

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΔΕΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΤΟΥΣ:
ΜΙΑ ΔΥΑΔΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ»

ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
Α.Μ: 148

ΕΠΟΠΤΗΣ: ΚΑΦΕΤΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ,
ΧΑΤΗΡΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2012

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή	5
1. Καρδιαγγειακές παθήσεις: γενικά στοιχεία.....	5
1.1 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών.....	7
2. Συναίσθημα, υγεία και χρόνια ασθένεια.....	9
2.1 Η Θεωρία Διαφορικών Συναισθημάτων.....	12
2.2 Συναίσθημα στους καρδιολογικούς ασθενείς.....	15
2.3 Συναίσθημα των συντρόφων καρδιολογικών ασθενών.....	19
3. Η Θεωρία Δεσμού.....	22
3.1 Ανασφαλείς τύποι δεσμού και σωματική ασθένεια.....	24
4. Ποιότητα ζωής.....	27
4.1. Ποιότητα ζωής καρδιολογικών ασθενών	28
4.2. Ποιότητα ζωής συντρόφων	30
5. Δυαδική προσέγγιση	32
5.1 Καρδιολογικοί ασθενείς και σύντροφοι.....	33
6. Παρεμβάσεις σε ζευγάρια	36
6.1.Θεραπεία Επικεντρωμένη στο Συναίσθημα (EFT).....	38
Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις	40
Μεθοδολογία.....	42
Συμμετέχοντες και διαδικασία.....	42
Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	45
Στατιστική Ανάλυση.....	48
7. Αποτελέσματα	50

7.1 Συσχετίσεις φόβου, χαράς και διαστάσεων ποιότητας ζωής ασθενούς και συντρόφου μεταξύ τους.....	50
7.2 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών του ασθενούς μεταξύ τους.....	51
7.3 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών του συντρόφου μεταξύ τους.....	52
7.4 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών ασθενών και συντρόφων μεταξύ τους....	52
7.5 Συσχετίσεις μεταβλητών τύπου δεσμού (αποφυγή-εμμονή) με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής ασθενούς και συντρόφου.....	53
7.6 Αναλύσεις δομικών εξισώσεων.....	66
8. Συμπεράσματα.....	64
8.1 Συναισθήματα και διαστάσεις ποιότητας ζωής.....	64
8.2 Τύποι δεσμού και διαστάσεις ποιότητας ζωής	72
Βιβλιογραφία.....	80
Παράρτημα.....	102

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία προχωρήσαμε σε μια δυαδική ανάλυση για τις επιδράσεις του συναισθήματος και των τύπων δεσμού στην ποιότητα ζωής των καρδιολογικών ασθενών και των συντρόφων τους. Το δείγμα μας αποτελούνταν από εξήντα (60) ζευγάρια. Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που μελετήσαμε ήταν η γενική υγεία, η κοινωνική επιβάρυνση εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου, ο σωματικός πόνος και οι περιορισμοί σε επίπεδο ρόλων στην καθημερινότητα. Στο πρώτο κομμάτι των αναλύσεων επικεντρωθήκαμε στις επιδράσεις του φόβου και της χαράς, όπου και βρήκαμε σημαντικές επιπτώσεις του φόβου σε ατομικό επίπεδο και για τους δυο σχετικά με τη γενική τους υγεία. Σε δυαδικό επίπεδο φαίνεται ότι ο φόβος τόσο του ίδιου όσο και αυτός του συντρόφου επιδρούν αρνητικά στην λειτουργικότητα σε επίπεδο καθημερινών ρόλων των ασθενών, ενώ οι ίδιες μεταβλητές επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική λειτουργικότητα των συντρόφων. Σχετικά με τους περιορισμούς ρόλου στους συντρόφους, ο φόβος αποτελεί σημαντική προβλεπτική μεταβλητή. Όσον αφορά τον σωματικό πόνο των ασθενών βρέθηκε ότι η χαρά των ίδιων των ασθενών προβλέπει θετικά τα χαμηλά επίπεδα πόνου, ενώ σε δυαδικό επίπεδο ο φόβος των συντρόφων επιδρά ισοδύναμα αλλά αρνητικά στον πόνο των ασθενών. Στο δεύτερο κομμάτι των αναλύσεων βρέθηκε ότι ο τύπος αποφυγής του ασθενούς προβλέπει αρνητικά την γενική υγεία του συντρόφου. Οι περιορισμοί ρόλου στην καθημερινότητα όσον αφορά τους ασθενείς σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα τύπου εμμονής, ενώ αυτοί των συντρόφων με υψηλότερα επίπεδα στον τύπο αποφυγής. Τέλος ο τύπος εμμονής στους ασθενείς σχετίζεται αρνητικά με χαμηλότερα επίπεδα αναφοράς πόνου.

Λέξεις κλειδιά: δεσμός, χαρά, φόβος, ποιότητα ζωής, καρδιολογικός ασθενής, σύντροφος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Καρδιαγγειακές παθήσεις: γενικά στοιχεία

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Το ένα τρίτο των Αμερικανών πάσχουν από μια ή περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις, κατά κύριο λόγο υπέρταση, στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, πόνους στο στήθος και καρδιακή ανεπάρκεια (ΑΗΑ, 2011). Για το έτος 2008 οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονταν για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων ατόμων κάτω από την ηλικία των εβδομήντα ετών που αποδίδονται σε μη μεταδοτικά νοσήματα, αφήνοντας πίσω τους τον καρκίνο, τα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και τον διαβήτη (WHO, 2010).

Όσον αφορά τη χώρα μας σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το ποσοστό των θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις αφορά το 48% του συνόλου των θανάτων που αποδίδονται σε μη μεταδιδόμενα νοσήματα, ένα ποσοστό της τάξεως του 91% του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα για το έτος 2010 (WHO, 2011a).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται τόσο σε γυναίκες όσο και σε άνδρες, ο κίνδυνος ωστόσο αυξάνεται με την ηλικία και ιδιαίτερα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Περίπου το 82% των θανάτων αυτών συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Τα καρδιακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ υπολογίζεται ότι έως το 2025 οι θάνατοι θα ξεπερνούν τους 25.000.000 ετησίως (WHO, 2011b).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αφορούν διαταραχές που προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ταξινομούνται ως εξής:

Στεφανιαία νόσος: η οποία αποτελεί νόσο των αγγείων που αιματώνουν τον καρδιακό μυ. Η κυριότερη αιτία της στεφανιαίας νόσου αλλά και των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι η αθηροσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Η αθηροσκλήρυνση αναφέρεται στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών (συγκέντρωση κυττάρων και λιπιδίων) οι οποίες αποφράσσουν ή προκαλούν στένωση στις αρτηρίες. Εκδηλώσεις της οποίας είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή), η στηθάγχη και οι αρρυθμίες.

Περιφερική αρτηριακή νόσος: νόσος των αγγείων που αιματώνουν τα άνω και κάτω άκρα. Μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο που μοιάζει με κράμπα στα κάτω άκρα κατά τη διάρκεια άσκησης.

Αγγειακή εγκεφαλική νόσος: νόσος των αγγείων που αιματώνουν των εγκέφαλο. Εκδηλώνεται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ρευματική νόσος της καρδιάς: βλάβες στον καρδιακό μυ και στις βαλβίδες από τον ρευματικό πυρετό που προκλήθηκε από στρεπτοκοκκικά βακτήρια.

Θρομβώσεις αγγείων και πνευμονική εμβολή: θρόμβοι αίματος στα κάτω άκρα που μπορεί να αποσπαστούν και να μεταφερθούν στην καρδιά και τους πνεύμονες.

Συγγενής καρδιοπάθεια: δυσμορφίες στη δομή της καρδιάς οι οποίες υφίστανται στο άτομο εκ γενετής. Η συγγενής καρδιοπάθεια συνήθως εμφανίζεται ως μεμονομένη δυσμορφία και δεν σχετίζεται με άλλες ασθένειες. Τα συμπτώματα στους ασθενείς εξαρτώνται από τη συγκεκριμένη δυσμορφία και μπορεί να μην εκδηλώνονται με συμπτώματα για αρκετά χρόνια (Mendis, Puska, & Norrving, 2011).

1.1 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών

Οι παράγοντες κινδύνου (χαρακτηριστικά του ατόμου και συμπεριφορές ή συνήθειες που σχετίζονται με την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου) στις καρδιαγγειακές ασθένειες, διακρίνονται σε δυο βασικά είδη. Σε τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου και σε μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Δηλαδή σε αυτούς που μπορούν να αλλάξουν με παρεμβάσεις και σε αυτούς που δεν μπορούν.

Τροποποιήσιμοι ή μερικώς τροποποιήσιμοι παράγοντες είναι η αρτηριακή υπέρταση, το στρες, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία (χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης), η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες αφορούν στην κληρονομικότητα, το φύλο και την ηλικία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου το 80% των πρόωγων θανάτων εξαιτίας κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος θα μπορούσε να αποφευχθεί αν ελεγχόταν τρεις βασικοί παράγοντες κινδύνου: το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η κακή διατροφή (World Health Federation, 2009). Ενώ σύμφωνα με την επιδημιολογική μελέτη INTERHEART για την διευκρίνιση των παραγόντων κινδύνου του εμφράγματος του μυοκαρδίου σε παγκόσμια κλίμακα, το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων σε καθημερινή βάση, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ καθώς και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξηγούν το 90% της νόσου - αποδοτέος κίνδυνος σε επίπεδο πληθυσμού - (Yusuf, Hawken, Ounpuu, Dans, Avenzum, Lanas et al., 2004).

Πέρα από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, επιδημιολογικές έρευνες τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δείξει ξεκάθαρα ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αρνητικό

συναίσθημα και κοινωνικούς παράγοντες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων όσο και στην πρόγνωση των ασθενών που πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα (von Kanel, 2012). Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες, την προσωπικότητα, τα αρνητικά συναισθήματα και το κοινωνικό πλαίσιο (κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και κοινωνική υποστήριξη) (Smith & Blumenthal, 2011).

2. Συναίσθημα, υγεία και χρόνια ασθένεια

Η μελέτη της επίδρασης των συναισθημάτων στην υγεία έχει μακρά ιστορία, από τη μελέτη της φυσιολογικής αντίδρασης του ατόμου σε εξωτερικούς παράγοντες του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής (Seley, 1956), στη συμβολή της γνωστικής αποτίμησης παραγόντων που εκλαμβάνονται ως στρεσογόνοι από το άτομο (Lazarus & Folkman, 1984) και πιο πρόσφατα σε στοιχεία της προσωπικότητας που διαμεσολαβούν στη σχέση στρες και συμπεριφορών υγείας (Korotkov, 2008).

Η πιθανή επίδραση των συναισθημάτων στην σωματική υγεία μπορεί να ασκηθεί μέσω δυο «διαδρομών», άμεσα μέσω του ανοσοποιητικού, του ενδοκρινικού ή του νευρικού συστήματος και έμμεσα επιδρώντας στην συμπεριφορά και στις συνήθειες του ατόμου (Καραδήμας, 2005). Η αδυναμία επίλυσης των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να πυροδοτήσει μια σειρά συνεχούς φυσιολογικής κινητοποίησης του οργανισμού -ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-φλοιός επινεφριδίων- η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω παθοφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού π.χ. απορύθμιση των επιπέδων κορτιζόλης, μείωση της ποικιλότητας καρδιακού ρυθμού, αύξηση αρτηριακής πίεσης (Rozanski & Kubzansky, 2005). Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνδεθεί με την ευαλωτότητα σε ασθένειες (Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin, & Gwaltney, 1998), την αντίληψη σωματικών συμπτωμάτων (Mora, Robitaille, Leventhal, Swigar, & Leventhal, 2002) καθώς και με συμπεριφορές όπως κατανάλωση τροφών υψηλών σε λιπαρά και ζάχαρη, υπερβολική κατανάλωση φαγητού, αλκοόλ, μειωμένη σωματική άσκηση και κάπνισμα (Consedine & Moskowitz, 2007).

Το αρνητικό συναίσθημα, είτε ως κατάσταση, είτε ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας έχει μελετηθεί ερευνητικά στα πλαίσια των χρόνιων ασθενειών σαν παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών (π.χ. Carnethon, Kinder, Fair, Stafford, & Fortmann, 2003; Reiche, Morimoto, & Nunes, 2006) αλλά και ως παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την πρόγνωση και την εξέλιξή τους (π.χ. Draper & Anstey, 1996; Morris, Robinson, & Samuels, 1993). Θα πρέπει ωστόσο να τονίσουμε ότι η αλληλεπίδραση συναισθηματικών καταστάσεων/διαταραχών και υγείας/ασθένειας είναι μια αμφίδρομη διαδικασία και ότι η συννοσηρότητα τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση και από το στάδιο και τη φύση της ασθένειας (Cohen & Rodriguez, 1995).

Πολύ λιγότερες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την επίδραση των θετικών συναισθημάτων στην υγεία. Αν και η συμβολή του θετικού συναισθήματος στην προαγωγή της υγείας αποτελεί μια ευρύτατα διαδεδομένη λαϊκή αντίληψη, η εμπειρική τεκμηρίωση μέσα από ερευνητικά δεδομένα των επιδράσεων του θετικού συναισθήματος στην υγεία είναι αρκετά περιορισμένη (Kubzansky & Thurston, 2007). Σύμφωνα με τη θεωρία της «Διεύρυνσης και Δόμησης των Θετικών Συναισθημάτων» της Fredrickson (Broaden- and -Build Theory of Positive Emotions, Fredrickson, 1998, 2001) το θετικό συναίσθημα διευρύνει το πεδίο σκέψης και δράσης του ατόμου, αυξάνει τη δυνατότητα διατήρησης ψυχολογικών πόρων και εξισορροπεί τις αρνητικές επιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος. Συγκεκριμένα θετικά συναισθήματα όπως χαρά και ευχαρίστηση μπορούν να συμβάλλουν στην ανάρρωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας από τις επιπτώσεις των αρνητικών συναισθημάτων (Fredrickson & Levenson, 1998). Τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ύπνου, περισσότερη σωματική άσκηση, καλύτερες διατροφικές συνήθειες καθώς και χαμηλότερα επίπεδα ορμονών του στρες (Dockray

& Steptoe, 2010, Pressman & Cohen, 2005). Επίσης το θετικό συναίσθημα μπορεί έμμεσα να συμβάλλει στην διαμόρφωση και διατήρηση της υγείας του ατόμου αυξάνοντας την αίσθηση ανθεκτικότητάς του, η οποία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση κινδύνων υγείας στο μέλλον (Salovey, Rothman, & Steward, 2000).

Τα θετικά συναισθήματα σε αντίθεση με τα αρνητικά σχετίζονται με καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος αν και σε εργαστηριακές έρευνες έχει φανεί ότι οι αλλαγές στην ανοσοποιητική λειτουργία των υποκειμένων εξαρτώνται από το χειρισμό και το επίπεδο ενεργοποίησης των υπό μελέτη θετικών συναισθημάτων (Dockray & Steptoe, 2010). Ακόμη, πολύ αυξημένα επίπεδα θετικού συναισθήματος σε ασθενείς με σοβαρές χρόνιες ασθένειες, μπορεί να έχουν και αρνητικές επιδράσεις στην υγεία του ατόμου όταν συνδέονται με υπερβολική αισιοδοξία, άρνηση και υιοθέτηση ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης (Pressman & Cohen, 2005).

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες η βιβλιογραφία επιδεικνύει ένα συνεχές ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ υγείας/ασθένειας και γενικών συναισθηματικών καταστάσεων η μελέτη συγκεκριμένων τάξεων ξεχωριστών συναισθημάτων είναι πολύ περιορισμένη (Consedine & Moskowitz, 2007). Όπως προαναφέραμε η βιβλιογραφία για τη μελέτη συναισθήματος και υγείας έχει επικεντρωθεί περισσότερο στις συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη), ενώ οι συναισθηματικές αντιδράσεις έξω από τα πλαίσια της ψυχοπαθολογίας, καθώς και το θετικό συναίσθημα είναι πολύ λιγότερο διερευνημένα. Οι χρόνιες ασθένειες αδιαμφισβήτητα μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η διάγνωση και η εμπειρία της χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκαλέσει μια σειρά ψυχολογικών αντιδράσεων όπως

απειλή/φόβο, θλίψη, θυμό, αίσθημα απώλειας ή έναν συνδυασμό όλων αυτών με διαφορετική ένταση και διάρκεια για κάθε άτομο (Lipowsky, 1983).

Η μελέτη των φυσιολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων των ατόμων που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια, όπως αποτυπώνονται σε διακριτά συναισθήματα έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να συμβάλλει στην κατανόηση των συναισθηματικών συνθηκών που επηρεάζουν την προσαρμογή στην ασθένεια, καθώς επίσης και στην κατανόηση των μεγάλων διαφοροποιήσεων που εμφανίζονται στη βιβλιογραφία σχετικά με τον επιπολασμό ψυχοπαθολογικών συναισθηματικών διαταραχών σε χρόνιους ασθενείς (Bowman, 2001; Denollet, 1993).

2.1 Η Θεωρία Διαφορικών Συναισθημάτων

Μια από τις πιο διαδεδομένες θεωρίες κατηγοριοποίησης συναισθήματος σε τύπους είναι η θεωρία του Izard. Σύμφωνα με τη Θεωρία Διαφορικών Συναισθημάτων (Differential Emotions Theory,- DET, Izard, 1977, 1991) κάθε ξεχωριστό/διακριτό συναίσθημα έχει συγκεκριμένες ιδιότητες όσον αφορά τα κίνητρα και εξυπηρετεί αναπτυξιακά διαφορετικές προσαρμοστικές λειτουργίες, όπως τη διαμόρφωση κοινωνικών δεσμών, την αποφυγή κινδύνου, την αντιμετώπιση απειλών ή απώλειας (Abe & Izard, 1999). Η έμφυτη δομή ή δυναμική του συναισθήματος οργανώνει τη συμπεριφορά, τη σκέψη και τη δράση του ατόμου και υπόκειται συνεχώς στην επιρροή από το περιβάλλον και την εμπειρία (Izard,2007).

Μέσα από μια εξελικτική - βιοψυχοκοινωνική σκοπιά, ο Izard, διαφοροποιεί τα συναισθήματα σε βασικά (πρωτεύοντα) και δευτερεύοντα. Ως *βασικά* ορίζει συναισθήματα τα οποία υποστηρίζει ότι έχουν συγκεκριμένο νευροβιολογικό

υπόβαθρο, φαινομενολογία και επικοινωνικές λειτουργίες (κυρίως μέσα από εκφράσεις του προσώπου) και ως *δευτερεύοντα* τους διάφορους συνδυασμούς των βασικών συναισθημάτων και της έντασής τους με γνωστικούς παράγοντες (Izard, 1992). Η θεωρία του διαφορικού συναισθήματος ορίζει ως βασικά τα εξής συναισθήματα: φόβο, θυμό, ντροπή, περιφρόνηση, αηδία, ενοχή, δυσφορία, έκκληξη και χαρά. Μεταξύ των ερευνητών οι οποίοι υιοθετούν την προσέγγιση ύπαρξης βασικών συναισθημάτων υπάρχει μια συμφωνία κυρίως για τα συναισθήματα του θυμού, του φόβου, της χαράς και της θλίψης (Bowman, 2001). Η ύπαρξη συγκεκριμένου νευροβιολογικού υπόβαθρου για κάθε βασικό συναίσθημα έχει αμφισβητηθεί και σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη μελέτη του συναισθήματος, υπάρχει έντονη διαφωνία όσον αφορά την αιτιολογική σύνδεση συγκεκριμένων τύπων συναισθήματος και συγκεκριμένων αλλαγών στη φυσιολογία του οργανισμού (Mauss & Robinson, 2009).

Κεντρική αρχή της θεωρίας διαφορικών συναισθημάτων είναι η συμβολή των συναισθημάτων στην κοινωνικο-γνωστική ανάπτυξη του ατόμου, την κινητοποίηση για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων από τη μια και τη συνεχή αλληλεπίδραση με το γνωστικό σύστημα από την άλλη (Abe & Izard, 1999). Μέσα από ένα τέτοιο πρίσμα, στην βρεφική/παιδική ηλικία οι προσαρμοστικές λειτουργίες του συναισθήματος μπορεί να αφορούν κυρίως την επικοινωνία αναγκών για προστασία και υποστήριξη και στην ενήλικη ζωή προβλήματα, όπως η εξασθένηση της σωματικής υγείας και η αναζήτηση υποστήριξης από τους σημαντικούς άλλους (Consedine & Magai, 2003). Η καταλληλότητα/προσαρμοστικότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό του πλαίσιο (Davidson, Jackson, & Kalin, 2000). Η επικοινωνιακή-κοινωνική λειτουργία του συναισθήματος αποτελεί ίσως μια από τις πιο βασικές

λειτουργίες του και είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο των στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Kelter & Gross, 1999).

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με το συναίσθημα της χαράς και με το συναίσθημα του φόβου. Το συναίσθημα της χαράς προωθεί την διαμόρφωση κοινωνικών δεσμών, υπονοεί την αντίληψη του πλαισίου ως ασφαλές και οικείο και συχνά συνδέεται με την εκπλήρωση επιτευγμάτων και στόχων (Fredrickson, 2000; Izard, 1977). Θεωρείται επίσης ότι λειτουργεί ως αντίδοτο στο στρες και σχετίζεται με διευρυμένη προσοχή και «άνοιγμα» σε νέες εμπειρίες που με τη σειρά τους οδηγούν στην ενδυνάμωση των κοινωνικών δεσμών (Izard & Ackerman, 2000). Ακόμη, επειδή η χαρά σχετίζεται με χαρακτηριστική έκφραση προσώπου (χαμόγελο) μέσα από τη συναισθηματική μετάδοση και την ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλλει στην ευεξία του κοινωνικού περιγύρου (Izard & Ackerman, 2000; Izard & Carrol, 1990). Έρευνες για την προστατευτική επίδραση της χαράς/ευτυχίας σε χρόνιους ασθενείς συνήθως δείχνουν ότι σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση και χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας. Ωστόσο η ύπαρξη και αρνητικών ευρημάτων όσον αφορά τα επίπεδα χαράς και τη θνησιμότητα, μπορεί να υπονοεί μια μη γραμμική σχέση χαράς και υγείας καθιστώντας το υπερβολικά θετικό συναίσθημα το ίδιο επιβλαβές με το πολύ χαμηλό θετικό συναίσθημα (Consedine & Moskowitz, 2007).

Το συναίσθημα του φόβου συνδέεται λειτουργικά με την φυγή από τον κίνδυνο και την προστατευτική συμπεριφορά (Izard, 2007). Το συναίσθημα του φόβου στα πλαίσια ερευνών με χρόνιους ασθενείς συχνά δεν διαχωρίζεται από την έννοια του άγχους (anxiety), το οποίο ωστόσο είναι μια πιο γενική έννοια και αφορά λιγότερο άμεσες απειλές (Consedine & Moskowitz, 2007). Σε γενικές γραμμές ο φόβος συνεπάγεται την ακριβώς αντίθετη κοινωνική λειτουργία με αυτή της χαράς. Το συναίσθημα του φόβου συνδέεται με εστίαση της προσοχής στο ερέθισμα που

εκλαμβάνεται ως απειλητικό. Παρόλο που αυτή του η λειτουργία δρα προσαρμοστικά για μικρά χρονικά διαστήματα και συχνά συνεπάγεται το μέγιστο για την γνωστική απόδοση, μπορεί σε περιπτώσεις να κινητοποιήσει τον οργανισμό σε μη κατάλληλο στόχο ή να οδηγήσει στην παράβλεψη και τον αποκλεισμό σημαντικών ερεθισμάτων από το πεδίο της προσοχής (“tunnel vision”) (Mujica-Parodi, Greenberg, & Kilpatrick, 2004).

2.2 Συναίσθημα στους καρδιολογικούς ασθενείς

Η εμπειρία του πρώτου καρδιακού επεισοδίου είναι ένα απειλητικό για τη ζωή γεγονός και τόσο η ανασφάλεια για την εξέλιξη της ασθένειας στην πρώτη φάση αλλά και οι λειτουργικοί περιορισμοί και οι αλλαγές που απαιτούνται (διατροφή, άσκηση) για την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, επηρεάζουν σημαντικά την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς (Sanjuan, Ruiz, & Perez, 2011).

Πληθώρα ερευνών έχει δείξει τις επιπτώσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του θυμού στην πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των καρδιολογικών ασθενών (Sirois & Berg, 2003). Η εμφάνιση κατάθλιψης φαίνεται να είναι τρεις φορές πιο συχνή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο από ότι στον γενικό πληθυσμό (Hance, Carney, Freedland, & Skala, 1996), ενώ ένας στους πέντε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου πληροί τα κριτήρια κλινικής κατάθλιψης (Thombs, de Jonge, Coyne, Whooley, Frasure-Smith, Mitchell et al., 2008). Πρόσφατη μετααναλυτική έρευνα για την κατάθλιψη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έδειξε ότι για τις γυναίκες ασθενείς τα ποσοστά μεταξύ των ερευνών κυμαίνονται από το 6% έως το 67%, ενώ

για τους άνδρες ασθενείς από το 7% έως το 63% (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills, 2006).

Παρόλα αυτά η κατάθλιψη έχει αναγνωριστεί από πολλές έρευνες ως ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόγνωση των καρδιολογικών ασθενών (Krubzansky & Kawachi, 2000; Kuper, Marmot, & Hemingway, 2002; Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001) ενώ πρόσφατα ο Αμερικάνικος Σύλλογος Καρδιάς (AHA) πρότεινε την εισαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων για κατάθλιψη στις υπόλοιπες τυπικές ιατρικές εξετάσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο (Lichtman, Bigger, Blumenthal, Frasure-Smith, Kaufmann, Lesperance et al., 2008).

Ένας ακόμη συναισθηματικός παράγοντας που έχει μελετηθεί αρκετά σε έρευνες για καρδιολογικούς ασθενείς είναι το άγχος. Υψηλά επίπεδα άγχους σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο σχετίζονται με επανεμφάνιση της νόσου μετά τη νοσηλεία λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995). Ακόμη έχει βρεθεί ότι υψηλή αναφορά συμπτωμάτων άγχους (αλλά και του συγγενούς συναισθήματος της έγνοιας (worry) σχετίζεται με εκδήλωση καρδιαγγειακού νοσήματος και αιφνίδιους καρδιακούς θανάτους στο μέλλον (Kawachi, Sparrow, Vokonas, & Weiss, 1994; Kubzansky, Kawachi, Spiro, Weiss, Vokonas, & Sparrow, 1997).

Έρευνες σχετικά με το συναίσθημα του θυμού έχουν δείξει την αύξηση του κινδύνου πρόκλησης εμφράγματος του μυοκαρδίου, η επίδραση του οποίου μπορεί να διαμεσολαβείται από συμπεριφορικούς παράγοντες και χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Mittleman, Maclure, Sherwood, Mulry, Tofler, Jacobs et al., 1995; Moller, Hallqvist, Diderichsen, Theorell, Reuterwall, & Ahlbom, 1999). Αν και γενικότερα η εκδήλωση και η διάρκεια αρνητικών συναισθημάτων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, φαίνεται στο

μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης να εμφανίζονται κυρίως αμέσως μετά τη νοσηλεία (Smith, 2001). Σε ένα δείγμα 1124 ασθενών με διάφορες καρδιολογικές ασθένειες ένα ποσοστό 70% ανέφερε κάποιου είδους συναισθηματικό πρόβλημα σε μελέτη τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο (Dixon, Lim, Powell, & Fisher, 2000).

Η ύπαρξη αρνητικού συναισθήματος μπορεί να έχει και μακροχρόνιες συνέπειες. Έρευνα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο έδειξε ότι η συναισθηματική δυσφορία σχετίζεται με τη θνησιμότητα των ασθενών με στεφανιαία νόσο εννέα χρόνια μετά (Denollet & Brutsaert, 2001).

Όσον αφορά την καρδιαγγειακή υγεία τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνδεθεί με αλλαγές στην λειτουργία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και των επιπέδων των ορμονών του στρες καθώς και με την έναρξη και την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης (Gallo, Ghaed, & Bracken, 2004). Έρευνες σε καταθλιπτικούς ασθενείς διαπιστώνουν αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα των ασθενών αυτών, όπως μειωμένη ποικιλότητα καρδιακού ρυθμού και αρρυθμίες, βιολογικοί δείκτες οι οποίοι αποτελούν επίσης παράγοντες υψηλού κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Taylor, 2010) και την πρόγνωση των καρδιολογικών ασθενών (Stein & Kleiger, 1999).

Αρνητικές συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα και η μειωμένη σωματική άσκηση, οι οποίες σχετίζονται με υψηλό αρνητικό συναίσθημα, αποτελούν μια ακόμη σημαντική οδό επιρροής των συναισθημάτων στην υγεία του καρδιολογικού ασθενούς (Sirois & Burg, 2003). Σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη μετααναλυτική έρευνα για τις επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης στις συμπεριφορές υγείας, το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η

πιθανότητα μη τήρησης των ιατρικών οδηγιών φαίνεται να είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στους ασθενείς με κατάθλιψη (DiMatteo, Lepper, & Crogham, 2000).

Αν και όπως αναφέραμε προηγουμένως τα αρνητικά συναισθήματα καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας, όσον αφορά στη σχέση συναισθήματος και υγείας, η ύπαρξη υψηλού αρνητικού συναισθήματος δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι αυτόματα συνεπάγεται και την ανυπαρξία θετικού συναισθήματος (Larsen, McGraw, & Cacioppo, 2001). Περιορισμένος αριθμός ερευνών έχει μελετήσει τις επιδράσεις του θετικού συναισθήματος σε καρδιολογικούς ασθενείς. Υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε ένα διάστημα έξι ετών ακόμη και μετά τον έλεγχο παραγόντων όπως το φύλο, η εθνική καταγωγή και το αρνητικό συναίσθημα (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001). Αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (κατάθλιψη) μπορούν να επιδεινώσουν σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την καρδιολογική ασθένεια όπως αίσθημα κούρασης και στηθάγχη, ωστόσο η σχέση αυτή μπορεί να διαμεσολαβείται από τα επίπεδα θετικού συναισθήματος στους ασθενείς (Sullivan, LaCroix, Russo, & Walker, 2001).

Η προστατευτική επίδραση του θετικού συναισθήματος πάνω και πέρα από τις επιδράσεις του αρνητικού έχει φανεί και σε πρόσφατη μετααναλυτική έρευνα των Chida και Steptoe (2008) για τη σχέση της ψυχικής ευεξίας και της θνησιμότητας τόσο σε υγιή πληθυσμό όσο και σε ασθενείς με κάποια χρόνια ασθένεια. Επίσης η αισιοδοξία πριν την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών (bypass) μπορεί να προβλέψει την ποιότητα ζωής των ασθενών 8 μήνες μετά (Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky, 1993).

Η έλλειψη θετικού συναισθήματος (ανηδονία) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο σχετίζεται με μεγαλύτερη αναφορά σωματικών και γνωστικών συμπτωμάτων

τόσο πριν όσο και μετά την αποκατάσταση, ανεξάρτητα από τα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος στον ασθενή (Pelle, Pedersen, Erdmann, Kazemier, Spiering, Domburg et al., 2011). Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν θετικούς συναισθηματικούς παράγοντες σε καρδιολογικούς ασθενείς αφορούν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή παράγοντες προδιάθεσης που σχετίζονται με θετικά συναισθήματα (όπως αισιοδοξία, αυτοπεποίθηση) και σπάνια συγκεκριμένα θετικά συναισθήματα (Donker, 2000).

2.3 Συναισθήματα των συντρόφων καρδιολογικών ασθενών

Οι επιπτώσεις μια χρόνιας ασθένειας πέρα από τον ίδιο τον ασθενή επηρεάζουν και τον στενό κοινωνικό του περίγυρο, ιδιαίτερα τον/την σύντροφο που συνήθως είναι και το άτομο το οποίο εμπλέκεται περισσότερο στη φροντίδα του ασθενούς. Αν και ο καρδιολογικός ασθενής είναι αυτός που βιώνει τις άμεσες επιπτώσεις της ασθένειας, η παράλληλη εμπειρία του/της συντρόφου του μπορεί να χαρακτηρίζεται από παρόμοια ένταση (Marsden & Dracup, 1991).

Σχετικά πρόσφατα το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια στον σύντροφο. Άγχος, φόβος, κατάθλιψη, αίσθημα αβοηθησίας, διαταραχές ύπνου και διατροφής και αδυναμία συγκέντρωσης είναι κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύντροφοι των καρδιολογικών ασθενών (Bedsworth & Molen, 1982; Schulz, Hebert, Drew, Brown, Scheier, Beach et al., 2007).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχική και συναισθηματική επιβάρυνση των συζύγων ασθενών, που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, αυξάνει τον κίνδυνο

θνησιμότητάς τους (Schulz & Beach, 1999). Περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες των συντρόφων σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η μείωση των απαιτήσεων της φροντίδας των ασθενών σχετίζεται με μειωμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία των συντρόφων (Nieboer, Schulz, Matthews, Scheier, Ormel, & Lindenberg, 1998).

Υψηλότερο άγχος και κατάθλιψη στον σύντροφο, σχετίζονται με μειωμένη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς, ακόμα και μετά τον έλεγχο των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης του ίδιου του ασθενούς (Moser & Dracup, 2004). Η μειωμένη ψυχική ευεξία του συντρόφου με λίγα λόγια, μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να παρέχει υποστήριξη στον ασθενή αλλά και να συμβάλλει αρνητικά στην υιοθέτηση και διατήρηση θετικών συμπεριφορών υγείας (Robinson & Barnett, 2012). Από την άλλη μεριά η χειροτέρευση της υγείας του ασθενούς οδηγεί σε περαιτέρω επιβάρυνση του ίδιου του συντρόφου (Trivedi, Piette, Fihn, & Edelman, 2012).

Μελέτη για την αλληλεξάρτηση της διάθεσης και των επιπέδων κορτιζόλης σε τριάντα ζευγάρια για ένα διάστημα τριών ημερών έδειξε ότι η αρνητική συναισθηματική διάθεση των γυναικών πρόβλεπε θετικά την αρνητική διάθεση των συζύγων τους, ιδιαίτερα σε αυτούς που ανέφεραν χαμηλή ικανοποίηση από τη σχέση (Saxbe & Repetti, 2010). Δεν διαπιστώθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη ωστόσο αλληλεξάρτηση μεταξύ της θετικής συναισθηματικής διάθεσης των δυο συζύγων. Έχει υποστηριχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα μεταδίδονται πιο εύκολα από τα θετικά και συγκεκριμένα ότι το αρνητικό συναίσθημα του ενός μπορεί να μειώσει τα επίπεδα θετικού συναισθήματος του άλλου (Larson & Almeida, 1999).

Παλαιότερη έρευνα η οποία συνέκρινε ζευγάρια που ο/η ένας/μια σύζυγος έπασχε από στεφανιαία νόσο και ζευγάρια που και οι δυο σύζυγοι ήταν υγιείς, έδειξε μεγαλύτερη αλληλεξάρτηση μεταξύ των συζύγων που ήταν υγιείς όσον αφορά

χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως εξωστρέφεια, κοινωνικότητα κ.α., αλλά ισχυρότερη αλληλεξάρτηση όσον αφορά την κατάθλιψη στα ζευγάρια με τους καρδιολογικούς ασθενείς (Swan, Carmelli, & Roseman, 1986).

3. Η Θεωρία Δεσμού

Σύμφωνα με τη θεωρία δεσμού (Bowlby, 1969) ένα σύστημα συμπεριφορών με βιολογικές καταβολές ρυθμίζει την εγγύτητα νεογνού και τροφού με στόχο την επιβίωση στην αντιμετώπιση εξωτερικών απειλών. Εξαιτίας του γεγονότος ότι τα νεογνά έχουν την ανάγκη προστασίας για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουν μια έμφυτη τάση να αναζητούν την εγγύτητα με τους άλλους, οι οποίοι θα μπορέσουν να τους προσφέρουν φροντίδα και υποστήριξη (Mikulincer & Shaver, 2003). Με την πάροδο του χρόνου τα παιδιά εσωτερικεύουν τις εμπειρίες με τους τροφούς με τρόπο ώστε οι πρώιμες σχέσεις προσκόλλησης (δεσμού) σχηματίζουν ένα πρότυπο για την ανάπτυξη σχέσεων αργότερα εκτός οικογένειας (Bartholomew & Horowitz, 1999).

Οι εσωτερικευμένες μνήμες και πεποιθήσεις των ατόμων, οι οποίες παίρνουν τη μορφή ενεργών μοντέλων δεσμού (working models) για τον εαυτό και τους άλλους, ενσωματώνονται στην δομή της προσωπικότητας και παρέχουν τη βάση για τις μετέπειτα κοινωνικές σχέσεις (Kaati, Vester, Sjostrom, & Bygren, 2000). Καθώς τα άτομα αναπτύσσουν νέες σχέσεις, οι προηγούμενες εμπειρίες διαμορφώνουν τις προσδοκίες για τη συμπεριφορά των άλλων, καθιστώντας έτσι τα μοντέλα αυτά παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν την εμπειρία του ατόμου καθόλη τη διάρκεια της ζωής του (Fraleley & Shaver, 2000; Pietromonaco & Feldman -Barrett, 1997).

Αρχικά οι Hazan και Shaver (1987) αντιλαμβανόμενοι τη ρομαντική σχέση ενηλίκων σαν μια διαδικασία προσκόλλησης (δεσμού) ανέπτυξαν ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς για την κατάταξη ενηλίκων σε αντιστοιχία με τους τύπους δεσμού που αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία (ασφαλής, αποφυγής και αγχώδης/έμμονος). Μετέπειτα έρευνες σε ενηλίκους στα πλαίσια ρομαντικών σχέσεων, έχουν καταλήξει

σε δυο βασικές διαστάσεις των τύπων προσκόλλησης (δεσμού) (Bartholomew & Horowitz, 1999; Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Ο τύπος αποφυγής, αντανακλά το βαθμό στον οποίο το άτομο δεν εμπιστεύεται τις καλές προθέσεις του άλλου, αγωνίζεται για τη διατήρηση ανεξαρτησίας και συναισθηματικής απόστασης από τον σύντροφό του, ενώ ο αγχώδης/έμμονος τύπος δεσμού το βαθμό στον οποίο το άτομο ανησυχεί για την διαθεσιμότητα του συντρόφου σε στιγμές που χρειάζεται την στήριξή του (Shaver & Mikulincer, 2005). Εκτός από τις προσδοκίες σχετικά με τις προθέσεις και τη συμπεριφορά των άλλων οι τύποι δεσμού συνδέονται και με στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος στις οποίες καταφεύγουν τα άτομα όταν αντιμετωπίζουν καταστάσεις τις οποίες εκλαμβάνουν ως απειλητικές. Ο αγχώδης έμμονος τύπος δεσμού συνδέεται με την υπερβολική εστίαση και ενασχόληση με αρνητικά ερεθίσματα, η οποία οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα που αφορούν τον εαυτό και τους άλλους, ενώ η αποφυγή με καταπίεση των αρνητικών συναισθημάτων και γνωστική αλλά και συμπεριφορική αποστασιοποίηση από ερεθίσματα που προκαλούν δυσφορία (Mikulincer & Florian, 2003). Χαμηλή βαθμολογία στις διαστάσεις αποφυγής και εμμονής αντανακλά τον ασφαλή τύπο δεσμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται από περισσότερο θετικές αλληλεπιδράσεις με σημαντικούς άλλους και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην διαθεσιμότητά τους σε περιόδους ανάγκης (Mikulincer & Sheffi, 2000).

Ο τύπος δεσμού έχει διερευνηθεί περισσότερο σε παιδικές ηλικίες και στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Οι έρευνες που έχουν γίνει σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δείχνουν ότι σε σχέση με νεότερους ενήλικες, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επιδεικνύουν καλύτερη ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος, ενώ φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά τύπου αποφυγής (Consedine & Magai,

2003; Kafetsios & Sideridis, 2006; Magai, Cohen, Milburn, Thorpe, McPherson, & Peralta, 2001).

3.1 Ανασφαλείς τύποι δεσμού και σωματική ασθένεια

Ο τύπος δεσμού μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας κινητοποίησης ο οποίος εμπλέκεται στη διαδικασία αντιμετώπισης κινδύνων υγείας, όπως το στρες και η ασθένεια (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone, & Strauss, 2002). Σύμφωνα με τους Maunder και Hunter (2001) οι ανασφαλείς τύποι δεσμού μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία μέσω του ρόλου τους στη γνωστική αποτίμηση εξωτερικών ερεθισμάτων ως στρεσογόνων, στην ένταση και τη διάρκεια της φυσιολογικής αντίδρασης στο στρες, καθώς επίσης και μέσω της επιρροής τους στην χρήση εξωτερικών πηγών ρύθμισης συναισθήματος (π.χ. διατροφικές συνήθειες) και προστατευτικών συμπεριφορών (τήρηση ιατρικών οδηγιών, αναφορά συμπτωμάτων).

Επιδημιολογική μελέτη για τη σχέση τύπων δεσμού και χρόνιας ασθένειας βρήκε ότι ο αγχώδης/έμμονος τύπος δεσμού αποτελεί σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για ασθένειες όπως χρόνιος πόνος, έλκος και διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις (εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, υψηλή αρτηριακή πίεση), ακόμη και μετά τον έλεγχο μεταβλητών που αφορούν ψυχοπαθολογία (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) (McWilliams & Bailey, 2010). Σύμφωνα με έρευνα των West, Rose και Brewis (1995) σε δείγμα καρδιολογικών ασθενών κατά την περίοδο της αποκατάστασης, υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αναζήτησης εγγύτητας και φόβους για την απώλεια των σημαντικών άλλων (έμμονος τύπος δεσμού).

Έρευνα η οποία αφορούσε καρδιολογικούς ασθενείς και τους συντρόφους τους, έδειξε ότι υψηλότερα επίπεδα αποφυγής πρόβλεπαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενης γενικής υγείας και ψυχικής ευεξίας, καθώς και μικρότερα επίπεδα σωματικής άσκησης για τους ασθενείς (Kafescioglu, Thomas, & Shied, 2010). Οι ανασφαλείς τύποι δεσμού σε ασθενείς με σωματικές αναπηρίες σχετίζονται με τη γενικότερη ποιότητα ζωής τους, ανεξάρτητα από τα επίπεδα φυσικής εξάρτησης από τον/την σύντροφο για την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών (Hwang, Johnston, & Smith, 2009). Η ψυχική υγεία και προβλήματα που σχετίζονται με την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, συμπτώματα πόνου και η γενική υγεία σε δείγμα ηλικιωμένων έδειξαν σαφείς διαφορές μεταξύ αυτών που χαρακτηρίζονταν περισσότερο από ασφαλή δεσμό και αυτών που ανέφεραν υψηλή αποφυγή ή εμμονή (Bodner & Cohen-Fridel, 2010).

Οι ανασφαλείς τύποι δεσμού συνδέονται επίσης με σωματικά συμπτώματα και συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται έμμεσα με την πρόγνωση των χρόνιων ασθενών. Έρευνες σε ασθενείς με διαβήτη έχουν δείξει τη συσχέτιση ανασφαλών τύπων δεσμού με αυξημένη πιθανότητα μη τήρησης των ιατρικών οδηγιών (Ciechanowski, Russo, Katon, von Korff, Ludman, Lin et al., 2004), ενώ μελέτες στο χρόνιο πόνο συνδέουν τους ανασφαλείς τύπους δεσμού με αυξημένη ένταση πόνου και μειωμένη σωματική λειτουργικότητα (McWilliam, Cox, & Enns, 2000). Άτομα με ανασφαλείς τύπους δεσμού τείνουν να αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα και να κάνουν συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από ότι άτομα με ασφαλή τύπο δεσμού. Σχετική έρευνα έδειξε ότι ενώ ο τύπος αποφυγής συνδέεται με μικρότερη χρήση και λιγότερες επισκέψεις σε δομές υγείας, άτομα με αγχώδη/έμμοιο τύπο δεσμού παρουσιάζονται πολύ πιο συχνά σε σύγκριση με τον γενικό μέσο όρο (Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002). Συνεπώς αν και η

σχετική βιβλιογραφία είναι αρκετά περιορισμένη, έχει δείξει ότι υψηλότερα επίπεδα αποφυγής ή εμμονής μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά πέρα από την ψυχολογική και την σωματική υγεία των ατόμων.

Αν οι περισσότερες μελέτες για τους τύπους δεσμού εστιάζουν περισσότερο στις προσδοκίες για την στήριξη από τους σημαντικούς άλλους, η θεωρία δεσμού υπονοεί μια δυαδική αλληλεπίδραση στην οποία η αναζήτηση και η παροχή φροντίδας αποτελούν συμπληρωματικούς ρόλους μέσα σε μια σχέση (Collins & Feeney, 2000; Kuncle & Shaver, 1994). Έρευνα των Carnelley, Pietromonaco και Jaffe (1996) έδειξε ότι η ποιότητα της σχέσης που αναφέρουν οι δυο σύντροφοι σχετίζεται τόσο με τον δικό τους τύπο δεσμού, όσο και με αυτόν του/της συντρόφου τους, ενώ υψηλότερα ποσοστά αναφερόμενης παροχής φροντίδας από το άτομο σχετίζονταν με χαμηλότερα επίπεδα αποφυγής.

Προβλήματα επικοινωνίας και στρες στη συζυγική σχέση έχει φανεί ότι σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση και εμφάνιση νέων καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα (Orth-Gomer, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman, & Mittleman, 2000). Τόσο η ποιότητα της δυαδικής αλληλεπίδρασης με τους σημαντικούς άλλους όσο και παράγοντες όπως οι αντιλήψεις για τον εαυτό και η αυτεπάρκεια του καρδιολογικού ασθενούς αλλά και του συντρόφου στην αντιμετώπιση συνθηκών που σχετίζονται με την ασθένεια μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις για την ψυχική και τη σωματική τους υγεία (Coyne & Smith, 1991; Shanfield, 1990; Waltz, 1986).

4. Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ορίζεται ως «η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στα πλαίσια της κουλτούρας και του αξιακού συστήματος στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα προσωπικά κριτήρια και τις ανησυχίες του. Αποτελεί μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το βαθμό ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις και τη σχέση τους με χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος» (WHOQOL-GROUP, 1993).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια σημαντική πηγή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του ατόμου, την οποία δεν θα μπορούσαμε να έχουμε επικεντρωμένοι μόνο σε κλινικούς και αντικειμενικούς δείκτες (Singh & Dixit, 2010). Αποτελεί επίσης ένα πολύ σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης στις παρεμβάσεις χρόνιων ασθενειών και συγκεκριμένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων, στις οποίες στόχος είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών (Hofer, Doering, Rumpold, Oldridge, & Benzer, 2006).

Η θετική αξιολόγηση της υγείας περικλείει διάφορους παράγοντες τόσο ενδοατομικούς όσο και διαπροσωπικούς-κοινωνικούς. Κατά συνέπεια, η διερεύνηση ψυχολογικών παραγόντων (συναίσθημα), αλλά και παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με την αντίληψη, την οργάνωση και τη ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις (δεσμός) μπορεί να συνεισφέρουν στην πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

4.1. Ποιότητα ζωής και καρδιολογικοί ασθενείς

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική μείωση των θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα κυρίως εξαιτίας τεχνολογικών και ιατρικών εξελίξεων (ιατρικών επεμβάσεων, φαρμακολογίας) (Smith & Blumenthal, 2011). Η συνεπαγόμενη αύξηση του προσδόκιμου ζωής των καρδιολογικών ασθενών αλλά και η γήρανση του γενικού πληθυσμού έχει στρέψει το ενδιαφέρον της έρευνας, το οποίο αρχικά είχε επικεντρωθεί στη θνησιμότητα και την πρόβλεψη επανεμφάνισης καρδιακών επεισοδίων, στη διερεύνηση παραγόντων όπως η ποιότητα ζωής των ασθενών (Pedersen & Denollet, 2003).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και παράγοντες όπως η ψυχική, κοινωνική και σωματική υγεία τους έχουν αποδειχθεί πολύ χρήσιμοι στην αξιολόγηση της ανάρρωσης και της προσαρμογής τους στην ασθένεια (Dyer, Goldsmith, Sharples, & Buxton, 2010). Επιδημιολογική μελέτη σε δέκα πολιτείες της Αμερικής έδειξε σαφείς διαφορές στα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο σε σχέση με υγιείς ενήλικες, ενώ ανάμεσα στους ασθενείς φάνηκε ότι οι γυναίκες είχαν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τους άνδρες (Ford, Mokdad, Li, McGuire, Strine, Okoro, et al., 2008). Φαίνεται ότι συνήθως οι γυναίκες ασθενείς αναφέρουν περισσότερο μειωμένη ποιότητα ζωής, ενώ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό η διαφοροποίηση με βάση το φύλο έχει μεγαλύτερο εύρος στα δείγματα καρδιολογικών ασθενών (Emery, Frid, Engebretson, Alonzo, Fish, Ferketich et al., 2004).

Έρευνα επικεντρωμένη στα σωματικά συμπτώματα ασθενών οι οποίοι ένα μήνα πριν είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, έδειξε ότι οι γυναίκες ασθενείς υποφέρουν περισσότερο από πόνους στο στήθος και δύσπνοια από ότι οι άνδρες

ασθενείς (Mortensen, Bjorner, Newman, Oldenburg, Groenvold, Madsen, & Anderson, 2007).

Ο πόνος αποτελεί σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης της υποκειμενικής υγείας, κυρίως επειδή τα συμπτώματα πόνου έχουν άμεση επίδραση στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και προκαλούν συναισθηματική δυσφορία και ανησυχία στο άτομο (Godfrey, Harrison, Medves, & Tranmer, 2006). Από την άλλη μεριά το αρνητικό συναίσθημα ερευνητικά σχετίζεται με υψηλότερη αναφορά συμπτωμάτων, υπερβολική ενασχόληση και εστίαση της προσοχής σε σωματικά συμπτώματα (Watson & Pennebaker, 1989), ενώ το θετικό συναίσθημα με μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο (Zelman, Howland, Nichols, & Cleeland, 1991). Κατά συνέπεια μπορούμε να υποθέσουμε ότι η σχέση συναισθήματος και πόνου μπορεί να οφείλεται στο τρόπο με το οποίο το αρνητικό αλλά και το θετικό συναίσθημα μεσολαβούν στην αντίληψη του πόνου από το άτομο (Pressman & Cohen, 2005).

Επιδημιολογική μελέτη από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε 15 χώρες της Ασίας, της Αφρικής, της Ευρώπης και της Αμερικής έδειξε ότι ο πόνος αποτελεί την κύρια αιτία απεύθυνσης των ατόμων σε δομές υγείας (Gureje, von Korff, Simon, & Gater, 1998). Ακόμη στην ίδια μελέτη παρά τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες όσον αφορά την αναφορά επιπέδων πόνου στα άτομα που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία, όσοι ανέφεραν υψηλότερο σωματικό πόνο (πόνος που διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες) είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να υποφέρουν επίσης από κατάθλιψη ή άγχος καθώς και χειρότερη γενική υγεία.

Σωματικά συμπτώματα, προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα (μείωση κοινωνικών επαφών), η αβεβαιότητα και ο φόβος όσον αφορά το μέλλον και την πορεία της υγείας καθώς και συμπτώματα που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ξερός λαιμός, αφυδάτωση), αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες

ιδιαίτερα κατά το διάστημα της ανάρρωσης των καρδιολογικών ασθενών (Jaarsma, Kastermans, Dassen, & Philipsen, 1995). Μελέτη σε καρδιολογικούς ασθενείς (1124 άτομα) με στόχο την αξιολόγηση των βασικότερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν κατά την προσαρμογή τους στην ασθένεια βρήκε ότι σε ποσοστό 60-70% οι ασθενείς, αρκετούς μήνες μετά, ανέφεραν σημαντικά προβλήματα τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά αλλά και προβλήματα που σχετίζονται με την οικογένεια και τη συμμετοχή στις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες (Dixon, Lim, Powell, & Fisher, 2000).

4.2. Ποιότητα ζωής συντρόφων

Οι σύντροφοι καρδιολογικών ασθενών καλούνται να προσαρμοστούν στους περιορισμούς που επιβάλλει η χρόνια και εν δυνάμει απειλητική για τη ζωή ασθένεια του/της συζύγου στην καθημερινότητά τους (van den Broeck, Habibovic, & Pedersen, 2010). Σύντροφοι-φροντιστές παρουσίασαν σημαντικά μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα (συμπτώματα κατάθλιψης και μείωση των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων) σε μελέτη που συνέκρινε την λειτουργικότητά τους την περίοδο που οι σύζυγοί τους υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο και τρία χρόνια μετά (Visser-Meily, Post, van de Port, Maas, Forstberg-Warleby, & Lindeman, 2009).

Η εμπειρία των συντρόφων των καρδιολογικών ασθενών περιλαμβάνει τη συναισθηματική επιβάρυνση του/της συντρόφου, αλλαγές στην καθημερινότητα, ανάγκη ανάληψης πολλαπλών ρόλων μετά την διάγνωση του ασθενούς, τη μείωση του προσωπικού χρόνου (Lukkarinen & Kyngas, 2003) αλλά αρκετές φορές και αύξηση της αυτοπεποίθησης εξαιτίας της ανάγκης υποστήριξης και ανάληψης περισσότερων ευθυνών ή ενίσχυση του συναισθηματικού «δεσίματος» (closeness)

στο ζεύγος (Baanders & Heijmans, 2007). Σε κάθε περίπτωση ωστόσο διαπιστώνουμε ότι τόσο ο ασθενής όσο και ο σύντροφος επηρεάζονται από την καρδιολογική ασθένεια και τις επιπτώσεις της.

5. Δυαδική προσέγγιση

Αν και η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας προϋποθέτει σημαντικές αλλαγές τόσο συναισθηματικής όσο και συμπεριφορικής προσαρμογής όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για το κοινωνικό του περιβάλλον (σημαντικοί άλλοι), η έρευνα παραδοσιακά προσεγγίζει την εμπειρία της χρόνιας ασθένειας μέσα από μια ατομικιστική σκοπιά (Berg & Urchurch, 2007).

Τα τελευταία χρόνια μέσα από μελέτες για την επίδραση του κοινωνικού δικτύου, της κοινωνικής υποστήριξης και της συζυγικής σχέσης στην υγεία και την ασθένεια (Johnson, 1985; Lyons, Sullivan, Ritvo, & Coyne, 1995), το ενδιαφέρον έχει στραφεί σε παράγοντες που αφορούν και σε άλλα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών. Πρόσφατη μετααναλυτική έρευνα υποστηρίζει τη σημαντική επιρροή των κοινωνικών σχέσεων είτε με βάση εκτιμήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης (ποσότητα και δομή κοινωνικού δικτύου) είτε με βάση την κοινωνική υποστήριξη (ποιότητα και λειτουργία κοινωνικών σχέσεων) στην θνησιμότητα (Holt-Lunstadt, Smith, & Layton, 2010). Παλαιότερη επιδημιολογική μελέτη καρδιολογικών ασθενών (γυναικών) έδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίες ζούσαν απομονωμένες ή είχαν πολύ μικρή ή και καθόλου κοινωνική υποστήριξη διέτρεχαν 2 με 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας (Berkman, Leo-Summers, & Horowitz, 1992). Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας και της ασθένειας και αποτελεί σημαντική πηγή πόρων για την επιβίωση και την προσαρμογή των ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα (Reifman, 1995).

Η ανάγκη υιοθέτησης μιας δυαδικής προσέγγισης στα πλαίσια των χρόνιων ασθενειών τονίζεται από τους Berg και Urchurch (2007) σε άρθρο τους για την

διαπροσωπική αλληλεπίδραση των γνωστικών αντιλήψεων για την ασθένεια και των στρατηγικών αντιμετώπισης τις οποίες υιοθετεί το ζευγάρι (Berg & Urchurch, 2007).

Όσον αφορά το συναίσθημα έρευνες στα πλαίσια των συζυγικών σχέσεων έχουν δείξει την αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών μέσα στο ζευγάρι (Tower & Kasl, 1996; Schoebi, 2008). Δυαδικές προσεγγίσεις για τη μελέτη συναισθηματικών παραγόντων που εμπλέκονται στη δυναμική των συζυγικών σχέσεων παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα πλαίσια των χρόνιων ασθενειών, δεδομένου ότι ερευνητικά έχει υποστηριχθεί ότι μέσα στη συζυγική σχέση τα άτομα αναφέρουν παρόμοια επίπεδα ψυχικής ευεξίας και ποιότητας ζωής (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007). Η μελέτη της αλληλεξάρτησης μεταξύ ασθενών και υγιών συντρόφων δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης των διαπροσωπικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την πρόγνωση των ασθενών αλλά και την ψυχική υγεία των σωματικά υγιών συντρόφων.

5.1 Καρδιολογικοί ασθενείς και σύντροφοι

Ολοένα και περισσότερες μελέτες στη χρόνια ασθένεια μελετούν ταυτόχρονα μεταβλητές ασθενών και συντρόφων έτσι ώστε να μπορέσουν να αποκομίσουν μια πιο πλήρη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Στα πλαίσια των καρδιαγγειακών παθήσεων έρευνα σε ασθενείς οι οποίοι είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο και στους συντρόφους τους με μετρήσεις 4 και 6 μήνες μετά το επεισόδιο, έδειξε σημαντική αύξηση των επιπέδων ποιότητας ζωής των ασθενών στη μέτρηση 14 μήνες μετά, αλλά όχι των συντρόφων τους (Jonsson, Lindgren, Hallstrom, Norrving, & Lindgren, 2005). Στη συγκεκριμένη μελέτη οι σύντροφοι, σε αντίθεση

με τις αρχικές υποθέσεις των ερευνητών ανέφεραν χειρότερη ψυχολογική υγεία (περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών δυσκολιών και ψυχική ευεξία) από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς.

Έρευνα που αφορούσε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και τους συντρόφους τους έδειξε ότι οι ασθενείς ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής και οι γυναίκες ανεξάρτητα από το αν ήταν ασθενείς ή σύντροφοι ανέφεραν χειρότερη ψυχική υγεία (Luttik, Lesman-Leegte, & Jaarsma, 2009). Παρόμοια μελέτη των Martensson, Dracup, Canary και Fridlund (2003) βρήκε ότι αν και οι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης και πιο επιβαρυσμένη σωματική υγεία από ότι οι σύντροφοί τους, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ως προς τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας της ποιότητα ζωής (περιορισμοί ρόλων λόγω συναισθηματικών δυσκολιών, ζωντάνια, ψυχική ευεξία, κοινωνική λειτουργικότητα). Παρόλο που οι σύντροφοι εδώ εμφανίζονται να έχουν περίπου το ίδιο επιβαρυσμένη ψυχική υγεία με τους ασθενείς, η κατάθλιψη του ενός δεν βρέθηκε να επηρεάζει την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής του άλλου.

Μελέτη σε ηλιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και τους συντρόφους τους, έδειξε παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά την ψυχική υγεία (περιορισμός ρόλων, ενέργεια), υποδηλώνοντας την ψυχική καταπόνηση και για τους δυο στο ζευγάρι, αλλά μεγαλύτερη έκπτωση στην σωματική λειτουργικότητα των ασθενών (Pihl, Jacobson, Fridlund, Stromberg, & Martensson, 2005). Οι Chung, Moser, Lennie και Rayens (2009) σε μελέτη τους, λαμβάνοντας υπόψη την αλληλεξάρτηση των μεταβλητών ασθενών και συντρόφων στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων τους, βρήκαν ότι η κατάθλιψη και το άγχος του συντρόφου προβλέπει αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς, ενώ το αρνητικό συναίσθημα του ασθενούς δεν φαίνεται να επηρεάζει τον σύντροφο.

Πρόσφατη μετααναλυτική έρευνα για τις επιπτώσεις των καρδιολογικών ασθενειών στη συζυγική σχέση ανέδειξε πέντε τομείς που φαίνεται να επηρεάζουν: υπερπροστατευτικότητα, έλλειμα επικοινωνίας, ανησυχία για την σεξουαλική δραστηριότητα, αλλαγές στους ρόλους-υποχρεώσεις στην καθημερινότητα και προσαρμογή στην ασθένεια (Dalteg, Benzein, Fridlund, & Malm, υπο δημοσίευση). Από την άλλη μεριά η ψυχολογική δυσφορία των συντρόφων και η προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια έχει φανεί ότι επηρεάζεται σημαντικά από την ποιότητα της σχέσης τόσο θετικά όσο και αρνητικά (Coney & Smith 1991).

Κατά συνέπεια πέρα από τη συναισθηματική εμπειρία αυτή καθαυτή και παράγοντες της επικοινωνίας μέσα στο ζευγάρι μπορεί να συμβάλλουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην υγεία του ζευγαριού. Η διερεύνηση τέτοιων παραγόντων που αλληλεπιδρούν μέσα στη σχέση και οι επιπτώσεις τους στην υγεία, μπορούν να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για την υποστήριξη των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν καρδιολογικές ασθένειες.

6. Παρεμβάσεις σε ζευγάρια

Βασικός στόχος των προγραμμάτων αποκατάστασης σε καρδιολογικούς ασθενείς είναι η μείωση των συμπτωμάτων και η βελτίωση της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργικότητας έτσι ώστε οι ασθενείς να ανακτήσουν όσο το δυνατό περισσότερο την ανεξαρτησία τους και τους συνηθισμένους ρυθμούς της ζωής τους (Hofer, Kullich, Graninger, Brandt, Gassner, Klicpera et al., 2006). Η αποκατάσταση των καρδιολογικών ασθενών προϋποθέτει σημαντικές αλλαγές στις συμπεριφορά, την αυτορύθμιση καθώς και τη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία, διαδικασίες οι οποίες φαίνεται να επηρεάζονται άμεσα από τον/την σύντροφο του ασθενούς. Μετααναλυτική έρευνα των Martire, Schulz, Helgeson, Small και Saghafi (2010) για την επίδραση των παρεμβάσεων που αφορούν ζευγάρια στα οποία ο ένας από τους δυο πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια (συμπεριλαμβανομένων και των καρδιολογικών παθήσεων) υπογραμμίζει τη χρησιμότητα παρόμοιων παρεμβάσεων και διαπιστώνει βελτιώσεις τόσο στην λειτουργικότητα της σχέσης όσο και στην υγεία των συμμετεχόντων (συμπτώματα πόνου και κατάθλιψης).

Πρόσφατη έρευνα ανασκόπησης ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε ζευγάρια στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας αναφέρει έξι βασικά στοιχεία τα οποία συνήθως περιλαμβάνουν τέτοιου είδους παρεμβάσεις: (α) *ψυχοεκπαίδευση* για την ιατρική κατάσταση (συμπτώματα, αιτιολογία, πρόγνωση, αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας που μπορούν να βοηθήσουν την αποκατάσταση ή την προσαρμογή), (β) *ενθάρρυνση και υποστήριξη έκφρασης* ενός μεγάλου εύρους των συναισθηματικών αντιδράσεων και των σκέψεων που αφορούν την ασθένεια και το τι αυτό συνεπάγεται για τον ασθενή, τον σύντροφο ή άλλα μέλη της οικογένειάς τους, (γ) *υποστήριξη του ζευγαριού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων* για τη θεραπεία του ασθενούς και τις

αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας που αυτές ίσως να απαιτούν, (δ) *ζητήματα της σχέσης που προκύπτουν από την ιατρική κατάσταση* και (στ) *η γενικότερη λειτουργικότητα της σχέσης ανεξάρτητα από τα προβλήματα που επιφέρει η ασθένεια* (Baucom, Porter, Kirby, & Hudepohl, 2012).

Καρδιολογικοί ασθενείς και οι σύντροφοί τους (19 ζευγάρια) οι οποίοι έλαβαν σύντομη θεραπεία ζευγαριού (2 έως 4 συνεδρίες) κατά την περίοδο της αποκατάστασης εμφάνισαν γρήγορα σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της ανησυχίας για την ασθένεια, ανέφεραν καλύτερη υγεία ενώ εννέα μήνες μετά αξιολόγησαν ως θετικότερα τα αποτελέσματα της αποκατάστασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (21 ζευγάρια) η οποία έλαβε την τυπική φροντίδα (Priebe & Sinning, 2001).

Η σημασία όχι απλά της συμπερίληψης αλλά της ενεργούς συμμετοχής των συντρόφων έχει φανεί σε παλαιότερη παρέμβαση που αφορούσε τεστ σωματικής άσκησης σε συνδυασμό με συμβουλευτική σε ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου και στους συντρόφους τους. Βρέθηκε ότι υπερπροστατευτικοί σύντροφοι που συμμετείχαν και οι ίδιοι στις δραστηριότητες του ασθενούς (τόσο στο τεστ σωματικής άσκησης όσο και στην συμβουλευτική μετά από αυτό) σταδιακά βελτίωσαν τις αντιλήψεις για την σωματική ικανότητα του ασθενούς, σε αντίθεση με συντρόφους οι οποίοι απλά είτε παρακολουθούσαν, είτε δεν ήταν παρόντες, ενώ και οι σύζυγοί τους παρουσίασαν αυξημένη σωματική λειτουργικότητα αρκετές βδομάδες μετά (Taylor, Bandura, Ewart, Miller, & DeBusk, 1985).

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το μοντέλο των Goldman- Sher και Baucum (2001) «Partners for Life» που αφορά μια παρέμβαση που εμπλέκει τόσο τον/την καρδιολογικό/-η ασθενή όσο και τον/την σύντροφο, λαμβάνοντας υπόψη την αμφίδρομη σχέση των μεταβλητών υγείας και ικανοποίησης στη σχέση και το όφελος

της εμπλοκής του συντρόφου στη θεραπεία μέσα από τη δυνατότητα επηρεασμού του κοντινού περιβάλλοντος του ασθενούς. Στόχος του συγκεκριμένου μοντέλου παρέμβασης είναι η ενδυνάμωση της σχέσης του ζευγαριού μέσα από τη συμμετοχή τους σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις έτσι ώστε να επιτευχθεί η μακροχρόνια διατήρηση αλλαγών στον τρόπο ζωής που είναι απαραίτητες για την υγεία του ασθενούς, αλλά και η συναισθηματική κατάσταση, η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς όσο και του συντρόφου (Sher, Bellg, Braun, Domas, Rosenson, & Canar, 2002). Το μοντέλο προβλέπει 18 συνεδρίες (12 εβδομαδιαίες και 6 ανά βδομάδα σε διάστημα 24 εβδομάδων). Στοχεύει στην υιοθέτηση βοηθητικών συμπεριφορών υγείας (διατροφή, σωματική άσκηση), κοινωνικής ενίσχυσης και κινητοποίησης για αλλαγή μέσα από την εκμάθηση υποστηρικτικών τεχνικών έκφρασής τους ώστε να εκλαμβάνονται θετικά από το άλλο μέλος και εκπαίδευση στην έκφραση συναισθήματος για την βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στο ζευγάρι (Goldman-Sher & Baucom, 2001).

6.1 Θεραπεία Επικεντρωμένη στο Συναίσθημα (EFT)

Προσλαμβάνοντας την καρδιολογική ασθένεια σαν ένα τραυματικό γεγονός το οποίο επηρεάζει τόσο τη σχέση συνολικά όσο και τα δυο μέλη ξεχωριστά, η επικεντρωμένη στο συναίσθημα θεραπεία ζευγαριών (Emotionally Focused Therapy-EFT) στηρίζεται στην δυαδική αλληλεπίδραση και τη χρησιμοποιεί σαν βάση για την αλλαγή και την θεραπεία (MacIntosh, Johnson, & Lee, 2006). Η θεωρία της ενσωματώνει τόσο την συναισθηματική εμπειρία όσο και την οργάνωσή της σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας περιλαμβάνει τρεις φάσεις: αποκλιμάκωση, αναδόμηση των θέσων αλληλεπίδρασης και ενσωμάτωση. Η διαδικασία αυτή βοηθά το ζευγάρι να αναγνωρίσει τους κύκλους αλληλεπίδρασης ανάμεσά τους και τις ανάγκες σε επίπεδο δεσμού που υποβόσκουν, να εκφράσει τις ανάγκες και τα συναισθήματά του και να αναζητήσει νέες λύσεις τα προβλήματά του (Chawla & Kafescioglu, 2012). Η εφαρμογή της στη θεραπεία ζευγαριών που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια, βασίζεται στην αντίληψη ότι η ενδυνάμωση της σχέσης μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά στα προβλήματα που προκύπτουν από την εξέλιξη της ασθένειας.

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για το άτομο και ενεργοποιεί τις στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος που προκύπτουν ανάλογα με τον τύπο δεσμού των ατόμων. Η δημιουργία της ασφάλειας μέσα στη σχέση θεωρείται ότι μπορεί να συμβάλλει θετικά στην ικανοποίηση του ασθενούς και έμμεσα στην υγεία του (Kowal, Johnsson, & Lee, 2003). Οι έρευνες που αναφέρονται στα θετικά αποτελέσματα τέτοιων παρεμβάσεων σε καρδιολογικούς ασθενείς και συντρόφους αφορούν μελέτες περίπτωσης και δεν παρέχουν στοιχεία για τη γενικότερη υγεία ασθενών και συντρόφων πριν και μετά τη θεραπεία, καθώς και την σύγκρισή τους με την αποτελεσματικότητα άλλων προσεγγίσεων.

Ερευνητικοί στόχοι και υποθέσεις

Η παρούσα μελέτη χωρίζεται σε δυο βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τη διερεύνηση σε δυαδικό επίπεδο των επιδράσεων των συναισθημάτων της χαράς και του φόβου και το δεύτερο των τύπων δεσμού (αγχώδης/έμμονος και αποφυγής) σε τέσσερις μεταβλητές της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιολογικές παθήσεις και των συντρόφων τους: γενική υγεία, πόνος, περιορισμός ρόλων (λόγω συναισθηματικών προβλημάτων) και κοινωνική λειτουργικότητα εξαιτίας σωματικών ή ψυχολογικών προβλημάτων του/της συζύγου.

Με βάση τη βιβλιογραφία που μελετά κατά κύριο λόγο την επίδραση συναισθηματικών διαταραχών στην υγεία, μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε το ρόλο συγκεκριμένων συναισθημάτων (χαρά, φόβος) τα οποία μπορούν να είναι μέρος της εμπειρίας αντιμετώπισης των καρδιολογικών παθήσεων χωρίς απαραίτητα να αγγίζουν την ψυχοπαθολογία, καθώς και παραγόντων προδιάθεσης όσον αφορά την αντίληψη και την οργάνωση της συναισθηματικής εμπειρίας μέσα στη συζυγική σχέση (τύπος δεσμού), οι οποίοι έχουν μελετηθεί ελάχιστα στα πλαίσια της σωματικής υγείας και των χρόνιων ασθενειών.

Συγκεκριμένα όσον αφορά τις επιδράσεις τους θετικού και του αρνητικού συναισθήματος υποθέτουμε ότι:

Η χαρά θα συνδέεται θετικά με τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου του ασθενούς (actor effect) όσο και του συντρόφου του (partner effect).

Ο φόβος θα συνδέεται αρνητικά με τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου του ασθενούς (actor effect) όσο και του συντρόφου του (partner effect).

Το δεύτερο κομμάτι της ανάλυσης αφορά τις επιδράσεις των ανασφαλών τύπων δεσμού (αποφυγή, εμμονή) στην ποιότητα ζωής ασθενών και συντρόφων. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα της σχέσης, καθώς και με την συναισθηματική υποστήριξη φαίνεται ότι επηρεάζουν τις αντιλήψεις ασθενών και συντρόφων για διάφορες πλευρές της υγείας και της λειτουργικότητάς τους. Η καρδιολογική ασθένεια εκλαμβάνεται σαν ένα απειλητικό γεγονός τόσο ατομικά όσο και σε επίπεδο σχέσης, το οποίο κινητοποιεί το σύστημα δεσμού των συζύγων (MacIntosh & Johnson, 2006). Η συζυγική σχέση αποτελεί το βασικό πεδίο έκφρασης και κάλυψης αναγκών του συστήματος δεσμού στους ενήλικες (Hazan & Shaver, 1987). Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τύπος δεσμού του ενός συντρόφου αλληλεπιδρά με τον τύπο δεσμού του άλλου στην πρόβλεψη της ικανοποίησης από τη σχέση (Banse, 2004), ενώ τόσο ο αγχώδης/έμμονος όσο και ο τύπος αποφυγής του ατόμου μπορεί σχετίζονται αρνητικά με την υγεία του (π.χ. Bodner & Cohen-Fridel, 2010; Hwang et al., 2009).

Μέσα στη σχέση των ζευγαριών τα οποία αντιμετωπίζουν μια καρδιολογική ασθένεια εκφράζονται και ανταγωνιστικές μεταξύ τους ανάγκες (Goldman- Sher & Baucorn, 2001), η θεωρία δεσμού προσφέρει ένα ενδιαφέρον θεωρητικό πλαίσιο για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών των αναγκών. Στην παρούσα μελέτη με βάση την, σε γενικές γραμμές σταθερή, αρνητική σχέση των ανασφαλών τύπου δεσμού με την υγεία προχωρήσαμε στις εξής υποθέσεις:

Τόσο ο δεσμός αποφυγής όσο και ο αγχώδης/ έμμονος τύπος δεσμού θα συνδέονται αρνητικά με τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου του ατόμου (actor effect) όσο και του συντρόφου του (partner effect). Επίσης η σχέση τύπου δεσμού και υγείας προβλέπεται να είναι ισχυρότερη όσον αφορά τις μεταβλητές του ίδιου του ατόμου (actor effect).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες και διαδικασία

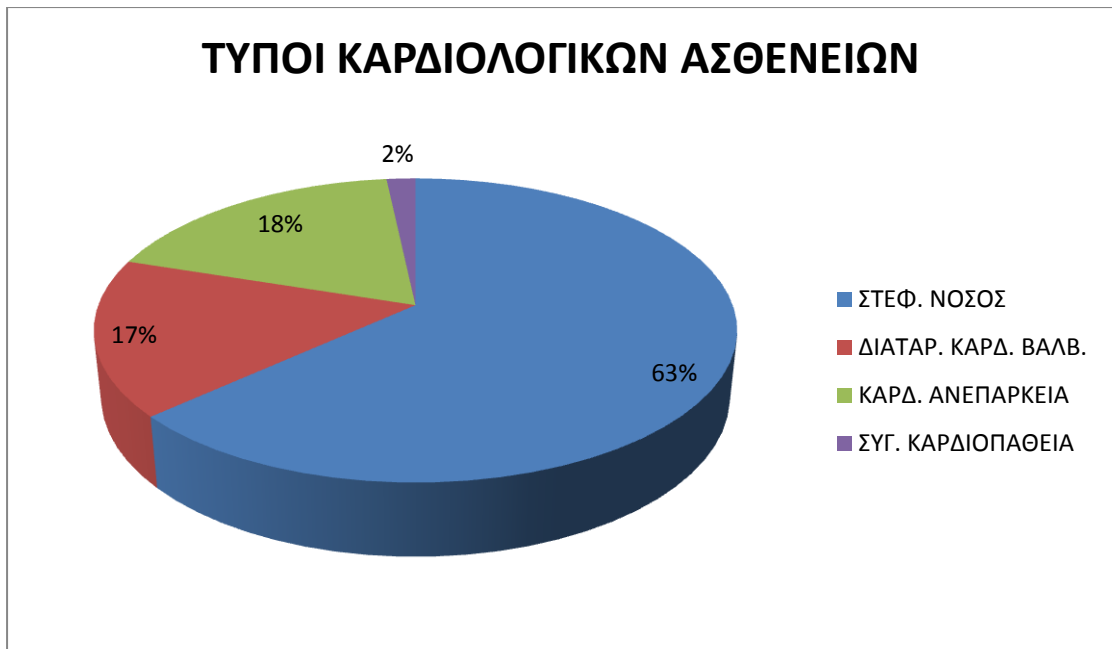
Η παρούσα μελέτη διεξήχθη σε νοσοκομεία και συλλόγους ασθενών των Αθηνών και της Ξάνθης, μετά από την έγκρισή της τόσο από την Επιτροπή Επιστημονικής Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης όσο και από τα Επιστημονικά Συμβούλια των οργανισμών από τους οποίους βρέθηκε το δείγμα. Στην έρευνα συμμετείχαν καρδιολογικοί ασθενείς και οι σύντροφοί τους. Η μη ύπαρξη συντρόφου ή η παρουσία χρόνιας ασθένειας στον/στην σύντροφο και η μη επαρκής χρήση της ελληνικής γλώσσας αποτελούσε λόγο αποκλεισμού από την έρευνα. Όσοι συμμετέχοντες πληρούσαν τα προαναφερθέντα κριτήρια προσεγγίζονταν από την υπεύθυνη της έρευνας και παρελάμβαναν αρχικά μια ενήμερη φόρμα συγκατάθεσης όπως ορίζουν οι Αρχές Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης. Οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια ξεχωριστά.

Το σύνολο των ασθενών στους οποίους απευθυνθήκαμε προσέγγιζε τον αριθμό των 100 ατόμων. Ωστόσο 15 από αυτούς δεν είχαν σύντροφο και δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη, ενώ από τους υπόλοιπους 85 δεκαπέντε ασθενείς ή οι σύντροφοί τους δήλωσαν ότι δεν θα επιθυμούσαν να συμμετάσχουν είτε επειδή δεν τους ενδιέφερε η μελέτη είτε θεωρούσαν ότι δεν θα μπορούσαν να ανταποκριθούν επαρκώς. Άλλα δέκα ζευγάρια δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα είτε επειδή δεν επέστρεψαν είτε δεν ολοκλήρωσαν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, σχετικά με την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια ασθένειας ή το επίπεδο μόρφωσης, μεταξύ αυτών που

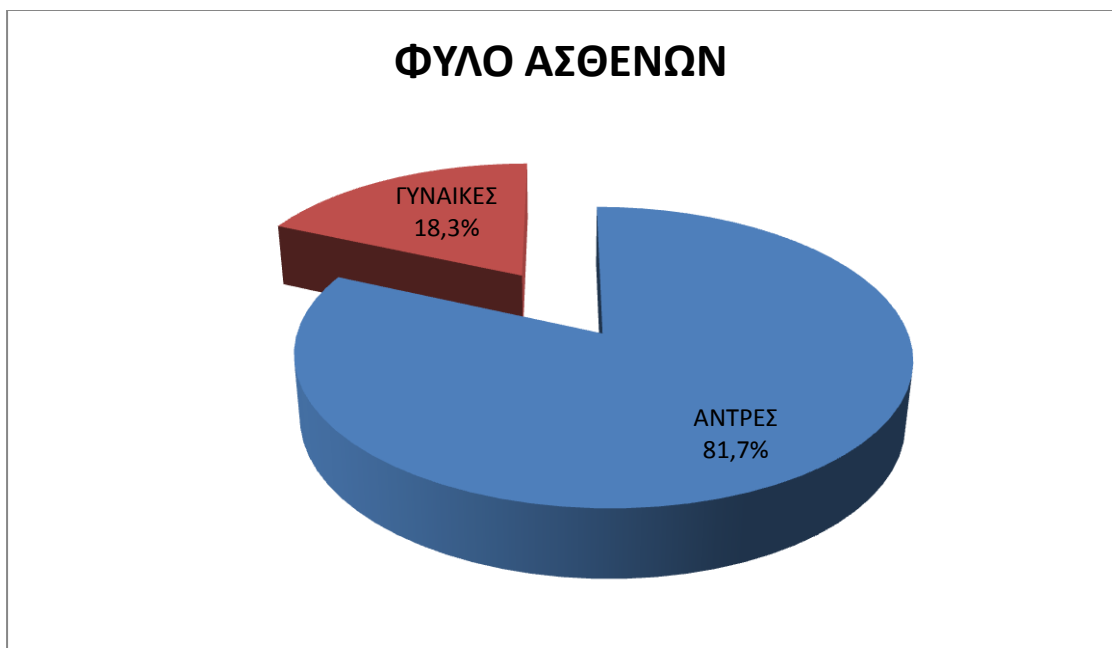
συμμετείχαν στη μελέτη και εκείνων που είτε αρνήθηκαν, είτε δεν συμπλήρωσαν επαρκώς τις διάφορες κλίμακες.

Το τελικό δείγμα αφορούσε 60 ζευγάρια (120 συμμετέχοντες) διαφορετικού φύλου. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 57 έτη (Τ.Α.=7,119, Ελάχιστο=30, Μέγιστο=67) ενώ των συντρόφων τα 55 έτη (Τ.Α.=7,924, Ελάχιστο=29, Μέγιστο=66). Το 82% των ασθενών ήταν άνδρες και το 18% γυναίκες, τα αντίστροφα ποσοστά ισχύουν για τις/τους συντρόφους τους. Όσον αφορά την εκπαίδευση ένα ποσοστό της τάξεως του 40% των ασθενών και 25% των συντρόφων είχε εκπαίδευση δημοτικού επιπέδου, 13,3% των ασθενών και 23,3% των συντρόφων είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο, 31,7% των ασθενών και 26,7% των συντρόφων το λύκειο και τέλος 15% των ασθενών και 25% των συντρόφων είχαν ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση.

Σχετικά με τους τύπους των καρδιολογικών ασθενειών των συμμετεχόντων, το 63,3% των ασθενών είχε λάβει διάγνωση στεφανιαίας νόσου, το 16,7% διαταραχές καρδιακής βαλβίδας, το 18,3% καρδιακή ανεπάρκεια και 1,7% συγγενή καρδιοπάθεια. Το 51% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση εξαιτίας του καρδιολογικού προβλήματος, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών (92%) είχε νοσηλευτεί για τον ίδιο λόγο. Τα χρόνια γάμου μεταξύ των συζύγων κυμαίνονταν από 8 έως 40.



Εικόνα 1: Τύποι καρδιολογικών ασθενειών των συμμετεχόντων (ασθενών) στην έρευνα (N= 60 άτομα)



Εικόνα 2: Φύλο ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα (N=60 άτομα) (τα αντίθετα ποσοστά ισχύουν για το φύλο των συντρόφων τους που συμμετείχαν στην έρευνα).

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Συναίσθηματα φόβου και χαράς: Το συναίσθημα του φόβου και αυτό της χαράς αξιολογήθηκαν με βάση την Κλίμακα Διαφορικών Συναισθημάτων (Izard, 1972). Η κλίμακα περιλαμβάνει 67 ερωτήματα σε 11 υποκλίμακες που αφορούν διαφορετικούς τύπους συναίσθηματος: ενδιαφέρον, χαρά, έκπληξη, δυσφορία, απέχθεια, ενοχή, ντροπή, φόβος, περιφρόνηση και αίσθημα κούρασης. Στην παρούσα μελέτη συμπεριλάβαμε μόνο την κλίμακα της χαράς και την κλίμακα του φόβου. Οι συμμετέχοντες/-ουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια κλίμακα διαβάθμισης από το 1 (πολύ ελαφρώς ή καθόλου) έως το 5 (πολύ έντονα), για το πώς αισθάνονται την τελευταία περίοδο με βάση τα 8 επίθετα της υποκλίμακας του φόβου (τρομαγμένος, νευρικός, έντρομος, φοβισμένος, τρεμάμενος, ανεπαρκής, ανήσυχος, πανικόβλητος) και της χαράς (ευχαριστημένος, πανευτυχής, εκστασιασμένος, χαρούμενος, καλόκαρδος, ενεργητικός, ενθουσιώδης, ευτυχισμένος). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) για την κλίμακα του φόβου ήταν .79 και για την κλίμακα της χαράς .78, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συντρόφους.

Τύποι δεσμού: Για την μέτρηση του τύπου δεσμού χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (Experiences in Close Relationships Scale- ECR, Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Καφέτσιος, 2002) η οποία αποτελείται από 36 ερωτήματα τα οποία κατατάσσονται σε δυο διαστάσεις (αγχώδης – αποφευκτικός τύπος δεσμού) και αναφέρεται στο πώς τα άτομα αισθάνονται σε ερωτικές σχέσεις δεσμούς γενικά. Η απαντητική κλίμακα κυμαίνεται από το 1 έως το 5 (1=διαφωνώ, 5=συμφωνώ). Τα ερωτήματα όπως για παράδειγμα «Ανησυχώ αρκετά ότι ο σύντροφός μου θα με αφήσει», «Δεν νιώθω άνετα όταν ο σύντροφός μου θέλει να έρθει πολύ κοντά μου» αντιστοιχούν στον αγχώδη/έμμονο τύπο δεσμού και στον

τύπο δεσμού αποφυγής. Οι δείκτες αξιοπιστίας για ασθενείς και συντρόφους στην συγκεκριμένη κλίμακα ήταν αγχώδης τύπος δεσμού Cronbach α .85 και για τον αποφυγής .84.

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών και συντρόφων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Short-Form Health Survey (SF-36) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005.) στην έκδοση RAND. Το SF-36 χωρίζεται σε δύο κλίμακες, την κλίμακα σωματικής υγείας και την κλίμακα ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, που αξιολογούν 8 διαφορετικές συνιστώσες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής: τη σωματική λειτουργικότητα, τους περιορισμούς ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, τους περιορισμούς ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, και την ψυχική υγεία. Κάθε διάσταση βαθμολογείται από 0 μέχρι 100. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδεικνύει και καλύτερο επίπεδο υγείας.

Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οι διαστάσεις που αφορούν τη γενική υγεία, τους περιορισμούς ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, ο σωματικός πόνος, ενώ οι ερωτήσεις που αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητα τροποποιήθηκαν και στους ασθενείς και στους συντρόφους ώστε να αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων υγείας σωματικής ή ψυχολογικής του/της συζύγου του.

Αναλυτικά για την γενική υγεία (5 ερωτήματα) σε μια απαντητική κλίμακα από το 1 (εντελώς αλήθεια/άριστη) έως το 5 (εντελώς ψέμα/κακή) οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν για τέσσερα ερωτήματα «πόσο αληθείς ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική τους περίπτωση» (π.χ. «Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει») και «Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι» σε μια κλίμακα πάλι

από το 1 έως το 5 (πολύ καλή έως κακή) . Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach α) για τη γενική υγεία ήταν .74 για τους ασθενείς .60. Η διάσταση περιορισμοί ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων «τις τελευταίες εβδομάδες πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος» περιλαμβάνει 3 ερωτήματα (π.χ. «Κάνατε λιγότερα από όσα θέλατε») και μια απαντητική κλίμακα 1 έως 5 (συνεχώς έως καθόλου αντίστοιχα). Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach α) ήταν .83 και για τους ασθενείς και για τους συντρόφους. Η διάσταση του σωματικού πόνου αποτελείται από δυο ερωτήματα «Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες εβδομάδες» σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5 (1=καθόλου, 5=πολύ έντονο) και «Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία έξω ή μέσα από το σπίτι» (1=καθόλου και 5=υπερβολικά). Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach α) για τη διάσταση του πόνου ήταν .92 και για τον/την ασθενή και για τον/την σύντροφο.

Η διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας, τα δυο ερωτήματα πόσο και σε ποιο βαθμό «Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επισκέψεις σε φίλους/συγγενείς) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα» τροποποιήθηκαν ως εξής πόσο και σε ποιο βαθμό «Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επισκέψεις σε φίλους/συγγενείς) η κατάσταση της σωματικής υγείας ή συναισθηματικά προβλήματα του/της συζύγου σας». Με στόχο να αντανakλούν την αντιλαμβανόμενη κοινωνική επιβάρυνση από τον/την σύζυγο. Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach α) για τη διάσταση αυτή ήταν .89 και για τον/την ασθενή και για τον/την σύντροφο.

Στατιστική Ανάλυση

Για να μελετήσουμε την αλληλεξάρτηση των συναισθημάτων της χαράς και του φόβου, αλλά και του δεσμού (αποφυγή, εμμονή) ασθενούς και συντρόφου και τις επιδράσεις τους στις μεταβλητές της ποιότητας ζωής ασθενούς και συντρόφου που συμπεριλάβαμε στην μελέτη (δηλαδή γενική υγεία, περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών δυσκολιών, σωματικός πόνος και κοινωνική επιβάρυνση) χρησιμοποιήσαμε το Μοντέλο Αλληλεξάρτησης Δρώντος-Συντρόφου (Actor- Partner Interdependence Model-APIM, Kenny, Kashy & Cook, 2006).

Το Μοντέλο Αλληλεξάρτησης Δρώντος- Συντρόφου αποτελεί ένα μοντέλο ανάλυσης δυαδικών σχέσεων, το οποίο λαμβάνει υπόψη του την αλληλεξάρτηση που υπάρχει στα πλαίσια της δυάδας και χρησιμοποιεί κατάλληλες στατιστικές τεχνικές για την μέτρησή τους (Cook & Kenny, 2006). Το APIM επιτρέπει την εξέταση μεταβλητών σε ατομικό επίπεδο, μελετώντας παράλληλα και την αλληλεπίδραση των μελών του ζευγαριού σε δυαδικό επίπεδο. Συγκεκριμένα εξετάζει τη σχέση της ανεξάρτητης μεταβλητής ως προβλεπτικού παράγοντα για την εξαρτημένη για κάθε άτομο ξεχωριστά (η σχέση αυτή αναφέρεται ως actor effect) αλλά και τη σχέση της ανεξάρτητης μεταβλητής του ενός συντρόφου ως προβλεπτικού παράγοντα για την εξαρτημένη μεταβλητή του άλλου συντρόφου (partner effect).

Για την ανάλυση των δυαδικών δεδομένων σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο εφαρμόσαμε δομικά μοντέλα εξισώσεων χρησιμοποιώντας το LISREL 8.54 (Jöreskog & Sörbom, 1996b). Επειδή η εισαγωγή των συναισθημάτων και του δεσμού ταυτόχρονα στο ίδιο μοντέλο δεν ήταν δυνατή και διακινδύνευε την αξιοπιστία των ευρημάτων μας, δημιουργήσαμε δυο διαφορετικά μοντέλα δομικών εξισώσεων για κάθε δυάδα ανεξάρτητων μεταβλητών. Στις πρώτες αναλύσεις τα

συναισθήματα φόβος και θυμός είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ οι εξαρτημένες είναι η γενική υγεία, ο περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών δυσκολιών, ο σωματικός πόνος και η κοινωνική επιβάρυνση. Στη συνέχεια οι τύποι δεσμού, δεσμός αποφυγής (αποφυγή) και αγχώδης-έμμοнос δεσμός (εμμονή) είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ οι εξαρτημένες είναι και πάλι η γενική υγεία, ο περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών δυσκολιών (ρόλος-συναισθηματικός), ο σωματικός πόνος και η κοινωνική επιβάρυνση.

7. Αποτελέσματα

Αλληλοσυσχετίσεις των συναισθημάτων φόβου και χαράς και των τύπων δεσμού (αποφυγή, εμμονή) με τη γενική υγεία, τον περιορισμό ρόλου λόγω συναισθηματικών δυσκολιών (ρόλος-συναισθηματικός), τον σωματικό πόνο και την κοινωνική λειτουργικότητα λόγω συναισθηματικών προβλημάτων του/της συζύγου.

Αρχικά διεξήχθη έλεγχος συσχέτισης μεταξύ όλων των μεταβλητών με τη βοήθεια του συντελεστή Pearson. Οι αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Όπως αναφέρουμε και παραπάνω όσον αφορά στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που συμπεριλάβαμε στην έρευνα, η υψηλότερη βαθμολογία τους αντανακλά καλύτερο επίπεδο υγείας. Κατά συνέπεια, για την αποφυγή σύγκρισης των αποτελεσμάτων θα πρέπει να σημειώσουμε ότι υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις του σωματικού πόνου και των περιορισμών ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων (συναισθηματικός- ρόλος) υποδεικνύει λιγότερο σωματικό πόνο και λιγότερους περιορισμούς εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων αντίστοιχα.

7.1 Συσχετίσεις φόβου, χαράς και διαστάσεων ποιότητας ζωής ασθενούς και συντρόφου μεταξύ τους

Αναλυτικά παρατηρούμε ότι η χαρά του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη γενική του υγεία ($r = .309, p < 0.05$) και τον πόνο του ασθενούς ($r = .419, p < 0.01$), καθώς και με τη γενική υγεία του συντρόφου ($r =$

.277, $p < 0.05$). Ο φόβος του ασθενούς σχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τη γενική του υγεία ($r = -.550$, $p < 0.01$), τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός ($r = -.393$, $p < 0.01$) και τον σωματικό πόνο ($r = -.406$, $p < 0.01$). Η χαρά του συντρόφου εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη γενική του υγεία ($r = .293$, $p < 0.05$), ενώ ο φόβος του σχετίζεται αρνητικά με τη γενική του υγεία ($r = -.416$, $p < 0.01$), τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του ίδιου ($r = -.503$, $p < 0.01$), και την κοινωνική του λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου του ($r = -.398$, $p < 0.01$).

Όσον αφορά την χαρά και τον φόβο του ασθενούς παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους ($r = -.287$, $p < 0.05$), ενώ δεν παρατηρείται κάτι παρόμοιο για τις αντίστοιχες μεταβλητές στον σύντροφο. Ενώ αναφορικά με την αλληλοσυσχέτιση των συναισθημάτων του ασθενούς με τα συναισθήματα του συντρόφου, παρατηρούμε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μόνο στο συναίσθημα της χαράς ($r = .268$, $p < 0.05$).

7.2 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών του ασθενούς μεταξύ τους

Ακόμη σχετικά με τις συσχετίσεις των εξαρτημένων μεταβλητών του ασθενούς μεταξύ τους παρατηρούμε ότι η γενική υγεία του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός ($r = .434$, $p < 0.01$), την κοινωνική λειτουργικότητα του εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου του ($r = .261$, $p < 0.05$) και με τον σωματικό του πόνο ($r = .515$, $p < 0.01$). Ενώ βλέπουμε ότι η μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του ασθενούς, πέρα από τη γενική υγεία του ίδιου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά και με την κοινωνική του

λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου του ($r = .308, p < 0.05$) καθώς και με τον σωματικό πόνο ($r = .308, p < 0.05$).

7.3 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών του συντρόφου μεταξύ τους

Σχετικά με τις αλληλοσυσχετίσεις των εξαρτημένων μεταβλητών του συντρόφου παρατηρούμε ότι η γενική του υγεία εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του ίδιου ($r = .445, p < 0.01$) και με την κοινωνική του λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου του ($r = .433, p < 0.01$), οι οποίες επίσης συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους ($r = .513, p < 0.01$).

7.4 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών ασθενών και συντρόφων μεταξύ τους

Η γενική υγεία του συντρόφου εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τον σωματικό πόνο του ασθενούς ($r = .387, p < 0.01$). Η μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του συντρόφου εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αντίστοιχη μεταβλητή του ασθενούς ($r = .307, p < 0.05$), καθώς και με τον σωματικό πόνο του ασθενούς ($r = .260, p < 0.05$). Τέλος η κοινωνική λειτουργικότητα του συντρόφου εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη γενική υγεία του ασθενούς ($r = .421, p < 0.01$), τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του ασθενούς ($r = .512, p < 0.01$), καθώς και με τον σωματικό πόνο του ασθενούς ($r = .318, p < 0.05$).

7.5 Συσχετίσεις μεταβλητών τύπου δεσμού (αποφυγή-εμμογή) με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής ασθενούς και συντρόφου

Ο αγχώδης/έμμομος τύπος δεσμού του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του ασθενούς ($r = -.277, p < 0.05$) καθώς και με τον σωματικό του πόνο ($r = -.292, p < 0.05$), ενώ ο τύπος αποφυγής του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη γενική υγεία του συντρόφου ($r = -.390, p < 0.01$). Ο τύπος αποφυγής του συντρόφου εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη γενική υγεία του συντρόφου ($r = -.349, p < 0.01$) καθώς και με τη μεταβλητή ρόλος-συναισθηματικός του συντρόφου ($r = -.294, p < 0.05$). Επίσης, η αποφυγή ασθενούς και συντρόφου συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά θετικά μεταξύ τους ($r = .319, p < 0.05$).

Τέλος αν και τα συναισθήματα και οι τύποι δεσμού δεν κατέστη δυνατό να συμπεριληφθούν στο ίδιο μοντέλο ανάλυσης στην έρευνά μας, όσον αφορά τις αλληλοσυσχετίσεις συναισθημάτων και τύπων δεσμού των δυο συντρόφων, παρατηρούμε ότι η αποφυγή του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την χαρά του ασθενούς ($r = -.294, p < 0.05$) και του συντρόφου ($r = -.314, p < 0.05$), ενώ η εμμογή του ασθενούς εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τον φόβο του ασθενούς ($r = .318, p < 0.05$) και η εμμογή του συντρόφου με το φόβο του συντρόφου ($r = .302, p < 0.05$).

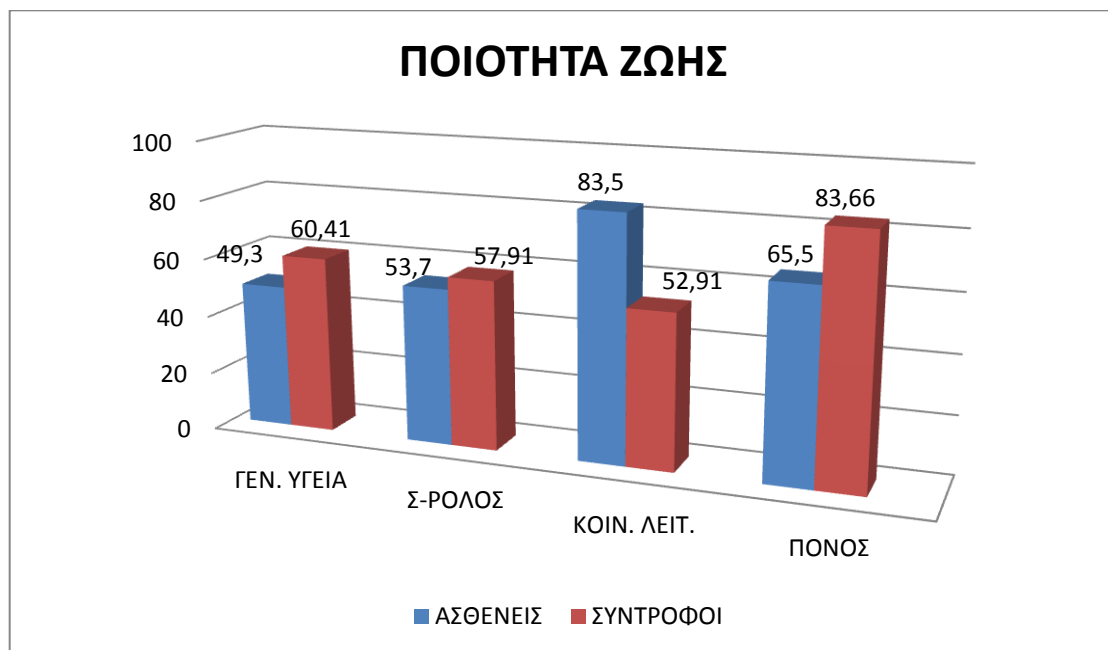
Πίνακας 1.

Αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών ασθενών και συντρόφων

	M.O.	T.A.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ΓΕΝ. ΥΓΕΙΑ ΑΣΘ.	49,3	22,3	1															
Σ-ΡΟΛΟΣ ΑΣΘ.	53,7	30,08	,434**	1														
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤ. ΑΣΘ.	83,5	22,3	,261*	,308*	1													
ΠΟΝΟΣ ΑΣΘ.	65,5	31,5	,515**	,477**	,214	1												
ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΣΘ.	2,93	0,63	-,029	-,063	-,153	-,198	1											
ΕΜΜΟΝΗ ΑΣΘ.	3,06	0,74	-,116	-,277*	-,062	-,292*	,056	1										
ΧΑΡΑ ΑΣΘ.	3,07	0,75	,309*	,109	-,202	,419**	-,292*	,066	1									
ΦΟΒΟΣ ΑΣΘ.	2,41	0,81	-,550**	-,393**	-,041	-,406**	,104	,318*	-,287*	1								
ΓΕΝ. ΥΓΕΙΑ ΣΥΝ.	60,41	17,59	,072	,110	,066	,387**	-,390**	,005	,277*	-,038	1							
Σ-ΡΟΛΟΣ ΣΥΝ.	57,91	28,55	,036	,307*	,091	,260*	-,145	-,013	,136	,085	,445**	1						
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤ. ΣΥΝ.	52,91	24,28	,421**	,512**	,129	,318*	-,029	-,145	,101	-,230	,433**	,513**	1					
ΠΟΝΟΣ ΣΥΝ.	83,66	22,93	,023	,157	,221	-,004	,064	-,118	-,126	-,029	,071	,110	,091	1				
ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΝ.	2,86	0,57	,131	-,031	-,064	-,022	,319*	-,009	-,030	,047	-,349**	-,294*	-,249	-,128	1			
ΕΜΜΟΝΗ ΣΥΝ.	3,23	0,70	-,156	-,053	,199	,021	,111	,240	,059	,194	-,192	-,086	-,196	,113	,097	1		
ΧΑΡΑ ΣΥΝ.	3,15	0,59	,083	-,137	,031	,137	-,314*	-,037	,268*	,009	,293*	,171	,045	-,051	-,241	,032	1	
ΦΟΒΟΣ ΣΥΝ.	2,44	0,84	,104	-,118	,103	-,018	,092	-,003	-,143	-,209	-,416**	-,503**	-,398**	-,027	,166	,302*	-,206	1

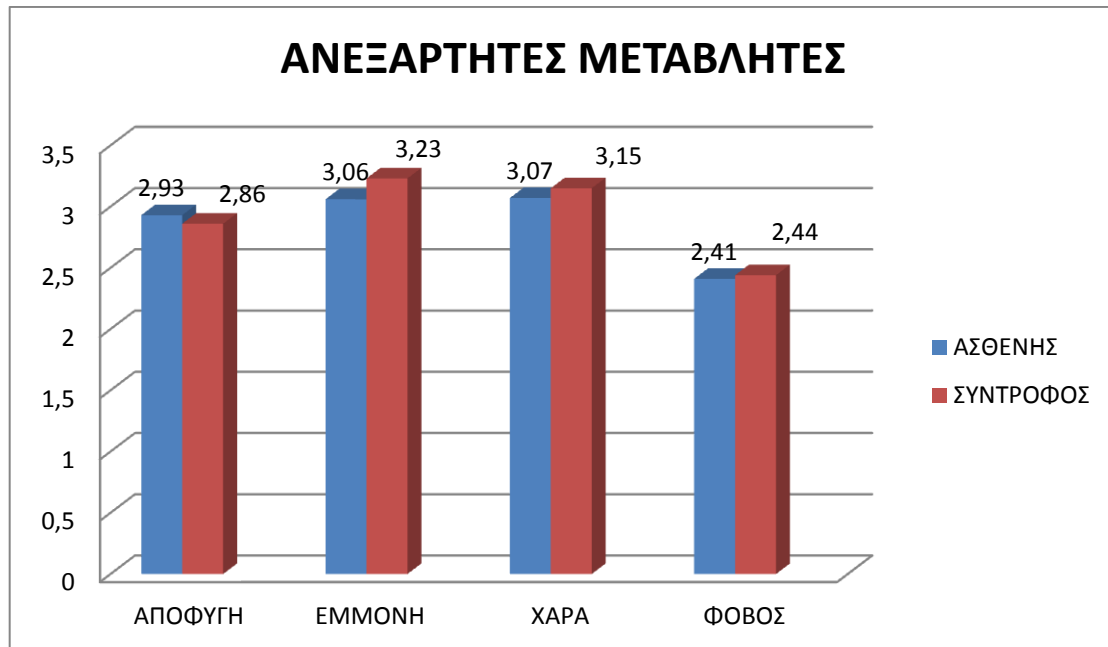
Σημείωση 1.: ΜΟ= Μέσος όρος. ΤΑ= Τυπική απόκλιση *p<0.05, **p<0.01

Σημείωση 2.: Στις μεταβλητές πόνος και ρόλος-συναισθηματικός, όπως και σε όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής στον πίνακα υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει καλύτερη υγεία δηλ. αναφορικά με αυτές λιγότερο πόνο και λιγότερους περιορισμούς αντίστοιχα.



Εικόνα 3. Μέσοι όροι ασθενών και συντρόφων (N=120 άτομα) στις διαστάσεις ποιότητας ζωής που συμπεριλήφθησαν στη μέλετη.

Σημείωση: Υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής αντανακλά καλύτερη υγεία. «Σ-ρόλος» (περιορισμοί ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων) και «πόνος» (σωματικός), υψηλότερη βαθμολογία μεταφράζεται ως λιγότεροι περιορισμοί και λιγότερο σωματικό πόνο αντίστοιχα.



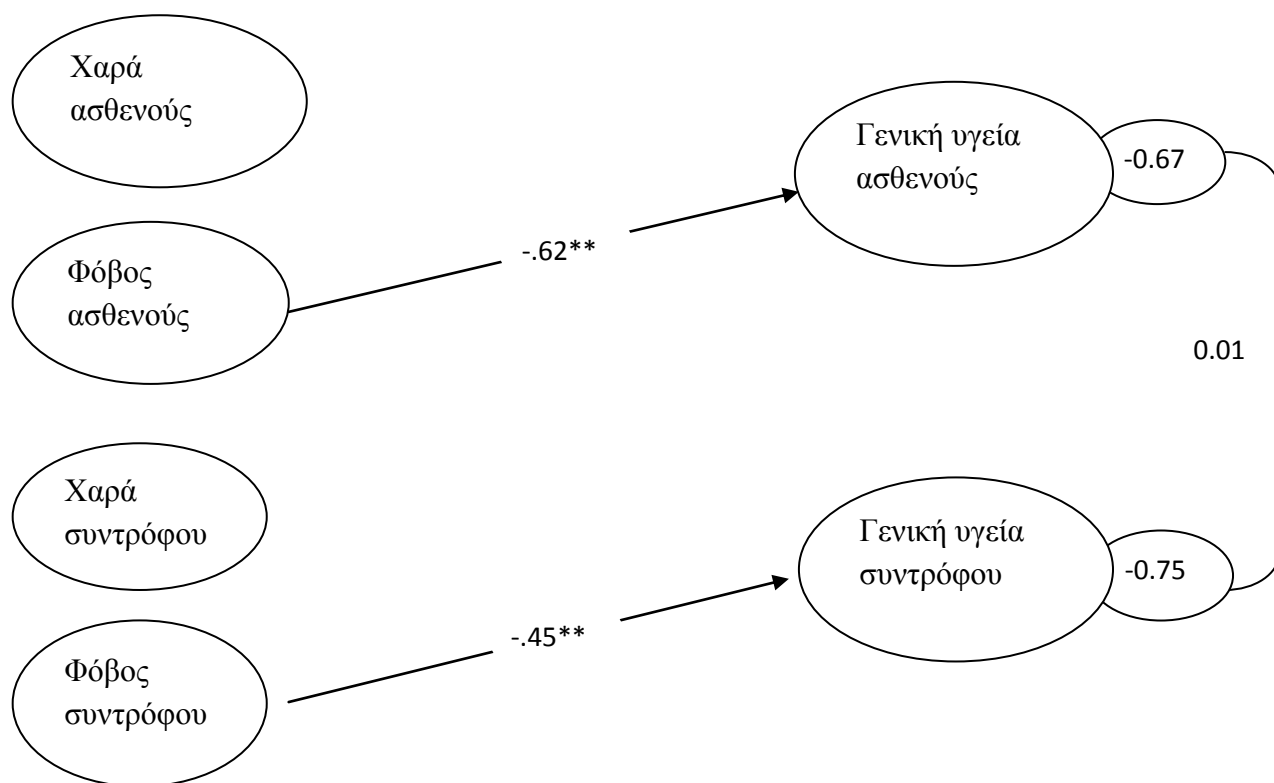
Εικόνα 4. Μέσοι όροι ασθενών και συντρόφων (N=120 άτομα) στις ανεξάρτητες μεταβλητές τόσο στο πρώτο κομμάτι της ανάλυσης (ανεξάρτητες: χαρά-φόβος) όσο και στο δεύτερο (ανεξάρτητες: έμμονος τύπος δεσμού και τύπος αποφυγής)

7.6 Αναλύσεις δομικών εξισώσεων

Αρχικά στα Σχήματα 1, 2, 3 και 4 παρουσιάζονται τα μοντέλα με ανεξάρτητες μεταβλητές τα συναισθήματα και στη συνέχεια στα σχήματα 5, 6 και 7 τα μοντέλα με ανεξάρτητες μεταβλητές τους τύπους δεσμού. Εξαιτίας του ότι η μεταβλητή «κοινωνική λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου» δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην ανάλυση του μοντέλου με τους τύπους δεσμού, δεν παρατίθεται παρακάτω.

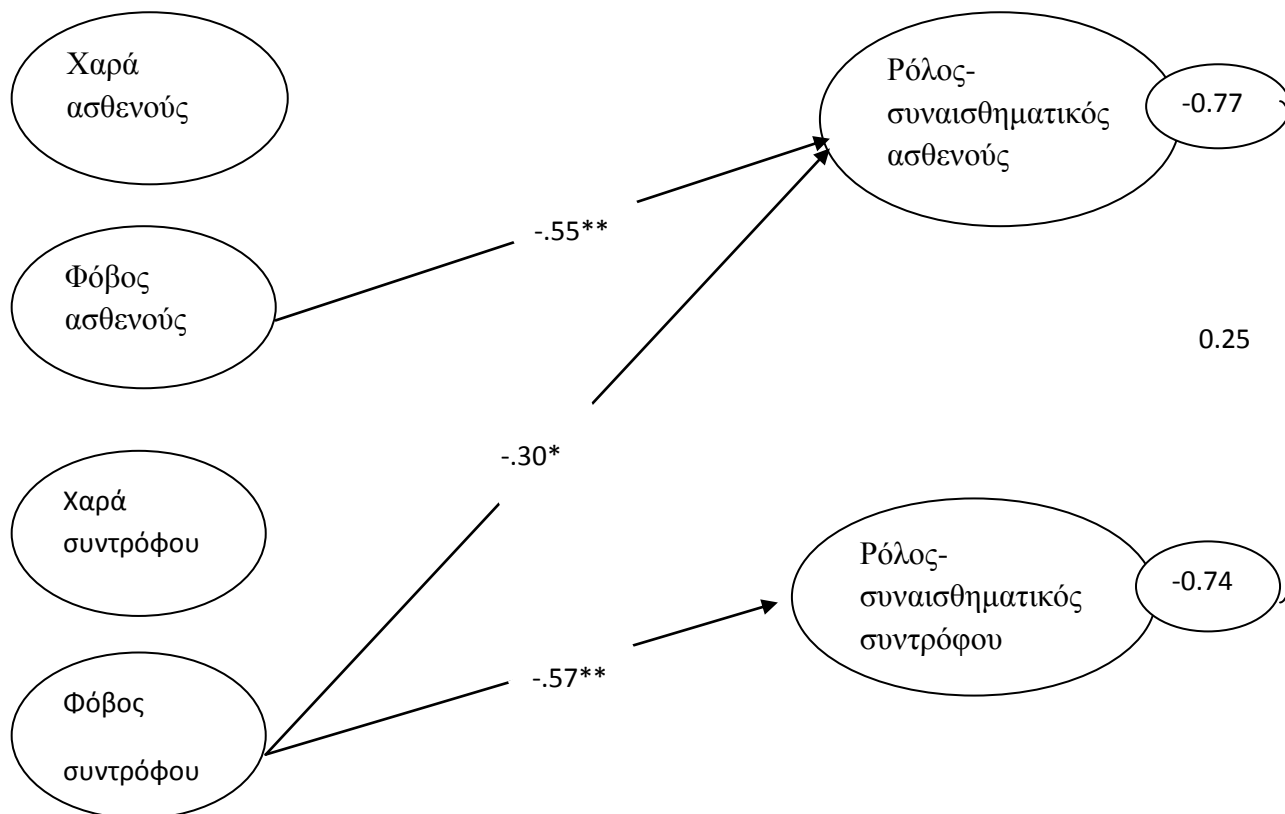
Όσον αφορά στο Σχήμα 1 και την επίδραση της χαράς και του φόβου στη γενική υγεία, βλέπουμε ότι τόσο ο φόβος του ασθενούς όσο και ο φόβος του συντρόφου επιδρούν στην αυτο-αναφερόμενη γενική τους υγεία (actor effects). Δεν παρατηρείται καμία επίδραση της χαράς, ούτε κάποια αλληλεπίδραση των συναισθημάτων αυτών σε δυαδικό επίπεδο. Σχετικά με τους περιορισμούς ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων (ρόλος-συναισθηματικός) στο Σχήμα 2, τόσο ο φόβος του ίδιου του ασθενούς (actor effect) αλλά και ο φόβος του συντρόφου του (partner effect) συνδέονται με τους περιορισμούς που αναφέρει ο ασθενής στην καθημερινότητα. Όσον αφορά τον σύντροφο, μόνο ο δικός του φόβος σχετίζεται με τη συγκεκριμένη μεταβλητή (actor effect).

Η κοινωνική λειτουργικότητα του συντρόφου εξαιτίας προβλημάτων (σωματικών ή ψυχολογικών) του/της συζύγου στο Σχήμα 3 σχετίζεται με το φόβο του ίδιου (actor effect), ενώ προβλέπεται επίσης και από το φόβο του ασθενούς (partner effect). Η ίδια μεταβλητή του ασθενούς δεν προβλέπεται από καμία από τις ανεξάρτητες. Τέλος στο Σχήμα 4 μόνο ο σωματικός πόνος του ασθενούς σχετίζεται με τις ανεξάρτητες μεταβλητές στο συγκεκριμένο μοντέλο και συγκεκριμένα με τα επίπεδα χαράς που αναφέρει ο ίδιος (actor effect), αλλά και με τον φόβο του/της συντρόφου του (partner effect).



$**p < 0.01$

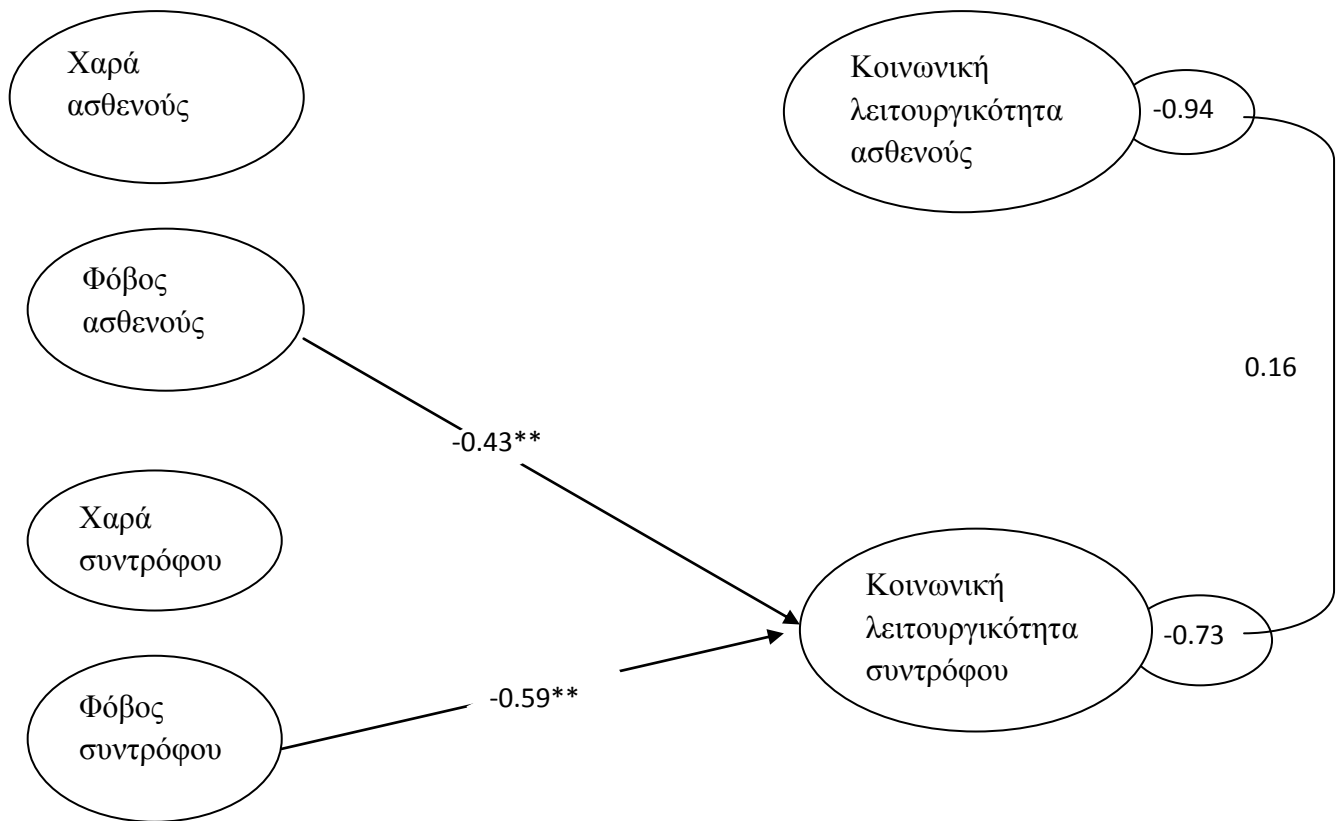
Σχήμα 1. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για την γενική υγεία (N=60 ζευγάρια).



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

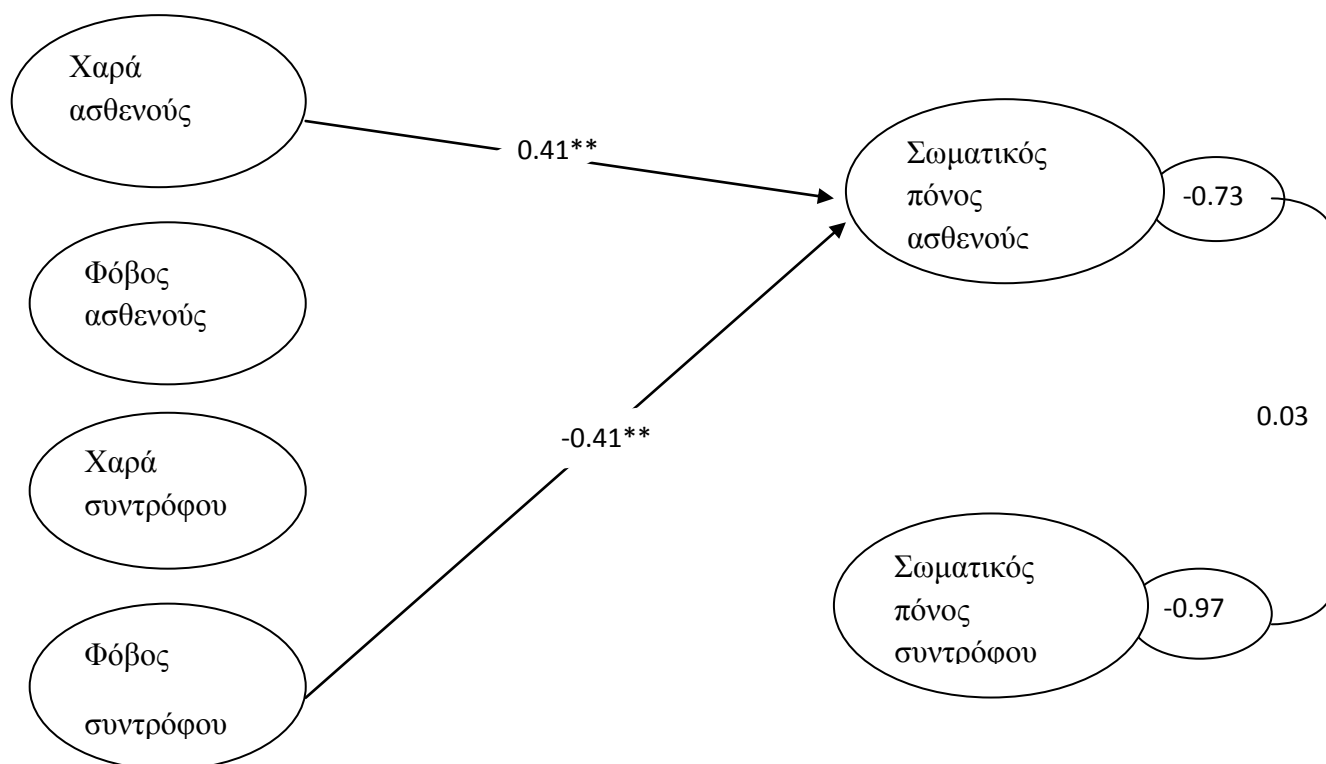
Σχήμα 2. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για τους περιορισμούς ρόλου εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου (ρόλος-συναισθηματικός) (N=60 ζευγάρια).

Σημείωση: Υψηλότερη βαθμολογία στη μεταβλητή ρόλος – συναισθηματικός υποδηλώνει λιγότερους περιορισμούς στην καθημερινότητα εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων



** $p < 0.01$

Σχήμα 3. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για την κοινωνική λειτουργικότητα εξαιτίας προβλημάτων του/της συζυγού (N=60 ζευγάρια).

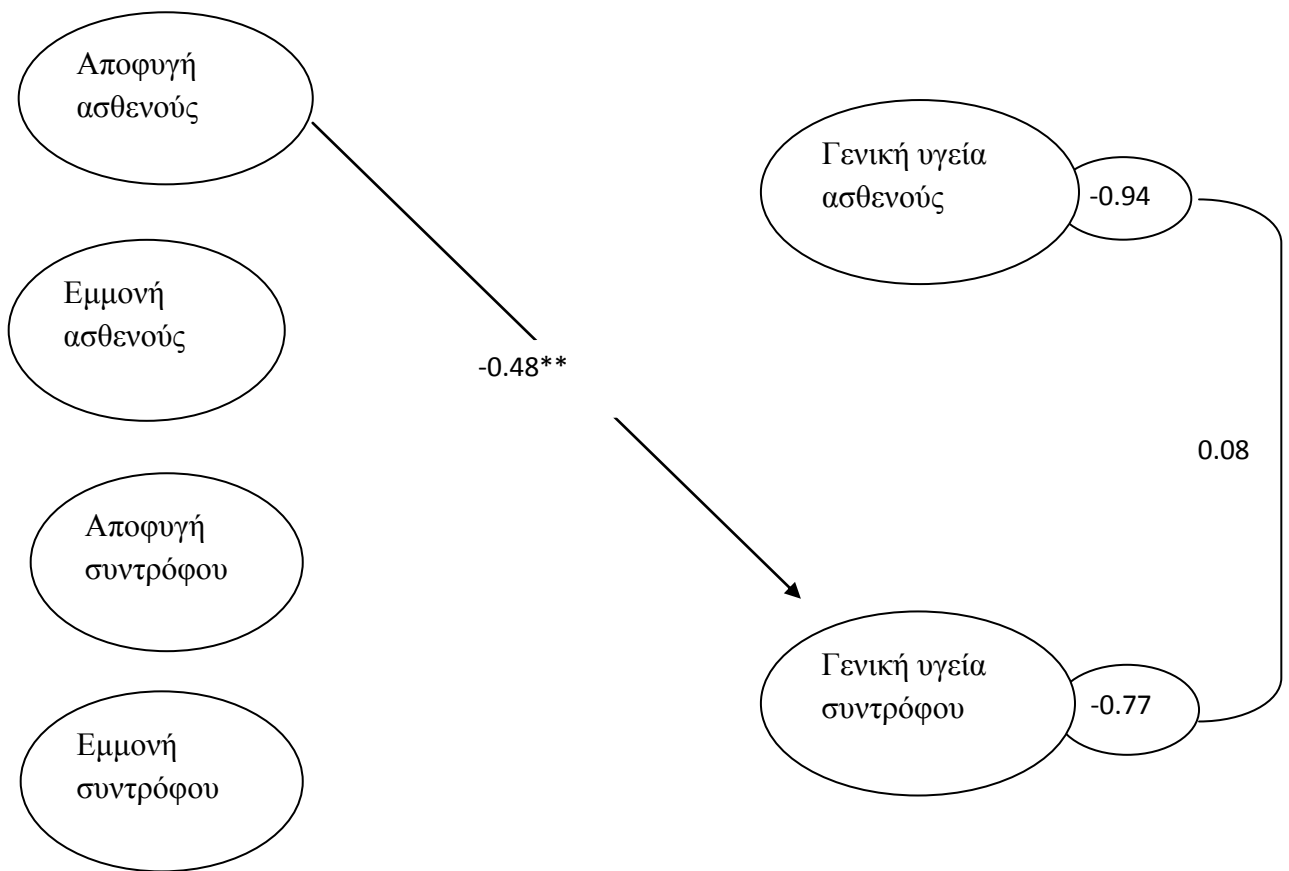


** $p < 0.01$

Σχήμα 4. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για τον σωματικό πόνο (N=60 ζευγάρια).

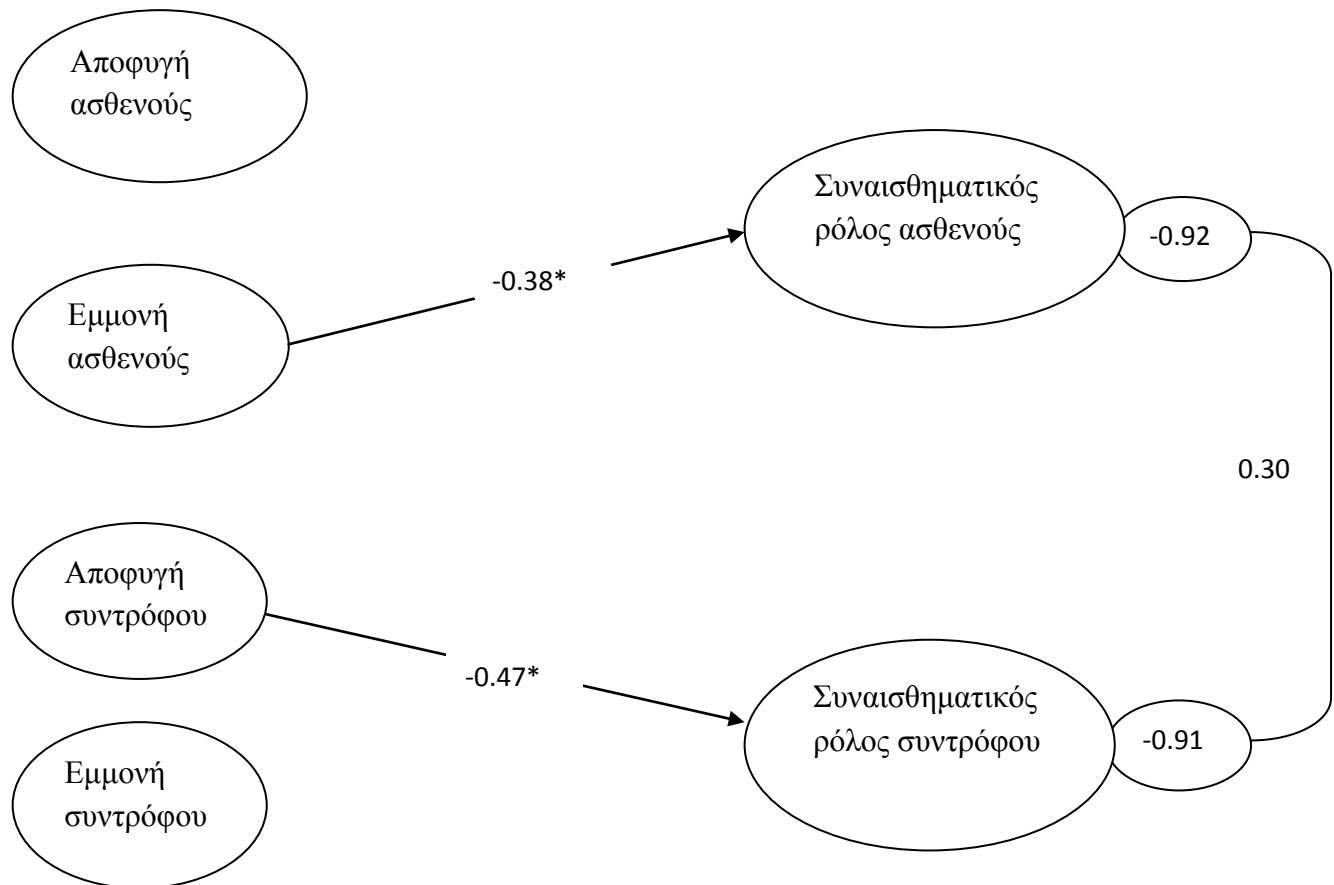
Σημείωση: Υψηλότερη βαθμολογία στη μεταβλητή σωματικός πόνος υποδηλώνει λιγότερο σωματικό πόνο.

Όσον αφορά τη σχέση του αγχώδους τύπου δεσμού (εμμονή) και του τύπου αποφυγής στη γενική υγεία ασθενών και συντρόφων, στο Σχήμα 5 παρατηρούμε ότι η μόνη σημαντική σχέση είναι αυτή μεταξύ της αποφυγής του ασθενούς με τη γενική υγεία του/της συντρόφου (partner effect). Στο Σχήμα 5 η εμμονή του ασθενούς σχετίζεται με τους περιορισμούς ρόλου του ίδιου του ασθενούς εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων (actor effect), ενώ η αποφυγή του/της συντρόφου με την αναφορά παρόμοιων περιορισμών για τον/την ίδιο/-α (actor effect). Τέλος στο Σχήμα 6 η εμμονή του ασθενούς σχετίζεται με τον σωματικό πόνο του ίδιου (actor effect).



$**p < 0.01$

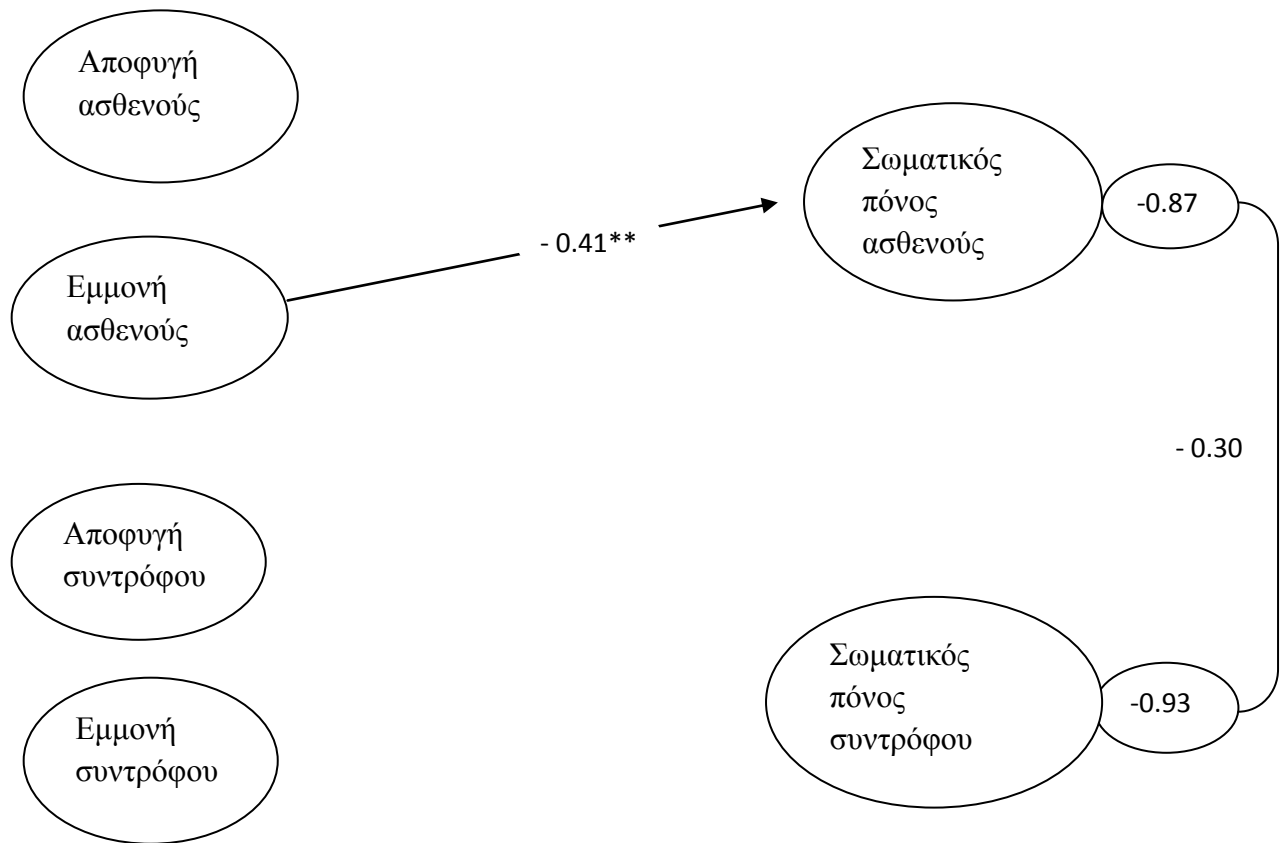
Σχήμα 5. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για τη γενική υγεία (N=60 ζευγάρια).



* $p < 0.05$

Σχήμα 6. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για τους περιορισμούς ρόλου εξαιτίας προβλημάτων του/της συζύγου (ρόλος-συναισθηματικός (N=60 ζευγάρια).

Σημείωση: Υψηλότερη βαθμολογία στη μεταβλητή ρόλος – συναισθηματικός υποδηλώνει λιγότερους περιορισμούς εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων



** $p < 0.01$

Σχήμα 7. Συντελεστές βήτα (beta – coefficients) από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις δρώντος-συντρόφου (actor - partner effects) για τον σωματικό πόνο (N=60 ζευγάρια).

Σημείωση: Υψηλότερη βαθμολογία στη μεταβλητή σωματικός πόνος υποδηλώνει λιγότερο σωματικό πόνο.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1 Συναισθήματα και διαστάσεις ποιότητας ζωής

Το συναίσθημα αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης αλλά και εξέλιξης της υγείας των ατόμων που αντιμετωπίζουν μια καρδιολογική ασθένεια (Sirois & Burg, 2003), ενώ μελέτες δείχνουν ότι στις συντροφικές/συζυγικές σχέσεις συναισθηματικοί παράγοντες καθώς και παράγοντες γενικότερης υγείας/λειτουργικότητας τείνουν να συσχετίζονται μεταξύ των δυο συντρόφων (Bookwala & Schulz, 1996; Meyler, Stimpson, & Peek, 2007). Η φύση των χρόνιων ασθενειών και οι αλλαγές που συνεπάγονται με τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας (αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες, μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή) επηρεάζουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον (Dalteg et al., υπό δημοσίευση).

Ο πρώτος στόχος μας στην παρούσα εργασία ήταν να διερευνήσουμε τις ατομικές και δυαδικές επιδράσεις των συναισθημάτων, επικεντρώνοντας στο φόβο και τη χαρά, στην ποιότητα ζωής των καρδιολογικών ασθενών και των συντρόφων τους.

Από τα αποτελέσματά μας παρατηρούμε ότι ο φόβος αποδεικνύεται ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης από ότι η χαρά στις περισσότερες αναλύσεις. Ο φόβος σε ατομικό επίπεδο επηρεάζει τις αξιολογήσεις ασθενών και συντρόφων για την τωρινή και τη μελλοντική κατάσταση της υγείας τους, ενώ αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό δείκτη για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα στα πλαίσια των συνηθισμένων ρόλων τους. Το συναίσθημα του φόβου και η συγγενής έννοιά του το άγχος, αναφέρονται συχνά στη βιβλιογραφία ως βασικά συμπτώματα των καρδιολογικών ασθενών αλλά και των συντρόφων τους και ως

παράγοντες που λειτουργούν επιβαρυντικά στην υγεία τους (π.χ. Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas, & Sparrow, 2006; Moser, Dracup, & Marsden, 1993).

Έρευνες στα πλαίσια των διαταραχών πανικού έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση του φόβου και του άγχους με την καταστροφοποίηση, την σχεδόν αυτόματη γνωστική αποτίμηση σωματικών συμπτωμάτων ή εξωτερικών ερεθισμάτων ως απειλητικών και τη σύνδεσή τους με χειρότερες πεποιθήσεις για τη γενική υγεία (π.χ. Gregor, Zvolensky & Yartz, 2005; Schmidt, Joiner, Staab, & Williams, 2003). Καρδιολογικές παθήσεις όπως η στηθάγχη, η υπέρταση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά που βιώνει το άτομο κατά την κρίση πανικού (Korczak, Goldstein, & Levitt, 2007), ενώ έχει φανεί ότι στους καρδιολογικούς ασθενείς παρόμοιες διαταραχές συναντώνται περισσότερο από ότι στον γενικό πληθυσμό (Morris, Baker, Devins, & Shapiro, 1997). Εδώ δεν θα θέλαμε να υπονοηθεί ότι όλοι οι καρδιολογικοί ασθενείς πάσχουν από παρόμοιες διαταραχές, αλλά ότι η εμπειρία της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα φόβου, και κατ' επέκταση οι γνωστικές λειτουργίες που σχετίζονται με τον φόβο να συμβάλλουν σε χειρότερες αναφορές, προβλέψεις ή εκτιμήσεις της υγείας του ατόμου.

Η διάγνωση της καρδιολογικής ασθένειας καθώς και πιθανές μετέπειτα επιπλοκές της ή επανεμφάνιση/χειροτέρευση των συμπτωμάτων, εκλαμβάνονται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους συντρόφους σαν απειλή ή κρίση (π.χ. Barnason, Zimmerman, Nieveen, Schulz, & Young, 2012; Sanjuan, Ruiz, & Perez, 2011). Η γνωστική αντίληψη της ασθένειας σαν κάτι πέρα από τον έλεγχο τους, έχει φανεί ότι μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος στο ζευγάρι (Benyamini, Medalion, & Garfinkel, 2006; Moser & Dracup, 2000) και ένα συναίσθημα όπως ο φόβος, του οποίου οι γνωστικοί

παράγοντες σχετίζονται με την αντίληψη κινδύνου και με περισσότερο απαισιόδοξες εκτιμήσεις για το μέλλον (Lerner & Keltner, 2000) φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλλει αρνητικά στην αποτίμηση της κατάστασης υγείας και σε περισσότερο απαισιόδοξη πρόγνωση για το μέλλον.

Παρόμοιες επιδράσεις του φόβου, διαπιστώνουμε και στη μεταβλητή «ρόλος-συναισθηματικός», η οποία αφορά τους περιορισμούς στα πλαίσια των καθημερινών δραστηριοτήτων και η οποία σε έρευνες με καρδιολογικούς ασθενείς δείχνει σημαντική επιβάρυνση (π.χ. Lee, Arnesen, Sandvik, Hamilton, & Bunch, 2009), ενώ υπάρχουν και έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι οι σύντροφοι των καρδιολογικών ασθενών μπορεί να έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση από ότι οι ασθενείς (π.χ. Moser & Dracup, 2004).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε ότι αν και οι ασθενείς του δείγματος μας παρουσιάζονται πιο επιβαρυνμένοι στη συγκεκριμένη διάσταση, τα επίπεδα των περιορισμών που αναφέρουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύντροφοι δεν διαφέρουν πάρα πολύ μεταξύ τους (Εικόνα 3, σελ.56, Μ. Ο. ασθενών 54, Μ.Ο. συντρόφων 58) και επιπλέον παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση. Οι Chung και συν. (2009) στην έρευνά τους για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης και του άγχους σε καρδιολογικούς ασθενείς και συντρόφους, διαπίστωσαν ότι σε επίπεδο δυαδικής αλληλεπίδρασης το αρνητικό συναίσθημα του συντρόφου προέβλεπε αρνητικά την γενικότερη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Στο δικό μας δείγμα, οι περιορισμοί που αναφέρει ότι βιώνει ο ασθενής εξαιτίας της ψυχολογικής του υγείας, πέρα από τον δικό του φόβο φαίνεται ότι προβλέπονται, αν και σε κάπως μικρότερο βαθμό και από το φόβο του συντρόφου. Ο φόβος του συντρόφου φαίνεται ότι συμβάλλει και αυτός αρνητικά στην αυτό-αναφερόμενη λειτουργικότητα ρόλου (δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών

δραστηριοτήτων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων -ρόλος-συναισθηματικός-) του ασθενούς.

Μια υπόθεση για την δυαδική αυτή επίδραση θα μπορούσε να γίνει με βάση τους ρόλους των δυο συζύγων στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας. Όπως προαναφέρθηκε και στο εισαγωγικό μέρος της παρούσας εργασίας ο φόβος συνδέεται λειτουργικά με την αποφυγή κινδύνου και την προστατευτική συμπεριφορά (Izard, 2007). Έρευνες σε χρόνιους ασθενείς έχουν δείξει ότι ασθενείς οι οποίοι εκλαμβάνουν ως υπερπροστατευτικούς τους συντρόφους τους εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, εν μέρει εξαιτίας των περιορισμών που οι σύντροφοί τους επιβάλλουν στα πλαίσια μιας διάθεσης προστασίας και αποφυγής πιθανών κινδύνων (Thompson & Sobolew-Shubin, 2010), ενώ υψηλότερα επίπεδα λειτουργικών περιορισμών των χρόνιων ασθενών φαίνεται να σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη υπερπροστατευτικότητα από τον σύντροφο (Cimarolli, Reinhardt, & Horowitz, 2006).

Ακόμη, αρνητικά συναισθήματα όπως το στρες σε μελέτη ζευγαριών που κρατούσαν καθημερινά ημερολόγια πριν από ένα στρεσογόνο γεγονός στο οποίο ο ένας από τους δυο θα συμμετείχε έδειξε ότι τα αρνητικά συναισθήματα του ενός προέβλεπαν την χαμηλότερη ικανοποίηση του άλλου για τη σχέση τη συγκεκριμένη μέρα και είχαν σαν αποτέλεσμα και τη δική του αρνητική διάθεση (Thompson & Bolger, 1999).

Σχετικά με τη διάσταση της «κοινωνικής λειτουργικότητας εξαιτίας συναισθηματικών ή σωματικών προβλημάτων του συζύγου», τα αποτελέσματα συμφωνούν με την αρχική υπόθεσή μας ότι οι σύντροφοι θα αναφέρουν υψηλότερη κοινωνική επιβάρυνση από ότι οι ασθενείς. Έχοντας το ρόλο του σωματικά υγιέστερου μέλους, οι σύντροφοι αναμένεται να αναλαμβάνουν περισσότερες

υποχρεώσεις, ρόλους που ίσως πριν την ασθένεια ήταν διαφορετικά επιμερισμένοι. Η καρδιολογική ασθένεια του συζύγου συχνά απαιτεί μεγαλύτερη διαθεσιμότητα συναισθηματικών πόρων και αποτελεί μια ιδιαίτερα πιεστική κατάσταση για τους συντρόφους (O'Farrell, Murray, & Hotz, 2000). Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική επιβάρυνση των συντρόφων εξαιτίας της υγείας του ασθενούς φαίνεται ότι επηρεάζεται σημαντικά από τα επίπεδα του δικού τους φόβου, αλλά σε επίπεδο αλληλεπίδρασης βλέπουμε ότι και ο φόβος του ασθενούς συμβάλλει επίσης σημαντικά στην αναφορά χαμηλότερης κοινωνικής λειτουργικότητας από τον σύντροφο.

Οι καρδιολογικοί ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια, οι οποίοι σε μεγάλο βαθμό θα τους ακολουθούν στο μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους. Συναισθήματα όπως ο φόβος και το άγχος αναφέρονται πολύ συχνά στη βιβλιογραφία και φαίνεται να επιβαρύνουν τον ασθενή αλλά και τη σχέση του με τον σύντροφο (Dalteg et al., υπο δημοσίευση). Έρευνες σε ασθενείς με χρόνια πόνο δείχνουν ο φόβος σαν συναίσθημα αυξάνει την ενασχόληση και την ανησυχία για συμπτώματα τα οποία μπορούν να εκληφθούν ως απειλητικά από τους ασθενείς και μπορεί να συμβάλλει περισσότερο από την πραγματική παρουσία ή ένταση του πόνου στη μείωση των δραστηριοτήτων τους (Zvolensky, Goodie, McNeil, Sperry, & Sorrel, 2001). Οι ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα συχνά αναφέρουν επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα, μείωση των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων και επαφών και οι σύντροφοί αυξημένη συναισθηματική δυσφορία και περιορισμό του προσωπικού κοινωνικού τους χρόνου, ενώ η πρόγνωση του βαθμού των επιπτώσεων αυτών επηρεάζεται κατά πολύ από τις συνήθειές τους ζεύγους στο παρελθόν (Halm, Treat-Jacobson, Lindquist, & Savik, 2007; Mayou, Foster, & Williamson, 1978). Σε περιπτώσεις που η χρόνια ασθένεια

του πάσχοντα συνοδεύεται από περισσότερα σωματικά συμπτώματα όπως πόνος και αίσθημα κούρασης, οι σύντροφοι τείνουν να αναφέρουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην προσωπική τους ζωή και μείωση των κοινωνικών τους επαφών (Baanders & Heijmans, 2007).

Όπως ήταν αναμενόμενο σχετικά με τη διάσταση του σωματικού πόνου, σε αντίθεση με την επιβάρυνση στην κοινωνική λειτουργικότητα, οι καρδιολογικοί ασθενείς είναι αυτοί που αναφέρουν σημαντικά πιο μεγάλη επιβάρυνση εδώ. Πληθώρα ερευνών έχει συνδέσει το αρνητικό συναίσθημα (κατάθλιψη, άγχος, δυσφορία) των καρδιολογικών ασθενών με αναφορά περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένου και του πόνου (π.χ. Bekelman, Havranek, Becker, Kutner, Peterson, Wittstein, et al., 2007; Godfrey, Harrison, Medves, & Tranmer, 2006; Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005). Ωστόσο το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών (φόβος) δεν αποτελεί προβλεπτική μεταβλητή στο δικό μας δείγμα ασθενών, αλλά αντίθετα η χαρά τους αποτελεί. Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι παρατηρείται μια ισοδύναμη αλλά διαφορετικής κατεύθυνσης επίδραση του φόβου του συντρόφου και της χαράς του ασθενούς στην αναφορά σωματικού πόνου.

Χαμηλότερα επίπεδα αναφοράς σωματικού πόνου, γεγονός που ταυτίζεται με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα του θετικού συναισθήματος της χαράς. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρία της Fredrickson (1998, 2001) για τα θετικά συναισθήματα και τη γενικότερη προστατευτική δράση τους αλλά και έρευνες που συσχετίζουν το θετικό συναίσθημα με μικρότερη ευαισθησία στον πόνο και αυξημένη ανθεκτικότητα (Zautra, Johnson, & Davis, 2005). Η εμπειρία του σωματικού πόνου περιλαμβάνει τόσο φυσιολογικούς όσο και συναισθηματικούς παράγοντες και όπως αναφέρουμε παραπάνω σχετίζεται

με την γνωστική αξιολόγηση του ατόμου για το ερέθισμα. Όπως αποδεικνύεται από τα δεδομένα μας η γνωστική αξιολόγηση αυτή μπορεί να επηρεάζεται με ωφέλιμο τρόπο από το θετικό συναίσθημα της χαράς αλλά και με επιβλαβή από το αρνητικό συναίσθημα του συντρόφου. Το εύρημα αυτό συνάδει με αποτελέσματα άλλων ερευνών που αποδεικνύουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα των συντρόφων επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Chung, Moser, Lennie, & Ryers, 2009), καθώς και με το ότι σε μια σχέση το αρνητικό συναίσθημα του ενός μπορεί να μειώσει το θετικό συναίσθημα του άλλου (Larson & Almeida 1999).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι τα ευρήματά μας υποστηρίζουν την υπόθεση ότι αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος πέρα από τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχουν για το ίδιο το άτομο (είτε είναι ασθενής είτε σύντροφος) λειτουργούν επιβαρυντικά και για τον σύντροφό του. Μόνο στο συναίσθημα του φόβου παρατηρούμε επιδράσεις σε δυαδικό επίπεδο. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει την ενισχυμένη επιρροή των αρνητικών συναισθημάτων στην αλληλεπίδραση με το κοντινό οικογενειακό περιβάλλον (Larson & Almeida 1999; Thompson & Bolger, 1999). Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία μετάδοσης συναισθήματος η ένταση του συναισθήματος που βιώνει κανείς αυξάνει και την πιθανότητα το συναίσθημα αυτό να μεταδοθεί με έναν ασυναίσθητο, μη λεκτικό τρόπο στους άλλους (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1994). Η πίεση και τα έντονα συναισθήματα (θυμός) που προκαλούνται σε μια μακροχρόνια πιεστική κατάσταση όπως είναι μια χρόνια ασθένεια μπορεί να εξαντλήσουν τις αντοχές των ατόμων (ζεύγους) τα οποία επηρεάζονται άμεσα από αυτή και να κυριαρχήσουν στη σχέση (Lane & Hobfoll, 1992). Το ίδιο μπορεί να ισχύει και για το επίσης ισχυρό συναίσθημα του φόβου.

Επιπρόσθετα, με βάση τα αποτελέσματα στη διάσταση του σωματικού πόνου για τους ασθενείς βλέπουμε ότι το συναίσθημα του συντρόφου μπορεί να έχει την ίδια προβλεπτική δύναμη με το συναίσθημα του ασθενούς στον σωματικό του πόνο, αλλά διαφορετική (επιβαρυντική) κατεύθυνση. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα μιας δυαδικής προσέγγισης σε κλινικό επίπεδο σχετικά με την υποστήριξη των καρδιολογικών ασθενών, των οποίων η πρόγνωση επηρεάζεται σημαντικά από τη συναισθηματική κατάσταση των συντρόφων από ότι βλέπουμε ακόμα και σε σωματικό επίπεδο και μπορεί να «εξουδετερώσει» θετικά συναισθήματα και συναισθηματικούς πόρους του ασθενούς. Από την άλλη μεριά η ενδυνάμωση του θετικού συναισθήματος του ασθενούς μπορεί να τον προστατεύσει από τις επιπτώσεις αρνητικών συναισθημάτων του περίγυρου κάτι που θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά τη σχέση και το άλλο μέλος.

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας, το συναίσθημα χαράς του ασθενούς συσχετίζεται με το συναίσθημα χαράς του συντρόφου, δεν συμβαίνει το ίδιο όμως με το συναίσθημα του φόβου. Στις δυαδικές αναλύσεις ωστόσο διαπιστώνουμε ότι ο φόβος και όχι η χαρά επιδρά στις μεταβλητές μεταξύ των συντρόφων. Η ικανότητα επικοινωνίας της συναισθηματικής εμπειρίας μεταξύ των συντρόφων (είτε θετικής είτε αρνητικής) σε καταστάσεις κρίσης, όπως για παράδειγμα είναι η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας και οι προκλήσεις που παρουσιάζονται κατά την εξέλιξή της, είναι πολύ σημαντική και συμβάλλει στην θετικότερη αντίληψη συναισθηματικής υποστήριξης (Baucom, et al., 2012). Το συναίσθημα του φόβου συνδέεται λειτουργικά με την προστατευτική συμπεριφορά και την επαγρύπνηση, αλλά μακροπρόθεσμα οι επιδράσεις του είναι μάλλον αρνητικές για την υγεία του ατόμου (Considine & Moskowitz, 2007; Mayne, 2001). Μεγαλύτερος δισταγμός ή δυσκολία στην επικοινωνία των αρνητικών συναισθημάτων μέσα στο ζευγάρι μπορεί να εξηγήσει

ως ένα βαθμό το λόγο για τον οποίο φαίνεται να υπερισχύει της χαράς στην αλληλεπίδραση μεταξύ των συντρόφων.

Συχνά οι σύντροφοι σε μια σχέση προτιμούν να μην εκφράσουν το αρνητικό συναίσθημα με στόχο να μην επιβαρύνουν τον άλλο. Σύμφωνα με τους Suls, Green, Lounsbury και Gordon (1997) σε έρευνά τους σε δείγμα καρδιολογικών ασθενών (ανδρών) και των συντρόφων τους (γυναικών) βρήκαν ότι η τάση υιοθέτησης της μη επικοινωνίας της συναισθηματικής δυσφορίας σαν στρατηγική αντιμετώπισης σε μια προσπάθεια να προφυλαχθεί ο σύντροφος από περαιτέρω επιβάρυνση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συντρόφους συνδεόταν με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας, ενώ στους ασθενείς αποτελούσε και προβλεπτική μεταβλητή των επιπέδων δυσφορίας λίγους μήνες αργότερα.

8.2 Τύποι δεσμού και διαστάσεις ποιότητας ζωής

Στο δεύτερο κομμάτι των αναλύσεων θελήσαμε να εξετάσουμε τις επιδράσεις των δυο διαστάσεων του ανασφαλούς τύπου δεσμού (εμμονή, αποφυγή) στις μεταβλητές ποιότητας ζωής των καρδιολογικών ασθενών και των συντρόφων. Η ανάλυση που αφορούσε στην μεταβλητή «κοινωνική λειτουργικότητα εξαιτίας σωματικών ή ψυχολογικών προβλημάτων του/της συζύγου» δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και έτσι δεν αναφέρεται στην παρούσα εργασία.

Οι περισσότερες επιδράσεις στις αναλύσεις για τους τύπους δεσμού αφορούν το ατομικό επίπεδο. Η μοναδική αλληλεπίδραση σε δυαδικό επίπεδο αφορά στην αρνητική πρόβλεψη του τύπου αποφυγής των ασθενών για τη γενική υγεία των συντρόφων, ενώ στο συγκεκριμένο μοντέλο δεν παρατηρείται κάποια άλλου είδους επίδραση. Η συσχέτιση υψηλότερης αποφυγής του ασθενούς με χειρότερη αυτο-

αναφερόμενη γενική υγεία του συντρόφου, είναι ένα ενδιαφέρον εύρημα διότι οι μεταβλητές των τύπων δεσμού των ασθενών αρχικά πριν προχωρήσουμε στη δυαδική ανάλυση δεν παρουσίαζαν κάποια συσχέτιση μεταξύ τους. Αυτό που φαίνεται να είναι σημαντικό είναι η συσχέτιση που παρατηρούμε μεταξύ του τύπου αποφυγής του ασθενούς με τον τύπο αποφυγής του συντρόφου. Σχέση η οποία μπορεί να εξηγήσει σε δυαδικό επίπεδο το τελικώς σημαντικό αποτέλεσμα της επίδρασης της αποφυγής του ασθενούς στη γενική υγεία του συντρόφου. Λαμβάνοντας υπόψη τον τύπο δεσμού και των δυο συζύγων αλλά και την αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, βλέπουμε ότι τα υψηλά επίπεδα αποφυγής του ασθενούς προβλέπουν χαμηλότερα επίπεδα καλής γενικής υγείας των συντρόφων.

Η αποφυγή του ίδιου του συντρόφου επηρεάζει αρνητικά την αντιλαμβανόμενη λειτουργικότητα του σε επίπεδο ρόλων στην καθημερινότητα (ρόλος-συναισθηματικός). Η υψηλότερη αποφυγή σχετίζεται με μεγαλύτερη ανάγκη για ανεξαρτησία, άρνηση των αναγκών που σχετίζονται με το σύστημα δεσμού, καθώς και τάση για καταπίεση αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων (Mikulincer & Sheffi, 2000). Μια πιθανή εξήγηση της αρνητικής προβλεπτικής σχέσης της αποφυγής των συντρόφων στην λειτουργικότητα σε επίπεδο ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών δυσκολιών τους (ρόλος-συναισθηματικός), θα μπορούσε να είναι ότι σύντροφοι με υψηλή αποφυγή, οι οποίοι αισθάνονται άβολα σε πλαίσια εξάρτησης με άλλους και αντιμετωπίζουν δυσκολίες τόσο στο να αναζητήσουν βοήθεια αλλά και στο να την προσφέρουν (Rholes, Simpson & Orina, 1999) δυσκολεύονται ιδιαίτερα στο ρόλο του συντρόφου που ως σωματικά υγιέστερος καλείται να στηρίξει και να είναι συντονισμένος με τις ανάγκες του ασθενούς.

Επίσης έχει φανεί ότι για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η ποιότητα κοινωνικής στήριξης αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την πρόβλεψη της ψυχικής υγείας

και ότι η υψηλότερη αποφυγή λειτουργεί επιβαρυντικά σε αυτή τη σχέση (Kafetsios & Sideridis, 2006). Το δείγμα μας αφορά κατά κύριο λόγο άτομα μέσης ηλικίας και ίσως η ηλικία να σχετίζεται με την αναφορά περισσότερων περιορισμών λόγω συναισθηματικών δυσκολιών των συντρόφων με υψηλή αποφυγή. Οι Kafetsios και Ioannidou (2004) σε έρευνα που αφορούσε τη σχέση κοινωνικής στήριξης και ψυχικής υγείας βρήκαν ότι άτομα με υψηλή αποφυγή ανέφεραν υψηλότερη κοινωνική απομόνωση καθώς και προβλήματα με την κοινωνική στήριξη, ενώ αντίθετα τα άτομα με υψηλή εμμονή είχαν μεγαλύτερα προβλήματα όσον αφορά την ψυχική τους υγεία και τα επίπεδα άγχους. Η εμμονή δεν φαίνεται να επηρεάζει τον σύντροφο σε επίπεδο περιορισμού ρόλου στην καθημερινότητα, ενώ δεν διαπιστώνεται καμία επίδραση των τύπων δεσμού στον σωματικό πόνο των συντρόφων. Το τελευταίο μπορεί να εξηγείται από το γεγονός ότι οι σύντροφοι στο δείγμα αναφέρουν πολύ μικρό ποσοστό ενοχλήσεων σωματικού πόνου.

Σχετικά με τη μεταβλητή «ρόλος-συναισθηματικός» των ασθενών υψηλότερα επίπεδα εμμονής των ίδιων, και όχι αποφυγής όπως στην αντίστοιχη μεταβλητή των συντρόφων, προβλέπουν αρνητικά την λειτουργικότητα σε επίπεδο ρόλων στην καθημερινότητα. Στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως έντονη εκδήλωση αρνητικού συναισθήματος που στα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλή εμμονή έχει σαν στόχο την προσέλκυση του ενδιαφέροντος του αντιλαμβανόμενου ως «ασυνεπή» σημαντικού άλλου (Kobak & Sceery, 1988), σε συνδυασμό με το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν μια σοβαρή χρόνια ασθένεια με ότι προβλήματα αυτό συνεπάγεται, ίσως να εξηγεί την ισχυρότερη σχέση της εμμονής στους ασθενείς και τη συγκεκριμένη διάσταση της ψυχικής τους υγείας. Ακόμη τα ενεργά μοντέλα δεσμού που σχετίζονται με την εμμονή αφορούν αρνητική εικόνα εαυτού και χαμηλή αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια στην αντιμετώπιση των δυσκολιών (Hunter &

Maunder, 2001), κάτι που επίσης θα μας βοηθούσε στο να κατανοήσουμε τις επιδράσεις αυτές.

Τέλος, φαίνεται ότι στους ασθενείς υψηλότερα επίπεδα εμμονής (υπερβολική ενασχόληση με αρνητικά ερεθίσματα και συναισθήματα, καθώς και μια σχεδόν διαρκής ανάγκη προσοχής και φροντίδας από τους άλλους) προβλέπουν και υψηλότερα επίπεδα πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία η οποία συνδέει τον έμμονο τύπο δεσμού με την αναφορά περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων (Ciechanowki, Walker, Katon & Russo, 2002) και ευαισθησία στην αντίληψη πόνου (McWilliam, Cox & Enns, 2000). Άτομα με υψηλότερα επίπεδα εμμονής σε καταστάσεις πίεσης προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν την απόσταση από τους άλλους μέσα από την αναφορά συμπτωμάτων, ενώ ταυτόχρονα έχουν την τάση να αξιολογούν την στήριξη που δέχονται ως ανεπαρκή, γεγονός που τελικά αυξάνει και συντηρεί την ανησυχία τους (Hunter & Maunder, 2001).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι ο έμμοнос/αγχώδης τύπος δεσμού φαίνεται ότι αποτελεί ισχυρότερη προβλεπτική μεταβλητή για τους ασθενείς, ενώ αντίθετα ο τύπος αποφυγής φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους συντρόφους. Προσπαθήσαμε να δώσουμε μια εξήγηση για αυτή τη διαφοροποίηση στηριζόμενοι στον ρόλο που έχει ο καθένας στο ζευγάρι στα πλαίσια της καρδιολογικής ασθένειας (ασθενής-αναζήτηση στήριξης, σύντροφος –φροντίδα). Επειδή δεν υπάρχουν αρκετά παραδείγματα παρόμοιων ερευνών, έτσι ώστε να μπορέσουμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με στόχο την εξαγωγή περισσότερο αξιόπιστων ερμηνειών, προσπαθήσαμε να κάνουμε μια σύνδεση με βάση το θεωρητικό πλαίσιο των τύπων δεσμού και των στρατηγικών ρύθμισης συναισθήματος που πηγάζουν από κάθε ξεχωριστή διάσταση (έμμοнос-αποφυγής).

Οι ατομικές διαφορές ασθενών και συντρόφων με βάση τις ανάγκες που πηγάζουν από το σύστημα δεσμού, μπορούν να επηρεάσουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την αυτο-αναφερόμενη ποιότητα ζωής τους. Κατά συνέπεια η θεωρία δεσμού θα μπορούσε να αποτελέσει μια χρήσιμη προσέγγιση σε επίπεδο παρέμβασης η οποία θα βοηθούσε το ζευγάρι στοχεύοντας στην ενθάρρυνση περισσότερο προσαρμοστικών τρόπων έκφρασης των αναγκών των δυο συντρόφων μεταξύ τους, έτσι ώστε να αρθούν τα εμπόδια στη διαπροσωπική επικοινωνία τα οποία μεγεθύνουν το πρόβλημα της ασθένειας και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.

Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις οι οποίες αφορούν τόσο σε ασθενείς όσο και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (σύζυγο) στα πλαίσια των χρόνιων ασθενειών αποδεικνύονται ιδιαίτερα βοηθητικές, κάποιες φορές περισσότερο από ότι οι ατομικές παρεμβάσεις, τόσο για την προσαρμογή των ασθενών όσο και για την γενικότερη υγεία των συζύγων (Martire, 2005). Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια η οποία περιλαμβάνει ατομικούς αλλά και διαπροσωπικούς παράγοντες όπως η συναισθηματική υποστήριξη και η επιβάρυνση των μελών της οικογένειας, η αλληλεπίδραση των οποίων ακόμα και σε οικογενειακές παρεμβάσεις δεν λαμβάνεται συστηματικά υπόψη (Martire & Schulz, 2007).

Με στόχο την εκτενέστερη κατανόηση των αλληλεπιδράσεων αυτών στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε αρχικά το ρόλο που διαδραματίζει το συναίσθημα και στη συνέχεια ο τύπος δεσμού στην ποιότητα ζωής ασθενών και συντρόφων. Η ανάλυση των δυαδικών δεδομένων, κάνοντας χρήση του μοντέλου APIM (Kenny, Kashy, & Cook, 2006), μας έδωσε τη δυνατότητα να μελετήσουμε την ύπαρξη αλληλεξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Επειδή στη βιβλιογραφία οι μελέτες που αφορούν συγκεκριμένα συναισθήματα και τη σχέση τους με την υγεία είναι περιορισμένες (Consedine & Moskowitz), καθώς επίσης επειδή το συναίσθημα

μελετάται συνήθως στα πλαίσια της ψυχοπαθολογίας με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να εξαχθούν συμπεράσματα για συναισθηματικές αντιδράσεις οι οποίες δεν αγγίζουν αυτά τα πλαίσια αλλά αποτελούν μέρος της εμπειρίας του ατόμου που αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια (Bowman, 2001), επικεντρωθήκαμε σε δυο συναισθήματα: χαρά και φόβος, που αποτυπώνουν διαφορετικές πλευρές αυτής της συναισθηματικής εμπειρίας. Όσον αφορά τους τύπους δεσμού στη βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το πώς ατομικές διαφορές, όπως ο τύπος δεσμού του κάθε ασθενούς, μπορεί να επηρεάσει την έκφραση και την πορεία της ασθένειας (McWilliams & Bailey, 2010). Αν και δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να αφορούν στην αλληλεπίδραση των ατομικών διαφορών ασθενών και συντρόφων στα πλαίσια του συστήματος δεσμού και των επιπτώσεων στην υγεία, η τραυματική εμπειρία της καρδιολογικής ασθένειας επηρεάζει την ψυχολογική λειτουργικότητα και την ικανοποίηση από τη σχέση (MacIntosh, Johnson, & Lee, 2006), παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη γενικότερη υγεία ασθενών και συντρόφων. Συχνά τέτοιοι παράγοντες όπως και γενικότερα παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το συναίσθημα παραβλέπονται στη θεραπεία ιατρικών ασθενών, αν και έχει φανεί ότι μπορούν να επηρεάσουν διαδικασίες που εμπλέκονται με αυτή.

Τόσο με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των τύπων δεσμού μεταξύ των συντρόφων, όσο και με βάση τις αναλύσεις για το θετικό και το αρνητικό τους συναίσθημα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι συναισθηματικοί παράγοντες αλλά και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με την επικοινωνία των αναγκών του ζεύγους μεταξύ τους, δύναται να επηρεάσουν διαστάσεις της ποιότητας ζωής ασθενών και συντρόφων μέσα από ατομικές και δυαδικές αλληλεπιδράσεις.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, ωστόσο θα πρέπει να ειπωθούν στα πλαίσια των περιορισμών που τα διέπουν. Τα δεδομένα μας βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς και στερούνται αντικειμενικής-κλινικής τεκμηρίωσης. Ακόμη η πλειοψηφία των ασθενών στο δείγμα αποτελούνταν από άνδρες και με βάση τη βιβλιογραφία στα πλαίσια της καρδιαγγειακής υγείας και του συναισθήματος, το φύλο αποτελεί σημαντική μεταβλητή που μπορεί να διαφοροποιεί τα άτομα ως προς τις αντιδράσεις τους. Επίσης μεταβλητές όπως η ηλικία, τα χρόνια από τη διάγνωση της ασθένειας, η ποιότητα της σχέσης δεν χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση διαφοροποιήσεων μέσα στο δείγμα. Το μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε την ταυτόχρονη μελέτη των συναισθημάτων και των τύπων δεσμού στην ποιότητα ζωής, αν και μελλοντικά θα ήταν ενδιαφέρον να μελετήσουμε τις επιδράσεις τους σε ένα κοινό μοντέλο. Μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την εμπειρία αλλά και την αντίληψη, την οργάνωση και την έκφραση της συναισθηματικής εμπειρίας μπορούν να παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα αν μελετηθούν μαζί, όσον αφορά την υγεία και τη γενικότερη λειτουργικότητα ασθενών και συντρόφων που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abe, J. A. & Izard, C. E. (1999). The developmental functions of emotion: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 523-549.
- American Heart Association (2011). Heart disease and stroke statistics-2011. Dallas: AHA.
- Baanders, A. N. & Heijmans, M. J. W. M. (2007). The impact of chronic diseases: the partners perspective. *Family and Community Health*, 30 (4), 305-317.
- Banse, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects, *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 273-282.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., & Young, L. (2012). Patient recovery and transitions after hospitalization for acute cardiac events: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27 (2), 175-191.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1999). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., & Hudepohl, J. (2012). Couple-based interventions for medical problems. *Behavior Therapy*, 43 (1), 61-76.
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., Gottlieb, S. H., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13 (8), 643-648.
- Benyamini, Y., Medalion, B., & Garfinkel, D. (2006) Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology & Health*, 22 (7), 765-785.

- Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horowitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003-1009.
- Bodner, E. & Cohen-Fridel, S. (2010). Relations between attachment styles, ageism and quality of life. *International Psychogeriatrics*, 22 (8), 1353-1361.
- Bookwala, J. & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in subjective well-being: the cardiovascular health study. *Psychology & Aging*, 11 (4), 582-590.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, vol.1. Attachment. Basic Books, New York.
- Bowman, G. (2001). Emotions and illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 256-263.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self report measurement of adult attachment: An overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*, 46-76. New York: The Guilford Press.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996) Attachment, caregiving and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships*, 3 (3), 257-278.
- Carnethon, M. R., Kinder, L. S., Fair, J. M., Stafford, R. S., & Fortmann, S. P. (2003). Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: Findings from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic follow-up study. 1971-1992, *American Journal of Epidemiology*, 158 (5), 416-423.
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., von Korff, M., Ludman, E., Lin E., Simon, G., & Bush, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 66, 720-728.

- Ciechanowki, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Cimarolli, V. R., Reinhardt, J. P., & Horowitz, A. (2006). Perceived overprotection: Support gone bad? *Journals of Gerontology*, B 61 (1), s18-s23.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Cohen, S. & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14 (5), 374-380.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 214-223.
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (6), 1053-1073.
- Coney, J. C. & Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Consedine, N. & Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development*, 5 (2), 165-187.
- Consedine, N. & Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 59-75.

- Cook, W. L. & Kenny, D. A. (2005). The Actor-Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (2), 101-109.
- Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective of wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3), 404-412.
- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Rayens, M. K. (2009). The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 67 (1), 29-35.
- Cwala, N. & Kafescioglu, N. (2012). Evidence based couple therapy for chronic illnesses: Enriching the emotional quality of relationships with emotionally focused therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 23 (1), 42-53.
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B., & Malm, D. (υπό δημοσίευση). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context and regulation. *Psychological Bulletin, Special Millennium Issue*, 126, 891-909.
- Denollet, J. & Brutsaert, D. L. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease. *Circulation*, 104, 2018-2023.
- Denollet, J. (1993). The sensitivity of outcome assessment in cardiac rehabilitation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 686-695.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.

- Dixon, T., Lim, L. L., Powell, H., & Fisher, J. D. (2000). Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1368-1375.
- Dockray, S. & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes: Review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 69-75.
- Draper, B. & Anstey, K. (1996). Psychosocial stressors, physical illness and the spectrum of depression in elderly inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 567-572.
- Dyer, M. T. D., Goldsmith, K. A., Sharples, L. S., & Buxton, M. J. (2010). A review of health utilities using the EQ-5D in studies of cardiovascular disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (13), 1-12.
- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., Reynolds, N. R., Dujardin, J.-P. L., Homan, J. E., & Stern, S. L. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 66, 190-197.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16 (1), 25-43.
- Ford, E. S., Mokdad, A. H., Li, C., McGuire, L. C., Strine, T. W., Okoro, C. A., Brown, D. W., & Zack, M. M. (2008). Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life: findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Womens' Health*, 17 (5), 757-768.
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4 (2), 132-154.

- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology, 14*, 388-398.
- Fredrickson, B. L. (2007). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3* (1), 0001a.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden- and- Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist, 56* (3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2* (3), 300-319.
- Gallo, L., Ghaed, S., & Bracken, W. (2004). Emotions and cognitions in coronary heart disease: Risk, resilience and social context. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 669-694.
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Medves, J., & Tranmer, J. E. (2006). The symptom of pain with heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiac Failure, 12* (4), 307-313.
- Goldman-Sher, T., & Baucom, D. H. (2001). Mending a broken heart: a couples approach to cardiac risk reduction. *Applied and Preventing Psychology, 10*, 125-131.
- Gregor, K. L., Zvolensky, M. J., & Yartz, A. R. (2005). Perceived health among individuals with panic disorder: associations with affective vulnerability and psychiatric disability. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193* (10), 697-699.
- Gureje, O., von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *Journal of American Association, 280* (2), 147-151.

- Halm, M. A., Treat-Jacobson, D., Lindquist, R., & Savik, K. (2007). Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung, 36* (3), 170-187.
- Hance, M., Carney, R. M., Freedland, K. E., & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow up. *General Hospital Psychiatry, 18*, 61-65.
- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1994) *Emotion Contagion*. New York: Cambridge University Press.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hofer, S., Doering, S., Rumpold, G., Oldridge, N., & Benzer, W. (2006). Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Preventive Cardiology, 13* (3), 398-406.
- Hofer, S., Kullich, W., Graninger, U., Brandt, D., Gassner, A., Klicpera, M., Laimer, H., Marko, C., Schwann, H., & Muller, R. (2006). Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease. *Wiener Klinische Wochenschrift, 118* (23), 744-753.
- Holt-Lunstadt, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine, 7* (7), e1000316, 1-20.
- Hunter, J. J. & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry, 23*, 177-182.
- Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2009). Adult attachment styles and life satisfaction in individuals with physical disabilities. *Applied Research Quality Life, 4*, 295-310.

- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2 (3), 260-280.
- Izard, C. E. & Ackerman, B. P. (2000). Motivational, organizational and regulatory functions of discrete emotions. In M. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed. 253-264). New York: Guilford
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99 (3), 561-565.
- Izard, C. E. (1972). *Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression*. San Diego, C.A.: Academic Press.
- Jaarsma, T., Kasternans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 21-27.
- Johnson, C. L. (1985). The impact of illness on late-life marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 47 (1), 165-172.
- Jonsson, A. C., Lindgren, I., Hallstrom, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36, 803-808.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1996b). *LISREL 8: User's Reference Guide*. Chicago, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kaati, G., Vester, M., Sjostrom M., & Bygren, L.O. (2000). Patients attachment patterns and response to a program for alleviating cardiovascular risk factors: a 1-year follow up of patients in a patient education program. *Patient Education and Counseling*, 44, 235-241.
- Kafescioglu, N., Thomas, V., & Shields, C. G. (2010). Dyadic and mediation analysis of coping with cardiovascular disease. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 216-220.

- Kafetsios, K. & Ioannidou, M. (2004). Personal relationships and psychological health in a sample of medical doctors. *The Social Sciences*, 38, 43-62.
- Kafetsios, K. & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and adults. *Journal in Health Psychology*, 11 (6), 863-876.
- Καφέτσιος, Κ. (2002). Μεταφορά και στάθμιση των κλιμάκων: Ερωτηματολόγιο Σχέσεων και Κλίμακα Εμπειριών στις Διαπροσωπικές Σχέσεις. Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επιμ.Εκδ.). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. (σελ. 120, 357, 272, 278, 393). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). Κατάθλιψη, άγχος, θυμός/εχθρικότητα και σωματική υγεία, και οι πιθανοί ενδιάμεσοι μηχανισμοί. *Ψυχολογία*, 12 (3), 404-429.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225-2229.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: The Guilford Press.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Korczak, D. J., Goldstein, B., & Levitt, A. J. (2007). Pain disorder, cardiac diagnosis and emergency department utilization in an epidemiologic community sample. *General Hospital Psychiatry*, 29, 335-339.
- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model, *Journal of Research in Personality*. 42, 1418-1426.

- Kowal, J., Johnson, S. M., & Lee, A. (2003). Chronic illness in couples: A case study for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (3), 299-310.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S. T., Vokonas, P. S., & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Kubzansky, L. D. & Thurston, R. C. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease. *Archives of General Psychiatry*, 64 (12), 1393-1401.
- Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (1), 21-29.
- Kunce, L. J. & Shaver, P. R. (1994). An attachment- theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.). *Advances in personal relationships*, vol. 5, 205-237, London: Jessica Kingsley.
- Lane, C. & Hobfoll, S. E. (1992). How loss affects anger and alienates potential supporters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 935-942.
- Larsen, J. T., McGraw, A. P., & Cacioppo, J. T. (2001). Can people feel happy and sad at the same time? *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (4), 684-696.
- Larson, R. & Almeida, D. (1999). Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm for studying family process. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 5-20.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G., & Bunch, E. H. (2009). Health- related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomized

- controlled home- based intervention program. *Quality of Life Research*, 18 (2), 201-207.
- Lerner, J. S. & Keltner, D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition and Emotion*, 14 (4), 473-493.
- Lipowsky, Z. J. (1983). Psychosocial reactions to physical illness:current review. *Canadian Medical Association Journal*, 128, 1069-1072.
- Lukkarinen, H. & Kyngas, H. (2003). Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 189-194.
- Luttik, M. L., Lesman-Leegte, I., & Jaarsma, T. (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *Journal of Cardiac Failure*, 15 (7), 580-585.
- Lyons, R. F., Sullivan, M. J. L., Ritvo, P. G., & Coyne, J. C. (1995). Relationships in chronic illness and disability. In C. Hendrick & S. Hendrick (Eds.), *Sage series on close relationships*. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications Inc.
- MacIntosh, H. B., Johnson, S. M., & Lee, A. (2006). Hanging onto a heartbeat: Emotionally focused therapy for couples dealing with trauma of coronary heart disease. In E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.). *Clinical Psychology & Heart Disease*, Part II, 391-412, Springer: Italy.
- Magai, C., Cohen, C., Milburn, N., Thorpe, B., McPherson, R., & Peralta, D. (2001). Attachment styles in older European American and African American Adults. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 56B, 28-35.
- Marsden, C. & Dracup, K. (1991). Different perspectives: the effect of heart disease on patients and spouses. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2 (2), 285-292.

- Martensson, J., Dracup, K., Canary, C., & Fridlund, B. (2003). Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22 (4), 460-467.
- Martire, L. M. (2005). The “relative” efficacy of involving family on psychosocial interventions for chronic illness: Are there added benefits to patients and family members? *Families, Systems & Health*, 23, 312-328.
- Martire, L. M. & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 90-94.
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J., & Saghabi, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 325-342.
- Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Mauss, I. B. & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, 23 (2), 209-237.
- Mayne, T. J. (2001). Emotions and health. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions*, 361-397. New York: Guilford.
- Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. (1978). Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 22, 447-453.
- McWilliams, L. A & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 4, 446-453.

- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical Journal of Pain*, 16, 360-364.
- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular prevention and control. Geneva:WHO.
- Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 64, 2297-2310.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (2003). Attachment style and affect regulation: Implications for coping with stress and mental health. In *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes*, (Eds) G. J. O. Fletcher & M. S. Clark, 537-557, Blackwell Publishers.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in Adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 53-152.
- Mikulincer, M. & Sheffi, E. (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion*, 24 (3), 149-174.
- Mittleman, M. A., Maclure, M., Sherhood, J. B., Mulry, R. P., Tofler, G. H., Jacobs, S. C., Friedman, R., Benson, H., & Muller, J. E. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Moller, J., Halloqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., & Ahlbom, A. (1999). Do episodes of anger trigger myocardial infarction? A case- crossover analysis on the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Psychosomatic Medicine*, 61, 842-849.

- Mora, P. A., Robitaille, C., Leventhal, H., Swigar, M., & Leventhal, E. A. (2002). Trait negative affect relates to prior-week symptoms, but not to reports of illness episodes, illness symptoms and care seeking among older persons. *Psychosomatic Medicine*, 64 (3), 436-449.
- Morris, A., Baker, B., Devins, G. M., & Shapiro, C. M. (1997). Prevalence of panic disorder in cardiac outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 158-190.
- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., & Samuels J. (1993). Depression, introversion and mortality following stroke. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 443-449.
- Mortensen, O. S., Bjorner, J. B., Newman, B., Oldenburg, B., Groenvold, M., Madsen, J. K., & Anderson, H. (2007). Gender differences in health-related quality of life following ST- elevation myocardial infarction: Women and men do not benefit from primary percutaneous coronary intervention to the same degree. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 37-43.
- Moser, D. K. & Dracup, K. (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery. *Psychosomatic Medicine*, 66, 527-532.
- Moser, D. K. & Dracup, K. (2000). Impact of cardiopulmonary resuscitation training on perceived control in spouses of recovering cardiac patients. *Research in Nursing & Health*, 23 (4), 270-278.
- Mujica-Parodi, L., Greenberg, T., & Kilpatrick, J. (2004). A multi-modal study of cognitive processing under negative emotional arousal, *Cognitive Science Society*.
Ανάσχυση τον Σεπτέμβριο 2007, από
www.cogsi.northwestern.edu/cogsci2004/papers/papers416pdf

- Nieboer, A. P., Schulz, R., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Ormel, J., & Lindenberg, S. M. (1999). Spousal caregivers' activity restriction and depression: A model for changes over time. *Social Science and Medicine*, 47 (9), 1361-1371.
- O'Farrell, P., Murray, J., & Hotz, S. B. (2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart & Lung*, 29 (2), 97-104.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M. & Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 284 (23), 3008-3014.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Quality Life Research*, 14, 1433-1438.
- Pedersen, S. S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: Review paper. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Pelle, A. J., Pedersen, S. S., Erdmann, R. A. M., Kazemier, M., Spiering, M., van Domburg, R. T., & Denollet, J. (2011). Anhedonia is associated with poor health status and more somatic and cognitive symptoms in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 20, 643-651.
- Pietromonaco, P. R. & Feldman - Barrett, L. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1409-1423.

- Pihl, E., Jacobsson, A., Fridlund, B., Stromberg, A., & Martensson, J. (2005). Depression and health related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 583-589.
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 925-971.
- Priebe, S. & Sinning, U. (2001). Effects of a brief couple therapy intervention in cardiac rehabilitation- a controlled trial. *Psychotherapy Psychosomatic Medizinische Psychologie*, 51 (7), 276-280.
- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness and survival. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(2), 124-131.
- Reike, E. M. V., Morimoto, H. K., & Nunes, S. O. V. (2006). Stress and depression-induced immune dysfunction: Implications for the development and progression of cancer. *International Review of Psychiatry*, 17 (6), 515-527.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Orina, M. M. (1999). Attachment and anger in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality*, 76 (6), 940-957.
- Robinson, R. & Barnett, T. (2012). Health related quality of life and the support needs of carers of cardiac surgical patients: An exploratory study. *International Journal of Nursing Practice*, 18 205-209.
- Rozanski, A. & Kubzansky, L. D. (2005) Psychologic functioning and physical health:A paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), s47-s53.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects and associations with clinical outcomes. *Journal of American College of Cardiology*, 48 (8), 1527-1537.

- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 35 (1), 110-121.
- Sanjuan, P., Ruiz, A., & Perez, A. (2011). Life satisfaction and positive adjustment as predictors of emotional distress in men with coronary heart disease. *Journal of Happiness Studies*, 12, 1035-1047.
- Saxbe, D. & Repetti, R. L. (2010). For better or worse? Coregulation of couples' cortisol levels and mood states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (1), 92-103.
- Schoebi, D. (2008). The coregulation of daily affect in marital relationships. *Journal of Family Psychology*, 22 (3), 595-604.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Staab, J. P., & Williams, F. M. (2003). Health perceptions and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment*, 25 (3), 139-145.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 763-773.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *Journal of American Medical Association*, 282 (23), 2215-2219.
- Schulz, R., Hebert, R. S., Drew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., Coon, D., Langa, K. M., Gitlin, L. N., Stevens, A. B., & Nichols, L. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: New opportunities for research, practice and policy. *The Gerontologist*, 47 (1), 4-13.
- Seegerstrom, S. C. & O' Connor, D. B. (2012). Stress, health and illness: Four challenges for the future. *Psychology & Health*, 27:2, 128-140.
- Seley, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shanfield, S. B. (1990). Myocardial infarction and patients wives. *Psychosomatics*, 31 (2), 138-145.

- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 22-45.
- Sher, T. G., Bellg, A. J., Braun, L., Domas, A., Rosenson, R., & Canar, W. J. (2002). Partners for Life: a theoretical approach to developing an intervention for cardiac risk reduction. *Health Education Research*, 17 (5), 597-605.
- Singh, R. & Dixit, S. (2010). Health-related quality of life and health management, *Journal of Health Management*. 12 (2), 153-172.
- Sirois, B. C. & Burg, M. M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease: A review. *Behavior Modification*, 27, 83-102.
- Smith, D. F. (2001). Negative emotions and coronary heart disease: Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 57-69.
- Stanton, A. L., Collins, C. A., & Sworowski, L. A. (2001). Adjustment to chronic illness: theory and research. In *Handbook of Health Psychology*, ed. A. Baum, T. A. Revenson, J. E. Singer, 387-403. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Stein P. K. & Kleiger, R. E. (1999). Insights from the study of heart rate variability. *Annual Review of Medicine*, 50, 249-261.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease: mediating and moderating factors. *Psychosomatic Medicine*, 63, 248-256.
- Suls, J., Green, P., Lounsbury, P., & Gordon, E. (1997) Hiding worries from one's spouse: Associations between coping via protective buffering and distress in male post- myocardial infarction patients and their wives. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (4), 333-349.

- Swan, G. E., Carmelli, D., & Roseman, R. H. (1986). Spouse-pair similarity on the California Psychological Inventory with reference to husbands coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 48 (3), 172-186.
- Taylor, C. B. (2010). Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, 78, 80-88.
- Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H., & DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives confidence in their husbands cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 55, 635-638.
- Thombs, B. D., de Jonge, P., Wholley, M.A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., Zuidersma, M., Eze-Nliam, C., Lima, B. B., Smith, C. G., Soderlund, K., & Ziegelstein, R. C. (2008). Depression screening and patients outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, 300 (18), 2161-2171.
- Thompson, A. & Bolger, N. (1999). Emotional transmission in couples under stress. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 38- 48.
- Thompson, S. C. & Sobolew-Shubin, A. (2010). Overprotective relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14 (3), 368-383.
- Tower, R. B. & Kasl, S. V. (1996). Depressive symptoms across older spouses: longitudinal influences. *Psychology and Aging*, 11 (4), 683-697.
- Trivedi, R. B., Piette, J., Fihn, S. D., & Edelman, D. (2012). Examining the interrelatedness of patient and spousal stress in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27 (1), 24-32.

- Van den Broek, K. C., Habibovic, M., & Pedersen, S. S. (2010). Emotional distress in partners of patients with an implantable cardioverter defibrillator: A systematic review and recommendations for future research: Review. *PACE*, 33, 1442-1450.
- Visser- Meily, A., Post, M., van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Warleby, G., & Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: Course and relations with coping strategies. *Stroke*, 40, 1399-1404.
- Waltz, M. (1986). Marital context and post-infarction quality of life: Is it social support or something more? *Social Science and Medicine*, 22 (8), 791-805.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96 (2), 234-254.
- West, M., Rose, M. S., & Brewis, C. S. (1995). Anxious attachment and psychological distress in cardiac rehabilitation patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2 (2), 167-178.
- World Health Organization. (2011a). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011, Geneva:WHO.
- World Health Organization. (2011b). Cardiovascular diseases. Fact Sheet 317. Ανάσχυρη από: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- World Health Organization. (2010). Global status report on non-communicable diseases, Geneva:WHO.

- WHOQOL-GROUP (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL): Special report. *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. *Lancet*, 364, 937-952.
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 198-206.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 212-220.
- Zelman, D. C., Howland, E. W., Nichols, S. N., & Cleeland, C. S. (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46 (1), 105-111.
- Zvolensky, M. J., Goodie, J. L., McNeil, D. W., Sperry, J. A., & Sorrel, J. T. (2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behavior Research and Therapy*, 39 (6), 683-696.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Αξιότιμε κύριε/α,

Η παρούσα έρευνα απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες που πάσχουν από καρδιολογικά προβλήματα καθώς και στους συντρόφους αυτών. Διεξάγεται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και αφορά τις επιπτώσεις της ασθένειας στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των συντρόφων τους. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα τον αντίκτυπο που έχει η ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και το σύντροφο του, ώστε να αναπτύξουμε αποτελεσματικές μεθόδους στήριξης των ζευγαριών που έρχονται αντιμέτωπα με μια χρόνια ασθένεια.

Αναφορικά με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να τονίσουμε τα παρακάτω: Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική. Οι **απαντήσεις** είναι **απολύτως εμπιστευτικές** και η **ταυτότητα των συμμετεχόντων θα παραμείνει ανώνυμη**. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τους ερευνητές για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς. Η συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων διαρκεί περίπου 30 λεπτά. **Η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου, αποτελεί την αποδοχή σας να συμμετάσχετε στην έρευνα.**

Κρατήστε αυτό το γράμμα στο αρχείο σας. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με αυτήν την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας: Τσίλιγγιρη Χριστίνα, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Ψυχολογία της Υγείας, τηλέφωνο: 6937421736 ή στο christina.tsiligiri@gmail.com

Τέλος, αν έχετε οποιεσδήποτε απορίες ή ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων/ουσα σε μια έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη πολύτιμη βοήθειά σας.

Δημογραφικά στοιχεία (ερωτηματολογίου ασθενών)

Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " X " όπου χρειάζεται :

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα 2) Ηλικία (σε έτη):

3) Τι τύπου ακριβώς καρδιολογική ασθένεια αντιμετωπίζετε;

4) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειάς σας: _____

5) Έχετε νοσηλευτεί εξαιτίας καρδιακού προβλήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ .

6) Αν ΝΑΙ, πότε; _____

7) Έχετε χειρουργηθεί εξαιτίας καρδιακού προβλήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ .

8) Αν ΝΑΙ, πότε; _____

9) Εκπαίδευση: Δημοτικό σχολείο

Γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή

Λύκειο ή αντίστοιχη σχολή

Ανώτερη ή ανώτατη σχολή

Δημογραφικά στοιχεία (ερωτηματολογίου συντρόφων)

Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " X " όπου χρειάζεται :

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα 2) Ηλικία (σε έτη):

3) Υποφέρετε από κάποια ασθένεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ σημειώστε από ποια:

4) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειάς σας: _____

5) Πόσα χρόνια είσαστε μαζί με τον σύντροφό σας: _____

6) Εκπαίδευση: Δημοτικό σχολείο
 Γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή
 Λύκειο ή αντίστοιχη σχολή
 Ανώτερη ή ανώτατη σχολή

A.

Επιλέξτε από την παρακάτω κλίμακα των πέντε βαθμίδων τον αριθμό που περιγράφει το πώς αισθάνεστε αυτήν την περίοδο. Να είστε σε θέση να τελειώσετε σε 5'. Μη συλλογίζεστε πολύ, συνήθως η πρώτη απάντηση είναι η πιο σωστή.

Πολύ ελαφρώς ή καθόλου	Ελαφρώς	Συγκρατημένα	Αρκετά	Πολύ έντονα
1	2	3	4	5

1. Ευχαριστημένος	1	2	3	4	5	9. Τρομαγμένος	1	2	3	4	5
2. Νευρικός	1	2	3	4	5	10. Φοβισμένος	1	2	3	4	5
3. Πανευτυχής	1	2	3	4	5	11. Χαρούμενος	1	2	3	4	5
4. Εκστασιασμένος	1	2	3	4	5	12. Καλόκαρδος	1	2	3	4	5
5. Έντρομος	1	2	3	4	5	13. Τρεμάμενος	1	2	3	4	5
6. Ανήσυχος	1	2	3	4	5	14. Ανεπαρκής	1	2	3	4	5
7. Ενεργητικός	1	2	3	4	5	15. Πανικόβλητος	1	2	3	4	5
8. Ενθουσιώδης	1	2	3	4	5	16. Ευτυχισμένος	1	2	3	4	5

B.

Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πώς αισθάνεσαι μέσα σε ερωτικές σχέσεις/ δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνεις γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημείωσε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Διαφωνώ

1

2

3

4

Συμφωνώ

5

1. ___ Προτιμώ να μην δείχνω στον σύντροφό μου τι πραγματικά νοιώθω.
2. ___ Ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.
3. ___ Αισθάνομαι πολύ άνετα να είμαι κοντά με ερωτικούς συντρόφους.
4. ___ Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.
5. ___ Έχω συνειδητοποιήσει ότι μόλις ο σύντροφός σου αρχίζει να με προσεγγίζει, αποτραβιέμαι από αυτόν.
6. ___ Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί σύντροφοι δεν θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ νοιάζομαι για αυτούς.
7. ___ Δεν νοιώθω άνετα όταν ο ερωτικός σύντροφος θέλει να έρθει πολύ κοντά μου.
8. ___ Ανησυχώ αρκετά με την ιδέα ότι μπορεί ο σύντροφός μου να με αφήσει.
9. ___ Δεν αισθάνομαι άνετα να ανοιχτώ σε ερωτικούς συντρόφους.
10. ___ Συχνά εύχομαι τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου για αυτόν/ή.
11. ___ Συχνά θέλω να γίνω ένα (ενωθώ συναισθηματικά) με τον σύντροφό μου αλλά αυτό τους απομακρύνει από μένα.
12. ___ Συχνά θέλω να ενωθώ ολοκληρωτικά με τους ερωτικούς συντρόφους αλλά αυτό τους φοβίζει και τους απομακρύνει.
13. ___ Αισθάνομαι άβολα όταν οι ερωτικοί σύντροφοι με πλησιάζουν πάρα πολύ.
14. ___ Φοβάμαι με την ιδέα ότι θα μείνω μόνος/η.
15. ___ Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με τον/την σύντροφό μου.
16. ___ Η επιθυμία μου να είμαι πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους απομακρύνει.

17. __ Γενικά αποφεύγω να δεθώ συναισθηματικά (με τον σύντροφό μου).
18. __ Χρειάζομαι συχνά επιβεβαίωση από τον σύντροφό μου ότι με αγαπάει.
19. __ Μου είναι σχετικά εύκολο να προσεγγίσω τον σύντροφό μου.
20. __ Μερικές φορές αισθάνομαι ότι αναγκάζω τον σύντροφό μου να δείξει περισσότερο συναίσθημα και μεγαλύτερη δέσμευση.
21. __ Μου είναι γενικά δύσκολο να αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί στον ερωτικό μου σύντροφο.
22. __ Γενικά δεν ανησυχώ ότι θα με εγκαταλείψουν.
23. __ Προτιμώ να μην δένομαι συναισθηματικά με τους ερωτικούς συντρόφους.
24. __ Αν δεν μπορώ να κάνω τον σύντροφό μου να δείξει ενδιαφέρον, εκνευρίζομαι ή θυμώνω.
25. __ Λεω στο/στη σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα.
26. __ Έχω διαπιστώσει ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν κοντά μου τόσο όσο εγώ θα ήθελα.
27. __ Συνήθως συζητώ με τον σύντροφό μου τα προβλήματά μου και αυτά που με απασχολούν.
28. __ Όταν δεν είμαι σε μια σχέση, αισθάνομαι κάπως άβολα και ανασφαλής.
29. __ Αισθάνομαι άνετα να βασίζομαι στον ερωτικό μου σύντροφο.
30. __ Αισθάνομαι άσχημα όταν ο σύντροφός μου δεν είναι κοντά μου τόσο όσο θα ήθελα.
31. __ Δεν με πειράζει να ζητήσω συμβουλή, βοήθεια, ή παρηγοριά από τον σύντροφό μου.
32. __ Αισθάνομαι άσχημα αν ο σύντροφός μου δεν είναι εκεί όταν τον έχω ανάγκη.
33. __ Γενικά νοιώθω καλά όταν στρέφομαι στον ερωτικό σύντροφο σε ώρες ανάγκης.
34. __ Όταν οι ερωτικοί σύντροφοι με αποδοκιμάζουν αισθάνομαι πολύ άσχημα για τον εαυτό μου.
35. __ Στρέφομαι προς τον σύντροφό μου για πολλά πράγματα, όπως π.χ. για να με παρηγορήσει και να με καθησυχάσει.
36. __ Με πειράζει όταν ο σύντροφός μου περνάει πολλές ώρες μακριά μου.

Γ.

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για τη δική σας υγεία και την υγεία του συντρόφου σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. **Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.**

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη <input type="checkbox"/> 1	Πολύ καλή <input type="checkbox"/> 2	Καλή <input type="checkbox"/> 3	Μέτρια <input type="checkbox"/> 4	Κακή <input type="checkbox"/> 5
--------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Κάνατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής υγείας του συντρόφου σας ή συναισθηματικά του προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε εσείς τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής υγείας του συντρόφου σας ή συναισθηματικά του προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
αΜου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
βΕίμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γΠεριμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
δΗ υγεία μου είναι εξαιρετική.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5