



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ
ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΥΝ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗ ΜΕΝΝ**

**ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:
ΚΟΥΚΟΥ ΖΩΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2010

Στην μητέρα μου

που με αστείρευτη αγάπη και στοργή
στέκεται πλάι περιφρουρεί και εμπυχώνει
το βλαστάρι της σιωπηλά σε κάθε της στιγμή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	2
Κεφ. 1	
Νεογνά υψηλού κινδύνου που εισάγονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας	
1.1 Ειδικά προβλήματα πρόωρου νεογνού.....	3
1.2 Λοιμώξεις πρόωρων και τελειόμηνων νεογνών.....	7
1.3 Γενετικά Νοσήματα	8
Κεφ. 2	
Συναισθήματα και στάσεις γονέων που νοσηλεύουν το νεογνό στη ΜΕΝΝ	
2.1 Περιγεννητική φροντίδα.....	9
2.2 Ηθικά διλλήματα και συμπεριφορές επαγγελματιών υγείας.....	10
2.3 Μετάβαση στη γονεϊκότητα.....	13
2.4 Αποχωρισμός νεογνού από το γονέα εισαγωγή στη ΜΕΝΝ.....	15
2.5 Συναισθήματα και στάσεις γονέων με νεογνό υψηλού κινδύνου.....	18
2.6 Η συμβολή του προσωπικού στην υποστήριξη γονέων με νεογνά στη ΜΕΝΝ...	24
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Μέθοδος –δείγμα	
Στατιστική ανάλυση.....	29
Συζήτηση.....	82
Συμπεράσματα.....	85
Περίληψη.....	88
Abstract.....	89
Παράρτημα.....	90
Βιβλιογραφία.....	103

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των νεογνών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Είτε πρόκειται για προωρότητα, είτε για περιγεννητικές νεογνικές λοιμώξεις, είτε για γενετικά κληρονομούμενα νοσήματα η γέννηση ενός παιδιού με πρόβλημα είναι μια κατάσταση που από μόνη της δημιουργεί έντονο στρες στους γονείς διαταράσσοντας την ψυχοκοινωνική ισορροπία τους. Ο βίαιος και τραυματικός αποχωρισμός γονέα-παιδιού αμέσως μετά τη γέννηση, η νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η θέα πολύπλοκων συσκευών και μηχανημάτων που πλαισιώνουν το νεογέννητο όταν ο γονέας το επισκέπτεται, ο αγώνας επιβίωσης του νεογνού σε ένα καινούργιο περιβάλλον για το οποίο δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο καθώς αποτελεί μία γκρίζα ζώνη ανάμεσα στην υπηρεσία του πλακούντα και στο στήθος, δημιουργούν πλήθος συναισθηματικών αντιδράσεων με απρόβλεπτες συνέπειες. Αυτές μπορεί να αφορούν τη σχέση γονέα-παιδιού, τη σχέση με το προσωπικό, τη απόδοση του στο εργασιακό περιβάλλον και την εν γένει ψυχική επιβάρυνση των γονέων. Δεδομένου των συγκινησιακών επιδράσεων που προκύπτουν κρίνεται απαραίτητη η στελέχωση εξειδικευμένης ψυχολογικής ομάδας υποστήριξης στις μονάδες για την προετοιμασία και παρέμβαση των γονιών.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΕΟΓΝΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ειδικά προβλήματα πρόωρου νεογνού

Ο πρόωρος τοκετός έχει γίνει το πρώτιστο πρόβλημα στη μαιευτική πρακτική σήμερα.

Πρόωρα ονομάζονται τα νεογνά που γεννιούνται μετά από διάρκεια κύησης μικρότερη από 38 εβδομάδες από την αρχή της τελευταίας έμμηνης ρύσης.

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε πρόωρο τοκετό σχετίζονται με διάφορα νοσήματα της μητέρας (Σ.Δ. , καρδιοπάθειες , νεφροπάθειες, οξείες λοιμώξεις και χειρουργικές επεμβάσεις κατά την κύηση), επιπλοκές της κύησης (πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, προδρομικός πλακούντας , πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων , χοριοαμνιονίτιδα, πολύδυμη κύηση), σημαντικό ρόλο αποδίδεται στο επιβαρυνμένο μαιευτικό ιστορικό της μητέρας (συχνές κύσεις, προηγούμενες εκτρώσεις ,αποβολές, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ανωμαλίες ανάπτυξης μήτρας) , τέλος με τη προωρότητα συνδέεται άμεσα το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και οι στάσεις ζωής των γυναικών κατά την κύηση.

Κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών της ενδομήτριας ζωής , τα περισσότερα συστήματα οργάνων υποβάλλονται σε συνεχή δοκιμή και λειτουργική ανάπτυξη. Ο πρόωρος τοκετός απαιτεί γρήγορη προσαρμογή στην εξωμήτρια ζωή πριν τα όργανα αυτά να είναι ικανοποιητικά αναπτυγμένα. Το αποτέλεσμα των ποικιλόμορφων μεταβολών έχει αντίκτυπο στη προσπάθεια προσαρμογής και επιβίωσης του πρόωρου νεογέννητου με κοινό παρονομαστή τα προβλήματα που προκύπτουν παρακάτω:

1. *Περιγεννητική ασφυξία* είναι συχνότερη στα πρόωρα σε σύγκριση με τα τελειόμηνα.
2. *Διαταραχές θερμορύθμισης*: Τα πρόωρα νεογνά εμφανίζουν δυσκολία στη διατήρηση της θερμοκρασίας λόγω ανωριμότητας των ομοιοστατικών μηχανισμών παραγωγής και αποβολής θερμότητας. Η μεγάλη σχέση επιφάνειας/ βάρους σώματος , η ανωριμότητα του φυτικού νευρικού συστήματος καθώς και η ατελής ανάπτυξη των ιδρωτοποιών δημιουργούν προβλήματα στην αποβολή θερμότητας από τη μια πλευρά και από την άλλη οι μηχανισμοί παραγωγής

θερμότητας όπως η καύση του φαιού λίπους και οι μυικές συσπάσεις ανεπαρκούν με αποτέλεσμα το νεογνό να πρέπει να διατηρείται μέσα σε ορισμένα όρια που αποτελούν το 'θερμικά ουδέτερο περιβάλλον'. Οι συνιστώσες μεταβολές της υπό-υπερθερμίας οδηγούν στις πιο συχνές επιπλοκές (ιστική υποξία, οξέωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, shock) αυξάνοντας τη θνησιμότητα των προώρων.

3. *Αναπνευστικά προβλήματα*: Το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας, οι διαταραχές της αναπνοής με διαστήματα περιοδικής αναπνοής, απνοϊκών κρίσεων και ταχύπνοια αποτελούν τα πιο συνήθη προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν το προσωπικό της ΜΕΝΝ. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την επέκταση των επιπλοκών με κλινική σημειολογία πνευμοθώρακα και βρογχοπνευμονική δυσπλασία. Η τελευταία αναγνωρίζεται διεθνώς ως το σοβαρότερο μακροχρόνιο αναπνευστικό πρόβλημα στην ατζέντα των προώρων. Ορίζεται ως η ανάγκη χορήγησης οξυγόνου και η ανάγκη παραμονής του οξυγόνου ακόμα και μετά την έξοδο του νεογνού από το νοσοκομείο με απώτερες επιπλοκές την αρτηριακή υπέρταση, την χρόνια πνευμονική αγγειοπάθεια και το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου.

4. *Νευρολογικά προβλήματα*: Η ανωριμότητα των διαφόρων κέντρων του ΚΝΣ και η ατελής μυελίνωση των νευρικών ινών προκαλούν καρδιακές αρρυθμίες, περιοδική αναπνοή, άπνοιες, εξασθενημένα αρχέγονα αντανακλαστικά και υποτονία. Απόρροια των παραπάνω μεταβολών είναι η εγκεφαλική αιμορραγία (περικοιλιακή, ενδοκοιλιακή) να αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου και αναπηριών σε αυτά. Η συχνότητα της είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την ηλικία κύησης και στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει μέχρι την 4^η ημέρα ζωής.

Χάρη στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και των μέσων εντατικής νοσηλείας των προώρων έχει αυξηθεί σημαντικά η επιβίωση τους χωρίς παράλληλα να αυξηθεί η συχνότητα των μόνιμων νευροαναπτυξιακών υπολειμμάτων. Τα συνηθέστερα προβλήματα των προώρων είναι η εγκεφαλική παράλυση (6-15%), υδροκέφαλος (4-6%), νοητική στέρηση (4-30%), τύφλωση (3-25%) και κώφωση (4-12%).

Η πρόωμη διάγνωση είναι απαραίτητη για την έγκαιρη έναρξη ειδικής αγωγής από ομάδα ειδικών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν κατά το δυνατό οι μόνιμες αναπηρίες και ανικανότητες αλλά και να συμβάλλουν στην μεταλαμπάδευση των γνώσεων στους γονείς για τη ανάπτυξη υγιούς σχέσης νεογνού- παιδιού- γονέα. Υπάρχουν ορισμένα νευρολογικά σημεία που μπορούν από νωρίς να βοηθήσουν στη διάγνωση

αυτών των προβλημάτων για παράδειγμα το αντανακλαστικό του Moro, το σημείο του αλεξιπτωτιστού, ασύμμετρο αντανακλαστικό του αυχένα και διαταραχές του μυϊκού τόνου. Οι διαταραχές της ακοής ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη είναι πολύ συχνή η οποία συνυπάρχει και με άλλα νευροαναπτυξιακά προβλήματα. Η συχνότητα νευρογενούς βαρηκοΐας αποδίδεται κυρίως στη αυξημένη συχνότητα του αναπνευστικού που παρουσιάζουν τα πρόωρα.

5. *Καρδιαγγειακά προβλήματα:* Το σοβαρότερο καρδιαγγειακό πρόβλημα των προώρων είναι ο ανοιχτός αρτηριακός πόρος. Πρόκειται για μυϊκή συσταλτή εμβρυική δομή που ενώνει το ραχιαίο αορτικό κλάδο με την αριστερή πνευμονική αρτηρία. Συνήθως συγκλείεται μετά τη γέννηση καθώς αυξάνεται η οξυγόνωση, τα επίπεδα των κυκλοφορούντων προσταγλαδινών και η μυϊκή μάζα. Η συχνότητα απαντάται στο 25 % των προώρων ενώ ξεπερνά το 50% στα πρόωρα με βάρος γέννησης κάτω των 1000g.

6. *Νεφρολογικά προβλήματα:* Καθώς η ανάπτυξη των νεφρώνων συνεχίζεται και μετά τη γέννηση, τα πρόωρα έχουν χαμηλό ρυθμό σπειραματικής διήθησης με ελαττωμένη ικανότητα συμπύκνωσης και απέκκρισης, αραίωσης και οξινοποίησης των ούρων. Η νεφρική ανωριμότητα προδιαθέτει τη δημιουργία οιδήματος, αφυδάτωσης και οξέωσης.

7. *Προβλήματα από το πεπτικό:* Τα πρόωρα διαθέτουν μειωμένη ικανότητα απορρόφησης ιδιαίτερα του λίπους και της λακτόζης. Επιπλέον τα προβλήματα διατροφής αυξάνονται με την ατελής ανάπτυξη των αντανακλαστικών του θηλασμού, της κατάποσης, του βήχα και τη μειωμένη χωρητικότητα του στομάχου. Σοβαρή επιπλοκή όλων αυτών αποτελεί η νεκρωτική εντεροκολίτιδα που εμφανίζεται κυρίως σε πρόωρα νεογνά με ΒΓ < 1500g ιδιαίτερα σε εκείνα που πάσχουν από ΣΑΔ ή από περιγεννητική ασφυξία. Η NEK είναι μία φλεγμονώδη νόσος με απεικονιστική σημειολογία την ισχαιμία και τη νέκρωση κυρίως της ειλεοτυφλικής βαλβίδας του εντέρου με απώτερη επιπλοκή τη διάτρηση.

Η ηπατική ανωριμότητα εκδηλώνεται με σημεία ανεπάρκειας των ηπατικών ενζύμων (υπερχολερυθρουαιμία, υπερλευκωματιναιμία).

Επίσης παρατηρούνται διαταραχές στο μεταβολισμό της γλυκόζης από ανεπαρκή αποθέματα γλυκογόνου με σημεία υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας αντιστοίχως ανάλογα.

8. *Μεταβολικές διαταραχές*: Οι διαταραχές του καλίου, ασβεστίου και νατρίου του αίματος οφείλονται σε ανωριμότητα των ορμονικών, νεφρικών και άλλων μηχανισμών ομοιόστασης αυτών των ιόντων.

9. *Αιματολογικά και ανοσοποιητικά προβλήματα*: Ο βραχύς χρόνος ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η ελαττωμένη ερυθροποίηση εμφανίζουν την πρόωμη νορμόχρωμη αναιμία στα πρόωρα. Στη συνέχεια οι συχνές αιμοληψίες στα πλαίσια της στενής εργαστηριακής παρακολούθησης συμβάλλουν επιπρόσθετα στην όψιμη υπόχρωμη αναιμία, λόγω ελαττωμένων αποθεμάτων σιδήρου, τα οποία εξαντλούνται περίπου την 6^η -8^η εβδομάδα ζωής, και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση σιδήρου και ερυθροποιητίνης ακόμα και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Κυριότερη ανοσολογική διαταραχή των προώρων είναι τα χαμηλά επίπεδα ανοσοσφαιρίνης IgG, η οποία έχει αποκλειστικά μητρική προέλευση και περνά τον πλακούντα κυρίως μετά τη 32-34^η εβδομάδα της κύησης. Αποτέλεσμα της ανωριμότητας των ανοσολογικών διαταραχών είναι η αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις.

10. *Οφθαλμολογικά προβλήματα*: Η αμφιβληστροειδοπάθεια της προώροτητας πρόκειται για πολυπαραγοντική διαταραχή που επηρεάζει τα αναπτυσσόμενα αιμοφόρα αγγεία του αμφιβληστροειδούς. Παράγοντες όπως η χορήγηση υψηλής τάσης οξυγόνου, ασφυξία, λοίμωξη, υποθερμία, έλλειψη βιταμίνης E και η έκθεση στο φως συμβάλλουν αρχικά σε αγγειοσύσπαση και στη συνέχεια στην επιτέλεση νεοαγγείωσης στον αμφιβληστροειδή και στο υαλώδες σώμα με συνέπεια τις τριχοειδικές αιμορραγίες τη σύνθεση ινώδους ιστού και την αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Οι βλάβες εξελίσσονται σε μερική ή ολική τύφλωση, εμφάνιση διαθλαστικών διαταραχών (μυωπία), στραβισμός και γλαύκωμα.

11. *Οστεοπενία, ραχίτιδα, σωματική ανάπτυξη*: Είναι γνωστό στα πρόωρα η διαταραχές του μεταβολισμού της βιταμίνης D ή η ανεπαρκής πρόσληψη φωσφόρου. Το follow up της ομάδας των προώρων περιγράφει συχνά κοσμητικά προβλήματα όπως για παράδειγμα δυσμορφίες ή ρικνωτικές ουλές προκαλώντας δυσλειτουργία στις αρθρώσεις. Οι διαταραχές και τα μεταγενέστερα προβλήματα αποτελούν συνισταμένη ποικίλων παραγόντων κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης παραμονής τους στη Μονάδα εντατικής Θεραπείας. Συνήθως είναι αποτέλεσμα ισχαιμικών και νεκρωτικών βλαβών από νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις όπως η εφαρμογή καθετήρων, η έγχυση ενδοφλέβιων διαλυμάτων. Ακόμη έχουν περιγραφεί διάτρηση υπερώας, ελλείψεις δοντιών, διάταση ρουθουνιών, ισχαιμική βλάβη και νέκρωση

δακτύλων των άκρων. Επίσης από διάφορα χειρουργικά προβλήματα , η κρυπορχία και η βουβωνοκήλη είναι συχνές στα πρόωρα(26.5% και 30% αντίστοιχα). Ενώ οι όρχεις κατέρχονται μέχρι το τέλος του πρώτου χρόνου ζωής, ένα ποσοστό 5.4% των πρόωρων με κρυπορχία απαιτείται ειδική αντιμετώπιση (Δρόσου-Αγακίδου Β.(1994) Πρόωρα νεογνά. Στο: Νεογνολογία, εκδόσεις Δρόσου Β., Θεσσαλονίκη:29).

1.2 Λοιμώξεις προώρων και τελειόμηνων νεογνών

Οι λοιμώξεις των πρόωρων και τελειόμηνων νεογνών διακρίνονται στις συγγενείς λοιμώξεις που μεταδίδονται κάθετα από τη μητέρα στο έμβρυο στη διάρκεια της κύησης και στις επίκτητες που παρατηρούνται κατά την μακρόχρονη παραμονή τους στο νοσοκομείο ή επιμολύνσεις προερχόμενοι από το σπίτι. Οι κυριότερες συγγενείς λοιμώξεις περιλαμβάνονται στο ακρωνύμιο TORCH (toxoplasmosis, others,rubella, cytomegalovirus, herpes simplex). Ο μηχανισμός προσβολής του εμβρύου συνάδει με τη λοίμωξη της μητέρας σε όλο το χρονικό διάστημα από τη σύλληψη μέχρι και την περιγεννητική περίοδο. Το κύημα προσβάλλεται συνήθως μετά από προσβολή του πλακούντα , φλεγμονή των εμβρυικών υμένων και σπανιότερα μετά από δευτεροπαθή λοίμωξη του αμνιακού υγρού ή στη διάρκεια του τοκετού κατά τη δίοδο του από το γεννητικό σωλήνα της μητέρας.

Οι συνέπειες των συγγενών λοιμώξεων περιγράφονται από ,ένα ευρύτατο φάσμα εκδηλώσεων της ενδομήτριας προσβολής του κυήματος που ποικίλει από ενδομήτριο θάνατο μέχρι ασυμπτωματική λοίμωξη. Η συχνότητα και η βαρύτητα της λοίμωξης εξαρτάται από το παθογόνο (είδος, λοιμογόνος δύναμη, τροπισμός, ιικό φορτίο),την ηλικία κύησης κατά την προσβολή και την κατάσταση της ανοσίας της μητέρας. Από την επικείμενη λοίμωξη του εμβρύου/ κυήματος μπορεί να προκληθεί ενδομήτριος θάνατος, προωρότητα, τοκετός, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου και συγγενείς δυσπλασίες.

Η προσβολή του κυήματος οδηγεί στην εμφάνιση γενικευμένης νόσου με εκδηλώσεις από πολλά συστήματα που μπορεί να είναι παροδικές ή να είναι πολύ βαριές και να προκαλέσουν μόνιμες αναπηρίες. Είναι επίσης δυνατό τα σημεία της

συγγενούς λοίμωξης να μην είναι εμφανή κατά τη γέννηση. Το βρέφος μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να παρουσιάσει όψιμες εκδηλώσεις μετά από μήνες ή χρόνια.

Διαταραχές ακοής, όρασης, διαταραχές από το ΚΝΣ (μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές συμπεριφοράς, σπασμοί), μπορεί να αποτελούν συνέπεια βλαβών που επήλθαν ενδομήτρια ή να οφείλονται σε επίμονη μετανεογνική λοίμωξη και προοδευτική καταστροφή των ιστών. Στις περιπτώσεις αυτές, η αναζήτηση ενός λεπτομερούς ιστορικού από τη μητέρα μπορεί να οδηγήσει στην υποψία της συγγενούς λοίμωξης και να θέσει την ένδειξη για ενδεδειγμένη διερεύνηση ειδικού εργαστηριακού, διαγνωστικού και απεικονιστικού ελέγχου του νεογνού κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Η συχνότητα των όψιμων λοιμώξεων κυμαίνεται ευρέως μεταξύ των διαφόρων ΜΕΝΝ (7-24%) και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Πάντως, αυτό καθ' εαυτό το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα αποτελούν τους σημαντικότερους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως έδειξε μελέτη στις Η.Π.Α., στην οποία σηψαιμία εμφάνισε το 21% των νεογνών με βάρος γέννησης μικρότερο από 1500 γρ. και το 43% εκείνων με βάρος γέννησης μικρότερο από 750 γρ. Έτσι, οι όψιμες λοιμώξεις αποτελούν το αντίτιμο στη συνεχή προσπάθεια επιβίωσης όλο και μικρότερων νεογνών. Τα πρόωρα νεογνά αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για εμφάνιση όψιμων λοιμώξεων λόγω της ανεπάρκειας των αμυντικών τους μηχανισμών, εξαιτίας της προωρότητας, αλλά και των παρεμβάσεων που συνεπάγεται η εντατική νοσηλεία και η υποστηρικτική φροντίδα με την παρατεταμένη χρήση διαφόρων καθετήρων και αναπνευστικών μηχανημάτων.

1.3 Γενετικά νοσήματα

Στην ομπρέλα των γενετικών νοσημάτων συνοψίζονται οι κυριότερες ομάδες:

1. Μονογονιδιακά νοσήματα που μεταβιβάζονται στις οικογένειες με επικρατούντα, υπολειπόμενο ή φυλοσύνδετο χαρακτήρα
2. Πολυγονιδιακά νοσήματα τα οποία καθορίζονται από την αθροιστική επίδραση πολλών γόνων που εδράζουν σε πολλές περιοχές με τη σύγχρονη επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων(επιληψία, Σ.Δ., σχιζοφρένεια)
3. Χρωματοσωμικά νοσήματα τα οποία διακρίνονται σε αριθμητικές και δομικές ανωμαλίες. Στην οικογένεια αυτή σχετίζονται συγκεκριμένα κλινικά σύνδρομα όπως η τρισωμία 21 (σύνδρομο Down), τρισωμία 18(σύνδρομο

Edward), τρισωμία 13 (σύνδρομο Patau), σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner.

4. Συγγενείς δυσπλασίες , ανωμαλίες στη διάπλαση που οφείλονται σε βλάβη κατά την εμβρυογένεση. Περίπου το 14% των νεογνών έχουν μία ελλάσωνα δυσπλασία (λαγώχειλο, λυκόστομα), 3% των νεογνών μπορεί να έχουν μία μείζονα δυσπλασία όπως το νεογνό διαβητικής μητέρας που νοσηλεύεται για συγγενή καρδιοπάθεια, βλάβη νωτιαίου σωλήνα και αγενεσία του κόκκυγα. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό των νεογνών περίπου 0.7% μπορεί να έχουν πολλαπλές μείζονες δυσπλασίες με υψηλό δείκτη νεογνικής θνησιμότητας.

ΚεΦΑΛΑΙΟ 2

Συναισθήματα και στάσεις συμπεριφοράς γονέων που νοσηλεύουν το νεογνό τους στη ΜΕΝΝ

2.1 Περιγεννητική φροντίδα

Η αλματώδης πρόοδος στο τομέα της περιγεννητικής ιατρικής κατά τα τελευταία χρόνια ,οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά επιβίωσης πολύ πρόωρων νεογνών τα οποία την τελευταία δεκαετία έχουν τριπλασιαστεί. Στις Η.Π.Α. καταγράφονται ετησίως 250.000 πρόωρες γεννήσεις εκ των οποίων 50.000 αφορούν γεννήσεις χαμηλού βάρους. Η συχνότητα της προωρότητας ανάλογα με τη διάρκεια κύησης στη χώρα μας κυμαίνεται ως εξής:

Πίνακας 1.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εβδομάδα κύησης	%
20-24	0,2
25-28	0,7
29-31	0,8
32-36	6,8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	8,5

Αυτό το ποσοστό αυξάνεται ιδιαίτερα στα νεογνά που προέρχονται από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή , η οποία οδηγεί σε αυξανόμενο αριθμό πολλαπλών γεννήσεων, (Δελτ Α΄ Παιδ/κή Κλι/κή Παν/ιου Αθηνών 56, 2009 73). Παράλληλα , εξελίξεις στην ανάπτυξη δομών καλύτερης παροχής υπηρεσιών στο τομέα της

προγεννητικής φροντίδας της εγκύου, στη προαγωγή και μαιευτική φροντίδα κατά την κύηση, στη προγεννητική χορήγηση κορτικοστεροειδών σε γυναίκα με επαπειλούμενο πρόωρο τοκετό, στην ανακάλυψη και χρήση επιφανειδραστικού παράγοντα στα νεογνά καθώς και στη χρήση άλλων μεθόδων μηχανικού αερισμού των νεογνών πέραν του συμβατικού όπως για παράδειγμα ο υψίσυχνος αερισμός με ταλαντώσεις ή με ελεγχόμενο όγκο, τέλος παράλληλη χορήγηση αζώτου σε περιστατικά με επιμένουσα πνευμονική υπέρταση έχουν συμβάλει στη μείωση της βρεφικής και μετανεογνικής θνησιμότητας.

Σύμφωνα με μια αναδρομική μελέτη από το 1926 έως σήμερα που διεξήχθη από τη Β. Δρόσου –Αγακίδου, στα πλαίσια της περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας διεθνώς, παρατηρείται σημαντική μείωση θνησιμότητας οφειλόμενη σε τρεις κυρίαρχους άξονες: στην πρόληψη των λοιμώξεων, στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών, στην εξάλειψη του μοντέλου παρωχημένης φροντίδας και τέλος στη εξέλιξη της προγεννητικής ιατρικής.

2.2 Ηθικά διλλήματα και αποφάσεις επαγγελματιών υγείας

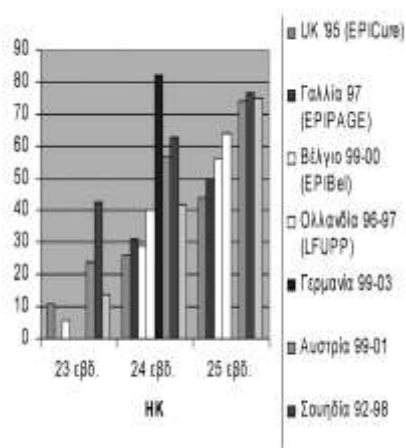
Η τάση που χαρακτηρίζει τελευταίες δεκαετίες είναι όλο και καλύτερη έκβαση σε όλο και μικρότερες ηλικίες κύησης. Πράγματι, τα χρόνια αυτά έχουν γίνει σημαντικότερες πρόοδοι στην πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων των προώρων που είχαν σαν αποτέλεσμα τη θεαματική βελτίωση της επιβίωσής τους. Έτσι, λοιπόν, ενώ οι μελέτες πριν από 25 χρόνια περιστρέφονταν γύρω από την επιβίωση προώρων με ΒΓ μικρότερο των 1500 γραμμαρίων, οι μελέτες που ακολούθησαν έθεταν το ίδιο ερώτημα διαδοχικά για τα κάτω των 1000 γραμμαρίων, κάτω των 800 γραμμαρίων και, σήμερα πλέον, για τα κάτω των 500 γραμμαρίων. Στο ίδιο πνεύμα κινούνται και οι αποφάσεις του Π.Ο.Υ., που ελάττωσε τα όρια βιωσιμότητας από τις 28 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης στις 22 εβδομάδες ή στα 500 γραμμάρια βάρους γέννησης. Σήμερα σε πολλές χώρες (Αυστραλία, Η.Π.Α. και Καναδάς) το όριο βιωσιμότητας έχει μειωθεί στις 20 εβδομάδες ή στα 400 γραμμάρια ή 350 γραμμάρια ΒΓ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα όρια βιωσιμότητας είναι 24 εβδομάδες και στην Ιαπωνία 22 εβδομάδες. Στην Ελλάδα, παραμένουν σε αυτά που ορίζονται από την 8η αναθεώρηση νοσημάτων του Π.Ο.Υ., δηλαδή στις 28 εβδ.

Όμως, ποια είναι η σημασία του καθορισμού ορίων βιωσιμότητας από τον Π.Ο.Υ. ή τις διάφορες χώρες; Απλώς δείχνουν από ποια ηλικία κύησης ένα νεογνό που

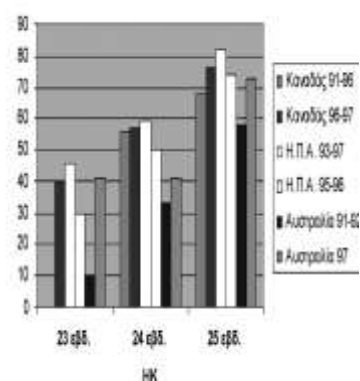
γεννιέται νεκρό θα καταχωρηθεί σαν θνησιγενές και όχι σαν αποβολή. Δεν σημαίνει, όμως, ότι αν γεννηθεί ζωντανό δεν δικαιούται να λάβει ιατρική φροντίδα. Το τελευταίο αποτελεί θέμα για συζήτηση κυρίως σε γέννηση μεταξύ 22-25 εβδομάδες ή ΒΓ <500 γραμμάρια, που αποτελούν κατά κάποιο τρόπο μια γκριζα ζώνη, για την οποία δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο αν πρέπει να γίνεται αναζωογόνηση και να παρέχεται εντατική νοσηλεία. Το θέμα αυτό αποτελεί ένα πολύπλοκο ιατρικό και νομικό πρόβλημα με μια έντονη ηθική και ανθρώπινη διάσταση.

Από ιατρικής απόψεως, απασχολεί ο καθορισμός των παραγόντων εκείνων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων για το αν και μέχρι ποιού βαθμού ιατρική παρέμβαση πρέπει να παρέχεται και ποιος είναι ο ρόλος των γονιών στη λήψη αποφάσεων. Βασικός παράγοντας είναι η ηλικία κύησης, η οποία σχετίζεται με τη θνησιμότητα και νοσηρότητα. Δηλαδή, αν αναμένεται ότι οι πιθανότητες επιβίωσης είναι ελάχιστες και ότι η παροχή φροντίδας απλά θα παρατείνει έναν επώδυνο και αναπόφευκτο θάνατο, η απόφαση για μη αναζωογόνηση λαμβάνεται με βάση τις υπάρχουσες ενδείξεις ότι η αναζωογόνηση δεν αποτελεί την καλύτερη επιλογή για το νεογνό και δεν είναι προς το συμφέρον του.

Έχουν γίνει πολλές μελέτες με επίκεντρο την επιβίωση και μακροχρόνια έκβαση προώρων με βάρος γέννησης μικρότερο των 26 εβδομάδων.



Εικόνα 1. Επιβίωση 23-25 εβδ. κύησης. Δεδομένα από χώρες της Ευρώπης.



Εικόνα 2. Επιβίωση 23-25 εβδ. κύησης. Δεδομένα από Καναδά, ΗΠΑ Αυστραλία

Φαίνεται λοιπόν ότι η ΗΚ έχει άμεση σχέση τόσο με τη θνησιμότητα όσο και με τη νοσηρότητα και θα μπορούσε να αποτελέσει τον κύριο παράγοντα λήψης αποφάσεων για την παροχή θεραπευτικής παρέμβασης στα όρια της βιωσιμότητας. Σημασία έχει, επίσης, η συνύπαρξη συγγενών δυσπλασιών. Άλλοι παράγοντες που ίσως να παίζουν ρόλο στην απόφαση για αναζωογόνηση σε επιλεγμένες περιπτώσεις είναι η ανάγκη ενδομήτριας μεταφοράς (σε ορισμένες χώρες δεν αποφασίζεται σε κτήσεις μικρότερες των 24 εβδ), το κόστος, άμεσο και μακροχρόνιο, αλλά και οι νόμοι κάθε κράτους. Ωστόσο, ένα επιπρόσθετο ερώτημα που καθιστά αμφισβητήσιμη οποιαδήποτε απόφαση για αναζωογόνηση ή όχι που λήφθηκε πριν από τον τοκετό είναι το πόσο αξιόπιστη είναι η προγεννητική εκτίμηση της ΗΚ και του βάρους. Και πόσο ακριβής είναι η προγεννητική διάγνωση των συγγενών δυσπλασιών. Είναι λοιπόν εμφανές ότι η όποια απόφαση λήφθηκε πριν από τον τοκετό ενδεχόμενα να χρειαστεί να αναθεωρηθεί αν μετά τον τοκετό αλλάξουν τα δεδομένα. Συνήθως στα περισσότερα από τα νεογνά που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ, η εντατική νοσηλεία πετυχαίνει το σκοπό της, σε ορισμένες όμως βαριές περιπτώσεις αποτυγχάνει, με αποτέλεσμα οι συνέπειες να μένουν στην οικογένεια και στη κοινωνία. Η απόφαση της διακοπής ή όχι στα προβληματικά νεογνά είναι δύσκολο να ληφθεί από το γιατρό, ο οποίος έχει ορκιστεί να σώζει ζωές ανεξαρτήτως του κόστους νοσηλείας. Ένα πρόωρο νεογνό ηλικίας 26 εβδομάδων, που παραμένει στη μονάδα εντατικής νοσηλείας για 100 ημέρες περίπου, το κόστος στις ΗΠΑ υπολογίζεται σε 25.000 δολάρια, ενώ αν δημιουργηθούν πρόσθετα προβλήματα το κόστος ξεπερνά τα 100.000 δολάρια. Αυτό συνεπάγεται με μεγάλη οικονομική επιβάρυνση της πολιτείας και θυσίες για αβέβαιη έκβαση. Στην Ελλάδα όπως αποκαλύπτει μια μελέτη που διεξήχθη για το κόστος των ΜΕΝΝ από τον Τομέα Οικονομικών του Υπουργείου Υγείας προκύπτει ότι οι δαπάνες μπορεί να ανέλθουν και στο 35% των νοσοκομειακών προϋπολογισμών και στο 3% του ΑΕΠ. Προέκυψε επίσης, ότι το μέσο κόστος νοσηλείας στα νεογνά με ΒΓ<1000γρ ήταν κατά 30% μεγαλύτερο από αυτό του συνόλου των 225 νεογνών που μετρήθηκαν με τυχαιοποιημένη μελέτη της Β' ΜΕΝΝ του Νοσοκομείου Παιδών ΆΓΙΑ ΣΟΦΙΑ'. Κάτω από αυτό το πρίσμα σχετίζεται και το οικονομικό κόστος της οικογένειας για όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού, χωρίς να υπολογίζεται ο ανθρώπινος πόνος, η ταλαιπωρία καθώς και η συχνή παραμέληση των άλλων παιδιών της οικογένειας, στη προσπάθεια στήριξης του προβληματικού παιδιού. Το κόστος και η ωφέλεια του προσδόκιμου ζωής και της ποιότητας ζωής που υπηρετεί η επιστήμη της ιατρικής και της τεχνολογίας καθώς

και τα κριτήρια εφαρμογής στη λήψη αποφάσεων για διακοπή ή όχι της ζωής αντικρούονται με τα ηθικά διλήμματα περί δικαιώματος στη ζωή και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, παρότι γνωρίζουν το αποτέλεσμα της προσπάθειας.

Αναφορικά με το ρόλο της επιθυμίας των γονιών, μέχρι ποιο σημείο είναι δυνατόν να επηρεάζει τις αποφάσεις των γιατρών; Η επιθυμία των γονιών συνήθως σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση, τον τρόπο σύλληψης, την ηλικία της μητέρας κ.α. Πρέπει όμως, να επισημανθεί ότι βασίζεται σε πληροφορίες που πήραν πριν από τον τοκετό και οι οποίες μπορεί να αποδειχθούν ανακριβείς. Αναμφισβήτητη η επιθυμία του γονιού για την παροχή κάθε δυνατής υποστήριξης της ζωής του νεογέννητου γίνεται σεβαστή από όλους μας ανεξάρτητα από τις πιθανότητες επιβίωσης και τα προγνωστικά για δυσμενή μακροχρόνια έκβαση. Επιθυμία κάθε γονέα είναι να πάρει στο σπίτι του ένα υγιές βρέφος.

Για κάποιους γονείς, ενδεχόμενα και για κάποιους γιατρούς, η σοβαρή αναπηρία να είναι χειρότερη από το θάνατο. Αν λοιπόν, με βάση την ενημέρωση ο γονιός δεν επιθυμεί να ρισκοκινδυνεύσει να πάρει ένα βρέφος με πρόβλημα και ζητήσει να μη γίνει αναζωογόνηση, τι πρέπει να κάνει ο γιατρός; Πολλοί είναι αυτοί φοβούμενοι τυχόν δικαστικές διεκδικήσεις γονιών εναντίων γιατρών, προσπαθούν να αποφύγουν τις ευθύνες μιας σοβαρής απόφασης. Έχουν καταγραφεί άπειρα παραδείγματα τα οποία προκύπτουν καθημερινά στις μονάδες εντατικής νοσηλείας όταν οι γονείς επιφορτισμένοι συναισθηματικά βρίσκονται σε επίπεδο απώλειας καθαρής σκέψης συναινούν στις αποφάσεις γιατρών και όταν απέλθει η κατάληξη του νεογνού ή προκύπτουν σοβαρές βλάβες σε αυτό, προσφεύγουν στη δικαιοσύνη με την ετυμηγορία της ιατρικής αμέλειας και ανευθυνότητας. Στο σημείο αυτό για την κατοχύρωση των ιατρικών πεπραγμένων θα πρέπει κανείς να ανατρέξει στη νομική διάσταση του προβλήματος, (Πρακτικά 2^ο συνεδρίου Νεογνολογίας 2008).

2.3 Μετάβαση στη γονεϊκότητα

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα καθώς και η χρονική περίοδος δημιουργίας συναισθηματικών δεσμών δεν είναι ακριβής. Σύμφωνα με τις αναφορές των Φριντ και συν, υπογραμμίζουν κάποιες συνιστώσες που παρατίθενται στην έναρξη δημιουργίας δεσμού γονέα –νεογνό. Κυριαρχούν η επιθυμία ερωτικής συνεύρεσης και ο σχεδιασμός της κύησης, ακολουθεί η επιβεβαίωση και η αποδοχή της κύησης

κλιμακώνεται με την έναρξη των εμβρυικών κινήσεων και την αποδοχή του εμβρύου ως οντότητα και τέλος η κορύφωση επέρχεται με την διαδικασία του τοκετού την εμφάνιση, την επαφή και τη φροντίδα του νεογνού. Οι Κάννελ και συν, υποστηρίζουν ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται μία εσωτερική επεξεργασία(ενστικτωδώς και σε επίπεδο φαντασίωσης) με κύρια χαρακτηριστικά το πέρασμα από μία αρχική ναρκισσιστική συγχωνευτική θέση σε επενδύσεις αντικειμένων , μέσα από τη σταδιακή μετάβαση του ενδιαφέροντος της γυναίκας από τον εαυτό της στο παιδί το οποίο αντιλαμβάνεται πια ως κάτι που διαφοροποιείται από αυτή. Σύμφωνα με την επιστημονική θεωρία της ψυχολογίας οι αρχικοί μηχανισμοί προβλητικής ταυτοποίησης όπου το κύημα συγγέεται με τμήματα του σώματος της , εξιδανίκευσης και τις ναρκισσιστικές προσδοκίες του εαυτού σταδιακά όσο προχωρά η εγκυμοσύνη μειώνονται σταδιακά καθώς ενώνονται στη γυναίκα κομμάτια ώριμα και παιδικά (μητρικός εαυτός και εαυτός παιδικής ηλικίας) έως ότου απέλθει η αποδοχή του αποχωρισμού από το παιδί που πραγματοποιείται με τη φυσική διακοπή του τοκετού για να αναδυθεί η μητρική ενασχόληση , η νέα σχέση με το νεογνό, η οποία κάνει τη γυναίκα φυσική αναφορά του παιδιού.

Η γυναίκα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής από την αρχή της εγκυμοσύνης ως τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του παιδιού, πρέπει να ξαναζήσει και να εγκαταλείψει ένα μέρος των δικών της βιωμάτων και των προσδοκιών της παιδικής ηλικίας για να μπορέσει να γίνει ικανή να ενασχοληθεί και να αγαπήσει στην πραγματικότητα το παιδί , (Bion W. R., The psychoanalytic forum, II, 3, 1967b).

Η αμοιβαία συναισθηματική εμπειρία της σχέσης με το στήθος θα οδηγήσει τη γυναίκα σταδιακά σε μία σχέση ταυτοποίησης με το παιδί πιο ώριμη και ήρεμη από εκείνη που ακολουθεί τη γέννηση , έτσι ώστε να αποδεχτεί για αυτό ένα μέλλον και ανάγκες οι οποίες δεν θα ταυτίζονται απαραίτητα με τις φαντασιώσεις της εγκυμοσύνης. Υποστηρικτές της παραπάνω θεωρίας , οι Κέννελ και συν, προσθέτουν ότι η μητέρα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες του βρέφους και μέσα από μια διαδικασία αμοιβαίας προσαρμογής και ικανοποίησης αποκτά την ταυτότητα μιας μητέρας ‘επαρκώς καλής’ και στηρίζεται από μία ‘καλή εσωτερική μητέρα’ όπου η μετενσάρκωση επιτυγχάνεται κυρίως κατά τις ημέρες της λοχείας κατά την παραμονή της στο μαιευτήριο , με τη στήριξη και τη συγκατάθεση μιας καλής εξωτερικής πραγματικότητας.

Για τον πατέρα η διαδικασία προσέγγισης είναι λιγότερο ορατή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , παρόλο που και αυτός αφουγκράζεται τις κινήσεις του εμβρύου

και γίνεται δέκτης επικοινωνιακής προσέγγισης για την έναρξη συναισθηματικών δεσμών, η κορύφωση της σχέσης ολοκληρώνεται με τη γέννηση κατά τη διαδικασία του τοκετού, την ενεργό συμμετοχή του σε αυτό και ολοκληρώνεται με την παράταξη του νεογνού, την πρώτη βλεμματική επαφή. Έτσι, εμφανίζεται μια αίσθηση υπερηφάνειας και ελπίδας για το μέλλον.

Στον αντίποδα των παραπάνω, παραβάλλονται και οι καταστάσεις εκείνες οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στην δημιουργία συναισθηματικών δεσμών. Πιθανόν να προέρχονται από την απονεύρωση της συζυγικής σχέσης όπως η απιστία, η εγκατάλειψη από τον πατέρα, διαφωνίες και καυγάδες μεταξύ τους, επίσης όταν πρόκειται για ανεπιθύμητη κύηση ή υπερβολική κούραση της μητέρας από επαναλαμβανόμενες κυήσεις. Η απόρριψη εντοπίζεται και σε ψυχογενείς καταστάσεις της μητέρας όπως για παράδειγμα η μητρική κατάθλιψη είτε προϋπάρχουσα είτε εκδηλωμένη κατά τη διάρκεια της κύησης. Επιπρόσθετα, οι σχέσεις μεταξύ γονέα- νεογνού κατακερματίζονται μέσα από τη βιωματική εμπειρία του τοκετού όπου ο τοκετός είναι περισσότερο επώδυνος από ότι αναμενόταν ή διαρκεί περισσότερο, η εμφάνιση φοβίας στη αίθουσα τοκετών με προσωπικό ίσως όχι τόσο ευαισθητοποιημένο, όταν η μητέρα υποστεί κάκωση κατά τον τοκετό καθώς ακόμη και όταν ο πατέρας εκφράσει περισσότερο ενδιαφέρον για το νεογέννητο από ότι στη μητέρα. Έτσι αναπτύσσονται σχέσεις ζήλειας, ανταγωνισμού και απόρριψης όπου μπορεί να καταλήξουν σε μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής κακοποίησης, ευνουχισμού και ανεπαρκούς ανάπτυξης της προσωπικότητας του νεογνού- παιδιού.

2.4 Αποχώρηση νεογνού από το γονέα – εισαγωγή στη MENN

Η διαδικασία μηχανισμού ανάπτυξης δεσμού με το νεογνό είναι δυνατόν να υποστεί μια σημαντική παρεμβολή τον αποχωρισμό του βρέφους αμέσως μετά τον τοκετό για διάφορους λόγους (προωρότητα, συγγενείς παθήσεις, διάφορα νοσήματα) με εισαγωγή στο τμήμα εντατικής νοσηλείας για χρονικό διάστημα αντιστοίχως ανάλογο της βαρύτητας της κατάστασης που διέπεται.

Είναι φανερό ότι η ανάγκη νοσηλείας του νεογνού στη MENN ιδιαίτερα όταν πρόκειται για πολύ πρόωρα νεογνά ή για περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου προκαλεί μια πιο εκτεταμένη συναισθηματική σύγχυση, η οποία δεν αφορά μόνο το

ζεύγος μητέρα –παιδί αλλά πληγώνει έντονα και τον πατέρα. Το γεγονός αποτελεί ένα πραγματικό τραύμα καθώς προκαλεί την απότομη διακοπή ενός οικογενειακού προγραμματισμού. Ο Μπράζελτον υπογραμμίζει ότι το παιδί αποτελεί το άτομο εκείνο το οποίο δίνει στους γονείς την ευκαιρία να γίνουν οικογένεια, την ευκαιρία διαιώνισης για τους ίδιους ‘μία άλλη δυνατότητα ζωής’. Είναι το μέσον για μια πιο ολοκληρωμένη αρμονία. Ωστόσο δεν αποτελεί πάντοτε μέρος του οικογενειακού προγραμματισμού το νεογνό που χρειάζεται νοσηλεία στη MENN.

Σε μειονεκτικά ζευγάρια από κοινωνική άποψη, και ιδιαίτερα όταν η κύηση προήλθε δίχως να προηγηθεί μια διαδικασία νοητικής επεξεργασίας (επιθυμία), ο πρόωρος τοκετός σε αυτές τις περιπτώσεις φέρνει τους γονείς αντιμέτωπους, με έναν δραματικό μάλιστα τρόπο, με την ανάγκη ανάληψης ευθυνών, η οποία τους καταπιέζει και τους τρομοκρατεί.

Αντίστοιχη συμπεριφορά παρατήρησε και ο Ρειντ καθώς μελέτησε εμπειρίες εγκύων με ιστορικό καθ’ έξιν αποβολών ή γυναίκες που είχαν γεννήσει πρόωρα ή κατέληξαν σύντομα. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις η γέννηση ενός παιδιού είναι αποτέλεσμα περιόδων έντονου άγχους, το νέο παιδί αναζητάται περισσότερο για την αντικατάσταση του προηγούμενου και αποτελεί μια προσπάθεια άρνησης της εγκυμοσύνης που διακόπηκε.

Ενδιαφέροντα ευρήματα έχουν προκύψει από τις μελέτες του Κλάους και συν οι οποίες βασίζονται στις σχέσεις που χτίζονται αμέσως μετά τον τοκετό. Η άμεση επαφή μητέρας νεογνού αυτή τη συγκεκριμένη περίοδο όπως την ονόμασε ‘maternal sensitive period’ επιδρά στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του εμβρύου. Οι μητέρες των νεογνών που νοσηλεύονται στη MENN όπως τονίζουν οι Μπρίντερ και συν φέρουν δυσκολίες που δεν επικεντρώνονται μονάχα στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεσμών επαφής αλλά βάλονται και από εσωτερικές συγκρουσιακές συναισθηματικές αναταράξεις προερχόμενοι από το ανέλπιστο γεγονός που βιώνουν. Δεν έχουν την ευκαιρία να αγκαλιάσουν το παιδί τους να νιώσουν τη σωματική επαφή και αυτό αποτελεί μια μακρόχρονη περίοδο αποχωρισμού εξαιτίας της εντατικής νοσηλείας. Οι Κάπλαν και συν πιστεύουν πως όταν συμβεί ένας πρόωρος τοκετός η μητέρα καταβάλλεται από τέσσερις κυρίαρχους ψυχολογικούς άξονες: α. Πρέπει να προετοιμάσει τον εαυτό της για μια πιθανή απώλεια διότι κινδυνεύει η ζωή του παιδιού της, την οποία και ονομάζει ‘προκαταβολική θλίψη’ (anticipatory grief), β. Θα πρέπει αν συμβιβαστεί με το γεγονός της αποτυχίας να πάρει ένα απολύτως φυσιολογικό παιδί στο σπίτι, αυτό μπορεί να οδηγήσει στη κατάθλιψη, γ. Όταν

αυξάνεται η πιθανότητα επιβίωσης του νεογνού θα πρέπει να αναπτύξει μια υγιή σχέση δεσμού φυσιολογικής μητέρας –νεογνού χωρίς να αποπνέονται στοιχεία ταυτοποίησης , προβολής και παρασιτισμού. Τέλος θα πρέπει να αναγνωρίσει και να κατανοήσει την ειδική φροντίδα που θα παρέχει στο νεογνό της ως κάτι προσωρινό γιατί μελλοντικά η ίδια η μητέρα θα θεωρεί τη φροντίδα ως φυσιολογική χωρίς να διαφοροποιείται και να νιώθει μειονεκτικά και κατώτερα για το παιδί .

Ύστερα από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω εύλογα συμπεραίνει κανείς αυτό που οι περισσότεροι συγγραφείς περιγράφουν ως ναρκισσιστικό τραύμα και αισθητική σύγκρουση. Το ναρκισσιστικό τραύμα σύμφωνα με τον Λαξ καθορίζει τα βιώματα των γονέων όταν φέρνουν στο κόσμο ένα μειονεκτικό παιδί. Με άλλα λόγια πρόκειται για τον τραυματισμό του ναρκισσισμού του ζεύγους , επειδή δεν δημιούργησε το πανέμορφο πλάσμα που θα ανταποκρινόταν στο ιδανικό για αυτούς παιδί ή μήπως πρόκειται για μία εμπειρία που πρέπει να συνδεθεί με την προβολή του ‘άσχημου’ θανάτου, παραπληγία, εγκεφαλική παράλυση και ότι άλλο συνεπάγεται σε νεογνά υψηλού κινδύνου , το οποίο βλέπουν άσχημο;

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία αλλά και από τις καταγεγραμμένες εμπειρίες των γονέων μέσα από τις συζητήσεις ψυχαναλυτών ότι η κάτισχνη όψη του καλωδιωμένου πρόωρου έχει σοβαρό αντίκτυπο στη συναισθηματική επιφόρτιση επιφέροντας συχνά δυσμενείς επιπτώσεις και στην ανάπτυξη του παιδιού. Ο Μέλτζερ εμπάθυνε σε αυτό το πρόβλημα και διατύπωσε τη θεωρία της αισθητικής σύγκρουσης. Κατά την άποψη του είναι σημαντικό να λαμβάνεται η οπτική αισθητική επιρροή που αισθάνεται το νεογνό κατά την επαφή του με τον κόσμο. Στην αρχή υπήρχε το ‘ αισθητικό αντικείμενο το στήθος και το στήθος ήταν ο κόσμος’ . Η αισθητική εμπειρία που βιώνει σε σχέση με τη μητέρα το στήθος το πρόσωπο που περιπλέκεται σε κάθε περίπτωση από τη εικόνα των ματιών και των θηλών βομβαρδίζει το νεογνό με μία συγκινησιακή εμπειρία ζωντανού ενδιαφέροντος. Κατά τον ίδιο τρόπο και η μητέρα συναρπάζεται από την ομορφιά του δημιουργήματος της ώστε χάνονται και οι δύο μέσα στην αισθητική επιρροή του άλλου. Αυτή η εμπειρία είναι πολύ σημαντική για την ψυχική ανάπτυξη του νεογνού καθώς έρχεται σε επαφή με τον πόνο που προέρχεται από το γεγονός ότι μπορεί να αντιλαμβάνεται την εξωτερική ποιότητα της ομορφιάς ενός αντικειμένου αλλά δε μπορεί να γνωρίσει αυτό που κρύβεται στο εσωτερικό του. Έτσι η επιρροή παρεμβάσεων όπως η προωρότητα , η παραμονή σε θερμοκοιτίδα, ο πρόωρος αποχωρισμός, η δυσκολία διατροφής στο στήθος , η σωματική αρρώστια της μητέρας ή του παιδιού

αποκαλύπτονται ξεκάθαρα στην ανάπτυξη του χαρακτήρα , όπως ακριβώς οι σχισμές σε ένα κομμάτι δένδρου δείχνουν τις περιόδους ξηρασίας που πέρασαν.

2.5 Συναισθήματα και στάσεις γονέων με νεογνά υψηλού κινδύνου

Αξίες και πιστεύω επηρεάζουν την προσαρμογή και την αντιμετώπιση κάθε ψυχοπιεστικής κατάστασης. Η γέννηση νεογνού που νοσηλεύεται στη MENN αποτελεί για τους γονείς καταστάσεις στρες και απογοήτευσης. Μελέτη της Κάρτερ και συν έδειξε ότι το περιβάλλον της MENN από μόνο του επιδεινώνει τον παράγοντα άγχους και για άλλους λόγους πέραν της προωρότητας και του ΠΧΒΓ. Μπορεί τελικά να επηρεάσει το δεσμό γονέα- νεογνού να δημιουργήσει δυσκολίες στο ζευγάρι και κατ' επέκταση στην οικοδόμηση οικογενειακών σχέσεων.

Άλλη μελέτη του Μάιλς φαίνεται να συσχετίζει το περιβάλλον της MENN με την ανάπτυξη στρεσογόνων συγκινησιακών καταστάσεων έχοντας ως κοινό παρονομαστή τέσσερις πηγές: το φυσικό περιβάλλον της μονάδας με την πολυπλοκότητα της , όπως χρήση μηχανημάτων, καλωδιώσεις, επιτοίχιες παροχές, θερμοκοιτίδες, παράξενοι ήχοι, θόρυβος, δεύτερον τη φυσική κλινική εικόνα του νεογνού και τη συμπεριφορά του όπως διάφορα τινάγματα των άκρων, υπερκινητικότητα, κάτισχνο , ρυτιδωμένο δέρμα , άφθονες εκκρίσεις κ.α. , τρίτον η οικοδόμηση επικοινωνιακών σχέσεων και η προσέγγιση μεταξύ γονέα- προσωπικού και τέλος μεταβολές στη γονεϊκότητα με έντονο προβληματισμό αν θα ανταπεξέλθουν στο νέο τους 'ειδικό' 'εξατομικευμένο' για αυτούς ρόλο.

Παρόμοια, πρόσφατες μελέτες διεξήχθησαν από τους Ντάρλοου και συν με σκοπό να προσδιορίσουν το άγχος των γονιών με τη MENN παρατήρησαν ότι οι μητέρες είναι πιο αγχώδεις από τους πατέρες. Χρησιμοποίησαν επίσης την κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους STAI προκειμένου να διερευνήσουν τα επίπεδα άγχους και νευρικότητας που βιώνουν εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή συγκριτικά με την κλινική εικόνα του νεογνού. Από τα δεδομένα της μελέτης βρέθηκαν ότι τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλότερα (2.0 ± 0.07 , $p=0.033$) σε γονείς με νεογνά κάτω των 33 εβδομάδων γέννησης, ωστόσο δεν καταγράφηκε αξιοσημείωτη διαφορά εμφάνισης άγχους από γονείς με νεογνά ηλικίας κύησης μεταξύ 33-42 w, (33-35w 1.8 ± 0.05 ; 36-42w 1.8 ± 0.04). Τέλος , υπήρχε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική εικόνα του

νεογνού και τα επίπεδα άγχους ($p=0.017$) συνδεδεμένα και με τις καταστρεπτικές διαστάσεις, ($p=0.030$) και υπερβάσεις της προσωπικότητας των γονέων, ($p=0.001$).

Στην ίδια έρευνα μελέτησαν επιπρόσθετα την προσωπικότητα των ζευγαριών με την κλίμακα της ιδιοσυγκρασιακής προσωπικότητας (Temperament and Character Inventory) καθώς και την κλίμακα του γονεϊκού στρες (Parental stress scale) λαμβάνοντας υπόψη τέσσερις παραμέτρους :τα φώτα και τους ήχους στη μονάδα τη συμπεριφορά και την κλινική εμφάνιση του νεογνού, την επικοινωνία και τη στάση του προσωπικού και τέλος τις μεταβατικές αλλαγές του γονεϊκού ρόλου. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συνδέονται με τάσεις νεωτερισμού και υπέρβασης παρουσιάζουν αύξηση του άγχους παράλληλα είναι πιο επιρρεπείς για προδιάθεση ψυχωσικής νεύρωσης και κατάθλιψης. Ωστόσο σε άτομα συνεργάσιμα καταγράφηκε υψηλό ποσοστό άγχους, ενώ δείχνουν έτοιμοι να κατανοήσουν το συμβάν, να βοηθούν και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα του νεογνού, είναι πιο συμπονετικοί και κατηγορηματικοί παρόλο αυτά φαίνεται πως η εσωτερική σύγχυση τους οδηγεί σε διάσπαση του γονεϊκού ρόλου. Σημαντικά αποδεικνύονται και τα ευρήματα που σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, διότι άτομα με χαμηλό εισόδημα, με άμβλυνση των προσωπικών σχέσεων, με δυσκολία συγκοινωνιακής μεταφοράς φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα για το μέλλον ενός παιδιού με αυξημένη φροντίδα, η μελέτη έδειξε επίσης ότι τα άτομα αυτά είχαν δυσκολίες και στην επικοινωνιακή προσέγγιση με το προσωπικό της μονάδας.

Τέλος, όσο αναφορά τα ευρήματα της κλίμακας PSS περιγράφει υψηλότερα ποσοστά στρες, απογοήτευσης, ανικανότητας φροντίδας και ανάληψης καθηκόντων σε γυναίκες που ήταν η πρώτη τους εγκυμοσύνη, σε γυναίκες με ευάλωτη προσωπικότητα όπως περιγράφηκε παραπάνω καθώς και σε γυναίκες που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία από τη MENN, από την άλλη, ο ήχος και τα φώτα φαίνεται να ενοχλούν περισσότερο μητέρες που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με τη MENN αλλά και εκείνες που είχαν έναν παθολογικό υπέρηχο και διένυαν μια εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου.

Σύμφωνα με τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εδώ και δεκαετίες αποδεικνύουν ότι τα επίπεδα άγχους, αγωνίας, φόβου, απόρριψης, ενοχής, απογοήτευσης, μεταβολής του γονεϊκού ρόλου ανευρίσκονται και στους δυο γονείς σε αυξημένα επίπεδα. Οι καταστάσεις που ενοχοποιούνται ότι ενισχύουν το στρες και τα παράγωγά του όπως περιγράφεται μέσα από τις βιωματικές εμπειρίες γονέων

πηγάζουν συνοπτικά από τον αποχωρισμό νεογνού, νεογνό με βαριά κλινική εικόνα, παράξενο 'high tech' (πολυσύνθετης τεχνολογίας), και μη φιλόξενο περιβάλλον της MENN, μη οικείο προσωπικό, μη κατανόηση της πολυπλοκότητας των ιατρικών θεμάτων όπως τα επεξηγούν οι γιατροί, ξαφνικές μεταβολές της κλινικής κατάστασης, αβεβαιότητα τόσο για την επιβίωση, και τη μετέπειτα φροντίδα που θα πρέπει να του παρέχουν ('θα τα ανταπεξέλθω άραγε στις υπηρεσίες αυξημένης φροντίδας του μωρού μου'; είναι μία από τις ερωτήσεις που θέτουν στον εαυτό τους αλλά και στο προσωπικό οι γονείς) αλλά και αβεβαιότητα για το μέλλον όσο αναφορά την ποιότητα ζωής, τις νευροαναπτυξιακές δυσκολίες αν υπάρχουν και την κοινωνική προσαρμογή, έλλειψη ή ολοκληρωμένη πληροφόρηση, και τέλος, οι οικονομικές δυσκολίες.

Τεράστιο ενδιαφέρον παρουσιάζει μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Σιόου και συν, οι ερευνητές κατέγραψαν το οξύ, έντονο καταστροφικό στρες μεταξύ των γονέων που νοσηλεύουν το νεογνό τους στη MENN. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται κυρίως είναι η επαναληψιμότητα περιγραφής του τοκετού και της νοσηλείας στη MENN καθώς και αποφυγή επαφής με τη μονάδα. Στους πατέρες έχει βρεθεί συγκριτικά με τις μητέρες ότι προσπαθούν να μειώσουν το συναισθηματικό φορτίο ώστε να εξοικονομήσουν ενέργεια και να αντλήσουν δύναμη να υποστηρίξουν τη σύζυγο τους. Έχει επίσης καταγραφεί και το αντίθετο αποτέλεσμα. Δηλαδή το ζευγάρι πολλές φορές διοχετεύει την ενέργεια του στην αυξημένη φροντίδα του νεογνού με αποτέλεσμα να επέλθει η κούραση, η ρήξη και η αποξένωση μεταξύ τους. Η ανάλυση της έρευνας έδειξε ότι το έντονο και καταστροφικό στρες δεν προέρχεται τόσο από την εισαγωγή του νεογνού στη MENN αλλά αποτελεί συνισταμένη και άλλων παραγόντων τα οποία περιλαμβάνουν την μειωμένη δυνατότητα να βοηθήσουν το μωρό τους ή να το κρατήσουν και να το αγκαλιάσουν όσο χρόνο εκείνοι επιθυμούν, αισθάνονται ανίκανοι στο να προστατεύσουν το παιδί τους από τον πόνο αλλά και είναι σοκαρισμένοι από την απότομη μετάβαση του γονεϊκού ρόλου από 'φυσιολογικό' σε ρόλο 'αυξημένης και εξειδικευμένης φροντίδας'. Πιθανολογείται πως η κατάσταση αυτή σχετίζεται με το μοντέλο του τραυματικού στρες κάτι που βοηθά τους συγγραφείς να ερμηνεύσουν το σύνδρομο του ευάλωτου και επιρρεπούς νεογνού. Με τον όρο αυτό εξηγείται καλύτερα η υπερπροστατευτικότητα των γονέων και η δυσκολία τοποθέτησης ορίων στην ανάπτυξη υγιούς σχέσης μεταξύ γονέα- παιδιού.

Δεν είναι τυχαίο το ‘Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού’ που αφορά σε διπλάσιο ποσοστό παιδιά που νοσηλεύονται σε μονάδα και είναι αποχωρισμένα από τη μητέρα. Σε αυτές τις περιπτώσεις , οι συναισθηματικές δυσκολίες που εκδηλώνονται με μία άρνηση και μία βίαιη επιθετικότητα της μητέρας απέναντι στο παιδί οφείλονται σε ελλειμματική εξέλιξη της διαδικασίας της ‘μητρικής προσκόλλησης’.

Είναι γνωστό όπως περιγράφηκε παραπάνω και μέσα από τις πολυάριθμες μελέτες οι συνήθειες , τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των γονιών νεογνών σε υψηλό κίνδυνο. Φανερές είναι και οι αντιδράσεις πόνου, όπως εξηγεί η Φρανκ και συν, που βιώνουν οι ίδιοι γονείς μέσα από τον πόνο που περνά το μωρό τους από τους διάφορους νοσηλευτικούς και ιατρικούς χειρισμούς, όπως ο καθετηριασμός ομφαλικών αγγείων- φλέβας, παρακέντηση θώρακα, χειρουργικές επεμβάσεις, διασωλήνωση. Πολλοί γονείς νιώθουν ανακούφιση στο άγγιγμα και στο χαίδεμα του νεογνού κατά τη διάρκεια μιας επώδυνης παρέμβασης, αισθάνονται ότι μεταφέρεται και μοιράζεται το βάρος του πόνου. Για την εξάλειψη της προστατευτικής απάθειας οι Κλάους και Κέννελ υπογραμμίζουν ότι τα πρόωρα τα οποία αγγίζονται πιο συχνά και νιώθουν το μητρικό χέρι διατηρούν περισσότερο τα μάτια τους ανοιχτά και παρουσιάζουν ένα αξιοσημείωτο μικρό αριθμό επεισοδίων άπνοιας , καλύτερη αύξηση βάρους, μικρότερο αριθμό κενώσεων , και μεγαλύτερη ανάπτυξη ορισμένων λειτουργιών του ΚΝΣ. Πρόκειται για τη σπουδαιότητα της παρουσίας των γονιών δίπλα στη θερμοκοιτίδα

Εκτός από τη διαχείριση του πόνου και της προκαταβολικής αγωνίας οι συγγραφείς ερευνούν και μια άλλη παράμετρο του άγχους η οποία είναι σύμφυτη με το άγχος του θανάτου. Η αντίφαση μεταξύ ζωής και θανάτου επανέρχεται στο προσκήνιο κάθε φορά που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το υπαρξιακό δίλλημα να αποδεχτούν το όριο του κύκλου της ζωής τους ή να το ξεπεράσουν μέσα από τη βιολογική και πνευματική επιβίωση των παιδιών τους. Παρόλο που ο θάνατος είναι παρών σε κάθε προγραμματισμό της ζωής σε λανθάνουσα βέβαια κατάσταση στους πρωταγωνιστές του σκηνικού του τοκετού είτε πρόκειται για πρόωρο είτε για τελειόμηνο , τροφοδοτεί με ένα σχεδόν χειροπιαστό άγχος το οποίο μπορεί να είναι αντικείμενο προβολών έντονα καταδιωκτικών που επιδεινώνουν τον ψυχικό πόνο των γονιών. Πολλές φορές οι ίδιοι, μέσα από τις συζητήσεις εκφράζουν το φόβο να δεθούν , να ονειρευτούν, να νιώσουν ακόμα και να αγαπήσουν όσο σκληρό και αν ακούγεται , το μωρό τους μπροστά στην εικόνα ενός επικείμενου θανάτου, μιας

απώλειας. ‘ Τι θα χρειαστεί να αντιμετωπίσω αν την αγαπήσω πολύ και αυτή πεθάνει;’ αναρωτιούνται κάποιοι προβάλλοντας τον φόβο να παρασυρθούν σε μια υπερβολική σχέση γιατί ο πόνος μέσα από την πιθανή απώλεια μπορεί να είναι τόσο έντονος που να τους οδηγεί στο δικό τους γονεϊκό θάνατο.

Πολυποίκιλες αισθήσεις , συγκινήσεις συνθέτουν το πάζλ της συναισθηματικής ατμόσφαιρας των γονιών σε υψηλό κίνδυνο. Άλλοτε διοχετεύονται προς τα έξω με τη μορφή της προβλητικής ταυτοποίησης και άλλοτε η συσσώρευση τους ως υπερβολικά εσωστρεφής προκαλεί τάσεις καταστροφικές που αποδιοργανώνουν τον ψυχισμό. Μία από αυτές τις τάσεις είναι και το φοβερό αίσθημα ενοχής που καταγράφεται και ομολογείται από τους ίδιους τους γονείς. Το γεγονός αυτό μπορεί να πηγάζει και από την ανεπάρκεια του γονεϊκού ρόλου όταν πρόκειται για γονείς που έχουν ένα άλλο παιδί στο σπίτι όπου ιδιαίτερα αυτή την περίοδο δεν μπορεί να απολαύσει την προσοχή και τη φροντίδα που μεγάλωψυχα του πρόσφεραν μεταθέτοντας τη φροντίδα στο πρόωρο νεογέννητο. Η δηλητηριώδες εμπειρία της πρόωρης γέννησης γεννά για τους γονείς καταστροφικά και βαθιά αισθήματα ενοχής που περιστρέφονται από απορίες και προβληματισμούς που είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με προσωπικά βιώματα, σκέψεις, πράξεις, αμαρτίες που οι ίδιοι πληρώνουν κατά τα λεγόμενα τους ώστε να επέλθει η ισορροπία στο κύκλο της ζωής. Το πολύ έντονο άγχος όταν φτάσει σε παράδοξα επίπεδα ευνουχίζει , διαλύει τη σκέψη, οι τοξίνες που αναδύονται προκαλούν έντονο πόνο που οι γονείς δεν αντέχουν το αίσθημα ενοχής και ξεσπούν σε θυμό , επιθετικότητα , γίνονται πιο νευρικοί και αφηρημένοι. ‘Αν έδινα περισσότερο προσοχή σε εκείνους τους πόνους, ίσως τώρα τα πράγματα να ήταν διαφορετικά’, ‘αν συμπεριφερόμουν διαφορετικά εκείνη τη δεδομένη στιγμή στη ζωή μου ίσως τώρα να μην ήμουν τόσο άτυχη..., παραθέτοντας την φράση του Βαραβά κατά τις γραφές ‘άξια απολαμβάνομεν με όσα πράξαμε’, εκπροσωπεί την προβολή ενός δικού της καταστρεπτικού τμήματος το οποίο αποτελεί πηγή συγχυτικής φόρτισης.

Τέλος , ο εύθραυστος ψυχικός εξοπλισμός και τα περιορισμένα εργαλεία που διαθέτουν οι γονείς οδηγεί κάποιους στην εναπόθεση δυνάμεων και ελπίδας από το Θείο. Πολλοί είναι αυτοί που μέσα από την προσευχή γαληνεύουν, ηρεμούν, νιώθουν ασφαλείς γιατί ‘Εκείνος ξέρει’, αφήνοντας να δοθεί η καλύτερη λύση , αλλά και τους βοηθά στην οργάνωση της σκέψης και στην εδραίωση θετικών συναισθημάτων.

Κάτω από το ευρύ φάσμα των εκτεταμένων ερευνών που σημειώθηκαν στις καταγεγραμμένες εμπειρίες γονέων θα αποτελούσε σοβαρή παράληψη η περιγραφή των θετικών συναισθημάτων. Ο κάθε άνθρωπος που βρίσκεται αντιμέτωπος με μια ψυχοπιεστική κατάσταση επιστρατεύει μηχανισμούς άμυνας ώστε να εξασφαλίζει ψυχική οικονομία και να μη βιώσει το πιο δυσάρεστο συναίσθημα, το άγχος. Οι εσωτερικοί αυτοί μηχανισμοί επιλέγονται και δρουν υποσυνείδητα, ώστε να διαφοροποιηθεί ή να παραμεριστεί η σύγκρουση και να μη βρει κατευθείαν έκφραση στο συνειδητό. Μερικοί απ' αυτούς χρησιμοποιούνται συχνότερα στην καθημερινή ζωή από τα φυσιολογικά άτομα και θεωρούνται πιο ώριμοι και αυτοί είναι α) η *απόθηση*, ο οποίος δεν αφήνει την ανάδυση στο συνειδητό ανεπίτρεπτων επιθυμιών, τάσεων, σκέψεων και ωθεί τη σύγκρουση να μείνει στο υποσυνείδητο β) η *συνταύτιση*, όπου μιμείται κανείς ιδιότητες συμπεριφοράς από κάποιο – κατά την κρίση του- ικανότερο άτομο γ) η *αναπλήρωση*, όπου σε ορισμένες αδυναμίες αντιπαρατάσσει κανείς άλλες ικανότητές του δ) η *εξαύλωση*, όπου μια ενστικτώδης ορμή διοχετεύεται σε κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά ε) η *υποκατάσταση*, όπου ένας ανεκπλήρωτος στόχος εκπληρώνεται με έναν παραπλήσιο (21). Πιο ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας οδηγούν συχνά σε νοσηρές λύσεις και ψυχικές καταστάσεις, που δρουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των γονιών, (Ιεροδιακόνου και συν, Ψυχιατρική, Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης, 1988: 76-79). Σύμφωνα με την προϋπάρχουσα προσωπικότητα του ζευγαριού πριν το τραυματικό γεγονός της γέννησης όταν δεν έχουν δημιουργήσει ακόμα άμυνες εμφανίζονται πιο δεκτικές και ανοικτές στην κατανόηση της κατάστασης του μωρού τους. Πολλοί είναι αυτοί που παρόλο το άγχος, τα συναισθήματα της ελπίδας, του θάρρους, της αισιοδοξίας, της διάθεσης να βοηθήσουν να συμμετέχουν στη φροντίδα, υπερτερούν και είναι πεπεισμένοι ότι όλα θα πάνε καλά. Ο αγώνας του νεογνού, ένας πόλεμος επιβίωσης που ταυτίζονται και οι γονείς μαζί του βιώνοντας ένα αίσθημα εξέγερσης μια δεύτερη γέννηση που επέρχεται με το έπαθλο της νίκης της σταθεροποίησης δηλαδή της εικόνας του, ένα πέρασμα από το νήμα του θανάτου στο νήμα της ζωής, (Arockiasamy V. et al Fathers' experiences in NICU. A search for control, J.American Academy of Pediatrics. 2008; 284(3):357-362).

2.6 Η συμβολή του προσωπικού στην υποστήριξη γονέων με παιδιά στη MENN

Στη βιβλιογραφία σύμφωνα με τον Κάρο και συν δίνεται έμφαση στις δυσκολίες , στη κούραση, στην ένταση που συχνά οδηγούν τους εργαζόμενους στο φαινόμενο που ονομάζεται σύνδρομο ‘Burn out’. Η δουλειά επιβαρύνεται επιπλέον από τις δυσκολίες που γεννά η σχέση με τους γονείς. Πολλές φορές το προσωπικό αποκτά γονεϊκό ρόλο αφού είναι αυτοί που πρωταγωνιστούν στη φροντίδα του νεογνού. Δεν είναι μόνο η νοσηλευτική ευθύνη που φέρουν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εξειδικευμένου χώρου που εργάζονται καθημερινά αλλά πολεμούν και με το φόβο που τους προκαλεί το συναίσθημα που αφαιρεί τη ζωή. Πόσες φορές έχουν βιώσει ότι αφαιρέθηκαν δέκα χρόνια από τη ζωή τους όταν παλεύουν με το σημείο ‘μηδέν’ της ζωής του νεογνού; Το προσωπικό προσφέρει προστασία , είναι όπως ο αμερόληπτος γονιός που ανοίγει την αγκαλιά του σε όλους, μοιάζει με έναν γονιό ‘εργαζόμενο μηχάνημα’ που πασχίζει για την ανάκτηση της ζωής .

Η δυσκολία έγκειται πολλές φορές στην επικοινωνιακή σχέση και προσέγγιση με τους γονείς. Κάποιες στιγμές νιώθουν εξουθένωση ίσως και νευρικότητα από τον καταγισμό ερωτήσεων που επιδέχονται από τους γονείς άλλοτε όμως χαστουκίζονται από τη σκληρή κριτική δικαίως ή αδικώς για κάποιους , λυγίζουν συναισθηματικά γιατί πονούν τα μωρά που φροντίζουν , όμως είναι αφιερωμένοι στο έργο τους με μοναδικό στόχο τη σταθεροποίηση της υγείας του νεογνού και τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των γονέων.

Η επιτυχία της επικοινωνιακής σχέσης συνάδει με την πληροφορία. Η διαχείριση της ενημέρωσης και ο τρόπος προσέγγισης των γονιών σηματοδοτούν την έναρξη για μια σχέση εμπιστοσύνης , ασφάλειας , ηρεμίας και ικανοποίησης προς την παροχή υπηρεσιών στη MENN. Παρόμοια η Γουίγκερτ και συν περιγράφει ότι η επιτυχία της σωστής ενημέρωσης συνδέεται άμεσα με τη διαχείριση του ελέγχου. Με άλλα λόγια οι γονείς νιώθουν πιο ήρεμοι και πιο ασφαλείς όταν το προσωπικό ενημερώνει με απλή , κατανοητή γλώσσα την πραγματική κατάσταση του νεογνού. Ο βομβαρδισμός ιατρικής ορολογίας και δυσνόητων ερμηνειών αγχώνει τους γονείς. Η παρουσία και η επεξήγηση των γονιών στις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις

οδηγούν στη διαφάνεια του ιατρικού- νοσηλευτικού περιστατικού. Ταυτόχρονα συμβάλλουν και στην εξοικείωση του γονέα με το πρόσωπο περιβάλλον της μονάδας, την πραγματική κλινική εικόνα του μωρού τους, με τα μηχανήματα και τον τρόπο λειτουργίας αυτών, τη συμμετοχή και την προσφορά τους στη φροντίδα. Η εξοικείωση με το άγγιγμα σε κάτι που οι γονείς αποκαλούν 'εύθραυστο' και φοβούνται μη σπάσει. Οι ενέργειες αυτές αυξάνουν την αυτοπεποίθηση και την ικανοποίηση, συμβάλλουν στην καλύτερη οργάνωση της σκέψης. Ο Μάσιο και συν διακρίνουν τέσσερις φάσεις στη κίνηση της σκέψης όταν οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με τη νοσηλεία του μωρού στη MENN. Η πρώτη εκ των οποίων είναι προκαταρκτική πρόκειται για τη συναισθηματική ατμόσφαιρα, στη συνέχεια ακολουθούν το πένθος και η παρουσίαση του άγχους, η αναγνώριση του παιδιού και τέλος η ελπίδα.

Οι γονείς έχουν απαιτήσεις, προσδοκίες στη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, και δικαίωμα στη γνώση και στην ενημέρωση. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι γονείς ενημερώνονται περισσότερο από κάποιον γνωστό που εργάζεται στο χώρο του νοσοκομείου ή τυγχάνουν πιο ολοκληρωμένη ενημέρωση οι γονείς που είναι οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας. Άλλοι πάλι αναπτύσσουν σχέσεις με άλλους γονείς μέσα στη μονάδα και ανταλλάσσουν πληροφορίες και συμβουλές μεταξύ τους. Από την μια έχει αποδειχθεί μέσα από ένα στρεσογόνο συμβάν να αναπτύσσονται ισχυροί δεσμοί φιλίας από την άλλη όμως η παραπληροφόρηση μπορεί να περιπλέξει τις καταστάσεις.

Αυτό που επιθυμούν η πλειοψηφία των γονέων είναι μια ειλικρινής ενημέρωση. Απαιτούν σεβασμό ως προς τη πολιτισμική και θρησκευτική κουλτούρα όπως συμβαίνει με τους Μάρτυρες του Ιαχωβά οι οποίοι αρνούνται τη μετάγγιση. Αντιδρούν με οργή όταν αντιλαμβάνονται κοινωνικές διακρίσεις και προκαλούνται εντάσεις. Σε μία πρόσφατη μελέτη του Μπέρνς και συν περιγράφηκε η ικανοποίηση των γονιών ως προς το προσωπικό το 60% φάνηκε ικανοποιημένο ειδικότερα το ποσοστό αυτό ανταποκρινόταν σε γονείς με παιδιά κάτω των 32 εβδομάδων. Όσο αναφορά την ενημέρωση τα ¾ των γονιών έλαβαν επαρκής ενημέρωση ακριβώς στο επίπεδο και στους τομείς που ήθελαν, αντιθέτως το 1/5 δήλωσε ότι η πληροφόρηση ήταν ελλιπής. Η πληροφόρηση που παρέχεται στους γονείς καλύπτει κυρίως τους παρακάτω άξονες: 71% την περιποίηση του νεογνού (μπάνιο, πλύσιμο, αλλαγμα πάνας), 69% τη σίτιση είτε πρόκειται για ΡΓΚ ή μπιμπερό ή Μ.Θ. καθώς και την προετοιμασία και φύλαξη γάλακτος, 64% την τοποθέτηση για το ειδικό καρεκλάκι

του αυτοκινήτου, 61% φροντίδα του μωρού στο σπίτι , 58% για την ανάπτυξη του πρόωρου νεογνού. Στην ερώτηση των γονέων ‘τι θα ήθελαν να αλλάξουν σχετικά με την ενημέρωση στη MENN’ , το 30% απάντησαν πως θα ήθελαν περισσότερη πληροφόρηση σε γενικό πλαίσιο και ανάπτυξη ειδικών θεμάτων καθώς και τυχόν δυσκολιών που πρόκειται να αντιμετωπίσουν στην ανάπτυξη του παιδιού τους στο μέλλον. Υπό αυτό το πρίσμα , το 25% επιθυμεί περισσότερη γνώση και υποστήριξη μετά την έξοδο από τη MENN, 21% χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση και γνώση σε θέματα ανάνηψης, 17% για απρόοπτες καταστάσεις που πιθανόν να αντιμετωπίσουν, 31% για τις νευροαναπτυξιακές δυσκολίες , τέλος 16% για τη γενικότερη φροντίδα στο σπίτι. Ενδιαφέρον αποτελούν οι εναλλακτικές πηγές πληροφόρησης που δεν είναι άλλες από το διαδύκτιο 74%, ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον και φίλους 62% και βιβλία 44%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μία άλλη πρόσφατη μελέτη της Μαγκουίρ και συν που διεξήχθη πρόσφατα όπου καταγράφονται οι κατευθυντήριες οδηγίες στα πλαίσια ενός αναπτυξιακού προγράμματος φροντίδας που αφορά το προσωπικό σε σχέση με τους γονείς. Σε γενικές γραμμές στο πρόγραμμα δίνεται έμφαση πρωταρχικά στη συνεχή και διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα καθοδήγησης και αναπτυξιακής φροντίδας. Οι γονείς τονίζουν ότι προτιμούν να συζητούν και θέματα σχετικά με την συμπεριφορά και την παρατήρηση του νεογνού. Στόχος του προσωπικού είναι ο όγκος της πληροφορίας να αυξάνεται σταδιακά με τις ημέρες νοσηλείας του νεογνού ώστε να εξοικειώνεται και να ενσωματώνει ο γονιός τα δεδομένα για να μπορεί να τα κατανοεί και να τα χρησιμοποιήσει αργότερα. Τέλος έμφαση δίνεται στη δημιουργία πολυδιάστατης αναπτυξιακής ομάδας με γονείς που είχαν προηγούμενη εμπειρία με τη μονάδα και με τους παροντικούς γονείς με σκοπό τη ανταλλαγή απόψεων, την ενθάρρυνση και εμπύχωση τους.

Για να γίνουν κατανοητές οι διεργασίες που συμβάλλουν στη παρέμβαση και τη συμμετοχή του γονιού θα ήταν ωφέλιμο να αναφερθεί και η σπουδαιότητα που παρουσιάζουν τα διάφορα προγράμματα προετοιμασίας και ενσωμάτωσης γονέων στη MENN. Από τις πιο γνωστές μελέτες που έγιναν πρόσφατα είναι της Μελνίκ , η οποία μελέτησε 246 μητέρες νεογνών με ΠΧΒΓ οι οποίες συμμετείχαν σε ένα παρεμβατικό πρόγραμμα συμπεριφοράς και εκπαίδευσης αποκαλούμενο ‘ δημιουργώντας ευκαιρίες ενίσχυσης και εμπύχωσης γονέων’ (COPE= creating opportunities for parent empowerment,). Οι μητέρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είχαν περισσότερη πίστη και δύναμη για το τι να προσμένουν από τα μωρά τους και

αντιλαμβάνονταν με περισσότερη ευκολία τις δυνατότητες αυτών , τη συμπεριφορά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ασφάλεια στη φροντίδα , εφάρμοσαν το πρόγραμμα κανγκουρό και τη δέρμα-δέρμα επαφή με το μωρό τους (skin to skin care), τέλος καταγράφηκαν μειωμένα ποσοστά άγχους, απογοήτευσης και κατάθλιψης. Πάνω σε αυτές τις προδιαγραφές σχεδιάζονται και οι πολιτικές των εκσυγχρονισμένων μοντέρνων μονάδων νεογνών που εμπερικλείουν τα οικογενειακά κέντρα και τον παρεμβατικό ρόλο του γονέα στη φροντίδα και στη λήψη αποφάσεων . Σε κάποιες μονάδες έχει δημιουργηθεί βιβλιοθήκη με βιβλιογραφίες και ενημερωτικό υλικό χρήσιμο για τους γονείς όπου στον ελεύθερο χρόνο τους μπορούν να ανατρέχουν για επιπλέον ενημέρωση. Στη Σουηδία προκειμένου να υποστηρίξουν τους γονείς με παιδιά στη MENN η πολιτεία τους χορηγεί μια οικονομική αποζημίωση που τους επιτρέπει με αυτό τον τρόπο να παραμείνουν στο νοσοκομείο κοντά στο παιδί τους.

Σε γενικές γραμμές οι στρατηγικές που αναπτύσσονται στις MENN σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έχει να κάνει με τα πρωτόκολλα ,τις προδιαγραφές και τα στάνταρντ που εφαρμόζει η εκάστοτε μονάδα αυτοτελή. Σε μια συγκριτική μελέτη οχτώ Ευρωπαϊκών χωρών περιέγραψαν τις διαφορετικές πολιτικές που εφαρμόζονται σχετικά με την επίσκεψη των γονέων , τη συμμετοχή σε ηθικά διλήμματα και αποφάσεις που τίθενται και στην ενημέρωση. Η μελέτη έδειξε ότι η Αγγλία, το Λουξεμβούργο ,η Σουηδία και η Δανία παρέχουν ελεύθερο επισκεπτήριο , είναι πιο ανεκτικοί ακόμα και στην επίσκεψη συγγενών και παππούδων καθώς επίσης είναι παρόντες σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση και νοσηλευτική διεργασία. Αντιθέτως η Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και η Ελλάδα τηρούν αυστηρά το ωράριο μόνο για ορισμένο χρονικό διάστημα της ημέρας και αποδεικνύονται πιο συντηρητικοί διότι απαγορεύουν τους γονείς να παρευρίσκονται κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Όσο αναφορά για την ενημέρωση καθώς και για την εξέλιξη της πορείας που συνδέεται άμεσα με τη πρόγνωση και τη διάγνωση έχουν βρεθεί διαφορές από χώρες σε χώρες. Πιο συγκεκριμένα στη Γερμανία, Γαλλία, Δανία, Ισπανία η ενημέρωση γίνεται από τον υπεύθυνο γιατρό του εκάστοτε νεογνού που έχει αναλάβει μέρα παρά μέρα , στη Ιταλία, Αγγλία δε οι ενημερώνονται από τον διαθέσιμο γιατρό της εφημερίας , ενώ οι νοσηλεύτριες της Γαλλίας μπορούν επίσης να ενημερώσουν τους γονείς για την κατάσταση του νεογνού. Σχετικά με την πρόγνωση και τη διάγνωση και όταν συμβεί κάποια αλλαγή στο νεογνό στην Ιταλία και στη Γερμανία η ενημέρωση γίνεται μόνο από το Διευθυντή του τμήματος στην

Ιταλία μάλιστα γίνεται και σε συγκεκριμένη προγραμματισμένη ώρα. Η Ελλάδα εφαρμόζει την πολιτική της Γερμανίας όπου η ενημέρωση γίνεται μόνο από τον Διευθυντή, βέβαια ο εφημερεύων γιατρός μπορεί και ο ίδιος να δώσει πληροφορίες για την παρούσα στιγμή ενώ οι νοσηλεύτριες δεν έχουν καμία αρμοδιότητα σε εξειδικευμένη πληροφόρηση περιφρουρούνται στο δικό τους νοσηλευτικό αντικείμενο, (Cuttini et al, Parental visiting, communications, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe, *J. of Arch Dis. Child fetal Neonatal Ed*2001;81:F84-F91).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνάς μας, το οποίο επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, αποτελείται από 60 άτομα τα οποία είχαν το μωρό τους στην εντατική μονάδα. Στο δείγμα αυτό δόθηκαν έξι ερωτηματολόγια. Το πρώτο ήταν το δημογραφικό ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν τα προσωπικά τους στοιχεία, το δεύτερο ήταν ερωτηματολόγιο του HDHQ για την επιθετικότητα, το τρίτο ήταν το ερωτηματολόγιο OAS για την εκτίμηση του πως μας βλέπουν οι άλλοι, το τέταρτο ήταν το ερωτηματολόγιο STAI για το άγχος, το πέμπτο ήταν το ερωτηματολόγιο ESS για την ντροπή και το τελευταίο ήταν το ερωτηματολόγιο SCL-90 για την ψυχική υγεία.

Τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν στατιστικά με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS. Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών (απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τις κατηγορικές και ποιοτικές μεταβλητές και μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς για τις αριθμητικές μεταβλητές). Έγινε χρήση των στατιστικών κριτηρίων: t κριτήριο, η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), ο δείκτης συνάφειας αριθμητικών μεταβλητών Pearson και ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α .

Αρχικά, θα παρουσιάσουμε τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων του δείγματός μας.

Η πρώτη δημογραφική ερώτηση αφορούσε την ηλικία των ατόμων. Από τα αποτελέσματα του πίνακα παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ηλικία είναι τα 45 έτη και η μικρότερη τα 24. Η τυπική απόκλιση από το μέσο όρο είναι 4,69 ενώ η μέση ηλικία είναι 35,17, η διάμεσος ισούται με 34,50 έτη και η δεσπόζουσα τιμή με 34 έτη.

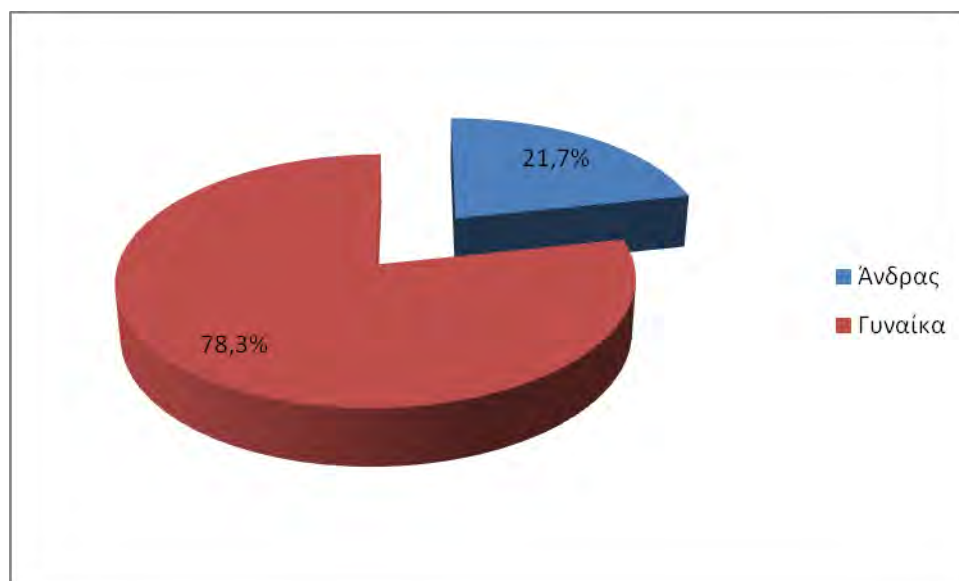
Πίνακας 1. Μέτρα θέσης και διασποράς για την ηλικία των ατόμων του δείγματος.

Μέτρα θέσης και διασποράς	Ηλικία
Μέσος όρος	35,17
Διάμεσος	34,50
Δεσπόζουσα τιμή	34
Τυπική απόκλιση	4,69
Ελάχιστο	24
Μέγιστο	45

Ως προς το φύλο, το 21,7% των ατόμων είναι άνδρες και το 78,3% γυναίκες. Τα ποσοστά αυτά καθώς και το γράφημα της κατανομής τους παρουσιάζονται ακολούθως.

Πίνακας 2. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του φύλου του συνολικού δείγματος.

Φύλο	f	%
Άνδρας	13	21,7
Γυναίκα	47	78,3
Σύνολο	60	100

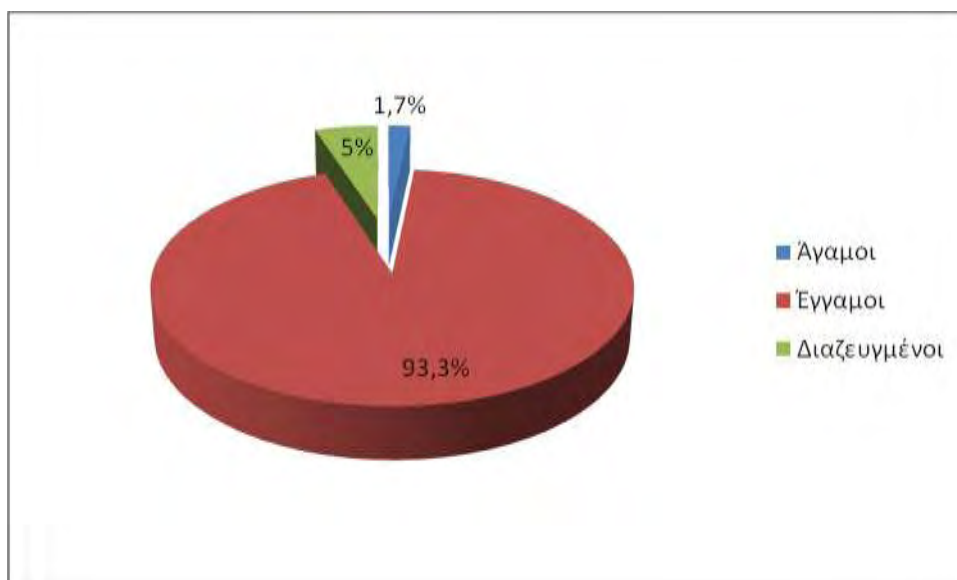


Σχήμα 1. Γράφημα πίτας για το φύλο του συνολικού δείγματος.

Έπειτα, τα άτομα ρωτήθηκαν για την οικογενειακή τους κατάσταση και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, το 1,7% είναι άγαμοι, η πλειοψηφία (το 93,3%) είναι έγγαμοι και το 5% διαζευγμένοι.

Πίνακας 3. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της οικογενειακής κατάστασης του συνολικού δείγματος.

Οικογενειακή κατάσταση	f	%
Άγαμοι	1	1,7
Έγγαμοι	56	93,3
Διαζευγμένοι	3	5
Σύνολο	60	100

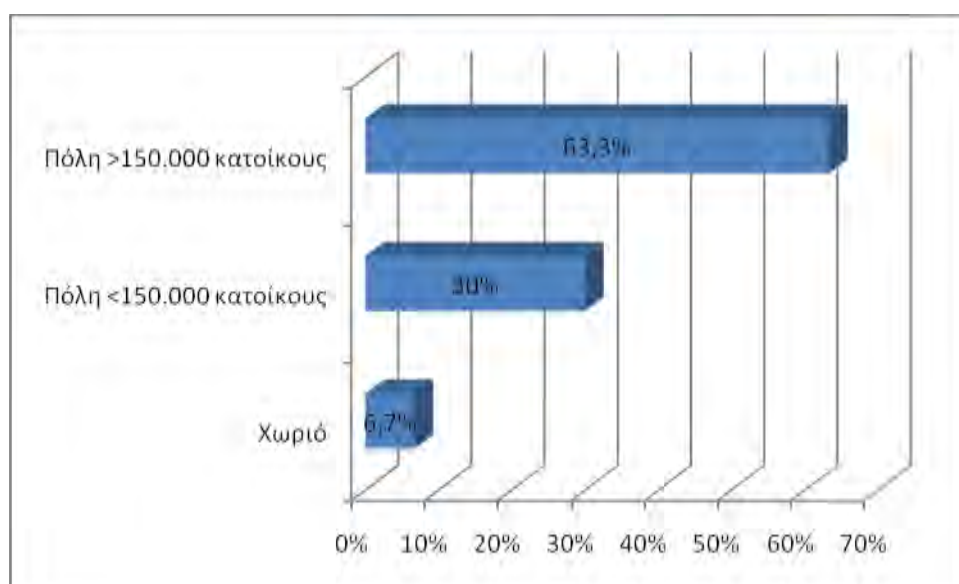


Σχήμα 2. Γράφημα πίτας για την οικογενειακή κατάσταση του συνολικού δείγματος.

Στη συνέχεια, τα άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν για τον τόπο διαμονής τους. Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 6,7% μένει σε χωριό, το 30% σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους και το 63,3% σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους.

Πίνακας 4. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τόπου διαμονής του συνολικού δείγματος.

Τόπος διαμονής	f	%
Χωριό	4	6,7
Πόλη <150.000 κατοίκους	18	30
Πόλη >150.000 κατοίκους	38	63,3
Σύνολο	60	100

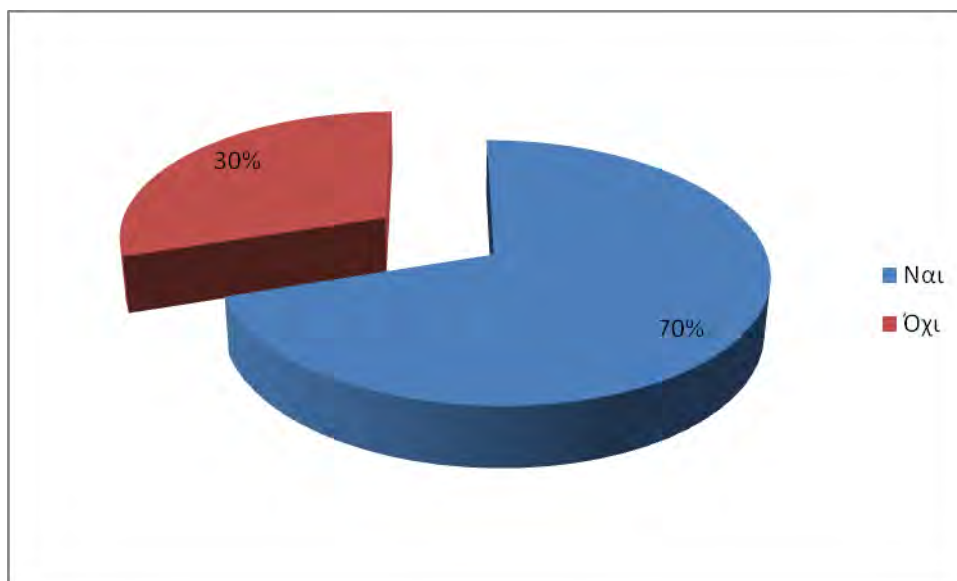


Σχήμα 3.Ραβδόγραμμα για τον τόπο διαμονής του συνολικού δείγματος.

Ως προς την ύπαρξη αδερφών, το 70% απάντησε θετικά και το 30% αρνητικά.

Πίνακας 5. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης αδερφών του συνολικού δείγματος.

Ύπαρξη αδερφών	f	%
Ναι	42	70
Όχι	18	30
Σύνολο	60	100

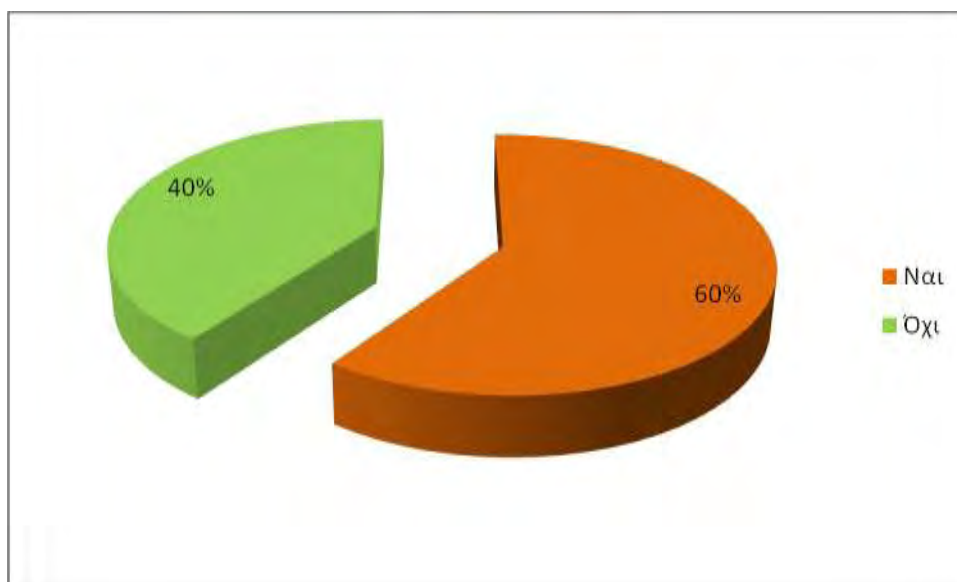


Σχήμα 4. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη αδερφών του συνολικού δείγματος.

Έπειτα, τα άτομα ρωτήθηκαν αν αυτό το μωρό είναι το πρώτο τους παιδί και το 60% απάντησε θετικά και το 40% αρνητικά.

Πίνακας 6. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης άλλου παιδιού του συνολικού δείγματος.

Ύπαρξη άλλου παιδιού	f	%
Ναι	36	60
Όχι	24	40
Σύνολο	60	100

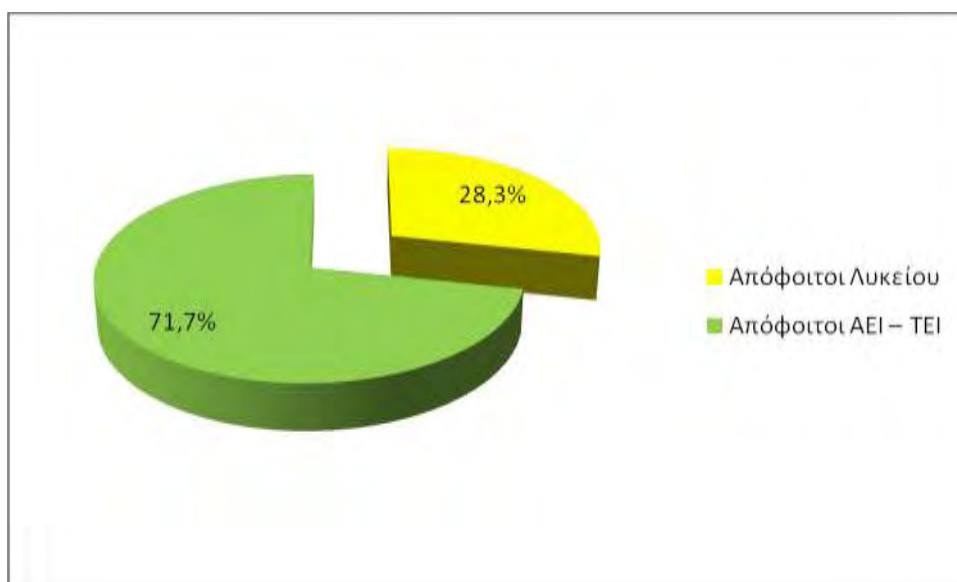


Σχήμα 5. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη άλλου παιδιού του συνολικού δείγματος.

Στη συνέχεια τους ερωτηματολογίου τα άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν για το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τα αποτελέσματα του ακόλουθου πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 28,3% των ατόμων είναι απόφοιτοι Λυκείου και το 71,3% απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ.

Πίνακας 7. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του μορφωτικού επιπέδου του συνολικού δείγματος.

Μορφωτικό επίπεδο	f	%
Αναλφάβητοι	–	–
Απόφοιτοι Δημοτικού	–	–
Απόφοιτοι Γυμνασίου	–	–
Απόφοιτοι Λυκείου	17	28,3
Απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ	43	71,7
Φοιτητές ΑΕΙ – ΤΕΙ	–	–
Μεταπτυχιακά	–	–
Διδακτορικό	–	–
Σύνολο	60	100

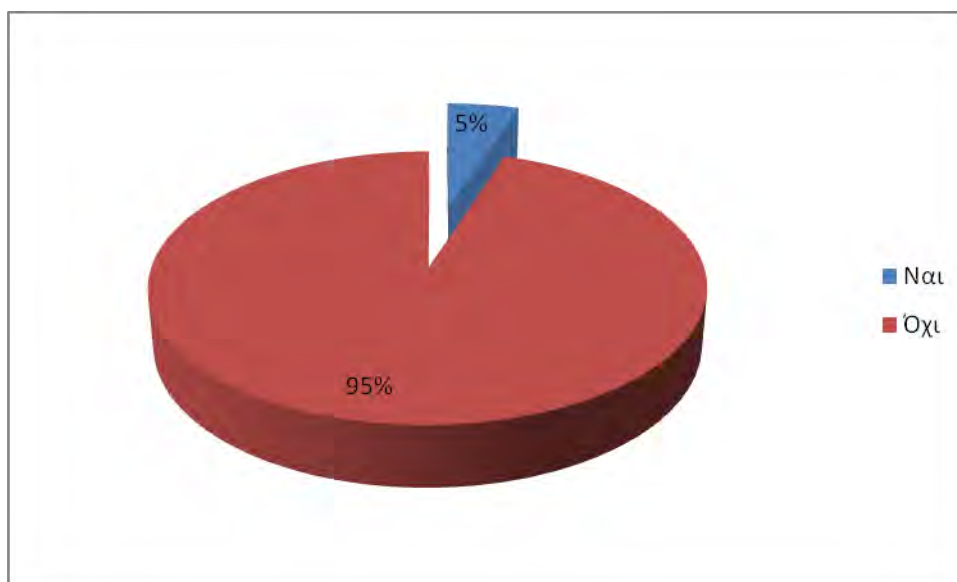


Σχήμα 6. Γράφημα πίτας για το μορφωτικό επίπεδο του συνολικού δείγματος.

Η επόμενη δημογραφική ερώτηση αφορούσε αν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο και μόλις το 5% απάντησε θετικά (κυρίως απάντησαν ότι πάσχουν από επιληψία και άσθμα) ενώ το 95% αρνητικά.

Πίνακας 8. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου του συνολικού δείγματος.

Ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου	f	%
Ναι	3	5
Όχι	57	95
Σύνολο	60	100

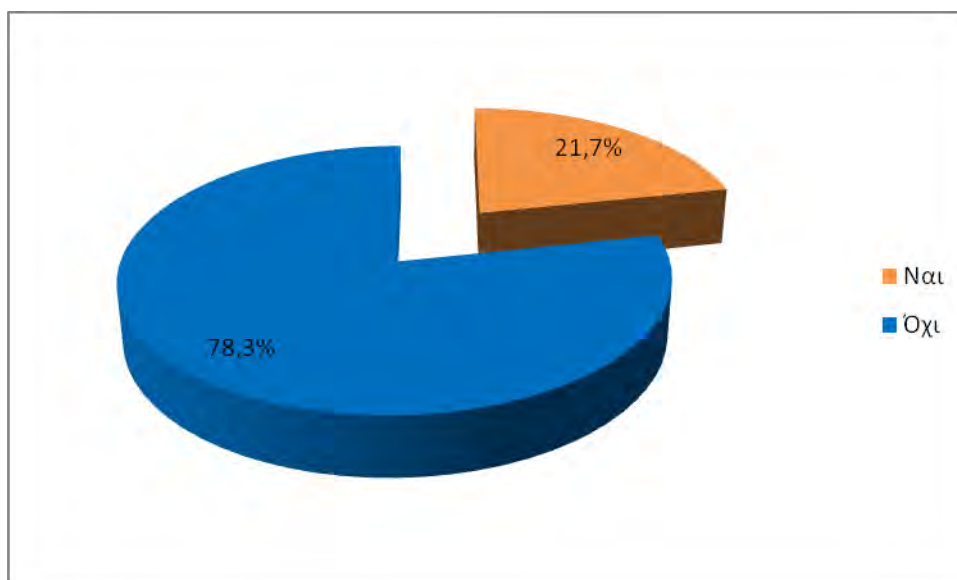


Σχήμα 7. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου του συνολικού δείγματος.

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν προσπάθησαν πολύ για να κάνουν αυτό το μωρό και το 21,7% απάντησε θετικά και το 78,3% αρνητικά.

Πίνακας 9. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της προσπάθειας απόκτησης του μωρού του συνολικού δείγματος.

Προσπάθεια απόκτησης του μωρού	f	%
Ναι	13	21,7
Όχι	47	78,3
Σύνολο	60	100

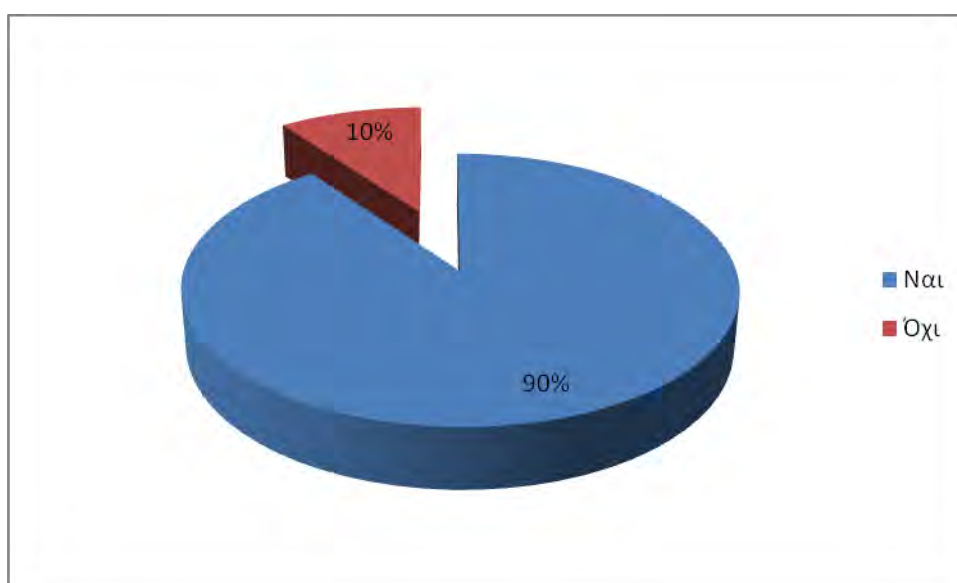


Σχήμα 8. Γράφημα πίτας για την προσπάθεια απόκτησης του μωρού του συνολικού δείγματος.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το αν επιθύμησαν πολύ να κάνουν αυτό το παιδί και το 90% απάντησε θετικά και το 10% αρνητικά.

Πίνακας 10. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της επιθυμίας απόκτησης του μωρού του συνολικού δείγματος.

Επιθυμία απόκτησης του μωρού	f	%
Ναι	54	90
Όχι	6	10
Σύνολο	60	100

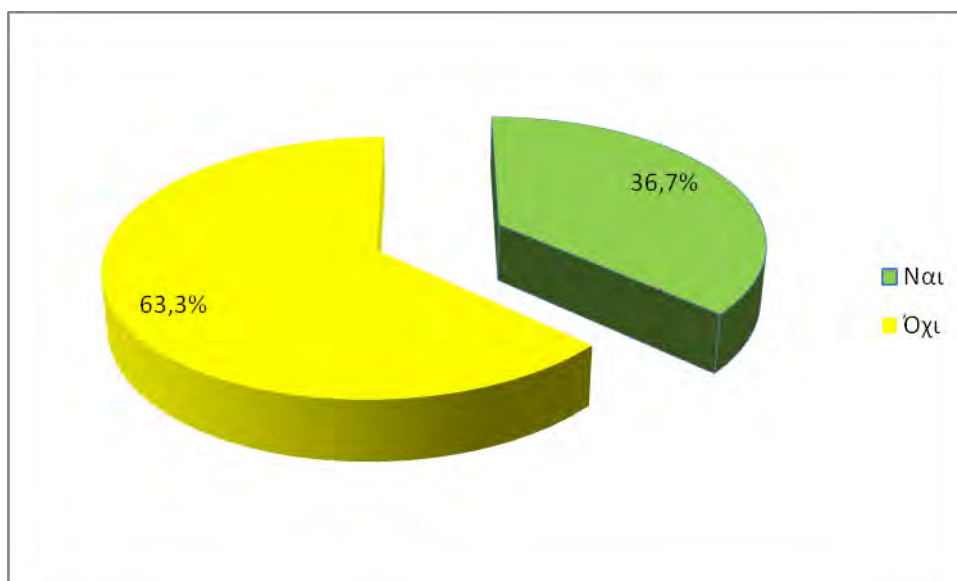


Σχήμα 9. Γράφημα πίτας για την επιθυμία απόκτησης του μωρού του συνολικού δείγματος.

Η τελευταία ερώτηση του δημογραφικού ερωτηματολογίου αφορούσε το αν μπορούσαν να είχαν κάνει κάτι τα άτομα του δείγματος για να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους. Από τις απαντήσεις του παρακάτω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 36,7% απάντησε θετικά και το 63,3% αρνητικά.

Πίνακας 11. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της αποφυγής της περιπέτειας του μωρού του συνολικού δείγματος.

Αποφυγή της περιπέτειας του μωρού	f	%
Ναι	22	36,7
Όχι	38	63,3
Σύνολο	60	100



Σχήμα 10. Γράφημα πίτας για την αποφυγή της περιπέτειας του μωρού του συνολικού δείγματος.

Ευρήματα για το ερωτηματολόγιο HDHQ για την επιθετικότητα

Ο πρώτος παράγοντας η 'τάση κριτικής άλλων' του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,68. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 5,57 και η τυπική απόκλιση ισούται με 2,66.

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα της 'εκδραματιζόμενη επιθετικότητα' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,54. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων είναι ίσος με 4,62 και η τυπική απόκλιση ισούται με 1,99.

Ο παράγοντας της 'παρanoiδής επιθετικότητας' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,50. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 1,67 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,93.

Η 'τάση αυτοκριτικής' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,40. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 4,65 και η τυπική απόκλιση ισούται με 1,64.

Ως προς την 'τάση προς ενοχή' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,50. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 2,38 και η τυπική απόκλιση ισούται με 1,56.

Ο παράγοντας της 'εξωστρεφόμενη επιθετικότητα' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,76. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 11,85 και η τυπική απόκλιση ισούται με 4,75.

Ως προς την 'ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,57. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 7,03 και η τυπική απόκλιση ισούται με 2,68.

Τέλος, ο παράγοντας της 'συνολικής επιθετικότητας' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,79. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 18,88 και τυπική απόκλιση που ισούται με 6,53.

Πίνακας 12. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου της επιθετικότητας για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach's Alpha	M.O.	T.A.
Τάση κριτικής άλλων	0,68	5,57	2,66
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0,54	4,62	1,99
Παρανοειδή επιθετικότητα	0,50	1,67	0,93
Τάση αυτοκριτικής	0,40	4,65	1,64
Τάση προς ενοχή	0,50	2,38	1,56
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0,76	11,85	4,75
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0,57	7,03	2,68
Συνολική επιθετικότητα	0,79	18,88	6,53

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου της επιθετικότητας και γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Πίνακας 13. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων του ερωτηματολογίου της επιθετικότητας για το συνολικό δείγμα.

	1	2	3	4	5
Τάση κριτικής άλλων	1				
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0,66***	1			
Παρανοειδή επιθετικότητα	0,45***	0,39**	1		
Τάση αυτοκριτικής	0,24	0,40**	0,08	1	
Τάση προς ενοχή	0,49***	0,45***	0,37**	0,41**	1

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

Από την εφαρμογή του δείκτη συσχέτισης Pearson βρίσκουμε ότι:

- Ο παράγοντας της ‘τάσης κριτικής άλλων’ συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες της ‘εκδραματιζόμενης επιθετικότητας’ ($r=0,66$ και $p\text{-value}<0,001$), της ‘παρανοειδής επιθετικότητας’ ($r=0,45$ και $p\text{-value}<0,001$) και της ‘τάσης προς ενοχή’ ($r=0,49$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η τάση κριτικής των άλλων, αυξάνονται και η ενδραματιζόμενη και η παρανοειδής επιθετικότητα αλλά και η τάση προς ενοχή και αντιστρόφως.
- Ο παράγοντας της ‘εκδραματιζόμενης επιθετικότητας’ συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες της ‘παρανοειδής επιθετικότητας’ ($r=0,39$ και $p\text{-value}=0,002$), της ‘τάσης αυτοκριτικής’ ($r=0,40$ και $p\text{-value}=0,002$) και της ‘τάσης προς ενοχή’ ($r=0,45$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ενδραματιζόμενη επιθετικότητα, αυξάνονται και η παρανοειδής επιθετικότητα, η τάση αυτοκριτικής και η τάση προς ενοχή και αντιστρόφως.
- Ο παράγοντας της ‘παρανοειδής επιθετικότητας’ συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τον παράγοντα της ‘τάσης προς ενοχή’ ($r=0,37$ και $p\text{-value}=0,004$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η παρανοειδής επιθετικότητα, αυξάνεται και η τάση προς ενοχή και αντιστρόφως.
- Τέλος, ο παράγοντας της ‘τάσης αυτοκριτικής’ συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τον παράγοντα της ‘τάσης προς ενοχή’ ($r=0,41$ και $p\text{-value}=0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η τάση αυτοκριτικής, αυξάνεται και η τάση προς ενοχή και αντιστρόφως.

Στη συνέχεια, θα ερευνήσουμε τη σχέση της εξωστρεφόμενης και της ενδοβαλλόμενης επιθετικότητας με την εφαρμογή του δείκτη συνάφειας Pearson r.

Πίνακας 14. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια της εξωστρεφόμενης και ενδοβαλλόμενης επιθετικότητας για το συνολικό δείγμα.

	1	2
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	1	
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0,50***	1

Σημείωση:***p-value<0,001.

Από την εφαρμογή του δείκτη Pearson r συμπεραίνουμε ότι η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,50$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, αυξάνεται και η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και αντιστρόφως.

Έπειτα, εξετάσαμε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παράγοντες της επιθετικότητας και παραθέτουμε μόνο σε όσα βρέθηκαν στατιστικά σημαντική επίδραση.

Πίνακας 15. Μέσοι όροι παραγόντων της επιθετικότητας ως προς τον τόπο διαμονής και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Τόπος διαμονής		t-τιμή df=58
	Πόλη<150.000 κατοίκους	Πόλη>150.000 κατοίκους	
	M.O.	M.O.	
Τάση κριτικής άλλων	6,73	4,89	2,71**
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	5,55	4,08	2,92**
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	14,14	10,53	3,03**
Συνολική επιθετικότητα	21,41	17,42	2,37*

Σημείωση: *p-value<0,05 και **p-value<0,01

Για την εφαρμογή του t κριτηρίου έγινε συνένωση της κατηγορίας ‘χωρίς’ του τόπου διαμονής (λόγω του μικρού αριθμού ατόμων) με την κατηγορία ‘πόλη<150.000 κατοίκους’. Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του τόπου διαμονής στον παράγοντα της τάσης κριτικής των άλλων με $t(58)=2,71$ και $p\text{-value}=0,009$. Συγκεκριμένα, οι κάτοικοι μικρότερης πόλης παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση κριτικής άλλων ($\mu.o.=6,73$) σε σχέση με τους κατοίκους μεγαλύτερης πόλης ($\mu.o.=4,89$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του τόπου διαμονής στον παράγοντα της εκδραματιζόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,92$ και $p\text{-value}=0,005$. Πιο αναλυτικά, οι κάτοικοι μικρότερης πόλης παρουσιάζουν μεγαλύτερη εκδραματιζόμενη επιθετικότητα ($\mu.o.=5,55$) σε σύγκριση με τους κατοίκους μεγαλύτερης πόλης ($\mu.o.=4,08$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του τόπου διαμονής στον παράγοντα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με $t(58)=3,03$ και $p\text{-value}=0,004$. Συγκεκριμένα, οι κάτοικοι μικρότερης πόλης παρουσιάζουν μεγαλύτερη

εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (μ.ο.=14,14) σε σχέση με τους κατοίκους μεγαλύτερης πόλης (μ.ο.=10,53).

- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του τόπου διαμονής στον παράγοντα της συνολικής επιθετικότητας με $t(58)=2,37$ και $p\text{-value}=0,021$. Πιο αναλυτικά, οι κάτοικοι μικρότερης πόλης παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνολική επιθετικότητα (μ.ο.=21,41) σε σύγκριση με τους κατοίκους μεγαλύτερης πόλης (μ.ο.=17,42).

Πίνακας 16. Μέσοι όροι παραγόντων της επιθετικότητας ως προς την ύπαρξη άλλου παιδιού και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Υπαρξη άλλου παιδιού		t-τιμή df=58
	Ναι M.O.	Όχι M.O.	
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	4,11	5,38	-2,51*
Παρανοειδή επιθετικότητα	1,44	2	-2,35*
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	10,81	13,42	-2,15*
Συνολική επιθετικότητα	17,33	21,21	-2,34*

Σημείωση: * $p\text{-value}<0,05$

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της ύπαρξης άλλου παιδιού στον παράγοντα της εκδραματιζόμενης επιθετικότητας με $t(58)=-2,51$ και $p\text{-value}=0,015$. Συγκεκριμένα, όσοι δεν έχουν άλλα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη εκδραματιζόμενη επιθετικότητα (μ.ο.=5,38) σε σχέση με όσους έχουν και άλλα παιδιά (μ.ο.=4,11).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της ύπαρξης άλλου παιδιού στον παράγοντα της παρανοειδούς επιθετικότητας με $t(58)=-2,35$ και $p\text{-value}=0,022$. Πιο αναλυτικά, όσοι δεν έχουν άλλα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη παρανοειδή επιθετικότητα (μ.ο.=2) σε σύγκριση με όσους έχουν και άλλα παιδιά (μ.ο.=1,44).

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της ύπαρξης άλλου παιδιού στον παράγοντα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με $t(58)=-2,15$ και $p\text{-value}=0,036$. Συγκεκριμένα, όσοι δεν έχουν άλλα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($\mu.o.=13,42$) σε σχέση με όσους έχουν και άλλα παιδιά ($\mu.o.=10,81$).
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της ύπαρξης άλλου παιδιού στον παράγοντα της συνολικής επιθετικότητας με $t(58)=-2,34$ και $p\text{-value}=0,023$. Πιο αναλυτικά, όσοι δεν έχουν άλλα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνολική επιθετικότητα ($\mu.o.=21,21$) σε σύγκριση με όσους έχουν και άλλα παιδιά ($\mu.o.=17,33$).

Πίνακας 17. Μέσοι όροι παραγόντων της επιθετικότητας ως προς τη μόρφωση και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Μόρφωση		t-τιμή df=58
	Λύκειο M.O.	ΑΕΙ-ΤΕΙ M.O.	
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	5,53	4,26	2,31*
Παρανοειδή επιθετικότητα	2,24	1,44	3,19**
Τάση προς ενοχή	3,12	2,09	2,38*
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	14,35	10,86	2,70**
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	8,18	6,58	2,14*
Συνολική επιθετικότητα	22,53	17,44	2,89**

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

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της εκδραματιζόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,31$ και $p\text{-value}=0,024$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη εκδραματιζόμενη επιθετικότητα ($\mu.o.=5,53$) σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=4,11$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της παρανοειδής επιθετικότητας με $t(58)=3,19$ και $p\text{-value}=0,002$. Πιο αναλυτικά,

οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη παρανοειδή επιθετικότητα (μ.ο.=2,24) σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=1,44).

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της τάσης προς ενοχή με $t(58)=2,38$ και $p\text{-value}=0,021$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση προς ενοχή (μ.ο.=3,12) σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=2,09).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,70$ και $p\text{-value}=0,009$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (μ.ο.=14,35) σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=10,86).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της ενδοβαλλόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,14$ και $p\text{-value}=0,037$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα (μ.ο.=8,18) σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=6,58).
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της συνολικής επιθετικότητας με $t(58)=2,89$ και $p\text{-value}=0,005$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνολική επιθετικότητα (μ.ο.=22,53) σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=17,44).

Πίνακας 18. Μέσοι όροι παραγόντων της επιθετικότητας ως προς την αποφυγή περιπέτειας μωρού και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Αποφυγή περιπέτειας μωρού		t-τιμή df=58
	Ναι M.O.	Όχι M.O.	
Τάση κριτικής άλλων	6,55	5	2,24*
Τάση προς ενοχή	3	2,03	2,42*
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	13,73	10,76	2,42*
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	8,09	6,42	2,42*
Συνολική επιθετικότητα	21,82	17,18	2,80**

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

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της τάσης κριτικής άλλων με $t(58)=2,24$ και $p\text{-value}=0,029$. Συγκεκριμένα, όσοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση κριτικής άλλων ($\mu.o.=6,55$) σε σχέση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=5$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της τάσης προς ενοχή με $t(58)=2,42$ και $p\text{-value}=0,019$. Πιο αναλυτικά, όσοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση προς ενοχή ($\mu.o.=3$) σε σύγκριση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=2,03$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,42$ και $p\text{-value}=0,019$. Συγκεκριμένα, όσοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($\mu.o.=13,73$) σε σχέση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=10,76$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της ενδοβαλλόμενης επιθετικότητας με $t(58)=2,42$ και $p\text{-value}=0,019$. Πιο αναλυτικά, όσοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη

ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα (μ.ο.=8,09) σε σύγκριση με όσους δεν το πιστεύουν (μ.ο.=6,42).

- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της συνολικής επιθετικότητας με $t(58)=2,80$ και $p\text{-value}=0,007$. Συγκεκριμένα, όσοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνολική επιθετικότητα (μ.ο.=21,82) σε σχέση με όσους δεν το πιστεύουν (μ.ο.=17,18).

Ευρήματα για το ερωτηματολόγιο OAS

Ο πρώτος παράγοντας είναι το ‘συνολικό σκορ εικόνας’ του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach’s alpha είναι ίσος με 0,96. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 16,83 και η τυπική απόκλιση ισούται με 11,53.

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα της ‘κατωτερότητας’ ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach’s alpha ισούται με 0,90. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων είναι ίσος με 6,12 και η τυπική απόκλιση ισούται με 4,53.

Ο παράγοντας του ‘κενού’ έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s alpha ίσο με 0,79. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 3,05 και η τυπική απόκλιση ισούται με 2,70.

Τέλος, τα ‘λάθη’ έχουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s alpha ίσο με 0,98. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 6,57 και η τυπική απόκλιση ισούται με 4,24.

Πίνακας 19. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου OAS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach’s Alpha	M.O.	T.A.
Συνολικό σκορ εικόνας	0,96	16,83	11,53
Κατωτερότητα	0,90	6,12	4,53
Κενό	0,79	3,05	2,70
Λάθη	0,98	6,57	4,24

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου του OAS και γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Πίνακας 20. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων του ερωτηματολογίου του OAS για το συνολικό δείγμα.

	1	2	3
Κατωτερότητα	1		
Κενό	0,86***	1	
Λάθη	0,85***	0,83***	1

Σημείωση:***p-value<0,001.

Από την εφαρμογή του δείκτη Pearson r συμπεραίνουμε ότι η κατωτερότητα συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το κενό ($r=0,86$ και $p\text{-value}<0,001$) και τα λάθη ($r=0,85$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η κατωτερότητα, αυξάνονται το κενό και τα λάθη και αντιστρόφως. Επιπλέον, το κενό συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τα λάθη ($r=0,83$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το κενό, αυξάνονται και τα λάθη και αντιστρόφως.

Έπειτα, εξετάσαμε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παράγοντες του OAS και παραθέτουμε μόνο σε όσα βρέθηκαν στατιστικά σημαντική επίδραση.

Πίνακας 21. Μέσοι όροι παραγόντων του OAS ως προς τη μόρφωση και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Μόρφωση		t-τιμή df=58
	Λύκειο M.O.	ΑΕΙ-ΤΕΙ M.O.	
Συνολικό σκορ εικόνας	22,47	14,60	2,48*
Κατωτερότητα	8,18	5,30	2,30*
Κενό	4,41	2,51	2,58*
Λάθη	8,47	5,81	2,26*

Σημείωση:*p-value<0,05.

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα του συνολικού σκορ εικόνας με $t(58)=2,48$ και $p\text{-value}=0,016$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερο συνολικό σκορ εικόνας ($\mu.o.=22,47$) σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=14,60$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα της κατωτερότητας με $t(58)=2,30$ και $p\text{-value}=0,025$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη κατωτερότητα ($\mu.o.=8,18$) σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=5,30$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα του κενού με $t(58)=2,58$ και $p\text{-value}=0,013$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερο κενό ($\mu.o.=4,41$) σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=2,51$).
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωση στον παράγοντα των λαθών με $t(58)=2,26$ και $p\text{-value}=0,027$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα λαθών ($\mu.o.=8,47$) σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=5,81$).

Πίνακας 22. Μέσοι όροι παραγόντων του OAS ως προς την αποφυγή περιπέτειας μορού και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Αποφυγή περιπέτειας μορού		t-τιμή df=58
	Ναι Μ.Ο.	Όχι Μ.Ο.	
Συνολικό σκορ εικόνας	22,18	13,74	2,90**
Κατωτερότητα	8,18	4,92	2,85**
Κενό	4,09	2,45	2,36*
Λάθη	8,59	5,39	3**

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

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα του συνολικού σκορ εικόνας με $t(58)=2,90$ και $p\text{-value}=0,005$. Συγκεκριμένα, όσοι πιστεύουν ότι μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερο συνολικό σκορ εικόνας ($\mu.o.=22,18$) σε σχέση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=13,74$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα της κατωτερότητας με $t(58)=2,85$ και $p\text{-value}=0,006$. Πιο αναλυτικά, όσοι πιστεύουν ότι μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη κατωτερότητα ($\mu.o.=8,18$) σε σύγκριση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=4,92$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα του κενού με $t(58)=2,36$ και $p\text{-value}=0,022$. Συγκεκριμένα, όσοι πιστεύουν ότι μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερο κενό ($\mu.o.=4,09$) σε σχέση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=2,45$).
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αποφυγής περιπέτειας του μωρού στον παράγοντα των λαθών με $t(58)=3$ και $p\text{-value}=0,004$. Πιο αναλυτικά, , όσοι πιστεύουν ότι μπορούσαν να αποφύγουν την περιπέτεια του μωρού τους παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα λαθών ($\mu.o.=8,59$) σε σύγκριση με όσους δεν το πιστεύουν ($\mu.o.=5,39$).

Ευρήματα για το ερωτηματολόγιο STAI.

Ο πρώτος παράγοντας είναι το ‘καταστασιακό άγχος’ του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach’s alpha είναι ίσος με 0,90. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 51,75 και η τυπική απόκλιση ισούται με 9,13.

Τέλος, το ‘χαρακτηρολογικό άγχος’ έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s alpha ίσο με 0,90. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 39,95 και η τυπική απόκλιση ισούται με 9,96.

Πίνακας 23. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου STAI για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach’s Alpha	M.O.	T.A.
Καταστασιακό άγχος	0,90	51,75	9,13
Χαρακτηρολογικό άγχος	0,90	39,95	7,96

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου του STAI και γι’ αυτό θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Πίνακας 24. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων του ερωτηματολογίου του STAI για το συνολικό δείγμα.

	1	2
Καταστασιακό άγχος	1	
Χαρακτηρολογικό άγχος	0,33*	1

Σημείωση: *p-value<0,05.

Από την εφαρμογή του δείκτη Pearson r συμπεραίνουμε ότι το καταστασιακό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το χαρακτηρολογικό άγχος ($r=0,33$ και $p\text{-value}=0,011$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το καταστασιακό άγχος, αυξάνεται και το χαρακτηρολογικό άγχος και αντιστρόφως.

Έπειτα, εξετάσαμε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παράγοντες του STAI αλλά δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση.

Ευρήματα για το ερωτηματολόγιο ESS.

Ο πρώτος παράγοντας είναι η 'ντροπή για το χαρακτήρα' του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,91. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 22,22 και η τυπική απόκλιση ισούται με 6,89.

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα της 'ντροπής για τη συμπεριφορά' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,84. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων είναι ίσος με 18,75 και η τυπική απόκλιση ισούται με 4,25.

Ο παράγοντας της 'ντροπής για την εμφάνιση' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,78. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 7,53 και η τυπική απόκλιση ισούται με 2,58.

Τέλος, ο 'συνολικός δείκτης ντροπής' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,94. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 48,50 και η τυπική απόκλιση ισούται με 10,67.

Πίνακας 25. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου ESS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach's Alpha	M.O.	T.A.
Ντροπή για το χαρακτήρα	0,91	22,22	6,89
Ντροπή για τη συμπεριφορά	0,84	18,75	4,25
Ντροπή για την εμφάνιση	0,78	7,53	2,58
Συνολικός δείκτης ντροπής	0,94	48,50	10,67

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου του ESS και γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Πίνακας 26. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων του ερωτηματολογίου του ESS για το συνολικό δείγμα.

	1	2	3
Ντροπή για το χαρακτήρα	1		
Ντροπή για τη συμπεριφορά	0,27*	1	
Ντροπή για την εμφάνιση	0,36**	0,61***	1

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

Από την εφαρμογή του δείκτη Pearson r συμπεραίνουμε ότι η ντροπή για το χαρακτήρα συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τη ντροπή για τη συμπεριφορά ($r=0,27$ και $p\text{-value}=0,039$) και τη ντροπή για την εμφάνιση ($r=0,36$ και $p\text{-value}=0,005$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ντροπή για το χαρακτήρα, αυξάνονται η ντροπή για τη συμπεριφορά και την εμφάνιση και αντιστρόφως. Επιπλέον, η ντροπή για τη συμπεριφορά συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τη ντροπή για την εμφάνιση ($r=0,61$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ντροπή για τη συμπεριφορά, αυξάνεται και η ντροπή για την εμφάνιση και αντιστρόφως.

Έπειτα, εξετάσαμε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παράγοντες του ESS αλλά δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση.

Ευρήματα για το ερωτηματολόγιο της ψυχικής υγείας.

Ο πρώτος παράγοντας η 'σωματοποίηση' του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,92 που δηλώνει αρκετά ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 5,85 και η τυπική απόκλιση ισούται με 6,58.

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα της 'ψυχαναγκαστικότητας' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,88. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων είναι ίσος με 7,65 και η τυπική απόκλιση ισούται με 5,75.

Ο παράγοντας της 'διαπροσωπικής ευαισθησίας' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,89 που δηλώνει αρκετά ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 7,12 και η τυπική απόκλιση ισούται με 5,70.

Η 'κατάθλιψη' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,90. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 10,07 και η τυπική απόκλιση ισούται με 7,46.

Ως προς το 'άγχος' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,88. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 6,15 και η τυπική απόκλιση ισούται με 5,88.

Ο παράγοντας της 'επιθετικότητας' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,86. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 4,35 και τυπική απόκλιση που ισούται με 4.

Ο επόμενος παράγοντας το 'φοβικό άγχος' του οποίου ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,78 που δηλώνει αρκετά ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι ίσος με 3,07 και η τυπική απόκλιση ισούται με 3,17.

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα του 'παρanoiειδή ιδεασμού' ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha ισούται με 0,79. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ατόμων είναι ίσος με 4,45 και η τυπική απόκλιση ισούται με 3,30.

Ο παράγοντας του 'ψυχωτισμού' έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha ίσο με 0,82 που δηλώνει αρκετά ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος του παράγοντα είναι ίσος με 6,60 και η τυπική απόκλιση ισούται με 4,91.

Η 'αϋπνία' έχει μέσο όρο ίσο με 0,30 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,59, η 'πρωινή αφύπνιση' έχει μέσο όρο ίσο με 0,78 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,96, η 'ανησυχία' έχει μέσο όρο ίσο με 0,85 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,92, η 'ανορεξία' έχει μέσο όρο ίσο με 0,23 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,50, η

‘βουλιμία’ έχει μέσο όρο ίσο με 0,77 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,83, οι ‘σκέψεις θανάτου’ έχουν μέσο όρο ίσο με 0,27 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,69 και η ‘ενοχή’ έχει μέσο όρο ίσο με 0,92 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,91.

Ως προς το ‘ολικό σκορ’ ο μέσος όρος είναι ίσος με 59,42 και η τυπική απόκλιση ισούται με 44,36.

Ως προς το ‘σύνολο θετικών συμπτωμάτων’ ο μέσος όρος είναι ίσος με 40,68 και η τυπική απόκλιση ισούται με 23,30.

Ο ‘γενικός δείκτης συμπτωμάτων’ έχει μέσο όρο ίσο με 0,66 και η τυπική απόκλιση ισούται με 0,49.

Τέλος, ο ‘δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα’ έχει μέσο όρο ίσο με 1,34 και τυπική απόκλιση που ισούται με 0,36.

Πίνακας 27. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες για τους παράγοντες της ψυχικής υγείας για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Cronbach's Alpha	M.O.	T.A.
Σωματοποίηση	0,92	5,85	6,58
Ψυχαναγκαστικότητα	0,88	7,65	5,75
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,89	7,12	5,70
Κατάθλιψη	0,90	10,07	7,46
Άγχος	0,88	6,15	5,88
Επιθετικότητα	0,86	4,35	4
Φοβικό άγχος	0,78	3,07	3,17
Παρανοειδής ιδεασμός	0,79	4,45	3,30
Ψυχωτισμός	0,85	6,60	4,91
Αϋπνία		0,30	0,59
Πρωινή αφύπνιση		0,78	0,96
Ανησυχία		0,85	0,92
Ανορεξία		0,23	0,50
Βουλιμία		0,77	0,83
Σκέψεις θανάτου		0,27	0,69
Ενοχή		0,92	0,91
Ολικό σκορ		59,42	44,36
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων		0,66	0,49

Παράγοντες	Cronbach's Alpha	M.O.	T.A.
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων		40,68	23,30
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα		1,34	0,36

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου της ψυχικής υγείας και γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Από τον πίνακα 28 συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία των παραγόντων της ψυχικής υγείας συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

Πίνακας 28. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων του ερωτηματολογίου της ψυχικής υγείας για το συνολικό δείγμα.

	Σωματοποίηση	Ψυχαναγκαστικότητα	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Επιθετικότητα	Φοβικό άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Ψυχωτισμός	Αϋπνία	Πρωινή αφύπνιση	Ανησυχία	Ανορεξία	Βουλιμία	Σκέψεις θανάτου	Ενοχή
Σωματοποίηση	1															
Ψυχαναγκαστικότητα	0,82***	1														
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,69***	0,82***	1													
Κατάθλιψη	0,67***	0,81***	0,83***	1												
Άγχος	0,85***	0,86***	0,86***	0,82***	1											
Επιθετικότητα	0,67***	0,64***	0,73***	0,56***	0,76***	1										
Φοβικός άγχος	0,71***	0,70***	0,63***	0,74***	0,71***	0,45***	1									
Παρανοειδής ιδεασμός	0,66***	0,69***	0,81***	0,71***	0,79***	0,75***	0,60***	1								
Ψυχωτισμός	0,70***	0,72***	0,86***	0,76***	0,82***	0,78***	0,55***	0,85***	1							
Αϋπνία	0,50***	0,61***	0,65***	0,63***	0,60***	0,31*	0,52***	0,62***	0,53***	1						
Πρωινή αφύπνιση	0,53***	0,52***	0,50***	0,39**	0,46***	0,49***	0,41**	0,53***	0,45***	0,45***	1					
Ανησυχία	0,52***	0,71***	0,56***	0,50***	0,63***	0,44***	0,49***	0,41***	0,39**	0,33**	0,39**	1				
Ανορεξία	0,04	0,13	0,20	0,28*	0,15	0	0,31*	0,02	0,07	0,16	-0,03	0,04	1			
Βουλιμία	0,67***	0,64***	0,65***	0,59***	0,70***	0,68***	0,50***	0,71***	0,78***	0,28*	0,43**	0,42**	0,01	1		
Σκέψεις θανάτου	0,63***	0,49***	0,52***	0,31*	0,63***	0,63***	0,27*	0,58***	0,54***	0,30*	0,30*	0,25	0,01	0,56***	1	
Ενοχή	0,40**	0,42**	0,64***	0,58***	0,48***	0,59***	0,36**	0,68***	0,75***	0,33*	0,37**	0,230	0,040	0,49***	0,28*	1

Έπειτα, εξετάσαμε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στους παράγοντες του SCL και παραθέτουμε μόνο σε όσα βρέθηκαν στατιστικά σημαντική επίδραση.

Πίνακας 29. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια παραγόντων του ερωτηματολογίου της ψυχικής υγείας με την ηλικία για το συνολικό δείγμα.

	Ηλικία
Σωματοποίηση	-0,28*
Επιθετικότητα	-0,30*
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	-0,35**

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

Από την εφαρμογή του δείκτη Pearson r συμπεραίνουμε ότι η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά στατιστικά σημαντικά με τη σωματοποίηση ($r=-0,28$ και $p\text{-value}=0,032$), την επιθετικότητα ($r=-0,30$ και $p\text{-value}=0,020$) και το δείκτη ενόχλησης από θετικά συμπτώματα ($r=-0,35$ και $p\text{-value}=0,006$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ηλικία, μειώνονται η σωματοποίηση, η επιθετικότητα και ο δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα και αντιστρόφως.

Πίνακας 30. Μέσοι όροι του φοβικού άγχους ως προς το φύλο και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Φύλο		t-τιμή df=58
	Άνδρες	Γυναίκες	
	M.O.	M.O.	
Φοβικό άγχος	1,54	3,49	-2,01*

Σημείωση: *p-value<0,05

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στον παράγοντα του φοβικού άγχους με $t(58)=-2,01$ και $p\text{-value}=0,049$. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο φοβικό άγχος (μ.ο.=3,49) σε σχέση με τους άνδρες (μ.ο.=1,54).

Πίνακας 31. Μέσοι όροι των παραγόντων του ερωτηματολογίου της ψυχικής υγείας ως προς τη μόρφωση και εφαρμογή του t κριτηρίου.

	Μόρφωση		t-τιμή df=58
	Λύκειο	ΑΕΙ-ΤΕΙ	
	M.O.	M.O.	
Σωματοποίηση	8,88	4,65	2,33*
Ψυχαναγκαστικότητα	10	6,72	2,05*
Διαπροσωπική ευαισθησία	10,35	5,84	2,94**
Κατάθλιψη	13,59	8,67	2,39*
Άγχος	9,41	4,86	2,86**
Επιθετικότητα	6,71	3,42	3,06**
Φοβικό άγχος	5,18	2,23	3,54**
Παρανοειδής ιδεασμός	6,59	3,60	3,43**
Ψυχωτισμός	9,82	5,33	3,49**
Αϋπνία	0,65	0,16	3,06**
Πρωινή αφύπνιση	1,29	0,58	2,74**
Βουλιμία	1,12	0,63	2,12*
Σκέψεις θανάτου	0,59	0,14	2,37*

	Μόρφωση		t-τιμή df=58
	Λύκειο Μ.Ο.	ΑΕΙ-ΤΕΙ Μ.Ο.	
Ενοχή	1,29	0,77	2,08*
Ολικό σκορ	86,82	48,58	3,24**
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,96	0,54	3,24**
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	53,82	35,49	2,92**
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	1,51	1,27	2,34*

Σημείωση: *p-value<0,05 και **p-value<0,01

Από την εφαρμογή του t κριτηρίου συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της σωματοποίησης με $t(58)=2,33$ και $p\text{-value}=0,023$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερη σωματοποίηση (μ.ο.=8,88) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=4,65).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της ψυχαναγκαστικότητας με $t(58)=2,05$ και $p\text{-value}=0,045$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχαναγκαστικότητας (μ.ο.=10) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=6,72).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της διαπροσωπικής ευαισθησίας με $t(58)=2,94$ και $p\text{-value}=0,005$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερη διαπροσωπική ευαισθησία (μ.ο.=10,35) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=5,84).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της κατάθλιψης με $t(58)=2,39$ και $p\text{-value}=0,020$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (μ.ο.=13,59) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=8,67).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του άγχους με $t(58)=2,86$ και $p\text{-value}=0,006$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος (μ.ο.=9,41) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ (μ.ο.=4,86).

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της επιθετικότητας με $t(58)=3,06$ και $p\text{-value}=0,003$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα επιθετικότητας ($\mu.o.=6,71$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=3,42$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του φοβικού άγχους με $t(58)=3,54$ και $p\text{-value}=0,001$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερο φοβικό άγχος ($\mu.o.=5,28$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=2,23$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του παρανοειδή ιδεασμού με $t(58)=3,43$ και $p\text{-value}=0,001$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού ($\mu.o.=6,59$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=3,60$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του ψυχωτισμού με $t(58)=3,49$ και $p\text{-value}=0,001$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερο ψυχωτισμό ($\mu.o.=9,82$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=5,33$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της αϋπνίας με $t(58)=3,06$ και $p\text{-value}=0,003$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα αϋπνίας ($\mu.o.=0,65$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=0,16$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της πρωινής αφύπνισης με $t(58)=2,74$ και $p\text{-value}=0,008$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερη πρωινή αφύπνιση ($\mu.o.=1,29$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=0,58$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της βουλιμίας με $t(58)=2,12$ και $p\text{-value}=0,039$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα βουλιμίας ($\mu.o.=1,12$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=0,63$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα των σκέψεων θανάτου με $t(58)=2,37$ και $p\text{-value}=0,021$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα σκέψεων θανάτου ($\mu.o.=0,59$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=5,84$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα της ενοχής με $t(58)=2,08$ και $p\text{-value}=0,042$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου

εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης ($\mu.o.=1,29$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=0,77$).

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του ολικού σκορ ψυχικής υγείας με $t(58)=3,24$ και $p\text{-value}=0,002$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερο ολικό σκορ ψυχικής υγείας ($\mu.o.=86,82$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=48,58$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων με $t(58)=3,24$ και $p\text{-value}=0,002$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($\mu.o.=0,96$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=0,54$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του συνόλου θετικών συμπτωμάτων με $t(58)=2,92$ και $p\text{-value}=0,005$. Πιο αναλυτικά, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερο σύνολο θετικών συμπτωμάτων ($\mu.o.=53,82$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=35,49$).
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μόρφωσης στον παράγοντα του δείκτη ενόχλησης από θετικά συμπτώματα με $t(58)=2,34$ και $p\text{-value}=0,022$. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι Λυκείου εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στο συγκεκριμένο δείκτη ($\mu.o.=1,51$) σε σχέση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ-ΤΕΙ ($\mu.o.=1,27$).

Πίνακας 32. Μέσοι όροι και εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς για παράγοντες της ψυχικής υγείας ανάλογα με το επάγγελμα των ατόμων.

	Επάγγελμα				F-τιμή df=3 , 56
	Οικιακά Μ.Ο.	Αυτ/μενοι Μ.Ο.	Ιδιωτ. υπάλληλοι Μ.Ο.	Δημ. υπάλληλοι Μ.Ο.	
Διαπροσωπική ευαισθησία	13,80α	2,60β	6,47α,β	7,55α,β	4,05*
Επιθετικότητα	9,60β	2,20α	4,17α	3,85α	4*
Ψυχωτισμός	13α	3,60β	5,87β	6,85α,β	4,33**
Βουλμία	1,80α	0,40β	0,77α,β	0,60β	3,59*
Ολικό σκορ	105,40α	27,60β	56,73α,β	59,90α,β	2,95*
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,17α	0,31β	0,63α,β	0,67α,β	2,95*
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	65,60α	24β	38,57α,β	41,80α,β	3,17*

Σημείωση: *p-value<0,05 και **p-value<0,01. Οι μέσοι όροι που μοιράζονται κοινό δείκτη δε διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους σύμφωνα με το Post hoc κριτήριο του Scheffe.

Από την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς συμπεραίνουμε τα εξής:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στη διαπροσωπική ευαισθησία με $F(3, 56)=4,05$ και $p\text{-value}=0,011$. Πιο αναλυτικά, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας (μ.ο.=13,80) σε σύγκριση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι (μ.ο.=2,60) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στην επιθετικότητα με $F(3, 56)=4$ και $p\text{-value}=0,012$. Συγκεκριμένα, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επιθετικότητας (μ.ο.=9,60) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στο ψυχωτισμό με $F(3, 56)=4,33$ και $p\text{-value}=0,008$. Πιο αναλυτικά, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχωτισμού ($\mu.o.=13$) σε σύγκριση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι ($\mu.o.=3,60$) ή ιδιωτικοί υπάλληλοι ($\mu.o.=5,87$) ενώ οι δημόσιοι υπάλληλοι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα ($\mu.o.=6,85$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στη βουλιμία με $F(3, 56)=3,59$ και $p\text{-value}=0,019$. Συγκεκριμένα, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα βουλιμίας ($\mu.o.=1,80$) σε σχέση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι ($\mu.o.=0,40$) ή δημόσιοι υπάλληλοι ($\mu.o.=0,60$) ενώ οι ιδιωτικοί υπάλληλοι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα ($\mu.o.=0,77$).
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στο ολικό σκορ ψυχικής υγείας με $F(3, 56)=2,95$ και $p\text{-value}=0,040$. Πιο αναλυτικά, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ολικού σκορ ψυχικής υγείας ($\mu.o.=105,40$) σε σύγκριση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι ($\mu.o.=27,60$) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων με $F(3, 56)=2,95$ και $p\text{-value}=0,040$. Συγκεκριμένα, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($\mu.o.=1,17$) σε σύγκριση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι ($\mu.o.=0,31$) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του επαγγέλματος στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων με $F(3, 56)=3,17$ και $p\text{-value}=0,031$. Πιο αναλυτικά, όσοι ασχολούνται με τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων ($\mu.o.=65,60$) σε σύγκριση με όσους είναι αυτοαπασχολούμενοι ($\mu.o.=24$) ενώ οι υπόλοιποι κυμαίνονται σε ενδιάμεσα επίπεδα.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και OAS

Πίνακας 33. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και OAS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Συνολικό σκορ εικόνας	Κατωτερότητα	Κενό	Λάθη
Τάση κριτικής άλλων	0,53***	0,52**	0,52***	0,47***
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0,51***	0,48***	0,50***	0,46***
Παρανοειδή επιθετικότητα	0,38**	0,42**	0,29*	0,31*
Τάση αυτοκριτικής	0,60***	0,55***	0,64***	0,55***
Τάση προς ενοχή	0,59***	0,54***	0,62***	0,54***
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0,59***	0,58***	0,55***	0,52***
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0,71***	0,65***	0,75***	0,65***
Συνολική επιθετικότητα	0,72***	0,69***	0,71***	0,64***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι όλοι οι παράγοντες της επιθετικότητας συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου του OAS. Συνεπώς, όποιος έχει αυξημένα επίπεδα οποιασδήποτε μορφής επιθετικότητας τότε έχει και αυξημένα επίπεδα κατωτερότητας, κενού και λαθών και αντιστρόφως.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και STAI

Πίνακας 34. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και STAI για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Καταστασιακό άγχος	Χαρακτηρολογικό άγχος
Τάση κριτικής άλλων	0,01	0,40**
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0,02	0,47***
Παρανοειδή επιθετικότητα	-0,02	0,10
Τάση αυτοκριτικής	0,01	0,50***
Τάση προς ενοχή	0,32*	0,41**
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0,02	0,44***
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0,21	0,54***
Συνολική επιθετικότητα	0,10	0,54***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε τα εξής:

- Το καταστασιακό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση προς ενοχή ($r=0,32$ και $p\text{-value}=0,012$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το καταστασιακό άγχος τότε αυξάνεται και η τάση προς ενοχή και αντιστρόφως.
- Το χαρακτηρολογικό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση κριτικής άλλων ($r=0,40$ και $p\text{-value}=0,002$), την εκδραματιζόμενη επιθετικότητα ($r=0,47$ και $p\text{-value}<0,001$), την τάση αυτοκριτικής ($r=0,50$ και $p\text{-value}<0,001$), την τάση προς ενοχή ($r=0,41$ και $p\text{-value}=0,001$), την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($r=0,44$ και $p\text{-value}<0,001$), την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,54$ και $p\text{-value}<0,001$) και τη συνολική επιθετικότητα ($r=0,54$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το χαρακτηρολογικό άγχος τότε αυξάνονται η τάση κριτικής άλλων, η εκδραματιζόμενη επιθετικότητα, η τάση αυτοκριτικής, η τάση προς ενοχή, η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και η συνολική επιθετικότητα και αντιστρόφως.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και ESS

Πίνακας 35. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και ESS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Ντροπή για το χαρακτήρα	Ντροπή για τη συμπεριφορά	Ντροπή για την εμφάνιση	Συνολικός δείκτης για τη ντροπή
Τάση κριτικής άλλων	0,24	0,09	0,26*	0,26*
Εκδραματιζόμενη επιθετικότητα	0,50***	0,15	0,32*	0,46***
Παρανοειδή επιθετικότητα	0,11	0,11	0,11	0,14
Τάση αυτοκριτικής	0,31*	0,35*	0,44**	0,45***
Τάση προς ενοχή	0,29*	0,43**	0,44**	0,46***
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0,37**	0,13	0,30*	0,36**
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0,36**	0,46***	0,52***	0,54***
Συνολική επιθετικότητα	0,41**	0,28*	0,44**	0,49***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- Η ντροπή για το χαρακτήρα συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση αυτοκριτικής ($r=0,31$ και $p\text{-value}=0,016$), την τάση προς ενοχή ($r=0,29$ και $p\text{-value}=0,026$), την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($r=0,37$ και $p\text{-value}=0,004$), την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,36$ και $p\text{-value}=0,005$) και τη συνολική επιθετικότητα ($r=0,41$ και $p\text{-value}=0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ντροπή για το χαρακτήρα τότε αυξάνονται η τάση αυτοκριτικής, η τάση προς ενοχή, η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και η συνολική επιθετικότητα και αντιστρόφως.

- Η ντροπή για τη συμπεριφορά συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση αυτοκριτικής ($r=0,35$ και $p\text{-value}=0,006$), την τάση προς ενοχή ($r=0,43$ και $p\text{-value}=0,001$), την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,46$ και $p\text{-value}<0,001$) και τη συνολική επιθετικότητα ($r=0,28$ και $p\text{-value}=0,028$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ντροπή για τη συμπεριφορά τότε αυξάνονται η τάση αυτοκριτικής, η τάση προς ενοχή, η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και η συνολική επιθετικότητα και αντιστρόφως.
- Η ντροπή για την εμφάνιση συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση κριτικής άλλων ($r=0,26$ και $p\text{-value}=0,041$), την εκδραματιζόμενη επιθετικότητα ($r=0,32$ και $p\text{-value}=0,012$), την τάση αυτοκριτικής ($r=0,44$ και $p\text{-value}=0,001$), την τάση προς ενοχή ($r=0,44$ και $p\text{-value}=0,001$), την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($r=0,30$ και $p\text{-value}=0,018$), την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,52$ και $p\text{-value}<0,001$) και τη συνολική επιθετικότητα ($r=0,44$ και $p\text{-value}=0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται η ντροπή για την εμφάνιση τότε αυξάνονται η τάση κριτικής άλλων, η εκδραματιζόμενη επιθετικότητα, η τάση αυτοκριτικής, η τάση προς ενοχή, η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και η συνολική επιθετικότητα και αντιστρόφως.
- Τέλος, ο συνολικός δείκτης ντροπής συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με την τάση κριτικής άλλων ($r=0,26$ και $p\text{-value}=0,050$), την εκδραματιζόμενη επιθετικότητα ($r=0,46$ και $p\text{-value}<0,001$), την τάση αυτοκριτικής ($r=0,45$ και $p\text{-value}<0,001$), την τάση προς ενοχή ($r=0,46$ και $p\text{-value}<0,001$), την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ($r=0,36$ και $p\text{-value}=0,004$), την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα ($r=0,54$ και $p\text{-value}<0,001$) και τη συνολική επιθετικότητα ($r=0,49$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται ο συνολικός δείκτης ντροπής τότε αυξάνονται η τάση κριτικής άλλων, η εκδραματιζόμενη επιθετικότητα, η τάση αυτοκριτικής, η τάση προς ενοχή, η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, η ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα και η συνολική επιθετικότητα και αντιστρόφως.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και SCL

Πίνακας 36. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων HDHD και SCL για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Τάση κριτικής άλλων	Εκδρ. επιθ/τητα	Παρ/δή επιθ/τητα	Τάση αυτ/κής	Τάση προς ενοχή	Εξ/μη επιθ/τητα	Ενδ/μη επιθ/τητα	Συνολική επιθ/τητα
Σωματοποίηση	0,32*	0,30*	0,04	0,47***	0,28*	0,31*	0,45***	0,41**
Ψυχαναγκαστικότητα	0,42**	0,44***	0,19	0,53***	0,34**	0,46***	0,52***	0,55***
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,42**	0,37**	0,16	0,54***	0,54***	0,42**	0,65***	0,57***
Κατάθλιψη	0,41**	0,37**	0,17	0,58***	0,59***	0,42**	0,70***	0,59***
Άγχος	0,37**	0,45***	0,12	0,54***	0,46***	0,42**	0,60***	0,55***
Επιθετικότητα	0,29*	0,46***	0,05	0,41**	0,32*	0,36**	0,44***	0,44***
Φοβικός άγχος	0,44***	0,32*	0,13	0,51***	0,49***	0,41**	0,60***	0,54***
Παρανοειδής ιδεασμός	0,42**	0,48***	0,24	0,44***	0,56***	0,49***	0,59***	0,60***
Ψυχωτισμός	0,45***	0,49***	0,14	0,45***	0,59***	0,48***	0,62***	0,60***
Αϋπνία	0,25	0,17	0,15	0,30*	0,31*	0,24	0,37**	0,33*
Πρωινή αφύπνιση	0,28*	0,33*	0,11	0,38**	0,27*	0,32*	0,39**	0,39**
Ανησυχία	0,27*	0,34**	0,10	0,53***	0,16	0,31*	0,42**	0,40**
Ανορεξία	0,15	-0,03	0,21	0,06	0,19	0,12	0,15	0,14
Βουλμία	0,44***	0,50***	0,14	0,41***	0,49***	0,48***	0,54***	0,57***
Σκέψεις θανάτου	0,25	0,34**	0,22	0,28*	0,22	0,33*	0,30*	0,36**
Ενοχή	0,36**	0,32*	0,21	0,27*	0,60***	0,37**	0,51***	0,48***
Ολικό σκορ	0,45***	0,46***	0,16	0,58***	0,53***	0,48***	0,66***	0,62***
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,45***	0,46***	0,16	0,58***	0,53***	0,48***	0,66***	0,62***
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,50***	0,45***	0,20	0,58***	0,54***	0,51***	0,67***	0,65***
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	0,29*	0,39**	0,06	0,37**	0,40**	0,34**	0,46***	0,43**

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι σχεδόν όλοι οι παράγοντες της επιθετικότητας συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες της ψυχικής υγείας. Εξαιρέση αποτελούν οι παράγοντες της παρανοειδής επιθετικότητας και της ανορεξίας που δε συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με κανένα παράγοντα.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και STAI

Πίνακας 37. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και STAI για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Καταστασιακό άγχος	Χαρακτηρολογικό άγχος
Συνολικό σκορ εικόνας	0,17	0,66***
Κατωτερότητα	0,21	0,66***
Κενό	0,17	0,62***
Λάθη	0,11	0,59***

Σημείωση: ***p-value<0,001.

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το χαρακτηρολογικό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ εικόνας ($r=0,66$ και $p\text{-value}<0,001$), την κατωτερότητα ($r=0,66$ και $p\text{-value}<0,001$), το κενό ($r=0,62$ και $p\text{-value}<0,001$) και τα λάθη ($r=0,59$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το χαρακτηρολογικό άγχος τότε αυξάνονται το συνολικό σκορ εικόνας, η κατωτερότητα, το κενό και τα λάθη και αντιστρόφως.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και ESS

Πίνακας 38. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και ESS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Ντροπή για το χαρακτήρα	Ντροπή για τη συμπεριφορά	Ντροπή για την εμφάνιση	Συνολικός δείκτης για τη ντροπή
Συνολικό σκορ εικόνας	0,41**	0,45***	0,52***	0,57***
Κατωτερότητα	0,35**	0,46***	0,49***	0,53***
Κενό	0,37**	0,42**	0,47***	0,52***
Λάθη	0,43**	0,40**	0,51***	0,56***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου του OAS συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου της ντροπής.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και SCL

Πίνακας 39. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων OAS και SCL για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Συνολικό σκορ εικόνας	Κατωτερότητα	Κενό	Λάθη
Σωματοποίηση	0,61***	0,58***	0,58***	0,59***
Ψυχαναγκαστικότητα	0,71***	0,68***	0,67***	0,69***
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,74***	0,67***	0,75***	0,71***
Κατάθλιψη	0,73***	0,67***	0,74***	0,67***
Άγχος	0,72***	0,67***	0,72***	0,70***
Επιθετικότητα	0,51***	0,40**	0,50***	0,58***
Φοβικό άγχος	0,64***	0,60***	0,67***	0,59***
Παρανοειδής ιδεασμός	0,75***	0,70***	0,71***	0,73***
Ψυχωτισμός	0,70***	0,62***	0,70***	0,69***
Αϋπνία	0,53***	0,54***	0,49***	0,47***
Πρωινή αφύπνιση	0,44***	0,43**	0,35**	0,49***
Ανησυχία	0,56***	0,54***	0,54***	0,51***
Ανορεξία	0,07	-0,01	0,14	0,09
Βουλιμία	0,62***	0,55***	0,60***	0,62***
Σκέψεις θανάτου	0,40**	0,36**	0,40**	0,42**
Ενοχή	0,48***	0,43***	0,47***	0,47***
Ολικό σκορ	0,78***	0,71***	0,77***	0,76***
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,78***	0,71***	0,77***	0,76***
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,81***	0,76***	0,77***	0,78***
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	0,49***	0,41**	0,53***	0,49***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι σχεδόν όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου του OAS συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες της ψυχικής υγείας. Εξάιρεση αποτελεί μόνο ο παράγοντας της ανορεξίας που δε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με κανένα παράγοντα.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων STAI και ESS

Πίνακας 40. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων STAI και ESS για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Ντροπή για το χαρακτήρα	Ντροπή για τη συμπεριφορά	Ντροπή για την εμφάνιση	Συνολικός δείκτης για τη ντροπή
Καταστασιακό άγχος	0,27*	0,18	0,03	0,26*
Χαρακτηρολογικό άγχος	0,47***	0,46***	0,47***	0,60***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε τα εξής:

- Το καταστασιακό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τη ντροπή για το χαρακτήρα ($r=0,27$ και $p\text{-value}=0,034$) και το συνολικό δείκτη ντροπής ($r=0,26$ και $p\text{-value}=0,050$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το καταστασιακό άγχος τότε αυξάνονται και η ντροπή για το χαρακτήρα και ο συνολικός δείκτης ντροπής και αντιστρόφως.
- Το χαρακτηρολογικό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με τη ντροπή για το χαρακτήρα ($r=0,47$ και $p\text{-value}<0,001$), τη ντροπή για τη συμπεριφορά ($r=0,46$ και $p\text{-value}<0,001$), τη ντροπή για την εμφάνιση ($r=0,47$ και $p\text{-value}<0,001$) και το συνολικό δείκτη ντροπής ($r=0,60$ και $p\text{-value}<0,001$). Δηλαδή, όταν αυξάνεται το χαρακτηρολογικό άγχος τότε αυξάνονται η ντροπή για το χαρακτήρα, η ντροπή για τη συμπεριφορά, η ντροπή για την εμφάνιση και ο συνολικός δείκτης ντροπής και αντιστρόφως.

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων STAI και SCL

Πίνακας 41. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων STAI και SCL για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Καταστασιακό άγχος	Χαρακτηρολογικό άγχος
Σωματοποίηση	0	0,72***
Ψυχαναγκαστικότητα	0,04	0,74***
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,27*	0,71***
Κατάθλιψη	0,21	0,71***
Άγχος	0,21	0,78***
Επιθετικότητα	0,11	0,57***
Φοβικό άγχος	0,04	0,59***
Παρανοειδής ιδεασμός	0,31*	0,73***
Ψυχωτισμός	0,24	0,72***
Αϋπνία	0,23	0,46***
Πρωινή αφύπνιση	-0,23	0,37**
Ανησυχία	-0,02	0,44**
Ανορεξία	0,01	-0,02
Βουλμία	-0,10	0,62***
Σκέψεις θανάτου	0,20	0,52***
Ενοχή	0,28*	0,44***
Ολικό σκορ	0,17	0,80***
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,17	0,80***
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,19	0,74***
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	0,12	0,69***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το χαρακτηριστικό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά με όλους τους παράγοντες της ψυχικής υγείας εκτός από την ανορεξία. Αντίθετα, το καταστασιακό άγχος συσχετίζεται θετικά στατιστικά σημαντικά μόνο με τη διαπροσωπική ευαισθησία ($r=0,27$ και $p\text{-value}=0,037$), τον παρανοειδή ιδεασμό ($r=0,31$ και $p\text{-value}=0,016$) και την ενοχή ($r=0,28$ και $p\text{-value}=0,032$).

Σχέση των παραγόντων των ερωτηματολογίων ESS και SCL

Πίνακας 42. Εφαρμογή του δείκτη Pearson για τη συνάφεια των παραγόντων των ερωτηματολογίων ESS και SCL για το συνολικό δείγμα.

Παράγοντες	Ντροπή για το χαρακτήρα	Ντροπή για τη συμπεριφορά	Ντροπή για την εμφάνιση	Συνολικός δείκτης για τη ντροπή
Σωματοποίηση	0,20	0,49***	0,51***	0,45***
Ψυχαναγκαστικότητα	0,43**	0,51***	0,60***	0,62***
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,47***	0,47***	0,55***	0,63***
Κατάθλιψη	0,36**	0,66***	0,62***	0,64***
Άγχος	0,39**	0,49***	0,54***	0,57***
Επιθετικότητα	0,44***	0,36**	0,35**	0,52***
Φοβικό άγχος	0,19	0,46***	0,26*	0,37**
Παρανοειδής ιδεασμός	0,55***	0,56***	0,50***	0,70***
Ψυχωτισμός	0,52***	0,48***	0,57***	0,66***
Αϋπνία	0,29*	0,54***	0,48***	0,52***
Πρωινή αφύπνιση	0,29*	0,29*	0,35**	0,39**
Ανησυχία	0,30*	0,16	0,37**	0,35**
Ανορεξία	-0,09	0,11	-0,02	-0,02
Βουλμία	0,31*	0,33*	0,53***	0,46***
Σκέψεις θανάτου	0,16	0,13	0,24	0,21
Ενοχή	0,35**	0,50***	0,43**	0,53***
Ολικό σκορ	0,44***	0,57***	0,59***	0,66***
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,44***	0,57***	0,59***	0,66***
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,47***	0,50***	0,55***	0,64***
Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα	0,31*	0,52***	0,53***	0,54***

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

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι σχεδόν όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου του ESS συσχετίζονται θετικά στατιστικά σημαντικά με τους παράγοντες της ψυχικής υγείας. Εξαιρέση αποτελούν οι παράγοντες της ανορεξίας και των σκέψεων θανάτου που δε συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με κανένα παράγοντα.

Γ. Συζήτηση

Η έρευνα που διεξήχθη μελέτησε τη συμπεριφορά και τις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων που νοσηλεύουν το νεογνό τους στη MENN. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων συμπεριέλαβε τη διερεύνηση του ποσοστού των γονιών κάνοντας ένα τεστ αυτοεκτίμησης και πως τους βλέπουν οι άλλοι, εν συνεχεία τη διερεύνηση έντονου στρες, άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, επιθετικότητας, ενοχής και ντροπής απέναντι στο τραυματικό συμβάν που βιώνουν καθώς και τη μελέτη της σχέσης που υπάρχουν μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, των επιβαρυντικών παραγόντων και των ψυχικών παραμέτρων. Απώτερος στόχος ήταν ο εντοπισμός των παραγόντων που επιβαρύνουν και επιδρούν στη σύνθεση της συναισθηματικής ατμόσφαιρας. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι και στην Ελλάδα ένα σημαντικό ποσοστό των γονέων με νεογνό στη MENN εμφανίζουν ψυχολογική επιβάρυνση και χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη κατά την παραμονή του παιδιού της στη MENN όπως έχει διαπιστωθεί και από δημοσιευμένες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Shaw et al 2006, Carter et al, 2007, Beck et al, 2004).

Από τις πρώτες αντιδράσεις των γονιών κατά τη εισαγωγή του παιδιού στη MENN είναι διαταραχές της ψυχικής υγείας. Τα κυριότερα συναισθήματα που καταβάλλονται περισσότερο όπως προκύπτει και από το ερωτηματολόγιο SCL-90 είναι παρανοϊκός ιδεασμός, φοβικό άγχος, άρνηση, απόγνωση, διαταραχές ύπνου, λύπη, πιο επιρρεπείς και ευάλωτοι, ενοχές. Η συσχέτιση των παραπάνω παραμέτρων της ψυχικής υγείας με τα στοιχεία της προσωπικότητας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά. Συγκεκριμένα φαίνεται, ότι οι γονείς που εκφράζουν γενικά στη ζωή τους ντροπή για κάποια στοιχεία του χαρακτήρα τους επίσης ως προς τη συμπεριφορά

τους και νιώθουν ντροπή για κάποια αδύναμα σημεία της εμφάνισής τους, όπως εκείνοι πιστεύουν, βρέθηκε από τα ευρήματα της μελέτης ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια με την ανάπτυξη υψηλών ποσοστών των παραπάνω ψυχικών παραμέτρων τη δεδομένη χρονική στιγμή που βιώνουν ένα τραυματικό συμβάν. Αυτό το οποίο δεν παρουσιάζει στατιστικό ενδιαφέρον είναι ότι παρόλο που οι γονείς βρίσκονται σε έντονο συγκινησιακό φορτίο και είναι ευάλωτοι δεν φέρουν σκέψεις θανάτου ούτε έχουν ανορεκτικές τάσεις.

Στη συνέχεια έγινε συσχέτιση των παραγόντων του ερωτηματολογίου της συνολικής εικόνας του άγχους με την κατάσταση της ψυχικής υγείας, (STAI και SCL). Τα υψηλά επίπεδα στρες όπως υπογραμμίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία (Davis et al 2003, Halbreich 2005, Yutakul et al 2009) και όπως προκύπτουν και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προκαλούν έντονη ψυχολογική δυσφορία και αποδιοργάνωση της σκέψης. Οι παράγοντες από τις δυο κλίμακες του ερωτηματολογίου συνδέονται σημαντικά στατιστικά, για το μέν χαρακτηριστικό άγχος αυτό που εκφράζουν γενικά στη στάση ζωής τους είναι άμεσα συνδεδεμένο με τους παραμέτρους της ψυχικής υγείας εκτός από την ανορεξία αντιθέτως το άγχος που νιώθουν για τη δεδομένη χρονική στιγμή που βιώνουν οι γονείς στη MENN παρουσιάζει ερευνητικό ενδιαφέρον μόνο ως προς την ευαισθησία, είναι ευάλωτοι συγκινούνται εύκολα και κλαίνε με το παραμικρό, την ενοχή που νιώθουν είτε γιατί ντρέπονται για το μη υγιές παιδί που δημιούργησαν είτε επειδή κατηγορούν τον εαυτό τους για κάποιες αμαρτίες που έπραξαν, και τέλος με τις εναλλαγές της διάθεσης. Εξίσου σημαντικό ενδιαφέρον παρατηρείται με το συνολικό σκορ της εικόνας και τα αυξημένα ποσοστά άγχους, δηλαδή οι γονείς που έχουν μειωμένη αυτοπεποίθηση, δεν εμπιστεύονται εύκολα τους άλλους και είναι ανασφαλείς με τον εαυτό τους. Στον αντίποδα των παραπάνω γονείς που έχουν πιο θετική στάση ζωής παρατηρείται ότι είναι πιο συνεργάσιμοι, κατανοούν περισσότερο την βαρύτητα της κατάστασης και έχουν έντονη προθυμία και διάθεση στη συμμετοχή της φροντίδας αλλά και στη αποδοχή της κλινικής εικόνας του μωρού τους. Μέσα από τη μελέτη αυτό έχει άμεση σχέση και με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τους δεσμούς σχέσεων που έχουν όχι μόνο με το σύζυγό τους αλλά και με τους γονείς, το οικείο οικογενειακό περιβάλλον ακόμα και με τους φίλους. Έτσι στατιστικά σημαντικό φαίνεται να προκύπτει ότι οι γονείς με προβληματικά παιδικά χρόνια με χαλαρούς δεσμούς σχέσεων εμφανίζουν πιο πολλές ψυχικές διαταραχές.

Με την εφαρμογή του δείκτη Pearson όπως και στις παραπάνω συσχετίσεις , μελετήθηκε επίσης ή στατιστικά σημαντική συνάφεια που προκύπτει από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση για τη μη καλή κριτική των μητρικών δεξιοτήτων και οι επανηλημένες συμπεριφορές λαθών καταλήγουν σε αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας και οργής. Αυτό βέβαια σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Bellini , 2009, Pinelli , 2000, Stewart 2004), αλλά και από τις παρατηρήσεις της μελέτης φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο , η ύπαρξη άλλου παιδιού στην οικογένεια καθώς και η προσπάθεια και η επιθυμία απόκτησης παιδιού είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με μεγαλύτερα επίπεδα ψυχωτισμού. Υποστηρίζεται από τη μελέτη ότι οι μητέρες που ασχολούνται με οικιακά και είναι απόφοιτοι Λυκείου έχουν την τάση να εμφανίσουν μεγαλύτερα επίπεδα επιθετικότητας , βουλιμίας , κατάθλιψης συγκριτικά με τους γονείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο. Οι γονείς αυτοί πάσχουν από έλλειψη εσωτερικού διαλογισμού και εσωτερικής ωριμότητας να ανταποκριθούν υπεύθυνα στη φροντίδα μεταθέτοντας το πρόβλημα στην ατυχία που τους διακατέχει το πώς θα σχολιαστούν από την κοινωνία που απέτυχαν στη προβολή μιας όμορφης εικόνας –δημιουργήματος. Αυτό έρχεται σε αντιδιαστολή με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης από τη Λαζαρίδου και συν 2009 , όπου βρέθηκε ότι γονείς με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο εξέφρασαν έντονα συναισθήματα ενοχής, τάσης εσωστρέφειας , απομόνωσης, απόγνωσης. Παρατηρείται επίσης ότι οι γονείς που ζουν σε ημιαστική περιοχή μεσαίου μεγέθους έχουν αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας συγκριτικά με τους γονείς μεγαλύτερων πόλεων.

Τέλος τα αυξημένα ποσοστά φοβικού άγχους φαίνεται να υπερτερούν στις μητέρες έναντι των ανδρών ,(Kandal 2005, Hawis 2008). Οι μελέτες σε αυτό το θέμα δείχνουν ότι οι άνδρες καθυστερούν αρκετά στην ανάπτυξη του άγχους και αυτό δεν οφείλεται στο ότι δεν αγωνιούν και δεν νοιάζονται για το παιδί τους αλλά ,όπως προκύπτει και από την παρούσα μελέτη , ο πατέρας ενημερώνεται άμεσα και εκτενέστερα από το γιατρό της μονάδας ενώ η μητέρα προσπαθεί να αναρρώσει πρώτα από τα δικά της σωματικά προβλήματα. Πιθανόν θα μπορούσε να αποδοθεί ως μια προσπάθεια που κάνει ο γιατρός και ο πατέρας να προστατεύουν τη μητέρα που θεωρείται πιο ευάλωτη. Για αυτό θα ήταν χρήσιμο η ενημέρωση να γίνεται ταυτόχρονα και από τους δύο γονείς.

Στη παρούσα μελέτη παρατηρούνται και κάποιοι περιορισμοί. Συγκεκριμένα στη συλλογή των στοιχείων στο οποίο δεν καταγράφηκε μεγάλο δείγμα ανδρών όποτε

μειωηφούσε των γυναικών. Ένα άλλο στοιχείο είναι ότι δεν οριοθετήθηκε ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δηλαδή αν ήταν την πρώτη εβδομάδα κατά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN ή το μεσοδιάστημα ή στο τέλος όπου πιθανόν η κλινική εικόνα καλύτερευε όποτε παρατηρείται και διαφορετική στάση συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο θα επιτυγχανόταν πιο ακριβή και πιο στοχευμένα καταγραμμένα συναισθήματα που θα διαφοροποιούνταν από τις εβδομάδες παραμονής στη MENN. Αυτό βέβαια αποτελεί το έναυσμα για περαιτέρω μελλοντική διερεύνηση.

Δ. Συμπεράσματα

Οι γονείς νεογνών που εισάγονται στη MENN είναι πιθανόν να αναπτύξουν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Η παρούσα εργασία είχε στόχο τον εντοπισμό των παραγόντων που προκαλούν ψυχολογική δυσφορία στους γονείς αλλά και τον εντοπισμό των συναισθηματικών αντιδράσεων που κατακερματίζουν και αποδιοργανώνουν την συναισθηματική ατμόσφαιρα. Απώτερος στόχος είναι πως μέσα από τα δεδομένα της μελέτης να επιστρατευτούν λύσεις ώστε να συμβάλλουν στην επούλωση και θεραπεία του τραυματισμένου ψυχισμού τους για την ανάπτυξη υγιών σχέσεων και ισχυρών δεσμών μεταξύ γονιού- νεογνού. Από τη μελέτη μας προέκυψε ότι τα συναισθήματα που κατακλύζουν τους γονείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας νεογνών στη MENN είναι πολυσύνθετα.

Τα συχνότερα και τα πιο σημαντικά είναι η λύπη, αγωνία, απώλεια εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, που ακολουθούνται από την κατάθλιψη, νευρικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, οργή, και επιθετικότητα. Τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την προσωπικότητα του καθενός από τους γονείς καθώς επίσης και ο τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των πραγμάτων στη καθημερινή τους ζωή παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική τους διάθεση και στην αντιμετώπιση της νοσηλείας, της φροντίδας κατά τη διάρκεια της παραμονής στη MENN. Όπως αναλύθηκε και από τη μελέτη μας οι γονείς που είναι πιο αισιόδοξοι, συνεργάσιμοι, δεκτικοί και εκφράζουν περισσότερο θετικά συναισθήματα αναμένεται να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη κατανόηση, αυτοπεποίθηση και ηρεμία την περιπέτεια του μωρού τους. Τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται ότι συμβαδίζουν και με

τη βιβλιογραφία παρόμοια δε ,συμβαίνει και με τους γονείς που είναι πιο αγχώδης , νευρικοί , απογοητεύονται εύκολα και νιώθουν μειονεκτικά για τον εαυτό τους τα υψηλά ποσοστά έντονων ψυχικών διαταραχών αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την προσωπικότητα τους. Ενδεικτικό των ευρημάτων είναι ότι οι μητέρες είναι πιο αγχώδης από τους πατέρες.

Όσο αναφορά τη συσχέτιση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο , το επίπεδο μόρφωσης, τον τόπο διαμονής , την ηλικία και την ύπαρξη άλλου παιδιού στην οικογένεια προκύπτει, καθώς συμβαδίζει και με τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι γονείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης που μένουν σε μεσαίου μεγέθους ημιαστικής περιοχής και ασχολούνται με οικιακά αναπτύσσουν πιο έντονες ψυχικές διαταραχές . Η επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί κοινό παρονομαστή για όλους τους γονείς χωρίς να σημειώνονται σημαντικές στατιστικές διαφορές. Τα συναισθήματα οργής, θυμού, ντροπής και ενοχής ίσως τις περισσότερες φορές είναι δικαιολογημένα δεν θα πρέπει να φτάνουν όμως στο σημείο που να είναι τόσο ισχυρά ώστε να προκαλούν συναισθηματική διαταραχή ή να θεωρούν οι γονείς ότι η περιπέτεια του μωρού τους είναι μια τιμωρία για κάποιο λάθος που έκαναν παλιά.

Για να αποφευχθεί μια τέτοια δυσμενής εξέλιξη είναι απαραίτητο μία στοχευμένη πρώιμη ψυχολογική παρέμβαση ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες που καθιστούν τους γονείς αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση ψυχολογικών αντιδράσεων , παθολογικών διαταραχών υπό το βάρος του νεογνού τους και την μετέπειτα φροντίδα . Φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχουν ομάδες γονιών που προδιαθέτουν στην εμφάνιση έντονων ψυχικών διαταραχών όταν βρίσκονται υπό την επίδραση του στρες της νοσηλείας του παιδιού τους. Στις ομάδες αυτές θα πρέπει πρωτίστως να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή που θα στραφούν οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Έχει αποδειχθεί και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Melnyk 2008, Wigert 2008), πόσο σημαντικά είναι τα προγράμματα υποστήριξης και παρέμβασης το γονέων στην ανάπτυξη υγιών σχέσεων γονέα- παιδιού και στην αποφυγή ασυνείδητων ασφυκτικών δεσμών που πιθανόν μελλοντικά να οδηγούν φαινόμενα ταυτοποίησης συγκολλητικού τύπου.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι τα νεογνά αγωνίζονται για την επιβίωση , το ίδιο και οι γονείς καθώς βιώνουν έντονο συγκινησιακό φορτίο. Θα πρέπει λοιπόν στην προσπάθεια επιστράτευσης μηχανισμών αντιμετώπισης που εφαρμόζουν οι γονείς οι επαγγελματίες υγείας να δώσουν ιδιαίτερη σημασία στις ψυχολογικές ανάγκες ώστε να τους βοηθήσουν με το παιδί τους. Ειδικότερα θα

πρέπει να στελεχωθούν οι ΜΕΝΝ της Ελλάδας με εξειδικευμένο προσωπικό όπως ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές για την καταγραφή ψυχικών αντιδράσεων των γονιών αλλά και του προσωπικού ώστε με γνώση και στοχευμένη καθοδήγηση να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

E. Περίληψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση και εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων και συναισθημάτων των γονέων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των παιδιών τους στη MENN. Οι γονείς με νεογνά υψηλού κινδύνου που εισάγονται στη MENN είναι πιθανόν να εμφανίσουν διαταραχές στον ψυχισμό τους. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας όπου συμπεριλήφθηκαν 60 γονείς των οποίων νοσήλευαν το παιδί τους στη MENN. Η διενέργεια της εργασίας έγινε με τη χρήση συγκεκριμένων σταθμισμένων ερωτηματολογίων καθώς και παραμέτρων όπως δημογραφικά στοιχεία κατόπιν ενημέρωσης από τον ίδιο τον ερευνητή. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο HDHQ για την επιθετικότητα, το ερωτηματολόγιο OAS ένα τεστ αυτοεκτίμησης και το πώς μας βλέπουν οι άλλοι, το ερωτηματολόγιο STAI για την εκτίμηση του άγχους γενικά στη ζωή μας αλλά και τη δεδομένη χρονική στιγμή, το ερωτηματολόγιο ESS για την ντροπή και τέλος το ερωτηματολόγιο SCL-90 που αφορά την ψυχική υγεία.

Τα συμπεράσματα της μελέτης συνοψίζονται ως εξής:

1. Οι μητέρες εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους άνδρες.
2. Μεγαλύτερα επίπεδα ψυχωτισμού είναι άμεσα συνδεδεμένα με το μορφωτικό-κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.
3. Τα κυριότερα συναισθήματα και αντιδράσεις είναι λύπη, αγωνία, νευρική κατάσταση, απόγνωση, άρνηση, κατάθλιψη, ενοχή, ντροπή, απώλεια εμπιστοσύνης, εναλλαγές διάθεσης, αδυναμία συγκέντρωσης.
4. Η προσωπικότητα και η αντίληψη του γονέα για τη ζωή αλλά και το πώς βλέπει τον εαυτό του καθώς και το πώς τον βλέπουν οι άλλοι έχει άμεση επίδραση στην αντιμετώπιση της νοσηλείας του νεογνού και στην εμφάνιση θετικών ή αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων.

ΣΤ. ABSTRACT

The aim of this study was to assess the psychological feelings and express parent's experiences whose neonates admitted in NICU. Parents with a very sick infants are at risk to develop psychosomatic and emotional disorders. The methods of this study was a randomized controlled trial of 60 parents who have their infants in NICU. The questionnaires were submitted under the control of investigator. The research instruments were validated and included by the following tests : Demographic parameters , the questionnaire of HDHQ for aggressive, the questionnaire of OAS for self- esteem and how the others opinion about ourselves , the questionnaire of STAI about distress , the questionnaire of ESS about shame and in the end the questionnaire of SCL-90 for mental health.

The conclusions of the study was the following :

1. Mothers expressed higher depress and anxiety than fathers
2. The socioeconomical and educational status of parents have a strongly impacts to develop psychosomatic disorders
3. Most common responses and emotional feelings are grief, disparity, guilty, feelings of inadequacy, worry, loss of trust , shame , and inadequate of thinking.
4. The personality and the way of parents thinking in every day life events have an impact also how they feel and look their new born baby with negative or positive way of thinking

Ζ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2009
ΑΝΔΡΑΣ _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....

ΦΥΛΟ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____
ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΠΟΛΗ <150.000

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΠΟΛΗ >150.000

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;
 ΟΧΙ _____

ΝΑΙ _____

ΑΥΤΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΠΑΙΔΙ; ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:
ΑΝΕΡΓΟΣ _____

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΟΙΚΙΑΚΑ _____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ _____

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ _____

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ _____

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____

ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ _____

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ _____
ΑΥΤΗ;.....

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ'

ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ ΠΟΛΥ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΜΩΡΟ; ΝΑΙ _____
ΟΧΙ _____

ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΟΤΙ ΕΠΙΘΥΜΗΣΑΤΕ ΠΟΛΥ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΜΩΡΟ; ΝΑΙ _____
ΟΧΙ _____

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

(OAS)

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

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

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

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

85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαλακά Κ.- Ζαφειρίου . Παιδιατρική 2^η έκδοση University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003 : Νεογνολογία 38-117.
2. Saunders et al . Evaluation and development pf potentially better practices for improving family center in NICY as a quality improvement Initiative. Pediatrics 2003; 111e437-e449.
3. Fowlie et al. Suporting parents in NICU. MBJ 2004; 329(7478):1336-38.
4. Heerman et al. Mothers in the NICU:Outsider to partner. Pediatric Nursing. 2005;31 176-181.
5. Wigert et al . Health care professionals experiences of parental presence and participation in NICU. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2007;2:45-54.
6. Davis et al. Mothers involvement in caring for their premature infants: an historical interview. J. Advanced Nursing. 2003; 42:578-586.
7. Shaw et al. Acute stress disorder among parents of infants in NICU. Psychosomatics 47:3 ;May – June 2006.
8. Miles et al. The neonatal intensive care unit environment : sources of stress of parents. AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing 1991;2:346-354.
9. Maguire et al. Reading preterm infants; behavioural cues: An intervention study with parents with premature infants born< 32 weeks. Early Human Develpoment. 2007; 83: 419-424.
10. Redshaw M. infants in neonatal intensive care unit : parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005; 90: 96-104.
11. Singer et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA 1999; 281(9): 799-805
12. Browne et al. Family based intervention to enhance infant parent relationship in the neonatal intensive care unit. J. of Pediatric Pscychology 2005; 30:(8) 667-677.
13. Berns et al. Results of the premature birth national need birth gap study. J of Perinatology, 2007; 27: S38-S44.

14. Kaaresen et al. A randomised control trial of the effectiveness of an early intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006; 118: e9-e19.
15. Cuttini et al . Parenting visiting, communication and participation in ethical decisions a comparison of neonatal units in Europe. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2001;81: F 84-F91.
16. Melnyk et al. Maternal Anxiety and depression following a premature infants discharge from NICU:explanatory effects of the COPE. *Nurs Res* 2008; 57(6):383-394.
17. Carte et al. Parental stress in the NICU: the influence of personality, psychological pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health* 2007; 1: 40-50.
18. Franck S. et al. Parent views of infant pain and pain management in NICU. *New born and onfant Nursing reviews* , 2001; 2(6): 106-113.
19. Roman L. et al. parent to parent support in NICU . *Research in Nursing and Health* , 1995; 18: 385-394.
20. Bertini et al. Intrauterine mecahnaism of sychronisation . *Neonatal nursing Reviews* .1988; 19: 45-52.
21. Bion W. R. (1976 b) notes of memory and Desire. *The psychoanalytic forum*, II, 3.
22. Collin et al. emerging developmental sequelae in the normal extremely LBWI. *Pedoatrics* 1991; 88(1)Q 115-120.
23. Λαζαρίδου και συν . Συναισθήματα και αντιδράσεις γονέων κατά τη νοσηλεία του παιδιού τους σε ΜΕΝΝ και οι επιβαρυντικοί παράγοντες. *Paediatr N Gr* 2009, 21: 135-143.
24. Gotlieb G. et al . Conception of prenatal development . *Psychological Review* 1992, 83: 215-234.
25. Yutakal et al. emotional experiences of parents in NICU. *Psychosomatic Res.* 2009; 23(8) 12-20.
26. Beck et al. effects of neonatal risk maternal attitude and cognitive style on early postpartum adjustment *J. Abnormal Psychology*, 2004 ; 45 (8) 23-29.