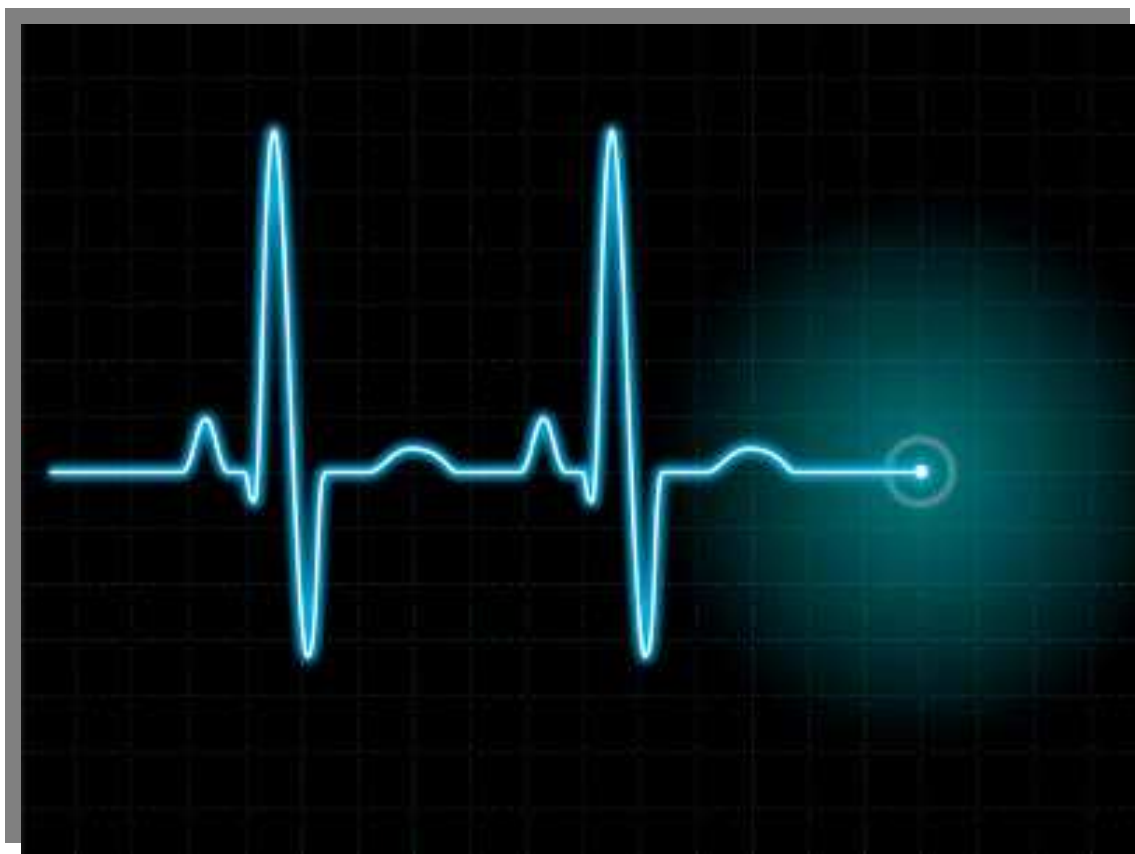




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ



(Επόπτης: Καθηγητής Ευάγγελος Καραδήμας)

Υπό την επιμέλεια: Γρηγοριάδης Πάυλος (Α.Μ.:2069)

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων.....	4
Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	5
ΜΕΡΟΣ 1	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	8
1.1.Η καρδιά	8
1.2.Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	9
1.3.Είδη καρδιαγγειακών παθήσεων	11
1.3.1.Καρδιακή ανεπάρκεια	11
1.3.2.Στεφανιαία νόσος	11
1.3.3.Βαλβιδοπάθειες και μυοκαρδιοπάθειες.....	12
1.3.4.Πνευμονική εμβολή και αρτηριακή υπέρταση.....	12
1.3.5.Συγγενείς Καρδιοπάθειες	13
1.3.6.Αρρυθμίες και Περικαρδίτιδα.....	14
1.4.Καρδιακές παθήσεις, ψυχική υγεία και προσαρμογή.....	15
1.5.Ψυχολογικές παρεμβάσεις.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Αισιοδοξία.....	18
2.1.Αισιοδοξία και υγεία	18
2.2.Αμυντική Αισιοδοξία.....	21
2.3.Λειτουργική Αισιοδοξία.....	23
2.3.1.Συμπέρασμα.....	24
2.4.Αισιοδοξία και Καρδιαγγειακές Παθήσεις.....	26
2.5.Αισιοδοξία και Θρησκευτικότητα	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Θρησκευτικότητα.....	31
3.1.Θρησκεία και Θρησκευτικότητα	31
3.2.Θρησκευτικότητα και Υγεία.....	32
3.2.1.Τρόποι σύνδεσης Θρησκευτικότητας και Υγείας.....	34

3.3.Θετική επίδραση της Θρησκευτικότητας στην Υγεία.....	35
3.4.Αρνητική επίδραση της Θρησκευτικότητας στην Υγεία.....	37
3.5.Συμπέρασμα.....	40

ΜΕΡΟΣ 2

Η μέθοδος.....	41
Διαδικασία και Συμμετέχοντες.....	41
Μετρήσεις	44
Αποτελέσματα.....	45
Συζήτηση.....	51
Βιβλιογραφία	54

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας (1): Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....	42
Πίνακας (2): Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	43
Πίνακας (3): Κατανομή του δείγματος ως προς το Μορφωτικό επίπεδο.....	43
Πίνακας (4): Κατανομή του δείγματος ως προς τη χειρουργική επέμβαση.....	43
Πίνακας (5): Δείκτης Συσχέτισης	45
Πίνακας (6): Αποτελέσματα επίδρασης της χειρουργικής επέμβασης.....	46
Πίνακας (7): Αποτελέσματα επίδρασης του φύλου.....	48
Πίνακας (8): Ιεραρχική Παλινδρόμηση.....	49

Πρόλογος

Βασικά κίνητρα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας αποτέλεσαν η σπουδαιότητα της διερεύνησης των καρδιαγγειακών παθήσεων, της καταλυτικής επίδρασης των θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών και πεποιθήσεων των ανθρώπων σε πολλές πτυχές της ζωής και της υγείας τους και η επισήμανση της αισιοδοξίας του ατόμου ως καταλυτικό παράγοντα επίδρασης και έκβασης μιάς νόσου. Η πρωτοτυπία της συγκεκριμένης εργασίας έγκειται στο γεγονός της παράλληλης εξέτασης των παραπάνω θεμάτων υπό τη σκοπιά εμφάνισης και έκβασης της χρόνιας ασθένειας, και συγκεκριμένα της καρδιοπάθειας, και της εξαγωγής σημαντικών συμπερασμάτων για το πώς η αισιοδοξία και η θρησκευτικότητα, είτε σε συνδυασμό, είτε ανεξάρτητα η μία από την άλλη μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ως προς τη βελτίωση ή την επιβάρυνση των συμπτωμάτων των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Εισαγωγή

Η εργασία περιστρέφεται γύρω από το ζήτημα της σχέσης της Εσωτερικής Θρησκευτικότητας, της Αισιοδοξίας που φέρει το άτομο και της Καρδιαγγειακής πάθησης (την έκβαση της ασθένειας). Συγκεκριμένα, παραθέτονται πληροφορίες για τον ορισμό των εννοιών των συγκεκριμένων μεταβλητών της έρευνας προς διερεύνηση των πιθανών σχέσεων που υπάρχουν μεταξύ τους και επιχειρείται η διεξαγωγή σχετικής έρευνας σε καρδιοπαθείς ασθενείς ανά την Ελλάδα με σκοπό την

επιβεβαίωση των θεωρητικών υποθέσεων που αναφέρονται στις πιθανές σχέσεις των μεταβλητών.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το βιβλιογραφικό και το ερευνητικό μέρος. Στο 1^ο κεφάλαιο, του 1^{ου} μέρους, επιχειρείται μία γενική περιγραφή των διαφόρων καρδιαγγειακών παθήσεων, από την πιο κοινή στεφανιαία νόσο έως τις αρρυθμίες και γίνεται ανάλυση των αιτιών κάθε νόσου και των συμπτωμάτων. Αναλυτικότερα, επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή της ανατομίας της καρδιάς και έπειτα παραθέτονται σημαντικές πληροφορίες για τις καρδιακές παθήσεις, τα χαρακτηριστικά αυτών, τα σχετικά δημογραφικά στοιχεία που υπάρχουν, τα είδη (μορφές) των καρδιακών παθήσεων αλλά και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν προς βελτίωση αυτών των παθήσεων.

Στο 2^ο κεφάλαιο, του 1^{ου} μέρους, αναλύεται η σχέση της αισιοδοξίας με την υγεία, όπως αυτή έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στην αμυντική αισιοδοξία, στη λειτουργική αισιοδοξία και στο ρόλο που διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά αυτών στην υγεία και την έκβαση της ασθένειας. Τέλος, στο 3^ο κεφάλαιο του 1^{ου} μέρους περιγράφεται η σχέση της θρησκευτικότητας με την υγεία. Σε αυτό το κεφάλαιο εισάγεται η έννοια της θρησκείας με μια εκτενή αναφορά στην επίδραση της θρησκευτικότητας του ατόμου στην υγεία και την ασθένεια, είτε μέσω θετικών, είτε μέσω αρνητικών επιδράσεων.

Από την άλλη μεριά, οι δύο προαναφερθείσες έννοιες, της αισιοδοξίας και της θρησκευτικότητας, θα αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχτεί το δεύτερο μέρος της εργασίας αυτής, το κομμάτι της έρευνας. Συγκεκριμένα, με ανάλυση πραγματικών στοιχείων που προέκυψαν από συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ασθενών, διερευνώνται υποθέσεις αλληλεπίδρασης της αισιοδοξίας και της θρησκευτικότητας με τα επίπεδα υγείας του ασθενούς που έχει εκδηλώσει

κάποια χρόνια καρδιαγγειακή πάθηση. Σε αυτό το μέρος της εργασίας, αναφέρονται εκτενώς οι στόχοι της έρευνας, οι υποθέσεις που τέθηκαν, λεπτομέρειες για το δείγμα και την ερευνητική διαδικασία και τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν. Τέλος, ακολουθεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η συζήτηση γύρω από τους περιορισμούς της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Καρδιαγγειακές παθήσεις

1.1. Η καρδιά

Η ανθρώπινη καρδιά ξεκινά να χτυπά από την 21η ημέρα της σύλληψης, χωρίς να έχει σχηματιστεί στην πλήρη μορφή της, αλλά σαν αυθόρμητες συσπάσεις στο μυϊκό τοίχωμα της καρδιάς του εμβρύου, που ακολουθούν τον ρυθμό των χτύπων της καρδιάς της μητέρας. Λειτουργεί δε, μέχρι το τέλος της ζωής του ανθρώπου, σηματοδοτώντας μάλιστα τη στιγμή του θανάτου, αφού τη στιγμή που παύει να λειτουργεί, σταματά να τροφοδοτείται με αίμα ο εγκέφαλος, τερματίζοντας την εγκεφαλική δραστηριότητα. Η καρδιά είναι ένα μυώδες όργανο που αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες και βρίσκεται πίσω και αριστερά από το στέρνο. Η κύρια λειτουργία της είναι να προωθεί οξυγονωμένο αίμα σε όλο το σώμα. Σε ηρεμία προωθεί 16 λίτρα το λεπτό και σε άσκηση το ποσό αυτό δεκαπλασιάζεται (Chaughart, 1965).

Η καρδιά είναι το όργανο του ανθρώπινου σώματος που δίνει στο αίμα πίεση και το ωθεί να κυκλοφορήσει στο εσωτερικό των αρτηριών, με τέτοιο τρόπο, ώστε να φτάσει σε όλα τα όργανα. Είναι κάτι σαν "αντλία" που παίρνει το αίμα από τις φλέβες, στις οποίες βρίσκεται σε χαμηλή πίεση και το στέλνει στις αρτηρίες με υψηλή. Μαζί με τα αγγεία συναποτελούν το καρδιαγγειακό ή κυκλοφορικό σύστημα, το οποίο αφενός τροφοδοτεί όλα τα κύτταρα του οργανισμού με τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και αφετέρου αποβάλλει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού τους. Τέλος, ανατομικά, το όργανο της καρδιάς έχει σχήμα

ανεστραμμένης πυραμίδας με την κορυφή προς τα κάτω και αριστερά και την βάση προς τα πάνω και έχει περίπου το μέγεθος της σφιγμένης γροθιάς του κατόχου της. Βρίσκεται τοποθετημένη στο κέντρο της θωρακικής κοιλότητας, μπροστά από τη σπονδυλική στήλη και περικλείεται σχεδόν εξολοκλήρου από τους πνεύμονες. Κατά τα 2/3 βρίσκεται στη αριστερή και κατά το 1/3 στη δεξιά πλευρά του θώρακα. (Chaughart, 1965).

1.2.Καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακές νόσοι αφορούν διαταραχές που προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου, καθώς είναι υπεύθυνες για τον ένα σε κάθε 2.5 θανάτους (ΑΗΑ, 2001). Σε αυτές συγκαταλέγονται η στεφανιαία νόσος (εκδηλώσεις της οποίας είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου - καρδιακή προσβολή-, η στηθάγχη και οι αρρυθμίες), η περιφερική αρτηριακή νόσος (που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο που μοιάζει με κράμπα στα κάτω άκρα κατά τη διάρκεια άσκησης), η αγγειακή εγκεφαλική νόσος (που εκδηλώνεται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο), η υπέρταση, η ρευματική νόσος της καρδιάς, καθώς και η συγγενής καρδιοπάθεια.

Τα στατιστικά στοιχεία που σχετίζονται με την καρδιαγγειακή νόσο εμφανίζονται δυσοίωνα σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε 2 δευτερόλεπτα καταγράφεται ένας θάνατος που οφείλεται στη νόσο, κάθε 5 δευτερόλεπτα σημειώνεται μια καρδιακή προσβολή, κάθε 6 δευτερόλεπτα εκδηλώνεται ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Επιπροσθέτως, μόνο από την καρδιακή ανεπάρκεια, ο αριθμός των πασχόντων στην Ελλάδα φτάνει τις 200.000 και από αυτούς 12.000 χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους και το ετήσιο κόστος αντιμετώπισης των πασχόντων ανέρχεται στα 300 εκατομμύρια ευρώ, ποσό το οποίο είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο που διατίθεται

για την αντιμετώπιση όλων των καρκινοπαθών. Στατιστικά στοιχεία έχουν δείξει ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν 17 εκατομμύρια άνθρωποι εξαιτίας της καρδιαγγειακής νόσου και υπολογίζεται ότι έως το 2025, οι θάνατοι από καρδιακές παθήσεις θα ξεπερνούν τους 25.000.000 ετησίως (Ανθόπουλος, 2006).

Τα σημαντικότερα αίτια που προκαλούν καρδιακές παθήσεις είναι η ανθυγιεινή διατροφή, η καθιστική ζωή χωρίς ικανοποιητική σωματική άσκηση, καθώς και το κάπνισμα είτε ενεργητικό είτε παθητικό. Στις τρεις αυτές αιτίες οφείλεται το 80% των περιστατικών με στεφανιαία νόσο της καρδιάς, εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλα προβλήματα αρτηριών. Η ανθυγιεινή διατροφή και η απουσία άσκησης οδηγούν στους «ενδιάμεσους παράγοντες κινδύνου» που είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χοληστερόλη και η παχυσαρκία (Bellg, 2004). Τα αίτια που συμβάλλουν στη γένεση των καταστάσεων ανθυγιεινής διατροφής και έλλειψη άσκησης είναι γνωστά. Πρόκειται κυρίως για δυνάμεις που οδηγούν σε αλλαγές, κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές. Τέτοιες δυνάμεις είναι η παγκοσμιοποίηση και η γήρανση του πληθυσμού αλλά και το στρες και η φτώχεια.

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νόσων περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και, σε αρκετές περιπτώσεις, κάποια επέμβαση ή εγχείρηση. Στόχος της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου για εκδήλωση εμφράγματος ή άλλου σχετικού σοβαρού προβλήματος υγείας, η πρόληψη πιθανών επιπλοκών, όπως: τα εγκεφαλικά επεισόδια, η μείωση της δυσφορίας και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου (Gatchel & Oordt, 2003).

1.3.Είδη καρδιαγγειακών παθήσεων

1.3.1.Καρδιακή ανεπάρκεια

Καρδιακή ανεπάρκεια ονομάζεται η κατάσταση στην οποία είναι αδύνατο για την καρδιά να στείλει επαρκή ποσότητα αίματος σε σχέση με τη φλεβική επαναφορά και τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού (Χατσέρας,2003). Αναλυτικότερα, μερικά από τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η δύσπνοια, το άσθμα, η παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια, ο βήχας από καρδιακή ανεπάρκεια, το πνευμονικό οίδημα, οίδημα των άκρων, η αδυναμία και η καχεξία.

Η θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας δίνει έμφαση στις καθημερινές συνήθειες, δηλαδή στη διακοπή του καπνίσματος, στην ελάττωση του αλκοόλ και στη διατήρηση σωματικού βάρους. Επιπροσθέτως, δίνεται προσοχή στην διατροφή ώστε να μην περιέχει αλάτι, δίνεται φαρμακευτική αγωγή και συστήνεται να αποφεύγεται η έντονη κόπωση. Εισαγωγή στο νοσοκομείο γίνεται μόνο για να χορηγηθεί περαιτέρω αγωγή σε άτομα με σχετικά συμπτώματα.

1.3.2.Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος αναφέρεται στην διαταραχή του ισοζυγίου προσφοράς και αναγκαιότητας του καρδιακού μυός σε οξυγόνο και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Περιλαμβάνει όλες εκείνες τις κλινικές καταστάσεις που οφείλονται στην αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Συγκεκριμένα, οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τα αγγεία που τροφοδοτούν με αίμα και συνεπώς με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες την καρδιά. Όταν τα αγγεία της καρδιάς δεν μπορούν, λόγω της στένωσης από την αρτηριοσκληρωτική διαδικασία, να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του καρδιακού μυός σε οξυγόνο, εμφανίζεται το δυσάρεστο ενόχλημα που ονομάζεται στηθάγχη (Chaughart, 1965).

1.3.3.Βαλβιδοπάθειες και Μυοκαρδιοπάθειες

Η καρδιά αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες (δύο κόλπους και δύο κοιλίες). Μεταξύ των κοιλοτήτων της καρδιάς υπάρχουν βαλβίδες. Η φυσιολογική λειτουργία των βαλβίδων επιτρέπει την ομαλή μεταφορά του αίματος από τη μία κοιλότητα στην άλλη και παρεμποδίζει την παλινδρόμησή του. Όταν μια βαλβίδα δε λειτουργεί φυσιολογικά, τότε γίνεται λόγος για βαλβιδοπάθεια (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008).

Όταν η βαλβιδοπάθεια είναι ελαφράς μορφής και ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα, τότε δε χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία. Σε ορισμένες μορφές βαλβιδοπαθειών που παρατηρούνται σε μεγάλη ηλικία, η χορήγηση φαρμάκων που δίδονται για πρόληψη της αθηροσκλήρωσης είναι δυνατόν να αναχαιτίσουν την εξέλιξη αυτής. Εφόσον η βαλβιδοπάθεια είναι βαριά και ο ασθενής έχει συμπτώματα, τότε, εκτός από τα φάρμακα που θα καθορίσει ο γιατρός, στις πιο πολλές περιπτώσεις, χρειάζεται επέμβαση. Η επέμβαση αναφέρεται σε αντικατάσταση της βαλβίδας ή των βαλβίδων, ή σε διορθωτική χειρουργική επέμβαση χωρίς τοποθέτηση τεχνητής βαλβίδας (Λουρίδας & Μπουγιούκας, 2008).

Από την άλλη μεριά, ως μυοκαρδιοπάθειες ορίζονται οι παθήσεις του καρδιακού μυός. Οι μυοκαρδιοπάθειες έχουν διαφορετική αιτιολογία, συμπτώματα και θεραπεία. Στα άτομα με μυοκαρδιοπάθεια η καρδιά είτε είναι πολύ μεγάλη και έχει διαταθεί ή έχει παθολογικά παχιά τοιχώματα ή είναι πολύ δύσκαμπτη (Ανθόπουλος, 2006). Κάποιες από αυτές είναι ιδιοπαθείς, με την έννοια ότι δεν οφείλονται σε εξωγενή αίτια.

1.3.4.Πνευμονική εμβολή και Αρτηριακή υπέρταση

Ο όρος πνευμονική καρδιά αναφέρεται στην υπερτροφία και τελικά κάμψη της δεξιάς κοιλίας. Η πνευμονική εμβολή αποτελεί τον κυριότερο μηχανισμό πρόκλησης χρόνιας πνευμονικής καρδιάς (Κρανίδης & Παρασκευαΐδης, 2011). Οι συχνότερες αιτίες της είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα.

Εν συνεχεία, ως υπέρταση ορίζεται η αρτηριακή πίεση που υπερβαίνει τα 140/90 mmHg σε επανειλημμένες μετρήσεις από τον ιατρό. Πρόκειται για μια επικίνδυνη πάθηση δεδομένου ότι μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρο εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή προσβολή, χωρίς καμία προειδοποίηση και χωρίς κανένα σύμπτωμα. Η έγκαιρη διάγνωση και ρύθμιση της υπέρτασης είναι ζωτικής σημασίας, καθώς αποτελεί άμεσο παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Τα υπέρβαρα άτομα και τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (Κρανίδης & Παρασκευαΐδης, 2011).

Τα αίτια της πρωτοπαθούς υπέρτασης παραμένουν αδιευκρίνιστα, ενώ για τα αίτια της δευτεροπαθούς υπέρτασης ενοχοποιούνται παράγοντες όπως η παχυσαρκία, η υπερκατανάλωση αλκοόλ, η απορύθμιση των ορμονών, το στρες και ορισμένες παθήσεις των νεφρών. Τέλος, η υπέρταση δεν θεραπεύεται με κάποια χειρουργική επέμβαση αλλά μόνο με μεγάλη επιμέλεια στον τρόπο ζωής, δηλαδή στην σωστή διατροφή, άσκηση, περιορισμό του άγχους, αποφυγή του καπνίσματος.

1.3.5. Συγγενείς καρδιοπάθειες

Οι συγγενείς καρδιοπάθειες είναι ανωμαλίες διάπλασης της καρδιάς που φέρει μαζί του το άτομο «εκ γενετής». Το αίτιο των συγγενών καρδιοπαθειών στη μεγάλη πλειονότητά του (80%) παραμένει άγνωστο. Ένα μικρό ποσοστό 6%-8% έχει σχέση με γενετικούς (κληρονομικούς) παράγοντες, ενώ ένα άλλο ποσοστό περίπου 10% σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως λοιμώξεις (ερυθρά), λήψη φαρμάκων ή τοξικών ουσιών, έκθεση σε ακτινοβολία ιδιαίτερος κατά τον πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, περίοδος της οργανογένεσης στο έμβρυο (Γκατζούλης, 2006). Γενικά, η αιτιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών είναι πολυπαραγοντική και

έχει σχέση και με τη βλαπτική αλληλεπίδραση των παραγόντων που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

1.3.6. Αρρυθμίες και Περικαρδίτιδα

Αρρυθμίες ονομάζονται οι διαταραχές του ρυθμού της καρδιάς. Ο φυσιολογικός παλμός της καρδιάς είναι ρυθμικός. Στην περίπτωση της αρρυθμίας ο ασθενής αντιλαμβάνεται την καρδιά του να κτυπά ακανόνιστα, να «φτερουγίζει», να κτυπά γρήγορα ή να κάνει διακοπές (Τουτούζας, Στεφανάδης & Μπούντουλας, 2001). Τα κυριότερα συμπτώματα των αρρυθμιών είναι: αίσθημα παλμών δηλαδή αίσθημα «φτερουγίσματος» της καρδιάς, αίσθημα διακοπών του φυσιολογικού παλμού της καρδιάς, δύσπνοια – λαχάνιασμα, εύκολη κόπωση, ζάλη, λιποθυμία, συγκοπή.

Από την άλλη, η καρδιά περιβάλλεται ολόκληρη εξωτερικά από ένα λεπτό υμένα που λέγεται περικάρδιο, και αποτελείται από δυο πέταλα. Μεταξύ τους σχηματίζεται μια κοιλότητα που ονομάζεται περικαρδική κοιλότητα (Τουτούζας, Στεφανάδης & Μπούντουλας, 2001). Εάν από κάποιο αίτιο σε αυτά τα δύο πέταλα εμφανισθεί φλεγμονή η κατάσταση αυτή ονομάζεται περικαρδίτιδα. Η περικαρδίτιδα μπορεί να είναι ξηρή ή υγρή λόγω συγκέντρωσης υγρού στην περικαρδική κοιλότητα. Τα αίτια της περικαρδίτιδας είναι μικροβιακές λοιμώξεις ή μυκητιάσεις, φυματίωση, ανοσολογικά νοσήματα (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) κλπ.

1.4. Καρδιαγγειακές παθήσεις, ψυχική υγεία και προσαρμογή

Η πρώτη εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας γίνεται είτε με συμπτώματα που εμφανίζονται σταδιακά, είτε με ένα οξύ περιστατικό. Στην περίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ωστόσο, η εμφάνιση γίνεται συνήθως με ένα ξαφνικό και οξύ περιστατικό (π.χ. έμφραγμα), οπότε ο ασθενής βιώνει μεγάλο άγχος και συχνά για να το αντιμετωπίσει εθελουφλεί για την κατάστασή του. Το άγχος είναι

πολύ έντονο τις πρώτες ημέρες και μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο και συνεχίζει με λίγο μικρότερη ένταση το πρώτο διάστημα και βαίνει διαρκώς μειούμενο. Παρ' όλα αυτά, αν και το άγχος υποχωρεί σταδιακά, είναι μεγαλύτερο από πριν το περιστατικό καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειάς του. Ιδιαίτερα αν ο ασθενής παρουσιάζει και έντονα συμπτώματα, όπως η στηθάγχη, το άγχος μεγαλώνει. (Sarafino, 1999, Carney, Freedland, Rich & Jaffe, 1995).

Τα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν ένα καρδιολογικό πρόβλημα και κυρίως ο πόνος, μπορούν να προκαλέσουν άγχος και φόβο. Σύμφωνα με τους Allan & Scheidt (1996), ακόμα και οι εγχειρίσεις, , αλλά και η εμφύτευση απινιδωτών σηματοδοτούν αλλαγές στην ποιότητα ζωής, τη διάθεση και τη γνωστική λειτουργία. Τα προβλήματα ψυχοπαθολογίας μπορούν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της ασθένειας με πιθανότητα 20-40% (Fernandez and Turk, 1993). Για την υποστήριξη των ασθενών, είναι σημαντικό να παρέχεται βοήθεια με κατεύθυνση την εξάλειψη των αρνητικών και δυσλειτουργικών σκέψεων και συναισθημάτων και τη δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών. Λόγω της ομοιότητας πολλών συμπτωμάτων των καρδιακών παθήσεων με τα συμπτώματα του άγχους (κόπωση, ταχυκαρδία, κ.α.), η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να προκαλέσει έξαρσή τους, εάν δεν γίνεται διακριτό από τον ασθενή ότι το σύμπτωμα είναι αποτέλεσμα του άγχους αλλά εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα της ασθένειας. Τέλος, οι Gatchel & Oordt (2003) προτείνουν να γίνεται αξιολόγηση για προβλήματα ψυχικής υγείας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, σε μόνιμη βάση και με έναν μηχανισμό ελέγχου τέτοιον, ώστε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα να παραπέμπονται για μια πιο συστηματική ψυχολογική παρέμβαση.

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύ δύσκολη, καθώς υπάρχει πιθανότητα παρενεργειών των φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή

αλλά και από την άλλη, ο ασθενής πρέπει να αλλάξει τρόπο ζωής αλλά και να μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του ως προς την ασθένεια. Είναι χρήσιμο να αναφερθούν αρχικά οι αντιδράσεις που έχουν οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ιδιαίτερη προσοχή και ψυχολογική στήριξη χρειάζεται εάν ο ασθενής είχε έντονο στρες και πριν το περιστατικό, οπότε έχει συνήθως μία πολύ δύσκολη προσαρμογή και η αποκατάστασή του είναι πιο αργή (Erdman, 1990). Το στρες και γενικά τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενούς όχι απλώς δυσχεραίνουν την αποκατάστασή του, αλλά και επιδεινώνουν την κατάσταση της υγείας του. Τέλος, οι σχέσεις με την οικογένεια είναι ιδιαίτερες σημαντικές για την πορεία και την πρόγνωση της νόσου (Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με τον Reifman (1995) οι ασθενείς που έχουν ισχυρότερη κοινωνική υποστήριξη, αναρρώνουν γρηγορότερα και ζουν περισσότερο σε σύγκριση με όσους λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη.

1.5. Ψυχολογικές παρεμβάσεις

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της καρδιαγγειακής ασθένειας ακόμα και την έκβασή της, και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές (Linden, Stossel & Maurice, 1996). Συγκεκριμένα, αυτό γίνεται με τρεις τρόπους: α) με διευκόλυνση των αλλαγών στις συμπεριφορές υγείας και την τήρηση των οδηγιών που δόθηκαν στον ασθενή, β) βοηθώντας τον ασθενή να αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα είτε ψυχοπαθολογικά είτε που έχουν σχέση καθαρά με την ασθένεια και γ) με επίδραση στους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας (Bellg, 2004).

Όταν γίνεται λόγος για τις παρεμβάσεις, πραγματοποιείται αναφορά σε μεθόδους όπως η ενημέρωση, εκπαίδευση στις στρατηγικές διαχείρισης άγχους, τεχνικές χαλάρωσης, επίλυση προβλημάτων και τροποποίηση συμπεριφορών. Στόχος των

περισσότερων από αυτές, είναι να εξαλειφθούν τα αρνητικά συναισθήματα και να αντιμετωπιστεί το στρες. Στην Ελλάδα, από τα πρώτα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης ήταν αυτό της Καλαντζή-Αζίζι (1985), το οποίο είχε ως στόχο τον αυτοέλεγχο των ασθενών μέσα από τη δημιουργία μικρών ομάδων των 5-10 ατόμων στις οποίες συζητούσαν για την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Οι συνεδρίες γίνονταν μέσα στην κλινική λίγο πριν ή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και δίνονταν έμφαση στα συναισθήματα και σκέψεις των ασθενών με ταυτόχρονη εκπαίδευση στη διαχείριση του στρες (Καραδήμας, 2005).

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις κατά την παραμονή του ασθενή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, επειδή ο ασθενής σε αυτή τη φάση νιώθει απομονωμένος και ευάλωτος, δεν ενδείκνυται να επιχειρηθεί ψυχολογική παρέμβαση. Αντιθέτως, είναι χρήσιμο να γίνει μία μη τυπική επαφή με τέσσερις στόχους: α) να μειωθεί η ένταση των συναισθημάτων του ασθενή μέσα από την εξωτερίκευσή τους με τη συζήτηση, β) να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή του, γ) να ελεγχθούν τυχόν παθολογικά συμπτώματα και δ) να χρησιμεύσει η πρώτη αυτή προσέγγιση σαν πρόδρομος μιας συστηματικότερης παρέμβασης που θα λάβει χώρα αργότερα (Erdman, 1990). Τέλος, σε αυτή τη φάση, την οποία οι ασθενείς κατακλύζονται από τόσους φόβους, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προσπαθήσει να τους κατευνάσει, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί τους, χωρίς όμως να του προσφέρουν συμβουλές και λύσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αισιοδοξία

2.1. Αισιοδοξία και Υγεία

Ο ανθρωπολόγος Lionel Tiger (1979) ορίζει την αισιοδοξία ως «μια διάθεση ή μια στάση του ατόμου που σχετίζεται με μία προσδοκία για το κοινωνικό ή το εμπειρικό μέλλον– το οποίο λαμβάνεται υπόψη ως κοινωνικά αποδεκτό και σύμφωνο με τα πλεονεκτήματα του και την ευχαρίστηση του». Επιπλέον, η αισιοδοξία λαμβάνεται υπόψη ως ένα γνωστικό, συναισθηματικό και κινητήριο χαρακτηριστικό (Peterson, 2000). Με άλλα λόγια, οι αισιόδοξοι άνθρωποι σκέφτονται, αλλά και νιώθουν θετικά για το μέλλον (Boehm & Kubzansky, 2012). Ακόμα, η αισιοδοξία αντικατοπτρίζει τις προσδοκίες για το μέλλον και μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως μια πεποίθηση ότι καλά πράγματα μπορεί να συμβούν, είτε ως μια θετική απόδοση των αιτιών ήδη τετελεσμένων γεγονότων (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Γενικότερα, η αισιοδοξία λαμβάνεται υπόψη ως μία γνωστική μεταβλητή, περιγράφεται ως μια γενικευμένη πίστη για θετικά αποτελέσματα και συχνά η έννοια της αισιοδοξίας συνδέεται στενά με την έννοια του εσωτερικού ελέγχου και της δύναμης του «εγώ» (Scheier & Carver, 1987, Scioli et al. 1997). Καταλήγοντας, οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο «αισιοδοξία» αναφερόμενοι στην ιδέα με την οποία οι άνθρωποι σχηματίζουν άποψη για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον με θετικούς όρους.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι θετικές νοητικές και ψυχολογικές καταστάσεις συνδέονται θετικά με την υγεία και την επιτυχή αντιμετώπιση των ασθενειών, ενώ η κατάθλιψη, η απόγνωση και η απελπισία έχουν συνδεθεί με την ασθένεια, ακόμα και

το θάνατο (Seligman, 1975). Κατά τα προηγούμενα χρόνια, πολλές έρευνες ανάφεραν μία φαινομενική σύνδεση μεταξύ των αποτελεσμάτων για την υγεία και της ελπίδας (Gottschalk, 1974), της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας (Peterson & Seligman, 1987). Από την άλλη πλευρά, έχει παρατηρηθεί ότι, ενώ οι θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η αισιοδοξία, διευκολύνουν την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, εντούτοις η ύπαρξη θετικών ψευδαισθήσεων (positive illusions) μπορεί να τα επιδεινώσει (Snyder, 1989). Ο Angell (1985) υποστήριξε την άποψη ότι το να συνδεθεί η ανάρρωση από μία ασθένεια με την αισιοδοξία θα είναι επιπρόσθετο εμπόδιο για τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να θεωρήσει ότι η ίαση είναι αποτέλεσμα μόνο της δυνατής θέλησης.

Γενικότερα, η αισιόδοξη αντιμετώπιση της ζωής, έχει βρεθεί, ότι μπορεί να ενισχύσει την ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμά τις λοιμώξεις. Με άλλα λόγια, ο ίδιος ο άνθρωπος έχει διαφορετική ανοσοποιητική λειτουργία όταν αισθάνεται περισσότερο ή λιγότερο αισιόδοξος (Segerstrom, 2006). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα τα οποία βλέπουν το μέλλον με αισιόδοξη διάθεση, έχει φανεί ότι, απολαμβάνουν μια καλύτερη ζωή και νιώθουν να έχουν μια καλύτερη υγεία σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από απαισιοδοξία, τα οποία επηρεάζονται σημαντικά και στη σωματική τους υγεία. Αυτοί που έχουν αρνητικές σκέψεις και αναμένουν ότι στο μέλλον θα συμβούν τα χειρότερα σε σχέση με κάποια ασθένεια που τους έχει προσβάλει, υποφέρουν περισσότερο και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή. Οι Folkman και Moskowitz (2000) έχουν υποστηρίξει ότι τα θετικά συναισθήματα μειώνουν το άγχος και τη δυσφορία του ατόμου και συντελούν στη θετική επαναξιολόγηση των γεγονότων. Οι Scheier και Carver (1992) υπογραμμίζουν το ρόλο των θετικών συναισθημάτων στην ανάπτυξη της αισιοδοξίας, η οποία συμβάλλει στην διατήρηση

υψηλού επιπέδου ευεξίας, ενώ είναι πιθανό να δρουν αναιρώντας τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων και του στρες (Fredrickson, 1998).

Παρά το γεγονός ότι οι πιο πάνω διαπιστώσεις αποτελούν μια διάχυτη εντύπωση που επικρατεί, εντούτοις πολύ λίγες ερευνητικές εργασίες έχουν εξετάσει μέχρι σήμερα την αντικειμενική και τεκμηριωμένη επιρροή της αισιόδοξης διάθεσης πάνω στη λειτουργικότητα του ατόμου. Παραθέτοντας μια ενδιαφέρουσα έρευνα, γιατροί από το πανεπιστήμιο της Βορείου Καρολίνας, μελέτησαν 480 ασθενείς με αρθρίτιδα στο γόνατο, με στόχο να βρουν πως επηρεάζουν η αισιόδοξια και η απαισιοδοξία την λειτουργική τους κατάσταση. Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από ανάλογες παθήσεις με βασικό χαρακτηριστικό τον πόνο στα γόνατα που τους προκαλούσε κάποια μορφή αναπηρίας στην καθημερινή τους ζωή. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε σχετικές με τα επίπεδα αισιόδοξίας τους ερωτήσεις (π.χ. στη ζωή κοιτάζω πάντοτε την καλή όψη των πραγμάτων) και παράλληλα έγινε παρακολούθηση των ασθενών για να μετρηθούν αντικειμενικά οι λειτουργικές ικανότητες τους και ο βαθμός αναπηρίας που παρουσίαζαν. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι οι απαισιόδοξοι είχαν περισσότερα προβλήματα στο να διεκπεραιώσουν όλες τις καθημερινές δραστηριότητες, τις οποίες είχε καλύψει η έρευνα (Brenes, Rapp, Rejeski & Miller, 2002) .

Καταλήγοντας, το αποφασιστικό ερώτημα είναι αν οι πιο αισιόδοξοι και μαχητικοί άνθρωποι ζουν περισσότερο από τους πιο απαισιόδοξους και παραδομένους στην κακή μοίρα τους ασθενείς. Σ' αυτό το σημείο οι απόψεις των ειδικών εξακολουθούν να δίστανται: κάποιοι απαντούν θετικά, άλλοι όμως είναι περισσότερο επιφυλακτικοί, επειδή θεωρούν ότι δεν διαθέτουμε ακόμη επαρκή στοιχεία ή και μεθόδους για να απαντήσουμε. Πάντως, το βέβαιο είναι ότι η πλειονότητα των ειδικών σήμερα έχουν πειστεί ότι η ψυχική διάθεση και η στάση

των ασθενών επηρεάζει τουλάχιστον τη λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος και μέσω αυτού τη θετική ή αρνητική εξέλιξη της ασθένειας.

2.2. Αμυντική αισιοδοξία

Η αμυντική αισιοδοξία περιλαμβάνει πεποιθήσεις αισιοδοξίας σχετικά με την τρωτότητα και την ευπάθεια του ατόμου στις μελλοντικές απειλές και την ευαισθησία κατευνασμού ή άρνησης των κινδύνων από πιθανές απειλές μέσω μη πραγματοποίησης σχετικών συμπεριφορικών αλλαγών (Thompson & Schlehofer, 2008). Συχνά οι άνθρωποι ξεπερνούν τις ρεαλιστικές αξιολογήσεις, δημιουργώντας την αντίληψη ότι είναι άτρωτοι (invulnerability). Ουσιαστικά, αυτό αποτελεί μία αμυντική διαστρέβλωση της πραγματικότητας που υπονομεύει την ανάληψη δράσης προληπτικά (Schwarzer, 1994) και ονομάζεται «αμυντική αισιοδοξία» (defensive optimism) ή και «αφελής αισιοδοξία» (naïve optimism) που διαχωρίζεται σε αισιόδοξη προκατάληψη με χρονική σύγκριση και αισιόδοξη προκατάληψη με διαπροσωπική (ή κοινωνική) σύγκριση.

Παράδειγμα ισχυρισμού αμυντικής αισιοδοξίας και μάλιστα με χρονική σύγκριση, είναι για κάποιον που έχει υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου να δηλώσει «πέρασα ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, άρα είναι εξαιρετικά απίθανο να περάσω και δεύτερο». Επίσης, αμυντική θεωρείται η αισιοδοξία με διαπροσωπική σύγκριση, όταν δηλαδή κάποιος ισχυριστεί «οι υπόλοιποι καπνιστές μπορεί να πάθουν καρκίνο του πνεύμονα κάποια στιγμή, αλλά είναι λιγότερο πιθανό ότι αυτό θα συμβεί σε μένα». (Taylor, 1989).

Με την προκατάληψη χρονικής σύγκρισης, οι άνθρωποι ελαχιστοποιούν την πιθανότητα της επανάληψης ενός γεγονότος, όπως ένας νικητής του λόττο αποκλείει το ενδεχόμενο δεύτερης νίκης, διότι η πιθανότητα δύο διαδοχικών γεγονότων είναι

πολύ μικρότερη από την πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός μόνο του. Σε αυτή την περίπτωση δηλαδή, οι άνθρωποι αγνοούν ότι η πιθανότητα να ξανασυμβεί ένα γεγονός είναι ακριβώς η ίδια με την πρώτη και τα δύο γεγονότα δεν σχετίζονται. Επιπλέον, η κοινωνική σύγκριση επίσης εμπίπτει στην αισιόδοξη προκατάληψη σύμφωνα με τον Weinstein (1980), αφού στην περίπτωση αυτή οι άνθρωποι δηλώνουν ότι ένα γεγονός μπορεί να συμβεί σε άλλους αλλά όχι στους ίδιους, διότι δεν επιθυμούν να αναγνωρίσουν ότι ο κίνδυνος να έχουν μία ασθένεια είναι ίδιος με τον κίνδυνο των υπολοίπων.

Λόγω του γεγονότος ότι στην αμυντική αισιόδοξία οι περισσότεροι άνθρωποι υποτιμούν τους πραγματικούς κινδύνους και για το λόγο αυτό δεν λαμβάνουν προφυλάξεις, υπάρχει αρνητική συσχέτιση αμυντικής αισιόδοξίας και υγείας. Σύμφωνα με το Health Belief Model (Becker, 1974), η τρωτότητα θα έπρεπε να έχει ως αποτέλεσμα την εκτίμηση της απειλής, που στη συνέχεια θα γινόταν κινητήριο παράγοντας για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Όμως, η ύπαρξη αμυντικής αισιόδοξίας υπονομεύει αυτή τη σύνδεση και ελαχιστοποιεί τις αντιδράσεις που θα βελτίωναν την υγεία. Με άλλα λόγια, πρέπει να υπάρχει μία αίσθηση προσωπικής τρωτότητας για να δραστηριοποιηθούν προς την πρόληψη. Σύμφωνα με τους Fournier et al. (1999) είναι πιθανό οι προσδοκίες για θετική αποτελεσματικότητα να επηρεάζουν την προσαρμογή σε χρόνιες ασθένειες που απαιτούν ιδιαίτερη αυτό-φροντίδα και η μη ρεαλιστική αισιόδοξία να επηρεάζει χρόνιες ασθένειες που δεν μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο και οι ασθενείς δε μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της ασθένειας με τη συμπεριφορά τους. Ωστόσο, στην περίπτωση των χρόνιων ασθενειών που απαιτούν αυτό-φροντίδα και ειδική θεραπεία, η μη ρεαλιστική αισιόδοξία αναμένεται να είναι ανασταλτικός παράγοντας στην πορεία

της υγείας του ασθενούς και τέλος, η αισιοδοξία σχετικά με την έκβαση ή τα αποτελέσματα στη ζωή, σχετίζεται θετικά και με τους δύο τύπους χρόνιας ασθένειας.

Σύμφωνα με έρευνες η αμυντική αισιοδοξία έχει διάφορα αποτελέσματα σε διάφορους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, σε ενήλικες καπνιστές οδηγεί σε άρνηση του καρκίνου του πνεύμονα που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο ενδιαφέρον σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος (Dillard et al. 2006), σε γυναίκες μέσης ηλικίας σε άρνηση ενδεχόμενης ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού που μπορεί να οδηγήσει σε μη πραγματοποίηση συμπεριφορών ελέγχου (Lipkus et al. 2005), σε ομοφυλόφιλους άνδρες σε άρνηση ύπαρξης HIV/AIDS (van der Velde et al. 1994). Τέλος, έχει βρεθεί ότι η αμυντική αισιοδοξία σε φοιτητές μπορεί να οδηγήσει σε άλογα αισιόδοξη αντιμετώπιση αρνητικών συνεπειών υπερκατανάλωσης αλκοόλ (Dillard et al. 2009). Επομένως, γίνεται εμφανές ότι, προς βελτίωση της υγείας πρέπει να ελαχιστοποιηθεί η αμυντική αισιοδοξία, παραδείγματος χάριν κάνοντας τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν ευθέως τους πραγματικούς κινδύνους για την υγεία τους.

2.3. Λειτουργική αισιοδοξία

Η λειτουργική αισιοδοξία αναφέρεται στην ύπαρξη εναλλακτικών θεωρήσεων της αισιοδοξίας, που δεν σχετίζονται με αμυντική αλλά με προσαρμοστική στάση, καθώς αναφέρονται στη θετική διάθεση, την ευεξία και την υγεία και ενισχύουν τις προληπτικές κινήσεις για την υγεία. Αυτή η «λειτουργική αισιοδοξία» (functional optimism) κάνει ακριβώς την αντίθετη πρόβλεψη, ότι πρέπει να υπάρχει θετική σχέση μεταξύ υγείας και αισιοδοξίας.

Σε έρευνα του Scioli και συνεργατών (1997) διαπιστώθηκε ακόμα μία φορά η θετική σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και υγείας και μάλιστα διατυπώνεται η άποψη ότι άτομα με αισιοδοξία έχουν καλύτερη και ευκολότερη προσαρμογή σε διάφορα

γεγονότα στη ζωή τους. Ταυτόχρονα, όπως διαπίστωσαν οι Lazarus & Folkman (1984) με έρευνα που επικεντρώθηκε στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τον καρκίνο του στήθους και τον HIV, η αισιοδοξία όντως παίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια.

Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί επίσης με την ευεξία και την υγεία (Καραδήμας, 2006). Προηγούμενες και σύγχρονες έρευνες (π.χ., Chang & Sanna, 2001; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Eid & Diener, 2004; Makikangas & Kinnunen, 2003) έχουν δείξει ότι η αισιοδοξία μπορεί να προβλέψει σε σημαντικό ποσοστό πολλές πτυχές της υποκειμενικής ευεξίας. Επίσης, η αισιοδοξία συσχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης τόσο στο γενικό πληθυσμό (Vickers & Vogeltanz, 2000), όσο και σε πληθυσμούς με ποικίλες χρόνιες καταστάσεις, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Shnek et al., 2001). Ακόμα, η αισιοδοξία αποτελεί μια σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για τη σωματική και τη ψυχολογική λειτουργικότητα των ασθενών που πάσχουν από διάφορες ιατρικές συνθήκες (Carver et al., 1993; Fournier, de Ridder, & Bensing, 2002) και έχει συνδεθεί στενά με τη λειτουργικότητα και την υγεία, άμεσα και έμμεσα (π.χ. μέσω της αυτοεκτίμησης) (Chang & Sanna, 2001; Symister & Friend, 2003). Τέλος, τα αισιόδοξα άτομα φαίνεται πως διαθέτουν περισσότερες στρατηγικές επίλυσης προβλήματος και πιο δραστικούς τρόπους συναισθηματικού συντονισμού, πτυχές που οδηγούν σε καλύτερη λειτουργικότητα (Taylor & Armor, 1996).

2.3.1 Συμπέρασμα

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η αισιοδοξία σχετίζεται με μειωμένη πρόοδο ανάπτυξης της ασθένειας. Για παράδειγμα, η αισιοδοξία, είναι δυνατόν να μειώσει την ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης και του AIDS (Matthews et al., 2004). Γενικά, η αισιοδοξία σχετίζεται με καλύτερη καρδιαγγειακή λειτουργικότητα και με μειωμένη

εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων (Kubzansky et al., 2001; Tindle et al., 2009). Επιπλέον, η αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση από την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass surgery) , και να μειώσει τις ανάγκες παροχής επιπλέον νοσοκομειακής φροντίδας στα επόμενα χρόνια (Scheier et al., 1989, 1999). Τα αισιόδοξα άτομα ίσως ακόμα μπορούν να έχουν καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος σε σχέση με το μέσο όρο, παρόλο που τα ευρήματα που σχετίζονται με αυτή τη σκέψη είναι ως ένα βαθμό αμφιλεγόμενα (Segerstrom, 2005; Segerstrom and Sephton, 2010).

Παρά τη πλήθος των ευρημάτων που καταδεικνύουν τη σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της σωματικής υγείας, υπάρχουν σημαντικές έρευνες που έχουν δείξει ότι η αισιοδοξία μπορεί να μην έχει καμία επίδραση στην υγεία, ή η επίδραση της σε αυτήν να είναι αρνητική (Coyne and Tennen, 2010; Schofield et al., 2004; Tomakowsky et al., 2001). Επίσης, η επίδραση της αισιοδοξίας ίσως να είναι ανάλογη του τύπου και της σοβαρότητας της κάθε ασθένειας. Ίσως η αισιοδοξία να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης μιας ασθένειας, αλλά να μην είναι τόσο αποτελεσματική σε προχωρημένα στάδια αυτής– αντικατοπτρίζοντας την ιδέα ότι «αν ένας γερανός πέσει πάνω σου, η αισιοδοξία δεν θα σου είναι και τόσο χρήσιμη»(Seligman, 2011). Μία πρόσφατη μετανάλυση προσπάθησε να λύσει αυτή τη διχογνωμία , αναλύοντας τα αποτελέσματα 83 ερευνών (Rasmussen et al., 2009). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αισιοδοξία είχε σημαντική θετική επίδραση στην υγεία γενικά, και αυτή η επίδραση παραμένει σημαντική ανεξάρτητα από τη πτυχή της σωματικής υγείας που εστιάζουν κάθε φορά η ερευνητές (καρδιαγγειακό νόσημα, ανοσοποιητικό σύστημα, καρκίνος κ.ο.κ.)

Καταλήγοντας, αν και έχει παρατηρηθεί η θετική σχέση αισιοδοξίας και προσαρμογής στην καρδιαγγειακή πάθηση, δεν έχουν ακόμη αναλυθεί οι τρόποι και οι διεργασίες που συντελούνται σε αυτή την κατεύθυνση (Fournier et al., 2002). Σε μια εποχή τόσο απαισιόδοξη και τόσο αβέβαιη, όσο η σημερινή, το μόνο πραγματικά εφόδιο του ανθρώπου για επιβίωση, επιτυχία και τελικά ευτυχία, είναι η προσπάθεια του για θετική θεώρηση των πραγμάτων.

2.4. Αισιοδοξία και Καρδιαγγειακές Παθήσεις

Η δημοσιευμένη βιβλιογραφία προκρίνει ότι η λειτουργική αισιοδοξία σχετίζεται με μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων και ύστερα από έλεγχο της επίδρασης μεταβλητών όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κατανάλωση αλκοόλ, η μάζα σώματος, τα επίπεδα χοληστερίνης και το οικογενειακό ιστορικό. Η σύνδεση της αισιοδοξίας με τις καρδιαγγειακές παθήσεις σχετίζεται επίσης και με τις μετρήσεις αντιλαμβανόμενης αισιοδοξίας. Για παράδειγμα, η υψηλότερη αισιοδοξία έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα ακόμα και σε ηλικιωμένα άτομα, ακόμα και με παράλληλη ύπαρξη παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και κατάθλιψη (Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra, & Schouten, 2004). Αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι σχετικές με την αισιοδοξία μελέτες αναφέρουν μεγάλης χρονικής διάρκειας αποτελέσματα ύστερα από πραγματοποίηση επανελέγχων, ύστερα από έλεγχο για πιθανή συνοσηρότητα και μέσω εξαιρέσεων καταστάσεων όπως το άγχος, η κατάθλιψη ή ο θυμός. Σε όλες τις περιπτώσεις, αποδείξεις για τη σχέση έχουν βρεθεί ύστερα από τον έλεγχο για πιθανούς παράγοντες κινδύνου και καταστάσεις ασθένειας (Giltay et al., 2004).

Γενικότερα, η αισιοδοξία είναι ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας που έχει συνδεθεί στενά με την καρδιαγγειακή υγεία. Ο Scheier και οι συνεργάτες του (Scheier, Matthews, Owens, Schulz, Bridges & Magovern, 1999) βρήκαν ότι η αισιοδοξία συνδέεται ανεξάρτητα με μειωμένα συμπτώματα ύστερα από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, ύστερα από έλεγχο των μεταβλητών της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου. Επίσης, άλλα ευρήματα δείχνουν ότι η αισιοδοξία συνδέεται με μειωμένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακή πάθηση σε 773 ηλικιωμένους άνδρες, ανεξάρτητα από τους παράγοντες κινδύνου και τους δημογραφικούς παράγοντες (Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse & Kromhout, 2007). Επιπλέον, μια περιεκτική μετανάλυση 83 ερευνών έδειξε ότι η αισιοδοξία συσχετίζεται θετικά με τη σωματική υγεία, συμπεριλαμβανομένων της υγιής καρδιαγγειακής έκβασης, λιγότερου πόνου, λιγότερα σχετικά με τον καρκίνο συμπτώματα, καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του ατόμου και μειωμένη θνησιμότητα (Rasmussen, Scheier & Greenhouse, 2009).

Τα τελευταία ευρήματα στο χώρο της επιστημονικής έρευνας υπογραμμίζουν ότι οι ευτυχισμένοι και αισιόδοξοι άνθρωποι κινδυνεύουν λιγότερο να νοσήσουν από καρδιακή πάθηση και εγκεφαλικό επεισόδιο (Boehm & Kubzansky, 2012). Συγκεκριμένα, τα ευρήματα αυτά είναι αποτέλεσμα της πρώτης και μεγαλύτερης σχετικής συστηματικής επανεξέτασης στην οποία οι ερευνητές εξέτασαν τα αποτελέσματα περισσότερων από 200 μελετών που δημοσιεύτηκαν σε δύο μεγάλες επιστημονικές βάσεις δεδομένων, οι οποίες περιείχαν καταγραφές ψυχολογικής ευεξίας και καρδιαγγειακής υγείας. Η έρευνα αποκάλυψε ότι παράγοντες όπως η αισιοδοξία, η ευτυχία και το αίσθημα ικανοποίησης φαίνεται να συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, ανεξαρτήτως ηλικίας, κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, καπνίσματος ή σωματικού βάρους του ατόμου. Την έρευνα

επιβεβαιώνει άλλωστε και το γεγονός ότι είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται με τις καρδιακές παθήσεις (Celano & Huffman, 2011 ; Ford, Mead, Chang, Cooper-Patrick, Wang, & Klag, 1998 ; Wulsin, Evans, Vasan, Murabito, Kelly-Hayes & Benjamin, 2005 ; Wulsin & Singal, 2003).

Με άλλα λόγια, έχει δειχθεί ότι η αισιοδοξία, η ευτυχία και άλλα θετικά συναισθήματα βοηθούν στην προστασία της υγείας της καρδιάς και μειώνουν τον κίνδυνο εμφράγματος, εγκεφαλικού επεισοδίου και άλλων καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι συγγραφείς εξηγούν ότι, ενώ οι πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει τις αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις (όπως θυμό, άγχος, επιθετικότητα και κατάθλιψη) ως επικίνδυνες για την υγεία της καρδιάς, δεν έχει καταστεί σαφής ο τρόπος με τον οποίο τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Η απουσία των αρνητικών συναισθημάτων δεν συνεπάγεται την παρουσία των θετικών και τα ευρήματά δείχνουν ότι «παράγοντες όπως η αισιοδοξία, η ικανοποίηση από τη ζωή και η ευτυχία σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, ανεξάρτητα από παράγοντες όπως η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το κάπνισμα ή το σωματικό βάρος. Τέλος, η θετική ψυχολογία «προστατεύει από την καρδιαγγειακή νόσο, ανεξάρτητα από παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου. Συγκεκριμένα, η αισιοδοξία είναι το πιο δυνατό στοιχείο σε ό,τι αφορά τη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια (Boehm&Kubzansky,2012) .

2.5.Αισιοδοξία και Θρησκευτικότητα

Η ιδέα ότι η θρησκεία και η αισιοδοξία συνδέονται στενά έχει μια μακρά δημοσιευμένη ιστορία στις κοινωνικές επιστήμες. Εκπρόσωποι διαφόρων θεωριών από τον Freud (1928) έως τον Tiger (1999) έχουν υποστηρίξει ότι η θρησκευτικότητα

υπάρχει, ως ένα σημείο, εξαιτίας της ανάγκης του ανθρώπου για μια ανάπαυλα από τις δυσκολίες και τις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Μέσα από αυτή την οπτική, η ζωή θα ήταν ανυπόφορη εάν οι άνθρωποι δεν είχαν θεσμούς και συστήματα πεποιθήσεων που να υπόσχονται ένα ευχάριστο τέλος και αιώνιες ανταμοιβές. Ο Beck (1971) υποστήριξε ότι η εικόνα του Θεού ως παντοδυναμία, ατέρμονη αγάπη, συγχώρεση και φιλέσπλαχνης μορφής καλλιεργεί μια «κοσμική αισιοδοξία» στους πιστούς.

Παρά τη θετική σύνδεση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της αισιοδοξίας, λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν εξετάσει με σαφήνεια τη σχέση μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών. Οι έρευνες του Sethi και του Seligman (1993, 1994) αποτελούν αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Σε μια εμπειρική μελέτη οι συγκεκριμένοι ερευνητές εξέτασαν τη σχέση μεταξύ θρησκευτικού προσανατολισμού και της αισιοδοξίας (μετρημένη αναφορικά με) και βρίκαν ότι οι βαθιά θρησκευόμενοι άνθρωποι ήταν σημαντικά πιο αισιόδοξοι από το μέσο όρο των συμμετεχόντων του δείγματος και από τα μη θρησκευόμενα άτομα. Ακόμα, μεταξύ των πιστών της έρευνας, η υψηλότερη αναφερόμενη αισιοδοξία βρέθηκε να συνδέεται στενά με μεγαλύτερη εμπλοκή με την εκκλησιαστική ζωή και με υψηλότερο βαθμό αντιληπτής θρησκευτικότητας.

Ευρήματα έχουν δείξει ότι η αισιοδοξία μπορεί να διαμεσολαβεί μεταξύ της σχέσης της εσωτερικής θρησκευτικότητας και της ικανοποίησης από τη ζωή. Γενικότερα, αναφορικά με την αισιοδοξία, η σχετική βιβλιογραφία προτείνει ότι τα υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής θρησκευτικότητας σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, που με τη σειρά τους σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή. Οι Plante, Yancey, Sherman και Guertin (2000) αναφέρουν ότι η δύναμη της θρησκευτικής πίστης συσχετίζεται θετικά με την αισιοδοξία σε φοιτητές

πανεπιστημίου και ο Koenig (2001), ύστερα από μακρά ανασκόπηση, έχει αναφερθεί σε πολλές έρευνες που έχουν δείξει σημαντικές θετικές σχέσεις ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και την αισιοδοξία ή την ελπίδα. Ο ερευνητής στο συγκεκριμένο γραπτό προτείνει ότι οι άνθρωποι που είναι βαθιά θρησκευόμενοι είναι πιο πιθανό να έχουν θετικές προσδοκίες αναφορικά με τη ζωή και το μέλλον τους. Αυτές οι θετικές προσδοκίες φαίνεται να επιδρούν στις αντιλήψεις σχετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή.

Καταλήγοντας σε ένα συμπέρασμα, οι άνθρωποι που πηγαίνουν τακτικά στην εκκλησία, και γενικά πιστεύουν στο Θεό, έχειδειχτεί ότι έχουν γενικά υψηλότερα ποσοστά αισιοδοξίας και κινδυνεύουν λιγότερο από κατάθλιψη, σε σχέση με όσους είναι άθεοι. Η συμμετοχή στα εκκλησιαστικά και γενικότερα στα θρησκευτικά δρώμενα προάγει τόσο την ψυχολογική, όσο και τη σωματική υγεία, αυξάνοντας το προσδόκιμο ζωής. Αυτό συμβαίνει, πιθανότατα, επειδή η θρησκεία έχει την ικανότητα να μειώνει το άγχος της καθημερινότητας, να δίνει νόημα στη ζωή και να καταστέλλει τις βλαβερές συνήθειες. Πάντως αξίζει να διευκρινιστεί ότι επειδή κάποιος πηγαίνει συχνά στην εκκλησία, δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη ότι η ζωή του θα γίνει «φωτεινή». Υπάρχει μεν μια σημαντική συσχέτιση, όμως αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει και σχέση αιτιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Θρησκευτικότητα

3.1.Θρησκεία και θρησκευτικότητα

Η θρησκεία αποτελεί μία από τις πιο ισχυρές κινητήριες δυνάμεις στην ιστορία. Ωστόσο, η ιατρική επιστήμη δεν έχει αναγνωρίσει ευρέως αυτή τη δύναμη. Η σύνδεση της θρησκευτικότητας με την υγεία δεν είναι κάτι καινούργιο. Από την αρχαιότητα οι δύο έννοιες συνδέθηκαν μεταξύ τους και επιβεβαιώθηκαν στη συνέχεια από αρκετές έρευνες. Στις παραδοσιακές κουλτούρες του κόσμου, η πνευματικότητα συνδέεται με την καλύτερη υγεία. Οι ανατολικές και δυτικές ιστορικές παραδόσεις συνδέουν στενά τους γιατρούς με τη θρησκευτικότητα. Για παράδειγμα στην Ανατολή, τα παραδοσιακά κινεζικά και ινδικά ιατρικά συστήματα περιγράφουν ξεκάθαρα, ακόμα και σήμερα, την ιδέα ότι η ψυχή επηρεάζει σημαντικά την υγεία. Στη δυτική παράδοση, τα αρχαία σύμβολα της ιατρικής, ο Ασκληπιός και ο Ερμής, στην ουσία υποστήριζαν ότι η υγεία και η κοσμική τάξη πραγμάτων είναι άρρηκτα συνδεδεμένες (Comstock & Partridge,1972).

Όπως υποστήριξε ο Turbott (1996), η ψυχιατρική δε μπορεί να αγνοήσει χιλιετίες θρησκευτικής σκέψης ούτε να μην αναγνωρίσει το μάθημα από την ιστορία ότι δηλαδή ακόμα και η πιο ασφαλής άποψη, θρησκευτική ή επιστημονική, μπορεί να είναι σχετική. Επίσης, την προηγούμενη δεκαετία, έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι ασθενείς έχουν θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες που σχετίζονται σε βάθος με την κατάσταση της υγείας τους, και ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές συχνά είναι χρήσιμες για συναισθηματική θεραπεία. Από την άλλη μεριά, όταν αναφερόμαστε στη θρησκευτικότητα (religiosity), αλληλένδετη είναι και η έννοια της πνευματικότητας. Για πολλούς, η πνευματικότητα αναφέρεται στην προσπάθεια ενός ατόμου να βρει νόημα στη ζωή. Η θρησκεία αναφέρεται σε όψεις της

συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της πνευματικότητας, που σχετίζονται με το ιερό ή το υπερφυσικό και θεμελιώνονται σε μία θρησκευτική κοινότητα ή παράδοση. Τέλος, οι περισσότερες μελέτες πάντως, έχουν ασχοληθεί με την θρησκευτικότητα παρά με την πνευματικότητα.

3.2.Θρησκευτικότητα και Υγεία

Σειρά πρόσφατων ερευνών προτείνει ότι η θρησκεία και η θρησκευτικότητα διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας σε ηλικιωμένα άτομα (Koenig, 2006; Koenig et al, 2001), στην διαχείριση του στρες (Nelson-Becker, 2005a) και στις αρνητικές καταστάσεις ζωής (Paragament, 1997), καθώς και στην σαν θεραπεία από προβλήματα σε διαπροσωπικές σχέσεις (Centore & Clinton, 2008) αλλά και ασθένειας (Koenig et al., 2001). Σε αντίθεση με αυτές τις έρευνες, μια πρόσφατη έρευνα (Sloan, Bagiella, & Powell, 1999) συμπέρανε ότι στις πιο καλά σχεδιασμένες έρευνες, μόνο μια μέτρια συσχέτιση έχει δειχθεί ανάμεσα στη θρησκεία και την υγεία. Παρόλ' αυτά, σε αντίθεση με τους μεθοδολογικούς περιορισμούς και την ετερογένεια των μετρήσεων της θρησκευτικότητας, προγενέστερες εμπειρικές έρευνες δείχνουν σταθερά θετικές επιδράσεις της θρησκευτικότητας στην υγεία και στην ψυχολογική ευεξία (Idler & Kasl, 1997; Koenig et al., 2001; Koenig & Larson, 1998; Oman & Reed, 1998; Yoon & Lee, 2004).

Θρησκευτικοί και πνευματικοί παράγοντες δημιουργούν αξιοσημείωτο ενδιαφέρον και έχουν συσχετιστεί με καλύτερη έκβαση σε σωματική και σε ψυχική υγεία. Μεταξύ των σημαντικών ευρημάτων, έχουν αναφερθεί συσχετίσεις μεταξύ θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, εμφυσήματος, κίρρωσης και αυτοκτονιών (Comstock &

Partridge, 1972) χαμηλότερων επιπέδων αρτηριακής πίεσης (Larson, Koenig, & Kaplan, 1989), μειωμένα επίπεδα αίσθησης πόνου σε ασθενείς με καρκίνο (Yates, Chalmer, St. James, Ollansbee, & McKegney, 1981), χαμηλότερη γενική θνησιμότητα (McCullough, Larson, Hoyt, Koenig, & Thoresen, 2000) και αύξηση προστατευτικών συμπεριφορών σχετικά με την υγεία και μακροβιότητα (Seybold & Hill, 2001).

Παρόλο που η σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της σωματικής υγείας έχει ευρέως αναδειχθεί, τα ευρήματα που υπάρχουν στη σχετική βιβλιογραφία είναι συγκεχυμένα. Τα τελευταία χρόνια, ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται και διερευνά τις συνδέσεις της θρησκείας και της πνευματικότητας με την έκβαση ποικίλων ιατρικών και σωματικών καταστάσεων (Koenig, 1994; Levin 1994). Ενώ τα ευρήματα δεν παρουσιάζουν ομοφωνία, η πλειοψηφία αυτών πρεσβεύει ότι ποικίλες πτυχές της θρησκευτικότητας ίσως οδηγούν σε διάφορες καταστάσεις υποκειμενικής ευεξίας (Ellison 1991), χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας (Idler 1987) και μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Levin, 1996). Τέτοιου είδους ευρήματα έχουν αποσπάσει σημαντικά την προσοχή ιατρικών ερευνητών σε τομείς όπως η επιδημιολογία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η γεροντολογία και άλλους. Σε μια ανακεφαλαίωση του σχετικού ερευνητικού χώρου από τους Thoresen και Harris (2004) φαίνεται ότι η θρησκευτικότητα σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα υγείας και με μειωμένη θνησιμότητα. Επίσης, βοηθά σε ιδιαίτερες δυσχερείς καταστάσεις (Pots, 2004), όπως: οι χρόνιες ασθένειες, οι απειλές κατά της ζωής ή ο θάνατος, καθώς σχετίζεται με αίσθημα ανακούφισης, γαλήνη, ελπίδα και ανεύρεση νοήματος (Καραδήμας, 2005).

3.2.1. Τρόποι σύνδεσης θρησκευτικότητας και υγείας

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πάρα πολλοί τρόποι σύνδεσης της θρησκευτικότητας με την υγεία και την έκβαση μιας ασθένειας. Συμπεριφορικά, κοινωνικά, ψυχολογικά, ακόμα και σωματικά μονοπάτια αναδεικνύουν αυτή τη σχέση μέσω αντίστοιχων μηχανισμών.

Αναλυτικότερα, η θρησκευτικότητα ίσως προστατεύει το άτομο ενάντια στην ασθένεια έμμεσα, μέσω συμπεριφορικών μηχανισμών που αναφέρονται σε υγιεινό τρόπο ζωής. Συγκεκριμένες θρησκευτικές οδηγίες συχνά προτείνουν υγιεινή διατροφή και αποχή από το κάπνισμα (Cochran, Beeghley, and Bock 1988). Η συσχέτιση μεταξύ της μείωσης κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και της θρησκευτικότητας έχει φανεί σε πολλά ερευνητικά ευρήματα: βαθιά θρησκευόμενα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν εξαρτήσεις σχετικές με το αλκοόλ ή με ναρκωτικές ουσίες, σε σύγκριση με λιγότερο θρησκευόμενα άτομα. Παρόλο που δεν διαθέτουν όλες οι θρησκείες συγκεκριμένες οδηγίες που να αναφέρονται σε συμπεριφορές που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία, οι θεολόγοι συμφωνούν ότι η αγνότητα (καθαρότητα) η γενική θρησκευτική αξία και οι περισσότερες θρησκευτικές και πνευματικές παραδόσεις αναφέρονται σε πεποιθήσεις σύμφωνα με τις οποίες το άτομο είναι σημαντικό να διατηρήσει την υγεία του στο νου, στο σώμα και στην ψυχή.

Αναφορικά με τους κοινωνικούς μηχανισμούς σύνδεσης της θρησκευτικότητας με την υγεία, έχει φανεί ότι οι θρησκευτικές ομάδες συνήθως παρέχουν υποστηρικτικές, ενοποιημένες κοινότητες για τα μέλη τους. Το να ανήκει ένα άτομο σε μία τέτοια κοινότητα έχει δείξει ότι μειώνει τη νοσηρότητα αναλογικά με το ποσοστό αφοσίωσης του ατόμου σε αυτή (Berkman & Syme, 1979). Από την άλλη μεριά, οι

ψυχολογικοί μηχανισμοί που συνδέουν τη θρησκευτικότητα με την υγεία αναφέρονται στο γεγονός ότι οι θρησκευτικές ομάδες προσφέρουν στα μέλη τους μία σύνθετη δομή πεποιθήσεων σχετικά με τον Θεό, τα ήθη, τις ανθρώπινες σχέσεις, τη ζωή και τον θάνατο, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την υγεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι υποκειμενικές ωφέλιμες επιδράσεις της συμμετοχής σε θρησκευτικές υπηρεσίες, προσευχές και αναγνώσεις της Βίβλου, οι οποίες σκοπό έχουν την ενδυνάμωση της πίστης και της αφοσίωσης, έχουν σαν αποτέλεσμα τα άτομα να περιγράφουν τον εαυτό τους πιο ευτυχισμένο και ικανοποιημένο από τη ζωή. Τέλος, μηχανισμοί φυσιολογίας του ατόμου συνδέουν επίσης τη θρησκευτικότητα με την υγεία. Συγκεκριμένα, η θρησκευτικότητα είναι δυνατόν να παρέχει προστατευτική λειτουργία ενάντια σημαντικών στρεσογόνων παραγόντων μέσω συγκεκριμένων φυσιολογικών οδών. Επί παραδείγματι μέσω κατεχολαμινών, σεροτονίνης, και κορτικόλης, αρνητικά συναισθήματα έχουν συνδεθεί με εξέχουσας σημασίας μηχανισμούς παθογένεσης συμπεριλαμβανομένης της μυοκαρδιακής ισχαιμίας (Jiang 1996), της αρρυθμίας (Kamarck & Jennings 1991), της αυξημένης παραγωγής αιμοπεταλίων (Levine et al, 1985), της παρεμπόδισης αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος (Stone & Bonbjerg 1994) και της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου (Brindley & Rolland 1989). Επιπλέον, συγκεκριμένες θρησκευτικές πρακτικές προάγουν την ήρεμη αντίδραση, μια ολοκληρωτική φυσιολογική κατάσταση η οποία αντιτάσσεται της αντίδρασης στρες.

Καταλήγοντας, πολλές έρευνες έχουν εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στη θρησκευτική ευεξία και σωματικών συμπτωμάτων της καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα τα ευρήματα αυτών των ερευνών, η θρησκευτικότητα μπορεί να είναι ευεργετική για την υγεία, καθώς υψηλότερη θρησκευτική ευεξία συνδέεται με

χαμηλότερα επίπεδα ύπαρξης παραγόντων κινδύνου για καρδιοπάθεια- προτείνοντας έτσι ότι η θρησκευτική ευεξία είναι προστατευτική για την ανθρώπινη καρδιά..

3.3.Θετική επίδραση της θρησκευτικότητας στην υγεία

Ο ωφέλιμος ρόλος της θρησκευτικότητας έχει αναφερθεί σε ποικίλες καταστάσεις, όπως η ικανότητα του στην αύξηση της αυτοεκτίμησης , γενικών θετικών συναισθημάτων, στην ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων και στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής (Oman&Thoresen, 2005; Power et al, 2003).

Βεβαίως, αν και οι περισσότερες έρευνες έδειχναν μέχρι πρόσφατα, τη θετική σύνδεση μεταξύ θρησκευτικότητας και ασθενειών όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα τελευταία χρόνια υπάρχουν επίσης έρευνες που καταλήγουν στο αντίθετο συμπέρασμα για τη σχέση θρησκείας και υγείας. Πρέπει, παρόλα αυτά, να σημειωθεί ότι υπάρχει περιορισμός των υπαρχουσών ερευνών καθώς δεν υπάρχει κάποια πολυδιάστατη μέτρηση της θρησκείας. (Benson, Dusek, Sherwood, et al., 2006) Γενικότερα, έρευνες σε ενήλικες και εφήβους δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στη θρησκευτική ανάμιξη και ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών θετικών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων συμπεριφορών που δεν σχετίζονται απευθείας με την υγεία. Για παράδειγμα, έρευνα έδειξε ότι οι θρησκευόμενοι έφηβοι ήταν πιο πιθανό να φοράνε ζώνες, να τρώνε φρούτα και λαχανικά και να ασκούνται. Με λίγα λόγια, η θρησκευτική συμμετοχή έχει γενική επίδραση στον τρόπο ζωής(Oman & Thoresen, 2002).

Οι Hackney and Sanders (2003) μετά από μετανάλυση που διεξήγαγαν σε 34 μελέτες για τη σχέση θρησκείας και υγείας, πρότειναν τρεις γενικούς τύπους θρησκευτικότητας: α) τη Θεσμοθετημένη: χαρακτηριστικό της είναι η παρακολούθηση λειτουργιών και τελετών, συμμετοχή σε τελετουργίες και σε δραστηριότητες της εκκλησίας καθώς και εξωγενής τήρηση της θρησκείας (extrinsic

religious observance), δηλαδή των κοινωνικών και συμπεριφορικών στοιχείων της θρησκείας. β) την Ιδεολογική: ιδεολογία, συμπεριφορά, φονταμενταλισμός, όπως για παράδειγμα πεποιθήσεις που εμπλέκονται με τη θρησκεία και γ) την Προσωπική: εσωτερικός θρησκευτικός προσανατολισμός, συναισθηματική προσκόλληση στον Θεό, ένταση λατρείας, προσευχή. Η πιο δυνατή θετική συσχέτιση ήταν ανάμεσα στο στυλ προσωπικής λατρείας και την αυτοπραγμάτωση. Η προσωπική λατρεία έχει την πιο δυνατή θετική σχέση με όλα τα μέτρα πνευματικής υγείας ενώ η θεσμοθετημένη θρησκευτικότητα έχει την πιο αδύναμη σχέση.

Γεγονός είναι ότι συχνά οι ασθενείς δείχνουν μια έντονη ενασχόληση με τα πνευματικά θέματα, τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και προς το τέλος της ζωής τους. Στην ουσία, βασίζονται στις πνευματικές τους πεποιθήσεις για να μπορέσουν να προσαρμοστούν στη νόσο. Αυτή η πνευματικότητα περιλαμβάνει, τις προσωπικές πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τον κόσμο και την ανθρώπινη ύπαρξη. Πολλές φορές, όταν αντιμετωπίζει για πρώτη φορά ο ασθενής μία χρόνια νόσο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του κλονίζονται, καθώς κάποιιο πιστεύουν ότι η νόσος είναι τιμωρία από τον Θεό. Άλλοι πάλι, αναζητούν βοήθεια από τον Θεό, για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα ισχυρά πνευματικά και θρησκευτικά πιστεύω, συμβάλλουν θετικά στην ψυχολογία των ασθενών (μείωση του αισθήματος απομόνωσης, περιορισμός της εμφάνισης άγχους κ.α.), ενώ η αμφισβήτηση τους (από τους ίδιους) σχετίζεται με μειωμένη προσαρμογή στην νόσο και στην θεραπεία. Κατά συνέπεια, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οφείλει να λαμβάνει υπόψη του τις πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών και να τις ενισχύει, αν χρειαστεί.

3.3.Αρνητική επίδραση θρησκευτικότητας στην υγεία

Εκτός από τη διαπιστωμένη θετική σχέση θρησκευτικότητας-υγείας, έχει

διαπιστωθεί επίσης αρνητική σχέση μεταξύ τους. Βλέποντας την ιστορία, η θρησκεία κάποιες φορές χρησιμοποιήθηκε για να δικαιολογήσει το μίσος, την επιθετικότητα και την προκατάληψη. Μπορεί επίσης να είναι επικριτική και αποκλειστική καθώς και συχνά αποξενώνει. Επιπροσθέτως, αν και η θρησκευτική συμμετοχή δημιουργεί κοινωνικά δίκτυα με θετική επιρροή για το άτομο, οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να αποτελέσουν επίσης μια πηγή στρες. Όπως έχει φανεί, η αποτυχία συμμόρφωσης με τους κανόνες της κοινότητας μπορεί να είναι αιτία κριτικής από άλλα μέλη ή κληρικούς. Έτσι, τα συναισθήματα θρησκευτικής ενοχής και η αποτυχία να επιτύχει κανείς τις θρησκευτικές του προσδοκίες μπορεί να συμβάλουν στην εκδήλωση μιας ασθένειας (Koenig et al., 1992).

Από την άλλη μεριά, συχνά η πίστη των γονέων για την επίδραση της θρησκείας στην ίαση των παιδιών, αντί για την εφαρμογή κατάλληλης ιατρικής θεραπείας, οδηγεί συχνά σε αρνητικά αποτελέσματα και ακόμα και στον θάνατο των παιδιών. Κάποιοι τύποι θρησκείας μπορεί επίσης να επηρεάσουν αντίστροφα την υγεία. Ο εξωγενής θρησκευτικός προσανατολισμός και η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση έχουν συνδεθεί με συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ αρνητικές διαπροσωπικές θρησκευτικές εμπειρίες έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στους εφήβους (Pargament, 1997).

Μερικές ψυχολογικές και ψυχιατρικές μελέτες έχουν περιγράψει άτομα που φαίνεται να έχουν υποστεί διάφορες αρνητικές συνέπειες από τη θρησκευτική συμμετοχή ή τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, παρόλο που αυτές οι έρευνες αναφέρονται κυρίως σε μελέτες περίπτωσης ή σε μικρά κλινικά δείγματα. Τα περιορισμένα ευρήματα που αποδεικνύουν ότι η θρησκεία και η θρησκευτικότητα μπορεί να βλάψει την υγεία, όπως έχει φανεί σε διάφορες έρευνες, ακόμα και σε μεγάλα κλινικά δείγματα, περιγράφουν την αρνητική αυτή επίδραση διαχωρίζοντας

την σε δύο διαστάσεις. Αρχικά, θρησκείες που αποκλείουν τα μέλη τους από την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην μακροβιότητα των πιστών. Μια έρευνα αναφέρει ότι οι χριστιανοί επιστήμονες πεθαίνουν κατά μέσο όρο σε νεότερη ηλικία σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Simpson, 1989). Μια άλλη επιδημιολογική μελέτη καταδεικνύει την αύξηση της παιδικής θνησιμότητας ως αποτέλεσμα θρησκευτικής απαγόρευσης αμέλειας της ιατρικής παρακολούθησης (Asser&Swann, 1998).

Από την άλλη μεριά, η δεύτερη και πιο εντυπωσιακή διάσταση της αρνητικής επίδρασης της θρησκείας αναφέρεται στην ύπαρξη θετικών και αρνητικών μορφών θρησκευτικής αντιμετώπισης- ένας διαχωρισμός ο οποίος προτάθηκε από τον Pargament (1997). Η θετική θρησκευτική αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από την πίστη στον Θεό (ή σε μια ανώτερη δύναμη), την πεποίθηση ότι ο θεός αγαπάει, φροντίζει και ενδυναμώνει τον άνθρωπο και την αίσθηση ότι το άτομο μπορεί μέσω της πίστης του να καταφέρει να θεραπεύσει μια ασθένεια. Η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από το αίσθημα τιμωρίας από τον Θεό, θεωρώντας ότι η ασθένεια είναι η συνέπεια ύπαρξης αμαρτιών και πραγματοποίησης κακών πράξεων. Έχει προταθεί ότι η θετική θρησκευτικότητα σχετίζεται με καλύτερη πορεία και έκβαση της ασθένειας, ενώ η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση έχει τα αντίθετα αποτελέσματα, ιδίως μέσω αύξησης των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους του ασθενή (Koenig et al., 1992; Pargament, 1997).

Παρά την πληθώρα των ευρημάτων που αναφέρονται στους μηχανισμούς μέσω των οποίων η θρησκευτικότητα προάγει την υγεία και τη μακροζωία, αξίζει μια αναφορά στα σαφώς λιγότερα ευρήματα που υποδεικνύουν την πιθανή επιζήμια επίδραση στην υγεία μέσω της θρησκευτικής ενασχόλησης. Οι θρησκευτικές αμφιβολίες και η προσπάθεια σχετικά με τη θρησκεία συχνά ενέχει μεγαλύτερο

κίνδυνο θνησιμότητας. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η επίδραση της θρησκευτικότητας στην υγεία είναι θετική και τα αρνητικά αποτελέσματα αποτελούν την εξαίρεση και όχι τον κανόνα.

3.5.Συμπέρασμα

Ευρήματα πολλών ερευνών έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που μπορούν να βρίσκουν νόημα στη ζωή, έχουν την τάση να έχουν αυξημένη αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή (Chamberlain, 1988; Stegar and Frazier 2005). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο Krause (2003) βρήκε ότι η σχέση μεταξύ της αίσθησης θρησκευτικού νοήματος και ικανοποίησης από τη ζωή είναι πολύ σημαντική σε γηραιότερα άτομα. Γενικότερα, η θρησκευτικότητα είναι σημαντικό και ζωτικό χαρακτηριστικό της ζωής πολλών ανθρώπων. Οι περισσότερες σχετικές ερευνητικές εργασίες συμπεραίνουν ότι η θρησκευτικότητα είναι ένας παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και την έκβαση μίας ασθένειας. Συζητήσεις γύρω από τη θρησκευτικότητα, την πνευματικότητα και την υγεία στα διάφορα περιοδικά ψυχοσωματικής ιατρικής, δημόσιας υγείας και γεροντολογίας, όπως επίσης και γενικού ενδιαφέροντος προτείνουν ότι υπάρχει εκτεταμένο ενδιαφέρον σε αυτά τα θέματα. Επιπλέον, η μέγιστη δυνατή θεωρητική και μεθοδολογική διαύγεια είναι απαραίτητη.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Η μέθοδος

1.1 Διαδικασία και συμμετέχοντες

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εξεταστεί κατά πόσο η θρησκευτικότητα και η αισιοδοξία είναι σε θέση να προβλέψουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο. Το δείγμα των ασθενών αποτέλεσαν τυχαίοι ασθενείς με κάποια χρόνια καρδιαγγειακή πάθηση που εισήχθησαν στα καρδιολογικά τμήματα εξωτερικών ιατρείων δύο δημόσιων νοσοκομείων στην Κρήτη.

Η έρευνα περιλάμβανε ασθενείς στους οποίους είχε διαγνωστεί καρδιακό πρόβλημα και ήταν άνω των 18 ετών. Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα αποτέλεσαν η ανικανότητα ευφράδειας της ελληνικής γλώσσας, κατανόησης του εθιμοτυπικού της έρευνας ή η διάχυση πληροφοριών σχετικά με την έρευνα. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 66 άντρες και 40 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 59,34 χρόνια (τυπική απόκλιση 13,22). Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, στην πλειονότητά τους (75,5%) ήταν παντρεμένοι, 17% διαζευγμένοι ή χήροι και 7,5% ανύπαντροι. Επίσης, αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, το 38,6% είχε ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (δημοτικό και γυμνάσιο), 40,9% ήταν απόφοιτοι λυκείου και 20,5% ήταν πτυχιούχοι από ίδρυμα ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Στην πλειονότητά τους (74 ασθενείς), είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου στο παρελθόν, ενώ 20 αντιμετώπιζαν στηθάγχη και 12 είχαν αρρυθμίες. Επιπλέον, 47 από τους ασθενείς αυτούς είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν, κυρίως στεφανιαία αγγειοπλαστική ή

επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass). Ο μέσος χρόνος που είχε παρέλθει από την πρώτη διάγνωση ήταν 9,71 χρόνια (τυπική απόκλιση 4,52 και ελάχιστο τα 2 χρόνια). Τέλος, η έρευνα έχει εγκριθεί από τις επιτροπές δεοντολογίας και των δύο νοσοκομείων.

Για τη συγκέντρωση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια υπό επίβλεψη σε περίπτωση ύπαρξης αποριών και ανάγκης και περαιτέρω αποσαφήνισης. Αρχικά τα άτομα ενημερώθηκαν για την έρευνα, τον σκοπό της καθώς και την ερευνητική διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθήσει. . Ύστερα από γραπτή συγκατάθεση του κάθε ασθενή για τη συμμετοχή του στην έρευνα, ένας υπεύθυνος της έρευνας πραγματοποιούσε μια συνέντευξη διάρκειας εικοσιπέντε (25) λεπτών στον ασθενή σε ένα δωμάτιο του νοσοκομείου ή σε κάποιο χώρο του ίδιου του ασθενή : οι ερωτήσεις προέρχονταν από ερωτηματολόγια στα οποία καταγράφονταν άμεσα τα στοιχεία που συλλέγονταν από τους ασθενείς. Σε δεύτερο στάδιο, ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε ερωτήσεις ενός δεύτερου ερωτηματολογίου, παρόμοιο με το πρώτο (με κάποιες σημαντικές διαφοροποιήσεις) μετά το πέρας 2 μηνών από τη συμπλήρωση του πρώτου. Η ανάλυση των δεδομένων μας έγινε με το SPSS 17.00.

Πίνακας 1

Κατανομή δείγματος ως προς το Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό%
Ανδρες	66	62,3
Γυναίκες	40	37,7
Σύνολο	106	100

Πίνακας 2

κατανομή δείγματος ως προς την Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό%
Άγαμοι	8	7,5
Έγγαμοι	80	75,5
Διαζευγμένοι ή Χήροι	18	17

Πίνακας 3

Κατανομή δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Βαθμίδα εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό%
Βασική εκπαίδευση	41	38,6
Λύκειο	43	40,6
Ανώτερη ή Ανώτατη σχολή	22	20,8

Πίνακας 4

Κατανομή δείγματος ως προς τη χειρουργική επέμβαση

Χειρουργική Επέμβαση	Συχνότητα	Ποσοστό%
Ναι	47	44,3
Όχι	59	55,7

Σύνολο

106

100

1.2. Μετρήσεις

Αισιοδοξία. Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το αναθεωρημένο τεστ προσανατολισμού ζωής (Life Orientation Test) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994), το οποίο αποτελείται από 10 ερωτήματα, 6 από τα οποία πραγματεύονται την αισιοδοξία και 4 βοηθητικά. (δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach $\alpha = 0.74$)

Εσωτερική Θρησκευτικότητα. Το Intrinsic Subscale from the Religion Orientation Scale των Allport και Ross (1967) χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει την εσωτερική θρησκευτικότητα. Η συγκεκριμένη κλίμακα μέτρησης περιέχει 9 στοιχεία (π.χ. Οι θρησκευτικές μου αντιλήψεις είναι πίσω από όλη τη στάση μου για τη ζωή: Cronbach's $\alpha = .92$). Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, στην οποία η υψηλότερη βαθμολογία συσχετίστηκε με υψηλότερη θρησκευτικότητα. Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε καθώς έχει αποδειχτεί θεωρητικά και επιστημονικά κατάλληλη (Donahue, 1995).

Ικανοποίηση από τη ζωή. Μετρήθηκε με την κλίμακα Life Satisfaction Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Αποτελείται από 5 ερωτήματα, τα οποία μετρούν τον βαθμό ικανοποίησης από την ως τώρα ζωή του ατόμου γενικά, και στα οποία οι συμμετέχοντες απαντούν σε μία κλίμακα τύπου Likert από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) ως 7 (συμφωνώ απόλυτα) (Cronbach $\alpha = .83$).

Αποτελέσματα

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται όλα τα ευρήματα της έρευνας.

Πίνακας 5

Δείκτης Συσχέτισης ανάμεσα στις Μεταβλητές της Έρευνας (N=105)

Υποκλίμακα	1	2	3
1. Ικανοποίηση από τη ζωή		0,35 **	0,21 *
2. Θρησκευτικότητα	0,35 **		
3. Αισιοδοξία	0,21 *		

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

Στον παραπάνω πίνακα έχει χρησιμοποιηθεί ο δείκτης συσχέτισης Pearson (r) με σκοπό να διερευνηθούν οι συσχετίσεις που τυχόν υπάρχουν μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών «ικανοποίηση από τη ζωή», «εσωτερική θρησκευτικότητα» και «αισιοδοξία». Από τα αποτελέσματα του σχετικού πίνακα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην Ικανοποίηση από τη ζωή και την Αισιοδοξία, αφού ο δείκτης r (.21) είναι μικρότερος από 0.30. Το αποτέλεσμα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0.05$), που σημαίνει ότι δεν οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες. Δεν υπάρχει κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για τη συσχέτιση της Αισιοδοξίας και της Εσωτερικής Θρησκευτικότητας, ενώ ο δείκτης r (.19) είναι επίσης μικρότερος από 0.30. Τέλος, αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην

Εσωτερική Θρησκευτικότητα και την Ικανοποίηση από τη ζωή, βρέθηκε χαμηλή θετική συσχέτιση ($r = .35$). Και πάλι το αποτέλεσμα ήταν στατιστικά σημαντικό.

Αξίζει να σημειωθεί πάντως, ότι σε συνθήκες πραγματικής έρευνας, δείκτες από 0.20-0.40 συνήθως θεωρούνται ότι υποδηλώνουν χαμηλή συσχέτιση ενώ δείκτες από 0.41-0.60, μέτρια συσχέτιση. Κατά συνέπεια, τα δεδομένα μας προκρίνουν ότι υπάρχει οριακά χαμηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές αισιοδοξία και ικανοποίηση από τη ζωή.

$$r(105) = 0,21, p < 0,05$$

$$r(105) = 0,19, ns$$

$$r(105) = 0,35, p < 0,01$$

Πίνακας 6

Αποτελέσματα της Επίδρασης της Χειρουργικής Επέμβασης ως προς τις μεταβλητές της έρευνας(N= 106)

		<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τη ζωή	Άνδρες	25,08	6,30	0,33	ns
	Γυναίκες	24,69	4,97		
Θρησκευτικότητα	Άνδρες	32,02	11,29	-1,72	ns
	Γυναίκες	35,85	10,85		
Αισιοδοξία	Άνδρες	21,94	4,77	1,70	ns

Γυναίκες	20,38	4,27
----------	-------	------

Από τη χρήση του κριτηρίου t που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση του πίνακα 6, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη ή όχι χειρουργικής επέμβασης δεν επιδρά στα αποτελέσματα των 3 μεταβλητών που αναλύθηκαν μιας και οι διαφορές των μέσων όρων μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Συγκεκριμένα, από τον πίνακα βλέπουμε ότι ο έλεγχος της ισότητας των διασπορών (διακυμάνσεων) των δύο ομάδων (Levene's test) δεν είναι διαφορετικές (άρα οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Κατά συνέπεια διαπιστώνεται ότι η τιμή t και στις 3 μεταβλητές ($p=0,81$ για την ικανοποίηση από τη ζωή, $p=0,83$ για την εσωτερική θρησκευτικότητα και $p=0,80$ για την αισιοδοξία) δεν είναι στατιστικά σημαντική μιας και είναι μεγαλύτερη από το κατώτερο όριο υποδοχής (0,05). Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

$t(103)= 0,238$, ns (για την ικανοποίηση από τη ζωή)

$t(104)= -1,753$, ns (για την εσωτερική θρησκευτικότητα)

$t(104)= -1,766$, ns (για την αισιοδοξία)

Πίνακας 7

Αποτελέσματα της Επίδρασης του Φύλου ως προς τις μεταβλητές της έρευνας(N= 106)

		<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Ικανοποίηση από τη ζωή	Άνδρες	25,09	4,40	0,24	ns
	Γυναίκες	24,81	6,76		
Θρησκευτικότητα	Άνδρες	31,34	11,87	-1,75	ns
	Γυναίκες	35,15	10,48		
Αισιοδοξία	Άνδρες	20,47	4,05	-1,77	ns
	Γυναίκες	22,05	4,96		

Ομοίως με την ύπαρξη ή όχι χειρουργικής επέμβασης, η χρήση του κριτηρίου *t* και για τη μεταβλητή του φύλου δεν επέδειξε σημαντικά στατιστικές διαφορές. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος της ισότητας των διασπορών των δύο ομάδων (άνδρες, γυναίκες) δείχνει ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες και η τιμή *t* για τις 3 μεταβλητές ($p=0,75$ για την ικανοποίηση από τη ζωή, $p=0,88$ για την εσωτερική θρησκευτικότητα και $p=0,92$ για την αισιοδοξία) δεν είναι στατιστικά σημαντική

μιας και είναι μεγαλύτερη από το κατώτερο όριο υποδοχής (0,05). Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

$t(103) = 0,325$, ns (για την ικανοποίηση από τη ζωή)

$t(104) = -1,720$, ns (για την εσωτερική θρησκευτικότητα)

$t(104) = 1,702$, ns (για την αισιοδοξία)

Πίνακας 8

Ιεραρχική Παλινδρόμηση με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Ικανοποίηση από τη ζωή. (N=106)

<i>Προβλεπτική μεταβλητή</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>
<i>Βήμα 1</i>			
Φύλο	-0,47	1,18	-0,04
Ηλικία	-0,06	0,04	-0,14
<i>Βήμα 2</i>			
Φύλο	-0,85	1,14	-0,07
Ηλικία	-0,05	0,04	-0,11
Χειρουργική Επέμβαση	-1,10	1,11	-0,10
Θρησκευτικότητα	-0,18	0,05	0,35**
Αισιοδοξία	-0,15	0,13	0,12

$R^2 = 0,02$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,00$ (Βήμα 1) - $R^2 = 0,17$, Προσαρμοσμένο $R^2 = 0,13$ (Βήμα 2)

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

Στον παραπάνω πίνακα έχει χρησιμοποιηθεί η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα, μετά τον έλεγχο τυχόν επιδράσεων των μεταβλητών του φύλου και της ηλικίας, διερευνήθηκε εάν η ύπαρξη ή όχι χειρουργικής επέμβασης, η αισιοδοξία και η εσωτερική θρησκευτικότητα μπορούν να προβλέψουν την ικανοποίηση από τη ζωή.

Αναλυτικότερα, από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης που εκτελέστηκε συμπεραίνουμε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή, που έχει ένας ασθενής με καρδιαγγειακή πάθηση, προβλέπεται από την εσωτερική του θρησκευτικότητα. Με άλλα λόγια, όσο υψηλότερη εσωτερική θρησκευτικότητα εμφανίζει ο ασθενής, τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή θα έχει. Το συνολικό ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύει το συγκεκριμένο προβλεπτικό μοντέλο ήταν 17% ($r^2=0,17$). Από τις πέντε προβλεπτικές μεταβλητές, η μόνη που συνεισφέρει στην πρόβλεψη της ικανοποίησης από τη ζωή είναι η εσωτερική θρησκευτικότητα που είναι και ουσιαστικά σημαντική ($\beta=0,35$). Το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη ή όχι χειρουργικής επέμβασης και η αισιοδοξία δεν αποτέλεσαν σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές στο παρόν μοντέλο.

Συζήτηση

Οι μεταβλητές της θετικής ψυχολογίας όπως η αισιοδοξία και η θρησκευτικότητα έχουν προκαλέσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια και έχουν συνδεθεί με καλύτερη έκβαση σε ψυχική και σωματική υγεία. Σε αυτή την έρευνα, εξετάσαμε το βαθμό στον οποίο η θρησκευτικότητα και η αισιοδοξία μπορούν να προβλέψουν την ικανοποίηση από τη ζωή σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές και επομένως τα αποτελέσματά μας είναι ανεξάρτητα από αυτή την επίδραση. Βεβαίως, επειδή ο αριθμός ανδρών και γυναικών στο δείγμα μας δεν ήταν ο ίδιος, καλό θα ήταν υπάρχει μία μικρή επιφύλαξη. Σε γενικές γραμμές όμως, η διατύπωση αυτή είναι ασφαλής.

Επιπλέον, από την ανάλυση διαπιστώθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα εγγενής θρησκευτικότητας συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή. Αντιθέτως, η αισιοδοξία βρέθηκε να σχετίζεται σε ελάχιστο βαθμό με την ικανοποίηση από τη ζωή που σημαίνει ότι στους ασθενείς με κάποια χρόνια καρδιαγγειακή πάθηση, το γεγονός ότι μπορεί να είναι αισιόδοξοι σχετίζεται ελάχιστα με την ικανοποίησή τους από τη ζωή. Πρέπει να τονιστεί, βέβαια, ότι αν και υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, σε καμία περίπτωση αυτό από μόνο του δεν υποδηλώνει την ύπαρξη σχέσης αιτίου-αιτιατού. Από την άλλη μεριά, σημαντικό σημείο των ευρημάτων της έρευνας μας είναι ότι η θρησκευτικότητα,

μόνη, ύστερα από μια σειρά άλλων μεταβλητών (ηλικία, φύλο, χειρουργική επέμβαση και αισιοδοξία) βρέθηκε ότι μπορεί να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση από τη ζωή.

Σε μια προσπάθεια σύνδεσης των ευρημάτων της έρευνας με προηγούμενες δημοσιευμένες έρευνες διαπιστώνεται ότι όντως υπάρχει σημαντική σύνδεση της θρησκευτικότητας και της ικανοποίησης της ζωής και μπορεί να θεωρηθεί ως μια σχέση αιτιότητας που έχει καταδειχθεί σε πληθώρα ερευνών (Chamberlain & Zika, 1988; Ellison, 1991; Koenig et al, 2001) Από την άλλη μεριά, παρόλο που η δημοσιευμένη βιβλιογραφία προκρίνει τη θετική επίδραση της αισιοδοξίας στην ικανοποίηση από τη ζωή (Fournier et al, 1999; Fournier et al, 2002; Giltay et al, 2007; Peterson & Bossio, 2001) εδώ δεν διαπιστώθηκε κάτι τέτοιο. Τόσο ο βαθμός συσχέτισης των δύο μεταβλητών, όσο και η προσπάθεια εξακρίβωσης πιθανής πρόβλεψης της μίας από την άλλη δεν φάνηκε να οδηγεί σε κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή στις αναλύσεις μας για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποιο ποσοστό πρόβλεψης της ικανοποίησης της ζωής παρόλο που δεν υπήρξε σχετικός μεθοδολογικός σχεδιασμός. Αξίζει βέβαια να τονιστεί ότι η υποβολή σε χειρουργική επέμβαση βρέθηκε να μην εμπλέκεται στην πρόβλεψη της ικανοποίησης από τη ζωή των καρδιοπαθών. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα μπορεί βέβαια να είναι και η μη ύπαρξη ενδιαφέροντος από μεθοδολογική σκοπιά, πέραν του ότι κάποιοι συμμετέχοντες του δείγματος είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και εξετάστηκαν έτσι οι μέσοι όροι σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη έρευνα έρχεται αντιμέτωπη με κάποιους σαφείς περιορισμούς. Συγκεκριμένα, το μέγεθος του δείγματος ήταν ετερογενές, μιας και

αποτελούνταν από ασθενείς με διαφορετικά καρδιαγγειακά προβλήματα και η έρευνα στηρίχτηκε σε πληροφορίες αυτό-αναφοράς. Μέχρι στιγμής, βέβαια, υπάρχει η πεποίθηση ότι τα ευρήματα μας είναι σημαντικά μιας και για μία ακόμα φορά καταδεικνύεται το ότι η θρησκευτικότητα επιδρά όντως στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Κάτι τέτοιο επιβεβαιώνει για ακόμα μία φορά την αλληλένδετη σχέση μεταξύ σωματικής και πνευματικής υγείας. Επίσης έχει –και πρέπει να έχει– συνέπειες σε όλη την αντιμετώπισή του από το ιατρικό προσωπικό, διότι ουσιαστικά υπαινίσσεται ότι ενδεχομένως χρειάζεται η προσέγγιση του ασθενούς με ποικίλους τρόπους και πάντα κατά περίπτωση.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα προς κατανόηση των μηχανισμών τους οποίους η θρησκευτικότητα επηρεάζει την υγεία, διότι ακόμα και οι πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν μεν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο εννοιών, δεν διασαφηνίζουν όμως το γιατί και το πώς. Μία πιο συστηματική έρευνα μπορεί να δείξει με λεπτομέρεια πρακτικές και συστήματα στις θρησκείες, τα οποία βοηθούν στη βελτίωση της υγείας. Τέλος, το πιο σημαντικό είναι να εντοπιστούν τυχόν διαφορές ανάμεσα στην επιρροή των διαφορετικών θρησκειών στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Βιβλιογραφία

- Allan, R., & Scheidt, S. (1996). *Empirical basis for cardiac psychology. Heart and Mind*. Washington DC: American Psychological Association.
- Alpern, D., Uzark, K., & Dick, M. (1989). Psychosocial responses of children to cardiac pacemakers. *J. Pediatr.*, 114, 494-501.
- Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- American Heart Association (2001). *2001 heart and stroke statistical update*. Dallas: ΑΗΑ.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Καραδήμας, Ε. (2008). *Υγεία και ασθένεια: Ψυχολογικές διεργασίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Ανθόπουλος, Λ.Π.(2006). *Επιδημιολογία και πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Angell, M. (1985). Disease as a reflection of the psyche. *The new England Journal of Medicine*, 312, 1570-1572.
- Asser, S. M., & Swann, R. (1998). Child fatalities from religion-motivated medical neglect. *Pediatrics*, 101, 625–629.
- Beck, S. (1971). Cosmic optimism in some Genesis myths. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 380–389

- Bellg, A.J. (2004). Clinical cardiac psychology. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (p.p. 30-57). New York: Hogrefe & Huber.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles Slack.
- Benson, Dusek, Sherwood, et al. (2006). Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J*, *151*, 934-42.
- Berkman, L.F., & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.*, *109*, 186-204.
- Boehm, J.K., & Kubzansky, L.D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*, [Epub ahead of print]
- Boudrez, H., & De Backer, G. (2001). Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery. Results of a prospective study. *Qual.Life Res.*, *10*, 37-47.
- Brindley, D., & Rolland, Y. (1989). Possible connections between stress, diabetes, obesity, hypertension and altered lipoprotein metabolism that may result in atherosclerosis. *Clin Sci.*, *77*, 453-461.
- Camey, R., Freedland, K., Rich, M., & Jaffe, A. (1995). Major Depression and Medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, *14*, 88-90.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behaviour*. New York: Cambridge University Press.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1988). *Perspectives on personality*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1992). *Perspectives on personality* (2nd Ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). *Perspectives on personality* (4th Ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Carver, C. S. et al (1993), How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879 – 889.
- Celano, C.,M., & Huffman, J.,C. (2011). Depression and cardiac disease: A review. *Cardiol Rev*, 19, 130–142.
- Γκατζούλης, Κ.Α. (2006). *Συγγενής καρδιακή νόσος στον ενήλικα*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1988). Religiosity, life meaning and well-being: Some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 411-420.
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive— affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16, 524–531.
- Chaughart, P. (1965). *Η καρδιά και αι ασθένειαι της*. Αθήνα, Εκδόσεις: Ι.Ν. Ζαχαρόπουλος.
- Chrisman, K., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). *Instructor's manual with test bank for perspectives on personality*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Cochran, J.K., Beeghley, L., & Bock, E.W. (1988). Religiosity and alcohol behavior: an exploration of reference group theory. *Sociol Forum.*, 3, 256-276.
- Comstock, G.W., & Partridge, K.B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672
- Coyne, J.C., & Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Ann Behav Med.*, 39,
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dillard, A.J., McCaul, K.D., & Klein, W.M.P. (2006). Unrealistic optimism in smokers: Implications for smoking myth endorsement and self-protective motivation. *Journal of Health Communication*, 11, 93–102.
- Dillard, A. J., Midboe, A. M., & Klein, W. M. P. (2009). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 1540–1550.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav.*32, 80-99.
- Erdman, R.A.M. (1990). Myocardial infarction and cardiac rehabilitation. In A.A. Kaptein, H.M. Van de Ploeg, B. Garssen, P.J.G. Schreurs, & R. Beunderman (Eds.), *Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders* (pp.127-145). New York: Wiley.

- Fernandez, E., & Turk, D.C. (1993). Anger in chronic pain patients: A neglected target of attention. *American Pain Society Bulletin*, 3, 5-7.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Ford, D.,E., Mead, L.,A., Chang, P.,P., Cooper-Patrick, L., Wang, N.,Y., & Klag, M.,J. (1998). Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Intern Med*, 158, 1422–1426.
- Fournier, M., De Ridder, D. T. D., & Bensing, J. (1999). What does optimism mean? Optimism and adaptation to multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 303–326.
- Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7, 409-432.
- Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to adapting to chronic disease. A prospective study to the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic disease. *Personality and Individual Differences*, 33, 1163-1183.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA*, 270, 1819-25.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Freud, S. (1928). *The future of an illusion*. London: Hogarth Press.
- Friedman, M, et al. (1986). Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112, 653-65.

- Fuster, V., Alexander, W.R., & Rourke, R. (2010). *Η καρδιά*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *J Psychosom Res*, 63, 483–490.
- Gottschalk, L.A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30, 779 -785.
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Idler, E.L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. *Soc Forces.*, 66, 226-238.
- Jiang, W., Babyak, M., & Krantz, D.S. (1996). Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events. *JAMA*, 275, 1651-1656.
- Καλαντζή - Azizi, A. (1985). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kamarck, T., & Jennings, J.R. (1991). Biobehavioral factors in sudden cardiac death. *Psychol Bull.*, 109, 42-75.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: the mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281–1290.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. L. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (1994). *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*. New York, NY: Haworth.

- Κρανίδης, Α. & Παρασκευαΐδης, Ι.Α. (2011). Απεικόνιση στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58, 160–S170.
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910–916.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leming, M.R. (1979). Religion and death: A test of homans' thesis. *Omega - The Journal of Death and Dying*, 10, 347-64.
- Levine, S.P., Towell, B.L., & Suarez, A.M. (1985). Platelet activation and secretion associated with emotional stress. *Circulation*, 71, 1129-1134.
- Levin, J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Soc Sci Med.*, 43, 849-864.
- Levin, J. (1994). *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Lipkus, I. M., Klein, W. M., & Skinner, C. S. (2005). Breast cancer risk perceptions and breast cancer worry: What predicts what? *Journal of Risk Research*, 8, 439–452.
- Λουρίδας, Γ., & Μπουγιούκας, Γ. (2008). *Επίκτητες Καρδιοπάθειες. Σύγχρονες Απόψεις στη Διάγνωση και Θεραπεία*. University Studio Press.
- Lyons, A. & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middleaged women. *Psychosomatic Medicine*, 66, 640–644.

- Makikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences, 35*, 537–557.
- Moos, R. H. (1984). *Coping with physical illness. New perspectives*. New York: Plenum.
- Oman, D., & Thoresen, C.E. (2002). Does Religion Cause health? Differing Interpretations and Diverse Meanings. *Journal of Health Psychology, 7*, 365-380
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44–55.
- Peterson, C., & Bossio, L. (2001). Optimism and physical wellbeing, optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice. Washington, DC: American Psychological Association, 127-145.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality, 55*, 237-265.
- Peterson, C., Seligman, M., & Vaillant G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year- longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 23-27.
- Plante, T. G., Yancey, S., Sherman, A., & Guertin, M. (2000). The association between strength of religious faith and psychological functioning. *Pastoral Psychology, 48*, 405-412.
- Πολυκανδριώτη, Μ. (2009). Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική, 48*, 94-104.
- Potts, R.G. (2004). Spirituality, religion, and the experience of illness. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (pp.297-314). Washington, DC: Hogrefe & Huber.

- Rasmussen, H.N., Scheier, M.F., & Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med*, 37, 239–256.
- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 124-131.
- Rijen et al. (2004). Medical predictors for psychopathology in adults with operated congenital heart disease. *European Heart Journal*, 25, 1605-1613.
- Sarafino, E. P. (1999). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well being: the influence of generalized expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1988). *Instructor's manual for perspectives on personality*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024–1040.
- Schofield P, Ball D, Smith JG, Borland R, O'Brien P, Davis S, Olver I, Ryan G, & Joseph D. (2004). Optimism and survival in lung cancer patients. *Cancer*, 100, 1276–1282.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.
- Scioli, A. et al. (1997). A prospective study of hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733.

- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity, 19*, 195–200.
- Segerstrom, S., and Sephton, S. (2010). Optimistic Expectancies and Cell-Mediated Immunity. *Psychological Science*, forthcoming.
- Seligman, M. (1991). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Knopf.
- Segerstrom, S.C. (2006). *Breaking Murphy's Law: How optimists get what they want from life and pessimists can too*. New York: Guilford.
- Sethi, S., & Seligman, M. (1993). Optimism and fundamentalism. *Psychological Science, 4*, 256–259.
- Sethi, S., & Seligman, M. (1994). The hope of fundamentalists. *Psychological Science, 5*, 58.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., & Magovern, G.J. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Arch Intern Med, 159*, 829–835.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology, 20*, 141–145.
- Shontz, F. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Simpson, W. F. (1989). Comparative longevity in a cohort of Christian scientists. *Journal of the American Medical Association, 262*, 1657–1658.

- Snyder, C.R. (1989). Reality negotiation: from excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 130-157.
- Stewart, K. E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In T. Boll, J.M. Raczynski, & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*, vol. 2, (pp. 405–421). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stone, A.A., & Bovbjerg, D.H. (1994). Stress and humoral immunity: a review of the human studies. *Adv Neuroimmunol.*, 4, 49-56.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22, 123–129.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873–898.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Thompson, S. C., & Schlehofer, M. M. (2008). Control, denial, and heightened sensitivity reactions to personal threat: Testing the generalizability of the threat orientation approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1070-1083.
- Tiger, L. (1979). *Optimism: the biology of hope*. New York: Simon & Schuster.
- Tiger, L. (1999). The past of an illusion: how optimism brings us to God. *Free Inquiry*, 19, 28–29.
- Tindle, H., Davis, E., & Kuller, L. (2010). Attitudes and cardiovascular disease. *Maturitas*, 67, 108–113.
- Tindle, H.A., Chang, Y.F., Kuller, L.H., Manson, J.E., Robinson, J.G., & Rosal, M.C.(2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women’s Health Initiative. *Circulation*, 120, 656–662.

- Tomakowsky, J., Lumley, M.A., Markowitz, N., & Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *J Psychosom Res*, 51, 577–587.
- Τουτούζας, Π.Κ., Σταφανάδης, Χ.Ι., & Μπουντούλας, Χ. (2001). *Καρδιακές παθήσεις*. Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ.
- Turbott, J. (1996). Religion, spirituality and psychiatry: conceptual, cultural and personal challenges. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 720–727.
- van der Velde, F.W., van der Pligt, J., & Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-related risk: Accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 25–33.
- Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences*, 28, 259–272.
- Watson, D. & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weinman, J., Johnston, M. & Molloy, G. (2007). *Health Psychology II*. London: Sage Benchmarks.
- Weinman, J., Johnston, M. & Molloy, G. (2007). *Health Psychology IV*. London: Sage Benchmarks.
- Weinstein, N. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.
- Williams, D. (1994). The measurement of religion in epidemiologic studies: Problems and prospects, religious factors in aging and health: Theoretical foundations and methodological frontiers. Thousand Oaks: Sage

Wulsin, L.,R., Evans, J.C., Vasan, R.S., Murabito, J.M., Kelly-Hayes, M., & Benjamin, E.J. (2005). Depressive symptoms, coronary heart disease and overall mortality in the Framingham Heart Study. *Psychosom Med*, 67, 697–702.

Wulsin, L.R., & Singal, B.M., (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med*, 65, 201–210.

Χατσέρας, Δ. (2003). *Καρδιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.