

ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ
ΥΓΕΙΑ, ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:
Η ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΜΕΤΡΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΣΧΕΣΕΩΝ

Ευάγγελος Χ. Καραδήμας

Πανεπιστήμιο Κρήτης

Περίληψη: Στο άρθρο αυτό παρουσιάζονται δύο έρευνες σε δείγματα καρδιολογικών ασθενών. Εξετάστηκαν οι σχέσεις της προδιαθεσικής αισιοδοξίας με τις αναπαραστάσεις ασθένειας, την υποκειμενική υγεία, και τη σχετιζόμενη με την ασθένεια απελπισία, η οποία αντιπροσωπεύει τη τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ασθένειας. Επίσης, στόχος των ερευνών ήταν η εξέταση του μετριαστικού ρόλου της αισιοδοξίας στις σχέσεις μεταξύ αναπαραστάσεων και υποκειμενικής υγείας ή τελικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της ασθένειας. Στην πρώτη έρευνα συμμετείχαν 233 καρδιολογικοί ασθενείς, ενώ στη δεύτερη, η οποία ήταν προδρομική, συμμετείχαν 106 καρδιολογικοί ασθενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η προδιαθεσική αισιοδοξία σχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας. Επίσης, σχετιζόταν με συγκεκριμένες αναπαραστάσεις ασθένειας. Ένα σημαντικό εύρημα των δύο ερευνών ήταν ότι η προδιαθεσική αισιοδοξία μετριάξει τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας (Έρευνα 1), όπως και τη σχέση “αναπαραστάσεις ασθένειας – υποκειμενική υγεία – τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ασθένειας” (Έρευνα 2). Σε όλες τις περιπτώσεις οι συσχετίσεις μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας ή σχετιζόμενης με την ασθένεια απελπισίας ήταν μη σημαντικές στα υψηλότερα επίπεδα προδιαθεσικής αισιοδοξίας, αν και ήταν σημαντικές στα χαμηλότερα επίπεδα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά για την κατανόηση της διεργασίας προσαρμογής στην ασθένεια, καθώς και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρόνιων ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Αναπαραστάσεις ασθένειας, Απελπισία, Προδιαθεσική αισιοδοξία, Υποκειμενική υγεία.

Διεύθυνση: Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 741 00 Ρέθυμνο. Τηλ. 28310-77532. Fax: 28310-77578. E-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πάσχοντες από μια ασθένεια, ιδίως στις χρόνιες περιπτώσεις, αναπτύσσουν μια σειρά γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων για την ασθένειά τους με στόχο να κατανοήσουν την κατάστασή τους αλλά και να βρουν κατάλληλους τρόπους διαχείρισής της (Martin & Leventhal, 2004). Το “μοντέλο της κοινής λογικής” (ΜΚΛ), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (Leventhal, Brisette, & Leventhal, 2003. Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980), είναι εκείνο που πληρέστερα περιγράφει τις αναπαραστάσεις που σχετίζονται με τις απειλές κατά της σωματικής υγείας.

Το ΜΚΛ βασίζεται στη θεωρία της αυτο-ρύθμισης (de Ridder & de Wit, 2006), η οποία αναφέρεται στις διεργασίες μέσα από τις οποίες διαμορφώνεται ή ανθρωπίνη συμπεριφορά (Carver, 2004. Vohs & Baumeister, 2004). Είναι, δηλαδή, η αυτο-ρύθμιση μια συνεχής διεργασία ενεργοποίησης και ρύθμισης των ατομικών δραστηριοτήτων, η οποία συντελεί στην προσέγγιση στόχων όπως, για παράδειγμα, η ευεξία και η βελτίωση της λειτουργικότητας, ή στην απομάκρυνση από άλλους, “αντι-στόχους”, όπως ο πόνος. Παράλληλα, η αυτο-ρύθμιση αποτελεί προσπάθεια του ατόμου να βάλει σε τάξη τις ποικίλες εμπειρίες του μέσα στο χάος. Έτσι, μέσα από την αυτο-ρύθμιση, το άτομο ασκεί έλεγχο στις πράξεις του, στις καταστάσεις που ζει, στις εσωτερικές διεργασίες του (π.χ., τη σκέψη, το συναίσθημα, τις αυτόματες διαδικασίες, κ.λπ.), καθώς και στη νοηματοδότηση του κόσμου. Αν και δεν υπάρχει μια ενοποιημένη θεωρία για την αυτο-ρύθμιση, κοινό χαρακτηριστικό των σχετικών προσεγγίσεων είναι η άμεση ή έμμεση αναφορά σε στόχους, καθώς και η αντίληψη του προσώπου ως ενεργητικού παράγοντα.

Η έννοια της αυτο-ρύθμισης είναι ιδιαίτερα σημαντική και για το χώρο της σωματικής υγείας και της ασθένειας (de Ridder & de Wit, 2006). Και τούτο διότι η ασθένεια, πέρα από το γεγονός ότι απειλεί εκείνους τους στόχους που θεωρούνται κεντρικοί (δηλαδή, την ίδια τη ζωή και την επιβίωση), υπονομεύει πολλούς επιπλέον (π.χ., διαπροσωπικούς, επαγγελματικούς, προσωπικής ανάπτυξης), καθώς τείνει να επηρεάζει το σύνολο της ζωής και της λειτουργικότητας του ατόμου. Επιπροσθέτως, ορισμένα σημαντικά μέσα διαφύλαξης ή αποκατάστασης της υγείας (π.χ., οι τακτικές επισκέψεις στο γιατρό, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, οι αλλαγές στη διατροφή κ.λπ.) μπορούν να θεωρηθούν ως επιμέρους στόχοι στα πλαί-

σια της “ειδικής” αυτο-ρύθμισης που αφορά την ασθένεια (για σχετική ανασκόπηση, βλ. Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000).

Το ΜΚΛ υποστηρίζει (Leventhal et al., 1980) ότι ο ασθενής βασίζεται σε σχετικές πληροφορίες (εσωτερικές και εξωτερικές) και διαμορφώνει τις γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειάς του. Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αφορούν συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, η θλίψη, η ανησυχία, ο θυμός. Οι γνωστικές αναπαραστάσεις αναλύονται σε πέντε διαστάσεις: (α) Τα *αίτια*, τα οποία αναπαριστούν τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση του προβλήματος ή της ασθένειας. (β) Οι *επιπτώσεις*, οι οποίες αναφέρονται στην επίδραση που έχει η ασθένεια στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα του ατόμου. (γ) Η *ταυτότητα*, η οποία αναφέρεται στη φύση και το όνομα του προβλήματος ή της ασθένειας, καθώς και στα συμπτώματα που το συνοδεύουν. (δ) Η *χρονική πορεία*, η οποία αφορά τις πεποιθήσεις για την εξέλιξη της ασθένειας. Τέλος, (ε) η *ελέγξιμότητα* (ή *θεραπεία*) αφορά τις αξιολογήσεις του ατόμου για το εάν οι συμπεριφορές και στρατηγικές που εφαρμόζει (π.χ., η τήρηση των ιατρικών οδηγιών) θα είναι αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό.

Μια διαρκώς ογκούμενη βιβλιογραφία δείχνει την καιρία σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων ασθένειας (όπως περιγράφονται από το ΜΚΛ) και της προσαρμογής σε αυτήν, καθώς και της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς (βλ., π.χ., Gray & Rutter, 2007. Griva, Meyers, & Newman, 2000. Hagger & Orbell, 2003. Heijmans, 1999. Lewelly, McGurk, & Weinman, 2007. Martin & Leventhal, 2004. Walsh, Lynch, Murphy, & Daly, 2004). Σε γενικές γραμμές, μια πιο θετική αναπαράσταση της ασθένειας, ότι δηλαδή η ασθένεια είναι ελέγξιμη ή χωρίς βαριές επιπτώσεις, σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας και λειτουργικότητας, ενώ μια πιο αρνητική αναπαράσταση της ασθένειας ως σοβαρής ή λιγότερο ελέγξιμης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα υγείας (Hagger & Orbell, 2003. Martin & Leventhal, 2004).

Οι αναπαραστάσεις ασθένειας φαίνονται να σχετίζονται με τις στρατηγικές και συμπεριφορές που οι ασθενείς επιλέγουν για να διαχειριστούν την ασθένειά τους, και οι στρατηγικές με τη σειρά τους σχετίζονται με το επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας και την προσαρμογή των ασθενών (Hagger & Orbell, 2003. Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). Το ΜΚΛ προβλέπει ότι στα πλαίσια της αυτο-ρυθμιστικής διεργασίας, τα αποτελέσματα όλων των προσπαθειών για την αντιμετώπιση της ασθένειας αξιολο-

γούνται και συγκρίνονται με τα επιθυμητά. Αυτή η *τελική αξιολόγηση* μπορεί να έχει τη μορφή ερωτήσεων όπως, για παράδειγμα, “Νιώθω καλύτερα τώρα;” (Diefenbach & Leventhal, 1996). Η πληροφόρηση που προέρχεται από την αξιολόγηση αυτή μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις αρχικές αναπαραστάσεις ασθένειας, στις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας, αλλά και στον ευρύτερο τρόπο ζωής μέσα από ένα αυτο-ρυθμιστικό κύκλωμα ανατροφοδότησης.

Η όλη αυτο-ρυθμιστική διεργασία, ωστόσο, αλληλεπιδρά με τα γενικότερα χαρακτηριστικά του ατόμου και το κοινωνικό περιβάλλον (Diefenbach & Leventhal, 1996. Leventhal et al., 1980). Έτσι, η προσωπική ιστορία του ασθενούς και η εμπειρία του, τα χαρακτηριστικά του, τα γνωρίσματα της ασθένειας, το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον και άλλοι παράγοντες μπορούν να επιδράσουν και να τροποποιήσουν την όλη αυτο-ρυθμιστική διεργασία. Ένα τέτοιο σημαντικό παράγοντα στην αυτο-ρύθμιση αποτελεί και η προδιαθεσική αισιοδοξία.

Η προδιαθεσική αισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία θετικών αποτελεσμάτων ακόμα και μπροστά σε εμπόδια (Scheier & Carver, 1985). Είναι, μάλιστα, «ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της υφιστάμενης διάστασης μεταξύ δύο τάξεων συμπεριφοράς: της συνεχιζόμενης προσπάθειας έναντι της παραίτησης και της εγκατάλειψης» (Scheier & Carver, 1985, σ. 227), καθώς η προσδοκία επιτυχίας (δηλαδή, η αισιοδοξία) αυξάνει την καταβαλλόμενη προσπάθεια, ενώ η προσδοκία αποτυχίας (δηλαδή, η απαισιοδοξία) όχι μόνο αποθαρρύνει την προσπάθεια, αλλά και προκαλεί δυσθυμία, φόβο και αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις.

Η προδιαθεσική αισιοδοξία αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της τρέχουσας και της μελλοντικής προσαρμογής σε αρνητικές συνθήκες (Scheier & Carver, 1985), ενώ η σημασία της για την ψυχική και σωματική υγεία είναι κεφαλαιώδης. Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός ερευνών που δείχνει τη θετική σχέση μεταξύ προδιαθεσικής αισιοδοξίας και δεικτών υγείας (π.χ., ψυχική υγεία, σωματική λειτουργικότητα, προσδόκιμο ζωής κ.λπ.) σε ασθένειες όπως είναι οι καρδιαγγειακές, οι νεοπλασίες, το HIV/ AIDS και άλλες (βλ., π.χ., Barry et al., 2007. Contrada et al., 2008. Fournier, de Ridder, & Bensing, 2003. Helgeson, 1999. Oxland & Wade, 2008. Symister & Friend, 2003). Μάλιστα, σε μια πολύ πρόσφατη μετα-αναλυτική ανασκόπηση 83 αυστηρά επιλεγμένων ερευνών (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, in press) βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική θετική σχέση ($p < .001$) μεταξύ προδιαθεσικής αισιοδοξίας και

δεικτών υγείας, τόσο συνολικά όσο και για διαφορετικές ομάδες ασθενειών/προβλημάτων σωματικής υγείας (π.χ., καρδιαγγειακές νόσοι, νεοπλασίες, προβλήματα στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία). Η αισιοδοξία φαίνεται να επιδρά στη σωματική υγεία μέσα από τη συμπεριφορά και το συναίσθημα (Scheier & Carver, 1987). Για παράδειγμα, η υψηλότερη προδιαθεσική αισιοδοξία συσχετίζεται με θετικά συναισθήματα και, αντίστροφως η απαισιοδοξία με αρνητικά, ενώ συσχετίζεται θετικά με προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος, καθώς και με θετική νοηματοδότηση και αποδοχή του προβλήματος. Επιπλέον, παρουσιάζει αρνητική συνάφεια με την άρνηση και την αποφυγή. Τέλος, οι πιο αισιόδοξοι φαίνεται να προσαρμόζουν αποτελεσματικότερα τη συμπεριφορά τους στις συνθήκες που αντιμετωπίζουν (Carver et al., 1993).

Η προδιαθεσική αισιοδοξία αποτελεί τμήμα της ευρύτερης διεργασίας αυτο-ρύθμισης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, σύμφωνα με το μοντέλο της “αυτο-ρύθμισης της συμπεριφοράς” των Carver και Scheier (Carver & Scheier, 1981, 1990, 1998. Rasmussen, Wrosch, Scheier, & Carver, 2006). Κατά το μοντέλο αυτό, τα άτομα ζουν προσδιορίζοντας στόχους και δρουν έτσι ώστε να τους επιτύχουν. Στα πλαίσια της διεργασίας αυτής, η θετική ανατροφοδότηση (που σχετίζεται με την επίτευξη του στόχου) σημαίνει την παραγωγή θετικού συναισθήματος, αλλά και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς την ικανότητα του εαυτού ή του περιβάλλοντος να παράγει το επιθυμητό αποτέλεσμα (υψηλή προσδοκία προσωπικής επάρκειας αλλά και θετικές προσδοκίες έκβασης, δηλαδή *αισιοδοξία*). Αντίθετα, αρνητική ανατροφοδότηση (που σχετίζεται με αδυναμία επίτευξης του στόχου) σημαίνει παραγωγή αρνητικού συναισθήματος, αλλά και αμφιβολίας για τον εαυτό, το περιβάλλον, ή τους στόχους.

Έτσι, μπροστά σε ένα πρόβλημα ή ζήτημα σωματικής υγείας, αναμένεται οι περισσότεροι αισιόδοξοι να τείνουν να περιμένουν θετικότερη έκβαση, να προσπαθούν εντονότερα προς την επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος και να βιώνουν λιγότερο αρνητικά και περισσότερο θετικά συναισθήματα. Απεναντίας, οι πιο απαισιοδοξοί αναμένεται να περιμένουν γενικώς πιο αρνητική έκβαση, να προσπαθούν λιγότερο και να βιώνουν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα (Carver & Scheier, 1998. Rasmussen et al., 2006). Μέσα στο πλαίσιο αυτό, είναι πιθανό η προδιαθεσική αισιοδοξία να σχετίζεται με τις αναπαραστάσεις του ασθενούς για την κατάσταση της σωματικής υγείας του (π.χ., η υψηλότερη προδιαθεσική αισιοδοξία ίσως συσχετίζεται με μια πιο θετική αναπαράσταση της

ασθένειας, δηλαδή ως πιο ελέγξιμη). Έρευνες που ευθέως να εξετάζουν τη σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και γνωστικών αναπαραστάσεων ασθένειας δεν έχουμε υπόψη μας. Μόνο οι Fournier, de Ridder, και Bensing (2002) έχουν παράσχει κάποια στοιχεία ότι όντως η προδιαθεσική αισιοδοξία συσχετίζεται με μια πιο θετική αναπαράσταση της ασθένειας. Επίσης, είναι πιθανό η προδιαθεσική αισιοδοξία να διαμεσολαβεί και να μετριάξει τη σχέση ανάμεσα στις αναπαραστάσεις της ασθένειας και την υγεία ή την προσαρμογή στην ασθένεια. Καθώς η προδιαθεσική αισιοδοξία αποτελεί γενικό χαρακτηριστικό του ασθενούς που στηρίζεται σε ένα μεγάλο αριθμό παλαιότερων και νεότερων εμπειριών (Carver & Scheier, 2001), είναι πιθανό να μπορεί να παρακάμψει κατά κάποιο τρόπο τις αρνητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας ή και να ενισχύσει τις θετικές αναπαραστάσεις, μέσα στο πλαίσιο της ευρύτερης διεργασίας αυτορύθμισης του ατόμου. Με άλλα λόγια, είναι πιθανό τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας να προστατεύουν την ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών, ακόμα και όταν αυτοί διατηρούν μια πιο αρνητική αντίληψη της ασθένειάς τους. Παρομοίως, είναι πιθανό η συνήθης θετική σχέση μεταξύ θετικών αναπαραστάσεων ασθένειας και υγείας να ενδυναμώνεται στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας.

Στις δύο έρευνες που θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια εξετάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στις αναπαραστάσεις ασθένειας, υποκειμενική υγεία (σωματική λειτουργικότητα και συναισθηματική ευεξία) και προσαρμογή στην ασθένεια, από τη μια, και στη προδιαθεσική αισιοδοξία, από την άλλη. Πιο συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε κατά πόσο η προδιαθεσική αισιοδοξία λειτουργεί ως μεταβλητή μετριασμού στη σχέση μεταξύ γνωστικών αναπαραστάσεων ασθένειας σε δείγμα χρόνιων ασθενών και υποκειμενικής υγείας (Έρευνα 1), όπως και στη σχέση μεταξύ “αναπαραστάσεων ασθένειας – υποκειμενικής υγείας – τελικής αξιολόγησης αποτελεσμάτων”, που το ΜΚΛ έχει υποστηρίξει ότι υφίσταται (Έρευνα 2). Καμία από τις επιδράσεις αυτές δεν έχει μελετηθεί στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, από όσο τουλάχιστον είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε. Οι δύο έρευνες παρουσιάζονται μαζί καθώς και οι δύο στοχεύουν να δώσουν απάντηση στο εάν η προδιαθεσική αισιοδοξία ως γενικό χαρακτηριστικό των ασθενών επιδρά στην διεργασία αυτο-ρύθμισης που σχετίζεται με την ασθένειά τους. Η πρώτη έρευνα αναφέρεται σε μια μάλλον πιο απλή σχέση (αναπαραστάσεις ασθένειας – υποκειμενική υγεία), ενώ η δεύτερη σε ένα ευρύτερο επίπεδο αυτο-ρυθμιστικών σχέσεων.

ΕΡΕΥΝΑ 1

Στόχος της έρευνας αυτής, που αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης ερευνητικής προσπάθειας για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αισιοδοξίας¹ και μεταβλητών σχετιζόμενων με τη χρόνια ασθένεια, ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων ασθένειας, της υποκειμενικής υγείας (σωματική λειτουργικότητα και συναισθηματική ευεξία) και της αισιοδοξίας σε ένα δείγμα καρδιολογικών ασθενών.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ένας πολύ μεγάλος αριθμός ερευνών έχει δείξει τη θετική σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως και μεταξύ της αισιοδοξίας και της προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια (βλ., π.χ., Contrada et al., 2008. Fournier et al., 2003. Oxland & Wade, 2008. Rasmussen et al., in press). Μάλιστα, καθώς οι πιο αισιόδοξοι τείνουν να νιώθουν πιο σίγουροι για το μέλλον και πιο ικανοί (Rasmussen et al., 2006), είναι επιπλέον πιθανό να αντιμετωπίζουν την κατάσταση της υγείας τους με θετικότερο τρόπο (θετικότερες αναπαραστάσεις). Επιπλέον, η αισιοδοξία είναι πιθανό να προστατεύει τους χρόνιους ασθενείς από αρνητικές πεποιθήσεις για την ασθένεια.

Πιο συγκεκριμένα, η υπόθεση ήταν ότι (α) η αισιοδοξία θα συσχετιζόταν αρνητικά με τις πιο δυσλειτουργικές αναπαραστάσεις ασθένειας (π.χ., χρονιότητα, αρνητικές επιπτώσεις, αντιλήψεις για το πόσο απρόβλεπτη είναι, συναισθηματικές αντιδράσεις), αλλά (β) θετικά με τις πιο λειτουργικές αναπαραστάσεις (π.χ., αναπαραστάσεις προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου, βαθμό κατανόησης της ασθένειας). (γ) Επίσης, η υψηλότερη αισιοδοξία θα συσχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας. Τέλος, (δ) η αισιοδοξία θα δρα ως παράγοντας μετριασμού στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η πρόβλεψη ήταν ότι στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας δε θα βρεθεί στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυσλειτουργικότερων αναπαραστάσεων (π.χ., χρονιότητα, αρνητικές επιπτώσεις) και της υποκειμενικής υγείας ενώ, αντιθέτως, η θετική συσχέτιση μεταξύ αναπαραστάσεων ελέγχου και κατανόησης της ασθένειας, από τη μια, και δεικτών υποκειμενικής υγείας, από την άλλη, θα είναι εμφανής κυρίως στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας.

¹ Στο εξής, στην παρουσίαση των δύο ερευνών, ο όρος “αισιοδοξία” θα χρησιμοποιείται με την έννοια της προδιαθεσικής αισιοδοξίας.

Μέθοδος

Δείγμα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν χρόνιοι ασθενείς που έπασχαν από κάποια καρδιαγγειακή ασθένεια και που επισκέπτονταν τα εξωτερικά καρδιολογικά ιατρεία τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων στην Κρήτη και στην Αθήνα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν με τη βοήθεια ενός εκπαιδευμένου βοηθού έρευνας τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Συμμετείχαν συνολικά 233 χρόνιοι ασθενείς (176 άνδρες, 57 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 61.73 χρόνια (Τ.Α. = 12.75, εύρος 37 ως 88 χρόνια) και με μέσο όρο ετών διαγνωσμένης ασθένειας τα 8.30 χρόνια (Τ.Α. = 5.02). Εξ αυτών, 133 είχαν υποστεί παλαιότερα τουλάχιστον ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου (από αυτούς 54 είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση), 25 υπέφεραν από σοβαρή και 23 από ηπιότερη στηθάγχη, 17 είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, έξι έπασχαν από καρδιακή ανεπάρκεια, επτά έπασχαν από δυσλειτουργίες των βαλβίδων και, τέλος, 22 από αρρυθμίες (εννέα είχαν τοποθετημένο βηματοδότη). Η πλειοψηφία (184 ασθενείς, 78.97%) είχε νοσηλευτεί μία τουλάχιστον φορά στο παρελθόν εξαιτίας του καρδιολογικού προβλήματος. Τέλος, από τους συμμετέχοντες, 171 (73.39%) ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με τον/τη σύντροφο και 62 (26.61%) ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή ανύπαντροι. Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, 98 (42.06%) είχαν τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή κάποιες τάξεις μόνο, 92 (39.49%) το λύκειο και 43 (18.45%) είχαν πτυχίο ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Ψυχομετρικά εργαλεία. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν προσαρμοσμένα στα ελληνικά καθώς έχουν χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερες έρευνες.

Αναπαραστάσεις ασθένειας. Για τη μέτρησή τους χρησιμοποιήθηκε το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Ασθένεια (Revised Illness Perception Questionnaire. Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002). Μετρήθηκαν επτά διαστάσεις/αναπαραστάσεις: (α) Η *χρονιότητα της ασθένειας*, δηλαδή οι πεποιθήσεις ότι η ασθένεια θα διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα (έξι θέματα, π.χ., “Το καρδιολογικό μου πρόβλημα θα διαρκέσει για πάντα”, Cronbach’s $\alpha = .87$). (β) Οι *επιπτώσεις της ασθένειας* στη ζωή του ασθενούς (έξι θέματα, π.χ., “Το καρδιολογικό μου πρόβλημα έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου”, Cronbach’s $\alpha = .83$). (γ) Ο *προσωπικός έλεγχος*, ο οποίος μετρά το βαθμό άσκησης προσωπικού ελέγχου στην ασθένεια (έξι θέματα, π.χ., “Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα”, Cronbach’s $\alpha = .87$). (δ) Ο *θεραπευτικός έλεγχος*, ο οποίος αξιολογεί τις προσωπικές πεποιθήσεις για τη δυνα-

τότητα της θεραπείας να αντιμετωπίσει την ασθένεια (πέντε θέματα, π.χ., “Η θεραπεία που ακολουθώ μπορεί να ελέγξει το καρδιολογικό μου πρόβλημα”, Cronbach’s $\alpha = .83$). (ε) Η λογική συνέπεια της ασθένειας², δηλαδή η επάρκεια του ασθενούς να κατανοήσει την ασθένειά του (πέντε θέματα, π.χ., “Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα του καρδιολογικού μου προβλήματος”, Cronbach’s $\alpha = .89$). (στ) Η κυκλικότητα της ασθένειας, η οποία μετρά τις πεποιθήσεις του ασθενούς γύρω από το πόσο προβλέψιμη και τυπική είναι η ασθένεια (τέσσερα θέματα, π.χ., “Το καρδιολογικό μου πρόβλημα είναι πολύ απρόβλεπτο”, Cronbach’s $\alpha = .75$). (ζ) Τέλος, οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις, δηλαδή η συναισθητική επίπτωση της ασθένειας στο άτομο (έξι θέματα, π.χ., “Το καρδιολογικό μου πρόβλημα με φοβίζει”, Cronbach’s $\alpha = .90$). Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πόσο συμφωνούν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert κυμαινόμενη από το 1 (διαφωνώ έντονα) έως το 5 (συμφωνώ απόλυτα).

Σωματική λειτουργικότητα και συναισθηματική ευεξία. Μετρήθηκαν με τις αντίστοιχες κλίμακες του Ερωτηματολογίου Υγείας RAND των 36 θεμάτων, έκδοση 1.0 (RAND 36-item Health Survey, version 1.0. Για περισσότερα βλ. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html). Η κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας αποτελείται από 10 ερωτήσεις γύρω από την τρέχουσα κατάσταση υγείας (π.χ., “Πόσο ικανός είστε να ανέβετε αρκετές σκάλες;”. Cronbach’s $\alpha = .93$). Η κλίμακα συναισθηματικής ευεξίας αποτελείται από πέντε ερωτήσεις σχετικά με τα συναισθήματα του ατόμου κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες (π.χ., “Πόσο νιώθατε κακοκεφιά και μελαγχολία”. Cronbach’s $\alpha = .87$). Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πόσο συμφωνούν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert κυμαινόμενη από το 0 έως το 100. Το υψηλότερο σκορ δηλώνει καλύτερη υποκειμενική υγεία.

Προδιαθεσική αισιοδοξία. Μετρήθηκε με το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ζωής (Life Orientation Test – Revised. Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Αποτελείται από 10 θέματα, έξι εκ των οποίων αξιολογούν την αισιοδοξία (π.χ., “Σε αβέβαιες στιγμές, περιμένω συνήθως το καλύτερο”, “είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου”). Τα υπόλοιπα τέσσερα θέματα απλώς συμπληρώνουν την κλίμακα (Cronbach’s $\alpha = .82$). Οι συμμετέχοντες δήλωναν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert κυμαινόμενη από το 1 (διαφωνώ έντονα) έως το 5 (συμφωνώ πολύ).

² Illness coherence.

Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι συσχετίσεις (Pearson r) μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Διαπιστώνουμε ότι μεταξύ της γενικευμένης αισιοδοξίας και των αναπαραστάσεων ελέγχου (προσωπικού και θεραπείας) και λογικής συνέπειας της ασθένειας υπάρχουν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ($p < .01$). Απεναντίας, με τις αναπαραστάσεις για τις επιπτώσεις της ασθένειας, τη χρονιότητα, την κυκλικότητα και τις συναισθηματικές αντιδράσεις υπάρχουν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < .01$). Οι δείκτες υποκειμενικής υγείας παρουσιάζουν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την αισιοδοξία, όπως και με τις αναπαραστάσεις ελέγχου και τη λογική συνέπεια της ασθένειας, ενώ αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάζουν με την κυκλικότητα της ασθένειας, τις επιπτώσεις της και τις συναισθηματικές αντιδράσεις ($p < .001$).

Προκειμένου να ελέγξουμε εάν η αισιοδοξία λειτουργεί ως παράγοντας μετριασμού μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας, χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο των Hayes και Matthes (2009), η οποία στηρίζεται τόσο σε κλασικές μεθόδους (π.χ., Baron & Kenny, 1986) όσο και στην τεχνική Johnson-Neyman (1936) για τον υπολογισμό διαστημάτων εμπιστοσύνης. Η μέθοδος στηρίζεται σε μια σειρά αναλύσεων παλινδρόμησης και σε ένα πλαίσιο συνυφασμένων εσωτερικών εντολών για το SPSS (για περισσότερα, βλ. Hayes & Matthes, 2009). Με τον τρόπο αυτό διαχωρίζονται τα επίπεδα της μετριαστικής μεταβλητής, δηλαδή της αισιοδοξίας, και υπολογίζεται η προβλεπτική ικανότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής σε αλληλεπίδραση με το κάθε επίπεδο της μετριαστικής μεταβλητής.

Βρέθηκε ότι η αισιοδοξία μετριάζει τις σχέσεις των παρακάτω μεταβλητών με τη σωματική λειτουργικότητα: (α) της χρονιότητας ($\beta = .27, t = 4.13, p < .001$), (β) των επιπτώσεων της ασθένειας ($\beta = .31, t = 5.79, p < .001$), (γ) του θεραπευτικού ελέγχου ($\beta = -.23, t = -3.11, p < .01$), και (δ) των συναισθηματικών αναπαραστάσεων ($\beta = .17, t = 3.19, p < .01$). Ομοίως, η αισιοδοξία μετριάζει τη σχέση των παρακάτω μεταβλητών με τη συναισθηματική ευεξία: (α) της χρονιότητας ($\beta = .13, t = 2.62, p < .01$), (β) των επιπτώσεων της ασθένειας ($\beta = .21, t = 4.85, p < .001$), (γ) του θεραπευτικού ελέγχου ($\beta = -.20, t = -3.48, p < .001$), και (δ) της λογικής συνέπειας της ασθένειας ($\beta = -.14, t = -2.72, p < .01$). Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, οι συσχετίσεις μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και δεικτών υποκειμενικής υγείας έπαιναν να είναι στατιστικώς σημαντικές στα υψηλότερα επίπεδα γενικευμένης αισιοδοξίας, όπως φάνηκε από την ανάλυση (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 1. Συσχετίσεις (Pearson r) μεταξύ των μεταβλητών της Έρευνας 1 καθώς και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις τους

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Χρονιότητα της ασθένειας	1.00									
2. Κυκλικότητα της ασθένειας	-.14	1.00								
3. Λογική συνέπεια της ασθένειας	-.10	-.30***	1.00							
4. Προσωπικός έλεγχος	-.19**	-.14*	.33***	1.00						
5. Θεραπευτικός έλεγχος	-.31***	-.15*	.36***	.66***	1.00					
6. Επιπτώσεις της ασθένειας	.34***	.26***	-.43***	-.26***	-.37***	1.00				
7. Συναιθμηματικές αναταραχές	.19**	.28***	-.41***	-.24***	-.27***	.63***	1.00			
8. Σωματική λειτουργικότητα	-.12	-.35***	.29***	.43***	.38***	-.36***	-.32***	1.00		
9. Συναιθμηματική ευεξία	-.06	-.21***	.29***	.30***	.30***	-.36***	-.48***	.43***	1.00	
10. Προδιαθεστική αιτιοδοξία	-.23***	-.19**	.19**	.36***	.41***	-.29***	-.29***	.31***	.41***	1.00
Μέσος όρος	23.11	11.49	17.80	20.68	18.27	18.44	20.12	60.99	60.52	20.79
Τυπική απόκλιση	4.44	3.25	4.49	4.88	3.57	5.15	5.61	27.08	21.26	5.18

Σημείωση: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Πίνακας 2. Τιμές B, τυπικά σφάλματα (T.Σ.), και διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) από την ανάλυση παλινδρόμησης των αναπαραστάσεων ασθένειας επί της υποκειμενικής υγείας σε διαφορετικά επίπεδα της προδιαθεσιακής αισιοδοξίας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Επίπεδα προδιαθεσιακής αισιοδοξίας								
	- 1 T.A. [ΔΕ (95%)]				+ 1 T.A. [ΔΕ (95%)]				
	B	T.Σ.	ΔΕ	M.O. [ΔΕ (95%)]	B	T.Σ.	ΔΕ	T.Σ.	
	Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική λειτουργικότητα								
Χρόνιότητα της ασθένειας	-2.38***	0.63	-3.62 to -1.14	-0.96*	0.41	-1.77 to -1.48	0.46	0.42	-0.37 to 1.29
Επιπτώσεις της ασθένειας	-3.51***	0.46	-4.41 to -2.60	-1.86**	0.31	-2.48 to -1.24	-0.22	0.38	-0.97 to 0.54
Θεραπευτικός έλεγχος	3.28***	0.58	2.14 to 4.41	2.07***	0.49	1.09 to 3.06	0.87	0.68	-0.46 to 2.21
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-2.26***	0.44	-3.13 to -1.39	-1.38***	0.30	-1.98 to -.78	-0.49	0.38	-1.24 to 2.53
	Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματική ευεξία								
Χρόνιότητα της ασθένειας	-1.25*	0.48	-1.80 to -0.06	-0.16	0.32	-0.78 to 0.47	0.53	0.32	-0.10 to 1.74
Επιπτώσεις της ασθένειας	-2.36***	0.36	-3.06 to -1.66	-1.29***	0.24	-1.77 to -0.82	-0.23	0.29	-0.81 to 0.36
Θεραπευτικός έλεγχος	1.37***	0.45	0.85 to 2.61	0.69	0.38	-0.07 to 1.45	-0.35	0.53	-1.39 to 0.68
Λογική συνέπεια της ασθένειας	1.66***	0.36	0.95 to 2.37	.92**	0.28	0.36 to 1.48	0.18	0.42	-0.65 to 1.01

Σημείωση: Τα διαστήματα εμπιστοσύνης που δεν περιλαμβάνουν την τιμή 0 υποδεικνύουν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, γενικώς επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις της έρευνας αυτής. Η υψηλότερη προδιαθεσική αισιοδοξία βρέθηκε να συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα λειτουργικών αναπαραστάσεων της ασθένειας, με χαμηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών αναπαραστάσεων ασθένειας, καθώς και με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας. Επίσης, η προδιαθεσική αισιοδοξία βρέθηκε να λειτουργεί ως μετριαστική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας.

Το πιο ενδιαφέρον, όμως, εύρημα ήταν ότι τόσο στις πιο δυσλειτουργικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (π.χ., χρονιότητα, επιπτώσεις) όσο και στις πιο λειτουργικές (π.χ., θεραπευτικός έλεγχος), στα υψηλότερα επίπεδα προδιαθεσικής αισιοδοξίας οι σχέσεις μεταξύ αναπαραστάσεων και υποκειμενικής υγείας δεν ήταν πλέον στατιστικώς σημαντικές. Αυτό επιβεβαιώνει τη σχετική αρχική υπόθεσή μας μόνο μερικώς, δηλαδή αναμενόταν ότι τέτοιας μορφής σχέσεις αφορούν μόνο στις δυσλειτουργικές αναπαραστάσεις. Στις λειτουργικές αναπαραστάσεις υποθέταμε ότι η υψηλή προδιαθεσική αισιοδοξία ενδυναμώνει τη σχέση τους με την υποκειμενική υγεία, κάτι που όμως δε βρέθηκε.

ΕΡΕΥΝΑ 2

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, και σύμφωνα με το ΜΚΛ (Leventhal et al., 1980), στο τέλος της σχετικής διεργασίας αυτο-ρύθμισης ο ασθενής αξιολογεί τις προσπάθειες που συνολικά κατέβαλε για να διαχειριστεί την κατάσταση της σωματικής υγείας του, ενώ τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τα επιδιωκόμενα ή επιθυμητά. Με βάση τις πληροφορίες από αυτό το στάδιο της “τελικής αξιολόγησης” μπορεί το άτομο να εκκινήσει αλλαγές στις αρχικές αναπαραστάσεις ασθένειας, αλλά και στις συμπεριφορές και πρακτικές που σχετίζονται με την υγεία. Έτσι, έχουμε έναν αυτο-ρυθμιστικό και ανατροφοδοτικό κύκλο μεγάλης σημασίας για τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Στη σχέση αυτή υποθέτουμε ότι πιθανώς λειτουργεί ως μετριαστική μεταβλητή η αισιοδοξία.

Έτσι, η υπόθεση της έρευνας αυτής ήταν ότι η αισιοδοξία μετριάξει τη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας, επιπέδου υποκειμενικής υγείας, και τελικής αξιολόγησης. Όπως και στην πρώτη έρευνα, η υπόθε-

ση ήταν ότι στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας η έμμεση σχέση (μέσα από την υποκειμενική υγεία) των πιο δυσλειτουργικών αναπαραστάσεων ασθένειας (π.χ., χρονιότητα) με την τελική αξιολόγηση δε θα βρεθεί στατιστικώς σημαντική ενώ, αντιθέτως, στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας η έμμεση σχέση μεταξύ λειτουργικότερων αναπαραστάσεων ασθένειας (π.χ., έλεγχος) και τελικής αξιολόγησης θα είναι ισχυρότερες. Η υπόθεση αυτή ελέγχθηκε σε μια προδρομική έρευνα με χρόνιους καρδιολογικούς ασθενείς, η οποία έχει δημοσιευτεί αλλού (Karademas, Kynigoroulou, Agathangelou, & Anestis, in press). Για το λόγο αυτό, εδώ θα περιοριστούμε σε μια σύντομη περιγραφή των κυριότερων χαρακτηριστικών της και των βασικών ευρημάτων. Για περισσότερα στοιχεία παραπέμπουμε στην αρχική δημοσίευση (Karademas et al., in press).

Μέθοδος

Δείγμα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν χρόνιοι καρδιολογικοί ασθενείς, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν με τη βοήθεια ενός εκπαιδευμένου βοηθού έρευνας ερωτηματολόγια που μετρούσαν τις τρέχουσες αναπαραστάσεις για την ασθένειά τους, την αισιοδοξία και ορισμένες δημογραφικές μεταβλητές. Όσοι δέχθηκαν, κλήθηκαν και σε δεύτερο ραντεβού έξι μήνες αργότερα, προκειμένου να συμμετάσχουν σε μέτρηση του τρέχοντος επιπέδου υποκειμενικής ψυχικής και σωματικής υγείας και της τελικής αξιολόγησής τους για τη διαχείριση της ασθένειας. Και στις δύο φάσεις της έρευνας συμμετείχαν 106 ασθενείς (66 άνδρες και 40 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 59.34 χρόνια ($T.A. = 13.22$, εύρος 34 ως 82 χρόνια) και με μέσο όρο ετών διαγνωσμένης ασθένειας τα 9.71 χρόνια ($T.A. = 4.52$). Εξ αυτών, 74 έπασχαν από έμφραγμα του μυοκαρδίου, 20 από σοβαρή στηθάγχη και 12 από αρρυθμίες. Τέλος, από τους συμμετέχοντες, 80 (75.50%) ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με τον/τη σύντροφο και 26 (24.50%) ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή ανύπαντροι. Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, 41 (38.60%) είχαν τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ή κάποιες τάξεις μόνο, 43 (40.90%) το λύκειο, και 22 (20.50%) είχαν πτυχίο ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Ψυχομετρικά εργαλεία. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν προσαρμοσμένα στα ελληνικά καθώς έχουν χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερες έρευνες.

Αναπαραστάσεις ασθένειας. Για τη μέτρησή τους χρησιμοποιήθηκε το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Ασθένεια, όπως και

στην Έρευνα 1. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) των έξι υποκλιμάκων κυμάνθηκε μεταξύ .70 και .86.

Σωματική λειτουργικότητα και συναισθηματική ευεξία. Μετρήθηκαν, όπως και στην προηγούμενη έρευνα, με τις αντίστοιχες κλίμακες του Ερωτηματολογίου Υγείας RAND των 36 θεμάτων, έκδοση 1.0, όπως και στην Έρευνα 1. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) της κλίμακας Σωματικής Λειτουργικότητας ήταν .91 και της Συναισθηματικής Ευεξίας .84.

Προδιαθεσική αισιοδοξία. Μετρήθηκε με το Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ζωής, όπως και στην Έρευνα 1. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) του ερωτηματολογίου ήταν .74.

Σχετιζόμενη με την ασθένεια απελπισία. Για τη μέτρηση της τελικής αξιολόγησης μετρήθηκε η σχετιζόμενη με την ασθένεια απελπισία, καθώς αντιπροσωπεύει τόσο τη γενική αξιολόγηση της ασθένειας όσο και του υποκειμενικού βαθμού ελέγχου σε αυτήν (Voth & Sirois, 2009). Έτσι, μπορεί να μετρήσει κάποιος επαρκώς την προσωπική αξιολόγηση του ασθενούς για την ασθένεια και την επιτυχία των προσπαθειών για τη διαχείρισή της. Η σχετιζόμενη με την ασθένεια απελπισία μετρήθηκε με τη σχετική υποκλίμακα του Ερωτηματολογίου Ιδεών για την Ασθένεια (Illness Cognition Questionnaire) των Evers et al. (2001). Αποτελείται από έξι θέματα (π.χ., "Η ασθένεια ελέγχει τη ζωή μου", "Η ασθένειά μου με κάνει να νιώθω αβοήθητος"). Cronbach's α = .82). Οι συμμετέχοντες δήλωναν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε θέμα σε μια κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert κυμαινόμενη από το 1 (δε συμφωνώ καθόλου) έως το 4 (συμφωνώ απολύτως).

Αποτελέσματα

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε τα κυριότερα εκ των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής. Προκαταρκτικά εξετάστηκε η σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας, επιπέδου υποκειμενικής υγείας και απελπισίας, εάν, δηλαδή, το επίπεδο υποκειμενικής υγείας διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και απελπισίας. Βρέθηκε ότι τόσο η σωματική λειτουργικότητα όσο και η συναισθηματική ευεξία διαμεσολαβούν στις σχέσεις μεταξύ κυκλικότητας της ασθένειας, επιπτώσεων της ασθένειας, λογικής συνέπειας της ασθένειας, και συναισθηματικών αναπαραστάσεων, από τη μια, και απελπισίας, από την άλλη ($p < .05$). Στη συνέχεια, για να ελεγχθεί εάν οι παραπάνω σχέσεις μετριάζονται από το επί-

πεδο αισιοδοξίας, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος που αναπτύχθηκε από τους Preacher, Rucker, και Hayes (2007). Αυτή βασίζεται σε μια σειρά αναλύσεων παλινδρόμησης, ώστε να ελεγχθούν μετριαζόμενες επιδράσεις διαμεσολάβησης³.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η αισιοδοξία βρέθηκε να ασκεί μετριαστική επίδραση και στις τέσσερις στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ($p < .01$) μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας (ως ανεξάρτητη μεταβλητή), σωματικής λειτουργικότητας (διαμεσολαβούσα μεταβλητή), και απελπισίας (εξαρτημένη μεταβλητή). Η αισιοδοξία βρέθηκε να μετριάξει είτε το πρώτο σκέλος των έμμεσων σχέσεων (δηλαδή, τη σχέση μεταξύ ανεξάρτητης μεταβλητής και διαμεσολαβούσας), είτε το δεύτερο σκέλος (δηλαδή, τη σχέση μεταξύ διαμεσολαβούσας και εξαρτημένης μεταβλητής), είτε και τα δύο. Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκε ότι οι σχέσεις αυτές έπαιναν να είναι στατιστικώς σημαντικές στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (για μία τυπική απόκλιση άνω του μέσου όρου).

Ως προς τις έμμεσες (διαμεσολαβούμενες) σχέσεις μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας, συναισθηματικής ευεξίας, και απελπισίας, δύο από τις συνολικά τέσσερις στατιστικώς σημαντικές σχέσεις βρέθηκε να μετριάζονται από την αισιοδοξία. Η αισιοδοξία βρέθηκε να μετριάξει τη σχέση μεταξύ επιπτώσεων της ασθένειας και συναισθηματικής ευεξίας, όπως και μεταξύ λογικής συνέπειας της ασθένειας και συναισθηματικής ευεξίας (η ρυθμιστική επίδραση εντοπίστηκε στη σχέση μεταξύ ανεξάρτητης και διαμεσολαβούσας μεταβλητής). Και εδώ, οι σχέσεις δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας.

Συζήτηση

Τα ευρήματα της έρευνας αυτής παρείχαν στήριξη στο μέρος της υπόθεσής μας ότι η προδιαθεσική αισιοδοξία μετριάξει τη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας, επιπέδου υποκειμενικής υγείας, και τελικής αξιολόγησης. Επίσης, επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι στα υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας οι έμμεσες σχέσεις των δυσλειτουργικών αναπαραστάσεων της ασθένειας (π.χ., επιπτώσεις της ασθένειας) με την τελική αξιολόγηση δε θα ήταν στατιστικώς σημαντικές. Αντίθετα, όμως, προς την υπόθεσή μας,

³ Moderated mediation effects.

στη υψηλή αισιοδοξία οι έμμεσες σχέσεις των λειτουργικών αναπαραστάσεων της ασθένειας (π.χ., λογική συνέπεια της ασθένειας) με την τελική αξιολόγηση όχι μόνο δε βρέθηκαν ενισχυμένες, όπως υποθέταμε, αλλά δεν ήταν ούτε στατιστικώς σημαντικές.

Γενική συζήτηση

Στόχος των δύο ερευνών που παρουσιάστηκαν ήταν η εξέταση της σχέσης μεταξύ προδιαθεσικής αισιοδοξίας, από τη μια, και αναπαραστάσεων ασθένειας, υποκειμενικής υγείας και προσαρμογής στην ασθένεια, από την άλλη, σε δύο ανεξάρτητα δείγματα καρδιολογικών ασθενών. Επίσης, στόχος ήταν να εξεταστεί κατά πόσο η προδιαθεσική αισιοδοξία λειτουργεί ως μετριαστική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας, καθώς και μεταξύ αναπαραστάσεων και γενικής προσαρμογής στην ασθένεια.

Στην Έρευνα 1 βρέθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα προδιαθεσικής αισιοδοξίας συσχετιζόνταν με καλύτερους δείκτες σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής ευεξίας, με υψηλότερα επίπεδα αναπαραστάσεων προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου επί της ασθένειας, όπως και με καλύτερη κατανόηση της ασθένειας. Απεναντίας, συσχετιζόνταν αρνητικά με τις πιο δυσλειτουργικές αναπαραστάσεις, δηλαδή τις αναπαραστάσεις για τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, τη διάρκειά της, την προβλεψιμότητά της, καθώς και με συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος και ο θυμός. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα προς τις υποθέσεις μας και προς την υπάρχουσα βιβλιογραφία για τις σχέσεις μεταξύ προδιαθεσικής αισιοδοξίας, αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας (Barry et al., 2007. Contrada et al., 2008. Fournier et al., 2003. Oxland & Wade, 2008. Rasmussen et al., in press. Scheier & Carver, 1987). Όπως υποστηρίζουν οι Carver και Scheier (1998) και οι Rasmussen et al. (2006), τα πιο αισιόδοξα άτομα είναι πιθανότερο να προσαρμόζονται σε δύσκολες συνθήκες, να νιώθουν πιο σίγουρα για το μέλλον και πιο ικανά να προσδώσουν νόημα σε μια δυσάρεστη κατάσταση (όπως είναι μια χρόνια ή σοβαρή ασθένεια). Έτσι, όπως δείχνουν και τα ευρήματά μας, η προδιαθεσική αισιοδοξία συνδέεται με μια πιο θετική ή προσαρμοστική αναπαράσταση της ασθένειας. Με άλλα λόγια, συνδέεται με μια αντίληψη της ασθένειας ως πιο ελέγξιμη, κατανοητή, λιγότερο επιβαρυντικής και απειλητικής. Παράλληλα, σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας και, έτσι,

φαίνεται να λειτουργεί ως ένας παράγοντας που συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια.

Όμως, περισσότερο ενδιαφέρον φαίνεται να είναι το κοινό εύρημα και των δύο ερευνών μας ότι η προδιαθεσική αισιοδοξία λειτουργεί ως μετριαστική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ αρκετών αναπαραστάσεων ασθένειας και υποκειμενικής υγείας (Έρευνα 1), όπως και στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας, υποκειμενικής υγείας, και τελικής αξιολόγησης αποτελεσμάτων (Έρευνα 2). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε από την πρώτη έρευνά μας ότι οι αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αναπαραστάσεων για τη χρονιότητα της ασθένειας, και για τις αρνητικές επιπτώσεις της καθώς και των συναισθηματικών αναπαραστάσεων, από τη μια, και σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής ευεξίας, από την άλλη, δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές στα υψηλότερα επίπεδα της προδιαθεσικής αισιοδοξίας, αν και ήταν σημαντικές σε χαμηλότερα επίπεδά της. Ομοίως, από τη δεύτερη (προδρομική) έρευνά μας βρέθηκε ότι στα υψηλότερα επίπεδα γενικευμένης αισιοδοξίας οι υφιστάμενες σχέσεις “κνκλικότητα ασθένειας, σωματική λειτουργικότητα, και απελπισία”, “αρνητικές επιπτώσεις ασθένειας, σωματική λειτουργικότητα, και απελπισία”, “συναισθηματικές αναπαραστάσεις, σωματική λειτουργικότητα, και απελπισία”, και “αρνητικές επιπτώσεις ασθένειας, συναισθηματική ευεξία, και απελπισία” έπαυαν να ισχύουν, αν και υπήρχαν στα χαμηλότερα επίπεδά της. Αυτό συνέβαινε καθώς η προδιαθεσική αισιοδοξία μετέβαλε είτε τη σχέση μεταξύ ανεξάρτητης μεταβλητής και διαμεσολαβούσας, είτε μεταξύ διαμεσολαβούσας και εξαρτημένης, είτε και τις δύο σχέσεις. Σε κάθε περίπτωση, τα ευρήματα αυτά ήταν σύμφωνα τόσο προς τις υποθέσεις μας, αλλά και προς όσα θα αναμέναμε με βάση τη βιβλιογραφία.

Η σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας και σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας στους χρόνιους ασθενείς είναι ισχυρή, αλλά λαμβάνει χώρα μέσα στο ευρύτερο προσωπικό και κοινωνικό περιβάλλον. Σημαντικοί προσωπικοί παράγοντες, όπως η προδιαθεσική αισιοδοξία ή άλλα χαρακτηριστικά, καθώς και η ιστορία του ατόμου, μπορούν να τροποποιήσουν τη σχέση αυτή (Diefenbach & Leventhal, 1996. Leventhal et al., 1980.). Έτσι, η προδιαθεσική αισιοδοξία που αποτελεί έναν ισχυρό “προστατευτικό” παράγοντα για την υγεία (Scheier & Carver, 1987), φάνηκε και εδώ να διακόπτει είτε την επιβαρυντική σχέση αναπαραστάσεων όπως είναι η χρονιότητα της ασθένειας ή οι αρνητικές επιπτώσεις της με την υποκειμενική υγεία (Έρευνα 1), είτε την αρνητική επί-

δραση αυτών των αναπαραστάσεων ασθένειας στην προσαρμογή στην ασθένεια μέσα από το επίπεδο υποκειμενικής υγείας (Έρευνα 2).

Αντίθετα, όμως, προς τις υποθέσεις των δύο ερευνών, βρέθηκε ότι στα υψηλότερα επίπεδα προδιαθεσικής αισιοδοξίας δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντικές ούτε οι σχέσεις μεταξύ θεραπευτικού ελέγχου ή λογικής συνέπειας της ασθένειας και υποκειμενικής υγείας (Έρευνα 1), ούτε οι σχέσεις “λογική συνέπεια της ασθένειας, σωματική λειτουργικότητα, και απελπισία” και “λογική συνέπεια της ασθένειας, συναισθηματική ευεξία, και απελπισία” (Έρευνα 2). Αυτό βρέθηκε, αν και θα ανέμενε κανείς, ο ευεργετικός ρόλος της προδιαθεσικής αισιοδοξίας να ενισχύσει τη θετική σχέση μεταξύ αυτών των αναπαραστάσεων και της υγείας ή της προσαρμογής στην ασθένεια (Hagger & Orbell, 2003. Martin & Leventhal, 2004). Ένας πιθανός λόγος για το εύρημα αυτό έχει ίσως να κάνει με τη λειτουργία της προδιαθεσικής αισιοδοξίας.

Όπως προείπαμε, οι πιο αισιόδοξοι εμφανίζονται να προσαρμόζονται καλύτερα στις αντιξοότητες, έχουν συνήθως μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους να επιλύουν προβλήματα, αλλά και να αναπτύσσουν στόχους και να δίνουν νόημα σε αυτούς (Rasmussen et al., 2006). Έτσι, τείνουν να προσδοκούν “να πάνε τα πράγματα καλά” και στο μέλλον, ακόμα και όταν αντιμετωπίζουν μια δυσκολία (π.χ., μια ασθένεια). Επίσης, οι Carver και Scheier (1998) υποστηρίζουν ότι η υψηλή προδιαθεσική αισιοδοξία επηρεάζει την επεξεργασία των πληροφοριών, επιτρέποντας να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στις θετικές πληροφορίες. Μάλιστα, σε μια λίγο παλαιότερη έρευνα (Karademas, Kafetsios, & Sideridis, 2007) βρέθηκε ότι τέτοιες μονομέρειες στην επεξεργασία των πληροφοριών αφορούν μόνον τα άτομα με υψηλή προδιαθεσική αισιοδοξία και όχι όσους είχαν δηλώσει χαμηλή. Με άλλα λόγια, είναι πιθανό οι πιο αισιόδοξοι ασθενείς να στηρίζονται κυρίως στις γενικές προσδοκίες τους για ένα ελπιδοφόρο μέλλον και να μη παίρνουν υπόψη τους τα ειδικά (θετικά ή αρνητικά) μηνύματα και τις πληροφορίες που αφορούν την ασθένειά τους, όταν αξιολογούν την κατάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας τους και τη γενική προσαρμογή τους. Έτσι, η σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων ασθένειας (τόσο των περισσότερων όσο και των λιγότερο προσαρμοστικών) και επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και η αντίστοιχη ροή πληροφοριών φαίνεται να διακόπτεται στα υψηλά επίπεδα προδιαθεσικής αισιοδοξίας. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στον πραγματικά γενικευμένο τρόπο λειτουργίας της προδιαθεσικής αισιοδοξίας. Βέβαια,

αυτό αποτελεί μια υπόθεση που θα πρέπει να ελεγχθεί σε μελλοντικές έρευνες.

Σε κάθε περίπτωση, η όλη εμπειρία της ασθένειας φαίνεται να βρίσκεται σε διαρκή διάλογο με τα γενικότερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η αυτο-ρύθμιση στη διαχείριση της ασθένειας πιθανώς αλληλεπιδρά με, και αλληλο-καθορίζεται από τη γενικότερη διεργασία αυτο-ρύθμισης του ατόμου, στην οποία εντάσσεται και η γενικευμένη αισιοδοξία. Μέσα από αυτό το διάλογο των συστημάτων αυτο-ρύθμισης είναι πιθανό να επιτυγχάνεται η συνολικά καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Είναι πιθανό, δηλαδή, διεργασίες που εντάσσονται στη γενική αυτο-ρύθμιση του ατόμου, όπως είναι η προδιαθεσική αισιοδοξία, να επιδρούν στη διεργασία της επιμέρους αυτο-ρύθμισης που αναφέρεται στην ασθένεια, έτσι ώστε να είναι δυνατό το άτομο να διατηρεί μια λειτουργική στάση και να ασκεί προσαρμοστικές συμπεριφορές (όπως, π.χ., η τήρηση των ιατρικών οδηγιών), ακόμα και όταν το άτομο αξιολογεί αρνητικά την ασθένειά του (π.χ., ως μια μόνιμη, επιβαρυντική, ανεπιθύμητη κατάσταση). Από την άλλη πλευρά, φυσικά, σημαντικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας είναι πιθανό να μεταβάλουν τόσο την αυτο-ρύθμιση που αφορά την ασθένεια όσο και, μέσα από αυτή, τη γενική διεργασία αυτο-ρύθμισης του ατόμου (στα πλαίσια ενός μηχανισμού ανάδρασης). Περαιτέρω έρευνες είναι, βέβαια, αναγκαίες προκειμένου να ελεγχθούν οι παραπάνω υποθέσεις.

Θα πρέπει, όμως, τα παραπάνω ευρήματα να αντιμετωπιστούν έχοντας κατά νου τους περιορισμούς των δύο ερευνών που παρουσιάστηκαν. Το δείγμα της δεύτερης έρευνας ήταν μέτριου μεγέθους, ενώ για τη μέτρηση της τελικής αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε μόνον η απελπισία που σχετίζεται με την ασθένεια. Η πρώτη έρευνα αποτελούνταν από μία μόνο φάση μέτρησης, ενώ και οι δύο έρευνες στηρίχθηκαν σε ψυχομετρικά εργαλεία αυτο-αξιολόγησης, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη έρευνα συμμετείχαν μάλλον “έμπειροι” ασθενείς, καθώς οι περισσότεροι αντιμετώπιζαν προβλήματα σωματικής υγείας για αρκετά έτη. Αυτό ίσως έχει ως αποτέλεσμα μια “σύμμειξη” των αναπαραστάσεων ασθένειας με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, και ίσως οδηγεί σε διαφορετικούς τρόπους αντίληψης της ασθένειας, σε σύγκριση προς άτομα με μικρότερη εμπειρία ασθένειας.

Παρά τους περιορισμούς, τα ευρήματα αυτών των δύο ερευνών είναι σημαντικά για τη θεωρία και την κλινική πράξη. Υποδεικνύουν ότι ερευ-

νητική και θεωρητική έμφαση θα πρέπει πιθανώς να δοθεί στην αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την εμπειρία της ασθένειας και των ευρύτερων προσωπικών παραγόντων, προκειμένου να αποκτήσουμε μια σαφέστερη εικόνα της διαδικασίας προσαρμογής στην ασθένεια. Επίσης, υπογραμμίζουν την ανάγκη για δόμηση περισσότερο συγκεκριμένων θεωρητικών μοντέλων που θα αναφέρονται στους ακριβείς τρόπους αλληλεπίδρασης μεταξύ σχετιζόμενων με την ασθένεια και ευρύτερων παραγόντων, όπως είναι η προσωπικότητα. Η δόμηση τέτοιων μοντέλων και η εμπειρική τεκμηρίωσή τους θα συμβάλει στην ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης που πιθανώς θα στοχεύουν ταυτόχρονα τόσο σε ειδικές πλευρές της εμπειρίας της ασθένειας όσο και σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ατόμου, ώστε να επιτευχθεί η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη παροχή ψυχολογικής βοήθειας προς τους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barry, L. C., Lightman, J. H., Spertus, J. A., Rumsfeld, J. S., Vaccarino, V., Jones, P. G., Plomondon, M. E., Parashar, S., & Krumholz, H. M. (2007). Patient satisfaction with treatment after acute myocardial infraction: Role of psychosocial factors. *Psychosomatic Medicine*, 69, 115-123.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic.
- Carver, C. S. (2004). Self-regulation of action and affect. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (pp. 13-39). New York: Guilford.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress – A study of women with early-stage breast-cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Conrada, R. J., Boulifard, D. A., Hekler, E. B., Idler, E. L., Spruill, T. M., Labouvie, E. W., & Krause, T. J. (2008). Psychosocial factors in heart surgery: Presurgical vulnerability and postsurgical recovery. *Health Psychology, 27*, 309-319.
- de Ridder, D. T. D., & de Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories and central issues. In D. T. D. de Ridder & J. B. F. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior* (pp. 1-23). Chichester, UK: Wiley.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless, 5*, 11-38.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1026-1036.
- 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.
- Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (2003). Is optimism sensitive to the stressors of chronic disease? The impact of type I diabetes mellitus and multiple sclerosis on optimistic beliefs. *Psychology and Health, 18*, 277-294.
- Gray, S. E., & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with chronic fatigue syndrome. *Psychology and Health, 22*, 159-174.
- Griva, K., Meyers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health, 15*, 733-750.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology and Health, 18*, 141-184.
- Hayes, A. F., & Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in OLS and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior Research Methods, 41*, 924-936.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology, 4*, 137-149.
- Helgeson, V. S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment in heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology, 18*, 561-569.
- Johnson, P. O., & Neyman, J. (1936). Tests of certain linear hypotheses and their application to some educational problems. *Statistical Research Memoirs, 1*, 57-93.
- Karademas, E. C., Kafetsios, K., & Sideridis, G. (2007). Optimism, self-efficacy and information processing of threat and well-being related stimuli. *Stress and Health, 23*, 285-294.
- Karademas, E. C., Kynigopoulou, E., Agathangelou, E., & Anestis, D. (in press). The relation of illness representations to the 'end-stage' appraisal of outcomes through health status, and the moderating role of optimism. *Psychology and Health*.
- Leventhal, H., Brisette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representations of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon.

- Llewelly, C. D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research, 63*, 17-26.
- Martin, R., & Leventhal, H. (2004). Symptom perception and health care-seeking behavior. In T. J. Boll, J. M. Raczynski, & L. C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (Vol. 2, pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., & Cameron, L. D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*, 1-16.
- Oxland, M., & Wade, T.D. (2008). Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology, 13*, 79-92.
- Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research, 42*, 185-227.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality, 74*, 1721-1747.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (in press). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*.
- 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., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*, 123-129.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 1-9). New York: Guilford.
- Voth, J., & Sirois, F. M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation Psychology, 54*, 99-108.
- Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. An evaluation of the self-regulatory model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 67-73.

ILLNESS REPRESENTATIONS, SUBJECTIVE HEALTH, AND FINAL APPRAISAL OF ILLNESS OUTCOMES: DISPOSITIONAL OPTIMISM AS A MODERATOR OF THEIR INTERRELATIONS

Evangelos C. Karademas

Department of Psychology, University of Crete, Greece

Abstract: In this article two studies in samples of cardiac patients are presented. The relations between dispositional optimism, illness representations, subjective health, and illness-related distress that represents final appraisal of illness outcomes were examined. The studies also aimed at investigating the possible moderating role of optimism in the relations of illness representations with subjective health or final appraisal of illness outcomes. In the first study 233 cardiac patients participated, whereas in the second, prospective study, there were 106 cardiac patients. According to the results, dispositional optimism was related to higher levels of subjective health. It was also associated with specific illness representations. An important finding of both studies was that dispositional optimism moderates the relation between specific illness representations and subjective health (Study 1), as well as the “illness representations – subjective health – final appraisal of illness outcomes” relation (Study 2). In all cases, the relations between illness representations and subjective health or illness-related distress were statistically nonsignificant at higher levels of dispositional optimism, although they were significant at lower levels of optimism. These findings are important for understanding the adaptation to illness process, as well as for improving chronic patients’ quality of life.

Key words: Dispositional optimism, Distress, Illness representations, Subjective health.

Address: Evangelos C. Karademas, Department of Psychology, University of Crete, 741 00 Rethymno, Greece. Phone: +30-28310-77532. Fax: +30-28310-77578. E-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr