



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  
ΚΛΙΝΙΚΗ: ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ  
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΖΩΙΤΣΑ Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015**





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ  
ΚΛΙΝΙΚΗ: ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ  
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΖΩΙΤΣΑ Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015**

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

**Ημερομηνία αίτησης της κ. Κωνσταντή Ζωΐτσας:** 1-7-2011

**Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:** 725<sup>ο</sup>/6-12-2011

**Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:**

Επιβλέπων

Κουλούρας Βασίλειος, Επίκουρος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μέλη

Νάκος Γεώργιος, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Γκούβα Μαίρη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου.

**Ημερομηνία ορισμού θέματος:** 20-12-2011

*«Διερευνητική μελέτη ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και προσαρμοστικής ικανότητας οικογενειών με μέλος τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας»*

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ** 781<sup>ο</sup>/29-9-2015

<b>Γουδέβενος Ιωάννης</b>	Καθηγητής Παθολογίας-Καρδιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
<b>Νάκος Γεώργιος</b>	Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
<b>Παπαδόπουλος Γεώργιος</b>	Καθηγητής Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
<b>Αρναούτογλου Ελένη</b>	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
<b>Γκούβα Μαίρη</b>	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου.
<b>Κουλούρας Βασίλειος</b>	Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
<b>Τσαγκάρης Ηρακλής</b>	Επίκουρος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 25-11-2015

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Μηνάς Πασχόπουλος**

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

**Η Γραμματέας του Τμήματος**

**ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ**



.....στους αγαπημένους μου γονείς

Χρήστο και Μαρία

## Ευχαριστίες

---

«Ό,τι κάνεις θα πρέπει να σου δίνει μια ρυτίδα  
περισσότερη στο πρόσωπο και μια  
ρυτίδα λιγότερη στην ψυχή»  
(Ο. Ελύτης)

Ύστερα από τέσσερα περίπου χρόνια με στιγμές χαράς αλλά και αρκετές δυσκολίες, με υπομονή και επιμονή αλλά και γεμάτη με υπέροχες αναμνήσεις και μοναδικές εμπειρίες ζωής έφτασα στο τέλος αυτού του ταξιδιού ή... ίσως στην αρχή ενός καινούριου.

Όλο αυτό το διάστημα είχα την τύχη και τη χαρά να συναντηθώ και να συνεργαστώ με εξαιρετικούς ανθρώπους, χωρίς τη βοήθεια των οποίων δε θα ήταν δυνατό να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη και στους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Ιδιαίτέρως θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Βασίλειο Κουλούρα, Αναπληρωτή Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την ευκαιρία που μου έδωσε ώστε να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα. Με την εμπειρία του, τις γνώσεις του και την ατελείωτη αγάπη του για το αντικείμενο της Εντατικής Θεραπείας, το οποίο υπηρετεί, στήριξε κάθε βήμα αυτής της προσπάθειάς μου. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για τον πολύτιμο προσωπικό χρόνο που μου αφιέρωσε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, τις πάντα εύστοχες και καίριες παρατηρήσεις του, την προθυμία του να απαντά σε κάθε μου απορία και να μου δίνει λύσεις σε κάθε δυσκολία που προέκυπτε στη μελέτη, καθώς και τη στήριξη του τόσο κατά τη συγγραφή των άρθρων όσο και της διπλωματικής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Γεώργιο Νάκο, Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας και μέλος της τριμελούς επιτροπής. Τον ευχαριστώ για την τιμή που μου έκανε να είναι στην τριμελή μου επιτροπή, καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του κατά τη θεωρητική συγκρότηση του θέματος, υποδείξεις που

βοήθησαν σημαντικά στη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Ήταν αρκετές οι στιγμές κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας που τον ευγνωμονούσα για αυτές.

Ευχαριστώ θερμά την κ. Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών του ΤΕΙ Ηπείρου και μέλος της τριμελούς επιτροπής. Την ευχαριστώ για τη βοήθειά της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης του διδακτορικού από τον σχεδιασμό, τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, τη στατιστική ανάλυση και τέλος τη συγγραφή του παρόντος πονήματος. Πάνω από όλα όμως την ευχαριστώ που τα τρία τελευταία πολύ δύσκολα, για μένα, χρόνια ήταν δίπλα μου άλλοτε να με παρηγορεί, άλλοτε να με μαλώνει και άλλοτε να με στηρίζει πάντα όμως με ένα στόχο: να με κάνει να σταθώ ξανά όρθια. Χωρίς εκείνη είναι βέβαιο πως σήμερα δε θα βρισκόμουν εδώ.

Ευχαριστώ πολύ το Ιατρικό και Νοσηλευτικό ή το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για τη στήριξή τους και τη βοήθειά τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης. Τους ευχαριστώ πολύ που ήταν πάντα πρόθυμοι να απαντούν στις ερωτήσεις μου, να μου παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια χρειαζόμουν και να αποτελούν τη σχεδόν καθημερινή απογευματινή μου συντροφιά για δεκαέξι περίπου μήνες.

Ευχαριστώ πολύ τη Βασιλική, τη Μαρίνα, την Κίκα, τη Νικόλ και την Ιωάννα, για τους λόγους που η καθεμία ξεχωριστά γνωρίζει.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ σε όλους εκείνους που συμμετείχαν στη μελέτη και χωρίς τη βοήθειά τους δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωσή της. Ευχαριστώ όλους τους συγγενείς των ασθενών που βρέθηκαν έξω από τη μπλε πόρτα της Εντατικής και παρά τον πόνο, τον φόβο και την αγωνία για την πορεία της υγείας των αγαπημένων τους προσώπων δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, αφιερώνοντάς μου αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να συζητήσουν μαζί μου. Τους ευχαριστώ



που με εμπιστεύτηκαν, τους ευχαριστώ για την ουσιαστική συμβολή τους στην έρευνα, τους ευχαριστώ για το μεγαλείο και τη δύναμη της ψυχής τους.

## Πρόλογος

---

Η οικογένεια είναι ένα φυσικό, κοινωνικό σύστημα με δικά του χαρακτηριστικά και ιδιότητες, το οποίο έχει τους δικούς του κανόνες, διαθέτει μια οργανωμένη δομή εξουσίας και έχει αναπτύξει πολύπλοκους τρόπους επικοινωνίας. Η οικογένεια αποτελεί κάτι πολύ περισσότερο από ένα σύνολο ατόμων που μοιράζονται ένα συγκεκριμένο φυσικό και ψυχολογικό χώρο. Ως εκ τούτου, κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη αυτού του μικροπολιτισμού έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια.

Ένας σημαντικός αριθμός αλλαγών συμβαίνει στην καθημερινή ζωή των οικογενειών των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σαν αποτέλεσμα όχι μόνο της αρρώστιας αλλά κυρίως της νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ. Οι αλλαγές αυτές αφορούν στις καθημερινές συνήθειες, συμπεριλαμβανομένου του ύπνου και του φαγητού, στις αλλαγές στους ρόλους, στην απουσία μιας σημαντικής πηγής συναισθηματικών παροχών, στην επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση, στη διαταραχή του διαπροσωπικού συστήματος υποστήριξης-επιβράβευσης και τέλος στις οικονομικές επιπτώσεις.

Επιπλέον, η βιβλιογραφία σημειώνει ότι ένα μεγάλο μέρος της συναισθηματικής, πνευματικής και κοινωνικής αναστάτωσης της οικογένειας σχετίζεται με την αβεβαιότητα για την εξέλιξη της πορείας του συγγενούς τους, τον φόβο για τον θάνατο και με το πρωτόγνωρο και αφιλόξενο περιβάλλον της ΜΕΘ. Όλα τα παραπάνω συναισθήματα της οικογένειας επιτείνονται από την παραγνώριση ή και αγνόηση των αναγκών της οικογένειας από τους επιστήμονες υγείας και την επικέντρωση της προσοχής τους στην έκτακτη και απειλητική, για τη ζωή του ασθενούς, κατάσταση.

Οι επιστήμονες υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ δε γνωρίζουν επαρκώς τις ανάγκες της οικογένειας του κάθε ασθενούς, με αποτέλεσμα να παρέχουν συχνά

παρεμβάσεις ρουτίνας με ελλιπή και ανεπαρκή παροχή ικανοποιητικών σε ποιότητα πληροφοριών.

Ωστόσο, η αδυναμία των επιστημόνων υγείας να εντοπίσουν, να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ αποτελεί όχι μόνο περιοριστικό παράγοντα για ολιστική φροντίδα, αλλά και στοιχείο που επηρεάζει και εμποδίζει την ταχεία ανάρρωση του ίδιου του ασθενή.

Η τάση που προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή και η ενσωμάτωσή της στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή του πλάνου φροντίδας και θεραπείας του ασθενούς. Η οικογένεια άλλωστε είναι εκείνη που γνωρίζει τις προσωπικές προτιμήσεις, την κουλτούρα και τις θρησκευτικές/ πνευματικές πεποιθήσεις του ασθενή. Επιπλέον, οι συγγενείς είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων, όπως είναι η δωρεά οργάνων του ασθενούς, αποφάσεις οι οποίες απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή τους.

Συνοπτικά, το σύγχρονο μοντέλο συλλογικής συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και το ασθενοκεντρικό μοντέλο φροντίδας απαιτεί την ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας του ασθενή που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, γιατί, όταν τα μέλη της οικογένειας μετέχουν ενεργά στη φροντίδα και αποτελούν συνεργάτες των επιστημόνων υγείας, τότε εξοικειώνονται τόσο με την κατάσταση του ασθενή όσο και με τη δυνατότητα να τον φροντίσουν αποτελεσματικά, όταν εξέλθει από τη ΜΕΘ.

Παρά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στη λήψη αποφάσεων, στο σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας και στην ολιστική και ασθενοκεντρική φροντίδα και θεραπευτική πορεία του ασθενούς, η διεθνής βιβλιογραφία θεωρεί ότι αποτελεί έναν τομέα που δεν έχει επαρκώς ερευνηθεί.

Στην Ελλάδα παραμένει ένας χώρος όπου υπάρχουν ελάχιστα ερευνητικά αποτελέσματα και ακόμη λιγότερα άρθρα σχετικά με την οικογένεια των νοσηλευομένων στη ΜΕΘ.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας καταλήγουν ότι τα μέλη της οικογένειας νοσηλευομένων στις ΜΕΘ Ελληνικών Νοσοκομείων υφίστανται έντονη θλίψη και ψυχολογική καταπόνηση και ότι η κλινική πράξη των νοσηλευτών και γιατρών πρέπει να αλλάξει, ώστε να συμπεριλάβει και τη φροντίδα των συγγενών. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες δηλώνουν ότι έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς και συνιστούν τη διενέργεια περαιτέρω μελετών στα μέλη των οικογενειών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ των Ελληνικών Νοσοκομείων.

Υπό αυτή την οπτική η παρούσα ερευνητική μελέτη, πέραν της πρωτοτυπίας της, θεωρείται απαραίτητη μια και τα αποτελέσματά της θα αποτελέσουν σημαντική βοήθεια για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ και κατ' επέκταση και για τους ίδιους τους ασθενείς.

Η μελέτη φιλοδοξεί να εμβαθύνει και να εμπλουτίσει περαιτέρω τη γνώση της ελληνικής και διεθνούς επιστημονικής κοινότητας ως προς τα προβλήματα των μελών οικογενειών νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ.

Στόχος της έρευνας ήταν να καταγράψει και να περιγράψει τις εμπειρίες των μελών των οικογενειών που είχαν νοσηλευόμενο συγγενή τους στη ΜΕΘ, να ερμηνεύσει και να επεξηγήσει τη βιωμένη εμπειρία τους.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών παραμέτρων που αφορούν στην εκτίμηση του επιπέδου της κρίσης στην οικογένεια, στη διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των συγγενών, στη θρησκευτικότητα, στο άγχος, στον θυμό, στην εχθρότητα και στην επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών.

\* \*

Η δομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η ακόλουθη:

- 1) Στο γενικό μέρος γίνεται η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και παρουσιάζεται: α) η ιστορική αναδρομή, οι παράμετροι ανάπτυξης, οι

ενδείξεις εισαγωγής και τα είδη των Μονάδων Εντατικής θεραπείας, β) Η δομή και η λειτουργία της οικογένειας, γ) η οικογενειακή κρίση ως συνέπεια της νοσηλείας στη ΜΕΘ, δ) οι ψυχολογικές επιπτώσεις στους συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών, ε) οι ανάγκες των οικογενειών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, στ) οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κρίσης από τους συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών και η) ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των αναγκών των οικογενειών.

- 2) Στο ειδικό μέρος γίνεται αναλυτική παράθεση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήσαμε τόσο για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων όσο και για την επεξεργασία τους, καθώς επίσης λεπτομερής και τεκμηριωμένη περιγραφή των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.
- 3) Στη συνέχεια παρουσιάζεται παράθεση των αποτελεσμάτων με πίνακες και διαγράμματα.
- 4) Στη συζήτηση γίνεται ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων και μια προσπάθεια να ερμηνευτούν με βάση τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα από τη διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία. Σε ξεχωριστά κεφάλαια στο τέλος της συγκεκριμένης ενότητας, γίνεται αναφορά στους περιορισμούς και στις μελλοντικές προοπτικές της παρούσας μελέτης.
- 5) Συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα.
- 6) Περίληψη της διατριβής στην Ελληνική γλώσσα.
- 7) Περίληψη με εκτενή ανάλυση της διατριβής στην Αγγλική γλώσσα.
- 8) Βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή της διδακτορικής διατριβής.

- 9) Και τέλος, στο παράρτημα παρατίθενται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

\*\*

Η διερεύνηση των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών της οικογένειας με μέλος τους στη ΜΕΘ, στην παρούσα έρευνα (εκτίμηση του επιπέδου της κρίσης στην οικογένεια, διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των συγγενών, πνευματικότητα, άγχος, εχθρότητα, επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών) είναι η πρώτη φορά που μελετάται και σε διεθνές επίπεδο, γεγονός που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μας θα αποτελέσουν εφαλτήριο για νέες συζητήσεις ως προς την ψυχολογία των οικογενειών που μέλος τους νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.

## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος _____	1
<b>ΜΕΡΟΣ Ι (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ) _____</b>	<b>10</b>
<b>1. ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ _____</b>	<b>11</b>
1.1 Ορισμοί _____	11
1.2 Ιστορική αναδρομή της ΜΕΘ _____	12
1.3 Παράμετροι ανάπτυξης ΜΕΘ _____	13
1.4 Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας _____	14
1.5 Ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ _____	15
1.6 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΠΠΓΝΙ _____	16
<b>2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ: ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ _____</b>	<b>18</b>
2.1 Ορισμοί της οικογένειας _____	18
2.2 Δομή και λειτουργία της οικογένειας _____	20
2.3 Τύποι οικογένειας _____	21
2.4 Η σύγχρονη Ελληνική οικογένεια _____	22
<b>3. ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΡΙΣΗ _____</b>	<b>25</b>
3.1 Η έννοια της Κρίσης _____	25
3.2 Χαρακτηριστικά ατόμου που βρίσκεται σε κρίση _____	26
3.3 Η κρίση στις οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών της ΜΕΘ _____	27
<b>4. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ _____</b>	<b>30</b>
<b>5. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ _____</b>	<b>37</b>
<b>6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ _____</b>	<b>46</b>

<b>7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>51</b>
<b>8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΕΘ</b>	<b>61</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΙΙ (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)</b>	<b>65</b>
<b>1. ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>66</b>
1.1. Ερευνητικές υποθέσεις	67
<b>2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>71</b>
2.1 Χαρακτηριστικά του Ερευνητικού Πλαισίου	72
2.2 Δείγμα	72
2.3 Διαδικασία	73
2.4 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	73
2.5 Στατιστική επεξεργασία	82
<b>3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ</b>	<b>85</b>
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	85
<b>4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ</b>	<b>86</b>
4.1. Οικογενειακά χαρακτηριστικά	87
4.2. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων	88
4.3 Αναπαραστάσεις των συγγενών για τη φροντίδα των ασθενών και την έκβαση	89
<b>5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ</b>	<b>91</b>
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	91
5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	96
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Συγγενών που διαμένουν με τον ασθενή και εκείνων που δε διαμένουν μαζί του	98
5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Συγγενών και Γυναικών Συγγενών	103
5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Επαγγελματικής Κατάστασης των Συγγενών	108



<b>5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Εκπαιδευτικού Επιπέδου των Συγγενών</b>	111
<b>5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του Τόπου Διαμονής των Συγγενών</b>	114
<b>5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Σχέσης του Συγγενούς με τον Ασθενή</b>	116
<b>5.8.1 Αναλυτική Περιγραφή των Διαφοροποιήσεων μεταξύ της Σχέσης του Συγγενούς με τον Ασθενή</b>	119
<b>5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Αναπαράστασης των συγγενών για τη σχέση του χρόνου που είναι κοντά στον ασθενή και της βοήθειας προς τον ασθενή</b>	126
<b>5.9.1 Αναλυτική Περιγραφή των Διαφοροποιήσεων μεταξύ της Αναπαράστασης των Συγγενών για τη σχέση του χρόνου που είναι κοντά στον ασθενή και της βοήθειας προς τον ασθενή</b>	127
<b>5.9.2 Το Άγχος της Καρδιακής Λειτουργίας στους Συγγενείς των Ασθενών της ΜΕΘ</b>	130
<b>6. ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ</b>	<b>133</b>
<b>6.1. Συσχετίσεις της ψυχοπαθολογίας</b>	<b>133</b>
<b>6.2. Συσχετίσεις της εξωτερικής ντροπής</b>	<b>134</b>
<b>6.3. Συσχετίσεις της εσωτερικής ντροπής</b>	<b>135</b>
<b>6.4. Συσχετίσεις της αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια</b>	<b>136</b>
<b>7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>138</b>
<b>7.1 Οριοθετήσεις</b>	<b>138</b>
<b>7.2 Το προφίλ των συγγενών</b>	<b>139</b>
<b>7.3 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στην Ψυχική Υγεία των συγγενών</b>	<b>140</b>
<b>7.4 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα Επίπεδα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS) των συγγενών</b>	<b>145</b>

<b>7.5 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα επίπεδα της Εσωτερικής Ντροπής (ESS) των συγγενών τους_____</b>	<b>147</b>
<b>7.6 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στο Οικογενειακό Περιβάλλον και στις Οικογενειακές Σχέσεις των συγγενών τους_____</b>	<b>150</b>
<b>7.7 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα επίπεδα εχθρότητας των συγγενών τους _____</b>	<b>153</b>
<b>7.8 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης από τους συγγενείς τους____</b>	<b>155</b>
<b>7.9 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στην πνευματικότητα των συγγενών _____</b>	<b>157</b>
<b>7.10 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία των συγγενών _____</b>	<b>158</b>
<b>8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____</b>	<b>162</b>
<b>9. ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____</b>	<b>170</b>
<b>10. ABSTRACT _____</b>	<b>173</b>
<b>11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____</b>	<b>176</b>
<b>Τα αποφθέγματα που παρατίθενται στην αρχή των κεφαλαίων βρίσκονται _____</b>	<b>193</b>
<b>12. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____</b>	<b>194</b>

**ΜΕΡΟΣ Ι (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)**

## 1. ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

---

Η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται σαν νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των περιστατικών που καλείται να αντιμετωπίσει.  
(Ρούσσο, 2000)

### 1.1 Ορισμοί

Εντατική θεραπεία είναι η πολύ υψηλού επιπέδου συνεχής φροντίδα και θεραπεία ασθενών, που η ζωή τους απειλείται άμεσα από κάποια αναστρέψιμη ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργάνων ή συστημάτων<sup>1</sup>.

Ως Μονάδα Εντατικής Θεραπείας καλείται ο ειδικός χώρος στον οποίο νοσηλεύονται οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες της υγείας τους. Η παρακολούθηση, η φροντίδα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι συνεχείς και παρέχονται από γιατρούς, νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές. Ταυτόχρονα, απαιτείται η χρήση εξαιρετικά περίπλοκων τεχνικών διαμέσου υψηλής τεχνολογίας μηχανημάτων<sup>1</sup>.

Ο Avidan και οι συνεργάτες του (2011), επισημαίνουν ότι πολλοί δίνουν ιδιαίτερη σημασία στο περιβάλλον της ΜΕΘ και στον τεχνικό εξοπλισμό, όμως αυτή η προσέγγιση είναι εσφαλμένη και δεν τονίζεται ο σημαντικός ρόλος του προσωπικού (ιδιαίτερα του νοσηλευτικού) στην παροχή της εντατικής θεραπείας. Το εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να παρέχει εντατική θεραπεία ακόμη και σε χώρους που απέχουν πολύ από τον ιδανικό (κάτι που φυσικά δεν συνίσταται) αλλά κανείς εξοπλισμός, όσο εξελιγμένος και αν είναι, δεν μπορεί να αντισταθμίσει το ανεπαρκές προσωπικό, την εκπαίδευση και εξειδίκευση καθώς και την αφοσίωση στη φροντίδα του βαρέως πάσχοντα ασθενή<sup>2</sup>.

## 1.2 Ιστορική αναδρομή της ΜΕΘ

Η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε στην Κοπεγχάγη, το 1952, λόγω της επιδημίας πολιομυελίτιδας (επειδή πολλοί ασθενείς απαιτούσαν σταθερό αερισμό και παρακολούθηση). Η επιδημία εξαπλωνόταν και αφού η θνητότητα άγγιζε το 87% (27 θάνατοι από τα 31 πρώτα κρούσματα) πρόεκυψε η ανάγκη συνεργασίας διαφόρων ειδικοτήτων, γεγονός που οδήγησε στη δημιουργία μίας ειδικής μονάδας, της «ΜΕΘ», για την παροχή μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης στους ασθενείς που είχαν προσβληθεί από πολιομυελίτιδα. Ο παθολόγος Henry Lassen, με μεγάλη απροθυμία ζήτησε τη βοήθεια του αναισθησιολόγου Bjorn Ibsen. Ο Ibsen ανέφερε πως οι ασθενείς πέθαιναν από την αδυναμία αερισμού των πνευμόνων με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση διοξειδίου του άνθρακα και γι' αυτό πρότεινε τον αερισμό με τα χέρια μέσω ενός ενδοτραχειακού σωλήνα με αεροθάλαμο (cuff), η είσοδος του οποίου στην τραχεία θα γινόταν με τραχειοστομία. Στις 27 Αυγούστου, ο Ibsen παρουσίασε τα πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης στη 12χρονη Vivi Ebert που πέθαινε από πολιομυελίτιδα. Στη συνέχεια παθολόγοι, αναισθησιολόγοι και χειρουργοί συνεργάστηκαν με σκοπό να εγκαταστήσουν μία αναπνευστική συσκευή, η οποία θα επέτρεπε τον αερισμό ταυτόχρονα έως και σε 70 ασθενείς. Σε αυτό συμμετείχαν νοσηλεύτριες, φοιτητές ιατρικής και οδοντιατρικής, οι οποίοι δούλευαν σε βωρες βάρδιες. Η θνησιμότητα ελαττώθηκε κάτω από το 25%<sup>2</sup>. Και άλλες, όμως, νοσοκομειακές μονάδες φαίνεται να διεκδικούν την «πρωτιά» στη δημιουργία ΜΕΘ πριν τον Ibsen. Για παράδειγμα, το πανεπιστήμιο John Hopkins στη Βαλτιμόρη των ΗΠΑ υποστηρίζει πως μία μετεγχειρητική νευροχειρουργική μονάδα που ιδρύθηκε το 1928 από τον Walter Dandy ήταν η πρώτη ΜΕΘ. Ακόμη στο Massachusetts General Hospital αναφέρεται η δημιουργία, το 1942, μίας ΜΕΘ εγκαυμάτων για τα θύματα που προέκυψαν μετά την τραγική φωτιά στο δάσος των κοκοφοινίκων, ενώ και σε πολλά άλλα νοσοκομεία λειτούργησαν προσωρινά μονάδες προκειμένου να νοσηλεύονται ασθενείς που είχαν προσβληθεί από την επιδημία της πολιομυελίτιδας στις δεκαετίες του 1940 και του 1950<sup>2</sup>.

Εάν λάβουμε υπόψη την λογική θεώρηση ότι η εντατική θεραπεία αφορά κυρίως την αναγνώριση των βαρέως πασχόντων και τον διαχωρισμό τους από τους λιγότερο σοβαρά ασθενείς σε ένα τμήμα όπου εξειδικευμένο προσωπικό θα αναλάβει τη νοσηλεία τους, τότε η εντατική θεραπεία αρχίζει νωρίτερα από ότι πολλοί μπορούν να αντιληφθούν. Για παράδειγμα το 1854 η Florence Nightingale προσδιόρισε την έννοια της νοσηλείας των ασθενών που αναρρώνουν μετά από χειρουργική επέμβαση σε ξεχωριστό τμήμα του νοσοκομείου. Ακόμη κατά τη διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου οι τραυματισμένοι στρατιώτες νοσηλεύονταν σε θαλάμους που ονομάζονταν «τμήματα καταπηξίας»<sup>2</sup>.

Στη δεκαετία του 1960, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου και στην ανάνηψη από κοιλιακή μαρμαρυγή. Έτσι δημιουργήθηκαν σε όλο τον κόσμο οι «στεφανιαίες μονάδες»<sup>2</sup>.

### **1.3 Παράμετροι ανάπτυξης ΜΕΘ**

Οι ΜΕΘ είναι ένα σημαντικό τμήμα του σύγχρονου συστήματος υγείας. Η σημασία τους πηγάζει από το μεγάλο τους κόστος τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και οικονομικό. Περίπου το 1/3 των θανάτων ενηλίκων στην Αμερική συμβαίνει σε νοσοκομεία και περίπου οι μισοί από αυτούς σε ΜΕΘ<sup>3,4</sup>. Ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων περνούν μέρος των τελευταίων 6 μηνών της ζωής τους νοσηλευόμενοι σε ΜΕΘ<sup>4</sup>. Από τους ασθενείς που εισάγονται στις ΜΕΘ, ένα ποσοστό της τάξης του 8-17% πεθαίνουν ενώ σε κάποιες περιπτώσεις τα ποσοστά θνησιμότητας είναι πολύ μεγαλύτερα<sup>5,6</sup>.

Οι ΜΕΘ, δεν είναι απαραίτητο να ανήκουν σε ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα αλλά μπορούν, αν είναι κατάλληλα τοποθετημένες χωροταξικά, να εξυπηρετούν ένα μέρος ή και ολόκληρη υγειονομική περιοχή. Προκειμένου μία ΜΕΘ να είναι αποτελεσματική, ισχύουν διεθνώς κάποιοι παράμετροι. Πιο συγκεκριμένα: ο αριθμός των κρεβατιών της εντατικής θεραπείας πρέπει να υπολογίζεται ως συνάρτηση του τύπου του νοσοκομείου, της νοσηλείας σε αυτό ειδικών

κατηγοριών ασθενών, της γεωγραφικής τοποθεσίας του νοσοκομείου και του συνολικού αριθμού κρεβατιών οιασδήποτε άλλης μορφής εντατικής παρακολούθησης ή θεραπείας (π.χ. Μονάδα Εμφραγμάτων)<sup>7</sup>. Ο συνολικός αριθμός κρεβατιών της εντατικής θεραπείας κυμαίνεται από 5-10% του συνολικού αριθμού κρεβατιών του νοσοκομείου<sup>8</sup>. Μία μονάδα για να είναι αποδοτική θα πρέπει να διαθέτει ορισμένο αριθμό κρεβατιών. Οικονομοτεχνικές μελέτες δείχνουν ότι ΜΕΘ με λιγότερα από 4-6 κρεβάτια καθώς και με πληρότητα μικρότερη από 80% είναι οικονομικά ασύμφορες. Διεθνώς θεωρείται σκόπιμο οι ΜΕΘ να μην έχουν περισσότερα από 15 κρεβάτια για να μην δημιουργούνται οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα<sup>9</sup>.

#### **1.4 Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας**

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας με βάση τα περιστατικά που δέχονται διακρίνονται: σε πολυδύναμες ή γενικές και σε ειδικές.

A. Πολυδύναμες ή γενικές είναι οι ΜΕΘ που έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτός της μονάδας προσφέρεται για τη συνολική κάλυψη του νοσοκομείου, ανεξάρτητα αν στο ίδιο νοσοκομείο λειτουργεί και ειδική μονάδα. Ο κατακερματισμός των μονάδων σε χειρουργικές, παθολογικές κλπ, το μόνο που προσφέρει είναι μεγαλύτερο κόστος λειτουργίας και συχνά διπλασιάζει τον απαιτούμενο εξοπλισμό. Ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου διακρίνονται σε ΜΕΘ επιπέδου I,II και III. Πιο συγκεκριμένα οι ΜΕΘ τύπου I καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και είναι μάλλον μονάδες αυξημένης φροντίδας. Οι ΜΕΘ επιπέδου II αφορούν μεγαλύτερα νοσοκομεία τρίτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχοντας μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική αναπνοή και παρουσία γιατρού, ικανού να αντιμετωπίσει κάθε έκτακτο συμβάν όλο το 24ωρο. Τέλος οι ΜΕΘ επιπέδου III, είναι οι μονάδες που καλύπτουν όλο το φάσμα της εντατικής θεραπείας και διαθέτουν τον απαραίτητο τεχνικό εξοπλισμό καθώς και εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό<sup>10</sup>.

Β. Οι ειδικές μονάδες δέχονται για νοσηλεία περιορισμένο και ειδικό φάσμα περιστατικών. Ανάλογα με το είδος των περιστατικών διακρίνονται σε μονάδες εμφραγμάτων, μεταμοσχεύσεων, εγκαυμάτων, καρδιοχειρουργικές κ.ά. Η αναγκαιότητα αυτών των μονάδων υπαγορεύεται από το ιδιαίτερο αντικείμενό τους, από την αναγκαιότητα απομόνωσης ορισμένων περιπτώσεων, αλλά και από ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το συγκεκριμένο νοσοκομείο<sup>10</sup>.

### **1.5 Ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ**

Βασικός στόχος της εντατικής θεραπείας, όπως έχουμε προαναφέρει, είναι η αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων που η ζωή τους βρίσκεται σε κίνδυνο και έχουν αναστρέψιμους παράγοντες και πιθανότητα επιβίωσης. Για την επίτευξη αυτού του στόχου και ταυτόχρονα την ελαχιστοποίηση του κόστους είναι απαραίτητη η θέσπιση γενικών κριτηρίων εισαγωγής και εξόδου ασθενούς στη ΜΕΘ. Με αυτά τα κριτήρια θα πρέπει να επιτευχθεί η μείωση των μη αναγκαίων εισαγωγών στη ΜΕΘ, καθώς και ο χρόνος νοσηλείας να περιοριστεί στον απολύτως απαραίτητο. Ασθενής, για παράδειγμα, που εισάγεται στη ΜΕΘ μόνο για παρακολούθηση, χωρίς να απαιτείται κάποια ειδική παρέμβαση στα πλαίσια της εντατικής θεραπείας, είναι εισαγωγή από την οποία δεν αναμένεται κανένα όφελος, αντιθέτως στερεί από τη μονάδα μία κλίνη που μπορεί να είναι περισσότερο αναγκαία για κάποιον άλλο ασθενή, απασχολεί προσωπικό χωρίς όφελος και τέλος αυξάνει το κόστος<sup>8</sup>.

Από τις κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ μπορούμε να αναφέρουμε: την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, την οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κάθε είδους κώμα (από νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, μεταβολικές ή άλλες αιτίες), τους πολυτραυματίες-πολυκαταγματίες, τις δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες, κάθε είδους shock, βαριές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας, τα εγκαύματα, τις βαριές μορφές εμβολής, ανακοπή και αναζωογόνηση, την οξεία νεφρική ανεπάρκεια, τις



βαριές μορφές εκλαμψίας, τις οξείες δηλητηριάσεις, τη σοβαρή σήψη, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές (διαταραχές πήξης, περιτονίτιδα, παγκρεατίτιδα, αιμορραγίες από το γαστρεντερικό κ.ά), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, status epilepticus, κάθε χειρουργική ή παθολογική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς (βαριές διαταραχές στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, τέτανος κ.ά)<sup>9</sup>. Σύμφωνα με μελέτες οι συχνότεροι λόγοι εισαγωγής στη ΜΕΘ για το 2006 ήταν η αναπνευστική ανεπάρκεια, η μετεγχειρητική φροντίδα και η καρδιακή ανεπάρκεια<sup>11</sup>.

Ανεξάρτητα από την αιτία εισόδου στη ΜΕΘ, η κατάσταση του ασθενούς είναι συχνά αβέβαιη και αλλάζει συνεχώς. Από μόνη της η κατάσταση αυτή προκαλεί άγχος στον ασθενή και στο περιβάλλον του. Το γεγονός αυτό μπορεί να χρησιμεύσει ως μία υπενθύμιση ότι ο ασθενής που εισήχθη στο νοσοκομείο δεν είναι μόνος του. Αποτελεί μέρος πολλών συστημάτων στην Κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου ενός συστήματος το οποίο ο ίδιος ορίζει ως «οικογένεια»<sup>11</sup>.

### **1.6 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΠΠΓΝΙ**

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων λειτουργεί τα τελευταία 20 περίπου χρόνια και νοσηλεύει βαρέως πάσχοντες ασθενείς με παθολογικές και χειρουργικές παθήσεις που προέρχονται από όλη τη βορειοδυτική Ελλάδα και τα νησιά του Ιονίου (450-500 περίπου εισαγωγές/χρόνο). Είναι κλειστού τύπου και διαθέτει 14 κλίνες, 12 σε έναν ενιαίο θάλαμο νοσηλείας και δύο μονόκλινα δωμάτια νοσηλείας που προορίζονται για ασθενείς που πρέπει να προφυλαχθούν από λοιμώξεις ή να απομονωθούν ως σηπτικοί. Το προσωπικό της αποτελείται από 12 γιατρούς, 35 Νοσηλευτές και 2 φυσικοθεραπευτές. Το πρωτόκολλο ενημέρωσης της μονάδας περιλαμβάνει πρωινή ενημέρωση στις 10-10:30 π.μ. στους συγγενείς από τον Καθηγητή/Διευθυντή της κλινικής ή τον Αν. Καθηγητή και απογευματινή ενημέρωση από τον εφημερεύοντα γιατρό. Η επίσκεψη των συγγενών στους ασθενείς γίνεται κάθε απόγευμα ( 6-6:30 μ.μ.) και είναι διάρκειας ½ ώρας. Πάρα ταύτα οι συγγενείς διαμένουν καθ' όλη τη

διάρκεια της ημέρας και της νύχτας στον προθάλαμο της μονάδας, κάτι που αποτελεί ιδίωμα κουλτούρας σχεδόν σε όλες τις μονάδες της ελληνικής επικράτειας.

## 2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ: ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

---

Η οικογένεια είναι ένα από τα αριστουργήματα της φύσης  
(George Santayana)

### 2.1 Ορισμοί της οικογένειας

Το 1913, ο Bronislaw Malinowski διατύπωσε την άποψη πως όλες οι οικογένειες θα πρέπει να είναι δομημένες με βάση το μοντέλο πατέρας-μητέρα-παιδιά, γιατί με αυτόν τον τρόπο ικανοποιείται η πιο βασική βιολογική ανάγκη που είναι η φροντίδα και η ανατροφή των μικρών παιδιών και των βρεφών. Τόνισε, δε, ότι οι σχέσεις μεταξύ αυτών θα πρέπει να συνδέονται με ισχυρούς δεσμούς<sup>12</sup>.

Ο ορισμός του Αμερικανού ανθρωπολόγου George Mardock σύμφωνα με τον οποίο: «η οικογένεια αποτελεί κοινωνική ομάδα με χαρακτηριστικά την κατοίκηση στον ίδιο χώρο, την οικονομική συνεργασία και την αναπαραγωγή» ήταν για δεκαετίες αποδεκτός στον χώρο της πολιτισμικής ανθρωπολογίας. Στην κλασική μορφή της περιελάμβανε τουλάχιστον τρεις γενιές, με αρχηγό τον παππού. Οι ρόλοι των μελών ήταν καθορισμένοι, υπήρχαν στενοί δεσμοί, η σχέση μεταξύ γονιών και παιδιών ήταν κεντρική και οι αξίες προσανατολιζόνταν στο παρελθόν<sup>13,14</sup>.

Αρκετά χρόνια αργότερα ο Popenoe (1988) αλλάζει τον ορισμό: η οικογένεια είναι μία σχετικά μικρή ομάδα συγγενών ή προσώπων με συγγενική σχέση που συγκατοικούν, η οποία αποτελείται από ένα τουλάχιστον ενήλικο άτομο και ένα εξαρτώμενο ανήλικο άτομο και η οποία έχει ως κοινωνική αποστολή της την αναπαραγωγή, την κοινωνικοποίηση και ανατροφή των παιδιών, τη μεταξύ των μελών αγάπη, συντροφιά και την οικονομική συνεργασία<sup>13</sup>.

Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε στον ορισμό του Popenoe είναι εμφανείς τρεις διαφορές σε σχέση με εκείνον του Mardock, διαφορές που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές στον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας στο σπίτι και στην εργασία

καθώς και στη σύγχρονη κατάσταση της οικογένειας στη Βόρεια Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τον Rorpeoe, ένας γονιός και το παιδί αποτελούν οικογένεια και εκτός από αυτό δέχεται ότι οι δύο γονείς δεν είναι απαραίτητο να είναι παντρεμένοι<sup>13</sup>.

Σε ότι αφορά την Ελλάδα ο όρος "οικογένεια" δεν απαντάται στην κλασική και στην ελληνιστική περίοδο. Για πρώτη φορά συναντούμε τον όρο «οικογένεια» σε μεσαιωνικά (βυζαντινά) κείμενα. Ως εκ τούτου είναι ένας όρος νεότερος, ο οποίος αποτελείται από δύο συνθετικά: «οίκος» και «γένος». Η αντίστοιχη αρχαιοελληνική λέξη είναι ο όρος «οίκος» που σήμερα χρησιμοποιείται επίσημα μόνο για Βασιλικές Οικογένειες, ενώ στη σύγχρονη ελληνική λαϊκή γλώσσα οι όροι που χρησιμοποιούνται είναι: φαμελιά (από το γαλλικό όρο), φαμίλια (από τον αγγλικό όρο), ασκέρι (από τον τουρκικό όρο), σειργιά, φάρα (που ταυτίζεται και με το γένος) και τζάκι (από το τουρκικό οτζάκ)<sup>15</sup>.

Στη νεότερη Ελλάδα χρησιμοποιούμε τον όρο «οικογένεια» υπό την ευρεία και στενή σημασία της, εννοώντας αφενός το γένος, τη γενιά, τους συγγενείς, αφετέρου τα συγγενικά πρόσωπα που βρίσκονται κάτω από μία στέγη, ή τους συγγενείς οι οποίοι κατοικούν σε περισσότερα οικήματα, θεωρούμενα ως ενιαίο αρχιτεκτονικό σύνολο (οικία). Βασική προϋπόθεση της οικογένειας με μία στενή έννοια είναι η ανταλλαγή οικιακών υπηρεσιών. Αυτή η μορφή οικογένειας αναδεικνύει χαρακτηριστικά όπως η κοινή οικονομία (συνεργασία, ιδιοκτησία) και η κοινή κατανάλωση (κοινό μαγειρείο). Τα χαρακτηριστικά αυτά μας οδηγούν και στους όρους «νοικοκυριό», «σπίτι», «σπιτικό». Ο πρώτος όρος χρησιμοποιείται συνήθως από τους δημογράφους και τους στατιστικούς, οι δύο άλλοι χρησιμοποιούνται γενικότερα στην ανθρωπολογική, εθνολογική και λαογραφική έρευνα, διατηρώντας παράλληλα πολλά κοινά σημεία με την έννοια του αρχαίου «οίκου»<sup>15</sup>.

Η οικογένεια δεν αποτελεί πλέον το «μονολιθικό» θεσμικό σύνολο εύκολα αναγνωρίσιμο, κοινωνικά και θεσμικά επιβεβλημένο, που επικρατούσε στις ανεπτυγμένες κοινωνίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Από αδιάβλητη και συμπαγής ομάδα

ατόμων που προερχόταν από κοινούς γονείς και προγόνους, συνήθως χωρίς διακοπή λόγω διαζυγίου, με καθαρά προβλεπόμενο μέλλον για τα νεότερα μέλη της, η οικογένεια διαμορφώνεται πλέον σαν μία πολυσύνθετη πραγματικότητα, διαφοροποιημένη αναφορικά με τις μορφές που παίρνει στην πορεία της, με πολυσυλλεκτικό παρελθόν αλλά και σχετικά αβέβαιο μέλλον για το κάθε άτομο που την απαρτίζει<sup>16</sup>.

## **2.2 Δομή και λειτουργία της οικογένειας**

Δύο έννοιες οι οποίες έχουν θεμελιώδη σημασία στη μελέτη της οικογένειας είναι η δομή και η λειτουργία<sup>17</sup>. Ως δομή της οικογένειας ορίζεται ο αριθμός των μελών της καθώς και η σύνθεση των ρόλων και των θέσεων που έχουν τα μέλη της π.χ. πατέρα, μητέρα, γιος, κόρη, γιαγιά κ.ά.<sup>18</sup>. Η δομή της οικογένειας αναφέρεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο τα μέλη αλληλεπιδρούν για να εκπληρώσουν τη λειτουργία της. Η δομή της οικογένειας επομένως αναφέρεται και στους κανόνες οι οποίοι ρυθμίζουν τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των μελών. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν, για παράδειγμα, πώς, πότε, σε ποιον και με ποιον τρόπο τα μέλη της οικογένειας θα συναλλάσσονται. Ρυθμίζουν επίσης τη διευθέτηση ή την οργάνωση των ενοτήτων της οικογένειας σε περισσότερο ή λιγότερο σταθερές σχέσεις<sup>19</sup>. Οι οικογενειακές δομές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις καταστάσεις που επιτάσσει κάθε φορά η κοινωνία. Η οικογένεια πλέον μπορεί να αποτελείται από λιγότερα μέλη π.χ. μία ανύπαντρη μητέρα και το τέκνο της που έχει αποκτήσει εκτός γάμου, μία διαζευγμένη μητέρα με τα δυο της παιδιά.

Ως λειτουργία της οικογένειας ορίζεται το σύνολο των τρόπων με τους οποίους η οικογένεια ικανοποιεί τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών της, ώστε να διασφαλίζει τη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική επιβίωσή τους με την εξασφάλιση τροφής, στέγης, της επικοινωνίας με φιλικά πρόσωπα, τις σχέσεις με την πατρική οικογένεια και τους άλλους συγγενείς, την αποδοχή και αναγνώριση από τον κοινωνικό περίγυρο κ.ά<sup>18</sup>.

Στις μέρες μας όμως, με τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί σε θέματα αξιών, τρόπου ζωής και θεσμών, κάποιες από τις λειτουργίες έχουν τροποποιηθεί και κάποιες άλλες έχουν προστεθεί. Για παράδειγμα μία από τις βασικότερες λειτουργίες της οικογένειας είναι η αναπαραγωγή, όμως σήμερα κάποιες οικογένειες επιλέγουν να μην αποκτήσουν παιδιά προκειμένου να εξασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης<sup>16</sup>.

### **2.3 Τύποι οικογένειας**

Αναφορικά με τους διάφορους τύπους οικογένειας που δημιουργούνται με την αλλαγή των κοινωνικών δεδομένων ή αποτελούν ήδη παραδοσιακά πρότυπα έχουμε τους εξής :

- Η *πυρηνική οικογένεια* η οποία περιλαμβάνει τον πατέρα, τη μητέρα και τα παιδιά τους. Ο Μάρντοκ επισημαίνει ότι «η πυρηνική οικογένεια αποτελεί οικουμενικό πυρήνα κοινωνικής ομαδοποίησης. Είτε ως αυτόνομο σχήμα οικογένειας, είτε ως βασική μονάδα με την οποία σχηματίζονται πιο σύνθετες μορφές οικογένειας, η μορφή της πυρηνικής οικογένειας υπάρχει ως σαφής και έντονα λειτουργική ομάδα σε κάθε κοινωνία». Η πυρηνική οικογένεια μπορεί να μένει σε χωριστό σπίτι ή κοντά στους συγγενείς ή μακριά σε άλλη πόλη ή άλλη χώρα, όπως συμβαίνει με τους μετανάστες<sup>13</sup>.
- Η *εκτεταμένη οικογένεια* η οποία αποτελείται από τρεις ή περισσότερες γενιές προσώπων που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς καταγωγής π.χ. από τους δύο ή τον ένα γονιό, τα άγαμα τέκνα ή και τα έγγαμα τέκνα τους μαζί με τα παιδιά τους (και εδώ αναφερόμαστε στην κάθετα εκτεταμένη οικογένεια) και επίσης οι πλάγιοι συγγενείς που είναι οι σύζυγοι και τα τέκνα (οριζόντια εκτεταμένη οικογένεια). Επομένως αυτή η οικογένεια περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες πυρηνικές οικογένειες που συνδέονται με δεσμούς συγγένειας. Η κλασική εκτεταμένη οικογένεια συχνά αποκαλείται "οικογένεια τριών ή τεσσάρων γενεών", αφού περιέχει τις τρεις γενιές των παππούδων, των γονέων και των παιδιών<sup>13</sup>.

- Η *πολυγαμική οικογένεια* είναι μορφή της εκτεταμένης οικογένειας. Αποτελείται από πολλαπλές, παράλληλες και συνάμα έγκυρες γενετήσιες ενώσεις ενός από τους συζύγους και από τα τέκνα που προέρχονται από τις ενώσεις αυτές. Οι πολυγαμικές οικογένειες έχουν κατά κανόνα τη μορφή της πολυγυνίας, δηλαδή ένας πατέρας και παραπάνω από μία μητέρα και τα παιδιά τους. Ο θεσμός της πολυγαμικής οικογένειας συναντάται κυρίως στις Μουσουλμανικές χώρες και επίσης σε κάποιες Αφρικανικές χώρες. Σε ελάχιστες κοινωνίες, π.χ. στο Θιβέτ, υπάρχει ο θεσμός της πολυανδρικής οικογένειας. Στις οικογένειες αυτές η σύζυγος συνήθως είναι παντρεμένη και με τα αδέρφια του συζύγου της<sup>13</sup>.
- Η *μονογονεϊκή οικογένεια* που αποτελείται συνήθως από τη χήρα, διαζευγμένη ή άγαμη μητέρα και τα τέκνα της ή και από τον άγαμο, χήρο ή διαζευγμένο πατέρα και τα παιδιά του<sup>13</sup>.

#### **2.4 Η σύγχρονη Ελληνική οικογένεια**

Μέσα σε λιγότερο από τρεις δεκαετίες η χώρα μας πέρασε αστραπιαία από τον παραδοσιακό αγροτικό τρόπο ζωής στο μεταβιομηχανικό στάδιο της εξέλιξης των ανθρώπινων κοινωνιών, στο στάδιο που ονομάστηκε κοινωνία της πληροφορικής. Οικονομικοπολιτικές, κοινωνικοπολιτιστικές και ψυχοκοινωνικές διεργασίες, που συνδέονται με τρεις διαδοχικές περιόδους, αγροτική, βιομηχανική και μεταβιομηχανική και που στις δυτικές χώρες διήρκησαν εκατόν πενήντα χρόνια στην Ελλάδα συμπύχτηκαν σε χρόνο ρεκόρ. Η ελληνική οικογένεια, ως μέρος της ελληνικής κοινωνίας, βρίσκεται σε αυτοαναμόρφωση<sup>20</sup>. Στη μεταβαλλόμενη διαρκώς κοινωνία μας η οικογένεια αγωνίζεται να προσαρμοστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να συμβαδίσει με τις νέες συνθήκες και τα νέα ήθη. Είναι κοινή διαπίστωση ότι οι παραδοσιακές μορφές οικογένειας χάνουν έδαφος<sup>21</sup>. Οι πολύτεκνες επίσης οικογένειες μειώνονται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, ενώ τα μονομελή νοικοκυριά αυξάνονται συνεχώς<sup>22</sup>. Παράλληλα ο μεγάλος αριθμός διαζυγίων – είναι χαρακτηριστικό ότι το ποσοστό των γάμων που κατέληξαν σε διαζύγιο

υπερδιπλασιάστηκε (από 6% που ήταν το 1960 σε 14% το 2000) - και η δημιουργία νέων οικογενειών μέσω ενός δεύτερου γάμου συνθέτουν ένα διαφορετικό τοπίο μονογονεϊκών ή εκτεταμένων οικογενειών<sup>23</sup>. Οι μονογονεϊκές οικογένειες στην Ελλάδα αποτελούσαν το 6% του συνόλου των νοικοκυριών το 1991 και το 9% το 2001<sup>24</sup>.

Η ελληνική οικογένεια αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κοινωνίας. Η οικογένεια στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι χώρος αλληλεγγύης και υποστήριξης των μελών της. Από τα αποτελέσματα μελέτης της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας που στόχο είχε τη διερεύνηση των στάσεων, των αντιλήψεων και των αξιών των Ευρωπαίων πολιτών, προέκυψε πως η οικογένεια στην Ελλάδα αποτελεί σημαντική αξία. Αναμφισβήτητα η δομή και η λειτουργία της έχουν αλλάξει. Οι προκλήσεις που δέχτηκε ο θεσμός της οικογένειας ήταν πολλές και διαφορετικές, αμφισβητήθηκε, αποδυναμώθηκε αλλά ταυτόχρονα και εμπλουτίστηκε και τελικά προσαρμόστηκε σε νέες ευθύνες και νέους στόχους, εξακολουθώντας να διατηρεί βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εκτεταμένης οικογένειας<sup>18</sup>.

Συνοψίζοντας, η οικογένεια είναι ένα φυσικό κοινωνικό σύστημα με δικά του χαρακτηριστικά και ιδιότητες, το οποίο έχει αναπτύξει ένα σύνολο κανόνων, είναι γεμάτο ανατιθέμενους και αποδιδόμενους ρόλους στα μέλη του, διαθέτει μία οργανωμένη δομή εξουσίας και έχει αναπτύξει πολύπλοκους φανερούς και κρυφούς τρόπους επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων που επιτρέπουν διάφορα καθήκοντα να εκτελούνται με αποτελεσματικό τρόπο. Η οικογένεια αποτελεί κάτι πολύ περισσότερο από ένα σύνολο ατόμων που μοιράζονται ένα συγκεκριμένο φυσικό και ψυχολογικό χώρο. Οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη αυτού του μικροπολιτισμού είναι βαθιές και πολυεπίπεδες και βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινή ιστορία, στις κοινές εσωτερικευμένες αντιλήψεις και υποθέσεις για τον κόσμο, καθώς και σε μία κοινή αίσθηση στόχου. Μέσα σε ένα τέτοιο σύστημα τα άτομα καλλιεργούν σχέσεις αφοσίωσης και εμπιστοσύνης και συνδέονται με ισχυρές, ανθεκτικές, αμοιβαίες συναισθηματικές προσκολλήσεις που μπορεί να



παρουσιάζουν διακύμανση όσον αφορά στην έντασή τους μέσα στον χρόνο, αλλά που ωστόσο διατηρούνται για ολόκληρη τη ζωή της οικογένειας<sup>25</sup>.

Όταν αναφερόμαστε, λοιπόν, στην εισαγωγή ενός ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα πρέπει να θυμόμαστε ότι ο ασθενής είναι ένα πρόσωπο, ένα ανθρώπινο ον, που έχει αναπτύξει ισχυρούς δεσμούς με τον κόσμο που βρίσκεται έξω από τα τείχη του νοσοκομείου. Αυτοί οι δεσμοί περιλαμβάνουν συχνά συγγενείς και φίλους που στην παρούσα εργασία θα αναφέρονται ως οικογένεια. Έχουμε επιλέξει να χρησιμοποιήσουμε τη λέξη οικογένεια και να αναφερόμαστε σε όλους εκείνους που ο ασθενής θεωρηθεί ως τα αγαπημένα του πρόσωπα, ανεξάρτητα από το αν έχουν στενή συγγενική σχέση, ζουν στο ίδιο σπίτι ή έχουν κοινή καταγωγή με τον ασθενή.

### 3. ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΡΙΣΗ

---

*Κρίση Δεσμώτρια και Κρίση Ψυχολύττρια:  
Ένας γνωστός Τόπος για τον Ανθρώπινο Ψυχισμό  
(Μ. Γκούβα)*

#### 3.1 Η έννοια της Κρίσης

Η κρίση είναι μία μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο συγκεκριμένο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει και τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει προκειμένου να το αντιμετωπίσει<sup>26</sup>.

Στις περιόδους μιας προσωπικής κρίσης, οι στόχοι ζωής και το σύστημα αξιών του ατόμου απειλούνται με κατάρρευση. Συχνά «παραλύει», ακινητοποιείται και αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που προβάλλει η νέα πραγματικότητα<sup>27</sup>. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι και οχτώ εβδομάδες<sup>28,29</sup>.

Οι Κινέζοι αναπαριστούν την έννοια της κρίσης με δύο σύμβολα: το σύμβολο του κινδύνου (καθώς διαταράσσεται η βιοψυχοκοινωνική ισορροπία του ατόμου) και το σύμβολο της ευκαιρίας (καθώς το άτομο ωθείται να υιοθετήσει νέους τρόπους αντιμετώπισης που θα συμβάλλουν είτε στην ωρίμανση και εξέλιξή του, είτε στη στασιμότητα και αποδιοργάνωσή του)<sup>31</sup>.

Η στοργή, η πίστη και η μονιμότητα της ιδιότητας του μέλους χαρακτηρίζει όλες τις οικογένειες και τις διαχωρίζει από άλλα κοινωνικά συστήματα<sup>30</sup>. Ακόμα και όταν οι αξίες αυτές δοκιμάζονται, όπως συμβαίνει κατά τη διάρκεια μίας οικογενειακής κρίσης, οι οικογένειες συνήθως αντιστέκονται στην αλλαγή και χρησιμοποιούν διορθωτικούς ελιγμούς για την αποκατάσταση των οικογενειακών αλληλεπιδραστικών σχημάτων. Ανεξάρτητα από τη μορφή (πυρηνική, οικογένεια

από νέο γάμο, μονογονεϊκή) ή την τελική επιτυχία, όλες οι οικογένειες πρέπει να δουλεύουν για την ενίσχυση θετικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη, να φροντίζουν για τις προσωπικές ανάγκες των μελών τους και να είναι προετοιμασμένες να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που φέρνει η ωρίμανση (για παράδειγμα όταν τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι) καθώς και τις απροσδόκητες κρίσεις (ξαφνική ασθένεια, θάνατος)<sup>30</sup>.

### **3.2 Χαρακτηριστικά ατόμου που βρίσκεται σε κρίση**

Το άτομο που βρίσκεται σε κρίση χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος, χάνει την ικανότητα να σκέφτεται ψύχραιμα και επίσης δυσκολεύεται πολλές φορές να κατανοήσει πληροφορίες που του δίνονται. Αισθάνεται παγιδευμένο σε μία κατάσταση που δείχνει «αδιέξοδη», του είναι σχεδόν αδύνατο να θέσει στόχους ή ακόμη και να επεξεργαστεί εναλλακτικές πρακτικές που θα δώσουν λύση στο πρόβλημά του. Αρκετά συχνά αναφέρεται με εκφράσεις του τύπου «τίποτα δεν έχει νόημα πλέον» ή «όλα έχουν τελειώσει». Η αίσθηση του χρόνου διαστρεβλώνεται, με αποτέλεσμα το παρελθόν να εξιδανικεύεται, ενώ το μέλλον φαντάζει απειλητικό, τρομακτικό και πιθανά ανύπαρκτο. Ο χρόνος περιορίζεται στο παρόν, το οποίο δεν δείχνει να έχει επιλογές ή λύσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει τη δύσκολη κατάσταση στην οποία έχει βρεθεί<sup>31</sup>.

Ακόμη, το άτομο αναφέρει πως αισθάνεται μόνο και δεν είναι σε θέση ούτε να ζητήσει βοήθεια αλλά και ούτε να τη δεχτεί, όταν το περιβάλλον του, πιθανά, του την παρέχει. Πολλά άτομα, όταν βρίσκονται σε κρίση, δεν αντιλαμβάνονται καν την παρουσία άλλων ανθρώπων δίπλα τους, βιώνουν ένα υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς καθώς, όπως αναφέρουν, κανείς δεν τα καταλαβαίνει, με αποτέλεσμα κάποιες φορές να αποξενώνονται και να απομακρύνονται από το περιβάλλον τους, γεγονός που διαταράσσει τις κοινωνικές τους σχέσεις<sup>31</sup>.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της κρίσης, το άτομο εμφανίζει ψυχοσωματικά συμπτώματα τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με το υπερβολικό άγχος που βιώνει π.χ. απώλεια όρεξης, διαταραχές στον ύπνο, ταχυκαρδίες, ημικρανίες,

προβλήματα από το γαστρεντερικό, ενώ συχνά επανεμφανίζονται και κάποιες οργανικές διαταραχές από τις οποίες υπέφερε στο παρελθόν και οι οποίες δεν υφίστανται πλέον, όπως για παράδειγμα έλκος στομάχου, άσθμα, δερματοπάθειες κ.ά.<sup>31</sup>.

Τα στοιχεία που διαφοροποιούν το άτομο που βρίσκεται σε κρίση από εκείνο που βιώνει μία έντονα στρεσογόνα κατάσταση έχουν να κάνουν με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει το γεγονός και με την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο που βιώνει ένα γεγονός ως έντονα στρεσογόνο έχει την τάση να το ερμηνεύει ως «απειλή» ή «πρόκληση», θέτει συγκεκριμένους στόχους που σκοπό έχουν την άμεση αντιμετώπισή του και κυρίως ενεργοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης γνώριμες σε αυτό, πιθανόν κάποιες που έχει ήδη χρησιμοποιήσει στο παρελθόν και ήταν δραστικές. Ως επακόλουθο, οι προσπάθειες του ατόμου αποβαίνουν αποτελεσματικές τόσο για τη ρύθμιση των συναισθημάτων όσο και την επίλυση του προβλήματός του<sup>31</sup>.

### **3.3 Η κρίση στις οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών της ΜΕΘ**

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο περιβάλλον το οποίο μπορεί να έχει σημαντική ή και ολέθρια επίδραση στην οικογένεια των ασθενών με έντονα ψυχολογικά επακόλουθα<sup>32</sup>. Η εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συχνά, αν και όχι πάντα, αιφνίδια ενώ και η κατάσταση του ασθενούς είναι συνήθως ασταθής<sup>33</sup>. Οι Maxwell, Stuenkel και Saylor (2007) αναφέρουν ότι η εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξ ορισμού δηλώνει μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση και μπορεί να προκαλέσει έντονο στρες μέσα σε μία οικογένεια, τονίζοντας ιδιαίτερα την αίσθηση της κρίσης εντός της οικογένειας. Εύκολα μπορεί κάποιος να φανταστεί την αναστάτωση που αισθάνονται τα μέλη μίας οικογένειας, όταν ένα αγαπημένο τους πρόσωπο εισαχθεί στη ΜΕΘ<sup>34</sup>.

Μία σειρά από έρευνες έχουν συσχετίσει το περιβάλλον της ΜΕΘ με τη δημιουργία άγχους, κατάθλιψης, οικογενειακής κρίσης και συναισθηματικής

αναστάτωσης<sup>35,36,37</sup>. Οι Lee & Lau στη μελέτη τους, το 2003, υποστηρίζουν πως η εισαγωγή στη ΜΕΘ «αναφέρεται ως κρίση τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένεια»<sup>38</sup>.

Ένας σημαντικός αριθμός αλλαγών συμβαίνει στην καθημερινή ζωή των μελών των οικογενειών των ασθενών σαν αποτέλεσμα όχι μόνο της αρρώστιας αλλά κυρίως της νοσηλείας του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι αλλαγές αυτές αφορούν την αφαίρεση ή μείωση της πρωτογενούς κοινωνικής επαφής, την αφαίρεση μίας σημαντικής πηγής συναισθηματικών παροχών, την επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση, τις αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες, συμπεριλαμβανομένου του ύπνου και του φαγητού, τις αλλαγές ρόλων, τη διαταραχή του διαπροσωπικού συστήματος υποστήριξης-επιβράβευσης, τις διαταραχές των συνήθων κοινωνικών επαφών και τέλος τις οικονομικές επιπτώσεις<sup>39,40,41</sup>.

Όσο ο ασθενής παραμένει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τόσο αυξάνεται η έννοια της κρίσης στην οικογένεια. Ο Delva και οι συνεργάτες του σε μελέτη τους (2002) αναφέρουν πως, αν συνεχιστεί για καιρό η παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, οι συγγενείς διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν σωματική και ψυχική κόπωση καθώς και συναισθήματα που χαρακτηρίζονται από απελπισία και απόγνωση<sup>33</sup>. Όταν το αρχικό σοκ από την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα υποχωρήσει, η οικογένεια μπορεί να αρχίσει να αισθάνεται όλο και μεγαλύτερη εξάντληση τόσο εξαιτίας των ημερών που έχει περάσει σε αίθουσες αναμονής όσο και από τον περιορισμένο ύπνο που έχει κάνει όλο αυτό το διάστημα. Δεδομένου ότι το μέλος της οικογένειας αρχίζει να εξαντλείται, σιγά σιγά αρχίζουν και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της όλης κατάστασης να το εγκαταλείπουν. Έχει αποδειχθεί ότι τα μέλη της οικογένειας βιώνουν παρόμοια επίπεδα άγχους με εκείνα του ασθενούς, αν και ορισμένοι πιστεύουν ότι η οικογένεια μπορεί να εμφανίσει και υψηλότερα επίπεδα στρες από εκείνα του ασθενούς, αφού συνήθως ο ασθενής δεν γνωρίζει τι στην πραγματικότητα συμβαίνει λόγω της κατάστασης που βρίσκεται<sup>42</sup>.

Έχουν γίνει αρκετές μελέτες με στόχο να περιγράψουν τους τρόπους συμπεριφοράς των ενήλικων μελών της οικογένειας βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς και πώς οι αντιδράσεις αυτές αλλάζουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Μία τέτοια μελέτη αφορούσε ένα δείγμα 52 συγγενών των ασθενών σε μονάδες εντατικής που κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης των συνηθειών του φαγητού, της δραστηριότητας, τον ρόλο μέσα στην οικογένεια και την υποστήριξη που λαμβάνουν. Οι κλίμακες αυτές συμπληρώνονταν από τα μέλη της οικογένειας κάθε μέρα κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας και μετά κάθε εβδομάδα καθ' όλη την παραμονή του ασθενούς στη ΜΕΘ. Τα μέλη της οικογένειας έκαναν λόγο για λιγότερες ώρες ύπνου και μάλιστα κακής ποιότητας, μειωμένη πρόσληψη τροφής, αυξημένη χρήση τσιγάρων, αλκοόλ, συνταγογράφηση και υπερκατανάλωση φαρμάκων και παράλληλα ξόδευαν περισσότερο χρόνο μιλώντας για τον ασθενή, επισκεπτόμενοι τον ασθενή και περιμένοντας στην αίθουσα αναμονής. Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε πως το άγχος των συγγενών που ήταν υψηλότερο κατά το χρόνο της εισαγωγής του ασθενούς στη ΜΕΘ, άρχισε να σταθεροποιείται από την 6η ημέρα και μετά και στη συνέχεια μειώθηκε σημαντικά μετά την 28η ημέρα<sup>43</sup>.

Όπως διαπιστώνεται από τα αποτελέσματα των ερευνών, η κρίση στις οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλείας στην εντατική. Η εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συνήθως ένα απρόβλεπτο συμβάν, το οποίο από μόνο του προκαλεί άγχος και αγωνία στην οικογένεια.

#### 4. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

---

Κάθε αποχωρισμός είναι ένας μικρός θάνατος.  
(George Eliot)

Ασθένειες που απειλούν τη ζωή και έχουν ως επακόλουθο τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), συχνά επέρχονται απροσδόκητα. Σε πολλές περιπτώσεις το γεγονός αυτό είναι καταστροφικό για τις οικογένειες και μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό στρες, άγχος και φόβο<sup>32</sup>.

Έρευνες αναφέρουν πως περισσότερα από τα δύο τρίτα των μελών των οικογενειών που επισκέπτονται τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της νοσηλείας<sup>44,45,46</sup>.

Στην πολυκεντρική μελέτη του Rochard και των συνεργατών του (2005) συμμετείχαν 544 συγγενείς 357 ασθενών από 78 ΜΕΘ (1184 κλίνες) στη Γαλλία. Τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης βρέθηκαν στο 73,4 % και 35,3 % των μελών της οικογένειας αντίστοιχα, με τις συζύγους των ασθενών να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Πιο συγκεκριμένα τα ποσοστά του άγχους ανέρχονταν στο 75,5% και της κατάθλιψης στο 82,7 %<sup>44</sup>.

Προγενέστερη μελέτη του Rochard και των συνεργατών του (2001) που έγινε σε 43 μονάδες εντατικής θεραπείας της Γαλλίας και στόχο είχε να διερευνήσει το άγχος και την κατάθλιψη στους συγγενείς των ασθενών, αναφέρει πως η εμφάνιση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης ήταν 69,1% και 35,4%, αντίστοιχα. Και σε αυτή τη μελέτη οι σύζυγοι των ασθενών εμφάνιζαν τα υψηλότερα ποσοστά (72,7% άγχος και 84% κατάθλιψη). Παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση του άγχους και της κατάθλιψης είναι ο ίδιος ο ασθενής (απουσία χρόνιας νόσου), οικογενειακοί παράγοντες (σύζυγος, το γυναικείο φύλο, επιθυμία για επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια, βοήθεια που

έλαβε από γενικό ιατρό), ο φροντιστής (έλλειψη τακτικής επικοινωνίας με τους γιατρούς και τους Νοσηλευτές, η απουσία ενός δωματίου που να χρησιμοποιείται μόνο για συναντήσεις με τα μέλη της οικογένειας)<sup>47</sup>.

Η μελέτη του McAdam και των συνεργατών (2010) σχεδιάστηκε για να περιγράψει τα συμπτώματα από την εμπειρία των μελών της οικογένειας των ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και να αξιολογήσει τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την υψηλότερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων. Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν 74 μέλη οικογενειών 74 ασθενών που νοσηλεύονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και είχαν κακή πρόγνωση και αυξημένες πιθανότητες θανάτου. Μελετήθηκε ο βαθμός επιβάρυνσης, περίπου 4 ημέρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, για τα εξής συμπτώματα : τραυματικό στρες, άγχος και κατάθλιψη. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτουν υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης, με περισσότερα από τα μισά μέλη της οικογένειας να έχουν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα τραυματικού στρες, το 80% να έχει οριακά συμπτώματα άγχους και το 70% με οριακά συμπτώματα κατάθλιψης. Περισσότερο από το 80% των μελών της οικογένειας είχε και άλλα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα όπως κόπωση, θλίψη και φόβο. Ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η ηλικία (μικρότερα σε ηλικία άτομα), το γυναικείο φύλο και τα μέλη οικογενειών που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή, αποτελούν παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης<sup>48</sup>.

Στη μελέτη των Chui & Chan (2007) στόχος ήταν η διερεύνηση του άγχους και οι στρατηγικές αντιμετώπισής του σε οικογένειες Κινέζων στο Χονγκ Κονγκ, κατά τη διάρκεια της εισαγωγής ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή στη ΜΕΘ. Αν και πολλές εργασίες έχουν διεξαχθεί στις δυτικές κοινωνίες, εντούτοις το άγχος και η αντιμετώπισή του σε κινεζικές οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών σπάνια έχουν μελετηθεί. Το δείγμα αποτέλεσαν 133 συγγενείς από ένα περιφερειακό νοσοκομείο στο Χονγκ Κονγκ. Πολλοί ήταν παιδιά των ασθενών με ηλικία μεταξύ



30 και 49. Συνολικά το 39,1 % των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το 60,9 % ήταν γυναίκες. Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν υψηλά επίπεδα στρες. Υψηλότερα επίπεδα εμφανίστηκαν στις γυναίκες, στα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και σε εκείνους των οποίων οι συγγενείς είχαν νοσηλευτεί αναπάντεχα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το διάστημα παραμονής των ασθενών στη μονάδα συσχετίστηκε σημαντικά με τα επίπεδα του άγχους<sup>45</sup>.

Επιπρόσθετα, οι Turner-Cobb et al. (2015) αποβλέποντας στην εξέταση των ψυχοβιολογικών επιπτώσεων στους συγγενείς, που μέλη της οικογένειάς τους νοσηλεύονταν στην εντατική μονάδα, μελέτησαν 6 συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ και τους αξιολόγησαν με ημι-δομημένες συνεντεύξεις εντός 48 ωρών από την εισαγωγή των συγγενών τους, χρησιμοποιώντας ερμηνευτική, φαινομενολογική ανάλυση. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική αντιμετώπισης ήταν η αποδοχή, η αναζήτηση υποστήριξης μέσω συμβουλών και πληροφοριών<sup>49</sup>.

Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει η προοπτική, πολυκεντρική μελέτη της Rusinokova και των συνεργατών της (2014), στην οποία συμμετείχαν 22 ΜΕΘ (250 κλίνες) στην Τσεχική και τη Σλοβακική Δημοκρατία. Κατά τη διάρκεια μίας περιόδου 6 μηνών συμμετείχαν στην έρευνα 405 συγγενείς 293 ασθενών. Διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα σε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, 78% και 54%, αντίστοιχα. Τα ενημερωτικά έντυπα που διανεμήθηκαν στα μέλη της οικογένειας δεν φαίνεται να μείωσαν τα περιστατικά άγχους / κατάθλιψης, ενώ η συχνή επαφή μεταξύ του προσωπικού και των μελών της οικογένειας αποτέλεσε το βασικό συντελεστή που σχετίστηκε με τη μείωση του άγχους<sup>50</sup>.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής βαρέως πασχόντων ασθενών στην εντατική μονάδα ( μηχανικός αερισμός διάρκειας  $\geq 4$  ημέρες), 50 μέλη οικογενειών μελετήθηκαν για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία. Περισσότερο από το 90% των φροντιστών ανέφεραν καταθλιπτικά συμπτώματα, γεγονός που αποδεικνύει τον κίνδυνο να εκδηλωθούν

συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. Το υψηλό επίπεδο της επιβάρυνσης αναφέρθηκε από το 36% των φροντιστών<sup>51</sup>.

Σκοπός μίας νεότερης μελέτης του McAdam (2012) ήταν να συγκρίνει τα επίπεδα του μετατραυματικού στρες, του άγχους και της κατάθλιψης τόσο κατά τη διάρκεια όσο και 3 μήνες μετά την εμπειρία της νοσηλείας σε μονάδα εντατικής φροντίδας στα μέλη της οικογένειας των ασθενών με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας και να καθορίσει εάν οι διαφορές είχαν σχέση με την τελική έκβαση του ασθενούς. Η μέση τιμή του άγχους και της κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερη μετά την τρίμηνη παρέλευση από ό, τι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας<sup>52</sup>.

Ακόμη, ο Anderson και οι συνεργάτες του (2008) προσπάθησαν να προσδιορίσουν το άγχος, την κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες στα μέλη της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 50 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ σε ένα μεγάλο πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Οι ερευνητές πήραν συνέντευξη από όλους τους συμμετέχοντες κατά την εισαγωγή και στη συνέχεια επανέλαβαν τη συνέντευξη στους 39 συγγενείς (78%) στον 1 μήνα και στους 34 (68%) στους 6 μήνες. Στα τρία χρονικά διαστήματα το άγχος ήταν παρόν στο 42%, στο 21%, και στο 15% των συμμετεχόντων, αντίστοιχα. Η κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 16%, στο 8% και στο 6%. Στους 6 μήνες το 35% των συμμετεχόντων είχαν μετατραυματικό στρες<sup>53</sup>.

Μία προοπτική μελέτη διεξήχθη σε μία μικτή ΜΕΘ με 22 κρεβάτια σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, από τον Fumis και τους συνεργάτες του (2014). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης στα μέλη των οικογενειών. Συνολικά μελετήθηκαν 471 συγγενείς, από τον Μάρτιο του 2011 έως το 2013. Τα ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης ανέρχονταν σε 34% και 17%, αντίστοιχα<sup>54</sup>.

Σε μία συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στις ΜΕΘ δύο νοσοκομείων τριτοβάθμιας φροντίδας, ένα σε καθεμιά από τις πιο μεγάλες μητροπολιτικές πόλεις στις ΗΠΑ και την Ινδία, ο σκοπός ήταν να συγκριθεί η ψυχολογική επίδραση της εισαγωγής στη ΜΕΘ στους συγγενείς των ασθενών, σε ένα αμερικανικό και σε ένα

ινδικό δημόσιο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο - που περιελάμβανε την Κλίμακα Άγχους (HADS), και Κατάθλιψης (BDI - II) και τη μετα-τραυματική αντίδραση στο στρες (IES - R) - σε 90 συγγενείς που επισκέπτονταν ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ, 48 με 72 ώρες από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Οι συγγενείς στη ΜΕΘ της Ινδίας είχαν περισσότερα συμπτώματα άγχους σε σχέση με τους Αμερικανούς, αλλά και ένα συγκρίσιμο μετα-τραυματικό στρες. Το 55% του συνόλου των συγγενών είχε παράλογη αντίληψη σχετικά με την «αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς» όσον αφορά στη μεταβολή της σοβαρότητας της ασθένειας. Η «αλλαγή στην ανησυχία» ήταν υπερβολική σε σχέση με την αντίληψη της βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς, στο 78% των συγγενών. Μέσα από την έρευνα λοιπόν έγινε σαφές ότι οι συγγενείς των ασθενών στην ινδική ΜΕΘ είχαν υψηλότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνους στην αμερικανική ομάδα και επιπλέον παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές σε παράγοντες που μπορεί να σχετίζονταν με το ψυχολογικό αντίκτυπο<sup>55</sup>.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών παραμέτρων του άγχους και της κατάθλιψης ήταν ο σκοπός της μελέτης του Bandari και των συνεργατών του (2014). Το κύριο δείγμα αποτελούνταν από 720 μέλη οικογενειών 360 ασθενών, που είχαν εισαχθεί σε ΜΕΘ και 360 που είχαν εισαχθεί σε γενικούς θαλάμους στην Τεχεράνη, στο Ιράν. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία. Μία στατιστικά σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε μεταξύ των συμμετεχόντων-φροντιστών με ασθενείς σε ΜΕΘ και συμμετεχόντων με ασθενείς σε γενικούς θαλάμους, με τους πρώτους να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους (52%)<sup>32</sup>.

Στην ανασκοπική μελέτη του Jezierska (2014) εξετάστηκαν οι ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια του ασθενούς που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ. Σε αυτή τη μελέτη επισημάνθηκε ότι το περιβάλλον της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι αφιλόξενο και φοβιστικό για τον ασθενή και την οικογένειά του. Υπάρχει υψηλός κίνδυνος κατάθλιψης, άγχους και στρες στα μέλη της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ. Σε συγγενείς των ασθενών, σε κρίσιμη κατάσταση, το σύμπλεγμα των αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων όπως: άγχος, οξεία

διαταραχή στρες, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη και περίπλοκη θλίψη, ονομάζεται σύνδρομο μετα-εντατικής θεραπείας της οικογένειας (PICS-F). Αυτές οι επιπλοκές μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα των συγγενών να εκτελέσουν τον ρόλο του φροντιστή και μπορεί επίσης να εμποδίσουν την καθημερινή δραστηριότητά τους<sup>56</sup>.

Στη μελέτη που διεξήγαγαν ο Day και οι συνεργάτες του, το 2013, σε 94 ερωτηθέντες (43,6 % ήταν τα παιδιά και το 21,3% ήταν οι σύζυγοι των ασθενών στη ΜΕΘ) με σκοπό να εκτιμηθεί η ποιότητα του ύπνου στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδα, αυτή αξιολογήθηκε ως κακή / πολύ κακή από το 43,5 % των ερωτηθέντων και καλή / πολύ καλή από το 15,2%. Οι πιο κοινοί παράγοντες που συνέβαλαν στην κακή ποιότητα του ύπνου ήταν το άγχος (43,6%), η ένταση (28,7 %) και ο φόβος (24,5 %). Οι πιο κοινές προτάσεις των ερωτηθέντων για τη βελτίωση του ύπνου ήταν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την υγεία του συγγενούς ασθενούς (24,5 %)<sup>57</sup>.

Από τη μελέτη των Van Horn και Tesh διαπιστώθηκε ότι τα μέλη της οικογένειας παρουσιάζουν ταυτόχρονα αρκετούς στρεσογόνους παράγοντες και εμφανίζουν διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στη διατροφή, τον ύπνο, τις δραστηριότητες, τους οικογενειακούς ρόλους και τις ευθύνες<sup>40</sup>.

Ο Azoulay και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν από τη μελέτη τους, που έγινε το 2014, ότι οι οικογένειες των ασθενών δεν είναι απλοί επισκέπτες στη ΜΕΘ. Έχουν μόλις αποχωριστεί ένα αγαπημένο πρόσωπο, συχνά κάποιον που ζουν μαζί, είτε απότομα ή, στις μισές σχεδόν περιπτώσεις, επειδή μία χρόνια κατάσταση επιδεινώθηκε ξαφνικά. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουν μία σοβαρή ασθένεια ενός αγαπημένου τους προσώπου, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να προσαρμοστούν στο αφιλόξενο και φοβιστικό περιβάλλον της ΜΕΘ. Σε πολλές περιπτώσεις, η έκβαση της νόσου είναι αβέβαιη, γεγονός που προκαλεί δυσφορία στους συγγενείς. Όπως άλλωστε προκύπτει από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη τους αλλά και από άλλες μελέτες, οι οικογένειες παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους (70%) και

κατάθλιψης (35%) κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή, καθώς και συμπτώματα στρες (33%), όπως, επίσης και δυσκολία στην κατανόηση των πληροφοριών που τους δίνονται από το προσωπικό της ΜΕΘ (50%). Επιπλέον, οι συγγενείς των ασθενών που πεθαίνουν στη ΜΕΘ βρίσκονται σε κίνδυνο για ψυχιατρικά σύνδρομα, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη και σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Σε αυτή τη φάση της ψυχικής αναστάτωσης οι οικογένειες καλούνται να λάβουν μέρος στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το αγαπημένο τους πρόσωπο στη ΜΕΘ<sup>58</sup>.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ακόλουθη συγχρονική μελέτη που σκοπό είχε να διερευνήσει την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες στους συγγενείς των ασθενών με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, στο Kerman του Ιράν. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DASS - 42. Επιλέχθηκαν 244 συγγενείς ασθενών, από τους οποίους οι 224 συμμετείχαν στη μελέτη (ποσοστό ανταπόκρισης 91%). Το 76,8%, 75% και 70,1% των μελών των οικογενειών ανέφεραν επίπεδα άγχους, κατάθλιψη και στρες, αντίστοιχα<sup>59</sup>.

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα που παραθέσαμε, τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας μπορεί να εμφανίσουν στρεσογόνους παράγοντες και να απειλείται τόσο η προσωπική υγεία όσο και η οικογενειακή συνοχή.

## 5. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

---

«Ρώτησαν τον Αριστοτέλη:  
"Τι είναι ελπίδα;"  
Κι αυτός απάντησε:  
"Το όνειρο ενός ξυπνητού ανθρώπου."»  
(*Διογένης Λαέρτιος*)

Οι συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών είναι σε θέση να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους κατά τη φάση νοσηλείας των αγαπημένων τους προσώπων στην εντατική. Η καθολική ανάγκη που αναφέρεται ως πολύ σημαντική είναι η ανάγκη για ελπίδα. Άλλες σημαντικές ανάγκες είναι η λήψη επαρκούς και ειλικρινούς πληροφόρησης, το αίσθημα ότι τα μέλη του υγειονομικού προσωπικού ανησυχούν για τον ασθενή, η εγγύτητα και η ανάγκη για νόημα<sup>38,60</sup>. Η διερεύνηση των εμπειριών που βιώνει η οικογένεια καθώς και των αναγκών που προκύπτουν από την παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ ξεκίνησε από τη δεκαετία του 1970 και αφορά κυρίως ποσοτικές μελέτες<sup>60</sup>.

Η αξιολόγηση των αναγκών των ενηλίκων Ιορδανών που μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται σε ΜΕΘ και η διερεύνηση του κατά πόσον αυτές οι ανάγκες αναγνωρίζονται από το προσωπικό, ήταν ο στόχος της μελέτης του Omani (2009). Το δείγμα αποτέλεσαν 139 συγγενείς 85 ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ τριών νοσοκομείων, στο Irbid, μία πόλη στη βόρεια Ιορδανία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ανάμεσα στις 10 σημαντικότερες ανάγκες που καθόρισαν οι συγγενείς ήταν η διασφάλιση και οι πληροφορίες. Η ανάγκη «του να είμαστε βέβαιοι ότι παρέχεται στον ασθενή η καλύτερη δυνατή φροντίδα» αναφέρθηκε ως η πιο σημαντική ανάγκη. Οι ίδιοι, ανέφεραν ότι θεωρούν πως καμία από τις δέκα ανάγκες που όρισαν ως τις σημαντικότερες δεν παρατηρήθηκε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από τους επαγγελματίες υγείας<sup>61</sup>.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήχθη, από τον Οκτώβριο 2007 έως τον Σεπτέμβριο 2008, σε 70 συγγενείς βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονταν σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο Ισραήλ. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Critical Care Family Needs Inventory και το Family Satisfaction in the Intensive Care Unit Inventory. Στα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρεται πως οι συγγενείς φαίνεται να μην είναι ικανοποιημένοι σε ότι αφορά την ανάγκη τους για επαρκή ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας<sup>62</sup>.

Αντίθετα, σε μελέτη που στόχο είχε να διερευνήσει τις άμεσες ανάγκες των μελών των οικογενειών ασθενών της εντατικής θεραπείας στο Hong Kong, οι συγγενείς ανέφεραν πως οι 10 σημαντικότερες ανάγκες είχαν καλυφθεί από τους γιατρούς και τους Νοσηλευτές. Στη συγκεκριμένη μελέτη το δείγμα αποτέλεσαν 40 συγγενείς οι οποίοι δέχτηκαν να συμμετάσχουν και συμπλήρωσαν την κινέζικη έκδοση του CCFNI εντός 24-72 ωρών από την εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ. Η ανάγκη «να γνωρίζουν την αναμενόμενη έκβαση» κατατάχθηκε ως η πιο σημαντική. Όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με τη διαβεβαίωση ήταν στις 10 σημαντικότερες. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις ανάγκες μεταξύ συγγενών σε σχέση με το φύλο, την προϋπάρχουσα εμπειρία των επισκεπτών στη ΜΕΘ, το θρησκευτικό υπόβαθρο και την κατάσταση των ασθενών. Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι τα μέλη της οικογένειας θεωρούν πολύ σημαντική τη διαβεβαίωση και τη λήψη πληροφοριών<sup>38</sup>.

Η περιγραφική, διερευνητική μελέτη των Browning και Warren αφορούσε 30 ενήλικα μέλη της οικογένειας που είχαν συμπληρώσει με επιτυχία το ερωτηματολόγιο Needs Met Inventory κατά τις πρώτες 24 έως 36 ώρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικών και στατιστικών εργαλείων. Οι 10 βασικότερες ανάγκες που καλύφθηκαν και οι 10 βασικότερες που δεν ικανοποιήθηκαν αναφέρθηκαν με σειρά σπουδαιότητας. Η σωστή και επαρκής πληροφόρηση κατατάσσεται στην πιο σημαντική ανάγκη που εξέφρασαν οι

οικογένειες. Ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν: να μιλήσουν για τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ενοχές και θυμό, να συζητήσουν την πιθανότητα του θανάτου του ασθενούς, να τους δοθούν πληροφορίες για το περιβάλλον της ΜΕΘ πριν μπουν σε αυτή για πρώτη φορά, να μπορούν να επισκέπτονται το συγγενή τους ανά πάσα στιγμή, να μιλάνε με την ίδια νοσηλεύτρια κάθε μέρα, να τους παρέχονται εξηγήσεις που τους είναι κατανοητές, να αισθάνονται ότι υπάρχει ελπίδα, να υπάρχει διαθέσιμο καλό φαγητό στο νοσοκομείο, να αισθάνονται σιγουριά για τη φροντίδα του ασθενούς, έτσι ώστε να μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο για λίγο και τέλος να νιώθουν αποδεκτοί από το προσωπικό<sup>63</sup>.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Engström και Söderberg, η οποία διερεύνησε τις εμπειρίες των συντρόφων, όταν ο σύζυγος νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Επτά σύντροφοι ασθενών συμμετείχαν χρησιμοποιώντας μία αφηγηματική προσέγγιση. Τα κείμενα της συνέντευξης υποβλήθηκαν σε ποιοτική και θεματική ανάλυση περιεχομένου. Η ανάλυση οδήγησε σε τρία θέματα: στο παρόν, στο να τοποθετούν τον εαυτό τους σε δεύτερη μοίρα και στο να ζουν στην αβεβαιότητα. Ήταν μία συγκλονιστική εμπειρία για τις συζύγους να δουν τον σύντροφο τους στη ΜΕΘ. Ήταν σημαντικό για εκείνες να μπορούν να είναι παρούσες: τίποτα άλλο δεν έχει άλλωστε τόση αξία. Ήταν επίσης αναγκαίο για τις συζύγους των βαρέως πασχόντων ασθενών να τις σέβονται και να είναι βέβαιες πως το προσωπικό διατηρεί την αξιοπρέπεια του συζύγου τους. Η στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους ήταν σημαντική - όπως και η κατανόηση και η αποδοχή του τι είχε συμβεί, η απόκτηση πληροφοριών αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αυτές δίνονται. Η κατάσταση της αβεβαιότητας σχετικά με την πορεία της υγείας του ασθενή τους ήταν δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Οι σύντροφοι ήθελαν να ελπίζουν, ακόμα κι αν η πρόγνωση ήταν κακή<sup>64</sup>.

Στην έρευνα του Gooding και των συνεργατών του, οι κυριότερες ανάγκες που αναφέρουν οι συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ είναι: η επαρκής λήψη πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας, το φιλόξενο περιβάλλον, ο



σεβασμός των ατομικών αξιών και αναγκών, η άνεση και η υποστήριξη και η δημιουργία ενός πλαισίου που θα βοηθήσει στην ανάπτυξη μίας παραγωγικής συνεργασίας μεταξύ των συγγενών και της ομάδας υγείας. Οι συγγενείς εξέφρασαν επίσης την επιθυμία να συμμετέχουν καθημερινά στη φροντίδα του αρρώστου και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων<sup>65</sup>.

Το 2012, με σκοπό να διερευνηθούν οι ανάγκες των μελών της οικογένειας των βαρέως πασχόντων ασθενών, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Pardavila και Belio. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες βάσεις δεδομένων: Pubmed, CINAHL, Cuiden και βιβλιοθήκη Cochrane, καθώς και τρία περιοδικά που ειδικεύονται στην εντατική θεραπεία. Επελέγησαν τελικά 30 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Από αυτά 11 ήταν σχόλια, 7 ποιοτικές μελέτες και 12 ποσοτικές έρευνες. Μετά την ανάλυση αυτών των άρθρων, η ανάγκη της οικογένειας να λαμβάνει την καλύτερη πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας κρίθηκε ως η πιο σημαντική και ακολούθησε η ανάγκη για εγγύτητα με το άρρωστο μέλος της οικογένειας<sup>66</sup>.

Σε μία άλλη βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό τη διερεύνηση των αναγκών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός συγγενούς τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οι οικογένειες από την πλευρά τους επισήμαναν τρία ζητήματα που έκριναν ότι θα μπορούσαν να βελτιωθούν: την αυξημένη πληροφόρηση σχετικά με τους αγαπημένους τους, την εγγύτητα με τον ασθενή και μία πιο ευέλικτη πολιτική επισκεπτηρίου<sup>67</sup>.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι και η ακόλουθη μελέτη που παραθέτουμε και η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Al-Mutair και τους συνεργάτες του (2013). Αναζητήθηκαν άρθρα από το 2000-2010 στις μηχανές αναζήτησης Pubmed, Proquest, Google, βάση δεδομένων Meditext. Τριάντα μελέτες εκπλήρωναν τα κριτήρια που τέθηκαν από τους ερευνητές και είχαν να κάνουν με τις ανάγκες της οικογένειας καθώς και τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα. Οι συγγενείς των ασθενών ανέφεραν πως η ανάγκη για διασφάλιση και η ανάγκη για ενημέρωση ήταν οι πιο σημαντικές. Οι μελετητές αναφέρουν πως τόσο τα μέλη της

οικογένειας όσο και οι επαγγελματίες υγείας της ΜΕΘ έχουν θετική στάση απέναντι στη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή<sup>68</sup>.

Στόχος της ποιοτικής ερευνητικής μελέτης του Alonso-Onives και των συνεργατών του (2014), που διεξήχθη σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ισπανία, ήταν να καθορίσει και να αναλύσει τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις εμπειρίες των συγγενών των βαρέως πασχόντων ασθενών, όσον αφορά τις ιατρικές πληροφορίες που τους παρέχονταν καθώς και το επίπεδο κατανόησής τους. Ένας ακόμα στόχος ήταν να βρεθούν οι τρόποι για τη βελτίωση της επικοινωνίας και να καταρτιστούν αποτελεσματικές πρακτικές στην παροχή των κλινικών δεδομένων. Το δείγμα αποτέλεσαν οι συγγενείς των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και που πήραν εξιτήριο από τη μονάδα ζώντας. Δέκα συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη διάφορες μεταβλητές, όπως τον τύπο της οικογενειακής σχέσης με τους ασθενείς, την ηλικία των ασθενών, τη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ, την προέλευση και θέση κατά τη στιγμή της συνέντευξης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των 10 συνεντεύξεων επικεντρώθηκαν : στην υποκειμενική θέση της οικογένειας στη ΜΕΘ (την αγωνιώδη αναμονή), στο τι αντιπροσωπεύει η ΜΕΘ για την οικογένεια (μία κατάσταση μεταξύ ζωής και θανάτου), στο πώς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα (πλήρης ανάθεση της φροντίδας) και τέλος στις ιατρικές πληροφορίες (τι και πώς περιμένουν και τι και πώς τελικά παίρνουν), τόσο κατά την πρώτη ενημέρωση (ειλικρίνεια, ελπίδα, αδυναμία) όσο και στις επόμενες. Και επειδή υπάρχει απόκλιση μεταξύ του τι περιμένουν οι οικογένειες και του τι παίρνουν όσον αφορά τις ιατρικές πληροφορίες, γι' αυτό και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις προσδοκίες των οικογενειών, γεγονός που θα τους βοηθήσει να παρέχουν καλύτερη ποιοτική περίθαλψη και πιο ανθρώπινη μεταχείριση στη ΜΕΘ<sup>69</sup>.

Η μελέτη του Marqués de Valdecilla διήρκησε 5 μήνες και πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, στο Σανταντέρ (Ισπανία). Το δείγμα ήταν μέλη της οικογένειας ενηλίκων ασθενών που είχαν εισαχθεί στη ΜΕΘ. Τα

ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν ήταν 192 από οικογένειες ασθενών που επέζησαν και 31 από συγγενείς μη-επιζώντων. Η πλειονότητα των συγγενών ήταν ικανοποιημένοι με τη συνολική φροντίδα και τη συνολική λήψη αποφάσεων (επιζώντες:  $83,46 \pm 11,83$  και  $79,42 \pm 13,58$ , αντίστοιχα, μη-επιζώντες:  $80,41 \pm 17,27$  και  $79,61 \pm 16,93$ , αντίστοιχα). Όμως οι συγγενείς ανέφεραν και αρκετά σημεία τα οποία πρέπει να βελτιωθούν, όπως το περιβάλλον στην αίθουσα αναμονής και ότι αφορά το περιβάλλον της ΜΕΘ : τον θόρυβο, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και τον φωτισμό. Ακόμη επισήμαναν πως και η ανάγκη τους να ελπίζουν δεν φαίνεται να αναγνωρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας<sup>70</sup>.

Μία ακόμη έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία και πιο συγκεκριμένα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Virgen Macarena, Σεβίλλη, με σκοπό τη διερεύνηση των αναγκών της οικογένειας των βαρέως πασχόντων ασθενών καθώς και το επίπεδο ικανοποίησης σχετικά με την προσοχή που έλαβαν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι πληροφορίες που λάμβαναν μετά την επίσκεψη και η πρόσβασή τους στο χώρο της ΜΕΘ ήταν δύσκολες λόγω των απρόβλεπτων αλλαγών στην πορεία της υγείας του ασθενούς. Από την άλλη, υπήρχαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την προσοχή που έλαβαν και τη νοσηλευτική φροντίδα. Παρατηρήθηκαν ωστόσο ορισμένες ελλείψεις, όπως στο ωράριο λειτουργίας, τις συνθήκες στην αίθουσα αναμονής και της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Μία από τις κύριες ανάγκες των συγγενών ήταν να περνούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς<sup>71</sup>.

Στην Ισπανία πραγματοποιήθηκε και η επόμενη μελέτη και πιο συγκεκριμένα στη ΜΕΘ του νοσοκομείου Josep Trueta, στη Χερόνα. Το φθινόπωρο του 2003, 132 συγγενείς ασθενών, που νοσηλεύονταν στη συγκεκριμένη μονάδα, συμπλήρωσαν με επιτυχία το ερωτηματολόγιο CCFNI, που μετρά το βαθμό σημαντικότητας που αποδίδεται από τους συγγενείς για την ανάγκη ασφάλειας, υποστήριξης, την παροχή πληροφοριών, την άνεση και την εγγύτητα. Η ανάγκη που θεωρήθηκε ως η πιο σημαντική ήταν η ασφάλεια (50,3%) και ακολουθούσε η ανάγκη για υποστήριξη με 47,2%<sup>72</sup>.

Στη Λιθουανία μελετήθηκαν για πρώτη φορά οι ανάγκες των συγγενών των ασθενών της ΜΕΘ, το 2010, από τους Danuseviciene και τους συνεργάτες. Η προσοχή από το ιατρικό προσωπικό, οι εύκολα κατανοητές πληροφορίες και η δυνατότητα να επισκέπτονται τον συγγενή τους, όποτε το επιθυμούσαν, ήταν οι πιο βασικές που αναφέρθηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συγγενείς επιθυμούν να μείνουν δίπλα στους ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ακόμα κι αν αυτό τους προκαλεί έντονα συναισθήματα. Οι συγγενείς θεωρούν πως με το να μπορούν να επισκέπτονται τον ασθενή, όποτε επιθυμούν, τους παρέχεται η δυνατότητα να έχουν μία «σιωπηλή επικοινωνία» μαζί του, να τον στηρίζουν και επίσης να μετριάσουν τις δικές τους ανησυχίες<sup>73</sup>.

Ο στόχος της μελέτης του Neves και των συνεργατών του, σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενηλίκων του νοσοκομείου *Português* (Σαλβαδόρ) από τον Νοέμβριο του 2007 έως και τον Ιανουάριο 2008, ήταν να προσδιορίσει το επίπεδο ικανοποίησης των μελών των οικογενειών. Πενήντα τρεις συγγενείς συμμετείχαν στην έρευνα με μέσο όρο ηλικίας τα 44 χρόνια και το 68% του δείγματος ήταν γυναίκες. Η διάμεσος του επιπέδου ικανοποίησης των μελών της οικογένειας ήταν 11 (IQI = 9-13). Οι συγγενείς σε ποσοστό 96% αισθάνονταν πως ο ασθενής λάμβανε την καλύτερη δυνατή φροντίδα από το προσωπικό και ότι οι πληροφορίες που τους παρέχονταν ήταν ειλικρινείς (96%). Λιγότερο ικανοποιημένοι ένιωθαν ως προς το ενδιαφέρον του προσωπικού για τα δικά τους συναισθήματα (45%), καθώς και για το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν τους παρείχαν ικανοποιητικές πληροφορίες σχετικά με τον εξοπλισμό της μονάδας εντατικής θεραπείας που χρησιμοποιούσαν (41%)<sup>74</sup>.

Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μελέτη έγινε σε 6 μονάδες εντατικής θεραπείας στον Καναδά, σε συγγενείς ασθενών που έκαναν μία τουλάχιστον επίσκεψη στη μονάδα και ο ασθενής έλαβε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για > 48 ώρες. Σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστεί ο βαθμός ικανοποίησης των συγγενών ως προς την αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών τους. Για τα μέλη της οικογένειας των επιζώντων τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ενώ ο ασθενής ήταν

ακόμα στο νοσοκομείο. Για τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που απεβίωσαν, το ερωτηματολόγιο είχε ταχυδρομηθεί στην οικογένεια 3-4 εβδομάδες μετά το θάνατο του ασθενούς. Συνολικά 891 συγγενείς έλαβαν τα ερωτηματολόγια και από αυτούς 624 τα επέστρεψαν (70% ποσοστό ανταπόκρισης). Η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε ικανοποιημένη με τη συνολική φροντίδα και τη συνολική λήψη αποφάσεων. Οικογένειες ανέφεραν ως τη μεγαλύτερη ικανοποίηση τις Νοσηλευτικές δεξιότητες και αρμοδιότητες ( $92,4 \pm 14,0$ ), τη συμπόνια και τον σεβασμό για τον ασθενή ( $91,8 \pm 15,4$ ) και την αντιμετώπιση του πόνου ( $89,1 \pm 16,7$ ). Ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με την αίθουσα αναμονής ( $65,0 \pm 30,6$ ) και τη συχνότητα επικοινωνίας με τον θεράποντα γιατρό ( $70,7 \pm 29,0$ )<sup>75</sup>.

Μία περιγραφική συγχρονική μελέτη σε 200 μέλη της οικογένειας των ασθενών που εισάγονται στη ΜΕΘ ήταν η έρευνα του Noor Siah και των συνεργατών του (2012) με στόχο να προσδιορίσει τις ανάγκες των μελών της οικογένειας των βαρέως πασχόντων ασθενών στη ΜΕΘ. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο (CCFNI). Τα αποτελέσματα της μελέτης ομαδοποιήθηκαν σε πέντε κατηγορίες ταξινομημένα από το σημαντικότερο στο λιγότερο σημαντικό: υποστήριξη ( $39,13 \pm 6,189$ ), εγγύτητα ( $27,17 \pm 3,38$ ), πληροφορίες ( $24,25 \pm 3,09$ ), αξιοπιστία ( $22,67 \pm 1,86$ ) και άνεση ( $16,24 \pm 2,78$ ). Δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφορές στις ανάγκες μεταξύ συγγενών με διαφορετικό φύλο ( $p > 0,05$ ). Ωστόσο, υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις ανάγκες υποστήριξης μεταξύ των συγγενών ( $p < 0,05$ ). Υπήρχαν επίσης σημαντικές διαφορές ως προς τις ανάγκες διασφάλισης ( $P < 0,05$ ) και παροχής πληροφοριών ( $P < 0,05$ ) μεταξύ των μελών της οικογένειας σε σχέση με την ηλικία. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς τις ανάγκες των μελών της οικογένειας με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης ( $p > 0,05$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται την υποστήριξη και την εγγύτητα ως τις πρωταρχικές ανάγκες. Η άνεση ως ανάγκη θεωρήθηκε η λιγότερο σημαντική<sup>76</sup>.

Ο σκοπός της έρευνας του Obringer και των συνεργατών του, στις μεσοδυτικές πολιτείες των ΗΠΑ, ήταν να εξετάσει τις τρέχουσες αντιλήψεις σχετικά με τις ανάγκες των συγγενών των ασθενών σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενηλίκων. Το Critical Care Family Needs Inventory δόθηκε σε 50 μέλη οικογενειών στο Κεντρικό Ιλινόις, σε μία μονάδα με 22 κρεβάτια. Σαράντα πέντε ενήλικες, μέλη των οικογενειών, επέστρεψαν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (66,7 %), 40% ήταν 49-64 ετών. Η πλειονότητα του δείγματος των μελών της οικογένειας ήταν οι σύζυγοι (36%) ή τα ενήλικα παιδιά (36%). Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέφεραν πως τα μέλη της οικογένειας θεωρούσαν τη διαβεβαίωση ως τη σημαντικότερη ανάγκη και την υποστήριξη ως τη λιγότερο σημαντική<sup>77</sup>.

Ανακεφαλαιώνοντας, η εισαγωγή ενός ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να επιφέρει μία δύσκολη αλλαγή στη ζωή της οικογένειας. Σε αρκετές μελέτες, όπως προαναφέραμε, τέτοια γεγονότα περιγράφονται ως μία τρομακτική εμπειρία και οι στενοί συγγενείς παρουσιάζονται να έχουν άμεση ανάγκη για υποστήριξη εξαιτίας της δύσκολης κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Οι κυριότερες ανάγκες που ανέφεραν οι συγγενείς πως θα επιθυμούσαν να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας της ΜΕΘ είναι : η ενημέρωση, το αίσθημα ότι λαμβάνονται υπόψη και αναγνωρίζεται η αξία τους, η ασφάλεια, η εγγύτητα και η ελπίδα<sup>78</sup>.

## **6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

---

Όλες οι ευτυχισμένες οικογένειες  
μοιάζουν μεταξύ τους.  
Κάθε δυστυχισμένη οικογένεια, όμως,  
είναι δυστυχισμένη με το δικό της τρόπο.  
*(Λέων Τολστόι)*

Όλες οι οικογένειες αντιμετωπίζουν προκλήσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής τους. Κάποιες είναι αναμενόμενες εντάσεις (που επιφέρουν πιθανές κρίσεις, όπως το διαζύγιο ή ένας δεύτερος γάμος) ενώ άλλες ξαφνικές (ασθένεια, απροσδόκητος θάνατος). Ο τρόπος που η οικογένεια οργανώνεται, ο τρόπος που διατηρεί τη συνοχή της, το πόσο ανοιχτά επικοινωνεί και το πώς επιλύει από κοινού τα προβλήματά της για να αντιμετωπίσει την απειλή, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητά της να αναρρώνει. Ένα θετικό σύστημα πεποιθήσεων βοηθά σε αυτή τη διαδικασία. Η υποστήριξη των φίλων, της εκτεταμένης οικογένειας, της εκκλησίας, των γειτόνων, των εργοδοτών και των συναδέλφων και η διαθεσιμότητα κοινοτικών πόρων συχνά συνεισφέρουν στην ανάρρωση της οικογένειας<sup>25</sup>. Ο τρόπος με τον οποίο μία οικογένεια αντιμετωπίζει και ελέγχει μία κρίση, προφυλάσσεται από το άγχος, αναδιοργανώνεται αποτελεσματικά και συνεχίζει τη ζωή της, θα επηρεάσει την άμεση και τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή για όλα τα μέλη της οικογένειας και για την οικογενειακή μονάδα<sup>25</sup>.

Οι μέθοδοι /στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) που ενεργοποιεί το άτομο για να μειώσει το στρες και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μίας ψυχοπαιστικής κατάστασης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: α) στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem-focused coping) και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του (emotion –focused coping)<sup>79,80</sup>.

Οι στρατηγικές που επικεντρώνονται κυρίως στην επίλυση του προβλήματος συνήθως χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες το άτομο θεωρεί

ότι μπορεί με κάποιο τρόπο να επιδράσει στις καταστάσεις εκείνες που του προκαλούν στρες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε αν μειώσει τις απαιτήσεις που επιτάσσει η πραγματικότητα, είτε αυξάνοντας τα αποθέματά του προκειμένου να τις αντιμετωπίσει<sup>79</sup>. Για παράδειγμα, οι συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών αναζητούν μέσω διαδικτύου ή από άλλες πηγές πληροφορίες για το αν υπάρχουν άλλες διαθέσιμες θεραπείες ή άλλες μονάδες εντατικής που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον ασθενή-συγγενή τους.

Όταν το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση του συναισθήματος, νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε προκειμένου να μεταβάλλει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να προσπαθεί να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδραση που του προκαλεί το συγκεκριμένο γεγονός. Όπως για παράδειγμα να αναζητήσει βοήθεια από φίλους και συγγενείς ή να ασχολείται με δραστηριότητες που του αποσπούν την προσοχή από το στρεσογόνο γεγονός αλλά και να καταφύγει στη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων, να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ<sup>79</sup>.

Κάποιες από τις πιο συνήθεις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα όταν βιώνουν έντονο στρες σύμφωνα με τους Moos και Shaffer (1986) και Sarafino (1990) είναι οι ακόλουθες: η αναζήτηση πληροφοριών, η αναζήτηση υποστήριξης, η συναισθηματική εκτόνωση, η λήψη άμεσων μέτρων και οι ενδοψυχικές διεργασίες<sup>81,82</sup>.

Κατά κανόνα οι οικογένειες που έχουν έναν συγγενή που νοσηλεύεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας προβαίνουν στις ακόλουθες ενέργειες, ως αντίδραση στην αβεβαιότητα και τη δυσφορία που νιώθουν: περιφέρονται γύρω από τον ασθενή και το προσωπικό, αναζητούν ενεργητικά πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του, παρακολουθούν την πρόοδό του παρατηρώντας και αξιολογώντας την πορεία της χορηγούμενης φροντίδας και την επάρκειά της και εξασφαλίζουν πόρους (κάνουν οτιδήποτε θεωρούν απαραίτητο για να αποκτήσουν αυτό που χρειάζονται οι ίδιοι ή ο συγγενής τους)<sup>83</sup>.



Στη μελέτη των Turner-Cobb και των συνεργατών του(2015) οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ ανέφεραν πως η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική αντιμετώπισης ήταν η αποδοχή και η αναζήτηση υποστήριξης μέσω συμβουλών και πληροφοριών<sup>49</sup>.

Σε μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σαουδική Αραβία, από τον Νοέμβριο του 2011 έως τον Φεβρουάριο του 2012, σε 12 μέλη οικογενειών των βαρέως πασχόντων ασθενών της ΜΕΘ με σκοπό τη διερεύνηση των αναγκών σε σχέση με τις πολιτισμικές αξίες και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι συγγενείς ανέφεραν ότι προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος που τους δημιουργήθηκε από την εισαγωγή των αγαπημένων τους στη μονάδα, αναζητούσαν συνεχώς πληροφορίες και επιζητούσαν να είναι βέβαιοι πως το προσωπικό παρείχε την καλύτερη φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους. Επιπλέον ανέφεραν πως η πίστη στο θεό και ότι ο θεός είναι ο τελικός θεραπευτής, η ανάγνωση του κορανίου και η προσευχή ήταν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του άγχους και στο να μη χάνουν τις ελπίδες τους. Είπαν επίσης πως όσο περισσότερο χρόνο μπορούσαν να περνούν με τον ασθενή συγγενή τους τόσο καλύτερα αισθανόταν οι ίδιοι<sup>84</sup>.

Ο Azoulay και οι συνεργάτες του (2014) σε μελέτη τους ανέφεραν πως οι οικογένειες παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους (70%) και κατάθλιψης (35%) κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή, καθώς και συμπτώματα στρες (33%), όπως επίσης και δυσκολία στην κατανόηση των πληροφοριών που τους δίνονται από το προσωπικό της ΜΕΘ (50%). Οι συγγενείς ανέφεραν πως όλη αυτή η κατάσταση που βιώνουν γίνεται λιγότερο επώδυνη, όταν έχουν συχνή ενημέρωση και επικοινωνία με το προσωπικό και επίσης όταν οι ίδιοι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τα αγαπημένα τους πρόσωπα<sup>58</sup>.

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί στις δυτικές κοινωνίες, που αφορούν στις οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών. Το άγχος και η αντιμετώπιση σε κινεζικές οικογένειες των βαρέως πασχόντων ασθενών δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Μία από τις μελέτες αφορούσε σε 133 συγγενείς ασθενών που

νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ στο Χονγκ Κονγκ ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν αρκετούς τρόπους για να αντιμετωπίσουν το άγχος που βίωναν με πιο συνήθη τη «μοιρολατρική αποδοχή». «Η μοιρολατρική αποδοχή» εμπεριέχει στοιχεία ακτιβισμού και η άποψη είναι ότι, αν κάποιος μπορεί να αντέξει στην παρούσα δύσκολη κατάσταση και να σταθεί όρθιος, θα υπάρξουν ευκαιρίες για αυτόν στο μέλλον, κάτι που βρίσκει σύμφωνους κυρίως τους βουδιστές και ταονιστές. Η θετική σκέψη, στηριζόμενη στη μοιρολατρική αποδοχή, ότι θα ξεπεραστούν οι δυσκολίες και όλα θα γίνουν καλύτερα, ήταν η επόμενη στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους. Η αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας και η κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσει και να δεχθεί βοήθεια ήταν η τρίτη και τέταρτη από τις πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης. Επιπλέον από τη μελέτη διαφαίνεται πως οι κινέζικες οικογένειες δεν φαίνεται να επιθυμούν να δεχτούν βοήθεια ή να μοιραστούν το πρόβλημά τους με τους γείτονες και περιορίζονται στα μέλη της οικογένειάς τους<sup>45</sup>.

Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης, που πραγματοποιήθηκε σε ένα τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη Βραζιλία, ήταν να περιγράψει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 41 συγγενείς οι οποίοι επιλέχθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων 96 ωρών νοσηλείας των ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους ήταν η θρησκευτικότητα, η θετική σκέψη και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης<sup>85</sup>.

Σκοπός και της επόμενης μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης των οικογενειών των βαρέως πασχόντων ασθενών σε μία αγροτική περιοχή στην νότια Appalachian. Δείγμα 30 μελών οικογενειών από 22 βαρέως πάσχοντες ασθενείς, συμμετείχαν στη μελέτη. Οι πέντε πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αντιμετώπισης ήταν η βοήθεια, η θετική σκέψη, η ανησυχία για το πρόβλημα, η προσπάθεια να βρεθούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα και η προσπάθεια να χειριστούν τα πράγματα ένα βήμα

κάθε φορά. Οι πέντε πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν να συζητούν το πρόβλημα με τους φίλους, η προσευχή, να σκέπτονται τα θετικά στοιχεία της ζωής, να προσπαθούν να χειριστούν τα πράγματα ένα βήμα κάθε φορά και να προσπαθούν να δουν την καλή πλευρά της κατάστασης<sup>86</sup>.

Στην προοπτική, πολυκεντρική μελέτη της Rusinokona και των συνεργατών της ( 2014), στην οποία συμμετείχαν 22 ΜΕΘ (250 κλίνες) στην Τσεχική και τη Σλοβακική Δημοκρατία, τα ενημερωτικά έντυπα που διανεμήθηκαν στα μέλη της οικογένειας δεν φαίνεται να μείωσαν τα περιστατικά άγχους/κατάθλιψης. Αντίθετα η συχνή επαφή μεταξύ του προσωπικού και των μελών της οικογένειας ήταν ο μόνος παράγοντας που σχετίστηκε με τη μείωση του άγχους<sup>50</sup>.

Η τάση που προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή και η ενσωμάτωσή της στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή του πλάνου φροντίδας και θεραπείας του ασθενούς<sup>87,88,89</sup>. Ακόμη, η οικογένεια είναι εκείνη που έχει γνώση των προσωπικών προτιμήσεων, της κουλτούρας και των θρησκευτικών/πνευματικών πεποιθήσεων του ασθενή<sup>88</sup>. Επιπλέον, οι συγγενείς είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων, όπως ο τερματισμός της μηχανικής υποστήριξης του ασθενούς ή η δωρεά οργάνων του ασθενούς τα οποία απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή των συγγενών και την πληροφορημένη λήψη απόφασης<sup>89</sup>.

## 7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

---

*Ουκ ένι ιατρικήν ειδέναι,  
όστις μη οίδεν ότι εστίν άνθρωπος.  
(Ιπποκράτης)*

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που παρεμβαίνουν στην κρίση είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα ενεργός. Ο επαγγελματίας υγείας καθοδηγεί χωρίς να επιβάλλεται και συχνά παρεμβαίνει χωρίς να υπάρχει σαφές αίτημα από την πλευρά του συγγενή. Είναι σημαντικό να παρατηρεί προσεκτικά τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του ατόμου και να αξιολογεί τις ανάγκες του καθώς και τις απαιτήσεις που επιβάλλουν οι περιστάσεις της κρίσης. Εξίσου απαραίτητο είναι να αναγνωρίζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις στα πλαίσια της κρίσης και να διευκολύνει την έκφρασή τους<sup>90</sup>.

Η παρέμβαση στην κρίση ενέχει δυο βασικούς κινδύνους για τα μέλη του προσωπικού υγείας: α) τον κίνδυνο της υπερεπένδυσης και ταύτισης με το άτομο που βρίσκεται σε κρίση. Μερικές φορές ο επαγγελματίας παραλύει ή πιστεύει ότι μπορεί να μοιραστεί ολόκληρο το βάρος και τον πόνο μίας κατάστασης την οποία θεωρεί «τραγική» ή «καταστροφική», β) τον κίνδυνο της αποξένωσης και αποστασιοποίησης από το άτομο που βρίσκεται σε κρίση. Στην προσπάθειά του να προστατεύσει τον εαυτό του από τη συναισθηματική οδύνη που βιώνει, ο επαγγελματίας της υγείας απομακρύνεται ή/και τείνει να ελαχιστοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης (π.χ. «δεν είναι τόσο φοβερό....μην αντιδράτε έτσι....» «δείτε τα πράγματα λογικά και αντικειμενικά....»)<sup>31</sup>.

Έρευνες αναφέρουν ότι οι επιστήμονες υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ δεν γνωρίζουν επαρκώς τις ανάγκες της οικογένειας του κάθε ασθενούς και προβαίνουν συχνά σε παρεμβάσεις ρουτίνας με ελλιπή και ανεπαρκή παροχή ικανοποιητικών σε ποιότητα πληροφοριών<sup>91,92</sup>.

Υπάρχει μία αυξανόμενη συνειδητοποίηση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας ότι η ιατρική επεκτείνεται πέρα από τον ασθενή και περιλαμβάνει και τον ψυχολογικό αντίκτυπο που έχει στους στενούς συγγενείς η νοσηλεία ενός αγαπημένου τους προσώπου. Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τις ανάγκες των συγγενών στα πλαίσια της εντατικής θεραπείας, αλλά ο ψυχοβιολογικός αντίκτυπος αυτής της εμπειρίας τους έχει σε μεγάλο βαθμό αγνοηθεί. Ο αντίκτυπος αυτός είναι σημαντικός σε σχέση με την υγεία και την ευημερία των ασθενών και έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την πορεία των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) βρίσκονται σε κίνδυνο για νοσηρότητα της ψυχικής υγείας, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά από την παραμονή στη ΜΕΘ του ασθενούς.

Οι επαγγελματίες υγείας της εντατικής θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν όχι μόνο ολοκληρωμένη και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς, αλλά επίσης να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Η Φροντίδα απαιτεί σχολαστική παρατήρηση και αξιολόγηση της οικογένειας, κατανόηση των κλινικών εκδηλώσεων, καθώς και πρακτική εμπειρία προκειμένου να επιτύχει θετικά αποτελέσματα, ακόμη και στην περίπτωση ενός επικείμενου θανάτου. Φαίνεται εύκολη η απόρριψη της οικογένειας από τα κλινικά και τεχνικά θέματα της εντατικής μονάδας, ειδικά όταν η περισσότερη ενέργεια των νοσηλευτών είναι στραμμένη στη λειτουργία των περιφερειακών μηχανημάτων, την εκτέλεση καθηκόντων και την επιδίωξη συνεχώς μεταβαλλόμενων στόχων για τους ασθενείς<sup>93</sup>.

Η Νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως ένα επάγγελμα που προσφέρει ολιστική, εξατομικευμένη φροντίδα. Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, ένα μοντέλο με επίκεντρο την οικογενειακή περίθαλψη είναι απαραίτητο εν προκειμένω. Επιπλέον, οι οικογένειες διατρέχουν κίνδυνο συναισθηματικής και ψυχολογικής δυσφορίας ως αποτέλεσμα της εισόδου

τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αναπτύσσοντας την κατανόηση της εμπειρίας τους οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εφαρμόσουν παρεμβάσεις για την ελαχιστοποίηση του άγχους και της αγωνίας των οικογενειών, παρέχοντας περισσότερη ολιστική και οικογενειακή -εξατομικευμένη φροντίδα<sup>94</sup>.

Όπως προαναφέραμε, η επαγγελματική στήριξη στα μέλη των οικογενειών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελεί μία σημαντική συμβολή στον χώρο της εντατικής θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να δοθεί στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς μία ουσιαστική κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ. Αυτή η υπηρεσία, που αναφέρεται ως παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης ή ψυχολογικές πρώτες βοήθειες, είναι η πολύ-επαγγελματική (multi professional) και μπορεί να πραγματοποιηθεί από επαγγελματίες του υγειονομικού τομέα<sup>95</sup>.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς και να εφαρμόζονται ψυχολογικές παρεμβάσεις για να τους βοηθήσουν. Σχετική με τα όσα προαναφέραμε είναι η μελέτη των Li και Xu σε μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση. Αυτή η διερευνητική μελέτη περιγράφει το ψυχολογικό στρες που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση. Συνολικά, 107 μέλη οικογενειών ασθενών σε φυτική κατάσταση συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η παρέμβαση περιλάμβανε τέσσερα βήματα: συγκέντρωση στοιχείων για την κάθε οικογένεια, συζήτηση με το προσωπικό για τις πρώτες σκέψεις τους σχετικά με το συμβάν, αξιολόγηση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων και ανάπτυξη τρόπων αντιμετώπισης. Το Symptom Check List-90 χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την ψυχολογική καταπόνηση των συμμετεχόντων κατά την έναρξη και ένα μήνα μετά την ψυχολογική παρέμβαση. Διαφορές μεταξύ του σκορ του Symptom Check List-90 αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν. Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο Symptom Check List-90 κατά την έναρξη. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου κατά την έναρξη. Οι περισσότερες βαθμολογίες των παραγόντων του

Symptom Check List-90 μετά την παρακολούθηση του ενός μήνα ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές κατά την έναρξη και για τις δύο ομάδες. Ωστόσο, η ομάδα παρέμβασης βελτιώθηκε περισσότερο από την ομάδα ελέγχου στις περισσότερες υποκλίμακες, συμπεριλαμβανομένων της Σωματοποίησης, της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, της κατάθλιψης και του άγχους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι με τη μέθοδο των τεσσάρων βημάτων βελτιώνεται αποτελεσματικά η ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας που έλαβαν αυτή τη θεραπεία και μειώνονται τα ψυχολογικά συμπτώματα της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, της Σωματοποίησης, της κατάθλιψη και του άγχους<sup>96</sup>.

Όταν οι επαγγελματίες υγείας επιτρέπουν στα μέλη της οικογένειας να έχουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι δυνατό να βελτιωθεί η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι συγγενείς. Καμία προηγούμενη μελέτη δεν έχει ερευνήσει το θέμα της οικογενειακής συμμετοχής σε ΜΕΘ. Μία πολυκεντρική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 78 ΜΕΘ (1.184 κρεβάτια) στη Γαλλία, όπου συμμετείχαν 2.754 φροντιστές της ΜΕΘ και 544 μέλη της οικογένειας 357 ασθενών. Συγκεντρώθηκαν απόψεις και εμπειρίες σχετικές με τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα, την κατανόηση (των όσων τους ανέφερε το προσωπικό της ΜΕΘ σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία) και τον βαθμό ικανοποίησης από την παροχή πληροφοριών (χρησιμοποιήθηκε το Critical Care Family Needs Inventory) και δόθηκε στα μέλη των οικογενειών το Hospital Anxiety and Depression score για τη διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης. Το 88,2% των φροντιστών ανέφερε πως, όταν οι οικογένειες των ασθενών το επιθυμούν, μπορούν να συμμετέχουν στη φροντίδα των αγαπημένων τους προσώπων. Από τους συγγενείς μόνο το 33,4% επιθυμούσε να συμμετέχει στη φροντίδα. Όπως προκύπτει από τη μελέτη, οι περισσότεροι φροντιστές ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν οι συγγενείς στη φροντίδα των ασθενών, αλλά τα πιο πολλά μέλη των οικογενειών το απέφυγαν<sup>35</sup>.

Η φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών απαιτεί οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τη σημασία της πνευματικότητας στη ζωή

των ασθενών και των οικογενειών τους. Οι ασθενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα υποβάλλονται σε μεγάλο στρες και ταλαιπωρία λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν επίσης παρόμοια άγχη και θλίψη. Η Πνευματικότητα δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να κατανοήσουν τον πόνο και την ασθένεια. Οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορούν να επηρεάσουν επίσης τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις ασθένειες. Αντιμετωπίζοντας θετικά τα πνευματικά ζητήματα των ασθενών και των αγαπημένων τους προσώπων, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δημιουργήσουν ένα περισσότερο ολιστικό σύστημα περίθαλψης<sup>97</sup>.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους το προσωπικό των ΜΕΘ μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των αναγκών των μελών της οικογένειας των βαρέως πασχόντων ασθενών έγινε το 2012 από τους Pardavila και Belio. Από τα αποτελέσματα της μελέτης κρίνεται αναγκαίο οι επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να βοηθήσουν τις οικογένειες, να τους παρέχουν σωστή και τακτική πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση υγείας του ασθενή και επίσης το επισκεπτήριο στη ΜΕΘ να γίνει πιο ευέλικτο. Επιπλέον τονίζεται η σημασία της ύπαρξης νοσηλευτών της εντατικής θεραπείας οι οποίοι θα αναγνωρίζουν τις ανάγκες της οικογένειας κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ, έτσι ώστε να είναι σε θέση να τους παρέχουν βοήθεια, στήριξη και παροχή συμβουλών φροντίδας, βοηθώντας τις οικογένειες να διαχειριστούν τη δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκονται<sup>66</sup>.

Σε μία ακόμη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Raurell και Aymar (2015), που περιλάμβανε άρθρα από το 2000 και μετά, μελετήθηκε ο ρόλος των μελών της οικογένειας στη ΜΕΘ και η εξέλιξή του, αναλύοντας τρόπους για τη βελτίωσή του, και ο ρόλος που μπορούν να διαδραματίσουν οι νοσηλευτές σε αυτή τη διαδικασία. Από τη μελέτη προέκυψε πως τα μέλη της οικογένειας χάνουν τον ρόλο τους, όταν ένας από αυτούς είναι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με αποτέλεσμα να υποστούν κρίση. Ο συνήθης ρόλος τους στην οικογένεια αλλάζει ή εξαφανίζεται. Όταν στους συγγενείς δοθεί η δυνατότητα να έχουν ενεργή συμμετοχή στη



φροντίδα των ασθενών, αυτό τους προκαλεί ικανοποίηση και μείωση του άγχους. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτής της ανάγκης. Επιπλέον και οι νοσηλευτές, μέσω αυτής της επικοινωνίας που θα αναπτύξουν με τους συγγενείς, θα έχουν την ευκαιρία να αντλήσουν πληροφορίες για τον ασθενή που πιθανά θα φανούν χρήσιμες για τη φροντίδα του, κατά τη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ<sup>98</sup>.

Ικανοποιημένοι από τη φροντίδα και την προσοχή που οι νοσηλευτές προσέφεραν στον ασθενή δήλωναν οι συγγενείς των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη των Llamas-Sánchez και των συνεργατών του (2009). Ανέφεραν όμως πως θα επιθυμούσαν να περνούν περισσότερο χρόνο με τα αγαπημένα τους πρόσωπα στη ΜΕΘ. Επιβάλλεται λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν τις οικογένειες ώστε να έχουν ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών και επίσης να λάβουν υπόψη το αίτημα για την ύπαρξη ενός πιο ευέλικτου ωραρίου ως προς το επισκεπτήριο<sup>71</sup>.

Και στη μελέτη του Azoulay και των συνεργατών του (2014) οι οικογένειες επιζητούν ενημέρωση και επικοινωνία με το προσωπικό. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί πρέπει να κατανοήσουν ότι οι οικογένειες μπορούν να συμμετέχουν στο σύνολο ή σε μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προωθούν ενεργά τη συμμετοχή της οικογένειας, αν βέβαια το επιθυμεί και η ίδια η οικογένεια<sup>58</sup>.

Στη μελέτη του Auerbach και των συν. (2005) οι συγγενείς των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα διάσπασης της προσοχής που σχετίζονται με το έντονο στρες. Οι οικογένειες που εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες αναφέρουν έλλειψη πληροφόρησης από μέρους του προσωπικού μετά την είσοδο του ασθενή στη μονάδα. Μία πιο διαπροσωπική σχέση με το ιατρικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες των ασθενών. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν στην προσαρμογή των οικογενειών στη νέα κατάσταση με το να καλλιεργήσουν ένα αίσθημα αισιοδοξίας και να ενθαρρύνουν τους συγγενείς να συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών<sup>99</sup>.

Μία συγχρονική, περιγραφική, πιλοτική μελέτη συσχέτισης της οποίας το δείγμα αποτέλεσαν 29 συγγενείς μίας μικτής μονάδας εντατικής θεραπείας ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου με 22 κρεβάτια στο Μόντρεαλ του Καναδά πραγματοποιήθηκε από τον Bailey και τους συνεργάτες του (2010). Σκοπός τους ήταν να περιγράψουν την άποψη που έχουν τα μέλη των οικογενειών σχετικά με τις πληροφορίες που τους παρέχονται, το άγχος, την ικανοποίηση από τη φροντίδα, καθώς και τις σχέσεις μεταξύ τους, που θα οδηγήσουν στην περαιτέρω βελτίωση ενός τοπικού ενημερωτικού πλαισίου υποστήριξης. Η μέση τιμή της παροχής πληροφοριών αξιολογήθηκε με μία τροποποιημένη έκδοση του CCFNI και ήταν 55,41. Η μέση τιμή του άγχους (45,41), αξιολογήθηκε με το State Anxiety Scale. Η μέση τιμή ικανοποίησης από την περίθαλψη αξιολογήθηκε με τη χρήση Androfact και ήταν 83,09. Μία σημαντική θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των πληροφοριών που λάμβαναν και της ικανοποίησης από τη φροντίδα ( $r=0,741$ ,  $p<,001$ ). Καμία σημαντική σχέση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ πληροφοριακής υποστήριξης και άγχους, ούτε μεταξύ ικανοποίησης από τη φροντίδα και άγχους. Τα αποτελέσματα της μελέτης είχαν ως στόχο να αναδείξουν την ανάγκη της δημιουργίας μίας τοπικής ενημερωτικής πρωτοβουλίας για την υποστήριξη των συγγενών των ασθενών των ΜΕΘ<sup>100</sup>.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ακόλουθη μελέτη που στόχο είχε να διερευνήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας με τις οικογένειες των ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Στη μελέτη συμμετείχαν 70 Νοσηλευτές, που αντιπροσώπευαν το 87,5% του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 47% ( $n = 33$ ) ανέφερε πως κάποιες φορές μίλησαν με την οικογένεια του ασθενή για θέματα σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία και το 61% ( $n=43$ ) σχετικά με τον ιατρικό εξοπλισμό και τη θεραπεία του ασθενούς. Το 20% ( $n=14$ ) δεν ρώτησε ποτέ τους συγγενείς για τα συναισθήματά τους. Το 26% ( $n=18$ ) δεν συζήτησε ποτέ με την οικογένεια για τη ζωή του ασθενούς, αντιθέτως οι πιο παλιοί στη δουλειά Νοσηλευτές ήταν πιθανότερο να ρωτήσουν την οικογένεια σχετικά με τη ζωή του ασθενούς

( $p=0,044$ ). Μόνο το 48% ( $n=34$ ) ενημέρωσε μερικές φορές την οικογένεια για αλλαγές στο σχέδιο περίθαλψης του ασθενούς και από αυτούς εκείνοι που εργάζονταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε μονάδες ήταν λιγότερο πιθανό να το κάνουν ( $p=0,028$ ). Από τη μελέτη προέκυψε πως υπήρχε μία σημαντική έλλειψη στον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και συγγενών<sup>101</sup>.

Επειδή από έρευνες προέκυψε πως η επικοινωνία ανάμεσα στην οικογένεια και τον κλινικό γιατρό σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συχνά ανεπαρκής και ελάχιστα είναι γνωστά για το πώς ο νοσοκομειακός γιατρός μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η οικογένεια μέσω του τρόπου επικοινωνίας μαζί της, πραγματοποιήθηκε η ακόλουθη μελέτη, στην οποία διερευνήθηκε η ποιότητα της επικοινωνίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 169 μέλη της οικογένειας βαρέως πασχόντων ασθενών, από τέσσερα νοσοκομεία του Σιάτλ. Κατά τη διάρκεια των επαφών γιατρού και συγγενών διερευνήθηκε η ικανοποίηση των συγγενών σχετικά με: α) τις διαβεβαιώσεις ότι ο ασθενής δεν θα εγκαταλειφθεί - παραμεληθεί πριν από το θάνατό του ( $p=,015$ ) β) τη διαβεβαίωση ότι ο ασθενής θα είναι άνετα ( $p=,029$ ) και γ) την υποστήριξη της οικογένειας για τις οποιεσδήποτε αποφάσεις θα πάρει σχετικά με το τέλος της ζωής του ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης για την απόφαση της οικογένειας να ανακαλέσει ή να μην αποσύρει τη μηχανική υποστήριξη ( $p=,005$ ). Τα περισσότερα μέλη της οικογένειας που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη ήταν αρκετά ικανοποιημένα από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν από τους γιατρούς κατά τη διάρκεια αυτών των επαφών<sup>102</sup>.

Μία ακόμη μελέτη, που στόχο είχε να διερευνήσει την ικανοποίηση των οικογενειών από την επικοινωνία τους με το προσωπικό, πραγματοποιήθηκε σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, τριτοβάθμιας περίθαλψης, από τον Απρίλιο έως τον Οκτώβριο του 2006. Οι οικογένειες κλήθηκαν να συμμετέχουν στην καθημερινή διεπιστημονική συνάντηση όπου η ιατρική ομάδα συζητούσε το σχέδιο φροντίδας του ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο CCFNI για την οικογενειακή ικανοποίηση πριν και μετά την εφαρμογή του παρόντος

προγράμματος. Από τους 227 ασθενείς, των οποίων οι συγγενείς συμμετείχαν στην μελέτη, πέθαναν οι 187 και επέζησαν 40. Μεταξύ των οικογενειών των επιζώντων, η συμμετοχή σε αυτές τις συναντήσεις συσχετίστηκε με υψηλότερη οικογενειακή ικανοποίηση όσον αφορά την επικοινωνία με τους ιατρούς ( $P=,004$ ) και την υποστήριξη κατά τη διάρκεια λήψης αποφάσεων ( $P=,005$ ). Διαφορές στον βαθμό ικανοποίησης δεν παρατηρήθηκαν μεταξύ των συγγενών που συμμετείχαν σε αυτές τις συναντήσεις και σε εκείνους που δεν συμμετείχαν. Για τις οικογένειες των ασθενών που πέθαναν, η συμμετοχή στις συναντήσεις με την ομάδα των γιατρών δεν φαίνεται να άλλαξε σημαντικά τον βαθμό ικανοποίησης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι δομημένες συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας με την οικογένεια μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση μερικών οικογενειών και υπογραμμίζουν την ανάγκη να καταβληθούν προσπάθειες για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και των οικογενειών των ασθενών, με τις οικογένειες να δείχνουν κατανόηση στο φόρτο εργασίας του προσωπικού<sup>103</sup>.

Μία παρόμοια μελέτη έγινε και στην Αυστραλία με στόχο να διερευνήσει τον βαθμό ικανοποίησης των μελών της οικογένειας των ασθενών που περιθάλπονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ τουλάχιστον για 48 ώρες. Από αυτούς οι 84 ήταν συγγενείς ασθενών που επέζησαν. Συνολικά η οικογενειακή ικανοποίηση ήταν αρκετά υψηλή. Υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφηκαν για την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στα χαμηλότερα ήταν η συχνότητα επικοινωνίας με τους γιατρούς. Οι οικογένειες που είχαν συναντήσεις με κοινωνικό λειτουργό ή το ιατρικό προσωπικό ήταν λιγότερο πιθανό να εκφράσουν δυσαρέσκεια<sup>104</sup>.

Μια ακόμη μελέτη του Shelton των συνεργατών του (2010) εξέτασε την επίδραση της παρουσίας ενός συντονιστή στήριξης της οικογένειας με πλήρες ωράριο στη διεπιστημονική ομάδα της εντατικής, με σκοπό να βοηθά και να στηρίζει τις οικογένειες καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής τους στη ΜΕΘ. Ο

συντονιστής στήριξης της οικογένειας λειτουργούσε ως σύνδεσμος μεταξύ της οικογένειας του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι η παρουσία του συντονιστή φαίνεται να συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των οικογενειών σε σχέση με την επικοινωνία με το προσωπικό της ΜΕΘ. Ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης σημειώθηκε στην επικοινωνία με τους γιατρούς. Οι οικογένειες αξιολόγησαν επίσης τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στα μέλη της οικογένειάς τους από τα διάφορα μέλη των επαγγελματιών υγείας της εντατικής, με τη νοσηλευτική φροντίδα να παρουσιάζει τον μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης<sup>105</sup>.

Η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τα μέλη της οικογένειας των ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας, όπως προκύπτει από τις μελέτες που προαναφέραμε, είναι προκλητική και γεμάτη με δυσάρεστα πολλές φορές συναισθήματα.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις ΜΕΘ είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν ώστε να ενδιαφέρονται για τις οικογένειες των ασθενών και το επίκεντρο της κλινικής πρακτικής τους πρέπει να μεταφερθεί όχι μόνο στη φροντίδα του ασθενή αλλά σε μία ολιστική προσέγγιση, που θα συμπεριλαμβάνει και τη φροντίδα των οικογενειακών αναγκών. Οι οικογενειακές ανάγκες, πρέπει να μπου στην κλινική πρακτική, μια και η κάλυψή τους δυνητικά θα μπορούσε να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να ανταποκριθούν καλύτερα και να είναι μεγαλύτερη η υποστήριξη στον ασθενή συγγενή τους.

## **8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΕΘ**

---

Στην Ελλάδα από το 2006 έως και σήμερα έχουν διεξαχθεί οι ορισμένες μελέτες που σχετίζονται με τις ψυχολογικές επιπτώσεις στις οικογένειες ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, το 2006, ο Pararrigorouλος και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μελέτη, που σκοπό είχε να αξιολογήσει τον βραχυπρόθεσμο ψυχολογικό αντίκτυπο στα μέλη της οικογένειας ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας. Σε αυτή την μελέτη, συμμετείχαν 32 συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών στις ΜΕΘ, δύο γενικών νοσοκομείων, για συμπτώματα πρόωρου μετατραυματικού στρες, άγχους και κατάθλιψης. Υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (97%) και μετατραυματικού στρες (81%) καταγράφηκαν κατά την αρχική εκτίμηση. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και περισσότερα συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες<sup>106</sup>.

Με σκοπό να μελετήσει τις εμπειρίες των οικογενειών, των οποίων συγγενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, ο Plakas και οι συνεργάτες του (2009) διεξήγαγαν έρευνα, που δείγμα της αποτέλεσαν οι συγγενείς 25 ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ, τριών νοσοκομείων της Αθήνας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς θα επιθυμούσαν να έχουν περισσότερη ενημέρωση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να μπορούν να περνούν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή. Αισθάνονταν άγχος, αγωνία, θυμό και φόβο. Οι συγγραφείς προτείνουν σημαντικές αλλαγές που πρέπει να γίνουν όσον αφορά την αντιμετώπιση και υποστήριξή τους<sup>107</sup>.

Στην ίδια μελέτη του Plaka και των συνεργατών του, διερευνήθηκαν οι εμπειρίες των οικογενειών των ασθενών της εντατικής στην Ελλάδα. Οι εμπειρίες των οικογενειών περιστράφηκαν γύρω από δύο βασικές κατηγορίες. «Έντονα συναισθήματα» και «κατάσταση εγρήγορσης». Στη μελέτη έγιναν αντιληπτές δύο νέες κατηγορίες σε αυτόν τον τομέα, «η Θρησκευτικότητα» και «η Απώλεια της

οικειότητας». Αναφέρθηκαν ακόμη τρεις περαιτέρω κατηγορίες : "φροντίδα", "Αξιοπρέπεια" και "Πληροφορίες". Από τη μελέτη προκύπτει πως πρέπει να γίνουν μεγάλες αλλαγές στη διαχείριση και υποστήριξη των Ελληνικών οικογενειών στις ΜΕΘ<sup>108</sup>.

Η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους συγγενείς των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η θρησκευτικότητα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης για τους ανθρώπους με προβλήματα υγείας και έχει συσχετιστεί με καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Ωστόσο ο τρόπος που η θρησκευτικότητα χρησιμοποιείται και ο αντίκτυπός της στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Με αυτή την μελέτη τους ο Plakas και οι συνεργάτες του (2011) παρουσιάζουν τις εμπειρίες και τους τρόπους της θρησκευτικότητας των συγγενών, και αποτελεί μέρος μίας ευρύτερης θεμελιωμένης μελέτης γύρω από τις εμπειρίες των συγγενών των βαρέως πασχόντων ασθενών στην Ελλάδα. 25 συγγενείς ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας τριών δημόσιων νοσοκομείων στην Αθήνα, συμμετείχαν σε 19 συνεντεύξεις. Η Θρησκευτικότητα βρέθηκε να είναι η κύρια πηγή ελπίδας, δύναμης και θάρρους για τους συγγενείς και εκφράστηκε με συμμετοχή σε εκκλησία/μοναστήρι, πίστη στον Θεό, προσευχή και εκτέλεση θρησκευτικών τελετουργικών. Οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να σέβονται και να κατανοούν αυτές τις πτυχές της αντιμετώπισης<sup>109</sup>.

Στην Κρήτη, το 2012, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη από τη Chatzaki και τους συνεργάτες της σε μία μικτή - κλειστή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με σκοπό τον καθορισμό των αναγκών των οικογενειών των ασθενών στον συγκεκριμένο προαστιακό/αγροτικό πληθυσμό. 130 συγγενείς ασθενών συμπλήρωσαν την ελληνική έκδοση του CCFNI. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν επίσης να αναφέρουν την πιο σημαντική από τις ανάγκες και να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ανάγκη της διαβεβαίωσης επιλέχθηκε ως η πιο σημαντική, ανεξάρτητα από το υπόβαθρο των

συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο εκπαιδευτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ανέφεραν πως είναι πολύ σημαντικό να έχουν υποστήριξη<sup>110</sup>.

Ο σκοπός της μελέτης του Plaka και των συνεργατών του η οποία αποτελεί μέρος μίας μεγάλης μελέτης (την οποία και έχουμε προαναφέρει), που περιλαμβάνει 19 συνεντεύξεις από 25 συγγενείς ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας τριών μεγάλων νοσοκομείων στην Αθήνα, μεταξύ 2000 και 2005 ήταν να εξετάσει τη χρήση των θρησκευτικών τελετών της Ελληνικής Ορθόδοξης εκκλησίας από τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα και να διερευνήσει τις συμβολικές παραστάσεις και την έννοια της πνευματικότητας, Τα δεδομένα προέρχονται από προσωπικές μαρτυρίες των θρησκευτικών τελετών από έξι συμμετέχοντες. Οι συγγενείς χρησιμοποιούν μία σειρά από θρησκευτικές τελετουργίες, όπως ευλογημένο λάδι και αγιασμό, χρήση των λειψάνων των Αγίων, ιερές εικόνες και τάματα. Μέσα από αυτές τις τελετουργίες οι συγγενείς έχουν την αίσθηση επικοινωνίας με τα θεία στα οποία και καταφεύγουν για τη θεραπεία των συγγενών τους. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους θέλουν να αντιμετωπίζονται με σεβασμό για τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές, τα έθιμα και τις τελετές τους. Αν και οι νοσηλευτές μπορεί να μην είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις πνευματικές ανάγκες των συγγενών των ασθενών, εντούτοις θα πρέπει να αναγνωρίζουν, να σέβονται και να διευκολύνουν την έκφραση της πνευματικότητας μέσω των θρησκευτικών τελετών από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι η σχέση της υγείας με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις πρακτικές και τις τελετές της ελληνικής ορθόδοξης χριστιανικής εκκλησίας δεν έχει διερευνηθεί<sup>111</sup>.

Τον βαθμό ικανοποίησης της οικογένειας ως προς τη φροντίδα των ασθενών της Εντατικής σε σχέση με το φόρτο εργασίας των Νοσηλευτών είχε ως στόχο η μελέτη της Gerasimou-Angelidi και των συνεργατών της (2014). Το FS ICU-24 ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 161 συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ, από τους οποίους οι 106 το επέστρεψαν τελικά. Ο μέσος όρος των οικογενειών που δήλωσαν ικανοποιημένοι ήταν ίσος με 80,72 % ( $\pm 9,59$ ). Τα μέλη της οικογένειας ήταν



περισσότερο ικανοποιημένα με το επίπεδο της φροντίδας σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον, από τη μελέτη διαφαίνεται η έλλειψη νοσηλευτών στην πρωινή βάρδια. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα μέλη της οικογένειας ήταν λιγότερο ικανοποιημένα με τη λήψη αποφάσεων. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να μεριμνήσουν για την επιτυχή συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η στελέχωση της Νοσηλευτικής με περισσότερους νοσηλευτές μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχεται<sup>112</sup>.

Στην Ελλάδα επειδή ακολουθείται μία αυστηρή περιοριστική πρακτική σχετικά με την επίσκεψη σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), με αποτέλεσμα οι Έλληνες συγγενείς να περνούν μεγάλα χρονικά διαστήματα έξω από τη ΜΕΘ. Ο σκοπός της μελέτης του Plaka και των συνεργατών του (2014) ήταν να διερευνήσει την έννοια της «κατάστασης σε εγρήγορση» σε συγγενείς βαρέως πασχόντων ασθενών στην Ελλάδα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τρεις ΜΕΘ στην Αθήνα και συμμετείχαν 159 συγγενείς. Η «σε εγρήγορση κατάσταση» ήταν ένας από τους κύριους μηχανισμούς αντιμετώπισης που χρησιμοποιήθηκε από τους συγγενείς. Τέσσερις υποκατηγορίες βρέθηκαν να περιλαμβάνονται στην «κατάσταση σε εγρήγορση»: (1) να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στον ασθενή ώστε να αισθάνονται ανακούφιση, (2) να είναι εκεί για να μαθαίνουν τι συμβαίνει, (3) να παρακολουθούν τις μεταβολές στην κατάσταση του αγαπημένου τους και (4) να αλληλεπιδρούν με τους επαγγελματίες υγείας της ΜΕΘ. Οι συγγενείς αισθάνονται ικανοποίηση να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά και το θεωρούν ως την καλύτερη εναλλακτική λύση, αφού στην πραγματικότητα θα επιθυμούσαν να είναι στο εσωτερικό της ΜΕΘ. Αβίαστα λοιπόν συμπεραίνει κάποιος ότι χρειάζονται αλλαγές στην πολιτική των επισκέψεων στην Ελλάδα για την επαρκή κάλυψη των αναγκών των συγγενών<sup>113</sup>.

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)**

## **1. ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Στην Ελλάδα, όπως αναλυτικά περιγράψαμε στο τελευταίο κεφάλαιο του δεύτερου μέρους, από το 2006 έως και σήμερα έχουν διεξαχθεί ορισμένες μελέτες που σχετίζονται με τις ανάγκες και τις ψυχολογικές επιπτώσεις στις οικογένειες ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Οι συγκεκριμένες έρευνες αναδεικνύουν ζητήματα που αφορούν στην ψυχολογική καταπόνηση της οικογένειας που μέλος της νοσηλεύεται στη ΜΕΘ και διαπιστώνουν ότι η κλινική πράξη των γιατρών και νοσηλευτών πρέπει να αλλάξει, ώστε να συμπεριλάβει και τη φροντίδα των συγγενών. Ωστόσο, οι έρευνες δηλώνουν ότι έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς και συνιστούν τη διενέργεια περαιτέρω μελετών στα μέλη των οικογενειών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ των Ελληνικών Νοσοκομείων. Υπό αυτή την οπτική η παρούσα ερευνητική μελέτη, πέραν της πρωτοτυπίας της, θεωρείται απαραίτητη μια και τα αποτελέσματά της θα αποτελέσουν σημαντική βοήθεια για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ και κατ' επέκταση και για τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Η διερεύνηση των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών της παρούσας έρευνας (εκτίμηση του επιπέδου της κρίσης στην οικογένεια, διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των συγγενών, ψυχοπαθολογία, θρησκευτικότητα, άγχος, εχθρότητα, επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών) είναι η πρώτη φορά που μελετάται και σε διεθνές επίπεδο, κατάσταση που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μας θα αποτελέσουν εφελτήριο για νέες συζητήσεις ως προς την ψυχολογία των οικογενειών που μέλος τους νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να εμβαθύνει και να εμπλουτίσει περαιτέρω τη γνώση της ελληνικής και διεθνούς επιστημονικής κοινότητας ως προς τα προβλήματα των μελών οικογενειών των νοσηλευομένων σε ΜΕΘ.

Επιπλέον η μελέτη μας προσδοκά να καταγράψει και να περιγράψει τις εμπειρίες των μελών των οικογενειών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ αλλά και να ερμηνεύσει και επεξηγήσει τη βιωμένη εμπειρία τους.

Πιο συγκεκριμένα ο σκοπός της έρευνάς μας αφορά στη διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων, στην εκτίμηση του επιπέδου της κρίσης στην οικογένεια, στη διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των συγγενών, στην ψυχοπαθολογία, στη θρησκευτικότητα, στο άγχος, στην εχθρότητα και στην επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών και στη συσχέτιση αυτών των παραμέτρων με παράγοντες που άπτονται του τρόπου λειτουργίας της ΜΕΘ και των επιπέδων επικοινωνίας και πληροφόρησης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ειδικότερα:

- Σύγκριση της ομάδας των μελών των οικογενειών ως προς το φύλο και ως προς τα συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της ομάδας των μελών των οικογενειών ως προς το είδος της συγγένειας και ως προς τα συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
- Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική-οικονομική κατάσταση, διαμονή, εκπαιδευτικό επίπεδο) τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

### **1.1. Ερευνητικές υποθέσεις**

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Η ΜΕΘ αποτελεί ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο περιβάλλον το οποίο μπορεί να έχει σημαντική ή και ολέθρια επίδραση στην οικογένεια των ασθενών<sup>32</sup> και η εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συχνά, αν και όχι

πάντα, αιφνίδια<sup>33</sup> και συνήθως δηλώνει μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση, τονίζοντας ιδιαίτερα την αίσθηση της κρίσης εντός της οικογένειας<sup>34</sup>, όπου οι στόχοι ζωής και το σύστημα αξιών του ατόμου απειλούνται με κατάρρευση<sup>27</sup>. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι και οχτώ εβδομάδες<sup>28,29</sup>. Μια σειρά από έρευνες έχουν συσχετίσει το περιβάλλον της ΜΕΘ με τη δημιουργία οικογενειακής κρίσης και συναισθηματικής αναστάτωσης<sup>35,36,37</sup> και η εισαγωγή στη ΜΕΘ «αναφέρεται ως κρίση τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένεια»<sup>38</sup>. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την οικογενειακή κρίση, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα οικογενειακής κρίσης και υψηλά επίπεδα προσπάθειας αντιμετώπισης αυτής της οικογενειακής κρίσης.

- Η ασθένεια μέσα στην οικογένεια συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στον στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους των ατόμων, παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και τη ντροπή<sup>114,115,116,117,118,119,120</sup>. Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς του ασθενούς που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα εκείνοι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του.
- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς του ασθενούς που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα εκείνοι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του, καθώς, αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται<sup>121</sup> και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται<sup>119</sup>, δημιουργώντας μια αίσθηση κατωτερότητας<sup>122</sup> και τον φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό<sup>114</sup>, μια και δεν μπόρεσε να φροντίσει τον συγγενή του, ούτως

ώστε να μην αρρωστήσει ή δεν έλαβε γρήγορα εκείνα τα μέτρα ώστε να μη χρειαστεί να νοσηλευτεί στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της ψυχοπαθολογίας με την οικογένεια του ασθενούς που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και έχουν διαπιστώσει ότι περισσότερα από τα δύο τρίτα των μελών των οικογενειών που επισκέπτονται τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της νοσηλείας<sup>44,45,46</sup> και κατάθλιψη<sup>47</sup>. Ακόμη, οι διαπιστώσεις της διερευνητικής μελέτης των Li και Xu σε μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση περιγράφουν το ψυχολογικό στρες που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ, με όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη να έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο Symptom Check List-90<sup>96</sup>. Η υπόθεσή μας, λοιπόν, είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα εκείνοι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του.
- Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό τους (αυτοεπίκριση)<sup>123,114,124,125,126,122</sup>. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και υψηλότερα εκείνοι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του.
- Η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους συγγενείς των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η θρησκευτικότητα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης για τους ανθρώπους με προβλήματα υγείας και έχει συσχετιστεί με καλύτερα

αποτελέσματα υγείας. Η Θρησκευτικότητα βρέθηκε να είναι η κύρια πηγή ελπίδας, δύναμης και θάρρους για τους συγγενείς και εκφράστηκε με συμμετοχή σε εκκλησία/μοναστήρι, πίστη στον Θεό, προσευχή και εκτέλεση θρησκευτικών τελετουργικών<sup>109</sup>. Μέσα από αυτές τις τελετουργίες οι συγγενείς έχουν την αίσθηση επικοινωνίας με τα θεία, στα οποία και καταφεύγουν για τη θεραπεία των συγγενών τους<sup>111</sup>. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την πνευματικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας και υψηλότερα εκείνοι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του.

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του άγχους των συγγενών του ασθενούς που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας<sup>44,45,46</sup> και έχουν διαπιστώσει ότι οι συγγενείς εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας<sup>96</sup>. Πολλές φορές παρατηρείται ενδοβολή αυτού του άγχους προς τον εαυτό τους εκφραζόμενη με ειδική συμπτωματολογία, όπως αυτή της καρδιοφοβίας, της οποίας τα αίτια δεν είναι άλλα από την ψυχοκαταπόνηση και το άγχος<sup>127,47,44,50,106,35,36,37</sup>. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς το άγχος για την καρδιακή λειτουργία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους για την καρδιακή λειτουργία.

## 2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Μάρτιο του 2015.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν τα μέλη των οικογενειών και γενικότερα τόσο οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όσο και άτομα του στενού συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος των ασθενών, που τους επισκέπτονταν κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) και συγγενής τους ή κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο να νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.
2. Μορφωτικό επίπεδο τέτοιο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα έπαιρνε η υποψήφια διδάκτορας με τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας εργασίας και τον Διευθυντή της ΜΕΘ.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που αφορούσαν στην εκτίμηση του επιπέδου της διαχείρισης της κρίσης από την οικογένεια, στη διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των συγγενών, στην ψυχοπαθολογία, στην πνευματικότητα και θρησκευτικότητα, στην εχθρότητα και στην επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών.



## **2.1 Χαρακτηριστικά του Ερευνητικού Πλαισίου**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη διεξήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, που βρίσκεται στη Δυτική Ελλάδα. Η συγκεκριμένη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λειτουργεί τα τελευταία 20 χρόνια και νοσηλεύει βαρέως πάσχοντες ασθενείς με παθολογικές και χειρουργικές παθήσεις, που έρχονται από όλη τη Βορειοδυτική Ελλάδα και τα Ιόνια νησιά (περίπου 450-500 ασθενείς/έτος). Είναι μια κλειστή μονάδα και έχει 14 κρεβάτια. Το προσωπικό της συγκεκριμένης ΜΕΘ αποτελείται από 12 γιατρούς, 35 νοσηλευτές και 2 φυσιοθεραπευτές. Το πρωτόκολλο της μονάδας για την ενημέρωση των ενδιαφερομένων συγγενών και φίλων περιλαμβάνει την πρωινή ενημέρωση από τον Καθηγητή/Διευθυντή της κλινικής ή τον Αναπληρωτή Καθηγητή καθώς και μία απογευματινή ενημέρωση από τον εφημερεύοντα ιατρό. Ο χρόνος που επιτρέπεται η επίσκεψη των συγγενών στον ασθενή είναι μισή ώρα και αυτό λαμβάνει χώρα μία φορά την ημέρα, κάθε απόγευμα. Ωστόσο, οι συγγενείς συνήθως παρευρίσκονται μέρα και νύχτα στην αίθουσα αναμονής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, κατάσταση που αποτελεί μια πολιτιστική παράδοση σε όλη σχεδόν την Ελλάδα.

## **2.2 Δείγμα**

Στην παρούσα μελέτη μελετήθηκαν 223 μέλη οικογενειών (81 άνδρες και 142 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $41,5 \pm 11,9$  χρόνια, με εύρος 18-79) που ένας συγγενής τους νοσηλευόταν σε κρίσιμη κατάσταση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι ασθενείς αυτών των συγγενών εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με διάφορες παθολογικές και χειρουργικές καταστάσεις (147 ασθενείς: 103 άνδρες και 44 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $58,3 \pm 18,6$  χρόνια). Για 90 ασθενείς (61,2%) συμμετείχε στην έρευνα ένας συγγενής τους, για 42 ασθενείς (28,6%) συμμετείχαν στην έρευνα 2 μέλη της οικογένειάς τους και για 15 ασθενείς (10,2%) 3 ή και περισσότερα μέλη της οικογένειάς τους.

### **2.3 Διαδικασία**

Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν οι ακόλουθες πληροφορίες: ηλικία, φύλο, ημερομηνία γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, ιθαγένεια, λόγοι εισαγωγής στη ΜΕΘ, καθώς και η κλινική του κατάσταση. Ως μέλη της οικογένειας ορίστηκαν όλοι οι συγγενείς και φίλοι που παρέμεναν στην αίθουσα αναμονής της μονάδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Όλες οι συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας πραγματοποιήθηκαν την τρίτη ημέρα της παραμονής στη ΜΕΘ. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσε το ίδιο άτομο, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ της ερευνήτριας και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

### **2.4 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

#### **2.4.1 Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή (LOT-R)**

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής στην ελληνική εκδοχή του<sup>128</sup>. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει τον βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν στις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της

μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δε συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας<sup>128</sup>.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο: Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στη συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε έναν βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν Cronbach  $\alpha=0,716$ <sup>128</sup>.

#### **2.4.2 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά στην καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.ά.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI<sup>129</sup>.

### 2.4.3 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα μετρήθηκε με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing, από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke<sup>130</sup>. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει τον βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν Cronbach α=0,816,<sup>130</sup>.

Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις :

- Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}): αφορά στην πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές καθώς και στο ενδιαφέρον για πνευματικά/θρησκευτικά θέματα.
- Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}): μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη.
- Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας} (Reflection {Positive Interpretation of Disease}): αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος<sup>130</sup>.

### 2.4.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale Form R-FES) των Moos and Moos (1987)<sup>131</sup> μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των

οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, τον βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα με ευρεία εφαρμογή και ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
  - Συνοχή (Cohesion)
  - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
  - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
  - Ανεξαρτησία (Independence)
  - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
  - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
  - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
  - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
  - Οργάνωση (Organization)
  - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο

τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην Ελληνική γλώσσα από την Κ. Μάτσα<sup>131,132,133,134</sup>. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε οικογένειες ασθενών με εξάρτηση<sup>134</sup> και σε οικογένειες ασθενών που έπασχαν από οξεία λευχαιμία<sup>135</sup>.

#### **2.4.5 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία**

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire - CAQ), η οποία αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες του το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2008)<sup>136</sup>. Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000)<sup>137</sup> και θεωρητικά εκπορεύεται από τον φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα - Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (ο) ως "πάντα" (4). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα (δηλ., με το άθροισμα όλων των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας)<sup>137,136</sup>. Τα

αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0-4)<sup>137</sup>. Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία<sup>138</sup> και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα<sup>137</sup>. Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία<sup>136</sup>. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις<sup>139</sup>. Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού. Η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825<sup>140</sup>. Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες με δείγμα Έλληνες ασθενείς<sup>141</sup>.

#### **2.4.6 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής**

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν τη ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά στην εσωτερική

ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις για τον εαυτό του<sup>121</sup>.

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994)<sup>121</sup> τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο) οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87<sup>142</sup>. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού<sup>143</sup>.

#### **2.4.7 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής**

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine<sup>144</sup>. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή ή στην αντίληψη για τη ντροπή και τις ευθείες ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος<sup>144</sup>.



Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική ντροπή (characterological shame), τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν στο συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις για τη σωματική ντροπή -υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για τη ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή) και εκτιμά τη ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις<sup>122</sup>. Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92<sup>144</sup> και στο ελληνικό δείγμα 0,93<sup>145</sup>. Έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού<sup>143</sup>.

#### **2.4.8. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας**

Το HDHQ (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)<sup>146</sup> είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σε έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και την τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού τους, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα, όπως μετριέται με το HDHQ, δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO) και η παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH), αφορούν στην εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και η παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G), αφορούν στην ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα<sup>146</sup>, για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14. Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα σε υγιή πληθυσμό<sup>147,148</sup> και σε ψυχιατρικούς ασθενείς<sup>149,150</sup>.

#### **2.4.9 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια**

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Δημιουργήθηκε από τον McCubbin και τους συνεργάτες του το 2001<sup>151</sup>. Η κλίμακα αποτελείται από 30

ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμέτωπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  ήταν 0,869<sup>152,153</sup>.

#### **2.4.10 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και στοιχεία για την αναπαράστασή τους ως προς τα παράπονα που έχουν από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, την φροντίδα που θα παρείχαν οι ίδιοι αν παρέμεναν περισσότερο με τον ασθενή, αλλά και την ελπίδα τους για τη μελλοντική έκβαση του ασθενούς.

#### **2.5 Στατιστική επεξεργασία**

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά

στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD)) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή<sup>154</sup>. Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε σημαντική παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή  $n=447 > 300$ ), όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005)<sup>155</sup> είναι αδύνατο να βρούμε δεδομένα μεγάλου μεγέθους που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ . Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν<sup>155,156,157,158</sup>:

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν  $< 5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν ήταν  $< 1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν  $> 24$ <sup>157</sup>.
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν  $> 10$ <sup>157</sup>.
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και  $10$ <sup>157</sup>.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν  $< 1$  ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού<sup>158,154</sup>.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ )<sup>154.158</sup>, μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) πραγματοποιήθηκε για να δοκιμαστούν οι διαφορές μεταξύ των υποομάδων των διαφόρων τύπων των σχέσεων του συγγενούς με τον ασθενή αλλά και των διαφόρων κατηγοριών του τόπου διαμονής, του εκπαιδευτικού επιπέδου, καθώς και της αναπαράστασης του συγγενούς για την έκβαση της κατάστασης του ασθενούς. Σε επόμενο στάδιο πραγματοποιήθηκε και ανάλυση πολλαπλής συνδιακύμανσης (MANCOVA) σε σχέση με τα κριτήρια Pillai, μια και έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την ANOVA: α) μετρώντας πολλές εξαρτημένες μεταβλητές σε ένα απλό πείραμα, υπάρχει μια καλύτερη ευκαιρία για να διερευνηθούν οι παράγοντες που είναι πραγματικά στατιστικά σημαντικοί, και β) μπορεί να προστατεύσει από τα λάθη τύπου I που μπορεί να προκύψουν, εάν πολλαπλές ANOVA διεξαχθούν ανεξάρτητα και επιπλέον, μπορεί να αποκαλύψει στατιστικές διαφορές που δε γίνονται αντιληπτές από τις δοκιμασίες της ANOVA.

Για τη σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό  $t$ -testi χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό STATA (10 command) (STATA Corp., College Station, TX, USA).

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ) (two-tailed).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν στα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS<sup>154</sup>, ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν στις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και στις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS<sup>154</sup>. Όλα τα στατιστικά πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS<sup>159</sup>.

### 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

#### 3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του  $\alpha$  του Cronbach.

Πίνακας 3.1.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής $\alpha$ του Cronbach
OAS	0,907
SCL - 90	0,965
HDHQ	0,858
ESS	0,933
CAQ	0,793
F-COPES	0,880
SpREUK	0,911
FES	0,730
LOTR	0,672

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002). Ως εξαίρεση σημειώνονται τα ερωτηματολόγια LOTR στα οποία ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι λίγο μικρότερος από το 0,7.

#### 4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 147 οικογένειες οι οποίες είχαν έναν συγγενή τους ή αγαπημένο πρόσωπο νοσηλευόμενο στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, από τις 147 οικογένειες, πήραν μέρος στην έρευνα 223 συγγενείς και φίλοι, δηλαδή 11 γονείς αυτών των ασθενών (ποσοστό 4,9%), 91 παιδιά αυτών των ασθενών (ποσοστό 40,8%), 43 αδέρφια αυτών των ασθενών (ποσοστό 19,3%), 36 σύντροφοι αυτών των ασθενών (ποσοστό 16,1%), 4 ξαδέλφια αυτών των ασθενών (ποσοστό 1,8%), 3 θείοι(ες) αυτών των ασθενών (ποσοστό 1,3%), 31 εξ αγχιστείας συγγενείς αυτών των ασθενών (ποσοστό 13,9%) και 4 φίλοι αυτών των ασθενών (ποσοστό 1,8%). Από τους 223 συνολικά ερωτώμενους, οι 81 ήταν άνδρες (ποσοστό 36,3%) ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων, 142 ήταν γυναίκες (ποσοστό 63,7%). Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν  $41,5 \pm 11,9$ , με εύρος 18-79, (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 147 οικογενειών (223 συγγενών) που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία, και σχέση με τον ασθενή.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	81 (36,3)	142 (63,7)	223 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	21-79	18-76	18-79	
Μέση τιμή (x ± SD)	43,0 ± 11,9	40,7 ± 11,8	41,5 ± 11,9	t=1,378 P=0,170
<b>Σχέση με τον ασθενή</b>				
Παιδιά	40 (49,4)	51 (35,9)	91 (40,8)	
Αδέρφια	17 (21,0)	26 (18,3)	43 (19,3)	
Σύντροφος	6 (7,4)	30 (21,1)	36 (16,1)	
Εξ αγχιστείας συγγενής	8 (9,9)	23 (16,2)	31 (13,9)	
Γονείς	6 (7,4)	5 (3,5)	11 (4,9)	Fisher's Exact Test=13,552 P=0,042
Ξαδέλφια	1 (1,2)	3 (2,1)	4 (1,8)	
Φίλος (η)	1 (1,2)	3 (2,1)	4 (1,8)	
Θείος (α)	2 (2,5)	1 (0,7)	3 (1,3)	
.....				
Συγγενείς Α Βαθμού	69 (85,2)	112 (78,9)	181 (81,2)	
Συγγενείς Β Βαθμού	11 (13,6)	27 (19,1)	38 (17,0)	
Φίλοι	1 (1,2)	3 (2,1)	4 (1,8)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

#### 4.1. Οικογενειακά χαρακτηριστικά

Οι 64 (ποσοστό 28,7%) από τους συγγενείς των ασθενών είναι άγαμοι, οι 150 (ποσοστό 67,3%) βρίσκονται σε έγγαμη σχέση και οι 9 (ποσοστό 4,0%) είναι διαζευγμένοι, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,513$ ), ως προς την οικογενειακή κατάσταση, συγκρινόμενοι με το  $\chi^2$  του Pearson. Από τους 223 ερωτώμενους που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 207 έχουν αδέρφια (ποσοστό 92,8%) και οι 140 έχουν παιδιά (ποσοστό 62,8%) χωρίς στατιστικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (πίνακας, 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 147 οικογενειών (223 συγγενών) που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ύπαρξη αδελφών και παιδιών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	81 (36,3)	142 (63,7)	223 (100,0)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Άγαμος (η)	27 (33,3)	37 (26,1)	64 (28,7)	
Έγγαμος (η)	51 (63,0)	99 (69,7)	150 (67,3)	$\chi^2_p = 1,336$
Διαζευγμένος (α)	3 (3,7)	6 (4,2)	9 (4,0)	$P = 0,513$
<b>Αδέρφια</b>				
Ναι	75 (92,6)	132 (93,0)	207 (92,8)	$\chi^2_p = 0,029$
Όχι	6 (7,4)	10 (7,0)	16 (7,2)	$P = 0,866$
<b>Αν ναι, πόσα:</b>				
Ένα (1)	31 (40,8)	47 (35,6)	78 (37,5)	
Δύο (2)	22 (28,9)	59 (44,7)	81 (38,9)	Fisher's Exact Test=7,864
Τρία (3)	13 (17,1)	14 (10,6)	27 (13,0)	$P = 0,302$
Τέσσερα (4)	3 (3,9)	6 (4,5)	9 (4,3)	
Πέντε (5)	4 (5,3)	3 (2,3)	7 (3,4)	
Έξι (6)	1 (1,3)	1 (0,8)	2 (1,0)	
Οχτώ (8)	1 (1,3)	1 (0,8)	2 (1,0)	
Εννέα (9)	1 (1,3)	1 (0,8)	2 (1,0)	
<b>Αν ναι, πόσα:</b>				
Ένα (1)	31 (40,8)	47 (35,6)	78 (37,5)	
Δύο (2)	22 (28,9)	59 (44,7)	81 (38,9)	Fisher's Exact Test=5,873
Τρία (3)	13 (17,1)	14 (10,6)	27 (13,0)	$P = 0,117$
Πολύτεκνοι (4-9)	10 (13,2)	12 (9,1)	22 (10,6)	
<b>Παιδιά</b>				
Ναι	50 (61,7)	90 (63,4)	140 (62,8)	$\chi^2_p = 0,060$
Όχι	31 (38,3)	52 (36,6)	83 (37,2)	$P = 0,806$
<b>Αν ναι, πόσα:</b>				
Ένα (1)	8 (16,0)	23 (25,6)	31 (22,1)	
Δύο (2)	34 (68,0)	42 (46,7)	76 (54,3)	Fisher's Exact Test=11,126
Τρία (3)	4 (8,0)	22 (24,4)	26 (18,6)	$P = 0,015$
Τέσσερα (4)	3 (6,0)	3 (3,3)	6 (4,3)	
Πέντε (5)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson,  $\chi^2_{\gamma} = \chi^2$  του Yates,  $t = T$ -test, Fisher's Exact Test = πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.



#### 4.2. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Από το δείγμα των συγγενών των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ οι 3 στους δέκα διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη, οι 4 στους δέκα περίπου σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 3 στους δέκα περίπου σε πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p=0,979$ ), συγκρινόμενες με το  $\chi^2$  του Pearson, (πίνακας, 4).

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συγγενών παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ( $p=0,088$ ), με τους 4 στους 10 περίπου να είναι απόφοιτοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, τους 4 στους 10 απόφοιτοι Λυκείου, ενώ 1 στους 10 είναι απόφοιτος Γυμνασίου, και 1 στους 10 να έχει τελειώσει μόνο το Δημοτικό Σχολείο (πίνακας, 4).

Σε αντίθεση με την επαγγελματική τους κατάσταση, στην οποία παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ), οι άνεργοι του δείγματος αφορούν ένα ποσοστό της τάξης του 16,6% και αν το προσθέσουμε με το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν οικιακά γίνεται 30,1% (πίνακας, 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 147 οικογενειών (223 συγγενών) που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά διαμονή, εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	81 (36,3)	142 (63,7)	223 (100,0)	
<b>Διαμονή</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	25 (30,9)	42 (29,6)	67 (30,0)	
Πόλη<150.000 κατοίκους	31 (38,3)	55 (38,7)	86 (38,6)	$\chi^2_p = 0,043$
Πόλη>150.000 κατοίκους	25 (30,9)	45 (31,7)	70 (31,4)	$P = 0,979$
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	10 (12,3)	12 (8,5)	22 (9,9)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	13 (16,0)	9 (6,3)	22 (9,9)	
Απόφοιτος Λυκείου	24 (29,6)	61 (43,0)	85 (38,1)	Fisher's ExactTest=8,032
Απόφοιτος ΑΕΙ	26 (32,1)	45 (31,7)	71 (31,8)	$P = 0,088$
Μεταπτυχιακά	8 (9,9)	15 (10,6)	23 (10,3)	
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
Άνεργος	17 (21,0)	20 (14,1)	37 (16,6)	
Οικιακά	0 (0,0)	30 (21,1)	30 (13,5)	
Αυτοαπασχολούμενος	19 (23,5)	21 (14,8)	40 (17,9)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15 (18,5)	31 (21,8)	46(20,6)	Fisher's ExactTest=31,024
Δημόσιος Υπάλληλος	27 (33,3)	38 (26,8)	65 (29,1)	$P = 0,000$
Φοιτητής (τρια)	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,4)	

Συνταξιούχος	3 (3,7)	1 (0,7)	4 (1,8)
--------------	---------	---------	---------

-----  
 $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, t = T-test, Fisher's Exact Test = πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.  
 =====

#### **4.3. Αναπαραστάσεις των συγγενών για τη φροντίδα των ασθενών και την έκβαση**

Τέλος, σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των αναπαραστάσεων των συγγενών ως προς τη φροντίδα του ασθενή και την πορεία της ασθένειάς του. Στον πίνακα 5 μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι 4 στους 10 συγγενείς θεωρούν ότι, αν βρισκόntonταν συνεχώς κοντά στον ασθενή τους, θα τον βοηθούσαν περισσότερο, οι 2 στους 10 ότι θα τον βοηθούσαν μέτρια και οι 4 περίπου στους 10 ότι δε θα τον βοηθούσαν. Στις απαντήσεις τους δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι οι άνδρες από τις γυναίκες τόσο με το Fisher's Exact Test ( $p=0,452$ ) όσο στη σύμπτυξη των απαντήσεων συγκρινόμενες με το  $\chi^2$  του Pearson ( $p=0,481$ ).

Στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι θα πάνε όλα καλά με τον ασθενή τους οι 7 από τους 10 ερωτώμενους απάντησαν θετικά, οι 2 στους 10 δεν ξέρουν και ο 1 στους 10 απάντησε αρνητικά, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $p=0,156$ ).

Τέλος, ως προς τα παράπονα που εκφράζουν για τη νοσηλεία του συγγενούς τους, οι 4 στους 10 δεν έχουν κανένα παράπονο. Τα παράπονα που εκφράστηκαν αφορούσαν στους νοσηλευτές (ποσοστό 10,3%), στην ιατρική ενημέρωση (ποσοστό 8,5%), στις ώρες και στη συχνότητα του επισκεπτηρίου (ποσοστό 9,0%), στην έλλειψη υλικού, όπως μάσκες και γάντια (ποσοστό 1,3%), στην έλλειψη φροντίδας, όπως κόψιμο νυχιών (ποσοστό 1,3%) και τέλος στα ελλιπή μέτρα προστασίας τόσο για τον άρρωστο όσο και για τους ίδιους, όπως ποδιά προφύλαξης (ποσοστό 1,3%).

Πίνακας 5. Κατανομή, 147 οικογενειών (223 συγγενών) που έλαβαν μέρος στην έρευνα ως προς τις αναπαραστάσεις τους για τη φροντίδα του ασθενούς και την έκβαση.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο Δείγματος	81 (36,3)	142 (63,7)	223 (100,0)	

**Αν είσαστε συνεχώς δίπλα στον ασθενή σας πιστεύετε ότι θα τον βοηθούσατε περισσότερο;**

Όχι, δεν θα τον βοηθούσα	15 (18,5)	19 (13,7)	34 (15,5)	Fisher's Exact Test=3,690 P=0,452
Θα τον βοηθούσα λίγο	14 (17,3)	34 (24,5)	48 (21,8)	
Θα τον βοηθούσα μέτρια	22 (27,2)	28 (20,1)	50 (22,7)	
Ναι, θα τον βοηθούσα πολύ	6 (7,4)	15 (10,8)	21 (9,5)	
Ναι, θα τον βοηθούσα πάρα πολύ	24 (29,6)	43 (30,9)	67 (30,5)	

Όχι, δεν θα τον βοηθούσα	29 (35,8)	53 (38,2)	82 (37,3)	$\chi^2_p = 1,464$
Μέτρια, θα τον βοηθούσα	22 (27,2)	28 (20,1)	50 (22,7)	P=0,481
Ναι, θα τον βοηθούσα	30 (37,0)	58 (41,7)	88 (40,0)	

**Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά με τον συγγενή σας;**

Όχι, φοβάμαι πολύ	6 (7,4)	9 (6,3)	15 (6,7)	Fisher's Exact Test=4,018 P=0,405
Όχι, φοβάμαι λίγο	1 (1,2)	3 (2,1)	4 (1,8)	
Δεν ξέρω, ίσως	21 (25,9)	22 (15,5)	43 (19,3)	
Ναι, θα πάνε όλα καλά	14 (17,3)	30 (21,1)	44 (19,7)	
Ναι, θα πάνε όλα πολύ καλά	39 (48,1)	78 (54,9)	117 (52,5)	

Όχι, φοβάμαι λίγο	7 (8,6)	12 (8,4)	19 (8,5)	$\chi^2_p = 3,720$
Δεν ξέρω, ίσως	21 (25,9)	22 (15,5)	43 (19,3)	P=0,156
Ναι, θα πάνε όλα καλά	53 (65,4)	108 (76,1)	161 (72,2)	

**Ποια είναι τα παράπονα που έχετε από τη νοσηλεία του συγγενή σας στη ΜΕΘ;**

Δεν απάντησε	17 (21,0)	37 (26,1)	54 (24,2)	
Κανένα παράπονο	42 (51,9)	56 (39,4)	98 (43,9)	
Παράπονα από τους Νοσηλευτές	6 (7,4)	17 (12,0)	23 (10,3)	
Παράπονα από ιατρική ενημέρωση	6 (7,4)	13 (9,2)	19 (8,5)	
Παράπονα για το επισκεπτήριο	8 (9,9)	12 (8,5)	20 (9,0)	Fisher's Exact Test=7,360 P=0,371
Παράπονα για έλλειψη υλικού	2 (2,5)	1 (0,7)	3 (1,3)	
Παράπονα για έλλειψη φροντίδας	0 (0,0)	3 (2,1)	3 (1,3)	
Παράπονα για ελλιπή μέτρα προστασίας	0 (0,0)	3 (2,1)	3 (1,3)	

Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των συγγενών των ασθενών ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό, και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα, θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

### 5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε εννέα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.

Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.ά.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των

	θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και <b>"Λάθος"</b> στην ερώτηση 40.
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και <b>"Λάθος"</b> στην ερώτηση 13.
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και <b>"Λάθος"</b> στην ερώτηση 4.
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> σε όλες τις ερωτήσεις.
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδούς επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.
<b>Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>	
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>	

Στάση απέναντι στη ζωή	από τον βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>	
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 18, 38,

	68.
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός (Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14, 23, 27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>	
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5 και 6.
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 7, 13, 14 και 15.
Αντανάκλαση (Reflection)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11 και 12.



## 5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) (q1)
2. Άγχος (SCL - 90) (q2)
3. Επιθετικότητα (SCL - 90) (q3)
4. Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90) (q4)
5. Γενικό σύνολο εχθρότητας (H.D.H.Q.) (q5)
6. Συνολική βαθμολογία Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (q6)
7. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) (q7)
8. Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS) (q8)
9. Συνολική βαθμολογία Οικογενειακής Κρίσης (F-Copes) (q9)
10. Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK) (q10)

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ( $r = 0,470$ ).
2. Η θετική γραμμική συσχέτιση της συνολικής εχθρότητας (H.D.H.Q) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ( $r = 0,560$ ).
3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και της επιθετικότητας (SCL - 90) ( $r = 0,530$ ).
4. Η θετική γραμμική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (OAS) και της συνολικής βαθμολογίας εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $r = 0,522$ ).

5. Η θετική γραμμική συσχέτιση της επιθετικότητας (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ( $r = 0,476$ ).
6. Η θετική γραμμική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (OAS) και της συνολικής βαθμολογίας εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $r = 0,522$ ).

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9
q1									
q2	-,214								
q3	-,203	<b>,530</b>							
q4	-,320	<b>,470</b>	<b>,476</b>						
q5	<b>-,412</b>	<b>,368</b>	<b>,453</b>	<b>,560</b>					
q6	,205	-,036	-,130	-,085	-,195				
q7	-,240	,307	,254	<b>,543</b>	<b>,403</b>	-,059			
q8	-,207	,323	,233	,367	<b>,329</b>	-,104	<b>,522</b>		
q9	,126	,093	-,034	,037	,188	,161	,034	,009	
q10	,003	<b>,099</b>	,111	,202	,231	<b>,088</b>	,095	,074	<b>,465</b>

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή, όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7), γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενες.

### **5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Συγγενών που διαμένουν με τον ασθενή και εκείνων που δε διαμένουν μαζί του**

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 79 ατόμων που διέμεναν με τον ασθενή, πριν τη νοσηλεία του, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και των 144 που δε διέμεναν μαζί του. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή και της ομάδας των συγγενών που δε διέμεναν μαζί του.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test παρουσιάζεται στον πίνακα 7. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

Στον πίνακα 7 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι συγγενείς που διέμεναν με τον ασθενή πριν τη νοσηλεία του εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους συγγενείς που δε διέμεναν μαζί του στις κλίμακες :

1. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive) (SCL – 90)
2. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation) (SCL – 90)
3. Κατάθλιψη (Depression) (SCL – 90)

4. Άγχος (Anxiety) (SCL – 90)
5. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS)
6. Αίσθημα κενού (empty) (OAS)
7. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) (ESS)
8. Παραληρηματική ενοχή (guilt) (H.D.H.Q)
9. Σύνολο ενδοστρεφούς εχθρότητας (introponitiveness) (H.D.H.Q)
10. Ολική Εχθρότητα (total hostility) (H.D.H.Q)
11. Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) (FES)
12. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation) (FES)
13. Ηθική και θρησκευτική έμφαση στο οικογενειακό περιβάλλον (Moral-Religious Emphasis) (FES)
14. Πίστη ότι όλα θα πάνε καλά με τον ασθενή

<b>Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των συγγενών ως προς τη διαμονή τους με τον ασθενή ή όχι</b>						
	<b>Σύνολο</b>	<b>Διαμονή με τον ασθενή</b>		<b>T-Test</b>		
		Ναι	Όχι	t	df	P
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>						
<b>Συνολική βαθμολογία</b>	<b>14,38±10,08</b>	<b>16,38±10,05</b>	<b>13,28±9,96</b>	<b>2,212</b>	<b>221</b>	<b>,028</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,07±4,31	5,70±4,76	4,73±4,02	1,531	139,255	,128
<b>Αίσθημα κενού (empty)</b>	<b>2,68±2,82</b>	<b>3,25±3,02</b>	<b>2,36±2,67</b>	<b>2,195</b>	<b>144,46</b>	<b>,030</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	5,90±3,88	6,57±3,76	5,53±3,91	1,950	166,125	,053
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>						
Συνολική ντροπή	45,43±13,45	47,53±15,5	44,28±12,08	1,616	130,780	,108
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,57±6,31	21,44±7,49	20,10±5,53	1,401	125,631	,164
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18,02±6,19	19,14±6,88	17,41±5,71	1,904	137,402	,059
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,83±3,05	6,95±3,19	6,77±2,98	,409	151,055	,683
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>						
Συνολική Τιμή CAQ	1,118±,640	1,140±,580	1,11±,670	,352	180,500	,725
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,132±,895	1,130±,900	1,13±,900	,008	221	,994
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,306±1,041	1,340±1,010	1,29±1,06	,380	167,575	,704
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	,912±,670	,940±,630	,900±,690	,492	172,982	,623
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>						
Σωματοποίηση (Somatization)	11,40±8,37	12,77±9,04	10,65±7,9	1,825	221	,069
<b>Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)</b>	<b>10,39±6,78</b>	<b>11,68±7,14</b>	<b>9,67±6,5</b>	<b>2,075</b>	<b>148,18</b>	<b>,040</b>
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	7,27±5,28	7,95±5,26	6,90±5,28	1,418	221	,158
Κατάθλιψη (Depression)	13,85±8,92	15,53±10,02	12,93±8,15	1,977	135,214	,050
<b>Άγχος (Anxiety)</b>	<b>9,33±7,55</b>	<b>10,81±8,26</b>	<b>8,52±7,03</b>	<b>2,084</b>	<b>140,29</b>	<b>,039</b>
Επιθετικότητα (aggression)	4,35±4,02	4,06±4,15	4,51±3,95	-,788	221	,431
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,55±3,16	3,00±3,16	2,31±3,15	1,571	160,035	,118
<b>Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)</b>	<b>6,09±4,45</b>	<b>6,94±4,84</b>	<b>5,63±4,16</b>	<b>2,021</b>	<b>141,45</b>	<b>,045</b>
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,29±4,57	5,73±5,26	5,05±4,13	1,001	131,475	,319
Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή)	,88±1,03	0,84±1,05	0,91±1,02	-,515	221	,607
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	,860140±,5163203	0,95±0,55	0,81±0,49	1,966	221	,051
<b>Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)</b>	<b>1,725743±,4833271</b>	<b>1,82±0,51</b>	<b>1,67±0,46</b>	<b>2,142</b>	<b>221</b>	<b>,033</b>
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	42,61±18,77	44,66±17,85	41,38±19,20	1,326	221	,186
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and</b>						

<b>Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>						
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	4,32±2,39	4,67±2,79	4,13±2,13	1,494	128,636	,138
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,89±2,05	7,14±2,04	6,76±2,05	1,335	221	,183
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,43±2,11	2,77±2,17	2,24±2,06	1,799	153,856	,074
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,80±2,06	4,15±2,12	3,60±2,02	1,879	153,913	,062
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,35±1,61	2,65±1,77	2,19±1,49	1,952	139,129	,053
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	13,64±5,33	14,58±5,85	13,13±4,96	1,873	139,838	,063
<b>Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)</b>	<b>6,15±3,32</b>	<b>6,80±3,60</b>	<b>5,79±3,12</b>	<b>2,090</b>	<b>142,25</b>	<b>,038</b>
<b>Ολική Εχθρότητα (total hostility)</b>	<b>19,79±7,71</b>	<b>21,38±8,47</b>	<b>18,92±7,13</b>	<b>2,192</b>	<b>138,92</b>	<b>,030</b>
<b>Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>						
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	25,89±4,57	25,67±4,52	26,01±4,60	-,536	221	,593
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>						
Στάση απέναντι στη ζωή	7,83±2,247	7,41±2,70	8,07±1,93	-1,93	123,291	,055
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>						
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>						
Συνοχή (Cohesion)	6,99±1,63	6,97±1,48	7,00±1,72	-,115	182,131	,908
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,91±1,48	5,92±1,42	5,90±1,52	,135	221	,892
Σύγκρουση (Conflict)	2,22±1,85	2,00±1,92	2,35±1,81	-1,340	221	,182
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>						
Ανεξαρτησία (Independence)	5,98±1,51	5,81±1,64	6,08±1,42	-1,213	142,501	,227
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,99±1,54	5,76±1,63	6,12±1,49	-1,622	148,994	,107
<b>Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)</b>	<b>5,39±2,04</b>	<b>4,97±2,09</b>	<b>5,61±1,98</b>	<b>-2,252</b>	<b>221</b>	<b>,025</b>
<b>Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)</b>	<b>4,60±2,17</b>	<b>4,10±2,20</b>	<b>4,88±2,11</b>	<b>-2,579</b>	<b>221</b>	<b>,011</b>
<b>Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)</b>	<b>4,83±2,17</b>	<b>5,42±1,95</b>	<b>4,51±2,23</b>	<b>3,147</b>	<b>180,056</b>	<b>,002</b>
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>						
Οργάνωση (Organization)	5,92±1,73	5,89±1,82	5,94±1,68	-,235	150,484	,814
Έλεγχος (Control)	4,84±1,55	4,71±1,62	4,91±1,51	-,908	151,405	,366
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>						
Γενικό Σύνολο	52,68±7,41	51,56±7,23	53,29±7,46	-1,67	221	,095
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>						
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	31,27±4,72	31,77±5,65	31,00±4,12	1,069	124,349	,287
Επανασχεδιασμός (Reframing)	26,30±6,27	27,09±5,92	25,88±6,44	1,420	172,474	,157
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual	12,65±2,71	12,57±2,95	12,70±2,59	-,333	143,639	,740

Support)						
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	14,26±3,17	14,25±3,35	14,26±3,09	-,008	150,166	,993
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	14,04±2,81	13,97±3,15	14,08±2,61	-,245	137,320	,807
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	101,55±16,59	102,73±17,92	100,90±15,84	,763	144,672	,447
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>						
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	44,42±12,98	45,91±12,63	43,60±12,14	1,290	166,195	,199
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	13,12±5,21	13,27±5,15	13,03±5,26	,316	221	,752
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	15,13±4,80	15,82±4,56	14,74±4,91	1,646	171,014	,102
Αντανάκλαση(Reflection)	16,17±5,05	16,82±5,04	15,82±5,04	1,423	221	,156
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>						
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	<b>4,09±1,18</b>	<b>4,44±0,92</b>	<b>3,90±1,26</b>	<b>3,665</b>	<b>204,41</b>	<b>,000</b>

#### **5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Συγγενών και Γυναικών Συγγενών**

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 81 ανδρών συγγενών και των 142 γυναικών συγγενών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δε διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών συγγενών και της ομάδας των γυναικών συγγενών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test παρουσιάζεται στον πίνακα 8. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

Στον πίνακα 8 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι γυναίκες συγγενείς εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες συγγενείς στις κλίμακες :

1. Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) (CAQ)
2. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL – 90)
3. Κατάθλιψη (Depression) (SCL – 90)
4. Άγχος (Anxiety) (SCL – 90)
5. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (H.D.H.Q)



6. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support) (F-COPES)
7. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES)
8. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) (F-COPES)
9. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal) (F-COPES)
10. Συνολική Βαθμολογία (Overall) (F-COPES)

<b>Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των συγγενών ως προς το φύλο</b>						
	<b>Σύνολο</b>	<b>Φύλο Συγγενούς</b>		<b>T-Test</b>		
		Άνδρας	Γυναίκα	t	df	P
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>						
Συνολική βαθμολογία	14,38±10,08	15,58±10,86	13,70±9,58	1,344	221	,180
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,07±4,31	5,69±4,84	4,72±3,95	1,628	221	,105
Αίσθημα κενού (empty)	2,68±2,82	2,80±3,18	2,61±2,61	,500	221	,618
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	5,90±3,88	6,22±4,00	5,71±3,82	,945	221	,346
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>						
Συνολική ντροπή	45,43±13,45	46,28±14,50	44,94±12,84	,715	221	,475
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,57±6,31	21,56±7,07	20,01±5,79	1,669	141,07	,097
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18,02±6,19	18,31±6,40	17,86±6,08	,521	221	,603
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,83±3,05	6,42±3,03	7,07±3,04	-1,537	221	,126
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>						
Συνολική Τιμή CAQ	1,118±,640	1,047±,603	1,159±,659	-1,261	221	,209
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,132±,895	1,145±,879	1,125±,907	,161	221	,873
<b>Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)</b>	<b>1,306±1,041</b>	<b>1,086±,953</b>	<b>1,431±1,072</b>	<b>-2,409</b>	<b>221</b>	<b>,017</b>
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	,912±,670	,876±,659	,932±,678	-,593	221	,554
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>						
<b>Σωματοποίηση (Somatization)</b>	<b>11,40±8,37</b>	<b>8,67±7,48</b>	<b>12,96±8,47</b>	<b>-3,923</b>	<b>183,82</b>	<b>,000</b>
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	10,39±6,78	9,49±6,98	10,89±6,64	-1,487	221	,139
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	7,27±5,28	7,44±6,03	7,18±4,83	,343	138,78	,732
<b>Κατάθλιψη (Depression)</b>	<b>13,85±8,92</b>	<b>11,89±8,65</b>	<b>14,97±8,91</b>	<b>-2,511</b>	<b>221</b>	<b>,013</b>
<b>Άγχος (Anxiety)</b>	<b>9,33±7,55</b>	<b>7,43±7,20</b>	<b>10,42±7,56</b>	<b>-2,884</b>	<b>221</b>	<b>,004</b>
Επιθετικότητα (aggression)	4,35±4,02	4,53±4,40	4,25±3,80	,508	221	,612
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,55±3,16	2,35±3,28	2,67±3,10	-,733	221	,464
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	6,09±4,45	6,52±5,02	5,85±4,09	1,077	221	,283
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	5,29±4,57	5,33±4,83	5,27±4,43	,103	221	,918
Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή)	,88±1,03	,85±1,03	,90±1,03	-,345	221	,730

Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	,860±,516	,777±,540	,907±,498	-1,821	221	,070
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,726±,483	1,655±,491	1,766±,476	-1,658	221	,099
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	42,61±18,77	39,99±19,742	44,11±18,093	-1,584	221	,115
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>						
<b>Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)</b>	<b>4,32±2,39</b>	<b>4,77±2,63</b>	<b>4,07±2,21</b>	<b>2,005</b>	<b>144,25</b>	<b>,047</b>
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,89±2,05	7,10±2,00	6,77±2,07	1,137	221	,257
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,43±2,11	2,57±2,04	2,35±2,15	,758	221	,449
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,80±2,06	3,69±2,12	3,86±2,04	-,583	221	,561
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,35±1,61	2,42±1,58	2,31±1,62	,491	221	,624
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	13,64±5,33	14,43±5,68	13,19±5,09	1,680	221	,094
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	6,15±3,32	6,11±3,33	6,17±3,33	-,125	221	,901
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	19,79±7,71	20,54±8,16	19,36±7,43	1,104	221	,271
<b>Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>						
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	25,89±4,57	25,95±4,87	25,86±4,40	,144	221	,886
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>						
Στάση απέναντι στη ζωή	7,83±2,25	7,79±2,40	7,86±2,16	-,224	219	,823
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>						
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>						
Συνοχή (Cohesion)	6,99±1,63	6,84±1,87	7,08±1,48	-1,047	221	,296
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,91±1,48	5,83±1,58	5,95±1,43	-,597	221	,551
Σύγκρουση (Conflict)	2,22±1,85	2,27±1,83	2,20±1,87	,288	221	,774
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>						
Ανεξαρτησία (Independence)	5,98±1,51	5,89±1,52	6,04±1,50	-,697	221	,487
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,99±1,54	6,06±1,60	5,95±1,52	,515	221	,607
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,39±2,04	5,21±2,16	5,49±1,96	-,973	221	,331
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	4,60±2,17	4,51±2,17	4,65±2,18	-,491	221	,624
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,83±2,17	4,90±2,22	4,80±2,15	,348	221	,728

<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>						
Οργάνωση (Organization)	5,92±1,73	5,94±1,89	5,92±1,64	,094	221	,925
Έλεγχος (Control)	4,84±1,55	4,96±1,64	4,77±1,49	,906	221	,366
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>						
Γενικό Σύνολο	52,68±7,41	52,41±8,52	52,83±6,72	-,384	137,06	,701
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>						
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	31,27±4,72	29,84±5,23	32,09±4,21	-3,513	221	,001
Επανασχεδιασμός (Reframing)	26,30±6,27	24,96±6,25	27,07±6,17	-2,441	221	,015
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	12,65±2,71	12,41±2,82	12,80±2,65	-1,027	221	,305
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	14,26±3,17	13,69±3,14	14,58±3,16	-2,018	221	,045
Παθητική Αντιμέτωπιση (Passive Appraisal)	14,04±2,81	13,41±2,69	14,40±2,82	-2,574	221	,011
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	101,55±16,59	97,32±17,10	103,96±15,85	-2,921	221	,004
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>						
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	44,42±12,98	43,78±13,15	44,78±12,92	-,555	221	,580
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	13,12±5,21	13,30±5,13	13,01±5,27	,388	221	,698
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	15,13±4,80	14,77±4,83	15,33±4,79	-,845	221	,399
Αντανάκλαση (Reflection)	16,17±5,049	15,72±5,08	16,44±5,03	-1,025	221	,306
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>						
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	4,09±1,18	3,98±1,21	4,16±1,16	-1,137	221	,257

## 5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Επαγγελματικής Κατάστασης των Συγγενών

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης των συγγενών που έχουν νοσηλευόμενο μέλος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,039$ )
2. Επίκριση των άλλων (criticism of others- HDHQ) ( $p = 0,042$ )
3. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility-HDHQ) ( $p = 0,000$ )
4. Παραληρηματική ενοχή (guilt- HDHQ) ( $p = 0,010$ )
5. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive- HDHQ) ( $p = 0,008$ )
6. Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive- HDHQ) ( $p = 0,013$ )
7. Ολική Εχθρότητα (total hostility- HDHQ) ( $p = 0,002$ )
8. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity- SCL-90) ( $p = 0,030$ )
9. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.αυπνία) (SCL-90) ( $p = 0,023$ )
10. Εκφραστικότητα (Expressiveness-Form R-FES)( $p = 0,041$ )
11. Ανεξαρτησία (Independence-Personal Growth Dimensions)( $p = 0,017$ )
12. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation -Personal Growth Dimensions)( $p = 0,006$ )
13. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support) (F-COPES) ( $p = 0,008$ )
14. Αντανάκλαση (Reflection) (SpREUK-SF-15) ( $p = 0,027$ )

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική βαθμολογία	1,563	,159
<b>Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)</b>	<b>2,264</b>	<b>,039</b>
Αίσθημα κενού (empty)	1,820	,096
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	,852	,531
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Συνολική ντροπή	,740	,618
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,024	,411
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,633	,703
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,754	,607
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	1,120	,352
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	,538	,779
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,014	,065
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	1,630	,140
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	,633	,704
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,680	,666
<b>Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)</b>	<b>2,383</b>	<b>,030</b>
Κατάθλιψη (Depression)	1,876	,086
Άγχος (Anxiety)	1,762	,108
Επιθετικότητα (Hostility)	2,000	,067
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	1,355	,234
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	1,665	,131
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	1,340	,240
<b>Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.αϋνία)</b>	<b>2,496</b>	<b>,023</b>
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,433	,203
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,740	,618
<b>Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων</b>	<b>1,287</b>	<b>,264</b>
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	,802	,570
<b>Επίκριση των άλλων (criticism of others)</b>	<b>2,224</b>	<b>,042</b>
<b>Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)</b>	<b>5,667</b>	<b>,000</b>
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	1,913	,080
<b>Παραληρηματική ενοχή (guilt)</b>	<b>2,905</b>	<b>,010</b>
<b>Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)</b>	<b>3,014</b>	<b>,008</b>
<b>Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)</b>	<b>2,762</b>	<b>,013</b>

<b>Ολική Εχθρότητα (total hostility)</b>	<b>3,507</b>	<b>,002</b>
<b>Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,598	,149
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>		
Στάση απέναντι στη ζωή	1,115	,355
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Συνοχή (Cohesion)	,638	,700
<b>Εκφραστικότητα (Expressiveness)</b>	<b>2,231</b>	<b>,041</b>
Σύγκρουση (Conflict)	1,553	,162
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
<b>Ανεξαρτησία (Independence)</b>	<b>2,638</b>	<b>,017</b>
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,789	,579
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	1,876	,086
<b>Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)</b>	<b>3,119</b>	<b>,006</b>
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	1,468	,190
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Οργάνωση (Organization)	1,584	,153
Έλεγχος (Control)	1,529	,170
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>		
Γενικό Σύνολο	1,723	,117
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		
<b>Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)</b>	<b>3,003</b>	<b>,008</b>
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,654	,134
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,306	,255
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	,599	,731
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	2,135	,051
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,764	,108
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	,943	,465
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	,558	,764
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	,976	,442
<b>Αντανάκλαση (Reflection)</b>	<b>2,434</b>	<b>,027</b>
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>		
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	,887	,505

## 5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Εκπαιδευτικού Επιπέδου των Συγγενών

Στον πίνακα 10 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των συγγενών που έχουν νοσηλευόμενο μέλος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,000$ )
2. Αίσθημα κενού (empty) ( $p = 0,000$ )
3. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes) ( $p = 0,010$ )
4. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής ( $p = 0,000$ )
5. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility-HDHQ) ( $p = 0,000$ )
6. Αυτο-επίκριση (self-criticism - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
7. Παραληρηματική ενοχή (guilt- HDHQ) ( $p = 0,004$ )
8. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniteness- HDHQ) ( $p = 0,019$ )
9. Σύνολο ενδοστρέφειας (intropuniteness- HDHQ) ( $p = 0,000$ )
10. Ολική Εχθρότητα (total hostility- HDHQ) ( $p = 0,001$ )
11. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity- SCL-90) ( $p = 0,004$ )
12. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation- SCL-90) ( $p = 0,045$ )
13. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90) ( $p = 0,008$ )
14. Συνοχή (Cohesion-Form R-FES)( $p = 0,032$ )
15. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation -Personal Growth Dimensions)( $p = 0,028$ )
16. Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) ( $p = 0,006$ )
17. Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) ( $p = 0,000$ )



18. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES) ( $p = 0,003$ )
19. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support) (F-COPES) ( $p = 0,030$ )
20. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal) (F-COPES) ( $p = 0,039$ )
21. Συνολική Βαθμολογία (Overall) (F-COPES) ( $p = 0,010$ )
22. Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source (SpREUK-SF-15) ( $p = 0,006$ )

**Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου**

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική βαθμολογία	6,994	<b>,000</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,260	<b>,000</b>
Αίσθημα κενού (empty)	6,667	<b>,000</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	3,398	<b>,010</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	2,400	<b>,051</b>
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	2,240	<b>,066</b>
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,025	<b>,092</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,972	<b>,004</b>
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	2,476	<b>,045</b>
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	3,557	<b>,008</b>
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	5,468	<b>,000</b>
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	5,576	<b>,000</b>
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	4,024	<b>,004</b>
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	3,021	<b>,019</b>
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	5,798	<b>,000</b>
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	5,047	<b>,001</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Συνοχή (Cohesion)	2,683	<b>,032</b>
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		

Ανεξαρτησία (Independence)	2,220	,068
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	3,673	,006
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	2,767	,028
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,729	,000
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Οργάνωση (Organization)	2,670	,033
Έλεγχος (Control)	2,266	,063
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		
Επανασχεδιασμός (Reframing)	4,088	,003
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	2,725	,030
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	2,566	,039
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	3,424	,010
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>		
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	3,727	,006
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>		
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	2,390	,052

## 5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του Τόπου Διαμονής των Συγγενών

Στον πίνακα 11 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του τόπου διαμονής των συγγενών που έχουν νοσηλευόμενο μέλος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,039$ )
2. Επίκριση των άλλων (criticism of others- HDHQ) ( $p = 0,042$ )
3. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility-HDHQ) ( $p = 0,000$ )
4. Παραληρηματική ενοχή (guilt- HDHQ) ( $p = 0,010$ )
5. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniteness- HDHQ) ( $p = 0,008$ )
6. Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness- HDHQ) ( $p = 0,013$ )
7. Ολική Εχθρότητα (total hostility- HDHQ) ( $p = 0,002$ )
8. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων - SCL-90) ( $p = 0,007$ )
9. Σωματοποίηση (Somatization - SCL-90) ( $p = 0,017$ )
10. Άγχος (Anxiety - SCL-90) ( $p = 0,048$ )
11. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation - SCL-90) ( $p = 0,034$ )
12. Εκφραστικότητα (Expressiveness-Form R-FES)( $p = 0,048$ )
13. Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) ( $p = 0,018$ )
14. Επανασχεδιασμός (Reframing) (F-COPES) ( $p = 0,018$ )
15. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) (F-COPES) ( $p = 0,018$ )
16. Συνολική Βαθμολογία (Total Score) (SpREUK-SF-15) ( $p = 0,006$ )
17. Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) (SpREUK-SF-15) ( $p = 0,002$ )

18. Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source(SpREUK-SF-15) ( $p = 0,006$ )

<b>Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ του Τόπου Διαμονής των Συγγενών</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Σωματική ντροπή (bodily shame)	2,599	,077
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,912	,056
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	4,178	<b>,017</b>
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,671	,071
Άγχος (Anxiety)	3,085	<b>,048</b>
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	3,442	<b>,034</b>
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	2,682	,071
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	5,103	<b>,007</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	3,081	<b>,048</b>
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,087	<b>,018</b>
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		
Επανασχεδιασμός (Reframing)	4,065	<b>,018</b>
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	4,075	<b>,018</b>
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	2,777	,064
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	5,240	<b>,006</b>
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	6,468	<b>,002</b>
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	5,169	<b>,006</b>
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>		
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	2,024	,135

## 5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Σχέσης του Συγγενούς με τον Ασθενή

Στον πίνακα 12 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αίσθημα κενού (empty - OAS) ( $p=,041$ )
2. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame - ESS) ( $p=,017$ )
3. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention -CAQ) ( $p=,014$ )
4. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation - SCL-90) ( $p=,047$ )
5. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90) ( $p=,042$ )
6. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ανορεξία) (SCL-90) ( $p=,007$ )
7. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniteness - H.D.H.Q) ( $p,018$ )
8. Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness - H.D.H.Q) ( $p=,043$ )
9. Ολική Εχθρότητα (total hostility - H.D.H.Q) ( $p=,009$ )
10. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOTR) ( $p=,049$ )
11. Στάση απέναντι στη ζωή (LOTR) ( $p=,048$ )
12. Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis -FES) ( $p=,002$ )
13. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support -F-COPES) ( $p=,029$ )
14. Επανασχεδιασμός (Reframing -F-COPES) ( $p=,048$ )
15. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal - F-COPES) ( $p=,003$ )
16. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help - F-COPES) ( $p=,002$ )
17. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support - F-COPES) ( $p=,003$ )

18. Συνολική Βαθμολογία (Overall – F-COPES) ( $p=,001$ )
19. Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source – SpREUK-SF-15) ( $p=,026$ )

<b>Πίνακας 12: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Αίσθημα κενού (empty)	2,543	<b>,041</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	3,081	<b>,017</b>
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	3,186	<b>,014</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Κατάθλιψη (Depression)	2,208	,069
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	2,458	<b>,047</b>
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	2,522	<b>,042</b>
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ανορεξία)	3,584	<b>,007</b>
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	2,373	,053
Επικριση των άλλων (criticism of others)	2,038	,090
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,404	,051
Αυτο-επικριση (self-criticism)	2,116	,080
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	1,991	,097
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	3,035	<b>,018</b>
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	2,502	<b>,043</b>
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	3,496	<b>,009</b>
<b>Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	2,431	<b>,049</b>
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>		
Στάση απέναντι στη ζωή	2,444	<b>,048</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	2,277	,062
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,420	<b>,002</b>
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Έλεγχος (Control)	2,096	,082
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	2,746	<b>,029</b>
Επανασχεδιασμός (Reframing)	2,442	<b>,048</b>
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	4,164	<b>,003</b>
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	4,429	<b>,002</b>
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	4,169	<b>,003</b>
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	4,845	<b>,001</b>
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>		
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source )	2,811	<b>,026</b>

### 5.8.1 Αναλυτική Περιγραφή των Διαφοροποιήσεων μεταξύ της Σχέσης του Συγγενούς με τον Ασθενή

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως η σχέση του συγγενούς με τον ασθενή επηρεάζει στατιστικά τις συγκεκριμένες κλίμακες και υποκλίμακες.

Ιδιαίτερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα αδέρφια των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, παρανοειδούς ιδεασμού, σύνολο θετικών συμπτωμάτων του SCL-90, ανορεξίας, επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία, αναζήτηση για πνευματική υποστήριξη, συνολική βαθμολογία της κρίσης στην οικογένεια, εξωστρεφούς εχθρότητας, ενδοστρεφούς εχθρότητας, ολικής εχθρότητας και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος.

<b>Πίνακας 13: Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή</b>					
	<b>ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ</b>	<b>ΠΑΙΔΙ</b>	<b>ΓΟΝΙΟΣ</b>	<b>ΑΔΕΛΦΟΣ(Η)</b>	<b>ΣΤΕΝΑ ΑΤΟΜΑ</b>
Κατάθλιψη (Depression)	15,72	<b>12,22</b>	14,00	<b>16,47</b>	13,07
Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)	6,39	<b>5,31</b>	7,09	<b>7,70</b>	5,64
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	43,58	<b>38,93</b>	45,18	<b>49,60</b>	41,93
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ανορεξία)	<b>,86</b>	,38	,55	<b>,86</b>	<b>,29</b>
Αίσθημα κενού (empty)	2,81	<b>2,15</b>	<b>3,82</b>	3,60	2,45
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	<b>19,08</b>	19,73	<b>23,09</b>	23,02	20,52
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	,870	<b>,795</b>	1,182	<b>1,186</b>	,849
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	<b>32,47</b>	<b>30,13</b>	30,73	32,42	31,69
Επανασχεδιασμός (Reframing)	<b>27,67</b>	24,85	<b>25,36</b>	27,42	27,40
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	12,78	<b>11,87</b>	12,36	<b>13,44</b>	13,52



Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	14,81	13,38	<b>12,91</b>	14,93	<b>15,33</b>
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	<b>14,81</b>	13,32	<b>12,64</b>	14,74	14,60
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	105,92	<b>96,33</b>	97,00	<b>106,16</b>	105,57
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	15,44	<b>14,01</b>	<b>17,82</b>	16,21	15,45
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	<b>24,78</b>	25,59	<b>27,91</b>	25,49	27,38
Στάση απέναντι στη ζωή	7,61	7,99	<b>8,82</b>	<b>7,05</b>	8,24
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	13,58	<b>12,62</b>	13,91	<b>15,98</b>	13,45
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	6,64	<b>5,56</b>	6,09	<b>7,35</b>	5,79
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	20,22	<b>18,18</b>	20,00	<b>23,33</b>	19,24
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	<b>3,97</b>	4,41	4,73	4,79	<b>5,33</b>
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	5,17	4,44	<b>6,27</b>	5,58	<b>4,26</b>
Έλεγχος (Control)	4,86	4,59	<b>4,36</b>	<b>5,35</b>	4,95
Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση (Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά)	2,72	<b>2,55</b>	<b>3,00</b>	2,70	2,60

Αντίθετα, τα παιδιά των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, παρανοειδούς ιδεασμού, σύνολο θετικών συμπτωμάτων του SCL-90, επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία, συνολική βαθμολογία της κρίσης στην οικογένεια, εξωστρεφούς εχθρότητας, ενδοστρεφούς εχθρότητας, ολικής εχθρότητας, εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και θετικής αναπαράστασης ως προς την έκβαση της κατάστασης.

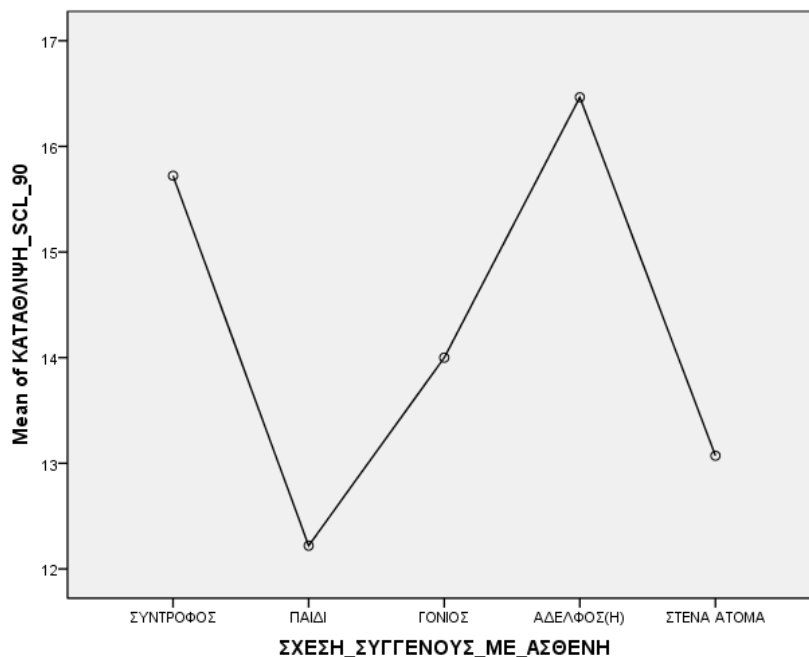
Οι γονείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κενού, χαρακτηρισολογικής ντροπής, βαθμού αισιοδοξίας, στάσης απέναντι στη ζωή, εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό, ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και θετικής αναπαράστασης ως προς την έκβαση της κατάστασης και

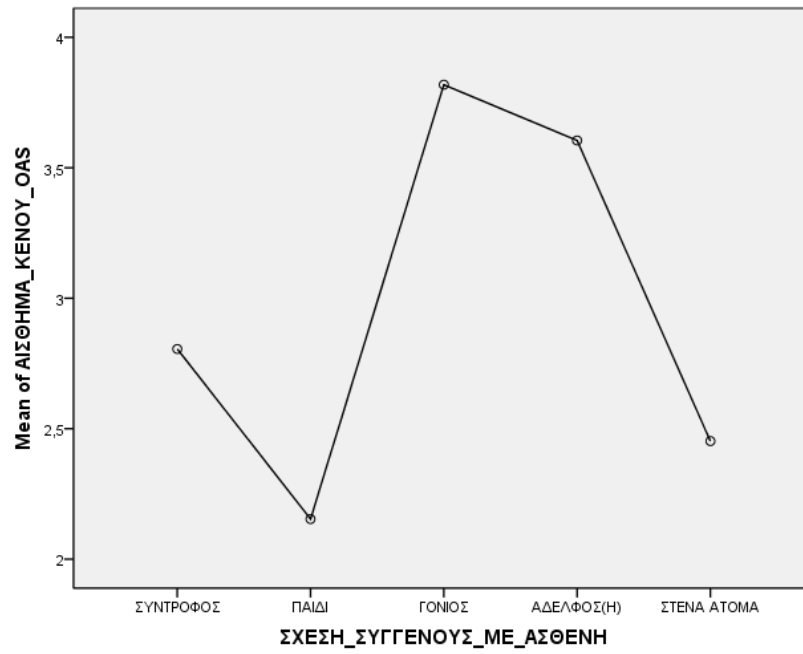
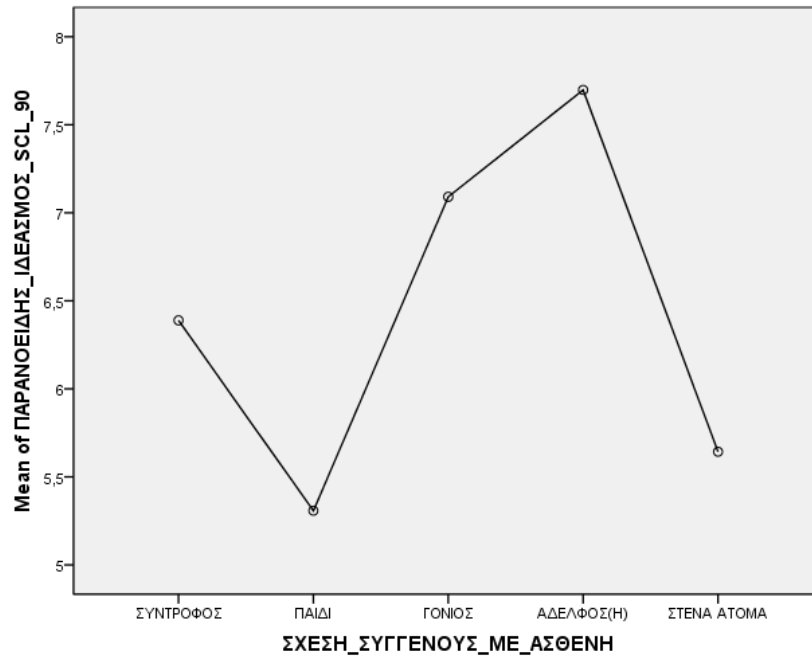
χαμηλότερα επίπεδα επανασχεδιασμού της οικογένειας, κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας, παθητικής αντιμετώπισης και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος.

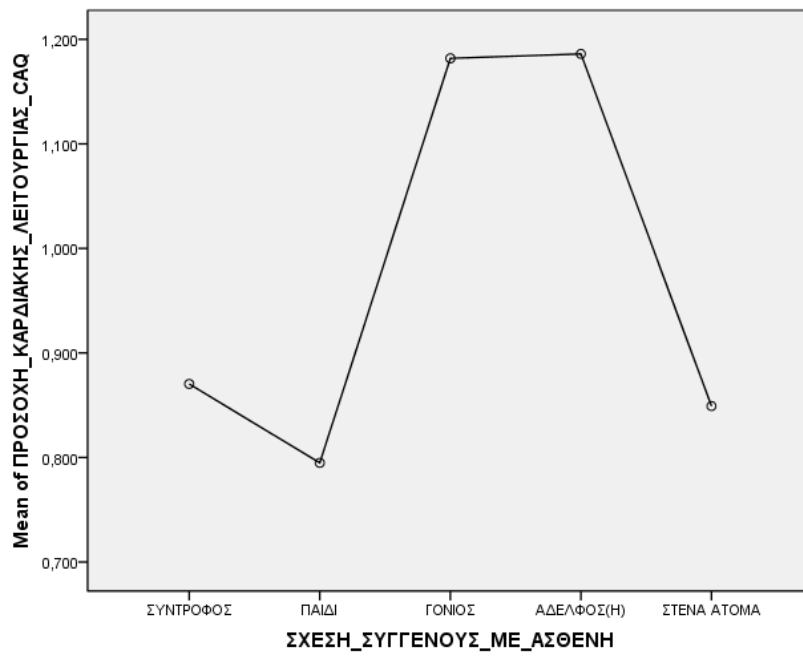
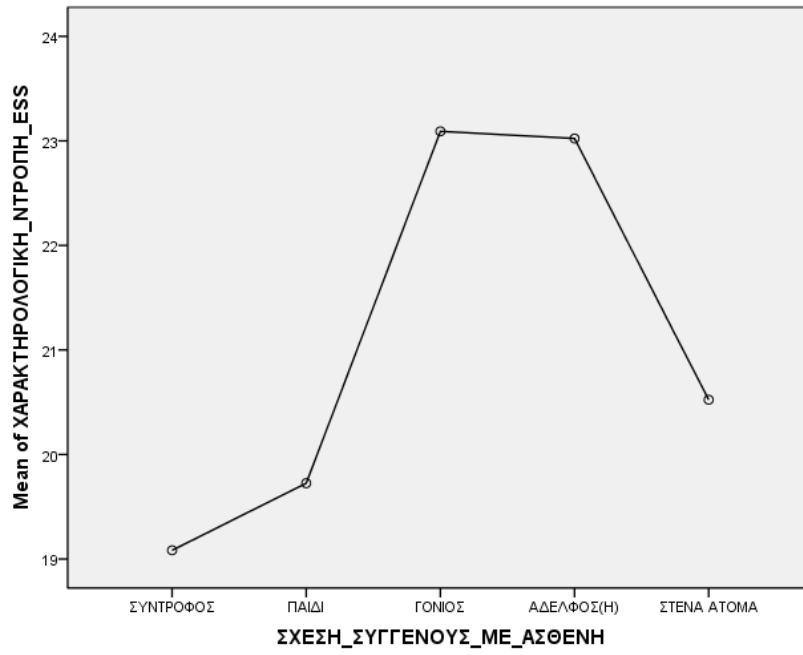
Οι σύντροφοι των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επανασχεδιασμού της οικογένειας, προσανατολισμού προς κοινωνική υποστήριξη, παθητικής αντιμετώπισης και χαμηλότερα επίπεδα βαθμού αισιοδοξίας, χαρακτηριστικής ντροπής και προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα.

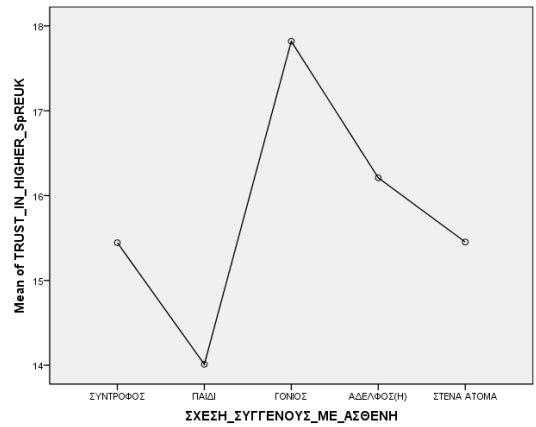
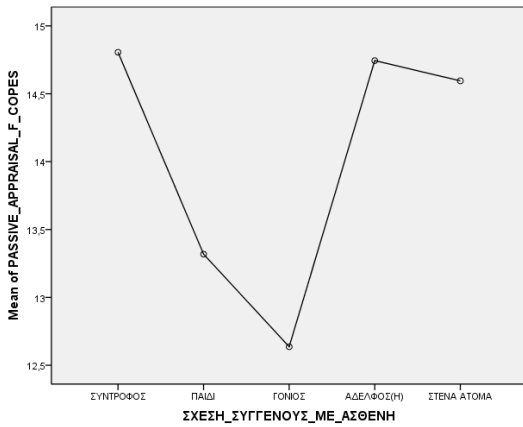
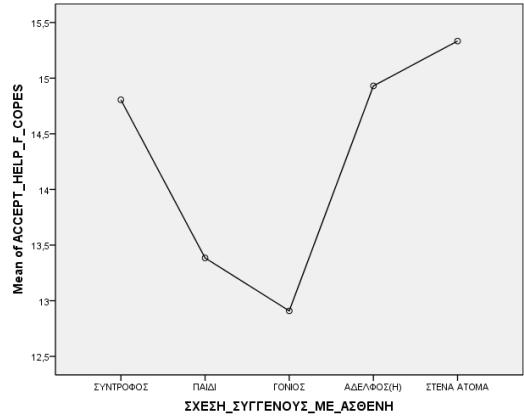
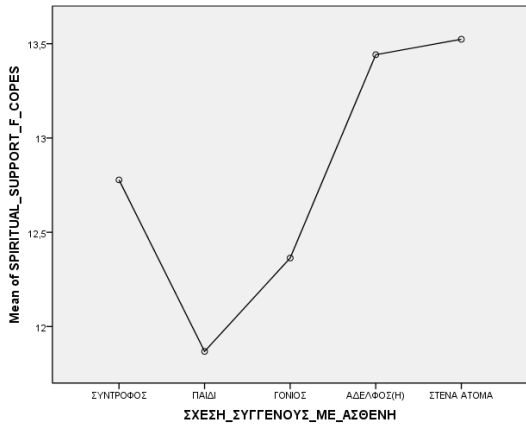
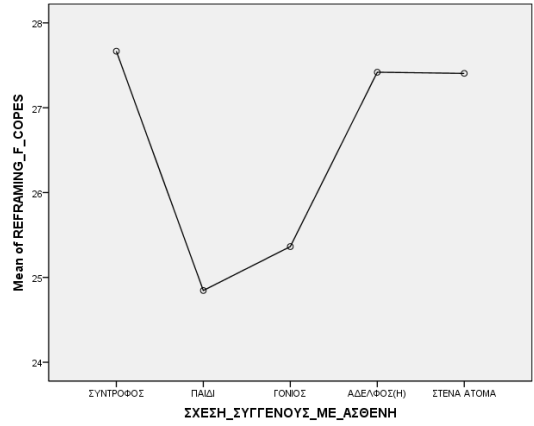
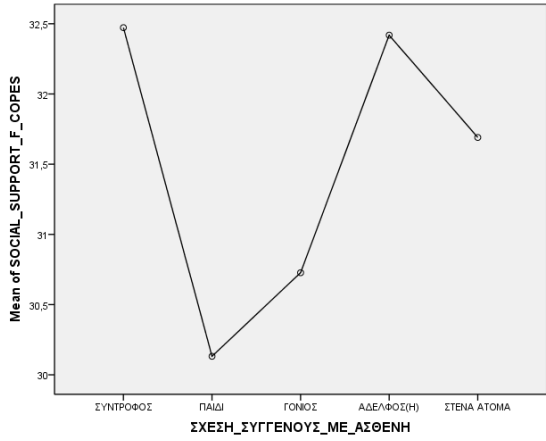
Τέλος, τα άλλα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας και προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα και χαμηλότερα επίπεδα ανορεξίας καθώς και ηθικής και θρησκευτικής έμφασης.

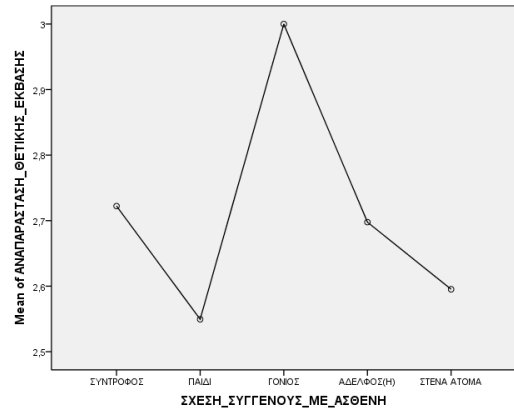
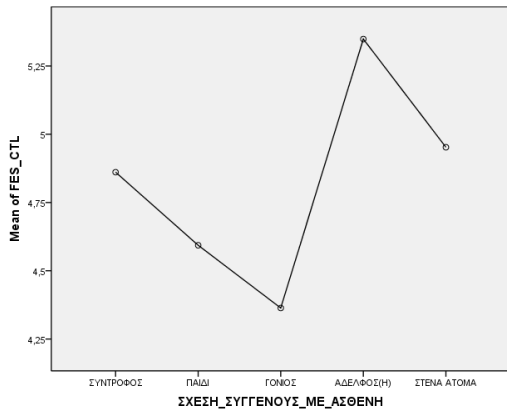
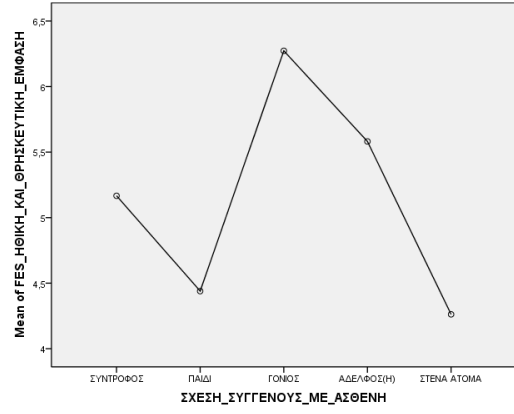
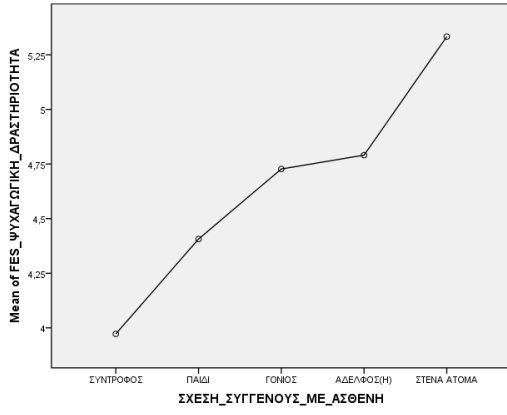
Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα διαγράμματα 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, και 15.











### 5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Αναπαράστασης των συγγενών για τη σχέση του χρόνου που είναι κοντά στον ασθενή και της βοήθειας προς τον ασθενή

Στον πίνακα 14 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της σχέσης του χρόνου που περνάει ο συγγενής με τον ασθενή και της αναπαράστασής του για τη βοήθεια που μπορεί να του προσφέρει, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική Τιμή Εξωστρεφούς Ντροπής (OAS) ( $p=,040$ )
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior- OAS) ( $p=,020$ )
3. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή) (SCL-90) ( $p=,004$ )
4. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility – H.D.H.Q) ( $p=,020$ )
5. Έλεγχος Οικογενειακού Συστήματος (FES) ( $p=,025$ )

<b>Πίνακας 14: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της αναπαράστασης του χρόνου που είναι κοντά στον ασθενή και της βοήθειάς τους προς τον ασθενή</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική Τιμή Εξωστρεφούς Ντροπής	2,549	<b>,040</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	2,983	<b>,020</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αϋπνία)	1,983	,098
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή)	3,938	<b>,004</b>
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,986	<b>,020</b>
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniteness)	2,088	,084
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Έλεγχος (Control)	2,850	<b>,025</b>
<b>Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση</b>		
Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά	2,140	,077

### **5.9.1 Αναλυτική Περιγραφή των Διαφοροποιήσεων μεταξύ της Αναπαράστασης των Συγγενών για τη σχέση του χρόνου που είναι κοντά στον ασθενή και της βοήθειας προς τον ασθενή**

Στον πίνακα 15 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της σχέσης του χρόνου που περνάει ο συγγενής και της αναπαράστασής του προς τη βοήθειά του στον ασθενή, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως η σχέση της αναπαράστασης του συγγενούς ότι θα βοηθούσε περισσότερο τον συγγενή του αν έμενε παραπάνω στο ευρύτερο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας επηρεάζει στατιστικά τις συγκεκριμένες κλίμακες και υποκλίμακες.

Ιδιαίτερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι συγγενείς που θεωρούν ότι, αν έμεναν περισσότερο στο ευρύτερο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας όπου νοσηλεύεται ο συγγενής τους, θα βοηθούσαν πολύ τον συγγενή τους, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αϋπνίας, ενοχής, συνολικής τιμής εξωστρεφούς ντροπής, αίσθημα κατωτερότητας, σύνολο εξωστρεφούς εχθρότητας και θετικής αναπαράστασης ως προς την έκβαση της κατάστασης.

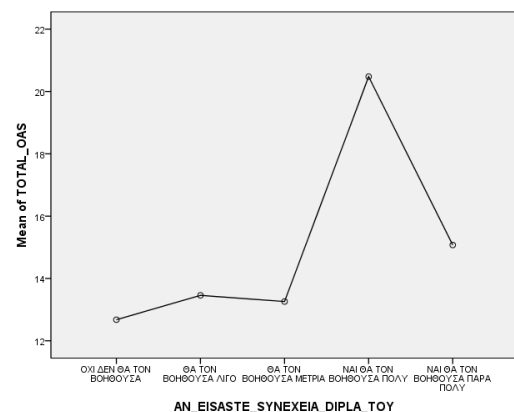
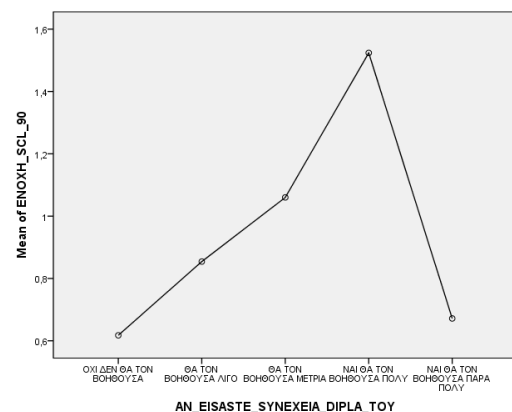
Οι δε συγγενείς που θεωρούν ότι, αν έμεναν περισσότερο στο ευρύτερο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας όπου νοσηλεύεται ο συγγενής τους, θα βοηθούσαν πάρα πολύ τον συγγενή τους, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς εχθρότητας και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος.

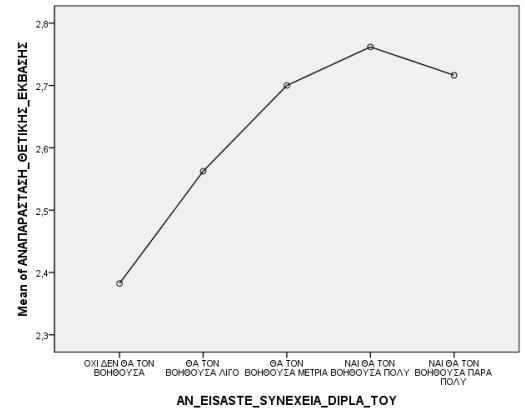
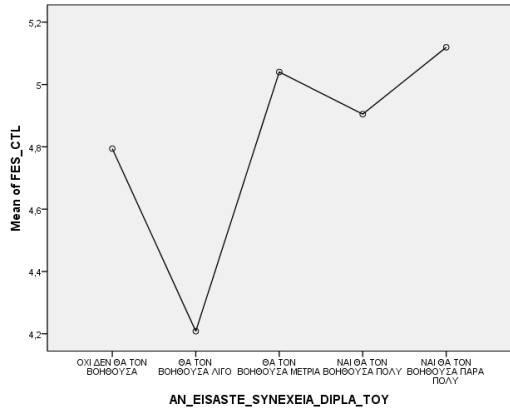
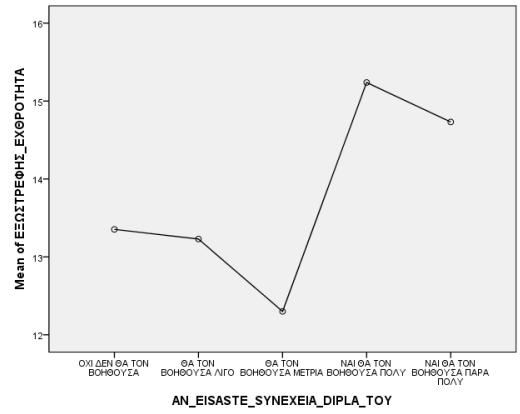
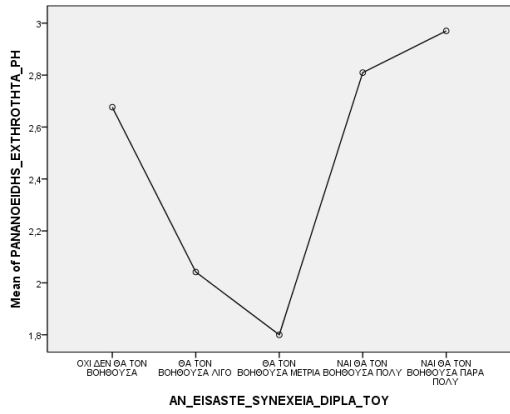


<b>Πίνακας 15: Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ της σχέσης του χρόνου που περνάει ο συγγενής και της αναπαράστασής του προς τη βοήθειά του προς τον ασθενή</b>					
	Όχι, δεν θα βοηθούσα	Θα βοηθούσα λίγο	Θα βοηθούσα μέτρια	Ναι, θα βοηθούσα πολύ	Ναι, θα βοηθούσα πάρα πολύ
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. αϋπνία)	1,26	,85	<b>,82</b>	<b>1,52</b>	,88
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή)	<b>,62</b>	,85	1,06	<b>1,52</b>	,67
Συνολική Τιμή Εξωστρεφούς Ντροπής	<b>12,68</b>	13,46	13,26	<b>20,48</b>	15,07
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	<b>4,26</b>	4,58	5,14	<b>8,00</b>	4,96
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,68	2,04	<b>1,80</b>	2,81	<b>2,97</b>
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniteness)	13,35	13,23	<b>12,30</b>	<b>15,24</b>	14,73
Έλεγχος (Control)	4,79	<b>4,21</b>	5,04	4,90	<b>5,12</b>
Αναπαράσταση των συγγενών ως προς την έκβαση (Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά)	<b>2,38</b>	2,56	2,70	<b>2,76</b>	2,72

Αντίθετα, οι συγγενείς που θεωρούν ότι, αν έμεναν περισσότερο στο ευρύτερο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας όπου νοσηλεύεται ο συγγενής τους, δε θα βοηθούσαν καθόλου τον συγγενή τους, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ενοχής, συνολικής τιμής εξωστρεφούς ντροπής, αίσθημα κατωτερότητας και αρνητικής αναπαράστασης ως προς την έκβαση της κατάστασης του συγγενούς τους.

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα διαγράμματα 16, 17, 18, 19





### 5.9.2 Το Άγχος της Καρδιακής Λειτουργίας στους Συγγενείς των Ασθενών της ΜΕΘ

Στο παρόν κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί διερεύνηση του κινδύνου της «καρδιοφοβίας» και των κρίσεων πανικού στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η "Cardiophobia" είναι μια ελληνική λέξη που σημαίνει φόβος των καρδιακών παθήσεων (είναι σύνθετη λέξη, με πρώτο συνθετικό το ουσιαστικό καρδιά {cardio} και δεύτερο το ουσιαστικό φοβία {rhubia} και δηλώνει τον φόβο, που σημαίνει «φόβος» ή «νοσηρός φόβος»). Στον πίνακα 16 μπορούμε να παρατηρήσουμε τη σύγκριση του άγχους για την καρδιακή λειτουργία των συγγενών των νοσηλευόμενων ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με το άγχος του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Παρατηρούμε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό τόσο στη συνολική τιμή του CAQ ( $p=0,000$ ) όσο και στις υποκλίμακές του, δηλαδή στον φόβο και την ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear) ( $p=0,000$ ), στην αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) ( $p=0,003$ ) καθώς και στην επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) ( $p=0,000$ ), στη σύγκρισή τους με το T-Test, όπως μετρήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Stata.

<b>Πίνακας 16 Σύγκριση του άγχους καρδιακής λειτουργίας των συγγενών των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ με το άγχος του γενικού ελληνικού πληθυσμού</b>				
Υποκλίμακες CAQ	Συγγενείς		Γενικός Ελληνικός Πληθυσμός	p
Συνολική Τιμή (Total CAQ)	1.1±0.9	vs	0.9±0.9	<b>.000</b>
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1.3±1.0	vs	1.1±0.9	<b>.000</b>
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	0.9±0.7	vs	0.7±0.6	<b>.003</b>
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	1.1±0.6	vs	0.9±0.6	<b>.000</b>
Σημείωση: Το p value προήλθε με τη χρήση του T-Test από το στατιστικό πρόγραμμα Stata				

Σύμφωνα με το κριτήριο Bonferonni, παρατηρήθηκε ότι τα αδέλφια των ασθενών εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τα παιδιά των ασθενών ( $p = 0,015$ ), με τα τελευταία να παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) και αυτοπαρακολούθησης της καρδιακής τους δραστηριότητας. (Πίνακας 17).

<b>Πίνακας 17 Multiple Comparisons μεταξύ της σχέσης των συγγενών με τον ασθενή</b>				
<b>Εξαρτημένη Μεταβλητή</b>	Είδος Οικογενειακής Σχέσης με τον Ασθενή	Είδος Οικογενειακής Σχέσης με τον Ασθενή	Mean Difference (I-J)	P value
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και αυτοπαρακολούθηση της Καρδιακής Λειτουργίας (Heart-Focused Attention and Self-Monitoring of Cardiac Activity)	Παιδιά Ασθενών (mean±SD=0.8±0.6)	Σύντροφοι Ασθενών (mean±SD=0.9±0.6)	-,075499	1,000
		Γονείς Ασθενών (mean±SD=1.2±0.7)	-,386946	,665
		Αδέλφια Ασθενών (mean±SD=1.3±0.7)	-,391175*	<b>,015</b>
		Φίλοι Ασθενών (mean±SD=0.8±0.7)	-,054335	1,000
Σημείωση: Post Hoc Tests (Bonferroni criterion)				

Τέλος, με την ανάλυση MANCOVA παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και της "καρδιοφοβίας», καθώς και μεταξύ της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου και της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και αυτοπαρακολούθησης της Καρδιακής Λειτουργίας (Πίνακας 18).

<b>Πίνακας 18. MANCOVA Tests μεταξύ της σχέσης των συγγενών με τον ασθενή και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία</b>						
	Εξαρτημένη Μεταβλητή	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P value
Ηλικία	Φόβος CAQ	52.780	50	1.056	1.560	.061
	Αποφυγή CAQ	53.644	50	1.073	1.429	.107
	Προσοχή CAQ	23.261	50	.465	1.822	<b>.019</b>
	Συνολική Τιμή CAQ	21.366	50	.427	1.588	<b>.041</b>
Φύλο	Φόβος CAQ	.014	1	.014	.021	.886
	Αποφυγή CAQ	.270	1	.270	.360	.552
	Προσοχή CAQ	.027	1	.027	.106	.746
	Συνολική Τιμή CAQ	.024	1	.024	.088	.768
Οικογενειακή Κατάσταση	Φόβος CAQ	1.096	2	.548	.810	.451
	Αποφυγή CAQ	3.372	2	1.686	2.246	.117
	Προσοχή CAQ	2.093	2	1.046	4.099	<b>.023</b>
	Συνολική Τιμή CAQ	1.872	2	.936	3.480	<b>.039</b>
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Φόβος CAQ	.834	4	.209	.308	.871
	Αποφυγή CAQ	2.625	4	.656	.874	.486
	Προσοχή CAQ	2.791	4	.498	1.775	<b>.044</b>
	Συνολική Τιμή CAQ	.207	4	.052	.192	.941

## **6. ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της ψυχοπαθολογίας, της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής καθώς και των στρατηγικών αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες των ψυχομετρικών εργαλείων, αλλά και με τις απαντήσεις τους στις κοινωνικοδημογραφικές ερωτήσεις στο δείγμα των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Στους πίνακες 19,20,21 και 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

### **6.1. Συσχετίσεις της ψυχοπαθολογίας**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των άλλων μεταβλητών που αφορούσαν στη νοσηλεία του ασθενούς και στη σχέση των συγγενών με αυτή προέκυψαν:

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της αναπαράστασης θετικής έκβασης και της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ ( $P = 0,012$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του άγχους (SCL\_90) ( $P = 0,029$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του φοβικού άγχους (SCL\_90) ( $P = 0,010$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του ψυχωτισμού (SCL\_90) ( $P = 0,030$ ).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και της διαπροσωπικής ευαισθησίας (SCL\_90) ( $P = 0,078$ ) μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL\_90) ( $P = 0,063$ ) και μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (SCL\_90) ( $P = 0,070$ ).

<b>Πίνακας 19. Συσχετίσεις ψυχοπαθολογίας με αναπαραστάσεις συγγενών</b>				
	Είδος Σχέσης με τον Ασθενή	Αναπαράσταση χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ	Παράπονα Νοσηλείας	Αναπαράσταση θετικής Έκβασης
Είδος Σχέσης με τον Ασθενή		,021 <sup>NS</sup>	-,101 <sup>NS</sup>	,005 <sup>NS</sup>
Αναπαράσταση χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ			,022 <sup>NS</sup>	,169*
Παράπονα Νοσηλείας				,034 <sup>NS</sup>
Διαπροσωπική Ευαισθησία SCL_90	,066 <sup>NS</sup>	,001 <sup>NS</sup>	-,118 <sup>MS</sup>	-,043 <sup>NS</sup>
Φοβικό Άγχος- SCL_90	,017 <sup>NS</sup>	-,027 <sup>NS</sup>	-,173**	-,050 <sup>NS</sup>
Παρανοειδής Ιδεασμός- SCL_90	,059 <sup>NS</sup>	,107 <sup>NS</sup>	-,125 <sup>MS</sup>	,063 <sup>NS</sup>
Ψυχωτισμός- SCL_90	,061 <sup>NS</sup>	-,039 <sup>NS</sup>	-,145*	,013 <sup>NS</sup>
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων_SCL_90	,045 <sup>NS</sup>	,013 <sup>NS</sup>	-,121 <sup>MS</sup>	,005 <sup>NS</sup>

## 6.2. Συσχετίσεις της εξωτερικής ντροπής

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της εξωτερικής ντροπής και των άλλων μεταβλητών που αφορούσαν στη νοσηλεία του ασθενούς και στη σχέση των συγγενών με αυτή προέκυψαν:

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της διαμονής με τον ασθενή και της συνολικής βαθμολογίας της εξωτερικής ντροπής ( $P = 0,028$ ), μεταξύ της διαμονής με τον ασθενή και του αισθήματος κενού (empty) ( $P = 0,024$ ), μεταξύ της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ και της αναπαράστασης θετικής έκβασης ( $P = 0,015$ ), μεταξύ της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ και της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής ( $P = 0,036$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και του αισθήματος κατωτερότητας (inferior) ( $P = 0,043$ ), μεταξύ της αναπαράστασης θετικής έκβασης και της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ ( $P = 0,015$ ).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ της διαμονής με τον ασθενή και της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes) ( $P = 0,055$ ), μεταξύ της αναπαράστασης χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ και του αισθήματος κατωτερότητας (inferior) ( $P = 0,063$ ), μεταξύ της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ και του αισθήματος κενού (empty) ( $P = 0,075$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής ( $P = 0,058$ ), μεταξύ των παραπόνων νοσηλείας και της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes) ( $P = 0,070$ ), μεταξύ της αναπαράστασης θετικής έκβασης και του αισθήματος κενού (empty) ( $P = 0,084$ ).

<b>Πίνακας 20. Συσχετίσεις εξωτερικής ντροπής με τις αναπαραστάσεις των συγγενών</b>					
	Διαμονή με τον Ασθενή	Είδος Σχέσης με τον Ασθενή	Αναπαράσταση χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ	Παράπονα Νοσηλείας	Αναπαράσταση θετικής Έκβασης
Διαμονή με τον Ασθενή					
Είδος Σχέσης με τον Ασθενή	,375**				
Αναπαράσταση χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ	,018 <sup>NS</sup>	,018 <sup>NS</sup>			
Παράπονα Νοσηλείας	-,007 <sup>NS</sup>	-,103 <sup>NS</sup>	-,001 <sup>NS</sup>		
Αναπαράσταση θετικής Έκβασης	-,217**	,005 <sup>NS</sup>	,164*	,029 <sup>NS</sup>	
Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής	-,147*	,055 <sup>NS</sup>	,142*	-,146 <sup>MS</sup>	-,067 <sup>NS</sup>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	-,108 <sup>NS</sup>	,018 <sup>NS</sup>	,125 <sup>MS</sup>	-,156*	-,035 <sup>NS</sup>
Αίσθημα κενού (empty)	-,151*	,067 <sup>NS</sup>	,120 <sup>MS</sup>	-,035 <sup>NS</sup>	-,116
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	-,129 <sup>MS</sup>	,063 <sup>NS</sup>	,103 <sup>NS</sup>	-,140 <sup>MS</sup>	-,054 <sup>NS</sup>

### 6.3. Συσχετίσεις της εσωτερικής ντροπής

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της εσωτερικής ντροπής και των άλλων μεταβλητών που αφορούσαν στη νοσηλεία του ασθενούς και στη σχέση των συγγενών με αυτή προέκυψαν:



Στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ της διαμονής με τον ασθενή και της συνολικής ντροπής ( $P = 0,084$ ) και μεταξύ του είδους της σχέσης με τον ασθενή και της συνολικής εσωτερικής ντροπής ( $P = 0,098$ ).

<b>Πίνακας 21. Συσχετίσεις εσωτερικής ντροπής με τις αναπαραστάσεις των συγγενών</b>					
	Διαμονή με τον Ασθενή	Είδος Σχέσης με τον Ασθενή	Αναπαράσταση χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ	Παράπονα Νοσηλείας	Αναπαράσταση θετικής Έκφρασης
Συνολική ντροπή	-,116 <sup>NS</sup>	,111 <sup>NS</sup>	,067 <sup>NS</sup>	-,052 <sup>NS</sup>	-,034 <sup>NS</sup>
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	-,102 <sup>NS</sup>	,145*	,071 <sup>NS</sup>	-,073 <sup>NS</sup>	-,032 <sup>NS</sup>
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	-,134*	,096 <sup>NS</sup>	,062 <sup>NS</sup>	-,072 <sup>NS</sup>	-,044 <sup>NS</sup>
Σωματική ντροπή (bodily shame)	-,028 <sup>NS</sup>	-,005 <sup>NS</sup>	,023 <sup>NS</sup>	,066 <sup>NS</sup>	,006 <sup>NS</sup>

#### **6.4. Συσχετίσεις της αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια και των άλλων μεταβλητών που αφορούσαν στη νοσηλεία του ασθενούς και στη σχέση των συγγενών με αυτή προέκυψαν:

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,01$ ) μεταξύ του είδους της σχέσης με τον ασθενή και της αναζήτησης για πνευματική υποστήριξη ( $P = 0,003$ ).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ του είδους της σχέσης με τον ασθενή και της κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ( $P = 0,017$ ) και μεταξύ του είδους της σχέσης με τον ασθενή και της συνολικής βαθμολογίας αντιμετώπισης της κρίσης της οικογένειας ( $P = 0,045$ ).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ της αναπαράστασης του χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ και της αναζήτησης για πνευματική υποστήριξη ( $P = 0,063$ ).

<b>Πίνακας 22. Συσχετίσεις στρατηγικών αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης με τις αναπαραστάσεις των συγγενών</b>					
	Διαμονή με τον Ασθενή	Είδος Σχέσης με τον Ασθενή	Αναπαράσταση Χρόνου διαμονής στη ΜΕΘ	Παράπονα Νοσηλείας	Αναπαράσταση Θετικής Έκβασης
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	-,078 <sup>NS</sup>	,069 <sup>NS</sup>	,018 <sup>NS</sup>	,030 <sup>NS</sup>	,032 <sup>NS</sup>
Επανασχεδιασμός (Reframing)	-,093 <sup>NS</sup>	,089 <sup>NS</sup>	,019 <sup>NS</sup>	-,056 <sup>NS</sup>	,100 <sup>NS</sup>
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	,023	,200**	,125	-,089	,058
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	,001	,160*	-,042	-,064	,017
Παθητική Αντιμέτωπιση (Passive Appraisal)	,017	,100	-,013	-,051	,054
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	-,053	,134*	,030	-,065	,070

## **7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Πριν συζητήσουμε και σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

### **7.1 Οριοθετήσεις**

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της μελέτης μας αφορούν στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των συγγενών που κάποιο μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στον συγκεκριμένο χωροχρόνο του βιώματος της απειλής της ζωής του αγαπημένου τους προσώπου. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από αυτή την απειλή και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες της απειλητικής νόσου του συγγενούς τους.

Το γεγονός αυτό δε μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της νοσηλείας του συγγενικού τους προσώπου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση της απειλητικής νόσου του ασθενούς στην ψυχική υγεία των συγγενών του, θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδης σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού οικογενειών, σε χρονικό διάστημα πριν από τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η αξιολόγησή τους σε έναν ύστερο χρόνο, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της νοσηλείας στη ΜΕΘ και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμά της. Σε καμία περίπτωση, δηλαδή, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης, που να υποστηρίζει ότι η νοσηλεία ενός συγγενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι η αιτία ψυχολογικών προβλημάτων.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των οικογενειών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αγαπημένου τους προσώπου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

## **7.2 Το προφίλ των συγγενών**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν το προφίλ των Ελληνικών οικογενειών, που ένα μέλος τους νοσηλεύεται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, από τους 223 συγγενείς που συμμετείχαν στη μελέτη και αντιστοιχούν σε 147 οικογένειες, οι 11 (ποσοστό 4,9%) ήταν γονείς των ασθενών, οι 91 (ποσοστό 40,8%) παιδιά τους, οι 43 (ποσοστό 19,3%) ήταν αδέρφια τους, οι 36 (ποσοστό 16,1%) οι σύντροφοι της ζωής τους, οι 4 (ποσοστό 1,8%) ήταν ξαδέρφια τους, οι 3 (ποσοστό 1,3%) ήταν θείοι(ες) (2 θείοι και μία θεία), οι 31 (ποσοστό 13,9%) ήταν εξ αγχιστείας συγγενείς αυτών των ασθενών και τέλος οι 4 (ποσοστό 1,8%) ήταν φίλοι τους. Από τους 223 συνολικά ερωτώμενους, οι 81 (ποσοστό 36,3%) ήταν άνδρες ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων 142 (ποσοστό 63,7%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των συγγενών ήταν  $41,5 \pm 11,9$ , με εύρος 18-79. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αναδεικνύουν το είδος της σχέσης των συγγενών που βρίσκονται σε καθημερινή βάση στον προθάλαμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προσπαθώντας με αυτόν τον τρόπο να βρίσκονται κοντά στο αγαπημένο τους πρόσωπο που απειλείται η ζωή του και συμφωνούν με το δείγμα άλλων διεθνών μελετών, μια και στις περισσότερες διεθνείς μελέτες<sup>57,77</sup> οι συγγενείς που βρίσκονται κοντά στον ασθενή είναι κυρίως τα παιδιά τους και οι σύντροφοί τους. Ως προς το φύλο τους τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με εκείνα της μελέτης των Chui και Chan (2007)<sup>45</sup>, σύμφωνα με τα οποία οι συγγενείς που βρίσκονταν κοντά στον ασθενή ήταν οι 4 στους 10 άνδρες και οι 6 στις 10 γυναίκες.

### 7.3 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στην Ψυχική Υγεία των συγγενών

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ θα διαπιστωθούν υψηλά επίπεδα. Για τη βοήθεια της συζήτησης δημιουργήσαμε τον πίνακα 23, όπου παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές, οι στατιστικές διαφορές, καθώς και οι μέσες τιμές του υγιούς ελληνικού πληθυσμού. Ως προς τη **σωματοποίηση** διαπιστώθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών και γενικά η σωματοποίηση ήταν σε υψηλότερα επίπεδα από αυτή του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>. Μια πιθανή εξήγηση, λοιπόν, για τις γενικότερα αυξημένες τιμές της σωματοποίησης στο συνολικό δείγμα, είναι το γεγονός ότι η ταλαιπωρία και η σωματική και ψυχολογική καταπόνηση των συγγενών στον προθάλαμο της ΜΕΘ τους οδηγεί να απαντούν με σωματοποίηση στις δύσκολες συνθήκες των ημερών τους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης μας ενισχύονται και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις της διερευνητικής μελέτης των Li και Xu σε μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση, που περιγράφει τα αυξημένα επίπεδα σωματοποίησης που παρατηρούνται στα μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση<sup>96</sup>. Ως προς την **ψυχαναγκαστικότητα**, δε διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών παρά μόνο στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή και εκείνων που δε διέμεναν. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα της ψυχαναγκαστικότητας, όπως αυτή μετράται με το SCL-90<sup>160,129</sup>, στους συγγενείς των ασθενών και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις της διερευνητικής μελέτης των Li και Xu σε μέλη της οικογένειας των ασθενών σε φυτική κατάσταση, που περιγράφει το ψυχολογικό στρες που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας των ασθενών, με όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη να έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο Symptom Check List-90 κατά την έναρξη της νοσηλείας του ασθενούς<sup>96</sup>. Ως προς τη **διαπροσωπική**

**ευαισθησία** δε διαπιστώθηκαν στατιστικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων, ενώ οι τιμές ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>. Η διαπροσωπική ευαισθησία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου, αρχικά να ενδιαφέρεται και αφετέρου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων. Το εύρημα αυτό, λοιπόν, αναδεικνύει ότι, όταν οι συγγενείς των ασθενών είναι τόσο ψυχοκαταπονημένοι και κλειστοί στο οικογενειακό τους πρόβλημα, δεν είναι σε θέση να ενδιαφέρονται για τους άλλους και να έχουν ικανότητες, όπως η ενσυναίσθηση. Ως προς την **κατάθλιψη**, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των ανδρών και γυναικών όσο και μεταξύ των συγγενών που διέμεναν ή όχι με το νοσηλευόμενο ασθενή και βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>, εύρημα σύμφωνο με άλλες μελέτες που επισημαίνουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους συγγενείς<sup>96,35,36,37</sup>. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των ερευνών που αναφέρουν πως περισσότερα από τα δύο τρίτα των μελών των οικογενειών που επισκέπτονται τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της νοσηλείας<sup>44,45,46</sup>. Ακόμη, ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις της πολυκεντρικής μελέτης του Rochard και των συνεργατών του (2005), σύμφωνα με την οποία τα συμπτώματα της κατάθλιψης των μελών της οικογένειας βρέθηκαν στο 35,3 %, με τις συζύγους των ασθενών να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά<sup>44</sup>. Σε συμφωνία βρίσκεται επίσης και με τα αποτελέσματα μιας προγενέστερης μελέτης του Rochard και των συνεργατών του (2001) που έγινε σε 43 ΜΕΘ της Γαλλίας με στόχο να διερευνηθεί το άγχος και την κατάθλιψη στους συγγενείς των ασθενών και διαπίστωσε πως η εμφάνιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ήταν 35,4%<sup>47</sup>.

**Πίνακας 23.** Συγκριτικός πίνακας επιπέδων ψυχοπαθολογίας των συγγενών ασθενών της ΜΕΘ και μέσω των τιμών γενικού φυσιολογικού πληθυσμού.

	Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Υγιής Ελληνικός Πληθυσμός <sup>129</sup> Mean ± SD	Άνδρες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Γυναίκες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	p	Υγιείς Άνδρες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>129</sup> Mean ± SD	Υγιείς Γυναίκες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>129</sup> Mean ± SD	Διαμονή με ασθενή	Όχι διαμονή με ασθενή	p
Σωματοποίηση	11,40±8,37	7,40±7,06	8,67±7,48	12,96±8,47	***	7,52±6,35	7,31±7,59	12,77±9,04	10,65±7,9	ms
Ίδιοψυχαναγκασμός	10,39±6,78	9,49±6,50	9,49±6,98	10,89±6,64	ns	10,43±5,90	8,87±6,89	11,68±7,14	9,67±6,5	*
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,27±5,28	8,36±6,24	7,44±6,03	7,18±4,83	ns	7,81± 6,04	8,72±6,44	7,95±5,26	6,90±5,28	ns
Κατάθλιψη	13,85±8,92	11,34±8,75	11,89±8,65	14,97±8,91	*	10,86±7,36	11,66±9,65	15,53±10,02	12,93±8,15	*
Άγχος	9,33±7,55	7,32±6,66	7,43±7,20	10,42±7,56	**	8,00±5,90	6,87±7,17	10,81±8,26	8,52±7,03	*
Επιθετικότητα	4,35±4,02	5,08±5,04	4,53±4,40	4,25±3,80	ns	5,38±4,78	4,87±5,27	4,06±4,15	4,51±3,95	ns
Φοβικό άγχος	2,55±3,16	2,51±3,69	2,35±3,28	2,67±3,10	ns	1,95±2,30	2,87±4,34	3,00±3,16	2,31±3,15	ns
Παρανοειδής ιδεασμός	6,09±4,45	6,13±4,43	6,52±5,02	5,85±4,09	ns	5,81±3,64	6,34±4,92	6,94±4,84	5,63±4,16	*
Ψυχωτισμός	5,29±4,57	6,09±6,83	5,33±4,83	5,27±4,43	ns	5,52±5,61	6,16±7,48	5,73±5,26	5,05±4,13	ns

ns ( not statistically significant)=χωρίς στατιστική σημαντικότητα, ms (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), \*= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005), \*\*= Πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1% (P<0,01), \*\*\*= Πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1‰.

Ως προς το **άγχος**, διαπιστώθηκαν στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των ανδρών και γυναικών όσο και μεταξύ των συγγενών που διέμεναν ή όχι με τον νοσηλευόμενο ασθενή, ενώ και οι τιμές του άγχους βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>, εύρημα σύμφωνο με άλλες μελέτες που επισημαίνουν τα υψηλά επίπεδα άγχους στους συγγενείς των ασθενών<sup>96,35,36,37</sup>. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των μελετών που αναφέρουν πως περισσότερα από τα δύο τρίτα των μελών των οικογενειών που επισκέπτονται τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχουν συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της νοσηλείας<sup>44,45,46</sup>. Ακόμη, ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις της πολυκεντρικής μελέτης του Rochard και των συνεργατών του (2005), σύμφωνα με την οποία τα συμπτώματα του άγχους των μελών της οικογένειας των ασθενών ανέρχονταν στο 75,5%<sup>44</sup>. Συμφωνία παρατηρείται επίσης και με τα αποτελέσματα μιας προγενέστερης μελέτης του Rochard και των συνεργατών του (2001) που αναφέρει πως η εμφάνιση των συμπτωμάτων του άγχους ήταν ιδιαίτερα υψηλή<sup>47</sup>. Ως προς την **επιθετικότητα**, όπως αυτή μετράται με το SCL-90<sup>160</sup>, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων συγγενών και βρέθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>. Το ανωτέρω εύρημα δεν είμαστε σε θέση να το συζητήσουμε με αποτελέσματα άλλων μελετών, μια και δεν υπάρχουν δημοσιευμένες ανάλογες μελέτες που να επισημαίνουν τη σχέση της επιθετικότητας με τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Για το **φοβικό άγχος** δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων συγγενών και βρέθηκαν σε παρόμοια επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>, εξαιρώντας τα επίπεδα του φοβικού άγχους των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή. Ούτε το συγκεκριμένο εύρημα είμαστε σε θέση να το συζητήσουμε με αποτελέσματα άλλων μελετών, μια και δεν υπάρχουν



δημοσιευμένες ανάλογες μελέτες που να επισημαίνουν τη σχέση του φοβικού άγχους με τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ως προς τον **παρανοειδή ιδεασμό** δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών, αλλά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή και εκείνων που δε διέμεναν και βρέθηκαν σε παρόμοια επίπεδα με εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup>, εξαιρώντας τα επίπεδα του παρανοειδούς ιδεασμού των ανδρών και των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή. Τα ευρήματα αυτά δεν μπορούν να συζητηθούν σε σύγκριση με άλλες μελέτες, μια και δεν υπάρχουν ανάλογες έρευνες δημοσιευμένες. Ακόμη και στα αποτελέσματα της μελέτης των Li και Xu σε μέλη της οικογένειας ασθενών της ΜΕΘ, που χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό εργαλείο, δεν παρουσιάζονται τα επίπεδα του παρανοειδούς ιδεασμού<sup>96</sup>. Τέλος, ως προς τον **ψυχωτισμό**, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων συγγενών και οι τιμές βρέθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>129</sup> που βρίσκονται στο  $6,09 \pm 6,83$ <sup>129</sup>.

Τα υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, που διαπιστώθηκαν στη μελέτη μας, εξηγούνται από τη μεγάλη ψυχοκαταπόνηση των συγγενών αλλά και τη σωματική ταλαιπωρία, μια και διαμένουν για πάρα πολλές ώρες - σχεδόν όλο το 24ωρο - στον προθάλαμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αναμένοντας την εξέλιξη της πορείας του ασθενούς τους. Ακόμη, είναι σημαντικό να αναδείξουμε τα υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των συγγενών που διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή που σε αυτόν τον χρόνο νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μια και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού, άγχους, κατάθλιψης, ιδεοψυχαναγκασμού και σωματοποίησης από εκείνους τους συγγενείς που δε διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το είδος της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή σχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, μια και στις υποκλίμακες της κατάθλιψης, του παρανοειδούς ιδεασμού, του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων και των διαφόρων αιτιάσεων,

όπως η ανορεξία, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών της σχέσης με τον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήσαμε ότι τα αδέλφια των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, παρανοειδούς ιδεασμού, σύνολο θετικών συμπτωμάτων του SCL-90 και ανορεξίας. Αντίθετα, τα παιδιά των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, παρανοειδούς ιδεασμού και του συνόλου θετικών συμπτωμάτων του SCL-90.

#### **7.4 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα Επίπεδα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS) των συγγενών**

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ θα διαπιστωθούν υψηλά επίπεδα. Για τη βοήθεια της συζήτησης στον πίνακα 24, παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές, οι στατιστικές διαφορές, καθώς και οι μέσες τιμές του υγιούς ελληνικού πληθυσμού. Ως προς τη **συνολική εξωτερική ντροπή**, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών, αλλά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή και εκείνων που δε διέμεναν, ενώ βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>142</sup>. Ακόμη, συγκρινόμενες οι δύο ομάδες ως προς το **αίσθημα του κενού** (υποκλίμακα της εξωτερικής ντροπής) δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών, αλλά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή και εκείνων που δε διέμεναν και βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>142</sup>.

<b>Πίνακας 24.</b> Συγκριτικός πίνακας επιπέδων εξωτερικής ντροπής των συγγενών ασθενών της ΜΕΘ και μέσων τιμών γενικού φυσιολογικού πληθυσμού.										
	Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Υγιής Ελληνικός Πληθυσμός <sup>142</sup> Mean ± SD	Άνδρες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Γυναίκες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	p	Υγιείς Άνδρες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>142</sup> Mean ± SD	Υγιείς Γυναίκες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>142</sup> Mean ± SD	Διαμονή με ασθενή	Όχι διαμονή με ασθενή	p
Συνολική βαθμολογία	14,38±10,08	13,91±10,04	15,58±10,86	13,70±9,58	ns	13,07±10,55	14,42±9,72	16,38±10,05	13,28±9,96	*
Αίσθημα κατωτερότητας	5,07±4,31	4,87±3,97	5,69±4,84	4,72±3,95	ns	4,70±4,21	4,97±3,83	5,70±4,76	4,73±4,02	ns
Αίσθημα κενού	2,68±2,82	2,40±2,61	2,80±3,18	2,61±2,61	ns	2,06±2,64	2,61±2,57	3,25±3,02	2,36±2,67	*
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	5,90±3,88	5,96±3,95	6,22±4,00	5,71±3,82	ns	5,65±4,10	6,14±3,86	6,57±3,76	5,53±3,91	ms

ns ( not statistically significant)=χωρίς στατιστική σημαντικότητα, ms (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), \*= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005).

Τα υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής των συγγενών της μελέτης μας εξηγούνται λόγω του ψυχικού πόνου τους, που είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ασθένεια του συγγενούς τους και την αίσθηση της δικής τους ελλειμματικότητας, συνθήκες που συνδέονται με τον στιγματισμό καθώς και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου<sup>114,116</sup>. Οι παράγοντες αυτοί έχει βρεθεί πως οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη<sup>118</sup> και τη ντροπή<sup>120,117</sup>. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σε συμφωνία με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες συνδέουν την εξωτερική ντροπή με το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή την εικόνα των άλλων για το άτομο και την κρίση τους για τα ελαττώματά του και τις απορριπτικές πλευρές του εαυτού του<sup>114,119</sup>. Τα ευρήματα αυτά της μελέτης μας αναδεικνύουν τα σοβαρά ζητήματα σε επίπεδο κοινωνικο-ψυχικής αλλά και σωματικής υγείας των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή, μια και η ντροπή μπορεί να τους αποτρέψει από την αναζήτηση βοήθειας, να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία<sup>122</sup> και, ακόμη, φαίνεται να οδηγεί στην απόκρυψη πληροφοριών και στη μείωση της ικανοποίησης από την ιατρική πρακτική<sup>161</sup>.

### **7.5 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα επίπεδα της Εσωτερικής Ντροπής (ESS) των συγγενών τους**

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς τα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ θα διαπιστωθούν υψηλά επίπεδα. Για τη βοήθεια της συζήτησης στον πίνακα 25, παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές, οι στατιστικές διαφορές, καθώς και οι μέσες τιμές του υγιούς ελληνικού πληθυσμού. Ως προς την τάση των ατόμων για ντροπή, **εσωτερική ντροπή** (ESS total)<sup>144</sup>, τόσο στη συνολική τιμή όσο και στις υποκλίμακες, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων αλλά τα

**Πίνακας 25.** Συγκριτικός πίνακας επιπέδων εσωτερικής ντροπής των συγγενών ασθενών της ΜΕΘ και μέσω των τιμών γενικού φυσιολογικού πληθυσμού.

	Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Υγιής Ελληνικός Πληθυσμός <sup>145</sup> Mean ± SD	Άνδρες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	Γυναίκες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ Mean ± SD	p	Υγιείς Άνδρες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>145</sup> Mean ± SD	Υγιείς Γυναίκες Ελληνικού Πληθυσμού <sup>145</sup> Mean ± SD	Διαμονή με ασθενή Mean ± SD	Όχι διαμονή με ασθενή Mean ± SD	p
Συνολική εξωτερική ντροπή	45,43±13,45	45,27±13,15	46,28±14,50	44,94±12,84	ns	42,47±13,99	46,96±12,34	47,53±15,5	44,28±12,08	ns
Χαρακτηρολογική ντροπή	20,57±6,31	20,12±6,18	21,56±7,07	20,01±5,79	ns	19,60±6,59	20,44±5,91	21,44±7,49	20,10±5,53	ns
Συμπεριφορική ντροπή	18,02±6,19	18,30±5,95	18,31±6,40	17,86±6,08	ns	16,95±6,06	19,11±5,75	19,14±6,88	17,41±5,71	ns
Σωματική ντροπή	6,83±3,05	6,93±2,80	6,42±3,03	7,07±3,04	ns	6,13±2,47	7,41±2,875	6,95±3,19	6,77±2,98	ns

ns ( not statistically significant')=χωρίς στατιστική σημαντικότητα, ms (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10).

επίπεδα εξωτερικής ντροπής των ανδρών και των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα από εκείνα του γενικού πληθυσμού<sup>145</sup>. Τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής των συγγενών των ασθενών που είχαν συμβιωτική σχέση μαζί του μπορούν να ερμηνευτούν λόγω του ψυχικού τους πόνου, που ήδη, όπως επισημάνθηκε, συνδέεται με συνθήκες όπως είναι η ελλειμματικότητα και η ασθένεια<sup>114,116</sup>. Οι συγγενείς αυτοί, πιθανά, αισθάνονται αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αποδίδουν σε σχέση με την ασθένεια του συγγενούς τους. Και η αποστροφή είναι ένα συναίσθημα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη ελκυστικούς και ανεπιθύμητους<sup>114</sup>. Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία και τότε, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003)<sup>118</sup>, λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος»<sup>115</sup>. Καθώς το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή η κρίση της κοινότητας, συχνά εσωτερικοποιείται, ακόμη και όταν το άτομο δεν κρίνεται από κάποιον εξωτερικό κριτή, το «βλέμμα του άλλου» και οι συνέπειές του είναι παρόντα<sup>119</sup>. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, επιβεβαιώνει τη θέση αυτή, και ακόμη είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα και άλλων μελετητών που έχουν διαπιστώσει ότι η αξιολόγηση του εαυτού από τον εαυτό και η αξιολόγησή του από τους άλλους συνδέονται<sup>121</sup>. Για τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής των ανδρών σε σχέση με εκείνα των ανδρών του γενικού πληθυσμού, μια εξήγηση που μπορούμε να δώσουμε είναι ότι οι άνδρες αισθάνονται περισσότερο το βλέμμα του εαυτού τους αυστηρό σε δύσκολες οικογενειακές συνθήκες, τόσο διότι θεωρούν περισσότερο υπεύθυνο τον εαυτό τους για τις ομαλές οικογενειακές συνθήκες όσο και διότι έχοντας αυστηρότερο υπερεγώ είναι πιο επιρρεπείς στο συναίσθημα της ντροπής του εαυτού τους.

## 7.6 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στο Οικογενειακό Περιβάλλον και στις Οικογενειακές Σχέσεις των συγγενών τους

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς τις οικογενειακές σχέσεις και το οικογενειακό περιβάλλον των συγγενών των ασθενών είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συζητηθούν και να συγκριθούν με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, μια και δεν υπάρχουν αντίστοιχες δημοσιεύσεις. Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές, η διακύμανση των φυσιολογικών τιμών και οι στατιστικές διαφορές για όλες τις υποκλίμακες. Ως προς τη **συνοχή (Cohesion)** των συγγενών της μελέτης διαπιστώθηκε ότι λαμβάνει τιμές πολύ κοντά στις τιμές που έχουν βρεθεί στο γενικό ελληνικό πληθυσμό, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1997)<sup>134</sup>, διαφέρουν, όμως, με τις τιμές της συνοχής στους συγγενείς ασθενών με οξεία λευχαιμία<sup>135</sup>, που λαμβάνουν υψηλές τιμές ( $7,50 \pm 1,28$ ) με ακραίες διακυμάνσεις. Για την **έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness)**, παρατηρήσαμε ότι, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα εκφραστικότητας, αποτελέσματα που δε συμφωνούν με αυτά των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία<sup>135</sup>, όπου σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα της εκφραστικότητας ( $4,91 \pm 1,42$ ), κατάσταση που εξέφραζε τη δυσλειτουργία της οικογένειας (πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή εκφραστικότητα). Για τη **σύγκρουση (Conflict)**, διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα τα οποία βρίσκονται σε αντίθεση με εκείνα των ασθενών με οξεία λευχαιμία<sup>135</sup>, όπου βρέθηκαν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης ( $3,94 \pm 1,96$ ).

**Πίνακας 26.** Συγκριτικός πίνακας οικογενειακών σχέσεων συγγενών ασθενών της ΜΕΘ και μέσων τιμών γενικού φυσιολογικού πληθυσμού.

	Mean ± SD μελέτης	Διακύμανση/ Mean ± SD (Μάτσα) <sup>134</sup>	Διακύμανση τιμών Moos <sup>133</sup>	Άνδρες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ	Γυναίκες Συγγενείς Ασθενών ΜΕΘ	ρ	Διαμονή με ασθενή	Όχι Διαμονή με ασθενή	ρ
<b>Συνοχή</b>	6,99±1,63	7-8	7-8	6,8±1,8	7,0±1,4	ns	6,97±1,4	7±1,7	0,108
<b>Έκφραση συναισθημάτων</b>	5,91±1,48	5-6	5-6	5,83±1,58	5,95±1,43	ns	5,92±1,42	5,90±1,52	0,892
<b>Σύγκρουση</b>	2,22±1,85	2,1±2,2	2,5-4	2,27±1,83	2,20±1,87	ns	2,00±1,92	2,35±1,81	0,182
<b>Ανεξαρτησία</b>	5,98±1,51	6,0±1,3	6,5-7	5,89±1,52	6,04±1,50	ns	5,81±1,64	6,08±1,42	0,227
<b>Προσανατολισμός για επιτεύγματα</b>	5,99±1,54	6,9±7,2	5-6	6,06±1,60	5,95±1,52	ns	5,76±1,63	6,12±1,49	0,107
<b>Πολιτισμός- διανόηση</b>	5,39±2,04	5,3±5,8	5-6	5,21±2,16	5,49±1,96	ns	4,97±2,09	5,61±1,98	<b>0,025</b>
<b>Ενεργός ψυχαγωγία</b>	4,60±2,17	4,6±5,8	5-6	4,51±2,17	4,65±2,18	ns	4,10±2,20	4,88±2,11	<b>0,011</b>
<b>Ηθική και θρησκευτική έμφαση</b>	4,83±2,17	4,4±5,3	4,5-5	4,90±2,22	4,80±2,15		5,42±1,95	4,51±2,23	<b>0,002</b>
<b>Οργάνωση οικογενειακού συστήματος</b>	5,92±1,73	6,1±7,2	5-6	5,94±1,89	5,92±1,64	ns	5,89±1,82	5,94±1,68	0,814
<b>Έλεγχος οικογενειακού συστήματος</b>	4,84±1,55	4,7±5	4-5	4,96±1,64	4,77±1,49	ns	4,71±1,62	4,91±1,51	0,366

ns ( not statistically significant)=χωρίς στατιστική σημαντικότητα, ms (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), \*= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005), \*\*= Πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1% (P<0,01), \*\*\*= Πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1%.



Για την **ανεξαρτησία (Independence)**, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα τα οποία βρίσκονται σε συμφωνία με τα επίπεδα των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία ( $4,77 \pm 1,53$ )<sup>135</sup>. Για τον **προσανατολισμό που υπάρχει στην οικογένεια για επιτεύγματα** διαπιστώθηκαν τιμές παρόμοιες με αυτές του γενικού ελληνικού πληθυσμού και βρίσκονται σε συμφωνία με εκείνες των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία  $6,37 \pm 1,40$ <sup>135</sup>. Για τον προσανατολισμό της οικογένειας των συγγενών του ασθενούς **για πολιτισμό και διάνοηση** (Intellectual - Cultural Orientation) η σύγκριση μεταξύ των συγγενών που διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και εκείνων που δε διαμένουν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,025$ ). Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται και είναι αντίστοιχα με αυτά των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία ( $4,97 \pm 2,09$ )<sup>135</sup>. Σχετικά με τον προσανατολισμό της οικογένειας των συγγενών με ασθενή νοσηλευόμενο στη ΜΕΘ **για ενεργό ψυχαγωγία** (Active-Recreational Orientation) η σύγκριση των τιμών μεταξύ των συγγενών που διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και εκείνων που δε διαμένουν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,011$ ). Τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης μας έρχονται σε αντίθεση με αυτά των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία, στους οποίους σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα  $3,36 \pm 1,76$ <sup>135</sup>. Για την **ηθική και θρησκευτική έμφαση** (Moral-Religious Emphasis) των συγγενών του ασθενούς η σύγκριση των τιμών μεταξύ των συγγενών που διέμεναν ή όχι στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,002$ ). Τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης μας είναι σε αντιστοιχία με αυτά των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία<sup>135</sup>, όπου σημειώθηκαν επίπεδα μέσης τιμής  $4,71 \pm 2,82$ . Αξιοσημείωτο είναι ότι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας σε σχέση με εκείνους που δε διέμεναν αλλά και με τους συγγενείς των ασθενών με οξεία λευχαιμία. Για την **οργάνωση (Organization)** του οικογενειακού συστήματος διαπιστώθηκαν παραπλήσια επίπεδα με αυτά του γενικού πληθυσμού, ευρήματα που έρχονται σε αντίθεση με αυτά των συγγενών με οξεία λευχαιμία, όπου παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα οργάνωσης

6,86±1,08<sup>135</sup>. Για τον **έλεγχο (Control)** του οικογενειακού συστήματος διαπιστώθηκαν παραπλήσια επίπεδα με αυτά του γενικού πληθυσμού, ευρήματα που δε συμφωνούν με τις διαπιστώσεις των συγγενών ασθενών με οξεία λευχαιμία, όπου σημειώθηκαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ελέγχου μέσης τιμής 6,14±1,07<sup>135</sup>.

### **7.7 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στα επίπεδα εχθρότητας των συγγενών τους**

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς τα επίπεδα εχθρότητας των συγγενών των ασθενών είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συζητηθούν και να συγκριθούν με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, μια και δεν υπάρχουν αντίστοιχες δημοσιεύσεις. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ θα διαπιστωθούν υψηλά επίπεδα τόσο ενδοστρεφούς όσο και εξωστρεφούς εχθρότητας. Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές και οι στατιστικές διαφορές για όλες τις υποκλίμακες. Ως προς την **επίκριση** (criticism of others), που αναφέρεται στην κριτική που ασκεί το άτομο σε άλλα άτομα, οι τιμές των συγγενών των ασθενών διαπιστώθηκαν υψηλότερες από τις μέσες φυσιολογικές τιμές, που κυμαίνονται στο 5,32±2,90 για τις γυναίκες και στο 5,76±2,86 για τους άνδρες<sup>148,149,150</sup>. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι οι συγγενείς θα έχουν υψηλότερα επίπεδα εχθρότητας και πιο συγκεκριμένα θα έχουν αυξημένη την επίκριση προς τους άλλους. Σε ό,τι αφορά στην **παρορμητική εχθρότητα** (acting-out hostility), από τα ευρήματα της μελέτης μας προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών συγγενών, εύρημα σύνηθες μεταξύ των δύο φύλων. Η μέση τιμή της **παρανοειδούς εχθρότητας** (paranoid hostility), που αναφέρεται στην καχυποψία και σε διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας, διαπιστώθηκε σε παραπλήσιες τιμές με τις μέσες φυσιολογικές, που κυμαίνονται για τις γυναίκες σε 2,71±1,88 και για τους άνδρες σε 1,96±1,64<sup>148,149,150</sup>. Η

υποκλίμακα της **αυτοεπίκρισης** (self-criticism) αναφέρεται στην αυτοκριτική του ατόμου. Από τα ευρήματα της μελέτης μας διαπιστώθηκαν υψηλότερες τιμές στους άνδρες συγγενείς αλλά και σε αυτούς τους συγγενείς που διέμεναν με τον ασθενή, σε σχέση με αυτές του γενικού πληθυσμού<sup>148,149,150</sup>. Ως προς την **ενοχή** (Guilt) δε διαπιστώθηκαν στατιστικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών συγγενών, ενώ βρέθηκαν αρκετά υψηλότερες από τις μέσες φυσιολογικές τιμές που κυμαίνονται στο  $1,93 \pm 1,36$  για τις γυναίκες και στο  $1,88 \pm 1,29$  για τους άνδρες<sup>148,149,150</sup>.

**Πίνακας 27.** Συγκριτικός πίνακας επιπέδων εχθρότητας συγγενών ασθενών της ΜΕΘ ως προς το φύλο και ως προς την διαμονή τους ή όχι με τον ασθενή.

	Άνδρες	Γυναίκες	p	Διαμονή με ασθενή	Όχι διαμονή ασθενή	p
<b>Επίκριση των άλλων (criticism of others)</b>	7,10±2,00	6,77±2,07	0,257	7,14±2,04	6,76±2,05	0,183
<b>Παρορμητική εχθρότητα (acting-out hostility)</b>	4,77±2,63	4,07±2,21	<b>0,047</b>	4,67±2,79	4,13±2,13	0,138
<b>Παρανοειδής εχθρότητα (paranoid hostility)</b>	2,57±2,04	2,35±2,15	0,449	2,77±2,17	2,24±2,06	0,074
<b>Αυτοεπίκριση (self-criticism)</b>	3,69±2,12	3,86±2,04	0,561	4,15±2,12	3,60±2,02	0,062
<b>Ενοχή (Guilt)</b>	2,42±1,58	2,31±1,62	0,624	2,65±1,77	2,19±1,49	0,053
<b>Εξωστρεφής εχθρότητα (extrapunitive)</b>	14,43±5,68	13,19±5,09	0,094	14,58±5,85	13,13±4,96	0,063
<b>Ενδοστρεφής εχθρότητα (Intrapunitive)</b>	6,11±3,33	6,17±3,33	0,901	6,80±3,60	5,79±3,12	<b>0,038</b>
<b>Ολική εχθρότητα (total hostility)</b>	20,54±8,16	19,36±7,43	0,271	21,38±8,47	18,92±7,13	<b>0,030</b>

Στην **ολική εχθρότητα** (total hostility) όταν η μέση τιμή της συγκρίνεται μεταξύ των συγγενών που διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και εκείνων των συγγενών που δε διαμένουν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η μέση φυσιολογική τιμή της ολικής εχθρότητας κυμαίνεται στο  $17,55 \pm 6,56$  για τις γυναίκες και στο  $16,20 \pm 8,64$  για τους άνδρες<sup>148,149,150</sup>, μέσες τιμές που είναι αρκετά χαμηλότερες από αυτές της μελέτης μας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας, όπως αυτά μετρούνται με το HDHQ<sup>146</sup> στα άτομα του δείγματος και ερμηνεύονται με το γεγονός ότι η εχθρότητα είναι ένα συστατικό της προσωπικότητας που μπορεί να αλλάξει κάτω από την επήρεια εξωτερικών γεγονότων. Θεωρείται, δηλαδή, ως ένα ελαστικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό)<sup>162</sup> που αντανάκλα συνήθως τις περιστασιακές δυσκολίες και απογοητεύσεις ενός ατόμου. Ο όρος

εχθρότητα αναφέρεται στην υπομένουσα τάση του ατόμου να λαμβάνει τις απόψεις και τις εκτιμήσεις των άλλων ως αρνητική πρόθεση ή να προβλέπει συνεχώς επιθετικότητα από τους άλλους<sup>163</sup>. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εχθρότητα περιγράφονται συχνά με χαρακτηριστικά κυνισμού, καχυποψίας και θυμού<sup>164,165</sup>. Τα άτομα αυτά βιώνουν θυμό σε μια μεγάλη γκάμα καταστάσεων, συχνά γίνονται επιθετικά και προκαλούν συναισθηματικά ή φυσικά πλήγματα στους άλλους. Παρότι δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία στην εξήγηση των όρων θυμός, εχθρότητα και επιθετικότητα, οι ψυχολόγοι διατηρούν την άποψη ότι οι όροι αυτοί διαφέρουν, με αναφορά στη σχετική έμφαση που δίνουν στη συναισθηματική, γνωσιακή και συμπεριφορική πλευρά της εμπειρίας<sup>163</sup>.

### **7.8 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης από τους συγγενείς τους**

Ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης από τους συγγενείς των ασθενών, τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι αναμένονται υψηλά επίπεδα αυτών των στρατηγικών αντιμετώπισης της κρίσης. Στον πίνακα 28 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές και οι στατιστικές διαφορές για όλες τις υποκλίμακες. Ο **Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη** (Acquiring Social Support) των συγγενών των ασθενών διαπιστώθηκε ότι στατιστικά παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών συγγενών και βρίσκεται σε πολύ υψηλότερη τιμή από το γενικό πληθυσμό, που είναι  $26,19 \pm 8,08$ <sup>152</sup>. Η συγκεκριμένη υποκλίμακα αναφέρεται στην προσπάθεια του μέλους μιας οικογένειας για κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της κρίσης που αντιμετωπίζει η οικογένεια. Η υποκλίμακα του **Επανασχεδιασμού (Reframing)** αναφέρεται στην προσπάθεια του μέλους μιας οικογένειας για επανασχεδιασμό κατά το μεταβατικό διάστημα της κρίσης που αντιμετωπίζει η οικογένεια.

<b>Πίνακας 28.</b> Συγκριτικός πίνακας στρατηγικών αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης από τους συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ως προς το φύλο και ως προς την διαμονή τους ή όχι με τον ασθενή.						
	Άνδρες	Γυναίκες	p	Διαμονή με ασθενή	Διαμονή χωρίς ασθενή	p
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	29,84±5,23	32,09±4,21	<b>0,001</b>	31,77±5,65	31,00±4,12	0,287
Επανασχεδιασμός	24,96±6,25	27,07±6,17	<b>0,015</b>	27,09±5,92	25,88±6,44	0,157
Αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης	12,41±2,82	12,80±2,65	0,305	12,57±2,95	12,70±2,59	0,740
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	13,69±3,14	14,58±3,16	<b>0,045</b>	14,25±3,35	14,26±3,09	0,993
Παθητική αντιμετώπιση	13,41±2,69	14,40±2,82	<b>0,011</b>	13,97±3,15	14,08±2,61	0,807

Η ικανότητα για επανασχεδιασμό στην ομάδα των ανδρών συγγενών ήταν στατιστικά σημαντικά πιο χαμηλή από αυτή των γυναικών, αλλά και στις δύο ομάδες ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα από εκείνα του μέσου φυσιολογικού πληθυσμού που είναι  $28,81 \pm 6,63$ <sup>152</sup>. Ως προς την **αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης** (Seeking Spiritual Support) δε διαπιστώθηκαν στατιστικές διαφορές τόσο μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων όσο και με το γενικό πληθυσμό<sup>152</sup>. Η **κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας** (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) αναφέρεται στην προσπάθεια του μέλους μιας οικογένειας για κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας κατά τη διάρκεια της κρίσης που αντιμετωπίζει η οικογένεια. Η ικανότητα για κινητοποίηση στην ομάδα των ανδρών συγγενών στατιστικά ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή των γυναικών, αλλά και στις δύο ομάδες ήταν σε υψηλότερα επίπεδα από εκείνα του μέσου φυσιολογικού πληθυσμού που είναι  $12,05 \pm 3,91$ <sup>152</sup>. Τέλος, ως προς την **παθητική αντιμετώπιση** (Passive Appraisal) των ανδρών συγγενών της μελέτης μας στατιστικά διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά σε σχέση με την ομάδα των γυναικών. Η παθητική αντιμετώπιση των συγγενών βρέθηκε σε υψηλότερα επίπεδα από αυτή του μέσου φυσιολογικού πληθυσμού που είναι  $11,66 \pm 4,71$ <sup>152</sup>.

Τα ευρήματα της μελέτης μας ενισχύονται και από εκείνα των διεθνών μελετών<sup>45,79,80,85,86</sup> σύμφωνα με τα οποία οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) που ενεργοποιεί το άτομο για να μειώσει το στρες και να χειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις μίας ψυχοπρεστικής κατάστασης είναι η αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας και η κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσει και να δεχθεί βοήθεια. Ακόμη, συμφωνούν με τις μελέτες των Moos & Shaffer (1986) και

Sarafino (1990) που αναδεικνύουν ως πιο συνήθεις στρατηγικές, στα άτομα που βιώνουν έντονο στρες, την αναζήτηση πληροφοριών και την αναζήτηση υποστήριξης<sup>81,82</sup>.

### 7.9 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στην πνευματικότητα των συγγενών

Ως προς την πνευματικότητα των συγγενών των ασθενών, τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, ότι αναμένονται υψηλά επίπεδα της πνευματικότητας των συγγενών. Στον πίνακα 29 εμφανίζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές και οι στατιστικές διαφορές για όλες τις υποκλίμακες.

**Πίνακας 29.** Συγκριτικός πίνακας της πνευματικότητας των συγγενών ασθενών της ΜΕΘ ως προς το φύλο και ως προς την διαμονή τους ή όχι με τον ασθενή.

	Άνδρες	Γυναίκες	p	Διαμονή με ασθενή	Διαμονή χωρίς ασθενή	p
<b>Αναζήτηση για υποστήριξη</b>	13,30±5,13	13,01±5,27	0,698	13,27±5,15	13,27±5,15	0,752
<b>Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό</b>	14,77±4,83	15,33±4,79	0,399	15,82±4,56	14,74±4,91	0,752
<b>Αντανάκλαση και θετική ερμηνεία της ασθένειας</b>	15,72±5,08	16,44±5,03	0,306	16,82±5,04	15,82±5,04	0,156
<b>Συνολική πνευματικότητα</b>	43,78±13,15	44,78±12,92	0,580	45,91±12,63	43,60±12,14	0,199

Ως προς την πνευματικότητα των συγγενών μελετήθηκαν οι παρακάτω υποκλίμακες: α) **αναζήτηση για υποστήριξη** (Search for Support/Access) που αφορά στην πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές. β) **εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό** (Trust in Higher Guidance/Source), που μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη. γ) **αντανάκλαση και θετική ερμηνεία της ασθένειας** (Reflection-Positive Interpretation of Disease), που αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος. δ) **συνολική πνευματικότητα** (Total

Score), που αφορά στο σύνολο των παραπάνω υποκλιμάκων. Αν και στατιστικά δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων, εν τούτοις παρατηρήθηκαν υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας σε όλες τις υποκλίμακες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Τα ευρήματα της μελέτης μας ενισχύονται και από εκείνα των διεθνών μελετών<sup>84,85,108</sup> σύμφωνα με τα οποία διαπιστώθηκε πως η πίστη στο θεό και η προσευχή είναι από τις πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους των συγγενών με ασθενή στη ΜΕΘ, ούτως ώστε να μη χάνουν τις ελπίδες τους<sup>84</sup>. Ακόμη, τα αποτελέσματά μας αναδεικνύουν πως, εξαιτίας του ότι η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους συγγενείς των ασθενών, η θρησκευτικότητα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης<sup>109,110</sup> και οι συγγενείς των ασθενών χρησιμοποιούν μία σειρά από θρησκευτικές τελετουργίες<sup>111</sup>.

#### **7.10 Επίδραση της νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία των συγγενών**

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ως προς το άγχος για την καρδιακή λειτουργία ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων φυσιολογικών τιμών και των μέσων τιμών των βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι συγγενείς των ασθενών παρουσίασαν υψηλά επίπεδα στις κλίμακες του φόβου και της ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear), της αποφυγής δραστηριοτήτων που θεωρούνται υπεύθυνα για καρδιολογικά συμπτώματα (Avoidance), της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και της αυτο-παρακολούθησης της καρδιακής δραστηριότητας (Heart Focused Attention) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του άγχους για την καρδιακή λειτουργία.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αποτελούν μια πρώτη προσέγγιση στην ανάπτυξη της έννοιας της «καρδιοφοβίας» στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς που

νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα ευρήματα οδηγούν σε μια οπτική που με την πρώτη ερμηνεία μπορεί να ξενίζει, μια και εστιάζει περισσότερο στον φόβο του συγγενή για τον εαυτό του και όχι στον φόβο του για τον απειλητικά άρρωστο συγγενή του, που θα ήταν και το αναμενόμενο. Αυτό όμως θα ήταν μια πρώτη ερμηνεία, διότι αφουγκραζόμενοι την κλινική μας εμπειρία αλλά και μελετώντας τη βιβλιογραφία μπορούμε να αντιληφθούμε ότι πρόκειται για έναν μηχανισμό άμυνας του Εγώ, στην προσπάθεια του συγγενή να κατευνάσει και να διαχειριστεί το άγχος του προς την πραγματική απειλή, που δεν είναι άλλη από την πιθανή απώλεια του ασθενούς συγγενή του, μια και σύμφωνα με τις Γκούβα & Κοτρώτσιου (2011)<sup>166</sup> οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ μεσολαβούν για να μειώσουν την απειλή προς το Εγώ, με συνέπεια τόσο να αλλοιώνουν τη δύναμη του μηνύματος όσο και να το αποφεύγουν. Πρόκειται δηλαδή για μια δυναμική αμυντική συμπεριφορά, που είναι γνωστή ως «αμυντική απόσταση»<sup>167</sup>. Όπως τόνισαν και οι McNaughton & Corr (2004)<sup>168</sup>, για ένα ιδιαίτερο άτομο σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, η αμυντική απόσταση εξισώνεται με την πραγματική απόσταση αλλά, σε μια πιο επικίνδυνη κατάσταση, η αντιληπτή αμυντική απόσταση μικραίνει. Άλλωστε, αποτελέσματα πολλών ερευνητικών μελετών οδηγούν στη διαπίστωση ότι, όταν εμείς απειλούμαστε, το μόνο συναίσθημα που εμφανίζεται αυτόματα είναι ο φόβος που οδηγεί σε μια μετατόπιση των γνωστικών μας διεργασιών<sup>169</sup>, καθώς και στο συμπέρασμα περί εμπλοκής του άγχους και του φόβου για καρδιακές παθήσεις, αναδεικνύοντάς τα ως αιτιατό παράγοντα στις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό<sup>170</sup> και στις αυξημένες τιμές της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών<sup>171</sup>.

Από τα ευρήματα της ανάλυσης της διακύμανσης μεταξύ των μελών της οικογένειας στην επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και στην αυτο-παρακολούθηση της καρδιακής δραστηριότητας παρατηρήθηκε ότι η νοσηλεία του συγγενούς προκάλεσε τα υψηλά επίπεδα αυτής της επικέντρωσης. Μοιάζει,



δηλαδή, οι συγγενείς των ασθενών να βρίσκονται σε μια κατάσταση κρίσης πανικού, μια και τα ανωτέρω συμπτώματα είναι τα κύρια συμπτώματα μιας κρίσης πανικού. Αποτέλεσμα που υποστηρίζεται και από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου CAQ Eifert (1992)<sup>138</sup>, ο οποίος υποστήριξε ότι η επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και η αυτο-παρακολούθηση της καρδιακής δραστηριότητας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που συνδέεται με συμπτώματα της διαταραχής πανικού. Στην πραγματικότητα, αυτή η ειδική υπερευαισθησία στα σωματικά συμπτώματα και στην ανησυχία είναι ένας αιτιώδης παράγοντας για πολλές άλλες κλινικές παθήσεις, εκτός από τη διαταραχή πανικού, όπως ο φόβος της ασθένειας, άλλοι ειδικοί φόβοι, σωματοποιήσεις και διαταραχές πόνου<sup>136,172,173</sup>. Από τη μελέτη παρατηρήθηκε ότι τα αδέρφια των ασθενών διέφεραν με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τα παιδιά των ασθενών, με τα τελευταία να παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και αυτο-παρακολούθησης της καρδιακής δραστηριότητας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αναδεικνύει τη σημαντικότητα των οικογενειακών ταυτίσεων. Οι οικογενειακές ταυτίσεις μπορεί να οδηγήσουν στην υποκειμενική συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου και έχουν τη δυνατότητα να διαδραματίσουν έναν πολύ καθοριστικό ρόλο στην ψυχοπαθολογία ενός ατόμου<sup>174</sup>. Μια εξήγηση που μπορεί να δοθεί για το αποτέλεσμα των υψηλότερων επιπέδων της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και αυτο-παρακολούθησης της καρδιακής δραστηριότητας των αδελφών των ασθενών είναι το γεγονός ότι ταυτίζονται περισσότερο από τους υπόλοιπους συγγενείς και φίλους. Δυστυχώς, αν και οι αδελφικές σχέσεις είναι από τις σημαντικότερες οικογενειακές σχέσεις, η έρευνα σχετικά με τις αδελφικές σχέσεις υστερεί σε σχέση με άλλες οικογενειακές σχέσεις<sup>175</sup>.

Επιπρόσθετα, από την παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της καρδιοφοβίας, καθώς επίσης και η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των συγγενών και της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία. Τα συγκεκριμένα ευρήματα εξηγούνται,

μια και όσον αφορά στην εμπειρία και στην ένταση του φόβου, οι έρευνες, έχουν καταγράψει μεγάλες ατομικές ποικιλομορφίες στις καταστάσεις που προκαλούν φόβο και προτείνουν ότι οι προϋπάρχουσες μεμονωμένες διαφορές στις στρατηγικές διαχείρισης και η προσωπικότητα μπορούν να προκαλέσουν μια ιδιαίτερη παραλλαγή στις εκβάσεις τέτοιων καταστάσεων<sup>176</sup>. Όσον αφορά στην ανάδειξη της σχέσης της ηλικίας με την καρδιοφοβία αυτή έρχεται σε συμφωνία με τη μελέτη των McAdam et al. (2010)<sup>127</sup>, στην οποία διαπιστώθηκε ότι μία από τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις στις απειλές είναι η ηλικία. Η σχέση δε του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου με τα υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία ενισχύεται και από άλλες μελέτες που έχουν αναδείξει τη σχέση του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου με το άγχος των συγγενών των ασθενών της ΜΕΘ και την ψυχοκαταπόνησή τους<sup>110,45</sup>.

Από όλα τα αποτελέσματα της μελέτης μας μπορούμε να παρατηρήσουμε μια ενδοβολή του άγχους εκφραζόμενη με ειδική συμπτωματολογία, αυτή της καρδιοφοβίας, της οποίας τα αίτια δεν είναι άλλα από την ψυχοκαταπόνηση και το άγχος, το οποίο ήδη διαπίστωσαν προηγούμενοι μελετητές<sup>127,47,44,50,106,35,36,37</sup>.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

**A.** Από τα ευρήματα της μελέτης μας διαπιστώθηκαν ότι τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας στους συγγενείς που κάποιο μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στο γενικό ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε, ότι:

- η μέση τιμή της σωματοποίησης στην ομάδα των συγγενών ήταν μεγαλύτερη από τη φυσιολογική τιμή, ενώ των γυναικών ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από ότι στην ομάδα των ανδρών. Μια πιθανή εξήγηση, λοιπόν, για τις γενικότερα αυξημένες τιμές της σωματοποίησης στο συνολικό δείγμα, είναι το γεγονός ότι η ταλαιπωρία και η σωματική και ψυχολογική καταπόνηση αυτών των ημερών στον προθάλαμο της ΜΕΘ τους οδηγεί να απαντούν με σωματοποίηση στις δύσκολες συνθήκες των ημερών τους.
- η μέση τιμή της ψυχαναγκαστικότητας στην ομάδα των ανδρών συγγενών διέφερε από αυτή των γυναικών κατά 1,5 μονάδα και η μέση τιμή της ψυχαναγκαστικότητας στην ομάδα των συγγενών που διέμεναν με τον ασθενή στο ίδιο σπίτι διέφερε από αυτή των συγγενών που δε διέμεναν κατά 2 μονάδες.
- οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ εμφανίζουν μέσες τιμές διαπροσωπικής ευαισθησίας χαμηλότερες από αυτές του φυσιολογικού πληθυσμού, όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977). Οι συγγενείς, δηλαδή των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ αφενός δεν έχουν την ικανότητα να ενδιαφέρονται και αφετέρου να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων, λόγω της υψηλής βιωμένης ψυχοκαταπόνησης.
- Η μέση τιμή της κατάθλιψης ήταν κατά περίπου 4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή, ενώ η μέση τιμή της κατάθλιψης στην ομάδα

των γυναικών συγγενών ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών συγγενών. Αποτελέσματα που αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ, όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977).

- Η μέση τιμή του άγχους ήταν κατά περίπου 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή, ενώ η μέση τιμή του άγχους στην ομάδα των γυναικών συγγενών ήταν μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών συγγενών. Αποτελέσματα τα οποία αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα άγχους στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, όπως αυτό μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977).
- τα άτομα, που κάποιος συγγενής τους νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα επιθετικότητας, όπως αυτή μετράται με το SCL-90. Όταν, όμως, μετράται, η εχθρότητά τους με το Η.Δ.Η.Ο, τότε διαπιστώνονται α) υψηλά επίπεδα της επίκρισης των άλλων (criticism of others) και υψηλότερα των συγγενών που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, β) υψηλά επίπεδα παρορμητικής εχθρότητας (acting-out hostility), γ) φυσιολογικά επίπεδα παρανοειδούς εχθρότητας (paranoid hostility) αλλά ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, δ) χαμηλά επίπεδα αυτοεπίκρισης (self-criticism) αλλά ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, ε) υψηλά επίπεδα ενοχής (Guilt) και ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, στ) υψηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρότητας (extrapunitive) και ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, ζ) υψηλά επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας (Intrapunitive) και ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και η) υψηλά επίπεδα ολικής εχθρότητας (total hostility) και ιδιαίτερα υψηλά στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή.

- οι συγγενείς των ασθενών δεν εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχωτισμού, ενώ εμφανίζουν υψηλά επίπεδα φοβικού άγχους και παρανοειδούς ιδεασμού, ιδιαίτερα οι πιο στενοί συγγενείς, αυτοί δηλαδή που διέμεναν με τον ασθενή πριν τη νοσηλεία του.

Συμπερασματικά, τα υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξηγούνται από την αγωνία και το άγχος των συγγενών αλλά και τις συνθήκες της καθημερινότητάς τους, μια και περνούν πάρα πολλές ώρες στον προθάλαμο της εντατικής, αναμένοντας περισσότερη ενημέρωση αλλά και έχοντας την πεποίθηση ότι μένοντας έμμεσα κοντά στο συγγενή τους θα μπορούν να βοηθήσουν περισσότερο, αν χρειαστεί. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό να αφουγκραστούμε τις πραγματικές ανάγκες των συγγενών και, μέσω αυτού, να προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε τους τρόπους με τους οποίους τόσο το προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας όσο και ειδικοί επιστήμονες, όπως ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, να καταφέρουν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες των συγγενών.

**B.** Επιπρόσθετα, από τα ευρήματα της μελέτης μας διαπιστώθηκαν ότι τα επίπεδα της ντροπής στους συγγενείς, που κάποιο μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό ελληνικό πληθυσμό.

Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε, ότι:

- οι πιο κοντινοί συγγενείς, που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και είχαν μεγαλύτερη συμβιωτικότητα, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής, από τους υπόλοιπους συγγενείς.
- οι πιο κοντινοί συγγενείς, που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, παρουσίαζαν κατά 3 μονάδες υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής, από τους υπόλοιπους συγγενείς.

Συμπερασματικά, μπορούμε να καταλήξουμε στη διαπίστωση ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και διέμεναν με τον

ασθενή πριν τη νοσηλεία του έχουν περισσότερες ανάγκες αλλά και υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, χρεώνοντας στον εαυτό τους μεγαλύτερη ευθύνη για την κατάσταση του συγγενούς τους.

**Γ.** Από τα ευρήματα της μελέτης μας παρατηρούμε ότι τα επίπεδα στις οικογενειακές σχέσεις των συγγενών, που κάποιο μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, δεν είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό ελληνικό πληθυσμό, παρά μόνο σε μερικές υποκλίμακες και σε κάποιες άλλες είναι πιο χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν, ότι:

- Η συνοχή (Cohesion) του οικογενειακού περιβάλλοντος βρέθηκε να λαμβάνει τιμές πολύ κοντά στις τιμές που έχουν προταθεί για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό.
- Η έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness) ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας των ασθενών ήταν σε χαμηλά επίπεδα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.
- Τα επίπεδα ανεξαρτησίας (Independence), η σύγκρουση (Conflict) και ο προσανατολισμός της οικογένειας για επιτεύγματα ήταν σε χαμηλά επίπεδα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας των ασθενών και ιδιαίτερα σε εκείνους τους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή.
- ο προσανατολισμός της οικογένειας για πολιτισμό και διάνοηση και ενεργό ψυχαγωγία (Active-Recreational Orientation και Intellectual - Cultural Orientation) ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα, εκτός από τους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή.
- η ηθική και θρησκευτική έμφαση των συγγενών του ασθενούς (Moral-Religious Emphasis) ήταν σε υψηλά επίπεδα, ιδιαίτερα στους συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή.

- η οργάνωση (Organization) και ο έλεγχος (Control) του οικογενειακού συστήματος των συγγενών του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ ήταν σε κανονικά επίπεδα.

**Δ.** Από τα ευρήματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται σε κρίση και είναι σε μια διαρκή προσπάθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα χαρακτηριστικά της βιωμένης κρίσης τους. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε, ότι:

- ο προσανατολισμός των συγγενών προς κοινωνική υποστήριξη (Acquiring Social Support) και επανασχεδιασμό (Reframing) λαμβάνει ιδιαίτερα υψηλές τιμές σε σχέση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό και ακόμη πιο υψηλές τιμές στους συγγενείς των ασθενών που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή πριν τη νοσηλεία.
- η αναζήτηση για πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support) και η παθητική αντιμετώπιση (Passive Appraisal) των συγγενών ήταν σε ιδιαίτερα υψηλές τιμές σε σχέση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό και ακόμη πιο υψηλές στους συγγενείς των ασθενών που δε διέμεναν στο ίδιο σπίτι πριν τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.
- η κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) βρέθηκε σε ιδιαίτερα υψηλότερες τιμές σε σχέση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό.

**Ε.** Όσον αφορά στην αναζήτηση βοήθειας στην πνευματικότητα διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αναζητούν βοήθεια στην πνευματικότητα, προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να βοηθήσουν τόσο τον συγγενή τους όσο και τον ίδιο τους τον εαυτό. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε, ότι:

- η αναζήτηση για υποστήριξη (Search for Support/Access), η εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) και η αντανάκλαση και θετική ερμηνεία της ασθένειας (Reflection-Positive Interpretation of Disease) των συγγενών του ασθενούς παρουσίασαν ιδιαίτερα υψηλές τιμές σε σχέση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό και ακόμη υψηλότερες τιμές στους συγγενείς των ασθενών που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή. Εμφανίζουν, δηλαδή, μεγάλη πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές, ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν εγγενή θρησκευτικότητα και πεποίθηση ότι θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη, για να προστατεύονται αυτές τις δύσκολες ώρες και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη. Ταυτόχρονα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα γνωστικής επανεκτίμησης, με αφορμή το γεγονός της βιωμένης κρίσης και σκέφτονται για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή στο μέλλον, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοσηματοδότηση του γεγονότος της νοσηλείας του συγγενούς τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

**ΣΤ.** Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται με απειλητικό νόσημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εμφανίζουν καρδιοφοβία και άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία. Πιο συγκεκριμένα:

- παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ υψηλότερο σκορ στους συγγενείς των ασθενών στις κλίμακες του φόβου και της ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear), της αποφυγής δραστηριοτήτων που θεωρούνται υπεύθυνα για καρδιολογικά συμπτώματα (Avoidance), της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και της αυτο-παρακολούθησης της καρδιακής δραστηριότητας (Heart Focused Attention) καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Οι συγγενείς, δηλαδή, των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα εντατικής



Θεραπείας εμφανίζουν καρδιοφοβία και άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στον προθάλαμο της ΜΕΘ και της νοσηλείας του συγγενούς τους.

- τα αδέλφια των ασθενών στατιστικά διέφεραν σημαντικά σε σύγκριση με τα παιδιά των ασθενών, με τα τελευταία να παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και αυτο-παρακολούθησης της καρδιακής δραστηριότητας. Τα αδέλφια δηλαδή των ασθενών εμφανίζουν υψηλότερο άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τα παιδιά των ασθενών χαμηλότερο άγχος για την καρδιακή λειτουργία.
- Οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα μιας κρίσης πανικού με επικέντρωση στα συμπτώματα της καρδιακής λειτουργίας.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης διδακτορικής διατριβής, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τις ανάγκες που δημιουργούνται στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαφοροποιήσεις των τρόπων παραμονής των συγγενών στην αίθουσα αναμονής, αλλά και ενημέρωσής τους ως προς την πορεία των ασθενών τους. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης μας, πιστεύουμε ότι φωτίστηκαν σημαντικές πτυχές που αφορούν τόσο τους ερευνητές όσο και τους επαγγελματίες που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Θεωρούμε ότι ο προβληματισμός γύρω από τον ρόλο της φροντίδας όχι μόνο των ασθενών αλλά και των συγγενών, που μέλος της οικογένειάς τους νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι ένας από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς,

του οποίου η μελέτη θα συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάδειξη των σύγχρονων νοσοκομειακών προβληματικών και νέων παραδειγμάτων Φροντίδας Οικογενειών, μια και δεν υπάρχει ασθενής που νοσεί και χρειάζεται φροντίδα, αλλά οικογένεια που νοσεί και χρειάζεται φροντίδα.

Πιστεύουμε ακράδαντα ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις στους συγγενείς από τη νοσηλεία των ασθενών τους στη Μονάδα εντατικής Θεραπείας θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση τόσο επαρκούς ιατρικής και νοσηλευτικής βούλησης όσο και ανατροπών συντηρητικών οπτικών φροντίδας και θεραπείας. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα εντατικής Θεραπείας και των συγγενών τους με την εξέλιξη της ολιστικής φροντίδας θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως τους συγγενείς των ασθενών, οι οποίοι πραγματικά βάλλονται αυτή τη μεταβατική περίοδο της οικογενειακής κρίσης, όπως διαπιστώθηκε με σαφήνεια από τη μελέτη μας.

Η εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) εξ ορισμού δηλώνει μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση και μπορεί να προκαλέσει έντονο στρες στην οικογένεια του ασθενούς, με επακόλουθα τη δημιουργία άγχους, κατάθλιψης και συναισθηματικής αναστάτωσης.

**Σκοπός** της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων της οικογένειας του ασθενούς που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ, η εκτίμηση της κρίσης στην οικογένεια, οι ανάγκες φροντίδας των συγγενών, η θρησκευτικότητα, το άγχος, η εχθρότητα και η επίδραση της στρεσογόνου κατάστασης στα μέλη των οικογενειών.

**Μεθοδολογία.** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, από τον 3/ 2012 έως τον 3/2015. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν τα μέλη των οικογενειών, οι συγγενείς πρώτου βαθμού και άτομα του στενού συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος των ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Η μελέτη έγινε με γραπτά ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους συγγενείς -φίλους που επισκέπτονταν τους ασθενείς κατά την πρώτη εβδομάδα της νοσηλείας τους.

Τα ερωτηματολόγια εκτός από τα συνήθη κοινωνικά/δημογραφικά στοιχεία περιελάμβαναν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία: α) Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή (LOT-R), β) Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R, γ) Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10), δ) Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος, ε) Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία, στ) Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής, ζ) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής, η) Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, θ) Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια.

Για την ανάλυση και περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά

στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test. Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ . Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) πραγματοποιήθηκε για να δοκιμαστούν οι διαφορές μεταξύ των υποομάδων των διαφόρων τύπων των σχέσεων του συγγενούς με τον ασθενή αλλά και των διαφόρων κατηγοριών του τόπου διαμονής, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της αναπαράστασης του συγγενούς για την έκβαση της κατάστασης του ασθενούς. Σε επόμενο στάδιο πραγματοποιήθηκε και ανάλυση πολλαπλής συνδιακύμανσης (MANCOVA) σε σχέση με τα κριτήρια Pillai, Για τη σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ttesti χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό STATA (10 command) (STATA Corp., College Station, TX, USA).

**Αποτελέσματα.** Μελετήθηκαν 223 μέλη οικογενειών μέσης ηλικίας  $41,5 \pm 11,9$  που αντιστοιχούν σε 147 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε κρίσιμη κατάσταση στη ΜΕΘ. Από τους 223 συγγενείς οι 81 (36,3%) ήταν άνδρες και οι 142 (63,7%) γυναίκες. Οι συγγενείς ήταν κυρίως παιδιά (40,8%), αδέρφια (19,3 %) και σύντροφοι (16,1%) των ασθενών.

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών συγκρινόμενοι με τον γενικό πληθυσμό παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα ως προς τη σωματοποίηση ( $11,40 \pm 8,37$ ), το άγχος ( $9,33 \pm 7,55$ ) και την κατάθλιψη ( $13,85 \pm 8,92$ ). Η σύγκριση μεταξύ των συγγενών που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και εκείνων που δε διέμεναν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανότητα της οικογένειας για προσανατολισμό και διάνοηση ( $P=0,025$ ) και για ενεργό ψυχαγωγία ( $P=0,011$ ). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι συγγενείς που διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας σε σχέση με εκείνους που δε διέμεναν ( $P=0,002$ ). Τα αποτελέσματά μας ως προς το άγχος για την καρδιακή λειτουργία έδειξαν ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό τόσο στη συνολική τιμή

του CAQ ( $P=0,000$ ) όσο και στις υποκλίμακες του, δηλαδή στον φόβο και την ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear) ( $P=0,000$ ), στην αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) ( $P=0,003$ ) καθώς και στην επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) ( $P =0,000$ ).

Ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης από τους συγγενείς των ασθενών, από τα αποτελέσματα της μελέτης μας προκύπτει πως η αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας ( $31,27\pm 4,72$ ), η κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσει και να δεχθεί βοήθεια ( $14,26\pm 3,17$ ) και η παθητική αντιμετώπιση ( $14,04\pm 2,81$ ) είναι εκείνες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά.

**Συμπεράσματα.** Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης είναι ότι τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον, οι συγγενείς των ασθενών βρίσκονται σε κρίση και σε διαρκή προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τα χαρακτηριστικά της, ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν συμπτώματα κρίσης πανικού με επικέντρωση στα συμπτώματα της καρδιακής λειτουργίας. Οι συγγενείς δε των ασθενών που διέμεναν με τον ασθενή πριν τη νοσηλεία του έχουν περισσότερες ανάγκες αλλά και υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, χρεώνοντας στον εαυτό τους μεγαλύτερη ευθύνη για την κατάσταση του συγγενούς τους.

Έτσι, βασιζόμενοι στα παραπάνω ευρήματα, είναι πολύ σημαντικό να αφουγκραστούμε τις πραγματικές ανάγκες των συγγενών και να προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε τους τρόπους με τους οποίους τόσο το προσωπικό της ΜΕΘ όσο και ειδικοί επιστήμονες, όπως ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες των συγγενών, αφού, όπως με σαφήνεια διαπιστώθηκε από τη μελέτη μας, αυτή την περίοδο βάλλονται από τις επιπτώσεις της οικογενειακής κρίσης.

A patient's admission in the Intensive Care Unit (ICU) constitutes by definition a life-threatening situation and can lead to intense stress symptoms in the patient's family members, resulting in anxiety, depression and emotional distress.

**Aim:** Our study focuses on investigating the psychological parameters of the ICU patient's family, family crisis, the need for the relatives' care, religiosity, anxiety, hostility and the influence of this stressful situation on family members.

**Methodology:** The research was conducted in the ICU of the University Hospital of Ioannina from March 2012 to March 2015. Family members, first degree relatives, close relatives and intimate friends of the patients hospitalized in the ICU constituted our research material. Written questionnaires were given to the relatives-friends who visited patients during the first week of their treatment. Except for the usual sociodemographic data, the following research tools were included in the questionnaires: a) Life Orientation Test (LOT-R), b) Symptom Checklist(SCL-90), c) Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK), d) Family Environment Scale(FES-FORM R), e)Cardiac Anxiety Questionnaire(CAQ), f) Other As Shame Scale(OAS), g) Experience of shame Scale(ESS), h) Hostility and direction for hostility Questionnaire(HDHQ), i) Family Crisis Oriented Personal Evaluation scale(F-COPES).

For the analysis and description of the sociodemographic and psychometrical characteristics of our sample, we used descriptive data of the allocations (average, median, standard deviation (SD)) as far as their answers in all scales and subscales are concerned. The t test trial was used for the comparison of the two allocations. The  $\chi^2$  trial was used in the cases of categorical data comparison. The Analysis of Variance (ANOVA) was conducted so as to test the differences among the subgroups of the various relative-patient relationship types as well as

the various categories of place of residence, educational level, relative's representation for the patient's health outcomes.

In another stage, a Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was conducted in relation to the Pillai criteria. The STATA data analysis and statistical software (10 command, STATA Corp., College Station, TX, USA) was used to make the comparison with the general ttesti population.

**Results:** 223 middle-aged ( $41,5 \pm 11,9$ ) family members were studied, a number corresponding to 147 patients who were hospitalized in critical condition the ICU. Out of these 223 relatives, 81 (36,3%) were men and 142 (63,7%) were women. The relatives were mostly children (40,8%), siblings (19,3%) and patients' companions (16,1%).

The data statistical analysis showed that the patients' relatives, compared to the general population, presented high levels of abnormal psychology, specifically concerning somatization ( $11,40 \pm 8,37$ ), anxiety ( $9,33 \pm 7,55$ ) and depression ( $13,85 \pm 8,92$ ). The comparison between the relatives who lived with the patient and those who didn't revealed a statistically significant difference regarding the family's ability towards orientation and intelligence ( $P=0,025$ ) and actual entertainment ( $P=0,011$ ). What is also remarkable is the fact that the relatives who lived with the patient showed more signs of religiosity compared to those who didn't share the same house ( $P=0,002$ ).

As far as heart function anxiety is concerned, the results of our study showed that the relatives of ICT treated patients display higher levels than the general greek population both in the overall CAQ value ( $P=0,000$ ) and in its subscales, i.e. in the fear and worry for thoracic and heart disturbances ( $P=0,000$ ), in the avoidance of activities ( $P=0,003$ ) as well as in the Heart Focused Attention ( $P=0,000$ ).

Regarding the strategies used to deal with family crisis on the part of patients' relatives, it becomes evident that the quest for social help ( $31,27 \pm 4,72$ ), the

mobilization of the family to get and receive help ( $14,26\pm 3,17$ ) and the passive attitude ( $14,04\pm 2,81$ ) are those most commonly used.

**Conclusions:** One of the most important findings of our study is that the psychopathology levels evident in the relatives of Intensive Care Unit treated patients are significantly high in relation to the general greek population levels. Moreover, the patients' relatives are in a crisis state and in a constant effort to face it, while at the same time they exhibit panic attack symptoms focusing on heart function symptoms. The relatives of patients who lived with the patients before their hospitalization have more needs and exhibit higher levels of external and internal embarrassment, holding themselves greatly responsible for their relative's health condition.

Therefore, based on the aforementioned findings, it becomes clear that we have to pay attention to the actual needs of the relatives and try to define the ways through which the Intensive Care Unit staff as well as specialists, such as psychologists and social workers, could correspond to these needs since, according to our study, these people face the consequences of a deep family crisis.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---

1. Μπαλτόπουλος Γ. Διάλεξη: «οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία ΜΕΘ».ICU Topics. Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι. Αθήνα, 2008 ([www.icutopics.gr/docs/ICULECTURES2008-2009](http://www.icutopics.gr/docs/ICULECTURES2008-2009)).
2. Avidan M, Barnett K, Hill L, et al. Εντατική Θεραπεία. Έγχρωμο εικονογραφημένο εγχειρίδιο. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γεωργόπουλος Δ, Νάκος Γ, Πνευματικός Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος, 2011;2-9.
3. Gleeson K, Wise S. The do-not-resuscitate order: still too little too late. Arch intern med 1990;150:1057-1060.
4. Center for the evaluative clinical sciences staff. The Dartmouth atlas of health care 1999. Chicago: American hospital publishing, 1999.
5. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end of life care for critically ill patients. Am j respire crit care med 1998;158:1163-7.
6. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, et al. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of with-holding or withdrawal of life support. Crit care med 1997;25:1324-31.
7. Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας. <http://www.icu.gr>
8. Νάκος Γ. Εντατική θεραπεία-Αρχές και εξελίξεις. Πρώτη έκδοση. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2008;1-11.
9. Ασκητοπούλου Ε. Επείγουσα και εντατική Ιατρική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2004;23-33.
10. Ρούσσοι Χ. Εντατική θεραπεία. Δεύτερη έκδοση. Τόμος Α' Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2000;1-12.

11. Angus DC, Shorr AF, White A, et al. Critical care delivery in the United States: Distribution of services and compliance with Leapfrog recommendations. *Crit Care Med* 2006;34:1016-1024.
12. Malinowski B. The family among the Australian aborigines. London: University of London press, 1913.
13. Georgas J. Family: Variations and Changes Across Cultures. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2003;6-10.
14. Searight Hr, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family and physicians. *Am Fam Physician* 2005;71:515-522.
15. <https://el.wikipedia.org/wiki/οικογένεια>.
16. Ρήγα Α. και συν. Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα. Αθήνα: Εκδόσεις ελληνικά γράμματα, 2008;67-72.
17. Τσαούσης ΔΓ. Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, 1983.
18. Γεώργας Δ, Γκάρη Α, Κογκίδου Δ. και συν. Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, 2004;50-225.
19. Παπαδιώτη-Αθανασίου Β. Οικογένεια και όρια. Συστημική προσέγγιση. Ε΄ έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2000;145-151.
20. Κατάκη Χ. Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας. Αθήνα: Εκδόσεις κέδρος, 1984;29-80.
21. Κογκίδου Δ. Μονογονεϊκές Οικογένειες (Πραγματικότητα-Προοπτικές-Κοινωνική Πολιτική). Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη, 1995;15-17.
22. Γαλάνης Γ. Οικογένεια με ένα γονέα. Μια πραγματικότητα στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 1995;23-24.

23. Κοτζαμάνης Β. Η σύσταση και η διάλυση των έγγαμων συμβιώσεων στην Ελλάδα, μια πρώτη προσέγγιση. Στο ειδικό τεύχος ,αφιέρωμα στις ελληνικές δημογραφικές εξελίξεις. Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών 1997;94:61-152.
24. Μαράτου-Αλιπράντη Λ. Νέες Μορφές οικογένειας. Τάσεις και εξελίξεις στη σύγχρονη Ελλάδα. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 2010;47:54-64.
25. Goldengerd I, Goldengerd H. Οικογενειακή θεραπεία-μια επισκόπηση. Επιμέλεια : Ευαγγελία Κοτρώτσιου. Αθήνα : Εκδόσεις Έλλην, 2000;3-23.
26. Gilliland B, James R. Crisis Intervention Strategies. Brooks/Cole Publishing Company, 1988.
27. Caplan G. An approach to Community Mental Health. New York: Grune & Stratton, 1961.
28. Aguilera DC, Messick JM. Crisis intervention: Theory and methodology. St. Louis: C.V. Mosby, 1982.
29. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books Inc, 1964.
30. Terkelson KG. Toward a theory of the family life cycle. In E.A. Carter & M.McGoldrick (Eds).The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.
31. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις ελληνικά γράμματα, 1999;91-106.
32. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, et al. Psychometric properties of the Persian version of the Critical Care Family Needs Inventory. J Nurs Res 2014;22:259-67.
33. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, et al. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. Soc Work Heal Care 2002;35:21-40.

34. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007;36:367-76.
35. Azoulay E, Pochard F, Chevret S. Family participation in care of the critically ill: opinions of families and staff. *Inten Care Med* 2003;29:1498-1504.
36. Stayt CL. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs* 2007;57:623-630.
37. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008;36:30-35.
38. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003;12:490-500.
39. Breau C, Dracup K. Helping the spouse of critically ill patients. *Am J Nurs* 1978;78:50-53.
40. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimens Crit Care Nurs* 2000;19:40-9.
41. Takman C, Severinsson E. Comparing Norwegian nurses' and physicians' perceptions of the needs of significant others in intensive care units. *J Clin Nurs* 2005;14:621-31.
42. Kotkamp-Mothes N, Slawinsky D, Hindermann S, Strauss B. Coping and psychological well-being in families of elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:213-29.
43. Halm MA, Titler MG, Kleiber C, et al. Behavioral responses of family members during critical illness. *Clin Nurs Res* 1993;2:414-37.
44. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20:90-6.

45. Chui WY, Chan SW. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nurs* 2007;16:372-81.
46. Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care* 2010;21:80-91.
47. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *J Crit Care Med* 2001;29:1893-7.
48. McAdam JL, Dracup KA, White DB, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *J Crit Care Med* 2010;38:1078-85.
49. Turner-Cobb JM, Smith PC, Ramchandani P, et al. The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychol Health Med* 2015;9:1-7.
50. Rusinokova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives. *J BMC Psych* 2014;14:21.
51. Choi J, Hoffman LA, Schulz R, et al. Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis. *Am J Crit Care* 2013;22:41-5.
52. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, et al. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *Am J Crit Care* 2012;21:386-93.
53. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.

54. Fumis RR, Ranzani OT, Faria P, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care* 2014;30:440-6.
55. Kulkarni HS, Kulkarni KR, Mallampalli A, et al. Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian J Crit Care Med* 2011;15:147-156.
56. Jezierska N. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaest Intens Ther* 2014;46:42-5.
57. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care* 2013;24:17.
58. Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Inten Care* 2014;4:37.
59. Hosseinrezaei H, Pilevarzadeh M, Amiri M, et al. Psychological symptoms in family members of brain death patients in intensive care. *Glob J Health Sci* 2014;6:203-8.
60. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zurren F, et al. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14:501-509.
61. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *J Nurs Schola* 2009;41:28-34.
62. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs* 2013;69:1172-82.
63. Browning G, Warren NA. Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Crit Care Nurs Q* 2006;29:86-95.
64. Engström A, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Inten Crit Care Nurs* 2004;20:299-308.

65. Gooding T, Pierce B, Flaherty K. Partnering with family members to improve the intensive care unit experience. *Crit Care Nurs Q* 2012;35:216-22.
66. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enf Inten* 2012;23:51-67.
67. Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care* 2006;12:614-8.
68. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs* 2013;22:1805-17.
69. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C et al. Expectations of relatives of critically ill patients regarding medical information. Qualitative research study. *Rev Calid Asist* 2014;29:325-33.
70. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ et al. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families. *Med Inten* 2015;39:4-12.
71. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME et al. Needs of the families in a Critical Care Unit. *Enf Inten* 2009;20:50-7.
72. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. What is important for the family of patients in the intensive care unit? *Enf Inten* 2007;18:106-14.
73. Danuseviciene L, Jurkuvienė R. Transformation of attitude toward a patient in an intensive care unit. *Medicina (Kaunas)* 2010;46:8-15.
74. Neves FB, Dantas MP, Bitencourt AG, et al. Analysis of family satisfaction in intensive care unit. *Rev Bras Ter Inten* 2009;21:32-37.
75. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002;30:1413-8.

76. Noor Siah AA, Ho SE, Jafaar MZ, et al. Information needs of family members of critically ill patients in intensive care unit of a tertiary hospital. *Clin Ter* 2012;163:63-7.
77. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs* 2012;21:1651-8.
78. Engström A, Söderberg S . Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *J Adv Nurs*. 2007;59:569-76.
79. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
80. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psych Med* 1993;55:234–247.
81. Moos RH, Shaffer JA. Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.H Moos (Ed). *Coping with life crises: An Integrated Approach*. New York: Pergamon, 1984.
82. Sarafino EP. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1990.
83. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott, MJ, et al. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart Lung* 1996;25:467-74.
84. Al-Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurs Crit Care* 2014;19:135-44.
85. Casarini KA, Gorayeb R, Basile Filho A. Coping by relatives of critical care patients. *Heart Lung* 2009;38:217-27.
86. Hunsucker S, Flannery J, Frank D. Coping strategies of rural families of critically ill patients. *J Am Acad Nurse Pract* 2000;12:123-7.



87. Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Inten Crit Care Nurs* 1998;14:161-169.
88. Davidson J, Powers K, Hedayat K. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 2007;35:605-622.
89. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Eng J Med* 2007;356:469-478.
90. Parry G. Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπιση τους. Επιμέλεια Ν. Δεγλέρης. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1993.
91. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, et al. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Inte Care Med* 2001;27:160-165.
92. Fumis RRL, Nishimoto IN, Deheinzelin D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *J Cri Care* 2008;23:281–286.
93. Mendyka BE. The dying patient in the intensive care unit: assisting the family in crisis. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 1993;4:550-7.
94. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2006;43:39-50.
95. Brauchle M, Brauchle G. Crisis intervention in intensive care units. *Med Klin Intens Notf* 2014;109:604-8.
96. Li YH, Xu ZP. Psychological crisis intervention for the family members of patients in a vegetative state. *Clinics (Sao Paulo)* 2012;67:341-5.
97. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin* 2004;20:487-504.

98. Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Need for the role of the patient's family members at the intensive care unit. *Enf Inten* 2015;26:101-11.
99. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J et al. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 2005;14:202-10.
100. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, et al. Supporting families in the ICU:a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Inten Crit Care Nurs* 2010;26:114-22.
101. Santana L, Yañez B, Martín J, et al. Nurse activities for communicating with the families of patients admitted to an intensive care unit. *Enfe Clin* 2009;19:335-9.
102. Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, et al. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34:1679-85.
103. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010;19:421-30.
104. Sundararajan K, Sullivan TR, Chapman M. Determinants of family satisfaction in the intensive care unit. *Anaesth Inten Care* 2012;40:159-65.
105. Shelton W, Moore CD, Socaris S, et al. The effect of a family support intervention on family satisfaction, length-of-stay, and cost of care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010;38:1315-20.
106. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psycho Res* 2006;61:719-722.

107. Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. *Inte Crit Care Nurs* 2009;25:10-20.
108. Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. *Inten Crit Care Nurs* 2009;25:10-20.
109. Plakas S, Boudioni M, Fouka G, Taket A. The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. *Contemp Nurse* 2011;39:95-105.
110. Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2012;21:1831-9.
111. Fouka G, Plakas S, Taket A, et al. Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: their uptake and meanings. *J Nurs Manag* 2012;20:1058-68.
112. Gerasimou-Angelidi S, Myrianthefs P, Chovas A, et al. Nursing Activities Score as a predictor of family satisfaction in an adult intensive care unit in Greece. *J Nurs Manag* 2014;22:151-8.
113. Plakas S, Taket A, Cant B, et al. The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. *Nurs Crit Care* 2014;19:243-54.
114. Gilbert P. Some Core Issues and Controversies. In: Gilbert P, Andrews B, eds. *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press, 1998:3-38.
115. Pinel E. Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *J Person Soc Psych* 1999;76:114-128.
116. Kurzban R, Leary M. Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psycho Bull* 2001;127:187-208.

117. Cohen D. The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Res* 2003;70:1075-1108.
118. Gilbert P. Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Res* 2003;70:1205-1230.
119. Heller A. Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Res* 2003;70:1016-1030.
120. Shweder RA. Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Res* 2003;70:1109-1130.
121. Goss K, Gilbert P, Allan S. An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff* 1994;17:713-717.
122. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and Guilt*. New York :The Guilford Press, 2002.
123. Thomas HE. Experiencing a shame response as a precursor to violence. *Bull Am Acad Psych Law* 1995;23:587-593.
124. Retzinger SM. Shame in the Therapeutic Relationship. In: Gilbert P, Andrews B, eds. *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press, 1998:206-222.
125. Gilbert P, Miles JNV. Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Pers Individ Differ* 2000;29:757-774.
126. Rosenberger JW. Envy, Shame, and Sadism. *J Am Acad Psychoa Dyn Psyc* 2005;33:465-489.
127. McAdam JL, Dracup KA, White DB, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *J Crit Care Med* 2010;38:1078-85.
128. Lyrakos GN, Damigos D, Mavreas V, Kostopanagiotou G, Dimoliatis I. A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res* 2010;95:129-142.

129. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991;2:42-48.
130. Gouna M, Zagorgianakou R, Dragioti E, Paschou A, Kotrotsiou E. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK. Intersc health care 2015. (Accepted).
131. Moos R, Moos B. Family environment Scale Manual. Second Editions. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists press, 1994.
132. Moos R. Family Social Scales. A User's Guide. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1987.
133. Moos R. Conceptual and Empirical Approaches to developing Family - based Assessment Procedures: Resolving the case of the family environment scale. Fam Proc 1990;29:199-208.
134. Μάτσα Κ. Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής, 1997.
135. Γκούβα Μ. Συγκριτική Μελέτη Ψυχολογικών Χαρακτηριστικών Ασθενών με Οξεία Λευχαιμία και των Οικογενειών τους. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής, 2003.
136. Zvolensky MJ, Feldner MT, Eifert GH, Vujanovic AA, Solomon SE. Cardiophobia:a critical analysis. Transcult Psych 2008;45:230-52.
137. Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, et al. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. J Behav Res Ther 2000;38:1039-53.
138. Eifert GH. Cardiophobia: A paradigmatic behavioral model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain. Behav Res Ther 1992;30:329-45.
139. Hoyer J, Eifert GH, Einsle F, et al. Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. J Psych Res 2008;64:291-7.

140. Dragioti E, Vitoratou S, Kaltsouda A, Tsartalis D, Gouva M. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ). *J Psychol Rep* 2011; 109:77-92.
141. Dragioti E, Damigos D, Mavreas V, Gouva M. The relationship between cardiac anxiety and hostility in panic attack patients. *Intersc Health Care*.2010;2:132-40.
142. Gouva M, Paschou A, Kaltsouda A , et al. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Intersc health care* 2015. (Accepted).
143. Paschou A, Damigos D, Mavreas V, Gouva M. An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain. *Intersc health care* 2010;2:86-92.
144. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *Brit J Clin Psych* 2002;41:29-42.
145. Gouva M, Kaltsouda A, Paschou et al. Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Intersc health care* 2015. (Accepted).
146. Caine TM, Foulds GA, Hope K. *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press, 1967.
147. Economou M, Angelopoulos NV. Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol* 1989;9:331-337.
148. Drosos A, Angelopoulos NV, Liakos A, Moutsopoulos H. Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J Autoim* 1989;2:489-493.
149. Lyketsos G, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med* 1978;8:145-149.

150. Αγγελόπουλος Ν. Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος* 1984;21:118-123.
151. McCubbin H, Thompson A, McCubbin M. Family assessment: Resiliency, coping and adaptation—Inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin System, 2001.
152. Gouva M, Konstanti Z, Paschou A, Dragioti E, Kotrotsiou E, Koulouras V. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPEs. *Intersc health care* 2015. (Accepted).
153. Γκούβα Μ, Δραγκιώτη Ε, Κωνσταντή Ζ, Κοτρώτσιου Ε, Κουλούρας Β. Μετάφραση και Στάθμιση του Ερωτηματολογίου Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPEs). 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων. Λίμνη Πλαστήρα, 22-24 Οκτωβρίου 2015.
154. Γναρδέλλης, Χ. Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα: εκδ. Παπαζήση, 2006.
155. Δαφέρμος Β. Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ, 2005.
156. Κατσουγιαννόπουλος ΒΧ . Βασική Ιατρική Στατιστική. Θεσσαλονίκη: Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη, 1990.
157. Παπαϊωάννου Τ, Φερεντίνος Κ. Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα: Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", 2000.
158. Ιωαννίδης ΙΠΑ. Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2000.
159. SPSS. SPSS Statistics Edition 22.0, IBM Inc., NY, USA.
160. Derogatis LR. The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine. Cincal Psychometrics Unit, 1977.
161. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med* 1987;147:1653-1658.

162. Cahn JY, Labopin M, Mandelli F, et al. Autologous Bone Marrow Transplantation for First Remission Acute Myeloblastic Leukemia in Patients Older Than 50 Years: A Retrospective Analysis of the European Bone Marrow Transplant Group. *Blood* 1995;85:575-579.
163. Smith T. Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In: Siegman A, Smith T (editors), Hills-dale NJ. *Anger, hostility, and the heart*. Lawrence Earlbaum Associates, 1994.
164. Williams RB, Williams VP, Anger k. *Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm your health*. New York: Times Books, 1993.
165. Knox SS, Stiegmund KD, Weidner G, et al. Hostility, social support, and coronary heart disease in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Cardiol* 2000;82:1192-1196.
166. Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε. Τα ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός, 2011.
167. Corr PJ, Perkins AM. The role of theory in the psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *Int J Psycho* 2006;62:367-376.
168. McNaughton N, Corr PJ. A two-dimensional view of defensive systems: Defensive distance and fear/anxiety. *Neuro Biobeh Rev* 2004;28:285-305.
169. Consedine NS, Moskowitz J. The role of discrete emotions in health: A critical review. *App Prev Psycho* 2007;12:59-75.
170. Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, et al. Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the Normative Aging Study. *An Beh Med* 2006;31:21-29.
171. Rainville P, Bechara A, Naqvi N, Damasio AR. Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *Int J Psycho* 2006;61:5-18.



172. Zvolensky MJ, Goodie JL, McNeil DW, et al. Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Beh Res Ther* 2001;39:683–696.
173. Zvolensky MJ, Eifert GH, Feldner MT, Feldner-Leen E. Heart- focused anxiety, smoking, and chest pain in post-angiography medical patients. *J Beh Med* 2003;261:97-209.
174. Remschmidt H, Matthejat F. Familien-Identifikations-Test(FIT). Göttingen, Hogrefe 1999.
175. Whiteman SD, McHale SM, Soli A. Theoretical Perspectives on Sibling Relationships. *J Fam Theo Rev* 2011;3:124-139.
176. Van den Berg AE, Ter Heijne M. Fear versus fascination: Emotional responses to natural threats. *J Envi Psych* 2005;25:261-272.

**Τα αποφθέγματα που παρατίθενται στην αρχή των κεφαλαίων βρίσκονται**

- i) Απόσπασμα από το δοκίμιο του Οδυσσέα Ελύτη, *Ανοιχτά Χαρτιά*, εκδόσεις Ίκαρος, Αθήνα 1982
- ii) Ρούσσος Χ. «Εντατική θεραπεία». Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000
- iii) BrainyQuote.com Web site:  
<http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/g/georgesant137423.html>
- iv) Μαίρη Γκούβα. Διάλεξη στο Ανοιχτό Λαϊκό πανεπιστήμιο. Γρεβενά 2013
- v) George Eliot. « Scenes of Clerical Life». Oxford World's Classics. Paperback 2009
- vi) Γιώργος Χαραλαμπίδης. « Οι 12 ηθικές αρετές- η αρχή της αντιφάσεως- το ακίνητο κινούν (βίοι φιλοσόφων/Αριστοτέλης) αρχαίο κείμενο- απόδοση- σχόλια –συμπεράσματα. Διογένης Λαέρτιος». Εκδόσεις Οσελότος, Αθήνα 2012
- vii) Η πρώτη φράση από την «Άννα Καρένινα» Εκδόσεις Άγγρα, Αθήνα 2010
- viii) Ιπποκράτης (460-377 Π.Χ )

## Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή LOT-R : ελληνική έκδοση (Λυράκος και συν. )

### Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε (ή διαφωνείτε) με την χρήση της παρακάτω κλίμακας, ως εξής: [0] = **διαφωνώ απόλυτα** [1] = **διαφωνώ** [2] = **ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ** [3] = **συμφωνώ** [4] = **συμφωνώ απόλυτα**  
Παρακαλώ, να είστε όσο γίνεται πιο ειλικρινείς, και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.					
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.					
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.					
4.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.					
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.					
6.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.					
7.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.					
8.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.					
9.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.					
10.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.					

**Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. . .**

.0 \_\_\_\_\_ 10

απολύτως απαισιόδοξη

απολύτως αισιόδοξη

## ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενοχλήσης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4

27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4

59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαισθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4

<b>89. Νοιώθετε ενοχές;</b>	0	1	2	3	4
<b>90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μαυλό σας;</b>	0	1	2	3	4

## Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάσταση σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

**Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.**

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	NOMΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένειά μου με οδήγησε σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά στην ασθένειά μου	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένειά μου με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	1	2	3	4	5
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι η ασθένειά μου έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11. Η ασθένειά μου είναι μια ευκαιρία για τη δική μου ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας της ασθένειάς μου επικεντρώνομαι πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή μου	1	2	3	4	5
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι τέλος	1	2	3	4	5



## FES – FORM R

## ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λπ.		

28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		

62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι <i>«πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι»</i> .		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		

88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

---

**ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

---

## CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
<b>Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:</b>					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8. ....έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. .... φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. .... επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

**(OAS)**

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	<b>ΠΟΤΕ</b>	<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	<b>ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΑ</b>	<b>ΠΑΝΤΑ</b>
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

## Experience of Shame Scale (ESS)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

## ΗΔΗΘ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «**σωστό**» ή «**λάθος**» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζηήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		



32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

## FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να ταιριάζει περισσότερο στη συμπεριφορά σας.

Όταν αντιμετωπίζουμε προβλήματα ή δυσκολίες μέσα στην οικογένειά μας, συμπεριφερόμαστε με τον ακόλουθο τρόπο:	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
1. Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας	1	2	3	4	5
2. Αναζητούμε συμπάρασταση και υποστήριξη από φίλους	1	2	3	4	5
3. Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα	1	2	3	4	5
5. Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)	1	2	3	4	5
6. Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας	1	2	3	4	5
7. Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
8. Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)	1	2	3	4	5
9. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας	1	2	3	4	5
10. Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες	1	2	3	4	5
11. Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση	1	2	3	4	5
12. Βλέπουμε τηλεόραση	1	2	3	4	5
13. Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί	1	2	3	4	5
14. Πηγαίνουμε στην εκκλησία	1	2	3	4	5
15. Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής	1	2	3	4	5
16. Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας	1	2	3	4	5
17. Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων	1	2	3	4	5
18. Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση	1	2	3	4	5
19. Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα	1	2	3	4	5
20. Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο κλπ)	1	2	3	4	5
21. Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες	1	2	3	4	5
22. Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
23. Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
24. Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά	1	2	3	4	5
25. Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε	1	2	3	4	5
26. Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα	1	2	3	4	5
27. Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας	1	2	3	4	5
28. Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει	1	2	3	4	5

29. Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες	1	2	3	4	5
30. Έχουμε πίστη στο Θεό	1	2	3	4	5