaux, 1976).

1.6 Σκοπός της παρούσας έρευνας και υποθέσεις

Η παρούσας έρευνας, έχει ως στόχο τη μελέτη του κατά πόσο η αισιοδοξία, η θρησκεία αλλά και το φύλο, σχετίζονται με τις συμπεριφορές υγείας ατόμων που παρουσιάζουν κάποια χρόνια ασθένεια. Παράλληλα, εξετάζεται κατά πόσο οι δύο μεταβλητές (αισιοδοξία και θρησκεία), μπορούν να προβλέψουν τις σωστές συμπεριφορές για την υγεία. Με τη μέτρηση των παραγόντων αυτών, γίνεται μια προσπάθεια για να φανεί κατά πόσο τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η αισιοδοξία ή οι κοινωνικές πρακτικές, όπως η θρησκεία μπορούν να επηρεάσουν τις πρακτικές υγείας των ατόμων. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια να εντοπιστούν πιθανές διαφορές, στην αισιοδοξία και στη θρησκεία, ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες. Οι υποθέσεις λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη τη μέχρι τώρα βιβλιογραφία, είναι ότι (α) τόσο η αισιοδοξία όσο και η θρησκεία σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των χρόνιων ασθενών και ότι (β) οι αισιόδοξοι και οι πιο θρησκευόμενοι αναμένεται να υιοθετούν πιο συχνά υγιεινές συμπεριφορές, ενώ τέλος (γ) οι γυναίκες πιστεύεται ότι θα είναι περισσότερο αισιόδοξες και θρησκευόμενες από τους άνδρες.

B. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Δείγμα – Συμμετέχοντες

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα με κάποια χρόνια ασθένεια, από τους οποίους οι 59 ήταν γυναίκες και οι 41 άντρες. Το εύρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν από 19 έως 93 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 43, 5 έτη και με τυπική απόκλιση (T.A.): 21,13. Αναφορικά με τη μόρφωση, το 1% είχε τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού ενώ το 5% είχε βγάλει ολόκληρο το δημοτικό. Ένα 12% είχε τελειώσει τριτάξιο γυμνάσιο, το 24% είχε ολοκληρώσει το λύκειο και το 9% ανέφερε ότι τελείωσε ανάλογες σχολές. Στη τριτοβάθμια εκπαίδευση αναφέρθηκε 7% σε ΤΕΙ, 40% σε ΑΕΙ ενώ τέλος ένα 2% ανέφερε μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Όσο αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, από τους συμμετέχοντες το 45% δήλωσαν ότι ήταν άγαμοι, το 42% ήταν παντρεμένοι, ένα 9% ήταν χήροι/ες ενώ 2% αναφέρθηκε τόσο σε διάσταση όσο και σε συγκατοίκηση. Από αυτούς το 29% ήταν φοιτητές, το 14% συνταξιούχοι, το 11% δήλωσε ότι απασχολούνταν με τα οικιακά ενώ το 6% καταλάμβαναν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι εκπαιδευτικοί και οι άνεργοι. Ένα 4% δήλωσαν οικοδόμοι, 3% ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ το 2% αντιστοιχούσε σε φυσικοθεραπευτές, σε νοσηλευτές, πολιτικούς μηχανικούς και μαθητές. Τέλος ένα 1% αναφέρθηκε σε τεχνικούς, ξενοδοχειακούς υπαλλήλους, καθηγητές, δημόσιους υπάλληλους, διερμηνείς, κοινωνικούς λειτουργούς, καπνεργάτες, μηχανολόγους, μοδίστρες, οδηγούς λεωφορείων και σερβιτόρους.

Όσο αφορά στις ασθένειες που αντιμετώπιζαν, το 12% καταλάμβαναν τα προβλήματα καρδιάς, το 11% το άσθμα, το 10% το σακχαρώδη διαβήτη και 6% σκόραραν άτομα με θυρεοειδή και με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Συνεχίζοντας, το 5% αναφέρθηκε τόσο σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα όσο και με καρκίνο. Ένα 4% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε προβλήματα με την πίεση ενώ ένα 3% με τον προστάτη. Το 2%

αντιπροσώπευε άτομα με ψωριασική αρθρίτιδα, με οστεοαρθρίτιδα, με νεφροπάθεια, γυναικολογικά, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με μελάνωμα και με αναπνευστικό. Τέλος, το 1% σκόραραν τα άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σπασμούς, μεσογειακή αναιμία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αναιμία, δυσχρωματοψία, ανοσοανεπάρκεια, αλλεργική βρογχίτιδα, επιληψία, αλλεργία, πολυριζονευρίτιδα Guillain Bare, κήλη στη μέση, αιματολογικά και πνευμονικά προβλήματα, σκολίωση, διαταραχή ινσουλίνης, ακουστικό νευρίασμα, ηπατίτιδα C, φυματίωση, οστεοπόρωση, ψωρίαση και μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Κλείνοντας, σημαντικό να σημειωθεί είναι ότι το 49% από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι νοσηλεύτηκαν τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους για την ασθένεια που αντιμετώπιζαν ενώ το 51% ανέφερε ότι δεν νοσηλεύτηκε ποτέ.

2.2. Εργαλεία

Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία : η κλίμακα αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας (Coping With Health Injuries and Problems Scale, CHIP), η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Life Orientation Test, LOT – R) και η κλίμακα θρησκευτικής/ πνευματικής αντιμετώπισης (Religious/ Spiritual Coping).

Η κλίμακα αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας (CHIP) των Endler ,Parker και Summerfeldt (1998, για την ελληνική προσαρμογή: Καραδήμας, Ζαρογιάννος, Στραβοδής, Γυφτόπουλος, & Κωνσταντινίδης, 2010), είναι ένα ερωτηματολόγιο που βοηθά να κατανοήσει κανείς τον τρόπο που ένα άτομο αντιμετωπίζει την ασθένεια και τις βλάβες που του προκύπτουν. Με διερευνητική ανάλυση, η ελληνική έκδοση μας έδωσε μια αξιόπιστη δομή πέντε παραγόντων ο καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει τέσσερις με πέντε από αυτές τις δηλώσεις. Οι παράγοντες – στρατηγικές, είναι η διαχείριση του προβλήματος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, οι ανακουφιστικές στρατηγικές και η ονειροπόληση –ευχολογική σκέψη. Οι συμμετέχοντες

καλούνται να απαντήσουν στο κατά πόσο εφαρμόζουν αυτή τη συμπεριφορά που περιγράφεται για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας τους. Οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα Likert, με 1 να ισοδυναμεί με καθόλου και το 5 με πάρα πολύ. Οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας όλων των κλιμάκων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Το τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R) των Scheier και Carver (1985), χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει τις ατομικές διαφορές στη γενικευμένη αισιοδοξία σε σχέση με την απαισιοδοξία. Το ερωτηματολόγιο αυτό, στη πρώτη έκδοση του, αποτελείται από 6 ερωτήσεις οι οποίες πραγματεύονται θέματα αισιοδοξίας. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση μια κλίμακα, πέντε βαθμίδων όπου το 1 ισοδυναμεί με διαφωνώ απόλυτα και το 5 με συμφωνώ πολύ.

Το Religious/Spiritual Coping, των Pargament, Smith, Koenig και Perez (1998), χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί το επίπεδο θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων και κατά πόσο αυτή επηρεάζει τις συμπεριφορές των ατόμων στην αντιμετώπιση της ασθένειας τους. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή για τους σκοπούς της έρευνας. Η αξιοπιστία της κλίμακας, επίσης μετρήθηκε από τον ερευνητή. Η κλίμακα χωρίζεται σε δύο μέρη και στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της. Το πρώτο μέρος αποτελείται από επτά στοιχεία. Τα τρία από αυτά, παρουσιάζουν έναν θετικό / πνευματικό προσανατολισμό αντιμετώπισης της κατάστασης που περιλαμβάνει καλοπροαίρετη θρησκευτική συμμετοχή και εύρεση σημασίας αντιθέτως με τα άλλα τρία που παρουσιάζουν αρνητικό προσανατολισμό και φανερώνουν την αγωνία και τον κόπο των ανθρώπων για την αντιμετώπιση. Το τελευταίο στοιχείο, είναι μια δήλωση για το πόσο πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι η θρησκεία εμπλέκεται στην αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert, που εκτίνονταν από 1 = κατά ένα μεγάλο μέρος και 4 = καθόλου. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από πενήντα τέσσερα στοιχεία, τα οποία χωρίζονται ανά τριάδες, που είτε φανερώνουν καλοπροαίρετη

θρησκευτική συμμετοχή, είτε βλέπουν την κατάσταση τους ως τιμωρία από το Θεό είτε έργο του διαβόλου, αμφισβητούν την δύναμη του θεού, αναζητούν τη θρησκευτική βοήθεια ή την ατομική χωρίς καμία στήριξη στη θρησκεία καθώς άλλες δηλώνουν την αναζήτηση βοήθειας από κληρικούς και από την εκκλησία, την εύρεση νοήματος και τη συγχώρεση. Για την έρευνα μετρήθηκαν μόνο τρεις από τις παραπάνω τριάδες, οι οποίες φανέρωναν την αντιμετώπιση της κατάστασης στηριζόμενοι στην θρησκευτική βοήθεια, την προσωπική αντιμετώπιση της κατάστασης και τέλος την προσευχή. Και εδώ οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert, από μια τετράδα απαντήσεων που εκτίνονταν από 1 = εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό και 4= δεν εμπλέκεται καθόλου.

2.3 Διαδικασία

Για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκαν άτομα που αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια ασθένεια. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων, από τα οποία τα μισά μοιράστηκαν ηλεκτρονικά και τα άλλα μισά διανεμήθηκαν στο Β' ΚΑΠΗ Καλαμάτας. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν τα άτομα να είχαν συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας τους και φυσικά να έπασχαν από κάποιο είδος χρόνια ασθένεια. Ηλεκτρονικά στάλθηκαν σε επιλεγμένα άτομα, τα οποία έπασχαν από κάποια ασθένεια και τους ζητήθηκε επίσης να τα προωθήσουν σε άλλα δικά τους γνωστά άτομα. Όσο αφορά τα ερωτηματολόγια στο Β' ΚΑΠΗ, αφού δόθηκε η έγκριση από τους υπεύθυνους της δομής προχώρησε η διανομή τους, φυσικά και μετά την συγκατάθεση των ίδιων των πασχόντων. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ο εξεταστής βρισκόταν στη δομή για τυχόν ερωτήσεις ή απορίες, ώστε να περιοριστούν όσο το δυνατόν περισσότερο οι παρανοήσεις και οι δυσκολίες καθώς πολλά από τα άτομα αυτά ήταν προχωρημένης ηλικίας. Στο τέλος, εκφράστηκαν ευχαριστίες για τη βοήθεια τους αλλά και το ζεστό κλίμα που δημιούργησαν τόσο αυτοί όσο και το προσωπικό. Οι υπεύθυνοι μάλιστα του

προσωπικού, ζήτησαν να μάθουν μετά το πέρας της εργασίας τα αποτελέσματα της, καθώς εξέφρασαν έντονα την ανάγκη της ύπαρξης ψυχολόγων στην δομή.

Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r , ώστε να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών, αισιοδοξίας και θρησκείας, με μια σειρά σημαντικών παραγόντων όπως η ονειροπόληση, η ανακούφιση, η διαχείριση του συναισθήματος, η διαχείριση της κατάστασης, η τήρηση των ιατρικών κανόνων, η αναζήτηση βοήθειας στηρίζοντας τις ελπίδες μόνο στη δύναμη του Θεού (θρησκευτική αντιμετώπιση), αναζήτηση βοήθειας βασιζόμενοι στις δυνατότητες του ιδίου του ατόμου (προσωπική αντιμετώπιση) και τέλος η προσευχή. Τα αποτελέσματα, όσο αφορά την αισιοδοξία, φανέρωσαν την ύπαρξη στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης με το παράγοντα της ανακούφισης (Pearson $r = -.39, p < .01.$) και της διαχείρισης (Pearson $r = -.43, p < .01.$). Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση αυτών των παραγόντων. Δηλαδή, όσο πιο αισιόδοξα ήταν τα άτομα τόσο λιγότερη ανακούφιση βίωναν και ασκούσαν λιγότερο σωστή διαχείριση του προβλήματος τους. Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση με τις άλλες μεταβλητές, ονειροπόληση (Pearson $r = -.14, p > .05.$), διαχείριση του συναισθήματος (Pearson $r = -.04, p > .05.$), τήρηση ιατρικών κανόνων (Pearson $r = .06, p > .05.$), θρησκευτική αντιμετώπιση (Pearson $r = .13, p > .05.$), ατομική αντιμετώπιση (Pearson $r = .008, p > .05.$) και προσευχή (Pearson $r = -.05, p > .05.$). Αυτό φανερώνει ότι ο παράγοντας της αισιοδοξίας δεν συσχετίζεται με καμία από τις παραπάνω μεταβλητές.

Όσο αφορά, την θρησκεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με έναν μεγαλύτερο αριθμό παραγόντων. Φάνηκε λοιπόν ότι η πίστη σχετίζεται όπως και η αισιοδοξία με την ανακούφιση (Pearson $r = -.33, p < .01.$), αλλά επιπροσθέτως σχετίζεται σημαντικά και με τη τήρηση των ιατρικών κανόνων (Pearson $r = -.35, p < .01.$), τη θρησκευτική αντιμετώπιση (Pearson $r = -.68, p < .01.$) αλλά και με την προσωπική αντιμετώπιση (Pearson $r = .48, p < .01.$) καθώς τέλος και με την προσευχή (Pearson $r = -.70, p < .01.$). Και εδώ οι περισσότερες συσχετίσεις ήταν αρνητικές. Τα ευρήματα αυτά,

αποδεικνύουν ότι όσο πιο πιστός είναι ένας άνθρωπος τόσο λιγότερη ανακούφιση αισθάνεται, υπακούει λιγότερο στους ιατρικούς κανόνες και χρησιμοποιεί λιγότερο τη θρησκευτική αντιμετώπιση και την προσευχή. Ωστόσο, όσο περισσότερη πίστη παρουσιάζει ένας άνθρωπος τόσο αυξάνεται η ατομική αντιμετώπιση του προβλήματος (θετική συσχέτιση). Από την άλλη όμως, δεν φανερώθηκε καμία σχέση μεταξύ ονειροπόλησης (Pearson $r = -.18$, $p > .05$), διαχείρισης της κατάστασης (Pearson $r = .28$, $p > .05$) και του συναισθήματος (Pearson $r = -.25$, $p > .05$) κάτι που δείχνει ότι η πίστη δεν έχει σχέση με αυτές τις τρεις μεταβλητές.

Στη συνέχεια ακολούθησε ο έλεγχος t (T- test) για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση του ανεξάρτητου παράγοντα του φύλου (γυναίκα – άνδρας) στις υπόλοιπες μεταβλητές, αισιοδοξία, ονειροπόληση, ανακούφιση, πίστη, διαχείριση συναισθήματος, διαχείριση της κατάστασης, τήρηση ιατρικών κανόνων, θρησκευτική αντιμετώπιση, προσωπική αντιμετώπιση και προσευχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο ΜΟ των τιμών της αισιοδοξίας για τις γυναίκες δεν παρουσίαζε στατιστική διαφορά ($t(98) = 1.43$, $p > .05$, δίπλευρος έλεγχος) από τον ΜΟ των αντρών. Το ίδιο συνέβη και με τον παράγοντα της πίστης. Ο ΜΟ των γυναικών δεν διέφερε στατιστικά ($t(98) = -.58$, $p > .05$) από αυτόν των αντρών. Προχωρώντας, ούτε ο παράγοντας της ανακούφισης στις γυναίκες φάνηκε να παρουσιάζει διαφορά ($t(98) = -1,84$, $p > .05$) από τους άνδρες. Η ίδια κατάσταση επικράτησε και στη διαχείριση του συναισθήματος ($t(98) = -.84$, $p > .05$), στη διαχείριση του προβλήματος ($t(98) = .65$, $p > .05$), στη τήρηση των ιατρικών κανόνων ($t(98) = -.001$, $p > .05$), στη θρησκευτική αντιμετώπιση ($t(98) = .61$, $p > .05$) καθώς και στην ατομική ($t(98) = -1.09$, $p > .05$) και τέλος στη προσευχή ($t(98) = -.81$, $p > .05$). Φαίνεται ότι οι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά αισιοδοξίας και θρησκευτικότητας ανεξάρτητα από το φύλο τους.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης για να εξεταστεί κατά πόσο οι βασικές μεταβλητές της έρευνας, αισιοδοξία και θρησκεία, μπορούν να προβλέψουν τις υπόλοιπες μεταβλητές που εξετάζονται: ονειροπόληση, ανακούφιση, διαχείριση συναισθήματος, διαχείριση της κατάστασης, τήρηση των ιατρικών κανόνων, θρησκευτική, ατομική αντιμετώπιση και προσευχή. Ξεκινώντας, με την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι οι δύο προβλεπτικές μεταβλητές (αισιοδοξία και θρησκεία) ερμηνεύουν το 27% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής, ανακούφισης. Διαπιστώθηκε επίσης ότι τόσο η αισιοδοξία όσο και η θρησκεία είναι στατιστικώς σημαντικές μεταβλητές πρόβλεψης της ανακούφισης. Όμως, οι δυο τους σχετίζονται με την ανακούφιση σε μεγάλο βαθμό αλλά με αρνητικό τρόπο. Δηλαδή τα άτομα που είναι αισιόδοξα και θρησκευόμενα αναμένεται να μην νιώθουν ή να νιώθουν λιγότερη ανακούφιση ($R^2 = .27$, $\beta = -.40$, $-.34$ αντίστοιχα, $p < .01$).

Προχωρώντας με τη διαχείριση του συναισθήματος, οι δυο παράγοντες φάνηκε να σχετίζονται μαζί του σε ποσοστό της τάξεως 26%. Όμως, βρέθηκε ότι η αισιοδοξία είναι πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης από ότι η θρησκεία. Και εδώ η σχέση ήταν αρνητική ($R^2 = .26$, $\beta = -.44$, $p < .01$). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με αισιοδοξία αναμένεται να μην κάνουν σωστή διαχείριση του συναισθήματος τους. Όσο αφορά τις άλλες παραμέτρους, οι δύο μεταβλητές σχετίστηκαν με τη διαχείριση της κατάστασης 29%, τη τήρηση των ιατρικών κανόνων 12%, τη θρησκευτική αντιμετώπιση 48%, τη ατομική αντιμετώπιση 23% και τέλος την προσευχή σε ποσοστό της τάξεως 49%. Όμως, για τις παραπάνω μεταβλητές ο πιο στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης τους ήταν μόνο η θρησκεία, η οποία αποτελούσε για τις περισσότερες μεταβλητές αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα.

Αναδεικνύεται λοιπόν ότι η θρησκεία, δεν προβλέπει την καλή διαχείριση της κατάστασης ($R^2 = .29$, $\beta = -.29$, $p < .01$), τη τήρηση των ιατρικών κανόνων ($R^2 = .12$, $\beta = -.35$, $p < .01$), τη θρησκευτική αντιμετώπιση ($R^2 = .48$, $\beta = -.68$, $p < .01$) καθώς ούτε και την προσευχή ($R^2 = .49$, $\beta = -.70$, $p < .01$). Όσο αφορά όμως την ατομική αντιμετώπιση φάνηκε ότι η θρησκεία

σχετίζεται μαζί της θετικά. Δηλαδή, τα θρησκευόμενα άτομα αναμένεται να βασίζονται στις δικές τους δυνάμεις για την αντιμετώπιση της κατάστασης τους ($R^2= .23$, $\beta= .48$, $p < .01$).

Τέλος, η αισιοδοξία και η θρησκεία φάνηκε να σχετίζονται με το 5% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής, ονειροπόλησης. Όμως, καμία από τις δυο μεταβλητές δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ($R^2=.05$, $\beta = -.15, -.18$ αντίστοιχα, $p > .01$).

Πίνακας 1

Μέσοι όροι, Τυπικές αποκλίσεις και Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής (alpha) των μεταβλητών της έρευνας

| Μεταβλητές | M.O | T.A. | Δείκτης άλφα |
|--------------------------|-------|------|--------------|
| Ονειροπόληση | 14,45 | 5,34 | 0,73 |
| Ανακούφιση | 9,51 | 4,09 | 0,76 |
| Διαχείριση | 30,50 | 7,56 | 0,77 |
| Συναίσθημα | 10,48 | 4,39 | 0,76 |
| Τήρηση | 12,39 | 2,94 | 0,80 |
| Αισιοδοξία | 21,62 | 4,78 | 0,65 |
| Θρησκεία | 13,22 | 4,46 | 0,80 |
| Θρησκευτική αντιμετώπιση | 5,76 | 3,35 | 0,90 |
| Ατομική αντιμετώπιση | 7,46 | 3,37 | 0,82 |
| Προσευχή | 6,10 | 3,08 | 0,80 |

Πίνακας 2

Δείκτης Συσχέτισης μεταξύ όλων των μεταβλητών της έρευνας

| Μεταβλητές | Ονειροπόληση | Ανακούφιση | Διαχείριση | Συναίσθημα | Τήρηση | Θρησκευτική αντιμετώπιση | Ατομική αντιμετώπιση | Προσευχή | Αισιοδοξία | Θρησκεία |
|------------|--------------|------------|------------|------------|--------|--------------------------|----------------------|----------|------------|----------|
| Αισιοδοξία | -.14 | -.39* | -.43* | -.04 | .06 | .13 | .008 | -.05 | - | - |
| Θρησκεία | -.18 | -.33* | -.28 | -.25 | -.35* | -.68* | .48* | -.70* | - | - |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|------|------|------|------|------|-------|-------|---|---|
| Ονειροπ όληση | - | .55* | .63* | .79* | .31* | .32* | -.01 | .37* | - | - |
| Ανακού φιση | - | - | .55* | .68* | .29 | .34* | -.16 | .43* | - | - |
| Διαχείρι ση | - | - | - | .60* | .56* | .36* | -.002 | .36* | - | - |
| Συναίσθ ημα | - | - | - | - | .32* | .34* | -.08 | .40* | - | - |
| Τήρηση | - | - | - | - | - | .31* | -.14 | .39* | - | - |
| Θρησκε υτική αντιμετ ώπιση | - | - | - | - | - | - | -.34* | .72* | - | - |
| Ατομική αντιμετ ώπιση | - | - | - | - | - | - | - | -.36* | - | - |
| Προσευ χή | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

* $p < 0,05$.

(-): Βλέπε τις αντιστοιχίες

Πίνακας 3

Αποτελέσματα Επίδρασης του Φύλου στις μεταβλητές της Έρευνας

| Μεταβλητές | Φύλο | M.O | T.A. | t | df | p |
|--------------------------|---------|-------|------|--------|----|-------|
| Ονειροπόληση | Γυναίκα | 14,27 | 5,09 | -0,39 | 98 | 0,69 |
| | Άντρας | 14,70 | 5,74 | | | |
| Ανακούφιση | Γυναίκα | 8,86 | 3,65 | -1,84 | 98 | 0,069 |
| | Άντρας | 10,43 | 4,54 | | | |
| Διαχείριση | Γυναίκα | 30,91 | 7,19 | 0,65 | 98 | 0,51 |
| | Άντρας | 29,90 | 8,12 | | | |
| Συναίσθημα | Γυναίκα | 10,16 | 4,09 | -0,84 | 98 | 0,40 |
| | Άντρας | 10,92 | 4,81 | | | |
| Τήρηση | Γυναίκα | 12,38 | 3,08 | -0,001 | 98 | 0,99 |
| | Άντρας | 12,39 | 2,75 | | | |
| Αισιοδοξία | Γυναίκα | 22,18 | 4,75 | 1,42 | 98 | 0,15 |
| | Άντρας | 20,80 | 4,75 | | | |
| Θρησκεία | Γυναίκα | 13 | 4,29 | -0,58 | 98 | 0,55 |
| | Άντρας | 13,5 | 4,73 | | | |
| Θρησκευτική αντιμετώπιση | Γυναίκα | 5,93 | 3,20 | 0,61 | 98 | 0,54 |
| | Άντρας | 5,51 | 3,59 | | | |
| Ατομική αντιμετώπιση | Γυναίκα | 7,15 | 3,36 | -1,09 | 98 | 0,27 |
| | Άντρας | 7,90 | 3,36 | | | |

| | | | | | | |
|----------|---------|------|------|-------|----|------|
| Προσευχή | Γυναίκα | 5,88 | 2,77 | -0,81 | 98 | 0,41 |
| | Άντρας | 6,41 | 3,49 | | | |

Πίνακας 4

Αποτελέσματα ανάλυσης Παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την Αισιοδοξία και τη Θρησκεία

| Μετάφραση | Μεταβλητές | R ² | β | t | p |
|--------------------------|------------|----------------|------|-------|-------|
| Ονειροπόληση | Αισιοδοξία | .05 | -.15 | -1.54 | .12 |
| | Θρησκεία | | -.18 | 1.87 | .06 |
| Ανακούφιση | Αισιοδοξία | .27 | -.40 | -4.67 | .0001 |
| | Θρησκεία | | -.34 | -3.98 | .0001 |
| Διαχείριση | Αισιοδοξία | .08 | -.05 | -.55 | .58 |
| | Θρησκεία | | -.29 | -2.9 | .003 |
| Συναίσθημα | Αισιοδοξία | .26 | -.44 | -5.15 | .0001 |
| | Θρησκεία | | -.26 | -3.04 | .003 |
| Τήρηση | Αισιοδοξία | .12 | .048 | .50 | .61 |
| | Θρησκεία | | -.35 | -3.74 | .0001 |
| Θρησκευτική αντιμετώπιση | Αισιοδοξία | .48 | .10 | 1.43 | .15 |
| | Θρησκεία | | -.68 | -9.29 | .0001 |
| Ατομική αντιμετώπιση | Αισιοδοξία | .23 | .02 | .28 | .77 |
| | Θρησκεία | | .48 | -5.41 | .0001 |
| Προσευχή | Αισιοδοξία | .49 | -.08 | -1.13 | .26 |
| | Θρησκεία | | -.70 | -9.74 | .0001 |

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εντοπίσει και να μελετήσει πως οι συμπεριφορές υγείας των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, σχετίζονται με τους παράγοντες της αισιοδοξία και της θρησκεία. Επίσης, αναζητήθηκαν διαφορές ανάμεσα στο φύλο και τις δυο αυτές μεταβλητές. Τέλος, έγινε μια προσπάθεια για να βρεθεί κατά πόσο οι μεταβλητές αισιοδοξία και θρησκεία αναμένεται να προβλέπουν την υιοθέτηση ή μη σωστών συμπεριφορών υγείας.

Όπως προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η αισιοδοξία και οι διάφοροι παράγοντες της σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με τη ψυχική υγεία με θετικό τρόπο. Συγκεκριμένα, η αισιοδοξία προβλέπει μορφές προληπτικής συμπεριφοράς (άσκηση, διατροφή, μείωση του καπνίσματος) που συμβάλουν σημαντικά στην εξασφάλιση της σωματικής υγείας (Aspinwall & Tedeschi, 2010). Επίσης, οι αισιόδοξοι άνθρωποι παρουσιάζουν πιο γρήγορα ανάκαμψη μετά από μια επέμβαση (Scheier & Charls, 1987). Η αισιοδοξία και γενικότερα η θετική σκέψη βοηθά στη μείωση του άγχους με αποτέλεσμα να βελτιώνεται άμεσα η ψυχική υγεία και έμμεσα η σωματική, με τη βελτίωση του ανοσοποιητικού καθώς το άγχος είναι η αιτία για την εμφάνιση πολλών ασθενειών. Επίσης, τα πιο αισιόδοξα άτομα βλέπουν την κατάσταση τους πιο θετικά και δέχονται την κοινωνική στήριξη από το περίγυρο τους γεγονός που κάνει την αντιμετώπιση της κατάστασης τους πιο «ευχάριστη» διαδικασία (Antoni, Carver, & Lechner, 2009). Τέλος, οι αισιόδοξοι βιώνουν πολύ λιγότερα αισθήματα απελπισίας και κατάθλιψης (Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella, & Rose, 2006). Τα αποτελέσματα όμως της τρέχουσας έρευνας έρχονται να διαφωνήσουν με τα παραπάνω. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, υπήρξε συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας με μόνο δυο μεταβλητές (ανακούφιση και διαχείριση) που περιγράφουν τις συμπεριφορές υγείας και μάλιστα αυτή η σχέση ήταν αρνητική. Αυτό μεταφράζεται ως εξής: όσο πιο αισιόδοξα ήταν τα άτομα αισθάνονται λιγότερη ανακούφιση και ασκούν πιο

φτωχή διαχείριση του προβλήματος. Αυτά τα ευρήματα ίσως δικαιολογούνται από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά τις περισσότερες φορές βιώνουν μια αισιοδοξία που δεν είναι πάντα ρεαλιστική. Αυτή η μη ρεαλιστική αισιοδοξία που οφείλεται είτε στην άγνοια της κατάστασης τους είτε στην υπερεκτίμησης των ικανοτήτων τους, ωθεί τα άτομα να προβαίνουν σε παρακινδυνευμένες συμπεριφορές και να μην κατανοούν ή να παραβλέπουν τα συμπτώματα της ασθένειας τους (Aspinwall & Tedeschi, 2010). Επίσης, τα αρνητικά χαρακτηριστικά της αισιοδοξίας θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας. Οι αισιόδοξοι χαρακτηρίζονται από έντονη επιμονή, η οποία κάνει τα άτομα αυτά να μην δέχονται ότι δεν τα καταφέρνουν και να μην ξέρουν που και πότε να σταματήσουν (Gibson & Sanbonmatsu, 2004). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στον ελληνικό χώρο δεν υπάρχει επαρκή έρευνα αλλά και ενημέρωση των ατόμων όσο αφορά την συμβολή των θετικών σκέψεων και της αισιοδοξίας στην υγεία. Πολλοί μάλιστα όχι απλά δεν πιστεύουν στα θετικά αποτελέσματα αυτών των παραγόντων αλλά θεωρούν ότι η ύπαρξη τους αποτελεί παράγοντα παρεμπόδισης και αποσπούν το άτομο από το πραγματικό του στόχο.

Συνεχίζοντας, όσο αφορά τη θρησκεία, η βιβλιογραφία ανέδειξε ότι και αυτή σχετίζεται άμεσα με την σωματική και τη ψυχική υγεία (Weaver, Flannelly, & Flannelly, 2001). Οι αξίες και οι πεποιθήσεις που προβάλλει μια θρησκεία επηρεάζουν τους τρόπους καθημερινής συμπεριφοράς ενός ατόμου, π.χ. διατροφή μέσω νηστειών, διακοπή καπνίσματος μέσω τιμωρίας, γυμναστική κ.λπ. όπου οι αλλαγές αυτές έχουν αντίκτυπο στη σωματική υγεία (Levin, 1994). Από την άλλη, η αίσθηση του ανήκει, η θρησκευτική προσευχή και η συμμετοχή στα θρησκευτικά δρώμενα προσφέρει στο άτομο την γαλήνη, την ασφάλεια και την ηρεμία που χρειάζεται για να μειώσει το άγχος και γενικότερα να προωθήσει την ψυχική του υγεία (Exline, Yali, & Sanderson, 2000. Hannay, 1980). Και σε αυτή τη περίπτωση, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με την

παραπάνω έρευνα, η θρησκεία σχετίζεται αρνητικά με μια σειρά παραγόντων όπως η ανακούφιση, η τήρηση των ιατρικών κανόνων, η θρησκευτική αντιμετώπιση και η προσευχή ενώ βρέθηκε μια θετική συσχέτιση όσο αφορά τη θρησκεία και τη προσωπική αντιμετώπιση της κατάστασης. Τα αποτελέσματα εξηγούνται ως εξής: τα άτομα που παρουσιάζονται πιο πιστά αισθάνονται λιγότερη ανακούφιση, δεν τηρούν κατά γράμμα τους ιατρικούς κανόνες, δεν βασίζονται στη θρησκευτική συμβολή για την αντιμετώπιση του προβλήματος τους, αντιθέτως στηρίζονται στις προσωπικές τους ικανότητες και τέλος, προσεύχονται λιγότερο. Αν και τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται παράξενα ως πρώτης όψεως, θα μπορούσαν να εξηγηθούν λαμβάνοντας υπόψη ότι το 29% του δείγματος, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό, καταλάμβαναν οι φοιτητές. Αν και δεν είναι απαραίτητο τα άτομα νέας ηλικίας να παρουσιάζονται ως λιγότερο πιστά, υπάρχουν αρκετά ευρήματα που υποστηρίζουν το αντίθετο. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου οι νέοι της δηλώνουν υψηλή θρησκευτικότητα. Παρόλο όμως που συγκαταλέγουν τη θρησκεία ως τις βασικές τους αξίες και ως μέρος της ταυτότητας τους, το 59,3% των νέων εκκλησιάζονται μόνο στις σημαντικές θρησκευτικές εορτές ενώ μόνο το 25% εκκλησιάζονται μια φορά το μήνα (Τσιρώνης, 2012). Αν λάβει κανείς υπόψη τα παραπάνω, λόγω της επικράτησης των νέων ατόμων στην έρευνα τα αποτελέσματα αυτά δικαιολογούνται. Οι νέοι δηλώνουν θρησκευόμενοι στη θεωρία αλλά στη πράξη προτιμούν μάλλον να στηρίζονται στις προσωπικές τους δυνατότητες.

Επίσης, στη παρούσα έρευνα διερευνήθηκε αν το φύλο (γυναίκα, άνδρας) σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με τα επίπεδα αισιοδοξίας και θρησκευτικότητας των χρόνιων ασθενών. Η βιβλιογραφία, εντοπίζει κάποιες σημαντικές διαφορές. Οι γυναίκες παρουσιάζονται ως πιο αισιόδοξες και πιο θρησκευόμενες από ότι οι άνδρες. Ανήκουν πιο συχνά στη θετική πλευρά της αισιοδοξίας αλλά είναι πιο ευάλωτες λόγω κοινωνικών ρόλων, προκαταλήψεων και διαφορών στην ανατροφή, κάτι που τις κάνει πιο αδύναμες απέναντι στις ψυχολογικές και

στις συναισθηματικές παθήσεις καθώς και στις διαταραχές της διατροφής. (Μαλικιώση-Λοΐζου, Σιδηροπούλου – Δημακάκου, & Κλεφτάρας, 2006). Βέβαια και τα δύο φύλα φαίνεται να προσβάλλονται από ασθένειες όμως για διαφορετικούς λόγους. Οι άντρες, παρουσιάζονται πιο ευάλωτοι όσο αφορά τις βιολογικές ασθένειες. Αυτό, κυρίως έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής των ανδρών (κάπνισμα, κακή διατροφή κ.λπ.), (Cash & White, 2004). Η ελάχιστη έκφραση των συναισθημάτων, που είναι κατά κύριο λόγο χαρακτηριστικό των αντρών είναι ένας ακόμα παράγοντας που έχει να κάνει με τη σωματική υγεία. Τέλος, σύμφωνα με τους Davidson και Arbery (2003), όσοι άντρες δεν έχουν κάποια σύντροφο συνήθως παρουσιάζουν «φτωχότερη» υγεία από τους άνδρες που βρίσκονται σε μια σχέση. Εδώ φαίνεται ένα μικρό κενό που έχει η βιβλιογραφία η οποία υποστηρίζει ταυτόχρονα ότι το φύλο και επηρεάζει αλλά και δεν επηρεάζει τη σωματική και τη ψυχική υγεία. Η παρούσα έρευνα έρχεται να υποστηρίξει ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως διαφορά μεταξύ φύλου και των δυο μεταβλητών, αισιοδοξία και θρησκεία. Λόγω των αμφίσημων αποτελεσμάτων, θα πρέπει να υπάρχουν επιφυλάξεις στη διατύπωση απόψεων. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα και παρακολούθηση στο κομμάτι αυτό.

Τέλος, διερευνήθηκε αν οι συμπεριφορές υγείας μπορούν να προβλεφθούν από τους παράγοντες αισιοδοξία και θρησκεία. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου αποκαλύπτονται τα οφέλη τόσο της αισιοδοξίας όσο και της θρησκείας στην υγεία, αναμένεται ότι αυτές οι δυο μεταβλητές θα προβλέπουν την υιοθέτηση σωστών συμπεριφορών υγείας κάτι που επιβεβαιώνει και η παραπάνω βιβλιογραφία. Τόσο η αισιοδοξία όσο και η θρησκεία είναι προβλεπτικός παράγοντας για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και μείωση του άγχους αλλά και την εγκατάλειψη των «κακών» συνηθειών που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία. Όπως όμως φάνηκε για ακόμα μια φορά, τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται πάλι αντίθετα με τη βιβλιογραφία. Οι δυο μεταβλητές, κυρίως η θρησκεία, βρέθηκε όντως να σχετίζεται με τους παράγοντες που μετρούν τις

συμπεριφορές υγείας όμως με τρόπο αρνητικό. Βέβαια, από την άλλη βρέθηκε και μια θετική πρόβλεψη ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και τη προσωπική αντιμετώπιση. Και σε αυτή τη περίπτωση τα ευρήματα θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν από τη μη ρεαλιστική αισιοδοξία και την ανεπαρκή ενημέρωση για τις ευεργετικά αποτελέσματα της αισιοδοξίας καθώς και την επικράτηση των νέων που παρουσιάζονται φαινομενικά θρησκευόμενοι.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη παραπάνω έρευνα έρχονται σχεδόν σε πλήρη αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, ενώ η βιβλιογραφική ανασκόπηση προσφέρει μια πληθώρα παραδειγμάτων όπου η αισιοδοξία και η θρησκευτικότητα σχετίζονται θετικά με τις σωστές συμπεριφορές υγείας τόσο στο σωματικό όσο και στο ψυχικό τομέα, η παρούσα έρευνα έρχεται να ανατρέψει τα παραπάνω.

Αντιθέτως, αυτή φανερώνει αρνητικές συσχετίσεις των δυο αυτών μεταβλητών με τους παράγοντες της υγιεινής συμπεριφοράς όπως είναι η ονειροπόληση, η ανακούφιση, η διαχείριση του συναισθήματος, η διαχείριση της κατάστασης, η τήρηση των ιατρικών κανόνων, η αναζήτηση βοήθειας στηρίζοντας τις ελπίδες μόνο στη δύναμη του Θεού (θρησκευτική αντιμετώπιση), αναζήτηση βοήθειας βασισμένοι στις δυνατότητες του ιδίου του ατόμου (προσωπική αντιμετώπιση) και τέλος η προσευχή. Επίσης, υποστηρίζει ότι οι δυο αυτές μεταβλητές δεν σχετίζονται σε καμία περίπτωση με το φύλο (άνδρα, γυναίκα) του χρόνιου ασθενούς. Τέλος, η έρευνα δεν αναδεικνύει ούτε την αισιοδοξία αλλά ούτε και την θρησκεία ως προβλεπτικό παράγοντα για την υιοθέτηση σωστών συμπεριφορών υγείας. Παρά μόνο μια εξαίρεση, όπου οι πιο θρησκευόμενοι αναμένεται να στηρίζονται στη προσωπική αντιμετώπιση περισσότερο. Τα αποτελέσματα λοιπόν, δεν επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις της έρευνας.

Αυτό ίσως και να οφείλεται σε κάποιους περιορισμούς που παρουσιάζει η έρευνα αυτή. Συγκεκριμένα, στη διεξαγωγή της έρευνας τα άτομα που συμμετείχαν ποίκιλλαν στα είδη των χρόνιων ασθενειών που αντιμετώπιζαν με τα προβλήματα καρδιάς, 12% και το άσθμα, 11%

να πρωταγωνιστούν. Υπήρχαν λοιπόν άτομα που παρουσίαζαν πιο σοβαρά προβλήματα ενώ κάποιοι άλλοι πάλι παρουσίαζαν απλά χρόνια νοσήματα. Ήταν λογικό λοιπόν να έχουν και διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης τους. Πολλοί δε, από αυτούς που αντιμετώπιζαν κάποια ελαφριά ασθένεια είναι πολύ πιθανό να μην έδιναν βάση σε κανέναν από τους δυο υπό μελέτη παράγοντες αφού γνώριζαν ότι δεν διατρέχουν κανέναν σοβαρό κίνδυνο.

Ακόμα ένας περιορισμός της έρευνας ήταν η ηλικιακή ομάδα που τελικά ανταποκρίθηκε στην έρευνα. Το δείγμα κυμαινόταν κατά κύριο λόγο ανάμεσα στα δυο άκρα, 29% νέοι φοιτητές και 14% μεγαλύτερης ηλικίας συνταξιούχοι, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν ηλικιωμένοι καθώς μεγάλο δείγμα της έρευνας λήφθηκε από το ΚΑΠΗ Καλαμάτας. Λόγω της διαφοράς στην ηλικία οι δυο αυτές ομάδες παρουσιάζουν διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης μιας ασθένειας. Αν και μια χρόνια ασθένεια δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο της μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως συναντάται πιο σπάνια σε πιο νεαρές. Και σε αυτή την περίπτωση καλό θα ήταν το ηλικιακό εύρος να ήταν πιο περιορισμένο ή ίσως ακόμα καλύτερα να εξετάζονταν άτομα που άνηκαν σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ούτως ώστε να εξαλειφθεί ο παράγοντας της ηλικίας που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης, ότι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό καθώς αποτελείται μόνο από 100 άτομα, τα οποία αποτελούν ένα πολύ μικρό κομμάτι του πληθυσμού, με αποτέλεσμα τα ευρήματα της έρευνας να μην μπορούν να γενικευτούν. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η μελέτη αποτελεί μια συγχρονική έρευνα, όπου μελετάται ένας συγκεκριμένος αριθμός ατόμων σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και δεν δίνονται παραπάνω πληροφορίες. Ίσως τη δεδομένη στιγμή που έγινε η έρευνα τα άτομα να βρίσκονταν στη βέλτιστη ή στη χειρίστη πορεία της ασθένειάς τους με αποτέλεσμα τα ευρήματα να μην είναι αντιπροσωπευτικά. Τέλος, πρέπει να λάβει κανείς υπόψη του ότι τα

αποτελέσματα θα μπορούσαν να μην είναι αντικειμενικά καθώς οι συμμετέχοντες ίσως να προσπάθησαν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες της έρευνας και να μην συμπλήρωσαν αυτό που πραγματικά ένιωθαν.

Είναι σημαντικό λοιπόν, οι μελλοντικοί ερευνητές να λάβουν υπόψη τους την ποικιλία των χρόνιων ασθενειών που είναι πιθανόν να αντιμετωπίζουν τα άτομα του δείγματος που θα χρησιμοποιήσουν και να προσπαθήσουν να περιορίσουν αυτόν τον παράγοντα λαμβάνοντας στοιχεία από άτομα που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια είτε πιο σοβαρή είτε πιο ελαφριά, ούτως ώστε να εξαλειφθούν τυχόν ανακρίβειες που προκύπτουν από τη σοβαρότητα της νόσου. Επίσης, άλλη μια πρόταση θα ήταν να γίνουν έρευνες που θα εστιάζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ή τουλάχιστον να υπάρχει δείγμα από κοντινές ηλικίες και όχι τα δυο άκρα (νέοι – ηλικιωμένοι) ούτως ώστε να περιοριστούν οι μεγάλες αποκλείσεις που μπορεί να οφείλεται από τις διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες που ενστερνίζονται οι τόσο διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Τέλος, καλό θα ήταν να γίνουν διαχρονικές έρευνες ούτως ώστε να μπορούν να μελετηθούν οι αλλαγές στα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις των ατόμων στις διάφορες μεταπτώσεις της ασθένειας τους.

Παρά τους περιορισμούς και τα αντικρουόμενα αποτελέσματα που έδωσε η έρευνα, πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί ότι αναμφισβήτητα, έδωσε έναν λόγο σκέψης και προβληματισμού. Το γεγονός ότι έρχεται αντιμέτωπη με τα ευρήματα της μέχρι τώρα βιβλιογραφίας, δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να δει και την άλλη όψη της κατάστασης. Αυτό, θα μπορούσε να προωθήσει την έρευνα, καθώς δίνει το έναυσμα για μια περαιτέρω και πιο ουσιαστική μελέτη των δυο παραγόντων (αισιοδοξία και θρησκεία) αλλά αυτή τη φορά να μην δοθεί έμφαση μόνο στη θετική συμβολή τους αλλά και στις αρνητικές συνέπειες των μεταβλητών αυτών. Το γεγονός ότι υπάρχουν ήδη αναφορές στις αρνητικές επιπτώσεις της αισιοδοξίας και της θρησκείας φαίνεται ότι ήδη διεξάγονται έρευνες, αν και περιορισμένες, που φανερώνουν τις αρνητικές σχέσεις των μεταβλητών αυτών με την υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115* (1), 145–156.
- Antoni, M. H., Carver, C. S., & Lechner, S.C. (2009). Enhancing positive adaptation: Example intervention during treatment for breast cancer. In C. L. Park, C. S. Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds), *Medical Illness and Positive Life Change. Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 197-214). Washington: American Psychological Association
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Archer, M., Rinzler, S., & Christakis, G. (1967). Social Factors Affecting Participation in a Study of Diet and Coronary Heart Disease. *Journal of Health and Social Behavior, 8* (1), 22-31.
- Aspinwall, L. S., & Tedeschi, R. G. (2010). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Examining the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine, 39* (1), 4-15.
- Barbour, I. G. (2000). *When Science Meets Religion: Enemies, Strangers, or Partners?* (1η εκδ.). New York: Harper.
- Beit-Hallahmi, B. (1974). Psychology of religion 1880–1930: The rise and fall of a psychological movement. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 10* (1), 84–90.
- Bradby, H. (2010). *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας* (Γ.Βάγιας & Γ. Αλεξιάς, Μτφρ.). Αθήνα: εκδόσεις ΠΕΔΙΟ. (Αρχική δημοσίευση 2009).
- Burling, T.A., Singelton, E.G., Bigelow, G.E., Baile, W.F., & Gottlieb, S.H. (1984). Smoking following myocardial infarction: A critical review of the literature. *Health Psychology, 3* (1), 83-96.
- Cahalan, D., Cisin, I. H., & Crossley, H. M. (1969). American drinking practices: A national study of drinking behavior and attitudes. *Monographs of the Rutgers Center of Alcohol Studies, 6* (1969), 260.
- Campbell, J. (1956). *Hero With a Thousand Faces* (3η εκδ.). New York: Meridian Books.
- Carver, C.S., Kus, L. A., & Scheier, M. F. (1994). Effects of good versus bad mood and optimistic versus pessimistic outlook on social acceptance versus rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13* (2), 138–151.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30* (7), 879–889.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24* (5), 508–516.
- Cash, K., & White, A. (2004). The state of men's health in Western Europe. *Journal of men's health, 1* (1), 60-66.
- Comstock, G. W., & Partridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Diseases, 25* (12), 665-672.
- Davidson, K., & Arber, S. (2003). Older men's health: a life course issue? *Men's Health Journal, 2* (3): 72–5.
- Dawkins, R. (2007). *Η περί Θεού αυταπάτη*. (Μ. Γιατρουδάκη, Π. Δεληβοριάς, Α. Μάμαλης, Ν. Ντάικος, Κ. Σίμος & Β. Σακελλαρίου, Μτφρ.). Αθήνα: εκδόσεις Κάτοπτρο. (Αρχική δημοσίευση, 1941).
- De Ridder, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease?: What are its consequences for self-care behavior and physical functioning?. *Journal of Psychosomatic Research, 56* (3), 341 – 350.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M.K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 54* (12), S57–S60.
- Dzewaltowski, D.A., Noble, J.M., & Shaw, J.M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 12* (4), 388-405.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research, 65* (3), 245–277.
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 147* (9), 1194–1198.
- 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.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology, 56* (12), 1481 -1496.

- Farouki, N. (1997). *Πίστη και λογική. Η ιστορία μιας παρεξήγησης*. (Φ. Κονδύλης, Μτφρ.). Αθήνα: εκδόσεις Τραυλός.
- Finlay-Jones, R., & Brown, G. W. (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11 (4), 803–815.
- Freud, S. (2001). *Φαινομενολογία των Θρησκευτών: Ο Μωυσής και ο μονοθεϊσμός*. (Λ. Αναγνώστου, Μτφρ.). Αθήνα: εκδόσεις Δαμιανός. (Αρχική έκδοση 1997).
- Gibson, B., & Sanbonmatsu, D. M. (2004). Optimism, pessimism, and gambling: The downside of optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 149–160.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Hoekstra, T., & Schouten, E.G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61 (11), 1126–1135.
- Guralnick, S.M. (1972). Geology and Religion before Darwin: The Case of Edward Hitchcock, Theologian and Geologist (1793-1864). *The University of Chicago Press Journals*, 63 (4), 529-543.
- Hannay, D. R. (1980). Religion and health. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14 (6), 683 – 685.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K.A., Scheier, M.F., Raitakari, O.T., Pulkki, L., & Keltikangas-Järvinen, L. (2006). Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74 (4), 1111–1126.
- Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H.Y. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA*, 276 (18), 1473-1479.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241 (4865), 540–545.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.P.E., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10 (4), 229-235.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- 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., Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2007). Optimism, self-efficacy and information processing of threat- and well-being-related stimuli. *Stress and Health*, 23 (5), 285–294.

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78 (3), 458–467.
- King, H., & Locke, F. B. (1980). American White Protestant Clergy as a Low-Risk Population for Mortality Research. *Journal of the National Cancer Institute*, 65 (5), 1115-1124.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine*, 38 (11), 1475 – 1482.
- Lilt, M.D., Tennen, H., Affleck, G., & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15 (2), 171-188.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 98–112.
- MacLeod, A. K., & Conway, C. (2007). Well-being and positive future thinking for the self-versus others. *Cognition and Emotion*, 21 (5), 1114 – 1124.
- Μακράκης, Μ. Κ. (1993). *Ψυχολογία της θρησκείας. Εισαγωγή, ιστορία και θεματολογία: Η ψυχική πηγή της θρησκείας και η έκφραση της ως βίωμα* (1η έκδ). Αθήνα: Εκδόσεις Αρμός.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ., Σιδηροπούλου - Δημακάκου, Δ., & Κλεφτάρας, Γ. (2006). *Η συμβουλευτική ψυχολογία στις γυναίκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας* (2η έκδ.). Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Ohannessian, C.M., Hesselbrock, V.M., Tennen, H., & Affleck, G. (1993). Hassles and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (6), 754 – 763.
- Orfanos, C. E. (2007). From Hippocrates to modern medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21 (6), 852–858.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 710 – 724.
- Park, C.L., Moore, P.J., Turner, R.A., & Adler, N.E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 584–592.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55 (2), 237 – 265.

- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. P. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239.
- Rogers, K., & Hickman, C. (2004). *ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ: ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ. ΜΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ*. (Ν. Σακκά-Νικολακοπούλου, Μτφρ.). Εκδόσεις: ΑΓΚΥΡΑ.
- Sanderson, C.A. (2004). The link between intimacy goals and satisfaction in close relationships: An examination of the underlying processes. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *The Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 247-266). New York: Erlbaum
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219 – 247.
- Scheier, M.E., & Charls, C. S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health. *Journal of personality*, 55 (2), 169 – 210.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, Vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Journal Psychology & Health*, 9 (3), 161 – 180.
- Scotch, N. A. (1963). Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu hypertension. *American Journal of public health*, 53, 1205-1213.
- Segerstrom, S.C. (2006). *Breaking Murphy's law: how optimists get what they want from life - and pessimists can too*. New York: Guilford
- Segerstrom, S.C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41 (4), 772-786.
- Shipman, H. L., Brickhouse, N. W., Dagher, Z., & Letts IV, W. J. (2002). Changes in Student Views of Religion and Science in a College Astronomy Course. *Culture and Comparative Studies*, 86 (4), 526 – 547.
- Shnek, Z.M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in is chemic heart disease. *Health Psychology*, 20 (2), 141–145.
- Sobel, D. (1999). *Galileo's daughter: a historical memoir of science, faith, and love*. New York: Walker & Co
- Solberg Nes, L., Evans, D. R., & Segerstrom, S. C. (2009). Optimism and College Retention: Mediation by Motivation, Performance, and Adjustment. *Journal of Applied Social Psychology*, 39 (8), 1887 – 1912.
- Strack, S., Carver, C.S., & Blaney, P.H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (3), 579–584.

- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*, 64 (4), 873 – 898.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103 (2), 193 – 210.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (3), 460 – 473.
- Τσιρώνης, Χ. (2012). Οι έρευνες για τη θρησκευτικότητα στη σύγχρονη Ελλάδα. Επιστημολογικά προλεγόμενα. *Culture and Research*, 1, 68-82.
- Van de Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F.M., Roos, S., & Knottnerus, J.A. (1998). Multi morbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (5), 367–375.
- Vaux, K. (1976). Religion and Health. *Preventive Medicine*, 5 (4), 522 – 536.
- Vickers, K.S., & Vogeltanz, N.D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences*, 28 (2), 259–272.
- Weaver, A. J., Flannelly, L.T., & Flannelly, K.J. (2001). A review of research on religious and spiritual variables in two primary gerontological nursing journals: 1991–1997. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (9), 47–54.
- Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality, and Health: 1965–2000. *Journal of Religion and Health*, 45 (2), 208–214.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (5), 806-820.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3 (5), 431 – 457.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7 (4), 355-386.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Αξιότιμε/η κύριε/α,

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για τη συνεργασία σας σε αυτή την έρευνα, βασικός στόχος της οποίας είναι η αξιολόγηση της δράσης τόσο της θρησκείας όσο και της αισιοδοξίας σε ασθενείς με κάποιο χρόνιο νόσημα. Κύριος στόχος της έρευνας είναι πως οι δυο αυτές μεταβλητές σχετίζονται με τις συμπεριφορές των ασθενών που αφορούν την υγεία τους.

Αναφορικά με τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να τονίσουμε τα παρακάτω: Πρώτα από όλα, αυτό το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται εθελοντικά. Όλες οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και η ταυτότητά σας θα παραμείνει ανώνυμη. Δεν θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε κανένα στοιχείο από το οποίο θα προκύπτει η ταυτότητά σας ούτε θα συμπληρωθεί ένα τέτοιο στοιχείο αργότερα. Η συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Τέλος, η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου, αποτελεί την αποδοχή σας να συμμετάσχετε στην έρευνα. Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Κρατήστε αυτό το γράμμα στο αρχείο σας. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με αυτή την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την: Κωνσταντοπούλου Δήμητρα, προπτυχιακή φοιτήτρια στο Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, psy3051@psy.soc.uoc.gr. Τηλ. 6982960473 ή με τον υπεύθυνο της έρευνας: Ευάγγελο Καραδήμα, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Πανεπιστημιούπολη Γάλλου, Ρέθυμνο, 74100 karademas@uoc.gr, Τηλ: 28310-77532

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη βοήθεια σας.

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

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα 2) Ηλικία (σε έτη):

3) Τι ακριβώς ασθένεια αντιμετωπίζετε; _____

4) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειας: _____

5) Έχετε νοσηλευτεί εξαιτίας του προβλήματος υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ 6) Αν ΝΑΙ, πότε; _____

7) Εκπαίδευση:

| | | |
|--|---|---|
| Πρωτοβάθμια: Τάξεις δημοτικού <input type="checkbox"/> | Δευτεροβάθμια: Τριτάξιο γυμνάσιο <input type="checkbox"/> | Τριτοβάθμια: ΤΕΙ <input type="checkbox"/> |
| Δημοτικό <input type="checkbox"/> | Λύκειο <input type="checkbox"/> | ΑΕΙ <input type="checkbox"/> |
| | Ανάλογες σχολές <input type="checkbox"/> | Μεταπτυχιακά <input type="checkbox"/> |

8) Επάγγελμα: _____

9) Οικογενειακή κατάσταση:

Αγαμος /η Έγγαμος /η Σε διάσταση
 Διαζευγμένος /η Χήρος /α Συγκατοίκηση

Οδηγίες: Τα επόμενα θέματα είναι τρόποι αντίδρασης σε ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ, όπως ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ, ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ. Αυτά αποτελούν συνήθως δύσκολες, στρεσογόνες ή δυσάρεστες καταστάσεις. Μας ενδιαφέρει η πιο πρόσφατη σας ασθένεια, νόσημα ή τραυματισμός. Παρακαλώ, βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1 ως το 5 για κάθε ένα από τα ακόλουθα θέματα.

Σημειώστε πόσο πολύ εφαρμόσατε αυτού του είδους τις δραστηριότητες όταν ήρθατε αντιμέτωπος με το πρόβλημα υγείας που σας απασχολεί. Παρακαλώ, βεβαιωθείτε πως απαντάτε σε κάθε θέμα.

Δηλώστε, παρακαλώ, το πιο πρόσφατο πρόβλημα υγείας: _____

1 = Καθόλου 3 = Μέτρια 5 = Πάρα πολύ

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Μένω στο κρεβάτι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Αναρωτιέμαι γιατί συνέβη σε εμένα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Πλαгиάζω όταν νιώθω κουρασμένος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. Αναζητώ ιατρική θεραπεία όσο το δυνατό πιο γρήγορα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Θυμώνω επειδή συνέβη σε εμένα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Συγκεντρώνομαι στο στόχο να γίνω καλύτερα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Αισθάνομαι απογοητευμένος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Προσπαθώ να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια είναι δυνατό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Μαθαίνω περισσότερα για το πως δουλεύει το σώμα μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Κάνω ότι μου λέει ο γιατρός μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Φαντασιώνω για όλα τα πράγματα που θα μπορούσα να κάνω εάν ήμουν καλύτερα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ακούω μουσική | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Καθιστώ το περιβάλλον γύρω μου όσο πιο ήσυχο είναι δυνατό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Καταβάλλω κάθε προσπάθεια να ακολουθήσω τις συμβουλές του γιατρού μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Εύχομαι να μην είχε συμβεί ποτέ το πρόβλημα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Μένω όσο πιο ήσυχος και ακίνητος μπορώ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Είμαι συνεπής στη λήψη των φαρμάκων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Νιώθω αγχωμένος που είμαι αδύναμος και ευάλωτος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Περιβάλλω τον εαυτό μου με ωραία πράγματα (π.χ., λουλούδια) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Φροντίζω να είμαι άνετα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ανησυχώ μήπως χειροτερέψει η υγεία μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οδηγίες: Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες 6 ερωτήσεις δηλώνοντας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την καθεμία. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα από το 1 ως το 5 και σημειώστε πόσο συμφωνείτε με κάθε πρόταση γράφοντας τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση. Δεν υπάρχουν «σωστές» και «λάθος» απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με το πώς νιώθετε εσείς και όχι με το πώς νομίζετε ότι θα απαντούσαν οι «περισσότεροι άνθρωποι».

5 – Συμφωνώ πολύ

4 – Συμφωνώ λίγο

3 – Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

2 – Διαφωνώ κάπως

1 – Διαφωνώ έντονα

1. _____ Σε αβέβαιες στιγμές, συνήθως περιμένω το καλύτερο.
2. _____ Αν είναι να πάει κάτι στραβά για μένα, σίγουρα θα πάει.
3. _____ Είμαι πάντα αισιόδοξος/η για το μέλλον μου.
4. _____ Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω.
5. _____ Σπάνια υπολογίζω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.
6. _____ Γενικώς περιμένω ότι θα μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα από όσα κακά.

Οδηγίες: Σκεφτείτε για το πώς θα προσπαθούσατε να κατανοήσετε και να αντιμετωπίσετε μεγάλα προβλήματα της ζωής σας. Σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο θα αντιμετωπίζατε το καθένα από τα παρακάτω. Τσεκάρετε την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο σε εσάς.

1. Σκέφτομαι πως η ζωή μου είναι μέρος μιας μεγαλύτερης πνευματικής δύναμης.
 - Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο
 - Κάπως
 - Καθόλου
2. Δουλεύω μαζί με το Θεό ως εταίροι για να ξεπεράσω τις δύσκολες στιγμές.
 - Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο
 - Κάπως
 - Καθόλου
3. Αναζητώ από το Θεό τη δύναμη, την υποστήριξη και την καθοδήγηση που χρειάζομαι σε περιόδους κρίσεων.
 - Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο
 - Κάπως
 - Καθόλου
4. Έχω την αίσθηση ότι οι στρεσογόνες καταστάσεις, που βιώνω, είναι ένας τρόπος τιμωρίας του Θεού για τις αμαρτίες μου ή την έλλειψη πνευματικότητας μου.
 - Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο

- Κάπως
 - Καθόλου
5. Αναρωτιέμαι αν ο Θεός με έχει εγκαταλείψει.
- Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο
 - Κάπως
 - Καθόλου
6. Προσπαθώ να βρω νόημα στη κατάσταση μου και να αποφασίσω τι να κάνω, χωρίς να στηρίζομαι στο Θεό.
- Κατά ένα μεγάλο μέρος
 - Πολύ λίγο
 - Κάπως
 - Καθόλου
7. Σε ποιο βαθμό η θρησκεία παίζει ρόλο στην κατανόηση ή την αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων
- Εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό
 - Κάπως εμπλέκεται
 - Δεν εμπλέκεται πολύ
 - Δεν εμπλέκεται καθόλου

Οδηγίες: Οι ακόλουθες ερωτήσεις/δηλώσεις αφορούν στους τρόπους που αντιμετωπίζετε ένα αρνητικό γεγονός στη ζωή σας. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα. Οι ερωτήσεις/ δηλώσεις διερευνούν τι κάνατε εσείς για να αντιμετωπίσετε αυτό το αρνητικό γεγονός. Προφανώς διαφορετικοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα πράγματα με διαφορετικούς τρόπους, αλλά εμείς ενδιαφερόμαστε για το πώς εσείς προσπαθήσατε να ασχοληθείτε με αυτό. Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τρόπο αντιμετώπισης. Θέλουμε να ξέρουμε σε ποιο βαθμό κάνατε αυτό που λέει η ερώτηση. Πόσο πολύ ή πόσο συχνά; Μην απαντάτε με βάση του τι λειτούργησε ή τι όχι – μόνο αν ή όχι τα καταφέρατε. Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα απαντήσεων. Προσπαθήστε να αξιολογήσετε κάθε ερώτηση ή δήλωση ξεχωριστά στο μυαλό σας από τις άλλες. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε . Σημειώστε στο κενό αριστερά από κάθε ερώτηση την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο σε εσάς.

Κλίμακα απαντήσεων:

1. – Καθόλου
2. – Κάπως
3. – Πολύ λίγο

4. – Ένα μεγάλο μέρος

| | | | |
|------------|----------|--------------|---------------------|
| 1. Καθόλου | 2. Κάπως | 3. Πολύ λίγο | 4. Ένα μεγάλο μέρος |
|------------|----------|--------------|---------------------|

1. Είδα την κατάσταση μου ως μέρος του σχεδίου του Θεού.
2. Προσπάθησα να βρω στο γεγονός ένα μάθημα από το Θεό.
3. Προσπάθησα να δω πως ο Θεός προσπαθεί να με ενισχύσει σε αυτή την κατάσταση.
4. Αναρωτήθηκα τι έκανα στο Θεό για να με τιμωρεί.
5. Αποφάσισα ότι ο Θεός με τιμωρεί για τις αμαρτίες μου
6. Αισθάνθηκα να τιμωρούμαι από το Θεό για την απουσία αφοσίωσης.
7. Πίστεψα ότι ο Διάβολος ήταν υπεύθυνος για την κατάσταση μου.
8. Αισθάνθηκα ότι η κατάσταση μου ήταν έργο του διαβόλου.
9. Κατέληξα ότι ο Διάβολος έκανε αυτό να συμβεί.
10. Αμφισβήτησα τη δύναμη του Θεού.
11. Σκέφτηκα ότι κάποια πράγματα είναι πέρα από τον έλεγχο του Θεού.
12. Συνειδητοποίησα ότι ο Θεός δεν μπορεί να απαντήσει σε όλες τις προσευχές μου.
13. Προσπάθησα να βάλω τα σχέδια μου σε δράση μαζί με το Θεό.
14. Συνεργάστηκα με το Θεό ως εταίροι.
15. Προσπάθησα να βρω το σκοπό της κατάστασης μου με το Θεό.
16. Έδωσα τον καλύτερο εαυτό μου και στη συνέχεια άφησα την κατάσταση στο Θεό.
17. Έκανα ότι θα μπορούσα και άφησα τα υπόλοιπα στα χέρια του Θεού.
18. Πήρα τον έλεγχο σε ότι μπορούσα και άφησα τα υπόλοιπα στο Θεό.
19. Δεν κάνω πολλά, απλά αναμένω ο Θεός να λύσει τα προβλήματα μου για εμένα.
20. Δεν δοκιμάσατε τίποτα! Απλά αναμένετε ο Θεός να πάρει τον έλεγχο.
21. Δεν προσπαθήσατε να αντιμετωπίσετε την κατάσταση! Μόνο αναμένετε ο Θεός να πάρει τις ανησυχίες σας μακριά.
22. Παρακαλώ το Θεό να κάνει τα πράγματα εντάξει.
23. Προσευχήθηκα για ένα θαύμα.
24. Διαπραγματεύτηκα με το Θεό ώστε να κάνει τα πράγματα καλύτερα.
25. Προσπάθησα να ασχοληθώ με τα συναισθήματα μου, χωρίς να ζητήσω βοήθεια από το Θεό.
26. Προσπάθησα να βρω ένα νόημα στη κατάσταση χωρίς να στηριχτώ στο Θεό.
27. Πήρα αποφάσεις σχετικά με το τι πρέπει να κάνω χωρίς τη βοήθεια του Θεού.
28. Αναζήτησα την αγάπη και τη φροντίδα του Θεού.
29. Πιστεύω ότι ο Θεός θα είναι στο πλευρό μου.
30. Ψάχνω στο Θεό για δύναμη, υποστήριξη και καθοδήγηση.
31. Προσευχήθηκα για να ξεφύγει το μυαλό μου από τα προβλήματα.
32. Σκέφτηκα πνευματικά θέματα για να σταματήσω να σκέφτομαι τα προβλήματα μου.
33. Επικεντρώθηκα στη θρησκεία για να σταματήσω να ανησυχώ για τα προβλήματα μου.
34. Αναρωτήθηκα για το αν ο Θεός με έχει εγκαταλείψει.
35. Εξέφρασα την οργή ότι ο Θεός δεν απάντησε στις προσευχές μου.
36. Αναρωτήθηκα για την αγάπη του Θεού προς εμένα.
37. Απέφυγα ανθρώπους που δεν είχαν την πίστη μου.

38. Είμαι κολλημένος με τις διδασκαλίες και τις πρακτικές που προβάλλει η θρησκεία μου.
39. Αγνόησα τις συμβουλές που ήταν ασυμβίβαστες με την πίστη μου.
40. Έψαξα την πνευματική υποστήριξη σε κληρικούς.
41. Προσφέρω πνευματική υποστήριξη στην οικογένεια ή τους φίλους μου.
42. Προσπάθησα να δώσω πνευματική δύναμη στους άλλους.
43. Διαφωνώ με αυτά που θέλει η θρησκεία να κάνω ή να πιστέψω.
44. Αισθάνθηκα δυσαρέσκεια από τους κληρικούς.
45. Αναρωτήθηκα αν η εκκλησία μου, με έχει εγκαταλείψει.
46. Ζήτησα από το Θεό να βρω ένα σκοπό από τη ζωή μου.
47. Προσευχήθηκα ώστε να βρω ένα νέο λόγο για να ζω.
48. Προσευχήθηκα για να ανακαλύψω το σκοπό στη ζωή μου.
49. Προσπάθησα να βρω μια εντελώς νέα ζωή μέσω της θρησκείας.
50. Έψαξα για μια συνολική πνευματική αφύπνιση.
51. Προσευχήθηκα για ένα πλήρη μετασχηματισμό της ζωής μου.
52. Ζήτησα βοήθεια από το Θεό για να με κάνει να ξεπεράσω το θυμό μου.
53. Ζήτησα από το Θεό να με βοηθήσει να ξεπεράσω την πικρία μου.
54. Ζήτησα τη βοήθεια του Θεού στη προσπάθειά μου να συγχωρώ τους άλλους.