



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ψυχολογικές Επιπτώσεις της Οικογένειας όταν Μέλος
Νοσεί από Ψυχική Ασθένεια»**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Ευαγγελία Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ/Θεσσαλίας

Γκούβα Μαίρη Επίκουρος Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ
Ηπείρου

Παπαθανασίου Ιωάννα Επίκουρος Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής
ΤΕΙ/Θεσσαλίας

Λάρισα, 2014



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



**« The psychological effects on the family when a member of
diseased mental illness»**

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	6
Γενικό Μέρος	9
1. Οικογένεια και Αλληλεπίδραση των Μελών της	9
2. Διάγνωση μιας Ψυχικής Ασθένειας.....	10
3. Ψυχολογικές Επιπτώσεις της Οικογένειας	15
3.1 Επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο	15
3.2 Επιπτώσεις σε ατομικό/διαπροσωπικό επίπεδο.....	18
4. Αντιμετώπιση των Επιπτώσεων στην Οικογένεια.....	23
5. Τρόπος που οι οικογένειες αντιλαμβάνονται τη φροντίδα που έλαβαν τα νοσούντα μέλη τους.....	27
5.1 Αυτοσυμπόνια των μελών της οικογένειας.....	29
Ειδικό Μέρος.....	31
Μέθοδος	32
Δείγμα.....	32
Ερευνητικά εργαλεία	36
Ερευνητική διαδικασία.....	41
Αποτελέσματα	42
Συζήτηση	53
Βιβλιογραφικές αναφορές	59

Περίληψη στα Ελληνικά

Στην παρούσα εργασία διερευνάται η ύπαρξη ψυχολογικών επιπτώσεων σε οικογένειες που έχουν ένα μέλος που νοσεί από ψυχική ασθένεια. Η εμφάνιση και η διάγνωση μιας ψυχικής ασθένειας αποτελεί μια κατάσταση που προκαλεί αλλαγές στον ασθενή, σε προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η οικογένεια βιώνει προβλήματα ως προς την ισορροπία της, καθώς διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών και όλα τα μέλη αναζητούν τρόπους για να διαχειριστούν την κατάσταση. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, κάποιιοι από τους οποίους αποτελούν τις κύριες μεταβλητές της παρούσας έρευνας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 100 ατόμων που είχαν ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ασθένεια. Στο δείγμα χορηγήθηκε μια συστοιχία τριών ερωτηματολογίων, που εξέταζαν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και την οικογενειακή ατμόσφαιρα, ενώ οι συμμετέχοντες καλούνταν να συμπληρώσουν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία και κάποια στοιχεία του μέλους με ψυχική ασθένεια. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς φέρουν τα κύρια χαρακτηριστικά της ψύχωσης, που μειώνουν τα επίπεδα λειτουργικότητάς τους. Οι συγγενείς των ασθενών αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές δίνουν έμφαση στη νοσηλευτική πρακτική κατά τη φροντίδα των ασθενών, παρά στις σχέσεις και την ανθρωπιστική φροντίδα, ενώ και οι ίδιοι αυτούς τους τομείς φροντίδας θεωρούν πιο σημαντικούς.

Λέξεις- κλειδιά: οικογένεια, ψυχική ασθένεια, σχιζοφρένεια, στιγματισμός, νοσηλευτική φροντίδα

Περίληψη στα Αγγλικά (Abstract)

This essay investigates the presence of psychological impact on families who have a member who suffer from mental illness. The presentation and diagnosis of mental illness is a condition that causes changes to the patient, personal, social and professional level but also other members of the family. The family is experiencing problems with balance, and disturbed relations between members and all members looking for ways to manage the situation. The psychological effects depend on a number of factors, some of which are the main variables of this research.

The survey was conducted on a sample of 100 individuals who had a family member with mental illness. The sample was administered a battery of three questionnaires that examined satisfaction with nursing care, self-compassion and family atmosphere, and participants were asked to fill out some demographic data and some data member with mental illness. The findings showed that patients bear the hallmarks of psychosis, which reduce their functionality levels. The patients' relatives say nurses emphasize the nursing practice in the care of patients, despite the relations and humanitarian care, while these themselves their care sectors consider most relevant.

Keywords: family, mental illness, schizophrenia, stigma, nursing care

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία διαπραγματεύεται το ζήτημα της εκδήλωσης μιας ψυχικής εμφάνισης σε ένα μέλος της οικογένειας, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στις ψυχολογικές επιπτώσεις που γίνονται εμφανείς σε όλη την οικογένεια. Η ψυχική ασθένεια αποτελεί μια κατάσταση που νοηματοδοτείται ιατρικά αλλά και κοινωνικά και επηρεάζει τη δυναμική ολόκληρης της οικογένειας. Με βάση το κοινωνικό μοντέλο η ψυχική ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως ένα μειονέκτημα, που καθορίζεται από την επίδραση δύο παραγόντων, που αφορούν τόσο τα σωματικά όσο και τα νοητικά χαρακτηριστικά του ατόμου, καθώς και τον κοινωνικό του περίγυρο που αποτελείται από τα κοντινά στο άτομο πρόσωπα. Το κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της ασθένειας σχετίζεται με τις επιλογές της κοινωνικής πολιτικής και τα δικαιώματα των ίδιων των ατόμων με ασθένεια. Η κάθε ασθένεια καθορίζεται από το εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο, ενώ επηρεάζεται από τις αντιδράσεις του συγκεκριμένου πλαισίου (Samaha, 2007).

Το κάθε άτομο καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον του δέχονται, αντιδρούν και βιώνουν με διαφορετικό τρόπο τις εμπειρίες στην καθημερινή ζωή και τις δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν, όπως την εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας. Πρόκειται για μια κατάσταση, η οποία εκτός από τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή του ατόμου και της οικογένειας, προκαλεί αλλαγές και στον τρόπο που οι άλλοι συμπεριφέρονται και αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη οικογένεια. Επομένως, η οικογένεια που βιώνει μια κατάσταση όπου ένα μέλος πάσχει από μια ψυχική ασθένεια έρχεται αντιμέτωπη με ένα σύνολο προκλήσεων και επιπτώσεων που καλείται να διαχειριστεί. Αυτό το ζήτημα αποτελεί και το αντικείμενο της παρούσας εργασίας και έρευνας.

Η σημασία της εν λόγω έρευνας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική ως προς τις επιπτώσεις που προκαλεί στην οικογένεια η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας και συγκεκριμένα η εκδήλωση της ψύχωσης σε ένα μέλος της οικογένειας. Η έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της οικογένειας όταν ένα μέλος νοσεί από ψυχική ασθένεια, ενώ οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από την επαλήθευση ή όχι των ερευνητικών υποθέσεων θα συμβάλλουν στην καλύτερη θεραπευτική και συμβουλευτική προσέγγιση της οικογένειας με μέλος που νοσεί από ψυχική ασθένεια.

Αλλαγές θα πρέπει να υπάρξουν τόσο στο οικογενειακό πλαίσιο όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, που επηρεάζει τον τρόπο που η οικογένεια βλέπει και αντιμετωπίζει την εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας. Μία από τις επιπτώσεις που θα παρουσιαστούν στην παρούσα εργασία είναι το στίγμα, με το οποίο έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια με μέλος που νοσεί αφορούν τόσο το προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο όσο και το κοινωνικό επίπεδο. Επομένως, οι επιπτώσεις θα αναλυθούν στα διαφορετικά επίπεδα ώστε να καλύψουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα μέλη μιας οικογένειας με μέλος που νοσεί από ψυχική ασθένεια.

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να μελετήσει μέσα από πρόσφατη βιβλιογραφία και αρθρογραφία τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί από ψυχική ασθένεια, ενώ στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί και μια έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου ώστε να διερευνηθούν οι επιπτώσεις όπως τις έχουν βιώσει άτομα που έχουν κάποιο μέλος με σχιζοφρένεια. Μέσα από τη θεωρητική και ερευνητική προσέγγιση του θέματος υπάρχει η προσδοκία να καλυφθούν κενά που υπάρχουν στη μελέτη των επιπτώσεων στην ελληνική οικογένεια με μέλος που νοσεί από ψυχική ασθένεια, καθώς υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το εκάστοτε πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος –το γενικό μέρος- αποτελείται από τρία βασικά κεφάλαια, που περιλαμβάνουν τις εξής ενότητες:

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην οικογένεια και την αλληλεπίδραση των μελών της λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά και τον καθορισμό με βάση τα κοινωνικά και πολιτισμικά στοιχεία.

Το δεύτερο κεφάλαιο προσεγγίζει την ψυχική ασθένεια, τα συμπτώματα και τα κλινικά χαρακτηριστικά της δίνοντας έμφαση στη σχιζοφρένεια.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στο βασικό ζήτημα της εργασίας που αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια σε κοινωνικό και ατομικό/διαπροσωπικό επίπεδο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν σε οικογενειακό επίπεδο με στόχο την αντιμετώπιση των επιπτώσεων

που προκαλεί η ψυχική ασθένεια στην οικογένεια, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην καλύτερη πρόγνωση και πορεία της νόσου και στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον τρόπο που οι οικογένειες αντιλαμβάνονται τη φροντίδα που έλαβαν τα νοσούντα μέλη τους και την αυτοσυμπόνια των μελών της οικογένειας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζει την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα οικογενειών με μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια. Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου με κύριο στόχο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί από ψυχική ασθένεια και συγκεκριμένα από σχιζοφρένεια.

Γενικό Μέρος

1. Οικογένεια και Αλληλεπίδραση των Μελών της

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας το ενδιαφέρον δεν επικεντρώνεται στο άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια, αλλά στην οικογένεια που έχει ένα μέλος με τέτοιου είδους ασθένεια. Επομένως, αρχικά, θα καθοριστεί η έννοια της οικογένειας. Πρόκειται για μια έννοια που καθορίζεται κοινωνικά και πολιτισμικά. Είναι μια μικρή ομάδα ατόμων που ζουν μαζί στο ίδιο σπίτι και έχουν συγγενικούς δεσμούς. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε οικογένειες μέσα στις οποίες ζουν άτομα με ψυχικές ασθένειες.

Βασικό χαρακτηριστικό των οικογενειών είναι οι αλληλεπιδράσεις που πραγματοποιούνται στο εσωτερικό τους μεταξύ των μελών, που μπορεί να είναι οι γονείς και το παιδί ή τα παιδιά (πυρηνική οικογένεια) ή μόνο ένας γονέας και το παιδί ή τα παιδιά (μονογονεϊκή οικογένεια) ή μπορεί να περιλαμβάνεται ο παππούς και η γιαγιά ή άλλοι στενοί συγγενείς (εκτεταμένη οικογένεια), (Dale, 2008).

Ο πολιτισμικός καθορισμός της δομής της οικογένειας επεκτείνεται και στον προσδιορισμό της οικογένειας με μέλος με ψυχική ασθένεια. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ψυχική ασθένεια ασκούν επιδράσεις στον τρόπο που η ίδια η οικογένεια αντιλαμβάνεται το συγκεκριμένο ζήτημα, αλλά και τις συμπεριφορές που δέχεται σε κοινωνικό επίπεδο. Η στάση που θα κρατήσει η οικογένεια απέναντι στο μέλος που νοσεί εξαρτάται και από το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και την ψυχολογική στήριξη που λαμβάνει, ενώ πρωταρχικό ρόλο παίζει ο τρόπος που η οικογένεια αντιλαμβάνεται την ψυχική ασθένεια (Banks, 2003). Η εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας δεν επηρεάζει μόνο το μέλος που νοσεί, επηρεάζει όλο το οικογενειακό σύστημα, οδηγώντας στην εμφάνιση εμποδίων και προκαλώντας βιώματα και εμπειρίες που συνδέονται με την ύπαρξη της ασθένειας σε όλα τα μέλη της οικογένειας (Morris & Wates, 2006).

2. Διάγνωση μιας Ψυχικής Ασθένειας

Το γεγονός της διάγνωσης ενός μέλους της οικογένειας με μία ψυχική ασθένεια και πιο συγκεκριμένα, με μια αρκετά σοβαρή, προκαλεί μεγάλες αλλαγές στο εσωτερικό της οικογένειας. Τα συμπτώματα του μέλους της οικογένειας το οποίο νοσεί αλλά και οι αλλαγές που επέρχονται όσον αφορά στις σχέσεις των μελών οδηγούν στη δημιουργία μιας καινούριας πραγματικότητας η οποία έχει την δυνατότητα να επηρεάσει το σύνολο των επιπέδων της ψυχοσυναισθηματικής αλλά και κοινωνικής ζωής της οικογένειας (Livingston & Boyd, 2010). Η εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας ταραξίζει τις οικογενειακές συνθήκες και αλληλεπιδράσεις, δημιουργεί ανισορροπία και όλα τα μέλη καλούνται να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση. Η εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας επηρεάζει την οικογένεια, αλλά και η οικογένεια επηρεάζει την κατάσταση του ατόμου με ψυχική ασθένεια. Πρόκειται για μια αμφίδρομη κατάσταση, όπου τόσο η οικογένεια όσο και η ασθένεια καθορίζονται με κοινωνικούς όρους. Είναι κοινωνικά κατασκευασμένες έννοιες, που δίνουν έμφαση στο κοινωνικό νόημα και τα κοινωνικά εμπόδια με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και οι οικογένειές τους (Kirshbaum, 2000).

Ψυχική ασθένεια: Σχιζοφρένεια

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες φέρουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στα συμπτώματα που παρουσιάζουν. Η διάγνωση στηρίζεται στα συμπτώματα που εκδηλώνει το άτομο, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά, την προσωπικότητα του ατόμου και το οικογενειακό του περιβάλλον. Μία από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι η ψύχωση, που εμφανίζει ένα σύνολο συμπτωμάτων, όπως διαταραχές προσανατολισμού, μνήμης, αντίληψης, προσοχής, κρίσης και μάθησης, συναισθηματικές διαταραχές με ρηχό ή ασταθές συναίσθημα, μείωση των ηθικών αναστολών και αλλαγές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Το άτομο εμφανίζει μερική ή ολική απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και αλλοίωση των πνευματικών λειτουργιών του (Παπαγεωργίου, 2009). Πρόκειται για χαρακτηριστικά που δημιουργούν προβλήματα στο οικογενειακό πλαίσιο και ανατρέπουν τη μέχρι τότε ζωή της οικογένειας. Τα άτομα με ψύχωση συνήθως φέρουν αλλαγές και στη γενική εμφάνισή τους, ενώ έχουν

θέματα ατομικής υγιεινής, καθώς μια μερίδα αυτών έχουν την εμφάνιση ενός ατημέλητου και ρακέन्दυτου ατόμου (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000. Παπαγεωργίου, 2009. Χριστοπούλου, 2008).

Η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας δημιουργεί ένα σύνολο δυσκολιών, που ανάγονται σε τρία επίπεδα: τα ίδια τα άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους, τις επιπτώσεις που αυτή συνεπάγεται στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους λειτουργικότητα (όπως κοινωνική απόρριψη και στίγμα) καθώς επίσης και τα καθημερινά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (Philips et al., 2009). Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ψύχωσης αναμένεται να έχουν αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους. Με τη σειρά τους τόσο τα κλινικά χαρακτηριστικά της ψύχωσης όσο και οι γενικές αντιλήψεις των ασθενών για την υγεία τους μπορεί να επιδράσουν στην αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή ή στη γενική ποιότητα της ζωής τους (Meijer et al., 2009). Η ψυχική διαταραχή επηρεάζει την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ζωή του ατόμου και της οικογένειας και απειλεί όχι μόνο την ποιότητα ζωής αλλά και την ίδια την ανθρώπινη ζωή (Οικονόμου, και συν., 2010).

Μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές και μια μορφή ψύχωσης είναι η σχιζοφρένεια, που προκαλεί προοδευτική αποσύνθεση της προσωπικότητας και μια παραμόρφωση της αίσθησης του εαυτού και του περιβάλλοντος. Η έναρξη της σχιζοφρένειας κυμαίνεται από τη μέση εφηβεία μέχρι και την πρώτη ενήλικη ζωή. Η πορεία της σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από οξεία ψυχωτικά επεισόδια, που συνήθως απαιτούν νοσηλεία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση της σκέψης και του λόγου, καχυποψία, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα (θετικά συμπτώματα) καθώς και διαταραχές σε συναισθηματικό επίπεδο, κοινωνική απόσυρση, αβουλία και διαταραχές σε γνωστικό και λεκτικό επίπεδο (Παπαγεωργίου, 2009).

Τα περισσότερα άτομα με ψύχωση που εκδήλωσαν τη νόσο σε νεαρή ηλικία το πιο πιθανό είναι να συνεχίζουν να ζουν στην πατρική τους οικογένεια και στις περισσότερες περιπτώσεις εξαρτώνται από αυτήν, με αποτέλεσμα οι αλλαγές που προκαλεί η συγκεκριμένη κλινική κατάσταση οδηγούν σε αλλαγές σε ολόκληρη την οικογένεια.

Διάγνωση και διεργασία πένθους

Μετά τη διάγνωση η οικογένεια βιώνει μια διεργασία πένθους. Αισθάνεται θλίψη, λύπη και απογοήτευση, άγχος για μέλλον και για την εξέλιξη του ατόμου που νοσεί. Έχει ανάγκη από κατάλληλη ενημέρωση και υποστήριξη ώστε να μάθει περισσότερα σχετικά με τη διαταραχή και να συνειδητοποιήσει τη χρονιότητα της κατάστασης. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν έντονο άγχος και αγωνία για την πορεία της νόσου και αναζητούν την κατάλληλη θεραπεία. Ουσιαστικά, τα συναισθήματα που βιώνει η οικογένεια αντιστοιχούν στα στάδια του πένθους, βιώνοντας αρχικά σοκ για την εμφάνιση της διαταραχής και τις ανατροπές που σημειώθηκαν στην οικογένεια, καθώς η ασθένεια δημιουργεί προβλήματα στο σύνολο της οικογένειας, στην προσωπική ανάπτυξη, το κοινωνικό περιβάλλον και τον τρόπο ζωής. Έτσι, μετά το πρώτο σοκ αρνείται το πραγματικό γεγονός και τη διάγνωση που έχει γίνει και σκέφτεται ότι κάποιο λάθος έγινε. Ακολουθούν ανάμικτα συναισθήματα και αντιδράσεις, που εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου αλλά και το δυναμικό της κάθε οικογένειας (Kubler- Ross & Kessler, 2005).

Στην περίπτωση που η ψυχική ασθένεια εμφανιστεί σε μικρή ηλικία, οι γονείς δεν μπορούν να δεχτούν ότι όλα όσα είχαν ονειρευτεί για το παιδί καταστρέφονται. Η άρνηση αποτελεί για την οικογένεια έναν προστατευτικό μηχανισμό, με κύρια στοιχεία την απομάκρυνση από το κοινωνικό, φιλικό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, την άρνηση και αποδοχή της πραγματικότητας. Οι γονείς προσπαθούν να μην σκέφτονται τη διάγνωση και προσπαθούν να πείσουν τον εαυτό τους ότι κάποιο λάθος έχει γίνει (Dale, 2008). Την άρνηση ακολουθούν τα συναισθήματα θυμού, οργής, αγανάκτησης και πόνου, με κυρίαρχο τον θυμό και την ένταση των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί η λογική. Ο θυμός είναι ένα σημαντικό και απαραίτητο στάδιο που συμβάλλει στη διεργασία του πένθους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που εμφανίστηκαν μαζί με την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας (Kubler- Ross & Kessler, 2005). Ακόμη, οι γονείς μπορεί να νιώθουν ενοχές για το πρόβλημα που εμφανίστηκε μέσα στην οικογένεια ή μπορούν να νιώθουν και αποστροφή για το παιδί. Πρόκειται για ένα έντονο συναίσθημα, που οι περισσότεροι γονείς αισθάνονται ντροπή να εκφράσουν ή να ομολογήσουν, ενώ συνήθως η μητέρα νιώθει περισσότερο ενοχή για την κατάσταση, αλλά και μεγαλύτερη συναισθηματική και πρακτική εμπλοκή (Dale, 2008).

Σταδιακά, τα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να προσαρμοστούν στη ζωή με ένα άτομο που νοσεί από ψυχική ασθένεια. Η διαπραγμάτευση μπορεί να βοηθήσει το άτομο να μετακινηθεί από μια κατάσταση σε κάποια άλλη, ενώ αναζητά λίγο χρόνο για τον εαυτό του ώστε να συνηθίσει τη νέα κατάσταση. Η διαπραγμάτευση μπορεί να καλύψει τα κενά που βιώνει το άτομο εξαιτίας των ισχυρών συναισθημάτων που νιώθει ότι κυριαρχούν (Kubler- Ross & Kessler, 2005). Ωστόσο, η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας μέσα στην οικογένεια οδηγεί σε έντονες αντιδράσεις και θυμό. Στη συνέχεια, τα μέλη της οικογένειας περνούν το στάδιο της κατάθλιψης, που είναι περισσότερο εστιασμένο στο παρόν και την κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Τα συναισθήματα κενότητας και απογοήτευσης που νιώθει το άτομο είναι πιο έντονα σε αυτό το στάδιο και οδηγούν σε ένα βαθύτερο επίπεδο διεργασίας του πένθους. Σε αυτό το στάδιο το άτομο μπορεί να αισθάνεται την ανάγκη να απομονωθεί, να μείνει στο κρεβάτι και να μην κάνει τίποτα ή να μην συναναστραφεί με κανέναν. Μπορεί να παραιτηθεί από καθημερινές δραστηριότητες. Το άτομο βιώνοντας αυτή την αλλαγή μέσα στην οικογένεια προσπαθεί να βρει νέες ισορροπίες και να αναδιαμορφώσει το νόημα της ζωής του (Kubler- Ross & Kessler, 2005).

Διάγνωση και οικογένεια

Συναισθήματα όπως ενοχή, θυμός, ντροπή, θλίψη, ματαιώση, απελπισία είναι αυτά που χαρακτηρίζουν κατά βάση τα μέλη της οικογένειας που, από την μία πλευρά, δεν μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση, ενώ από την άλλη δεν βρίσκουν τον κατάλληλο χώρο να τα εκφράσουν λόγω της κοινωνικής αναπαράστασης για τις σοβαρές ψυχικές ασθένειες και του στίγματος, όπως έχει αποδειχθεί μέσα από σύγχρονες επιστημονικές έρευνες (Ahmedani et al, 2013· Day et al., 2013).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Ahmedani et al. (2013) όταν ένα μέλος της οικογένειας βιώνει μια σοβαρή ψυχική ασθένεια ή είναι αλκοολικό ή χρήστης ουσιών η οικογένεια νιώθει αμηχανία και ντροπή περισσότερο σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που ένα μέλος της οικογένειας βιώνει μια σωματική ασθένεια. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 49.5% των μελών της οικογένειας με ψυχική ασθένεια βίωναν αμηχανία και ντροπή σε σύγκριση με το 36.6% των ατόμων με μέλη με γενικές ιατρικές καταστάσεις–σωματικές ασθένειες. Σε μια ακόμη έρευνα των Angermeyer et al. (2003) διαπιστώθηκε ότι η οικογένεια του ατόμου με ψυχιατρική

διαταραχή εκτός του ότι η ίδια στιγματοποιεί τον εαυτό της, νιώθει και ντροπή για το μέλος που νοσεί θεωρώντας ότι το καλύτερο είναι να αποκρύπτουν το πρόβλημα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην περίπτωση μιας ψυχικής ασθένειας δεν ευθύνεται η οικογένεια αλλά ούτε και αποτελεί το κεντρικό ρόλο σε μία διαδικασία «θυματοποίησης». Είναι σημαντικό η ίδια η οικογένεια να μην στιγματίζει τον εαυτό της και να μην καθορίζει τον εαυτό της με βάση την ψυχική ασθένεια και τις νοσηματοδοτήσεις σε σχέση με αυτή (Ociskova et al., 2013). Η οικογένεια βιώνει έντονη περιθωριοποίηση και στιγματισμό, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ψυχολογικές επιπτώσεις, που αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο.

Η οικογένεια συνήθως αποτελεί ένα σημαντικό υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Είναι πρωτίστης σημασίας η οικογένεια να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον με χαμηλά επίπεδα στρες, που αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την εφαρμογή ενός ασφαλούς μακροχρόνιου προγράμματος της σχιζοφρένειας με στόχο την παροχή βοήθειας στην οικογένεια. Τα μέλη της οικογένειας όπου γίνεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και οικονομικά προβλήματα. Βιώνουν εμπόδια στη ζωή τους, ενώ η ποιότητα της ζωής μειώνεται. Ωστόσο, πολλά μέλη της οικογένειας βλέπουν τη θετική πλευρά της κατάστασης, αναζητώντας ένα νέο νόημα στη ζωή, αλλάζοντας τις αξίες της ζωής και τις προτιμήσεις όταν μια σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια, εμφανίζεται στο άτομο (Motlona, 2007).

Η σχιζοφρένεια ως μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχει εμφανείς επιπτώσεις στην οικογένεια και τις αλληλεπιδράσεις στο εσωτερικό της. Η σχέση ανάμεσα στην οικογένεια και την εξέλιξη της σχιζοφρένειας είναι αμφίδρομη, καθώς το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει στην εξέλιξη και πρόγνωση της νόσου, ενώ από την άλλη η κατάσταση της σχιζοφρένειας δημιουργεί προβλήματα κι επηρεάζει την οικογένεια. Όταν ένα μέλος της οικογένειας έχει σχιζοφρένεια τότε προκύπτουν εμπόδια και αρνητικές εμπειρίες και βιώματα για όλα τα μέλη της οικογένειας, για αυτό κρίνεται αναγκαία η παροχή βοήθειας, στήριξης και συμβουλευτικής. Ορισμένα από τα συμπτώματα τη σχιζοφρένειας μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον, τα οποία αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο και αφορούν το ατομικό και διαπροσωπικό επίπεδο καθώς και το κοινωνικό επίπεδο (Kotrotsiou, Papathanasiou & Kotrotsiou, 2005).

3. Ψυχολογικές Επιπτώσεις της Οικογένειας

Στις πλείστες των περιπτώσεων, η οικογένεια εκδηλώνει τάσεις απομόνωσης, αποφεύγοντας να ζητήσει βοήθεια, ενώ νιώνει μία συνθήκη παρατεταμένης κρίσης (Davidson, 2012). Το πλαίσιο της οικογένειας εκδηλώνει τάσεις αποδιοργάνωσης, αποδυνάμωσης και νοσηρής λειτουργίας για το σύνολο των μελών του.

3.1 Επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο

Το στίγμα

Μία από τις κύριες επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια είναι το στίγμα, το οποίο προκύπτει μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση και τον κοινωνικό προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας (Οικονόμου και συν., 2010). Το στίγμα που βιώνει η οικογένεια εκδηλώνεται με αισθήματα κατηγορίας, ντροπής και μιάσματος (Corrigan & Miller, 2004). Σύμφωνα με τους Corrigan et al. (2006), οι οικογένειες ατόμων με χρήστες ουσιών είναι πιο στιγματισμένοι και δέχονται την πιο αυστηρή κριτική, με αποτέλεσμα κάποιες φορές να νιώθουν οι ίδιοι ότι το αξίζουν ή να νιώθουν ένοχοι θεωρώντας τους εαυτούς τους υπεύθυνους.

Το στίγμα που βιώνουν τα μέλη των οικογενειών με ψυχική ασθένεια οδηγεί στην εμφάνιση ψυχικής δυσφορίας. Σύμφωνα με τον Goffman (1963:3) το στίγμα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που οδηγεί στην απαξίωση σε μεγάλο βαθμό του ατόμου, μειώνοντας και ξεχωρίζοντας αυτό από ένα σύνολο ατόμων που φέρει παρόμοια, συνηθισμένα χαρακτηριστικά. Το στίγμα θεωρείται μια κατάσταση όπου το άτομο υποτιμάται εξαιτίας ενός ή περισσότερων λόγων για τους οποίους παρεκκλίνει από το μέσο όρο και την κανονικότητα. Το στίγμα μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μια κοινωνική ασθένεια που προκαλεί ένα σύνολο αρνητικών συμπεριφορών και χαρακτηριστικών προς το στιγματισμένο άτομο. Το στίγμα υπάρχει όταν εμφανίζονται ετικέτες και αρνητικοί χαρακτηρισμοί, ενώ συνδέεται με αρνητικά στερεότυπα, αποκλεισμό και διακρίσεις, καθώς και χαμηλή κοινωνική θέση που επιτρέπει στις διαδικασίες αυτές να εξελιχθούν και να εδραιωθούν (Link & Phelan, 2001). Επιπλέον, το στίγμα μπορεί να ειπωθεί ως μια διαβρωμένη ταυτότητα την

οποία ένα άτομο μπορεί να έχει κάποιο έλλειμμα ή κάποια αναπηρία (Goffman, 1963).

Το αναμενόμενο στίγμα και η στιγματισμένη ταυτότητα βρέθηκε ότι οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, ενώ το αναμενόμενο στίγμα είχε άμεση και αρνητική επίδραση στη σωματική υγεία και την ψυχική ευημερία. Το στίγμα είναι μια κατάσταση που επιδρά στις ατομικές διεργασίες και την ταυτότητα του ατόμου, ενώ επηρεάζει την ψυχολογική του κατάσταση ασκώντας αρνητικές επιδράσεις στο άτομο και το άμεσο περιβάλλον του (Quinn & Chaudoir, 2009). Φαίνεται πως το στίγμα οδηγεί στη διαμόρφωση πεποιθήσεων και την ταυτότητά τους με βάση τις απόψεις και πεποιθήσεις των άλλων. Κατά βάθος το άτομο προσπαθεί να πιστέψει ότι είναι ένα φυσιολογικό άτομο, που δεν παρουσιάζει διαφορές από τα άλλα άτομα και δεν αποκλίνει από τις κοινωνικές νόρμες, ενώ θεωρεί ότι αξίζει μια δίκαιη αντιμετώπιση και ίσες ευκαιρίες με όλους τους άλλους (Goffman, 1963). Οι μηχανισμοί που υπάρχουν και συνδέονται με τον στιγματισμό είναι η αρνητική αντιμετώπιση και η άμεση διάκριση που βιώνει το άτομο καθώς και η αυτόματη ενεργοποίηση στερεοτύπων και οι διαδικασίες απειλής της ταυτότητας. Η διάκριση επιδρά άμεσα στην κοινωνική θέση, την ψυχική ευζωία και την σωματική υγεία των στιγματισμένων. Το στίγμα επιδρά στα στιγματισμένα άτομα μέσα από τις διεργασίες της επιβεβαίωσης της προσδοκίας ή μέσα από την αυτοεκπληρούμενη προφητεία (Jussim et al., 2000). Το στίγμα επηρεάζεται και από τα ατομικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των καταστάσεων. Τα άτομα διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο που αντιμετωπίζουν μία χρόνια κατάσταση στιγματισμού, ενώ οι στόχοι και τα κίνητρα των ατόμων διαμορφώνονται και με βάση τις αντιλήψεις και τον τρόπο κατανόησης των καταστάσεων (Major & O'Brien, 2005).

Το στίγμα ασκεί επιδράσεις σε πολλές διαφορετικές πτυχές της ζωής του ατόμου, όπως η δουλειά, οι συνθήκες διαβίωσης, τα σχολικά επιτεύγματα και οι διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ έχει ένα σύνολο αρνητικών επιπτώσεων στον ψυχισμό του ατόμου, επιδρώντας στην αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τη ζωή και αυξάνοντας τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Mak et al., 2007). Το στίγμα επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ατόμων, καθώς τα άτομα διαμορφώνουν μια στιγματισμένη ταυτότητα και ζουν με αυτή, είτε είναι εμφανής στο κοινωνικό σύνολο είτε είναι περισσότερο καλυμμένη. Σημαντικό ρόλο παίζει και το πολιτισμικό πλαίσιο, με βάση το οποίο πρέπει να αναλυθεί το στίγμα και ο τρόπος που γίνεται

αντιληπτή και νοηματοδοτείται η ψυχική ασθένεια (Quinn & Chaudoir, 2009). Το στίγμα συνδέεται με συναισθηματικά προβλήματα και άλλα προβλήματα της ψυχικής υγείας του ατόμου (Noble, 2009).

Ικανοποίηση από ζωή

Έρευνες που επικεντρώνονται στη μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψυχική ασθένεια διαπιστώνουν την ύπαρξη προβλημάτων σε τομείς, όπως η στέγαση, η οικονομική κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης, οι οικογενειακές σχέσεις, οι ασχολίες, η ασφάλεια και η κοινωνική υποστήριξη (Meijer et al., 2008). Στο πλαίσιο των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την ψύχωση μέχρι πρόσφατα οι θεραπείες εστίαζαν στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων, ενώ πολλές φορές οι ασθενείς έμεναν με έναν αριθμό υπολειπόμενων δυσκολιών, όπως αρνητικών συμπτωμάτων, γνωστικών ελλειμμάτων, ελλειπών δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής και της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας. Η ικανοποίηση των ατόμων με ψύχωση από τη ζωή εξαρτάται από τα προβλήματα που παραμένουν, όπως δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα, έλλειψη κοινωνικών επαφών, ανεργία και στιγματισμός (Narvaez et al., 2008).

Η μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής και προβλέπει την έκβαση της ψύχωσης, με την πιθανή εμφάνιση υποτροπών, ενώ το άτομο βιώνει ανεργία. Η κοινωνική αντίληψη για την ασθένεια έχει αντίκτυπο στις δεξιότητες ζωής του ατόμου, καθώς η ακριβής αξιολόγηση των κοινωνικών σημάτων του περιβάλλοντος και οι κοινωνικές ευκαιρίες που είναι απαραίτητες για την εκμάθηση δεξιοτήτων, όπως η φροντίδα του σπιτιού και η επιμέλεια των οικονομικών, αποτελούν απαραίτητο προαπαιτούμενο για τη βελτίωση των καθημερινών δεξιοτήτων ζωής (Couture, Penn & Roberts, 2006). Τα χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας του μέλους που νοσεί δημιουργούν προβλήματα στο σύνολο της οικογένειας.

Έρευνες που ασχολήθηκαν με την ικανοποίηση που βιώνουν από τη ζωή τα μέλη της οικογένειας που έχουν μέλος που νοσεί εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου και τους παράγοντες που προστατεύουν τα μέλη της οικογένειας που ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς. Τα επίπεδα κατάθλιψης και η ικανοποίηση από τη ζωή της

οικογένειας με μέλος που νοσεί εξαρτώνται από τους στρεσογόνους παράγοντες, την υγεία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του φροντιστή καθώς και από τους κοινωνικούς πόρους και τις εναλλακτικές που υπάρχουν ως προς τα πρόσωπα που φροντίζουν το μέλος που νοσεί. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος που το άτομο που φροντίζει το μέλος που νοσεί αντιλαμβάνεται τις απαιτήσεις της περίθαλψης του ασθενούς. Αν θεωρεί ότι είναι μια διαδικασία όχι πολύ στρεσογόνα, που σε βοηθά να βρεις ένα νόημα και έχει ορισμένα οφέλη, ενώ υπάρχουν και διαθέσιμοι κοινωνικοί πόροι τότε το άτομο εμφανίζει χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Στην έρευνα των Haley et al. (2003) διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές-μέλη της οικογένειας που δέχονται να ζητήσουν συμβουλευτική και στήριξη ή εστιάζουν την προσοχή τους στα οφέλη που αποκομίζουν από την περίθαλψη του ασθενούς και παραμένουν ενεργοί σε κοινωνικό επίπεδο έχοντας κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

3.2 Επιπτώσεις σε ατομικό/διαπροσωπικό επίπεδο

Όταν ένα μέλος μέσα στην οικογένεια νοσεί από μια ψυχική ασθένεια, τότε εμφανίζονται προβλήματα σε ζητήματα που αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Συγκεκριμένα, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας βιώνουν διαταραχές στον ύπνο, κούραση και άγχος. Ο διαταραγμένος και χαμηλής ποιότητας ύπνος οδηγεί στην εμφάνιση άγχους, έντασης και φόβου, ενώ υψηλά είναι και τα επίπεδα κόπωσης των ατόμων. Στην έρευνα των Day et al. (2013) η εμφάνιση μιας νόσου σε ένα μέλος της οικογένειας, που απαιτεί συστηματική και εντατική φροντίδα και περίθαλψη, οδηγεί σε μέτριες ή σοβαρές διαταραχές ύπνου, σε κόπωση και σε ήπιο άγχος. Πρόκειται για μια τραυματική εμπειρία για όλη την οικογένεια, η οποία ασχολείται με το άτομο που νοσεί και τα μέλη βάζουν σε δεύτερη θέση τις δικές τους ανάγκες.

Οι διαταραχές στον ύπνο είναι μία από τις πρώτες επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια και κυρίως οι φροντιστές-μέλη του ατόμου που νοσεί, ενώ ο διαταραγμένος και χαμηλής ποιότητας ύπνος οδηγεί σε αλλαγές όσον αφορά τις αντιδράσεις στο στρες, σε εκνευρισμό και θυμό, σε κατάθλιψη, μειωμένα επίπεδα προσοχής, μειωμένη

λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και προβλήματα στην κρίση και στη λήψη αποφάσεων. Τα χαμηλά επίπεδα ύπνου προκαλούν άγχος, ένταση και φόβους, ενώ τα συμπτώματα αυτά μπορούν να μειωθούν με την επίτευξη καλής επικοινωνίας ανάμεσα στους φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας (Carter & Chang, 2000. Carter & Clark, 2005. Lee & Lau, 2003. Rittman, Hinojosa & Findley, 2009).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ανάγκη από φροντίδα και περίθαλψη, η οποία πραγματοποιείται συνήθως από μέλη της οικογένειας. Τα μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν την περίθαλψη του ασθενούς συναντούν αρκετά εμπόδια στη ζωή τους και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επιδρούν στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα εμπόδια. Τα εμπόδια που βιώνουν συνδέονται με τη συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, τις αλλαγές που σημειώνονται μέσα στην καθημερινότητα, τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, την εργασία και τον ελεύθερο χρόνο. Τα εμπόδια που βιώνει η οικογένεια διακρίνονται σε αντικειμενικά και υποκειμενικά. Τα αντικειμενικά εμπόδια σχετίζονται με τα συμπτώματα του ασθενούς, τη συμπεριφορά, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες, όπως αλλαγές στη ρουτίνα, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασία και τον ελεύθερο χρόνο. Από την άλλη μεριά, τα υποκειμενικά εμπόδια αφορούν την ψυχική υγεία και την υποκειμενική ανησυχία των μελών της οικογένειας (Reine et al., 2003).

Τα εμπόδια συνδέονται και με το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια κατάσταση που απαιτεί ανεξάντλητη προσπάθεια, ενέργεια και κατανόηση, ενώ επιδρά στη ζωή όλων των ατόμων που βρίσκονται στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Τα άτομα της οικογένειας που ασχολούνται πιο ενεργά με τη φροντίδα του μέλους που νοσεί αντιμετωπίζουν προβλήματα σε πολλούς τομείς και έχουν την ανάγκη να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στην εργασία, την οικογένεια και τη φροντίδα του ασθενούς, προσπαθώντας να έχουν μια ισορροπία και ανάμεσα στη σωματική και συναισθηματική υγεία. Η έλλειψη προσωπικών, οικονομικών και συναισθηματικών πόρων μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση άγχους, στρες και κατάθλιψης (Chan, 2011).

Τα άτομα που βιώνουν τη σχιζοφρένεια σε ένα μέλος της οικογένειας αντιμετωπίζουν εμπόδια σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο, καθώς βιώνουν έντονο στρες και αγωνία σχετικά με την πορεία της νόσου. Οι περισσότερες οικογένειες έχουν

επωμιστεί με τις ευθύνες της φροντίδας του μέλους που ασθενεί, με αποτέλεσμα να βιώνουν εμπόδια και περιορισμούς αναφορικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες, τους πόρους και τη στήριξη. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν δυσκολίες στη σχέση με το μέλος της οικογένειας που νοσεί από σχιζοφρένεια, καθώς και στις στενές διαπροσωπικές τους σχέσεις. Οι δυσκολίες στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με τις αλλαγές που βιώνουν στην καθημερινότητα, τον ελεύθερο χρόνο και τη σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Επίσης, κάποια από τα μέλη της οικογένειας απομονώνονται και δεν αναζητούν στήριξη ούτε μέσα στην οικογένεια ούτε από το φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Chan, 2011).

Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως τα άτομα που αναζητούν στήριξη από το οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν με καλύτερο τρόπο την ασθένεια που βιώνουν μέσα στην οικογένεια. Τα υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης συνδέονται με εύρεση καλύτερων τρόπων αντιμετώπισης της νόσου που βιώνουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Η κοινωνική και οικογενειακή στήριξη συμβάλλει στη χρήση ωφέλιμων στρατηγικών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου στην οικογένεια. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες τους και τα συναισθήματά τους, να προσαρμόσουν τη ζωή τους και να βρίσκουν τρόπους να αποφορτίζονται από την κατάσταση που βιώνουν. Η κοινωνική στήριξη και τα άτυπα δίκτυα στήριξης, όπως συγγενείς, φίλοι, κοινωνικό περιβάλλον, μπορούν να προσφέρουν βοήθεια και στήριξη στα μέλη της οικογένειας αποτελώντας έναν προστατευτικό παράγοντα, που συμβάλλει στη διατήρηση της λειτουργικότητας των μελών της οικογένειας όσον αφορά την κοινωνική τους ζωή, την ανθεκτικότητα απέναντι στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Η κοινωνική στήριξη της οικογένειας μπορεί να βοηθήσει ώστε η οικογένεια να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί με καλύτερο τρόπο την νόσο που βιώνει ένα από τα μέλη της (Chan, 2011).

Η οικογενειακή ατμόσφαιρα θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση της κατάστασης που βιώνει το μέλος της οικογένειας με σχιζοφρένεια, αλλά και για την πορεία της νόσου και τον τρόπο που τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας διαχειρίζονται την κατάσταση. Όταν το οικογενειακό κλίμα χαρακτηρίζεται από εχθρότητα και αυστηρή κριτική, δημιουργώντας ένα αρνητικό περιβάλλον, τότε ο ασθενής είναι πιθανό να έχει περισσότερες υποτροπές, ενώ το κλίμα αυτό επιδρά και στα υπόλοιπα

μέλη της οικογένειας με αρνητικό τρόπο. Συγκεκριμένα, η οικογένεια που χαρακτηρίζεται από μια αρνητική –τοξική- επίδραση προς τα μέλη της που διαγιγνώσκονται με σχιζοφρένεια, έχει μια αρνητική επίδραση σε όλα τα μέλη της και στις μεταξύ τους σχέσεις. Τα μέλη των οικογενειών με μέλος που έχει σχιζοφρένεια θεωρείται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν μοναξιά ή να εμφανίσουν διαταραγμένες συμπεριφορές. Κύρια χαρακτηριστικά είναι η έλλειψη εξωτερικής στήριξης, η έλλειψη αμοιβαιότητας στις σχέσεις με τον ασθενή, ο φόβος του απρόβλεπτου, οι αλλαγές στη διάθεση, τα βίαια ξεσπάσματα, καθώς και ένα διαρκές πένθος για την κατάσταση που βιώνει ολόκληρη η οικογένεια (Brady & McCain, 2004).

Οι επιπτώσεις που βιώνει η οικογένεια όταν ένα μέλος της νοσεί από σχιζοφρένεια επηρεάζονται και από τον τρόπο που η κάθε οικογένεια ερμηνεύει τα συμπτώματα του ασθενούς. Έτσι, όταν η οικογένεια βιώνει έντονο άγχος με τα συμπτώματα του ασθενούς, όπως την απώλεια ενέργειας, την έλλειψη σκόπιμης δραστηριότητας και μια γενική αδράνεια, τότε αντιλαμβάνεται πιο αρνητικά τη νόσο και επηρεάζεται σε ψυχολογικό επίπεδο σε μεγαλύτερο βαθμό. Επίσης, εξαρτάται από την ενημέρωση της οικογένειας, η οποία μπορεί να αποδίδει τα συμπτώματα στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του ασθενούς και όχι στην νόσο αυτή καθ' εαυτή. Υπάρχουν ορισμένες οικογένειες που θεωρούν ότι το μέλος που νοσεί υιοθετεί συμπεριφορές που στοχεύουν στο να προκαλέσουν ή να ενοχλήσουν τα μέλη της οικογένειας. Ουσιαστικά, πρόκειται για οικογένειες που δεν αντιλαμβάνονται ή δεν θέλουν να αντιληφθούν την ύπαρξη της ασθένειας και εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμός, απογοήτευση, λύπη, που επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς, που προσπαθεί να βρει στήριξη και κατανόηση μέσα στο περιβάλλον του (Brady & McCain, 2004).

Το αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον συνήθως χαρακτηρίζεται από αποκλίνουσες και διαταραγμένες συμπεριφορές επικοινωνίας. Το περιβάλλον μπορεί να χαρακτηρίζεται από φτωχή επικοινωνία, με ασαφή ή μη ολοκληρωμένα μηνύματα, καθώς και δυσκολίες στην έκφραση του λόγου, με αποτέλεσμα να γίνεται ιδιαίτερα δυσχερής η αλληλεπίδραση και η ανάπτυξη σχέσεων. Στην περίπτωση αυτή, η εμφάνιση της σχιζοφρένειας μπορεί να επιδεινώσει ακόμη περισσότερο την κατάσταση, καθιστώντας δύσκολη και την βελτίωση του ασθενούς αλλά και την προσαρμογή των υπολοίπων μελών της οικογένειας (Brady & McCain, 2004).

Όσον αφορά τα μέλη της οικογένειας που έχουν ένα μέλος με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί πως οι γονείς εμφανίζουν μια περισσότερο αρνητική στάση προς το περιβάλλον σε σύγκριση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Οι στάσεις που έχουν τα μέλη της οικογένειας απέναντι στην κατάσταση που βιώνουν και τις επιπτώσεις που αντιμετωπίζουν συνδέονται με εμπόδια, με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα σε προσωπικό επίπεδο. Οι γονείς των ατόμων με σχιζοφρένεια και γενικότερα τα άτομα που φροντίζουν το μέλος που νοσεί εμφανίζουν τα περισσότερα εμπόδια που συνδέονται με την ψυχική τους κατάσταση, την κοινωνική πίεση που βιώνουν, το σωματικό και συναισθηματικό φόρτο που αντιμετωπίζουν, καθώς και τους οικονομικούς περιορισμούς που είναι αποτέλεσμα της κατάστασης που βιώνουν στο πλαίσιο της οικογένειας. Οι οικονομικές δυσκολίες σε συνδυασμό με τον περιορισμένο ελεύθερο χρόνο και τα μη ικανοποιητικά επίπεδα προσωπικής ζωής έχουν σημαντικές ψυχολογικές επιδράσεις στα μέλη της οικογένειας (Caqueo-Urizar et al., 2011).

Τα εμπόδια διακρίνονται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά, όπου τα υποκειμενικά εμπόδια περιλαμβάνουν την αίσθηση του ατόμου ότι κουβαλά ένα βαρύ και καταπιεστικό καθήκον καθώς και την αντίδραση του ατόμου απέναντι στη νόσο, ενώ τα αντικειμενικά εμπόδια αναφέρονται στις αλλαγές που βιώνει το άτομο στην εργασία, την κοινωνική ζωή, τις οικιακές εργασίες, τον ελεύθερο χρόνο, τα οικονομικά και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας αλλά και των μελών της οικογένειας με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν διάφορα αρνητικά συναισθήματα, όπως απογοήτευση, άγχος, θυμό και στεναχώρια, ενώ μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις ή προβλήματα μεταξύ των μελών της οικογένειας, μεταξύ των γονέων ή διαφορές και συγκρούσεις μεταξύ άλλων μελών, όπως ανάμεσα στα αδέρφια ή ανάμεσα στα αδέρφια και τους γονείς (Caqueo-Urizar et al., 2011).

Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας ανάλογα με τον τρόπο που επεξεργάζονται την κατάσταση εκφράζουν διάφορες συμπεριφορικές αντιδράσεις, εμφανίζοντας υψηλότερα ή χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής στη νόσο που εμφανίστηκε μέσα στην οικογένεια. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να υιοθετήσουν διάφορες συμπεριφορές με στόχο την αντιμετώπιση της κατάστασης και των επιπτώσεων που βιώνουν. Τέτοιου είδους συμπεριφορές μπορεί να είναι η προσευχή ελπίζοντας ότι η κατάσταση θα βελτιωθεί και ο ασθενής θα ξεπεράσει τα προβλήματα, η αναζήτηση

και εύρεση νοήματος στην επικοινωνία με τον ασθενή, η άγνοια της συμπεριφοράς του ασθενούς και η ανάληψη πρόσθετων ευθυνών, που μπορεί να φτάσουν στα όρια της υπερπροστατευτικότητας. Ωστόσο, ορισμένα μέλη της οικογένειας εμφανίζουν αρκετές αρνητικές συμπεριφορές, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό και κατάχρηση ουσιών. Η κατάσταση που βιώνουν και οι δυσκολίες λόγω του μέλους που νοσεί από σχιζοφρένεια έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συναισθηματικής και ψυχολογικής κατάπτωσης που αγγίζει τα όρια της ψυχικής εξάντλησης και κόπωσης (Caqueo-Urizar et al., 2011).

4. Αντιμετώπιση των Επιπτώσεων στην Οικογένεια

Μία πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια, απαιτεί την ενεργή εμπλοκή της οικογένειας στη φροντίδα και στήριξη του μέλους που νοσεί, αλλά και η ίδια η οικογένεια έχει ανάγκη από ενημέρωση, υποστήριξη και συμβουλευτική ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις που βιώνει εξαιτίας της ψυχικής ασθένειας του μέλους που νοσεί. Η οικογένεια φέρει την κύρια ευθύνη για την παροχή φροντίδας στο μέλος που νοσεί. Το μεγαλύτερο φορτίο στην οικογένεια το κουβαλά το άτομο που αποτελεί τον κύριο φροντιστή του ατόμου που νοσεί. Το μέλος της οικογένειας- φροντιστής καλείται να προσφέρει στήριξη τόσο στο άτομο που νοσεί όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ένας από τους κύριους στρεσογόνους παράγοντες που βιώνουν μαζί με την ανησυχία και τη δυσαρέσκεια είναι το στίγμα. Βρέθηκε ότι τα μέλη της οικογένειας που ασχολούνται με τη φροντίδα του μέλους που νοσεί βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στιγματισμού, όταν δέχονται λιγότερη διαπροσωπική βοήθεια και στήριξη. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας μπαίνουν σε προγράμματα στήριξης και συμβουλευτικής για μικρό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια σταθερή βοήθεια, ενώ στο μέλλον μπορεί να προκύψουν θέματα που δεν υπάρχει η δυνατότητα να επεξεργαστούν και να ξεπεράσουν (Biegel et al., 2013).

Επιπλέον, είναι σημαντικός ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις και αντιδρά απέναντι στην ψυχική ασθένεια, καθώς έχει βρεθεί πως αυτό επηρεάζει την πορεία της ασθένειας και τις πιθανές υποτροπές. Συγκεκριμένα, στις οικογένειες με υψηλά επίπεδα κριτικής, εχθρότητας ή υπερεμπλοκής τα μέλη με σχιζοφρένεια εμφανίζουν πιο συχνές υποτροπές σε σύγκριση με οικογένειες που τείνουν να είναι

λιγότερο εκφραστικές ως προς τα αρνητικά τους συναισθήματα. Η πορεία της νόσου μέσα στις διαφορετικού τύπου οικογένειες δείχνει την ανάγκη για παρέμβαση σε επίπεδο οικογένειας, ώστε να υπάρξει καλύτερη πρόγνωση και για το άτομο που νοσεί (Pharoah et al., 2012).

Ακόμη, στην έρευνα των Wasserman et al. (2012) βρέθηκαν παρόμοια ευρήματα, υποστηρίζοντας ότι η ντροπή, η ενοχή και η αυτοκατηγορία στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την εξέλιξη και πορεία της σχιζοφρένειας όσον αφορά το μέλος που νοσεί. Οι ασθενείς που προέρχονται και ζουν με οικογένειες με υψηλά επίπεδα έκφρασης συναισθημάτων έχουν χειρότερη πρόγνωση της νόσου από ότι οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα έκφρασης συναισθήματος μέσα στην οικογένεια. Ακόμη, στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα ντροπής, ενοχής και αυτοκατηγορίας οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα έκφρασης συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια που έχει ένα μέλος με σχιζοφρένεια.

Οι τύποι της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που μπορούν να εφαρμοστούν έχουν ως κύριο στόχο την εκμάθηση τρόπων έκφρασης των συναισθημάτων, που θα είναι βοηθητικές για τα μέλη της οικογένειας (Pharoah et al., 2012). Σύμφωνα με τους Pharoah et al. (2012) η ψυχοκοινωνική παρέμβαση που θα εφαρμοστεί στο πλαίσιο της οικογένειας που έχει ένα μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση, στήριξη και διαχείριση με στόχο τη μείωση της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια. Στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης μπορούν να συμμετέχουν οι συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια, που έχουν ανάγκη από στήριξη και συμβουλευτική. Είναι σημαντικό να υπάρχει παρέμβαση στην οικογένεια του ατόμου που νοσεί από σχιζοφρένεια, έτσι ώστε να εξεταστούν οι περιπτώσεις πιθανών προβλημάτων και οι επιπτώσεις που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας. Οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας έχουν συνήθως έναν εκπαιδευτικό χαρακτήρα, ενώ λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας. Στοχεύουν στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας, στη βελτίωση των σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας και της μείωσης των πιθανών υποτροπών της σχιζοφρένειας.

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση, η ψυχοεκπαίδευση και η τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελούν από τις πιο συχνές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν στο πλαίσιο της οικογένειας που έχει ένα ή περισσότερα μέλη με σχιζοφρένεια. Η οικογενειακή παρέμβαση μπορεί να είναι προσανατολισμένη στην κρίση και στους τρόπους αντιμετώπισης αυτής, ενώ είναι μια ομαδική παρέμβαση που λαμβάνει υπόψη τις αλληλεπιδράσεις και τη δυναμική που αναπτύσσεται. Η οικογένεια θα πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να βρίσκει τρόπους χαλάρωσης και αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων, καθώς και τρόπους χειρισμού της κατάστασης και του ασθενούς. Ακόμη, είναι σημαντικό η οικογένεια να αναγνωρίζει τα πρόδρομα συμπτώματα, ώστε να μπορεί να προβλέψει τις πιθανές υποτροπές, εξασφαλίζοντας ένα ισορροπημένο και ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον. Επιπλέον, στόχος της οικογένειας είναι μέσω της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και της στήριξης να εξασφαλίσει ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας της ζωής, ικανοποιητική λειτουργικότητα μέσα στην οικογένεια, κοινωνική λειτουργικότητα, στήριξη και επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να καταφέρουν να αντλούν ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, καθώς και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους μέσα στην οικογένεια (Pharoah et al., 2012).

Αναφορικά με την ψυχοεκπαίδευση είναι μια στρατηγική που διδάσκει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με την ψυχική διαταραχή, όπως είναι η σχιζοφρένεια, τις παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν, τις προσωπικές τεχνικές αντιμετώπισης και την εύρεση πόρων. Αυτή η μορφή παρέμβασης φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα βοηθητική ώστε να μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας που έχουν ένα μέλος με ψυχική ασθένεια να αντιμετωπίσουν την κατάσταση που βιώνουν, τόσο για τη συνέχιση της ζωής τους όσο και για την καλύτερη παροχή φροντίδας στο μέλος που νοσεί. Στο πλαίσιο της ψυχοεκπαίδευσης τα μέλη της οικογένειας διδάσκονται τεχνικές για την επίλυση προβλημάτων και την επικοινωνία, με στόχο την καλύτερη διαχείριση των καταστάσεων που προκύπτουν. Η ψυχοεκπαίδευση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική καθώς συμβάλλει στην καλύτερη πρόβλεψη και πορεία του ατόμου που νοσεί, ενώ βοηθά και τα υπόλοιπα μέλη ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν μια χρόνια κατάσταση. Συνήθως, εφαρμόζεται κατά τους πρώτους μήνες ή τα πρώτα έτη της εμφάνισης της νόσου, κατά τη διάρκεια δηλαδή της αναζήτησης τρόπων προσαρμογής των μελών στη νέα κατάσταση. Πρόκειται για μια παρέμβαση με

θετικά αποτελέσματα στα μέλη της οικογένειας, ενώ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική καθώς βοηθάει στην καλύτερη προσαρμογή των μελών της οικογένειας αλλά και στη μείωση των υποτροπών του μέλους που νοσεί.

Επομένως, φαίνεται πως απαραίτητο για την οικογένεια είναι να θωρακιστεί με τη βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και να μάθει σχετικά με το σύνολο των πληροφοριών αλλά και να εκπαιδευτεί στις δεξιότητες που αποτελούν παράγοντες προστασίας απέναντι στην ψυχική νόσο. Αυτοί συνοψίζονται στους παρακάτω (Livingston & Boyd, 2010):

- άνοιγμα-δημιουργία όσο το δυνατόν ευρύτερου κοινωνικού δικτύου
- απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και καλή επικοινωνία
- σαφής γνώση για τη ασθένεια
- συντονισμός και καλή συνεργασία με το θεραπευτικό πλαίσιο
- υποστήριξη προς το άτομο που νοσεί για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του θεραπευτικού πλάνου (θεραπευτικές συναντήσεις) χωρίς κριτική και παραβιάσεις.

Στη συγκεκριμένη πορεία που έχει να διανύσει η οικογένεια αλλά και στην συγκεκριμένη κατάσταση που καλείται να αντιμετωπίσει, πολύ σημαντικό πεδίο αποτελεί η διαχείριση των προκαλούμενων συναισθημάτων από τη ίδια την ασθένεια, αλλά και από τις δυσκολίες του ασθενούς (Curtis et al, 2011). Η υποστήριξη η οποία παρέχεται στις οικογένειες εστιάζει κυρίως στην αναγνώριση των επώδυνων συναισθημάτων. Σύμφωνα με έρευνες (Keeley et al., 2008. Laidlaw et al., 1999), τα βαριά συναισθήματα τα οποία βιώνουν τα μέλη της οικογένειας και είναι σημαντικό να εξωτερικεύονται όσον αφορά στο κατάλληλο πλαίσιο έχουν να κάνουν, πολλές φορές, με την ίδια την ασθένεια και τον τρόπο που το ίδιο το μέλος την αντιμετωπίζει.

Οι στενοί συγγενείς έχουν ανάγκη από την εύρεση ενός νέου τρόπου νοηματοδότησης της ζωής και της ασθένειας και συγκεκριμένα της ψυχικής ασθένειας από την οποία πάσχει το μέλος της οικογένειας που νοσεί. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να αλλάξουν ή να αναπροσδιορίσουν τις αξίες της ζωής και τις προτιμήσεις τους, να θέσουν νέες προτεραιότητες και να αντιμετωπίσουν τις αντιδράσεις και συμπεριφορές που δέχονται από το περιβάλλον. Οι οικογενειακές παρεμβάσεις φαίνεται πως

αποτελούν ή θα πρέπει να αποτελούν μέρος της αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας και θα πρέπει να ενσωματώνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η σχιζοφρένεια επηρεάζει όλη την οικογένεια, επομένως, ένα πρόγραμμα θεραπείας για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα πρέπει να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των άμεσα εμπλεκόμενων. Για να είναι μια παρέμβαση επιτυχής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πεποιθήσεις, τις τάσεις και τις απόψεις των μελών της οικογένειας, δίνοντάς τους την αίσθηση ότι συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της κατάστασης (Motlona, 2007).

Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση ή βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου με σχιζοφρένεια. Η οικογένεια συμβάλλει στην αποκατάσταση του ασθενούς συμμετέχοντας στην κοινωνική- γνωστική εκπαίδευση που μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής, τη λειτουργικότητα σε κοινωνικό επίπεδο και την κοινωνική νόηση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Επομένως, είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να μπορέσουν να βρουν τις ισορροπίες και να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις που προκλήθηκαν από την εκδήλωση της νόσου, έτσι ώστε να μπορέσουν να βοηθήσουν και το μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια. Η παρέμβαση στην κοινωνική λειτουργικότητα με τη συμβολή της οικογένειας φαίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της κοινωνικής νόησης. Στο πλαίσιο της παρέμβασης μπορούν να εφαρμοστούν τεχνικές κοινωνικής μάθησης, τεχνικές για ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και διαμόρφωση των ρόλων ενός ή περισσότερων μελών στην κοινωνική γνωστική προσέγγιση (Tas et al., 2012).

5. Τρόπος που οι οικογένειες αντιλαμβάνονται τη φροντίδα που έλαβαν τα νοσούντα μέλη τους

Σύμφωνα με τους Cossette et al. (2006) η φροντίδα που λαμβάνουν τα νοσούντα μέλη μέσα στην οικογένεια εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, όπως το ανθρωπιστικό-αλτρουιστικό σύστημα αξιών, την ελπίδα, την ευαισθησία, την παροχή βοήθειας και τη φροντίδα της σχέσης, την έκφραση συναισθημάτων, την επίλυση προβλημάτων, την εκπαίδευση, το περιβάλλον, τις ανάγκες και την πνευματικότητα. Ο τρόπος που γίνεται αντιληπτή η φροντίδα ενός μέλους που νοσεί μετρίεται μέσα από τη

σημαντικότητα που έχουν οι στάσεις και οι συμπεριφορές, τη συχνότητα αυτών των στάσεων και συμπεριφορών καθώς και την ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο από αυτές τις στάσεις και συμπεριφορές.

Οι Soderstrom et al. (2003) εξέτασαν τις εμπειρίες των νοσηλευτών όσον αφορά την αλληλεπίδρασή τους με την οικογένεια κατά τη φροντίδα των ασθενών. Η αλληλεπίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού με την οικογένεια αποτελεί μια απαραίτητη και απαιτητική διαδικασία, που χαρακτηρίζεται από ικανοποιητικές ή μη ικανοποιητικές σχέσεις. Ένα μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού εντάσσει τα μέλη της οικογένειας στη διαδικασία της φροντίδας του ασθενούς, ενώ κάποια άλλοι νοσηλευτές δεν συμπεριλαμβάνουν στη διαδικασία της περίθαλψης την οικογένεια του ασθενούς. Φαίνεται πως είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίζονται ως απαραίτητοι μέτοχοι στην περίθαλψη του ασθενούς.

Οι αλληλεπιδράσεις νοσηλευτών και μελών της οικογένειας κυρίως όταν έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις εξαρτώνται από τις γνώσεις που έχουν οι νοσηλευτές. Στην έρευνα των Chesla και Stannard (1997) βρέθηκε ότι κάποιοι νοσηλευτές έχουν ελάχιστη γνώση για να μπορέσουν να ασχοληθούν με όλη την οικογένεια. Οι νοσηλευτές προσπαθούσαν να ελέγξουν τα μέλη της οικογένειας, ενώ όταν αποτυγχάνουν σε αυτό αποδίδουν τις δυσκολίες στα μέλη της οικογένειας χαρακτηρίζοντάς τα ως άτομα με παθολογική συμπεριφορά και με έλλειψη γνώσης για να μπορέσουν να ανταπεξέρθουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Κάποιοι νοσηλευτές επιλέγουν να λαμβάνουν απόσταση από την οικογένεια του ασθενούς, ενώ οι απόψεις των μελών της οικογένειας εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση των νοσηλευτών τους με τους ασθενείς και των νοσηλευτών προς τα μέλη της οικογένειας (Hursey, 1998).

Η νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας περιλαμβάνει στήριξη της οικογένειας και εξασφάλιση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας κατά τη διάρκεια της εμφάνισης μιας ασθένειας σε ένα μέλος της οικογένειας. Η οικογένεια έχει την ανάγκη να εμπλέκεται στη φροντίδα και περίθαλψη του ασθενούς αλλά και να λαμβάνει στήριξη και βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας να επεξεργαστούν την ασθένεια και να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση (Nelms & Eggenberger, 2010).

Αυτοσυμπόνια των μελών της οικογένειας

Η αυτοσυμπόνια χαρακτηρίζεται από την ευγένεια και την κατανόηση του άλλου, κυρίως όταν βιώνει πόνο ή αποτυχία. Στόχος του ατόμου με αυτοσυμπόνια είναι να προσπαθεί να κατανοήσει το άλλο άτομο και όχι να έχει μια έντονα επικριτική συμπεριφορά. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τις εμπειρίες του άλλου ατόμου ως μέρος μιας ευρύτερης ανθρώπινης εμπειρίας παρά να τις αντιμετωπίζει ως απομονωμένες και ξεχωριστές εμπειρίες. Στόχος δεν είναι να παραγνωρίσει σκέψεις και συναισθήματα, αλλά να κρατήσει τις επίπονες σκέψεις και τα συναισθήματα σε ένα συνειδητό επίπεδο. Τα υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία, όπως χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Neff, 2003).

Επιπλέον, η αυτοσυμπόνια θεωρείται ένας τρόπος προσαρμογής του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του όταν υπάρχουν προσωπικές ανεπάρκειες ή δύσκολες καταστάσεις στη ζωή. Η οικογένεια και οι γνωστικοί παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες για τη διαμόρφωση της αυτοσυμπόνιας, ενώ η αυτοσυμπόνια συνδέεται με τα επίπεδα της ευημερίας του ατόμου. Ακόμη, μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική παρέμβαση για την αντιμετώπιση δύσκολων ή αρνητικών καταστάσεων που κάνουν το άτομο να υποφέρει (Neff & McGehee, 2010).

Η αυτοσυμπόνια καθορίζεται ως ένα χαρακτηριστικό που αφορά τον ίδιο τον εαυτό ή τουλάχιστον ξεκινά από τον ίδιο τον εαυτό, καθώς το άτομο θα πρέπει να νιώσει και να δείξει πρώτα συμπόνια στον εαυτό. Η αυτοσυμπόνια σχετίζεται άμεσα με συναισθήματα συμπόνιας και ενδιαφέροντος για τους άλλους, ενώ το άτομο δεν θα πρέπει να είναι εγωκεντρικό ή να θέτει ως κύρια προτεραιότητα τις προσωπικές του ανάγκες. Η αυτοσυμπόνια επιτρέπει στο άτομο να αναγνωρίσει το πόσο υποφέρει κάποιος, την αποτυχία και τις ανεπάρκειες ως μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης και της φυσιολογικής κατάστασης, ενώ όλοι οι άνθρωποι αξίζουν να δέχονται συμπόνια. Ωστόσο, η αυτοσυμπόνια διακρίνεται από την αυτολύπηση, όπου υπάρχουν υψηλά επίπεδα απομάκρυνσης από τους άλλους και απουσία δυνατότητας συναισθηματικής επαφής (Glodstein & Kornfield, 1987. Neff, 2003).

Η αυτοσυμπόνια προϋποθέτει ένα ανώτερο επίπεδο εμπλοκής σε μεταγνωστικές δραστηριότητες, επιτρέποντας την αναγνώριση και άλλων εμπειριών του εαυτού και των άλλων. Ακόμη, δίνει στο άτομο την ευκαιρία να τοποθετήσει τις προσωπικές του εμπειρίες σε μια ευρύτερη σφαίρα, έτσι ώστε να μην τις υπεραναγνωρίζει. Στόχος της αυτοσυμπόνιας είναι να μετατρέψει τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά, αποσπώντας θετικά ψυχολογικά οφέλη για το άτομο. Τα υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας συνδέονται με ψυχολογική ευημερία, χωρίς να υπάρχουν ναρκισσιστικές τάσεις, ενώ το άτομο έχει υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας έχουν μια συναισθηματικά θετική στάση για τον εαυτό. Πρόκειται για ένα στοιχείο που φαίνεται πως βοηθάει άτομα που υποφέρουν από αρνητικές στάσεις του εαυτού (Neff, 2003). Σύμφωνα με τους Raque- Bogdan et al. (2011) διαπιστώθηκε ότι η αυτοσυμπόνια είναι ένας διαμεσολαβητικός παράγοντας για τα άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με προβλήματα στην ψυχική ή τη σωματική υγεία. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με ψυχική ασθένεια επηρεάζεται από τα επίπεδα ευγένειας του ατόμου και την αίσθηση της σημαντικότητας του άλλου.

Ειδικό Μέρος

Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που φροντίζουν μέλος της οικογένειάς τους που πάσχει από ψύχωση να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό (αυτοεπίκριση), (Gilbert & Miles, 2000· Tangney & Dearing, 2002), που μπορεί να συνδεθεί με δυσαρέσκεια απέναντι στις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό (Cossette, 2006). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι οικογένειες με σχιζοφρενές μέλος θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού (Barnard & Curry, 2011· Neff, 2003). Τα άτομα με μέλη με ψυχική ασθένεια αναμένεται να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας και μειωμένη ικανοποίηση από τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού προς το μέλος που ασθενεί από ψυχική ασθένεια.

Ως προς τις οικογενειακές σχέσεις η υπόθεσή μας είναι ότι οι οικογένειες θα έχουν υψηλά ποσοστά σύγκρουσης, γεγονός που απορρέει από τα αντιφατικά μηνύματα ή συμπεριφορές των δύο γονέων. Ως προς την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση του γονεϊκού υποσυστήματος της οικογένειας με σχιζοφρενές μέλος η υπόθεσή μας είναι ότι θα έχουμε χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας, προσανατολισμού προς τα επιτεύγματα και προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα και τούτο λόγω του στίγματος και της κόπωσης. Επίσης, αναμένουμε υψηλά επίπεδα ηθικής και θρησκευτικής έμφασης ως διαδικασίας συναισθηματικής ελάφρυνσης και αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου. Τέλος, ως προς τη συντήρηση του γονεϊκού υποσυστήματος οικογενειών με σχιζοφρενές μέλος αναμένουμε χαμηλές τιμές οργάνωσης εξαιτίας της αποδιοργάνωσης και της κόπωσης ως απόρροια της χρονιότητας της νόσου.

Τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας του ατόμου αναμένεται να σχετίζονται με την ικανοποίηση φροντίδας του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι οικογενειακές σχέσεις αναμένεται να σχετίζονται με τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και την ικανοποίηση φροντίδας του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 100 άτομα, ηλικίας 24-75 ετών, εκ των οποίων οι 39 ήταν άνδρες και οι 61 γυναίκες. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ένα συγγενή με σχιζοφρένεια. Από το σύνολο του δείγματος το 38% ήταν γονείς ενός παιδιού με σχιζοφρένεια, το 7% ήταν σύζυγοι του ασθενούς, το 29% είχαν αδερφό ή αδερφή με τη συγκεκριμένη διαταραχή, το 2% ήταν παιδιά του ασθενούς και το 24% είχαν κάποιο άλλο συγγενικό μέλος με ψυχιατρική διαταραχή. Από τα άτομα του δείγματος, το 21% ήταν ανύπαντροι και το 52% ήταν παντρεμένοι, το 14% ήταν διαζευγμένοι και το 13% ήταν χήροι. Το 55% έμενε μαζί με το άρρωστο μέλος και το 45% δεν διέμενε με το άρρωστο μέλος.

Όσον αφορά τον αριθμό των μελών που συγκατοικούν με το άρρωστο μέλος κυμαίνονταν από 0-5 άτομα. Το 14% των ασθενών έμενε μόνο του, το 16% έμενε με ένα ακόμη άτομο, το 34% έμενε με δύο άτομα, το 26% έμενε με τρία άτομα, το 9% έμενε με 4 άτομα και το 1% έμενε με 5 άτομα. Αναφορικά με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων, το 7% έμενε σε χωριό ή κωμόπολη, το 17% έμενε σε πόλη με πληθυσμό λιγότερο από 100.000 κατοίκους και το 76% έμενε σε πόλη με πληθυσμό μεγαλύτερο από 100.000 κατοίκους. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων κυμαινόταν από την υποχρεωτική εκπαίδευση μέχρι και την πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου ή κάποιας επαγγελματικής σχολής (69%), ενώ το 21% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 10% είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση (δημοτικό σχολείο). Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση του δείγματος, το 5% δήλωσε πως ήταν καλή, το 88% πως ήταν μέτρια και το 7% είπε πως ήταν κακή.

Ως προς το φύλο του ασθενούς, για το οποίο συμμετείχε στην έρευνα το παρόν δείγμα, το 68% ήταν άνδρες και το 32% ήταν γυναίκες. Η ηλικία διάγνωσης της διαταραχής κυμαίνονταν από τα 16 έως τα 45 έτη. Για το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών του δείγματος η διάγνωση έγινε στην ηλικία των 17-19 ετών, που περιλαμβάνει το μισό περίπου δείγμα των ασθενών, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 22 έτη. Όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειωνόταν τα περιστατικά εκδήλωσης της συγκεκριμένης διαταραχής. Στο ερώτημα κατά πόσο η διάγνωση συνέπεσε με την

πρώτη νοσηλεία, για το 43% η απάντηση ήταν θετική και για το 57% ήταν αρνητική. Ακόμη, για το 48% του δείγματος η πρώτη νοσηλεία ήταν εκούσια και για το 52% ήταν ακούσια, ενώ για το 42% των ασθενών του δείγματος η τελευταία νοσηλεία ήταν εκούσια και για το 58% ήταν ακούσια. Συνολικά, ο αριθμός των νοσηλείων των ασθενών κυμαινόταν από 1 έως 15 νοσηλείες, ενώ το 70% περίπου το δείγμα είχε από 1-5 νοσηλείες και το 90% περίπου του δείγματος είχε μέχρι 7 νοσηλείες. Η μέση τιμή των νοσηλείων ήταν 4.7 για το σύνολο του δείγματος.

Αναφορικά με το δείγμα των ασθενών, το 43% είχε κάποιο εισόδημα ενώ το 57% δεν είχε κανένα εισόδημα. Για τα άτομα που είχαν εισόδημα, το ύψος του εισοδήματος κυμαινόταν από 220- 1000 ευρώ, με μέση τιμή τα 420 ευρώ και προερχόταν από εργασία (2 άτομα), αναπηρική σύνταξη (17 άτομα), είσπραξη ενοικίου (6 άτομα), συμμετοχή σε ΚΟΙΣΠΕ/ΚΟΙΝΣΕΠ (2 άτομα) και από άλλη πηγή (15 άτομα). Αναλυτικά, οι συχνότητες και τα ποσοστά συχνοτήτων για το δείγμα απεικονίζονται στους πίνακες και τα γραφήματα που ακολουθούν στο παρόν κεφάλαιο.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν με βασικό κριτήριο την ύπαρξη ενός μέλους με διαγνωσμένη σχιζοφρενική διαταραχή και ο τόπος κατοικίας τους να είναι στον ελλαδικό χώρο.

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

1. Η ύπαρξη διαγνωσμένης σχιζοφρενικής διαταραχής, που να προκύπτει από τουλάχιστον μια νοσηλεία σε κρατική ή ιδιωτική δομή ψυχικής υγείας (ψυχιατρείο ή ψυχιατρική κλινική), σε μέλος (υιός – κόρη) της Οικογένειας.
2. Οι γονείς (πατέρας – μητέρα), που θα συμμετάσχουν στην έρευνα να μην πάσχουν οι ίδιοι από σχιζοφρένεια και γενικά η κατάσταση της υγείας τους να επιτρέπει τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει ο μεταπτυχιακός φοιτητής – ερευνητής με τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας εργασίας και σε συνεργασία με την τριμελή συμβουλευτική επιτροπή.

Πίνακας 1. Συχνότητες και ποσοστά συχνοτήτων για το δείγμα της έρευνας (συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια)

Μεταβλητές		Συχνότητα	Συχνότητα (%)
Φύλο	Ανδρας	39	39.0
	Γυναίκα	61	61.0
Είδος συγγένειας	Γονιός	38	38.0
	Σύζυγος/σύντροφος	7	7.0
	Αδερφός/ή	29	29.0
	Υιός/ Κόρη	2	2.0
	Άλλος συγγενής	24	24.0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	21	21.0
	Έγγαμος	52	52.0
	Χήρος	14	14.0
	Διαζευγμένος	13	13.0
Τόπος διαμονής	Χωριό/Κωμόπολη	7	7.0
	Πόλη<100.000 κατοίκους	17	17.0
	Πόλη>100.000 κατοίκους	76	76.0
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	10	10.0
	Γυμνάσιο/Λύκειο/Σχολή	69	69.0
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	25	25.0
Οικονομική κατάσταση	Καλή	5	5.0
	Μέτρια	88	88.0
	Κακή	7	7.0

Στον παραπάνω πίνακα απεικονίζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά συχνοτήτων για το φύλο, το είδος της συγγένειας, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων της έρευνας.

Επίσης, στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα δημογραφικά στοιχεία σχετικά με τον ασθενή με σχιζοφρένεια για τον οποίο συμμετείχαν τα άτομα του δείγματος στη συγκεκριμένη έρευνα. Συγκεκριμένα, στον Πίνακα 2 απεικονίζονται το φύλο και η ηλικία διάγνωσης του ασθενούς, κατά πόσο διάγνωση και νοσηλεία έγιναν

ταυτόχρονα, αν η πρώτη και η τελευταία νοσηλεία ήταν εκούσια, ο αριθμός των νοσηλειών που έχουν γίνει συνολικά και αν ο ασθενής λαμβάνει κάποιο εισόδημα.

Πίνακας 2. Συχνότητες και ποσοστά συχνοτήτων για το δείγμα της έρευνας (ασθενείς με σχιζοφρένεια)

Μεταβλητές		Συχνότητα	Συχνότητα (%)
Φύλο ασθενούς	Ανδρας	68	68.0
	Γυναίκα	32	32.0
Ηλικία διάγνωσης	16-20	53	53.0
	21-30	43	43.0
	31-40	2	2.0
	41-45	2	2.0
Διάγνωση και πρώτη νοσηλεία ταυτόχρονα	Ναι	43	43.0
	Όχι	57	57.0
Εκούσια πρώτη νοσηλεία	Ναι	48	48.0
	Όχι	52	52.0
Εκούσια τελευταία νοσηλεία	Ναι	42	42.0
	Όχι	58	58.0
Νοσηλείες	1	6	6.0
	2	14	14.0
	3	15	15.0
	4	25	25.0
	5	8	8.0
	6	8	8.0
	7	14	14.0
	8-15	10	10.0
Εισόδημα	Ναι	43	43.0
	Όχι	57	57.0

Ερευνητικά εργαλεία

Για να δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Συγκεκριμένα, στην αρχή υπήρχε περιγραφή της έρευνας στην οποία θα συμμετείχαν, αναφέροντας ότι πρόκειται για τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειας καθώς και διάφορους παράγοντες που μπορεί να το επηρεάζουν.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ο συμμετέχων καλούνταν να συμπληρώσει τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ίδιου που περιελάμβαναν:

Έτος γεννήσεως, φύλο, είδος συγγενικής σχέσης με ασθενή, οικογενειακή κατάσταση, συγκατοίκηση με ασθενή, αριθμός μελών που κατοικούν με ασθενή, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο και οικονομική κατάσταση.

Ακόμη, στο πρώτο μέρος ο συμμετέχων καλούνταν να συμπληρώσει τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του μέλους της οικογένειας που νοσεί. Συγκεκριμένα, έπρεπε να συμπληρώσει το φύλο, την ηλικία της πρώτης διάγνωσης, κατά πόσο η διάγνωση συνέπεσε με την πρώτη νοσηλεία, κατά πόσο η πρώτη και η τελευταία νοσηλεία ήταν εκούσιες, το συνολικό αριθμό νοσηλειών, το εισόδημα του ασθενούς, το ύψος του εισοδήματος και τις πηγές του εισοδήματος. Επιπλέον, υπήρχαν και κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τη γενική κατάσταση και εικόνα του ασθενούς, σύμφωνα με την αντίληψη του συμμετέχοντα. Έπρεπε να απαντήσουν μέσα από την επιλογή τριών διαφορετικών απαντήσεων αν ο ασθενής αυτοεξυπηρετείται, αν έχει εναισθησία, αν παίρνει μόνος τα φάρμακά του, αν μπορεί να εργαστεί, αν έχει φίλους, αν έχει κοινωνική ζωή και αν έχει σύντροφο και ερωτική ζωή. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου τελειώνει με μια ερώτηση σχετικά με το πόσο ευχαριστημένοι είναι από την φροντίδα που παρείχαν στο μέλος της οικογένειας οι νοσηλευτές της κλινικής όπου νοσηλεύτηκε τελευταία, ενώ η απάντηση δίνεται μέσα από μια πενταβάθμια κλίμακα (καθόλου, λίγο ευχαριστημένος, ούτε ευχαριστημένος/ ούτε δυσαρεστημένος, ευχαριστημένος, πολύ ευχαριστημένος).

Στη συνέχεια ακολουθούσαν τρία ερωτηματολόγια:

- Η Κλίμακα των Αλληλεπιδράσεων της Φροντίδας του Νοσηλευτή προς τον Ασθενή- Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23 –Item Version- Family Member (CNPI-23F)
- Η Κλίμακα Αυτο-Συμπόνιας (Self- Compassion)
- Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, FES-FORM R)

Η Κλίμακα των Αλληλεπιδράσεων της Φροντίδας του Νοσηλευτή προς τον Ασθενή- Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23 –Item Version- Family Member (CNPI-23F)

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελούνταν από τρία διαφορετικά μέρη, εκ των οποίων, το πρώτο αφορούσε το πόσο συχνά οι νοσηλευτές εφάρμοσαν στην καθημερινή τους πρακτική αυτά που αναφέρονται στις προτάσεις που ακολουθούν, το δεύτερο αναφερόταν στο πόσο σημαντικό ήταν για τους ίδιους και το τρίτο μέρος αφορούσε το πόσο ικανοποιημένοι ένιωθαν από τη φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειας που νοσεί. Το κάθε μέρος ήταν διαχωρισμένο σε τέσσερις διαφορετικούς παράγοντες: την κλινική φροντίδα, τη σχεσιακή φροντίδα, την ανθρωπιστική φροντίδα και τη φροντίδα για παροχή άνεσης.

Αναλυτικότερα, τα τρία μέρη του ερωτηματολογίου ήταν τα εξής:

1. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι συνέβησαν οι στάσεις και οι συμπεριφορές που αναφέρονται στις προτάσεις που ακολουθούν;
2. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις στάσεις και συμπεριφορές που αναφέρονται στις προτάσεις που ακολουθούν;
3. Πόσο ικανοποιημένοι νιώθετε από τις στάσεις και τις συμπεριφορές που αναφέρονται στις προτάσεις που ακολουθούν;

Κλινική φροντίδα (9 προτάσεις, 1-9)

- Γνώριζαν πώς να θέτουν σε λειτουργία ειδικά μηχανήματα.
- Γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν σε περιπτώσεις επείγοντος, όπου κάποιος πρέπει να δρα άμεσα.

- Κατέγραφαν προσεκτικά την κατάσταση της υγείας του.

Σχεσιακή φροντίδα (7 προτάσεις, 10-16)

- Τον βοήθησαν να ψάξει για να βρει συγκεκριμένη ισορροπία στη ζωή του.
- Τον βοήθησαν να δει τα πράγματα από διαφορετική σκοπιά.

Ανθρωπιστική φροντίδα (4 προτάσεις, 17-20)

- Τον προέτρεπαν να έχει ελπίδα όποτε ήταν απαραίτητο.
- Δεν τον αποδοκίμαζαν.

Φροντίδα για παροχή άνεσης (3 προτάσεις, 21-23)

- Σεβάστηκαν την ιδιωτικότητά του.
- Έλαβαν υπόψη τις βασικές του ανάγκες.

Σύμφωνα με τους Cossette et al. (2006) που εξέτασαν και καθόρισαν τη σύντομη μορφή της συγκεκριμένης κλίμακας, προέκυψαν οι τέσσερις προαναφερθέντες παράγοντες, ο καθένας από τους οποίους έχει ικανοποιητική αξιοπιστία. Συγκεκριμένα, η αξιοπιστία alpha του Cronbach ήταν 0.63-0.74 για την ανθρωπιστική φροντίδα, 0.90-0.92 για την σχεσιακή φροντίδα, 0.80-0.94 για την κλινική φροντίδα και 0.61-0.76 για την φροντίδα για παροχή άνεσης.

Η Κλίμακα Αυτο-Συμπόνιας

Η συγκεκριμένη κλίμακα (Mantzios, Wilson & Giannou, 2013. Neff, 2003) αποτελείται από 26 ερωτήματα και οι απαντήσεις δίνονται μέσα από μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 (σχεδόν ποτέ) μέχρι το 5 (σχεδόν πάντα). Στην οδηγία του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες καλούνται να διαβάσουν κάθε πρόταση προσεκτικά και να απαντήσουν ανάλογα με το πόσο συχνά συμπεριφέρονται με αυτό τον τρόπο. Η κλίμακα περιλαμβάνει έξι υποκλίμακες, με δείκτη αξιοπιστίας alpha του Cronbach 0.70-0.76:

- Αυτο-καλοσύνη: ευγενικός και με κατανόηση για τον εαυτό του σε περιπτώσεις πόνου (προτάσεις 5, 12, 19, 23, 26)
- Αυτο-κριτική: το αντίθετο της αυτο-καλοσύνης (προτάσεις 1, 8, 11, 16, 21)

- Κοινή ανθρωπότητα: αντίληψη της εμπειρίας του ατόμου ως μέρος μιας μεγαλύτερης ανθρώπινης εμπειρίας (προτάσεις 3, 7, 10, 15)
- Απομόνωση: αντίθετο της κοινής ανθρωπότητας (προτάσεις 4, 13, 18, 25)
- Συναίσθηση και λογική: κρατώντας τις οδυνηρές σκέψεις και τα συναισθήματα σε μια ισορροπημένη επίγνωση (προτάσεις 9, 14, 17, 22)
- Υπερ-αναγνώριση: αντίθετο της συναίσθησης και λογικής (προτάσεις 2, 6, 20, 24).

Στη συγκεκριμένη κλίμακα τα ερωτήματα 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25 είχαν αρνητική βαθμολογία και αντιστράφηκαν.

Ορισμένα από τα ερωτήματα της κλίμακας είναι τα εξής:

- Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.
- Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.
- Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.
- Είμαι καλός με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.
- Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.
- Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματά μου και τις ανεπάρκειές μου.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, FES-FORM R) για τη λειτουργία της οικογένειας των Moos και Moos (1994)

Πρόκειται για μια κλίμακα που περιλαμβάνει 90 δηλώσεις, στις οποίες οι απαντήσεις δίνονται μέσα από τις επιλογές σωστό και λάθος και αφορούν το κατά πόσο οι προτάσεις αυτές χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας των συμμετεχόντων, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα ίδια τα άτομα του δείγματος. Οι βασικές διαστάσεις που εξετάζει η κλίμακα αφορούν την οικογενειακή ατμόσφαιρα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ενθάρρυνση για προσωπική ανάπτυξη και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Η κλίμακα αξιολογεί το κοινωνικό κλίμα σε όλους τους τύπους οικογενειών, εστιάζοντας στην οικογενειακή στήριξη που μετριέται μέσα από τις οικογενειακές σχέσεις, ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας alpha του Cronbach ήταν 0.81 (Moos & Moos, 1994).

Η συγκεκριμένη κλίμακα μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Πρόκειται για μια έγκριση και αξιόπιστη κλίμακα με ευρεία εφαρμογή, που έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

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

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

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

Ενδεικτικά κάποιες από τις προτάσεις του εν λόγω ερωτηματολογίου είναι οι εξής:

- Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καβγάδες.
- Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.
- Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.
- Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.
- Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.
- Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.
- Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.
- Αλλάζουμε συχνά γνώμη.
- Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.
- Στην οικογένειά μας ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.
- Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.
- Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.
- Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.

Ερευνητική διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο μέχρι τον Ιούλιο του 2014, με ατομική χορήγηση των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες, που πληρούσαν τα κριτήρια που παρουσιάστηκαν στην περιγραφή του δείγματος. Αρχικά, σε κάθε συμμετέχοντα δινόταν μια σύντομη περιγραφή της έρευνας και του βασικού σκοπού πραγματοποίησης της συγκεκριμένης έρευνας, ενώ αναφερόταν η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα της συμμετοχής στην έρευνα. Εφόσον οι πιθανοί συμμετέχοντες επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα τους δινόταν οδηγίες σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αναφέροντας ότι έπρεπε να διαβάσουν προσεκτικά την κάθε ερώτηση και να απαντήσουν, ενώ δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων γινόταν ατομικά μετά από προσωπική τηλεφωνική επικοινωνία με τους εν δυνάμει συμμετέχοντες.

Αποτελέσματα

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων και την καταχώρηση των δεδομένων στο SPSS 22.0 πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλες στατιστικές αναλύσεις, ώστε να δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό πραγματοποίησης της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 3. Συχνότητες και ποσοστά συχνοτήτων για τα χαρακτηριστικά του ασθενούς

Μεταβλητές		Συχνότητα	Συχνότητα (%)
Αυτοεξυπηρέτηση	Σε μεγάλο βαθμό	27	27.0
	Μέτρια	59	59.0
	Σε μικρό βαθμό	14	14.0
Εναισθησία	Σε μεγάλο βαθμό	20	20.0
	Μέτρια	58	58.0
	Σε μικρό βαθμό	22	22.0
Παίρνει μόνος τα φάρμακα	Σε μεγάλο βαθμό	27	27.0
	Μέτρια	48	48.0
	Σε μικρό βαθμό	25	25.0
Μπορεί να εργαστεί	Σε μεγάλο βαθμό	16	16.0
	Μέτρια	50	50.0
	Σε μικρό βαθμό	34	34.0
Έχει φίλους	Σε μεγάλο βαθμό	8	8.0
	Μέτρια	60	60.0
	Σε μικρό βαθμό	32	32.0
Έχει κοινωνική ζωή	Σε μεγάλο βαθμό	8	8.0
	Μέτρια	60	60.0
	Σε μικρό βαθμό	32	32.0
Έχει σύντροφο και ερωτική ζωή	Σε μεγάλο βαθμό	10	10.0
	Μέτρια	27	27.0
	Σε μικρό βαθμό	63	63.0

Στον παραπάνω πίνακα απεικονίζονται ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών και κυρίως συμπεριφορές που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια αυτών,

σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59%) απάντησε ότι ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί σε μέτριο βαθμό, ενώ το 27% απάντησε σε μεγάλο βαθμό και το 14% σε μικρό βαθμό. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι οι ασθενείς εμφανίζουν μέτριο βαθμό εναισθησίας, ενώ σε μέτριο βαθμό παίρνουν τα φάρμακα μόνοι τους και μπορούν να εργαστούν. Ακόμη, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε ότι ο ασθενής σε μέτριο βαθμό έχει φίλους και κοινωνική ζωή, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι σε μικρό βαθμό ο ασθενής έχει σύντροφο και ερωτική ζωή.

Ικανοποίηση του δείγματος από τελευταία νοσηλεία ασθενούς

Πίνακας 4. Συχνότητες και ποσοστά συχνότητων για την ικανοποίηση του δείγματος από τη νοσηλεία του ασθενούς

Μεταβλητές		Συχνότητα	Συχνότητα (%)
Ευχαριστημένοι από φροντίδα που παρείχαν στον ασθενή οι νοσηλευτές της κλινικής όπου νοσηλεύτηκε τελευταία	Καθόλου Λίγο ευχαριστημένος Ούτε ευχαριστημένος/ ούτε δυσαρεστημένος Ευχαριστημένος Πολύ ευχαριστημένος	0 0 52 46 2	0 0 52.0 46.0 2.0

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως το 52% του δείγματος δεν ήταν ούτε ευχαριστημένο ούτε δυσαρεστημένο από τη φροντίδα που παρείχαν στον ασθενή οι νοσηλευτές της κλινικής όπου νοσηλεύτηκε τελευταία. Επίσης, το 46% του δείγματος ανέφερε πως ήταν ευχαριστημένο από τη φροντίδα που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής στο μέλος της οικογένειας με σχιζοφρένεια κατά την τελευταία νοσηλεία, ενώ το 2% ανέφερε πως ήταν πολύ ευχαριστημένο από αυτή τη νοσηλεία.

Νοσηλευτική φροντίδα του μέλους

Αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, όπου οι απαντήσεις δόθηκαν από μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο ποτέ και το

5 στο σχεδόν πάντα, βρέθηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές κλίσεις για κάθε παράγοντα της κλίμακας. Οι κύριοι παράγοντες για κάθε ερώτημα ήταν η κλινική φροντίδα, η σχεσιακή φροντίδα, η ανθρωπιστική φροντίδα και η φροντίδα για παροχή άνεσης.

1. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές εφάρμοσαν στην καθημερινή τους πρακτική όσα έπρεπε;

Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών σχετικά με την τελευταία νοσηλεία του ασθενούς

Μεταβλητές	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις	
Πρακτική των νοσηλευτών	Κλινική φροντίδα	3.43	0.60
	Σχεσιακή φροντίδα	2.45	0.83
	Ανθρωπιστική φροντίδα	2.48	0.85
	Φροντίδα για παροχή άνεσης	3.16	1.05

Όσον αφορά την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών κατά τη φροντίδα του μέλους της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές εφάρμοσαν συχνά ως πολύ συχνά την κλινική φροντίδα και τη φροντίδα για παροχή άνεση, ενώ μερικές φορές έως συχνά ανέφεραν ότι εφάρμοσαν τη σχεσιακή φροντίδα και την ανθρωπιστική φροντίδα.

2. Πόσο σημαντικό ήταν για τους συμμετέχοντες η καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών προς τον ασθενή;

Πίνακας 6. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τη σημαντικότητα της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών σχετικά με την τελευταία νοσηλεία του ασθενούς

Μεταβλητές	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις	
Σημαντικότητα της πρακτικής των	Κλινική φροντίδα	4.43	0.79
	Σχεσιακή φροντίδα	4.25	1.08

νοσηλευτών για το δείγμα	Ανθρωπιστική φροντίδα	4.22	1.03
	Φροντίδα για παροχή άνεσης	4.41	0.93

Όσον αφορά το βαθμό σημαντικότητας της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα του οικογενειακού μέλους κατά την διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες θεωρούν το ίδιο σημαντικά όλα τα είδη φροντίδας. Υψηλότερο μέσο όρο συγκεντρώνει η κλινική φροντίδα, ενώ ακολουθεί η φροντίδα για παροχή άνεσης και η σχεσιακή φροντίδα και τέλος η ανθρωπιστική φροντίδα.

3. Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τη φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειας από τους νοσηλευτές;

Όσον αφορά την ικανοποίηση του δείγματος από τη φροντίδα του μέλους της οικογένειας από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίηση στην κλινική φροντίδα και τη φροντίδα για παροχή άνεσης και χαμηλότερο στη σχεσιακή φροντίδα και την ανθρωπιστική φροντίδα.

Πίνακας 7. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη φροντίδα του μέλους της οικογένειας από τους νοσηλευτές

Μεταβλητές		Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από φροντίδα νοσηλευτών	Κλινική φροντίδα	3.52	0.81
	Σχεσιακή φροντίδα	2.90	1.23
	Ανθρωπιστική φροντίδα	2.94	0.99
	Φροντίδα για παροχή άνεσης	3.53	1.12

Κλίμακα Αυτο-Συμπόνιας

Στην Κλίμακα της Αυτοσυμπόνιας ο μεγαλύτερος μέσος όρος δείχνει μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με τις δηλώσεις της κλίμακας καθώς το 5 δηλώνει το σχεδόν πάντα και το 1 τα σχεδόν ποτέ. Όσον αφορά το συνολικό μέσο όρο στη συγκεκριμένη κλίμακα είναι 3.14, υποδηλώνοντας μια ενδιάμεση κατάσταση, ανάμεσα στο μερικές φορές και το συχνά, ενώ τείνει προς το συχνά. Από τις επιμέρους κλίμακες της αυτοσυμπόνιας υψηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε η συναίσθηση και λογική που δείχνει πως τα άτομα κρατούν τις οδυνηρές σκέψεις και τα συναισθήματα σε μια ισορροπημένη επίγνωση, ενώ ακολουθεί η αντίληψη της εμπειρίας του ατόμου ως μέρος μιας μεγαλύτερης ανθρώπινης εμπειρίας (ανθρωπότητα) και η αυτοκαλοσύνη, σύμφωνα με την οποία τα άτομα αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις πόνου με ευγένεια και κατανόηση για τον εαυτό τους.

Χαμηλότερο μέσο όρο (ανάμεσα στο μερικές φορές και στο συχνά) συγκέντρωσαν τα επίπεδα της αυτοκριτικής του ατόμου και η τάση του για απομόνωση, που είναι το αντίθετο της κοινής ανθρωπότητας. Σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες κλίμακες, το χαμηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε η κλίμακα της υπεραναγνώρισης, που είναι το αντίθετο της συναίσθησης και της λογικής. Γενικά, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες του δείγματος συγκέντρωσαν υψηλότερους μέσους όρους στην αυτοκαλοσύνη, την κοινή ανθρωπότητα και τη συναίσθηση και λογική, παρά στην αυτοκριτική, την απομόνωση και την υπεραναγνώριση. Τα άτομα φαίνεται πως συγκεντρώνουν υψηλότερο μέσο όρο στα θετικά στοιχεία της κλίμακας της αυτοσυμπόνιας.

Πίνακας 8. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στην κλίμακα της αυτοσυμπόνιας

Μεταβλητές	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις	
Συνολική αυτοσυμπόνια	3.14	0.42	
Αυτοκαλοσύνη	3.13	0.73	
Κλίμακα της αυτοσυμπόνιας	Αυτοκριτική	3.04	0.60
	Κοινή ανθρωπότητα	3.25	0.83
	Απομόνωση	3.04	0.78
	Συναίσθηση και λογική	3.43	1.19

Λειτουργία της οικογένειας

Όσον αφορά τη λειτουργία της οικογένειας μετρήθηκε το συνολικό σκορ των απαντήσεων για κάθε παράγοντα. Οι βασικοί παράγοντες είναι η συνοχή, η εκφραστικότητα και η σύγκρουση, που αφορούν τις σχέσεις, η ανεξαρτησία, ο προσανατολισμός για επιτεύγματα, ο πνευματικός- πολιτιστικός προσανατολισμός, ο προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα και η ηθική και θρησκευτική έμφαση, που αφορούν την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση, καθώς και η οργάνωση και ο έλεγχος, που αναφέρονται στη συντήρηση του συστήματος.

Πίνακας 9. Συνολικό σκορ στους παράγοντες της κλίμακας για τη λειτουργία της οικογένειας

Μεταβλητές	Συνολικό σκορ	Μέσος όρος	
Συνοχή	696	6.96	
Εκφραστικότητα	731	7.31	
Σύγκρουση	523	5.23	
Ανεξαρτησία	597	5.97	
Προσανατολισμός για επιτεύγματα	652	6.52	
Κλίμακα για λειτουργία της οικογένειας	Πνευματικός- πολιτιστικός προσανατολισμός	587	5.87
	Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα	606	6.06
	Ηθική και θρησκευτική έμφαση	488	4.88
	Οργάνωση	667	6.67
	Έλεγχος	629	6.29

Υψηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσαν τα άτομα του δείγματος στην εκφραστικότητα (βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να εκφράζουν τα συναισθήματα και τα προβλήματα, μέσα από την ανοιχτή έκφραση του θυμού, της επιθετικότητας και της σύγκρουσης μεταξύ των μελών), τη συνοχή (βαθμό της δέσμευσης, υποστήριξης και παροχής βοήθειας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας). Πρόκειται για δύο παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης, υψηλούς μέσους όρους εμφάνισαν οι κλίμακες της οργάνωσης (έκταση στην οποία η οικογένεια έχει σαφή και ξεκάθαρη οργάνωση και δομή για τις δραστηριότητες και τις ευθύνες του οικογενειακού προγραμματισμού) και του ελέγχου (το βαθμό στον οποίο οι κανόνες και οι διαδικασίες ακολουθούνται από τα μέλη της οικογένειας), καθώς και η κλίμακα του προσανατολισμού για τα επιτεύγματα που αναφέρεται στο βαθμό που το σχολείο και οι δραστηριότητες είναι ενδείξεις για την επίτευξη.

Συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και την νοσηλευτική φροντίδα

Πίνακας 10. Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών

Μεταβλητές	r	
	Συνολική αυτοσυμπόνια	.153
	Αυτοκαλοσύνη	.132
	Αυτοκριτική	.024
Κλινική φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	.111
	Απομόνωση	.192
	Συναίσθηση και λογική	-.036
	Υπεραναγνώριση	.118
	Συνολική αυτοσυμπόνια	.159
	Αυτοκαλοσύνη	.321**
	Αυτοκριτική	-.193
Σχεσιακή φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	.248*
	Απομόνωση	.009
	Συναίσθηση και λογική	.018
	Υπεραναγνώριση	.080
Ανθρωπιστική	Συνολική αυτοσυμπόνια	.029

φροντίδα	Αυτοκαλοσύνη	.097
	Αυτοκριτική	-.046
	Κοινή ανθρωπότητα	-.076
	Απομόνωση	.030
	Συναίσθηση και λογική	-.004
	Υπερاناγνώριση	.097
Συνολική αυτοσυμπόνια		.156
Φροντίδα για παροχή άνεσης	Αυτοκαλοσύνη	.048
	Αυτοκριτική	.270**
	Κοινή ανθρωπότητα	-.209*
	Απομόνωση	.268**
	Συναίσθηση και λογική	-.061
	Υπερاناγνώριση	.314**

**p<.01, *p<.05

Όσον αφορά την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στη σχεσιακή φροντίδα και την αυτοκαλοσύνη ($r=.321$, $p<.01$) καθώς και ανάμεσα στη σχεσιακή φροντίδα και την κοινή ανθρωπότητα ($r=.248$, $p<.01$).

Επίσης, η φροντίδα για παροχή άνεσης κατά την καθημερινή πρακτικών των νοσηλευτικών βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την αυτοκριτική ($r=.270$, $p<.01$), αρνητικά με την κοινή ανθρωπότητα ($r=-.209$, $p<.05$), θετικά με την απομόνωση ($r=.268$, $p<.01$) και αρνητικά με την υπεραναγνώριση ($r=.314$, $p<.01$).

Πίνακας 11. Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της σημαντικότητας της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών

Μεταβλητές	r
Συνολική αυτοσυμπόνια	-.062
Αυτοκαλοσύνη	.012
Αυτοκριτική	-.142
Κλινική φροντίδα	-.002
Κοινή ανθρωπότητα	-.002
Απομόνωση	-.120
Συναίσθηση και λογική	.098

	Υπερاناγνώριση	-.136
	Συνολική αυτοσυμπόνια	-.053
	Αυτοκαλοσύνη	-.077
	Αυτοκριτική	-.029
Σχεσιακή φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	-.148
	Απομόνωση	-.021
	Συναίσθηση και λογική	.026
	Υπερاناγνώριση	.074
	Συνολική αυτοσυμπόνια	-.123
	Αυτοκαλοσύνη	-.135
	Αυτοκριτική	-.056
Ανθρωπιστική φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	-.180
	Απομόνωση	-.037
	Συναίσθηση και λογική	.021
	Υπερاناγνώριση	-.030
	Συνολική αυτοσυμπόνια	-.029
	Αυτοκαλοσύνη	-.030
	Αυτοκριτική	-.050
Φροντίδα για παροχή άνεσης	Κοινή ανθρωπότητα	-.021
	Απομόνωση	-.006
	Συναίσθηση και λογική	.041
	Υπερاناγνώριση	-.058

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα αναφορικά με τη σημαντικότητα της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη νοσηλευτική φροντίδα

Μεταβλητές	r
Κλινική φροντίδα	Συνολική αυτοσυμπόνια .283**
	Αυτοκαλοσύνη .107

	Αυτοκριτική	.222*
	Κοινή ανθρωπότητα	.068
	Απομόνωση	.222*
	Συναίσθηση και λογική	.102
	Υπερاناγνώριση	.238*
	Συνολική αυτοσυμπόνια	.129
	Αυτοκαλοσύνη	.116
	Αυτοκριτική	.070
Σχεσιακή φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	.082
	Απομόνωση	-.014
	Συναίσθηση και λογική	.026
	Υπερاناγνώριση	.155
	Συνολική αυτοσυμπόνια	.032
	Αυτοκαλοσύνη	-.092
	Αυτοκριτική	.128
Ανθρωπιστική φροντίδα	Κοινή ανθρωπότητα	-.178
	Απομόνωση	.073
	Συναίσθηση και λογική	.004
	Υπερاناγνώριση	.229*
	Συνολική αυτοσυμπόνια	.282**
	Αυτοκαλοσύνη	.055
	Αυτοκριτική	.280**
Φροντίδα για παροχή άνεσης	Κοινή ανθρωπότητα	-.076
	Απομόνωση	.258**
	Συναίσθηση και λογική	.127
	Υπερاناγνώριση	.324**

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, υπάρχουν ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, η κλινική φροντίδα σχετίζεται θετικά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη συνολική αυτοσυμπόνια ($r=.283$, $p<.01$), την αυτοκριτική ($r=.222$, $p<.05$), την

απομόνωση ($r=.222, p<.05$) και την υπεραναγνώριση ($r=.238, p<.05$). Η σχεσιακή φροντίδα δεν σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με κανέναν από τους παράγοντες της αυτοσυμπόνιας, ενώ η ανθρωπιστική φροντίδα σχετίζεται θετικά με την υπεραναγνώριση ($r=.229, p<.05$). Η φροντίδα για παροχή άνεσης σχετίζεται θετικά με την συνολική αυτοσυμπόνια ($r=.282, p<.01$), την αυτοκριτική ($r=.280, p<.01$), την απομόνωση ($r=.258, p<.01$) και την υπεραναγνώριση ($r=.324, p<.01$).

Συσχέτιση ανάμεσα στη λειτουργία της οικογένειας και στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας

Όσον αφορά τις συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες που μετρούν τη λειτουργία της οικογένειας και στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας βρέθηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 13. Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη νοσηλευτική φροντίδα

Μεταβλητές	r	
Σχέσεις	Συνολική αυτοσυμπόνια	.059
	Αυτοκαλοσύνη	.488**
	Αυτοκριτική	-.229*
	Κοινή ανθρωπότητα	.163
	Απομόνωση	-.284**
	Συναίσθηση και λογική	.111
	Υπεραναγνώριση	-.222*
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση	Συνολική αυτοσυμπόνια	-.299**
	Αυτοκαλοσύνη	.188
	Αυτοκριτική	-.451**
	Κοινή ανθρωπότητα	.164
	Απομόνωση	-.454**
	Συναίσθηση και λογική	-.095
	Υπεραναγνώριση	-.465**
Συντήρηση του συστήματος	Συνολική αυτοσυμπόνια	-.076
	Αυτοκαλοσύνη	.278**
	Αυτοκριτική	-.155

Κοινή ανθρωπότητα	-.025
Απομόνωση	.275**
Συναίσθηση και λογική	.061
Υπερاناγνώριση	-.262**

Η κλίμακα των σχέσεων ανάμεσα τα μέλη της οικογένειας βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την αυτοκαλοσύνη ($r=.488$, $p<.01$) και αρνητικά με την αυτοκριτική ($r=.238$, $p<.05$), την απομόνωση ($r=.238$, $p<.05$) και την υπεραναγνώριση ($r=-.222$, $p<.05$). Η προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση σχετίζεται αρνητικά με την συνολική αυτοσυμπόνια ($r=-.299$, $p<.01$), την υπεραναγνώριση ($r=-.465$, $p<.01$), την αυτοκριτική ($r=-.451$, $p<.01$) και την απομόνωση ($r=-.454$, $p<.01$). Τέλος, η συντήρηση του συστήματος σχετίζεται θετικά με την αυτοκαλοσύνη ($r=.278$, $p<.01$), την απομόνωση ($r=.275$, $p<.01$) και αρνητικά με την υπεραναγνώριση ($r=-.262$, $p<.01$).

Συζήτηση

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ατόμων που νοσούν από ψυχική διαταραχή, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μπορεί να αυτοεξηγηρηθεί σε μέτριο βαθμό, ενώ έχουν μέτριο βαθμό εναισθησίας και σε μέτριο βαθμό παίρνουν μόνοι τους τα φάρμακα και μπορούν να εργαστούν. Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε ότι ο ασθενής σε μέτριο βαθμό έχει φίλους και κοινωνική ζωή, ενώ οι περισσότεροι δεν έχουν σύντροφο και ερωτική ζωή. Τα χαρακτηριστικά αυτά συμφωνούν με τα κύρια στοιχεία της σχιζοφρένειας. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες φέρουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στα συμπτώματα που παρουσιάζουν. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου στους βασικούς τομείς της ζωής του, όπως η προσωπική και κοινωνική ζωή, καθώς και η επαγγελματική ζωή (Παπαγεωργίου, 2009). Πρόκειται για χαρακτηριστικά που δημιουργούν προβλήματα στο οικογενειακό πλαίσιο και ανατρέπουν τη μέχρι τότε ζωή της οικογένειας. Τα άτομα με ψύχωση συνήθως φέρουν αλλαγές και στη γενική εμφάνισή τους, ενώ έχουν θέματα ατομικής υγιεινής, καθώς μια μερίδα αυτών έχουν την εμφάνιση ενός ατημέλητου και ρακένδυτου ατόμου (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000. Παπαγεωργίου, 2009. Χριστοπούλου, 2008).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ψύχωσης αναμένεται να έχουν αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους. Με τη σειρά τους τόσο τα κλινικά χαρακτηριστικά της ψύχωσης όσο και οι γενικές αντιλήψεις των ασθενών για την υγεία τους μπορεί να επιδράσουν στην αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή ή στη γενική ποιότητα της ζωής τους (Meijer et al., 2009). Τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου αλλά και τις σχέσεις με το περιβάλλον.

Το μισό περίπου δείγμα των συγγενών των μελών με ψυχική διαταραχή δεν ήταν ούτε ευχαριστημένο ούτε δυσαρεστημένο από τη φροντίδα που παρείχαν στον ασθενή οι νοσηλευτές της κλινικής όπου νοσηλεύτηκε τελευταία, ενώ το μισό περίπου δείγμα ήταν ευχαριστημένο από τη φροντίδα που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής στο μέλος της οικογένειας με σχιζοφρένεια κατά την τελευταία νοσηλεία. Σύμφωνα με έρευνα των Cossette et al. (2006), η φροντίδα αυτή εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων, όπως το σύστημα αξιών, την ευαισθησία, την ελπίδα, την παροχή βοήθειας, την έκφραση συναισθημάτων, την επίλυση προβλημάτων, το περιβάλλον και τις ανάγκες. Ο τρόπος που οι οικογένειες των μελών που νοσούν αντιλαμβάνονται τη φροντίδα εξαρτάται από τις στάσεις και τις συμπεριφορές που έχουν καθώς και την ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο που δέχεται τη φροντίδα. Στην παρούσα έρευνα το μισό περίπου δείγμα δήλωνε ικανοποιημένο από τη φροντίδα που λάμβανε το μέλος που νοσούσε.

Όσον αφορά την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών κατά τη φροντίδα του μέλους της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές εφάρμοσαν συχνά ως πολύ συχνά την κλινική φροντίδα και τη φροντίδα για παροχή άνεσης, ενώ μερικές φορές έως συχνά ανέφεραν ότι εφάρμοσαν τη σχεσιακή φροντίδα και την ανθρωπιστική φροντίδα. Σύμφωνα με το δείγμα, οι νοσηλευτές δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην κλινική φροντίδα και την φροντίδα για παροχή άνεση, παρά στις σχέσεις και τον ανθρώπινο παράγοντα. Αυτό που προέχει είναι η κλινική πράξη και περίθαλψη του ασθενούς και λιγότερο οι διαπροσωπικές σχέσεις. Το εύρημα αυτό βρίσκεται περισσότερο κοντά στο ιατρικό μοντέλο, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των κλινικών περιστατικών με στόχο την εξάλειψη των συμπτωμάτων. Οι αλληλεπιδράσεις νοσηλευτών και μελών της οικογένειας κυρίως όταν έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις εξαρτώνται από τις γνώσεις που έχουν οι νοσηλευτές.

Επομένως, οι κλινικές γνώσεις των νοσηλευτών και η εφαρμογή αυτών στην κλινική πράξη παίζει σημαντικό ρόλο (Chesla & Stannard, 1997).

Όσον αφορά το βαθμό σημαντικότητας της καθημερινής πρακτικής των νοσηλευτών αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα του οικογενειακού μέλους κατά την διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες θεωρούν το ίδιο σημαντικά όλα τα είδη φροντίδας. Υψηλότερο μέσο όρο συγκεντρώνει η κλινική φροντίδα, ενώ ακολουθεί η φροντίδα για παροχή άνεσης και η σχεσιακή φροντίδα και τέλος η ανθρωπιστική φροντίδα. Όπως προκύπτει και από έρευνες που εστιάζουν στις εμπειρίες των νοσηλευτών παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο η αλληλεπίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού με την οικογένεια κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Πρόκειται για μια απαραίτητη και απαιτητική διαδικασία που εκτείνεται πέρα από την βασική κλινική φροντίδα και προϋποθέτει την ανάπτυξη ικανοποιητικών σχέσεων (Soderstrom et al., 2003). Η σημαντικότητα που αποδίδει το δείγμα στους διαφορετικούς τομείς φροντίδας φαίνεται πως βρίσκεται σε συμφωνία με την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές.

Όσον αφορά την ικανοποίηση του δείγματος από τη φροντίδα του μέλους της οικογένειας από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίηση στην κλινική φροντίδα και τη φροντίδα για παροχή άνεσης και χαμηλότερο στη σχεσιακή φροντίδα και την ανθρωπιστική φροντίδα. Το πιο σημαντικό για τους νοσηλευτές είναι να ανταπεξέλθουν στην κλινική φροντίδα των ασθενών (Chesla & Stannard, 1997). Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας να επεξεργαστούν την ασθένεια και να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση (Nelms & Eggenberger, 2010).

Στην κλίμακα της αυτοσυμπόνιας οι συμμετέχοντες του δείγματος εμφάνισαν μια ενδιάμεση κατάσταση, δηλώνοντας πως εμφανίζουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά μερικές φορές έως συχνά. Από τις επιμέρους κλίμακες της αυτοσυμπόνιας υψηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε η συναίσθηση και λογική που δείχνει πως τα άτομα κρατούν τις οδυνηρές σκέψεις και τα συναισθήματα σε μια ισορροπημένη επίγνωση, ενώ ακολουθεί η αντίληψη της εμπειρίας του ατόμου ως μέρος μιας μεγαλύτερης ανθρώπινης εμπειρίας (ανθρωπότητα) και η αυτοκαλοσύνη, σύμφωνα με την οποία τα άτομα αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις πόνου με ευγένεια και κατανόηση για τον εαυτό τους. Τα άτομα εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο

συμφωνίας με τα θετικά στοιχεία της αυτοσυμπόνιας, αναφέροντας πως έχουν βρει μια ισορροπία ανάμεσα στις σκέψεις και τα συναισθήματα με τη χρήση της λογικής, προσπαθώντας να μειώσουν τις οδυνηρές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα και να αυξήσουν τα θετικά. Αυτό υποστηρίζεται και σε προηγούμενη έρευνα, όπου βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με θετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία, όπως χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Neff, 2003). Η αυτοσυμπόνια αποτελεί έναν διαμεσολαβητικό παράγοντα για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής ή σωματικής υγείας (Raue- Bogdan et al., 2011).

Στην κλίμακα της αυτοσυμπόνιας, χαμηλότερο μέσο όρο (ανάμεσα στο μερικές φορές και στο συχνά) συγκέντρωσαν τα επίπεδα της αυτοκριτικής του ατόμου και η τάση του για απομόνωση, που είναι το αντίθετο της κοινής ανθρωπότητας. Σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες κλίμακες, το χαμηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε η κλίμακα της υπεραναγνώρισης, που είναι το αντίθετο της συναίσθησης και της λογικής. Γενικά, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες του δείγματος συγκέντρωσαν υψηλότερους μέσους όρους στην αυτοκαλοσύνη, την κοινή ανθρωπότητα και τη συναίσθηση και λογική, παρά στην αυτοκριτική, την απομόνωση και την υπεραναγνώριση. Τα άτομα φαίνεται πως συγκεντρώνουν υψηλότερο μέσο όρο στα θετικά στοιχεία της κλίμακας της αυτοσυμπόνιας. Η αυτοσυμπόνια θεωρείται ένας τρόπος προσαρμογής του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του όταν υπάρχουν προσωπικές ανεπάρκειες ή δύσκολες καταστάσεις στη ζωή, ενώ αποτελεί μια αποτελεσματική παρέμβαση για την αντιμετώπιση δύσκολων ή αρνητικών καταστάσεων που κάνουν το άτομο να υποφέρει (Neff & McGehee, 2010).

Όσον αφορά την καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στη σχεσιακή φροντίδα και την αυτοκαλοσύνη καθώς και ανάμεσα στη σχεσιακή φροντίδα και την κοινή ανθρωπότητα. Η νοσηλευτική φροντίδα που αφορά τη σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή σχετίζεται θετικά με την αυτοκαλοσύνη και την κοινή ανθρωπότητα. Επίσης, η φροντίδα για παροχή άνεσης κατά την καθημερινή πρακτικών των νοσηλευτικών βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την αυτοκριτική, αρνητικά με την κοινή ανθρωπότητα, θετικά με την απομόνωση και αρνητικά με την υπεραναγνώριση. Αναφορικά με την κλινική φροντίδα βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά

σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη συνολική αυτοσυμπόνια, την αυτοκριτική, την απομόνωση και την υπεραναγνώριση.

Οι σχέσεις των ατόμων του δείγματος με την οικογένεια βρέθηκε ότι σχετίζονται με τα επίπεδα της αυτοκαλοσύνης, ενώ τα άτομα που έχουν καλύτερη σχέση με την οικογένεια εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα απομόνωσης, αυτοκριτικής και υπεραναγνώρισης. Επίσης, βρέθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα συνολικής αυτοσυμπόνιας, υπεραναγνώρισης, αυτοκριτικής και απομόνωσης. Η οργάνωση και ο έλεγχος του συστήματος σχετίζονται θετικά με την αυτοκαλοσύνη και την απομόνωση και αρνητικά με την υπεραναγνώριση. Η οικογένεια και οι γνωστικοί παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες για τη διαμόρφωση της αυτοσυμπόνιας, ενώ η αυτοσυμπόνια συνδέεται με τα επίπεδα της ευημερίας του ατόμου (Neff & McGehee, 2010).

Τα άτομα με μέλη με ψυχική ασθένεια φαίνεται πως εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας και μειωμένη ικανοποίηση από τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού προς το μέλος που ασθενεί από ψυχική ασθένεια. Η αυτοσυμπόνια του δείγματος εστίαζε κυρίως στα θετικά στοιχεία της συγκεκριμένης κλίμακας. Όσον αφορά την κατάσταση που επικρατούσε στην οικογένεια, τη λειτουργία της οικογένειας και τις μεταξύ τους σχέσεις βρέθηκε ότι τα άτομα του δείγματος ανέφεραν πιο υψηλά επίπεδα εκφραστικότητας και συνοχής, καθώς και την κλίμακα του προσανατολισμού για τα επιτεύγματα. Ενώ αναμενόταν αυξημένα επίπεδα σύγκρουσης, τα άτομα του δείγματος φαίνεται πως χαρακτηρίζονται από συνοχή και εκφραστικότητα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Οι καλές σχέσεις μέσα στην οικογένεια συμβάλλουν στην εξασφάλιση υψηλών επιπέδων ευημερίας (Neff & McGehee, 2010).

Ακόμη, όπως αναμενόταν η προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση του γονεϊκού υποσυστήματος της οικογένειας με σχιζοφρενές μέλος σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα, κυρίως λόγω της ύπαρξης στρίγματος και κόπωσης. Ενώ αναμενόταν υψηλά επίπεδα ηθικής και θρησκευτικής έμφασης λόγω της ανάγκης των ατόμων για αναζήτηση μιας συναισθηματικής ελάφρυνσης και αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου. Ωστόσο, τα άτομα του δείγματος φαίνεται πως έχουν εξασφαλίσει καλές σχέσεις μέσα στην

οικογένεια μειώνοντας τα επίπεδα σύγκρουσης και βρίσκοντας πιο λειτουργικούς τρόπους για να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις λόγω της κατάστασης που βιώνουν εξαιτίας του μέλους που νοσεί από ψυχική διαταραχή. Τα άτομα του δείγματος δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα οργάνωσης και ελέγχου, όπως αναμενόταν, όσον αφορά τη συντήρηση του γονεϊκού υποσυστήματος οικογένειας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη σύνδεση της συντήρησης του συστήματος με τα θετικά στοιχεία της αυτοσυμπόνιας, καθώς τα άτομα του δείγματος κατάφεραν να εξασφαλίσουν μια ισορροπία ανάμεσα στις σκέψεις και τα συναισθήματα με τη χρήση της λογικής, προσπαθώντας να μειώσουν τις οδυνηρές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα και να αυξήσουν τα θετικά.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ahmedani, B.K., Kubiak, S.P., Kessler, R.C., de Graaf, R., Alonso, J., Bruffaerts, R., Zarkov, Z., Viana, M.C., Huang, Y.Q., Hu, C., Posada-Villa, J.A., Lepine, J.-P., Angermeyer, M.C., de Girolamo, G., Karam, A. N., Medina-Mora, M.E., Gureje, O., Ferry, F., Sagar R., Anthony J.C. (2013). Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study. *Psychological Medicine*, 43 (10), 2191-2202.

Angermeyer, M.C., Schultze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 593- 602.

Banks, M.E. (2003). Disability in the Family: A Life Span Perspective. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 9 (4), 367- 384.

Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*.
<http://www.verksampsykologi.com/wp-content/uploads/2013/11/Self-Compassion-Conceptualizations-Correlates-Interventions1.pdf>.

Biegel, D.E., Ishler, K.J., Katz, S., & Johnson, P. (2013). Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7 (1-2), 25-49.

Brady, N., & McCain, G. (2004). Living with schizophrenia: A family perspective. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 10 (1).

Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-Garcia, M., Penaloza-Salazar, C., Richards-Araya, D., & Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Family Practice*, 12, 101.

Carter, P.A., & Chang, B.L. (2000). Sleep and depression in cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 23, 410- 415.

Carter, P.A., & Clark, A.P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 25, 16-23.

Chan, S.W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (5), 339- 349.

Chesla, C.A., & Stannard, D. (1997). Breakdown in the nursing care of families in the ICU. *American Journal of Critical Care*, 6, 64-71.

Corrigan, P.W., & Miller, F.E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13 (6), 537-548.

Corrigan, P.W., Miller, F.E., & Watson, A.C. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20, 239-246.

Cossette, S. (2006). *Caring Nurse- Patient Interactions Scale*. Universite de Montreal, Institut de Cardiologie de Montreal.

Cossette, S., Cote, J.K., Pepin, J., Ricard, N., & D' Aoust, L.X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: Refinement of the Caring Nurse- Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55 (2), 198-214.

Couture, S.M., Penn, D.L., & Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), S44-S63.

Curtis, V., de Barra, M., & Auger, R. (2011). Disgust as an adaptive system for disease avoidance behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 366 (1563), 189-401.

Dale, N. (2008). *Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες*, Επιμ. Β. Καπετάνιος. Αθήνα: Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ.

Davidson, J.E., Jones, C., & Bienvenu, O.J. (2012). Family response to critical illness: post-intensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40 (2), 618-624.

Day, A., Haj-Bakri, S., Lubchansky, S., Mehta, S. (2013). Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*, 17, R91-R98.

Gilbert, P., & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29 (4), 757-774.

Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.

Haley, W.E., LaMonde, L.A., Han, B., Burton, A.M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6 (2), 215-224.

Hupcey, J.E. (1998). Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unit. *Western Journal of Nursing Research*, 20 (2), 180-194.

Jussim, L., Palumbo, P., Chatman, C., Madon, S., & Smith, A. (2000). Stigma and self-fulfilling prophecies. In T. Heatherton, R. Kleck, J. Hull & D. Cioffi (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 374-418). New York, NY: The Guilford Press.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2000). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J., & Geffken, G.R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28 (1), 118-130.

Kirshbaum, M. (2000). A disability culture perspective on early intervention with parents with physical or cognitive disabilities and their infants. *Infants and Young Children*, 13 (2), 9-20.

Kotrotsiou, E., Papathanasiou, I., & Kotrotsiou, S. (2005). Schizophrenia and family. *ICUS & Nursing Web*, 27, 1-9.

Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving. Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.

Laidlaw, T.M., Fallon, I.R.H., Barnfather, D., & Coverdale, J.H., (1999). The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal*, 35 (5), 443-450.

Lee, L.Y., & Lau, Y.L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.

- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363– 385.
- Livingston, J.D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71 (12), 2150-2161.
- Major, B., & O' Brien, L.T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393- 421.
- Mak, W.W.S., Poon, C.Y.M., Pun, L.Y.K., & Cheung, S.F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245–261.
- Mantzios, M., Wilson, C.J., & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, August 2013, DOI: 10.1007/s12671-013-0237-3.
- Meijer, C.J., Koeter, M.W.J., Sprangers, M.A.G., & Schene, A.H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (5), 361- 368.
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (1994). *Family Environment Scale manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morris, J., & Wates, M. (2006). *Supporting Disabled Parents and Parents with Additional Support Needs*. London: Social Care Institute for Excellence. Retrieved by <http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr11.pdf>.
- Motlova, L. (2007). Schizophrenia and family. *Neuro Endocrinology Letters*, 28 (1), 147-159.
- Narvaez, J.M., Twamley, E.W., McKibbin, C.L., Heaton, R.K., & Patterson, T.L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98 (1-3), 201- 208.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a Scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9 (3), 225-240.

- Nelms, T.P., & Eggenberger, S.K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse- family meetings. *Journal of Family Nursing*, 16 (4), 462-486.
- Noble, W. (2009). Preventing the psychosocial risks of hearing loss. *Australian Family Physician*, 38(8), 591- 593.
- Ociskova, M., Prasko, J., & Sedlackova, Z. (2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55 (1-2), 12-18.
- Παπαγεωργίου, Ε.Γ. (2009). *Ψυχιατρική*. Αθήνα (αυτοέκδοση).
- Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J., & Wong, W. (2012). *Family intervention for schizophrenia (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.
- Philips, L.J., Francey, S.M., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: A systematic review. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 22 (4), 371- 410.
- Quinn, D.M., & Chaudoir, S.R. (2009). Living with a concealable stigmatised identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (4), 634-651.
- Raque-Bogdan, T.L., Ericson, S.K., Jackson, J., Martin, H.M., & Bryan, N.A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (2), 272-278.
- Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M.C., Duplan, S., & Auquier, P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measure instruments. *Encephale*, 29 (2), 137- 147.
- Rittman, M., Hinojosa, M.S., & Findley, K. (2009). Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41, 39-52.
- Soderstrom, I.M., Benzein, E., & Saveman, B.I. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 185- 192.
- Tangney, J.P., & Dearing, R.L. (2002). Gender differences in morality. In R.F. Bornstein & J.M. Masling (Eds.), *The psychodynamics of gender and gender role. Empirical studies in*

psychoanalytic theories (Vol. 10), (251-269). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Tas, C., Danaci, A.E., Cubukcuoglu, Z., & Brune, M. (2012). Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia- A randomized pilot study. *Psychiatry Research*, 195, 32-38.

Wasserman, S., de Mamani, A.W., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/ self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 196 (1), 27-31.

Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.