



Αυτορρύθμιση, Συναισθήμα και Ποιότητα  
Ζωής Χρόνιων Ασθενών με Καρδιαγγειακή  
Νόσο

---

*«Ο διαμεσολαβητικός ρόλος του συναισθήματος του καρδιακού ασθενή στη σχέση μεταξύ της ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματός και της ποιότητας ζωής του. Ο τροποποιητικός ρόλος της αισιοδοξίας και της αντίληψης ελέγχου στην παραπάνω σχέση.»*

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ειρήνη Μπαρουξή**

(Α.Μ. 176)

**Επιβλέποντες Καθηγητες**  
**κος Ευάγγελος Χ. Καραδήμας**  
**κα Καλλιόπη Χατήρα**  
**κος Ιωάννης Τσαούσης**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>σελ.4</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>σελ.5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....</b>	<b>σελ.8</b>
2.1. Ποιότητα Ζωής των Καρδιολογικών Ασθενών.....	σελ.10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>σελ.13</b>
3.1. Θετικά Συναισθήματα και Υγεία.....	σελ.13
3.2. Αρνητικά Συναισθήματα και Υγεία.....	σελ.18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>σελ.25</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ</b>	
.....	<b>σελ.29</b>
5.1. Ρύθμιση Συναισθήματος και Σωματική Υγεία.....	σελ.34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ</b>	
<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ &amp; ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ.....</b>	<b>σελ.37</b>
6.1. Η Έννοια της «Αίσθησης Ελέγχου».....	σελ.37
6.2. Το Μοντέλο της Κοινής Λογικής και οι Αναπαραστάσεις Ελέγχου.....	σελ.38
6.3. Αναπαραστάσεις Ελέγχου της Ασθένειας και Υγεία.....	σελ.42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>σελ.46</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>σελ.50</b>
8.1. Συμμετέχοντες.....	σελ.50
8.2. Ερευνητικά Εργαλεία και Διαδικασία.....	σελ.50
8.3. Αναλύσεις.....	σελ.53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>σελ.56</b>
9.1. Μέτρηση Αξιοπιστίας και Συσχετίσεις.....	σελ.56
9.2. Διαμεσολάβηση του Συναισθήματος μεταξύ Ρύθμισης Συναισθήματος,	
Συναισθήματος και Ποιότητας Ζωής.....	σελ.58
9.3. Η Επίδραση της Αισιοδοξίας και της Αντίληψης Ελέγχου ως Ρυθμιστικών	
Μεταβλητών.....	σελ.61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΥΖΗΤΗ.....</b>	<b>σελ.63</b>
10.1. Σκοπός της Έρευνας και Βασικά Ευρήματα .....	σελ.63
10.2. Περιορισμοί της Έρευνας .....	σελ.67
10.3. Πλεονεκτήματα της Έρευνας .....	σελ.67
10.4. Σύνδεση των Ευρημάτων με την Κλινική Πράξη .....	σελ.69

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.71**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.97**

## **Περίληψη**

Τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση, μέσα από την έρευνα και την κλινική πράξη, στο πώς η υγεία του ατόμου επηρεάζεται από τα συναισθήματα του. Η επιστημονική αξιολόγηση της σχέσης αυτής θα δώσει τη δυνατότητα για το σχεδιασμό κατάλληλων ψυχολογικών παρεμβάσεων σε θέματα ολιστικής υγείας (ψυχοκοινωνικής και σωματικής), οι οποίες θα στοχεύουν στη διαχείριση και αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων μέσω της αλλαγής του συναισθήματος και τη μείωση της δυσφορίας ή του στρες. Επιπλέον, η ρύθμιση του συναισθήματος αποτελεί ερευνητικά και κλινικά έναν κρίσιμο παράγοντα εξασφάλισης της υποκειμενικής ευεξίας του ατόμου, του οποίου η δυσλειτουργία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής, οδηγώντας ακόμα και σε σωματική ασθένεια (Gross & John, 2003).

Η συγκεκριμένη προδρομική έρευνα εξετάζει κατά πόσο οι παράγοντες της αισιοδοξίας, του συναισθήματος του ασθενή (αρνητικό ή θετικό), της αντίληψης ελέγχου (προσωπικού και ιατρικού) της καρδιαγγειακής ασθένειας διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ της ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος και της ψυχοκοινωνικής και σωματικής ποιότητας ζωής του. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι όταν διαμεσολαβεί το θετικό συναίσθημα η ικανότητα γνωστικής επαναξιολόγησης της ασθένειας σχετίζεται θετικά με την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Δεν παρουσιάζεται συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής καταπίεσης και συναισθήματος, αλλά ούτε και άμεση ή έμμεση επίδραση της πρώτης στην ψυχοσωματική ευεξία. Επίσης, η αισιοδοξία δεν ρυθμίζει το πότε η ρύθμιση του συναισθήματος σχετίζεται με την ποιότητα συναισθήματος του ασθενή. Τέλος, το θετικό συναίσθημα σχετίζεται θετικά με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας όταν υπάρχει ισχυρή αντίληψη ικανότητας ελέγχου της καρδιακής πάθησης μέσω της εμπιστοσύνης που ο ασθενής δείχνει στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι πιθανώς το συναίσθημα – αντιληπτό από τον ασθενή - μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του καρδιακού ασθενή, ανάλογα με την ικανότητα του ίδιου να εκτιμά ρεαλιστικά την ευρύτερη κατάσταση της ασθένειάς του.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρδιαγγειακή νόσος, συναίσθημα, αισιοδοξία, ρύθμιση συναισθήματος, ποιότητα ζωής, αντίληψη ελέγχου, διαμεσολάβηση, σωματική υγεία.

## **1. Εισαγωγή**

Αν και τα τελευταία χρόνια καταγράφεται μια συνεχής μείωση στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα (από 350/100.000 πληθυσμού το 1990 σε 260/100.000 πληθυσμού το 2000), η καρδιαγγειακή νόσος επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και αντιπροσωπεύει μια βασική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς κι ένα σημαντικό οικονομικό βάρος στις κοινωνίες (Poluzzi *et al.*, 2007). Τα πρόσφατα επιτεύγματα αποδίδονται κυρίως σε ένα συνδυασμό προληπτικών προγραμμάτων καθώς επίσης και στην πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος εξακολουθούν να παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου στις δυτικές κοινωνίες, αποτελώντας την πρώτη αιτία χαμένων παραγωγικών ετών ζωής και ετών ζωής λόγω ανικανότητας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [World Health Organization (WHO)], κάθε έτος, περίπου 17.000.000 θάνατοι και 126.000.000 Χαμένα Έτη Ζωής αποδίδονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO, 2007). Επιπλέον, η υπέρταση είναι ένας παραδοσιακός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχει καταστεί ένας από τους κύριους συντελεστές για την παγκόσμια «επιβάρυνση» της ασθένειας (He *et al.*, 2005). Αναφέρεται ότι παγκοσμίως ο επιπολασμός της υπέρτασης είναι πάνω από ένα(1) δισεκατομμύριο ασθενείς και περισσότεροι από 7,1 εκατομμύρια θάνατοι μπορούν να αποδοθούν ετησίως στην υπέρταση.

Ο όρος καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνει την υπέρταση, την στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την καρδιακή ανεπάρκεια, κοιλιακές αρρυθμίες, συγγενείς καρδιοπάθειες και μυοκαρδιοπάθειες. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) 52.000 θάνατοι (περίπου 49%) σε σύνολο 105.529 θανάτων, το 2003 οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις (Ε.Σ.Υ.Ε., 2000-2005). Από τα στοιχεία αυτά φαίνεται, ότι στην Ελλάδα το 2003 η στεφανιαία νόσος ήταν η τρίτη αιτία θανάτου και ευθυνόταν για το 13,3% του συνόλου των θανάτων, ενώ πρώτη αιτία θανάτου ήταν τα αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια (17,5% του συνόλου των θανάτων). Οι κυριότερες αιτίες θανάτου για το 2012 ήταν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος με 49.728 θανάτους. Ακολουθούν οι θάνατοι από νεοπλασμάτα που ανήλθαν σε 28.201, ενώ σε 11.384 ανήλθαν οι θάνατοι που οφείλονται σε νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Σε σχέση με παλαιότερα χρόνια, το ποσοστό θανάτων από νοσήματα του κυκλοφορικού

συστήματος στο σύνολο των θανάτων από 10% που ήταν το 1938 (πρώτο έτος για το οποίο υπάρχουν αναλυτικά στοιχεία), ανήλθε σε 25% το 1956 (πρώτο μεταπολεμικό έτος για το οποίο υπάρχουν στοιχεία) και 43% το 2012 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014).

Σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούσαν την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στη μέση και μεγάλη ηλικία. Στην εποχή μας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται τόσο σε γυναίκες όσο και σε άνδρες. Ωστόσο, ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία και ιδιαίτερα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Περίπου το 82% των θανάτων αυτών συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Τα καρδιακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ υπολογίζεται ότι έως το 2025 οι θάνατοι θα ξεπερνούν τους 25.000.000 ετησίως (WHO, 2011b). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα οδηγούν σε σημαντικό βαθμό αναπηρία και μείωση της παραγωγικότητας των ασθενών.

Οι παράγοντες κινδύνου (χαρακτηριστικά του ατόμου και συμπεριφορές ή συνήθειες που σχετίζονται με την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου) στις καρδιαγγειακές ασθένειες, διακρίνονται σε δυο βασικά είδη. Σε τροποποιήσιμους (μπορούν αν αλλάξουν) παράγοντες κινδύνου και σε μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (WHO, 2009). Τροποποιήσιμοι ή μερικώς τροποποιήσιμοι παράγοντες είναι η αρτηριακή υπέρταση, το στρες, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία (χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης), η παχυσαρκία καθώς και ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες αφορούν στην κληρονομικότητα, το φύλο και την ηλικία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου το 80% των πρόωρων θανάτων εξαιτίας κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος θα μπορούσε να αποφευχθεί αν ελεγχόταν τρεις βασικοί παράγοντες κινδύνου: 1)το κάπνισμα, 2)η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και 3)η κακή διατροφή.

Σύμφωνα με την επιδημιολογική μελέτη INTERHEART για την διευκρίνιση των παραγόντων κινδύνου του εμφράγματος του μυοκαρδίου σε παγκόσμια κλίμακα, το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων σε καθημερινή βάση, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ καθώς και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξηγούν το 90% της νόσου - αποδοτέος κίνδυνος σε επίπεδο πληθυσμού (Yusuf *et al.*, 2004). Πέρα από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, επιδημιολογικές έρευνες τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δείξει ξεκάθαρα ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι

οποίοι σχετίζονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αρνητικό συναίσθημα και κοινωνικούς παράγοντες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων όσο και στην πρόγνωση των ασθενών που πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα (von Känel, 2012). Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες, την προσωπικότητα, τα αρνητικά συναισθήματα και το κοινωνικό πλαίσιο (κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και κοινωνική υποστήριξη) (Smith & Blumenthal, 2011).

Παρά τα παραπάνω, στην Ελλάδα είναι ελάχιστες οι μελέτες που αξιολογούν την ποιότητα ζωής ατόμων με καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπρόσθετα στην Ελλάδα, αν και κατά τη διάρκεια των επισκέψεων των ασθενών για τον προγραμματισμένο έλεγχο υγείας τους στον ιατρό δίνονται κάποιες συμβουλές που αφορούν στις συμπεριφορές που επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας τους, δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα αγωγής υγείας που να στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (Τούντας, 2006). Τα παραπάνω γεγονότα, καθώς και η ανάλυση των μεταβλητών που ακολουθεί, αποτέλεσαν σημαντικά κίνητρα απόφασης της θεματικής της παρούσας έρευνας, του πληθυσμού ασθενών στον οποίο απευθύνεται, των υποθέσεων και της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε.

## **2. Ποιότητα Ζωής**

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας της ζωής. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και με την πρακτική αξία των διάφορων δεικτών της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στον χώρο της υγείας με το Καταστατικό του WHO του 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας.

Τη δεκαετία του 1950, στα πλαίσια του καθορισμού των κριτηρίων για την καλή ψυχική υγεία, η Jahoda (1958) τόνισε ότι όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για την ψυχική ευεξία οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Ως καλύτερα κριτήρια για την ψυχική υγεία θεωρήθηκαν τα εξής: θετική αυτοαντίληψη, δυνατότητα δραστηριότητας και ανάπτυξη δεξιοτήτων, ολοκληρωμένη προσωπικότητα, ικανότητα λήψης ατομικών αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων (χωρίς κοινωνική απομόνωση), αίσθηση πραγματικότητας, εμπάθεια, ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων με άλλους ανθρώπους. Στην συνέχεια, αναπτύχθηκε η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής», σύμφωνα με την οποία, στο ατομικό επίπεδο, η ποιότητα της ζωής είναι καλή όταν το άτομο: 1)είναι δραστήριο, με την έννοια ότι ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες (π.χ. εργασία, άθληση, πολιτική, καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ.) που δίνουν σημασία στη ζωή του, 2)έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (φιλικές, συνεργατικές, οικογενειακές και σεξουαλικές) που του εξασφαλίζουν την αίσθηση του ανήκειν και την κοινωνική συμμετοχή, 3)νοιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του. 4)είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές (Naess, 1987). Αυτές οι παράμετροι εξαρτώνται από την εσωτερική διάθεση του ατόμου, αλλά επηρεάζονται και από εξωτερικούς παράγοντες. Τα πιο πρόσφατα μοντέλα συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Lindstrom, 1995).

Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής η οποία περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία



ποιότητα ζωής (Yfantopoulos, 2008). Θα λέγαμε ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, η οποία αφορά στις θετικές και στις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής, και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Η διατήρηση ή η ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες όπου δεν υπάρχει θεραπεία αλλά η ιατρική παρέμβαση συνδέεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την ικανότητα προσαρμογής στην ασθένεια και την πορεία αυτής (Γείτονα *et al.*, 2004).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας και των ιατρικών πράξεων έχοντας ως στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την παράταση της ζωής των ασθενών σε τελικό στάδιο ή με χρόνια νόσο. Σημαντικοί παράγοντες που λαμβάνονται υπόψιν είναι η προσωπικότητα του ασθενή, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εργασιακή λειτουργικότητα, το οικογενειακό γίνεσθαι, το ψυχοπαθολογικό ιστορικό, και τέλος η στάση και αντίληψη τού απέναντι στην ασθένεια, τα αίτια και την πιθανή έκβασή της. Με αυτόν τον τρόπο αποκτάται μια ολιστική γνώση που αφορά τον ασθενή και τη βιοψυχοκοινωνική του κατάσταση. Επίσης, γίνονται ξεκάθαροι παράγοντες που βελτιώνουν ή υποσκάπτουν την προσπάθειά του να αποδεχτεί την ασθένεια, να προσαρμοστεί σε αυτή, να αντιληφθεί ρεαλιστικά την ικανότητα ελέγχου που μπορεί να ασκήσει, τις δυνατότητες και τις ικανότητες που του επιτρέπουν να διεκδικήσει την βελτίωση της υγείας του. Με βάση λοιπόν την μοναδικότητα της περίπτωσης του ασθενή, το ιατρικό προσωπικό μπορεί να εργαστεί για να παράγει βελτιωτικές παρεμβάσεις στην υγεία. (Κατσανός & Τσιάνος, 1999. Yfantopoulos, 2001).

Η σύγχυση που επικρατεί για το τί πρέπει να μετρηθεί και πώς, πηγάζει από την έλλειψη (στις περισσότερες εργασίες) ενός κοινού ορισμού της ποιότητας ζωής ή μίας ξεκάθαρης δήλωσης των σκοπών της μέτρησής της (Gill & Feinstein, 1994. Guyatt, Naylor, Juniper, Heyland, Jaeschke & Cook, 1997). Αναγνωρίζεται ότι η κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση της πορείας νοσημάτων ή της κατάστασης υγείας δείχνει μέρος μόνο του φορτίου της αρρώστιας και ότι άλλοι παράγοντες, όπως ο πόνος, ο φόβος, η κατάθλιψη, και οι περιορισμοί του κοινωνικού ρόλου και των πόρων της διαπροσωπικής συναναστροφής, επηρεάζουν την ζωή των ασθενών. Οι περισσότερες μελέτες αξιολογούν δύο κύριες διαστάσεις της ποιότητας της ζωής: 1) την αντικειμενική, που εκφράζεται με το βαθμό λειτουργικότητας και τη

συμπεριφορά του ατόμου, και 2) την υποκειμενική, που είναι η ευεξία του ατόμου και η προσωπική αντίληψη της κατάστασής του.

Ο ορισμός του WHO (WHOQOL, 1995) για την ποιότητα της ζωής επισημαίνει ότι πρόκειται για την «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Επίσης, τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής, δίνοντας ταυτόχρονα μεγαλύτερο βάρος στην υποκειμενική διάσταση και στις θετικές όψεις. Παράλληλα, δείχνει ομοιότητα με την περιβαλλοντική προσέγγιση στην ποιότητα ζωής (Rogerson, 1995) και εισάγει την πολιτισμική διάσταση που τροποποιεί τις ατομικές αντιδράσεις στην ασθένεια (Guarnaccia, 1996. Kuyken, Orley, Hudelson & Sartorius, 1994).

### **2.1. Ποιότητα Ζωής των Καρδιολογικών Ασθενών**

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και παράγοντες όπως η ψυχική, κοινωνική και σωματική υγεία τους έχουν αποδειχθεί πολύ χρήσιμοι στην αξιολόγηση της ανάρρωσης και της προσαρμογής τους στην ασθένεια (Dyer, Goldsmith, Sharples, & Buxton, 2010). Επιδημιολογική μελέτη σε δέκα πολιτείες της Αμερικής έδειξε σαφείς διαφορές στα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο σε σχέση με υγιείς ενήλικες. Οι ασθενείς ένιωθαν εντονότερη σωματική και πνευματική εξασθένηση παρουσιάζοντας μεγαλύτερο περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. (Ford *et al.*, 2008). Έρευνα επικεντρωμένη στα σωματικά συμπτώματα ασθενών οι οποίοι ένα μήνα πριν είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, έδειξε ότι οι γυναίκες ασθενείς υποφέρουν περισσότερο από πόνους στο στήθος και δύσπνοια από ότι οι άνδρες ασθενείς (Mortensen *et al.*, 2007).

Επιπλέον, αρκετές από τις ιατρικές διαδικασίες αντιμετώπισης του προβλήματος μπορεί να συνεπάγονται έκπτωση στην ποιότητα ζωής. Τέτοιο παράδειγμα είναι η τοποθέτηση καρδιακού απινιδωτή. Η εμφύτευση ενός καρδιακού απινιδωτή, παρά το γεγονός ότι πρόκειται για μια συσκευή «αποταμίευσης ζωής», μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές και κοινωνικούς περιορισμούς στους παραλήπτες, και να σχετιστεί με συχνή εμφάνιση κλονισμών και μειωμένη ποιότητα ζωής (Bilge *et al.* 2006). Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών μεταβάλλεται και επηρεάζεται από την εμφύτευση της συσκευής. Ολόκληρη η κατάσταση ζωής του

ασθενή αλλάζει μετά από την εμφύτευση, η οποία δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα, όπως ανησυχία και θυμό. Επίσης, η εμφύτευση του καρδιακού απινιδωτή επηρεάζει αρνητικά διάφορες διαστάσεις, όπως η πνευματική, η διανοητική, η φυσική, η συναισθηματική και η κοινωνικο-πολιτιστική (Flemme *et al.* 2001). Βέβαια, τα πράγματα δεν είναι μονοσήμαντα. Έτσι, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι ούτως ή άλλως αντιμετωπίζουν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας της χρόνιας λήψης φαρμακευτικής αγωγής και των πολυάριθμων προβλημάτων της νόσου, ο τρόπος ζωής τους μπορεί να περιπλέκεται περαιτέρω από την παρουσία του εμφυτευμένου καρδιακού απινιδωτή, αλλά είναι πιθανό να βελτιωθεί λόγω της ασφάλειας που προσφέρει, καταπολεμώντας τις απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες (Bilge *et al.*, 2006).

Επίσης, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνουν μια χρόνια και απειλητική κατάσταση για τη ζωή τους, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη κόπωση και δύσπνοια, επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης και αυξημένες επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Τα παραπάνω προβλήματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και έχουν οδηγήσει σε μια αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής σε αυτούς τους ασθενείς θα βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων αυτής της ασθένειας (Braunwald, 2005. Πολυκανδριώτη *et al.*, 2009).

Τα σωματικά συμπτώματα, τα προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα (μείωση κοινωνικών επαφών), η αβεβαιότητα και ο φόβος όσον αφορά το μέλλον και την πορεία της υγείας καθώς και συμπτώματα/παρενέργειες που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ξερός λαιμός, αφυδάτωση) αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες, ιδιαίτερα κατά το διάστημα της ανάρρωσης των καρδιολογικών ασθενών (Jaarsma, Kastermans, Dassen, & Philipsen, 1995). Σε μελέτη με καρδιολογικούς ασθενείς (1124 άτομα) με στόχο την αξιολόγηση των βασικότερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν κατά την προσαρμογή τους στην ασθένεια φάνηκε ότι οι ασθενείς σε ποσοστό 60 – 70%, τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο ανέφεραν σημαντικά προβλήματα, τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά. Επιπλέον, ανέφεραν προβλήματα σχετικά με την οικογένεια, την επικοινωνία και τη συμμετοχή στις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες, τα οποία εμπόδιζαν την ομαλή ανάρρωσή τους (Dixon, Lim, Powell, & Fisher, 2000).

Συνοψίζοντας, ο όρος της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει διαστάσεις όπως είναι η ύπαρξη και ένταση των σωματικών συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα του ατόμου (π.χ. η ικανότητά του να ζει μόνο του και να συντηρεί τον εαυτό του), η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική δραστηριότητα, η συναισθηματική του κατάσταση, οι γνωστικές και νοητικές του ικανότητες, ο βαθμός της γενικής ικανοποίησης του από τη ζωή (Baum, Gatchel & Krantz, 1997). Τα παραπάνω θέματα θα πρέπει να θίγονται και να αντιμετωπίζονται κάθε φορά και σε κάθε φάση της εξέλιξης της ασθένειας, ώστε να διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ζωής και διαβίωσης για τον ασθενή. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο ότι σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας ιδιαίτερος σημαντικό είναι το ζήτημα της ποιότητας ζωής, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

### **3. Συναίσθημα και Υγεία**

Ως συναίσθημα τείνουμε να αναγνωρίζουμε εκείνες τις εξελικτικές τάσεις αντίδρασης που περιλαμβάνουν τόσο την εκάστοτε συγκίνηση του ατόμου όσο και τις γνωστικές διεργασίες (μνήμη, προσοχή, αντίληψη). Η συγκινησιακή αντίδραση εξαρτάται επίσης από τα κίνητρα που εμπλέκονται και μαθημένες συμπεριφορές που συνοδεύουν κάθε συγκινησιακό περιεχόμενο, συνοδευόμενες από τις φυσιολογικές αντιδράσεις που απορρέουν από αυτές τις εμπειρίες (Diamond & Aspinwall, 2003. Gross, 2002. Keltner & Gross, 1999. Propper & Moore, 2006). Κατά τον Gross, (1998), το συναίσθημα θεωρείται επίσης ως μέρος ενός εξελικτικού συστήματος που ελέγχει την συμβατότητα μεταξύ των στόχων που θέτει το άτομο και της πραγματικότητας. Όσο μεγαλύτερη είναι η συνοχή μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες επίτευξης των στόχων, με απόρροια την πρόκληση θετικών συναισθημάτων. Η συναισθηματική εμπειρία είναι αποτέλεσμα αξιολόγησης του εσωτερικού βιώματος του ατόμου στο επίπεδο των ψυχοσωματικών αισθήσεων και σκέψεων καθώς και συναισθηματικά επενδυμένων στοιχείων, η επεξεργασία των οποίων οδηγεί στην ανακύκλωση και έκφραση συγκεκριμένων εμπειρικών συμπεριφορών και φυσιολογικών διεργασιών (Gross & John, 2003. John & Gross, 2004).

#### **3.1. Θετικά Συναίσθημα και Υγεία**

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες και τη θεωρία, τα θετικά συναισθήματα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην γνωστική αντίληψη και εξέλιξη της ασθένειας. Συμβάλλουν επίσης στις συμπεριφορές υγείας και τις στρατηγικές που θα υιοθετηθούν από το άτομο για την επανάκτηση ή βελτίωση της βιοψυχοκοινωνικής του ακεραιότητας. Για παράδειγμα, οι Folkman και Moskowitz (2000) υποστήριξαν ότι τα θετικά συναισθήματα δρουν μειώνοντας (εξισορροπώντας) το άγχος και τη δυσφορία του ατόμου και συντελώντας στην θετική επαναξιολόγηση των γεγονότων. Η Taylor (1983) τόνισε το ρόλο τους στην ανεύρεση νοήματος, κάτι που φαίνεται ιδιαίτερος σημαντικό σε ακραίες και δύσκολες καταστάσεις, όπως σε μια επικίνδυνη για τη ζωή ασθένεια. Οι Scheier και Carver (1992) επισήμαναν την σημαντική συμβολή των θετικών συναισθημάτων στην ανάπτυξη της αισιοδοξίας, η οποία είναι ικανή να εξασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο ευεξίας. Ταυτόχρονα, τα θετικά συναισθήματα δρουν «αναιρώντας» τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων και

του στρες (Fredrickson, 1998). Στα πλαίσια της Θετικής Ψυχολογίας παρατηρείται υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική υγεία-ευεξία και τα θετικά συναισθήματα. Τα επίπεδα ψυχικής υγείας που εξασφαλίζουν τα θετικά συναισθήματα προβλέπουν μεγάλο προσδόκιμο ζωής, καλή ποιότητα ζωής και μειωμένα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Τα θετικά συναισθήματα λειτουργούν προστατευτικά τόσο σε ψυχικές όσο και σε σωματικές νόσους. Έχει παρατηρηθεί αύξηση ευημερίας σε χρόνιους ασθενείς μετά από παρεμβατικές τεχνικές που αντιμετωπίζουν το άγχος και την καταθλιπτική διάθεση (Seligman, 2008).

Οι Lyubomirsky, Thach και DiMatteo (2006) και οι Mroczek και Spiro (2005) υποστηρίζουν ότι άτομα που χαρακτηρίζονται ως ευτυχή αναφέρουν σχετικά εξαιρετική σωματική υγεία και βιώνουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα. Οι Pressman και Cohen (2005) αποκάλυψαν ότι αναπτύσσεται ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και νοσηρότητας, καθώς επίσης επιμήκυνση του χρόνου ζωής μεταξύ των υπερηλίκων, ενώ οι Ostir, Markides, Peek και Goodwin (2001) σε μελέτη προδρομικής παρακολούθησης βρήκαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και πιθανότητας εμφράγματος μυοκαρδίου. Οι Fredrickson (1998), Pressman & Cohen (2005), Richman *et al.* (2005), Rozansky *et al.* (2005) βρήκαν ότι σε άτομα με θετικό συναίσθημα παρατηρείται μακροβιότητα, ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και χαμηλή επικινδυνότητα για υπέρταση. Επίσης, οι Scherer και Herrmann-Lingen (2009) παρατήρησαν σημαντική μείωση της θνησιμότητας σε ασθενείς που επιδεικνύουν θετικό συναίσθημα και νοσηλεύονται με κάποια οργανική νόσο κατ' επανάληψη και σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα θετικά συναισθήματα δρουν προστατευτικά στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, εξασφαλίζοντας ακόμα και τη μακροβιότητα του, ή λειτουργώντας ως δείκτες πρόβλεψης πιθανότητας εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η προδρομική έρευνα των Davidson, Mostofsky και Whang (2010), η οποία αφορούσε το κατά πόσο τα θετικά συναισθήματα είναι ανεξάρτητα σε σχέση με τα αρνητικά συναισθήματα ως προς την ανάπτυξη καρδιολογικής νόσου, καθώς και το αν τα υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων σχετίζονται με χαμηλότερη επικινδυνότητα εμφάνισης καρδιοπαθολογίας. Παρακολούθησαν επί δέκα (10) χρόνια 1.739 ενήλικες. Το δείγμα ήταν αρχικά υγιείς ενήλικες άνω των δεκαοκτώ (18) ετών με απουσία ιστορικού καρδιαγγειακής νόσου κατά τα πέντε (5) τελευταία χρόνια. Κατεγράφησαν βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επικινδυνότητας, καθώς

και το επίπεδο στο οποίο οι συμμετέχοντες εμφάνιζαν θετικά συναισθήματα, είτε λεκτικά είτε συμπεριφορικά, μέσω 12λεπτης δομημένης συνέντευξης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων ήταν πιθανότερο να είναι γυναίκες, λιγότερο πιθανό να είναι καπνιστές, είχαν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής χοληστερόλης, χαμηλότερη διαστολική και συστολική πίεση, χαμηλότερα επίπεδα εχθρότητας και λιγότερα συμπτώματα άγχους. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων συνεισφέρουν στην βελτιστοποίηση της συνολικής σωματικής και καρδιολογικής εικόνας. Έτσι, φάνηκε ότι η αύξηση των θετικών συναισθημάτων σχετίζεται άμεσα με τη στατιστικά χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μέσα στη δεκαετία, επιβεβαιώνοντας τον προστατευτικό ρόλο και την προληπτική ισχύ των θετικών συναισθημάτων ως προς την εμφάνιση καρδιολογικής δυσλειτουργίας. Το θετικό συναίσθημα ασκεί προστατευτική επίδραση για τον οργανισμό όπως έχει φανεί και σε πρόσφατη μετα-αναλυτική έρευνα των Chida και Steptoe (2008), η οποία εστίασε στη σχέση της ψυχικής ευεξίας και της θνησιμότητας τόσο σε υγιή πληθυσμό όσο και σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια. Επίσης, υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε ένα διάστημα έξι(6) ετών, ακόμη και μετά τον έλεγχο παραγόντων όπως το φύλο, η εθνική καταγωγή και το αρνητικό συναίσθημα (Ostir *et al.*, 2001). Τέλος, οι Moskowitz, Epel και Acree (2008) απέδειξαν πως το θετικό συναίσθημα συνδέεται με τη μείωση της επικινδυνότητας θανάτου σε διαβητικούς.

Όσον αφορά στην καρδιαγγειακή υγεία, το θετικό συναίσθημα δρα διαμεσολαβώντας σε ψυχοφυσιολογικές διεργασίες που ενισχύουν και ενεργοποιούν φυσιολογικά συστήματα και λειτουργίες που έχουν προσαρμοστικό χαρακτήρα. Για παράδειγμα, οι Tugade και Fredrickson (2004) παρατήρησαν ότι η συχνότητα παλμού μετά από έντονο στρες επανερχόταν σε κανονικά επίπεδα (baseline) πιο γρήγορα σε άτομα που χαρακτηρίζονταν από θετικό συναίσθημα. Επίσης, ποικίλοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί ως διαμεσολαβητές μεταξύ των θετικών συναισθημάτων και της εύρυθμης λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος. Οι Bhattacharyya, Whitehead, Rakhit και Steptoe (2008) μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ ποικιλότητας καρδιακού ρυθμού (δηλ., αριθμός καρδιακών χτύπων ανά μονάδα χρόνου), καταθλιπτικής διάθεσης και θετικού συναισθήματος σε ασθενείς με υποπευδόμενη στεφανιαία νόσο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα θετικά συναισθήματα, και όχι τα αρνητικά συναισθήματα, συμμετείχαν στην

ενεργοποίηση του παρασυμπαθητικού σκέλους του ελέγχου της καρδιακής λειτουργίας (το οποίο εξοικονομεί και εναποθηκεύει ενέργεια, σε αντίθεση με το συμπαθητικό σύστημα που προετοιμάζει τον οργανισμό για αυξανόμενες απαιτήσεις ετοιμότητας). Τα θετικά συναισθήματα, δηλαδή, διαμεσολαβούν ενεργοποιώντας ή ενισχύοντας το μέγεθος της δραστηριότητας του παρασυμπαθητικού συστήματος στον καρδιακό ρυθμό. Σημειώνεται ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα που προέκυψαν για τον καρδιακό ρυθμό ήταν ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη φαρμακευτική αγωγή, την κατάσταση της καρδιαγγειακής νόσου, του δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα και το επίπεδο φυσικής άσκησης.

Σε έρευνα των Brummett, Boyle, Kuhn, Siegler και Williams (2009) παρατήρησαν ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από θετικό συναίσθημα κατά την εισαγωγή τους στη δοκιμασία εργαστηριακού στρες, εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση, καθώς και ηπιότερη νορεπινεφρική απαντητικότητα. Οι Steptoe, O'Donnell, Marmot και Wardle (2008) διερεύνησαν μία άλλη πιθανή οδό διαμεσολάβησης των θετικών συναισθημάτων ως προς την προστασία και ευεξία του καρδιαγγειακού συστήματος. Στα ευρήματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι, άτομα με υψηλό επίπεδο θετικού συναισθήματος και σκοπό ζωής (purposeful life) επιδεικνύουν καλύτερη ποιότητα και ποσότητα ύπνου, γεγονός που ενισχύει την ομαλή καρδιακή λειτουργία. Επίσης, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι αρνητικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η οικονομική πίεση, η κοινωνική απομόνωση, η χαμηλή συναισθηματική υποστήριξη, οι αρνητικές κοινωνικές σχέσεις και η ψυχολογική δυσφορία συσχετίζονταν με αναφερόμενα προβλήματα στον ύπνο. Όταν όμως τα θετικά συναισθήματα λαμβάνονταν υπόψιν σε αυτή τη συσχέτιση, το σθένος της συσχέτισης αυτών των παραγόντων μειωνόταν κατά 23%–70%. Συνεπώς, τα θετικά συναισθήματα διαμεσολαβούν, έστω και μερικώς, ώστε η επίδραση των αρνητικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων να είναι ηπιότερη.

Η υγεία επωφελείται από την εμπειρία θετικών συναισθημάτων, ο ρόλος των οποίων κρίνεται κρίσιμος στα πλαίσια αντιμετώπισης αρνητικών γεγονότων. Τα θετικά συναισθήματα μπορεί να είναι αξιόλογα εργαλεία για μακροχρόνια οφέλη με τη χρήση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης. Μελέτη έδειξε ότι τα θετικά συναισθήματα διευκολύνουν συμπεριφορές υγείας, επιταχύνοντας την ανάρρωση ατόμων με καρδιαγγειακή ασθένεια και την ανακούφιση από τα αρνητικά συμπτώματα. Όσον αφορά στην προσαρμογή στην ασθένεια και τις στρατηγικές επίλυσης, ο Fredrickson το 2000 (όπως αναφέρεται στο Tugade, Fredrickson &



Feldman Barrett, 2004) υποστήριξε τη σημαντικότητα της θετικής συναισθηματικής συσπείρωσης για τη δημιουργία σχεδίων δράσης και στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι τρόποι με τους οποίους τα ανθεκτικά άτομα πετυχαίνουν τους στόχους τους είναι το χιούμορ, η δημιουργική εξερεύνηση, η χαλάρωση και η αισιόδοξη σκέψη. Τα θετικά συναισθήματα αποτελούν το αντίδοτο σε χρόνιες ασθένειες και στα επακόλουθα αρνητικά συναισθήματα. Ακόμα, παρατηρήθηκε σημαντική η χρησιμότητα του γέλιου και του χιούμορ, αφού δρουν αυξάνοντας τα θετικά συναισθήματα και βελτιώνοντας τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Απεδείχθη ακόμα ότι ασθενείς με αισιοδοξία υπέφεραν λιγότερο μετά από εγχείριση bypass συγκριτικά με άλλους ασθενείς. Ασθενείς που βρίσκουν τρόπους αντιμετώπισης του στρες και των καταθλιπτικών διαθέσεων φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερη εκτίμηση της ζωής και να συνάπτουν στενές σχέσεις, δημιουργώντας μια καλή ποιότητα στη ζωή τους.

Το 2006 οι Cohen, Alper, Doyle Treanor και Turner (όπως αναφέρεται στο Steptoe, Dockray & Warlde, 2009) στα πλαίσια πειράματος πραγματοποίησαν την έκθεση εθελοντών σε ελεγχόμενες συνθήκες με ιούς και μεταδιδόμενους οργανισμούς, όπου αποδείχθηκε ότι οι συμμετέχοντες με θετικό συναισθηματικό τρόπο ζωής μείωσαν τον κίνδυνο να αναπτύξουν κάποια αναπνευστική ασθένεια. Φάνηκε ότι το θετικό συναίσθημα σχετίζεται με θετικές συμπεριφορές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σχετίζεται με τακτική άσκηση, διακοπή καπνίσματος και υγιεινή διατροφή. Ταυτόχρονα σχετίζεται με ψυχολογικούς προστατευτικούς παράγοντες όπως: αισιοδοξία, προσαρμοστικά σχέδια δράσης, στενές κοινωνικές σχέσεις, ελπίδα, ικανοποίηση από τη ζωή, αυτοεκτίμηση και συναισθηματική ζωτικότητα. Κάποια στοιχεία της προσωπικότητας ενός ασθενούς συσχετίζονται με τη διαδικασία ανάρρωσης ύστερα από μια στρεσογόνο εμπειρία. Το θετικό συναίσθημα μπορεί να προστατέψει από μελλοντική ασθένεια ή ακόμα να εμποδίσει την εξέλιξη μιας υπάρχουσας χρόνιας ασθένειας. Η απουσία άγχους, κατάθλιψης, ανησυχίας και άλλων αρνητικών καταστάσεων μπορεί να συνεισφέρει προς την ίδια κατεύθυνση (Steptoe, Dockray & Warlde, 2009).

Τέλος, η έλλειψη θετικού συναισθήματος (ανηδονία) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο σχετίζεται με μεγαλύτερη αναφορά σωματικών και γνωστικών συμπτωμάτων τόσο πριν όσο και μετά την καρδιακή αποκατάσταση, ανεξάρτητα από τα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος στον ασθενή (Pelle *et al.*, 2011). Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι το επίπεδο υγείας των ασθενών, τόσο εκείνων που παρουσίασαν ανηδονία όσο κι εκείνων που δεν παρουσίασαν, βελτιώθηκε με την πάροδο του

χρόνου και τα σωματικά και γνωστικά συμπτώματα μειώθηκαν. Επιπλέον, οι ασθενείς που παρουσίασαν ανηδονία ανέφεραν ότι επωφελήθηκαν περισσότερο από την καρδιακή αποκατάσταση όσον αφορά τη μείωση σε σωματικά και νοητικά συμπτώματα.

### **3.2. Αρνητικά Συναισθήματα και Υγεία**

Μέχρι σήμερα τόσο παλαιότερες όσο και νεότερες έρευνες έχουν δείξει ότι τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την πορεία και εξέλιξη αρκετών ασθενειών. Ο νευρωτισμός και το άγχος αποτελούν μια αρνητική συναισθηματική μεταβλητή που μέσα από την έρευνα δείχνει να επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, την πορεία και έκβαση ασθενειών όπως είναι οι χρόνιες παθήσεις. Αναφέρεται στο βαθμό που ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως απειλητικό, προβληματικό και στρεσογόνο. Αναφέρεται, επίσης, στη σχετική ψυχική διάθεση, στην αντίδραση, δηλαδή, του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (Costa & McGrae, 1992. Watson, 2004). Σε αυτό το σημείο είναι σκόπιμο να διευκρινίσουμε ότι ο όρος «στρες» - διαφορετικός από τον όρο του «άγχους» (που αναφέρεται μόνο στη σχετική ψυχική διάθεση, δηλαδή την εσωτερική αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες) - αναφέρεται στη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. Οι έρευνες που ακολουθούν αναφέρονται και στους δύο όρους ξεχωριστά, αναδεικνύοντας την αρνητική τους επιρροή στην ποιότητα ζωής των ασθενών, όταν βρίσκονται σε υψηλά και παρατεταμένα επίπεδα.

Όσον αφορά στη σωματική υγεία, το στρες συμβάλει στην εκδήλωση και πορεία καρδιαγγειακών νοσημάτων (Bankier & Littman, 2002. Smith & Ruiz, 2002), όπως και στην εξέλιξη της νόσου του AIDS (Leserman, 2003). Χρόνιες καρδιαγγειακές ασθένειες όπως είναι η στεφανιαία νόσος ή η υπέρταση συσχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα. Αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, ανησυχία ή αίσθηση εχθρότητας εντοπίζονται σε χρόνιους ασθενείς (Tugade, Fredrickson & Feldman Barrett, 2004). Οι άνθρωποι διαφέρουν όσον αφορά στο μέγεθος, τη συχνότητα και τη διάρκεια της καρδιαγγειακής τους αντίδρασης στο στρες. Ο κίνδυνος εμφάνισης ενός καρδιαγγειακού νοσήματος είναι αυξημένος σε

περίπτωση υπερβολικής αντίδρασης στο στρες. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες. Κατά τον Lovallo (2005), είναι πολύ σημαντική η αξιολόγηση της στενής σχέσης μεταξύ των συναισθημάτων, της διαμόρφωσης των φυσιολογικών αντιδράσεων στο στρες και των τρόπων που αυτά εμπλέκουν τα συστήματα αντίδρασης, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν το σώμα.

Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στη μελέτη των επιδράσεων του στρες στο Καρδιαγγειακό Σύστημα, προκαλώντας έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, προκαλώντας ή επιδεινώνοντας τη στεφανιαία νόσο. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για την σταδιακή ανάπτυξη της υπέρτασης και της αρτηριοσκλήρωσης (Kudielka & Kirschbaum, 2004. McNeely, 2005. Taylor *et al.*, 1989. Weis *et al.*, 2006). Οι Weis *et al.* (2006) βρήκαν ότι η μείωση των χρόνιων συμπτωμάτων του στρες βελτιώνει την ποιότητα ζωής και την υγεία ατόμων που έχουν υποστεί επέμβαση στην καρδιά. Στα άτομα που χορηγήθηκε υδροκορτιζόνη με σκοπό την μείωση του στρες παρουσίασαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, λιγότερους χρόνιους πόνους, καλύτερη γενική υγεία, μεγαλύτερη ζωτικότητα και καλύτερη ψυχική υγεία. Υψηλά επίπεδα άγχους σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο σχετίζονται με επανεμφάνιση της νόσου μετά τη νοσηλεία λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995). Ακόμη έχει βρεθεί ότι υψηλή αναφορά συμπτωμάτων άγχους [αλλά και του συγγενούς συναισθήματος της έγνοιας/ανησυχίας (worry)] σχετίζεται με εκδήλωση καρδιαγγειακού νοσήματος και αιφνίδιους καρδιακούς θανάτους στο μέλλον (Kawachi, Sparrow, Vokonas, & Weiss, 1994. Kubzansky *et al.*, 1997). Οι Wiebe *et al.* (1994) ανακάλυψαν ότι ο έλεγχος της γλυκόζης στο αίμα είναι πολύ πιο δύσκολος σε εφήβους με διαβήτη εξαιτίας του άγχους, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς αυτοί βασίζονταν στην ερμηνεία των συμπτωμάτων τους, προκειμένου να πάρουν αποφάσεις για την δοσολογία της ινσουλίνης. Η λανθασμένη απόδοση της συμπτωματολογίας των ιδιαίτερα αγχωμένων συμμετεχόντων προφανώς παρέμβαινε και επηρέαζε αρνητικά τον αυτοέλεγχο και την πίστη στην αυτό-αποτελεσματικότητα και αυτάρκειά τους.

Η κατάθλιψη είναι ένας άλλος αρνητικός συναισθηματικός παράγοντας που επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ατόμου, καθώς και την εμφάνιση και πορεία ψυχοσωματικής συμπτωματολογίας και χρόνιων παθήσεων. Έχει αναγνωριστεί από πολλές έρευνες ως ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόγνωση των

καρδιολογικών ασθενών (Krubzansky & Kawachi, 2000. Kuper, Marmot, & Hemingway, 2002. Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001) ενώ πρόσφατα ο Αμερικάνικος Σύλλογος Καρδιάς (AHA) πρότεινε την εισαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων για κατάθλιψη στις υπόλοιπες τυπικές ιατρικές εξετάσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο (Lichtman *et al.*, 2008). Έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να λειτουργεί ως αίτιο, σύμπτωμα ή και ένδειξη του καρκίνου και για το ότι ένα μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών εμφανίζει κατάθλιψη (Karabulutlu, Belici, Cayir, Tekin & Kantarci, 2010). Η κατάθλιψη που συνήθως έχει ως συμπτώματα την ανηδονία, την ανορεξία, την έλλειψη σίτισης, ύπνου κ.ά., φαίνεται να διπλασιάζει τις πιθανότητες να πεθάνει ο ασθενής μέσα στους 19 πρώτους μήνες μετά τη διάγνωση καρκίνου, ενώ μειώνει την συμμόρφωση με την θεραπεία, την ποιότητα ζωής και την ενασχόληση-φροντίδα με τον εαυτό (Raison & Miller, 2003). Η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας τόσο σε υγιή όσο και σε ήδη ασθενή άτομα, ανεξάρτητα των παραγόντων του φύλου, της ηλικίας, του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, αλλά και λοιπών οργανικών παραγόντων όπως είναι η υπέρταση, η υπερχοληστεραιμία, το κάπνισμα (και άλλων ουσιών) και η έλλειψη σωματικής άσκησης (Lesperance, Frasere – Smith, Juneau & Theroux, 2000. Schulz, Beach, Ives, Martine, Ariyo & Kor, 2000).

Στα καταθλιπτικά άτομα παρατηρείται επίσης μειωμένη ποικιλότητα καρδιακού ρυθμού, η οποία συνδέεται με σωρεία καρδιακών προβλημάτων (Stein & Kleiger, 1999). Η εμφάνιση κατάθλιψης φαίνεται να είναι τρεις φορές πιο συχνή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο από ότι στον γενικό πληθυσμό (Hance, Carney, Freedland, & Skala, 1996), ενώ ένας στους πέντε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου πληροί τα κριτήρια κλινικής κατάθλιψης (Thombs *et al.*, 2008). Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινώσει σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την καρδιολογική ασθένεια όπως αίσθημα κούρασης και στηθάγχη (Sullivan, LaCroix, Russo & Walker, 2001). Σχετικά πρόσφατη μεταναλυτική έρευνα για την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έδειξε ότι για τις γυναίκες ασθενείς τα ποσοστά μεταξύ των ερευνών κυμαίνονται από το 6% έως το 67%, ενώ για τους άνδρες ασθενείς από το 7% έως το 63% (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills, 2006).

Όσον αφορά το θυμό, υπάρχουν κάποια περιορισμένα ευρήματα για την επίδρασή του στην εκδήλωση και πορεία των καρδιακών νόσων (Krantz & McCeney, 2002. Krubzansky & Kawachi, 2000). Ο θυμός αναφέρεται σε ένα αρνητικό συναίσθημα, ποικίλλοντας σε ένταση από τον ήπιο εκνευρισμό μέχρι την οργή.

Επίσης μπορεί να ερμηνευτεί τόσο ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας όσο και ως μια μεταβατική και προσωρινή κατάσταση. Επιπλέον, στενά συνδεδεμένη με το θυμό, που μπορεί να αποτελεί αιτία ή απόρροια αυτού, είναι η αγανάκτηση. Αντίθετα, η εχθρότητα είναι ένα γνωστικό φαινόμενο που αναφέρεται σε μια αρνητική στάση για τους άλλους και χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, χλευασμό, μίσος και κακή βούληση. Είναι το γνώρισμα εκείνο που έχει μελετηθεί και έχει χαρακτηριστεί ως περισσότερο σχετικό με την ποιότητα της σωματικής υγείας, και συγκεκριμένα για την εκδήλωση και πορεία καρδιαγγειακών παθήσεων όπως στηθάγχη, αρτηριοσκλήρυνση και έμφραγμα του μυοκαρδίου (Kelner, 1987). Σε πρόσφατη έρευνά τους οι Mostofsky *et al.* (2013) απέδειξαν ότι ο κίνδυνος πρόκλησης οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου ήταν διπλάσιος όταν το άτομο παρουσίαζε ξεσπάσματα θυμού. Ένα αξιοσημείωτο εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης αφορά στην εντυπωσιακή μονότονη αύξηση κινδύνου πρόκλησης εμφράγματος μυοκαρδίου σε άτομα με υψηλότερα επίπεδα αυτό-αναφερόμενης έντασης θυμού και όχι ένα παρόμοιου μεγέθους κίνδυνο για όλα τα υψηλά επίπεδα θυμού. Ο οξύς θυμός φάνηκε ότι αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό, την πίεση του αίματος και την αγγειακή αντίσταση. Αυτές οι αιμοδυναμικές μεταβολές μπορούν να προκαλέσουν παροδική ισχαιμία του μυοκαρδίου ή ακόμα και να διεγείρουν μια φλεγμονώδη προθρομβωτική απόκριση, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης συσσώρευσης των αιμοπεταλίων και το ιξώδες του πλάσματος. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να προκαλέσουν διάσπαση των στεφανιαίων πλακών και θρομβωτική απόφραξη, με αποτέλεσμα ένα ισχαιμικό επεισόδιο (Mittleman & Mostofsky, 2011). Έρευνες σχετικά με το συναίσθημα του θυμού έχουν δείξει την αύξηση του κινδύνου πρόκλησης εμφράγματος του μυοκαρδίου, η επίδραση του οποίου μπορεί να διαμεσολαβεί από συμπεριφορικούς παράγοντες και χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Mittleman *et al.*, 1995. Moller *et al.*, 1999). Ορισμένοι φαρμακευτικοί παράγοντες πρόληψης όπως η ασπιρίνη, οι β – αναστολείς, οι στατίνες και οι αναστολείς του συστήματος ρετίνης – αγγεοτενσίνης μπορούν να μειώσουν την επικινδυνότητα εμφράγματος σε άτομα που παρουσιάζουν έντονο θυμό (Steptoe & Brydon, 2009) όπως φάνηκε στα αποτελέσματα της παραπάνω σύγχρονης μελέτης μεταξύ χρηστών και μη χρηστών β–αναστολών, καθότι η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή μειώνει την καρδιακή συχνότητα, τη δύναμη της καρδιακής συστολής και την αρτηριακή πίεση.

Στη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται ότι η εχθρότητα συσχετίζεται με την ψυχοφυσιολογική δραστηριότητα του ατόμου και όχι με την κοινωνική. Σε έρευνα

του Lepore (1995) παρατηρήθηκε πως η παροχή κοινωνικής υποστήριξης εξασθενεί την καρδιαγγειακή ένταση σε μη εχθρικά άτομα. Αντίθετα, άτομα εχθρικά δεν επωφελούνται από την συντροφικότητα και την κοινωνική αλληλεγγύη. Επομένως, η εχθρότητα μπορεί να συσχετιστεί εξίσου με την αυξημένη δραστηριότητα σε πιστικές κοινωνικές καταστάσεις και το μειωμένο ψυχοφυσιολογικό όφελος που προσφέρουν οι κοινωνικοί πόροι. Συσχετίζεται με αύξηση της κορτιζόλης και της αρτηριακής πίεσης σε διαπροσωπικές εντάσεις και διαπληκτισμούς, καθώς και καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος (Benotsch, Christensen & McKeluey, 1997. Guyll & Contrada, 1998. Linden, Chambers, Maurice & Lenz, 1993). Στη σύγχρονη έρευνα των Rafanelli *et al.* (2016) φάνηκε ότι το χαρακτηριστικό της εχθρότητας προέβλεψε δυσμενείς καρδιακές εκβάσεις σε εξωτερικούς ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια μετά από τέσσερα χρόνια παρακολούθησης, ανεξάρτητα από παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου καρδιακής νόσου όπως η ηλικία και το κλάσμα εξώθησης απομείωσης. Τέλος, στην έρευνα των Appleton *et al.* (2016) φάνηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της εχθρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η συσχέτιση αυτή μειώθηκε όταν στην παραπάνω στατιστική εξίσωση προστέθηκαν παράγοντες συμπεριφορών υγείας. Συγκεκριμένα, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σχετίζεται αρνητικά με την πιθανότητα θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο, ενώ το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται θετικά. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν τη σημασία των συμπεριφορών υγείας στη σχέση μεταξύ αρνητικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών και θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο.

Αν και γενικότερα η εκδήλωση και η διάρκεια αρνητικών συναισθημάτων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, φαίνεται στο μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης να εμφανίζονται κυρίως αμέσως μετά τη νοσηλεία (Smith, 2001). Σε ένα δείγμα 1.124 ασθενών με διάφορες καρδιολογικές ασθένειες ένα ποσοστό 70% ανέφερε κάποιου είδους συναισθηματικό πρόβλημα τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο (Dixon, Lim, Powell, & Fisher, 2000). Αναφερόμενη ευρύτερα στην επιρροή που ασκούν τα αρνητικά συναισθήματα στην υγεία, οι Yamamoto *et al.* (2010) υποστήριξαν ότι ασθενείς με χρόνια πόνο παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους, απαισιοδοξία, μη αποτελεσματική σκέψη, αρνητική αυτοεικόνα και μη αποτελεσματικές-αμυντικές διαπροσωπικές σχέσεις. Οι ερευνητές βρήκαν ότι τα

παραπάνω αρνητικά στοιχεία θεωρούνται υπεύθυνα για το πόσο ευάλωτοι είναι οι ασθενείς στον χρόνιο πόνο.

Αν και τα καρδιο-αναπνευστικά προβλήματα αποτελούν σημαντική αιτία θανάτου, μακροχρόνια έρευνα προσπάθησε να εξετάσει τη σχέση ψυχικής ευεξίας και επιβίωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα και στην μακρόχρονη επιβίωση ασθενών με καρδιο-αναπνευστικά προβλήματα. Ωστόσο, φάνηκε ότι χαμηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων και η ταυτόχρονη καρδιο-αναπνευστική υγεία αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες για επιβίωση (Ortega *et al.*, 2010). Πιο συγκεκριμένα το 63% των ατόμων με χαμηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων και καλή καρδιο-αναπνευστική υγεία ήταν λιγότερο ευάλωτοι σε θάνατο συγκριτικά με τα άτομα που είχαν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων και χειρότερη καρδιο-αναπνευστική υγεία.

Ασθενείς με χρόνια ιατρικά προβλήματα φάνηκε ότι παρουσιάζουν συνύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων όπως έλλειψη ελπίδας, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα χρόνια προβλήματα υγείας αποτελούν ενισχυτικό παράγοντα επικινδυνότητας για αυτοκτονία. Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τους Hirsch, Duberstein και Unützer (2009), η αναζήτηση πηγών θετικών συναισθημάτων όπως χαρά και διασκέδαση μπορεί να μειώσει τον αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία, αυξάνοντας ταυτόχρονα και την ικανοποίηση από τη ζωή (υποκειμενική ευεξία). Στα πλαίσια προγράμματος πρόληψης υποτροπών οι Naylor, Krauthamer, Naud, Keefe και Helzer(2011) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα και τον πόνο σε ενήλικες με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα. Εξετάστηκαν λοιπόν οι σχέσεις ανάμεσα σε 3 αρνητικά συναισθήματα (λύπη, θυμός, άγχος) με 2 μεταβλητές πόνου (πόνος και ελεγχόμενος πόνος). Αποδείχθηκε ότι ο αυξημένος πόνος σχετίζεται με υψηλές αναφορές λύπης, ενώ ο ελεγχόμενος πόνος προβλέπει μειωμένη λύπη και θυμό. Σε μελέτη που συμμετείχαν 124 γυναίκες με οστεοαρθρίτιδα ή μυϊκό πόνο φάνηκε ότι ο χρόνιος πόνος και το άγχος αυξάνουν την αρνητική διάθεση ενώ η θετική διάθεση προβλέπει χαμηλότερα επίπεδα πόνου. Η απουσία θετικού συναισθήματος αλληλεπιδρά με τον πόνο και το στρες αυξάνοντας τα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος και παίζοντας σημαντικό ρόλο σε διαταραχές χρόνιου πόνου. Το αρνητικό συναίσθημα, εν απουσία θετικού, προβλέπει υψηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους, δυσκολεύοντας αρκετά την προσαρμογή του ασθενή στον πόνο

που προκαλεί η χρόνια πάθησή του και τον έλεγχο του στρες (Zautra, Johnson & Davis, 2005).

Συνοψίζοντας, οι παραπάνω έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που διαγιγνώσκονται με κάποια μορφή χρόνιας ασθένειας παρουσιάζουν έντονο άγχος και ανησυχία στην καθημερινότητά τους. Δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα και εκδηλώνουν συναισθηματική αβεβαιότητα, απρόβλεπτες αντιδράσεις και απογοήτευση για τις σωματικές αλλαγές που υφίστανται. Η κούραση, η εξάντληση, η ευερεθιστότητα, η μειωμένη αυτό-εικόνα και αυτοπεποίθηση και ο θυμός είναι παράγοντες υπεύθυνοι για το φόβο του μέλλοντος. Η έλλειψη κινήτρων, η απροθυμία και η αναποφασιστικότητα εμπεριέχονται στα αρνητικά συναισθήματα και στις σκέψεις των ασθενών σχετικά με τον πόνο που τους προκαλεί η όποια μορφή χρόνιας ασθένειας.



#### **4. Αισιοδοξία και Υγεία**

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η αισιοδοξία αποτυπώνεται ως ένα θετικό χαρακτηριστικό προσωπικότητας με πολλαπλά οφέλη για το άτομο. Ως αισιοδοξία (optimism) ορίζεται μια γενικευμένη και σταθερή προσδοκία (ένα γνωστικό σχήμα) ότι κάτι καλό πρόκειται να συμβεί (Carver & Scheier, 1990). Το μοντέλο των Scheier και Carver το οποίο αναφέρεται στην «συμπεριφορική αυτο-ρύθμιση» (behavioral self-regulation), προϋποθέτει ότι οι αισιόδοξες προσδοκίες είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση θετικών συναισθημάτων και την ενεργό διατήρηση του στόχου απέναντι στις αντιξοότητες. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αλλαγή ως πρόκληση και όχι ως απειλή (Scheier & Carver, 1985 όπως αναφέρεται στο, Vollrath, 2006).

Η αισιοδοξία επιτρέπει και τροφοδοτεί την εμφάνιση θετικών συναισθημάτων τα οποία εξασφαλίζουν την καλή πορεία της ασθένειας, μειώνοντας το άγχος και τη δυσφορία, συντελώντας στη θετική επαναξιολόγηση των γεγονότων, βοηθώντας στην ανεύρεση νοήματος και αναιρώντας τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων στην ποιότητα ζωής και υγείας του ασθενή. Ο θετικός αυτός κύκλος ανατροφοδοτείται ενισχύοντας την αίσθηση αντοχής του ασθενή, τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητάς, την αίσθηση ελέγχου στο περιβάλλον και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει, ενισχύοντας ταυτόχρονα το κίνητρο να περιποιηθεί και να φροντίσει τον εαυτό του (Folkman & Moskowitz, 2000. Fredrickson, 1998. Scheier & Carver, 1992. Taylor, 1983).

Όσον αφορά στην υγεία, οι αισιόδοξες προσδοκίες μπορούν να είναι ευεργετικές, ιδίως στο πλαίσιο διαχείρισης της στεφανιαίας νόσου (CHD). Σε πρόσφατη έρευνά τους οι Anthony, Kritz-Silverstein και Barrett-Connor (2016) απέδειξαν ότι η αισιοδοξία, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά στην υγεία ασθενών με στεφανιαία νόσο και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής τους. Ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και θεραπευτικής αγωγής, το υψηλό επίπεδο αισιοδοξίας των ασθενών σχετίζεται με μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 14%. Σε πρόσφατη έρευνά τους οι Ronaldson *et al.* (2015) έδειξαν ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς παρουσίασαν ομαλότερη ανάρρωση 12 μήνες μετά την εμφάνιση περιστατικού οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, παρουσιάζοντας λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και καλύτερη σωματική ευεξία. Επίσης, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα υψηλά επίπεδα

αισιοδοξίας παρουσίασαν υποστηρικτική δράση στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας όπως η άμεση διακοπή του καπνίσματος και η τήρηση διατροφής πλούσιας σε φρούτα και λαχανικά. Αν και δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική γραμμική σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής άσκησης, σημαντικό ήταν το εύρημα ότι η αισιοδοξία προστατεύει τον ασθενή από τις μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις της κατάθλιψης στην καρδιακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Επιπλέον, στην έρευνά τους οι Kim *et al.* (2014) πραγματεύονται για πρώτη φορά τον ρόλο της αισιοδοξίας ως προβλεπτικό παράγοντα της μειωμένης πιθανότητας εμφάνισης συγκοπής καρδιακής αιτίας. Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν κατά προτίμηση συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν ήδη υποστεί το στρες ενός μη διαγνωσμένου επεισοδίου συγκοπής, ώστε να εξασφαλιστεί ότι η αισιοδοξία αποτελεί ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους που δεν μπορεί να κλονιστεί σε μεγάλο βαθμό από ένα τέτοιο (μεμονωμένο) καρδιακό συμβάν.

Σε παλαιότερες έρευνες, ασθενείς που αξιολογήθηκαν ως αισιόδοξοι είχαν λιγότερο άγχος πριν την εγχείρηση bypass κι ένιωθαν μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή μετεγχειρητικά (Fitzgerald *et al.*, 1993). Παρόμοια έρευνα των Scheier *et al.* (1989) έδειξε ότι τα αισιόδοξα άτομα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμα και πέντε χρόνια μετά την εγχείρηση. Η αισιοδοξία που χαρακτήριζε κάποιους από τους μετεγχειρητικούς ασθενείς bypass ήταν ικανή να προβλέψει μικρότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν πάλι (Scheier *et al.*, 1999). Σύμφωνα με τους Ridder, Fournier, και Bensing (2004) η αισιοδοξία σχετίστηκε με λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, λιγότερη άρνηση, λιγότερους ιλίγγους και λιγότερες αυτοαναφορές ασταθούς επιπέδου γλυκόζης στο αίμα. Επιπλέον, η αισιοδοξία και στις δύο ομάδες ασθενών σχετίστηκε με περισσότερες συμπεριφορές αυτό-φροντίδας έξι μήνες μετά. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας ήταν περισσότερο λειτουργικοί, ενώ οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ήταν πιο λειτουργικοί έξι μήνες αργότερα. Επίσης, η αισιοδοξία πριν την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών (bypass) μπορεί να προβλέψει την ποιότητα ζωής των ασθενών 8 μήνες μετά (Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky, 1993).

Η αισιοδοξία αποτελεί επίσης ερευνητικά σημαντικό παράγοντα συσχέτισης με στρατηγικές αντιμετώπισης προβλήματος, αναπαραστάσεων ελέγχου, δέσμευσης στους στόχους που τίθενται, και προσαρμογή στην ασθένεια. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, οι πιο αισιόδοξοι άνθρωποι αναπτύσσουν καλές στρατηγικές αντιμετώπισης,

κάτι το οποίο εξακολουθούν να κάνουν και ως ασθενείς. Δηλαδή, τα αισιόδοξα άτομα έχουν την τάση να προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματα που προκύπτουν, αντί να τα αρνούνται ή να περιμένουν να λυθούν από μόνα τους (Carver & Scheier, 1990). Επιπλέον, τα άτομα αυτά είναι πιθανό να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να προλάβουν την εμφάνιση προβλημάτων. Το γεγονός αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό ως κάποιο είδος αυτό-εκπληρούμενης προφητείας. Τα αισιόδοξα άτομα είναι αυτά που εξ ορισμού διατηρούν θετικές προσδοκίες για το μέλλον. Οι θετικές προσδοκίες τα βοηθούν να παραμείνουν κινητοποιημένα ως προς τις προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, καθώς πιστεύουν ότι κατά πάσα πιθανότητα οι προσπάθειές τους θα έχουν θετική έκβαση (Carver & Scheier, 1990). Σύμφωνα με τους Scheier *et al.* (1989) οι πιο αισιόδοξοι ασθενείς χρησιμοποιούσαν περισσότερο στρατηγικές σχετικές με την εστίαση στις γνωστικές διεργασίες (attentional- cognitive strategies) για να διαχειριστούν την εμπειρία. Επίσης πριν την επέμβαση έκαναν σχέδια για το μέλλον και έθεταν στόχους. Μετά το πέρας της επέμβασης οι αισιόδοξοι ασθενείς ήταν πιθανότερο να ψάξουν πληροφορίες σχετικά με τι έπρεπε να κάνουν τους επόμενους μήνες.

Έχει αποδειχθεί ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς υιοθετούν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος και πιο αποτελεσματικούς τρόπους ρύθμισης συναισθήματος (Taylor & Armor, 1996). Επιπλέον, ασθενείς με θετικές προσδοκίες αποτελέσματος δεσμεύονται ευκολότερα στο να διεκδικήσουν την βελτίωση της υγείας τους, ακόμα κι όταν πρόκειται να διαχειριστούν καταστάσεις που μοιάζουν ανεξέλεγκτες. Στις περιπτώσεις αυτές, οι αισιόδοξοι ασθενείς δεσμεύονται γνωστικά και επιμένουν στην ανεύρεση νέων, συγκεκριμένων, ρεαλιστικών και άμεσα εφικτών στόχων, εστιάζοντας στην επίλυση συγκεκριμένων, εγγύς προβλημάτων (Folkman & Moskowitz, 2000). Σε ανάλογη έρευνά τους οι Fournier, Ridder και Bensing (2002) προκειμένου να μελετήσουν τη συμβολή της αισιοδοξίας στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια, εξέτασαν αρχικά αν οι αισιόδοξεςπίστεις παραμένουν σταθερές πάνω από διάστημα δώδεκα(12) μηνών συνύπαρξης με την χρόνια ασθένεια, κι αν η σταθερότητα αυτή μπορεί να αποδοθεί και να ανατροφοδοτηθεί από την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών επίλυσης. Έπειτα, εξέτασαν αν η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσει το άγχος, την κατάθλιψη και την φυσική λειτουργικότητα μέσω των στρατηγικών επίλυσης. Εν τέλει, προσδιορίστηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της ικανότητας ελέγχου της ασθένειας στην επίδραση της αισιοδοξίας σε διεργασίες επίλυσης και προσαρμογής. Η

αισιοδοξία συμπεριελάμβανε τους ορισμούς των θετικών προσδοκιών αποτελέσματος, των θετικών προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας και των μη ρεαλιστικών σκέψεων. Η έρευνα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι τα θετικά αποτελέσματα και οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας αποδείχθηκαν γενικώς σταθερά μετά από δώδεκα(12) μήνες χρόνιας ασθένειας. Η σταθερότητα αυτή οφείλεται στην χρήση στρατηγικών επίλυσης προσανατολισμένων επί του πρακτέου και όχι στο συναίσθημα. Αντίθετα, η χρήση μη ρεαλιστικών σκέψεων δεν επέδειξε καμία σταθερότητα στο χρόνο, αλλά μειώθηκε σημαντικά. Οι χρόνιοι ασθενείς με επιβεβαιωμένες θετικές προσδοκίες αποτελέσματος και αυτό-αποτελεσματικότητας ανέφεραν καλύτερη ψυχική υγεία σε χρονικό διάστημα άνω των έξι(6) με δώδεκα(12) μηνών χρόνιας ασθένειας. Αντίθετα, η μη ρεαλιστική θετική σκέψη δε συνέβαλε στην μακροχρόνια προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια. Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε στατιστικά ότι η ικανότητα ελέγχου της ασθένειας λειτουργεί ως διαμεσολαβητής τόσο μεταξύ της σχέσης της ικανότητας προσαρμογής μέσω θετικών προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας με την ψυχική υγεία, όσο και τη σχέση μεταξύ μη προσαρμογής μέσω μη ρεαλιστικών σκέψεων με την ψυχική υγεία.

Μία ακόμη έρευνα αναφερόμενη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, έδειξε ότι όσες από τις ασθενείς ήταν περισσότερο αισιόδοξες και υιοθέτησαν ως τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης μαχητικό πνεύμα (αντιμετωπίζοντας τον καρκίνο και προσπαθώντας να τον «χτυπήσουν») είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής για το διάστημα του ενός έτους που εξετάζονταν, αλλά και πιο ενεργή συμπεριφορά σε ότι αφορούσε την συμμετοχή τους σε αποφάσεις ιατρικής αγωγής. (Schou, Ekeberg, & Ruland, 2005). Τέλος, θετικές προσδοκίες σχετίζονται με λιγότερες λοιμώξεις που οδηγούν σε επανανοσηλεία και με ταχύτερη επάνοδο στις φυσιολογικές δραστηριότητες της ζωής έπειτα από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Ανεξάρτητα από παράγοντες ανθυγιεινής συμπεριφοράς όπως το κάπνισμα ή η κατάχρηση αλκοόλ, οι ερευνητές εντόπισαν σε πληθυσμό ηλικιωμένων ανδρών ότι η θετική εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και της καθημερινότητάς τους, αλλά και η αναμονή της θετικής προοπτικής στο μέλλον (να βλέπουν το ποτήρι μισογεμάτο), συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Επίσης, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι το γεγονός αυτό συνδέεται με το ότι η απαισιοδοξία σχετίζεται με συναισθηματικά αρνητικούς παράγοντες όπως ο θυμός, το άγχος και η κατάθλιψη, ικανούς να οδηγήσουν σε ανάλογα προβλήματα καρδιακών παθήσεων (Kyzbansky *et al.*, 2001).

## **5. Στρατηγικές Ρύθμισης του Συναισθήματος**

Κατά τους Braungart-Rieker, Garwood, Powers και Wang (2001), η ρύθμιση του συναισθήματος συνίσταται στο σύνολο των συμπεριφορών που αποσκοπούν στη ρύθμιση των επιπέδων εγρήγορσης του ατόμου. Επίσης, ως συναισθηματική ρύθμιση μπορούμε να εκλάβουμε το σύνολο των διεργασιών (συνειδητών και υποσυνειδητών), οι οποίες έχουν ως στόχο τη διαχείριση των συγκινησιακών σημάτων που λαμβάνει το άτομο. Η διαχείριση μπορεί να γίνεται μέσω της μετατροπής της υποκειμενικής εμπειρίας, της ρύθμισης της συμπεριφοράς ή του τρόπου έκφρασης των συναισθημάτων ή ακόμη και της κατάστασης, κατά τη διάρκεια της οποίας εκλύεται το συγκεκριμένο συναίσθημα.

Το άτομο ενίοτε είναι ικανό να τροποποιήσει το περιβάλλον, ανάλογα με τις δυνατότητες που παρέχονται και τις προσωπικές του ικανότητες, προκειμένου να διαμορφώσει τις συγκινησιακές επιδράσεις που του προκαλεί ή που θα επεδίωκε από τις εκάστοτε συνθήκες. Επιπλέον, παρατηρείται ότι δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα τα οποία συνάδουν με τη συγκινησιακή κατάσταση που βιώνει το άτομο ή το βοηθούν να επιτύχει το είδος της συγκίνησης που επιδιώκει. Σχετικά με γεγονότα που έχουν παρέλθει, το άτομο εξακολουθεί να έχει τη δυνατότητα επαναπαγίωσης των εμπειριών του, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τρόπους κωδικοποίησης και αξιολόγησης των γεγονότων και των εσωτερικών βιωμάτων (Gross, 2002. Gross & John, 2003. John & Gross, 2004).

Ο όρος της ρύθμισης του συναισθήματος σημαίνει τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο καθορίζει το είδος των συναισθημάτων που θα βιώσει καθώς και το χρονικό πλαίσιο και τον τρόπο που θα τα εκφράσει. Σύμφωνα με ερευνητές (Eisenberg *et al.*, 2000, p. 137, όπως αναφέρεται στο Garnefski *et al.*, 2002), ο ορισμός της ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί στενά να περιοριστεί ως «*η διαδικασία της έναρξης, διατήρησης, διαμόρφωσης και αλλαγής της εμφάνισης, έντασης ή διάρκειας μιας εσωτερικής συναισθηματικής κατάστασης και των φυσιολογικών διαδικασιών που σχετίζονται με το συναίσθημα, συχνά με σκοπό την επίτευξη των στόχων του ατόμου*». Οι στόχοι των διεργασιών ρύθμισης συναισθήματος, επικεντρώνονται σε δύο βασικούς σκοπούς: 1) στη μείωση της εμπειρίας ενός συναισθήματος λόγω του ότι μπορεί, για παράδειγμα, πλέον να μην είναι λειτουργικό ή να μην εξυπηρετεί τη δράση του ατόμου σε ένα δεδομένο κοινωνικό πλαίσιο, ή 2) στην αύξηση της συναισθηματικής εμπειρίας προκειμένου να ανταποκριθεί σε

διαφορετικά εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα. Οι στρατηγικές που μπορεί να επιστρατεύσει το άτομο προκειμένου να ρυθμίσει τη συναισθηματική εμπειρία και έκφραση διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της συγκινησιακής αντίδρασης στο οποίο βρίσκεται (Gross, 2007).

Η ικανότητα να ρυθμίζει το άτομο την επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων είναι σημαντική για την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Οι άνθρωποι καλούνται να είναι ικανοί να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα έτσι ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στο εργασιακό τους περιβάλλον. Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα άτομα χρησιμοποιούν πολλές γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όταν αντιμετωπίζουν αρνητικά συναισθήματα ώστε να μειώσουν την αρνητική επίδραση. Σύμφωνα με το ICARUS (Inventory of Cognitive Affect Regulation Strategies) των Kamholz, Hayes, Carver, Gulliver & Perleman (2006) μερικές από τις πιο συχνές γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος είναι: 1) η θετική σκέψη που επικεντρώνεται γνωστικά σε θετικά γεγονότα του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος, 2) οι θρησκευτικές σκέψεις που περιλαμβάνουν γνωστικές προσεγγίσεις προς το Θεό, την προσευχή και τη διατήρηση της πίστης, 3) η επαναξιολόγηση της κατάστασης προκειμένου να μειωθούν οι συναισθηματικές αντιδράσεις, 4) η επαναξιολόγηση που προσπαθεί να ανακαλύψει τα οφέλη και το βαθύτερο νόημα της κατάστασης, 5) η σύγκριση με άλλα άτομα που είναι σε χειρότερη κατάσταση, 6) η αποδοχή των συναισθημάτων και της κατάστασης και 7) η ανάλυση τους σε μια προσπάθεια να κατανοηθεί η πηγή και η σημασία τους .

Η Frijda (1986) ταξινόμησε διάφορα είδη ρύθμισης συναισθήματος. Μερικά από αυτά είναι η σύγκρουση μεταξύ συναισθήματος και αξιολόγησης των γεγονότων, η καταπίεση ή ενίσχυση των συναισθημάτων και κινήτρων, ο έλεγχος, η διαμόρφωση, ή η αντικατάσταση των αποκάλυπτων αντιδράσεων. Η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί και γίνεται με πολλούς τρόπους και σε πολλά σημεία κατά τη διάρκεια του βιώματος μιας συγκίνησης. Επίσης, η «ρύθμιση» υπαινίσσεται την ελεύθερη επιλογή, αλλά οι επιδράσεις στη ρύθμιση του συναισθήματος συχνά γίνονται αυτόματα (Gross, 2007).

Επειδή το συναίσθημα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο (συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής έξαρσης, της νευρολογικής ενεργοποίησης, της γνωστικής αξιολόγησης και των διαδικασιών προσοχής), υπάρχουν πλείστοι τρόποι διαχείρισής του και η προσεκτική εξέταση αυτών

αποκαλύπτει ότι ο όρος «ρύθμιση του συναισθήματος» αναφέρεται σε πλήθος διαδικασιών που δεν συνδέονται στενά μεταξύ τους (Fox, 1994). Επειδή τα συναισθήματα ξετυλίγονται σταδιακά, οι στρατηγικές της ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διαφοροποιηθούν από την άποψη του πότε θα επιδράσουν για πρώτη φορά στη διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων.

Συγκεκριμένα, η *αποφυγή* (situation selection-avoidance) αναφέρεται στην διαδικασία περιορισμού της έκθεσης του ατόμου σε καταστάσεις (όπως κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τοποθεσίες ή δραστηριότητες) που είναι πιθανό να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα (Gross, 2007). Εφόσον «επιλεχθεί», η *αλλαγή κατάστασης*, αναφέρεται στην διεκδικητική συμπεριφορά (self-assertion) που υιοθετεί και εκφράζει το άτομο προκειμένου να αλλάξει μία κατάσταση, με σκοπό να μειώσει την αρνητική της επίδραση. Ακόμα, κάθε κατάσταση μπορεί να αξιολογηθεί από πολλές διαφορετικές οπτικές και έτσι, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η *ανάπτυξη της προσοχής* (attentional deployment) για την εστίαση σε λιγότερο αρνητικές ή στρεσογόνες ερμηνείες. Μετά την εστίαση σε μία συγκεκριμένη πλευρά της κατάστασης, η *γνωστική αλλαγή (επαναξιολόγηση)* (cognitive change/ reappraisal) αναφέρεται στην δημιουργία ρεαλιστικότερης αξιολόγησης του συμβάντος, που μπορεί να οδηγήσει στην αποφόρτιση των αρνητικών συναισθημάτων, την ενίσχυση της θετικής διάθεσης και τη βίωση θετικού συναισθήματος. Τέλος, η *εναρμόνιση της αντίδρασης/καταπίεση του συναισθήματος* (response modulation/ suppression) αναφέρεται σε πολλές προσπάθειες για επιρροή ή επιβολή στις αυθόρμητες τάσεις ερεθίσματος – αντίδρασης, μόλις το άτομο αντιληφθεί ότι τις βιώνει. Πρόκειται, δηλαδή, για τη συνειδητή προσπάθεια του ατόμου να επιβληθεί στις αυθόρμητες ψυχοσωματικές εκφράσεις του οι οποίες προκαλούνται από εσωτερικά (σκέψεις ή αισθήσεις) ή εξωτερικά ερεθίσματα (αλληλεπιδράσεις και περιβαλλοντικές συνθήκες), επιδιώκοντας να απωθήσει αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, μη αποδεκτές επιθυμίες, ακόμα και σωματικές αισθήσεις που δημιουργούν άγχος και ένταση. Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις παραπάνω πέντε περιπτώσεις στρατηγικών για να επιτύχουν τη ρύθμιση του συναισθήματός τους στην καθημερινή ζωή, με σκοπό τη μείωση των συναισθημάτων που έχουν αρνητική ισχύ, όπως το άγχος, ο φόβος, η λύπη και ο θυμός (Gross, 2007).

Οι Hamilton, Karoly και Kitzman (2004), σχετικά με την ρύθμιση του συναισθήματος, αναφέρουν ότι πρόκειται για μια αλληλεπίδραση εννέα συγκεκριμένων δεξιοτήτων ρύθμισης του συναισθήματος. Οι παρακάτω δεξιότητες

θεωρούνται σημαντικές: 1)η δυνατότητα συνειδητής επεξεργασίας των αναγνωρισμένων συναισθημάτων, 2)η αναγνώριση και ονομασία των συναισθημάτων, 3) η σωστή ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων που σχετίζονται με το συναίσθημα, 4) η κατανόηση των υπαγορεύσεων των συναισθημάτων, 5) η αντοχή των συναισθηματικά στενάχωρων καταστάσεων, 6)η ενεργή τροποποίηση των αρνητικών συναισθημάτων προκειμένου να αισθανθεί το άτομο καλύτερα, 7) η αποδοχή των συναισθημάτων, 8)η ανθεκτικότητα και ανεκτικότητα των αρνητικών συναισθημάτων και 9)η αντιμετώπιση των συναισθηματικά στενάχωρων καταστάσεων προκειμένου να επιτευχθούν σημαντικοί στόχοι. Μια σημαντική υπόθεση του μοντέλου είναι ότι η δυνατότητα να τροποποιηθούν τα συναισθήματα σε μια επιθυμητή κατεύθυνση ή το να γίνονται αποδεκτά και ανεκτικά τα ανεπιθύμητα συναισθήματα, αυτό αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχικής υγείας. Αντίθετα, οι υπόλοιπες δεξιότητες θεωρείται ότι είναι κατάλληλες μέχρι το σημείο να διευκολύνουν την εφαρμογή των βασικών δεξιοτήτων τροποποίησης ή αποδοχής και ανοχής των συναισθημάτων.

Πιο συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό της ερευνητικής βιβλιογραφίας στο χώρο της κλινικής ψυχολογίας της υγείας εστιάζει στο ότι οι στρατηγικές συγκινησιακής ρύθμισης διαχωρίζονται και εστιάζονται κυρίως στις κατηγορίες της συναισθηματικής καταπίεσης (*emotional suppression*) και της γνωστικής επαναξιολόγησης (*reappraisal*). Κατά τον Gross (2002, 1999, 1998), οι στρατηγικές αυτές ανακλούν τις βασικές ατομικές διαφορές που παρουσιάζουν οι διεργασίες συγκινησιακής ρύθμισης βάσει της προσωπικότητας του ατόμου. Αφ' ενός, η γνωστική επανεκτίμηση σχετίζεται με την αντίληψη που διαμορφώνει τελικά το άτομο για μια δεδομένη κατάσταση, διαχωρίζοντάς την από το συγκινησιακό της αντίκτυπο στο ίδιο. Είναι, βέβαια, αποδεκτό πως η υποκειμενική της αξιολόγηση ευθύνεται για την πρόκληση της συναισθηματικής αντίδρασης του ατόμου και όχι η κατάσταση. Η επανεκτίμηση έγκειται σε μια εκ των προτέρων συγκινησιακή ρύθμιση καθώς στοχεύει στη ρύθμιση του συναισθήματος πριν το βιώσει το άτομο, κι έτσι μπορεί να αλλάξει την έκβαση της συνολικής συναισθηματικής εμπειρίας. Αφ' ετέρου, η καταπίεση της συναισθηματικής έκφρασης αναφέρεται στην απόπειρα του ατόμου να απωθήσει ή να παρεμποδίσει την έκφραση ενός συναισθήματος, γεγονός που οδηγεί στην μειωμένη εμπειρία κάποιων, αλλά όχι όλων, των συναισθημάτων. Αντίθετα από την επανεκτίμηση, η καταπίεση αποτελεί μια στρατηγική ρύθμισης της αντίδρασης στο εκλούμενο συναίσθημα. Η ίδια η εμπειρία του συναισθήματος, όμως,



παραμένει ανεπηρέαστη και συνεχίζει να υφίσταται ενδοατομικά, χωρίς πλέον το άτομο να είναι σε θέση να την επεξεργαστεί (John & Gross, 2004). Ωστόσο, οι εν λόγω στρατηγικές υπόκεινται σε υποκειμενικό γνωστικό έλεγχο και επομένως, είναι αναμενόμενο να υπάρχουν ατομικές διαφορές στον τρόπο που κάποιος αντιλαμβάνεται και βιώνει τις περιβαλλοντικές επιταγές και τις συγκινησιακές αντιδράσεις που αυτές δημιουργούν (Gross, 2002).

Όπως αποδεικνύουν ερευνητικά δεδομένα η χρήση κάθε στρατηγικής αποφέρει διακριτά αποτελέσματα στη συναισθηματική εμπειρία και έκφραση. Η καταπίεση της συναισθηματικής έκφρασης τείνει να οδηγεί τα άτομα σε περιορισμένη έκφραση αλλά και εμπειρία του θετικού συναισθήματος, διαταράσσοντας παράλληλα τη φυσιολογική συγκινησιακή επικοινωνία με άλλους. Τα άτομα αυτά τείνουν να παρουσιάζουν ένα προφίλ απομόνωσης κατ' επιλογή, ενώ δέχονται περιορισμένη κοινωνική στήριξη και αναπτύσσουν συναισθηματικό δεσμό με τους άλλους σε πολύ μικρό βαθμό (Gross & John 2003). Όσον αφορά στην έκφραση του αρνητικού συναισθήματος, βρέθηκε να έχει εξίσου θετική συσχέτιση με τη χρήση της στρατηγικής καταπίεσης αλλά δεν παρατηρήθηκε το ίδιο και για την εμπειρία των θετικών συναισθημάτων. Φαίνεται πως άτομα που εφαρμόζουν τη συγκεκριμένη στρατηγική τείνουν να νιώθουν περισσότερα αρνητικά παρά θετικά συναισθήματα, ακόμη και αν δεν εκδηλώνουν κάτι τέτοιο στη συμπεριφορά τους (Diamond & Hicks, 2005. Gross, 1998. Gross & John, 2003. Καφέτσιος, 2003).

Αντίθετα, η επανεκτίμηση των καταστάσεων φάνηκε να συνδέεται με την εμπειρία και έκφραση περισσότερων θετικών παρά αρνητικών συναισθημάτων. Επίσης, όταν εξετάστηκε η επίδραση των στρατηγικών αυτών στην γενικότερη ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, την ευεξία και την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη θετική επίδραση της στρατηγικής επανεκτίμησης στις δύο πρώτες μεταβλητές και τη θετική συσχέτιση της στρατηγικής καταπίεσης με την κατάθλιψη. Προκύπτει, λοιπόν, ότι η χρήση της στρατηγικής επανεκτίμησης επιφέρει θετικά αποτελέσματα στο βίωμα θετικού συναισθήματος ενώ η χρήση της στρατηγικής καταπίεσης μάλλον επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα στην εμπειρία και έκφραση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συναισθημάτων (Gross, 2002. Kafetsios & Loumakou, 2007).

### **5.1. Ρύθμιση Συναισθήματος και Σωματική Υγεία**

Ερευνητικά δεδομένα προσφέρουν ενδείξεις για το ότι οι δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση αυξάνουν την ευαισθησία του ατόμου σε χρόνιες παθήσεις, όπως οι καρδιαγγειακές (Mauss & Gross, 2004), οι νευροεκφυλιστικές νόσοι, ο διαβήτης, η οστεοπόρωση και ο καρκίνος (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002. Ridker, Rifai, Stamper & Hennekens, 2000. Papanicolaou, Wilder, Manolagas & Chrousos, 1998). Αντίθετα, η αυξημένη συναισθηματική έκφραση προβλέπει μειωμένη συναισθηματική ένταση, βελτιωμένη αντιλαμβανόμενη υγεία, αυξημένη διαύγεια και λιγότερες επισκέψεις σε δομές υγείας (Master, *et al.*, 2008. Stanton *et al.*, 2000).

Ερευνητικά αποδεικνύεται ότι η ρύθμιση του συναισθήματος διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο και είναι καθοριστική για την πορεία της υγείας ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Η καλή ψυχολογική κατάσταση και οι προσπάθειες για θετική σκέψη συμβάλλουν κατά πολύ στην ομαλή και ευνοϊκή έκβαση της ασθένειας. Για να εξηγήσουμε τη σχέση μεταξύ ρύθμισης του συναισθήματος και υγείας, θα αναφερθούμε παραδειγματικά στο πώς η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά στην υγεία του ατόμου μειώνοντας το στρες του. Όπως διατυπώνουμε παρακάτω, το έντονο στρες ή χρόνιο άγχος αποτελούν έναν ανάλογο παράγοντα, η ικανότητα διαχείρισης του οποίου μπορεί αν συμβάλει στην καλύτερη προσαρμογή του ατόμου, την καλύτερη λειτουργικότητά και αποδοτικότητά του σε καθημερινές δραστηριότητες ή υποχρεώσεις που ασκούν εσωτερική πίεση, καθώς και βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής ποιότητας ζωής.

Η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες σύμφωνα με τον Selye ( όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), διαφέρει από μία απλή αντίδραση στο στρες που είναι ωφέλιμη. Η παράταση της αντίδρασης στο στρες οδηγεί σε πολλά παθολογικά προβλήματα και «εξάντληση» του οργανισμού. Για παράδειγμα, η χρόνια παρεμπόδιση της λειτουργίας του πεπτικού συστήματος, συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών «απορρόφησης» της τροφής. Επίσης, ενώ ο οργανισμός μπορεί να προσαρμοστεί στους αυξημένους καρδιακούς παλμούς, αν η οργανική αυτή αντίδραση επεκταθεί στο χρόνο, αυξάνεται ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με τον Cannon (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), στην περίπτωση της αντιμετώπισης ενός οξέως στρεσογόνου παράγοντα, η αντίδραση του οργανισμού

είναι σημαντική για τη μετέπειτα προσαρμογή στο πρόβλημα. Όμως, κατά τον Selye (όπως αναφέρεται από τον Gross, 2007), στην περίπτωση κάποιου χρόνιου στρεσογόνου παράγοντα, η αντίδραση στο στρες μπορεί να μετατραπεί σε παθολογία που «αντανακλά» στα οργανικά συστήματα. Οι σχετιζόμενες με το στρες ασθένειες δεν αποτελούν άμεσο αποτέλεσμα της υπερβολικής έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, ή μίας αποτυχίας στην αντίδραση στο στρες. Αντίθετα, οφείλονται στην υπερβολική αντίδραση του οργανισμού στον στρεσογόνο παράγοντα (Gross, 2007).

Η Denise de Ridder *et al.* (2008), προσπάθησαν να μελετήσουν τη σωματική, συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική πλευρά ψυχολογικής προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την ψυχολογική προσαρμογή, συμπεραίνουν ότι για να προσαρμοστούν τα άτομα θα πρέπει να είναι ενεργητικά, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους έτσι ώστε να μπορούν να έχουν τη ζωή τους υπό έλεγχο, να εφαρμόζουν στρατηγικές αυτό-διαχείρισης και να εστιάζουν στη δυναμική θετική έκβαση της υγείας τους. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στην ασθένειά τους. Στη χρόνια ασθένεια, η αποτυχία αναγνώρισης και έκφρασης μπορεί να αφήσει τα συναισθήματα ανεπίλυτα, να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των ασθενών, να καθυστερήσει την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και έτσι να αποτύχει η υιοθέτηση προστατευτικών για την υγεία συμπεριφορών. Οι ασθενείς που σκέφτονται και μιλούν ή γράφουν για το πώς νιώθουν ανακουφίζονται και δε βιώνουν τόσο έντονα την ασθένειά τους. Επίσης, μπορούν να αντιληφθούν και να αξιολογήσουν γνωστικά γιατί βιώνουν αυτά τα συναισθήματα και πώς η επίδρασή τους μπορεί να περιοριστεί (γνωστική επαναξιολόγηση-cognitive reappraisal). Επιπρόσθετα, η συναισθηματική έκφραση μειώνει το άγχος και επαναφέρει την ψυχοσωματική ισορροπία, ενώ ευνοεί την συναισθηματική αυτο-ρύθμιση.

Όσον αφορά στη σχέση της ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος την υγεία, στην έρευνά τους οι Grossarth-Maticek και Eysenck(1995) εξέτασαν υγιή άτομα για να προβλεφθεί η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο, στεφανιαία νόσο και άλλες αιτίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ψυχολογικοί παράγοντες που είναι ενσωματωμένοι στην ιδέα της υγιούς προσωπικότητας επηρεάζουν την ασθένεια και τη θνησιμότητα. Σύμφωνα με μια έρευνα του Middendorp *et al.* (2005), η ρύθμιση του συναισθήματος δεν έχει άμεση σπουδαιότητα για την αντιληπτή σωματική υγεία των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά μπορεί να είναι σημαντική για την ψυχολογική ευημερία (psychological well-being) και για την κοινωνική λειτουργικότητα. Μέσω

αυτής της διαδρομής, η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να σχετιστεί έμμεσα με τη σωματική υγεία, π.χ. μέσω μιας αύξησης των επισκέψεων στο γιατρό ή της τήρησης των ιατρικών οδηγιών.

## **6. Αναπαραστάσεις Ασθένειας :**

### **Η Αντίληψη του Προσωπικού και Θεραπευτικού Ελέγχου**

#### **6.1. Η Έννοια της «Αίσθησης Ελέγχου»**

Βιβλιογραφικά, το θέμα της άσκησης ελέγχου στο περιβάλλον ερμηνεύεται μέσα από πολλές τυπολογίες. Ο Averill (1973) δημιούργησε την πιο γνωστή, ίσως, τυπολογία. Διέκρινε μεταξύ ελέγχου ως προς το επίπεδο της συμπεριφοράς, ελέγχου ως προς το γνωστικό επίπεδο και ελέγχου στο επίπεδο των αποφάσεων. Το πρώτο είδος ελέγχου αναφέρεται στη δυνατότητα μιας αντίδρασης, που μπορεί άμεσα να επηρεάσει ή και να τροποποιήσει τα χαρακτηριστικά ή την φύση του στρεσογόνου ερεθίσματος. Το δεύτερο αναφέρεται σε μια διαδικασία χρήσης των πληροφοριών κατά τέτοιο τρόπο ώστε η απειλητική κατάσταση να γίνει λιγότερο στρεσογόνος, ενώ το τρίτο είδος αφορά τη δυνατότητα για επιλογή μεταξύ διαφόρων τρόπων δράσης. Η Thompson (1981) μίλησε για τέσσερα είδη ελέγχου τα οποία συμπεριλαμβάνουν τον έλεγχο στο επίπεδο της συμπεριφοράς, στο γνωστικό επίπεδο, στο επίπεδο των πληροφοριών και σε αναδρομικό επίπεδο, το οποίο αναφέρεται σε πεποιθήσεις για τα αίτια των παρελθοντικών γεγονότων. Τέλος, ο Rotter (1966) διακρίνει μεταξύ ενδοπροσωπικού και εξωπροσωπικού ελέγχου. Το πρώτο αναφέρεται σε μια γενική πεποίθηση ότι ο εαυτός είναι υπαίτιος όλων όσων συμβαίνουν στο άτομο, ενώ το δεύτερο αναφέρεται σε μια γενικευμένη πεποίθηση ότι εξωτερικοί παράγοντες πέραν του εαυτού (π.χ. μοίρα, Θεός) ευθύνονται για ό,τι καλό ή κακό συμβαίνει στο άτομο.

Ερευνητικά αποδεικνύεται ότι, ανεξάρτητα από το είδος του ελέγχου που τα άτομα πιστεύουν ότι ασκούν ή δεν ασκούν, όσο αυξάνει η πεποίθηση του ατόμου ότι ασκεί κάποιο είδος ελέγχου στο περιβάλλον του, τόσο περισσότερο μπορεί να αντέξει διάφορα στρεσογόνα ερεθίσματα. Γενικά φαίνεται ότι η αίσθηση ελέγχου μειώνει το στρες, ενώ η έλλειψή της το αυξάνει (Averill, 1973). Ακόμα και η ψευδαίσθηση ελέγχου έχει τα ίδια πλεονεκτήματα (Folkman, 1984). Κατά την γνωστική θεωρία ο προσωπικός έλεγχος είναι μια γενική προσδοκία (Παπακώστας, 1994). Οι προσδοκίες είναι γνωστικές δομές βασισμένες στην παρελθούσα εμπειρία, που λειτουργώντας προβλεπτικά προετοιμάζουν το άτομο γι' αυτό που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Οι προσδοκίες αυτές δίνουν απάντηση στο ερώτημα του τί πρόκειται να συμβεί στο μέλλον, και μπορεί να είναι γενικές ή ειδικές.

## **6.2. Το Μοντέλο της Κοινής Λογικής και οι Αναπαραστάσεις Ελέγχου**

Όταν αναφερόμαστε σε «γνωστικές αναπαραστάσεις» της ασθένειας, εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο μια ασθένεια ή μια κατάσταση που σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που προσπαθούν να φωτίσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν συμπεριφορές και πεποιθήσεις που φέρουν τα άτομα για την υγεία τους. Τα μοντέλα αυτά υποστηρίζουν ότι ο τρόπος που το άτομο αναπαριστά μια κατάσταση (π.χ. μια ασθένεια) καθορίζει και την τελική συμπεριφορά του. Τα παραπάνω έχουν σημασία για την προστασία και την διατήρηση του επιπέδου υγείας και η πρόβλεψη των συμπεριφορών είναι σημαντική για ερευνητικούς αλλά και παρεμβατικούς σκοπούς (Καραδήμας, 2005).

Οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας είναι μία έννοια που αρχικά εισήχθη από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του και ανήκει ουσιαστικά στο μοντέλο της Κοινής Λογικής (Common Sense Model – CSM) που βασίζεται στη θεωρία της Αυτορρύθμισης (Self-regulation) σύμφωνα με την οποία, η αυτορρύθμιση είναι ένα δυναμικό σύστημα που υποκινεί τον καθορισμό στόχων, το σχεδιασμό και ανάληψη στρατηγικών για την επίτευξη αυτών και την εκτίμηση του αποτελέσματος (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980. Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Ακολουθεί η ανατροφοδότηση που παίζει έναν δομικό ρόλο στη θεωρία, κατά την οποία οι στόχοι αποτελούν αξίες αναφοράς για την εκτίμηση των προσπαθειών. Τα μοντέλα που έχουν επηρεαστεί από τη διαδικασία αυτορρύθμισης, όπως το μοντέλο κοινής λογικής, ουσιαστικά περιγράφουν την παράλληλη διαδικασία επίλυσης προβλήματος και διαχείρισης συναισθημάτων με τις γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες να επικεντρώνονται στον έλεγχο του προβλήματος της υγείας και της διαχείρισης της συναισθηματικής επιβάρυνσης. Ο όρος «αυτορρύθμιση» έχει χρησιμοποιηθεί τόσο ευρέως τα τελευταία χρόνια, που τελικά έχει υποστηριχθεί ότι μάλλον όλα τα μοντέλα που μελετούν συμπεριφορές υγείας μπορεί να εμπερικλείουν την έννοια της «αυτορρύθμισης». Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι ένα μοντέλο μπορεί να περιλαμβάνει ένα συνδυασμό γνωστικών διαδικασιών, συναισθηματικών παραγόντων και στόχων, δεν πρόκειται για ένα μοντέλο αυτορρύθμισης, αν δεν εμπερικλείει επαρκώς τα δυναμικά στοιχεία της ανατροφοδότησης των κινήτρων και του καθορισμού στόχων (Leventhal *et al.*, 2003).

Όσον αφορά στο μοντέλο κοινής λογικής, πρόκειται για μια θεωρία γύρω από το πώς δομούνται οι πεποιθήσεις και καθορίζεται η συμπεριφορά των ατόμων σε

θέματα απειλών κατά της υγείας. Αποτελεί μία συνέχεια του μοντέλου διπλής παράλληλης επεξεργασίας το οποίο αναφέρει ότι οι απειλές κατά της υγείας πυροδοτούν φόβο και ψυχολογική δυσφορία και συνεπώς μία ανάγκη για ανάπτυξη διαδικασιών προκειμένου να ελεγχθούν οι αρνητικές αυτές ψυχολογικές επιπτώσεις (Leventhal, 1970). Παράλληλα, η ασθένεια πυροδοτεί και μία γνωστική αναπαράσταση της απειλής που ενέχει και την ανάγκη για ανάπτυξη μίας διαδικασίας με στόχο τη διαχείριση της απειλής. Μελέτες πάνω στο μοντέλο διπλής παράλληλης επεξεργασίας έδειξαν ότι οι διαδικασίες που αναπτύσσονται για τη διαχείριση της απειλής (γνωστικής και συναισθηματικής) πηγάζουν ουσιαστικά από τις χειροπιαστές και αντιληπτικές εμπειρίες των ατόμων που βρίσκονται σε απειλή (ασθένεια ή κίνδυνο να ασθενήσουν) και από το πώς αναπαριστώνται αυτές οι εμπειρίες (Leventhal *et al.*, 2003). Η επικέντρωση αυτή στις αναπαραστάσεις οδήγησε στο μοντέλο Κοινής Λογικής τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με το μοντέλο Κοινής Λογικής οι ασθενείς διαμορφώνουν «σχήματα» της ασθένειας. Τα σχήματα αποτελούν οργανωμένες γνώσεις του ατόμου πάνω σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Πιο συγκεκριμένα, στο χώρο της υγείας αυτά τα σχήματα βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν την κατάστασή τους, ασκώντας επίσης ισχυρή επίδραση στη συμπεριφορά που υιοθετούν (Skelton & Croyle, 1991). Οι ασθενείς, σύμφωνα με τη θεωρία του Leventhal, λαμβάνουν σαν κίνητρο τις αλλαγές στη φυσιολογική τους κατάσταση ώστε να κατασκευάσουν νόημα και να εμπλακούν σε μία αυτορρυθμιζόμενη συμπεριφορά προσπαθώντας μέσω «σχημάτων» να λύσουν το πρόβλημα, προσδοκώντας να επιστρέψουν σε μία «σχηματικά» υγιή κατάσταση (να επανεγκαθιδρύσουν μία «φυσιολογική» κατάσταση). Το κύριο χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι η υπόθεση ότι η διαδικασία αυτορρύθμισης και επανεγκαθίδρυσης της φυσιολογικής κατάστασης γίνεται σε 3 στάδια: 1) αναπαράσταση της κατάστασης (representation), 2) αντιμετώπιση (coping) και 3) εκτίμηση (appraisal) (Keller, Leventhal, Prochaska & Leventhal, 1989). Η εμπλοκή σε αυτά τα στάδια είναι από τη μία πλευρά, μία παράλληλη διαδικασία γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων που επηρεάζει την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, και από την άλλη μία εναλλασσόμενη διαδικασία εφόσον και τα τρία αυτά στάδια αλληλοεπηρεάζονται και έτσι με την πάροδο του χρόνου είναι εμφανής η συνεχής αλληλεξαρτώμενη δυναμική τους. Επιπλέον, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μπορεί να είναι ατελείς ή σταθερά αναπτυγμένες, μόνιμες ή σε μία

δυναμική αλλαγή και συνήθως σταθεροποιούνται μέσω της μάθησης και της προσωπικής εμπειρίας (Leventhal & Crouch, 1997).

Η αντίληψη των συμπτωμάτων ή ακόμα και η διάγνωση μίας ασθένειας ενεργοποιούν τις αποθηκευμένες στη μνήμη γνωστικές αναπαραστάσεις. Η παρούσα γνωστική αναπαράσταση του ατόμου διαμορφώνεται με τη σύνδεση των συμπτωμάτων και της νέας πληροφορίας με τις αποθηκευμένες αναπαραστάσεις και αντιλήψεις. Αυτός ο συνδυασμός με τη σειρά του διαμορφώνει τις στρατηγικές αντιμετώπισης (παράλληλα σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο) και τα αποτελέσματα των στρατηγικών αυτών αξιολογούνται από το ίδιο το άτομο ανάλογα με τα αποτελέσματα που επιφέρουν. Η αναπαράσταση κατασκευάζεται μέσα από πληροφορίες που αντλούνται από το σύστημα υγείας (ιατρικές πληροφορίες), από την προσωπική εμπειρία με την ασθένεια (την ασθένεια του ίδιου ή κάποιου προσώπου στο οικείο περιβάλλον) αλλά και από τις ευρύτερες πολιτισμικές συνθήκες (μέσα ενημέρωσης, «κοινές πολιτισμικές» απόψεις για την ασθένεια-στερεότυπα,) (Schiaffino, Shawaryn & Blum, 1998). Επίσης, περιλαμβάνουν τόσο αφηρημένες και γενικές πληροφορίες, όπως για παράδειγμα «ο πονοκέφαλος περνάει με τα παυσίπονα», όσο και πιο «χειροπιαστές» πληροφορίες, πιο εμπειρικές, αντιληπτικές, όπως για παράδειγμα η ανάμνηση μίας εμπειρίας πονοκεφάλου, η ακόλουθη λήψη παυσίπονου και η εμπειρία ανακούφισης από το σύμπτωμα. Έρευνες που έχουν προηγηθεί στο χώρο των αναπαραστάσεων της ασθένειας, έχουν υποστηρίξει την άποψη ότι αυτές απαρτίζονται από 5 διαστάσεις: 1) ταυτότητα της ασθένειας (illness identity) αναφέρεται στη φύση και το όνομα του προβλήματος ή της ασθένειας, καθώς και τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν, 2) αιτίες της ασθένειας (causes) αναπαριστούν τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση του προβλήματος ή της ασθένειας, 3) χρονική πορεία (time-line) αφορά τις πεποιθήσεις για την εξέλιξη της ασθένειας και των συμπτωμάτων αυτής, 4) συνέπειες (consequences) αναφέρονται στην επίπτωση που έχει το επίπεδο υγείας στη γενική ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα του ατόμου, και 5) ελεγχιμότητα (controllability/curability) αφορά τις αξιολογήσεις του ατόμου για το εάν οι συμπεριφορές και οι στρατηγικές που εφαρμόζει, θα είναι αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό (Καραδήμας, 2005). Η αντιμετώπιση της κατάστασης είναι η διαδικασία εκείνη κατά την οποία επιλέγονται (μέσω της πληροφορίας κατά την αναπαράσταση) και υιοθετούνται μηχανισμοί στη συμπεριφορά, ενώ η εκτίμηση της κατάστασης, συνεχώς ανακυκλώνεται και



ανατροφοδοτείται ανάλογα με τα αποτελέσματα της αναπαράστασης και της αντιμετώπισης (Keller *et al.*, 1989). Συμπερασματικά, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας έχουν άμεση επίδραση στον τρόπο που οι ασθενείς θα επιλέξουν να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους κι αυτός με τη σειρά του επηρεάζει την τελική εκτίμηση για την κατάσταση και την ψυχολογική προσαρμογή.

Ωστόσο, τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά γιατί κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης του προβλήματος, μπορεί να αλλάξει και η αναπαράστασή του στο σύνολό της ή σε κάποια από τις διαστάσεις της. Συνεπώς, οι αναπαραστάσεις αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου κατά τη συνεχή διαδικασία αυτορρύθμισης, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως. Η συγκεκριμένη προσέγγιση βοηθά τόσο τους ερευνητές όσο και τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τους κρίσιμους παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή των ασθενών στην παθολογική τους κατάσταση. Ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως δρών και μάλιστα πρωταγωνιστής της αντιμετώπισης του προβλήματός του και όχι ως παθητικός δέκτης της θεραπείας (Leventhal & Crouch, 1997).

Οι πέντε βασικές διαστάσεις του μοντέλου κοινής λογικής παρουσιάζουν θετικές ή αρνητικές συσχετίσεις ανάλογα με την ασθένεια. Εξετάζοντας τους μέσους συντελεστές συσχέτισης από διάφορες έρευνες, βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις για μια ισχυρή ταυτότητα ασθένειας είχε σημαντική θετική συσχέτιση με την χρήση στρατηγικών αποφυγής και συναισθηματικής έκφρασης. Επιπροσθέτως, η ικανότητα ελέγχου της ασθένειας παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με γνωστικές επαναξιολογήσεις, εκφραζόμενο συναίσθημα και στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (Hagger & Orbell, 2003). Αντιλήψεις της ασθένειας οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό συμπτωματολογίας, έχοντας μια χρόνια διάρκεια και σημαντικές συνέπειες, είχαν σημαντική συσχέτιση με στρατηγικές αποφυγής και εκφραζόμενου συναισθήματος. Επιπλέον, αντιλήψεις θεραπεύσιμης και ελεγχόμενης ασθένειας είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με αποτελεσματικές εκβάσεις που οδηγούσαν σε ψυχολογική ευημερία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα και αρνητικά συσχετιζόμενες με τη θλίψη. Αντιστρόφως, συνέπειες της ασθένειας, χρονιότητα και ταυτότητα έδειξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με ψυχολογική ευημερία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα (Hagger & Orbell, 2003). Οι διαστάσεις της γνωστικής αναπαράστασης της ασθένειας της ταυτότητας, της χρονιότητας, της κυκλικότητας και των συνεπειών συσχετίζονται αρνητικά τόσο με την φυσική όσο και με την ψυχική υγεία. Από την άλλη, οι διαστάσεις του

προσωπικού ελέγχου και του ελέγχου της θεραπείας έδειξαν μια ισχυρή θετική συσχέτιση με την φυσική και με την ψυχική υγεία. Η συναισθηματική αναπαράσταση έδειξε μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη φυσική και με την ψυχική υγεία. Ασθενείς που πιστεύουν ότι η ασθένεια τους έχει σοβαρές συναισθηματικές επιπτώσεις, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη συναισθηματική λειτουργικότητα. (Moss-Morris R, 2002, όπως αναφέρεται στο Rosema *et al.*, 2009).

Τέλος, οι Wallston *et al.* (1989) διαφοροποιούν τις έννοιες της εστίας ελέγχου (locus of control), της αυτο-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) και των αποδόσεων (attributions) υποστηρίζοντας ότι προέρχονται από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (social learning theory), από τη κοινωνική-γνωστική θεωρία (social cognitive theory) και από τη θεωρία των αποδόσεων (attribution theory) αντίστοιχα και ότι αναφέρονται στο παρελθόν, το παρόν και το μέλλον. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί, πως οι τρεις αυτές έννοιες αναφέρονται αντίστοιχα στην συμπεριφορά (behavior), τη διαδικασία (process) και το αποτέλεσμα (outcome) (Johnston, 1997).

### **6.3. Αναπαραστάσεις Ελέγχου της Ασθένειας και Υγεία**

Η ελεγχιμότητα (Control) αποτελεί τη διάσταση των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας, η οποία σύμφωνα με το μοντέλο του Leventhal αναφέρεται στις ιδέες που έχουν σχηματίσει οι ασθενείς για τον έλεγχο που μπορεί οι ίδιοι να έχουν ή το ιατρικό προσωπικό πάνω στη θεραπεία της κατάστασής τους. Σε σχέση με την υγεία, η έννοια του ελέγχου έχει μελετηθεί κάτω από διαφορετικά θεωρητικά πρίσματα (Helgeson, 1992). Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για την πιο μελετημένη διάσταση των γνωστικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι ασθενείς με υψηλές αναπαραστάσεις ελέγχου έχουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και καλύτερες λειτουργικές δεξιότητες σε διάφορες σοβαρές χρόνιες παθήσεις (Helgeson, 1992. Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998). Από την άλλη πλευρά, ασθενείς που θεωρούν ότι η ασθένειά τους δεν είναι υπό έλεγχο, υιοθετούν πιο αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, όπως για παράδειγμα αποφυγή (Heijmans, 1999). Μελέτη των Moss - Morris, Weinman, Pettrie, Horne, Cameron και Buick (2002) πάνω στις γνωστικές αναπαραστάσεις προτείνει το διαχωρισμό του αναπαριστώμενου ελέγχου σε «προσωπικό έλεγχο» (personal control) και «έλεγχο μέσω θεραπείας» (treatment control).

Σχετικά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, έχει φανεί ότι αρνητικές πεποιθήσεις ελέγχου ανάμεσα σε καρδιακούς ασθενείς που έχουν πρόσφατα εισαχθεί στο νοσοκομείο μετά το πρώτο τους επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου, ήταν πιο συχνές σε νεαρά άτομα με χαμηλή μόρφωση και με έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Αναμενόμενα, αντιλήψεις ότι η καρδιακή ασθένεια είναι σοβαρή σχετίζονται επίσης με το βαθμό της σοβαρότητας της καρδιακής ασθένειας και με κατάθλιψη που ακολουθεί μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ανεξάρτητα από τις πιθανές ανάμικτες επιδράσεις της σοβαρότητας του εμφράγματος του μυοκαρδίου και τη βασική μορφή της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι ασθενείς με πιο αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με την υγεία τους κατά το διάστημα του εμφράγματος τους, ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν νέα επεισόδια κατάθλιψης έξι(6) με δώδεκα(12) μήνες μετά το έμφραγμα σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη. Ειδικότερα, πρόβλεψη ότι η στεφανιαία νόσος θα διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα σχετιζόταν με την ανάπτυξη νέων επεισοδίων κατάθλιψης έξι(6) με δώδεκα(12) μήνες αργότερα. Επιπλέον, η πρόβλεψη ότι η καρδιακή ασθένεια θα μπορούσε να ελεγχθεί/θεραπευτεί σχετίζεται με τα μισά (σε αριθμό) συμβάντα κατάθλιψης (Dickens *et al.*, 2008). Ασθενείς που αντιλήφθηκαν υψηλότερο βαθμό στη συχνότητα των καρδιακών συμπτωμάτων, αισθάνθηκαν ότι η κατάσταση τους δεν ήταν ελέγξιμη και θεώρησαν ότι οι τις αιτίες για τα καρδιακά τους προβλήματα ήταν αποτέλεσμα της συμπεριφοράς τους και είχαν φτωχότερη ψυχική ποιότητα ζωής, 3 χρόνια μετά τη νοσηλεία τους.

Τρεις παράγοντες, η χαμηλή συχνότητα των συμπτωμάτων, κανένα προηγούμενο ιστορικό καρδιακής ασθένειας και η πεποίθηση ότι η ασθένεια είναι ελέγξιμη, συνδέονται με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία τρία έτη μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Lau-Walker *et al.*, 2008). Άλλη έρευνα προτείνει ότι ασθενείς με ισχυρότερη πεποίθηση ότι η κατάσταση τους είναι ελέγξιμη είναι πιθανό να συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης και να επιστρέψουν στην εργασία τους νωρίς (Petrie *et al.*, 1996, 2002, Cooper *et al.*, 1999, όπως αναφέρεται στο Lau-Walker *et al.*, 2008). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ασθενείς που αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στην κατάστασή τους και έχουν λιγότερη αίσθηση του ελέγχου της κατάστασής τους, είναι πιθανό να έχουν φτωχή φυσική και ψυχική ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα. Αυτό δείχνει ότι αυτοί οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους τόσο αποτελεσματικά όσο εκείνοι με μια υψηλότερη αίσθηση του ελέγχου (Lau-Walker *et al.*, 2008). Επίσης,

στην έρευνα των Weinman & Pettrie (1997) φάνηκε ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μπορούν να εξηγούν την ποικιλία των τρόπων αντιμετώπισης της ίδιας ασθένειας. Επίσης, αποδείχθηκε ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας είναι άμεσα συνδεδεμένες με διάφορες εκβάσεις όπως η εμμονή στη θλίψη (adherence emotional distress). Μια ισχυρή πεποίθηση ότι η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί ή να ελεγχθεί, τυπικά συνδέεται με μια αντιληπτική σύντομη διάρκεια της ασθένειας και σχετικά μικρότερες συνέπειες.

Οι πεποιθήσεις των ασθενών γύρω από την ασθένειά τους καθώς και η αντίληψη ελέγχου δεν επηρεάζεται μόνο από τις προσωπικές εκτιμήσεις του ασθενή, αλλά και από τις αναπαραστάσεις της οικογένειας ή σημαντικών άλλων προσώπων στη ζωή του ατόμου που νοσεί. Στην έρευνά τους οι Karademas και Giannousi (2013) απέδειξαν ότι η αποδοχή της ασθένειας δεν αφορά μόνο τον ασθενή αλλά αποτελεί απόρροια τόσο προσωπικών όσο και διαπροσωπικών αναπαραστάσεων της ασθένειάς του. Εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων ελέγχου και της αρνητικής ψυχολογικής συμπτωματολογίας (π.χ. κατάθλιψη και άγχος) σε δεσμευμένα ζευγάρια που κλήθηκαν να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν έναν πρόσφατα διαγνωσμένο μεταστατικό καρκίνο που παρουσιάζει ένας από τους συντρόφους. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το αρνητικό συναίσθημα του ασθενή επηρεάζεται τόσο από τις προσωπικές του αναπαραστάσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ιατρικού και προσωπικού ελέγχου, όσο και από τις σχετικές εκτιμήσεις του/της συζύγου. Τα υψηλά επίπεδα προσωπικού και ιατρικού ελέγχου σχετίστηκαν αρνητικά με το αρνητικό συναίσθημα ασθενών και συζύγων. Επίσης, όταν οι σύζυγοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης ικανότητας προσωπικού ελέγχου οι αναπαραστάσεις των ασθενών δεν σχετίζονταν με την κατάθλιψη. Ομοίως, όταν οι ασθενείς ανέφεραν υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου θεραπευτικού ελέγχου οι αναπαραστάσεις των συζύγων δεν σχετίστηκαν με τα προσωπικά τους επίπεδα κατάθλιψης και άγχους.

Τέλος, σύμφωνα με τους Benyamini, Nouman και Alkalay (2016) ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος των θεραπευτικών διαδικασιών αποτελεί σημαντικότατο παράγοντα προσαρμογής στην ασθένεια. Στην έρευνά τους εξέτασαν τον παράγοντα του αντιλαμβανόμενου ελέγχου σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπείες υπογονιμότητας. Οι θεραπευτικές αυτές διαδικασίες χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας και χαμηλό προσωπικό έλεγχο. Το δείγμα αποτελείτο από 194 παντρεμένες γυναίκες από το Ισραήλ οι οποίες βίωναν άγχος εξαιτίας της

ανικανότητάς τους να τεκνοποιήσουν. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση με την αγωνία και την ευεξία που ένιωθαν οι γυναίκες αυτές. Ο προσωπικός έλεγχος δεν παρουσίασε σημαντική σχέση με τον θεραπευτικό έλεγχο, όμως η αντιλαμβανόμενη ικανότητα προσωπικού ελέγχου πάνω στη θεραπευτική διαδικασία παρουσίασε σημαντική σχέση με την ευεξία που θα ένιωθαν οι συμμετέχουσες. Μέσα από τα ευρήματα αυτά προέκυψε η άποψη ότι όταν ο έλεγχος πάνω σε μια συνθήκη ή στα αποτελέσματα μιας θεραπείας είναι αδύνατος οι ασθενείς μπορούν να εξακολουθήσουν να επωφελούνται από τον έλεγχο των εξωτερικών παραγόντων, όπως η φροντίδα της υγείας τους. Η αίσθηση αυτή του ελέγχου καταπραΰνει την αγωνία για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής και βελτιώνει την ποιότητα των συναισθημάτων και των αισθήσεων των ασθενών.

## **7. Σκοπός της Παρούσας Έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσουμε προδρομικά αν η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος (συναισθηματική καταπίεση και γνωστική επαναξιολόγηση) μπορεί να σχετιστεί έμμεσα με την ποιότητα ζωής μέσω του συναισθήματος (θετικού και αρνητικού) που βιώνει ο καρδιολογικός ασθενής. Μελετήσαμε, δηλαδή, αν το συναίσθημα αποτελεί τον παράγοντα που εξηγεί το μηχανισμό μέσω του οποίου η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Επίσης, εξετάσαμε αν η αισιοδοξία και η αντίληψη ελέγχου (προσωπικού και θεραπευτικού) μπορούν να λειτουργήσουν ως ρυθμιστικοί/τροποποιητικοί παράγοντες, ρυθμίζοντας τη σχέση μεταξύ ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος με το συναίσθημα και τη σχέση συναισθήματος με την ποιότητα ζωής αντίστοιχα. Παρακάτω αναφέρουμε το σκεπτικό με το οποίο δομήσαμε τις μεταβλητές μας στην εξίσωση ρυθμιστικής διαμεσολάβησης, αλλά και το ποιές είναι οι υποθέσεις μας για τις μεταξύ τους σχέσεις.

Αρχικά, αναφερόμενοι στη μεταβλητή του συναισθήματος, την οποία χρησιμοποιούμε ως διαμεσολαβητή στην σχέση μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος και ποιότητας ζωής, γνωρίζουμε από τη Θετική Ψυχολογία ότι το θετικό συναίσθημα παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την ψυχική υγεία και ευεξία. Η ψυχική υγεία προβλέπει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, καλή ποιότητα ζωής και μειωμένα προβλήματα σωματικής υγείας. Επιπλέον, λειτουργεί προστατευτικά τόσο σε ψυχικές όσο και σε σωματικές νόσους (Seligman, 2008). Όσον αφορά στον πληθυσμό των καρδιοπαθών, τα θετικά συναισθήματα διαμεσολαβούν ενεργοποιώντας ή ενισχύοντας το μέγεθος της δραστηριότητας του παρασυμπαθητικού συστήματος στον καρδιακό ρυθμό (Bhattacharyya, Whitehead, Rakhit & Steptoe, 2008). Επίσης, το θετικό συναίσθημα σχετίζεται με γνωστικές διαδικασίες που στοχεύουν στη δημιουργία εφικτών σχεδίων δράσης και στρατηγικών αντιμετώπισης (Tugade, Fredrickson & Feldman Barrett, 2004).

Αντίθετα, το αρνητικό συναίσθημα μοιάζει να επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ασθενή, επιβραδύνοντας ρεαλιστικές γνωστικές διεργασίες και εμποδίζοντας την επίτευξη στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων που έχουν ως στόχο την ομαλή προσαρμογή στις θεραπευτικές απαιτήσεις για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Εντείνεται το άγχος, επιδεινώνεται η συναισθηματική αβεβαιότητα, παρουσιάζονται απρόβλεπτες αντιδράσεις, θλίψη, θυμός, απογοήτευση, αίσθημα ματαιώσης για τις

σωματικές αλλαγές που υφίσταται ο ασθενής. Η κούραση, η εξάντληση, η ευερεθιστότητα, η μειωμένη αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση καθώς κι ο θυμός είναι παράγοντες υπεύθυνοι για το φόβο του μέλλοντος. Η έλλειψη κινήτρων, η απροθυμία και η αναποφασιστικότητα εμπεριέχονται στα αρνητικά συναισθήματα και στις σκέψεις των ασθενών σχετικά με τον πόνο που τους προκαλεί η όποια μορφή χρόνιας ασθένειας (Bankier & Littman, 2002. Costa & McGrae, 1992. Smith & Ruiz, 2002. Watson, 2004). Εφόσον λοιπόν από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι το συναίσθημα σχετίζεται τόσο με γνωστικές διαδικασίες προσαρμογής και αυτορρύθμισης όσο και με την βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην έρευνά μας ελέγξαμε την υπόθεση που αφορά στο αν το συναίσθημα μπορεί να διαμεσολαβήσει στη σχέση μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος και ποιότητας ζωής.

Με βάση όσα αναφέραμε στο έκτο κεφάλαιο περί του Μοντέλου Κοινής Λογικής για την αυτορρύθμιση, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι μεταβλητές της ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος, της αισιοδοξίας και της αντίληψης ελέγχου σχετίζονται μεταξύ τους θεωρητικά υπό το πρίσμα της ευρύτερης έννοιας της αυτορρύθμισης. Επίσης, το μοντέλο αυτό ορίζει το πώς η αυτορρύθμιση επηρεάζει και επηρεάζεται από το συναίσθημα του καρδιακού ασθενή μέσω διαφορετικών γνωστικών διεργασιών (Leventhal, Brissete & Leventhal, 2003). Εξετάσαμε, δηλαδή, αν οι ρυθμιστικοί αυτοί παράγοντες εμπλέκονται σε έναν κύκλο ανατροφοδότησης με την σωματική και συναισθηματική ευεξία του καρδιολογικού ασθενή. Στη συνέχεια, αναφέρουμε αναλυτικά πώς οι μεταβλητές που χρησιμοποιήσαμε συμβάλλουν στην αυτορρύθμιση.

Πρώτον, η ρύθμιση του συναισθήματος αναφέρεται στο σύνολο των συμπεριφορών που αποσκοπούν στη ρύθμιση των επιπέδων εγρήγορσης του ατόμου και τη διαχείριση των συγκινήσεών του (Braungart – Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001). Οι στόχοι των διεργασιών ρύθμισης συναισθήματος έχουν προσαρμοστικό χαρακτήρα. Είτε μειώνουν την εμπειρία του συναισθήματος, το οποίο μπορεί να μην είναι λειτουργικό ή ταιριαστό σε μια δεδομένη στιγμή και σε ένα δεδομένο κοινωνικό πλαίσιο, είτε αυξάνουν τη συναισθηματική εμπειρία προκειμένου το άτομο να ανταποκριθεί ανάλογα στα εκάστοτε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα. Η ρύθμιση του συναισθήματος, λοιπόν, αναφέρεται σε γνωστικές συνειδητές στρατηγικές, οι οποίες στοχεύουν στο να μειώσουν την ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλούν εσωτερικοί ή εξωτερικοί αρνητικοί παράγοντες, τονώνοντας τη συναισθηματική ευεξία και εξασφαλίζοντας την

λειτουργικότητα, την κοινωνική συμμετοχή και την προσαρμοστικότητα του ατόμου, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής του (Kamholz, Hayes, Carver & Perleman, 2006). Για τους παραπάνω λόγους, αναμένουμε να υπάρχει συσχέτιση της συγκεκριμένης μεταβλητής με το συναίσθημα του καρδιοπαθή και κατ' επέκταση έμμεση συσχέτιση με την ποιότητα ζωής.

Δεύτερον, η αισιοδοξία αποτελεί ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας το οποίο λειτουργεί ως γνωστικός ρυθμιστικός παράγοντας του συναισθήματος και της συμπεριφοράς προκειμένου το άτομο να ανταποκριθεί στις προσωπικές του προσδοκίες για την επίτευξη των στόχων που έχει θέσει. Το μοντέλο των Scheier και Carver (1990), το οποίο αναφέρεται στην «συμπεριφορική αυτορρύθμιση», προϋποθέτει ότι οι αισιόδοξες προσδοκίες αποτελούν παράγοντα ζωτικής σημασίας για την εμφάνιση και διατήρηση των θετικών συναισθημάτων και την ενεργό διατήρηση του στόχου απέναντι στις αντιξοότητες. Η καλή πορεία της ασθένειας ενισχύεται καθώς η αισιοδοξία μειώνει το άγχος και τη δυσφορία, συντελεί στην θετική επαναξιολόγηση των γεγονότων, βοηθάει στην ανεύρεση νοήματος και αναιρεί τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Οι αισιόδοξοι ασθενείς αντιμετωπίζουν την αλλαγή και την προσαρμογή στη νόσο ως πρόκληση και όχι ως απειλή, ενώ η ανατροφοδότηση που παίρνουν από το θετικό συναίσθημα -το οποίο σχετίζεται με τις θετικές τους προσδοκίες- ενισχύει την αίσθηση αντοχής, την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση ελέγχου (Folkman & Moscovitz, 2000). Επίσης, προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία τους οι αισιόδοξοι ασθενείς δεσμεύονται γνωστικά και διεκδικούν νέους, ρεαλιστικούς στόχους εστιάζοντας στην επίλυση προβλήματος και αναζητώντας πιο αποτελεσματικούς τρόπους ρύθμισης του συναισθήματος (Taylor & Armor, 1996).

Επομένως, με βάση τα παραπάνω, διατυπώσαμε την υπόθεση που μελετάει το αν τα επίπεδα της αισιοδοξίας που χαρακτηρίζουν τον ασθενή μπορούν να ρυθμίσουν τότε η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα του συναισθήματος. Συγκεκριμένα, μελετήσαμε αν τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος και να λειτουργήσουν ως ρυθμιστικός/τροποποιητικός παράγοντας μεταξύ γνωστικής επαναξιολόγησης/συναισθηματικής καταπίεσης και το θετικό/αρνητικό συναίσθημα του ασθενή.

Τρίτον, η αντίληψη ελέγχου, όπως ήδη αναφέραμε, είναι ικανή να καταπραΰνει την αγωνία για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής και να



βελτιώσει την ποιότητα των συναισθημάτων και των αισθήσεων των ασθενών (Beyamini, Nouman & Alkalay, 2016). Επίσης, ασθενείς με υψηλές αναπαραστάσεις ελέγχου έχουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή καθώς και αποτελεσματικότερες λειτουργικές δεξιότητες σε διάφορες χρόνιες παθήσεις (Helgeson, 1992. Orbell, Johnston, Rowley, Espley & Davey, 1998). Από την άλλη πλευρά, ασθενείς που θεωρούν ότι η πάθησή τους είναι ανεξέλεγκτη υιοθετούν αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, όπως για παράδειγμα η αποφυγή, και παρουσιάζουν αρνητική προοπτική υγείας με αποτέλεσμα την κατάθλιψη και το θυμό. Επομένως, ελέγξαμε αν η αντίληψη ελέγχου μπορεί να αλληλεπιδράσει με το συναίσθημα του καρδιοπαθή και να ρυθμίσει έτσι το πότε το συναίσθημα θα σχετιστεί με την ποιότητα ζωής του.

Συνοπτικά, οι υποθέσεις που λάβαμε υπόψιν για την πραγματοποίηση της έρευνας είναι ότι: Α) το συναίσθημα (θετικό ή αρνητικό) μπορεί να διαμεσολαβήσει στη σχέση μεταξύ ικανότητας της ρύθμισης συναισθήματος (γνωστική επαναξιολόγηση ή συναισθηματική καταπίεση) και ποιότητας ζωής (σωματική και συναισθηματική) του καρδιολογικού ασθενή. Β) Τα επίπεδα αισιοδοξίας μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την ικανότητα ρύθμισης συναισθήματος του ασθενή ρυθμίζοντας την σχέση της ικανότητας ελέγχου του συναισθήματος με το συναίσθημα που βιώνει. Γ) Τα επίπεδα αντίληψης ελέγχου (προσωπικού και θεραπευτικού) που χαρακτηρίζουν τον ασθενή μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την ποιότητα του συναισθήματος που βιώνει, ρυθμίζοντας τη σχέση συναισθήματος και ποιότητας ζωής.

Σημειώνουμε ότι στις αναλύσεις μας ελέγξαμε στατιστικά τις πιθανές επιδράσεις των μεταβλητών της ηλικίας, του φύλου και του είδους καρδιαγγειακής νόσου, καθώς είναι πιθανό να επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Τα δεδομένα που αξιολογήσαμε αποτελούν τμήμα του προγράμματος μεγάλου μεγέθους με κωδικό ΚΑ 4376 το οποίο πραγματοποιήθηκε το 2015 από τον ΕΛΚΕ, υπό τη χρηματοδότηση του Ειδικού Λογαριασμού Πανεπιστημίου Κρήτης (μετά από έγκριση της Επιτροπής Ερευνών της συγκεκριμένης ακαδημαϊκής δομής). Η θεματική της έρευνας φέρει τον τίτλο «*Direct and Indirect Effect of Positive and Negative Mood on Chronic Cardiac Patients' and their Partners' Well – being: A Prospective Dyadic Study*», στην οποία συμμετείχα ως ερευνητική βοηθός, υπό την επίβλεψη και σε συνεργασία με τον επιστημονικό υπεύθυνο κ. Ευάγγελο Χ. Καραδήμα.

## **8. Μέθοδος**

### **8.1. Συμμετέχοντες**

Το δείγμα συγκεντρώθηκε από τα δημόσια νοσοκομεία (εξωτερικά ιατρεία) Ρεθύμνου και Ηρακλείου. Η μικρότερη ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 18 έτη. Οι ασθενείς συμμετείχαν στην έρευνα μετά από προσωπική τους συναίνεση, με την προϋπόθεση να γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα και να έχουν κατανοήσει απόλυτα το ερευνητικό πρωτόκολλο. Ο αριθμός του δείγματος ανέρχεται στους 102 συμμετέχοντες (77 άνδρες και 25 γυναίκες) με καρδιαγγειακό νόσημα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα εξήντα τέσσερα(64) έτη. Από το σύνολο των ασθενών αυτών, το 22,6% ανέφερε έμφραγμα μυοκαρδίου, το 21,7% νοσήματα σχετικά με αρρυθμίες, τις αιτίες ή την σχετική ιατρική διάγνωση που οφείλεται στην καρδιακή δυσλειτουργία που προκαλούν οι αρρυθμίες (όπως μαρμαρυγή, υπέρταση, νοσόφλεβα, φλεβοκοκική ραχυκαρδία, Σύνδρομο LQT<sup>1</sup>), το 38,7% στεφανιαίες νόσους και όποια μορφή ιατρικής παρέμβασης στην κυκλοφοριακή δυσλειτουργία (π.χ. «μπαλονάκι», bypass, ανεύρισμα, εγχείριση ανοιχτής καρδιάς, αρτηριακά έμφρακτα) και το 17% διάφορα προβλήματα (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, ανεύρισμα μητροειδούς βαλβίδας, φύσημα, υπερτροφική καρδιομυοπάθεια κ.α.).

Από τον *a priori* υπολογισμό του απαραίτητου δείγματος προέκυψε ότι η ισχύς του δείγματος είναι στατιστικά σημαντική καθότι μεγαλύτερη του .80 σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha = 5\%$ , με μέτριο επίπεδο μεγέθους επίδρασης.

### **8.2. Ερευνητικά Εργαλεία και Διαδικασία**

Στην παρούσα προδρομική έρευνα έγινε χρήση ερωτηματολογίων αναφοράς. Στην πρώτη φάση, οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια σχετικά με την ικανότητα ρύθμισης συναισθήματος (συναισθηματική καταπίεση και γνωστική επαναξιολόγηση) καθώς και τα επίπεδα αισιοδοξίας που επιδεικνύουν. Στην δεύτερη φάση που ακολούθησε τρεις(3) μήνες μετά, τα ερωτηματολόγια αφορούσαν στον έλεγχο της ασθένειας (προσωπικό και θεραπευτικό), τα συναισθήματα του ασθενή

---

<sup>1</sup> πρόκειται για μια σπάνια κληρονομική ή επίκτητη καρδιακή πάθηση κατά την οποία παρουσιάζεται καθυστέρηση επαναπόλωσης της καρδιάς μετά από ένα καρδιακό παλμό, αυξάνοντας τον κίνδυνο επεισοδίων κοιλιακής ταχυκαρδίας. Τα επεισόδια αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε λιποθυμία και αιφνίδιο θάνατο λόγω της κοιλιακής μαρμαρυγής.

(αρνητικά ή θετικά), και την ποιότητα ζωής του σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο. Δόθηκε έμφαση στην αξιολόγηση της σωματικής λειτουργικότητας, της ενεργητικότητας ή κόπωσης, καθώς και της συναισθηματικής ευεξίας ή ψυχολογικής κατάπτωσης. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

8.2.1. Συναισθηματική Διάθεση: Για την αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson & Clark, 1994). Το ψυχομετρικό αυτό εργαλείο στην ελληνική του έκδοση περιλαμβάνει 20 επίθετα που αναφέρονται σε συναισθήματα (θετικά π.χ. «ενθουσιασμένος» ή αρνητικά π.χ. «τρομαγμένος») και ζητάει από αυτόν που το συμπληρώνει να υποδείξει με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας LIKERT τον βαθμό στον οποίο βίωσε τα συναισθήματα αυτά κατά τις δύο(2) προηγούμενες εβδομάδες στην προσωπική του ζωή (1 καθόλου, 5 στον μέγιστο βαθμό). Υπολογίζεται ένα σκορ για την κλίμακα θετικών συναισθημάτων/διάθεσης και ένα σκορ για την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων/διάθεσης. Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν αρκετά ικανοποιητική (Πίνακας 1). Συγκεκριμένα, ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα θετικού συναισθήματος ήταν  $\alpha=0,86$  και για την υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος ήταν  $\alpha=0,85$ .

8.2.2. Ποιότητα Ζωής: Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας RAND SF-36 που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων αποτελείται από ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993. Ware, Kosinski & Dewey, 2000). Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ(8) κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2 – 10 ερωτήσεις η κάθε μία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας (π.χ. σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, κοινωνική λειτουργικότητα με δύο(2) ερωτήσεις, (ζ) ρόλος συναισθηματικός με τρεις(3) ερωτήσεις και (η) η ψυχική υγεία με πέντε(5) ερωτήσεις. Εδώ αξιολογήθηκε η σωματική υγεία και η συναισθηματική ευεξία. Η σωματική ευεξία μετρήθηκε με δέκα(10) ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογήθηκαν από τον ασθενή σε τριτοβάθμια κλίμακα Likert (1 = «ναι, με περιορίζει πολύ», 2 = «ναι, με περιορίζει λίγο», 3 = «όχι, δε με περιορίζει καθόλου»). Οι ερωτήσεις της κλίμακας αφορούν το αν η τωρινή κατάσταση της υγείας του ασθενή οδηγεί στον περιορισμό των δραστηριοτήτων του και σε ποιο βαθμό (π.χ. «Σε έντονες δραστηριότητες όπως τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε

επίπονα σπορ», «όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια», «όταν περπατάτε εκατό μέτρα», «όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε», «όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά»). Ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα της σωματικής ευεξίας ήταν  $\alpha=0,90$ .

Σχετικά με τη συναισθηματική ευεξία, οι ασθενείς έπρεπε να αξιολογήσουν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=«Συνεχώς», 5=«Καθόλου») πώς ήταν η συναισθηματική τους κατάσταση τις τελευταίες τέσσερις(4) βδομάδες (π.χ., «αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;», «είχατε πολύ εκνευρισμό;», «είχατε πολύ ενεργητικότητα;», «αισθανόσασταν εξάντληση;», «ήσασταν ευτυχισμένος/η;»). Ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα συναισθηματικής ευεξίας ήταν  $\alpha=0,74$  (Πίνακας 1).

8.2.3. Αναπαραστάσεις Ελέγχου της Ασθένειας: Για την αντίληψη του ελέγχου χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne & Cameron, 2002). Το IPQ-R αξιολογεί επτά παράγοντες οι οποίοι είναι το χρονοδιάγραμμα, κυκλικό χρονοδιάγραμμα, προσωπικός έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος, κατανόηση της ασθένειας, συναισθηματικές αναπαραστάσεις, συνέπειες. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ έντονα) έως 5 (συμφωνώ πολύ).

Η υποκλίμακα του προσωπικού ελέγχου στην ασθένεια αποτελείται από έξι(6) ερωτήσεις (π.χ. *πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου, αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί*) Η υποκλίμακα του θεραπευτικού ελέγχου αποτελείται από πέντε ερωτήσεις (π.χ. *λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου, η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου*). Ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα του προσωπικού ελέγχου ήταν  $\alpha=0,65$  και για την υποκλίμακα του θεραπευτικού ελέγχου ήταν  $\alpha=0,60$  (Πίνακας 1).

8.2.4. Αισιοδοξία: Αξιολογήθηκε η γενικευμένη αισιοδοξία με τη χρήση του ερωτηματολογίου Life Orientation Test (LOT) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Η αναθεωρημένη έκδοση του LOT (LOT-R) αξιολογεί τις υποκειμενικές διαφορές των συμμετεχόντων ως προς το επίπεδο της αισιοδοξίας που επιδεικνύουν. Αποτελείται από δέκα(10) ερωτήματα (π.χ. *σε αβέβαιες στιγμές συνήθως περιμένω το καλύτερο, αν είναι να πάει κάτι στραβά για μένα σίγουρα θα πάει*) σε πενταβάθμια κλίμακα Likert στην οποία έξι (6) ερωτήματα αναφέρονται στην αισιοδοξία, και τέσσερα(4)

είναι γενικά θέματα (fillers) που δεν υπολογίζονται στο τελικό σκορ . Ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα της αισιοδοξίας ήταν  $\alpha=0,68$  (Πίνακας 1).

8.2.5. Ρύθμιση Συναισθήματος: Η ρύθμιση και διαχείριση των συναισθημάτων των ερωτώμενων εκτιμήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Ρύθμισης του Συναισθήματος (Emotion Regulation Questionnaire) των Gross και John (2003). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα(10) προτάσεις που αφορούν τις στρατηγικές ρύθμισης και επεξεργασίας του συναισθήματος με έμφαση στην αξιολόγηση της συναισθηματικής καταπίεσης (emotional suppression) (π.χ. *όταν νιώθω συναισθήματα άσχημα, βεβαιώνομαι ότι δεν εκφράζω τι νιώθω, κρατώ τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου*) και της γνωστικής επαναξιολόγησης (reappraisal) (π.χ. *όταν θέλω να νιώσω περισσότερα θετικά συναισθήματα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι, όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα (π.χ. χαρά), αλλά αυτό που σκέφτομαι*). Οι απαντήσεις δίδονταν σε επταβάθμια διαβάθμιση τύπου Likert από το 1(διαφωνώ απόλυτα) έως το 7(συμφωνώ απόλυτα). Ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα της συναισθηματικής καταπίεσης ήταν  $\alpha=0,79$  και για την υποκλίμακα της γνωστικής επαναξιολόγησης ήταν  $\alpha=0,85$  (Πίνακας 1).

### 8.3. Αναλύσεις

Για την ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου επεξεργασίας δεδομένων SPSS (21<sup>η</sup> έκδοση). Ακολούθησε ανάλυση τροποποιητικής/ρυθμιζόμενης διαμεσολάβησης, που αφορά το διαμεσολαβητικό ρόλο του συναισθήματος στη σχέση μεταξύ ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος και ποιότητας ζωής, καθώς και τον ρυθμιστικό/τροποποιητικό ρόλο της αισιοδοξίας και της αντίληψης ελέγχου μεταξύ ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος, συναισθήματος και ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος του συναισθήματος (αρνητικού και θετικού) του ασθενή στη σχέση μεταξύ της ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος (προβλεπτική μεταβλητή) και της ποιότητας ζωής του (μεταβλητή κριτήριο). Η μέθοδος διαμεσολάβησης, στην περίπτωση της συγκεκριμένης εξίσωσης μεταβλητών απαντά στο αν το συναίσθημα είναι ο μηχανισμός μέσω του οποίου η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα ζωής. Εν συνεχεία, στην εξίσωση αυτή προστέθηκαν οι ρυθμιστικές/τροποποιητικές μεταβλητές της αισιοδοξίας (μεταξύ των μεταβλητών της ρύθμισης του συναισθήματος και του είδους του συναισθήματος) και της αντίληψης ελέγχου της ασθένειας (μεταξύ των μεταβλητών συναίσθημα και της ποιότητα ζωής).

Η ρυθμιστική/τροποποιητική ανάλυση υπονοεί μία επίδραση αλληλεπίδρασης μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής και της ρυθμιστικής/τροποποιητικής μεταβλητής, καθώς η είσοδος της ρυθμιστικής μεταβλητής επιφέρει αλλαγές στην κατεύθυνση ή στο μέγεθος της σχέσης μεταξύ της προβλεπτικής μεταβλητής και της μεταβλητής κριτήριο. Μία ρυθμιστική μεταβλητή είναι μια μεταβλητή που καθορίζει τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μία συγκεκριμένη ανεξάρτητη/προβλεπτική μεταβλητή συσχετίζεται με μία εξαρτημένη μεταβλητή/μεταβλητή κριτήριο. Με άλλα λόγια, η ρυθμιστική μεταβλητή εξηγεί το «πότε» συσχετίζονται η προβλεπτική μεταβλητή και η μεταβλητή κριτήριο (Hayes, 2013).

Οι παραπάνω διαμεσολαβητικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την χρήση της ρουτίνας PROCESS για το SPSS (Hayes, 2013). Το PROCESS διαθέτει πολλά προγραμματισμένα μοντέλα παρέχοντας τη δυνατότητα συνδυασμού διαδικασιών ρυθμιστικού/τροποποιητικού ελέγχου (moderation) και διαμεσολάβησης (mediation). Το PROCESS αναγνωρίζει ποιά αποτελέσματα προκύπτουν υπό όρους και ποιά όχι, παράγοντας με αυτό τον τρόπο ανάλογα στατιστικά δεδομένα. Όταν προκύψει η στατιστικά σημαντική άμεση ή έμμεση επίδραση, η ρουτίνα PROCESS παράγει ένα πίνακα τιμών που περιέχει την υπό όρους ισχύ της επίδρασης για τις διαφορετικές τιμές των ρυθμιστικών/τροποποιητικών και διαμεσολαβητικών μεταβλητών. Για την γενική αξιολόγηση των στατιστικών δεδομένων που προκύπτουν το PROCESS διαθέτει τιμές τυπικού σφάλματος, p-values, διαστήματα εμπιστοσύνης για τις άμεσες επιδράσεις καθώς και διαστήματα εμπιστοσύνης της διαδικασίας Bootstrapping ώστε να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα των έμμεσων επιδράσεων. Το Sobel test αξιολογεί τη στατιστική σημαντικότητα της διαμεσολαβητικής σχέσης, ενώ ο δείκτης  $k^2$  αποτελεί δείκτη μεγέθους του αποτελέσματος της έμμεσης επίδρασης. Πολλά από τα μοντέλα του προγράμματος PROCESS στο SPSS παρέχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ διαφορετικών τρόπων ενσωμάτωσης των πολλαπλών τροποποιητικών ή διαμεσολαβητικών μεταβλητών στη στατιστική εξίσωση, συνδυάζοντας τις διαδικασίες τροποποιητικού/ρυθμιστικού ελέγχου με παράλληλη (αλλά όχι σειριακή) διαμεσολάβηση. Στην ρουτίνα του PROCESS δίνεται η δυνατότητα εισαγωγής συγκεκριμένων μεταβλητών που θα συμβάλλουν στον οριστικό και αντικειμενικό υπολογισμό των δεδομένων, όπως είναι η μέση τιμή ή συν και μείον μια τυπική απόκλιση από τη μέση τιμή, ώστε να αναλυθεί η διαφορά στις τιμές των επιδράσεων που αφορούν τα εκατοστημόρια των ρυθμιστικών μεταβλητών, ή ευθέως να αναλυθεί μια συγκεκριμένη τιμή που προκύπτει από την ανάλυση

ρυθμιστικής διαμεσολάβησης, ώστε να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα της διαμεσολαβητικής και ρυθμιστικής σχέσης. Η ρυθμιστική ανάλυση υπονοεί μια επίδραση αλληλεξάρτησης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και των ρυθμιστικών μεταβλητών, καθώς η είσοδος των δευτέρων στην εξίσωση επιφέρει αλλαγές στην κατεύθυνση ή στο μέγεθος της σχέσης μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής. Από τη στιγμή που η ρυθμιστική επίδραση είναι στατιστικά σημαντική, μέσω του PROCESS προχωράμε στην ανάλυση απλών κλίσεων ώστε να μελετήσουμε ξεχωριστά τις εξισώσεις παλινδρόμησης για την ανεξάρτητη μεταβλητή, την εξαρτημένη μεταβλητή και για τα διαφορετικά επίπεδα της μεταβλητής ρυθμιστικού/τροποποιητικού ελέγχου (Hayes, 2013).

Για τις μεταβλητές της αισιοδοξίας και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της ασθένειας ακολουθήθηκε διαδικασία ελέγχου του ρυθμιστικού/τροποποιητικού τους ρόλου (moderation analysis), ώστε να υπολογιστεί το κατά πόσο η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων του ασθενή (προβλεπτική μεταβλητή) στην ποιότητα ζωής του (μεταβλητή κριτήριο) εξαρτάται από τα επίπεδα αισιοδοξίας και αντίληψης προσωπικού ελέγχου και αποτελεσματικότητας της ιατροφαρμακευτικής θεραπείας. Η εφαρμογή της ρυθμιστικής αυτής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε, επίσης, με την χρήση του βοηθήματος PROCESS για το SPSS.

Στη διαμεσολαβητική εξίσωση συμπεριλήφθηκαν ως συμεταβλητές η ηλικία, το φύλο και του είδος της καρδιαγγειακής ασθένειας, ώστε να διαπιστωθεί αν μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης διαμεσολάβησης, τον έλεγχο των αλληλεπιδράσεων και την εκτίμηση της έμμεσης επίδρασης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% προχωρήσαμε στον υπολογισμό των *διαστημάτων εμπιστοσύνης* της έμμεσης επίδρασης με τη χρήση της τεχνικής *Bootstrapping*. Σε αυτή την περίπτωση, όταν μεταξύ του κατώτερου και του ανώτερου ορίου του διαστήματος εμπιστοσύνης της έμμεσης επίδρασης συμπεριλαμβάνεται το μηδέν (0), δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαμεσολαβητική επίδραση στη σχέση μεταξύ των μεταβλητών που μελετώνται.

## **9. Αποτελέσματα**

### **9.1. Μέτρηση Αξιοπιστίας και Συσχέτισης**

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών του μοντέλου μας, δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας καθώς και στοιχεία περιγραφικής στατιστικής, όπως οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις.

Από τον Πίνακα 1 των συσχετίσεων προκύπτει ότι σημαντικές είναι οι συσχετίσεις μεταξύ συναισθηματικής καταπίεσης και αισιοδοξίας, γνωστικής επαναξιολόγησης και αισιοδοξίας, σωματικής ευεξίας και προσωπικού ελέγχου, ψυχολογικής ευεξίας και γνωστικής επαναξιολόγησης, ψυχολογικής ευεξίας και προσωπικού ελέγχου, θετικού συναισθήματος και γνωστικής επαναξιολόγησης, θετικού συναισθήματος και προσωπικού ελέγχου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αρνητική σχέση του αρνητικού συναισθήματος με την γνωστική επαναξιολόγηση, τον προσωπικό έλεγχο, τη σωματική ευεξία, και την ψυχολογική. Αντίθετα, παρουσιάζεται θετική συσχέτιση με το θεραπευτικό έλεγχο. Επίσης, στατιστικώς σημαντικές είναι οι θετικές συσχετίσεις μεταξύ προσωπικού ελέγχου και αισιοδοξίας, θεραπευτικού ελέγχου και αισιοδοξίας, θεραπευτικού ελέγχου και συναισθηματικής καταπίεσης.



## Συναίσθημα και Ποιότητα Ζωής Καρδιοπαθών

## Πίνακας 1

Μέσοι όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Δείκτες Αξιοπιστίας Κλιμάκων, Ενδοσυσχετίσεις μεταξύ των Μεταβλητών της Έρευνας (N = 102)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Αισιοδοξία	1.00								
2. Συναισθηματική Καταπίεση	.332**	1.00							
3. Γνωστική Επαναξιολόγηση	.442**	.183	1.00						
4. Προσωπικός Έλεγχος	.237*	.190	.173	1.00					
5. Θεραπευτικός Έλεγχος	.208*	.250*	.130	.053	1.00				
6. Σωματική Ευεξία	-.010	.068	.194	.261**	-.091	1.00			
7. Συναισθηματική Ευεξία	.104	.097	.269**	.382**	.025	.598**	1.00		
8. Θετικό Συναίσθημα	.112	.050	.299**	.333**	.108	.453**	.586**	1.00	
9. Αρνητικό Συναίσθημα	-.081	-.094	-.256**	-.445**	.220*	-.321**	-.587**	-.208*	1.00
Chronbach's $\alpha$	.68	.79	.85	.65	.60	.90	.74	.86	.85
Μέσοι όροι	19.9048	15.9615	27.6538	19.4712	17.0673	22.2212	29.6731	29.9245	19.6154
Τυπική Απόκλιση	3.50	6.10	7.78	2.93	2.11	5.38	6.35	7.14	5.61

\* p < 0.5, \*\*p < .01

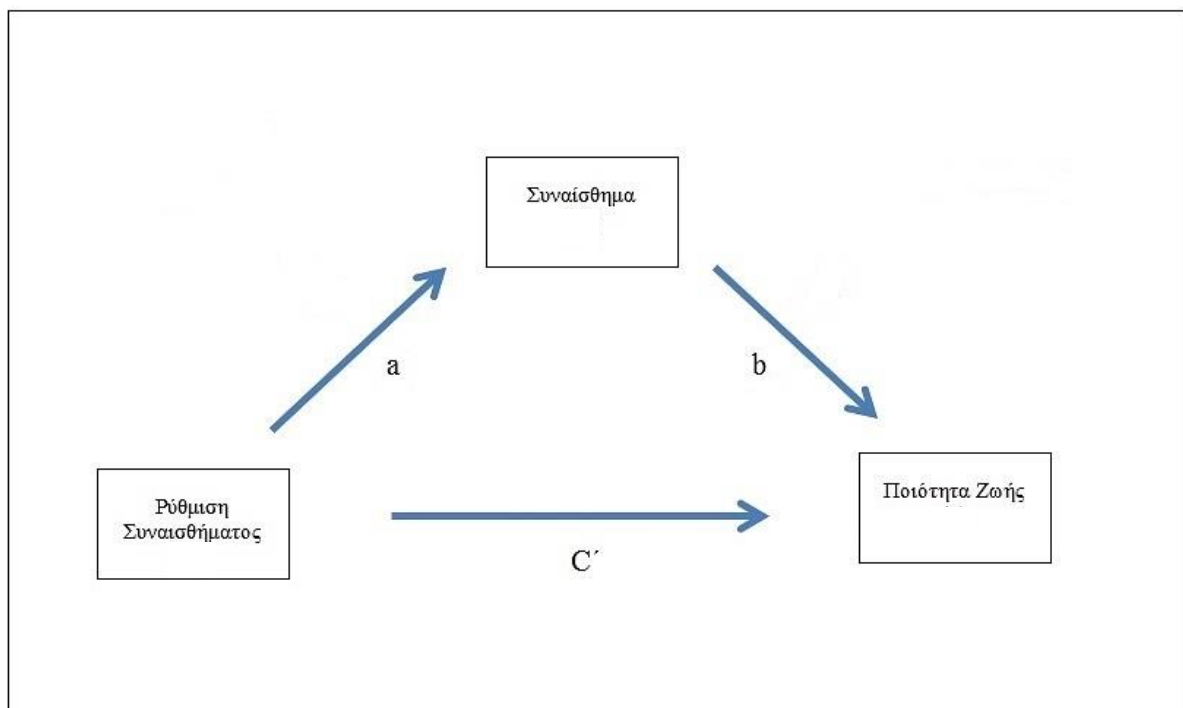
## 9.2. Διαμεσολάβηση του Συναίσθηματος μεταξύ Ρύθμισης Συναίσθηματος,

### Συναίσθηματος και Ποιότητας Ζωής

Η ανάλυση που ακολουθεί αφορά στον διαμεσολαβητικό ρόλο του συναίσθηματος του ασθενή στη σχέση μεταξύ ικανότητας ρύθμισης του συναίσθηματος και ποιότητας ζωής. Περιγράφονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές διαμεσολαβητικές σχέσεις της ανάλυσης, ενώ στον Πίνακα 3 του Παραρτήματος καταγράφονται οι τιμές των μεταβλητών που αφορούν όλες τις σχέσεις παλινδρόμησης και διαμεσολάβησης. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η μόνη σχέση στην οποία διαμεσολαβεί το συναίσθημα του ασθενή (θετικό και αρνητικό) είναι μεταξύ γνωστικής επαναξιολόγησης με την συναισθηματική και σωματική ευεξία. Αντίθετα, ο διαμεσολαβητικός ρόλος του συναίσθηματος δεν επιβεβαιώνεται στη σχέση μεταξύ συναισθηματικής καταπίεσης και ποιότητας ζωής. Όλα τα αποτελέσματα, στατιστικώς σημαντικά και μη, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3 του Παραρτήματος λόγω του μεγάλου μεγέθους πινάκων και στοιχείων.

### Σχήμα 1

Σχηματική Αναπαράσταση του Συναίσθηματος στη Σχέση μεταξύ Ρύθμισης Συναίσθηματος και Ποιότητας Ζωής



Συγκεκριμένα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, τα αποτελέσματα της τεχνικής Bootstrapping φανερώνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική έμμεση επίδραση στις σχέσεις μεταξύ (Πίνακας 2):

α) γνωστικής επαναξιολόγησης, θετικού συναισθήματος και σωματικής ευεξίας. Πιο αναλυτικά, παρατηρούμε ότι η αυξημένη ικανότητα γνωστικής επαναξιολόγησης του ασθενούς σχετίζεται θετικά με ενισχυμένο θετικό συναίσθημα (διαδρομή  $a$ ),  $b = .25$ ,  $t(97) = 2.73$ ,  $p < .05$ . Επίσης, το αυξημένο θετικό συναίσθημα σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο σωματικής ευεξίας του ασθενή (διαδρομή  $b$ ),  $b = .29$ ,  $t(96) = 4.28$ ,  $p < .001$  (βλ., Παράρτημα, Πίνακας 3). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η γνωστική επαναξιολόγηση σχετίζεται με την σωματική ευεξία μέσω του θετικού συναισθήματος το οποίο σχετίζεται θετικά με την σωματική ευεξία.

β) γνωστικής επαναξιολόγησης, αρνητικού συναισθήματος και σωματικής ευεξίας.

Στη διαμεσολάβηση αυτή παρατηρούμε ότι η ενισχυμένη ικανότητα γνωστικής επαναξιολόγησης σχετίζεται με ελαττωμένο αρνητικό συναίσθημα (διαδρομή  $a$ ),  $t(95) = -3.07$ ,  $p < .05$ , και  $se = .07$  και  $b = -.22$ . Επίσης, παρατηρούμε ότι το μειωμένο αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται με αύξουσα σωματική ευεξία (διαδρομή  $b$ ),  $b = .07$ ,  $t(94) = -3.7120$ ,  $p < .05$ , (βλ., Παράρτημα, Πίνακας 3). Επομένως, η γνωστική επαναξιολόγηση σχετίζεται με την ενισχυμένη σωματική ευεξία όταν διαμεσολαβεί μειωμένο αρνητικό συναίσθημα.

γ) γνωστικής επαναξιολόγησης, θετικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας.

Πιο συγκεκριμένα, η ικανότητα γνωστικής επαναξιολόγησης μπορεί να σχετιστεί θετικά με το θετικό συναίσθημα (διαδρομή  $a$ ),  $b = .25$  με  $t(97) = 2.72$ ,  $p < .05$ ,  $se = .09$ . Επίσης, το υψηλό επίπεδο θετικού συναισθήματος σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας (διαδρομή  $b$ ),  $b = .49$ ,  $t(96) = 6.36$ ,  $p < .05$  (Βλέπε Παράρτημα, Πίνακας 3). Επομένως, προκύπτει ότι η γνωστική επαναξιολόγηση σχετίζεται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας, όταν μεταξύ τους διαμεσολαβεί αυξημένο θετικό συναίσθημα.

δ) γνωστικής επαναξιολόγησης, αρνητικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας.

Αναλυτικότερα, το υψηλότερο επίπεδο ικανότητας γνωστικής επαναξιολόγησης σχετίζεται με μειωμένο αρνητικό συναίσθημα (διαδρομή  $a$ ),  $b = -.2176$ ,  $t(95) = -3.02$ ,  $p < .05$ . Επίσης, το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται αρνητικά με τα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας (διαδρομή  $b$ ),  $b = -.64$ ,  $t(94) = -6.50$ ,  $p < .05$  (Βλέπε Παράρτημα, Πίνακας 3). Επομένως, φαίνεται πως η γνωστική επαναξιολόγηση

σχετίζεται έμμεσα με καλύτερη συναισθηματική ευεξία όταν μεταξύ τους διαμεσολαβεί μειωμένο αρνητικό συναίσθημα.

Το συναίσθημα του ασθενή φάνηκε ότι δεν διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ συναισθηματικής καταπίεσης και ποιότητας ζωής, εφόσον όπως φαίνεται στον Πίνακα 2 όλα τα διαστήματα εμπιστοσύνης της τεχνικής Bootstrapping που αφορούν στη σχέση αυτή συμπεριλαμβάνουν την τιμή μηδέν (0).

## Πίνακας 2

*Αξιολόγηση στατιστικής σημαντικότητας της έμμεσης επίδρασης της ρύθμισης συναισθήματος στην ποιότητα ζωής μέσω του συναισθήματος, με την αξιολόγηση των διαστημάτων εμπιστοσύνης της τεχνικής Bootstrapping*

	<i>B</i>	SE	<u>Bootstrapping 95% CI*</u>	
			Κατώτερο	Ανώτερο
Διαμεσολαβητής	<u>Θετικό Συναίσθημα</u>			
Συναισθηματική Καταπίεση Σωματική Ευεξία	.0179	.0378	-.0485	.1029
Γνωστική Επαναξιολόγηση Σωματική Ευεξία	.0721	.0360	.0158	.1608
Συναισθηματική Καταπίεση Συναισθηματική Ευεξία	.0373	.0638	-.0800	.1708
Γνωστική Επαναξιολόγηση Συναισθηματική Ευεξία	.1213	.0524	.0278	.2340
Διαμεσολαβητής	<u>Αρνητικό Συναίσθημα</u>			
Συναισθηματική Καταπίεση Σωματική Ευεξία	.0231	.0332	-.0428	.0898
Γνωστική Επαναξιολόγηση Σωματική Ευεξία	.0732	.0289	.0283	.1440
Συναισθηματική Καταπίεση Συναισθηματική Ευεξία	.0527	.0660	-.0813	.1830
Γνωστική Επαναξιολόγηση Συναισθηματική Ευεξία	.1387	.0525	.0483	.2569

\*Διόρθωση μεροληψίας σε 5000 επαναμετρήσεις της μεθόδου Bootstrapping (bias corrected and accelerated; 5000 bootstrap samples). Αναφέρεται στο ανώτερο (*Upper*) και το κατώτερο (*Lower*) όριο τιμών στα διαστήματα εμπιστοσύνης.

### **9.3. Η Επίδραση της Αισιοδοξίας και της Αντίληψης Ελέγχου ως Ρυθμιστικών**

#### **Μεταβλητών**

Όπως ήδη αναφέραμε, ελέγξαμε αν η αισιοδοξία και η αντίληψη ελέγχου ρυθμίζουν την έμμεση σχέση μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος, συναισθήματος και ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, ελέγξαμε αν η αισιοδοξία λειτουργεί ως ρυθμιστική/τροποποιητική μεταβλητή, ρυθμίζοντας το πότε η ανεξάρτητη μεταβλητή της ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος σχετίζεται με τη διαμεσολαβητική μεταβλητή του συναισθήματος. Επίσης, εξετάσαμε εάν η αντίληψη ελέγχου (προσωπικός έλεγχος και θεραπευτικός έλεγχος) λειτουργεί ως ρυθμιστική/τροποποιητική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ του συναισθήματος και της εξαρτημένης μεταβλητής της ποιότητας ζωής. Για να δείξουμε ότι πράγματι μία μεταβλητή έχει ρυθμιστική/τροποποιητική επίδραση, στο συγκεκριμένο μοντέλο θα πρέπει να ελέγξουμε αν η αλληλεπίδραση μεταξύ της εκάστοτε πρότερης μεταβλητής (ανεξάρτητη ή διαμεσολαβητική μεταβλητή) με την εκάστοτε ρυθμιστική μεταβλητή είναι στατιστικά σημαντική. Στο Σχήμα 2 παρουσιάζεται το μοντέλο «ρυθμιζόμενης διαμεσολάβησης» που εξετάσαμε.

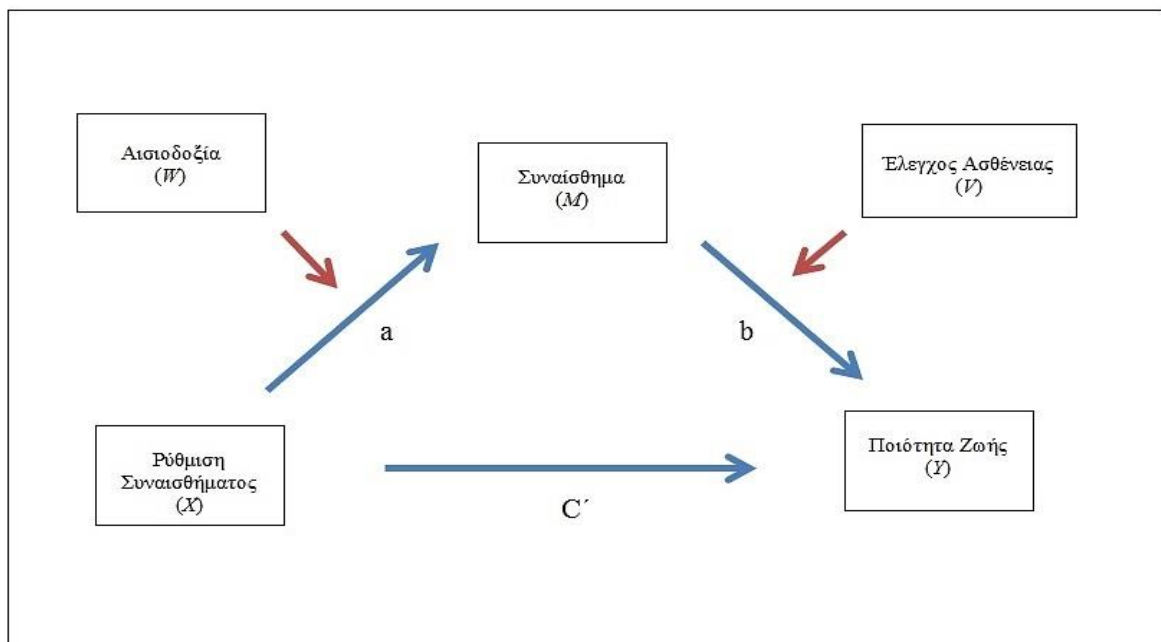
Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η μοναδική στατιστικά σημαντική ρυθμιστική επίδραση αφορά στη σχέση μεταξύ θετικού συναισθήματος, θεραπευτικού ελέγχου και συναισθηματικής ευεξίας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ο θεραπευτικός έλεγχος επιδρά στη σχέση μεταξύ θετικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας,  $B = .06$ ,  $t(92) = 2.01$ ,  $p < .05$  (Βλέπε Πίνακα 4, Παράρτημα). Αναφέρουμε ότι όλα τα μοντέλα ρυθμιζόμενης διαμεσολάβησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 του Παραρτήματος λόγω μεγάλου μεγέθους.

Οι στατιστικές αναλύσεις δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ θετικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας (και συνεπώς ολόκληρη η διαμεσολαβούμενη σχέση) δεν είναι πραγματικά σταθερή στα τρία επίπεδα του θεραπευτικού ελέγχου (μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις). Βέβαια, από την ανάλυση προκύπτει ότι για τα χαμηλά επίπεδα ( $-1SD$ ) θεραπευτικού ελέγχου (με τιμή  $b = .3705$ ), για τα μέτρια επίπεδα (*Mean*) θεραπευτικού ελέγχου (με τιμή  $b = .5022$ ) και τα υψηλά επίπεδα ( $+1SD$ ) του (με τιμή  $b = .6339$ ) οι παλινδρομήσεις μεταξύ των μεταβλητών είναι στατιστικώς σημαντικές, καθότι στα διαστήματα εμπιστοσύνης (*CI* 95%) (χαμηλό επίπεδο: .1763 έως .5646, μέτριο επίπεδο: .3454 έως .6589 και υψηλό επίπεδο: .4279 έως .8398) δεν συμπεριλαμβάνεται η τιμή μηδέν (0).

Εντούτοις, οι αναλύσεις Johnson – Neyman έδειξαν ότι η διαφοροποίηση (η σχέση μεταξύ θετικού συναισθήματος και ευεξίας και, συνεπώς, όλη η διαμεσολαβούμενη σχέση) παύει να είναι στατιστικώς σημαντική στις πολύ χαμηλές τιμές του θεραπευτικού ελέγχου. Φαίνεται, δηλαδή, ότι περίπου 1.5 τυπική απόκλιση ( $SD$ ) κάτω από το μέσο όρο οι τιμές του θεραπευτικού ελέγχου δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Επομένως, ο θεραπευτικός έλεγχος ρυθμίζει/τροποποιεί τη σχέση μεταξύ θετικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας όταν βρίσκεται στα μεσαία ή ανώτερα επίπεδα τιμών του.

## Σχήμα 2

Σχηματική Αναπαράσταση Ρυθμιζόμενης Διαμεσολάβησης όπου φαίνεται ο Τροποποιητικός ρόλος της Αισιοδοξίας και του Ελέγχου της Ασθένειας στη σχέση Διαμεσολάβησης μεταξύ Ρύθμισης Συναισθήματος, Συναισθήματος και Ποιότητας Ζωής



## **10. Συμπεράσματα/Συζήτηση**

### **10.1. Σκοπός της Έρευνας και Βασικά Ευρήματα**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξεταστεί προδρομικά, μέσω της διαδικασίας τροποποιητικής διαμεσολάβησης του συναισθήματος, αν η ικανότητα της ρύθμισης αυτού μπορεί να σχετιστεί έμμεσα με την ποιότητα της ζωής των καρδιολογικών ασθενών. Επίσης, εξετάστηκε αν τα επίπεδα αισιοδοξίας και αντίληψης ελέγχου τροποποιούν τη σχέση μεταξύ της ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος με το συναίσθημα και τη σχέση του συναισθήματος με την ποιότητα ζωής αντίστοιχα.

Στα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι τόσο το θετικό όσο και το αρνητικό συναίσθημα διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ γνωστικής επαναξιολόγησης και σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας του καρδιολογικού ασθενή, επιβεβαιώνοντας την πρώτη βασική μας υπόθεση. Δηλαδή, η γνωστική επαναξιολόγηση σχετίζεται έμμεσα με αυξανόμενα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας, όταν διαμεσολαβεί υψηλό θετικό συναίσθημα ή χαμηλό αρνητικό συναίσθημα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την υπάρχουσα βιβλιογραφία, στην οποία οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η γνωστική επαναξιολόγηση αναφέρεται στη δημιουργία ρεαλιστικότερης αξιολόγησης του συμβάντος, που μπορεί να οδηγήσει στην αποφόρτιση των αρνητικών συναισθημάτων, την ενίσχυση της θετικής διάθεσης και τη βίωση θετικού συναισθήματος. Η συγκεκριμένη ικανότητα ρύθμισης συναισθήματος αποτελεί σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την μείωση των συναισθημάτων που έχουν αρνητική ισχύ, όπως το άγχος, ο φόβος, η λύπη και ο θυμός (Gross, 2007).

Όσον αφορά στην καταπίεση του συναισθήματος, φάνηκε ότι το συναίσθημα δεν αναπτύσσει διαμεσολαβητική σχέση με την συγκεκριμένη τακτική ρύθμισης του συναισθήματος και την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, η καταπίεση του συναισθήματος δεν σχετίζεται ούτε με το θετικό ή αρνητικό συναίσθημα του ασθενή, ούτε με την βελτιωμένη ή επιβαρυνόμενη σωματική και συναισθηματική ποιότητα ζωής του. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το εύρημα αυτό συνάδει εν μέρει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και έρευνα. Όπως υποστηρίζουν οι John και Gross (2004) η καταπίεση αποτελεί μια στρατηγική ρύθμισης της αντίδρασης στο εκλούμενο συναίσθημα. Παρ' όλα αυτά, η ίδια η εμπειρία του συναισθήματος, παραμένει

ανεπηρέαστη και συνεχίζει να υφίσταται ενδοατομικά, χωρίς πλέον το άτομο να είναι σε θέση να την επεξεργαστεί. Επομένως, στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, η άρνηση ή υποτίμηση είτε του θετικού είτε του αρνητικού συναισθήματος δεν διαφοροποιεί την συγκίνηση που βιώνει το άτομο, απλώς την αποκρύπτει.

Στα ευρήματα δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση της αισιοδοξίας με την γνωστική επαναξιολόγηση ή την συναισθηματική καταπίεση. Επομένως, η μεταβλητή αυτή δεν διαθέτει καμία τροποποιητική ισχύ στη σχέση μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος και συναισθήματος του καρδιολογικού ασθενή.

Το εύρημα αυτό φαίνεται διαφορετικό από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Το μοντέλο των Scheier και Carver (1990), όπως ήδη αναφέραμε, υποστηρίζει ότι η αισιοδοξία παίζει καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση των θετικών συναισθημάτων που εξασφαλίζουν την καλή πορεία της ασθένειας, μειώνει το άγχος και τη δυσφορία, συντελεί στην θετική επαναξιολόγηση των γεγονότων, βοηθά στην ανεύρεση νοήματος και την ενεργό διατήρηση του στόχου απέναντι στις αντιξοότητες, κάνοντας το άτομο να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες ως προκλήσεις και όχι ως απειλές. Επιπλέον, σε παλαιότερες έρευνες αποδείχθηκε ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς υιοθετούν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, δεσμεύονται σε ρεαλιστικούς και άμεσα εφικτούς στόχους, ενώ συνήθως αναζητούν αποτελεσματικούς τρόπους ρύθμισης του συναισθήματος, κυρίως εστιάζοντας σε γνωστικές διεργασίες (Carver & Scheier, 1990. Folkman & Moskowitz, 2000. Taylor & Armor, 1996).

Στην περίπτωση, όμως, των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι πρόκειται για ένα χαρακτηριστικό που δεν αλληλεπιδρά με την ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος ίσως επειδή απαιτεί την επιβεβαίωση των θετικών του προσδοκιών, μέσα από την ανατροφοδότηση που παρέχουν επιτυχείς συμπεριφορές ελέγχου της καρδιοπάθειας, οι οποίες θα ενισχύσουν τις προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας, την αντοχή και το θετικό συναίσθημα. (Antoni *et al.*, 2001. Folkman & Moskowitz, 2000. Fredrickson, 1998. Lee *et al.*, 2006. Scheier & Carver, 1992. Taylor, 1983). Παράδειγμα που αποδεικνύει την ανάγκη της έμπρακτης επιβεβαίωσης των θετικών προσδοκιών για την ενίσχυση της αισιοδοξίας και την συσχέτισή της με την καλύτερη ποιότητα ζωής αποτελεί η έρευνα των Fournier, Ridder και Bensing (2002). Μελετώντας τη συμβολή της αισιοδοξίας στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια, φάνηκε ότι οι αισιόδοξες προσδοκίες παρέμειναν σταθερές πάνω από διάστημα δώδεκα μηνών συνύπαρξης με τη χρόνια ασθένεια. Η



σταθερότητα της αισιοδοξίας στο χρόνο αποδόθηκε στη χρήση στρατηγικών επίλυσης προσανατολισμένων σε επιτεύξιμους στόχους και όχι στην αλλαγή του συναισθήματος. Εν τέλει, στατιστικά σημαντικός αποδείχθηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της ικανότητας ελέγχου της ασθένειας στην επίδραση της αισιοδοξίας και στις διεργασίες επίλυσης, με σκοπό την επιτυχή προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια. Η μη ρεαλιστική θετική σκέψη δεν διατηρήθηκε στο χρόνο και δεν σχετίστηκε με την ψυχική υγεία. Αντίθετα, οι χρόνιοι ασθενείς με επιβεβαιωμένες θετικές προσδοκίες αποτελέσματος και αυτό-αποτελεσματικότητας ανέφεραν καλύτερη ψυχική υγεία σε χρονικό διάστημα άνω των έξι με δώδεκα μηνών προσαρμογής στη νόσο τους.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω υποθέτουμε ότι η αισιοδοξία στην παρούσα έρευνα δεν αλληλεπιδρά με την ρύθμιση του συναισθήματος και δεν επηρεάζει το βιωμένο συναίσθημα του καρδιακού ασθενή διότι η ίδια ως γνωστικό σχήμα χαρακτηρίζεται από θετικές προσδοκίες οι οποίες απαιτούν βιωματική επιβεβαίωση, μέσω εκφρασμένων συμπεριφορών υγείας. Άλλωστε, όπως ήδη αναφέραμε στο Μοντέλο Κοινής Λογικής, η αυτορρύθμιση αποτελεί ένα δυναμικό σύστημα που υποκινεί τον καθορισμό στόχων, τον σχεδιασμό και την ανάληψη στρατηγικών για την επίτευξη αυτών και την εκτίμηση του αποτελέσματος. Τόσο η αισιοδοξία όσο και η αντίληψη ελέγχου αποτελούν γνωστικά σχήματα τα οποία δεν έχουν καμία αξία αυτορρύθμισης αν δεν συμπεριλαμβάνουν την ανατροφοδότηση που προκύπτει από την ανάληψη στόχων και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των συμπεριφορών που επιλέχθηκαν (Leventhal, Brissete & Leventhal, 2003).

Η υπόθεση της έρευνας μας που αφορά στην αντίληψη ελέγχου βασίστηκε σε μελέτες τις βιβλιογραφίας οι οποίες απέδειξαν ότι όσο αυξάνεται η πεποίθηση του ατόμου ότι ασκεί κάποιου είδους έλεγχο στο περιβάλλον του, τόσο περισσότερο μπορεί να αντέξει τα διάφορα στρεσογόνα ερεθίσματα (Averill, 1973). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Hagger και Orbell (2003) η αντίληψη της ικανότητας ελέγχου παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με γνωστικές επαναξιολογήσεις, το εκφραζόμενο συναίσθημα και στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Για τους λόγους αυτούς, θεωρήσαμε ότι η αίσθηση του προσωπικού και του θεραπευτικού ελέγχου μπορεί να αλληλεπιδράσει με το υπάρχον συναίσθημα του ασθενή και να ρυθμιστεί τότε το συναίσθημα μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα ζωής του καρδιοπαθή.

Στατιστικά σημαντική ήταν η σχέση που ορίζει ότι η ισχυρότερη εμπιστοσύνη που δείχνει ο ασθενής στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής για τη βελτίωση της πάθησής του – σε αλληλεπίδραση με το θετικό συναίσθημα που τον

χαρακτηρίζει – σχετίζεται με μεγαλύτερη συναισθηματική ευεξία. Από τα δεκαέξι μοντέλα που αναλύθηκαν στην ρουτίνα του PROCESS, τα οποία αφορούν όλους τους πιθανούς συνδυασμούς των μεταβλητών για τη μελέτη των σχέσεων ρυθμιστικής διαμεσολάβησης μεταξύ τους, υπήρχε μόνο ένα μοντέλο που επιβεβαίωσε στατιστικά την τροποποιητική ισχύ θεραπευτικού ελέγχου στη σχέση θετικού συναισθήματος και συναισθηματικής ευεξίας. Πέρα όμως από αυτή τη μεμονωμένη ανάλυση, στατιστικά δεν υπήρξαν επαναλαμβανόμενα δεδομένα που να επιβεβαιώνουν τη συγκεκριμένη τροποποιητική σχέση. Οπότε, ίσως να μην αποτελεί αξιόπιστη πηγή συμπερασμάτων η παραπάνω μία και μοναδική ανάλυση που απεδείχθη στατιστικώς σημαντική.

Όσον αφορά στην εξήγηση του αποτελέσματος αυτού, θεωρούμε ότι το επίπεδο αποδοχής της ασθένειας θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός παράγοντας, ικανός να ερμηνεύσει το γιατί ο τροποποιητικός ρόλος της αντίληψης ελέγχου δεν παρουσίασε στατιστική σημαντικότητα. Η αποδοχή της ασθένειας αποτελεί ένα είδος συμβιβασμού μεταξύ της αντίληψης της ευπάθειας προς την ασθένεια αλλά και την αντίσταση που φέρει ο ασθενής προς τη νόσο του. Το είδος του συμβιβασμού αυτού επηρεάζει ανάλογα την ποιότητα ζωής των ασθενών. (Obieglo, Uchmanowicz & Wleklík, 2015).

Συγκεκριμένα, για τις περιπτώσεις ασθενών που βίωσαν καρδιακή ανακοπή, η αποδοχή της ασθένειας μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με τη νόσο και τη δύσκολη θεραπεία της. Επίσης, τονώνεται η αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας και της ικανότητας προσωπικού ελέγχου. Επιπλέον, το υψηλό επίπεδο αποδοχής της νόσου οδηγεί σε καλύτερη συμμόρφωση και εμπιστοσύνη στη φαρμακευτική αγωγή, μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο, υψηλότερα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας και ενισχυμένη τάση για σχολαστικότερη αυτόφροντιδα (Obieglo, Uchmanowicz & Wleklík, 2015).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι η αποδοχή της ασθένειας αποτελεί έναν γνωστικό παράγοντα που βιβλιογραφικά σχετίζεται με το συναίσθημα, τις συμπεριφορές υγείας και την αντίληψη προσωπικού ελέγχου. Επομένως, η πιθανή αλληλεπίδραση αυτής με την αντίληψη ελέγχου θα μπορούσε να είναι καθοριστική για την στατιστική σημαντικότητα της συγκεκριμένης τροποποιητικής/ρυθμιστικής μεταβλητής στη σχέση μεταξύ συναισθήματος και ποιότητας ζωής.

### **10.2. Περιορισμοί της Έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας είναι ετερόκλιτο όσον αφορά στο φύλο, τα είδη των καρδιαγγειακών παθήσεων, το χρόνο της διάγνωσης και την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, το δείγμα αν και ικανοποιητικό ποσοτικά (102 συμμετέχοντες), αποτελείται από 77 άνδρες και μόνο 25 γυναίκες. Επίσης, το δείγμα μας στερείται ηλικιακά νέου πληθυσμού ασθενών, καθώς αποτελείται κυρίως από υπερήλικες και μεσήλικες. Όσον αφορά την καρδιοπαθολογία, δεν παρουσιάζεται αποκλειστικότητα ως προς το είδος της ασθένειας που μελετάται. Το δείγμα αφορά κυρίως στεφανιαίες νόσους (38,7%), εμφράγματα μυοκαρδίου (22,6%), νοσήματα σχετικά με αρρυθμίες (21,7%) και διάφορα προβλήματα που αφορούν το κυκλοφορικό και το καρδιαγγειακό σύστημα (17%). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός της ανομοιότητας μεταξύ των συμμετεχόντων στο χρόνο που μεσολαβεί από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ανομοιογένειες τέτοιου είδους θα μπορούσαν να προκαλέσουν εσφαλμένες εντυπώσεις σε ό,τι αφορά την εξωτερική εγκυρότητα, την προσπάθεια δηλαδή να γενικευτούν με βεβαιότητα οι στατιστικές διαπιστώσεις της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό που έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με το δείγμα. Παρ' όλα αυτά, η ανομοιογένεια του δείγματός μας μπορεί να περιοριστεί, καθότι η έρευνά μας ποσοτικά διαθέτει ένα ικανοποιητικό δείγμα. Επιπλέον, όπως είδη αναφέραμε, από τον a priori υπολογισμό του απαραίτητου δείγματος προέκυψε ότι η ισχύς του δείγματος είναι στατιστικά σημαντική καθότι μεγαλύτερη του .80 σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha = 5\%$ , με μέτριο επίπεδο μεγέθους επίδρασης.

### **10.3. Πλεονεκτήματα της Έρευνας**

Παρά τους περιορισμούς που αναφέραμε, θα πρέπει να τονίσουμε ότι τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση, μέσα από την έρευνα και την κλινική πράξη, στο πώς η υγεία του ατόμου επηρεάζεται από τα συναισθήματα του. Επιπλέον, η ρύθμιση του συναισθήματος αποτελεί ερευνητικά και κλινικά έναν κρίσιμο παράγοντα εξασφάλισης της υποκειμενικής ευεξίας, του οποίου η δυσλειτουργία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής, οδηγώντας ακόμα και σε σωματική ασθένεια ή επιδείνωση της ήδη υπάρχουσας. Τα ευρήματα της έρευνάς μας δίνουν σημαντικά στοιχεία σχετικά με το πώς το συναίσθημα γεφυρώνει τη σχέση μεταξύ γνωστικών διεργασιών ρύθμισης του συναισθήματος και της ποιότητας ζωής κατά την προσαρμογή στην καρδιαγγειακή νόσο. Τόσο το αρνητικό

όσο και το θετικό συναίσθημα διαμεσολαβούν μεταξύ ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος και ποιότητας ζωής, αποτελώντας τον παράγοντα που ερμηνεύει γιατί η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να αλληλεπιδρά με την σωματική καθώς και με τη συναισθηματική ευεξία.

Η επιστημονική αξιολόγηση της σχέσης αυτής θα δώσει τη δυνατότητα για το σχεδιασμό κατάλληλων ψυχολογικών παρεμβάσεων σε θέματα ολιστικής υγείας (ψυχοκοινωνικής και σωματικής), οι οποίες θα στοχεύουν στη διαχείριση και αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων μέσω της αλλαγής του συναισθήματος και τη μείωση της δυσφορίας ή του στρες.

Θεωρούμε πλεονέκτημα της έρευνάς μας το γεγονός ότι μελετήσαμε το πώς η αυτορρύθμιση σχετίζεται με το συναίσθημα των καρδιοπαθών και κατ' επέκταση με την ποιότητα ζωής τους, μέσα από την ανάλυση τροποποιητικής διαμεσολάβησης τριών διαφορετικών μεταβλητών (ικανότητα ρύθμισης συναισθήματος, αισιοδοξία και αντίληψη ελέγχου). Με τον τρόπο αυτό καλύπτεται μεγαλύτερο φάσμα γνωστικών διεργασιών που μας επιτρέπει να έχουμε πιο τεκμηριωμένα αποτελέσματα. Βιβλιογραφικά, τόσο η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος όσο και οι τροποποιητικές μεταβλητές της αισιοδοξίας και της αντίληψης ελέγχου αποτελούν γνωστικούς ρυθμιστικούς παράγοντες του συναισθήματος και της συμπεριφοράς που επιτρέπουν στο άτομο να διαχειριστεί τις συγκινήσεις του με τρόπο προσαρμοστικό στις συνθήκες του περιβάλλοντος και της ασθένειας. Επίσης, επιβεβαιώνονται προσωπικές προσδοκίες του καρδιολογικού ασθενή και υπάρχοντα γνωστικά σχήματα που αφορούν την αποτελεσματικότητα των ικανοτήτων του και τον έλεγχο που μπορεί να ασκήσει. Έτσι, η αυτορρύθμιση εμπλέκεται σε έναν κύκλο ανατροφοδότησης με την σωματική και συναισθηματική ευεξία του καρδιολογικού ασθενή (Gross & John, 2003).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα που προέκυψε μέσα από την έρευνά μας είναι ότι τα επίπεδα αισιοδοξίας και αντιλαμβανόμενου ελέγχου δεν ρυθμίζουν αν η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να σχετιστεί με το συναίσθημα, ούτε αν το συναίσθημα μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα ζωής αντίστοιχα. Τα ευρήματα αυτά φαίνονται αντιφατικά με την πλειοψηφία της βιβλιογραφίας, όμως κατά τη γνώμη μας, παρέχουν στο ερευνητικό κοινό μια αντιπρόταση που υποστηρίζει ότι η ικανότητα γνωστικής επαναξιολόγησης είναι ένας αρκετά ισχυρός παράγοντας που μπορεί να αλληλεπιδράσει με το θετικό ή το αρνητικό συναίσθημα και να σχετιστεί μέσω αυτού με την ποιότητα ζωής, χωρίς να εξαρτάται από τα

επίπεδα αισιοδοξίας του καρδιολογικού ασθενή. Επίσης, το συναίσθημα που βιώνει ο ασθενής μπορεί να σχετιστεί με την ποιότητα ζωής, ως διαμεσολαβητής στη σχέση μεταξύ γνωστικής επαναξιολόγησης και σωματικής/συναισθηματικής ευεξίας, χωρίς τα επίπεδα αντίληψης προσωπικού ή θεραπευτικού ελέγχου να ρυθμίζουν το αν αυτό θα συμβεί.

#### **10.4. Σύνδεση των Ευρημάτων με την Κλινική Πράξη**

Γνωρίζουμε ότι κλινικά, χωρίς την αντίληψη ελέγχου και τα κίνητρα που προσφέρουν οι αισιόδοξες προσδοκίες, δεν μπορούμε να ευελπιστούμε στη διαμόρφωση αποτελεσματικών στρατηγικών θεραπευτικής παρέμβασης εστιασμένων στην επίλυση του προβλήματος, οι οποίες είναι καίριας σημασίας για την ομαλότερη προσαρμογή στην ασθένεια. Όσον αφορά, όμως, τη σύνδεση των ευρημάτων της έρευνάς μας με την κλινική παρέμβαση σε καρδιολογικούς ασθενείς, σχετικά με την αυτορρύθμιση καταδεικνύουμε ότι η γνωστική επαναξιολόγηση αποτελεί μεγαλύτερη αναγκαιότητα για την εξασφάλιση της καλύτερης ποιότητας ζωής στην καρδιοπάθεια από ότι η τόνωση των αισιόδοξων προσδοκιών ή του αισθήματος ελέγχου.

Η ρεαλιστική συνειδητοποίηση της κατάστασης, της ελεγχιμότητάς της και της έκβασης της καρδιοπάθειας μπορούν να ενισχύσουν το θετικό συναίσθημα, καταπραΰνοντας τον συναισθηματικό αρνητισμό. Το βίωμα αυτό μπορεί να ανατροφοδοτήσει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής επαναξιολόγησης, και φυσικά, η σχέση αυτή να οδηγήσει στην βελτίωση τόσο της συναισθηματικής ευεξίας όσο και της σωματικής λειτουργικότητας και διαχείρισης της συμπτωματολογίας και της θεραπείας. Ο ψυχολόγος, στο πλαίσιο ενίσχυσης της γνωστικής επαναξιολόγησης, μπορεί να εντρυφήσει με ρεαλιστικό τρόπο σε θέματα κόστους και οφέλους. Δηλαδή, θα πρέπει να θίγει με ρεαλισμό θέματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τη διάρκεια, την ευκολία εφαρμογής, το κόστος και τις παρενέργειες της θεραπείας, καθώς και σχετικά με την προσωπική ικανότητα του ασθενή να την εφαρμόσει. Επίσης, η αναγνώριση της διαθεσιμότητας του ιατρικού προσωπικού και του οικογενειακού και κοινωνικού δικτύου αποτελούν παράγοντες που είναι χρήσιμο να γνωστοποιούνται στον ασθενή ώστε να γίνεται όσο πιο αντικειμενική γίνεται η πραγματικότητα που τον περιβάλλει (Belar & Deardorff, 1995).

Κλινικά, η γνωστοποίηση του σημαντικού ρόλου του συναισθήματος στην ποιότητα ζωής και την πορεία της ασθένειας αποτελεί προϋπόθεση αντιμετώπισης του ασθενή με ειλικρίνεια, συμπόνια, σεβασμό και αμεσότητα. Η καρδιακή νόσος μπορεί

να είναι τόσο ελέγξιμη όσο κι ανεξέλικτη κάποιες φορές και είναι σημαντικό να γίνεται κατανοητό στο περιβάλλον του ασθενή ότι η σχέση μεταξύ συναισθηματικής αποφόρτισης και πίστης σε ρεαλιστικές προσδοκίες μπορούν να κάνουν ακόμα πιο διαχειρίσιμη την κατάσταση. Είναι αναγκαίο να γίνεται γνωστό και κατανοητό στους οικογενειακούς και ιατρικούς φροντιστές ότι το συναίσθημα που βιώνει ο ασθενής παίζει καθοριστικό ρόλο για την επιτυχή απόκτηση δεξιοτήτων προκειμένου να αφομοιώσει πολλές γνωστικές προσαρμογές, όπως: α) να βρει νόημα στην ασθένειά του (π.χ. γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες έπαιξαν ρόλο, τί σημαίνει αυτό για τον εαυτό του και τους άλλους, επαναπροσδιορισμό των αξιών και των προτεραιοτήτων), β) να επανακτήσει μια αίσθηση ελέγχου (π.χ. να ενημερώνεται για την ασθένεια, να τηρεί τις ιατρικές οδηγίες), γ) να αποκτήσει αυτοεκτίμηση. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται η αποδοχή του ασθενή από την οικογένεια και εκτιμάται η προσπάθεια που κάνει όπως κι η προσαρμογή του στην ασθένεια.

Σαν κατακλείδα της έρευνάς μας, επισημαίνουμε ότι το σημαντικότερο κίνητρο της μελέτης αυτής ήταν να διασαφηνιστούν οι σχέσεις μεταξύ αυτορρύθμισης, συναισθήματος και ποιότητας ζωής, με σκοπό ο καρδιολογικός ασθενής να ζήσει την ζωή που θέλει, χωρίς να στερείται απολαύσεις και πάντα με την πρέπουσα σύνεση και σεβασμό στον εαυτό του.

## **Βιβλιογραφία**

- Aalto, A., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 393–402
- American Heart Association (2001β). *Heart and stroke facts*. Dallas: American Heart Association.
- Anthony, E.G., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2016). Optimism and mortality in older men and women: The Rancho Bernardo study. *Journal of Aging Research*, vol. 2016, 9 pages, Article ID 5185104, [doi:10.1155/2016/5185104](https://doi.org/10.1155/2016/5185104).
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 87, 49 – 74.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Agewall, S., Berglund, M., Henareh, L. (2004). Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared to men. *Clinical Cardiology*, 27(5), 271-74.
- Antonovsky, A. (1972). A Model to Explain Visits to the Doctor: With Specific Reference to the Case of Israel. *Journal of Health and Social Behavior*, 13(4), 446-454.
- Appleton, K.M., Woodside, J.V., Arveiler, D., Haas, B., Amouyel, P., Montaye, M. ... Patterson, C.C. (2016). A role of behavior in the relationships between depression and hostility and cardiovascular disease incidence, mortality and all – cause mortality: the Prime study. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 582 – 591.
- Armstrong, D.L., Strogatz, D. & Wang, R. (2004). United States coronary mortality trends and community services associated with occupational structure, among blacks and whites, 1984 – 1998. *Social Science and Medicine*, 58, 2349 – 2361.
- Aspinwall, L.G., Brunhart, S.N. (1996). Distinguishing optimism from denial:

- Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 993–1003.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286 – 303.
- Bhattacharyya, M.R., Whitehead, D.L., Rakhit, R., & Steptoe, A. (2008). Depressed mood, positive affect, and heart rate variability in patients with suspected coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1020 – 1027.
- Bandura, A. (1982). Self – efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122 – 147.
- Bandura, A. (1997). *Self – efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Bankier, B. & Littman, A.B. (2002). Psychiatric disorders and coronary heart disease in women – A still neglected topic: Review of the literature from 1971 to 2000. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 133 – 140.
- Benotsch, E.G., Christensen, A.J., & McKelvey, L. (1997). Hostility, social support and ambulatory cardiovascular activity. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 163 – 176.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G. & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59 – 63.
- Baron, R..M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator – mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173 – 1182.
- Baum, A., Gatchel, R.J., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw – Hill.
- Bennett – Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (2004). *The Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Association. A practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B. & Wahl. A. K.



- (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation-An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 81, 5 – 13.
- Benyamini, Y., Nouman, H. & Alkalay, Y. (2016). Perceived control over the medical procedure and its association with adjustment to a low – control situation: the case of infertility. *Psychology, Health and Medicine*, 21(4), 476 – 482.
- Bilge, A.K, Ozben, B., Demircan,S., Cinar, M., Yilmaz, E., Adalet , K. (2006). Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. *PACE*, 29, 619–626.
- Booth – Kewley, S. & Friedman H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343 – 362.
- Booth – Kewley, S. & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors for individuals with serious medical illness. In M.A. Chesney & M.H. Antoni (Eds.), *Innovative approaches to health psychology* (pp. 197 – 218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well – being*. Chicago: Alpine.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P. & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment. *Child Development*, 72(1), 252-270.
- Braunwald, E., Zipes, D. P., Libby, P. & Bonow, R. O. (2005). "Καρδιολογία" 7<sup>η</sup> Έκδοση: Mentor.
- Brummet t, B.H., Boyle, S.H., Huhn, C.M., Siegler, I.C. & Williams, R.B. (2009). Positive affect is associated with cardiovascular reactivity, norepinephrine level, and morning rise in salivary cortisol. *Psychophysiology*, 46, 862 – 869.
- Burgess, C., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1988). Psychological response to cancer Diagnosis-II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 263-272.
- Cacciopo, J. T., Amaral, D. G., Blanchard, J. J., Cameron, J. L., Carter, C. S., Crews, D., ... Quinn, K. J. (2007). Social neuroscience. Progress and implications for mental health. *Perspectives on Psychological Science*, 2, (2), 99-123.
- Cameron, L. & Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215–221.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative

- affect: A control – process view. *Psychological Review*, 97, 19 – 35.
- Chang, E.C. & Farrehi, A.S. (2001). Optimism/pessimism and information – processing styles: Can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 31, 555 – 562.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive – perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25–41.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99 – 125.
- Collins, J.E., Hanson, K., Mulhern, M. & Padberg, R.M. (1992). Sense of coherence over time in cancer patients: A preliminary report. *Medical Psychotherapy*, 5, 73 – 82.
- Costa, P.T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease, *American Journal of Cardiology*, 60, 20-26.
- Costa, P. T., Jr. & McGrae, R. R. (1992). *NEO – PI- R: Professional Manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ., & Κυριόπουλος, Γ. (2004). Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Στο: ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. (επιμ.) *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 130–146.
- Craig, A., Tran, Y., Siddall, P., Wijesuriya, N., Lovas, J., Bartrop, R. & Middleton, J. (2013). Developing a Model of Associations Between Chronic Pain, Depressive Mood, Chronic Fatigue, and Self-Efficacy in People With Spinal Cord Injury. *The Journal of Pain*, 1 – 10.
- Davidson, K.W., Mostofsky, E. & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10 – year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31(9), 1065 – 70.
- Diamond, L. M. & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span:

- an integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125-156.
- Diamond, L. M. & Hicks, A. M. (2005). Attachment style, current relationship security, and negative emotions: the mediating role of physiological regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(4), 499-518.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A. & Creed, F. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 30, 414–420.
- Diener, E. & Suh, E. M. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being*, (pp. 3-12). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin, K. W., & Wadhwa, N. K. (1995). Burden of self-care in seriously ill patients: Impact on adjustment. *Health Psychology*, 14, 457-463.
- Gecas, V. (1989). The Social Psychology of Self-Efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291 – 316.
- Giese – Davis, J., Conrad, A., Nouriani, B. & Spiegel, D. (2007). Exploring Emotion – Regulation and Autonomic Physiology in Metastatic Breast Cancer Patients: Repression, Suppression and Restraint of Hostility. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 226 – 237.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L.D., Classen, C., Gordova, M., Fobair, P., Benson, J., Kraemer, H.C. & Spiegel, D. (2002). Change in emotion – regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive – expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 916 – 925.
- Gottdiener, J.S., Kop, W.J., Hausner, E., McCeney, M.K., Herrington, D., Krantz, D.S. (2003). Effects of mental stress on flow-mediated brachial arterial dilation and influence of behavioral factors and hypercholesterolemia in subjects without cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 92, 687 - 691.
- Gorman, J.M. & Sloan, R.P. (2000). Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *American Heart Journal*, 140 (4), 77 – 83.
- Denollet, J. & Brutsaert, D. L. (2001). Reducing emotional distress improves

- prognosis in coronary heart disease. *Circulation*, 104, 2018-2023.
- Diener, E. & Seligman, M.E.P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81 – 84.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Crogham, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101- 2107.
- Dixon, T., Lim, L. L., Powell, H., & Fisher, J. D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1368-1375.
- Donker, F.J.S. (2000). Cardiac rehabilitation: A review of current developments. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 923 – 943.
- Δοντάς, Α. (1981). Η τρίτη ηλικία. Προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Dyer, M.T.D., Goldsmith, K.A., Sharples, L.S. & Buxton, M.L. (2010). A review of health utilities using the EQ – 5D in studies of cardiovascular disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 13.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.), (2000-2005). Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας. *Διαχρονικές σειρές*, www.statistics.gr.
- Ellington, L. & Wiebe D.J. (1999). Neurotism, symptom presentation, and medical decision making. *Health Psychology*, 18(6), 634 – 643.
- Elliott, T.R., Witty, T.E., Herrick, S. & Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608 – 613.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014). *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2012*. Ελληνική Δημοκρατία, Πειραιάς.
- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., Reynolds, N. R., Dujardin, J.-P. L., Homan, J. E., & Stern, S. L. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 66, 190-197.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C. & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4), 1-23.
- Fauerbach, J.A., Brush, D.E., Thombs, B.D., McCann, U.D., Fogel, J., Ziegelestein,

- R.C. (2005). Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function. *Psychosomatics*, 46, 335-61.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16 (1), 25-43.
- Flemme, I., Bolse, K., Ivarsson, A., Jinhage B.M., Sandstedt, B., Edvardsson, N., Fridlund, B. (2001). Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 563-572.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personal and Social Psychology*, 46, 839 - 852.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T.(2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647 – 654.
- Ford, E. S., Mokdad, A. H., Li, C., McGuire, L. C., Strine, T. W., Okoro, C. A., Brown, D. W., & Zack, M. M. (2008). Gender differences in coronary heart disease and health- related quality of life: findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Women's Health*, 17 (5), 757-768.
- Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33, 1163 – 1183.
- Fowler, C. & Baas, L. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, (2).
- Fox N. A. (1994). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Society for research in child development, Inc.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 388-398.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300 - 319.
- Frijda, N.H. (1986). *Emotions*. Cambridge University Press.

- Gallo, L., Ghaed, S., & Bracken, W. (2004). Emotions and cognitions in coronary heartdisease: Risk, resilience and social context. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 669- 694.
- Garnefski, N. Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. & Onstein, E. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Giese-Davis J., Conrad A., Nouriani B., Spiegel D. (2008). Exploring emotionregulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences* 44, 226–237.
- Gil, K.M., Carson, J.W., Porter, L.S., Scipio, C., Bediako, S.M. & Orringer, E. (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in African American adults with sickle – cell disease. *Health Psychology*, 23, 267 – 274.
- Gill, T.M., Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality – of – life measurements. *JAMA*, 272, 619 – 625.
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Medves, J., & Tranmer, J. E. (2006). The symptom of pain with heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiac Failure*, 12 (4), 307-313.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. ( 1993 ). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (2), 89 – 104.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences from experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. The Galiford Press.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

- Grossarth-Maticek R. & Eysenck H. J. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease and other causes: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 19 (6), 781-795
- Guarnaccia, P.J. (1996). Anthropological perspectives: The importance of culture in the assessment of quality of life. In: Spilker B. (ed) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Lippincot-Raven, Philadelphia.
- Gureje, O., von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and wellbeing: a World Health Organization Study in Primary Care. *Journal of American Association*, 280 (2), 147-151.
- Guyatt, G.H., Naylor, C.D., Juniper, E., Heyland, D.K., Jaeschke, R. & Cook, D.J. (1997). Users' guides to the medical literature. How to use articles about health-related quality of life. *JAMA*, 277, 1232 – 1237.
- Guyll, M., & Contrada, R.J. (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction. *Health Psychology*, 17, 30 – 30.
- Hagger, M. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, (2), 141–184.
- Hamilton, N., Karoly, P. & Kitzman, H. (2004). Self-Regulation and Chronic Pain: The Role of Emotion. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 559–576.
- Hance, M., Carney, R. M., Freedland, K. E., & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow up. *General Hospital Psychiatry*, 18, 61-65.
- Hardie, E. A., Critchley, C. & Morris, Z. (2006). Self-coping complexity: role of self construal in relational, individual, and collective coping styles and health outcomes. *Asian Journal of Social Psychology*, 9, 224-235.
- Hayes, A.F. (2013). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression – Based Approach. New York, London: The Guilford Press.
- He, J., Gu, D., Wu, X., Reynolds, K., Duan, X., Yao, C., ... Whelton, P.K.(2005). Major causes of death among men and women in China. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1124 – 1134. DOI: 10.1056/NEJMsa050467
- Hearn, M.D., Murray, D.M. & Luepker, R.V. (1989). Hostility, coronary heart disease, and total mortality: A 33 – year follow – up of university students. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 105 – 121.

- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4, 137-149.
- Helgeson, V. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656-666.
- Herrmann, C., Muhen, F., Schaumann, A., Buss, U., Kemper, S., Wantzen, H., Gonska, B.D. (1997) Standardized Assessment of Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Patients with Implanted Defibrillators. *PACE*, 20(1), 95-10.
- Hirsch, J., Duberstein P., & Unützer J. (2009). Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 671-679.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 21-27.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books, New York.
- Jenkinson, C., Wright, L., Woulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3, 7-12
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Johnston, M. (1997). Representations of disability. In K. Petrie, & J. Weinman, (Eds.), *Perception of health and illness* (pp. 189-212). Harwood Academic Publishers: Singapore.
- Kamholz, B., Hayes, A., Carver, C., Gulliver, S. & Perleman, C. (2006). Identification and Evaluation of Cognitive Affect-Regulation Strategies: Development of a Self-Report Measure. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 2.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (1998β). Επιλογή επαγγέλματος: Ο ρόλος των γνωστικών σχημάτων στη διαμόρφωση της επαγγελματικής επιλογής. *Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού*, 46 – 47, 19 – 31.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καφέτσιος, Κ. (2003). Ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης: θεωρία και



εφαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον. *Ελληνική Ακαδημία Διοίκησης Επιχειρήσεων*, 2, 16 – 25.

Kafetsios, K. & Loumakou, M. (2007). A comparative evaluation of the effects of trait emotional intelligence and emotion regulation on affect at work and job satisfaction. *International Journal of Work Organization and Emotion*, 2(1), 71 – 87.

Karabulutlu, E. Y., Belici, M., Cayir, K., Tekin, S. B. & Kantarci, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302. Available at: <http://www.ejgm.org/files/EJGM-204.pdf>

Karademas, E.C. & Giannousi, Z. (2013). Representations of control and psychological symptoms in couples dealing with cancer: A dyadic – regulation approach. *Psychology and Health*, 28(1), 67 – 83.

Κατσάνος, Κ. Χ., & Τσιάνος, Ε. Β. (1999). Βασικές αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση του Εντέρου. *Ιατρική, Αθήνα*, 76(3): 238 – 247.

Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225-2229.

Keller, M., Leventhal, H., Prochaska, T. & Leventhal, E. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing and Health*, 12, 247-255.

Kelner, R. (1987). A symptom questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 268–274.

Keltner, D. & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13, 467–480.

Kernis, M.H. & Dunning, D. (1994). Narcissism and reactions to interpersonal feedback. *Journal of Research in Personality*, 28 (1): 4 – 13.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. R. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.

Kim, E. S., Smith, J., & Kubzansky, L. D. (2014). A Prospective Study of the

Association Between Dispositional Optimism and Incident Heart Failure. *Circulation. HeartFailure*, 7(3), 394–400.

- Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In: S. M. Turner, M. Hersen, *et al.* (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed.) (pp. 333–383). New York, NY, USA: Wiley.
- Krantz, D.S. & McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research and coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341 – 369.
- Kubzansky, L.D. & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323 – 337.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S. T., Vokonas, P. S., & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D. & Vokonas, P. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910 – 916.
- Kudielka, B. M. & Kirschbaum, C. (2004). Stress and Health Research. *International Encyclopedia of the social and Behavioral Sciences*.
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P., & Sartorius, N. (1994). Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health*, 23, 5 – 14.
- Laidlaw, T.M., Booth, R.J. & Large, R.G. (1996). Reduction in skin reactions to histamine after hypnotic procedure. *Psychosomatic Medicine*, 58, 242 – 248.
- Lau-Walker, M., Cowie, M. & Roughton, M. (2008). Coronary heart disease patients' perception of their symptoms and sense of control are associated with their quality of life three years following hospital discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 63 – 71.
- Leon, G.R., Finn, S.E., Murray, D. & Bailey, J.M. (1988). The inability to predict cardiovascular disease form hostility scores of MMPI items related to type A behavior. *Journal of Consulting and Psychology*, 56, 597 – 600.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-

- making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, 62, 3133–3145.
- Leen-Feldner E. W., Zvolensky M. J., Feldner M. T., Lejuez C.W (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences* 36, 1235–1247.
- Lepore, S.J. (1995). Cynicism, social support, and cardiovascular reactivity. *Health Psychology*, 14, 210 – 216.
- Leserman, J. (2003). HIV disease progression: Depression, stress, and possible mechanisms. *Biological Psychiatry*, 54, 295 – 306.
- Lesperance, F., Frasure – Smith, N., Juneau, M. & Theroux, P. (2000). Depression and 1–year prognosis in unstable angina. *Archives of Internal Medicine*, 160(9), 1354 – 1360.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H., Brissete, I. & Leventhal, E. (2003). The Common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, E. & Crouch, M (1997). Are there differences in perceptions of illness across the life span? In Petrie, K. & Weinman, J. (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L.D. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive approach. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-48). New York: Erlbaum.
- Leventhal, H, Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representations of illness danger. In: Rachman, S. (Ed.), *Medical psychology volume 2* (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Lindstrom, B. (1995). Measuring and improving quality of life for children. In: Lindstrom, B., Spencer, N. (eds) *Social Paediatrics*. Oxford University Press, Oxford, 570 – 585.
- Linden, W., Chambers, L., Maurice, J., & Lenz, J.W. (1993). Sex differences in social support, self – deception, hostility, and ambulatory cardiovascular activity. *Health Psychology*, 12, 376 – 380.

- Litt, M.D. (1988). Cognitive mediators of stressful experience: Self – efficacy and perceived control. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 241 – 260.
- Lovullo W. R. (2005). Cardiovascular reactivity: Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology, 58*, 119 – 132.
- Lu, L. & Shih, J.B. (1997). Personality and happiness: In mental health a mediator? *Personality and Individual Differences, 22*, 249 – 256.
- Lyubomirsky, S., King, L.A. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does Happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803 – 855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M. & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111 – 131.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. & DiMatteo, M.R. (2006). What are the differences between happiness and self – esteem? *Social Indicators Research, 78*, 363 – 404.
- Master, S. L., Amodio, D. M., Stanton, A. L., Yee, C. M., Hilmert, C. J. & Taylor, S. E. (2008). Neurobiological correlates of coping through emotional approach. *Brain, Behaviour and Immunity, 23*, 27-35.
- Matsumoto, D. (2007). Culture, context, and behavior. *Journal of Personality, 75*(6), 1285 – 1320.
- Matsumoto, D., Nakagawa, S., Hee Yoo, S. & 37 members of the Multinational Study of Cultural Display Rules (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(6), 925-937.
- Matthews, K.A., Crawford, S.L., Chae, C.U. et al. (2009). Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women or to the menopausal transition? *Journal of the American College of Cardiology, 54*, 2366 - 2373.
- Mauss, I. B. & Gross, J. J. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease: is hiding feelings bad for your heart? In L.A. Temoshok, I. Nyklicek, & A. Vingerhoets (Eds.), *The Expression of Emotion and Health* (pp. 62–81). London: Brunner-Routledge.
- McIntype, K.O., Lintenstein, E. & Mermelstein, R.J. (1983). Self – efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 632 – 633.

- McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health: Time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53, 291 – 299.
- Mechanic, D. (1989). Medical Sociology: Some Tensions Among Theory, Method, and Substance, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 2 (Jun., 1989), pp. 147-160 Published.
- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Middendorp, H., Geenen, R, Sorbi, M., Hox, J., Vingerhoets, A., Van Doornen, L., Bijlsma, J. (2005). Styles of Emotion Regulation and Their Associations With Perceived Health in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(1), 44–53.
- Mittleman, M. A., Maclure, M., Sherhood, J. B., Mulry, R. P., Tofler, G. H., Jacobs, S.C., Friedman, R., Benson, H., & Muller, J. E. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Mittleman, M.A., & Mostofsky, E. (2011). Physical, psychological and chemical triggers of acute cardiovascular events: preventive strategies. *Circulation*, 124, 346 - 354.
- Moller, J., Halloqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., & Ahlbom, A. (1999). Do episodes of anger trigger myocardial infarction? A case- crossover analysis on the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Psychosomatic Medicine*, 61, 842-849.
- Mortensen, O. S., Bjorner, J. B., Newman, B., Oldenburg, B., Groenvold, M., Madsen, J. K., & Anderson, H. (2007). Gender differences in health-related quality of life following ST- elevation myocardial infarction: Women and men do not benefit from primary percutaneous coronary intervention to the same degree. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 37-43.
- Moskowitz, J.T., Epel, E.S. & Acree, M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychology*, 27, 73 – 82.
- Mostofsky, E., Maclure, M., Tofler, G.H., Muller, J.E. & Mittleman, M.A. (2013). Relation of outbursts of anger and risk of acute myocardial infraction. *The American Journal of Cardiology*, 112(3), 343 – 348.
- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crisis. In T. MILLON, C. GREEN & R.

- MEAGHER (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum.
- Moss-Morris, R. & Petrie, K. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology, 1*, 15-25.
- Moss – Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ–R). *Psychology and Health, 17*, 1 – 16.
- Μουγάς, Γ.Α., Πάλλης, Α.Γ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες με ειδικά ερωτηματολόγια – Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3)*, 267-271.
- Mroczek, D.K. & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study., *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189 – 202.
- Mulkana, S.S. & Hailey, B.J. (2001). The role of optimism in health – enhancing behavior. *American Journal of Health Behavior, 25*, 388 – 395.
- Naess, S. (1987). *Quality of life research: concepts, methods and applications*. Institute of Applied Social Research, Oslo.
- Naylor, M., Krauthamer, C., Naud, S., Keefe, F., Helzer, J. (2011). Predictive relationships between chronic pain and negative emotions: a 4 month daily process study using Therapeutic Interactive Voice Response(TIVR). *Comprehensive Psychiatry, 52*, 731-736.
- Obieglo, M., Uchmanowicz, I., & Wleklik, M. (2015). The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 1–7*.  
Doi: [10.1177/1474515114564929](https://doi.org/10.1177/1474515114564929)
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριαντάφυλλου, Ε., et al. (2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3)*: 239-253.
- Oishi, S. & Diener, E. (2001). Goals, culture, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27(12)*, 1674-1682.
- Ohannessian, C.M., Hesselbrock, V.M., Tennen, H., Affleck, G.(1993). Hassles and

- uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 754–763.
- O' Leary, A. (1985). Self – Efficacy And Health. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4), 437 – 451.
- Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D., Espley, A. & Davey, P. (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Social Science and Medicine*. 47, 93-102.
- Ortega, F., Lee, D., Sui, X., Kubzansky, L., Ruiz, J., Baruth, M., Castillo, M.J. & Blair, S.N. (2010). Psychological Well-Being, Cardiorespiratory Fitness, and Long-Term Survival. *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 440-448.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Peek, M.K. & Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well – being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 201 – 215.
- Παπαδάτου, Δ. (1995β). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή της απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, & Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ (Επιμ. Εκδ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* (pp.109–134). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακώστας, Ι.Γ. (1994). Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.
- Papanicolaou, D. A., Wilder, R. L., Manolagas, S. C. & Chrousos, G. P. (1998). The pathophysiologic roles of interleukin-6 in human disease. *Annals of Internal Medicine*, 128, 127–137.
- Park, C.L., Moore, P.J., Turner, R.A., Adler, N.E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 584–592.
- Pelle, A. J., Pedersen, S. S., Erdmann, R. A. M., Kazemier, M., Spiering, M., van Domburg, R. T., & Denollet, J. (2011). Anhedonia is associated with poor health status and more somatic and cognitive symptoms in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 20, 643-651.
- Pelletier, D., Gallagher, R., Mitten-Lewis S., Mckinley, S., Squire, J. (2002) Australian implantable cardiac defibrillator recipients: Quality-of-life issues. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 68–74.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York:

Springer- Verlag.

- Plach, S.K., Heidrich, S.M. (2001). Womens' perception of their social roles after heart surgery and coronary angioplasty. *Heart and Lung*, 31, 117-27.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ., Λιάπη, Ε. & Κυρίτση, Ε. (2009). Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια, *Νοσηλευτική*, 48(1), 94–104
- Poluzzi, E., Strahinja, P., Vaccheri, A., Vargui, A., Silvani, M.C., Motola, D., Marchesini, G., De Ponti, F., & Montanaro, N. (2007). Adherence to chronic cardiovascular therapies: persistence over the years and dose coverage. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 63, 346-355.
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 925-971.
- Propper, C. & Moore, G. A. (2006). The influence of parenting on infant emotionality: a multi-level psychobiological perspective. *Developmental Review*, 26, 427-460.
- Rafanelli, C., Gostoli, S., Tully, P.J., & Roncuzzi, R. (2016). Hostility and the clinical course of outpatients with congestive heart failure. *Psychology & Health*, 31(2), 228-238, [DOI: 10.1080/08870446.2015.1095299](https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1095299)
- RAND 36-item Health Survey;  
[http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/mos\\_core\\_36item.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html)
- Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depression in cancer: New developments regarding diagnosis and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 283-294. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00413-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00413-X)
- Ridder, D., Greenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372, 246 – 255.
- Ridder, D., Fournier, M., Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self – care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 341 – 450.
- Ridker, P. M., Rifai, N., Stamper, M. J. & Hennekens, C. H. (2000). Plasma concentration of interleukin-6 and the risk of future myocardial infarction among apparently healthy men. *Circulation*, 101, 1767–1772.
- Rickman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 422 – 429.



- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rogerson, R.J. (1995). Environmental and health – related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science & Medicine*, 41, 1373 – 1382.
- Ronaldson, A., Molloy, G.J., Wikman, A., Poole, L., Kaski, J.C. & Stephoe, A. (2015). Optimism and recovery after acute coronary syndrome: a clinical cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 77, 311 – 318.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90(1), 1 – 28.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn – Kjennerub, T., Neale, M.C. & Harris, J.R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well – being, perceived health and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1136 – 1146.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saad, P.G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 637 – 651.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 849–857.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta – analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51 – 61.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects and associations with clinical outcomes. *Journal of American College of Cardiology*, 48 (8), 1527-1537.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international review*. *Applied Psychology*, 57, 3-18
- Scheier, M.F & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well – being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201 – 228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism

- from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheler, M.F., Mathew, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024 – 1040.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., Magovern, G.J., Carver, C.S. (1999). Optimism and Rehospitalization after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Archives of International Medicine*, 159(8), 829 – 835.
- Scherer, M. & Hermann – Lingen, C. (2009). Single item on positive affect is associated with 1 – year survival in consecutive medical inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 31, 8 – 13.
- Shelby, R. A., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., Hrywna, M., & Taylor, K. L. (2006). Standardized versus open-ended assessment of psychosocial and medical concerns among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 382–397.
- Sherman, D. K., Kim, H. S. & Taylor, S. E. (2009). Culture and social support: neural bases and biological impact. *Progress in Brain Research*, 178, 227-237.
- Schiaffino, K., Shawaryn, M. & Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology*, 17 (3), 262-268.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martoneb O., Strauss B (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 763–773.
- Schultz, R., Beach, S.R., Ives, D.G., Martine, L.M., Ariyo, A.A. & Kop, W.J. (2000). Association between depression and mortality in older adults: The cardiovascular health study. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1761 – 1768.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism – pessimism and quality of life. *Psycho- Oncology*, 14, 718 - 727
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Karesen, R.D. (2009). Do women newly

- diagnosed with breast cancer and consulting surgeon assess decision-making equally? *Breast, 11*, 434-441.
- Shekelle, R.B., Gale, M., Ostfeld, A.M. & Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine, 45*, 109 – 114.
- Shontz, F.C.(1975). *The psychological aspects of illness and disability*. New York: Macmillan.
- Sirois, B. C. & Burg, M. M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease: A review. *Behavior Modification, 27*, 83-102.
- Skelton, J. & Croyle, R. (1991). Mental representation, health and illness. In: J. Skelton & R. Croyle, (Eds.), *Mental representation in health and Illness* (pp.1-8). New York: Springer.
- Smedslund, G. & Ringdal, G. I. (2004). Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 123-131. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00575-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00575-0)
- Smith, D. F. (2001). Negative emotions and coronary heart disease: Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology, 42*, 57-69.
- Smith, P. J., Blumenthal, J. A.(2011). Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment. *Revista Española de Cardiología (English Edition), 64*(10), 924–933.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: current status of psychosomatic hypothesis. *Health Psychology, 11*, 139 – 150
- Smith, T.W. & Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70*, 548 – 568.
- Sluzewska, A., Rybakowski, J.K., Laciak, M., Mackiewicz, A., Sobieska, M. & Wiktorowicz, K. (1995). Interleukin – 6 serum levels in depressed patients before and after treatment with fluoxetine. *Annals of the New York Academy of Science, 762*, 474 – 476.
- Snyder, C.R. (1998). Hope. In H.S. FRIEDMAN (Ed.), *Encyclopedia of mental health*. San Diego, CA: Academic Press (pp. 421 – 431).
- Spiegel, D. (2001). Mind matters: Coping and cancer progression. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 287-290.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M. M., Collins, C. A., Kirk,

- S. B. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 68, 875 – 882.
- Stafford, L., Berk, M., Reddy, P., Jackson, H. (2007). Comd depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*.62, 401-10.
- Stein, P.K. & Kleiger, R.E. (1999). Insights from the study of heart rate variability. *Annual Review of Medicine*, 50, 249 – 261.
- Steptoe, A., & Brydon, L.(2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 33, 63 - 70.
- Steptoe A., Dockray S., & Wardle J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *University College London*, 7, 1747-1776.
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M. & Wardle, J. (2008). Positive affect, psychological well – being and good sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 409 – 415.
- Strack, S., Carver, C.S., Blaney, P.H. (1987). Predicting successful completion of an after care program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 579–584.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease: mediating and moderating factors. *Psychosomatic Medicine*, 63, 248-256.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260 – 300.
- Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 78, 80-88.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment th threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 38, 1161 – 1173.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873–898.
- Taylor, S. E., Lehman, B. J., Kiefe, C. I. & Seeman, T. E. (1989). Relationship of

- early life stress and psychological functioning to adult C – reactive protein in the coronary artery risk development in young adults study. *Biological Psychiatry*, 60, 819 – 824.
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401.
- Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P. & Mendola, R. (1992). Perceived control, construing benefits and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 186-203.
- Thombs, B. D., de Jonge, P., Wholley, M.A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., Zuidersma, M., Eze-Nliam, C., Lima, B. B., Smith, C. G., Soderlund, K., Ziegelstein, R. C. (2008). Depression screening and patients outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, 300 (18), 2161-2171.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89 – 101.
- Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.
- Τούντας Γ., (2006). *Κοινωνία και Υγεία*, Οδυσσέας, Αθήνα.
- Tugade, M., Fredrickson, B. & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190.
- Vollrath, M.E. (2006), *Handbook of Personality and Health*, London: Wiley.
- von Känel, R. (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk – current opinion. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13502, doi:10.4414/smw.2012.13502.
- Wallston, K., Wallston, B., Smith, S. & Dobbins, C. (1989). Perceived control and health. In M. Johnston, & T. Marteu, (Eds.), *Applications in health psychology*. New Brunswick: Transaction Press
- Watson, D. (2004). *Neuroticism*. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1994). *The PANAS Manual for the Positive and Negative Affect Schedule*. Iowa, IA: The University of Iowa.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience

- aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 84, 465 – 490.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96 (2), 234-254.
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population – based cohort study. *Lancet*, 16, 1331 – 1336.
- Weeks, J. C., Cook, F., O’Day, S. J., Peterson, L. M., Wenger, N., Reding, D., Harrell, F. E., Kussin, P., Dawson, N. V., Connors, A. F., Lynn, J., & Phillips, R. S. (1998). Relationship between cancer patients’ predictions of prognosis and their treatment preferences. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1709-1714.
- Weinbergen, D.A. & Davidson, M.N. (1994). Styles of inhibiting emotional expression: distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of Personality*, 62(4), 587 – 613.
- Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, (2), 113-116.
- Weis, F., Kilger, E., Roozendaal, B., de Quervain, D., Lamm, P., Schmidt, M., Schmoltz, M., Briegel, J. & Schelling, G. (2006). Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress life and improve health related quality of life in high risk patients after cardiac surgery: A randomized study. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 131, 277 – 282.
- Wiebe, D.J., Alderfer, M.A., Palmer, S.C., Lindsay, R & Jarrett, L. (1994). Behavioral self – regulation in adolescents with Type 1 diabetes: Negative affectivity and blood pressure glucose symptom perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1204 – 1212.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.6.1204>
- World Health Organization (1985). *Targets of health for all*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (1991). *Targets for health for all: the health policy for Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. WHO Press, World Health Organization, Switzerland.

- World Health Organisation (2009). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- World Health Organization. (2011b). Cardiovascular diseases. Fact Sheet 317.  
Ανάσυρση από <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- World Health Organization (1995). Quality of Life Assessment. Position paper from the Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403 – 1409.
- Wong, M., & Chair, S. (2007). Changes in health related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1334-42.
- Wong, W.S. & Fielding, R. (2006). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism a moderator or mediator? *Quality of Life Research*, 16, 53 – 63.
- Woods, S.L., Froelicher, E.S., Motzer, S.U., Bridges, E.J. (2005). *Cardiac Nursing 5th ed.* Lippincott, Philadelphia.
- Wulsin, L.R. & Singal, B.M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 201 – 210.
- Wulsin, L.R., Vaillant, G.E., Wells, V.E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61(1), 6 – 17.
- Yamamoto, K., Kanbara, K., Mutsuura, H., Ban, I., Mizuno, Y., Abe, T., Yoshino, M., Tajika, A., Nakai, Y & Fukunaga, M. (2010). Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Rorschach test. *Biopsychosocial Medicine*, 4, 20.
- Yfantopoulos, J. (2008). Measuring of quality and the European health model. *Archives of Hellenic medicine*, 25(1),1-7.
- Yfantopoulos, J. (2001). Quality of life and QALYS in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 114 – 130.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία Μέτρησης. *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 218 – 229.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. *Lancet*, 364, 937-952.

- Zautra, A., Johnson, L., & Davis, M. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.
- Zelman, D. C., Howland, E. W., Nichols, S. N., & Cleeland, C. S. (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46 (1), 105-111.



## **Παράρτημα**

## Πίνακας 3

Ανάλυση διαμεσολάβησης μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος, συναισθήματος και ποιότητας ζωής

ΣΚ - ΘΣ - Σωμ.Ε		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a	.0628	.1170	.5366	.5928	c'	.0558	.0757	.7377	.4625
M		--	--	--	--	b	.2843	.0652	4.3584	<.001
Constant	i <sub>1</sub>	40.6265	5.0825	7.9934	<.001	i <sub>2</sub>	24.1616	4.2184	5.7277	<.001
Φύλο		-.9964	1.6088	-.6193	.5372		-3.3677	1.0409	-3.2352	.0017
Ηλικία		-.1541	.0595	-2.5887	.0111		-.0963	.0397	-2.4244	.0172
Ασθένεια		-.2320	.6890	-.3367	.7370		-.3447	.4452	-.7743	.4406
$R^2 = .0679$ $F(4, 98) = 1.7838, p = .1382$					$R^2 = .3148$ $F(5, 97) = 8.9150, p < .001$					
ΓΕ - ΘΑ - Σωμ.Ε		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a	.2463	.0902	2.7288	.0075	c'	.0359	.0632	.5684	.5711
M		--	--	--	--	b	.2929	.0685	4.2757	<.001
Constant	i <sub>1</sub>	32.9205	5.8905	5.5888	<.001	i <sub>2</sub>	22.3048	4.5690	4.8817	<.001
Φύλο		-1.3452	1.5485	-.8687	.3871		-3.3015	1.0487	-3.1483	.0022
Ηλικία		-.1291	.0588	-2.1954	.0305		-.0833	.0406	-2.0495	.0431
Ασθένεια		.0854	.6776	.1260	.9000					
$R^2 = .1399$ $F(4, 97) = 3.9448, p = .0052$					$R^2 = .3161$ $F(5, 96) = 8.8749, p < .001$					
ΣΚ - ΑΣ - Σωμ.Ε		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a	-.0694	.0947	-.7325	.4656	c'	.0508	.0776	.6544	.5144
M		--	--	--	--	b	-.3337	.0834	-4.0009	.0001
Constant	i <sub>1</sub>	24.1868	4.1107	5.8839	<.001	i <sub>2</sub>	43.7514	3.9185	11.1653	<.001
Φύλο		-1.001	1.3026	-.0768	.9389		-3.6482	1.0645	-3.4271	.0009
Ηλικία		-.0367	.0486	-.7551	.4520		-.1531	.0398	-3.8417	.0002
Ασθένεια		-.3705	.5688	-.6513	.5164		-.5355	.4658	-1.1495	.2532
$R^2 = .0173$ $F(4, 96) = .4215, p = .7927$					$R^2 = .2980$ $F(5, 95) = 8.0673, p < .001$					
ΓΕ - ΑΣ - Σωμ.Ε		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a	-.2214	.0721	-3.0690	.0028	c'	.0350	.0657	.5322	.5958
M		--	--	--	--	b	-.3309	.0891	-3.7120	.0003

## Συναίσθημα και Ποιότητα Ζωής Καρδιοπαθών

Constant	$i_1$	31.9038	4.7135	6.7686	<.001	$i_2$	42.4698	4.9855	8.5187	<.001
Φύλο		.2057	1.2410	.1658	.8687		-3.5886	1.0782	-3.3282	.0012
Ηλικία		-.0730	.0476	-1.5360	.1279		-.1462	.0418	-3.4956	.0007
Ασθένεια		-.6966	.5518	-1.2624	.2099		-.3486	.4834	-.7213	.4725

$$R^2 = .1015$$

$$F(4, 95) = 2.6829, p = .0361$$

$$R^2 = .2892$$

$$F(5, 94) = 7.6506, p < .001$$

ΣΚ - ΘΑ - Συν.Ε	M				Y					
	b	SE	t	p	b	SE	t	p		
X	a	.0723	.1157	.6244	.5338	c'	.0687	.0862	.7969	.4275
M		--	--	--	--	b	.5166	.0755	6.8466	<.001
Constant	$i_1$	40.8378	5.1580	7.9173	<.001	$i_2$	12.2253	4.9180	2.4858	.0147
Φύλο		-1.0633	1.6236	-.6549	.5141		-.1869	1.2092	-.1545	.8775
Ηλικία		-.1570	.0596	-2.6340	.0098		.0244	.0459	.5319	.5960
Ασθένεια		-.2483	.7091	-.3502	.7269		-.1601	.5272	-.3036	.7621

$$R^2 = .0723$$

$$F(4, 97) = 1.8893, p = .1184$$

$$R^2 = .3445$$

$$F(5, 96) = 10.0923, p < .001$$

ΓΕ - ΘΑ - Συν.Ε	M				Y					
	b	SE	t	p	b	SE	t	p		
X	a	.2458	.0903	2.7205	.0077	c'	.0934	.0716	1.3046	.1952
M		--	--	--	--	b	.4934	.0776	6.3593	<.001
Constant	$i_1$	33.6548	5.8880	5.7158	<.001	$i_2$	10.2633	5.2021	1.9729	.0514
Φύλο		-1.5030	1.5535	-.9675	.3357		-.3840	1.1928	-.3220	.7482
Ηλικία		-.1329	.0586	-2.2674	.0256		.0398	.0459	.8667	.3883
Ασθένεια		.0180	.6882	.0262	.9792		.0267	.5259	.0507	.9597

$$R^2 = .1429$$

$$F(4, 97) = 4.0431, p = .0045$$

$$R^2 = .3531$$

$$F(5, 96) = 10.4800, p < .001$$

ΣΚ - ΑΣ - Συν.Ε	M				Y					
	b	SE	t	p	b	SE	t	p		
X	a	-.0777	.0931	-.8347	.4060	c'	.0583	.0852	.6840	.4957
M		--	--	--	--	b	-.6777	.0936	-7.2434	<.001
Constant	$i_1$	23.9547	4.1482	5.7747	<.001	$i_2$	49.3894	4.3967	11.2334	<.001
Φύλο		.0007	1.3077	.0005	.9996		-.7559	1.1925	-.6339	.5277
Ηλικία		-.0365	.0484	-.7546	.4523		-.0756	.0443	-1.7061	.0913
Ασθένεια		-.3099	.5829	-.5317	.5962		-.5975	.5323	-1.1226	.2645

$$R^2 = .0175$$

$$F(4, 95) = .4225, p = .7920$$

$$R^2 = .3743$$

$$F(5, 94) = 11.2460, p < .001$$

ΓΕ - ΑΣ - Συν.Ε		<u>M</u>				<u>Y</u>				
		<i>b</i>	SE	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	<i>a</i>	-.2176	.0722	-3.0155	.0033	<i>c'</i>	.0777	.0721	1.0782	.2837
<i>M</i>		--	--	--	--	<i>b</i>	-.6373	.0979	-6.5094	<.001
Constant	<i>i<sub>1</sub></i>	30.9456	4.7078	6.5733	<.001	<i>i<sub>2</sub></i>	46.4201	5.4189	8.5664	<.001
Φύλο		.4248	1.2445	.3413	.7336		-.8802	1.1883	-.7407	.4607
Ηλικία		-.0722	.0474	-1.5247	.1307		-.0653	.0457	-1.4279	.1566
Ασθένεια		-.5500	.5604	-.9814	.3289		-.4096	.5375	-.7621	.4479
		$R^2 = .0971$				$R^2 = .3671$				
		$F(4, 95) = 2.5540, p = .0439$				$F(5, 94) = 10.9043, p < .001$				

Σημείωση1: ΣΚ = Συναισθηματική Καταπίεση, ΓΕ = Γνωστική Επαναξιολόγηση, ΘΣ = Θετικό Συναίσθημα, ΑΣ = Αρνητικό Συναίσθημα, Σωμ.Ε = Σωματική Ευεξία, Συν.Ε = Συναισθηματική Ευεξία.

Σημείωση2: *X* = ανεξάρτητη μεταβλητή, *a* = Διαδρομή α (αφορά την σχέση μεταξύ ανεξάρτητης μεταβλητής και διαμεσολαβητικής μεταβλητής), *b* = διαδρομή β (αφορά τη σχέση μεταξύ διαμεσολαβητικής μεταβλητής και εξαρτημένης μεταβλητής), *c'* = άμεση επίδραση



## Πίνακας 4

Ανάλυση διαμεσολαβήσεων και ρυθμιστικών/τροποποιητικών σχέσεων μεταξύ ικανότητας ρύθμισης συναισθήματος, αισιοδοξίας, συναισθήματος, αντίληψης ελέγχου και ποιότητας ζωής

Συναισθηματική Καταπίεση ( $X$ ) – Αισιοδοξία ( $W$ ) – Θετικό Συναίσθημα ( $M$ ) – Προσωπικός Έλεγχος ( $V$ ) – Σωματική Ευεξία ( $Y$ )

		$M$				$c'$	$Y$			
		$b$	$SE$	$t$	$p$		$b$	$SE$	$t$	$p$
$X$	$a_1$	.0092	.1244	.0738	.9413		.0352	.0810	.4351	.6645
$W$	$a_2$	.2938	.2313	1.2704	.2071	--	--	--	--	--
$XW$	$a_3$	-.0474	.0330	-1.4359	.1544	--	--	--	--	--
$M$	--	--	--	--	--	$b_1$	.2673	.0719	3.7180	.0003
$V$	--	--	--	--	--	$b_2$	.1333	.2033	.6559	.5135
$MV$	--	--	--	--	--	$b_3$	-.0054	.0205	-.2658	.7910
Constant	$i_1$	10.0150	5.1126	1.9589	.0531	$i_2$	31.8567	3.4256	9.2997	<.001
Φύλο		-1.3284	1.6124	-.8239	.4121		-3.1294	1.0606	-2.9505	.0040
Ηλικία		-.1305	.0618	-2.1113	.0374		-.0850	.0415	-2.0496	.0432
Ασθένεια		.1418	.7427	.1909	.8490		-.1269	.4693	-.2704	.7875

$$R^2 = .0982$$

$$F(6, 93) = 1,6875, p = .1327$$

$$R^2 = .3026$$

$$F(7, 92) = 5.7030, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση ( $X$ ) – Αισιοδοξία ( $W$ ) – Θετικό Συναίσθημα ( $M$ ) – Προσωπικός Έλεγχος ( $V$ ) – Σωματική Ευεξία ( $Y$ )

		$M$				$c'$	$Y$			
		$b$	$SE$	$t$	$p$		$b$	$SE$	$t$	$p$
$X$	$a_1$	.2539	.1031	2.4621	.0157		.0364	.0650	.5602	.5767
$W$	$a_2$	-.0296	.2365	-.1253	.9006	--	--	--	--	--
$XW$	$a_3$	-.0304	.0279	-1.0895	.2788	--	--	--	--	--
$M$	--	--	--	--	--	$b_1$	.2554	.0741	3.4474	.0009
$V$	--	--	--	--	--	$b_2$	.1729	.1995	.8669	.3882
$MV$	--	--	--	--	--	$b_3$	-.0055	.0202	-.2731	.7854
Constant	$i_1$	8.6666	4.9680	1.7445	.0844	$i_2$	31.1292	3.4459	9.0336	<.001
Φύλο		-.9964	1.5688	-.6352	.5269		-3.1463	1.0616	-2.9639	.0039
Ηλικία		-.1180	.0597	-1.9776	.0509		-.0784	.0421	-1.8635	.0656
Ασθένεια		.2244	.7078	.3170	.7519		-.0103	.4728	-.0217	.9827

$$R^2 = .1438$$

$$F(6, 93) = 2.6026, p = .0224$$

$$R^2 = .3063$$

$$F(7, 92) = 5.8018, p < .001$$

Συναισθηματική Καταπίεση ( $X$ ) – Αισιοδοξία ( $W$ ) – Αρνητικό Συναίσθημα ( $M$ ) – Προσωπικός Έλεγχος ( $V$ ) – Σωματική Ευεξία ( $Y$ )

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	-.0304	.1025	-.2969	.7672	$c'$	.0368	.0813	.4520	.6523
<i>W</i>	$a_2$	-.1240	.1913	-.6480	.5186	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	.0090	.0272	.3319	.7407	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	$b_1$	-.3171	.0968	-3.2750	.0015
<i>V</i>	--	--	--	--	--	$b_2$	.0574	.2028	.2832	.7777
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	$b_3$	-.0104	.0270	.3857	.7006
Constant	$i_j$	4.5335	4.2131	1.0760	.2848	$i_2$	36.5650	3.4692	10.5400	<.001
Φύλο		-.0481	1.3322	-.0361	.9713		-3.5229	1.1128	-3.1657	.0021
Ηλικία		-.0482	.0514	-.9370	.3512		-.1408	.0423	-3.3307	.0013
Ασθένεια		-.5536	.6216	-.8905	.3755		-.3621	.5006	-.7232	.4714
$R^2 = .0226$					$R^2 = .2840$					
$F(6, 91) = 3.503, p = .9080$					$F(7, 90) = 5.1009, p = .0001$					

Γνωστική Επαναξιολόγηση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Αρνητικό Συναίσθημα (*M*) – Προσωπικός Έλεγχος (*V*) – Σωματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	-.2342	.0823	-2.8459	.0055	$c'$	.0400	.0663	.6032	.5479
<i>W</i>	$a_2$	.1286	.1898	.6775	.4998	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	.0157	.0223	.7053	.4824	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	$b_1$	-.2966	.1052	-2.8201	.0051
<i>V</i>	--	--	--	--	--	$b_2$	.0995	.2023	.4919	.6240
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	$b_3$	.0092	.0281	.3262	.7451
Constant	$i_j$	6.8086	3.9670	1.7163	.0895	$i_2$	35.5414	3.5661	9.9666	<.001
Φύλο		-.0087	1.2557	-.0069	.9945		-3.4761	1.1193	-3.1056	.0025
Ηλικία		-.0817	.0481	-1.6975	.0930		-.1332	.0446	-2.9867	.0036
Ασθένεια		-.6811	.5741	-1.1863	.2386		-.1929	.5039	-.3828	.7028
$R^2 = .1075$					$R^2 = .2825$					
$F(6, 91) = 1.8274, p = .1024$					$F(7, 90) = 5.0621, p = .0001$					

Συναίσθηματική Καταπίεση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Θετικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Σωματική Ευεξία (*Y*).

		<i>M</i>				<i>Y</i>			
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>

## Συναίσθημα και Ποιότητα Ζωής Καρδιοπαθών

<i>X</i>	$a_1$	.0421	.1207	.3490	.7279	$c'$	.0984	.0769	1.2792	.2041
<i>W</i>	$a_2$	.2717	.2253	1.2058	.2310		--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	-.0518	.0327	-1.5835	.1167		--	--	--	--
<i>M</i>		--	--	--	--	$b_1$	.3221	.0689	4.6762	<.001
<i>V</i>		--	--	--	--	$b_2$	-.5520	.2280	-2.4214	.0174
<i>MV</i>		--	--	--	--	$b_3$	.0129	.0273	.4720	.6381
Constant	$i_1$	11.1028	4.9309	2.2517	.0267	$i_2$	33.1917	3.2537	10.2013	<.001
Φύλο		-1.5266	1.5932	-.9582	.3405		-3.5245	1.0462	-3.3689	.0011
Ηλικία		-.1379	.0611	-2.2565	.0264		-.0856	.0399	-2.1473	.0344
Ασθένεια		-.0109	.7186	-.0152	.9879		-.4382	.4505	-.9727	.3332

$$R^2 = .1130$$

$$F(6, 93) = 1.9753 = .0770$$

$$R^2 = .3694$$

$$F(7, 92) = 7.6991, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Θετικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Σωματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	.2537	.1009	2.5136	.0137	$c'$	.0499	.0628	.7943	.4291
<i>W</i>	$a_2$	-.0349	.2320	-.1504	.8808		--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	-.0335	.0275	-1.2185	.2261		--	--	--	--
<i>M</i>		--	--	--	--	$b_1$	.3121	.0719	4.3432	<.001
<i>V</i>		--	--	--	--	$b_2$	-.5123	.2264	-2.2627	.0260
<i>MV</i>		--	--	--	--	$b_3$	.0172	.0275	.6237	.5344
Constant	$i_1$	9.5315	4.8186	1.9780	.0509	$i_2$	32.2870	3.2934	9.8036	<.001
Φύλο		-1.1474	1.5485	-.7409	.4606		-3.5878	1.0576	-3.3924	.0010
Ηλικία		-.1239	.0591	-2.0953	.0389		-.0775	.0406	-1.9094	.0593
Ασθένεια		.1093	.6878	.1590	.8740		-.2689	.4576	-.5875	.5583

$$R^2 = .1578$$

$$F(6, 93) = 1.9753 = .0122$$

$$R^2 = .3624$$

$$F(7, 92) = 7.4707, p < .001$$

Συναίσθηματική Καταπίεση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Αρνητικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Σωματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	-.0549	.1022	-.5378	.5920	$c'$	.0711	.0821	.8650	.3894
<i>W</i>	$a_2$	-.1126	.1915	-.5880	.5580		--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	.0105	.0277	.3785	.7059		--	--	--	--
<i>M</i>		--	--	--	--	$b_1$	-.3134	.0899	-3.4880	.0008



## Συναίσθημα και Ποιότητα Ζωής Καρδιοπαθών

<i>V</i>	--	--	--	--	$b_2$	-.1943	.2447	-.7938	.4294	
<i>MV</i>	--	--	--	--	$b_3$	-.0165	.0418	-.4294	.6945	
Constant	$i_1$	3.6932	4.1741	.8848	.3786	$i_2$	38.2641	3.3472	11.4315	<.001
Φύλο		.0619	1.3521	.0458	.9636		-3.6174	1.0921	-3.3124	.0013
Ηλικία		-.0416	.0522	-.7960	.4281		-.1549	.0410	-3.7790	.0003
Ασθένεια		-.4637	.6176	-.7507	.4548		-.6277	.4885	-1.2850	.2021

$$R^2 = .0207$$

$$F(6, 91) = 3.211, p = .9244$$

$$R^2 = .3063$$

$$F(7, 90) = 5.6775, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Αρνητικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Σωματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	-.2498	.0823	-3.0343	.0031	$c'$	.0459	.0682	.6724	.5031
<i>W</i>	$a_2$	.1432	.1902	.7528	.4535		--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	.0184	.0224	.8182	.4154		--	--	--	--
<i>M</i>		--	--	--	--	$b_1$	-.3077	.0960	-3.2043	.0019
<i>V</i>		--	--	--	--	$b_2$	-.1785	.2435	-.7332	.4653
<i>MV</i>		--	--	--	--	$b_3$	-.0178	.0423	-.4193	.6760
Constant	$i_1$	6.4154	3.9309	1.6321	.1061	$i_2$	37.3274	3.4726	10.7492	<.001
Φύλο		.0798	1.2664	.0630	.9499		-3.6048	1.1022	-3.2704	.0015
Ηλικία		-.0799	.0487	-1.6395	.1046		-.1482	.0429	-2.4571	.0008
Ασθένεια		-.6527	.5700	-1.1451	.2552		-.4461	.4974	.8969	.3722

$$R^2 = .1155$$

$$F(6, 91) = 1.9802, p = .0765$$

$$R^2 = .3000$$

$$F(7, 90) = 5.5096, p < .001$$

Συναίσθηματική Καταπίεση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Θετικό Συναίσθημα (*M*) – Προσωπικός Έλεγχος (*V*) – Συναίσθηματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	$a_1$	.0114	.1253	.0910	.9277	$c'$	.0049	.0905	.0545	.9566
<i>W</i>	$a_2$	.3201	.2300	1.3915	.1674		--	--	--	--
<i>XW</i>	$a_3$	-.0366	.0302	-1.2110	.2290		--	--	--	--
<i>M</i>		--	--	--	--	$b_1$	.4413	.0816	5.4053	<.001
<i>V</i>		--	--	--	--	$b_2$	.5556	.2330	2.3843	.0192
<i>MV</i>		--	--	--	--	$b_3$	.0177	.0234	.7567	.4512
Constant	$i_1$	10.8031	5.1333	2.1045	.0381	$i_2$	28.1517	3.9102	7.1995	<.001
Φύλο		-1.4232	1.6362	-.8698	.3867		.0404	1.2115	.0333	.9735



## Συναίσθημα και Ποιότητα Ζωής Καρδιοπαθών

Ηλικία	-.1401	.0612	-2.2912	.0242	.0199	.0470	.4241	.6725
Ασθένεια	.1085	.7637	.1421	.8873	.0096	.5483	.0175	.9861

$$R^2 = .0993$$

$$F(6, 92) = 1.6900, p = .1322$$

$$R^2 = .3697$$

$$F(7, 91) = 7.6259, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Θετικό Συναίσθημα (*M*) – Προσωπικός Έλεγχος (*V*) – Συναισθηματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	<i>a</i> <sub>1</sub>	.2406	.1008	2.3867	.0190	<i>c'</i>	.0734	.0711	1.0323	.3046
<i>W</i>	<i>a</i> <sub>2</sub>	.0276	.2192	.1257	.9002	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	<i>a</i> <sub>3</sub>	-.0333	.0272	-1.2232	.2243	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>1</sub>	.4038	.0811	4.9769	<.001
<i>V</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>2</sub>	.6155	.2185	2.8165	.0059
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>3</sub>	.0119	.0221	.5400	.5905
Constant	<i>i</i> <sub>1</sub>	9.2290	4.9728	1.8559	.0666	<i>i</i> <sub>2</sub>	27.0674	3.7804	7.1598	<.001
Φύλο		-1.1468	1.5728	-.7291	.4677		-.0946	1.1676	-.0810	.9356
Ηλικία		-.1212	.0593	-2.0418	.0440		.0348	.0459	.7569	.4510
Ασθένεια		.1611	.7193	.2240	.8232		.1607	.5256	.3058	.7604

$$R^2 = .1487$$

$$F(6, 93) = 2.7084, p = .0181$$

$$R^2 = .3991$$

$$F(7, 92) = 8.7287, p < .001$$

Συναισθηματική Καταπίεση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Αρνητικό Συναίσθημα (*M*) – Προσωπικός Έλεγχος (*V*) – Συναισθηματική Ευεξία (*Y*)

		<i>M</i>				<i>Y</i>				
		<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>X</i>	<i>a</i> <sub>1</sub>	-.0330	.1025	-.3218	.7484	<i>c'</i>	.0310	.0885	.3502	.7270
<i>W</i>	<i>a</i> <sub>2</sub>	-.1394	.1889	-.7383	.4623	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	<i>a</i> <sub>3</sub>	.0039	.0247	.1583	.8746	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>1</sub>	-.6161	.1077	-5.7222	<.001
<i>V</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>2</sub>	.2872	.2261	1.2703	.2073
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>3</sub>	-.0017	.0300	-.0566	.9550
Constant	<i>i</i> <sub>1</sub>	4.0921	4.1973	.9749	.3322	<i>i</i> <sub>2</sub>	35.9799	3.8520	9.3406	<.001
Φύλο		.0529	1.3420	.0394	.9686		-.5656	1.2412	-.4557	.6497
Ηλικία		-.0457	.0506	-.9040	.3684		-.0689	.0466	-1.4784	.1428
Ασθένεια		-.5802	.6353	-.7558	.4517		-.4595	.5717	-.8037	.4237

$$R^2 = .0230$$

$$F(6, 90) = 3.528, p = .9065$$

$$R^2 = .3847$$

$$F(7, 89) = 7.9509, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση (X) – Αισιοδοξία (W) – Αρνητικό Συναίσθημα (M) – Προσωπικός Έλεγχος (V) – Συναισθηματική Ευεξία (Y)

		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a <sub>1</sub>	-.2125	.0805	-2.6389	.0098	c'	.0824	.0718	1.1476	.2542
W	a <sub>2</sub>	-.0453	.1760	.2575	.7974	--	--	--	--	--
XW	a <sub>3</sub>	.0212	.0218	.9733	.3330	--	--	--	--	--
M	--	--	--	--	--	b <sub>1</sub>	-.5322	.1146	-4.6440	<.001
V	--	--	--	--	--	b <sub>2</sub>	.3689	.2203	1.1476	.0975
MV	--	--	--	--	--	b <sub>3</sub>	.0104	.0306	.3410	.7339
Constant	i <sub>1</sub>	5.9714	3.9750	1.5022	.1365	i <sub>2</sub>	33.9749	3.8623	8.7965	<.001
Φύλο		.2276	1.2603	.1806	.8571		-.6850	1.2232	-.5600	.5769
Ηλικία		-.0800	.0479	-1.6693	.0985		-.0430	.0482	-.8934	.3740
Ασθένεια		-.5370	.5847	-.9185	.3608		-.2155	.5566	-.3871	.6996

$$R^2 = .1018$$

$$F(6, 91) = 1.7193, p = .1254$$

$$R^2 = .3900$$

$$F(7, 90) = 8.2194, p < .001$$

Συναισθηματική Καταπίεση (X) – Αισιοδοξία (W) – Θετικό Συναίσθημα (M) – Ιατρικός Έλεγχος (V) – Συναισθηματική Ευεξία (Y)

		M				Y				
		b	SE	T	p	b	SE	t	p	
X	a <sub>1</sub>	.0431	.1216	.3544	.7238	c'	.0701	.0892	.7859	.4340
W	a <sub>2</sub>	.3005	.2239	1.3418	.1830	--	--	--	--	--
XW	a <sub>3</sub>	-.0410	.0300	-1.3678	.1747	--	--	--	--	--
M	--	--	--	--	--	b <sub>1</sub>	.4984	.0812	6.1363	<.001
V	--	--	--	--	--	b <sub>2</sub>	-.3060	.2733	-1.1196	.2658
MV	--	--	--	--	--	b <sub>3</sub>	.0613	.0323	1.8975	.0609
Constant	i <sub>1</sub>	11.9278	4.9371	2.4159	.0177	i <sub>2</sub>	29.3561	3.8611	7.6030	<.001
Φύλο		-1.6299	1.6157	-1.0088	.3157		-.7223	1.2424	-.5813	.5625
Ηλικία		-.1474	.0604	-2.4399	.0166		-.0244	.0470	.5191	.6049
Ασθένεια		-.0529	.7370	-.0717	.9430		-.1247	.5459	-.2284	.8199

$$R^2 = .1138$$

$$F(6, 92) = 1.9695, p = .0780$$

$$R^2 = .3728$$

$$F(7, 91) = 7.7264, p < .001$$

Γνωστική Επαναξιολόγηση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Θετικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Συναισθηματική Ευεξία (*Y*)

	<i>M</i>				<i>Y</i>					
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>		
<i>X</i>	<i>a</i> <sub>1</sub>	.2407	.0986	2.4410	.0165	<i>c'</i>	.1057	.0720	1.4672	.1457
<i>W</i>	<i>a</i> <sub>2</sub>	.0190	.2149	.0884	.9297	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	<i>a</i> <sub>3</sub>	-.0362	.0268	-1.3511	.1799	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>1</sub>	.4663	.0821	5.6823	<.001
<i>V</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>2</sub>	-.2780	.2621	-1.0608	.2916
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>3</sub>	.0637	.0316	2.0142	.0469
Constant	<i>i</i> <sub>1</sub>	10.0524	4.8131	2.0886	.0395	<i>i</i> <sub>2</sub>	28.1357	3.7830	7.4374	<.001
Φύλο		-1.2953	1.5508	-.8353	.4057		-.9350	1.2158	-.7690	.4439
Ηλικία		-.1265	.0588	-2.1520	.0340		.0397	.0463	.8576	.3933
Ασθένεια		.0438	.6970	.0628	.9500		.0954	.5307	.1798	.8577

$$R^2 = .1631$$

$$F(6, 93) = 3.0199, p = .0096$$

$$R^2 = .3856$$

$$F(7, 92) = 8.2470, p < .001$$

Συναισθηματική Καταπίεση (*X*) – Αισιοδοξία (*W*) – Αρνητικό Συναίσθημα (*M*) – Ιατρικός Έλεγχος (*V*) – Συναισθηματική Ευεξία (*Y*)

	<i>M</i>				<i>Y</i>					
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>		
<i>X</i>	<i>a</i> <sub>1</sub>	-.0561	.1021	-.5491	.5843	<i>c'</i>	.0119	.0888	.1338	.8939
<i>W</i>	<i>a</i> <sub>2</sub>	-.1294	.1889	-.6849	.4952	--	--	--	--	--
<i>XW</i>	<i>a</i> <sub>3</sub>	.0057	.0251	.2256	.8220	--	--	--	--	--
<i>M</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>1</sub>	-.7171	.0991	-7.2375	<.001
<i>V</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>2</sub>	.5376	.2730	1.9690	.0521
<i>MV</i>	--	--	--	--	--	<i>b</i> <sub>3</sub>	.0005	.0462	.0113	.9910
Constant	<i>i</i> <sub>1</sub>	3.2831	4.1462	.7918	.4305	<i>i</i> <sub>2</sub>	37.2960	3.6916	10.1029	<.001
Φύλο		.1630	1.3610	.1198	.9049		-.5979	1.2077	-.4951	.6218
Ηλικία		-.0396	.0513	-.7720	.4421		-.0825	.0449	-1.8368	.0696
Ασθένεια		-.3907	.6295	-.6206	.5364		-.5637	.5514	-1.0223	.3094

$$R^2 = .0216$$

$$F(6, 90) = .3317, p = .9186$$

$$R^2 = .4003$$

$$F(7, 89) = 8.4852, p < .001$$



Γνωστική Επαναξιολόγηση ( $X$ ) – Αισιοδοξία ( $W$ ) – Αρνητικό Συναίσθημα ( $M$ ) – Ιατρικός Έλεγχος ( $V$ ) – Συναισθηματική Ευεξία ( $Y$ )

	$M$				$Y$					
	$b$	$SE$	$T$	$p$	$b$	$SE$	$t$	$p$		
$X$	$a_1$	-.2275	.0805	-2.8259	.0058	$c'$	.0449	.0741	.6062	.5459
$W$	$a_2$	.0594	.1764	.3369	.7369	--	--	--	--	--
$XW$	$a_3$	.0237	.0219	1.0846	.2810	--	--	--	--	--
$M$	--	--	--	--	--	$b_1$	-.6903	.1043	-6.6214	<.001
$V$	--	--	--	--	--	$b_2$	.5257	.2679	1.9620	.0529
$MV$	--	--	--	--	--	$b_3$	.0041	.0460	.0891	.9292
Constant	$i_1$	5.6478	3.9305	1.4369	.1542	$i_2$	36.2642	3.7637	9.6354	<.001
Φύλο		.3110	1.2695	.2450	.8070		-.6096	1.2011	-.5076	.6130
Ηλικία		-.0787	.0485	-1.6217	.1083		-.0730	.0463	-1.5759	.1186
Ασθένεια		-.5179	.5788	-.8947	.3733		-.3811	.5468	-.6969	.8577
				$R^2 = .1106$						
				$F(6, 91) = 1.8857, p = .0917$						
				$R^2 = .3856$						
				$F(7, 92) = 8.2470, p < .001$						