

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ: ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΚΑΙ
ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Του Ιωάννη Ψαράκη**

**Επιβλέπων καθηγητής
Ευάγγελος Καραδήμας**

Ρέθυμνο 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	4
1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων και τις αντιδράσεις σε αυτά.....	5
1.2 Συνέπειες λόγω φτωχής αντίληψης συμπτωμάτων.....	11
1.3 Επίδραση αντίληψης συμπτωμάτων σε χρόνιες ασθένειες.....	13
1.4 Αντίληψη συμπτωμάτων στον εαυτό και τους άλλους.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ.....	18
2.1 Παράγοντες που διαμορφώνουν τα επίπεδα αισιοδοξίας.....	23
2.2 Η επίδραση της αισιοδοξίας στην υγεία και ευεξία του ατόμου.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ.....	29
ΜΕΘΟΔΟΣ.....	32
Συμμετέχοντες	
Εργαλεία	
Διαδικασία	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	51

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντίληψη συμπτωμάτων αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου, να επεξεργάζεται τις αλλαγές στην φυσιολογία του σώματός του και να είναι σε θέση να μεταφράσει και να αντιστοιχίσει αυτές τις αλλαγές σε πιθανά συμπτώματα κάποιας ασθένειας. Η ικανότητά του αυτή, είναι από τους βασικότερους παράγοντες επιρροής του τρόπου με τον οποίο θα επιλέξει να αντιδράσει, δηλαδή αν θα αποφασίσει να κινητοποιηθεί με το να επισκεφτεί κάποιον ειδικό ή να περιμένει να περάσουν από μόνα τους τα συμπτώματα. Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε αν διαφέρουν οι αντιδράσεις του ατόμου σε 5 σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων και αν επηρεάζονται οι αντιδράσεις αυτές από το αν τα συμπτώματα αφορούν τον ίδιο ή κάποιο κοντινό του πρόσωπο. Επίσης, εξετάσαμε το ρόλο της αισιοδοξίας στα παραπάνω. Αισιοδοξία είναι οι προσδοκίες του ατόμου για θετικές εκβάσεις των διαφόρων καταστάσεων που αντιμετωπίζει. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι η αισιοδοξία έχει συσχέτιση μόνο με τις αντιδράσεις όταν τα συμπτώματα αφορούν τον εαυτό, μόνο για την κινητοποίηση και μόνο στο τρίτο σενάριο. Και πάλι όμως η συσχέτιση ήταν χαμηλή (Pearson $r = 0,19$). Επίσης, όσο κλιμακώνονταν τα συμπτώματα, οι συμμετέχοντες, επέλεξαν σε μεγαλύτερο ποσοστό την επιλογή της κινητοποίησης έναντι της αναμονής. Όταν τα συμπτώματα αφορούσαν τους σημαντικούς άλλους, οι συμμετέχοντες επέλεξαν την κινητοποίηση σε πρωιμότερο στάδιο, συγκριτικά με το αν τα συμπτώματα αφορούσαν τους ίδιους.

Λέξεις κλειδιά

Αντίληψη συμπτωμάτων, Αισιοδοξία, Στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, Σημαντικοί άλλοι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η αντίληψη συμπτωμάτων αποτελεί ένα φαινόμενο που έχει εξεταστεί διεξοδικά από τους επιστήμονες και έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Τι είναι όμως η αντίληψη συμπτωμάτων; Η αντίληψη συμπτωμάτων αφορά στην ικανότητα του ατόμου, να αναγνωρίζει τις αλλαγές στην φυσιολογία του σώματός του και να μεταφράζει αυτές τις αλλαγές σε συμπτώματα. Να μπορεί δηλαδή, για παράδειγμα να αντιλαμβάνεται μια αλλαγή στην θερμοκρασία του σώματος ή στην αναπνοή και να αντιλαμβάνεται ότι αυτή η αλλαγή αποτελεί κάποιο σύμπτωμα και ενδεχομένως να σχετίζεται με μια ασθένεια. Επίσης, αφορά στο πως το άτομο αξιολογεί ένα σύμπτωμα και κατά συνέπεια την ασθένεια που εκφράζεται μέσω αυτού, καθώς αυτό αποτελεί ένα πολύ βασικό παράγοντα επιρροής στον τρόπο που θα αντιδράσει το άτομο. Με άλλα λόγια, το αν το άτομο θα κρίνει μια ασθένεια ή ένα σύμπτωμα ως σοβαρό ή αμελητέο, θα επηρεάσει τον τρόπο που θα επιλέξει να το αντιμετωπίσει (αν θα επιλέξει, για παράδειγμα, να ζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό ή αν το θεωρήσει παροδικό, οπότε θα περιμένει να περάσει από μόνο του). Η αντίληψη συμπτωμάτων, όμως, δεν σχετίζεται με την αναγνώριση και αξιολόγηση (συνεπώς και την αντίδραση) συμπτωμάτων μόνο στον εαυτό, αλλά και στους άλλους (συγγενείς, φίλους, γνωστούς). Δηλαδή, σχετίζεται με το αν θα διέφερε ο τρόπος που θα αντιδρούσαμε αν εμφανίζαμε εμείς οι ίδιοι ένα σύμπτωμα, από τον τρόπο που θα συμβουλευάμε ένα κοντινό μας πρόσωπο με το ίδιο σύμπτωμα να αντιδράσει.

1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων και τις αντιδράσεις σε αυτά

Η αντίληψη συμπτωμάτων επηρεάζεται και διαμορφώνεται από διάφορους παράγοντες. Οι Petersen, Berg, Janssens, και Bergh (2011) ανέπτυξαν ένα μοντέλο, το οποίο περιελάμβανε τους παράγοντες που συσχετίζονται με την αντίληψη των συμπτωμάτων αλλά και την αξιολόγηση αυτών ως λιγότερο ή περισσότερο σοβαρών. Οι παράγοντες αυτοί είναι: οι σκέψεις που κάνει ένα άτομο σχετικά με την κατάσταση του σώματός του (π.χ. αν θεωρεί ότι λειτουργεί κανονικά ο οργανισμός του ή υπάρχει κάποιο πρόβλημα, ποια μπορεί να είναι η αιτία που το προκάλεσε, πότε πρωτοεμφανίστηκε και πόσο καιρό διαρκεί, αν πιστεύει ότι έχει τον έλεγχο κ. τ. λ.), οι πεποιθήσεις που έχει σχετικά με αυτή την κατάσταση (αν δηλαδή ανησυχεί και φοβάται για αυτό που αντιμετωπίζει, αν είναι αισιόδοξος ότι θα του περάσει και όλα θα πάνε καλά κ. α.), οι νοητικές αναπαραστάσεις που έχει το άτομο σχετικά με το σώμα του και τις λειτουργίες αυτού, οι αναπαραστάσεις που έχει σχετικά με την εικόνα του ως υγιούς και ως ασθενή, αλλά και γενικά η εικόνα που έχει σχετικά με το πως είναι ένα υγιές ή άρρωστο άτομο. Επίσης, επηρεάζει την αντίληψη συμπτωμάτων η «ταμπέλα» που δίνει το άτομο στον εαυτό του, ο ρόλος που αναλαμβάνει και αποδέχεται (π. χ. αν έχει το ρόλο του γονέα ή του εργαζόμενου είναι πιο δύσκολο να αποδεχτεί ότι αρρώστησε καθώς πρέπει να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του και η αρρώστια αποτελεί εμπόδιο) καθώς και με ποιους συγκρίνει το άτομο τον εαυτό του (άλλους ασθενείς ή με υγιή άτομα). Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν το αν το άτομο θα αντιδράσει ενεργά για την ανακούφιση των συμπτωμάτων ή αν θα περιμένει να περάσουν.

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Janssens, Verlenden, De Peuter, Petersen, και Van den Bergh (2011) εξέτασαν τον ρόλο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου πάνω στην αντίληψη συμπτωμάτων. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν ήταν αρκετά ενδιαφέροντα. Ο φόβος για την εμφάνιση των συμπτωμάτων σχετιζόταν με την χαμηλότερη ποιότητα ζωής, λόγω των

περιορισμών σε δραστηριότητες εξαιτίας των συμπτωμάτων αλλά και του συναισθηματικού αντίκτυπου στο άτομο. Επίσης, στην ομάδα που πίστευε ότι έχει τον έλεγχο των συμπτωμάτων, μικρότερος φόβος σχετιζόταν με λιγότερο δυσάρεστα συμπτώματα, ενώ, μεγαλύτερος φόβος σχετιζόταν με πιο δυσάρεστα συμπτώματα, συγκριτικά με την ομάδα που δεν είχε τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Στην ομάδα που πίστευε ότι έχει τον έλεγχο ο μικρότερος φόβος σχετιζόταν, επίσης, με μικρότερη αντιλαμβανόμενη απειλή, ενώ μεγαλύτερος φόβος με μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη απειλή. Με άλλα λόγια, από τα άτομα με μικρό φόβο των συμπτωμάτων βίωσαν μικρότερη δυσαρέσκεια από τα συμπτώματα, όσα άτομα ανήκαν στην ομάδα με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Το αντίθετο, όμως, ίσχυε για τα άτομα με μεγάλο φόβο των συμπτωμάτων (εδώ είχε διαμεσολαβητικό ρόλο η αντιλαμβανόμενη απειλή). Οι μεταβλητές αυτές δεν βρέθηκε να επηρεάζουν το πόσο έντονα αξιολογούσαν τα άτομα τα συμπτώματα που βίωναν. Τα παραπάνω συμπεράσματα είναι μείζουσας σημασίας και παίζουν σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό της παρέμβασης. Για τα άτομα που έχουν μικρό φόβο των συμπτωμάτων και δεν τα θεωρούν απειλή, είναι καλό να τους εμπνέουμε ότι οι ίδιοι έχουν τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους, καθώς κάτι τέτοιο τους κάνει να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και να βιώνουν λιγότερη δυσαρέσκεια από τα συμπτώματα. Από την άλλη για τα άτομα που έχουν μεγάλο φόβο για τα συμπτώματα, το να τα ενημερώνουμε ότι αυτά έχουν τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους δεν φαίνεται να τα βοηθάει αλλά αντίθετα τα αγχώνει περισσότερο.

Βέβαια, η επίδραση του ελέγχου αλλάζει από σύμπτωμα σε σύμπτωμα. Προηγουμένως είδαμε την επίδραση που έχει στα συμπτώματα του άσθματος. Όσον αφορά τώρα στην βίωση και αντιμετώπιση του πόνου φαίνεται ότι ο έλεγχος δεν είναι η καλύτερη δυνατή τεχνική. Οι Gutierrez, Luciano, Rodriguez, και Fink (2004) εξέτασαν την επίδραση δύο τεχνικών (τεχνική αποδοχής και τεχνική ελέγχου) στην διαχείριση του πόνου (την οποία μέτρησαν ως προς την αξιολόγηση του πόνου και ως την επιμονή παρόλο του έντονου πόνου να συνεχίσουν οι

συμμετέχοντες ένα έργο που τους είχε ανατεθεί). Οι συμμετέχοντες στην τεχνική αποδοχής μάθαιναν να αντιμετωπίζουν τις αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα που βίωναν κατά τη διάρκεια του πόνου, να μην τα παραβλέπουν αλλά και να μην τα αφήνουν να επηρεάζουν και να διαμορφώνουν τις αντιδράσεις τους. Από την άλλη, όσοι εκπαιδεύτηκαν στην τεχνική του ελέγχου, έμαθαν να αποσπούν την προσοχή τους από τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα να ελέγχουν την σκέψη τους και να την στρέφουν σε θετικές σκηνές και συναισθήματα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν, ότι οι συμμετέχοντες που διδαχτήκαν την τεχνική αποδοχής, παρουσίασαν μεγαλύτερη ανεκτικότητα στον πόνο (δέχτηκαν πιο έντονα και πιο παρατεταμένα ερεθίσματα πόνου χωρίς να παραιτηθούν). Οι συμμετέχοντες στην τεχνική ελέγχου, όμως, αξιολόγησαν ως λιγότερο επώδυνα τα ίδια ερεθίσματα από τους συμμετέχοντες στην τεχνική αποδοχής. Παρόλα αυτά, ωστόσο, οι συμμετέχοντες στην τεχνική αποδοχής, αν και αξιολογούσαν ως πιο επώδυνα τα ερεθίσματα, δεν εγκατέλειπαν το έργο ακόμα και όταν τα αξιολογούσαν ως πάρα πολύ επώδυνα, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες στην άλλη ομάδα εγκατέλειπαν, όταν έρχονταν σε επαφή με κάποιο ερέθισμα το οποίο αξιολογούσαν ως πάρα πολύ επώδυνο. Συμπερασματικά αν και σε περιπτώσεις μέτριου πόνου οι δύο τεχνικές φαίνονται εξίσου αποτελεσματικές, όσο ο πόνος επιδεινώνεται, ο έλεγχος φαίνεται να υστερεί συγκριτικά με την αποδοχή. Και φυσικά ο πόνος και οι τρόποι που οι άνθρωποι τον αντιμετωπίζουν, είναι ένα πολύ σημαντικό πεδίο έρευνας, καθώς είναι ένα από τα κυριότερα συμπτώματα για τα οποία κάποιος παίρνει την απόφαση να επισκεφτεί έναν ειδικό και γενικότερα να απευθυνθεί κάπου για βοήθεια.

Το άγχος φαίνεται να παίζει, επίσης, τεράστιο ρόλο στην υπερβολική βαρύτητα που δίνει κανείς σε κάποια συμπτώματα. Οι Wright, Ebrecht, Mitchell, Anggiansah, και Weinman σε έρευνα που διεξήγαγαν το 2005, βρήκαν ότι ασθενείς που έπασχαν από γαστρο – οισοφαγική παλινδρόμηση, όταν εκθέτονταν σε μια αγχωτική κατάσταση, αλλά και κατά τη διάρκεια της προσμονής αυτής, αξιολογούσαν ως πιο έντονα τα συμπτώματα τους, ενώ δεν υπήρχε κάποια

αύξηση αυτών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι και στην ομάδα ελέγχου, αξιολόγησαν ως εντονότερα τα συμπτώματα, μέχρι τη στιγμή που τους ενημέρωσαν ότι δεν θα εκτεθούν τελικά στον αγχωτικό παράγοντα (στην αξιολόγηση που ακολούθησε, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου έκριναν τα συμπτώματα τους όπως πραγματικά ήταν). Μάλιστα, όσοι από τους συμμετέχοντες, ήταν περισσότερο αγχωτικοί γενικά, είχαν την τάση να αποδίδουν τα συμπτώματα τους στο στρες, αγχώνονταν περισσότερο σχετικά με τα συμπτώματα τους ή βίωσαν έντονο άγχος τον τελευταίο καιρό εμφάνισαν την μεγαλύτερη ασυνάφεια ανάμεσα στα αντιλαμβανόμενα και στα πραγματικά συμπτώματα.

Αυτή η διαφορά δεν φαίνεται να εξηγείται από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Αντίθετα οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι, όταν είναι στρεσαρισμένοι, τείνουν να βρίσκονται σε μεγαλύτερη εγρήγορση και να είναι πιο ευαίσθητοι στα ερεθίσματα που προέρχονται από τον οργανισμό τους και το εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι, λόγω της υπερευαισθησίας αλλά και της επιμονής και προσήλωσης σε κάποιο σύμπτωμα, το άτομο ίσως υποσυνείδητα, παρερμηνεύει αυτή την επιμονή, με κατάσταση κινδύνου, αξιολογώντας το σύμπτωμα ως πιο σοβαρό από ότι είναι στην πραγματικότητα. (Johnston, Lewis, & Love, 1994. Johnson, Gunning, & Lewis, 1996)

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να επιτελεί και η κοινωνική επιρροή που δέχεται κανείς από τον περίγυρο του. Η επιρροή αυτή μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Ένα άτομο βλέποντας πως αντιδρά ένα κοντινό του πρόσωπο σε μια κατάσταση ή ακούγοντας περιγραφές και συμβουλές από παρόμοιες εμπειρίες γνωστών και συγγενών σχηματίζει μια εικόνα σχετικά με την κατάσταση υγείας ή ασθένειας. Άλλος τρόπος με τον οποίο τα κοντινά πρόσωπα μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη συμπτωμάτων ενός ασθενή, είναι οι ευθύνες που έχει απέναντι τους (με αποτέλεσμα να μην δίνει την πρέπουσα σημασία στα συμπτώματα λόγω του ότι δεν θέλει να παραμελήσει τις υποχρεώσεις του). Επιβεβαίωση των παραπάνω αποτελεί έρευνα που διεξήχθη στην Ινδία και εξετάστηκε η αντίληψη των συμπτωμάτων αναιμίας σε έγκυες

γυναίκες. Η αναιμία είναι μια πολύ συχνή ασθένεια στην Ινδία και πάνω από τις μισές γυναίκες (συμπεριλαμβανομένων και των εγκύων) νοσούν από αυτή. Συμπτώματα όπως αδυναμία, ζάλη κ. α. δεν θεωρούνταν από τις εγκύους ως τόσο έντονα ώστε να χρειαστεί να συμβουλευτούν κάποιο γιατρό, ενώ παράλληλα τα θεωρούσαν ως συμπτώματα που ήταν λογικό να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς έφεραν μέσα τους ένα άλλο άτομο με το οποίο έπρεπε να μοιράζονται πόρους και ενέργεια. Επίσης, το γεγονός ότι άλλες γυναίκες στον περίγυρο τους που είχαν την νόσο, κατάφεραν να γεννήσουν χωρίς κανένα πρόβλημα και τις διαβεβαίωναν ότι όλα αυτά τα συμπτώματα είναι φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τις έπειθε έτι περισσότερο ότι αφού τα κατάφεραν αυτές θα μπορούσαν και εκείνες να κάνουν το ίδιο. Παρόμοια επίδραση είχε η εύκολη διαχείριση των συμπτωμάτων (με ένα ολιγόωρο ύπνο τους περνούσε η κούραση). Ο μόνος λόγος τον οποίο θεωρούσαν αρκετά σοβαρό για να επισκεφτούν τον γιατρό, ήταν τα συμπτώματα τους να επηρεάσουν τις δουλειές τους στο νοικοκυριό και την φροντίδα της οικογένειάς τους ή να εμφανιστεί κάποιο σύμπτωμα το οποίο να αξιολογήσουν ως επικίνδυνο για την ζωή του βρέφους (π. χ. κολπική αιμορραγία, πόνο στο στομάχι κ. α.). Αναφορικά με την αιτία της νόσου, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποδείκνυε την κακή διατροφή ή το γεγονός ότι η γυναίκα μοιράζεται το αίμα της με το έμβρυο. Ενώ, ως προς τις συνέπειες αυτής οι περισσότερες γυναίκες ανέφεραν χαμηλό βάρος, αδυναμία του παιδιού, νοητικές ελλείψεις και θάνατο του βρέφους. Εκτός από μια εξαίρεση καμία δεν ανέφερε τις συνέπειες στην μητέρα. Όσων αφορά την φαρμακευτική αγωγή με συμπληρώματα σιδήρου, οι περισσότερες ερωτηθείσες απάντησαν ότι μιας και ο ρόλος τους ήταν η γέννηση του παιδιού, καταλάβαιναν το φάρμακο για να γίνουν τα παιδιά τους δυνατά, υγιή και ευφυή (όπως τις είχαν πληροφορήσει οι γιατροί) και ότι δεν θα έπαιρναν το φάρμακο αν δεν ευνοούσε την υγεία του παιδιού. Τέλος, θεωρούσαν την διατροφή ως την πιο σημαντική θεραπεία (δήλωσαν ότι όταν πρόσεχαν την διαίτα τους βελτιώνονταν τα συμπτώματα και έτσι δεν χρειαζόταν η λήψη

φαρμάκων), όμως υπήρχε το πρόβλημα του αυξημένου κόστους των θρεπτικών τροφίμων και των διατροφικών συνηθειών της υπόλοιπης οικογένειας. (Chatterjee, & Fernandes, 2014)

Οι Fairclough, και Goodwin (2007) μελέτησαν την υπόθεση, ότι άτομα από υγιή πληθυσμό, θα είχαν ακριβέστερη αντίληψη των συμπτωμάτων των εσωτερικών οργάνων και συγκεκριμένα της καρδιάς, όταν βρίσκονταν σε συναισθηματική εγρήγορση ή σε κατάσταση άγχους, συγκριτικά με περιπτώσεις κούρασης. Ωστόσο, η επιδείνωση στην αντίληψη συμπτωμάτων σε κατάσταση άγχους, ήταν στατιστικά σημαντική μόνο για τις γυναίκες. Όπως τονίζουν οι συγγραφείς, ο λόγος για τον οποίο συνέβη αυτό δεν είναι ξεκάθαρος και θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Ίσως, οι άνδρες ήταν καλύτεροι στην δοκιμασία που επιλέχθηκε για να προκαλέσει άγχος στους συμμετέχοντες και γι αυτό μπόρεσαν να διατηρήσουν την παρακολούθηση των συμπτωμάτων τους. Ένα ακόμα πρόβλημα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν, ότι δεν είχε εξωτερική εγκυρότητα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είχαν μεγάλο ενδιαφέρον και θα έπρεπε να διερευνηθούν περαιτέρω στο μέλλον για να κατανοήσουμε αν όντως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και αν ναι ποιες είναι αυτές και πως επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων.

Τέλος, είναι σημαντικό θεωρώ να αναφερθούν και κάποιοι παράγοντες που επιδεινώνουν την αντίληψη των συμπτωμάτων των παιδιών, λόγω του ότι αποτελούν έναν ευαίσθητο πληθυσμό που πρέπει να προστατεύεται, αλλά και γιατί με το να καταπολεμήσουμε τους παράγοντες που εμποδίζουν την σωστή αναγνώριση συμπτωμάτων από μέρους των παιδιών, μπορούμε να κάνουμε σημαντικά βήματα στην πρόληψη σοβαρών ασθενειών ήδη από τα πρώτα τους ίχνη, απλά και μόνο εκπαιδύοντας τα παιδιά να ερμηνεύουν σωστά τα σήματα του οργανισμού τους. Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων σε παιδιά είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, καταγωγή κ. τ. λ.)

και η παχυσαρκία. Βρέθηκε ότι η ηλικία είχε θετική συσχέτιση με την ακριβή αναγνώριση συμπτωμάτων και αρνητική συσχέτιση με την υπερεκτίμηση των συμπτωμάτων. Διαφορετικά ειπωμένο, όσο μεγαλύτερα ήταν τα παιδιά, τόσο αυξανόταν η σωστή εκτίμηση των συμπτωμάτων τους και μειωνόταν η υπερβολική χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Τα παιδιά που κατάγονταν από μειονότητες καθώς και τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο εμφάνιζαν μεγαλύτερη υπερεκτίμηση των συμπτωμάτων. Επίσης, όσο πιο σοβαρή μορφή άσθματος είχε ένα παιδί, τόσο μειωνόταν η ακρίβειά του στην αναγνώριση συμπτωμάτων. Το ίδιο ίσχυε και για τα παιδιά τα οποία ήταν παχύσαρκα. Μια εξήγηση για την υπερεκτίμηση των συμπτωμάτων άσθματος σε παχύσαρκα παιδιά (με αποτέλεσμα την κατάχρηση φαρμάκων), ήταν ότι τα παιδιά μπερδεύουν τις δυσκολίες στην αναπνοή, λόγω των παραπάνω κιλών με την δυσκολία στην αναπνοή λόγω άσθματος. Έτσι, σχεδιάζοντας την παρέμβαση για τέτοια παιδιά, δεν θα πρέπει να λησμονούμε τα διαφορετικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, καταγωγή), αλλά και θα πρέπει να τα παροτρύνουμε να ξεκινήσουν σωματική άσκηση, καθώς κάτι τέτοιο θα μειώσει το βάρος τους και κατά συνέπεια θα μειώσει και τις αναπνευστικές δυσκολίες που σχετίζονται με αυτό. (Kopel, Walders – Abramson, McQuaid, Seifer, Koinis – Mitchell, Klein, & al., 2010)

1.2 Συνέπειες λόγω φτωχής αντίληψης συμπτωμάτων

Η ανακρίβεια στην αντίληψη των συμπτωμάτων εξετάστηκε από τους Rhee, Belyea, και Halterman (2011). Βρήκαν ότι από τα άτομα (ηλικίας 13 ως 20 χρονών) με άσθμα, αυτοί που είχαν φτωχή αντίληψη των συμπτωμάτων τους, χρησιμοποιούσαν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό υπηρεσίες υγείας (επισκέπτονταν νοσοκομεία, εξωτερικές κλινικές, ειδικούς πάνω στο άσθμα, το ιατρείο του σχολείου κ. α.) συγκριτικά με τα άτομα που είχαν καλή επίγνωση των συμπτωμάτων τους. Αυτό είχε συνέπειες για το ίδιο το άτομο, καθώς έχανε πολλές διδακτικές ώρες, με αποτέλεσμα προβλήματα ή κενά στη μάθηση, παρέλειπε δραστηριότητες υπό το

φόβο της εμφάνισης κάποιου συμπτώματος, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής. Οι συνέπειες επηρέαζαν, επίσης, σε μεγάλο βαθμό την οικογένεια λόγω του οικονομικού κόστους, της απουσίας των γονέων από την εργασία ώστε να συνοδεύουν το παιδί στις επισκέψεις του στους γιατρούς, αλλά και του στρες που δημιουργούσε η όλη κατάσταση. Τέλος, μια φτωχή επίγνωση των συμπτωμάτων μπορούσε να φέρει σε κίνδυνο το άτομο, με το να υποτιμήσει κάποια συμπτώματα, να μην ζητήσει εγκαίρως βοήθεια ή σε περίπτωση μιας κρίσης άσθματος να μην έχει μαζί του την φαρμακευτική αγωγή (με κίνδυνο ακόμη και για την ίδια του τη ζωή).

Άλλος τρόπος με τον οποίο η λανθασμένη αντίληψη συμπτωμάτων επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την λειτουργικότητα του ατόμου, είναι μέσω της καθήλωσης της προσοχής σε ένα αντιλαμβανόμενο ως επικίνδυνο ερέθισμα και της δυσκολίας της μετάβασης αυτής σε κάποιο άλλο ερέθισμα. Οι Karsdorp, Kindt, Everaerd, και Mulder (2007) βρήκαν ότι αγχώδεις ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια, έκριναν υποσυνείδητα δονήσεις στο στήθος τους (οι ερευνητές είχαν τοποθετήσει στο στήθος των συμμετεχόντων μια συσκευή που μιμούταν τους παλμούς της καρδιάς ή έκανε μια συνεχή δόνηση που διέφερε αισθητά) ως συμπτώματα της καρδιακής λειτουργίας. Μάλιστα, μια άλλη φάση του πειράματος περιελάμβανε, την αναγνώριση κάποιων λέξεων από τους συμμετέχοντες. Οι λέξεις (heart ή buzz) εμφανίζονταν στην οθόνη για 10 ms, ώστε ο εκάστοτε συμμετέχων να μην προλαβαίνει να επεξεργαστεί συνειδητά τη λέξη, αλλά αυτή να υφίσταται μόνο ασυνείδητη επεξεργασία. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, όταν οι συμμετέχοντες ερμήνευαν ένα ερέθισμα σαν σύμπτωμα, επικεντρώνονταν σε αυτό παραμελώντας τα άλλα ερεθίσματα.

1.3 Επίδραση αντίληψης συμπτωμάτων σε χρόνιες ασθένειες

Όπως έχουμε δει μέχρι τώρα η αντίληψη συμπτωμάτων μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για το άτομο όταν αυτό ερμηνεύει ως λιγότερο σημαντικά τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει αλλά και όταν τα αξιολογεί ως περισσότερο σημαντικά από ότι πραγματικά είναι. Όταν όμως η αντίληψη συμπτωμάτων αφορά την αξιολόγηση αυτών από ασθενείς με χρόνιες παθήσεις φαίνεται ότι το να ερμηνεύουν τα συμπτώματα τους ως λιγότερο επώδυνα από όσο είναι έχει ευνοϊκές συνέπειες γι αυτούς.

Σε πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα κατέληξαν οι Jang, Park, Cho, Roh, και Chiriboga (2012). Βρήκαν ότι σε ασθενείς με διαβήτη (γενικά στις χρόνιες ασθένειες τα ποσοστά συννοσηρότητας με κατάθλιψη είναι πολύ υψηλά) τα ποσοστά κατάθλιψης μειωνόταν, όταν οι ασθενείς είχαν μια θετική αντίληψη σχετικά με τα συμπτώματα τους και την υγεία τους γενικότερα. Αυτό το εύρημα είναι πολύ σημαντικό στην ψυχολογική στήριξη σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Οι ασθενείς αυτοί στην πλειοψηφία τους έχουν μια αρνητική εικόνα και αναπαράσταση σχετικά με την υγεία τους, με αποτέλεσμα να θλιβονται, να παραιτούνται από τη ζωή, να παραμελούν τους εαυτούς τους και την θεραπεία τους. Αυτοί οι παράγοντες, επιδεινώνουν συνάμα και την ασθένεια δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Στόχος της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η εκπαίδευση των χρόνιων ασθενών, ώστε να βλέπουν από μια θετική σκοπιά την υγεία τους και να είναι αισιόδοξοι για την πορεία της ασθένειάς τους. Έτσι προωθείται η ψυχική τους υγεία και κατά συνέπεια διατηρείται ένα καλό επίπεδο ζωής και λειτουργικότητας για αυτούς.

Η ίδια παρέμβαση θα πρέπει να ακολουθείται και για ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Στα άτομα αυτά οι αντιλήψεις τους σχετικά με τα συμπτώματα τους, βρέθηκε ότι είχαν συσχέτιση με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Δηλαδή οι σκέψεις των ασθενών σχετικά με τις συνέπειες (πεποιθήσεις του ατόμου για την σοβαρότητα της ασθένειάς και το αντίκτυπο αυτής στην ψυχολογική και κοινωνική του κατάσταση), το χρονοδιάγραμμα (

διάρκεια της ασθένειας), τον έλεγχο (που έχει το άτομο πάνω στην ασθένεια και στην θεραπεία αυτής), το στίγμα του ασθενούς, τη φύση της ασθένειας και το πως αυτή θα επηρεάσει τον συναισθηματικό του κόσμο, την λειτουργικότητα του και τις σχέσεις του με τους άλλους, δημιουργούν ή επιδεινώνουν ήδη υπάρχοντα συναισθήματα θλίψης και στρες. Η κατάθλιψη από την άλλη, κάνει περισσότερο αρνητικές τις σκέψεις αυτές, ενώ παράλληλα οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την ασθένεια αλλά και τα συμπτώματα κατάθλιψης γιγαντώνουν τον αντιλαμβανόμενο σωματικό πόνο. Εξαιτίας όλων αυτών το άτομο νιώθει απελπισμένο και αβοήθητο, καταλήγοντας πολλές φορές στην διακοπή της φαρμακευτικής του αγωγής. (Rezaei, Doost, Molavi, Abedi, & Karimifar, 2014)

1.4 Αντίληψη συμπτωμάτων στο εαυτό και τους άλλους

Τώρα, όσον αφορά την αντίληψη συμπτωμάτων στους άλλους, οι Hedén, Pöder, von Essen, και Ljungman (2013) εξέτασαν αν διέφεραν οι αντιλήψεις των γονέων παιδιών με καρκίνο, ανάλογα με το φύλο του γονέα και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας αυτής. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των γονιών ούτε χαρακτηριστικά των παιδιών που να επηρεάζουν. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι τα συμπτώματα τα οποία εξετάστηκαν, ήταν άμεσα παρατηρήσιμα από τους γονείς (π. χ. ναυτία, πόνος, απώλεια μαλλιών κ. τ. λ.) και άρα το ποσοστό επιρροής των αξιολογήσεων τους από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων ήταν μικρό.

Αρκετά ακριβείς στην αντίληψη συμπτωμάτων ήταν και οι γονείς παιδιών με υποσπαδία. Ανέφεραν με μεγάλη συνέπεια, τόσο την κοσμητική εμφάνιση του πέους των παιδιών τους, όσο και τα συμπτώματα τους που σχετίζονταν με την ούρηση, μετά από εγγείριση για την διόρθωση της υποσπαδίας. Και πάλι όμως η αντίληψη συμπτωμάτων αφορούσε σε συμπτώματα τα οποία ήταν εμφανή και δεν χρειαζόταν κάποια επεξεργασία για την

κατανόηση τους, ούτε επηρεαζόταν η αντίληψη τους από ιδιοσυγκρασιακά ή συναισθηματικά χαρακτηριστικά. (Castagnetti, Zhapa, & Rigamonti, 2013)

Σε άλλη έρευνα οι Miravittles, Ferrer, Baró, Lleonart, και Galera (2013) εξέτασαν το βαθμό συμφωνίας αναφορικά με την αντίληψη των συμπτωμάτων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, ανάμεσα σε ασθενείς και στους θεράποντες ιατρούς τους. Βρήκαν ότι υπήρχε μεγάλη συνάφεια ως προς τα τρία πρώτα συμπτώματα (τους είχε ζητηθεί να κάνουν μια λίστα με τα δέκα συμπτώματα που επηρεάζουν περισσότερο την ζωή των ασθενών), τα οποία ήταν: η δύσπνοια κατά τη διάρκεια άσκησης, η κούραση και ο βήχας. Από κει και πέρα εμφάνισαν ασυμφωνία. Ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς υπέδειξαν στην τέταρτη θέση, το άγχος και τη νευρικότητα, οι θεράποντες ιατροί το είχαν κατατάξει στην έβδομη θέση θεωρώντας το λιγότερο αποδιοργανωτικό για την καθημερινότητα των ασθενών. Ασθενείς και ιατροί εμφάνισαν 52 % συμφωνία στην ερώτηση: «ποιο είναι το σύμπτωμα που επηρεάζει περισσότερο την ζωή ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια;». Σε αυτήν την ερώτηση 258 ασθενείς υπέδειξαν την δύσπνοια έναντι 204 ιατρών. Ωστόσο, όταν έγινε ανάλυση ανάμεσα στα ζευγάρια ασθενών και ιατρών που τους παρακολουθούσαν βρέθηκε ότι η συμφωνία περιορίστηκε σε 159 από τα 450 ζεύγη. Ως πιο ενοχλητικό σύμπτωμα 24 ασθενείς υπέδειξαν την έκπνυση, έναντι 25 ιατρών (και πάλι όμως η ανάλυση ανά ζεύγη έδειξε ότι υπήρχε συμφωνία σε μόνο 11 ζευγάρια). Τα ζευγάρια που έτειναν να συμφωνούν ως προς τα συμπτώματα, περιείχαν ασθενείς με εντονότερη μορφή της ασθένειας, μεγαλύτερη δυσκολία στην αναπνοή, περισσότερες επιδεινώσεις στην υγεία των ασθενών, ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί λόγω της ασθένειας και πρώην καπνιστές. Επίσης, ήταν πιο πιθανό να υπάρξει συνέπεια στις απαντήσεις των δύο ομάδων, όταν το σύμπτωμα που αξιολογούταν ως πιο έντονο, ήταν από τα βασικά συμπτώματα της διάγνωσης (π. χ. δύσπνοια, βήξιμο κ. α.) παρά αν ήταν κάτι πιο υποκειμενικό ή πιο δύσκολο να παρατηρηθεί (π. χ. άγχος, ξηροστομία). Οι ερευνητές επιχείρησαν να εξηγήσουν τα ευρήματα τους. Όπως

αναφέρουν, το γεγονός ότι ασθενείς με εντονότερη μορφή της ασθένειας, εμφάνιζαν μεγαλύτερη συνέπεια με τους ιατρούς, στις απαντήσεις τους σχετικά με τα πιο αποδιοργανωτικά συμπτώματα, ίσως οφείλεται στο ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν συχνότερη επαφή και επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς αλλά και τα συμπτώματα ήταν περισσότερο εμφανή. Επίσης, αναφορικά με την ασυνέπεια μεταξύ καπνιζόντων ασθενών και των ιατρών τους, ανέφεραν ότι οι ασθενείς λόγω και του ότι εξακολουθούσαν να καπνίζουν, παρά τις συμβουλές των ιατρών τους και παρά τον κίνδυνο για την υγεία τους, υιοθετούσαν μια στάση απέναντι στον ιατρό, αποκρύπτοντας του λεπτομέρειες ή συμπτώματα που μπορούσαν να μαρτυρήσουν το γεγονός ότι ακόμα καπνίζουν. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ουσιαστικότερη επικοινωνία και επαφή με τον ασθενή, να χρησιμοποιούνται οι κλίμακες για την καταγραφή των συμπτωμάτων και να οικοδομείται καλύτερη σχέση και συνεργασία με αυτόν ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η παρέμβαση και θεραπεία.

Οι Akin, και Durna (2013) εξέτασαν την αξιολόγηση των συμπτωμάτων καρκίνου σε ασθενείς, φροντιστές και νοσοκόμες. Οι ίδιοι οι ασθενείς ανέφεραν ως συμπτώματα την απώλεια ευεξίας, την κούραση, το άγχος, την κατάθλιψη, το μούδιασμα των χεριών και την απώλεια όρεξης. Τώρα, ως προς την συνάφεια μεταξύ των απαντήσεων ασθενών – φροντιστών (αναφορικά με τα συμπτώματα) εμφάνισαν συσχέτιση 0.76 στον πόνο, 0.68 στην κούραση, 0.79 στην ναυτία, 0.72 στην κατάθλιψη, 0.73 στο άγχος, 0.82 στην υπνηλία, 0.71 στην απώλεια όρεξης, 0.69 στην απώλεια ευεξίας, 0.74 στην δυσκολία στην αναπνοή, 0.87 στις αλλαγές στο δέρμα και στα νύχια, 0.84 στον πόνο στο στόμα, 0.79 στο μούδιασμα των χεριών. Τα αντίστοιχα ποσοστά μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών ήταν 0.40, 0.44, 0.42, 0.33, 0.12, 0.31, 0.54, 0.48, 0.18, 0.28, 0.44 και 0.28. Αυτά τα ευρήματα έδειξαν ότι τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ ασθενών και φροντιστών, ήταν αρκετά υψηλά σε σύγκριση με αυτά των νοσηλευτών που κυμαίνονταν από μικρά ως μέτρια. Άλλο σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας, ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν τα συμπτώματα που αναφέρουν

οι ασθενείς. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι βίωσαν πιο έντονη κούραση και αλλαγές στην επιδερμίδα και στα νύχια από τους άντρες. Οι έγγαμοι ασθενείς ανέφεραν ηπιότερη ναυτία από τους άγαμους. Όσοι είχαν χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και όσοι εξακολουθούσαν να εργάζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ανέφεραν μικρότερα επίπεδα κούρασης και πόνου συγκριτικά με όσους διέκοψαν την εργασία τους λόγω ασθένειας. Αναφορικά με την εργασία και την ύπαρξη συμπτωμάτων, τα ευρήματα μπορεί να οφείλονται στο ότι η συνέχιση της εργασίας αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στην επιδείνωση των συμπτωμάτων, μπορεί όμως και να σημαίνει ότι δεν ήταν μόνο θέμα αντίληψης, αλλά όντως όσοι έπαψαν να εργάζονται, το έκαναν λόγω των σοβαρότερων συμπτωμάτων. Τέλος, άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την αναφορά συμπτωμάτων, ήταν ο τύπος καρκίνου από τον οποίο υπέφεραν οι ασθενείς. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου ανέφεραν εντονότερη ναυτία από αυτούς με καρκίνο του μαστού, ενώ αυτοί με καρκίνο του εγκεφάλου ανέφεραν πιο έντονους πόνους στο στόμα από τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και καρκίνο του παχέος εντέρου. Επίσης, όσο περισσότερες ήταν οι συνεδρίες χημειοθεραπείας στις οποίες είχαν υποβληθεί, τόσο εντονότερη ήταν η αλλαγή στο δέρμα και στα νύχια.

Τέλος, οι Yeşilbalkan, και Okgün (2010) σε έρευνα που έκαναν σχετικά με την συμφωνία στις αξιολογήσεις συμπτωμάτων καρκίνου, σε ασθενείς με καρκίνο και τους φροντιστές τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια συνάφεια στην αξιολόγηση οργανικών συμπτωμάτων (οι ασθενείς και οι φροντιστές τους επέδειξαν σημαντικό βαθμό συμφωνίας ως προς την απώλεια μαλλιών, απώλεια όρεξης και την κούραση). Αντίθετα στην αξιολόγηση ψυχολογικών συμπτωμάτων (ανησυχία, κατάθλιψη, νευρική κατάσταση, άγχος και απόγνωση για τα μέλλον, κ. α.) οι φροντιστές έτειναν να δίνουν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ίδιους τους ασθενείς.

2. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

Η αισιοδοξία είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο το άτομο έχει θετικές προσδοκίες αναφορικά με το μέλλον του. Αυτή η πίστη του ατόμου ότι όλα θα πάνε καλά και ότι θα του συμβούν καλά πράγματα, διαμορφώνει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο, τις αντιδράσεις του στις δυσκολίες, τις σχέσεις του με τους άλλους και γενικά τον τρόπο ζωής που ακολουθεί. Η αισιοδοξία παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία, τόσο ψυχική, όσο και στην φυσική. Επηρεάζει την γνώμη του ατόμου σχετικά με την υγεία του, την ασθένεια του και την έκβαση αυτής, αλλά και τις προσπάθειες που αναλαμβάνει για την διατήρηση της υγείας ή την καταπολέμηση της ασθένειας. Καθορίζει την στρατηγική επίλυσης προβλημάτων που επιλέγει το κάθε άτομο, στα διάφορα εμπόδια που συναντά στην καθημερινότητα του. Για παράδειγμα ένα αισιόδοξο άτομο, ακόμα και όταν τα πράγματα είναι δύσκολα συνεχίζει να προσπαθεί, πιστεύοντας ότι υπάρχουν ελπίδες και ότι είναι στο χέρι του να βελτιώσει την κατάσταση. Ένα απαισιόδοξο άτομο από την άλλη, εγκαταλείπει την προσπάθεια όταν συναντά εμπόδια, νιώθει απελπισμένο και δεν λαμβάνει καμία απολύτως δράση για να αλλάξει τα δεδομένα. Με άλλα λόγια ενώ το αισιόδοξο άτομο ακολουθεί τον στόχο του, με αυτοπεποίθηση, εμπιστοσύνη και σιγουριά στις δυνάμεις του, το απαισιόδοξο άτομο, εγκαταλείπει στις δυσκολίες έχοντας ένα αίσθημα αβοηθησίας και αδυναμίας. Έτσι το απαισιόδοξο άτομο στρεσάρετε περισσότερο και εμφανίζει σε μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψη και άγχος, αλλά και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αυτοκτονική συμπεριφορά κ. α.) (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Τα αισιόδοξα άτομα έχουν συνήθως υψηλή αυτοεκτίμηση, αυτονομία, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις, ικανοποίηση από την ζωή. Έχουν έναν σκοπό στην ζωή τους. Ενώ σπάνια εμφανίζουν βίαιες ή εχθρικές συμπεριφορές (είτε σωματικές είτε λεκτικές) και συμπτώματα κατάθλιψης (Monzani, Steca, & Greco, 2014).

Επίσης, όπως σημειώνουν οι Busseri, Malinowski, και Choma, (2013) η αισιοδοξία δεν πρέπει να εξετάζεται μόνο ως θετικές προσδοκίες του ανθρώπου για το μέλλον. Τα αισιόδοξα άτομα όταν συμπληρώνουν κλίμακες αισιοδοξίας έχουν στο μυαλό τους, εξίσου εμπειρίες του παρελθόντος, συμβάντα του παρόντος και προσδοκίες του μέλλοντος. Η αισιοδοξία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις, την θετική σκέψη και την θετική αίσθηση που αναδύεται από τα όσα έχει ζήσει μέχρι τώρα το άτομο, την θετική εκτίμηση για τα όσα διαδραματίζονται αυτήν την περίοδο στη ζωή του ατόμου και την πίστη σχετικά με θετικές εκβάσεις στο μέλλον. Εν ολίγοις αποτελεί την συνολική θετική αξιολόγηση της ζωής κάποιου από τον ίδιο.

Η αισιοδοξία διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές του ατόμου, τους στόχους που θέτει και τις στρατηγικές που επιλέγει για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Όλα αυτά είναι μείζουσας σημασίας για την ζωή του ανθρώπου καθώς ελέγχουν την εξέλιξη του, αλλά και το ευ ζην αυτού (μέσα από τις επιλογές και τους στόχους που θέτει αλλά και την επιτυχία του στην επίτευξη αυτών, διαμορφώνονται οι πόροι και οι δυνατότητες που θα χει στη ζωή του αλλά και η ικανοποίηση και ευχαρίστηση λόγω της επίτευξης των επιθυμιών του). Ως προς την επιλογή στόχων και τη σύγκρουση μεταξύ πολλαπλών στόχων οι Segerstrom, και Nes, (2006) υποστηρίζουν ότι η σύγκρουση στόχων χωρίζεται σε δύο τύπους. Στην σύγκρουση εγγενών στόχων (*inherent goal conflict*), δηλαδή στόχων που η επίτευξη του ενός στέκεται εμπόδιο στην επίτευξη του άλλου (π. χ. ο στόχος που βάζει κάποιος να βελτιώσει τους βαθμούς του στο πανεπιστήμιο, αντιβαίνει στο στόχο να εργάζεται παράλληλα με τις σπουδές για να καλύπτει τα έξοδα του). Και στην σύγκρουση στόχων λόγω κοινών πόρων (*resource conflict*), όπου δύο οι περισσότεροι στόχοι «ανταγωνίζονται» για τους ίδιους πόρους (π. χ. χρήματα, χρόνο, ενέργεια κ. τ. λ.). Η αξία του κάθε στόχου υπολογίζεται από: την προσήλωση στον στόχο, την σημασία του στη ζωή κάποιου, την ευχαρίστηση που αντλεί κανείς από την επίτευξη αυτού ή την θλίψη από την μη επίτευξη. Οι ερευνήτριες υπέθεσαν ότι τα αισιόδοξα άτομα, λόγω της προσήλωσης στους στόχους τους, θα

αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο πρόβλημα αν βρίσκονταν ενώπιον μιας εγγενούς σύγκρουσης ρόλων (καθώς δεν έχουν μάθει να εγκαταλείπουν) με συνέπειες στην ευεξία και στην αυτορρύθμιση τους. Ωστόσο κάτι τέτοιο θα αποφεύγετο, καθώς τα άτομα κάνουν σωστές επιλογές στόχων. Έτσι όταν θα εμφανιζόταν σύγκρουση στους στόχους τους, αυτή θα είχε την δεύτερη μορφή, η οποία δεν έχει τόσο καταστροφικές συνέπειες για το άτομο. Αυτό συμβαίνει γιατί σε αντίθεση με τις εγγενείς συγκρούσεις όπου ο ένας στόχος στέκεται εμπόδιο στον άλλο, στις συγκρούσεις στόχων όπου δύο ή περισσότεροι στόχοι ανταγωνίζονται για τους ίδιους πόρους, η εκπλήρωση ενός στόχου απλά καθυστερεί ή αναβάλλει τον άλλο (π. χ. κάποιος που θέλει να επισκευάσει το αυτοκίνητο του και να αγοράσει δώρα για τα Χριστούγεννα, σε περίπτωση που δεν επαρκούν τα χρήματα του, μπορεί να μειώσει το ποσό που θα ξοδέψει στο ένα από τα δύο ή να αναβάλλει κάποιον στόχο, ώστε να επιτύχει και τα δύο). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα αισιόδοξα άτομα αντιμετωπίζουν συχνότερα το δεύτερο είδος συγκρούσεων, παρόλα αυτά εμμένουν στους στόχους τους καθώς έχουν πιο ανεπτυγμένο αίσθημα δέσμευσης και προσμένουν μεγαλύτερη ευχαρίστηση από την εκπλήρωση αυτών. Όταν βρίσκονται σε εγγενή σύγκρουση, αξιολογούν τους στόχους τους ως λιγότερο σημαντικούς και εμφανίζουν μικρότερη δέσμευση. Η σημασία και η αναμενόμενη θλίψη (από την αποτυχία ενός στόχου) δεν διαφέρει ανάμεσα σε αισιόδοξα και απαισιόδοξα άτομα. Ωστόσο, αντίθετα με τις αρχικές υποθέσεις, οι ερευνήτριες βρήκαν ότι τα δύο είδη συγκρούσεων δεν διέφεραν ως προς τις συνέπειες τους στην ευεξία (φυσική και ψυχική υγεία) των συμμετεχόντων. Τέλος, τα άτομα με υψηλή αισιοδοξία είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης και στην εμφάνιση συμπτωμάτων.

Αναφορικά με την επιρροή της αισιοδοξίας στη στρατηγική επίλυσης προβλημάτων, πρωτοετείς φοιτητές που είχαν υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα της αισιοδοξίας, έτειναν να χρησιμοποιούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό την στρατηγική εμπλοκής για να αντιμετωπίσουν πιεστικές καταστάσεις και προβλήματα. Οι φοιτητές αυτοί, προσαρμόζονταν ευκολότερα στις

νέες απαιτήσεις συγκριτικά με τους συμφοιτητές τους που είχαν πιο συγκρατημένη αισιοδοξία. Η εξοικείωση τους αφορούσε τόσο τις ακαδημαϊκές απαιτήσεις (περισσότερος χρόνος διδασκαλίας και διαβάσματος, περισσότερες εργασίες και εξετάσεις κ. α.) όσο και τις ψυχολογικές απαιτήσεις (στρες λόγω της μετάβασης σε ένα νέο μέρος και ένα νέο τρόπο ζωής, ενδιαφέρον για νέα πράγματα, δημιουργία νέων σχέσεων κ. τ. λ.). Μάλιστα η στρατηγική εμπλοκής είχε διαμεσολαβητικό ρόλο στην ακαδημαϊκή και ψυχολογική προσαρμογή. Η αισιοδοξία οδηγούσε στην επιλογή της μεθόδου εμπλοκής και αυτή με την σειρά της στην προσαρμογή (Perera, & McIlveen, 2014). Πιθανή εξήγηση για το ρόλο της αισιοδοξίας στην επιλογή μεθόδου επίλυσης προβλημάτων, αποτελεί το γεγονός ότι τα αισιόδοξα άτομα διατηρούν θετικές προσδοκίες ακόμα και ενώπιον δυσοίωνων καταστάσεων, με αποτέλεσμα να συνεχίζουν να αγωνίζονται για την επίτευξη των στόχων τους, παραβλέποντας τα εμπόδια. (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010)

Όπως έχουμε ήδη δει και όπως θα δούμε και παρακάτω η αισιοδοξία επηρεάζει και επηρεάζεται από όλες τις εκφάνσεις της ζωής και της καθημερινότητας κάποιου. Δύο ακόμα τομείς που αλληλο – συσχετίζονται με την αισιοδοξία είναι οι ανθρώπινες σχέσεις και ο επαγγελματικός τομέας. Η επιλογή κάποιου συντρόφου αλλά και η ποιότητα μια σχέσης βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα επίπεδα αισιοδοξίας των δύο εμπλεκόμενων. Από την άλλη η ποιότητα και η έκβαση μιας σχέσης μπορεί να επηρεάσει με την σειρά της το επίπεδο αισιοδοξίας των συντρόφων. Στον εργασιακό τομέα από την άλλη ένα αισιόδοξο άτομο στοχεύει σε επαγγελματική ανέλιξη και εκμεταλλεύεται ευκαιρίες με αποτέλεσμα να επιτυγχάνει περισσότερα από ένα απαισιόδοξο άτομο και κατά συνέπεια βελτιώνεται ακόμα περισσότερο η αισιοδοξία και σιγουριά στον εαυτό του.

Σχετικά με τις σχέσεις μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το άρθρο των Smith, Ruiz, Cundiff, Baron, και Nealey-Moore (2013), στο οποίο παραθέτουν 3 έρευνες σχετικά με την αλληλεπίδραση της αισιοδοξίας και απαισιόδοξίας με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Στην πρώτη

έρευνα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα αισιόδοξα άτομα υιοθετούν ένα φιλικό, θερμό και δεσποτικό στυλ στις σχέσεις τους με τους άλλους και βιώνουν μεγαλύτερη ευχαρίστηση και λιγότερες δυσάρεστες εμπειρίες από τις επαφές με τους γύρω. Τα απαισιόδοξα, από την άλλη, άτομα είναι πιο ψυχρά, εχθρικά και συχνά υποτακτικά, με αποτέλεσμα, να βιώνουν περισσότερες συγκρούσεις στις αλληλεπιδράσεις τους με άλλους. Στην δεύτερη έρευνα, εξετάστηκε πως αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν την ζωή παντρεμένων ζευγαριών (τα ζευγάρια αποτελούνταν από μεσήλικες ή ηλικιωμένους και είχαν μέσο όρο έγγαμου βίου τα 28 χρόνια). Η αισιοδοξία των γυναικών βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση, τόσο με την προσαρμογή της ίδιας, όσο και με την προσαρμογή του άνδρα στο γάμο, καθώς επίσης και με την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη της γυναίκας από το σύζυγο της. Αρνητική συσχέτιση είχε δε, με τις αντιλαμβανόμενες συγκρούσεις, τόσο του άντρα όσο και της γυναίκας. Η απαισιοδοξία της γυναίκας είχε αρνητική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την προσαρμογή της γυναίκας στο γάμο, αλλά θετική συσχέτιση με τις αντιλαμβανόμενες συγκρούσεις. Όσον αφορά τον άντρα, η αισιοδοξία του είχε θετική συσχέτιση με την προσαρμογή τόσο του ίδιου όσο και της γυναίκας του στο γάμο, με την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη του άνδρα, ενώ είχε αρνητική συσχέτιση με τις αντιλαμβανόμενες συγκρούσεις της συζύγου. Η απαισιοδοξία του άντρα είχε αρνητική συσχέτιση με την προσαρμογή του άντρα στο γάμο και την αντιλαμβανόμενη στήριξη και θετική συσχέτιση με τις αντιλαμβανόμενες συγκρούσεις του άνδρα. Τέλος, στην τρίτη έρευνα οι συγγραφείς εξέτασαν το ζήτημα με μια έρευνα επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (η δεύτερη μέτρηση έγινε μετά από 18 μήνες). Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αισιοδοξία του ενός από τους δύο συζύγους, βελτιώνει όχι μόνο την προσαρμογή και την ευχαρίστηση που αντλούσε ο ίδιος από το γάμο, αλλά και την επάρκεια και ευτυχία που βίωνε το έτερον του ήμισυ.

Από την άλλη αναφορικά με τον επαγγελματικό τομέα οι Tolentino, Garcia, Lu, Restubog, Bordia, και Plewa (2014) έδειξαν ότι η ικανότητα προσαρμογής στην καριέρα,

δηλαδή η ικανότητα να τροποποιεί κάποιος συμπεριφορές και χαρακτηριστικά του, προκειμένου να εκμεταλλευτεί ευκαιρίες, με σκοπό είτε να καταλήξει στην θέση εργασίας που του ταιριάζει, είτε να αναδειχθεί επαγγελματικά και να αποκτήσει θέση με μεγαλύτερο κύρος και εισόδημα, βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην αισιοδοξία και πίστη στην καριέρα του, δηλαδή θετική προσδοκία σχετικά με την μελλοντική επαγγελματική του εξέλιξη (σημαντικό ρόλο βρέθηκε ότι παίζουν επίσης η προσήλωση στο στόχο και η δυναμική προσωπικότητα). Από την άλλη, ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι τα απαισιόδοξα άτομα βιώνουν μεγαλύτερο αίσθημα επιτυχίας έχοντας φέρει εις πέρας κάποιο έργο που τους ανατέθηκε (Lau, Kubiak, Burchert, Goering, Oberländer, von Mauschwitz, & al., 2014). Ίσως για αυτό να ευθύνεται ότι όταν κάτι είναι απρόσμενο, προκαλεί μεγαλύτερα συναισθήματα χαράς και υπερηφάνειας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας πρέπει να εξετάζονται με επιφυλακτικότητα, καθώς αυτά ίσχυαν για άτομα που εμφάνιζαν μέτριου βαθμού αισιοδοξία και όχι για τις ακραίες τιμές οι οποίες και αφαιρέθηκαν από τα αποτελέσματα.

2.1 Παράγοντες που διαμορφώνουν τα επίπεδα αισιοδοξίας

Για την ανάπτυξη της αισιοδοξίας σε κάποιον φαίνεται ότι σημαντική βάση αποτελούν τα παιδικά του χρόνια και γενικά οι εμπειρίες που είχε σε όλους του τομείς της ζωής του, αλλά και στα διάφορα κοινωνικά συστήματα στα οποία συμμετείχε (οικογένεια, κοινότητα, σχολείο κ. α.). Η έκβαση διαφόρων καταστάσεων στους διαφορετικούς ρόλους και υποχρεώσεις που ανέλαβε ρυθμίζουν τα επίπεδα αισιοδοξίας – απαισιόδοξίας.

Οι Heinonen, Räikkönen, και Keltikangas – Järvinen, (2005 – a) εξέτασαν το αν η ιδιοσυγκρασία του ατόμου κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του και ο τρόπος ανατροφής του από τη μητέρα, επηρεάζει την ανάδειξη του σε αισιόδοξο ή απαισιόδοξο ενήλικα. Βρήκαν ότι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, όπως την αντιλαμβανόταν η μητέρα (το αν ήταν υπερκινητικό,

αν ήταν συνεργάσιμο και υπάκουο, αν ήταν εχθρικό προς τους άλλους και αν δημιουργούσε προβλήματα κ. α.) δεν επηρέαζε την ανάπτυξη αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας στην μετέπειτα ζωή του ατόμου. Το ίδιο ίσχυε και για την αυστηρή ανατροφή που ασκούσε η μητέρα (που μετρήθηκε από τα αρνητικά συναισθήματα της μητέρας προς το βρέφος, την ανεκτικότητα προς αυτό, καθώς και τις τεχνικές συμμόρφωσης που χρησιμοποιούσε). Ωστόσο, όταν αυτοί οι δύο παράγοντες συνυπήρχαν τότε τα άτομα κατέληγαν να είναι απαισιόδοξα στην μετέπειτα ζωή τους.

Οι παραπάνω επιστήμονες, σε μία διαχρονική μελέτη, διερεύνησαν το κατά πόσο η αυτοεκτίμηση κατά τα χρόνια της εφηβείας, μπορεί να επηρεάσει την αισιοδοξία – απαισιοδοξία σε μετέπειτα ηλικία. Πιο συγκεκριμένα έκαναν τρεις μετρήσεις. Η πρώτη έγινε όταν οι συμμετέχοντες ήταν 12 ετών και μετρήθηκε η αυτοεκτίμηση τους. Στην δεύτερη μέτρηση, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν και πάλι μια κλίμακα αυτοεκτίμησης, αυτή τη φορά σε ηλικία 18 ετών. Στην τρίτη μέτρηση, εξετάστηκε το επίπεδο αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας των συμμετεχόντων, σε ηλικία 33 ετών. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν μεγάλο ενδιαφέρον. Η μόνη περίπτωση στην οποία τα άτομα είχαν υψηλή αισιοδοξία στα 33 τους χρόνια, ήταν όταν είχαν σκοράρει υψηλές βαθμολογίες στις δυο πρώτες μετρήσεις στην κλίμακα αυτοεκτίμησης. Αντιθέτως, όταν και στις δύο μετρήσεις είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν στην πρώτη μέτρηση είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση αλλά στην δεύτερη χαμηλή και όταν στην πρώτη είχαν χαμηλή αλλά στην δεύτερη υψηλή αυτοεκτίμηση, οι συμμετέχοντες σκόραραν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα απαισιοδοξίας. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν ότι για να εξελιχθεί ένα άτομο σε αισιόδοξο ενήλικα, δεν αρκεί απλά να έχει αυτοεκτίμηση σε κάποια φάση της εφηβείας του, αλλά καθόλη τη διάρκεια αυτής. (Heinonen, Räikkönen, & Keltikangas – Järvinen, 2005 – b)

Άλλος παράγοντας που φαίνεται να ασκεί επίδραση στην αισιοδοξία είναι το στρες. Οι Atienza, Stephens, και Townsend (2004) διεξήγαγαν έρευνα επαναλαμβανόμενων

μετρήσεων, σε γυναίκες που είχαν αναλάβει τέσσερις κοινωνικούς ρόλους παράλληλα. Οι ρόλοι αυτοί ήταν: της συζύγου, της εργαζόμενης, της μητέρας (με την προϋπόθεση το παιδί να είναι κάτω των 25 ετών και να εξακολουθεί να ζει με την οικογένεια του) και του φροντιστή κάποιου γονέα (να βοηθάει είτε στην καθαριότητα του, είτε στην μετακίνηση του, είτε να του κάνει παρέα κάποιες ώρες την ημέρα κ. α.). Στην πρώτη μέτρηση, υπολόγισαν το επίπεδο στρες στον καθένα από αυτούς τους κοινωνικούς ρόλους (όπως το αντιλαμβάνονταν οι συμμετέχουσες), καθώς και το επίπεδο αισιοδοξίας. Στην δεύτερη μέτρηση, η οποία έγινε μετά από ένα χρόνο, μέτρησαν αν είχε αυξηθεί το επίπεδο στρες σε κάποιον από τους ρόλους, καθώς και τις επιπτώσεις που είχε στα επίπεδα αισιοδοξίας. Αυτό που βρήκαν ήταν ότι το 38 % των γυναικών του δείγματος εμφάνισε αλλαγές όσον αφορά την αισιοδοξία. Οι αλλαγές αυτές εντοπίστηκαν στις γυναίκες εκείνες που ανέφεραν αύξηση του στρες στον τόπο εργασίας ή στις συζυγικές τους σχέσεις, ενώ όταν η αύξηση του στρες αφορούσε τον ρόλο της μητέρας ή του φροντιστή διατήρησαν τα ίδια με την πρώτη μέτρηση επίπεδα αισιοδοξίας. Μια πιθανή εξήγηση που επιχειρήσαν οι συγγραφείς, είναι ότι ίσως οι γυναίκες όταν αναλαμβάνουν ένα ρόλο φροντίδας (είτε προς κάποιο γονέα είτε προς κάποιο παιδί) αισθάνονται ένα αίσθημα υπευθυνότητας και μια ανάγκη να ανταποκριθούν με επιτυχία στο ρόλο που έχουν αναλάβει. Αναγνωρίζουν ότι η υγεία και η ευεξία των ατόμων που έχουν υπό την προστασία τους, είναι δική τους ευθύνη και είναι στο χέρι τους να ελέγξουν την θετική έκβαση. Αυτό λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας και διατηρεί αμετάβλητα τα επίπεδα αισιοδοξίας τους. Από την άλλη μεριά, στις θέσεις της εργαζόμενης και της συζύγου δεν διαθέτουν τον ίδιο βαθμό εξουσίας και ελέγχου, κατά συνέπεια η αύξηση του στρες τις μπλοκάρει καθώς δεν μπορούν να ασκήσουν την ίδια επιρροή.

2.2 Η επίδραση της αισιοδοξίας στην υγεία και ευεξία του ατόμου

Όπως προαναφέραμε ένας τομέας που επηρεάζεται έντονα από τα επίπεδα αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας είναι η υγεία του ατόμου, ψυχική και φυσική.

Το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου, που παίζει σημαντικότερο ρόλο στην προστασία του οργανισμού, στην άμυνα του στους παθογόνους μικροοργανισμούς και στην καταπολέμηση των ασθενειών, επηρεάζεται από την αισιοδοξία. Πιο συγκεκριμένα η απογοήτευση, το άγχος και η δυστυχία που νιώθουν τα αισιόδοξα άτομα όταν οι προσδοκίες τους κατεδαφίζονται έχουν αρνητικές συνέπειες στο ανοσοποιητικό και άλλα συστήματα. Και μπορεί να μην δημιουργείται πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζουν μια εύκολη κατάσταση, καθώς αφοσιώνονται στην επίλυση της, άρα και στην λήξη του άγχους. Στην περίπτωση όμως μιας πολύπλοκης και δύσκολης στρεσογόνας κατάστασης, οι απαισιόδοξοι άνθρωποι έχουν πλεονέκτημα έναντι των αισιόδοξων, καθώς ενόψει δύσκολων συνθηκών οι πρώτοι συνηθίζουν να εγκαταλείπουν και να αποσύρονται ενώ οι δεύτεροι παραμένουν δεσμευμένοι και προσηλωμένοι στο στόχο τους και κατά συνέπεια το αντίκτυπο είναι βαρύτερο όταν δεν εκπληρώνονται τα σχέδια τους. (Segerstrom, 2004)

Από την άλλη, όσων αφορά συμπτώματα σωματικής υγείας όπως ο πόνος (π.χ. στομαχόπονος, πονοκέφαλος, πόνος στην μέση και την πλάτη κ. α.), αναπνευστικά συμπτώματα (π. χ. δυσκολίες στην αναπνοή) και γαστρεντερικά προβλήματα (ναυτία, κοιλιακές κράμπες κ. α.) φαίνεται ότι τα αισιόδοξα άτομα είναι καλύτερα προστατευμένα από ότι τα απαισιόδοξα. Η Segerstrom (2007) διεξήγαγε έρευνα σε σπουδαστές της νομικής σχολής πριν ξεκινήσουν τη φοίτηση και δέκα χρόνια μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους. Εξέτασε το κατά πόσο η αισιοδοξία, οι πόροι που συνεπάγονται με το κοινωνικό κύρος (μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επαγγελματικό κύρος και εισόδημα) και οι κοινωνικοί πόροι (μέγεθος κοινωνικού δικτύου, αριθμός ατόμων που παρέχουν στήριξη και ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την στήριξη αυτή) επηρεάζουν τα σωματικά και

ψυχολογικά συμπτώματα. Αρχικά, βρήκε ότι η αισιοδοξία είχε θετική συσχέτιση με το αυξημένο εισόδημα δέκα χρόνια αργότερα αλλά όχι με τη βελτίωση και αύξηση των κοινωνικών πόρων. Αυτή η στασιμότητα στις κοινωνικές σχέσεις, όμως, ίσως να οφείλεται στο ότι τα αισιόδοξα άτομα είχαν ήδη ένα υποστηρικτικό και ποιοτικό κοινωνικό δίκτυο στην πρώτη μέτρηση το οποίο διατήρησαν σε βάθος χρόνου, όπως εξηγεί η συγγραφέας. Άλλη εξήγηση που δίνει είναι ότι δεν άλλαξαν πόλη και έτσι διατήρησαν τις επαφές που είχαν. Αν μετακόμιζαν κάπου αλλού θα φαινόταν η διαφορά στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Από την άλλη, αν και η αισιοδοξία δεν οδήγησε στην αύξηση του κοινωνικού περιγύρου, η αύξηση του κοινωνικού περιγύρου οδήγησε στην βελτίωση της αισιοδοξίας και ενώ η αυξημένη αισιοδοξία οδήγησε στο μεγαλύτερο εισόδημα, το μεγαλύτερο εισόδημα δεν αύξησε την αισιοδοξία. Μια εξήγηση που επιχειρεί και πάλι η ερευνήτρια, είναι πως αυτό το φαινόμενο οφείλεται στο ότι αν και οι αισιόδοξοι άνθρωποι έχουν περισσότερους πόρους από τους απαισιόδοξους, ωστόσο δεν οδηγούν όλοι αυτοί οι πόροι σε περαιτέρω αύξηση της αισιοδοξίας. Τέλος, βρέθηκε ότι τόσο η αισιοδοξία, όσο και οι κοινωνικοί πόροι συνέβαλλαν στην βελτίωση των σωματικών προβλημάτων κατά την διάρκεια των δέκα χρόνων που μεσολάβησαν από την πρώτη μέτρηση μέχρι την δεύτερη.

Μια ακόμη έρευνα που αποδεικνύει της σημασία της αισιοδοξίας στην διαχείριση του πόνου είναι αυτή των Boselie, Vancleef, Smeets, και Peters (2014). Ανακάλυψαν, ότι οι συμμετέχοντες σε μια επίπονη δοκιμασία είχαν μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο, όταν υποβάλλονταν σε μια τεχνική για την ενίσχυση της αισιοδοξίας τους (τους έβαζαν να φανταστούν και να γράψουν πως θα είναι η ζωή τους στο μέλλον αν πήγαιναν όλα όπως τα ήθελαν) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου που απλά τους είπαν να περιγράψουν μια τυπική μέρα. Η ίδια τεχνική μετρίαζε τις επιπτώσεις του πόνου σε ένα απαιτητικό ως προς τους γνωστικούς πόρους έργο. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να απομνημονεύσουν μια λίστα λέξεων, ενώ παράλληλα έλυναν στο μυαλό τους κάποιες εξισώσεις. Όταν βίωναν το επίπονο ερέθισμα

οι επιδόσεις τους στα δύο αυτά έργα μειώνονταν σημαντικά. Όταν υποβάλλονταν στην τεχνική βελτίωσης της αισιοδοξίας τους, οι συνέπειες του πόνου δεν ήταν τόσο επιζήμιες για τις επιδόσεις τους. Επομένως, η τεχνική αυτή είναι πολύ σημαντική σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, όπου η επικέντρωση του γνωστικού του συστήματος στα επώδυνα ερεθίσματα, τους στερεί την πλήρη διαθεσιμότητα της προσοχής τους σε δραστηριότητες και την βίωση ευχάριστων εμπειριών. Έτσι, καλλιεργώντας ή ενισχύοντας την αισιοδοξία σε έναν τέτοιον ασθενή, ενισχύεται η αντοχή του στον πόνο και συνάμα βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του.

Ο Andersson (1996) σε μετα – ανάλυση που έκανε σε 56 έρευνες δημοσιευμένες κατά την δεκαετία 1985 – 1995 βρήκε ότι η αισιοδοξία είχε θετική συσχέτιση με την αντιμετώπιση (+0,27), αρνητική συσχέτιση με την αναφορά συμπτωμάτων (-0,21) και ακόμα μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με αρνητικά συναισθήματα (-0,43). Με άλλα λόγια όσο πιο αισιόδοξο ήταν ένα άτομο τόσο πιο πιθανό ήταν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του και όχι να παραιτηθεί. Από την άλλη, όσο μεγαλύτερη ήταν η αισιοδοξία ενός ατόμου, τόσο μειωνόταν η πιθανότητα να αναφέρει κάποια συμπτώματα (ίσως, επειδή τα αισιόδοξα άτομα ευελπιστούν πως ότι και να αντιμετωπίσουν θα έχει θετική έκβαση, υποτιμούν και παραβλέπουν κάποια συμπτώματα θεωρώντας ότι θα περάσουν από μόνα τους ή ενδεχομένως να εμφανίζουν σε μικρότερο βαθμό συμπτώματα συγκριτικά με τα απαισιόδοξα άτομα), ενώ επίσης εμφάνιζε λιγότερα αρνητικά συναισθήματα (π. χ. θλίψη, άγχος, απογοήτευση, θυμό κ. α.) λόγω του ότι βίωνε την ζωή υπό ένα θετικό πρίσμα.

Κλείνοντας, είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι στην εφηβεία η αισιοδοξία αποτελεί ένα αρκετά προστατευτικό παράγοντα στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ βελτιώνει και την ικανοποίηση που αντλούν οι έφηβοι από την ζωή. Για την ανάπτυξη της αισιοδοξίας δε, σε αυτό το στάδιο παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο οι σχέσεις των γονέων με το παιδί και η καλή επικοινωνία μεταξύ αυτών, ο τρόπος ανατροφής που χρησιμοποιούν, οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του και γενικότερα οι σχέσεις του στο σχολείο και

στην κοινότητα, οι εμπειρίες του από διάφορα περιστατικά και η έκβαση αυτών κ. τ. λ. (Wong, & Lim, 2009. Orejudo, Puyuelo, Fernandez – Turrado, & Ramos, 2012)

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στο να ξεκαθαρίσει ποιος είναι ο ρόλος διαφόρων μεταβλητών στην αντίληψη και αναγνώριση των συμπτωμάτων και πως αυτά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει το άτομο.

Αρχικά, εξετάσαμε αν το άτομο θα αντιδρούσε διαφορετικά σε σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων. Δηλαδή, αν το άτομο θα επέλεγε να δράσει για την διάγνωση και ανακούφιση των συμπτωμάτων του (π. χ. μέσω της επίσκεψης σε κάποιο θεράποντα ιατρό) ή αν θα προτιμούσε να περιμένει (θεωρώντας ότι δεν αντιμετωπίζει κάτι σοβαρό), όσο τα συμπτώματα χειροτέρευαν. Η πρώτη υπόθεση (Y1) που διατυπώθηκε άρα είναι: τα σοβαρότερα συμπτώματα θα σχετίζονται με μεγαλύτερη κινητοποίηση. Τα αποτελέσματα από αυτή την υπόθεση θα μας δείξουν ποιους συνδυασμούς συμπτωμάτων θεωρούν τα άτομα αμελητέους και ποιους θεωρούν τόσο σημαντικούς ώστε να πρέπει να κινητοποιηθούν. Θα μας δείξουν το επίπεδο γνώσεων και ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την υγεία και διάφορες ασθένειες. Ένα τέτοιο εύρημα είναι πολύ σημαντικό καθώς πολλές ασθένειες (π. χ. καρκίνος) είναι θεραπεύσιμες αν εντοπιστούν σε πρόωρο στάδιο. Συνεπώς, η γνώση σχετικά με την ενημέρωση της κοινής γνώμης μπορεί να βοηθήσει στην εκκίνηση ενεργειών για την εκπαίδευση του πληθυσμού με στόχο την πρόληψη.

Επίσης, ερευνούμε το αν διαφέρει η βαρύτητα και σημασία που δίνει κάποιος σε μια ομάδα συμπτωμάτων όταν αυτά αφορούν τον ίδιο και όταν αφορούν κάποιο κοντινό του πρόσωπο. Κατά συνέπεια εξετάζουμε αν διαφέρει ο τρόπος (κινητοποίηση ή αναμονή) αλλά και το στάδιο – σενάριο στο οποίο θα αντιδράσει όταν εμφανίζει κάποια υποτιθέμενα συμπτώματα, από τον τρόπο που θα συμβούλευε κάποιο συγγενή να αντιδράσει ενώπιον

αυτών των συμπτωμάτων. Με άλλα λόγια διατυπώνουμε την υπόθεση ότι η κινητοποίηση κάποιου ενόψει ορισμένων κλιμακούμενων συμπτωμάτων θα είναι μεγαλύτερη όταν τα συμπτώματα αφορούν κάποιο κοντινό του πρόσωπο παρά όταν αφορούν τον ίδιο (υπόθεση 2, Y2). Τα αποτελέσματα θα μας δείξουν με ποιο τρόπο διαφέρει η αντίληψη των συμπτωμάτων στο εαυτό μας από την αντίληψη συμπτωμάτων που αφορούν άλλους και μάλιστα, σημαντικούς άλλους. Το πόση υπευθυνότητα και σοβαρότητα δείχνει κάποιος για την κατάσταση ασθένειας κάποιου κοντινού του προσώπου, μας αποκαλύπτει το ποιες δυναμικές αναπτύσσονται στις ανθρώπινες σχέσεις και πόση σημασία έχουν για μας τα κοντινά μας πρόσωπα. Για να το θέσουμε πιο ξεκάθαρα ένα άτομο που παροτρύνει κάποιο φίλο ή συγγενή να αναζητήσει την αιτία των συμπτωμάτων του και να μην τα αμελήσει, σε περίπτωση που αν τα συμπτώματα αφορούσαν τον ίδιο θα περίμενε να περάσουν, δείχνει ότι νοιάζεται, ενδιαφέρεται και ανησυχεί για την υγεία των άλλων γύρω του ή ίσως να μην θέλει να κινδυνέψουν ή ακόμα και να ταλαιπωρηθούν. Θα μπορούσαμε να πούμε ίσως, με μια δόση υπερβολής, ότι αφού για την ίδια κατάσταση δεν φοβάται για τον εαυτό του αλλά φοβάται για τα κοντινά του πρόσωπα, βάζει τους άλλους πάνω από τον εαυτό του.

Η τελευταία μας υπόθεση είναι ότι οι αντιδράσεις στα συμπτώματα θα διαφέρουν ανάλογα με τα επίπεδα αισιοδοξίας (υπόθεση 3, Y3). Αναζητούμε δηλαδή να ανακαλύψουμε αν το κατά πόσο ένα άτομο είναι αισιόδοξο ή απαισιόδοξο και σε ποιο βαθμό, ασκεί κάποια επίδραση στο πόσο σοβαρά αξιολογεί κάποια συμπτώματα και πως αντιδρά σε αυτά. Η υπόθεση αυτή έχει δύο πιθανές εκβάσεις. Καθώς από τη μία τα περισσότερα αισιόδοξα άτομα ίσως λόγω του ότι βλέπουν από μια θετική σκοπιά τη ζωή συνολικά και λόγω των θετικών προσδοκιών που έχουν για το μέλλον και για την έκβαση όλων των δύσκολων καταστάσεων, μπορεί να παραβλέψουν τα συμπτώματα θεωρώντας ότι είναι κάτι που θα περάσει. Από την άλλη όμως, όπως είδαμε και στην εισαγωγή τα αισιόδοξα άτομα ενώπιον εμποδίων και δυσκολιών δεν εγκαταλείπουν τις προσπάθειες τους αλλά συνεχίζουν

να αγωνίζονται και να παραμένουν δεσμευμένοι στην επίτευξη των στόχων τους και την υπερπήδηση των εμποδίων. Έτσι ίσως, να κινητοποιούνταν και να δρούσαν περισσότερο ώστε να ξεπεράσουν την ασθένεια. Τα ευρήματα αυτά είναι πολύ σημαντικά καθώς θα μας βοηθήσουν στην προσέγγιση που πρέπει να υιοθετούμε για την ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας. Είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη γνώμη των ανθρώπων σε αυτά τα θέματα. Επίσης, σε περίπτωση που τα αισιόδοξα άτομα υιοθετούν πιο προσαρμοστικές αντιδράσεις σε επιδεινούμενα συμπτώματα, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε αυτή τη γνώση για να σχεδιάσουμε παρεμβάσεις για χρόνιες αλλά και πιο ήπιες ασθένειες, που συν τοις άλλοις οι παρεμβάσεις αυτές θα περιέχουν και τεχνικές τόνωσης της αισιοδοξίας των ασθενών. Ο ρόλος της αισιοδοξίας, τέλος, στις συμβουλές που θα έδινε κάποιος σε ένα συγγενικό του πρόσωπο που θα εμφάνιζε τα κλιμακούμενα αυτά συμπτώματα, είναι μείζουσας σημασίας τόσο για την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υγείας όπως προείπαμε καθώς και για τον σχεδιασμό στήριξης σε συγγενείς χρόνιων ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Το δείγμα αποτελούνταν από 210 άτομα άνδρες και γυναίκες τα οποία στην πλειοψηφία τους φοιτούσαν σε διάφορα τμήματα του πανεπιστήμιου Κρήτης (ένα μικρό ποσοστό του δείγματος προερχόταν από το πολυτεχνείο Κρήτης). Από το σύνολο των 210 συμμετεχόντων το 29.5% ήταν άνδρες (62) και το 70.5% ήταν γυναίκες (148). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 19.5 έτη, με μικρότερη ηλικία τα 18 έτη και μεγαλύτερη τα 28 (9 άτομα από τα 210 δεν συμπλήρωσαν την ηλικία τους στην αντίστοιχη ερώτηση). Το 14.8% του δείγματος (31 άτομα) εμφάνιζε κάποια ασθένεια την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, ενώ το 85.2% (178 άτομα) δεν δήλωσε κάτι τέτοιο (ένα άτομο από το δείγμα δεν συμπλήρωσε αυτή την ερώτηση). Αν και κανείς δεν αντιμετώπιζε κάποια σοβαρή μορφή ασθένειας, αλλά πιο ήπιες (όπως γρίπη).

Ψυχομετρικά εργαλεία

Για να εξετάσουμε τις διάφορες διακυμάνσεις των αντιδράσεων των συμμετεχόντων στα εκάστοτε σενάρια – κλιμακούμενα συμπτώματα, αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας μια σειρά πέντε σεναρίων. Το κάθε σενάριο περιέγραφε πιθανά σωματικά συμπτώματα μιας συγκεκριμένης ασθένειας, ξεκινώντας από τα πιο ήπια και λιγότερο δυσάρεστα και καταλήγοντας στα πιο κρίσιμα και περισσότερο δυσάρεστα συμπτώματα. Για παράδειγμα, το πρώτο σενάριο είχε ως εξής: « Ένα άτομο ένιωθε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος ». Το πέμπτο σενάριο ήταν το εξής: « Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα,

δυσκολία στην αναπνοή, και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μία ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του». Όλα τα σενάρια αναφερόταν στον καρκίνο του πνεύμονα. Μετά από κάθε σενάριο, οι συμμετέχοντες καλούνταν να συμπληρώσουν μια σειρά 10 ερωτήσεων, ίδιες για κάθε σενάριο. Οι ερωτήσεις εξετάζαν του διάφορους τρόπους με τους οποίους πιθανότατα θα αντιδρούσε ο συμμετέχων στην περίπτωση που ο ίδιος εμφάνιζε τα υποθετικά συμπτώματα του συγκεκριμένου σεναρίου (π. χ., Πόσο πιθανό θα ήταν.... να μην δώσετε σημασία, να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή, να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας κ. τ. λ.). Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αξιολογήσουν την πιθανότητα κάθε αντίδρασης χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert και επιλέγοντας μια βαθμολογία από το 1 ως το 7 (όπου 1 = απίθανο και 7 = βέβαιο).

Η ίδια κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και για την απάντηση ενός άλλου ερωτήματος. Κατά πόσο θα διέφερε η αντίληψη συμπτωμάτων και η επιλογή τρόπου αντίδρασης, όταν τα συμπτώματα θα αφορούσαν το ίδιο το άτομο και όταν τα συμπτώματα θα αφορούσαν κάποιο γνωστό του (συγγενή, φίλο κ. α.). Θέλαμε, δηλαδή, να εξετάσουμε κατά πόσο το άτομο θα χαρακτήριζε ως πιο σοβαρά και επικίνδυνα τα συμπτώματα όταν αφορούσαν κάποιο κοντινό του πρόσωπο συγκριτικά με το αν κάποιο άτομο εμφάνιζε το ίδιο τα συμπτώματα. Επίσης, διερευνήσαμε κατά πόσο ένα άτομο αμελεί κάποια συμπτώματα (εκτός αν κρίνει ότι είναι πολύ κρίσιμα για την υγεία και την ζωή του) και επιλέγει να περιμένει λίγο καιρό αντί να δράσει αμέσως όταν αφορούν τον ίδιο και κατά πόσο ένα άτομο παρακινεί και συμβουλεύει ένα κοντινό του πρόσωπο να δράσει αμέσως και να αναζητήσει την συμβουλή των ειδικών όσο ελαφριά και αν είναι τα συμπτώματα, κρίνοντας τα ως σοβαρότερα και ενδεικτικά, πιθανόν, κάποιας ασθένειας.

Τέλος, εξετάσαμε το ρόλο που διαδραματίζει η αισιοδοξία στην όλη διαδικασία. Δηλαδή το κατά πόσο ένα άτομο είναι αισιόδοξο ή απαισιόδοξο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο θα

αντιδράσει σε συγκεκριμένους συνδυασμούς συμπτωμάτων (όσο κλιμακώνονται). Ο βαθμός αισιοδοξίας που έχει ένα άτομο επηρεάζει το πόσο κρίσιμα αξιολογεί τα συμπτώματα κάποιου κοντινού του προσώπου και πώς τον συμβουλεύει να αντιδράσει (να περιμένει ή να κινητοποιηθεί); Για την εξέταση της αισιοδοξίας χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα Life Orientation Test – Revised (LOT – R) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε διάφορες ερωτήσεις που μετρούν τα επίπεδα αισιοδοξίας (π. χ. « σε αβέβαιες καταστάσεις συνήθως προσδοκώ το καλύτερο »), επιλέγοντας βαθμολογίες από το 1 ως το 5 (όπου 1=διαφωνώ έντονα και 5=συμφωνώ πολύ). Το LOT – R αποτελείται από 10 κριτήρια, τα 6 από τα οποία μετρούν την αισιοδοξία και τα υπόλοιπα 4 είναι συμπληρωματικά (fillers) (Cronbach $a = 0.75$) η αισιοδοξία αξιολογήθηκε στην αρχική μέτρηση (baseline).

Διαδικασία

Μετά την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων ήρθαμε σε επαφή με κάποιους καθηγητές και τους ρωτήσαμε αν θα μπορούσαν να μας παραχωρήσουν ένα μικρό χρονικό διάστημα από την διδακτική τους ώρα, ώστε να μοιράσουμε στους φοιτητές τα ερωτηματολόγια, στα πλαίσια μιας έρευνας με θέμα την αντίληψη συμπτωμάτων. Αφού πήραμε την έγκριση παρευρεθήκαμε στο επόμενο μάθημα και στην αρχή της διδακτικής ώρας ενημερώσαμε τους φοιτητές ως προς την ταυτότητα μας και το θέμα της έρευνας. Στην συνέχεια τους μοιράσαμε τα ερωτηματολόγια, τα οποία πέραν της κλίμακας αισιοδοξίας και των σεναρίων (συμπεριλαμβανομένων και των ερωτήσεων που εξέταζαν την γνώση των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποια ασθένεια αντιστοιχούσε στα συμπτώματα αλλά και των ερωτήσεων σχετικά με τις αντιδράσεις τους στα συμπτώματα αυτά), περιείχαν κλίμακες που εξέταζαν το άγχος σχετικά με την υγεία, την ψυχική υγεία και το συναίσθημα της συγκεκριμένης στιγμής. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην έχει κάποιος το ίδιο

ερωτηματολόγιο με τον διπλανό του αλλά να έχει ο ένας το ερωτηματολόγιο που εξέταζε την αντίληψη των συμπτωμάτων στον εαυτό και ο άλλος το ερωτηματολόγιο που εξέταζε την αντίληψη συμπτωμάτων στους άλλους. Αυτό έγινε για να εξαλειφθεί η πιθανότητα να επηρεαστούν τα αποτελέσματα από τυχαίους παράγοντες (π. χ. αν μοιράζαμε όλα τα ερωτηματολόγια αντίληψης συμπτωμάτων στον εαυτό, στην μια πλευρά ήταν πιθανό να πάρουμε κοινές απαντήσεις λόγω του ότι τα άτομα μιας παρέας θα είχαν κοινές αντιλήψεις). Επίσης, λόγω της συντριπτικής πλειοψηφίας των κοριτσιών μέσα στην αίθουσα, φροντίσαμε ώστε να μοιραστούν ερωτηματολόγια σε όλα τα αγόρια, ώστε να είναι όσο το δυνατόν μικρότερη η διαφορά στα δύο ποσοστά. Κριτήρια για τον αποκλεισμό από το δείγμα ήταν το να φοιτά κάποιος στο τμήμα ψυχολογίας σε μεγαλύτερο του πρώτου έτος (ώστε να αποφευχθεί επιρροή των απαντήσεων από την διδακτική ύλη μαθημάτων σχετικών με την υγεία) και να έχει ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών (2 περιπτώσεις). Στην πρώτη περίπτωση δεν δινόταν ερωτηματολόγιο στον συμμετέχων, ενώ στην δεύτερη αποκλειόταν το ερωτηματολόγιο από την ανάλυση (για λόγους ευγενείας και διακριτικότητας, δεν θα μπορούσαμε να πούμε στις δύο κυρίες ότι αποκλείονται από την έρευνα λόγω ηλικίας). Η όλη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε σε 45 λεπτά. Μαζέψαμε τα ερωτηματολόγια, ευχαριστήσαμε τους συμμετέχοντες για την βοήθεια τους και αποχωρίσαμε. Τέλος, μετά την συγκέντρωση όλων των ερωτηματολογίων έγιναν οι απαραίτητες αναλύσεις, οι οποίες αναφέρονται διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά η εσωτερική εγκυρότητα των κλιμάκων ήταν: Cronbach's $\alpha = 0.64$ για την κλίμακα μέτρησης της αναμονής, 0.91 για την κλίμακα μέτρησης της κινητοποίησης και 0.75 για την κλίμακα της αισιοδοξία (LOT – R).

Αναφορικά με τη σχέση της αισιοδοξίας και των διαφορετικών αντιδράσεων (κινητοποίηση – αναμονή) [δηλαδή το αν το άτομο θα επέλεγε να κινητοποιηθεί ενώπιον των συμπτωμάτων του εκάστοτε σεναρίου π. χ. απευθυνόμενο σε κάποιον ειδικό ή αν θα επέλεγε την αναμονή ως αντίδραση π. χ. περιμένοντας να περάσουν τα συμπτώματα από μόνα τους] στα σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων στον εαυτό, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < .05$ παρά μόνο για την κινητοποίηση (δράση) και μόνο στο σενάριο 3. Και αυτή όμως η συσχέτιση ήταν πολύ χαμηλή (Pearson $r = 0.19$). Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον πίνακα 1.

Ως προς τη σχέση της αισιοδοξίας με τις αντιδράσεις σε κλιμακούμενης φύσεως συμπτώματα – σενάρια, αλλά αυτή την φορά για τους άλλους, τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά ούτε για την αναμονή αλλά ούτε και για την κινητοποίηση – δράση (πίνακας 1)

Πίνακας 1
Σχέση αισιοδοξίας με αντιδράσεις στα σενάρια

	Εαυτός		Άλλος	
		Αισιοδοξία		Αισιοδοξία
Αισιοδοξία	Pearson Correlation p. (2-tailed)	1	Pearson Correlation p. (2-tailed)	1
Αναμονή 1	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,008 ,937	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,091 ,370

Αναμονή 2	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,073 ,453	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,021 ,834
Αναμονή 3	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,033 ,738	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,105 ,298
Αναμονή 4	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,066 ,506	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,093 ,359
Αναμονή 5	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,130 ,181	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,010 ,920
Δράση 1	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,038 ,698	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,029 ,770
Δράση 2	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,003 ,979	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,129 ,198
Δράση 3	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,190* ,049	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,068 ,494
Δράση 4	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,154 ,112	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,069 ,491
Δράση 5	Pearson Correlation p. (2-tailed)	,143 ,140	Pearson Correlation p. (2-tailed)	-,071 ,479

Σημείωση. Οι λέξεις αναμονή και δράση αναφέρονται στον τρόπο αντίδρασης που επέλεξαν οι ερωτηθέντες στα εκάστοτε συμπτώματα. Ο αριθμός που ακολουθεί τις λέξεις αναμονή και δράση δηλώνει τον αριθμό του σεναρίου.

**η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$*

Για να εξετάσουμε αν οι αντιδράσεις στα σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων διέφεραν χρησιμοποιήσαμε τον δείκτη ανάλυσης διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated measures Anova). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όντως διέφεραν οι αντιδράσεις (και συγκεκριμένα η αναμονή) στα σενάρια [$F (191, 4) = 0.44, p < 0.01$], αλλά το αν αφορούσαν τον εαυτό ή τους άλλους δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση [F

(191, 4) = 0.98, $p > 0.05$]. Οι μέσοι όροι της αναμονής στα σενάρια έδειξαν ότι όσο πιο προχωρημένα ήταν τα σενάρια (όσο πιο σοβαρά και έντονα ήταν τα συμπτώματα) τόσο μειωνόταν η αναμονή (πίνακας 2). Επίσης, βλέπουμε ότι υπάρχει μια τάση για μικρότερη αναμονή όταν τα συμπτώματα αφορούν τους άλλους, ωστόσο οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 2

Μέσοι όροι και τυπικό σφάλμα της αναμονής στα κλιμακούμενα σενάρια, στον εαυτό και στους άλλους

Εαυτός – Άλλος	Σενάρια	Μ. Ο.	Τυπικό σφάλμα
Εαυτός	1	13,730	,377
	2	11,740	,362
	3	10,020	,399
	4	8,600	,392
	5	7,780	,410
Άλλος	1	11,198	,385
	2	9,167	,370
	3	7,792	,407
	4	7,010	,400
	5	5,854	,419

Από την άλλη μεριά, ο βαθμός κινητοποίησης φαίνεται ότι έχει στατιστικά σημαντική διαφορά από το ένα σενάριο στο επόμενο [$F (205, 4) = 0.48, p < 0.01$] και μάλιστα ο παράγοντας εαυτός – άλλος, ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση [$F (205, 4) = 0.82, p < 0.01$]. Μελετώντας τον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το βαθμός κινητοποίησης αυξάνεται από το ένα σενάριο στο επόμενο, καθώς επίσης και ότι η κινητοποίηση είναι μεγαλύτερη όταν τα συμπτώματα αφορούν τους άλλους παρά όταν αυτά αφορούν τον εαυτό.

Πίνακας 3

Μέση όροι και τυπικό σφάλμα της κινητοποίησης στα κλιμακούμενα σενάρια, στον εαυτό και στους άλλους

Εαυτός – Άλλος	Σενάρια	Μ. Ο.	Τυπικό σφάλμα
Εαυτός	1	8,287	,328
	2	10,454	,278
	3	12,093	,230
	4	12,787	,211
	5	13,185	,180
Άλλος	1	11,588	,338
	2	12,716	,286
	3	13,029	,237
	4	13,235	,217
	5	13,618	,186

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο, να διερευνήσει το κατά πόσο οι αντιδράσεις των ατόμων διαφέρουν σε μια σειρά από σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων, όταν αυτά αφορούν τον ίδιο τον ερωτώμενο και όταν αφορούν κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο. Εξετάσαμε αν η κινητοποίηση – δράση ή αναμονή (δηλαδή ο τρόπος αντίδρασής του) θα διέφερε από το ένα σενάριο στο άλλο, αλλά και αν αυτή η σχέση θα επηρεαζόταν από τον παράγοντα εαυτός – άλλος. Τέλος, ερευνήσαμε τον ρόλο της αισιοδοξίας σε όλα τα παραπάνω.

Τα ευρήματα μας, έδειξαν ότι η αισιοδοξία όντως διαδραμάτιζε κάποιο ρόλο στην επιρροή του τρόπου αντίδρασης, όταν τα συμπτώματα αφορούσαν τον εαυτό, αλλά μόνο η κινητοποίηση – δράση επηρεαζόταν και μόνο στο τρίτο σενάριο. Η αισιοδοξία δεν ασκούσε στατιστικά σημαντική επίδραση, όταν τα συμπτώματα αφορούσαν τους άλλους, σε κανένα σενάριο και σε κανένα τρόπο αντίδρασης. Η επιλογή της αναμονής ως αντίδραση διαφέρει από το ένα σενάριο στο άλλο (και πιο συγκεκριμένα όσο κλιμακώνονται τα συμπτώματα τόσο μειώνεται η αναμονή), όμως ο παράγοντας εαυτός – άλλος δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση. Η επιλογή της κινητοποίησης, επίσης, διαφέρει από το ένα σενάριο στο άλλο. Η σχέση της κινητοποίησης με τα σενάρια (κλιμακούμενα συμπτώματα) έχει αντίθετη κατεύθυνση (θετική) από την κατεύθυνση της σχέσης αναμονής – κλιμακούμενων συμπτωμάτων (αρνητική), καθώς όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τόσο αυξάνεται και η επιλογή της κινητοποίησης. Ωστόσο, σε αντίθεση με την αναμονή, η επιλογή της κινητοποίησης επηρεάζεται από το αν τα συμπτώματα αφορούν τον εαυτό ή τους άλλους. Πιο συγκεκριμένα όταν τα συμπτώματα αφορούν κάποιον σημαντικό άλλο, η κινητοποίηση είναι μεγαλύτερη.

Όπως προαναφέραμε τα αποτελέσματα μας, έδειξαν ότι η αισιοδοξία παίζει κάποιο ρόλο στην επιλογή αντίδρασης στα κλιμακούμενα συμπτώματα στο εαυτό, αλλά μόνο στην

κινητοποίηση και μόνο στο τρίτο σενάριο. Παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Norman, και Brain (2007) σε έρευνα που διεξήγαγαν αναφορικά με τον ρόλο της αισιοδοξίας στις αντιδράσεις γυναικών που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι όσες γυναίκες είχαν υψηλή αισιοδοξία αντιλαμβάνονταν την απειλή ως λιγότερο σημαντική από ότι πραγματικά ήταν, όταν υπήρχε μεγάλη απειλή. Όταν η απειλή ήταν μέτρια ή χαμηλή δεν υπήρχε διαφορά στην αντίληψη της απειλής αισιόδοξων και απαισιόδοξων γυναικών. Στην περίπτωση της υψηλής απειλής, το γεγονός ότι οι αισιόδοξες γυναίκες αντιλαμβάνονται χαμηλότερη απειλή από τις απαισιόδοξες έχει δύο πιθανές εξηγήσεις σύμφωνα με τους συγγραφείς του άρθρου. Αφενός οι γυναίκες με υψηλή αισιοδοξία μπορεί να έχουν θετικότερες αντιλήψεις αναφορικά με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν (μια «θετική ψευδαίσθηση» όπως το θέτουν οι συγγραφείς) από ότι θα έπρεπε, ενώ οι γυναίκες με χαμηλή αισιοδοξία αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο όπως πραγματικά είναι. Αφετέρου οι γυναίκες με χαμηλή αισιοδοξία μπορεί να έχουν μια υπερβολική αίσθηση κινδύνου που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, ενώ οι περισσότερο αισιόδοξες γυναίκες αντιλαμβάνονται με ακρίβεια την απειλή που αντιμετωπίζουν. Το ποια από τις δύο εξηγήσεις είναι πιο πιθανή δεν διευκρινίζεται. Ανεξαρτήτως, πάντως της αιτίας αυτής της διαφοράς στις αντιλήψεις των αισιόδοξων και μη γυναικών ως προς την απειλή με την οποία βρίσκονταν αντιμέτωπες, οι αντιλήψεις αυτές φάνηκε ότι ήταν πολύ σημαντικές, καθώς επηρέαζαν σε τεράστιο βαθμό τις αντιδράσεις τους. Αλλιώς ειπωμένο, οι περισσότερο αισιόδοξες γυναίκες όσο πιο σοβαρή και κρίσιμη αξιολογούσαν την απειλή από τον καρκίνο του μαστού τόσο πιο πιθανό ήταν να δράσουν άμεσα για την χειρουργική αφαίρεση αυτού, ενώ οι λιγότερο αισιόδοξες γυναίκες, ακόμα και σε υψηλή αντιλαμβανόμενη απειλή καθυστερούσαν την εγχείριση λόγω του ότι επέλεξαν να σιγουρευτούν μέσω επισκέψεων σε γιατρούς ειδικούς στην γενετική.

Σχετικά με τα παραπάνω ευρήματα είναι και τα αποτελέσματα των Shepperd, Maroto, και Pbert (1996). Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι ασθενείς με καρδιακά νοσήματα ήταν πιο πιθανό να υιοθετήσουν συμπεριφορές και να θέσουν στόχους για την καταπολέμηση της ασθένειάς τους, όταν είχαν υψηλή αισιοδοξία παρά αν είχαν χαμηλή ή καθόλου αισιοδοξία. Οι ασθενείς που αποτελούσαν το δείγμα, περιθάλπονταν σε ένα κέντρο αποκατάστασης από καρδιακές νόσους. Κατόπιν συνεννόησης και συνεργασίας με τις νοσοκόμες του κέντρου έθεταν στόχους που θα βελτιώναν την υγεία τους (π. χ. μείωση του σωματικού βάρους, μείωση σωματικού λίπους, μείωση χοληστερόλης κ. α.). Οι αισιόδοξοι ασθενείς έφεραν εις πέρας με μεγαλύτερη επιτυχία τους στόχους που είχαν θέσει. Ωστόσο δεν θα πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης των στόχων που είχαν θέσει ευθυνόταν η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων που χρησιμοποιούσαν. Δηλαδή, όταν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπεριλήφθηκε η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων ως αυτόνομος παράγοντας, ο ρόλος της αισιοδοξίας μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ο ρόλος της αισιοδοξίας στην υιοθέτηση συμπεριφορών για την βελτίωση της υγείας δεν είναι άμεσος, αλλά διαμεσολαβεί ο παράγοντας στρατηγική επίλυσης προβλημάτων. Τα αισιόδοξα άτομα χρησιμοποιούσαν στρατηγικές που επικεντρώνονταν στο πρόβλημα όπως ο σχεδιασμός και η ενεργή επίλυση δηλαδή, τεχνικές που αφορούν στην δραστηριοποίηση του ατόμου για την υπερπήδηση των όποιων εμποδίων. Από την άλλη τα απαισιόδοξα άτομα επέλεγον την απόσυρση από το πρόβλημα. Συνοψίζοντας, η αισιοδοξία οδηγεί στην χρησιμοποίηση τεχνικών που βασίζονται στην ενεργό εμπλοκή του ατόμου στο πρόβλημα και στην δέσμευση του για την διευθέτηση του προβλήματος και την επίτευξη των εκάστοτε στόχων. Η χρήση των τεχνικών αυτών και όχι η αισιοδοξία αυτή καθαυτή, οδηγεί με την σειρά της στην επίτευξη των σχετικών με την βελτίωση της υγείας (και όχι μόνο) στόχων. Από την άλλη τα απαισιόδοξα άτομα, αποσύρονται (ψυχικά και σωματικά) από το πρόβλημα, αποστασιοποιούνται είτε θεωρώντας

ότι θα μετριάσουν έτσι το άγχος (ενώ στην ουσία το άγχος παραμένει σταθερό ή ακόμα και αυξάνεται, όσο συσσωρεύονται τα προβλήματα ή όσο γιγαντώνεται το κάθε επιμέρους πρόβλημα), είτε επειδή νιώθουν ένα αίσθημα αβοηθησίας και απελπισίας, με αποτέλεσμα να αδρανοποιούνται και να εγκαταλείπουν την οποιαδήποτε προσπάθεια ή έναρξη αυτής, αποτυγχάνοντας έτσι στους όποιους στόχους τους.

Αναφορικά τώρα με το ρόλο της αισιοδοξίας, στην αντίδραση (είτε αυτή είναι κινητοποίηση είτε αναμονή) σε συμπτώματα κάποιου κοντινού προσώπου η έρευνα μας δεν έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση. Η αναζήτηση πηγών και ερευνών σχετικά με αυτήν την υπόθεση, οδήγησε σε αδιέξοδο, καθώς παρά την τεράστια βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την αισιοδοξία και τον ρόλο της στην υγεία αυτή καθεαυτή αλλά και στην έναρξη συμπεριφορών για την βελτίωση της υγείας, δεν βρήκαμε καμία έρευνα που να εξετάζει επακριβώς την υπόθεση που θέσαμε. Μια έρευνα με παρεμφερή στοιχεία είναι αυτή των Kim, Chorik, και Smith (2014). Οι ερευνητές αυτοί εξέτασαν την αισιοδοξία, την φυσική κατάσταση και την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών σε ζευγάρια ηλικίας 50 ετών και πάνω, σε μια διαχρονική μελέτη που κράτησε 4 χρόνια (η πρώτη μέτρηση έγινε το 2006, η δεύτερη το 2008 και η τρίτη το 2010). Βρήκαν ότι η αισιοδοξία ενός ατόμου είχε θετική συσχέτιση με την καλή φυσική κατάσταση και με την εμφάνιση μικρότερου ποσοστού χρόνιων ασθενειών. Αυτό όμως που προκαλεί την μεγαλύτερη εντύπωση είναι ότι ακόμα και η αισιοδοξία ενός από τους δύο συζύγους είχε θετικά αποτελέσματα στην φυσική κατάσταση και την υγεία του άλλου συζύγου. Αν π. χ. η σύζυγος ήταν αισιόδοξη αυτό θα είχε θετικές επιπτώσεις στην υγεία του άντρα της, ακόμα και αν αυτός δεν ήταν αισιόδοξος. Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτή η βελτίωση στην υγεία του συζύγου ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η σύζυγος του, σε περιπτώσεις ασθενείας τον παρακινεί και τον παροτρύνει να κινητοποιηθεί για την διάγνωση και ανακούφιση των συμπτωμάτων του. Ίσως, ακόμα, τα αισιόδοξα άτομα να βοηθούν πιο πολύ τους συντρόφους τους ενώπιων προβλημάτων υγείας και βλέποντας

τους να χάνουν το κουράγιο τους και να εγκαταλείπουν την προσπάθεια. Για παράδειγμα λόγω του ότι όπως έχουμε πει επανειλημμένως τα αισιόδοξα άτομα, όσο δύσκολες και αν είναι οι συνθήκες διατηρούν τις θετικές προσδοκίες τους για την έκβαση των πραγμάτων, σε περίπτωση που ένα κοντινό τους πρόσωπο ενδεχομένως αποθαρρυνόταν λόγω της δυσκολίας και εγκατέλειπε την σωματική άσκηση, θα προέβαιναν σε στήριξη του και θα πήγαιναν μαζί του στο γυμναστήριο. Επίσης, παίρνοντας σαν δεδομένο ότι η αισιοδοξία κάποιου μπορεί να βελτιώσει την φυσική κατάσταση και την υγεία ενός κοντινού του προσώπου και λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αισιόδοξα άτομα χρησιμοποιούν τον σχεδιασμό και την ενεργό εμπλοκή ως μέθοδο για την επίλυση των προβλημάτων τους (Perera, & McPveen, 2014. Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996), καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι αφού τα αισιόδοξα άτομα όταν συναντήσουν κάποιο εμπόδιο, κινητοποιούνται και επικεντρώνονται στην επίλυση του, στην περίπτωση που κάποιο κοντινό τους πρόσωπο θα αντιμετώπιζε ένα πρόβλημα υγείας (και όχι μόνο) θα έκαναν το παν για να βοηθήσουν να ξεπεραστεί. Ωστόσο η εξαγωγή τέτοιων συμπερασμάτων είναι ελαφρώς παρορμητική και βεβιασμένη. Για να έχουμε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τον ρόλο της αισιοδοξίας στην αντίληψη συμπτωμάτων σημαντικών άλλων, αλλά και τις αντιδράσεις στα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες στο μέλλον που να εξετάζουν αυτά τα θέματα καθώς και το ποιοι άλλοι παράγοντες διαμεσολαβούν και εμπλέκονται.

Ο τρόπος αντίδρασης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, διέφερε όσο κλιμακώνονταν τα σενάρια και κατ' επέκταση τα συμπτώματα. Όσο πιο κρίσιμα και δυσάρεστα ήταν τα συμπτώματα τόσο αυξανόταν η επιλογή της κινητοποίησης – δράσης και μειωνόταν η επιλογή της αναμονής. Η επιλογή της αναμονής ως αντίδραση δεν διέφερε αναφορικά με το αν τα συμπτώματα αφορούσαν τον εαυτό ή κάποιο σημαντικό άλλο. Από την άλλη, η επιλογή της κινητοποίησης επηρεαζόταν από τον παράγοντα εαυτός – άλλος και πιο συγκεκριμένα

στην περίπτωση που τα συμπτώματα αφορούσαν τους άλλους η κινητοποίηση ήταν μεγαλύτερη.

Τα ίδια αποτελέσματα αναφορικά με την επιλογή τρόπου αντίδρασης όταν τα συμπτώματα αφορούν τον εαυτό ή τους άλλους είχαν και οι Grady, Carey, και Sanson – Fisher (2014). Εξέτασαν κατά πόσο τα άτομα θα επέλεγαν την σωστότερη αντίδραση, δηλαδή να καλέσουν ένα ασθενοφόρο εντός 10 λεπτών, σε περίπτωση που κάποιο κοντινό τους πρόσωπο εμφάνιζε μια από τις ακόλουθες συστοιχίες συμπτωμάτων: 1) αδυναμία ή μούδιασμα στο πρόσωπο, το χέρι και το πόδι σε μια πλευρά του σώματος, 2) δυσκολία στην ομιλία ή στην κατανόηση της ομιλίας άλλων, θολή όραση από το ένα μάτι, αδυναμία ή μούδιασμα στο πρόσωπο, το χέρι και το πόδι στην μια πλευρά του σώματος, 3) δυσκολία στην ομιλία ή στην κατανόηση της ομιλίας άλλων, θολή όραση από το ένα μάτι και ζαλάδα, 4) θολή όραση, αδυναμία ή μούδιασμα στο πρόσωπο, το χέρι και το πόδι και στις δύο πλευρές του σώματος. Οι ακολουθίες αυτές αναφέρονται στα 4 είδη εγκεφαλικού επεισοδίου, ωστόσο αυτή η πληροφορία δεν παρεχόταν στους συμμετέχοντες. Μια δεύτερη φάση της έρευνας εμπεριείχε την ερώτηση αν ο συμμετέχων είχε βιώσει ο ίδιος κάποια από αυτές τις συστοιχίες συμπτωμάτων κατά τους τελευταίους 12 μήνες και πως αντέδρασε. Σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα βρήκαν ότι στην περίπτωση που τα συμπτώματα αφορούσαν τους άλλους, οι συμμετέχοντες στην συντριπτική τους πλειοψηφία (90%) θα επέλεγαν να δράσουν και μάλιστα σωστά (υπήρχαν και οι εναλλακτικές να τον πάνε στα επείγοντα, να καλέσουν ένα γενικό ιατρό ή να περιμένουν, ενώ επίσης τους ρώτησαν και μετά από πόσα λεπτά, ώρες ή μέρες αντέδρασαν). Ωστόσο, στην ερώτηση αν εμφάνισαν οι ίδιοι παρόμοια συμπτώματα και πως αντέδρασαν σε αυτά, το 35% των συμμετεχόντων απάντησε ότι είχε εκδηλώσει τέτοια συμπτώματα και από αυτούς το 80% δήλωσε ότι δεν κάλεσε ασθενοφόρο αλλά περίμενε να δει αν θα περάσουν από μόνα τους. Η πιο συχνή αιτία για την οποία δεν

καλούσαν ασθενοφόρο όταν βίωσαν οι ίδιοι τα συμπτώματα αυτά ήταν ότι τα θεωρούσαν παροδικά ή ότι τα απέδιδαν σε κάποια άλλη αρρώστια.

Οι Wyke, Adamson, Dixon, και Hunt (2013) δημιούργησαν ένα μοντέλο για την εξήγηση των αντιδράσεων ενώπιον συμπτωμάτων, συνδυάζοντας δύο κοινωνιολογικά και ένα ψυχολογικό μοντέλο. Σύμφωνα με το μοντέλο τους, το άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα ως αλλαγές στην φυσιολογία τους σώματος και τα επεξεργάζεται ως νέες πληροφορίες που αποκτά μέσω των αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον. Η γνώση και κατανόηση των συμπτωμάτων, του τι αντιπροσωπεύουν, τι υποδηλώνουν είναι πολύ σημαντική και διαμορφώνεται από παλαιότερες εμπειρίες είτε του ίδιου του ατόμου, είτε κάποιου κοντινού του προσώπου, είτε από ευρύτερα κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα αντίδρασης σε συγκεκριμένα συμπτώματα και ασθένειες, αλλά και από το πως το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο με το οποίο αλληλεπιδρά το άτομο αποδίδει αυτά τα συμπτώματα (σε ποια αιτία αποδίδει τα συμπτώματα, π. χ. σε τιμωρία από το θεό, σε παθογόνους παράγοντες κ. τ. λ.). Η επεξεργασία, ο σχεδιασμός αλλά και η πραγματοποίηση τελικά ενός τρόπου αντίδρασης βασίζεται στο πως βιώνει το άτομο τα συμπτώματα. Δηλαδή κατά πόσο επώδυνα και ενοχλητικά είναι, κατά πόσο τρομάζουν και ανησυχούν το άτομο, κατά πόσο επηρεάζουν και παρεμβάλλονται στην καθημερινή του ζωή και στις δραστηριότητες του (π. χ. στην εργασία του, στην μελέτη του, στα hobby του, στις κοινωνικές του σχέσεις κ. α.). Επίσης, η επιλογή αντίδρασης επηρεάζεται από: τα γεγονότα που συμβαίνουν την συγκεκριμένη στιγμή στη ζωή κάποιου και το συναισθηματικό αντίκτυπο που έχουν σε αυτόν (π. χ. ένα βαρύ πένθος μπορεί να κάνει το άτομο είτε να παραβλέψει κάποια συμπτώματα, είτε να τα αποδώσει στην έντονη θλίψη και να τα θεωρήσει παροδικά), τις πεποιθήσεις που έχει σχετικά με την έκβαση και την κατάληξη των συμπτωμάτων είτε με παρέμβαση είτε χωρίς (το άτομο μπορεί για παράδειγμα να σκέφτεται: « δεν είναι κάτι σοβαρό, θα περάσει από μόνο του », ή « δεν πρέπει να είναι κάτι σοβαρό, αλλά ας συμβουλευτώ κάποιον ειδικό για να είμαι σίγουρος » κ.

α.). Άλλος σημαντικός παράγοντας είναι οι προηγούμενες εμπειρίες που έχει κάποιος από τις υπηρεσίες υγείας. Αν για παράδειγμα σε προηγούμενη ασθένεια ή τραυματισμό εξυπηρετήθηκε και αντιμετωπίστηκε με σεβασμό από το προσωπικό δεν θα είναι αρνητικός ως προς την πιθανότητα νοσηλείας, σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να διστάζει να επισκεφτεί κάποιο νοσοκομείο. Η κατανόηση και αντίδραση στα συμπτώματα επηρεάζεται ακόμη από τους διαθέσιμους πόρους που έχει κάποιος, στους οποίους περιλαμβάνονται το σύστημα υγείας της χώρας στην οποία διαβεί, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των εξόδων περίθαλψης (είτε αυτά είναι μετρητά, είτε καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, είτε είναι έξοδα που καλύπτει το κράτος), η ενημέρωση που έχει σχετικά με τα συμπτώματα. Η απόφαση που θα πάρει το άτομο (να περιμένει μήπως υποχωρήσουν από μόνα τους ή να κινητοποιηθεί π. χ. απευθυνόμενος σε κάποιο ιατρό) βασίζεται σε όλα τα παραπάνω και είναι μέρος της διαδικασίας επίλυσης προβλήματος κατά την οποία τόσο το ίδιο το άτομο όσο και τα κοντινά του πρόσωπα αναζητούν την λύση ώστε να ξεπεραστεί η κατάσταση και να επικρατήσει και πάλι η ισορροπία και αρμονία. Όπως υπογραμμίζουν οι συγγραφείς του άρθρου η παραπάνω διαδικασία δεν είναι γραμμική αλλά όλες αυτές οι διεργασίες αλληλοεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται.

Ένας λόγος για τον οποίο τα άτομα κινητοποιούνται πιο σύντομα όταν τα συμπτώματα αφορούν τους σημαντικούς άλλους, ίσως είναι το γεγονός ότι οι άνθρωποι έχουν την τάση να αξιολογούν ως πιο σοβαρά και κρίσιμα τα συμπτώματα των αγαπημένων τους προσώπων και ως πιο χαμηλή την λειτουργικότητα τους (συγκριτικά με το τι οι ίδιοι οι ασθενείς πιστεύουν για τον εαυτό τους). Οι μεγαλύτερες διαφορές στις αξιολογήσεις των ασθενών και των οικείων τους φαίνεται ότι υπάρχει στις κλίμακες συναισθηματικής λειτουργικότητας, κούρασης, γενικής υγείας. Οι διαφορές είναι μικρότερες σε κλίμακες όπου αξιολογούνται συμπτώματα που γίνονται εύκολα αντιληπτά, δεν χρειάζονται ιδιαίτερη επεξεργασία και δεν επηρεάζονται από το συναισθηματικό παράγοντα. Άλλος παράγοντας που επηρεάζει την

συμφωνία στις αξιολογήσεις των συμπτωμάτων ανάμεσα σε ασθενείς και φροντιστές είναι το φύλο. Αναφορικά με την συναισθηματική λειτουργικότητα οι γυναίκες τείνουν να αξιολογούν τους ασθενείς με χαμηλότερες βαθμολογίες (συγκριτικά με τους άντρες φροντιστές), ενώ η διαφορά είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν ο ασθενής είναι άντρας (ίσως γιατί οι επιταγές της κοινωνίας θέλουν την γυναίκα να έχει μεγαλύτερη επαφή με την συναισθηματική της πλευρά και έτσι είναι σε καλύτερη θέση να αναγνωρίσει την δυσφορία του άλλου). Η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν την συμφωνία στην αξιολόγηση της κούρασης καθώς οι γηραιότεροι άντρες, ίσως λόγω των περιορισμένων δραστηριοτήτων και ευθυνών που αναλαμβάνουν δεν αισθάνονται ιδιαίτερη κούραση, ενώ οι σύζυγοι τους που αναγκάζονται να αναλάβουν περισσότερα καθήκοντα και υποχρεώσεις βαθμολογούν υψηλότερα την κούραση των συντρόφων τους. Όσο πιο μικρή ήταν η αίσθηση πραγμάτωσης και ευχαρίστησης που αντλούσε ο φροντιστής από την φροντίδα του ασθενή τόσο μικρότερη ήταν η συμφωνία στην βαθμολόγηση της συναισθηματικής λειτουργικότητας. Την ίδια επίδραση είχε και το αίσθημα έλλειψης στήριξης από την οικογένεια και οι αντιλαμβανόμενες αρνητικές συνέπειες στην υγεία του φροντιστή από τον ίδιο. Μια εξήγηση για αυτή την ασυμφωνία ίσως είναι ότι οι φροντιστές εντοπίζουν συναισθηματικά προβλήματα τα οποία ο ασθενής είτε δεν αποκαλύπτει είτε υπονομεύει. Άλλη εξήγηση είναι ότι οι φροντιστές βιώνουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, έλλειψη βοήθειας και στήριξης από την υπόλοιπη οικογένεια, αίσθηση επιδείνωσης της υγείας τους με αποτέλεσμα να στρεσάρονται, γεγονός που τους οδηγεί στην χαμηλή βαθμολόγηση της λειτουργικότητας του ασθενή (καθώς όπως προείπαμε η κρίση των φροντιστών επηρεάζεται από την συναισθηματική τους κατάσταση). (Wennman – Larsen, Tishelman, Wengström, & Gustavsson, 2007)

Η ασυμφωνία ανάμεσα στους ασθενείς και τους φροντιστές φαίνεται ότι μπορεί να μειωθεί. Οι Lobchuk, McClement, Daeninck, Shay, και Elands (2007) βρήκαν ότι όταν έλεγαν στους φροντιστές να αξιολογήσουν την συχνότητα, την σοβαρότητα και δυσφορία

των συμπτωμάτων των ασθενών, οι απαντήσεις τους ήταν πολύ κοντά σε αυτές των ίδιων των ασθενών όταν τους έλεγαν να φανταστούν ότι βρίσκονται στη θέση του ασθενή. Οι φροντιστές όχι μόνο προσπάθησαν να μουν στην θέση του, αλλά βασίστηκαν και σε αξιόπιστα στοιχεία, γεγονός που μείωσε το κενό στην αντίληψη τους ως προς τα συμπτώματα. Άρα όταν θέλουμε να αποκτήσουμε αξιόπιστες πληροφορίες θα πρέπει να ρωτάμε τους συγγενείς ως προς τα συμπτώματα, αφού όμως τους ζητήσουμε όχι να φανταστούν ότι οι ίδιοι έχουν τα συμπτώματα, ούτε πως αντιλαμβάνονται ότι αισθάνεται το άτομο. Θα πρέπει να φανταστούν ότι είναι το ίδιο το άτομο που φροντίζουν και να περιγράψουν πως νιώθει. Δηλαδή να έχουν ενσυναίσθηση και να λάβουν υπόψη όλες τις εκφάνσεις τις προσωπικότητας του ασθενή.

Η παρούσα έρευνα ωστόσο έχει κάποιους περιορισμούς. Αρχικά τα συμπτώματα για τα οποία ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες ήταν υποθετικά. Ίσως σε μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να ερωτηθούν ασθενείς για την αντίληψη και τον τρόπο βίωσης και αντίδρασης αληθινών συμπτωμάτων, καθώς οι υποθέσεις διαφέρουν σε πολλές περιπτώσεις από την πραγματική κατάσταση. Επίσης, τα άτομα που αποτελούσαν το δείγμα μας ήταν φοιτητές, άρα νέα στην πλειοψηφία τους άτομα και κατ' επέκταση υγιή. Το γεγονός ότι το δείγμα μας αποτελούνταν αποκλειστικά από φοιτητές (άτομα ανώτερης εκπαίδευσης), το κάνει λιγότερο αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού καθώς δεν συμπεριλαμβάνονται άτομα φτωχότερης εκπαίδευσης και μόρφωσης. Επιπροσθέτως, δεν ερευνήθηκαν οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες, που όπως είδαμε ειδικά η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις διαφορετικές αντιδράσεις των ατόμων σε διάφορες συνθήκες. Ακόμα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτό – αναφορές και κατά συνέπεια οι βαθμολογίες που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες στις διάφορες κλίμακες ίσως να μην ανταποκρίνονταν τόσο στην πραγματικότητα και να μην ήταν τόσο αντικειμενικές

συγκριτικά με το αν οι κλίμακες συμπληρωνόταν από κοντινά τους πρόσωπα ή εξωτερικούς και αμερόληπτους αξιολογητές.

Παρόλα αυτά όμως η αισιοδοξία φαίνεται ότι όντως διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην αντίληψη συμπτωμάτων και κατά συνέπεια στις αντιδράσεις των ατόμων στα συμπτώματα αυτά, γι' αυτό στόχος μελλοντικών ερευνών θα πρέπει να είναι η βαθύτερη εξέταση της αισιοδοξίας και των χαρακτηριστικών που συνεπάγονται αυτής (π. χ. ενεργός εμπλοκή για την επίλυση προβλημάτων) και ο ρόλος της αισιοδοξίας στις αντιδράσεις συμπτωμάτων κοντινών προσώπων καθώς αποτελεί ένα τομέα τον οποίο έχουν διερευνήσει ελάχιστες μελέτες. Επίσης, η επιδείνωση των συμπτωμάτων (σενάρια κλιμακούμενων συμπτωμάτων) έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη κινητοποίηση για δράση (μέσω της χρήσης υπηρεσιών υγείας) και την μικρότερη αναμονή και αδράνεια. Τέλος, όταν τα συμπτώματα αφορούν τους σημαντικούς άλλους, τα άτομα κινητοποιούνται περισσότερο και σε πρωιμότερο στάδιο συγκριτικά με το αν εμφάνιζαν οι ίδιοι τα συμπτώματα. Τα παραπάνω ευρήματα είναι μείζουσας σημασίας καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας και ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα από τα αποτελέσματα καταλαβαίνουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τις ασθένειες και ειδικότερα για τα πρώτα σημάδια εμφάνισης τους, καθώς όσο πιο νωρίς διαγνωστεί μια ασθένεια τόσο πιο πιθανό είναι να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Επίσης, είναι πολύ σημαντικά για τις παρεμβάσεις σε ασθενείς και τις οικογένειες τους, για την έγκαιρη επίσκεψη σε ιατρούς και την αναζήτηση θεραπείας. Όπως είδαμε τα αισιόδοξα άτομα τείνουν να κινητοποιούνται και να εμπλέκονται ενεργά για την αντιμετώπιση και επίλυση των όποιων προβλημάτων τους (είτε αυτά είναι προβλήματα υγείας είτε άλλης φύσεως) αλλά και των προβλημάτων των κοντινών τους προσώπων και έτσι με το να εντάξουμε στα προγράμματα που αφορούν ασθενείς και τις οικογένειες τους (αλλά και σε προγράμματα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού) τεχνικές ενίσχυσης της αισιοδοξίας θα έχουμε ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση

και κινητοποίηση του κόσμου για την αποτελεσματική και έγκαιρη αντίδραση στα συμπτώματα. Επίσης, με την τόνωση της αισιοδοξίας βελτιώνεται και η ακριβής αντίληψη των συμπτωμάτων τόσο για τον εαυτό, όσο και για τους άλλους. Κάτι τέτοιο είναι πολύ σημαντικό καθώς οι συγγενείς - φροντιστές μπορεί να αποτελέσουν μια πολύτιμη βοήθεια για την ενημέρωση του γιατρού σχετικά με την πορεία της ασθένειας και την εξέλιξη των συμπτωμάτων, τις πιθανές παρενέργειες των φάρμακων (περιπτώσεις που ίσως απαιτούν αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής) καθώς και για ψέματα ή παραπληροφόρηση από πλευράς του ασθενή που μπορεί να φέρουν σε κίνδυνο την υγεία του (π. χ. σε περίπτωση που ένας ασθενής με καρδιοπάθεια εξακολουθεί να καπνίζει παρά τις εντολές του γιατρού). Κλείνοντας, η αισιοδοξία και τα χαρακτηριστικά που συνεπάγονται αυτής (π. χ. στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων) διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας αλλά και την υγεία γενικότερα και επομένως θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω και διεξοδικότερες έρευνες στο μέλλον για να ξεκαθαριστεί ποιες διεργασίες και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν, ώστε να χρησιμοποιηθούν σε ενέργειες για την ενίσχυση της πρόληψης και της πρόγνωσης ασθενειών και την προάσπιση της υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akin, S., & Durna, Z. (2013). A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, *17(1)*, 30 – 37.

Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, *21(5)*, 719 – 725.

Atienza, A. A, Stephens, M. A. P., & Townsend, A. L. (2004). Role stressors as predictors of changes in womens’ optimistic expectations. *Personality and Individual Differences*, *37(3)*, 471 – 484.

Boselie, J. J., Vancleef, L. M., Smeets, T., & Peters, M. L. (2014). Increasing optimism abolishes pain-induced impairments in executive task performance. *PAIN®*, *155(2)*, 334 – 340.

Busseri, M. A., Malinowski, A., & Choma, B. L. (2013). Are optimists oriented uniquely toward the future? Investigating dispositional optimism from a temporally-expanded perspective. *Journal of Research in Personality*, *47(5)*, 533 – 538.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, *30(7)*, 879 – 889.

Castagnetti, M., Zhapa, E., & Rigamonti, W. (2013). Primary severe hypospadias: comparison of reoperation rates and parental perception of urinary symptoms and cosmetic outcomes among 4 repairs. *The Journal of urology*, *189(4)*, 1508 – 1513.

Chatterjee, N., & Fernandes, G. (2014). ‘This is normal during pregnancy’: A qualitative study of anaemia-related perceptions and practices among pregnant women in Mumbai, India. *Midwifery*, *30(3)*, 56 – 63.

Fairclough, S. H., & Goodwin, L. (2007). The effect of psychological stress and relaxation on interoceptive accuracy: Implications for symptom perception. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 289 – 295.

Grady, A., Carey, M., & Sanson-Fisher, R. (2014). Assessing awareness of appropriate responses to symptoms of stroke. *Patient education and counseling*, 95(3), 400 – 405.

Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767 – 783.

Hedén, L., Pöder, U., von Essen, L., & Ljungman, G. (2013). Parents' perceptions of their child's symptom burden during and after cancer treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 366 – 375.

Heinonen, K., Räikkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (2005 – a). Dispositional optimism: development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 425 – 435.

Heinonen, K., Räikkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (2005 – b). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism–pessimism in adulthood: A 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 511 – 521.

Jang, Y., Park, N. S., Cho, S., Roh, S., & Chiriboga, D. A. (2012). Diabetes and depressive symptoms among Korean American older adults: The mediating role of subjective health perceptions. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97(3), 432 – 437.

Janssens, T., Verleden, G., De Peuter, S., Petersen, S., & Van den Bergh, O. (2011). The influence of fear of symptoms and perceived control on asthma symptom perception. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(3), 154 – 159.

Johnston, B. T., Gunning, J., & Lewis, S. A. (1996). Health care seeking by heartburn sufferers is associated with psychosocial factors. *American Journal of Gastroenterology*, *91*(12), 2500 – 2504.

Johnston, B. T., Lewis, S. A., & Love, A. H. (1995). Stress, personality and social support in gastro – oesophageal reflux disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(2), 221 – 226.

Karsdorp, P. A., Kindt, M., Everaerd, W., & Mulder, B. J. (2007). Preattentive processing of heart cues and the perception of heart symptoms in congenital heart disease. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1893 – 1902.

Kim, E. S., Chopik, W. J., & Smith, J. (2014). Are people healthier if their partners are more optimistic? The dyadic effect of optimism on health among older adults. *Journal of psychosomatic research*, *76*(6), 447 – 453.

Kopel, S. J., Walders – Abramson, N., McQuaid, E. L., Seifer, R., Koinis – Mitchell, D., Klein, R. B., & Fritz, G. K. (2010). Asthma symptom perception and obesity in children. *Biological Psychology*, *84*(1), 135 – 141.

Lau, S., Kubiak, T., Burchert, S., Goering, M., Oberländer, N., von Mauschwitz, H., & Hiemisch, A. (2014). Disentangling the effects of optimism and attributions on feelings of success. *Personality and Individual Differences*, *56*, 78 – 82.

Lobchuk, M. M., McClement, S. E., Daeninck, P. J., Shay, C., & Elands, H. (2007). Asking the right question of informal caregivers about patient symptom experiences: multiple proxy perspectives and reducing interrater gap. *Journal of pain and symptom management*, *33*(2), 130 – 145.

Miravittles, M., Ferrer, J., Baró, E., Lleonart, M., & Galera, J. (2013). Differences between physician and patient in the perception of symptoms and their severity in COPD. *Respiratory Medicine*, *107*(12), 1977 – 1985.

Monzani, D., Steca, P., & Greco, A. (2014). Brief report: Assessing dispositional optimism in adolescence–Factor structure and concurrent validity of the Life Orientation Test – Revised. *Journal of Adolescence*, *37*(2), 97 – 101.

Norman, P., & Brain, K. (2007). Does dispositional optimism predict psychological responses to counseling for familial breast cancer?. *Journal of psychosomatic research*, *63*(3), 247 – 254.

Perera, H. N., & McIlveen, P. (2014). The role of optimism and engagement coping in college adaptation: A career construction model. *Journal of Vocational Behavior*, *84*(3), 395 – 404.

Petersen, S., van den Berg, R. A., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: A theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 428 – 439.

Rezaei, F., Neshat Doost, H. T., Molavi, H., Abedi, M. R., & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, *36*(2), 57 – 64.

Rhee, H., Belyea, M. J., & Halterman, J. S. (2011). Adolescents' perception of asthma symptoms and health care utilization. *Journal of Pediatric Health Care*, *25*(2), 105 – 113.

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.

Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, *41*(4), 772 – 786.

Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects?. *Brain, Behavior, and Immunity*, *19*(3), 195 – 200.

Segerstrom, S. C., & Solberg Nes, L. (2006). When goals conflict but people prosper: The case of dispositional optimism. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 675 – 693.

Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30(4), 517 – 534.

Smith, T. W., Ruiz, J. M., Cundiff, J. M., Baron, K. G., & Nealey-Moore, J. B. (2013). Optimism and pessimism in social context: An interpersonal perspective on resilience and risk. *Journal of Research in Personality*, 47(5), 553 – 562.

Tolentino, L. R., Garcia, P. R. J. M., Lu, V. N., Restubog, S. L. D., Bordia, P., & Plewa, C. (2014). Career adaptation: The relation of adaptability to goal orientation, proactive personality, and career optimism. *Journal of Vocational Behavior*, 84(1), 39 – 48.

Wright, C. E., Ebrecht, M., Mitchell, R., Anggiansah, A., & Weinman, J. (2005). The effect of psychological stress on symptom severity and perception in patients with gastro-oesophageal reflux. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(6), 415 – 424.

Yeşilbalkan, Ö. U., & Okgün, A. (2010). Patients' self reports and caregivers' perception of symptoms in Turkish cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 119 – 124.

Wennman-Larsen, A., Tishelman, C., Wengström, Y., & Gustavsson, P. (2007). Factors influencing agreement in symptom ratings by lung cancer patients and their significant others. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), 146 – 155.

Wyke, S., Adamson, J., Dixon, D., & Hunt, K. (2013). Consultation and illness behaviour in response to symptoms: A comparison of models from different disciplinary frameworks and suggestions for future research directions. *Social Science & Medicine*, 86, 79 – 87.