



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά φροντιστών
αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Καθηγήτρια
Τ.Ε.Ι. Λάρισας

Μεταπτυχιακός φοιτητής : Γεώργιος Τζιτζίκος
Νοσηλεύτης

ΛΑΡΙΣΑ 2010

Τριμελής Επιτροπή :

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : 1. Κοτρώτσιου Ευαγγελία
2. Γκούβα Μαίρη
3. Ρούπα Ζωή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. Η οικογένεια μπροστά στην υγεία και την ασθένεια	10
2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά νεφροπαθών	13
2.1.Βιολογικοί παράγοντες	13
2.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	14
2.3. Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις του νεφροπαθούς	15
3.1 Η έννοια της φροντίδας	17
3.2. Το στρες της φροντίδας	18
3.3. Επιπτώσεις από την επιβάρυνση των φροντιστών	19
4. Φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	21
5. Ελάφρυνση του φορτίου των φροντιστών	25
5.1. Προγράμματα υποστήριξης των φροντιστών	26
5.2. Παρεμβάσεις που ενισχύουν τις ικανότητες του φροντιστή	28
6.1. Το συναίσθημα της ντροπής	29
6.2. Ασθένεια και ντροπή	30
7. Θυμός	33
7.1. Ο θυμός και η επιθετικότητα	33
7.2. Το άγχος	34
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	36
1. Σκοπός ερευνητικής εργασίας	37
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	37
2. Υλικό και Μέθοδος	38
2.1.Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	38
2.1.1. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής	38
(Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	38
2.1.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	39

2.1.3. Κλίμακα Άγχους του Spielberger	
(State - Trait Anxiety Inventory - STAI)	40
2.1.4. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	
(Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	41
2.1.5. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 (Derogatis, 1977)	42
2.2. Σχεδιασμός της μελέτης	43
2.3. Στατιστική ανάλυση	45
3. Αποτελέσματα	46
3.1 Δημογραφικά στοιχεία για τους συμμετέχοντες φροντιστές	46
3.2. Αξιολόγηση των φροντιστών με βάση τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που τους χορηγήθηκαν	51
3.2.1. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	52
3.2.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	54
3.2.3. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger	57
3.2.4. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	59
3.2.5. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90	62
3.3. Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων μεταξύ τους	67
4. Συζήτηση	71
4.1. Η εξωτερική ντροπή	72
4.2. Η επιθετικότητα	73
4.3. Παροδικό και Μόνιμο άγχος	74
4.4. Το βίωμα της ντροπής	74
4.5. Η ψυχοπαθολογία	75
4.6. Συσχετίσεις	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	92
ABSTRACT	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	94

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και οι φροντιστές τους ακολουθούν για τις ανάγκες της ενδεικνυόμενης θεραπείας ένα αυστηρό πρόγραμμα με καθημερινούς περιορισμούς και σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο ζωής τους. Σε αυτή τη διαδικασία υπεισέρχονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, οικογενειακό, υποστηρικτικό περιβάλλον) που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζοντας το υποκειμενικό βίωμα της νόσου, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου στις νέες συνθήκες.

Οι νεφροπαθείς, υπό την πίεση να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους, συχνά εκδηλώνουν άγχος και δυσθυμία, ή βιώνουν συναισθήματα ενοχής, αναξιότητας και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Ακόμη είναι πιθανό ορισμένοι ασθενείς να εμφανίσουν κατάθλιψη. Σε πολλές δε περιπτώσεις, απαντώνται αντιδράσεις εχθρότητας και οργής, ιδιαίτερα απέναντι στο προσωπικό των μονάδων αιμοκάθαρσης.

Ακολούθως, οι φροντιστές τέτοιων ασθενών δέχονται αυξημένο ψυχολογικό φορτίο, και είναι συχνά επιρρεπείς στο στρες, το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ η υγεία τους φαίνεται να είναι συνολικά επιβαρυμένη. Επιπλέον αναφέρεται ότι οι φροντιστές των νεφροπαθών βιώνουν την απομόνωση, έχουν μειωμένη αυτοπεποίθηση και εκδηλώνουν ολοκληρωτική εξάντληση και γενικά, εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής.

Ο ρόλος των φροντιστών συχνά είναι αφανής και δεν τυγχάνει αναγνώρισης. Οι φροντιστές είναι συνήθως μέλη της οικογένειας που δέχονται να δίνουν συστηματικά προτεραιότητα στις ανάγκες του αρρώστου, παραμελώντας τις δικές τους, σε βαθμό που καθίστανται ευάλωτοι. Για να μπορέσουν δε να αντεπεξέλθουν στο φορτίο που επωμίζονται, συχνά χρειάζεται να λάβουν υπηρεσίες υποστήριξης, με τη μορφή συμβουλών, επιμόρφωσης, κοινωνικής αρωγής, ή κατ' οίκον φροντίδας, όπου χρειάζεται.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία και προοδευτική γενικά μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας, που προκαλείται από βλάβη των νεφρών ποικίλης αιτιολογίας. Οι κυριότερες παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν ΧΝΑ είναι τα πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα (σπειραματοπάθειες, διάμεσες νεφροπάθειες), οι συστηματικές παθήσεις (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, κολλαγονώσεις κ.λ.π.) και οι συγγενείς νεφρικές παθήσεις (πολυκυστική νόσος των νεφρών, σύνδρομο Alport κ.λ.π.).

Οι πάσχοντες από ΧΝΑ τελικού σταδίου (ή νεφροπαθείς), για να διατηρηθούν στη ζωή, είναι αναγκαίο να υποβάλλονται σε θεραπείες υποκατάστασης την νεφρικής λειτουργίας με εξωνεφρική κάθαρση.

Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως, σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας βρίσκονται συνολικά περίπου 1,7 εκατ. πολίτες. Από αυτούς, 1,3 εκατ. Υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση-περιτοναϊκή κάθαρση και μόλις το 1/5 έχει λάβει νεφρικό μόσχευμα.

Από τα στατιστικά στοιχεία του EUROPEAN RENAL ASSOCIATION – EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT ASSOCIATION (ERA-EDTA) προκύπτει ότι στην Ευρώπη ετησίως 63.000 νέοι ασθενείς εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 165 νέοι ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η χρόνια νεφρική νόσος εξαπλώνεται και ο συνολικός αριθμός των νεφροπαθών παρουσιάζει διαρκή αύξηση, για λόγους που αποδίδονται στην αύξηση του αριθμού των νεοεντασσόμενων ασθενών, (κυρίως ηλικιωμένων, με διαβητική νεφροπάθεια ή αγγειακά νεφρικά νοσήματα), στην επιμήκυνση της επιβίωσης των νεφροπαθών, και δευτερευόντως στην

ελαστικοποίηση των κριτηρίων ένταξης των ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Κατά τη δεκαετία 1992-2002 ο αριθμός των νεφροπαθών στην Ελλάδα είχε διπλασιαστεί και συνεχίζει να αυξάνεται κατά 8% ετησίως.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου (ΥΣΕ), οι πάσχοντες από τελικό στάδιο ΧΝΑ υπερβαίνουν τους 11.000. Από αυτούς το 74% υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, το 7,7% σε περιτοναϊκή κάθαρση και το 18.2% έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού.

Η θεραπεία για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας είναι παγκοσμίως ιδιαίτερα δαπανηρή. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης το κόστος της αιμοκάθαρσης ανέρχεται στο 1.1% των δαπανών υγείας ενώ για την Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπερβαίνει το 2%, παρέχοντας υπηρεσίες για το 0,005% του συνολικού πληθυσμού. Επίσης για τους νεφροπαθείς είναι αναγκαίες και διάφορες ακόμη δαπάνες όπως έξοδα μετακίνησης, πολλά και ακριβά φάρμακα (π.χ. ερυθροποιητίνη), κοινωνικά επιδόματα κ.α. που αυξάνουν περαιτέρω τον προϋπολογισμό. Η δε απώλεια παραγωγικότητας των ασθενών ως ανθρώπινο κεφάλαιο, φτάνει τα 10 εκατομμύρια ευρώ.

Στην Ελλάδα, το σύνολο σχεδόν αυτής της οικονομικής επιβάρυνσης το επωμίζονται τα ασφαλιστικά ταμεία και ο κρατικός προϋπολογισμός. Οι νεφροπαθείς θεωρούνται Άτομα ΜΕ Αναπηρία και απολαμβάνουν όλες τις ευνοϊκές ρυθμίσεις που μπορεί να τους παρέχει η πολιτεία και ως προς το οικονομικό σκέλος.

1. Η οικογένεια μπροστά στην υγεία και την ασθένεια

Η οικογένεια αποτελεί μια κοινωνική ομάδα ανθρώπων με κοινή ιστορία, συναισθηματική εξάρτηση και στόχους. Είναι το βασικό σύστημα στο οποίο η συμπεριφορά και η φροντίδα υγείας μαθαίνονται, επιλέγονται, αποκτώνται και προάγονται (Γκούβα, 2003). Σύμφωνα με τον Farell (1992) και τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (1995), η κοινωνία έχει καθιερώσει την οικογένεια ως τη μονάδα υγείας και έχει καθορίσει τις νόμιμες ευθύνες της και τα δικαιώματα σε σχέση με την υγεία και την αυτοφροντίδα.

Πολλοί ερευνητές (Bomar, 1992; Feetham et al., 1993; Nightingale et al., 1978), διαπίστωσαν ότι η σημασία της υγείας της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για την προαγωγή της υγείας ατόμων και κοινωνιών. Κάθε οικογένεια πετυχαίνει με τη λειτουργία της ένα ορισμένο επίπεδο υγείας που διαχέεται στο σύνολό της και, αντίστοιχα, το επίπεδο υγείας της οικογένειας έχει επιδράσεις στο επίπεδο υγείας που επιτυγχάνουν τα μέλη της (Mayou et al., 1978).

Ο Laing (1975), θεωρώντας την οικογένεια ως ένα σύστημα εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, πιστεύει πως, *"όταν μια συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση προσδιορίζεται ως κοινωνική κρίση που αφορμή της είναι μια ιατρική επείγουσα περίπτωση, ο ορισμός αυτός επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τύπο δράσης: πρόκειται για μια σαφέστατη επίκληση να γίνει καλά το άτομο βάσει μιας "θεραπείας" και αν θεωρηθεί αναγκαίο, να δοθεί επικουρική βοήθεια στα άλλα μέλη της κατάστασης, για να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια του άλλου ατόμου και στις δευτερεύουσες κοινωνικές της συνέπειες. Ο ορισμός της κατάστασης και η επίκληση για δράση είναι οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η σωστή ορθολογική στρατηγική της επέμβασης προδιαγράφεται από και με τον ορισμό της κατάστασης"*.

Τα αποτελέσματα των ερευνών του Larkin (1987), μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η μεγάλη διάρκεια μιας ασθένειας οδηγεί σε πολλούς συμβιβασμούς τόσο τον άρρωστο όσο και την οικογένειά του.

Πολλές έρευνες, επίσης, έχουν επισημάνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της συναισθηματικής κατάστασης των συγγενών. Η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας, φαίνεται να διαταράσσει το επίπεδο υγείας της οικογένειας και να προκαλεί μια ανισορροπία που διαχέεται στο όλο σύστημα της οικογένειας, επηρεάζοντας τόσο τη λειτουργία του συστήματος όσο και τα άτομα που λειτουργούν μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα (Γκούβα, 2003).

Άλλωστε, από τη μελέτη του Schlump-Urquhart (1990), διαπιστώνεται ότι η ξαφνική ασθένεια δεν αφήνει περιθώρια στα μέλη της οικογένειας να έχουν ευκαιρία για συναισθηματική προετοιμασία ούτε, τις περισσότερες φορές, έχουν εμπειρία αντιμετώπισης παρόμοιων γεγονότων. Επίσης, η ξαφνική ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα σε αυτή και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της (Stanic, 1989; Wooley, 1990). Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητά του (Sager & Schlesinger, 1981). Αυτό το πλέγμα των επιδράσεων έχει επιπτώσεις και στην υγεία των μελών της οικογένειας (Ραγιά, 1995).

Πολλές είναι οι οικογένειες που ακινητοποιούνται μπροστά σε μια αρρώστια. Όταν όμως παρατείνεται η κατάσταση της ασθένειας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας η οποία, σύμφωνα με τον Soccorsi (1987), παύει να ζει και να εξελίσσεται, και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα "επιβιώσει" μπροστά στις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζει. (Soccorsi, 1987).

- Οι Horwitz και Kazak (1990), αλλά και πολλοί άλλοι ερευνητές (Matthews Simonton S., 1984; Skynner, 1987; Peterman & Bode, 1986) έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν μερικούς από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, μετά την εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας. Στα συμπεράσματά τους, ως σημαντικότερους παράγοντες, προτείνουν τους παρακάτω:
- Την κατανόηση των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.
- Την δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.
- Την δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους.

- Την σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.
- Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονιών-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό.
- Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού της δικτύου.
- Την αντίληψη των δυσκολιών ως "προκλήσεων" και την ενεργό συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπισή τους.
- Τη συνοχή της οικογένειας και την αποτελεσματική χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων.
- Την ευελιξία των μελών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από την αρρώστια και την εξέλιξή της.
- Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών, με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.

2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά νεφροπαθών

Το μοντέλο της ολιστικής θεώρησης του ασθενούς, επιβάλλει να ληφθούν υπόψιν οι βιολογικοί, οι ψυχολογικοί, καθώς και οι κοινωνικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν και καθορίζουν όχι μόνο την πορεία της νόσου, αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Οι σωματικές και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις συγκαταλέγονται στα κύρια χαρακτηριστικά που συνήθως είναι κοινά στις χρόνιες νόσους, και παίζουν κεντρικό ρόλο στην προσαρμογή του ασθενούς σε μια ζωή με περιορισμούς. Μελέτες σε πληθυσμούς πασχόντων από καρκίνο και HIV (Breitbart et al. 2006; Chang et al. 1998, 2000, 2002; Cleeland et al. 1994) έδειξαν ότι η επιβάρυνση από τα συμπτώματα είναι σοβαρή και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Παρόμοια συσχέτιση αναμένεται να υπάρχει και στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (Evans et al. 1985; Kimmel et al. 1995, 1998, 2003). Η πειθαρχία στο πρόγραμμα της θεραπείας με τρεις εβδομαδιαίως συνεδρίες αιμοκάθαρσης, οι μεταβολικές διαταραχές που είναι συνήθεις στους νεφροπαθείς, ο ψυχοκοινωνικός και επαγγελματικός αντίκτυπος της εξάρτησης από την αιμοκάθαρση, πυροδοτούν την εμφάνιση των πολλών συμπτωμάτων που είναι γνωστό ότι υφίστανται σε στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, με ακόλουθες επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. (Portenoy et al. 1994; Rosenfeld et al. 1996; *Germain & McCarthy 2004*)

2.1.Βιολογικοί πράγοντες

Οι διαταραχές σίτισης, η αναιμία και η σεξουαλική δυσλειτουργία συγκαταλέγονται ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα της ΧΝΑ που σχετίζονται με ψυχικές εκδηλώσεις.

Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδεινώνει την ανορεξία που οφείλεται σε ουραιμία και την υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών (Friend et al. 1997; Lew & Piraino 2005).

Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται ως εύκολη κόπωση ή/και κατάθλιψη και φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ποιότητα ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών (Merkus et al. 1997), ενώ η θεραπεία με ερυθροποιητίνη φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα κόπωσης, τη λειτουργικότητα και αρκετές παραμέτρους της ποιότητας ζωής (Iacovides et al.2002; Levin 1992).

Για το υψηλό ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους νεφροπαθείς υπεύθυνοι φαίνεται να είναι ενδοκρινικές διαταραχές (διαταραχή στη σύνθεση ορμονών, στη μεταφορά, στη σύνδεση με τους υποδοχείς και στην ανταπόκριση των οργάνων - στόχων) και μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερη την επίδραση ουραιμικών τοξινών.

Οι διαταραχές αυτές δεν βελτιώνονται με την αιμοκάθαρση, αντιθέτως μπορεί και να επιδεινωθούν, ενώ συχνά αποκαθίστανται μετά από μεταμόσχευση. Στους άνδρες εκδηλώνονται συνήθως ως διαταραχή στη στύση, ενώ στις γυναίκες ως ανωμαλίες του καταμήνιου κύκλου ή μειωμένη libido.

Πολλά δε, από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νεφρική νόσο είναι αιτίες για νευροψυχιατρικές επιπλοκές, που κυμαίνονται από κατάθλιψη ή ευφορία έως σύγχυση, ψευδαισθήσεις, άνοια ή ψύχωση.

2.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των νεφροπαθών εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς και την υποστήριξη που δέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Πάνω σε αυτό το υπόβαθρο δρα η νόσος ως ψυχοπιεστική κατάσταση και από την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων διαμορφώνεται η προσαρμογή του ασθενή στη νόσο του. Ένα ισχυρό Εγώ κινητοποιεί συνήθως προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, ενώ αντίθετα ένα αδύναμο Εγώ, μέσα από ανώριμους μηχανισμούς άμυνας οδηγεί σε ανεπιτυχή προσαρμογή, ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών, μη συμμόρφωση ή άρνηση για θεραπεία, διατάραξη διαπροσωπικών - ενδοοικογενειακών σχέσεων και τελικά σε κακή έκβαση της ίδιας της νόσου.

Ασθενείς που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν το θυμό και την τάση τους για εξάρτηση, αναπτύσσουν κατάθλιψη, που με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερη θνητότητα, (Einwohner et al.2004) και πιο συχνές νοσηλείες. Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα μη συνεργασίας και

διατάραξης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΝΑ (DiMatteo et al.2000; Koudi et al. 1997).

Μελέτες έδειξαν ότι η αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο του συνδέεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης περισσότερο από ότι η ίδια η σοβαρότητα της νόσου (Blumenfield 2002)

Οι νεφροπαθείς, υπό την πίεση να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους, συχνά εκδηλώνουν άγχος και δυσθυμία, ή βιώνουν αισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης και μειωμένης αυτοεκτίμησης και άλλοτε απαντώνται αντιδράσεις επιθετικότητας και οργής, ιδιαίτερα απέναντι στο προσωπικό των μονάδων.

Ο πιο κοινός μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσουν οι ασθενείς είναι η άρνηση, ή οποία τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες μέσω της αποστασιοποίησης από τα προβλήματα.

Οι ασθενείς με διαταραχές του συναισθήματος είναι επιρρεπείς στη μη ορθή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και στην παρέκκλιση από το πρόγραμμα θεραπείας, με αποτέλεσμα να επιβαρύνουν περαιτέρω την κατάσταση την υγείας τους. (Grumke et al. 1994; K/DOQI 2002)

2.3. Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις του νεφροπαθούς

Οι νεφροπαθείς ως χρόνιοι ασθενείς εκδηλώνουν πληθώρα συμπτωμάτων. Η επίδραση την Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) ωστόσο, δεν σταματά στα προβλήματα από τα φυσικά συμπτώματα και τις επιπλοκές τους, αλλά περνά και στο ψυχοκοινωνικό πεδίο. Η ίδια η νόσος, όπως και η θεραπεία της, είναι αιτία της απώλειας ή απειλής απώλειας της εργασίας και της κοινωνικής θέσης του ασθενούς. Οι περιορισμοί σε ότι αφορά τη διατροφή, τις δραστηριότητες και τις μετακινήσεις, επιβαρύνουν επιπρόσθετα την κοινωνική ζωή και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. (Sedgewick 1998)

Η απώλεια του ρόλου που είχε ο ασθενής στην οικογένεια και στην κοινωνία, συνδέεται με την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Για τον ασθενή που υποβάλλεται σε εξωνεφρική κάθαρση, η αίσθηση ότι χειροτερεύει ή περιορίζεται η αυτο-αξία του ενισχύεται από το γεγονός πως ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του.

Η απώλεια της σωματικής δύναμης και της ενεργητικότητας, της σεξουαλικής λειτουργίας ή της αυτο-εικόνας, ενισχύει την αίσθηση των ασθενών πως δεν μπορούν πλέον να προσφέρουν κάτι, πως είναι «άχρηστοι» και αποτελούν βάρος για την οικογένειά τους. (*Binkley 1999, Cleary & Drennan 2005*)

Οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν από την αιμοκάθαρση στη ζωή αυτών των ασθενών, περιλαμβάνουν τη μειωμένη δυνατότητα συμμετοχής τους σε καθημερινές δραστηριότητες . Αυτό μπορεί να έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στην ικανότητα του ασθενή να παραμείνει επαγγελματικά ενεργός, να συμμετέχει πλήρως στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, δημιουργώντας ως εκ τούτου ψυχοκοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα. (*Blake et al. 2000*) Άλλος επιβαρυντικός παράγοντας είναι οι συνεχείς συζυγικές συγκρούσεις, που σχετίζονται άμεσα με τις αντιλήψεις του ατόμου για την ασθένεια και παρεμποδίζουν τη δυνατότητά του να συμμορφωθεί με τη σύνθετη θεραπευτική μέθοδο της αιμοκάθαρσης. (*Finkelstein et al.1976*)

Όμως, συνήθως , πολύ λίγη βοήθεια παρέχεται στους ασθενείς ώστε να κατανοήσουν τη νόσο, να ζήσουν μαζί της και να την αντιμετωπίσουν. Οι μελέτες δείχνουν ότι αρκετές εισαγωγές στο νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα προβλημάτων που θα μπορούσαν να προληφθούν μέσα από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και προσέγγιση του ασθενή. (*Leatherland 2007*)

3.1. Η έννοια της φροντίδας

Ακριβής ορισμός της έννοιας «οικογενειακή φροντίδα» δεν υπάρχει. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας, η οποία ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού ή του συνηθισμένου στις οικογενειακές σχέσεις. Περιλαμβάνει επένδυση προσωπικού χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρό χρονικό διάστημα. Περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κοπιαστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές (Schulz & Martire 2004). Η παροχή φροντίδας ορίζεται ως αλληλεπίδραση, στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση, στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα» (Zarit & Edwards 1996). Η φροντίδα έχει θεωρηθεί ως θεμελιώδης για την ανθρώπινη επιβίωση και είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανθρώπινη ύπαρξη. Η έννοια αυτή έχει μελετηθεί ευρύτατα και έχει ερευνηθεί από πολλούς επιστήμονες. (Watson, 1985; Roach, 1987; Leininger, 1988).

Η φροντίδα γίνεται κατανοητή στο πλαίσιο ενός ξεχωριστού τρόπου ύπαρξης, σκέψης, πεποιθήσεων και δράσης που απαιτεί δεσμεύσεις, γνώση και δεξιότητες. Είναι η ανθρώπινη έκφραση του σεβασμού και της ανταπόκρισης στις ανθρώπινες αξίες και δίνει ουσία και νόημα στη ζωή των ατόμων. Μέσω της φροντίδας ενός άλλου ατόμου, ο άνθρωπος ζει το αληθινό νόημα της δικής του ζωής και η φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τόσο αυτόν που τη λαμβάνει, όσο και αυτόν που την προσφέρει (Mayeroff, 1971).

Μία ακόμα τοποθέτηση συνδέει τη φροντίδα με την ανησυχία, όπως αυτή εκφράζεται από το φροντιστή προς το φροντιζόμενο, και ιδιαίτερα όταν αυτός είναι ο σύντροφος (Cheung & Hocking, 2004).

Η φροντίδα βιώνεται ως μία περίπλοκη συναισθηματική σχέση ευθύνης και η ανησυχία ως ευθύνη της φροντίδας είναι «η ανθρώπινη ανταπόκριση προς την έκκληση ενός ανθρώπου που χρειάζεται τη φροντίδα» (Van Manen, 2000). Ο ισχυρισμός του Van Manen είναι ότι, όσο περισσότερο κάποιος φροντίζει έναν άνθρωπο, τόσο περισσότερο ανησυχεί, και όσο πιο πολύ ανησυχεί, τόσο πιο δυνατή γίνεται και η επιθυμία του να τον φροντίσει.

Οι θεωρητικοί της φροντίδας, περιγράφουν ότι η φροντίδα αποτελεί έναν ξεχωριστό τρόπο ύπαρξης, σκέψης, πεποιθήσεων και δραστηριοτήτων και η σχέση που αναπτύσσεται ή ενισχύεται μέσω της φροντίδας, είναι στενά συνδεδεμένη με καλύτερη αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας (Mayeroff, 1971; Roach, 1987; Benner & Wrubel, 1989; Cheung, 1998).

3.2. Το στρες της φροντίδας

Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ανεπίσημη φροντίδα αναφέρεται σε δραστηριότητες και εμπειρίες που αφορούν τη φροντίδα και τη βοήθεια σε φίλους ή συγγενείς, οι οποίοι είναι ανήμποροι να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Διακρίνουν επίσης τη φροντίδα σε δύο στοιχεία: το *συναισθηματικό* και την *καθαυτή παροχή της φροντίδας*.

Στη ΧΝΑ, η αναπηρία οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από άλλα άτομα για την ικανοποίηση βασικών αναγκών, καθώς και σε ένα σημαντικό ανακαθορισμό των ήδη εγκαθιδρυθέντων σχέσεων. Κάτω από συνθήκες χρόνιας και προοδευτικής αναπηρίας, όπου προδιαγράφεται μία πορεία χωρίς ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα μετατρέπεται σε ένα δυσβάστακτο βάρος και μπορεί να επεκταθεί σε σημείο να καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης.

Όσο οι δυνατότητες των μελών της σχέσης γίνονται ολοένα και πιο άνισες, η αμοιβαιότητα που ενισχύει τις ανθρώπινες σχέσεις και τις συντηρεί, παύει να υφίσταται. Η βοήθεια, η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης γίνονται μονόπλευρα και σταδιακά κατευθύνονται μόνο από το φροντιστή προς τον ασθενή, μετατρέποντας με αυτό τον τρόπο μια σχέση αγάπης σε μία πηγή έντονου στρες (Pearlin, 1983; Lyons, 2002).

Τα χαρακτηριστικά της σχέσης αλλοιώνονται είτε προσωρινά, είτε σε μακροχρόνια βάση στην περίπτωση χρόνιων καταστάσεων και η ισορροπία αλλάζει καθώς τα μέλη της σχέσης μετατρέπονται σε φροντιζόμενο και φροντιστή.

Η παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ένα προσφιλές άτομο δεν είναι μια στατική διαδικασία, εφόσον οι ανάγκες του ασθενή μεταβάλλονται καθώς η κατάσταση του αλλάζει. Για ορισμένα άτομα, η φροντίδα διαρκεί για πολλά χρόνια, ίσως και δεκαετίες και οι οικογενειακοί φροντιστές αναγκάζονται ολοένα και περισσότερο να

αναλάβουν περίπλοκες εργασίες, παρόμοιες με αυτές που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας (Pearlin, 1992; Seltzer, 1996).

Έτσι δημιουργείται μία συνεχής αλλαγή και προσαρμογή στη σχέση και στο ρόλο του φροντιστή. Καθώς η κατάσταση επιδεινώνεται, πολλοί φροντιστές αναγκάζονται να επιτρέψουν σε άλλα άτομα να μπουν μέσα στη σχέση, ώστε να μοιραστούν ή να αναλάβουν ευθύνες. Για το λόγο αυτό, η παροχή φροντίδας συχνά εγείρει δύσκολα προσωπικά θέματα σχετικά με το καθήκον, την ευθύνη και την ενοχή.

3.3. Επιπτώσεις από την επιβάρυνση των φροντιστών

Διεθνώς οι ψυχολόγοι υπογραμμίζουν ότι ο ρόλος που διαδραματίζουν οι φροντιστές των ασθενών δεν αναγνωρίζεται νομικά.

Οι διάφορες μελέτες για τους φροντιστές καταδεικνύουν ότι αυτοί υποφέρουν εξαιτίας της μεγάλης επιβάρυνσης που υφίστανται (Carretero et al., 2007, 2008; Garces et al., 2009).

Αυτό συμβαίνει συχνά διότι η προσφερόμενη φροντίδα υπερβαίνει τα φυσικά και πνευματικά όρια του φροντιστή, εγκαθιστώντας μια χρόνια πιεστική κατάσταση, η οποία είναι γνωστή ως "επιβάρυνση του φροντιστή" ή caregiver burden (Zarit, 2002).

Τα άμεσα και τα έμμεσα αποτελέσματα αυτού του φορτίου είναι αρνητικά για όλους όσους εμπλέκονται και δημιουργούν χρόνια κοινωνικά, πολιτικά και υγειονομικά προβλήματα, τα οποία θα μπορούσαν να αρθούν με την εφαρμογή μιας κατάλληλης στρατηγικής. Πρωταρχικά, οι έρευνες δείχνουν ότι οι ίδιοι οι φροντιστές υποφέρουν από ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψυχοσωματικές διαταραχές, ανοσοποιητικά και καρδιαγγειακά προβλήματα (Yee and Schulz, 2000; Lee et al., 2003).

Επιπλέον, το φορτίο και η εξάντληση που αισθάνονται οι φροντιστές μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις και για το πρόσωπο που δέχεται τη φροντίδα. Η παροχή φροντίδας μπορεί να υποβαθμιστεί ή να διακοπεί. Παρατηρούνται φαινόμενα ιδρυματοποίησης του εξαρτημένου προσώπου, το οποίο συχνά εκδηλώνει απότομη και καταχρηστική συμπεριφορά.

Οι φροντιστές, λόγω του φορτίου που υφίστανται, εμφανίζουν προβλήματα για τα οποία θα χρειαστούν οι ίδιοι υπηρεσίες υγείας, αυξάνοντας έτσι τις συνολικές ανάγκες φροντίδας που πρέπει το σύστημα να προσφέρει.

Όταν ο άτυπος τομέας όπου οι φροντιστές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους φτάσει στα όριά του, εγείρεται η απαίτηση για μακροπρόθεσμη φροντίδα, που ωθεί προς την ανάπτυξη υποδομών τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Όλη αυτή η κατάσταση, συνθέτει ένα πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό πρόβλημα, ιδιαίτερα αν εξετάσουμε και την έλλειψη σταθερότητας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (Garces et al.,2003).

4. Φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου αριθμού των νεφροπαθών, χρειάζεται να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική στρατηγική, ή οποία περιορίζεται από τους πόρους που διατίθενται στη νεφρολογική κοινότητα. Αυτό αφορά ιδιαίτερα στους γηραιότερους ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν φυσικά και νοητικά να αντεπεξέλθουν στη φροντίδα του εαυτού τους και χρειάζονται κάποιον φροντιστή που θα αναλάβει την ευθύνη της θεραπείας τους.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά την παροχή της ενδεικνυόμενης φροντίδας στους πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είναι ανάλογες με τις δυσκολίες που αφορούν κάθε χρόνια νόσο. Αυτές οι δυσκολίες επιβάλουν ένα σημαντικό φορτίο στα πρόσωπα που είναι άμεσα υπεύθυνα για την παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα όταν αυτά είναι μέλη της οικογένειας. (Cantor 1983; Belasco et al. 2006)

Για να προσδιοριστεί δε ο αντίκτυπος αυτής της κατάστασης, έχει επικρατήσει ο χαρακτηρισμός «επιβάρυνση του φροντιστή». Οι φροντιστές μπορεί να προσδιοριστούν ως τα άτομα που εμπλέκονται πιο στενά στη φροντίδα του ασθενούς και τον βοηθούν να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις και τις συνθήκες της νόσου.

Η επιβάρυνση του φροντιστή αυξάνει σημαντικά καθώς η λειτουργική και η νοητική εξασθένηση, ως απόρροια της χρόνιας νόσου, περιορίζει την ικανότητα του ασθενούς για αυτοφροντίδα. Επιπρόσθετοι παράγοντες που συνδέονται με την επιβάρυνση του φροντιστή, περιλαμβάνουν τη σχέση μεταξύ φροντιστή και φροντιζόμενου, τη συμπεριφορά και τις ψυχολογικές εκδηλώσεις του ασθενούς, το φύλο και τις αρνητικές εξελίξεις που επιφυλάσσει η ζωή. Για να προσδιοριστεί δε ο αντίκτυπος της επιβάρυνσης, θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η πολυπλοκότητα του ρόλου του φροντιστή και οι επιμέρους παράγοντες που τον συνθέτουν.

Πρέπει να εκτιμηθεί ότι παράλληλα με τη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες νόσοι, όπως σακχαρώδης διαβήτης, διάφορες μορφές καρκίνου ή καρδιαγγειακά προβλήματα, που επιδεινώνουν περαιτέρω τη

λειτουργική και νοητική κατάσταση του ασθενούς, και, κατ' ακολουθία, την επιβάρυνση των φροντιστών.

Όπως αναφέρεται στο United States Renal Data System (USRDS 2007), περίπου στο 40% των ασθενών που εισάγονται στην αιμοκάθαρση στην ηλικία των 65 ετών ή μεγαλύτερη, συνυπάρχουν πέντε ή και περισσότερες διαφορετικές ασθένειες.

Επιπλέον, όπως αναφέρεται σε σχετική ανασκόπηση, αξίζει να τονιστεί ότι έως και το 70% των νεφροπαθών άνω των 55 ετών εμφανίζει μέτρια έως σοβαρή νοητική εξασθένηση. (Murray 2008)

Ο αντίκτυπος της παρεχόμενης φροντίδας σε χρόνιους ασθενείς έχει μελετηθεί σε αρκετές νόσους. Οι φροντιστές έχουν συσχετιστεί με διαταραχές του συναισθήματος, όπως κατάθλιψη, εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους, υπερβολική χρήση φαρμάκων, αρνητική αίσθηση της σωματικής υγείας και εξασθενημένη ποιότητα ζωής (quality of life QoL) (Sherwood et al. 2005; Hepburn et al. 2001; Haley et al. 1987)

Επίσης έχει βρεθεί (Schulz & Beach 1999) ότι οι φροντιστές που ανέφεραν ότι υφίστανται πίεση, είχαν αυξημένη θνησιμότητα σε σχέση με ομάδες έλεγχου που δεν ήταν φροντιστές.

Ακόμη έχει υποστηριχτεί (Shimoyama et al. 2003), ότι το αίσθημα αυξημένης ευθύνης που έχει ο φροντιστής, οδηγεί σε μείωση της ποιότητας ζωής.

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές των νεφροπαθών εμφανίζουν μικρή ψυχολογική επιβάρυνση (Rideout et al. 1990; Alvarez-Ude et al. 2004; Asti et al., 2006),

Ενώ σε άλλες έρευνες έχει επισημανθεί ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας του φροντιστή και του αισθήματος ευθύνης που τον διακατέχει (Alvarez-Ude et al; Belasco & Sesso 2002, Ferrario et al., 2002).

Θετική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ της καλής ψυχικής υγείας και τους ακόλουθους παράγοντες: χαμηλή συζυγική επιβάρυνση (Daneker et al., 2001; Binik et al., 1990), τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης και τη μειωμένη αίσθηση ευθύνης του φροντιστή (Alvarez-Ude et al. 2004; Asti et al., 2006).

Ο προσδιορισμός των αναγκών που έχει ο φροντιστής και η εύρεση λύσεων στα προβλήματα που υπάρχουν μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα τόσο στον φροντιστή όσο και στον ασθενή. Η ποιότητα της ζωής του φροντιστή συνδέεται με

τις ικανότητες που ο ίδιος διαθέτει με θετικά αποτελέσματα ακόμα και στις πλέον αντίξοες συνθήκες.

Επίσης, έχει γραφεί ότι η ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να αποδειχτεί σημαντική για την άμβλυνση της επιβάρυνσης του φροντιστή και την προαγωγή της ικανοποίησης που λαμβάνει ο φροντιστής από το ρόλο του. (McMillan et al. 2006; Signe & Elmstahl 2008; Dias et al. 2008)

Παρ όλη τη γνώση που έχει σωρευτεί για την επιβάρυνση των φροντιστών γενικά, δεν υπάρχει παρά ελάχιστη ενασχόληση με τους φροντιστές των νεφροπαθών. Αυτό αναφέρεται εύστοχα από τους Tong *et al* (2008), όπου οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η επιβάρυνση που υφίστανται οι φροντιστές των νεφροπαθών, προσομοιάζει με όσα έχουν καταγραφεί σε σχέση με άλλες χρόνιες νόσους. Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η αναζήτηση μελετών που αξιολογούν κάθε παρέμβαση που αφορά στους φροντιστές των νεφροπαθών, εμφανίζει μόλις τρία σχετικά άρθρα. Σε αυτά επισημαίνεται η επίδραση που έχει το παρεχόμενο στους φροντιστές εκπαιδευτικό υλικό, καθώς και η προαγωγή της γνώσης, ενώ δεν υπάρχει αναφορά σε άλλα αποτελέσματα.

Ο κάθε τύπος της θεραπείας που ακολουθείται παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και προβλήματα που μπορεί να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τους φροντιστές. Ειδικά για την αιμοκάθαρση, αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη μεταφορά τους στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, και στη συνέχεια χρειάζονται ένα σημαντικό χρονικό διάστημα μετά τη συνεδρία για να ανακτήσουν τις δυνάμεις τους (Lindsay 2006).

Σε συνθήκες θεραπείας στο σπίτι, οι φροντιστές επιφορτίζονται με ιδιαίτερες ευθύνες και συχνά πλήττονται από άγχος, κόπωση, κατάθλιψη, επιδείνωση των οικογενειακών σχέσεων, κοινωνικό αποκλεισμό και στρες (Beanlands et al 2005; Brunier & McKeever 1993).

Σε μελέτη που αφορά τους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο σπίτι ο Qyinan (2005) επισημαίνει ότι ότι ο ρόλος των φροντιστών έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου και υπάρχει η ανάγκη για επιπρόσθετες υπηρεσίες προς τους

φροντιστές, μέσω συμβουλευτικής, επιμόρφωσης, κοινωνικής υποστήριξης, βοήθειας στο σπίτι, και υπηρεσίες «ανάπαυλας».

Σε έρευνα των Wicks et al. (2004) αναφέρεται ότι η επιβάρυνση των φροντιστών των νεφροπαθών είναι σχετικά μικρή και δεν διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Στις μελέτες που έγιναν, η επιβάρυνση βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής του φροντιστή. Αντίθετα, στην επιβάρυνση δεν φαίνεται να παίζει ρόλο η φυλή, το φύλο ή η σχέση του φροντιστή με τον ασθενή.

Επιπλέον, έχει υποστηριχτεί ότι η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης δεν διαφέρει στους φροντιστές ηλικιωμένων νεφροπαθών σε σχέση με ομάδα ελέγχου που συμμετείχε σε σχετική έρευνα. (Matsuu et al. 2004)

5. Ελάφρυνση του φορτίου των φροντιστών

Με στόχο την αποφυγή και την άρση των αρνητικών συνεπειών από την επιβάρυνση των φροντιστών που πλήττει τόσο τους ίδιους, όσο και τα εξαρτώμενα άτομα, γίνονται προσπάθειες να υιοθετηθούν λύσεις που θα προλαμβάνουν ή θα ελαφρύνουν τη συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν οι φροντιστές. (Pearlin et al., 1989, 1990),

Ένα από τα κύρια μοντέλα ερμηνείας της επιβάρυνσης των φροντιστών, υποστηρίζει ότι η επίσημη κοινωνική υποστήριξη είναι μια από τις κύριες μεθόδους ελάφρυνσης της κόπωσης που σχετίζεται με το φορτίο των φροντιστών. Η έρευνα έχει ειδικά εστιάσει στη μελέτη και στη δοκιμή της αποτελεσματικότητας δυο τύπων παρέμβασης για να μειωθεί η οφειλόμενη στο στρες αναστολή της φροντίδας: την ψυχοεκπαίδευση (psycho-educational) και την ψυχοκοινωνική (psycho-social) παρέμβαση. Περιλαμβάνονται παρεμβάσεις με στόχο την προσφορά λύσεων που θα ελαφρύνουν την επιβάρυνση του φροντιστή από τις καθημερινές δραστηριότητες, και στη συνέχεια προγράμματα με σκοπό να αυξήσουν τις δεξιότητες του φροντιστή ως προς τη φροντίδα, ή την διαχείριση των απαιτήσεων των εξαρτώμενων μελών της οικογένειας (Zarit, 1990).

Η έρευνα για τις παρεμβάσεις σχετικά με τη μείωση του φορτίου των φροντιστών έχει εστιάσει πάνω από όλα στα προγράμματα που χρησιμοποιούν επίσημες υπηρεσίες για να επιτρέπουν στα εξαρτώμενα άτομα να παραμείνουν στην κοινότητα. Υπάρχουν διαθέσιμες αποδείξεις ότι τόσο οι οικογένειες όσο και οι φροντιστές ενδιαφέρονται για τα εξαρτώμενα πρόσωπα και οι ίδιοι οι εξαρτώμενοι προτιμούν να μείνουν στο σπίτι τους και στην κοινότητά τους, λαμβάνοντας μακροχρόνια φροντίδα (Havens, 1999). Επίσης ότι η παραμονή στο σπίτι έχει συνδεθεί με μεγαλύτερη διάρκεια και καλύτερη ποιότητα της ζωής για το εξαρτώμενο άτομο (Bowers, 1987).

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε ειδικά παρεμβατικά προγράμματα που αφορούν στην παροχή ενδιάμεσων (εμβόλιμων) υπηρεσιών από την πολιτεία. (Zarit et al., 1999; IPA, 2002).

Ο σκοπός τέτοιων προγραμμάτων είναι να ανακουφίζουν τους φροντιστές περιοδικά από τις ευθύνες τους και από την παροχή υπηρεσιών προς τους εξαρτώμενους. Αυτή η ξεκούραση επιτρέπει στον φροντιστή να έχει κάποιο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό του και να ασχοληθεί με άλλες δραστηριότητες ή να διεκπεραιώσει κάποιες υποχρεώσεις.

Μελέτες έχουν δείξει ότι παρεμβάσεις με τη μορφή των ενδιάμεσων υπηρεσιών επιδρούν στην ευεξία των φροντιστών με την άρση ή την ελάφρυνση του φορτίου. Με αυτόν τον τρόπο οι φροντιστές βοηθούνται ώστε να συνεχίσουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο σπίτι, και οι εξαρτώμενοι αποφεύγουν την πρόωρη ιδρυματοποίηση. (IPA, 2002; Whittier et al., 2002).

Επίσης, τέτοιες υπηρεσίες επιτρέπουν στους λήπτες να βελτιώνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς, τη νοητική τους κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή, και την ευεξία τους. (Zarit et al., 1999).

5.1. Προγράμματα υποστήριξης των φροντιστών

Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να έχουν τη μορφή της βοήθειας στο σπίτι, ή να παρέχονται σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, ή να αφορούν και τη νυχτερινή περίοδο.

Γενικά, η βοήθεια στο σπίτι αφορά στη λήψη φροντίδας για τον εξαρτώμενο για συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, επιτρέποντας στον κύριο φροντιστή να απομακρυνθεί από το σπίτι ή να ασχοληθεί με άλλες δραστηριότητες.

Παραδείγματα του τύπου της βοήθειας που παρέχεται κατά την βοήθεια στο σπίτι είναι δουλειές του σπιτιού, ή σωματική φροντίδα, η εποπτεία και η παροχή συντροφιάς στο εξαρτώμενο άτομο.

Τα ημερήσια κέντρα επιτρέπουν στο εξαρτώμενο άτομο να προσέλθει σε έναν εποπτευόμενο και οργανωμένο χώρο όπου κατά τη διάρκεια της ημέρας μπορούν να προσφέρεται κοινωνική και σωματική φροντίδα, απελευθερώνοντας τον φροντιστή. Πρόκειται για έναν τύπο συλλογικής υποστήριξης, όπου διευκολύνει

την κοινωνική επαφή του εξαρτώμενου, ο οποίος είναι συνήθως απομονωμένος από την κοινότητα.

Η αστικού τύπου, ή νυχτερινής περιόδου φροντίδα, προϋποθέτει την έγκριση του εξαρτώμενου προσώπου για διαμονή του σε οργανωμένο χώρο όπως νοσοκομείο, ξενώνας ή άλλο ίδρυμα, για περίοδο μεγαλύτερη του 24ωρου, που μπορεί να διαρκέσει αρκετές εβδομάδες, ανάλογα με τις ανάγκες του κύριου φροντιστή. Τα θετικά αποτελέσματα των ενδιάμεσων υπηρεσιών στην φροντίδα, έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνητικών μελετών. Για την αστική/νυχτερινής περιόδου υποστήριξη, οι μελέτες είτε δεν είναι επαρκείς (Whittier et al., 2002), είτε δείχνουν μια προσωρινή και μόνο ωφέλεια για τους φροντιστές.(Zarit et al.,1999).

Όταν η ενδιάμεση φροντίδα αφορά στη βοήθεια στο σπίτι και τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας φαίνεται από τις έρευνες ότι οι φροντιστές έχουν μεγαλύτερη σωματική και ψυχική ευεξία, ενώ έχουν ταυτόχρονα λιγότερο στρες, άγχος και κατάθλιψη, λιγότερες σωματικές ασθένειες, λιγότερο θυμό, και περισσότερα θετικά συναισθήματα (Hawranik and Strain, 2000; Zarit, 2002).

Αυτού του τύπου η υποστήριξη σχετίζεται επίσης με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής και συναισθηματικής απομόνωσης για τους φροντιστές, και υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, δυναμισμού, ελέγχου της ζωής, και γενικά ικανοποίησης. (Bourgeois et al., 1996).

Παρ' όλα αυτά, η σχέση ανάμεσα στη χρήση των επίσημων υπηρεσιών και στη μείωση του φορτίου των φροντιστών παραμένει ακόμα σύνθετη, κυρίως γιατί η χρήση των επίσημων υπηρεσιών ενδιάμεσης φροντίδας συνδέεται με μεγαλύτερη υπερένταση και κατάθλιψη για τους φροντιστές, επιμονή των συμπτωμάτων κατάθλιψης, οικογενειακές διαμάχες ως αποτέλεσμα διαφωνιών για θεραπευτικές επιλογές (Lyons and Zarit, 1999; Zarit et al., 1999; Mockus Parks and Novielli, 2000)

Άλλοι συγγραφείς έχουν βρει αμφίσημα αποτελέσματα, συμπεραίνοντας ότι η ενδιάμεση φροντίδα έχει ποικίλο αντίκτυπο στο φορτίο των φροντιστών. (Forde and Pearlman, 1999).

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι είναι σημαντικές για τους φροντιστές, αλλά, όχι στο βαθμό που μπορεί αυτές να συντελέσουν στη

μείωση του στρες που αισθάνονται οι φροντιστές κατά την παροχή φροντίδας.
(Carretero et al., 2007,2008; Garces et al., 2009).

5.2. Παρεμβάσεις που ενισχύουν τις ικανότητες του φροντιστή

Για την ψυχοκοινωνική ελάφρυνση του φορτίου των φροντιστών έχουν σχεδιαστεί επίσης παρεμβάσεις ώστε να βελτιώνονται ή να αυξάνουν οι ικανότητες του φροντιστή για να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις καταστάσεις. Ο αντικειμενικός σκοπός είναι να ελαττωθεί αφενός το φορτίο των φροντιστών, το στρες και η εξουθένωση, και αφετέρου να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν τα εξαρτώμενα πρόσωπα. Το φάσμα των παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνει ομάδες υποστήριξης, αυτοφροντίδα, αμοιβαία φροντίδα, εκπαίδευση, τεχνικές νοητικής προσαρμογής (επίλυση προβλημάτων, διαχείριση του στρες κλπ.). Μερικά προγράμματα έχουν σχεδιαστεί ώστε να εμπερικλείουν διαφορετικά στοιχεία παρεμβάσεων (IPA, 2002) τα οποία είναι: α) ψυχολογική παρέμβαση που περιλαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, το αίσθημα ότι ανήκει σε μια ομάδα, η εκπαίδευση και η αμοιβαία υποστήριξη, η συμβουλευτική, νοητική θεραπεία, εκπαίδευση στη χαλάρωση, μάθηση διαχείρισης του στρες, αυτοφροντίδα, επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις. Β) Επιμορφωτική παρέμβαση που εστιάζει στην παροχή πληροφοριών, την προαγωγή δεξιοτήτων για την φροντίδα στο σπίτι, την ανάπτυξη θεραπευτικών δεξιοτήτων, την επίλυση προβλημάτων, τεχνικές προσαρμογής, την αντιμετώπιση των οικονομικών υποχρεώσεων ή νομικών θεμάτων. Η έρευνα έχει δείξει ότι είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση της οικογένειας ή μέλους της οικογένειας ως προς την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων που σχετίζονται με το εξαρτώμενο μέλος (Houts et al., 1996).

6.1. Το συναίσθημα της ντροπής

Η ντροπή είναι δύσκολο να καθοριστεί ως έννοια. Πρόκειται για ένα υγιές ανθρώπινο συναίσθημα, το οποίο μπορεί να μετατραπεί σε πραγματική ασθένεια της ψυχής.

Υπάρχουν δύο μορφές ντροπής: η έμφυτη και η τοξική ή καταστροφική μορφή.

Η ντροπή είναι τοξική, όταν πρόκειται για ένα εσωτερικό βασανιστικό βίωμα αναπάντεχης έκθεσης. Είναι μια τομή που γίνεται αισθητή κυρίως εσωτερικά και διαχωρίζει αυτόν που το βιώνει από τους άλλους.

Η ντροπή είναι διαφορετική ανάλογα με το χρόνο που τη βιώνουμε, αν δηλαδή λειτουργεί προληπτικά και αποτρεπτικά για μια πράξη πρόκειται για την αιδώ. Όταν το βίωμα έπεται ενός γεγονότος, αναφερόμαστε στην αισχύνη. Αυτός ο διαχωρισμός εννοιολογικά δεν υφίσταται στην αγγλική γλώσσα, όπου χρησιμοποιείται ο όρος shame σε κάθε περίπτωση. (Bradshaw 2005.)

Το συναίσθημα της ντροπής εμπεριέχει μια ενημερότητα για τον ελαττωματικό εαυτό κάποιου (πχ, για τον εαυτό που ασθενεί) και αφορά μια αντίδραση που συχνά μοιάζει δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική σοβαρότητα του γεγονότος (Tangney & Dearing, 2002). Περιλαμβάνει ολόκληρο το άτομο, την ψυχή και το σώμα του. Εάν ένα άτομο δεν εκδηλώνει ούτε νιώθει ντροπή, ακόμη και στην παιδική του ηλικία, τότε θεωρείται ότι έχει έλλειμμα κάποιας ικανότητας, όπως σαν να μη διαθέτει κάποια γνωστική ικανότητα (Heller, 2003).

Η ντροπή αποτελεί, όπως αναφέρει ο Gilbert (1998), ένα επίπονο συναίσθημα το οποίο συχνά συνδέεται με την αντίληψη ότι κάποιος έχει ατομικά χαρακτηριστικά (πχ σχήμα σώματος), στοιχεία προσωπικότητας (πχ να είναι βαρετός) ή έχει εμπλακεί σε συμπεριφορές (πχ το να έχει πει ψέματα), που οι άλλοι θα βρουν μη-ελκυστικές και που θα οδηγήσουν στην απόρριψή του ή σε κάποιου είδους υποβιβασμό του. Σε σχέση με την ενοχή, η ντροπή συμβάλλει λιγότερο θετικά στις διαπροσωπικές μας σχέσεις (Tangney & Dearing, 2002).

Η ντροπή καταχωρείται στα «συνειδητά συναισθήματα» και εκδηλώνεται *μέσω της αντανάκλασης του εαυτού* (Lewis, 2003). Για να βρεθεί κανείς σε κατάσταση ντροπής, θα πρέπει να συγκρίνει την πράξη του με κάποιο μέτρο, είτε δικό του είτε κάποιου άλλου. Η διαπίστωση της αποτυχίας του σε σχέση με το μέτρο, οδηγεί στην ντροπή (Lewis, 1998).

Ο κοινωνικός παράγοντας που πυροδοτεί το συναίσθημα της ντροπής είναι το «βλέμμα του άλλου», το βλέμμα της κοινότητας (Heller, 2003). Τα συναισθήματα από μόνα τους δε συνδέονται με ηθικούς κανόνες, αλλά συνδέονται οι πράξεις που πηγάζουν από αυτά. Το «βλέμμα του άλλου» ενεργεί σα μια ηθική εξουσία, και η Heller το αποκαλεί «εξωτερική εξουσία της ηθικής κρίσης» (Heller, 2003).

Ο Gilbert (1998) αναφέρει χαρακτηριστικά πως στην ντροπή *«...αυτό που έχει σημασία είναι η αίσθηση της προσωπικής μη-ελκυστικότητας- το να βρίσκεσαι στον κοινωνικό κόσμο σαν ένας ανεπιθύμητος εαυτός, ένας εαυτός που δεν επιθυμεί κανείς να είναι. Η ντροπή είναι μια μη-εθελοντική απάντηση στη γνώση ότι κάποιος έχει χάσει το κύρος του και έχει μειωθεί η αξία του»*.

6.2. Ασθένεια και ντροπή

Όταν η ασθένεια θεωρούνταν μια μορφή τιμωρίας λόγω κακών πράξεων μπορούσε ευκολότερα να οδηγήσει σε αυτοκατηγορία του ασθενούς και στην απόδοση κατηγορίας από τους άλλους. Από τότε που διαπιστώθηκε ότι η ασθένεια οφείλεται σε διάφορα μικρόβια, η ευθύνη μετακινήθηκε από τον ασθενή (Lewis, 1998), αν και πολλές φορές μια ασθένεια συνοδεύεται από το φόβο της αποστροφής των άλλων, καθώς αυτή καθιστά το άτομο μη-ελκυστικό και ανεπιθύμητο (Gilbert, 1998).

Οι σωματικές ασθένειες, όπως και οι ψυχικές, εγείρουν συχνά το συναίσθημα της ντροπής. Ο βασικός λόγος είναι το στίγμα που αυτές συχνά φέρουν, αλλά και οι επιδράσεις που ασκούν στην καθημερινότητα των ατόμων και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, όπως οι φροντίδες που πρέπει να παρέχονται στο άτομο και ο αναπροσδιορισμός των ρόλων μέσα στην οικογένεια. Έτσι, το άτομο που ασθενεί αλλά και ο περίγυρός του βιώνουν πολλές φορές μια ιδιαίτερη συναισθηματική κατάσταση, ενδεικτική της οποίας είναι η ντροπή.

Ορισμένες ασθένειες και παθήσεις, λόγω της φύσης τους ή λόγω της κοινωνικής τους φόρτισης, οδηγούν συχνότερα σε συναισθήματα ντροπής, αμηχανίας, απόρριψης ή ενοχής.

Ένας σημαντικός λόγος για αυτό είναι η ελλιπής ενημέρωση που υπάρχει για ορισμένες ασθένειες, η οποία οδηγεί στο φόβο και την καχυποψία, και κατά συνέπεια στη συχνότερη κοινωνική απομόνωση των πασχόντων από αυτές.

Τέτοιου είδους ασθένειες είναι, για παράδειγμα, αυτές που συνδέονται άμεσα με τη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Αναφέρουμε ενδεικτικά το AIDS, τη στυτική δυσλειτουργία, τις ποικίλες γυναικολογικές παθήσεις και τις αντίστοιχες ανδρικές. Η ντροπή που σχετίζεται με το σεξ γίνεται πιο σύνθετη μέσω του στίγματος της ασθένειας και πιο έντονη μέσω ανησυχιών μη μας χαρακτηρίσουν αμαρτωλούς, ανεύθυνους κ.α.λ (Tangney & Dearing, 2002).

Η ντροπή μπορεί να πηγάζει από μια συνεχή ενημερότητα, ίσως μέσω διαρκών υπενθυμίσεων, ενός λάθους ή ελαττώματος για το οποίο ντρέπεται το άτομο, ή από τις πράξεις των άλλων που κάνουν το άτομο να ντρέπεται. Παραδείγματα διαρκούς έκθεσης στην πηγή της ντροπής, αποτελούν η εμπειρία ενός ατόμου που ντρέπεται για το σώμα του, για μια ουλή ή για την προφορά του (Tantam, 1998).

Στην ίδια κατηγορία εντάσσονται και οι παθήσεις που αλλοιώνουν την σωματική εικόνα του ασθενούς. Αυτές καθιστούν το άτομο περισσότερο εκτεθειμένο στο «βλέμμα του άλλου», κάτι που συνδέεται άμεσα με την (πραγματική ή αναμενόμενη) κοινωνική κριτική και απόρριψη και με το συναίσθημα της ντροπής. Στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια είναι γνωστό ότι οι ασθενείς έχουν συχνά ωχροκίτρινο δέρμα λόγω της αναιμίας και της συσσώρευσης χρωστικών στο χόριο (Sweeney & Cropley 2003).

Ακόμη, τα σημεία φλεβοκέντησης για της ανάγκες της αιμοκάθαρσης αφήνουν εμφανή ίχνη, ενώ μπορεί να υπάρχουν και ανευρύσματα των παρακείμενων αγγείων που μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά τη εικόνα του ασθενούς.

Οι ασθένειες φορτίζουν συναισθηματικά τους πάσχοντες αλλά όχι όλες στον ίδιο βαθμό. Για παράδειγμα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στην αντίληψη της προκατάληψης (άρα και του στίγματος και της ντροπής) απέναντι σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, με το AIDS να έχει το μεγαλύτερο στίγμα και ο Σ.Δ. το μικρότερο, ενώ στο ενδιάμεσο βρισκόταν η επιληψία (Fernandes et al. 2007).

Όπως επισημαίνουν οι Tangney και Dearing (2002), η ντροπή ενός μέλους της οικογένειας προκαλεί ντροπή και στους κοντινούς του ανθρώπους, οι οποίοι επιπλέον φέρουν την ευθύνη και το βάρος της φροντίδας και το ίδιο ισχύει για το στίγμα, και την ντροπή που αυτό προκαλεί (Lewis, 1998). Εάν, για παράδειγμα, ένας ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση εκτίθεται σε συναισθήματα ντροπής, αυτά μπορούν να βιωθούν και από τα άλλα μέλη της οικογένειάς του. Έτσι, όχι μόνο ο πάσχων, αλλά και οι άμεσοι συγγενείς του νεφροπαθούς ενδέχεται να εμπλακούν ευκολότερα από τους υπόλοιπους στον επίπονο συναισθηματικό κύκλο αυτοπαρατήρησης και αυτοκριτικής που συνδέεται με το στίγμα και την ντροπή.

7.1. Ο θυμός και η επιθετικότητα

Ο θυμός και η επιθετικότητα μπορεί να προκύψουν από τη ματαίωση, την αρνητική αξιολόγηση, την αίσθηση κάποιου ότι τον έχουν κοροϊδέψει, αδικήσει, απογοητεύσει κτλ. Στην καθημερινότητα, ο θυμός μπορεί να αποτελεί στοιχεία της εμπειρίας της ντροπής, και να αποτελεί μέρος της μη-λεκτικής έκφρασής της. Είναι πιθανό ο θυμός και άλλα συναισθήματα που συνδέονται με την ντροπή να επηρεάζουν το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού με διαφορετικούς τρόπους που είναι δύσκολο να ξεκαθαρίσουν (Gilbert, 1998).

Είναι σημαντικό να διαχωρίζουμε το θυμό από την επιθετικότητα. Όπως αναφέρουν οι Tangney & Dearing (2002), *ο θυμός αφορά μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση* και αποτελεί ένα συναίσθημα που περιλαμβάνει την απόδοση μομφής. *Η επιθετικότητα (λεκτική ή σωματική) αποτελεί μια συμπεριφορική αντίδραση* που σκοπεύει να προκαλέσει κακό ή στενοχώρια σε κάποιον άλλο. Παρά το αναμενόμενο, η ντροπή προκαλεί θυμό που κατευθύνεται προς τους άλλους, παρά αναχαιτίζει το θυμό και την επιθετικότητα (Tangney & Dearing, 2002). Από τα ανωτέρω μπορούμε να συμπεράνουμε πως η επιθετικότητα (πράξη) ακολουθεί συνήθως το θυμό (συναίσθημα-ερέθισμα), και αποτελεί έναν από τους τρόπους εκδήλωσης και εκτόνωσής του.

Η εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει στην ντροπή. Οι Keltner & Harker (1998) επισημαίνουν ότι η τάση για την ντροπή, ο θυμός και η τάση να δρα κάποιος επιθετικά σε δύσκολες καταστάσεις σχετίζονται συχνά με μια ευρύτερη κατάσταση ψυχοπαθολογίας ή δυσπροσαρμοστικότητας. Σε μελέτη των Gilbert & Miles (2000) επισημαίνεται ότι το αίσθημα του θυμού που εγείρεται από την κριτική των άλλων έχει βρεθεί να σχετίζεται με την κατάθλιψη, την ντροπή και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης.

Ο ανταποδοτικός θυμός απέναντι στους «παρατηρητές άλλους» είναι πιθανότερο να πυροδοτείται από την πεποίθηση του ατόμου ότι οι άλλοι το κρίνουν άδικα και

είναι υπεύθυνοι για τη στενοχώρια του, άρα από τα συναισθήματα της ντροπής παρά από την ενοχή (Tangney & Dearing, 2002).

Η εκδήλωση θυμού που ξεκινά από την ντροπή, μπορεί να οδηγήσει τους εμπλεκόμενους στην απόσυρση ή στην αύξηση του ανταγωνισμού, της κατηγορίας και της αλληλοκατηγορίας (Tangney & Dearing, 2002).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί (Finkelstein et.al), το πλέγμα των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νεφροπαθών και των φροντιστών τους μπορεί να επιβαρύνεται με στοιχεία επιθετικότητας, τα οποία ενδημούν λόγω της σωρευμένων απαιτήσεων της νόσου και των αναγκών θεραπείας.

7.2. Το άγχος

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν έρθει αντιμέτωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους με αγχογόνες καταστάσεις, οι οποίες ωστόσο προκαλούν διαφορετική επίδραση στον καθένα. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την έντονη επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων θεωρείται πως είναι οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, οι οποίες σε συνδυασμό με τα στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (Bulter et al., 1999; Wirsching et al., 1990). Η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων φαίνεται να εξαρτάται από πλήθος ιδιοσυγκρασιακών, ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του ατόμου που την υφίσταται (Βελίκης, 2000).

Ο Selye (1956 & 1974), ήταν από τους πρώτους μελετητές που ερεύνησαν τους στρεσογόνους παράγοντες προσπαθώντας καταρχάς να προσδιορίσει την έννοια του stress. Κατόπιν πολλών μελετών, ο Selye, όρισε ως stress *"την μη ειδική ανταπόκριση του οργανισμού σε οποιοδήποτε ερέθισμα"*, υποστηρίζοντας ότι το stress *"αποτελεί μια διαδικασία προσαρμογής που αναπτύσσεται ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα και η οποία εκδηλώνεται με μεταβολές στα επίπεδα διαφόρων ορμονών και στο μέγεθος συγκεκριμένων οργάνων"*. Επίσης, παρατήρησε ότι, ενώ υπάρχουν αρκετές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν stress, ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης.

Ο Cannon (1932), γνωστός για τη θεωρία του γύρω από την αντίδραση "fight or flight" (μάχη ή φυγή) σε στρεσογόνες καταστάσεις, επεσήμανε ότι, όταν το stress

φτάσει σε κάποιο κρίσιμο επίπεδο, τότε διαταράσσεται η ομοιοστατική λειτουργία του οργανισμού και εμφανίζεται παθολογική αντίδραση, ενώ, ο Caplan (1981) χαρακτήρισε ως stress μια κατάσταση στην οποία υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ των απαιτήσεων που επιβάλλονται στον οργανισμό και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί σ' αυτές (Σιαφάκα, 2000).

Ο τρόπος αντίδρασης στο stress εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο κι από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του stress αποτελούν έναν πολύ σημαντικό παράγοντα, μια και η αντίδραση σε αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα των στρεσογόνων ερεθισμάτων, τη συνθήκη κάτω από την οποία εξελίσσεται το στρεσογόνο ερέθισμα, καθώς και τις αλλαγές που αυτό συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου. Το παροδικό stress είναι συνήθης κατάσταση ζωής, αφού η αλληλεπίδραση μεταξύ του οργανισμού και του περιβάλλοντος συχνά μπορεί να προκαλέσει μια απώλεια της ευελιξίας των προσαρμοστικών δυνατοτήτων. Το παρατεταμένο και έντονο stress, όμως, μπορεί να είναι επιβλαβές και είναι πιθανό να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχικών νοσογόνων διεργασιών (Σιαφάκα, 2000).

Το stress μπορεί να προδιαθέτει, όπως προαναφέραμε, για την εμφάνιση μιας ασθένειας, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας δεν είναι τα αγχογόνα γεγονότα, αλλά η ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει σ' αυτά, καθώς και η ικανότητα που διαθέτει για την αντιμετώπιση των προβλημάτων (Γκούβα, 2003). Η εκτίμηση και ο προσδιορισμός των στρεσογόνων καταστάσεων που μπορούν να θέσουν ένα άτομο σε κατάσταση κρίσης στην πραγματικότητα είναι πολύ δύσκολη, καθώς η αντίδραση του ατόμου αποτελεί αποτέλεσμα συνάρτησης όχι μόνο της βιολογικής και φυσιολογικής λειτουργίας του, αλλά και της προσωπικής του ιστορίας, καθώς και του οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο εξελίσσεται (Levenson & Bemis, 1991).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να διερευνήσει τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά σε ανθρώπους που φροντίζουν ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Πιο συγκεκριμένα, στόχος ήταν να μελετηθούν τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους και ντροπής που βιώνουν οι φροντιστές, καθώς και η συγκέντρωση πληροφοριών για τυχόν ύπαρξη στοιχείων ψυχοπαθολογίας στη συμπεριφορά τους ή πιθανής τάσης τους για εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Στη συνέχεια, θα ήταν εφικτό να γίνει συσχετισμός των ευρημάτων με το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία και το φύλο των ερωτηθέντων.

Ένας ακόμη σκοπός ήταν η σύγκριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι φροντιστές των νεφροπαθών, με τα ανάλογα χαρακτηριστικά που έχουν μετρηθεί στο γενικό πληθυσμό, ώστε να διαπιστωθεί αν η συγκεκριμένη ομάδα υφίσταται επιβάρυνση.

1.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια αυτής της μελέτης έχουν προσδιοριστεί ως εξής:

- Ως προς την εσωτερική ντροπή και την εξωτερική ντροπή η υπόθεσή μας είναι πως οι γυναίκες θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ντροπής από τους άντρες.
- Ως προς την επιθετικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις μέσες τιμές του ελληνικού πληθυσμού.
- Ως προς τα επίπεδα άγχους, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα άγχους τόσο του παροδικού όσο και του μόνιμου θα είναι υψηλότερα σε σχέση με τις μέσες τιμές του ελληνικού πληθυσμού και πως οι πλέον ηλικιωμένοι φροντιστές θα έχουν υψηλότερα επίπεδα από τους νεώτερους.

- Ως προς την ψυχοπαθολογία η υπόθεσή μας είναι ότι οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις μέσες τιμές του ελληνικού πληθυσμού.

2. Υλικό και Μέθοδος

2.1.Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.1.1. Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το Internalized Shame Scale (ISS). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά στην εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού.

Οι Goss, Gilbert & Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer scale - OAS). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach $\alpha = 0,96$) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0=Ποτέ, 1=Σπάνια, 2=Μερικές φορές, 3=Συχνά και 4=Πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach α του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996· Gilbert & Miles, 2000· Gilbert et al., 2003· Benn et al., 2005).

2.1.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα, όπως μετριέται με το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Αποτελείται από πέντε υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility), η επίκριση των άλλων (criticism of others), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτό-επίκριση (self-criticism) και η παραληρητική ενοχή (guilt) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989· Αγγελόπουλος και συν.,

1987· Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Drosos et al., 1989).

2.1.3. Κλίμακα Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)

Για την αξιολόγηση του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. το παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. το μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας 4βαθμης κλίμακας τύπου Likert. Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στο φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση, 1984· Αναγνωστοπούλου, 2002).

2.1.4. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

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

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

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach α είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο

ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.1.5. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90, η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert. Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Αναλυτικότερα, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων επιτρέπει να κατανοήσει κάποιος την έκταση κάποιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής, ο δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων αντιστοιχεί στον αριθμό των συμπτωμάτων που παραδέχονται ότι αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από το επίπεδο ενόχλησης που τους προκαλούν και τέλος, ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντανάκλα το μέσο επίπεδο ενόχλησης που προκαλείται από τα αναφερόμενα συμπτώματα.

Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας et al., 1991).

2.2. Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας και του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας, από τον Απρίλιο έως τον Αύγουστο του 2010.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, την ψυχοπαθολογία, την επιθετικότητα και το άγχος που μπορεί να βιώνει ο φροντιστής. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ορισμένα δημογραφικά στοιχεία και επιμέρους πέντε εξειδικευμένα ερευνητικά εργαλεία και κλίμακες, που θα βοηθούσαν στη συγκέντρωση των απαραίτητων ψυχολογικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν από τον φοιτητή - ερευνητή για το σκοπό της ερευνητικής εργασίας και για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Ο κάθε φροντιστής που δέχτηκε να απαντήσει στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, με τον οποίο συμμετείχε στην έρευνα αντί του ονοματεπωνύμου του.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των φροντιστών στην έρευνα ήταν οι παρακάτω:

1. Να είναι ενήλικα άτομα.
2. Να έχουν στενή συγγενική σχέση με τον ασθενή.
3. Να έχουν την κύρια επιμέλεια της καθημερινής φροντίδας του ασθενούς.
4. Επαρκές νοητικό επίπεδο ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων, και
5. Η επιθυμία των ερωτώμενων να συμμετάσχουν εθελοντικά στην παρούσα μελέτη.

Στην έρευνα συμμετείχαν φροντιστές πασχόντων από ΧΝΑ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση για την υποκατάσταση της νεφρικής τους λειτουργίας σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού της Πελοποννήσου και

συγκεκριμένα στα νοσοκομεία Κορίνθου, Άργους, Τρίπολης, Ρίου Πατρών, καθώς και στην ιδιωτική μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης «Specmed» στο Λουτράκι Κορινθίας.

2.3. Στατιστική ανάλυση

Η καταγραφή και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, έκδοση 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), ενώ για την περιγραφική παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε και το πρόγραμμα Microsoft Excel.

Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με τη χρήση του μέσου όρου, της διάμεσου τιμής, της τυπικής απόκλισης και του εύρους των τιμών, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές με τον ακριβή αριθμό των συμμετεχόντων και το ποσοστό επί τοις εκατό (%). Για την παραστατική παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση διαγράμματα πίτας, ραβδογράμματα ή διαγράμματα γραμμής.

Πιο συγκεκριμένα για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση οι επόμενες στατιστικές δοκιμασίες:

- ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson, για τη μελέτη της ύπαρξης πιθανής συσχέτισης μεταξύ δύο ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών,
- η δοκιμασία χ^2 του Pearson, για τη μελέτη της ύπαρξης πιθανής σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών,
- ο στατιστικός έλεγχος t test του Student, για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο διαφορετικών ομάδων, και τέλος,
- ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), για τη σύγκριση των μέσων όρων τριών ή περισσότερων διαφορετικών ομάδων.

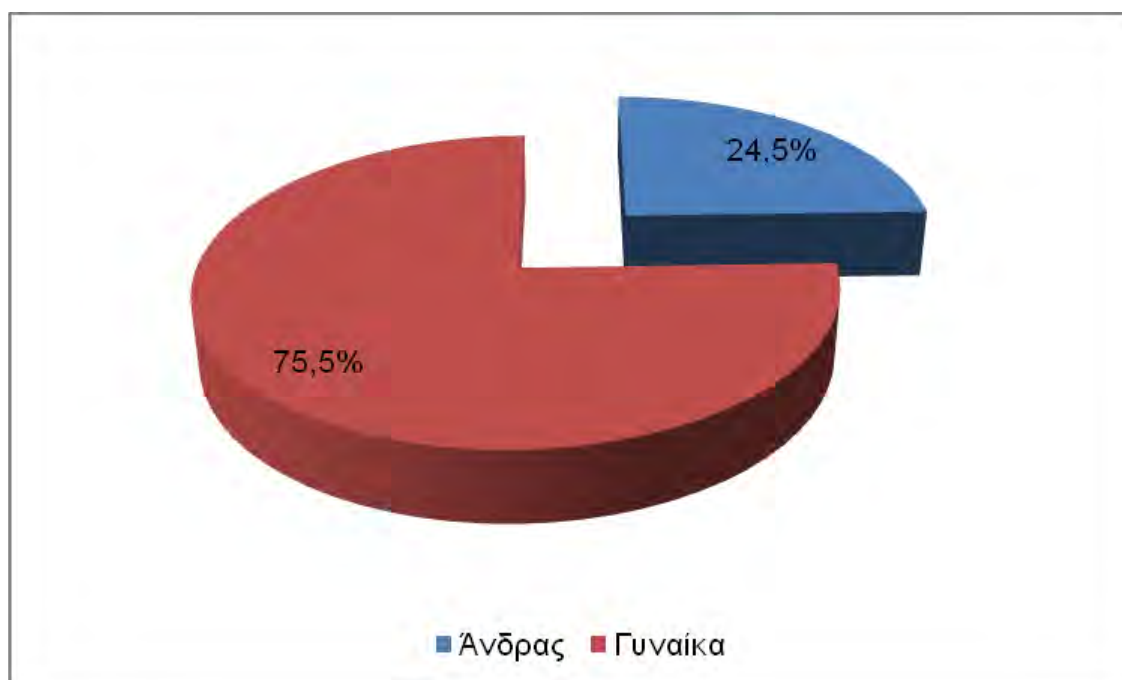
Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

3. Αποτελέσματα

3.1 Δημογραφικά στοιχεία για τους συμμετέχοντες φροντιστές

Στην παρούσα ερευνητική εργασία συμμετείχαν 106 φροντιστές ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η πλειοψηφία των φροντιστών, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 1), ήταν γυναίκες. Οι άνδρες φροντιστές στο δείγμα μας ήταν μόνο 24, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο ένα τέταρτο του συνόλου των συμμετεχόντων.

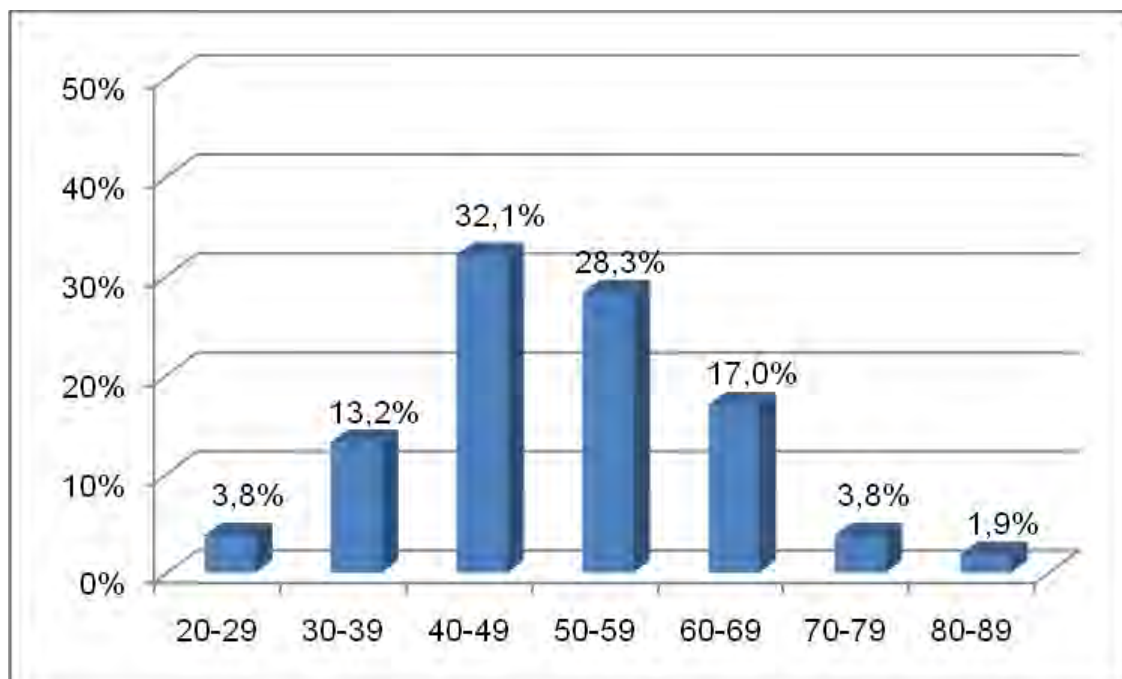
Διάγραμμα 1. Φύλο των φροντιστών



Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 50,39 έτη με τυπική απόκλιση τα 12,20 έτη, ενώ δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία ανδρών και γυναικών [$t(104)=0,257$, $p=0,798$]. Ο πιο μικρός σε ηλικία φροντιστής, που συμμετείχε στην έρευνα, ήταν 23 ετών και ο πιο

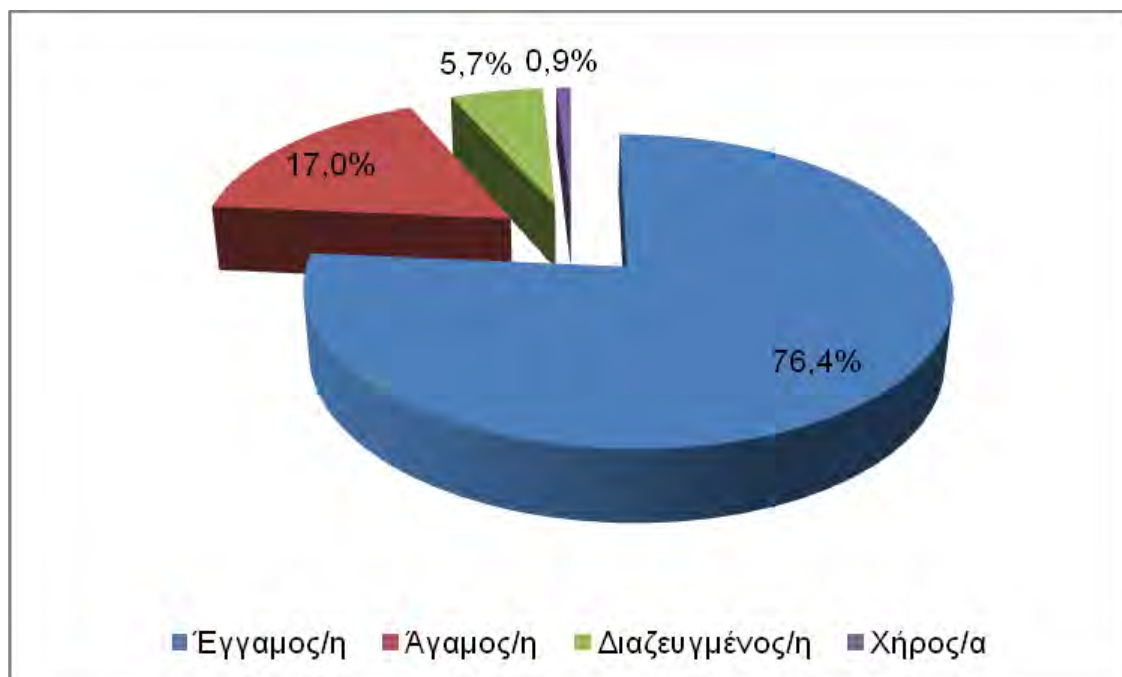
μεγάλος ήταν 81 ετών. Η παρουσίαση της ηλικίας των συμμετεχόντων ανά δεκαετίες δείχνει ότι τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση στο δείγμα μας είχαν οι δεκαετίες 40-49 ετών (34 άτομα) και 50-59 ετών (30 άτομα). Αντίθετα, τα λιγότερα άτομα είχαν οι δεκαετίες 80-89 ετών (2 άτομα), 71-80 ετών (4 άτομα) και 20-29 ετών (5 άτομα). Αναλυτικά, η ηλικία των συμμετεχόντων ανά δεκαετίες παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.

Διάγραμμα 2. Ηλικία φροντιστών ανά δεκαετίες



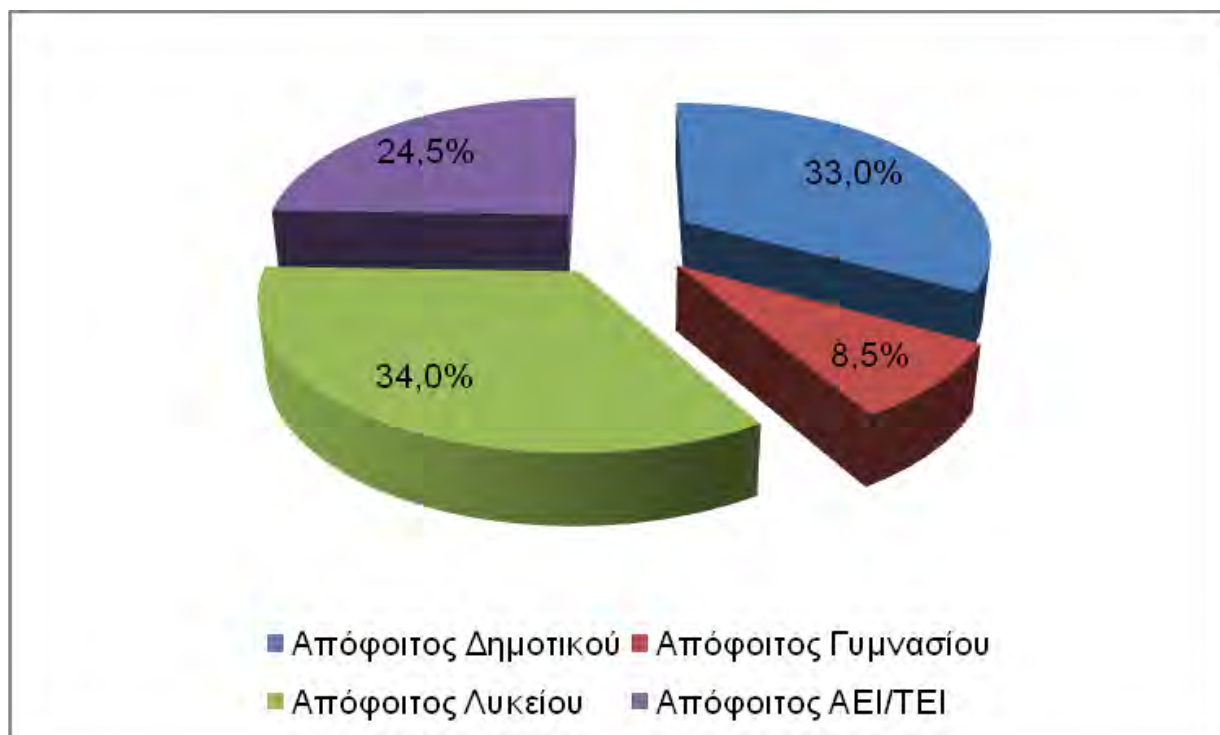
Στο δείγμα μας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι (81 άτομα), 18 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν είναι παντρεμένοι, 6 ότι είναι διαζευγμένοι και τέλος μόνο ένας συμμετέχων δήλωσε ότι είναι χήρος (Διάγραμμα 3). Για τη διευκόλυνση των στατιστικών αναλύσεων, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είναι διαζευγμένοι και ο ένας συμμετέχων που δήλωσε ότι είναι χήρος ομαδοποιήθηκαν σε μια ενιαία κατηγορία και στο εξής όσες αναλύσεις περιλαμβάνουν τη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης περιλαμβάνουν τρεις κατηγορίες, τους έγγαμους, τους άγαμους και τους διαζευγμένους/χήρους. Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δε φάνηκε να σχετίζεται με τον παράγοντα του φύλου, καθώς διαπιστώθηκε ότι υπήρχε αντιστοιχία ανάμεσα στα ποσοστά έγγαμων, άγαμων και διαζευγμένων/χήρων σε άνδρες και γυναίκες [$\chi^2(2)=4,330, p=0,115$].

Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση φροντιστών



Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 4). Οι απόφοιτοι του Δημοτικού (35 άτομα) και του Λυκείου (36 άτομα) ήταν η πιο πολυπληθής εκπαιδευτική ομάδα του δείγματος, ενώ ακολουθούσαν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (26 άτομα) και οι απόφοιτοι Γυμνασίου (9 άτομα). Όπως και στην περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης έτσι και σε αυτήν του εκπαιδευτικού επιπέδου δεν εντοπίστηκε επίδραση του παράγοντα του φύλου [$\chi^2(3)=2,315$, $p=0,510$]. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι τα ποσοστά των αποφοίτων Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ ήταν αντίστοιχα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι η ηλικία των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι είχε αρνητική συσχέτιση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Pearson's $r=-0,529$, $p<0,001$). Με άλλα λόγια, όσο πιο μεγάλοι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης είχαν ολοκληρώσει.

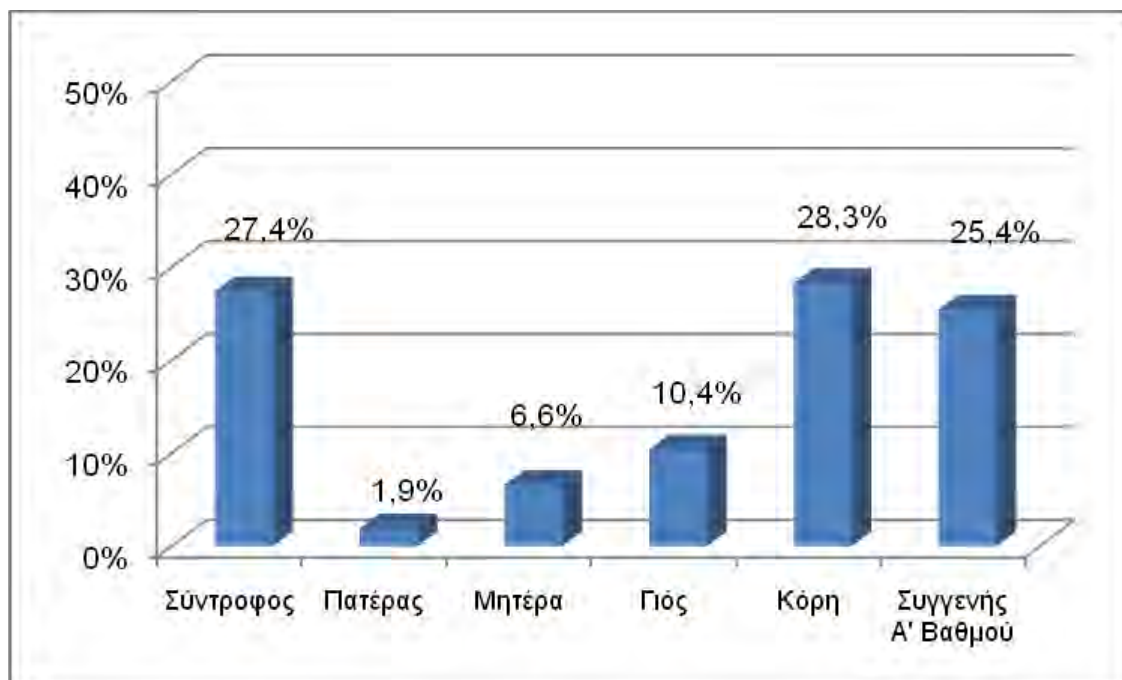
Διάγραμμα 4. Μορφωτικό επίπεδο φροντιστών



Εκτός από τους δημογραφικούς παράγοντες που περιγράφηκαν προηγουμένως, μελετήθηκαν και δύο ακόμα στοιχεία, η σχέση των συμμετεχόντων με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και ο συνολικός αριθμός ωρών που αφιερώνουν ημερησίως για τη φροντίδα τους.

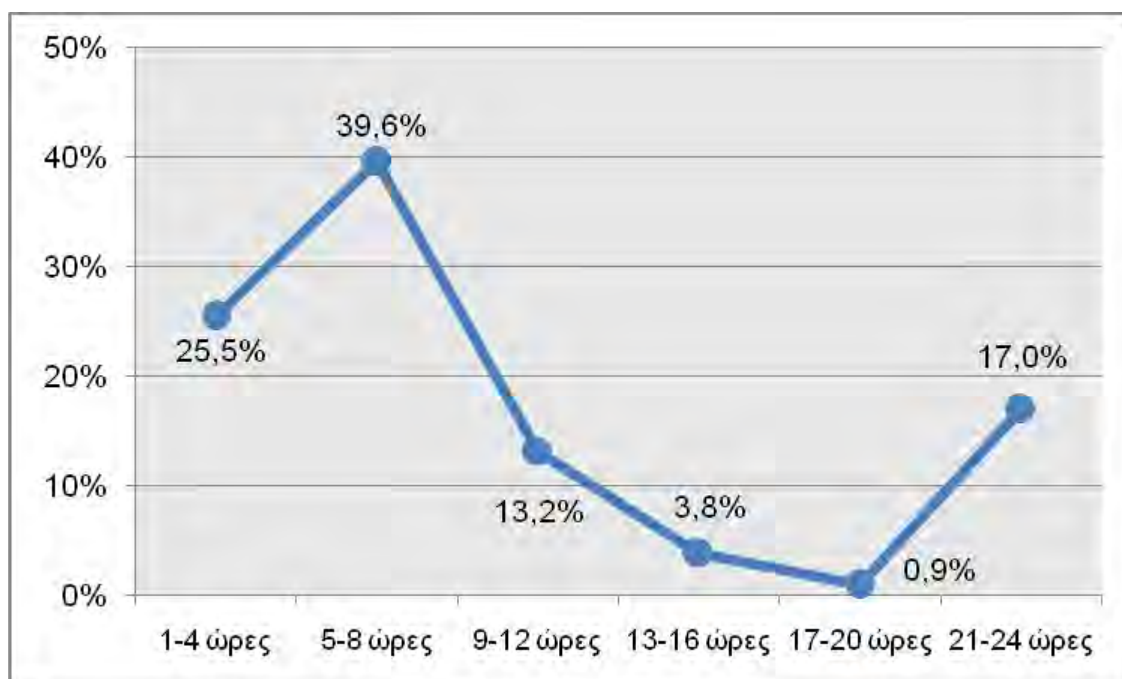
Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζεται αναλυτικά το είδος της σχέσης των συμμετεχόντων με τους ασθενείς, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Είναι φανερό ότι η πλειψηφία των φροντιστών (59 άτομα) είναι είτε σύντροφοι (29 άτομα) είτε κόρες των ασθενών (30 άτομα), ενώ μόνο 9 άτομα δήλωσαν ότι είναι γονείς των ασθενών (7 μητέρες και 2 πατέρες). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (27 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν κάποιας μορφής Α' βαθμού συγγένεια με τους ασθενείς χωρίς να διευκρινίζουν τη φύση της. Καθώς στους συγγενείς Α' βαθμού περιλαμβάνονται οι κατηγορίες του πατέρα, της μητέρας, του γιου και της κόρης και δεν μπορεί να αποσαφηνιστεί αν υπάρχει αλληλοκάλυψη των κατηγοριών μεταξύ τους, η μεταβλητή αυτή δε συμπεριελήφθηκε στις περαιτέρω στατιστικές αναλύσεις.

Διάγραμμα 5. Σχέση των φροντιστών με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση



Ο αριθμός των ωρών που δήλωσαν ότι αφιερώνουν ημερησίως οι φροντιστές για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, κυμαινόταν από 1 έως 24. Ο μέσος όρος διαμορφώθηκε στις 9,48 ώρες με τυπική απόκλιση 7,39 ώρες. Για τη μεταβλητή αυτή υπολογίστηκε επίσης και η διάμεσος τιμή, η οποία ήταν 6 ώρες. Το 17% των συμμετεχόντων (18 άτομα) δήλωσε ότι αφιερώνει σε καθημερινή βάση 24 ώρες για να φροντίζει έναν ασθενή, που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, μια μάλλον emphatic δήλωση που εκφράζει το πόσο αφοσιωμένοι είναι στη φροντίδα του μέλους της οικογένειάς τους που ασθενεί. Είναι προφανές ότι δεν είναι πρακτικά εφικτό να αφιερώνει κάποιος τόσες ώρες στη φροντίδα κάποιου ασθενή, και κατά συνέπεια η πραγματοποίηση στατιστικών αναλύσεων που θα περιλάμβαναν αυτή τη μεταβλητή είναι πολύ πιθανόν να οδηγούσε σε λανθασμένα αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην απόφαση να μη συμπεριληφθεί η μεταβλητή αυτή στις περαιτέρω στατιστικές αναλύσεις.

Διάγραμμα 6. Αριθμός ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι συμμετέχοντες για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση



3.2. Αξιολόγηση των φροντιστών με βάση τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που τους χορηγήθηκαν

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα για τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους φροντιστές, ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Υπενθυμίζεται ότι συνολικά χορηγήθηκαν πέντε κλίμακες και ερωτηματολόγια, τα οποία, σύμφωνα με τη σειρά χορήγησής τους, ήταν τα ακόλουθα:

- Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής
- Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας,
- Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg,
- Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής,
- Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90.

3.2.1. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής

Η πρώτη κλίμακα, που χορηγήθηκε στους φροντιστές ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ήταν η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής. Όπως αναφέρθηκε και στο κομμάτι της μεθόδου, από την κλίμακα αυτή σχηματίζονται τέσσερις βαθμολογίες για τα ακόλουθα:

- αίσθημα κατωτερότητας
- αίσθημα κενού
- αντίληψη για τις αντιδράσεις των άλλων όταν ο φροντιστής κάνει λάθη, και
- σύνολο Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής.

Στον Πίνακα 1 αναφέρονται το δυνατό εύρος τιμών για όλες τις βαθμολογίες, οι μέσοι όροι και οι τυπικές τους αποκλίσεις, καθώς και οι διάμεσες τιμές τους. Στη συνέχεια με τη βοήθεια διαγράμματος (Διάγραμμα 7) παρουσιάζονται οι αντίστοιχοι μέσοι όροι μετά από μετατροπή τους σε ποσοστά. Η μετατροπή αυτή πραγματοποιήθηκε για να είναι πιο εύκολη και κατανοητή η σύγκριση μεταξύ των προαναφερόμενων βαθμολογιών.

Έτσι, όπως φαίνεται στο διάγραμμα, η ντροπή που δήλωσαν ότι βιώνουν οι συμμετέχοντες κυμάνθηκε σε χαμηλά σχετικά επίπεδα (15,4%-28,4% της μέγιστης δυνατής βαθμολογίας). Η μεγαλύτερη, συγκριτικά, βαθμολογία αναφέρθηκε στην υποκλίμακα που αφορούσε στην αντίληψη των φροντιστών για τις αντιδράσεις των άλλων όταν κάνουν κάποιο λάθος. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι φροντιστές ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δήλωσαν ότι νιώθουν σε σημαντικό βαθμό κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω:

- ότι οι άλλοι αναζητούν τα λάθη τους,
- ότι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά τους,
- ότι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνουν ένα λάθος,
- ότι απομακρύνονται από αυτούς, όταν κάνουν λάθη,
- και ότι πάντα θυμούνται τα λάθη τους.

Οι δημογραφικοί παράγοντες που μελετήθηκαν, δηλαδή το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση δε διαπιστώθηκε να επηρεάζουν τις βαθμολογίες στο αίσθημα κατωτερότητας, στο αίσθημα κενού, στις αντιλήψεις για τις αντιδράσεις των άλλων, όταν οι συμμετέχοντες κάνουν λάθη, ή τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής.

Πίνακας 1. Δυνατό εύρος τιμών, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής

	Δυνατό εύρος τιμών	Μέσος όρος ± τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
Αίσθημα κατωτερότητας	0-28	4,59±3,70	4
Αίσθημα κενού	0-16	2,46±2,25	2
Αντίληψη για τις αντιδράσεις των άλλων όταν κάνει λάθη	0-24	6,81±3,38	7
Σύνολο Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής	0-72	14,79±8,58	12

Διάγραμμα 7. Ποσοστιαία απόδοση των βαθμολογιών για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής

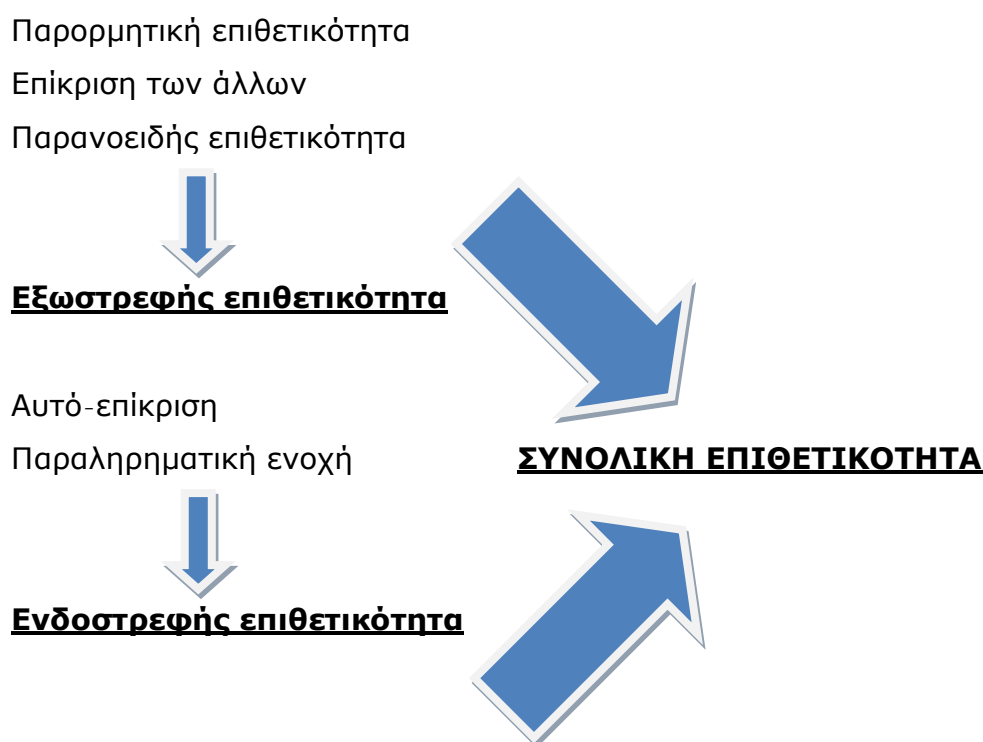


3.2.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας

Το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας χορηγήθηκε με στόχο να εκτιμήσει την επιθετικότητα των συμμετεχόντων ως στάση, καθώς δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Από το παρόν ερωτηματολόγιο προκύπτουν οκτώ βαθμολογίες: οι επτά αφορούν σε υποκλίμακες και η όγδοη αντανakλά τη συνολική επιθετικότητα των συμμετεχόντων.

Όπως αναπαρίσταται στο Σχήμα 1, το άθροισμα των βαθμολογιών των υποκλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της επίκρισης των άλλων και της παρανοειδούς επιθετικότητας μας δίνει μια συνολική βαθμολογία για την εξωστρεφή επιθετικότητα, ενώ το άθροισμα των βαθμολογιών των υποκλιμάκων της αυτό-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής μας δίνει μια συνολική βαθμολογία για την ενδοστρεφή επιθετικότητα. Τέλος, το άθροισμα των βαθμολογιών της εξωστρεφούς και της ενδοστρεφούς επιθετικότητας μας δίνει τη βαθμολογία για τη συνολική επιθετικότητα.

Σχήμα 1. Αλγόριθμος υπολογισμού για το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2), παρουσιάζονται το δυνατό εύρος τιμών, οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολόγιου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας.

Πίνακας 2. Δυνατό εύρος τιμών, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολόγιου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας

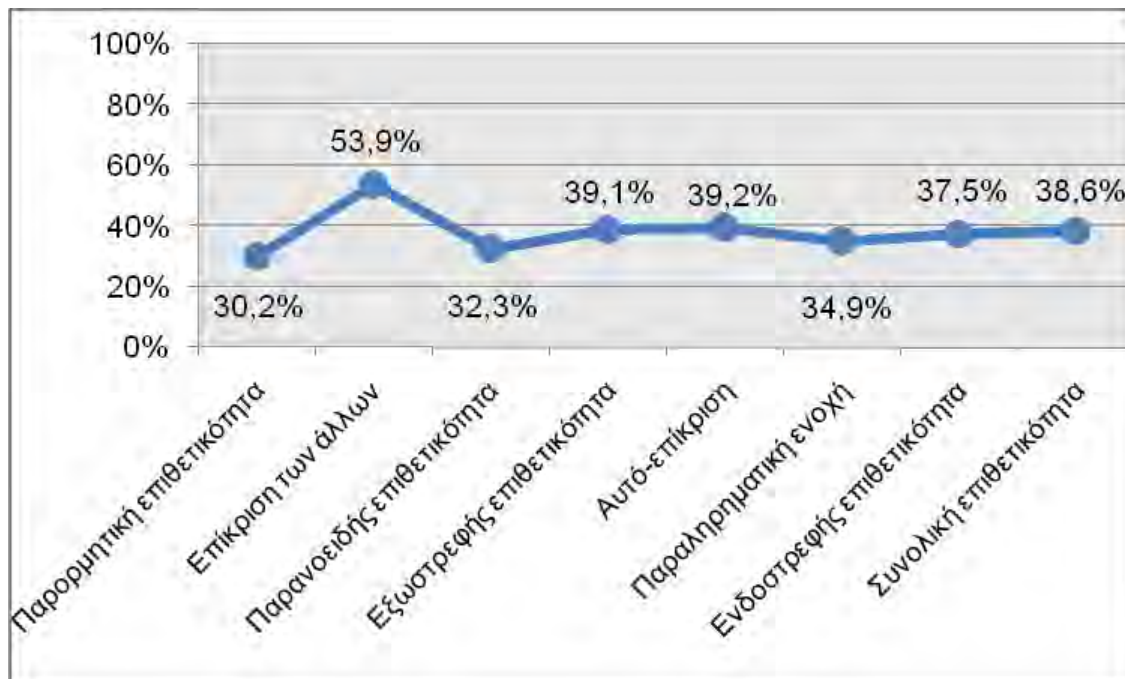
	Δυνατό εύρος τιμών	Μέσος όρος ± τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
<i>Παρορμητική επιθετικότητα</i>	0-13	3,92±1,85	3
<i>Επίκριση των άλλων</i>	0-12	6,47±1,84	6,5
<i>Παρανοειδής επιθετικότητα</i>	0-9	2,91±2,13	3
<i>Εξωστρεφής επιθετικότητα</i>	0-34	13,29±4,61	13
<i>Αυτό-επίκριση</i>	0-11	4,31±2,43	4
<i>Παραληρηματική ενοχή</i>	0-7	2,44±1,59	2
<i>Ενδοστρεφής επιθετικότητα</i>	0-18	6,75±3,70	6,5
Συνολική επιθετικότητα	0-52	20,05±6,93	20,5

Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζονται, σε εκατοστιαία κλίμακα, οι αντίστοιχες βαθμολογίες μετά από μετατροπή τους σε ποσοστά (Διάγραμμα 8). Από τη μελέτη του διαγράμματος προκύπτει ότι οι φροντιστές αισθάνονται μέτρια επίπεδα επιθετικής διάθεσης με μέγιστη την επίκριση των άλλων (53,9% της μέγιστης πιθανής βαθμολογίας), ενώ οι υπόλοιπες υποκλίμακες κυμάνθηκαν στα επίπεδα 30%-39%. Με άλλα λόγια, μεγάλο ποσοστό των φροντιστών απάντησαν θετικά σε κάποιες από τις επόμενες δηλώσεις:

- οι πιο πολλοί κάνουν φίλους, γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι,

- σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες,
- οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν,
- και, τέλος, ότι είναι καλύτερο να μην εμπιστεύονται κανένα.

Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία απόδοση των βαθμολογιών για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)



Σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν υψηλότερη επιθετικότητα προς τους άλλους (εξωστρεφής) παρά προς τον εαυτό (εσωστρεφής), χωρίς όμως αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Το φύλο των συμμετεχόντων ή η οικογενειακή τους κατάσταση δε φάνηκε να σχετίζονται ούτε με τη διαμόρφωση των βαθμολογιών στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ούτε και με τη διαμόρφωση της βαθμολογίας για τη συνολική επιθετικότητα. Αντίθετα, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο διαπιστώθηκε ότι διαδραματίζουν αρκετά σημαντικό ρόλο.

Αναλυτικά, οι συσχετίσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πρέπει να σημειωθεί ότι διαπιστώθηκαν συσχετίσεις της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου μόνο με την ενδοστρεφή επιθετικότητα καθώς και τις δύο υποκλίμακες από τις οποίες προκύπτει η βαθμολογία της (αυτό-επίκριση και παραληρηματική ενοχή). Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία σχετιζόταν θετικά με τις κλίμακες αυτές, ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο αρνητικά.

Πίνακας 3. Συντελεστές συσχέτισης r ηλικίας και εκπαιδευτικού επιπέδου με τις υποκλίμακες της αυτό-επίκρισης, της παραληρηματικής ενοχής και της ενδοστρεφούς επιθετικότητας

	Αυτό-επίκριση	Παραληρηματική ενοχή	Ενδοστρεφής επιθετικότητα
Ηλικία	$r = 0,201^*$ ($p=0,038$)	$r = 0,290^{**}$ ($p=0,003$)	$r = 0,257^{**}$ ($p=0,008$)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	$r = -0,209^*$ ($p=0,031$)	$r = -0,249^*$ ($p=0,01$)	$r = -0,245^*$ ($p=0,011$)

⁺ *Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,05$)*

⁺⁺ *Η συσχέτιση είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,01$)*

3.2.3. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger

Τα επίπεδα άγχους στους φροντιστές ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, αξιολογήθηκαν με τη χορήγηση του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιτρέπει τον υπολογισμό βαθμολογιών για τα ακόλουθα στοιχεία:

- το παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης και κατά συνέπεια τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και
- το μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και κατά συνέπεια τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται το δυνατό εύρος τιμών, οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger. Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες σημείωσαν εντελώς όμοιες βαθμολογίες στις υποκλίμακες που αξιολογούν το παροδικό και το μόνιμο άγχος.

Πίνακας 4. Δυνατό εύρος τιμών, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger

	Δυνατό εύρος τιμών	Μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
Παροδικό άγχος	20-80	41,80 \pm 11,56	40,5
Μόνιμο άγχος	20-80	41,87 \pm 10,98	40

Οι άνδρες συμμετέχοντες δε διαφοροποιήθηκαν από τις γυναίκες ως προς τις βαθμολογίες τους στις δύο υποκλίμακες. Η ίδια διαπίστωση ισχύει και για τους έγγαμους, τους άγαμους και τους διαζευγμένους/χήρους συγκριτικά μεταξύ τους. Αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές φάνηκε να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα τόσο παροδικού όσο και μόνιμου άγχους σε σχέση με τους ηλικιακά μικρότερους. Ομοίως οι χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου φροντιστές δήλωσαν ότι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους σε σχέση με αυτούς που ήταν απόφοιτοι υψηλότερων βαθμίδων εκπαίδευσης. Το παροδικό άγχος (άγχος κατάστασης) συσχετίστηκε και αυτό αρνητικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, όμως η συσχέτιση αυτή δεν έφτασε σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης (r) ηλικίας και εκπαιδευτικού επιπέδου με τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger

	Παροδικό άγχος	Μόνιμο άγχος
Ηλικία	r = 0,320 ^{**} (p=0,001)	r = 0,236 [*] (p=0,015)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	r = -0,165 (p=0,09)	r = -0,248 [*] (p=0,01)

⁺ *Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική (p<0,05)*

⁺⁺ *Η συσχέτιση είναι στατιστικά πολύ σημαντική (p<0,01)*

3.2.4. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής

Μια ακόμα κλίμακα, που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες, ήταν η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής. Η συγκεκριμένη κλίμακα εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής και, επιπρόσθετα, επιτρέπει τον υπολογισμό και μιας συνολικής βαθμολογίας για το βίωμα της ντροπής. Αναλυτικά, οι τύποι ντροπής που μελετώνται είναι οι ακόλουθοι:

- χαρακτηριστική ντροπή,
- συμπεριφορική ντροπή και
- σωματική ντροπή.

Στον Πίνακα 6 παρατίθενται πληροφορίες για το πιθανό εύρος τιμών, τους μέσους όρους, τις τυπικές αποκλίσεις και τις διάμεσες τιμές για τις τρεις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής. Έπειτα, με τη μορφή διαγράμματος αποτυπώνονται οι αντίστοιχοι μέσοι όροι μετά τη μετατροπή τους σε ποσοστά (Διάγραμμα 9).

Όπως εξάγεται από το διάγραμμα, η υποκλίμακα στην οποία οι συμμετέχοντες σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία ήταν αυτή της συμπεριφορικής ντροπής. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι οι φροντιστές ασθενών, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, έχουν σε σημαντικό βαθμό αντιμετωπίσει κάποια από τα ακόλουθα:

- έχουν νιώσει ντροπή, όταν κάνουν κάτι λάθος,
- τους έχει απασχολήσει τι σκέφτονται οι άλλοι για αυτούς, όταν κάνουν κάτι λάθος,
- έχουν προσπαθήσει να κρύψουν ή να συγκαλύψουν πράγματα, τα οποία ντρέπονται που έχουν κάνει
- έχουν νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπαν
- τους έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για αυτούς, όταν είπαν κάτι ανόητο
- έχουν αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπαν κάτι ανόητο
- έχουν νιώσει ντροπή, όταν απέτυχαν σε κάτι που ήταν σημαντικό για αυτούς
- τους έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν απέτυχαν,
- έχουν αποφύγει ανθρώπους που τους είδαν να αποτυγχάνουν

Πίνακας 6. Δυνατό εύρος τιμών, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής

	Δυνατό εύρος τιμών	Μέσος όρος ± τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
Χαρακτηρολογική ντροπή	12-48	18,69±5,13	18
Συμπεριφορική ντροπή	9-36	17,44±5,08	18
Σωματική ντροπή	4-16	6,58±2,36	7
Συνολική βαθμολογία	25-100	42,72±10,30	42

Διάγραμμα 9. Ποσοστιαία απόδοση των βαθμολογιών για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής



Ο παράγοντας του φύλου φάνηκε να επηρεάζει τη βαθμολογία των συμμετεχόντων μόνο στην υποκλίμακα της σωματικής ντροπής [$t(104) = -2,681$, $p=0,009$] και όχι σε κάποια από τις άλλες δύο υποκλίμακες ή στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής. Οι γυναίκες εξέφρασαν μεγαλύτερη σωματική ντροπή συγκριτικά με τους άντρες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Κατανομή και σύγκριση των μέσων όρων των συμμετεχόντων στην Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής ανάλογα με το φύλο τους

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	p
	μ.ο.±τ.α.	μ.ο.±τ.α.	μ.ο.±τ.α.	
Χαρακτηρολογική ντροπή	19,00±4,64	18,59±5,30	18,69±5,13	0,724
Συμπεριφορική ντροπή	16,50±4,34	17,75±5,28	17,44±5,08	0,277
Σωματική ντροπή	5,54±1,92	6,93±2,40	6,58±2,36	0,009
Συνολική βαθμολογία	41,04±8,87	43,26±10,72	42,72±10,30	0,341

μ.ο.= μέσος όρος, τ.α.= τυπική απόκλιση

p = στατιστική σημαντικότητα της σύγκρισης (t-test)

Μία ακόμα μεταβλητή, που φάνηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία της υποκλίμακας της σωματικής ντροπής ήταν αυτή του εκπαιδευτικού επιπέδου (Pearson's $r=0,241$, $p=0,013$). Όπως διαπιστώθηκε, το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με τη σωματική ντροπή και το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι όσο πιο υψηλή ήταν η βαθμίδα εκπαίδευσης, που είχαν ολοκληρώσει οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερο δήλωσαν ότι νιώθουν σωματική ντροπή. Τέλος, όσον αφορά την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση, δε διαπιστώθηκε να διαδραματίζουν κάποιο ιδιαίτερο ρόλο στη διαμόρφωση των βαθμολογιών των υποκλιμάκων και της συνολικής Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής.

3.2.5. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στο δείγμα μας αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Υπενθυμίζεται ότι με τη βοήθεια της παρούσας κλίμακας εξάγονται βαθμολογίες για τα ακόλουθα στοιχεία:

- σωματοποίηση,
- ιδεοψυχαναγκασμός,
- διαπροσωπική ευαισθησία,
- κατάθλιψη,
- άγχος,
- επιθετικότητα,
- φοβικό άγχος,
- παρανοειδής ιδεασμός,
- ψυχωτισμός,
- γενικός δείκτης συμπτωμάτων,
- δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και
- δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 8) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι σχετικές πληροφορίες για όλες τις υποκλίμακες και για όλους τους δείκτες που προκύπτουν από την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 και στα επόμενα δύο διαγράμματα παρουσιάζονται, μετά από μετατροπή τους σε ποσοστά, οι αντίστοιχοι μέσοι όροι για τις υποκλίμακες και τους γενικούς δείκτες ψυχοπαθολογίας (Διαγράμματα 10 και 11).

Πίνακας 8. Δυνατό εύρος τιμών, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες και τους γενικούς δείκτες ψυχοπαθολογίας της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90

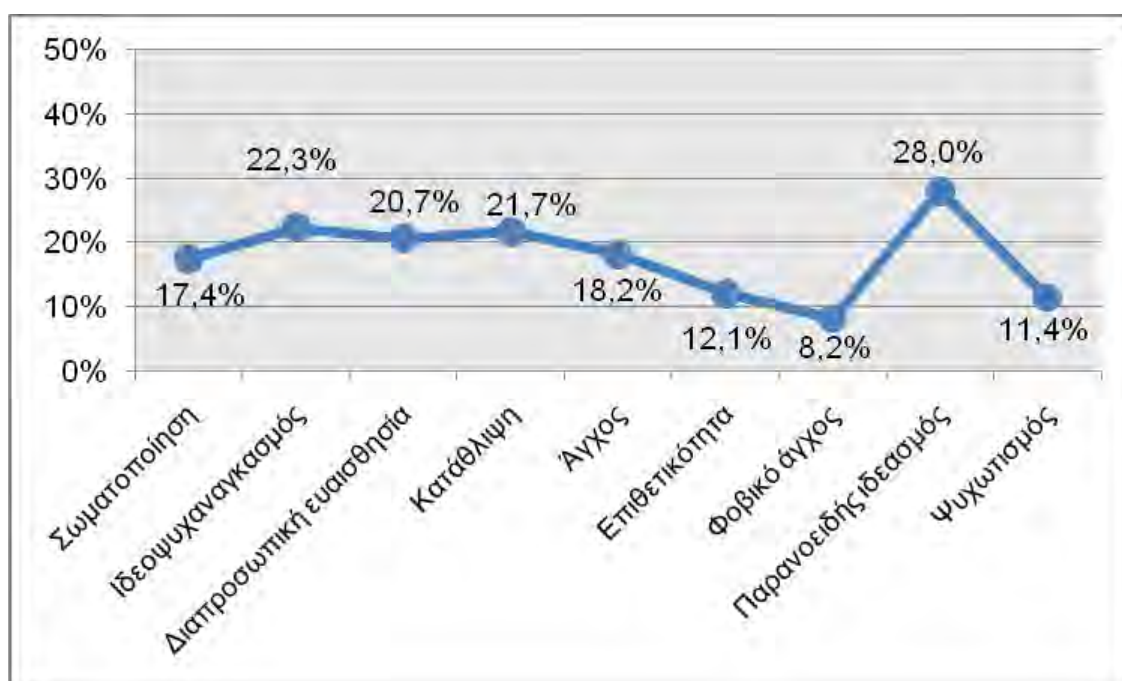
	Δυνατό εύρος τιμών	Μέσος όρος ± τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή	Μέση φυσιολογική τιμή ± τυπική απόκλιση (*)
Σωματοποίηση	0-48	8,37±8,90	6	7,40±7,06
Ιδεοψυχαναγκασμός	0-40	8,92±7,02	7	9,49±6,50
Διαπροσωπική ευαισθησία	0-36	7,44±5,16	6,5	8,36±6,24
Κατάθλιψη	0-52	11,26±8,81	8	11,34±8,75
Άγχος	0-40	7,26±7,36	5,5	7,32±6,66
Επιθετικότητα	0-24	2,90±3,29	2	5,08±5,04
Φοβικό άγχος	0-28	2,29±3,47	1	2,51±3,69
Παρανοειδής ιδεασμός	0-24	6,72±4,74	6	6,13±4,43
Ψυχωτισμός	0-40	4,57±4,40	3	6,09±6,83
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0-4	0,73±0,54	0,62	0,74±0,56
Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	0-90	37,81±19,75	36	38,04±20,21
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1-4	1,63±0,46	1,61	1,58±0,53

(*)(Ντώνιας και συν.,1991)

Μετά από τη μετατροπή των μέσων όρων των υποκλιμάκων σε ποσοστά έγινε σαφές ότι οι συμμετέχοντες φροντιστές σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του παρανοειδή ιδεασμού. Με βάση τις ερωτήσεις, που συναποτελούν τη συγκεκριμένη κλίμακα, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες είχαν υψηλή βαθμολογία στα ακόλουθα θέματα:

- αισθάνονται ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά τους,
- αισθάνονται ότι δεν μπορούν να εμπιστευτούν τους περισσότερους ανθρώπους,
- αισθάνονται ότι τους παρακολουθούν ή ότι μιλούν για αυτούς,
- έχουν ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δε συμμερίζονται,
- νιώθουν ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνουν και τέλος
- αισθάνονται ότι θα τους εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψουν.

Διάγραμμα 10. Ποσοστιαία απόδοση των βαθμολογιών για τις υποκλίμακες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90.



Ούτε το φύλο ούτε η οικογενειακή κατάσταση δε φάνηκε να επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία των φροντιστών, όπως περιγράφεται από τις υποκλίμακες και στους δείκτες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Αντίθετα, διαπιστώθηκαν μια σειρά από στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις με την ηλικία θετικά και με το εκπαιδευτικό επίπεδο αρνητικά.

Όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 9), οι περισσότερες υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας (πλην της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας, της Επιθετικότητας και του Παρανοειδούς Ιδεασμού) έτειναν να είναι υψηλότερες, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των φροντιστών ή/και όσο μικρότερο ήταν το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Παρότι η συσχέτιση μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών ήταν σχετικά μικρή (συντελεστές συσχέτισης r που είχαν εύρος από 0,2 έως 0,35 περίπου) αυτό το πρότυπο συσχετίσεων ήταν στατιστικά σημαντικό και σταθερό σε όλες τις υποκλίμακες.

Όπως είναι αναμενόμενο, η ίδια φορά σχέσης παρατηρήθηκε και στους συνολικούς δείκτες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Τόσο ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, όσο και το Σύνολο και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ήταν υψηλότεροι όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία και όσο μικρότερη η εκπαίδευση. Με άλλα λόγια όσο πιο ηλικιωμένοι και λιγότερο μορφωμένοι ήταν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία έτειναν να εκδηλώνουν.

Πίνακας 9. Συντελεστές συσχέτισης (r) ηλικίας και εκπαιδευτικού επιπέδου με τις υποκλίμακες και τους δείκτες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90

	Ηλικία	Εκπαιδευτικό επίπεδο
Σωματοποίηση	$r=0,222^*$ ($p=0,022$)	$r=-0,141$ ($p=0,15$)
Ιδεοψυχαναγκασμός	$r=0,325^{**}$ ($p=0,001$)	$r=-0,277^{**}$ ($p=0,004$)
Διαπροσωπική ευαισθησία	$r=0,124$ ($p=0,204$)	$r=-0,201^*$ ($p=0,039$)
Κατάθλιψη	$r=0,354^{**}$ ($p=0,001$)	$r=-0,236^*$ ($p=0,015$)
Άγχος	$r=0,229^*$ ($p=0,018$)	$r=-0,218^*$ ($p=0,025$)
Επιθετικότητα	$r=0,126$ ($p=0,197$)	$r=-0,018$ ($p=0,852$)
Φοβικό άγχος	$r=0,303^{**}$ ($p=0,002$)	$r=-0,227^*$ ($p=0,019$)
Παρανοειδής ιδεασμός	$r=0,000$ ($p=0,998$)	$r=-0,115$ ($p=0,241$)
Ψυχωτισμός	$r=0,323^{**}$ ($p=0,001$)	$r=0,002$ ($p=0,985$)
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	$r=0,285^{**}$ ($p=0,003$)	$r=-0,207^*$ ($p=0,033$)
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	$r=0,214^*$ ($p=0,027$)	$r=-0,160$ ($p=0,102$)
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	$r=0,265^{**}$ ($p=0,006$)	$r=-0,261^{**}$ ($p=0,007$)

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,05$)

** Η συσχέτιση είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,01$)

3.3. Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων μεταξύ τους

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων ολοκληρώνεται με τις συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες. Με βάση αυτές, διαπιστώθηκε ότι όλα τα ερωτηματολόγια και όλες οι κλίμακες συσχετίστηκαν θετικά μεταξύ τους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Όπως φαίνεται στον πίνακα 10 η εξωτερική ντροπή συσχετίζεται ιδιαίτερα υψηλά με το Γενικό δείκτη συμπτωμάτων (SCL-90), με το Βίωμα της ντροπής και την Επιθετικότητα.

Πίνακας 10. Συντελεστής συσχέτισης r της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	0,432**
Παροδικό άγχος	0,269**
Μόνιμο άγχος	0,386**
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,410**
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	0,457**

Η επιθετικότητα (πίνακας 11) σχετίζεται περισσότερο με το μόνιμο άγχος και το Γενικό δείκτη συμπτωμάτων (SCL-90)

Πίνακας 11. Συντελεστής συσχέτισης r του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	$r = 0,432^{**}$
Παροδικό άγχος	$r = 0,351^{**}$
Μόνιμο άγχος	$r = 0,644^{**}$
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	$r = 0,280^{**}$
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	$r = 0,507^{**}$

Το παροδικό άγχος (πίνακας 12) συσχετίζεται ιδιαίτερα με το μόνιμο άγχος, (κάτι που θεωρείται προφανές), καθώς και με το Γενικό δείκτη συμπτωμάτων (SCL-90)

Πίνακας 12. Συντελεστής συσχέτισης r της Κλίμακας Παροδικού Άγχους του Spielberger με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Παροδικό άγχος	
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	$r = 0,351^{**}$
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	$r = 0,269^{**}$
Μόνιμο άγχος	$r = 0,722^{**}$
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	$r = 0,365^{**}$
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	$r = 0,656^{**}$

Στους πίνακες 13,14, και 15, επαναλαμβάνονται οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων, ως προς το Μόνιμο Άγχος, το Βίωμα Ντροπής και το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων αντίστοιχα.

Πίνακας 13. Συντελεστής συσχέτισης r Κλίμακας Μόνιμου Άγχους του Spielberger με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

	Μόνιμο άγχος
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	$r = 0,644^{**}$
Παροδικό άγχος	$r = 0,722^{**}$
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	$r = 0,386^{**}$
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	$r = 0,376^{**}$
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	$r = 0,779^{**}$

Πίνακας 14. Συντελεστής συσχέτισης r της Κλίμακας για το Βίωμα Ντροπής με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	$r = 0,280^{**}$
Παροδικό άγχος	$r = 0,365^{**}$
Μόνιμο άγχος	$r = 0,376^{**}$
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	$r = 0,410^{**}$
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	$r = 0,464^{**}$

Πίνακας 15. Συντελεστής συσχέτισης r του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (SCL-90) με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	$r = 0,457^{**}$
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	$r = 0,507^{**}$
Παροδικό άγχος	$r = 0,656^{**}$
Μόνιμο άγχος	$r = 0,779^{**}$
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	$r = 0,464^{**}$

Λόγω της έκτασης των συσχετίσεων και του βαθμού ομοιότητας μεταξύ τους θα αναφερθούμε στο πρότυπο των συσχετίσεων των βασικών Κλιμάκων κάθε εργαλείου καθώς και του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων για το SCL-90 (Πίνακας 16). Όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά πολύ σημαντικές ($p < 0,01$). Σημειώνοντας τις μεγαλύτερες από τις παρατηρούμενες συσχετίσεις, διαπιστώνουμε ότι όλες οι κλίμακες συσχετίστηκαν σημαντικά με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων του SCL-90. Πέραν αυτού, οι δύο κλίμακες ντροπής (Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής και Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής) συσχετίστηκαν υψηλά μεταξύ τους, ενώ το μόνιμο άγχος (Trait-Anxiety στο ερωτηματολόγιο του Spielberger) συσχετίστηκε θετικά όχι μόνο με το προσωρινό άγχος (State-Anxiety κατά Spielberger) αλλά και με την κλίμακα Επιθετικότητας.

Πίνακας 16. Συντελεστές Συσχέτισης (r) της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής με τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

	Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	Παροδικό άγχος	Μόνιμο άγχος	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	0,432				
Παροδικό άγχος	0,269	0,351			
Μόνιμο άγχος	0,386	0,644	0,722		
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,410	0,280	0,365	0,376	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	0,457	0,507	0,656	0,779	0,464

4. Συζήτηση

Η έρευνα αυτή περιγράφει τα επίπεδα άγχους, ντροπής και επιθετικότητας που βιώνουν οι φροντιστές ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και την πιθανή ψυχοπαθολογία τους. Το δείγμα μας αποτελούσαν 106 φροντιστές, στην πλειοψηφία του έγγαμες γυναίκες, ηλικίας 40-60 ετών, μέσου ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και συχνότερα σύντροφοι ή κόρες των ασθενών.

4.1. Η εξωτερική ντροπή στους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, οι φροντιστές δήλωσαν ότι νιώθουν ντροπή σε σχετικά χαμηλό βαθμό και αυτή μόνο σε σχέση με την αντίληψη που έχουν για τις αντιδράσεις των άλλων, όταν κάνουν λάθη

Η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής (*Σύνολο κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής*) για την ομάδα των φροντιστών, ήταν μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια ($14,79 \pm 8,58$). Οι συγκρίσεις με το T Test, το Fisher's Exact Test και το χ^2 του Pearson δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών και δεν επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση. Επίσης δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση ούτε με τους άλλους δημογραφικούς παράγοντες, δηλαδή, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση.

Η εξωτερική ντροπή σχετίζεται με εκτιμήσεις που επικεντρώνονται στις πλευρές μας τις οποίες πιστεύουμε ότι οι άλλοι θα απορρίψουν ή θα τους επιτεθούν, εάν τις μάθουν (Gilbert, 2000). Φαίνεται πως οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, οι οποίοι συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, δεν αξιολογούν την κατάσταση των οικείων τους ως μια δική τους αποτυχία που θα επικρίνουν οι άλλοι και δεν κάνουν σφαιρική αρνητική αξιολόγηση του εαυτού τους βάσει αυτής, κάτι που θα οδηγούσε στην ντροπή (Lewis, 1998).

4.2. Η επιθετικότητα στους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Τα επίπεδα της επιθετικότητας που βιώνουν οι φροντιστές βρέθηκε ότι ήταν μετρίως υψηλά. Η συνολική βαθμολογία στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο ήταν 20,05, μια τιμή πολύ πέρα από το 12-14 που προτείνεται από τους Caine et al. (1967) και πάνω από το 16,2 - 17,55 που μετρήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al., 1978; Drosos et al., 1989). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση για τις υψηλότερες τιμές επιπέδων επιθετικότητας των φροντιστών των αιμοκαθαιρόμενων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εχθρότητα περιγράφονται συχνά με χαρακτηριστικά κυνισμού, καχυποψίας και θυμού (Williams and Williams, 1993; Knox et al 1998). Τα άτομα αυτά βιώνουν θυμό σε μια μεγάλη γκάμα καταστάσεων, συχνά γίνονται επιθετικά και προκαλούν συναισθηματικά ή φυσικά πλήγματα στους άλλους. Παρότι δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία στην εξήγηση των όρων θυμός, εχθρότητα και επιθετικότητα, οι ψυχολόγοι διατηρούν την άποψη ότι οι όροι αυτοί διαφέρουν με αναφορά στη σχετική έμφαση που δίνουν στη συναισθηματική, γνωσιακή και συμπεριφορική πλευρά της εμπειρίας (Smith 1994).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές καθώς και οι φροντιστές με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ένιωθαν και εξέφραζαν σε μεγαλύτερο βαθμό τάσεις ενδοστρεφούς επιθετικότητας (αυτό-επίκριση και ενοχές) συγκριτικά με τους νεαρότερους και πιο μορφωμένους.

4.3. Παροδικό και Μόνιμο άγχος στους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αντίθετα από όσο ίσως θα αναμενόταν, οι συμμετέχοντες δε φαίνεται να βιώνουν ιδιαίτερα υψηλό άγχος, αφού οι βαθμολογίες τους στις δύο υποκλίμακες άγχους του Spielberg ήταν 41,80 και 41,87 στο παροδικό και μόνιμο άγχος, αντίστοιχα. Όπως προκύπτει από τη μελέτη της Αναγνωστοπούλου (2002), η μέση τιμή στον φυσιολογικό ελληνικό πληθυσμό για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, ενώ για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79, τιμές λίγο (αλλά όχι στατιστικά σημαντικά) μεγαλύτερες.

Ωστόσο, επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση, ότι το άγχος αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Και το παροδικό και το μόνιμο άγχος ευρίσκονται σε υψηλά επίπεδα στους ηλικιωμένους, λογικά ερμηνεύσιμο, δεδομένου ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της καθημερινότητας.

Επίσης βρέθηκε ότι το μόνιμο άγχος συνδέεται αρνητικά με το μορφωτικό επίπεδο του φροντιστή. Προφανώς, οι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου φροντιστές είναι δυσκολότερο να εξοικειωθούν με τις πολλαπλές παραμέτρους που αφορούν στη φροντίδα ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν περισσότερο άγχος.

4.4. Το βίωμα της ντροπής στους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Η ανάλυση της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής, έδειξε ότι οι βαθμολογίες ήταν σχετικά χαμηλές, με μεγαλύτερη αυτή στην υποκλίμακα Συμπεριφορικής Ντροπής.

Η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να συμμετέχουν στη διαμόρφωση του βιώματος της ντροπής, ούτε στο σύνολό του, ούτε στις υποκλίμακες που αναλύθηκαν.

Η σωματική ντροπή χαρακτηρίζει περισσότερο τις γυναίκες ή/και τους πιο μορφωμένους συμμετέχοντες.

Οι γυναίκες δήλωσαν ότι νιώθουν μεγαλύτερη ντροπή για το σώμα τους ή για κάποιο σημείο του, τους απασχολεί περισσότερο τι σκέφτονται οι άλλοι για την εμφάνισή τους, αποφεύγουν περισσότερο να κοιτάξουν τον εαυτό τους στον

καθρέφτη και έχουν μεγαλύτερη επιθυμία να κρύψουν ή να συγκαλύψουν το σώμα τους ή κάποιο σημείο του σώματός τους.

Η συσχέτιση της σωματικής ντροπής με τις γυναίκες είναι μάλλον αναμενόμενη, μια και για πολιτιστικούς και κοινωνικούς λόγους οι γυναίκες αναμένεται να προσέχουν και να ασχολούνται περισσότερο με την εμφάνισή τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των σωματικών τους ελαττωμάτων και να νιώθουν μεγαλύτερη ντροπή για αυτά.

4.5. Η ψυχοπαθολογία στους φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι, οι μόνες υποκλίμακες που παρουσίασαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τη μέση φυσιολογική τιμή για τον ελληνικό πληθυσμό, ήταν αυτές της σωματοποίησης ($8,37 \pm 8,90$) και του Παρανοειδή Ιδεασμού ($6,72 \pm 4,74$). Επομένως, η αρχική υπόθεση, ότι οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες ψυχοπαθολογίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, δεν επιβεβαιώνεται.

Ωστόσο, στις περισσότερες υποκλίμακες και στους δείκτες ψυχοπαθολογίας του SCL-90, παρατηρήθηκε συσχέτιση τόσο με τις μεγαλύτερες ηλικίες όσο και με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών.

4.6. Συσχετίσεις

Όλες οι κλίμακες συσχετίστηκαν με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων του SCL-90, οι κλίμακες ντροπής συσχετίστηκαν μεταξύ τους και το μόνιμο άγχος συσχετίστηκε όχι μόνο με το προσωρινό άγχος αλλά και με την επιθετική διάθεση.

Οι τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες στις οποίες οι συμμετέχοντες είχαν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες (αντίληψη που έχουν για τις αντιδράσεις των άλλων όταν κάνουν λάθος, συμπεριφορική ντροπή και παρανοειδής ιδεασμός) είχαν παρόμοιο περιεχόμενο. Πιο συγκεκριμένα, εάν εξεταστούν οι ερωτήσεις που τις συναπαρτίζουν γίνεται φανερό ότι όλες αναφέρονται σε μια αίσθηση ότι οι άλλοι τους παρατηρούν, βλέπουν επικριτικά τα λάθη τους και αυτό τους δημιουργεί μια διάθεση αποφυγής των άλλων και προσπάθεια για απόκρυψη των πιθανών σφαλμάτων τους.

Αφού θεωρούν ότι οι άλλοι έχουν μια επικριτική στάση απέναντί τους, είναι λογικό και αυτοί με τη σειρά τους να στέκονται επικριτικά προς τους άλλους. Αυτή η συσσωρευμένη ντροπή και επιθετικότητα είναι λογικό να οδηγεί και σε μεγαλύτερα επίπεδα μόνιμου άγχους, μια συσχέτιση που παρατηρήθηκε στην έρευνά μας. Μια εναλλακτική ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι οι φροντιστές των νεφροπαθών είναι αυστηροί και επικριτικοί με τον εαυτό τους αλλά αντί να συνειδητοποιούν αυτά τα καταπιεσμένα συναισθήματά τους, τα προβάλλουν στους άλλους. Το αποτέλεσμα είναι να αντιλαμβάνονται τους άλλους ως ελεγκτικούς και εκδικητικούς και να νιώθουν ντροπή και αποφυγή απέναντί τους.

Η εσωστρεφής επιθετικότητα, που χαρακτηρίζεται από ενοχές και αυτό-επίκριση και γενικότερα η ψυχοπαθολογία φάνηκε να συσχετίζονται ήπια αλλά στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία. Η αύξηση της ψυχοπαθολογίας στους ηλικιωμένους είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται και στο γενικό πληθυσμό με την αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών ασθενειών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Ειδικότερα, η κατάθλιψη, που χαρακτηρίζεται από ενοχές και αυτομομφή και που ψυχαναλυτικά ερμηνεύεται ως επιθετικότητα απέναντι στον εαυτό, είναι γνωστό ότι αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και πιθανότατα παρατηρήθηκε στο δείγμα μας με τη συσχέτιση της μεγάλης ηλικίας με αυξημένα επίπεδα εσωστρεφούς επιθετικότητας.

Οι παρόμοιες συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν με το επίπεδο εκπαίδευσης δε φαίνεται να έχουν σχέση με την επίδραση της μόρφωσης καθεαυτής αλλά με τη

σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και ηλικίας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ηλικία είχε σημαντικότερη συσχέτιση ($r=-0,529$, $p<0,001$) με την εκπαίδευση, κάτι που αντικατοπτρίζει το χειρότερο επίπεδο μόρφωσης των ανθρώπων που είναι τώρα ηλικιωμένοι σε σύγκριση με τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης των ανθρώπων που είναι αυτήν την περίοδο νέοι. Επομένως, η συσχέτιση των διαφόρων υποκλιμάκων θετικά με την ηλικία και αρνητικά με το επίπεδο μόρφωσης υποδηλώνουν το ίδιο ακριβώς πράγμα: οι ηλικιωμένοι φροντιστές, και επομένως με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες αυτές.

Συνολικά, οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, φαίνεται να έχουν μια μικρή επιβάρυνση, κάτι που έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες (Wicks et al. 2004; Rideout et al. 1990; Alvarez-Ude et al. 2004; Asti et al., 2006). Δεδομένου ότι στη χώρα μας δεν είναι ανεπτυγμένοι οι κοινωνικοί μηχανισμοί που μπορούν να υποστηρίξουν τον φροντιστή στο έργο του και να βελτιώσουν εμμέσως την ψυχολογία του (Alvarez-Ude et al), η ηπιότητα αυτής της επιβάρυνσης πιθανόν να σχετίζεται με τη σχετική σταθερότητα που έχουν οι φροντιζόμενοι νεφροπαθείς στην υγεία τους και τη ζωή τους, αλλά και με την καλή ποιότητα (Daneker et al., 2001; Binik et al., 1990) που διέπει τις οικογενειακές σχέσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alvarez-Ude F, Valdés C, Estébanez C, et al. (2004). *Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients*. J Nephrol 17: 841–850.
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol.41, p. 29- 42.
- Asti T, Kara M, Ipek G, et al. (2006). *The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers*. J Clin Nurs 15: 490–497
- Beanlands H, Horsburgh ME, Fox S et al. (2005). *Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis*. Nephrol Nurs J; 32: 621–631.
- Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR et al. (2006). *Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis*. Am J Kidney Dis; 48: 955–963.
- Belasco AG, Sesso R. (2002). *Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients*. Am J Kidney Dis (2002) 39:805–812
- Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol.38, p. 1813- 1822.
- Benner P., & Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison Wesley, Menlo Park, CA.

- Binik YM, Chowanec GD, Devins GM. (1990). *Marital role strain, illness intrusiveness, and their impact on marital and individual adjustment in end-stage renal disease*. Psychology Health
- Blumenfield M. (2003). *Consultation-liaison psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Bomar, P. (1992). *Nurses and Family health promotion: concepts assessment and interventions*. Philadelphia: Saunders.
- Bowers, B., (1987). *Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents*. Adv. Nurs. Sci. 9, 20–31
- Bradshaw, J. (2005). *Healing the Shame That Binds You*, Health Communications.
- Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD, McDonald MV, Thaler H, Portenoy RK: (1996). *The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients*. Pain 65 : 243 –249.
- Brunier GM, McKeever PT. (1993). *The impact of home dialysis on the family. Literature review*. ANNA J; 20: 653–659.
- Bulter, L., Koopman, C., Classen, C. & Spiegel, D. (1999). *Traumatic stress, life events and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer related traumatic stress symptoms associated with past and current stress*. Health Psychol, vol.18 (6), p. 555-560.
- Caine, T.M., Foulds, G.A. & Hope, K. (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton
- Cantor MH. (1983). *Strain among caregivers. A study of the experiences in the United States*. Gerontologist, 23: 597–618.

- Caplan, G. (1981). *Mastery of stress: psychosocial aspects*. Am. J. Psychiatry, vol.138, p. 413-420.
- Carretero, S., Garces, J., Rodenas, F., Sanjose, V., (2008). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. Arch. Gerontol. Geriatr., doi:10.1016/j.archger.
- Carretero, S., Garces, J., Rodenas, F., (2007). *Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 22, 738–749.
- Carretero, S., Garces, J., Rodenas, F., (2007). *Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 22, 738–749.
- Chang VT, Hwang SS, Kasimis B. (2002). *Longitudinal documentation of cancer pain management outcomes: A pilot study at a VA medical center*. J Pain Symptom Manage 24 : 494 –505.
- Cheung J. and Hocking P. (2004). *Caring as worrying: the experience of spousal carers*. Journal of Advanced Nursing, 47(5), 475-482.
- Cheung J.(1998). *Caring as an ontological and epistemological foundations of nursing: a view of caring from the perspectives of Australian nurses*. International Journal of Nursing Practice 4, 225-233.
- Daneker B, Kimmel PL, Ranich T, et al. (2001). *Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses*. Am J Kidney Dis 38:839–846
- Derogatis, LR. (1977). *The SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual I*. Clinical Psychometric Unit: Baltimore.
- Dias A, Dewey ME, D'Souza J et al. (2008) *The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in*

developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India.

PLoS ONE; 3: e2333.

- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. (2000) *Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence.* Arch Intern Med, 160: 2101–2107.
- Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H. (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*, vol. 2, p. 489-493.
- Economou, M. & Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.*, vol.9 (4), p. 331-337.
- Einwohner R, Bernardini J, Fried L, Piraino B. (2004). *The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients.* Perit Dial Int, 24: 256–263.
- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG (1985). *The quality of life of patients with end-stage renal disease.* N Engl J Med 312 : 553 –559.
- Feetham, S.L., Meister, S.B., Bell, J.M. & Gillis C.L. (1993). *The nursing of families: theory/research/education/practice.* Newsbury Park: Sage Publications.
- Fernandes, P.T., Salgado, P.C., Noronha, A.L., Barbosa, F.D., Souza, E.A., Sander, J.W. & Li, L.M. (2007). *Prejudice towards chronic diseases: comparison among epilepsy, AIDS and diabetes.* Seizure, vol. 16(4), p. 320-323.
- Ferrario SR, Zotti AM, Baroni A, et al. (2002). *Emotional reactions and practical problems of the caregivers of hemodialysed patients.* J Nephrol 15: 54–60

- Forde, O.T., Pearlman, S., (1999). *Breakaway: a social supplement to caregivers' support groups*. Am. J. Alzheimers Dis. 14, 120–124.
- Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. (1997). *Serum albumin and depression in end-stage renal disease*. Adv Perit Dial, 13:155–157.
- Garces, J., Carretero, S., Rodríguez, F., Sanjose, V., (2009). *Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain*. Arch. Gerontol. Geriatr. 48, 372–379.
- Garces, J., Rodríguez, F., Sanjose, V., (2003). *Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies*. Health Policy 65, 201–215.
- Germain M, McCarthy S. (2004). *Symptoms of renal disease: dialysis-related symptoms*. In: Chambers J, Germain M, eds. Supportive care for the renal patient. New York: Oxford University Press, : 75-87.
- Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York: Oxford University Press
- 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, vol.29, p. 757- 774.
- 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, vol.29*, p. 757- 774
- Gilbert, P., Allan, S. & Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol.3*, p. 23- 34.

- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F. & Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol.10, p. 108- 115.
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol.17 (5), p. 713- 717.
- Haley WE, Lenine EG, Brown SL et al. (1987) *Psychological, social and health consequences of caring for a relative with senile dementia*. J AM Geriatr Soc; 35: 405–411
- Hawranik, P.G., Strain, L.A., (2000). *Health of Informal Caregivers: Effects of Gender, Employment and Use of Home Care Services*. University of Manitoba, Centre on Aging, Winnipeg, Manitoba.
- Heller, A. (1985). The Power of Shame. London. Routledge and Kegan Paul.
- Hepburn KW, Tornatore J, Center B et al. (2001) *Dementia family caregiving training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes*. J Am Geriatr Soc; 49: 450–457.
- Horwitz, W.A. & Kazak, E. (1990). Family adaptation to childhood cancer: Sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, vol.19, p. 221-228
- Houts, P., Nezu, A.M., Maguth Nezu, C., Bucher, J.A., (1996). *The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education*. Patient Educ. Couns. 27, 63–73.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G et al. (2002). *Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis*. Aging Clin Exp Res, 14: 354–360.

- IPA (International Psychogeriatric Association), (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* Educational Pack, IPA.
- Kaitelidou D, Ziroyanis P., Maniadakis N., Liaropoulos L., Theodorou M. *The Socioeconomic Impact of Hemodialysis*, Ιπποκράτης, 2004, 8(2): 81-87.
- Keltner, D. & Harker, L.A. (1998). *The Forms and Functions of the Nonverbal Signal of Shame*. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York: Oxford University Press, p. 78- 98.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH, (1998). *Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients*. Kidney Int 54 : 245 –254.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I, Umana WO, Alleyne S, Veis JH, (1995). *Aspects of quality of life in hemodialysis patients*. J Am Soc Nephrol 6 : 1418 –1426.
- Kouidi E, Iacovides A, Iordanidis P, Vassiliou S, Deligiannis A, Ierodiakonou C et al. *Exercise renal rehabilitation program: psychosocial effects*. Nephron 1997, 77:152–158
- Laing, R.D. (1975). *Η πολιτική της οικογένειας*. (Μετάφραση Ραλλίδη, Ι.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Larkin, J. (1987). *Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness*. Nursing Clinics of North America, vol.22 (3), p. 535-542.
- Lee, S.L., Colditz, G.A., Berkman, L.F., Kawachi, I., (2003). *Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study*. Am. J. Prev. Med.24, 113–119.

- Leinenger M.M (ed.) (1988) *Caring: An essential Human need: Proceedings of the Three National Caring Conferences*. Wayne State University Press, Detroit.
- Levenson, J.L. & Bemis, C. (1991). *The role of psychological factors in cancer onset and progression*. Psychosomatics, vol.32, p. 124-132.
- Levin NW.(1992). *Quality of life and hematocrit level*. Am J Kidney Dis , 20(Suppl 1): 16–20.
- Lew SQ, Piraino B.(2005). *Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients*. Semin Dial, 18: 119–123.
- Lewis, M. (1998). Shame and Stigma. Στο: Shame; *Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York: Oxford University Press, p. 126- 140.
- Lindsay RM, Heidenheim PA, Nesrollah G et al. (2006). *Minutes to recovery after a hemodialysis session: a simple health-related quality of life question that is reliable, valid, and sensitive to change*. Clin J Am Soc Nephrol; 1: 952–959.
- Lyketsos, G.C, Blackburn, I.M. & Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.*, vol.8, p. 145-149.
- Lyons K., Zarit S., Sayer A., Whitlack C (2002). *Caregiving as a dyadic Process: Perspectives from caregiver and receiver*. Journal of Gerontology, 57B, 3, P195-204.
- Lyons, K.S., Zarit, S.H., (1999). *Formal and informal support: the great divide*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 14, 183–196.
- Matsuu K, Washio M, Arai Y, Higashi H, Saku Y, Tokunaga S, Ide S. (2006). *Depression among caregivers of elderly patients on chronic hemodialysis* Faculty of Nursing, St. Mary's Junior College, Tsubukuhonmachi 422, Kurume City, Fukuoka Prefecture 830-8558, Japan. PMID: 11680974

Nefrologia.26(1): 74-83.

- Matthews-Simonton, S. (1984). *The Healing Family*. Toronto: The Bantam Books.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. Harper Perennial: New York.
- Mayou, R., Foster, A. & Williamson, B. (1978). *The psychological and social effects of myocardial infraction on wines*. British Medical Journal, vol.1, p. 699-701.
- McMillan SC, Small BJ, Weitzner M et al (2006). *Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial*. Cancer; 106: 214–222
- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. (1997). *Quality of life in patients on chronic dialysis: selfassessment 3 months after the start of treatment*. The Necosad Study Group. Am J Kidney Dis , 29:584–592
- Mockus Parks, S., Novielli, K.D., (2000). *A practical guide to caring for caregivers*. Am. Fam. Physician 15, 2215–2219.
- Murray AM. (2008). *Cognitive impairment in the aging dialysis and chronic kidney disease populations: an occult burden*. Adv Chronic Kidney Dis; 15: 123–132
- Pearlin, L.I (1992). *The careers of caregivers*. The Gerontologist, 32, 647.
- Pearlin, L.I(1983). *Role strain and personal stress*. In H.B.Kaplan (ed.) Psychological Stress: Trends in Theory and Research . New York: Academic Press.

- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M., (1990). *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*. Gerontologist 30, 583–594.
- Pearlin, L.I., Turner, H.A., Semple, S.J., (1989). *Coping and the mediation of caregiver stress*. In: Light, E., Lebowitz, B. (Eds.), Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Research. U.S. Government Printing Office, Washington, DC, pp. 198–217.
- Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L, et al. (1994). *The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress*. Eur J Cancer 30A : 1326 –1336.
- Qyinan P. (2005) Home *hemodialysis and the caregivers' experience: a critical analysis*. CANNT J. Jan-Mar; 15(1): 25-32.
- Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. Stress, social support, and symptoms of depression in spouses of the medically ill. Int J Psychiatry Med (1990) 20: 37–48
- Roach M.S. (1987). *The human Act of Caring: A Blueprint for the health professions*. Canadian Hospital Association , Ottawa.
- Sager, U. & Schlesinger, Z. (1981). *Rehabilitation of patients after acute myocardial infraction: an interdisciplinary family oriented program*. Heart and Lung, vol.10, p. 841-847
- Schulz R, Beach SR. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study*. JAMA; 282: 2215–2219
- Schulz R., Martire L (2004). *Family care giving of persons with dementia. Prevalence, Health effects and support strategies*. The advanced Journal of Geriatric Psychiatry; May/Jun 12,3; p.240-249.

- Schlump-Urquhart, S.R. (1990). *Families experiencing a traumatic accident: Implications and nursing management*. AACN, vol.3, p. 552-534.
- Seltzer Mailick M., Li Wailing L. (1996). *The Transitions of Caregiving: Subjective and Objective definitions*. The Gerontologist. Vol. 36, No. 5, 614-626.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott
- Shimoyama S, Hirakawa O, Yahiro K, et al., (2003). *Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan*. Perit Dial Int 23: S200–S205
- Signe A, Elmstahl S. (2008). *Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months*. Scand J Caring Sci; 22: 98– 109
- Skynner, R. (1987). *Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (Επιμέλεια). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
- Soccorsi, S., Lombardi, F. & Rubbini-Paglia, P. (1987). Capturing death: Families of children recovering from oncological disease. Family Systems Medicine, vol.5(2), p. 191-205.
- Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stanic, J. (1989). *Caring for the family of the critically ill surgical patient*. Critical Care Nurse, vol.10, p. 43-47.
- Stengel B, Billon S, Van Dijk PC, Jager KG, Dekker FW, Simpson K, Briggs JD. (2003). *Trends in the incidence of renal replacement therapy for end-*

stage renal disease in Europe, 1990-1999. Nephrol Dial Transplant. Sep; 18(9),pp.1824-33

- *Sweeney S, Cropley TG. (2003), Cutaneous changes in renal disorders*. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York, McGraw-Hill, 1622-1624.
- Tangney, J.P. & Dearing, R.L. (2002). *Shame and Guilt*. The Guilford Press
- Tantam, D. (1998). *The Emotional Disorders of Shame*. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York: Oxford University Press, p. 161- 175.
- Tong A, Sainsbury P, Craig JC. (2008). *Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review*. Nephrol Dial Transplant.
- U.S. Renal Data System. USRDS (2007), *Annual data report: Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States*. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.
- Van Manen M. (2000). *Moral Language and pedagogical experience*. Journal of Curriculum Studies, 32(2),315-327.
- Watson J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care: A theory of Nursing. Appleton –Century-Crofts, Norwalk.
- Whittier, S., Coon, D., Aaker, J., (2002). *Caregiver Support Interventions* (Research Brief No. 10) National Association of State Units on Aging, Washington, DC.
- Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. PMID: 9392735 J Nephrol. (2004) Nov-Dec; 17(6):841-50.

- Wirsching, M., Drings, P., Georg, W. et al. (1990). *Psychosocial factors of preserving health? Prospective studies of breast cancer, bronchial cancer and fibrocystic mastopathy*. Psychother. Psychosom. Med. Psychol, vol.40 (2), p. 70-75.
- Wooley, N. (1990). *Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill people*. Journal of Advanced Nursing, vol.15, p. 1402-1408.
- Yee, J.L., Schulz, R., (2000). *Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis*. Gerontologist 2, 147-164.
- Zarit, S.H., & Edwards A.B.(1996). *Family caregiving: Research and Clinical Intervention*. In: Handbook of Clinical Psychology of Aging (ed. Woods, R.T.), pp.333-368. Wiley and Sons, Chichester.
- Zarit, S.H., (1990). *Interventions with frail elders and their families: are they effective and why?* In: Parris-Stephens, M.A., Crowther, J.H., Hobfoll, S.E., Tennenbaum, D.L. (Eds.), Stress and Coping in Later Life Families. Hemisphere Publishing Company, New York, pp. 241-265.
- Zarit, S.H., (2002). *Caregiver's burden*. In: Andrieu, S., Aquino, J.P. (Eds.), *Family and Professional Caregivers: Findings Lead to Action*. Serdi Edition and Fondation Mederic Alzheimer, Paris, pp. 20-24.
- Zarit, S.H., Gaugler, J.E., Jarrot, S.E., (1999). Useful services for families: research findings and directions. Int. J. Geriatr. Psychiatry 14, 165-181.
- Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol.21, p. 118-123.
- Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου, Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol.24, p. 16-20.

- Γκούβα, Μ. (2003). *Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με οξεία λευχαιμία και των οικογένειών τους*. Διδακτορική Διατριβή υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων).
- Ιωαννίδης Γ, Παπαδάκη Ο, Ξυλογιάννη Μ, Μπότσας Π, Κρίκου Ε, Ρούσος Φ. *Θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας. Στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα*. 2003. 69^η επιστημονική συνάντηση ΕΝΕ, 17-18 Μαρτίου 2005, Αθήνα
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, vol.21, σελ. 71-76.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). *Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό*. Ψυχιατρική, vol.2, p. 42-48.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ραγιά, Α. (1995). *Βασική Νοσηλευτική. Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα
- Σπανού Ε, Καλοχαιρέτης Π. *Η αύξηση των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Παγκόσμιο φαινόμενο με σοβαρές επιπτώσεις*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005, Ανασκόπηση, 22(6), σελ.528-534

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι φροντιστές των χρόνιων ασθενών είναι, κατά κανόνα, στενοί συγγενείς, που αφιερώνουν καθημερινά χρόνο και ενεργητικότητα για την εξυπηρέτηση των αναγκών των πασχόντων. Το φορτίο που δέχονται, επιβαρύνει συχνά την υγεία τους σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο, με συνέπεια να μην μπορούν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε φροντιστές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 106 φροντιστές ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε Μονάδες Τεχνητού νεφρού της Πελοποννήσου. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS), το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ), την Κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI), την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS) και την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90). Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, 16.0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 50,39 έτη με τυπική απόκλιση τα 12,20 έτη. Το 76,4% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 17% άγαμοι, ενώ το 6,6% αποτελούσαν άτομα διαζευγμένα ή σε χηρεία. Οι φροντιστές ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο ήταν: 33% απόφοιτοι δημοτικού, 42,5% απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 24,5% τριτοβάθμιας. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η ενδοστρεφής επιθετικότητα και οι δύο συνιστώσες υποκλίμακές της (αυτό-επίκριση και παραληρηματική ενοχή), σχετίζονται θετικά με την ηλικία ($r = 0,257$) και αρνητικά με το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών ($r = -0,245$). Η ηλικία συσχετίζεται σημαντικά με το μόνιμο άγχος ($r = 0,236$) και πολύ σημαντικά με το παροδικό ($r = 0,320$). Σημαντική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ του μόνιμου άγχους και του μορφωτικού επιπέδου των φροντιστών ($r = -0,248$). Επίσης, με το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται η σωματική ντροπή ($r = 0,241$), η οποία βρέθηκε υψηλότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες φροντιστές. Ως προς την ψυχοπαθολογία των φροντιστών, οι περισσότερες υποκλίμακες έδειξαν στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις, θετικά ως προς την ηλικία και αρνητικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι φροντιστές των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, φαίνεται να υφίστανται μικρή επιβάρυνση της ψυχολογίας τους, η οποία συνδέεται

περισσότερο με την ηλικία και το μορφωτικό τους επίπεδο, παρά με τη φύση των καθηκόντων τους.

ABSTRACT

BACKGROUND: Caregivers of chronic patients are usually close relatives, who spend time and energy every day to serve the needs of patients.

The load receiving, often burdened health in biological and psychological level, so they cannot fulfill their role.

AIM: this study was to investigate and evaluate the psychological features of caregivers of patients under hemodialysis.

MATERIAL - METHODS: A cross-sectional study involving 106 caregivers of patients under dialysis in the Peloponnese. The research tools used, included the Other As Shamer Scale (OAS), the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), the State - Trait Anxiety Inventory (STAI), the Experience of Shame Scale- ESS) and the Symptom Check List -90 (SCL -90). Data were analyzed by statistical program SPSS 16.0

RESULTS: The average age of participants was 50.39 years with a standard deviation of 12.20 years. The 76.4% of participants were married, 17% not married and 6.6% were divorced people or widowed. The educational level of caregivers was: 33% elementary, 42.5% had high school education and 24.5% of them had a bachelor degree. The statistical analysis showed that the intropunitive aspect of hostility, is positively correlated with age ($r = 0,257$) and negatively correlated with educational level of caregivers ($r = - 0,245$). Age was significantly correlated with the trait anxiety ($r = 0,236$) and very significantly correlated with the state anxiety ($r = 0,320$). Significant correlation there was between the trait anxiety and educational level of caregivers ($r = - 0,248$). Also, the education level was correlated with physical shame ($r = 0,241$), which was found higher in women compared with men caregivers.

About psychopathology of caregivers, most subscales showed statistically significant positive correlations with age and negatively with educational level.

CONCLUSIONS: The caregivers surveyed did not appear to experience high burden levels. However this burden is more closely linked to age and educational level of caregivers than with the nature of their duties.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε κάποια ψυχολογικά σας χαρακτηριστικά και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργείστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2010 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ _____ χ ΓΥΝΑΙΚΑ _____ χ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ χ ΑΓΑΜΟΣ χ ΧΗΡΟΣ χ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ χ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ χ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ χ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ χ

ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ;

(OAS)

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		

13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		

28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		

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

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

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

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4

35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4

15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4

12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4

31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4

51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4

68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας	0	1	2	3	4

τρομάζουν;					
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Δημιουργείστε τον κωδικό σας:

Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά του πατέρα []

Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά του πατέρα []

Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά της μητέρας []

Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά της μητέρας []