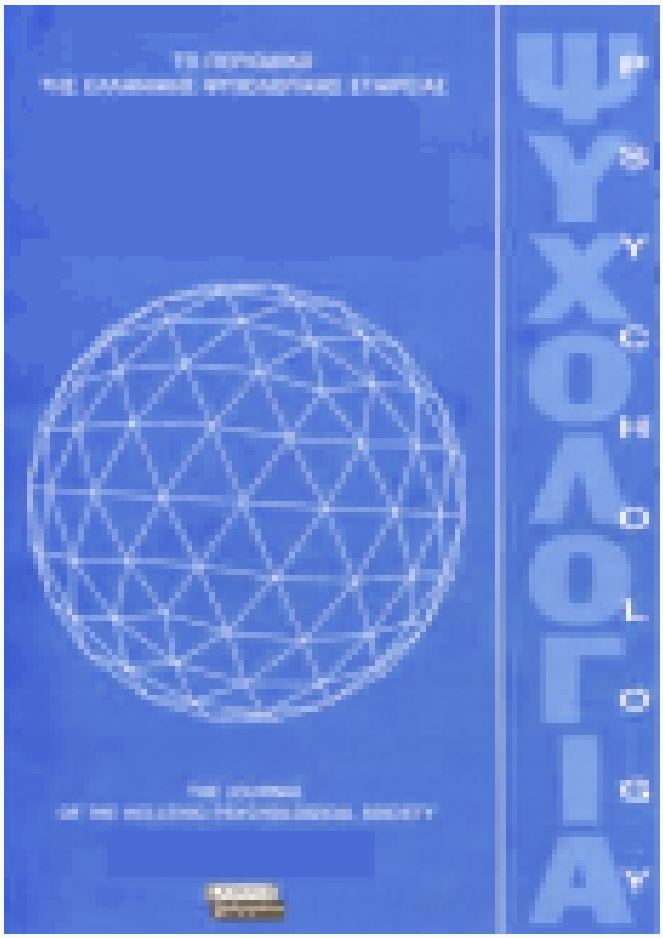
ePublishing

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 9, No 1 (2002)



The relationship between life events and daily hassles, self-efficacy expectations, coping strategies and psychosomatic health

Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

doi: 10.12681/psy_hps.24049

Copyright © 2020, Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0.

To cite this article:

Χ. Καραδήμας Ε., & Καλαντζή-Αζίζι Α. (2020). The relationship between life events and daily hassles, self-efficacy expectations, coping strategies and psychosomatic health. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, *9*(1), 75–91. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24049

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 26/01/2026 19:30:56

Η σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ψυχοσωματικής υγείας

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχέση ανάμεσα στις στρεσογόνες καταστάσεις και σε διάφορες πλευρές της ψυχικής και οργανικής υγείας, καθώς και οι υποκείμενες διεργασίες που τα συνδέουν, αποτελούν χώρο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε πληρέστερα την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος και τις συνέπειες της αλληλεπίδρασης αυτής. Στην παρούσα έρευνα διερευνήσαμε τον τρόπο συσχέτισης των στρεσογόνων ερεθισμάτων (μέσω καταλόγων γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών), των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας (ΠΑΑ), των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και ορισμένων δεικτών ψυχοσωματικής υγείας. Τετρακόσια τρία άτομα και των δύο φύλων με μέση ηλικία 36.7 έτη συμμετείχαν στην έρευνά μας. Η συσχέτιση μεταξύ των γεγονότων ζωής και των καθημερινών προστριβών, από τη μια, και των δεικτών υγείας, από την άλλη, βρέθηκε μέτρια. Οι ΠΑΑ παρουσίασαν μέτρια, επίσης, συνάφεια με τους δείκτες υγείας, ενώ η σχέση αυτή ήταν τόσο άμεση, όσο και έμμεση, μέσω ορισμένων ΣΑΑΚ. Παρόμοια, οι ΣΑΑΚ παρουσίασαν σημαντικές συνάφειες με τους δείκτες υγείας, αν και είναι ενδιαφέρον ότι η στρατηγική "αποφυγή/διαφυγή" δεν παρουσίασε συνάφεια με κανένα δείκτη υγείας. Μεταξύ των πηγών στρες, από τη μια, και των ΠΑΑ και ΣΑΑΚ, από την άλλη, δεν υπήρξαν σημαντικές συνάφειες. Τέλος, συζητάται η σημασία των παραπάνω ευρημάτων καθώς και η σχέση τους με τα ερευνητικά και θεωρητικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Λέξεις κλειδιά: Αυτο-αποτελεσματικότητα, Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, Στρες.

Η μέχρι στιγμής έρευνα έχει αναδείξει τρεις κύριους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στο συνεχές "υγεία-ασθένεια": την κοινωνικοπολιτιστική κινητικότητα (Syme, 1984), ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Alloy, Acocella, & Bootzin, 1996. Krantz & Glass, 1984), καθώς και το στρες.

Η προσπάθεια ορισμού του στρες δεν είναι εύκολη. Ως έννοια προέρχεται από το χώρο της φυσικής επιστήμης και στο χώρο της ψυχολογίας ορίζεται κατά τρεις βασικά τρόπους (Cox, 1978. Sarafino, 1999): Η πρώτη προσπάθεια ορισμού περιγράφει το στρες ως την αντίδραση (ψυχική ή σωματική) του ατόμου σε ένα αρνητικό ερέθισμα. Ο Cannon (1932) και ο Selye (1956) είναι οι πιο γνωστοί ερευνητές που πλησιάζουν την έννοια του στρες περισσότερο από την πλευρά της αντίδρασης. Η δεύτερη ομάδα ερευνητών περιγράφει το στρες από την προοπτική του ερεθίσματος. Το στρες ορίζεται ως χαρακτηριστικό

Διεύθυνση: Ευάγγελος Χ. Καραδήμας, Τομέας Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιόπολη, Ιλίσια, 157 84 Αθήνα. Τηλ.: 010-7277525, Fax: 010-7277534. E-mail: ekaradem@psych.uoa.gr

του περιβάλλοντος που επηρεάζει τα άτομα (βλ., π.χ., Dohrenwend & Dohrenwend, 1969. Holmes & Rahe, 1967). Οι υποστηρικτές του μοντέλου αυτού χρησιμοποιούν διάφορους εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι τα σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα (π.χ., θάνατος, συγκρούσεις, κ.ά.), ή τα χρόνια περιβαλλοντικά προβλήματα (π.χ., επίπεδα θορύβου ή μόλυνσης), για να μελετήσουν την επίπτωσή τους στην ανθρώπινη υγεία. Η τρίτη προσπάθεια ορισμού του στρες, το περιγράφει ως μια διεργασία που περιλαμβάνει τόσο τα ερεθίσματα όσο και τις αντιδράσεις. Η θεωρία αυτή αποδέχεται την ύπαρξη και μιας άλλης διάστασης, αυτής της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Lazarus & Folkman, 1984α, 1984β. Mechanic, 1976). Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ανθρώπου και περιβάλλοντος περιλαμβάνει μια σειρά συνεχών αλληλεπιδράσεων και προσαρμογών, όπου το κάθε μέρος επιδρά στο άλλο αλλά και δέχεται επιδράσεις σε μια συνεχή διαλεκτική. Έτσι το στρες είναι το αποτέλεσμα της ενεργητικής επαφής του ατόμου με το περιβάλλον του. Παρά τους ποικίλους ορισμούς, θεωρούμε ως επαρκή εκείνον του Sarafino (1999), σύμφωνα με τον οποίο: "στρες είναι η συνθήκη στην οποία καταλήγουμε όταν η αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος οδηγεί το άτομο στην αντίληψη μιας διάστασης (αληθινής ή μη) ανάμεσα στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και στις δυνατότητες που έχουν τα ατομικά συστήματα (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό)" (σ. 70). Στο ίδιο σημείο ο συγγραφέας αναφέρει ότι: «... το στρες δεν είναι μόνο ένα ερέθισμα, ή μια αντίδραση, αλλά μάλλον μια διεργασία στην οποία το πρόσωπο είναι ένας ενεργητικός παράγοντας». Ο Sarafino, όπως ο ίδιος παραδέχεται, στηρίζεται στην παράδοση των Lazarus και Folkman, οι οποίοι αναφέρουν: "η ουσία του στρες, της αντιμετώπισής του και της προσαρμογής είναι η αλλαγή" (Folkman & Lazarus, 1985, σ. 150) και οι οποίοι ορίζουν το στρες ως διεργασία (Lazarus & Folkman, 1984α, 1984β). Η αντίληψη του στρες ως διεργασίας δεν είναι βέβαια η μόνη, εφόσον το στρες έχει γίνει αντιληπτό και ως "κατάσταση". Ο Selye (1956) όρισε το στρες ως την κατάσταση στην οποία οι απαιτήσεις της ζωής προκαλούν μια αντίδραση με ευρείες βιολογικές επιπτώσεις, ενώ και ο Cannon (1935) όρισε το στρες ως την κατάσταση που προκύπτει όταν διαταράσσεται η ομοιόσταση.

Είναι σίγουρο ότι η μελέτη του στρες από τόσους ερευνητές με διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις έχει προκαλέσει σημαντική σύγχυση τόσο σε θέματα ορισμού όσο και έρευνας (Kopin, 1995), κάτι που και ο Selye (1975) είχε εντοπίσει. Θα μπορούσαμε να πούμε συμπερασματικά ότι το στρες είναι μία ευρεία περιοχή μελέτης που αναφέρεται στη διεργασία, η οποία περιλαμβάνει τις στρεσογόνες καταστάσεις, τις αντιδράσεις του ατόμου ή της ομάδας, καθώς και όλους τους εμπλεκόμενους παράγοντες (περιβαλλοντικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς).

Τα τελευταία χρόνια προτάθηκε ένα ακόμα μοντέλο προσπέλασης του φαινομένου του στρες. Σύμφωνα με το "μοντέλο διατήρησης των πόρων", οι άνθρωποι προσπαθούν να αποκτήσουν, να προστατέψουν ή να αυξήσουν τους διαθέσιμους πόρους τους, ενώ αυτό που τους απειλεί είναι η πραγματική ή η πιθανή απώλειά τους (Hobfoll, 1988, 1989). Το μοντέλο δίνει έμφαση στη σημασία των πραγματικών συνθηκών (απώλεια πόρων), ενώ προσπαθεί να μετριάσει την υπερβολική, κατά τον Hobfoll, έμφαση στους ατομικούς, γνωστικούς, κυρίως, παράγοντες.

Αν και οι ερευνητές διαφοροποιούνται, λοιπόν, στο πώς χρησιμοποιούν τον όρο 'στρες', οι περισσότεροι συμφωνούν ότι υπάρχουν τρία είδη μεταβλητών στην όλη σχετική έρευνα: α) χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος (πηγές στρες), β) χαρακτηριστικά, διαθέσιμα και δράσεις του ατόμου (π.χ., στοιχεία προσωπικότητας, γνωστικοί παράγοντες, κοινωνική υποστήριξη, κ.λπ.) και, γ) επιδράσεις, ψυχολογικές, βιολογικές ή κοινωνικές (Martin, 1987). Και οι τρεις αυτές μεταβλητές είναι αναγκαίες για τη μελέτη του στρες, ειδικά όποτε αυτό γίνεται αντιληπτό ως αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος.

Οι αρχικές προσπάθειες διερεύνησης της σχέσης στρες-υγεία, στρέφονταν στην αναζήτηση ευθείας, άμεσης σχέσης ανάμεσα σε στρεσο-

γόνα ερεθίσματα και σε δείκτες υγείας. Οι πηγές στρες αξιολογήθηκαν στην αρχή μέσω των καταλόγων γεγονότων ζωής (βλ., π.χ., Dohrenwend & Dohrenwend, 1969. Georgas & Giakoumaki, 1984, 1988. Holmes & Rahe, 1967. Sarason, Johnson, & Siegel, 1978), τα οποία είχαν ορισθεί ως τα μείζονα γεγονότα που διακόπτουν ή απειλούν να διακόψουν τις συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου (π.χ., θάνατοι, γάμοι, γεννήσεις, συγκρούσεις κ.λπ.) (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969). Αργότερα, προστέθηκαν οι καθημερινές προστριβές, τα καθημερινά, δηλαδή, προβλήματα, δυσκολίες και καταστάσεις που προκαλούν στρες (βλ., π.χ., Chamberlain & Zika, 1990. DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982. Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981. Lepore, Palsane, & Evans, 1991).

Τόσο, όμως, με τη χρήση των γεγονότων ζωής, όσο και των καθημερινών προστριβών, οι σχετικές έρευνες έδειξαν ότι οι συνάφειες μεταξύ αυτών και των δεικτών υγείας δεν υπερέβαιναν το (Pearson's) $r = 0.30$ (Cohen & Edwards, 1987. Καραδήμας, 1999. Rabkin & Struening, 1976). Σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις οι συνάφειες που περιγράφηκαν ήταν υψηλότερες: π.χ., οι Burks και Martin (1985) αναφέρουν συνάφειες περίπου $r = 0.40$ μεταξύ καθημερινών προστριβών και γενικών ψυχολογικών προβλημάτων, ο Nezu (1986) αναφέρει συνάφεια $r = 0.52$ μεταξύ καθημερινών προβλημάτων και κατάθλιψης, και οι Chamberlain και Zika (1990) $r = 0.49$ μεταξύ καθημερινών προβλημάτων και γενικής αντίληψης της υγείας. Όπως επισημαίνει η Aldwin (1994), όμως, είναι πιθανό οι υψηλότερες συνάφειες καθημερινών προστριβών και υγείας να οφείλονται στο ότι τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται και δηλώνουν περισσότερες ή εντονότερες στρεσογόνες καταστάσεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι ενώ στην αρχή δινόταν έμφαση στα λεγόμενα 'σταθμισμένα' σχήματα, όπου κάθε στρεσογόνο γεγονός είχε ένα συγκεκριμένο συντελεστή βαρύτητας (βλ., π.χ., το Social Readjustment Rating Scale των Holmes και Rahe, 1967), αργότερα αυτό εγκαταλείφθηκε. Έδωσε τη θέση του σε πιο ανοικτά σχήματα, όπου το κάθε άτομο σημείωνε το βαθμό στον οποίο έκρινε το κάθε γεγονός ή κατάσταση ως στρεσογόνο. Προς την κατεύθυνση αυτής της αλλαγής συντέλεσε τόσο η επίδραση νέων θεωριών με την έμφαση που έδωσαν στους ενδοατομικούς παράγοντες, όσο και η σχετική έρευνα που έδειξε ότι μεγαλύτερη σχέση με τα επίπεδα υγείας φαίνεται να έχει το 'υποκειμενικά ανεπιθύμητο γεγονός' (McGrath & Burkhart, 1983).

Παρά την αλλαγή αυτή, όμως, η συνάφεια μεταξύ στρεσογόνων καταστάσεων και υγείας εξακολουθούσε να είναι χαμηλή. Η ερμηνεία ήταν ότι το μέγεθος της επίδρασης αυτών των καταστάσεων στην υγεία εμφανίζει τεράστια ποικιλία εξαιτίας χαρακτηριστικών ατομικών (π.χ., η αίσθηση άσκησης ελέγχου) και κοινωνικών (π.χ., το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο). Έτσι, η έρευνα στράφηκε στους παράγοντες εκείνους που μεσολαβούν στη σχέση και καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο ή πιο ανθεκτικό στην έκθεση σε αρνητικές συνθήκες.

Παράγοντες όπως η γνωστική αξιολόγηση του ατόμου για το περιβάλλον και τις καταστάσεις που το αφορούν (Lazarus & Folkman, 1984α, 1984β), οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (Cronkite & Moos, 1984. Lazarus & Folkman, 1984α, 1984β. Forsythe & Compas, 1987. Holahan, Moos, & Schaefer, 1996), η κοινωνική υποστήριξη (Cohen & Wills, 1985. Pierce, Sarason, & Sarason, 1990), η αίσθηση αντοχής (Funk & Houston, 1987. Kobasa, 1979. Rhodewalt & Agustdottir, 1984), η αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος (Litt, 1988. Thompson, 1981), η αυτοεκτίμηση (Whishman & Kwon, 1993), το χιούμορ και η αισιοδοξία (Nezu, Nezu, & Blissett, 1988. Scheir, Weintraub, & Carver, 1986), το θρησκευτικό συναίσθημα (McIntosh, Silver, & Workman, 1993), ή ακόμα και ο ύπνος (Hall, Baum, Buysse, Prigerson, Kupfer, & Reynolds, 1998) κ.ά., έχουν φανεί ότι διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στη σχέση στρες-υγεία. Οι μεταβλητές αυτές έχουν ονομασθεί "ενδιάμεσες", ή "ρυθμιστικές", ή "προστατευτικοί παράγοντες" (Cohen & Edwards, 1987. Gentry & Kobasa, 1984), ανάλογα με την ερευνητική μεθο-

δολογία και τη θεωρητική θέση του εκάστοτε ερευνητή.

Ιδιαίτερη θέση στο σύστημα αυτό των μεταβλητών κατέχουν οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ), οι προσπάθειες, δηλαδή, του ατόμου να διευθετήσει τις (εξωτερικές ή εσωτερικές) καταστάσεις που του προκαλούν άγχος ή δυσφορία (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Τα τελευταία χρόνια, επίσης, όλο και μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στις "προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας" (ΠΑΑ). Σύμφωνα με τον Bandura (1982), οι ΠΑΑ είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι έχει τις ικανότητες να δρα έτσι, ώστε να παράγεται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ο Bandura (1986, 1997) αποδίδει στις προσδοκίες αυτές τεράστια σημασία για τη ρύθμιση της όλης ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Παρά τις προόδους στη θεωρία και την έρευνα για τις ΣΑΑΚ, το θέμα της σημασίας τους παραμένει ανοικτό (Zeidner & Saklofske, 1996). Ποιες στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα είναι το βασικό ερώτημα. Οι Lazarus και Folkman (1984β) υποστήριξαν, αρχικά, ότι οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα (π.χ., η επίλυση προβλήματος) βοηθούν στην καλύτερη προσαρμογή του ατόμου, τουλάχιστον μακροπρόθεσμα. Οι στρατηγικές που εστιάζονται στο συναίσθημα (π.χ., υπεραισιόδοξη σκέψη, ονειροπόληση) ωφελούν το άτομο μόνο βραχυπρόθεσμα. Όμως τα ερευνητικά δεδομένα διχάζονται ως προς τη θέση αυτή. Πολλά δεδομένα συμφωνούν ότι οι εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές βοηθούν περισσότερο στην προσαρμογή του ατόμου σε σύγκριση με τις εστιασμένες στο συναίσθημα (βλ. Zeidner & Saklofske, 1996). Από την άλλη, όμως, αρκετοί ερευνητές αναφέρουν ότι οι εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές βοηθούν τελικά το άτομο να μειώσει (ή να ελέγξει) το άγχος του και, συνεπώς, να λειτουργήσει αποτελεσματικότερα (Billings & Moos, 1981. Carver, Scheier, & Pozo, 1992. Mullins, Olson, Reyes, Bernardy, Huszti, & Volk, 1991). Οι Carver, Scheier, και Weintraub (1989) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι στρατηγικές που διευκολύνουν την προσαρμογή είναι η θετική επαναξιολόγηση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η επίλυση προβλήματος, ο σχεδιασμός, η θετική ενίσχυση. Αντίθετα, η άρνηση, η εστίαση στα συναισθήματα, η χρήση ουσιών και η αποφυγή ανάληψης δράσης ανήκουν στις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές. Πέρα όμως από τα παραπάνω, είναι γνωστό ότι: (α) η χρήση των ίδιων στρατηγικών σε όλες τις περιπτώσεις δεν είναι τις περισσότερες φορές ωφέλιμη (Collins, Taylor, & Skokan, 1990). (β) Οι ΣΑΑΚ θα πρέπει να ταιριάζουν στο περιβάλλον (είδος προβλήματος) και στο άτομο (Lazarus, 1993). Για παράδειγμα, οι στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα είναι περισσότερο λειτουργικές στην αντιμετώπιση καταστάσεων που κρίνονται από το άτομο ως ελέγξιμες, ενώ οι εστιασμένες στο συναίσθημα στην αντιμετώπιση καταστάσεων που δεν επιδέχονται έλεγχο ή αλλαγές (Lazarus & Folkman, 1984β). Βεβαίως, η χρήση της 'καταλληλότερης' στρατηγικής προϋποθέτει τη σωστή εκτίμηση των παραμέτρων του περιβάλλοντος προκειμένου να υπάρξει το κατάλληλο 'ταίριασμα' ανάμεσα στα δύο (Folkman, 1984). (γ) Η ευελιξία και η δημιουργικότητα στη χρήση των ΣΑΑΚ τις καθιστά λειτουργικότερες και αποτελεσματικότερες (Lazarus & Folkman, 1984β. Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990).

Επίσης, η σχέση που πιθανώς υφίσταται μεταξύ των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας (ΠΑΑ), των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της ψυχικής και σωματικής υγείας είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος. Οι άνθρωποι γενικά αποφεύγουν ό,τι πιστεύουν πως ξεπερνά τις ικανότητες που διαθέτουν για να το χειριστούν αποτελεσματικά, αλλά αντιμετωπίζουν δυναμικά τις καταστάσεις που θεωρούν ότι βρίσκονται μέσα στο εύρος των δυνατοτήτων τους (Bandura, 1982, 1997). Κατά τους Bandura, Taylor, Williams, Mefford, και Barchas (1985) είναι κυρίως η αντιλαμβανόμενη αναποτελεσματικότητα για αντιμετώπιση των καταστάσεων που τις μεταβάλλει σε στρεσογόνες. Όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει

επιτυχώς μια στρεσογόνο κατάσταση, δεσμεύεται σε συνεχή προσπάθεια και σε χρήση ποικίλων στρατηγικών. Αντίθετα, αδρανοποιείται ή χρησιμοποιεί 'παθητικές' στρατηγικές, όταν θεωρήσει ότι δεν μπορεί να χειριστεί την κατάσταση (Bandura, 1977α, 1977β).

Σε έρευνα του Terry (1994), οι χαμηλές ΠΑΑ συνδυάστηκαν με χρήση ΣΑΑΚ εστιασμένων στο συναίσθημα (π.χ., άρνηση και αυτομομφή). Επίσης, οι χαμηλές ΠΑΑ σχετίζονται με συμπτώματα άγχους και δυσφορίας, καθώς και με άλλα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας (Bandura, 1982, 1997. Holahan & Holahan, 1987. O'Leary, 1992).

Στην παρούσα έρευνα προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις σχέσεις που υφίστανται μεταξύ των στρεσογόνων καταστάσεων, έτσι όπως αξιολογούνται από καταλόγους γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, όπου τα ίδια τα άτομα κρίνουν τι και κατά πόσο είναι στρεσογόνο, των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, σε δείγμα ενηλίκων και με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων προσαρμοσμένων στα ελληνικά δεδομένα. Επίσης, διερευνούμε τις συσχετίσεις των παραπάνω παραγόντων με τα επίπεδα της ψυχικής και της σωματικής υγείας, έτσι ώστε να διαμορφώσουμε μια εικόνα της σχέσης στρεσογόνες καταστάσεις-υγεία. Πιο συγκεκριμένα, υποθέτουμε ότι τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας σχετίζονται αρνητικά με τα γεγονότα ζωής και τις καθημερινές προστριβές, αλλά και με τη χρήση ορισμένων ΣΑΑΚ, όπως η ευχολογία και η αποφυγή. Αντίθετα, υποθέτουμε ότι σχετίζονται θετικά με τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας και τη χρήση στρατηγικών, όπως η επίλυση προβλήματος και η θετική αξιολόγηση του περιβάλλοντος. Υποθέτουμε, επίσης, ότι τόσο οι στρεσογόνες καταστάσεις, όσο και οι προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας θα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των ΣΑΑΚ. Η εργασία αυτή αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας διερεύνησης της διεργασίας του στρες, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη.

Μέθοδος

Δείγμα και διαδικασία

Το δείγμα μας αποτελούνταν από 403 άτομα (158 άνδρες και 245 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 36.66 έτη (τυπική απόκλιση = 12.74 έτη). Η σύσταση του δείγματος ήταν: Ως προς το επάγγελμα: διευθυντές εταιρειών ή επιχειρήσεων, καθώς και ανώτεροι/ανώτατοι υπάλληλοι 0.5%, επαγγελματίες υψηλής εξειδίκευσης (π.χ., γιατροί, δικηγόροι, κ.λπ.), 11.7%, αυτοαπασχολούμενοι 8.9%, δάσκαλοι/καθηγητές 8.1%, υπάλληλοι γραφείου και δημόσιοι υπάλληλοι 26.2%, ειδικευμένοι εργάτες 14.5%, ανειδίκευτοι εργάτες 2.3%, άνεργοι 3.1%, συνταξιούχοι και νοικοκυρές 13.2%, φοιτητές 11.5%. Ως προς τη μόρφωση, το 4.5% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο ή μερικές μόνο τάξεις του, το 44.3% τη Μέση Εκπαίδευση (Γυμνάσιο ή Λύκειο), το 13.1% είχε ανώτερη μόρφωση και το 38.2% ανώτατη.

Για τη συλλογή των ερωτηματολογίων υπεύθυνοι ήταν 25 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές του Προγράμματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, κάθε ένας εκ των οποίων επισκέφθηκε 15 περίπου άτομα στο σπίτι τους όπου και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε με μη σταθερή σειρά. Επελέγησαν πέντε διαφορετικές ακολουθίες, οι οποίες χορηγήθηκαν σε ίσο περίπου αριθμό συμμετεχόντων η κάθε μία. Στο τελικό δείγμα των 403 ατόμων δε συμπεριλήφθηκαν 11 άτομα που δήλωσαν ότι στο παρελθόν τα είχε απασχολήσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ., καρκίνος, καρδιαγγειακές νόσοι, σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές). Τα άτομα αυτά δε συμπεριλήφθηκαν γιατί σύμφωνα με την Thoits (1991) τέτοιες σοβαρές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη αναστάτωση στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει τον εαυτό του, τις ικανότητές του, τα προβλήματά του και την υγεία του. Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται τόσο σε οργανικούς όσο και σε ψυχολογικούς λόγους.

Ψυχομετρικό υλικό

Για την αξιολόγηση των στρεσογόνων ερεθισμάτων χρησιμοποιήσαμε δύο καταλόγους: έναν κατάλογο γεγονότων ζωής και έναν καθημερινών προστριβών. Για τη μέτρηση των γεγονότων ζωής χρησιμοποιήσαμε έναν κατάλογο γεγονότων που βασίστηκε στον κατάλογο "Επισκόπηση Εμπειριών Ζωής" (Life Experience Survey) που κατασκεύασαν οι Sarason et al. (1978). Αποτελείται από μια σειρά 47 σημαντικών γεγονότων, όπως θάνατος συγγενικών και φιλικών προσώπων, ατυχήματα, διαζύγιο, δάνεια, εγκληματικές ενέργειες, παραβάσεις του νόμου κ.λπ. Από τον κατάλογο αφαιρέθηκαν τα θέματα που αφορούσαν την ψυχική ή σωματική υγεία του ατόμου ("σημαντική αλλαγή στις συνήθειες ύπνου", "σεξουαλικές δυσκολίες", "σημαντική αλλαγή στις συνήθειες σίτισης"). Επίσης, αφαιρέθηκαν θέματα που από παλαιότερες προκαταρκτικές χορηγήσεις του καταλόγου φάνηκαν ότι δεν αφορούν τον ελληνικό πληθυσμό (π.χ., "σημαντική αλλαγή στη συχνότητα εκκλησιασμού"). Τέλος, προστέθηκαν θέματα που θεωρήσαμε σημαντικά ή που σε προκαταρκτικές χορηγήσεις σημειώθηκαν από τα άτομα (π.χ., "απιστία του/της συζύγου ή συντρόφου", "εγκληματική ενέργεια [π.χ., ληστεία] με θύμα εσάς").

Για καθένα από τα γεγονότα του καταλόγου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωναν εάν συνέβη κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, και σε ποιο βαθμό ήταν στρεσογόνο στη βάση τετράβαθμης διαβαθμιστικής επιλογής (0 = Καθόλου στρεσογόνο έως 3 = Πολύ στρεσογόνο). Η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης, για διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων 30 ημερών και n = 35, ήταν Pearson's r = 0.84. Το δείγμα των 35 ατόμων επιλέχθηκε τυχαία (με κλήρωση) από το μεγαλύτερο δείγμα των 403 ατόμων.

Για τη μέτρηση των καθημερινών προστριβών χρησιμοποιήσαμε την "Κλίμακα Καθημερινών Προστριβών" (Daily Hassles Scale) των DeLongis, Folkman, και Lazarus (1988) που αποτελεί βελτίωση της πρώτης σχετικής κλίμακας που δημιουργήθηκε από τους Kanner et al. (1981). Στην κλίμακα αυτή προστέθηκαν ορισμένα θέματα από την κλίμακα των Burks και Martin (1985) που αναφέρονται σε φοιτητές, εφόσον ένα ποσοστό του δείγματός μας το αποτελούσαν φοιτητές. Η Κλίμακα Καθημερινών Προστριβών αποτελείται από 54 θέματα που αναφέρονται σε καθημερινά γεγονότα ή καταστάσεις, τα οποία είναι πιθανό να αποτελέσουν πηγή άγχους και αναστάτωσης (π.χ., η εξωτερική εμφάνιση, ο καιρός, οι συνθήκες διαβίωσης, η υγεία οικείων προσώπων, η επάρκεια οικονομικών πόρων, οι συγκάτοικοι κ.λπ.). Για καθένα από τα θέματα αυτά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν πόσο άγχος ή αναστάτωση τους προκάλεσε κατά τις τελευταίες 20 ημέρες, στη βάση τετράβαθμης διαβαθμιστικής επιλογής (0 = Καθόλου έως 3 = Μεγάλη πηγή αναστάτωσης). Το χρονικό διάστημα των 20 ημερών θεωρήθηκε μικρό για να είναι αντιπροσωπευτικό του καθημερινού στρες που βιώνουν τα άτομα. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να χορηγηθεί δύο φορές, σε διάστημα 20 ημερών, η σχετική κλίμακα ώστε να καλυφθούν οι προστριβές που απασχόλησαν τους συμμετέχοντες κατά τις τελευταίες 40 ημέρες.

Για διάστημα επαναχορήγησης 7 ημερών και n = 35, η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης ήταν Pearson's r = 0.76.

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας χρησιμοποιήσαμε την ελληνική προσαρμογή του "Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας, ΕΓΥ" (General Health Questionnaire - GHQ) του D. Goldberg (Μουτζούκης, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλος, & Καραστεργίου, 1990), στη μορφή των 28 ερωτήσεων (ΕΓΥ-28). Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει διερευνούν αν το άτομο έχει πρόσφατα εμφανίσει ένα ορισμένο σύμπτωμα ή μια συμπεριφορά στη βάση τετράβαθμης διαβαθμιστικής επιλογής (0 = Περισσότερο [ή καλύτερα] από όσο συνήθως [ή καθόλου] έως 3 = Πολύ περισσότερο [ή πολύ λιγότερο] από όσο συνήθως, ανάλογα με την ερώτηση) (π.χ., "Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;", "Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;", "Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερι-

νές δραστηριότητές σου;"). Η βαθμολογία από το σύνολο των 28 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου μας δίνει ένα δείκτη της γενικής ψυχικής υγείας του ατόμου.

Η ελληνική προσαρμογή του ΕΓΥ-28 παρουσιάζει υψηλό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's α = 0.85, στην παρούσα έρευνα) καθώς και υψηλά επίπεδα εγκυρότητας (βλ. Μουτζούκης et al., 1990).

Για τη μέτρηση της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήσαμε το "Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας" των Wyler, Masuda, και Holmes (1968) που περιλαμβάνει μία σειρά συμπτωμάτων και σωματικών παραπόνων (π.χ., πόνοι στην καρδιά ή το στήθος, φτωχή μνήμη, διαταραχές εμμήνου ρύσης, αλλεργία, τριχόπτωση, εμετοί, πονοκέφαλοι, δερματικά προβλήματα, οσφυαλγίες κ.λπ.). Στον κατάλογο αυτό προστέθηκαν ακόμη μερικά συμπτώματα που προέρχονταν από την αντίστοιχη κλίμακα των Belloc, Breslow, και Hochstim (1971). Τα συμπτώματα που προστέθηκαν (π.χ., πόνοι στη ράχη, πυρετοί, αλλεργίες) θεωρήθηκαν αναγκαία ώστε να δημιουργηθεί ένας πληρέστερος κατάλογος σωματικών συμπτωμάτων που συχνά αντιμετωπίζουμε. Έτσι συντάχθηκε ένας κατάλογος 34 συμπτωμάτων και παραπόνων, για κάθε ένα εκ των οποίων οι συμμετέχοντες δήλωναν πόσο συχνά το αντιμετώπισαν κατά τις τελευταίες 2-3 εβδομάδες, στη βάση τετράβαθμης διαβαθμιστικής επιλογής (0 = Καθόλου έως 3 = Συχνά). Η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης του ερωτηματολογίου (για n = 35 και διάστημα μεταξύ των δύο μετρήσεων ίσο με επτά ημέρες) ήταν Pearson's r = 0.77.

Για την αξιολόγηση των ΣΑΑΚ χρησιμοποιήσαμε την προσαρμοσμένη στα ελληνικά κλίμακα "Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων" (Ways of Coping) των Lazarus και Folkman (Καραδήμας, 1998). Η κλίμακα αποτελείται από 38 ερωτήσεις χωρισμένες σε πέντε βασικούς παράγοντες: (α) *θετική προσέγγιση* (με δύο διαστάσεις), που αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να αξιολογήσει κατά θετικό τρόπο τις στρεσογόνες καταστάσεις και, ταυτόχρονα, να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος (π.χ., "γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω", "σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο"), (β) *αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης*, που αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να ανεύρει την κατάλληλη κοινωνική βοήθεια για να αντιμετωπίσει καλύτερα τα προβλήματά του (π.χ., "ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι"), (γ) *ευχολογία/ονειροπόληση* (με δύο διαστάσεις), που αξιολογεί την προσπάθεια του ατόμου να διαχειρισθεί το άγχος είτε ονειροπολώντας είτε αναζητώντας θεϊκή βοήθεια (π.χ., "ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα", "προσευχόμουν"), (δ) *αποφυγή/διαφυγή* (με δύο διαστάσεις, επίσης), που μετρά την τάση του ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση παραιτούμενο ή προσπαθώντας να μειώσει τη σοβαρότητά της (π.χ., "πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα", "συνέχιζα σαν να μη συμβαίνει τίποτα"), (ε) *διεκδικητική επίλυση προβλήματος*, όπου αξιολογείται η προσπάθεια να επιτευχθεί κάποια λύση μέσω άμεσης και διεκδικητικής αντιμετώπισης του ζητήματος (π.χ., "εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα"). Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντήσουν πόσο συχνά χρησιμοποιούσαν κάθε περιγραφόμενη στρατηγική στη βάση τετράβαθμης διαβαθμιστικής επιλογής (0 = ποτέ έως 3 = συχνά). Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α) των πέντε παραγόντων κυμαίνεται μεταξύ του 0.60 και του 0.79, ενώ η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης για διάστημα 30 ημερών και n = 35, κυμάνθηκε μεταξύ του Pearson's r = 0.56 και του r = 0.85. Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να σημειώσουν πόσο συχνά χρησιμοποίησαν τις στρατηγικές που περιγράφονται προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που είχαν κατά τον τελευταίο καιρό.

Τέλος, για τη μέτρηση των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, χρησιμοποιήσαμε αυτοσχέδιο ψυχομετρικό μέσο, που βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο "Πολυδιάστατες Κλίμακες

Αντιλαμβανόμενης Αυτο-αποτελεσματικότητας" (Multidimensional Scales of Perceived Self-efficacy) (Bandura, 1989, μη δημοσιευμένο). Η αυτοσχέδια κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε αποτελείται από 17 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει επιτυχώς διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις αξιοποιώντας διαθέσιμα και δυνατότητες, όπως ο χρόνος, η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων, η λήψη αποφάσεων, η διατήρηση της ψυχραιμίας κ.ά. Η κλίμακα αποτελείται από δύο παράγοντες (Καραδήμας, 1999): Ο πρώτος, οι "γενικευμένες ΠΑΑ για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων", αξιολογεί τη γενική πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να αντιμετωπίσει επιτυχώς ποικίλες καταστάσεις (π.χ., "Πόσο πολύ μπορείτε να αντέξετε ένα πρόβλημα, όσο σοβαρό κι αν είναι;", "Σε ποιο βαθμό σας βοηθά η ψυχική σας αντοχή να αντιμετωπίσετε κάποιο πρόβλημα;"). Ο δεύτερος παράγοντας, οι "ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών", αξιολογεί την προσδοκία του ατόμου ότι μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια τι το απασχολεί και να βρει και να εφαρμόσει συγκεκριμένες λύσεις (π.χ., "Πόσο ικανός είστε να προσδιορίσετε με ακρίβεια ποια είναι τα προβλήματα που σας απασχολούν;", "Πόσο αποτελεσματικά μπορείται να εφαρμόσετε μια συγκεκριμένη λύση για ένα πρόβλημα;"). Τα άτομα μπορούσαν να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια τετράβαθμη διαβαθμιστική κλίμακα (0 = καθόλου έως 3 = πολύ). Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's *α*) ήταν για τον πρώτο παράγοντα *α* = 0.81 και για τον δεύτερο *α* = 0.80. Η αξιοπιστία μέσω επαναχορήγησης (σε διάστημα 30 ημερών και *n* = 35) ήταν Pearson's *r* = 0.83 και 0.80, αντίστοιχα (Καραδήμας, 1999).

Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων στους καταλόγους γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, των ΣΑΑΚ και των γενικών δεικτών ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και οι μεταξύ τους συνάφειες. Σημειώνουμε ότι όσο υψηλότερη είναι η 'βαθμολογία' ενός ατόμου, τόσο πιο στρεσογόνα γεγονότα ζωής και καθημερινές προστριβές, υψηλότερες ΠΑΑ και συχνότερη χρήση των ΣΑΑΚ δηλώνει. Επίσης, όσο υψηλότερη είναι η 'βαθμολογία' στους δείκτες υγείας, τόσο περισσότερα προβλήματα υγείας δηλώνονται.

Παρατηρούμε ότι οι συνάφειες (Pearson's *r*) μεταξύ των γεγονότων ζωής και των καθημερινών προστριβών, από τη μια, και των δεικτών ψυχικής και σωματικής υγείας, από την άλλη, κινούνται γύρω στο 0.30. Στα ίδια περίπου επίπεδα κινούνται οι συνάφειες των γενικευμένων προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας και των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών με το δείκτη ψυχικής υγείας. Με το δείκτη σωματικής υγείας οι συνάφειες ήταν μικρότερες (*r* = -0.15 έως -0.18). Όσον αφορά τις συνάφειες μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και των δεικτών υγείας, μόνο αυτές μεταξύ της θετικής προσέγγισης, της ευχολογίας/ονειροπόλησης και της διεκδικητικής επίλυσης προβλήματος με το δείκτη ψυχικής υγείας και, της ευχολογίας/ονειροπόλησης με το δείκτη σωματικής υγείας ήταν στατιστικώς σημαντικές. Η στρατηγική 'θετική προσέγγιση' παρουσίασε αρνητικές συνάφειες, ενώ οι στρατηγικές 'ευχολογία/ονειροπόληση' και 'διεκδικητική επίλυση προβλήματος' θετικές. Όσο υψηλότερη χρήση της πρώτης στρατηγικής και μικρότερη χρήση των δύο άλλων, τόσο λιγότερα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής υγείας δηλώνουν τα άτομα.

Επίσης, παρατηρούμε ότι οι συνάφειες μεταξύ των γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών με τις ΠΑΑ και τις ΣΑΑΚ είναι μικρού μεγέθους, αν και στατιστικώς σημαντικές, καθώς δεν ξεπερνούν το *r* = 0.16. Είναι σημαντικό ότι οι προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες μόνο με τη στρατηγική 'θετική προσέγγιση' (*r* = 0.29, *p* < 0.001 για τις γενικευμένες ΠΑΑ, και *r* = 0.33,

Πίνακας 1
Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών της έρευνας, καθώς και οι μεταξύ τους συνάφειες (Pearson *r*)

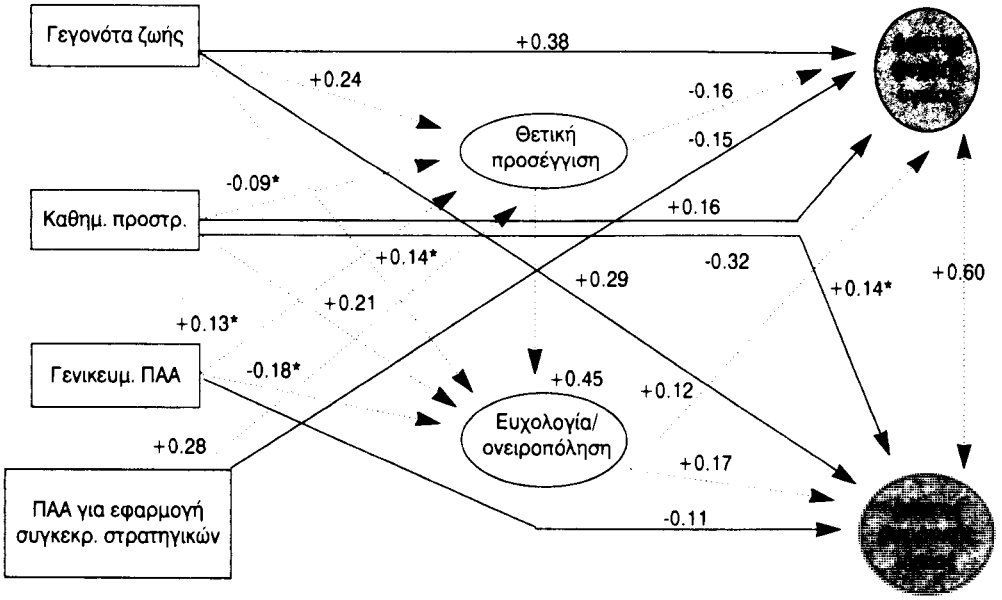
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Γεγονότα ζωής											
2. Καθημερινές προστριβές	0.43****										
3. Γενικευμένες ΠΑΑ	**-0.11***	**-0.12***									
4. ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκ. στρατηγ.	**-0.12***	**-0.16*****	0.62****								
5. Θετική προσέγγιση	**0.01**	**-0.08**	**0.29****	**0.33****							
6. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	**0.12***	**0.09**	**-0.04**	**0.002**	0.29****						
7. Ευχολογία/ονειροπόληση	**0.10***	**0.11***	**-0.06**	**0.02**	0.22****	0.29****					
8. Αποφυγή/διαφυγή	**0.03**	**0.03**	**0.05**	**0.06**	0.27****	0.16***	0.31****				
9. Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	**0.11***	**0.11***	**0.02**	**0.001**	0.21****	0.30****	0.22****	0.09			
10. Γενικός Δείκτης Ψυχικής Υγείας	**0.29****	**0.30****	**-0.24****	**-0.30****	**-0.23****	**0.09**	**0.20****	**0.0002**	**0.11***		
11. Γενικός Δείκτης Σωματικής Υγείας	**0.34****	**0.30****	**-0.18****	**-0.15*****	**-0.03**	**0.03**	**0.16****	**0.07**	**0.07**	0.52****	
Μέσος Όρος	0.19	0.63	1.96	2.04	1.99	1.88	1.78	1.63	1.47	0.72	0.56
Τυπική απόκλιση	0.16	0.31	0.51	0.43	0.48	0.64	0.63	0.54	0.63	0.33	0.35

Σημείωση: Οι αριθμοί σε εντονη γραφή αφορούν τις συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών των οποίων εξετάζεται η σχέση στο άρθρο αυτό (στρεσογόνες καταστάσεις, αυτοαποτελεσματικότητα, ΣΑΑΚ). Σε απλή γραφή είναι οι συνάφειες των ΣΑΑΚ μεταξύ τους, καθώς και η συνάφεια μεταξύ γεγονότων ζωής και καθημερινων προστριβών.
* $p<0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.005$, **** $p < 0.001$

$p < 0.001$ για τις προσδοκίες για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών). Οι συνάφειες με τις υπόλοιπες στρατηγικές ήταν σχεδόν μηδενικές.

Προκειμένου να ελέγξουμε ποια από τις μεταβλητές μπορεί να προβλέψει καλύτερα τους δείκτες υγείας, προβήκαμε σε μια σειρά πολλαπλών 'κατά βήμα' αναλύσεων παλινδρόμησης, στις οποίες εισαγάγαμε ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα γεγονότα ζωής, τις καθημερινές προστριβές, τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας και τις ΣΑΑΚ. Από τις αναλύσεις αυτές φάνηκε ότι οι καθημερινές προστριβές ($R^2 = 0.10$, $B = 0.10$, $T = 3.08$, $p < 0.005$), οι ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών ($R^2 = 0.15$, $B = -0.08$, $T = -3.24$, $p < 0.005$), οι στρατηγικές ευχολογία/ονειροπόληση ($R^2 = 0.18$, $B = 0.06$, $T = 4.08$, $p < 0.001$) και 'θετική προσέγγιση' ($R^2 = 0.21$, $B = -0.08$, $T = -3.78$, $p < 0.001$) και τα γεγονότα ζωής ($R^2 = 0.24$, $B = 0.16$, $T = 3.31$, $p < 0.001$), ερμηνεύουν το 25% περίπου της διακύμανσης του δείκτη ψυχικής υγείας, $R = 0.49$, $R^2 = 0.24$, $F(5, 321) = 20.45$, $p < 0.001$. Αντίστοιχα, τα γεγονότα ζωής ($R^2 = 0.12$, $B = 0.30$, $T = 4.54$, $p < 0.001$), οι καθημερινές προστριβές ($R^2 = 0.15$, $B = 0.14$, $T = 3.11$, $p < 0.005$), η ευχολογία/ονειροπόληση ($R^2 = 0.16$, $B = 0.04$, $T = 2.25$, $p < 0.05$) και οι γενικευμένες προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας ($R^2 = 0.17$, $B = -0.05$, $T = -2.18$, $p < 0.05$) ερμηνεύουν το 17% της διακύμανσης του γενικού δείκτη σωματικής υγείας, $R = 0.42$, $R^2 = 0.17$, $F(4, 344) = 18.06$, $p < 0.001$.

Τα παραπάνω ευρήματα μας οδήγησαν στο σχηματισμό μιας πληρέστερης εικόνας για τη σχέση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και καταστάσεων, προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης άγχους και δεικτών υγείας, της οποίας την ακρίβεια ελέγξαμε μέσω της στατιστικής μεθόδου της ανάλυσης διαδρομών, με τη χρήση του στατιστικού προ-



Σχήμα 1

Ανάλυση διαδρομών μεταξύ των γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, των ΠΑΑ, των ΣΑΑΚ και των δεικτών υγείας και οι Β-τιμές των διαδρομών αυτών.

Σημείωση: Οι τιμές με αστερίσκο είναι μη σημαντικές.

γράμματος LISREL 8 (Joreskog & Sorbom, 1993). Το μοντέλο, το οποίο υποθέσαμε ότι ισχύει και δοκιμάσαμε, παρουσιάζεται στο Σχήμα 1.

Η ανάλυση διαδρομών έδειξε ότι τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν στήριξη στο συγκεκριμένο μοντέλο, $\chi^2 = 0.685$, $df = 3$, $p = 0.88$, $AGFI = 0.995$. Στο Σχήμα 1 παρουσιάζονται, επίσης, οι *B*-τιμές των συσχετίσεων, όπως προέκυψαν από την ανάλυση διαδρομών. Τα βέλη και η φορά τους δείχνουν τις επιδράσεις μεταξύ των μεταβλητών, όπως διατυπώθηκαν στο μοντέλο. Οι συνεχείς γραμμές αντιστοιχούν στις απευθείας σχέσεις μεταξύ των γεγονότων ζωής, καθημερινών προστριβών και προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας με τους δείκτες υγείας. Οι στικτές γραμμές αντιστοιχούν στις σχέσεις μεταξύ των στρεσογόνων καταστάσεων και των ΠΑΑ με τις ΣΑΑΚ, ενώ οι διακεκομμένες στις σχέσεις μεταξύ ΣΑΑΚ και δεικτών υγείας. Οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, όπως προβλέπονται από το μοντέλο, ήταν πολύπλοκες. Αυτό όμως ήταν αναμενόμενο, εφόσον και η σχέση στρες-υγεία είναι πολύπλοκη. Η επισκόπηση των σχέσεων αυτών, που επιβεβαιώθηκαν από την ανάλυση διαδρομών, δείχνει ότι τα γεγονότα ζωής και οι καθημερινές προστριβές επιδρούν στους δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, μέσω των στρατηγικών 'θετική προσέγγιση' και 'ευχολογία/ ονειροπόληση', οι οποίες είναι οι μόνες στρατηγικές που κατά το μοντέλο επιδρούν συστηματικά στα επίπεδα υγείας. Τα γεγονότα ζωής και οι καθημερινές προστριβές συμμετέχουν στη διαμόρφωση των στρατηγικών αυτών, οι οποίες με τη σειρά τους επιδρούν στα δηλούμενα επίπεδα υγείας. Το ίδιο συμβαίνει και με τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας, με τη διαφορά ότι, σύμφωνα με το μοντέλο, οι γενικευμένες ΠΑΑ επιδρούν άμεσα μόνο στο δείκτη σωματικής υγείας, ενώ οι ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών μόνο στο δείκτη ψυχικής υγείας. Τέλος, σύμφωνα με το μοντέλο, προβλέπεται ότι στη διαμόρφωση των ΣΑΑΚ συμμετέχουν τόσο περιβαλλοντικοί παράγοντες (στρεσογόνες καταστάσεις), όσο και ενδοατομικοί (αυτο-αποτελεσματικότητα).

Συζήτηση

Σε αυτό το άρθρο προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας (ΠΑΑ), των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και των δεικτών ψυχικής και σωματικής υγείας, όπως τα αξιολογούν και τα δηλώνουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες.

Οι συνάφειες (Pearson's *r*) που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο μέσων υποκειμενικής αξιολόγησης των στρεσογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας, των γεγονότων ζωής, δηλαδή, και των καθημερινών προστριβών, με τους δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας ήταν μάλλον μέτριες αλλά το μέγεθός τους συμφωνεί με αυτό που υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία (βλ., π.χ., Cohen & Edwards, 1987. DeLongis et al., 1982. Kanner et al., 1981. Sarason et al., 1978). Οι συνάφειες του συνόλου των γεγονότων ζωής και των καθημερινών προστριβών με τους γενικούς δείκτες ψυχικής υγείας και σωματικών συμπτωμάτων ήταν περίπου $r = 0.30$.

Όσον αφορά τις καθημερινές προστριβές, η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ελαφρώς υψηλότερες τιμές συνάφειας από αυτές που βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα (βλ., π.χ., Burks & Martin, 1985. Nezu, 1986). Πέρα, όμως, από το μέγεθος των συναφειών αυτών που είναι πιθανό να μεταβάλλονται λόγω και των διαφορετικών μέσων μέτρησης των στρεσογόνων καταστάσεων και της ψυχικής και σωματικής υγείας, ενδιαφέρουσα είναι κυρίως η ύπαρξη μιας σταθερής σχέσης μεταξύ στρεσογόνων καταστάσεων και υγείας που εκφράζεται σταθερά στην πληθώρα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα.

Σημαντικό είναι ότι οι σχέσεις που διαπιστώθηκαν μεταξύ των γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, από τη μία, και των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας ή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, από την άλλη, είναι μάλλον μικρού μεγέθους. Αυτό δε σημαίνει, βέβαια, ότι οι εξωτερικοί παράγοντες δε συμμετέχουν στη διαδικασία δια-

μόρφωσης των γνωστικών σχημάτων αντίληψης του εαυτού και του κόσμου, ή στη διαμόρφωση των τρόπων χειρισμού του περιβάλλοντος (όπως είναι οι ΣΑΑΚ). Η διαδικασία αυτή είναι αμφίδρομη: το περιβάλλον διαμορφώνει γνωστικές αναπαραστάσεις και συμπεριφορά, ενώ τα δύο αυτά συντελούν στην επαναδιαμόρφωση του ατομικού περιβάλλοντος (Bandura, 1997). Είναι όμως μια διαδικασία μακρόχρονη. Συνεπώς, το εξάμηνο των γεγονότων ζωής που ελέγξαμε, ή το 40ήμερο των καθημερινών προστριβών, δεν είναι πιθανώς τόσο σημαντικά ώστε να φανεί μια σημαντική συσχέτιση με τις ήδη διαμορφωμένες σε ενήλικες, όπως στο δείγμα μας, προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας και στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Βεβαίως, δεν αποκλείεται η πιθανότητα το εύρημα αυτό να οφείλεται στο είδος των μετρήσεων που επιλέξαμε και, κυρίως, στην υποκειμενική εκτίμηση των στρεσογόνων καταστάσεων. Όσον αφορά την υψηλή συνάφεια που υπάρχει μεταξύ των γενικευμένων προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας και των ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών, αυτό δείχνει το μεγάλο βαθμό 'συγγένειας' που υπάρχει ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες, χωρίς όμως να είναι ταυτόσημες. Όσο πιο πολύ πιστεύει το άτομο ότι μπορεί γενικά να χειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις, τόσο ικανότερο θεωρεί τον εαυτό του να ανευρίσκει συγκεκριμένους τρόπους για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις αυτές.

Από την άλλη πλευρά, οι ΠΑΑ (τόσο οι γενικευμένες, όσο και εκείνες για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών) φάνηκε από τα δεδομένα της έρευνας ότι διαδραματίζουν ρόλο στη διαμόρφωση των δεικτών υγείας. Αυτό γίνεται τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα, μέσω ορισμένων ΣΑΑΚ, όπως μας έδειξε η ανάλυση διαδρομών. Η σχέση με τους δείκτες υγείας και με τις στρατηγικές 'θετική προσέγγιση' και 'ευχολογία/ονειροπόληση', επιβεβαιώνει την άποψη του Bandura (1986, 1997) ότι οι ΠΑΑ παίζουν ρυθμιστικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά και υγεία. Οι υψηλές προσδοκίες του ατόμου ότι γενικά μπορεί να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις και ότι μπορεί να βρει τους τρόπους για την καλύτερη διαχείρισή τους προάγει μια δυναμική, στην οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα και στην αισιοδόξη αντιμετώπιση του περιβάλλοντος (οι οποίες με τη σειρά τους σχετίζονται με λιγότερα προβλήματα υγείας), ενώ αντίθετα χρησιμοποιούνται λιγότερο στρατηγικές όπως η ονειροπόληση και η ευχολογία (οι οποίες σχετίζονται με περισσότερα προβλήματα υγείας). Ταυτόχρονα, οι υψηλές ΠΑΑ φαίνονται να έχουν μια απευθείας ευεργετική σχέση με την ψυχική ή τη σωματική υγεία. Το γεγονός, όπως φάνηκε από τις αναλύσεις παλινδρόμησης και την ανάλυση διαδρομών, ότι μόνο οι γενικευμένες ΠΑΑ σχετίζονται με τη σωματική υγεία, ενώ μόνο οι ΠΑΑ για την εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών με το δείκτη ψυχικής υγείας, δεν μπορεί εύκολα να ερμηνευτεί και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ΠΑΑ δεν παρουσιάζουν συνάφεια με τις ΣΑΑΚ 'αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης', 'αποφυγή/διαφυγή' και 'διεκδικητική επίλυση προβλήματος'. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι η χρήση των στρατηγικών αυτών δεν έχει να κάνει με το εάν το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ικανό να αντιμετωπίσει μια πηγή άγχους, αλλά με τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο τις αντιλαμβάνεται, ή με άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου (βλ., π.χ., για το ρόλο του 'νευρωτισμού', Bolger, 1990). Η διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης μιας κατάστασης και η συνακόλουθη εφαρμογή ορισμένων στρατηγικών είναι περίπλοκη υπόθεση, όπου γραμμικές ακολουθίες δεν υπάρχουν. Έτσι, οι ΠΑΑ αποτελούν μόνον ένα από τους πολλούς παράγοντες που εμπλέκονται.

Οι σχέσεις που παρουσιάστηκαν μεταξύ ΣΑΑΚ και δεικτών υγείας δεν ήταν πάντα οι αναμενόμενες. Όσο υψηλότερη χρήση της στρατηγικής 'θετική προσέγγιση' δηλωνόταν, τόσο λιγότερα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας σημειώνονταν. Αντίθετα, όσο υψηλότερη ήταν η χρήση της 'ευχολογίας/ονειροπόλησης', τόσο

περισσότερα συμπτώματα δηλώνονταν. Η εικόνα αυτή συμφωνεί με εκείνη που είναι ήδη γνωστή (Lazarus & Folkman, 1984β. Zeidner & Saklofske, 1996). Ενδιαφέρον, όμως, προκαλεί ότι η στρατηγική 'αποφυγή/διαφυγή' δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση με τους δείκτες υγείας, αντίθετα από ό,τι ίσως θα περιμέναμε βασιζόμενοι στη διεθνή βιβλιογραφία (βλ., π.χ., Carver et al., 1989. Zeidner & Saklofske, 1996). Η 'αποφυγή/διαφυγή' φαίνεται να μην έχει την 'αρνητική βαρύτητα' της εστιασμένης στο συναίσθημα στρατηγικής 'ευχολογία/ονειροπόληση'. Η τελευταία στρατηγική φαίνεται πως εμποδίζει το άτομο να αντιμετωπίσει 'κατά μέτωπο' την πηγή του άγχους του, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που το πρόβλημα παρουσιάζεται ως ελέγξιμο, ενώ, ταυτόχρονα, δεν το απαλλάσσει μακροπρόθεσμα από το άγχος, καθώς το πρόβλημα παραμένει δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο άγχους και ευχητικής σκέψης (Lazarus, 1993. Lazarus & Folkman, 1984β). Από την άλλη, η αποφυγή ενός προβλήματος ή η διαφυγή από μια δυσεπίλυτη κατάσταση είναι πιθανώς αρνητική μόνο στην περίπτωση που χρησιμοποιείται ως μόνιμος τρόπος διαχείρισης του περιβάλλοντος. Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται για να μειώσει τη δυσφορία ή για να υποβοηθήσει το άτομο να κερδίσει χρόνο, ενέργεια ή άλλα διαθέσιμα, όταν το άτομο κρίνει ότι αυτό είναι αναγκαίο, τότε θα μπορούσαμε να τη χαρακτηρίσουμε ως μια προσαρμοστική στρατηγική (Carver et al., 1989. Carver et al., 1992). Είναι, επίσης, πιθανό κοινωνικοί παράγοντες, όπως κάποιες ιδιαιτερότητες του ελληνικού πολιτισμικού πλαισίου, να 'ευθύνονται' για αυτή την έλλειψη συσχέτισης. Είναι πιθανό, με άλλα λόγια, η αποφυγή ή η διαφυγή από ένα πρόβλημα να αποτελεί έναν τρόπο αντίδρασης που διδασκόμαστε να εφαρμόζουμε όπου κρίνουμε ότι είναι αναγκαίο, χωρίς όμως αυτό να δημιουργεί δυσφορία και κατά συνέπεια να μη σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας που δηλώνεται. Η ευελιξία εξάλλου στο χειρισμό δύσκολων ή πολύπλοκων καταστάσεων θεωρείται από το πολιτιστικό μας πλαίσιο ως μια σημαντική ικανότητα η οποία ενισχύεται. Όπως και να έχει, ο ρόλος των ΣΑΑΚ είναι περίπλοκος και χρειάζεται αρκετή ερευνητική και θεωρητική προσπάθεια προκειμένου να διαφωτιστεί επαρκώς. Έτσι, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την περίπτωση τα παρόντα ευρήματα για τη σχέση μεταξύ ΣΑΑΚ και δεικτών υγείας να οφείλονται στη χρονική στιγμή της μέτρησης. Δε ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να προσδιορίσουν πότε χρησιμοποίησαν κάθε στρατηγική (πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά το πρόβλημα), με πιθανό αποτέλεσμα να ερμηνεύτηκε το θέμα αυτό κατά ετερόκλητο τρόπο και να επηρεάσθηκαν τα ευρήματα της έρευνας. Η πιθανότητα αυτή αποτελεί ένα από τα προβλήματα που οι Stone, Greenberg, Kennedy-Moore, και Newman (1991) επισήμαναν ως προς τη χορήγηση ερωτηματολογίων ΣΑΑΚ και είναι κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στις μετέπειτα έρευνές μας.

Η έρευνα αυτή υπόκειται, βέβαια, σε ορισμένους περιορισμούς: τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν σε αναδρομική βάση, ενώ τα δεδομένα συλλέχθησαν στη βάση αναφορών-δηλώσεων των ίδιων των συμμετεχόντων, οι οποίες δεν είναι πάντα ακριβείς. Επίσης, είναι πιθανό η υποκειμενική μέτρηση των στρεσογόνων καταστάσεων, των δεικτών υγείας κ.λπ., να οδηγεί σε σύγχυση ως προς την αξιολόγηση των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Η αντιμετώπιση των περιορισμών αυτών σε μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες, καθώς και η μελέτη της αλληλεπίδρασης ατόμου-περιβάλλοντος σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού (π.χ., σε καταθλιπτικούς ασθενείς ή σε ασθενείς με σωματικές νόσους), θα οδηγήσει σε μια πληρέστερη κατανόηση της διεργασίας αυτής.

Βιβλιογραφία

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.

Alloy, L. B., Acocella, J., & Bootzin, R. R. (1996). *Abnormal psychology: Current perspectives*. New York: McGraw-Hill.

Bandura, A. (1977α). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977β). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37,* 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1989). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy.* Unpublished manuscript, Stanford University.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 406-414.

Belloc, N., Breslow, L., & Hochstim, J. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology, 93,* 328-336.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioural Medicine, 4,* 139-157.

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 525 - 537.

Burks, N., & Martin, B. (1985). Everyday problems and life change events: Ongoing versus acute sources of stress. *Journal of Human Stress, 11,* 27-35.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body* (2nd ed.). New York: Norton.

Cannon, W. B. (1935). Stresses and strain of homeostasis. *American Journal of Medical Science, 89,* 1-14.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Pozo, C. (1992). Conceptualizing the process of coping with health problems. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 167-199). Washington, DC: American Psychological Association.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 267-283.

Chamberlain, K., & Zika, J. (1990). The minor event approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology, 81,* 469-481.

Cohen, S., & Edwards, J. R. (1987). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In E. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98,* 310-357.

Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition, 8,* 263-285.

Cox, T. (1978). *Stress.* Baltimore: University Park.

Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior, 25,* 372-393.

DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1,* 119-136.

DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 486-496.

Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. (1969). *Social status and psychological disorder.* New York: Wiley.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46,* 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes

it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.

Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 473 - 485.

Funk, S. C., & Houston, B. K. (1987). A critical analysis of the hardiness scale's validity and utility. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 572-578.

Gentry, W. D., & Kobasa, S. C. O. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 87-116). New York: Guilford.

Georgas, J., & Giakoumaki, E. (1984). Psychosocial stress, symptoms, and anxiety of male and female teachers in Greece. *Journal of Human Stress, 10*, 191-197.

Georgas, J., & Giakoumaki, E. (1988). Psychosocial stress, physical symptoms, and anxiety in Greek students. *Psychotherapy and Psychosomatics, 49*, 164-170.

Hall, M., Baum, A., Buysse, D., Prigerson, H., Kupfer, D., & Reynolds, C. (1998). Sleep as a mediator of the stress-immune relationship. *Psychosomatic Medicine, 60*, 48-51.

Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress.* Washington, DC: Hemisphere.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513-524.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: Wiley.

Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology, 17*, 574-592.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1993). *LISREL 8 user's guide*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 1-39.

Καραδήμας, Ε. Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, 5*, 260-273.

Καραδήμας, Ε. Χ. (1999). *Ο ρόλος των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής υγείας*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Kopin, I. J. (1995). Definitions of stress and sympathetic neuronal responses. In G. P. Chrousos, R. McCarty, K. Papak, G. Cizza, E. Sternberg, P. W. Cold, & R. Kvetnansky (Eds.), *Stress. Basic mechanisms and clinical implications* (Vol. 771, pp. 19-30). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.

Krantz, D. S., & Glass, D. C. (1984). Personality, behavior patterns, and physical illness. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 38-86). New York: Guilford.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosoma-*

tic Medicine, 55, 237-247.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984α). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984β). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.

Lepore, S. J., Palsane, M. N., & Evans, G. W. (1991). Daily hassles and chronic strains: A hierarchy of stressors? *Social Sience and Medicine, 33,* 1029-1036.

Litt, M. D. (1988). Cognitive mediators of stressful experience: Self-efficacy and perceived control. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 241-260.

Martin, R. A. (1987). Techniques for data acquisition and analysis in field investigations of stress. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 195-234). New York: Wiley.

Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior, 31,* 103-122.

McGrath, R. E. V., & Burkhart, B. R. (1983). Measuring life events: A comparison of the predictive validity of different scoring systems for the Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Clinical Psychology, 39,* 573-581.

McIntosh, D. N., Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 812-821.

Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress, 2,* 2-6.

Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.).* Θεσ/νίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Mullins, L. L., Olson, R. A., Reyes, S., Bernardy, N., Huszti, H. C., & Volk, R. J. (1991). Risk and resistance factors in the adaptation of mothers of children with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology, 16,* 701-715.

Nezu, A. M. (1986). Effects of stress from current problems: Comparison to major life events. *Journal of Clinical Psychology, 42,* 847-852.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Blissett, S. E. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 520-525.

O' Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research, 16,* 229-245.

Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. B. (1990). Integrating social support perspectives: Working models, personal relationships, and situational factors. In S. Duck & R. C. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support* (pp. 173-189). London: Sage.

Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science, 194,* 1013-1020.

Rhodewalt, F., & Agustdottir, S. (1984). On the relationship of hardiness to the type A behavior pattern: Perception of life events versus coping with life events. *Journal of Research in Personality, 18,* 212-223.

Sarafino, E. P. (1999). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (3rd ed.). New York: Wiley.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 932-946.

Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimisists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1257 - 1264.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress, 1,* 6-36.

Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore,

E., & Newman, M. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 648-658.

Syme, S. L. (1984). Sociocultural factors and disease etiology. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 13-37). New York: Guilford.

Terry, D. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

Thoits, P. (1991). On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly, 54*, 101-112.

Thompson, S. C. (1981). Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin, 90*, 89-101.

Whisman, M. A., & Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1054-1060.

Wyler, A. R., Masuda, M., & Holmes, T. H. (1968). Seriousness of illness rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 363-374.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505-531). New York: Wiley.

The relationship between life events and daily hassles, self-efficacy expectations, coping strategies and psychosomatic health

EVANGELOS C. KARADEMAS & ANASTASIA KALANTZI-AZIZI
University of Athens, Greece

ABSTRACT

The relationship between stressful situations and various aspects of physical and mental health and the underlying processes that connect them, is a field of great interest in our effort for a better comprehension of the person-environment interaction. In the study presented here we investigated the ways in which stressful stimuli (as assessed by lists of life events and daily hassles), self-efficacy expectations, coping strategies and certain aspects of health interact. Four hundred and three persons of both genders and mean age of 36.7 years participated in the study. The correlations of life events and daily hassles with health indicators were rather moderate. Self-efficacy expectations were moderately correlated to health indicators. This relationship was found to be both direct and indirect, with certain coping factors serving as a mediator. Coping strategies were significantly correlated to health indicators in several ways, although, a theoretically important strategy, namely "escape/avoidance", was not significantly correlated with any health indicator. Between life events, daily hassles, self-efficacy and coping strategies, there were no significant correlations found. The significance of these results as well as their theoretical and research implications are being discussed.

Key words: Coping strategies, Self-efficacy, Stress.

Address: Evangelos C. Karademas, Department of Psychology, School of Philosophy, University of Athens, Panepistiopolis, Ilisia, 157 84 Athens, Greece. Tel.: *30-10-7277525, Fax: *30-10-7277534, E-mail: ekaradem@psych.uoa.gr