



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ:  
« ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΩΝ  
ΣΥΖΥΓΩΝ ΤΟΥΣ »**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
Της  
Ιωάννου Μαρκέλλα  
Α.Μ:2798**

**Επιβλέπων καθηγητής  
Ευάγγελος Χ. Καραδήμας**

**Ρέθυμνο 2016**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....</b>	<b>6</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....</b>	<b>8</b>
2.1. Ψυχική Υγεία και χρόνιες ασθένειες.....	10
2.2. Επιπτώσεις.....	11
2.2.1. Σωματικές επιπτώσεις .....	12
2.2.2. Κοινωνικές επιπτώσεις .....	12
2.2.3. Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>14</b>
3.1. Αντιδράσεις ασθενών.....	15
3.2. Φάσεις εξέλιξης χρόνιας ασθένειας .....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ .....</b>	<b>19</b>
4.1. Παράγοντες επικινδυνότητας.....	22
4.2. Αντιμετώπιση καρδιαγγειακών νόσων.....	23
4.3. Ψυχολογικοί παράμετροι και καρδιαγγειακή πάθηση.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
<b>ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΟΙ-ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ.....</b>	<b>31</b>
5.1. Ο έγγαμος βίος.....	31
5.2. Σχέσεις καρδιοπαθών και συζύγων-συντρόφων.....	32
5.3. Ο ρόλος του συζύγου-συντρόφου.....	33
5.4. Συνέπειες στο σύζυγο-σύντροφο.....	35

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>	
<b>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>41</b>
6.1. Συναισθήματα, υγεία και χρόνια ασθένεια.....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>	
<b>ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>48</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</b>	
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>49</b>
8.1. Δείγμα-Συμμετέχοντες.....	49
8.2. Ψυχομετρικά εργαλεία.....	51
8.3. Ερευνητική Διαδικασία.....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9</b>	
<b>ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>55</b>
9.1. Ψυχική υγεία και συναισθήματα (θετικά, αρνητικά), μεταξύ ασθενών και συζύγων-συντρόφων.....	55
9.2. Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς τα συναισθήματα και τη ψυχική υγεία.....	57
9.3. Συσχετίσεις ανάμεσα στα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά) ασθενών και συζύγων-συντρόφων και η σχέση τους με τη ψυχική υγεία.....	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10</b>	
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΥΤΗΣΗ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>68</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας, όπως η καρδιακή πάθηση πυροδοτεί πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων καθώς και ψυχολογική δυσφορία, τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο σύζυγο-σύντροφο του. Εντούτοις η υποστήριξη του συζύγου-συντρόφου κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη για τον παθών εταίρο τους. Ωστόσο πολλές φορές καταβάλλονται σε τέτοιο βαθμό με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ψυχική τους υγεία. Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και τα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά), ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα και των συζύγων-συντρόφων τους. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε κατά πόσο τα αρνητικά και τα θετικά συναισθήματα επηρεάζουν την ψυχική υγεία των καρδιοπαθών και των συζύγων-συντρόφων τους, και τις διαφορές των δυο φύλων ως προς τις υπό μελέτη μεταβλητές. Ακόμη εξετάσαμε κατά πόσο τα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά), αλλά και η ψυχική υγεία σχετίζονται μεταξύ των καρδιοπαθών και των συζύγων-συντρόφων τους. Αρχικά, ορίζεται η χρόνια ασθένεια, αλλά και η σχέση της με την ψυχική υγεία. Συνεχίζοντας γίνεται αναφορά στις καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ στην πορεία παρουσιάζονται τα συναισθήματα και ο ρόλος του συζύγου-συντρόφου. Ακόμα, παρατίθενται κάποια δεδομένα μελετών που αναδεικνύουν τη σχέση των συναισθημάτων με την υγεία. Τέλος, παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα της έρευνας. Το δείγμα στο οποίο στηρίχθηκε η έρευνα, αποτελείται από 34 άτομα (N=34) εκ των οποίων οι 17 είναι καρδιοπαθείς και οι υπόλοιποι 17 είναι οι σύζυγοι-σύντροφοι τους. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας είναι το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, ενώ για τα συναισθήματα, η συναισθηματική διάθεση αξιολογήθηκε με την κλίμακα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις μας. Πιο συγκεκριμένα στην T-test ανάλυση διαπιστώθηκε η θετική συσχέτιση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων τόσο στους καρδιοπαθείς, όσο και στους συζύγους-συντρόφους τους, το ίδιο θετικά επίσης συσχετίστηκε και η ψυχική τους υγεία. Στην Μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-Way ANOVA) όπου εξετάστηκε το φύλο, προέκυψαν μη στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες σε κάθε σενάριο, ωστόσο

αξίζει να σημειωθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα των συζύγων-συντρόφων τείνουν προς στατιστική σημαντικότητα. Στην τελευταία ανάλυση μας με το συντελεστή συσχέτισης Pearson  $r$ , φάνηκε πως τα θετικά συναισθήματα τόσο των ασθενών όσο και των συζύγων-συντρόφων τους σχετίζονται θετικά με τη ψυχική τους υγεία. Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε η αρνητική συσχέτιση της ψυχικής υγείας και των αρνητικών συναισθημάτων, ενώ δεν παρατηρείται καμία συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών και τη ψυχική υγεία των συζύγων-συντρόφων. Εν κατακλείδι, μέσα από την παρούσα έρευνα και βάσει των αποτελεσμάτων της, γίνεται αντιληπτή η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους καρδιοπαθείς και τους συζύγους-συντρόφους τους, ενώ αναδεικνύεται και η επιβλαβής επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στην ψυχική υγεία.

**Λέξεις κλειδιά:** Χρόνια ασθένεια (chronic disease), Καρδιακή νόσος (cardiac disease), Θετικά συναισθήματα (positive emotions), Αρνητικά συναισθήματα (negative emotions), Ψυχική υγεία (mental health)

## **1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Ο όρος ψυχική ασθένεια είναι ευρέως γνωστός από τις απαρχές τις ιστορίας. Σήμερα εκτός από τον όρο ψυχική ασθένεια χρησιμοποιούμε και τους όρους ψυχοπαθολογία και μη φυσιολογική συμπεριφορά (Hergenhahn, 2008). Οι πρώτες εξηγήσεις της ψυχικής ασθένειας χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: βιολογικές, ψυχολογικές και υπερφυσικές. Οι βιολογικές εξηγήσεις αποτελούν το ιατρικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας, το οποίο υποστηρίζει πως κάθε ασθένεια προκαλείται από τη δυσλειτουργία κάποιας πλευράς του σώματος, κυρίως του εγκεφάλου. Μεταξύ των βιολογικών εξηγήσεων της ψυχικής ασθένειας περιλαμβάνονται πολλά γεγονότα τα οποία επεμβαίνουν στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος. Τέτοιου είδους γεγονότα περιλαμβάνουν αποφράξεις, όγκους, υπερβολικό σωματικό στρες, μολυσμένο αέρα, νερό ή τροφή, αρρώστιες και μη ισορροπημένη φυσιολογία του σώματος η οποία προκύπτει από ακατάλληλη διατροφή.

Το ψυχολογικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας (ψυχολογικές εξηγήσεις), αναφέρει τα ψυχολογικά γεγονότα ως τα αίτια της παθολογικής συμπεριφοράς. Δίνει έμφαση σε ψυχολογικές εμπειρίες όπως θλίψη, άγχος, φόβο, ματαίωση, ενοχή, απογοήτευση. Το ψυχικό στρες που προκύπτει από τη διαβίωση σε μια οργανωμένη κοινωνία, αναγνωριζόταν πάντα ως μια πιθανή εξήγηση της ψυχικής ασθένειας. Βέβαια ο βαθμός στον οποίο τονίζονταν οι ψυχολογικές εξηγήσεις ήταν ανάλογα με την εποχή και τον τόπο.

Το υπερφυσικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας ήταν δημοφιλές κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα. Οι άνθρωποι απέδιδαν τις περισσότερες παθήσεις, που δεν προκαλούνταν από προφανείς αιτίες (π.χ. μια επίθεση από ζώο, την υπερβολική κατανάλωση φαγητού ή ποτού) σε μυστηριώδεις δυνάμεις που εισέρχονταν στο σώμα. Επίσης δεν έκαναν διάκριση μεταξύ ψυχικών και σωματικών διαταραχών, αλλά πίστευαν ότι και οι δύο προκαλούνταν σε έναν άνθρωπο από κάποιο θνητό ή αθάνατο ον. Οι υπερφυσικές εξηγήσεις όλων

των ασθενειών επικρατούσαν μέχρι την εποχή των πρώτων Ελλήνων ιατρών, όπως ήταν ο Ιπποκράτης.

Ο Ιπποκράτης, ο οποίος θεωρείτο από πολλούς ως ο πατέρας της σύγχρονης ιατρικής, απέρριψε τις πεποιθήσεις των αρχαίων ελλήνων, οι οποίες ήθελαν τους Θεούς να στέλνουν σοβαρές σωματικές ασθένειες και ψυχικές διαταραχές, διαχωρίζοντας έτσι την ιατρική από τη δεισιδαιμονία, τη θρησκεία και τη μαγεία. Παράλληλα διατύπωσε τη «χημική» θεωρία για την γέννηση των ασθενειών, υποστηρίζοντας ότι στα άτομα τα οποία υπήρχε ανισορροπία μεταξύ των τεσσάρων χυμών στο σώμα (φλέγμα, αίμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή) επέφερε την ασθένεια, σε εν αντιθέσει με τα άτομα στα οποία υπήρχε «ευκρασία» των χυμών (Hergenhahn, 2008). Επιπρόσθετα επικρατούσε η πεποίθηση, ότι οι χυμοί ταυίζονταν με στοιχεία της προσωπικότητας. Για παράδειγμα το φλέγμα αντιστοιχούσε στην απάθεια και την ψυχραιμία, το αίμα στην ευδιαθεσία και την ευθυμία, η κίτρινη χολή στο θύμο και τέλος η μαύρη χολή αντιστοιχούσε στην κατάθλιψη. (DiMatteo & Martin, 2011).

Πέραν τούτου ο Ιπποκράτης ανέφερε πως ο εγκέφαλος μας έχει τον πρωταρχικό ρόλο στις ασθένειες και στη ψυχική υγεία. Τον θεωρούσε όργανο της συνείδησης, της νοητικής ζωής και των συναισθημάτων τονίζοντας πως όταν κάτι δε λειτουργεί καλά στο σώμα, διαταράσσεται η σκέψη και η συμπεριφορά . Οι εναλλαγές της διάθεσής μας, οι ηδονές και οι οδυρμοί, η καθάρια και λόγια νόηση προέρχονται από αυτόν καθαυτών, όπως και η παραφροσύνη. Ο εγκέφαλος ο οποίος δεν φαίνεται να είναι στα φυσιολογικά του όρια, διότι είναι υπερβολικά θερμός, ξηρός, ψυχρός ή υγρός μπορεί να καθορίσει έναν άνθρωπο ως ψυχικά ασθενή, εφόσον δημιουργούνται ανωμαλίες. Παρόλα αυτά δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι συνιστούσε θεραπείες, οι οποίες περιλάμβαναν ξεκούραση, κατάλληλη διατροφή, και σωματική άσκηση (Hergenhahn, 2008).

## **2.ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Την εποχή που διανύουμε, οι περισσότερες ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος είναι οι χρόνιες (Καραδήμας, 2005). Οι χρόνιες παθήσεις ορίζονται ως οι παθήσεις οι οποίες επηρεάζουν τον πάσχοντα για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο, δεν τείνουν να βελτιωθούν χωρίς θεραπεία και δεν θεραπεύονται πλήρως (Paul, Care, Sanson-Fisher, Houlcroft, & Turon, 2013), παρόλα αυτά αποτελούν καταστάσεις τις οποίες προσπαθούμε να ελέγξουμε (Καραδήμας, 2005). Ο ασθενής παρόλο που μπορεί να φοβάται για την ζωή του καθώς η αρρώστια του μπορεί να τον απειλεί, συχνά παραμερίζει το πρόβλημα της υγείας του και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του (Παπαδάτου, 1995). Αυτό μπορεί να οφείλεται στη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής, όπου επιτρέπει στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν μία σχεδόν φυσιολογική ζωή (Καραδήμας, 2005).

Ωστόσο διαχωρίζουμε τις ασθένειες σε μεταδοτικές και μη μεταδοτικές. Στις μεταδοτικές ασθένειες περιλαμβάνονται οι μολυσματικές ασθένειες, όπως η φυματίωση και ο ιλαράς. Εν αντιθέσει η μη μεταδοτικές είναι κυρίως οι χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης (Ackland, Choi & Puska , 2003) και οι ψυχικές διαταραχές (Paul, Care, Sanson-Fisher, Houlcroft, & Turon, 2013), οι οποίες αποτελούν κύριες αιτίες νοσηρότητας, σε αρκετές ανεπτυγμένες χώρες. Πρόσφατα αρκετοί αμφισβήτησαν τη χρησιμοποίηση του όρου μη μεταδοτικές και αναφέρονται στις ασθένειες ως μεταδοτικές. Σύμφωνα με τους Ackland, Choi & Puska (2003), η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να θεωρηθεί ως φορέας για τις χρονιές ασθένειες.

Όπως αναφέρθηκε, πολλές χρόνιες ασθένειες επηρεάζονται από τις επιλογές στον τρόπο ζωής, όπως την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή, την ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα, την παχυσαρκία, την αυξημένη αρτηριακή πίεση κ.α. (WHO, 2011), με αποτέλεσμα αρκετοί παθόντες να θεωρούν υπαίτιο της ασθένειάς τους τον ίδιο τους τον εαυτό (Sanderson, 2004), ενώ κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι



αποτελεί αίτιο κληρονομικότητας (Taylor, 1999) Ωστόσο η συχνότητα των χρόνιων ασθενειών είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα. Σύμφωνα με τον Wellard (1998) οι χρόνιες παθήσεις αυξάνονται διαρκώς στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο Taylor (1999), αναφέρει πως το 50% του πληθυσμού πάσχει από μια χρόνια πάθηση. Στην Αμερική για παράδειγμα περισσότερα από 90 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με χρόνιες ασθένειες (Sperry, 2005). ενώ πάνω από 70% των θανάτων οφείλεται σε αυτές (Christensen & Antoni, 2002).

Παρόλα αυτά οι DiMatteo και Martin (2011) ορίζουν την χρόνια ασθένεια ως μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία διακρίνονται μια ή και περισσότερες βλάβες ή αποκλίσεις από την ομαλή σωματική και λειτουργική ακεραιότητα, οι οποίες είτε είναι εκτεταμένες είτε όχι, παραμένουν μόνιμες ή ημιμόνιμες. Κατά συνέπεια αυτή η παθολογική κατάσταση δεν είναι τίποτα άλλο πέραν από κάποιες αλλοιώσεις, αποτέλεσμα αυτού τη δημιουργία χρόνιων καταστάσεων-ασθενειών, οι οποίες είναι μη αναστρέψιμες και δύσκολα μπορούν να ανακάμψουν. Μια χρόνια πάθηση, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς καταβολή προσπάθειας, αντιθέτως χρειάζεται μεγάλο απόθεμα τόσο ψυχικής διάθεσης όσο και προσπάθειας ούτως ώστε μέσα από τις ειδικές θεραπείες, την ειδική εκπαίδευση και τη διαρκή παρακολούθηση να μπορέσει να καταπολεμηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα. Επιπρόσθετα οι χρόνιοι ασθενείς, πρέπει να εντάξουν στην καθημερινότητα τους, περιορισμούς που ενδέχεται να επιφέρει η κατάσταση της υγείας τους, επιτυγχάνοντας με αυτόν τον τρόπο όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής και διατηρώντας σε κάποιο βαθμό την ανεξαρτησία τους .

Οι χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται επίσης από ιατρικές κρίσεις. Η πρόληψη και ο έλεγχος των κρίσεων αυτών απαιτεί περίπλοκες κοινωνικές ρυθμίσεις για να αντιμετωπιστεί η ψυχολογική και η κοινωνική αναστάτωση που προκαλείται, έτσι λοιπόν αυτή η προσέγγιση αναφέρει τη χρόνια ασθένεια ως μία εμπειρία με πολλαπλά προβλήματα τα οποία μεταβάλλονται χωρίς να υποχωρούν (Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczek & Wiener, 1984).

## 2.1. Ψυχική Υγεία και Χρόνιες Ασθένειες

Είναι απαραίτητο να επισημανθεί, πως οι χρόνιες παθήσεις συχνά συνοδεύονται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, υποδηλώνοντας έτσι την πιθανή εμφάνιση κάποιας ψυχοκοινωνικής δυσφορίας στη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Επιπρόσθετα η κατάθλιψη και το άγχος εκτός από ψυχοκοινωνικές συνέπειες, θεωρούνται και χρόνιες παθήσεις (από μόνες τους) (Paul, Care, Sanson-Fisher, Houlcroft, & Turon, 2013). Σε πολλές περιπτώσεις η κατάθλιψη εμφανίζεται μετά από αγχώδη διαταραχή, πιθανότατα επειδή τα σοβαρά προβλήματα που προκύπτουν από τις αγχώδεις διαταραχές προκαλούν συναισθήματα φόβου, απόγνωσης, απελπισίας τα οποία οδηγούν στην κατάθλιψη (Merikangas, Zhang, Avenevoli, Acharyya, Neuenschwander & Angst, 2003).

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι χρόνιες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, η νόσος Πάρκινσον κ.α., μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη κάνοντας ένα άρρωστο άτομο απάθη και ανίκανο να λάβει μέριμνα (Mudgal, Borges, Díaz-Montiel, Flores & Salmerón, 2006). Αναδυόμενες έρευνες δείχνουν μια σύνδεση μεταξύ των χρόνιων παθήσεων και της κατάθλιψης. Αυτές οι μελέτες αναφέρουν ότι αν και δεν είναι εξακριβωμένο ποια θα προηγηθεί, αυτό που είναι σαφές είναι ότι η παρουσία της μιας επιδεινώνει την άλλη (Nemeroff, Musselman & Evans, 1998), (Ziegelstein & Fauerbach, 2000). Συγχρόνως τα άτομα που βιώνουν χρόνιο πόνο είναι περισσότερο ευάλωτα σε αλλαγές όσον αφορά την ψυχική και φυσική κατάσταση της υγείας τους (Skinner, Zautra & Reich, 2004). Μια πρόσφατη μελέτη των Knaster, Estlander, Karlsson, Kaprio και Kalso (2016), μας δείχνει πως η κατάθλιψη συχνά παρατηρείται να συνυπάρχει με τον χρόνιο πόνο. Συμπτώματα όπως η κούραση, η αϋπνία και η αλλαγή στη δραστηριότητα μπορεί να σχετίζονται τόσο με τον πόνο όσο και με την κατάθλιψη.

Στο Μεξικό τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των Μεξικανών ανθρώπων φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την κατάθλιψη. Μια σχετική έρευνα των Mudgal, Borges, Díaz-Montiel, Flores και Salmerón (2006), μας δείχνει πως οι γυναίκες που διαχωρίζονται από τους συζύγους τους έχοντας

κατώτερο μορφωτικό επίπεδο και εργάζονται με χαμηλότερό εισόδημα σχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη. Ομοίως θετικά με τη κατάθλιψη σχετίζονται και αυτές που έχουν λιγότερο ικανοποιητική δουλειά και πάσχουν περισσότερο από μια χρόνια νόσο. Γενικότερα, οι εργαζόμενοι με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και υποφέρουν περισσότερο από χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με αυτούς που έχουν υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (είναι ευκατάστατοι). Ως εκ τούτου μερικές από τις επιδράσεις των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών φαίνεται να επηρεάζονται τόσο από το στρες όσο και από τις χρόνιες παθήσεις. Γενικότερα, η εν λόγω έρευνα ήθελε το 15% των γυναικών και το 9% των ανδρών να δηλώνουν καταβεβλημένοι από την κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί, πως οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να νοσήσουν από κατάθλιψη, συγκριτικά με τους άντρες (Roberts & O'Keefe, 1981).

Επιπλέον οι διαταραχές της διάθεσης καθώς και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι από τις πιο κοινές ασθένειες . Στις ΗΠΑ το 17% του πληθυσμού επηρεάζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του (Nemeroff, Heim, Thase, Klein, Rush, Schatzberg & Keller, 2003). Ακόμη η κατάθλιψη σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα (π.χ. απώλεια ημερών εργασίας, μειωμένη ποιότητα ζωής), αυξημένη ιατρική συννοσηρότητα (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις και η πορεία τους ) καθώς και θνησιμότητα εφόσον αυξάνονται οι κίνδυνοι για αυτοκτονία (Nemeroff, Heim, Thase, Klein, Rush, Schatzberg & Keller, 2003). Η κατάθλιψη «καταστρέφει» τον πάσχοντα, εφόσον αδυνατεί να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του, την ικανότητα του να νιώσει ενθουσιασμό και να απολαύσει τη ζωή, επηρεάζοντας επίσης και τα άλλα μέλη της οικογένειάς του. (Mudgal, Borges, Díaz-Montiel, Flores & Salmerón, 2006).

## **2.2. Επιπτώσεις**

Το γεγονός ότι οι χρόνιες ασθένειες δεν θεραπεύονται επιφέρουν παράλληλα πολλές επιπτώσεις στη ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή του ασθενή, ο οποίος δέχτηκε το πλήγμα μιας χρόνιας πάθησης (DiMatteo & Martin, 2011). Επομένως οι ασθενείς πρέπει να συμβιβαστούν και να ζήσουν

την ζωή τους διαφορετικά από ότι συνήθιζαν. Παρόλα αυτά, οι επιπτώσεις μιας χρόνιας ασθένειας ποικίλουν ανάλογα με το είδος της ασθένειας και τις δυσκολίες προσαρμογής που αντιμετωπίζει ένας χρόνιος ασθενής (Sarafino, 2006). Σύμφωνα με τη Sanderson (2004), οι επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία καθώς και την κοινωνική ζωή του πάσχοντα.

### **2.2.1. Σωματικές Επιπτώσεις**

Οι σωματικές επιπτώσεις προκαλούν στον πάσχοντα κάποιο τύπο (σωματικής) εξασθένησης. Έτσι ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ενοχλητικά συμπτώματα όπως πόνο, παραμόρφωση, παράλυση, ακράτεια και σεξουαλική δυσλειτουργία (Sanderson, 2004). Σύμφωνα με το Sarafino (2006), ασθενείς με στεφανιαίες παθήσεις αναφέρουν μείωση στη σεξουαλική τους δραστηριότητα και αυτό οφείλεται στο φόβο μήπως κάτι τέτοιο μπορεί να τους οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι η ασθένεια που προκαλεί την εξασθένηση, αλλά η θεραπεία από τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Γι' αυτό το λόγο οι ασθενείς ανησυχούν για την εικόνα του σώματος τους καθώς οι αλλαγές που μπορεί να επιφέρουν τόσο η ασθένεια όσο και η θεραπεία είναι απρόβλεπτες (Sanderson, 2004).

### **2.2.2. Κοινωνικές Επιπτώσεις**

Οι κοινωνικές επιπτώσεις, αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή. Οι περιορισμοί μιας πάθησης που προκαλεί εξασθένηση, ενδέχεται να καταστήσουν σχεδόν αδύνατη τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών (DiMatteo & Martin, 2011). Αρκετές φορές οι ασθενείς κλείνονται στον εαυτό τους και περιθωριοποιούνται από τους άλλους, προκειμένου να αποφύγουν την εγκατάλειψη και τον οίκτο τους. Οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μιλάνε ελεύθερα για την πάθησή τους· καθώς κάτι τέτοιο θα έχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως το να αποδεχθούν οι ίδιοι την ασθένειά τους, αλλά και να δεχθούν την υποστήριξη των άλλων. Βέβαια κάτι τέτοιο μπορεί να έχει και κάποιες συνέπειες. Ενδεχομένως οι φίλοι και οι συγγενείς του ασθενή να απομακρυνθούν από κοντά του, είτε επειδή δεν αντέχουν να βρεθούν αντιμέτωποι με τις σωματικές αλλαγές του, είτε επειδή φοβούνται μήπως αποκτήσουν και οι ίδιοι την ασθένεια (Sanderson, 2004). Η χρόνια ασθένεια

είναι πιθανό να δημιουργήσει στον πάσχοντα μια αρνητική εικόνα εαυτού, ο οποίος πλέον ενδέχεται να βλέπει τον εαυτό του ως αδύναμο ή εξαρτώμενο από άλλους (Christensen & Antoni, 2002). Επιπλέον, ακόμη κι αν οι συγγενείς και οι φίλοι βοηθούν τον πάσχοντα, στη μετακίνηση του, στην προσωπική του υγιεινή καθώς και στη φαρμακευτική του αγωγή ταυτόχρονα δέχονται και εκείνοι τις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας, με αποτέλεσμα τα κοντινά του πρόσωπα να βιώνουν επίσης την απώλεια και είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη και άγχος (Sanderson, 2004).

### **2.2.3. Ψυχολογικές Επιπτώσεις**

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, έχουν να κάνουν με την φάση της ασθένειας. Συχνά κατά τη διάγνωση, οι χρόνιοι ασθενείς εκδηλώνουν μια δυσπιστία και ένα σοκ. Όλο τους το μέλλον, τα όνειρα και τα σχέδια ανατρέπονται, ενώ τους διακατέχει η άρνηση ο θυμός και η δυσπιστία. Τέτοιου είδους καταστάσεις φαίνεται να είναι πιο συχνές σε νεότερα άτομα. Συγχρόνως, πολλοί χρόνιοι ασθενείς βιώνουν την κατάθλιψη, η οποία απορρέει από την απώλεια ελέγχου εξαιτίας της ασθένειας (Sanderson, 2004). Η κατάθλιψη σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να παραμείνει αθεράπευτη μετά από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας (Taylor, 1999). Ακόμη, η κατάθλιψη που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα πιθανότατα να οδηγήσει το άτομο στη κατάχρηση ουσιών αλλά και στην αυτοκτονία (Falvo, 2005). Επιπλέον, η αβεβαιότητα που επιφέρει η διάγνωση της χρόνιας ασθένειας δημιουργεί ένα μεγάλο πρόβλημα, το οποίο ονομάζουμε άγχος (Sanderson, 2004). Το άγχος μπορεί να γίνει ανεξέλεγκτο όταν οι ασθενείς νιώσουν καταβεβλημένοι, μη μπορώντας να διαχειριστούν τις καταστάσεις (Falvo, 2005).

Αξίζει βέβαια να αναφερθεί πως οι άνθρωποι που πλήττονται από χρόνιες παθήσεις, βιώνουν και θετικές επιπτώσεις. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν πως έρχονται πιο κοντά και έχουν περισσότερη επαφή με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, ευαισθητοποιούνται και αλλάζει η αυτό-εικόνα τους, αλλάζουν στάσεις και πεποιθήσεις και εκτιμούν περισσότερο την αξία της ζωής. Ακόμη φαίνεται να προσπαθούν να επιτύχουν τα όνειρά τους (Sanderson, 2004).

### **3.ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Η προσαρμογή του πάσχων σε μια χρόνια ασθένεια, αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες. Κάθε άνθρωπος που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια αντιλαμβάνεται και βιώνει διαφορετικά την ασθένεια γι' αυτό και οι αντιδράσεις στο άκουσμα της πρώτης διάγνωσης αλλά και στην μετέπειτα φάση της προσαρμογής ποικίλουν. Παρόλα αυτά κάθε χρόνιος ασθενής πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται στα καινούργια δεδομένα, στους περιορισμούς καθώς και να αντιμετωπίζει τα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν τη χρόνια πάθηση του. Ακόμη ο πάσχων καθώς έρχεται διαρκώς αντιμέτωπος με νέες προκλήσεις, βιώνει παράλληλα και στρες. Έτσι λοιπόν όλες αυτές οι δυσάρεστες αλλαγές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα του ασθενούς και απαιτούν την προσαρμογή του στα νέα δεδομένα. (Καρδήμας, 2005).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια σύμφωνα με τους Samson & Siam (2008), περιγράφεται μέσα από δυο θεωρητικά μοντέλα . Το πρώτο εκφράζει ότι ο κάθε άνθρωπος προσαρμόζεται, καθώς διέρχεται από κάποιες φάσεις, ενώ το δεύτερο μοντέλο υποστηρίζει πως η προσαρμογή στην αλλαγή επιτυγχάνεται με την εκπλήρωση μιας μη γραμμικής σειράς από ζητήματα προσαρμογής. Από την άλλη, οι Stewart, Ross και Hartley (2004), αναφέρουν ότι προσαρμογή του ασθενούς σε μια χρόνια πάθηση εστιάζεται στην κοινωνική, τη συναισθηματική, τη βιολογική πτυχή της ασθένειας καθώς και τη συμπεριφορά του, επίσης οι περιοχές αυτές αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται. Η κοινωνική πτυχή αφορά τη περιθωριοποίηση, τη στηλίτευση του πάσχων, καθώς και τις σχέσεις του με τα αγαπημένα του πρόσωπα κ.α. . Η συναισθηματική, αφορά θέματα τα οποία έχουν να κάνουν με ένα σύνολο πεποιθήσεων, γνώσεων και συναισθημάτων, δηλαδή με την αυτό-εικόνα του, την αναθεώρηση στόχων αλλά και την εύρεση νοήματος σε όλη την εμπειρία της ασθένειας κ.α. Η βιολογική πτυχή αναφέρεται στην προσαρμογή της εξέλιξης της ασθένειας καθώς επίσης και στα συμπτώματα που την συνοδεύουν όπως ο πόνος και η κόπωση. Τέλος η πτυχή της συμπεριφοράς επικεντρώνεται με το πώς ο ασθενής διαχειρίζεται την πορεία της ασθένειας του και την τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Συγχρόνως η

προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια συνήθως μπορεί να συνοδεύεται και από δυσάρεστα γεγονότα τα οποία έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς επηρεάζοντας έτσι τη ψυχική του ευεξία, και αυξάνοντας του το στρες. Παραδείγματος χάριν, η χρόνια πάθηση ενός ασθενή πιθανώς να τον επηρεάσει στον επαγγελματικό του τομέα, αδυνατώντας να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις που το συνοδεύουν με αποτέλεσμα είτε να απολυθεί είτε να προβεί σε μια πρόωρη συνταξιοδότηση (Καραδήμας, 2005). Εντούτοις η προσαρμογή είναι ευκολότερη εφόσον ο πάσχοντας γνωρίζει όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία για την ασθένειά του, όσο δυσάρεστα και αν είναι αυτά (Morris, 1990). Επομένως, μια ορθή και πλήρης ενημέρωση προδιαθέτει σε ευκολότερη προσαρμογή του ασθενούς.

Εξίσου σημαντικό ρόλο στην μακροπρόθεσμη προσαρμογή των ασθενών φαίνεται να διαδραματίζουν επίσης και οι πεπιοθήσεις τις οποίες κατέχουν οι ίδιοι για την ασθένεια τους. Πολλοί από τους πάσχοντες κατηγορούν τον εαυτό τους για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η υιοθέτηση λανθασμένων συμπεριφορών (ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και κακή ποιότητα ζωής), επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη μιας χρόνιας πάθησης. Γι' αυτό το λόγο αρκετοί ασθενείς, μπορεί να μην προσαρμοστούν κατάλληλα στις νέες συνθήκες που επιφέρει η χρόνια πάθησή τους (Sanderson, 2004).

Επιπλέον οι θετικές συναισθηματικές και γνωστικές καταστάσεις και τα γνωρίσματα, τα οποία δείχνουν θετική ψυχολογική λειτουργία όπως είναι η αισιοδοξία, φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την προσαρμογή αλλά και την υγεία του παθόντα (Dubois, Lopez, Beale, Healy, Boehm & Huffman, 2015). Οι Fournier, Ridder και Bensing (2002), αναφέρουν ότι η σταθερότητα της αισιοδοξίας καθώς και οι αισιόδοξες πεπιοθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τη συναισθηματική και συμπεριφορική προσαρμογή του ασθενή με τη πάροδο του χρόνου.

### **3.1. Αντιδράσεις Ασθενών**

Σύμφωνα με τον Shontz (1975), μετά από το άκουσμα της διάγνωσης το άτομο περνάει από τα ακόλουθα στάδια: (α) Αρχικό Σοκ, όπου το άτομο αποστασιοποιείται από την κατάσταση ως έναν τρόπο άμυνας και

συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα. (β) Αντιπαράθεση, το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας, απελπισίας και πένθους. (γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο αρχικά αποσύρεται στον εαυτό του και αρνείται το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά όμως, αρχίζει να αποδέχεται την κατάσταση και να τη διαχειρίζεται.

Από την άλλη η Kubler-Ross (1973), αναφέρει πως το άτομο και η οικογένεια του μέχρι να αποδεχτούν και να προσαρμόσουν την ασθένεια ως μέρος της ζωής τους περιγράφει πέντε στάδια της χρόνιας ασθένειας τα οποία είναι το *στάδιο διάγνωσης, θυμού, απόσυρσης, διαπραγμάτευσης και το τελικό στάδιο*, μάλιστα τα ονομάζει διαδικασία του πένθους. Στο *στάδιο της διάγνωσης* τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του δυσκολεύονται να αντιδράσουν ή αντιδρούν σπασμωδικά. Έπειτα από αυτό το στάδιο ακολουθεί η *άρνηση* με συνέπεια ο ασθενής και οι οικείοι του να αρνούνται να αποδεχτούν το γεγονός. Στο *στάδιο του θυμού* η οικογένεια και ο ασθενής αρχίζουν να «ξεκουμπώνουν» τα συναισθήματά τους και εκφράζουν τις πρώτες αντιδράσεις θυμού και διαμαρτυρίας, με ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο τρόπο. Πολλοί άνθρωποι διοχετεύουν το θυμό τους με παράπονα στο σύστημα υγείας και στο προσωπικό υγείας, ενώ κάποιοι άλλοι αναζητούν το «γιατί» από το Θεό ή κατηγορούν την τύχη τους. Στη συνέχεια, όταν ο θυμός καταλαγιάζει, στο *στάδιο της απόσυρσης* επικρατεί ο θρήνος και η καταθλιπτική διάθεση από τον ασθενή και την οικογένεια του, επίσης σε αυτό το στάδιο δείχνουν παρατηρήσιμοι καθώς πιθανόν να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας αλλά και να μην εφαρμόζουν την θεραπεία. Στο *στάδιο της διαπραγμάτευσης*, αρχίζουν να συνειδητοποιούν πως η ασθένεια αποτελεί ένα αμετάκλητο γεγονός, έτσι παύουν την μοιρολατρία και μεταβαίνουν σε αισθήματα αποφασιστικότητας και μαχητικότητας, έτσι ώστε η κατάσταση της υγείας του ασθενούς να μπορέσει να βελτιωθεί και κάπως έτσι λοιπόν αρχίζει η διαπραγμάτευση. Τέλος στο τελικό στάδιο αφορά την αποδοχή και την αντιμετώπιση. Ο ασθενής και η οικογένεια του προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα, αποδέχονται την ασθένεια και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες.

Η διαδικασία προσαρμογής σχετίζεται με πολλούς παράγοντες τόσο προσωπικούς όσο και περιβαλλοντικούς όπως είναι η ηλικία, η υποστήριξη



της οικογένειας, οι πεπαιθήμενοι του ατόμου για την ασθένειά του, τα συμπτώματα που επιφέρει η νόσος, το προσωπικό υγείας κ.α. Επιπλέον οι ασθενείς πρέπει να διαχειριστούν τα δυσάρεστα συμπτώματα και τους περιορισμούς που σχετίζονται με την πάθηση τους (Καραδήμας, 2005)

Βέβαια, όταν ένα άτομο νοσεί, νοσεί παράλληλα και η οικογένεια του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το οικογενειακό δυναμικό να διαταράσσεται, έτσι λοιπόν πρέπει να μάθουν και αυτοί να διαχειρίζονται τις δυσκολίες που επιφέρει η ασθένεια στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Επομένως η στάση των μελών της οικογένειας τους καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο του παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο παθών θα αποδεχθεί την πάθηση του. Η οικογένεια του ασθενή μπορεί να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία του χωρίς να του επιτρέπει να την αποφύγει, θα ενθαρρύνει την ανεξαρτησία του και θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του με αγάπη, στηρίζοντας τον συναισθηματικά και ενισχύοντας τον ψυχικά (Καραδήμας, 2005).

Συνεπώς η οποιαδήποτε αντίδραση του χρόνιου ασθενή μπορεί να πηγάζει μέσα από πολλούς και ποικίλους παράγοντες, είτε από τον δυναμισμό και την αισιοδοξία που τον διακατέχει ως άτομο (χαρακτήρα), είτε από τη στήριξη την οποία λαμβάνει από τους γύρω του. Κάποιοι από τους πάσχοντες λοιπόν κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν στα καινούργια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν και κάποιοι άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ.

### **3.2. Φάσεις εξέλιξης χρόνιας ασθένειας**

Οι χρόνιες ασθένειες διέπονται από διάφορες φάσεις, όπου ο πάσχοντας έρχεται αντιμέτωπος με αρκετές προκλήσεις. Οι φάσεις σύμφωνα με το μοντέλο της Docca 1993 (όπως αναφέρεται στη Παπαδάτου, 1995) είναι *η προδιαγνωστική φάση, η οξεία, η χρόνια και η τελική φάση*. Μάλιστα αναφέρει πως κάθε φάση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και οι ασθενείς καθώς και η οικογένεια τους πρέπει να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα, τα οποία αφορούν την ασθένεια και τη θεραπεία.

*Η προδιαγνωστική φάση*, αφορά κάποια συμπτώματα, οργανικής διαταραχής τα οποία αρχίζουν να γίνονται αντιληπτά από το άτομο πριν να διαγνωστεί καν η ασθένεια του. Το άτομο βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπο σε μια κατάσταση η οποία του προκαλεί άγχος και δυσκολεύεται να πιστέψει ότι μπορεί να είναι άρρωστο, με αποτέλεσμα να αρνείται τα συμπτώματα και να αποφεύγει να επισκεφτεί έναν ειδικό (Παπαδάτου, 1995).

*Η οξεία φάση*, περιλαμβάνει τη διάγνωση της θεραπείας και τη γνωστοποίηση του προβλήματος. Η φάση αυτή αποτελεί μια δύσκολη περίοδο, καθώς ταραίζει το άτομο σε πολύ μεγάλο βαθμό και πυροδοτεί την έναρξη έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων. Επιπλέον ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις, και να πάρει σημαντικές αποφάσεις, όσον αφορά το θέμα της υγείας του. Αυτές μπορεί να αφορούν τον τρόπο θεραπείας, την αναζήτηση η όχι μιας δεύτερης γνώμης για τη διάγνωση κ.α. Επίσης πολλοί ασθενείς φαίνεται να αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους και να υιοθετούν πιο υγιή συμπεριφορά, καθώς αναγνωρίζουν τις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια στην εικόνα του εαυτού τους και στις σχέσεις τους με τους άλλους (Παπαδάτου, 1995).

*Η χρόνια φάση* εκτίνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας και μπορεί να έχει δύο καταλήξεις ή την ίαση ή τον θάνατο. Από τη μια η φάση της θεραπείας προκαλεί ανακούφιση στον ασθενή. Από την άλλη πηγή άγχους και ανασφάλειας αποτελεί η πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας. Επιπρόσθετα αποτελεί και μια πολύ δύσκολη περίοδο τόσο για τον ίδιο τον πάσχοντα όσο και για την οικογένεια του, καθώς πρέπει να ενσωματώσουν την ασθένεια στις ζωές τους (Παπαδάτου, 1995).

*Η τελική φάση* σηματοδοτεί και την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, κατά την οποία ο θάνατος είναι σχεδόν αδύνατο να αποφευχθεί. Πλέον το προσωπικό υγείας και η οικογένεια του ασθενή δεν έχουν ως στόχο τη θεραπεία ή τον έλεγχο της αρρώστιας του, αλλά αποσκοπούν στο να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα δυσάρεστα συμπτώματα μέχρι να επέλθει ο θάνατος του (Παπαδάτου, 1995)

#### **4. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ**

Ο όρος «καρδιαγγειακές παθήσεις» ή «καρδιαγγειακές διαταραχές» αναφέρεται στις παθήσεις της καρδιάς, των αιμοφόρων αγγείων και του κυκλοφοριακού συστήματος (Καραδήμας, 2005). Η καρδιαγγειακή νόσος είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ανδρών και γυναικών ανεξαρτήτως εθνικότητας (ΑΗΑ, 2004). Στην Αμερική αποτελεί την αιτία των μισών περίπου θανάτων που συμβαίνουν κάθε χρόνο (ΑΗΑ, 2004), ενώ ταυτόχρονα οι καρδιαγγειακές νόσοι, σύμφωνα με μια σχετικά πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2012), αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και στην Ευρώπη.

Επιπρόσθετα και η Ινδία, φαίνεται να ανήκει στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου στην αγροτική Ινδία είναι 7,4% και στην αστική Ινδία 11% (Huffman, Prabhakaran, Osmond, Fall, Tandon, Lakshmy & Sachdey, 2011). Μάλιστα η συχνότητα εμφάνισης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και Στεφανιαίας νόσου αυξάνεται σημαντικά στην Ινδική υποήπειρο. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις θα είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στην Ινδία μέχρι το 2020. Ενώ προβλέπεται ότι 2,6 εκατομμύρια Ινδοί θα πεθάνουν λόγω Στεφανιαίας νόσου. Αυτός ο αριθμός θα αντιπροσωπεύει το 54,1% όλων των καρδιαγγειακών θανάτων ηλικίας από 30-69 χρονών (Kumar, Mukherjee, Senthil, Parasuraman & Suresh, 2012).

Στις καρδιαγγειακές παθήσεις περιλαμβάνεται η υπέρταση (αρτηριακή πίεση), η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η καρδιακή ανεπάρκεια, συγγενείς καρδιοπάθειες και μυοκαρδιοπάθειες, καθώς και οι διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων (Καραδήμας, 2005). Ωστόσο στη συνέχεια θα αναλυθεί η Στεφανιαία νόσος, η καρδιομυοπάθεια και οι διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων.

##### **Στεφανιαία Νόσος**

Η Στεφανιαία νόσος αποτελεί επιδημία στα Δυτικά Βιομηχανικά Κράτη (Zevallos, Chiriboga & Hebert, 1996), ενώ παράλληλα αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, με 13,5 εκατομμύρια άνθρωποι να υποφέρουν από

αυτή, έχοντας ταυτόχρονα σοβαρά λειτουργικά προβλήματα (AHA,1997). Η Στεφανιαία νόσος αποτελεί επίσης την κυρία αιτία θανάτου και στη Βόρεια Αμερική, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Baird & Eliasziw, 2011). Εντούτοις στο Ηνωμένο Βασίλειο η Στεφανιαία νόσος πλήττει κυρίως τους άνδρες, αγγίζοντας το 40% των θανάτων σ' αυτούς, ενώ στις γυναίκες το 10% ηλικίας 45-64 χρόνων (Bennett, 1993).

Πέραν τούτου η Στεφανιαία νόσος δεν αποτελεί μια μόνο πάθηση της καρδιάς, αντιθέτως στη Στεφανιαία νόσο συγκαταλέγονται και κλινικές αλλά και παθολογικές εκδηλώσεις. Στις κλινικές εκδηλώσεις της Στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνονται η στηθάγχη και το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (Καραδήμας, 2005), ενώ στις παθολογικές ανήκει η αρτηριοσκλήρωση (DiMatteo & Martini, 2011).

Η αρτηριοσκλήρωση χαρακτηρίζεται ως παθολογική κατάσταση καθώς προηγείται σχεδόν κάθε Στεφανιαίας νόσου. Η αρτηριοσκλήρωση εμποδίζει την αιμάτωση του οργανισμού, καθώς αυξάνεται το πάχος των αρτηριών και μειώνεται η ελαστικότητα τους (DiMatteo & Martini, 2011). Επιπρόσθετα μια μορφή αρτηριοσκλήρωσης είναι η αθηροσκλήρωση, η δημιουργία αθηρωμάτων πλακών όπου αναπτύσσεται στα τοιχώματα των Στεφανιαίων αρτηριών με αποτέλεσμα τη στένωση ή την απόφραξη τους (Καραδήμας, 2005). Ο σχηματισμός των αθηρωμάτων πλακών ξεκινά από νωρίς, παρόλο που εκδηλώνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Sarafino, 2006). Επίσης μέσα από μια έρευνα φάνηκε ότι η αθηροσκλήρωση είχε ξεκινήσει και επιδεινώνονταν με την ηλικία, καθώς σε αυτοψίες Αμερικάνων ηλικίας 15-34 χρόνων, οι όποιοι πέθαναν από άλλα αίτια αυτό επιβεβαιώνεται (Strong, Malcom, McMahan, Tracy, Newman, Herderick & Cornhill, 1999). Ωστόσο οι αθηρωματικές πλάκες αποτελούνται από ένα συνδυασμό μυϊκών κυττάρων, χοληστερόλης, αιμοπεταλίων και λιπιδίων στο εσωτερικό των Στεφανιαίων αρτηριών (Allan & Scheid, 1996). Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κληρονομικότητα αλλά και στον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου (Καραδήμας, 2005). Καθώς οι αθηρωματικές πλάκες αναπτύσσονται η μεταφορά του αίματος στη στεφανιαία αρτηρία περιορίζεται σημαντικά, με αποτέλεσμα ο μυς της καρδιάς να μην οξυγονώνεται. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει στο άτομο Στηθάγχη και Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (DiMatteo & Martini, 2011).

Στη Στηθάγχη ο πάσχων αισθάνεται έντονη δυσφορία και πόνο στο στήθος, ιδιαίτερα όταν βρεθεί αντιμέτωπος με στρεσογόνες καταστάσεις (Καραδήμας, 2005), αλλά και εξαιτίας της μειωμένης οξυγόνωσης του αίματος στην καρδιά (DiMatteo & Martini, 2011). Αξίζει βεβαία να αναφερθεί ότι οι πόνοι είναι περιοδικοί και η κατάσταση του ασθενή μπορεί να βελτιωθεί με ανάπαυση και με φαρμακευτική αγωγή (Καραδήμας, 2005).

Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου, είναι γνωστό και ως «καρδιακή προσβολή». Όπως και η Στηθάγχη έτσι και αυτό προκαλείται από την ανεπαρκή παροχή οξυγόνου στην καρδιά. Στην Αμερική 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι βιώνουν Έμφραγμα Μυοκαρδίου και μόνο τα 2/3 από αυτούς επιβιώνουν (Bennett, 1993). Τα συμπτώματα του Εμφράγματος είναι ο έντονος οπίσθιος πόνος στο στήθος, σφίξιμο και έντονη πίεση στο στήθος, τάση προς εμετό, εφίδρωση, έντονη δύσπνοια και αδυναμία. Το έμφραγμα μπορεί να προκαλέσει ανακοπή της καρδιάς και συνεπώς να επέλθει ο θάνατος (Καραδήμας, 2005). Επομένως η έγκαιρη μεταφορά στο νοσοκομείο είναι καθοριστική για τη ζωή του ασθενούς.

#### Διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων

Η καρδιά έχει τέσσερις βαλβίδες, την αορτική, την μιτροειδή, την πνευμονική και την τριγλώχινά, έτσι λοιπόν οι διαταραχές αυτές έχουν να κάνουν με προβλήματα στις λειτουργίες των τεσσάρων αυτών βαλβίδων. Η συνηθέστερη αιτία των βαλβιδοπαθειών, οφείλεται στην εμφάνιση ρευματικού πυρετού κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία. Τα συμπτώματα των παθήσεων των καρδιακών βαλβίδων ποικίλουν ανάλογα με τη βαλβίδα που πάσχει. Τα συνήθη συμπτώματα είναι λιποθυμία, η κόπωση, μη φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό, ο πόνος στην καρδιά κ.α. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς με βαλβιδοπάθεια, ακόμη και σοβαρής μορφής δεν εμφανίζουν σχεδόν καθόλου συμπτώματα (Καραδήμας, 2005).

#### Καρδιομυοπάθεια

Η καρδιομυοπάθεια είναι η σταδιακή εξασθένηση του καρδιακού μυός. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, να εξασθενείται η ικανότητα της καρδιάς να αντλεί αίμα προκαλώντας πολλές φορές την καρδιακή ανεπάρκεια. Στην εμφάνιση

της καρδιομυοπάθειας συγκαταλέγονται η αρτηριακή πίεση, η αθηροσκλήρωση, το αλκοόλ, η υπερβολική πάχυνση του καρδιακού μυ καθώς και άλλοι υπαίτιοι λόγοι οι οποίοι παραμένουν άγνωστοι (Καραδήμας, 2005).

#### **4.1. Παράγοντες Επικινδυνότητας**

Τη Καρδιαγγειακή νόσο μπορεί κανείς να την αποκαλέσει ως μια πάθηση του εκσυγχρονισμού, η οποία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις μεταβολές της διατροφής και στη μείωση του επιπέδου δραστηριότητας, που συνοδεύουν τη σύγχρονη ζωή (Taylor, 1999). Έχουν διαπιστωθεί επίσης και άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της νόσου, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία, ο διαβήτης η υπέρταση καθώς και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Καραδήμας, 2005). Ωστόσο σε μια έρευνα των Yusuf, Hawken, Ounpuu, Dans, Avezum, Lanas et al. (2004), βρέθηκε πως το κάπνισμα είναι ο δεύτερος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, ενώ το πρώτο και σημαντικότερο παράγοντα επικινδυνότητας φαίνεται να τον αποτελούν τα υψηλά LDL και τα χαμηλά HDL επίπεδα χοληστερίνης. Ενώ σε μια άλλη έρευνα των Greenland, Knoll, Stamler, Neaton, Dyer, Garside et al. (2003), σε άτομα τα οποία υπέστησαν καρδιακή προσβολή, φάνηκε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που υπέστησαν την προσβολή πληρούσαν έστω και ένα από τους προαναφερθέντες παράγοντες επικινδυνότητας.

Εντούτοις τα ποσοστά εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνονται μετά την ηλικία των 45 χρόνων (Καραδήμας, 2005). Ενώ στο φύλο φαίνεται να υπάρχει διαφορά όσον αφορά τον επιπολασμό και την παρουσίαση της καρδιαγγειακής νόσου, καθώς οι άνδρες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους παθήσεις σε σχέση με τις γυναίκες σε κάθε ηλικιακή ομάδα (NCHS, 2003). Μάλιστα οι γυναίκες μπορεί να αναπτύξουν καρδιαγγειακή νόσο δέκα χρόνια αργότερα από ότι οι άνδρες, επιπλέον ο κίνδυνος αυξάνεται απότομα για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης (Zhang & Hayward, 2006). Βέβαια οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποβιώσουν εάν εκδηλώσουν μια καρδιαγγειακή νόσο (Καραδήμας, 2005).

Παρόλα αυτά κάθε Καρδιοπαθής φέρει μερίδιο ευθύνης για την κατάσταση της υγείας του, καθώς τα αποτελέσματα πολλών ερευνών επισημάνουν πως, εάν οι άνθρωποι τροποποιούσαν τον τρόπο ζωής τους και τη συμπεριφορά τους, αρκετοί από τους επιζήμιους παράγοντες που φαίνεται να ευθύνονται για την ανάπτυξη μιας καρδιαγγειακής πάθησης μπορούν να μειωθούν ή ακόμη και να εξαιρεθούν. Συγκεκριμένα η αποφυγή του καπνίσματος, η τακτική άσκηση η διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους, η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής, η αποφυγή των λιπαρών, και η τροποποίηση των συναισθηματικών αντιδράσεων στο στρες μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ενός καρδιαγγειακού νοσήματος (DiMatteo & Martin, 2011).

#### **4.2. Αντιμετώπιση Καρδιαγγειακών νόσων**

Η αντιμετώπιση των Καρδιαγγειακών νόσων δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία, αντιθέτως χρειάζεται μεγάλη αντοχή και θέληση ούτως ώστε ο καρδιοπαθής ασθενής να μπορέσει να έχει όσο το δυνατό μια πιο υγιή καρδιά. Η αντιμετώπιση λοιπόν των καρδιαγγειακών παθήσεων θα μπορούσε να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία καθώς και σε επεμβάσεις ή εγχειρίσεις (Καραδήμας,2005).

Οι εγχειρίσεις θα μπορούσαν να είναι οι έξης: α) η αγγειοπλαστική εγχείριση (μπαλονάκι) η οποία πραγματοποιείται, ούτως ώστε το αγγείο που έχει φράξει να μπορέσει άμεσα να ανοίξει και να επιτρέψει την ροή του αίματος, (β) η εγχειρητική τεχνική παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών ονομάζεται αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass). Στην αορτοστεφανιαία παράκαμψη γίνεται μεταμόσχευση, κάποιων υγιών αρτηριών στις πάσχοντες στεφανιαίες αρτηρίες και (γ) οι άλλοι τύποι επεμβάσεων είναι η μεταμόσχευση βαλβίδων, όπου οι ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλη καρδιακή ανεπάρκεια (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τους Ågren ,Frisman, Berg, Svedjeholm και Strömberg (2009), κάθε χρόνο πραγματοποιούνται παγκοσμίως 1 έως 1,5 εκατομμύριο καρδιαγγειακές επεμβάσεις. Επιπλέον αναφέρουν πως το 10% των καρδιοπαθών ασθενών που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη

με μόσχευμα και σε χειρουργική επέμβαση της αορτικής βαλβίδας αναπτύσσουν μετεγχειρητική καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο η καρδιακή ανεπάρκεια έπειτα από χειρουργική επέμβαση σχετίστηκε και με κακή πρόγνωση, ενώ αυξάνει και μακροπρόθεσμα αλλά και βραχυπρόθεσμα τη θνησιμότητα.

Παρόλο που η φαρμακευτική αγωγή ή μια χειρουργική επέμβαση βοηθά στην αντιμετώπιση μιας καρδιαγγειακής νόσου, ο ασθενής δεν μπορεί να αρκεστεί μόνο σε αυτά. Η αλλαγή αλλά και η υιοθέτηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής από την πλευρά του ασθενούς, είναι σημαντική καθώς όπως αναφέρθηκε και πρωτίστως μια τέτοια αλλαγή συμπεριφοράς φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην υγεία του καρδιοπαθή ασθενή. Επομένως, ο ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να προβεί σε διατροφικές αλλαγές καθώς και στην άμεση διακοπή του καπνίσματος, αλλά και στην καταπολέμηση συναισθηματικών παραγόντων όπως το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη και η εχθρότητα (Καραδήμας, 2005).

#### **4.3. Ψυχολογικοί παράμετροι και Καρδιαγγειακές παθήσεις**

Οι Καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω αποτελούν και παραμένουν ως η κυριότερη αίτια θανάτου. Ωστόσο τόσο η εμφάνιση όσο και η κλινική εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων συνδέονται με μια σειρά πληθώρα ψυχολογικών παραγόντων όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Goldston & Baillie, 2008· Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky, 2005). Άλλοι επιζήμιοι ψυχολογικοί παράγοντες είναι το στρες, ο θυμός, η εχθρότητα κ.α., καθώς και η προσωπικότητα του κάθε ατόμου, τα οποία μπορεί να έχουν αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών προβλημάτων που μπορεί να δράσουν μέσω διαφορετικών διακριτών ψυχοβιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται άμεσα με την παθογένεση της καρδιαγγειακής νόσου (van Montfort, Denollet, Widdershoven & Kupper, 2016). Στη συνέχεια αυτής της ενότητας θα δούμε αναλυτικότερα μερικούς από τους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις.



Το Στρες έχει γίνει διάχυτο και αποτελεί μια αναπόφευκτη πτυχή της σύγχρονης ζωής. Εντούτοις οι δυσμενείς επιπτώσεις του στην εμφάνιση Καρδιαγγειακών παθήσεων και συγκεκριμένα Στεφανιαίας νόσου, έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Οι Hewstone και Stroebe (2007), εκτίμησαν τις εμπειρίες του στρες σε ασθενείς οι οποίοι είχαν επιζήσει έπειτα από καρδιακή προσβολή. Οι ασθενείς που είχαν μια μη θανατηφόρα υποτροπή της ασθένειας ανέφεραν περισσότερες έγνοιες στη συνέντευξη από τους ασθενείς στους οποίους δεν παρουσιάστηκε υποτροπή.

Όσον αφορά το εργασιακό στρες, έχει διαπιστωθεί, πως συνδέεται κατ' επανάληψη με αυξημένους κινδύνους θανατηφόρων και μη θανατηφόρων περιστατικών Στεφανιαίας νόσου (Jian, Min, Loerbroks, Angerer, Siegrist, Li & Zhang, 2015). Το εργασιακό άγχος μπορεί να επηρεάσει το καρδιαγγειακό σύστημα σε παράγοντες συμπεριφοράς που έχουν σημασία για την καρδιαγγειακή υγεία, όπως την αύξηση του καπνίσματος, αλκοόλ κ.α. Ακόμη, το εργασιακό άγχος αυξάνει τον επιπολασμό της κατάθλιψης και του στρες και φαίνεται να έχει σημασία στην εκδήλωση Στεφανιαίας νόσου (Meijer, Conradi, Bos, Thombs, van Melle & De Jonge, 2011· Roest, Martens, Denollet & De Jonge, 2010). Επιπλέον το στρες μπορεί να προκληθεί από επαναλαμβανόμενες εκθέσεις σε δυσμενές ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον, με επιβλαβείς και ανεπιθύμητες επιδράσεις σε ασθενείς με Καρδιαγγειακές παθήσεις (Jarczok, Jarczok, Mauss, Koenig, Li, Herr & Thayer, 2013). Αρκετοί άνθρωποι, οι οποίοι εργάζονται είτε σε απαιτητικές θέσεις είτε σε πολύ μεγάλο βαθμό καταναλώνοντας μεγάλα αποθέματα ενέργειας, χωρίς να αμείβονται κατάλληλα εμφανίζουν επίσης συχνότερα Στεφανιαία νόσο, σε σύγκριση με όσους αμείβονται επαρκώς (DiMatteo & Martini, 2011).

Οι Jian, Min, Loerbroks, Angerer, Siegrist, Li και Zhang (2015), αναφέρουν ότι το υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους, η σοβαρότητα της νόσου και το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία είναι οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου, για τη μη επιστροφή στην εργασία από Στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, αποτελέσματα από μια έρευνα τους έδειξαν ότι οι ασθενείς με Στεφανιαία νόσο, που σταμάτησαν να δουλεύουν για έξι μήνες η και περισσότερο παρουσίασαν χαμηλότερο κίνδυνο επαναλαμβανόμενων

γεγονότων Στεφανιαίας νόσου, σε σύγκριση με εκείνους που συνέχισαν να εργάζονται κατά τη διάρκεια ολόκληρης της περιόδου παρατήρησης. Τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας δείχνουν πώς το εργασιακό στρες μπορεί να επιδεινώσει την πρόγνωση και να επιταχύνει την εξέλιξη της Στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες. Αντίθετα η απουσία του εργασιακού στρες μπορεί να προστατεύσει τις γυναίκες κατά την εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης (Wang, Leineweber, Kirkeeide, Svane, Schenck-Gustafsson, Theorell & Orth-Gomer, 2007).

Πληθώρα από μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος, μπορεί να είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Συγχρόνως τα αυξημένα επίπεδα άγχους στη Στεφανιαία νόσο συνδέονται και με αυξημένη θνησιμότητα εντός των πρώτων χρόνων μετά την οξεία απόφραξη (Wrenn, Mostofsky, Toffer, Muller & Mittleman, 2013). Επιπλέον το άγχος φαίνεται να είναι διαδεδομένο στους ασθενείς με Καρδιαγγειακή νόσο και ειδικότερα στους νεότερους ασθενείς με Στεφανιαία νόσο (Lavie & Milani, 2006).

Ο Sarafino (2006), αναφέρει πως οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης τα όποια μάλιστα επιμένουν έπειτα από κάποιο καρδιακό επεισόδιο, φαίνεται να μην τηρούν την θεραπευτική αγωγή και να σταματούν κάθε δραστηριότητα επιδεινώνοντας με αυτό το τρόπο την κατάσταση της υγείας τους. Επιπρόσθετα οι ασθενείς αυτοί στην πορεία πιθανόν να αναπτύξουν και άλλα καρδιακά προβλήματα, η και να πεθάνουν μέσα στον επόμενο χρόνο, συγκριτικά με όσους βιώνουν λιγότερο άγχος. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους προκαλούν επίσης δυο φορές αυξημένο το κίνδυνο θνησιμότητας και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass) με μόσχευμα (Szeckely, Balog, Benko, Breuer, Szekely, Kertai & Thayer, 2007· Tully, Baker & Knight, 2008).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει πως η κατάθλιψη ανευρίσκεται συχνότερα σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις (Nemeroff, Musselman & Evans, 1998), ενώ φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και πρόγνωση της Στεφανιαίας νόσου (Stafford, Berck, Reddy & Jackson, 2007· Urizar & Sears, 2006· Strik, Lousberg, Cheriex & Honig,

2004) και το θάνατο έπειτα από Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (Yong, Yanhong, Xinyue, Huilian, Yingjie, Xiaoxin & Zuxun, 2014). Μάλιστα ο κίνδυνος θνησιμότητας των ασθενών με καρδιοπάθεια που οφείλεται στην κατάθλιψη είναι ενάμιση με δυο φορές μεγαλύτερος (Goldston & Baillie, 2008). Μια έρευνα έδειξε ότι η συνολική εμφάνιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο στην Κίνα ήταν 51% εκ των οποίων 3,1-11,2% των ατόμων πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη (Guoqiang, Yaqing, Ying & Wei, 2016). Επιπλέον οι ασθενείς με στηθάγχη ή μετά από χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass), χειρουργική επέμβαση βαλβίδας, είχαν την εμπειρία της κατάθλιψης σχεδόν τρεις φορές πιο συχνά από ότι ο γενικός πληθυσμός (Greco, Steca, Pozzi, Monzani, D' Addario, Villani & Parati, 2014). Η επικράτηση της κατάθλιψης και του άγχους καθώς και η συννοσηρότητα του άγχους και της κατάθλιψης αυξάνονται σημαντικά μια μέρα πριν και μετά την εγχείριση. Ωστόσο οι επιπτώσεις αυτών των ψυχολογικών προβλημάτων μειώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου μετά από μια στεφανιαία επέμβαση. Αξίζει να αναφερθεί ακόμη, πως το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι διάφορες ανησυχίες των ασθενών για την ποιότητα των νοσηλευτών, τις πιθανές καρδιαγγειακές δυσλειτουργίες, τη χειρουργική αποτυχία και γενικά τα επακόλουθα ενός χειρουργείου είναι επίσης συνδεδεμένα με υψηλό επιπολασμό κατάθλιψης άλλα και άγχους (Guoqiang, Yaqing, Ying & Wei, 2016). Οι Grace, Abbey, Kapral, Fang, Nolan και Stewart (2005), μέσα από μια έρευνα τους το απέδειξαν αυτό, ότι δηλαδή η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε καρδιοπαθείς ασθενείς, επηρεάζει την ποιότητα ζωής αλλά και την μετέπειτα θνησιμότητα.

Επιπλέον σε ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν Έμφραγμα Μυοκαρδίου, η εμφάνιση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 15-30% ενώ τις περισσότερες φορές δεν διαγιγνώσκονται και δεν αντιμετωπίζονται (Prince et al., 2007). Το γεγονός αυτό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους αρμόδιους ιατρούς και το προσωπικό υγείας, ούτως ώστε να χορηγηθούν στους ασθενείς αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία φαίνεται να είναι αποτελεσματικά. Συγκεκριμένα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης είναι και ασφαλή αλλά και αποτελεσματική για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους καρδιοπαθείς ασθενείς. Μάλιστα, υπάρχουν ενδείξεις

πως οι αναστολές σεροτονίνης σχετίζονται με την μείωση του κινδύνου εμφράγματος (Sowden & Huffman, 2009).

Ένα άλλο σημαντικό γεγονός το οποίο αφορά την κατάθλιψη και πρέπει να αναφερθεί είναι αυτό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η διάγνωση της Στεφανιαίας νόσου, προκαλεί χείμαρρο συναισθημάτων. Αναμενόμενα συναισθήματα θλίψης, οδυρμού, απόγνωσης και θύμου, φαίνεται να διακατέχουν το άτομο, επίσης τα συναισθήματα αυτά συνοδεύονται με αντιδράσεις σοκ, δυσπιστίας και αγωνίας. Ωστόσο εάν τα συμπτώματα είναι τέτοιας έκτασης και διάρκειας και πληρούν τα κριτήρια DSM-IV για μείζον καταθλιπτικής διαταραχής η ακριβής διάγνωση και η θεραπεία της είναι καθοριστικής σημασίας (Avoron, Everitt & Weiss, 1986). Παρόλα αυτά υπολογίζεται ότι λιγότερο από το 25% των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο και μείζον καταθλιπτική διαταραχή, διαγιγνώσκονται ως καταθλιπτικοί και ότι μόνο οι μισοί από αυτούς που διαγιγνώσκονται ως καταθλιπτικοί λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (Παρίσης, Φουντουλάκη & Φιλιππάτος, 2008).

Περάν τούτου η κατάθλιψη των ασθενών, επηρεάζεται από την κοινωνική υποστήριξη τους. Διάφορες μελέτες έχουν τονίσει ότι η αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης προβλέπει τα επίπεδα της κατάθλιψης από τον πρώτο μήνα, επίσης έξι και δώδεκα μήνες μετά τη νοσηλεία σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον οι αντιλήψεις των υψηλών επιπέδων κοινωνικής στήριξης προβλέπουν μακροζωία, την επιτυχή ανάκτηση από ένα καρδιακό επεισόδιο, την ένταξη σε πρόγραμμα άσκησης, απώλεια βάρους και καλύτερη πρόγνωση σε ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους (Brummett, Babyak, Barefoot, Bosworth, Clapp-Channing, Siegler & Mark, 1998). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αντιληπτική κοινωνική υποστήριξη από τους συγγενείς, φίλους αλλά κυρίως του συζύγου-συντρόφου, προωθεί την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας καθώς και την ευκολότερη ανάκτηση μετά από χειρουργική επέμβαση.

Παρόλο που η βιβλιογραφία επικεντρώνεται στη κατάθλιψη, υπάρχουν ενδείξεις ότι το ψυχοκοινωνικό στρες, συμπεριλαμβανομένων και όσων προαναφέρθηκαν (άγχος, εχθρότητα, απομόνωση, ισχυρές αρνητικές

συγκινήσεις) έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οξεία και χρόνια πτυχή της Καρδιακής νόσου (Lavie, Milani, O'Keefe & Lavie, 2011).

Το ψυχοκοινωνικό στρες διαταράσσει τη λειτουργία του καρδιομεταβολισμού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αντίσταση στη ινσουλίνη, φλεγμονή, υπεργλυκαιμία και άλλες μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να επιδεινώσει την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, η οποία είναι κοινός παρονομαστής στη Καρδιαγγειακή νόσο (Das & O'Keefe, 2006)

Σε μια μελέτη της INTERHEART, έχουν προκύψει σημαντικά επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τον κρίσιμο ρόλο του ψυχοκοινωνικού στρες και τη Στεφανιαία νόσο, η οποία αξιολόγησε τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στη Στεφανιαία νόσο και το ψυχοκοινωνικό στρες ανάμεσα σε μια ποικιλόμορφη ομάδα των 11,119 ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου από 52 χώρες. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι μεταξύ εννέα παραγόντων κινδύνου για Καρδιαγγειακό νόσημα, το ψυχοκοινωνικό στρες ήταν τρίτο σε σημασία, πίσω από τα λιπίδια και το κάπνισμα, μάλιστα το ψυχοκοινωνικό στρες αντιπροσώπευε το 1/3 του πληθυσμού για το κίνδυνο οξύ εμφράγματος μυοκαρδίου. (Rosengren, Hawken, Ounpuu, Sliwa, Zubaid, Almahmeed & Yusuf, 2004).

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει το αυτόνομο Νευρικό Σύστημα στη διαμεσολάβηση των επιπτώσεων του ψυχοκοινωνικού στρες και των Καρδιαγγειακών παθήσεων. Η ενεργοποίηση του Συμπαθητικού συστήματος μπορεί να επιδεινώσει την ενδοθηλιακή λειτουργία της Στεφανιαίας αρτηρίας και την αυξημένη αρτηριακή πίεση, ενώ το Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα έχει και ευεργετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην Καρδιαγγειακή νόσο, αντίστοιχα πολλές μορφές του ψυχοκοινωνικού στρες αλλάζουν την ισορροπία του Παρασυμπαθητικού Συστήματος, όπου μπορεί να μειώσει το καρδιακό ρυθμό και να αυξηθούν οι κίνδυνοι για καρδιαγγειακά περιστατικά (Das & O'Keefe, 2006· Lavie & Milani, 2011).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί, πως τα άτομα τα οποία είναι γεμάτα κέφι και ζωντάνια δεν κινδυνεύουν τόσο πολύ στο να εμφανίσουν Στεφανιαία νόσο. Σε εν αντιθέσει με τα άτομα τα οποία διακατέχονται από μη υγιή ψυχικά

συναισθήματα όπως η επιθετικότητα, η εχθρότητα και η ανυπομονησία (DiMatteo & Martin, 2011).

## **5. ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΟΙ-ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ**

### **5.1. Ο έγγαμος βίος**

Η καρδιαγγειακή νόσος φαίνεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τους συζυγούς των ασθενών. Η διάγνωση της πάθησης δημιουργεί αναταραχή στη συμβίωση των παντρεμένων ζευγαριών, με συνέπεια να διαταράσσετε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα (Moser, Drakup & Marsden, 1993). Έπειτα από ένα καρδιακό επεισόδιο, τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύζυγοι τους, πρέπει να ανασυνταχθούν και να αποκαταστήσουν τη ζωή τους, παρά τις σύνθετες ψυχολογικές διαδικασίες που τη διέπουν.

Με αφορμή την πολυπλοκότητα της επιρροής μιας χρόνιας πάθησης, θα μπορούσαμε να αναλύσουμε λίγο την έννοια του γάμου, εφόσον οι σύζυγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στις καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και σε κάθε χρόνια ασθένεια. Σε τι ρόλο λοιπόν μπορεί να εμπλέκεται ο γάμος; Ο γάμος αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό θεσμό όπου μέσα από αυτό, μπορεί να υπάρξει αγάπη, φροντίδα και στήριξη ανάμεσα στους δύο συζύγους, επίσης ο έγγαμος βίος φαίνεται να διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην υγεία. Αν το σκεφτεί κανείς ίσως του φανεί λιγάκι παράδοξο, και όμως πιο κάτω θα διαπιστώσουμε ότι ο γάμος σχετίζεται με την πορεία, την εκδήλωση και την ανάπτυξη μιας χρόνιας ασθένειας.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες για παράδειγμα, τα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ ανύπαντρων γυναικών είναι 50% υψηλότερα σε σχέση με των παντρεμένων, ενώ για τους άνδρες τα ποσοστά είναι σε πολύ πιο υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα οι ανύπαντροι άνδρες έχουν 250% υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ότι οι παντρεμένοι (Ross, Mirowsky & Goldsteen, 1990).

Ποικίλες έρευνες αποδεικνύουν πως ο έγγαμος βίος επηρεάζει τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχουν ενδείξεις από μια μελέτη στο Καναδά πως τα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι χαμηλότερα μεταξύ των παντρεμένων ατόμων (Tonato & Lauris, 1989). Ακόμη οι Stansfeld, Further, Shipley & Marmott (2002), σε μια έρευνα τους για τους παράγοντες κινδύνου Στεφανιαίας νόσου, αναφέρουν πως οι χήρες γυναίκες είχαν περισσότερα

ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων από τις έγγαμες. Επιπλέον οι Pienta, Hayward και Jenkins (2000) αναφέρουν πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι περισσότερο διαδεδομένα μεταξύ των διαζευγμένων ατόμων.

Ωστόσο ο γάμος μπορεί να σχετίζεται με την υγεία είτε επειδή τα άτομα που πάσχουν από προβλήματα υγείας έχουν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν ή να παραμείνουν παντρεμένοι σε σχέση με τα υγιή άτομα (Fu & Goldman, 1996). Παρόλα αυτά ο γάμος φαίνεται να ενισχύει την καρδιαγγειακή υγεία εφόσον αυξάνονται οι κοινωνικοοικονομικοί πόροι, η κοινωνική υποστήριξη και ο καλύτερος τρόπος ζωής (Murray, 2000· Ross, Mirowsky & Goldsteen, 1990). Επομένως πολύ πιθανόν τα παντρεμένα άτομα να έχουν χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με τα ανύπαντρα (Krause, 2005).

## **5.2. Σχέσεις καρδιοπαθών και συζύγων-συντρόφων**

Η ανάκτηση μετά από κάποιο καρδιακό επεισόδιο είναι μια σύνθετη φυσιολογική αλλά και ψυχολογική διαδικασία που σπάνια λαμβάνει χώρα στην απομόνωση. Όπως έχει γίνει αντιληπτό καθώς έχει προαναφερθεί η αλληλεξάρτηση της έγγαμης σχέσης μπορεί να επηρεάζει τη δυαδική σχέση, την ανάκαμψη του ασθενούς αλλά και την ψυχολογική ευεξία και των δύο (Baird & Eliasziw, 2011).

Οι σύζυγοι των ασθενών θέλοντας να τους βοηθήσουν και να τους στηρίξουν πολλές φορές υπερβάλουν. Αυτή η υπερβολή μπορεί να δημιουργήσει στον ασθενή άγχος και αρνητικές συνέπειες στην έκβαση της υγείας του (Joekes, Maes & Warrenns, 2007). Τα συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας και άγχους τα οποία δημιουργούνται μεταξύ των συζυγών έπειτα από ένα καρδιακό συμβάν έχουν συνδεθεί με συμπεριφορές επαγρύπνησης και συζυγικής υπερπροστασίας (Baird & Eliasziw, 2011). Η υπερπροστασία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς πολλές φορές αισθάνονται ότι οι δυνατότητες τους υποτιμούνται από την πλευρά των συζύγων ή αισθάνονται όλο και περισσότερο σωματικά αδύναμοι. Βέβαια οι σύζυγοι δεν αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά τους ως «υπερπροστατευτική» αλλά ως «μέριμνα» (Joekes, Maes & Warrenns, 2007).



Σε καρδιοπαθείς ασθενείς υπάρχει διαδεδομένη η αντίληψη ότι η σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Βέβαια αυτό δεν επηρεάζει μόνο τους ασθενείς αλλά και τους συντρόφους, καθώς οι σεξουαλικές σχέσεις εξαρτώνται από τη συναισθηματική και ψυχολογική αλληλεπίδραση και των δύο (Kazemi-Saleh, Pishgou, Farrokh, Assari, Fotros & Naseri, 2008).

### **5.3. Ο ρόλος του συζύγου-συντρόφου**

Για τους συζύγους των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, η εμπειρία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη (O'Farrell, Murray, & Holtz, 2000). Τα μακροχρόνια σχέδια των ρόλων και των ευθυνών συχνά πρέπει να επαναπροσδιορίζονται (Lukkarinen & Kyngäs, 2003), καθώς η ασθένεια μπορεί να επιφέρει αλλαγές στον τρόπο ζωής, οι οποίοι προκαλούνται από φυσικούς περιορισμούς του καρδιακού ασθενούς. Ωστόσο Οι Coyne και Smith (1994), διακρίνουν τρεις τρόπους με τους οποίους οι υγιείς εταίροι μπορούν να παρέχουν υποστήριξη στους άρρωστους εταίρους (α) Η ενεργός συμμετοχή, η οποία περιλαμβάνει την εποικοδομητική επίλυση προβλημάτων, (β) τον προστατευτικό μεσολαβητή, ο οποίος αποτελείται από κρυφές ανησυχίες καθώς και την άρνηση των ανησυχιών και (γ) την υπερπροστασία η οποία αναφέρεται στην υποτίμηση των δυνατοτήτων του ασθενή.

Οι σύζυγοι των καρδιοπαθών καλούνται να αναλάβουν αρκετούς ρόλους και ευθύνες, μάλιστα οι ρόλοι φαίνεται να διαφέρουν όσο αναφορά το φύλο. Σε μια έρευνα των Orth-Komér, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman και Mittleman (2000), φάνηκε πώς οι καρδιοπαθείς γυναίκες αντιλαμβάνονται τις σχέσεις τους με τους συζύγους τους λιγότερο ευνοϊκές από ότι οι καρδιοπαθείς άνδρες. Μάλιστα οι καρδιοπαθείς άνδρες είχαν περισσότερες από τις διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν ότι η σύζυγος ή η σύντροφος τους ήταν ο πρωταρχικός πάροχος στήριξης τους συγκριτικά με τις καρδιοπαθείς γυναίκες. Οι άρρωστες γυναίκες είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν κάποιο συγγενή τους, συνήθως γυναίκα ως τον κύριο υποστηρικτή τους (Karasek, Baker, Maxer, Ahlbom & Theorell,

1981). Επιπλέον οι γυναίκες αναφέρουν ότι δίνουν περισσότερα από αυτά που λαμβάνουν στη δυαδική σχέση (Von Dras & Williams, 1996).

Έχει τεκμηριωθεί ότι οι σύζυγοι-φροντιστές των καρδιοπαθών ασθενών εμπλέκονται συχνά σε εργασίες οι οποίες έχουν την δυνατότητα να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της καρδιακής νόσου (Mosca, et al., 2011). Ο σύζυγος ασκεί σημαντική επίδραση στη μελλοντική σωματική και συναισθηματική προσαρμογή του ασθενούς (Ebbesen, Gordonh, McCartney & Oldridge, 1990), στη ιατρική παρακολούθηση στη τήρηση φαρμακευτικής θεραπείας, τη διατροφή κ.α. (Mosca, et al., 2011).

Παρόλα αυτά ο ρόλος του συζύγου είναι πιο σύνθετος από την απλή επίβλεψη του ασθενούς στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στην πλειοψηφία τους οι σύζυγοι των καρδιοπαθών «αναγκάζονται» να βρίσκονται διαρκώς μαζί με τον ασθενή. Οι σύζυγοι-φροντιστές αναλαμβάνουν νέους ρόλους, αυτοί οι νέοι ρόλοι όπως αναφέρθηκε μπορεί να είναι η παρακολούθηση και η θεραπεία ή η κατανόηση και υποστήριξη προς τον ασθενή (Lukkarinen & Kyngäs, 2003). Επιπλέον σε αυτούς συμπεριλαμβάνεται και ένας νέος τρόπος ζωής και η προσαρμογή του σε αυτόν, καλούνται να παρασκευάζουν ειδικά διατροφικά γεύματα, χαμηλά σε λιπαρά, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του παθών (Theobald & McMurray, 2004). Εντούτοις υπάρχει πρόσθετη ευθύνη, για την καθημερινή ζωή, που μπορεί να περιπλέκει τα οικονομικά προβλήματα καθώς και τις απροσδόκητες αλλαγές που προκαλούνται από την ασθένεια (Lukkarinen & Kyngäs, 2003). Δεν είναι λίγοι οι σύζυγοι που εκφράζουν τις ανησυχίες τους όχι μόνο για τα οικονομικά αλλά και για την έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις σωματικές δραστηριότητες και τη διαχείριση των συμπτωμάτων (Theobald & McMurray, 2004). Αξίζει να αναφερθεί επίσης πως όταν αρχίζουν οι εταίροι των καρδιοπαθών να διαπιστώνουν πως οι ευθύνες αρχίζουν να διπλασιάζονται, οδηγούνται στο σημείο να κάνουν απουσίες από τη δουλειά, παρόλο που τα οικονομικά προβλήματα φαίνεται να αυξάνονται (Theobald & McMurray, 2004).

Παρόλο που οι σύζυγοι διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην αποκατάσταση των ασθενών μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση,

αρκετές φορές μπορεί και να την επηρεάζουν, εφόσον μια καρδιαγγειακή πάθηση αποτελεί και για τους συζύγους ένα ξαφνικό πλήγμα με σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους. Συγκεκριμένα όπως αναφέρουν και οι Baird και Eliaszwil (2011), η περίοδος αποκατάστασης έπειτα από ένα καρδιακό επεισόδιο αποτελεί μια σωματική και ψυχολογική διαδικασία τόσο για τους καρδιοπαθείς όσο και για τους συζύγους τους.

Οι σύζυγοι των ασθενών που υπέστησαν χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, αναφέρουν την εμπειρία της φροντίδας ως απρόβλεπτη και απρόσμενη, επιπλέον έπρεπε να χειριστούν αυτά τα συναισθήματα και να προβούν σε προσωπικές αλλαγές. (Theobald & McMurray, 2004). Ωστόσο οι Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki και Tarkka (2004) βρήκαν, ότι κατά τη διάρκεια της καρδιακής αποκατάστασης οι σύζυγοι ήταν η κύρια πηγή στήριξης για τους ασθενείς που έκαναν χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, αφιερώνοντας μάλιστα περίπου το 87% του χρόνου τους.

#### **5.4. Συνέπειες στο σύζυγο-σύντροφο**

Οι σύζυγοι πολλές φορές χαρακτηρίζονται ως «κρυφό ασθενείς», καθώς κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης και μετά από μια χειρουργική επέμβαση, έχουν διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις που μπορεί να κυμαίνονται από θυμό μέχρι άγχος και κατάθλιψη (KyungAk Im, Belle, Schulz, Mendelsohn & Chelluri, 2004· Theobald & McMurray, 2004 ). Οι γυναίκες φροντιστές αναφέρουν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα από τους άνδρες (Lenz & Perkins, 2000). Ενώ η κακή ψυχική και σωματική υγεία μπορεί να συμβάλλει στο πρόωπο θάνατο (Schulz & Beach, 1999· Christakis & Allison, 2006) υποδεικνύοντας έτσι ότι η διαδικασία αποκατάστασης πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των συζύγων. Έχει τεκμηριωθεί επίσης πως οι φροντιστές των οποίων οι ψυχολογικές, σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες δεν έχουν τηρηθεί μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του ασθενούς κατά τη φάση της ανάκαμψης (Moser & Dracup, 2004· Visser-Meily, van Heugten, Post, Schepers & Lindenman, 2005).

Κάθε χειρουργική επέμβαση καρδιοπαθών, προκαλεί επιπρόσθετο άγχος στους συζύγους των ασθενών και συχνά ανησυχούν περισσότερο από αυτούς. Οι σύζυγοι βιώνουν δύσκολες και απαιτητικές καταστάσεις όταν ο εταίρος τους βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση (McGaughey & Harrison, 1994). Οι σύζυγοι φροντιστές οι οποίοι αναπτύσσουν αισθήματα αδυναμίας και απογοήτευσης μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την φροντίδα του ασθενή στην φάση ανάκαμψης. Ωστόσο τα ποσοστά επιβίωσης των καρδιαγγειακών ασθενών είναι καλύτερα, όταν υπάρχει εμπιστοσύνη στους συζύγους φροντιστές (Rohrbaugh, Shoham, Coyne, Sonnega & Nicklas, 2004). Μπορεί επίσης να υπάρξουν και θετικά αποτελέσματα από τη φροντίδα, όπως η αυξημένη αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση και μια στενότερη σχέση με τον εταίρο τους (Theobald & McMurray, 2004). Μάλιστα στη μελέτη των Blair, Volpe και Aggarwal (2014), αρκετοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η σχέση με τον ασθενή εταίρο τους έγινε στενότερη και ένιωθαν χαρούμενοι που βοηθούσαν.

Οι σύζυγοι των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου μπορεί να εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, τα οποία είναι συνυφασμένα με το καρδιακό επεισόδιο, από ότι ο ασθενής (Mayou, Foster & Williamson, 1978). Επιπλέον οι σύζυγοι των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου φαίνεται να αισθάνονται εντονότερη συναισθηματική δυσφορία από τους εταίρους τους. Ο Moore το 1994 (όπως αναφέρεται στους O'Farrell, Murray, & Holtz, 2000) διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από τους ασθενείς. Ομοίως και οι Monahan, Kohman και Coleman (1996) διαπίστωσαν πως οι σύζυγοι των ασθενών που υποβάλλονται σε εγχείριση ανοιχτής καρδιάς, βίωσαν έντονες στρεσογόνες καταστάσεις.

Η ασφάλεια έχει μεγάλη σημασία για τους συζύγους κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης και της αποκατάστασης. Συναισθήματα μοναξιάς, αβεβαιότητας και ανασφάλειας είναι κοινά στους συζύγους κατά την οξεία φάση, ειδικά όταν περιμένουν στο σπίτι με αγωνία. Φυσικά από την μελέτη των Ågren, Hollman-Frisman, Berg, Svedjeholm και Strömberg (2009), φαίνεται πως οι περισσότεροι σύζυγοι προτιμούσαν να είναι κοντά στο νοσοκομείο, γιατί ένιωθαν φόβο μήπως δεχθούν τηλεφώνημα με δυσάρεστα

νέα. Επίσης σκέψεις όπως ότι ο εταίρος τους μπορεί να πεθάνει κατά την απουσία τους, προκαλούσε ανασφάλεια και άγχος. Εντούτοις οι σύζυγοι βίωσαν μια έντονη περίοδο κατά τη διάρκεια της εντατικής θεραπείας, καθώς και στη διαδικασία αποκατάστασης. Οι περισσότεροι σύζυγοι έπρεπε να θέσουν σε προτεραιότητα τις ανάγκες του καρδιοπαθή εταίρου τους, περιθωριοποιώντας τις δικές τους διότι αποδέχονται ότι ο ασθενής ήταν εξαρτημένος.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας μπορεί να αφορούν το συναισθηματικό στρες, τη μειωμένη προσωπική ελευθερία, τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση, την ανασφάλεια κ.α.. Σε μια μελέτη τους οι Anderson, Linto, Stewart και Wynne (1995), διαπίστωσαν πως οι ευθύνες των συζύγων στη φροντίδα του καρδιοπαθή εταίρου τους, επιβάλλουν περιορισμούς της προσωπικής τους ελευθερίας, της ιδιωτικής τους ζωής και στις κοινωνικές δραστηριότητες τους. Η κοινωνική απομόνωση που «υφίστανται» οι σύζυγοι τους καθλώνει, ενώ οι αναπόφευκτες ευθύνες τους πανικοβάλλουν. Επιπλέον το 80% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν ψυχικές διαταραχές, εκμηδενισμό του ελεύθερου χρόνου και του χρόνου ανάπαυσης. Ωστόσο αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μια μεταγενέστερη έρευνα η οποία διεξήχθη στην Ολλανδία από τους Scholte op Reimer, de Haan, Rijnders, Limburg και van den Bos (1998). Οι ίδιοι υποστήριξαν επίσης πως όσο πιο έντονα είναι τα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και απομόνωσης στους συζύγους των πασχόντων τόσο πιο εντονότερη νιώθουν την επιβάρυνση της φροντίδας που προσδίδουν στον καρδιοπαθή εταίρο τους, και το αντίστροφο δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο από συναισθήματα.

Οι Kettunen, Solovieva, Laamanen και Santavirta (1999) αναφέρουν πως η δυσλειτουργία στους φροντιστές προέρχεται από τους φόβους τους, οι οποίοι σχετίζονται με τη νόσο σε συνδυασμό με τους δικούς τους προσωπικούς φόβους, έπειτα από ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου στους εταίρους τους. Διαπίστωσαν επίσης ότι οι σύζυγοι των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου, υπέστησαν ψυχολογικά καθώς φοβήθηκαν για ένα δεύτερο περιστατικό εμφράγματος, τη διαδικασία ανάκτησης καθώς και το ενδεχόμενο να χάσουν τον σύζυγο τους. Τέτοιου είδους σκέψεις και συναισθήματα έκαναν

τους συζυγούς των πασχόντων να αισθάνονται ευάλωτοι, να βιώνουν κόπωση, άγχος, διαταραχές ύπνου και ένταση.

Ωστόσο όταν περνάει η κρίση οι σύζυγοι εκφράζουν κάποιες ανάγκες τους, αναφέρουν πως είναι πολύ σημαντικό οι σύζυγοι να έχουν αμοιβαίο σεβασμό στη σχέση με το σύντροφο τους, και να έχουν μια θετική στάση απέναντι στη κατάσταση. Περιγράφουν μάλιστα πως χρειάζεται να αποκτήσουν μια εσωτερική δύναμη, ούτως ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση είτε το επιθυμούν είτε όχι. Οι σύζυγοι περιγράφουν πως χρησιμοποιούν ανάπαυση για το μυαλό και το σώμα, έτσι ώστε να μπορέσουν να αποκτήσουν εσωτερική δύναμη να αισθάνονται καλύτερα και να ξεχνάνε την κατάσταση έστω και για λίγο. Αρκετοί έγραφαν ημερολόγιο, ούτως ώστε να εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους και να εκφράζουν εκεί τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς τους (Ågren, Hollman-Frisman, Berg, Svedjeholm & Strömberg 2009).

Παρόλα αυτά οι σύζυγοι των ασθενών δεν αισθάνονται άγχος και ανασφάλεια μονάχα για την έκβαση της υγείας του εταίρου τους ή για τη θεραπεία αλλά και για την κακή νοσοκομειακή φροντίδα. Σε μια έρευνα των Ågren, Hollman-Frisman, Berg, Svedjeholm και Strömberg (2009), οι σύζυγοι των καρδιοπαθών περιέγραψαν τόσο θετικές όσο και αρνητικές εμπειρίες από τους επαγγελματίες υγείας. Οι σύζυγοι βίωναν ασφάλεια όταν οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης είχαν θετική στάση, ήταν ευχάριστοι, ένιωθαν πραγματική δέσμευση και φαίνονταν να αγαπούσαν αλλά και να απολάμβαναν το έργο που εκτελούσαν. Από την άλλη δήλωναν ότι αισθάνονται ανασφάλεια όταν οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης ήταν απρόσεκτοι, αμελείς, έδειχναν έλλειψη συμπόνιας και ενεργούσαν συστηματικά. Επιπρόσθετα οι σύζυγοι εκτιμούσαν την ειλικρίνεια και την απλή πληροφόρηση. Ακόμη ήταν σημαντικό για αυτούς να έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν με τους θεράποντες ιατρούς.

Όπως έχει γίνει αντιληπτό δεν αλλάζει μόνο η ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και αυτή των συζύγων τους. Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για την ευημερία και των δύο. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν οι σύζυγοι των ασθενών να λαμβάνουν υποστήριξη από επαγγελματίες, τόσο

για τη δικιά τους σωματική και ψυχική ευεξία όσο και για αυτήν του εταίρου τους.

Οι σύζυγοι των ασθενών βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση και χρειάζονται υποστήριξη και στην οξεία φάση αλλά και καθ' όλη την διάρκεια αποκατάστασης. Μάλιστα η επιβάρυνση για το σύζυγο αυξάνεται όταν ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο και οι σύζυγοι αντιλαμβάνονται ότι δεν λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης (Theobald & McMurray, 2004).

Όπως αναφέρουν και οι Ågren, Hollman-Frisman , Berg, Svedjeholm και Strömberg (2009), είναι σημαντικό ο σύζυγος του ασθενή να λαμβάνει επαρκή υποστήριξη από αρμόδιους επαγγελματίες. Είναι απαραίτητο, για να μπορέσει να διατηρήσει τις ισορροπίες, να αντεπεξέλθει στην όλη διαδικασία ούτως ώστε να μπορέσει να στηρίξει τον εταίρο του. Εάν δεν λάβει υποστήριξη πιθανότητα τα αρνητικά συναισθήματα, το άγχος, η κατάθλιψη και η δυσφορία που μπορεί να αισθάνεται, να οδηγήσουν τον σύζυγο του ασθενή στην απελπισία, μη μπορώντας να σταθεί στο πλάι του και να τον στηρίξει.

Επιπλέον ο Davies (2000), αναφέρει πως οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των αναγκών και τις αντιλήψεις του καρδιακού φροντιστή, με κατάλληλη εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη έχουν την δυνατότητα να ενισχύσουν την φροντίδα του ασθενούς.

Δεν είναι τυχαίο άλλωστε που πολλοί από τους συζύγους αναφέρουν την εμπειρία της φροντίδας με πολλές προκλήσεις, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη σωματική και ψυχική καταπόνηση τους, ενώ οι ίδιοι οι σύζυγοι είναι αυτοί που αποζητούν κοινωνική υποστήριξη. (Blair, Volpe & Aggarwal, 2014). Συγκεκριμένα σε μια έρευνα των Blair, Volpe και Aggarwal (2014) το 85% των φροντιστών ανέφεραν ψυχολογικό στρες ως μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις τους, ενώ πολλοί ζήτησαν, κάποια μορφή ψυχοκοινωνικής παρέμβασης όπως ομαδική θεραπεία ή μαθήματα γιόγκα. Είναι σημαντικό επίσης οι σύζυγοι των πασχόντων να απομονώνονται για λίγο, να βρίσκονται σε ένα χαλαρωτικό, ήρεμο και όμορφο περιβάλλον, έτσι ώστε να μειώνεται η συναισθηματική δυσφορία και να κατευνάζετε το άγχος τους (Ågren, Hollman-Frisman , Berg, Svedjeholm & Strömberg 2009).

Τέλος πρέπει να επισημανθεί πως παρόλο που οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον για πολλούς επιστήμονες, (αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι η καρδιακή νόσος είναι η νούμερο ένα αίτια θανάτου παγκοσμίως) οι βιβλιογραφίες κατά την γνώμη μου είναι ελλιπείς σχετικά με τις σχέσεις των ασθενών και των συντρόφων τους, ενώ αρκετές από αυτές είναι χρονολογικά παλιές με αποτέλεσμα να μην έχουμε μια ξεκάθαρη και ολοκληρωμένη άποψη γύρω από το θέμα. Ωστόσο η άποψη μου για αυτό το θέμα και αναφορικά με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, είναι πως οι σύζυγοι των καρδιοπαθών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της υγείας του εταίρου τους, όπως επίσης και η υγεία του παθών συζύγου επηρεάζει την δική τους.



## **6. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ**

Έχουν εκφραστεί κατά καιρούς ποικίλες ερμηνείες σχετικά με την επεξήγηση και τον ορισμό του συναισθήματος. Ο Δαρβίνος, με τη Δαρβινική θεωρία της εξέλιξης αποτελεί πηγή έμπνευσης για αρκετούς επιστημονικούς κλάδους όπως ψυχολογία, νευρολογία, φιλοσοφία, ανθρωπολογία, κοινωνιολογία για την μελέτη των συναισθημάτων. Ωστόσο δεν έχει δοθεί ένας ακριβής επιστημονικός ορισμός για τα συναισθήματα.

Βέβαια αρκετές απόψεις αναφορικά με τα συναισθήματα, φαίνεται να συγκλίνουν και να ταυτίζονται, υποστηρίζοντας πως όλα τα συναισθήματα προέρχονται από νευροβιολογική ανάπτυξη, είναι αποτέλεσμα εξέλιξης και σχετίζονται με κίνητρα και εμπειρίες. Εντούτοις τα συναισθήματα είναι η φάση και όχι η συνέπεια της νευροβιολογικής δράσης ή σωματικής έκφρασης από έναν οργανισμό. Ποικίλα βιωμένα συναισθήματα, με διαφορετική ένταση και ισχύ το καθένα φαίνεται να είναι απαραίτητα για την επιβίωση, εξέλιξη και ανάπτυξη ενός οργανισμού. Εκτός αυτού αποτελούν τον συνδυασμό νοητικών καταστάσεων, ψυχοσωματικών εκφράσεων και βιολογικών εκφράσεων του σώματος (Hewston & Stroebe, 2007).

Είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθεί, πως οι συναισθηματικές αντιδράσεις ελέγχονται από ιδιαίτερα νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου και αποτελούν γνωστικές αποκρίσεις στις εισερχόμενες πληροφορίες. Οι συναισθηματικές εμπειρίες προκύπτουν από την αλληλεπίδραση περιοχών του εγκεφάλου. Η αμυγδαλή για παράδειγμα είναι υπεύθυνη για ευχάριστα ή αλγογόνα ερεθίσματα τα οποία ολοκληρώνονται στον υποθάλαμο, παίρνει αποφάσεις μάχης ή φυγής, ελέγχοντας έτσι την κατάσταση ετοιμότητας του σώματος σε κρίσιμες καταστάσεις (Kandel, Schwartz & Jessell, 2005). Τα συναισθήματα και η κινητοποίηση έχουν κοινές αποκρίσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Οι αποκρίσεις είναι αποτέλεσμα δραστηριότητας του υποθαλάμου και των δομών του. Όταν το σώμα βιώνει αποκρίσεις και έντονα συναισθήματα τότε ο εγκέφαλος προσπαθεί να τις εξηγήσει (Kolb & Whishaw, 2009).

Τα συναισθήματα μπορεί να εκδηλώνονται ως βασικά συναισθηματικά επεισόδια και διακρίνονται σε θετικά και αρνητικά βασικά συναισθήματα. Ως θετικά μπορούν να οριστούν τα συναισθήματα που απεικονίζουν την ευχάριστη εμπλοκή με το περιβάλλον όπως το ενδιαφέρον, ενθουσιασμό, ικανοποίηση, χαρά κ.α. (Waston, 2000). Στα αρνητικά περιλαμβάνονται συναισθήματα όπως θυμό, λύπη, αηδία, φόβος κ.α. Επιπλέον ως συναισθήματα εντάσσονται η ντροπή, η ενοχή, ο έρωτας και η περιφρόνηση (Izard, 2009).

### **6.1. Συναισθήματα, υγεία και χρόνια ασθένεια**

Σημαντική φαίνεται να είναι η σύνδεση των συναισθημάτων με την υγεία, καθώς κάθε χρόνια ασθένεια επιδρά και επηρεάζει το άτομο. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005), η πιθανή επίδραση των συναισθημάτων στην σωματική υγεία μπορεί να ασκηθεί μέσω δύο «διαδρόμων», άμεσα μέσω του ανοσοποιητικού, του ενδοκρινικού ή του νευρικού συστήματος και έμμεσα επιδρώντας στην συμπεριφορά και στις συνήθειες του ατόμου.

Τα αρνητικά συναισθήματα εάν δεν μπορέσουν να μετριαστούν και αντιμετωπιστούν μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά συνεχούς φυσιολογικής κινητοποίησης του οργανισμού, ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του άξονα υποθάλαμου-υπόφυση-φλοιός επινεφριδίων, η οποία μπορεί να προκαλέσει περισσότερες παθοφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού όπως απορύθμιση των επιπέδων κορτιζόλης, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και μείωση του καρδιακού ρυθμού (Rozanski & Kubzansky, 2005). Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια αποτελεί μια δύσκολη, αγχωτική και απελπιστική κατάσταση, συνοδευόμενη πολλές φορές από μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ευημερία των χρόνιων ασθενών (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται δυσμενώς με τη ευαλωτότητα σε ασθένειες (Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin & Gwaltney, 1998), την υιοθέτηση ακατάλληλων συμπεριφορών (κατανάλωση τροφίμων με λιπαρά, μειωμένη σωματική δραστηριότητα κ.α.) (Consedine & Moskowitz, 2007) και την αντίληψη σωματικών συμπτωμάτων (Mora,

Robitaille, Leventhal, Swigar & Leventhal, 2002). Αυτά προκύπτουν και από μια ερευνά, η οποία φανερώνει πως οι χρόνιοι ασθενείς απειλούνται σε συναισθηματικό επίπεδο κατά την εξέλιξη της πάθησης τους, ταυτοχρόνως αναδεικνύεται σημαντική η επίδραση που ασκούν τα συναισθήματα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία (Lewis, Haviland-Jones & Feldman-Barrett, 2008).

Σε μια μελέτη των Paschali, Mitsopoulou, Tsaggarakis και Karademas (2012), φάνηκε πως η αλλαγή συνθηκών πυροδοτεί αλλαγή συναισθημάτων. Συγκεκριμένα στη μελέτη αυτή υπήρχαν δυο ομάδες η πειραματική και η ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα παρουσιάστηκαν εικόνες ανθρώπινου πόνου, ενώ στην ομάδα ελέγχου εικόνες θαλπωρής και ηρεμίας. Τα συναισθήματα των συμμετεχόντων μετρήθηκαν πριν και μετά την πειραματική διαδικασία. Από την έρευνα προέκυψε πως οι πειραματική ομάδα παρουσίασε αρνητικά συναισθήματα, στην έκθεσή των εικόνων, ενώ παράλληλα φάνηκε να σχετίζεται με τις αρνητικές αλλαγές στην αντίληψη της υγείας. Αυτό μπορεί να συσχετιστεί με τις χρόνιες παθήσεις, οι οποίες προκαλούν αρνητικά συναισθήματα επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο την ευημερία του ασθενή αλλά και γενικότερα τη κατάσταση της υγείας του.

Το αρνητικό συναίσθημα έχει μελετηθεί από αρκετούς ερευνητές ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών (Carnethon, Kinder, Fair, Stafford & Fortmann, 2003), καθώς επίσης και ως παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την πρόγνωση και την εξέλιξη των χρόνιων παθήσεων (Draper & Anstey, 1996· Morris, Robinson & Samuels, 1993). Εντούτοις η αλληλεπίδραση συναισθηματικών καταστάσεων και ασθένειας είναι μια αμφίδρομη διαδικασία και η συννοσηρότητα επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση, από το στάδιο άλλα και τη φάση της ασθένειας (Cohen & Rodriguez, 1995).

Μελέτη η οποία βασιζόταν σε αυτοαναφορές χρόνιων ασθενών φανέρωσε σημαντική σχέση μεταξύ σωματικής υγείας και αρνητικών συναισθημάτων. Οι χρόνιοι ασθενείς που παρουσίαζαν σωματική συμπτωματολογία, είχαν έντονα αρνητικά συναισθήματα (O'Brien, Atchison, Gremillion, Waxenberg & Robinson, 2009). Οι Ortega, Lee, Sui, Kubzansky,

Ruiz, Baruth και οι συνεργάτες τους (2010), αναφέρουν μέσα από έρευνα τους, ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα υψηλά συναισθήματα και στην μακρόχρονη επιβίωση σε ασθενείς με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Βέβαια το 63% των ασθενών με χαμηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων και καλή καρδιοαναπνευστική υγεία, φάνηκε να είναι λιγότερο επιρρεπής στο θάνατο, σε σχέση με αυτούς που είχαν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων και χειρότερη καρδιοαναπνευστική υγεία.

Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνδεθεί επίσης, και με τα υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης και κατά συνέπεια να αυξάνονται τα εμφράγματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η καρδιακή ανεπάρκεια (Ostir, Berges, Makrides & Ottenbacher, 2006). Μια μελέτη με μεγάλο πληθυσμό σε δείγμα που αφορούσε την υπέρταση, έδειξε πως το αρνητικό συναίσθημα αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του συμβάντος της υπέρτασης μεταξύ λευκών και μαύρων (Jonas & Lando, 2000). Μια άλλη έρευνα εξέτασε τη σχέση των αρνητικών συναισθημάτων και του πόνου σε ενήλικες με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα. Φάνηκε πως ο αυξημένος πόνος, σχετιζόταν σημαντικά και σε υψηλό επίπεδο με τη λύπη, αντιθέτως ο ελεγχόμενος πόνος προέβλεπε μειωμένη λύπη και θυμό (Naylor, Krauthamer, Naud, Keefe & Helzer, 2011). Έχει αποκαλυφθεί επίσης, ότι υπάρχει μια καλή καθιερωμένη σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και των αρνητικών συναισθημάτων, το ίδιο και σε ασθενείς με αρθρίτιδα. Έτσι λοιπόν τα αρνητικά συναισθήματα ασκούν επίδραση στην πορεία της νόσου, αυξάνει την έκθεση στον πόνο, αυξάνει την απαισιοδοξία και επιδεινώνει τους τρόπους αντιμετώπισης (Affleck, Tennen, Urrows & Higgins, 1992· Banks & Kerns, 1996· Janssen, 2002). Άλλα ευρήματα, αποκάλυψαν ότι ασθενείς με ινομυαλγία και αρθρίτιδα, όσο πιο υψηλά κυμαίνονταν τα θετικά συναισθήματα, τόσο πιο μειωμένες ήταν οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις στον πόνο. (Zatura, Johnsons & Davis, 2005· Zatura, Smith, Affleck & Tennen, 2001).

Γενικά υπάρχει ένας μικρός αριθμός μελετών που εξετάζουν το ρόλο της θλίψης ως ένα διακριτό συναίσθημα στην υγεία. Παρά το γεγονός αυτό, η θλίψη έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και τη θνησιμότητα. Ενώ ο θυμός σχετίζεται περισσότερο με τη σωματική υγεία, με στεφανιαία προβλήματα, πόνο, πρόωρη θνησιμότητα (Consedine &

Moskowitz, 2007). Από την άλλη η χαρά ή η ευτυχία είναι βασικά συναισθήματα. Υπάρχουν ενδείξεις πως η αυξημένη χαρά μπορεί να αυξήσει τις προσδοκίες έκβασης μιας χρόνιας ασθένειας (Considine & Moskowitz, 2007). Επιπρόσθετα, η καταστολή των συναισθημάτων, συνδέεται αρνητικά με τη σωματική υγεία σε ποικίλες ασθένειες συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου και του καρκίνου (Nykliček, Vingerhoets & Denollet, 2002).

Πολύ σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος που διαδραματίζουν τα θετικά συναισθήματα στην υγεία των χρόνιων παθόντων. Σύμφωνα με τους Steptoe, Dockray και Warlde (2009), το θετικό συναίσθημα μπορεί να προστατέψει το άτομο από μια πάθηση, η ακόμη να εμποδίσει την εξέλιξη μιας ήδη υπάρχουσας χρόνιας ασθένειας. Επιπρόσθετα το θετικό συναίσθημα, συμβάλλει έμμεσα στην διαμόρφωση και διατήρηση της υγείας του παθών, με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανθεκτικότερος, πράγμα το οποίο είναι απαραίτητο για την αντιμετώπιση των κινδύνων που απειλούν την υγεία του (Salovey, Rothman & Steward, 2000). Τα τελευταία χρόνια, αναδυόμενες βιβλιογραφίες έχουν αρχίσει να προσδιορίζουν τα οφέλη για την υγεία των θετικών συναισθημάτων, όλο και περισσότερο (Fredrickson, 2003· Richman, Kubzansky, Maselko & Kawachi, 2005). Βέβαια και παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι τα υψηλά θετικά συναισθήματα, μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο περιστατικού από καρδιαγγειακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο και θνησιμότητα από κάθε αιτία, ενώ μπορεί να βοηθήσουν στην ανάκαμψη από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα (Danner, Snowdon, Friesen, 2001). Επιπλέον, γνωρίζοντας τη συναισθηματική ευημερία ενός ηλικιωμένου ατόμου πριν από μια καρδιακή προσβολή ή ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, αποτελεί επίσης ένα καλό προγνωστικό δείκτη της λειτουργικής αποκατάστασης ενός έτους μετά την εκδήλωση της πάθησης (Ostir, Goodwin, Markides, Ottenbacher, Balfour & Guralnik, 2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία της «Διεύρυνσης και Δόμησης των Θετικών Συναισθημάτων» (Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions) της Fredrickson (1998, 2001), οι συναισθηματικές καταστάσεις όπως είναι η ευτυχία ή η χαρά διευρύνουν το φάσμα του ατόμου σε παραγωγικές σκέψεις και συμπεριφορές. Σε αντίθεση με τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία περιορίζουν τη διαδικασία της σκέψης του ατόμου και των δράσεων του.

Επιπλέον τα συγκεκριμένα θετικά συναισθήματα (ευτυχία, χαρά) μπορούν να συμβάλλουν στην ανάρρωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας από τις επιπτώσεις των αρνητικών συναισθημάτων (Fredrickson & Levenson, 1998). Παρόλα αυτά σύμφωνα με τους Pressman και Cohen (2005), τα πολύ αυξημένα επίπεδα θετικού συναισθήματος σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μπορεί να έχουν δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία του ατόμου όταν συνδέονται με υπερβολική αισιοδοξία, άρνηση και υιοθέτηση ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης.

Σε μια χρονικά μεγάλης διάρκειας έρευνα, δύο ετών, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ υγείας (χρόνιας πάθησης) και θετικών συναισθημάτων. Στην έρευνα συμμετείχαν άτομα με τρεις διαφορετικούς τύπους παθήσεων· διαβήτη, υπέρταση και αναπνευστικά προβλήματα. Ωστόσο φάνηκε ο προστατευτικός ρόλος που διαδραματίζουν τα θετικά συναισθήματα στην ανάπτυξη μιας χρόνιας ασθένειας. Το ανοσοποιητικό σύστημα επηρεάζεται από τα θετικά συναισθήματα και αυτό επιδρά θετικά στους πάσχοντες, καθώς αυξάνεται η προσοχή τους στα θέματα τα οποία αφορούν την υγεία τους. Ενώ στην ίδια έρευνα φάνηκε πως τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν την ανάπτυξη της υπέρτασης και του διαβήτη (Richman, Kubzansky, Maselko & Kawachi, 2005).

Σημαντικά ευρήματα προκύπτουν από μια έρευνα των Ostir, Berges, Makrides και Ottenbacher (2006), σχετικά με τα θετικά συναισθήματα και την υγεία σε Αμερικάνους άνω των 65 ετών με προβλήματα στο ήπαρ. Προέκυψε λοιπόν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στα θετικά συναισθήματα και την υγεία. Τα θετικά συναισθήματα προέβλεπαν χαμηλή αρτηριακή πίεση ενώ τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονταν με υψηλή αρτηριακή πίεση. Επιπλέον η απουσία του θετικού συναισθήματος αλληλεπιδρά με τον πόνο και το στρες με αποτέλεσμα την αύξηση των αρνητικών συναισθημάτων, επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο τον χρόνια πόνο (Zatura, Johnsons & Davis, 2005).

Εν κατακλείδι, μέσα από τις πιο πάνω έρευνες διαπιστώθηκε ο ρόλος που διαδραματίζουν τα συναισθήματα σε μια χρόνια πάθηση. Πιο συγκεκριμένα, αναδεικνύεται η συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα, πως επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία του ατόμου αρνητικά

και σε σημαντικό βαθμό· ενώ ταυτοχρόνως αναδείχθηκε ο προστατευτικός ρόλος των θετικών συναισθημάτων στην υγεία, δρώντας θετικά σε αυτή, σαν μια προστατευτική και ισχυρή «ασπίδα».

## **7. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τα συναισθήματα και τη ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών και συγκεκριμένα των καρδιοπαθών αλλά και των συζύγων-συντρόφων τους. Εξετάστηκε η σχέση αρνητικού αλλά και θετικού συναισθήματος του καρδιοπαθή, με αυτή του συζύγου-συντρόφου, αλλά και ο βαθμός στον οποίο τα συναισθήματα του πάσχων επηρεάζουν τον σύζυγο-σύντροφο του. Επιπλέον, μελετήθηκε η σχέση των συναισθημάτων με την ψυχική υγεία τόσο των καρδιοπαθών όσο και των συζύγων-συντρόφων τους παράλληλα (συγκεκριμένα εξετάστηκε ο βαθμός των οποίων τα συναισθήματα είτε είναι θετικά, είτε είναι αρνητικά σχετίζονται με τη ψυχική υγεία). Τέλος, εξετάστηκε το φύλο θέλοντας να διαπιστωθεί εάν υπάρχει διαφορά στον τρόπο με τον οποίο τα συναισθήματα και η ψυχική υγεία επηρεάζουν τα δυο φύλα με διαφορετικό τρόπο.

Με αυτό τον τρόπο, μπόρεσαν να εξαχθούν οι εξής υποθέσεις:

**Υπόθεση 1<sup>η</sup>:** Τόσο τα αρνητικά, όσο και τα θετικά συναισθήματα των καρδιοπαθών σχετίζονται θετικά με τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των συζύγων-συντρόφων τους. Επίσης, το ίδιο θετικά σχετίζεται και η ψυχική τους υγεία.

**Υπόθεση 2<sup>η</sup>:** Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, τόσο στα συναισθήματα όσο και στη ψυχική υγεία.

**Υπόθεση 3<sup>η</sup>:** Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και ψυχικής υγείας στους ασθενείς. Επιπλέον, η θετική συσχέτιση ανάμεσα στα θετικά συναισθήματα και τη ψυχική υγεία ισχύει και για τους συζύγους-συντρόφους.

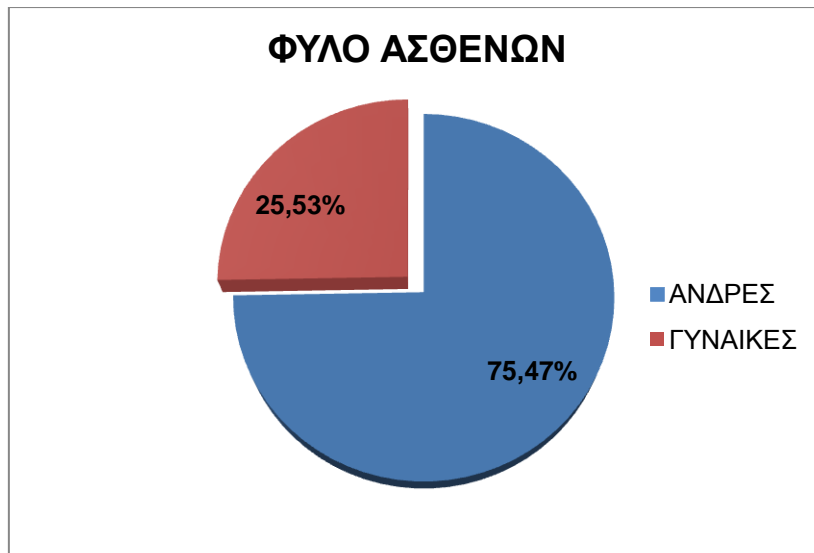


## **8.ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **8.1. Δείγμα (Συμμετέχοντες)**

Το δείγμα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκε από πληθυσμό της Κύπρου. Στην έρευνα συμμετείχαν καρδιολογικοί ασθενείς και οι σύζυγοι-σύντροφοι τους. Σχετικά με τους τύπους των καρδιολογικών ασθενειών των συμμετεχόντων του δείγματος, οι ασθενείς είχαν λάβει διάγνωση στεφανιαίας νόσου, έμφραγμα μυοκαρδίου, διαταραχές καρδιακής βαλβίδας, καρδιακή ανεπάρκεια υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση), αρρυθμίες, εγχείρηση μπαλονάκι (bybass), κολπική μαρμαρυγή κ.α. Το 84,9% των ασθενών νοσηλεύτηκε εξαιτίας κάποιου καρδιακού προβλήματος, ενώ το 15,1% όχι. Επιπλέον, το 49,1% των ασθενών είχαν χειρουργηθεί εξαιτίας του καρδιακού προβλήματος, ενώ το 50,9% όχι. Το τελικό δείγμα αφορούσε 17 ζευγάρια, έχοντας συνολικά 34 συμμετέχοντες (N=34) διαφορετικού φύλου.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών του δείγματος ήταν τα 64,18 έτη με μεγαλύτερη ηλικία τα 88 έτη και μικρότερη τα 32 έτη, και με τυπική απόκλιση 11,71, ενώ των συζύγων-συντρόφων ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 59,81 έτη, με μεγαλύτερη ηλικία τα 87 έτη και μικρότερη τα 32 έτη, και με τυπική απόκλιση 13,90. Το 75,4% των ασθενών ήταν άνδρες και το 24,53% γυναίκες, τα αντίστροφα ποσοστά ισχύουν για τις/τους συζύγους-συντρόφους τους (εικόνα 1). Όσον αφορά την εκπαίδευση ένα ποσοστό της τάξεως του 38,7% των ασθενών και 36,8% των συντρόφων είχε εκπαίδευση δημοτικού επιπέδου, 34,0% των ασθενών και 41,5% των συζύγων-συντρόφων είχαν κάποιου είδους δευτεροβάθμιας/μέσης εκπαίδευσης και τέλος 17,9% των ασθενών και 13,2% των συζύγων-συντρόφων είχαν ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση. Τέλος, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 0,9% ήταν άγαμοι, το 95,3% ήταν έγγαμοι, το 2,8% διαζευγμένοι, και το 0,9% συγκατοικούσαν.



*Εικόνα 1.* Φύλο ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα (N=34 άτομα)  
(τα αντίθετα ποσοστά ισχύουν για το φύλο των συντρόφων τους που συμμετείχαν στην έρευνα).

## 8.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Η συλλογή δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Όσο αφορά τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που δόθηκαν στους συμμετέχοντες, εξετάστηκαν οι μεταβλητές συναισθήματα (θετικά, αρνητικά) και η ψυχική υγεία. Επιπλέον ο δείκτης αξιοπιστίας που υπολογίστηκε για την παρούσα έρευνα είναι ο Cronbach's  $\alpha$  (alpha), του οποίου τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο πίνακα 1.

### *Ψυχική Υγεία*

Τα τρέχοντα ψυχολογικά συμπτώματα προσδιορίζονται από μια εκδοχή του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας, αποτελείται από εικοσιοκτώ (28) ερωτήσεις (π.χ. «αισθανθήκατε άρρωστος», «είστε συνεχώς υπό πίεση», «έχετε επιθυμήσει το θάνατο») και έχει προσαρμοστεί στα Ελληνικά (Handbook of the General Health Questionnaire GHQ) (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos, & Karastergiou, 1990). Για να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο οι ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν μια βαθμιαία κλίμακα συχνότητας τύπου Likert, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει πιο έντονα συμπτώματα. Το GHQ-28 είναι ένα αποτελεσματικό, χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, σύμφωνα με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  (alpha), η αξιοπιστία της κλίμακας κυμαίνεται για τους ασθενείς στο  $\alpha=0.77$  και για τους συζύγους-συντρόφους  $\alpha=0.69$ , συνεπώς είναι αρκετά υψηλή.

### *Συναισθήματα*

Η συναισθηματική διάθεση αξιολογήθηκε με την κλίμακα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων (PANAS-20) (Watson & Clark, 1994). Η κλίμακα αποτελείται από 10 επίθετα που περιγράφουν θετικά συναισθήματα (π.χ.,

ενθουσιασμένος, αποφασισμένος, υπερήφανος), καθώς και από 10 επίθετα που περιγράφουν αρνητικά συναισθήματα (π.χ., φοβισμένος, ένοχος, νευρικός). Οι συμμετέχοντες καθοδηγήθηκαν να συμπληρώσουν το βαθμό στον οποίο είχαν βιώσει το κάθε συναίσθημα. Έτσι, κλήθηκαν να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 1 («πολύ λίγο ή καθόλου») έως 5 («πολύ»). Η αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha$  ήταν για τα θετικά συναισθήματα  $\alpha=0.83$ ,  $\alpha=0.82$  και για τα αρνητικά συναισθήματα  $\alpha=0.79$ ,  $\alpha=0.80$  για τους ασθενείς και συζύγους συντρόφους αντίστοιχα. Συνεπώς, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$ , υποδηλώνει πολύ υψηλή αξιοπιστία τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά συναισθήματα.

#### Πίνακας 1

*Δείκτης εσωτερικής Συνοχής (Cronbach's alpha) των Μεταβλητών της έρευνας*

Μεταβλητές	Alpha
Ψυχική υγεία ασθενών	0.77
Ψυχική υγεία συζύγων	0.69
Θετικό συναίσθημα ασθενών	0.83
Θετικό συναίσθημα συζύγων	0.82
Αρνητικό συναίσθημα ασθενών	0.79
Αρνητικό συναίσθημα συζύγων	0.80

### 8.3. Ερευνητική διαδικασία

Η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με κάποια καρδιαγγειακή πάθηση, καθώς και στις/στους συζύγους-συντρόφους τους. Αρχικά, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας. Συγκεκριμένα τους αναφέραμε πως η έρευνα διεξάγεται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, πραγματοποιείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, αφορά στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων καρδιαγγειακών ασθενών αλλά και το ρόλο των αντιδράσεων των συζύγων-συντρόφων τους, ούτως ώστε να κατανοήσουμε πως αυτές οι αντιδράσεις σχετίζονται με το επίπεδο υγείας.

Επίσης έγινε σαφές εξ αρχής ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική αλλά πολύ σημαντική για την έρευνα, και ότι όλες οι πληροφορίες θα είναι εντελώς εμπιστευτικές και ανώνυμες. Παράλληλα, ενημερώθηκαν πως η χορήγηση των ερωτηματολογίων θα αποτελείται από τρεις φάσεις, ανά 1.5 μήνα περίπου η κάθε μια. Με μια εξαίρεση, έπειτα από 15 ημέρες από την συμπλήρωση της πρώτης φάσης του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να συμπληρωθεί και κάτι επιπλέον το οποίο είναι τόσο σύντομο, όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί και τηλεφωνικώς. Για το λόγο αυτό ζητήθηκαν τα τηλέφωνα επικοινωνίας των συμμετεχόντων. Συνολικά δαπανήθηκαν 4.5 μήνες περίπου έως ότου ολοκληρωθεί η έρευνα.

Τέλος, αφού η διαδικασία είχε ολοκληρωθεί, ευχαριστήσαμε τους συμμετέχοντες για την πολύτιμη βοήθεια τους καθώς και για το χρόνο που δαπάνησαν συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια. Αξίζει να σημειωθεί πως είχαμε 100% συμμετοχή εκ μέρους όλων των συμμετεχόντων σε όλες τις φάσεις χορήγησης των ερωτηματολογίων.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο τόσο των καρδιοπαθών όσο και των συζύγων-συντρόφων αποτελείται από έξι (6) σελίδες και περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία (π.χ. φύλο, ηλικία κ.α.). Για τους καρδιοπαθείς περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια τους (π.χ. έτος διάγνωσης, τύπο καρδιολογικής ασθένειας κ.α.). Ενώ το ερωτηματολόγιο των συζύγων-συντρόφων αναφέρει, αν αντιμετώπιζαν οι ίδιοι κάποια χρόνια ασθένεια. Επίσης τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύζυγοι-σύντροφοι ερωτήθηκαν

για την συναισθηματική κατάσταση τους τις τελευταίες ημέρες, πως αισθάνονται γενικά και τις απόψεις τους αναφορικά με την υγεία τους.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο τόσο των καρδιοπαθών όσο και των συζύγων-συντρόφων αποτελείται από τρεις (3) σελίδες. Για τους καρδιοπαθείς οι ερωτήσεις αφορούσαν το πως αντιλαμβάνονται τη δεδομένη χρονική στιγμή οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους. Αντίθετα οι σύζυγοι-σύντροφοί ερωτήθηκαν για το πώς αντιλαμβάνονταν τη δεδομένη χρονική στιγμή την κατάσταση της υγείας του καρδιοπαθή συζύγου-συντρόφου τους.

Τέλος το τρίτο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις (3) σελίδες για τους καρδιοπαθείς και τέσσερις (4) σελίδες για τους συζύγους-συντρόφους. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύζυγοι-σύντροφοι ερωτήθηκαν για την συναισθηματική κατάσταση τους τον τελευταίο μήνα, τις απόψεις τους αναφορικά με την δικιά τους υγεία ο καθένας και πως αισθάνονταν τις τελευταίες εβδομάδες, ενώ επιπλέον οι σύζυγοι-σύντροφοι ερωτήθηκαν για τις δικές τους απόψεις αλλά για την υγεία του καρδιοπαθή συζύγου-συντρόφου τους και για το πώς αισθάνονταν τις τελευταίες εβδομάδες την υγεία του καρδιοπαθή συζύγου-συντρόφου.

## **9. ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήσαμε για να ελέγξουμε τις υποθέσεις μας είναι το SPSS και για την μέτρηση της αξιοπιστίας το δείκτη Cronbach's alpha. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν από τους δείκτες περιγραφικής στατιστικής (Descriptive statistics), ο πιο γνωστός και ευρέως διαδεδομένος δείκτης κεντρικής τάσης, που είναι ο αριθμητικός Μέσος όρος (Mean), και από τους δείκτες διασποράς η Τυπική απόκλιση (Standard Deviation). Επιπλέον, τα στατιστικά κριτήρια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν είναι: T-test, ANOVA και Pearson r, τα οποία θα δούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια.

### **9.1. Ψυχική υγεία και συναισθήματα (θετικά, αρνητικά), μεταξύ ασθενών και συζύγων-συντρόφων.**

Το κριτήριο t ή T-Test, αποτελεί ένα κατάλληλο στατιστικό κριτήριο όταν θέλουμε να υπολογίσουμε, εάν υπάρχουν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε δύο ομάδες. Έτσι λοιπόν για τις παρακάτω αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε βαθμός εμπιστευτικότητας 95% με ανάλυση Paired Samples T-test. Υποθέσαμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς και τους συζύγους-συντρόφους τους, όσο αφορά τα συναισθήματα (θετικά και αρνητικά) καθώς και την ψυχική υγεία τους.

Τα αποτελέσματα έχουν υποδείξει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των μεταβλητών που μελετήθηκαν, επομένως η υπόθεση μας επιβεβαιώνεται. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα είχαμε αναλύσει τρία (3) ζευγάρια, με δύο (2) μεταβλητές το καθένα. Αρχικά μελετώντας το πρώτο ζευγάρι, δηλαδή τη μεταβλητή «θετικό συναίσθημα ασθενών» και τη μεταβλητή «θετικό συναίσθημα συζύγων-συντρόφων» προέκυψε:  $t(104) = -.491$ ,  $p = 0,624$ . Στο δεύτερο ζευγάρι αναλύθηκαν οι μεταβλητές «αρνητικό συναίσθημα ασθενών» και «αρνητικό συναίσθημα συζύγων» όπου και προέκυψε:  $t(103) = 0.678$ ,  $p = 0.500$ . Τέλος στο τρίτο ζευγάρι όπου μελετήθηκαν οι μεταβλητές που αφορούσαν την ψυχική υγεία διαπιστώσαμε και πάλι ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές

διαφορές· καθώς από τα αποτελέσματα για «ψυχική υγεία ασθενών» και «ψυχική υγεία συζύγων-συντρόφων» προέκυψε:  $t(102) = -1.393$ ,  $p = 0.167$ .

Τα πιο πάνω αποτελέσματα, παρουσιάζονται αναλυτικότερα στο πίνακα 2.

## Πίνακας 2

*Αποτελέσματα της επίδρασης των συναισθημάτων και της ψυχικής υγείας μεταξύ του πληθυσμού που εξετάστηκε (N=34)*

	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Ζεύγος 1				
Θετικά συναισθήματα ασθενών	31.01	7.40		
Θετικά συναισθήματα συζύγων	31.39	7.16		
Ζεύγος 2				
Αρνητικά συναισθήματα ασθενών	21.78	6.76		
Αρνητικά συναισθήματα συζύγων	21.24	6.48		
Ζεύγος 3				
Ψυχική υγεία ασθενών	29.43	5.36		
Ψυχική υγεία συζύγων	30.33	4.32		
			-1.393	.167

\*Correlation is significant at the level  $p < 0,05$



## 9.2. Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς τα συναισθήματα και τη ψυχική υγεία.

Στην έρευνα μας, θέλαμε επίσης να ελέγξουμε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (άνδρες και γυναίκες), όσο αναφορά τα συναισθήματα (αρνητικά, θετικά) αλλά και τη ψυχική υγεία· τόσο στους καρδιοπαθείς όσο και στους συζύγους-συντρόφους τους. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήσαμε το σχεδιασμό Μονοπαραγοντικής Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA), θέλοντας να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν τυχόν διαφορές στα δύο φύλα.

Η υπόθεση μας επιβεβαιώνεται και σε αυτή την ανάλυση, καθώς βάσει των αποτελεσμάτων, φάνηκε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων είναι στατιστικά μη σημαντικές στα δύο φύλα, σε κάθε σενάριο. Βέβαια αξίζει να αναφερθεί, ότι προκύπτει μια μόνο διαφορά μεταξύ των μέσων όρων, η οποία πλησιάζει να είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό το εύρημα αφορά τη μεταβλητή «αρνητικό συναίσθημα συζύγων-συντρόφων»  $F(1,102)= 3,54$ ,  $p= 0.063$ , όπου για τους άντρες προκύπτει  $M.O=21,92$  και για τις γυναίκες  $M.O=19,19$ .

Αναλυτικότερά τα αποτελέσματα, τα οποία αφορούν τα συναισθήματα είναι τα εξής: για τα θετικά συναισθήματα ασθενών  $F(1,103)= 0.000$ ,  $p=0.988$ · για τα θετικά συναισθήματα συζύγων-συντρόφων  $F(1,103)= 0.066$ ,  $p=0.798$  και για τα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών  $F(1,103)= 0.017$ ,  $p=0.896$ . Παράλληλα για την ψυχική υγεία τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν είναι: για την ψυχική υγεία ασθενών  $F(1,103)= 0.063$ ,  $p=0,802$  και τέλος για την ψυχική υγεία των συζύγων-συντρόφων  $F(1,102)= 0.274$ ,  $p=0,602$ .

Βλέπουμε λοιπόν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες ως προς τις περισσότερες μεταβλητές τόσο για τους καρδιοπαθείς όσο και για τους συζύγους-συντρόφους τους. Εκτός από μια ιδέα σημαντικότητας σχετικά με το αρνητικό συναίσθημα των συζύγων-συντρόφων. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικότερα στους παρακάτω πίνακες (πίνακας 3 και 4).

Πινάκας 3

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα (N=34)

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ		M.O	T.A	F	P
Θετικά_Ασθενών	Άντρες	31.01	7.56	.000	.988
	Γυναίκες	31.03	7.03		
Θετικά_Συζύγων	Άντρες	31.49	6.94	.066	.798
	Γυναίκες	31.07	7.94		
Αρνητικά_Ασθενών	Άντρες	21.68	7.00	.017	.896
	Γυναίκες	21.88	6.06		
Αρνητικά_Συζύγων	Άντρες	<b>21.92</b>	6.64	3.540	<b>.063</b>
	Γυναίκες	<b>19.19</b>	5.61		

\*Correlation is significant at the level  $p < 0,05$

Σημείωση. Διαπιστώνεται πως τα αρνητικά συναισθήματα των συζύγων τείνουν να είναι στατιστικά σημαντικά, καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $p < 0,05$ .

Πίνακας 4

*Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την ψυχική υγεία (N=34)*

<b>ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>		<b>M.O</b>	<b>T.A</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Συζύγων					
	Άντρες	30.36	4.56	.063	.802
	Γυναίκες	30.61	3.66		
Ασθενών					
	Άντρες	29.52	5.43	.274	.602
	Γυναίκες	28.88	5.33		

\*Correlation is significant at the level  $p < 0,05$

### 9.3. Συσχετίσεις ανάμεσα στα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά) ασθενών και συζύγων-συντρόφων και η σχέση τους με τη ψυχική υγεία.

Στην τελευταία ανάλυση χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης Pearson  $r$  ( $r$ ), όπου είναι ο πιο διαδεδομένος παραμετρικός στατιστικός δείκτης προκειμένου να αξιολογήσουμε αν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών που μελετήθηκαν. Με άλλα λόγια θέλαμε να συγκρίνουμε κατά πόσο τα αρνητικά ή τα θετικά συναισθήματα είναι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται αλλά και επηρεάζουν την ψυχική υγεία τόσο των καρδιοπαθών όσο και των συζύγων-συντρόφων τους.

Από τα αποτελέσματα των συσχετίσεων διαπιστώθηκε ότι τα θετικά συναισθήματα των ασθενών, σχετίζονται θετικά με την ψυχική τους υγεία καθώς  $r=.242$ ,  $p=.014$ . Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τους συζύγους-συντρόφους· καθώς βάση του αποτελέσματος προκύπτει  $r=.270$ ,  $p=.006$ . Επομένως τα θετικά συναισθήματα των συζύγων-συντρόφων σχετίζονται θετικά με την ψυχική τους υγεία. Παράλληλα τα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών, φαίνεται να επηρεάζουν την δική τους ψυχική υγεία, εφόσον από τα αποτελέσματα προκύπτει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών, συνεπώς η σχέση αυτή δεν είναι σημαντική. Από την άλλη δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών και την ψυχική υγεία των συζύγων-συντρόφων τους:  $r=-.158$ ,  $p=.108$ . Ταυτόχρονα, η ψυχική υγεία των συζύγων-συντρόφων εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τα αρνητικά τους συναισθήματα:  $r=-.378$ ,  $p=.000$ .

Τέλος, η ερευνητική μας υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται και σε αυτή την ανάλυση, εφόσον τα αποτελέσματα παρουσιάζουν θετική συσχέτιση στα θετικά συναισθήματα και την ψυχική υγεία τόσο στους ασθενείς όσο και στους συζύγους-συντρόφους τους. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε και η αρνητική συσχέτιση των αρνητικών συναισθημάτων με την ψυχική υγεία και για τους ασθενείς και για τους συζύγους.

Ο πίνακας 5 πιο κάτω παρουσιάζει όλες τις συσχετίσεις.

Πινάκας 5

*Αλληλοσυσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας*

	1	2	3	4	5	6
1. Θετικά συναισθήματα ασθενών			-.103	-.124	.242**	.076
2. Θετικά συναισθήματα συζύγων	.435**			-.186	.157	.270**
3. Αρνητικά συναισθήματα ασθενών	-.103	-.118			-.092	-.158
4. Αρνητικά συναισθήματα συζύγων	-.124	-.186	.225*			-.378**
5. Ψυχική υγεία ασθενών	.242*	.157	-.092	.009		
6. Ψυχική υγεία συζύγων	.076	.270**	-.158	-.378**	.092	

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## **10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΥΤΗΣΗ**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστούν οι σχέσεις ανάμεσα στα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά) των ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα και των συζύγων-συντρόφων τους, καθώς και η σχέση τους με την ψυχική υγεία. Επιπλέον εξετάσαμε αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τις υπό εξέταση μεταβλητές. Η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε για το παραπάνω σκοπό ήταν η χορήγηση ερωτηματολογίων σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα και στους συζύγους-συντρόφους τους.

Τα κυριότερα ευρήματα που εξήχθησαν, βάσει της ανάλυσης και αξιολόγησης των ευρημάτων είναι η ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές. Τα συναισθήματα αποτελούν σημαντικό παράγοντα εξέλιξης και πρόγνωσης της υγείας των καρδιοπαθών ασθενών (Sirois & Burg, 2003), μάλιστα μελέτες δείχνουν ότι στις συζυγικές-συντροφικές σχέσεις οι συναισθηματικοί παράγοντες τείνουν να σχετίζονται μεταξύ των δύο συζύγων-συντρόφων (Bookwala & Schulz, 1996· Meyler, Stimpson & Peek, 2007). Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία μετάδοσης συναισθήματος, η ένταση του συναισθήματος που βιώνει κανείς αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης του συγκεκριμένου συναισθήματος, με έναν μη λεκτικό τρόπο στους άλλους (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1994).

Όσον αφορά την έρευνα μας, στη ψυχική υγεία υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής υγείας, ανάμεσα στους ασθενείς και τους συζύγους-συντρόφους τους, αυτή η θετική συσχέτιση ισχύει και στη περίπτωση των συναισθημάτων, τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών, με τα θετικά συναισθήματα να καταλαμβάνουν την μεγαλύτερη συσχέτιση. Αυτό μας δείχνει την πιθανή αλληλεξάρτηση μεταξύ του ζεύγους, καθώς όπως διαπιστώθηκε μέσω των ευρημάτων μας τα συναισθήματα των καρδιοπαθών με αυτά των συζύγων-συντρόφων τους συμπίπτουν απόλυτα. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε μελετήθηκε και η σχέση ασθενούς-συζύγου, εφόσον θέλαμε να εξετάσουμε όσο το δυνατό πιο αξιόπιστα την μεταξύ τους αλληλεπίδραση· άλλωστε άτομα τα οποία βρίσκονται κάτω από την ίδια στέγη δέχονται διαρκώς αλληλεπιδράσεις. Εντούτοις, παρόλο που στην έρευνα μας πρόεκυψε μεγαλύτερη θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών συναισθημάτων,

στο παρελθόν έχει υποστηριχθεί από τους Larson και Almeida (1999), ότι τα αρνητικά συναισθήματα μεταδίδονται πιο εύκολα από τα θετικά και συγκεκριμένα το αρνητικό συναίσθημα του ενός μπορεί να μειώσει τα επίπεδα του θετικού συναισθήματος του αλλού.

Από την άλλη, θέλαμε να εξετάσουμε αν υπήρχαν διαφορές ως προς τα συναισθήματα (θετικά, αρνητικά) και τη ψυχική υγεία ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, όπου η υπόθεση μας επιβεβαιώνεται, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, σε όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές μας, τόσο στους καρδιοπαθείς όσο και στους συζύγους-συντρόφους τους. Βέβαια, δεν μπορούμε να παραλείψουμε το εύρημα που αφορά τα αρνητικά συναισθήματα των συζύγων-συντρόφων, το οποίο τείνει να είναι στατιστικά σημαντικό, ενώ θέλει τους άνδρες συζύγους, να βιώνουν εντονότερα το αρνητικό συναίσθημα. Το αποτέλεσμα αυτό θέτει κατά κάποιο τρόπο το προβληματισμό μας, αλλά και τροφή για σκέψη. Ανατρέχοντας λοιπόν, στην έρευνα των Orth-Komér, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman και Mittleman (2000), που είχαμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, και η οποία αφορούσε το γεγονός πως οι καρδιοπαθείς γυναίκες αντιλαμβάνονται τις σχέσεις τους με τους συζύγους τους ως λιγότερο ευνοϊκές από ότι οι καρδιοπαθείς άνδρες· θα μπορούσαμε βάσει των δυο αυτών ευρημάτων, να ερμηνεύσουμε ως εντονότερο το αρνητικό συναίσθημα των αντρών συζύγων, επειδή όντως βιώνουν εντονότερα τα αρνητικά συναισθήματα, συγκριτικά με τις γυναίκες συζύγους, μη μπορώντας να αντεπεξέλθουν στην φροντίδα των καρδιοπαθών γυναικών τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεδομένα ερευνών αναδεικνύουν κάποιες διαφορές στην έκφραση συναισθημάτων ως προς το φύλο. Οι οποιοσδήποτε διαφορές στο φύλο μπορεί να οφείλονται σε διάφορους κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες, βιολογικές, γνωστικές και συμπεριφορικές μεταβλητές οι οποίες καθορίζονται από το πώς, ποτέ και που εκφράζονται τα συναισθήματα. Πράγμα το οποίο κρίνεται απαραίτητο να μελετηθεί περαιτέρω καθώς από τις βιβλιογραφικές αναφορές δεν προκύπτουν αρκετές μελέτες οι οποίες εξετάζουν τις σχέσεις ανάμεσα στους/στις καρδιοπαθείς με τους/τις συζύγους-συντρόφους τους, πόσο μάλλον σε επίπεδο φύλου, και στις μεταβλητές που

εξετάσαμε εμείς. Εντούτοις, επικρατεί η πεποίθηση ότι τα αρνητικά συναισθήματα είναι πιο επίτονα και έντονα στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπλέον διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών, εντοπίζονται και στον έλεγχο των συναισθημάτων τους, καθώς φαίνεται να παίζει ρόλο η προσωπικότητα, οι διαφορετικοί αμυντικοί μηχανισμοί και οι στρατηγικές διαχειρίσεις μιας κατάστασης (Lewis, Haviland-Jones & Feldman-Barrett, 2008).

Επιπλέον στην τρίτη υπόθεση της έρευνας μας, δείχθηκε ότι τα θετικά συναισθήματα, είναι προβλεπτικοί παράγοντες καλής υγείας. Από τα αποτελέσματα των συσχετίσεων φαίνεται ξεκάθαρα η θετική επίδραση του θετικού συναισθήματος στην ψυχική υγεία, όχι μόνο των καρδιολογικών ασθενών αλλά και των συζύγων-συντρόφων τους, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει τα οφέλη του θετικού συναισθήματος. Επιπρόσθετα, παρά τον περιορισμένο αριθμό ερευνών, οι οποίες έχουν μελετήσει τις επιδράσεις του θετικού συναισθήματος σε καρδιοπαθείς καθώς και σε άλλες χρόνιες παθήσεις, τα δεδομένα των ερευνών συγκλίνουν στη σημαντικότητα των θετικών συναισθημάτων, τα οποία λειτουργούν υποστηρικτικά στην πορεία της εξέλιξης μιας χρόνιας ασθένειας, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Από την άλλη, τα αρνητικά συναισθήματα τόσο των ασθενών, όσο και των συζύγων-συντρόφων στην παρούσα έρευνα απεδείχθησαν πως επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχική τους υγεία.

Όπως φαίνεται από διάφορες βιβλιογραφικές αναφορές η αρνητική διάθεση μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία διαφόρων ψυχικών προβλημάτων και επομένως κακή ψυχική υγεία, όπου με την σειρά της θα δημιουργήσει κάποια χρόνια ασθένεια ή και το αντίθετο, δεν είναι εξακριβωμένο ποια θα προηγηθεί, αλλά είναι σαφές πως η παρουσία της μιας επιδεινώνει την άλλη, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αρνητικών συναισθημάτων. Μάλιστα η ύπαρξη του αρνητικού συναισθήματος έχει μακροχρόνιες συνέπειες, μια έρευνα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, έδειξε ότι η συναισθηματική δυσφορία σχετίζεται με την θνησιμότητα των ασθενών με τη στεφανιαία νόσο εννέα (9) χρόνια μετά (Denollet & Brutsaert, 2001). Όπως αντιλαμβανόμαστε τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν συχνά την αιτία εμφάνισης μιας ασθένειας η επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς.



Γι' αυτό το λόγο τα αρνητικά συναισθήματα, αποτελούν ερευνητικό ενδιαφέρον για πολλούς ερευνητές, φέρνοντας κατά κάποιον τρόπο τα θετικά συναισθήματα σε δεύτερη μοίρα, πράγμα το οποίο είναι λάθος. Μέσα από την καλύτερη επίγνωση της δράσης των θετικών συναισθημάτων σε ασθενείς, θα μπορούσαν να ενταχθούν σε νοσοκομεία ή σε άλλους υγειονομικούς χώρους προγράμματα τα οποία θα είχαν ως στόχο την αύξηση του θετικού συναισθήματος μέσα από διαφορές τεχνικές.

Ωστόσο, η μελέτη μας βρίσκεται αντιμέτωπη με ορισμένους περιορισμούς. Πρώτα από όλα η έρευνα βασίστηκε σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς τα οποία αξιολόγησαν τα συναισθήματα και την ψυχική υγεία των ασθενών και των συζύγων-συντρόφων τους, και ίσως στερούνται της αντικειμενικής τεκμηρίωσης. Η συλλογή δεδομένων θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και με συνέντευξη, ούτως ώστε μέσω της άμεσης επικοινωνίας με τον συμμετέχοντα να καλυφθούν τα (τυχόν) κενά των ερωτηματολογίων, ελέγχοντας ταυτόχρονα κάποια χαρακτηριστικά για καλύτερη εγκυρότητα ευρημάτων. Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας είναι μικρό, συνεπώς και μη αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να γενικεύσουμε τα ευρήματα μας. Ωστόσο το δείγμα της έρευνας μας ήταν αρκετά δύσκολο να συλλεχθεί καθώς έπρεπε οι καρδιοπαθείς να είναι παντρεμένοι ή να συζούν, καθώς η μελέτη μας αφορούσε και τους συζύγους-συντρόφους τους. Ακόμη, η πλειοψηφία των ασθενών στο δείγμα αποτελείται από άνδρες και βάσει των βιβλιογραφικών αναφορών στα πλαίσια της καρδιαγγειακής νόσου, το φύλο αποτελεί σημαντική μεταβλητή, όπου μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στα άτομα, τόσο στη ψυχική τους υγεία όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Παρά τους περιορισμούς, πιστεύουμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι σημαντικά.

Μελλοντικές μελέτες, θα μπορούσαν να επαναλάβουν την έρευνα μας, επεκτείνοντας την και σε άλλους πληθυσμούς, με μεγαλύτερο δείγμα ώστε να αναδειχθεί η αξιόπιστη και έγκυρη ύπαρξη υψηλών συσχετίσεων και αιτιωδών σχέσεων στις υπό μελέτη μεταβλητές. Επιπρόσθετα, έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν συγκεκριμένα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Εφόσον κάθε άτομο επηρεάζεται από διαφορετικά συναισθήματα και σε διαφορετικό βαθμό,

ενώ παράλληλα θα μπορούσε να εξεταστεί και ο βαθμός στον οποίο εξωτερικεύονται τα συναισθήματα σε μια χρόνια ασθένεια. Βάση αυτών θα είχαμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα επί του θέματος, ενώ μελετώντας μεμονωμένα κάθε συναίσθημα θα μπορούσαν να συσχετιστούν στην συνέχεια με την ψυχική υγεία. Ενδιαφέρον επίσης θα ήταν να μελετηθεί και η καταστολή συναισθημάτων, καθώς πολλά άτομα, δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους. Θα μπορούσαν λοιπόν μελέτες να ελέγξουν κατά πόσο η καταστολή των συναισθημάτων, επηρεάζει τους χρόνιους ασθενείς αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον, ή εάν η μη έκφραση συναισθημάτων προδιαθέτει τα άτομα σε μια χρόνια πάθηση. Ακόμη, μπορεί να εξεταστεί και η σχέση τους με την ψυχική υγεία.

Μελλοντικά κρίνεται απαραίτητο να υπάρξουν περισσότερες έρευνες που να αφορούν τους συζύγους-συντρόφους όχι μόνο σε καρδιολογικούς ασθενείς αλλά και σε κάθε χρόνια πάθηση, καθώς όπως διαπιστώθηκε από διάφορες βιβλιογραφικές αναφορές οι σύζυγοι-σύντροφοι διαταράσσονται οικονομικά, ψυχολογικά, σωματικά αλλά και στις ενδοπροσωπικές τους σχέσεις και καλούνται να προσαρμοστούν στα καινούργια δεδομένα και να παρέχουν φροντίδα στον πάσχοντα. Μάλιστα υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι σύντροφοι των καρδιοπαθών μπορεί να έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση από ότι οι ασθενείς (Moser & Dracup, 2004), ενώ έρευνα των Robinson και Barnett (2012), έδειξε πως η μειωμένη ψυχική ευεξία του συζύγου πιθανόν να επηρεάσει την ικανότητα του να παρέχει υποστήριξη στον ασθενή, αλλά και να συμβάλλει αρνητικά στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας. Ακόμη, περαιτέρω έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν και σε άλλες πτυχές της δυαδικής σχέσης ασθενούς-συντρόφου όπως το επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο κ.α.

Εν κατακλείδι, οι έρευνες μπορούν να προσφέρουν στον τομέα τη Ψυχικής Υγείας, ούτως ώστε να βοηθηθούν οι χρόνιοι ασθενείς καθώς και ο οικογενειακός τους περίγυρος, να προσαρμοστούν ευκολότερα στη πάθηση και στο νέο τρόπο ζωής διατηρώντας όσο το δυνατό καλύτερο το επίπεδο της ψυχικής υγείας. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως υπάρχουν προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που στοχεύουν στη μείωση των αρνητικών

συναισθημάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων και η αλλαγή των δυσλειτουργικών σκέψεων έχουν αποδειχθεί στρατηγικές με μεγάλη αποτελεσματικότητα (Καραδήμας, 2005).

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ackland, M., Choi, B., & Puska, P. (2003). Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-),* 57(11), 838-839. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25570185>
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology,* 60(1), 119-126. doi:10.1037/0022-006X.60.1.119
- Agren, S., Prisman, G.H., Berg, S., Svedjeholm, R & Strömberg, A. (2009). Addressing spouses' unique needs after cardiac surgery when recovery is complicated by heart failure. *Heart Lung,* 38(4), 284-291. doi:10.1016/j.hrtlng.2008.10.002
- Allan, R., & Scheidt, S.S. (1996). Empirical basis for cardiac psychology. In R. Allan, & S.S. Scheidt (Eds.), *Heart & mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 63-123). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10210-002
- American Heart Association (1997). *Heart and stroke facts: 1996 statistical supplement.* Dallas, TX: Author.
- American Heart Association (2004). *2004 heart disease and stroke statistics update.* Dallas, Texas: AHA.

- Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-849. doi:10.1161/01.STR.26.5.843
- Avorn, J., Everitt, D.E, & Weiss, E. (1986). Increased antidepressant use in patients prescribed  $\beta$ -Blockers. *Journal Of The American Medical Association*, 255(3), 357-360. doi:10.1001/jama.1986.03370030077031.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress frame work. *Psychological Bulletin*, 119(1), 95.
- Baird, D.L., & Eliasziw, M. (2011). Disparity in perceived illness intrusiveness and illness severity between cardiac patients and their spouses. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 481-486. doi:10.1097/JCN.0b013e3182092c11
- Bennett, P. (1993). *Counseling for Heart Disease*. Oxford, England: British Psychological Society.
- Blair, J., Volpe, M., & Aggarwal, B. (2014). Challenges, needs, and experiences of recently hospitalized cardiac patients and their informal caregivers. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 29(1), 29-37. doi:10.1097/JCN.0b013e3182784123
- Bookwala, J. & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in subjective well-being: the cardiovascular health study. *Psychology & Aging*, 11(4), 582-590. doi:10.1037/0882-7974.11.4.582

- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Barefoot, J. C., Bosworth, H. B., Clapp-Channing, N. E., Siegler, I. C., & ... Mark, D. B. (1998). Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, *60*(6), 707-713. doi:10.1097/00006842-199811000-00008
- Carnethon, M. R., Kinder, L. S., Fair, J. M., Stafford, R. S., & Fortmann, S. P. (2003). Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: Findings from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic follow-up study, 1971- 1992, *American Journal of Epidemiology*, *158* (5), 416-423. doi:10.1093/aje/kwg172
- Christakis, N.A., & Allison, P.D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *New England Journal Of Medicine*, *354*(7), 719-730. doi:10.1056/NEJMsa050196
- Christensen, A. J., & Antoni, M. J. (2002). *Chronic Physical Disorders*. Blackwell Publishers.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, *17*(3), 214-223. doi:10.1037/0278-6133.17.3.214
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, *14*(5), 374-380. doi:10.1037/0278-6133.14.5.374

- Consedine, N. & Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology, 12*(2), 59-75. doi:10.1016/j.appsy.2007.09.001
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. (1994). Couples coping with myocardial infarction: Contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of Family Psychology, 8*(1), 43–54.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study. *Journal Of Personality & Social Psychology, 80*(5), 804-813. doi:10.1037//0022-3514.80.5.804
- Das, S., O’Keefe, J.H. (2006). Behavioral cardiology: Recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Current Atherosclerosis Reports, 8*(2), 111-118. doi:10.1007/s11883-006-0048-2
- Davies, N. (2000). Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal Of Advanced Nursing, 32*(2), 318-326.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. L. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease. *Circulation, 104*(17), 2018-2023. doi:10.1161/hc4201.097940
- DiMatteo, M.R., & Martin, L.R. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. (Επισ. Επιμ. Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός). Αθήνα: Πεδίο.

- Draper, B., & Anstey, K. (1996). Psychosocial stressors, physical illness and the spectrum of depression in elderly inpatients. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 30(5), 567-572. doi:10.3109/00048679609062651
- DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal Of Cardiology*, 195, 265-280. doi:10.1016/j.ijcard.2015.05.121
- Ebbesen, L.S., Gordonh, G.H., McCartney, N., & Oldridge, N.B. (1990). Measuring quality of life in cardiac spouses. *Journal of Clinical Epidemiology* 43(5), 481-487. doi:10.1016/0895-4356(90)90137-E
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychological aspects of chronic illness and disability*. U.S.A: Jones and Bartlett Publishers.
- Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality & Individual Differences*, 33(7), 1163-1183.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology: Journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2(3), 300–319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300



- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *The American Psychologist*, *56*(3), 218–226.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, *91*(4), 330-335.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition And Emotion*, *12*(2), 191-220. doi:10.1080/026999398379718
- Fu, H., & Goldman, N. (1996). Incorporating Health into Models of Marriage Choice: Demographic and Sociological Perspectives. *Journal of Marriage and Family*, *58*(3), 740-758. doi:1. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/353733doi:1>
- Goldston, K., & Baillie, A. J. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review*, *28*(2), 289-307. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.005
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., & Stewart, D. E. (2005). Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *American Journal Of Cardiology*, *96*(9), 1179-1185. doi:10.1016/j.amjcard.2005.06.052
- Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., & ... Parati, G. (2014). Predicting depression from illness severity in

cardiovascular disease patients: Self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 21(2), 221-229. doi:10.1007/s12529-013-9290-5

Greenland, P., Knoll, M. D., Stamler, J., Neaton, J. D., Dyer, A. R., Garside, D. B., & Wilson, P. W. (2003). Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Journal of the American Association*, 290(7), 891-897.

Guoqiang, G., Yaqing, Z., Ying, Z., & Wei, C. (2016). Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment. *BMC Psychiatry*, 16, 1-9. doi:10.1186/s12888-016-0972-9

Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1994). *Emotion Contagion*. New York: Cambridge University Press.

Hergenhahn, B.R. (2008). *Εισαγωγή στην Ιστορία της Ψυχολογίας*. (Επις. Επιμ. Καζολεα-Τουβαλαρη). Αθήνα: Λιβανη.

Hewstone, M., & Stroebe, W. (2007). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία* (3η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Huffman, M. D., Prabhakaran, D., Osmond, C., Fall, C. H., Tandon, N., Lakshmy, R., & ... Sachdev, H. S. (2011, April 26). Incidence of cardiovascular risk factors in an Indian Urban cohort: Results From the new Delhi birth cohort. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*. pp. 1765-1774. doi:10.1016/j.jacc.2010.09.083

- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review Of Psychology*, 60(1), 1-25. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163539
- Janssen, S. A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 43(2), 131.
- Jarczok, M. N., Jarczok, M., Mauss, D., Koenig, J., Li, J., Herr, R. M., & Thayer, J. F. (2013). Autonomic nervous system activity and workplace stressors—A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1810-1823. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.07.004
- Jian, L., Min, Z., Loerbroks, A., Angerer, P., Siegrist, J., Li, J., & Zhang, M. (2015). Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Occupational Medicine & Environmental Health*, 28(1), 8-19. doi:10.2478/s13382-014-0303-7
- Joekes, K., Maes, S., & Warrens, M. (2007). Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British Journal Of Health Psychology*, 12(4), 473-489. doi:10.1348/135910706X118585
- Jonas, B. S., & Lando, J. F. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 188-196. doi:10.1097/00006842-200003000-00006

- Kandel, E., Schwartz, J., & Jessell, T. (2005). *Νευροεπιστήμη και Συμπεριφορά* (Χ. Καζλαρή, Α. Καραμανλίδης & Γ. Παπαδόπουλος, Μετάφρ.). 2η Έκδοση. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal Of Public Health*, 71(7), 694-705.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kazemi-Saleh, D., Pishgou, B., Farrokhi, F., Assari, S., Fotros, A., & Naseri, H. (2008). Gender impact on the correlation between sexuality and marital relation quality in patients with coronary artery disease. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(9), 2100-2106. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00724.x
- Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R., & Santavirta, N. (1999). Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. *Journal Of Advanced Nursing*, 30(2), 479-488. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01103.x
- Knaster, P., Estlander, A., Karlsson, H., Kaprio, J., & Kalso, E. (2016). Diagnosing depression in chronic pain patients: DSM-IV Major Depressive Disorder vs. Beck Depression Inventory (BDI). *Plos ONE*, 11(3), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0151982

- Kolb, B., & Whishaw, I. (2009). *Εγκέφαλος και Συμπεριφορά* (Α. Καστελλάκης, Γ. Παναγής, Μετάφρ.). 2η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Krause, N. (2005). Negative interaction and heart disease in late life: Exploring variations by socioeconomic status. *Journal of Aging and Health, 17*(1), 28-55. doi:10.1177/0898264304272782
- Kumar, E. P., Mukherjee, R., Senthil, R., Parasuraman, S., & Suresh, B. (2012). Evaluation of oxidative stress and antioxidant status in patients with cardiovascular disease in rural populations of the nilgiris, South India. *ISRN Pharmacology, 1-6*. doi:10.5402/2012/941068
- KyungAh Im, G. W., Belle, S. H., Schulz, R., Mendelsohn, A. B., & Chelluri, L. (2004). Prevalence and outcomes of caregiving after prolonged ( $\geq 48$  Hours) Mechanical Ventilation in the ICU. *Chest, 125*(2), 597-606.
- Larson, R., & Almeida, D. (1999). Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm for studying family process. *Journal of Marriage and Family, 61*(1), 5-20. doi:1. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/353879doi:1>
- Lavie, C. J., & Milani, R. V. (2006). Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Archives Of Internal Medicine, 166*(17), 1878-1883.
- Lavie, C. J., & Milani, R. V. (2011). Depression, autonomic function, and cardiorespiratory fitness: Comment on Hughes, et al.

- (2010). *Perceptual And Motor Skills*, 112(1), 319-321.  
doi:10.2466/02.06.15.20.PMS.112.1.319-321
- Lavie, C.J., Milani, R.V., O'Keefe, J.H. & Lavie, T.J. (2011). Impact of exercise training on psychological risk factors. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 53(6), 464-470.  
doi:10.1016/j.pcad.2011.03.007
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. & Feldman-Barrett, L. (2008). *Handbook of emotions - Third Edition*. New York: Guilford.
- Naylor, M., Krauthamer, C., Naud, S., Keefe, F., Helzer, J. (2011). Predictive relationships between chronic pain and negative emotions: a 4 month daily process study using Therapeutic interactive voice response(TIVR). *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 731-736.  
doi:10.1016/j.comppsy.2010.11.008
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representations of illness danger. In: Rachman S (ed.) *Medical Psychology*, vol. 2. New York: Pergamon, 7–30.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (2008). *Handbook of emotions., 3rd ed*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Lenz, E.R., & Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*, 13(3), 142-150. doi:10.1053/apnr.2000.7655

- Lukkarinen, H., & Kyngäs, H. (2003). Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 189. doi:10.1016/S1474-5151(03)00062-8
- Nykícek, I., Vingerhoets, A., & Denollet, J. (2002). emotional (non-) expression and health: data, questions, and challenges. *Psychology & Health*, 17(5), 517.
- McGaughey, J., & Harrisson, S. (1994). Understanding the pre-operative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(3), 186-194. doi:10.1016/0964-3397(94)90019-1
- Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *British Medical Journal*, 1(6114), 699-701.
- Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., & de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 203-216. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.02.007
- Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., & Angst, J. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 993-1000.

- Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2297-2310. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.007
- Monahan, D. J., Kohman, L., & Coleman, M. (1996). Open-Heart Surgery: Consequences for Caregivers. *Journal Of Gerontological Social Work*, 25(3/4), 53-70.
- Mora, P. A., Robitaille, C., Leventhal, H., Swigar, M., & Leventhal, E. A. (2002). Trait negative affect relates to prior-week symptoms, but not to reports of illness episodes, illness symptoms, and care seeking among older persons. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 436-449. doi:10.1097/00006842-200205000-00007
- Morris, L.A.(1990). *Communicating therapeutic risks*. New York: Springer.
- Morris, P. L., Robinson, R. G., & Samuels, J. (1993). Depression, introversion and mortality following stroke. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 27(3), 443-449. doi:10.3109/00048679309075801
- Moser, D. K., & Dracup, K. (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosomatic Medicine*, 66(4), 527-532. doi:10.1097/01.psy.0000130493.80576.0c
- Moser, D.K., Drakup, K.A., & Marsden, C. (1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses: compared views. *International Journal of nursing studies*, 30(2), 105-114. doi:10.1016/0020-7489(93)90060-8
- Mosca, L., Mochari-Greenberger, H., Aggarwal, B., Liao, M., Suero-Tejeda, N., Comellas, M., & ... Mehran, R. (2011). Patterns of caregiving among patients hospitalized with cardiovascular disease. *Journal Of*



doi:10.1097/JCN.0b013e3181f34bb3

Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G., & Karastergiou, A. (1990). *Handbook of the General Health Questionnaire (GHQ)*. Thessalonika: Psychiatric Hospital (in Greek).

Mudgal, J., Borges, G. G., Díaz-Montiel, J. C., Flores, Y., & Salmerón, J. (2006). Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental, 29*(5), 1-8.

Murray, J. (2000). Marital protection and marital selection: Evidence from a historical-prospective sample of American men. *Demography, 37*(4), 511-521. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2648077>

NCHS (National Center for Health Statistics) (2003). *Health, United States, 2003*. Retrieved (4-6- 2004) from <http://www.cdc.gov/nchs>

Nemeroff, C., Heim, C., Thase, M., Klein, D., Rush, A., Schatzberg, A., . . . Keller, M. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*(24), 14293-14296. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3148951>

Nemeroff, C. B., Musselman, D. L., & Evans, D. L. (1998). Depression and cardiac disease. *Depression & Anxiety (1091-4269), 871-79*.

O'Brien, E. M., Atchison, J. W., Gremillion, H. A., Waxenberg, L. B., & Robinson, M. E. (2008). Somatic focus/awareness: Relationship to

- negative affect and pain in chronic pain patients. *European Journal Of Pain*, 12(1), 104-115. doi:10.1016/j.ejpain.2007.04.001
- O'Farrell,P., Murray, J., & Hotz, B.S.(2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*,29(2), 97-104. doi:10.1067/mhl.2000.105753
- Ortega, F. B., Lee, D., Sui, X., Kubzansky, L. D., Ruiz, J. R., Baruth, M., & ... Blair, S. N. (2010). Psychological Well-Being, Cardiorespiratory Fitness, and Long-Term Survival. *American Journal Of Preventive Medicine*, 39(5), 440-448. doi:10.1016/j.amepre.2010.07.015
- Orth-Gomér, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm female coronary risk study. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 284(23), 3008-3014. doi:10.1001/jama.284.23.3008
- Ostir, G. V.,Berges, I. M., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2006). Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 727-733. doi:10.1097/01.psy.0000234028.93346.38
- Ostir, G. V., Goodwin, J. S., Markides, K. S., Ottenbacher, K. J., Balfour, J., & Guralnik, J. M. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. *Journal Of The*

*American Geriatrics Society*, 50(4), 713-718. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50167.x

Paschali, A. A., Mitsopoulou, E., Tsaggarakis, V., & Karademas, E. C. (2012). Changes in health perceptions after exposure to human suffering: Using discrete emotions to understand underlying processes. *Plos ONE*, 7(4), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0035854

Παπαδάτου, Δ. (1995). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δ. Παπαδάτου, & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ. Εκδ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* (σσ. 109-134). Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Παρίσης, Ι., Φουντουλάκη, Α., & Φιλιππάτος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και καρδιαγγειακά νοσήματα. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος & Ε. Καραδήμας (Επισ. Επιμ.), *Υγεία και Ασθένεια, Ψυχολογικές Διεργασίες* (σσ.403-415). Αθήνα: Α.Α Λιβάνη.

Paul, C. L., Carey, M. L., Sanson-Fisher, R. W., Houlcroft, L. E., & Turon, H. E. (2013). The impact of web-based approaches on psychosocial health in chronic physical and mental health conditions. *Health Education Research*, 28(3), 450-471. doi:10.1093/her/cyt053

Pienta, A., Hayward, M. D., & Jenkins, K. R. (2000). Health consequences of marriage for the retirement years. *Journal of Family Issues*, 21(5), 559-586. doi: 10.1177/019251300021005003

- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Global mental health* (1st ed.). London, UK: Lancet, 370, 859–77
- Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., & Tarkka, M. (2004). Cardiac nursing coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(2), 158-166. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00847.x
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429. doi:10.1037/0278-6133.24.4.422
- Roberts, R., & O'Keefe, S. (1981). Sex differences in depression reexamined. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 394-400. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2136680>
- Robinson, R., & Barnett, T. (2012). Health related quality of life and the support needs of carers of cardiac surgical patients: An exploratory study. *International Journal Of Nursing Practice*, 18(2), 205-209. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02020.x
- Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & De Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and

new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563-569. doi:10.1097/PSY.0b013e3181dbff97

Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Coyne, J. C., Cranford, J. A., Sonnega, J. S., & Nicklas, J. M. (2004). Beyond the "Self" in Self-Efficacy: Spouse confidence predicts patient survival following heart failure. *Journal Of Family Psychology*, 18(1), 184-193. doi:10.1037/0893-3200.18.1.184

Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., & Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 953-962. doi:10.1016/S0140-6736(04)17019-0

Ross, C., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: the decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 52(4), 1059-1078. doi:1. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/353319>  
[doi:1](#)

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal Of The American College Of Cardiology (JACC)*, 45(5), 637-651. doi:10.1016/j.jacc.2004.12.005

Rozanski, A., & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic Functioning and Physical Health: A paradigm of flexibility. *Psychosomatic*

*Medicine*, 67(Suppl1),

S47-S53.

doi:10.1097/01.psy.0000164253.69550.49

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121. doi:10.1037/0003-066X.55.1.110

Samson, A., & Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 426–429. doi:10.1016/j.pec.2007.10.018

Sanderson, C. (2004). *Health psychology*. USA: Wiley International.

Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology. Biopsychosocial interactions (5th ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Scholte op Reimer, W. J. M., de Haan, R. J., Rijnders, P. T., Limburg, M., & van den Bos, G. A. M. (1998). The burden of care giving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*, 29(8), 1605–1611. doi:10.1161/01.STR.29.8.1605

Schulz, R., & Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215

Shontz, F.C. (1975). *The psychological aspects of illness and disability*. New York: Macmillan.

- Sirois, B. C. & Burg, M. M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease: A review. *Behavior Modification*, 27(1), 83-102. doi: 10.1177/0145445502238695
- Skinner, M. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2004). Financial stress predictors and the emotional and physical health of chronic pain patients. *Cognitive Therapy & Research*, 28(5), 695-713.
- Sowden, G. L. & Huffman, J. C. (2009). The impact of mental illness on cardiac outcomes: A review for the cardiologist. *International Journal of Cardiology*, 132(1), 30–37. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.10.002
- Sperry, L. (2006). Treating Chronic Illness: An Overview. *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach* (pp. 3-24). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Stafford, L., Berk, M., Reddy, P., & Jackson, H. (2007). Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 401-410.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 31,(1), 248-255. doi:10.1093/ije/31.1.248
- Stephoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal Of Personality*, 77(6), 1747-1776. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x

- Stewart, K. E., Ross, D. ,& Hartley, S. (2004). *Patient adaption to chronic illness*. In T. Boll, J. M., Raczynski, & L. C. Leviton. (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, 2, 405-421. Washigton, DC: American Psychological Association.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suczek, B., Wiener, C. L. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby, St Louis
- Strik, J., Lousberg, R., Cheriex, E., & Honig, A. (2004). One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 59–66.
- Strong, J. P., Malcom, G. T., McMahan, C. A., Tracy, R. E., Newman, W. P., Herderick, E.E., & Cornhill, J.F. (1999). Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: Implications for prevention from the pathobiological determinants of atherosclerosis in youth study. *Journal of the American Medical Association*, 281(8), 727-735.
- Székely, A., Balog, P., Benkö, E., Breuer, T., Székely, J., Kertai, M. D., & ... Thayer, J. F. (2007). Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery--A 4-year. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 625-631. doi:10.1097/PSY.0b013e31814b8c0f
- Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*. (4th ed.). Boston, Mass.: McGraw-Hill.



- Theobald, K., & McMurray, A. (2004). Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal Of Advanced Nursing*, 47(5), 483-491. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03127.x
- Trovato, F., & Lauris, G. (1989). Marital Status and Mortality in Canada: 1951-1981. *Journal of Marriage and Family*, 51(4), 907-922. doi:1. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/353204>
- Tully, P. J., Baker, R. A., & Knight, J. L. (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal Of Psychosomatic Research*, 64(3), 285-290. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.007
- Urizar, G., & Sears, S. (2006). Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in south Florida. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 255-267.
- van Montfort, E., Denollet, J., Widdershoven, J., & Kupper, N. (2016). Interrelation and independence of positive and negative psychological constructs in predicting general treatment adherence in coronary artery patients - Results from the THORESCI study. *Journal Of Psychosomatic Research*, 881-7. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.06.009
- Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: A critical

review. *Patient Education And Counseling*, 56(3), 257-267.

doi:10.1016/j.pec.2004.02.013

Von Dras, D. D., & Williams, R. B. (1996). Correlates of perceived social support and equality of interpersonal relationships at mid-life. *International Journal Of Aging & Human Development*, 43(3), 199.

Wang, H., Leineweber, C., Kirkeeide, R., Svane, B., Schenck-Gustafsson, K., Theorell, T., & Orth-Gomér, K. (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm female coronary angiography study. *Journal Of Internal Medicine*, 261(3), 245-254.  
doi:10.1111/j.1365-2796.2006.01759.x

Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: The Guilford Press.

Watson, D., & Clark, L.A. (1994). The PANAS. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule. Iowa, IA: The University of Iowa.

Wellard, S. (1998). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* , 35(1-2), 49-55. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00013-3

World Health Organisation (2012). *The European health report 2012: Charting the way to well being*.

World Health Organization (2011). [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/)

Wrenn, K. C., Mostofsky, E., Tofler, G. H., Muller, J. E., & Mittleman, M. A. (2013). Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial

infarction. *American Journal Of Medicine*, 126(12), 1107-1113.  
doi:10.1016/j.amjmed.2013.07.022

Yong, G., Yanhong, G., Xinyue, T., Huilian, S., Yingjie, C., Xiaoxin, D., & ...  
Zuxun, L. (2014). Depression and the risk of coronary heart disease: a  
meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-  
24. doi:10.1186/s12888-014-0371-z

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F.,  
McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. (2004).  
Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial  
infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control  
study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952. doi:10.1016/S0140-  
6736(04)17018-9

Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive Affect as a  
Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal Of  
Consulting & Clinical Psychology*, 73(2), 212-220. doi:10.1037/0020-  
006X.73.2.212

Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examinations of  
chronic pain and affect relationships: Applications of a dynamic model  
of affect. *Journal Of Consulting & Clinical Psychology*, 69(5), 786.

Zevallos, J. C., Chiriboga, D., & Hebert, J. R. (1992). An international  
perspective on coronary heart disease and related risk factors. In I. S.  
Ockene, & J. K. Ockene (Eds.), *Prevention of coronary heart disease*  
(pp.147-170). Boston: Little, Brown.

Zhang, Z., & Hayward, M. (2006). Gender, the marital life course, and cardiovascular disease in late midlife. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 639-657. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3838882>

Ziegelstein, R. C., & Fauerbach, J. A. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during.. *Archives Of Internal Medicine*, 160(12), 1818.