

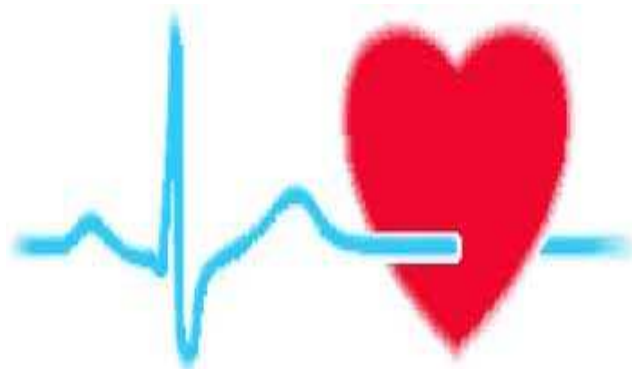
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ  
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**



**ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

**ΠΛΑΣΤΟΥΡΓΟΥ ΣΟΦΙΑ**

**A.M:2290**

**ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΛΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ 2011-2012**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
<b>1. ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>6</b>
1.1 Τι είναι η υγεία.....	6
1.2 Βιοιατρικό μοντέλο υγείας.....	6
1.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.....	7
<b>2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>9</b>
2.1 Τι είναι η χρόνια ασθένεια.....	9
2.2 Φάσεις.....	10
2.3 Αντιδράσεις του ατόμου στην χρόνια ασθένεια.....	12
2.4 Η ασθένεια ως βιογραφική αποδιοργάνωση.....	14
2.5 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην χρόνια ασθένεια.....	15
<b>3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>16</b>
3.1 Τι είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα.....	17
3.2 Τα αίτια των καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	18
<b>4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....</b>	<b>21</b>
4.1 Τι είναι η κοινωνική υποστήριξη;.....	21
4.2 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία.....	25
4.1.1 Κοινωνική υποστήριξη και οικογένεια.....	29

4.1.2 Κοινωνική υποστήριξη και εθελοντές.....	35
4.1.3 Κοινωνική υποστήριξη και σύστημα υγειονομικής περίθαλψης .....	37
4.1.4 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχολόγοι.....	41

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

<b>5. ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ.....</b>	<b>44</b>
5.1 Ο σκοπός της έρευνας και οι υποθέσεις της.....	44
<b>6. ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>45</b>
6.1 Δείγμα.....	45
6.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	46
6.3 Διαδικασία.....	47
<b>7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>49</b>
<b>8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>53</b>
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u></b>	<b>56</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγιεινή της καρδιάς είναι η γενική υγιεινή του οργανισμού για μια ζωή αρμονική και ισορροπημένη. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες παρουσιάζουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον όχι μόνο λόγω του γεγονότος ότι αποτελούν μια από τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου, αλλά επίσης λόγω του γεγονότος ότι για την αντιμετώπιση τους δαπανώνται σε ετήσια βάση υπέρογκα ποσά οικονομικών πόρων. Το συναίσθημα της κατάθλιψης ενός καρδιοπαθούς δεν εκδηλώνεται μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο ως επί το πλείστον, παραμένουν χωρίς υποστήριξη, καλούμενο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της φροντίδας του ατόμου. Η φαρμακευτική αγωγή και η χειρουργική επέμβαση από τη μια πλευρά μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα ζωής αλλά από την άλλη οι παρενέργειες μπορεί να την επηρεάσουν αρνητικά. Για το λόγο αυτό η υποστήριξη από διάφορους φορείς, όπως η οικογένεια, το νοσοκομειακό περιβάλλον, διάφοροι εθελοντές καθώς και οι ψυχολόγοι είναι καθοριστική. Στην παρούσα λοιπόν έρευνα θα μιλήσουμε για το κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ψυχική υγεία του ασθενή. Η ψυχική υγεία είναι η πλήρης και αρμονική λειτουργία ολόκληρης της προσωπικότητας ενός ατόμου. Ένας από τους στόχους μας είναι να εξετάσουμε κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία. Επίσης, εξετάσαμε κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία. Δηλαδή, αν η απτή βοήθεια, η συναισθηματική υποστήριξη, η κοινωνική υποστήριξη καθώς και η πληροφοριακή υποστήριξη σχετίζονται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη που μπορεί να πάσχουν οι ασθενείς. Αυτό που θα μελετήσουμε λοιπόν είναι αν μια τέτοιου είδους βοήθεια μπορεί να μειώσει το άγχος και την κατάθλιψη(ψυχική υγεία). Καταλήγοντας, μια τελευταία υπόθεση που δώσαμε βάση είναι κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ασθενείς καθώς και η ψυχική τους υγεία δεν

διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Στην συγκεκριμένη έρευνα, συμμετείχαν 132 άτομα που διαγνώστηκαν με καρδιαγγειακά προβλήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η κοινωνική υποστήριξη που περιλαμβάνει την απτή βοήθεια, την συναισθηματική, πληροφοριακή και την κοινωνική υποστήριξη έχουν αρνητική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, δηλαδή με το άγχος και την κατάθλιψη, που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η παροχή βοήθειας, τόσο μειώνονται τα αρνητικά συναισθήματα (άγχος, κατάθλιψη). Τέλος, όσον αφορά το φύλο δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική υποστήριξη που δέχονται.

## 1. ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Τι είναι η υγεία;

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η υγεία συνήθως γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με συστατικά, όπως: η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κ.λπ. (Herzlich, 1973, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) το 1948, η υγεία ορίζεται «ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Πρόσφατα, οι Anderson και Anderson (2003) ανέφεραν ότι αναπόσπαστα και σημαντικά στοιχεία της υγείας είναι η προσωπική ευτυχία, η ισότητα, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις, η πίστη και η απόδοση νοήματος στον κόσμο.

Στην σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δυο βασικές προσεγγίσεις όσον αφορά στα θέματα υγείας και ασθένειας.

A) το βιοιατρικό μοντέλο

B) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986 Παπαδάτου, 1989).

### 1.2 Βιοιατρικό μοντέλο υγείας

Η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στο βιοιατρικό μοντέλο υγείας. Συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος από πολύ παλιά απασχολούσε τους φυσιολόγους και φιλοσόφους. Ο Ιπποκράτης ήταν ένας από τους πρώτους που υποστήριζε ότι το σώμα και η ψυχή είναι δυο έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες,

αναφερόμενος στην θεωρία του «περί χυμών του σώματος» όπου η κατάλληλη αναλογία προσδιόριζε τον χαρακτήρα του ατόμου. Η θεωρία του αυτή καλλιεργήθηκε στην αρχαία Κίνα όπου πίστευαν ότι οι αρρώστιες εμφανίζονται όταν η ισορροπία του ανθρώπινου οργανισμού διαταράσσεται λόγω των εποχιακών μεταβολών, της κακής διατροφής, της έλλειψης άσκησης, καθώς και εξαιτίας των συναισθηματικών και δυσαρμονικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια και στην κοινότητα (Capra, 1982, σύμφωνα με το βιβλίο της Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλου, 1995). Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητο να διευκρινίσουμε ότι η παραπάνω άποψη εγκαταλείφθηκε το 17<sup>ο</sup> αιώνα καθώς θεωρήθηκε μη επιστημονική. Το σύγχρονο βιοιατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται, ως ένα βαθμό στην άποψη του Καρτέσιου, ο οποίος θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν λοιπόν αυτή η «μηχανή» δεν λειτουργεί φυσιολογικά και σωστά, τότε το άτομο θεωρείται ότι πάσχει από κάποιου είδους ασθένεια. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η συμβολή της βιοιατρικής προσέγγισης στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης είναι αναμφισβήτητη, ωστόσο η προσέγγιση αυτή έχει και κάποιους περιορισμούς. Το βιοιατρικό μοντέλο υγείας, δεν μπορεί να ερμηνεύσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές ασθένειες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους, ακόμα και σε περιπτώσεις που η πρόγνωση είναι βαριά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

### 1.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας

Στις αρχές του 20<sup>ο</sup> αιώνα, εμφανίζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αποτελεί μια νέα θεώρηση της υγείας και της ασθένειας. Αυτή η νέα προσέγγιση αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως δυο έννοιες που αλληλοσυμπληρώνονται σε ένα συνεχές ενιαίο σύστημα.

Η υγεία δηλαδή δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο αποκτά ή χάνει και η αρρώστια δεν θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο μεταβάλλεται συνεχώς. Η υγεία λοιπόν σύμφωνα με αυτό το μοντέλο ορίζεται «ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και η συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον». Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης, η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν λειτουργεί ορθά στην ζωή του ατόμου. Δεν θεωρείται κάτι κακό που πρέπει να καταπολεμηθεί για να αποκατασταθεί η υγεία. Επιπροσθέτως, πρέπει να επισημανθεί ότι με βάση το μοντέλο αυτό, όλες οι ασθένειες θεωρούνται ψυχοσωματικές καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος (Dubos, 1979, όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλου, 1995). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο επιπλέον υποστηρίζει πως για να γίνει πιο κατανοητή η έναρξη, η εξέλιξη της ασθένειας και η τελική έκβαση της, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη τρεις διαστάσεις: τη βιολογική, δηλαδή το γενετικό υλικό και τις ενδιάθετες δομές, καθώς και τις λειτουργίες του οργανισμού από τα κύτταρα ως τα όργανα και τα συστήματά τους, την ψυχολογική, δηλαδή τις διαδικασίες σκέψης και συμπεριφοράς και την εστίαση στο συναίσθημα και στα κίνητρα, την κοινωνική δηλαδή τις επιδράσεις που ασκούνται στο άτομο από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Engel, 1977, 1980. Schwartz, 1982 όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό για την εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας ο ψυχολογικός, ο κοινωνικός ή ο βιολογικός. Η αιτία βρίσκεται στον τρόπο αλληλεπίδρασης τους (Καραδήμας, 2005). Στην πραγματικότητα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει υιοθετηθεί όχι μόνο από την ψυχολογία



αλλά και από την ιατρική, την κοινωνιολογία και όλους τους κλάδους της επιστήμης που ασχολούνται με την υγεία (Καραδήμας, 2005). Ο Marks (1996) ένας σημαντικός επιστήμονας στον χώρο της ψυχολογίας της υγείας εναντιώνεται στις διάφορες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί στον χώρο της υγείας διότι θεωρεί ότι έχουν ως στόχο την πρόβλεψη ατομικών παραγόντων και δίνουν έμφαση σε μεταβλητές που έχουν σχέση με τον ατομικό έλεγχο, την ατομική επάρκεια και τους τρόπους διαχείρισης των καταστάσεων. Το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώνονται όλα αυτά αγνοείται. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η υιοθέτηση του μοντέλου αυτού δεν είναι εύκολη εφόσον απαιτεί προσαρμογή του τρόπου σκέψης μας (Καραδήμας, 2005). Κατά τους Suls και Rothman (2004) (όπως επισημαίνεται στον Καραδήμα, 2005) απαιτείται μια πολυσυστημική, πολυεπίπεδη και πολυμεταβλητή προσέγγιση για να εφαρμοστεί το μοντέλο στην θεωρία, την έρευνα και την πράξη.

## 2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

### 2.1 Τι είναι η χρόνια ασθένεια;

Στις αρχές του αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας ισοδυναμούσε με τον θάνατο. Στην σύγχρονη εποχή, χάρη στην εξέλιξη και την πρόοδο της επιστήμης και τεχνολογίας, το πρόβλημα υγείας που αρχικά φαινόταν απροσπέλαστο μετατρέπεται σε χρόνιο, ενώ υπάρχουν πολλές πιθανότητες ίασης του (Παπαδάτου, 1995). Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η ζωή μετά την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι πολύ στρεσογόνα και είναι μόνο η αρχή μιας πορείας προσαρμογής. Όλα τα σχέδια για το αύριο και το μέλλον ανατρέπονται. Δεν είναι μόνο οι αλλαγές που έρχονται από την πορεία της ασθένειας και τα συμπτώματα της, αλλά και οι

κοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές που έπονται. Συγκεκριμένα, υπάρχουν αλλαγές στην ταυτότητα, στο κοινωνικό περιβάλλον και στον σχεδιασμό μελλοντικών στόχων.

## 2.2 Φάσεις της χρόνιας ασθένειας

Ο Doca το 1993 (έτσι όπως περιγράφεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005) διέκρινε την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας σε μια σειρά φάσεων. Σε καθεμία από αυτές, το άτομο βιώνει διαφορετικά συναισθήματα ιδιαιτέρως αρνητικά αλλά στο τέλος μπορεί να εξελιχθούν σε λιγότερο αρνητικά. Οι φάσεις λοιπόν κατά τον Doca, είναι η προδιαγνωστική, η οξεία, που περιλαμβάνει την διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία μερικές φορές καταλήγει στον θάνατο.

### A) ΠΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Το άτομο στην φάση αυτή αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Χρησιμοποιεί κάποιες στρατηγικές είτε για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του είτε για να το αποφύγει. Οι στρατηγικές που θα χρησιμοποιήσει το άτομο, για να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο που αφορά την υγεία του, θα επηρεάσουν τόσο την οργανική του κατάσταση, όσο και την προσαρμογή του στην ασθένεια. Συγκεκριμένα, καλείται να αναγνωρίσει την πιθανότητα ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί και να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί η ασθένεια αυτή και τέλος να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ακριβή διάγνωση της ασθένειας (Παπαδάτου, 1995).

### B) ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Η οξεία φάση συνδέεται με την ανακοίνωση της διάγνωσης μιας χρόνιας για την ζωή ασθένειας και την συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας. Είναι μια πολύ δύσκολη και

επίπονη περίοδος, όπου το άτομο συναισθηματικά είναι ένα ράκος, γίνονται ριζικές αλλαγές στην ζωή του και καλείται ο ίδιος να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τον ίδιο αλλά και για το πώς θα το διαχειριστεί με την οικογένεια του. Ο ασθενής σε αυτήν δύσκολη περίοδο της ζωής του βιώνει μια υπαρξιακή κρίση και αναζητεί κάποιο νόημα προκειμένου να αισθανθεί καλύτερα. Πολλές φορές όταν τα άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα με την χρόνια ασθένεια αναγκάζονται να αναθεωρήσουν τον τρόπο ζωής τους και να προωθήσουν συμπεριφορές σχετικά με την βελτίωση της υγείας τους. Τέλος, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουν τις επιπτώσεις της αρρώστιας στην εικόνα του εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή. Χωρίς αμφιβολία, μπροστά στη διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται.

### Γ) ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ

Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της αρρώστιας που είναι η ίαση ή ο θάνατος (Παπαδάτου, 1995). Η χρόνια φάση λοιπόν είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνιο άγχος και αγωνία. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. Οπότε είναι λογικό, οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν κατά την χρόνια φάση εξαρτώνται από τη φύση της ασθένειας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας του ατόμου. Κατά αυτήν την φάση ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από υποχρεώσεις προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση του. Να εξασφαλίσει έναν «φυσιολογικό» ρυθμό και «ποιότητα ζωής». Να τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και τέλος να κατανοεί την εξέλιξη της υγείας και της θεραπευτικής αγωγής.

#### Δ) ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας που δεν αποβλέπει πλέον στην θεραπεία αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του μέχρι τον θάνατο του (Doca, 1993, όπως περιγράφεται στην Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλου, 1995). Οι προκλήσεις σε αυτήν τη φάση είναι πολλές και συχνά επηρεάζουν βαθιά όσους φροντίζουν και περιποιούνται τον άρρωστο στο τελικό στάδιο της ζωής του. Η αντίληψη του «καλού» θανάτου στην σύγχρονη εποχή διαφοροποιείται από εκείνη που επικρατούσε στο Μεσαίωνα (Aries, 1988). Στο Μεσαίωνα ο ξαφνικός θάνατος θεωρείτο κακός διότι το άτομο δεν είχε την δυνατότητα να προετοιμαστεί ψυχικά. Οπότε ένας αργός και οδυνηρός θάνατος θεωρούνταν καλός. Στην σύγχρονη εποχή «καλός» θεωρείται ο ξαφνικός και ανώδυνος θάνατος, διότι το άτομο δεν υποφέρει κατά την διάρκεια της ασθένειας του. Καταλήγοντας, η τελική φάση ολοκληρώνεται με την ανακοίνωση του θανάτου. Με το τέλος αυτής της φάσης αρχίζει ο κύκλος της θλίψης που βιώνεται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του (Παπαδάτου, 1995).

### 2.3 Αντιδράσεις του ατόμου στην χρόνια ασθένεια

Στις δυτικές εκβιομηχανισμένες κοινωνίες, οι χρόνιες παθήσεις γίνονται ολοένα και πιο συχνές, σε βαθμό τέτοιο που οι περισσότεροι από μας γνωρίζουν σίγουρα κάποιον που να υποφέρει από μια χρόνια ασθένεια. Οι χρόνιες ασθένειες όπως είναι καρδιοπάθειες είναι εξ' ορισμού μακροχρόνιες. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι λοιπόν εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (Καραδήμας, 2005). Η προσαρμογή σε μια τέτοια ασθένεια, κατά τους Stewart, Ross & Hartley (2004) (όπως τονίζεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005)

αφορά τέσσερις περιοχές: τη βιολογική (κόπωση, πόνος, παρενέργειες της αγωγής, προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας), την κοινωνική (απομόνωση, στίγμα, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις σε κρίση), τη συναισθηματική(αυτό-εικόνα, οικονομικά και πνευματικά ζητήματα, επαναξιολόγηση των αξιών) και την συμπεριφορά (διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών). Το άτομο λοιπόν που υποφέρει από μια χρόνια ασθένεια εκτός από τα παραπάνω προβλήματα που είναι σε θέση να αντιμετωπίσει, θα έρθει επίσης αντιμέτωπο με ζητήματα επαγγελματικής φύσεως, διότι αισθάνεται την απειλή της απόλυσης λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων (Καραδήμας, 2005).

Ο Shontz (1975) ( όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005) περιέγραψε τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου μετά την διάγνωση μιας σοβαρής και μακροχρόνιας ασθένειας. (α) Το άτομο αρχικά σοκάρεται, δεν πιστεύει ότι βρίσκεται αντιμέτωπο με μια ασθένεια που το πιθανότερο να διαρκέσει για όλη του την ζωή και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και για εβδομάδες και είναι πιο έντονο όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα. (β) Στην συνέχεια, το άτομο βιώνει την αντιπαράθεση, δηλαδή χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης του και είναι απελπισμένο. (γ) Προχωρώντας, βρίσκεται στο στάδιο της υποχώρησης κατά την οποία το άτομο χρησιμοποιεί την διαδικασία της αποφυγής και της άρνησης για να διαχειριστεί την πραγματικότητα. Σταδιακά λοιπόν το άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται στην νέα κατάσταση. Σύμφωνα με την θεωρία της κρίσης (Moos, 1982 όπως τονίζεται στον Καραδήμα, 2005) τα άτομα πρέπει να διαχειριστούν και να ανταπεξέλθουν σε ζητήματα που αφορούν την ασθένεια και τη θεραπεία όπως πιθανούς περιορισμούς, τα συμπτώματα, τις ιατρικές οδηγίες και τις σχέσεις με τους ειδικούς.

Κρίνεται απαραίτητο να τονίσουμε ότι και οι οικείοι των χρόνια ασθενών αντιμετωπίζουν δυσκολίες και προβλήματα. Ο βαθμός της προσαρμογής εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την προσαρμογή των ίδιων των ασθενών. Αρχικά και αυτοί δείχνουν μια άρνηση σχετικά με το πρόβλημα που υπάρχει, στην συνέχεια προσπαθούν να το αποδεχτούν και αναζητούν πληροφορίες χρήσιμες για την ασθένεια και χρησιμοποιούν σαφείς στόχους. Τέλος, προσπαθούν να γίνουν πιο αισιόδοξοι και να διατηρήσουν μια θετική προοπτική (Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με την Taylor (1983), οι ασθενείς προσπαθούν να βρουν ένα νόημα στην ασθένεια τους, να καταλάβουν γιατί συμβαίνει σε αυτούς και προσπαθούν να επαναπροσδιορίσουν τις αξίες και τις προτεραιότητες τους. Επίσης, προσπαθούν να επανακτήσουν μια αίσθηση ελέγχου, να ενημερωθούν για την ασθένεια τους, δηλαδή, να τηρούν σωστά και πιστά τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, προσπαθούν να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμησή τους, που είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να βελτιωθεί η ψυχική υγεία του ασθενούς.

## 2.4 Η ασθένεια ως βιογραφική αποδιοργάνωση

Οι άνθρωποι όταν μαθαίνουν ότι πάσχουν από μια ασθένεια η οποία είναι χρόνια, είναι απολύτως λογικό ότι προσπαθούν να το συνειδητοποιήσουν. Προσπαθούν να βγάλουν νόημα για την αρχή της ασθένειάς τους και είναι σημαντικό ότι την εντοπίζουν στην ευρύτερη ανέλιξη της προηγούμενης ζωής τους. Με αυτήν την έννοια, η χρόνια ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια **βιογραφική αποδιοργάνωση** (biographical disruption) (Bury, 1982), (όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Nettleton, 2002) καθώς δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα κάποιου, αλλά ολόκληρη τη ζωή του σε διάφορα επίπεδα. Η έναρξη λοιπόν μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να περιλαμβάνει την αποδιοργάνωση της βιογραφίας της ζωής του και επομένως η επαναξιολόγηση της ζωής του είναι ως ένα βαθμό αναπόφευκτη και καθοριστική. Πρόκειται

λοιπόν για μια διαδικασία απώλειας του εαυτού. Ωστόσο, υπάρχει και ένα σύνολο ανθρώπων που πιστεύουν ότι η βιογραφική αποδιοργάνωση μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες. Μπορεί να επανεξετάσει την κατεύθυνση της ζωής του, μπορεί επίσης να σημαίνει ότι το άτομο που υποφέρει από μια χρόνια ασθένεια να γίνει πιο ενσυνείδητος άνθρωπος και τέλος μπορεί να καταλήξει σε ευκαιρίες που δεν έχει φανταστεί ποτέ στο παρελθόν. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η απαρχή μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της φυσικής λειτουργίας του σώματος, μπορεί να έχει και αρνητικές αλλά και θετικές συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα ( Nettleton, 2002).

## 2.5 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην χρόνια ασθένεια

Η ψυχολογική υποστήριξη των χρόνιων ασθενών, η κοινωνική υποστήριξη, η εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του άγχους, η χρήση ειδικών παρεμβατικών και θεραπευτικών τεχνικών και η οικογενειακή θεραπεία αποτελούν πολύ σημαντικά βήματα στην βελτίωση του επιπέδου ζωής του ασθενούς. Οι στόχοι αυτών των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και των υπολοίπων αρνητικών συναισθημάτων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου (Καραδήμας, 2005). Οι παρεμβάσεις οι οποίες δεν στηρίζονται σε φαρμακολογικά σκευάσματα είναι αποτελεσματικές καθώς δεν ενισχύουν μόνο την ποιότητα ζωής αλλά βελτιώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπειών (Stewart, 2004, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005). Επιπλέον, σημαντικά αποτελέσματα έχουν οι παρεμβάσεις σε οικογενειακό επίπεδο, κοινωνικής στήριξης καθώς και σε κοινοτικό επίπεδο (Stewart, 2004). Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι αρχικά η κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των φιλικών προσώπων για την θεραπευτική διαδικασία, η παρόθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες

και η παραπομπή για κοινωνική υποστήριξη με σκοπό να ξεπεράσουν τα προβλήματα που οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και μοναξιά (Καραδήμας, 2005). Επίσης, υπάρχουν προγράμματα που διαχειρίζονται ζητήματα όπως ο πόνος και ο ύπνος. Ιδιαίτερα, όμως επικεντρωνόμαστε στον ύπνο διότι επιδρά θετικά στο ανοσοποιητικό σύστημα και στην γενικότερη ποιότητα ζωής (Καραδήμας, 2005). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ύπνου, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές είναι χρήσιμες, όπως η εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής ύπνου και η διαχείριση του στρες (Καραδήμας, 2005). Καταλήγοντας, οι Remien και Rabkin (2002) (όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005) υποστηρίζουν ότι «τα προγράμματα παρέμβασης των ψυχολόγων υγείας πρέπει να διέπονται από ευελιξία σε συνδυασμό με την διατήρηση ορίων και να αναπτύσσονται ρεαλιστικές προσδοκίες σε συνδυασμό με την ανάγκη να μάθουν να διαχειρίζονται την απώλεια».

### 3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένας όρος ο οποίος αναφέρεται σε ένα πλήθος από οξείες και χρόνιες παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν ένα ή περισσότερα τμήματα της καρδιάς. Τα νοσήματα που προσβάλλουν την καρδιά μπορεί να είναι δομικά ή λειτουργικά. Οτιδήποτε προκαλεί βλάβη στην καρδιά ή ελαττώνει την τροφοδοσία της καρδιάς σε οξυγόνο, την κάνει λιγότερο αποδοτική, μειώνει την ικανότητα της να γεμίζει και να αντλεί αίμα, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται ο συντονισμός μεταξύ της καρδιάς, των νεφρών και των αιμοφόρων αγγείων και τελικά να βλάπτεται όχι μόνο η καρδιά αλλά και το υπόλοιπο σώμα. Στις επόμενες σελίδες θα μιλήσουμε για τα καρδιαγγειακά νοσήματα συγκεκριμένα, που αποτελούν μια χρόνια ασθένεια, ποια είναι αυτά και πως προκαλούνται. Επίσης θα μιλήσουμε για δυο μεθόδους που βοηθούν τον ασθενή να ζήσει μια καλύτερη ζωή και να ενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Είναι



σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι καρδιακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, μειώθηκαν αρκετά λόγω της καρδιακής αποκατάστασης (Donker, 2000) που θα αναφέρουμε παρακάτω. Στην Ελλάδα, όμως σύμφωνα με έρευνες που έγιναν και αναλύθηκαν στο πνευματικό κέντρο του Δήμου Αθηναίων με πρωτοβουλία της Creta Farm με θέμα «Στεφανιαία νόσος & Μεσογειακή Διατροφή τονίσθηκε ότι την στιγμή που υπόλοιπη Ευρώπη σημειώνει μείωση του αριθμού κρουσμάτων, η Ελλάδα παρουσιάζει μια ανησυχητικά σταθερή πορεία, με αποτέλεσμα να βρίσκεται πλέον στις υψηλότερες θέσεις της κατάταξης θνησιμότητας από καρδιακά νοσήματα ( Αγγελοπούλου, 2009).

### 3.1 Τι είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα;

Τα νοσήματα αυτά που ευθύνονται για 2 εκατομμύρια θανάτους (το 40% περίπου) κάθε χρόνο, προσβάλλουν την καρδιά και τα συγγενή αιμοφόρα αγγεία και εμφανίζονται με διάφορες μορφές όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο (ΥΓΕΙΑ-ΕΕ). Στις βιομηχανικές κοινωνίες, από την δεύτερη και Τρίτη δεκαετία του 20ού αιώνα, παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς (Coronary Heart Disease:CHD) και σήμερα αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας στις κοινωνίες αυτές (Ποταμιάνος, 1995). Η στεφανιαία νόσος της καρδιάς είναι μια σταδιακά αναπτυσσόμενη χρόνια ασθένεια που αρχικά επηρεάζει τις στεφανιαίες αρτηρίες (Ποταμιάνος, 1995). Υποδιαιρείται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: την στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και η στεφανιαία του θανάτου. Οι επιπλοκές μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να περιλαμβάνει φαινόμενα όπως αλλοιωμένη ηλεκτρική αγωγιμότητα της καρδιάς με αποτέλεσμα την εμφάνιση αρρυθμιών. Η στηθάγχη μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στην αναπνοή (Donker , 2000). Τα επεισόδια αυτά μπορεί να προκληθούν από το άγχος, το αρνητικό συναίσθημα και την

κακή φυσική κατάσταση. Το αρνητικό συναίσθημα μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη όσο και στην ανάκτηση των στεφανιαίων επεισοδίων. Ο Ketterer τόνισε ότι ο θυμός, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην γένεση και στην διατήρηση της στεφανιαίας νόσου. Επομένως, ύψιστη σημασία για τη πρόληψη των παραπάνω συμπτωμάτων από την θνησιμότητα είναι η χειρουργική επέμβαση bypass. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Παγκόσμιας Υγείας η καρδιακή αποκατάσταση ορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να επηρεάσουν θετικά την υποκειμενική αιτία της νόσου καθώς και να εξασφαλίσει στον ασθενή τις καλύτερες σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές συνθήκες έτσι ώστε να διατηρήσει σε έναν καλό βαθμό τον τρόπο ζωής του. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές για την ψυχολογική ανάκτηση των ασθενών, σύμφωνα με ιατρικές συμβουλές. Η μελέτη του Oldenburg et al. (1985) σε νοσοκομειακούς ασθενείς που αναρρώνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου δείχνει ότι μια παρέμβαση που εξυπηρετεί την λειτουργία της συναισθηματικής υποστήριξης, την εκπαίδευση και την μείωση της διέγερσης έχει σημαντική επίδραση στον τρόπο ζωής και στην χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

### 3.2 Αίτια των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Σε επιδημιολογικές μελέτες παρατηρούμε κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία ονομάζουμε παράγοντες κινδύνου, επειδή δείχνουν να σχετίζονται με την ανάπτυξη και την πορεία των καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι πιο συνήθεις παράγοντες κινδύνου είναι τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, η υπέρταση και το κάπνισμα. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης ευθύνονται για το 1/3 του συνόλου των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως (Atlas of heart disease and Stroke, 2004). Η εμφάνιση της χοληστερόλης μπορεί να οφείλεται σε

γενετικούς, φαρμακευτικούς και διατροφικούς παράγοντες. Κατά κύριο λόγο συνδέεται με την διατροφή. Ο οργανισμός μπορεί να συνθέσει την χοληστερόλη ή μπορεί να την προσλάβει από τις τροφές κυρίως ζωικής προέλευσης. Η αρτηριακή πίεση αποτελεί το αίτιο για 7 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους παγκοσμίως κάθε έτος, απορροφά το 4,5% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και ευθύνεται για 64 εκατομμύρια χαμένα έτη ζωής από πρόωρη θνησιμότητα ή ανικανότητα (DALY'S).

Το κάπνισμα, επάγει την νοσηρότητα της καρδιάς και των αγγείων μέσω πολλών μηχανισμών (Biann et al. [1998]. Smith et Fiscer, 2001). Προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρυνση. Με τους μηχανισμούς αυτούς, το κάπνισμα βλάπτει την λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Ευθύνεται για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως και για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διεθνούς μελέτης «INTERHEART» (Teo et al. 2006), υπολογίστηκε ότι το 29% των εμφραγμάτων στην Δυτική Ευρώπη και το 30% στην Ανατολική Ευρώπη οφείλονται στο κάπνισμα. Τέλος, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών (US Department of Health and Human Services, 2004). Οι ουσίες λοιπόν στο καπνό του τσιγάρου που ενοχοποιούνται για την πρόκληση ενός καρδιαγγειακού προβλήματος είναι κυρίως η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο αγγειοεγκεφαλικών νοσημάτων που κυμαίνεται από 1,5-3 σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Με την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος αυτός μειώνεται σημαντικά σε

περίοδο δυο ετών και φτάνει στο επίπεδο των μη καπνιστών εντός πέντε ετών (Τούντας, 1999). Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, τον αιφνίδιο θάνατο και το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Είναι γεγονός ότι στην Γαλλία το 19,1% των πρόωρων θανάτων στους άνδρες και το 13% στις γυναίκες αποδίδεται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Τούντας, 1999). Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι η μικρή ποσότητα του αλκοόλ μπορεί να μειώσει την θνησιμότητα από αιμορραγικά εγκεφαλικά και καρδιαγγειακά επεισόδια.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι καρδιακές παθήσεις δεν είναι μια πρωταρχική ψυχική παθολογία, αν και οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάκαμψη από μια καρδιακή εκδήλωση. Προφανώς, η διαδικασία της αποκατάστασης ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από τον ένα ασθενή στον άλλον (Taylor & Berra, 1993, όπως περιγράφεται στο άρθρο της Linden, 2000). Το έμφραγμα του μυοκαρδίου «χτυπά» πολλούς ασθενείς που είναι απροετοίμαστοι ενώ η αγγειοπλαστική χειρουργική είναι το αποτέλεσμα μιας μακράς αλυσίδας ιατρικής έρευνας που δίνει στον ασθενή χρόνο να προετοιμαστεί. Ο Dean Ornish είναι ο πιο γνωστός εμπειρογνώμονας γιατρός για ολοκληρωμένη καρδιακή αποκατάσταση (Ornish, 1990, όπως αναφέρεται στην Linden, 2000). Ωστόσο, εκτός από την καρδιακή αποκατάσταση που είναι σημαντική, η κοινωνική υποστήριξη παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχική και σωματική υγεία του ασθενούς. Η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην νοσηρότητα και την θνησιμότητα (Berkman & Syme, 1979).

## 4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

### 4.1 Τι είναι η κοινωνική υποστήριξη;

Η έννοια «κοινωνική υποστήριξη» είναι ιδιαιτέρως πολύπλοκη , γι' αυτό και υπάρχουν πολύ ορισμοί που χαρακτηρίζουν την έννοια. Πρόκειται για ένα δίκτυο κοινωνικών σχέσεων του ατόμου και για την ηθική, υλική και συναισθηματική στήριξη που λαμβάνει από αυτό (Καραδήμας, 2005) . Η κοινωνική υποστήριξη μερικές φορές μπορεί να είναι η μόνη διαθέσιμη μέθοδος αντιμετώπισης , άλλες φορές όμως μπορεί να μην είναι η πλέον προτιμώμενη από πλευρά κόστους μέθοδος (Kasl & Wells,1985, όπως αναφέρεται στο άρθρο του Stewart, 1989). Ένα άτομο μπορεί να λάβει υποστήριξη ανάλογα με την πρόγνωση και την πορεία της ασθένειας του (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990, όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005).

Κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η κοινωνική υποστήριξη ρυθμίζει τις αρνητικές επιπτώσεις των στρεσογόνων συνθηκών (Shumaker & Brownel, 1984, όπως αναφέρεται στον Stewart, 1989). Κατά τα τελευταία 25 χρόνια, οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν εξετάσει εκτενώς τις επιπτώσεις του στρες στην υγεία. Γίνεται εμφανές ότι η έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες οδηγεί σε κίνδυνο της υγείας του ατόμου. Οι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχουν πόροι που συμβάλλουν στην βελτίωση της υγείας λόγω καταστάσεων άγχους. Έτσι η έρευνα για την κοινωνική υποστήριξη έχει πολλαπλασιαστεί και πολλές πρόσφατες έρευνες έχουν εστιάσει σε ηλικιωμένα άτομα. Εμπειρικές μελέτες των ηλικιωμένων δείχνουν ότι η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της θνησιμότητας και της κατάθλιψης (Weinberger , Hiner & Tierney, 1987).

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να αναφέρουμε μερικούς από τους ορισμούς που έχουν δοθεί σε αυτήν την έννοια. Όπως είπαμε και παραπάνω ο ακριβής ορισμός της έννοιας είναι δυσχερής. Ωστόσο, έχουν εντοπιστεί κάποιοι σύμφωνα με τους Williams, Barclay, Schmied

(2004). Οι Lazarus και Folkman βλέπουν την κοινωνική υποστήριξη ως μια πολυδιάστατη κατασκευή συναισθηματικών και ενημερωτικών λειτουργιών και ότι είναι μια πολύπλοκη διεργασία. Ο Cobb (1976), (όπως περιγράφεται στο άρθρο της Rounds & Israel, 1984) προσδιορίζει την κοινωνική υποστήριξη ως μια πληροφορία, η οποία καθοδηγεί το άτομο στην ανάπτυξη της πεποίθησης ότι τυγχάνει φροντίδας, αγάπης και σεβασμού, καθώς και ότι αποτελεί μέλος ενός δικτύου επικοινωνίας και αμοιβαίων δεσμεύσεων. Η Thoits (1982) την ορίζει ως το βαθμό στον οποίο οι βασικές κοινωνικές ανάγκες του ατόμου ικανοποιούνται μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα πρόσωπα, αντίθετα οι Procidano και Heller (1983) την ορίζουν ως το βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι η ανάγκη του για υποστήριξη, πληροφόρηση και επανατροφοδότηση εκπληρώνονται. Ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας της, ένα σύνολο ατόμων προσπάθησαν να την καταμήσουν σε κατηγορίες. Οι House και Kahn (1985) τη χώρισαν σε τρεις κατηγορίες: τα κοινωνικά δίκτυα, τις κοινωνικές σχέσεις και την ειδική κοινωνική υποστήριξη. Τα κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται στο μέγεθος, στην ένταση αλλά και στην ομοιογένεια του δικτύου των οικείων του ατόμου. Οι κοινωνικές σχέσεις αναφέρονται στην ποιότητα και στους τύπους σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Η ειδική κοινωνική υποστήριξη είναι οι παροχές που προσφέρονται όπως η παροχή υλικών αγαθών ή η παροχή συγκεκριμένης βοήθειας. Οι Cohen και Wills (1985) διακρίνουν μεταξύ 'δομικής στήριξης' που αφορά την παρουσία κοινωνικών δεσμών ή δικτύων όπως ο γάμος, ο αριθμός φιλικών σχέσεων και 'λειτουργικής στήριξης', η οποία αφορά τις παροχές που προέρχονται από τους δεσμούς αυτούς. Τέλος, οι Martin και Brantley (2004) διακρίνουν μεταξύ 'συμπεριφορικής κοινωνικής υποστήριξης', όπου τα άτομα αξιολογούν την υποστήριξη που πράγματι λαμβάνουν από τους άλλους, και 'γνωστικής κοινωνικής υποστήριξης', της αξιολόγησης, δηλαδή, που τα άτομα κάνουν για τη διαθέσιμη σε αυτά υποστήριξη.

Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης είναι οι σχέσεις που παρέχουν συναισθηματικές και πληροφοριακές ανάγκες (Cobb, 1976 όπως αναφέρεται στους Weinberger, Hiner & Tierney, 1987). Η κοινωνική προσέγγιση δίνει έμφαση σε διαρθρωτικά χαρακτηριστικά όπως ο αριθμός των φίλων ή των συγγενών, η οικογενειακή κατάσταση και η συχνότητα των επαφών (Berkman & Syme, 1979. Mitchell & Trickett, 1980 όπως περιγράφεται στο άρθρο των Weinberger et al., 1987 ). Οι Cohen και McKay (1984) και Sarafino (1999), περιγράφουν πέντε βασικούς τύπους κοινωνικής υποστήριξης: α) 'συναισθηματική στήριξη', όπως είναι, η έκφραση αγάπης και ενσυναίσθησης, η φροντίδα και το ενδιαφέρον που τα άτομα επιδεικνύουν μεταξύ τους, β) 'στήριξη εκτίμησης' μέσω της έκφρασης σεβασμού, ενθάρρυνσης ή συμφωνίας προς ιδέες ή συναισθήματα, καταστάσεις που είναι σημαντικές, εφόσον ενισχύουν την αίσθηση αυτοξίας και επάρκειας του ατόμου, γ) 'ενυπόστατη υποστήριξη', άμεση, δηλαδή, στήριξη με συγκεκριμένες παροχές, δ) πληροφόρηση μέσω συμβουλών, καθοδήγησης, συστάσεων, επανατροφοδότησης και πληροφοριών, καθώς και ε) υποστήριξη που προέρχεται από το κοινοτικό και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο.

Είναι σημαντικό να κάνουμε αναφορά στους δυο τρόπους με τους οποίους η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Αρχικά, το «buffering» μοντέλο προτείνει ότι τα άτομα όταν εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες, ισχυρά συστήματα κοινωνικής υποστήριξης έρχονται σε δράση για τον μετριασμό των αρνητικών συνεπειών για την υγεία. Όμως σε αυτό το μοντέλο η παρουσία των ισχυρών συστημάτων στήριξης δεν θα συνδέεται με θετική κατάσταση της υγείας, όταν το άγχος είναι απών. Το «additive» μοντέλο δείχνει ότι τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης είναι επωφελή για τα άτομα ανεξάρτητα από την έκθεση τους σε άγχος. Εμπειρικές μελέτες έχουν υποστηρίξει κάθε

θέση και είναι πιθανόν και τα δύο μοντέλα να λειτουργούν (Cohen, Teresi & Holmes, 1985 όπως αναφέρεται στους Weinberger et al., 1987).

Η υποστήριξη που το άτομο λαμβάνει δεν είναι πάντα εκείνη που επιθυμεί, αλλά και το αντίστροφο. Ο τύπος υποστήριξης που επιθυμεί εξαρτάται τόσο από τις ανάγκες του όσο και από τις συνθήκες που επικρατούν. Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα που δεν λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη λόγω της ανεπάρκειας του κοινωνικού δικτύου ή λόγω έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι Hogan, Linden και Najarian (2002) σημειώνουν ότι ένα άτομο μπορεί να λαμβάνει χαμηλή κοινωνική υποστήριξη για δύο κυρίως λόγους: α) Υπάρχουν λίγες ή και καθόλου κοινωνικές δεξιότητες, κατάσταση που δεν επιτρέπει στο άτομο να ενισχύσει τις κοινωνικές του σχέσεις ώστε να αναζητήσει και να λάβει την επιθυμητή στήριξη. β) Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να είναι διαρκής ή μόνιμη, εξαιτίας, π.χ., διαταραχών στην προσωπικότητα ή τη συμπεριφορά, ή εξαιτίας απώλειας της κύριας πηγής στήριξης (π.χ., θάνατος συζύγου).

Οι ασθενείς με χρόνια νόσο και συγκεκριμένα με καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζονται αρνητικά από την κατάσταση τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται αγωνία, άγχος, κατάθλιψη και θυμό. Η κατάθλιψη είναι ένα αρνητικό συναίσθημα και μια χρόνια εξουθενωτική κατάσταση. Η κοινωνική υποστήριξη λοιπόν και κυρίως η συναισθηματική υποστήριξη βοηθά τους χρόνιους ασθενείς να πιστέψουν ότι κάποιος νοιάζεται για αυτούς. Η στήριξη μπορεί να ενθαρρύνει τους ασθενείς να συμμορφωθούν με τις συστάσεις της θεραπείας τους, να διατηρήσουν και να προάγουν τις συμπεριφορές της υγείας, όπως την σωστή διατροφή (Rounds & Israel, 1985). Η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης, όπως θα αναφέρουμε και παρακάτω, έχει σχέση με την βελτίωση της προσαρμογής σε ιδιαίτερα στρεσογόνες συνθήκες που προκύπτουν από τις διάφορες κρίσεις ζωής, που στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι το καρδιαγγειακό πρόβλημα. Η



κοινωνική υποστήριξη μπορεί να επηρεάσει το πώς το άτομο προσδιορίζει την κατάσταση αυτή. Αρκετές μελέτες λοιπόν δείχνουν ότι η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου και την υψηλότερη ποιότητα ζωής μεταξύ εκείνων που έχουν στεφανιαία νόσο ( Koivula, Tarkka&Tarkka, Laippala & Raunonen-Ilmonen, 2001).

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Walker, Macbride & Vackon (1977) ( όπως περιγράφεται στο άρθρο της Rounds & Israel, 1984) τα κοινωνικά δίκτυα σε σχέση με τις χρόνιες ασθένειες είναι οι προσωπικές επαφές μέσω των οποίων το άτομο διατηρεί την κοινωνική του ταυτότητα και λαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, υλική βοήθεια και υπηρεσίες , πληροφορίες και νέες κοινωνικές επαφές. Ο αριθμός των δεσμών που θα μπορούσαν να υπάρχουν στο δίκτυο αναφέρονται στην φύση των σχέσεων εντός του δικτύου. Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας είναι η αμοιβαιότητα σε μια σχέση, η αντοχή και η σταθερότητα των συνδέσεων δικτύου και ο βαθμός στον οποίο οι σχέσεις αλλάζουν, η ένταση και η συναισθηματική εγγύτητα μεταξύ των μελών του δικτύου και τέλος η ευκολία με την οποία ένα άτομο μπορεί να έρθει σε επικοινωνία με τα μέλη του δικτύου. Τα λειτουργικά χαρακτηριστικά του δικτύου περιλαμβάνουν την παροχή συναισθηματικής και γνωστικής υποστήριξης , την διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας και την πρόσβαση σε κοινωνικές επαφές και κοινωνικούς ρόλους.

## 4.2 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία

Έρευνες σχετικά με την υγεία τεκμηριώνουν τα σωτήρια αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης για την θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, τη ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη συμμόρφωση στην θεραπεία (Ell, 1996). Η πρόληψη και η αποκατάσταση της στεφανιαίας

νόσου εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό ζήτημα που απασχολεί τόσο τους ερευνητές όσο και τους κλινικούς ιατρούς στο διεπιστημονικό πεδίο της συμπεριφορικής ιατρικής (Donker, 2000). Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ένα σύνολο ανθρώπων που πάσχουν από ένα καρδιολογικό πρόβλημα αντιμετωπίζουν αρκετές φορές την κοινωνική απομόνωση και το άγχος που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σε τετραπλάσιο βαθμό ειδικά αυτοί που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα με στεφανιαία νόσο. Τα άτομα όμως που είναι ενταγμένα στην κοινωνία με εκτενή κοινωνικά δίκτυα έχουν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Donker, 2000).

Η ιδέα λοιπόν ότι τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων ή κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να παίζουν αρνητικό ρόλο τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην ανάκτηση των στεφανιαίων επεισοδίων δεν είναι νέα. Ελεγχόμενα στοιχεία δείχνουν ότι ο θυμός, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην γένεση και στην διατήρηση της στεφανιαίας νόσου. Οι Schreuers και de Ridder (1997) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Καραδήμα, 2005) υποστηρίζουν ότι υπάρχουν τέσσερις τρόποι με τους οποίους η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με τις στρατηγικές διαχείρισης του στρες. Αυτές είναι: α) η αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης ως στρατηγική αντιμετώπισης του στρες, β) ως διαθέσιμο που προσδιορίζει τις στρατηγικές που θα επιλεγούν και θα εφαρμοστούν, γ) ως εξαρτημένη από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαχειρίζεται το στρες και, δ) η διαχείριση του στρες ως ενταγμένη στο σύστημα σχέσεων και υποστήριξης του ατόμου. Σύμφωνα με το (α) το άτομο αξιολογείται όσον αφορά το γνωστικό του επίπεδο και κρίνεται αν μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση που τον απασχολεί ή χρειάζεται κοινωνική υποστήριξη. Ως διαθέσιμο του ατόμου η υποστήριξη βοηθά το άτομο να διαχειριστεί το άγχος με την χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα. Ως εξαρτημένη από τον τρόπο διαχείρισης του στρες, η λήψη ή η παροχή υποστήριξης εξαρτάται από τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την

ασθένεια του. Η τελευταία προσέγγιση αναφέρεται στις στρατηγικές διαχείρισης τους στρες και την κοινωνική υποστήριξη όχι ως δυο έννοιες ξεχωριστές αλλά ως ενσωματωμένες στις ανθρώπινες σχέσεις. Παράλληλα, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η συναισθηματική δυσφορία και τα αρνητικά συναισθήματα είναι χρήσιμοι προάγγελοι των αρνητικών αποτελεσμάτων για τους καρδιακούς ασθενείς. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι διάφορες μελέτες δείχνουν ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται και με την μείωση καταθλιπτικών επεισοδίων (VaughnMcCall, Reboussin & Rapp, 2001). Επιπλέον, σε μια μελέτη καρδιακής αποκατάστασης από τον Thomas (1995) έχει αποδειχθεί ότι το άγχος σε νοσοκομειακούς ασθενείς οδηγούσε σε ανησυχίες σχετικά με την μελλοντική ανάκτηση και λειτουργία.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε ότι οι ψυχολόγοι έχουν αναγνωρίσει την σημασία της σύνδεσης μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας, των διαπροσωπικών παραγόντων και της ατομικής ψυχικής υγείας ειδικότερα (Berkman & Syme , 1979). Πρόσφατες θεωρητικές μελέτες επικεντρώνονται στην επεξήγηση του πως η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει θετικά την ψυχική υγεία και την ευεξία του ατόμου. Οι Antonucci και Jackson αναφέρονται στο μοντέλο της αποτελεσματικότητας σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη. Αυτό το μοντέλο δείχνει ότι δεν είναι μόνο η ανταλλαγή ειδικής υποστήριξης που θα επιτυγχάνει αυτό το αποτέλεσμα αλλά η έκφραση αγάπης από ένα ή περισσότερα πρόσωπα που επικοινωνούν με το πρόσωπο-στόχο. Το κοινωνικό δίκτυο μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση υγείας άμεσα με την παροχή πρόσβασης πληροφοριών ή την ενίσχυση παροχής κινήτρων για να συμμετάσχουν οι ασθενείς σε προσαρμοστικές συμπεριφορές. Ωστόσο, μπορεί να έχει και έμμεσα αποτελέσματα όπως το άτομο να συμμορφωθεί με τις συστάσεις θεραπείας του (Bloom, 1990). Σύμφωνα με έρευνες που είχαν γίνει στην Κίνα, η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης

είναι κρίσιμη για την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των γερόντων. Κατά συνέπεια, η αυξημένη οργανική και κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα δεν επιδεινώνει την σωματική και ψυχική ευεξία τους (Liu , Liang & Gu, 1995).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να τονίσουμε ότι η κοινωνική υποστήριξη παρά τα ευεργετικά αποτελέσματα της στην ψυχική υγεία του ατόμου, μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ζωή του ατόμου και αυτό οφείλεται σε πολλούς λόγους. Έρευνες δείχνουν ότι η παροχή κοινωνικής υποστήριξης μπορεί υπό ορισμένες συνθήκες να έχει σημαντικό κόστος τόσο για αυτούς που δίνουν βοήθεια όσο και για αυτούς που την λαμβάνουν (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Καραδήμα, 2005). Οι Wilcox *et al.* (1994) και οι Dunkel-Schetter και Bennett (1990) ( όπως αναφέρεται στο άρθρο του Καραδήμα, 2005) υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει ως αποτέλεσμα του ότι η προσφερόμενη υποστήριξη δεν αξιολογείται ως ωφέλιμη για ποικίλους λόγους: ίσως λοιπόν είναι ανεπαρκής ή δεν συμβιβάζεται με τις ανάγκες του ατόμου, δηλαδή μπορεί να μην ταιριάζει στην ιδιοσυγκρασία του και στον χαρακτήρα του. Επιπλέον, κάποιοι κοινωνικοί δεσμοί που άλλοτε θα αποτελούσαν σημαντική πηγή υποστήριξης μπορεί να προκαλέσουν επώδυνες καταστάσεις. Παραδείγματα κοινωνικών δεσμών μπορεί να είναι οι υπερπροστατευτικές σχέσεις ή οι δυσλειτουργικές στάσεις των οικείων. Στον ελληνικό πληθυσμό, οι Καραδήμας και Καλαντζή-Αζίζι (2002) σε δείγμα ενηλίκων και οι ίδιοι σε δείγμα φοιτητών (Karademas & Kalantzi-Azizi, 2004) ( όπως αναφέρεται στο άρθρο του Καραδήμα, 2005) βρήκαν ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ως στρατηγική για την αντιμετώπιση του στρες σχετίζεται θετικά, παραδόξως, με διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα. Αντίθετα, όμως, σε μια πρόσφατη δημοσίευτη έρευνα μεταξύ του γενικού πληθυσμού, η έκταση της κοινωνικής υποστήριξης και η ικανοποίηση από αυτή παρουσίαζαν σημαντικές αρνητικές συνάψεις με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς

και θετικές συνάψεις με ορισμένους δείκτες ευεξίας. Συμπερασματικά λοιπόν, η αναζήτηση υποστήριξης φαίνεται να συμβαδίζει με χειρότερα επίπεδα ψυχικής υγείας, αλλά η λήψη υποστήριξης σχετίζεται με βελτιωμένα επίπεδα υγείας και ευεξίας. Οι Bolger , Zuckerman και Kessler (2000) (όπως τονίζεται στον Καραδήμα, 2005), έκαναν μια έρευνα η οποία μελέτησε τους λόγους για τους οποίους η προσφορά υποστήριξης δεν σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή. Σύμφωνα με τους ερευνητές η κοινωνική υποστήριξη ωφελεί. Ωστόσο, μπορεί το άτομο να μην την δεχτεί και αν την αποδεχθεί να έχει επιπτώσεις στην προσαρμογή του. Η «αόρατη» υποστήριξη όπως την ονόμασαν οι ερευνητές δηλαδή όταν το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την υποστήριξη που πραγματικά λαμβάνει μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να ξεπερνά σε αποτελεσματικότητα την ορατή διότι δεν θίγει την αυτο-εκτίμηση και τις προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου.

#### 4.1.1 Κοινωνική υποστήριξη και οικογένεια

Μελέτες σχετικά με την οικογένεια επιβεβαιώνουν ότι μια ξαφνική ασθένεια ή μια χρόνια ασθένεια μπορεί να ωθήσει την οικογένεια σε κρίση και να επηρεάσει την διατήρηση του οικογενειακού συστήματος. Η σοβαρή ασθένεια ή αποκατάσταση μακροπρόθεσμα μπορεί να τροποποιήσει την κοινωνική πραγματικότητα της οικογένειας (Mishel & Murdaugh, 1987, όπως αναφέρεται στο άρθρο της Ell, 1996). Είναι γνωστό ότι τα άτομα διαφοροποιούν τις σχέσεις τους και χαρακτηρίζουν άλλα πρόσωπα ως περισσότερο ή λιγότερο κοντινά. Όμως είναι σαφές , ότι οι πιο στενές σχέσεις όπως αυτήν που έχουν με τον/την σύζυγο ή τα τέκνα έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις στην ζωή των ασθενών. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι μπορεί να υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις που όταν ένα άτομο δεν θεωρείται κοντινό να έχει άμεση επίδραση στο άτομο (Antonucci, 2001). Ο αριθμός των στενών κοινωνικών σχέσεων και η

συναισθηματική υποστήριξη είναι σχετικά σταθερή σε όλη την διάρκεια της ζωής μέχρι πολύ μεγάλη ηλικία (Due et al., 1999, όπως περιγράφεται στο άρθρο του Antonucci, 2001) . Διάφορα δεδομένα δείχνουν ότι παρά το γεγονός ότι φαίνεται οι άνδρες και οι γυναίκες να έχουν την ίδια δομή στα κοινωνικά τους δίκτυα και μεγάλη διαφορά στο μέγεθος των δικτύων, δεν φαίνεται να ισχύει ότι οι άνδρες έχουν λιγότερο στενές σχέσεις απ' ότι οι γυναίκες. Οι άνδρες φαίνονται να διατηρούν μια πιο στενή σχέση υψηλής ποιότητας με την σύζυγο τους ενώ οι γυναίκες έχουν αυτή την στενή σχέση με πολλά άτομα. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες δείχνουν ότι δεν επιβαρύνονται από τις σχέσεις και αισθάνονται λιγότερο υπεύθυνοι για την επίλυση των προβλημάτων των ανθρώπων στα κοινωνικά δίκτυα τους. Παράλληλα, αισθάνονται λιγότερα άνετα στην λήψη και στην αναζήτηση υποστήριξης από τους άλλους (Antonucci, 2001). Στις Ηνωμένες Πολιτείες η κόρη είναι αυτή που παρέχει υποστήριξη και φροντίδα στους ηλικιωμένους (Antonucci, 2001). Μια πρόσφατη μελέτη που έγινε από τον Tilburg και τους συνεργάτες του (1998) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Antonucci, 2001) σύγκρινε ηλικιωμένα άτομα που κατάγονταν από την Ολλανδία και ζούσαν μόνοι τους στην Ολλανδία με ηλικιωμένα άτομα από την Ιταλία που ζούσαν με τα παιδιά τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Ιταλοί ένιωθαν λιγότερη κοινωνική ολοκλήρωση και περισσότερη μοναξιά από τους Ολλανδούς. Αυτό συμβαίνει ίσως επειδή οι Ιταλοί μπορεί να περιμένουν περισσότερα, να αντιλαμβάνονται λιγότερα και ως εκ τούτου υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υποβαθμιστεί η ποιότητα της υποστήριξης που λαμβάνουν. Σε διάφορα στοιχεία από μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει κάποια αμφιβολία σχετικά με το αν οι οικογένειες είναι πρωτογενείς πηγές στήριξης του ασθενούς και δείχνουν εκφράσεις φροντίδας και αγάπης καθώς και πρακτικής βοήθειας όταν οι ασθενείς το χρειάζονται (Ell, 1996). Κατά την διάρκεια της θεραπείας και αποκατάστασης οι ασθενείς

λαμβάνουν από το κοινωνικό δίκτυο περισσότερους πόρους όπως πληροφόρηση, βοήθεια και ενθάρρυνση κατά την διάρκεια των αγχωτικών καταστάσεων (Bloom, 1990).

Προχωρώντας, έχει μεγάλο ενδιαφέρον να εστιάσουμε στον κινέζικο πολιτισμό και στην κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι κινέζοι. Δεδομένου ότι οι Κινέζοι δεν έχουν πρόσβαση σε οποιαδήποτε ασφάλιση υγείας, η οικογένεια είναι η κύρια πηγή στήριξης των ηλικιωμένων ανθρώπων (Liang, Gu & Krause, 1992, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Liu , Liang & Gu, 1995). Ειδικότερα, οι κινέζοι γονείς φρόντιζαν και παρείχαν τα πάντα στα παιδιά τους καθώς και κάποια κληρονομιά όταν παντρεύονταν, όμως όταν η φυσική κατάσταση τους επιδεινωνόταν με τα χρόνια το υπόλοιπο της υποστήριξης το λάμβαναν από τα νεότερα παιδιά. Μια τέτοια λοιπόν σχέση φαίνεται αμοιβαία και επωφελής. Ωστόσο, από το 1949 και έπειτα το σύστημα της ενδοοικογενειακής υποστήριξης έχει μεταβληθεί. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γέροντες δέχονται ισχυρές πιέσεις για να παρέχουν κοινωνική υποστήριξη στους νεότερους. Ωστόσο αυτό επιδεινώνει την υγεία των κινέζων γερόντων. Μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη δείχνει ότι οι γιοί των κινέζων γονέων παρέχουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό υποστήριξης στους ηλικιωμένους γονείς τους, αντίθετα οι κόρες παρέχουν περισσότερο συναισθηματική υποστήριξη γι' αυτόν τον λόγο τα κινέζικα ζευγάρια επιθυμούν μια κόρη (Greenhalgh, 1994, όπως περιγράφεται στο άρθρο των Liu ,Liang & Gu, 1995). Κρίνεται απαραίτητο να τονίσουμε όμως ότι τα αποτελέσματα αφορούσαν μόνο μια μικρή περιοχή της Κίνας.. Είναι πιθανόν η κοινωνική υποστήριξη να φέρει μεγαλύτερη ηρεμία και ειρήνη στο μυαλό με θετικά αποτελέσματα για την υγεία. Όσον αφορά την ανάκαμψη από ένα καρδιολογικό πρόβλημα, η διαθεσιμότητα κάποιων κοντινών ατόμων για να βοηθήσουν το άτομο στις καθημερινές δουλειές είναι πολύ παρήγορο και τον βοηθούν να ενισχύσει την ψυχική του υγεία ( Barry , Kasl , Lichtman , Vaccarino & Krumholz, 2004). Οπότε η οργανική κοινωνική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική για τα άτομα

με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας. Η σημασία της ύπαρξης κάποιου διαθέσιμου κοντινού προσώπου για να τρέξει για τις ανάγκες του αρρώστου ενώ το ίδιο το άτομο αναρρώνει από την χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι ιδιαίτερα ελκυστική για τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι Hogan *et al.* (2002), ο Reifman (1995) και ο Rhodes (2004) (όπως αναφέρεται στο άρθρο του Καραδήμα, 2005) επεσήμαιναν ότι τα άτομα με υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον έχουν γενικώς καλύτερη υγεία και επανέρχονται πιο γρήγορα στην καθημερινή ζωή τους σε σύγκριση με όσους είναι λιγότερο κοινωνικά ενταγμένοι. Σε μια ανασκόπηση 122 ερευνών ο DiMatteo (2004) συμπέρανε ότι η πρακτική υποστήριξη και η βαθύτερη σύνδεση της οικογένειας σχετίζεται με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών σε χρόνιες ασθένειες. Σύμφωνα με μια έρευνα, οι Αμερικανοί δεν εγκαταλείπουν τους ηλικιωμένους ή τους συγγενείς τους με χρόνιες παθήσεις. Μελέτες δείχνουν ότι το 75 με 80% της περίθαλψης παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας και από άλλους άτυπους φορείς γεγονός που υποδηλώνει ότι το ιατρικό σύστημα περίθαλψης εξαρτάται τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από την φροντίδα που παρέχεται από τις οικογένειες ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη ευημερία (US Senate Special Committee on Aging, 1987-1988, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Boise, Heagerty, & Eskenazi, 1996).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε το μοντέλο υποστήριξης της οικογένειας, το οποίο τονίζει ότι η προσωπική φροντίδα και οι πόροι τόσο από την τυπική όσο και από την άτυπη εκπαίδευση παίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της βέλτιστης υγείας. Ειδικά όταν πρόκειται για χρόνιες ασθένειες, το ιατρικό σύστημα λειτουργεί σε συνδυασμό με το άτυπο σύστημα υποστήριξης. Η προσωπική φροντίδα περιλαμβάνει δράσεις για την διατήρηση της υγείας και την πρόληψη μελλοντικών ασθενειών. Ο απώτερος λοιπόν στόχος του οικογενειακού μοντέλου είναι η οικοδόμηση ικανοτήτων και η αυτονομία των ασθενών. Τα προγράμματα και



οι υπηρεσίες του οικογενειακού μοντέλου βασίζονται στον ορισμό της υγείας όπου η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας (World Health Organization: Chronicle of WHO, 1974, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Boise, Heagerty, & Eskenazi, 1996).

Καθοριστικό ρόλο στην ασθένεια ενός ατόμου και συγκεκριμένα στην καρδιακή νόσο διαδραματίζει η σύζυγος. Η σύζυγος παρέχει υποστήριξη στον άνδρα της (Meigher, Gregor & Stewart, 1987). Η συζυγική πρόσβαση σε υποστήριξη από την εκτεταμένη οικογένεια και φίλους συνδέθηκε με καρδιακή αποκατάσταση των συζύγων τους (Ell, 1996). Όμως άτομα τα οποία ζουν μόνα τους ή μόνο με τους συζύγους τους έχουν υψηλό βαθμό επικινδυνότητας στο να αρρωστήσουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (Koukouli, Vlachonikolis, & Philalithis, 2002) (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005). Επιπροσθέτως, σε μια έρευνα που έγινε με 52 συζύγους αναφέρθηκε ότι το 26% νιώθουν ενοχές διότι πιστεύουν ότι οι δικές τους πράξεις ώθησαν στο να παρουσιαστεί αυτό το πρόβλημα (Lewin, 1989). Το πρόσωπο επομένως που πλήττεται από μια χρόνια νόσο είναι ο/η σύζυγος. Σε μια ανασκόπηση μελετών που εξετάζουν το άγχος για τους συζύγους των ασθενών, τονίζεται ότι υπάρχει αύξηση του άγχους, της κατάθλιψης και της ανασφάλειας (Czaczkes & DeNour, 1978, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Rounds & Israel, 1984). Οι σύζυγοι μπορεί να αντιμετωπίζουν τις ίδιες απώλειες που βιώνουν και οι ασθενείς. Η ζωή του/της συζύγου γίνεται ολοένα και περισσότερο ελεγχόμενη από τις ανάγκες του ατόμου και μπορεί να προκαλέσει μια συρρίκνωση του κοινωνικού δικτύου. Το χρονικό λοιπόν διάστημα μεταξύ της διάγνωσης της χρόνιας νόσου και της έναρξης της θεραπείας είναι εκείνη κατά την οποία ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με μια μεγάλη κρίση. Η συναισθηματική και πληροφοριακή υποστήριξη απαιτούνται από τον ασθενή και την

οικογένεια του. Στις περισσότερες λοιπόν περιπτώσεις ο ασθενής και η οικογένεια θα βγουν έξω από το στενό προσωπικό δίκτυο για ενημερωτική υποστήριξη (Rounds & Israel, 1984).

Το φιλικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αναρρώσει από την ασθένεια του. Ωστόσο η ανεπαρκής υποστήριξη από φίλους μπορεί να δημιουργήσει άγχος και σύγχυση ύστερα από επέμβαση αορτοστεφανιαίας νόσου. Οι υποστηρικτικές επισκέψεις από μέλη της οικογένειας και από φίλους έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τις αρνητικές επιδράσεις της υγείας (Wood & Estes, 1990, όπως περιγράφεται στο άρθρο της Ell, 1996). Πρέπει να αναφέρουμε ότι η κατάθλιψη που είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα επιδεινώνεται περαιτέρω από την κοινωνική απομόνωση (Strauss & Glaser, 1975, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Rounds & Israel, 1984). Η απώλεια της κοινωνικής επαφής συμβαίνει επειδή το άτομο δεν έχει αρκετή ενέργεια και χρόνο για να περάσει με τους φίλους του. Επομένως, επειδή το κοινωνικό δίκτυο συρρικνώνεται, η οικογένεια συνήθως που είναι το πιο άμεσο διαθέσιμο μέρος του δικτύου, παίρνει όλο και μεγαλύτερη σημασία (Rounds & Israel, 1984).

Μέχρι πρόσφατα, η κοινωνική υποστήριξη τόνιζε τα ευεργετικά της αποτελέσματα. Κρίνεται απαραίτητο να επισημάνουμε ότι οι οικογένειες δεν είναι απλά στατικές τράπεζες πόρων αλλά μπορεί να είναι πιθανές πηγές στρες και να υπάρχουν αρνητικές κοινωνικές ανταλλαγές. Οπότε εάν η οικογένεια ή οικογενειακή λειτουργία χαρακτηρίζεται από σύγκρουση και δυσχερής επικοινωνία, οι ενδεχόμενες θετικές επιπτώσεις της στήριξης της οικογένειας στην έκβαση των ασθενών μπορεί να εξασθενήσουν. Και εάν η ασθένεια συμβαίνει σε οικογένειες με χρόνιους ασθενείς, η στήριξη των μελών μπορεί να αποδυναμωθεί (Pearlin & Turner, 1987, όπως αναφέρεται στο άρθρο της Ell, 1996).

#### 4.1.2 Κοινωνική υποστήριξη και εθελοντές

Στον Καναδά η καρδιαγγειακή νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορους τρόπους, όπως η χειρουργική θεραπεία είναι μια από τις σημαντικότερες θεραπευτικές τεχνικές. Η κοινωνική υποστήριξη είναι καθοριστική για την πρόληψη και την παροχή βοήθειας σε ασθενείς που αναρρώνουν από ένα καρδιολογικό πρόβλημα. Εκτός από τις πηγές υποστήριξης που γνωρίζουμε, δηλαδή, η οικογένεια, οι στενοί φίλοι, οι γείτονες και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι εθελοντές είναι μια σημαντική πηγή υποστήριξης που εμφανίστηκε στον Καναδά (Meagher, Gregor, & Stewart, 1987). Έχει λοιπόν σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα το οποίο συνδέει τους εθελοντές που έχουν ανακτηθεί επιτυχώς από μια καρδιοχειρουργική επέμβαση με τα άτομα που επρόκειτο να υποβληθούν σε μια χειρουργική επέμβαση. Αυτό το είδος κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να ωφελήσει όχι μόνο αυτόν που θα δεχτεί την βοήθεια αλλά και αυτόν που την δίνει, δηλαδή τον δωρητή της στήριξης (Riessman, 1965, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Meagher et al., 1987).

Το «Halifax program» είναι μια μη κερδοσκοπική οργάνωση στον Καναδά που δημιουργήθηκε το 1984 και αφορούσε τους καρδιοπαθείς. Η ομάδα αυτή εστίαζε σε επισκέψεις που έκαναν οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και ζητούσαν την βοήθεια τους. Τα μέλη αυτού του προγράμματος ως τότε ανέρχονταν στα 20 και συμμετείχαν και οι εθελοντές. Οι επισκέψεις λοιπόν των ασθενών έκανε πιο άμεση την αλληλεπίδραση των εθελοντών με τους ίδιους και τις οικογένειες τους. Παράλληλα το πρόγραμμα αυτό παρείχε συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη στους αρρώστους. Από διάφορες στατιστικές μελέτες που έγιναν μέχρι σήμερα διαπιστώνεται ότι το 75% των 650 ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ετησίως λαμβάνουν βοήθεια από ένα εθελοντή (Meagher et al., 1987). Αυτό σημαίνει ότι 40 ασθενείς τους επισκέπτονται κάθε μήνα. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε

ότι οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιούνται από τον ασθενή αλλά με τον καιρό έχουμε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον και από το οικογενειακό του περιβάλλον. Επιπλέον μια επίσκεψη διαρκεί 20 λεπτά και το 70% των επισκέψεων πραγματοποιούνται στον θάλαμο πριν την επέμβαση, το 5% με την οικογένεια και το 25% μετά την χειρουργική επέμβαση. Οι περισσότεροι εθελοντές από τις εμπειρίες που είχαν με τα άτομα αυτά, ανέφεραν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες τους αρχικά αισθάνονταν ανήσυχοι, φοβισμένοι και νευρικοί αλλά στο τέλος της επίσκεψης φαίνονταν πιο χαλαροί και ευγνώμονες για την επίσκεψη. Σύμφωνα με τους Pieper (1985) και Gilliss (1984) η περίοδος αναμονής πριν από την καρδιοχειρουργική επέμβαση έχει αναγνωριστεί ως μια σημαντική πηγή άγχους για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Είναι σαφές λοιπόν ότι ο εθελοντής είναι μια ζωτική πηγή πληροφόρησης για τον ασθενή και τους οικείους του. Είναι μια δυαδική πηγή κοινωνικής υποστήριξης που συμβάλλει καθοριστικά στην αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από ένα καρδιαγγειακό πρόβλημα. Ένα δομημένο πρόγραμμα παροχής συμβούλων έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά το άγχος των ασθενών που αυξάνεται κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, αλλά σε μικρότερο βαθμό, αν βρίσκονται στο σπίτι (Koivula, Tarkka & Tarkka, Laippala & Paunonen-Ilmonen, 2001). Τέλος, ο Hildingh et al., (1997) (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Koivula et al., 2001) διαπίστωσαν ότι μόνο το 16% των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου ηλικίας άνω των 65 παρακολουθούσαν μια ομάδα υποστήριξης. Σε περιόδους λοιπόν οικονομικής συγκράτησης και αυξημένου κινδύνου κατακερματισμού του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης η ανάγκη για υποστήριξη από τους εθελοντές είναι προφανής.

### 4.1.3 Κοινωνική υποστήριξη και σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει εκείνους τους ανθρώπους που αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς σε τακτά χρονικά διαστήματα βάση το πλαίσιο διαδικασίας που λαμβάνει η υγειονομική περίθαλψη. Ο στόχος αυτού του συστήματος είναι η παροχή και η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και η προώθηση της μακροπρόθεσμης αποκατάστασης (Rounds & Israel, 1984). Το πλαίσιο- νοσοκομείο έχει αλλάξει ριζικά κατά την τελευταία δεκαετία. Το κέντρο υποστήριξης της οικογένειας προσφέρει ένα εύκολα προσβάσιμο, ευχάριστο και άνετο μέρος για τα άτομα τα οποία έχουν την δυνατότητα να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με την ασθένεια. Επειδή βρίσκεται μέσα στο συγκρότημα νοσοκομείο, οι άνθρωποι έρχονται στο κέντρο μετά από μια επίσκεψη με έναν ιδιωτικό γιατρό. Αυτό το κέντρο παρέχει ένα είδος ασφαλούς καταφυγίου, όπου οι ανάγκες είναι το επίκεντρο της προσοχής. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων και υποστήριξη. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να αποδεχθεί την ασθένεια του, να την διαχειριστεί με επιτυχία και να μειώσει το άγχος και τον φόβο που αισθάνεται (Boise, Heagerty & Eskenazi, 1996).

Ωστόσο, είναι σαφές ότι η πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζουν ποικίλου βαθμού φόβο και άγχος αν υποβληθούν σε εγχείριση αλλά και για το μόσχευμα που μπορεί να πάρουν. Η προεγχειρητική νοσηλευτική αποσκοπεί στο να ανακουφίσει τα συναισθήματα των ασθενών διότι το άγχος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία τους κατά το χειρουργείο (Koivula, et al., 2001). Οι νοσηλευτές, όπως γνωρίζουμε διαθέτουν λιγότερη ισχύ και εξουσία από τους γιατρούς και επικεντρώνονται στον άρρωστο. Η εκπαίδευση τους καθώς και οι κανόνες δεοντολογίας που πρέπει να ακολουθήσουν πιστά έχουν ως κύριο στόχο την φροντίδα του ασθενούς. Παράλληλα, οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να ενημερώνονται σχετικά με την

υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της νόσου καθώς και για τις επιπλοκές και τα προβλήματα που είναι δυνατόν ο ασθενής να αντιμετωπίσει. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της νοσηλευτικής φροντίδας και τον χώρο όπου αυτή εκτυλίσσεται. Το είδος της ασθένειας από την οποία πάσχει ο άρρωστος καθορίζει και τον τύπο σχέσης που μπορεί να υπάρξει ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον άρρωστο. Όταν η πάθηση είναι χρόνια αλλά σταθερή, τότε ο ασθενής αποκτά νέες γνώσεις για τον εαυτό του και για την ασθένεια που τον «περιβάλλει», με αποτέλεσμα να υπερβαίνει συχνά τις γνώσεις και την επάρκεια του νοσηλευτή. Οπότε, ένας καλός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει ενεργητικότητα, πνεύμα συνεργασίας και καθοδήγησης (Σαρρής, 2001). Οι πληροφορίες που παρέχονται από νοσοκόμες πρέπει να είναι αντικειμενικές, για να κάνει την τρομακτική κατάσταση πιο υποφερτή και οικεία για τον ασθενή (Koivula, et al., 2001). Στην επαγγελματική νοσηλευτική λοιπόν η πληροφορία είναι ο κεντρικός τρόπος υποστήριξης του ασθενούς. Η πληροφοριακή υποστήριξη αναφέρεται στην ασθένεια και την υγεία που σχετίζονται με πληροφορίες που δόθηκαν από νοσηλευτές, την εκπαίδευση των ασθενών για να κατανοήσουν καλύτερα την φροντίδα τους και την παροχή συμβούλων για τους ασθενείς (Koivula, et al., 2001). Ωστόσο, ο Kruger (1990) δήλωσε ότι ο ρόλος της νοσηλευτικής στην εκπαίδευση των ασθενών είναι ακόμα ασαφής.

Ο Otte (1996) διαπίστωσε ότι μια ομάδα χειρουργημένων ασθενών έμειναν δυσαρεστημένοι με το πολυεπιστημονικό προσωπικό και με την ροή των πληροφοριών στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφέρουμε μια έρευνα που διεξήχθη στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Tampere στην Φιλανδία και τα δυο ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από αυτή. Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αναφέρεται στο πόση κοινωνική υποστήριξη λαμβάνουν οι ασθενείς από το νοσοκομείο προεγχειρητικά. Το δεύτερο ερώτημα

που προκύπτει είναι: ποιος είναι ο αντίκτυπος της προ - εγχειρητικής κοινωνικής στήριξης στο φόβο και το άγχος των ασθενών ( Koivula, et al., 2001). Σε πρώτη φάση λοιπόν, οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν σε μια ταχυδρομική έρευνα κατά την αναμονή για την χειρουργική επέμβαση και στην δεύτερη φάση απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο στο νοσοκομείο το βράδυ πριν την εγχείριση. Το δείγμα απαρτίζεται από 270 ασθενείς συνολικά, στην λίστα αναμονής, 30 ασθενείς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και εξήγησαν την άρνηση τους, επικαλούμενοι λόγους όπως: κακή φυσική κατάσταση, κακή όραση κτλ. Από τους 240 ασθενείς που συναίνεσαν, το 20% απέτυχαν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη. 11 ασθενείς δεν κατάφεραν να λάβουν τα ερωτηματολόγια, διότι είχαν υποβληθεί σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση και έχασαν την ζωή τους. 23 ασθενείς επέστρεψαν ένα κενό φύλλο και 13 έδωσαν ελλιπείς απαντήσεις, οι οποίες απορρίφθηκαν. Τα αποτελέσματα λοιπόν έδειξαν ότι πάνω απ' όλα φοβούνται τον πόνο, την επιδείνωση της υγείας τους και την αβεβαιότητα. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς είχαν κάποιο φόβο και ένα τρίμηνο είχαν μέτριο φόβο ενώ το ¼ έντονο φόβο. Όσον αφορά στο πρώτο ερώτημα, η πλειοψηφία των ασθενών έλαβαν ενημερωτική υποστήριξη από νοσοκόμες. Πάνω από τους μισούς είχαν λάβει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια τους. Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφεραν ότι οι πληροφορίες από τις νοσοκόμες ήταν ακριβώς αυτό που χρειάζονταν. Το 1/3 των ασθενών ανέφεραν ότι η οικογένεια τους είχε λάβει λίγες ή καθόλου πληροφορίες. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς είχαν συναισθηματική υποστήριξη. Ένα στους δέκα αισθάνθηκαν ότι είχαν μόνο λίγες ευκαιρίες για να το συζητήσουν με νοσηλευτές, ενώ το 1/3 αισθάνθηκαν ότι είχαν πολλές. Οι περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι οι νοσοκόμες είχαν ανταποκριθεί στην ανάγκη τους για βοήθεια πολύ γρήγορα. Το 39% των ασθενών είχαν παρακολουθήσει μια προ-εγχειρητική ομάδα στήριξης που διοργανώνεται στο νοσοκομείο. Το 25% των ασθενών ανέφεραν ότι ένα μέλος της οικογένειάς τους ήταν παρών το βράδυ πριν την εγχείριση. Όσον

αφορά στο δεύτερο ερώτημα το ποσό της συναισθηματικής στήριξης ήταν υψηλό και έτσι οι φόβοι των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότεροι (Koivula, et al., 2001).

Κρίνεται απαραίτητο σε αυτό το σημείο να μιλήσουμε για ένα σημαντικό μέλος του συστήματος περίθαλψης που είναι ο γιατρός. Ο γιατρός πρέπει να έχει μια πολύ καλή σχέση με τον ασθενή προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Η επικοινωνία λοιπόν του γιατρού με τον ασθενή είναι η αρχή και το τέλος κάθε επαφής. Η επικοινωνία πρέπει να βασίζεται στην ποιότητα, η οποία αποτελεί ένα βασικό κριτήριο του ασθενή προκειμένου να διαλέξει τον γιατρό του (Παπαγιάννης, 2003). Ως επικοινωνία μπορούμε να ορίσουμε την ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων και συναισθημάτων ανάμεσα σε πρόσωπα. Αυτού του είδους η επικοινωνία, δηλαδή μεταξύ του γιατρού και του ασθενή είναι ουσιαστικά μια ιδιόμορφη διαπροσωπική σχέση μεταξύ θεραπευτού και θεραπευόμενου (Παπαγιάννης, 2003). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι υπάρχουν δύο πρότυπα όσον αφορά την σχέση που έχει ο γιατρός με τον ασθενή του και αντιστρόφως. Το πατερναλιστικό πρότυπο εστιάζει στην ουσία στον γιατρό. Αυτός θεωρείται αυθεντία στα θέματα της ιατρικής. Ο ασθενής δεν μπορεί να συνεργαστεί με τον γιατρό του αλλά πρέπει να τηρεί πιστά τις οδηγίες που του δίνει χωρίς να τον αμφισβητεί. Αυτό το πρότυπο καλλιεργήθηκε από την ιατρική κοινότητα στο παρελθόν και οδηγούσε σε δυσανασχετήσεις των συγγενών καθώς και του ίδιου του ασθενή. Από την άλλη πλευρά υπάρχει το συνεργατικό πρότυπο. Το πρότυπο αυτό επικεντρώνεται στην συνεργασία του ασθενούς με τον γιατρό προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα. Ο γιατρός λοιπόν δείχνει στον ασθενή του κάποιες κατευθύνσεις και διόδους σχετικά με το πρόβλημα που τον απασχολεί. Ο ασθενής είναι αυτός που αποφασίζει τελικώς για την υγεία του και την αγωγή που θα ακολουθήσει καθώς και οι συγγενείς του. Ωστόσο, η ευθύνη από το τελικό αποτέλεσμα



διαμοιράζεται μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς με σκοπό να μειωθούν οι συγκρούσεις (Κακκέβη, 2008).

Στην σύγχρονη άσκηση της ιατρικής, ο γιατρός ασχολείται περισσότερο με το μέρος του σώματος που ο ασθενής αναφέρει ότι πονάει παρά με τις προσωπικές και συναισθηματικές ανάγκες του. Ο γιατρός λοιπόν για να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με τον ασθενή του θα πρέπει να εξετάζει εκτός από το όργανο που υποφέρει ο ασθενής και την ιδιοσυγκρασία καθώς και την ψυχολογική του κατάσταση. Ο ίδιος πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως άτομο και όχι ως ένα ακόμα περιστατικό. Δυστυχώς όμως στις μέρες μας φαίνεται να επικρατούν συμπεριφορές που είναι περισσότερο προσανατολισμένες στην διεκπεραίωση των ιατρικών διαδικασιών παρά στις ψυχικές ανάγκες του ασθενούς (Κακκέβη, 2008). Με λίγα λόγια, ο γιατρός στην σύγχρονη εποχή δεν διαθέτει ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση στην ιατρική σχέση προϋποθέτει ότι ο γιατρός χρησιμοποιεί τις αντιληπτικές, γνωστικές και συναισθηματικές του ικανότητες, προκειμένου να κατανοήσει τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του ασθενούς με σκοπό να διατηρηθεί μια υγιής σχέση. Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μια ισορροπία, δηλαδή να συμπάσχει με τον ασθενή αλλά και να είναι αποστασιοποιημένος συναισθηματικά (Κακκέβη, 2008). Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι σημαντική αρχή και προϋπόθεση για την κλινική επικοινωνία είναι η γνήσια διάθεση του γιατρού να καταλάβει και να βοηθήσει τον άρρωστο (Παπαγιάννης, 2003).

#### 4.1.4 Κοινωνική υποστήριξη και ψυχολόγοι

Ο Bellg (2004) (όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005) τονίζει ότι η ψυχολογική υποστήριξη και αξιολόγηση του ασθενούς καθίσταται σημαντική διότι μπορεί να φέρει στην επιφάνεια άγνωστες πτυχές της ζωής του όπως οικογενειακά προβλήματα, ζητήματα ψυχικής

υγείας και εμπόδια ζωής του ασθενούς. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να φανούν χρήσιμα για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του ασθενούς και να αποκατασταθεί η υγεία του. Οι ψυχολόγοι πρέπει να προσεγγίσουν και να μιλήσουν στο άτομο με καρδιακή πάθηση με τρόπο κατανοητό ώστε και το ίδιο να αισθανθεί άνετα και να μιλήσει για το πρόβλημα του. Για να διευκολυνθεί η αξιολόγηση είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια για την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται ή μπορεί να επιτευχθεί μια συνέντευξη που θα αναφέρεται στο πως το ίδιο το άτομο αντιμετωπίζει την ασθένεια του, στο αν μπορεί να συμμορφωθεί με τις ιατρικές οδηγίες, αν μπορεί να επιφέρει την αλλαγή και να εξεταστεί στο αν πάσχει από μια ψυχοπαθολογία. Με αυτόν τον τρόπο, οι ψυχολόγοι μπορούν να επηρεάσουν την πορεία μιας καρδιαγγειακής νόσου βοηθώντας τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν κατά πρόσωπο την ασθένεια τους ή τα προβλήματα ψυχοπαθολογίας που μπορεί να προκύψουν και ασκώντας επίδραση στους ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και την πορεία της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές. Οι Linden, Stossel και Maurice (1996) σε μια μετανάλυση 23 κλινικών δοκιμών με τυχαίο δείγμα ελέγχου έδειξαν ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν σε ψυχολογικές παρεμβάσεις, παρουσίαζαν μεγαλύτερες μειώσεις στα επίπεδα δυσφορίας, στην συστολική πίεση, στον καρδιακό ρυθμό καθώς και επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Ωστόσο, όσοι δεν συμμετείχαν ήταν περισσότερο ευάλωτοι σε ένα καρδιακό επεισόδιο και είχαν μεγαλύτερη θνησιμότητα κατά τα δύο χρόνια επανελέγχου.

Ο Robert Allan, ψυχολόγος στην Νέα Υόρκη, για τα τελευταία 15 χρόνια έχει παράσχει την εκπαίδευση και την ατομική και ομαδική θεραπεία σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε πρόγραμμα στεφανιαίας νόσου. Ένα μεγάλο μέρος της δουλειά του Allan διδάσκει τους

ανθρώπους απλά για την ασθένεια τους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, διεξάγει εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους ασθενείς που νοσηλεύονται μετά από μια καρδιακή προσβολή, χειρουργική επέμβαση παράκαμψης, αγγειοπλαστική ή άλλα καρδιαγγειακά προβλήματα (American Psychological Association, 2001).

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι ψυχολόγοι μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερευση του καρδιοπαθούς δημιουργώντας προγράμματα που έχουν στόχο την μείωση του καπνίσματος και άλλες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην πρόληψη της νόσου (American Psychological Association, 2007).

Σε παλαιότερη μελέτη στο περιοδικό *American Journal of Cardiology* (Τόμος 90, Νο 1, 86 με 87 σελίδες), ο Blumenthal και οι συνάδελφοί του ανέφεραν ότι η διαχείριση του άγχους μειώνει επίσης και το κόστος. Ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα οι οποίοι είχαν συμμετάσχει σε εβδομαδιαία προγράμματα για την διαχείριση του άγχους είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και τα ιατρικά έξοδα ήταν χαμηλότερα από αυτούς που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα.

Στην Ελλάδα από τα πρώτα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης μετά από έμφραγμα ήταν το πρόγραμμα που εφαρμόστηκε από την Καλαντζη-Αζίζι (1985). Είχε ως στόχο τον αυτοέλεγχο των ασθενών. Παράλληλα, συμμετείχαν σε αυτό μικρές ομάδες 5-10 ατόμων και συζητούσαν για την πορεία και την εξέλιξη της υγείας τους, την συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης καθώς και του αυτοελέγχου. Το πρόγραμμα αυτό λάμβανε μέρος λίγες μέρες πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο αλλά και μετά την έξοδο. Τέλος, σημαντικός στόχος του προγράμματος ήταν η έκφραση των συναισθημάτων και σκέψεων του ασθενούς σχετικά με την ασθένεια και πως θα είναι η ζωή του μαζί με το καρδιαγγειακό πρόβλημα.

Καταλήγοντας, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι ψυχολόγοι μπορούν να βοηθήσουν όχι μόνο αυτούς που έχουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας αλλά και τις δομές όπως το νοσοκομείο

και αυτούς που το απαρτίζουν προκειμένου να ωφεληθούν οι ίδιοι οι ασθενείς με στόχο την βελτίωση της υγείας τους ή της αντιμετώπισης ενός σοβαρού προβλήματος.

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **5. ΠΑΡΟΥΣΑ ΈΡΕΥΝΑ**

#### **5.1 Σκοπός της έρευνας και οι υποθέσεις**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη (η οικογένεια, οι εθελοντές και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης) συμβάλλει στην ψυχική υγεία ενός καρδιοπαθούς ατόμου. Συγκεκριμένα, ο σκοπός αυτός εξετάζεται μέσα από διάφορες αναλύσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στα άτομα αυτά με την μορφή ερωτηματολογίων.

Οι κυριότερες υποθέσεις της συγκεκριμένης έρευνας είναι οι εξής:

- 1) η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την σωματική υγεία των καρδιοπαθών.
- 2) η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία των ατόμων με καρδιαγγειακές παθήσεις.
- 3) η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ασθενείς καθώς και η ψυχική τους υγεία δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο.

## 6. ΜΕΘΟΔΟΣ

### 6.1 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα απευθυνθήκαμε σε 159 καρδιοπαθείς. Αρνήθηκαν τη συμμετοχή 19 ασθενείς και αποχώρησαν αν και συμμετείχαν στην πρώτη φάση της έρευνας 8 καρδιοπαθείς. Οπότε το τελικό δείγμα είναι 132 άτομα με καρδιολογικά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν από το νοσοκομείο και το ΚΑΠΗ. Από τους 132 συμμετέχοντες, οι 90 (68,2%) ήταν άνδρες ενώ οι 42 (31,8%) ήταν γυναίκες. Όσον αφορά την μόρφωση και την εκπαίδευση τους 6 άτομα (4,5%) παρακολούθησαν τις πρώτες τάξεις του δημοτικού, 42 άτομα (31,8 %) ολοκλήρωσαν το δημοτικό, 17 άτομα (12,9%) τελείωσαν και τις τρεις τάξεις του γυμνασίου ενώ 28 (21,2%) πήραν απολυτήριο λυκείου. Σε ποσοστό 6,8%, δηλαδή 9 άτομα ολοκλήρωσαν ανάλογες σχολές. Αυτοί που εισήχθησαν σε ανώτατο τεχνολογικό ίδρυμα (ΤΕΙ) ήταν 4 άτομα, ενώ αυτοί που πέρασαν σε κάποιο πανεπιστήμιο (ΑΕΙ) ήταν 23 άτομα (17,4%). Τέλος, 3 άτομα σε ποσοστό 2,3% προχώρησαν σε κάποιο μεταπτυχιακό. Χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες ανάλογα με το καρδιολογικό τους πρόβλημα, σε αυτούς που είχαν στεφανιαία νόσο (αρρυθμίες, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, κοιλιακές αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια), υπέρταση και ασθένεια καρδιακών βαλβίδων (ανεπάρκεια βαλβίδων: την μιτροειδή, την αορτική, την πνευμονική ή την τριγλώχινα). Οι ασθενείς που έπασχαν από στεφανιαία νόσο είναι 103 ενώ από υπέρταση είναι 19. Τέλος, οι ασθενείς που είχαν την ασθένεια καρδιακών βαλβίδων είναι 10. Παράλληλα, εξαιτίας του καρδιακού τους προβλήματος νοσηλεύτηκαν 99 (75,0%) άνδρες και 33 (25,0%) γυναίκες. Τα άτομα που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο λόγω του καρδιακού τους προβλήματος ήταν 51 (38,6%) άνδρες και 81 (61,4%) γυναίκες.

## 6.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

- Ψυχική υγεία

Το νοσοκομειακό άγχος και η κλίμακα της κατάθλιψης (Zigmond & Snaith, 1983; Mystakidou et al., 2004, for the Greek adaptation) χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογήσουν την ψυχική υγεία. Τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης μετριοούνται με 7 ερωτήσεις το καθένα (όπως, εγώ νιώθω ένταση ή εκκαθάριση ή μπορώ να καθίσω άνετα και να αισθανθώ χαλαρός. Παράλληλα, ακόμη απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζαν να με ευχαριστούν ή έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την εμφάνιση μου). Η αξιοπιστία της κλίμακας του άγχους (ab2, ab4, ab6, ab8, ab10, ab12, ab14) ήταν ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha= 0,795 ενώ η κλίμακα της κατάθλιψης (cb1, cb3, cb5, cb7, cb9, cb11, cb13) είχε δείκτη αξιοπιστίας Cronbach alpha= 0,809. Επιπλέον, για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο οι ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν μια κλίμακα Likert τεσσάρων συχνοτήτων με υψηλότερες βαθμολογίες που δείχνουν πιο έντονα συμπτώματα.

- Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο MOS Social Support Survey (Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995). Αποτελείται από τέσσερις παράγοντες:

A) παροχή συγκεκριμένης βοήθειας (4 ερωτήσεις, πχ κάποιος να σας πάει στον γιατρό). Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha είναι 0,874.

B) συναισθηματική στήριξη (3 ερωτήσεις, πχ κάποιος να σου δείξει αγάπη και φροντίδα). Σε αυτόν τον παράγοντα ο Cronbach's a είναι 0,871.

Γ) θετική κοινωνική αλληλεπίδραση (3 ερωτήσεις, πχ, κάποιος να κάνετε κάτι ευχάριστο μαζί). Ο Cronbach's a είναι 0,907.

Δ) ηθική/ πληροφοριακή στήριξη (8 ερωτήσεις, πχ, κάποιος να σε ακούσει ή να σου δώσει πληροφορίες). Ο Cronbach's  $\alpha$  είναι 0,892. Τέλος, είναι σημαντικό να πούμε ότι, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δόθηκαν στην βάση μια κλίμακας τύπου Likert από το 1 (=καθόλου) ως το 5 (=πάντα). Οι υψηλότερες τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη υποστήριξη.

### 6.3 Διαδικασία

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό την συγγραφή της πτυχιακής μου εργασίας. Η διαδικασία που ακολούθησε ήταν η χορήγηση ερωτηματολογίων σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με κάποια καρδιαγγειακή ασθένεια ή πρόβλημα. Η έρευνα αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας.

Αρχικά, ενημερώνονταν ότι η συμμετοχή τους είναι απολύτως εθελοντική αλλά πολύ σημαντική για τους σκοπούς της έρευνας. Παράλληλα, πληροφορούνταν ότι η συγκεκριμένη έρευνα θα διεκπεραιωθεί σε τρεις φάσεις. Η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο MOS Social Support Survey κατά την πρώτη φάση της έρευνας ενώ η ψυχική υγεία μετρήθηκε με το πρώτο και τρίτο ερωτηματολόγιο. Η δεύτερη και η τρίτη φάση θα δίνονταν από τον ερευνητή μετά από 1 με 1.5 μήνα. Επιπλέον, γινόταν σαφές ότι αν δεν επιθυμούσαν να συνεχίσουν το ερωτηματολόγιο, είχαν την δυνατότητα να σταματήσουν την συμπλήρωση του, εφόσον κρινόταν απαραίτητο. Επίσης, ενημερώνονταν ότι στα ερωτηματολόγια που θα συμπλήρωναν δεν υπήρχαν σωστές ή λάθος απαντήσεις, απλά έπρεπε να απαντήσουν σύμφωνα με το δικό τους πρόβλημα, δηλαδή πως βλέπουν οι ίδιοι την ασθένεια τους ή αν υπάρχουν άτομα που να τους παρέχουν στήριξη και φροντίδα, με απόλυτη ειλικρίνεια. Στην αρχή της πρώτης φάσης του ερωτηματολογίου υπήρχαν δημογραφικά στοιχεία, τα οποία οι

συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν και τα οποία αναφέρονταν στα αρχικά γράμματα του ονόματος του, στο όνομα του πατέρα του και στο επώνυμο του, στο φύλο και την ηλικία καθώς και στον τύπο της καρδιολογικής ασθένειας που έπασχαν, στο αν είχαν νοσηλευτεί ή χειρουργηθεί εξαιτίας αυτού του προβλήματος. Στην αρχή της δεύτερης και της τρίτης φάσης συμπλήρωναν μόνο τα αρχικά του ονόματος και του επώνυμου, το φύλο και την ηλικία προκειμένου να μην υπάρχει σύγχυση και μπέρδεμα στα ερωτηματολόγια του καθένα συμμετέχοντα. Τέλος, τους έγινε κατανοητό ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν είναι εντελώς εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τους ερευνητές για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν περίπου κατά την διάρκεια δύο μηνών, από τα τέλη Οκτωβρίου του 2011 έως τα τέλη Δεκεμβρίου του 2011. Κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε ότι κάποιες από τις ερωτήσεις που υπήρχαν στα ερωτηματολόγια δεν απαντήθηκαν από το δείγμα, ίσως γιατί δεν τις πρόσεξαν ή μπορεί να έρχονταν σε δύσκολη θέση ή επειδή μπορεί να μην είχαν διάθεση.

Καταλήγοντας, το ερωτηματολόγιο της πρώτης φάσης απαιτούσε περίπου είκοσι με εικοσιπέντε λεπτά να συμπληρωθεί, ενώ η δεύτερη και η τρίτη φάση απαιτούσαν λιγότερο χρόνο. Όταν λοιπόν οι συμμετέχοντες ολοκλήρωναν τα ερωτηματολόγια, τους ευχαριστούσαμε για τον χρόνο που μας διέθεσαν και για την πολύτιμη αρωγή τους.



## 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήσαμε για να αναλύσουμε τα ερωτηματολόγια των συμμετεχόντων είναι το SPSS. Αυτό που προσπαθούμε να ερευνήσουμε είναι κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη (συγκεκριμένη βοήθεια, συναισθηματική στήριξη, θετική κοινωνική στήριξη, πληροφοριακή στήριξη και ο διάλογος) σχετίζεται με την ψυχική υγεία (άγχος και κατάθλιψη) των καρδιοπαθών. Το στατιστικό κριτήριο που εφαρμόστηκε εδώ είναι ο συντελεστής/δείκτης συνάφειας Pearson ( $r$ ). Ανήκει στην κατηγορία των σταθμισμένων δεικτών, δηλαδή είναι στατιστικός δείκτης που έχει συγκεκριμένο εύρος. Το εύρος που μπορεί να πάρει ο  $r$  είναι από  $-1$  έως και  $+1$ . Το πρώτο μέγεθος δείχνει μια τέλεια αρνητική σχέση, ενώ το δεύτερο μια τέλεια θετική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών ( Σιδερίδης, Εμβαλώτης, Κάτσης, 2006). Θέλουμε λοιπόν να ελέγξουμε την αλληλεπίδραση των δύο μεταβλητών, δηλαδή το κατά πόσο οι τιμές που παίρνει η μία μεταβλητή (κοινωνική υποστήριξη) επηρεάζονται από τις τιμές που παίρνει η άλλη μεταβλητή (ψυχική υγεία).

Οι μεταβλητές που θα αναλύσουμε και παρακάτω με την βοήθεια του πίνακα είναι η απτή βοήθεια, η συναισθηματική στήριξη, η κοινωνική στήριξη, η πληροφοριακή στήριξη σε σχέση με το άγχος (1) και με το άγχος (2) καθώς και με την κατάθλιψη (1) και την κατάθλιψη (2). Το (1) αφορά την πρώτη φάση της έρευνας και το (2) στην δεύτερη χορήγηση, δηλαδή στην τρίτη φάση της έρευνας.

Πίνακας 1 *Pearson (r)*, συσχετίσεις

<i>Pearson r</i>	<i>Απτή βοήθεια</i>	<i>Συναισθηματική υποστήριξη</i>	<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	<i>Πληροφοριακή υποστήριξη</i>
Απτή βοήθεια	1	,860**	,804**	,782**
Συναισθηματική υποστήριξη	,860**	1	,888**	,835**
Κοινωνική Υποστήριξη	,804**	,888**	1	,901**
Πληροφοριακή Υποστήριξη	,782**	,835**	,901**	1
Άγχος 1	-,244**	-,255**	-,241**	-,172*
Άγχος 2	-,432**	-,393**	-,378**	-,344**
Κατάθλιψη1	-,320**	-,356**	-,316**	-,270**
Κατάθλιψη 2	-,251**	-,306**	-,331**	-,290**

\*\* . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο 0.01 επίπεδο (2-tailed).

\* . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο 0.05 επίπεδο (2-tailed).

Αρχικά, στον πίνακα 1 παρατηρούμε ότι η απτή βοήθεια (tangible) που προσφέρεται στους ασθενείς έχει αρνητική συσχέτιση με το άγχος (1), ( $r = -.244, p < 0,01$ ) καθώς και όταν σχετίζεται με το άγχος (2), ( $r = -.432, p < 0,01$ ). Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι, όσο αυξάνεται η απτή βοήθεια στους καρδιοπαθείς τόσο μειώνεται το άγχος τους (άγχος 1,2). Στην συνέχεια, βλέπουμε ότι η απτή βοήθεια σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη 1 και 2, [ $r = -.320, p < 0,01$  (κατάθλιψη 1)] και [ $r = -.251, p < 0,01$  (κατάθλιψη 2)]. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η απτή βοήθεια, τόσο μειώνεται η κατάθλιψη των καρδιοπαθών κατά την πρώτη και την δεύτερη φάση (κατάθλιψη 1, 2). Προχωρώντας, η συναισθηματική βοήθεια φαίνεται να σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τις μεταβλητές άγχος (1) και άγχος (2). Στο άγχος (1) το  $r = -.255, p < 0,01$  ενώ στο άγχος (2) το  $r = -.393, p < 0,01$ . Δηλαδή, η συναισθηματική βοήθεια (affectionate) συσχετίζεται αρνητικά με το άγχος (1) και με το άγχος (2). Άρα, όσο περισσότερη συναισθηματική βοήθεια λαμβάνει το άτομο, τόσο λιγότερο άγχος έχουν και στις δυο περιπτώσεις (άγχος 1 & 2). Στην συνέχεια,

παρατηρούμε ότι η συναισθηματική βοήθεια (affectionate) έχει αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη (1) και με την κατάθλιψη (2). Δηλαδή στην κατάθλιψη (1) το  $r = -,356$ ,  $p < 0,01$  και στην κατάθλιψη (2) το  $r = -,306$ ,  $p < 0,01$ . Όσο περισσότερη συναισθηματική βοήθεια παίρνει ο καρδιοπαθής από τους γύρω του, τόσο μειώνεται η κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, η κοινωνική βοήθεια (social) έχει αρνητική συσχέτιση με το άγχος (1) με  $r = -,241$ ,  $p < 0,01$  και με το άγχος (2) με  $r = -,378$ ,  $p < 0,01$  καθώς και με την κατάθλιψη (1) με  $r = -,316$ ,  $p < 0,01$  και την κατάθλιψη (2) με  $r = -,331$ ,  $p < 0,01$ . Τέλος, η μεταβλητή πληροφοριακή υποστήριξη (information) συσχετίστηκε αρνητικά με το άγχος 1 ( $r = -,172$ ,  $p < 0,05$ ) και με το άγχος 2 ( $r = -,344$ ,  $p < 0,01$ ) καθώς και με την κατάθλιψη 1 ( $r = -,270$ ,  $p < 0,01$ ) και με την κατάθλιψη κατά την δεύτερη φάση ( $r = -,290$ ,  $p < 0,01$ ). Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η πληροφοριακή υποστήριξη που λαμβάνουν τα καρδιοπαθή άτομα, τόσο μειώνεται το άγχος και η κατάθλιψη.

Αφού λοιπόν ελέγξαμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, στην συνέχεια θέλουμε να ερευνήσουμε αν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο και σε αυτές τις μεταβλητές (συγκεκριμένη βοήθεια, συναισθηματική στήριξη, κοινωνική στήριξη, πληροφοριακή υποστήριξη, το άγχος(1), το άγχος(2), την κατάθλιψη (1) και την κατάθλιψη (2)). Για αυτόν τον λόγο λοιπόν θα χρησιμοποιήσουμε το t-test, το οποίο είναι ένα στατιστικό κριτήριο και θα δείξει τις τυχόν διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα δείγματα.

Όπως παρατηρούμε στον παρακάτω πίνακα που αναλύσαμε και παραθέσαμε τα δεδομένα, έδειξε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των δύο φύλων όσον αφορά την ψυχική υγεία τους (άγχος1, άγχος2, κατάθλιψη1 και κατάθλιψη 2) καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που δέχτηκαν οι καρδιοπαθείς (απτή βοήθεια, συναισθηματική βοήθεια, κοινωνική στήριξη και πληροφοριακή υποστήριξη) με  $p > 0,05$

Πίνακας 2 *T TEST*( ως προς το φύλο)

		<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Άγχος 1</b>	<b>Άντρες</b>	1,0048	,60018	-2,303	,023
	<b>Γυναίκες</b>	1,2687	,64059	-2,249	,027
<b>Άγχος 2</b>	<b>Άντρες</b>	1,0111	,62186	-1,813	,072
	<b>Γυναίκες</b>	1,2279	,67676	-1,758	,083
<b>Κατάθλιψη 1</b>	<b>Άντρες</b>	,8524	,62525	-1,009	,315
	<b>Γυναίκες</b>	,9762	,71944	-,959	,341
<b>Κατάθλιψη 2</b>	<b>Άντρες</b>	,8571	,55349	,550	,583
	<b>Γυναίκες</b>	,7993	,58184	,540	,591
<b>Απτή Βοήθεια</b>	<b>Άντρες</b>	4,2583	1,02733	1,042	,300
	<b>Γυναίκες</b>	4,0536	1,10367	1,015	,314
<b>Συναισθηματική Υποστήριξη</b>	<b>Άντρες</b>	4,3852	,93337	,743	,459
	<b>Γυναίκες</b>	4,2460	1,13830	,691	,492
<b>Κοινωνική Υποστήριξη</b>	<b>Άντρες</b>	4,1500	1,00686	,408	,684
	<b>Γυναίκες</b>	4,0714	1,08241	,397	,692
<b>Πληροφοριακή Υποστήριξη</b>	<b>Άντρες</b>	4,0125	,98835	-,408	,684
	<b>Γυναίκες</b>	4,0893	1,04811	-,399	,691

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της συγκεκριμένης πτυχιακής καθώς και ερευνητικής εργασίας ήταν να μελετηθεί κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη (απτή βοήθεια, συναισθηματική στήριξη, κοινωνική στήριξη και πληροφοριακή υποστήριξη) σχετίζεται με την ψυχική υγεία, είτε θετικά είτε αρνητικά ενός καρδιοπαθή ατόμου. Όπως γνωρίζουμε, ο πόνος, η δυσφορία και διάφορα άλλα αρνητικά συμπτώματα που συνοδεύουν ένα έμφραγμα ή κάποια άλλη καρδιαγγειακή πάθηση, μπορούν να προκαλέσουν άγχος, φόβο ακόμα και κατάθλιψη στους ασθενείς. Πολλές φορές πανικοβάλλονται ακόμα και στον πιο μικρό πόνο με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές ( Beunderman & Duyvis, 1990, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Καραδήμα, 2005). Γι αυτόν τον λόγο χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, με σκοπό να βοηθήσουν στα έγκυρα αποτελέσματα αυτής της έρευνας με δείγμα από 132 καρδιοπαθή άτομα.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και όπως φάνηκε και στην συγκεκριμένη ερευνητική εργασία, η κοινωνική υποστήριξη, στις διάφορες μορφές της σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία (άγχος και κατάθλιψη), δηλαδή όσο αυξάνεται η κοινωνική υποστήριξη, τόσο μειώνονται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του καρδιοπαθή.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν φάνηκε ότι το φύλο των ατόμων δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στα επίπεδα ψυχικής υγείας. Ανεξάρτητα, δηλαδή από το αν είναι άντρας ή γυναίκα τα επίπεδα ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη) δεν παρουσιάζουν διαφορές. Το ίδιο παρατηρείται και στην κοινωνική υποστήριξη που δέχονται οι καρδιοπαθείς, ότι δηλαδή δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά την υποστήριξη που λαμβάνουν ( $p>0,05$ ).

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, τα είδη της κοινωνικής υποστήριξης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία του ασθενούς. Η έρευνα αυτή αποκτά αξία γιατί επιβεβαιώνει τις υποθέσεις

της. Η κοινωνική υποστήριξη δηλαδή συνδέεται με την ψυχική υγεία του ασθενούς. Αυτό το γεγονός το δείχνουν και άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα προηγούμενα χρόνια. Σε μια μελέτη που έγινε με 1368 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ο Williams et al διαπίστωσαν ότι τα άτομα, τα οποία ήταν ανύπαντρα είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιολογικά νοσήματα σε σχέση με αυτούς που ήταν παντρεμένοι και είχαν κάποια έμπιστα πρόσωπα κοντά τους (Lett, Blumenthal, Babyak, Strauman, Robins & Sherwood, 2005).

Στην συνέχεια, θα μιλήσουμε εκτός από τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και για τους περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας. Αρχικά, οι περιορισμοί της έρευνας αφορούν το δείγμα και τα δημογραφικά στοιχεία. Ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν σχετικά μικρός, δηλαδή 132 άτομα, που σημαίνει ότι το δείγμα δεν είναι ούτε πολύ μικρό ούτε πολύ μεγάλο. Επομένως, ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να προσφέρει μεγαλύτερη αξιοπιστία στα αποτελέσματα. Παράλληλα, ένα άλλο χαρακτηριστικό που θα μπορούσε να τεθεί ως περιορισμός είναι ότι οι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες σε ποσοστό 68,2% ενώ το ποσοστό των γυναικών είναι 31,8%. Επίσης, το δείγμα είναι πολύ περιορισμένο διότι συγκεντρώθηκε μόνο από ΚΑΠΗ και νοσοκομεία. Τέλος, το δείγμα δεν αναφέρεται σε άτομα νεαρής ηλικίας καθώς ούτε σε άτομα που έχουν ξεπεράσει τα 80 τους χρόνια.

Στο μέλλον θα μπορούσαν να γίνουν έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα έτσι ώστε να διαπιστωθεί εκ νέου αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχικής υγείας. Αν δηλαδή το είδος της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται τα άτομα με καρδιοπάθεια μειώνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση των καρδιοπαθών συνδράμει στην αποκατάσταση και στην ανάρρωσή τους διότι όπως γνωρίζουμε οι περισσότεροι ασθενείς περνούν από δύσκολα στάδια όπως αυτό της κατάθλιψης, της αγωνίας, του φόβου, του θυμού και της άρνησης μέχρι να

δεχτούν και να κατανοήσουν το πρόβλημα τους. Οπότε παρατηρούμε ότι οι επεμβάσεις και η μετεγχειρητική ανάρρωση του καρδιοπαθή δεν εκπληρώνουν τον στόχο τους, αν ο ασθενής δεν επανέλθει στον κανονικό ρυθμό της ζωής του (Ανδρέου, 2010). Έτσι η κοινωνική υποστήριξη είναι μια απαραίτητη διαδικασία προκειμένου το άτομο να επανέλθει στην κανονική του ζωή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αγγελοπούλου, Α. (2009). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα: Οι Έλληνες πρώτοι στα κρούσματα καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ευρώπη. Ανακτήθηκε 22 Απριλίου, από ιστοσελίδα [http://fe-mail.gr/pages/posts/health\\_nutrition/health\\_nutrition4293.php](http://fe-mail.gr/pages/posts/health_nutrition/health_nutrition4293.php)

Ανδρέου, Κ.Π (2010). Ποιοτική βελτίωση της ζωής των καρδιοπαθών. Ανακτήθηκε από ιστοσελίδα <http://www.mazi.org.cy/mazi/page.php?pageID=13&viewArticle=31&prev=13>

Antonucci, T.C (2001). Social support, Psychology of. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*.

American Psychological Association (2001). Bringing psychology to cardiac care. Ανακτήθηκε τον Ιανουάριο, από <http://www.apa.org/monitor/jan01/cardiaccare.aspx>.

American Psychological Association (2007). One hurt- many threats. Ανακτήθηκε τον Ιανουάριο από <http://www.apa.org/monitor/jan07/threats.aspx>.

Barry, L.C., Kasl, S.V., Lichtman J., Vaccarino, V., Krunholz, H.M. (2004). Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychomatic Research*, 60, 185-193.



Berkman, L.F., Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, *115*: 684-94.

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

Boise, L., Heagerty, B., Eskenazi, L. (1996). Facing chronic illness: the family support model and its benefits. *Patient Education and Counseling*, *27*, 75-84.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds), *Handbook of psychology and health* (pp.254- 276). Hillsdale, NJ:Erlbaum.

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

Donker, F.J.S. (2000). Cardiac rehabilitation: A review of current developments. *Clinical Psychology Review*, *20*, 923- 943.

Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Social, Science & Medicine*, *42*, 173- 183.

Hays, R.D., Sherbourne, C.D., & Mazel, R.M. (1995). User's Manual for Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life. RAND Corporation.

Hogan, B.E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.

House, J.S., & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen, & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York: Academic Press.

Κακκέβη, Α. (2008). *Η ψυχολογία στην ιατρική πράξη: Εισαγωγή στην ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά, στις αποκλίσεις τους και την ασθένεια*. Αθήνα: GUTENBERG.

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

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Η κοινωνική υποστήριξη και ο ρόλος της στην σωματική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου.

Koivula, M., Tarkka, M.T., Tarkka, M., Laippala, P., Paunonen- Ilmonen, M. (2002). Fear and in- hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 415-427.

Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869- 878.

Lewin, B. (1989). Health psychology: Process & applications. Edited by Broome, A. & Liewelyn, S. UK: Chapman holl.

Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitations: review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 443-454.

Liu, X., Liang, J., & Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in china. *Social, Science & Medication*, 8, 1175-1184.

Martin, P.D., & Brantley, P.J. (2004). Stress, coping, and social support in health and behavior. In T.J. Boll, J.M. Raczynski, & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (vol. 2, pp. 233-267). Washington, DC: American Psychological Association.

Meagher, D.M., Gregor, F., & Stewart, M. (1987). Dyadic social- support for cardiac surgery patients- A canadian approach. *Social, Science & Medication*, 7, 833-837.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer, 12*, 821-825.

Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Μπφρ: Βακάκη, Α. Εκδόσεις: Τυπωθήτω.

Παπαγιάννης, Α.Κ. (2003). *Μιλώντας με τον άρρωστο: Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Ποταμιανός, Γ.Α. (1995). *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Procidano, M.E., & Keller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.

Rounds, K.A., & Israel, B.A. (1985). Social networks and social support: Living with chronic renal disease. *Patient Education and Counseling, 7*, 227-247.

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

Σαπρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητας ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σιδερίδης, Γ., Εμβαλώτης, Α., & Κάτσης, Α. (2006). *Στατιστική Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Ιωάννινα.

Stewart, M.J. (1989). Social support: Diverse theoretical perspectives. *Social, Science & Medicine*, 28, 1275- 1282.

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Behavior*, 23, 145-156.

Τούντας, Γ. (1999). *Κοινωνία και υγεία*. Εκδόσεις: Οδυσσέας.

Vaughn McCall, W., Reboussin, B.A., & Rapp, S.R. (2001). Social support increases in the year after in patient treatment of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 105- 110.

Weinberger, M., Hiner, S.L., & Tierney, W.M. (1987). Assessing social support in elderly adults. *Social, Science & Medicine*, 25, 1049- 1055.

Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research, 14*, 942-960.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361- 370.