

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωνική Υποστήριξη και Σωματική Υγεία των Καρδιοπαθών

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΛΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ: ΛΙΑΚΟΥ ΕΥΜΟΡΦΙΑ

ΑΜ:2244

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	4
Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή	
1. Χρόνια Ασθένεια.....	10
1.1 Διαχείριση της Χρόνιας Ασθένειας.....	15
1.2 Χρόνιες Καρδιολογικές Ασθένειες.....	20
2. Κοινωνική Υποστήριξη και Υγεία.....	35
2.1 Κοινωνική Υποστήριξη και Καρδιολογικές Ασθένειες.....	42
3. Υποθέσεις της Έρευνας.....	43
4. Μέθοδος	
4.1 Συμμετέχοντες.....	44
4.2 Διαδικασία.....	45
4.3 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	47
5. Αποτελέσματα.....	50
6. Συμπεράσματα.....	52
6.1 Περιορισμοί της Έρευνας.....	53
6.2 Πρακτικές Εφαρμογές.....	56
Βιβλιογραφία.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην περίπτωση που ένα άτομο εμφανίσει κάποια ασθένεια, είναι σημαντικός ο τρόπος που το άτομο αντιδρά σε σχέση με την ασθένεια, καθώς επίσης παίζει σημαντικό ρόλο και το περιβάλλον στον οποίο βρίσκεται και κατά πόσο το δεύτερο είναι υποστηρικτικό σε σχέση με τις νέες συνθήκες ζωής του ατόμου. Συγκεκριμένα στην περίπτωση ατόμων με χρόνια ασθένεια, όπως είναι η καρδιοπάθεια, εμφανίζεται σημαντικός ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στην ζωή του ατόμου. Η κοινωνική υποστήριξη χωρίζεται σε κατηγορίες, όπως είναι η συγκεκριμένη βοήθεια που δέχεται το άτομο που ασθενεί, η συναισθηματική υποστήριξη, η κοινωνική υποστήριξη με την μορφή των κοινωνικών συναναστροφών και η υποστήριξη με την μορφή της πληροφόρησης. Σημαντική παράμετρος είναι το κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την σωματική υγεία. Πώς επηρεάζει την σωματική υγεία ενός ατόμου με χρόνια ασθένεια η κοινωνική υποστήριξη την οποία δέχεται; Στην έρευνά μας εξετάζουμε τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης σε ένα δείγμα από χρόνιους ασθενείς με καρδιοπάθεια. Με βάση τον διαχωρισμό της κοινωνικής υποστήριξης σε κατηγορίες, καθώς και την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην σωματική υγεία των ασθενών με καρδιοπάθεια, προσπαθήσαμε να δείξουμε τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ των κατηγοριών της κοινωνικής υποστήριξης και την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην σωματική υγεία σε 132 άτομα με καρδιοπάθεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε πως η κοινωνική υποστήριξη, σε όλες τις μορφές της, σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία των καρδιοπαθών. Πιο συγκεκριμένα, εφόσον υπήρχε κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς, παρουσιαζόταν βελτίωση της ποιότητας της υγείας τους. Συμπερασματικά, η κοινωνική υποστήριξη

βοηθά το άτομο με καρδιοπάθεια να βελτιώσει τις συνθήκες της σωματικής του υγείας.

Λέξεις- Κλειδιά: Κοινωνική υποστήριξη, χρόνια ασθένεια, καρδιοπάθεια, σωματική υγεία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι καρδιολογικές νόσοι αποτελούν χρόνιες ασθένειες οι οποίες επηρεάζουν την σωματική κατάσταση των ασθενών, προκαλώντας αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και σε ψυχικό, συναισθηματικό και κοινωνικό. Ένα άτομο με καρδιοπάθεια θα χρειαστεί να υιοθετήσει έναν διαφορετικό τρόπο ζωής μετά την εμφάνιση κάποιου καρδιολογικού επεισοδίου με σκοπό να αποτρέψει το ενδεχόμενο εμφάνισης κάποιου μελλοντικού επεισοδίου.

Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας, εξετάζεται το κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη, η οποία εμφανίζεται με τέσσερις διαφορετικές μορφές, αυτή της συγκεκριμένης βοήθειας που δέχεται το άτομο το οποίο ασθενεί, με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης και με την μορφή των κοινωνικών συναναστροφών και της πληροφόρησης για τα θέματα υγείας σχετίζεται με την ποιότητα και την κατάσταση της σωματικής υγείας ατόμων με καρδιοπάθεια. Ένα άτομο το οποίο έχει φίλους, δέχεται θετικά συναισθήματα, ακολουθεί μια φαρμακευτική αγωγή με έναν ιατρό ο οποίος ενημερώνει λεπτομερώς τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, για τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, για τον τρόπο που θα πρέπει να υιοθετήσει κάποιες θετικές για την υγεία συμπεριφορές, με σκοπό να αποφευχθεί το ενδεχόμενο εμφάνισης κάποιου επεισοδίου, θα παρουσιάζει διαφορές στην κατάσταση της σωματικής του υγείας σε σύγκριση με ένα άτομο το οποίο δεν δέχεται καμία από τις παραπάνω μορφές κοινωνικής υποστήριξης, ενώ πάσχει από καρδιοπάθεια; Τα συγκεκριμένα ερωτήματα θα απαντηθούν στα πλαίσια της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Η Χρόνια Ασθένεια

Η ιατρός και διδάκτορας στο πανεπιστήμιο της California, Sherrie H. Kaplan, το 1987, δημοσιεύει στο επιστημονικό της άρθρο την σημασία που έχει ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής με χρόνια ασθένεια αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του και ποια μέτρα λαμβάνει για την προώσπιση της σωματικής του κατάστασης. Αναφέρει πως οι χρόνιες ασθένειες και οι θεραπείες τους μπορούν να επιδράσουν με έναν περίπλοκο τρόπο στην φυσιολογία, στην ψυχολογία και στην γενικότερη ικανότητα λειτουργικότητας του ατόμου. Είναι σημαντική η αναπαράσταση κάποιων συγκεκριμένων μέτρων υγείας για την ακριβή αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα, φυσιολογικοί δείκτες όπως το σάκχαρο και η αρτηριακή πίεση χρησιμοποιούνται συχνά για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου και το ενδεχόμενο εμφάνισης ασθενειών στο μέλλον. Παρ' όλα αυτά, αυτά τα μέτρα δεν μπορούν να αποτελέσουν από μόνα τους στοιχεία για την πρόβλεψη της σοβαρότητας της ασθένειας η οποία μπορεί να εμφανιστεί.

Κάποια γενικά μέτρα σχετικά με την υγεία του ασθενούς, όπως είναι η ποιότητα της ζωής του και το πώς ο ίδιος αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του, έχει αποδειχθεί πως παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στα πλαίσια των προβλεπτικών παραγόντων για την κλινική εικόνα της υγείας. Μέσα από αυτά τα μέτρα μπορεί να προβληθεί καλύτερα ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει μια χρόνια ασθένεια στο άτομο. Δυο ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν τον ίδιο βαθμό λειτουργικότητας σε μια χρονική περίοδο της ζωής τους αλλά θα παίζει σημαντικό ρόλο το πώς θα αντιδράσουν στα φυσικά σημάδια και στα συμπτώματα της ασθένειας, η οποία θα είναι χρόνια. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς θα μειώσουν τον βαθμό λειτουργικότητάς τους στην

εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, ενώ σε άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς θα συνεχίσουν να αντιδρούν με τον ίδιο βαθμό λειτουργικότητας. Αυτή η αντίδραση σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο αξιολογούν γνωστικά την χρόνια ασθένεια τα άτομα. Μέσα από την γνωστική αξιολόγηση της χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκύψει άγχος σχετικά με την κατάληξη της ασθένειας για το άτομο. Μέσα από τον συνδυασμό, λοιπόν, τόσο των συγκεκριμένων ιατρικών μέτρων όσο και των γενικών μέτρων, θα μπορούν οι επαγγελματίες να προβλέπουν τον βαθμό εμφάνισης κακών αποτελεσμάτων στη ζωή των ασθενών με χρόνια ασθένεια (Kaplan, 1987).

Στην έρευνα της η Kaplan (1987), εξέτασε 178 άτομα με χρόνια ασθένεια (σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση) για να μετρήσει το κατά πόσο η λειτουργικότητα των ασθενών πριν και μετά την διάγνωση της ασθένειας, θα είχε ως αποτέλεσμα σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Σημαντική παράμετρος υπήρξε η αξιολόγηση των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Μέσα από την χορήγηση ερωτηματολογίων σχετικά με τον βαθμό της λειτουργικότητας των ασθενών πριν και μετά την ασθένεια, κατέληξε πως υπήρχε διαφορά στο επίπεδο της υγείας, στον τρόπο που αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους να είναι ευάλωτοι ή όχι στην ασθένεια και στον βαθμό της λειτουργικότητάς τους. Η ποιότητα της ζωής με την μορφή της λειτουργικής ικανότητας και της αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας συνδέονται με την κατανόηση και τον έλεγχο της χρόνιας ασθένειας.

Με τη σειρά του ο Patrick (1987), επιβεβαιώνει τα ευρήματα της Kaplan. Αναφέρει συγκεκριμένα πως είναι σημαντικός ο τρόπος που ο ασθενής με χρόνια ασθένεια αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του και αντιδρά σε σχέση με την ποιότητα της ζωής του. Η αντίληψή του αναφορικά με την υγεία του μπορεί να χωριστεί σε κατηγορίες όπως είναι η φύση της ασθένειας, η φυσική (σωματική) ευημερία, η

λειτουργικότητα και η γενικότερη αντίληψη για την υγεία. Σχετικά με την φύση της ασθένειας, ο ασθενής αντιδρά ανάλογα με τα συμπτώματα και τα προβλήματα που προκύπτουν στην καθημερινότητά του, καθώς επίσης, διαφέρει ο βαθμός με τον οποίο τίθεται σε τακτικό ιατρικό έλεγχο. Σχετικά με την σωματική ευημερία και την λειτουργικότητα, μέσα από την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, μπορεί να υπάρξουν σωματικοί περιορισμοί και απαγορεύσεις στην φυσική δραστηριότητα του ατόμου, κάτι που θα έχει ως συνέπεια τον ασθενή να παρουσιάζει τον εαυτό του ευάλωτο και αδύναμο μπροστά στην ασθένεια. Η ποιότητα της ζωής του ασθενή σε μια τέτοια περίπτωση, μπορεί να αλλάξει δραματικά.

Τα ιατρικά μοντέλα σχετικά με την φύση της ασθένειας και την αντίδραση του ασθενούς σε αυτή, πρεσβεύουν τον σημαντικό ρόλο που παίζει το αίτιο της ασθένειας, η παθολογία και η διαχείριση του ασθενούς των καινούριων συνθηκών που προκύπτουν. Η κατάσταση της ασθένειας, συμπεριλαμβανομένων και των φυσιολογικών δεικτών, επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο ασθενής, περιορίζει τον εαυτό του ή υποστηρίζει μια υποκειμενική σωματική ευημερία. Με βάση αυτά τα ιατρικά μοντέλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τις ασθένειες ανάλογα με τον βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου. Η κατάταξη ξεκινά από την φύση της ασθένειας, μέχρι την προσωπικότητα του ασθενούς (Patrick, 1987). Επιπλέον, με το πέρασμα στη καινούρια χιλιετία ο Οργανισμός έβαλε ως στόχο την μείωση των θανάτων κατά 2 % των χρόνιων ασθενών παγκοσμίως, καθώς μέσα από προγράμματα παρέμβασης θα μπορούν οι ασθενείς να γίνουν περισσότερο λειτουργικοί σε σχέση με την ασθένεια (Beaglehole, Epping- Jordan, Patel, Chorpa, Ebrahim, Kidd, και Haines, 2008).

Έχουμε, επομένως, την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας όπου το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί σε καινούριες συνθήκες. Σε πολλές περιπτώσεις οι ερευνητές προβληματίζονται για την προέλευση και την φύση μιας χρόνιας ασθένειας. Στην Αμερική, η Πολιτική της Δημόσιας Υγείας (Public Health Policy) προβάλλει την σχέση ανάμεσα στην διατροφή και τις συνθήκες συμπεριφοράς που θα οδηγήσουν στην εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας. Υποστηρίζουν συγκεκριμένα πως η ονομασία «χρόνια ασθένεια» θα μπορούσε κάλλιστα να προσδιοριστεί και ως «οικο- ασθένεια» καθώς παίζουν σημαντικό ρόλο περιβαλλοντικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες, όπως είναι η διατροφή, στην εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας (Wahlqvist, 2004).

Με τον όρο «χρόνια ασθένεια» προσδιορίζουμε γενικά το είδος της ασθένειας που εμφανίζεται στον άνθρωπο απρόσμενα και τα συμπτώματα διαρκούν παραπάνω από μέρες ή εβδομάδες, μέχρι και το τέλος της ζωής του ατόμου. Μέσα στις χρόνιες ασθένειες ανήκουν η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος και η καρδιοπάθεια. Εμφανίζονται σε μια κοινωνία, ανεξάρτητα από το οικονομικό επίπεδο διαβίωσης, αν και υπάρχουν κάποια πρώτα στοιχεία τα οποία δείχνουν πως οι κοινωνίες με υψηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης εμφανίζουν και μεγαλύτερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών, κυρίως σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Αν και οι χρόνιες ασθένειες κατά κυριότητα προσβάλλουν άτομα μεγάλης ηλικίας, πλέον αυξάνεται όλο και περισσότερο το ποσοστό όπου άτομα νεαρής ηλικίας εμφανίζουν κάποια χρόνια ασθένεια (κατά κύριο λόγο την παχυσαρκία) ανεξάρτητα από το οικονομικό επίπεδο διαβίωσης της κοινωνίας (Wahlqvist, 2004). Μάλιστα, οι Gili, Comas, Garcia- Garcia, Monzon, Antoni, και Roca (2010), αναφέρουν πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις χρόνιες ασθένειες και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών,

ειδικά στις περιπτώσεις των καρδιολογικών, μυοσκελετικών και νευρολογικών χρόνιων ασθενειών.

Οι Mathers, Sadana, Salomon, Murray, και Lopez (2001), αναφέρουν πως για την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας συμβάλλουν τόσο γενετικοί (ασθενές ανοσοποιητικό σύστημα) όσο και συμπεριφοριστικοί παράγοντες (διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα, χρήση ουσιών) καθώς επίσης και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Ειδικά ο ρόλος της φυσικής δραστηριότητας είναι πολύ σημαντικός για την δημόσια υγεία καθώς το άτομο μπορεί να έχει ένα προσεγμένο βάρος, δεν καταναλώνει βλαβερές ουσίες και ενισχύει, επίσης, την κοινωνική του δραστηριότητα, η οποία όπως θα δούμε παρακάτω, είναι σημαντικός παράγοντας σε περιπτώσεις εμφάνισης χρόνιας ασθένειας.

Σύμφωνα με την Πολιτική της Δημόσιας Υγείας (Public Health Policy, ένας οργανισμός σε κάθε χώρα με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται για να βελτιώσουν την δημόσια υγεία μέσω νομοθετικών δράσεων σε τοπικό, πολιτειακό και ομοσπονδιακό επίπεδο, (<http://www.whatispublichealth.org/what/index.html>), ένας τρόπος για να μπορέσουν να προληφθούν τα άτομα από την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι η δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων, προγραμμάτων υγείας, και περιβαλλοντικών στρατηγικών. Για παράδειγμα, μέσα από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το άτομο θα μπορέσει να κατανοήσει τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία του μακροπρόθεσμα, μέσα από την υγιεινή διατροφή και άσκηση, ενώ μέσα από ένα πρόγραμμα υγείας, το άτομο θα μπορέσει να κατανοήσει τις αρνητικές συνέπειες που έχει ως αποτέλεσμα η χρήση ουσιών. Υπάρχει, δηλαδή, ένας αμοιβαίος δεσμός μεταξύ υγείας και περιβάλλοντος. Είναι σημαντικό να γίνει, επίσης, αντιληπτό πως

μια χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζεται καλύτερα μέσα σε ένα υποστηρικτικό και υγιές περιβάλλον (Wahlqvist, 2004).

1.1. Διαχείριση της Χρόνιας Ασθένειας

Σύμφωνα με το παραπάνω κεφάλαιο, οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να εμφανιστεί μια χρόνια ασθένεια, βασίζονται τόσο σε γενετικούς όσο και σε συμπεριφοριστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον εαυτό του από την στιγμή που γίνεται η διάγνωση της ασθένειας. Σημασία έχει το πώς αναπαριστά γνωστικά και συναισθηματικά την ασθένεια. Πώς μεταφράζει τον εαυτό του με τον ρόλο του χρόνιου ασθενή; Ποια καινούρια συναισθήματα προκύπτουν εξαιτίας της εμφάνισης της ασθένειας και κατά πόσο αυτά μεταβάλλονται στην προσπάθεια του ασθενή να διαχειριστεί την ασθένεια; Πώς θα μπορέσει το άτομο να ανταποκριθεί στις καινούριες συνθήκες και ποιες συμπεριφορές θα οδηγήσουν στην διαχείριση της χρόνιας ασθένειας και στην προάσπιση της ψυχικής και σωματικής ευημερίας του ασθενούς; Απάντηση για αυτά τα ερωτήματα δίνεται στις έρευνες που ακολουθούν.

Μέσα από την αύξηση του πληθυσμού και την επέκταση του προσδοκώμενου χρόνου ζωής, έχουμε σαν συνέπεια την αύξηση των ατόμων με χρόνιες ασθένειες. Οι υπηρεσίες υγείας πλέον έχουν να αντιμετωπίσουν εκτός από τις συνηθισμένες ασθένειες, τις χρόνιες ασθένειες. Οι υπηρεσίες υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο πώς μπορεί ο ασθενής με χρόνια ασθένεια να διαχειριστεί τις καινούριες συνθήκες ζωής. Τα προβλήματα υγείας έχουν σαν αποτέλεσμα την συχνή χρήση των

συστημάτων υγείας από τους ασθενείς, με μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης από τους χρόνιους ασθενείς σε ένα ποσοστό της τάξεως του 94% από τον συνολικό αριθμό των ασθενών που επισκέπτονται μια υπηρεσία υγείας. Πέρα από την θεραπεία που παρέχουν οι ιατροί, προσπαθούν να δείξουν στους ασθενείς τρόπους για την αυτοδιαχείριση των προβλημάτων τους. Η ενεργοποίηση του ασθενή βασίζεται στην αυτοδιαχείριση. Σύμφωνα με τους Hibbard, Stockard, Mahoney και, Tusler (2004, όπως αναφέρεται στους Donald, Ware, Ozolins, Begum, Crowther, και Bain, 2011), ένας ενεργοποιημένος χρόνιος ασθενής είναι αυτός που ξέρει «πώς να διαχειριστεί την παρούσα κατάστασή του και να μπορεί να μείνει λειτουργικός καθώς επίσης να αποτρέψει μια κατάρρευση της υγείας του. Οι χρόνιοι ασθενείς έχουν τις δεξιότητες και την απαραίτητη συμπεριφορά να διαχειριστούν τις συνθήκες, να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες υγείας, να διατηρήσουν σε λειτουργικά επίπεδα την υγεία τους και να αποκτήσουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα». Μελέτες έχουν δείξει πως οι ενεργοποιημένοι χρόνιοι ασθενείς λαμβάνουν καλύτερη ιατρική φροντίδα και υποστήριξη από τους ιατρούς (Donald, και συν., 2011).

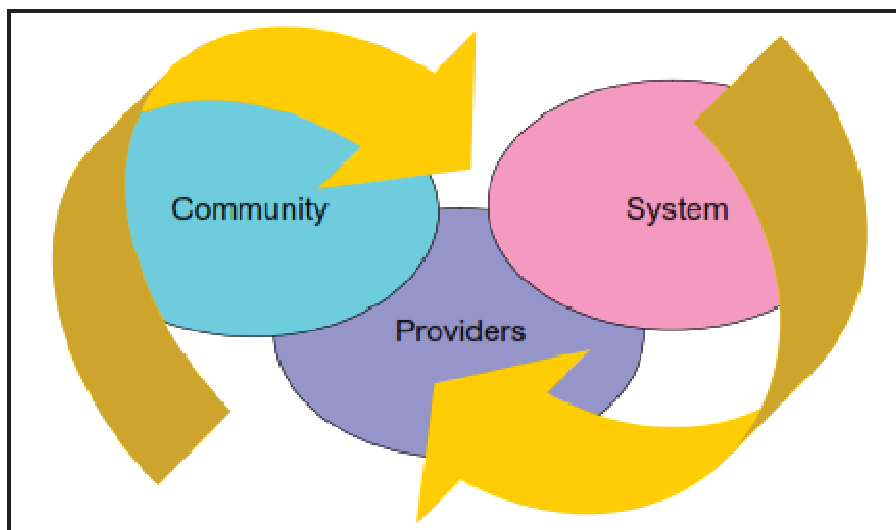
Με την σειρά τους οι Bodenheimer, Lorig, Holman, και Grumbach (2002), αναφέρουν πως οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια καταβάλλουν καθημερινά προσπάθεια για την διαχείριση της ασθένειας. Δίνουν σημασία στην σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς, αναφέροντας πως δεν είναι μόνο απαραίτητη η φροντίδα από την μεριά του ιατρού αλλά και η εκπαίδευση του ασθενούς για αυτοδιαχείριση της ασθένειας. Μέσα από την εκπαίδευση θα μπορέσει ο ασθενής να αποκτήσει την καλύτερη ποιότητα ζωής που θα μπορέσει να έχει μέσα στις συνθήκες της χρόνιας ασθένειας. Η εκπαίδευση θα μπορέσει να παρέχει στον ασθενή πρακτικές επίλυσης προβλημάτων, αυτόρκεια, το

αίσθημα πως έχει τον έλεγχο της κατάστασης και επίτευξη των στόχων του. Τα προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με την αυτοδιαχείριση της ασθένειας έχουν σαν αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του ασθενούς, με καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία του και λιγότερο οικονομικό κόστος από τις ιατρικές επισκέψεις.

Συγκεκριμένα στην έρευνα των Donald et al. (2011), σε ένα δείγμα από 1.470 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιοπάθεια, θέλησαν να εξετάσουν κατά πόσο διαπιστώνεται καλύτερη της υγείας των χρόνιων ασθενών ή αν η υγεία παραμένει σταθερή στην περίπτωση που οι ασθενείς ενεργοποιούνται περισσότερο σε σχέση με την ασθένειά τους και ζητούν άμεση βοήθεια από τους ιατρούς, επισκεπτόμενοι συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν και για τις δύο συνθήκες πως όσες περισσότερες φορές οι ασθενείς επισκέφτηκαν μια υπηρεσία υγείας και έδειξαν αυξανόμενη ενεργοποίηση σχετικά με την ασθένεια, τόσες λιγότερες φορές άρχισαν να επισκέπτονται την υπηρεσία υγείας μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, καθώς μπορούσαν να διαχειριστούν επαρκώς μόνοι τους τις συνθήκες ζωής και υγείας τους, με βελτίωση ή σταθεροποίηση της τελευταίας. Την σημασία της ενεργοποίησης του ασθενούς σε σχέση με την χρόνια ασθένεια και τις καλύτερες συνθήκες υγείας μετά την ενεργοποίηση επιβεβαιώνει και συγκεκριμένη έρευνα στην Ιταλία με χρόνιους ασθενείς με πάθηση στο συκώτι, όπου το 50% του δείγματος παρουσίασε βελτίωση της υγείας μετά από επανειλημμένες επισκέψεις, μέχρι το σημείο που δεν ήταν απαραίτητο να επισκεφτούν μια υπηρεσία υγείας, δημιουργώντας οι ίδιοι οι ασθενείς μια σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας τους (Loguercio, Tiso, Cotticelli, Del Vecchio Blanco, Arpino, Laringe, Napoli et al. 2011).

Το 2007, οι Montaque, Gogovor και, Krelenbaum, παρουσιάζουν στο άρθρο τους «*Time for chronic disease care and management*», το Μοντέλο της Διαχείρισης και

της Φροντίδας της Χρόνιας Ασθένειας (*The chronic care model of disease management*), (όπως παρουσιάζεται παρακάτω στο Σχήμα 1.), ορίζοντας την διαχείριση της ασθένειας ως « καθοδήγηση μέσα από την συνεργασία, επικέντρωση στην παρέμβαση και μέτρα για τις πηγές υγείας με σκοπό την βελτίωση της φροντίδας και τα αποτελέσματα στην υγεία ολόκληρου του πληθυσμού των ασθενών. Στόχος η φροντίδα και τα αποτελέσματα να βελτιωθούν».



Σχήμα 1. Μοντέλο της Διαχείρισης και της Φροντίδας της Χρόνιας Ασθένειας. Η κοινότητα, οι προμηθευτές και οι συστημικοί συνεργάτες δρουν μαζί για την επίτευξη των στόχων. Τα τόξα αναπαριστούν την ενεργοποίηση και την διατήρηση της επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων πρακτικών επικοινωνίας, μέτρων, αποτελεσμάτων και άλλων σχετικών γνώσεων, σε όλους τους συνεργάτες (Montague et al. 2007).

Σχετικά με την διαχείριση της ασθένειας είναι σημαντική η τοποθέτηση των Hudon, Fortin, Haggerty, Loignon, Lambert και, Poitras (2012), σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας του ατόμου που πάσχει από χρόνια ασθένεια, αναφέροντας πως ο ασθενής έχει κεντρικό ρόλο στην οικογένεια αλλά η δεύτερη οφείλει να εξερευνήσει

την ασθένεια και τις συνέπειες μαζί με τον ασθενή. Θα πρέπει να δείξει κατανόηση, να υπάρξει ένα κοινό σημείο επικοινωνίας σχετικά με την ασθένεια, να συνεργάζονται τα μέλη για την πρόληψη και την προώθηση της υγείας, να τονίζουν την σχέση ασθενή-ιατρού και τέλος, να είναι ρεαλιστές.

Επομένως, αυτό που έχει σημασία στην διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι η συνεργασία των συστημάτων με τα οποία έρχεται σε επαφή ο χρόνιος ασθενής, από την οικογένεια μέχρι το σύστημα υγείας και τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό την υποστήριξή του και την βελτίωση των συνθηκών της ζωής του.

1.2. Χρόνιες Καρδιολογικές Ασθένειες

Συγκεκριμένες περιπτώσεις (είδη) των καρδιολογικών ασθενειών, όπως είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το εγκεφαλικό εμφανίζονται και περιγράφονται χιλιάδες χρόνια πριν, αλλά μόνο μετά τα μισά του 20^{ου} αιώνα οι καρδιολογικές ασθένειες παίρνουν την μορφή επιδημίας. Η επιδημία αρχικά επηρέασε τις αναπτυγμένες χώρες (και κυρίως τους άνδρες) και δεν ήταν διαδεδομένη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μέσα από έναν αριθμό ερευνών σε περιοχές της Νοτίου Αμερικής, της Αγγλίας και της Ευρώπης το 1950, ανιχνεύτηκαν για πρώτη φορά τα αίτια που θα οδηγούσαν στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών σε μεγάλο ή μικρό βαθμό στον άνθρωπο. Η καρδιολογική ασθένεια προσβάλλει «κυρίως τους αδύναμους άνδρες (και τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας) που έχουν καθιστική ζωή και έχουν επιβλαβείς συνήθειες όπως το κάπνισμα, διατροφή με κορεσμένα λιπαρά και μικρό βαθμό σωματικής άσκησης». Επιπλέον, κάποιοι από τους παράγοντες επικινδυνότητας, πέρα από το κάπνισμα, την υψηλή αρτηριακή πίεση και τα ανώμαλα λιπίδια, είναι και η περίπτωση της αθηροσκληρωτικής ασθένειας, όπου τα αποτελέσματα της υγείας δεν μπορούν να ελεγχτούν (Yusuf και Anand, 2010).

Η πρόληψη των καρδιολογικών ασθενειών αποτελεί παγκόσμια προτεραιότητα για την δημόσια υγεία. Η καρδιοπάθεια δεν αποτελεί απλά την νούμερο ένα ασθένεια που οδηγεί στον θάνατο αλλά έχει ένα ποσοστό του 29% ως το αίτιο θανάτων παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 88% των περιπτώσεων με καρδιοπάθεια συναντάται στην χώρες με μεσαίο ή χαμηλό οικονομικό επίπεδο. Εξαιτίας της αθηροσκληρωτικής ασθένειας έχουμε 17, 1 εκατομμύρια θανάτους από καρδιοπάθεια, 12,9 εκατομμύρια που προκύπτουν από την στεφανιαία νόσο, και 7,2 εκατομμύρια από εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια. Το 1948

δημιουργήθηκε η ανάγκη να αναγνωριστούν τα αίτια που συμβάλλουν στην εμφάνιση των καρδιολογικών ασθενειών και έτσι η Υπηρεσία της Δημόσιας Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών δημιούργησε το Πρόγραμμα Μελέτης της Καρδιάς του Framingham (Framingham Heart Study) (Mendis, 2010).

Μέσα από την εφαρμογή του προγράμματος για τουλάχιστον πέντε δεκαετίες, προέκυψαν σημαντικά δεδομένα για την πρόληψη της καρδιοπάθειας στην Αμερική, τα οποία είχαν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία παγκόσμιων στρατηγικών πρόληψης. Η μελέτη Framingham παρουσιάζει στοιχεία για την διάδοση, τον ρυθμό, την πρόγνωση, τους παράγοντες προδιάθεσης και τους καθοριστικούς παράγοντες που θα οδηγήσουν στην εμφάνιση της καρδιοπάθειας. Τα στοιχεία αυτά σχετίζονταν με την επίδραση του καπνίσματος, την ανθυγιεινή διατροφή, την έλλειψη φυσικής άσκησης, την παχυσαρκία, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, τα οποία και αποτέλεσαν καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση της ασθένειας. Αξιοσημείωτο είναι πως στην συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε πως οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιολογικές ασθένειες σε σχέση με τις γυναίκες, ένα δεδομένο που αλλάζει δραματικά, όπως θα δούμε παρακάτω (Mendis, 2010). Σήμερα ο Αμερικάνικος Οργανισμός για την Καρδιά (American Heart Association) έχει ως στόχο να μειώσει τις καρδιολογικές ασθένειες για τον πληθυσμό της Αμερικής κατά 20% μέχρι το 2020 βασιζόμενος στους προβλεπτικούς παράγοντες της μελέτης του Framingham (Folsom, Yatsuya, Nettleton, Lutsey, Cushman, και Rosamond, 2011).

Ένα παράδειγμα για τους καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών, υπήρξε η έρευνα των Diez, Del Val Gracia, Pelegrina, Martinez Martinez, Penacoba, Tejon, et al. (2005), στην Ισπανία σε ένα δείγμα μεγέθους 2.248 ατόμων. Η έρευνα μελέτησε καρδιολογικές παθήσεις όπως την

ισχαιμική καρδιοπάθεια, την αγγειοεγκεφαλική νόσο και την περιφερική αρτηριακή νόσο καθώς επίσης και τους παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση των ασθενειών όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και σάκχαρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών συνέβαλαν παράγοντες όπως το κάπνισμα κατά 35,2 %, η υψηλή αρτηριακή πίεση κατά 33,7%, η χοληστερόλη κατά 21,9%, τα τριγλυκερίδια κατά 12,7 % και το σάκχαρο κατά 15,8%. Οι άντρες του δείγματος παρουσίασαν μεγαλύτερες πιθανότητες για εμφάνιση της ασθένειας σε σχέση με τις γυναίκες. Το ποσοστό ηλικίας εμφάνισης της ασθένειας ήταν κατά μέσο όρο τα 55 έτη.

Οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προσβολή της ασθένειας σε περιοχές με χαμηλό οικονομικό επίπεδο, επαληθεύονται στην έρευνα των Ngonou, Aboyans, Kouna, Makandja, Nzenge, Allogho, et al. (2012) στην Γκαμπόν της Αφρικής. Προσπάθησαν να βρουν τους παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών σε ένα δείγμα από 736 άτομα. Συλλέγοντας στοιχεία από το ιατρικό τους ιστορικό υπήρχαν δεδομένα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, αγγειοεγκεφαλικής ασθένειας και περιφερειακή αρτηριακή ασθένεια στο μέλλον. Η υπέρταση θεωρήθηκε σε ποσοστό από 47,7 % μέχρι 53,7% και για τους άνδρες και για τις γυναίκες ηλικίας από 50 μέχρι 60 έτη ως προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, την ασθένεια της περιφερειακής αρτηρίας και την ασθένεια της αρτηριακής στένωσης. Πλέον η υπέρταση χαρακτηρίζει ένα στα έξι άτομα στην Γκαμπόν, από την ηλικία των 40 ετών και άνω. Οι προβλέψεις του Οργανισμού Υγείας επιβεβαιώνονται και στην περίπτωση της περιοχής της Ινδίας όπου οι χρόνιες ασθένειες προκαλούν το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στον

πληθυσμό, με τις καρδιολογικές ασθένειες να είναι οι κυρίαρχες με ποσοστό 28% από το 51,7% όλων των θανάτων από χρόνιες ασθένειες. Οι θάνατοι από καρδιολογικές ασθένειες αυξήθηκαν από 2.266.000 το 1990 σε 2.669.000 το 2004, με μια αύξηση 17,8 % σε λιγότερο από δύο δεκαετίες (Reddy και Satija, 2010).

Πέρα από τους προγνωστικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι έρευνες πλέον δίνουν και μεγάλη σημασία στο φύλο για την εμφάνιση της ασθένειας. Σύμφωνα με τους Xhyheri και Bugiardini (2010), υπάρχει η προκατάληψη σχετικά με την εξέταση ανά φύλο με αποτέλεσμα να διαφέρει και η φαρμακευτική αγωγή. Οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε καρδιολογικές εξετάσεις σχετικά με την νόσο της θρομβόλυσης, να κάνουν αγγειοπλαστική ή κάποια καρδιακή χειρουργική επέμβαση καθώς αξιολογούν διαφορετικά τα καρδιακά συμπτώματα. Οι άντρες είναι δύο φορές πιθανότερο να προβούν σε τέτοιου είδους εξετάσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες, αν και οι γυναίκες παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με την ίδια συχνότητα και συχνά υποστηρίζουν πως δεν μπορούν να εργαστούν εξαιτίας των συμπτωμάτων σε σχέση με τους άνδρες.

Βέβαια από το 1995 ακόμα έχουμε την έρευνα των Psaty, Kuller, Bild Burke, Kittner, Mittelmark, et al., οι οποίοι αναφέρουν σε έρευνά τους σε δείγμα από 5.201 ηλικιωμένα άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες πως τα ποσοστά στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών δεν διέφεραν πολύ σε σχέση με το φύλο. Για παράδειγμα, στην ασθένεια του εμφράγματος του μυοκαρδίου το ποσοστό ήταν 75,5 % για τους άνδρες και 60,6% για τις γυναίκες, στο εγκεφαλικό 59,6 % για τους άνδρες και 53,8% για τις γυναίκες, τέλος στην ισχαιμιακή αρτηριακή ασθένεια το ποσοστό για τους άνδρες ήταν 41,5 % ενώ για τις γυναίκες 37%.

Τα όχι και τόσο διαφορετικά ποσοστά εμφάνισης καρδιολογικών ασθενειών τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες επιβεβαιώνει και στην έρευνά του ο Zhang (2010), ο οποίος αναφέρει πως η καρδιολογική ασθένεια σε σχέση με τις γυναίκες αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για την δημόσια υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε ένα ποσοστό της τάξεως του 35% οι γυναίκες εμφανίζουν κάποια μορφή καρδιολογικής ασθένειας, ενώ το ποσοστό για τους άνδρες είναι μόνο δύο ποσοστιαίες μονάδες μακριά, στο 37,6%. Μάλιστα, στις γυναίκες η εμφάνιση της ασθένειας μπορεί να γίνει σε δέκα χρόνια νωρίτερα σε σχέση με την ηλικία εμφάνισης στους άνδρες.

Σημαντική είναι η αναφορά των Musselman, Evans, και Nemeroff (1998), σχετικά με την εμφάνιση των καρδιολογικών ασθενειών στην περίπτωση που το άτομο εμφανίσει, επίσης, συμπτώματα κατάθλιψης. Αναφέρουν συγκεκριμένα, πως όταν το άτομο εμφανίζει κατάθλιψη υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει κάποιο είδος καρδιολογική ασθένειας, ή εφόσον εμφανίσει κάποιο καρδιολογικό επεισόδιο, να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης εξαιτίας της επιδείνωσης της υγείας του.

Επομένως, τα συμπεράσματα με μια πρώτη ματιά είναι πως υπάρχουν κάποιοι καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μιας σειράς καρδιολογικών ασθενειών, με ένα ποσοστό εμφάνισης όχι διαφορετικό ανάλογα με το φύλο, καθώς επίσης δεν υπάρχουν διαφορές και στον πολιτισμικό πλαίσιο πλέον, με την εμφάνιση των καρδιολογικών νόσων σε χαμηλού βιοτικού επιπέδου περιοχές μέχρι μεσαίου και υψηλού. Η εμφάνιση μιας καρδιολογικής ασθένειας θα αλλάξει τις συνθήκες ζωής του ατόμου, τόσο σε πρακτικό επίπεδο, όπως είναι στην περίπτωση των δυνατοτήτων του στο εργασιακό περιβάλλον, όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο, όπως είναι στην περίπτωση διάγνωσης κατάθλιψης μετά την εμφάνιση κάποιου καρδιοαγγειακού επεισοδίου.

2. Κοινωνική Υποστήριξη και Υγεία

Η κοινωνική υποστήριξη έχει οριστεί με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, μιλάμε για κοινωνική υποστήριξη ανάλογα με την βοήθεια που μας παρέχεται με τα άτομα του κοινωνικού μας περίγυρου, είτε με την μορφή των προϊόντων που μπορούμε να πάρουμε από αυτά είτε με την μορφή των συναισθημάτων που μοιραζόμαστε. Συγκεκριμένα, αναφέρονται διάφορα είδη κοινωνικής υποστήριξης, όπως είναι η συγκεκριμένη βοήθεια, στην περίπτωση που το άτομο χρειάζεται κάποια στήριξη σε πρακτικό επίπεδο, για παράδειγμα, στήριξη για να μπορέσει να έχει τις απαραίτητες συνθήκες για να ζήσει, την συναισθηματική υποστήριξη, που είναι τα θετικά συναισθήματα τα οποία μπορεί το άτομο να μοιραστεί με κάποιον άλλο και τα οποία συμβάλλουν στην ψυχοσυναισθηματική ευημερία του ατόμου, και τέλος, την κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της πληροφόρησης, όπου το άτομο μπορεί να έχει την γνώση των απαραίτητων πληροφοριών σε διάφορες πτυχές της ζωής τους, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μια ασθένειας και των χαρακτηριστικών της, για να μπορέσει να ελέγξει την κατάσταση (Schwarzer, Knoll, και Rieckman, 2004, όπως αναφέρεται στους Schwarzer και Knoll, 2008).

Οι Krol, Sanderman, και Suurmeijer, δημοσιεύουν το 1993 ένα επιστημονικό άρθρο το οποίο εξηγούσε την επιρροή της κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα με χρόνιες ασθένειες (και συγκεκριμένα με ρευματοειδή αρθρίτιδα) ως προς την ποιότητα ζωής. Αναφέρουν πως την τελευταία δεκαετία, δηλαδή στο διάστημα από την δεκαετία του '80 και έπειτα, άρχισαν να γίνονται κοινωνικές και ανθρωπολογικές έρευνες σχετικά με την δημιουργία των πεδίων κοινωνικού δικτύου και κοινωνικής υποστήριξης. Τόσο το κοινωνικό δίκτυο όσο και η κοινωνική υποστήριξη παίζουν ένα σημαντικό

ρόλο στην προώθηση της υγείας και της ευημερίας και στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ατόμων.

Συγκεκριμένα η έρευνα των Patrick, Morgan, και Charton το 1986, επιβεβαιώνει την σχέση την ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (κοινωνική επαφή και συναισθηματική οικειότητα) και τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας (φυσική, ψυχοκοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα) μέσα από ένα δείγμα 583 ατόμων, ηλικίας 45 έως 75 χρονών με χρόνια ασθένεια (καρδιολογικές ασθένειες ή ρευματοειδή αρθρίτιδα). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε πως ο χαμηλός βαθμός κοινωνικής επαφής των ασθενών με άλλα άτομα, συσχετιζόταν θετικά με την μείωση της ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργικότητάς τους.

Η κοινωνική υποστήριξη παρουσιάζει δύο διαφορετικούς τύπους επιρροής ή λειτουργίας : α. την λειτουργία διευκόλυνσης της υγείας, για παράδειγμα, την ικανοποίηση που κερδίζει ο άνθρωπος μέσα από τους δεσμούς που συνάπτει και τις ανάγκες που ικανοποιεί, την διατήρηση της αυτοπεποίθησής του [άμεση επιρροή (direct effect)], και β. την λειτουργία μείωσης του άγχους, για παράδειγμα, ο άνθρωπος μέσω των δεσμών μπορεί να κερδίσει την γνωστική, συναισθηματική και πρακτική προσαρμογή του, όπως είναι στην περίπτωση μιας ασθένειας όπου παρέχονται στον ασθενή πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, υποστήριξη, πρακτική και οικονομική βοήθεια (buffer effect). Οι άνθρωποι που δέχονται ικανοποιητική ποσότητα κοινωνικής υποστήριξης από το κοινωνικό τους δίκτυο, μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα τις συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν τις ίδιες πηγές υποστήριξης (Krol et al., 1993).

Την παραπάνω θεωρία επιβεβαιώνουν δύο χρόνια αργότερα οι Suurmeijer, Doeglas, Briancon, Krijnen, Krol, Sanderman, Moum, et al. (1995) οι οποίοι αναγνωρίζουν

πως η κοινωνική υποστήριξη έχει ευεργετική επιρροή στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων και ορίζουν την κοινωνική υποστήριξη ως « τον βαθμό κατά τον οποίο ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες του ατόμου μέσα από την αλληλεπίδραση με τους άλλους. Στις βασικές κοινωνικές ανάγκες συμπεριλαμβάνονται η αγάπη, η αυτοπεποίθηση ή η έγκριση, το ανήκειν, η ταυτότητα και η ασφάλεια. Αυτές οι ανάγκες μπορούν να καλυφθούν είτε μέσω της κοινωνικοσυναισθηματικής βοήθειας είτε μέσω της οργανικής (συγκεκριμένης χειροπιαστά) βοήθειας».

Αναγνωρίζουν, επίσης, τους δύο διαφορετικούς τύπους λειτουργίας της κοινωνικής υποστήριξης, την λειτουργία διευκόλυνσης της υγείας και την λειτουργία μείωσης του άγχους, καθώς επίσης παρέχουν τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την κοινωνική υποστήριξη: την καθημερινή οργανική υποστήριξη, την καθημερινή κοινωνικοσυναισθηματική υποστήριξη, την οργανική υποστήριξη για τον προσανατολισμό επίλυσης προβλημάτων και την κοινωνικοσυναισθηματική υποστήριξη για τον προσανατολισμό επίλυσης προβλημάτων (βλέπε Σχήμα 2.)

	Instrumental	Social-emotional
Daily	daily instrumental support	daily social-emotional support
Problem-oriented	problem-oriented instrumental support	problem-oriented social-emotional support

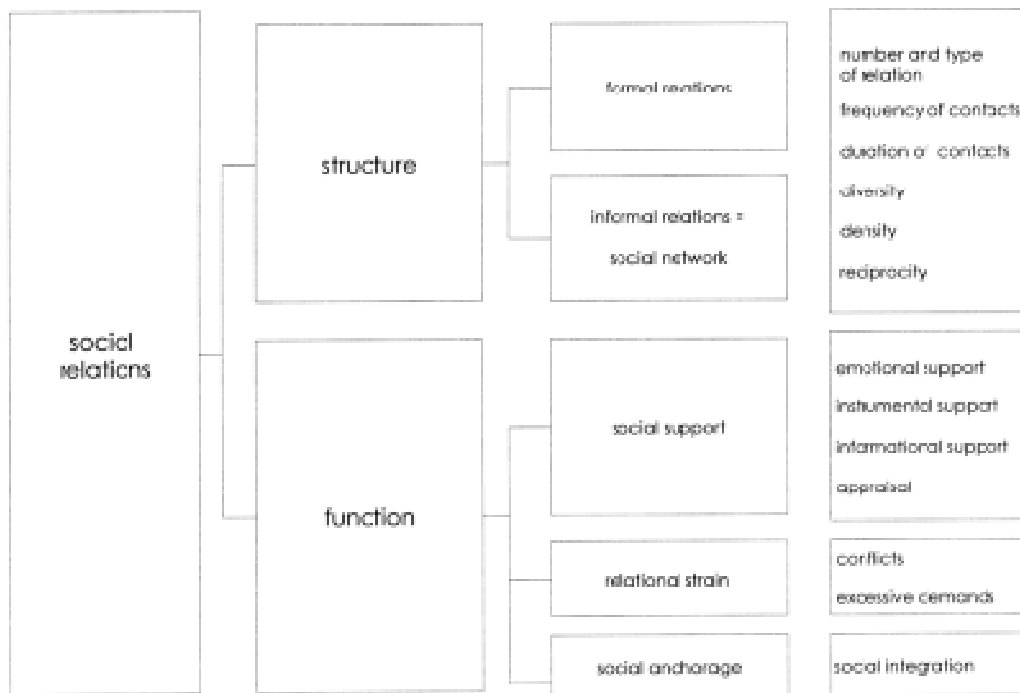
Σχήμα 2. Οι τέσσερις βασικές διαστάσεις κοινωνικής υποστήριξης (Suurmeijer, et al. 1995)

Ένα χρόνο αργότερα, το 1996, σε δημοσίευσή τους οι Doeglas, Suumerijer, Briancon, Moum, Krol, Bjelle, Sanderman, et al., εισάγουν δύο ψυχομετρικά

εργαλεία για την μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης και την επίδραση που αυτή έχει στην ποιότητα ζωής και στη υγεία των ασθενών με χρόνια ασθένεια. Τα συγκεκριμένα εργαλεία ήταν το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης μέσω των (κοινωνικών) Συναλλαγών (Social Support Questionnaire for Transaction [SSQT]) και το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης της Ικανοποίησης (που παρέχεται μέσω των κοινωνικών συναλλαγών) (Social Support Questionnaire for Satisfaction [SSQS]). Τα ευρήματα από το δείγμα των 744 ατόμων με χρόνια ασθένεια, έδειξαν πως το SSQT αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο μπορεί να προβλέψει και να επαληθεύσει πως το ποσοστό της κοινωνικής ικανοποίησης επεξηγεί την ποιότητα ζωής και την κατάσταση της υγείας των ασθενών με χρόνια ασθένεια.

Επιπλέον το 1996, η Seeman εξετάζει την σχέση ανάμεσα στην κοινωνική ενσωμάτωση και τα αποτελέσματα που προκύπτουν στην υγεία ατόμων με καρδιολογικές ασθένειες. Χρησιμοποιεί όρους όπως κοινωνικοί δεσμοί, κοινωνικό δίκτυο, κοινωνική απομόνωση και κοινωνικό περιβάλλον ως στοιχεία τα οποία συμβάλλουν στην μείωση του βαθμού θνησιμότητας. Αναφέρει πως η κοινωνική ενσωμάτωση έχει υψηλή θετική επίδραση στην πρόγνωση εμφράγματος του μυοκαρδίου. Από την άλλη μεριά, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχουν ως συνέπεια την χαμηλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και μεγαλύτερη δραστηριότητα του νευροενδοκρινικού και κυκλοφορικού συστήματος, ενώ η υποστηρικτική κοινωνική αλληλεπίδραση έχει τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα. Ολοκληρώνει πως, πέρα από την κοινωνική ενσωμάτωση και την καλή λειτουργία της καρδιάς την οποία αυτή προσφέρει, η ποιότητα της ζωής γενικότερα επηρεάζεται επίσης από τους κοινωνικούς δεσμούς.

Το 1999 οι Due, Holstein, Lund, Modvig, και Avlund, αναφέρουν πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις ισχυρές κοινωνικές σχέσεις που έχουν οι άνθρωποι σε σχέση με τον βαθμό ασθένειας και θνησιμότητας που παρουσιάζουν. Έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα άτομα με ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς να αναρρώσουν ή να επιβιώσουν μετά από μια σοβαρή ασθένεια. Ο βαθμός ανάρρωσης και επιβίωσης των ασθενών ενδυναμώνεται από τις κοινωνικές σχέσεις. Αναφέρουν πως η κοινωνική υποστήριξη στηρίζεται στις κοινωνικές σχέσεις και στο κοινωνικό δίκτυο, το οποίο χωρίζεται σχετικά με την δομή και την λειτουργικότητα. Οι κοινωνικές σχέσεις σχετίζονται με την ύπαρξη, τον αριθμό και την συχνότητα σύναψης κοινωνικών σχέσεων, ενώ το κοινωνικό δίκτυο αποτελεί την δομή ή την περιγραφή της αλληλεπίδρασης αυτών των κοινωνικών σχέσεων, με στοιχεία αμοιβαιότητας, ομοιογένειας και πυκνότητας. Χωρίζουν την κοινωνική υποστήριξη σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες : την υποστήριξη μέσω της πληροφόρησης, την οργανική (συγκεκριμένη χειροπιαστά) υποστήριξη, την συναισθηματική υποστήριξη και την γνωστική αξιολόγηση μέσω της υποστήριξης (βλέπε Σχήμα 3.). Όπως αναφέρουν και οι Soellner, Zschocke, Zingg- Shir, Stein, Rumpold, Fritsch, et al. (1999), υπάρχει μείωση του άγχους και της ψυχοκοινωνικής ανησυχίας σε άτομα με χρόνια ασθένεια όταν δέχονται κοινωνική υποστήριξη μέσα στο κοινωνικό δίκτυο στο οποίο βρίσκονται.



Σχήμα 3. Κοινωνικές σχέσεις. Θεμελιώδες πλαίσιο εργασίας (Due et al. 1999)

Έτσι φτάνουμε στους Schwarzer και Knoll (2008), οι οποίοι στηριζόμενοι στα προηγούμενα δεδομένα, επιβεβαιώνουν με την σειρά τους πως η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ποιότητα της υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρουν πως η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι τα διάφορα είδη πηγών που παρέχονται από τους άλλους, όπως είναι η υποστήριξη για την επεξεργασία του άγχους. Συμπληρώνουν πως έχουν ερευνηθεί διάφοροι τύποι κοινωνικής υποστήριξης όπως είναι η οργανική ή χειροπιαστή (tangible) [συγκεκριμένη βοήθεια σε ένα πρόβλημα, δωρεά αγαθών], η πληροφοριακή (informational) [να δίνει κάποιος συμβουλή σε κάποιον άλλο], και η συναισθηματική (emotional) [η παροχή ασφάλειας, το να ακούει κανείς τον άλλον με εμπάθεια]. Υπάρχει διαχωρισμός στην κοινωνική υποστήριξη ανάλογα με την παροχή υποστήριξης και την αποδοχή υποστήριξης (provided support and received support).

Και οι δύο αποτελούν αυτοαναφορές σχετικά με την κοινωνική αλληλεπίδραση που αφορά σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Έτσι, η κοινωνική υποστήριξη σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα, επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και κατ' επέκταση την υγεία των ατόμων. Μέσα από την θεωρία της απόδοσης (attribution theory, μια θεωρία η οποία αναφέρεται στην γνωστική απόδοση που δίνουν τα άτομα σχετικά με ένα γεγονός το οποίο είναι απειλητικό για αυτά με σκοπό να μπορέσουν να ελέγξουν την κατάσταση στο περιβάλλον και να δώσουν μια λύση στο πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει), την θεωρία περί αντιμετώπισης του stress (coping theory, όπου το άτομο με την κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ελέγξει στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες απειλούν την ευημερία του σε επίπεδο διαβίωσης) και την σχέση της με την κοινωνική υποστήριξη μέχρι την θεωρία της μοναξιάς (loneliness theory, μια θεωρία η οποία περιγράφει τα συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης, έλλειψης κατανόησης και απομόνωσης που μπορεί να βιώσει το άτομο από τον κοινωνικό περίγυρο) σχετικά με την σχέση της κοινωνικής υποστήριξης μέσω των κοινωνικών σχέσεων (Stewart, 1989), το πεδίο της κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικός παράγοντας για παρακολούθηση από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς επηρεάζει άμεσα την υγεία τόσο αυτών που νοσούν όσο και των υγιών ατόμων.

Επιπλέον, από το 1979, οι Berkman και Syme (όπως αναφέρεται στον Uchino, 2006), δημοσιεύουν τα αποτελέσματα από την έρευνά τους στην οποία παρουσίασαν τον βαθμό συσχέτισης ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και τον βαθμό θνησιμότητας στο άτομο. Μέσα από ερωτήσεις μπόρεσαν να συνδέσουν στοιχεία σχετικά με τις κοινωνικές διασυνδέσεις των ατόμων και τον ρυθμό θνησιμότητας και βρήκαν πως τα άτομα που είχαν λιγότερη κοινωνική ενσωμάτωση είχαν υψηλότερο βαθμό

θνησιμότητας. Τα συγκεκριμένα ευρήματα άσκησαν μεγάλη επιρροή στον τομέα της έρευνας για την υγεία, καθώς πλέον άνοιξε ο δρόμος για την μελέτη εναλλακτικών αιτιών (όπως είναι το χαμηλό επίπεδο υγείας) και η σχέση τους με την κοινωνική υποστήριξη και την θνησιμότητα.

Οι επιστήμονες υποστηρίζουν πως υπάρχει άμεση σχέση, όπως παρουσιάστηκε και παραπάνω, της κοινωνικής υποστήριξης και του επιπέδου της υγείας του ατόμου. Το 1990 ο Bloom δημοσιεύει το άρθρο «The relationship of social support and health». Επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά πως η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως την πληροφορία που επεξεργάζεται το άτομο σχετικά με την φροντίδα και την αγάπη που δέχεται από τους γύρω του καθώς επίσης την αυτοπεποίθηση και την αξία που εισπράττει μέσα από την επικοινωνία στα πλαίσια του κοινωνικού δικτύου. Αναφέρει επίσης την συναισθηματική, την πληροφοριακή και την συγκεκριμένη (tangible) υποστήριξη καθώς και την υποστήριξη από το κοινωνικό σύνολο (με την μορφή της επιβεβαίωσης και του feedback). Προσθέτει πως το κοινωνικό δίκτυο ασκεί μεγάλη επιρροή στις συμπεριφορές υγείας που υιοθετεί το υποκείμενο. Κατά συνέπεια, ανάλογα με την υποστήριξη που θα δεχτεί το άτομο το οποίο ασθενεί, θα αντλήσει θάρρος για να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, για να διατηρήσει την προώθηση της συμπεριφοράς υγείας, όπως το να αθλείται και να τρέφεται υγιεινά καθώς και να παρευρεθεί σε ένα ιατρικό ραντεβού. Η ενσωμάτωση μέσα στο κοινωνικό δίκτυο θα δώσει την δυνατότητα στο άτομο να διατηρήσει τα επίπεδα της υγείας του και να αναρρώσει από την ασθένεια. Συμπληρώνει, εκτός των άλλων, πως εφόσον υπάρχει συναισθηματική υποστήριξη από συγγενείς και φίλους, θα βελτιωθεί και η ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς κάθε σωματική ασθένεια παρουσιάζει και ψυχολογικές λειτουργίες που σχετίζονται με την φύση της ασθένειας.

Τα συμπεράσματα του Bloom, επιβεβαιώνουν και οι Fitzpatrick, Newman, Archer, και Shipley (1991), οι οποίοι υποστήριζαν πως η ψυχική υγεία ασθενών με χρόνια ασθένεια επηρεάζεται τόσο από την παρουσία της ασθένειας όσο και από την κοινωνική υποστήριξη που δέχεται ο ασθενής. Η συγκεκριμένη υποστήριξη που δεχόταν ο ασθενής στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη. Όσο μεγαλύτερη ήταν η συγκεκριμένη κοινωνική υποστήριξη που δεχόταν ο ασθενής, τόσο μικρότερος ήταν ο βαθμός της συναισθηματικής ανισορροπίας, ενώ μαζί με την ανικανότητα λόγω της ασθένειας, εμφανιζόταν και κατάθλιψη στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν δεχόταν συγκεκριμένη και συναισθηματική υποστήριξη από τις κοινωνικές του σχέσεις.

Με τη σειρά τους οι Franks, Campbell, και Shields (1992), θέλησαν να δείξουν στην έρευνά τους την σχέση μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και του επιπέδου της υγείας ατόμων με καρδιολογικές ασθένειες, με κυρίαρχο τον ρόλο της οικογένειας στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης. Υπέθεσαν πως οι κοινωνικές σχέσεις (η κοινωνική υποστήριξη και η λειτουργικότητα της οικογένειας) θα ασκούσαν έμμεσες και άμεσες επιδράσεις στις συμπεριφορές υγείας. Υπέθεσαν, επίσης, πως η λειτουργικότητα της οικογένειας στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων θα είχε μεγαλύτερη επιρροή από την κοινωνική υποστήριξη (για παράδειγμα, τις πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια στα πλαίσια της επίσκεψης σε έναν ιατρό). Οι υποθέσεις τους επιβεβαιώθηκαν σχετικά με την επιρροή των κοινωνικών σχέσεων στην συμπεριφορά υγείας (άμεσα με την παροχή συγκεκριμένης βοήθειας και έμμεσα με την βελτίωση της ψυχικής υγείας μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης) των ασθενών και ο ρόλος της οικογένειας ήταν σημαντικός για την εμφάνιση ή όχι

συμπτωμάτων κατάθλιψης στους ασθενείς, εφόσον υπήρχε ή όχι συναισθηματική υποστήριξη και έλλειψη κριτικής.

Τον σημαντικό ρόλο της οικογένειας στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς επιβεβαιώνει και η Ell (1996), η οποία υποστηρίζει πως ο βαθμός της συναισθηματικής υποστήριξης ποικίλει ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την εθνικότητα, την δομή της οικογένειας και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η οικογένεια μέσα στην χρονική πορεία της. Αναφέρει συγκεκριμένα πως μια οικογένεια με οικονομικά προβλήματα, έχοντας το άγχος της επιβίωσης, δεν θα μπορέσει να παρέχει ένα συναισθηματικά υποστηρικτικό περιβάλλον στον ασθενή, καθώς θα επιβαρυνθεί επιπλέον το ήδη επιβαρυνμένο συναισθηματικά περιβάλλον με την εμφάνιση της ασθένειας. Τον ρόλο της οικογένειας, στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης και την σχέση της με την υγεία, επιβεβαιώνουν και οι Richmond και Ross (2008), οι οποίοι αναφέρουν πως σχετικά με το επίπεδο υγείας και την κοινωνική υποστήριξη ισχύουν δύο συμπεράσματα : πρώτον, η κοινωνική ενσωμάτωση είναι μια κατάσταση που προωθεί φυσικά την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς υγείας και δεύτερον, στενά συνδεδεμένα κοινωνικά δίκτυα, όπως η οικογένεια και οι οικογενειακοί φίλοι, προκαλούν βελτίωση της ποιότητας της υγείας του ατόμου. Ο λόγος που ισχύει το δεύτερο συμπέρασμα είναι επειδή η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό σύμβολο για την ασφάλεια, την δύναμη, την φροντίδα και την ενότητα.

Το 1995, οι Eurelings- Bontekoe, Diekstra, και Verschuur, θέλησαν να τονίσουν την σημασία την κοινωνικής υποστήριξης στην εμφάνιση ή όχι συναισθηματικού άγχους από την στιγμή της ένδειξης κάποιων συμπτωμάτων ασθένειας στο δείγμα, μέσα στο χρονικό διάστημα των έξι μηνών. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς από την αρχή της

εμφάνισης των συμπτωμάτων είχαν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια ή τους φίλους, εμφάνισαν μικρότερο βαθμό άγχους σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι δεν δέχτηκαν συναισθηματική υποστήριξη από τις κοινωνικές τους σχέσεις, πόσο μάλλον εμφάνισαν περισσότερο άγχος στην προσπάθεια εύρεσης κοινωνικής υποστήριξης. Μετά την πάροδο των έξι μηνών, μέρος του δείγματος εμφάνισε, επίσης, συμπτώματα κατάθλιψης, κυρίως τα άτομα με την ελάχιστη κοινωνική υποστήριξη.

Στη συνέχεια οι Berkman, Glass, Brissette, και Seeman (2000), εξέτασαν την επίδραση του κοινωνικού δικτύου στην ποιότητα της υγείας του ατόμου. Θεώρησαν πως είναι σημαντικός ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης, της κοινωνικής επιρροής, και των κοινωνικών σχέσεων στις συμπεριφορές υγείας που υιοθετεί το άτομο. Συγκεκριμένα, παρουσιάζουν ένα μοντέλο στο οποίο η κοινωνική δομή μιας κοινωνίας (οι νόρμες, οι αξίες, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο), επηρεάζει τα κοινωνικά δίκτυα μέσα σε αυτή (το μέγεθος του δικτύου, την συχνότητα εμφάνισης επαφών), τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς του ατόμου (συγκεκριμένη βοήθεια, υποστήριξη μέσω της πληροφόρησης, γνωστική αξιολόγηση των επαφών, συναισθηματική υποστήριξη, στενές διαπροσωπικές επαφές) με τελευταίο στάδιο την συμπεριφορά υγείας που το άτομο υιοθετεί (κάπνισμα, άθληση, υγιεινή διατροφή, αυτονομία και αυτάρκεια, ενεργοποίηση κυκλοφορικού και ενδοκρινικού συστήματος). Αναφέρουν, λοιπόν, πως τα κοινωνικά δίκτυα μέσω της κοινωνικής επιρροής, επηρεάζουν την εμφάνιση τόσο θετικών όσο και αρνητικών συμπεριφορών για το άτομο και την υγεία του. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως μέσω της κοινωνικής απομόνωσης το άτομο θα έχει ως συνέπεια την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του. Η μη ενσωμάτωση με το κοινωνικό

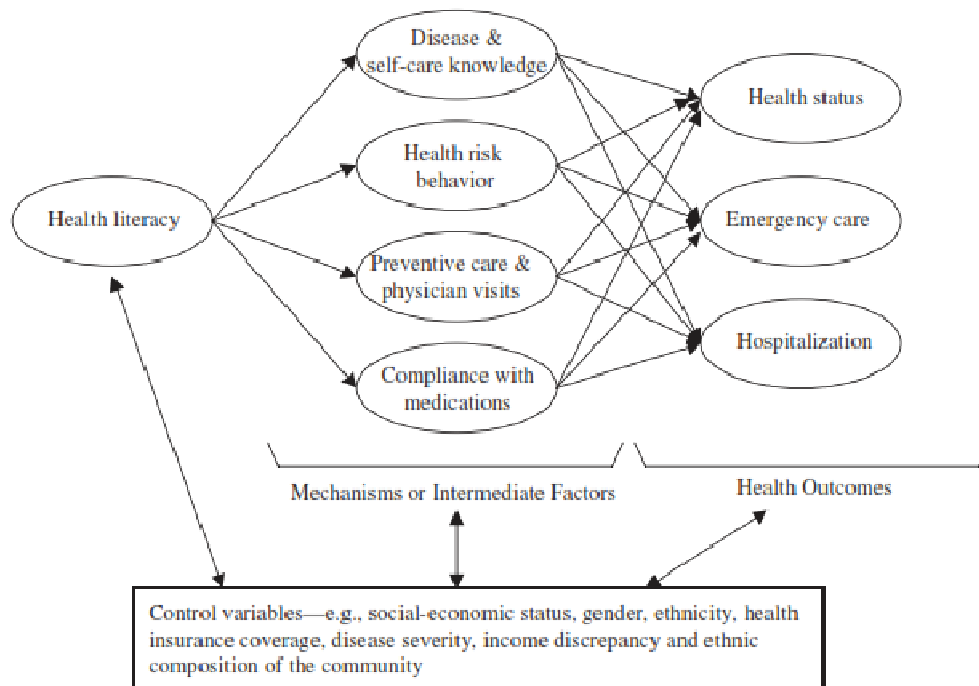
σύνολο ευθύνεται για τη μείωση του προσδοκώμενου χρόνου ζωής και την πρόωρη γήρανση του οργανισμού. Αναφέρουν πως η κοινωνική απομόνωση θα έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία μιας χρόνιας στρεσογόνου κατάστασης για τον οργανισμό, η οποία θα έχει ως συνέπεια την πρόωρη γήρανση. Μέσω της κοινωνικής απομόνωσης θα μειωθεί η λειτουργικότητα του ατόμου και θα οδηγηθεί στην εμφάνιση ασθενειών με βάση την ηλικία του, οι οποίες θα έχουν ένα σταθερό ρυθμό επιδείνωσης της νόσου.

Τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης και των ψυχοκοινωνικών μηχανισμών του ατόμου σε σχέση με το επίπεδο υγείας επιβεβαιώνουν και οι Uchino, Bowen, Carlisle, και Birmingham (2012). Αναφέρουν πως η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί κομμάτι των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την φυσική κατάσταση του ατόμου. Χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης έχει ως συνέπεια τον αυξημένο βαθμό θνησιμότητας, κυρίως από καρδιολογικές ασθένειες. Υψηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται, επίσης, με χαμηλό επίπεδο αίσθησης του άγχους, μικρότερη έκθεση σε καταστάσεις άγχους και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Σε σχέση με το φύλο, αναφέρουν πως οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο υγείας αναφορικά με το ανοσοποιητικό τους σύστημα καθώς και μεγαλύτερο έλεγχο της ψυχολογικής τους ανησυχίας. Όπως επισήμαναν και οι Wang, Mittleman, και Orth- Gomer (2005) , η έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, ήταν δύο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση θανατηφόρου και μη καρδιολογικού επεισοδίου στο διάστημα ενός έτους, σε δείγμα από καρδιοπαθείς.

Οι Berkman et al. (2000), αναφέρθηκαν, επίσης, στη σημασία της αυτάρκειας που νιώθει το άτομο μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και την σύνδεση του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού με την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Όρισαν την αυτάρκεια ως τον βαθμό στον οποίο το άτομο παρουσιάζει την δυνατότητα να εκτελεί συγκεκριμένες συμπεριφορές οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα μια υγιή κατάσταση της υγείας του. Συμπέραναν πως μια συμπεριφορά υγείας (όπως η διακοπή του καπνίσματος ή η άθληση) σχετίζεται θετικά με την κοινωνική υποστήριξη και την αυτάρκεια που αντλεί το άτομο μέσα από αυτή. Τα συγκεκριμένα δεδομένα επιβεβαιώνουν και οι Schoevers, Ranchor, και Sandermann (2003), οι οποίοι υποστήριζαν πως ο βαθμός αυτοπεποίθησης και αυτάρκειας που νιώθει το άτομο σχετίζεται θετικά με την κοινωνική υποστήριξη την οποία δέχεται. Σε ένα δείγμα με 475 ασθενείς με χρόνια ασθένεια (καρκίνο) εξέτασαν τον βαθμό εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στην περίπτωση που οι ασθενείς δεν είχαν κάποιο βαθμό κοινωνικής υποστήριξης, είχαν χαμηλή αυτοπεποίθηση και δεν ένιωθαν αυτάρκεις. Όντως, οι υποθέσεις τους επιβεβαιώθηκαν, καθώς υπήρξε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης κατάθλιψης και της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης, στους ασθενείς οι οποίοι ένιωθαν αβοήθητοι από το κοινωνικό σύνολο και ανήμποροι να ανταποκριθούν στις συνθήκες της ασθένειας.

Οι Lee, Arozullah, και Cho (2004), αναφέρουν πως η γνώση που έχει το άτομο σχετικά με θέματα υγείας έχει άμεση σχέση με την κοινωνική υποστήριξη και το επίπεδο υγείας του ατόμου. Αναφέρουν πως για να μπορέσει να διατηρηθεί υγιές το άτομο, θα πρέπει να μπορεί να διατηρήσει, να επεξεργαστεί και να κατανοήσει τις βασικές πληροφορίες σχετικά με τα θέματα υγείας και τις υπηρεσίες της και να λάβει τις σωστές αποφάσεις για την υγεία του. Η γνώση σχετικά με θέματα υγείας

εξαρτάται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το φύλο, την εθνικότητα, την δημόσια ασφάλεια υγείας, την σοβαρότητα της ασθένειας, το εισόδημα και την δομή της κοινωνίας (βλέπε Σχήμα 4.). Οι επαγγελματίες υγείας, μέσω της κοινωνικής υποστήριξης με την μορφή της πληροφόρησης, μπορούν να δώσουν στο άτομο την απαραίτητη γνώση για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας ή την άμεση προσέλευση του ατόμου σε ένα κέντρο υγείας με την πρώτη ένδειξη συμπτωματολογίας μιας ασθένειας. Σημειώνουν, συγκεκριμένα, πως τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο γνώσης σε θέματα υγείας, θεωρούν τους εαυτούς τους περισσότερο υγιείς από τα άτομα τα οποία έχουν υψηλό επίπεδο γνώσης σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση εμφάνισης υπέρτασης ή σακχαρώδη διαβήτη, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο γνώσης δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν τις αλλαγές που θα υφίσταντο στην ζωή τους με την εμφάνιση της χρόνιας ασθένειας και δεν συμμορφώνονταν σε μεγάλο βαθμό στην υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς. Μάλιστα, ο ρυθμός προσέλευσης σε κέντρα υγείας και η άμεση ιατρική περίθαλψη, ήταν μικρότερος σε άτομα με χαμηλό βαθμό γνώσης σε θέματα υγείας.



Σχήμα 4. Το μοντέλο των μηχανισμών που συνδέονται με τον βαθμό γνώσης σε θέματα υγείας και τα αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου (Lee et al. 2004).

Επομένως, η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της υγείας. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα, τόσο η συγκεκριμένη βοήθεια, όσο η πληροφόρηση και η συναισθηματική υποστήριξη, συμβάλλουν θετικά σε ποιοτικά αποτελέσματα της υγείας του ατόμου. Οι κοινωνικές σχέσεις είναι επίσης σημαντικές για την προώθηση συμπεριφορών υγείας μεταξύ των ατόμων και την αύξηση των αισθημάτων αυτοπεποίθησης και αυτάρκειας στο άτομο.

2.1 Κοινωνική Υποστήριξη και Καρδιολογικές Ασθένειες

Το 1993, οι Taal, Johannes, Rasker, Erwin, Seydel, και Wiegman ερευνούν κατά πόσο η κατάσταση της υγείας, η συμμόρφωση σε μια φαρμακευτική αγωγή, η αυτάρκεια και η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν την ζωή ατόμων με χρόνια ασθένεια. Μέσα από μια μελέτη 86 ασθενών κατέληξαν πως η αυτάρκεια σχετίζεται με την υποκειμενική εικόνα του ασθενούς για τον βαθμό της ασθένειάς του. Επίσης, η συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη δεν βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς σε αντίθεση με την συγκεκριμένη βοήθεια (tangible) η οποία είχε ως αποτέλεσμα την συμμόρφωση του ασθενούς σε μια φαρμακευτική αγωγή. Συμπεράναν, λοιπόν, την αξία της συγκεκριμένης βοήθειας στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης, μαζί με την συναισθηματική υποστήριξη ως κίνητρο, ως προς την βελτίωση της υγείας της κατάστασης του ασθενούς και την εμφάνιση μεγαλύτερου βαθμού αυτάρκειας.

Το 1995, οι Gliksman, Lazarus, Wilson, και Leeder, διεξάγουν μια πιο συγκεκριμένη έρευνα με βάση την χρόνια ασθένεια, την καρδιολογική ασθένεια, και τον βαθμό που η κατάσταση της υγείας του ασθενούς επηρεάζεται από την κοινωνική υποστήριξη και την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος/ άγαμος). Αναφέρουν πως οι δείκτες της οικογενειακής κατάστασης και της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με την εμφάνιση θνησιμότητας προερχόμενη από στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως σε γυναίκες και άνδρες ηλικίας από 65 ετών και πάνω, με οικογενειακή κατάσταση χήρος- α, τα ποσοστά για εμφάνιση καρδιολογικής ασθένειας ήταν μεγαλύτερα, καθώς παρουσίαζαν υψηλή αιματολογική πίεση. Αντίθετα, γυναίκες και άνδρες σε κατάσταση παντρεμένος -η, τα ποσοστά εμφάνισης καρδιολογικής ασθένειας ήταν μικρότερα καθώς δέχονταν

συναισθηματική υποστήριξη και συγκεκριμένη βοήθεια σχετικά με τα θέματα της καθημερινής ζωής από τον/ την σύζυγο, νιώθοντας μεγαλύτερη ασφάλεια και κατά συνέπεια, υποστήριξη κοινωνική. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Ramsay, Ebrahim, Whincup, Papacosta, Morris, Lennon, et al. (2008), οι οποίοι εξέτασαν την κοινωνική συμπλοκή τόσο στα πλαίσια της οικογένειας όσο και των οικογενειακών φίλων σε 5.925 άνδρες, 52 έως 74 ετών με καρδιολογικές ασθένειες και την επιδείνωση αυτών στο διάστημα από το 1992 μέχρι το 2006. Όντως, ο θάνατος από καρδιολογικές ασθένειες ήταν αυξημένος στις περιπτώσεις που οι ηλικιωμένοι άνδρες ήταν χήροι, ή δεν είχαν επαρκείς κοινωνικές σχέσεις για να νιώθουν συναισθηματική και συγκεκριμένη κοινωνική υποστήριξη. Σαν συνέπεια της έλλειψης της κοινωνικής υποστήριξης, ήταν η υιοθέτηση και η συνέχεια συμπεριφορών κατά της υγείας, όπως κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, έλλειψη φυσικής άθλησης και αύξηση του βάρους.

Με τη σειρά τους οι Stewart, Hirth, Klassen, Makrides, και Wolf (1997), αναφέρουν πως η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την συμμετοχή ή μη των ατόμων που πάσχουν από ισχαιμική καρδιοπάθεια, στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας για την μείωση του καρδιακού ρίσκου. Για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη, και συγκεκριμένα με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης και της συγκεκριμένης βοήθειας, συνδέθηκε θετικά με την αύξηση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς και τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του μετά από το ισχαιμικό επεισόδιο. Πιο συγκεκριμένα, στην δική τους έρευνα, προσπάθησαν να ερευνήσουν τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την επανεμφάνιση ισχαιμικού επεισοδίου σε 100 καρδιοπαθείς, μετά την πάροδο τεσσάρων μηνών από το πρώτο επεισόδιο και την εισαγωγή τους ξανά στο

νοσοκομείο, με το δεύτερο επεισόδιο. Συμπέραναν πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς, ενώ δέχονταν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους οικογενειακούς φίλους, δήλωσαν μέσα από τα ερωτηματολόγια που τους χορηγήθηκαν σχετικά με το άγχος λόγω της ασθένειας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας και τις κοινωνικές σχέσεις, πως κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, η κοινωνική υποστήριξη που δέχονταν από τους ιατρούς είχε ως αποτέλεσμα να θεωρούν σε κάθε επίσκεψή τους, όλο και περισσότερο, την ασθένεια ως πολύ σοβαρή και ελάχιστα ελεγχόμενη. Στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης με την μορφή της πληροφόρησης, ο ρόλος των ιατρών έπαιξε σημαντικό ρόλο για την αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης ισχαιμικού επεισοδίου στο άμεσο μέλλον, καθώς οι ασθενείς δεν ένιωθαν ασφαλείς αναφορικά με την γνώση που είχαν για την φύση της ασθένειας και τα αποτελέσματά της.

Πιο πρόσφατα, το 2006, οι Aquarius, Denollet, Hamming, και De Vries, προσπάθησαν να δείξουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της εμφάνισης της περιφερικής αρτηριακής νόσου. Η περιφερική αρτηριακή νόσος αποτελεί έναν δείκτη της αθηροσκλήρωσης και σχετίζεται με τον αυξημένο βαθμό εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου, έμφραγμα του μυοκαρδίου και τον καρδιολογικό θάνατο. Γενικότερα, το 95% των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο παρουσιάζει κάποιους συγκεκριμένους παράγοντες επικινδυνότητας, όπως είναι το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Στους 203 συμμετέχοντες θέλησαν, λοιπόν, να εξετάσουν κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη θα επηρέαζε τους ασθενείς στο να ζητήσουν την κατάλληλη θεραπεία για την ασθένειά τους και να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής για της προαγωγή της υγείας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 64 ετών, δεν

είχαν επαρκή κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς με αποτέλεσμα να θεωρούν πως τα συμπτώματα της ασθένειάς τους προέρχονται κυρίως από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες τους οποίους έπρεπε να διευθετήσουν και όχι να χρησιμοποιήσουν την φαρμακευτική αγωγή για την επίλυση των προβλημάτων που προέκυπταν από την ασθένεια. Φυσικά, οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς, ήταν περισσότερο συνηθισμένοι σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ, λόγω της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης την οποία βίωναν.

Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη καθώς και η κοινωνική απομόνωση, σχετίζονται με αυξημένο βαθμό εμφάνισης καρδιολογικών ασθενειών οι οποίες ευθύνονται με τη σειρά τους, για ένα μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας. Οι θετικές κοινωνικές σχέσεις που συνάπτουν τα άτομα μεταξύ τους, είναι υπεύθυνες για την μείωση του άγχους και την θετική επιρροή για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Ratnasingam και Bishop, 2007). Το άτομο αναπαριστά τις κοινωνικές σχέσεις που συνάπτει μέσα από τα κοινωνικά υποστηρικτικά σχήματα (support schemas) που δημιουργεί. Τα κοινωνικά υποστηρικτικά σχήματα είναι υπεύθυνα για τις καρδιολογικές ανταποκρίσεις των ατόμων, καθώς και για την εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών, όταν αυτά είναι αρνητικά. Για παράδειγμα, ένα άτομο το οποίο εμφανίζει εχθρικά συναισθήματα ή δέχεται εχθρότητα και περιθωριοποίηση από τον κοινωνικό του περίγυρο, είναι πιθανότερο να εμφανίσει κάποιας μορφής καρδιολογική ασθένεια στο μέλλον, καθώς τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται με αρνητικές ανταποκρίσεις της λειτουργίας της καρδιάς, όπως είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση. Ένα παράδειγμα, είναι η έρευνα των Gramer και Reitbauer (2010), οι οποίοι κατέγραψαν αυξημένη αρτηριακή πίεση στα 60 άτομα του δείγματος, όταν υποβάλλονταν σε μια λεκτική

διαδικασία η οποία προκαλούσε άγχος και δεν είχαν υποστήριξη από τον επόπτη ή από κάποιον φίλο που μπορεί να βρισκόταν στο δωμάτιο, σε αντίθεση με την χαμηλή αρτηριακή πίεση των συμμετεχόντων στην περίπτωση που μπορούσαν να ζητήσουν υποστήριξη από τον φίλο που βρισκόταν στο δωμάτιο ή πληροφόρηση από τον επόπτη. Σχετικά με τα θετικά υποστηρικτικά σχήματα, αυτά έχουν ως συνέπεια τις υγιείς κοινωνικές σχέσεις οι οποίες οδηγούν το άτομο στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών υγείας και την μείωση του επιπέδου του άγχους κατά την έλευση κάποιου στρεσογόνου γεγονότος (Creaven και Hughes, 2012). Κατά βάση οι επιστήμονες επισημαίνουν τον αρνητικό ρόλο που παίζουν τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το αίσθημα της κατάθλιψης, το άγχος, ο θυμός, η εχθρότητα και τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς Τύπου Α, όπως η επιθετικότητα και ο ανταγωνισμός, στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών, χαρακτηρίζοντάς τα ως βιοδείκτες επικινδυνότητας (Smith και Blumenthal, 2011).

Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις όπου η κοινωνική υποστήριξη έχει μια αρνητική μορφή σε σχέση με την προαγωγή του υγιεινού τρόπου ζωής των ατόμων. Η κοινωνική συμμετοχή έχει σχετιστεί με την επιβίωση του ατόμου. Η κοινωνική επιρροή είναι αυτή που θα βοηθήσει το άτομο να υιοθετήσει υγιεινές συνήθειες όπως διακοπή του καπνίσματος και φυσική άθληση. Οι Ellaway και Macintyre (2007), στη έρευνά τους σε 2.334 άτομα, μπόρεσαν να δείξουν πως η κοινωνική υποστήριξη διαφέρει ανάλογα με την ποιότητα των κοινωνικών επαφών. Για παράδειγμα, μια θεατρική ομάδα προκαλεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες μείωση του άγχους και αύξηση του συναισθήματος της αυτάρκειας. Από την άλλη όμως, υπάρχουν ομάδες, με βασικές παραμέτρους το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την εθνικότητα, που προάγουν συμπεριφορές οι οποίες είναι δείκτες επικινδυνότητας για την εμφάνιση

καρδιολογικών ασθενειών, όπως το κάπνισμα σε μια συνάντηση φίλων, και στα δύο φύλα. Στις περιπτώσεις που το άτομο οικειοθελώς αποφεύγει την κοινωνική ενσωμάτωση και δεν δείχνει ενδιαφέρον για κοινωνική υποστήριξη, παρουσιάζει, επίσης, μεγάλο ποσοστό εμφάνισης καρδιοπάθειας στο μέλλον, καθώς μέσω της έλλειψης της κοινωνικής επαφής, προκαλούνται κυρίως αρνητικά συναισθήματα στο άτομο, όπως κατάθλιψη (Berry, Lloyd- Jones, Garside, Wang, και Greenland, 2007).

Αξιοσημείωτη είναι σε αυτό το σημείο και η κοινωνική υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο ακόμα και στις περιπτώσεις που είναι υποστηρικτικό για το άτομο, έχει σχετιστεί με παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών. Τα αίτια που οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα είναι οι αντικειμενικές συνθήκες εργασίας στα περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα, όπως είναι η πίεση του χρόνου, οι ευθύνες, η σωματική και πνευματική κούραση, ο σεβασμός και το κύρος για τον εαυτό και για τους συνεργάτες, η ανταγωνιστικότητα και η εχθρότητα των άλλων. Τα συναισθήματα που δημιουργούνται σε αυτές τις συνθήκες, οδηγούν στην εμφάνιση υψηλής αρτηριακής πίεσης και υπέρτασης, που ανήκουν στους παράγοντες επικινδυνότητας (Diene, Fouquet, και Esquirol, 2012).

Γίνεται κατανοητό, λοιπόν, πως η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης προωθεί έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής και για τα δύο φύλα, σε σχέση με την συνθήκη που τα άτομα έχουν υποστήριξη. Η έλλειψη έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργεί αδιέξοδο για την πρόληψη κατά των καρδιολογικών ασθενειών (Piwonski και Piwonska, 2009). Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως πλέον δεν υπάρχει διάκριση ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την εμφάνιση καρδιοπάθειας καθώς τα ποσοστά σε άντρες και γυναίκες παρουσιάζουν τα ίδια νούμερα. Για παράδειγμα, οι Wang, Murray,

Mittleman, και Orth- Gomer (2005), αναφέρουν τον ίδιο βαθμό εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες οι οποίες δεν δέχονται κοινωνική υποστήριξη. Τέλος, είναι σημαντικός ο ρόλος του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σχετικά με την υιοθέτηση συμπεριφοράς υγείας μέσω της κοινωνικής υποστήριξης για την πρόληψη της καρδιοπάθειας (Gorman και Sivaganesan, 2007). Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, εκτός της εμφάνισης καρδιολογικών ασθενειών, έχει ως συνέπεια και την μη συμμόρφωση του ασθενή σε μια φαρμακευτική αγωγή ακόμα και μετά την διάγνωση της ασθένειας (Aggarwal, Liao, Allegrante, και Mosca, 2010).

3. Οι Υποθέσεις της Έρευνας

Με βάση τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα φτάνουμε στο σημείο της παρούσας έρευνας σχετικά με την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών. Χωρίζοντας την κοινωνική υποστήριξη σε τέσσερις κατηγορίες αναφέρουμε τις παρακάτω υποθέσεις:

Υπόθεση 1. *Η κοινωνική υποστήριξη με τη μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία.*

Υπόθεση 2. *Η κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία.*

Υπόθεση 3. *Η κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της κοινωνικής επαφής σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία.*

Υπόθεση 4. *Η κοινωνική υποστήριξη με τη μορφή της πληροφόρησης σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία.*

4. Μέθοδος

4.1. Συμμετέχοντες

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας χορηγήθηκαν αρχικά ερωτηματολόγια σε 159 άτομα με εμφάνιση κάποιας καρδιαγγειακής νόσου. Οι καρδιαγγειακές νόσοι που αναφέρθηκαν στα ερωτηματολόγια ήταν: αρρυθμίες, ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρτηριακή πίεση (με την μορφή της υπέρτασης), ελαφρά καρδιακή ανεπάρκεια, ελαφρύ ισχαιμικό επεισόδιο, κολπική μαρμαρυγή, νόσος της στεφανιαίας αρτηρίας (by pass), στηθάγχη και στένωση αρτηριών. Τα ερωτηματολόγια θα χορηγούνταν σε τρεις διαφορετικές χρονικές φάσεις με διάστημα μεταξύ των χρονικών φάσεων ένα ή ενάμιση μήνα. Την συμμετοχή αρνήθηκαν 19 από τα 159 άτομα, καθώς επίσης, αποχώρησαν από την έρευνα, αν και συμμετείχαν στην πρώτη φάση 8 άτομα. Έτσι, το τελικό δείγμα της έρευνας ανέρχεται στα 132 άτομα, εκ των οποίων τα 90 άτομα είναι άνδρες και τα 42 άτομα είναι γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος βρίσκεται στα 61 έτη, με κατώτερη ηλικία τα 41 έτη και μέγιστη ηλικία τα 75 έτη. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, το 4,5 % είχε ολοκληρώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 31,8% είχε ολοκληρώσει το δημοτικό, το 12,9% είχε ολοκληρώσει το τριτάξιο γυμνάσιο, το 21,2% είχε ολοκληρώσει το λύκειο, το 6,8% είχε ολοκληρώσει ανάλογες σχολές, το 3% TEI, το 17,4% ΑΕΙ, και τέλος, το 2,3% είχε τίτλο μεταπτυχιακού. Επιπλέον, το δείγμα της έρευνας συγκεντρώθηκε από το Γενικό Νοσοκομείο και το ΚΑΠΗ στην πόλη της Λειβαδιάς όπως και σε άλλες.

4.2. Διαδικασία

Για την συλλογή των δεδομένων από το δείγμα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία χορηγήθηκαν στο δείγμα σε τρεις διαφορετικές χρονικές φάσεις, με διάστημα ανάμεσα σε κάθε φάση τον ένα με ενάμιση μήνα, καθώς τα ερωτηματολόγια αποτελούνταν από τρία διαφορετικά μέρη. Το δείγμα προέρχεται από την πόλη της Λειβαδιάς και χορηγήθηκε σε άτομα τα οποία βρίσκονταν στο ΚΑΠΗ και στο Γενικό Νοσοκομείο της Λειβαδιάς. Πιο συγκεκριμένα, ενημερώθηκαν πως πρόκειται για μια έρευνα του τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης που αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των χρόνιων καρδιαγγειακών ασθενών και την σχέση τους με το επίπεδο υγείας τους. Στόχος της έρευνας θα είναι να γίνει κατανοητό πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται ώστε να υπάρξει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν καλύτερα την προσαρμογή των καρδιολογικών ασθενών, αλλά και να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους. Τους έγινε επίσης γνωστό, ότι πρόκειται για μία έρευνα που τηρεί την ανωνυμία των συμμετεχόντων, την προστασία των προσωπικών δεδομένων τους, ενώ οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς.

4.3. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση της σχέσης της κοινωνικής υποστήριξης και της σωματικής υγείας στα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο είναι το ερωτηματολόγιο της κοινωνικής υποστήριξης και το ερωτηματολόγιο της σωματικής υγείας. Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της κοινωνικής υποστήριξης, η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο MOS (Social Support Survey) (Sherbourne & Stewart, 1991). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο

συμπεριλαμβάνει 18 ερωτήματα που το άτομο καλείται να απαντήσει με ερωτήσεις του τύπου « Σε ποιο βαθμό υπήρχε δυνατότητα να σε συνοδέψει κάποιος στον ιατρό;», « Σε ποιο βαθμό υπήρχε η δυνατότητα να υπάρχει κάποιο άτομο το οποίο θα σε βοηθούσε σε περίπτωση που έμενες στο κρεβάτι;», «Σε ποιο βαθμό υπήρχε κάποιο άτομο το οποίο μπορούσε να κατανοήσει τα προβλήματά σου;», «Σε ποιο βαθμό υπήρχε κάποιο άτομο το οποίο μπορούσε να σου δώσει μια συμβουλή;». Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν την κλίμακα τύπου Likert με βαθμολογίες από το 1 μέχρι το 5, όπου η απάντηση 1 αντιπροσώπευε το καθόλου και η απάντηση 5 το πάντα. Επιπλέον, η κλίμακα επιμερίζεται σε 4 υποκλίμακες: στην υποκλίμακα της συγκεκριμένης βοήθειας (δηλαδή, να υπάρχει κάποιο άτομο το οποίο μπορεί να ετοιμάσει φαγητό για τον ασθενή), η υποκλίμακα της συναισθηματικής στήριξης (δηλαδή, να υπάρχει κάποιο άτομο το οποίο δίνει φροντίδα και αγάπη στον ασθενή), η υποκλίμακα της κοινωνικής στήριξης (δηλαδή, να υπάρχει κάποιο άτομο με το οποίο ο ασθενής μπορεί να περάσει καλά μαζί του), και τέλος, η υποκλίμακα της πληροφόρησης (δηλαδή, ο ασθενής να έχει την δυνατότητα να μπορεί να στραφεί σε κάποιο άτομο για να ζητήσει συμβουλές σχετικά με ένα προσωπικό του ζήτημα). Ο δείκτης της εσωτερικής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν για κάθε υποκλίμακα σε ικανοποιητικό επίπεδο ($\alpha > .70$)

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της σωματικής υγείας, η σωματική υγεία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο QLMIQ (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire) (Valenti, Lim, Heller, & Knapp, 1996). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 ερωτήματα στα οποία ο ασθενής καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις του τύπου : «Γενικά, κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων, πόσο νιώσατε πως περιοριστήκατε σωματικά ως αποτέλεσμα του

καρδιαγγειακού σας προβλήματος;». Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν την κλίμακα τύπου Likert, με το 1 να αφορά στην απάντηση «Όλο τον καιρό» και το 7 να αφορά στην απάντηση «Καθόλου», με τις υψηλότερες βαθμολογίες να σημειώνουν την σωματική ευημερία. Ο δείκτης της εσωτερικής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν σε ικανοποιητικό επίπεδο ($\alpha > .80$).

5. Αποτελέσματα

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση της σχέσης της κοινωνικής υποστήριξης και της σωματικής υγείας στα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο είναι η απλή συσχέτιση, η απλή παλινδρόμηση και το στατιστικό κριτήριο t. Η απλή συσχέτιση χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για να δείξουμε κατά πόσο οι δύο μεταβλητές, κοινωνική υποστήριξη και σωματική υγεία σχετίζονται. Σημειώνεται πως η κοινωνική υποστήριξη υπολογίστηκε ανάλογα με τις μορφές την οποία την συναντούμε, δηλαδή, την κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας, της συναισθηματικής υποστήριξης, της κοινωνικής επαφής και της πληροφόρησης. Η απλή παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να δείξει πως η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης προβλέπει την μεταβλητή κριτήριο σωματική υγεία. Το t-test με τη σειρά του, χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων όρων δυο συνόλων τιμών που διαφέρουν όσον αφορά ένα χαρακτηριστικό, για παράδειγμα η διαφορά στους μέσους όρους γυναικών και ανδρών σχετικά με την κατάσταση της σωματικής τους υγείας όταν δέχονται κοινωνική υποστήριξη.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι (M.O.), οι τυπικές αποκλίσεις (T.A.), καθώς και δείκτης εσωτερικής συνοχής (α) των μεταβλητών της έρευνας.

Πίνακας 1.

Μέσοι όροι (M.O.), τυπικές αποκλίσεις (T.A.), δείκτης εσωτερικής συνοχής (alpha)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>alpha</i>
Συγκεκριμένη Βοήθεια	0,20	1,02	,152
Συναισθηματική Υποστήριξη	,139	,93	,047
Κοινωνική Επαφή	,078	1,00	,420
Πληροφόρηση	-,076	,98	,785
Σωματική Υγεία 1	,022	1,34	,579
Σωματική Υγεία 2	,323	1,14	,236

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές τις έρευνας. Η συζήτηση των στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων θα επικεντρωθεί στις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τις υποθέσεις τις έρευνας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Πίνακα 2, στα 132 άτομα που εξετάσαμε (N= 132), παρουσιάστηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας (tangible) και στην σωματική υγεία (physical health 2) ατόμων με καρδιαγγειακές ασθένειες ($r(132) = ,35, p = ,000$). Ομοίως, θετική συσχέτιση ($r(132) = ,326, p = ,000$) ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης (affectionate) και την σωματική υγεία των ασθενών, θετική συσχέτιση ($r(132) = ,383, p = ,000$) ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της κοινωνικής επαφής (social) και την σωματική υγεία των ασθενών, και τέλος, θετική συσχέτιση ($r(132) = ,335, p = ,000$) ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη με τη μορφή της πληροφόρησης (information) και την σωματική υγεία των ασθενών.

Πίνακας 2.

Δείκτης Συσχέτισης ανάμεσα στις Μεταβλητές της Έρευνας (N=132)

Υποκλίμακα	1	2	3	4	5	6
1. Συγκεκριμένη βοήθεια	1	0,86 **	0,80 **	0,78 **	0,33**	0,35**
2. Συναισθηματική υποστήριξη	0,86**	1	0,88 **	0,83 **	0,32**	0,32**
3. Κοινωνική επαφή	0,80**	0,88**	1	0,90**	0,36**	0,38**
4. Πληροφόρηση	0,78**	0,83**	0,90**	1	0,31**	0,33**
5. Σωματική υγεία 1	0,33**	0,32**	0,36**	0,31**	1	0,66**
6. Σωματική υγεία 2	0,35**	0,32**	0,38**	0,33**	0,66**	1

Πίνακας 3.

Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης: Η Επίδραση της Κοινωνικής Υποστήριξης στην σωματική υγεία (N =132).

Μεταβλητές	Σωματική Υγεία			
	<i>B</i>	<i>T</i>	ΔR^2	ΔF
Συγκεκριμένη Βοήθεια	,291	1,535	,163	4
Συναισθηματική Υποστήριξη	-,270	-1,060		
Κοινωνική Επαφή	,539	1,999		
Πληροφόρηση	-,103	-,443		

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην σωματική υγεία προβλέπεται με τη μορφή της κοινωνικής επαφής ($\beta = ,539$, $p < ,05$), ενώ δεν προβλέπεται με τη μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας ($\beta = ,291$, $p = ,127$) και την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης ($\beta = -,270$, $p = ,291$) καθώς και της πληροφόρησης ($\beta = -,103$, $p = ,659$).

Πίνακας 4.

Αποτελέσματα της Επίδρασης του Φύλου ως προς την Σωματική Υγεία (N= 132)

		<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Συγκεκριμένη βοήθεια				2,07	,152
	Άνδρες	4,25	1,02		
	Γυναίκες	4,05	1,10		
Συναισθηματική υποστήριξη				4,00	,047
	Άνδρες	4,38	0,93		
	Γυναίκες	4,24	1,13		
Κοινωνική επαφή				0,65	,420
	Άνδρες	4,15	1,00		
	Γυναίκες	4,07	1,08		
Πληροφόρηση				0,75	,785
	Άνδρες	4,01	0,98		
	Γυναίκες	4,08	1,04		

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επίδραση του φύλου στην σωματική υγεία σε όλες τις μορφές κοινωνικής υποστήριξης, εκτός από την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης ($p=,047$)

6. Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν μελετηθεί κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας, της συναισθηματικής υποστήριξης, των κοινωνικών επαφών και της πληροφόρησης, σχετίζεται με την σωματική κατάσταση και υγεία ατόμων που εμφανίζουν καρδιαγγειακές ασθένειες. Μέσα από την μελέτη των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιώντας το κριτήριο της απλής συσχέτισης, επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις της έρευνάς μας, καθώς η κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της συγκεκριμένης βοήθειας σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία, με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης, με τη μορφή των κοινωνικών σχέσεων, και με την μορφή της πληροφόρησης. Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές δηλώνει πως όσο περισσότερη κοινωνική υποστήριξη δέχεται ο ασθενής τόσο καλύτερη είναι η κατάσταση της σωματικής του υγείας. Ένα δεδομένο, που όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Οι άνθρωποι που δέχονται ικανοποιητική ποσότητα κοινωνικής υποστήριξης από το κοινωνικό τους δίκτυο, μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα τις συνέπειες μιας χρόνιας ασθένειας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν τις ίδιες πηγές υποστήριξης αναφέρουν οι Krot et al. (1993), καθώς το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνουν και οι Suurmeijer et al. (1995), οι οποίοι αναφέρουν πως κοινωνική υποστήριξη έχει ευεργετική επιρροή στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων. Επιπλέον, σχετικά με το κριτήριο της απλής παλινδρόμησης και το κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη προβλέπει την σωματική υγεία των ασθενών, βρέθηκε πως μόνο οι κοινωνικές σχέσεις προβλέπουν θετικά την σωματική κατάσταση των ασθενών με στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις προβλέπουν πως η κατάσταση της υγείας του ασθενούς θα είναι καλύτερη εφόσον θα δέχεται υποστήριξη από άλλα

άτομα. Ένα εύρημα στο οποίο κατέληξαν και οι Due et al. (1993), οι οποίοι ανέφεραν πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις ισχυρές κοινωνικές σχέσεις που έχουν οι άνθρωποι σε σχέση με τον βαθμό ασθένειας και θνησιμότητας που παρουσιάζουν. Έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα άτομα με ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς να αναρρώσουν ή να επιβιώσουν μετά από μια σοβαρή ασθένεια. Ο βαθμός ανάρρωσης και επιβίωσης των ασθενών ενδυναμώνεται από τις κοινωνικές σχέσεις. Τέλος, σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη και την επίδραση του φύλου στην σωματική υγεία δεν βρέθηκαν διαφορές, που σημαίνει ότι η κατάσταση της σωματικής υγείας δεν παρουσιάζει διαφορές αναφορικά με το φύλο όταν το άτομο δέχεται μια από τις μορφές της κοινωνικής υποστήριξης. Μπορεί η εμφάνιση της ασθένειας να μην εξαρτάται από το φύλο η βιβλιογραφία δείχνει όμως διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά με τη επιρροή της κοινωνικής υποστήριξης στην εμφάνιση της ασθένειας και στην μετέπειτα κατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς. Σε σχέση με το φύλο, αναφέρουν πως οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο υγείας αναφορικά με το ανοσοποιητικό τους σύστημα καθώς και μεγαλύτερο έλεγχο της ψυχολογικής τους ανησυχίας (Uchino et al., 2012). Όπως επισήμαναν και οι Wang et al. (2005) , η έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, ήταν δύο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση θανατηφόρου και μη καρδιολογικού επεισοδίου στο διάστημα ενός έτους, σε δείγμα από καρδιοπαθείς.

6.1. Περιορισμοί της Έρευνας

Ο περιορισμός στην συγκεκριμένη έρευνα αφορά στο δείγμα καθώς προερχόταν από μια μόνο συγκεκριμένη περιοχή, την πόλη της Λειβαδιάς, ενώ θα μπορούσε η έρευνα να αναφερόταν σε άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες τόσο στην ηπειρωτική όσο και στην νησιωτική Ελλάδα, καθώς τα δημογραφικά στοιχεία θα έδιναν διαφορετικά αποτελέσματα για τον γενικότερο πληθυσμό της Ελλάδας και τα άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες στη χώρα, την σωματική τους υγεία και τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, η λήψη των δεδομένων έγινε μόνο με την χορήγηση ερωτηματολογίων. Θα μπορούσε να γίνει λήψη και με διαφορετικές μορφές, όπως με ατομικές συνεντεύξεις. Ακόμα, θα ήταν δυνατό να γίνει η έρευνα σύμφωνα με μια συγκεκριμένη καρδιαγγειακή ασθένεια, όπως αρρυθμίες και όχι μέσω της ομαδοποίησης των καρδιαγγειακών ασθενειών, για να μπορούσε να μελετηθεί η φύση της ασθένειας και η επιρροή της στο σωματικό και ψυχικό κομμάτι των ασθενών.

6.2. Πρακτικές Εφαρμογές

Μέσα από την βιβλιογραφία συναντούμε τους ερευνητές να συμφωνούν πως παίζει σημαντικό ρόλο για την κατάσταση της σωματικής υγείας των ασθενών με καρδιαγγειακές ασθένειες η κοινωνική υποστήριξη την οποία δέχονται, σε οποιαδήποτε μορφή κι αν παρουσιάζεται σε αυτούς. Σύμφωνα με τους Beaglehole και συν. (2008), μπορούν να δημιουργηθούν προγράμματα παρέμβασης σχετικά με την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών στις υπηρεσίες υγείας. Αυτά τα προγράμματα θα μπορούν μέσω χρηματικής υποστήριξης από την κυβέρνηση να μπορούν να

ενημερώνουν τον πληθυσμό σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία, κυρίως για τον πληθυσμό που ανήκει στα μεσαία και χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ούτε ώστε μέσω της κοινωνικής υποστήριξης με την μορφή της πληροφόρησης να μπορεί να αποφευχθεί η εμφάνιση κάποιας χρόνιας ασθένειας η οποία θα οφείλεται σε συμπεριφορές υγείας οι οποίες δεν προάγουν την σωματική υγεία, όπως είναι για παράδειγμα, η ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών.

Με τη σειρά του ο Uchino (2006), αναφέρει την σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην σωματική υγεία ατόμων με καρδιαγγειακές ασθένειες και προτείνει πως είναι λειτουργική η δημιουργία ενός προγράμματος στο οποίο θα παρέχεται γνωστική και συμπεριφοριστική εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την ασθένειά τους και την βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έχουν εμφανίσει κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο και δεν έχουν αυξημένα ποσοστά κοινωνικής υποστήριξης, πόσο μάλλον εμφανίζουν και συμπτώματα κατάθλιψης εξαιτίας της μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης, θα μπορούν να παρακολουθήσουν συνεδρίες με επαγγελματίες υγείας με γνωστική και συμπεριφοριστική προσέγγιση για να μπορέσουν να αποκτήσουν την δύναμη και την γνώση να ελέγξουν την κοινωνική και ψυχική τους υγεία με τις δικές του δυνατότητες, ακόμα και έξι μήνες μετά την εμφάνιση της ασθένειας και την αρχή του προγράμματος.

Για την σημασία της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης σε άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες κάνουν λόγο και οι Smith και Blumenthal (2011), οι οποίοι αναφέρουν πως εμφανίζεται βελτίωση στην κατάσταση της σωματικής υγείας των ασθενών στην περίπτωση που τα άτομα δεχτούν ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον ειδικό, με τα

ποσοστά θνησιμότητας να μειώνονται ακόμα και στο 70% . Η ψυχοθεραπεία θα μπορέσει να βοηθήσει το άτομο να υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας οι οποίες θα του δώσουν την δυνατότητα να ελέγχει την καθημερινότητά του ακόμα και αν είναι ασθενής με καρδιαγγειακή ασθένεια, αποκτώντας τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του. Την σημασία της ψυχοθεραπείας τονίζουν και οι Vidal- Perez και συν. (2012), καθώς το άτομο όχι μόνο θα μπορεί να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του και την φύση της ασθένειας από ένα ειδικό ιατρό, θα μπορέσει να αποκτήσει επίσης τη γνώση για το πώς θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του και να μην απομονωθεί εξαιτίας της ασθένειας.

Τα άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες, ανήκουν στην κοινωνική ομάδα των χρόνιων ασθενών, μια ομάδα η οποία εμφανίζει τόσο σωματικές όσο και κοινωνικές δυσλειτουργίες σε ένα μεγάλο ποσοστό. Αφενός, μια χρόνια ασθένεια εμφανίζει εμπόδια στην ομαλή λειτουργία της καθημερινότητας των ατόμων λόγω των σωματικών συμπτωμάτων, αφετέρου η δημιουργία ενός πλαισίου ισορροπίας μεταξύ των σωματικών δυσλειτουργιών και του ψυχοκοινωνικού προφίλ αποτελεί μια απαιτητική διαδικασία για το άτομο με χρόνια ασθένεια. Όπως παρουσιάστηκε στην συγκεκριμένη ερευνητική εργασία, ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα με καρδιαγγειακές ασθένειες είναι σημαντικός για την βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών. Μέσα από την συγκεκριμένη βοήθεια, την συναισθηματική υποστήριξη, τις κοινωνικές επαφές και την κοινωνική υποστήριξη με την μορφή της πληροφόρησης, το άτομο δεν απομονώνεται κοινωνικά, νιώθει στήριξη από το περιβάλλον του και υιοθετεί συμπεριφορές οι οποίες προάγουν την υγεία του. Οι ερευνητές κάνουν, επίσης, λόγο για προγράμματα παρέμβασης, όπου με επαγγελματική βοήθεια το άτομο με πρακτικές όπως την ψυχοθεραπεία, μπορεί να

αποκτήσει την γνώση και τη δύναμη για τον έλεγχο της ψυχοκοινωνικής και σωματικής του κατάστασης όντας χρόνιος ασθενής. Κάθε μορφή κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία των ασθενών, επομένως τα άτομα με χρόνιες ασθένειες πέρα από μια φαρμακευτική αγωγή χρειάζονται και κοινωνική υποστήριξη με όλες τις μορφές που αυτή μπορεί να παρουσιαστεί.

Μελλοντικά, θα μπορούσαν να εξεταστούν περισσότερο παράμετροι όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και παρεμβάσεις σε άτομα με χρόνιες ασθένειες τα οποία ανήκουν σε μεσαία και χαμηλά κοινωνικά στρώματα και παρουσιάζουν αδυναμία για την πρόσληψη κοινωνικής υποστήριξης λόγω των γενικότερα δυσμενών κοινωνικών συνθηκών τους. Επίσης, από βιολογική σκοπιά, η εκτενέστερη μελέτη και έρευνα της φύσης της κάθε χρόνιας ασθένειας, θα μπορέσει να δώσει περισσότερα φαρμακευτικά αποτελέσματα που θα δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να μπορεί να ζει χωρίς δυσκολίες την καθημερινότητά του, όπου με τον συνδυασμό της ψυχοθεραπείας να μπορεί να ανταποκριθεί σε κάθε τομέα με προφίλ υγιούς ατόμου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, P. J., & Mosca, L. (2010). Low social support level is associated with non- adherence to diet at 1 year in the family intervention trial for heart health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42, 380-388

Aquarius, E. A., Denollet, J., Hamming, F. J., & De Vries, J. (2006). Age- related differences in invasive treatment of peripheral arterial disease: Disease severity versus social support as determinants. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 739- 745

Bloom, R. J. (1990). The relationship of social support and health. *Social Science and Medicine*, 30, 635- 637

Beaghelole, R., Epping- Jordan, J. A., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low- income and middle- income countries: a priority for primary health care. *Lancet*, 372, 940- 949

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843- 857

Berry, D. J., Lloyd- Jones, M. D., Gardise, B. D., Wang, R., & Greenland, P. (2007). Social avoidance and long- term risk for cardiovascular disease death in healthy men: The Western Electric Study. *Annual of Epidemiology*, 17, 591- 596

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, M. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2469- 2475

Creaven, A. M., & Hughes, M. B. (2012). Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *International Journal of Psychophysiology*, 84, 113- 119

Diene, E., Fouquet, A., & Esquirol, Y. (2012). Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. *Archives of Cardiovascular Disease*, 105, 33- 29

Diez, J. M. B., Del Val Gracia, J. L., Pelegrina, J. T., Martinez Martinez, J. L., Penacoba, R. M., Tejon, I. G., Quintana, E. M. R., et al. (2005). Cardiovascular disease epidemiology and risk factors in primary care. *Revista Espanola de Cardiologia*, 58, 367- 373

Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R., et al. (1996). An international study on measuring social support: Interactions and satisfaction. *Social Science of Medicine*, 43, 1389- 1397

Donald, M., Ware, S. R., Ozolins, Z. I., Begum, N., Crowther, R., & Bain, C. (2011). The role of patient activation in frequent attendance at primary care: A population-based study of people with chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 83, 217- 221

Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, 48, 661- 673

- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Social Science and Medicine*, 42, 173- 183
- Ellaway, A., & Macintyre, S. (2007). Is social participation associated with cardiovascular disease risk factors? . *Social Science and Medicine*, 64, 1384- 1391
- Eurelings- Bontekoe, H. M. E., Diekstra, F. W. R., & Verschuur, M. (1995). Psychological distress, social support and social support seeking: A prospective study among primary mental health care patients. *Social Science of Medicine*, 40, 1083- 1089
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., & Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 33, 605- 611
- Folsom, A. R., Yatsuya, H., Nettleton, J. A., Lutsey, P. L., Cushman, M., & Rosamond, W. D. (2011). Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association Definition, and relationship with cardiovascular disease incidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 57, 1690- 1696
- Franks, P., Campbell, L. T., & Shields, G. C. (1992). Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. *Social Science and Medicine*, 34, 779- 788
- Gili, M., Comas, A., Garcia- Garcia, M., Monzon, S., Antoni, S. B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 240- 245

Gliksman, D. M., Lazarus, R., Wilson, A., & Leeder, R. S. (1995). Social support, marital status and living arrangement correlates of cardiovascular disease risk factors in the elderly. *Social Science of Medicine*, 40, 811- 814

Gorman, K. B., & Sivaganesan, A. (2007). The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self- rated health and hypertension. *Social Science and Medicine*, 65,958- 975

Gramer, M., & Reitbauer, C. (2010). The influence of social support on cardiovascular responses during stressor anticipation and active coping. *Biological Psychology*, 85, 268- 274

Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Loignon, C., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2012). Patient- centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*, In Press

Kaplan, H. S. (1987). Patient reports of health status as predictors of physiologic health measures in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 27- 35

Krol, B., Sanderman, R., & Suurmeijer, T. P. B. M. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: Concepts, measurements and research. *Patient Education and Counseling*, 20, 101- 120

Lee, D. S. Y., Arozullah, M. A., & Cho, I. Y. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science and Medicine*, 58, 1309- 1321

Loguercio, C., Tiso, A., Cotticelli, G., Del Vecchio Blanco, C., Arpino, G., Laringe, M., Napoli, L., et al. (2011). Management of chronic liver disease by general

practitioners in southern Italy : Unmen educational needs. *Digestive and Liver Disease*, 43, 736- 741

Ngoungou, E. B., Aboyans, V., Kouna, P., Makandja, R., Nzengue, J. E. E., Allogho, C. N., Laskar, et al. (2012). Prevalence of cardiovascular disease in Gabon: A population study. *Archives of Cardiovascular Disease*, 105, 77- 83

Mathers, C.D., Sadana, R., Salomon, J. A., Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357, 1685- 1691

Mendis, S. (2010). The contribution of the Framingham heart study to the prevention of cardiovascular disease: A global perspective. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 53, 10- 14

Montague, J. T., Gogovor, A., & Krelbaum, M. (2007). Time for chronic disease care and management. *Canadian Journal of Cardiology*, 23, 971- 975

Musselman, L. D., Evans, L. D., & Nemeroff, B. C. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease. *Archives of General Psychiatry*, 55, 580- 592

Patrick, L. D., Morgan, M., & Charlton, J. R. H. (1986). Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people. *Social Science and Medicine*, 22, 1347- 1354

Patrick, L. D. (1987). Commentary: Patient reports of health status as predictors of physiologic health in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 37- 40

Piwoski, J., & Piwoska, A. (2009). Does low social support level cause the limitation of cardiovascular diseases prevention? . *Atherosclerosis Supplement*, 10, Issue 2

Psaty, B. M., Kuller, L. H., Bild, D., Burke, G. L., Kittner, S. J., Mittelmark, M., Price, T. R., et al. (1995). Methods of assessing prevalent cardiovascular disease in the cardiovascular health study. *Annals of Epidemiology*, *5*, 270- 277

Ramsay, S., Ebrahim, S., Whincup, P., Papacosta, O., Morris, R., Lennon, L., & Wannamethee, G. S. (2008). Social engagement and the risk of cardiovascular disease mortality: Results of a prospective population- based study of older men. *Annual of Epidemiology*, *18*, 476- 483

Ratnasingam, P., & Bishop, D. G. (2007). Social support schemas, trait anger, and cardiovascular responses. *International Journal of Psychophysiology*, *63*, 308- 316

Reddy, K. S., & Satija, A. (2010). The Framingham heart study: Impact on the prevention and control of cardiovascular diseases in India. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *53*, 21- 27

Richmond, A. M. C., & Ross, A. N. (2008). Social support, material circumstance and health behavior: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science and Medicine*, *67*, 1432- 1433

Schroevers, J. M., Ranchor, V. A., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self- esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, *57*, 375- 385

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2008). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, *42*, 243- 252

- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annual of Epidemiology*, 6, 442- 451
- Sherbourne, C.D, & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Smith, J. P., & Blumenthal, A. J. (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Espanola de Cardiologia*, 64, 924- 933
- Soellner, W., Zschocke, I., Zingg- Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 239- 250
- Stewart, M. J. (1989). Social support: diverse theoretical perspectives. *Social Science and Medicine*, 28, 1275- 1282
- Stewart, M. J., Hirth, M. A., Klassen, G., Makrides, L., & Wolf, H. (1997). Stress, coping, and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 151- 163
- Suurmeijer, T. P. B. M., Doeglas, D. M., Briancon, S., Krijnen, W. P., Krol, B., Sanderman, R., Moum, T., et al. (1995). The measurement of social support in the European research on incapacitating diseases and social support: The development of the social support questionnaire for transaction (SSQT). *Social Science and Medicine*, 40, 1221- 1229

Taal, E., Rasker, J. J., Seydel, R. E., & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self- efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63- 76

Uchino, N. B. (2006). Social support and health: A review of psychological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377- 387

Uchino, N. B., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and the future. *Social Science and Medicine*, 74, 949- 957

Valenti, L., Lim, L., Heller, R.F., & Knapp, J. (1996). An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 5, 151-161.

Vidal- Perez, R., Otero- Ravina, F., Franco, M., Garcia, J. M. R., Stolle, R. L., Alvarez, R. E., Diaz, C. I., et al. (2012). Determinants of cardiovascular mortality in a cohort of primary care patients with chronic ischemic heart disease. BARBANZA Ischemic Heart Disease (BARIHD) study. *International Journal of Cardiology*, In Press

Wahlqvist, M. L. (2004). Nutrition and prevention of chronic diseases: a unifying eco-nutritional strategy. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 14, 1- 5

Wang, H. X., Mittelman, A. M., & Orth- Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 60, 599- 607

Xhyheri, B., & Bugiardini, R. (2010). Diagnosis and treatment of heart disease: Are women different from men? . *Progress in Cardiovascular Diseases*, 53, 227- 236

Yusuf, S., & Anand, S., (2010). Deciphering the causes of cardiovascular and other complex diseases in populations: Achievements, challenges, opportunities, and approaches. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 53, 62- 67

Zhang, Y. (2010). Cardiovascular diseases in American women. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 20, 386- 393

Πηγές από Διαδίκτυο:

<http://www.whatispublichealth.org/what/index.html>