

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



**Η ΕΥΕΞΙΑ ΤΟΥ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:**  
**ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ- ΕΛΕΝΗ**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:1487**

**ΕΠΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :**  
**ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2006-2007**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
A' ΜΕΡΟΣ.....	5
1. Εισαγωγή.....	5
1.1. Αισιοδοξία και υγεία.....	5
1.1.2. Αισιοδοξία και σωματική υγεία.....	7
1.1.3. Αισιοδοξία και ψυχική υγεία.....	8
1.1.4. Αισιοδοξία και φοιτητικός πληθυσμός.....	10
1.2. Κοινωνική υποστήριξη και υγεία.....	12
1.2.1. Κοινωνική υποστήριξη και φύλο.....	21
1.2.2. Κοινωνική υποστήριξη και κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές.....	23
1.2.3. Κοινωνική υποστήριξη και σωματική υγεία.....	25
1.2.4. Κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία.....	34
1.2.5. Κοινωνική υποστήριξη και φοιτητικός πληθυσμός.....	39
1.3. Κοινωνική υποστήριξη, αισιοδοξία και υγεία.....	44
1.4. Δημογραφικά δεδομένα, σωματική και ψυχική υγεία.....	45
B' ΜΕΡΟΣ.....	48
2.1. Μέθοδος.....	48
2.1.2. Συμμετέχοντες.....	48
2.1.3. Διαδικασία.....	48
2.1.4. Εργαλεία.....	49
2.1.5. Ανάλυση δεδομένων.....	50
2.2. Αποτελέσματα.....	50
2.2.1. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς το φύλο.....	50
2.2.2. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την ύπαρξη αδελφών.....	52
2.2.3. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την ύπαρξη προβλήματος υγείας.....	53
2.2.4. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς τον τόπο διαμονής.....	55
2.2.5. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	55

2.2.6. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την κατάσταση διαβίωσης.....	55
2.2.7. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.....	56
2.2.8. Ανάλυση παλινδρόμησης.....	57
2.3. Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	58
Βιβλιογραφία.....	61

---

### *Περίληψη*

Αρκετές έρευνες καταδεικνύουν τη συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης και της αισιοδοξίας στη σωματική και ψυχική υγεία τόσο των ανθρώπων που υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις όσο και των υγιών ανθρώπων. Στην παρούσα έρευνα διατυπώθηκε μια ερευνητική υπόθεση που εξέταζε εάν η κοινωνική υποστήριξη, η αισιοδοξία, η σωματική υγεία καθώς επίσης και το φύλο αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε έρευνα με δείγμα 112 πρωτοετείς φοιτητές Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το Life Orientation Test-Revised, η κοινωνική υποστήριξη με το Social Support Questionnaire και η ψυχική υγεία με το General Health Questionnaire. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0. Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ οι άνδρες ήταν πιο αισιόδοξοι. Τέλος, η έρευνα αποκάλυψε ότι η σωματική υγεία και το φύλο αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: αισιοδοξία, κοινωνική υποστήριξη, σωματική υγεία, φύλο, ψυχική υγεία

---

## Πρόλογος

Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό στη ζωή των ανθρώπων. Υγεία είναι η κατάσταση του οργανισμού, κατά την οποία βρίσκεται σε ισορροπία το σώμα, το πνεύμα και η ψυχή. Ο άνθρωπος τότε διαθέτει ακέραιες τις σωματικές, πνευματικές, ψυχικές και ηθικές δυνάμεις του. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948 όρισε την υγεία ως την «κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Κατά παρόμοιο τρόπο, ο ευρύτερος όρος «ποιότητα ζωής» ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του μέσα στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών που ζει, και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια που έχει θέσει, και τα ενδιαφέροντά του (Καραδήμας, 2005).

Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή. Οι υγιείς και ακμαίες σωματικές δυνάμεις δίνουν στον άνθρωπο ζωντάνια, ζωτικότητα, ακμαιότητα και μακροβιότητα. Οι πνευματικές δυνάμεις (κρίση – σκέψη - φαντασία) καλλιεργούν πνευματικά τον άνθρωπο, διευρύνουν το πνεύμα και τις γνώσεις του και γενικά τον καθιστούν μια πνευματική προσωπικότητα που γνωρίζει να χρησιμοποιεί το μυαλό του στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής. Η κοινωνική υποστήριξη και η αισιοδοξία αποτελούν δύο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλουν στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας. Οι δύο αυτοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί στη βιβλιογραφία, γεγονός το οποίο καταδεικνύεται από την πληθώρα των ερευνών που μελετούν αυτήν τη σχέση.

Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, διεξήχθη μια έρευνα για να μελετηθεί η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης, της σωματικής υγείας, της αισιοδοξίας και των δημογραφικών δεδομένων στην ψυχική υγεία των πρωτοετών φοιτητών Ψυχολογίας. Στο πρώτο μέρος της εργασίας αναφέρονται ερευνητικές μελέτες για την επίδραση τόσο της κοινωνικής υποστήριξης όσο και της αισιοδοξίας αλλά και των δημογραφικών στοιχείων στην σωματική και την ψυχική υγεία. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας αναφέρεται η έρευνα που διεξήχθη και αναλύεται η μέθοδος, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Η ερευνητική υπόθεση που διατυπώθηκε ήταν εάν η κοινωνική υποστήριξη, η αισιοδοξία, η σωματική κατάσταση καθώς και κάποια δημογραφικά στοιχεία (όπως το φύλο) μπορούν να προβλέψουν την ψυχική υγεία πρωτοετών φοιτητών Ψυχολογίας. Στη συνέχεια θα αναφερθεί η σχέση της αισιοδοξίας με την σωματική και την ψυχική υγεία τόσο σε υγιείς ανθρώπους όσο και σε ασθενείς.

### **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

#### **1.1. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

Η αισιοδοξία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που οδηγεί σε καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Ο όρος «αισιοδοξία» (optimism από τη λατινική λέξη optimus που σημαίνει άριστος) επινοήθηκε από τους Ιησουΐτες το 1737 για να περιγράψουν τον κόσμο, βασισμένοι στην άποψη ότι ο Θεός, όντας σοφός, επέλεξε να δημιουργήσει τον καλύτερο δυνατό κόσμο, μέσα από πολλές δυνατότητες (Klein, 1967). Το Τρίτο Διεθνές Λεξικό του Webster (1981) ορίζει την αισιοδοξία ως «ένα δόγμα ή μια άποψη ότι η πραγματικότητα ουσιαστικά είναι καλή, ολικά καλή, ή όσο καλή μπορεί κάποιος να τη διανοηθεί · ένα δόγμα ότι τα καλά της ζωής υπερσχύουν του πόνου και του κακού και ότι στη ζωή επικρατεί το καλό» (σσ. 1584-1585).

Αρκετοί ερευνητές έχουν εξετάσει το ρόλο της αισιοδοξίας, της προσδοκίας δηλαδή ότι θα συμβούν καλά πράγματα στο μέλλον και όχι άσχημα, για να προβλέψουν τη συμπεριφορά (Peterson, 2000). Κάποιοι ερευνητές έχουν περιγράψει την αισιοδοξία αναφορικά με το πώς οι άνθρωποι εξηγούν τα άσχημα γεγονότα που έχουν συμβεί στη ζωή τους (Peterson, 2000). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, οι άνθρωποι που εξηγούν ότι τα άσχημα γεγονότα προέρχονται από εξωτερικές, ασταθείς και συγκεκριμένες αιτίες είναι αισιόδοξοι, ενώ εκείνοι που θεωρούν ότι τα γεγονότα προέρχονται από εσωτερικές, σταθερές και γενικές αιτίες είναι απαισιόδοξοι (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989· Peterson et al., 1998). Παρόλο που δίστανται οι απόψεις των ερευνητών όσον αφορά την περιγραφή και μέτρηση της αισιοδοξίας, ευρήματα από πολλές μελέτες καταδεικνύουν την επίδραση της αισιοδοξίας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Οι σχετικές έρευνες παρατίθενται παρακάτω.

### 1.1.2. Αισιοδοξία και σωματική υγεία

Οι άνθρωποι που έχουν μια αισιόδοξη άποψη για τον εαυτό τους αλλά και για τον κόσμο, βρίσκονται σε καλύτερη σωματική κατάσταση (Scheier & Carver, 1993). Οι αισιόδοξοι περνούν λιγότερες μολυσματικές ασθένειες από τους απαισιόδοξους και είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν σωματικά συμπτώματα (όπως ζαλάδα, θολή όραση, κόπωση και μυϊκοί πόνοι) ακόμα και σε στρεσογόνες καταστάσεις (Peterson & Seligman, 1987· Scheier & Carver, 1985). Για παράδειγμα, σε μία έρευνα ζητήθηκε από περίπου εκατό άντρες 25 ετών να εξηγήσουν τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους, όπως δυσκολίες στην εργασία τους και στις στενές σχέσεις τους (Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988). Οι ερευνητές κωδικοποίησαν τις απαντήσεις τους ως εσωτερικές (π.χ. 'δε μπορώ να διαλέξω μια εργασία') ή εξωτερικές (π.χ. 'η μητέρα μου δε μπορεί να με καταλάβει επειδή είναι ισχυρογνώμων'). Όταν οι συγκεκριμένοι άντρες μελετήθηκαν μετά από 35 χρόνια, αυτοί που ήταν απαισιόδοξοι στην ηλικία των 25, βρίσκονταν σε χειρότερη φυσική κατάσταση από τους αισιόδοξους.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η αισιόδοξη άποψη για τον εαυτό αλλά και για τον κόσμο, επιμηκύνει τη ζωή. Για παράδειγμα, η Suzan Everson και συνεργάτες (1996) εξέτασαν την απελπισία σε συνδυασμό με την υγεία ενός δείγματος περίπου 2500 μεσήλικων ανδρών. Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι οι άνδρες που είχαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα απελπισίας, ήταν δύο φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από καρκίνο και τέσσερις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από καρδιαγγειακές νόσους από τους άνδρες που είχαν χαμηλή βαθμολογία. Παρομοίως, οι άνθρωποι που εξηγούν τα πράγματα με ένα αισιόδοξο τρόπο είναι λιγότερο πιθανό να πεθάνουν από τυχαίες ή σφοδρές αιτίες (Peterson et al., 1988). Οι άνδρες που έχουν AIDS και είναι αισιόδοξοι ζουν διπλάσιο χρόνο από τους απαισιόδοξους (Reed et al., 1984). Επιπλέον, μια έρευνα βρήκε ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν θετικές απόψεις για τη γήρανση ζουν κατά μέσο όρο 7.5 έτη περισσότερο σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν θετικές απόψεις (Levy et al., 2002).

Υπάρχουν κάποιες έρευνες που δείχνουν ότι οι άνθρωποι με μια πιο αισιόδοξη νοοτροπία είναι πιο ικανοί να προσαρμόζονται σε εγχειρήσεις και σοβαρές αρρώστιες (Kaplan et al., 1993). Σε αρκετές έρευνες έχει βρεθεί πως οι καρκινοπαθείς που είναι αισιόδοξοι, ζουν περισσότερο από τους απαισιόδοξους (Levy et al., 1988· Schulz et al., 1996). Ο Allison και συνεργάτες (2003) βρήκαν ότι η αισιοδοξία συνδεόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο στο κεφάλι και το λαιμό τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία. Επιπροσθέτως, η αισιοδοξία προέβλεπε χαμηλό δείκτη θνησιμότητας στους καρκινοπαθείς. Σε έρευνα που διεξήγαγαν σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, οι Schou, Ekeberg και Ruland (2005) διαπίστωσαν ότι οι αισιόδοξες γυναίκες κατέβαλαν κάθε

δυνατή προσπάθεια προκειμένου να διατηρήσουν τη φυσιολογική ζωή και τις καθημερινές δραστηριότητές τους μολονότι ο καρκίνος του μαστού αποτελούσε σοβαρό πλήγμα για αυτές. Ο Carver και συνεργάτες (2003) βρήκαν ότι η αισιοδοξία προωθεί μια συνεχή ενασχόληση με τις καθημερινές δραστηριότητες παρά την απειλή της υγείας. Μάλιστα, όσο λιγότερο άγχος νιώθουν οι αισιόδοξοι για τον καρκίνο του μαστού και τις συνέπειές του, τόσο περισσότερο προσδοκούν ότι θα έχουν μια καλύτερη και ταχύτερη ανάρρωση και ότι θα διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους.

Επιπλέον, αρκετές έρευνες εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της ανάρρωσης από εγχείρηση καρδιάς (Scheier et al., 1989· Fitzgerald et al., 1993· Scheier et al., 1999). Οι αισιόδοξοι ήταν πιο πιθανό να πάρουν ένα ενεργό ρόλο στην ανάρρωση μετά από την εγχείρηση. Επίσης, οι αισιόδοξοι έδειξαν ταχεία σωματική ανάρρωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και επέστρεψαν με γρηγορότερο ρυθμό στις καθημερινές τους συνήθειες. Τέλος, η αισιοδοξία που μετρήθηκε πριν από την εγχείρηση σχετιζόταν θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία έξι μήνες μετά. Γίνεται λοιπόν σαφές ότι οι άνθρωποι με αισιοδοξία αναρρώνουν πιο γρήγορα και με μεγαλύτερη επιτυχία από τα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους απαισιόδοξους. Εντούτοις, για τους καρδιοπαθείς η διαδικασία ανάρρωσης δεν περιλαμβάνει μόνο την επιστροφή στην καθημερινότητα ή την ικανοποίηση από τη ζωή. Συχνά περικλείει σημαντικές αλλαγές σε παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων ουσιαστικών αλλαγών στη διατροφή και σε δραστηριότητες που μειώνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια. Δεδομένου ότι οι αισιόδοξοι είναι πιο πιθανό να πιστεύουν ότι τα επιθυμητά αποτελέσματα είναι εφικτά, καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να αλλάξουν την υγεία τους προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων.

Τέλος, υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας μπορεί να σχετίζονται αντιστρόφως με τις αρρώστιες, επειδή οι αισιόδοξοι δείχνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής διέγερσης καθώς επίσης και χαμηλά επίπεδα φυσιολογικής-νευροενδοκρινικής δραστηριότητας όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις (Hart, & Hittner, 1995). Άλλοι ερευνητές συμφωνούν με την άποψη ότι οι αισιόδοξοι άνθρωποι αντιστέκονται καλύτερα απέναντι σε άσχημα γεγονότα σε σχέση με τους απαισιόδοξους (Seligman, 1991). Οι Aspinwall και Taylor (1992) έδειξαν ότι οι αισιόδοξοι προσαρμόζονται πιο εύκολα σε σημαντικά μεταβατικά στάδια της ζωής τους συγκριτικά με τους απαισιόδοξους.

Αν και ερευνητές έχουν διαφοροποιηθεί στο πώς ακριβώς περιγράφουν και μετρούν τις πεποιθήσεις για την αισιοδοξία, ευρήματα σε πολλές διαφορετικές μελέτες φανερώνουν ότι οι συγκεκριμένες πεποιθήσεις σχετίζονται με την ψυχολογική ευημερία και κατά προέκταση με την ψυχική υγεία (Scheier & Carver, 1993· Taylor et al., 1992). Στη συνέχεια θα αναφερθούν κάποιες έρευνες που ασχολήθηκαν με την αισιοδοξία και την ψυχική υγεία.

### 1.1.3. Αισιοδοξία και ψυχική υγεία

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, έχουν διεξαχθεί έρευνες που μελετούν τη σχέση της αισιοδοξίας με την ψυχική υγεία. Σε έρευνα των Carver και Gaines (1987) βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είναι αισιόδοξες και έχουν αυτοεκτίμηση είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι οροθετικοί άνδρες που είναι αισιόδοξοι, ανησυχούν λιγότερο ότι θα αναπτύξουν AIDS (Taylor et al., 1992) και ότι οι άνθρωποι με αισιοδοξία, θλίβονται λιγότερο μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης (Litt, et al., 1992). Η αισιοδοξία έχει βρεθεί ότι εξηγεί τις ατομικές διαφορές στην ψυχική υγεία. Έχει εκφραστεί η άποψη ότι η αισιοδοξία διαμορφώνει την ευημερία (Chang, 1996· 1997) και μάλιστα διαφέρει όσον αφορά τους ανθρώπους που ανήκουν στους δυτικούς και τους ανατολικούς πολιτισμούς (Chang, Asakawa, & Sanna, 2001).

Αν και κάποιες έρευνες αξιολόγησαν την αισιοδοξία και τη διάθεση με μία μόνο μέτρηση (και επομένως δε θα μπορούσε να ειπωθεί εάν η αισιοδοξία οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ή αντιστρόφως), οι διαχρονικές ερευνητικές μελέτες αξιολόγησαν την αισιοδοξία σε μια μέτρηση και ξεχωριστά τα συμπτώματα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (Scheier & Carver, 1987). Για παράδειγμα, ο Carver και συνεργάτες (1993) πήραν συνέντευξη από γυναίκες με καρκίνο του μαστού προκειμένου να αξιολογήσουν την αισιοδοξία και τα αρνητικά συναισθήματα τη στιγμή της διάγνωσης και στη συνέχεια μία μέρα πριν από την εγχείρηση, δέκα μέρες μετά από την εγχείρηση, καθώς επίσης και τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά. Όπως αναμενόταν, η αισιοδοξία στην αρχική διάγνωση σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας συγκριτικά με τις επόμενες μετρήσεις.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών μελετών έχει τονίσει αφενός την αρνητική συσχέτιση της αισιοδοξίας με την κατάθλιψη, το άγχος, το θυμό, την αντίληψη για τις καθημερινές διαφωνίες και αφετέρου τη θετική συσχέτιση της αισιοδοξίας με την ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία, την υψηλή αυτοεκτίμηση και τη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων και ψυχικών διαταραχών (Cederblad, et al., 1995· Chang, 1998· Curbow et al., 1993· Dunn, 1996· Fry, 1995· King et al., 1998· Khoo & Bishop, 1997· Lee, Ashford, & Jamieson, 1993· Marshall & Lang, 1990· Nelson, Karr, & Coleman, 1995· Thomas, 1989).

Αρκετές έρευνες καταδεικνύουν τις προστατευτικές επιδράσεις της αισιοδοξίας στην ψυχική υγεία μεσήλικων γυναικών (Fontaine, & Seal, 1997), γυναικών με καρκίνο του μαστού (Epping-Jordan et al., 1999· Schou et al., 2004), ασθενών με μεταστατικό καρκίνο (Cohen et al.,



2001), ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Brenner, Melamed, & Panush, 1994), από σκλήρυνση κατά πλάκας (Barnwell & Kavanagh, 1997) και από σακχαρώδη διαβήτη (Kavanagh, Gooley, & Wilson, 1993) καθώς επίσης και ασθενών με ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις (Shnek et al., 2001· Shepperd et al., 1996). Μάλιστα στην έρευνα που πραγματοποίησαν ο Shnek και οι συνεργάτες του (2001) σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου και ασταθή στηθάγχη, η αισιοδοξία ένα μήνα μετά από το εξιτήριο προέβλεπε λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τον επόμενο χρόνο. Τέλος, η Fournier και συνεργάτες (2002) διεξήγαγαν μια ερευνητική μελέτη με άτομα που έπασχαν από χρόνιες ασθένειες (155 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη Τύπου 1, 158 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 155 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας) και συμπέραναν ότι η αισιοδοξία επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν αυτοί οι άνθρωποι.

Ο Perkins και συνεργάτες (2006) διεξήγαγαν έρευνα με 172 γυναίκες άνω των 70 ετών που είχαν επιζήσει από καρκίνο του μαστού και βρήκαν ότι η αυξημένη αισιοδοξία σχετιζόταν με λιγότερη κατάθλιψη. Μάλιστα η αισιοδοξία ήταν η μόνη μεταβλητή που ήταν στατιστικά σημαντική στην ανάλυση παλινδρόμησης. Επιπλέον, εάν οι ηλικιωμένες γυναίκες υιοθετούσαν μια αισιόδοξη άποψη, τότε αυτό θα βελτιώνει τα συμπτώματα κατάθλιψης και θα βοηθούσε τους ανθρώπους να δουν την υγεία καθώς και τις συνθήκες ζωής τους με ένα ευνοϊκό τρόπο. Ο Bjorck και συνεργάτες (1999) διαπίστωσαν ότι η αισιοδοξία μειώνει την επίδραση των αρνητικών γεγονότων και σχετιζόταν με μικρότερη κατάθλιψη σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη.

Η Steele και η Wade (2004) πραγματοποίησαν μια ερευνητική μελέτη με 59 ασθενείς που έπασχαν από οξύ καρδιακό σύνδρομο. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσει την κατάθλιψη μετά από καρδιακά επεισόδια. Συγκεκριμένα, η έρευνα ενδιαφερόταν για το εάν οι μεταβλητές της ποιότητας ζωής μπορούσαν να μεσολαβήσουν στη σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και την κατάθλιψη. Η πλειοψηφία των καρδιοπαθών δε βίωσαν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης 6 εβδομάδες μετά από το καρδιακό επεισόδιο. Γίνεται εμφανές ότι δύο εβδομάδες μετά από το εξιτήριο από το νοσοκομείο, κάποιοι ασθενείς βιώνουν μια βραχυπρόθεσμη αρνητική αντίδραση, όπως αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας και αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής, ως μια κατάλληλη απόκριση σε αναπάντεχες μακροπρόθεσμες απειλές για την υγεία (Guck et al., 2001).

Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι η αισιοδοξία είναι ένας αξιόλογος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης. Οι Lightsey και Christopher (1997) σε μια ερευνητική μελέτη για το στρες και τη δυσφορία σε ένα μη-Δυτικό πολιτισμό, ανέφεραν ότι τα αισιόδοξα άτομα ένιωθαν λιγότερη δυσφορία ανεξάρτητα από το επίπεδο του στρες. Οι Fontaine και Jones (1997) ανέφεραν ότι τα αυξημένα επίπεδα αισιοδοξίας συνδέονταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γυναικών και με επιλόχεια κατάθλιψη που διήρκεσε δύο εβδομάδες. Ο

Carademas (2006) σε έρευνα με 201 άτομα που εργάζονταν σε ασφαλιστικές εταιρίες διαπίστωσε ότι η αισιοδοξία παρουσίαζε θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη ζωή και αρνητική συσχέτιση με τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Ο Giltay και συνεργάτες (2006) μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τα αθροιστικά συμπτώματα κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό, εξέτασαν 464 ηλικιωμένους άνδρες ηλικίας 64 έως 84 ετών που ζούσαν στην κοινότητα Zutphen της Ολλανδίας και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αισιοδοξία δρούσε προστατευτικά ενάντια στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης για 15 χρόνια σε ηλικιωμένους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Οι Chang και Sanna (2001) σε έρευνα με μεσήλικες διαπίστωσαν ότι η αισιοδοξία προβλέπει την υποκειμενική ευημερία. Επιπροσθέτως, οι Makikangas και Kinnunen (2003) βρήκαν ότι η αισιοδοξία αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας ανθρώπων στον χώρο εργασίας τους.

Σε έρευνα με 500 μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, ο Plomin και συνεργάτες (1992) διαπίστωσαν ότι η αισιοδοξία είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας γιατί σχετίζεται με την ψυχική υγεία, και μάλιστα προβλέπει την κατάθλιψη και την ικανοποίηση από τη ζωή. Επιπροσθέτως, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η αισιοδοξία αποτελεί απαραίτητο στοιχείο στην ικανότητα ενός προσώπου να προσαρμόζεται και να αντιμετωπίζει διάφορες καταστάσεις (Scheier & Carver, 1987· Taylor & Brown, 1988) και όπως επεσήμαναν οι Scheier και Carver (1992) «η θετική σκέψη είναι χρήσιμη» (σ. 201). Από τα παραπάνω θα μπορούσε να βγει το συμπέρασμα ότι η αισιοδοξία φαίνεται να παίζει μια σημαντική λειτουργία στη σωματική και ψυχική ευημερία ενός ατόμου.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι έχουν διεξαχθεί ερευνητικές μελέτες σχετικά με την αισιοδοξία και την υγεία (σωματική και ψυχική) σε φοιτητικό πληθυσμό, οι οποίες παρατίθενται στη συνέχεια της εργασίας.

#### *1.1.4. Αισιοδοξία και φοιτητικός πληθυσμός*

Σε έρευνα των Nelson, Kar και Coleman (1995) σε προπτυχιακούς φοιτητές πανεπιστημίου, αποκαλύφθηκε ότι η αισιοδοξία σχετιζόταν με χαμηλά σκορ σωματικών συμπτωμάτων και ότι οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες. Ο

Λαί στην προσπάθειά του να ανακαλύψει τις διαστάσεις του Life Orientation Test βρήκε μια αρνητική σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων που αναφέρονται και της αισιοδοξίας τόσο για προπτυχιακούς φοιτητές όσο και για εργαζόμενους ενήλικες. Οι Aydin και Budak (2005) αποκάλυψαν ότι η αισιοδοξία ήταν ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της σωματικής ευημερίας τόσο των φοιτητών όσο και των φοιτητριών. Η αρνητική σχέση της αισιοδοξίας και των σωματικών συμπτωμάτων υποδεικνύει ότι όσο περισσότερη αισιοδοξία εμφάνιζαν οι φοιτητές, τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα που ανέφεραν.

Μια διαχρονική έρευνα βρήκε ότι οι φοιτητές που εξηγούν τα πράγματα με ένα αρνητικό τρόπο κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, ήταν πιο πιθανό να βιώσουν επεισόδια οξείας και ελάσσονος κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που εξηγούν τα πράγματα με θετικό τρόπο (Alloy, Abramson & Francis, 1999). Σε μια έρευνα με προπτυχιακούς φοιτητές, η αισιοδοξία που μετρήθηκε στα μέσα του εξαμήνου σχετιζόταν αρνητικά με την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων αρρώστιας τέσσερις εβδομάδες μετά, λίγο πριν τις τελικές εξετάσεις (Scheier & Carver, 1985).

Οι Vickers και Vogeltanz (2000) διεξήγαγαν έρευνα με δείγμα 190 φοιτητές στο Πανεπιστήμιο Midwestern των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τα επερχόμενα συμπτώματα κατάθλιψης για μια περίοδο δέκα εβδομάδων. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι η αισιοδοξία ήταν ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας των μελλοντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης. Μάλιστα η συγκεκριμένη έρευνα ήταν η πρώτη έρευνα που εξέτασε τη σχέση της αισιοδοξίας με τα συμπτώματα κατάθλιψης στους φοιτητές με την πάροδο του χρόνου, ενώ εξέταζε τις διαφορές ως προς το φύλο και έλεγχε τις αρνητικές και θετικές επιδράσεις καθώς και τις ημερήσιες διαφωνίες που είχαν οι συμμετέχοντες.

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι η αισιοδοξία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική ευεξία. Όπως διαπιστώθηκε και από τις προαναφερθείσες έρευνες, ο πρωταρχικός αυτός ρόλος γίνεται εμφανής σε υγιή άτομα αλλά και σε άτομα που αντιμετωπίζουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα, σε ηλικιωμένους, μεσήλικες και φοιτητές. Στο επόμενο κομμάτι της έρευνας, θα μελετηθεί διεξοδικά η σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την υγεία και θα τονιστεί η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόβλεψη της σωματικής και ψυχικής ευημερίας.

## 1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Διάφοροι ερευνητές έχουν ορίσει την κοινωνική υποστήριξη με ποικίλους τρόπους, όπως η ύπαρξη ή η ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων, το ποσό της βοήθειας που πιστεύουν τα άτομα ότι τους είναι διαθέσιμο και το ποσό της βοήθειας που αντιλαμβάνονται τα άτομα. Ο Cobb (1976) όρισε την κοινωνική υποστήριξη ως τη νοητή συμμετοχή σε ένα κοινωνικό δίκτυο επικοινωνίας και αμοιβαίων υποχρεώσεων. Οι Cohen και Syme (1985, σ.4) όρισαν την κοινωνική υποστήριξη ως «τους πόρους που παρέχονται από τους άλλους». Οι άνθρωποι στο νοητό κοινωνικό δίκτυο είναι εκείνοι στους οποίους βασίζεται κάποιος, γνωρίζοντας ότι τον αγαπούν, τον εκτιμούν και τον νοιάζονται. Η κοινωνική υποστήριξη είναι εμφανής στο βαθμό που αντιλαμβάνεται κάποιος τη συμμετοχή του στο δίκτυο της επικοινωνίας και των αμοιβαίων υποχρεώσεων (Kaplan et al., 1993). Κάποιοι ερευνητές έχουν εξετάσει την κοινωνική υποστήριξη με όρους δομής των ανθρώπινων κοινωνικών σχέσεων, όπως ο αριθμός και ο τύπος αυτών των σχέσεων (House & Kahn, 1985). Αυτά τα κριτήρια υπολογίζουν εάν κάποιος είναι παντρεμένος ή εργένης, αν ζει μόνος του ή με άλλους καθώς επίσης και τη συμμετοχή ενός προσώπου σε διάφορες κοινωνικές οργανώσεις, όπως οι οίκοι λατρείας και τα κέντρα διασκέδασης.

Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει την κοινωνική υποστήριξη βασιζόμενες στην ύπαρξη και την ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με ανθρώπους που ζούσαν στην επαρχία Alameda της California, οι ερευνητές εξέτασαν τέσσερις τύπους κοινωνικών δεσμών: το γάμο, τις επαφές με την οικογένεια και τους φίλους, τη συμμετοχή στον εκκλησιασμό και άλλους τυπικούς και μη τυπικούς δεσμούς ομάδας (Berkman & Syme, 1979). Δημιούργησαν ένα πίνακα κοινωνικού δικτύου συνδυάζοντας αυτούς τους τέσσερις τύπους κοινωνικών δεσμών, και μετά το χρησιμοποίησαν για να προβλέψουν τη θνησιμότητα. Παρομοίως, άλλοι ερευνητές έχουν μετρήσει διάφορους τύπους κοινωνικών σχέσεων, όπως στενές κοινωνικές σχέσεις (σχέσεις με το/τη σύζυγο, τους φίλους και την οικογένεια), τυπικές σχέσεις σε μια μη εργασιακή οργάνωση (π.χ. την εκκλησία) και επιδιώξεις που περιλαμβάνουν κοινωνικές επαφές, όπως για παράδειγμα η παρακολούθηση μιας τάξης (House, Robbins, & Metzner, 1982). Αυτές οι προσεγγίσεις αξιολογούν τον αριθμό των κοινωνικών σχέσεων καθώς επίσης και τη συμμετοχή των ατόμων σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες.

Αν και αυτές οι έρευνες επιτρέπουν στους ερευνητές να ανακαλύψουν πόσες πολλές σχέσεις έχει ένα άτομο, δεν περιγράφουν πλήρως τη δομή και την πολυπλοκότητα των κοινωνικών

σχέσεων. Άλλες προσεγγίσεις έχουν αξιολογήσει την κοινωνική υποστήριξη με όρους της διακλάδωσης των κοινωνικών σχέσεων και για αυτό περιλαμβάνουν όχι μόνο τους φίλους ενός ανθρώπου, αλλά και τους φίλους αυτών των φίλων. Αυτές οι προσεγγίσεις μπορεί να μετρήσουν άλλους παράγοντες, όπως η πυκνότητα των κοινωνικών σχέσεων (ο βαθμός στον οποίο τα μέλη ενός δικτύου συνδέονται μεταξύ τους), η διάρκεια (η διάρκεια των σχέσεων με το πέρασμα του χρόνου), η αμοιβαιότητα (ο βαθμός στον οποίο κάποιος δίνει και λαμβάνει υποστήριξη) και η διασπορά (η γεωγραφική απόσταση μεταξύ των μελών του δικτύου). Οι ερευνητές έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι τα πιο πυκνά κοινωνικά δίκτυα (δηλαδή εκείνα τα δίκτυα στα οποία οι άνθρωποι είναι στενά συνδεδεμένοι μεταξύ τους), μπορούν να φανούν ιδιαίτερος χρήσιμα σε στιγμές στρες γιατί οι άνθρωποι θα μπορούσαν να συνδυάσουν καλύτερα τους διαφορετικούς τύπους υποστήριξης (Wortman, 1984).

Η κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε συναισθηματική υποστήριξη, υλική υποστήριξη, ενημερωτική υποστήριξη και υποστήριξη του ανήκειν. Η *συναισθηματική υποστήριξη* αναφέρεται στην έκφραση της φροντίδας, της έγνοιας και της ενσυναίσθησης για ένα πρόσωπο καθώς επίσης και στην παροχή θαλπωρής, επιβεβαίωσης και αγάπης προς αυτό το πρόσωπο. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνα γεγονότα, θέλουν να μπορούν να συζητούν για αυτά τα γεγονότα με άλλους και να έχουν κάποιον που να τους ακούει προσεκτικά. Μια έρευνα με καρκινοπαθείς βρήκε ότι περισσότερο από 90% του δείγματος θεώρησε τη συναισθηματική υποστήριξη ως την πιο πολύτιμη μορφή υποστήριξης (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982· Dunkel-Schetter, 1984). Παρομοίως, οι φοιτητές μπορεί να χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη προκειμένου να αντιμετωπίσουν το στρες της διάλυσης μιας σχέσης, ένα χαμηλό βαθμό στις εξετάσεις, ή το διαζύγιο των γονιών τους.

Η *υποστήριξη του ανήκειν* είναι παρόμοια με τη συναισθηματική υποστήριξη, αλλά αυτό το είδος της υποστήριξης αναφέρεται πρωταρχικά στη διαθεσιμότητα της κοινωνικής συντροφικότητας (Cohen et al., 1985). Οι άνθρωποι ενδιαφέρονται να έχουν ανθρώπους με τους οποίους να μπορούν να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα ανθρώπους με τους οποίους μπορούν να βγουν για φαγητό, να δουν μια ταινία και να πάνε σε ένα πάρτυ. Αυτή η υποστήριξη είναι ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ευημερίας. Οι άνθρωποι που είναι άνεργοι (και έτσι χάνουν μια σημαντική μορφή της κοινωνικής ενσωμάτωσης) επωφελούνται ιδιαίτερος από την υποστήριξη του ανήκειν και βιώνουν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα όταν δεν έχουν αυτό το είδος υποστήριξης (Cutrona & Russel, 1990).

Η *υλική ή απτή υποστήριξη* αναφέρεται στην παροχή συγκεκριμένης βοήθειας, όπως η οικονομική βοήθεια (π.χ. πληρωμή λογαριασμών) και οι υλικοί πόροι. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να ζητήσει υλική υποστήριξη από τους γονείς του για να αγοράσει ένα σχολικό βιβλίο και

από τους φίλους του για να μεταφέρουν τα πράγματά του κατά τη διάρκεια μετακόμισης σε καινούριο διαμέρισμα. Τα θύματα των φυσικών καταστροφών, όπως τυφώνες, πλημμύρες και σεισμοί, επωφελούνται ιδιαίτερα από την υλική υποστήριξη που λαμβάνουν (Norris & Kaniasty, 1996).

Η *ενημερωτική υποστήριξη* αναφέρεται στη συμβουλή και την καθοδήγηση για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να εξαρτάται από τους καθηγητές του για ενημερωτική υποστήριξη στην προσπάθεια του να βρει θερινά τμήματα και να εξαρτάται από τους φίλους του για τέτοια υποστήριξη όταν διαλέγει μαθήματα. Τα θύματα των φυσικών καταστροφών, τα οποία χρειάζονται συμβουλές για το πώς να οργανώσουν τις προσπάθειες καθαρισμού και για το πώς να πάρουν κάποιο επίδομα από το κράτος, επωφελούνται από αυτό το είδος της υποστήριξης (Sanderson, 2004). Στην παρούσα έρευνα, η υλική καθώς επίσης και η συναισθηματική υποστήριξη μελετώνται διεξοδικά.

Αν και κάποιοι ερευνητές έχουν εστιάσει στην αντιλαμβανόμενη διαθεσιμότητα των διαφορετικών μορφών κοινωνικής υποστήριξης (π.χ. πόση υποστήριξη θα ήταν διαθέσιμη εφόσον παραστεί ανάγκη), άλλοι ερευνητές έχουν εστιάσει στην αξιολόγηση του ποσού της υποστήριξης που λαμβάνεται σε μια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου. Η υποστήριξη που λαμβάνει κανείς θα μπορούσε να διαιρεθεί σε διάφορους τύπους. Για παράδειγμα, ο κατάλογος απογραφής των συμπεριφορών κοινωνικής υποστήριξης ζητά από τους ανθρώπους να δηλώσουν πόσο συχνά έλαβαν διάφορες μορφές υποστηρικτικών συμπεριφορών τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, όπως τότε κάποιος «σου έδωσε πληροφορίες στο πώς να κάνεις κάτι» (γνωστική-ενημερωτική), «σου έδωσε 25 δολάρια (υλική) ή «μίλησε μαζί σου για κάποια από τα ενδιαφέροντά σου» (συναισθηματική) (Barrera, Sandler, & Ramsey, 1981).

Αν και αυτοί οι τύποι των μετρήσεων υπερτερούν υπό την έννοια ότι αξιολογούν την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνεται πραγματικά, και όχι απλά τις αντιλήψεις ενός ατόμου για τη διαθέσιμη υποστήριξη, έχουν επίσης και κάποια μειονεκτήματα. Ένα πρόβλημα με την αξιολόγηση της ληφθείσας κοινωνικής υποστήριξης είναι ότι τα άτομα είναι πιο πιθανό να πάρουν υποστήριξη σε περιόδους ανάγκης για αυτό και το ποσό της υποστήριξης σχετίζεται αρνητικά με αρνητικά συμπτώματα υγείας (Stroebe & Stroebe, 1996). Για παράδειγμα, άτομα τα οποία είναι άρρωστα μπορεί να χρειαστεί- και μπορεί να πάρουν- περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι η υποστήριξη προκάλεσε την αρρώστια. Ένα άλλο πρόβλημα με την αξιολόγηση της ληφθείσας υποστήριξης είναι ότι τα άτομα μπορεί να μη χρειάστηκαν κάποια μορφή υποστήριξης τον μήνα πριν την αξιολόγηση, αν και η συγκεκριμένη υποστήριξη ήταν διαθέσιμη προς αυτούς. Όπως παραδόξως, συχνά υπάρχει μικρή έως και μηδαμινή σχέση μεταξύ της πραγματικής και της αντιλαμβανόμενης υποστήριξης (Lakey & Heller, 1988), και κάποιες έρευνες καταδεικνύουν ότι η

αντιλαμβανόμενη υποστήριξη είναι ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της ευημερίας σε σχέση με τη ληφθείσα υποστήριξη (Cohen & Wills, 1985).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ότι πηγές κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν το στενό αλλά και ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ενός τόμου. Η οικογένεια είναι μια σημαντική πηγή υποστήριξης όταν αξιολογούνται οι επιδράσεις της υποστήριξης στην υγεία, καθώς αποτελεί ένα πρωταρχικό κοινωνικό δεσμό. Εντούτοις, ακόμα και μέσα στην οικογένεια, είναι σημαντικό να εξεταστεί ξεχωριστά η επίδρασή τους (Rhodes, 1998). Για παράδειγμα, οι σύζυγοι ή σύντροφοι ενδεχομένως ασκούν μεγαλύτερη επίδραση από τα μακρινά μέλη της οικογένειας. Πράγματι, υπάρχει μια ένδειξη ότι τα παντρεμένα άτομα και των δύο φύλων έχουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε σχέση με τους ανύπαντρους (Gove, Style, & Hughes, 1990). Ασφαλώς είναι σημαντικό να εξετασθεί η ποιότητα και ο τύπος του γάμου, αφού τα δυστυχημένα παντρεμένα άτομα έχουν περισσότερα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα υγείας από τα ανύπαντρα άτομα (Coyne & DeLongis, 1986). Επιπλέον, οι ομοφυλόφιλοι άνθρωποι καθώς και οι ετεροφυλόφιλοι παντρεμένοι άνθρωποι δε διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ικανοποίηση από τις σχέσεις, υπογραμμίζοντας τα προστατευτικά οφέλη από ένα εύρος στενών σχέσεων (Kurdek & Schmitt, 1986).

Πολλές ερευνητικές μελέτες περιγράφουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας αλλά είναι σχεδόν αδύνατο να επιλέξουμε τυχαία ανθρώπους που λαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και μετά να αξιολογήσουμε τις συνέπειες κάθε υποστήριξης στην ευημερία με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την υγεία αλλά όχι ότι η κοινωνική υποστήριξη προκαλεί καλύτερη υγεία. Κάποιοι ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες εναλλακτικές προτάσεις για να εξηγήσουν τη σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας (Sanderson, 2004).

Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η αρρώστια οδηγεί στη διακοπή της κοινωνικής υποστήριξης. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από μια χρόνια και/ή εκφυλιστική νόσο, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να εμπλακούν σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ` για αυτό το λόγο ίσως έχουν δυσκολίες να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν διαπροσωπικές σχέσεις. Για παράδειγμα, άτομα που έχουν αναπηρία, όπως κάταγμα στη σπονδυλική στήλη ή εγκεφαλικό, συχνά αναφέρουν ότι έχουν μικρότερο κοινωνικό δίκτυο σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία (Schulz & Decker, 1985` Schulz & Tompkins, 1990). Οι άνθρωποι μερικές φορές έχουν αρνητικά στερεότυπα για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες και μπορεί ακόμη και να κατηγορήσουν αυτά τα άτομα επειδή αρρώστησαν. Αυτές οι πεποιθήσεις μπορεί να οδηγήσουν τους ανθρώπους να αποφεύγουν να περνούν χρόνο με κάποιον που έχει μια χρόνια ή θανατηφόρα ασθένεια. Επιπλέον, μια χρόνια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει τους ανθρώπους να

νιώσουν αποξενωμένοι από την οικογένεια και τους φίλους τους, πράγμα το οποίο διακόπτει τα φυσιολογικά επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης (Dakof & Taylor, 1990· Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). Μια έρευνα βρήκε ότι το 75% των ασθενών με καρκίνο του μαστού ανέφεραν ότι οι άνθρωποι τους συμπεριφέρονταν με διαφορετικό τρόπο αφότου μάθαιναν για την ασθένειά τους (Peters-Golden, 1982). Όλοι αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν να οδηγήσουν τους ανθρώπους που βρίσκονται σε άσχημη σωματική κατάσταση να βιώσουν μια μείωση στο ποσό της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν.

Μια άλλη πιθανή εξήγηση για τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας είναι ότι μια τρίτη μεταβλητή προκαλεί αυτή τη συσχέτιση. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που είναι πολύ εχθρικοί, μπορεί να έχουν λιγότερους φίλους και να βιώνουν μεγαλύτερο καρδιαγγειακό στρες κατά τη διάρκεια των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων. Εάν οι ερευνητές διαπιστώσουν ότι όσοι έχουν λιγότερους φίλους έχουν χειρότερη υγεία, δε θα είναι σε θέση να πουν εάν η άσχημη σωματική κατάσταση ήταν το αποτέλεσμα της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης ή το αποτέλεσμα της μεγαλύτερης καρδιαγγειακής αντίδρασης, το οποίο οδηγεί σε κόπωση και φθορά της καρδιάς με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτήν την περίπτωση, ο υποτιθέμενος συσχετισμός μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και υγείας θα ήταν απλώς μια αντανάκλαση της εχθρότητας που οδηγεί τόσο σε χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης όσο και σε κακή σωματική κατάσταση (Sanderson, 2004).

Αν και αυτές οι εναλλακτικές εξηγήσεις για τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας είναι πιθανές, η έρευνα διαπιστώνει ότι αυτό δεν είναι πιθανό για πολλούς λόγους. Καταρχάς, οι έρευνες που παρακολουθούν τους ανθρώπους με την πάροδο του χρόνου, δείχνουν μια συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και δείκτη θνησιμότητας (House et al., 1988). Λόγου χάριν, ερευνητές σε μια έρευνα στην επαρχία Alameda μέτρησαν μία φορά την κοινωνική υποστήριξη και μετά τους δείκτες θνησιμότητας για τα επόμενα εννέα χρόνια (Berkman & Syme, 1979). Άλλες διαχρονικές μελέτες ευρείας κλίμακας αποκάλυψαν παρόμοια ευρήματα (Blazer, 1982· House et al., 1982· Kaplan et al., 1988· Ruberman et al., 1984· Williams et al., 1992). Αυτές οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε ευημερία αλλά και το αντίστροφο.

Επιπλέον, οι μελέτες δείχνουν μια σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και υγείας ακόμα και όταν παίρνουν υπόψη και άλλες μεταβλητές, όπως την κοινωνική τάξη και τη προσωπικότητα, οι οποίες μπορούν να προβλέψουν και την κοινωνική υποστήριξη αλλά και την υγεία. Για παράδειγμα, στην έρευνα της επαρχίας Alameda βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η θνησιμότητα δεν είχαν σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς επίσης και με συμπεριφορές που σχετίζονται με το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, την παχυσαρκία και τη σωματική άσκηση (Berkman & Syme, 1979). Αυτό σημαίνει ότι καμία από τις άλλες μεταβλητές δε μπορεί να



εξηγήσει το σύνδεσμο της κοινωνικής υποστήριξης με την υγεία. Παρομοίως, σε μια μελέτη που εξέταζε το εάν οι άνθρωποι που λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη είναι πιο επιρρεπείς στο να κολλήσουν γρίπη, οι ερευνητές θεώρησαν έναν αριθμό από άλλες μεταβλητές που θα μπορούσαν να εξηγήσουν αυτήν τη σχέση, όπως το κάπνισμα, τη μη επαρκή ποσότητα ύπνου, την αποχή από το αλκοόλ και τα χαμηλά επίπεδα πρόσληψης βιταμίνης C (Cohen et al., 1997). Τέλος, η συμπεριφορά Τύπου Α έχει θεωρηθεί ως τρίτος μεταβλητής που μπορεί να εξηγήσει το σύνδεσμο ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και την υγεία. Τα άτομα με προσωπικότητα Τύπου Α είναι δύσκολα στη συναναστροφή. Είναι οξύθυμοι, αντιδραστικοί και ανυπόμονοι. Εφόσον η προσωπικότητα Τύπου Α θεωρείται ότι προβλέπει τις καρδιακές παθήσεις, είναι εύλογο ότι μια δύσκολη προσωπικότητα θα μπορούσε να προκαλέσει φτωχή κοινωνική αλληλεπίδραση και κίνδυνο θνησιμότητας (Kaplan et al., 1993). Εντούτοις, αξίζει να τονιστεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την υγεία.

Η έρευνα υποδεικνύει ότι η κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε καλύτερη υγεία, αλλά δεν έχει διευκρινιστεί εάν η υποστήριξη είναι πάντα ευεργετική ή εάν είναι ιδιαίτερος σημαντική σε στιγμές έντονου στρες. Στη συνέχεια θα αναφερθούν δύο υποθέσεις που περιγράφουν τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την υγεία με ποικίλους τρόπους.

Σημαντικός αριθμός ερευνών δείχνει ότι το στρες επηρεάζει την υγεία (Selye, 1976). Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρέχει μια προστασία από το καθημερινό στρες της ζωής που βιώνουν οι άνθρωποι, η οποία με τη σειρά της τους προστατεύει απέναντι στις αρρώστιες. Η *προστατευτική υπόθεση* υποδηλώνει ότι η κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε καλύτερη υγεία προστατεύοντας τους ανθρώπους από τις αρνητικές επιδράσεις του υψηλού στρες (Wills, 1984).

Αρκετές ερευνητικές μελέτες συνηγορούν με την προστατευτική υπόθεση επιδεικνύοντας ότι τα οφέλη της κοινωνικής υποστήριξης είναι μεγαλύτερα για τους ανθρώπους που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που πήραν μέρος σε πολεμικές μάχες (Solomon, Mikulincer, Hobfoll, 1986), εκείνων με AIDS (Hays et al., 1992), εκείνων που βιώνουν φυσικές καταστροφές (Fleming et al., 1982; Norris, & Kaniasty, 1996) και εκείνων που ήταν άνεργοι (Schwarzer, Jerusalem, & Hahn, 1994). Σε μια έρευνα που διεξήγαγε ο Schwarzer και συνεργάτες (1994), 235 άνθρωποι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για το ποσό της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν, την επαγγελματική κατάσταση και την υγεία τους. Η κοινωνική υποστήριξη είχε μικρή επίδραση στην υγεία όσον αφορά τους εργαζόμενους, αλλά τεράστια για τους άνεργους (και οι οποίοι προφανώς βίωναν μεγαλύτερο άγχος). Πράγματι, όσοι ήταν άνεργοι και είχαν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ανέφεραν ότι είχαν τη χειρότερη σωματική κατάσταση. Παρομοίως, μια έρευνα με στρατιώτες που πολέμησαν στον πόλεμο Ισραήλ- Λιβάνου συνέκρινε αυτούς που βίωσαν μια ψυχική κατάρρευση με αυτούς που δε βίωσαν και βρήκε ότι όσοι

βίωσαν την κατάρρευση έλαβαν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους αξιωματικούς του λόχου τους (Solomon et al., 1986). Οι στρατιώτες πιθανόν να ωφελήθηκαν τόσο από την υλική υποστήριξη, όπως η λήψη πληροφοριών που τους βοήθησε να μείνουν ασφαλείς κατά τη διάρκεια έντονων καταστάσεων μάχης, όσο και από τη συναισθηματική υποστήριξη, όπως το αίσθημα φροντίδας και επικοινωνίας με τους άλλους.

Μια πιθανή εξήγηση για το πώς η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προστατεύει τους ανθρώπους από το στρες είναι ότι οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σκέφτονται πιο θετικά σε δύσκολες καταστάσεις συγκριτικά με τους ανθρώπους με χαμηλά επίπεδα υποστήριξης. Οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης γνωρίζουν ότι θα υπάρχουν κάποιοι που θα τους βοηθήσουν σε στιγμές ανάγκης και αξιολογούν πιθανά στρεσογόνα γεγονότα ως λιγότερο επιζήμια. Για παράδειγμα, ένα άτομο που λαμβάνει λίγη υποστήριξη από το/τη σύζυγο, ίσως θεωρήσει την απώλεια εργασίας ένα αρνητικό γεγονός που θέτει σημαντικά προβλήματα στην οικογένεια. Εν αντιθέσει, ένα άτομο που λαμβάνει υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης θα μπορούσε να ερμηνεύσει την απώλεια εργασίας ως ένα αρνητικό γεγονός, αλλά και ως μια ευκαιρία για να ανακαλύψει μια νέα εργασιακή πορεία (Sanderson, 2004).

Άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να είναι πιο ικανά να αντιμετωπίσουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο πιθανά στρεσογόνα γεγονότα. Η λήψη διαφόρων ειδών κοινωνικής υποστήριξης θα μπορούσε να βοηθήσει κάποιον να εξαφανίσει άμεσα ή τουλάχιστον να ελαττώσει τις αρνητικές επιδράσεις πιθανών στρεσογόνων καταστάσεων (Sanderson, 2004). Μια ερευνητική μελέτη με 1000 συμμετέχοντες βρήκε ότι οι άνθρωποι που βρίσκονταν κάτω από σοβαρό οικονομικό στρες αλλά έλαβαν υψηλά επίπεδα υλικής υποστήριξης ήταν λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε κατανάλωση αλκοόλ, ενώ αυτοί που έλαβαν χαμηλά επίπεδα υποστήριξης ήταν ιδιαίτερος πιθανό να επιδείξουν τέτοια συμπεριφορά (Pierce et al., 1996). Η απλή κουβέντα με άλλους ανθρώπους μπορεί να μετριάσει το στρες, ακόμα και αν δε λυθεί το πρόβλημα. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να βοηθήσουν τους ανθρώπους με υψηλά επίπεδα υποστήριξης να έχουν καλύτερη υγεία.

Η δεύτερη υπόθεση που περιγράφει τη σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας λέγεται *υπόθεση των άμεσων επιδράσεων*. Η προστατευτική υπόθεση υποδεικνύει ότι η κοινωνική υποστήριξη ωφελεί την υγεία μόνο σε στιγμές έντονου στρες, αλλά άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθά την υγεία ανεξαρτήτως του ποσού του στρες που βιώνουν τα άτομα (Wills, 1984). Σύμφωνα με αυτή την άποψη, τα άτομα επωφελούνται από την κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια στιγμών έντονου και χαμηλού στρες. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να βοηθηθεί έχοντας συναισθηματική υποστήριξη από τους φίλους του όταν βρίσκεται σε έντονο στρες κατά τη διάρκεια εξεταστικής περιόδου, αλλά μπορεί επίσης να βοηθηθεί από αυτή την

υποστήριξη και σε στιγμές χαμηλού στρες. Αυτή η υπόθεση, η *υπόθεση των άμεσων επιδράσεων* επιβεβαιώνει την άποψη ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους που βιώνουν τόσο χαμηλά όσο και υψηλά επίπεδα στρες (Sanderson, 2004).

Οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις στάσεις τους και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (Stroebe & Stroebe, 1996). Οι άνθρωποι που έχουν περισσότερες κοινωνικές επαφές είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως κάπνισμα και κατάχρηση αλκοόλ, και είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε συμπεριφορές προαγωγής της υγείας (Barrera, Chassin, & Rogosch, 1993· Matton & Zimmerman, 1992· Windle, 1992). Σημαντικοί άλλοι μπορεί να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες περίθαλψης και να ακολουθήσουν ιατρικές συνταγές ούτως ώστε να διαχειριστούν την υπάρχουσα αρρώστια (π.χ. να υπενθυμίσει κάποιος σε ένα διαβητικό να ελέγξει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα). Πράγματι, άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες περίθαλψης (Wallston et al., 1983) και να εμμένουν στις ιατρικές συνταγές (Christensen et al., 1992· Wallston et al., 1983).

Η έλλειψη της κοινωνικής συντροφικότητας, όπως παρέχεται από το γάμο ή τους φίλους, είναι πιθανό να οδηγήσει σε μοναξιά, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με δυσφορία, κατάθλιψη και αρνητικά σωματικά συμπτώματα (Peplu, 1985· Stroebe & Stroebe, 1996). Για να εξετάσει την επίδραση της συντροφικότητας στην υγεία, ο Rook (1987) μέτρησε επίπεδα του στρες, της κοινωνικής υποστήριξης, της συντροφικότητας και των σωματικών συμπτωμάτων σε ένα δείγμα με πάνω από 1000 κατοίκους της California στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Αυτή η έρευνα έκανε διάκριση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη, η οποία περιελάμβανε ανθρώπους με τους οποίους μπορεί κάποιος να μιλά για τα προσωπικά του θέματα, να βοηθά στις δουλειές του σπιτιού και να έχει συμβουλή όταν παίρνει σημαντικές αποφάσεις, και στην κοινωνική συντροφικότητα, η οποία περιελάμβανε ανθρώπους με τους οποίους μπορεί κάποιος να τρώει γεύματα, να επισκέπτεται και να εμπλέκεται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Τα ευρήματα του Rook επισημαίνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη βοήθησε τους ανθρώπους σε περιόδους στρες (σε συμφωνία με την προστατευτική υπόθεση) και η κοινωνική συντροφικότητα οδήγησε σε θετική ευημερία ανεξαρτήτως των επιπέδων του στρες (σε συμφωνία με την υπόθεση των άμεσων επιδράσεων). Αυτή η μελέτη τονίζει ότι οι ερευνητές πρέπει να διακρίνουν τα διάφορα είδη της υποστήριξης, όπως την άμεση βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων, η οποία μπορεί να είναι ιδιαιτέρως ευεργετική στην υγεία όταν οι άνθρωποι βιώνουν στρες, και τη συντροφική υποστήριξη, όπως την ακρόαση των προβλημάτων των ανθρώπων και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι ευεργετική στην υγεία γενικά.

Η προστατευτική υπόθεση και η υπόθεση των άμεσων επιδράσεων διαφέρουν ως προς το εάν η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται ευεργετική για την υγεία όλες τις στιγμές ή μόνο κατά τη διάρκεια στιγμών στρες. Άλλες υποθέσεις υποδεικνύουν ότι συγκεκριμένα είδη κοινωνικής υποστήριξης είναι ευεργετικά σε συγκεκριμένα είδη στρες. Σύμφωνα με την *υπόθεση συμφωνίας*, τα άτομα επωφελούνται από τη λήψη κοινωνικής υποστήριξης που ταιριάζει με το συγκεκριμένο πρόβλημά τους (Cohen, & Wills, 1985· Cutrona, & Russel, 1990).

Αρκετές έρευνες επισημαίνουν ότι οι άνθρωποι σε διαφορετικές καταστάσεις πράγματι επωφελούνται από τα διαφορετικά είδη υποστήριξης. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση των ελεγχόμενων γεγονότων (τα οποία μπορούν να λυθούν ή να διορθωθούν), οι άνθρωποι επωφελούνται από τη λήψη διαφόρων ειδών υποστήριξης (Cutrona, & Russel, 1990). Για παράδειγμα, η υλική υποστήριξη σχετίζεται συνεχώς με την καλύτερη σωματική και ψυχολογική υγεία για τους νέους γονείς. Η εγκυμοσύνη, η γέννηση και η φροντίδα ενός παιδιού είναι γεγονότα τα οποία οι άνθρωποι αρχικά ίσως δυσκολευθούν να αντιμετωπίσουν. Εντούτοις, η υλική υποστήριξη, όπως συμβουλές για τη φροντίδα του βρέφους, οικονομική βοήθεια και βοήθεια με τη φροντίδα του βρέφους, μπορεί να μετριάσει αυτό το στρες και με αυτόν τον τρόπο να ωφελήσει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των νέων γονιών. Παρομοίως, τα θύματα των φυσικών καταστροφών επωφελούνται ιδιαίτερος από την υλική υποστήριξη (Norris & Kaniasty, 1996).

Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση των ανεξέλεγκτων γεγονότων, όπως η έλλειψη του/της συζύγου, οι πρακτικοί τύποι της υποστήριξης δε θα είναι τόσο αποτελεσματικοί γιατί δε θα βοηθήσουν τους ανθρώπους να λύσουν ή να εξαφανίσουν το στρεσογόνο παράγοντα. Η συναισθηματική υποστήριξη θα ήταν τότε πιο χρήσιμη σε αυτές τις περιπτώσεις. Μάλιστα, μια έρευνα με ασθενείς με χρόνια ασθένεια βρήκε ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με ανεβασμένο ηθικό και λιγότερες ιατρικές επιπλοκές (Dimond, 1979). Ομοίως, ασθενείς με καρκίνο του μαστού επωφελούνται από τη συναισθηματική υποστήριξη αλλά όχι από την υλική υποστήριξη (Helgeson & Cohen, 1996). Αυτή η έρευνα τονίζει τη σημασία της λήψης «του σωστού τύπου» υποστήριξης για ένα δεδομένο πρόβλημα.

Οι άνθρωποι επωφελούνται επίσης όταν λαμβάνουν βοήθεια από ανθρώπους που αντιμετωπίζουν μια παρόμοια κατάσταση. Οι ομοιοπαθείς μπορούν να παρέχουν πληροφορίες στο άτομο σχετικά με χρήσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς επίσης και πρότυπα για να κρίνει ο καθένας τις δικές του αντιδράσεις (Thoits, 1986). Η επαφή με ομοιοπαθείς μπορεί να επιτρέψει στα άτομα να απελευθερώσουν τα συναισθήματά τους προς αυτούς που είναι πιθανό να τους κατανοήσουν και να τους παρέχουν σημαντική συναισθηματική υποστήριξη. Μια έρευνα με ασθενείς που είχαν προγραμματίσει εγχείρηση καρδιάς βρήκε ότι όσοι μοιράζονταν το δωμάτιο του

νοσοκομείου και μάλιστα με κάποιο άτομο που είχε ξανακάνει τη συγκεκριμένη εγχείρηση, ανέφεραν λιγότερο άγχος και πήραν εξιτήριο νωρίτερα (Kulik, Mahler, & Moore, 1996).

### *1.2.1. Κοινωνική υποστήριξη και φύλο*

Κάποιοι ερευνητές έχουν εξετάσει εάν οι άντρες ή οι γυναίκες ωφελούνται περισσότερο με όρους υγείας από την κοινωνική υποστήριξη (Schwarzer & Leppin, 1989). Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες τείνουν να λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από τους άνδρες (Cohen et al., 1984). Οι γυναίκες τυπικά έχουν ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο και περισσότερους έμπιστους ανθρώπους (Depner & Ingersoll, 1982). Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να έχουν ένα έμπιστο άτομο: μια έρευνα βρήκε ότι τα δύο τρίτα των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν «ένα καλό φίλο» σε σχέση με το 25% των ανδρών (Rubin, 1986). Εντούτοις, αυτά τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα δεν παρέχουν μόνο υποστήριξη στις γυναίκες, αλλά επίσης τους εξασφαλίζει περισσότερους ανθρώπους στους οποίους υποτίθεται ότι δίνουν υποστήριξη, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί στρες (Cohen et al., 1984· Flaherty & Richman, 1989· Kessler, McLeod, & Washington, 1985). Οι γυναίκες είναι περισσότερο προσανατολισμένες στις ανάγκες των άλλων (Eisenberg & Lennon, 1983 Gilligan, 1982) και είναι πιο πιθανό να παρέχουν υποστήριξη στους ηλικιωμένους γονείς τους, τα παιδιά και τους φίλους τους συγκριτικά με τους άνδρες ( Kessler et al., 1985).

Οι γυναίκες όχι μόνο δίνουν και παίρνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη από τους άνδρες, αλλά και επωφελούνται περισσότερο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά από τη λήψη της κοινωνικής υποστήριξης (Antonucci & Akiyama, 1987 Schwarzer & Leppin, 1989). Οι γυναίκες με λιγότερη υποστήριξη είναι πιο πιθανό να βιώσουν κατάθλιψη και άγχος (Flaherty & Richman, 1989), ενώ αυτές που δεν έχουν ένα έμπιστο άτομο είναι πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα ψυχολογικής και σωματικής δυσφορίας (Miller & Ingham, 1976). Στις παραπάνω έρευνες δεν υπήρχε καμία σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας στους άνδρες. Έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες ωφελούνται περισσότερο όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με τους άνδρες όταν έχουν ένα ευρύ κοινωνικό δίκτυο. Ευρήματα από την έρευνα στην επαρχία της Alameda έδειξαν ότι οι γυναίκες με λίγες κοινωνικές επαφές είχαν ένα δείκτη θνησιμότητας 2.8 φορές μεγαλύτερο από εκείνες που είχαν αρκετές κοινωνικές επαφές, ενώ οι άνδρες με λίγες κοινωνικές επαφές είχαν ένα δείκτη θνησιμότητας μόνο 2.3 φορές μεγαλύτερο από εκείνους που είχαν αρκετές κοινωνικές επαφές (Berkman & Syme, 1979).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι γυναίκες επωφελούνται περισσότερο από την κοινωνική υποστήριξη συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ οι άνδρες επωφελούνται περισσότερο από

το γάμο (Chesney & Darbes, 1998). Αν και ο θάνατος του/της συζύγου σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, η απώλεια της συζύγου είναι ιδιαίτερος σφοδρή για τους άνδρες (Martikainen & Valkonen, 1996; Stroebe & Stroebe, 1996). Μια έρευνα εξέτασε τους δείκτες θνησιμότητας σε 8000 ανθρώπους που ήταν παντρεμένοι ή χήροι (Helsing & Szklo, 1981). Αν και δεν υπήρχαν διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας ανάμεσα στις γυναίκες που ήταν παντρεμένες σε σχέση με τις χήρες (23.2% και 24.1% αντίστοιχα), οι χήροι βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από διάφορες αιτίες, όπως μολυσματικές ασθένειες, ατυχήματα και αυτοκτονία, από ότι οι άνδρες που η σύζυγός τους ζούσε ακόμα (65.3% έναντι 51.8% αντίστοιχα). Η διαφορά στο δείκτη θνησιμότητας για τους παντρεμένους έναντι των χήρων ήταν ιδιαίτερος μεγάλη στους άνδρες άνω των 55 ετών.

Ένας λόγος για τον οποίο οι γυναίκες που βιώνουν το θάνατο του συζύγου δεν υποφέρουν από τις ίδιες αρνητικές επιδράσεις για την υγεία συγκριτικά με τους άνδρες ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα ευρεία κοινωνικά δίκτυα των γυναικών τους διευκολύνουν να παίρνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη μετά το θάνατο του συζύγου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν περισσότερους φίλους με τους οποίους μπορούν να μιλήσουν για αυτήν την απώλεια, και αυτή η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη υγεία (Stroebe & Stroebe, 1983). Επιπλέον οι άνδρες γενικά αναζητούν συναισθηματική υποστήριξη από τις συζύγους τους, αλλά οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναζητούν υποστήριξη από τα παιδιά, τους φίλους και άλλα μέλη της οικογένειάς τους (Kohen, 1983). Οι παντρεμένοι άνδρες μπορεί να βασίζονται στις συζύγους τους για να διατηρήσουν επαφές με τους φίλους και τα μέλη της οικογένειας για αυτό το λόγο ίσως αισθανθούν την απώλεια της υποστήριξης όχι μόνο από τις συζύγους τους αλλά και από τους άλλους. Τέλος, επειδή οι γυναίκες τείνουν να ζουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες που χάνουν ένα σύζυγο είναι πιο πιθανό να βρουν μια ευρεία ομάδα υποστήριξης αποτελούμενη από ομοιοπαθείς (Stroebe & Stroebe, 1983).

Μια άλλη πιθανότητα είναι ότι επειδή η γυναίκα στο γάμο συνηθίζει να επωμίζεται καθημερινά τις ευθύνες του νοικοκυριού, οι άνδρες που βιώνουν το θάνατο της συζύγου, επωμίζονται εκ νέου πολλές οικιακές ευθύνες. Για παράδειγμα, μια έρευνα με παντρεμένα ζευγάρια βρήκε ότι οι γυναίκες ανέφεραν μια αύξηση του χρόνου που περνούσαν κάνοντας δουλειές του σπιτιού σε μέρες που οι σύζυγοί τους αντιμετώπιζαν στρες στον εργασιακό τους χώρο, ενώ δεν υπήρχε καμία συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο του εργασιακού στρες των γυναικών και τη συμμετοχή των συζύγων τους στις δουλειές του σπιτιού (Bolger et al., 1989).

### *1.2.2. Κοινωνική υποστήριξη και κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές*

Αν και ελάχιστες έρευνες έχουν εξετάσει τη σχέση της εθνικότητας με την κοινωνική υποστήριξη και την υγεία, οι εθνικές ομάδες μπορεί να ποικίλλουν στο ποσό της κοινωνικής υποστήριξης που παρέχουν και προσδοκούν τα μέλη τους. Τουλάχιστον στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανοαμερικανοί τείνουν να έχουν μεγαλύτερα οικογενειακά δίκτυα από ότι οι ευρωπαϊκές αμερικανικές οικογένειες (Berkman, 1986· Neighbors, 1997). Συγκριτικά με τους Καυκάσιους, οι Αφροαμερικανοί έχουν περισσότερη ανεξαρτησία και μεγαλύτερη συχνότητα επαφών με τα μέλη της οικογένειάς τους (Chatters & Taylor, 1993· Dressler, 1985). Για παράδειγμα, ο Timmer και συνεργάτες βρήκαν ότι τα νιόπαντρα αφροαμερικανικά ζευγάρια επισκέπτονταν τις οικογένειές τους με μεγαλύτερη συχνότητα συγκριτικά με τους Καυκάσιους (Timmer, Veroff, & Hatchett, 1996).

Κάποιες έρευνες έχουν εξετάσει εάν τα άτομα που ζουν σε χώρες που θέτουν μεγάλη προτεραιότητα στην ανεξαρτησία και την κοινωνική ομάδα τους, έχουν καλύτερη υγεία (Bond, 1991· Triandis et al., 1988). Οι χώρες με κοινωνικούς κανόνες επαφής θα μπορούσαν να προωθήσουν καλύτερη υγεία με ποικίλους τρόπους, όπως να προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη σε ηλικιωμένους συγγενείς και να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να συζητούν ανοιχτά για τα προβλήματά τους (Bond, 1991). Επιπλέον, τα κοινωνικά δίκτυα σε πολλές κοινωνίες παραμένουν μεγάλα και ποικίλα, αποτελούμενα από μια πληθώρα ανθρώπων που ανήκουν ή όχι στην οικογένεια και στηρίζεται ο ένας στον άλλο τόσο για την υλική (π.χ. χρήματα, μεταφορά, υπηρεσίες) όσο και για τη μη υλική (συναισθηματική βοήθεια, συμβουλές, πληροφορίες) υποστήριξη (Taylor, Casten, & Flicklinger, 1993).

Η ζωή σε ένα πολιτισμό που παρέχει περισσότερη υποστήριξη, θα μπορούσε να προστατεύσει τους ανθρώπους από το στρες και θα οδηγούσε σε χαμηλότερους δείκτες ασθενειών και σε μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Για παράδειγμα, ο Ιαπωνικός πολιτισμός θέτει υψηλή προτεραιότητα στις επαφές κάποιου με την οικογένεια και τις κοινωνικές ομάδες και γι' αυτό ο δείκτης των καρδιακών παθήσεων είναι χαμηλός (Reed et al., 1983). Αυτός ο χαμηλός δείκτης καρδιακών παθήσεων δε φαίνεται να είναι θέμα γονιδίων αφού οι Ιάπωνες που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη καρδιακών παθήσεων από αυτούς που ζουν στην Ιαπωνία. Η διαφορά στους δείκτες καρδιακών παθήσεων δε μπορεί να εξηγηθεί από άλλους πιθανούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, τη διατροφή και την αρτηριακή πίεση. Αυτή η έρευνα τονίζει ότι οι άνθρωποι που ζουν σε πολιτισμούς που δίνουν έμφαση στην ανεξαρτησία είναι γενικά πιο υγιείς από αυτούς που ζουν σε εγωκεντρικές χώρες, όπως τις ΗΠΑ (Sanderson, 2004).

Μέσα στις ΗΠΑ υπάρχει κάποια ένδειξη ότι οι άνθρωποι που ζουν σε πιο συνεκτικές και υποστηρικτικές κοινωνίες έχουν καλύτερη υγεία. Μια εικοσιπεντάχρονη έρευνα που διεξήχθη στο Roseto της Pennsylvania βρήκε ότι αν και οι κάτοικοι σε εκείνη την πόλη είχαν παρόμοιες συνήθειες υγείας με τους κατοίκους διπλανών πόλεων, όπως το κάπνισμα, η άσκηση και οι διατροφικές συνήθειες, είχαν χαμηλούς δείκτες καρδιακών προσβολών, άλλων διαταραχών στρες και θανάτων (Wolf, 1969). Οι ερευνητές βρήκαν ότι όλοι σχεδόν οι κάτοικοι ήταν ιταλικής καταγωγής και ότι οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και των γειτόνων ήταν πολύ στενές. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούν κάποιες έρευνες αναφορικά με τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης τόσο με την ψυχική όσο και με τη σωματική υγεία.

Η πρώτη δημοσιευμένη έρευνα για τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της θνησιμότητας διεξήχθη από τους Berkman και Syme (1979). Συνέλεξαν δεδομένα από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 7000 ανδρών και γυναικών που ζούσαν στην επαρχία Alameda της California το 1965. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μετρήσεις τεσσάρων τύπων κοινωνικών δεσμών (όπως γάμος, επαφές με την οικογένεια και φίλους, συμμετοχή στην εκκλησία και άλλους τυπικούς και μη τυπικούς ομαδικούς δεσμούς) και της κατάστασης της σωματικής τους υγείας. Οι ερευνητές τότε συνέλεξαν δεδομένα για τη θνησιμότητα από το 1965 έως το 1974 για να εξετάσουν τους δείκτες θνησιμότητας ως λειτουργία των κοινωνικών δεσμών. Γενικά οι άνθρωποι που δεν είχαν κοινωνικές επαφές ήταν δύο ή τρεις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συγκριτικά με εκείνους που είχαν κοινωνικούς δεσμούς. Ο συνδυασμός μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας ήταν αληθινός όχι μόνο για το συνδυασμένο πίνακα των τεσσάρων διαφορετικών τύπων κοινωνικής υποστήριξης, αλλά για κάθε μία μέτρηση των κοινωνικών δεσμών ξεχωριστά. Επιπλέον, ο αριθμός των κοινωνικών δεσμών προέβλεπε ξεχωριστά την καθεμία αιτία θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων και του καρκίνου.

Μια άλλη έρευνα ευρείας κλίμακας για τη σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας διεξήχθη από τον House και συνεργάτες (1982) στο Tecumseh του Michigan. Η έρευνα όταν άρχισε περιελάμβανε 2754 συμμετέχοντες ηλικίας 35 έως 69 ετών. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για τις κοινωνικές τους δραστηριότητες και σχέσεις, συμπλήρωσαν αρκετές βιοιατρικές εξετάσεις (π.χ. χοληστερόλη, υπέρταση, επίπεδα γλυκόζης στο αίμα) και παρακολουθήθηκαν για μια περίοδο διάρκειας από 10 έως 12 έτη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μεγαλύτερη εμπλοκή σε κοινωνικές δραστηριότητες και σχέσεις, όπως ο γάμος, η συμμετοχή στην εκκλησία, σε εθελοντικές οργανώσεις και κοινοτικές δραστηριότητες, προβλέπει μεγαλύτερη διάρκεια ζωής τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.



Παρακολουθώντας τις δημοσιεύσεις αυτών των πρώτων ερευνητικών μελετών, οι ερευνητές ενδιαφέρθηκαν να εξετάσουν τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την υγεία. Όπως απεδείχθη, η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με μια ποικιλία θετικών αποτελεσμάτων για την υγεία, όπως μεγαλύτερη σωματική και ψυχική ευημερία, ταχύτερη ανάρρωση από τις αρρώστιες, και το πιο σημαντικό, χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Stroebe & Stroebe, 1996).

### *1.2.3. Κοινωνική υποστήριξη και σωματική υγεία*

Τα άτομα με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη βιώνουν καλύτερη σωματική καθώς και ψυχική ευημερία (Hays et al., 1992· Holahan et al., 1997· House, Landis, & Umberson, 1988). Μια έρευνα με 3809 Ιάπωνες Αμερικανούς της California βρήκε ότι ο κίνδυνος του πόνου από στεφανιαία νόσο ήταν σχεδόν διπλάσιος για αυτούς που είχαν τα μικρότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης συγκριτικά με εκείνους που λάμβαναν τα υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης (Berkman, 1985). Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και για τις γυναίκες (Blumenthal et al., 1987). Οι άνδρες που λαμβάνουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης είναι δύο φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν υψηλά επίπεδα συγκεκριμένων γονιδίων του προστάτη, μία ένδειξη του καρκίνου του προστάτη, σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλά επίπεδα υποστήριξης (Stone et al., 1999). Στην πραγματικότητα, η επίδραση της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία είναι εφάμιλλη της επίδρασης του καπνίσματος (House et al., 1988).

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ιδιαιτέρως ευεργετική για τους ηλικιωμένους. Οι συνεχείς αλλαγές, η διαδικασία της γήρανσης, οι χρόνιες ασθένειες και οι πολλαπλές απώλειες αυξάνουν την ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη στους ηλικιωμένους (Johnson, 1998). Έρευνες κατέδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ασχολούνται περισσότερο με δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας και μειωμένους δείκτες θνησιμότητας (Adams et al., 2000· Martin, & Panicucci, 1992).

Έγκυες γυναίκες που έχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης βιώνουν αρκετά πλεονεκτήματα, όπως λιγότερες επιπλοκές κατά την κύηση, υγιέστερα και παχύτερα παιδιά και χαμηλότερους δείκτες επιλόχειας κατάθλιψης (Collins et al., 1993· Norbeck & Tilden, 1983). Σε μια έρευνα, 117 γυναίκες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για το στρες και την κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια του δευτέρου εξαμήνου της κύησης και αργότερα συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τις εμπειρίες τους με την εγκυμοσύνη, τις ωδίνες τοκετού και τον

τοκετό (Norbeck & Tilden, 1983). Ανάμεσα στις γυναίκες που έζησαν μεγάλες αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. ληστεία, μετακόμιση, θάνατος προσφιλούς ατόμου), η λήψη μικρής υποστήριξης συνδύαστηκε με περισσότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς επίσης και με επιπλοκές με το βρέφος αμέσως μετά τη γέννηση. Οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα υποστήριξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πιθανόν να ενθαρρύνονται να έχουν πιο υγιείς συμπεριφορές (π.χ. θρεπτική διατροφή, τακτικός προγεννητικός έλεγχος), να λαμβάνουν βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού (π.χ. καθάρισμα) και να λαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη.

Οι έγκυες γυναίκες που έχουν ένα υποστηρικτικό σύντροφο κατά τη διάρκεια των ωδίνων τοκετού έχουν σημαντικά λιγότερες επιπλοκές κατά τον τοκετό (Kennell et al., 1991· Sosa et al., 1980). Για παράδειγμα, μια έρευνα βρήκε ότι 8% των γυναικών που βοηθήθηκαν από ένα εκπαιδευμένο υποστηρικτικό σύντροφο είχαν μια καισαρική τομή σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα ελέγχου που δεν είχαν παρών ένα σύντροφο (Kennell et al., 1991). Αυτές οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν αναισθητικό. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για άλλες μετρήσεις της εμπειρίας της γέννας, όπως η διάρκεια των ωδίνων και της νοσηλείας του βρέφους καθώς επίσης και του μητρικού πυρετού. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με 40 μητέρες, αυτές που είχαν ένα υποστηρικτικό σύντροφο είχαν ένα μέσο όρο διάρκειας ωδίνων τις 8.7 ώρες συγκριτικά με τις 19.3 ώρες που είχαν όσες στερούνταν τέτοιας υποστήριξη (Sosa et al., 1980). Αυτές που είχαν ένα υποστηρικτικό σύντροφο αλληλεπιδρούσαν πιο θετικά με τα βρέφη τους μετά τον τοκετό. Η παρουσία ενός υποστηρικτικού προσώπου μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο του τοκετού τόσο ψυχολογικά όσο και φυσιολογικά. Για παράδειγμα, αυτή η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να μειώσουν το άγχος τους, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να διευκολύνει τις συστολές της μήτρας και τη ροή των υγρών (Sanderson, 2004).

Οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αναρρώνουν ταχύτερα από τις αρρώστιες. Για παράδειγμα, αυτοί που έχουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη αναρρώνουν ταχύτερα από νεφρική ανεπάρκεια (Dimond, 1979), λευχαιμία (Magni et al., 1988) και εγκεφαλικό (Robertson, & Suinn, 1968). Οι Schwartz και Frohner (2005) σε έρευνά τους με ασθενείς που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση, βρήκαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη, τον πόνο, την κούραση και τη γενική αξιολόγηση υγείας. Όσο περισσότερη κοινωνική υποστήριξη λάμβανε ένα άτομο, τόσο λιγότερο πονούσε και υπέφερε και τόσο καλύτερα αξιολογούσε την κατάσταση της υγείας του. Ο Ethgen και συνεργάτες (2004) βρήκαν ότι η ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη παίζει το πιο σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ανθρώπων που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα. Η μείωση του πόνου και η αποκατάσταση της λειτουργίας θα μπορούσαν να υποβοηθηθούν από το στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης. Ο Saltzstein και συνεργάτες (1998) διαπίστωσαν ότι η βελτίωση στην κατάσταση

υγείας των ανθρώπων με Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης συνδεόταν με την κοινωνική υποστήριξη. Εντούτοις, η απόκτηση επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να είναι ιδιαίτερος δύσκολη για τα άτομα με Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης. Οι Anderson και Ferrans (1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι πιθανό τα άτομα με Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης να λαμβάνουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Μια έρευνα με ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση καρδιάς εξέτασε το συσχετισμό της συζυγικής υποστήριξης με την ανάρρωση (Helgeson, 1991). Τα ευρήματα επισημαίνουν ότι η λήψη μεγάλης κοινωνικής υποστήριξης από τους συζύγους και τις συζύγους προέβλεπε μικρότερη στηθάγχη και μικρότερη πιθανότητα επιστροφής στο νοσοκομείο. Επιπλέον, αυτοί που είχαν περισσότερη υποστήριξη ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα στηθάγχης και μικρότερη λειτουργική διακοπή όσον αφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες ένα χρόνο μετά από την εγχείρηση (King et al., 1993). Επιπλέον, αρκετές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική ενσωμάτωση είναι ευεργετική γιατί βοηθά τα άτομα να αναρρώσουν από καρδιακά επεισόδια (Ell & Haywood, 1984; Fontana et al., 1989), βοηθά να μειωθεί η ανατροφοδότηση του στρες (Fontana et al., 1999; Kiecolt-Glaser, & Greenberg, 1984) και σχετίζεται με χαμηλή πίεση (Cottingham et al., 1985).

Ο James Kulik και ο Heike Mahler (1989) εξέτασαν τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης και της ταχύτητας ανάρρωσης από εγχείρηση καρδιάς (bypass). Πενήντα έξι καρδιοπαθείς ερωτήθηκαν πριν από την εγχείρηση για την ποιότητα του γάμου τους και τα επίπεδα άγχους. Μετά από την εγχείρηση, οι ερευνητές αξιολόγησαν πόσο συχνά οι ασθενείς έπαιρναν φαρμακευτική περίθαλψη, πόσο περπατούσαν καθώς επίσης και τον αριθμό των ωρών ανάμεσα στο τέλος της εγχείρησης και την άδεια έκδοσής τους από τη μονάδα εντατικής θεραπείας στο γενικό θάλαμο του νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες με βάση την ποιότητα των συζυγικών τους σχέσεων καθώς και το ποσό της υποστήριξης που έλαβαν από τις συζύγους τους μετά από την εγχείρηση (βασίζόμενοι στον αριθμό των επισκέψεων από τις συζύγους τους). Οι ερευνητές επίσης εξέτασαν την ανάρρωση σε μια ομάδα ελέγχου η οποία αποτελείτο από 16 ανύπαντρους ασθενείς.

Όπως αναμενόταν, η λήψη κοινωνικής υποστήριξης οδήγησε σε ταχύτερη ανάρρωση από την εγχείρηση καρδιάς. Αν και οι άνδρες τόσο στις ομάδες υψηλής ποιότητας γάμου όσο και στις ομάδες χαμηλής ποιότητας γάμου είχαν παρόμοιες ενδείξεις υγείας και δε διέφεραν ως προς το ποσό του άγχους που ένιωθαν, αυτοί που έλαβαν περισσότερη υποστήριξη μετά από την εγχείρηση ζήτησαν λιγότερη φαρμακευτική περίθαλψη και ανάρρωσαν ταχύτερα συγκριτικά με εκείνους που είχαν λίγη υποστήριξη. Για παράδειγμα, οι παντρεμένοι ασθενείς που έλαβαν μεγάλη υποστήριξη πήραν εξιτήριο κατά μέσο όρο 1.26 μέρες νωρίτερα συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν λίγη υποστήριξη. Ενώ η ποιότητα του γάμου δεν ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της

ταχύτητας ανάρρωσης, τα άτομα που ήταν παντρεμένα και έλαβαν λίγη υποστήριξη είχαν βραδύτερους ρυθμούς ανάρρωσης σε σχέση με τους ανύπαντρους. Αυτό το εύρημα επισημαίνει ότι ενώ η λήψη υψηλών επιπέδων κοινωνικής υποστήριξης από το/τη σύζυγο είναι ευεργετική για την ανάρρωση μετά από σοβαρή εγχείρηση, η ζωή μέσα σε ένα μη υποστηρικτικό γάμο μπορεί να έχει μια αρνητική επίδραση στην ανάρρωση (Sanderson, 2004).

Επιπλέον, η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας (Berkman & Syme, 1979· Hanson et al., 1988· Kaplan et al., 1988· Orth-Gomer & Johnson, 1988· Rosengren et al., 1993). Για παράδειγμα, στην έρευνα που διεξήχθη στην επαρχία Durham της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ (Blazer, 1982) δε βρέθηκε συσχετισμός των αυξημένων δεικτών θνησιμότητας με την προοδευτική ελάττωση της κοινωνικής υποστήριξης. Σε μια έρευνα με κατοίκους της επαρχίας Evans στη Georgia των ΗΠΑ, αυτοί που είχαν ελάχιστους δεσμούς, παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Τα ευρήματα που αναφέρθηκαν ήταν σημαντικά μόνο για τους λευκούς ηλικιωμένους και όχι για τα έγχρωμα άτομα ή τις λευκές γυναίκες (Schoenbach et al., 1986).

Ο Rosengren και συνεργάτες (1993) εξέτασαν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε ένα δείγμα 752 πενήντάχρονων ανδρών στη Σουηδία. Η συναισθηματική υποστήριξη (δηλαδή το να έχει κανείς σημαντικές στενές σχέσεις), όχι μόνο η κοινωνική ενσωμάτωση (δηλαδή το να έχει κανείς ευρεία κοινωνικά δίκτυα), συνδυάστηκε με χαμηλή θνησιμότητα κατά την επόμενη δεκαετία της ζωής τους. Επιπλέον, ενώ οι άνδρες με πολλά στρεσογόνα γεγονότα είχαν γενικά μεγαλύτερη θνησιμότητα, αυτή η επίδραση ίσχυε μόνο για εκείνους που έλαβαν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής υποστήριξης. Προφανώς η λήψη υψηλών επιπέδων συναισθηματικής υποστήριξης τους προστάτευε από τις αρνητικές επιπτώσεις των στρεσογόνων γεγονότων στην υγεία.

Ο συσχετισμός της κοινωνικής υποστήριξης και του προσδόκιμου ζωής βρέθηκε ακόμα και σε ανθρώπους που είναι άρρωστοι (Berkman, Leo-Summers, & Horowitz, 1992· Williams et al., 1992). Για παράδειγμα, το ποσοστό των ανύπαντρων ανθρώπων που πεθαίνει από στεφανιαία νόσο είναι διπλάσιο από το ποσοστό των παντρεμένων ανθρώπων (Schwarzer & Leppin, 1992). Μια έρευνα με πάνω από 1000 καρδιοπαθείς βρήκε ότι εκείνοι με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη (συνήθως από το/τη σύζυγο ή κάποιο έμπιστο πρόσωπο), είχαν μικρότερους δείκτες θνησιμότητας (Williams et al., 1992). Ογδόντα δύο τοις εκατό εκείνων που ήταν παντρεμένοι ή είχαν κάποιο έμπιστο πρόσωπο έζησαν για τουλάχιστον 5 χρόνια συγκριτικά με το 50% εκείνων που δεν είχαν τέτοια υποστήριξη. Αρκετές έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στις φυσιολογικές διαδικασίες που μπορούν να οδηγήσουν σε ασθένειες (Kennedy, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1990· Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996· Uchino, Uno, & Holt-Lunstad, 1999).

Συγκεκριμένα, ο Uchino και συνεργάτες (1996) διαπίστωσαν ένα σύνδεσμο μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Οι άνθρωποι που έχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, έχουν λιγότερους καρδιακούς χτύπους και χαμηλότερη αρτηριακή πίεση από αυτούς που δεν έχουν αυτήν την υποστήριξη (Bland et al., 1991· Linden et al., 1993· Udden, Orth-Gomer, & Elofsson, 1991). Για παράδειγμα, ο Udden και συνεργάτες (1991) βρήκαν ότι τα άτομα που είχαν υψηλή κοινωνική υποστήριξη στην εργασία τους είχαν χαμηλότερο μέσο όρο καρδιακών χτύπων καθώς επίσης και χαμηλότερη αρτηριακή πίεση. Επειδή η υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, αυτή η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με την αρτηριακή πίεση συνιστά μια υπόθεση κατά την οποία μεγαλύτερη υποστήριξη οδηγεί σε καλύτερη υγεία.

Σε μια έρευνα με 1234 καρδιοπαθείς ηλικίας 25-75 ετών που ζούσαν μόνοι τους, ο Case και συνεργάτες (1992) διαπίστωσαν ότι υπήρχαν διπλάσιες πιθανότητες να υποστούν ένα δεύτερο καρδιακό επεισόδιο. Επιπλέον, οι ασθενείς που ζούσαν μόνοι τους είχαν πολλές πιθανότητες να πεθάνουν μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Οι επιδράσεις της μοναχικής διαβίωσης μπορούσαν να συγκριθούν με άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιακή προσβολή, όπως προηγούμενη βλάβη στον καρδιακό μυ και διαταραχή του καρδιακού ρυθμού. Με άλλα λόγια, το να ζει κάποιος μόνος είναι ένα προειδοποιητικό σήμα για μελλοντικά προβλήματα, όπως βλάβη στον καρδιακό μυ. Ένα από τα ενδιαφέροντα ευρήματα της έρευνας ήταν ότι το διαζύγιο ή ο θάνατος του/της συζύγου δεν ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για δεύτερη καρδιακή προσβολή ή το θάνατο (Case et al., 1992). Σε μια σχετική έρευνα με 1368 άνδρες και γυναίκες καρδιοπαθείς, ο συνδυασμός της ανεπαρκούς κοινωνικής επαφής με το χαμηλό εισόδημα ήταν ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για θάνατο από καρδιακή πάθηση. Ένας σημαντικός παράγοντας ήταν το εισόδημα. Οι ασθενείς με ένα ετήσιο εισόδημα κάτω από 10000 δολάρια ήταν πιο πιθανό να υποκύψουν σε καρδιακή πάθηση σε σχέση με εκείνους που το εισόδημά τους ξεπερνούσε τα 40000 δολάρια. Επιπλέον, η κοινωνική απομόνωση έκανε πιο σοβαρή την επίδραση του χαμηλού εισοδήματος (Williams et al., 1992).

Αρκετές έρευνες επισημαίνουν ότι η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με αυξημένη ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Motzer & Stewart, 1996· Rankin, Fukuoka, 2003· Wingate, 1995· Woloshin et al., 1997) και υψηλότερη ποιότητα ζωής ανάμεσα στους ανθρώπους με στεφανιαία νόσο (Bosworth et al, 2000· Emery et al., 2004· Janevic et al., 2004· Yates, 1995). Οι ευεργετικές επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόγνωση των ασθενών, ενώ είναι παρούσα η καρδιακή πάθηση, έχουν φανεί στους άνδρες (Hedblad et al., 1992· Orth-Gomer et al., 1993). Εντούτοις, οι γυναίκες σπάνια έχουν συμπεριληφθεί σε μεγάλους αριθμούς, προκειμένου να εξετασθεί η κοινωνική τους υποστήριξη σε σχέση με τις καρδιακές

παθήσεις (Brezinka & Kittel, 1996· Bunker et al., 2003). Σε έρευνα με μεσήλικες γυναίκες έχει βρεθεί ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τη σοβαρότητα και το βαθμό της αρτηριοσκλήρυνσης (Orth-Gomer, 1998). Επιπλέον, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για περιοδικά κλινικά γεγονότα στις γυναίκες (Horsten et al., 2000).

Ο Wang και συνεργάτες (2005) διεξήγαγαν μια έρευνα με 102 γυναίκες ηλικίας 30-65 ετών, οι οποίες είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ένιωθαν στηθάγχη. Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής ενσωμάτωσης ήταν πιο πιθανό να έχουν μια διάγνωση για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπέρταση και να ακολουθούν καθιστικό τρόπο ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες με υψηλά επίπεδα κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι γυναίκες με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής υποστήριξης ήταν πιο πιθανό να έχουν μια διάγνωση για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σχέση με εκείνες που είχαν υψηλά επίπεδα. Τέλος, οι γυναίκες που είχαν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικών κοινωνικών σχέσεων, ήταν πιο πιθανό να έχουν σοβαρά αγγειακά προβλήματα (Wang, Mittleman, & Orth-Gomer, 2005).

Ο Hedblad και συνεργάτες (1992) βρήκαν ότι τόσο η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη όσο και η κοινωνική ενσωμάτωση ήταν ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες για οξεία καρδιακά επεισόδια που θα συνέβαιναν τα επόμενα 5 έτη (Hedblad et al., 1992) ενώ η Orth-Gomer και συνεργάτες διαπίστωσαν το ίδιο όσον αφορά την πιθανότητα θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή στεφανιαία νόσο για τα επόμενα 6 έτη σε μεσήλικες Σουηδούς άνδρες (Orth-Gomer et al., 1993). Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκε ότι σχετίζεται με το διπλασιασμό του κινδύνου για θνησιμότητα από καρδιακή πάθηση σε άνδρες και γυναίκες στο Gothenburg της Σουηδίας (Welin et al., 2000). Σε μια έρευνα με 292 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω οι οποίοι νοσηλεύονταν με κλινική καρδιακή ανεπάρκεια, ο Krumholz και συνεργάτες (1998) ανέφεραν ότι η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης ήταν ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας των θανάσιμων και μη θανάσιμων καρδιαγγειακών γεγονότων για τον επόμενο χρόνο σε γυναίκες αλλά όχι και σε άνδρες (Krumholz et al., 1998). Σε μια δεκαπεντάχρονη έρευνα 2603 Αμερικανών, ο Vogt και συνεργάτες βρήκαν ότι το φτωχό κοινωνικό δίκτυο, η μικρή συχνότητα επαφών και το φτωχό μέγεθος του δικτύου σχετίζονταν με αυξημένο κίνδυνο ύπαρξης καρδιαγγειακών παθήσεων (Vogt et al., 1992).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν επισημάνει ότι ο συνδυασμός υψηλού στρες και χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας αρνητικών αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, 142 γυναίκες στη Framingham Heart Study που είχαν περισσότερες καρδιακές παθήσεις, εργάζονταν στον κλήρο και είχαν μη υποστηρικτικούς συζύγους (Haynes & Feinleib, 1980). Μια έρευνα με Σουηδούς εργάτες αποκάλυψε ότι οι καρδιαγγειακές

παθήσεις ήταν εκτεταμένες για τους εργάτες που είχαν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, θεωρούσαν ότι η εργασία τους ήταν στρεσογόνα και ένιωθαν ότι δεν ασκούσαν έλεγχο στο εργασιακό τους περιβάλλον (Welin et al., 1985). Σε μια έρευνα με επιζήσαντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι επιζήσαντες ταξινομήθηκαν ανάλογα με την κοινωνική απομόνωση και το στρες και κατόπιν παρακολουθούνταν. Αυτοί που βίωσαν χαμηλό στρες και είχαν κοινωνικές επαφές, είχαν το ένα τέταρτο του δείκτη θνησιμότητας εκείνων που ήταν κοινωνικά απομονωμένοι και βρίσκονταν σε μεγάλο στρες (Ruberman et al., 1984).

Άνθρωποι που είχαν καρκίνο έζησαν περισσότερο εάν είχαν εκτεταμένη κοινωνική υποστήριξη (Helgeson, Cohen, & Fritz, 1998; Spiegel & Kato, 1996). Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες θανάτου για τις γυναίκες. Μια έρευνα εξέτασε 133 γυναίκες αφού έλαβαν τη διάγνωση για καρκίνο του μαστού. Αμέσως μετά τη διάγνωση, συλλέχθηκαν δεδομένα για τη θεραπεία από τα ιατρικά ιστορικά και αξιολογήθηκε η κοινωνική υποστήριξη των γυναικών με τη χρήση ερωτηματολογίων. Όπως αναμενόταν, το στάδιο της ασθένειας ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την επιβίωση. Οι γυναίκες σε προχωρημένο στάδιο ήταν λιγότερο πιθανό να επιζήσουν. Ο αριθμός των υποστηρικτικών προσώπων στη ζωή της γυναίκας, ο βαθμός της επαφής με τους φίλους και το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες. Οι μεταβλητές που συνδέονταν με μεγαλύτερη επιβίωση περιελάμβαναν τον αριθμό των υποστηρικτικών προσώπων, το αν εργαζόταν η γυναίκα ή όχι, και το αν ήταν παντρεμένη. Οι γυναίκες που είχαν περισσότερες και βαθύτερες φιλίες και εκείνες που εργαζόνταν εκτός σπιτιού, έτειναν να επιβιώνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Waxler-Morrison et al., 1991). Μια άλλη έρευνα με ασθενείς με καρκίνο του μαστού διαπίστωσε ότι η συμμετοχή σε μια εβδομαδιαία ομάδα κοινωνικής υποστήριξης σχετιζόταν με τη μακροζωία (Spiegel et al., 1989). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτήν την ομάδα υποστήριξης έζησαν κατά μέσο όρο 36.6 μήνες μετά την επέμβαση έναντι 18.9 μηνών για εκείνες που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου.

Η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή της γυναίκας στον καρκίνο του μαστού (Glanz & Lerman, 1992; Moyer & Salovey, 1996; Rowland & Massie, 1996). Ερευνητικές μελέτες για την κοινωνική υποστήριξη και την προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού έχουν εξετάσει την υποστήριξη από διάφορες πηγές. Για παράδειγμα, οι Bloom και Spiegel (1984) βρήκαν ότι η συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια και οι ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση σχετιζόνταν με την προσαρμογή ενός δείγματος γυναικών με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Ο Bloom (1986) βρήκε ότι η κοινωνική υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει έννοιες όπως συνοχή οικογένειας, κοινωνική ένταξη και παρουσία ενός έμπιστου ανθρώπου, σχετιζόταν με την προσαρμογή στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Άλλες έρευνες περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας μεταξύ των πηγών υποστήριξης

(Funch & Mettlin, 1982· Neuling & Winefield, 1988· Northouse, 1988). Τέλος, μια έρευνα που εξέταζε το ρόλο της συναισθηματικής υποστήριξης και της υγείας λευκών και έγχρωμων γυναικών με καρκίνο του μαστού ανακάλυψε ότι η σχέση ανάμεσα στα χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής υποστήριξης και την ασθένεια σε προχωρημένο στάδιο, ήταν πιο ισχυρή στις έγχρωμες γυναίκες συγκριτικά με τις λευκές γυναίκες (Reynolds et al., 1994).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι το ανοσοποιητικό σύστημα βοηθά το σώμα να αμύνεται ενάντια στους ιούς και τα ξένα βακτήρια και για αυτό το λόγο παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία από πολλές ασθένειες, όπως HIV, καρκίνο και αρθρίτιδα. Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελείται από εξειδικευμένους τύπους λευκών αιμοσφαιρίων που ονομάζονται λεμφοκύτταρα, τα οποία περιλαμβάνουν τα Β κύτταρα, τα Τ κύτταρα και τα ΝΚ κύτταρα. Αυτά τα αντισώματα προσδένονται στα ξένα κύτταρα και επομένως τα αδρανοποιούν περιβάλλοντας και καταστρέφοντάς τα και στη συνέχεια εντοπίζουν και καταστρέφουν τα φθαρμένα κύτταρα (Sanderson, 2004).

Η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται σημαντικά με καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Jemmott & Locke, 1984· Uchino et al., 1996). Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έχουν πιο αποτελεσματικό ανοσοποιητικό σύστημα και για αυτό μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα σημαντικές και ασήμαντες ασθένειες. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που έχουν συζύγους καρκινοπαθείς (μια καθαρά στρεσογόνα κατάσταση) και έχουν υψηλά επίπεδα ληφθείσας κοινωνικής υποστήριξης παρουσιάζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των ΝΚ κυττάρων, το οποίο σημαίνει ότι έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να καταστρέψουν ολικά τα καρκινικά κύτταρα σε σχέση με αυτούς που είχαν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Baron et al., 1990). Από την άλλη μεριά, οι άνθρωποι που βιώνουν μια εξαιρετική απώλεια κοινωνικής υποστήριξης, όπως ο θάνατος του/της συζύγου ή το διαζύγιο, παρουσιάζουν ουσιώδη ελλείμματα στη λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος (Kiecolt-Glaser, et al., 1987· Kiecolt-Glaser, et al., 1988· Schleifer et al., 1983).

Αν και τα άτομα με κοινωνική υποστήριξη επωφελούνται όσον αφορά την υγεία τους, δεν είναι γνωστή η διαδικασία που οδηγεί σε αυτό το σύνδεσμο. Για να εξετάσει αυτό το ζήτημα, ο Cohen και συνεργάτες (1997) διεξήγαγαν μια έρευνα για να αξιολογήσουν εάν τα άτομα που είχαν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη βρίσκονταν σε μικρότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κοινό κρυολόγημα. Διακόσιοι εβδομήντα έξι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μια σειρά από ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν μετρήσεις στρεσογόνων παραγόντων, συμπεριφορών υγείας και των κοινωνικών ρόλων που έπαιζαν (π.χ. γονέας, φίλος, παιδί, αδελφός, αδελφή). Επιπλέον, υποβλήθηκαν σε εξετάσεις αίματος για να αξιολογήσουν τα επίπεδα δραστηριότητας των ΝΚ κυττάρων και των αντισωμάτων σε ένα συνηθισμένο ιό κρυολογήματος. Στους συμμετέχοντες



δόθηκαν ρινικές σταγόνες που τους εξέθεταν σε έναν από τους δύο ιούς κρυολογήματος. Κατόπιν όλοι οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν σε ένα σπίτι για μια εβδομάδα προκειμένου να αποφύγουν την έκθεση σε επιπρόσθετους ιούς. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε στους ερευνητές να αξιολογήσουν εάν τα άτομα που είχαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, είχαν μεγαλύτερη αντίσταση στους ιούς κρυολογήματος. Οι ερευνητές συνέλεξαν διάφορους τύπους δεδομένων: στο τέλος κάθε ημέρας οι συμμετέχοντες αξιολογούσαν τα συμπτώματά τους (φτάρνισμα, βήχας, κεφαλαλγία κλπ.), και οι ερευνητές συνέλεξαν όλα τα χαρτομάντιλα που χρησιμοποιούσαν οι συμμετέχοντες προκειμένου να μετρήσουν το ποσό των βλεννών που παρήγαγαν (Sanderson, 2004).

Όπως αναμενόταν, τα άτομα με περισσότερους κοινωνικούς ρόλους ήταν λιγότερο επιρρεπείς στο κοινό κρυολόγημα: αυτοί που ανέφεραν ότι είχαν 1 έως 3 ρόλους ήταν 4 φορές πιο πιθανό να αρρωστήσουν από αυτούς που ανέφεραν ότι είχαν 6 ρόλους και άνω. Συγκεκριμένα, αυτοί που είχαν περισσότερους κοινωνικούς δεσμούς ανέφεραν ότι αισθάνονταν λιγότερο άρρωστοι και παρήγαγαν λιγότερες βλέννες. Οι ερευνητές επίσης εξέτασαν αρκετές συμπεριφορές υγείας προκειμένου να καθορίσουν εάν η σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας ήταν το αποτέλεσμα κάποιας άλλης μεταβλητής. Αν και το κάπνισμα, η κακή ποιότητα ύπνου, η χρήση αλκοόλ και τα χαμηλά επίπεδα πρόσληψης βιταμίνης C συνδέονταν όλα με μεγαλύτερη ευαισθησία στα κρυολογήματα, αυτοί οι παράγοντες μπορούσαν να ερμηνεύσουν μόνο μερικώς τη σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας. Αυτά τα ευρήματα επισημαίνουν ότι τα άτομα με ποικίλα κοινωνικά δίκτυα είναι λιγότερο επιρρεπή στο κοινό κρυολόγημα (Sanderson, 2004).

Αν και σχετικά λίγες έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης συγκεκριμένα στο νευροενδοκρινικό σύστημα, υπάρχουν κάποιες αποδείξεις ότι η υποστήριξη εντείνει αυτό το σύστημα (Uchino et al., 1996). Μια έρευνα από τους Seeman και συνεργάτες (1994) βρήκε ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν περισσότερες και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, είχαν χαμηλότερα επίπεδα διαφόρων ορμονών, όπως επινεφρίνη, νορεπινεφρίνη και κορτιζόλη στο αίμα τους. Παρομοίως, ο Fleming και συνεργάτες (1982) βρήκαν ότι οι άνθρωποι που είχαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, είχαν υψηλότερα επίπεδα νορεπινεφρίνης. Κάποιες πειραματικές ενδείξεις επισημαίνουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην επιρροή του νευροενδοκρινικού συστήματος. Για παράδειγμα, η παρουσία ενός υποστηρικτικού συντρόφου κατά τη διάρκεια μιας δύσκολης δημόσιας ομιλίας οδήγησε σε χαμηλότερη απόκριση κορτιζόλης (Kirschbaum et al., 1995).

#### 1.2.4. Κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία

Τα πλεονεκτήματα της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική ευημερία είναι σαφή: τα άτομα με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη είναι λιγότερο πιθανό να υποφέρουν από διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (Schwarzer & Leppin, 1992). Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους φίλους, λιγότερες στενές σχέσεις και λιγότερο υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις με την οικογένεια σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς (Billings & Moos, 1985· Flaherty et al., 1983· Leavy, 1983). Επομένως, για τους ενήλικες η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Barrera & Garrison-Jones, 1992). Η σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας εντοπίζεται στις ΗΠΑ καθώς επίσης και σε άλλες χώρες: για παράδειγμα, μια έρευνα με ηλικιωμένους στην Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες βρήκε ότι η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δεσμών, όπως η ύπαρξη συζύγου ή οι συχνές επαφές με παιδιά, φίλους, γείτονες ή συγγενείς, σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και για τα δύο φύλα (Sugisawa et al., 2002).

Γενικά φαίνεται ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για το σύνδεσμο ανάμεσα στην έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, ειδικά στην περίπτωση των συναισθηματικών διαταραχών (Monroe & Steiner, 1986· Solomon, 1985). Η επαρκής κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται με την ψυχική ευημερία (Gjerdingen, Froberg, & Fontaine, 1991· Stansfeld, et al., 1997) και τη μείωση του κινδύνου της αυτοκτονίας (Heikkinen, Aro, & Loennqvist, 1993). Αρκετές έρευνες τονίζουν ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο στην υπεροχή της ψυχικής δυσφορίας και επίσης στη σχέση ανάμεσα στην ψυχική ευημερία και την ποιότητα των κοινωνικών δικτύων. Οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά ελάσσονες ψυχικές διαταραχές και μικρότερη ψυχική δυσφορία συγκριτικά με τους άνδρες (Viinamaki et al., 1995· Weich, Sloggett, & Lewis, 1998). Επιπλέον, οι Power, Champion και Aris (1988) βρήκαν ότι οι γυναίκες που ανέφεραν περισσότερο κατάθλιψη, ήταν αυτές που είχαν τα περισσότερα ελλείμματα όσον αφορά την υλική και συναισθηματική υποστήριξη.

Ένας αξιολογός αριθμών ερευνών βρήκε ότι τόσο το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου όσο και η ποιότητα των σχέσεων στο δίκτυο είναι προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας, ενώ πολλές από αυτές τις έρευνες κατέδειξαν ότι η ποιότητα αυτών των σχέσεων είναι πιο σημαντική από το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου (Henderson, 1981· Henderson, Byrne, & Duncan-Jones, 1981· Kessler & McLeod, 1985· VanderVoort, 1999). Στις γυναίκες, έχει επισημανθεί ότι η ποιότητα των δυαδικών σχέσεων είναι πιο σημαντική για την ψυχική υγεία σε σχέση με το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου (Stokes, & Levin, 1986). Εντούτοις, σε κάποιες μελέτες έχει βρεθεί ότι ο

αριθμός των φίλων ως μια όψη του μεγέθους ή πυκνότητας του κοινωνικού δικτύου είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας στους άνδρες (Phillips, 1981· Stokes, & Levin, 1986).

Έρευνες που μετρούν το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης και ψυχολογικής ευημερίας ταυτοχρόνως, δείχνουν συσχέτιση και δε μπορούν να πουν πώς συνδέονται ακριβώς οι δύο αυτές μεταβλητές. Ευτυχώς κάποιοι ερευνητές έχουν εξετάσει ανθρώπους με την πάροδο του χρόνου, πράγμα το οποίο τους επιτρέπει να εξετάσουν τις αιτιακές επιδράσεις. Για παράδειγμα, μια έρευνα με οροθετικούς ομοφυλόφιλους άνδρες βρήκε ότι αυτοί που ήταν ικανοποιημένοι από την κοινωνική υποστήριξη που έπαιρναν, ήταν λιγότερο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη μετά από ένα χρόνο συγκριτικά με τους άνδρες που δεν ήταν ικανοποιημένοι με το ποσό της κοινωνικής τους υποστήριξης (Hays, Turner, & Coates, 1992). Παρομοίως, σε μια έρευνα με ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, αυτοί που έλαβαν διαφορετικά είδη κοινωνικής υποστήριξης τα οποία ήταν διαθέσιμα αμέσως, είχαν λιγότερο άγχος και πιο θετική επίδραση για περίπου ένα χρόνο αργότερα (Sherbourne & Hays, 1990).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (π.χ. Bisschop et al., 2004· Heckman, 2003· Heikonen et al., 2001). Ο Stewart και συνεργάτες (2005) διεξήγαγαν μια ερευνητική μελέτη στην Alabama των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής με 401 οροθετικά άτομα και βρήκαν ότι η κοινωνική υποστήριξη είχε θετική συσχέτιση με την ψυχική υγεία. Σε μια έρευνα με 82 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι Schwartz και Frohner (2005) βρήκαν ότι οι άνθρωποι με σκλήρυνση κατά πλάκας που θεωρούσαν ότι έχουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, ανέφεραν ένα υψηλότερο επίπεδο ψυχικής υγείας. Ο Miller (1997) σημείωσε ότι οι άνθρωποι με πολλαπλή σκλήρυνση που συμμετείχαν σε υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις είχαν μεγαλύτερη επίγνωση του σκοπού της ζωής τους και βίωναν λιγότερη κατάθλιψη. Ο Foote και συνεργάτες (1990) βρήκαν ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας έλαβαν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και σημείωσαν ότι χωρίς τις υποστηρικτικές σχέσεις, οι άνθρωποι αυτοί θα έβλεπαν τον εαυτό τους πιο αρνητικά και θα είχαν μικρότερη ελπίδα για το μέλλον.

Οι Holland και Hollaner (2003) σε έρευνα με 56 γυναίκες με καρκίνο του μαστού στη φάση I ή II διαπίστωσαν ότι η διάγνωση του καρκίνου ήταν μια μεγάλη έκπληξη για τις συμμετέχουσες καθώς αντιμετώπιζαν μια απειλητική ασθένεια που άλλαζε τη ζωή τους. Αυτές οι αντιδράσεις τις έκαναν να νιώθουν αποκομμένες από τους άλλους που ζούσαν μια φυσιολογική ζωή. Οι στενές επαφές με την οικογένεια και τους φίλους και η συμμετοχή τους σε ομάδες στις οποίες θα μπορούσαν να μοιραστούν τις ανησυχίες τους, θα μπορούσαν να μειώσουν αυτή την αίσθηση της απομόνωσης και αποξένωσης. Επιπλέον, ο Garssen (2004) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η

έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου. Τέλος, κάποιες έρευνες βρήκαν ότι οι παντρεμένοι καρκινοπαθείς ένιωθαν λιγότερη δυσφορία και παρουσίαζαν καλύτερη προσαρμογή σε σχέση με τους ανύπαντρους (Broeckel et al., 2000· Ganz et al., 1991· Goodwin et al., 1987· Kugaya et al., 1999· Parker et al., 2003).

Η κοινωνική υποστήριξη ίσως είναι ένας σημαντικός παράγοντας στο πόσο καλά προσαρμόζονται οι ασθενείς στην εμπειρία του καρκίνου. Έχει βρεθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τα άτομα να προσαρμοστούν σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως αρρώστιες. Επιπλέον, η ληφθείσα κοινωνική υποστήριξη μετριάζει τις αρνητικές επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής (Koopman et al., 1988). Σε μια έρευνα με γυναίκες με καρκίνο του μαστού στη φάση II, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ένιωθαν λιγότερη ψυχολογική δυσφορία (Kornblith et al., 2001). Εντούτοις, στο δείγμα τους υπήρχαν λίγοι ασθενείς που ανέφεραν υψηλά επίπεδα δυσφορίας. Οι ευεργετικές επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης έχουν καταγραφεί και σε ασθενείς με όγκο στο κεφάλι και καρκίνο του λαιμού (De Leeuw et al., 2000). Η Parker και συνεργάτες (2003) πραγματοποίησαν ερευνητική μελέτη με ασθενείς που παρουσίαζαν διάφορους τύπους καρκίνου (όπως καρκίνο του μαστού και του εντέρου) και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, ανέφεραν λιγότερη κατάθλιψη, άγχος και καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά την ψυχική τους υγεία.

Ο Barry και συνεργάτες (2006) σε έρευνα με ασθενείς που είχαν κάνει εγχείρηση καρδιάς (bypass) βρήκαν ότι η αντιλαμβανόμενη υλική υποστήριξη ήταν ένας ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας μιας εξαμηνιαίας αλλαγής στην ψυχική υγεία των ασθενών μετά από την εγχείρησή τους. Οι αλλαγές στις βαθμολογίες της ψυχικής υγείας ήταν μεγαλύτερες κατά 3% στους συμμετέχοντες με συχνή υλική υποστήριξη συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν συχνή υλική υποστήριξη. Περαιτέρω αναλύσεις αποκάλυψαν ότι η ψυχική υγεία πριν από την εγχείρηση διαφοροποιούσε τη συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της εξαμηνιαίας αλλαγής στην ψυχική υγεία. Άτομα με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας πριν από την εγχείρηση καρδιάς ήταν πιο πιθανό να ωφεληθούν ψυχικά εάν ανέφεραν ότι είχαν συχνή υλική υποστήριξη. Αναφορικά με την υλική υποστήριξη μπορεί να υποτεθεί ότι είναι ιδιαίτερος σημαντική για τα άτομα με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, η σημασία της ύπαρξης κάποιου που θα κάνει θελήματα ενώ αναρρώνουν από μια σοβαρή εγχείρηση, μπορεί να είναι πολύ μεγάλη για άτομα με αρχικά υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Barry et al., 2006).

Εκτεταμένη έρευνα έχει επισημάνει ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας καθοριστικός παράγοντας της υγείας των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι που έχουν υποστηρικτικά δίκτυα τείνουν να απολαμβάνουν καλύτερη ψυχική υγεία συγκριτικά με εκείνους που στερούνται υποστήριξης (Krause, 2001· Rowe, & Kahn, 1998). Μια έρευνα με ηλικιωμένους κατοίκους κοινοτήτων βρήκε

ότι η αντιλαμβανόμενη υλική υποστήριξη προέβλεψε λιγότερες πιθανότητες κατάθλιψης μετά από 3 χρόνια (Oxman et al., 1992) και μια άλλη έρευνα με ασθενείς που είχαν κάνει εγχείρηση καρδιάς βρήκε ότι η συχνή υλική υποστήριξη προέβλεψε λιγότερα μετεγχειρητικά συμπτώματα κατάθλιψης (Pirraglia et al., 1999). Η παροχή συχνής υλικής υποστήριξης είναι πιθανό να επιφέρει μεγαλύτερη γαλήνη και ψυχική ηρεμία, το οποίο οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Barry et al., 2006). Ο McCulloch (1995) εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην εγγύτητα της οικογένειας, τις αντιλήψεις της κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος και την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που ζούσαν σε πόλεις. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι η κοινωνική υποστήριξη ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη και άγχος).

Οι Okwumabua, Baker, Wong, και Pilgram (1997) εξέτασαν 96 αστούς Αφροαμερικανούς και Αφροαμερικανίδες άνω των 60 ετών και βρήκαν μια σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων της κατάθλιψης και της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη παρείχε το μέσο για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη και τη μοναξιά. Οι αστοί ηλικιωμένοι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, η οποία προερχόταν κυρίως από την οικογένεια, τους γείτονες, τους φίλους και τα μέλη της εκκλησίας. Ο Okabayashi και συνεργάτες (2004) σε έρευνα με 2200 συμμετέχοντες άνω των 60 ετών στην Ιαπωνία βρήκαν ότι στους Ιάπωνες με σύζυγο, η κοινωνική υποστήριξη που προερχόταν από τη σύζυγο, τα παιδιά και τους άλλους, είχε μια σημαντική και θετική επίδραση στην ψυχική ευημερία. Η υποστήριξη από τη σύζυγο φαίνεται ότι είχε τη μεγαλύτερη επίδραση σε σχέση με την υποστήριξη από φίλους, συγγενείς και παιδιά. Εν αντιθέσει, μόνο η αυξημένη υποστήριξη από τα παιδιά σχετίζεται με μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ η κοινωνική υποστήριξη από τη σύζυγο και τους άλλους δεν είχε σημαντική επίδραση. Οι συσχετίσεις μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας σε Ιάπωνες χωρίς σύζυγο διαφέρουν από εκείνους με σύζυγο. Συγκεκριμένα, η μεγάλη υποστήριξη από τα παιδιά δε σχετιζόταν μόνο με τη θετική ευημερία αλλά και με τα μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη από συγγενείς και φίλους δεν είχε καμία επίδραση στην ψυχική υγεία.

Ο Lepore και συνεργάτες (1991) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ στρες, κοινωνικής υποστήριξης και ψυχικής δυσφορίας και βρήκαν ότι η κοινωνική υποστήριξη μείωνε τις επιδράσεις της πρόσφατης έκθεσης στο στρες. Οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης βιώνουν λιγότερο στρες όταν βρίσκονται σε στρεσογόνες καταστάσεις και είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν το στρες με μεγαλύτερη επιτυχία (Taylor, 1995). Έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη παρέχει στα άτομα ασφάλεια, αξία και μια αίσθηση ταυτότητας σε στιγμές κρίσεων (Reinhardt, 1996) και μειώνει τα αισθήματα απελπισίας (Van Servellen et al., 1996). Σε μια έρευνα για την επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων στη διάθεση, οι Caspi, Bolger και Eckenrode (1987) βρήκαν

ότι η κοινωνική υποστήριξη μετρίαζε τη διάρκεια των αρνητικών επιδράσεων που δημιουργούσαν τα στρεσογόνα γεγονότα. Ο Caspi και συνεργάτες (1987) αποκάλυψαν ότι η ημερήσια επίδραση του στρες ήταν μεγαλύτερη σε ανθρώπους που είχαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη συγκριτικά με εκείνους που είχαν περισσότερη υποστήριξη.

Σε έρευνα με 1603 Φιλανδούς άνδρες και γυναίκες, ο Hintikka και συνεργάτες (2000) βρήκε ότι ο αριθμός των στενών φίλων (ως μέρος της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν) είχε αρνητική συσχέτιση με τον κίνδυνο της ψυχικής δυσφορίας ανάμεσα στους άνδρες. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα ήταν ότι η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους συγγενείς συνδεόταν με έναν αυξημένο κίνδυνο ψυχικής δυσφορίας στις γυναίκες. Εντούτοις, βρέθηκε μια ασήμαντη θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των στενών φίλων και την ψυχική υγεία στις γυναίκες. Ο Olstad και συνεργάτες (1999) βρήκαν μια αδύναμη άμεση επίδραση της συναισθηματικής υποστήριξης στην ψυχική δυσφορία σε ανθρώπους ηλικίας 20 έως 62 ετών που ζούσαν στην επαρχία Finnmark της βόρειας Νορβηγίας. Απεναντίας, η συναισθηματική υποστήριξη δεν είχε παρόμοιες επιδράσεις στην ψυχική δυσφορία.

Η Torgrud και συνεργάτες (2004) σε έρευνα με 132 άτομα που έπασχαν από γενικευμένη κοινωνική φοβία βρήκαν ότι ελλείμματα στη ληφθείσα κοινωνική υποστήριξη σε συνδυασμό με τη γενικευμένη κοινωνική φοβία μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συνοδών προβλημάτων. Εντούτοις, ο Kessler και συνεργάτες (1993) βρήκαν μια αδύναμη άμεση επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε διαδοχικά επεισόδια μείζονος κατάθλιψης σε 680 ζευγάρια δίδυμων γυναικών. Ο Grainge και συνεργάτες (2000) διαπίστωσαν ότι η χαμηλή ποιότητα της οικογενειακής υποστήριξης για τους άνδρες και η απουσία του κοινού αισθήματος για τις γυναίκες ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για τα επόμενα 7 χρόνια.

Ο Bloor και συνεργάτες (2006) σε έρευνα με 851 λευκούς και έγχρωμους συμμετέχοντες, διαπίστωσαν ότι η επαρκής συναισθηματική υποστήριξη ήταν ιδιαιτέρως ευεργετική για την ψυχική υγεία ατόμων χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, μια κατάσταση που μπορεί να θεωρηθεί ως στρεσογόνος παράγοντας (επειδή λόγω χάριν το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε ευκαιρίες ή πόρους). Η έρευνα που διεξήχθη από τους Carver, Roberts, Camacho και Coyne (1987) επεσήμανε ότι η συχνότητα της κοινωνικής υποστήριξης ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής ευημερίας.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Cheung και Sun (2000) σε 65 μέλη οργανώσεων αλληλοβοήθειας επισημαίνει ότι η παροχή θετικών αλληλεπιδράσεων και συναισθηματικής/ενημερωτικής υποστήριξης καθώς και η διεύρυνση του μεγέθους του κοινωνικού δικτύου μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους που υποφέρουν από άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπροσθέτως, έρευνες έχουν βρει ότι η μοναξιά συχνά είναι ένα χαρακτηριστικό

στοιχείο που συνδέεται με την κατάθλιψη και το άγχος (Dill & Anderson, 1999· Hagerty et al., 1996· Mijuskovic, 1996).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν προταθεί 3 κύριοι μηχανισμοί για να εξηγήσουν πώς η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία: 1) μια σημαντική ευεργετική επίδραση (άμεση) της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία, αφού ελεγχθούν και άλλοι προβλεπτικοί παράγοντες (Turner, 1981· Williams, Ware, & Donald, 1981), 2) μια έμμεση επίδραση στην ψυχική υγεία, όπου οι επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης γίνονται εμφανείς με την προβολή των εσωτερικών δυνάμεων και ικανοτήτων αντιμετώπισης (Broadhead et al., 1983· Ensel, & Lin, 1991) και 3) μια μεσολαβητική επίδραση, μειώνοντας τις αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία (Aneshensel, & Stone, 1982· Dalgard, Bjork, & Tambs, 1995· McKay et al., 1985· Revenson, Wollman, & Felton, 1983). Από τις παραπάνω έρευνες γίνεται εμφανές ότι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης είναι ουσιαστική στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας τόσο των υγιών ανθρώπων όσο και των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Στη συνέχεια θα γίνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την επιρροή της κοινωνικής υποστήριξης στον φοιτητικό πληθυσμό.

#### *1.2.5. Κοινωνική υποστήριξη και φοιτητικός πληθυσμός*

Αρκετές έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει ως δείγμα τους φοιτητές πανεπιστημίου προκειμένου να μελετήσουν τις επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία τους. Μια έρευνα εξέτασε το επίπεδο στρες, κοινωνικής υποστήριξης και σωματικών συμπτωμάτων σε 115 φοιτητές και φοιτήτριες (Wohlgemuth & Betz, 1991). Αν και η κοινωνική υποστήριξη δεν είχε καμία επίδραση στα σωματικά συμπτώματα στους άνδρες, το ποσό και η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας των συμπτωμάτων για τις γυναίκες. Τέλος, η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες ωφελούνταν περισσότερο όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής από την ύπαρξη ενός μεγάλου κοινωνικού δικτύου.

Η κατανόηση των συγκεκριμένων παραγόντων της κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντική κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών ετών όπου η σωματική υγεία μπορεί να προσβληθεί από αρρώστιες. Μια έρευνα με πρωτοετείς φοιτητές βρήκε ότι οι φοιτητές που έλαβαν λιγότερη υποστήριξη από την οικογένεια, ανέφεραν περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αφότου μπήκαν στο πανεπιστήμιο (Zaleski, Levey-Thors, & Schiaffino, 1998). Οι συγκεντρώσεις της εκκριτικής ανοσογλοβουλίνης Α, η οποία παρέχει μια πρώτη γραμμή άμυνας έναντι στις μολύνσεις, είναι υψηλότερη μεταξύ των φοιτητών που αισθάνονται ότι έχουν ένα επαρκές ποσό κοινωνικής υποστήριξης (Jemmott & Magliore, 1988).

Η Hale και συνεργάτες (2005) διεξήγαγαν έρευνα με 247 φοιτητές και φοιτήτριες και διαπίστωσαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε υψηλή κοινωνική οικειότητα και λίγα σωματικά συμπτώματα, ενώ ένα μικρό ποσοστό ανέφερε χαμηλή προς μέτρια κοινωνική οικειότητα και ένα μέτριο προς μεγάλο αριθμό σωματικών συμπτωμάτων. Στη συγκεκριμένη έρευνα, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς το φύλο: οι φοιτήτριες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης καθώς και ένα μεγαλύτερο αριθμό σωματικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τους φοιτητές. Επιπλέον για τις γυναίκες, οι αντιλήψεις υγείας και η ψυχολογική αίσθηση της ευημερίας τους επηρεάζονταν από την υποστήριξη, ενώ για τους άνδρες, η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων είχε μια επίδραση στην υποστήριξη.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελεί μια μεταβατική περίοδο κατά την οποία τα άτομα αφήνουν τη «φωλιά» και διαμορφώνουν νέες σχέσεις. Καθώς οι άνθρωποι αφήνουν το σπίτι τους για πρώτη φορά, νιώθουν την ανάγκη να διαμορφώσουν καινούριες διασυνδέσεις. Οι σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας αλλάζουν, καθώς οι φοιτητές αρχίζουν να ζουν ανεξάρτητα και να έχουν περισσότερες επαφές με τα άτομα του σχολικού τους περιβάλλοντος (Hale et al., 2005). Τέλος, βρέθηκε ότι η κοινωνική ενσωμάτωση ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της σωματικής υγείας, επισημαίνοντας ότι ένα κοινωνικό δίκτυο ή ένας στενός κύκλος φίλων είναι ιδιαίτερος σημαντικά για τους φοιτητές (Hale et al., 2005).

Η εισαγωγή στο πανεπιστήμιο θεωρείται ότι είναι ένα θετικό γεγονός το οποίο παρέχει ευκαιρίες για ατομική ανάπτυξη και αναπαριστά μια κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο, κατά την οποία οι φοιτητές εισέρχονται σε ένα καινούριο κοινωνικό περιβάλλον όπου θα πρέπει να προσαρμοστούν σε καινούριους κοινωνικούς κανόνες και να δημιουργήσουν καινούριες σχέσεις (Tao et al., 2000). Εντούτοις, αυτή η εμπειρία συνδέεται με πολλαπλές και σημαντικές αλλαγές, στρες, καθώς επίσης και με απαιτήσεις στους ακαδημαϊκούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς τομείς. Αυτές οι αναπτυξιακές αλλαγές μπορεί να είναι πολύ στρεσογόνες και να οδηγήσουν σε



κατάθλιψη και σύγχυση (Choi, 1997· Cutrona, 1982· Lin & Yi, 1997). Οι φοιτητές θεωρούν ότι η ακαδημαϊκή ζωή είναι στρεσογόνα και απαιτητική (Hammer, Grigsby, & Woods, 1998· Wan, 1992) και αναφέρουν ότι βιώνουν συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στο στρες, ειδικά ως αποτέλεσμα των εξωτερικών πιέσεων και των εσωτερικών προσδοκιών (Misra, & McKean, 2000). Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η ταυτόχρονη αντιμετώπιση εξαιρετικά υψηλού στρες είναι πιθανό να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχικής δυσφορίας (Lee et al., 2004).

Τα άτομα με περισσότερη κοινωνική υποστήριξη είναι λιγότερο αντιδραστικά σε στρεσογόνες καταστάσεις (Gerin et al., 1992· Kamarck et al., 1996· Lepore, Mata Allen, & Evans, 1993). Για παράδειγμα, ο Kamarck και συνεργάτες (1996) εξέτασαν εάν η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει την καρδιαγγειακή ενεργοποίηση κατά τη διάρκεια στρεσογόνων εργασιών. Για αυτό το λόγο ζήτησαν από τις φοιτήτριες να συμπληρώσουν διάφορες αριθμητικές πράξεις είτε μόνες είτε με την παρουσία ενός φίλου. Οι γυναίκες που είχαν μαζί τους ένα φίλο ή μια φίλη, είχαν ένα σημαντικά χαμηλότερο καρδιακό παλμό σε σχέση με αυτές που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μόνες τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι οι φοιτήτριες παίρνουν περισσότερη υποστήριξη από τους φίλους και συγκατοίκους συγκριτικά με τους φοιτητές (Lepore, 1992).

Η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει όμως και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Μάλιστα, φοιτητές που λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από την οικογένειά τους, είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν νευρωτικά συμπτώματα (Procidano & Heller, 1983). Μια άλλη έρευνα αποκάλυψε ότι οι φοιτητές που είχαν περισσότερες και υψηλότερης ποιότητας κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και λιγότερες επισκέψεις στο ιατρείο του πανεπιστημίου (Reis et al., 1985).

Οι Gencoz και Ozlale (2004) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη (υλική και συναισθηματική) και την ψυχική υγεία (π.χ. ελαφρά συμπτώματα κατάθλιψης) 342 προπτυχιακών φοιτητών του Πανεπιστημίου Μέσης Ανατολής διερευνώντας το μεσολαβητικό ρόλο του στρες που είχαν βιώσει στη ζωή τους. Μέσα από την έρευνα βγήκε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη είχε μια άμεση σχέση με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, η υλική κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν αρνητικά με την πιθανότητα να βιώσουν στρες, το οποίο με τη σειρά του συνδεόταν με την ανακούφιση από τα συμπτώματα κατάθλιψης. Επομένως, ο ρόλος της υλικής κοινωνικής υποστήριξης καθοριζόταν εν μέρει από τα μειωμένα επίπεδα στρες. Συνεπώς, αυτοί που αισθάνονταν ότι υπήρχαν άνθρωποι στους οποίους μπορούσαν να βασιστούν όταν χρειάζονταν βοήθεια και επιπλέον ένιωθαν ότι οι άλλοι ενδιαφέρονταν για εκείνους, έτειναν να έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ως λειτουργία της μειωμένης συχνότητας στρες.

Ο Bovier και συνεργάτες (2004) μελέτησαν 2000 φοιτητές πανεπιστημίου και βρήκαν ότι η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν, σχετιζόταν θετικά με την ψυχική τους υγεία. Εντούτοις, η σχέση αυτή εξαφανιζόταν μετά την προσαρμογή και άλλων μεταβλητών, όπως των εσωτερικών τους δυνάμεων και του στρες. Η κοινωνική υποστήριξη δρα ευεργετικά με την ενίσχυση των εσωτερικών δυνάμεων του ανθρώπου και τη μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες.

Η έρευνα στην κοινωνική υποστήριξη τονίζει ότι οι άνθρωποι που θεωρούν ότι λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη, βρίσκουν τα αρνητικά γεγονότα λιγότερο απεχθή σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν λίγη ή και μηδαμινή υποστήριξη. Ο Nezlak και η Allen (2006) εξέτασαν 153 προπτυχιακούς φοιτητές που παρακολουθούσαν το College of William and Mary και διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης από φίλους, αντιδρούσαν λιγότερο έντονα σε αρνητικά γεγονότα συγκριτικά με εκείνους που ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα υποστήριξης από φίλους. Εν αντιθέσει, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης από την οικογένεια, αντιδρούσαν εντονότερα απέναντι σε αρνητικά γεγονότα σε σχέση με εκείνους που είχαν χαμηλότερα επίπεδα υποστήριξης από την οικογένειά τους.

Ο Brown και συνεργάτες (1987) διαπίστωσαν ότι η ανεπαρκής ληφθείσα υποστήριξη (δηλαδή η υποστήριξη που λαμβάνεται είναι λιγότερη από αυτήν που απαιτείται) συνδέθηκε με κατάθλιψη, άγχος, σωματικά παράπονα και επικίνδυνη συμπεριφορά για την υγεία σε ένα δείγμα 99 φοιτητών. Οι Jou και Fukada (1995) ανέφεραν ότι η ανεπαρκής ληφθείσα υποστήριξη σχετιζόταν με μικρότερη προσαρμογή σε ένα δείγμα 92 Κινέζων φοιτητών στην Ιαπωνία. Σε έρευνα τους με 488 Ιάπωνες φοιτητές, οι Jou και Fukada (2002) βρήκαν ότι όταν οι φοιτητές έλαβαν περισσότερη υποστήριξη από αυτή που ζητούσαν (ανεπαρκής ληφθείσα υποστήριξη) και όταν οι ίδιοι παρείχαν λιγότερη υποστήριξη από αυτή που τους ζητούσαν οι άλλοι (ανεπαρκής παρεχόμενη υποστήριξη), έτειναν να είναι λιγότερο υγιείς. Τέλος, βρήκαν ότι το στρες συνδέεται θετικά με τις αρνητικές επιδράσεις και αρνητικά με τη σωματική και ψυχική υγεία και ότι οι επιδράσεις του στρες στην υγεία μειώνονται με την αμοιβαιότητα της υποστήριξης.

Οι Yang και Clum (1994) βρήκαν ότι τόσο τα συμπτώματα κατάθλιψης όσο και η απελπισία σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη. Οι Mallinckrodt και Leong (1992) εξέτασαν οχτώ παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ τω φοιτητών που σπούδαζαν στο εξωτερικό και βρήκαν ότι οι περισσότεροι από αυτούς είχαν σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος και τα σωματικά προβλήματα υγείας. Σε έρευνα με 74 Κορεάτες φοιτητές που σπούδαζαν στο Πανεπιστήμιο του Pittsburg στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι Lee, Koeske και Sales (2004) διαπίστωσαν ότι οι Κορεάτες φοιτητές που βίωναν διαπολιτισμικό στρες (εξαιτίας της παραμονής τους σε ξένη χώρα) αλλά είχαν υψηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης, εξέφραζαν λιγότερα συμπτώματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους φοιτητές που είχαν χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης.

Αρκετές έρευνες έχουν εξετάσει τα επίπεδα κατάθλιψης ως συνάρτηση του γένους. Σε αυτές τις έρευνες τα ευρήματα ποικίλλουν. Κάποιες βρήκαν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των φοιτητριών ήταν υψηλότερα συγκριτικά με τους φοιτητές (Kelly et al., 1999· Nolen-Hoeksema, 2001) ενώ άλλες δε βρήκαν καμία διαφορά ως προς το φύλο (Aydin & Demir, 1989· Ceyhan et al., 2005· Hisli, 1988). Επιπλέον, έχουν εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την κατάθλιψη. Σε κάποιες από αυτές τις έρευνες, η νοητή κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να έχει μια μεσαίας κλίμακας επίδραση στα επίπεδα κατάθλιψης των φοιτητών (Cornwell, 2003· Pretorius & Diedricks, 1994). Η Ceyhan και συνεργάτες (2005) διεξήγαγαν μια ερευνητική μελέτη με 239 φοιτητές του Παιδαγωγικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Anadolu στην Τουρκία και διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους ήταν προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης. Επιπλέον, οποιαδήποτε μείωση στην κοινωνική υποστήριξη μπορεί να σημαίνει μια μείωση στην κοινωνική αποδοχή από τους συνομηλίκους. Αυτή η κατάσταση μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και έχει μια καταστρεπτική επίδραση στην ψυχολογική του ευημερία. Εν αντιθέσει, τα άτομα που έλαβαν κοινωνική υποστήριξη βίωσαν μια μείωση στη σοβαρότητα των στρεσογόνων παραγόντων.

Μια έρευνα από τους Steptoe και Wardle (2001) έδειξε ότι οι φοιτητές από την Ανατολική Ευρώπη είχαν μεγαλύτερη κατάθλιψη και ανέφεραν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τους φοιτητές από τη Δυτική Ευρώπη. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι Λιθουανοί φοιτητές είχαν μεγαλύτερη κατάθλιψη και ανέφεραν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τους φοιτητές από την Ισπανία και τη Γερμανία (Stock et al., 2003). Επιπλέον, οι φοιτήτριες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα υγείας και ειδικότερα, παράπονα για ψυχοσωματικά προβλήματα σε σχέση με τους φοιτητές. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι έχουν διεξαχθεί έρευνες που εξετάζουν την επίδραση τόσο της αισιοδοξίας όσο και της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία και οι οποίες παρατίθενται παρακάτω.

### **1.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

Ο Lutgendorf και συνεργάτες (1995) βρήκαν ότι η αισιοδοξία και η κοινωνική υποστήριξη σχετίζονταν σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα αρρώστιας σε ένα δείγμα από ασθενείς που έπασχαν από Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης και οι οποίοι είχαν εκτεθεί στον τυφώνα Andrew. Οι Brissette, Scheier και Carver (2002) σε ένα δείγμα με φοιτητές πανεπιστημίου βρήκαν ότι υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας συνδέονταν με μικρότερες αυξήσεις στο στρες και την κατάθλιψη ενώ η κοινωνική υποστήριξη είχε μεσολαβητικό ρόλο. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τη δυσφορία σε άτομα που βίωσαν μια τραυματική εμπειρία (Dougall et al., 2001) καθώς επίσης και στη σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και τη δυσφορία σε επιζήσαντες από καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο (Trunzo & Pinto, 2003). Ο Friedman και συνεργάτες (1988b, 1992) έχουν πραγματοποιήσει αρκετές έρευνες με καρκινοπαθείς και διαπίστωσαν ότι η έλλειψη αισιοδοξίας και κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχικής δυσφορίας. Μάλιστα, σε έρευνα που διεξήγαγε το 2006 ο Friedman με τους συνεργάτες τους σε αμερικανίδες ισπανικής και αφρικανικής καταγωγής που είχαν καρκίνο του μαστού, βρέθηκε ότι η αισιοδοξία και η κοινωνική υποστήριξη ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχικής ευημερίας.

Οι Shen, McCreary και Myers (2004) εξέτασαν τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στη σωματική λειτουργία 142 καρδιοπαθών μετά από τη θεραπεία τους σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης και διαπίστωσαν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και κοινωνικής υποστήριξης, κατόρθωσαν να έχουν καλύτερη σωματική ανάρρωση. Η Turkum (2005) μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική ευημερία, την αισιοδοξία, τις συμπεριφορές συμμόρφωσης, το κοινωνικό δίκτυο και τα δημογραφικά δεδομένα σε δείγμα 376 Τούρκων. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η ευημερία καθορίζεται από την αισιοδοξία, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση του ατόμου και τις συμπεριφορές συμμόρφωσης. Εντούτοις, η επάρκεια του κοινωνικού δικτύου και τα δημογραφικά δεδομένα, όπως το γένος και το μορφωτικό επίπεδο, δε συνέβαλαν στην ευημερία. Στο τελευταίο κομμάτι θα αναφερθούν οι ερευνητικές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στα δημογραφικά δεδομένα, τη σωματική υγεία καθώς και την ψυχική υγεία.

#### **1.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών μελετών καταδεικνύουν τη συμβολή της σωματικής υγείας καθώς και των δημογραφικών δεδομένων (όπως το φύλο) στην ψυχική υγεία. Οι άνθρωποι που βιώνουν χρόνιο πόνο βιώνουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη κατάθλιψη συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Banks & Kerns, 1996· Hagglund et al., 1989· Keefe et al., 1986· Romano, & Turner, 1985). Έχει βρεθεί ότι οι χρόνιες σωματικές καταστάσεις οδηγούν στην κατάθλιψη (Vilhjalmsson, 1998). Κάποιες έρευνες έδειξαν σθεναρές σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της θνησιμότητας από καρδιακές παθήσεις (Barefoot et al., 1996· Frasure-Smith et al., 1995· Glassman & Shapiro, 1998). Σε έρευνα που διεξήχθη από την Canella και συνεργάτες (2006) σε 141 ασθενείς με χρόνιο πόνο, διαπιστώθηκε ότι η σοβαρότητα του πόνου συνδεόταν με την καταθλιπτική διάθεση.

Αρκετές έρευνες έχουν υποδηλώσει μια μέτρια σχέση ανάμεσα στο στρες και τα συμπτώματα ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα με την κατάθλιψη (Flannery & Wieman, 1989· Oh, Koeske & Sales, 2001· De Snyder, 1987). Οι Whittington και Huppert (1993) διαπίστωσαν ότι τα άτομα που εκτέθηκαν σε υψηλό στρες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα σε σχέση με τα άτομα με χαμηλό στρες. Η έρευνα έχει επισημάνει τις διαφορές ως προς το φύλο στην αναφορά των γεγονότων ζωής και των σωματικών συμπτωμάτων υγείας, με τις γυναίκες να αναφέρουν περισσότερες στρεσογόνες εμπειρίες ζωής και περισσότερα συμπτώματα αρρώστιας σε σχέση με τους άνδρες (Scarinci et al., 1999· Whittington & Huppert 1993).

Ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για την κατάθλιψη και το άγχος είναι τα σωματικά προβλήματα υγείας (VandenBos & Costa, 1990). Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι έκδηλα σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (Byrne & Rosenman, 1990· Fielding, 1991· Green, & Austin, 1993· Hoehn-Saaric & McLeod, 1987· Wells et al., 1991· Whitlock & Sisking, 1979). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι τα άτομα που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες, και ειδικά εκείνες που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία, είναι ιδιαίτερος ευαίσθητα σε προβλήματα κατάθλιψης και άγχους (Taylor & Aspinwall, 1990) και αυτή η σχέση έχει εντοπιστεί σε αρκετούς πολιτισμούς (Ormel et al., 1994).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν προταθεί 3 θεωρίες για να εξηγήσουν τη σχέση της σωματικής και ψυχικής υγείας (Stanfseld et al., 2003). Αυτές είναι οι εξής: 1) η ελλιπής ψυχική υγεία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για ελλιπή σωματική υγεία (ψυχοσωματική εξήγηση) 2) οι σωματικές αρρώστιες εξαντλούν την ψυχική υγεία με την πάροδο του χρόνου και 3) η

σωματική και η ψυχική υγεία έχουν κοινή αιτία. Μια έρευνα με 247 ασθενείς ηλικίας 60 έως 94 ετών, εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στη σωματική υγεία και την κατάθλιψη μετά από ένα χρόνο (Lyness et al., 2004). Εντούτοις οι ερευνητές δε βρήκαν καμία συσχέτιση, και αυτό σημαίνει ότι η ελλιπής σωματική υγεία δε μειώνει άμεσα την ψυχική υγεία. Από την άλλη μεριά, ο τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία. Οι Lawlor και Horker (2001) βρήκαν ότι η άσκηση μπορεί να επηρεάσει την κατάθλιψη που βιώνουν οι άνθρωποι.

Οι χρόνιες ασθένειες, και ειδικά οι νεοπλασματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος, σχετίζονται άμεσα με την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να συνδέονται με αυξημένο άγχος και κατάθλιψη (Kash et al., 2005· McDaniel et al., 1995· Sollner et al., 2004). Εντούτοις, ο βαθμός και η σοβαρότητα αυτών των ερευνών διαφέρουν ανάμεσα στους πληθυσμούς των ασθενών στις ποικίλες έρευνες. Για παράδειγμα, σε ένα δείγμα ασθενών που είχαν πρόσφατη διάγνωση καρκίνου, το 50% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-III-R για ψυχιατρική διαταραχή, ενώ το 15% πληρούσαν τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία (Grassi & Rosti, 1996). Ο Berard και συνεργάτες (1998) βρήκαν ότι 14% των ασθενών με καρκίνο του μαστού, όγκο στο κεφάλι και το λαιμό καθώς επίσης και λέμφωμα παρουσίασαν διαταραχές κατάθλιψης. Οι τύποι καρκίνου που συνδέονται με μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος είναι αυτοί που αφορούν τις γυναίκες (όπως ο καρκίνος του μαστού). Μάλιστα, κάποιες ερευνητικές μελέτες αποκάλυψαν ότι η αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και η κατάθλιψη σχετίζονται με υψηλότερη ευπάθεια στον καρκίνο του μαστού (Absetz, Aro, & Sutton, 2002· Cameron & Diefenbach, 2001).

Αρκετές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερη δυσφορία και λιγότερη προσαρμοστικότητα σε διάφορους τύπους και φάσεις του καρκίνου (Baider et al., 1989· Irwin et al., 1987). Η Parker και συνεργάτες (2003) πραγματοποίησαν έρευνα με καρκινοπαθείς και διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες βίωσαν περισσότερη κατάθλιψη, άγχος και φτώχη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους άνδρες. Εντούτοις, παραμένει ασαφές εάν αυτά τα αποτελέσματα αντανακλούν πραγματικές διαφορές στο ποσό της δυσφορίας που νιώθουν ή οι διαφορές αυτές οφείλονται στην περιγραφή των συμπτωμάτων από τους άνδρες και τις γυναίκες.

Η Ruiz Perez και συνεργάτες (2005) πραγματοποίησαν μια ερευνητική μελέτη με 320 οροθετικούς ασθενείς και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το φύλο (και πιο συγκεκριμένα το να είναι κανείς γυναίκα) ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας των ασθενών με HIV. Η Ponzo και συνεργάτες (2006) σε έρευνα με 50 Ιταλούς και Ιταλίδες με διαβήτη Τύπου 2 συμπέραναν ότι οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης και θεωρούσαν την ασθένειά τους πιο σοβαρή σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον, οι Cigoli, Binda και Marta (1994) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες γενικά αισθάνονται πιο έντονα το στρες του διαβήτη συγκριτικά με τους άνδρες.

Μια πληθώρα ερευνών επισημαίνει ότι οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά συναισθηματική δυσφορία μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σχέση με τους άνδρες (Bogg et al., 2000· Conn et al., 1991· Deshotels et al., 1995· Dixon et al., 2000· Frasure-Smith et al., 1999· Loose & Fernhall 1995· Schleifer et al., 1989· Stern, et al., 1977). Μάλιστα, στην έρευνα που διεξήγαγαν ο Schleifer και συνεργάτες (1989) διαπιστώθηκε ότι το 18% των ασθενών που υπέστη οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανέφερε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Η Brink και συνεργάτες (2005) πραγματοποίησαν έρευνα με καρδιοπαθείς και βρήκαν ότι ένα χρόνο μετά το έμφραγμα οι γυναίκες ανέφεραν ότι είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ενώ οι άνδρες είχαν καλύτερη σωματική υγεία. Επιπλέον, η κατάθλιψη και η κόπωση ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής τους.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από άγχος και κατάθλιψη (Sandager et al., 1999· Wittchen et al., 1992) Ευρήματα από επιδημιολογικές μελέτες και κλινικά δείγματα επισημαίνουν τον αυξημένο κίνδυνο που μπορούν να έχουν οι γυναίκες αναφορικά με διάφορες διαταραχές: συναισθηματικές διαταραχές (Bebbington, 1998· Weissman et al., 1993· Wittchen et al., 1998), αγχώδεις διαταραχές (Bekker, 1996· Lewinsohn et al., 1998· Merikangas et al., 2002· Weissman et al., 1997· Wittchen et al., 1999· Yonkers et al., 1998) και σωματόμορφες διαταραχές (Lieb et al., 2000· Piccinelli & Simon, 1997· Smith et al., 2001). Από την άλλη μεριά, οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά αντικοινωνικές διαταραχές συγκριτικά με τις γυναίκες (Bijl et al., 2000· Kessler et al., 1993· Spauwen et al., 2003). Σε μια μεγάλη έρευνα η θηλυκή επικράτηση των ψυχικών διαταραχών ήταν εμφανής μόνο με την παρουσία σωματικών ασθενειών (Vazquez-Barquero et al., 1992) υπονοώντας ότι οι σωματικές ασθένειες ίσως είναι ο λόγος που εντοπίζεται κάποια διαφοροποίηση των φύλων ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Από τις παραπάνω έρευνες γίνεται φανερό ότι το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία υγιών αλλά και άρρωστων ανθρώπων.

Σε αυτό το σημείο κλείνει το πρώτο κομμάτι της έρευνας με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις μεταβλητές που μελετώνται. Στο δεύτερο κομμάτι της έρευνας θα αναφερθεί η έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας.

## **B' ΜΕΡΟΣ**

### **2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ**

#### *2.1.2. Συμμετέχοντες*

Το δείγμα περιελάμβανε 112 πρωτοετείς φοιτητές Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (12.5% άντρες και 87.5% γυναίκες). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 18.32 έτη (SD=1.72) και κυμαινόταν από 17 ως 34 έτη. Εκατόν ένα συμμετέχοντες (91%) ανέφεραν την ύπαρξη αδελφών ενώ δέκα (9%) δεν είχαν αδέρφια. Τριάντα εννέα άτομα (35.8%) προέρχονταν από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (ως 10000 κατοίκους) ενώ 70 άτομα (64.2%) προέρχονταν από αστικές περιοχές (από 10000 έως 500000 κατοίκους και άνω). Ενενήντα φοιτητές (80.4%) δήλωσαν ότι οι γονείς τους ήταν παντρεμένοι σε πρώτο γάμο, 13 (11.7%) ότι οι γονείς τους ήταν χωρισμένοι ή βρίσκονταν σε διάσταση, 4 (3.6%) σημείωσαν ότι οι γονείς τους ήταν παντρεμένοι σε δεύτερο γάμο ενώ 5 (4.5%) ανέφεραν ότι οι γονείς τους βρίσκονταν σε χηρεία. Ενενήντα τρία άτομα (83%) δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας ενώ 19 (17%) ανέφεραν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Ογδόντα εννέα φοιτητές (79.5%) δήλωσαν ότι ζούσαν μόνοι τους, 16 (14.3%) ζούσαν με σύντροφο ή με συμφοιτητές ενώ 7 άτομα (6.3%) ανέφεραν ότι ζούσαν με γονείς ή συγγενείς. Οι συμμετέχοντες έκριναν ότι η κατάσταση της σωματικής τους υγείας ήταν καλή (SD=0.94).

#### *2.1.3. Διαδικασία*

Στα υποκείμενα χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια με προτάσεις σχετικά με την αισιοδοξία, την ψυχική τους υγεία και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους. Η χορήγηση πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 1/11/2006 έως 10/11/2006 στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Οι φοιτητές συμμετείχαν εθελοντικά και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια ακαδημαϊκών μαθημάτων του χειμερινού εξαμήνου.



#### 2.1.4. Εργαλεία

Η *αισιοδοξία* μετρήθηκε με το Life Orientation Test – Revised από τους Scheier, Carver, και Bridges (1994). Η κλίμακα αποτελείται από 6 προτάσεις (π.χ. «είμαι πάντα αισιόδοξος/η για το μέλλον μου», «σε αβέβαιες στιγμές, συνήθως περιμένω το καλύτερο», «σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω», Cronbach  $\alpha=0.79$ , στην παρούσα έρευνα). Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert (1= διαφωνώ έντονα, 5=συμφωνώ πολύ).

Η *κοινωνική υποστήριξη* μετρήθηκε με το Social Support Questionnaire των Douglas και συνεργάτες (1996). Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν 2 κλίμακες: (α) η κλίμακα της καθημερινής συναισθηματικής υποστήριξης η οποία αποτελείται από 5 ερωτήσεις (π.χ. «πόσο συχνά οι άλλοι είναι ζεστοί μαζί σας;», «πόσο συχνά οι άλλοι εκφράζουν την κατανόησή τους για σας;», «πόσο συχνά οι άλλοι έχουν τη διάθεση να σας ακούσουν;», Cronbach  $\alpha=0.82$ , στην παρούσα έρευνα) και (β) η κλίμακα της καθημερινής υλικής υποστήριξης η οποία αποτελείται από 5 ερωτήσεις (π.χ. «πόσο συχνά οι άλλοι σας βοηθούν να κάνετε δουλειές;», «πόσο συχνά οι άλλοι σας δανείζουν χρήματα, όταν τα χρειάζεστε;», Cronbach  $\alpha=0.70$ , στην παρούσα έρευνα). Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert (1=σπάνια ή ποτέ, 4=συχνά).

Η *ψυχική υγεία* μετρήθηκε με το General Health Questionnaire (GHQ-28) του Goldberg, όπως προσαρμόστηκε από τους Μουτζούκη, Αδαμόπουλο, Γαρύφαλλο και Καραστεργίου (1990) και αποτελείται από 28 ερωτήσεις (π.χ. «τον τελευταίο καιρό αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;», «τον τελευταίο καιρό φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς λόγο;», τον τελευταίο καιρό έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;», «τον τελευταίο καιρό έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς ελπίδα;», Cronbach  $\alpha=0.88$ , στην παρούσα έρευνα). Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert (1=καθόλου, 4=πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως).

### 2.1.5. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του SPSS 13.0. Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης υπολογίστηκαν οι περιγραφικοί δείκτες και το *t*-test ως προς το φύλο, την ύπαρξη αδελφών και προβλήματος υγείας. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε απλή ανάλυση διακύμανσης (One way ANOVA) ως προς τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή τους κατάσταση και την κατάσταση διαβίωσής τους. Οι συσχετίσεις των μεταβλητών (ψυχική υγεία, αισιοδοξία, συναισθηματική και υλική κοινωνική υποστήριξη) έγιναν με τον δείκτη Pearson *r*. Τέλος, εφαρμόστηκε ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση πρόβλεψης για την ψυχική υγεία. Στην παρούσα έρευνα θεωρήθηκε το  $p < 0.05$  ως κρίσιμο επίπεδο σημαντικότητας.

## **2.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### 2.2.1. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς το φύλο

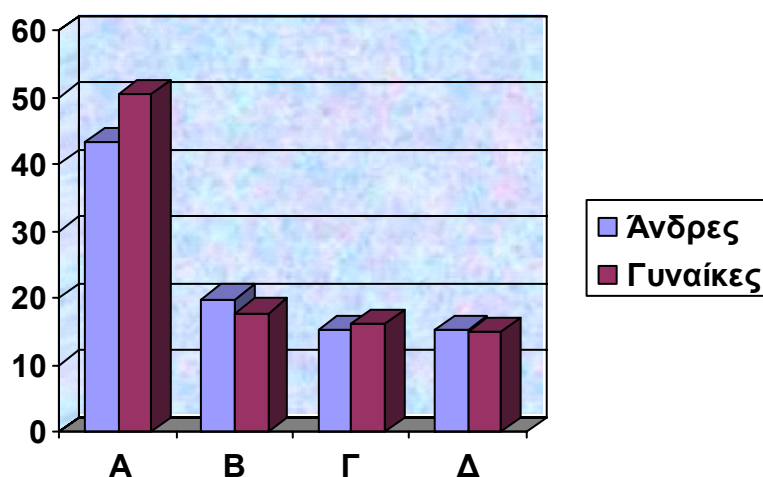
Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες όσον αφορά την αισιοδοξία καθώς και την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $t(100) = -2.11$ ,  $p < 0.05$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $t(109) = 3.14$ ,  $p < 0.01$ . Εντούτοις, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική και υλική). Συγκεκριμένα για την συναισθηματική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $t(110) = -1.22$ ,  $p = 0.22$  και για την υλική υποστήριξη ήταν  $t(110) = 0.36$ ,  $p = 0.72$ . Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι μέσοι όροι των ανδρών και γυναικών ως προς την ψυχική υγεία, την αισιοδοξία και την κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική και υλική) καθώς και οι τιμές για το μη συσχετισμένο έλεγχο *t*.

Πίνακας 1. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, υποστήριξης και αισιοδοξίας ως προς το φύλο

	<i>Άνδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>t</i>
A. Ψυχική Υγεία	43.36	50.4	-2.11*
B. Αισιοδοξία	19.86	17.71	3.14**
Γ. Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	15.14	16.14	-1.22
Δ. Υλική κοινωνική υποστήριξη	15.28	14.98	0.36

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Στο σχήμα 1 απεικονίζονται σχηματικά οι διαφορές των ανδρών και γυναικών ως προς τις μεταβλητές που εξετάζονται.



Σχήμα 1. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, αισιοδοξίας, συναισθηματικής και υλικής υποστήριξης ως προς το φύλο

Όπως φαίνεται και στο σχήμα 1, οι γυναίκες ανέφεραν πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους άνδρες (M=50.4 έναντι 43.36). Οι άνδρες ήταν πιο αισιόδοξοι από τις γυναίκες (M=19.86 έναντι 17.71) ενώ λάμβαναν περισσότερη υλική κοινωνική υποστήριξη (M=15.28 έναντι 14.98). Τέλος, οι γυναίκες δέχονταν περισσότερη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με τους άνδρες (M=16.14 έναντι 15.14).

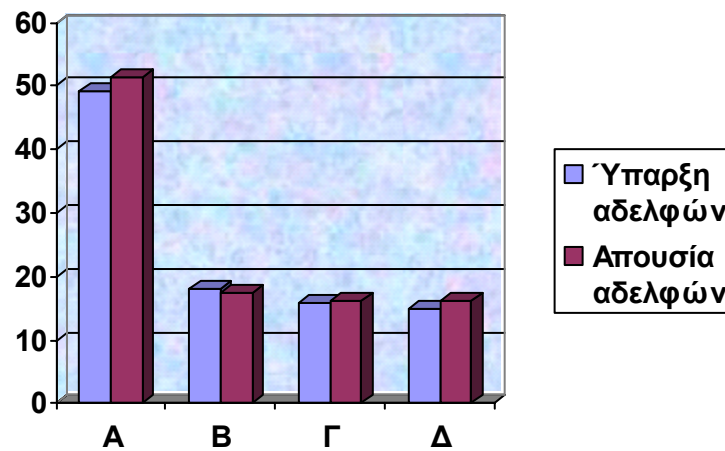
### 2.2.2. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την ύπαρξη αδελφών

Ανάμεσα στους συμμετέχοντες που είχαν αδέρφια και σε αυτούς που δεν είχαν, δε βρέθηκε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά στον τρόπο που απάντησαν σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $t(99)=-0.52$ ,  $p=0.6$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $t(108)=0.64$ ,  $p=0.52$ . Αναφορικά με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $t(109)=-0.11$ ,  $p=0.9$ , ενώ για την υλική συναισθηματική υποστήριξη ήταν  $t(109)=-1.44$ ,  $p=0.15$ . Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι μέσοι όροι των φοιτητών που είχαν αδέρφια και των φοιτητών που δεν είχαν αδέρφια ως προς την ψυχική υγεία, την αισιοδοξία και την κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική και υλική) καθώς και οι τιμές για το μη συσχετισμένο έλεγχο t.

Πίνακας 2. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, υποστήριξης και αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη αδελφών

	Υπαρξη αδελφών	Απουσία αδελφών	t
A. Ψυχική Υγεία	49.43	51.3	-0.52
B. Αισιοδοξία	18.03	17.5	0.64
Γ. Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	15.99	16.1	-0.11
Δ. Υλική κοινωνική υποστήριξη	14.89	16.3	-1.44

Στο σχήμα 2 απεικονίζονται σχηματικά οι διαφορές των φοιτητών που είχαν αδέρφια και των φοιτητών που δεν είχαν αδέρφια ως προς τις μεταβλητές που εξετάζονται.



Σχήμα 2. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, υποστήριξης και αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη αδελφών

Όπως φαίνεται στο σχήμα 2, οι φοιτητές που δεν είχαν αδέρφια ανέφεραν πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους φοιτητές που είχαν αδέρφια ( $M=51.3$  έναντι  $49.43$ ). Επιπλέον, λάμβαναν περισσότερη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη ( $M=16.1$  έναντι  $15.99$ ) καθώς και υλική κοινωνική υποστήριξη ( $M=16.3$  έναντι  $14.89$ ). Τέλος, βρέθηκε ότι οι φοιτητές που είχαν αδέρφια ήταν πιο αισιόδοξοι από τους φοιτητές που δεν είχαν αδέρφια ( $M=18.03$  έναντι  $17.5$ ).

### 2.2.3. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την ύπαρξη προβλήματος υγείας

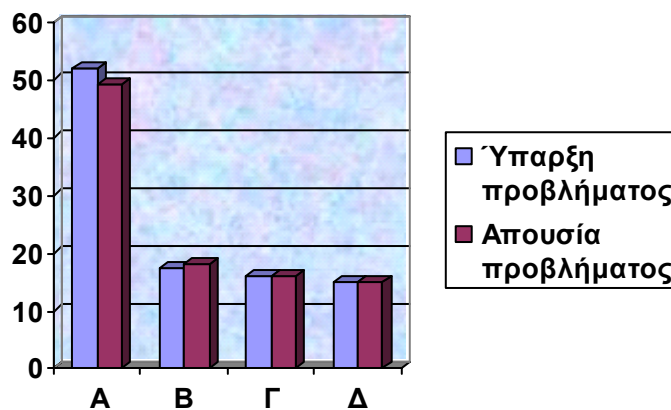
Ανάμεσα στους συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι είχαν πρόβλημα υγείας και σε αυτούς που δεν είχαν, δε βρέθηκε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά στον τρόπο που απάντησαν σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $t(100)=1.04$ ,  $p=0.3$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $t(109)=-1.21$ ,  $p=0.22$ . Αναφορικά με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $t(110)=-0.03$ ,  $p=0.97$ , ενώ για την υλική συναισθηματική υποστήριξη ήταν  $t(110)=0.14$ ,  $p=0.88$ . Στον πίνακα 3 αναφέρονται οι μέσοι όροι των φοιτητών που είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας και των φοιτητών που δεν είχαν πρόβλημα υγείας

ως προς την ψυχική υγεία, την αισιοδοξία και την κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική και υλική) καθώς και οι τιμές για το μη συσχετισμένο έλεγχο t.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, υποστήριξης και αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη προβλήματος υγείας

	Υπαρξη προβλήματος υγείας	Απουσία προβλήματος υγείας	t
A. Ψυχική Υγεία	52	49.12	1.04
B. Αισιοδοξία	17.33	18.1	-1.21
Γ. Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	16	16.02	-0.03
Δ. Υλική κοινωνική υποστήριξη	15.1	15	0.14

Στο σχήμα 3 απεικονίζονται σχηματικά οι διαφορές των φοιτητών που είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας και των φοιτητών που δεν είχαν πρόβλημα υγείας ως προς τις μεταβλητές που εξετάζονται στην παρούσα έρευνα.



Σχήμα 3. Μέσοι όροι ψυχικής υγείας, υποστήριξης και αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη προβλήματος υγείας

Όπως φαίνεται στο σχήμα 3, οι φοιτητές που είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας, ανέφεραν πιο συχνά και προβλήματα ψυχικής υγείας ( $M=52$  έναντι 49.12). Οι φοιτητές που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας ήταν πιο αισιόδοξοι από τους φοιτητές που είχαν πρόβλημα υγείας ( $M=18.1$  έναντι 17.33). Επιπλέον, λάμβαναν περισσότερη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη ( $M=16.02$  έναντι 16). Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν πρόβλημα υγείας δέχονταν περισσότερη υλική κοινωνική υποστήριξη ( $M=15.1$  έναντι 15).

#### *2.2.4. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς τον τόπο διαμονής*

Δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά τον τόπο διαμονής. Συγκεκριμένα, για την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $F(5,93)=2.21$ ,  $p=0.06$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $F(5,102)=0.77$ ,  $p=0.57$ . Αναφορικά με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $F(5,103)=0.46$ ,  $p=0.8$ , ενώ για την υλική συναισθηματική υποστήριξη ήταν  $F(5,103)=1.37$ ,  $p=0.24$ .

#### *2.2.5. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την οικογενειακή κατάσταση*

Δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $F(4,97)=0.31$ ,  $p=0.87$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $F(4,106)=1.43$ ,  $p=0.23$ . Αναφορικά με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $F(4,107)=0.75$ ,  $p=0.56$ , ενώ για την υλική συναισθηματική υποστήριξη ήταν  $F(4,107)=0.86$ ,  $p=0.49$ .

#### *2.2.6. Διαφορές στις απαντήσεις ως προς την κατάσταση διαβίωσης*

Δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά την κατάσταση διαβίωσής τους. Πιο συγκεκριμένα, για την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι  $F(4,97)=1.69$ ,  $p=0.16$ , ενώ για την αισιοδοξία ήταν  $F(4,106)=0.35$ ,  $p=0.84$ . Σχετικά με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι  $F(4,107)=1.51$ ,  $p=0.2$ , ενώ για την υλική συναισθηματική υποστήριξη ήταν  $F(4,107)=2.35$ ,  $p=0.06$ .

### 2.2.7. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Στην παρούσα έρευνα οι συσχετίσεις των μεταβλητών που εξετάζονται (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, αισιοδοξία, συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη και υλική κοινωνική υποστήριξη) έγιναν με τη βοήθεια του δείκτη Pearson r. Στον πίνακα 4 φαίνονται αναλυτικά αυτές οι συσχετίσεις.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών στην παρούσα έρευνα

	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Αισιοδοξία	Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	Υλική κοινωνική υποστήριξη
Σωματική Υγεία	1.00				
Ψυχική Υγεία	-0.32**	1.00			
Αισιοδοξία	0.07	-0.15	1.00		
Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	0.16	-0.22*	-0.02	1.00	
Υλική κοινωνική υποστήριξη	0.16	-0.26**	-0.09	0.39**	1.00

\*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σωματικής υγείας με την ψυχική υγεία ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.01$ ). Εντούτοις, δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση της σωματικής υγείας με την αισιοδοξία ( $r = 0.07$ ,  $p = 0.46$ ) καθώς και με τη συναισθηματική και υλική κοινωνική υποστήριξη ( $r = 0.16$ ,  $p = 0.08$ ). Όσον αφορά την ψυχική υγεία, δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με την αισιοδοξία, πράγμα το οποίο προκαλεί προβληματισμούς ( $r = -0.15$ ,  $p = 0.12$ ) ενώ η συσχέτιση με τη συναισθηματική και υλική κοινωνική υποστήριξη ήταν στατιστικά σημαντική ( $r = -0.22$ ,  $p < 0.05$  και  $r = -0.26$ ,  $p < 0.01$  αντίστοιχα). Στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε σημαντική



συσχέτιση της αισιοδοξίας με τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη ( $r=-0.02$ ,  $p=0.84$ ) καθώς και με την υλική κοινωνική υποστήριξη ( $r=-0.09$ ,  $p=0.3$ ). Τέλος η συσχέτιση της συναισθηματική κοινωνικής υποστήριξης με την υλική κοινωνική υποστήριξη ήταν στατιστικά σημαντική ( $r=0.39$ ,  $p<0.01$ ).

### 2.2.8. Ανάλυση παλινδρόμησης

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε ιεραρχική πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Μελετήθηκε η επίδραση της αισιοδοξίας, της κοινωνικής υποστήριξης, της σωματικής υγείας και του φύλου στην ψυχική υγεία. Το συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύουν η αισιοδοξία, η κοινωνική υποστήριξη, η σωματική υγεία καθώς και τα δημογραφικά δεδομένα (π.χ. φύλο) είναι 19%, ποσοστό υψηλό για έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες ( $\text{Adjusted } R^2=0.19$ ). Σύμφωνα με την ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε ότι  $F(5,95)=5.79$ ,  $p<0.01$ . Στον πίνακα 5 αναφέρονται οι προβλεπτικές μεταβλητές, ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης  $\beta$  (beta), το κριτήριο  $t$  καθώς και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p$ ).

Πίνακας 5. Συντελεστής παλινδρόμησης  $\beta$  και κριτήριο  $t$  για τις προβλεπτικές μεταβλητές της έρευνας ως προς την ψυχική υγεία

	$\beta$	$t$	$p$
Αισιοδοξία	-0.14	-1.45	0.15
Συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη	-0.19	-1.89	0.06
Υλική κοινωνική υποστήριξη	-0.17	-1.68	0.1
Φύλο	0.22	2.32	0.02
Σωματική υγεία	-0.25	-2.76	0.01

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5, από τους πέντε παράγοντες, οι μόνοι που ήταν στατιστικά σημαντικοί ήταν δύο: το φύλο και η σωματική υγεία. Από τις δύο μεταβλητές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία η πιο σημαντική ήταν η σωματική υγεία ( $\beta=-0.25$ ) και η επόμενη ήταν το φύλο ( $\beta=0.22$ ).

### 2.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας διεξήχθη έρευνα με δείγμα 112 πρωτοετείς φοιτητές Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (87.5%) ενώ το 91% του δείγματος ανέφερε την ύπαρξη αδελφών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών προερχόταν από αστικές περιοχές (64.2%), οι γονείς τους ήταν παντρεμένοι σε πρώτο γάμο (80.4%), ενώ δήλωσαν ότι ζούσαν μόνοι τους (79.5%). Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν η ψυχική υγεία, η αισιοδοξία και η κοινωνική υποστήριξη, η οποία διαχωρίστηκε σε συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη και υλική κοινωνική υποστήριξη. Τα δημογραφικά δεδομένα που εξετάστηκαν ήταν το φύλο, η ύπαρξη αδελφών, η ύπαρξη προβλήματος υγείας, ο τόπος διαμονής των φοιτητών, η οικογενειακή τους κατάσταση καθώς επίσης και η κατάσταση διαβίωσης.

Από τα ευρήματα της έρευνας γίνεται εμφανές ότι οι γυναίκες ανέφεραν πιο συχνά προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Η συγκεκριμένη διαπίστωση είναι στατιστικά σημαντική και συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (Bebbington, 1998· Bekker, 1996· Lewinsohn et al., 1998· Merikangas et al., 2002· Weissman et al., 1993· Weissman et al., 1997· Wittchen et al., 1998· Wittchen et al., 1999· Yonkers et al., 1998). Ένα άλλο στατιστικό εύρημα ήταν ότι οι άνδρες ήταν πιο αισιόδοξοι από τις γυναίκες. Επιπλέον, οι άνδρες λάμβαναν περισσότερη υλική υποστήριξη ενώ οι γυναίκες δέχονταν περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη σε σχέση με τους άνδρες. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με προηγούμενες ερευνητικές μελέτες (Cohen et al., 1984· Depner & Ingersoll, 1982· Rubin, 1986).

Οι φοιτητές που δεν είχαν αδέρφια ανέφεραν πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους φοιτητές που είχαν αδέρφια, ενώ λάμβαναν περισσότερη συναισθηματική καθώς και υλική κοινωνική υποστήριξη. Από την άλλη πλευρά, οι φοιτητές που είχαν αδέρφια ήταν πιο αισιόδοξοι από τους φοιτητές που δεν είχαν αδέρφια. Επιπροσθέτως, οι φοιτητές που είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας ανέφεραν πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με μια πληθώρα ερευνών που εξετάζουν τη σχέση σωματικής και ψυχικής υγείας (Banks & Kerns, 1996· Hagglund et al., 1989· Keefe et al., 1986· Romano, & Turner, 1985). Οι συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας ήταν πιο αισιόδοξοι και λάμβαναν περισσότερη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη. Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο

πρόβλημα υγείας δέχονταν περισσότερη υλική κοινωνική υποστήριξη. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με τους Stroebe και Stroebe (1996).

Όσον αφορά τον τόπο διαμονής, δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές για την αισιοδοξία, την κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική και υλική) καθώς και για την ψυχική υγεία. Εντούτοις, η Tubiana (2001) διαπίστωσε ότι το μέγεθος της πόλης συμβάλλει στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αναφορικά με την κατάσταση διαβίωσης των φοιτητών καθώς και την οικογενειακή τους κατάσταση, δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά ευρήματα.

Στην παρούσα έρευνα, οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, αισιοδοξία, συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη και υλική κοινωνική υποστήριξη) έγιναν με τη βοήθεια του δείκτη Pearson  $r$ . Μάλιστα, βρέθηκε ότι η σωματική υγεία συνδεόταν αρνητικά με την ψυχική υγεία και το εύρημα αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό. Εντούτοις, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αισιοδοξίας με τη σωματική και ψυχική υγεία, γεγονός που εγείρει πολλά ερωτήματα και έρχεται σε σύγκρουση με προηγούμενες έρευνες που διαπίστωσαν το αντίθετο (Cederblad, et al., 1995· Chang, 1998· Curbow et al., 1993· Dunn, 1996· Fry, 1995· King et al., 1998· Khoo & Bishop, 1997· Lee, Ashford, & Jamieson, 1993· Levy et al., 1988· Marshall & Lang, 1990· Nelson, Karr, & Coleman, 1995· Schulz et al., 1996· Thomas, 1989·).

Η σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης (υλικής και συναισθηματικής) με την ψυχική υγεία ήταν στατιστικά σημαντική. Το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο και επιβεβαιώνεται από μια πληθώρα ερευνητικών μελετών που εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και την ψυχική υγεία (Barry et al., 2006· Bisschop et al., 2004· Bland et al., 1991· Cottington et al., 1985· Dimond, 1979· Ell & Haywood, 1984· Ethgen et al., 2004· Fontana et al., 1989· Hays et al., 1992· Heckman, 2003· Heikonen et al., 2001· Holahan et al., 1997· House et al., 1988· Kiecolt-Glaser, & Greenberg, 1984· Koopman et al., 1988· Linden et al., 1993· Magni et al., 1988· Monroe & Steiner, 1986· Parker et al., 2003· Saltzstein et al., 1998· Solomon, 1985· Stewart et al., 2005· Uden, Orth-Gomer, & Eloffsson, 1991). Τέλος, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μεγάλη συνοχή ανάμεσα στην υλική και τη συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη.

Η ερευνητική υπόθεση που διατυπώθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν εάν η αισιοδοξία, η κοινωνική υποστήριξη (υλική και συναισθηματική), η σωματική υγεία καθώς επίσης και το φύλο αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας. Εφαρμόστηκε ανάλυση παλινδρόμησης και το συμπέρασμα ήταν ότι το φύλο και η σωματική υγεία προβλέπουν την ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Εντούτοις, η συγκεκριμένη έρευνα έχει πολλούς περιορισμούς. Καταρχάς, το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε δεν ήταν αντιπροσωπευτικό του φοιτητικού πληθυσμού καθώς αποτελείτο μόνο από πρωτοετείς φοιτητές Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Αυτό σημαίνει ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό και έτσι μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος για σφάλμα Τύπου II, δηλαδή εσφαλμένη αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης. Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και έτσι δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τις διαφορές των ανδρών και γυναικών όσον αφορά τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Τα δεδομένα της έρευνας προήλθαν από ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, οπότε υπαισέρχεται το υποκειμενικό στοιχείο (για παράδειγμα οι συμμετέχοντες μπορεί να αποκρύψουν ή να παραποιήσουν κάποια δεδομένα) και αυτό μπορεί να είναι μια πηγή στατιστικής απόκλισης. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ο φοιτητικός πληθυσμός δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού, επομένως δε θα μπορούσαν να γενικευθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι οι φοιτητές περνούν ένα μεταβατικό στάδιο από την εφηβεία στην ενηλικίωση, με πολλά προβλήματα, αγωνίες και αβεβαιότητα.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν μεγαλύτερο εύρος φοιτητικού πληθυσμού, περιλαμβάνοντας φοιτητές και φοιτήτριες όλων των ετών από όλα τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η δειγματοληψία του πληθυσμού θα πρέπει να γίνει με τυχαίο τρόπο. Όσον αφορά το υποκειμενικό στοιχείο της έρευνας, θα μπορούσαν να γίνουν επαναληπτικές μετρήσεις προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Κλείνοντας, αξίζει να επισημανθεί ότι η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό στη ζωή κάθε ανθρώπου και για αυτό ο καθένας θα πρέπει να τη διαφυλάττει με όποιο τρόπο μπορεί. Η προαγωγή και διατήρηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας έγκειται στις εσωτερικές δυνάμεις του ανθρώπου καθώς επίσης και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness and depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.
- Absetz, P., Aro, A. R., & Sutton, S. R. (2002). Factors associated with breast cancer risk perception and psychological distress in a representative sample of middle-aged Finnish women. *Anxiety, Stress, and Coping*, *15*, 61–73.
- Adams, M. H., Bowden, A. G., Humphrey, D. S., & McAdams, L. B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing, and Health Care*, *1*(1). Διαθέσιμο στο <http://www.rno.org/journal/issues/Vol-1/issue-1/Adams.htm>.
- Allison, P. J., 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*, 543-548.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Francis, E. L. (1999). Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Current Directions in Psychological Science*, *8*, 128-132.
- Anderson, J. S., & Ferrans, C. E. (1997). The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 359–367.
- Aneshensel, C. S., & Stone, J. D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, *39*(12), 1392–1396.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, *17*, 737-749.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003.
- Aydin, G., & Demir, A. (1989). Prevalence of depressive symptoms among METLT students. *Journal of Human Sciences*, *8*(1), 27-40.
- Baider, L., Perez, T., & De-Nour, A. K. (1989). Gender and adjustment of chronic disease. A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry*, *11*(1), 1–8.

- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychology Bulletin*, *119*, 95-110.
- Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., Blumenthal, J. A., Califf, R. M., Haney, T. L., O'Connor, C. M., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, *78*, 613–617.
- Barnwell, A. M., & Kavanagh, D. J. (1997). Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, *45*, 411–418.
- Baron, R. S., Cutrona, C. E., Hicklin, D., Russell, D. W., & Lubaroff, D. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 344-352.
- Barrera, M., Chassin, L., & Rogosch, F. (1993). Effects of social support and conflict on adolescent children of alcoholic and non-alcoholic fathers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 602-612.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Clinical Psychology*, *20*(1), 1–16.
- Barrera, M., Jr., Sandler, I., & Ramsey, T. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, *9*, 435-447.
- Barry, L. C., Kasl, S. V., Lichtman, J., Vaccarino, V., & Krumholz, H. M. (2006). Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 185– 193.
- Bebbington, P. E. (1998). Sex and Depression. *Psychological Medicine*, *28*, 1–8.
- Bekker, M. H. J. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychological Review*, *16*, 129–146.
- Berard, R. M., Boermeester, F., & Viljoen, G. (1998). Depressive disorders in an out-patient oncology setting: Prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology*, *7*(2), 112–120.
- Berkman, L. F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 243-262). New York: Academic Press.
- Berkman, L. F. (1986). Social networks, support and health: taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, *123*, 559-562.
- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horowitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, *17*, 1003-1009.

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, *109*, 186-204.
- Bijl, R., Ravelli, A., van Zessen, G. (2000). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 587-595.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 140-153.
- Bisschop, M. I., Knegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial factors. *Social Science and Medicine*, *59*, 721-733.
- Bjorck, J. P., Hopp, P. D., & Jones, L. W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism, and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, *17*, 71-85.
- Bland, S. H., Krogh, V., Winkelstein, W., & Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: A population study. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 598-607.
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, *116*, 684-694.
- Bloom, J. R. (1986). Social support and adjustment to breast cancer. In: B. L. Andersen (Ed.), *Women with Cancer: Psychological Perspectives* (pp. 204-229). New York: Springer-Verlag.
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, *19*, 831-837.
- Bloor, L. E., Sandler, R. E., Martin, C., Uchino, B. N., & Kinney, A. Y. (2006). Associations between emotional support and health-related quality of life among a population-based sample of Blacks and Whites. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(1), 96-116
- Blumenthal, J. A., Burg, M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., & Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *49*, 331-340.
- Bogg, J., Thornton, E., & Bundred, P. (2000). Gender variability in mood, quality of life and coping following primary myocardial infarction. *Coronary Health Care*, *4*, 163-168.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C., & Schilling, E. A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 808-818.
- Bond, M. H. (1991). Chinese values and health: A cultural-level examination. *Psychology and Health*, *5*, 137-152.

- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., Clapp-Channing, N. E., Mark, D. B. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research, 9*, 829–839.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research, 13*, 161–170.
- Brenner, G. F., Melamed, B. G., & Panush, R. S. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 1*, 115–134.
- Brezinka, V., & Kittel, F. (1996). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. *Social Science and Medicine, 42*(10), 1351–1365.
- Brink, E., Grankvist, G., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R.-M. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research, 14*, 749-757.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 102-111.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117*(5), 521–537.
- Broeckel, J., Jacobsen, P., Balducci, L., Horton, J., Lyman, G. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 62*(2), 141–150.
- Brown, S. D., Brady, T., Lent, R. W., Wolfert, J., & Hall, S. (1987). Perceived social support among college students: Three studies of the psychometric characteristics and counseling uses of the social support inventory. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 337–354.
- Budak, M., & Aydin, G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. *Adolescence, 40*(159), 559-572.
- Bunker, S., Colquhoun, D., Esler, M., Hickie, I., Hunt, D., Jelinek, V., Oldenburg, B., Peach, H., Ruth, D., Tennant, C., & Tonkin, A. (2003). “Stress” and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia, 178*(6), 272–276.
- Byrne, D. G., & Rosenman, R. J. (1990). *Anxiety and the heart*. New York: Hemisphere.
- Cameron, L. D., Leventhal, H., & Love, R. R. (1998). Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. *Health Psychology, 17*, 459–469.



- Cannella, D. T. L., Lobel, M., Glass, P., Lokshina, I., & Graham, J. E. (2007). Factors Associated With Depressed Mood in Chronic Pain Patients: The Role of Intrapersonal Coping Resources. *The Journal of Pain, 8*(3), 256-262.
- Carver, C. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 449-462.
- Case, B. R., Moss, A. J., & Case, N. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association, 267*, 520-524.
- Caspi, A., Bolger, N., & Eckenrode, J. (1987). Linking person and context in the daily stress process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 184-195.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders: From the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*, 322-330.
- Ceyhan, E., Ceyhan, A. A., & Kurtyilmaz, Y. (2005). Depression among Turkish female and male University students. *Social Behavior and Personality, 33*(4), 329-340.
- Chang, E. C. (1996). Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: Predictors of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian American college students. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 113-123.
- Chang, E. C. (1997). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being? A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences, 25*, 233-240.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109-1120.
- Chang, E. C., Asakawa, K., & Sanna, L. J. (2001). Cultural variations in optimistic and pessimistic bias: Do Easterners really expect the worst and Westerners really expect the best when predicting future life events? *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 476-491.
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive-affective model of psychosocial adjustment. *Psychology and Aging, 11*, 183-204.
- Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1993). Intergenerational support: the provision of assistance to parents by adult children. In J. S. Jackson, L. M. Chatters, & R. J. Taylor (Eds.), *Aging in Black America* (pp. 69-83). Newbury Park, CA: Sage.

- Chesney, M., & Darbes, L. (1998). Social support and heart disease in women: Implications for intervention. In K. Orth-Gomer, M. Chesney, N. K. Wenger (Eds.), *Women, stress, and heart disease* (pp. 165-182). Mahwah, NJ: Mahwah.
- Cheung, S. -K., & Sun, S. Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid members. *Social Behavior and Personality, 28*(5), 413-422.
- Choi, G. (1997). Acculturative stress, social support, and depression in Korean–American families. *Journal of Family Social Work, 2*(1), 81–97.
- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Jr., Gregory, M. C., & Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment, and adherence to hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 313-326.
- Cigoli, V., Binda, W., & Marta, E. (1994). Marital relationships and type II diabetes. *Family Systems Medicine, 12*, 295–314.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-313.
- 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.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B., & Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277*, 1940-1944.
- Cohen, S., McGowan, J., Fooskas, S., & Rose, S. (1984). Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology, 12*, 567-587.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Karmarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., Scrimshaw, S. C. M. (1993). Social support in a pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1243-1258.
- Conn, V. S., Taylor, S. G., & Abele, P. B. (1991). Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 1026–1034.

- Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, *81*(3), 953-978.
- Cottingham, E. M., Brock, B. M., House, J. S., & Hawthorne, V. M. (1985). Psychosocial factors and blood pressure in the Michigan Statewide Blood Pressure Survey. *American Journal of Epidemiology*, *121*, 515–529.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 456-460.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker F, Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 423–443.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 291–309). New York: Wiley.
- Cutrona, C. E., & Russel, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Towards a theory of optimal matching. In I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social Support: An interactional view* (pp. 319-336). New York: Wiley.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perception of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 80-89.
- Dalgard, O. S., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, *166*(1), 29–34.
- De Leeuw, J., De Graeff, A., Ros, W., Hordijk, G., Blijham, G., & Winnubst, J. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psycho-Oncology*, *9*, 20–28.
- Depner, C., & Ingersoll, B. (1982). Employment status and social support: The experience of mature women. In M. Szinovacz (Ed.), *Women's retirement: Policy implications of recent research* (pp. 61-76). Beverly Hills, CA: Sage.
- Deshotels, A., Planchock, N., Dech, Z., & Prevost, S. (1995). Gender differences in perceptions of quality of life in cardiac rehabilitation patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* *15*, 143–148.
- De Snyder, N. S. V. (1987). Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married Mexican immigrant women. *Psychology of Women Quarterly*, *11*, 475–488.
- Dill, J. C., & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. In T. Joiner, & J. C. Coyne, (Eds.) *The*

- interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 93-125). Washington DC: American Psychological Association.
- Dimond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. *Research in Nursing and Health*, 2, 101-108.
- Dixon, T., Lim, L. L-Y., Powell, H., & Fisher, J. D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1368–1375.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: the importance of social support and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 28-38.
- Dressler, W. (1985). Extended family relationships, social support, and mental health in a southern Black community. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 35-42.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., & Wortman, C. (1982). The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient. In H. S. Friedman & M. R. DiMatteo (Eds.), *Interpersonal issues in health care* (pp 69-106). New York: Academic Press.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effect of positive mean, optimism and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285–302.
- Eisenberg, N., & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.
- Ell, K., Haywood, L. J., (1984). Social support and recovery from myocardial infarction: a panel study. *Journal of Social Service Research*, 7, 1–19.
- Emery, C. F., Fried, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., Reynolds, N. R., Dujardin, J. P., Homan, J. E., & Stern, S. L. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 66, 190-197.
- Ensel, W. M., & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 321–341.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–326.
- Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyere, O., & Reginster, J.-Y. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Quality of Life Research*, 13, 321–330.

- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., & Cohen, R. D. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 103-121.
- Fielding, R. (1991). Depression and acute myocardial infarction: A review and reinterpretation. *Social Science and Medicine*, *32*, 1017–1028.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 25– 43.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., Altman, E., & Mitchell, T. (1983). The role of the social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 473-475.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception of utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science and Medicine*, *28*, 1221-1228.
- Flannery, R. B., & Wieman, D. (1989). Social support, life stress, and psychological distress: an empirical assessment. *Journal of Clinical Psychology*, *45*, 867–872.
- Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M. M., & Gatchel, R. J. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal of Human Stress*, *8*, 14-22.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychology*, *8*, 175–193.
- Fontana, A. M., Diegnan, T., Villeneuve, A., & Lepore, S. J. (1999). Non-evaluative social support reduces cardiovascular reactivity in young women during acutely stressful performance situations. *Journal of Behavioral Medicine*, *22*, 75–91.
- Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, *53*, 59-63.
- Fontaine, K. R., & Seal, A. (1997). Optimism, social support, and premenstrual dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, *53*, 243–247.
- Foote, A. W., Piazza, D., Holcombe, J., Paul, P., & Daffin, P. (1990). Hope, self-esteem, and social support in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, *22*, 155-159.
- 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.

- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. (1999). Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 26–37.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, *91*, 999–1005.
- Friedman, L. C., Baer, P. E., Nelson, D. V., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1988b). Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 529–540.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 127–142.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Jenny Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F., & Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 595–603.
- Fry, P. S. (1995). Perfectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, *121*, 211–245.
- Funch, D. P., & Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, *16*, 91-98.
- Ganz, P. A., Lee, J. J., & Siau, J. (1991). Quality of life assessment. An independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer*, *67*(12), 3131–3135.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology, Review*, *24*, 315-338.
- Gencoz, T., & Ozlale, Y. (2004). Direct and indirect effects of social support on psychological well-being. *Social behavior and Personality*, *32*(5), 449-458.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R., & Pickering, T. G. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular activity. *Psychosomatic Medicine*, *54*, 324-336.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Giltay, E. J., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, *91*, 45–52.
- Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G., & Fontaine, P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine*, *23*, 370-375.

- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: a critical review. *Annals of Behavioral Medicine, 14*, 204–212.
- Glassman, A. H., and Shapiro, P. A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry, 155*(1), 4–11.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C.R., Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 258*(21), 3125–3130.
- Gove, W. R., Style, C. B., & Hughes, M. (1990). The effect of marriage on the well-being of the adults: A theoretical analysis. *Journal of Family Issues, 11*, 4-35.
- Grainge, M. J., Brugha, T. S., & Spiers, N. (2000). Social support, personality and depressive symptoms over 7 years: The Health and Lifestyle cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 366-374.
- Grassi, L., & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics, 37*(6), 523–532.
- Green, A. L., & Austin, C. P. (1993). Psychopathology of pancreatic cancer: A biologic probe. *Psychosomatics, 34*, 208–221.
- Guck, T. P., Kavan, M. G., Elsasser, G. N., & Barone, E. J. (2001). Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *American Family Physician, 64*, 641–648.
- Hagerty, B. M., Williams, R. A., Coyne, J. C., & Early, M. R. (1996). Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*, 235-244.
- Hagglund, K. J., Haley, W. E., Reveille, J. D., & Alarcon, G. S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism, 32*, 851-858.
- Hale, C. J., Hannum, J. W., & Espelage, D. L. (2005). Social Support and Physical Health: The Importance of Belonging. *Journal of American College Health, 53*(6), 276-284.
- Hammer, B. L., Grigsby, D. T., & Woods, S. (1998). The conflict demand of work, family, and school among students at an urban university. *The Journal of Psychology, 132*, 220–226.
- Hanson, B. S., Isacson, S. O., Janzon, L., Lindell, S. E., & Rastam, L. (1988). Social anchorage and blood pressure in elderly men – a population study. *Journal of Hypertension, 6*, 503–510.
- Hart, K., & Hittner, J. B. (1995). Optimism and pessimism: Associations to coping anger-reactivity. *Personality and Individual Differences, 19*, 827-839.
- Haynes, S. G., & Feinleib, M. (1980). Women, work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health, 70*, 133-141.

- Hays, R. B., Turner, H., & Coates, T. J. (1992). Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 436-469.
- Heckman, T. G. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology, 22*, 140-147.
- Hedblad, B., Ostergren, P., Hanson, B., Janzon, L., Johansson, B., & Juul-Moller, S. (1992). Influence of social support on cardiac event rate in men with ischemic type ST segment depression during ambulatory 24-h long-term ECG recording. The prospective population study Men born in 1914, Malmo, Sweden. *European Heart Journal, 13*(4), 433-439.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Loennqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior, 23*, 343-358.
- Helgeson, V. S. (1991). The effects of masculinity and social support on recovery from myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 53*, 621-633.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling, descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., & Fritz, H. L. (1998). Social support and cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psychooncology* (pp. 99-109). New York: Oxford University Press.
- Helsing, K., & Szklo, M. (1981). Mortality after bereavement. *American Journal of Epidemiology, 114*, 41-52.
- Henderson, S. (1981). Social relationships, adversity, and neurosis: An analysis of prospective observation. *British Journal of Psychiatry, 138*, 391-398.
- Henderson, S., Byrne, D. G., and Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. New York: Academic Press.
- Hintikka, J., Koskela, T., Kontula, O., Koskela, K., & Viinamaki, H. (2000). Men, women and friends - are there differences in relation to mental well-being? *Quality of Life Research, 9*, 841-845.
- Hisli, N. (1988). A study of the validity of the Beck Depression Inventory. *Turkish Journal of Psychology, 6*(22), 118-126.
- Hoehn-Saaric, R., & McLeod, D. R. (1987). Cardiac symptoms and anxiety disorders: Contributing factors and pharmacologic treatment. *American Journal of Cardiology, 60*, 681-731.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 918-928.
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health, 18*, 15-29.



- Horsten, M., Mittleman, M. A., Wamala, S. P., Schenck-Gustafsson, K., & Orth-Gomer, K. (2000). Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women: The Stockholm female coronary risk study. *European Heart Journal*, *21*(13), 1072–1080.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, *116*, 123-140.
- Irwin, P., Kramer, S., Diamond, N., & Malone, D. (1987). Sex differences in psychological distress during definitive radiation therapy for cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *4*, 63–75.
- Janevic, M. R., Janz, N. K., Dodge, J. A., Wang, Y., Lin, X., & Clark, N. M. (2004). Longitudinal effects of social support on the health and functioning of older women with heart disease. *International Journal of Aging and Human Development*, *59*, 153–174.
- Jemmott, J. B., III, & Locke, S. E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, *95*, 78-108.
- Jemmott, J. B., III, & Magliore, K. (1988). Academic stress, social support and secretory immunoglobulin A. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 803-810.
- Johnson, J. E. (1998). Stress, social support, and health in frontier elders. *Journal of Gerontological Nursing*, *24*(5), 29–35.
- Jou, Y. H., & Fukada, H. (1995). Effects of social support on adjustment of Chinese students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, *135*, 39–47.
- Jou, Y. H., & Fukada, H. (2002). Stress, Health, and Reciprocity and Sufficiency of Social Support: The Case of University Students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, *142*(3), 353–370.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, *52*, 42-58.
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory Studies. *American Journal of Epidemiology*, *125*, 206–220.

- Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from Eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, *128*, 370-380.
- Kaplan, R. M., Sallis Jr, J. F., Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. Singapore: McGraw Hill.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1281-1290.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kash, K. M., Mago, R., & Kunkel, E. J. (2005). Psychosocial oncology: Supportive care for the cancer patient. *Seminars in Oncology*, *32*, 211–218.
- Kavanagh, D. J., Gooley, S., & Wilson, P. H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 509–522.
- Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A. Jr., Crisson, J. E., Muhlbaier, L. H. (1986). Depression, pain, and pain behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 665-669.
- Kelly, W., E., Kelly, K. E., Brown, F., C, Kelly, H. B. (1999). Gender differences in depression among college students: A multicultural perspective. *College Student Journal*, *33*(1), 72-77.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1990). Social support, stress, and the immune system. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 253-266). New York: Wiley.
- Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., & Hinckley, C. (1991). Continuous emotional support during labor in a U.S. hospital. *Journal of the American Medical Association*, *265*, 2197-2201.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, *29*, 85–96.
- Kessler, R. C., & McLead, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 219–240). Orlando, FL: Academic Press.
- Kessler, R., McLead, J. D., & Washington, E. (1985). The costs of caring: a perspective on the relationship between sex and psychological distress. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, research and applications* (pp. 495-506). The Hague: Martinus Nijhoff.

- Khoo, S., & Bishop, G. D. (1997). Stress and optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychologia, 40*, 29–40.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E., & Glasser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine, 49*, 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Garner, W. (1988). Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain, Behavior and Immunity, 2*, 67-78.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Greenberg, B. (1984). Social support as a moderator of the after-effects of stress in female psychiatric inpatients. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 192–199.
- King, K. B., Reis, H. T., Potter, L. A., & Norsen, L. H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology, 12*, 56-63.
- King, K. B., Rowe, M. A., Kimble, L. P., & Zerwic, J. J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health, 21*, 15–26.
- Kirschbaum, C., Klaver, T., Filipp, S., & Hellhammer, D. H. (1995). Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosomatic Medicine, 57*, 23-31.
- Klein, E. (1967). *A comprehensive etymological dictionary of the English language*. New York: Elsevier.
- Kohen, J. A. (1983). Old but not alone: informal social supports among the elderly by marital status and sex. *Gerontologist, 23*, 57-63.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology 7*(2), 101–111.
- Kornblith, A., Herndon, J., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., Harris, L., Tkaczuk, K. H., Michael C. Perry, M. C., Budman, D., Norton, L., Holland, J. C. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer, 91*(2), 443–454.
- Krause, N. (2001). Social support. In: R. Binstock, & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 273–294). 5th Ed. San Diego, CA: Academic Press.
- Krumholz, H., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C., Mendes de Leon, C., Seeman, T., Kasl, S., & Berkman, L. (1998). Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation, 97*(10), 958–964.

- Kugaya, A., Akechi, T., Okamura, H., Mikami, I., & Uchitomi, Y. (1999). Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*, 494–499.
- Kulik, J. A., & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, *8*, 221-238.
- Kulik, J. A., Mahler, H. I. M., & Moore, P. J. (1996). Social comparison and affiliation under threat: Effects on recovery from major surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 969-979.
- Kurdek, L., & Schmitt, P. (1986). Relationship quality of participants in heterosexual married, heterosexual cohabiting, gay, and lesbian relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 711-720.
- Lai, J. C. (1997). Relative predictive power of the optimism versus the pessimism index of a Chinese version of the life orientation test. *The Psychological Record*, *47*, 339-410.
- Lakey, B., & Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, *16*, 811-824.
- Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic controlled trials. *British Medical Journal*, *322*, 1– 8.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, *11*, 3-21.
- Lee, C., Ashford, S. J., & Jamieson, L. F. (1993). The effects of Type A behavior dimensions and optimism on coping strategy, health, and performance. *Journal of Organizational Behavior*, *14*, 143–157.
- Lee, J.-S., Koeske, G. F., Sales, E. (2004). Social support buffering of acculturative stress: a study of mental health symptoms among Korean international students. *International Journal of Intercultural Relations*, *28*, 399–414.
- Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 899 – 909.
- Lepore, S. J. (1992). Social conflict, social support, and psychological distress: Evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 857-867.
- Lepore, S. J., Mata Allen, K. A., & Evans, G. W. (1993). Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 518-524.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 261-270.

- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C., & Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 520-528.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 109–117.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(3), 194–208.
- Lightsey, O. R., & Christopher, J. C. (1997). Stress buffers and dysphoria in a non-western population. *Journal of Counseling and Development*, *75*, 451-459.
- Lin, J. G., & Yi, J. K. (1997). Asian international student's adjustment: issues and program suggestions. *College Student Journal*, *31*(4), 473–479.
- Linden, W., Chambers, L., Maurice, J., & Lenz, J. W. (1993). Sex differences in social support, self-deception, hostility, and ambulatory cardiovascular activity. *Health Psychology*, *12*, 375-380.
- Litt, M. D., Tennen, H., Affleck, G., & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 171-188.
- Loose, M., & Fernhall, B. (1995). Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *15*, 225–231.
- Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Duberstein, P. R., Eberly, S., Sorensen, S. M., & Caine, E. D. (2004). Self-rated health, depression, and one-year health outcomes in older primary care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 110– 113.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Fletcher, M. A., Penedo, F., Baum, A., Schneiderman, N., & Klimas, N. (1995). Physical symptoms of chronic fatigue syndrome are exacerbated by the stress of hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 310–323.
- Magni, G., Silvestro, A., Tamiello, M., Zanesco, I., & Carl, M. (1988). An integrated approach to the assessment of family adjustment to acute lymphocytic cytolysis leukaemia in children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*, 639-642.
- Makikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences*, *35*, 537-557.
- Mallinckrodt, B., & Leong, F. T. (1992). International graduate students, stress, and social support. *Journal of College Student Development*, *33*, 71–78.
- Marshall, G. N., & Lang, E. L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 132–139.

- Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Morality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health, 86*, 1087-1093.
- Martin, J. C., & Panicucci, C. L. (1992). Health related practices and priorities: The health behaviors and beliefs of community living black older women. *Journal of Gerontological Nursing, 22*(4), 411-418.
- Matton, K. I., & Zimmerman, M. A. (1992). Psychosocial predictors of substance use among urban Black male adolescents. *Drugs and Society, 6*, 79-113.
- McCulloch, J. (1995). The relationship of family proximity and social support to the mental health of older rural adults: the Appalachian context. *Journal of Aging Studies, 9*(1), 65-81.
- McDaniel, J., Musselman, D., Porter, M., Reed, D., & Nemeroff, C. (1995). Depression in patients with cancer. *Archives of General Psychiatry, 52*, 89-99.
- McKay, D. A., Blake, R. L., Jr., Colwill, J. M. (1985). Social supports and stress as predictors of illness. *Journal of Family Practice, 20*(6), 575-581.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. P., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry, 51*, 81-91.
- Mijuskovic, B. (1996). The phenomenology and dynamics of loneliness. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 33*(2), 41-51.
- Miller, C. M. (1997). The lived experience of relapsing multiple sclerosis: A phenomenological study. *Journal of Neuroscience Nursing, 29*, 291-304.
- Miller, P., & Ingham, J. G. (1976). Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry, 11*, 51-58.
- Misra, R., & McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies, 16*, 41-51.
- Monroe, S. M., & Steiner, S. C. (1986). Social support and psychopathology: Interrelations with pre-existing disorder, stress and personality. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 29-39.
- Motzer, S. U., Stewart, B. J. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research in Nursing and Health, 19*, 287-298.
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine, 18*, 110-125.
- Neighbors, W. (1997). Husbands, wives, family, and friends: Sources of stress, sources of support. In R. J. Taylor, J. S. Jackson, & L. M. Chatters (Eds.), *Family life in Black America* (pp.277-292). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nelson, E. S., Karr, K. M., & Coleman, P. K. (1995). Relationships among daily hassles, optimism and reported physical symptoms. *Journal of College Student Psychotherapy, 10*, 11-26.

- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery from breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends, and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27, 385-392.
- Nezlek, J. B., & Allen, M. R. (2006). Social Support as a Moderator of Day-to-Day Relationships between Daily Negative Events and Daily Psychological Well-Being. *European Journal of Personality*, 20, 53–68.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- Norbeck, J. S., & Tilden, V. P. (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 30-46.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in time of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- Northouse, L. L. (1988). Social support in patients' and husband's adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- Oh, Y., Koeske, G. F., & Sales, E. (2001). Acculturation, stress, and depressive symptoms among Korean immigrants in the United States. *Journal of Social Psychology*, 142(4), 511–526.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 59, 2259–2270.
- Okwumabua, J. E., Baker, F. M., Wong, S. P., & Pilgram, B. O. (1997). Characteristics of depressive symptoms in elderly urban and rural African Americans. *The Journals of Gerontology*, 52A(4), 241–246.
- Olstad, R., Sexton, H., & Sùgaard, A. J. (1999). The Finnmark study. Social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 519-525.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Bedirhan, P., & Stefano, S. (1994). Common mental disorders across cultures: Results from the Who Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1741–1748.
- Orth-Gomer, K., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Kirkeeide, R., Svane, B., Wamala, S. P., Mittleman, M. A., & Ryden, L. (1998). Social relations and extent and severity of coronary artery disease. *European Heart Journal*, 19, 1648–1656.

- Orth-Gomer, K., & Johnson, J. V. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases, 40*, 949–957.
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine, 55*, 37–43.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman, D. H., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology, 135*, 356–368.
- Parker, P. A., Baile, W. F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 12*, 183–193.
- Peplua, L. A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, research and applications* (pp. 269-286). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Perkins, E. A., Small, B. J., Balducci, L., Extermann, M., Robb, C., Haley, W. E. (2007). Individual differences in well-being in older breast cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 62*, 74-83.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine, 16*, 483-491.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality, 55*, 237-265.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., Yurko, K. H., Martin, L. R., & Friedman, H. S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science, 9*, 127-130.
- Pierce, R. S., Frone, M. R., Russel, M., & Cooper, M. L. (1996). Financial stress, social support and alcohol involvement: A longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. *Health Psychology, 15*, 38-47.
- Phillips, S. L. (1981). Network characteristics related to the well-being of normals: A comparative base. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 117-124.
- Piccinelli, M., & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine, 27*, 433–444.



- Pirraglia, P. A., Peterson, J. C., Willians-Russo, P., Gorkin, L., & Charlson, M. E. (1999). Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 668–680.
- Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C. S., Pederson, N. L., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). Optimism, pessimism, and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences, 13*, 921–930.
- Ponzo, M. G., Gucciardi, E., Weiland, M., Masi, R., Lee, R., & Grace, S. L. (2006). Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to Diabetes self-management in Italian women and men with Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine, 31*(4), 153-160.
- Power, M. J., Champion, L. A., & Aris, S. J. (1988). The development of a measure of social support: The Significant Others (SOS) Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 349–358.
- Pretorius, T. B., & Diedricks, M. (1994). Problem solving appraisal, social support and stress depression relationship. *South African Journal of Psychology, 24*(2), 86-90.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measurements of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.
- Rankin, S. H., Fukuoka, Y. (2003). Predictors of quality of life in women 1 year after myocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing, 18*, 6–12.
- Reed, G. M., McGee, D., Yano, K., & Feinlab, M. (1983). Social networks and CHD among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology, 117*, 384-396.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H.-Y. J., & Visscher, B. R. (1984). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology, 13*, 299-307.
- Reinhardt, J. P. (1996). The importance of friendship and family support in adaptation to chronic vision impairment. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 5*, 268–278.
- Reis, H. T., Wheeler, L., Kernis, M., Spiegel, N., & Nezelek, J. B. (1985). Physical attractiveness in social interaction: II. Why does appearance affect social experience? *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 979-996.
- Revenson, T. A., Wollman, C. A., & Felton, B. J. (1983). Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 45*(4), 321–331.
- Reynolds, P., Boyd, P. T., Blacklow, R. S., Jackson, J. S., Greenberg, R. S., Autsin, D. F., Chen, V. W., & Edwards, B. K. (1994). The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Survival Study Group. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 3*(3), 253–259.

- Rhodes, J. E. (1998). Family, friends, and Community: The role of Social Support in Promoting Health. In P. Camic & S. Knight (Eds.), *Clinical Handbook of Health Psychology* (pp. 484-486). New York: Hogrefe & Huber.
- Robertson, E. K., & Suinn, R. M. (1968). The determination of rate progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. *Journal of Psychosomatic Research, 12*, 189-191.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychology Bulletin, 97*, 18-34.
- Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluation of others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1132-1147.
- Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H., & Wilhelmsen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal, 307*, 1102-1105.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pateon Books.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (1996). Psychologic reactions to breast cancer diagnosis, treatment, and survival. In: J. R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, and S. Hellman (Eds.), *Diseases of the Breast*, (pp. 919–938). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D., & Chaudray, B. S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine, 311*, 552-559.
- Rubin, L. B. (1986). On men and friendship. *Psychoanalytic Review, 73*, 165-181.
- Ruiz Perez, I., Rodriguez Bano, J., Lopez Ruz, M. A., del Arco Jimenez, A., Causse Prados, M., Pasquau Liano, J., Martin Rico, P., de la Torre Lima, J., Prada Pardal, J. L., Lopez Gomez, M., Munoz, N., D. Morales, D., & Marcos, M. (2005). Health-related quality of life of patients with HIV: Impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Quality of Life Research, 14*, 1301–1310.
- Saltzstein, B. J., Wyshak, G., Hubbuch, J. T., & Perry, J. C. (1998). A naturalistic study of the chronic fatigue syndrome among women in primary care. *General Hospital Psychiatry, 20*, 307–316.
- Sandanger, I., Nygerd, J. F., Ingebrigtsen, G. (1999) Prevalence, incidence and age of onset of psychiatric disorders in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 570–579.
- Sanderson, C. A. (2004). *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Scarinci, I. C., Ames, S. C., & Brantley, P. J. (1999). Chronic minor stressors and major life events experienced by low-income patients attending primary care clinics: A longitudinal examination. *Journal of Behavioral Medicine, 22*, 143 – 156.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*, 169-210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201–228.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science, 2*, 26-30.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J., Magovern, G. J., Sr., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects of physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024-1040.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magovern, G. J., & Carver, C. S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass surgery. *Archives of Internal Medicine, 159*, 829-835.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality, 130*, 517– 534.
- Sherbourne, C. D., & Hays, R. D. (1990). Marital status, social support, and health transition in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 328-343.
- Schleifer, S. J., Keller, S. E., Camerino, M., Thornton, J. C., & Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of the American Medical Association, 250*, 374-377.
- Schleifer, S. J., Macari-Hinson, M. M., Coyle, D. A., Slater, W. R., Kahn, M., Gorlin, R., & Zucker, H. D. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine, 149*(8), 1785–1789.
- Schoenbach, V. J., Kaplan, B. H., Fredman, L., & Kleinbaum, D. G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology, 123*(4), 557-591.
- Schou, I., Ekeberg, O., & Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism–pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology, 14*, 718–727.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology, 13*, 309–320.

- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M., & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging, 11*, 304-309.
- Schulz, R., & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1162-1172.
- Schulz, R., & Tompkins, C. A. (1990). Life events and changes in social relationships: Examples, mechanisms, and measurement. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 69-77.
- Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of Demographic, Medical, and Social Support Variables in Predicting the Mental Health Dimension of Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. *Health and Social Work, 30*(3), 203-212.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., & Hahn, A. (1994). Unemployment, social support and health complaints: A longitudinal study of stress in East German refugees. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 4*, 31-45.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health, 3*, 1-15.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1992). Social support and mental health: A conceptual and empirical overview. In L. Montada, S.-H. Filipp, & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in an adult life* (pp. 435-458). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1994). Social ties and support and neuroendocrine function: The McArthur studies of successful aging. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 95-106.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth.
- Shen, B.-J., McCreary, C. P., & Myers, H. F. (2004). Independent and Mediated Contributions of Personality, Coping, Social Support, and Depressive Symptoms to Physical Functioning Outcome Among Patients in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 39-62.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology, 20*, 141-145.
- Simon, G., Marcussen, K. (1999). Marital transitions, marital beliefs, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 40*, 111-125.
- Smith, B. H., Elliot, A. M., Chambers, W. A., Cairns-Smith, W., Hannaford, P. C., & Penny, K. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Family Practice, 18*(3), 292-299.

- Sollner, W., Maislinger, S., Konig, A., Devries, A., & Lucas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology*, *13*(12), 893–897.
- Solomon, Z. (1985). Stress, social support and affective disorders in mothers of pre-school children: A test of the stress buffering effects of social support. *Social Psychiatry*, *20*, 100-105.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Hobfoll, S. E. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1269-1276.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S., & Urrutia, J. (1980). The effects of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *New England Journal of Medicine*, *303*, 597-600.
- Spauwen, J. L., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2003). Sex differences in psychosis: Normal or pathological? *Schizophrenia Research*, *62*(1–2), 45–49.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, *2*, 888-891.
- Spiegel, D., & Kato, P. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*, 10-26.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J., & Shipley, M. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research*, *43*, 73-81.
- Stansfeld, S. A., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J., & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*, 361– 367.
- 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*, 231– 237.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science and Medicine*, *53*, 1621– 1630.
- Stern, M., Pascale, L., & Ackerman, A. (1977). Life adjustment postmyocardial infarction: Determining predictive variables. *Archives of Internal Medicine*, *137*(12), 1680–1685.
- Stewart, K. E., Cianfrini, R., & Walker, J. F. (2005). Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the Deep South of the United States. *AIDS Care*, *17*(3), 350-358.

- Stock, C., Küçük, N., & Miseviciene, I., Guillén-Grima, F., Petkeviciene, J., Aguinaga-Ontoso, I., & Krämer, A. (2003). Differences in health complaints among university students from three European countries. *Preventive Medicine, 37*, 535–543.
- Stokes, J., & Levin, I. (1986). Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1069-1074.
- Stone, A. A., Mezzacappa, E. S., Donatone, B. A., & Gonder, M. (1999). Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology, 18*, 482-486.
- Stroebe, M. S., & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin, 93*, 279-301.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1996). The social psychology of social support. In E. T. Higgins & A. W. Kniglaski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 597-621). New York: Guilford.
- Sugisawa, H., Shibita, H., Hougham, G. W., Sugihara, Y., & Liang, J. (2002). The impact of social ties on depressive symptoms in US and Japanese elderly. *Journal of Social Issues, 58*, 785-804.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the People's Republic of China. *Journal of Adolescent Research, 15*, 123–144.
- Taylor, R. D., Casten, R., & Flicklinger, S. M. (1993). Influence of kinship social support on the parenting experiences and psychosocial adjustment of African-American adolescents. *Developmental Psychology, 29*, 382-388.
- Taylor, S. E. (1995). *Healthy psychology* (3rd ed.). New York: Mc-Graw Hill.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1993). Psychological aspects of chronic illness. In G. R. VandenBos & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Psychological aspects of serious illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193–210.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (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*, 460-470.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 416-423.

- Thomas, S. P. (1989). Gender differences in anger expression: Health implications. *Research in Nursing and Health, 12*, 389–398.
- Timmer, S. G., Veroff, J., & Hatchett, S. (1996). Family ties and marital happiness: The differential experiences of Black and White newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 13*, 335-359.
- Torgrud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M., & Kjernisted, K. D. (2004). Deficits in Perceived Social Support Associated with Generalized Social Phobia. *Cognitive Behaviour Therapy, 33*(2), 87-96.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M., & Luca, N. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 323-338.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a moderator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 805-811.
- Tubiana, M. (2001). La santé et la ville: santé physique et santé mentale. *Life sciences, 324*, 757-767.
- Turkum, A. S. (2005). Do optimism, social network richness, and submissive behaviors predict well-being? Study with a Turkish sample. *Social Behavior and Personality, 33*(6), 619-628.
- Turner, R.J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 357–367.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, K. B. (1996). The relationships between social support and physiological process: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Uchino, B. N., Uno, D., & Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science, 8*, 145-148.
- Unden, A., Orth-Gomer, K., & Elofsson, S. (1991). Cardiovascular effects of social support in the work place: Twenty-four hour ECG monitoring of men and women. *Psychosomatic Medicine, 53*, 50.
- VandenBos, G. R., & Costa, P. T., Jr. (1990). *Psychological aspects of serious illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- VanderVoort, D. J. (1999). Quality of social support in mental and physical health. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social, 18*, 205–222.
- Van Servellen, G., Sarna, L., Padilla, G., & Brecht, M. L. (1996). Emotional distress in men with life threatening illness. *International Journal of Nursing Studies, 1*(3), 117–125.

- Vazquez-Barquero, J. L., Diez Manrique, J. F., Munoz, J., Menendez Arago, J., Gaité, L., Herrera, S., Der, G. J. (1992). Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(2), 62–68.
- Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences*, 28, 259-272.
- Viinamaki, H., Kontula, O., Niskanen, L., & Koskela, K. (1995). The association between economic and social factor and mental health in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 208-213.
- Vilhjalmsson, R. (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: A preliminary investigation. *Social Science and Medicine*, 47, 603–611.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., & DeVellis, R. E. (1983). Social support and physical illness. *Health Psychology*, 2, 367-391.
- Wan, T. Y. (1992). Academic stress of international students attending U.S. universities. *Research in Higher Education*, 33, 607–623.
- Wang, H.-X., Mittleman, M. A., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 60, 599–607.
- Waxler-Morrison, N., Hislop, T. G., Mears, B., & Can, L. (1991). The facts on social relationships on survival with women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 33, 177-183.
- Webster's third international dictionary*. (1981). New York: G. & C. Merriam.
- Weich, S., Sloggett, A., & Lewis, G. (1998). Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 489-493.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U., & Yeh, E. K. (1997). The Cross-National epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305–309.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Joyce, P. R., Newman, S. C., Wells, J. E., Wittchen, H. U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 29, 77–84.
- Welin, C., Lappas, G., & Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247(6), 629–639.
- Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K., Tibblin, B., Ander-Peciva, S., Larsson, B., & Wilhelmsen, L. (1985). Prospective study of social influence on mortality. *Lancet*, 1, 915-918.



- Wells, K. B., Rogers, W., Burnam, M. A., Greenfield, S., & Ware, J. E., Jr. (1991). How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: Results from the medical outcomes study. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1688–1697.
- Whitlock, F. A., & Sisking, M. (1979). Depression and cancer: A follow-up study. *Psychological Medicine*, *9*, 747–752.
- Whittington, J. E., & Huppert, F. A. (1993). The impact of life events on well being. In D. Cox, F. A. Huppert, & M. J. Whichelow (Eds.), *The health and lifestyle survey: Seven years on* (pp. 173 – 194). Dartmouth: Aldershot.
- Williams, A. W., Ware, J. E., & Donald C. (1981). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, *22*, 324–336.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Callif, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., Hlatky, M. A., Siegler, I. M., & Mark, D. B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, *267*, 520-524.
- Wills, T. A. (1984). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61-82). New York: Academic Press.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, *28*, 522-530.
- Wingate, S. (1995). Quality of life for women after a myocardial infarction. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *24*(6), 467– 473.
- Wittchen, H. U., Essau, C. A., Von Zerssen, D., Krieg, J.-C., & Zaudic, M. (1992) Lifetime and six month prevalence of mental disorders in the Munich followup study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *241*(4), 247–258.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychology and Medicine*, *28*, 109–126.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology and Medicine*, *29*(2), 309–323.
- Wohlgenuth, E., & Betz, N. E. (1991). Gender as a moderator of the relationships of stress and social support to physical health in college students. *Journal of Counselling Psychology*, *38*, 367-374.

- Wolf, S. (1969). Psychosocial factors in myocardial infarction and sudden death. *Circulation*, 39, 74-83.
- Woloshin, S., Schwartz, L. M., Tosteson, A. N., Chang, C. H., Wright, B., Ploham, J., & Fisher, E. S. (1997). Perceived adequacy of tangible social support and health outcomes in patients with coronary artery disease. *Journal of General International Medicine*, 12, 613– 618.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and cancer: Conceptual and methodological issues. *Cancer*, 53, 2339-2360.
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.
- Yang, B., & Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population: a test of a model. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24, 127–139.
- Yates, B. C. (1995). The relationship among social support and short-term and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Research in Nursing and Health*, 18, 193– 203.
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 149, 587–595.
- Zaleski, E. H., Levey-Thors, C., & Schiaffino, K. M. (1998). Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students. *Applied Developmental Science*, 2, 127–137.