

	Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας	
 UNIVERSITY OF THESSALY	Τμήμα Ιατρικής Σχολή Επιστημών Υγείας Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Αλγολογία και ανακουφιστική/παρηγορική φροντίδα»	

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ
ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΝΟΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ “GREEK OTHER AS SHAMER SCALE” &
“GREEK EXPERIENCE OF SHAME SCALE”

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια:

Σακογιάννη Χριστίνα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Δρ. Αρναούτογλου Ελένη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

1.Ε.Αρναούτογλου

2.Μ.Γκούβα

3.Μ.Νταλούκα

Αναπληρωματικό μέλος:

Α.Πετσίτη

Υποβλήθηκε στα πλαίσια απόκτησης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στο Π.Μ.Σ., του Τμήματος της Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας με κατεύθυνση στην « Αλγολογία και ανακουφιστική/παρηγορική φροντίδα».

Λάρισα, 2023

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και συγκεκριμένα το τμήμα Ιατρικής για τη δυνατότητα εκπόνησης του μεταπτυχιακού αυτού , που μου δόθηκε . Ιδιαίτερα, ευχαριστώ θερμά την αξιότιμη Επιβλέπουσα Καθηγήτρια κ. Αρναούτογλου Ελένη και την αξιότιμη κ. Νταλούκα τόσο για την άψογη διδασκαλία τους ως προς το μεταπτυχιακό πρόγραμμα όσο για την εξαιρετική καθοδήγηση και την δυνατότητα εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας μου.

Παράλληλα ευχαριστώ εξίσου όλη την αξιότιμη τριμελή επιτροπή για την συνεργασία τους και την συμμετοχή τους ως τριμελή επιτροπή στην παρούσα εργασία.

Ένα βαθύτατο όμως ευχαριστώ οφείλω στους φροντιστές των ανοιακών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στην οικογένεια μου και σε όλους εκείνους τους ανοιακούς ασθενείς και κυρίως στη γιαγιά μου Παρασκευή Γκατζόγια που παλεύουν καθημερινά με μια τόσο αναπηρική νόσο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα διπλωματική εργασία γίνεται αναφορά στην νόσο της άνοιας, όπου καθημερινά πασχίζουν πολλοί άνθρωποι από την ύπαρξη της. Ειδικότερα αναλύονται οι μορφές άνοιας με χαρακτηριστικά πιο εκφυλιστική την αγγειακή άνοια και τη νόσο του Alzheimer. Ταυτόχρονα αναφέρονται τα ψυχολογικά και αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα των ατόμων όπου φροντίζουν τέτοιους ασθενείς καθώς και το καθημερινό φορτίο όπου καλούνται να αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά. Παρουσιάζονται οι απαιτήσεις των ασθενών από τους φροντιστές σε καθημερινή βάση ενώ ταυτόχρονα αναφέρονται οι υποχρεώσεις των φροντιστών τόσο ηθικά όσο και νομικά απέναντι στους ασθενείς.

Στόχος της εργασίας είναι να εξεταστεί το αίσθημα της ντροπής των φροντιστών ανοιακών ασθενών και να μετρηθεί ο βαθμός της εξωτερικής ντροπής των ατόμων αυτών καθώς και το βίωμα της ντροπής με τις υποκλίμακες του αισθήματος της κατωτερότητας, του κενού και του βιώματος των λαθών τους. Παράλληλα η έρευνα στοχεύει στην εξέταση της χαρακτηρολογικής, συμπεριφορικής και σωματικής ντροπής των ασθενών ως αποτελέσματα των καταστάσεων των βιωμάτων τους. Γίνεται διερεύνηση των παραγόντων όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η μόρφωση και ο επαγγελματικός χαρακτήρας των ατόμων όπου επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το αίσθημα της ντροπής.

Με την βοήθεια της στατιστικής και των εργαλείων της, καταγράφονται και αναλύονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων που δόθηκαν από το δείγμα των φροντιστών και εξετάζεται ο βαθμός συσχέτισης όλων των προαναφερόμενων εννοιών.

Τα εργαλεία “OAS” & “ESS” χρησιμοποιούνται με σκοπό τα άτομα να μπορέσουν μέσα από μια σειρά ερωτήσεων να απαντήσουν ειλικρινά και ευθέως σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα πράγματα, τα συναισθήματα που τους δημιουργούνται από την αντιμετώπιση τους από τρίτους και τον τρόπο όπου νιώθουν ότι κρίνονται από αυτούς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φροντιστές όπου το μορφωτικό τους επίπεδο ήταν χαμηλό επηρεάζονται από την χαρακτηρισολογική και συμπεριφορική ντροπή ενώ τα άτομα όπου έχουν επίπεδο μόρφωσης του Λυκείου και του Πανεπιστημίου δείχνουν να μην επηρεάζονται από την σωματική ντροπή. Εξίσου σημαντική παρατήρηση των αποτελεσμάτων είναι το φυλετικό κριτήριο, καθώς από την έρευνα προέκυψε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο συναισθηματικά ευάλωτες στην αίσθηση της ντροπής εν αντιθέσει με τους άνδρες όπου φαίνεται να μην επηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό.

Λέξεις-Κλειδιά: Άνοια, φροντιστής, φροντίδα ασθενή, αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα, αίσθημα ντροπής, αίσθημα κατωτερότητας - κενού - λαθών, χαρακτηρισολογική ντροπή, συμπεριφορική ντροπή, σωματική ντροπή

ABSTRACT

In this thesis, reference is made to the disease of dementia, where many people from its existence are struggled daily. Specifically, the forms of dementia are analyzed with characteristics of Alzheimer's vascular degery and disease. At the same time, the psychological and self -consciousness feelings of individuals who care for such patients as well as the daily burden where these individuals are called upon. Patients' demands from caregivers are presented on a daily basis while at the same time referring to the obligations of carers both morally and legally to patients.

The purpose of the work is to examine the feeling of shame for the caregivers of unhappy patients and to measure the degree of external shame of these people as well as the experience of shame with the anecdotes of the feeling of inferiority, vacuum and the experience of their mistakes. At the same time, research aims to examine the characteristic, behavioral and physical shame of patients as the effects of the conditions of their experiences. The factors such as gender, age, marital status, education and professional nature of individuals who positively or negatively affect the shame.

With the help of statistics and tools, the results of the answers provided by the caregivers are recorded and analyzed and examines the degree of association of all the above mentioned concepts. The "OAS" & "ESS" tools are used for individuals to be able to answer honestly and directly about the way they deal with things, the feelings created by their treatment by third parties and how They feel they are judged by them. The results have shown that careers where their educational level was low are affected by characteristic and behavioral shame while the person where they have a level of education of the high school and the university appear not to be affected by physical shame. Equally important observation of the results is the tribal criterion, as research

revealed that women are more emotionally vulnerable to the sense of shame as opposed to men where they appear not to be affected to such an extent.

Keywords: dementia, caregiver, patient care, self -consciousness feelings, feeling shame, feeling inferior - vacuum - errors, characteristic shame, behavioral shame, physical shame

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η ΑΝΟΙΑ ΩΣ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ , ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ

1.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.2.	Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ...11	
1.3.	Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	14
1.4.	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER.....	15
1.4.1	Η ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ.....	18
1.5.	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY.....	19
1.5.1	Η ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ.....	23
1.6.	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	23
1.6.1	Η ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ.....	25
1.7	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	26
1.7.1.	Η ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ – ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΟΥΣ

2.1	ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	30
2.2	. Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ – ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	31
2.3	ΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΝΑ ΛΑΒΟΥΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	32
2.4.	ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΝΟΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΠΟΛΛΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ	34
2.4.1	ΤΑ ΑΥΤΟΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΟΧΗΣ.....	36

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΣΚΟΠΟΣ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ & ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1	ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	38
3.2	Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ.....	39
3.3	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΙ OAS ΚΑΙ ESS.....	39
3.4	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40
3.5	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	41
3.6	ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	77
-----	------------------------------	----

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	81
4.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	82
4.4. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η ΑΝΟΙΑ ΩΣ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ , ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Στην πλέον σύγχρονη εποχή που ζούμε , όπου η βοήθεια της τεχνολογίας έχει συμβάλλει φανερά στην εξέλιξη και την μόρφωση των ανθρώπων με σκοπό να διαχειρίζονται καλύτερα καταστάσεις στις οποίες σε προγενέστερα χρόνια αποτελούσε ανέφικτο ορισμένες φορές, η ιατρική συνεχώς αποτελεί κινητήριο δύναμη σε νέες προσεγγίσεις και αντιμετώπισεις καταστάσεων. Οι άνθρωποι στην προσπάθεια τους να εξελιχθούν και χρησιμοποιώντας νέες μεθόδους βιωσιμότητας και ευζωίας, κατάφεραν να αυξήσουν τον μέσο όρο ζωής, καθώς μέσα από μια σειρά καλύτερης διατροφής , βελτιωμένων τεχνικών πρόληψης υγιεινής , ελαχιστοποίηση βλαβερών συνηθειών, κατάλληλα φάρμακα και θεραπείες σε συνδυασμό με την βοήθεια της επιστήμης και της ολοένα εξέλιξης της. (Guzman et all, 2012). Η βελτίωση αυτή στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων φαίνεται να επεκτείνει την διάρκεια ζωής τους και αποτελεί ποιοτικότερο τρόπο ζωής έναντι των παλαιότερων χρόνων όπου ο άνθρωπος δεν κατείχε την γνώση και την τεχνογνωσία ώστε να βελτιώνει ή να διατηρεί την υπάρχουσα κατάσταση του οργανισμού του σε φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας. Δυστυχώς όμως, αυτή η περίπτωση αφορά την ιδανική, όπου ο άνθρωπος σε μια λογική ροή της ζωής του, τυχόν αρρωσταίνει, μολύνεται, αναρρώνει με τρόπο και συνθήκες κανονικές. Οι άνθρωποι ως όντα που διαθέτουν νοημοσύνη, έχουν την δυνατότητα να καταλάβουν μέσα από μια σειρά συμπτωματολογιών αν τουλάχιστον παθολογικά διατρέχουν κάποιον κίνδυνο και αυτό εμφανίζεται με τα συμπτώματα του πόνου, της αλλαγής της θερμοκρασίας, μεταβολή της όρασης, μεταβολή των διατροφικών συνήθειών και άλλα ώστε να προμηνήσει ο οργανισμός την μη φυσιολογική λειτουργία του σώματος. Υπάρχουν όμως και άλλα συμβάντα και

παθήσεις όπου η συμπτωματολογία σε πρώτο χρόνο δεν είναι ορατή ή τουλάχιστον δεν μπορεί να είναι από όλους ορατή ή δεν υπάρχει η κατάλληλη γνώση ώστε να μπορεί να την διακρίνει κάποιος με “γυμνό μάτι”. Οι περιπτώσεις αυτές αναφέρονται ως νευρολογικές ή εγκεφαλικές παθήσεις ή παθήσεις νευρικού συστήματος.

Παρόλο που στις μέρες που διανύουμε διαθέτουμε όλα τα τεχνικά και ιατρικά μέσα, φαίνεται ότι οι άνθρωποι συνεχίζουν να περιτριγυρίζονται από αρρώστιες, ατυχήματα, παθολογικά και νευρολογικά συμβάντα. Οι παράγοντες που περιορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και κατά σειρά την ηλικιακή του διάρκεια και αποτελούν τα όλα παραπάνω είναι ο τόπος ο οποίος διαμένει, η οικογενειακή του κατάσταση, η εκπαίδευση και το φύλο. (Heydari et al 2012). Ως προς την ηλικία του ατόμου, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας, 65+ , τυχάνουν να είναι περισσότερο επιρρεπείς σε ατυχήματα, πτώσεις, ασθένειες και νευρολογικές καταστάσεις καθώς η γήρανση τους περιβάλλεται από μεταβολές του νευρικού τους συστήματος με αποτέλεσμα να απειρθεύεται την ομαλή λειτουργία και ο οργανισμός να κατευθύνεται σε εκφυλιστικές παθολογίες. (Γκούβας κ.α.. 2018). Σε μια έρευνα των Prudman και Evans, το 1981, έδειξε ότι τα ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών εμφανίζουν συχνές πτώσεις σε ποσοστό περίπου του 30% ενώ σε ηλικιωμένα άτομο όπου ξεπερνούν τα 80 έτη ζωής το ποσοστό εμφάνισης πτώσης ξεπερνά το 40% με αποτέλεσμα η σωματική τους και ψυχική τους κατάσταση ακόμη και μετά την ανάρρωση να μην μπορεί να επανέλθει σε φυσιολογικούς ρυθμούς αφήνοντας πίσω κάποιο στίγμα για τον ασθενή. Στους λόγους οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με την πτώση ενός ηλικιωμένου συχνά εμπλέκεται το νευρικό σύστημα του ατόμου όπου δεν συμβάλλει στο μέγιστο ώστε ο ασθενής να μπορεί να αποδώσει πλήρως στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες (Delikurt T., Anastasiadou V. ,2015). Σε πολλές περιπτώσεις τα ηλικιωμένα άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν βασικά προβλήματα πέραν του κύριου προβλήματος τους, όπου για έναν απλό άνθρωπο δίχως νευρωτικές παθήσεις και εγκεφαλικές ανεπάρκειες φαντάζουν εύκολα. Για ένα άτομο με ψυχικά προβλήματα ακόμη και η καθημερινή του σίτιση φαντάζει δύσκολη. Τα άτομα όπου πάσχουν από ψυχικές και εγκεφαλικές ασθένειες όπως η **άνοια του Alzheimer**, η **άνοια με σωμάτια Lewy**, η **μετωποκροταφική άνοια**, η **αγγειακή άνοια** και οι **μικτές άνοιες** αδυνατούν να εξυπηρετήσουν τον εαυτό τους, δυσκολεύονται να σιτιστούν και να ενυδατωθούν καθώς δεν μπορούν να μαγειρέψουν ή να μετακινηθούν στο χώρο ώστε να βρουν νερό, διατρέχουν κίνδυνο υγιεινής

περιποίησης καθώς δεν μπορούν από μόνοι τους να κάνουν μπάνιο ή να κάνουν ενέργειες για την καθαριότητα του εαυτού τους και του χώρου όπου διαμένουν. (Ringman J.,Liang L., et al, 2015). Συνήθως αυτές οι περιπτώσεις δεν αποτελούν μεμονωμένα γεγονότα, καθώς η έλλειψη και η εκπλήρωση μιας εργασίας αποτελεί έλλειψη και πραγματοποίηση και των υπόλοιπων εργασιών διότι οι ασθένειες αυτές εμποδίζουν την κινητικότητα και μειώνουν την αντίληψη του ατόμου ώστε να μπορεί να κάνει κάτι από αυτά. Τέτοιες περιπτώσεις λοιπόν ενδεχομένως να εγκυμονούν και οικονομικά προβλήματα του ατόμου ή να τον οδηγούν οι ίδιες οι καταστάσεις σε οικονομική αδιέξοδο. Καθώς όλα αυτά τα προβλήματα εγκλωβίζουν το άτομο που ασθενεί να επιβιώσει, η ποιότητα ζωής του μεταβάλλεται αρνητικά και το άτομο έκπτωτε της ψυχικής του υγείας. (Rogers & Delewski, 2004). Τον δύσκολο ρόλο σε μια τέτοια κατάσταση που χρήζει άμεσης παρέμβασης καλούνται να αναλάβουν οι φροντιστές αυτών των ατόμων όπου συνήθως είναι άτομα από το οικείο περιβάλλον των ασθενών, κυρίως πρόσωπα της οικογένειας, οι σύζυγοι των ασθενών εάν υπάρχουν ή πολύ κοντινοί φίλοι αυτών. Οι φροντιστές τίθενται να αναλάβουν τον ασθενή και αναλαμβάνουν την ολική φροντίδα και περιποίηση του σε όλα τα στάδια της νόσου. Οι ασθενείς με άνοια συχνά μπορούν να γίνουν επιθετικοί, κατέχουν το αίσθημα της κοινωνικής περιθωριοποίησης ως προς το κοινωνικό στίγμα που θεωρούν ότι έχουν και σχετίζεται με την ψυχική νόσο ενώ συχνά μπορεί να αισθάνονται αίσθημα φόβου ή ντροπής αποφεύγοντας να ενημερώσουν τους συγγενείς και τους οικείους για το πρόβλημα τους και να απευθυνθούν για ειδική βοήθεια. (Rabins, 1996). Από την άλλη όψη αυτό μπορεί να συμβεί και από τους ίδιους τους φροντιστές καθώς από την συναισθηματική τους επιφόρτιση ως προς την ψυχική διαχείριση του δικού τους ανθρώπου μπορεί να παραπέσουν σε λάθη ή να εκτιμήσουν λανθασμένα την κατάσταση σε συνδυασμό με την ανικανότητα να αποδεχτούν ότι ο δικός τους άνθρωπος χρήζει βοήθειας ή η αντίδραση τους να σχετίζεται με το αίσθημα της ντροπής για ένα ψυχικό γεγονός όπου διαμορφώνεται σε μέλος της οικογένειας του. Αν αναλογιστεί κανείς ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από τέτοιες νόσους είναι ηλικιακά μεγαλύτερη, οι φροντιστές αυτών είναι άνθρωποι με μέσο όρο ηλικίας από 30 έως 50 ετών όπου είτε εργάζονται, είτε σπουδάζουν, είτε είναι γονείς μικρών παιδιών είτε ασθενούν οι ίδιοι από κάποια νόσο όπου το να φροντίσουν τον ανοιακό ασθενή αποτελεί δύσκολο έργο και συχνά αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν άγχος, λύπη, ντροπή, κούραση, κατάθλιψη και την ανάμειξη όλων αυτών των συναισθημάτων.(Sansonì, Varona et al, 2013).

Με την βοήθεια των εργαλείων «**Other As Shamer Scale**» & «**Experience of Shame Scale**», στην παρούσα εργασία, εξετάζεται κυρίως το αίσθημα της ντροπής 34 φροντιστών ανοιακών ασθενών και γίνεται ποσοτική ανάλυση σε σύστημα SPSS με σκοπό την διεξαγωγή αποτελεσμάτων ως προς την συσχέτιση του συναισθήματος εξωτερικής ντροπής, αισθήματος κενού και αισθήματος κατωτερότητας.

1.2 Ο ορισμός της Άνοιας και τα κύρια χαρακτηριστικά

Υπάρχουν διάφοροι επίσημοι ορισμοί, όπως αυτός του ICD-10 όπου αναγράφει την άνοια ως κλινική κατάσταση όπου χαρακτηρίζεται από πολύπλευρη γνωστική εξασθένηση, με φανερή μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου και σχετίζεται με έκπτωση στις συμπεριφοριστικές ικανότητες του, καθώς και ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές. (Talassi E, et al, 2007). Αποτελεί μια από τις πιο αναπηρικές και επιβαρυντικές καταστάσεις υγείας. Υπολογίζεται σήμερα ότι 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από τη νόσο της άνοιας, με εμφάνιση 4,6 εκατομμυρίων νέων περιπτώσεων άνοιας κάθε χρόνο. Τα περισσότερα άτομα με άνοια ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες (Ferri, CP., Prince M., et al, 2005).

Σχετικά με τον ελληνικό πληθυσμό, υπολογίζεται πως υπάρχουν περίπου 200.000 ενεργοί ασθενείς που πάσχουν από άνοια. Τα περισσότερα περιστατικά των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από τη νόσο, χαρακτηρίζονται ως περιστατικά με Alzheimer. Ωστόσο, για ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, τα ποσοστά της άνοιας αγγίζουν έως και το 15,8%. Επιπλέον, απεδείχθη πως τόσο η συνεχής εκπαίδευση του ατόμου, όσο και η τήρηση της μεσογειακής διατροφής, δρουν προστατευτικά για τον άνθρωπο. (Peritogiannis, V. & Lixouriotis., 2020)

Τα κύρια χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν τη νόσο της άνοιας αποτελούν:

- ❖ Η λήθη
- ❖ Η δυσκολία στην κατανόηση της προφορικής και της γραπτής επικοινωνίας
- ❖ Η αποπροσανατολισμός του ατόμου

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα που αφορούν την νόσο και διαδραματίζουν την ύπαρξη της είναι:

- ❖ Η απάθεια
- ❖ Η κατάθλιψη

- ❖ Το άγχος
- ❖ Η αϋπνία
- ❖ Ο έντονος φόβος
- ❖ Η παράνοια
- ❖ Οι μη φυσιολογικές πεποιθήσεις
- ❖ Παραισθήσεις

Ως αποτέλεσμα παρατηρούνται αλλαγές της προσωπικότητας του ασθενούς με κύρια χαρακτηριστικά την αδιαφορία σε συνδυασμό με την κοινωνική απόσυρση αλλά και την εκρηκτικότητα σε κάθε είδους αντίδραση . (SantaCruz, K., & Swagerty Jr, D. L. 2001).

Σε αυτό το σημείο, θα ήταν εύλογη η αναφορά της κλινικής εικόνας του συνδρόμου της άνοιας καθώς η νόσος αποσαφηνίζεται σε τρεις φάσεις και τρεις διαφορετικές εκφράσεις για κάθε φάση της νόσου.

Πρώτο στάδιο:

Αρχικά το πρώτο στάδιο έκφρασης της νόσου αφορά τις γνωστικές διαταραχές. Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές στη μνήμη του, δυσκολία στην απόδοση της γλώσσας και εκφραστικά προβλήματα, δυσκολία συγχρονισμού κινήσεων, διασπάται η προσοχή του εύκολα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εστιάσει σε μέρος ή ένα σημείο λόγου, δεν αντιδρά σε ερεθίσματα και δεν μπορεί να αναγνωρίσει περιβάλλοντα και μέλη του περιβάλλοντος του. (Vitek M.P., Araujo J.A., 2020)

Δεύτερο στάδιο:

Στο δεύτερο στάδιο έκφρασης ο ασθενής φανερώνει περισσότερο ψυχιατρικές διαταραχές και όχι τόσο γενικές όπως το αρχικό στάδιο. Οι διαταραχές αυτές αναφέρονται περιλαμβάνουν κυρίως την κατάθλιψη, την παράνοια και τις ψευδαισθήσεις αλλά ταυτόχρονα ο ασθενής εκφράζει δείγματα επιθετικότητας.

Τρίτο στάδιο:

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο αφορά την αδυναμία του ασθενή να ανταπεξέλθει εντελώς σε καθημερινές συνήθειες και ασκήσεις. Σχετίζεται με το πρώτο στάδιο καθώς ο ασθενής μπορεί να εγκαταλείψει εντελώς καθημερινές συνήθειες που είχε όπως η σίτιση και η υγιεινή αλλά σε αυτό το στάδιο η κλινική εικόνα μπορεί να επιδεινωθεί

και ο ασθενής να μην είναι σε θέση να ανταπεξέλθει σε οτιδήποτε αφορά την καθημερινότητά του. (Kester & Scheltens, 2009).

Η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας, ανέρχεται σε υψηλότερο βαθμό στον γηραιό πληθυσμό. Λόγω της ετερογένειας της νευροπαθολογίας της νόσου, οι ταξινομήσεις της άνοιας παραμένουν αμφιλεγόμενες. Σε αυτές περιλαμβάνεται η νόσος του Αλτσχάιμερ, η άνοια με σώματα Lewy, η μετωποκροταφική άνοια, η αγγειακή άνοια και οι μικτές άνοιες. Ενώ καθεμία από αυτές τις καταστάσεις έχει μοναδική παθολογία, κοινή αιτιολογία όλων αυτών είναι η εγκεφαλοαγγειακή δυσλειτουργία .(Raz, L., Knoefel, J., & K. Bhaskar, 2016).

Αναλογιζόμενοι την πολυπλοκότητα της νόσου, το γεγονός ότι η παρηγορική φροντίδα εστιάζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με σοβαρές ή απηλειτικές για τη ζωή νόσους, είναι κατάλληλη σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου γίνει διάγνωση, ακόμη και κατά τη στιγμή της διάγνωσης, και για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία και ωφέλιμη στους ανοιακούς ασθενείς αλλά και στους φροντιστές τους. Καθώς όλες οι μορφές άνοιας έχουν προοδευτικό χαρακτήρα και εκδηλώνονται γρήγορα και σε μεγάλο πληθυσμιακό κοινό, η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της θα πρέπει να γίνεται σε βάθος και οι ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των ασθενών να αντιμετωπίζονται με μια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών πτυχών τους.(Robinson, M. T., & Holloway, R. G. 2017, October).

1.3 Η Δομή του εγκεφάλου

Η ορθή λειτουργία του εγκεφάλου υπόκειται στην ομαλή μεταφορά κυττάρων, μορίων και ιόντων μεταξύ του αίματος και των ιστών του. Κοινώς μιλάμε για την διεπαφή του ΚΝΣ και της δραστηριότητας των αγγείων. (Serlin, Y., Shelef, I., Knyazer, B., & Friedman, A. , 2015).

Ο εγκέφαλος αποτελείται από τα εξής:

- ❖ Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Συγκεκριμένα το δεξί το οποίο ελέγχει το αριστερό τμήμα του ανθρώπινου σώματος και το αριστερό αντίστοιχα που είναι υπεύθυνο για το δεξί τμήμα.
- ❖ Την παρεγκεφαλίτιδα, που είναι υπεύθυνη για τις μυϊκές κινήσεις.
- ❖ Το εγκεφαλικό στέλεχος, που σχετίζεται με την αναπνοή αλλά και τη θερμοκρασία του σώματος .

Επιπλέον τα ημισφαίρια χωρίζονται σε λοβούς. Ο μετωπικός στον οποίο υπόκειται η συμπεριφορά του ατόμου, το βρεγματικό που σχετίζεται με την ερμηνεία της γλώσσας, τον ινικό που διαδραματίζει ρόλο στην όραση και τον κροταφικό που ελέγχει την ακοή και τη μνήμη. (<https://pediatric-neurosurgery.com/anatomy>). Ο εγκέφαλος ενός ασθενή που πρόκειται να πάθει άνοια μπορεί να μεταβολίζει έως και 20 χρόνια πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων ανοιακών παθήσεων και κυρίως της μορφής του Alzheimer τύπου. (Bateman RJ, Xiong C., et al, 2012).

1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Ως νόσος Alzheimer ορίζεται η προοδευτική νευρολογική πάθηση που εξασθενεί το νου, την μνήμη, την σκέψη και την ανεξαρτησία κινήσεων και αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή και αποτελεί την πιο εκφυλιστική μορφή άνοιας. (Voglein, J. Paumier K., 2019). Η γενετική προδιάθεση αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εμφάνιση της. Άλλος ένας βασικός παράγοντας είναι η μείωση της ακετυλχολίνης στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Η ακετυλχολίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής που συνδέει την περιοχή του ιπποκάμπου με τα υπόλοιπα μέρη του εγκεφάλου. Η πτώση των επιπέδων αυτής, είναι ικανή να επηρεάσει το γνωστικό επίπεδο του ατόμου. Ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η διατήρηση των υψηλών επιπέδων της ακετυλχολίνης. Επιπλέον νευρωνικές καταστροφές αλλά και δυστροφίες αποτελούν μέρος της παθολογίας του Alzheimer .

Η ορθή λειτουργία των νευροδιαβιβαστών είναι απαραίτητη για τη μη εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι συχνότερο κίνδυνο διατρέχουν οι γυναίκες κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Τα οιστρογόνα που εκκρίνονται κατά την παραγωγική περίοδο των γυναικών έχουν νευροδιαβιβαστική δράση, με αποτέλεσμα η μείωση και έλλειψη τους, να προκαλέσουν τέτοιου τύπου νευροεκφυλιστικές νόσου, μιλώντας για μια νόσο με μεγαλύτερη απήχηση στο γυναικείο φύλο. (Tang, M.,X., Jacobs, D., 1996)

Μερικά από τα πρώιμα χαρακτηριστικά της νόσου είναι η αλλαγή στη διάθεση του ατόμου, με εμφάνιση καταθλιπτικών στοιχείων, η απώλεια μνήμης και μείωση των γωνιακών δεξιοτήτων, ενώ είναι εμφανείς διάφορων τύπων ψυχώσεις και παραισθήσεις κατά την εξέλιξη της νόσου. (Vitek, M.P., Araujo, J.A., 2020)

Πέρα όμως από τις κλινικές αυτές εικόνες του ασθενούς, ακολουθεί μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, ικανές να υποδηλώσουν την ύπαρξη της νόσου. Η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) συμβάλλουν στην εύρεση οποιασδήποτε εγκεφαλικής αλλοίωσης που συνδέεται με τη νόσο και είναι ικανές να απεικονίσουν ολοκληρωτικά την κατάσταση. Οι βιοχημικές εξετάσεις των επιπέδων του θυρεοειδούς αδένος και της βιταμίνης B12, βασικών στοιχείων της εγκεφαλικής

λειτουργίας συμβάλλουν εξίσου στην εύρεση της νόσου. . Γνωστές και αξιόπιστες είναι επίσης οι κλίμακες αξιολόγησης του ασθενούς «Mini Mental State Examination» και «Clinical Dementia State», επάνω στις οποίες βασίζεται το στάδιο αλλά και η εξελικτική πορεία της νόσου. (Arias-Alpizar, G., Kong, L., 2020).

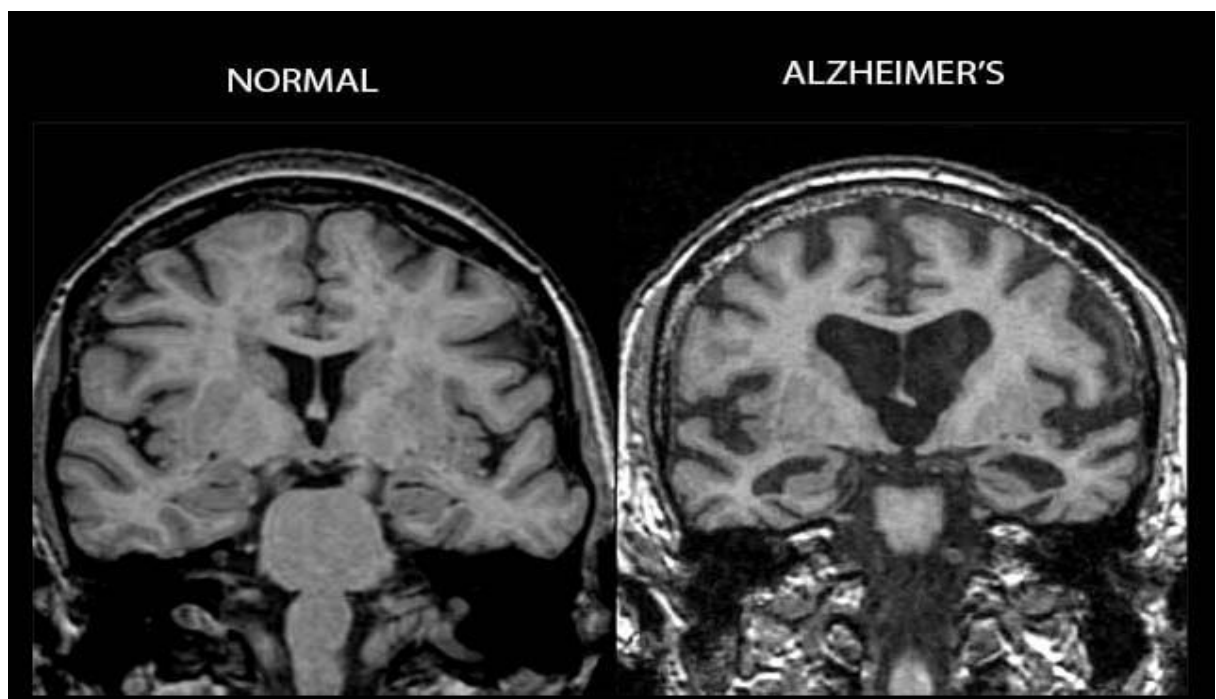
ΕΙΚΟΝΑ 1.4.1 HEALTHY BRAIN & SEVERE ALZHEIMER'S



Διαθέσιμο στο: NEUROCIENCIA, 2019. Alzheimer's Disease Research Data - Is Higher Education Associated with Alzheimer's Disease Διαθέσιμο στο: <http://joshivillagomez.com/neuroscience-blog/alzheimers-disease-research-data-is-higher-education-associated-with-alzheimers-disease>

Επιπρόσθετα οι βιοδείκτες μπορούν να αποτυπώσουν τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου. Για παράδειγμα μπορούν να αποτυπώσουν την απεικόνιση του αμυλοειδούς του εγκεφάλου στο Pozitron Emission Tomography και τα χαμηλά επίπεδα αμυλοειδούς Αβ42 στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. (Peritogiannis, V., & Lixouriotis, C., 2020)

EIKONA 1.4.2 NORMAL BRAIN & ALZHEIMER'S BRAIN



Διαθέσιμο στο: NEUROCIENCIA, 2019. Alzheimer's Disease Research Data - Is Higher Education Associated with Alzheimer's Disease.
<http://joshivillagomez.com/neuroscience-blog/alzheimers-disease-research-data-is-higher-education-associated-with-alzheimers-disease>

Παρατηρήθηκε ακόμη το γεγονός ότι η διαταραχή της οσφρητικής ικανότητας του ατόμου, θεωρείται παράγοντας νοητικής εξασθένησης. Η μειωμένη οσφρητική

αναγνώριση σε άτομα όπου δεν έχει διαγνωστεί η άνοια, μπορεί να συσχετιστεί με το προκλινικό της στάδιο. Έχει μελετηθεί και γίνει γνωστό ότι η λεκτική μνήμη και η όσφρηση υπόκεινται σε κοινό βιολογικό υπόστρωμα. Τα test αναγνώρισης οσμών όπως το University of Pensilvania Smell Identification Test, το οποίο περιλαμβάνει 40 οσμές που πρέπει να αναγνωριστούν , αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την αναγνώριση του προκλινικού σταδίου του Alzheimer. (Τσολάκη, Μ. , 2008)

1.4.1 Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Εξετάζοντας τις υπάρχουσες φαρμακευτικές παρεμβάσεις στη νόσο, γίνεται αντιληπτό ότι πλέον δεν προσεγγίζουμε την πλήρη ίαση και αποκατάσταση, αλλά τη συμπτωματική ανακούφιση. Αναστολείς της χολινεστεράσης όπως η donepezil, η ριβαστιγμίνη, η γαλανταμίνη (donepezil, rivastigmine, galantamine) αλλά και ο ανταγωνιστής του υποδοχέα NMDA (μεμαντίνης memantine) παρέχουν μεν τη συμπτωματική ανακούφιση αλλά επιδρούν ελάχιστα στην εξελικτική πορεία της νόσου. (Salomone, S., Caraci, F., Leggio, G. et al, , 2012).

Συγκεκριμένα, οι αναστολείς της χολινεστεράσης δρουν αναστέλλοντας τη λειτουργία της ακετυλχολινεστεράσης (AChE). Η συνεχής αναστολή του ενζύμου αυτού, προκαλεί συσσώρευση ακετυλοχολίνης, η οποία ανήκει στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και διεγείρει τους μετασυναπτικούς χολινεργικούς υποδοχείς, βελτιώνοντας την εγκεφαλική λειτουργία.

Η χορήγηση τους, μπορεί να επιφέρει αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στον ασθενή όπως ναυτία, παρουσία περίεργων ονείρων κατά τη διάρκεια του ύπνου, αφυδάτωση, βραδυκαρδία, δερματική ερυθρότητα, μεταβολές στο βάρος του ασθενή αλλά και ανορεξία. (<https://neupsykey.com/cholinesterase-inhibitors/>)

Σχετικά με το μηχανισμό της μεμαντίνης, κάνουμε λόγο για έναν “αποκλειστή” της ροής του ρεύματος των καναλιών των υποδοχέων N-methyl-d-aspartate, μιας κατηγορίας του γλουταμινικού οξέος (Johnson, J. W., & Kotermanski, S. E. (2006). Το γλουταμινικό οξύ αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό για την ορθή λειτουργία του

εγκεφάλου. Καθώς όμως τα υπερβολικά επίπεδα έχουν νευροτοξική δράση, μέσω της απόκλισης που επιφέρει η μεμαντίνη έχει ως αποτέλεσμα την νευροπροστατευτική δράση και τη γνωστική βελτίωση . (Olivares, D., K Deshpande, V., Shi, Y.,et al., (2012).

Η πιο βασική παρενέργεια από τη χρήση της μεμαντίνης θεωρείται η σύγχυση του ατόμου ενώ λιγότερο συχνά παρατηρούνται το άγχος, η ξηροστομία, οι αναπνευστικές διαταραχές όπως ο βήχας και οι γαστρεντερικές διαταραχές όπως η διάρροια. Ωστόσο τα ανεπιθύμητα αυτά συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς ο οργανισμός αποδέχεται τη δραστική αυτή ουσία σταδιακά.(<https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/memantine-oral-route/side-effects/drg-20067012>)

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY

Ως άνοια με σωματίδια LEWY ορίζεται ως μια προοδευτική γνωστική έκπτωση μεγάλου ποσοστού στο τμήμα του εγκεφάλου όπου παρεμβαίνει στην φυσιολογική κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία ή ακόμη και στις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. (Mc Keith et al., 2017). Η άνοια αυτού του τύπου δεν είναι τόσο γνωστή στον ευρέως ιατρικό κλάδο αλλά και τα δοκιμαστικά τεστ δεν είναι τόσο αποτελεσματικά στην περίπτωση της όσο στην νόσο του τύπου Alzheimer, του Parkinson και της αγγειακής άνοιας και πολύ συχνά οι γιατροί προκειμένου να την διαγνώσουν την μπερδεύουν με τις υπόλοιπες και η διάγνωση είναι εσφαλμένη. Παρόλα αυτά έχουν γίνει γιγαντιαίες προσπάθειες γύρω από την νόσο και κάθε χρόνο παγκοσμίως περίπου διαγιγνώσκονται 10 εκατομμύρια περιστατικά.(Prince et al, 2015)

Η άνοια με σωματίδια Lewy, είναι εκείνη που οφείλεται για την παρουσία των ομόνυμων σωματίων στον εγκέφαλο. Σωματίδια ορίζονται οι συσσωρεύσεις της πρωτεΐνης άλφα-συνουκλείνης, σε βαθμό ανώτερου του φυσιολογικού. Στη συγκεκριμένη κατηγορία ανήκουν το 10-15 % των ανοιών που υπάρχουν, ενώ αυτό που κρίνεται απαραίτητο είναι η έγκαιρη διάγνωσή της. Η ιδιαιτερότητα στη συγκεκριμένη νόσο είναι ότι η χορήγηση φαρμάκων στα οποία υπάρχει ευαισθησία, οδηγεί στη επιδείνωση της. (<https://www.zikospanagiotis.gr/department/anoia-me->

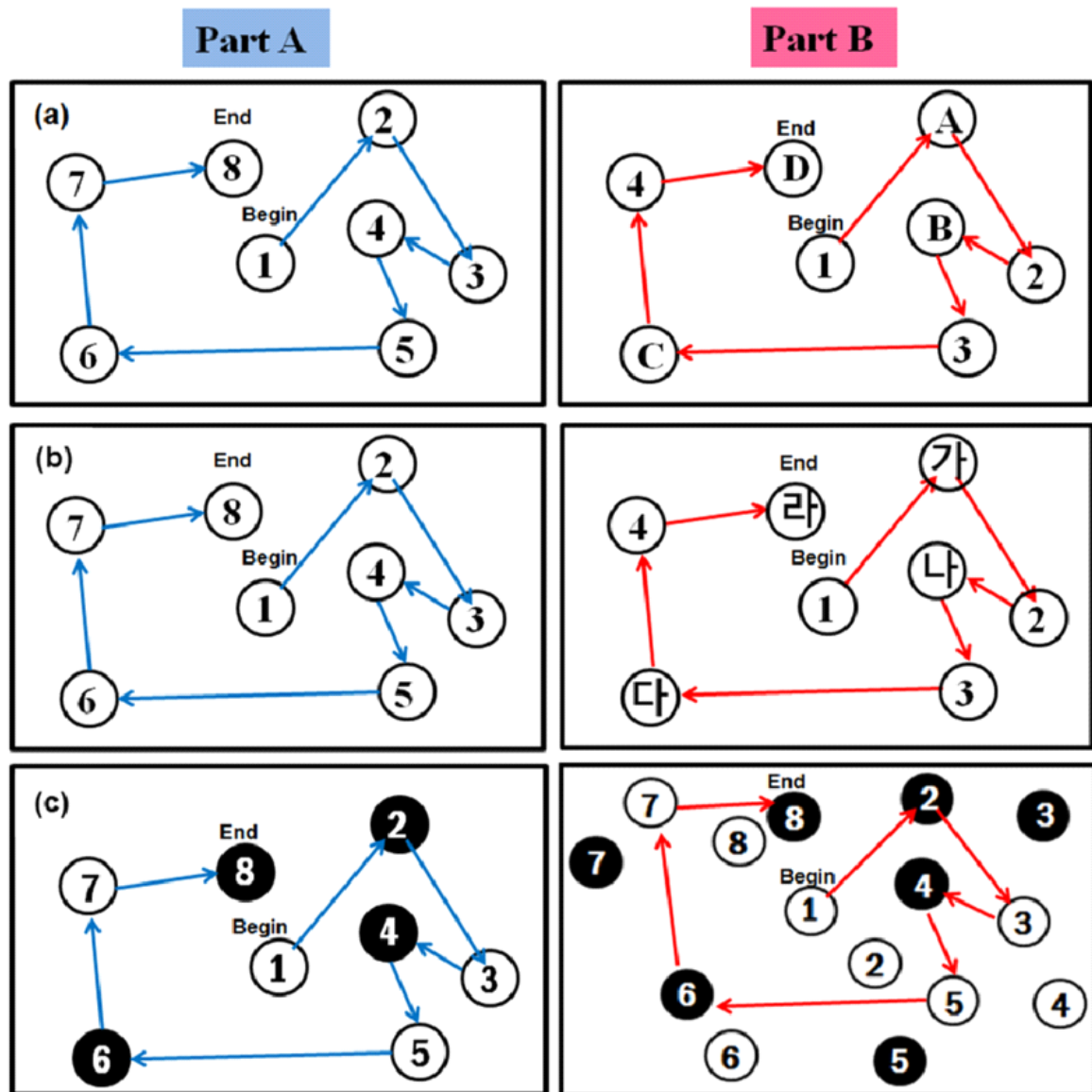
somatia-levy/). Είναι συνήθης και την συναντάμε περισσότερο σε περιστατικά ανδρών μεταξύ των εβδομήντα με ογδόντα πέντε ετών (70-85).

Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου αποτελούν η έντονη γνωστική μείωση σε σχέση με τις υπόλοιπες μορφές άνοιας. Παράλληλα παρατηρούνται συμπτώματα τύπου Parkinson, οπτικές παραισθήσεις σε ποσοστό 70 % κατά τη διάρκεια της νύχτας με γενικευμένη διαταραχή του ύπνου . Τέλος οι ασθενείς χαρακτηρίζονται απο γενικευμένο αγχώδη διαταραχή. (Peritogiannis, V.,& Lixouriotis, C., 2020)

Η διάγνωση αυτής της μορφής άνοιας διαπιστώνεται τη χρήση διαφόρων τεστ. Συγκεκριμένα χρησιμοποιείται το Mini Mental State Examination (MMSE), όπως και σε κάθε μορφή άνοιας, με σκοπό την εξέταση της γνωστικής κατάστασης του ασθενούς. Στη συγκεκριμένη εξέταση έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερη δυσκολία στα άτομα με άνοια Lewy ώστε να μπορέσουν να αντιγράψουν τις απεικονίσεις που τους ζητήθηκαν όπως εκείνης με το ρολόι. Επιπρόσθετα τεστ τέτοιου είδους είναι το «Winconsin card scoring test και το Trial Maker Test». (Ian, G., McKeith, Douglas Galasko, 1995).

Παράλληλα θα λέγαμε ότι απεικονίσεις του εγκεφάλου, όπως MRI, έχουν εξαιρετική χρησιμότητα στη διάγνωση της νόσου αλλά και στη διαφοροποίηση μεταξύ των ειδών κάθε άνοιας, βάση ποιός τοποθεσίας του εγκεφάλου υπάρχει εκφύλιση . (Berman, S. B., & Miller-Patterson, C. (2019).

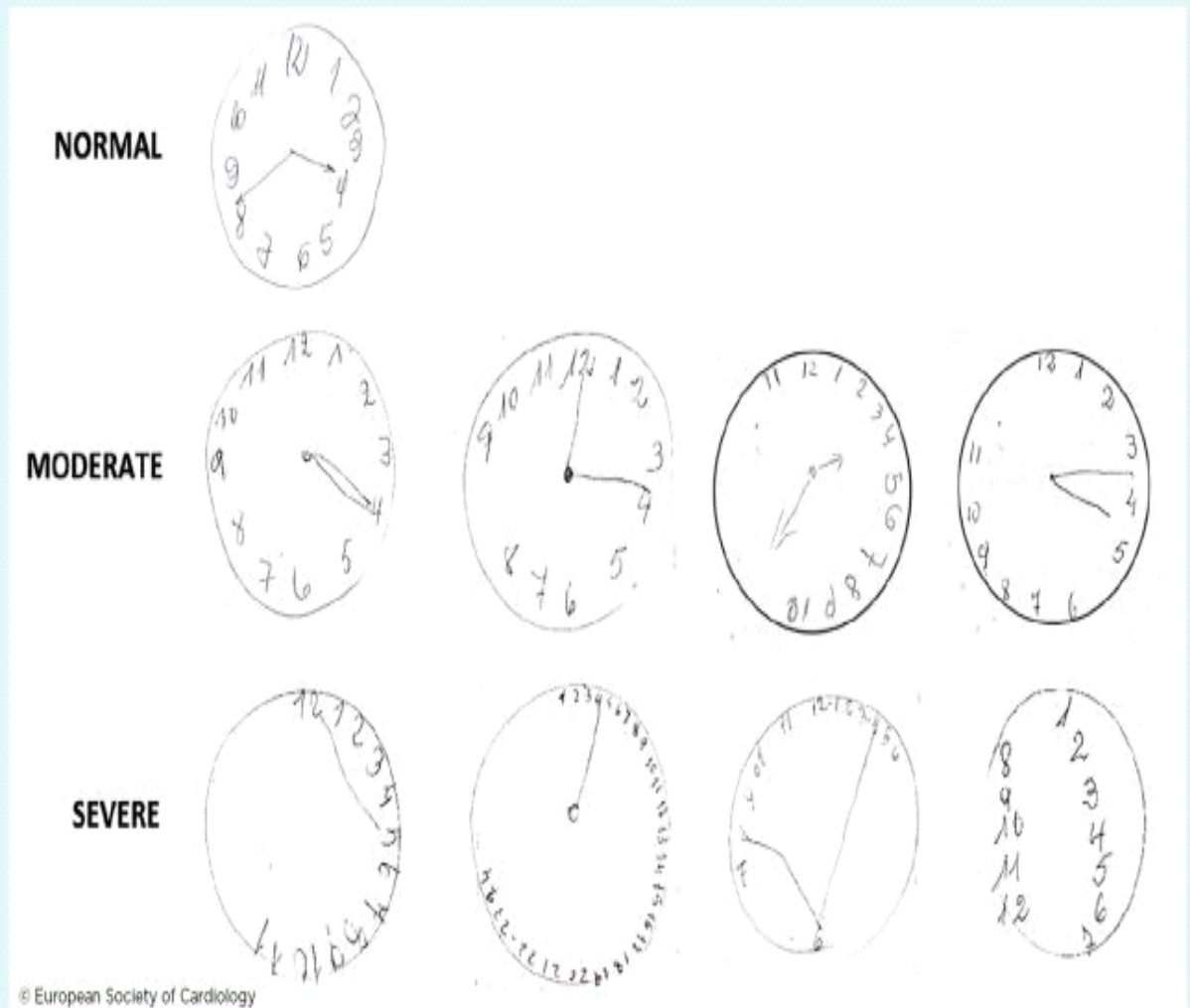
EIKONA 1.5.1 TRAIL MAKING TEST



Διαθέσιμο στο : <https://www.researchgate.net/figure/>

ΕΙΚΟΝΑ 1.5.2 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΓΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Fig1. Cognitive impairment on the clock drawing test



Πηγή : Nursing Times, Διαθέσιμο στο: <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses-roles/assessment-of-older-people-4-assessing-the-psychological-domain-15-07-2019/>)

1.5.1 Η ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ ΤΟΥ LEWY ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ.

Από φαρμακολογικής απόψεως σημαντικές φαίνονται να είναι η ριβαστιγμίνη καθώς και η δονεπεξίλη για τη μείωση των γνωστικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Ωστόσο η ριβαστιγμίνη φαίνεται ικανή να προκαλέσει περισσότερες παρενέργειες στη χρήση της. Η μεμαντίνη θα λέγαμε πως είναι μια καλά ανεκτή ουσία στον οργανισμό χωρίς ιδιαίτερα αποτελέσματα για την LBD. Μελέτες δείχνουν πως θετικά αποτελέσματα μπορεί να επιφέρει η χρήση γκαλανταμίνης, μοδαφινίλης , κλοναζεπάμης αλλά και λεβοντόπας, ενώ η χρήση ολανζαπίνης, κουετιαπίνης , ρισπεριδόνης και σιταλοπράμης δεν επιφέρουν αποτέλεσμα. (Stinton, C., McKeith, I., Taylor, J. P., et al., 2015).

1.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Ως μετωποκροταφική άνοια ορίζεται η ατροφία του μετωπιαίου ή κροταφικού λοβού του εγκεφάλου. Ανήκει στην κατηγορία ομάδων με εγκεφαλικές παθήσεις όπου το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η δυσλειτουργία του εγκεφάλου με εκφυλιστικές μορφές. Συχνότερος τρόπος διάκρισης της εμφάνισης αυτής της νόσου είναι οι συμπεριφοριστικές διαταραχές και δευτερεύοντες διακρίσεις φανερώνονται όταν ο ασθενής αρχίζει να έχει τροποποιημένες λεκτικές δυνατότητες και αλλαγές στις ικανότητες του εν συγκρίσει με την προγενέστερη κατάσταση του. (<https://www.psychiatros.gr>)

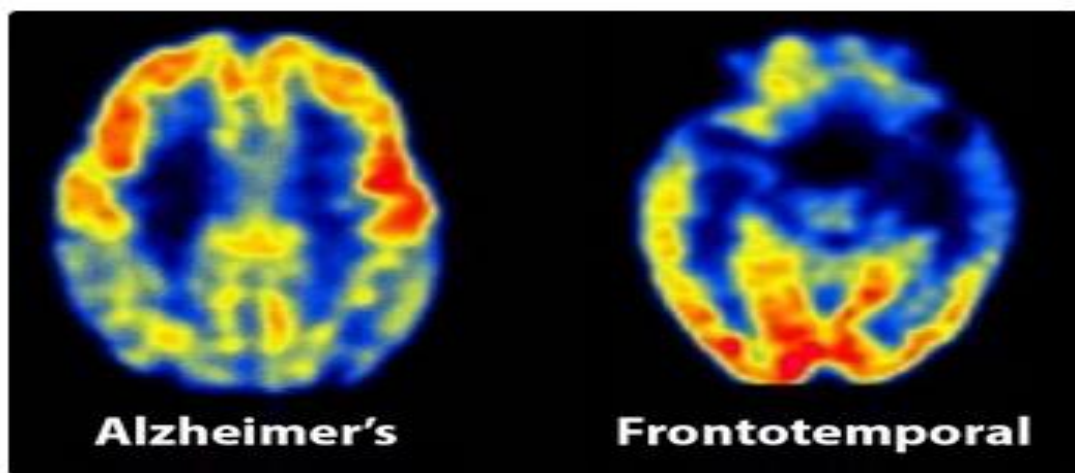
Στην κοινωνία μας λίγοι άνθρωποι γνωρίζουν για την έννοια της μετωποκροταφικής άνοιας καθώς αποτελεί μία νόσο όχι τόσο ευρεία γνωστή στο κοινό αλλά πολύ σημαντική και εξελίξιμη στην ιατρική κοινότητα καθώς και σε ανθρώπους που τυγχάνουν να νοσούν ή ανθρώπους που σχετίζονται με ένα ασθενή άτομο. Η ιατρική κοινότητα ολοένα μέσα από περιστατικά και μελέτες σε προσπάθεια της να ανακαλύψει νέες μεθόδους, κατανοεί καλύτερα περισσότερα δείγματα που σχετίζονται με αυτού του είδους την άνοια. (Triantafylloy J.D. et al, 2014).

Η εύλογη παρατήρηση σχετικά με αυτή τη νόσο είναι ότι έχει την τάση να πλήττει ανθρώπους και νεότερης ηλικιακής ομάδας καθώς έχουν παρατηρηθεί φαινόμενα εμφάνισης της νόσου σε άτομα που εργάζονταν ακόμη ή βρίσκονταν σε τέτοιο ηλικιακό στάδιο όπου δεν είχαν δημιουργήσει καν την δική τους οικογένεια, παιδιά

κ.τ.λ. Το γεγονός αυτό μας κάνει να σκεφτούμε ότι πρόκειται για άτομα νεαρά, καθώς αφού εργάζονται, δεν έχουν ξεπεράσει το εξηκοστό έτος της ηλικίας τους. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον κ. Holmes K. , Parageorgiou G. και τους συνεργάτες του, το 2009, σε δείγμα N=79 ασθενών όπου ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα κάτω από τα εξήντα πέντε έτη, διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή ασθενών πρώιμης έναρξης της νόσου Alzheimer αποτελούσε το 27,2% των ατόμων και η συμμετοχή ασθενών πρώιμης μετωποκροταφικής άνοιας και των παραλλαγών (Μετωπιαία Παραλλαγή, Σημασιολογική Παραλλαγή & Υπερπυρηνική Παράλυση) άγγιζε το 42,1%.

Μια πιθανή διάγνωση για αυτή τη νόσο μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από μια σειρά διερεύνησης και υποβολής του ατόμου σε απεικονιστικά μηχανήματα ενώ θα σε αυτή τη νόσο απαραίτητα είναι η λήψη ιστολογικών στοιχείων και η έρευνα σε άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, κατά κύριο λόγο σε πρώτου έως δευτέρου βαθμού συγγένειας, καθώς το φαινόμενο αυτό φαίνεται να επηρεάζεται γονιδιακά. Ειδικότερα η προδιάθεση ενός τέτοιου γονιδίου προκαλείται από διαταραχές του DNA του ατόμου καθώς μερικές φορές μία αλλαγή σε κάποιο γονίδιο μπορεί να επιφέρει διαταραχές στην λειτουργία, τις λεγόμενες μεταλλάξεις. Στην μετωποκροταφική άνοια διακρίνεται μια μορφή κληρονομικότητας καθώς περίπου το 20-50% των περιπτώσεων έχουν έναν τέτοιο παθών συγγενή πρώτου βαθμού ενώ το 50%-80% εμφανίζουν πρώτοι αυτή την άνοια. Μεταλλάξεις σε γονίδια έχουν βρεθεί 5 σε αριθμό που μπορούν να μεταδώσουν από γενιά σε γενιά την νόσο, με πιθανότητα 50% και αυτά είναι α) το γονίδιο MART β) το γονίδιο GRN γ) το γονίδιο TARDBP δ) το γονίδιο VCP ε) το γονίδιο CHMP2B (<http://ftdnet.gr/genetics.htm>)

ΕΙΚΟΝΑ 1.6.1 ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ



Πηγή : Μετωποκροταφική Άνοια, Διαθέσιμο στο: <https://www.psychiatros.gr>

1.6.1 Η ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Από την πλευρά της φαρμακευτικής, δεν υπάρχει συγκεκριμένη φαρμακολογική θεραπεία. Ο σύννηθες δρόμος που ακολουθείται είναι όμοιος με το φάρμακα της νόσου Alzheimer χωρίς να φαίνεται να συμβάλλουν ιδιαίτερα.

Παρόλα αυτά αντενδεικνύονται φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν ουσίες όπως η σιταλοπράμη, η σερτραλίνη ή παροξετίνη.

1.7. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ – ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Ως αγγειακή άνοια χαρακτηρίζεται μια σειρά από διάφορα είδη ανοιών που είναι υπεύθυνες για τις ισχαιμικές καταστροφές και τις ελλείψεις αιματοροών που προκαλούν ανωμαλίες οι οποίες προκύπτουν από διάφορες αλλοιώσεις των αγγείων του εγκεφάλου (Μπαλογιάννης 2012, Korczyn et al, 2012). Η μειωμένη ποσότητα ροής αίματος στον εγκέφαλο σχετίζεται με την σοβαρή βλάβη που επιδέχεται ο εγκέφαλος και αυτό είναι πρωτεύων χαρακτηριστικό αναφοράς της αγγειακής άνοιας.

Οι αγγειακές βλάβες του εγκεφάλου μπορεί να καταλαμβάνουν ένα μέρος του εγκεφάλου, να εξελίσσονται σε μια συγκεκριμένη περιοχή του ή μπορεί να βρίσκονται σε πολλά και διαφορετικά σημεία του εγκεφάλου οι οποίες να εγκλωβίζουν τον εγκέφαλο σε σημεία και η απόδοση των λειτουργιών του να μειώνεται ή να περιορίζεται. Ως εκ τούτο το άτομο δυσκολεύεται να αποδώσει σε γνωστικές διαδικασίες και υστερεί σε μεγάλο βαθμό .(Μπαλογιαννης, 2012, Hachinski & Marshall, 1974)

Μετά την νόσο του Alzheimer, η δεύτερη συχνότερα εμφανιζόμενη μορφή άνοιας είναι η αγγειακή. Παρόλα που η νόσος αυτή εξετάζεται σε μεγάλο βαθμό και η επιστημονική κοινότητα μελετά αδιάκοπα την εξέλιξη και την πρόληψη της, σε μεγάλο βαθμό είναι δύσκολο να διακριθεί καθώς υπάρχει μεγάλη πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία ανοιών που εμπεριέχουν την νόσο αυτή. Η αγγειακή άνοια παρουσιάζεται στους ασθενείς εν μέσω πολλών αιτιών και με διάφορες κλινικές μορφές ή ακόμη και με μίξη τύπων ανοιών. Ένα σημαντικό μειονέκτημα της εν συγκρίσει με άλλες θανατηφόρες άνοιες είναι ότι δεν ο ασθενής δεν παρουσιάζει παθολογικά αίτια, τουλάχιστον στον πρώτο στάδιο ή ακόμη και αργότερα οποιαδήποτε παθολογικά αίτια εμφανιστούν είναι αποτέλεσμα συνδυασμών επιπτώσεων της νόσου. Η εξέταση της απεικόνισης δεν μπορεί να στηρίξει από μόνη της τυχόν αποτελέσματα για τη νόσο.. Ωστόσο η ραγδαία πορεία της ιατρικής επιστήμης έχει εφεύρει πολλούς διαγνωστικούς τρόπους και εργαλεία που ελέγχουν τις αγγειακές εγκεφαλικές διαταραχές και να συγκρίνουν την νόσο με άλλες μορφές άνοιας. (Snowdon DA, 1997). Ο πλήρης διαγνωστικός έλεγχος πραγματοποιείται με την εξάντληση όλων των δυνατοτήτων ελέγχου όπως με την αξονική και μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου, τους υπέρηχους, την νευροψυχολογική εξέταση από ειδικούς Ένα από τα παλαιότερα σε έτη μοντέλο εφεύρεσης και χρησιμοποίησης διάγνωσης της είναι η Κλίμακα Ισχαιμίας του

Hachinski, “Hachinski Ischemic Score”, όπου μετράει ενδείξεις που σχετίζονται με τη νόσο, αναγνωρίζει το ιστορικό του ασθενή με αγγειακή άνοια και τους παράγοντες κινδύνου σε κλίμακες. Το αποτέλεσμα της αναφέρεται ως μια τιμή και η μέτρησης για score ≥ 7 . (Jellinger K.A., 2008).

Η αγγειακή άνοια παρουσιάζει κοινά στοιχεία με τις άλλες νόσους άνοιας, ωστόσο διαφέρει κυρίως σε κάποια χαρακτηριστικά εκδήλωσης της. Εξετάζοντας την νόσο με κριτήριο το φύλο, μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης αγγειακής άνοιας φαίνεται να διακρίνεται στον ανδρικό πληθυσμό έναντι του γυναικείου. Εν αντιθέσει με την νόσο του Alzheimer, ο γυναικείος πληθυσμός υπερτερεί του ανδρικού σε συχνότητα εμφάνισης. (Μπαλογιάννης, 2012, Forette, Rigaud et al, 1995.) Εξίσου ακόμη μια διαφορά που συναντάμε στις δύο αυτές δημοφιλέστερες σε εμφάνιση νόσους άνοιας είναι ότι η άνοια του Alzheimer εστιάζει στην εκπτωτικότητα της μνήμης αλλά δεν εμποδίζει σε τέτοιο βαθμό να ασθενή να εστιάζει σε εκτελεστικές διαδικασίες όπως συμβαίνει στην αγγειακή νόσο. Ο ασθενής με αγγειακή άνοια δεν λειτουργεί με τον ίδιο ρυθμό καθόλη την διάρκεια της καθημερινότητας του, συχνά παρουσιάζονται διαλείμματα στις λειτουργίες του και η πορεία του δεν χαρακτηρίζεται από σταθερότητα παρόλα αυτά δεν υστερεί των γλωσσικών του δεξιοτήτων. (Hoffman, 2013).

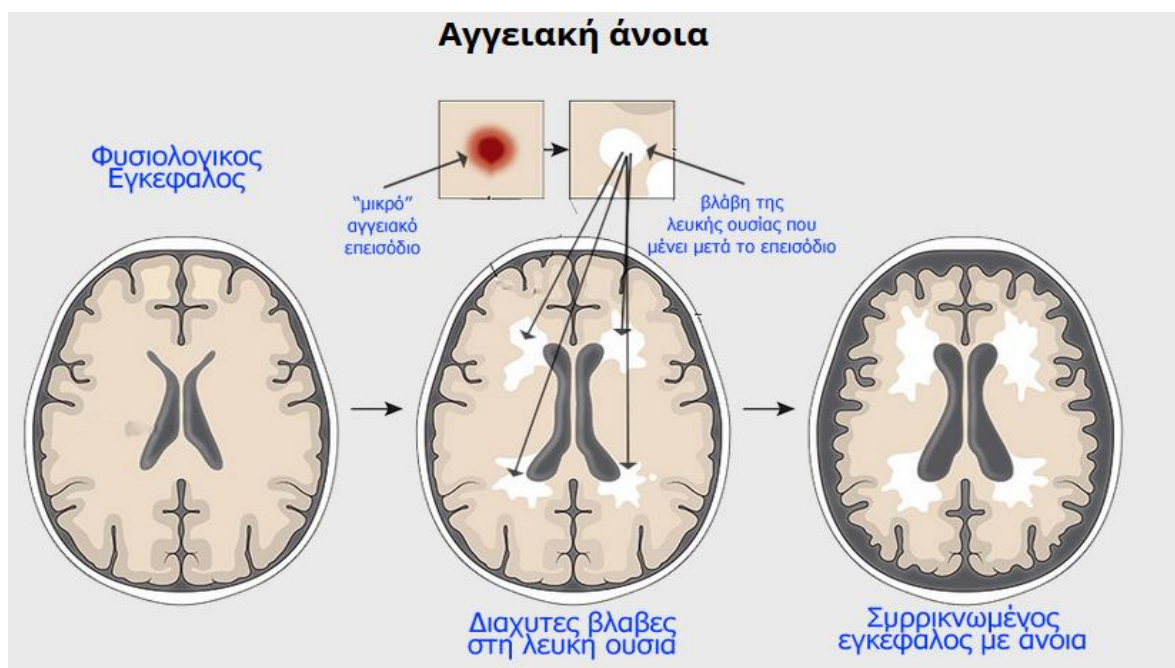
Ως προς την ίαση, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία ή φαρμακευτικό σκεύασμα που να συνδράμει στην αντιμετώπιση της. Παρόλα αυτά η συγκεκριμένη νόσος προλαμβάνεται ή μπορεί να σταθεροποιηθεί σε ένα βαθμό με την εξάλειψη των κινδύνων που συμβάλλουν στην ενίσχυση της επιδείνωσης του ασθενή. Ασθένειες που σχετίζονται με αυτή τη νόσο και αποτελούν τους παράγοντες κινδύνου για τον ασθενή είναι:

- ❖ Η υπέρταση
- ❖ Η υπερχοληστεριναιμία
- ❖ Ο σακχαρώδης διαβήτης
- ❖ Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης
- ❖ Η χρήση αλκοόλ και αλκοολούχων σκευασμάτων και προϊόντων
- ❖ Το κάπνισμα

Ο κάθε παράγοντας από μόνος του είναι επιβλαβής για τον οργανισμό. Γενικότερα στην επιδημιολογία αυτής της νόσου παρατηρούνται περιστατικά ατόμων που

συνδυάζουν πολλούς παράγοντες ταυτόχρονα. Παραδείγματος χάριν ένας ασθενής μπορεί να πάσχει από αγγειακή άνοια αλλά ταυτόχρονα να πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και να είναι και χρόνια καπνιστής. Όσους περισσότερους παράγοντες κινδύνου πρέπει να αντιμετωπίσει ο οργανισμός του κάθε ατόμου, τόσο πιο δύσκολη είναι η αντιμετώπιση και η ίαση της νόσου.

ΕΙΚΟΝΑ 1.7.1 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ



Πηγή : Νευρολογία και Ψυχιατρική, Διαθέσιμο στο: <https://doctorbabis.gr/vascular-dementia/>

1.7.1 Η ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Από την πλευρά της μη φαρμακευτικής αντένδειξης, συστήνεται η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού, ο εμπλουτισμός του ατόμου με βιταμίνες και αντιοξειδωτικά, η κατανάλωση πολλών φρούτων και λαχανικών με σκοπό την βιταμίνωση και ενυδάτωση. Ο ασθενής παράλληλα θα πρέπει να δημιουργήσει έναν νέο τρόπο ζωής, βελτιωμένο, συμπεριλαμβάνοντας στην καθημερινότητα του την σωματική και πνευματική άσκηση. (Ogawa S., 2014).

Παράλληλα για την ελεγχόμενη αντιμετώπιση της νόσου, ο ασθενής θα πρέπει να διακόψει τις βλαβερές και τοξικές καταχρήσεις ώστε να μην εισβάλλουν στον οργανισμό ουσίες που αυξάνουν την επικινδυνότητα. Η διακοπή του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ είναι αυστηρά αναγκαία. (Moran JA, Rafti MS et al, 2013). Εξίσου σημαντικό είναι ο ασθενής να μην απομονώνεται και να μην είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα όπου μπορούν να χειροτερέψουν την κατάσταση του. Η παρουσία οικείου προσώπου και φροντιστή συμβάλλει στην πρόληψη των ανωτέρων.

Από την πλευρά της φαρμακευτικής αντένδειξης η λήψη των κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση των παραγοντικών κινδύνων, όπως έχουν προαναφερθεί, συμβάλλει ταυτόχρονα στην καλή διατήρηση των επιπέδων της νόσου. Τα κατάλληλα φάρμακα που χορηγούνται για την ρύθμιση της λειτουργίας της καρδιάς, τα φάρμακα για την υπέρταση και των διαβήτη αποτελούν φάρμακα άμεσης πρόληψης για την αγγειακή άνοια, καθώς οι λειτουργίες του οργανισμού είναι ομαλές και δεν επιβαρύνουν περισσότερο τη νόσο. (Davey DA, 2014)

Ειδικότερα για την αγγειακή άνοια, έχουν μελετηθεί σκευάσματα που αποτελούνται από ουσίες όπως η δονεπεξίλη, η γαλανταμίνη και η ριβοστιγμίνη και το αποτέλεσμα ήταν αρκετά ικανοποιητικό για τις προσδοκίες της νόσου. (Kurz AF, 2003). Βέβαια, χρειάζονται ακόμη πολλές έρευνες και δοκιμές ώστε αυτό να καθίσταται επισήμως ως αντένδειξη για τη νόσο όμως πολλοί επιστήμονες στην ανάγκη για την αντιμετώπιση και μη έχοντας εναλλακτική συστήνουν φάρμακα σχετικά με αυτές τις ουσίες.

Όπως σε όλες τις μορφές άνοιας, έτσι και στην περίπτωση της αγγειακής, χορηγούνται αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα όμως σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να υπάρχει σχολαστική προσοχή καθώς μπορεί κάποια ουσία αυτών να λειτουργήσει αντιστρεπτικά για τον οργανισμό του νοσούντα. (Kales HC , Lyketsos CD, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ – ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΟΥΣ

2.1. Η παρηγορική φροντίδα σε ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις

Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής πάσχει από νευρολογικές παθήσεις κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαία και χρήζει άμεσης βοήθειας φροντίδας από έναν φροντιστή. Τον ρόλο της έννοιας της φροντίδας συνήθως αναλαμβάνουν οικεία πρόσωπα του ασθενή έχοντας ήδη στενή σχέση με τον ασθενή και γνωρίζοντας βασικά στοιχεία του που αφορούν το ιστορικό του, την προσωπικότητα του και τυχόν δυσκολίες που έχει αντιμετωπίσει. Οι φροντιστές αυτοί, είναι κυρίως άνθρωποι πρώτου βαθμού συγγένειας με τον ασθενή, σύζυγοι ή τέκνα αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι και δεύτερου βαθμού ανάλογα της σχέσης που επικρατεί μεταξύ αυτών και του ασθενή και το στάδιο νοσηλείας του. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο, καθώς τον ρόλο αυτό μπορούν να αναλάβουν ίσως και κάποιοι στενοί φίλοι ή συνεργάτες του ή άνθρωποι από το εξωτερικό γενικά περιβάλλον. Όπως προαναφέρθηκε, για το λόγο ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί και η ανάγκη για φροντίδα που συντρέχει από την εκφυλιστική νόσο, θέτει νέες βάσεις για την πορεία του.

Πέραν της βασικής φροντίδας όπου χρειάζεται ο ασθενής στην καθημερινότητα του όπως την σίτιση του, την ενυδάτωση του, την καθαριότητα και τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να του χορηγούνται, ο ασθενής χρήζει και από ψυχολογική και κοινωνική φροντίδα. Την έννοια αυτή περιλαμβάνει η παρηγορική φροντίδα, όπου ο εκάστοτε φροντιστής καλείται μέσα από μια σειρά διαδικασιών να υποστηρίξει τον ασθενή. Η παρηγορική φροντίδα μπορεί να οδηγήσει στην διατήρηση μια αίσθησης αυτονομίας του ασθενή και αυτό αποτελεί σημαντικό κατόρθωμα για την καθημερινή του πορεία και εξέλιξη. (Robinson, M. T., & Holloway, R. G. 2017)

2.2 Η ανακουφιστική – υποστηρικτική φροντίδα ασθενών με νευρολογικές παθήσεις, ειδικότερα την άνοια. Η συμβολή των φροντιστών.

Σε παλαιότερες εποχές η έννοια της ανακουφιστικής – υποστηρικτικής φροντίδας δεν ήταν ευρέως γνωστή και δεν αποτελούσε χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την διαχείριση νευρολογικών παθήσεων και ανοιακών περιπτώσεων. Γενικότερα αποτελούσε μία έννοια όπου από το ιατρικό κοινό συστήνονταν σε ασθενείς όπου η νόσος είχε ολοκληρώσει τον κύκλο της και οι ασθενείς βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο ζωής του. Σήμερα και ύστερα από πολλές μελέτες διακρίνεται ως φροντίδα όπου μπορεί να παρέχεται σε κάθε ασθενή και σε κάθε στάδιο της νόσου, επιφέροντας θετικά αποτελέσματα. (Κοντοκώστας Κ., Παπαγεωργίου Σ.Γ., 2021, PETERBOROUGH PALLIATIVE CARE IN DEMENTIA GROUP, 2009)

Η ανακουφιστική φροντίδα προτείνεται σε συνεργασία του ειδικευμένου γιατρού του ασθενή και πραγματοποιείται από κοινού με τους φροντιστές του ασθενή. Για το καλύτερο αποτέλεσμα, η φροντίδα αυτή εφαρμόζεται με γνώμονα την συνεργασία του τρίπτυχου α) ασθενής β) φροντιστές γ) θεραπόντων ιατρών με στόχο την βελτιστοποίηση παροχής φροντίδας στον ασθενή. (Van Der Steen J.T, Radbruch I., 2014). Ο θεράπων ιατρός είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση των φροντιστών για την νόσο, την πλήρη ενημέρωσης τους και τις επιμέρους διαδικασίες που πρέπει να γνωρίζουν (ορθός τρόπος σίτισης, ορθός τρόπος υγιεινής κ.τ.λ.) Εστιάζει στην εκμάθηση και την εκπαίδευση των φροντιστών του οικογενειακού κύκλου του ασθενή ως προς τον τρόπο υποστήριξης ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών, την όσο δυνατόν πιο ανώδυνη αλλά αποτελεσματική θεραπεία και την αποφυγή οποιονδήποτε σφαλμάτων στην υποστήριξη του ασθενή.

Παρόλα αυτά, όντας σαν μια αποτελεσματική θεραπεία για τον ασθενή, ο συγκεκριμένος τύπος φροντίδας συμβάλλει θετικά και στην ψυχολογία των φροντιστών. Πρόκειται για μια φροντίδα υγιείς για τους ασθενείς αλλά επίπονη για τους φροντιστές. Στην ανάγκη των φροντιστών ώστε να παρέχουν το καλύτερο δυνατόν για τους ανθρώπους τους, βαδίζουν σε μια διαδικασία δύσκολη για αυτούς, είτε γνωρίζοντας και από επιλογής τους είτε γιατί δεν υπάρχει εναλλακτική λύση για

αυτούς. Όπως και να συμβαίνει, οι φροντιστές και των δύο εκδοχών, επιβαρύνονται ψυχικά και σωματικά στην προσπάθεια τους να φροντίσουν τον ασθενή και περιβάλλονται συνεχώς από άγχος, αυξημένο στρες, φόβο, θυμό, ντροπή και άλλα συναισθήματα. Σε συνδυασμό με την καθημερινότητα τους, για το λόγο ότι μπορεί να εργάζονται, να μεγαλώνουν παιδιά ή να έχουν άλλες υποχρεώσεις, αυτό μπορεί να αποφευχθεί βλαβερό για τους ίδιους. Ειδικότερα συμπτώματα εξάντλησης των φροντιστών από την διαδικασία της φροντίδας φαίνεται να είναι η κατάθλιψη, η αϋπνία, η κόπωση κ.α. Έτσι η ανακουφιστική φροντίδα, εν μέσω διαδικασιών συμβάλλει με ειδικευμένους τρόπους στην διαχείριση της ψυχολογίας των φροντιστών καθώς οι μέθοδοι εκπαίδευσης τους ενισχύουν τον τρόπο της συναισθηματικής τους διαχείρισης. (Robinson MT, Barrett KM, 2014).

Σημασία έχει να αναφερθεί ότι η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε διάφορους χώρους είτε εσωτερικούς για τον ασθενή και τους φροντιστές του, εντός της κατοικίας του ασθενή, είτε σε εξωτερικό περιβάλλον όπως νοσοκομεία, κλινικές, οίκους ευγηρίας κ.α. (Κοντοκώστας Κ., Παπαγεωργίου Σ.Γ., 2021, Mirandar R., Bunn F., et al, 2019).

2.3 Οι αποφάσεις που καλούνται οι φροντιστές να λάβουν για τον ασθενή σύμφωνα με το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα.

Καθώς τα άτομα που έχουν προσβληθεί από άνοια υστερούν της ικανότητας λήψης αποφάσεων, ο θεράπων ιατρός και οι φροντιστές από το οικογενειακό περιβάλλον του, σε συνεργασία, καλούνται να λάβουν κάποιες αποφάσεις με σκοπό την διασφάλιση της αυτονομίας του ασθενή στην ιατρική πράξη και την καλύτερη διαχείριση των δικαιωμάτων του. Ο ιατρός από την πλευρά έχοντας την ευθύνη ενημέρωσης των συγγενών από ιατρικής δεοντολογίας και οι συγγενείς θέλοντας από ηθικής και κοινωνικής άποψης να βοηθήσουν τον ασθενή, συνεργάζονται με σκοπό την επίτευξη της φροντίδας του ασθενή. (Εκθεση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, 2010, Φουντεδάκη, Κ., 2006) Με αυτόν τον τρόπο καθιερώθηκε στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και την Βίο-Ιατρική, άρθρο 5 του ν. 2619/1998, του διεθνούς δικαίου, ότι ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την πλήρη ενημέρωση της υγείας του ασθενή προς τους συγγενείς- φροντιστές και ιατρικές πράξεις να μην πραγματοποιούνται χωρίς τη συναίνεση του ασθενή ή των νόμιμων εκπροσώπων του. (Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε.,) Η εφαρμογή

αυτής της νομοθεσίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις ανοιακών ασθενών για το λόγο ότι έχουν μειωμένη κριτική ικανότητα λόγω της ασθένειας τους. Παράλληλα η αυτονομία της απόφασης έπειτα από την πλήρη ενημέρωση του ιατρού, είναι κατοχυρωμένη στο Σύνταγμα, περί ελευθερίας της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξίας, άρθρο 5§ 1,2 § 1Σ. Επίσης, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, θεσπίζει αυστηρά ότι για την περίπτωση των ατόμων που υστερούν της ικανότητας συναίνεσης, οπότε καλούνται οι φροντιστές να επέμβουν, διευκρινίζεται ότι μονό σε επείγουσες καταστάσεις δεν απαιτείται συναίνεση (§ 3 του άρθρου 12 του Κωδ. Ιατρ. Δεοντ.) (Γαβριηλίδου, Π., 2020)

Στις περιπτώσεις αυτές, οι φροντιστές με όλες τις νόμιμες διαδικασίες αναλαμβάνουν τον ρόλο του αντιπροσώπου – συμπαραστάτη του ασθενή και συμμετέχουν σε όλες τις διαδικασίες όπου δεν μπορεί να ενεργήσει ο ασθενής λόγω της νόσου που τον οδηγεί σε αδυναμία δικαιοπρακτικής ικανότητας. Οι φροντιστές ορίζονται με δικαστική απόφαση από το δικαστήριο , κατόπιν αίτησης είτε από τον ασθενή, αρκετά δύσκολη περίπτωση, είτε από τον/την σύζυγο και τα τέκνα. Τα αρμόδια δικαστικά όργανα κρίνουν όλα τα στοιχεία που έχουν στην διάθεση τους (γνωματεύσεις, ιστορικό ασθενή κ.τ.λ.) και αποφασίζουν εάν θα δοθεί δικαστική συμπαραστάση και ποιο άτομο πληροί τις προϋποθέσεις ώστε διαχειρίζεται καταστάσεις του ασθενή. Έτσι, εάν ο ασθενής κριθεί ανίκανος της δικαιοπρακτικής ικανότητας λόγω των αδυναμιών του από την άνοια, οι φροντιστές του είναι υπεύθυνοι πέραν της φροντίδας του, για όλα τα οικονομικά, πολιτικά, νομικά, κοινωνικά, περιουσιακά θέματα καθώς και για τις αποφάσεις σχετικά με τις επεμβάσεις και τις θεραπείες του. Αυτό αποσαφηνίζεται λεπτομερώς στο βιβλίο του Αστικού Κώδικα, του Αστικού Δικαίου και πιο συγκεκριμένα στο 16^ο κεφάλαιο. (Κουτσουράδης, Γεωργιάδης, 2002)

2.4 Τα συναισθήματα των φροντιστών ανοιακών ασθενών – Η επιβάρυνση τους σε πολλούς τομείς

Όπως έχει προαναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο φροντιστής επιβαρύνεται συναισθηματικά, σωματικά , κοινωνικά και οικονομικά βάζοντας τον εαυτό σε δεύτερη προτεραιότητα προκειμένου να φροντίσει τον ασθενή. Προκειμένου να δοθεί μια έννοια σε αυτή την παθούσα κατάσταση του φροντιστή, με την πάροδο των χρόνων αποδόθηκε η ορολογία «φορτίο των φροντιστών» ή «επιβάρυνση των φροντιστών».

(Hoffman, R., Yee, JL., 1999). Βέβαια σε παλαιότερα χρόνια η έννοια αυτή εξετάζονταν μόνο από άποψης αρνητικής επιβάρυνσης ενώ στη σύγχρονη εποχή υπάρχουν μελετητές όπου εξετάζουν αυτήν την επιβάρυνση από την θετική της πλευρά ως προς τα συναισθήματα των ασθενών.

Παλαιότερα τα άτομα δεν διέθεταν όλα τα μέσα, τις γνώσεις, τις κατάλληλες υποδομές, συμβουλές και καθοδηγήσεις και αντιλαμβάνονταν την έννοια της φροντίδας ως κάτι για το οποίο θα έπρεπε να νιώθουν ντροπή, αμηχανία, θλίψη καθώς αισθάνονταν ότι δεν μπορούν να κάνουν το ιδανικό ή τουλάχιστον αυτό που θεωρούσαν εκείνοι ιδανικό για τους ασθενείς τους. Στην παρούσα εργασία διενεργείται έρευνα με σκοπό να μελετηθούν τα συναισθήματα των φροντιστών ανοικτών ασθενών, ατόμων του οικογενειακού τους περιβάλλοντος στο σήμερα και πιο συγκεκριμένα εξετάζεται το αίσθημα της ντροπής, του κενού και άλλα. Εξετάζεται αν αυτά τα συναισθήματα μπορούν να συσχετιστούν μεταξύ τους και κατά πόσο το μορφωτικό τους επίπεδο, το φύλο, η ηλικία και το εισόδημα επηρεάζουν αυτά τα συναισθήματα προκαλώντας το αίσθημα της ντροπής καθώς έχουν έναν ανοικτό ασθενή στο περιβάλλον τους.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία , θα μπορούσαμε να κατατάξουμε το αίσθημα της ντροπής ως υποκειμενική επιβάρυνση του φροντιστή καθώς πρόκειται για υποκειμενικό συναίσθημα, ενδεχομένως να μην συμβαίνει σε όλους ή να συμβαίνει σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων ή άτομα που τα συναισθήματα τους επηρεάζονται από συγκεκριμένους παράγοντες. Παράλληλα ως αντικειμενική επιβάρυνση από την φροντίδα των ασθενών νοείται μια κατάσταση που επηρεάζει τις καθημερινές του συνήθειες, την ροή των δραστηριοτήτων της οικογένειας, τον εργασιακό χώρο του φροντιστή και άλλα. (Triantafyllou, L., Prouskas, C., 2006)

Οι κύριοι παράγοντες που φαίνεται μέχρι σήμερα να επηρεάζουν τον φροντιστή είναι (Bassetal, 1994) :

- ❖ Η επί καθημερινής βάσης φροντίδα του ασθενή

Οι φροντιστές δεν διαθέτουν την τόση ελευθέρια χρόνο που απαιτεί μια ανοικτή κατάσταση.

- ❖ Η σίτιση

Πολλοί ασθενείς αρνούνται την σίτιση τους ή αρνούνται συγκεκριμένες τροφές ή δεν μπορούν να ελέγξουν τον κορεσμό τους και δυσκολεύουν τους φροντιστές.

❖ Η σχολαστική καθαριότητα

Η καθαριότητα απαιτεί να γίνεται σε καθημερινή βάση, γεγονός που περιορίζει να τον χρόνο των φροντιστών

❖ Η αποχή από την συντροφικότητα

Οι φροντιστές έχοντας ελάχιστο ελεύθερο χρόνο έως καθόλου αποξενώνονται από συντρόφους, φίλους, κοινωνικό περιβάλλον.

❖ Η νοητική και σωματική υγεία του ασθενή

Η απώλεια μνήμης, οι συμπεριφοριστικές διαταραχές και η επιθετικότητα του ασθενή προκαλούν ανησυχία στον φροντιστή.

❖ Η προοδευτικότητα της νόσου.

Η ραγδαία εξέλιξη και η αυξανόμενη επιδείνωση του ασθενή προβληματίζουν τον φροντιστή και παράγεται άγχος ως προς την πορεία της φροντίδας του.

❖ Την απόρριψη από τους ασθενείς.

Οι ασθενείς μη καταλαβαίνοντας τα οικεία πρόσωπα, δεν ανταποδίδουν τρυφερότητα, αγάπη, ευχαρίστηση γεγονός που λυπεί τους φροντιστές. Ειδικότερα όταν η επιρροή της νόσου είναι σε τέτοιο βαθμό όπου δεν τους αναγνωρίζουν καν. (<https://www.eumedline.eu>)

❖ Το κόστος νοσηλίων και της φαρμακευτικής αγωγής.

Ο φροντιστής ανησυχεί για την αποπληρωμή και την διαχείριση των οικονομικών ζητημάτων του ασθενή καθώς τα χρήματα της κάθε οικογένειας δεν είναι πάντα επαρκείς να καλύψουν όλες τις οικονομικές απαιτήσεις που χρειάζονται.

❖ Οι εσωτερικές διαφωνίες μεταξύ των οικογενειών και των συγγενικών προσώπων του ασθενή ως προς την φροντίδα.

Αυτός ο παράγοντας ενδεχομένως να υπάρχει από τον συνδυασμό όλων των ανωτέρω παραγόντων καθώς οι οικογένειες σε τέτοιες περιπτώσεις συχνά διαφωνούν ως προς την διαχείριση της φροντίδας του ασθενή, είναι συναισθηματικά και οικονομικά επιφορτισμένοι και μια διαφορετική άποψη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερα εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.

2.4.1 Τα αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα των φροντιστών - Η περίπτωση της ντροπής και της ενοχής

Στο ηθικό και ψυχικό τους κάλεσμα, οι άνθρωποι προκειμένου να βοηθήσουν το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, διακατέχονται από συναισθήματα όπου δεν μπορούν οι ίδιοι να τα διακρίνουν και να αξιολογήσουν. Συχνά τα αισθήματα αυτά μπερδεύουν το άτομο, καθώς αυτά διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο ανάπτυξης και εκδήλωσης τους. (Tangney & Tracy, 2012). Ειδικότερα όταν καλούνται να διαχειριστούν σοβαρές καταστάσεις όπως οι αρρώστιες και οι ασθένειες έρχονται αντιμέτωποι με τα όρια του εαυτού τους και ανακαλύπτουν πτυχές του εαυτού τους που δεν γνώριζαν νωρίτερα ή δεν είχαν βιώσει αντίστοιχες καταστάσεις για να γνωρίσουν.

Τα αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα από τον επιστημονικό κύκλο της ψυχολογίας εξετάζονται ως προς τα χαρακτηριστικά εκείνα που σχετίζονται με τον εαυτό του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την απόδοση των συμπεριφορών του. Σε αυτή την κατηγορία συναισθημάτων ανήκουν τα αισθήματα της ντροπής, της ενοχής, της αμηχανίας. (Thompson, Altmann, & Davidson, 2004). Οι φροντιστές στην προσπάθεια τους να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες συνθήκες φροντίδας συχνά βιώνουν όλα τα παραπάνω συναισθήματα είτε σταδιακά είτε ταυτόχρονα. Καθώς οι φροντιστές στην γενικότερη διάρκεια συμβίωσης με την οικογένεια τους, δεν μπορούν να φανταστούν ότι στην πορεία μπορούν οι συγγενείς τους να προσβληθούν από την άνοια, δεν είναι συνειδητοποιημένοι για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Ειδικότερα όταν φτάσει να συμβεί αυτό, πάλι δεν είναι ικανοί να συνειδητοποιήσουν τι επακολουθεί και ως αποτέλεσμα έχει τα συναισθήματα τους να εμποδίζουν την ξεκάθαρη σκέψη που καλούνται να έχουν σε αυτές τις περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό, εξηγούν οι Else-Quest N.M, Higgins A. Και οι συνεργάτες, το 2012, καθώς τα συναισθήματα αυτά δεν αποτελούν έμφυτα, δεν είναι καταστάσεις που ο άνθρωπος εμπεριέχει στην προσωπικότητά του, είναι βιώματα όπου η βίωση τους επέρχεται μέσα από μια σειρά καταστάσεων όπου απαιτεί το άτομο να μπορεί να αντιλαμβάνεται το όρια του.

Αξιοσημείωτο σε αυτό το σημείο είναι η αναφορά και ο διαχωρισμός αυτών των συναισθημάτων που συχνά δημιουργούν κλονισμό στον αποδέκτη όταν τα βιώνει. Το

αίσθημα της ντροπής σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποδίδεται ως το ηθικό εκείνο κομμάτι όπου ο αποδέκτης νιώθει ότι παραβιάζει κάποιον ηθικό κανόνα ή αξία όπου εκείνος θεωρεί και αντικατοπτρίζει την εικόνα του. Νιώθει ότι κάποια ηθική παραβίαση εκθέτει τον εαυτό του μέσα σε ένα περιβάλλον, κοινωνικό, φιλικό, εργασιακό και τον αποτρέπει ώστε να είναι αποδεκτός από τους άλλους. Παράλληλα με κάποιο γεγονός ή συγκυρία της ζωής του ή της ζωής κάποιου δικού του ατόμου, αισθάνεται μειονεκτικά έναντι των άλλων και έχει ως αποτέλεσμα την αποξένωση του ή την εξαφάνιση του από το πλήθος που περιβάλλεται. (Ward, 2014). Οι φροντιστές ανοιακών ασθενών τείνουν να απομονώνονται λόγω του μεγάλου φορτίου που τους επιβαρύνει από την φροντίδα των ασθενών λόγω των παραγόντων που έχουν προαναφερθεί, όμως σε συνδυασμό με το αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα της ντροπής έχουν την τάση να χάνουν την κοινωνική τους ταυτότητα και τον κοινωνικό τους χαρακτήρα.

Στο στάδιο όπου οι φροντιστές τείνουν να απομακρυνθούν τελείως από τον κοινωνικό τους περίγυρο, εκεί έχει προστεθεί ήδη μαζί με το συναίσθημα της ντροπής και το συναίσθημα της ενοχής για την κατάσταση που υπάρχει. Αυτές οι έννοιες συχνά θεωρείται ότι είναι ταυτόσημες, παρόλα αυτά διαφέρουν ως προς τα σημεία. Το αίσθημα της ενοχής μπορεί να προηγείται από το αίσθημα της ντροπής, και το άτομο που αισθάνεται ντροπή, βιώνει την ντροπή από κάποια ενοχή για κάτι που έκανε ή για κάτι που δεν έκανε ενώ θεωρεί ότι θα έπρεπε να είχε κάνει. Αντίθετα το άτομο δεν μπορεί να νιώθει ενοχικά λόγω του αισθήματος της ντροπής που τον διέπει. (Lewis, 1995). Οι συμπαραστάτες των ανοιακών ασθενών συχνά αντιμετωπίζουν το αίσθημα της ντροπής από μία ενοχική κατάσταση που τους διέπει, καθώς μπορεί να θεωρούν ότι με κάποια ενέργεια τους δεν συνέβαλαν στο ποσοστό φροντίδας του ασθενή. Η σκέψη αυτή ενδεχομένως να βασίζεται σε επίπεδα φροντίδας όπου θεωρούν εκείνοι ιδανικά για την φροντίδα των ασθενών τους. Ταυτόχρονα, από την προσωπική τους αντίληψη των πραγμάτων, μπορεί να αισθάνονται ντροπή από την ενοχή τους για κάτι που θεωρούν ότι έπρεπε να πράξουν για τους ασθενείς αλλά λόγω κάποιων συγκυριών ή λανθασμένων εκτιμήσεων να μην προέβηκαν με τρόπο ορθό. Ειδικά σε μια τέτοια περίπτωση το αίσθημα της ντροπής μεγιστοποιείται για αυτούς. Οι φροντιστές θεωρούν ότι αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις και να τεθεί θέμα κριτικής από άλλους συγγενείς ή τρίτους. Εν αντιθέσει όμως, οι φροντιστές δεν μπορούν να αισθανθούν

ενοχή επειδή ενδεχομένως ντρέπονται για την κατάσταση που βιώνουν τόσο τα δικά τους πρόσωπα όσο και για την προσωπική τους.

Στην παρούσα έρευνα διενεργείται έλεγχος σε ένα δείγμα ατόμων- φροντιστών, με σκοπό να διαπιστωθεί εάν όντως διατρέχει ζήτημα ντροπής των φροντιστών για τους ανοιακούς ασθενείς όπου φροντίζουν. Ειδικότερα μέσα από μια σειρά συσχετίσεων γίνεται προσπάθεια να εντοπιστεί ο βαθμός του αισθήματος της ντροπής και κατά πόσο επηρεάζεται ή επηρεάζει άλλα συναισθήματα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Το είδος της μελέτης

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιείται ποσοτική μελέτη με σκοπό να διερευνηθεί η συναισθηματική κατάσταση των φροντιστών ανοιακών ασθενών ως προς το αίσθημα της ντροπής, κατά την διάρκεια μιας σύντομης χρονικής περιόδου.

Ταυτόχρονα εξετάζεται το κοινωνικό, το δημογραφικό, το οικονομικά και το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών, οι οποίοι αποτελούν το δείγμα της παρούσας έρευνας και διεξάγεται έρευνα όπου στο επίκεντρο της, στόχο έχει να μετρήσει τα συναισθήματα τους, με έμφαση «το επιπέδου του συναισθήματος της ντροπής» .

3.2 Ο στόχος της έρευνας & Η Σπουδαιότητα

Ο βασικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγραφεί ο βαθμός ντροπής των φροντιστών, όπου μπορεί να πηγάζει από την φροντίδα που παρέχουν οι ίδιοι στους ασθενείς. Ειδικότερα σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση κάποιων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, αίσθηση μειονεκτικότητας έναντι των άλλων κ.α.) στα άτομα που φροντίζουν ανοιακούς ασθενείς και στοχεύει στην μέτρηση του βαθμού της ντροπής, του κενού και της κατωτερότητας όπου υφίστανται να υπάρχουν ως αποτέλεσμα της φόρτισης τους. Η καταγραφή αυτή γίνεται στα πλαίσια

εξερεύνησης πιθανών κοινωνικών παραγόντων ή φυλετικών σε συνδυασμό με την μόρφωση και την οικονομική ευχέρεια τους.

Η άνοια όπως προαναφέρθηκε αποτελεί νόσο με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας και οδηγεί σε εξάρτηση του ασθενή από κάποιον φροντιστή . Ωστόσο παρατηρείται ψυχολογική κατάπτωση των φροντιστών, με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους , καθώς επιτελούν ένα δύσκολο έργο, παρέχοντας βοήθεια στην καθημερινότητα των ανοιακών ασθενών. Σπουδαίας σημασίας αποτελεί η παροχή εκπαίδευσης των φροντιστών ως προς την ορθή αντιμετώπιση των ασθενών είναι ικανή να μειώσει τα αισθήματα αυτά .(Zhao, Y., Peng, L., et al, (2019).

3.3 Ερευνητικά Εργαλεία - Ορισμοί OAS ΚΑΙ ESS

Η ντροπή αποτελεί ένα συναίσθημα που συνειδητά διακατέχει το άτομο, αλλά είναι ικανό να επιφέρει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπικότητα του .Ως εξωτερική ντροπή ορίζεται το συναίσθημα που υπόκειται στο σύνολο αρνητικών σκέψεων του ατόμου για τον ίδιο του τον εαυτό , σχετικά με το πώς το κρίνουν οι άλλοι . Η κλίμακα Other As Shamer Scale (OAS) χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του ποσοστού της εξωτερικής αιδούς που βιώνει το άτομο. Είναι εμπνευσμένη από το ήδη κατασκευασμένο εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης της ντροπής, το Internalized Shame Scale όπου δημιουργήθηκε από τον Cook το 1993. Έναν χρόνο αργότερα, ο Gilbert και οι συνεργάτες του το τροποποίησαν με σκοπό να μπορεί να ερευνάται η αντίληψη των ατόμων που εξετάζονται ως προς τον τρόπο που οι τρίτοι αντιλαμβάνονται το εξεταζόμενο άτομο και τον τρόπο όπου το κρίνουν μέσα σε ένα σύνολο καταστάσεων. Το OAS περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις όπου απαντιόνται σε μια πενταβάθμια κλίμακα, όπου το 0= καθόλου, το 1= λίγο, το 2= μέτρια, το 3= πολύ, το 4=απόλυτα. Ο δείκτης Cronbach's α χρησιμοποιείται για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων συσχετίσεων και οι κλίμακες του OAS προσμετρούν το βαθμό της αίσθησης της κατωτερότητας, του κενού και της αίσθησης του ατόμου όταν κάνει λάθη. Τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα και με εγκυρότητα σε συσχετίσεις με τη ψυχοπαθολογία του ερωτηθέντα .(Matos, M., Pinto-Gouveia, et al., (2015).

Αντίστοιχα η κλίμακα για το βίωμα της ντροπής -Experience of Shame Scale- (ESS) μετρά την χαρακτηριστική ντροπή, την συμπεριφορική ντροπή και τη σωματική ντροπή. Τα άτομα που συμμετάσχουν στην έρευνα καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν το αίσθημα της ντροπής που μπορεί να προκύπτει από

προσωπικές του συνήθειες, βιώματα όπου είτε έχουν προσπαθήσει να κρύψουν είτε αρνούνται να μοιραστούν με άλλους σε αντίστοιχη πενταβάθμια κλίμακα. Η κλίμακα αυτή αφορά καθαρά την μέτρηση του βιώματος της ντροπής και σε καμία περίπτωση δεν σχετίζεται με το αίσθημα της ενοχής του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα που βιώνουν την ντροπή ως αποτέλεσμα των παραγόντων που βιώνουν, έχουν την τάση να μην θέλουν να μιλήσουν για αυτό, εξού προκύπτει και το αίσθημα της αποφυγής ή της απόκρυψης καταστάσεων. Όμως φαίνεται το συγκεκριμένο εργαλείο να αποδίδει η κλίμακα ESS στοχεύει στην απευθείας ερώτηση, οι ερωτήσεις της είναι σαφής και ευθύς. Σύμφωνα με τον Macdonald, το 1998, τα άτομα ξεδιπλώνονται όταν καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που τους γίνονται ευθέως και η ESS εμπεριέχει τέτοιες χαρακτηριστικές ερωτήσεις.

3.4 Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εξέτασης του αισθήματος της ντροπής φροντιστών ανοιακών ασθενών και έλαβε χώρο στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας κατά την χρονική περίοδο από τον Σεπτέμβριο του 2022 έως τον Ιανουάριο 2023. Το δείγμα αποτελούνταν από υγιή άτομα όπου όλα ήταν φροντιστές - συγγενείς των ασθενών και οι ηλικιακές αυτές ομάδες ατόμων αποτελούνταν από άτομα άνω των 18 ετών. Προϋπόθεση ήταν το άτομα να επιθυμούν να λάβουν μέρος στην έρευνα και η δειγματοληψία ήταν ανώνυμη και με την προθυμία τους. Με την απόφαση τους να συμμετάσχουν, έλαβαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια όπου και συμπληρώθηκαν από εκείνους και έπειτα επιστράφηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας. Σχετικά με τα ερωτηματολόγια, δόθηκαν σε άτομα τουλάχιστον με μόρφωση στην Δημοτική εκπαίδευση για τους λόγους όπου θα μπορούσε να γίνει αντιληπτό και κατανοητό το περιεχόμενο. Η έρευνα αφορά τη μελέτη της κλίμακας αιδούς (ντροπής) των φροντιστών ανοιακών ασθενών. Συνολικά συμμετείχαν 34 φροντιστές στους οποίους δόθηκε αρχικά ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε πρωτίστως ερωτήσεις για τα δημογραφικά τους στοιχεία όπως το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη οικογενειακή κατάσταση κ.ά. Έπειτα, υπήρχαν ερωτήσεις για την μέτρηση της κλίμακας εξωτερικής ντροπής και αντίστοιχα ερωτήσεις της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής.

Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα και πιο συγκεκριμένα στις κατηγορικές και ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται οι απόλυτες

και οι σχετικές συχνότητες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τρόπο αντικειμενικό χωρίς να υπάρχει επιρροή και επηρεασμός προσωπικών πεποιθήσεων και απόψεων.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 22. Η επίδραση των αριθμητικών μεταβλητών μεταξύ τους ερευνήθηκε με το δείκτη συνάφειας Pearson r , το t -test για τη σχέση των αριθμητικών μεταβλητών με τις κατηγορικές μεταβλητές με 2 κατηγορίες και η ANOVA για τη σχέση των αριθμητικών μεταβλητών με τις κατηγορικές μεταβλητές με 3 και πάνω κατηγορίες. Τέλος, δίνεται ο δείκτης αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και συγκεκριμένα ο δείκτης Cronbach α ο οποίος παίρνει τιμές από 0 έως 1. Όσο πιο μεγάλος είναι ο δείκτης αξιοπιστίας, δηλαδή όσο πλησιάζει στο 1 τόσο πιο αξιόπιστος είναι ο παράγοντας.

3.5 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που γεννά αυτή η έρευνα και αποτελούν προβληματισμό για τα άτομα που φροντίζουν ανοιακούς ασθενείς είναι:

- Το αίσθημα της ντροπής που μπορεί να νιώθουν οι φροντιστές συνδέεται με τον κοινωνικό περίγυρο των ατόμων.
- Μπορεί αυτό το αίσθημα να επηρεάζει σε καθημερινή βάση τους φροντιστές και να εμποδίζει την σχέση τους με το κοινωνικό σύνολο.
- Η ντροπή αυτή μπορεί να οδηγήσει το άτομο να αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις ή συναντήσεις με άλλους ανθρώπους, καθώς το άτομο αυτό μπορεί να ντρέπεται για κάποιες πράξεις του ή να δυσκολεύεται να διαχειριστεί κάτι με αποτέλεσμα να το κρύβει. Το συναίσθημα της ντροπής σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες φαίνεται να τείνει να απομακρύνει το άτομο από το κοινωνικό σύνολο, καθώς το άτομο στην προσπάθειά του να αμυνθεί αποφεύγει το σύνολο των ατόμων και εστιάζει στο να επικοινωνεί μόνο με άτομα που θεωρεί και αισθάνεται ασφάλεια ως προς το να γνωρίζουν οι άλλοι τι του συμβαίνει. (Gilbert et al, 2005).
- Η εξωτερική ντροπή που μπορεί να εμφανίζει ένας φροντιστής επηρεάζεται από το ανάλογο φύλο, την μόρφωση του κάθε ατόμου ή την οικογενειακή τους κατάσταση. Θα μπορούσε το εισοδηματικό κριτήριο να σχετίζεται με το αίσθημα ντροπής του ατόμου από την φροντίδα των ασθενών.

- Η εξωτερική εμφάνιση των φροντιστών είναι ένα γεγονός που επηρεάζει την ψυχοσύνθεσή τους και εισβάλλει με καθοριστικό τρόπο στην εμφάνιση του αισθήματος της ντροπής για αυτούς και τους ασθενείς τους.
- Η εξωτερική ντροπή μπορεί να συσχετιστεί με το αίσθημα του κενού και της κατωτερότητας σε αυτά τα άτομα. Υπάρχει σχέση όπου όσο αυξάνεται η εμφάνιση ενός από αυτά τα συναισθήματα, ανάλογα αυξάνονται και τα επίπεδα εμφάνισης των υπολοίπων. Έρευνες έχουν δείξει ότι το άτομο τείνει να εξαρτάται κατά την δική του αίσθηση από άλλα άτομα που θεωρεί δυνατότερα από εκείνον, οδεύοντας να νιώθει κατώτερος από εκείνους και ανάξιος ως προς την επίλυση των προβλημάτων του. (Gilbert, 2005)
- Τα φυλετικά, οικονομικά, μορφωτικά και εισοδηματικά κριτήρια μπορούν να επηρεάσουν την χαρακτηρολογική, συμπεριφορική και σωματική ντροπή.

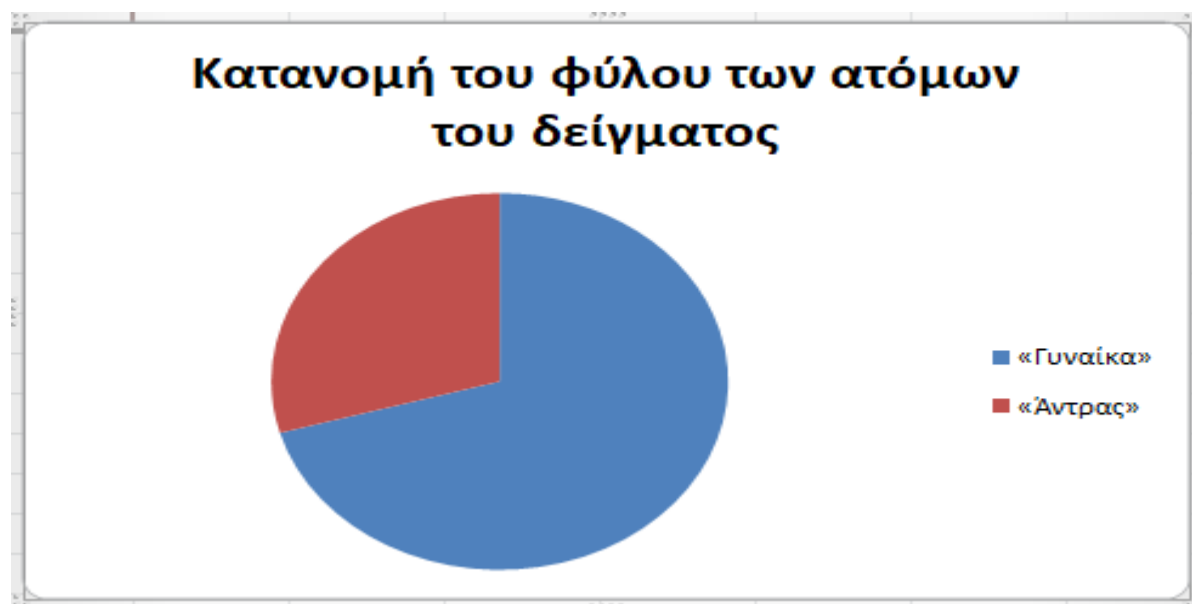
3.6 Εξαγωγή Δεδομένων

Αρχικά, θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Ως προς το φύλο, το 70,6% είναι γυναίκες και το 29,4% άντρες.

Πίνακας 1. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του φύλου των ατόμων του δείγματος".

«Φύλο»	«N»	«%»
«Γυναίκα»	24	70,6
«Άντρας»	10	29,4
«Σύνολο»	34	100

Εικόνα 1. "Γράφημα πίτας για το φύλο των ατόμων του δείγματος".



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Η ελάχιστη ηλικία ήταν 29 ετών, η μέγιστη 70, η μέση τιμή ισούται με τα 48,13 έτη και η τυπική απόκλιση ήταν ίση με 16,34. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η ερώτηση της ηλικίας συμπληρώθηκε από τα 15 άτομα στο σύνολο των 34 ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 2. " Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση) για την ηλικία των ατόμων του δείγματος ".

	«Ελάχιστη τιμή»	«Μέγιστη τιμή»	«Μέσος όρος»	«Τυπική απόκλιση»
«Ηλικία»	29	70	48,13	16,34

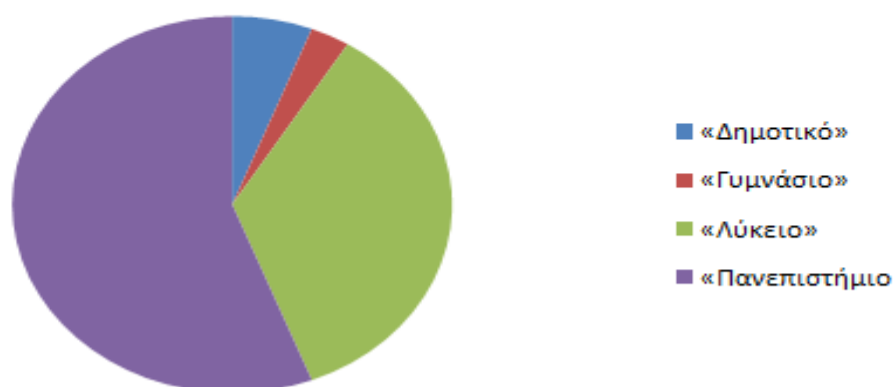
Στην επόμενη δημογραφική ερώτηση, τα άτομα κλήθηκαν ν' απαντήσουν το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 5,9% των ατόμων είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 2,9% έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο, το 35,3% το Λύκειο και το 55,9% έχουν πτυχίο Πανεπιστημίου.

Πίνακας 3. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) για του επιπέδου εκπαίδευσης των ατόμων του δείγματος".

«Επίπεδο εκπαίδευσης»	«N»	«%»
«Δημοτικό»	2	5,9
«Γυμνάσιο»	1	2,9
«Λύκειο»	12	35,3
«Πανεπιστήμιο	19	55,9
«Σύνολο»	34	100

Εικόνα 2. "Γράφημα πίτας για το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων του δείγματος".

Επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων του δείγματος

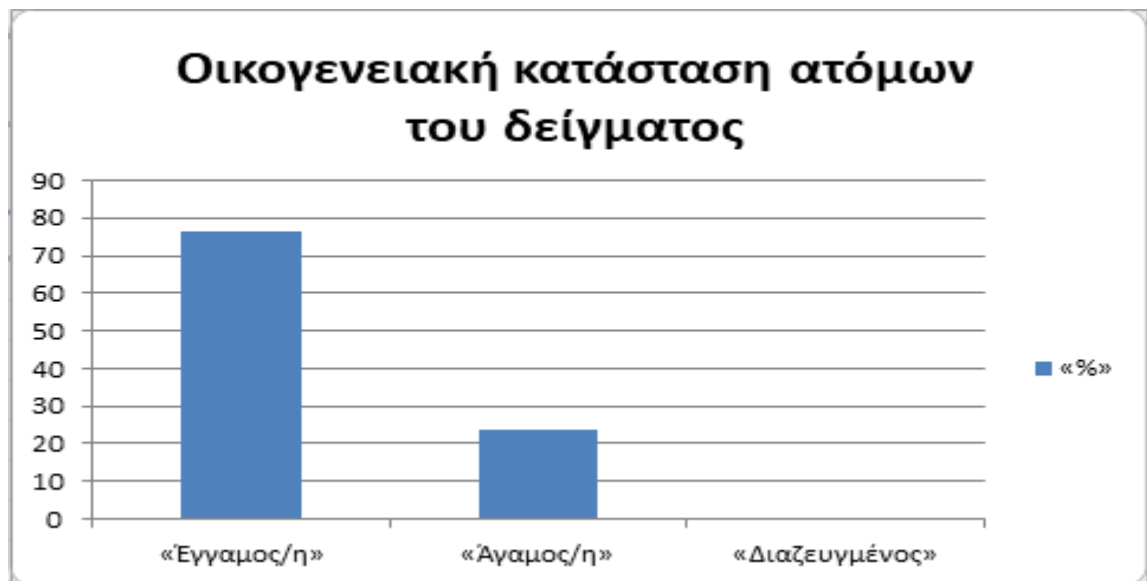


Για την οικογενειακή τους κατάσταση, το 76,5% των συμμετεχόντων είναι παντρεμένοι και το 23,5% ανύπαντροι.

Πίνακας 4. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της οικογενειακής κατάστασης των ατόμων του δείγματος".

«Οικογενειακή κατάσταση»	«N»	«%»
«Έγγαμος/η»	26	76,5
«Άγαμος/η»	8	23,5
«Διαζευγμένος»	0	0
«Σύνολο»	34	100

Εικόνα 3. "Ραβδόγραμμα για την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος".

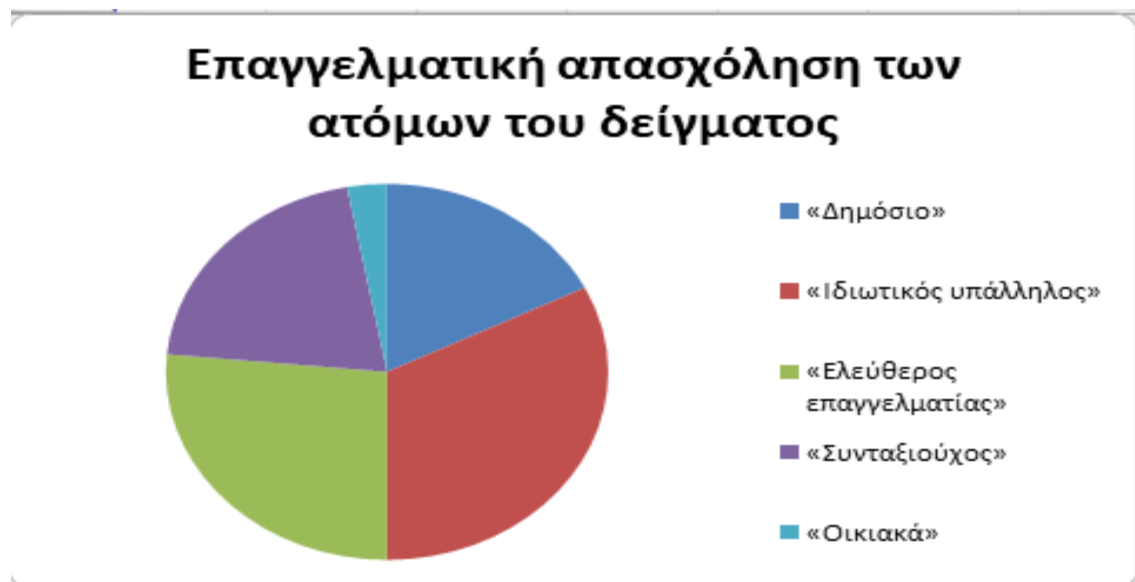


Σχετικά με την επαγγελματικής τους απασχόληση, το 17,6% εργάζεται στο Δημόσιο, το 32,4% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 26,5% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 20,6% συνταξιούχοι και το 2,9% ασχολείται με τα οικιακά.

Πίνακας 5. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) την επαγγελματική απασχόληση των ατόμων του δείγματος".

«Επαγγελματική απασχόληση»	«N»	«%»
«Δημόσιο»	6	17,6
«Ιδιωτικός υπάλληλος»	11	32,4
«Ελεύθερος επαγγελματίας»	9	26,5
«Συνταξιούχος»	7	20,6
«Οικιακά»	1	2,9
«Σύνολο»	34	100

Εικόνα 4. "Γράφημα πίτας για την επαγγελματική απασχόληση των ατόμων του δείγματος".



Έπειτα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το τόπο κατοικίας τους, με την πλειοψηφία των ατόμων να μένει στη Λάρισα και ελάχιστα άτομα στην Αθήνα ή το εξωτερικό.

Ως προς το βαθμό συγγένειας που έχουν με τον ασθενή που φροντίζουν, κυρίως απάντησαν ότι είναι γονείς τους, πεθερικά τους, αδέρφια, παππούς – γιαγιά και κάποιοι δήλωσαν ότι έχουν Α' και Β' βαθμό συγγένειας.

Η τελευταία ερώτηση του δημογραφικού ερωτηματολογίου αφορούσε την οικονομική κατάσταση των φροντιστών. Παρατηρώντας τον ακόλουθο πίνακα συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία, το 73,5%, απάντησε ότι βρίσκεται σε μέτρια οικονομική κατάσταση, το 23,5% σε καλή οικονομική κατάσταση και μόνο το 2,9% είναι σε κακή οικονομική κατάσταση.

Πίνακας 6. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της οικονομικής κατάστασης των ατόμων του δείγματος".

«Οικονομική κατάσταση»	«N»	«%»

«Κακή»	1	2,9
«Μέτρια»	25	73,5
«Καλή»	8	23,5
«Σύνολο»	34	100

Εικόνα 5."Ραβδόγραμμα για την οικονομική κατάσταση των ατόμων του δείγματος".



Το επόμενο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε την κλίμακα εξωτερικής ντροπής (other as shamer scale – OAS) και περιλάμβανε συνολικά 18 προτάσεις στις οποίες τα άτομα κλήθηκαν να δηλώσουν το βαθμό συχνότητας, χρησιμοποιώντας την 5βάθμια κλίμακα Likert με 0=καθόλου, 1=λίγο, 2=μέτρια, 3=πολύ και 4=απόλυτα. Από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργείται μια συνολική κλίμακα για την εξωτερική ντροπή που περιλαμβάνει όλες τις ερωτήσεις με την ερώτηση 4 να έχει αντίστροφη στάθμιση. Επιπλέον, προκύπτουν 3 παράγοντες: το αίσθημα κατωτερότητας – inferior (με τις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8), το αίσθημα κενού – empty (με τις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18) και η αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη – mistakes (με τις ερωτήσεις 3, 9, 11, 12, 13 και 14).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα των μεμονωμένων απαντήσεων και συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Τα μισά άτομα, το 50% απάντησαν ότι δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους βλέπουν ως ότι δεν είναι αρκετά καλοί, το 20,6% το νιώθουν λίγο, το 23,5% απάντησαν ότι το αισθάνονται σε μέτριο βαθμό και μόνο το 5,9% δήλωσε ότι νιώθουν πολύ ότι οι άλλοι τους βλέπουν ως ότι δεν είναι αρκετά καλοί.
- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το 73,5%, δεν νομίζουν καθόλου ότι οι άλλοι τους βλέπουν υποτιμητικά, συνολικά το 23,5% των ατόμων το πιστεύουν από λίγο έως μέτρια και μόλις το 2,9% πιστεύουν πολύ ότι οι άλλοι τους βλέπουν υποτιμητικά.
- Το 73,5% των ατόμων δήλωσαν ότι δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους ταπεινώνουν πολύ, το 14,7% το αισθάνονται λίγο και το 11,8% το νιώθουν μέτρια.
- Συνολικά το 47% νιώθουν από πολύ έως απόλυτα ασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα, το 17,6% νιώθουν μέτρια ασφαλής, το 14,7% λίγο και το 20,6%.
- Τα περισσότερα άτομα, το 61,8%, απάντησαν ότι δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους βλέπουν σαν να μην είναι του ίδιου επιπέδου με εκείνους, το 26,5% δήλωσαν ότι το νιώθουν λίγο, το 8,8% σε μέτριο βαθμό και το 2,9% απάντησε ότι νιώθουν απόλυτα ότι οι άλλοι τους βλέπουν σαν να μην είναι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.
- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το 88,2%, απάντησαν ότι δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο ενώ το 11,8% το αισθάνονται λίγο.
- Το 76,5% των ατόμων δεν νιώθει καθόλου ότι οι άλλοι τον βλέπουν κάπως ελαττωματικό, το 17,6% το αισθάνεται λίγο και το 5,9% πολύ.
- Ως προς το αν νιώθουν ότι οι άλλοι τους βλέπουν ασήμαντους συγκριτικά σε σχέση με τους άλλους, το μεγαλύτερο μέρος, το 76,5%, απάντησε καθόλου, το 20,6% λίγο και μόνο το 2,9% πολύ.

- Για το αν οι άλλοι αναζητούν τα λάθη τους, το 47,1% απάντησε λίγο, το 29,4% μέτρια, το 17,6% απάντησε ότι δεν το νιώθουν καθόλου και το 5,9% δήλωσε ότι το αισθάνονται πολύ.
- Το 44,1% των ατόμων δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους βλέπουν σαν να παλεύουν με την τελειότητα, δίχως όμως να είναι ικανοί να φτάσουν τα δικά τους σταθμά, το 17,6% το αισθάνονται λίγο, το 29,4% το νιώθουν σε μέτριο βαθμό και συνολικά το 8,8% απάντησαν ότι νιώθουν από πολύ έως απόλυτα ότι οι άλλοι τους βλέπουν σαν να παλεύουν με την τελειότητα, δίχως όμως να είναι ικανοί να φτάσουν τα δικά τους σταθμά.
- Το 20,6% των ατόμων απάντησε ότι δεν νομίζουν καθόλου ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά τους, το 26,5% λίγο, το 47,1% το νομίζουν μέτρια και μόνο το 5,9% πιστεύουν πολύ ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά τους.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, το 44,1% των ατόμων νιώθουν λίγο ότι οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί μαζί τους όταν κάνουν ένα λάθος.
- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 55,9%, νιώθουν λίγο ότι οι άνθρωποι απομακρύνονται από εκείνους όταν κάνουν ένα λάθος, το 29,4% δεν το νιώθουν καθόλου, το 11,8% το αισθάνονται μέτρια και μόνο το 2,9% απάντησε ότι νιώθουν πολύ ότι οι άνθρωποι απομακρύνονται από εκείνους όταν κάνουν ένα λάθος.
- Ως προς το αν νιώθουν ότι οι άλλοι πάντα θυμώνουν με τα λάθη τους, τα περισσότερα άτομα, το 52,9%, απάντησε ότι το νιώθουν λίγο, το 17,6% ότι δεν το νιώθουν καθόλου και συνολικά το 29,4% το αισθάνονται από μέτρια έως πολύ.
- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 52,9%, δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους θεωρούν εύθραυστο, το 23,5% των ατόμων το νιώθει λίγο, το 11,8% το αισθάνεται μέτρια και συνολικά το 11,7% απάντησε ότι νιώθει από πολύ έως απόλυτα ότι οι άλλοι τους θεωρούν εύθραυστο.

- Τα περισσότερα άτομα, το 79,4%, απάντησε ότι δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι τους βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο, το 11,8% το νιώθουν λίγο και το 8,8% το αισθάνονται μέτρια.
- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 64,7%, δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι τους λείπει, το 20,6% απάντησαν ότι το αισθάνονται λίγο, το 11,8% το νιώθουν μέτρια και μόλις το 2,9%.
- Τα μισά άτομα, το 50%, δεν νιώθουν καθόλου ότι οι άλλοι νομίζουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων τους, το 23,5% το νιώθουν λίγο, συνολικά το 23,6% το νιώθουν από μέτρια έως πολύ και μόνο το 2,9% απάντησαν ότι νιώθουν απόλυτα ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων τους.

Πίνακας 7. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των ερωτήσεων της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS) για τα άτομα του δείγματος".

«Ερωτήσεις»	«Καθόλου N (%)»	«Λίγο N (%)»	«Μέτρια N (%)»	«Πολύ N (%)»	«Απόλυτα N (%)»
«1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως ότι δεν είμαι αρκετά καλός»	17 (50%)	7 (20,6%)	8 (23,5%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά»	25 (73,5%)	6 (17,6%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	0 (0%)
«3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ»	25 (73,5%)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	0 (0%)	0 (0%)
«4. Νιώθω ασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των	7 (20,6%)	5 (14,7%)	6 (17,6%)	10 (29,4%)	6 (17,6%)

άλλων για μένα»					
«5. Οι άλλοι με βλέπουν σαν να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους»	21 (61,8%)	9 (26,5%)	3 (8,8%)	0 (0%)	1 (2,9%)
«6. Οι άλλοι με βλέπουν σαν μηδαμινό και ασήμαντο»	30 (88,2%)	4 (11,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
«7. Οι άλλοι με βλέπουν κάπως ελαττωματικό»	26 (76,5%)	6 (17,6%)	0 (0%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«8. Οι άλλοι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά σε σχέση με τους άλλους»	26 (76,5%)	7 (20,6%)	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)
«9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου»	6 (17,6%)	16 (47,1%)	10 (29,4%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«10. Οι άλλοι με βλέπουν σαν να παλεύω για την τελειότητα, δίχως όμως να είμαι ικανός να φτάσω τα δικά μου σταθμά»	15 (44,1%)	6 (17,6%)	10 (29,4%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)
«11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου»	7 (20,6%)	9 (26,5%)	16 (47,1%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί μαζί μου όταν	4 (11,8%)	15 (44,1%)	11 (32,4%)	4 (11,8%)	0 (0%)

κάνω ένα λάθος»					
«13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από μένα όταν κάνω ένα λάθος	10 (29,4%)	19 (55,9%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	0 (0%)
«14. Οι άλλοι πάντα θυμώνουν με τα λάθη μου»	6 (17,6%)	18 (52,9%)	6 (17,6%)	4 (11,8%)	0 (0%)
«15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο»	18 (52,9%)	8 (23,5%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)	1 (2,9%)
«16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο»	27 (79,4%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)	0 (0%)	0 (0%)
«17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει»	22 (64,7%)	7 (20,6%)	4 (11,8%)	0 (0%)	1 (2,9%)
«18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου»	17 (50%)	8 (23,5%)	4 (11,8%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)

Από τις παραπάνω ερωτήσεις προκύπτει η συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής και από τα αποτελέσματα του ακόλουθου πίνακα παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής, με το μέσο όρο να ισούται με 14,74 , την ελάχιστη τιμή να είναι ίση με 2 και η μέγιστη με 41 (μ.ο.=14,74 και τ.α.=8,44). Επίσης, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ισούται με 0,841 που δηλώνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Ο παράγοντας του αισθήματος κατωτερότητας εμφανίζει ελάχιστη τιμή 0, μέγιστη 14, η μέση τιμή ισούται με 4,47 και η τυπική απόκλιση με 3,75. Επιπλέον, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α είναι ίσος με 0,715 που δείχνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Ο παράγοντας του αισθήματος κενού παρουσιάζει ελάχιστη τιμή 0, μέγιστη 12, η μέση τιμή ισούται με 2,65 και η τυπική απόκλιση με 2,33, ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ισούται με 0,372 που δείχνει χαμηλή αξιοπιστία.

Τέλος, ο παράγοντας της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη εμφανίζει ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη 12, η μέση τιμή ισούται με 6,56 και η τυπική απόκλιση με 3,24. Επιπλέον, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α είναι ίσος με 0,742 που δείχνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Από τα αποτελέσματα του πίνακα συμπεραίνουμε ότι τα άτομα του δείγματος παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στο αίσθημα κατωτερότητας και του κενού και μεσαία επίπεδα στην αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη.

Πίνακας 8. " Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες (ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) και δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων της".

	«Ελάχιστη τιμή»	«Μέγιστη τιμή»	«Μέσος όρος»	«Τυπική απόκλιση»	«Cronbach α »
«Αίσθημα κατωτερότητας»	0	14	4,47	3,75	0,715
«Αίσθημα κενού»	0	12	2,65	2,33	0,372
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	1	12	6,56	3,24	0,742

«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	2	41	14,74	8,44	0,841
---	---	----	-------	------	-------

Στη συνέχεια, θα ερευνήσουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της εξωτερικής ντροπής και αυτό θα πραγματοποιηθεί με την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r που παίρνει τιμές από το -1 έως το +1. Οι θετικές τιμές φανερώνουν θετική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων δηλαδή όταν αυξάνεται ο ένας παράγοντας, αυξάνεται και ο άλλος και αντιστρόφως. Οι αρνητικές τιμές δείχνουν αρνητική συνάφεια δηλαδή αντίστροφη σχέση, όταν αυξάνεται ο ένας παράγοντας, τότε μειώνεται ο άλλος και αντίστροφα. Όταν ο δείκτης λαμβάνει τιμές κοντά στο μηδέν τότε υπάρχει έλλειψη σχέσης μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 9. "Εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r για τη σχέση των παραγόντων της εξωτερικής ντροπής".

	«Αίσθημα κατωτερότητας»	«Αίσθημα κενού»	«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»
«Αίσθημα κατωτερότητας»	1		
«Αίσθημα κενού»	0,646***	1	
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των	0,459***	0,307	1

άλλων όταν κάνει λάθη»			
-------------------------------	--	--	--

«Σημείωση: *p-value<0,05, **p-value<0,01, ***p-value<0,001»

Από την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r συμπεραίνουμε ότι το αίσθημα της κατωτερότητας συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το αίσθημα του κενού ($r=0,646$ και $p\text{-value}<0,001$) και με την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη ($r=0,459$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν ένα άτομο έχει υψηλά επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας τότε έχει υψηλά επίπεδα αισθήματος κενού και αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη και αντιστρόφως.

Το τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε την κλίμακα για το βίωμα της ντροπής (experience of shame scale – ESS) και περιλάμβανε συνολικά 25 προτάσεις στις οποίες τα άτομα κλήθηκαν να δηλώσουν το βαθμό συχνότητας, χρησιμοποιώντας την 5βάθμια κλίμακα Likert με 0=καθόλου, 1=λίγο, 2=μέτρια, 3=πολύ και 4=απόλυτα. Από το ερωτηματολόγιο δημιουργείται μια συνολική κλίμακα για το βίωμα της ντροπής που περιλαμβάνει όλες τις ερωτήσεις. Επίσης, προκύπτουν 3 παράγοντες: η χαρακτηρισολογική ντροπή – characterological shame (με τις ερωτήσεις 1 έως 12), η συμπεριφορική ντροπή – behavioral shame (με τις ερωτήσεις 13 έως 21) και η σωματική ντροπή – bodily shame (με τις ερωτήσεις από 22 έως 25).

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων και συμπεραίνουμε τα εξής:

- Το 41,2% των ατόμων δεν έχει νιώσει καθόλου ντροπή για κάποια από τις προσωπικές τους συνήθειες, το 38,2% το νιώθει λίγο και συνολικά το 20,6% το νιώθει από μέτρια έως πολύ.
- Το 44,1 των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές τους συνήθειες, συνολικά το 53% τους έχει απασχολήσει από λίγο έως μέτρια και μόνο το 2,9% πολύ.

- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 61,8% έχει προσπαθήσει λίγο να κρύψουν ή να συγκαλύψουν κάποια από τις προσωπικές τους συνήθειες, το 20,6% απάντησε ότι δεν έχει προσπαθήσει καθόλου και συνολικά το 17,7% από μέτρια έως πολύ.
- Το 44,1% απάντησε ότι δεν έχει νιώσει καθόλου ντροπή για τη συμπεριφορά τους απέναντι στους άλλους, το 38,2% λίγο και συνολικά το 17,7% από μέτρια έως πολύ.
- Τα περισσότερα άτομα, το 55,9%, τους έχει απασχολήσει λίγο τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά τους απέναντί τους, το 23,5% δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου ενώ συνολικά το 20,6% από μέτρια έως πολύ.
- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το 55,9%, απάντησε ότι έχουν αποφύγει λίγο ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς τους, το 35,3% δεν τους έχει αποφύγει ποτέ και το 8,8% σε μέτριο βαθμό.
- Το 73,5% δεν έχει νιώσει καθόλου ντροπή γι' αυτό που είναι ενώ οι υπόλοιποι, το 26,5% έχει νιώσει λίγο ντροπή.
- Τα μισά άτομα, το 50%, απάντησε ότι τους έχει απασχολήσει λίγο τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είναι, το 35,3% δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου και συνολικά το 14,7% από μέτρια έως πολύ.
- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 73,5%, δεν έχει προσπαθήσει καθόλου να κύψει από τους άλλους αυτό που είναι ενώ το 26,5% το έχει προσπαθήσει από λίγο έως μέτρια.
- Ως προς το αν έχουν νιώσει ντροπή για τις ικανότητές τους, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων, το 70,6%, απάντησε καθόλου, το 11,8% λίγο και το 17,6% σε μέτριο βαθμό.
- Το 44,1% των ατόμων του δείγματος δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές τους, το 38,2% λίγο, το 8,8% τους έχει απασχολήσει σε μέτριο βαθμό και συνολικά το 8,8% από πολύ έως απόλυτα.
- Τα περισσότερα άτομα, το 67,6%, έχουν αποφύγει λίγο ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας τους να κάνουν κάποια πράγματα, το 29,4% δεν το έχει κάνει καθόλου και μόνο το 2,9% απάντησε ότι το έχει κάνει πολλές φορές.

- Για το αν έχουν νιώσει ντροπή, όταν κάνουν κάτι λάθος, το 14,7% απάντησε ότι δεν το έχουν νιώσει καθόλου, το 35,3% ότι έχουν νιώσει λίγο, το 23,5% μέτρια και το 26,5% το έχουν νιώσει πολύ.
- Ως προς το αν τους έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εκείνους, όταν κάνουν κάτι λάθος, το 20,6% απάντησε ότι δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου, το 23,5% τους έχει απασχολήσει λίγο, το 38,2% δήλωσε σε μέτριο βαθμό και το 17,6% απάντησε ότι τους έχει απασχολήσει πολύ τι σκέπτονται οι άλλοι για εκείνους, όταν κάνουν κάτι λάθος.
- Τα περισσότερα άτομα, το 52,9%, απάντησαν ότι έχουν προσπαθήσει λίγο να κρύψουν ή να συγκαλύψουν πράγματα, τα οποία ντρέπονται που έχουν κάνει, το 29,4% δεν έχουν προσπαθήσει καθόλου και συνολικά το 17,6% το έχουν προσπαθήσει από μέτρια έως απόλυτα.
- Σχετικά με το αν έχουν νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπαν, το 11,8% απάντησε καθόλου, το 23,5% έχουν νιώσει λίγο ντροπή, το 35,3% το έχουν νιώσει μέτρια και το 29,4% έχουν νιώσει πολύ ντροπή για κάτι ανόητο που είπαν.
 - Το 17,6% δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου τι σκέπτονται οι άλλοι για εκείνους, όταν είπαν κάτι ανόητο, το 32,4% τους έχει απασχολήσει λίγο, το 11,8% μέτρια και το 38,2% απάντησε ότι τους έχει απασχολήσει πολύ. Σχετικά με το αν έχουν αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπαν κάτι ανόητο, το 35,3% απάντησε ότι δεν το έχουν κάνει καθόλου, το 44,1% ότι έχει γίνει λίγο και συνολικά το 20,6% από μέτρια έως πολύ.
 - Το 23,5% των συμμετεχόντων δεν έχουν νιώσει καθόλου ντροπή όταν αποτύχουν σε κάτι που ήταν σημαντικό για εκείνους, το 35,3% το έχουν νιώσει λίγο και συνολικά το 41,2% το έχουν νιώσει από μέτρια έως πολύ.
 - Για το αν τους έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι όταν αποτύχουν, το 20,6% απάντησε καθόλου, το 41,2% τους έχει απασχολήσει λίγο, το 20,6% τους έχει απασχολήσει μέτρια και το 17,6% απάντησαν πολύ.
 - Τα περισσότερα άτομα, το 58,8%, δεν έχουν αποφύγει καθόλου ανθρώπους που τους είδαν να αποτυγχάνουν, το 26,5% τους έχει αποφύγει λίγο και συνολικά το 14,7% τους έχει αποφύγει από μέτρια έως πολύ.

- Τα μισά άτομα, το 50%, δεν έχουν νιώσει καθόλου ντροπή για το σώμα τους ή κάποιο σημείο του, το 32,4% έχουν νιώσει λίγο ντροπή, και συνολικά το 17,6% έχουν νιώσει από μέτρια έως απόλυτα.
- Το 44,1% των ατόμων απάντησαν ότι δεν τους έχει απασχολήσει καθόλου τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή τους, το 29,4% τους έχει απασχολήσει λίγο, το 20,6% τους έχει απασχολήσει μέτρια και μόνο το 5,9% απάντησε πολύ.
- Η πλειοψηφία των ατόμων, το 79,4%, δεν έχουν αποφύγει καθόλου να κοιτάξουν τον εαυτό τους στον καθρέπτη, το 5,9% το έχει κάνει λίγες φορές και συνολικά το 14,7% το έχει κάνει από μέτρια έως πολύ.
- Ως προς το αν έχουν την επιθυμία να κρύψουν ή να συγκαλύψουν το σώμα τους ή κάποιο σημείο του σώματος τους, το 44,1% των ατόμων δεν έχουν καθόλου τέτοια επιθυμία, το 38,2% απάντησε λίγο, το 11,8% μέτρια και συνολικά το 5,8% έχουν αυτή την επιθυμία από πολύ έως απόλυτα.

Πίνακας 10. "Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των ερωτήσεων της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) για τα άτομα του δείγματος".

«Ερωτήσεις»	«Καθόλου N (%)»	«Λίγο N (%)»	«Μέτρια N (%)»	«Πολύ N (%)»	«Απόλυτα N (%)»
«1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες»	14 (41,2%)	13 (38,2%)	2 (5,9%)	5 (14,7%)	0 (0%)
«2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες»	15 (44,1%)	9 (26,5%)	9 (26,5%)	1 (2,9%)	0 (0%)

«3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες»	7 (20,6%)	21 (61,8%)	4 (11,8%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους»	15 (44,1%)	13 (38,2%)	2 (5,9%)	4 (11,8%)	0 (0%)
«5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους»	8 (23,5%)	19 (55,9%)	2 (5,9%)	5 (14,7%)	0 (0%)
«6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας»	12 (35,3%)	19 (55,9%)	3 (8,8%)	0 (0%)	0 (0%)
«7. Έχετε νιώσει ντροπή γι' αυτό που είστε»	25 (73,5%)	9 (26,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
«8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε»	12 (35,3%)	17 (50%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	0 (0%)

«9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε»	25 (73,5%)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	0 (0%)	0 (0%)
«10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας»	24 (70,6%)	4 (11,8%)	6 (17,6%)	0 (0%)	0 (0%)
«11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας»	15 (44,1%)	13 (38,2%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)
«12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα»	10 (29,4%)	23 (67,6%)	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)
«13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος»	5 (14,7%)	12 (35,3%)	8 (23,5%)	9 (26,5%)	0 (0%)
«14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς»	7 (20,6%)	8 (23,5%)	13 (38,2%)	6 (17,6%)	0 (0%)
«15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία	10 (29,4%)	18 (52,9%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)

ντρέπεστε που έχετε κάνει»					
«16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε»	4 (11,8%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)	10 (29,4%)	0 (0%)
«17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο»	6 (17,6%)	11 (32,4%)	4 (11,8%)	13 (38,2%)	0 (0%)
«18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο»	12 (35,3%)	15 (44,1%)	5 (14,7%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς»	8 (23,5%)	12 (35,3%)	7 (20,6%)	7 (20,6%)	0 (0%)
«20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε»	7 (20,6%)	14 (41,2%)	7 (20,6%)	6 (17,6%)	0 (0%)
«21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε»	20 (58,8%)	9 (26,5%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	0 (0%)

«22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του»	17 (50%)	11 (32,4%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)
«23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας»	15 (44,1%)	10 (29,4%)	7 (20,6%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη»	27 (79,4%)	2 (5,9%)	3 (8,8%)	2 (5,9%)	0 (0%)
«25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας»	15 (44,1%)	13 (38,2%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)

Από τις παραπάνω ερωτήσεις προκύπτει η συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής και από τα αποτελέσματα του ακόλουθου πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν μεσαία επίπεδα, με το μέσο όρο να ισούται με 23,97, την ελάχιστη τιμή να είναι ίση με 0 και η μέγιστη με 49 (μ.ο.=23,97 και τ.α.=12,03). Επίσης, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ισούται με 0,891 που δηλώνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Ο παράγοντας της χαρακτηρολογικής ντροπής εμφανίζει ελάχιστη τιμή 0, μέγιστη 23, η μέση τιμή ισούται με 9,15 και η τυπική απόκλιση με 5,92. Επιπλέον, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α είναι ίσος με 0,838 που δείχνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Ο παράγοντας της συμπεριφορικής ντροπής παρουσιάζει ελάχιστη τιμή 0, μέγιστη 20, η μέση τιμή ισούται με 11,91 και η τυπική απόκλιση με 5,74, ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ισούται με 0,818 που δηλώνει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Τέλος, ο παράγοντας της σωματικής ντροπής εμφανίζει ελάχιστη τιμή 0, μέγιστη 13, η μέση τιμή ισούται με 2,91 και η τυπική απόκλιση με 3,46. Επιπλέον, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α είναι ίσος με 0,920 που δείχνει πάρα πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία.

Από τα αποτελέσματα του πίνακα συμπεραίνουμε ότι τα άτομα του δείγματος παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στη σωματική ντροπή και μεσαία επίπεδα στη χαρακτηριστική και συμπεριφορική ντροπή.

Πίνακας 11. " Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες (ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) και δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής και των παραγόντων της".

	«Ελάχιστη τιμή»	«Μέγιστη τιμή»	«Μέσος όρος»	«Τυπική απόκλιση»	«Cronbach α »
«Χαρακτηρολογική ή ντροπή»	0	23	9,15	5,92	0,838
«Συμπεριφορική ντροπή»	0	20	11,91	5,74	0,818
«Σωματική ντροπή»	0	13	2,91	3,46	0,920
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	0	49	23,97	12,03	0,891

Στη συνέχεια, θα ερευνήσουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του βιώματος της ντροπής και αυτό θα πραγματοποιηθεί με την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r .

Πίνακας 12. "Εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r για τη σχέση των παραγόντων του βιώματος της ντροπής".

	«Χαρακτηρολογική ντροπή»	«Συμπεριφορική ντροπή»	«Σωματική ντροπή»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	1		
«Συμπεριφορική ντροπή»	0,485***	1	
«Σωματική ντροπή»	0,461**	0,320	1

«Σημείωση: *p-value<0,05, **p-value<0,01, ***p-value<0,001»

Από την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r συμπεραίνουμε ότι η χαρακτηρολογική ντροπή συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τη συμπεριφορική ντροπή ($r=0,485$ και $p\text{-value}<0,001$) και με τη σωματική ντροπή ($r=0,461$ και $p\text{-value}<0,01$). Δηλαδή, όταν ένα άτομο έχει υψηλά επίπεδα χαρακτηρολογικής ντροπής τότε έχει υψηλά επίπεδα συμπεριφορικής ντροπής και σωματικής ντροπής και αντιστρόφως.

Στη συνέχεια της έρευνας εξετάστηκε η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στους παράγοντες. Εφαρμόστηκαν τα κριτήρια t-test, για τη σύγκριση των μέσων όρων μιας κατηγορικής ή ποιοτικής μεταβλητής με δύο κατηγορίες πχ σύγκριση παραγόντων στα δύο φύλα και η ανάλυση διακύμανσης ANOVA, για τη σύγκριση των μέσων όρων μιας κατηγορικής ή ποιοτικής μεταβλητής με τρεις κατηγορίες και πάνω για παράδειγμα σύγκριση παραγόντων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Πίνακας 13. "Μέσοι όροι της εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων ως προς το φύλο των ατόμων και εφαρμογή του t κριτηρίου".

	«Φύλο»				
	«Γυναίκα M.O.»	«Άντρας M.O.»	«df»	«t- τιμή»	«p- value»
«Αίσθημα κατωτερότητας»	4,29	4,90	32	-0,43	0,673
«Αίσθημα κενού»	3	1,80	32	1,39	0,176
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	6,88	5,80	32	0,88	0,386
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	15,08	13,90	32	0,37	0,716

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στη συνολική βαθμολογία και στους παράγοντες της εξωτερικής ντροπής εφόσον τα p-values>0,05.

Πίνακας 14. "Μέσοι όροι του βιώματος της ντροπής και των παραγόντων ως προς το φύλο των ατόμων και εφαρμογή του t κριτηρίου".

	«Φύλο»				
--	--------	--	--	--	--

	«Γυναίκα Μ.Ο.»	«Άντρας Μ.Ο.»	«df»	«t- τιμή»	«p- value»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	10,38	6,20	32	1,95*	0,022
«Συμπεριφορική ντροπή»	13	9,30	32	1,77	0,087
«Σωματική ντροπή»	3,92	0,50	32	4,20***	<0,001
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	27,29	16	32	2,73**	0,010

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στη χαρακτηρολογική ντροπή με $t(32)=1,95$ και $p<0,05$. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα χαρακτηρολογικής ντροπής (μ.ο.=10,38) σε σχέση με τους άντρες (μ.ο.=6,20) και η διαφορά αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στη σωματική ντροπή με $t(32)=4,20$ και $p<0,001$. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα σωματικής ντροπής (μ.ο.=3,92) σε σύγκριση με τους άντρες (μ.ο.=0,50) και η διαφορά αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής με $t(32)=2,73$ και $p<0,01$. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στο συνολικό βίωμα της ντροπής (μ.ο.=27,29) σε σχέση με τους άντρες (μ.ο.=16) και η διαφορά αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική.

Έπειτα, θα εξεταστεί η επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στους παράγοντες και αυτό θα πραγματοποιηθεί με την ανάλυση της διακύμανσης ANOVA.

Πίνακας 15. "Μέσος όρος της κλίμακας εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης".

	«Επίπεδο εκπαίδευσης»				
	«Έως Γυμνάσιο Μ.Ο.»	«Λύκειο Μ.Ο.»	«Πανεπιστήμιο Μ.Ο.»	«F»	«p- value»
«Αίσθημα κατωτερότητας»	8	3,58	4,47	1,74	0,193
«Αίσθημα κενού»	5,33β	1,67α	2,84α,β	3,60*	0,039
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	10,33α	7,42α,β	5,42β	4,37*	0,021
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	25	13,83	13,68	2,68	0,084

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στο αίσθημα κενού με $F(2, 31)=3,60$ και $p\text{-value}<0,05$. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν εκπαίδευση έως το Γυμνάσιο παρουσιάζουν μεγαλύτερο αίσθημα

κενού (μ.ο.=5,33) σε σχέση με τα άτομα που είναι απόφοιτοι Λυκείου (μ.ο.=1,67) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη με $F(2, 31)=4,37$ και $p\text{-value}<0,05$. Πιο αναλυτικά, τα άτομα που έχουν εκπαίδευση έως το Γυμνάσιο παρουσιάζουν μεγαλύτερη αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (μ.ο.=10,33) σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν τελειώσει Πανεπιστήμιο (μ.ο.=5,42) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.

Πίνακας 16. "Μέσος όρος του βιώματος της ντροπής και των παραγόντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης".

	«Επίπεδο εκπαίδευσης»			«F»	«p-value»
	«Έως Γυμνάσιο M.O.»	«Λύκειο M.O.»	«Πανεπιστήμιο M.O.»		
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	18α	7,83β	8,58β	4,53*	0,019
«Συμπεριφορική ντροπή»	15,67	12,75	10,79	1,14	0,332
«Σωματική ντροπή»	5	1,58	3,42	1,71	0,198
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	38,67	22,17	22,79	2,72	0,081

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στη χαρακτηριστική ντροπή με $F(2, 31)=4,53$ και $p\text{-value}<0,05$. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν εκπαίδευση έως το Γυμνάσιο παρουσιάζουν μεγαλύτερη χαρακτηριστική ντροπή ($\mu.o.=18$) σε σχέση με τα άτομα που είναι απόφοιτοι Λυκείου ($\mu.o.=7,83$) και με τα άτομα που έχουν τελειώσει το Πανεπιστήμιο ($\mu.o.=8,58$).

Πίνακας 17. "Μέσοι όροι της εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων και εφαρμογή του t κριτηρίου".

	«Οικογενειακή κατάσταση»				
	«Έγγαμος Μ.Ο.»	«Άγαμος Μ.Ο.»	«df»	«t- τιμή»	«p- value»
«Αίσθημα κατωτερότητας»	4,27	5,13	32	-0,56	0,581
«Αίσθημα κενού»	2,50	3,13	32	-0,66	0,516
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	7,08	4,88	32	1,73	0,093
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	15,04	13,75	32	0,37	0,712

«Σημείωση: * $p\text{-value}<0,05$ ** $p\text{-value}<0,01$ και *** $p\text{-value}<0,001$.»

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στη συνολική βαθμολογία και στους παράγοντες της εξωτερικής ντροπής εφόσον τα $p\text{-values}>0,05$.

Πίνακας 18. "Μέσοι όροι του βιώματος της ντροπής και των παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων και εφαρμογή του *t* κριτηρίου".

	«Οικογενειακή κατάσταση»				
	«Έγγαμος Μ.Ο.»	«Άγαμος Μ.Ο.»	«df»	«t- τιμή»	«p- value»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	9,58	7,75	32	0,758	0,454
«Συμπεριφορική ντροπή»	13,04	8,25	32	2,18*	0,037
«Σωματική ντροπή»	3,23	1,88	32	0,97	0,340
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	25,85	17,88	32	1,68	0,102

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή του *t* κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στη συμπεριφορική ντροπή με $t(32)=2,18$ και $p<0,05$. Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα συμπεριφορικής ντροπής (μ.ο.=13,04) σε σχέση με τους άγαμους (μ.ο.=8,25) και η διαφορά αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 19. "Μέσος όρος της κλίμακας εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων ως προς την επαγγελματική απασχόληση και εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης".

	«Επαγγελματική απασχόληση»					
	«Δημόσιο M.O.»	«Ιδιωτικός υπάλληλος M.O.»	«Ελευθ. επαγγελματίας M.O.»	«Συνταξιούχος M.O.»	«F»	«p- value »
«Αίσθημα κατωτερότητας»	3,67	5,09	3,67	5,29	0,40 3	0,752
«Αίσθημα κενού»	2,67	2,27	1,89	4	1,19	0,331
«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	6,33	6,18	6,11	7,86	0,45	0,718
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	13,83	14,73	12,22	18,71	0,77	0,522

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Για τη διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής απασχόλησης στους παράγοντες των ερωτηματολογίων εξαιρέθηκε ένα άτομο που δήλωσε ως απασχόληση τα οικιακά.

Από την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς συμπεραίνουμε ότι η επαγγελματική απασχόληση δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στην εξωτερική ντροπή και στους παράγοντές της.

Πίνακας 20. "Μέσος όρος του βιώματος της ντροπής και των παραγόντων ως προς την επαγγελματική απασχόληση και εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης".

	«Επαγγελματική απασχόληση»					
	«Δημόσιο M.O.»	«Ιδιωτικός υπάλληλος M.O.»	«Ελευθ. επαγγελματίας M.O.»	«Συνταξιούχος M.O.»	«F»	«p-value»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	8,83	6,73	8,33	14,43	2,89	0,052
«Συμπεριφορική ντροπή»	14,67α,β	7,73α	11α,β	17,43β	7,05* *	0,001
«Σωματική ντροπή»	6,67α	1,18β	1,11β	5α,β	8,01* **	<0,001
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	30,17α,β	15,64β	20,44α,β	36,86α	8,81* **	<0,001

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς συμπεραίνουμε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της επαγγελματικής απασχόλησης στη συμπεριφορική ντροπή με $F(3, 29)=7,05$ και $p\text{-value}<0,01$. Συγκεκριμένα, οι συνταξιούχοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη συμπεριφορική ντροπή ($\mu.o.=17,43$) σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($\mu.o.=7,73$) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της επαγγελματικής απασχόλησης στη σωματική ντροπή με $F(3, 29)=8,01$ και $p\text{-value}<0,001$. Πιο αναλυτικά, οι δημόσιοι υπάλληλοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη σωματική ντροπή ($\mu.o.=6,67$) σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($\mu.o.=1,18$) και με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($\mu.o.=1,11$) ενώ οι συνταξιούχοι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της επαγγελματικής απασχόλησης στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής με $F(3, 29)=8,81$ και $p\text{-value}<0,001$. Συγκεκριμένα, οι συνταξιούχοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο συνολικό βίωμα της ντροπής ($\mu.o.=36,86$) σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($\mu.o.=15,64$) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.

Πίνακας 21. "Μέσοι όροι της εξωτερικής ντροπής και των παραγόντων ως προς την οικονομική κατάσταση των ατόμων και εφαρμογή του t κριτηρίου".

	«Οικονομική κατάσταση»				
	«Μέτρια Μ.Ο.»	«Καλή Μ.Ο.»	«df»	«t- τιμή»	«p-value»
«Αίσθημα κατωτερότητας»	4,20	5,88	31	-1,11	0,275
«Αίσθημα κενού»	2,36	3,75	32	-1,48	0,148

«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»	6,60	7,13	32	-0,41	0,687
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής»	14,24	17,88	32	-1,09	0,286

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της οικονομικής κατάστασης στη συνολική βαθμολογία και στους παράγοντες της εξωτερικής ντροπής εφόσον τα p-values>0,05.

Πίνακας 22. "Μέσοι όροι του βιώματος της ντροπής και των παραγόντων ως προς την οικονομική κατάσταση των ατόμων και εφαρμογή του t κριτηρίου".

	«Οικονομική κατάσταση»				
	«Μέτρια M.O.»	«Καλή M.O.»	«df»	«t-τιμή»	«p-value»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	8,36	11,88	31	-1,47	0,152
«Συμπεριφορική ντροπή»	11,92	12,13	31	-0,09	0,933
«Σωματική ντροπή»	2,12	4,88	31	-2,07*	0,046
«Συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής»	22,40	28,88	32	-1,32	0,196

«Σημείωση: *p-value<0,05 **p-value<0,01 και ***p-value<0,001.»

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της οικονομικής κατάστασης στη σωματική ντροπή με $t(31)=-2,07$ και $p<0,05$. Συγκεκριμένα, όσοι βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα σωματικής ντροπής (μ.ο.=4,88) σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε μέτρια οικονομική κατάσταση (μ.ο.=2,12) και η διαφορά αυτή κρίνεται στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 23. "Εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r για τη σχέση των παραγόντων της εξωτερικής ντροπής και του βιώματος της ντροπής".

	«Αίσθημα κατωτερότητας»	«Αίσθημα κενού»	«Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη»
«Χαρακτηρολογική ντροπή»	0,220	0,475**	0,487**
«Συμπεριφορική ντροπή»	-0,113	0,169	0,335
«Σωματική ντροπή»	0,120	0,454**	0,080

«Σημείωση: *p-value<0,05, **p-value<0,01, ***p-value<0,001»

Από την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r συμπεραίνουμε ότι:

- Η χαρακτηρολογική ντροπή συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το αίσθημα κενού ($r=0,475$ και $p\text{-value}<0,01$) και με την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη ($r=0,487$ και $p\text{-value}<0,01$). Δηλαδή, όταν ένα άτομο έχει υψηλά επίπεδα χαρακτηρολογικής ντροπής τότε έχει υψηλά επίπεδα αισθήματος κενού και αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη και αντιστρόφως.

- Η σωματική ντροπή συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το αίσθημα κενού ($r=0,454$ και $p\text{-value}<0,01$). Δηλαδή, όταν ένα άτομο έχει υψηλά επίπεδα σωματικής ντροπής τότε έχει υψηλά επίπεδα αισθήματος κενού και αντιστρόφως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συμπεράσματα & Συζήτηση

Εν αντιθέσει με τα παλαιότερα χρόνια, σήμερα οι άνθρωποι λόγω πολλών καταστάσεων που κλίνουν να αντιμετωπίσουν συνεχώς εξελίσσουν τις απόψεις τους και αναζητούν τρόπους ώστε να διαχειρίζονται τις απόψεις και τα συναισθήματα τους βάση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στην καθημερινότητα τους. Καθώς οι κοινωνίες και τα κοινωνικά βιώματα των ανθρώπων αλλάζουν από κοινωνία σε κοινωνία, από χώρα σε χώρα, οι άνθρωποι προσπαθούν να συμβαδίζουν με τα δεδομένα και φαίνεται να είναι περισσότερο δεκτικοί, έχοντας το σθένος να κατανοούν περισσότερο τα βιώματα των άλλων χωρίς να βρίσκονται εμπόδιο στην όποια κατάσταση μπορεί να καλείται να διαχειριστεί ένας συνάνθρωπος τους. Η ισότητα των ανθρώπων στην ελευθερία, την βούληση, τα συναισθήματα προκαλεί την ανάγκη του ατόμου να κατανοήσει ότι οποιοσδήποτε και οποτεδήποτε μπορεί να βρεθεί σε μια δύσκολη θέση και κάθε συναίσθημα μπορεί να βιωθεί οποιαδήποτε στιγμή και πολλές φορές σε ένα άτομο. Το αίσθημα της ντροπής φαίνεται να μην κάνει διακρίσεις στα άτομα. Κάθε άτομο ξεχωριστά μπορεί να νιώσει το αίσθημα της ντροπής και αυτό να συνδυάζεται με το αίσθημα του κενού και της κατωτερότητας, το σημαντικό όμως είναι ο βαθμός εμφάνισης και η συχνότητα εμφάνισης από άτομο σε άτομο.

Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι το αίσθημα της ντροπής εμφανίζεται στα άτομα όμως ο βαθμός της ντροπής δεν είναι σε τέτοιο βαθμό όπου μπορεί να επηρεάσει την κανονικότητα του ατόμου ή να μπορεί να δημιουργήσει απομόνωση ή τάση εξαφάνισης του ατόμου λόγω των ανοιακών προβλημάτων των

συγγενών τους. Σε αντίστοιχη μελέτη του Gillbert το 1996, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα αυτά μπορούν να νιώσουν ντροπή μέσα από την αίσθηση τους ότι εκείνοι είναι κατώτεροι εν συγκρίσει με αυτούς που οι ίδιοι θεωρούν πως είναι ανώτεροι τους μόνο και μόνο επειδή ίσως να μην βιώνουν εκείνοι κάτι αντίστοιχο με αυτούς. Εν ολίγοις τα άτομα που από μόνα τους βάζουν τον εαυτό τους στην διαδικασία της σύγκρισης με άλλους, προκαλούν αυτόματα οι ίδιοι το πρόβλημα και αυτό μπορεί να σχετίζεται με την απόδοσης της αυτοπεποίθησης τους, την ωραιοπάθεια ή μη που μπορεί να νιώσουν, τον διχασμό ανάμεσα στο αίσθημα του αν λαμβάνουν την προσοχή των άλλων, και αν ναι, μέσα από ποιο τρόπο, την λύπηση ή την πραγματική στήριξη. Τα άτομα όπου εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη φάνηκε να μην πτοούνται ιδιαίτερα στο ενδεχόμενο ντροπής ως προς την εξωτερική τους εμφάνιση, το αίσθημα κατωτερότητας, την δημιουργία του κενού αισθήματος για τον εαυτό τους. Με όποιον τρόπο οι φροντιστές να βιώνουν την συναισθηματική επιφόρτιση, το αίσθημα της ντροπής δεν φαίνεται να έχει επηρεάσει την εικόνα τους καθώς η πλειοψηφία της έρευνας απάντησε ότι δεν επιθυμούν να κρύψουν το σώμα τους, δεν αποφεύγουν να κοιτάζουν τον εαυτό τους και δεν τους απασχολεί ιδιαίτερα πως σκέπτονται οι άλλοι για αυτό.

Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπως η κοινωνία που ζούμε, το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο του ατόμου δείχνει να είναι το «κλειδί» που βοηθάει τα άτομα να οργανωθούν εσωτερικά και εξωτερικά ώστε να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους. Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων αυτών, τόσο αυτά τα άτομα φαίνεται να είναι πιο δεκτικά και ανοιχτά σε θέματα της διαχείρισης της ντροπής. Φαίνεται ότι τα άτομα αυτά που έχουν αναπτύξει κάποιες γνώσεις έχουν λάβει μεγάλη βοήθεια ως προς τον τρόπο σκέψης τους, έχουν ανοίξει τους ορίζοντες τους και βρίσκονται σε θέση να βοηθήσουν και να αντιληφτούν το πρόβλημα και όχι να το κρίνουν σε σχέση με εκείνους όπου το μορφωτικό τους επίπεδο είναι χαμηλό. Η έρευνα έδειξε ότι άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έρχονται αντιμέτωπα συχνά με το αίσθημα του κενού ενώ τα άτομα που αποφοίτησαν από το Λύκειο και το Πανεπιστήμιο παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κενού. Τα άτομα αυτά μέσω των σπουδών τους έχουν μάθει να λειτουργούν ομαδικά, συμπονετικά, υποστηρικτικά, αντιλαμβάνονται τις ανάγκες και τις δυσκολίες του ατόμου, έχουν μάθει να ακούν την γνώμη των ειδικών, να αναζητούν πληροφορίες και να μοιράζονται το πρόβλημα τους με τους συνανθρώπους τους, είτε αν είναι από την πλευρά του πάσχοντα είτε από την πλευρά της κοινωνίας. Ταυτόχρονα στην έρευνα, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να παρουσιάζουν

μεγαλύτερα επίπεδα χαρακτηρισολογικής ντροπής έναντι των ατόμων με ανώτερες σπουδές. Αδιαμφισβήτητα το οικονομικό επίπεδο του κάθε ατόμου σχετίζεται με το αίσθημα της ντροπής των φροντιστών. Ενδεχόμενος να υπάρχουν άνθρωποι που κατέχουν την μόρφωση αλλά είναι τέτοιες οι οικονομικές συνθήκες όπου δεν τους αφήνουν πολλά περιθώρια. Παρόλα αυτά η έρευνα έδειξε ότι το οικονομικό επίπεδο των ατόμων ήταν από μέτριο έως καλό με μία μικρή απόκλιση ατόμων όπου βρίσκονταν σε κακή οικονομική κατάσταση, όπου γενικότερα δεν επηρέασε ιδιαίτερα το αίσθημα της ντροπής, του κενού και της κατωτερότητας του ατόμου. Ο επαγγελματικός χαρακτήρας αυτών των ατόμων έδειξε να επηρεάζει κυρίως τους συνταξιούχους ως προς την συμπεριφορική ντροπή ενώ οι δημόσιοι υπάλληλοι επηρεάζονται περισσότερο από την σωματική ντροπή.

Ως προς το φύλο, η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στο αίσθημα της ντροπής και της κατωτερότητας γεγονός όπου έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες. Κατά τον Gillbert, το 2003, οι γυναίκες από την φύση τους διακατέχονται από πολλαπλά συναισθήματα, συχνά έχουν την τάση να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλες γυναίκες ή γενικότερα άλλους ανθρώπους, αισθάνονται ντροπή όταν συμβαίνει κάτι αρνητικό σε αυτές ή όταν δεν κατέχουν κάτι όπου έχει κάποια ή κάποιος άλλος. Ταυτόχρονα οι γυναίκες είναι πιο συναισθηματικές, βιώνουν το συναίσθημα της μητρότητας και αυτό τους γεννά το αίσθημα της υποχρέωσης, της ευθύνης, της προστασίας των ατόμων, γεγονός όπου πολλές φορές τις οδηγεί στην παγίδα του να παρασυρθούν από τα συναισθήματα τους. Σε αντίθεση με τους άνδρες, όπου προσπαθούν να ελέγχουν τα συναισθήματα τους και να είναι πιο υποστηρικτικοί ως προς τις γυναίκες, φαίνεται να μην επηρεάζονται από το αίσθημα της ντροπής όσο οι γυναίκες. Έρευνες έχουν δείξει ότι στο παραδοσιακό σύστημα οικογένειας, η ευθύνη για την φροντίδα των ασθενών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την μορφή της γυναίκας, είτε ως σύζυγο, είτε ως μητέρα, κόρη, αδερφή. Έτσι παραδοσιακά το φύλο του ατόμου μπορεί να καθορίσει τα επίπεδα του αισθήματος της ντροπής όπου πηγάζουν μέσα από το ρόλο του. Ακόμη και ο ίδιος ο ανδρικός πληθυσμός συχνά φαίνεται να παραδέχεται ότι αυτός ο σημαντικός ρόλος αντικατοπτρίζεται καλύτερα εν μέσω μίας γυναίκας και αυτό γιατί θεωρείται ότι η παροχή φροντίδας επέρχεται καλύτερα από εκείνες. (Heru, A. Ryan ,2004). Η παρούσα έρευνα έδειξε σημαντικά επίπεδα χαρακτηρισολογικής και σωματικής ντροπής για τις γυναίκες έναντι των αντρών καθώς και το συνολικό βίωμα φαίνεται να επιδρά ανάμεσα στο φύλο.

Η πλειοψηφία των ατόμων που φροντίζουν τους ανοιακούς συγγενείς τους συχνά αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπου οι ασθενείς λόγω της ανικανότητας της εξυπηρέτησης τους έχουν ευαισθησίες όπως απώλεια μνήμης, συχνουρία, διαρροή κοπράνων , σύγχυση, περίεργες οσμές όπου θα μπορούσαν να προκαλέσουν ντροπή για το άτομο και τον φροντιστή του. Αυτό σχετίζεται περισσότερο με το αίσθημα της εξωτερικής ντροπής που μπορεί να παρουσιάσει ο φροντιστής καθώς μπορεί να νιώσει ότι είναι μια κατάσταση απωθητική για τους άλλους όπου μπορεί να προκαλέσει διωγμό και αποφυγή από τον κοινωνικό του περίγυρο. Ενώ κανείς θα περίμενε ότι τα άτομα θα έχουν αναπτυγμένο το αίσθημα της εξωτερικής ντροπής λόγω των καταστάσεων και των κοινωνικών στιγμάτων, στην έρευνα παρουσιάστηκαν θετικά ποσοστά όπου δείχνουν ότι τα άτομα δεν νιώθουν ότι δεν είναι αρεστά από τους άλλους είτε ότι οι άλλοι τους βλέπουν υποτιμητικά. Αντίθετα το μεγάλο ποσοστό φαίνεται να έχει εισπράξει μέτρια έως καθόλου ότι οι άλλοι δεν τον βλέπουν αρκετά καλό ή ότι τον ταπεινώνουν ενώ μεγάλο ποσοστό φαίνεται να νιώθει πολύ ασφάλεια μέσα στον κοινωνικό του περίγυρο.

Καθώς η άνοια φαίνεται να κυριαρχεί σε μεγάλο βαθμό και τουλάχιστον σε μία στις τρεις οικογένειες φαίνεται να υπάρχει άτομο με ανοιακά προβλήματα, οι άνθρωποι πλέον είναι πιο εξοικειωμένοι με την αρρώστια αυτήν και φαίνεται να γνωρίζουν τις αναπόφευκτες καταστάσεις που δημιουργεί. Έτσι οι φροντιστές εισπράττουν στήριξη και θετικά μηνύματα από την κοινωνία γεγονός όπου φανερώνουν οι απαντήσεις των ατόμων του δείγματος. Τα άτομα αυτά αισθάνονται από μέτρια έως καθόλου ότι οι άνθρωποι απομακρύνονται από αυτούς σε τυχόν λάθος ή θυμώνουν με τα λάθη ή μπορεί να έχουν στο νου τους ότι έχουν χάσει τον έλεγχο των σωματικών και συναισθηματικών τους λειτουργιών. Γενικότερα αυτό που φαίνεται να προβληματίζει σε έναν βαθμό τα άτομα είναι η ντροπή που μπορεί να πηγάζει από κάποιο κοινωνικό ή λεκτικό στίγμα ή μια πράξη που έκαναν ή κάτι που είπαν όπου δεν ήταν πολύ δομημένο ή κατάλληλο ή απέκρυσαν όσον αφορά τη σχέση τους με τον ασθενή. Τα άτομα όπου καλούνται να φροντίσουν τέτοιους ασθενείς , λόγω της φύσης της ασθένειας συχνά οδηγούνται σε αμηχανία ή ενοχή για κάτι που είπαν ή κάτι που δεν είπαν ενώ θα έπρεπε να το εξωτερικέψουν. Η έρευνα έδειξε ότι περισσότερο από τα μισά άτομα του δείγματος προσπάθησαν να κρύψουν ή να συγκαλύψουν καταστάσεις για τις οποίες είχαν ντραπεί ενώ ταυτόχρονα έχουν αισθανθεί από μέτρια έως πολύ ντροπή για κάτι ανόητο που είπαν.

Θετικό στοιχείο για τους φροντιστές αποτελεί το γεγονός ότι κάποια αποτυχία που έχουν βιώσει δεν δείχνει να τους έχει οδηγήσει σε βαθμό όπου θα τους έκανε να αποφύγουν να συναντήσουν ανθρώπους που γνωρίζουν ή τυγχάνει να έχουν βρεθεί μαζί τους την στιγμή της αποτυχίας τους. Το αίσθημα της ντροπής σε αυτούς φανερώνεται περισσότερο την στιγμή που αποτυγχάνουν και λιγότερο τους ενδιαφέρει η γνώμη των τρίτων. Το αίσθημα της ντροπής τους φαίνεται να πηγάζει περισσότερο από καταστάσεις που επηρεάζουν την χαρακτηριστική τους στάση και την συμπεριφορική τους απόδοση μέσα σε ένα κοινωνικό σύστημα ενώ η σωματική τους εμφάνιση και η εικόνα τους φαίνεται να επηρεάζει λιγότερο την καθημερινότητα τους. Συνήθως τα άτομα αυτά «στέκονται» περισσότερο στο συναισθηματικό κομμάτι και εστιάζουν στην ψυχική αντιμετώπιση ενώ η εμφάνιση είναι μονό μια εικόνα των πραγμάτων που βιώνουν και όχι το σύνολο. Παρόλα αυτά οι έννοιες αυτές δείχνουν να σχετίζονται στην έρευνα. Το άτομο που παρουσιάζει υψηλά επίπεδα σε μία από τις παραπάνω έννοιες, ταυτόχρονα αυξάνει τα επίπεδα και των άλλων εννοιών.

4.2 Περιορισμοί στην μελέτη

Η παρούσα έρευνα διεξέλθει σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, περίπου 4 μηνών, και για το λόγο αυτό περιορίστηκε στην εξέταση συγκεκριμένων μεταβλητών και παραγόντων όπου σε διαφορετική περίπτωση ίσως να υπήρχε η δυνατότητα να εξετάσουμε συσχετίσεις και επιρροές του αισθήματος της ντροπής και με άλλες μεταβλητές. Παράλληλα ο αριθμός των συμμετεχόντων του δείγματος δεν είναι αντιπροσωπευτικός. Η έρευνα αφορούσε κυρίως φροντιστές, κατοίκους των περιοχών της Λάρισας και κάποιους της Αθήνας, το γεγονός αυτό από μόνο του φανερώνει ότι δεν μπορούσε να συμμετάσχει όλος αυτός ο πληθυσμός, οπότε το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό για όλους τους φροντιστές αυτών των περιοχών και ειδικότερα του συνόλου της κοινωνίας. Ακόμη το δείγμα αποτελούνταν από 24 γυναίκες και 10 άντρες, όπου αποτελεί περιορισμό για την ακριβή εξέταση των ατόμων αυτών ως προς το φυλετικό επίπεδο.

4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Καθώς η παροχή φροντίδας από άτομο σε άτομο διαφέρει και οι φροντιστές αντίστοιχα αντιμετωπίζουν ο καθένας ξεχωριστά διαφορετικές προσωπικότητες ανθρώπων που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια της άνοιας, χρήσιμο θα ήταν να διεξαθεί έρευνα που θα μελετά τον τρόπο διαχείρισης των συναισθημάτων των φροντιστών σχετικά με την εκπαίδευση και την δημιουργία ενός κοινού κώδικα που θα βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μία έρευνα σχετικά με τα συναισθήματα των φροντιστών εκείνων όπου έχουν λάβει εκπαίδευση και γνώση για την ασθένεια της άνοιας και την διαχείριση των συναισθημάτων που θα τους προκαλούνται ανάλογα με το κάθε στάδιο της νόσου έναντι των φροντιστών που δεν έχουν εκπαιδευτεί σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της νόσου και τα αισθήματα που τους προκαλούνται διαταράσσουν τις καθημερινές τους ισορροπίες.

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν και τη θέληση και την δυνατότητα να ενημερώνονται από ειδικούς στις πλέον σύγχρονες κοινωνίες που ζούμε, ο τρόπος αυτός σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, θα μπορούσε να αποτελέσει ερώτημα ως προς το αν συμβάλλει και σε ποιο βαθμό ώστε να αντιμετωπίσουν τυχόν αισθήματα ντροπής, θυμού, κενού, κατωτερότητας και άλλων συναισθημάτων που εξελίσσονται κατά την φροντίδα. Θα μπορούσε να εξεταστεί το κατά πόσο σχετίζεται η εκπαίδευση των φροντιστών από ειδικούς σε συνδυασμό με το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία ως τρόπος αντιμετώπισης των αυτοσυνειδησιακών συναισθημάτων.

Παράλληλα θα μπορούσε να εξεταστεί κατά πόσο τα άτομα βάση της εκπαίδευσης, της γνώσης και του επαγγέλματος τους είναι σε θέση να δεχτούν και να κατανοήσουν κάποια μορφή εκπαίδευσης των ασθενών ή σε τι βαθμό μπορούν να πραγματοποιήσουν

στην πράξη τα όσα διδαχθούν. Είναι μία κατάσταση όπου μελετάτε και αφομοιώνεται ή ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση το αίσθημα της ντροπής μπορεί να καταβάλλει τόσο τον φροντιστή όπου να μην του επιτρέπει να αποδώσει. Εύλογο θα ήταν να εξεταστεί ο βαθμός όπου η εκπαίδευση μπορεί να περιορίσει ή ακόμη και να εξαφανίσει αισθήματα των φροντιστών που προκύπτουν από την αμηχανία όπου μπορεί να αισθάνονται για τα άτομα που φροντίζουν ή το γεγονός ότι συμβαίνει και στην δική τους οικογένεια.

Σίγουρα τα ανωτέρω ερωτήματα αφορούν μία μελέτη που ίσως να μην μπορεί να πραγματοποιηθεί σε πραγματικούς χρόνους ή δεν μπορεί να βρεθεί συγκεκριμένο δείγμα όπου θα την καλύψει αλλά παρόλα αυτά ίσως αποτελέσει ένα ερέθισμα στους ερευνητές ώστε σιγά σιγά να ξεκινήσει ένας ακόμη κύκλος μελετών και να εμπλουτιστεί περισσότερο η βιβλιογραφία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
«ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ»

❖ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

ΦΥΛΟ:

1. Γυναίκα
2. Άνδρας

ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο
4. Πανεπιστήμιο

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

1. Έγγαμος
2. Άγαμος
3. Διαζευγμένος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

1. Δημόσια
2. Ιδιωτικός Υπάλληλος

3. Ελεύθερος Επαγγελματίας
4. Συνταξιούχος

ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

1. Κακή
2. Μέτρια
3. Καλή

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΙΔΟΥΣ

1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως ότι δεν είμαι αρκετά καλός

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

4. Νιώθω ασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

5. Οι άλλοι με βλέπουν σαν να μη είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

6. Οι άλλοι με βλέπουν σαν μηδαμινό και ασήμαντο

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

8. Οι άλλοι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά σε σχέση με τους άλλους

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

10. Οι άλλοι με βλέπουν σαν να παλεύω με την τελειότητα, δίχως όμως να είμαι ικανός να φτάσω τα δικά μου σταθμά.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

12. Οι άλλοι είναι τιμωριτικοί ή επικριτικοί μαζί μου όταν κάνω λάθος

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα όταν κάνω ένα λάθος

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

14. Οι άλλοι πάντα θυμώνουν με τα λάθη μου

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

19. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποιες από τις προσωπικές σας συνήθειες

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

21. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποιες από τις προσωπικές σας συνήθειες

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

22. Έχετε νιώσει ντροπή για την συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την συμπεριφορά σας απέναντι τους.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

24. Έχετε αποφύγει ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

25. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

26. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

27. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

28. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητες σας

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

29. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητες σας

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

30. Έχετε αποφύγει ανθρώπους εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

31. Έχετε νιώσει ντροπή όταν κάνετε κάτι λάθος

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

32. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς όταν κάνετε κάτι λάθος

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

33. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

34. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

35. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

36. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

37. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

38. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι όταν αποτύχατε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

39. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυγχάνετε

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

40. Έχετε νιΰψει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

41. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνιση σας

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

42. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

43. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματος σας

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ ΑΠΟΛΥΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- ❖ Arias-Alpizar, G., Kong, L., Vlieg, R. C., Rabe, A., Papadopoulou, P., Meijer, M. S., ... & Campbell, F. (2020). Light-triggered switching of liposome surface charge directs delivery of membrane impermeable payloads in vivo. *Nature communications*, 11(1), 1-14.
- ❖ Alzheimer's Association: Mild Cognitive Impairment, https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment. Accessed December 11, 2020.
- ❖ Alzheimer's Association. Alzheimer's Association Report: 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement.* 2020;16(3):391-460.
- ❖ Alzheimer's Disease Research Data - Is Higher Education Associated with Alzheimer's Disease, *NEUROCIENCIA*, 2019 : <https://joshivillagomez.com/neuroscience-blog/alzheimers-disease-research-data-is-higher-education-associated-with-alzheimers-disease>
- ❖ Bateman, R. J., Xiong, C., Benzinger, T. L., Fagan, A. M., Goate, A., Fox, N. C., ... & Morris, J. C. (2012). Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 367, 795-804.
- ❖ Berman, S. B., & Miller-Patterson, C. (2019). PD and DLB: Brain imaging in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Progress in molecular biology and translational science*, 165, 167-185.
- ❖ Bernat, J. L. (1994). *Ethical Issues in Neurology*.
- ❖ Davey DA. Alzheimer's disease and vascular dementia: one potentially preventable and modifiable disease? Part II: Management, prevention and future perspective. *Neurodegener Dis Manag* 2014; 4: 261-70.
- ❖ Delikurt, T., Williamson, G. R., Anastasiadou, V., & Skirton, H. (2015). A systematic review of factors that act as barriers to patient referral to genetic services. *European Journal of Human Genetics*, 23(6), 739-745.

- ❖ Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(5), 947.
- ❖ Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... & Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- ❖ Forette, F., Rigaud, A.-S., Morin, M., Gisselbrecht, M., & Bert, P. (1995). Assessing vascular dementia. *Netherland Journal of Medicine*, 47, 185 – 194.
- ❖ Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
- ❖ Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
- ❖ Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124- 133.
- ❖ Guzman, M., Dille, J., & Godet, S. (2012). Synthesis and antibacterial activity of silver nanoparticles against gram-positive and gram-negative bacteria. *Nanomedicine: Nanotechnology, biology and medicine*, 8(1), 37-45.
- ❖ Harris Jr, C. E., Davis, M., Pritchard, M. S., & Rabins, M. J. (1996). Engineering ethics: what? why? how? and when?. *Journal of Engineering Education*, 85(2), 93-96.
- ❖ Hachinski, V. C., Lassen, N. A., & Marshall, J. (1974). Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *The Lancet*, 304(7874), 207-209.
- ❖ Heru, A. M., Ryan, C. E., & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(6), 533-537.
- ❖ Heydari, M., Freund, J., & Boutcher, S. H. (2012). The effect of high-intensity intermittent exercise on body composition of overweight young males. *Journal of obesity*, 2012.
- ❖ Hoffman, M. (2013). Frontal network syndrome testing: Clinical tests and positron emission tomography brain imaging help distinguishing the 3 most common dementia subtypes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28 (5), 477 – 484.
- ❖ Holmes, K., & Papageorgiou, G. (2009). Good, bad and insufficient: Students' expectations, perceptions and uses of feedback. *Journal of Hospitality, Leisure, Sports and Tourism Education (Pre-2012)*, 8(1), 85.
- ❖ Ian, G., McKeith, Douglas Galasko, Gordon, K., Wilcock, E., Jane Byrne (1995). Lewy Body Dementia – Diagnosis and Treatment, *British Journal of Psychiatry*, 167, 709
- ❖ Jellinger KA. Morphologic diagnosis of "vascular dementia" – a critical update. *J Neurol Sci* 2008; 270: 1-12.
- ❖ Johnson, J. W., & Kotermanski, S. E. (2006). Mechanism of action of memantine. *Current opinion in pharmacology*, 6(1), 61-67.

- ❖ Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, A Detroit Expert Panelon, and D. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 762-9.
- ❖ Kester, M. I., & Scheltens, P. (2009). Dementia: the bare essentials. *Practical neurology*, 9(4), 241-251.
- ❖ Korczyn, A. D., Vakhapova, V., & Grinberg, L.T. (2012). Vascular dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, in press
- ❖ Kurz AF, Erkinjuntti T, Small GW, Lilienfeld S, Damaraju CR. Long-term safety and cognitive effects of galantamine in the treatment of probable vascular dementia or Alzheimer's disease with cerebrovascular disease. *Eur J Neurol* 2003 10: 633-40.
- ❖ Lewis, M. (1995). *Shame. The Exposed Self*. New York: The Free Press
- ❖ Macdonald, J. (1998). *Disclosing Shame. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 141- 157.
- ❖ Masters CL, Bateman R, Blennow K, et al. Alzheimer's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15056.
- ❖ Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale–2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and individual differences*, 74, 6-11.
- ❖ Mayo Clinic, Drugs and Supplements “Memantine” : <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/memantine-oral-route/side-effects/drg-20067012>
- ❖ MIRANDA R, BUNN F, LYNCH J, VAN DEN BLOCK L, GOODMAN C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. *Palliat Med* 2019, 33:726–742
- ❖ McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., ... & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100
- ❖ Moran JA, Rafii MS, Keller SM, et al. The National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices consensus recommendations for the evaluation and management of dementia in adults with intellectual disabilities. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 831-40.
- ❖ Neupsy Key, Cholinesterase Inhibitors and Memantine : <https://neupsykey.com/cholinesterase-inhibitors-and-memantine>
- ❖ NURSING TIMES, ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE : <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses-roles/assessment-of-older-people-4-assessing-the-psychological-domain-15-07-2019>
- ❖ Olivares, D., K Deshpande, V., Shi, Y., K Lahiri, D., H Greig, N., T Rogers, J., & Huang, X. (2012). N-methyl D-aspartate (NMDA) receptor antagonists and

- memantine treatment for Alzheimer's disease, vascular dementia and Parkinson's disease. *Current Alzheimer Research*, 9(6), 746-758.
- ❖ Ogawa S. Nutritional management of older adults with cognitive decline and dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14 Suppl 2: 17-22
 - ❖ Ory MG, Hoffman R, Yee JL, et al. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*. 1999;39:177-185
 - ❖ Peritogiannis, V., & Lixouriotis, C. (2020). The psychogeriatric patient in the primary health care setting. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(6)
 - ❖ PETERBOROUGH PALLIATIVE CARE IN DEMENTIA GROUP. A practical guide to nutrition, hydration and medication in advanced dementia. PCDG, 2009. Available at: https://dementiapartnerships.com/wpcontent/uploads/sites/2/compromised_swallowing...
 - ❖ Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M. M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015-The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.
 - ❖ Prudham, D., & Evans, J. G. (1981). Factors associated with falls in the elderly: a community study. *Age and ageing*, 10(3), 141-146.
 - ❖ Raz, L., Knoefel, J., & Bhaskar, K. (2016). The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 36(1), 172-186.
 - ❖ Ringman, J. M., Liang, L. J., Zhou, Y., Vangala, S., Teng, E., Kremen, S., ... & Dominantly Inherited Alzheimer Network. (2015). Early behavioural changes in familial Alzheimer's disease in the Dominantly Inherited Alzheimer Network. *Brain*, 138(4), 1036-1045.
 - ❖ Robinson, M. T., & Holloway, R. G. (2017, October). Palliative care in neurology. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 92, No. 10, pp. 1592-1601). Elsevier.
 - ❖ Rogers, A., & Delewski, C. (2004). Elders with Serious and Persistent Mental Illness (SPMI) Assessing Needs, Resources, and Service Utilization. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1), 19-36.
 - ❖ ROBINSON MT, BARRETT KM. Emerging subspecialties in neurology: Neuropalliative care. *Neurology* 2014, 82:e180–e182
 - ❖ Sakka, P. (2010). Towards a Dementia Action Plan in Greece. Athens Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders. In 20th Alzheimer Europe Conference:—Facing Dementia together!, Luxembourg
 - ❖ Sansoni, J., Anderson, K. H., Varona, L. M., & Varela, G. (2013). Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig*, 25(3), 235-246.
 - ❖ SantaCruz, K., & Swagerty Jr, D. L. (2001). Early diagnosis of dementia. *American Family Physician*, 63(4), 703
 - ❖ Salomone, S., Caraci, F., Leggio, G. M., Fedotova, J., & Drago, F. (2012). New pharmacological strategies for treatment of Alzheimer's disease: focus on

- disease modifying drugs. *British journal of clinical pharmacology*, 73(4), 504-517
- ❖ Serlin, Y., Shelef, I., Knyazer, B., & Friedman, A. (2015, February). Anatomy and physiology of the blood–brain barrier. In *Seminars in cell & developmental biology* (Vol. 38, pp. 2-6). Academic Press
 - ❖ Snowden DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. *JA-MA* 1997; 277: 813-7.
 - ❖ Stinton, C., McKeith, I., Taylor, J. P., Lafortune, L., Mioshi, E., Mak, E., ... & O'Brien, J. T. (2015). Pharmacological management of Lewy body dementia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 731-742.
 - ❖ Tangney, J. P., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 446–478). New York: Guilford.
 - ❖ Tang, M. X., Jacobs, D., Stern, Y., Marder, K., Schofield, P., Gurland, B., ... & Mayeux, R. (1996). Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. *The Lancet*, 348(9025), 429-432.
 - ❖ Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44, 391-399
 - ❖ Thompson, T., Altmann, R., & Davidson, J. (2004). Shame-proneness and achievement behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 613-627.
 - ❖ Triantafyllou, A., Hunt, J. L., Devaney, K. O., & Ferlito, A. (2014). A perspective of comparative salivary and breast pathology. Part I: microstructural aspects, adaptations and cellular events. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 271(4), 647-663
 - ❖ Triantafyllou J , Mestheneos E, Prouskas C , Goltsi V , Kontouka S , Loukissis A. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage .The National Survey Report for Greece .Eurofarmcare 2006 .
 - ❖ VAN DER STEEN JT, RADBRUCH L, HERTOOGH CMPM, DE BOER ME, HUGHES JC, LARKIN P ET AL. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014, 28:197–209
 - ❖ Vitek, M. P., Araujo, J. A., Fossel, M., Greenberg, B. D., Howell, G. R., Rizzo, S. J. S., ... & Edelmayer, R. M. (2020). Translational animal models for Alzheimer's disease: an Alzheimer's Association Business Consortium think tank. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 6(1), e12114.
 - ❖ Vöglein, J., Paumier, K., Jucker, M., Preische, O., McDade, E., Hassenstab, J., & Dominantly Inherited Alzheimer Network. (2019). Clinical,

- pathophysiological and genetic features of motor symptoms in autosomal dominant Alzheimer's disease. *Brain*, 142(5), 1429-1440.
- ❖ Ward, L. (2014). Shame and guilt: their relationship with self-esteem and social connectedness in Irish adults. (Unpublished bachelor degree). DBS School of Arts, Department of Psychology, Dublin. Retrieved from <https://esource.dbs.ie/handle/10788/2164>
 - ❖ Zhao, Y., Feng, H., Hu, M., Hu, H., Li, H., Ning, H. & Peng, L. (2019). Web-based interventions to improve mental health in home caregivers of people with dementia: meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e13415.)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Βασική Ανατομία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος : <https://pediatric-neurosurgery.com/anatomy>
- ❖ Βασικές Κατηγορίες Ψυχικών Παθήσεων : <https://www.psyhiatros.gr/>
- ❖ Γαβριηλίδου, Π. (2020). Προσωπικά δεδομένα και η αυτονομία της ιατρικής ηθικής.
- ❖ Γκουβάς, Κ. Χ., Σούλης, Γ., & Παναγιωτάκος, Δ. Β. (2018). Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας της γήρανσης Τι γνωρίζουμε για αυτές. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(6).
- ❖ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ <http://ftdnet.gr/genetics.htm>
- ❖ Έκθεση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, 2010, Συναίνεση στη σχέση Ιατρού-Ασθενούς, σ.11
- ❖ EU MEDLINE : ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΝΟΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΣΤΟ: <https://www.eumedline.eu/post/To-fortio-twn-frontistwn-anoikwn-asthenwn>
- ❖ Μπαλογιάννης, Σ. Γώγου, Μ., & (2012). Διαταραχές της δομής του μεσολοβίου-Κλινικές εκδηλώσεις σε παιδιά και εφήβους. *Εγκέφαλος*, 49(IKEEART-2014-1198), 4-17.
- ❖ Μετωποκροταφική Εκφύλιση, Γενετική της Μετωποκροταφικής Εκφύλισης: <http://ftdnet.gr/genetics.htm>
- ❖ Ζήκος Ι. Παναγιώτης, Νευρολόγος : <https://www.zikospanagiotis.gr/department/anoia-me-somatia-levy/>
- ❖ -717.
- ❖ Κοντόκωστας, Κ., & Παπαγεωργίου, Σ. Γ. (2021). Ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα των ασθενών με άνοια. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(4).

- ❖ Κουτσουράδης-Γεωργιάδη, Προστατευτικοί Θεσμοί του Αστικού Δικαίου, 2002, σ. 147
- ❖ Κ. Φουντεδάκη, Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2006.
- ❖ Μ.Καϊάφα-Γκμπάντι, Ε.Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε.Συμεωνίδου-Καστανίδου, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1, Ο Νέος Κώδικας 91 Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση),
- ❖ ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ANOIA:
<https://www.psychiatros.gr/%ce%bc%ce%b5%cf%84%cf%89%cf%80%ce%bf%ce%ba%cf%81%ce%bf%cf%84%ce%b1%cf%86%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%ce%ac%ce%bd%ce%bf%ce%b9%ce%b1>
- ❖ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΘΕΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΑΓΓΕΙΑΚΗ ANOIA: <https://doctorbabis.gr/vascular-dementia/>
- ❖ Τσολάκη, Μ. (2008). Alzheimer: Νέες διαστάσεις στην προσέγγιση της νόσου.
- ❖