



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ
ΜΕ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ»**

**Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Κασσιανή Γκεσούλη
Νοσηλεύτρια**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, καθ. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθ. , Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Στυλιανή Κοτρώτσιου, επ. καθ. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη

Εισαγωγή: Η νοσηλεία στην αιματολογική κλινική αποτελεί μια επιβαρυντική ψυχικά εμπειρία για τον ασθενή, την φροντίδα και στήριξη του οποίου αναλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειάς του. Η διαρκής φροντίδα του ασθενούς ωστόσο επιφέρει αρνητικά συναισθήματα και στον ίδιο τον φροντιστή όπως είναι το άγχος και η απόγνωση.

Σκοπός: είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και ο τρόπος που αυτή επηρεάζεται από την προσαρμοστικότητα των οικογενειών με μέλος τους στην αιματολογική κλινική.

Μέθοδος: Συμμετείχαν 60 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στην αιματολογική κλινική, από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο του έτους 2020. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία: την Κλίμακα Πνευματικότητας (SpREUK), την Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας (CD-RISC-25), την Κλίμακα Αντιμετώπισης Δυσκολιών - Προσαρμοστικότητας (F-COPE), την Κλίμακα Χιούμορ (HSQ) και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Η ηλικία ($\text{sig}=0.005<0.05$), το φύλο ($\text{sig}<0.05$), η επαγγελματική κατάσταση ($\text{sig}<0.05$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\text{sig}<0.05$), η ύπαρξη αδελφών ($\text{sig}=0.021<0.05$), το χρονικό διάστημα νοσηλείας ($\text{sig}<0.05$) και η εντατικότητα της φροντίδας ($\text{sig}<0.05$) είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών. Η πνευματικότητα και το χιούμορ αποτελούν διαστάσεις που σχετίζονται θετικά, ενισχύοντας την ψυχολογική ανθεκτικότητα των φροντιστών ($\text{sig}<0.05$).

Συμπέρασμα: Η προσαρμοστικότητα των φροντιστών σχετίζεται με την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα. Όσο μεγαλύτερη η προσαρμοστικότητα των φροντιστών τόσο μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα επιδεικνύουν.

Abstract

Introduction: Hospitalization in the hematology clinic is an aggravating mental experience for the patient, whose care and support are taken by his family members. The constant care of the patient, however, brings negative feelings to the caregiver himself, such as anxiety and despair.

Aim: is to investigate psychological resilience and how it is affected by the adaptability of families with a member in the hematology clinic.

Method: 60 relatives of patients who were treated at the hematology clinic participated, from January to March 2020. The questionnaire included the following psychometric tools: the Spirituality Scale (SpREUK), the RIS Certificate (CD-25) and the Psychic Scale, the F-COPE, the Humor Scale (HSQ) and a demographic questionnaire.

Results: Age (sig = 0.005 <0.05), gender (sig <0.05), professional status (sig <0.05), educational level (sig <0.05), the existence of siblings (sig = 0.021 <0.05), the time period hospitalization (sig <0.05) and intensive care (sig <0.05) are factors that affect the psychological burden of caregivers. Spirituality and humor are positively related dimensions, enhancing the psychological resilience of caregivers (sig <0.05).

Conclusion: The adaptability of caregivers is related to their psychological resilience. The greater the adaptability of caregivers, the greater their psychological resilience.

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
Abstract.....	3
Περιεχόμενα Πινάκων	6
Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
1.1 Τα είδη των φροντιστών	9
1.2 Ο ρόλος των συνοδών – συγγενών στη νοσηλεία των ασθενών	10
1.3 Εξέλιξη των κανονισμών επίσκεψης στις νοσοκομειακές κλινικές	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	16
2.1 Η επιβάρυνση της οικογένειας του ασθενή που νοσηλεύεται.....	16
2.2 Οι ανάγκες και σκέψεις της οικογένειας ασθενών σε νοσηλεία.....	19
2.3 Η ικανοποίηση που αντιλαμβάνονται και εκφράζουν οι συγγενείς ασθενών	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	23
3.1 Η ψυχική ανθεκτικότητα ως εργαλείο αντιμετώπισης της συναισθηματικής επιβάρυνσης.....	23
3.2 Το χιούμορ ως εναλλακτικό θεραπευτικό μέσο	25
3.3 Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην ανακούφιση της οικογένειας των νοσηλευόμενων ασθενών.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	29
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα μελέτης	29
4.2 Μεθοδολογία	29
4.3 Ερευνητικά εργαλεία	30
4.3.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων.....	30
4.3.2 Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC).....	30
4.3.3 Humor Styles Questionnaire (HSQ)	30
4.3.4 Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων	31
4.4 Στατιστική ανάλυση	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	33
5.1 Περιγραφική ανάλυση	33
5.2 Επαγωγική ανάλυση	39
Κεφάλαιο 5	49
5.1 Συζήτηση	49
5.2 Συμπεράσματα	52
5.3 Περιορισμοί – Προτάσεις	53
Βιβλιογραφία	54
Ξένη Βιβλιογραφία	54
Ελληνική Βιβλιογραφία	61
Ηλεκτρονικές Πηγές	62

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος	33
Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου του δείγματος ..	33
Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης, του τόπου διαμονής και τόπου διαμονής του ασθενή που φροντίζει το δείγμα .	33
Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του εκπαιδευτικού επιπέδου, της επαγγελματικής κατάστασης και της ύπαρξης αδελφών του δείγματος	34
Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ύπαρξης παιδιών και της συγγένειας με τον ασθενή του δείγματος.....	35
Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών και αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος.....	35
Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της συγγένειας με τον ασθενή του δείγματος	36
Πίνακας 8 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της διάρκειας νοσηλείας και των ωρών καθημερινής φροντίδας του συγγενή του δείγματος	36
Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του μοιράσματος της φροντίδας του συγγενή του δείγματος.....	37
Πίνακας 10 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ικανοποίησης από τη νοσηλεία και την πίστη στην πορεία του δείγματος	38
Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και την κλίμακα F-COPES και SpREUK	39
Πίνακας 12 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο πλήθος αδελφών του δείγματος και τις μεταβλητές των κλιμάκων	40
Πίνακας 13 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο και τις επιμέρους κλίμακες	41
Πίνακας 14 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας F-COPE και της κλίμακας CDR	42
Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας SpREUK και της κλίμακας CDR.....	43

Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας HSQ και της κλίμακας CDR.....	43
Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της διάρκειας νοσηλείας και του καθημερινού χρόνου φροντίδας με τις μεταβλητές των υποκλιμάκων	44
Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τις μεταβλητές των κλιμάκων F-COPE και CDR.....	45
Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα των απόψεων του δείγματος για τη συνεχή φροντίδα του ασθενούς.....	46
Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της ύπαρξης αδελφών και των μεταβλητών της HSQ.....	46
Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης με τις επιμέρους κλίμακες.....	47
Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της ικανοποίησης από τη νοσηλεία με τις επιμέρους κλίμακες.....	48

Εισαγωγή

Ο θεσμός της οικογένειας είχε και έχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των νοσούντων μελών της. Η ανθρώπινη φύση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παροχή φροντίδας και στο σύστημα της οικογένειας λαμβάνει διάφορες μορφές. Συγκεκριμένα, μέσα στην οικογένεια προκύπτει η ανάγκη για φροντίδα που απαιτεί ένα βρέφος έως και η ψυχολογική και σωματική φροντίδα ενός υπερήλικα. Οπότε, όλες οι ανάγκες που προκύπτουν στο οικογενειακό περιβάλλον, υπάρχει ένας μέλος που αναλαμβάνει την υποστήριξη του ατόμου που χρήζει φροντίδας, αποτελεί έχει χρέη οικογενειακού φροντιστή. Ο οικογενειακός φροντιστής δε διαθέτει εξειδικευμένες γνώσης και εκπαίδευση αλλά προσφέρει τις απαραίτητες υπηρεσίες στο σπίτι χωρίς, όμως χρηματική αμοιβή. Επίσης, το άτομο αυτό συνήθως αναλαμβάνει και το ρόλο του συνοδού σε περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία στο νοσοκομείο (Ferre – Grau et. al., 2008). Συνήθως, απαιτείται να βρίσκονται στο πλευρό του ασθενή όλο το 24ωρο, γεγονός που δεν προξενούσε έκπληξη πριν από πολλά χρόνια καθώς στα νοσοκομεία της Ευρώπης και της Αμερικής η πολιτική που εφαρμοζόταν ήταν απαγόρευση ελεύθερης εισόδου των οικογενειακών φροντιστών και αυστηρά ωράρια και συγκεκριμένοι κανονισμοί κατά τα επισκεπτήρια (Δημητριάδου και συν., 2017). Ερχόμενοι στο σήμερα, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης και μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο, για τον Έλληνα ασθενή, ο οποίος πιθανότατα θα αντιμετωπίζει και οικονομικά προβλήματα, η νοσηλεία του σε δημόσιο νοσοκομείο αποτελεί μονόδρομο. Λόγω των μεγάλων αυτών ελλείψεων και της μειωμένης ποιότητας, αδήριτη ανάγκη αποτελεί η συνοδεία του οικογενειακού φροντιστή (Stavrianou et. al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Τα είδη των φροντιστών

Εάν η σχέση μεταξύ του αποδέκτη φροντίδας και του ατόμου που την προσφέρει είναι ιδανική και καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή κρίνεται από πολλές παραμέτρους, μία εκ των οποίων είναι τα είδη φροντιστών που υπάρχουν. Αναλυτικότερα, ο φροντιστής αποτελεί το άτομο που είτε αμείβεται ή όχι και παρέχει σε κάποιον άλλο την απαραίτητη στήριξη, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες, οι οποίες μπορεί αφορούν τόσο τη ψυχολογία του ατόμου όσο και ανάγκες της καθημερινής σωματικής τους φροντίδας (Triantafillou et. al., 2006). Η διάκριση που υπάρχει μεταξύ των φροντιστών γίνεται σε τυπικούς ή επίσημους και σε άτυπους ή ανεπίσημους αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία των τυπικών φροντιστών ανήκουν τα άτομα που έχουν ορισμένη σχετική εκπαίδευση και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ως αμειβόμενοι τόσο κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο όσο και κατ'οίκον, μέσω προγραμμάτων όπως είναι το «Βοήθεια στο σπίτι». Για παράδειγμα, στους τυπικούς φροντιστές περιλαμβάνονται οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι και άλλες συναφείς ειδικότητες. Αντίθετα, στους άτυπους φροντιστές ανήκουν τα άτομα των οποίων το επάγγελμα τους μπορεί να είναι διαφορετικό και να προσφέρουν συνήθως τις υπηρεσίες τους αφιλοκερδώς. Στην κατηγορία αυτή μπορεί να ανήκουν μέλη της οικογένειας αλλά και άτομα του στενού κοινωνικού τους κύκλου όπως είναι οι γείτονες και οι φίλοι (Campen, 2013).

Σε αρκετές χώρες στις οποίες ο θεσμός της οικογένειας είναι αρκετά ισχυρός αδιαμφισβήτητα τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που θα λάβουν την φροντίδα του ασθενή, αν όχι αποκλειστικά τουλάχιστον σε ένα μεγάλο βαθμό. Παρόλα αυτά, τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά κινητικά προβλήματα ή τα ηλικιωμένα άτομα στηρίζονται για τις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και την οικονομική και ψυχολογική βοήθεια στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Hooren, 2010). Αξίζει να αναφερθεί ότι σε ορισμένες χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως είναι η Ελλάδα και η Ιταλία, τη φροντίδα ενός ασθενούς στο σπίτι αναλαμβάνουν συχνά μετανάστες άλλων χωρών (Hooren, 2010). Οι φροντιστές αυτοί αποτελούν επί τον πλείστον γυναίκες, οι οποίες έρχονται στις χώρες αυτές, αναζητώντας καλύτερες συνθήκες ζωής, δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά αμείβονται για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Αυτά τα άτομα ανήκουν σε ένα άλλο είδος άτυπου φροντιστή. Η αμοιβή, ωστόσο των γυναικών αυτών είναι ιδιαίτερα χαμηλή και πληρώνεται στην περίπτωση

των ηλικιωμένων από τις συντάξεις που πιθανόν λαμβάνουν οι ίδιοι (Εμκε – Πουλουπούλου, 2007).

1.2 Ο ρόλος των συνοδών – συγγενών στη νοσηλεία των ασθενών

Είναι γεγονός ότι η οικογένεια αποτελεί την σημαντικότερη πηγή από την οποία ένας ασθενής αντλεί δύναμη και ψυχολογική σταθερότητα προκειμένου να αντιμετωπίσει την ασθένεια του. Η μεγάλη αυτή στήριξη που του δίνεται είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς τον βοηθά να διατηρεί τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις που είχε πριν διαγνωσθεί η ασθένεια του. Ιδιαίτερα για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα η αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειας του και του κοινωνικού τους περίγυρου είναι μέγιστης σημασίας καθώς τους δίνει τη δυνατότητα να ζήσουν μια ποιοτική ζωή καθ' όλη τη διάρκεια που απαιτείται να έχουν συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που θα είναι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, προσπαθώντας να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, να τους παρέχουν ψυχολογική στήριξη προκειμένου να αποβάλλουν το άγχος τους και να τους ενθαρρύνουν να ακολουθήσουν αποτελεσματικά στη θεραπεία που τους έχει δοθεί (Locatelli et al., 1998 & Gurklis, 1995). Ταυτόχρονα, η οικογένεια μπορεί να πείσει τον ασθενή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας προκειμένου να είναι σε θέση να αναλάβει τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της αρρώστιας του (Oka, 1999 & Pope, 1999).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η οικογένεια αποτελεί μία ομάδα που απαρτίζεται από διάφορα μέλη που είτε συνδέονται μεταξύ τους με τους δεσμούς του γάμου είτε με αιματολογικούς δεσμούς ή δεσμούς υιοθεσίας και αναπτύσσουν σχέσεις και να ανταλλάσσουν συναισθήματα (Εγκυκλοπαίδεια Μπριτάνικα Οικογένεια, Εγκυκλοπαίδεια Υδρία-Καίμπριτζ-Ήλιος). Έτσι, η διάγνωση μίας αρρώστιας ενός μέλους της οικογένειας κλονίζει την ομαλότητα της οικογένειας. Η οικογένεια νιώθει ότι απειλείται από την αρρώστια, φοβάται και αγχώνεται για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Σε περιπτώσεις που η ασθένεια διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να επιφέρει τη συναισθηματική αλλά και τη σωματική εξουθένωση όλων των μελών της. Αφότου οι παραπάνω καταστάσεις παύουν να ισχύουν η οικογένεια ωφελείται και επανέρχεται στην κανονικότητα άμεσα (Dyer, 1991). Μέχρι, όμως την ίαση της ασθένειας τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να λειτουργούν αποτελεσματικά και να προσαρμοστούν στις καινούριες καταστάσεις καθώς η στάση αυτή επιδρά σημαντικά στο μέλος που νοσεί (Κυριακίδου, 1993).

Η οικογένεια αποτελεί ένα από τους βασικούς πυλώνες της κοινωνίας και διακρίνεται έντονα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ομάδας και του θεσμού. Διαμορφώνεται και προσαρμόζεται στα κοινωνικά εξωτερικά φαινόμενα και επηρεάζεται σημαντικά η εξέλιξη της από εσωτερικούς παράγοντες όπως είναι οι οικονομικοί, κοινωνικοί, ηθικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα μέλη της (Michel, 1981). Για να λειτουργήσει ισορροπημένα μια οικογένεια είναι απαραίτητη η θέσπιση κανόνων, η διαμόρφωση συγκεκριμένης δομής και ο ορισμός συγκεκριμένων συλλογικών στόχων που απαιτούν τη συμβολή όλων των μελών. Οι σχέσεις που διαμορφώνονται χαρακτηρίζονται από έντονη αλληλεπίδραση και εξάρτηση (Napier & Whitaker, 1978; Touliatos, Perlmutter et. al., 1990).

Μέσα στο περιβάλλον της οικογένειας τα μέλη της μαθαίνουν να εκφράζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους και εκπαιδεύονται ώστε να εκφράζουν βαθιά συναισθήματα όπως είναι η αγάπη, η οργή και ο πόνος (Ζαφείρης και συν., 1999). Οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας και ο τρόπος με τον οποίο αυτή δομείται και λειτουργεί διαφέρει αρκετά και εξαρτάται από τις δοκιμασίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα τα μέλη και τον τρόπο που καταφέρνουν να διαχειριστούν ή όχι καταστάσεις κρίσης (Ζαφείρης και συν., 1999).

Ένα συχνό είδος κρίσεις είναι όταν κάποιο από τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζει κάποιο ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα υγείας, καθώς η ύπαρξη ενός τέτοιου προβλήματος και η ανακοίνωσή του στην οικογένεια, προκαλεί τρομερό άγχος τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του. Οι συγγενείς του ατόμου που πάσχει διακατέχονται από αρνητικές σκέψεις σχετικά με την πορεία της υγείας του ασθενούς, ενώ αναθεωρούν συχνά τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τη ζωή, καθώς η αβεβαιότητα για το μέλλον και το ενδεχόμενο του θανάτου ανατρέπουν τους στόχους και τα όνειρα που είχαν για τη ζωή τους. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες τα νέα της ασθένειας μαθαίνουν πρώτοι οι συγγενείς εξαιτίας της επιβαρυνμένης κατάστασης της υγείας του ασθενή με αποτέλεσμα η συναισθηματική κατάσταση των συγγενών να φορτίζεται επιπλέον με το βαρύ φορτίο της αποκάλυψης της κατάστασης της υγείας στον ίδιο τον ασθενή (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Η κάθε οικογένεια αντιδρά με διαφορετικό τρόπο απέναντι στα ερεθίσματα και τις καταστάσεις και δημιουργεί δικές της άμυνες αντιμετώπισης των νέων καταστάσεων που προκαλεί η ασθένεια, ενώ ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη αντιμετωπίζουν τη νέα κατάσταση δεν σχετίζεται πάντα με το πόσο κρίσιμη είναι αυτή αλλά με τον τρόπο που επιλέγουν να αποδίδουν τα γεγονότα αυτά (Lazarus και Folkman, 1984). Παρόλα αυτά είναι αναγκαία η

προσαρμογή των μελών της οικογένειας στα νέα δεδομένα που επιφέρει η ασθένεια ώστε να μπορέσει να προσφέρει επαρκή φροντίδα και στήριξη, συναισθηματική και ψυχική στον ασθενή (Ormandy, 1997). Οι σοβαρές ασθένειες οδηγούν στην ανάγκη για νοσηλεία του ασθενή και στις περιπτώσεις αυτές είναι αναγκαία η διαρκής παρουσία ενός από τα μέλη της οικογένειάς του (Ferre – Grau et. al., 2008).

Το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες υγείας φορούν συγκεκριμένα ρούχα και χρώματα, υπάρχουν ορισμένοι κανόνες και οι περισσότεροι χρησιμοποιούν ειδική ορολογία προκειμένου να συνεννοηθούν. Με τον τρόπο αυτό η εισαγωγή του ασθενή σε ένα τέτοιο περιβάλλον αποτελεί ένα αγχωτικό γεγονός ενώ έχει αποδειχθεί πως η παρουσία ενός μέλους της οικογένειας του ασθενούς μπορεί να μετριάσει το στρες που βιώνει (Mora – Lopez, 2015). Ο άνθρωπος που συνοδεύει τον ασθενή για νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι επιφορτισμένος με πολλαπλούς ρόλους όπως είναι ο ρόλος του συντρόφου, του βοηθού, του καθοδηγητή, του εκπροσώπου και του οργανωτή, ενώ παράλληλα φροντίζει ώστε να καθησυχάζει τον ασθενή και να τον εμψυχώνει βοηθώντας τον έτσι να προσαρμοστεί στις συνθήκες νοσηλείας (Collier & Schrimp, 1992). Ένας από τους πιο συχνούς τρόπους με τον οποίο πολλοί από τους συγγενείς επιλέγουν να δείξουν στους συγγενείς τους πως κατανοούν το πρόβλημά τους και πως συμπάσχουν είναι να τους κρατούν συντροφιά όσο περισσότερο μπορούν φροντίζοντας για την ψυχική του ισορροπία αλλά και την ενημέρωσή τους για όσα συμβαίνουν στην οικογένεια και τον υπόλοιπο κόσμο το διάστημα που εκείνοι βρίσκονται έγκλειστοι στο δωμάτιο της κλινικής (Μπέλλου – Μυλωνά & Γερογιάννη, 2010). Δεν είναι λίγες οι φορές εκείνες που οι ασθενείς αναγκάζονται να μείνουν στην απομόνωση με αποτέλεσμα να εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους αφού χάνουν την επαφή με τους οικείους τους. Βέβαια εκτός από τη συναισθηματική στήριξη που προσφέρουν οι συγγενείς αναλαμβάνουν και τη διεκπεραίωση πρακτικών ζητημάτων όπως είναι για παράδειγμα η μεταφορά ενός ασθενή από και προς το νοσοκομείο, η επικοινωνία με τον γιατρό και η παροχή βοήθειας στη σίτιση και τη διατήρηση της ατομικής υγιεινής του ασθενούς όταν εκείνος δεν πλήρως σε θέση να τη φροντίσει (Miller et. al., 2016).

Ο συγγενής ως εκπρόσωπος του ασθενή φροντίζει να γνωστοποιεί στο ιατρικό προσωπικό τις ανάγκες και τις ενοχλήσεις που εκφράζει ο ασθενής αλλά και να συλλέγει το σύνολο των πληροφοριών που αφορούν στη πορεία της υγείας του ασθενούς αποκωδικοποιώντας τη ξύλινη γλώσσα των επαγγελματιών υγείας (Rotman – Pikielny et. al., 2007). Ο ρόλος του συνοδού – συγγενή του ασθενούς που νοσηλεύεται, δεν είναι καθορισμένος και κάθε φορά εξαρτάται από

τον ίδιο τον ασθενή , τον χαρακτήρα του και τις ανάγκες που εκφράζει ανάλογα με το στάδιο της ασθένειάς του (Miller et. al., 2016).

1.3 Εξέλιξη των κανονισμών επίσκεψης στις νοσοκομειακές κλινικές

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η νοσηλεία του αρρώστου γινόταν αποκλειστικά στο χώρο του σπιτιού και η παροχή βοήθειας προσφερόταν από τους οικείους του σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο (Hartley, 1990). Ωστόσο στη συνέχεια και κυρίως μετά τον Α' παγκόσμιο πόλεμο τα πράγματα σχετικά με τη νοσηλεία διαφοροποιήθηκαν σημαντικά, ενώ στη διαφοροποίηση αυτή συνέβαλαν σημαντικά η χρήση εμβολίων, η χορήγηση αντιβιοτικών και η επεξήγηση του ενδεδειγμένου τρόπου απολύμανσης των χεριών. Οι αλλαγές αυτές οδήγησαν και στην ανάγκη μετακίνησης της νοσηλείας των ασθενών από το σπίτι σε ένα πιο οργανωμένο περιβάλλον όπως αυτό του νοσοκομείου. Μετά και τον Β' παγκόσμιο πόλεμο η ταχεία εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ασθενών που επέλεγαν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα οι υπεύθυνοι να έλθουν αντιμέτωποι με το ζήτημα της ασφάλειας (Πλατή, 1986).

Ο Διευθυντής του νοσοκομείου ήταν εκείνος που αποφάσιζε αρχικά για την επίσκεψη των συγγενών ασθενών που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο, ενώ με το πέρασμα των χρόνων η επίσκεψη σε κάποιον ασθενή επιτρεπόταν μία φορά την εβδομάδα αρχικά και στη συνέχεια τρεις φορές την εβδομάδα. Την ευθύνη της τήρησης των κανόνων του επισκεπτηρίου φέρουν τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί και να επιτρέψει ή να απαγορεύσει τη προσέλευση των συγγενών των ασθενών ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης αυτών (Darbysbire, 1987). Για μερικά χρόνια συνέχισε να εφαρμόζεται η συνθήκη του ελεγχόμενου επισκεπτηρίου η οποία όμως καταρρίφθηκε από την έκθεση Platt που το 1959 εφάρμοσε για πρώτη φορά τη «στρατηγική» του ελεύθερου επισκεπτηρίου που επικράτησε κυρίως στις παιδιατρικές κλινικές και επέτρεπε την «ελεύθερη» επίσκεψη των συγγενών α' βαθμού (Sawley, 1992). Όπως ήταν φυσικό η απόφαση αυτή προκάλεσε την έντονη αντίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο εξέφρασε την έντονη ανησυχία του. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου οι ελεύθερες ώρες επισκεπτηρίου έγιναν αποδεκτές χωρίς κανένα περιορισμό.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παρουσία των γονιών στην περίπτωση νοσηλείας ενός παιδιού καθώς η απουσία αυτών έχει αναγνωριστεί ότι μπορούν να δημιουργηθούν αρκετά προβλήματα στην εξέλιξη της υγείας του παιδιού καθώς οι γονείς αποτελούν το σημαντικότερο και συναισθηματικότερο στήριγμα των παιδιών. Οι Διευθυντές των νοσοκομείων υποστήριξαν την ανάγκη αυτή παρέχοντας ανέσεις και εύκολη διανομή των γονέων κατά τη διάρκεια συνοδείας των τέκνων τους (Farrel, 1992). Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι η νοσηλεία ενός

παιδιού στο νοσοκομείο μεταφράζεται στο ίδιο ως απειλή καθώς είναι σε ένα μη οικείο περιβάλλον και επικοινωνεί με ξένους ανθρώπους αφού τα αγαπημένα τους πρόσωπα βρίσκονται μακριά. Επίσης, ορισμένες φορές είναι αναγκαίο να υποβάλλεται σε διάφορες χειρουργικές παρεμβάσεις, οι οποίες του στερούν την αυτονομία και την ελευθερία του. Αναλυτικότερα, το παιδί βιώνει το αίσθημα του φόβου καθώς εισάγεται στο νοσοκομείο αφού πιστεύει ότι θα τραυματιστεί και θα πονέσει. Οπότε όπως γίνεται κατανοητό η συνοδεία των γονιών είναι άκρως απαραίτητα στα παιδιά (Ευαγγέλου, 2001).

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις απόψεις που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τα την αναγκαιότητα της παρουσίας των γονιών κατά τη νοσηλεία των τέκνων προέκυψε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (80%) δήλωσε ότι για την ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη των παιδιών η παρουσία των γονιών κρίνεται αναγκαία. Ταυτόχρονα, το 70% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι οι γονείς φέρουν την ικανότητα να υποστηρίξουν ψυχολογικά τα παιδιά τους (Evangelou et al., 2003).

Ακόμη, από μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οι γονείς στην ερώτηση σχετικά με το εάν επιθυμούν την παρουσία των γονιών σε κάποιες παιδιατρικές διαδικασίες που μπορεί να είναι επίπονες δήλωσαν σε ποσοστό 74.6%, ότι θέλουν να παρευρίσκονται καθώς πιστεύουν ότι τα παιδιά τους θα αισθάνονται ασφάλεια, οπότε θα συνεργάζονται καλύτερα (Kyritsi et al., 2004). Τέλος, η παρουσία των γονιών δίπλα στα παιδιά μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην ικανοποίηση των σωματικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών τους (Evangelou et al., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η επιβάρυνση της οικογένειας του ασθενή που νοσηλεύεται

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας που έχουν λάβει τις ευθύνες του φροντιστή στα πάσχοντα μέλη ή τα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας περιορίζονται καθώς τους στερείται η δυνατότητα να συμμετέχουν στις συνηθισμένες δραστηριότητες τους και στις κοινωνικές τους συναναστροφές. Έτσι, το επίπεδο της ευημερίας τους μειώνεται (Wade et. al., 1986). Στην περίπτωση που τα άτομα αυτά δε λαμβάνουν καμία υποστήριξη τόσο οικονομική όσο και ψυχολογική από την υπόλοιπη κοινότητα και έχουν έλλειψη σε πόρους, τότε αυτή η κατάσταση κοστίζει ακόμα περισσότερο στους φροντιστές (Zarit, 1992). Φυσικά αυτό μπορεί να έχει, επίσης, αρνητικές επιπτώσεις και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους νοσούντες.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζεται τόσο η σωματική υγεία του φροντιστή, ο οποίος εμφανίζει αυξομειώσεις στο βάρος (Marks et. al., 2008) όσο και η συναισθηματική και ψυχολογική ευημερία του καθώς έρχεται αντιμέτωπος με το αίσθημα της θλίψης (Kang, 2006). Η κατανόηση του όρου «επιβάρυνση» του φροντιστή αποτελεί ένα χρήσιμο τρόπο για να γίνουν αντιληπτές οι αρνητικές συνέπειες που φέρει η παροχή φροντίδας σε αυτόν. Εντούτοις, ο συνδυασμός του όρου της επιβάρυνσης με άλλους όρους όπως είναι το άγχος αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς και είναι ευκολότερο να μετρηθεί (Parks, 1991).

Γενικότερα, ως επιβάρυνση του φροντιστή θεωρούνται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας λόγω της ασθένειας που αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειας (Garlo et. al., 2010). Παράλληλα, οι Dillehay & Sandys (1990) ορίζουν την επιβάρυνση ως μία ψυχολογική κατάσταση που προκύπτει από τη σωματική κόπωση και τη συναισθηματική πίεση που βιώνουν λόγω ορισμένων κοινωνικών και οικονομικών αναγκών που φέρει η προσφορά φροντίδας. Συνοπτικά, ο εφ' όλης της ύλης όρος για την επιβάρυνση συμπεριλαμβάνει σωματικές και συναισθηματικές περιγραφές και οικονομικές αντιδράσεις στις μεταβολές και τις ανάγκες που προκύπτουν από τη βοήθεια που προσφέρεται σε άτομο που αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα υγείας (Pearlin et. al., 1990).

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος και κοινός ορισμός για την επιβάρυνση και οι ερευνητές αδυνατούν να προσδιορίζουν ένα συγκεκριμένο όρο λόγω της πολυπλοκότητας που εμφανίζει ο όρος. Υπάρχει, όμως ομοφωνία σχετικά με το διαχωρισμό

της επιβάρυνσης σε υποκειμενική και αντικειμενική παρόλο που ο ορισμός γίνεται ακόμη πιο πολύπλοκος. Αναλυτικότερα, η αντικειμενική επιβάρυνση αναφέρεται στη σωματική ή λειτουργική και φυσική προσφορά βοήθειας. Για παράδειγμα, ο συνολικός αριθμός των ωρών που δαπανούν στη φροντίδα ανήκει στην κατηγορία αυτή. Αντιθέτως, η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά τη συναισθηματική ή ψυχολογική φόρτιση με την οποία επιβαρύνονται οι φροντιστές λόγω της αντικειμενικής επιβάρυνσης. Μία τέτοια φόρτιση μπορεί να είναι το στρες (Montgomery et. al., 1985).

Ο διαχωρισμός την έννοιας οφείλεται στους Hoenig και Hamilton, οι οποίοι ανέλυσαν την έννοια αυτή για πρώτη φορά το 1966. Τόνισαν την ανάγκη να γίνει διαχωρισμός των δραστηριοτήτων και των ενεργειών που προκύπτουν από την παροχή υγείας. Ωστόσο, ο Zarit και οι συνεργάτες του το 1980 ορίσαν την έννοια ως ειδική και υποκειμενική διαδικασία καθώς και ερμηνεύσιμη. Συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι δεν αποτελεί ένα αναπόφευκτα αρνητικό αποτέλεσμα της παρεχόμενης βοήθειας αλλά είναι η υποκειμενική ερμηνεία του φροντιστή σχετικά τις ενέργειες που εκτελεί αλλά και τις προσωπικές αντιδράσεις στη συμπεριφορά του ασθενή (Chou, 2000). Σε τι ποσοστό ο φροντιστής θα επιβαρυνθεί από την φροντίδα που παρέχει εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά τους και σε τι βαθμό φέρει ευθύνες για την φροντίδα του πάσχοντα. Οι φροντιστές με ορισμένα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά φαίνεται πως είναι πιο επιρρεπείς στο να επιβαρυνθούν. Συνήθως, οι γυναίκες μια ορισμένης ηλικίας οι οποίες δεν έχουν κάποια εργασία και προέρχονται από ένα χαμηλό και κοινωνικό επίπεδο επιβαρύνονται περισσότερο.

Οι γυναίκες είναι αυτές που συνήθως αναλαμβάνουν χρέη οικογενειακού φροντιστή, οπότε εξαιτίας του ότι αντιμετωπίζουν πιο συναισθηματικά τη διαδικασία σε σχέση με τους άντρες που δρουν πιο διακπρωτικά και εκτίθενται περισσότερο στην επιβάρυνση εξαιτίας του φαινομένου «γυναίκες στη μέση», δηλαδή των πολλαπλών ρόλων που έχουν αναλάβει στη σύγχρονη κοινωνία (Glazer, 1990).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν μία σωρεία κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που έχουν σημαντικό ρόλο στην στάση της οικογένειας σχετικά με την οικογενειακή ευημερία. Αποδεδειγμένα το εισόδημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στο εάν ο επιβαρυνόμενος φροντιστής θα δαπανήσει χρήματα προκειμένου να προσλάβει ένα άτομο για να προσφέρει τις αναγκαίες υπηρεσίες στον ασθενή (Loomis, 1995). Στην περίπτωση που ο φροντιστής δε μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά δε θα μπορέσει να αγοράσει αυτές τις υπηρεσίες. Συνεπώς το εισόδημα αποτελεί μέτρο πρόβλεψης για το βαθμό επιβάρυνσης (Fink, 1995). Επιπρόσθετοι

κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν οι πολιτισμικές αξίες και η κουλτούρα καθώς και η προσωπική υγεία του φροντιστή, η οποία αναλόγως της κατάστασης που βρίσκεται επιβαρύνεται επιπλέον από την φροντίδα που παρέχει. Σχετικά με το πώς επηρεάζεται η ψυχολογία του φροντιστή εξαρτάται από την υποχρέωση που έχει και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Όσον αφορά το αίσθημα της υποχρέωσης αποτελεί ένα από τα βασικότερα κίνητρα για την παροχή φροντίδα, στην περίπτωση των συγγενών και συσχετίζεται σημαντικά με την απόδοση ευθύνης σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενή (Helene, 1993). Από έρευνες που έχουν γίνει αποδεικνύεται ότι η σχέση φροντιστή- φροντιζόμενου επηρεάζεται από παράγοντες όπως η στοργή και η αμοιβαιότητα και από την άποψη ότι η οικογένεια είναι σημαντικότερο από το άτομο (Knafl, 1993). Μεγάλη σημασία στην μείωση της πολυπλοκότητας της φροντίδας έχει η αλληλεπίδραση που τα δύο αυτά άτομα είχαν πριν τη διάγνωση της ασθένειας. Δηλαδή, όσο πιο ποιοτική σχέση υπάρχει μεταξύ αυτών τόσο λιγότερο θα επιβαρύνεται ο φροντιστής.

2.2 Οι ανάγκες και σκέψεις της οικογένειας ασθενών σε νοσηλεία

Η νοσηλεία ενός μέλους της οικογένειας δημιουργεί πληθώρα σκέψεων και αναγκών σε όλη την οικογένεια. Συγκεκριμένα, έχει πραγματοποιηθεί μία σειρά ερευνών που εντοπίζουν και κατηγοριοποιούν τις ανάγκες. Μερικές από αυτές, κατηγοριοποιούν τις ανάγκες ως την άνεση, την υποστήριξη που προσφέρουν στους νοσούντες, την εγγύτητα που έχουν με τον ασθενή και την πληροφόρηση και την επιβεβαίωση που δέχονται από αυτούς (Chatzaki et al., 2012, Khalaila, 2012, Obringer et al., 2012, Hinkle, 2011). Παράλληλα, άλλες έρευνες τις ομαδοποιούν σε τέσσερις κατηγορίες. Αυτές είναι οι γνωστικές, οι κοινωνικές, οι πρακτικές και οι συναισθηματικές (Verhaeghe et al., 2005). Αξίζει να τονιστεί ότι στην κατηγορία της ανάγκης για πληροφόρηση συμπεριλαμβάνεται και η ανάγκη για ακριβή ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, ώστε να τους γεμίζει ελπίδες. Η ενημέρωση σε τακτική βάση για την πορεία της υγείας του ασθενούς, έχει μεγάλη σημασία για τους συγγενείς – συνοδούς του ασθενούς, όπως και η γνώση όλων των προγνωστικών της ιατρικής ομάδας για την έκβαση του ασθενούς, αλλά και η άποψη του νοσηλευτικού προσωπικού για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς και η γνώμη τους αναφορικά με τις πράξεις στις οποίες θα μπορούσαν να προχωρήσουν ώστε να προσφέρουν όσο περισσότερη φροντίδα μπορούν στα αγαπημένα τους πρόσωπα που υποφέρουν. Επιπλέον, είναι άκρως σημαντικό οι συγγενείς να αντιλαμβάνονται τις πληροφορίες που δέχονται ενώ σε περίπτωση αλλαγής στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, κατά την οποία απουσιάζουν θα πρέπει να ενημερώνονται άμεσα, τηλεφωνικώς για τα νέα δεδομένα (Plakas et al., 2009).

Οι συνοδοί θα πρέπει να γνωρίζουν σε ποιο άτομο από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση που έχουν κάποιες απορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του συγγενή τους που νοσηλεύεται αλλά και ποιον θα πρέπει να έχουν δίπλα τους όταν η κατάσταση του ασθενούς επιδεινωθεί (Chatzaki et al., 2012). Οι συγγενείς του ασθενούς που νοσηλεύεται για αρκετά μεγάλο διάστημα στην αιματολογική κλινική του νοσοκομείου έχουν τη συνήθεια να ρωτούν ξανά και ξανά τους επαγγελματίες υγείας για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς σε μια προσπάθεια να ικανοποιήσουν την έντονη ανάγκη τους για επιβεβαίωση. Την ίδια στιγμή η οικογένεια του ασθενούς ανησυχεί ιδιαίτερα για το εάν ο ασθενής λαμβάνει τη προβλεπόμενη ποιότητα φροντίδας και έχει την ανάγκη να συνομιλεί συχνά με το ιατρικό προσωπικό καθώς αυτό δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς (Chatzaki et al., 2012; Khalaila, 2012).

Αναφορικά με τις ανάγκες των συνοδών ασθενών στην αιματολογική κλινική, γίνεται αντιληπτό πως οι συγγενείς έχουν αυξημένες ανάγκες για την απόκτηση ελπίδας, τον καθησυχασμό, την αίσθηση πως δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος για τον άνθρωπό τους, την ενημέρωση λειτουργίας θρησκευτικών και άλλων υπηρεσιών συναισθηματικής ή οικονομικής στήριξης. Η ύπαρξη εντός του χώρου του νοσοκομείου ή στις ευρύτερες εγκαταστάσεις αυτού ενός χώρου προσευχής μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά ως προς τον ψυχισμό των ασθενών καθώς με τον τρόπο αυτό μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Chatzaki et al., 2012, Khalaila, 2013).

Επιπλέον εξαιρετικά σημαντική για τους συνοδούς είναι η ύπαρξη ενός χώρου αναμονής κοντά στο θάλαμο νοσηλείας του συγγενούς τους, η διατήρηση ενός καθορισμένου ωραρίου επισκέψεων και η δυνατότητα τακτικών επισκέψεων κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς. Η εξασφάλιση της εγγύτητας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίηση των συγγενών του ασθενούς που νοσηλεύεται. Ιδιαίτερα θα πρέπει να αναφερθεί πως είναι σημαντικό για τους συγγενείς να βρίσκονται κοντά του κατά την ώρα του θανάτου καθώς με τον τρόπο αυτό θεωρείται πως καταφέρνουν να διασφαλίσουν την αξιοπρέπεια του θανόντα ενώ οι ίδιοι διασφαλίζουν την ορθή λειτουργία του συστήματος (Plakas et al., 2009).

Ακόμη είναι απαραίτητο για την οικογένεια τόσο ο χώρος αναμονής στον οποίο βρίσκονται όσο και ο θάλαμος στον οποίο νοσηλεύεται ο συγγενής τους να είναι άνετος, να υπάρχει συνεχής καθαριότητα και να υπάρχει φιλικό κλίμα από τη πλευρά των επαγγελματιών υγείας ώστε να νιώθουν πως η παρουσία τους στο χώρο είναι αποδεκτή (Chatzaki et al., 2012, Khalaila 2012).

2.3 Η ικανοποίηση που αντιλαμβάνονται και εκφράζουν οι συγγενείς ασθενών

Οι ανάγκες των συνοδών ασθενών και η ικανοποίηση των αναγκών αυτών αποτελεί ένα ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα τους ερευνητές σε διεθνές επίπεδο. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα οποιαδήποτε εμπόδια και να στηριχθεί η οικογένεια σε ηθικό και ψυχολογικό επίπεδο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μιας κάθε κλινικής θα πρέπει να φροντίζει τις ανάγκες της οικογένειας το ίδιο με τις ανάγκες του ασθενή που νοσηλεύεται. Οι πιο βασικές ανάγκες που καλούνται να καλύψουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ψυχική τους αστάθεια και η ανάγκη τους για επαρκή πληροφόρηση σε κάθε στάδιο της νοσηλείας του ασθενούς στην κλινική, από τη πρώτη μέχρι και την τελευταία ημέρα νοσηλείας (Davidson, 2009). Η ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών ασθενών που νοσηλεύονται είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς μπορεί να περιορίσει τη συναισθηματική τους επιβάρυνση, ενώ ταυτόχρονα οι σχέσεις ανάμεσα σε ιατρικό προσωπικό και οικογένεια βελτιώνεται αισθητά (Κούρτη κ. ά., 2014).

Η ικανοποίηση της οικογένειας του ασθενούς εξαρτάται από δύο βασικούς παράγοντες, την προσοχή με την οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας τον ασθενή γεγονός που σχετίζεται με τις ικανότητες του προσωπικού και το ενδιαφέρον που δείχνουν για τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς και την ποιότητα λήψης των αποφάσεων (Μαλλιάρου κ. ά., 2012). Η πολιτική των νοσοκομείων στην Ελλάδα αναφορικά με το ζήτημα του επισκεπτηρίου είναι ιδιαίτερα αυστηρή γεγονός που ενισχύει την έκφραση παραπόνων από τη πλευρά της οικογένειας σχετικά με τη συχνότητα και τη χρονική διάρκεια των επισκέψεων που τους επιτρέπονται (Plakas et al., 2009). Την ίδια στιγμή αρνητική είναι η εικόνα που περιγράφουν οι συγγενείς ασθενών σχετικά με το χώρο αναμονής των περισσότερων κλινικών εντός των νοσοκομείων καθώς υπάρχουν μόνο μερικές καρέκλες χωρίς ο χώρος να είναι ιδιαίτερα προσεγμένος. Η ενημέρωση που λαμβάνουν οι συγγενείς των ασθενών σε πολλές περιπτώσεις χαρακτηρίζεται ως ελλιπής καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα ενημερωτικά φυλλάδια στους χώρους αναμονής της κλινικής προκειμένου οι συγγενείς να γνωρίζουν όσα είναι αναγκαία αλλά περιορίζονται στην ενημέρωση που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου. Στην προσπάθειά τους να αντλήσουν κάποια χρήσιμη πληροφορία για την κατάσταση της υγείας του συγγενή τους πολλοί συνοδοί μένουν στους χώρους αναμονής έξω από την κλινική με την ελπίδα πως θα λάβουν κάποιες πληροφορίες (Plakas et al., 2009).

Έρευνες όπως αυτή των Chatzaki et al (2012) έχουν δείξει πως εξαιρετικά σημαντικό είναι για τις οικογένειες των ασθενών να νιώθουν πως δεν έχει χαθεί κάθε ελπίδα, ενώ στην ίδια έρευνα βρέθηκε πως οι ηλικιωμένοι συγγενείς των ασθενών φαίνεται να νιώθουν μεγαλύτερη ευθύνη αναφορικά με τη συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Μέσα από τη μελέτη της ικανοποίησης των συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται γίνεται απόλυτα κατανοητό το επείγον του προσδιορισμού του συνόλου των αναγκών πρακτικών και συναισθηματικών, της οικογένειας που βρίσκεται κοντά στον ασθενή που νοσεί, ενώ τονίζεται η σημασία που έχει οι συγγενείς να αντιμετωπίζονται από το ιατρικό προσωπικό σαν να είναι εκείνοι που νοσούν, θεωρώντας τους αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. (Nolen & Warren, 2014). Προκειμένου να δοθεί μεγαλύτερη σημασία στις ανάγκες κάθε οικογένειας προτείνεται η ανάθεση σε συγκεκριμένο νοσηλευτή κάθε φορά της υποστήριξης και ενημέρωσης της οικογένειας ώστε να υπάρξει καλύτερη και πληρέστερη παροχή φροντίδας προς τον ασθενή (Nelson & Plost, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Η ψυχική ανθεκτικότητα ως εργαλείο αντιμετώπισης της συναισθηματικής επιβάρυνσης

Ένα μέσο που μπορεί να βοηθήσει και να προστατεύσει τους ανθρώπους από καταστάσεις έντονου άγχους είναι η ψυχική ανθεκτικότητα η οποία μπορεί να καταπολεμήσει το οξύ στρες και τα συμπτώματα κατάθλιψης (Min et al., 2013; Davidson et al., 2005). Η ψυχική ανθεκτικότητα ωστόσο αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που εξαρτάται από τη δυναμική του χαρακτήρα του ανθρώπου και τη δυνατότητά του να ανταπεξέλθει απέναντι σε δύσκολες συνθήκες, να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα και να διατηρήσει ασφαλείς σχέσεις (Windle et al., 2011).

Η διεθνής βιβλιογραφία δεν περιλαμβάνει ικανοποιητικό αριθμό ερευνών σχετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα των συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται ώστε τα συμπεράσματα που εξαγονται να θεωρούνται απόλυτα ασφαλή (Schmidt & Azoulay, 2012). Ένα παράδειγμα έρευνας σχετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα των συνοδών, διεξήχθη το 2016 σε τρεις νοσοκομειακές μονάδες των ΗΠΑ σε συγγενείς ατόμων που νοσηλεύονταν για περισσότερο από 2 ημέρες σε μονάδα αυξημένης φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν περίπου οι μισοί από τους συνοδούς των ασθενών που νοσηλεύονταν είχαν ιδιαίτερα αυξημένα αποθέματα ψυχικής ανθεκτικότητας, ενώ οι πλειοψηφία των συνοδών εξέφρασε θετική άποψη απέναντι στο επίπεδο φροντίδας που παρείχε στους συγγενείς τους το ιατρικό προσωπικό και τις αποφάσεις που έλαβε αναφορικά με τη θεραπεία του ασθενούς. Όσοι από τους συνοδούς εξέφρασαν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν λιγότερο άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν περιορισμένα.

Αντιλαμβάνεται κανείς πως η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα που μπορεί να ελέγξει και να μειώσει σημαντικά το άγχος και τη συναισθηματική επιβάρυνση των συγγενών. Ωστόσο κύριος παράγοντας καταπολέμησης του άγχους της οικογένειας του ασθενούς που νοσηλεύεται αποτελεί η συχνή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η υγεία του ασθενούς, προετοιμάζοντάς τους για την αρνητική τροπή που μπορεί να πάρει η υγεία του συγγενή τους ή για τον επικείμενο θάνατό του (Lautrette et al., 2007). Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένα στοιχείο έμφυτο ή αν κάποιος μπορεί να το αποκτήσει μέσα από διάφορες πνευματικές διεργασίες και με το πέρασμα των χρόνων (Luthar et al., 2000). Υπάρχει

η άποψη πως μέσα από τις κατάλληλες συμπεριφορικές θεραπείες το άτομο μπορεί να ενισχύσει τη ψυχική του ανθεκτικότητα, αποκτώντας μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα και διανοητική ευελιξία, εξελίσσοντας το χιούμορ του αλλά και την ικανότητά του να αντιμετωπίζει δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις (Sottile et al., 2016; Milne, 2007). Επιπλέον οι μελέτες των Mealer et al. (2014) αλλά και των Foureur et al. (2013) υποστηρίζουν πως η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα εργαλείο αντιμετώπισης της συναισθηματικής επιβάρυνσης το οποίο μπορεί κανείς να αποκτήσει σταδιακά και μέσα από γνωστικές διαδικασίες. Τέλος μέσα από την έρευνα Wong et al (2018) σε νοσοκομεία της Αυστραλίας βρέθηκε πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα καθοριστικός στην ανθεκτικότητα που επιδεικνύουν οι συγγενείς του ασθενούς που νοσηλεύεται. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με το ρόλο του συμβούλου και εμπνευστή των συγγενών, δίνοντας τους οδηγίες για τις πληροφορίες που αναζητούν σχετικά με τη θεραπεία, την ασθένεια και από εξωτερικούς φορείς προκειμένου να κατανοήσουν πλήρως το στάδιο της ασθένειας του συγγενούς τους και να αντιληφθούν τις εναλλακτικές που μπορούν να ακολουθήσουν για τη θεραπεία του ή όταν αυτή δεν είναι εφικτή για τη μείωση των συμπτωμάτων και του πόνου που δημιουργεί η ασθένεια. Με τον τρόπο αυτό οι νοσηλευτές συμβάλλουν ενεργά και άμεσα στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των συνοδών, μέσα από τη πλήρη γνώση και τη ψυχική στήριξη και ενθάρρυνση να συνεχίζουν να παρέχουν βοήθεια στα αγαπημένα τους πρόσωπα.

3.2 Το χιούμορ ως εναλλακτικό θεραπευτικό μέσο

Είναι κοινώς αποδεκτό πως ο εγκέφαλος αποτελεί ένα πολύπλοκο «εργαλείο» που χωρίζεται σε διαφορετικά μέρη και εκτελεί διαφορετικές λειτουργίες. Δεν υπάρχει σαφής επιστημονική απάντηση αναφορικά με το εάν το γέλιο είναι αποτέλεσμα των διεργασιών που πραγματοποιούνται σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου ή εάν είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας περισσότερων τμημάτων. Ο Derks (1987) πραγματοποίησε μια έρευνα στην οποία κατάφερε να εντοπίσει κάποια κύματα εγκεφαλικής δραστηριότητας που ήταν αποτέλεσμα της αντίδρασης των υποκειμένων απέναντι σε χιουμοριστικό υλικό. Στα υποκείμενα που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας του ο Derks συνέδεσε ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που μετρούσε τις αντιδράσεις και τις δραστηριότητες του εγκεφάλου όταν αυτοί γελούσαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης απέδειξαν πως κατά τη διάρκεια εξιστόρησης ενός αστείου υπήρχε δραστηριότητα του εγκεφάλου σε τμήματα που σχετίζονται με τις κοινωνικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, ενώ παρατηρήθηκε ερεθισμός του τμήματος κίνησης που προκαλεί φυσικές αντιδράσεις στο άκουσμα ενός αστείου (www.howstuffworks.com).

Καθώς φαίνεται το χιούμορ είναι αποτέλεσμα μιας σειράς αντιδράσεων η πραγματοποίηση των οποίων απαιτεί την ορθή λειτουργία κάθε επιμέρους περιοχής του εγκεφάλου. Αυτό σημαίνει πως αν σε κάποια περιοχή του εγκεφάλου εντοπιστεί πρόβλημα τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να επηρεαστεί η αίσθηση του χιούμορ του ατόμου ή και η ανταπόκρισή του σε αυτό. Το γέλιο αποτελεί ένα μέσο που μπορεί να προκαλέσει θετικά συναισθήματα στον άνθρωπο για αρκετό χρονικό διάστημα. Την ίδια στιγμή είναι ένα εργαλείο που μπορεί να αποφορτίσει τον άνθρωπο βοηθώντας τον να παρατηρήσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει από διαφορετική οπτική γωνία και να αντιληφθεί πως δεν είναι τόσο δύσκολα όσο πίστευε. Μέσα από το γέλιο το άτομο ανακουφίζεται από το άγχος και την πίεση που βιώνει λόγω των προβλημάτων με τα οποία είναι αντιμέτωπος και απελευθερώνεται από τα άσχημα συναισθήματα με τα οποία είναι αντιμέτωπο όπως είναι ο θυμός και η ένταση. Εκτός φυσικά από την θετική επίδραση που έχει στην ψυχολογία του ατόμου το χιούμορ θα πρέπει να υπογραμμιστεί το γεγονός πως θετικά αποτελέσματα επιφέρει και στο ανθρώπινο σώμα. Μέσα από το γέλιο επιταχύνεται η απελευθέρωση ενδορφινών, οι οποίες αποτελούν φυσικές χημικές ουσίες του οργανισμού και προκαλούν ένα αίσθημα ευχαρίστησης, απαλύνοντας τον πόνο του ατόμου (www.ianr.unl.edu).

Το χιούμορ αποτελεί έναν τρόπο για να μειωθεί η απόσταση μεταξύ δύο ανθρώπων, ενώ αποτελεί απαραίτητο συστατικό που πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε έκφανση της καθημερινής ζωής. Όσο δύσκολες κι αν είναι οι συνθήκες που βιώνει ένας άνθρωπος, το χιούμορ μπορεί να φανεί ευεργετικό, αφού έχει και την ικανότητα να ενώσει τα μέλη μιας οικογένειας ή τα άτομα που εργάζονται στον ίδιο χώρο ή στην περίπτωση που εξετάζουμε μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα στους συνοδούς και το ιατρικό προσωπικό ενώ η επίδραση του είναι ταυτόχρονα θετική και για τον ίδιο τον ασθενή (www.ianr.unl.edu). Μέσα από το γέλιο οι άνθρωποι έρχονται πιο κοντά, δένονται και νιώθουν πως αποτελούν μέλη της ίδιας ομάδας. Παράλληλα, η δράση του χιούμορ είναι θεραπευτική καθώς κινητοποιεί το άτομο ώστε να μην τα παρατήσει, μειώνοντας τη ψυχική επιβάρυνση που αισθάνεται εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζει όπως είναι η νοσηλεία ενός αγαπημένου προσώπου, μειώνεται το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης και ενισχύεται το αίσθημα του κινήτρου (www.ianr.unl.edu).

3.3 Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην ανακούφιση της οικογένειας των νοσηλευόμενων ασθενών

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικός για τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική του νοσοκομείου, ωστόσο η συμβολή τους είναι σπουδαία και σε ότι αφορά τις οικογένειες των ασθενών αυτών, οι οποίες βρίσκονται στο πλευρό των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας τους. Ιδιαίτερα οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι που διαθέτει το νοσοκομείο μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους συνοδούς των νοσηλευόμενων ασθενών στηρίζοντάς τους συναισθηματικά και δίνοντάς τους τις κατάλληλες συμβουλές ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο ρόλο της φροντίδας του αγαπημένου τους προσώπου. Η έρευνα των Hudson και συν. (2002), απέδειξε πως οι συγγενείς ανθρώπων που είναι αντιμετώπι με τον καρκίνο χρειάζονται ιδιαίτερη καθοδήγηση και υποστήριξη καθώς δεν είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης και τον νέο ρόλο που καλούνται να φέρουν εις πέρας. Μέσα από τη δημιουργία μιας σταθερής σχέσης επικοινωνίας ανάμεσα στους λειτουργούς του χώρου Υγείας και στους συγγενείς των καρκινικών ασθενών έχει αποδειχθεί πως μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά η πορεία της θεραπείας του ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στη προνομιακή θέση να γνωρίζουν πριν από τους συγγενείς και την οικογένεια την ακριβή κατάσταση της υγείας του ασθενούς με αποτέλεσμα να έχουν τη δυνατότητα να χειριστούν με

πιο αποτελεσματικό τρόπο τους συγγενείς προετοιμάζοντάς τους για την φροντίδα που θα χρειαστεί ο ασθενής και τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει εξαιτίας της ασθένειάς του. Η παρακολούθηση των συγγενών του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό προκειμένου να διαπιστωθεί εάν εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης ή έντονα σημάδια κόπωσης ώστε να δράσει άμεσα επιλύοντας άμεσα το όποιο πρόβλημα προκύπτει. Η εκπαίδευση των συγγενών των ασθενών προκειμένου να γνωρίζουν πως να συμπεριφερθούν και πως να φροντίσουν τους συγγενείς τους είναι μια ευθύνη που βαραίνει αποκλειστικά τους λειτουργούς Υγείας. Εκτός της εκπαίδευσης αυτής, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συζητούν με την οικογένεια των ασθενών προκειμένου να ακούσουν τις ανησυχίες τους, να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες τους και να ενισχύσουν την ψυχολογία τους, ενώ θα πρέπει να τονίσουν στους συγγενείς πως η φροντίδα του ασθενούς, ειδικά όταν γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να λειτουργήσει αρνητικά για τη προσωπική τους ζωή, αφού οι περισσότεροι παραμελούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά και τα δικά τους προσωπικά προβλήματα.

Σύμφωνα με την έρευνα Thulesius και συνεργατών (2003), περιγράφονται οι δραστηριότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν σα στόχο την ενίσχυση της οικογένειας του ασθενούς, ως το αποτέλεσμα της κατανόησης των αναγκών τους και την αρμονικής συνεργασίας τους. Στόχος κάθε δράσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η διευκόλυνση της νοσηλείας των ασθενών και η θετική έκβαση της θεραπείας τους.

Εκτός από τη συχνή ενημέρωση και την καθοδήγηση της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται, οι επαγγελματίες υγείας προτρέπουν τους συγγενείς να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικά σεμινάρια, προκειμένου να εκπαιδευτούν στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών και να εξελίξουν τις γνώσεις τους σχετικά με την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στον ασθενή. Τα ευρήματα ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί αναφέρουν πως όσοι από τους συγγενείς συμμετείχαν σε τέτοιου είδους προγράμματα κατάφεραν να εξελίξουν τις γνώσεις τους και να είναι περισσότερο έτοιμοι να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία πρόκυπτε κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς. Οι περισσότερες οικογένειες καρκινοπαθών φαίνεται να είναι αναγκαίο να δεχθούν τη στήριξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας ή κοινωνικών λειτουργών.

Ένας αρκετά αποτελεσματικός τρόπος παροχής βοήθειας στους συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται είναι η σύσταση και λειτουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, η δράση

των οποίων έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους.

Στην Ελλάδα η εφαρμογή και λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων στήριξης δεν είναι ακόμη ευρέως διαδεδομένη, ενώ παρατηρείται πως σε μεγάλο ποσοστό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων δεν είναι αρκετά ευαισθητοποιημένο απέναντι στη φροντίδα των συνοδών των ασθενών, ενώ από την άλλη πλευρά και οι προκαταλήψεις των οικογενειών δεν συμβάλουν στην δημιουργία θεραπευτικών ομάδων. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια γίνονται περισσότερες προσπάθειες για τη λειτουργία των ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων καθώς είναι σαφής η ανάγκη ύπαρξής τους. Επιπλέον, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική και βρίσκονται στο τελικό στάδιο καρκίνου, καθώς οι ανάγκες για εύρεση ενός τρόπου επικοινωνίας και η παροχή υποστηρικτών υπηρεσιών έτσι ώστε να μην υπάρξουν προβλήματα και σοβαρές δυσκολίες στη συνέχιση παροχής φροντίδας προς τον ασθενή. Την ίδια στιγμή απαραίτητη φαίνεται να είναι η δημιουργία ειδικών ογκολογικών προγραμμάτων που να επιτρέπουν τη θεραπεία του ασθενούς στο σπίτι χωρίς να απαιτείται η συχνή μεταφορά του στο χώρο του νοσοκομείου. Μέσα από τη κατ' οίκον φροντίδα μπορεί να εμποδιστεί η ταλαιπωρία των ασθενών και των συνοδών τους και να αποφευχθούν οι ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις αυτής της ταλαιπωρίας (Stavrianou et. al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα μελέτης

Στόχος της παρούσας μελέτης διερεύνηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και πως αυτή σχετίζεται με την προσαρμοστική ικανότητα των οικογενειών των οποίων κάποιο μέλος νοσηλεύεται στην αιματολογική κλινική.

Στο πλαίσιο της έρευνας και προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της έρευνας ο ερευνητής θα προσπαθήσει να απαντήσει στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Η ψυχολογική ανθεκτικότητα συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στην καλύτερη ποιότητα ζωής;
- Ποια χαρακτηριστικά σχετίζονται με την ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα των οικογενειών;
- Πως επηρεάζεται η ψυχολογική ανθεκτικότητα των οικογενειών από την προσαρμοστική τους ικανότητα;

4.2 Μεθοδολογία

Η παρούσας ερευνητική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Γενικού Τμήματος του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Ιούνιο του 2020. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν 60 μέλη οικογενειών με συγγενή τους να νοσηλεύεται στην αιματολογική κλινική. Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Η όλη διαδικασία διεκπεραιώθηκε από τα ίδια τα άτομα, οπότε με τον τρόπο αυτό μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι τα εξής:

4.3.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

4.3.2 Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0–Καθόλου αληθές, 1–Σπάνια αληθές, 2–Κάποιες φορές αληθές, 3–Συχνά αληθές, 4–Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια, και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha = 0,89$) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Dimitriadou & Stalikas (2012).

4.3.3 Humor Styles Questionnaire (HSQ)

Το ερωτηματολόγιο Ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSQ), αναπτύχθηκε από τους (Martin et al. 2003), και αφορά στην καταγραφή των τρόπων που κάποιος χρησιμοποιεί το χιούμορ. Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, στη βάση 4 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια

επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach α) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα της ευτυχίας, 0,81 για την κλίμακα της αυτοθεραπείας, 0,77 για την κλίμακα της επιθετικότητας, και 0,80 για την κλίμακα του αυτοκαταστροφικού χιούμορ.

4.3.4 Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων μετρήθηκαν με την Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced, COPE) των Carver και συν. (1989). Οι Carver και συν. βασίζονται σε σχετική έρευνα και στη θεωρία των Lazarus και Folkman (1984) κατέληξαν σε 15 στρατηγικές που καλύπτουν τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες (Ρούσση, 2001). Το πλήρες COPE περιλαμβάνει 60 προτάσεις για 15 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Οι πέντε από αυτές τις στρατηγικές (σχεδιασμός, λήψη μέτρων, αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, αυτοσυγκράτηση, κοινωνική υποστήριξη-αναζήτηση πληροφοριών) αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος και οι άλλες δέκα (συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη, θετική επανεκτίμηση, αποδοχή του προβλήματος, στροφή προς τη θρησκεία, άρνηση, παραίτηση, συναισθηματική εκτόνωση, νοητική αποδέσμευση, χιούμορ, χρήση χημικών ουσιών) στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας COPE (Carver, 1997). Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 28 προτάσεις που αφορούν 14 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων: λήψη μέτρων, σχεδιασμός, θετική επανεκτίμηση, αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση πληροφοριών-κοινωνική υποστήριξη, εκτόνωση συναισθημάτων, αποφυγή, αποδοχή, άρνηση, αυτομομφή, στροφή προς τη θρησκεία, χρήση ουσιών και χιούμορ. Οι συμμετέχοντες απαντούν βάσει μιας κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων, από το «1- δεν ενεργώ καθόλου» έως το «4- ενεργώ πάρα πολύ». Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των ερωτημάτων. Το σκορ της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 2 έως 8. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη στρατηγική. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τις Ρούσση και Βασιλάκη (2001).

4.4 Στατιστική ανάλυση

Αρχικά ο ερευνητής προχώρησε στη περιγραφή του δείγματος με τη χρήση συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων στη περίπτωση των ονοματικών και κατηγορικών μεταβλητών αλλά

και με τη βοήθεια της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης για τις περιπτώσεις των συνεχών μεταβλητών. Παράλληλα για την πιο αντιπροσωπευτική παρουσίαση του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα, ραβδογράμματα και ιστογράμματα όπου αυτό ήταν απαραίτητο. Στη συνέχεια ο ερευνητής προχώρησε στον έλεγχο συσχέτισης των ερωτήσεων των ερευνητικών εργαλείων χρησιμοποιώντας το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson, ενώ προχώρησε σε έλεγχο μέσων τιμών μέσω του t-test για τις διμεταβλητές και του ANOVA για μεταβλητές με περισσότερες από δύο περιπτώσεις. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-21.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Περιγραφική ανάλυση

Στην ενότητα αυτή περιγράφεται το προφίλ του δείγματος με τη βοήθεια των μεγεθών της μέσης τιμής, τυπικής απόκλισης, συχνότητας και σχετικής συχνότητας του συνόλου των μεταβλητών της έρευνας.

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
1. Ηλικία	25	63	43	10

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι τα 43 έτη με τυπική απόκλιση 10 ετών.

Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου του δείγματος

		N	%
2. Φύλο	Αντρας	22	36.7%
	Γυναίκα	38	63.3%
	Σύνολο	60	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα πιο πάνω, από το σύνολο των 60 συμμετεχόντων οι 38 (63.3%) είναι γυναίκες και οι 22 (36.7%) είναι άντρες.

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης, του τόπου διαμονής και τόπου διαμονής του ασθενή που φροντίζει το δείγμα

		N	%
3. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	10	16.7%
	Έγγαμος/η	37	61.7%
	Διαζευγμένος/η	13	21.6%
	Σύνολο	60	100.0%
4. Τόπος διαμονής	Χωριό/κωμόπολη	19	31.7%
	Πόλη <150.000 κατοίκων	29	48.3%
	Πόλη >150.000 κατοίκων	12	20.0%
	Σύνολο	60	100.0%
5. Με τον ασθενή ζείτε στο ίδιο σπίτι;	Ναι	36	60.0%
	Όχι	24	40.0%

Σύνολο	60	100.0%
--------	----	--------

Αναλύοντας περαιτέρω τα χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας, αποδεικνύεται πως 37 (61.7%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν έγγαμοι, 10 (16.7%) άγαμοι, ενώ 13 (21.6%) απάντησαν πως είναι διαζευγμένοι. Σχετικά με τον τόπο διαμονής τους 29 (48.3%) εκ των ερωτηθέντων απάντησαν πως διαμένουν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων, ενώ 12 (20%) απάντησαν πως μένουν σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων. Επιπλέον, 6 της 10 συμμετέχοντες ζουν στο ίδιο σπίτι με της ασθενείς της οποίους φροντίζουν.

Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του εκπαιδευτικού επιπέδου, της επαγγελματικής κατάστασης και της ύπαρξης αδελφών του δείγματος

		N	%
6. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού	6	10.0%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	10	16.7%
	Απόφοιτος Λυκείου	16	26.7%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	30.0%
	Μεταπτυχιακά	10	16.7%
	Σύνολο	60	100.0%
7. Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	6	10.0%
	Οικιακά	4	6.7%
	Αυτοαπασχολούμενος	7	11.7%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	25	41.7%
	Δημόσιος υπάλληλος	18	30.0%
Σύνολο	60	100.0%	
8. Έχετε αδελφια;	Ναι	55	91.7%
	Όχι	5	8.3%
	Σύνολο	60	100.0%

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (N=18) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (30%) και μόνο 6 είναι απόφοιτοι δημοτικού (10%). Σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση 25 (41.7%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν πως είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και 4 δήλωσαν πως ασχολούνται με τα οικιακά (6.7%). Σχετικά με την ύπαρξη αδελφών 9 στους 10 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά και 1 στους 10 έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ύπαρξης παιδιών και της συγγένειας με τον ασθενή του δείγματος

		N	%
11.Έχετε παιδιά;	Ναι	38	63.3%
	Όχι	22	36.7%
	Σύνολο	60	100.0%
13.Ποιος συγγενής είστε;	Σύντροφος	11	18.3%
	Παιδί	16	26.7%
	Γονιός	1	1.7%
	Ξάδελφος/η	2	3.3%
	Φίλος/η	5	8.3%
	Άλλος συγγενής	25	41.7%
	Σύνολο	60	100.0%

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι, 6 στους 10 συμμετέχοντες έδωσαν θετική απάντηση σχετικά με την ύπαρξη παιδιών ενώ 4 στους 10 απάντησαν αρνητικά. Στην ερώτηση «13.Ποιος συγγενής είστε;», 16 (26.7%) απάντησαν πως είναι το παιδί του ασθενή, 1(1.7%) εκ των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι ο γονιός και 25 (41.7%) απάντησαν πως είναι «άλλος συγγενής».

Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών και αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
9.Πόσα αδέρφια έχετε;	1	4	2	1
10.Ποια είναι η σειρά γέννησής σας;	1	5	2	1
12.Πόσα παιδιά έχετε;	1	4	2	1

Αναφορικά με τον αριθμό παιδιών και αδελφών, αλλά και την σειρά γέννησης των ερωτηθέντων φαίνεται πως σε κάθε περίπτωση η μέση τιμή αυτής είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της συγγένειας με τον ασθενή του δείγματος

	N	%
Αδελφός/η	1	1.7%
Αποκλειστική νοσοκόμα	1	1.7%
Γιαγιά	11	18.3%
Θείος/α	5	8.3%
Μητέρα	10	16.7%
Ξάδελφος	2	3.3%
Παιδί	1	1.7%
Παππούς	1	1.7%
Πατέρα	5	8.3%
Πεθερός/α	5	8.3%
Σύζυγος	5	8.3%
Σύντροφος	6	10.0%
Φίλος	7	11.7%
Σύνολο	60	100.0%

Στην ερώτηση «14. Ποιον συγγενή σας χρειάζεται να φροντίσετε;», 11 (18.3%) συμμετέχοντες απάντησαν πως φροντίζουν τη γιαγιά τους, 10 (16.7%) τη μητέρα τους και 1 (1.7%) εκ των συμμετεχόντων απάντησε πως ήταν επιφορτισμένος με τη φροντίδα της αδελφής ή του αδελφού ή του παιδιού ή του παππού ή πως την φροντίδα του συγγενή είχε αναλάβει αποκλειστική νοσοκόμα.

Πίνακας 8 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της διάρκειας νοσηλείας και των ωρών καθημερινής φροντίδας του συγγενή του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
15. Πόσο καιρό νοσηλεύεται ο συγγενής σας σε μήνες;	0	36	2	7
16. Πόσες ώρες καθημερινά είστε κοντά στο συγγενή σας;	0	24	10	8

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως ο συγγενής ασθενής των ερωτηθέντων νοσηλεύεται κατά μέσο όρο 2 μήνες με τυπική απόκλιση 7 μηνών και μέγιστη τιμή τη νοσηλεία διάρκειας 36 μηνών. Αντίστοιχα σχετικά με τις συνολικές ώρες καθημερινής φροντίδας η μέση τιμή είναι 10 και η τυπική απόκλιση 8 ενώ η μέγιστη τιμή είναι 24.

Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του μοιράσματος της φροντίδας του συγγενή του δείγματος

		N	%
17.Μοιράζεστε με κάποιον αυτή τη φροντίδα;	Ναι	36	60.0%
	Όχι	24	40.0%
	Σύνολο	60	100.0%
18.Αν ναι, με ποιον;	Καμία απάντηση	18	30.0%
	Αδελφός/ή	8	13.3%
	Θείο/α	4	6.7%
	Μητέρα	15	25.0%
	Νοσοκόμα	3	5.0%
	Ξάδελφος/η	2	3.3%
	Παιδιά	5	8.3%
	Σύντροφος	5	8.3%
Σύνολο	60	100.0%	

Στην ερώτηση «17.Μοιράζεστε με κάποιον αυτή τη φροντίδα;» 6 στους 10 ερωτηθέντες έδωσαν θετική απάντηση ενώ 4 στους 10 απάντησαν αρνητικά. Από τους συμμετέχοντες εκείνους που απάντησαν θετικά 15 (25%) δήλωσαν πως μοιράζονται τη φροντίδα με τη μητέρα τους, 8 (13.3%) πως μοιράζονται τη φροντίδα με τα αδέρφια τους και 3 (5%) απάντησαν πως τους βοηθά μια νοσοκόμα στη φροντίδα του ασθενούς.

Πίνακας 10 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ικανοποίησης από τη νοσηλεία και την πίστη στην πορεία του δείγματος

		N	%
19.Θεωρείτε 'οτι αν είσαστε συνέχεια δίπλα του θα τον βοηθούσατε περισσότερο;	Όχι, δεν θα τον βοηθούσα	9	15%
	2	4	6.7%
	3	10	16.7%
	4	15	25.0%
	Ναι, θα τον βοηθούσα πάρα πολύ	22	36.7%
Σύνολο		60	100.0%
20.Ποια είναι τα παράπονα που έχετε από τη νοσηλεία του;	Έλλειψη προσωπικού	11	18.3%
	Κανένα	40	66.7%
	Μειωμένες παροχές	9	15.0%
	Σύνολο	60	100.0%
21.Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά με το συγγενή σας;	Όχι, δεν θα τον βοηθούσα	7	11.6%
	2	8	13.3%
	3	12	20.0%
	4	10	16.7%
	Ναι, θα τον βοηθούσα πάρα πολύ	23	38.3%
Σύνολο		60	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «19.Θεωρείτε 'οτι αν είσαστε συνέχεια δίπλα του θα τον βοηθούσατε περισσότερο;», 22 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «Ναι, θα τον βοηθούσα πάρα πολύ» σε ποσοστό 36.7% και 9 απάντησαν «Όχι, δεν θα τον βοηθούσα» συγκεντρώνοντας ποσοστό 15%. Στην ερώτηση «20.Ποια είναι τα παράπονα που έχετε από τη νοσηλεία του;» 40 από τους συμμετέχοντες απάντησαν «κανένα» σε ποσοστό 66.7% και 9 απάντησαν «μειωμένες παροχές» σε ποσοστό 15%. Στην ερώτηση «21.Πιστεύετε ότι όλα θα πάνε καλά με το συγγενή σας;», 23 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «Ναι, θα τον βοηθούσα πάρα πολύ» σε ποσοστό 38.3% και 7 απάντησαν «Όχι, δεν θα τον βοηθούσα» συγκεντρώνοντας ποσοστό 11.6%.

5.2 Επαγωγική ανάλυση

Στην ενότητα αυτή ο ερευνητής παρουσιάζει τα αποτελέσματα του συνόλου των στατιστικών ελέγχων που πραγματοποίησε ανάμεσα στο σύνολο των μεταβλητών της έρευνας.

Πίνακας 11 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και την κλίμακα F-COPES και SpREUK

		1.Ηλικία
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (F-COPES)	Pearson Correlation	.375**
	Sig.	0.003
	N	60
Παθητική Αντιμετώπιση (F-COPES)	Pearson Correlation	.375**
	Sig.	0.003
	N	60
Συνολική Βαθμολογία (F-COPES)	Pearson Correlation	.270*
	Sig.	0.037
	N	60
Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)	Pearson Correlation	.330**
	Sig.	0.010
	N	60
Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)	Pearson Correlation	.380**
	Sig.	0.003
	N	60
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)	Pearson Correlation	.279*
	Sig.	0.031
	N	60

Από τον παραπάνω έλεγχο συσχέτισης αποδεικνύεται πως υπάρχει στατιστικός σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και τις μεταβλητές «Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας» ($\rho=.375^{**}, \text{sig}=0.003<0.05$), «Παθητική Αντιμετώπιση» ($\rho=.375^{**}, \text{sig}=0.003<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία» ($\rho=.270^*, \text{sig}=0.037<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία (πνευματικότητα)» ($\rho=.330^{**}, \text{sig}=0.010<0.05$), «Αναζήτηση για υποστήριξη» ($\rho=.380^{**}, \text{sig}=0.003<0.05$) και «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό» ($\rho=.279^*, \text{sig}=0.031<0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει η ηλικία των φροντιστών τόσο περισσότερο αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη νοσηλεία του συγγενούς τους και τόσο περισσότερο αυξάνει η πνευματικότητά τους και η πίστη τους σε κάτι ανώτερο γίνεται περισσότερο δυνατή.

Πίνακας 12 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο πλήθος αδελφών του δείγματος και τις μεταβλητές των κλιμάκων

		9.Πόσα αδέρφια έχετε;
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	Correlation	.550**
	Sig.	0.000
	N	55
Συνολική Βαθμολογία	Correlation	.426**
	Sig.	0.001
	N	55
Συνολική Βαθμολογία	Correlation	.641**
	Sig.	0.000
	N	55
Αναζήτηση για υποστήριξη	Correlation	.560**
	Sig.	0.000
	N	55
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό	Correlation	.666**
	Sig.	0.000
	N	55
Αντανάκλαση	Correlation	.430**
	Sig.	0.001
	N	55
Πνευματικές επιδράσεις	Correlation	.386**
	Sig.	0.004
	N	55

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως το πλήθος αδελφών έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση με τις μεταβλητές «Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη» ($\rho=.550^*$, $\text{sig}<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία» ($\rho=.426^*$, $\text{sig}=0.001<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία (πνευματικότητα)» ($\rho=.641^*$, $\text{sig}<0.05$), «Αναζήτηση για υποστήριξη» ($\rho=.560^*$, $\text{sig}<0.05$), «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό» ($\rho=.666^*$, $\text{sig}<0.05$), «Αντανάκλαση» ($\rho=.430^*$, $\text{sig}=0.001<0.05$) και «Πνευματικές επιδράσεις» ($\rho=.386^*$, $\text{sig}=0.004<0.05$). Όσο περισσότερα αδέρφια έχουν οι φροντιστές τόσο μεγαλύτερη φαίνεται να είναι η ικανότητά τους να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, τόσο περισσότερο αναζητούν στήριξη και στρέφονται προς ένα ανώτερο προσανατολισμό.

Πίνακας 13 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο και τις επιμέρους κλίμακες

2.Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Επανασχεδιασμός (F-COPES)	Άντρας	22	31.55	3.88	-2.126	58	0.038
	Γυναίκα	38	33.74	3.83			
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (F-COPES)	Άντρας	22	9.68	4.49	-4.083	58	0.000
	Γυναίκα	38	14.11	3.77			
Συνολική Βαθμολογία (F-COPES)	Άντρας	22	98.86	13.43	-2.861	58	0.006
	Γυναίκα	38	109.21	13.54			
Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)	Άντρας	22	35.95	10.44	-2.648	58	0.010
	Γυναίκα	38	44.68	13.25			
Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)	Άντρας	22	8.86	3.01	-2.857	58	0.006
	Γυναίκα	38	12.66	5.78			
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)	Άντρας	22	11.82	5.20	-2.976	58	0.004
	Γυναίκα	38	15.55	4.37			
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Άντρας	22	21.50	5.10	-2.143	58	0.036
	Γυναίκα	38	23.74	3.01			
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Άντρας	22	3.95	2.17	-3.091	58	0.003
	Γυναίκα	38	5.71	2.09			
Επιθετικό χιούμορ (HSQ)	Άντρας	22	30.86	6.81	4.677	58	0.000
	Γυναίκα	38	22.58	6.50			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο των συμμετεχόντων και τις μεταβλητές «Επανασχεδιασμός (F-COPES)» (sig.=0.038<0.05), «Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (F-COPES)» (sig.<0.05), «Συνολική Βαθμολογία (F-COPES)» (sig.=0.006<0.05), «Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)» (sig.=0.010<0.05), «Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)» (sig.=0.006<0.05), «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)» (sig.=0.004<0.05), «Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)» (sig.=0.036<0.05), «Πνευματικές επιδράσεις (CDR)» (sig.=0.003<0.05) και «Επιθετικό χιούμορ (HSQ)» (sig.<0.05). Ο πληθυσμός των γυναικών συγκεντρώνει σε κάθε περίπτωση υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τον πληθυσμό των αντρών εκτός από τη μεταβλητή επιθετικό χιούμορ όπου η μέση τιμή των αντρών είναι υψηλότερη (30.86±6.81) έναντι αυτής των γυναικών (22.58±6.50).

Πίνακας 14 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας F-COPE και της κλίμακας CDR

		Επανασχεδιασμός	Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	Συνολική Βαθμολογία
Θετική αποδοχή (CDR)	Pearson Correlation	.344**		
	Sig.	.007		
	N	60		
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Pearson Correlation	.397**		
	Sig.	.002		
	N	60		
Έλεγχος (CDR)	Pearson Correlation	.268*		
	Sig.	.038		
	N	60		
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Pearson Correlation	.265*	.581**	.311*
	Sig.	.041	.000	.016
	N	60	60	60
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Pearson Correlation	.370**		
	Sig.	.004		
	N	60		

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου F-COPE και CDR. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στον «Επανασχεδιασμό» και τις μεταβλητές «Θετική αποδοχή (CDR)» ($\rho=.344^{**}$, $\text{sig} = 0.007 < 0.05$), «Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)» ($\rho=.397^{**}$, $\text{sig} = 0.002 < 0.05$), «Έλεγχος (CDR)» ($\rho=.268^{**}$, $\text{sig} = 0.038 < 0.05$), «Πνευματικές επιδράσεις (CDR)» ($\rho=.265^{*}$, $\text{sig} = 0.041 < 0.05$) και «Συνολική βαθμολογία (CDR)» ($\rho=.370^{*}$, $\text{sig} = 0.004 < 0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει ο «επανασχεδιασμός» τόσο περισσότερο αυξάνει η θετική αποδοχή, η αντιλαμβανόμενη προσωπική ικανότητα, ενώ ενισχύονται τα υψηλά πρότυπα και η αντοχή, ο έλεγχος, οι πνευματικές επιδράσεις και η συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας. Στη συνέχεια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση εντοπίζεται ανάμεσα στις «Πνευματικές επιδράσεις» και τις μεταβλητές «Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη» ($\rho=.581^{*}$, $\text{sig} < 0.05$) και «Συνολική Βαθμολογία» ($\rho=.311^{*}$, $\text{sig} = 0.016 < 0.05$). Το γεγονός αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερο οι φροντιστές

αναζητούν πνευματική υποστήριξη και έχουν υψηλή βαθμολογία προσαρμοστικότητας τόσο περισσότερο αυξημένες είναι οι πνευματικές επιδράσεις της κλίμακας ανθεκτικότητας CDR.

Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας SpREUK και της κλίμακας CDR

		Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)	Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)	Αντανάκλαση (SpREUK)	Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)
Πνευματικές επιδράσεις (CDR)	Pearson Correlation	.596**	.703**	.567**	.712**
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60

Σχετικά με τα αποτελέσματα συσχέτισης του παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις «Πνευματικές επιδράσεις» και τις μεταβλητές «Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)» ($\rho=.596^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)» ($\rho=.703^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Αντανάκλαση (SpREUK)» ($\rho=.567^*$, $\text{sig} < 0.05$) και «Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)» ($\rho=.712^*$, $\text{sig} < 0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο υψηλότερες οι πνευματικές επιδράσεις του ατόμου τόσο περισσότερο αυξάνουν οι τιμές των μεταβλητών «Αναζήτηση για υποστήριξη (SpREUK)», «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)», «Αντανάκλαση (SpREUK)» και «Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)».

Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της κλίμακας HSQ και της κλίμακας CDR

		Υποστηρικτικό χιούμορ (HSQ)	Αυτοεπισχυτικό χιούμορ (HSQ)
Εμπιστοσύνη (CDR)	Pearson Correlation	.238	.367**
	Sig.	.067	.004
	N	60	60
Έλεγχος (CDR)	Pearson Correlation	.269*	.194
	Sig.	.038	.137
	N	60	60
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Pearson Correlation	.275*	.324*
	Sig.	.033	.012
	N	60	60

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στο υποστηρικτικό χιούμορ και τις μεταβλητές «Έλεγχος (CDR)» ($\rho=.269^*$, $\text{sig}=0.038<0.05$) και «Συνολική βαθμολογία (CDR)» ($\rho=.275^*$, $\text{sig}=0.033<0.05$). Όσο μεγαλύτερη η τιμή του υποστηρικτικού χιούμορ τόσο αυξάνονται οι τιμές του ελέγχου και της βαθμολογίας ανθεκτικότητας του φροντιστή. Επιπλέον, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση υπάρχει ανάμεσα στο αυτοενισχυτικό χιούμορ και τις μεταβλητές «Εμπιστοσύνη (CDR)» ($\rho=.367^*$, $\text{sig}=0.004<0.05$) και «Συνολική βαθμολογία (CDR)» ($\rho=.324^*$, $\text{sig}=0.012<0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερο το αυτοενισχυτικό χιούμορ των φροντιστών τόσο μεγαλύτερη η τιμή της εμπιστοσύνης και της συνολικής ανθεκτικότητάς τους.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της διάρκειας νοσηλείας και του καθημερινού χρόνου φροντίδας με τις μεταβλητές των υποκλιμάκων

		15.Πόσο καιρό νοσηλεύεται ο συγγενής σας σε μήνες;	16.Πόσες ώρες καθημερινά είστε κοντά στο συγγενή σας;
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη	Pearson Correlation	.102	-.368**
	Sig.	.439	.004
	N	60	60
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)	Pearson Correlation	.281*	-.021
	Sig.	.029	.874
	N	60	60
Υποστηρικτικό χιούμορ (HSQ)	Pearson Correlation	-.307*	-.041
	Sig.	.017	.756
	N	60	60

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια νοσηλείας των συγγενών των φροντιστών και τις μεταβλητές «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)» ($\rho=.281^*$, $\text{sig}=0.029<0.05$) και «Υποστηρικτικό χιούμορ (HSQ)» ($\rho=-.307^*$, $\text{sig}=0.017<0.05$). Πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνει το διάστημα νοσηλείας του ασθενούς τόσο περισσότερο αυξάνει η εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και τόσο περισσότερο μειώνεται το υποστηρικτικό χιούμορ. Ακόμη, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση εντοπίζεται ανάμεσα στις ώρες καθημερινής φροντίδας του ασθενή από το συγγενή φροντιστή του και τη μεταβλητή

«Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη» ($\rho = -.368^*$, $\text{sig} = 0.004 < 0.05$). Όσο περισσότερες ώρες είναι επιφορτισμένος ο φροντιστής με τη φροντίδα του ασθενή συγγενή του τόσο λιγότερο προσανατολίζεται στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τις μεταβλητές των κλιμάκων F-COPE και CDR

		6.Εκπαιδευτικό επίπεδο
Συνολική βαθμολογία (CDR)	Correlation	.695**
	Sig.	0.000
	N	60
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)	Correlation	.515**
	Sig.	0.000
	N	60
Εμπιστοσύνη (CDR)	Correlation	.608**
	Sig.	0.000
	N	60
Θετική αποδοχή (CDR)	Correlation	.633**
	Sig.	0.000
	N	60
Έλεγχος (CDR)	Correlation	.486**
	Sig.	0.000
	N	60
Αυτοεπισχυτικό χιούμορ (HSQ)	Correlation	.472**
	Sig.	0.000
	N	60

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στον εκπαιδευτικό επίπεδο των φροντιστών ασθενών που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική και τις μεταβλητές «Συνολική βαθμολογία (CDR)» ($\rho = .695^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (CDR)» ($\rho = .515^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Εμπιστοσύνη (CDR)» ($\rho = .608^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Θετική αποδοχή (CDR)» ($\rho = .633^*$, $\text{sig} < 0.05$), «Έλεγχος (CDR)» ($\rho = .486^*$, $\text{sig} < 0.05$) και «Αυτοεπισχυτικό χιούμορ (HSQ)» ($\rho = .472^*$, $\text{sig} < 0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει το εκπαιδευτικό επίπεδο των φροντιστών τόσο περισσότερο ενισχύεται η ψυχολογική ανθεκτικότητα των φροντιστών και το αυτοεπισχυτικό χιούμορ.

Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα των απόψεων του δείγματος για τη συνεχή φροντίδα του ασθενούς

			19.Θεωρείτε 'οτι αν είσαστε συνέχεια δίπλα του θα τον βοηθούσατε περισσότερο;	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (F-COPES)		Correlation	.348**	
		Sig.	0.006	
		N	60	
Συνολική Βαθμολογία (F-COPES)		Correlation	.276*	
		Sig.	0.033	
		N	60	
Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)		Correlation	.269*	
		Sig.	0.038	
		N	60	
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)		Correlation	.317*	
		Sig.	0.014	
		N	60	
Αντανάκλαση (SpREUK)		Correlation	.276*	
		Sig.	0.033	
		N	60	

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στη μεταβλητή «19.Θεωρείτε 'οτι αν είσαστε συνέχεια δίπλα του θα τον βοηθούσατε περισσότερο;» και τις μεταβλητές «Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (F-COPES)» ($\rho=.348^*$, $\text{sig}=0.006<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία (F-COPES)» ($\rho=.276^*$, $\text{sig}=0.033<0.05$), «Συνολική Βαθμολογία (SpREUK)» ($\rho=.269^*$, $\text{sig}=0.038<0.05$), «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (SpREUK)» ($\rho=.317^*$, $\text{sig}=0.014<0.05$) και «Αντανάκλαση (SpREUK)» ($\rho=.276^*$, $\text{sig}=0.033<0.05$). Όσο περισσότερο οι φροντιστές πιστεύουν πως η διαρκής τους παρουσία στο πλευρό των ασθενών θα βοηθήσει περισσότερο τους ασθενείς τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανότητα τους να προσαρμόζονται και να αντιμετωπίζουν τις νέες συνθήκες και τόσο υψηλότερη πνευματικότητα διαθέτουν.

Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της ύπαρξης αδελφών και των μεταβλητών της HSQ

8.Έχετε αδέρφια;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Αυτοκαταστροφικό χιούμορ (HSQ)						
Ναι	55	27.2	7.4	2.373	58	.021
Όχι	5	19.2	3.8			

Σύμφωνα με τον παραπάνω έλεγχο μέσω των τιμών αποδεικνύεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη αδελφών και στο αυτοκαταστροφικό χιούμορ ($\text{Sig}=0.021<0.05$). Οι φροντιστές που δήλωσαν πως έχουν αδέρφια σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (27.2 ± 7.4) σε σύγκριση με εκείνους που απάντησαν αρνητικά (19.2 ± 3.8).

Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης με τις επιμέρους κλίμακες

		N	Mean	SD	F	sig.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (F-COPES)	Άνεργος	6	15.17	3.06	3.327	0.016
	Οικιακά	4	16.00	3.65		
	Αυτοαπασχολούμενος	7	16.71	1.98		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	25	13.56	2.89		
	Δημόσιος υπάλληλος	18	16.11	2.40		
	Total	60	15.02	2.93		
Παθητική Αντιμετώπιση (F-COPES)	Άνεργος	6	15.17	3.06	3.327	0.016
	Οικιακά	4	16.00	3.65		
	Αυτοαπασχολούμενος	7	16.71	1.98		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	25	13.56	2.89		
	Δημόσιος υπάλληλος	18	16.11	2.40		
	Total	60	15.02	2.93		
Αυτοενισχυτικό χιούμορ (HSQ)	Άνεργος	6	37.33	5.39	3.731	0.009
	Οικιακά	4	24.25	4.03		
	Αυτοαπασχολούμενος	7	35.29	6.18		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	25	32.88	9.12		
	Δημόσιος υπάλληλος	18	38.67	6.42		
	Total	60	34.77	8.20		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών και τις μεταβλητές «Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (F-COPES)» ($\text{sig}=0.016<0.05$), «Παθητική Αντιμετώπιση (F-COPES)» ($\text{sig}=0.016<0.05$) και «Αυτοενισχυτικό χιούμορ (HSQ)» ($\text{sig}=0.009<0.05$).

Οι μεγαλύτερες διαφορές εντοπίστηκαν στα εξής ζεύγη:

Δημόσιοι υπάλληλοι – Οικιακά

Δημόσιοι υπάλληλοι – Ιδιωτικοί υπάλληλοι

Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της ικανοποίησης από τη νοσηλεία με τις επιμέρους κλίμακες

		N	Mean	SD	F	sig.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (F-COPES)	Έλλειψη προσωπικού	11	14.00	2.37	5.713	0.005
	Κανένα	40	14.68	2.93		
	Μειωμένες παροχές	9	17.78	1.99		
	Total	60	15.02	2.93		
Παθητική Αντιμετώπιση (F-COPES)	Έλλειψη προσωπικού	11	14.00	2.37	5.713	0.005
	Κανένα	40	14.68	2.93		
	Μειωμένες παροχές	9	17.78	1.99		
	Total	60	15.02	2.93		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα αποδεικνύεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι φροντιστές και τις μεταβλητές «Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (F-COPES)» ($\text{sig}=0.005<0.05$) και «Παθητική Αντιμετώπιση (F-COPES)» ($\text{sig}=0.005<0.05$).

Οι μεγαλύτερες διαφορές εντοπίστηκαν στο εξής ζεύγος:

Έλλειψη προσωπικού – Μειωμένες παροχές ($\text{sig}=0.009<0.05$)

Κεφάλαιο 5

5.1 Συζήτηση

Η παρουσία των συγγενών του ασθενούς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους τροφοδοτεί τους ασθενείς με κουράγιο, ψυχική και συναισθηματική σταθερότητα και δύναμη ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημα που τον ταλαιπωρεί και να επισπεύσει την επιστροφή του στο σπίτι (Locatelli, Vecchio & Manzoni, 1998). Την ίδια στιγμή ο ρόλος των μελών της οικογένειας κατά τη νοσηλεία του ασθενή στην αιματολογική κλινική είναι πολύ σημαντικός καθώς αποτελεί τον κρίκο του ασθενούς με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, ενώ η παρουσία των συγγενών στο νοσοκομείο έχει αξία για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς φροντίζουν να εξυπηρετούν τις βασικές τους ανάγκες (Gurklis & Menke, 1995). Βέβαια το γεγονός της συνεχούς φροντίδας των ασθενών οδηγεί συχνά τους ασθενείς σε ψυχολογική εξασθένηση και συναισθηματική καταπόνηση.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η προσαρμοστικότητα των συγγενών - φροντιστών ασθενών που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική συνδέεται με την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 60 φροντιστές ασθενών της αιματολογικής κλινικής. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν γυναίκες (81.7%) με μέση ηλικία τα 39 έτη (± 11). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι έγγαμοι (61.7%), διαμένουν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων και δεν ζουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή (65%). Ακόμη, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (43.3%) και εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (41.7%). Αναφορικά με το οικογενειακό ιστορικό του δείγματος η πλειοψηφία αυτού φαίνεται πως έχουν αδέρφια (91.7%) και παιδιά (63.3%), ενώ κατά μέσο όρο έχουν 2 παιδιά και αδέρφια, ενώ αναφορικά με τη σειρά γέννησης τους φαίνεται αυτή να είναι η 2^η. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν πως είναι το παιδί του ασθενή (26.7%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό είχε αναλάβει τη φροντίδα της γιαγιάς (18.3%) ή της μητέρας (16.7%).

Επιπλέον, οι φροντιστές μοιράζονται τη φροντίδα της νοσηλείας του συγγενή τους (70%) και μάλιστα το πρόσωπο με το οποίο μοιράζονται τη φροντίδα είναι συνήθως η μητέρα (25%) και τα αδέρφια τους (13.3%). Οι συγγενείς των ασθενών έχουν την αίσθηση πως αν βρίσκονται διαρκώς στο πλευρό των ασθενών τότε θα τους βοηθήσουν περισσότερο (36.7%). Σχετικά με τη νοσηλεία τους η πλειοψηφία των φροντιστών δεν φαίνεται να έχει κάποιο παράπονο (66.7%) ενώ τη θετική του σκέψη εκφράζει το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών

πιστεύοντας πως όλα θα πάνε καλά με τον ασθενή (38.3%). Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με την ικανοποίηση από τη νοσηλεία, τα ευρήματα άλλων ερευνών έχουν δείξει πως η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μείζον πρόβλημα καθώς οι συγγενείς των ασθενών αναγκάζονται πολλές φορές να υιοθετήσουν το ρόλο του νοσηλευτή (Sapountzi – Krepia et. al., 2006; Mora – Lopez et. al., 2016; Yazicioglu et. al., 2001).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας φαίνεται πως η ηλικία των φροντιστών επηρεάζει σημαντικά το υποστηρικτικό χιούμορ τους, με αποτέλεσμα όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των φροντιστών τόσο περισσότερο να μειώνεται η ικανότητα τους αυτή, αλλά και με την προσαρμοστική τους ικανότητα και την ψυχολογική ανθεκτικότητά τους. Ακόμη το επίπεδο εκπαίδευση των φροντιστών φαίνεται να επιδρά καθοριστικά τόσο στην προσαρμοστικότητα που επιδεικνύουν όσο και στην ανθεκτικότητά τους απέναντι στις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν. Η ύπαρξη αδελφών και το πλήθος αυτών είναι ακόμη ένας παράγοντας που σχετίζεται με την ικανότητα του φροντιστή να χρησιμοποιεί το χιούμορ για να αντιμετωπίσει τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει λόγω της διαρκούς φροντίδας του συγγενή του. Το φύλο και η επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών αποτελούν δύο ακόμη παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμοστικότητα και την ψυχολογική ανθεκτικότητά τους.

Το χρονικό διάστημα νοσηλείας του ασθενούς καθώς και η συνεχής φροντίδα του από τον συγγενή του είναι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην διατήρηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας του ασθενούς στην δυνατότητα του να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και στη διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ. Η έρευνα των Δημητριάδου και συν (2017) επιβεβαιώνει το γεγονός πως η διαρκής φροντίδα των ασθενών επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Τέλος, φαίνεται πως η ψυχολογική ανθεκτικότητα του φροντιστή επηρεάζεται από την ικανότητα του να προσαρμόζεται στις νέες καταστάσεις και από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη νοσηλεία του συγγενούς τους.

Παράλληλα η πνευματικότητα των φροντιστών είναι μια παράμετρος που ενισχύει την ψυχολογική ανθεκτικότητα των φροντιστών. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζονται και από τα ευρήματα της μελέτης των Rahmati et al (2017) οι οποίοι υποστηρίζουν πως οι πνευματικές επεμβάσεις ενισχύουν την ψυχολογική ανθεκτικότητα. Βέβαια και στη έρευνα των Plaka et al

(2011) επισημαίνεται το γεγονός πως η πνευματικότητα οπλίζει με θάρρος και δύναμη τους συγγενείς ενώ καταφέρνει να τους ανακουφίζει από το έντονο άγχος και την ανησυχία.

5.2 Συμπεράσματα

Συνοπτικά τα συμπεράσματα στα οποία ο ερευνητής καταλήγει μέσα από την μελέτη της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι τα εξής:

- Η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ύπαρξη αδελφών αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική ανθεκτικότητα των φροντιστών ασθενών που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική.
- Το χρονικό διάστημα νοσηλείας των ασθενών και η συνεχής καθημερινή φροντίδα τους από τους συγγενείς τους επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική ανθεκτικότητα των συγγενών και την ικανότητά τους να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα.
- Η προσαρμοστικότητα και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη νοσηλεία των συγγενών τους οι φροντιστές καθορίζει την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα.
- Το χιούμορ και η πνευματικότητα αποτελούν χαρακτηριστικά που επηρεάζουν θετικά και σε μεγάλο βαθμό την ανθεκτικότητα των συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται στην αιματολογική κλινική.
- Οι ελλείψεις και οι παροχές του νοσοκομείου σχετίζονται με την προσαρμοστικότητα των φροντιστών και την αποτελεσματικότητα με την οποία αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της νοσηλείας του συγγενούς τους.

5.3 Περιορισμοί – Προτάσεις

Τα ευρήματα της έρευνας αν και έχουν αξία ωστόσο δεν είναι δυνατό να γενικευτούν στον πληθυσμό των συγγενών φροντιστών της Ελλάδας εξαιτίας των χωροχρονικών περιορισμών της έρευνας. Η περίοδος που διεξήχθη η παρούσα μελέτη δεν επέτρεψε τη συλλογή μεγάλου δείγματος. Είναι κοινώς αποδεκτό το γεγονός πως το σύστημα υγειονομικής φροντίδας της χώρας θα πρέπει να αναβαθμιστεί. Θα είχε ενδιαφέρον και η διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την παρουσία των συγγενών στο χώρο νοσηλείας των ασθενών ενώ οι απόψεις νοσηλευτών και φροντιστών μπορούν να απεικονίσουν με ακρίβεια την ικανοποίηση από το σύστημα υγείας αλλά και τις ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν σχετικά με την φροντίδα ασθενών ώστε να αποφεύγεται η επιβάρυνση τόσο των νοσηλευτών όσο και των φροντιστών, ενισχύοντας παράλληλα την μεταξύ τους επικοινωνία και συνεργασία.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- Campen, van, C., de Boer, A. H., & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(1), 44-50.
- Carver C., Scheier M., Weintraub J.K. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-283.
- Carver C. (1997) You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*,4(1): 92-100.
- Collier, A. & Shrimp, V. (1992). Family – focuses nursing care of hospitalized elderly. *International Journal of Nursing Standard*. 29 (1): 49 – 57.
- Chatzaki, M. Klimathianaki, M. Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolalou, E. and Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *Intensive and Critical Care*, 21: 1831–1839.
- Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15 (6): 398 – 407.
- Darbysbire P. Sour Grapes. *Nurs Times* 1987, 8 (37): 23-25.
- Davidson, J., Payne, V., Connor, K., Foa, E., Rothbaum, B., Hertzberg, M. and Weisler, R. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 20:43–48.
- Davidson, E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29: 28–34.
- Derks, P. L. (1987). Humor Production: An Examination of Three Models of Creativity. *The Journal of Creative Behavior*, 21(4), 325–326. doi:10.1002/j.2162-6057.1987.tb00489.x
- Dillehay, R. & Sandys, M. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: what are learning from research. *The International Journal of Aging and Human Development*. 30: 263–285.

- Dimitriadou, D., & Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Psychometric Instruments in Greece* (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.
- Dyer D. Meeting the needs of visitors- a practical approach. *Intensive care nursing* 1991, 7 (3):135-147.
- Evagelou E, Iordanou P, Lemonidou Ch, Patiraki E, Kyritsi E, Bellou P. Parental participation in their hospitalized child's physical and psychological care: Nurses' perceptions. *ICUs and Nursing Web Journal* 2003, 13: 1-13.
- Evagelou E, Iordanou P, Adali E, Marvaki Ch, Noula M, Kyritsi E. Reasons affecting parental visitation in pediatric medical and surgical wards: parents and nurses perceptions. *ICUs and Nursing Web Journal* 2002, 9: 1-11.
- Farrel M. Partnership in care: Paediatric nursing moder. *Brit J Nurs* 1992, 1 (4): 175-176.
- Ferre – Grau, C., Rodero Sanchez, V., Vives Relats, C. & Cid Buera, D. (2008). *El mundo del cuidador familiar. Una Vision teorica y un modelo practico para el cuidado*. Tarragona: Silva Editorial.
- Fink, S.V. (1995). The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nursing Research*. 44 (3): 139-145.
- Foureur, M.; Besley, K.; Burton, G., Yu, N. and Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1): 114-25.
- Garlo, K., O'Leary, J.R., Van Ness, P.H. & Fried, T.R. (2010). Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*. 58: 2315-2322.
- Glazer, N.Y. (1990). The home as workshop: Women as amateur nurses and medical care providers. *Gender & Society*. 4(4): 479 - 499. Στο: Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15 (6): 398 – 407.
- Gurklis JA, Menke ED. Chronic haemodialysis patients' perceptions of stress, coping, and social support. *American Nephrology Nurses' Association Journal* 1995, 22 (4): 381-388.

- Hartley J. Visitors: help or hindrance? *Surgical Nurse* 1990, 3: 2-5.
- Helene, P.L. (1993). The relationship of the perceived severity of behavioral disturbance and responsibility for behavioral disturbance to burden among primary caregivers of persons with schizophrenia. Unpublished dissertation. University of Pennsylvania. Στο: Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15 (6): 398 – 407.
- Hinkle, L. and Fitzpatrick, E. (2011). Needs of American relatives of intensive care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27: 218–225.
- Hooren, van Franca. (2010). When Families Need Immigrants: The Exceptional Position of Migrant Domestic Workers and Care Assistants in Italian Immigration Policy. *Bulletin of Italian Politics*. Vol.2, No2, pp. 21- 38.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*. 12(3): 165-176.
- Hudson, M. M., Tyc, V. L., Srivastava, D. K., Gattuso, J., Quargnenti, A., Crom, D. B., & Hinds, P. (2002). Multi-component behavioral intervention to promote health protective behaviors in childhood cancer survivors: The Protect Study. *Medical and Pediatric Oncology*, 39(1), 2–11. doi:10.1002/mpo.10071
- Kang, S. (2006). Predictors of emotional strain among spouse and adult child caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*. 47: 107-131.
- Khalaila, R (2012). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1172–1182.
- Khalaila, R (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1172–1182.
- Knaf, K.A. (1993). Family response to a child's chronic illness: A description of major defining themes. In: Frank, S.& Tornquist E. (Eds.) *Key aspects of caring for chronically ill: Home and hospital*, Springer, New York. Στο: Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15 (6): 398 – 407.

- Kyritsi H, Matziou V, Perdicaris P, Zyga S, Kletsou H, Evagelou H. Painful pediatric procedures: Do parents want to be present? *ICUs and Nursing Web Journal* 2004, 18: 1-9.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Brue, C., Choukroun, G., Curtis, J., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., Saidi, F., Souweine, B., Vincent, F., Barnes, N.K., Pochard, F., Schlemmer, B. and Azoulay E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356: 469–478.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus R. and Folkman S. (1984) Coping and adaptation. In: Gentry W. (ed.) *Handbook of behavioural medicine*, New York: Guilford.
- Locatelli F, Vecchio LD, Manzoni C. Morbidity and mortality on maintenance haemodialysis. *Nephron* 1998, 80 (4): 380 - 395.
- Loomis, L.S. & Booth, A. (1995). Multigenerational caregiving and well-being. The myth of the beleaguered sandwich generation. *Journal of Family Issues*. 16 (2): 131-148.
- Luthar, S., and Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4): 857-885.
- Marks, N.R., Lambert, J.D., Jun, H. & Song, J. (2008). Psychosocial moderators of the effects of transitioning into filial caregiving on mental and physical health. *Research on Aging*. 30: 358-389.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), 48-75.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. and Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23: 97–105.

- Michel, A. (1981). Κοινωνιολογία της Οικογένειας και του Γάμου. Αθήνα. Εκδόσεις Gutenberg. σελ. 29 – 30.
- Miller, A.D., Mishra, S.R., Kendall, L., Haldar, S., Pollack, A.H. & Pratt, W. (2016). Partners in Care: Design Considerations for Caregivers and Patients During a Hospital Stay. CSCW '16, The 19th ACM Conference of Computer – Supportive Cooperative Work and Social Computing. p.p.756–769.
- Min, J., Yu, J., Lee, C. and Chae, J. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 54 (8):1190-1197.
- Milne, D. (2007). People Can Learn Markers On Road to Resilience. *Psychiatry News*. 42:5.
- Mora – Lopez, G., Ferre – Grau, C., Monteso – Curto, P. (2016). Analysis of the transition process among family caregivers in a hospital in the region of Catalonia in Spain. *Applied Nursing Research*. 29 p.p. 242 – 249.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*. 7: 137-152.
- Napier, A. & Whitaker, C. (1978). *The Family Crucible: The Intense Experience of Family Therapy*. New York: Harper and Row.
- Nelson P. and Plost G. (2009). Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 29: 46–52.
- Nolen, K. and Warren, N. (2014). Meeting the Needs of Family Members of ICU Patients. *Critical Care Nursing*, 37(4): 393–406.
- Obringer, K., Hilgenberg, C. and Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 1651–1658.
- Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviours and sources of support in haemodialysis patients. *Clinical Nursing Research* 1999, 8 (4): 302-317.
- Ormandy, P. (1997). Dialysis (part 2): haemodialysis. *Nursing Standard*. 11(23). Pp 48 – 56.
- Parks, S.H. & Pilisuk. M. (1991). Caregiver burden: gender and psychological costs of caring. *American Journal of Orthopsychiatry*. 61: 501-509.

- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30 (5): 583–594.
- Plakas, S., Cant, B. and Taket, A. (2009). The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25: 10-20.
- Plakas, S., Boudioni, M., Fouka G. and Taket, A. (2011). The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. *Contemporary Nurse*, 39(1): 95–105.
- Pope J. Living with renal failure. *Nursing Times* 1999, 95 (25): 54-55.
- Rahmati, M., Khaledi, R., Salari, N., Bazrafshan, MR. and Haydarian, A. (2017) The Effects of Religious and Spiritual Interventions on the Resilience of Family Members of Patients in the ICU. *Shiraz E Medical Journal*, 18(11).
- Rotman – Pikielny, P., Rabin, B., Amoyal, S., Mushkat, Y., Zissin, R., & Levy, Y. (2007). Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Educational and Counseling* 65: 166 – 170.
- Sapountzi - Krepia, D., Psychogiou, M., Peterson, D., Zafiri, V., Iordanopoulou, E., Michailidou, F., & Christodoulou, A. (2006). The experience of brace treatment in children/adolescents with scoliosis. *Scoliosis*. 1(1), 8.
- Sawley L. Companions in casualty. *Nurs Times* 1992, 88 (5): 32-33.
- Schmidt, M. and Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18: 540–547.
- Sottile, P., Lynch, Y., Mealer, M. and Moss, M. (2016). The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness. *Critical Care Medicine*. 44(8):721–727.
- Stavrianou, A., Kafkia, T., Mantoudi, A., Minasidou, E., Konstantinidou A., Sapountzi - Krepia, D. & Dimitriadou, A. (2018). Informal Caregivers in Greek Hospitals: a Unique Phenomenon of a Health System in Financial Crisis. *Materia Socio Medica* 30 (2): 147 – 152.

- Thulesius, H., Håkansson, A., & Petersson, K. (2003). Balancing: A Basic Process in End-of-Life Cancer Care. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1353–1377. doi:10.1177/1049732303258369
- Touliatos, J., Perlmutter, B.F. & Straus M.A. (1990). *Hand-book of Family Measurement Techniques*. Newbury Park: Sage.
- Triantafyllou J., Mestheneos E., Prouskas C., Goltsi V., Kontouka S. & Loukissis A. (2006). “The National Survey Report for Greece. EUROFAMCARE – Services for Supporting Family Carers of Dependent Older People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage”. Διαθέσιμο στο: http://www.uke.unihamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf Τελευταία ανάκτηση [15/4/2019].
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M and Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Critical Nursing*, 14(4):501-509.
- Wade, D.T., Legh-Smith, J. & Hewer, R.L. (1986). Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *British Medical Journal Clinical Research Edition*. 293: 418- 420.
- Windle. G., Bennett, K. and Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 9(8).
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S and Rawson, H. (2018) Searching for meaning: A grounded theory of family resilience in adult ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 28(2).
- Yazıcıoğlu, K., Gündüz, S., Özgül, A., Alaca, R., & Arpacıoğlu, O. (2001). Nursing care in spinal cord injuries in Turkey. *Spinal cord*, 39(1), 47.
- Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1992). Institutional placement: phases of the transition. *The Gerontologist*. 32: 665 - 672.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 20(6): 649-655.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δημητριάδου, Α., Σταυριανού, Α., Μανομενίδης, Γ., Καυκιά, Θ., Κουρκούτα, Λ., Κωνσταντινίδου – Στραύκου, Α. & Σαπουντζή – Κρέπια, Δ. (2017). Μελέτη των Συνθηκών Διαβίωσης των Συνοδών Ασθενών στο Ελληνικό Νοσοκομείο και των Επιπτώσεών του. *Νοσηλευτική* 56 (1): 36 – 49.
- Έμκε – Πουλουπούλου, Η. (2007). Η μεταναστευτική πρόκληση. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Ευαγγέλου Ε. Εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο - Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα του. *Νοσηλευτική* 2001, 3: 27- 38.
- Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε., & Μουζακίτης, Χ. (1999). Οικογενειακή θεραπεία: θεωρία και πρακτικές εφαρμογές. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Κούρτη, Μ., Φιλντίσης, Γ., Χριστοφίλου, Ε., Φλώρος, Ι. και Καλλέργης, Γ. (2014). Μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας από την παροχή φροντίδας στο νοσηλευόμενο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):60-70.
- Κυριακίδου Ε. Η οικογένεια και το χρόνιο άτομο: Ρόλος Νοσηλεύτριας. *Νοσηλευτική* 1993, 32 (1): 30-34.
- Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σωτηριάδου, Κ., Μουστάκα, Ε. και Ζύγα, Σ. (2012). Αξιοπιστία ερωτηματολογίου FS ICU 24 για την εκτίμηση της ικανοποίησης οικογένειας από τη φροντίδα στη ΜΕΘ. *Hygeia@εργασία*, 3:127–134.
- Μάντη, Π. & Τσελέπη, Χ. (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. Τόμος Α. Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μπέλλου – Μυλωνά, Π. & Γερογιάννη, Γ.Κ. (2010). Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 9 [1] σελ. 21 -30.
- Πλατή Χ. Ο θάνατος μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 1986, 113 (3):79-89.
- Ρούσση, Π. (2001). Η προσαρμογή της κλίμακας Coping Orientations to Problems Experienced στον ελληνικό πληθυσμό. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η.


Μπεζεβέγκης (Επ. Εκδ.), Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, (σ. 281-296).
Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ηλεκτρονικές Πηγές

www.howstuffworks.com

www.ianr.unl.edu



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ- ΗΠΕΙΡΟΥ
& ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

29 APR. 2020
Ιωάννινα -04-2020

Αριθ. Πρωτ. 10802

Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,
Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληροφορίες Παπασιτύρου Κ.
Τηλέφωνο : 26510 99861
Fax. : 26510 40516
Ταχ. Διεύθυνση : Λ. Σταύρου Νιάρχου
Τ.Θ. 1093 – Τ.Κ. 45 500 Ιωάννινα
E-Mail :gp @uhi.gr

ΠΡΟΣ :- Αιματολογική Κλινική ΠΓΝΙ
Γκεσούλη Κασσιανή (επικοινωνικό
Πρόσωπικό)

Κοιν/ση:
- Επιστ. Συμβούλιο

ΘΕΜΑ: «Διαβίβαση αποφάσεων Δ.Σ.».

Σας διαβιβάζουμε την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, από τη συνεδρίαση 20/15-04-2020 :

θ. 11 Έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Γκεσούλη Κασσιανής.

Ο ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΧΟΛΕΒΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ



ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 20/15-4-2020 (Θ.11) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 11: «Έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Γκεσούλη Κασσιανής»

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 9766/13-4-2020 εισήγηση του Αναπλ. Διοικητή κ. Κωνσταντίνου Χολέβα που έχει ως εξής:

- ΣΧΕΤ: α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ. 126/02-04-2020 έγγραφο του Ε.Σ.
β) Άρθρο 38 του Ν.2519/97 (ΦΕΚ 165/21-8-97 τ. Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. **5/26-03-2020 (Θ. 9)** απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής** Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, μέσω διανομής ερωτηματολογίων, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Γκεσούλη Κασσιανής, Νοσηλεύτριας ΤΕ του Νοσοκομείου μας.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Διερευνητική μελέτη της σχέσης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την προσαρμοστική ικανότητα οικογενειών με μέλος τους στην Αιματολογική Κλινική» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων στην Αιματολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με τη σύμφωνη γνώμη της Δ/ντριας αυτής.

Η παρούσα μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Γκεσούλη Κασσιανής, Φοιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος: Ψυχική Υγεία του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με επιβλέπουσα την κ.Γκούβα Μαίρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Κοιρώτισου Ευαγγελία μέλος και Κοιρώτισου Στυλιανή μέλος.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση των διάφορων παραγόντων που μπορεί να μας επηρεάζουν στην φροντίδα των συγγενών μας.

Η συλλογή και καταγραφή των δεδομένων θα γίνει με τη διανομή ερωτηματολογίων. Εξειδίκευθηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Πρωτόκολλο της έρευνας
2. Τα Ερωτηματολόγια της μελέτης

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποδέχεται τη σχετική γραπτή διαβεβαίωση του κυρίου Ερευνητή ότι ισχύουν τα παρακάτω:

1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο έργο (%)
1. Γκεσούλη Κασσιανή ΤΕ Νοσηλευτικής (Επικουρικό)	Εκτός ωραρίου εργασίας

προσωπικό Αιματολογικής Κλινικής)	
2. Γκούβα Μαίρη Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχολογίας	

2. Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών από τους οποίους θα επιλεγούν οι κατάλληλοι για συμμετοχή στη μελέτη στο χρονικό διάστημα που προβλέπεται από τη μελέτη.

3. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Από τη διεξαγωγή της μελέτης δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας. Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής. Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

Εισηγούμαστε:

Την έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Γκεσούλη Κασσιανής.

**Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση
αποφασίζει ομόφωνα**

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25^η Μαΐου 2018

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΤΣΙΚΑΡΗΣ**

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
Κ. ΧΟΛΕΒΑΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ
Δ. ΠΑΧΑΤΟΥΡΙΔΗΣ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ**

**Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.**

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ