ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Τίτλος πτυχιακής εργασίας:

«Ποιότητα σχέσεων μεταξύ των καρδιοπαθών και των συζύγων τους»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Δανιήλ

Α.Μ: 2448

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ευάγγελος Καραδήμας

Ρέθυμνο, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη……. ... 3

1. ΧΡΟΕΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ……..... 5

1.1.Καρδιαγγειακές παθήσεις……. 8

2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΩΝ…… 12

2.1. Ο ρόλος του συζύγου…….. 18

3. ΑΠΟΔΟΧΗ/ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ…… .. 23

4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ……..... 26

5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ…… 27

5.1. Δείγμα έρευνας ……... 27

5.2. Εργαλεία …….. 28

5.3. Διαδικασία……..... 30

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ……. 32

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ…… 34

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ…….. 37

Περίληψη

Είναι γεγονός, ότι οι χρόνιες ασθένειες, όπως οι καρδιακές παθήσεις, επηρεάζουν τόσο τον ασθενή όσο και τα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα το σύζυγο. Ένα καρδιακό συμβάν έχει πληθώρα επιπτώσεων και συχνά επιφέρει σημαντική συναισθηματική και ψυχολογική δυσφορία ανάμεσα στο ζευγάρι με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο γάμος τους. Η υποστήριξη από το σύζυγο αποτελεί την κύρια πηγή της ανάρρωσής του. Αυτό δε σημαίνει ότι ο σύζυγος βρίσκεται πάντα σε θέση να ανταπεξέλθει στο νέο τρόπο ζωής ή στους νέους ρόλους που αναλαμβάνει. Κάποιες φορές, μάλιστα, δεν έχει τη δύναμη να αντιμετωπίσει το άγχος που τον διακατέχει. Επίσης, οι αντιλήψεις του συζύγου για την ασθένεια είναι δύσκολο να αλλάξουν και μπορούν να παρεμποδίσουν τη διαδικασία αποκατάστασης και ανάκτησης της ζωής του. Αναντίρρητα, επηρεάζεται και η σεξουαλική δραστηριότητα του ζευγαριού σε μεγάλο βαθμό. Η μείωση της είναι εμφανής και αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τη γαμήλια ζωή του ζευγαριού. Η παρούσα έρευνα ασχολείται με την ποιότητα της σχέσης ενός ζευγαριού όπου ο ένας από τους δύο είναι καρδιοπαθής. Επιπλέον, εξετάζει κατά πόσον ο υγιής σύζυγος μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ανάρρωσής του αλλά και κατά πόσον μπορεί να ανταπεξέλθει στο νέο τρόπο ζωής μέσα στον οποίο έρχεται αναπόφευκτα να ζήσει. Η παρούσα έρευνα ασχολήθηκε με τη στάση του συζύγου στην όλη διαδικασία, τα επίπεδα υποστήριξη που επικρατούν στη σχέση και κατά πόσο αποδέχονται την όλη διαδικασία. Στην έρευνα συμμετείχαν 79 ζευγάρια εκ των οποίων ό ένας από τους δύο είχε διαγνωστεί με κάποια καρδιακή ασθένεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας όσο πιο

θετικός είναι ο ρόλος του συζύγου τόσο πιο εύκολη θα είναι και η αποδοχή, η σχέση θα είναι πιο βελτιωμένη και η υποστήριξη θα έχει μια θετική εκδήλωση. Επίσης, όσο πιο θετική είναι η υποστήριξη τόσο πιο θετική θα είναι και η αποδοχή.

1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η χρόνια πάθηση μπορεί να προκύψει είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα και αποτελεί μια από τις πιο στρεσογόνους καταστάσεις, με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ο άνθρωπος σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι συνήθως μια κατάσταση μεγάλης διαρκείας και αργής εξέλιξης, η οποία μπορεί να ελεγχθεί αλλά δεν θεραπεύεται. (Καραδήμας,2005). Παρόλα αυτά η καλή διαχείριση της ποιότητας ζωής από τον πάσχοντα και η φαρμακευτική αγωγή από τους επαγγελματίες υγείας οδηγούν στην εξέλιξη μιας σχετικά ομαλής και συμμετρικής ζωής.

Οι χρόνιες ασθένειες, όπως είναι η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και ο διαβήτης είναι μακράν η κύρια αιτία θανάτου, που αντιπροσωπεύει το 63% όλων των θανάτων(WHO, 2011). Οι ασθένειες αυτές προκαλούν διάφορα προβλήματα στους πάσχοντες όπως είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, η σωματική και ψυχική αδυναμία, το συναισθηματικό στρες, ο πόνος, οι παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή, η ανασφάλεια, κ.α.

Οι παράγοντες κινδύνου που εδραιώνουν αυτές τις παθήσεις οφείλονται στο κάπνισμα, στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, στην ανθυγιεινή διατροφή, στην ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα, στην παχυσαρκία/ υπερβολικό βάρος, στην αυξημένη αρτηριακή πίεση, στα αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και στην αυξημένη χοληστερόλη(WHO, 2011).

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας αποτελεί ένα ξαφνικό πλήγμα για τον άνθρωπο. Πολλοί άνθρωποι, όταν μαθαίνουν ότι υποφέρουν από μια χρόνια πάθηση αρνούνται κατηγορηματικά τη διάγνωση, ότι δηλαδή πάσχουν από κάποια σοβαρή νόσο(Γεντετάκη,2009). Είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν άγχος και η

διάγνωση της ασθένειας συνοδεύεται από έντονο σοκ, που είναι υπεύθυνο για την άρνηση.

Ο κάθε άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με μια χρόνια ασθένεια, αφού ξεπεράσει το αρχικό σοκ, στη συνέχεια προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα του κατάσταση και προσπαθεί να παλέψει ενάντια στον εχθρό που απειλεί την υγεία του. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ (Γεντετάκη,2009). Η προσαρμογή αυτή λοιπόν, σύμφωνα με τη *θεωρία της κρίσης* εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο. Οι παράγοντες αυτοί, διακρίνονται σε αυτούς που έχουν σχέση με την ασθένεια, τους προσωπικούς παράγοντες και τους περιβαλλοντικούς (Καραδήμας, 2005).

Οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις για τη βαρύτητα της νόσου και τη διακοπή του τρόπου ζωής, πιθανότατα να διατυπωθούν αμέσως μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο και είναι δύσκολο να αλλάξουν. Μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τα συναισθήματα ελέγχου και τις στοχοκατευθυνόμενες συμπεριφορές και να αυξήσουν τη συναισθηματική δυσφορία (Baird&Eliaszwi,2011).

Τα προβλήματα των ασθενών αυτών, τα οποία είναι τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά, επηρεάζουν όλα τα μέλη της οικογένειας και έχουν αντίκτυπο πάνω στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Erickson, 2005). Όσο δύσκολο είναι για τους ασθενείς να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα γύρω από την ασθένεια και τη θεραπεία, άλλες τόσες δυσκολίες έχουν να διαχειριστούν οι οικογένειες και οι οικείοι των χρόνια ασθενών (Καραδήμας, 2005). Οι ασθενείς, έχουν ως πρωταρχική ανάγκη την υποστήριξη της οικογένειας τους και κυρίως τη φροντίδα του συζύγου τους, που μπορεί να

διαδραματίσει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το φόβο, τη θλίψη, το θυμό και την απογοήτευση (Γεντετάκη, 2009).

Ο ασθενής αφού ενημερωθεί ότι πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση, νιώθει θυμό. Θεωρεί ότι η μοίρα του συμπεριφέρθηκε με άδικο τρόπο και ξεσπά συνήθως στην οικογένειά του και στα άτομα που τον φροντίζουν και είναι δίπλα του. Ο θυμός είναι βέβαια φυσιολογικός και αν ο ασθενής δεν καταφέρει να εκφράσει με οποιοδήποτε τρόπο την οργή του, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να βυθιστεί σε κατάθλιψη (Γεντετάκη, 2009). Γι' αυτό, ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικός και κύριο μέλημα τους πρέπει να είναι η κατανόηση και όχι ο οίκτος για να μπορέσει κάποια στιγμή να σταθεί στα πόδια του ο ασθενής.

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως εάν οι ασθενείς αρχίζουν να νιώθουν εντονότερα τους πόνους της ασθένειας. Νιώθουν απελπισμένοι, κλαίνε συνεχώς και φτάνουν στο σημείο να μιλάνε για αυτοκτονία (Γεντετάκη,2009). Η κατάθλιψη μπορεί να βρεθεί στο 50% έως 87% των ασθενών με χρόνιο πόνο. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν πιο έντονο πόνο σε περισσότερα σημεία από ότι οι ασθενείς χωρίς κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανταπόκριση παρεμβάσεων για τη θεραπεία του πόνου και την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Erickson, 2005).

Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις έχουν να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν πολλά ζητήματα για να μπορέσουν να αποδεχτούν το πρόβλημα τους και να συνεχίσουν ομαλά τη ζωή τους. Ωστόσο, οι ασθένειες αυτές προκαλούν τόσο σωματική όσο και ψυχολογική αδυναμία, γεγονός που δυσκολεύει την επιτυχημένη προσαρμογή του ατόμου. Ο ρόλος της οικογένειας

και κυρίως του/της συζύγου, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να μπορέσει ο ασθενής να βρει την αισιοδοξία του και να δει το μέλλον του με περισσότερη σιγουριά.

1.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η καρδιά, μπορεί να υποστεί κάποια βλάβη, παροδική ή χρόνια , με αργή ή αιφνίδια εξέλιξη, απλώς ενοχλητική έως και θανατηφόρα. Κάποιες μορφές καρδιακών παθήσεων μπορούν να προληφθούν με το σωστό τρόπο ζωής και τη σωστή διατροφή, άλλες όμως είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν και συχνά αποβαίνουν μοιραίες για την ανθρώπινη ζωή. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου, καθώς είναι υπεύθυνες για τον ένα σε κάθε 2,5 θανάτους (Καραδήμας, 2005).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούνται από διαταραχές των αγγείων της καρδιάς και του αίματος, και περιλαμβάνει τη στεφανιαία νόσο(καρδιακή προσβολή), την αγγειακή εγκεφαλική νόσο(εγκεφαλικό επεισόδιο), την αυξημένη αρτηριακή πίεση(υπέρταση), περιφερική αρτηριοπάθεια, ρευματική καρδιοπάθεια, συγγενή καρδιοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια(WHO,2013).

Η στεφανιαία νόσος συμπεριλαμβανομένου του οξέος μυοκαρδιακού εμφράγματος, είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας σε άνδρες και γυναίκες στη Βόρεια Αμερική και αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο φορολογικό βάρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Baird&Eliasziw,2011). Η στεφανιαία νόσος είναι κυρίως μια ασθένεια των ανδρών που αντιπροσωπεύει το 40% των θανάτων στους άνδρες και το 10% των θανάτων σε γυναίκες, ηλικίας 45-64

χρονών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες 1,5 εκατομμύριο άνθρωποι βιώνουν έμφραγμα μυοκαρδίου και μόνο τα 2/3 από αυτούς επιβιώνουν (Bennett,1993).

Παγκοσμίως, πραγματοποιούνται ετησίως 1 έως 1,5 εκατομμύριο καρδιακές επεμβάσεις. Περίπου το 10% που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα και σε χειρουργική επέμβαση της αορτικής βαλβίδας αναπτύσσουν μετεγχειρητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η καρδιακή ανεπάρκεια μετά από χειρουργική επέμβαση συσχετίζεται με κακή πρόγνωση και αυξάνει τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα τη θνησθμότητα (Ågren ,Frisman, Berg, Svedjeholm & Strömberg,2009). Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια με την εξέλιξη της τεχνολογίας πολλές από τις καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έδειξε ότι 17,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακά νοσήματα και πάνω από 80% των θανάτων έλαβαν χώρα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Τα αίτια εμφάνισης μιας καρδιοπάθειας δεν είναι απόλυτα σαφή, αν και έχει διαπιστωθεί ένας αριθμός παραγόντων επικινδυνότητας. Γνωστός είναι ο ρόλος παραγόντων όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η υψηλή χοληστερόλη και οι γενικότερες διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία, ο διαβήτης καθώς και η υπέρταση (Καραδήμας, 2005).

Η αντιμετώπιση των καρδιακών παθήσεων δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση. Βέβαια, κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Παρόλα αυτά ένας καρδιακός ασθενής πρέπει να κάνει έξυπνες επιλογές για να κρατήσει την καρδιά του υγιή. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις

για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και σε αρκετές περιπτώσεις, κάποια επέμβαση ή εγχείριση (Καραδήμας,2005). Ωστόσο, αν και η φαρμακευτική αγωγή ή μια χειρουργική επέμβαση βοηθά στην αντιμετώπιση μιας καρδιοπάθειας, ο ασθενής δεν μπορεί να εξαρτηθεί μόνο από αυτά. Η υγιεινή διατροφή και η κατάλληλη φυσική δραστηριότητα θα μπορούσαν να φανούν επωφελείς (AHA, 2012). Επίσης, κάποιες αναγκαίες αλλαγές στη συμπεριφορά όπως η διακοπή του καπνίσματος και η καταπολέμηση συναισθηματικών παραγόντων όπως το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη και η εχθρότητα θα ήταν εξίσου επωφελείς (Καραδήμας, 2005).

Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, ακόμα και η άριστη ιατρική και χειρουργική θεραπεία δεν είναι πλέον αποτελεσματική. Η μεταμόσχευση καρδιάς αποτελεί πλέον μια αποδεκτή διαδικασία για ασθενείς κάτω των 65 ετών οι οποίοι πάσχουν από σοβαρή μυοκαρδιοπάθεια και λειτουργικούς περιορισμούς. Περίπου 2000 ασθενείς το χρόνο υποβάλλονται σε μεταμόσχευση καρδιάς και μπορεί να περιμένουν στο νοσοκομείο πάνω από ένα χρόνο (Burker , Evon, Loiselle, Finkel & Mill,2005).

Μια καρδιαγγειακή πάθηση αποτελεί μια συγκλονιστική εμπειρία τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες τους. Ένας από τους κύριους στόχους της καρδιακής αποκατάστασης είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Έρευνες έδειξαν ότι η αντιληπτή υποστήριξη από τους άλλους βελτιώνει την ποιότητα ζωής των καρδιακών ασθενών (Joekes, Maes&Warrens,2007). Συγκεκριμένα, οι σχέσεις με την οικογένεια είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την πορεία και την πρόγνωση μιας καρδιακής νόσου (Καραδήμας, 2005). Η υποστήριξη από το σύζυγο είναι προφανώς απαραίτητη. Βέβαια, για τους ασθενείς που είναι μόνοι τους η φροντίδα και η στήριξη από ένα κοινωνικό δίκτυο φίλων

και τα παιδιά τους είναι σημαντική καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου επανάκτησης (Agren, et all,2009).

2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΩΝ

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας όπως είναι η καρδιοπάθεια προκαλεί μεγάλο φόβο στη λειτουργία παντρεμένων ζευγαριών και διακινδυνεύει το οικογενειακό σύστημα (Moser, Drakup& Marsden,1993). Η αποκατάσταση της ζωής μετά από ένα καρδιακό συμβάν είναι μια σύνθετη φυσιολογική και ψυχολογική διαδικασία. Λόγω της αλληλεξάρτησης των συζύγων μπορεί να επηρεαστεί η συζυγική ζωή , η γενική ανάκαμψη του ασθενή και η ψυχολογική ευεξία και των δύο (Baird&Eliasziw,2011). Ανάλογα με τη συζυγική ποιότητα, προβλέπεται και η επιβίωση των καρδιακών ασθενών. Έχει μάλιστα ειπωθεί ότι ένας κοινός προσανατολισμός που βοηθά στην αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από την αντωνυμία «εμείς» (Rohrbaugh, Mehl, Shoham, Reilly & Ewy, 2008).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει τη συμμετοχή σε συμπεριφορές υγείας ευνοώντας τη μείωση του καρδιακού κινδύνου και ότι η στήριξη έχει άμεση επίδραση στην ανάκαμψη από έμφραγμα μυοκαρδίου (Stewart, Davidson, Meade, Hirth, Makrides,2000). Φαίνεται ότι η εμφανής υποστήριξη από τους άλλους συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Joekes,et all,2007). Η κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί να έχει μια θετική επίδραση στο πώς οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τις αλλαγές που σχετίζονται με την καρδιακή νόσο και τη χειρουργική επέμβαση παράκαμψης. Η συναισθηματική και οργανική υποστήριξη έχει συνδεθεί με την αυτοεκτίμηση και την κυριότητα της καρδιακής αποκατάστασης. Επιπλέον, οι ασθενείς με υψηλή κοινωνική υποστήριξη είχαν μικρότερη αβεβαιότητα και

ψυχολογική ένταση απ' ότι οι ασθενείς με χαμηλή υποστήριξη(Rantanen, Kaunonen, Astedt-Kurki & Tarkka, 2004).

Τα πιο σημαντικά πρόσωπα υποστήριξης για τους ασθενείς είναι ο σύζυγος, τα παιδιά, τα εγγόνια, οι συγγενείς και οι φίλοι. Το έτερον ήμισυ, όμως, είναι συνήθως η κύρια στήριξη των ασθενών. Η στήριξη αυτή σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την ανάκτηση του ασθενή, καθώς οι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας και συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή, όταν έλαβαν από τους συντρόφους τους επαρκή συναισθηματική και εμφανή υποστήριξη (Rantanen et all,2004).

Ένα καρδιακό επεισόδιο και οι συνέπειές του συχνά επιφέρουν έντονη ψυχολογική δυσφορία στο σύζυγο και τον ασθενή. Ως γνωστόν, η στενή συζυγική σχέση σημαίνει και την επιρροή του συζύγου που μπορεί με τη σειρά της να προκαλέσει τη συνολική ανάκαμψη του ασθενούς, τον κίνδυνο τροποποίησης των παραγόντων, τη συμμόρφωση με τα φάρμακα και την ψυχολογική ευεξία και των δύο (Baird&Eliaszwi,2011). Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν άγχος, κατάθλιψη και αλλαγές στην κατάσταση της υγείας τους και της οικογενειακής ζωής τους. Ωστόσο, η καρδιακή ασθένεια προκαλεί ποικίλα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, άγχος και αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση του συντρόφου τους, τα οποία επηρεάζουν την ευημερία τους (Rantanen,et all, 2004).

Οι σύζυγοι των ασθενών στην προσπάθειά τους να φροντίσουν τους εταίρους και να τους παρέχουν στήριξη φτάνουν στο σημείο της υπερβολής. Ενώ παρέχουν ένα μοναδικό πλαίσιο υποστήριξης, οι κλειστές προσωπικές σχέσεις μπορεί να είναι αγχωτικές και να έχουν αρνητικές συνέπειες (Joekes,et all, 2007). Τα συναισθήματα φόβου, άγχους και αβεβαιότητας μεταξύ των συζύγων εκ των οποίων ένα υποφέρει από καρδιακό έχουν συνδεθεί με

συμπεριφορές επαγρύπνησης και συζυγικής υπερπροστασίας, με το δεύτερο να συνδέεται με συναισθήματα αγωνίας σε ασθενείς (Baird& Eliasziw,2011). Η υπερπροστασία αναφέρεται στο σύντροφο που συμπεριφέρεται με έναν επεμβατικό ή παρεμβατικό τρόπο. Όταν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι τυγχάνουν υπερπροστασίας από τους συζύγους τους τότε αυτό σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους (Joekes,et all,2007).

Οι σύζυγοι τις περισσότερες φορές δεν αντιλαμβάνονται το βαθμό στον οποίο γίνονται υπερπροστατευτικοί. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται όλο και περισσότερο σωματικά αδύναμοι. Οι ασθενείς μερικές φορές μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι εξαιτίας της ασθένειας τους και να είναι πιο ευαίσθητοι σε προσφορές για βοήθεια ή φροντίδα. Οι εταίροι τους όμως αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά τους ως "φροντίδα" και όχι ως "υπερπροστασία" (Joekes,et all,2007).

Οι ασθενείς μετά από τη διάγνωση της ασθένειας τους πρέπει να εκτελούν μια σειρά από συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης. Μπορούν να συμβουλεύονται κάποιους ειδικούς για το πώς να διατηρήσουν μια διατροφή με χαμηλά λιπαρά, πώς να εξασκούνται ή να σταματήσουν το κάπνισμα. Ακόμη πρέπει να ακολουθούν σωστά και πιστά τη φαρμακευτική τους αγωγή (Joekes,et all, 2007). Αυτή η ανάγκη να τροποποιήσουν τις συνήθεις δραστηριότητές τους και τα καθήκοντα γύρω από το σπίτι δημιουργεί γόνιμο έδαφος για σύγκρουση μεταξύ του ζευγαριού. Επίσης, η αγορά των κατάλληλων τροφίμων και η προετοιμασία των γευμάτων που να ταιριάζει τόσο στον ασθενή όσο και στο σύζυγο αποτελούν προκλήσεις. Για κάποιους συζύγους οι διατροφικές ανησυχίες είναι μια κύρια πηγή άγχους (Stewart, et all, 2000).

Αλλαγές στον τρόπο ζωής κράτησαν την υπόσχεση της βελτίωσης της υγείας, αλλά μπορεί να συνεπάγονται δύσκολες αλλαγές σε συμπεριφορές και στάσεις (Goldsmith, Lindholm & Bute, 2006). Η μελέτη των Goldsmith,et all, 2006, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν χαμηλά επίπεδα τήρησης των συστάσεων για την άσκηση, τη διαιτητική αλλαγή, τη διακοπή του καπνίσματος και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Παρά το γεγονός ότι οι αλλαγές αυτές είναι ωφέλιμες, μόνο το 1/3 των ασθενών τις εφαρμόζουν.

Ένα μεγάλο πρόβλημα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι καρδιοπαθείς και οι σύζυγοί τους αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι σεξουαλικές σχέσεις εξαρτώνται από τη συναισθηματική και ψυχολογική αλληλεπίδραση σε μια δυαδική σχέση. Από την άλλη πλευρά τα σωματικά προβλήματα, μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική ικανοποίηση, τη σεξουαλική λειτουργία και συνεπώς τη συζυγική προσαρμογή των ασθενών. Ως αποτέλεσμα λοιπόν, η σεξουαλικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών σε ορισμένες χρόνιες ασθένειες, όπως είναι και οι καρδιακές ασθένειες (Kazemi-Saleh, Pishgou, Farrokh, Assari, Fotros, & Naseri, 2008).

Η σεξουαλική λειτουργία θεωρείται ευρέως ένας σημαντικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και που συχνά μεταβάλλεται σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο(Bedell, Duperval & Goldberg, 2002). Η σεξουαλική δυσλειτουργία μετά από ένα έμφραγμα μυοκαρδίου είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στα δύο φύλα και σε τις διάφορες ηλικίες που εμφανίζεται και επηρεάζει δυσμενώς τη ζωή και ευημερία των ασθενών. Γι ‘ αυτό είναι σημαντικό, οι

επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης να ενημερώνουν τους ασθενείς για τη σημασία της σεξουαλικής λειτουργίας και συνύπαρξης(Ivarsson,et all, 2009).

Οι γιατροί πρέπει να διαβεβαιώνουν τους ασθενείς ότι η σεξουαλική δραστηριότητα δεν είναι πιθανόν να προκαλέσει την εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου(Bedell et all,2002). Είναι σημαντικό να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να ζήσουν μια σωματικά δραστήρια ζωή και όχι να απέχουν από τη σεξουαλική δραστηριότητα(Ivarsson,et all, 2009). Επιπλέον, η σεξουαλική συμπεριφορά των ζευγαριών πρέπει να μετατοπιστεί από τη συνουσία σε εναλλακτικές μορφές σεξουαλικής ευχαρίστησης με επίκεντρο τη στοργική έκφραση του ζευγαριού. Μια εποικοδομητική επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του συζύγου του μπορεί να βελτιώσει τις αντιλήψεις για την ασθένεια και τους περιορισμούς του συζύγου στη σεξουαλική δραστηριότητα(Kazemi-Saleh, et all, 2008).

Ένας παράγοντας ο οποίος καθησυχάζει τους καρδιακούς ασθενείς οφείλεται σ’ αυτό που ονομάζουν κοινόχρηστη συμπεριφορά, δηλαδή όταν τα ζευγάρια αντιμετωπίζουν μαζί τα διάφορα προβλήματα τους. Η χρήση των λέξεων από τους συζύγους παίζει σημαντικό ρόλο για τους καρδιοπαθείς συντρόφους τους. Μια κοινόχρηστη ή συνεταιρική διαδικασία όπως το "δικό μας" θέμα και όχι το " δικό σου " ή "δικό μου" και η χρήση της αντωνυμίας "εμείς" φαίνεται να σηματοδοτεί σχεσιακή δέσμευση, κοινή ταυτότητα και αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων από τους συντρόφους της σχέσης.(Rohrbaugh, Mehl, Shoham, Reilly & Ewy, 2008).

Σε μια ανασκόπηση της έρευνας, η χρήση λέξεων υπογράμμισε την αξία της μελέτης των μορίων, δηλαδή τα μέρη που γεμίζουν την ομιλία , που σε ψυχολογικό επίπεδο χρησιμεύουν συχνά για να σηματοδοτήσουν

συναισθηματικές καταστάσεις, την κοινωνική ταυτότητα και το γνωστικό στυλ. Στη μελέτη αυτή, η χρήση της αντωνυμίας "εμείς" κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης συνδέεται με την κατάσταση της καρδιάς του ασθενή που προέβλεψε θετικές αλλαγές στα συμπτώματα ανεπάρκειας καρδιάς(Rohrbaugh, et all, 2008).

Οι ασθενείς πρέπει να είναι διατεθειμένοι να δοκιμάσουν τη σωματική τους ικανότητα και να προσπαθούν να αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις της ασθένειας με διάφορους τρόπους, όπως να ψάχνουν πληροφορίες, να προγραμματίζουν το μέλλον, να συζητούν σχέδια με την οικογένεια, τους φίλους και τους γιατρούς. Η βελτιωμένη επανένταξη και αποκατάσταση καθώς και η ενθάρρυνση μιας προοδευτικής προσέγγισης από ασθενείς και συζύγους που εργάζονται μαζί, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τόσο σε ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα, όσο και σε ιατρικές συμβουλές.(Mayou, Williamson & Foster, 1978)

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάπτυξη των αρνητικών συναισθημάτων τόσο του ασθενούς όσο και του συζύγου, είναι φανερό ότι η νόσος προδιαθέτει αρνητικά τα ζευγάρια και οδηγεί στην οικογενειακή δυσλειτουργία. Η αβεβαιότητα των ασθενών για το μέλλον τους είναι συνυφασμένη με την ελπίδα, ενώ η αβεβαιότητα των συζύγων εγχύθηκε με το φόβο, το θυμό και την αγανάκτηση (Baird & Eliasziw,2011).

Τα άτομα με καρδιακές παθήσεις βιώνουν πολλά προβλήματα, διαπροσωπικά, οικογενιακά και οικονομικά, προβλήματα από τις θεραπείες, προβλήματα αυτοφροντίδας και εργασιακές ή φυσικές δυσκολίες. Τα συνήθη αποτελέσματα αυτών των προβλημάτων είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Τα άτομα με τη συνέχιση του άγχους και της αβεβαιότητας και μετά το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι λιγότερο πιθανόν να επιστρέψουν στη δουλειά και έχουν περισσότερες

πιθανότητες για νοσοκομειακές επανεισαγωγές και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Η συνεχιζόμενη ανάγκη για υποστήριξη σε καταστάσεις χρόνιας ασθένειας μπορεί να είναι ένα βάρος για τους φροντιστές. Ο σύζυγος μπορεί να επηρεαστεί βαθιά από το έμφραγμα μυοκαρδίου και το άγχος και η κατάθλιψη να είναι αποτελέσματα αυτής της κατάστασης. Με αυτόν τον τρόπο να επηρεάσουν την ανάρρωση του συντρόφου τους. (Stewart, et all, 2000).

Μια σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης εστιασμένη στη σχέση των καρδιοπαθών και των συζύγων τους, είναι η ενεργής και αμοιβαία συμμετοχή στην επίλυση προβλημάτων και στην επικοινωνία. Η αδυναμία να μεταβιβάσουν τις ανησυχίες τους είναι μια σημαντική πηγή δυσκολιών στη σχέση τους και ενισχύει την πίεση. Ένας καρδιοπαθής μέσα από την μελέτη των Stewart, et all, 2000 δήλωσε: « Νομίζω ότι η αντιμετώπιση των καρδιακών παθήσεων είναι μια κοινή ευθύνη για το ζευγάρι. Πρέπει να είμαστε σε θέση να συζητάμε ορθολογικά και να σεβόμαστε ο ένας την ανάγκη του άλλου για απομόνωση και καλή κρίση».

2.1 Ο ρόλος του συζύγου

Όπως προαναφέρθηκε, ο σύζυγος αποτελεί την κύρια πηγή στήριξης για τον ασθενή-σύντροφό του καθώς συμβάλλει στην ανάρρωσή του και στη βελτίωση τόσο της συναισθηματικής όσο και της ψυχολογικής ευημερίας του. Οι σύζυγοι των ασθενών αναλαμβάνουν πολλούς ρόλους και ευθύνες, ειδικότερα οι γυναίκες σύζυγοι. Οι γυναίκες σύζυγοι μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες από τους άνδρες συζύγους (Stewart, et all, 2000). Παρόλα αυτά αναγνωρίζεται ότι

οι σύζυγοι βιώνουν την ασθένεια των συζύγων τους ως «θύματα» με φυσικές, ψυχολογικές και οικονομικές δυσκολίες (McLean & Timmins,2007).

Ο σύζυγος μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στη φύση της μελλοντικής σωματικής και συναισθηματικής προσαρμογής του ασθενούς, στη συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή, στην άσκηση και τροποποίηση του τρόπου ζωής και στην επακόλουθη κλινική πορεία.(Ebbesen, Gordonh, McCartney & Oldridge, 1990). Μπορεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση, την αντιμετώπιση των φυσικών περιορισμών και να βοηθήσει τον ασθενή στη μείωση κινδύνων συμπεριφοράς. (Stewart,et all ,2000).

Παρόλο που ο σύζυγος διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην αποκατάσταση ενός καρδιακού ασθενή, αυτό δε σημαίνει ότι είναι πάντα σε θέση να το κάνει. Μια καρδιακή ασθένεια, αποτελεί και για τους συζύγους ξαφνικό πλήγμα και επιφέρει αλλαγές και στη δική τους ζωή. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τους Baird & Eliaszwi, 2011, η περίοδος αποκατάστασης μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο είναι μια σωματική και ψυχολογική διαδικασία τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συζύγους τους.

Οι σύζυγοι έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς, αλλά μπορεί να είναι λιγότερο σε θέση να το πράξουν ως αποτέλεσμα της αντιμετώπισης των απαιτήσεων μιας καρδιοπάθειας και του δικού τους επιπέδου στρες και προσαρμογής (O’ Farrell, Murray& Hotz,2000).

Οι δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σύζυγοι αφορούν την απειλή της απώλειας του συντρόφου τους, το τραύμα του αποχωρισμού, το μέλλον των παιδιών τους, την αλλαγή των ρόλων , τα οικονομικά προβλήματα, τα προβλήματα αυτοεκτίμησης και γενικότερα τον προβληματισμό για ένα αβέβαιο

και απρόβλεπτο μέλλον (McLean & Timmins,2007). Μερικοί σύντροφοι ανέλαβαν την ευθύνη για την παροχή εισοδήματος για να αναπληρώσουν την πρώην απασχόληση των συζύγων τους. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως οι ευθύνες φροντίδας τους ανάγκαζαν να εγκαταλείψουν την αμειβόμενη απασχόληση (Stewart, et all, 2000).

Οι Coyne και Smith, (όπως αναφέρεται στους Vilchinsky& Haze-Filderman,2010 και στους Leibowitz, Regew, Khaskia & Masseri,2010) διακρίνουν τρεις τρόπους με τους οποίους οι υγιείς σύντροφοι παρέχουν στήριξη στους ασθενείς-συντρόφους τους. Αυτοί είναι η ενεργός συμμετοχή, που περιλαμβάνει την εποικοδομητική επίλυση προβλημάτων, τον προστατευτικό μεσολαβητή που αποτελείται από κρυφές ανησυχίες, τις οποίες αρνείται και την υπερπροστασία, η οποία αναφέρεται σε μια υποτίμηση των δυνατοτήτων του ασθενή.

Το άγχος είναι ένα από τα συμπτώματα που καταβάλλει τόσο τους ασθενείς όσο και τους συζύγους τους και το οποίο μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση του ασθενούς. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει διαβεβαιώνουν ότι οι σύζυγοι τις περισσότερες φορές είναι πιο αγχωμένοι από τους ασθενείς.

Σε μια μελέτη των Burker et all,2005, που αφορούσε ασθενείς οι οποίοι θα υποβάλλονταν σε μεταμόσχευση καρδιάς, οι σύζυγοι των ασθενών βρίσκονταν κάτω από μεγάλα ποσοστά άγχους. Οι Collins et all,(όπως αναφέρεται στους Burker et all,2005), διαπίστωσαν ότι η αναμονή για μεταμόσχευση έχει το πιο αρνητικό αντίκτυπο στη ζωή του συζύγου.

Μια άλλη μελέτη των Baird και Eliasziw, 2011, έδειξε ότι οι σύζυγοι των καρδιακά χειρουργημένων ασθενών είναι πιο αγχωμένοι απ΄ ότι οι ίδιοι οι ασθενείς και ότι οι αντιλήψεις των συζύγων με έμφραγμα μυοκαρδίου για τη βαρύτητα της νόσου μπορεί να σχετίζεται με την απειλή του θανάτου του

συζύγου τους ή της επανεμφράξεως. Όσο μεγαλύτερη είναι η απειλή που αισθάνεται κανείς για μια ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η αντίληψη ότι η ασθένεια είναι πιο σοβαρή απ΄ ότι στην πραγματικότητα.

Γενικότερα, οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις προκαλούν εκτεταμένο άγχος και ψυχολογική δυσφορία στους συζύγους, οι οποίοι ανησυχούν περισσότερο απ' ότι οι ίδιοι οι ασθενείς. Ο Moore (όπως αναφέρεται στους Ο' Farrell, Murray& Hotz,2000), συμπέρανε ότι οι σύζυγοι των ασθενών που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας απ' ότι οι ασθενείς. Επίσης, ο Monahan, et all, (όπως αναφέρεται στους Ο' Farrell, et all,2000) διαπίστωσε ότι οι σύζυγοι των ασθενών που υποβάλλονταν σε εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς βιώνουν πολλές πιέσεις. Οι σύζυγοι μπορεί να βιώσουν δύσκολες και απαιτητικές περιπτώσεις, όταν η ασθένεια του εταίρου τους επιδεινώνεται κρίσιμα. Η επιβάρυνση των συζυγών αυξάνεται όταν ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο και οι σύζυγοι αντιλαμβάνονται ότι πλέον δε λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης (Ågren,et all,2009).

Αναμφίβολα, οι σύζυγοι προσπαθούν να κάνουν ότι καλύτερο για την κατάσταση του ασθενούς και σχεδιάζουν δραστικές εκδηλώσεις αντιμετώπισης αντί να τα παρατήσουν ή να προσπαθούν να αρνηθούν την πραγματικότητα της κατάστασης (Burker, et all,2005).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Ågren, et all,2009, υπάρχουν τρεις κατηγορίες που περιγράφουν τις ατομικές ανάγκες των συζύγων: η ασφάλεια, η ξεκούραση μυαλού και σώματος και η εσωτερική δύναμη. Τα συναισθήματα της μοναξιάς, της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας ήταν κοινά κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης. Οι σύζυγοι προτιμούν την ειλικρίνεια και τις απλές πληροφορίες από

τους επαγγελματίες υγείας. Είναι σημαντικό να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν επιβεβαίωση όποτε την χρειάζονται. Επίσης, όπως περιγράφουν οι Ågren, et all,2009 μέσα από την έρευνά τους, οι σύζυγοι έπρεπε να βάζουν τις ανάγκες του ασθενή πάνω από τις δικές τους καθώς και να δεχθούν ότι ο ασθενής ήταν εξαρτώμενος. Έτσι, χρησιμοποιούσαν τη ξεκούραση του μυαλού και του σώματος για να αποκτήσουν εσωτερική δύναμη, να αισθάνονται καλύτερα και να ξεχνάνε τη δύσκολη κατάσταση έστω και για μια στιγμή.

Η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του συζύγου του μπορεί να βελτιώσει την πιθανότητα ο ασθενής να υιοθετεί έναν υγιή τρόπο ζωής. Οι σύζυγοι μπορεί να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να ασκούνται, να επαινούν την απώλεια βάρους τους, να τους υπενθυμίζουν να παίρνουν τα φάρμακά τους, να αποφεύγουν ορισμένα τρόφιμα ή να επικρίνουν ανθυγιεινές ενέργειες τους (Goldsmith,et all, 2006)

3. ΑΠΟΔΟΧΗ / ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ

Η ποιότητα ζωής των συζύγων επηρεάζεται και δέχεται μεγάλες αλλαγές όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ασθενείς. Έχει αποδειχθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την υγεία και την ευημερία σε διάφορες καταστάσεις που αφορούν το άγχος και τις αλλαγές. Εκτός από τους ασθενείς, έχουν και οι σύζυγοι ανάγκη από υποστήριξη εφόσον αποτελούν την κύρια πηγή υποστήριξης για τους ασθενείς και στη συνέχεια ολοκληρώνουν το έργο παροχής της υποστήριξής τους προς αυτούς (Rantanen,et all, 2004).

Οι σύζυγοι περιγράφουν την έκπληξη τους για την ύπαρξη μιας εσωτερικής δύναμης που δεν ήξεραν ότι είχαν, αλλά τόνισαν πως θα πρέπει να υποστηρίζονται από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, για να αποκτήσουν την εμπειρία της ασφάλειας και να χειριστούν τη δύσκολη και αγχωτική κατάσταση. Οι σύζυγοι βρίσκονται σε μια ευάλωτη κατάσταση και χρειάζονται υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας για να χειριστούν τη κατάσταση στο σπίτι. Η επαγγελματική υποστήριξη πρέπει να προσφέρεται στους συζύγους κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, καθώς και κατά τη διάρκεια ολόκληρης της διαδικασίας αποκατάστασης (Ågren, et all,2009).

Σε μια μελέτη από τους Ågren et all. (2009) φάνηκε ότι όταν περνάνε μια κρίση, είναι σημαντικό οι σύζυγοι να έχουν μια αμοιβαία και σεβαστή σχέση με το σύντροφό τους και να έχουν μια πιο θετική στάση για την κατάσταση. Χρειάζεται να αποκτήσουν εσωτερική δύναμη και να προσαρμοστούν στην κατάσταση είτε το θέλουν είτε όχι.

Μέσα από τη μελέτη που έκαναν οι Stewart et. All, 2000 , φάνηκε ότι παρόλο που η στήριξη είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την προσαρμογή των ασθενών, εντούτοις μετά από ένα έμφραγμα μυοκαρδίου, η υποστήριξη από τους συζύγους φάνηκε να λείπει. Οι σύζυγοι σε αυτή τη μελέτη ήταν περισσότερο απασχολημένοι με τα δικά τους συναισθήματα και αντιδράσεις σχετικά με τη πιθανή απώλεια του συντρόφου τους, το αβέβαιο μέλλον και τις αλλαγές στη ζωή τους.

Ουσιαστικά, όσον αφορά τις έρευνες που έγιναν μέχρι στιγμής δεν αναφέρουν ξεκάθαρα εάν ο σύζυγος αποδέχεται το καρδιοπαθή σύζυγό του ή όχι. Το συμπέρασμα κατά τη δική μου άποψη είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συζύγων, αποδέχεται τους ασθενείς συντρόφους τους αλλά πολλές φορές νιώθουν απελπισμένοι για το λόγο ότι δέχονται κι αυτοί πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Νιώθουν ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον και πέρα από το ρόλο του συζύγου αναλαμβάνουν κι άλλους ρόλους για να συμπληρώσουν τα κενά του συζύγου τους.

Όπως αναφέρεται και στην έρευνα των Ågren, et all,2009, ο σύζυγος χρειάζεται επίσης υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας. Είναι σημαντικό για να μπορεί να ανταπεξέλθει στην όλη διαδικασία και να βρει την εσωτερική δύναμη να σταθεί στο πλευρό του ασθενή συντρόφου του. Εάν ο σύζυγος δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την όλη διαδικασία τότε θα είναι δύσκολο και γι αυτόν να στηρίξει τον ασθενή σύντροφό του. Ο φόβος πιθανής απώλειας, το άγχος και οι αλλαγές τον τρόπο ζωής είναι σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν τον σύζυγο στην απελπισία.

Επομένως λοιπόν, η υποστήριξη τον συζύγων από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και η κατανόηση μέσα στη σχέση σε περιόδους κρίσεως αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την μετέπειτα αντίδραση του συζύγου στην όλη διαδικασία εκδήλωσης της ασθένειας του καρδιοπαθή συζύγου του.

4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να παρουσιάσει τις σχέσεις ενός ζευγαριού όταν ο ένας από τους δύο βιώνει μια καρδιακή ασθένεια. Θέλει να εξετάσει το ρόλο του συζύγου και να ελέγξει κατά πόσο η θετική ή αρνητική στάση του επηρεάζει τον σύντροφό του. Επιπρόσθετα, προσπαθεί να ανακαλύψει κατά πόσον η υποστήριξη έχει θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση τους γενικά αλλά και στον καθένα ξεχωριστά. Τέλος, θέλουμε να δούμε κατά πόσον οι σύζυγοι αποδέχονται τους ασθενείς συντρόφους τους.

Υπόθεση 1η: Η θετική στάση του συζύγου επηρεάζει θετικά την ποιότητα της σχέσης

Υπόθεση 2η: Η θετική στάση του συζύγου επηρεάζει θετικά την αποδοχή

Υπόθεση 3η: Η υποστήριξη τόσο του ασθενή όσο και του συζύγου σχετίζεται θετικά με την ποιότητα της σχέσης .

Υπόθεση 4η: Η υψηλή αίσθηση υποστήριξης σχετίζεται θετικά με την αποδοχή.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Δείγμα έρευνας

Το δείγμα της έρευνάς μας συγκεντρώθηκε κυρίως από τον Σύνδεσμο Καρδιοπαθών Κύπρου και από άλλες δομές υγείας. Αρχικά απευθυνθήκαμε σε 110 ασθενείς με καρδιαγγειακές ασθένειες. Αρνήθηκαν τη συμμετοχή 24 άτομα και αποχώρησαν, ενώ οι 7 δε συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις. Έτσι το τελικό μας δείγμα είναι 79 άτομα. Παρακάτω παρουσιάζουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων:

Από τους 79 καρδιοπαθείς, οι 68 ήταν άντρες(86,1%) και οι 11 ήταν γυναίκες(13,9%). Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 30 μέχρι 81 ετών, με μέσο όρο να βρίσκεται στα 60,5.

Όσον αφορά την εκπαίδευση του ασθενούς, το πιο συχνό επίπεδο μόρφωσης ήταν το λύκειο με ποσοστό 34,2 και το γυμνάσιο 16,5. Το 11,4% αποφοίτησε από το δημοτικό ενώ το 3,8% τελείωσε μόνο κάποιες από τις τάξεις του δημοτικού, το 8,9% τελείωσε ανάλογες σχολές, το 7,6% αποφοίτησε από ΤΕΙ και το 13,9% από ΑΕΙ, ενώ το 3,8% τελείωσε κάποιο μεταπτυχιακό. Οι τύποι των καρδιαγγειακών ασθενειών ήταν: στεφανιαία νόσος(16 άτομα), έμφραγμα(20 άτομα), χρόνια υπέρταση(8 άτομα), αρτηριακά προβλήματα(7 άτομα), μπαλονάκι(2 άτομα) και κολπική μαρμαρυγή(3 άτομα). Επίσης κάποιοι άλλοι τύποι ασθενειών αφορούσαν χειρουργικές επεμβάσεις, αρρυθμίες, προβλήματα βαλβίδων, bypass, ταχυκαρδία και βηματοδότη. Οι ηλικίες των συζύγων κυμαίνονταν από 30 μέχρι 75 ετών, με μέσο όρο να βρίσκεται στα 56,6. Όσον αφορά την εκπαίδευση του συζύγου του ασθενούς, το πιο συχνό επίπεδο μόρφωσης ήταν το λύκειο με ποσοστό 36,7 και το δημοτικό με 31,6%. Το 1,3% τελείωσε κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 6,3% το γυμνάσιο

και το 3,8% ανάλογες σχολές. Το 7,6% αποφοίτησε από κάποιο ΤΕΙ και το 8,9% κάποιο ΑΕΙ, ενώ το 3,8% τελείωσε κάποιο μεταπτυχιακό.

6.2. Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικά με την ασθένεια τους, πως επιδρά αυτή την ποιότητα ζωής τους και πόσο υποστηρικτική είναι η θέση του συζύγου τους προς αυτούς. Από τους συζύγους του ζητήθηκε να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικά με το πως η ασθένεια του συζύγου τους έχει επηρεάσει την ποιότητα της δικής τους ζωής.

Σε ότι αφορά τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που δόθηκε στους ασθενείς- συμμετέχοντες εξετάσαμε τις εξής διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια: Το γάμο τους, δηλαδή κατά πόσον η σχέση τους με το σύζυγο είναι σταθερή και δυνατή. Τις συνέπειες της ασθένειας, οι οποίες αναφέρονται στο πόσο έχει επηρεάσει τη ζωή τους το επίπεδο της υγείας τους. Την στάση του συζύγου/συντρόφου τους απέναντι στην ασθένεια τους, που δηλώνει κατά πόσο υποστηρικτικοί είναι. Την προσωπικότητα του ατόμου, που δείχνει σημαντικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου και τον τρόπο που αντιμετωπίζει διάφορες καταστάσεις. Τον θεραπευτικό έλεγχο, που έχει να κάνει με το πόσο σοβαρά έχει πάρει ο ασθενής την όλη διαδικασία της ασθένειας του. Τις καθημερινές του συνήθειες, όπως είναι η διατροφή και το κάπνισμα και πως τις διαχειρίζεται.

Σε ότι αφορά τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που δόθηκε στους ασθενείς- συμμετέχοντες εξετάσαμε τις εξής διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια: Σε ποιο βαθμό έχει επηρεάσει τη ζωή τους η ασθένεια του συντρόφου τους. Τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια του συζύγου τους, δηλαδή κατά τη δική τους αντίληψη πόσο υποστηρικτικοί είναι απέναντι στους συζύγους τους. Την προσωπικότητά τους, που δείχνει σημαντικά χαρακτηριστικά τους και τον τρόπο που χειρίζονται διάφορες καταστάσεις. Τον γάμο τους, κατά πόσον είναι σταθερός. Το βαθμό ετοιμότητάς τους απέναντι στην ασθένεια του συζύγου τους και τις καθημερινές τους συνήθειες.

Στην παρούσα εργασία δίνεται περισσότερη έμφαση στην συζυγική ικανοποίηση, τη στάση του συζύγου, δηλαδή σε ποιο βαθμό είναι υποστηρικτικός και την αποδοχή του συζύγου. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήσαμε τους εξής παράγοντες:

Συζυγική ικανοποίηση: Όσον αφορά τη συζυγική ικανοποίηση από τη πλευρά του ασθενούς ο δείκτης Cronbach's alpha εδώ είναι .89 κάτι το οποίο δείχνει ότι έχουμε πάρα πολύ καλή αξιοπιστία. Από τη πλευρά του συζύγου η συζυγική ικανοποίηση με βάση το δείκτη Cronbach's alpha είναι .86, γεγονός που δείχνει επίσης πολύ υψηλή αξιοπιστία.

Υποστήριξη : Όσον αφορά την υποστήριξη τόσο από την πλευρά τους ασθενούς όσο και από την πλευρά του συζύγου η αξιοπιστία είναι εξίσου υψηλή αφού ο δείκτης Cronbach's alpha είναι ,81 και για τους δύο.

Αποδοχή: Όσον αφορά την αποδοχή παρατηρούμε ότι η αξιοπιστία είναι επίσης αρκετά υψηλή και για τον ασθενή αλλά και για το σύζυγο. Συγκεκριμένα, ο δείκτης Cronbach's alpha σχετικά με την αποδοχή του ασθενούς είναι .86 και .72 για τον σύζυγο.

Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την υποστήριξη, χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο που φτιάχτηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Αποτελείται από 5 θέματα που αναφέρονται στη βοήθεια προκειμένου να τηρηθούν οι ιατρικές συνταγές. Για την αποδοχή χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες από το ερωτηματολόγιο νόηση της ασθένειας. Μια ελαφρώς επαναδιατυπωμένη έκδοση χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η γνώση των συζύγων για την ασθένεια. Η αποδοχή αξιολογήθηκε με 6 αντικείμενα. Οι ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν μια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 1 (συμφωνώ απόλυτα) εως το 5 (διαφωνώ απόλυτα).

5.3. Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από άτομα του Συνδέσμου Καρδιοπαθών Κύπρου και από άλλες δομές υγείας. Στην αρχή πληροφορούσαμε τους ασθενείς ότι σκοπός της έρευνας μας είναι να εξετάσουμε τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων καρδιολογικών ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας, καθώς και στο ρόλο των αντιδράσεων των συζύγων. Αυτό γιατί θέλουμε να κατανοήσουμε πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους. Μετά την αναφορά μας στο στόχο της έρευνας, προσκαλούσαμε τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή. Βέβαια τους πληροφορούσαμε ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική αλλά πολύ σημαντική για τους σκοπούς της έρευνας και ότι τα δεδομένα που θα μαζεύαμε είναι εντελώς εμπιστευτικά. Επίσης, στην έρευνα μας ήταν

σημαντικό να επικοινωνήσουμε με τους συζύγους ώστε να συμμετάσχουν και αυτοί στην έρευνα.

Η έρευνα διεξήχθη σε δύο φάσεις: η πρώτη φάση ήταν η συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου και η άλλη μετά από περίπου 2-3 μήνες. Στην πρώτη φάση, οι συμμετέχοντες-ασθενείς συμπλήρωναν ερωτηματολόγια που αφορούσαν προσωπικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με το γάμο του και την ασθένεια, την υποστήριξη από το σύζυγο και την προσωπικότητά του. Στη δεύτερη φάση, οι ασθενείς συμπλήρωναν ερωτηματολόγια που αφορούσαν καταστάσεις ιατρικών κρίσεων και επείγουσων αναγκών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικείοι τους και πληροφορίες σχετικά με τις καθημερινές τους συνήθειες.

Οι σύζυγοι των ασθενών κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης, συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε προσωπικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια των συζύγων τους, τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια του συζύγου τους, πληροφορίες για την προσωπικότητά και το γάμο τους. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης συμπλήρωναν ερωτηματολόγια που αφορούσαν καταστάσεις ιατρικών κρίσεων και επείγουσων αναγκών που αντιμετωπίζουν μαζί με τους συζύγους τους και τις καθημερινές τους συνήθειες.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να ελέγξουμε τις υποθέσεις μας και αλλά και το πόσο αξιόπιστα είναι τα ευρήματά μας χρησιμοποιήσαμε το SPSS. Οι μεταβλητές που θα αναλύσουμε είναι η ποιότητα της σχέσης, ο ρόλος του συζύγου, η αποδοχή και η υποστήριξη.

Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ της ερώτησης για την ποιότητα σχέσεων και για ρόλο του συζύγου είναι ,583 θετική και είναι στατιστικά σημαντική συσχέτιση αφού $p< 0,05$. Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ της ερώτησης για την ποιότητα σχέσεων και για την υποστήριξη από τους συζύγους είναι ,034 και δεν είναι στατιστικά σημαντική συσχέτιση αφού $p>0,05$.

Επίσης, όσον αφορά την υποστήριξη και το ρόλο του συζύγου υπάρχει μια μηδενική σχέση και συγκεκριμένα $r(79) =.006$, $p=.958$. Παράλληλα, υπάρχει μια μικρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή και την ποιότητα της σχέσης αφού το $r= .209$ και δεν είναι στατιστικά σημαντική αφού $p=.065$. Μια μικρή θετική συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην αποδοχή και το ρόλο του συζύγου και είναι στατιστικά σημαντική δηλαδή όσο πιο θετικός είναι ο ρόλος του συζύγου τόσο πιο εύκολη είναι η αποδοχή. Συγκεκριμένα, $r= .232$, $p=.040$. Μηδενική είναι και η συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή και την υποστήριξη αφού δεν υπάρχει τίποτα στοχαστικό($r=.036$). Ανάμεσα στην υποστήριξη του συζύγου και τη σχέση υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, $r(79)= -.026$, $p= .821$. Αρνητική είναι και η συσχέτιση ανάμεσα στην υποστήριξη του συζύγου και το ρόλο του συζύγου. Συγκεκριμένα, $r(79)= -.034$, $p= .763$. Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ της υποστήριξης του συζύγου και της υποστήριξης είναι .404 θετική και είναι στατιστικά σημαντική

συσχέτιση αφού το p< 0,05. Η συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή του συζύγου και την σχέση είναι μηδενική(r=,012) και δεν είναι στατιστικά σημαντική(p=.916). Επιπλέον, μηδενική είναι και η συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής του συζύγου και στον ρόλο του συζύγου. Συγκεκριμένα, r(79)= 114, p=.316. Μηδενική είναι και η σχέση ανάμεσα στη συζυγική αποδοχή και την υποστήριξη. Όπως φαίνεται στον πίνακα, r(79)= .073, p=.524. Η συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή και την συζυγική υποστήριξη είναι κι αυτή μηδενική αφού r(79)=103, p= .366. Υπάρχει μια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή και τη συζυγική αποδοχή αφού το r= .412 και p<0,05. Τέλος, υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη συζυγική αποδοχή και τη συζυγική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, r(79)= -.124, p=.278.

Αποτελέσματα αναλύσεων ως με το φύλο των συζύγων σχετικά με την ποιότητα της σχέσης:

Για να συσχετίσουμε τις αναλύσεις αυτές χρησιμοποιήσαμε τα T-test. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 10 άντρες -σύζυγοι και 69 γυναίκες-σύζυγοι. Όσον αφορά το ρόλο των συζύγων οι άντρες σύζυγοι είχαν καλύτερη στάση(Μ.Ο=6.38) σε σχέση με τις γυναίκες συζύγους(Μ.Ο=6,11). Σε σχέση με τη συζυγική υποστήριξη οι γυναίκες σύζυγοι φαίνεται να είναι πιο υποστηρικτικές(Μ.Ο=1,66) σε σχέση με τους άντρες συζύγους(Μ.Ο=1,27). Όσον αφορά την συζυγική αποδοχή οι άντρες σύζυγοι στο δείγμα μας φαίνεται να αποδέχονται καλύτερα την ασθένεια των συζύγων τους(Μ.Ο=3,17) σε σχέση με τις γυναίκες συζύγους(Μ.Ο=3,08). Βέβαια, η σύγκριση σχετίζεται με το δείγμα της έρευνας αν και τα αποτελέσματα δεν αφορούν τον ίδιο αριθμό συζύγων αφού οι γυναίκες σύζυγοι είναι 69 ενώ οι άντρες σύζυγοι είναι μόλις 10.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως σκοπό να εξετάσει την ποιότητα σχέσης ανάμεσα σε ένα καρδιοπαθή ασθενή και το σύζυγό του. Συγκεκριμένα, θέλαμε να δούμε ποιος είναι ο ρόλος του συζύγου και τα επίπεδα υποστήριξης και αποδοχής που επικρατούν στη σχέση αυτή.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα μας είναι αρκετά. Η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας σχέσης και του ρόλου του συζύγου είναι θετική, γεγονός που δείχνει ότι όσο πιο θετικός είναι ο ρόλος του συζύγου τόσο καλύτερα θα λειτουργήσει η σχέση τους. Αυτό δείχνει την ανάγκη των καρδιοπαθών για περισσότερο ενεργό ρόλο από τους συζύγους τους. Μια μηδενική συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα της σχέσης και την υποστήριξη από το σύζυγο αλλά και ανάμεσα στην υποστήριξη και το ρόλο του συζύγου. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι για τη βελτίωση της σχέσης είναι αναγκαία η υποστήριξη από το σύζυγο ενώ η υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο για να είναι πιο ενεργός ο ρόλος του συζύγου. Μια μικρή θετική συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην αποδοχή και την ποιότητα της σχέσης αλλά και ανάμεσα στην αποδοχή και το ρόλο του συζύγου. Αυτό δείχνει ότι όσο πιο θετική είναι η αποδοχή τόσο πιο βελτιωμένη θα είναι η σχέση του ζευγαριού και πιο ενεργός ο ρόλος του συζύγου. Η συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής και της υποστήριξης είναι μηδενική αφού αν δεν υπάρχει αποδοχή είναι λογικό ότι δεν υπάρχει υποστήριξη. Ανάμεσα στην υποστήριξη του συζύγου και τη σχέση υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση γεγονός που δείχνει ότι η υποστήριξη του συζύγου δεν είναι αρκετή για να υπάρχει μια υγιής σχέση.

Η συσχέτιση ανάμεσα στην υποστήριξη του συζύγου και τον ρόλο του συζύγου είναι αρνητική. Από το εύρημα αυτό συμπεραίνουμε ότι όταν η συζυγική υποστήριξη είναι αρνητική τότε και ο ρόλος του συζύγου, δηλαδή η στάση του θα είναι εξίσου αρνητική. Αναφορικά με τη συσχέτιση της υποστήριξης του συζύγου και της υποστήριξης, βρέθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ τους, εφόσον όταν ο σύζυγος είναι υποστηρικτικός, η υποστήριξη γενικότερα είναι θετική. Τόσο η συσχέτιση ανάμεσα στην αποδοχή του συζύγου και την ποιότητα της σχέσης όσο και η συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής του συζύγου και του ρόλου του συζύγου είναι μηδενική. Από αυτά τα ευρήματα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι όταν ο σύζυγος δεν αποδέχεται τον καρδιοπαθή σύζυγό του τότε η σχέση του ζευγαριού είναι μηδενική, δηλαδή δεν υπάρχει καμιά σημασία όπως δεν είναι καθόλου ενεργός και ο ρόλος του συζύγου. Μηδενικές είναι και οι συσχετίσεις ανάμεσα στην συζυγική αποδοχή και την υποστήριξη αλλά και οι συσχετίσεις μεταξύ της αποδοχής και της συζυγικής υποστήριξης. Από αυτές τι συσχετίσεις συμπεραίνουμε ότι όταν η αποδοχή είναι μηδενική τότε δεν υπάρχει ούτε υποστήριξη μέσα στην σχέση ούτε δέχονται υποστήριξη από άλλους. Τέλος, υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην συζυγική αποδοχή και τη συζυγική υποστήριξη. Όταν ο σύζυγος δεν αποδέχεται τον ασθενή σύζυγο του, τότε δεν θα είναι ούτε πηγή υποστήριξης γι' αυτόν.

Τα ευρήματα από τις περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν τη ποιότητα σχέσεων ενός καρδιοπαθή και του συζύγου του συμβαδίζουν αρκετά με τα δικά μας ευρήματα. Η θετική στάση του συζύγου βελτιώνει την ποιότητα της σχέσης. Επιπλέον, τόσο η υποστήριξη γενικότερα όσο και η συζυγική υποστήριξη αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για βελτίωση της σχέσης.

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα μας δεν ήταν αρκετά μεγάλο για να μπορέσουμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας. Επίσης, η έρευνα μας βασίστηκε μόνο σε απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στα ερωτηματολόγια που τους χορηγήσαμε και γι' αυτό τα δεδομένα μας είναι περιορισμένα μόνο σε αυτοαναφορές.

Στο μέλλον κάποιες έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν πιο συγκεκριμένα στην αποδοχή της ασθένειας αλλά και σε ποιο βαθμό θα αποδεχόταν η όχι ο σύζυγος τον ασθενή σύζυγό του. Επίσης, θα μπορούσε να γίνει επανεξέταση των μεταβλητών με μεγαλύτερο δείγμα για να μπορέσουν τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας να γενικευτούν σε μεγαλύτερο βαθμό αλλά και για να γίνει μια σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Εν κατακλείδι, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε με ποιους τρόπους μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα σχέσεων μεταξύ του καρδιοπαθή και του συζύγου του. Επίσης, με ποιους η υποστήριξη στον σύζυγο θα ήταν πιο προσδόκιμη για να μπορέσει να αποτελέσει μετέπειτα κύρια πηγή υποστήριξης για τον ασθενή σύντροφό του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agren, S., Prisman, G.H., Berg, S., Svedjeholm, R & Strömberg, A.(2009). Addressing spouses' unique needs after cardiac surgery when recovery is complicated by heart failure. *Heart Lung, 38, 284-291.*

American Heart Association (2012). Dallas: AHA.

Baird, D.L& Eliasziw, M. (2011). Disparity in Perceived Illness Intrusiveness and Illness Severity Between Cardiac Patients and Their Spouses. *Journal of Cardiovascular Nursing,26, 481-486.*

Bedell,S.E., Duperval,M & Goldberg, R.(2002). Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. *American Heart Journal, 144(2), 239-242.*

Bennett, P(1993). *Counseling for Heart Disease*. British Psychological Society

Burker EJ., Evon, D., Loiselle, MM., Finkel J & Mill M.(2005). Planning helps, behavioral disengagement does not: coping and depression in the spouses of heart transplant candidates. *Clin Transplant, 19, 653–658.*

Γεντετάκη, Ε.(2009) www.nutri-care.gr

Ebbesen, L.S., Gordonh, G.H., McCartney, N & Oldridge, N.B(1990). Measuring quality of life in cardiac spouses. *Journal Clinical Epidemiol 4 3(5), 481-487.*

Erickson, B.(2005). Depression, anxiety, and substance use disorder in chronic pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain, 9,200-203.*

Goldsmith, D.J., Lindholm, A.K & Bute, J.J.(2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine, 63, 2079–2090*

Ivarsson, B., Fridlund, B & Sjoberg, T.(2007). Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey. *Nursing in Critical Care, 12(3), 141-150*

Joekes, K., Maes, S & Warrenns, M.(2007). Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology, 12, 473–489.*

.

Kazemi-Saleh D, Pishgou, B, Farrokhi F, Assari, S, Fotros, A, & Naseri, H. (2008). Gender impact on the correlation between sexuality and marital relation quality in patients with coronary artery disease. *Journal Sex Med, 5, 2100–2106.*

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

McLean, S & Timmins, F. (2007). An exploration of the information needs of a spouse/ partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Journal compilation, 12(3),141-150.*

Moser, D.K., Drakup, K.A & Marsden, C.(1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses: compared views. *Journal of nursing studies, 30(2), 105-14.*

Mayou, R., Williamson, B & Foster, A.(1978). Outcome two months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 22, 439 - 445.*

O'Farrell,P., Murray, J& Hotz, B.S(2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart & Lung , 29, 97-104*

Rantanen, A., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P & Tarkka, M-T. (2004). Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing, 13, 158–166.*

Rohrbaugh, M.J., Mehl, M.R., Shoham, V., Reilly, E.S & Ewy, G.A.(2008). Prognostic Significance of Spouse *We* Talk in Couples Coping With Heart Failure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76,(5), 781–789.*

Rohrbaugh,M.J., Shoham,V., Cleary,A.A. Berman, S.J & Ewy,A.G.(2009). Health consequences of partner distress in couples coping with heart failure. *Heart Lung, 38, 298 –305.*

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Makrides, L. (2000) Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing, 31(6), 1351-1360.*

Vilchinsky, N., Haze-Filderman, L., Leibowitz, M., Reges, O., Khaskia, A & Mosseri, M(2010). Spousal Support and Cardiac Patients' Distress: The Moderating Role of Attachment Orientation . *Journal of Family Psychology, 24(4), 508-512.*

World Health Organization (2011). http://www.who.int/topics/chronic_diseases/

World Health Organization(2013). http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/