

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ

“Ο ρόλος της αισιοδοξίας στην ποιότητα ζωής καρδιοπαθών ασθενών.”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της

Αλεξίου Μαρία-Ελένη

Επιβλέπων καθηγητής

Καραδήμας Ευάγγελος

ΡΕΘΥΜΝΟ 2014-2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
1.1.Χρόνια ασθένεια.....	5
1.1.1.Ασθένεια γενικά.....	5
1.1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια.....	6
1.2.Επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής.....	10
1.3.Αισιοδοξία.....	15
1.4.Αισιοδοξία και ποιότητα ζωής.....	21
1.5. Παρούσα έρευνα.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	33
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33
2.1.Δείγμα.....	33
2.2.Εργαλεία.....	34
2.3.Διαδικασία.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	36
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
3.1.Παρουσίαση στατικών αποτελεσμάτων.....	37
3.2. Πίνακες.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	41
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49

Περίληψη

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε ο βαθμός συσχέτισης της αισιοδοξίας, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, και της σωματικής και ψυχολογικής ποιότητας ζωής χρόνιων ασθενών με καρδιαγγειακές ασθένειες. Η αισιοδοξία αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Life Orientation Test- Revised και η ποιότητα ζωής μέσω του RAND 36-item Health Survey (version 1.0). Τα αποτελέσματα έδειξαν συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής ποιότητας ζωής, αλλά μεταξύ αισιοδοξίας και ψυχολογικής ποιότητας ζωής δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση. Στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, η ηλικία, και όχι η αισιοδοξία, φάνηκε να προβλέπει τα επίπεδα σωματικής ποιότητας ζωής. Αλλά καμία από τις μεταβλητές δεν προβλέπει τα επίπεδα της ψυχολογικής ποιότητας ζωής. Ακόμη, το φύλο φάνηκε να επιδρά στα επίπεδα της σωματικής λειτουργικότητας, με τους άντρες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά. Όσον αφορά την ψυχολογική ποιότητα ζωής, δεν παρουσιάστηκε κάποια επίδραση του φύλου. Τα αποτελέσματα ήταν μερικώς σύμφωνα με τις υποθέσεις αλλά και με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, υποδεικνύοντας επιτακτική την ανάγκη εκτενέστερης μελέτης.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιοι ασθενείς, αισιοδοξία, σωματική ποιότητα ζωής, ψυχολογική ποιότητα ζωής

Εισαγωγή

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν απειλητικές καταστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Μεγάλη είναι η έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί για την κατανόηση της επιτυχούς προσαρμογής στην χρόνια ασθένεια, η οποία φαίνεται να επηρεάζεται από ποικίλους ψυχολογικούς παράγοντες. Ανάμεσα σε αυτούς, η αισιοδοξία, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, παίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια. Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει πως η αισιοδοξία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της σωματικής και ψυχολογικής ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής υφίσταται σημαντικές αλλαγές εν όψει παθογόνων καταστάσεων, σημειώνοντας περιορισμούς στη σωματική λειτουργικότητα και αρνητικά συναισθήματα. Τα ωφέλιμα αποτελέσματα της αισιοδοξίας έχουν μελετηθεί τόσο σε ποικίλες πληθυσμιακές ομάδες, όσο και στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας, τονίζοντας τον προστατευτικό ρόλο του χαρακτηριστικού αυτού. Στην προσπάθεια, λοιπόν, εκτενέστερης κατανόησης της αισιοδοξίας ως σημαντικού παράγοντα που επιδρά στην προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, η παρούσα έρευνα μελετά την αισιοδοξία και την ποιότητα ζωής σε χρόνιους ασθενείς με καρδιαγγειακές ασθένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Χρόνια ασθένεια

1.1.1.Ασθένεια γενικά

Οι ασθένειες χαρακτηρίζονται ως ανωμαλίες στη δομή και στη λειτουργία του σώματος, λόγω εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων (Hackett et al., 2011). Με τον όρο χρόνιες ασθένειες, που φαίνεται να αποτελούν και την κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως (Driver, Yung, Gaziano, & Kurth, 2010), εννοούνται μακροχρόνιες καταστάσεις υγείας (διάρκεια άνω των 6 μηνών) που συνήθως βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση (Hui, 2015). Οριστική θεραπεία δεν υπάρχει αλλά είναι αρκετά ελέγξιμες, μέσω φαρμακευτικής αγωγής αλλά και μέσω αλλαγών στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής των παθόντων (Bentzen, 2003).

Οι αιτιακοί παράγοντες των χρόνιων παθήσεων καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα. Αρχικά λαμβάνονται υπόψη γενετικοί παράγοντες, πολυμορφισμοί συγκριμένων γονιδίων που ευθύνονται για την εμφάνιση μιας νόσου (Hackett et al., 2011), αλλά και κληρονομικοί παράγοντες (Kinzler & Vogelstein, 1996), όπως η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού (Petit et al., 2001). Ψυχολογικοί παράγοντες όπως κατάθλιψη, άγχος, στρεσογόνα γεγονότα του παρελθόντος, στρες λόγω εργασιακών απαιτήσεων, κοινωνική απομόνωση, συντείνουν επίσης στην εμφάνιση παθήσεων (Khayyam-Nekouei, Neshatdoost, Yousefy, Sadeghi, & Manshaei, 2013).

Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική θέση, η θέση εργασίας, συχνά σχετίζονται με προβλήματα υγείας, καθώς υπάρχει η τάση, άτομα που δεν εργάζονται, μέτριας εκπαίδευσης και χαμηλής

κοινωνικής θέσης να υιοθετούν έναν επιβλαβή τρόπο ζωής όπως η κατανάλωση αθηρογόνων τροφών, κάπνισμα και απουσία άσκησης (Brezinka & Kittel, 1996).

Οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις λόγω της απρόβλεπτης και μόνιμης φύσεως της (Call & Davis, 1989). Ο φόβος (Cohn & Cohn, 1983), ο θυμός, η θλίψη, η αβεβαιότητα (Westbrook & Viney, 1982) είναι από τις πρώτες αντιδράσεις στην εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας, όπως επίσης και η νευρικότητα, ανησυχία και η αίσθηση τρόμου (Stull, Starling, Haas, & Young, 1999) ενώ συχνά εντείνονται και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Σύμφωνα με τον Shontz (1975) (όπως αναφέρεται από τον Καραδήμα, 2005), οι αντιδράσεις στην εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας εμφανίζονται μέσω των εξής σταδίων: (α) Αρχικά, βιώνεται σοκ, που χαρακτηρίζεται από μια αίσθηση εκτός πραγματικότητας, συνήθως με αυτοματοποιημένη συμπεριφορά, (β) αντιπαράθεση, φάση στην οποία η σκέψη αποδιοργανώνεται και κυριαρχούν αρνητικά συναισθήματα και (γ) η υποχώρηση, στάδιο στο οποίο το άτομο αποφεύγει ή αρνείται την πραγματικότητα.

1.1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια

Η προσαρμογή σε μια χρόνια διαταραχή της υγείας, έγκειται στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται επαρκώς σε αλλαγές του περιβάλλοντος (Brennan, 2001). Πρόκειται για μια συνδυαστική διαδικασία, που καλύπτει παράγοντες σχετικά με τη πάθηση (κλινική εικόνα, συμπτώματα, διάρκεια), εξωτερικούς παράγοντες (κοινωνική υποστήριξη, στάσεις των σημαντικών άλλων και των εξειδικευμένων προσώπων), εσωτερικούς παράγοντες (προσωπικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης, αισιοδοξία) (Miniszewska, Chodkiewicz, Ograczyk, & Zalewska-Janowska, 2013), αλλά και παράγοντες που αφορούν τη συμπεριφορά (όπως η τήρηση

των οδηγιών, η πιστή παρακολούθηση του προγράμματος υγείας, συχνός έλεγχος) (Stulletal.,1999).

Στην προσπάθεια ερμηνείας της προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια, αρκετά είναι τα μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί. Αναφέρονται τα εξής:(α)το βιοϊατρικό μοντέλο που εστιάζει στην ασθένεια, (β)το βιοψυχοκοινωνικό που αφορά την υγεία, το επίπεδο λειτουργικότητας και ευ ζην και (γ)το ψυχολογικό μοντέλο, με έμφαση στην προσαρμογή στην ασθένεια.

Στα πλαίσια του ψυχολογικού μοντέλου, ιδιαίτερης σημαντικότητας αποτελείτο μοντέλο γνωστικής προσαρμογής. Σύμφωνα με την Taylor(1983), η προσαρμογή σε ένα απειλητικό γεγονός αφορά 3 βασικές περιοχές:(α)την αναζήτηση νοήματος στη νέα αυτή εμπειρία, (β)προσπάθεια απόκτησης ελέγχου και (γ)την ανάκτηση αυτό-εκτίμησης.Η εύρεση νοήματος αποτελεί την αντίδραση σε μια χρόνια κατάσταση και γίνεται μια προσπάθεια επαναπροσδιορισμού των αξιών, των στόχων, των προτεραιοτήτων και σαφέστατα επηρεάζει και προβλέπει την ψυχολογική προσαρμοστικότητα του ατόμου (Walker, Jackson, &Littlejohn, 2004). Σχετικά με τη δεύτερη παράμετρο, όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση ελέγχου τόσο πιο εύκολη η προσαρμογή, καθώς τα επίπεδα των αρνητικών συναισθημάτων είναι χαμηλά. Και, τελευταία, η αυτό-εκτίμηση ανακτάται μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων (Taylor,1983).

Καίρια σημασίαστην εμπειρία της χρόνιας ασθένειας κατέχουν οι προσωπικές πεποιθήσεις. Στην περίπτωση αντιμετώπισης μιας ασθένειας, συμπτωμάτων ή γενικά απειλητικών καταστάσεων για την υγεία, φαίνεται πως τα άτομα δρουν κατασκευάζοντας γνωστικές δομές και αντιλήψεις για την κατάστασή τους, που στη βιβλιογραφία ονομάζονται αναπαραστάσεις ασθένειας (illnessrepresentations) και

παίζουν σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά και την ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με το Common-Sense Model αυτορρύθμισης των Leventhal, Meyer και Nerenz (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980), οι αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν στοιχεία για τις εξής διαστάσεις: (α) τις αντιλήψεις για την ταυτότητα, το είδος της ασθένειας και τα συμπτώματα, (β) τις αντιλήψεις για τα πιθανά αίτια, (γ) για τις συνέπειες, (δ) για το βαθμό ελέγχου ή θεραπείας, τόσο σε επίπεδο προσωπικής συμπεριφοράς όσο και θεραπευτικής αγωγής (ε) και αντιλήψεις για τη διάρκεια της νόσου. Στις πεποιθήσεις αυτές για την ασθένεια, έχουν προστεθεί, ακόμα, η αίσθηση του αβοήθητου, η αποδοχή και τα αντιλαμβανόμενα οφέλη, όπως ο επαναπροσδιορισμός προτεραιοτήτων, αλλαγές στον τρόπο ζωής (Hirani & Newman, 2005).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την προσαρμογή. Αφορούν συμπεριφορές και γνωστικές αποκρίσεις σε γεγονότα και συνθήκες που προσλαμβάνονται ως απειλητικά για το ατομικό ευ ζην. Αποτελούν ένα πεδίο συναλλαγών μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που σκοπό έχουν τη διαχείριση των εσωτερικών καταστάσεων, υιοθετώντας στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, ή στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα με σκοπό την αλλαγή της σχέσης ατόμου-περιβάλλοντος (Lazarus & Folkmann, 1984, όπως αναφέρεται από Walker et al., 2004).

Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, όπως η αποδοχή, το χιούμορ, ο επανασχεδιασμός καταστάσεων (Scheier, Carver, & Bridges, 1994), κυρίως οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα. Η κοινωνική υποστήριξη, ακόμη, ως δραστική τακτική, φαίνεται να δρα αποτελεσματικά στην προσαρμογή μειώνοντας το στρες αλλά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Holahan, Holahan, Moos, & Brennan, 1995 όπως αναφέρεται από τους Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder, & Anton,

2002). Επιπλέον, μέσω του ελέγχου, τα αισθήματα ευερεθιστότητας και αβεβαιότητας, σε χρόνιους ασθενείς, φαίνεται να μειώνονται. Πράγματι, σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα, ο αυξημένος έλεγχος σχετίστηκε με μειωμένο στρες, άγχος και κατάθλιψη και με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια (Moser & Dracup, 1995), ενώ ο χαμηλός έλεγχος οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα με την υγεία (Mahler & Kulik, 2000). Ακόμα, σε ασθενείς που υποβλήθησαν στη διαδικασία μεταμόσχευσης καρδιάς, βρέθηκε θετική συσχέτιση του ελέγχου με την αισιοδοξία, το ευ ζην και την ικανοποίηση από τη ζωή και αρνητικά με το θυμό και την κατάθλιψη (Bohachick et al., 2002). Αντίθετα, στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα όπως η ελπιδοφόρα σκέψη, η αυτό-ενοχοποίηση, η αποφυγή, φαίνεται πως οδηγούν σε φτωχά επίπεδα ψυχολογικού, λειτουργικού ευ ζην και προσαρμοστικότητας (Bombardier, D'Amico, & Jordan, 1990). Τέτοιου είδους στρατηγικές από χρόνιους ασθενείς σχετίζονται με μεγαλύτερη βίωση πόνου στην καθημερινότητα τους (Affleck et al., 1999). Καταθλιπτικά συμπτώματα, επίσης, αναφέρονται συχνότερα σε πληθυσμούς αυτών των τακτικών (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). Παρόλα αυτά, ο Lazarus (1983) (όπως αναφέρεται από τους Walker et al., 2004) επισήμανε πως η αποτελεσματικότητα των όποιων στρατηγικών υιοθετούνται εξαρτάται από το πλαίσιο και τις συνθήκες, επομένως οποιαδήποτε μπορεί να είναι ωφέλιμη.

Τέλος, αναφέρεται πως σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (αισιοδοξία, νευρωτισμός) παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν τη γνωστική εκτίμηση της ασθένειας, η οποία σχετίζεται με την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης (εστιασμένες στο πρόβλημα ή στο συναίσθημα). Οι στρατηγικές, με τη σειρά τους, επιδρούν στο

συναίσθημα και στη σωματική λειτουργικότητα. Επομένως, φαίνεται μια αλληλεπίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν την προσαρμογή (Walkeretal., 2004).

1.2. Επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια χωρίς έναν αποδεκτό, καθολικό ορισμό. Είναι γεγονός πως η σημασία της αλλάζει τόσο από άτομο σε άτομο όσο και σε διαφορετικά πλαίσια εφαρμογής. Επικρατεί μια γενική απόκλιση των απόψεων σχετικά με τις διαστάσεις που πρέπει να μελετώνται.

Σύμφωνα με τον Smith(1973)(όπως αναφέρεται από τηνTheofilou,2013), το ευ ζην διακρίνεται από την ποιότητα ζωής υποστηρίζοντας πως το πρώτο αναφέρεται στις αντικειμενικές συνθήκες ζωής ενώ το τελευταίο περιλαμβάνει προσωπικές εκτιμήσεις. Στη συνέχεια, η Landesman(1986)(όπως αναφέρεται από τους Felce&Perry,1995)διέκρινε τη ποιότητα ζωής από την ικανοποίηση, υποστηρίζοντας πως οι αντικειμενικές, μετρήσιμες συνθήκες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ενώ η ικανοποίηση αφορά την υποκειμενική απόκριση. Από την άλλη, η ποιότητα ζωής έχει αναφερθεί να συνδέεται με την ικανοποίηση, καθώς το άτομο μέσω γνωστικών διαδικασιών κρίνει μια κατάσταση σύμφωνα με τις προσωπικές αξίες, προσδοκίες, ανάγκες του, με στόχο το ευ ζην (Campbell, Converse,& Rogers,1976,όπως αναφέρεται από τηνTheofilou,2013).

Παρόλη τη διαφωνία αυτή,φαίνεται πως ‘η ποιότητα της ζωής’ καλύπτει ένα ευρύ πεδίο διαστάσεων: (α)σωματικό ευ ζην(υγεία,φυσική κατάσταση, κινητικότητα, ασφάλεια, ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων(Frayers&Machin,2002), σωματική λειτουργικότητα που αφορά την ικανότητα διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων σχετικών με τις προσωπικές, βασικές ανάγκες, φιλοδοξίες και ρόλους(ευθύνες εντός και εκτός

οικίας, με πρόσωπα του κοινωνικού και επαγγελματικού δικτύου) (Cella, 1994).
 (β)υλικό ευ ζην, που περιλαμβάνει το εισόδημα, την ιδιοκτησία, τη διατροφή, την μετακίνηση, τη γειτονιά, την ασφάλεια και σταθερότητα (γ)κοινωνικό ευ ζην που διακρίνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις με σημαντικούς άλλους και στην κοινωνική εμπλοκή σε δραστηριότητες, την κοινωνική υποστήριξη, (δ)προσωπική ανάπτυξη και δραστηριότητα με αναφορά στην εκπαίδευση, εργασία, ασχολίες/ χόμπυ, ζωή στο σπίτι που συνδέονται με την αίσθηση παραγωγικότητας, ελέγχου, ανεξαρτησίας ή συμβιβασμού και (ε)το συναισθηματικό ευ ζην που αφορά την αυτοεκτίμηση, την πληρότητα, το θετικό/αρνητικό συναίσθημα (Felce & Perry, 1995).

Οι υποκειμενικές προσωπικές αξιολογήσεις για την ζωή του ατόμου ή για συγκεκριμένες πλευρές της, συνοδεύουν τις παραπάνω διαστάσεις, μέσω μετρήσεων της ικανοποίησης, της ευτυχίας ή άλλων αυτό- αξιολογούμενων διαστάσεων (Campbell et al., 1976, όπως αναφέρεται από την Theofilou, 2013), τονίζοντας τη σημαντικότητα των αξιών, προσδοκιών και φιλοδοξιών. Συμπερασματικά, λοιπόν η ποιότητα ζωής είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης τόσο των αντικειμενικών διαστάσεων ζωής, όσο και των υποκειμενικών εκτιμήσεων δια μέσω ενός συστήματος αξιών (Felce & Perry, 1995).

Οι χρόνιες ασθένειες ωστόσο επιφέρουν αλλαγές στη ζωή του παθόντος επιδρώντας αρνητικά στη ζωή του (Schlenk et al., 1998), με αποτέλεσμα την απώλεια της ποιότητας της. Σαφέστατα, ο βαθμός επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής εξαρτάται από το είδος της ασθένειας (Kempen, Ormel, Brilman, & Relyveld, 1997) αλλά και το στάδιο της (Viney & Westbrook, 1981).

Τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας του παθόντος, είναι από τα πρώτα που φαίνεται να πλήττονται. Ασθένειες όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα (Devo,

Inui,Leininger, Overman, 1982), προβλήματα με τα άκρα, τη σπονδυλική στήλη, οδηγούν αναμφισβήτητα σε φτωχά επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας(Kempenetal.,1997) λόγω της φύσεων των συμπτωμάτων. Από συνεντεύξεις, ακόμα, άλλων ασθενών, καρδιοπαθών, έχουν προκύψει οι εξής επιπτώσεις στη σωματική λειτουργικότητα: Συμπτώματα όπως κούραση, ζαλάδα, πόνοι, έντονη ανάγκη για ύπνο. Απώλεια ενέργειας λόγω συμπτωμάτων και μυϊκής αδυναμίας (Martensson, Karlsson,&Fridlund,1997) που οδηγεί σε μειωμένη σωματική κινητικότητασε δραστηριότητες, και όχιστην ίδια ένταση και διάρκεια που συνηθιζόταν, πριν την εμφάνιση της ασθένειας. Δυσκολίες στα χέρια, στο να σπρώξουν ή να σηκώσουν κάτι, αλλά και στα πόδια, σημειώνοντας μειωμένη ταχύτητα στο περπάτημα, δυσκολία στην ανάβαση σκαλιών ή ανηφόρας. Περιορισμοί αναφέρονται τόσο σε εξωτερικές δραστηριότητες όπως η κηπουρική, πεζοπορία ή το πλύσιμο αυτοκινήτου όσο και σε καθημερινές δουλειές του σπιτιού(καθάρισμα με ηλεκτρική σκούπα) (Europe & Tyni-Lenne,2004) και δραστηριότητες, όπως το παιχνίδι με τα εγγόνια(Paul& Sneed,2002). Σε αναφορές των ασθενών αναφέρεται ο όρος‘’φυλακισμένοι’’ λόγω των περιορισμών στις ασχολίες που αγαπούν αλλά και σε ταξίδια αναψυχής(Jeon, Kraus, Jowsey, &Glasgow, 2010). Λόγω της μη επαρκούς εκπόνησης των καθηκόντων στον εργασιακό χώρο, παρατηρούνται προσαρμοστικές αλλαγές όπως αλλαγή εργασίας, μείωση του ωραρίου ή συνταξιοδότηση, γεγονός που εντείνει τα συναισθήματα ματαίωσης. Μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, καταγράφεται ακόμα,λόγω επιπτώσεων της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που έχει αντίκτυπο και στη σχέση με τη σύντροφο (Europe & Tyni-Lenne,2004).Όπως, επίσης, αναφέρονται και προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, συχνότητας και οικειότητας(Bennett, Cordes, Westmoreland,Castro,& Donnelly, 2000).

Παρά τους περιορισμούς που πραγματικά υφίστανται, ευρήματα αποκαλύπτουν πως η σοβαρότητα της ασθένειας δεν σχετίζεται απαραίτητα με κακή ποιότητα ζωής(Moons, VanDeyk, DeGeest, Gewillig, & Budts, 2005). Κάποιοι ασθενείς διατηρούν τα ενδιαφέροντα τους και προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες κάνοντας τις απαιτούμενες αλλαγές(Falk, Wahn, & Lidell, 2007). Άλλοι ασθενείς αναγνωρίζουν τα συμπτώματα ως φυσικά επακόλουθα της ζωής, χωρίς να είναι κάτι απειλητικό, καθιστώντας τον εαυτό τους με μια ταυτότητα(Ekman, Ehn norms, & Norberg, 2000).

Άγχος, νευρικότητα, φόβος, αγωνία, αποτελούν τα συναισθήματα που συνθέτουν τη συναισθηματική πλευρά της ζωής. Πικρία, αίσθημα κενότητας της ζωής, ενόχληση, είναι αισθήματα που συχνά συνδέονται με τη σωματική δυσκολία(Europe & Tynti-Lenne, 2004). Πολλοί αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος στους οικείους τους λόγω περιορισμών στις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες(Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009). Παρόλα αυτά υπάρχουν και ασθενείς που δεν αναφέρουν καμία αίσθηση επιβάρυνσης(Falk et al., 2007). Οι χρόνιοι ασθενείς κάνουν λόγο για μια έντονη αίσθηση απώλεια της κανονικότητας. Αισθήματα ανικανότητας συνεισφοράς στην οικογένεια και στην κοινωνία, αισθήματα ανεπάρκειας, μη παραγωγικότητας και έντονης εξάρτησης από τους άλλους, κυριαρχούν(Paul & Sneed, 2002), που με τη σειρά τους οδηγούν σε έντονη ματαίωση, ενοχές, και μια αίσθηση απώλειας της αξιοπρέπειας(Boyd et al., 2004). Δεν φαίνεται να μπορούν να ανταποκριθούν στους ρόλους όπως στο χώρο της εργασίας που οδηγεί σε μειωμένη αυτοεκτίμηση(Welstand, Carson, & Rutherford, 2009). Απότοκο της τελευταίας είναι η θλίψη και η απογοήτευση(Paul & Sneed, 2002). Φόβος μήπως συμβεί κάτι άσχημο, όπως ξαφνικός θάνατος, κατατρώχει τον ψυχισμό των ασθενών, και εξαιτίας αυτού προσαρμόζουν τις δραστηριότητες τους, καθώς δεν έχουν τη δύναμη να ελέγξουν την κατάσταση της ζωής τους(λόγω της απρόβλεπτης πορείας της)(Bennett et al., 2000).

Ακόμα, η απουσία ελπίδας και η επιθυμία θανάτου, λόγω φτωχής ποιότητας ζωής, αναφέρονται κάποιες φορές (Boyd et al., 2004). Γίνονται αναφορές για παραίτηση, και προσδοκία του θανάτου ως το μόνο που μπορούν να περιμένουν, καθώς δεν έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν την κατάσταση της ζωής τους (Martensson et al., 1997).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν και ασθενείς που παραμένουν θετικοί, με ενέργεια και ζήλο για μια ζωή φυσιολογική, όσο είναι δυνατόν (Falk et al., 2007). Σε έρευνα της Mahoney (2001), μάλιστα, ασθενείς θεώρησαν την ύπαρξη της ασθένειας ως δώρο, ως ένα σημάδι προειδοποίησης και αντίστοιχα σύμφωνα με ευρήματα των Pattenden, Roberts και Lewin (2007), οι ασθενείς θεώρησαν την πάθηση ως μια ευκαιρία επανεκτίμησης της ζωής τους και μια προσπάθεια αλλαγών (στις σχέσεις και στον εργασιακό χώρο) που θα ήταν ωφέλιμες. Άλλοι αντιμετωπίζουν την ιδέα του θανάτου ως κάτι δυσάρεστο και μη ευχάριστο, κάτι που δεν είναι έτοιμοι να το δεχτούν πιστεύοντας πως η ασθένεια θα περάσει και θα ανακτήσουν τον παλιό τους εαυτό (Ekman et al., 2000).

Σχετικά με την ποιότητα της κοινωνικής ζωής, αναφέρονται δυσκολίες με φίλους και συζύγους, λόγω των σωματικών περιορισμών (Europe & Tyni-Lenne, 2004). Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί συχνό βίωμα λόγω περιορισμένης ικανότητας συμμετοχής σε κοινωνικά γεγονότα, κοινωνικοποίησης και παρεξήγησης λόγω των πιθανών διατροφικών περιορισμών (Bentley, De Jong, Moser, & Peden, 2005). Οι παρενέργειες των φαρμάκων, ακόμη, αποτελούν εμπόδιο κοινωνικής εμπλοκής (Bennett et al., 2000). Επιπλέον, κάποιιοι ασθενείς αναφέρουν δυσκολίες στη συναναστροφή τους με τους ανθρώπους όντας επιφυλακτικοί σε ποιον θα έχουν εμπιστοσύνη, γεγονός που δυσχεραίνει και την αντιμετώπιση της ασθένειας (Ekman et al., 2000). Άλλοι αναφέρουν πως πράγματι υπάρχει βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες (μεταφορά, ψώνια, φάρμακα) από τους οικείους αλλά

πέρα του γεγονότος ότι οι ίδιοι οι ασθενείς αισθάνονται πως τους απογοητεύουν λόγω ημιτελών δραστηριοτήτων, βλέπουν πως οι οικείοι τους δεν κατανοούν την κατάσταση τους, σαν να είναι αποκομμένοι από αυτούς, γεγονός που οδηγεί σε μια νέα αντίληψη της ζωής τους και του εαυτού τους (Welstand et al., 2009).

Παρόλα αυτά, έχουν αναφερθεί και θετικές σχέσεις με την οικογένεια (Europe & Tynti-Lenne, 2004). Το οικογενειακό περιβάλλον (παιδιά και εγγόνια) κατέχει σημαντική θέση στη ζωή των ασθενών (Paul & Sneed, 2002). Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, που υπολογίζει το πρόσωπο του ασθενούς ως σημαντικό, και που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Heo et al., 2009). Ακόμη, από προσωπικές αναφορές, τονίζεται το αίσθημα της ασφάλειας, του μοιράσματος της εμπειρίας / πληροφορίας και της άνεσης με τους σημαντικούς άλλους (Falk et al., 2007).

1.3. Αισιοδοξία

Οι έννοιες της αισιοδοξίας, και της απαισιοδοξίας ανήκουν στα μοντέλα κινητοποίησης προσδοκιών-αξιών, σύμφωνα με τα οποία οι συμπεριφορές έχουν ως σκοπό την επίδιωξη στόχων. Οι στόχοι φανερώνουν τις επιθυμητές δράσεις ή καταστάσεις. Η αξία αντιπροσωπεύει την κινητήρια δύναμη, το βαθμό που κάτι ελκύει ή απωθεί το άτομο να πράξει κάτι (Higgins, 2006). Οι προσδοκίες, που αποτελούν τον δεύτερο σημαντικό πυρήνα, παραπέμπουν στην αίσθηση της αυτοπεποίθησης ή της αμφιβολίας για την επίτευξη ενός στόχου (Carver, n.d.).

Η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία αποτελούν γενικές και ευρείς έννοιες της αυτοπεποίθησης και της αμφιβολίας. Δηλαδή οι αισιοδόξοι αντιμετωπίζουν με αυτοπεποίθηση και επιμονή τις δύσκολες καταστάσεις, μέχρι να πετύχουν τον στόχο

τους. Αντίθετα, οι πεσιμιστές είναι αρκετά διστακτικοί και αμφίβολοι σε αντίστοιχες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα να αποσύρονται ή να μην λαμβάνουν ποτέ ενεργητικό ρόλο. Αποτελούν όρους που αφορούν τη ζωή και το πώς εφαρμόζονται σε αυτή, από κάτι πολύ συγκεκριμένο και καθημερινό έως και ένα ευρύ πλαίσιο συμπεριφορών (Carver,Scheier,&Seegerstrom,2010).

Σύμφωνα,όμως, με τους Scheier και Carver(1985)(όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.),η αισιοδοξία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αντικατοπτρίζει το φάσμα προσδοκιών του ατόμου για το μέλλον, που αποτελεί και τον επικρατέστερο ορισμό. Τα άτομα αυτά τείνουν να προσδοκούν περισσότερα και σε μεγαλύτερη συχνότητα, θετικά και καλά γεγονότα, ενώ ακόμη σε δυσμενείς συνθήκες παρατηρείται καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση σε σχέση με τους πεσιμιστές. Η πίστη στις ικανότητες τους και η θετική σκέψη ευνοούν τη προσαρμογή τους και κατ' επέκταση η ποιότητα και η λειτουργικότητα της ζωής τους βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα (Rasmussen,Wrosch, Scheier, &Carver, 2006).

Οι προσδοκίες αυτές μπορεί να είναι γενικές(ευρείς στόχοι, αφηρημένοι) ή να αφορούν ένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής (Rasmussenetal., 2006). Σε νέες και πολυδιάστατες καταστάσεις, οι προσδοκίες φαίνεται να είναι καλοί προγνωστικοί παράγοντες των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Scheier & Carver,1985, όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.)και συνεπώς επηρεάζουν την προσαρμογή εν όψει απειλητικών καταστάσεων. Συναίσθημα και προσδοκίες είναι άμεσα συνδεδεμένες έννοιες, καθώς το αρνητικό συναίσθημα συνδέεται με την αύξηση αμφιβολιών και την απόσυρση, ενώ αντίθετα, το θετικό συναίσθημα όσο αυξάνεται τόσο πιο ευνοϊκές

είναι οι προσδοκίες και αυξημένη η αυτοπεποίθηση (Rasmussen et al., 2006). Άρα θετικές προσδοκίες σχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα σχετικά με τα επίπεδα υγείας (Mondloch, Cole, & Frank, 2001) καθώς οι αισιόδοξοι γενικά περιμένουν ότι θα επιτύχουν πολλούς, υψηλούς στόχους (Rasmussen et al., 2006).

Οφείλει να επισημανθεί πως εντός του θεωρητικού πλαισίου έχουν διατυπωθεί και άλλες έννοιες με παρόμοιο περιεχόμενο. Ένας άλλος όρος, λοιπόν, που προσομοιάζει την αισιοδοξία είναι η ελπίδα, που αναφέρεται τόσο στην αντίληψη του δρόμου που πρέπει να ακολουθήσει το άτομο για την επίτευξη των στόχων του όσο και το επίπεδο αυτοπεποίθησης για να ακολουθήσει σωστά αυτή τη διαδρομή (Snyder, 1994 όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.). Ο πεσιμισμός, από την άλλη, προσομοιάζει την έννοια του νευρωτισμού. Ο νευρωτισμός αναφέρεται στην τάση συνεχούς ανησυχίας και στη βίωση δυσάρεστων-στενάχωρων συναισθημάτων (Smith, Pope, Rhodewalt, & Poulton, 1989, όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.).

Στη βιβλιογραφία, ακόμη, αναφέρεται και η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας, που σχετίζεται με αυτή της αισιοδοξίας. Η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί μια έννοια κατά την οποία ο εαυτός θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός αιτιακός παράγοντας (Carver, n.d.). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτό-αποτελεσματικότητας, όπως διατυπώθηκε από τον Bandura (1977, 1982, όπως αναφέρεται από τους Maddux & Rogers, 1983), οι αλλαγές των ψυχολογικών διαδικασιών είναι αποτέλεσμα των προσωπικών προσδοκιών για την ικανότητα ή αποτελεσματικότητα του εαυτού. Πρόκειται, δηλαδή, για την πίστη του ατόμου στον καθοριστικό ρόλο των προσωπικών του ικανοτήτων στο αποτέλεσμα της πράξης (Carver, n.d.). Η ικανότητα του εαυτού αφορά (α) την προσδοκία αποτελέσματος και (β) την προσωπική αποτελεσματικότητα. Συνεπώς, αλλαγές στις προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας

σχετίζονται θετικά με αλλαγές συμπεριφοράς (Bandura, 1977, 1982 όπως αναφέρεται από τους Maddux & Rogers, 1983).

Οι πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας, κατέχοντας σημαντική θέση στη διαδικασία ρύθμισης στόχου, επηρεάζουν τη διαδικασία σχεδιασμού πλάνων συμπεριφοράς. Οι Marlatt, Baer και Quigley (1995) (όπως αναφέρεται από τον Schwarzer, 1999) κάνουν διάκριση στα εξής: (α) αυτό-αποτελεσματικότητα δράσης (στην περίπτωση αυτή τα άτομα φαντάζονται θετικά σενάρια, προσδοκούν καλύτερα αποτελέσματα και φέρουν πρωτοβουλίες για την προσπάθεια νέων συμπεριφορών ή αντίθετα, φαντάζονται σενάρια αποτυχίας, τρέφουν αμφιβολίες και χρονοτριβούν), (β) αυτό-αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης (πίστη για ικανή και επαρκή αντιμετώπιση των ορίων που θέτει ο στόχος στη φάση διατήρησης. Σε περίπτωση ενός δύσκολου στόχου, δυσκολία δέσμευσης με αυτόν, τα άτομα ανταποκρίνονται με αυτοπεποίθηση, υιοθετώντας καλύτερες στρατηγικές, καταβάλλοντας προσπάθεια και μεγαλύτερη επιμονή για την αποφυγή της δυσκολίας), (γ) αυτό-αποτελεσματικότητα ανάρρωσης και προστέθηκε και (δ) η αυτό-αποτελεσματικότητα στόχου, που αναφέρεται στον καθορισμό ρεαλιστικών στόχων που μπορούν να επιτευχθούν με προσπάθεια και επιμονή.

Μια ακόμα διάκριση που έχει διατυπωθεί για λόγους μεθοδολογικούς, είναι η αμυντική αισιοδοξία (που σχετίζεται με μικρότερο αντιλαμβανόμενο κίνδυνο σε περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών) και η λειτουργική αισιοδοξία, που εκφράζει σταθερές απόψεις για την ικανότητα αντιμετώπισης προκλήσεων και αντιξοοτήτων (Schwarzer, 1999).

Ο ρόλος της αισιοδοξίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς φαίνεται να εμπλέκεται και σε άλλους μηχανισμούς. Αρχικά, η αισιοδοξία φαίνεται να σχετίζεται με 2

αντίθετες κατευθύνσεις συμπεριφοράς: (α)συνεχής προσπάθεια έναντι (β) παραίτηση από την προσπάθεια και φυγή (Scheier & Carver, 1985,όπως αναφέρεται τον Carver, n.d.). Οι διαφορές σε επίπεδο καλής ποιότητας ζωής (ευ ζην) οφείλονται στη διαφορετικότητα των στάσεων αυτών.

Ασθενείς με παθητική αντιμετώπιση στον πόνο σημείωσαν χαμηλά επίπεδα φυσικής λειτουργικότητας και υψηλά δυσλειτουργικότητας (Ramírez-Maestre, Esteve, & López,2012). Γυναίκες με επικείμενη βιοψία φάνηκε λόγω της πεσιμιστικής διάθεσης να παρουσιάζουν τάσεις αποφυγής, να βρίσκονται εκτός πραγματικότητας μη θέλοντας να την αντιμετωπίσουν, αποσύροντας κάθε πιθανότητα προσπάθειας. Από την άλλη πλευρά, οι αντίστοιχες γυναίκες με αισιόδοξη οπτική, αντιμετώπιζαν με χιούμορ την κατάσταση, αποδεχόμενες την με θετική σκέψη(Carver et al.,1993, όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.).Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν πως η αρνητική σκέψη(απαισιοδοξία) οδηγεί σε εγκατάλειψη προσπαθειών και συνεπώς απόσυρση, καθιστώντας σαφές πως οι στρατηγικές των πεσιμιστών είναι αποφευγκτικές και παθητικές γεγονός που δυσχεραίνει τη καθημερινότητα τους, οδηγώντας σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα και ίσως δυσκινησία/ μειωμένη λειτουργικότητα που συνεπάγεται μειωμένη προσαρμοστικότητα(Carveretal.,2010).

Αντιθέτως, οι οπτιμιστές είναι περισσότερο ενεργητικοί, με λογική σκέψη και έλεγχο του πόνου, προσαρμόζονται καλύτερα (Esteve,Ramirez-Maestre,& Lopez-Martinez, 2007), παρουσιάζοντας καλύτερο(ψυχολογικό) ευ ζην και καλύτερη προσαρμογή σε στρεσογόνες καταστάσεις λόγω των στρατηγικών και του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου τους (Brissette, Scheier, & Carver,2002). Έχοντας αυτοπεποίθηση, συνεχίζουν τις προσπάθειες αντιμετωπίζοντας οποιαδήποτε

δυσκολία. Έλλωστε, αυτό επιβεβαιώνεται από μελέτη του Scheier και των συνεργατών του (1989) (όπως αναφέρεται από τους Carver et al., 2010) που διαπιστώνουν ότι οι αισιόδοξοι πριν από εγχείρηση φαίνονταν να κάνουν περισσότερα σχέδια για το μέλλον και να θέτουν στόχους σε σχέση με τους απαισιόδοξους. Οι αισιόδοξοι, μετά την εγχείρηση, ήταν περισσότερο πρόθυμοι στην προσαρμογή αλλαγών που απαιτούσε ο γιατρός τους, αναζητώντας πληροφορίες σχετικά με την αγωγή. Μάλιστα ακόμα και μετά από 6 μήνες, η ποιότητα της ζωής τους φάνηκε, πολύ καλή λόγω της θετικής επίδρασης της οπтимιστικής διάθεσης τους. Συνεπώς, γίνεται σαφές πως οι διαφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στα επίπεδα συναισθηματικού και σωματικού ευ ζην (Rasmussen et al., 2006).

Στη σχέση αισιοδοξίας και ποιότητα ζωής και σωματικής λειτουργικότητας, έχει παρατηρηθεί ότι ο διαμεσολαβητικός ρόλος των αναπαραστάσεων για την ασθένεια να είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Karademas, Frokkai, Tsotra, & Papazachariou, 2013). Τα ευρήματα αποκαλύπτουν πως τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας σχετίστηκαν με περισσότερο θετικές αναπαραστάσεις που με τη σειρά τους συνδέθηκαν με καλύτερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας. Μέσω των θετικών αναπαραστάσεων, η αισιοδοξία, σε χρόνιους ασθενείς (Karademas, 2011. Vollmann, Scharloo, Langguth, Kalkouskaya, & Salewski, 2014) σχετίζεται με καλύτερα επίπεδα υγείας.

1.4. Αισιοδοξία και ποιότητα ζωής

Ένα μεγάλο εύρος ερευνών επικεντρώνεται στη μελέτη της σχέσης της αισιοδοξίας με την ποιότητα ζωής. Η αισιοδοξία παρουσιάζεται ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής (Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996) και ως εκ τούτου σχετίζεται και με την αποτελεσματική προσαρμογή, σωματική και ψυχολογική, ενόψει στρεσογόνων γεγονότων (Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998).

Η σημασία και τα ωφέλιμα αποτελέσματα της αισιοδοξίας διαφαίνονται από μελέτες σε διάφορα πλαίσια αλλά και σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Μελέτες έχουν εστιάσει στην προσαρμογή φοιτητών στο πρώτο εξάμηνο πανεπιστημιακού επιπέδου ως στρεσογόνο γεγονός και την καταλυτική επίδραση της αισιοδοξίας σε αυτούς. Βρέθηκε πως η υψηλή αισιοδοξία σχετίστηκε με λιγότερο στρες κατά το τέλος του εξαμήνου, επιδεικνύοντας οι φοιτητές βελτιωμένη ποιότητα ζωής και προσαρμοστικότητα, λόγω των στρατηγικών που ακολουθούν (Brissette et al., 2002). Αντίστοιχα και σε μελέτη των Scheier και Carver (1985) (όπως αναφέρεται από τον Carver, n.d.), σε πληθυσμό φοιτητών κατά τον τελευταίο μήνα του εξαμήνου, που θεωρείται ιδιαίτερα στρεσογόνος περίοδος, βρέθηκε πως αυτοί που παρουσιάστηκαν αισιόδοξοι στην αρχή της έρευνας ήταν και αυτοί που παρουσίασαν λιγότερα σωματικά συμπτώματα όπως βήχας, ζαλάδα, κόπωση, 4 εβδομάδες μετά, επιβεβαιώνοντας πως η αισιοδοξία είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της σωματικής ευεξίας.

Στην πληθυσμιακή ομάδα ηλικιωμένων αντρών, μελετώντας το ρόλο των χαρακτηριστικών προσωπικότητας, φάνηκε πως η αισιοδοξία ήταν σημαντικός

προβλεπτικός παράγοντας των χαμηλών επιπέδων εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman, & Kromhout, 2006). Σε αντίστοιχο πληθυσμό, η αισιοδοξία σχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα ψυχολογικού ευζην(ψυχική υγείας και ζωντάνιας), τις αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια και αίσθηση ελευθερίας από σωματικά συμπτώματα (Achat, Kawachi, Spiro, De Molles, & Sparrow, 2000). Σε ηλικιωμένους που τίθεντο υπό τη φροντίδα μιας δομής, στη διάρκεια 2 χρόνων της μελέτης, φάνηκε πως οι αισιόδοξοι ήταν αυτοί που ανέφεραν περισσότερα θετικά επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής σταθερότητας (Reker & Wong, 1985). Ακόμη, βρέθηκε πως η αισιοδοξία προέβλεπε χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας, πάσης φύσεως αλλά και λόγω καρδιολογικών αιτιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από ευρήματα των Helms, Dahlstrom, και Siegler (2006), σύμφωνα με τους οποίους η αισιοδοξία σχετίζεται με αυξημένη μακροβιότητα. Επιπλέον, υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας σχετίστηκαν με υψηλά επίπεδα υγείας, γενικής δραστηριότητας και χαμηλά επίπεδα φυσικής δυσλειτουργίας (Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra, & Schouten, 2004).

Σε άλλους πληθυσμούς όπως έγκυες γυναίκες, το χαρακτηριστικό της αισιοδοξίας φάνηκε να αποτρέπει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τη γέννηση (Carver & Gaines, 1987). Όπως και σε άλλα πλαίσια, αυτά των φροντιστών καρκινοπαθών ασθενών, η αισιοδοξία προέβλεψε λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και λιγότερη επίδραση στο πρόγραμμα και στην υγεία των ασθενών (Kurthz, Kurtz, Given, & Given, 1995).

Η αισιοδοξία φαίνεται να αποτελεί και ισχυρό προστατευτικό παράγοντα έναντι ανωμαλιών στην κατάσταση της υγείας. Η αισιοδοξία έχει συσχετιστεί με μικρότερη

πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και μικρότερη θνησιμότητα σε σχέση με άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η κυνικότητα/εχθρότητα. Στην έρευνα των Tindle και συνεργατών (2009), μελετήθηκε δείγμα 95,000 γυναικών χωρίς καμία ένδειξη καρκίνου ή καρδιολογικής πάθησης, στην έναρξη της μελέτης (διάρκεια 8 έτη). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι αισιόδοξες είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν αλλά και να πεθάνουν λόγω καρδιολογικών αιτιών. Οι αισιόδοξες είχαν 9% χαμηλότερο κίνδυνο καρδιολογικών προβλημάτων και 14% χαμηλή θνησιμότητα σε σχέση με την αυξημένη πιθανότητα των πεσιμιστών. Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στην έρευνα των Matthews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell, και Kuller (2004). Μελετήθηκε το πάχος της καρωτίδας, ένδειξη αθηροσκλήρωσης, και βρέθηκε πως τα υψηλά επίπεδα πεσιμισμού προέβλεψαν αύξηση του πάχους της καρωτίδας ενώ οι αισιόδοξοι δεν παρουσίασαν σχεδόν καμία αύξηση εντός 3 χρόνων της μελέτης. Ακόμη, χαμηλό επίπεδο πεσιμισμού έχει βρεθεί να σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα καρδιακής προσβολής (Nabi et al., 2010), ενώ αύξηση της αισιοδοξίας σχετίστηκε με μείωση κινδύνου καρδιακής προσβολής, ίσως λόγω της τάσης δέσμευσης με συμπεριφορές ωφέλιμες για την υγεία (Kim, Park, & Peterson, 2014).

Στα πλαίσια της υγείας, και ειδικότερα στους πληθυσμούς των χρόνιων ασθενών, η αισιοδοξία έχει βρεθεί να κατέχει εξίσου σημαντική θετική επίδραση στο σωματικό και στο ψυχικό ευ ζην (Vilhena et al., 2014). Σύμφωνα με ευρήματα των Rasmussen, Scheier και Greenhouse (2009), η αισιοδοξία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της σωματικής υγείας. Οι χρόνιοι ασθενείς με υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας, αναφέρουν λιγότερο πόνο (Mahler & Kulik, 2000) και λιγότερα σωματικά συμπτώματα (Belardinelli et al., 2001. Fournier, de Ridder, & Bensing, 2002).

Ασθενείς με καρδιολογικά επεισόδια, δύο εβδομάδες μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο, έχοντας μια πιο θετική αντίληψη της λειτουργικότητας τους, συναισθηματικά και γνωστικά, ανέφεραν λιγότερα φυσικά συμπτώματα (πόνος), που σχετίστηκαν με λιγότερο καταθλιπτικά συμπτώματα (Steele & Wade, 2004). Επιπλέον, παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας (de Ridder, Fournier, & Bensing, 2004). Η υψηλή αισιοδοξία έχει συσχετιστεί με λιγότερες δυσκολίες στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων (Miniszewska et al., 2013). Σε έρευνα των Scheier και συνεργατών του (1989, όπως αναφέρεται από τους Carver, et al., 2010), οι αισιόδοξοι διατήρησαν υψηλό επίπεδο στην ποιότητα της ζωής τους μετά από εγχείρηση (bypass), με γρηγορότερη φυσική ανάρρωση κατά τη νοσηλεία και γρηγορότερο ρυθμό επιστροφής στην καθημερινότητα και την εργασία σε σχέση με τους πεσιμιστές. Ακόμα, διαπιστώνεται μικρότερη πιθανότητα επανανοσήλευσης, επισημαίνοντας τη σημασία της αισιοδοξίας στην ανάρρωση (Scheier et al., 1999). Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούνται άλλωστε και σε καρκινοπαθείς ασθενείς που τα υψηλά επίπεδα απαισιοδοξίας οδήγησαν στην πρόβλεψη να ζήσουν λιγότερο (με τον επόμενο χρόνο μετά τη διάγνωση τους) σε σύγκριση με τους αισιόδοξους. Οι αισιόδοξοι από αυτούς ανέφεραν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής και λιγότερη επίδραση της θεραπείας τους στους ρόλους της καθημερινότητας σε σχέση με τους απαισιόδοξους (Allison, Guichard, Fung, & Gilain, 2003).

Εν όψει χρόνιων ασθενειών, οι παθόντες καλούνται να κάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους ακολουθώντας κάποιες ωφέλιμες τακτικές (φυσική άσκηση, συγκεκριμένη διατροφή, περιορισμός κακών συνηθειών) που θεωρείται μια δύσκολη διαδικασία αυτορρύθμισης. Τα ατομικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την δέσμευση με ένα στόχο, σχετίζονται σημαντικά με το ευ ζην (Wrosch, Miller, Scheier, & de

Pontet,2007). Η αισιοδοξία, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, σχετίζεται με το βαθμό προσαρμογής σε αυτές τις πρακτικές και κατ' επέκταση επηρεάζεται και η ποιότητα ζωής των χρόνια ασθενών.

Οι αισιόδοξοι φαίνεται πως θέτουν ένα νέο στόχο και τείνουν να δεσμεύονται με αυτόν, έτοιμοι να αντιμετωπίζουν και τυχόν δυσκολίες. Η θετική οπτική των πραγμάτων προβλέπει επιτυχία στην αλλαγή ορισμένων συμπεριφορών υγείας, καθώς τα άτομα τέτοιου τύπου έχουν την τάση να δεσμεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό με την επίτευξη ενός στόχου (Steptoeetal.,1994). Η εστίαση στο πρόβλημα και η έντονη ροπή τους προς το σχεδιασμό δράσεων οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την υγεία σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους(Shepperdetal.,1996). Επιπλέον, είναι πιο εύκολο για αυτούς να αποδεσμεύονται από μη επιτεύξιμους στόχους, λόγω της πίστης τους στις ικανότητες τους, και να ξεκινούν νέες σημαντικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν βελτιωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής (Rasmussenetal.,2006), όπως λιγότερα σωματικά προβλήματα και στρες(Wroschetal.,2007). Αντίθετα, οι απαισιόδοξοι παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στρες και αναστάτωση. Όπως και οι Duke, Leventhal, Brownlee, και Leventhal(2002) αναφέρουν πως η αντικατάσταση χαμένων δραστηριοτήτων με νέες, είχε καλύτερα αποτελέσματα στην ασθένεια σε σχέση με αυτούς που δεν αντικατέστησαν τις δραστηριότητες. Αντίθετα, η πεσιμιστική διάθεση σχετίζεται περισσότερο με δυσκολία δέσμευσης με κάποιο στόχο και με μεγαλύτερο αριθμό μη επιτεύξιμων στόχων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά το ευ ζην, τη σωματική λειτουργικότητα(Wrosch etal.,2007),αλλά και τους μηχανισμούς που ευθύνονται για την εμφάνιση μιας ασθένειας (Heim, Ehler, & Hellhammer,2000). Η ικανότητα δέσμευσης με το στόχο επιδρά στην ποιότητα ζωής, καθώς όταν το άτομο

αποτυγχάνει επηρεάζεται το προσωπικό ευ ζην και η σωματική του λειτουργικότητα(Wroschetal.,2007).

Στο πλαίσιο της θετικής επίδρασης της άσκησης στα επίπεδα της λειτουργικότητας σε σχέση με τους μη δραστήριους(PhysicalactivityguidelinesforAmericans, 2008), παρατηρείται ισχυρή η θέση της αισιοδοξίας.Η εκγύμναση και οι καθημερινές δραστηριότητες όπως η απασχόληση στο εξωτερικό μέρος του σπιτιού, στον κήπο, η ανάβαση σκάλας, το περπάτημα, πολλαπλά βήματα κατά τη διάρκεια αναμονής των μέσων μαζικής συγκοινωνίας, ασχολίες αναψυχής, αδιαμφισβήτητα βελτιώνουν την κατάσταση των χρόνιων ασθενών και συγκεκριμένα καρδιοπαθών, τόσο την φυσική όσο και τη συναισθηματική (Leon et al., 2005).Οι αισιόδοξοι επιλέγουν ένα περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής που επεκτείνεται στη καθημερινή τους κινητικότητα. Η φυσική άσκηση (Tindleetal.,2009), το γρήγορο περπάτημα, οι έντονες φυσικές δραστηριότητες (Stephoe, Wright, Kunz-Ebrecht&Iliffe, 2006 όπως αναφέρεται από τους Giltay etal.,2007) υιοθετούνται από ανθρώπους με θετικές προσδοκίες, ενώ οι πεσιμιστές φαίνεται να μην ακολουθούν υγιεινές συνήθειες. Αντίθετα, είναι περισσότερο επιρρεπείς στην υιοθέτηση συνηθειών που επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη καρδιολογικών παθήσεων (Giltay etal.,2004).

Στον πληθυσμό των καρδιοπαθών, φάνηκε πως οι αισιόδοξοι από αυτούς ξεκίνησαν αερόβια άσκηση(Shepperdetal.,1996). Καρδιοπαθείς που δεσμεύονται με συμπεριφορές φυσικής δραστηριότητας βιώνουν τα θετικά αποτελέσματα, παρουσιάζοντας βελτιωμένα επίπεδα λειτουργικότητας,καθώς σημειώνεται μείωση των τιμών του καρδιακού ρυθμού, της συστολικής πίεσης του αίματος και των επιπέδων των κατεχολαμινών που συνεπάγεται καλή λειτουργία της

καρδιάς(Durstine, Gordon, Wang, & Luo,2013).Σε μελέτη ασθενών έπειτα από εγχείρηση καρδιάς, φάνηκε πως οι αισιόδοξοι από αυτούς ήταν περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν να περπατούν συγκριτικά με τους απαισιόδοξους.Οι αισιόδοξοι ασθενείς ήταν πιο πιθανό, σε σχέση με τους πεσιμιστές, να ξεκινήσουν έντονες σωματικές ασκήσεις αλλά και να επιστρέψουν στην εργασία τους σε κανονικό πρόγραμμα και στις δραστηριότητες δημιουργικότητας πιο γρήγορα (Scheier et al.,1989,όπως αναφέρεται από τους Carveretal., 2010).Σύμφωνα με ευρήματα των Shepperd και συν.(1996), η αισιοδοξία ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα σχετίστηκε με αυξανόμενο επίπεδο άσκησης κατά την περίοδο αποκατάστασης, επιβεβαιώνοντας πως η αισιοδοξία ωθεί σε μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα σε σύγκριση με την απαισιοδοξία(Giltay et al.,2007).

Παρόλα αυτά, ευρήματα άλλων ερευνών αναφέρουν πως 25% ανθρώπων με καρδιολογικά προβλήματα δεν δεσμεύονται με συμπεριφορές σωματικής άσκησης(Swan & Hillis,2000) όντας λιγότερο πρόθυμοι σε σχέση με τους μη παθόντες (Zhao, Ford, Li, & Mokdad, 2008). Το 50% αυτών έχει βρεθεί να παρουσιάζει φτωχή εικόνα σωματικής λόγω της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που τους οδηγούσε σε μια πιο καταθλιπτική διάθεση (Dilleretal.,2005).Σύμφωνα με αποτελέσματα τουςZhao και συν.(2008), το 60% καρδιοπαθών δεν δεσμεύονταν με δραστηριότητες φυσικής άσκησης, κυρίως υψηλής έντασης(78% αυτών,) μένοντας ένα μικρό ποσοστό των παθόντων να δεσμεύεται σε μετρίας έντασης προσωπικής προτίμησης άσκησης. Φαίνεται πως η αποτυχία στην δέσμευση με κάποια συνήθεια υγιεινής διαμεσολαβείται από στάσεις και προσδοκίες (Tindle, Davis,& Kuller,2010). Ακόμη, τα προσωπικά όρια(έλλειψη ή όχι κινήτρου, διάθεση, αρνητική αντίληψη αλλαγών, φυσικοί περιορισμοί) στην άσκηση παρατηρούνται πιο συχνά στους

αδρανείς σε σχέση με τους δραστήριους, καθώς η ίδια η φυσική άσκηση δίνει κίνητρο για δέσμευση με αυτή τη συμπεριφορά και ενισχύει τις θετικές αντιλήψεις για αλλαγές στη ζωή (Rogerson, Murphy, Bird, & Morris, 2012).

Πέρα από τη σημαντικότητα της άσκησης, διατροφικές συνήθειες όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, φυτικών ινών, δημητριακών ολικής άλεσης, θαλασσινών πλούσια σε ακόρεστα λιπαρά οξέα και σαφώς η μικρή κατανάλωση κορεσμένων και trans λιπαρών, οσπρίων, πουλερικών κρεάτων, η περιορισμένη κατανάλωση γλυκών, αλκοολούχων ποτών και κόκκινων κρεάτων, απαιτούνται για τον έλεγχο των καρδιαγγειακών ασθενειών αλλά και λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες καθώς τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα μειώνονται (Eckel et al., 2013) που συνεπάγεται μείωση των επιπέδων θνησιμότητας και νοσηρότητας καρδιολογικών παθήσεων (He, Nowson, & MacGregor, 2007. Yu et al., 2014).

Η οπτιμιστική διάθεση έχει βρεθεί να σχετίζεται με τέτοια μοτίβα διατροφικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα των Kelloniemi, Ek και Laitinen (2005), η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, τροφών πλούσιων σε ίνες, χαμηλών λιπαρών γαλακτοκομικά προϊόντα φάνηκε να είναι μεγαλύτερη από τους αισιόδοξους. Άντρες με υψηλά επίπεδα αισιόδοξιας φάνηκε να ακολουθούν μια διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες σε σχέση με αυτούς που ήταν λιγότερο αισιόδοξοι (Giltay et al., 2007), αλλά να παρουσιάζουν ακόμα και έντονη τάση διατήρησης των αλλαγών αυτών όπως η μείωση λιπών (Tinker et al., 2007). Η αισιόδοξια ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα σχετίστηκε με μεγαλύτερη επιτυχία στη μείωση κορεσμένων λιπαρών (Shepperd et al., 1996).

Αντίστοιχατο σωματικό βάρος, που συνδέεται άμεσα με τη διατροφή, φαίνεται να είναι υψηλότερο στα άτομα με πεσιμιστική διάθεση, ενώ τα άτομα με φυσιολογικό

μέσο όρο μάζας είχαν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (Kelloniemi et al., 2005). Με επιτυχία οι αισιόδοξοι καρδιοπαθείς ασθενείς μπορούν να ελέγξουν το βάρος τους μειώνοντας την περιεκτικότητα αλατιού και μετατρέποντας τα επίπεδα λίπους σε μυς μέσω άσκησης (Shepperd et al., 1996). Τέτοιου είδους συνήθειες λειτουργούν προστατευτικά μειώνοντας τον κίνδυνο εγκεφαλικών επεισοδίων (Hee et al., 2006).

Άλλες συνήθειες όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ συνίστανται προς αποφυγή ή μείωση εν όψει χρόνιων ασθενειών, γεγονός που διαφαίνεται από τον προστατευτικό χαρακτήρα των αντίστοιχων αλλαγών. Καρδιοπαθείς που έπαυαν να είναι καπνιστές σημείωσαν 32% μείωση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου σε σχέση με εκείνους που συνέχιζαν να καπνίζουν και 36% της θνησιμότητας (Critchley & Capewell, 2003). Η παύση ή διακοπή, λοιπόν, σχετίζεται με μια πιο ουσιώδη μείωση του κινδύνου, αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής ασθένειας (Fle et al., 2013). Η αισιοδοξία σχετίζεται με μη κάπνισμα και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (Stepto et al., 2006, όπως αναφέρεται από τους Giltay et al., 2007) ενώ η μεγάλη ποσότητα αλκοόλ φαίνεται να είναι υψηλότερη σε αυτούς με πεσιμιστική διάθεση (Kelloniemi et al., 2005).

Το γεγονός πως η αισιοδοξία έχει συσχετιστεί με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τη ζωή σε χρόνιους ασθενείς, είναι δείγμα της ωφέλιμης δράσης του χαρακτηριστικού αυτού στα επίπεδα του ψυχολογικού ευ ζην (Ferreira & Sherman, 2007). Στον πληθυσμό των καρκινοπαθών, η αισιοδοξία για την θεραπεία σχετίστηκε με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, λιγότερη ενοχλητική διάθεση και λιγότερο στρες, υποδεικνύοντας πως δρα ως προστατευτικός παράγοντας του ψυχολογικού ευ ζην σε ενδεχόμενα συμβάντα σχετικά με την ασθένεια (Cohen, de Moore, & Amato, 2001). Αντίστοιχα και στον πληθυσμιακή ομάδα των οροθετικών ασθενών, τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας σχετίστηκαν με χαμηλά επίπεδα στρες

(Taylor, 1992). Ενώ σε έρευνα των Baker, Andrew, Schrader, και Knight (2001), τα αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων φάνηκε να προβλέπουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου πριν από εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης.

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τους Shnek, Irvine, Stewart και Abbey (2001, όπως αναφέρεται από τους Carver et al., 2010), διαφαίνεται η συσχέτιση χαμηλών επιπέδων αισιοδοξίας με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης μετά από νοσηλεία, που προέβλεψαν κατάθλιψη ακόμα και ένα χρόνο μετά. Μετεγχειρητικοί ασθενείς καρδιάς φάνηκε, έπειτα από αναφορές τους, πως οι αισιόδοξοι είναι λιγότερο εχθρικοί και βιώνουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους πεσιμιστές. Ακόμη, η κοινωνική υποστήριξη παρουσιάστηκε να είναι ισχυρότερη όπως και η ικανοποίηση τους από το περιβάλλον εργασίας τους (Scheier et al., 1989, όπως αναφέρεται από τους Carver et al., 2010). Σύμφωνα με την έρευνα του Fitzgerald, Tennen, Affleck, και Pransky (1993) (όπως αναφέρεται από τους Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998) ασθενείς που υποβλήθηκαν σε bypass εγχείρηση, οι αισιόδοξοι από αυτούς επέδειξαν λιγότερο στρες πριν την εγχείρηση αλλά και μετά από αυτή ένιωθαν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Ασθενείς έπειτα από μεταμόσχευση καρδιάς φάνηκε, έπειτα από αναφορές τους, πως οι θετικές προσδοκίες σχετίστηκαν με καλή διάθεση, προσαρμογή στην ασθένεια και γενικά καλή ποιότητα ζωής. Ακόμη, οι προσδοκίες αυτές προέβλεψαν και δέσμευση με την επακόλουθη απαιτούμενη θεραπεία (Leedham, Meyerowitz, Muirhead & Frist, 1995, όπως αναφέρεται από τους Cohen et al., 2001). Σε αντίστοιχο πληθυσμό, 5 χρόνια μετά από εγχείρηση καρδιάς, οι αισιόδοξοι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν πως η ζωή τους είναι ενδιαφέρουσα και ποικιλόμορφη, χωρίς ενοχλήσεις

και ανησυχίες. Δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις σχέσεις με τους φίλους τους και από την εργασία τους. Δηλαδή, σε σχέση με τους πεσιμιστές φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ευζην(Scheieretal.,1989,όπως αναφέρεται από τους Carveretal.,2010).Αντίθετα,οι απαισιόδοξοι φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων(Peterson&Seligman,1984, όπως αναφέρεται από τους Carveretal., 2010).Κλείνοντας, σύμφωνα με πιο πρόσφατα ευρήματα, η έντονη αισιοδοξία συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, όπως εκτιμάται από τους ίδιους τους χρόνιους ασθενείς. Η βίωση λιγότερων αρνητικών συναισθημάτων μικρότερης έντασης, η αντίληψη λιγότερων δυσκολιών στις καθημερινές δραστηριότητες, η καλύτερη εκτίμηση της σοβαρότητας των ελλειμμάτων της ασθένειας και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, αποτελούν τα βασικά ευρήματα (Miniszewskaetal.,2013).

1.5.Παρούσα έρευνα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η σχέση της αισιοδοξίας με την ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχολογική, χρόνια ασθενών, και πιο συγκεκριμένα ασθενών με καρδιαγγειακές ασθένειες.

Η βασική μας υπόθεση είναι πως η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής στους καρδιοπαθείς ασθενείς. Αναμένεται, λοιπόν, πως οι αισιόδοξοι ασθενείς θα παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, εξετάστηκε η σχέση ηλικίας, αισιοδοξίας και ποιότητας ζωής, αναμένοντας συσχέτιση τόσο της ηλικίας όσο και της αισιοδοξίας με την ποιότητα ζωής.Επίσης, μελετάται και η επίδραση του φύλου στα επίπεδα της ποιότητας ζωής, με αναμενόμενες διαφορές στα δύο φύλα, τόσο στα επίπεδα της

σωματικής ποιότητας ζωής όσο και στα επίπεδα της ψυχολογικής ποιότητας ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται οι άντρες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σωματικής ποιότητας ζωής σε σχέση με τις γυναίκες και οι γυναίκες να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άντρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μεθοδολογία

2.1.Δείγμα

Ενενήντα έξι χρόνιοι ασθενείς(με καρδιαγγειακές ασθένειες) , εκ των οποίων οι 74(77,1%) είναι άντρες και οι 22 γυναίκες(22,9%), συμμετείχαν στην έρευνα.

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι τα 64,73 έτη($SD= 11.82$, $Min=32$).Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν παντρεμένοι(96,9%), 1% άγαμοι, 1% διαζευγμένοι και 1% συγκάτοικοι.Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 42,7% είχαν αποφοιτήσει από το δημοτικό ή τάξεις αυτού, ακολούθως 37,5% είχαν μέση εκπαίδευση και το 19,8% κατείχε πτυχίο ανώτερης εκπαίδευσης.

Τριάντα πέντε από τους συμμετέχοντες είναι ασθενείς στεφανιαίας νόσου οι οποίοι έχουν υποστεί αορτοστεφανιαία παράκαμψη(bypass/ χειρουργείο ανοιχτής καρδιάς), και αγγειοπλαστική(μπαλονάκι). Είκοσι τέσσερις έχουν περάσει από έμφραγμα του μυοκαρδίου, και 3 παρουσιάζουν κλειστές αρτηρίες. Στην κατηγορία των αρρυθμιών, 3 παρουσιάζουν μόνο αρρυθμίες, 2 αρρυθμίες και πίεση, 1 αρρυθμίες, κολπική μαρμαρυγή, βραδυκαρδία, και νόσος φλεβόκομβου, 5 κολπική μαρμαρυγή,1 κολπική μαρμαρυγή και υπέρταση, 1 αρρυθμίες, στένωση βαλβίδας και εγκεφαλικά επεισόδια, 1 παρουσιάζει σύνδρομο Congenital long-QT syndrome(LQT), Έξι πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια,3 παρουσιάζουν βαλβιδοπάθειες(ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας, ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας, στένωση μιτροειδούς βαλβίδας), 3 παρουσιάζουν αγγειακές παθήσεις (ανεύρυσμα ανιούσης αορτής, στεφανιαίας αορτής, και ένας παρουσιάζει συγχρόνως και κλειστές αρτηρίες),1 πάσχει από εκ

γενετής καρδιοπάθεια και 1 παρουσιάζει φύσημα, 1 πάσχει από μυοκαρδιοπάθεια(υπερτροφική καρδιομυοπάθεια), 2 ακόμα φέρουν βηματοδότη,3 παρουσιάζουν ταχυκαρδίες(φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ο ένας παρουσιάζει και πίεση).

Το 84,4% έχει νοσηλευτεί κατά τη διάρκεια της πάθησης ενώ το 54,2% έχει υποστεί χειρουργική επέμβαση. Ο μέσος όρος του χρόνου διάγνωσης είναι το έτος 1987($SD=183,82$, $Min=208$).

2.2.Εργαλεία

Για την μέτρηση της αισιοδοξίας χορηγήθηκε το LifeOrientationTest-Revised(Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Αποτελείται από 10 ερωτήσεις εκ των οποίων οι έξι μετρούν την αισιοδοξία και οι υπόλοιπες τέσσερις είναι συμπληρωματικές (Cronbacha= .69). Τα επίπεδα της αισιοδοξίας αξιολογήθηκαν στην πρώτη φάση της έρευνας.

Για τη μέτρηση της σωματικής ποιότητας ζωής και της ψυχολογική ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες κλίμακες του RAND 36-item Health Survey (version 1.0). Παρόλο που οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτού ταυτίζονται με αυτές του Medical Outcomes Study SF-36 (Stewart & Ware, 1992), η διαδικασία που ακολουθείται μέσω του RAND Survey είναι πιο απλή, με τα υψηλά σκορ να υποδεικνύουν καλύτερα επίπεδα υγείας. Η κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αφορούν περιορισμούς στην σωματική υγεία των ερωτούμενων(π.χ. δυσκολία στην ανάβαση σκαλιών) (Cronbacha=.92). Η κλίμακα της ψυχολογικής ποιότητας ζωής αποτελείται από 5 ερωτήσεις που αφορούν τα

προσωπικά συναισθήματα(π. χ ένιωσα κουρασμένος)(Cronbachα=.77). Η σωματική και η ψυχολογική ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν στην τρίτη φάση της έρευνας.

2.3.Διαδικασία

Η διαδικασία συνολικά διήρκησε 4.5 μήνες, με την πρώτη χορήγηση του ερωτηματολογίου στα τέλη Οκτωβρίου, τη δεύτερη αρχές Δεκεμβρίου και την τρίτη τέλη Ιανουαρίου.

Για την εύρεση του δείγματος πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις(4) σε ιατρείο καρδιολόγου, στο Δήμο Αθηναίων, και σε πλήρη συνεργασία μαζί του, εφόσον είχε υπάρξει ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό και το αντικείμενο της έρευνας, υπήρχε προθυμία από τους ασθενείς, κατά τη διάρκεια αναμονής, να συμπληρώσουν την πρώτη φάση του ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή τους ήταν απολύτως εθελοντική. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων στο Δήμο Περιστερίου, όπου σε συνεργασία με την Κοινωνική Λειτουργό, προσεγγίσαμε δημότες-επισκέπτες που σύμφωνα με το ιστορικό τους, έπασχαν από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα. Κατόπιν, ζητήθηκαν στοιχεία επικοινωνίας για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, των δύο επόμενων φάσεων της έρευνας. Λόγω του μικρού δείγματος (N=96), επιλέγεται ως επίπεδο σημαντικότητας $p=.10$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τις συσχετίσεις της αισιοδοξίας με τη σωματική και την ψυχολογική ποιότητα ζωής των ασθενών. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής ποιοτικής υγείας ($r = .179$, $p < 0.5$). Μεταξύ της αισιοδοξίας και της ψυχολογικής ποιότητας ζωής δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($r = .117$, $p > 0.10$), ενώ η σχέση σωματικής και ψυχολογικής ποιότητας ζωής φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($r = .574$, $p < 0.1$).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε απλή παλινδρόμηση σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας (Πίνακας 2), το 3,2% της συνολικής διακύμανσης της σωματικής ποιότητας ζωής φαίνεται να οφείλεται στην αισιοδοξία ($R^2 = .032$). Όπως διαπιστώνεται, προκύπτει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($F = 3,027$, $p, 085 < .10$). Η τιμή του τυποποιημένου συντελεστή παλινδρόμησης ($b = .132$, $t = 1.74$, $p < .10$) υποδεικνύει πως πράγματι η μεταβλητή της αισιοδοξίας αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της σωματικής ποιότητα ζωής. Κάθε φορά που η αισιοδοξία θα αυξάνεται κατά μία μονάδα, η σωματική υγεία θα αυξάνεται και αυτή κατά 0,132 μονάδες.

Αντίθετα, η αισιοδοξία δεν φαίνεται να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της ψυχολογικής ποιότητας ζωής ($p > .10$) (Πίνακας 3).

Επιχειρήθηκε, ακόμα, πολλαπλή παλινδρόμηση για να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής της ηλικίας και της αισιοδοξίας. Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική ποιότητα ζωής ήταν στατιστικά σημαντικό ($F(2,90) = 5.149$, $p < .10$). Η αισιοδοξία και η ηλικία ερμηνεύουν το 10,3% της συνολικής διακύμανσης ($R^2 = .103$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ηλικία

ήταν η ανεξάρτητη μεταβλητή με στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στην σωματική ποιότητα ζωής ($b = -.273, t = -2.65, p < .10$), όταν η αισιοδοξία και η ηλικία εισήχθησαν στην εξίσωση (Πίνακας 4). Συνεπώς όταν αλλάζει κατά μία τυπική απόκλιση η τιμή της ηλικίας, η τιμή της σωματικής ποιότητας ζωής αλλάζει κατά 0,273. Κάθε φορά που η τιμή της ηλικίας θα αυξάνεται κατά 11,86 μονάδες, η τιμή της σωματικής ποιότητας ζωής θα αλλάζει κατά 0,15 μονάδες. Επειδή όμως ο συντελεστής β είναι αρνητικός, η αλλαγή αυτή θα έχει αρνητική κατεύθυνση.

Αντίθετα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχολογική ποιότητα ζωής δεν ήταν στατιστικά σημαντικό $F(2,90) = 1.28, p > .10$, γεγονός που υποδεικνύει πως καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν προβλέπουν τη ψυχολογική ποιότητα ζωής.

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου στην σωματική και ψυχολογική ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης, η επίδραση του φύλου στα επίπεδα της σωματικής ποιότητας ζωής βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($F(1,92) = 8.069, p < .10$), υποδεικνύοντας πως η διαφορά στους μέσους όρους των 2 ομάδων δεν προέρχεται από τυχαίους παράγοντες. Μάλιστα τα επίπεδα σωματικής ποιότητας ζωής των γυναικών φαίνεται να είναι χαμηλότερα από αυτά των αντρών. Αντίθετα, η επίδραση του φύλου στην ψυχολογική ποιότητα ζωής δεν βρέθηκε να είναι στατιστικώς σημαντική ($F(1,92) = 0.16, p > .10$).

Πίνακας 1

Δείκτης συσχέτισης (Pearsonr) ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=96)

	Αισιοδοξία	Σωματική π.ζ.	Ψυχολογική π.ζ.	M.O	T.A
Αισιοδοξία				3,58	0,75
Σωματική ποιότητα ζωής	.179*	2,23	0,56		
Ψυχολογική ποιότητα ζωής	.117*	.574 **		3,28	0,67

*p<.10, ** p<.01

Πίνακας 2

Πίνακας απλής παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Σωματική Ποιότητα Ζωής

Προβλεπτική μεταβλητή	B	SEB	b	p
Αισιοδοξία	.132	.076	.179*	.085

$R^2=.032$, Προσαρμοσμένο $R^2=.022$

*p<.10

Πίνακας 3

Πίνακας απλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Ψυχολογική Ποιότητα Ζωής

<i>Προβλεπτική μεταβλητή</i>	<i>BSEBbp</i>			
Αισιοδοξία	.096	.085	.117*	.263
$R^2=.014$, Προσαρμοσμένο $R^2=.003$				

* $p>.10$

Πίνακας 4

Πίνακας πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σωματική Ποιότητα Ζωής

<i>Προβλεπτική μεταβλητή</i>	<i>BSEBbp</i>			
Ηλικία	-.013	.005	-.273*	.009
Αισιοδοξία	.114	.076	.114	.270
$R^2=.103$, Προσαρμοσμένο $R^2=.083$				

* $p<.10$

Πίνακας 5

Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης για την επίδραση του Φύλου στην Σωματική Ποιότητα Ζωής και στην Ψυχολογική Ποιότητα Ζωής

Μ.ΟΤ.Α95% Διάστημα εμπιστοσύνης

για το Μ.Ο

Κατώτερο Όριο Ανώτερο Όριο

Σωματική Ποιότητα Ζωής	Αντρες	2.31	0.52	2.19	2.43
	Γυναίκες	1.94	0.59	1.67	2.20
Ψυχολογική Ποιότητα Ζωής	Αντρες	3.28	0.62	3.14	3.44
	Γυναίκες	3.26	0.60	2.99	3.53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη συσχέτισης της αισιοδοξίας με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής, σωματικής και ψυχολογικής, στον πληθυσμό χρόνιων ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα ευρήματα δεν είναι σύμφωνα με όλες τις υποθέσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής ποιότητας ζωής αλλά όχι με την ψυχολογική ποιότητα ζωής, δηλαδή η αισιοδοξία προβλέπει τα επίπεδα σωματικής ποιότητας ζωής ενώ δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα των επιπέδων της ψυχολογικής.

Η συσχέτιση αισιοδοξίας και σωματικής ποιότητας ζωής φαίνεται να συμφωνεί με αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών. Η αισιοδοξία έχει φανεί να προβλέπει επιτυχώς τα επίπεδα της σωματικής λειτουργικότητας χρόνιων ασθενών (Rasmussen et al., 2009). Υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας έχουν συσχετιστεί με λιγότερες δυσκολίες στη λειτουργικότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων (Miniszewska et al., 2013), με λιγότερο πόνο (Mahler & Kulik, 2000) και λιγότερα φυσικά συμπτώματα (Steele & Wade, 2004). Ακόμα, συχνά αναφέρεται η ταχεία ανάρρωση και επιστροφή στην καθημερινότητα (Scheier et al., 1989, όπως αναφέρεται από τους Carver et al., 2010), μικρότερες πιθανότητες επανανοσήλευσης (Scheier et al., 1999) και σαφώς μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας (Giltay et al., 2004).

Μία ερμηνεία που μπορεί να δοθεί είναι η τάση των αισιόδοξων να δεσμεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό με την επίτευξη ενός στόχου (Steptoe et al., 1994), όπως και να αποδεσμεύονται από μη επιτεύξιμους στόχους, και να ξεκινούν νέες σημαντικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα ευζην (Rasmussen et al., 2006). Οι θετικές προσδοκίες, η τάση σχεδιασμού δράσεων,

στρατηγικές όπως η εστίαση στο πρόβλημα (Shepperd et al., 1996), αποθαρρύνει την κακή ποιότητα ζωής, διευκολύνοντας την προσαρμογή στην ασθένεια.

Συνεπώς, φαίνεται οι αισιόδοξοι να είναι περισσότερο πιθανό να προβούν σε προσαρμοστικές αλλαγές. Αισιόδοξοι χρόνιοι ασθενείς τείνουν να δεσμεύονται με δραστηριότητες που βελτιώνουν τη σωματική τους κατάσταση. Δραστηριότητες καθημερινές, ασχολίες αναψυχής, η ανάβαση σκαλών, το περπάτημα (Leon et al., 2005), φυσική και αερόβια άσκηση (Shepperd et al., 1996), έντονες σωματικές δραστηριότητες (Steptoe et al., 2006) όπως αναφέρεται από τους Giltay et al., (2007), υιοθετούνται πιο εύκολα από αισιόδοξους ασθενείς, διευκολύνοντας τη λειτουργικότητα τους, την ανάρρωση, αλλά και την εξέλιξη της νόσου. Η αισιοδοξία επίσης σχετίζεται και με πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Kelloniemi et al., 2005), αλλά και μειωμένο κάπνισμα και ποσότητες αλκοολούχων ποτών (Steptoe et al., 2006, όπως αναφέρεται από τους Giltay et al., 2007).

Η αισιοδοξία, όμως, δεν παρουσίασε συσχέτιση με την ψυχολογική ποιότητα ζωής, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με προγενέστερα ευρήματα σε πληθυσμούς χρόνιων ασθενειών. Χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (Ferreira & Sherman, 2007), λιγότερο στρες (Taylor et al., 1992), καλή διάθεση, ικανοποίηση από τη ζωή (Scheier et al., 1989) όπως αναφέρεται από τους Carver et al., (2010), καλύτερη γνωστική εκτίμηση της ασθένειας (Miniszewska et al., 2013) σχετίζονται με τα αυξημένα επίπεδα αισιοδοξίας σε χρόνια ασθενείς.

Θέτοντας, όμως, συγχρόνως την ηλικία και την αισιοδοξία ως προβλεπτικές μεταβλητές της ποιότητας ζωής, διαπιστώθηκε πως η ηλικία, και όχι η αισιοδοξία, προβλέπει σημαντικά τη σωματική ποιότητα ζωής. Ευρήματα υποστηρίζουν πως νεότεροι καρδιοπαθείς ασθενείς (<23 έτη) παρουσιάζουν καλύτερη βαθμολογία στα

επίπεδα εκτίμησης της υγείας και δυσλειτουργικότητας (Salibaetal.,2001).Νέοι ενήλικες ασθενείς(<50) έπειτα από αορτοστεφανιαία παράκαμψη επέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας και επικινδύνων γεγονότων σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (Dalen, Ivert, Holzmann, & Sartipy,2015).Ακόμη και μεγαλύτεροι ασθενείς(>71) επιδεικνύουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας(Barnason, Zimmerman,Anderson, Mohr-Burt, & Nieveen, 2000). Άλλες έρευνες δεν έχουν βρει διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες(Guadagnoli, Ayanian,&Cleary,1992 όπως αναφέρεται από τους Barnasonetal.,2000). Παρόλα αυτά, τόσο νέοι ενήλικες όσο και μεγαλύτεροι ενήλικες έχουν επιδείξει σχεδόν ίδια οφέλη ύστερα από αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αγγειοπλαστική(Zhangetal.,2006). Συνεπώς, φαίνεται πως η ηλικία, σε αντίθεση με την αισιοδοξία στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, φάνηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα, που ίσως μπορεί να αποκαλύπτει τη μεγαλύτερη σημαντικότητα της ηλικίας στη σωματική ποιότητα ζωής. Εκτενέστερη έρευνα απαιτείται για τη μελέτη των δύο μεταβλητών.

Σχετικά με την ψυχολογική ποιότητα ζωής, καμία από τις προβλεπτικές μεταβλητές δεν επέδειξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, γεγονός που δεν συμφωνεί με τη προγενέστερη έρευνα. Η ηλικία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του ψυχολογικού ευ ζην καρδιοπαθών(Bergersen, Schanke, & Sunnerhagen, 2013).Ασθενείς νεότεροι των 50 χρόνων, με εγγενείς καρδιοπάθειες και εμφύτευση βηματοδότη, βιώνουν άγχος και μετατραυματικό στρες και εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Ingles, Sarina, Kasparian,& Semsarian,2013), αλλά και ασθενείς άνω των 65 έπειτα από εγκεφαλικό επεισόδιο, βιώνουν στρες (Bergersenetal., 2013).Επίσης, ακόμα και σε έρευνες παιδιών με χρόνιες ασθένειες, φάνηκε πως τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι παρουσίασαν κακή προσαρμογή και κοινωνική απομόνωση(Eiser, 1990). Τα

ευρήματα αυτά υποδεικνύουν πως πράγματι υπάρχει σχέση της ηλικίας με το ψυχολογικό ευ ζην χρόνιων ασθενών, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Έπειτα από τη στατιστική ανάλυση, βρέθηκε πως το φύλο επιδρά στα επίπεδα της σωματικής ποιότητας ζωής, αποκαλύπτοντας πως υπάρχουν διαφορές στα δύο φύλα, με τους άντρες να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα σε σχέση με τις γυναίκες, γεγονός που συμφωνεί με ευρήματα προγενέστερων ερευνών. Τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στον πληθυσμό των χρόνιων ασθενών, οι διαφορές των φύλων στην ποιότητα ζωής είναι εμφανείς, με τις γυναίκες συχνά να παρουσιάζουν χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους άντρες (Unden&Ebfsson,2008). Γυναίκες με καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βρεθεί να παρουσιάζουν χειρότερα επίπεδα σωματικής ποιότητας ζωής, σε σχέση με τους άντρες ίδιων ασθενειών (van Jaarsveldetal.,2002). Έπειτα από χειρουργείο αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, οι γυναίκες επέδειξαν χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας, ποιότητας ζωής, όπως και λιγότερη ανακούφιση των συμπτωμάτων (Vaccarino&Koch, 2003). Σε έρευνα των King,Porter και Rowe (1994)(όπως αναφέρεται από τους Barnasonetal.,2000) γυναίκες μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη επανέκτησαν τη σωματική τους λειτουργικότητα με πιο αργούς ρυθμούς σε σχέση με τους άντρες, βιώνοντας και περισσότερη αποδιοργάνωση όσον αφορά τη διαχείριση του σπιτιού. Άλλα ευρήματα αναφέρουν περιορισμένη βάδιση, σωματικά συμπτώματα, γενικά φτωχή αντίληψη της σωματικής ποιότητας ζωής (Artinian & Duggan,1995,όπως αναφέρεται από τους Barnasonetal.,2000). Αντίθετα, οι άντρες παρουσιάζουν επαρκείς ικανότητες σε δραστηριότητες όπως τρέξιμο, ανάβαση σκαλιών χωρίς καμία συμπτωματική ενόχληση(Barnasonetal.,2000). Μία ερμηνεία που έχει δοθεί είναι πως η αποδιοργάνωση των γυναικών οφείλεται στις αυξημένες ευθύνες που έχουν (King,

Clark&Hicks, 1992). Παρόλα αυτά, έχει βρεθεί οι γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση (King&Gortner, 1996 όπως αναφέρεται από Barnason et al.,2000)και λίγη ενόχληση σε δραστηριότητες έπειτα από εγχείρηση (Logsdon, Cronin, & Miracle,1998).Αλλα ευρήματα υποστηρίζουν πως άντρες και γυναίκες έχουν παρουσιάσει ίδια επίπεδα ανάρρωσης και δραστηριοτήτων(επιστροφή στη δουλειά, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες δημιουργικότητας) (Rankin,1990 όπως αναφέρεται από τους Vaccarinoetal.,2003).Συνεπώς, λόγω ανομοιογένειας των ευρημάτων, εκτενέστερη έρευνα απαιτείται για την εξέταση της επίδρασης του φύλου.

Αντίθετα, φάνηκε πως δεν υπάρχουν διαφορές στα δύο φύλα στα επίπεδα του ψυχολογικού ευζην γεγονός που δεν συμφωνεί με τα υπάρχοντα ευρήματα. Έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης και ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας έπειτα από έμφραγμα του μυοκαρδίου(Brezinka&Kittel,1996). Αντίστοιχα και έπειτα από εγχείρηση, γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους άντρες(Vaccarino&Koch, 2003), όπως και σε περιπτώσεις εμφύτευσης βηματοδότη, το γυναικείο φύλο σχετίστηκε σημαντικά με μεγαλύτερο ψυχολογικό στρες (Inglesetal.,2013).

Η παρούσα έρευνα ενέχει αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά πρέπει να αναφέρουμε πωςεφόσον το δείγμα αποτελούταν μόνο από ασθενείς με καρδιαγγειακές ασθένειες, τα αποτελέσματα δεν θα μπορούσαν να αφορούν το γενικό πληθυσμό των χρόνιων ασθενών.Οφείλει να αναφερθεί, ακόμη, αφενός ο μικρός αριθμός του δείγματος (N=96) και αφετέρου πως οι περισσότεροι ήταν άντρες ασθενείς (N=74) και πολύ λιγότερες γυναίκες(N=22).Να τονιστεί πως η έρευνα αφορά ασθενείς ύστερης

ηλικίας(M.O=65), γεγονός που αποτρέπει την ένταξη των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό νεότερων ενηλίκων.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη πως οι ασθένειες των συμμετεχόντων διέφεραν. Το είδος της καρδιαγγειακής πάθησης μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, σε προγενέστερη έρευνα, οι ασθενείς που υπέστησαν αγγειοπλαστική δεν παρουσίασαν σωματικούς περιορισμούς όπως κούραση ή προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες ή εργασία σε σχέση με ασθενείς που υπέστησαν αορτοστεφανιαία παράκαμψη(Barnasonetal.,2000).Αλλα ευρήματα, μέσω σύγκρισης με άλλες καρδιαγγειακές ασθένειες, διαπίστωσαν το ίδιο χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, τονίζοντας όμως πως η φύση των σωματικών περιορισμών εξαρτάται από τα συμπτώματα της εκάστοτε ασθένειας(Regensteineretal.,2008), γεγονός που συνάδει με την κλινική σοβαρότητα της κάθε ασθένειας. Στην παρούσα έρευνα οφείλει να τονιστεί πως η κλινική σοβαρότητα δεν ελέγχθηκε.Η σοβαρότητα μιας χρόνιας ασθένειας επηρεάζει τα επίπεδα της ποιότητας ζωής(Stahletal.,2005), με αρκετά εμφανή τα επίπεδα της σωματικής υγείας. Σε ασθενείς καρδιαγγειακών παθήσεων, η σοβαρότητα σχετίζεται με την ποιότητα ζωής(Moonsetal.,2005). Πιο συγκεκριμένα, ανάλογα αν η κατάσταση είναι σταθερή ή βρίσκεται σε έξαρση, η ποιότητα ζωής διαταράσσεται αντίστοιχα(Jonesetal.,2011).Βέβαια, υπάρχουν και ευρήματα που υποστηρίζουν πως οι πιο σοβαρές καρδιολογικές παθήσεις δεν σχετίζονται απαραίτητα με χειρότερη ποιότητα ζωής (Ternestedtetetal.,2001). Συνεπώς, φαίνεται πως πράγματι υπάρχει κάποια σχέση της κλινικής σοβαρότητας της πάθησης, γεγονός που ο μη έλεγχος της καθίσταται ένας από τους περιορισμούςτης έρευνας.

Δεν ελέγχθηκαν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση, που θα μπορούσαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στα επίπεδα τόσο της αισιοδοξίας όσο και της ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα,

ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν επιδείξει καλύτερη βαθμολογία στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Salibaetal., 2001). Υψηλό εισόδημα, η εργασία, η ασφάλιση, σχετίζεται με υψηλότερη αισιοδοξία (Tindleetal.,2009). Ακόμη, η κοινωνική υποστήριξη (Gallant,2003) και η συντροφικότητα (Allisonetal.,2003), σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση και οφέλη για τους χρόνιους ασθενείς.

Επιπλέον, ένας σημαντικός παράγοντας που δεν ελέγχθηκε είναι η ύπαρξη συ-νοσηρότητας, γεγονός που έχει φανεί να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, επιδρώντας αρνητικά (Kriegsman, Deeg, & Stalman, 2004). Έχει βρεθεί πως η παρουσία πάνω από 3 παθολογικές καταστάσεις σχετίζεται με χειρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Jonesetal.,2011). Μάλιστα, η συνδυαστική παρουσία χρόνιων ασθενειών με κοινά αίτια ή παθολογικούς μηχανισμούς οδηγούν σε εξαιρετικά φτωχά επίπεδα της σωματικής λειτουργικότητας (Kriegsmanetal.,2004). Ο έλεγχος των δημογραφικών μεταβλητών και της συ-νοσηρότητας στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής στη χρόνια ασθένεια, κρίνεται σημαντικός.

Η παρούσα έρευνα έδειξε πως πράγματι υπάρχει σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής ποιότητας ζωής, συμφωνώντας με προγενέστερα ευρήματα, αλλά όχι μεταξύ αισιοδοξίας και ψυχολογικής ποιότητας ζωής, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις προβλεπόμενες υποθέσεις. Πέρα των περιορισμών που τέθηκαν, τα παρόντα ευρήματα γεννούν ερωτήματα για τους μηχανισμούς (αναπαραστάσεις, στρατηγικές, βιολογικοί μηχανισμοί) μέσω των οποίων η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάζει την ποιότητα ζωής, γεγονός που δημιουργεί καλές βάσεις για εκτενέστερη έρευνα. Ακόμη, φάνηκε πως η ηλικία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της σωματικής ποιότητας ζωής, υπογραμμίζοντας τη σημαντικότητα και άλλων χαρακτηριστικών που μπορούν να προβλέπουν την ποιότητα ζωής. Τα παρόντα

ευρήματα προσφέρονται για την ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων σε χρόνιους ασθενείς στα πλαίσια της προσαρμογής στην ασθένεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Achat, E., Kawachi, I., Spiro, A., De Molles, D., & Sparrow, D.(2000).Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: The normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 127-130.

doi: 10.1007/BF02895776

Affeck,G., Tennen,H., Keefe, J.F., Lefebvre,C.J., Kashikar-Zuck, S.,Wright, K., Starr, K., & Caldwell, S.D.(1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independenteffects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, 83,601-609.doi:10.1016/S0304-3959(99)00167-0

Allison, J.P., Guichard,C., Fung, K., &Gilain, L.(2003).Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*,21(3),543-548. doi: 10.1200/JCO.2003.10.092

Anderson, J.R.,Freedland, E.K., Clouse, E.R.,&Lustman, J.P.(2001).The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6),1069-1078.

doi:10.2337/diacare.24.6.1069

Baker, R.A., Andrew, M.J., Schrader, G., & Knight, J.L.(2001).Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: Preliminary findings.*Australian and New Zealand Journal of Surgery*,71(3),139-42.
doi: 10.1046/j.1440-1622.2001.02055.x

Barnasson, S., Zimmerman, L., Anderson, A., Mohr-Burt, S., &Nieveen, J. (2000). Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart & Lung*, 29(1), 33-46. doi:10.1016/S0147-9563(00)90035-9

Belardinelli, R., Paolini, I., Cianci, G., Piva, R., Georgiou, D., &Purcaro, A.(2001). Exercise training intervention after coronary angioplasty: The ETICA trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 37(7).doi:10.1016/S0735-1097(01)01236-0

Bennett, S. J., Cordes, D.K., Westmoreland, G., Castro, R., & Donnelly, E.(2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure.*Nursing Research*, 49(3), 139-145.doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200005000-00004>

Bentley, B., De Jong, M.J., Moser, D.K., &Peden, A.R.(2005).Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients.*European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 331-336.doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.04.009

Bentzen, N.(2003).*Wonca dictionary of general/family practice*.Copenhagen: Wonca International Classification Committee: Retrieved from:<http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000092/0000052.pdf>.

Bergersen, A., Schanke, K., & Sunnerhagen, K.S.(2013).Predictors of emotional distress and wellbeing 2–5 years after stroke.*International Scholarly Research Notices Stroke, 2013*.doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/467398>

Bohachick, P., Taylor, V.M., Sereika, S., Reeder, S., & Anton, B.B.(2002). Social support, personal control, and psychosocial recovery following heart transplantation. *Clinical Nursing Research, 11*(1), 34-51. doi: 10.1177/105477380201100104

Bombardier, H.C., D'Amico, C., & Jordan, S.J. (1990).The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment.*Behaviour Research and Therapy, 28*(4), 297-304. doi:10.1016/0005-7967(90)90081-S

Boyd, K.J., Murray, S.A., Kendall, M., Worth, A., Frederick Benton, T., & Clausen, H.(2004).Living with advanced heart failure: A prospective, community based study of patients and their carers.*European Journal of Heart Failure, 6*(5),585-91. doi: 10.1016/j.ejheart.2003.11.018

Brennan, J.(2001).Adjustment to cancer- coping or personal transition?*Psycho-Oncology*,*10*(1),1-18. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T

Brezinka, V., &Kittel, F. (1996). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Social Science & Medicine*, *42*(10), 1351-1365.
doi:10.1016/0277-9536(95)00284-7BOB

Brisette, I., Scheier, F.M., & Carver, S.C.(2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition.*Journal of Personality and Social Psychology*,*82*(1), 102-111. doi: 10.1037//0022-3514.82.1.102

Brummett, B.H., Helms, M.J., Dahlstrom, W.G.,&Siegler, I.C.(2006).Prediction of all-cause mortality by the Minnesota multiphasic personality inventory optimism-pessimism scale scores: Study of a college sample during a 40-year follow-up period.*Mayo Clinic proceedings*, *81*(12),1541-4.doi: <http://dx.doi.org/10.4065/81.12.1541>

Call, G.J., & Davis, L.L. (1989). The effect of hardiness coping strategies and adjustment to illness in chronically ill individuals. *Applied Nursing Research*, 2(4), 187-188. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0897-1897\(89\)80008-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0897-1897(89)80008-4)

Carver, S.C. (n.d). *Optimism*. Retrieved from: http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/dispositional_optimism/dispositional_optimism.pdf

Carver, S.C., & Gaines, G.J. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(4), 449-462. Retrieved from: http://www.researchgate.net/publication/226210819_Optimism_pessimism_and_postpartum_depression

Carver, S.C., Scheier, F.M., & Segerstrom, C.S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006

Cella, F.D. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)

Cohen, L., de Moor, C., & Amato, R. J. (2001). The association between treatment-specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a phase I

cancer clinical trial. *Cancer*, 91, 1949-1955. doi: 10.1002/1097-0142(20010515)91:10<1949::AID-CNCR1218>3.0.CO;2-A

Cohn, K.J., & Cohn, F.P.(1983). Patient reactions to the diagnosis of asymptomatic coronary artery disease: Implications for the primary physician and consultant cardiologist. *Journal of the American College of Cardiology*, 1(3), 956-8. Retrieved from:<http://content.onlinejacc.org/pdfaccess.ashx?ResourceID=2814609&PDFSource=13>.

Critchley, J.A.,&Capewell, S.(2003).Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review.*The Journal of American Medical Association*, 290(1),86-97.doi:10.1001/jama.290.1.86.

Dalén, M., Ivert, T.,Holzmann, J.M., &Sartipy, U.(2015).Coronary artery bypass grafting in patients 50 years or younger: A swedish nationwide cohort study. *Circulation*.doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014335

deRidder, 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),341-50.doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00034-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00034-5)

Deyo, R.A., Inui, T.S., Leininger, J., & Overman, S. (1982). Physical and psychosocial function in rheumatoid arthritis. Clinical use of a self-administered health status instrument. *Archives of Internal Medicine*, 142(5), 879-82.

doi:10.1001/archinte.1982.00340180037008.

Diller, G., Dimopoulos, K., Okonko, D., Uebing, A., Broberg, S.C., Babu-Narayan, S., Bayne, S., Poole-Wilson, A.P., Sutton, R., Francis, D.P., & Gatzoulis, A.M. (2005). Heart rate response during exercise predicts survival in adults with congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(6), 1250-1256.

doi:10.1016/j.jacc.2006.05.051

Driver, J.D., Yung, R., Gaziano, J.M., & Kurth, T. (2010). Chronic disease in men with newly diagnosed cancer: A nested case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 172(3). doi: 10.1093/aje/kwq127

Duke, J., Leventhal, H., Brownlee, S., & Leventhal, E.A. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 57(4), 367-

76. doi:10.1093/geronb/57.4.P367

Durstine , J.L., Gordon, B., Wang, Z., &Luo, X.(2013). Chronic disease and the link to physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2, 3-11.doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jshs.2012.07.009>

Eckel, R.H., Jakicic, J.M., Ard, J.D., Hubbard, V.S, de Jesus, J.M., Lee, I.M., Lichtenstein, A.H., Loria, C.M., Millen, B.E., Houston Miller, N., Nonas, C.A., Sacks, F.M., Smith, S.C., Jr, Svetkey, L.P., Wadden, T.W., &Yanovski, S.Z. (2013).AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: A report of the American college of cardiology. *American Heart /Association Task force on practice guidelines. Circulation*.doi: 10.1161/01.cir.0000437740.48606.d1

Eiser, C.(1990).Psychological effects of chronic disease.*Journal of Child Psychology &Psychiatry*, 31(1), 85-98.doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb02274.x

Ekman, J., Ehnfors, M.,&Norberg, A.(2000).The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people.*Scandinavian Journal of Caring Sciences*,14(2),130-6.doi: 10.1111/j.1471-6712.2000.tb00573.x

Esteve, R., Ramirez-Maestre, C., &Lopez-Martinez, E.A.(2007).Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related

cognitions.*Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188. Retrieved

from:<https://contextualscience.org/system/files/Esteve,2007.pdf>

Europe, E., &Tyni-Lenné, R.(2004).Qualitative analysis of the male experience of

heart failure.*Heart & Lung: The Journal of Critical Care*,33(4),227-34.doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.03.003>

Falk, S., Wahn, A.K.,&Lidell, E.(2007).Keeping the maintenance of daily life in spite

of chronic heart failure.A qualitative study.*European Journal of Cardiovascular*

Nursing, 6(3),192-9.doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.09.002

Felce, P., & Perry, J.(1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research*

in developmental disabilities, 16(1), 51-74.doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8

Ferreira, M.V., & Sherman, M.A.(2007).The relationship of optimism, pain and social

support to well-being in older adults with osteoarthritis.*Aging & Mental Health*,11(1),

89-98. doi:10.1080/13607860600736166

Fleg, L.J., Forman, E.D., Berra, K., Bittner, V., Blumenthal, A.J., Chen, A.M., Cheng,

S., Kitzman, W.D., Maurer, S.M., Rich, W.M., Shen, W., Williams, A.M., &Zieman,

J.S.(2013).Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in older

adults.*Circulation*, 128, 2422-2446. doi: 10.1161/01.cir.0000436752.99896.22

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. doi:10.1016/S0191-8869(02)00006-5

Frayers, M.P., & Machin, D. (2002). Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/0470846283

Gallant, M.P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health education & behavior*, 30(2), 70-95. doi: 10.1177/1090198102251030

Giltay, J.E., Geleijnse, M.J., Zitman, G.F., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen elderly study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 483-490. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.07.014

Giltay, J.E., Geleijnse, M.J., Zitman, G.F., Hoekstra, T., & Schouten, G.E. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126-1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126.

Giltay, J.E., Kamphuis, H.M., Kalmijn, S., Zitman, G.F., &Kromhout, D.(2006).
Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphenederly
study. *Archives of Internal Medicine*,166,431-436. doi:10.1001/archinte.166.4.431.

Hackett, T., Stefanowicz, D.,Aminuddin, F., Sin, D.D., Connett, E.J., Anthonisen,
R.N., Paré, D.P., &Sandford, J.A.(2011).Effect of gene environment interactions on
lung function and cardiovascular disease in COPD.*International Journal of Chronic
Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 277-287.doi: 10.2147/COPD.s18279

He, F.J., Nowson, C.A., &MacGregor, G.A.(2007). Increased consumption of fruit
and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: Meta-analysisof
cohort studies. *Journal of Human Hypertension*, 21, 717–728.
doi:10.1038/sj.jhh.1002212

Heim, C., Ehlert, U., &Hellhammer, D.H.(2000).The potential role of hypocortisolism
in the pathophysiology of stress-related bodily disorders.*Psychoneuroendocrinology*,
25(1),1-35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(99\)00035-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(99)00035-9)

Heo, S., Lennie, A.L., Okoli, C., &Moser, K.D.(2009).Quality of life in patients with
heart failure: Ask the patients.*Heart Lung*, 38(2), 100-108.doi:
10.1016/j.hrtlng.2008.04.002

Higgins, E.T.(2006). Value from hedonic experience and engagement. *Psychological Review*, 113(3), 439-460. doi: 10.1037/0033-295X.113.3.439

Hirani, P.S., & Newman, P.S.(2005).Patients' beliefs about cardiovascular disease.*Heart*, 91, 1235-1239. doi: 10.1136/hrt.2003.025262

Hui, L.(2015).Aging and chronic disease as independent causative factors for death and a programmed onset for chronic disease.*Archives of Gerontology and Geriatrics* 60,178–182.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.11.002>

Ingles, J., Sarina, T., Kasparian, N., &Semsarian, C.(2013). Psychological wellbeing and posttraumatic stress associated with implantable cardioverter defibrillator therapy in young adults with genetic heart disease. *International Journal of Cardiology*, 168(4),3779-84.doi: 10.1016/j.ijcard.2013.06.006.

Jeon, Y., Kraus, G.S.,Jowsey, T., & Glasgow, J.N.(2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 10(77).doi:10.1186/1472-6963-10-77

Jones, P.W., Brusselle, G., Dal Negro, R.W., Ferrer, M., Kardos, P., Levy, M.L., Perez, T., Soler-Cataluña, J.J., van der Molen, T., Adamek, L., & Banik, N. (2011). Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory Medicine*, 105(1), 57–66.
 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2010.09.004>

Καραδήμας, Χ.Ε. (2005). Χρόνια ασθένεια και προσαρμογή σε αυτή.
 Χ. Σταυρόπουλος (Επιμ.), *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*,
 (σελ. 141-152). Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ-ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Karademas, C.E. (2011). Conditional indirect relations of cardiac patients' subjective health to optimism through illness representations: A self-regulation circuit. *Journal of Health Psychology*, 17(1), 36-45. doi: 10.1177/1359105311405554

Karademas, C.E., Frokkaï, E.F., Tsotra, E., & Papazachariou, R. (2013). The relation of optimism to cardiac patients' subjective health through illness representations: Does the level of optimism matter? *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life, Social Indicators Research Series*, 51, 175-188. doi: 10.1007/978-94-007-4963-4_10.

Kelloniemi, H., Ek, E., &Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45, 169-176.

doi:10.1016/j.appet.2005.05.001

Kempen, L.J.M.G., Ormel, J., Brilman, I.E., &Relyveld, J. (1997).Adaptive responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *American Journal Public Health*, 87(1), 38-44. Retrieved from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380762/>

Khayyam-Nekouei, Z., Neshatdoost, H., Yousefy, A., Sadeghi, M., &Manshae, G.(2013). Psychological factors and coronary heart disease.*ARYA Atherosclerosis*, 9(1). Retrieved from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653260/pdf/ARYA-09-102.pdf>

Kim, S.E., Park, N., & Peterson, C.(2014). Dispositional optimism protects older adults from stroke: The health and retirement study.*Stroke, Journal of the American Heart Association*, 42, 2855-2859.doi: 10.1161/STROKEAHA.111.613448

King, K.B, Clark,P.C.,& Hicks, G.L. Jr.(1992).Patterns of referral and recovery in women and men undergoing coronary artery bypass grafting.*The American Journal of Cardiology*,69(3), 179-82.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149\(92\)91301-J](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9149(92)91301-J)

Kinzer, W.K., & Vogelstein, B. (1996). Lessons from hereditary colorectal cancer. *Cell*, 87, 159-170. doi:10.1016/S0092-8674(00)81333-1

Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., & Stalman, W.A. (2004). Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: The longitudinal aging study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(1), 55-65. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00258-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00258-0)

Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression--a longitudinal view. *Social Science and Medicine*, 40(6), 837-46. doi:10.1016/0277-9536(94)00249-S

Leon, S.A., Franklin, A.B., Costa, F., Balady, J.G., Berra, A.K., Stewart, J.K., Thompson, D.P., Williams, A.M., & Lauer, S.M. (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *Circulation*. doi: 10.1161/01.CIR.0000151788.08740.5C

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Medical Psychology*, 11. Retrieved from: http://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger

Logsdon, M.C, Usui, W.M, Cronin, S.N, & Miracle, V.A.(1998).Social support and adjustment in women following coronary artery bypass surgery.*Health Care for Women International*, 19(1), 61-70.doi:10.1080/073993398246584

Maddux, E.J., & Rogers, W.R.(1982). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.doi:10.1016/0022-1031(83)90023-9

Mahler, H. I. M., &Kulik, A.J. (2000). Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: Prediction of affect, pain and functional status.*Psychology,Health & Medicine*, 5(4), 347-358. doi: 10.1080/713690216

Mahoneys, S.J.(2001). An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family members. *Heart Lung*, 30, 429-36. doi:10.1067/mhl.2001.119832

Martensson, J., Karlsson, J., &Fridlund, B.(1997).Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation.*Journal of Advanced Nursing*, 25, 579-586. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025579.x

Matthews, A.K., Raikkonen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, H.L. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 640–644. doi: 10.1097/01.psy.0000139999.99756.a5

Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Ograczyk, A., & Zalewska-Janowska, A. (2013). Optimism as a predictor of health-related quality of life in psoriatics. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, *2*, 92–95. doi: 10.5114/pdia.2013.34157

Mondloch, M.V., Cole, D.C., & Frank, J.W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, *165*(2), 174–9. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81284/>

Moons, P., Van Deyk, K., De Geest, S., Geillig, M., & Budts, W. (2005). Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients? *Heart*, *91*, 1193–1198. doi: 10.1136/hrt.2004.042234

Moser, K.D., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. *Heart & Lung, 24*(4), 273-80. doi:10.1016/S0147-9563(05)80070-6

Nabi, H., Koskenvuo, M., Singh-Manoux, A., Korkeila, J., Suominen, S., Korkeila, K., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2010). Low pessimism protects against stroke: The health and social support (HeSSup) prospective cohort study. *Stroke, Journal of the American Heart Association, 41*, 187-190. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.565440

Pattenden, J.F., Roberts, H., & Lewin, R.J.P. (2007). Living with heart failure; Patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 6*, 27-279. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097

Paul, S., & Sneed, N. (2002). Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic. *Congestive Heart Failure, 8*, 74-79. doi: 10.1111/j.1527-5299.2002.00279.x

Petit, J., Bour, J., Galland-Jos, C., Minello, A., Verges, B., Guiguet, M., Brun, J., & Hillon, P. (2001). Risk factors for diabetes mellitus and early insulin resistance in chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology, 35*, 279-283. doi:10.1016/S0168-8278(01)00143-X

Physical activity guidelines for Americans.(2008). U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from: www.health.gov/paguidelines01

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, E.A.(2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 286-294. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37335

Rasmussen, E.G., Scheier, F.M., & Greenhouse, B.S.(2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x.

Rasmussen, N.H., Wrosch, C., Scheier, F.M., & Carver, S.C.(2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74(6).doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x

Regensteiner, J.G., Hiatt, W.R., Coll, J.R., Criqui, M.H., Treat-Jacobson, D., McDermott, M.M., & Hirsch, A.T.(2008). The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the peripheral arterial disease awareness, risk, and treatment: New resources for survival (partners) program. *Vascular medicine*, 13(1), 15-24.doi: 10.1177/1358863X07084911.

Reker, G.T, & Wong, P.T.P.(1985). Personal optimism, physical and mental health
The triumph of successful aging.In J. EBirren&J. Livingston, (Eds),*Cognition, stress
and aging*, (pp. 134-173). New York: Prentice-Hall. Retrieved from:
[http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2015/02/1985-Reker-Wong-
Personal-Optimism-Chapter-7.pdf](http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2015/02/1985-Reker-Wong-Personal-Optimism-Chapter-7.pdf)

Rogerson, C.M., Murphy, B., Bird, S., & Morris, T.(2012). “I don’t have the heart”: A
qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with
coronary heart disease and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral
Nutrition and Physical Activity* , 9,140. doi: 10.1186/1479-5868-9-140.

Saliba, Z., Butera, G., Bonnet, D., BonhoeVer, P., Villain, E., Kachaner, J., Sidi,
D.,&Iserin, L.(2001). Quality of life and perceived health status in surviving adults
with univentricular heart. *Heart*, 86(1), 69-73. doi: 10.1136/heart.86.1.69

Scheier, F.M., Carver, S.M.,& Bridges, W.M.(1994).Distinguishing optimism from
neuroticism (and trait anxiety, self- mastery, and self- esteem): A reevaluation of the
Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-
1078.Retrieved
from:http://www.psy.cmu.edu/faculty/scheier/scales/LOTR_article.pdf

Scheier, F.M., Matthews, A.K., Owens, F.J., Schulz, R., Bridges, W.M., Magovern, J.G., & Carver, S.C.(1999).Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159(8), 829-35.
doi:10.1001/archinte.159.8.829.

Schlenk, E.A., Erlen, J.A., Dunbar Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S.M., Rohay, M.J., &Bernier, M.(1998). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of LifeResearch: An International Journal of Quality of Life Aspects ofTreatment, Care and Rehabilitation*, 7(1), 57- 65. Retrieved from:
<http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1008836922089>

Schwarzer, R.(1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4(2),115-1127.doi:10.1177/135910539900400208

Segerstrom, C.S., Taylor, E.S.,Kemeny, E.M.,& Fahey, L.J.(1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, (6), 1646-1655. Retrieved from:
<http://www.uic.edu/classes/psych/Health/Readings/Segerstrom,%20optimism,%20mood,%20immune%20status,%20JPSP,%201998.pdf>

Shepperd, A.S., Maroto, J.J., & Pbert, A.L.(1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534. Retrieved from:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.6002&rep=rep1&type=pdf>

Stahl, E., Lindberg, A., Jansson, S.A., Rönmark, E., Svensson, K., Andersson, F., Löfdahl, C.G., & Lundbäck, B.(2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and quality of life outcomes*, 3(56).doi:10.1186/1477-7525-3-56

Steele, A., & Wade, T.D.(2004).The contribution of optimism and quality of life to depression in an acute coronary syndrome population.*European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(3), 231-7.doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.06.003

Steptoe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., & Wichstrom, L.(1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults.*Psychology & Health*, 9(5), 331-343. doi: 10.1080/08870449408407492

Stull, E. D., Starling, R., Haas, G., & Young, B.J.(1999).Becoming a patient with heart failure.*Heart Lung*,28, 284-92. Retrieved from:http://www.researchgate.net/publication/12890763_Becoming_a_patient_with_heart_failure

Swan, L., & Hillis, S.W.(2000). Exercise prescription in adults with congenital heart disease: A long way to go. *Heart*, 83(6), 685-687. doi: 10.1136/heart.83.6.685

Taylor, S.E.(1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11).Retrieved from:http://66.199.228.237/boundary/Childhood_trauma_and_PTSD/adjustment_to_threatening_events.pdf

Taylor, S.E.(1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).*Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 460-473. Retrieved from: https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/10/1992_Optimism-Coping-Psychological-Distress-and-High-Risk-Sexual-Behavior-Among-Men-at-Risk-for-AIDS.pdf.

Ternstedt, B.M., Wall, K., Oddsson, H., Riesenfeld, T., Groth, I., & Schollin, J. (2001). Quality of life 20 and 30 years after surgery in patients operated on for tetralogy of Fallot and for atrial septal defect. *Pediatric Cardiology*, 22(2), 128-32. doi: 10.1007/s002460010178

Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162. doi:10.5964/ejop.v9i1.337

Tindle, A.H., Chang, Y., Kuller, H.L., Manson, E.J., Robinson, G.J., Rosal, C.M., Siegle, J.G., & Matthews, A.K. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation*, 120(8), 656-662. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642.

Tindle, H., Davis, E., & Kuller, L. (2010). Attitudes and cardiovascular disease. *Maturitas*, 67, 108-113. doi:10.1016/j.maturitas.2010.04.020

Tinker, L.F., Rosal, M. C., Young, A. F., Perri, M.G., Patterson, R. E., Van Horn, L. V., Assaf, A. R., Bowen, D., Ockene, J., Hays, J., & Wu, L.L. (2007). Predictors of dietary change and maintenance in the women's health initiative (WHI) dietary modification (DM) trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1155-1165. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2007.04.010>

Unden, A., & Ebfsson, S. (2008). Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gender Medicine*, 3(4), 295-308. doi:10.1016/S1550-8579(06)80218-4

Vaccarino, V., & Koch, C.G. (2003). Long-term benefits of coronary bypass surgery: Are the gains for women less than for men. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 126(6). doi:10.1016/j.jtcvs.2003.10.007

van Jaarsveld, C.H.M., Sanderman, R., Ranchor, V.A., Ormel, J., van Veldhuisen, D.J., & Kempen, G.I.J.M. (2002). Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: A prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1105-1112. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00506-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00506-1)

Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, F.R., Cardoso, H., Da Silva, A., & Mendoinca, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista d'Associacao Medica Brasileira*, 60(4), 373-380. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.017>

Viney, L.L., & Westbrook, T.M. (1981). Psychological reactions to chronic illness-related disability as a function of its severity and type. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(6), 513-523. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90105-7](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(81)90105-7)

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, E.J., Maiuro, D.R., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*(1). doi:10.1207/s15327906mbr2001_1

Vollmann, M., Scharloo, M., Langguth, B., Kalkouskaya, N., & Salewski, C. (2014). Optimism and illness representations of tinnitus: Illness representations as mediators of the relationship between dispositional optimism and depression in patients with chronic tinnitus: A cross-sectional study. *Psychology & Health, 29*, 81-93. Retrieved from: <http://www.tandfonline.com/10.1080/08870446.2013.828294>.

Walker, G.J., Jackson, J.H., & Littlejohn, O.G. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review, 24*, 461-488. doi:10.1016/j.cpr.2004.03.001

Welstand, J., Carson, A., & Rutherford, P. (2009). Living with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 1974-1379. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.03.009

Westbrook, T.M., & Viney, L.L. (1982). Psychological reaction on the onset of chronic illness. *Social Science and Medicine, 16*, 899-905. doi:10.1016/0277-9536(82)90209-

X

Wrosch, C., Miller, F.M., Scheier, F.M., & de Pontet, B.S.(2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health? *Personality and Social Psychology*, 33(2), 251-265.doi: 10.1177/0146167206294905

Yu, D., Zhang, X., Gao, Y., Li,H., Yang, G., Huang, J., Zheng,W., Xiang, Y.,&Shu, X.(2014). Fruit and vegetable intake and risk of CHD: Results from prospective cohort studies of Chinese adults in Shanghai. *British Journal of Nutrition*,111, 353-362. doi:10.1017/S0007114513002328

Zhang, Z., Mahoney, E.M., Spertus, J.A., Booth, J., Nugara, F., Kolm, P., Stables, R.H.,&Weintraub, W.S.(2006).The impact of age on outcomes after coronary artery bypass surgery versus stent-assisted percutaneous coronary intervention: One-year results from the stent or surgery (SoS) trial.*American Heart Journal*,152(6), 1153-60.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2006.06.011>

Zhao, G., Ford, S.E., Li, C., &Mokdad,H.A.(2008). Are United States adults with coronary heart disease meeting physical activity recommendations? *The American Journal of Cardiology*, 101,557–561. doi:10.1016/j.amjcard.2007.10.015