

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**Αντίληψη συμπτωμάτων σε χρόνιες ασθένειες**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΤΟΥ/ΤΗΣ**  
**Τσαγκαράκη Δέσποινα**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 2625**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ /ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κ.Καραδήμας Ευάγγελος**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2013-2014**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ. 3
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.4-25
2.1. Αντίληψη συμπτωμάτων.....	σελ.4-6
2.2. Αντιληπτική υγεία.....	σελ.7-11
2.3. Συναισθήματα και υγεία.....	σελ.12-16
2.4. Αισιοδοξία και υγεία.....	σελ.17-20
2.5. Άγχος υγείας.....	σελ.21-23
2.6. Παρούσα μελέτη.....	σελ.24-25
3. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ.26-28
Δείγμα	
Εργαλεία	
Διαδικασία	
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ.29-32
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ.33-41
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.42-49

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυτό-αξιολόγηση της υγείας αποτελεί ένα άκρως καίριο και πολύπλευρο θέμα, όπου δύσκολα μπορούν να συμπεριληφθούν σε μια έρευνα όλοι οι παράγοντες που το επηρεάζουν. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την συσχέτιση της αυτό-αξιολόγησης με παράγοντες όπως τα συναισθήματα, την αισιοδοξία, το άγχος υγείας και την ψυχική υγεία, αλλά και όλων αυτών των μεταβλητών μεταξύ τους, ώστε να διαπιστωθεί τυχόν σχέση. Σημαντική θεωρείται και η διερεύνηση των διαφορών των δυο φύλων, ενώ συμπεριλαμβάνονται και κάποιες πληροφορίες από το ιστορικό των συμμετεχόντων και των οικείων τους. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 210 φοιτητές, μέσου όρου ηλικίας 19,6 ετών. Για τους σκοπούς της έρευνας χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα προήλθαν έπειτα από στατιστική ανάλυση με την χρήση του προγράμματος SPSS, ενώ για τις συσχετίσεις των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Pearson Correlation και για την αξιοπιστία της έρευνας ο δείκτης του Cronbach  $\alpha$ . Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αυτό-αξιολόγηση της υγείας συσχετίζεται με τα θετικά συναισθήματα, ενώ αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ μερικών μεταβλητών. Ανάμεσα στα δυο φύλα διαπιστώθηκαν διαφορές στα θετικά συναισθήματα. Όσον αναφορά το ιστορικό των συμμετεχόντων υπήρξαν διαφορές ανάμεσα σε κάποιους μέσους όρους. Με βάση τα αποτελέσματα προτείνεται μια περαιτέρω εμβάθυνση στις σχέσεις των μεταβλητών, ώστε να χρησιμοποιηθούν για την καλύτερη παρέμβαση σε περιπτώσεις που σχετίζονται με την υγεία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την αντίληψη συμπτωμάτων, όμως πριν μεταβούμε σε αυτόν τον ορισμό δεν γίνεται να παρακάμψουμε τον ορισμό της αντίληψης. Ως αντίληψη ορίζονται τα αποτελέσματα της γνωστικής διαδικασίας για να αποκτηθούν, να οργανωθούν και να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες για τα ερεθίσματα (King, 1962). Οι αντιλήψεις επηρεάζονται τόσο από αντικειμενικούς όσο και από υποκειμενικούς παράγοντες. Στους υποκειμενικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται προκαταλήψεις, στερεότυπα, στάσεις και αξιολογήσεις. Οι στάσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στις λέξεις (Allport, 1935). Μια στάση είναι η προδιάθεση του ατόμου να ανταποκριθεί σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο με έναν γενικά ευνοϊκό ή δυσμενή τρόπο (Michener και συν., 1986). Ως εκ τούτου, οι αντιλήψεις είναι και αισθητηριακές και γνωστικές, ενώ επηρεάζονται από τις στάσεις και τις πεποιθήσεις του ατόμου για το τι είναι σημαντικό για τον ίδιο.

Το σύμπτωμα, όπως ορίζεται από τους Van Wijk και Kolk (1997), δεν είναι απλώς μια ένδειξη νόσου, αλλά μια εσωτερική κατάσταση που γίνεται αντιληπτή με αρνητικό τρόπο από το άτομο. Η αντίληψη του συμπτώματος είναι τόσο ενημερωτική όσο και εννοιολογική και επηρεάζεται από τα στοιχεία ή τις πληροφορίες που έχει ένα άτομο για το σύμπτωμα και από τα έμφυτα χαρακτηριστικά του ατόμου. Το μοντέλο αντίληψης συμπτωμάτων (Van Wijk & Kolk, 1997) απαριθμεί έξι βήματα. Αυτά είναι η είσοδος των σωματικών πληροφοριών, η επιλογή πληροφοριών, η ανίχνευση των σωματικών αισθήσεων, η απόδοση των αισθήσεων, η προσωπικότητα ή η ψυχολογική επιρροή με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η

συμπεριφορά της ασθένειας με βάση όλα τα προηγούμενα στοιχεία. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των συμπτωμάτων είναι η φύση των ίδιων των συμπτωμάτων και οι εμπειρίες της ζωής στο πλαίσιο της υγείας και της ασθένειας (Posey, 2006). Η αντίληψη συμπτωμάτων είναι η ικανότητα να καταλαβαίνει ο καθένας, ατομικά, τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του, δηλαδή σωματικά, ψυχικά, στα συναισθήματα του αλλά και γενικότερα. Αλλαγές που δεν είναι φυσιολογικές και συνήθως έγκεινται σε κάποια ασθένεια ή διαταραχή.

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων, οι οποίοι συνήθως δεν μελετώνται ατομικά αλλά στα πλαίσια ενός πληθυσμού. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι οι γνώσεις που έχει ένας πληθυσμός για διάφορες ασθένειες και τα συμπτώματά τους, πράγμα που σχετίζεται άμεσα με το γενικότερο μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού μιας περιοχής, αλλά και την ενημέρωση που δέχεται από τους αρμόδιους φορείς (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijssbers van Wijk, 2002).

Ένα άλλο μοντέλο που διερευνά την αντίληψη συμπτωμάτων με βάση τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο) προτείνει ότι, αν και ο ορισμός αποτελείται από τις σωματικές, φυσιολογικές, συναισθηματικές αλλαγές που βιώνουμε, είναι ελλιπής διότι μπορεί να βιώνουμε τέτοιες αλλαγές αλλά να μην το συνειδητοποιούμε. Έτσι λοιπόν ο συγκεκριμένος ορισμός δεν είναι πλήρης διότι παραλείπετε ένας βασικός παράγοντας αυτός της προσοχής. Πιο συγκεκριμένα, πολλές φορές βιώνουμε μια σωματική αλλαγή, την οποία όμως για κάποιους λόγους δεν προσέχουμε ή δεν παρατηρούμε. Τέτοιοι λόγοι μπορεί να είναι το στρες ή αν βιώνουμε μια αρνητικά φορτισμένη κατάσταση. Για παράδειγμα, σε περίοδο αυξημένων επιπέδων στρες ο οργανισμός βρίσκεται σε υπερδιέγερση, ως εκ τούτου είναι πιθανόν να μην προσέξουμε βιολογικές αλλαγές ή συμπτώματα κάποιας

ασθένειας από την οποία μπορεί να πάσχουμε (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers van Wijk, 2003).

Όπως συνεπάγετε από τις αναφορές σε όλα τα παραπάνω μοντέλα και θεωρίες, η αντίληψη συμπτωμάτων αποτελεί ένα θέμα πολύπλευρο και πολύπλοκο. Όταν ασχολείται κανείς με αυτό το θέμα, με οποιοδήποτε τρόπο, ειδικότερα σε ερευνητικό επίπεδο, αξίζει να προσέχει εξίσου όλες τις πλευρές του, ώστε να μπορέσει να διεξάγει έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα.

## ΑΝΤΙΛΗΠΤΗ ΥΓΕΙΑ

Η αντιληπτή υγεία είναι η εικόνα του ατόμου για την γενική του υγεία, δηλαδή πως το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του. Μια μέθοδος μέτρησης της υγείας από το ίδιο το άτομο είναι η *αυτό - αξιολόγηση της υγείας* (Self- Rated Test) με την οποία μπορούν να προβλεφθούν και τα αποτελέσματα της υγείας που θα έχει το άτομο στο μέλλον (Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2004).

Το SRH μετράει συνήθως με ένα μόνο ερώτημα, μέσω μια κλίμακας ανταπόκρισης από τέσσερα ή πέντε σημεία. Φαίνεται να είναι μια ολοκληρωμένη περίληψη της κατάστασης του ατόμου σχετιζόμενο με πολλά θέματα υγείας. Στη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει την προβλεπτική ικανότητα του SRH για την έκβαση της υγείας, όπως της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, τον έλεγχο μιας ποικιλίας μέτρων που αφορούν την ιατρική κατάσταση, αλλά και την σωματική, κοινωνική, ψυχική και νοητική λειτουργία. Βιωματικοί παράγοντες, όπως τα φυσιολογικά συμπτώματα, το επίπεδο της ενέργειας, και ο περιορισμός στη λειτουργικότητα, έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην αυτό - αξιολόγηση της υγείας (Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2003). Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία αντιπροσωπεύουν εν μέρει και την επιβίωση (π.χ. λειτουργία, χρήση φαρμακευτικής αγωγής και σοβαρές ασθένειες), ενώ άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το SRH δεν έχουν σχέση με την επιβίωση, όπως οι ήπιες ασθένειες (Benyamini & Idler, 1999).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το SRH έχει συνδεθεί και με την πρόβλεψη της θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα έχει εξελιχθεί ως ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της θνησιμότητας, μια σχέση που συνεχώς τα τελευταία χρόνια εξελίσσεται όλο και καλύτερα. Σε αυτή την προβλεπτική σχέση το άτομο και η

αντίληψη της εικόνας του αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα για την πρόβλεψη. Αυτός ο παράγοντας επηρεάζει το ιατρικό προσωπικό και την θεραπεία που θα δοθεί σε περίπτωση ασθένειας. Επιπλέον, το άτομο επηρεάζεται εξίσου από τις γνώσεις που έχει γύρω από θέματα υγείας και από τα συμπτώματα διαφόρων ασθενειών. Ένας παράγοντας όμως που δεν μπορεί να προβλεφθεί, όπως είναι αναμενόμενο, είναι τα ατυχήματα, για παράδειγμα ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα (Schnittker & Bacak, 2014). Η παραπάνω προβλεπτική σχέση δεν περιορίζεται μόνο στην θνησιμότητα αλλά και στην πρόβλεψη της γενικότερης υγείας μέσω του SRH, αυτός είναι και ο σημαντικότερος λόγος αναφοράς της. Παρόλα αυτά, η ισχύς του SRH αντανακλά μια ακριβή κατανόηση της υγείας (Schnittker & Bacak, 2014).

Το SRH έχει εφαρμοστεί για την πρόγνωση πολλών σωματικών αλλά και ψυχικών ασθενειών. Μια τέτοια έρευνα δημοσιεύτηκε από τους Ambresin, Chondros, Dowrick, Herrman και Gunn (2014). Η έρευνα βασίστηκε στα αποτελέσματα των πέντε πρώτων χρόνων μιας δεκάχρονης μελέτης και σκοπός ήταν να εξετάσει κατά πόσον η αυτό - αξιολόγηση της υγείας (SRH) προβλέπει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι συμμετέχοντες ήταν 789 ενήλικες ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι βασικές μετρήσεις συμπεριέλαβαν κινδύνους, διαφορές του κινδύνου και αναλογίες κινδύνου μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου (MDS) με τη χρήση ερωτηματολογίου για την υγεία των ασθενών. Στην αρχή της έρευνας, το 27% των συμμετεχόντων διαγνώστηκε ότι πάσχει από το καταθλιπτικό σύνδρομο MDS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι βαθμολόγησαν με κακή ή δίκαιη υγεία τον εαυτό τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποια χρόνια ασθένεια, MDS, ενώ είχαν χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, εν αντιθέσει με αυτούς που χαρακτήρισαν την υγεία τους καλή ή εξαιρετική. Ενώ τα αποτελέσματα παρέμεναν



σταθερά κατά την διάρκεια των πρώτων πέντε ετών της έρευνας. Απαραίτητο θεωρήθηκε να ληφθούν υπόψη στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση και η σοβαρότητα της κατάθλιψης για την σταθερότητα των αποτελεσμάτων. Η αυτό-αξιολόγηση υγείας (SRH) προσφέρει ένα αποτελεσματικό και απλό τρόπο, ώστε να εντοπιστούν ασθενείς που διατρέχουν μακροπρόθεσμα κάποιο κίνδυνο κατάθλιψης και να ληφθούν μέτρα για παρέμβαση (Ambresin, Chondros, Dowrick, Herrman & Gunn, 2014).

Μια άλλη άκρως ενδιαφέρουσα έρευνα έγινε από τους Taur, Chai, Chen, Hou, Lin και Tsai (2012) με στόχο την διερεύνηση της προβλεπτικής ικανότητας του Self-Rated Test, σε ασθενείς νοσοκομείου, στην πιθανότητα να αυτοκτονήσουν. Στο παρελθόν έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς που νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία για σωματικές ασθένειες έχουν αυξημένες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν μετά την εισαγωγή τους. Για τις ανάγκες της έρευνας οι νοσοκόμες που παρείχαν φροντίδα στους ασθενείς δέχτηκαν μια σειρά μαθημάτων κατάρτισης δεξιοτήτων, έπειτα οι ασθενείς βαθμολογήθηκαν από εκπαιδευμένους νοσηλευτές, ώστε να ελεγχθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία. Στη συνέχεια, οι ασθενείς συμπλήρωσαν το SRH και μια κλίμακα που μετρούσε τα αισθήματα απώθησης της ζωής και τα συμπτώματα δυσφορίας. Οι συμμετέχοντες ήταν 54 εκπαιδευμένοι νοσηλευτές και 205 ασθενείς, εκ των οποίων οι 76 με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και οι 129 με καρκίνο του πνεύμονα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εξέταση του κινδύνου για αυτοκτονία που βαθμολόγησαν οι νοσηλευτές συσχετίζεται σημαντικά με την απέχθεια για τη ζωή και τα σύμπτωμα δυσφορίας που βαθμολόγησαν οι ασθενείς. Οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα έδειξαν μέτρια έως υψηλού κινδύνου αυτοκτονικές τάσεις, ενώ σημαντικός παράγοντας είναι ότι οι περισσότεροι από αυτούς είχαν κακή κοινωνική στήριξη.

Η βαθμολογία των νοσηλευτών σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ήταν υψηλότερη από τις αυτό-αξιολογήσεις (SRH) των ασθενών. Η εξέταση του κινδύνου αυτοκτονίας αποδείχθηκε χρήσιμη όσον αφορά την προειδοποίηση των νοσηλευτών για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Προτείνεται λοιπόν από τους ερευνητές ότι πρέπει να ενσωματωθεί στην εκπαίδευση των νοσηλευτών η κατάρτιση της διαλογής του κινδύνου για αυτοκτονία των ασθενών (Taur, Chai, Chen, Hou, Lin & Tsai, 2012).

Παρόλη την γενική αξιοπιστία και εγκυρότητα του Self-Rated Test για την προβλεπτική του ικανότητα, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί. Οι περιορισμοί αυτοί υποδεικνύουν ότι το test δεν μπορεί να έχει την ίδια ικανότητα σε όλες τις περιπτώσεις που εφαρμόζεται, διότι εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το ιστορικό ασθενειών, το υποστηρικτικό περιβάλλον αλλά και το κοινωνικο - οικονομικό επίπεδο. Σε μια διαχρονική έρευνα που δημοσιεύτηκε από τους Benyamini, Blumstein, Murad και Lerner-Geva (2011), σκοπός της μελέτης ήταν να κατανοηθεί για ποιούς ανθρώπους και για ποιο λόγο η φτωχή βαθμολογία στο SRH είναι λιγότερο έγκυρος προγνωστικός δείκτης της μακροζωίας ή της μελλοντικής υγείας. Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 409 συμμετέχοντες, μέσου όρου ηλικίας 75 χρονών στο Ισραήλ, οι οποίοι βαθμολόγησαν την υγεία τους ως κακή κατά την έναρξη της έρευνας, ενώ συνέχιζαν να παρακολουθούνται για 3,5 χρόνια αργότερα. Βασικοί παράγοντες που συμπεριλήφθηκαν ήταν οι αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων σχετικά με την ιατρική τους κατάσταση δηλαδή, τη σωματική, τη γνωστική, τη ψυχολογική και τη κοινωνική λειτουργία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι παρόλο που στην αρχή οι συμμετέχοντες δήλωσαν κακή υγεία, στην πορεία της έρευνας, σε μεγάλο ποσοστό, οι αυτό-αναφορές βελτιώθηκαν, βαθμολογώντας την υγεία τους καλή ή ακόμα και εξαιρετική. Επακόλουθα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι

πολλοί από τους συμμετέχοντες την περίοδο που άρχισε η έρευνα βίωναν κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία στην συνέχεια ξεπέρασαν και ήταν πιο δραστήριοι. Η ενεργητικότητα των συμμετεχόντων τους έκανε να αισθάνονται πιο υγιείς και γεμάτοι ευεξία. Επιπρόσθετα, παράγοντες όπως η κοινωνική στήριξη μπορεί να αλλάξουν μετά από κάποιο διάστημα, για παράδειγμα πολλοί από τους συμμετέχοντες στα επόμενα χρόνια της έρευνας έγιναν παππούδες και γιαγιάδες, γεγονός που τους έφερε πιο κοντά στην οικογένεια τους, καθώς επίσης απέκτησαν έναν καινούργιο κοινωνικό ρόλο. Ένας ακόμα περιορισμός που πρέπει να τίθεται σοβαρά υπόψη κατά την εφαρμογή του SRH είναι η εθνικότητα, για παράδειγμα οι ερευνητές υποθέτουν ότι η τρίτη ηλικία μπορεί να βιώνετε διαφορετικά σε κάθε χώρα ή φυλή (Benyamini, Blumstein, Murad & Lerner-Geva, 2011).

Πάρα τους όποιους περιορισμούς, το Self-Rated Test είναι ένα πολύ δυνατό προβλεπτικό κριτήριο και για την μελλοντική υγεία του ατόμου αλλά και για την θνησιμότητα. Σημαντικό όμως κρίνεται να προηγείται προσαρμογή του τέστ στις συνθήκες των χωρών που πρόκειται να εφαρμοστεί αλλά και να συμπεριλαμβάνονται όσο δυνατόν περισσότεροι περιορισμοί για την μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

## ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Τα συναισθήματα αν και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλές έρευνες, στο πεδίο της συσχέτισης τους με την υγεία τα ερευνητικά δεδομένα είναι κάπως περιορισμένα σε σχέση με την σημασία τους. Όταν ο Seligman (1975) έθεσε ευθέως το σημαντικό ρόλο του ελέγχου της ψυχολογικής ευεξίας, ιδίως σε σχέση με την απελπισία και την κατάθλιψη, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας στράφηκε ώστε να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του ελέγχου των πεποιθήσεων και των συναισθημάτων. Από τις μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχει διαπιστωθεί ότι ο αντιληπτός έλεγχος (perceived control), δηλαδή ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν άμεση επιρροή στα γεγονότα της ζωής τους, αποτελεί καθοριστικό ψυχολογικό παράγοντα. Ο υψηλός αντιληπτικός έλεγχος έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με θετικά συναισθήματα, ενώ ο χαμηλός αντιληπτικός έλεγχος σχετίζεται συχνά με αρνητικά συναισθήματα. Παρόλα ταύτα, ο λόγος αυτών των σχέσεων έχει λίγο διερευνηθεί. Για πάνω από τρεις δεκαετίες, η έρευνα έχει καταδείξει ότι ο αντιληπτός έλεγχος (PC) προβλέπει την υγεία με μια ποικιλία σημαντικών τρόπων. Το PC φαίνεται ότι προστατεύει έναντι πτώσης της σωματικής υγείας και προσφέρει λειτουργικό περιορισμό, ακόμη και της θνησιμότητας σε προχωρημένη ηλικία. Παρακάτω αναφέρεται μια σχετική μελέτη από την Dubberley (2012). Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσει πώς η σχέση του PC και του συναισθήματος μπορεί να εξηγηθεί μέσω της διερεύνησης του ρόλου της υγείας. Το δείγμα της έρευνας προήλθε από μια κοινότητα, όπου ζουν ενήλικες τρίτης ηλικίας (n=232) και εξετάστηκε μέσω δεδομένων δευτερογενών αναλύσεων, που προήλθαν μέσω του έργου η Γήρανση στη Μανιτόμπα (AIM) και από το Successful Aging Study (SAS). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την εκτίμηση των δυο μοντέλων χωριστά, ενώ συμπεριλήφθηκαν κλίμακες για την αυτό-αξιολόγηση της υγείας, τους

περιορισμούς που αφορούν την υγεία, καθώς και για τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, για την περαιτέρω εμβάθυνση της κατανόησης μας, τα μοντέλα αυτά δοκιμάζονται χωριστά για τους νεότερους (79-84 ετών) και ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (85-96 ετών), αλλά και για διακριτά συναισθήματα, όπως την ευτυχία. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σύμφωνες με την προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, που δείχνουν τα οφέλη του PC τόσο στη σωματική, όσο και στην συναισθηματική ευεξία. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα στοιχεία στην πρόβλεψη των αρνητικών συναισθημάτων ήταν πιο συναρπαστικά έναντι των θετικών. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αρχική υπόθεση της έρευνας, δηλαδή την σχέση του PC με τα συναισθήματα μέσω της διερεύνησης του ρόλου της υγείας. Τέλος, φάνηκε ότι τα ευρήματα έχουν επιπτώσεις σε θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν γνωστικές στρατηγικές, ενώ τονίζεται η σημαντικότητα του PC και των συναισθημάτων στο ρόλο που πρέπει να έχουν στην προαγωγή της υγείας και στην ενίσχυση της συναισθηματικής ευεξίας (Dubberley, 2012).

Οι περισσότερες από τις έρευνες που έχουν γίνει για την μελέτη της σχέσης των συναισθημάτων και της υγείας, διερευνούν το ρόλο των συναισθημάτων σε συγκεκριμένες ασθένειες. Μια τέτοια μετανάλυση ερευνών είναι και η παρακάτω, όπου διερευνά τις επιπτώσεις των συναισθημάτων και τις σκέψεις για την αιτιολογία και την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου. Η μελέτη προγενέστερων σχετικών ερευνών οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ενώ τα θετικά συναισθήματα μπορεί να αντιπροσωπεύουν προστατευτικό παράγοντα για την υγεία. Μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του κοινωνικού περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με τις συναισθηματικές και γνωστικές εμπειρίες, θα μπορούσε να διευκολύνει τις προσπάθειες για να κατανοηθούν οι επιπτώσεις στην υγεία και οι παράγοντες

κινδύνου. Επιπλέον, σημαντική είναι η εστίαση στις πιθανές επιπτώσεις σε παράγοντες, όπως το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το φύλο και ο πολιτισμός. Εντούτοις, τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και της υγείας δεν είναι ξεκάθαρα, οι τεχνικές αυτές μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τέλος, οι μελετητές προτείνουν ότι μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση για την τροποποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, η οποία θα καλύπτει όλες τις πτυχές της ψυχικής και ιατρικής περίθαλψης, μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη (Gallo, Ghaed & Bracken, 2004).

Μια παρόμοια έρευνα με την παραπάνω, όπου μελετά την επιρροή των συναισθημάτων σε συγκεκριμένη ασθένεια έγινε από τους Hamilton, Karoly και Kitzman (2004) με στόχο τον χρόνιο πόνο και την αυτό-ρύθμιση με βάση τα συναισθήματα. Ο χρόνιος πόνος και η δύσκολη προσαρμογή της καθημερινότητας είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Ο παράγοντας των συναισθημάτων φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στους ασθενείς τέτοιου είδους. Στην έρευνα αυτή, εστιάζονται στην μελέτη δυο θεωριών και μοντέλων που έχουν αναφερθεί, με θέμα τα συναισθήματα και τη ρύθμιση τους.

Η πρώτη θεωρία εστιάζει στις ατομικές διαφορές και στην απόκριση σε εξελικτικά σχετιζόμενη ανατροφοδότηση. Περιέχει μοντέλα δυο παραγόντων του συναισθήματος, που δείχνουν ότι τα θετικά συναισθήματα συνδέονται με την ικανοποίηση του συστήματος διάθεσης (επίσης γνωστή ως Behavioral Activation System: BAS), ενώ τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται με την ενεργοποίηση των στόχων που σχετίζονται με την αποφυγή βλαπτικών παραγόντων (Behavioral Inhabitation System: BIS). Το μοντέλο αυτορρύθμισης διευκρινίζει ότι το συναίσθημα προέρχεται από αξιολογήσεις της διαδικασίας προόδου προς ένα στόχο.

Η συναισθηματική μας απόκριση καθορίζει τις επακόλουθες δράσεις μας προς έναν στόχο. Η δεύτερη θεωρία προτείνει μια γενική θεωρητική σχέση μεταξύ της συγκίνησης, της γνωστικής λειτουργίας, και του πόνου που αποτελούν το *Dynamic Model Affect* (μοντέλο δυναμικής επιρροής). Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι το IBAS και το BIS στην ευαισθησία αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα των ατομικών διαφορών στην προσαρμογή των συναισθημάτων. Ωστόσο, η δεύτερη θεωρία ισχυρίζεται ότι η αναπροσαρμογή σχετίζεται με τις ατομικές διαφορές που επηρεάζει την υποκειμενική δομή καθώς και τους περιορισμούς της επεξεργασίας πληροφοριών. Σε αντίθεση με τα μοντέλα που υποδηλώνουν ένα αμετάβλητο ενιαίο τρισδιάστατο μοντέλο ή ένα δισδιάστατο, ορθογώνιο μοντέλο επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ θετικών και αρνητικών πλευρών. Σε όλες τις μελέτες ατόμων με κάποια ασθένεια, καθώς και σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με ή χωρίς πόνο, οι αναφορές τους στην διάθεση δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια περιόδων χαμηλού στρες, οι θετικές και αρνητικές διαθέσεις φαίνεται να κυμαίνονται ανεξάρτητα. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια περιόδων υψηλού στρες, η θετική επίδραση περιορίζεται από αρνητικές επιπτώσεις. Η αυτορρύθμιση αποτελεί μια πρόκληση για τους ανθρώπους που διαχειρίζονται το χρόνια πόνο. Η κύρια λειτουργία του πόνου είναι να διαταράσσει όλες τις τρέχουσες δραστηριότητες και να στρέφει την προσοχή προς την αιτία της ζημίας ή την έκταση της βλάβης του ιστού. Επιπλέον, η έναρξη του πόνου τυπικά ενεργοποιεί αρνητικά συναισθήματα. Περαιτέρω, όχι μόνο η εμπειρία του πόνου, αλλά και η πρόβλεψη του μπορεί να μειώσει την ικανότητα επεξεργασίας για θετικές πληροφορίες.

Αφ' ετέρου, ο πόνος και το συναίσθημα επηρεάζουν την αυτορρύθμιση, η οποία φαίνεται επίσης να επηρεάζει το συναίσθημα. Για παράδειγμα, οι στόχοι της

διαχείρισης του πόνου συσχετίστηκαν όχι μόνο με αρνητικό συναίσθημα, αλλά και με τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής δικτύωσης. Μελέτες δείχνουν ότι οι θεραπευτές που αναλαμβάνουν ασθενείς με χρόνια πόνο είναι καλύτερο να συμπεριλαμβάνουν και την οικογένεια του πάσχοντα για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παρέμβαση. Αν ο ασθενής δεν έχει την στήριξη που χρειάζεται από το περιβάλλον του πιθανόν να μην καταφέρει τους στόχους του. Θεραπείες όπως, η γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση (CBT), οι οποίες εστιάζουν στην αλλαγή της σχέσης μεταξύ των σκέψεων και των συναισθημάτων, έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν τις ρυθμιστικές δεξιότητες των συναισθημάτων και κατ' επέκταση είναι αποτελεσματικές σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου (Hamilton, Karoly & Kitzman, 2004).

Παρά τον όχι και τόσο εκτεταμένο αριθμό ερευνών στο θέμα των συναισθημάτων και της υγείας, οι παραπάνω πληροφορίες δίνουν μια σαφή εικόνα σχετικά με την σχέση τους. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι τα συναισθήματα αρνητικά και θετικά επηρεάζουν την πορεία της υγείας, εντούτοις πιθανότητα η επιρροή είναι μικρή, μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες ειδικά στην περίπτωση μελέτης μεγαλύτερου ηλικιακά πληθυσμού (καθώς οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει σε άτομα άνω των 65χρονών), προβλέποντας την εξέλιξη κάποιας ασθένειας ακόμα και περιπτώσεις θνησιμότητας. Μια πρόταση που μπορεί να γίνει είναι να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες, όπου να μελετούν την επίδραση συναισθημάτων σε πάσχοντες από σοβαρές και ίσως χρόνιες ασθένειες, ώστε να μπορέσουν να εφαρμοστούν τρόποι ενσωμάτωσης τεχνικών στο σύστημα υγείας που να περιλαμβάνουν και παράγοντες, όπως το συναίσθημα για την καλύτερη δυνατή παρέμβαση.



## ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων συχνά λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, η δυναμική της αισιοδοξίας και το γνώρισμα του άγχους παραμένει αμφιλεγόμενο. Ως εκ τούτου, πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά για καθέναν από τους δυο παράγοντες (αισιοδοξία, άγχος). Σχετικά με την αισιοδοξία οι Scheier και Carver έχουν διατυπώσει μια θεωρία, στην οποία αναφέρουν ότι η «διάθεση» προς την αισιοδοξία θα μπορούσε να ονομαστεί «διαθεσιακή αισιοδοξία» και πρότειναν την έννοια του μέτρου για την αισιοδοξία. Η αισιοδοξία μπορεί να οριστεί ως ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο έχει σημαντικές συνέπειες στον τρόπο που ένα πρόσωπο ρυθμίζει τις δράσεις τους σε δύσκολες ή αγχωτικές καταστάσεις. Για το άγχος, ο Spielberger διέκρινε τις έννοιες της «κατάστασης» και του «χαρακτηριστικού» του άγχους. Επισημάνε ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στην τάση για άγχος. Αυτή η τάση επηρεάζεται από τους διαφορετικούς τύπους των αγχωτικών καταστάσεων και το άγχος είναι σταθερό με την πάροδο του χρόνου.

Η έρευνα που αναφέρετε παρακάτω, πραγματοποιήθηκε από τους Kerka, Baumann, Annota, Buron, Spitz, Auquer και συν. (2013), έχει ως στόχο να μελετήσει την επίδραση της αισιοδοξίας και του άγχους στην ποιότητα ζωής χρόνιων ασθενών μετά από νοσηλεία τους. Πρωτίστως, όμως για την καλύτερη κατανόηση της έρευνας είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποιες βασικές θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα στα οποία βασίστηκαν οι ερευνητές.

Αρχικά, για την παρακολούθηση των χρόνιων νόσων, είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν δείκτες που μπορούν εύκολα να αξιολογηθούν, όπως το μέτρο της ποιότητας της υγείας που σχετίζεται με τη ζωή, η οποία διέπεται από ειδικές

κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή. Ο συγκεκριμένος δείκτης παρέχει βασικές πληροφορίες στους κλινικούς ιατρούς, ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών και προληπτικών ενεργειών. Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες έχουν ένα συγκεκριμένο προφίλ, εξαιτίας της τακτικής προσφυγής τους σε νοσοκομεία και της ανάγκης να προσαρμοστούν στις συνθήκες της νόσου και αυτό μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγησή τους. Το προφίλ των ασθενών αυτών είναι να βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση, γεγονός που οδηγεί σε χειρότερη ποιότητα ζωής. Το εννοιολογικό πλαίσιο για τη μελέτη των ασθενών αυτών είναι μια παραλλαγή του οικολογικού μοντέλου του Brofffenbrenner, που προτάθηκε από τον McLeroy, και εξηγεί τα πολλαπλά επίπεδα της επιρροής των αποτελεσμάτων υγείας, τόσο σε ατομικό, όσο και σε περιβαλλοντικό επίπεδο. Το μοντέλο του McLeroy δείχνει πέντε επίπεδα επιρροής : (α) ενδοπροσωπικοί παράγοντες (μεμονωμένα χαρακτηριστικά, όπως εκείνα της προσωπικότητας, της γνώσης, των στάσεων, των συμπεριφορών, της αυτό-αντίληψης, των δεξιοτήτων, κ.λπ.), (β) διαπροσωπικές σχέσεις (τυπικά και άτυπα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, ομαδική εργασία, και δίκτυα φιλίας), (γ) θεσμικοί παράγοντες (κοινωνικοί θεσμοί και οργανισμοί, όπως σχολεία και εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης), (δ) παράγοντες που αφορούν τη κοινότητα (σχέσεις μεταξύ θεσμικών οργάνων και των άτυπων κοινωνικών δικτύων σε μια καθορισμένη περιοχή), και (ε) δημόσια πολιτική (τοπικές, πολιτειακές και εθνικές νομοθεσίες και πολιτικές). Στην έρευνα συμπεριλήφθησαν και παράγοντες όπως το φύλο, το είδος της νόσου, η ηλικία και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική δραστηριότητα, κ.λπ.). Η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώνεται στα προσωπικά χαρακτηριστικά, ιδίως στο άγχος και στην αισιοδοξία, τα οποία είναι εγγενή σε κάθε άτομο και δεν αλλάζουν με

την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν ως οι παράγοντες για τον καθορισμό της ποιότητας της ζωής. Συμπληρωματικά, το άγχος και η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσουν το πως δέχονται οι ασθενείς τη διάγνωση, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Οι αισιόδοξοι ασθενείς χαρακτηρίζονται από καλύτερη αποδοχή της νόσου, και αυτό μπορεί να συμβάλει σε περιορισμένο κίνδυνο ορισμένων χρόνιων ασθενειών, ως αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, σε ασθενείς με αρνητική αντιμετώπιση της διάγνωσης έχει αναφερθεί ότι έχουν χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας, υψηλό επίπεδο άγχους και κατά συνέπεια χειρότερη ποιότητα ζωής. Βασιζόμενοι σε αυτά τα στοιχεία από προηγούμενες μελέτες αλλά και στα μοντέλα των Ferrans και Wilson, οι ερευνητές πραγματοποίησαν μια πολυκεντρική μελέτη, όπου συμπεριέλαβαν ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω των χρόνιων παθήσεων τους. Έξι μήνες μετά τη νοσηλεία, οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα γενικό ερωτηματολόγιο για την ποιότητα της ζωής τους και τα ερωτηματολόγια STAI και LOT-R για την αξιολόγηση της αισιοδοξίας και του άγχους. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.529 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τρία νοσοκομεία, ενώ υπήρχε μια ποικιλία χρόνιων ασθενειών από τις οποίες έπασχαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αισιοδοξία και τα χαρακτηριστικά του άγχους φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της προδιάθεσης του άγχους και της αισιοδοξίας (Kerka, Baumann, Anot, Buron, Spitz & Auquier, 2013).

Πολλές μελέτες ερευνούν τον παράγοντα της αισιοδοξίας σε ασθενείς που πάσχουν από κάποια συγκεκριμένη σωματική ή ψυχική ασθένεια. Μια τέτοια έρευνα έγινε με καρκινοπαθείς κατά την περίοδο της θεραπείας. Η ψυχολογική

επίδραση, όσο στη περίοδο της διάγνωσης του καρκίνου, τόσο και στην αποθεραπεία του, μπορεί να επηρεάζεται από μια σειρά ψυχοκοινωνικών πόρων. Σε διαφορετικά στάδια αυτής της πορείας, η αισιοδοξία είναι γνωστό ότι επηρεάζει άμεσα την ευημερία. Η συγκεκριμένη μελέτη διερευνά τη σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και τη θετική της επίδραση κατά τη διάρκεια της επιβίωσης από τον καρκίνο. Συμπεριλαμβάνονται τέσσερις παράγοντες που πιθανών να επηρεάζουν τη μελέτη, αυτοί είναι η κοινωνική στήριξη, η μαχητική διάθεση, ο έλεγχος της εσωτερικής ενεργητικής υγείας και η ανησυχία του καρκίνου, οι οποίοι έχουν αποδειχθεί ότι είναι σημαντικοί προάγγελοι της ευημερίας σε ασθενείς με καρκίνο. Οι συμμετέχοντες (N=102) συμπλήρωσαν, μέσω του διαδικτύου, τυποποιημένα ερωτηματολόγια. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων επιβεβαίωσε ότι η αισιοδοξία έχει άμεση θετική επίδραση σε πρώην καρκινοπαθείς. Η κοινωνική στήριξη και η μαχητικότητα αποδείχθηκαν σημαντικοί μεσολαβητές αυτής της σχέσης, που ευθύνονται συνολικά για το 50% της διακύμανσης των θετικών επιπτώσεων. Οι παράγοντες της ανησυχίας του καρκίνου και του ελέγχου της εσωτερικής ενεργητικής υγείας, όπου μπορούν να προβλεφθούν από τα επίπεδα της αισιοδοξίας, συνέβαλαν ώστε η αισιοδοξία να επηρεάσει θετικά την εξέλιξη της θεραπεία του καρκίνου. Οι προσπάθειες για την προώθηση αισιοδοξίας στην διάγνωση αλλά κυρίως στην θεραπεία του καρκίνου, μέσω της ενίσχυσης της αγωνιστικότητας του ασθενή αλλά και της κατάλληλης κοινωνικής στήριξης, μπορούν να συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση (Hodges & Winstanley, 2012).

## ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το άγχος υγείας παρόλο που είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο ως επί το πλείστον, δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες που να το ορίζουν στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αποτελεί αντικείμενο μελέτης όλο και περισσότερο. Στην πλειοψηφία των ερευνών, το άγχος υγείας διερευνάται παράλληλα με άλλες ασθένειες ή διαταραχές, για παράδειγμα σε συνδυασμό με τον σακχαρώδη διαβήτη, το HIV, τις ημικρανίες, τον πόνο, την υποχονδρίαση, τις χρόνιες ασθένειες αλλά και με διάφορες καταστάσεις, όπως στην χρήση ουσιών ή άλλων φαρμάκων.

Είναι λογικό το άγχος υγείας να ερευνάται σε συνδυασμό με κάποιες ασθένειες και διαταραχές, καθώς τις περισσότερες φορές δημιουργείται μέσα από δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, σχετικά με την υγεία. Το γνωσιακο-συμπεριφορικό μοντέλο προτείνει ότι οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις είναι κεντρικής σημασίας για την φαινομενολογία της υγείας του άγχους (Abramowitz & Braddock, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο δείχνει ότι τα άτομα που συσχετίζουν την υγεία με δυσλειτουργικές πεποιθήσεις είναι ιδιαίτερα πιθανό να βιώσουν το άγχος ως αποτέλεσμα παρερμηνεύσεων αβλαβών αισθήσεων του σώματος (π.χ. χτύπος της καρδιάς) ή συμπτώματα (π.χ. πληγές του σώματος) σαν σημάδι ανησυχίας για την υγεία. Οι Salkovskis and Warwick περιγράφουν τέσσερις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την υγεία, οι οποίες εμφανίζουν ιδιαίτερη σημασία για το άγχος υγείας. Αυτές οι πεποιθήσεις κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: (α) πιθανότητα να αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα υγείας, (β) απαισιοδοξία αντιμετώπισης ενός προβλήματος υγείας, (γ) αδυναμία να αντιμετωπιστεί ένα πρόβλημα υγείας και (δ) ανεπάρκεια των ιατρικών πόρων για την αντιμετώπιση ενός

προβλήματος υγείας. Σε σχέση με αυτές τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, οι Salkovskis και Warwick αποφάνθηκαν ότι οι τέσσερις αυτοί παράγοντες πρέπει συχνά να λαμβάνονται υπόψη τόσο στη σύνθεση, όσο και σε οποιαδήποτε θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Με βάση λοιπόν τη σχέση του άγχους υγείας και των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, όσον αφορά την υγεία, δημοσιεύτηκε μια μελέτη από τον Fergus (2014). Ο ερευνητής προτείνει ότι το άγχος υγείας μπορεί να ανήκει στην ομάδα των ψυχαναγκαστικών διαταραχών, OCD (Abramowitz & Braddock, 2008). Επίσης, τα άτομα που πάσχουν από OCD συχνά εμφανίζουν συμπτώματα που επικεντρώνονται σε προβλήματα υγείας. Με βάση αυτές τις εκτιμήσεις, που αφορούν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία θα μπορούσε να αναμένεται να μοιράζονται μια ισχυρή σχέση με τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και έτσι μπορεί να μην είναι ειδικά για το άγχος υγείας. Η ευαισθησία στο άγχος σχετίζεται με τις πεποιθήσεις, όσον αφορά τις αρνητικές φυσικές, γνωστικές και κοινωνικές συνέπειες της διέγερσης, οι οποίες διαδραματίζουν ρόλο στις αισθήσεις (Taylor και συν., 2007). Η υπερεκτίμηση της απειλής, η τελειομανία και η ανασφάλεια είναι μερικές από τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, οι οποίες έχουν ιδιαίτερη σημασία για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Το άγχος και η OCD, δυο αλληλοεξαρτώμενες έννοιες, έχουν ιδιαίτερη σχέση με το άγχος για την υγεία, καθώς το ίδιο έχει διαπιστωθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Wheaton, Berman, Franklin & Abramowitz, 2010).

Για την συγκεκριμένη μελέτη του Fergus χρησιμοποιήθηκε ένα ιατρικά υγιές δείγμα (N = 410, μέσος όρος ηλικίας: 32,9 χρόνια, 55,4 % γυναίκες). Τα δομικά μοντέλα εξισώσεων χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν την ισοδυναμία των λανθάνων συσχετίσεων, οι οποίοι ελέγχουν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις υγείας σχετίζονται με το άγχος και τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι σχετιζόμενες με την υγεία, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, μοιράζονται ισχυρές σχέσεις με το άγχος υγείας, αποτέλεσμα που προέκυψε μετά τον έλεγχο των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, αν και η ευαισθησία στο άγχος εμφάνισε ιδιαίτερη σύνδεση και με το άγχος υγείας. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την ιδιαιτερότητα της σχέσης, που υποστήριξαν οι Salkovskis και Warwick, των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων υγείας με το άγχος υγείας, όπως επίσης και της σημασίας που δίνεται στη σχέση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων με το γνωσιακο-συμπεριφορικό μοντέλο και την παρέμβαση που ακολουθεί για το άγχος υγείας (Fergus, 2014).

## ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση της αυτό-αξιολόγησης της υγείας (SRH) μέσα από ερωτηματολόγια, που μελετούν τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, την αισιοδοξία, το άγχος υγείας και την ψυχική υγεία, σε σχέση με την εικόνα της γενικής υγείας του ατόμου και την αξιολόγηση της.

Παραπάνω μελετήθηκε, αρχικά, η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την αντίληψη συμπτωμάτων, ένα γενικό θέμα το οποίο αποτελεί και βασικό άξονα της έρευνας, καθώς το γενικό θέμα της έρευνας που σχεδιάστηκε μελετά την σχέση της αντίληψης συμπτωμάτων στις χρόνιες ασθένειες. Αναγκαίο κρίθηκε να αναφερθούν εκτενέστερα και οι έρευνες που έχουν γίνει στις μεταβλητές που συσχετίζονται στην παρούσα μελέτη, σημαντικός επίσης θεωρήθηκε και ο ορισμός κάθε μιας μεταβλητής, ώστε να γίνει πιο κατανοητή η έρευνα στον αναγνώστη. Από την εκτεταμένη αναφορά που έγινε παραπάνω και από την μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας παρατηρήθηκε ένα κενό όσον αφορά τη συσχέτιση των συναισθημάτων (θετικών και αρνητικών) με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας (SRH). Αυτό το κενό πρόκειται να καλυφθεί στην παρούσα μελέτη. Γενικότερα, όμως δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια συσχέτιση όλων αυτών των μεταβλητών, που ερευνώνται σ' αυτή τη μελέτη, με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας (SRH). Ως επακόλουθο, αυτή η έρευνα έρχεται να προστεθεί και να συμπληρώσει το κενό αυτό. Ωστόσο, για να ερευνηθεί η υπόθεση αυτή θεωρήθηκε ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη και παράγοντες, όπως το φύλο των συμμετεχόντων αλλά και τυχόν ασθένεια την οποία πιθανόν να βιώνουν οι ίδιοι, το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας ή άλλα συγγενικά πρόσωπα των συμμετεχόντων.



Συνοπτικά λοιπόν οι ερευνητικές υποθέσεις που μελετώνται στην παρούσα έρευνα είναι:

- 1) τα επίπεδα των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, της αισιοδοξίας, του άγχους υγείας και της ψυχικής υγείας έχουν σχέση με την αυτό – αξιολόγηση της υγείας του ατόμου, ενώ συσχετίζονται και μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται ότι τα θετικά συναισθήματα και η αισιοδοξία θα έχουν θετική σχέση με την γενική υγεία, καθώς όσο αυξάνονται τα επίπεδα τους θα αυξάνονται τα επίπεδα αυτό- αξιολόγησης της υγείας. Αντίθετα, όσο αυξάνονται τα αρνητικά συναισθήματα, το άγχος υγείας και τα ψυχολογικά συμπτώματα θα μειώνονται τα επίπεδα της αυτό-αξιολόγησης της υγείας, αναμένεται λοιπόν αρνητική σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών,
- 2) υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα στα επίπεδα όλων των μεταβλητών αλλά και στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας,
- και 3) η αυτό-αξιολόγηση της υγείας επηρεάζεται από το αν οι συμμετέχοντες έχουν βιώσει τώρα ή στο παρελθόν, οι ίδιοι ή συγγενικά τους πρόσωπα, κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Αν βιώνουν οι ίδιοι κάποια ασθένεια την περίοδο της έρευνας θα μειώσει τη βαθμολογία της γενικής υγείας, η ίδια σχέση θα υπάρξει και βίωναν στο παρελθόν αν βίωναν στο παρελθόν. Αν πάσχουν ή έπασχαν συγγενικά τους πρόσωπα από κάποια ασθένεια αναμένεται να μην υπάρξει κάποια σχέση.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

### ΔΕΙΓΜΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 210 άτομα. Το δείγμα της έρευνας ήταν ομογενοποιημένο, ενώ η δειγματοληψία ήταν συστηματική, αφού συμμετείχαν φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης, ηλικίας 18-25 ετών. Οι γυναίκες ήταν 148 και οι άντρες 62. Το εκπαιδευτικό επίπεδο όλων των συμμετεχόντων ήταν το ίδιο καθώς βρίσκονταν όλοι στην τριτοβάθμια εκπαίδευση( μέσος όρος ηλικίας: 19,6).

### ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιείχε κλίμακες και περιελάμβανε προσωπικές ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα για την αυτό-αξιολόγηση της υγείας (SRH, Self-rated Health), το συναίσθημα (θετικό και αρνητικό), την αισιοδοξία, το άγχος υγείας και την ψυχική υγεία.

Στην *αυτό-αξιολόγηση της υγείας (SRH)* ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την εικόνα της τωρινής τους υγείας, χρησιμοποιώντας μια βαθμολογική κλίμακα από το 1(ως τη χειρότερη υγεία) μέχρι το 100(ως την καλύτερη υγεία).

Το *συναίσθημα* εκτιμήθηκε με τον Κατάλογο της Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας (Positive and Negative Affectivity Schedule, PANAS· Watson, Clark & Tellegen, 1988), το οποίο αποτελείται από 10 επίθετα που περιγράφουν αρνητική διάθεση (π.χ., αναστατωμένος, ντροπιασμένος· Cronbach  $\alpha = .80$ ) και 10 επίθετα που περιγράφουν θετικά συναισθήματα( π.χ., ενδιαφέρον, σε έμπνευση· Cronbach  $\alpha = .77$ ). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μια πενταβάθμια Likert type κλίμακα βαθμολογώντας από το 1 (πολύ λίγο ή καθόλου) μέχρι το 6 (πολύ).

Η *αισιοδοξία* αξιολογήθηκε με την χρήση του Αναθεωρημένου τεστ για τον Προσανατολισμό της Ζωής (Life Orientation Test- Revised· Scheier, Carver & Bridges, 1994), το οποίο περιέχει 10 ερωτήσεις, έξι από τις οποίες μετρούν την αισιοδοξία και οι υπόλοιπες 4 είναι συμπληρωματικές (Cronbach  $\alpha = .74$ ). Η αισιοδοξία βαθμολογήθηκε στην αρχή της έρευνας.

Το *άγχος υγείας* εκτιμήθηκε με την κλίμακα συσχέτισης από το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο της Υγείας (Multidimensional Health Questionnaire· Shell & Johnson, 1997). Η κλίμακα περιέχει πέντε προτάσεις (π.χ., Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου· Cronbach  $\alpha = .84$ ). Οι συμμετέχοντες απάντησαν με μια πενταβάθμια Likert type κλίμακα, βαθμολογώντας από το 1 (‘‘δεν με χαρακτηρίζει καθόλου’’) μέχρι το 5(‘‘με χαρακτηρίζει απόλυτα’’).

Τα *ψυχολογικά συμπτώματα*, μετρήθηκαν με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, σταθμισμένο για την Ελλάδα στην έκδοση των 12 προτάσεων (General Health Questionnaire-12· Μουτζούκης, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλος & Καραστεργίου, 1990). Το GHQ-12 ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο σχεδιάστηκε για να καλύψει τα βασικά στοιχεία του άγχους σε μια ποικιλία πληθυσμών (Cronbach's  $\alpha = .81$ ). Ζητείτε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν αν έχουν βιώσει

κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα στη διάρκεια των τελευταίων ημερών. Το GHQ-12 συλλέγει την τελική βαθμολογία με την υψηλότερη να δηλώνει πιο έντονα συμπτώματα.

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Όλες οι παραπάνω μεταβλητές και τα εργαλεία μελετήθηκαν μέσω ενός μεγάλου ερωτηματολογίου που τα περιείχε. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων γινόταν ταυτόχρονα σε μεγάλο αριθμό φοιτητών (50-100 άτομα), τα οποία ήταν συγκεντρωμένα σε διαλέξεις μαθημάτων σε διάφορες σχολές του πανεπιστημίου. Αφού τους δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες από τους εξεταστές, σχετικά με το γενικό θέμα της έρευνας, αλλά και για την διατήρηση της ανωνυμίας τους και της εμπιστευτικότητας των αποτελεσμάτων, συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια. Η διάρκεια για την διεξαγωγή της έρευνας κράτησε περίπου 40 με 50 λεπτά. Οι ερευνητές προσπάθησαν, ώστε να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια σε όσο γίνεται μεγαλύτερο αριθμό αγοριών, παρά την σαφή πλειοψηφία των κοριτσιών σε κάθε αίθουσα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 20. Ο δείκτης που επιλέχθηκε για την συσχέτιση των μεταβλητών είναι ο Pearson Correlation, ενώ για την εσωτερική αξιοπιστία χρησιμοποιήθηκε ο Cronbach (Cronbach's  $\alpha$ ). Αρχικά, οι μεταβλητές συσχετίστηκαν όλες μεταξύ τους για να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση. Όσον αφορά την συσχέτιση των ανεξάρτητων μεταβλητών (θετικά και αρνητικά συναισθήματα, αισιοδοξία, άγχος υγείας και ψυχική υγεία) με την εξαρτημένη μεταβλητή, αυτό-αξιολόγηση της υγείας τα αποτελέσματα της συσχέτισης έδειξαν ότι, η γενική υγεία έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τα θετικά συναισθήματα και ως επί το πλείστον τα θετικά συναισθήματα συσχετίζονται με την γενική υγεία, ενώ έχουν μια ελαφρώς αρνητική σχέση,  $r = -.001$ ,  $p < .05$ . Η αξιολόγηση της σχέσης των αρνητικών συναισθημάτων με την γενική υγεία έδειξε αρνητική συσχέτιση της πρώτης μεταβλητής στην δεύτερη, ενώ δεν εμφάνισε κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση, καθώς  $r = -.183$ ,  $p > .05$ . Έπειτα, η σύγκριση της αισιοδοξίας με την γενική υγεία έδειξε ότι έχουν θετική σχέση  $r = .279$ , αλλά στατιστικώς μη σημαντική  $p > .05$ . Εν συνεχεία, το άγχος υγείας ασκεί αρνητική σχέση στην γενική υγεία, καθώς  $r = -.189$ ,  $p > .05$ . Τέλος, αρνητική σχέση έχουν και τα ψυχολογικά συμπτώματα με την γενική υγεία,  $r = -.208$ ,  $p > .05$  (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

*Συσχέτιση των μεταβλητών της έρευνας*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.Γενική υγεία	1	-.001	-.183**	.279**	-.189**	-.208**
2.Θετικά συναισθήματα	-.001	1	.279**	.148*	-.081	-.109
3.Αρνητικά συναισθήματα	-.183**	.279**	1	-.252**	.102	.373**
4.Αισιοδοξία	.279**	.148*	-.252**	1	-.236**	-.358**
5.Άγχος υγείας	-.189**	-.081	.102	-.236**	1	.076
6.Ψυχολογικά συμπτώματα	-.208**	-.109	.373**	-.358**	.076	1

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

Στον πρώτο πίνακα αναφέρονται τα αποτελέσματα αυτών των συσχετίσεων. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις εμφάνισαν τα θετικά συναισθήματα με την αισιοδοξία,  $r = .148$ ,  $p < .05$ , τα θετικά συναισθήματα με το άγχος υγείας, έχοντας αρνητική σχέση,  $r = -.081$ ,  $p < .05$ . Αρνητική σχέση όμως έχουν και τα θετικά συναισθήματα με την ψυχολογικά συμπτώματα, καθώς  $r = -.109$ ,  $p < .05$ . Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν θετική συσχέτιση με το άγχος υγείας,  $r = .102$ ,  $p < .05$ . Τέλος, τα ψυχολογικά συμπτώματα με το άγχος υγείας έχουν στατιστικά σημαντική και θετική σχέση,  $r = .076$ ,  $p < .05$ . Όλες οι συσχετίσεις των υπόλοιπων μεταβλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Οι διαφορές ανάμεσα στο φύλο δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Εκτός από μια περίπτωση όπου οι μέσοι όροι είχαν αξιολογη διαφορά. Αυτή η περίπτωση ήταν στα θετικά συναισθήματα, όπου στις γυναίκες ήταν πιο μεγάλος  $M.O= 28,03$ , σε αντίθεση με τους άνδρες  $M.O=25,40$ , η διαφορά των μέσων όρων φανερώνεται από την συνάρτηση  $t(201, 108.949)= 2.494, p< .05$ .

## Πίνακας 2

*Διαφορές μέσων όρων θετικών συναισθημάτων στο φύλο*

	M.O.	t	p
Θετικά συναισθήματα			
άνδρες	28,03	2,49	0,14
γυναίκες	25,40		

Σχετικά με το ενδεχόμενο να βιώνουν οι συμμετέχοντες της έρευνας, κάποια σοβαρή ασθένεια την περίοδο της μελέτης, η σύγκριση των μέσων όρων έδειξε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην γενική υγεία,  $M.O=76,10$  (θετικές απαντήσεις) και  $M.O= 82,41$  (αρνητικές απαντήσεις),  $t(206, 35.638)= -2.150, p<.05$ . Στους μέσους όρους του άγχους υγείας,  $M.O= 16,83$  (θετικές απαντήσεις) και  $M.O=14,48$  (αρνητικές απαντήσεις),  $t(207, 49.426)= 2.895, p< .05$ . Στο ερευνητικό ερώτημα για σοβαρή ασθένεια στο παρελθόν δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους. Το ίδιο ισχύει και για το εαν έχει βιώσει ή βιώνει τώρα κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ένα άτομο από το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Και εδώ δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των αποτελεσμάτων.

### Πίνακας 3

*Σύγκριση Μέσων Όρων στην Γενική Υγεία και στο Άγχος Υγείας*

	M.O.	t	p
Γενική υγεία			
Ναι	76,10	- 2,15	,038
Όχι	82,41		
Άγχος υγείας			
Ναι	16,83	2,89	,006
Όχι	14,48		



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παραπάνω έρευνα μπορούν να διεξαχθούν αρκετά συμπεράσματα. Αναλύθηκαν οι σχέσεις όλων των ερευνητικών μεταβλητών μεταξύ τους, μελετήθηκαν οι επιδράσεις του φύλου και διερευνήθηκε τυχόν σχέση με εμπειρία του συμμετέχοντα με κάποια ασθένεια.

Το πιο σημαντικό από τα κύρια ευρήματα είναι η συσχέτιση των θετικών συναισθημάτων με την γενική υγεία. Πληθώρα αντίστοιχων ερευνών επιβεβαιώνουν αυτήν τη σχέση. Πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα καταλήγοντας ότι τα θετικά συναισθήματα έχουν προστατευτικό ρόλο για την υγεία. Μια μετανάλυση ερευνών έγινε το 2010 και οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα θετικά συναισθήματα αλλά και άλλες τεχνικές, όπως ο γνωστικός έλεγχος του συναισθήματος, η συναισθηματική αποκάλυψη, οι θετικές συναισθηματικές εμπειρίες και οι περισσότερες από τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης έχουν μια ευεργετική επίδραση σχετικά με την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου (Pandey & Choubey, 2010). Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν καταδείξει την ευεργετικότητα της θετικής συναισθηματικότητας. Μια από αυτές υποστήριξε την καλύτερη γενική υγεία αλλά και την γρηγορότερη προσαρμογή, έπειτα από τραυματικές καταστάσεις, μέσω των θετικών συναισθημάτων (King & Miner, 2000). Πολύ ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα ερευνών που υποστηρίζουν την θετική επιρροή τους στην ανοσολογική λειτουργία του συστήματος, από την άποψη της ενισχυμένης δραστηριότητας των T-βοηθητικών κυττάρων και άλλων παραμέτρων του ανοσοποιητικού (Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988).

Επιπλέον, μελέτες αποδεικνύουν ότι η θετική συναισθηματικότητα έχει ευεργετικό αποτέλεσμα στην ψυχολογική λειτουργία και την ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, μια

έρευνα αναφέρει τη βελτιωμένη ψυχολογική λειτουργία σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Kelly, Lumley & Leisen, 1997). Ομοίως, υπάρχουν εμπειρικές αποδείξεις, οι οποίες δείχνουν ότι η αποκάλυψη ή ανταλλαγή των συναισθημάτων οδηγεί σε λιγότερες αυτοαναφορές συμπτωμάτων ή προβλημάτων υγείας (Greenberg & Stone, 1992).

Τα θετικά συναισθήματα και η αισιοδοξία παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, καθώς όσο αυξάνεται η μια μεταβλητή αυξάνονται και τα επίπεδα της άλλης. Τα συναισθήματα μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στις ανθρώπινες αποφάσεις, για παράδειγμα ένα άτομο με κατάθλιψη ή άγχος τείνει να κάνει απαισιόδοξες σκέψεις, ενώ άτομα με πιο θετικά συναισθήματα είναι συχνά πιο αισιόδοξοι. Το συγκεκριμένο ερευνητικό εύρημα επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες. Μια από αυτές τις έρευνες έγινε το 2011 από τους Cristea, Sucala, Stefan, Igna, David, και Tatar και στόχος της ήταν να διερευνήσει τη σχέση της αισιοδοξίας και των θετικών συναισθημάτων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ατομικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των προσδοκιών και της ελπίδας σχετίζονται με άγχος και θετικά συναισθήματα. Παραδόξως όμως, οι σχέσεις μεταξύ των προσδοκιών, της ελπίδας και των θετικών συναισθημάτων φαίνεται να διαμεσολαβείτε από το γνώρισμα της αισιοδοξίας, γεγονός που δείχνει ότι η αισιοδοξία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προαγωγή θετικών συναισθημάτων (Cristea, Sucala, Stefan, Igna, David & Tatar, 2011).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα και στα θετικά συναισθήματα με το άγχος υγείας, έχοντας αρνητική σχέση, δηλαδή όταν η μια μεταβλητή αυξάνεται η άλλη τείνει να μειώνεται. Αυτή η αρνητική σχέση φαίνεται λογική, καθώς από την στιγμή που υπάρχει συσχέτιση δεν θα μπορούσε να ήταν θετική. Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα είναι κάπως περιορισμένα, γεγονός που

τονίζεται στις σχετικές έρευνες, επιβεβαιώνουν το παραπάνω εύρημα. Σε μελέτη που έγινε το 2011 από τους Castilla και Vázquez, εξετάστηκε το άγχος υγείας σε ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου σε συνάρτηση με τα θετικά συναισθήματα. Οι μετρήσεις έγιναν σε τρεις περιόδους (48-72 ώρες μετά το έμφραγμα, 5 μήνες μετά και έπειτα από 13 μήνες). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σταδιακά από την μια μέτρηση στην άλλη τα επίπεδα τους άγχους υγείας μειωνόντουσαν, ενώ τα θετικά συναισθήματα αυξανόντουσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (Castilla, & Vázquez, 2010).

Το άγχος υγείας εμφανίζει θετική συσχέτιση και με τα αρνητικά συναισθήματα. Έρευνες υποδεικνύουν αυτό το εύρημα. Έχει βρεθεί ότι η επίδραση είναι τόσο μεγάλη, ώστε ο εντοπισμός άγχους υγείας ευδοκιμεί την δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων. Μάλιστα, η ύπαρξη της σχέσης αυτής επιβαρύνει την πορεία ασθενειών, καθώς δημιουργεί επιπλέον ψυχολογικό βάρος για τους πάσχοντες (Jasper & Witthöft, 2013).

Το άγχος υγείας συσχετίζεται θετικά και με τα ψυχολογικά συμπτώματα. Είναι λογικό, όσο μεγαλύτερα επίπεδα άγχους υγείας εντοπίζονται τόσο περισσότερα να είναι τα ψυχολογικά συμπτώματα και κατ' επέκταση να επιβαρύνεται η ψυχική υγεία. Μια έρευνα, η οποία δημοσιεύτηκε το 2014, μελετούσε αυτή ακριβώς τη σχέση και επιβεβαίωσε αυτά τα πορίσματα. Στην συγκεκριμένη μελέτη, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν περισσότερο άγχος υγείας, αλλά και στρες γενικά, εμφάνιζαν φτωχότερη ψυχική, αλλά και σωματική υγεία, καθώς εκδήλωναν ψυχικά και σωματικά συμπτώματα (Stanton & Campbell, 2014).

Όσον αφορά τα ψυχολογικά συμπτώματα, στα αποτελέσματα της έρευνας, αποκαλύφθηκε μια θετική συσχέτιση με τα θετικά συναισθήματα. Σε μια έρευνα, η οποία έγινε το 2008, διερευνήθηκε η σχέση των ψυχολογικών

συμπτωμάτων από διάφορες διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, με τα θετικά συναισθήματα και την έκφρασή τους. Τα ευρήματα υποστήριξαν ότι απροθυμία των συμμετεχόντων να εκφράσουν τα συναισθήματα τους σχετίζεται με αυξημένα ψυχολογικά συμπτώματα, ενώ αντίθετα τα θετικά συναισθήματα μειώνουν τα ψυχολογικά συμπτώματα (Barr, Kahn & Schneider, 2008). Η βελτίωση της ικανότητάς να προβλεφθεί με ακρίβεια ο κίνδυνος για την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως η κατάθλιψη θα έχει βαθιά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Εφόσον, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που ενισχύουν τον ρόλο των θετικών συναισθημάτων ως προβλεπτικό δείκτη, θα πρέπει να ενισχυθεί και να γίνει πιο πολύπλευρη η μελέτη σ' αυτόν το τομέα. Διότι αν και υπάρχει επίδραση της ευημερίας και άλλων θετικών συναισθημάτων στα ψυχολογικά συμπτώματα, δεν είναι σαφές κατά πόσον τα χαμηλά επίπεδα ευημερίας είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης του κινδύνου βραχυπρόθεσμων συμπτωμάτων, που μπορεί να επιβαρύνουν την ψυχική υγεία. Ωστόσο, μια έρευνα αξιολόγησε κατά πόσον η χαμηλή ευημερία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για ψυχολογικά συμπτώματα. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης, έπειτα από τρεις μήνες και στη συμπλήρωση ενός χρόνου από όταν άρχισε η διαδικασία. Τα χαμηλά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας προέβλεψε σημαντικά αυξημένη βαθμολόγηση ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία αναφέρονται στην κατάθλιψη. Η αξιολόγηση των θετικών συναισθημάτων μπορεί να χρησιμεύσει στην πρόβλεψη μελλοντικού κινδύνου για κατάθλιψη (Grant, Guille & Sen, 2013).

Στα αποτελέσματα της έρευνας αναδείχθηκε μια διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες σχετικά με την επίδραση που έχουν τα θετικά συναισθήματα. Οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων. Μια αιτία που δικαιολογεί αυτή τη διαφορά είναι η οικογένεια, η κοινωνία και ο πολιτισμός μιας

χώρας, όπου καθορίζουν και ενισχύουν ιδιαίτερα τους ρόλους των δύο φύλων, όσον αφορά τη συναισθηματική έκφραση (Eagly & Wood, 1999). Στις ΗΠΑ οι γυναίκες αναμένεται να είναι πιο συναισθηματικές από τους άνδρες (Briton & Hall, 1995). Οι γονείς κατά την αλληλεπίδραση με τις κόρες τους, σε σύγκριση με τους γιούς τους, είναι πιο πιθανό να επικεντρωθούν σε συναίσθημα και να συζητήσουν τα με περισσότερες λεπτομέρειες (Fivush & Sales, 2006). Οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα στη συναισθηματικότητα, δεν σταματούν στην παιδική ηλικία αλλά συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τα θετικά συναισθήματα πιο έντονα από ότι οι άνδρες, επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη, σε σχέση με τους άνδρες (Baker & Berenbaum, 2007). Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να διαχειρίζονται στρατηγικές συναισθημάτων, όπως να τα εκφράζουν ευκολότερα σε σύγκριση με τους άνδρες (Bryant & Verhoff, 2007). Τέλος, είναι βασικό να επισημανθεί, καθώς αναφερόταν σε πολλές έρευνες, η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στον τομέα των θετικών συναισθημάτων ανάμεσα στα δυο φύλα.

Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκαν εξίσου και τα αρνητικά συναισθήματα ως προς τις διαφορές τους ανάμεσα στα δύο φύλα, τα οποία δεν έδωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά. Μελετώντας την παγκόσμια βιβλιογραφία, καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι ενώ τα δεδομένα όσον αφορά τα θετικά συναισθήματα είναι πιο ξεκάθαρα, στα αρνητικά συναισθήματα τα πράγματα περιπλέκονται. Από την μια πλευρά, πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι στα αρνητικά συναισθήματα υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, από την άλλη πλευρά όμως υπάρχουν και έρευνες που δεν εντοπίζουν διαφορές. Κοινό συμπέρασμα όμως στις περισσότερες μελέτες είναι ότι οι διαφορές στα αρνητικά αλλά και στα θετικά

συναισθήματα, έγκεινται κυρίως σε πολιτισμικές διαφορές και μετέπειτα σε ατομικές. Πράγματι, είναι πολύ σημαντικός ο παράγοντας των ρόλων που μοιράζει η κοινωνία στους άνδρες και στις γυναίκες. Για παράδειγμα, πολύ συχνά οι άνδρες δεν εκφράζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα, διότι κάτι τέτοιο δεν αρμόζει στον ρόλο του άνδρα, που του έχει υποδείξει η κοινωνία στην οποία ζει. Αντίστοιχα, η γυναίκα σε κάποιους πολιτισμούς οφείλει να είναι πιο συναισθηματική και ίσως πιο ευάλωτη από τον άνδρα. Στην πραγματικότητα όμως αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί είναι μειωμένα ή να μην υπάρχουν καθόλου στα ίδια τα άτομα (Safdar, Friedlmeier, Matsumoto, Seung Hee, Kwantes, Kakai, και συν., 2009).

Η σύγκριση των μέσων όρων των απαντήσεων (θετικών και αρνητικών) για το εάν οι συμμετέχοντες βιώνουν κάποια σοβαρή ασθένεια παρουσιάζει διαφορά στην γενική υγεία. Παρόλο που, οι συμμετέχοντες ήταν μικροί σε ηλικία (M.O.= 19,6) φαίνεται ότι όσοι έπασχαν από κάποια σοβαρή ασθένεια στην περίοδο της έρευνας, είχε επηρεαστεί, όπως είναι φυσικό και η γενική τους υγεία. Σύμφωνα με έρευνες, άτομα που πάσχουν έστω και σε μικρή ηλικία, από κάποια σοβαρή πάθηση έχουν χειρότερη αντίληψη για την γενική τους υγεία. Αυτή η σχέση είναι πολυπαραγοντική και μακρόχρονη, ενώ απαιτείται διεπιστημονική ερευνητική συνεργασία και ομαδικά μέτρα, μακράς διάρκειας από την υγειονομική περίθαλψη (Palmcrantz, Holmqvist, & Sommerfeld, 2014).

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν για την καλύτερη δυνατή οργάνωση και εκτέλεση της έρευνας, δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν όλες οι παράμετροι, γι' αυτό υπάρχουν κάποιες αδυναμίες. Αρχικά, το δείγμα της έρευνας αφορά φοιτητές και δεν υπάρχει ποικιλία ηλικιών. Έπειτα, η έρευνα είναι βασισμένη σε αυτοαναφορές. Στη συνέχεια, λόγω του ότι συμμετείχαν φοιτητές, το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι το ίδιο, αν και η πλειοψηφία των υποκειμένων βρίσκονταν στο πρώτο

έτος των σπουδών τους και δεν είχαν περάσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, πιθανώς να μην είχαν επηρεαστεί από τον τρόπο σκέψης που αναπτύσσεται στο πανεπιστήμιο. Γι' αυτό το λόγο, αποφεύχθηκαν φοιτητές ψυχολογίας, άνω του πρώτου έτους, διότι θεωρήθηκε πως λόγω του αντικειμένου των σπουδών αλλά και των ψυχολογικών ερωτηματολογίων θα είναι πιο εξειδικευμένοι στις απαντήσεις τους, κάτι το οποίο θα επηρέαζε την αξιοπιστία της έρευνας. Το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν μικρής ηλικίας και το ότι η έρευνα σχετίζεται με αντίληψη συμπτωμάτων χρόνιων ασθενειών, που ως επί το πλείστον εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία, πιθανώς να επηρέασε τα αποτελέσματα στην τελευταία ερευνητική υπόθεση. Πιθανόν, δηλαδή, οι περισσότερες αρνητικές απαντήσεις στο αν οι συμμετέχοντες ή κάποιοι συγγενείς τους, βιώνουν ή βίωναν στο παρελθόν κάποια χρόνια ασθένεια, να μην επέτρεψε την καλύτερη δυνατή μελέτη της σχέσης τους με την αυτό-αξιολόγηση. Ίσως αυτό να δικαιολογεί και το εύρημα της έρευνας για στατιστικά μη σημαντική διαφορά στο αν είχαν εμπειρία στο παρελθόν οι συμμετέχοντες ή οικεία τους πρόσωπα με κάποια χρόνια πάθηση. Μια επιπλέον παρατήρηση είναι ότι κάποια άτομα από το δείγμα θεωρούσαν σοβαρές ασθένειες, παθήσεις που γενικά δεν θεωρούνται ιδιαίτερα σοβαρές, για παράδειγμα αναφέρθηκαν παθήσεις όπως η αμυγδαλίτιδα ή ο χαμηλός σίδηρος. Κάτι τέτοιο όμως δεν έγινε σε μεγάλο βαθμό γι' αυτό και δεν θεωρείτε ότι επηρέασε το τελικό αποτέλεσμα. Ένα σημείο της έρευνας το οποίο προσέχθηκε ιδιαίτερα, ήταν η αναλογία των συμμετεχόντων σε γυναίκες και άνδρες. Αν και τελικά είναι σαφής η πλειοψηφία των γυναικών, είναι κάτι που δεν μπορούσε να αποφευχθεί καθώς οι περισσότεροι φοιτητές στο πανεπιστήμιο Κρήτης είναι γυναίκες. Το γεγονός αυτό πιθανώς να επηρέασε τις διαφορές φύλου όσον αφορά τα αρνητικά συναισθήματα. Στην παρούσα έρευνα δεν εμφανίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των δύο φύλων, κάτι το οποίο έρχεται σε

αντιπαράθεση με πολλές έρευνες της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, αν και υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν και το παρών αποτέλεσμα. Αυτά τα δυο τελευταία σημεία (η επίδραση ασθενειών στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας, διαφορές του φύλου στα αρνητικά συναισθήματα) ίσως, χρειάζονται μεγαλύτερη διερεύνηση από μελλοντικές έρευνες, διότι όπως φαίνεται δεν υπάρχει ξεκάθαρη σχέση σε πολλές μελέτες που έχουν ήδη γίνει.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν μια ξεκάθαρη σχέση των θετικών συναισθημάτων με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι τα θετικά συναισθήματα, σύμφωνα και με άλλα ερευνητικά δεδομένα, αποτελούν ένα προστατευτικό ρόλο για την αντίληψη των συμπτωμάτων υγείας, γεγονός που θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις προαγωγής της υγείας αλλά και σε καταστάσεις χρόνιων ασθενειών ή πασχόντων από σοβαρές ασθένειες. Κατά συνέπεια, αυτό θα βοηθούσε στην καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας και σίγουρα στην καλύτερη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή αλλά και των οικείων του. Είναι μια σχέση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόπος παρέμβασης σε διάφορες καταστάσεις. Το ίδιο ισχύει και για άλλες σημαντικές συσχετίσεις που κατέδειξε η συγκεκριμένη έρευνα, όπως η σχέση των θετικών συναισθημάτων με την αισιοδοξία και των ψυχολογικών συμπτωμάτων, ενώ θεωρήθηκε σημαντική η καταπολέμηση του άγχους υγείας και των αρνητικών συναισθημάτων. Επακόλουθος, όλα τα παραπάνω ευρήματα είναι άκρως ενδιαφέροντα για την προαγωγή της υγείας στο γενικό σύνολο, την πρόληψη αλλά και την καλύτερη αντιμετώπιση ασθενειών. Μελλοντικά θα πρέπει να ληφθούν παρεμβάσεις που να ενσωματώνουν τους παραπάνω παράγοντες στο σύστημα υγείας.

Εν τούτοις, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν είναι αρκετά, καθώς δεν γίνεται να συμπεριληφθούν όλοι οι παράγοντες κινδύνου, ενώ δεν



δίνουν όλες τις λεπτομέρειες που χρειάζονται για επιμέρους θέματα της έρευνας, αφού το μελετούν σφαιρικά. Δίνουν όμως, το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος των συναισθημάτων, της αισιοδοξίας, της ψυχικής υγείας, του άγχους υγείας και της συσχέτισής του με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν καλύτερα την επίδραση του φύλου στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, θα μπορούσαν να γίνουν έρευνες για πιο λεπτομερή εξέταση της αυτό-αξιολόγησης της υγείας σε συγκεκριμένες ασθένειες, αλλά και με διάφορες πολιτισμικές, κοινωνικές και ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Οι μεταβλητές της συγκεκριμένης έρευνας είναι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να αποτελούν κεντρικό άξονα σε όλες τις μελέτες που σχετίζονται με θέματα υγείας, όπως αντίληψη συμπτωμάτων και αυτό-αξιολόγησης, αλλά και να εξετάζονται ως προληπτικοί παράμετροι για την καλύτερη ανίχνευση ανάπτυξης πιθανής ασθένειας, ψυχικής και σωματικής, στο μέλλον.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2008). *Psychological treatments of health anxiety & hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

Allport, G.W. (1935). *Attitudes*. In *handbook of social psychology*. Worcester: Clark University Press.

Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H., & Gunn, J. M. (2014). Self-Rated Health and Long-Term Prognosis of Depression. *Annals of Family Medicine*, 12(1), 57-65.

Annemarie, K., Hanewald G., Schagen S., Gijbers van Wijk C. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57, 2343–2354.

Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison to potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21, 95–118.

Barr, L. K., Kahn, J. H., & Schneider, W. (2008). Individual differences in emotion expression: Hierarchical structure and relation with psychological distress. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27(10), 1045-1077.

Benyamini, Y., Blumstein, T., Murad, H., & Lerner-Geva, L. (2011). Changes over time from baseline poor self-rated health: For whom does poor self-rated health not predict mortality?. *Psychology & Health, 26*(11), 1446-1462.

Benyamini, Y., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine, 59*(5), 1109-1116.

Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2003). Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science & Medicine, 56*(8), 1661–1667.

Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995–1998. *Research on Aging, 21*(3), 392–401.

Briton, N. J., & Hall, J. A. (1995). Beliefs about female and male nonverbal communication. *Sex Roles, 32*, 79–90.

Bryant, F. B., & Verhoff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Castilla, C., & Vázquez, C. (2010). Stress-related symptoms and positive emotions after a myocardial infarction: a longitudinal analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*, 8-11.

Cristea, I. A., Sucala, M., Stefan, S., Igna, R., David, D., & Tatar, A. (2011). Positive and negative emotions in cardiac patients: The contributions of trait optimism, expectancies and hopes. *Cognition, Brain, Behavior, 15*(3), 317-329.

Dubberley, K., (2012). *Emotions in later life: the role of perceived control and subjective health*. Canada: University Of Manitoba.

Eagly, A. H., & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist, 54*, 408–423.

Fergus, T. A. (2014). Health-Related Dysfunctional Beliefs and Health Anxiety: Further Evidence of Cognitive Specificity. *Journal of Clinical Psychology, 70*(3), 248-259.

Fivush, R., & Sales, J. M. (2006). Coping, attachment, and motherchild narratives of stressful events. *Merrill-Palmer Quarterly, 52*, 125–150.

Gallo, L. S., Ghaed, G. S., & Bracken, S. W., (2004). Emotions and cognitions in coronary heart disease: risk, resilience, and social context. *Cognitive Therapy & Research, 28*(5), 669-694.

- Gentzler, A. L., Kerns, K. A., & Keener, E. (2010). Emotional reactions and regulatory responses to negative and positive events: Associations with attachment and gender. *Motivation & Emotion, 34*(1), 78-92.
- Greenberg, M. A., & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 75-84.
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *Plos ONE, 8*(7), 1-6.
- Hamilton, N., Karoly, P., & Kitzman, H., (2004). Self-regulation and chronic pain: the role of emotion. *Cognitive Therapy and Research, 28*(5), 559-576.
- Hodges, K., & Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: A path analysis. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 28*(5), 408-415.
- Jasper, F., & Witthöft, M. (2013). Automatic evaluative processes in health anxiety and their relations to emotion regulation. *Cognitive Therapy & Research, 37*(3), 521-533.
- Kelley, J., Lumley, M., & Leisen, J. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology, 16* (4), 331-340.

Kepka, S., Baumann, C., Anot, A., Buron, G., Spitz, E., Auquier, P., & Mercier, M. (2013). The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health & Quality of Life Outcomes, 11*(1), 1-12.

King, L. A., & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26* (2), 220-230.

King, S. H. (1962). *Perceptions of illness and medical practice*. New York: Russell Sage.

Kolk, A.M., Hanewald, G., Schagen, S., & Van Wijk, C. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine, 57*, 2343–2354.

Kolk, A. M., Hanewald, G. P., Schagen, S. S., & Gijssbers van Wijk, C. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(1), 35.

Michener, H. A., DeLamater, J. D., & Schwartz, S. H. (1986). *Social psychology*. Toronto: Harcourt Brace Jovanovich.

- Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G., & Karastergiou, A. (1990). *Handbook of the General Health Questionnaire (GHQ)*. Thessalonika: Psychiatric Hospital (in Greek).
- Palmercrantz, S., Holmqvist, L., & Sommerfeld, D. K. (2014). Young individuals with stroke: a cross sectional study of long-term disability associated with self-rated global health. *BMC Neurology*, *14*(1), 1-14.
- Pandey, R., & Choubey, A. K. (2010). Emotion and Health: An overview. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, *17*(2), 135-152.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 239-245.
- Posey, A. D. (2006). Symptom perception: A concept exploration. *Nursing Forum*, *41*(3), 113-124.
- Safdar, S., Friedlmeier, W., Matsumoto, D., Seung Hee, Y., Kwantes, C. T., Kakai, H., & Shigemasu, E. (2009). Variations of emotional display rules within and across cultures: A comparison between Canada, USA, and Japan. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *41*(1), 1-10.

- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. C. (2001). *Making sense of hypochondriasis: a cognitive model of health anxiety*. London, UK: John Wiley and Sons Ltd.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063-1078.
- Schnittker, J., & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of Self-Rated Health. *Plos ONE*, *9*(1), 1-11.
- Snell, W. E., & Johnson, G. (1997). The multidimensional health questionnaire. *American Journal of Health Behavior*, *21*, 33-42.
- Stanton, S. E., & Campbell, L. (2014). Perceived social support moderates the link between attachment anxiety and health outcomes. *Plos ONE*, *9*(4), 1-8.
- Taur, F., Chai, S., Chen, M., Hou, J., Lin, S., & Tsai, S. (2012). Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(3/4), 398-407.



Watson, D., Clark, L.A. and Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.