



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«Διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης»

ΙΣΜΗΝΗ Γ. ΣΕΡΠΑΝΟΥ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΛΑΜΙΑΣ
MSc ΣΤΗΝ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΡΙΠΟΛΗ 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«Διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης»

ΙΣΜΗΝΗ Γ. ΣΕΡΠΙΛΑΝΟΥ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΛΑΜΙΑΣ
MSc ΣΤΗΝ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζυγά Σοφία, Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)
Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια (Μέλος)
Σαπουντζή-Κρέπια Δέσποινα, Καθηγήτρια (Μέλος)

ΤΡΙΠΟΛΗ 2020

Copyright © **ΙΣΜΗΝΗ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΕΡΠΙΑΝΟΥ 2020**

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής «**Διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης**». Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διδακτορική διατριβή είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές, που αναφέρω, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζυγά Σοφία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Επιβλέπουσα).

Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).

Σαπουντζή-Κρέπια Δέσποινα, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Frederick University of Cyprus (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).

Τσιρώνη Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Κολοβός Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Παναγιώτου Ασπασία, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Λαβδανίτη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	12
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	14
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	16
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	18
ABSTRACT.....	22
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	25
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	26
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	27
1.1 Τάσεις	30
1.1.1. Τάση μείωσης	30
1.1.2. Υψηλά ποσοστά στους άνδρες.....	31
1.1.3. ΤΚΝΜ σε ενήλικα νεαρά και ηλικιωμένα άτομα.....	31
1.2 Αιτιολογία.....	32
1.3 Προσδόκιμο Ζωής.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ.....	37
2.1 Το Νευρικό Σύστημα.....	37
2.2 Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.....	38
2.3 Ανατομία του Νωτιαίου Μυελού.....	40
2.3.1. Τοπογραφική Ανατομία.....	41
2.3.2. Μοίρες.....	42
2.3.3. Φορά και Στήριξη.....	43
2.3.4 Κεντρικός Σωλήνας.....	44
2.3.5. Εξωτερική Μορφολογία.....	44
2.3.6. Μήνιγγες του Νωτιαίου Μυελού.....	47
2.3.7. Νωτιαία Νεύρα.....	48
2.3.8. Νωτιαίες οδοί.....	52
2.3.8.1. Ανιόντα δεμάτια του Νωτιαίου Μυελού.....	53
2.3.8.2. Κατιόντα δεμάτια του Νωτιαίου Μυελού.....	55
2.3.8.3. Διανευροτομακά Δεμάτια.....	57

2.3.8.4. Δερμοτόμια-Μυοτόμια.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	60
3.1 Γενικά.....	60
3.2 Ορισμός Κάκωσης Νωτιαίου Μυελού.....	60
3.3 Ορισμός της Πνευματικότητας.....	61
3.4 Ορισμός θρησκείας και της θρησκευτικότητας.....	66
3.4.1 Η ιστορική διαδρομή της θρησκείας.....	67
3.4.2 Η έννοια της θρησκείας.....	68
3.4.3 Η έννοια της θρησκευτικότητας.....	71
3.5 Ορισμός του στρες.....	74
3.5.1 Δημιουργικό και βλαπτικό στρες.....	78
3.5.2 Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής.....	78
3.5.3 Στρεσογόνοι Παράγοντες [stressors].....	80
3.5.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης [coping].....	82
3.6 Ορισμός της κατάθλιψης.....	83
3.7 Ορισμός της αυτοεκτίμησης.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΑΛΛΑΓΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	98
5.1 Κατάθλιψη των ασθενών με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού.....	98
5.1.1 Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	101
5.1.2 Αυτοκτονικές τάσεις.....	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	108
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Η ΕΡΕΥΝΑ.....	111
8.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές ερωτήσεις.....	111
8.1.1 Σκοπός της έρευνας.....	111
8.1.2 Οι ερευνητικές ερωτήσεις.....	112
8.2 Μεθοδολογία.....	112
8.3 Ποσοτική έρευνα.....	113
8.3.1 Το δείγμα της ποσοτικής μελέτης.....	113

8.3.2 Η Ομάδα Ελέγχου της ποσοτικής μελέτης.....	114
8.3.3 Ηθικά ζητήματα.....	114
8.3.4 Περιγραφή των Ερωτηματολογίων.....	115
8.3.4.1 Θρησκευτικότητα- Πνευματικότητα- Ερωτηματολόγιο Royal Free.....	115
8.3.4.2 Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg.....	115
8.3.4.3 Η Κλίμακα Κατάθλιψης CES-D.....	116
8.3.4.4 Το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg - State - Trait - Anxiety Scale.....	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	118
9.1 Εισαγωγή.....	118
9.2 Το δείγμα της ποιοτικής έρευνας.....	118
9.3 Το εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	118
9.4 Ηθικά Ζητήματα	119
9.5 Οι συνεντεύξεις	119
9.6 Η ανάλυση περιεχομένου.....	120
9.7 Η κωδικοποίηση των στοιχείων.....	121
9.8 Ανάλυση των δεδομένων.....	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Η ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	123
10.1 Στατιστική Ανάλυση.....	123
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	124
11.1 Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά.....	124
11.2 Θρησκευτικά και Πνευματικά πιστεύω.....	126
11.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης.....	130
11.4 Κλίμακα Κατάθλιψης.....	132
11.5 Κλίμακα Στρες.....	135
11.6. Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Αυτοεκτίμησης.....	138
11.7. Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Κατάθλιψης.....	142
11.8 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Κατάστασης Στρες.....	144
11.9 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Γνωρίσματος Στρες.....	147
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	150
12.1 Κατηγορία Ψυχοκοινωνική Υγεία	151
12.1.1. Υποκατηγορία στρες.....	151

12.1.2. Υποκατηγορία κατάθλιψη.....	153
12.1.3. Υποκατηγορία αυτοεκτίμηση.....	156
12.1.4. Υποκατηγορία υποστήριξη από την οικογένεια και φίλους.....	158
12.2 Κατηγορία Θρησκευτικότητα.....	160
12.2.1. Υποκατηγορία πίστη στο Θεό ή σε μία ανώτερη δύναμη.....	160
12.2.2. Υποκατηγορία καμία πίστη.....	161
12.3 Διαχείριση της νέας πραγματικότητας	162
12.3.1. Υποκατηγορία υποστήριξη από επαγγελματίες	162
12.3.2. Υποκατηγορία σχέδια για το μέλλον.....	163
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	165
13.1 Θρησκευτικότητα- Πνευματικότητα	166
13.2 Άγχος-Κατάθλιψη.....	167
13.3 Αυτοεκτίμηση.....	169
13.4 Πνευματικότητα και Αυτοεκτίμηση.....	170
13.5 Πνευματικότητα και Ψυχική Υγεία.....	172
13.6 Κοινωνικό δίκτυο-Στήριξη- Σχέδια για το μέλλον.....	175
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	181
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	183
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	185
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	220
ΑΔΕΙΕΣ.....	231

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Επιπολασμός ΤΚΝΜ	29
Πίνακας 2: Αιτιολογία ΚΝΜ, παγκόσμια στατιστικά	34
Πίνακας 3: Πίστη στο Θεό στις ευρωπαϊκές χώρες.....	73
Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	125
Πίνακας 5: Τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω των συμμετεχόντων στη μελέτη	129
Πίνακας 6: Μέσες και τυπικές αποκλίσεις των θρησκευτικών και πνευματικών πιστεύω των συμμετεχόντων στην μελέτη.....	130
Πίνακας 7: Βαθμολογία αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	131
Πίνακας 8: Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης.....	132
Πίνακας 9: Βαθμολογία κατάθλιψης των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	133
Πίνακας 10: Η κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων αναφορικά με την κατάθλιψη.....	133
Πίνακας 11: Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης.....	134
Πίνακας 12: Βαθμολογία στρες των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	135
Πίνακας 13: Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάστασης στρες.....	136
Πίνακας 14: Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου γνωρίσματος στρες.....	137

Πίνακας 15: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης.....	139-140
Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης.....	141
Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κατάθλιψης.....	142-143
Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης.....	144
Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κατάστασης στρες.....	145-146
Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάστασης στρες.....	146
Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γνωρίσματος στρες.....	147-148
Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνωρίσματος στρες.....	149
Πίνακας 23: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	150

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Επιπολασμός ΤΚΝΜ ανά χώρα.....	29
Γράφημα 2: Κατανομή της ΚΝΜ ανά φύλο και ηλικία.....	31
Γράφημα 3: Καναδάς. ΤΚΝΜ ανά ηλικία και φύλο.....	32
Γράφημα 4: Αιτιολογία ΚΝΜ στις μικρές ηλικίες.....	34
Γράφημα 5: Αιτιολογία ΚΝΜ ανά ηλικιακή ομάδα.....	35

Γράφημα 6: Σημασία της θρησκείας ανά τον κόσμο.....	74
Γράφημα 7: Αιτιολογία κατάθλιψης.....	100
Γράφημα 8: Μέσες βαθμολογίες μεταξύ υγιών και πασχόντων.....	138

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα.....	37
Εικόνα 2: Νευρικό και νευρογλοιακά κύτταρα.....	38
Εικόνα 3: Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.....	39
Εικόνα 4: Εγκέφαλος. Ο νωτιαίος μυελός είναι συνέχεια του προμήκη.....	39
Εικόνα 5: Φαία και λευκή ουσία του Νωτιαίου Μυελού.....	41
Εικόνα 6: Η σπονδυλική στήλη-Σπόνδυλοι.....	42
Εικόνα 7: Ιππουρίδα και μυελικός κώνος.....	43
Εικόνα 8: Διατομή νωτιαίου μυελού.....	44
Εικόνα 9: Εγκάρσια διατομή του νωτιαίου μυελού.....	46
Εικόνα 10: Μυελικός κώνος, Τελικό νημάτιο, Ιππουρίδα.....	46
Εικόνα 11: Αντιστοιχία νωτιαίων νEURων και περιοχών.....	50
Εικόνα 12: Νωτιαία νύρα.....	51
Εικόνα 13: Κυριότερα ανιόντα και κατιόντα δεμάτια.....	52
Εικόνα 14: Τα δεμάτια του νωτιαίου μυελού.....	54
Εικόνα 15: Αύλακες του Νωτιαίου Μυελού.....	55
Εικόνα 16: Δερμοτόμια-αντιστοιχίες.....	58

Εικόνα 17: Επιπτώσεις του στρες.....	77
Εικόνα 18: Η αντίδραση συναγερμού.....	79
Εικόνα 19: Οι επιπτώσεις του στρες στο σώμα.....	81
Εικόνα 20: Ανάλυση περιεχομένου.....	120

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή με θέμα: «Διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης» εκπονήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας Σοφίας Ζυγά και Αντιπρυτάνεως του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα της διατριβής μου Καθηγήτρια κα Σοφία Ζυγά, για την ενθάρρυνσή της στις δυσκολίες που αντιμετώπισα σε όλη αυτή την πορεία μάθησης και ανάπτυξης. Η κα Ζυγά με τη συνεχή καθοδήγησή της, τις πολύτιμες συμβουλές της, αλλά και την ηθική στήριξή της κατά τη διάρκεια της μακράς πορείας εκπόνησης της εν λόγω διδακτορικής διατριβής με έκανε να πιστέψω στις δυνατότητές μου και να προχωρήσω στην ολοκλήρωσή της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την κα Φωτεινή Τζαβέλλα, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τη άψογη συνεργασία που είχα μαζί της και να τονίσω ότι ήταν ιδιαίτερη τιμή για εμένα να αποτελεί μέλος της Τριμελούς Επιτροπής της διατριβής μου.

Ευχαριστώ την Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Frederick και μέλος της Τριμελούς Επιτροπής της διατριβής μου κα Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια, η οποία με παρότρυνε, με ενθάρρυνε, με υποστήριξε και μου στάθηκε στην προσωπική και επιστημονική μου πορεία και προσπάθειά, όλα αυτά τα χρόνια.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, Γεώργιο Σερπάνο και Παρασκευή Σερπάνου, για την αμέριστη αγάπη τους, που τόσο την είχα ανάγκη και τόσο απλόχερα μου την έδωσαν, που σε όλη μου τη ζωή στάθηκαν δίπλα μου αρωγοί και σύμβουλοι και με έκαναν καλύτερο άνθρωπο με το παράδειγμά τους. Επιπλέον, τους είμαι ευγνώμων για την υποστήριξή τους στις δύσκολες και επίπονες μέρες που αντιμετώπισα για την ολοκλήρωση της διατριβής μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Απόστολο Κρέπια για την συνεχή παρότρυνσή του να συνεχίσω τις σπουδές μου και την αμέριστη στήριξή του.

Θα ήταν παράλειψη μου να μην πω ότι οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην αείμνηστη Πρεσβυτέρα Λουλούδα, την οποία θυμάμαι σαν έναν άνθρωπο με περίσσεια αγάπη για όλους τους ανθρώπους και παρόλο που για πολλά χρόνια αυτοεξυπηρετούνταν με βοηθήματα, ποτέ δεν λιποψύχησε και με στήριζε, όταν έβλεπε ότι ήμουν έτοιμη να γονατίσω.....και να κάνω πίσω...

Επίσης, θερμές ευχαριστίες για όσους με βοήθησαν κατά τη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων των Μονάδων Αποκατάστασης όπου διεξήχθη η έρευνα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς, και αυτούς που συμμετείχαν, αλλά και αυτούς που εξέφρασαν τις αντιρρήσεις τους, για την πολύτιμη βοήθειά τους, αλλά κυρίως για τα μαθήματα ζωής που πήρα από την στάση τους για τη ζωή, τον αγώνα τους και την επαφή που είχα μαζί τους, στην πορεία ολοκλήρωσης της διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο τραυματισμός του Νωτιαίου Μυελού αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση στη ζωή ενός ατόμου και συνήθως οδηγεί σε συμπτώματα πόνου και σε απώλεια κινητικής και αισθητικής λειτουργίας. Τα άτομα με Τραυματική Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού (TKNM) μπορεί να είναι ευάλωτα σε επιπλοκές, όπως είναι η πνευμονία, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο χρόνιος πόνος. Αυτό μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής τους και να διαταράξει την ψυχική τους κατάσταση. Η μελέτη και η αξιολόγηση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας ασθενών με TKNM είναι σημαντική, καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν πλήθος πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών, που συχνά σχετίζονται, τόσο με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους σε αυτήν τη χρόνια κατάσταση, όσο και με πληθώρα εκβάσεων υγείας, όπως είναι η ποιότητα ζωής και η ψυχική καταπόνηση.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας σε ασθενείς με TKNM, καθώς επίσης και η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης που έχουν αυτές οι μεταβλητές στην αυτοεκτίμηση και την εμφάνιση κατάθλιψης και στρες σε ασθενείς με TKNM.

Μεθοδολογία: Για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογική τριγωνοποίηση κατά τον Denzin, (1989, 2017). Η χρήση μικτής μεθόδου στην παρούσα έρευνα, δηλαδή ποσοτικής (με ερωτηματολόγιο) και ποιοτικής (με ημιδομημένη συνέντευξη), είναι κατάλληλη γιατί η χρήση μόνο ποσοτικής προσέγγισης (ερωτηματολόγιο) δεν αφήνει περιθώρια στα άτομα με μετατραυματική παραπληγία να διατυπώσουν τις απόψεις και τα συναισθήματά τους σε βάθος.

Το δείγμα της ποσοτικής μελέτης αφορά ασθενείς με TKNM με παραπληγία που νοσηλεύονται σε μια κλινική αποκατάστασης των Αθηνών και σε μια κλινική αποκατάστασης της Περιφέρειας. Συμμετείχαν ογδόντα οκτώ (88) ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία, ενώ ερωτηματολόγια από άτομα της ίδιας περίπου

ηλικίας και φύλου με τους ασθενείς συγκεντρώθηκαν από μια ομάδα έλεγχου που αποτελούνταν από άτομα του γενικού πληθυσμού.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε το Royal Free Questionnaire για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg, την κλίμακα άγχους του Spielberger - State – Trait Anxiety Scale και την Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (CES-D). Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου συλλέχτηκαν με συνέντευξη από τους ασθενείς και την ομάδα ελέγχου. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και το στρες. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν πιθανοί συγγυτές που εξουδετερώθηκαν με πολυμεταβλητά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Η εθνικότητα, η εργασιακή κατάσταση και το είδος εργασίας δεν χρησιμοποιήθηκαν λόγω περιορισμένης μεταβλητότητας.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε και μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας, που τελευταία χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα έγινε συλλογή στοιχείων με ημιδομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες ελήφθησαν από δείγμα ασθενών με TKNM. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με την μέθοδο της ποιοτικής ανάλυσης. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας και το αποτέλεσαν 34 άτομα με μετατραυματική παραπληγία.

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με ημιδομημένο ερωτηματολόγιο (οδηγός συνεντεύξεων ποιοτικής έρευνας), που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων με τη συγκατάθεση των ασθενών. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από τη απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων έγινε σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της ποιοτικής μεθοδολογίας ανάλυσης περιεχομένου και εν συνεχεία συγκριθήκαν τα αποτελέσματα ποιοτικά και ποσοτικά, ώστε να δοθούν οι απαντήσεις και οι ερμηνείες στα ερευνητικά

ερωτήματα της μελέτης. Τέλος, συγκριθήκαν τα δεδομένα που προκύπτουν και από τις δύο μεθόδους.

Αποτελέσματα: Στην συγκεκριμένη μελέτη η κλίμακα πνευματικής ισχύος λαμβάνει τιμές από 0 έως 60 και η μέση τιμή στην παρούσα μελέτη ήταν αρκετά υψηλή (=47,7) για τους ασθενείς γεγονός που δηλώνει και πάλι σημαντική ισχύ των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή.

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία βιώνουν στρες, άγχος και κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υγιείς ($p < 0,001$). Η συναισθηματική φόρτιση, το αίσθημα απελπισίας και η έλλειψη δίψας για ζωή είναι πρόδηλη και μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων στην ποιοτική μελέτη, όπως επίσης και η πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη.

Στη συνέχεια η ανάλυση της ποσοτικής μελέτης αφορούσε πλέον μόνο τους ασθενείς, μιας και το ερευνητικό ερώτημα της διατριβής αφορούσε αποκλειστικά και μόνο αυτούς. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς, που πίστευαν περισσότερο ότι η άσκηση των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή είναι σημαντική, είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση. Επίσης, παρατηρήθηκε περισσότερη αυτοεκτίμηση στους ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα.

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και από την ποιοτική μελέτη, όπου οι συνεντευξιζόμενοι αναφέρουν περισσότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα άτομα που δηλώνουν ότι δεν πιστεύουν σε κάποια ανώτερη δύναμη.

Κατά την παρούσα έρευνα επιπλέον διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς, που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό τους μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή τους ζωή, είχαν λιγότερη κατάθλιψη και λιγότερο στρες.

Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνονται επίσης και από την ποιοτική μελέτη, όπου διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με πίστη διαχειρίζονται καλύτερα τη νέα τους πραγματικότητα.

Από τα ευρήματα της παρούσας διατριβής, που προέκυψαν μέσα από τη ποιοτική μελέτη και τη βιωμένη εμπειρία των ασθενών με ΤΚΝΜ, διαπιστώθηκε ο σημαντικός ρόλος της συμβολής των κοινωνικών και υποστηρικτικών δικτύων γενικά (υποστήριξη επαγγελματιών υγείας και του οικογενειακού περιβάλλοντος), αλλά και των πνευματικών/θρησκευτικών κοινοτήτων, τόσο κατά τη διάρκεια της αποκαταστασιακής διαδικασίας, όσο και στην μετέπειτα πορεία τους. Οι ασθενείς αναφέρθηκαν και στις ανησυχίες τους και τα σχέδια για το μέλλον.

Συμπεράσματα: Στη σύγκριση των αποτελεσμάτων της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι τα άτομα με πλήρη παραπληγία βιώνουν μεγαλύτερο στρες, άγχος, κατάθλιψη τόσο σε σχέση με τα άτομα με ατελή παραπληγία, όσο και σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, και στις δύο μελέτες (ποιοτική και ποσοτική) η θρησκευτικότητα-πνευματικότητα ενισχύει την αυτοεκτίμηση και οδηγεί σε μείωση του στρες. Αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού ιστού, οι ασθενείς με ΚΝΜ, εξαιτίας του γεγονότος ότι βιώνουν μεγαλύτερο στρες, χρειάζονται εξατομικευμένη προσέγγιση τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τον λοιπό κοινωνικό τους περίγυρο. Τέλος η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει μια αρχή για περαιτέρω μελέτες, που αφορούν στην θρησκευτικότητα-πνευματικότητα και στον ρόλο της στην προσέγγιση ασθενών με ΚΝΜ, καθώς και στον σχεδιασμό βοηθητικών πλάνων κατά την διάρκεια της φάσης αποκατάστασης.

Λέξεις-Κλειδιά: Τραυματική Κάκωση Νωτιαίου Μυελού, παραπληγία, θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, στρες.

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury is an unpleasant condition in a person's life and usually leads to symptoms of pain, as well as loss of motor and sensory function. People with traumatic spinal cord injury (TSCI) can be prone to complications such as pneumonia, urinary tract infections, heart disease and chronic pain. This can reduce their quality of life and affect their mental state. The study and evaluation of the religiosity and spirituality concerning patients with TSCI is important, as patients present a number of spiritual and religious needs that are often related to both their psychosocial adjustment to this chronic condition and to a variety of health outcomes such as quality of life and mental stress.

Aim: The aim of this study was to investigate and evaluate spirituality and religiosity in patients with TSCI, as well as to investigate the possible effect of these variables on self-esteem and the occurrence of depression and stress in patients with TSCI

Methodology: The methodological triangulation according to Denzin, (1989, 2017) was used to conduct this research. The use of a mixed method in the present study, that is quantitative (with a questionnaire) and qualitative (with a semi-structured interview) is appropriate because the use of only a quantitative approach (questionnaire) leaves no room for people with post-traumatic paralysis to express their views and feelings in depth.

The sample of the quantitative study concerns patients with TKNM with paraplegia who are treated in a rehabilitation clinic in Athens and a rehabilitation clinic in the province. Eighty-eight (88) patients with post-traumatic stroke participated, while questionnaires from people of approximately the same age and sex as the patients were collected by a control group consisting of individuals of the general population.

The questionnaire included the Royal Free Questionnaire on Religious Beliefs, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Spielberger-State-Trait Anxiety Scale and the CES-D Depression Scale. The questionnaire was collected from the patients and the control group in the form of an interview. Kolmogorov-Smirnov control and regulatory charts were used to control the normal distribution of quantitative variables. Data analysis was performed with IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

The independent variables were spirituality and religiosity and the dependent ones were self-esteem, depression and stress. The demographic and clinical characteristics of the patients were possible confusers that were neutralized by multivariate models of linear regression. Nationality, employment status and type of work were not used due to limited variability.

For the needs of the present research, a methodology of qualitative research was used, which has recently been used quite often in the field of Health. More specifically, a sample of patients suffering from TKNM was interviewed in order for all the data to be collected. The data collected were analyzed with the qualitative analysis method. The sample used was a sample of convenience and consisted of 34 people with post-traumatic stroke. In order for the data to be collected, interviews were conducted with a semi-structured questionnaire (guide to quality research interviews), which was used to obtain recorded interviews with the patients' consent.

The analysis of the qualitative data obtained from the recording of the interviews was carried out according to the principles and the rules of the quality content analysis methodology and then the results were compared both qualitatively and quantitatively, so as the answers and the interpretations concerning the research questions of the study could be given. Finally, all the data collected from both methods were compared.

Results: In this particular study the spiritual power scale receives values from 0 to 60 and the average value in the present study was quite high (= 47.7) for patients, which, once again, indicates a significant strength of religious / spiritual views on life.

It was found that patients suffering from post-traumatic stress disorder experience a great deal of stress, anxiety and depression ~~and~~ even at a statistically significantly higher rate than the healthy ones ($p < 0.001$). Emotional charge, feelings of hopelessness, as well as lack of lust for life are evident in the participants' telling in quality study as well as their belief in God or in a higher power.

Then the analysis of the quantitative study concerned only patients, since the research question of the dissertation concerned patients solely. It was proved that the patients who mainly believed that religious practice was important in their daily life had more self-esteem whereas the patients who mostly believed that a spiritual force or power out of our inner selves affected world events had more self-esteem.

The same findings are confirmed by the qualitative study, where the interviewees report more self-esteem than people who state no faith.

The study also found that the patients who mainly believed that a spiritual force or power out of their inner selves could influence what happened in their everyday lives were less depressed and stressed.

The above findings are also confirmed by the qualitative study, which found that patients with faith can manage their new reality more effectively.

From the findings of this dissertation, which emerged from the qualitative study and the TSCI patients' experience, it was proved how important is the role of the contribution of social and supportive networks in general (support of health professionals and family environment) and spiritual/religious communities, both during the rehabilitation process and in their subsequent course. Patients also expressed their concerns and plans for the future.

Conclusions: Comparing the results of the quantitative and qualitative research it is proven that people with complete paraplegia experience more stress, anxiety and depression both in relation to people with incomplete paraplegia and in relation to the general population. In addition, in both studies (qualitative and quantitative) religiosity-spirituality enhances self-esteem and leads to a reduction in stress. Regarding the role of social networking, patients with SCI need a personalized approach from both health professionals and the rest of their social environment due to the fact that they are experiencing more stress. Finally, this research could be a starting point for further studies on religiosity-spirituality and its role in approaching patients suffering from SCI, as well as in designing useful plans during the rehabilitation phase.

Key Words: Traumatic spinal cord injury, paraplegia, religiosity, spirituality, self-esteem, depression, stress.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

WHO: World Health Organization

ΔΜΤΣ: Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

ΚΝΜ: Κάκωση Νωτιαίου Μυελού

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

NM: Νωτιαίος Μυελός

ΤΚΝΜ: Τραυματική Κάκωση Νωτιαίου Μυελού

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού (ΚΝΜ) αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση στη ζωή ενός ατόμου καθώς μπορεί να οδηγήσει σε κινητικά προβλήματα, πόνο, σεξουαλική δυσλειτουργία αλλά και ψυχικά νοσήματα που έχουν ως αποτέλεσμα χαμηλή ποιότητα ζωής. Κάθε χρόνο παγκοσμίως υπολογίζεται ότι προστίθενται 250.000 έως 500.000 νέες περιπτώσεις ατόμων με ΚΝΜ. Η κατάθλιψη, το στρες και η χαμηλή αυτοεκτίμηση συναντούνται σε ασθενείς με ΚΝΜ. Η θρησκευτικότητα-πνευματικότητα αποτελεί μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας που λόγω της πολυπλοκότητας παραμελούνται στην φροντίδα υγείας.

Σκόπος της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της θρησκευτικότητας- πνευματικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες σε άτομα με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης.

Έναυσμα για την παρούσα διδακτορική διατριβή αποτέλεσε το γεγονός της 15ετούς μου εμπειρίας ως φυσικοθεραπεύτρια σε δημόσιες δομές υγείας αλλά και ως φυσικοθεραπεύτρια στην κοινότητα και η σχεδόν καθημερινή μου επαφή με άτομα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διαρθρώνεται σε δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Το Γενικό Μέρος αποτελείται από 7 κεφάλαια στα οποία γίνεται αναφορά στην Επιδημιολογία των Κακώσεων του Νωτιαίου Μυελού, περιγράφεται το Νευρικό Σύστημα, γίνεται αποσαφήνιση εννοιών, περιγράφονται οι πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες ασθενών με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού, η αλλαγή ποιότητας ζωής και η κατάθλιψη ασθενών με Κακωση Νωτιαίου Μυελού, το στρες ασθενών με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού και η αυτοεκτίμησή τους.

Το Ειδικό Μέρος περιλαμβάνει 7 κεφάλαια στα οποία περιγράφεται η έρευνα και στη συνέχεια παρουσιάζεται η Ποσοτική και η Ποιοτική Έρευνα και ολοκληρώνεται με την Συζήτηση των αποτελεσμάτων και τους Περιορισμούς της Έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Τα άτομα με Κακώσεις του Νωτιαίου Μυελού (ΚΝΜ) στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τα αντίστοιχα στις αναπτυσσόμενες. Η βοήθεια που παρέχεται από την πρώτη στιγμή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, οι

αποτελεσματικές ιατρικές παρεμβάσεις που ακολουθούν, τα εξελιγμένα τεχνολογικά βοηθήματα, οι υψηλού επιπέδου κοινωνικές υπηρεσίες, το φιλικό και προσβάσιμο περιβάλλον, η καταλληλότητα των αναπηρικών αμαξιδίων νέας τεχνολογίας, είναι καθοριστικοί παράγοντες και συντελούν στη μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας των ατόμων αυτών, επιτυγχάνοντας μια πιο παραγωγική ζωή, ποιοτική και με μεγαλύτερη διάρκεια σε σύγκριση με τους αντίστοιχους ασθενείς στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η ποιότητα ζωής τους εξαρτάται επίσης από τη βοήθεια και την ψυχολογική στήριξη του περιβάλλοντός τους, αλλά και από τον βαθμό αντιμετώπισης υποτιμητικών ή ρατσιστικών συμπεριφορών. Ψυχολογικές δυσκολίες βιώνουν ακόμα, όταν οι υπηρεσίες υγείας του κράτους είναι ελλιπείς, υποστελεχωμένες και δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους για την κάλυψη των αναγκών τους (WHO, 2013).

Σύμφωνα με το άρθρο 31 της Σύμβασης του Ο.Η.Ε. για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (ΟΗΕ-UNRIC, 2006) «...τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναλαμβάνουν να συγκεντρώσουν κατάλληλες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων και των στατιστικών και ερευνητικών δεδομένων...»

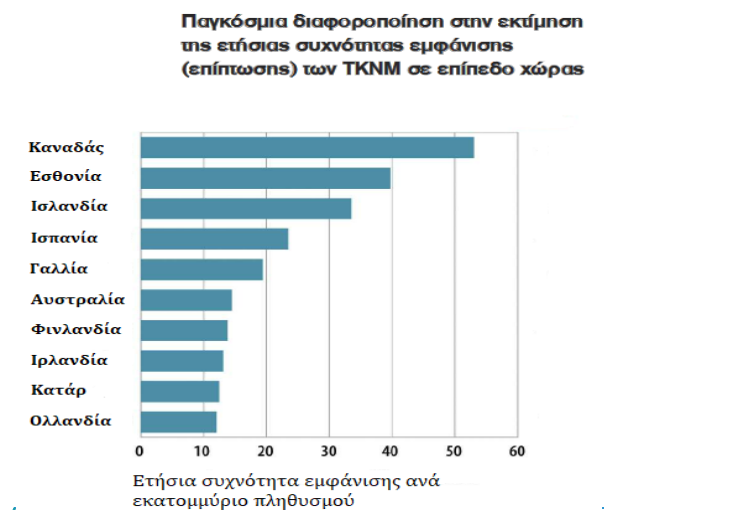
Κάθε χρόνο, παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι προστίθενται 250.000 έως 500.000 νέες περιπτώσεις ατόμων με ΚΝΜ, αριθμός που αντιστοιχεί σε 40-80 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο (WHO, 2013). Για το ποσοστό των ατόμων με ΚΝΜ σε παγκόσμια κλίμακα δεν υπάρχουν ακριβή πληθυσμιακά στοιχεία, παρά μόνο κατά προσέγγιση. Ελάχιστες χώρες (συγκεκριμένα: Αυστραλία, Ιράν, Ισλανδία, Καναδάς, Νορβηγία, Φινλανδία) έχουν παράσχει εθνικά στατιστικά στοιχεία, γι' αυτό δεν είναι γνωστός ο παγκόσμιος αριθμός των ατόμων με ΚΝΜ (WHO, 2015).

Βάσει των στοιχείων για την Τραυματική Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (TKNM) από τις χώρες που έχουν παράσχει εθνικά στατιστικά στοιχεία, ο επιπολασμός (ανά εκατομμύριο πληθυσμού) είναι ο εξής:

Χώρα	Έτος στοιχείων	Επιπολασμός (ανά εκατομμύριο)
Αυστραλία	1997	681
Ιράν	2008	440
Ισλανδία	2009	526
Καναδάς	2010	1298
Νορβηγία	2002	365
Φινλανδία	1999	280

Πίνακας 1: Επιπολασμός ΤΚΝΜ (WHO, 2015, Ιδία επεξεργασία).

Αξιοσημείωτο είναι το αυξημένο ποσοστό ατόμων με ΤΚΝΜ στον Καναδά. Η διακύμανση του ποσοστού πιθανόν να οφείλεται – σύμφωνα με τον WHO - σε διαφορετική μεθοδολογία υπολογισμού (WHO, 2015). Αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιπτώσεων ετησίως σε μια σειρά από χώρες, η εικόνα είναι η εξής:



Μορφοποιήθηκε: Γραμματοσειρά: (Προεπιλεγμένη) Times New Roman, 12 στ., Διαγραμμάτωση από 1,5 στ.

Γράφημα 1: Επιπολασμός ΤΚΝΜ ανά χώρα.(WHO, 2015)

Από τις χώρες που έχουν δώσει στοιχεία, ο Καναδάς, η Εσθονία και η Ισλανδία παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ετήσιων ΚΝΜ.

Ιστορικά, το ποσοστό τραυματικής προέλευσης ΚΝΜ φτάνει έως και το 90% των περιπτώσεων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μικρή αύξηση στις περιπτώσεις *μη τραυματικής* προέλευσης (ΜΤΚΝΜ), που αφορά κατά κύριο λόγο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (WHO, 2015).

Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία επιπολασμού της ΚΝΜ (Rapidí & Kygiakides, 2017), ούτε έχουν αντληθεί και ταξινομηθεί ψηφιακά από τη βάση δεδομένων του ΑΜΚΑ ούτε είναι καταγεγραμμένα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπως φαίνεται από την επίσημη τριμηνιαία έκθεσή της (ΕΛΣΤΑΤ, 2018). Υπάρχουν μόνο σποραδικές μελέτες για το θέμα αυτό, που καλύπτουν μικρό μέρος του ελληνικού πληθυσμού (Sapountzi-Krepia et al., 1998; Divanoglou & Levi, 2009; Koutsodontis et al., 2011; Papadakis et al., 2014; Latsou et al., 2014).

Σύμφωνα με τη μεγαλύτερη πληθυσμιακά μελέτη από τις παραπάνω, αυτή των (Divanoglou & Levi, 2009), που καλύπτει την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης, συμπεριλαμβάνοντας την Κεντρική και τη Δυτική Μακεδονία, για τα έτη 2006-2007, αναφέρεται ένας ετήσιος αριθμός 33,6 νέων περιπτώσεων ΚΝΜ ανά εκατομμύριο, το οποίο είναι το μεγαλύτερο πανευρωπαϊκά (Bjørnshave et al., 2014; Jazayeri et al., 2014), με το χαμηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στη Δανία με 8,3 νέες ετήσιες ΚΝΜ περιπτώσεις ανά εκατομμύριο. Στην Ελλάδα, το 51% των νέων περιπτώσεων ΚΝΜ οφείλεται σε τροχαία ατυχήματα και ακολουθούν οι πτώσεις (Bjørnshave et al., 2014; Jazayeri et al., 2014).

1.1 Τάσεις

Από τα υπάρχοντα στοιχεία των τελευταίων ετών (WHO, 2015) διακρίνονται οι εξής τάσεις:

1.1.1. Τάση μείωσης ΤΚΝΜ.

Η ΤΚΝΜ παρουσιάζει τάση ύφεσης σε ορισμένες χώρες (ΗΠΑ, Φινλανδία, Αυστραλία), η οποία οφείλεται στη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων. Ωστόσο, η τάση αυτή δεν παρουσιάζεται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Χαρακτηριστικά, στη

Γαλλία, ενώ τα τροχαία ατυχήματα παρουσιάζουν σημαντική μείωση, η ΤΚΝΜ παραμένει στα ίδια επίπεδα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ενώ στους οδηγούς αυτοκινήτων παρουσιάζεται μείωση ΤΚΝΜ, έχει αυξηθεί στους μοτοσικλετιστές, στους πεζούς και στους ποδηλάτες.

1.1.2. Υψηλά ποσοστά στους άνδρες.

Ενώ η ΚΝΜ στα παιδιά (0-5 ετών) έχει αναλογία 1:1 στα δύο φύλα, μετά τα 5 έτη αυξάνεται η αναλογία του αρσενικού φύλου και στην ηλικιακή ομάδα 16-21 το 82% των νέων περιπτώσεων ΤΚΝΜ είναι άνδρες. Οι κυριότερες αιτίες εντοπίζονται στην οδική συμπεριφορά και στη συμμετοχή σε επικίνδυνα αθλήματα.

1.1.3. ΤΚΝΜ σε ενήλικα νεαρά ή σε ηλικιωμένα άτομα.

Οι περισσότερες περιπτώσεις ΤΚΝΜ αφορούν τις εξής ηλικιακές ομάδες (WHO, 2015):

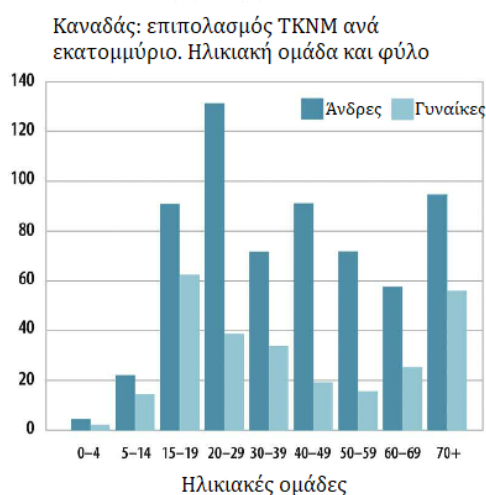
α) άνδρες 20-29 ετών και γυναίκες 15-19 ετών

β) άνδρες ετών 70+ και γυναίκες ετών 60+



Γράφημα 2: Κατανομή της ΚΝΜ ανά φύλο και ηλικία. (WHO, 2015)

Το επόμενο γράφημα αφορά τα στατιστικά στοιχεία του Καναδά, επειδή ήταν αρκετά σαφή ως προς τις ηλικιακές ομάδες.



Γράφημα 3: Καναδάς. ΤΚΝΜ ανά ηλικία και φύλο.(WHO, 2015)

Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες υπερτερούν οι άνδρες σε περιπτώσεις ΤΚΝΜ. Στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών καταγράφηκαν ετησίως πάνω από 130 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού για τους άνδρες και περίπου 40 για τις γυναίκες. Παρότι μετά τα 29 έτη μειώνεται η συχνότητα νέων ΤΚΝΜ και για τα δύο φύλα, στις γυναίκες παρατηρείται αντιστροφή τάσης μετά τα 60 και στους άνδρες μετά τα 70 έτη. Το φαινόμενο αυτό υποστηρίζεται από αντίστοιχες έρευνες στην Κίνα και την Αυστραλία. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξητική τάση στους ηλικιωμένους (65+) με ΤΚΝΜ. (WHO, 2015). Το γεγονός αυτό έχει συμβάλει στην αύξηση της μέσης ηλικίας κατά τη στιγμή της κάκωσης. Στη Νορβηγία, στην οποία υπάρχουν στοιχεία από το 1952, η μέση ηλικία από 40,2 έτη έφτασε στα 48,9 το 2001.

1.2 Αιτιολογία

Τα διαθέσιμα στοιχεία επιπολασμού ΚΝΜ παγκοσμίως παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των αιτιών ΚΝΜ. Για το λόγο αυτό παραθέτουμε στον επόμενο Πίνακα τα διαθέσιμα στοιχεία από τις ΗΠΑ. Δεν παύουν ωστόσο, τα αυτοκινητιστικά [road accidents] είτε αφορούν εποχούμενους είτε πεζούς να αποτελούν σε κάθε χώρα την κυριότερη αιτία τραυματικής ΚΝΜ.

Σύμφωνα με τον WHO, (2015), οι τρεις συνηθέστερες αιτίες ΤΚΝΜ είναι: α) οι μετακινήσεις, β) οι πτώσεις και γ) η βία.

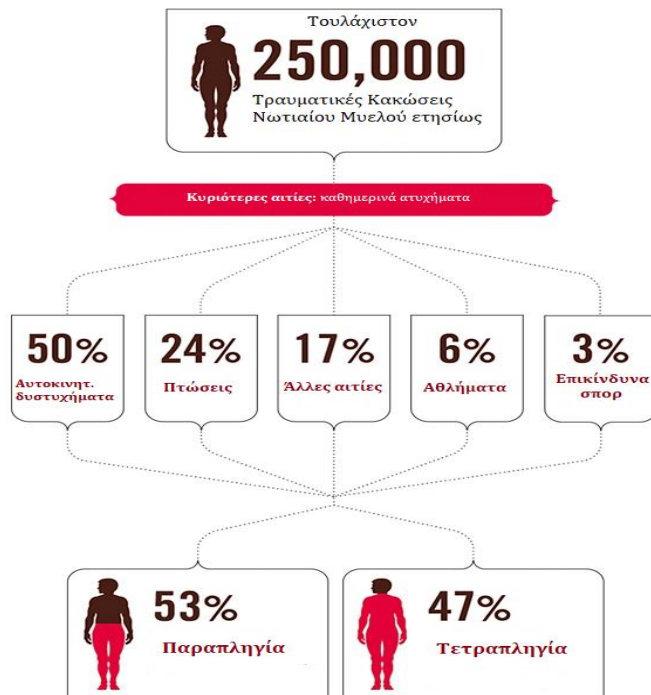
Από αυτές, η κυριότερη είναι οι μετακινήσεις - τα τροχαία ατυχήματα. Στην Αφρική οι μετακινήσεις ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων, ενώ στις υπόλοιπες χώρες το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 40-55%. Έρευνες έχουν δείξει ότι στο 75% των αυτοκινητιστικών συγκρούσεων που οδήγησαν σε ΤΚΝΜ δεν χρησιμοποιήθηκαν ζώνες ασφαλείας.

Ως δεύτερη κύρια αιτία αναφέρονται οι πτώσεις, είτε αφορούν εργατικά ατυχήματα είτε όχι. Οι πτώσεις ευθύνονται για το 40% των περιπτώσεων ΤΚΝΜ στην Ανατολική Μεσόγειο και στην Νοτιοανατολική Ασία, ενώ στην Αφρική οι πτώσεις ευθύνονται για το 14% των περιπτώσεων.

Η βία –συμπεριλαμβανομένου του αυτοτραυματισμού– είναι η τρίτη αιτία ΤΚΝΜ. Η Αμερική, η Αφρική και η Αν. Μεσόγειος έχουν αυξημένα ποσοστά ΤΚΝΜ (11-14% των περιπτώσεων) που οφείλεται στη βία. Στο Αφγανιστάν, η βία αποτελεί την κύρια αιτία ΤΚΝΜ με ποσοστό που φτάνει το 60%. Υψηλά είναι τα ποσοστά σε ορισμένες άλλες χώρες όπως η Βραζιλία (42%), η Τουρκία (25%), και η Ν. Αφρική (21%). Στη Δ. Ευρώπη το ποσοστό ΤΚΝΜ που οφείλεται στη βία κυμαίνεται γύρω στο 4%, ενώ ο Καναδάς, η Νορβηγία και η Αυστραλία αναφέρουν ακόμα χαμηλότερα ποσοστά (2-3%).

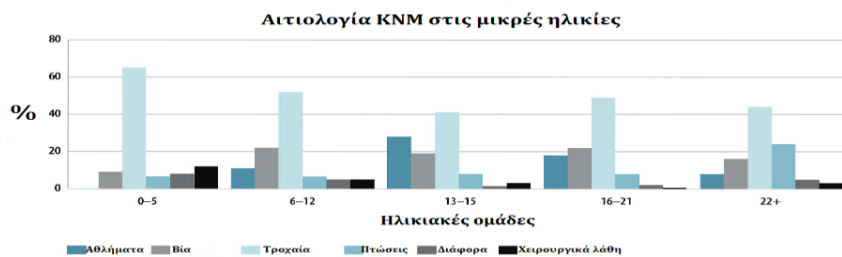
Από τις υπόλοιπες αιτίες, οι αθλητικές δραστηριότητες εμφανίζουν σε όλες τις χώρες ποσοστά χαμηλότερα του 10% των περιπτώσεων ΤΚΝΜ.

Ένα ποσοστό 15% όλων των περιπτώσεων ΤΚΝΜ οφείλεται σε εργατικά ατυχήματα. Επίσης, η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών σχετίζεται με την ΤΚΝΜ είτε πρόκειται για μετακινήσεις είτε για πτώση είτε για βία. (WHO, 2015).



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2013 World Health Organization, 2013

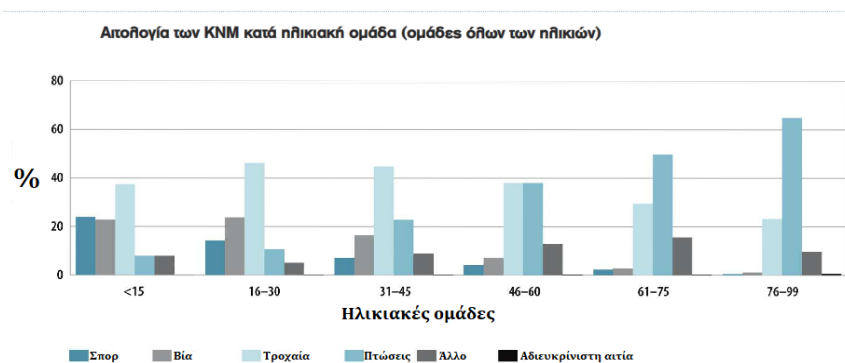
Πίνακας 2: Αιτιολογία ΚΝΜ, παγκόσμια στατιστικά (WHO, 2013)



Γράφημα 4: Αιτιολογία ΚΝΜ στις μικρές ηλικίες. (WHO, 2015)

Το παραπάνω γράφημα αναφέρεται στην αιτιολογία ΚΝΜ στις νεαρές ηλικίες. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν τη βασική αιτία ΚΝΜ και στις ηλικίες αυτές. Μετά τα 22 έτη, η δεύτερη αιτία ΚΝΜ είναι οι πτώσεις.

Οι νέες περιπτώσεις ΤΚΝΜ κυμαίνονται από 13 έως 53 ανά εκατομμύριο πληθυσμού ετησίως και τείνουν να είναι υψηλότερα τα ποσοστά στη Βόρεια Αμερική, ενδεχομένως λόγω μεγαλύτερης χρήσης βίας (WHO, 2015).



Γράφημα 5: Αιτιολογία ΚΝΜ ανά ηλικιακή ομάδα. (WHO, 2015: 21)

1.3 Προσδόκιμο ζωής

Τα άτομα με Τραυματική Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (ΤΚΝΜ) έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στην Αυστραλία, μεταξύ 1955-2006, με επίπεδο βλάβης A1-A4, το προσδόκιμο ζωής των ατόμων με ΚΝΜ φτάνει στο 70% του ποσοστού του γενικού πληθυσμού. Κατά το πρώτο έτος της βλάβης η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη, η οποία εξαρτάται από το μέγεθος της βλάβης. Για παράδειγμα οι τετραπληγικοί πεθαίνουν νωρίτερα από τους παραπληγικούς (Middleton et al., 2012; WHO, 2015).

Ωστόσο υπάρχει μια σταδιακή αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από το 1950 μέχρι σήμερα, γεγονός που αντανάκλα τη βελτίωση του τομέα της Υγείας στην κλινική φροντίδα και την αποκατάσταση.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, οι αιτίες θανάτου περιπτώσεων ΤΚΝΜ δεν αφορούν πλέον σε δευτερογενείς επιπλοκές της ΚΝΜ, όπως νεφρική ανεπάρκεια ή λοιμώξεις

του ουροποιητικού, αλλά αιτίες ανάλογες με εκείνες του γενικού πληθυσμού, όπως πνευμονία, γρίπη, καρδιακές νόσοι, καρκίνος και άλλες.

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στη Νορβηγία, οι κύριες αιτίες θανάτου ατόμων με ΚΝΜ είναι οι παθήσεις του αναπνευστικού, η ισχαιμική καρδιακή νόσος, ο καρκίνος και η αυτοκτονία, ενώ αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στη Βοστώνη των ΗΠΑ, αναφέρει ως παράγοντες κινδύνου τον σακχαρώδη διαβήτη, τις καρδιακές επιπλοκές, τις παθήσεις του αναπνευστικού και το κάπνισμα.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί πως η αναλογία θνησιμότητας -Standardized Mortality Ratio (SMR)=Τυποποιημένη Αναλογία Θνησιμότητας-από τα παραπάνω αίτια (παθήσεις αναπνευστικού, καρδιακές νόσοι, σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος κ.λπ.) είναι μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

Η αυστραλιανή μελέτη (Middleton et al., 2012) διαπίστωσε αναλογία θνησιμότητας (SMR) από πνευμονία και γρίπη 17,11 σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, από αυτοκτονία 4,37, από παθήσεις του ουροποιητικού 6,84.(Garshick et al., 2005; Lidal et al., 2007).

Το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης και ιδιαίτερα η αποτελεσματική λειτουργία των επειγόντων περιστατικών μιας χώρας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα ποσοστά θνησιμότητας ατόμων με ΤΚΝΜ. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ του ατυχήματος και της διακομιδής στο νοσοκομείο είναι ο πιο κρίσιμος για την επιβίωση του τραυματία και εν γένει οι πρώτες 24 ώρες. Από μελέτη που έγινε στην Αυστραλία μεταξύ 2004-2008, όταν το πλήρωμα των ασθενοφόρων είναι εκπαιδευμένο στην αναγνώριση των κλινικών συμπτωμάτων της ΚΝΜ και επιπλέον αντιμετωπίζει ως πιθανή ΚΝΜ παρόμοια περιστατικά, κατευθύνοντάς τα πρώτα σε εξειδικευμένη κλινική ΚΝΜ, τότε το ποσοστό επιβίωσης αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό (Lidal et al., 2007; Middleton et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ

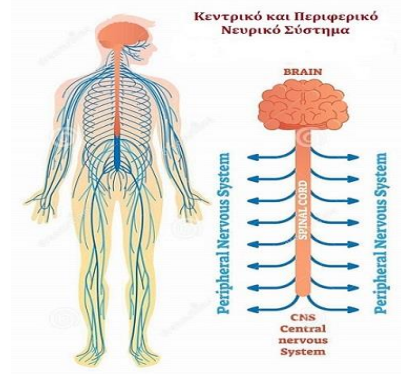
2.1 Το Νευρικό Σύστημα

Το Νευρικό Σύστημα αποτελείται από το **Κεντρικό** και το **Περιφερικό** τμήμα.

α) Το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα** (ΚΝΣ) περιλαμβάνει τον *Εγκέφαλο* και τον *Νωτιαίο Μυελό*, οι οποίοι περιβάλλονται από οστέινες δομές, το *κρανίο* και τη *σπονδυλική στήλη*.

β) Το **Περιφερικό Νευρικό Σύστημα** (ΠΝΣ) αποτελείται από τα *νεύρα* και δεν προστατεύεται από οστά όπως το ΚΝΣ.

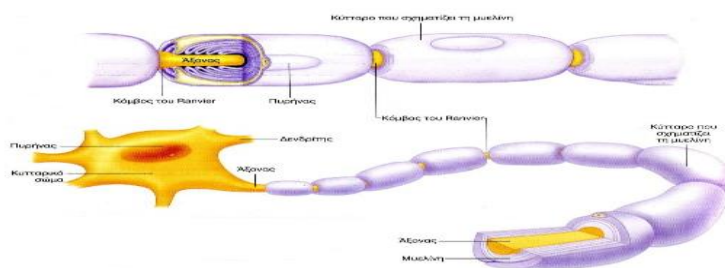
Οι λειτουργίες του *νευρικού συστήματος* είναι: **α)** να *δέχεται* ερεθίσματα από το περιβάλλον και από το σώμα, τα οποία περνούν από το ΠΝΣ στο ΚΝΣ, **β)** να *επεξεργάζεται* τα ερεθίσματα που δέχεται και **γ)** να *απαντά* σ' αυτά τα ερεθίσματα, είτε εκούσια είτε ακούσια.



Εικόνα 1: Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (123RF.com)

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από έναν τύπο ιστού, τον νευρικό ιστό. Τα νευρικά κύτταρα και τα νευρογλοιακά κύτταρα (ή νευρογλοία ή γλοία κύτταρα) συνθέτουν τον νευρικό ιστό.

Τα νευρικά κύτταρα μεταδίδουν τις νευρικές ώσεις, ενώ τα νευρογλοιακά βοηθούν αυτή τη λειτουργία, τρέφοντας και προστατεύοντας τα νευρικά κύτταρα.

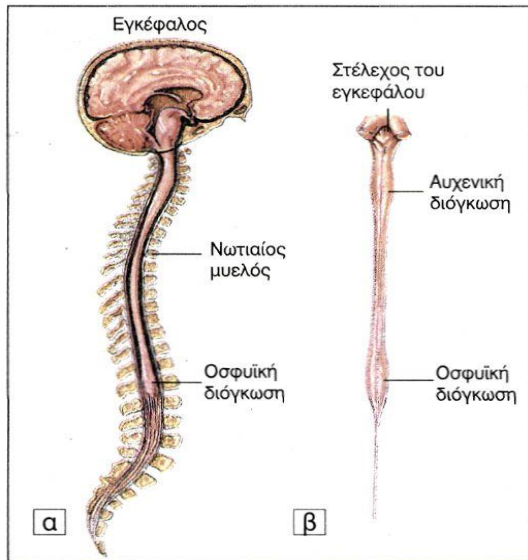


Εικόνα 2: Νευρικό και νευρογλοιακά κύτταρα (Ρήγας, 2010)

Επιπλέον, τα γλοία κύτταρα, παρασκευάζοντας τη λιπόφιλη ουσία *μυελίνη*, υποβοηθούν τη διάδοση της νευρικής ώσης. Η μυελίνη ενσωματώνεται στην κυτταρική μεμβράνη και ο ρόλος της είναι η ταχύτερη διάδοση της νευρικής ώσης. Η διάμετρος του άξονα (*νευράξονα* ή *νευρικής ίνας*) σε συνδυασμό με την ποσότητα μυελίνης (του βαθμού *μυελίνωσης*) του άξονα, καθορίζουν την ταχύτητα διάδοσης των νευρικών ώσεων.

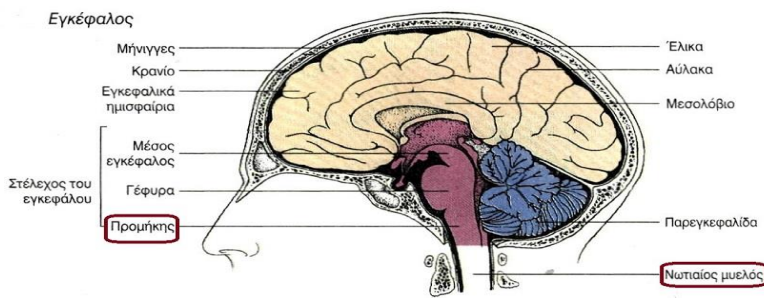
2.2 Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Ο *Εγκέφαλος* και ο *Νωτιαίος Μυελός* που αποτελούν το ΚΝΣ, προστατεύονται από οστά, το *κρανίο* και τη *σπονδυλική στήλη*. Ο νωτιαίος μυελός εντοπίζεται στα άνω δύο τρίτα (2/3) της σπονδυλικής στήλης και είναι η συνέχεια του *προμήκη μυελού* του εγκεφάλου. Ξεκινά από το άνω χείλος του *άτλαντα* και συνεχίζεται προς τα κάτω έως και μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} *οσφυϊκού σπονδύλου*. Παρουσιάζει δύο *ατρακτοειδείς παχύνσεις*, την *αυχενική διόγκωση* στην αυχενική μούρα και την *οσφυϊκή διόγκωση* στην οσφυοϊερή μούρα (Τζόνσον, 2012).



Εικόνα 3: Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ebooks.edu.gr)

Στο εσωτερικό μέρος των οστών που περιβάλλουν τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, δηλαδή του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, υπάρχουν τρεις μεμβράνες, οι *μηνιγγες*. Εσωτερικά των μηνίγγων βρίσκεται το *εγκεφαλονωτιαίο υγρό*.



Εικόνα 4: Εγκέφαλος. Ο νωτιαίος μυελός είναι συνέχεια του προμήκη (Τζόνσον, 2012)

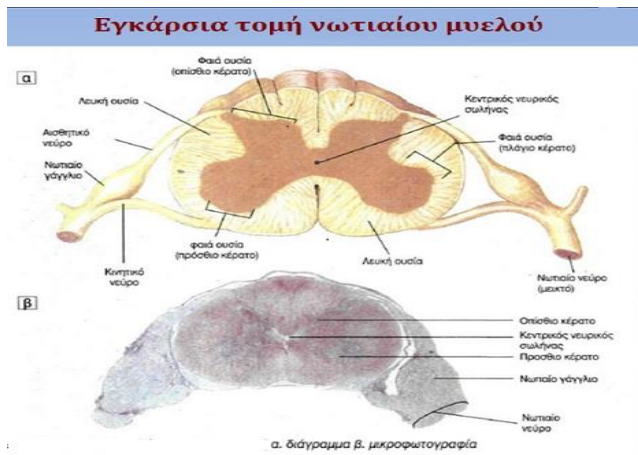
Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούνται από νευρικό ιστό, που χωρίζεται σε δύο περιοχές: στη γκρίζα και την άσπρη. Η γκρίζα περιοχή ονομάζεται *φαιά ουσία* και η άσπρη, *λευκή ουσία*. (Τζόνσον, 2012)

2.3 Ανατομία του Νωτιαίου Μυελού

Ο νωτιαίος μυελός, που είναι η συνέχεια του εγκεφάλου, μεταφέρει τα σήματα από και προς τον εγκέφαλο για να μετακινηθεί το σώμα, να γίνουν αντιληπτές οι αισθήσεις και για να λειτουργήσουν τα εσωτερικά όργανα του σώματος.

Σε διατομή εμφανίζει κυκλικό προς ωοειδές σχήμα με έναν κεντρικό αυλό (*κεντρικό νευρικό σωλήνα*). Βρίσκεται μέσα στον σπονδυλικό (ή νωτιαίο) σωλήνα της σπονδυλικής στήλης και περιβάλλεται από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Στο κέντρο φαίνεται η φαιά ουσία σε σχήμα πεταλούδας, που αποτελείται από τα σώματα των νευρικών κυττάρων, ενώ στην περιφέρεια του μυελού βρίσκεται η λευκή ουσία που σχηματίζεται από τους *νευράξονες*, τις εμμύελες νευρικές ίνες των νευρικών κυττάρων (Τζόνσον, 2012).

Στον εγκέφαλο αντίθετα, η διάταξη φαιάς και λευκής ουσίας είναι διαφορετική. Εξωτερικά προς το φλοιό του εγκεφάλου βρίσκεται η φαιά ουσία, ενώ εσωτερικά η λευκή. Αυτό συμβαίνει επειδή οι νευράξονες των κυττάρων είναι στραμμένοι προς το εσωτερικό του εγκεφάλου.

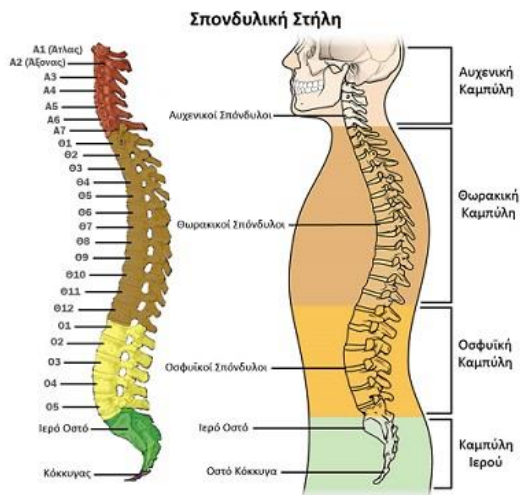


Εικόνα 5: Φαία και λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού (Τζόνσον, 2012)

2.3.1. Τοπογραφική ανατομία

Ο νωτιαίος μυελός καταλαμβάνει τα δύο τρίτα (2/3) της σπονδυλικής στήλης, ξεκινώντας από τον 1^ο αυχενικό σπόνδυλο (Α₁) και καταλήγοντας μεταξύ του 1^{ου} και του 2^{ου} οσφυϊκού σπόνδυλου (Ο₁-Ο₂), περίπου στο μεσοσπονδύλιο δίσκο. Ενίοτε φτάνει έως πριν τον 1^ο οσφυϊκό σπόνδυλο, στον τελευταίο (12^ο) θωρακικό σπόνδυλο (Θ₁₂). Το συνολικό μήκος του είναι περίπου 45 εκατοστά και έχει διάμετρο 1,5-2cm. Το βάρος του είναι περίπου 30 γραμμάρια (Τζόνσον, 2012).

Στα νεογνά, ο νωτιαίος μυελός μπορεί να φτάσει χαμηλότερα, ως τον 3^ο ή και 4^ο οσφυϊκό σπόνδυλο (Ο₃-Ο₄). Συνέπεια αυτού είναι τα νωτιαία νεύρα και οι ρίζες τους για να φτάσουν μέχρι το μεσοσπονδύλιο τμήμα τους να ακολουθούν κατιούσα πορεία μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα. Όσο χαμηλότερη είναι η έκφυση του νεύρου από το νωτιαίο μυελό τόσο πιο κατιούσα και μακρύτερη είναι η πορεία του μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα μέχρις ότου βγει από το μεσοσπονδύλιο τμήμα του. Επομένως, στον ενήλικο, δεν υπάρχει αντιστοιχία ύψους μεταξύ της έκφυσης ενός νεύρου από τον νωτιαίο μυελό και της εξόδου από τον σπονδυλικό σωλήνα (Kahle & Frotscher, 2011).



Εικόνα 6: Η σπονδυλική στήλη-Σπόνδυλοι (Τζόνσον, 2012)

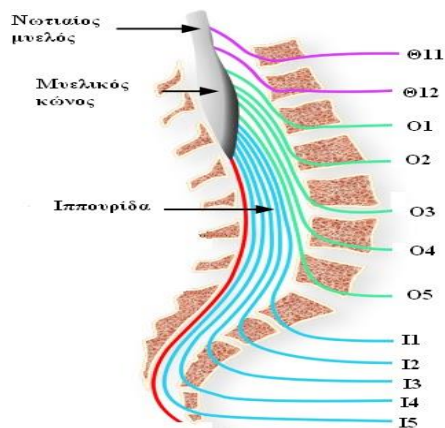
2.3.2. Μοίρες

Ο νωτιαίος μυελός αποτελείται από όμως εξής μοίρες: την *αυχενική* (7 σπόνδυλοι), τη *θωρακική* (12 σπόνδυλοι), την *οσφυϊκή* (5 σπόνδυλοι), την *ιερή* ή *το ιερό οστών* (5 συνοστεωμένοι σπόνδυλοι) και την *κοκκυγική* ή *κόκκυγα* (4 συνοστεωμένοι σπόνδυλοι). Συνήθως όμως η *ιεροκοκκυγική μοίρα* εντάσσεται στην οσφυϊκή (Τζόνσον, 2012).

Παρουσιάζονται δύο ατρακτοειδής παχύνσεις, το *αυχενικό όγκωμα* στην αυχενική μοίρα και το *οσφυϊκό όγκωμα* στην οσφυοϊερή μοίρα. Από τα ογκώματα αυτά εκφύονται τα νεύρα των άνω και κάτω άκρων αντίστοιχα.

Το κατώτερο τμήμα του νωτιαίου μυελού ονομάζεται *μυελικός κώνος* στο επίπεδο των Ο1-Ο2 σπονδύλων και απολήγει στο τελικό νηματίο, το οποίο φέρεται μέχρι τον κόκκυγα. Οι 5 οσφυϊκές και οι 5 ιερές νευρικές ρίζες που βγαίνουν σα θύσανος μέσω των αντίστοιχων σπονδύλων, ονομάζονται *ιππουρίδα* [λατ. Cauda

equina = ουρά του αλόγου – horse’s tail], επειδή μοιάζουν με την ουρά του αλόγου (Τζόνσον, 2012).

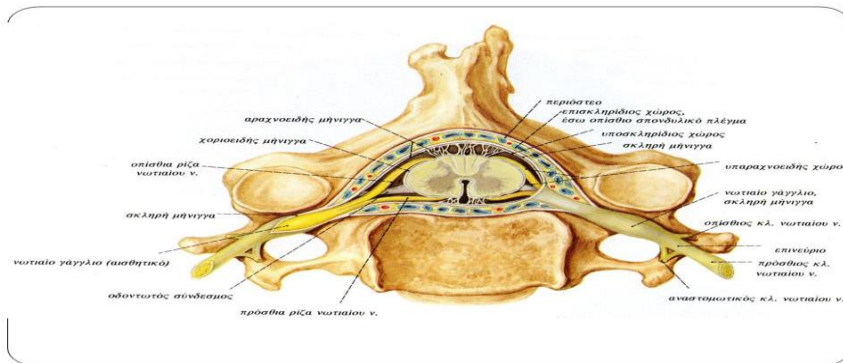


Εικόνα 7: Ιππουρίδα και μυελικός κώνος (Τζόνσον, 2012)

2.3.3. Φορά και στήριξη

Στο αυχενικό κύρτωμα της σπονδυλικής στήλης, ο νωτιαίος μυελός εμφανίζει την *αυχενική καμπή* και στο θωρακικό κύρτωμα, την *θωρακική καμπή*.

Προς τα άνω, στηρίζεται από τον *προμήκη μυελό* και προς τα κάτω στηρίζεται στον *κόκκυγα*. Προς τα πλάγια στηρίζεται από τον οδοντωτό σύνδεσμο, από τις πρόσθιες και οπίσθιες ρίζες των νωτιαίων νεύρων και τις μεταμερείς νωτιαίες αρτηρίες και φλέβες των μεσοσπονδυλίων τρημάτων.



Εικόνα 8: Διατομή Νωτιαίου Μυελού (<https://slideplayer.gr/slide/2958084/>)

2.3.4. Κεντρικός σωλήνας

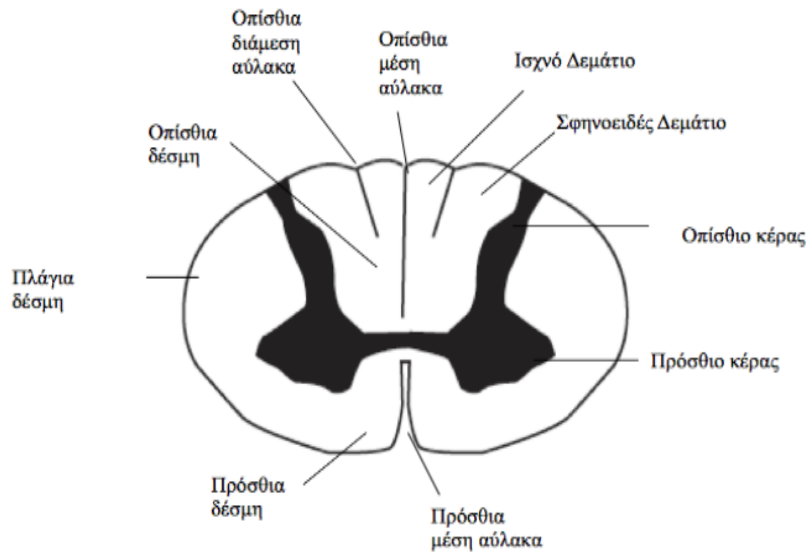
Επικοινωνεί με τον κεντρικό σωλήνα του προμήκη μυελού προς τα άνω και με το τελικό νημάτιο προς τα κάτω. Ωστόσο δεν είναι ανοικτός σε όλο το μήκος του (Τζόνσον, 2012).

2.3.5. Εξωτερική μορφολογία

- Το αυχενικό όγκωμα εκτείνεται μεταξύ των Α₃ και Θ₂ σπονδύλων, απ' όπου εκφύονται τα νεύρα των άνω άκρων, μέσω του βραχιονίου πλέγματος.
- Το οσφυϊκό όγκωμα εκτείνεται μεταξύ των Θ₉ και Ι₃ σπονδύλων, απ' όπου εκφύονται τα νεύρα των κάτω άκρων, μέσω του οσφυϊκού (Ο₁-Ο₄) και του ιερού πλέγματος (Ο₄-Ι₂)
- Ο μυελικός κώνος είναι το κωνοειδές άκρο του ΝΜ και βρίσκεται στο κάτω μέρος του οσφυϊκού ογκώματος. Από εκεί εκφύονται τα κοκκυγικά νεύρα και περιβάλλεται από την ιππουρίδα.
- Το τελικό νημάτιο ξεκινά από την κορυφή του μυελικού κώνου, αποτελείται από τα Κ₂₋₃ νεύρα και από συνδετικό ιστό και προσφύεται στην επιφάνεια του Κ₁ σπονδύλου και αποτελείται από δύο μοίρες, την άνω μοίρα που περιλαμβάνει το έσω τελικό νημάτιο και την κάτω μοίρα που περιλαμβάνει το έξω τελικό νημάτιο.

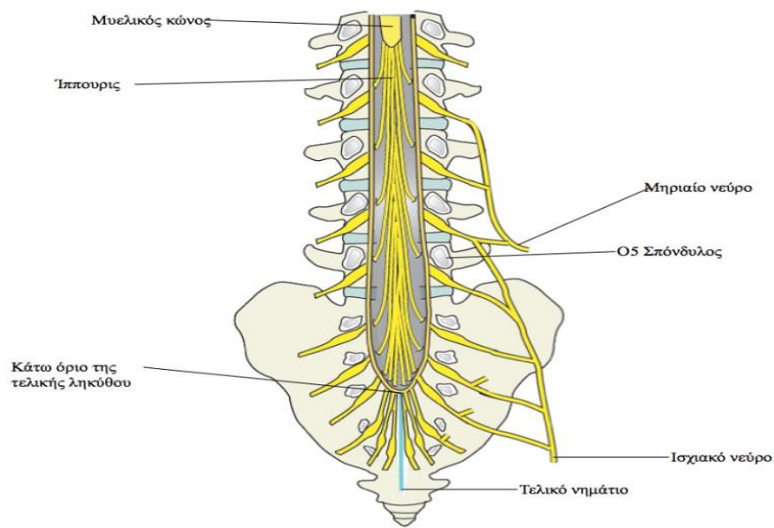
- Τα νωτιαία νεύρα περιλαμβάνουν 31 ζεύγη, (8 αυχενικά, 12 θωρακικά, 5 οσφυϊκά, 5 ιερά και 1 κοκκυγικό) τα οποία εκφύονται από τον σπονδυλικό σωλήνα μέσω των μεσοσπονδύλιων τρημάτων. Κάθε ζεύγος εξυπηρετεί μόνο ένα τμήμα του σώματος. Κάθε νωτιαίο νεύρο συνδέεται με το νωτιαίο μυελό με οπίσθιες και πρόσθιες ρίζες. Η οπίσθια ρίζα περιέχει τις αποφυάδες αισθητικών νευρώνων που μεταφέρουν πληροφορίες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Τα κυτταρικά σώματα των αισθητικών νευρώνων είναι σωρευμένα σε ένα νωτιαίο γάγγλιο στο περιφερικό άκρο της οπίσθιας ρίζας συνήθως στο μεσοσπονδύλιο τμήμα. Η πρόσθια ρίζα περιέχει κινητικές νευρικές ίνες που μεταφέρουν σήματα από το ΚΝΣ προς την περιφέρεια και τα κυτταρικά τους σώματα βρίσκονται στις πρόσθιες περιοχές του νωτιαίου μυελού. Κεντρικά, οι οπίσθιες και οι πρόσθιες ρίζες διαχωρίζονται σε πολλά λεπτά στελέχη, τα ριζικά νημάτια, που προσφύονται στο νωτιαίο μυελό. Τα μυελοτόμια που αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι τα τμήματα του νωτιαίου μυελού από όπου εκφύονται δεξιά και αριστερά τα οπίσθια και πρόσθια ριζικά νημάτια που θα σχηματίσουν ζεύγη νωτιαίων νευρών. Οι οπίσθιες και οι πρόσθιες ρίζες ενώνονται στα δύο πλάγια και συγκροτούν ένα νωτιαίο νεύρο (Drake et al., 2015). Καθώς εξέρχεται από το μεσοσπονδύλιο τμήμα, κάθε νωτιαίο νεύρο διαιρείται σε δύο πρωτεύοντες κλάδους: ένα μικρό οπίσθιο κλάδο και ένα πολύ μεγαλύτερο πρόσθιο κλάδο. Οι οπίσθιοι κλάδοι νευρώνουν μόνο αυτόχθονες μυς της ράχης και μια αντίστοιχη με αυτούς στενή λωρίδα δέρματος της ράχης ενώ οι πρόσθιοι νευρώνουν τους περισσότερους άλλους σκελετικούς μύες. Όλα τα μεγάλα σωματικά πλέγματα (αυχενικό, βραχιόνιο, οσφυϊκό και ιερό) σχηματίζονται από πρόσθιους κλάδους. Επειδή ο νωτιαίος μυελός είναι κοντύτερος από το σπονδυλικό σωλήνα, οι ρίζες των νωτιαίων νευρών έχουν λοξή κατεύθυνση προς τα κάτω, ώστε να περάσουν από το μεσοσπονδύλιο τμήμα που τους αναλογεί. Λόγω αυτού του φαινομένου, οι οσφυϊκές, ιερές και κοκκυγικές ρίζες, που βγαίνουν από το σπονδυλικό σωλήνα κατώτερα από τελικό άκρο του μυελού, πορεύονται προς τα κάτω και σχηματίζουν την ιππουρίδα (Kahle & Frotscher, 2011).

- Αύλακες. Στην πρόσθια επιφάνεια, στη μέση γραμμή, βρίσκεται η πρόσθια μέση αύλακα, που περιέχει την κατάδυση της χοριοειδούς μήνιγγας.



Εικόνα 9: Εγκάρσια διατομή του νοτιαίου μυελού (Τζόνσον, 2012)

Ο μυελικός κώνος, το τελικό νημάτιο και η ιππουρίδα



Εικόνα 10: Μυελικός κώνος, Τελικό νημάτιο, Ιππουρίδα (Τζόνσον, 2012)

2.3.6. Μήνιγγες του Νωτιαίου Μυελού

Όπως ο εγκέφαλος, έτσι κι ο νωτιαίος μυελός περιβάλλεται από τρεις προστατευτικές μεμβράνες, τις μήνιγγες, οι οποίες βρίσκονται μεταξύ του νωτιαίου μυελού και του σπονδυλικού σωλήνα. Πρόκειται για τρεις χιτώνες συνδετικού ιστού που περιβάλλουν και προστατεύουν το σπονδυλικό σωλήνα και είναι οι εξής: η σκληρή, η αραχνοειδής και η χοριοειδής μήνιγγα.

- η σκληρή μήνιγγα [dura mater] είναι ο εξωτερικός μηνιγγικός χιτώνας, που επενδύει την εξωτερική επιφάνεια των οστών της σπονδυλικής στήλης και είναι συνέχεια της κρανιακής σκληρής μήνιγγας. Πρόκειται για μια μεμβράνη ινώδους σύστασης που χαρακτηρίζεται από ανθεκτικότητα και δεν διακρίνεται εύκολα από το περίστωο. Διαχωρίζεται από τα οστά του σπονδυλικού σωλήνα με τον εξωσκληρίδιο χώρο. Προς τα κάτω ο σκληρός σάκος στενεύει απότομα στο επίπεδο του I2 σπονδύλου και απολήγει σε μία λεπτή αποφυάδα η οποία φέρεται σαν το εξωτερικό τελικό νημάτιο μέχρι το περίστωο του κόκκυγα.

- Η αραχνοειδής μήνιγγα [arachnoid mater] είναι μια λεπτή και ευαίσθητη μεμβράνη, χωρίς αγγεία, που έρχεται σε επαφή χωρίς να συμφύεται με την έξω επιφάνεια της χοριοειδούς μήνιγγας από την οποία χωρίζεται από τον υπαραχνοειδή χώρο και τελειώνει στο επίπεδο του I2 σπονδύλου. Η αραχνοειδής μήνιγγα σχηματίζεται από δύο πέταλα: το τοιχοματικό που ενώνεται με την εσωτερική επιφάνεια της σκληρής μήνιγγας και το σπλαχνικό που καλύπτει την χοριοειδή μήνιγγα, την εσωτερική μεμβράνη. Τα δύο αυτά πέταλα ορίζουν τον αραχνοειδή χώρο.

- Η χοριοειδής μήνιγγα [pia mater] είναι μια μεμβράνη πλούσια σε αγγεία και προσφύεται στερεά στην επιφάνεια του νωτιαίου μυελού. Η χοριοειδής χωρίζεται από την αραχνοειδή μήνιγγα από έναν χώρο που ονομάζεται υπαραχνοειδής και στον οποίο κυκλοφορεί το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Εκτείνεται ως την πρόσθια μέση αύλακα και καλύπτει πρόσθιες και οπίσθιες δέσμες καθώς διαπερνούν τον υπαραχνοειδή χώρο (Drake et al., 2015).

Ο υπαραχνοειδής χώρος μεταξύ της αραχνοειδούς και της χοριοειδούς μήνιγγας, που περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό τερματίζεται στο κάτω χείλος του I2

σπονδύλου. Οι αραχνοειδείς δοκίδες γεμίζουν τον υπαραχνοειδή χώρο, συνδέουν τις δύο μήνιγγες και υποστηρίζουν μεγάλα αιμοφόρα αγγεία (Drake et al., 2015).

Αμφοτερόπλευρα του νωτιαίου ένα πέταλο συνδετικού ιστού, ο οδοντωτός σύνδεσμος εκτείνεται από την χοριοειδή προς την σκληρά μήνιγγα και βοηθά στη στερέωση του νωτιαίου μυελού στην θέση του, ο οποίος αιωρείται στον σπονδυλικό σωλήνα (Kahle & Frotscher, 2011).

Οι μήνιγγες προστατεύουν το ΚΝΣ και λειτουργούν ως είδος φίλτρου, επιτρέποντας τη δίοδο προς τον νευρικό ιστό ορισμένων ουσιών, εμποδίζοντας την είσοδο βλαβερών ουσιών.

Οι μήνιγγες προσβάλλονται από διάφορες παθήσεις, όπως είναι οι φλεγμονές ή μηνιγγίτιδες, οι νεοπλασίες των μηνιγγων, η ρήξη αιμοφόρων αγγείων που ακολουθούν μια κάκωση είτε του νωτιαίου μυελού είτε κρανιοεγκεφαλική. Διακρίνονται σε επισκληρίδιες αιμορραγίες μεταξύ οστού και σκληρής μήνιγγας, σε υποσκληρίδιες μεταξύ σκληρής και αραχνοειδούς μήνιγγας και σε υπαραχνοειδείς αιμορραγίες.

2.3.7. Νωτιαία Νεύρα

Τα νωτιαία νεύρα αναφέρονται και ως περιφερικά νεύρα (Τζόνσον, 2012). Από το Ν.Μ. εκφύονται 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων. Αναδύονται από τον σπονδυλικό σωλήνα μέσω των μεσοσπονδύλιων τρημάτων. Κάθε ζεύγος εξυπηρετεί μόνο ένα τμήμα του σώματος (Kahle & Frotscher, 2011). Το τμήμα του Ν.Μ. από το οποίο εκφύονται δεξιά και αριστερά τα οπίσθια και τα πρόσθια ριζικά νημάτια, σχηματίζοντας ένα ζεύγος νωτιαίων νεύρων, ονομάζεται *μυελοτόμιο* ή *νευροτόμιο*. Επομένως, ο νωτιαίος μυελός χωρίζεται σε 31 μυελοτόμια. Τα νευροτόμια ή μυελοτόμια είναι νοητά μεταμερίδια του ΝΜ μεταξύ των νοητών οριζόντιων επιπέδων στο ύψος των ανώτερων ριζικών νηματίων κάθε νωτιαίου νεύρου. Ωστόσο, επειδή ο σπονδυλικός σωλήνας δεν περιέχει ΝΜ σε όλο το μήκος του, δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ μυελοτομίων και αντίστοιχων σπονδύλων (Τζόνσον, 2012).

Οι οπίσθιες και οι πρόσθιες ρίζες ενώνονται στα δύο πλάγια και συγκροτούν ένα νωτιαίο νεύρο (Drake et al., 2015). Από κάθε μυελοτόμιο ξεκινούν τέσσερις ρίζες: δύο κινητικές από τα πρόσθια κέρατα της φαιάς ουσίας και δύο αισθητικές από τα οπίσθια κέρατα. Επειδή ο ΝΜ είναι κοντύτερος από τον σπονδυλικό σωλήνα, οι ρίζες

των νωτιαίων νεύρων έχουν λοξή κατεύθυνση προς τα κάτω, ώστε να περάσουν από το μεσοσπονδύλιο τμήμα που τους αναλογεί. Λόγω αυτού του φαινομένου, οι οσφυϊκές, ιερές και κοκκυγικές ρίζες, που βγαίνουν από το σπονδυλικό σωλήνα κατώτερα από το τελικό άκρο του μυελού, πορεύονται προς τα κάτω και σχηματίζουν την ιππουρίδα (Kahle & Frotscher, 2011).

Αφού αναδυθούν από το μεσοσπονδύλιο τμήμα σχηματίζουν δύο πρωτεύοντες κλάδους.

- Ο οπίσθιος πρωτεύων κλάδος πορεύεται προς τη ράχη και νευρώνει τους παρακείμενους σπονδυλικούς μύες και μια αντίστοιχη με αυτούς στενή λωρίδα του δέρματος της ράχης. Οι οπίσθιοι κλάδοι δεν σχηματίζουν πλέγματα, σε αντίθεση με τους πρόσθιους κλάδους. Με εξαίρεση τον A1 και τον A2 κλάδο, οι οπίσθιοι κλάδοι είναι μικρότεροι από τους πρόσθιους.

- Ο πρόσθιος πρωτεύων κλάδος συνδέεται με τη συμπαθητική αλυσίδα μέσω λευκών και φαιών κλάδων. Νευρώνει τους μύες και το αντίστοιχο δέρμα της μπροστινής και της πλάγιας πλευράς του σώματος και των άκρων (Τζόνσον, 2012).

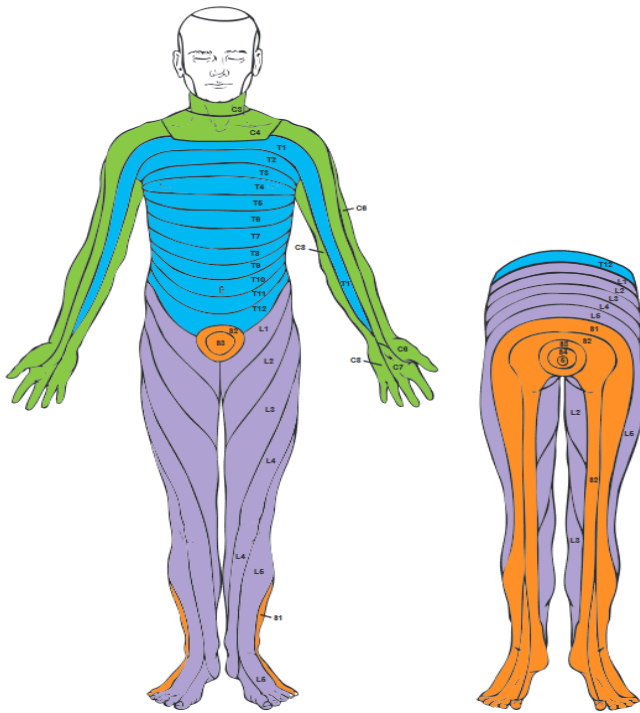
Τα νωτιαία νεύρα διακρίνονται σε:

- 8 αυχενικά νεύρα
- 12 θωρακικά νεύρα
- 5 οσφυϊκά,
- 5 ιερά
- 1 κοκκυγικό

- Η οπίσθια ή ραχιαία ρίζα, που εκφύεται από τα οπίσθια κέρατα της φαιάς ουσίας, είναι αισθητική. Περιέχει τις αποφυάδες αισθητικών νευρώνων που μεταφέρουν πληροφορίες από την περιφέρεια προς το ΚΝΣ, είναι δηλαδή κεντρομόλος. Τα κυτταρικά σώματα των αισθητικών νευρώνων είναι σωρευμένα σε ένα νωτιαίο γάγγλιο στο περιφερικό άκρο της οπίσθιας ρίζας συνήθως στο μεσοσπονδύλιο τμήμα.

- Η πρόσθια ή κοιλιακή ρίζα που εκφύεται από τα πρόσθια κέρατα της φαιάς ουσίας, είναι κινητική. Περιέχει κινητικές νευρικές ίνες που μεταφέρουν σήματα από το ΚΝΣ προς την περιφέρεια, είναι δηλαδή φυγόκεντρος. Τα κυτταρικά τους σώματα βρίσκονται στις πρόσθιες περιοχές του ΝΜ. Οι οπίσθιες και οι πρόσθιες ρίζες διαχωρίζονται σε πολλά λεπτά στελέχη (ριζικά νημάτια), που προσφύονται στο νωτιαίο μυελό (Τζόνσον, 2012).

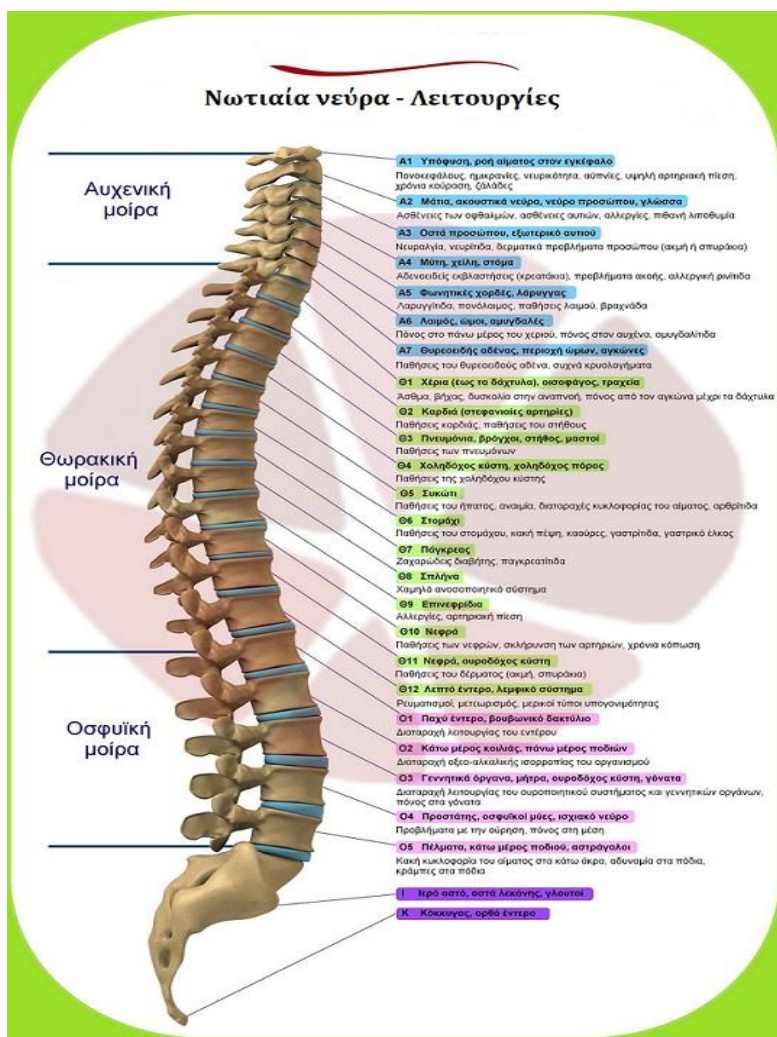
Οι πρόσθιοι κλάδοι των νωτιαίων νεύρων – εκτός από τους θωρακικούς – σχηματίζουν συμπλέγματα νεύρων, που ονομάζονται νευρικά πλέγματα, από τα οποία εκφύονται στη συνέχεια πολλά περιφερικά νεύρα. Όλα τα μεγάλα σωματικά πλέγματα (αυχενικό, βραχιόνιο, οσφυϊκό και ιερό) σχηματίζονται από πρόσθιους κλάδους.



Εικόνα 11: Αντιστοιχία νωτιαίων νεύρων και περιοχών (Fiona Stanley Hospital, 2015)

Τα πλέγματα που δημιουργούνται και από τα οποία εκφύονται τα περιφερικά νεύρα είναι τα ακόλουθα (Τζόνσον, 2012):

1. Το **αυχενικό** πλέγμα (A1-A4), 2. Το **βραχιόνιο** πλέγμα (A4-Θ2)
3. Το **οσφυϊκό** πλέγμα (Ο1-Ι3), 4. Το **ιερό** πλέγμα (Ο4-Ι3)
5. Το **αιδοϊκό** πλέγμα (Ι3-Ι4), 6. Το **κοκκυγικό** πλέγμα (Ι5-Κ1)

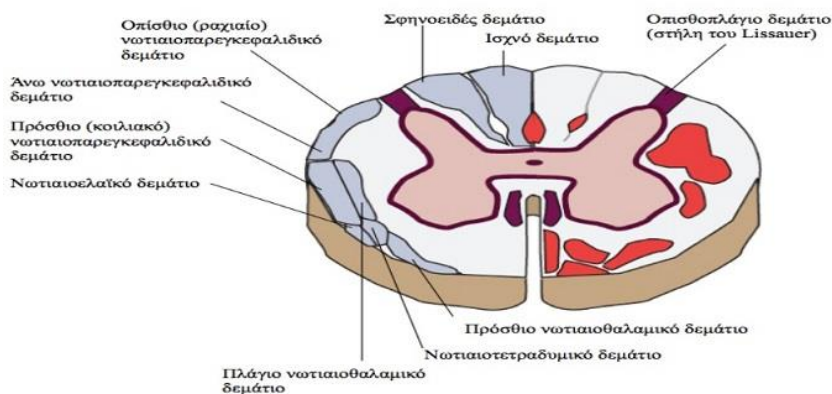


Εικόνα 12: Νωτιαία νεύρα (Mega-Rays, 2018)

2.3.8. Νωτιαίες Οδοί

Η λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού αποτελείται α) από πολλές ανιούσες και κατιούσες εμμύελες νευρικές ίνες, β) από λίγες αμύελες νευρικές ίνες και γ) από νευρογλοία και αγγεία.

Οι ανιούσες και οι κατιούσες νευρικές ίνες σχηματίζουν δεμάτια ή οδούς από και προς τον εγκέφαλο. Υπάρχουν δύο είδη οδών: α) οι ανιούσες νωτιαίες οδοί ή ανιόντα (κεντρομόλα) δεμάτια, που μεταβιβάζουν διεγέρσεις από την περιφέρεια προς τα νωτιαία γάγγλια ή τη φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού και στη συνέχεια προς τον εγκέφαλο και β) οι κατιούσες νωτιαίες οδοί ή κατιόντα (φυγόκεντρα) δεμάτια, που μεταβιβάζουν διεγέρσεις από τον εγκέφαλο προς τον νωτιαίο μυελό. Υπάρχει και τρίτη οδός τα θεμέλια (ίδια) δεμάτια, που εκφύονται από τη φαιά ουσία και συνδέουν διάφορα νευροτόμια μεταξύ τους και χρησιμεύουν για την εξάπλωση των διεγέρσεων κατά μήκος του νωτιαίου μυελού (Drake et al., 2015; Τζόνσον, 2012).



Εικόνα 13: Κυριότερα ανιόντα και κατιόντα δεμάτια (Τζόνσον, 2012).

2.3.8.1. Ανιόντα δεμάτια του Νωτιαίου Μυελού

Τα ανιόντα δεμάτια μεταφέρουν διεγέρσεις από την περιφέρεια προς τον εγκέφαλο. Οι διεγέρσεις αυτές αφορούν την αφή, τον πόνο (άλγος), τη θερμοκρασία των μυϊκών και των τενόντιων υποδοχέων. Μεταφέρουν α) συνειδητές αισθητικές πληροφορίες προς το φλοιό του εγκεφάλου και β) μη συνειδητές αισθητικές πληροφορίες προς την παρεγκεφαλίδα (Τζόνσον, 2012)

Τα ανιόντα δεμάτια χωρίζονται σε:

α) ανιόντα δεμάτια της πρόσθιας δέσμης, β) σε ανιόντα δεμάτια της πλάγιας δέσμης και γ) σε ανιόντα δεμάτια της οπίσθιας δέσμης

- **Πρόσθια δέσμη:**

α) πρόσθιο νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο. Οι ίνες του εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του πυρήνα του οπισθίου κέρατος και χιάζονται στον πρόσθιο λευκό σύνδεσμο. Μεταβιβάζει διεγέρσεις σχετικά με την αφή και την πίεση.

- **Πλάγια δέσμη:**

α) οπίσθιο νωτιαιοπαραγκεφαλιδικό δεμάτιο (ή δεμάτιο του Flechsig). Οι ίνες του εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του οπισθίου κέρατος. Μεταβιβάζει διεγέρσεις ιδιοδεκτικής αισθητικότητας (από μύες, τένοντες και αρθρώσεις) και εν μέρει με την αφή και την πίεση, οι οποίες μεταφέρονται στην παρεγκεφαλίδα για τον συντονισμό των κινήσεων.

β) πρόσθιο νωτιαιοπαραγκεφαλιδικό δεμάτιο (ή δεμάτιο του Gowers). Οι ίνες του εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του οπισθίου κέρατος και φέρονται στη σύστοιχη και αντίστοιχη πλάγια δέσμη. Μεταβιβάζει ιδιοδεκτικές διεγέρσεις κυρίως και εν μέρει διεγέρσεις σχετικές με την αφή και την πίεση.

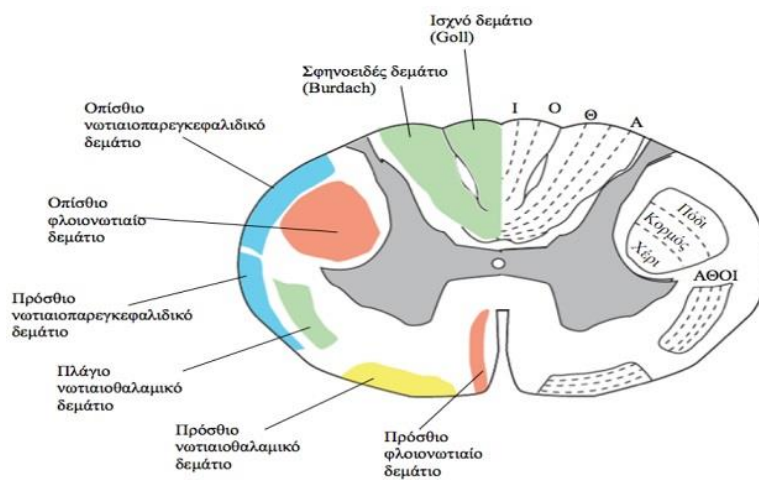
γ) πλάγιο νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο. Οι ίνες του εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του οπισθίου κέρατος και χιάζονται στον πρόσθιο λευκό σύνδεσμο και φέρονται στην αντίθετη πλάγια δέσμη. Μεταβιβάζει διεγέρσεις σχετικές με το άλγος και τη θερμοκρασία και μερικές ιδιοδεκτικές διεγέρσεις.

δ) οπισθοπλάγιο δερμάτιο ή επιχείλια ζώνη του Lissauer. Βρίσκεται μεταξύ της επιφάνειας του νωτιαίου μυελού και της κορυφής του οπισθίου κέρατος.

ε) νωτιαιοελαϊκό δερμάτιο (του Hellweg). Οι ίνες του εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του οπισθίου κέρατος της αυχενικής μοίρας του ΝΜ και χιάζονται στον πρόσθιο λευκό σύνδεσμο. Μεταβιβάζει διεγέρσεις από δερματικούς και ιδιοδεκτικούς υποδοχείς και καταλήγει στον κάτω πυρήνα της ελαίας.

στ) νωτιαιοδικτυωτό δερμάτιο. Οι ίνες του εκφύονται από το ΝΜ, φερόμενες διάσπαρτα μεταξύ των ινών του πλάγιου νωτιαιοθαλαμικού δερματίου. Καταλήγει κυρίως στον προμήκη μυελό και ρυθμίζει τα επίπεδα της συνείδησης.

ζ) νωτιαιοτετραδυμικό δερμάτιο. Οι ίνες εκφύονται από τα νευρικά κύτταρα του οπισθίου κέρατος και χιάζονται στον πρόσθιο λευκό σύνδεσμο. Μεταβιβάζει διεγέρσεις σχετικές με το άλγος και αποτελεί ανιούσα οδό για τα νωτιαιοφθαλμικά αντανακλαστικά.

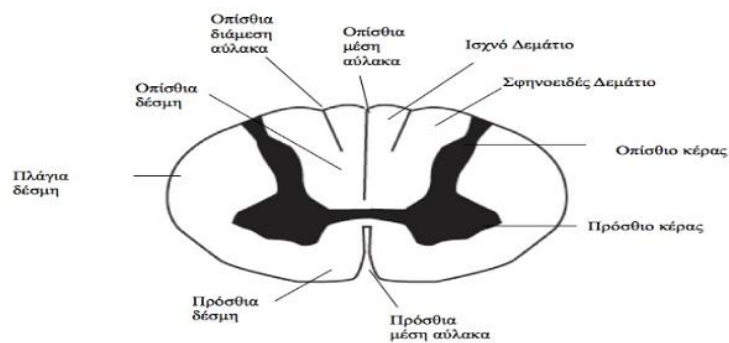


Εικόνα 14: Τα δερμάτια του νωτιαίου μυελού (Τζόνσον, 2012)

- **Οπίσθια δέσμη**

α) ισχνό δεμάτιο (του Goll). Αρχίζει από την κατώτερη μοίρα του NM. Αποτελείται από ανιόντες κλάδους οπισθίων ριζών των κοκκυγικών, ιερών, οσφυϊκών και κατώτερων θωρακικών νεύρων. Μεταβιβάζει διεγέρσεις σχετικές με την ιδιοδεκτική αισθητικότητα (ενσυνείδητη αίσθηση και κινήσεις των μελών), τη διακριτή αφή και την αίσθηση των δονήσεων των κάτω άκρων.

β) σφηνοειδές δεμάτιο (του Burdach). Οι ίνες του προέρχονται από την εσωτερική μοίρα της οπίσθιας ρίζας. Μεταβιβάζει διεγέρσεις σχετικές με την ενσυνείδητη αισθητικότητα, την αφή και την παλαισθησία (Drake et al., 2015; Τζόνσον, 2012).



Εικόνα 15: Αύλακες του Νωτιαίου Μυελού (Τζόνσον, 2012)

2.3.8.2. Κατιόντα δεμάτια του Νωτιαίου Μυελού

- **Πρόσθια δέσμη**

α) πρόσθιο πυραμидικό δεμάτιο (ή πρόσθιο φλοιονωτιαίο δεμάτιο). Πορεύεται κατά μήκος του πρόσθιου μέσου αύλακα και εκτείνεται προς την αυχενική μοίρα.

β) αιθουσονωτιαίο δεμάτιο. Βρίσκεται μπροστά από το πρόσθιο δικτυονωτιαίο δεμάτιο και καταλήγει στα νευρικά κύτταρα των προσθίων κεράτων. Ελέγχει την ισορροπία και ρυθμίζει τον μυϊκό τόνο.

γ) πρόσθιο δικτυονωτιαίο δεμάτιο. Βρίσκεται μπροστά από το πρόσθιο κέρασ του NM κι έχει ρόλο στη μυϊκή λειτουργία.

δ) πρόσθιο τετραδυμονωτιαίο δεμάτιο (του Löwenthal). Βρίσκεται στο πρόσθιο χείλος της πρόσθιας μέσης σχισμής, ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα και ρυθμίζει την αντανακλαστική στροφή του κεφαλιού και την κίνηση των κάτω άκρων.

ε) παραλάκια δεσμίδα (του Edinger). Βρίσκεται πάνω από το πρόσθιο πυραμιδικό δεμάτιο και ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα

στ) έσω επιμήκης δεσμίδα. Βρίσκεται πίσω από το πρόσθιο πυραμιδικό δεμάτιο και ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα.

- **Πλάγια δέσμη**

α) πλάγιο πυραμιδικό δεμάτιο (ή πλάγιο φλοιονωτιαίο δεμάτιο). Βρίσκεται κοντά στην επιφάνεια του NM, εντός του οπισθίου νωτιοπαραγκεφαλικού δεματίου και στην οσφυϊκή και ιερή μοίρα. Αποτελεί κινητική οδό των εκουσίωv κινήσεων.

β) πλάγιο δικτυονωτιαίο δεμάτιο. Σχετίζεται με τη μυϊκή λειτουργία και ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα.

γ) ερυθρονωτιαίο δεμάτιο (του von Monakow). Βρίσκεται μπροστά από το πλάγιο πυραμιδικό δεμάτιο και έχει ρόλο στη μυϊκή λειτουργία.

δ) ελαιονωτιαίο δεμάτιο (του Bechterew). Βρίσκεται επί τα εκτός των προσθίων ριζών στην ανώτερη θωρακική μοίρα, είναι χιαστό και σχετίζεται με τη μυϊκή λειτουργία.

ε) κατιούσες ίνες του αυτόνομου (ή οδός του Förster). Η ακριβής τους θέση δεν είναι γνωστή αλλά θεωρούνται πως βρίσκονται μεταξύ του πλάγιου πυραμιδικού και του καλυπτρονωτιαίου δεματίου. Σχετίζονται με τις σπλαχνικές λειτουργίες

στ) πλάγιο τετραδυμονωτιαίο δεμάτιο. Βρίσκεται μπροστά από το ερυθρονωτιαίο δεμάτιο και κυρίως στην αυχενική μοίρα του NM, είναι αχίαστο, ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα και σχετίζεται με τη μυϊκή λειτουργία

ζ) καλυπτρονωτιαίο δεμάτιο. Βρίσκεται πίσω από το ερυθρονωτιαίο, ανήκει στο εξωπυραμιδικό σύστημα και σχετίζεται με τη μυϊκή λειτουργία.

- **Οπίσθια δέσμη**

α) τριγωνικό δεμάτιο (των Philippe-Gombault). Βρίσκεται κοντά στην έσω μοίρα του ισχνού δεματίου, στην ιερή μοίρα του NM.

β) ωοειδές δεμάτιο (του Flechsigt) ή διαφραγματο-επιχείλιο δεμάτιο. Βρίσκεται κοντά στο οπίσθιο διάφραγμα, εκτεινόμενο από την κατώτερη θωρακική ως την οσφυϊκή μοίρα του NM.

γ) κομματοειδές δεμάτιο (του Schulte) ή μεσοδεματιακό ή μηνοειδές δεμάτιο. Βρίσκεται μεταξύ του σφηνοειδούς και του ισχνού δεματίου στην ανώτερη θωρακική μοίρα του NM (Drake et al., 2015; Τζόνσον, 2012).

2.3.8.3. Διανευροτομιακά Δεμάτια (Θεμέλια Δεμάτια)

Τα δεμάτια αυτά αποτελούνται από ανιούσες και κατιούσες ίνες που συνδέουν τα διάφορα νευροτόμια μεταξύ τους. Χρησιμεύουν στην ομόπλευρη εξάπλωση των διεγέρσεων.

α) ίδιο δεμάτιο της πρόσθιας δέσμης. Βρίσκεται μπροστά από τη φαιά ουσία και παίζει ρόλο στα διανευροτομιακά αντανακλαστικά.

β) ίδιο δεμάτιο της οπίσθιας δέσμης. Βρίσκεται μπροστά από τη φαιά ουσία και παίζει ρόλο στα διανευροτομιακά αντανακλαστικά.

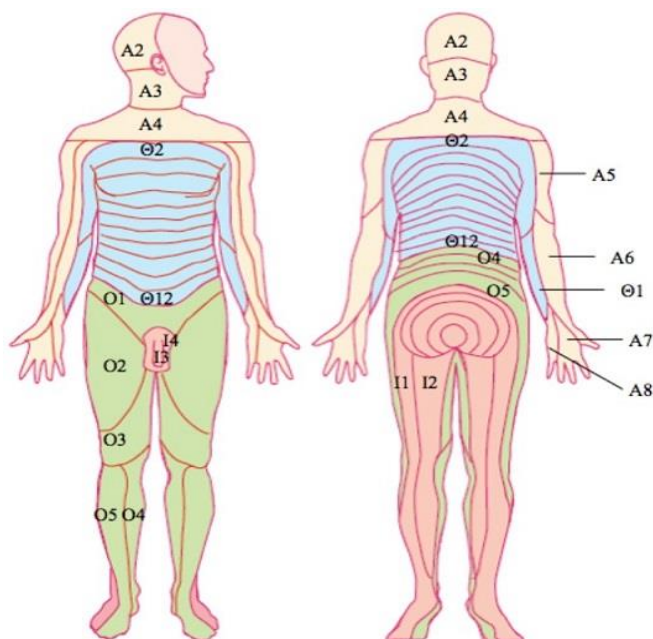
γ) ίδιο δεμάτιο της πλάγιας δέσμης. Βρίσκεται εκτός της φαιάς ουσίας, περιέχει δικτυοτονωτιαίες ίνες καθώς και ίνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος και έχει ρόλο στα διανευροτομιακά αντανακλαστικά.

2.3.8.4 Δερμοτόμια – Μυοτόμια

Δερμοτόμια είναι οι περιοχές του δέρματος που νευρώνονται από ένα νωτιαίο νεύρο, το νευροτόμιο. Τα δερμοτόμια υπερκαλύπτονται μεταξύ τους. Αν προσβληθεί ένα νευροτόμιο ή οπίσθια ρίζα ή ένα νωτιαίο νεύρο, η βαρύτητα της περίπτωσης είναι μεγαλύτερη από την προσβολή ενός περιφερικότερου νεύρου. Μέσω της

δερματομακίας κατανομής της νεύρωσης του δέρματος μπορεί να βρεθεί η αισθητική λειτουργία ενός συγκεκριμένου νωτιαίου νεύρου (νευροτομίου).

Μυοτόμια είναι οι σκελετικοί μύες που νευρώνονται από ένα νωτιαίο νεύρο. Συνήθως οι μύες νευρώνονται από περισσότερα από ένα νεύρα. Το τμήμα του σκελετικού μύος που νευρώνεται από ένα ορισμένο επίπεδο του ΝΜ αποτελεί το μυοτόμιο. Για παράδειγμα, οι μύες που κινούν τον ώμο νευρώνονται από το Α5 και Α6 του ΝΜ, ενώ οι μύες που κινούν την άρθρωση του αγκώνα νευρώνονται από το Α6 και Α7 του ΝΜ. Οι δοκιμασίες ελέγχου των μυοτομίων είναι δυσκολότερες από τον έλεγχο των δερματομίων επειδή κάθε σκελετικός μύς νευρώνεται συνήθως από περισσότερα του ενός επίπεδα του ΝΜ (Drake et al., 2015; Τζόνσον, 2012).



Εικόνα 16: Δερματομία-αντιστοιχίες.(Τζόνσον, 2012)

Η νευροτομακία νεύρωσης των κυρίων μυών μπορούν να ελεγχθούν με την πρόκληση αντανακλαστικών των τενόντων, όπως:

- Το αντανακλαστικό της επιγονατίδας (ή του γόνατος). Έκταση της κνήμης με πλήξη του επιγονατιδικού συνδέσμου. [O2, O3, O4].
- Το αντανακλαστικό του αχίλλειου τένοντα. Πελματιαία κάμψη του ποδιού με πλήξη του αχίλλειου τένοντα. [I1, I2].
- Το αντανακλαστικό του τένοντα του δικέφαλου. Κάμψη του αγκώνα με πλήξη του τένοντα του δικέφαλου βραχιόνιου. [A5, A6].
- Το αντανακλαστικό του τένοντα του βραχιονοκερκιδικού. Υπτιασμός του πήχη με πλήξη του τένοντα του βραχιονοκερκιδικού. [A5, A6, A7].
- Το αντανακλαστικό του τένοντα του τρικέφαλου. Έκταση του αγκώνα με πλήξη του τένοντα του τρικέφαλου. [A6, A7, A8].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σ' αυτό το κεφάλαιο, θα αποσαφηνιστούν οι κύριες έννοιες της εργασίας αυτής. Συγκεκριμένα, θα δοθούν οι βασικοί ορισμοί:

- (α) της κάκωσης του νωτιαίου μυελού,
- (β) της θρησκευτικότητας,
- (γ) της πνευματικότητας,
- (δ) της αυτοεκτίμησης,
- (ε) της κατάθλιψης και
- (στ) του στρες.

Θα παρουσιαστούν οι απόψεις κάποιων ερευνητών, που υποστηρίζουν ότι τα θρησκευτικά και πνευματικά «πιστεύω» συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και σε καλύτερο επίπεδο υγείας. Η πνευματικότητα, η θρησκευτικότητα, το στρες και η αυτοεκτίμηση αποτελούν σημαντικό και πολυδιάστατο μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας που περιλαμβάνει γνωστικές εμπειρίες και πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Εξαιτίας της πολύπλοκης φύσης των προαναφερθεισών εννοιών σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, οι διαστάσεις αυτές παραμελούνται στη φροντίδα υγείας και βρίσκονται στο περιθώριο (Σαπουντζή-Κρέπια, 2002).

3.2 Ορισμός της Κάκωσης Νωτιαίου Μυελού

Παρά τις εν μέρει διαφωνίες σχετικά με το τι ακριβώς θεωρείται Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (KNM), όλες οι βλάβες του νωτιαίου μυελού, του μυελικού κόνου και της ιππουρίδας ταξινομούνται ως KNM. Η βλάβη του NM μπορεί να είναι τραυματική ή μη τραυματική. Η τραυματική προέρχεται από πτώσεις, από εργατικά, τροχαία ή αθλητικά ατυχήματα, κακοποίηση ή από άλλες αιτίες. Η μη τραυματική

μπορεί να οφείλεται σε λοιμώδη νοσήματα, όγκους, μυοσκελετικές ή συγγενείς παθήσεις (WHO, 2015).

Η βλάβη μπορεί να περιλαμβάνει απώλεια αισθητικότητας, κινητικού ελέγχου των άνω ή κάτω άκρων, αυτόνομης ρύθμισης του σώματος, επηρεάζοντας μέχρι και την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τη θερμοκρασία του σώματος και τη σεξουαλική λειτουργία.

Όσο υψηλότερα στο νωτιαίο μυελό βρίσκεται το σημείο της βλάβης τόσο πιο εκτεταμένη είναι η βλάβη. Για παράδειγμα, η αυχενική ΚΝΜ συνήθως προκαλεί τετραπληγία, δηλαδή παράλυση των άνω και κάτω άκρων και του κορμού. Η θωρακική ΚΝΜ μπορεί να προκαλέσει παραπληγία, δηλαδή απώλεια αίσθησης/κίνησης του κορμού και των κάτω άκρων. Η οσφυϊκή ΚΝΜ συνήθως προκαλεί απώλεια αίσθησης και κίνησης των κάτω άκρων. Όλοι οι τύποι ΚΝΜ μπορεί να συνοδεύονται από χρόνια πόνο.

Οι βλάβες του ΝΜ μπορεί να είναι πλήρεις ή ατελείς. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ταξινόμησης (International Standards for Neurological Classification of SCI) η ΚΝΜ θεωρείται πλήρης, αν δεν υπάρχει αισθητική και κινητική λειτουργία στα I4-I5 νευροτόμια, ενώ ατελής, αν διατηρείται μερική αισθητική ή/και κινητική λειτουργία των σημείων του σώματος που έχουν πληγεί συμπεριλαμβανομένων των ιερών μυελοτομιών I4-I5 (WHO, 2015).

3.3. Ορισμός της Πνευματικότητας

Η *πνευματικότητα* [spirituality] είναι σχετικά νέος γλωσσικός όρος που έχει πάρει κατά καιρούς διαφορετικές σημασίες.

Ο ελληνικός όρος *πνευματικότητα* μαρτυράται σε ελληνικά κείμενα από το 1820 κι ύστερα, σύμφωνα με το Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Γ. Μπαμπινιώτη (2002), είναι μεταφραστικό δάνειο της γαλλικής spiritualité, η οποία ετυμολογικά προέρχεται από το λατινικό spiritus (=πνεύμα) > λατ. spirare (=αναπνέω). Σημαίνει «την ύπαρξη σε κάποιον ή σε κάτι, στοιχείων που σχετίζονται με το πνεύμα και που δηλώνουν βαθύ πνευματικό περιεχόμενο» (Μπαμπινιώτης, 2002).

Ξεκινώντας από την λέξη *πνεύμα*, που αποτελεί την πεμπτουσία της πνευματικότητας, αξίζει ν' αναφερθεί πως η λέξη *πνεύμα* είναι όρος της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας και της ιατρικής. Προέρχεται από τη λέξη *πνέω*, η αρχική σημασία της οποίας ήταν «πνοή, άνεμος» (Μπαμπινιώτης, 2002). Οι φυσικοί φιλόσοφοι χρησιμοποιούσαν αυτόν τον όρο για να δηλώσουν το στοιχείο του αέρα (Φερεκύδης ο Σύριος, Α8, Αναξιμένης Β2). Σιγά-σιγά άρχισε να δηλώνει την πνευματικότητα με την ταύτιση του αέρα-πνεύματος με την ουσία της ψυχής στη θεωρία του Αναξιμένη και του Διογένη του Απολλωνιάτη, ο οποίος θεωρεί πως το πνεύμα κινείται στις φλέβες μαζί με το αίμα. Η ιπποκρατική σχολή της Κω εντόπιζε την πηγή του πνεύματος στον εγκέφαλο, ενώ η σικελική ιατρική σχολή στην καρδιά. Η αντίληψη αυτή πέρασε στον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη, ο οποίος διέκρινε δύο είδη πνεύματος, το εισπνεόμενο και το ψυχικό. Ο Γαληνός το αντιλαμβάνονταν σαν διάμεση ουσία μεταξύ ψυχής και σώματος. Η αντίληψη αυτή έφτασε ως τη σύγχρονη εποχή με τον Descartes (Ιλιτσεφ και Φεντοσέγιεφ, 1985).

Κατά την ελληνιστική εποχή, ο Φίλων ο Αλεξανδρεύς θεωρεί το πνεύμα ασώματο και αθάνατο, μέρος της ανθρώπινης ψυχής και αρχή της προφητικής γνώσης (Νόμων Ιερών Αλληγορία 1, 37), ενώ ο Πλούταρχος το τοποθετεί στις υπερβατικές ικανότητες της ψυχής και της μαντικής. Κατά τους νεοπλατωνικούς είναι μεσολαβητής μεταξύ του υλικού και του άυλου. Την αντίληψη αυτή ενστερνίστηκε η χριστιανική θρησκεία, που συνεχίζοντας τη νεοπλατωνική αντίληψη, θεωρεί πως το (άγιο) πνεύμα βρίσκεται μέσα μας, μεσολαβητής μεταξύ του σώματος και του θείου, και είναι ισότιμο πρόσωπο της Αγίας Τριάδας (christianity.gr, 2018).

Αναφορικά με την πνευματικότητα, το Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής (ΛΚΝ) του Μανόλη Τριανταφυλλίδη (1998) την ορίζει ως τις «ικανότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου ή οι ιδιότητες που συνθέτουν το πνευματικό επίπεδο ενός διανοητικού, καλλιτεχνικού κτλ. δημιουργήματος».

Το Ελληνικό Λεξικό του Τεγόπουλου-Φυτράκη (1997) ορίζει την πνευματικότητα ως «ιδιότητα του πνευματικού ή της ύπαρξης πνευματικού περιεχομένου», ενώ το γαλλικό λεξικό Larousse (2018) την ορίζει ως α) μια ιδιότητα του πνεύματος, απαλλαγμένη από κάθε υλικότητα και β) ό,τι αφορά ένα δόγμα ή τη ζωή με επίκεντρο το Θεό και τα πνευματικά πράγματα.

Το αγγλικό λεξικό Collins Dictionary (2018) έχει τις ακόλουθες έννοιες για την πνευματικότητα [spirituality]: α) η κατάσταση ή η ιδιότητα αφοσίωσης στο Θεό, στη θρησκεία ή σε άλλα πνευματικά αγαθά και αξίες, κυρίως σε αντίθεση με τα υλικά ή τα προσωρινά υλικά αγαθά, β) η κατάσταση ή η ιδιότητα του πνευματικού, γ) μια διαφορετική προσέγγιση της θρησκείας ή της προσευχής, δ) εκκλησιαστική ιδιοκτησία ή εισόδημα ή αγαθοεργία, ε) πνευματικός χαρακτήρας, ιδιότητα ή φύση, στ) θρησκευτική αφοσίωση ή ευσέβεια, ζ) τα δικαιώματα ή η δικαιοδοσία που ανήκουν στην Εκκλησία ή σε εκκλησιαστικό πρόσωπο, η) η ιδιότητα που έχει κάτι ή κάποιος να μη σχετίζεται με την ύλη.

Αντίστοιχους ορισμούς έχει και το αγγλικό λεξικό Chambers Thesaurus, (1997), όπως ό,τι ανήκει, αναφέρεται ή σχετίζεται **α)** με το πνεύμα ή την ψυχή και όχι με το σώμα ή με φυσικά πράγματα, **β)** με τη θρησκεία, ιερό ή θεϊκό, **γ)** με το νου ή τη διάνοια, **δ)** με τα φαντάσματα, τα πνεύματα κλπ., **ε)** ό,τι είναι εξευγενισμένο στη σκέψη ή τα συναισθήματα.

Ο όρος spirituality (πνευματικότητα) ταυτίζεται αρκετά συχνά με τη θρησκεία, η οποία άλλωστε την πρωτοχρησιμοποίησε. Σύμφωνα με τους Turnbull et al., (1976) πνευματικότητα ορίζεται ως:

«η πίστη σε κάτι ή μια πνευματική σχέση με κάποια ανώτερη δημιουργική δύναμη, μια άγια μορφή ή μια απροσδιόριστη πηγή ενέργειας. Αυτή η πνευματική διάσταση του ανθρώπου επιχειρεί να είναι σε αρμονία με το σύμπαν, αγωνίζεται για την εξεύρεση απαντήσεων σχετικά με το άπειρο και το σύμπαν και η παρουσία αυτής της διάστασης του ανθρώπου έρχεται στο φως όταν αυτός αντιμετωπίζει συναισθηματικά προβλήματα, αρρώστια ή θάνατο».

Ο Maugans (1996) την αναφέρει ως «σύστημα πεποιθήσεων που εστιάζει στα άυλα στοιχεία που προσδίδουν ζωτικότητα και νόημα στα γεγονότα της ζωής».

Ο Sulmasy (2009) υποστηρίζει πως αν και η θρησκεία σχετίζεται με την πνευματικότητα, δεν ταυτίζονται οι έννοιες. Ορίζει την πνευματικότητα ως «τους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο διάγει τη ζωή του σε σχέση με το ζήτημα της υπέρβασης, ενώ η θρησκεία είναι ένα σύνολο πεποιθήσεων, κειμένων, τελετουργιών και άλλων πρακτικών μιας κοινότητας ανθρώπων και σχετίζεται με την υπέρβαση. Επομένως, η πνευματικότητα έχει ταυτόχρονα ευρύτερη αλλά και στενότερη έννοια

από τη θρησκεία». Ευρύτερη έννοια αφενός, επειδή όχι μόνο οι θρήσκοι αλλά και οι άθρησκοι εξετάζουν—με την πνευματικότητά τους—το ζήτημα της υπέρβασης, καθώς η πνευματικότητα δεν βρίσκεται απαραίτητα εντός της θρησκευτικής πίστης, αλλά υπεράνω, έχοντας τη δυνατότητα να την αμφισβητεί. Στενότερη έννοια αφετέρου, επειδή κάθε άτομο έχει τη δική του ξεχωριστή άποψη για την υπέρβαση, ακόμα κι αν είναι ομόθρησκο με τα άλλα άτομα της κοινότητάς του.

Η Reed (1987) αναφέρει ότι η πνευματικότητα αφορά «... τις προσωπικές απόψεις και πεποιθήσεις ενός ατόμου που εκφράζουν τη σύνδεση του με έναν κόσμο ανώτερο από το δικό μας, με κάτι ανώτερο που μπορεί να είναι ο θεός ή μια συμπαντική δύναμη...».

Ο όρος πνευματικότητα είναι αρκετά ευρύς. Η Bregman (2006) αναφέρει πως υπάρχουν 92 ορισμοί της πνευματικότητας. Ενώ παραδοσιακά θεωρήθηκε θρησκευτικός όρος, σήμερα θεωρείται ιδεολογικο-φιλοσοφικός, ψυχο-βιολογικός και κοινωνικο-πολιτισμικός (Koenig, 2008). Προβάλλει πλείστα ερωτήματα σχετικά με την αναζήτηση του σκοπού της ζωής, της λειτουργίας του Είναι και του Γίνεσθαι, της ανθρώπινης συμπεριφοράς, τις αξίες και τις αρχές της κάθε κοινωνίας στην εξελικτική της πορεία μέσα στο χρόνο. Η φιλοσοφική σκέψη και το κριτικό πνεύμα δίνουν στον άνθρωπο την ενέργεια και τη δύναμη να απελευθερωθεί από τις υλικές καταστάσεις που τον δεσμεύουν και να βελτιώσει τη ζωή του (McKee & Chappel, 1992).

Η Heriot (1992) προσεγγίζει την πνευματικότητα με μια ευρύτερη έννοια, σαν μια ομπρέλα, κάτω από την οποία βρίσκονται οι πνευματικές ανάγκες και οι αναζητήσεις του ανθρώπου, στις οποίες συγκαταλέγεται και η θρησκεία.

Ο Narayanasamy (1999) αναφέρει ότι η πνευματικότητα μπορεί να καλύψει ολιστικά όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής, ακόμη και αυτούς που από τη θρησκεία θεωρούνται εμπόδιο στην πνευματική καλλιέργεια, όπως η σεξουαλικότητα.

Στο πλαίσιο της παραδοσιακής χριστιανικής παράδοσης, η νοσοκόμα Ruth Stoll (1989) έδωσε στην πνευματικότητα την εξής διάσταση: «η ύπαρξή μου, ο εσωτερικός εαυτός μου, καθώς εγώ εκφράζομαι μέσω του σώματός μου, της σκέψης μου, των συναισθημάτων μου, των κρίσεων και της δημιουργικότητάς μου, που με καθιστούν ικανό και μου επιτρέπουν να αξιολογώ, να λατρεύω και να επικοινωνώ με το θείο και το υπερφυσικό». Η Stoll αναφέρει πως «το να έχει πίστη ένας άρρωστος, θα του δώσει

αίσθηση σιγουριάς ότι η θεραπευτική δύναμη του Θεού θα ενεργήσει και πάνω του» (Brien, 2011).

Σύμφωνα με την Mary Ann Miller (1995), η πνευματικότητα μπορεί να συμβολίζει την εσωτερική ποιότητα που διευκολύνει τη συνεκτικότητα με τον ίδιο τον εαυτό, τους άλλους και τη φύση, μια ποιότητα που ο καθένας καθορίζει ο ίδιος. Πιστεύει πως η πνευματικότητα είναι «η βασική ή η έμφυτη ποιότητα που υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους και περιλαμβάνει την πεποίθηση για κάτι καλύτερο από τον εαυτό και μια πίστη που επιβεβαιώνει θετικά τη ζωή».

Αν και πολλοί εξακολουθούν να συνδέουν την πνευματικότητα με την πίστη σε κάποια θρησκεία, η πνευματικότητα πρέπει να θεωρείται ευρύτερη έννοια που υπάρχει σε θρησκευόμενα και μη άτομα (Τζούνης et al., 2008). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρεί τις προσωπικές πεποιθήσεις, τη θρησκεία και την πνευματικότητα με την ευρεία ιδεολογικο-φιλοσοφική έννοιά της, σημαντικούς τομείς της ζωής των ανθρώπων (Culliford, 2002).

Σύμφωνα με τον Narayanasamy, στην ολιστική αντίληψη της πνευματικότητας θα πρέπει να προστεθεί η βιολογική ανάγκη της πνευματικότητας, με την ευρεία φιλοσοφική έννοια. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία συνήθως απουσιάζει αυτή η παράμετρος. Κατά τη χριστιανική ολιστική αντίληψη της πνευματικότητας, η αρμονική αλληλεπίδραση μεταξύ του εσωτερικού κόσμου (του νου) και του σώματος είναι απαραίτητη για την καλή υγεία του ανθρώπου (Narayanasamy, 1999).

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση (Hardy, 1979; Hay, 1994) πως η πνευματικότητα είναι φυσιολογικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους και εξελίχθηκε προερχόμενη από το ένστικτο της επιβίωσης, έχοντας αξία βιολογικής επιβίωσης [biological survival value]. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, τα άτομα που ήδη πιστεύουν σε κάποια ανώτερη δύναμη, όταν καταλαμβάνονται από στρες ή κάποια αρρώστια, βρίσκουν παρηγοριά στη δύναμη αυτή και αισθάνονται πιο ήρεμα και σταθερά, απασχολούνται λιγότερο με τα υλικά αγαθά, είναι πιο ανεκτικά με άλλους ανθρώπους και δεν διέπονται από ρατσιστικές προκαταλήψεις (Narayanasamy, 1999).

Η πνευματικότητα όμως, ως ευρεία φιλοσοφική έννοια, ταυτισμένη με αμφισβητήσεις και αναζήτηση της αντικειμενικής αλήθειας και όχι στενά θρησκευτική, μπορεί να συμβάλει κατά τον ίδιο τρόπο στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών

που είναι άθρησκοι, αγνωστικιστές ή άθεοι, εφόσον δεχόμαστε πως η βαθύτερη εξέταση της πραγματικότητας είναι σύμφυτη στον άνθρωπο και εντέλει βιολογική ανάγκη (Narayanasamy, 1999).

Επιπλέον, πολλοί ασθενείς βλέπουν τη θεραπεία τους να περιορίζεται στη φαρμακευτική αγωγή, γνωρίζοντας πως μόνο αυτή δεν αρκεί. Προσπαθούν λοιπόν να διευρύνουν τους τρόπους θεραπείας κι ένας από αυτούς είναι η καλλιέργεια του πνεύματος, με την ευρεία έννοια της πνευματικότητας, που θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να αισθανθούν καλύτερα. Είναι γνωστό, πως εκτός από τη συμβατική δυτική ιατρική, υπάρχουν κι αναγνωρισμένες μορφές εναλλακτικής και υποβοηθητικής ιατρικής, όπως είναι ο βελονισμός [acupuncture], μια παραδοσιακή κινεζική θεραπευτική μέθοδος, η ινδική αγιουρβέδα [ayurveda] που χρησιμοποιείται για πάνω από 3000 χρόνια έως σήμερα στο ινδικό σύστημα υγείας, η ινδική γιόγκα [yoga] και άλλες που αναγνωρίζονται από πολλά κράτη (Johns Hopkins Medicine Health Library, 2018; Public Institute of Medicine, USA, 2005).

Από όσα αναφέρθηκαν για την πνευματικότητα, παρατηρούμε πως στο δυτικό κόσμο σήμερα δεν είναι συνυφασμένη με τη θρησκεία, αλλά έχει ευρύτερη φιλοσοφική έννοια, που ξεπερνά τις θρησκείες. Το ζήτημα είναι κατά πόσο η ενασχόληση του ασθενή με τα πνευματικά-φιλοσοφικά ερωτήματα σε αντίθεση με τα τετριμμένα-καθημερινά, τον βοηθά να αναζωογονηθεί και να νιώσει πνευματική ευεξία.

Στους κλασικούς χρόνους, ο ασθενής αντιμετωπιζόταν σαν ψυχοσωματική οντότητα, όπου ο φιλόσοφος και ο γιατρός είχαν ισότιμο ρόλο. Από έρευνες της βιβλιογραφίας που αναφέρθηκε, προκύπτει πως η πνευματικότητα, ως βιολογική ανάγκη, θα μπορούσε να δώσει εσωτερική γαλήνη στους ασθενείς, χαλάρωση κι ελπίδα.

3.4 Ορισμός της θρησκείας και της θρησκευτικότητας

Για να είναι πληρέστερος ο ορισμός της θρησκευτικότητας θεωρούμε σκόπιμο να προηγηθεί μια συνοπτική αναφορά στην εξέλιξη της θρησκείας διαμέσου των αιώνων. Η κοσμοθεωρία της θρησκείας, έχει συγκεκριμένη ιστορική διαδρομή που η εξέτασή της διευκολύνει την κατανόηση του ορισμού.

3.4.1. Η ιστορική διαδρομή της θρησκείας

Μέσα από τη ζωτική του ανάγκη ο άνθρωπος να δώσει απαντήσεις στα αμέτρητα ερωτήματα που προέκυπταν κατά την εξελικτική του πορεία, από τη διαδοχή των εποχών μέχρι τη γέννηση του σύμπαντος, και από τον μικρόκοσμο ως τον μακρόκοσμο, προσπάθησε να εξηγήσει τον κόσμο.

Από κοινωνιολογική-ανθρωπολογική άποψη, η εμφάνιση της θρησκείας συνδέεται με εκείνο το στάδιο ανάπτυξης του ανθρώπινου νου, κατά το οποίο εμφανίζονται τα πρώτα σπέρματα της θεωρητικής σκέψης (Ιλιτσεφ και Φεντοσέγιεφ, 1985). Στα πρωταρχικά στάδια της ανθρώπινης ιστορίας, η θρησκεία ήταν προϊόν πρακτικής και πνευματικής ανεπάρκειας του ανθρώπινου νου να κατανοήσει τη φύση. Οι πρωτόγονες θρησκευτικές δοξασίες απεικονίζουν την αντίληψη του ανθρώπου ότι εξαρτάται από τη φύση. Η συνειδητοποίηση αυτής της αδυναμίας προκάλεσε αισθήματα φόβου μπροστά στις «μυστικές» δυνάμεις της φύσης. Γι' αυτό αρχικά κυριαρχούσε η λατρεία αντικειμένων, των φετίχ (π.χ. ήλιος, φυτά, ζώα, ποτάμια, είδωλα ανθρώπων και ζώων, αντικείμενα ανθρώπων που έχουν πεθάνει κ.λπ.), στα οποία αποδίδονταν υπερφυσικές ιδιότητες (Sociology Guide, 2018; Smart, 2017). Με την εξέλιξη του ανθρώπινου νου, οι υπερφυσικές ιδιότητες των αντικειμένων διαχωρίστηκαν από το αντικείμενο καθαυτό –ο φετίχ– και μετατράπηκαν σε ξεχωριστά πνεύματα και τότε γεννήθηκε η πίστη στην ψυχή (=λατ. anima). Έτσι προήλθε ο ανιμισμός (Smart, 2017).

Ο ανιμισμός χαρακτηρίζεται από τη λατρεία σε μια ψυχή, σε κάτι άυλο, σε ένα πνεύμα. Είναι στενά συνδεδεμένος με την έννοια της παντοδύναμης θεότητας, η οποία με τον καιρό απέκτησε μορφή (ο Θεός του Κάτω Κόσμου, η Θεά της Γονιμότητας κ.λπ.) (Smart, 2017).

Κάθε προϊστορική κοινότητα είχε τη δική της θεότητα, που αποτελούσε τον συνεκτικό κρίκο των ανθρώπων αυτής της κοινότητας. Όσο οι ανθρώπινες κοινότητες ήταν κατακερματισμένες τοπικά, την εποχή των γενών, επικρατούσε ο πολυθεϊσμός (ή πολυθεΐα). Στο πέρασμα των αιώνων, με το σχηματισμό πολυπληθέστερων ανθρώπινων κοινωνιών, σε πολύ ευρύτερες γεωγραφικές περιοχές, η κεντρική εξουσία που προέκυψε, επέβαλε – ή προσπάθησε να επιβάλει – τη λατρεία ενός μοναδικού θεού, ισχυρότερου από τους άλλους, προκειμένου να ενώσει τις φυλές όλης της περιοχής.

Έτσι, άρχισε να εμφανίζεται ο μονοθεϊσμός. Τέτοιες προσπάθειες ένωσης φυλών κι επιβολής ενός κεντρικού θεού έκανε ο βασιλιάς Χαμουραμί στη Μεσοποταμία (1792-1750 π.Χ.) – ισχυριζόμενος πως ο θεός Shamash του έδωσε το γνωστό κώδικα – για να ενώσει όλες τις φυλές της Μεσοποταμίας υπό το βαβυλωνιακό δίκαιο και τη δική του ηγεμονία. Ανάλογη προσπάθεια έκανε ο Αμενχοτέπ ο 4^{ος} (1350-1334 π.Χ.) (αλλιώς Ακενατόν ή Εχνατόν ή Αμένοφισ) στην Αίγυπτο (The Ohio State University, 2018), όπως και ο Μωυσής με τον μωσαϊκό νόμο για να ενώσει όλες τις φυλές του Ισραήλ και άλλοι.

Οι πολλοί θεοί – που εκπροσωπούνται από τους τοπικούς άρχοντες των επαρχιών – υποδαυλίζουν τη διάσπαση της κεντρικής εξουσίας, επιχειρώντας συχνά το διαμελισμό της ενωμένης περιοχής, όπως συνέβη με τους αντιπάλους ιερείς του Αμενχοτέπ, του Χαμουραμί, του Μωυσή κ.λπ. Ο ένας και μοναδικός θεός αποτελεί – ή έστω αποτελούσε εκείνη την εποχή – εγγύηση ένωσης του λαού, μια ομπρέλα που «ενώνει και προστατεύει». Με το μονοθεϊσμό, πρωτοεμφανίστηκε και η έννοια του Κακού, ο Σατανάς, που λειτουργούσε ως φόβητρο. Αντίθετα, στις προηγούμενες θρησκείες δεν υπήρχε Καλό και Κακό, αλλά Ωφέλιμο και Βλαβερό (Καλόπουλος, 2014; Baaren, 2018).

Ο κοινός θεός προσδίδει στους υπηκόους ένα πολύτιμο και σταθερό στο χρόνο χαρακτηριστικό, που μετατρέπεται σε δύναμη υπεράσπισης της χώρας και της εξουσίας, όταν κινδυνεύει η ομογένης – ή ομογενοποιημένη με την ευρεία έννοια – περιοχή από εχθρικές επιδρομές. Γι' αυτό, οι αυτοκρατορίες που διήρκεσαν στο χρόνο – και με σκοπό να διαρκέσουν – προσπάθησαν να γίνουν μονοθεϊστικές. Όποιες άλλες θεότητες υπήρχαν εντός των συνόρων της ενωμένης περιοχής υποβιβάζονταν σταδιακά σε δευτερεύουσες και οπωσδήποτε ακολουθούσαν τον ισχυρό θεό (Smart, 2017; Baaren, 2018).

3.4.2. Η έννοια της θρησκείας

Μετά τη σύντομη ιστορική αναδρομή, μπορούν να γίνουν ευκολότερα αντιληπτοί κάποιοι ορισμοί της θρησκείας κι ακολούθως η έννοια της θρησκευτικότητας.

- Σύμφωνα με το λεξικό Chambers Thesaurus, (1997), θρησκεία είναι: «α) η πίστη ή η λατρεία κάποιου θεού ή θεών, β) ένα συγκεκριμένο σύστημα πίστης ή λατρείας, όπως ο χριστιανισμός, γ) ο,τιδήποτε στο οποίο κάποιος είναι αφοσιωμένος και το οποίο ορίζει τη ζωή του, δ) ο μοναστικός τρόπος ζωής.».

- Το λεξικό Merriam-Webster (2018) ορίζει τη θρησκεία ως «ένα σύνολο πίστσεων και πρακτικών σχετικά με το υπερφυσικό και τη λατρεία μιας ή περισσότερων θεοτήτων».

- Ο Μπαμπινιώτης (2002) ονομάζει θρησκεία τη «συγκεκριμένη σε μορφή και περιεχόμενο πίστη σε θεό, σε θεούς ή γενικότερα σε υπερφυσικές δυνάμεις και η αντίστοιχη απόδοση λατρείας: χριστιανική/ μουσουλμανική/ μονοθεϊστική / ειδωλολατρική θρησκεία».

Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.), σε αντίθεση με τον Πλάτωνα (427.-347π.Χ.), πήρε κάποια απόσταση από τη θρησκεία, χωρίς ωστόσο να είναι πολέμιος της θρησκείας, θεωρώντας την επιβλαβή για την κριτική σκέψη, με την έννοια ότι περιορίζει την έμφυτη ώθηση του ανθρώπου για τη γνώση του Κόσμου και την άσκηση του Λόγου (Makolkin, 2015).

Κατά την Αναγέννηση και τον Διαφωτισμό, η θρησκεία και ο Κλήρος, που αντιπροσωπεύουν τη θεϊκή βούληση, επικρίνονται από τους περισσότερους διαφωτιστές. Κατά τον 19^ο αιώνα, φιλόσοφοι, όπως ο Φόιερμπαχ (Ludwig Andreas Feuerbach – 1804-1872), ο Μαρξ (Karl Marx – 1818-1883) και ο Νίτσε (Friedrich Nietzsche – 1844-1900) μιλούν απαξιωτικά για τη θρησκεία καυτηριάζοντας το ρόλο της στην ανθρώπινη νόηση (Anderson, 2017; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2018).

Σύμφωνα με την Ορθόδοξη Εκκλησία, ο ορισμός της θρησκείας δεν μπορεί να γίνει από ένα λεξικό ή εγκυκλοπαίδεια, εξαιτίας της ευρύτητας του όρου. Συνιστά επομένως μερικούς ορθόδοξους ορισμούς, όπως: α) «θρησκεία είναι ένα οργανωμένο δογματικό κοσμοθεωρητικό σύστημα», β) οι τρόποι με τους οποίους κάποιος βιώνει την πίστη του- στην Αγία Γραφή η θρησκεία δεν έχει την έννοια του ιδεολογικού-φιλοσοφικού συστήματος, γ) «εκείνος που επιμελείται της καθάρσεώς του είναι θρήσκος και ανήκει στη θρησκεία», δ) η σχέση του ανθρώπου με τον Απόλυτο Θεό. Η λατινική λέξη religio –onis, που χρησιμοποιείται για τη θρησκεία, σημαίνει δεσμό,

ενότητα, ένωση (ενν. του Ανθρώπου με το Θεό). Η κοινή της ετυμολογία είναι από το λατ. ρ. religare (=δεσμεύομαι), όπου το πρόθεμα re- είναι επιτατικό κι όχι επαναληπτικό. Κατ' επέκταση – σύμφωνα με την Εκκλησία – σημαίνει «ένωση του Ανθρώπου με το Θεό».

Ακολουθούν κάποιοι σύντομοι ορισμοί για τη θρησκεία, ποικίλης φιλοσοφικής προέλευσης, από τη Σελίδα της Ορθόδοξης Εκκλησίας (ΟΟΔΕ, 2006):

- «Θρησκεία είναι η πίστη στην οποία καταλήγει ο άνθρωπος με την βοήθεια της νόησης, της αίσθησης, της επιθυμίας, της πράξης για την ύπαρξη υπερφυσικών προσωπικών ή απρόσωπων δυνάμεων από τις οποίες αισθάνεται ότι εξαρτάται και τις οποίες επιδιώκει να εξευμενίσει» κατά τον Helmuth von Glasenapp.

- «Το αντικείμενο της Θρησκείας είναι το ίδιο με το αντικείμενο της Φιλοσοφίας. Η Αλήθεια, ο Θεός και η ερμηνεία του Θεού. Τίποτα άλλο» κατά τον Hegel.

- «Ο άνθρωπος φτιάχνει τη θρησκεία και όχι η θρησκεία τον άνθρωπο. Η θρησκεία είναι η αυτοσυνείδηση και αυτεπίγνωση του Ανθρώπου που δεν βρήκε ακόμη τον εαυτό του (...). Η θρησκεία είναι η γενική θεωρία αυτού του κόσμου, η λογική του σε λαϊκή μορφή, το πνευματικό του φιλότιμο, η ηθική του κύρωση, η φανταστική πραγματοποίηση της ανθρώπινης ουσίας (...). Η θρησκεία είναι ο αναστεναγμός της βασανισμένης ύπαρξης, η καρδιά ενός κόσμου χωρίς καρδιά, το πνεύμα μιας εποχής χωρίς πνεύμα. Είναι το όπιο του Λαού» κατά τον Karl Marx.

- «Θρησκεία σημαίνει άλλο πράγμα για τον ανθρωπολόγο, άλλο για τον κοινωνιολόγο, άλλο για τον ψυχολόγο, άλλο για τον άλλον ψυχολόγο, άλλο για τον μαρξιστή, άλλο για τον Βουδιστή ή τον Χριστιανό. Υπάρχει μια ολόκληρη ποικιλία θεωριών για την φύση της θρησκείας. Συνεπώς δεν υπάρχει και ούτε πρόκειται ποτέ να υπάρξει ένα γενικά αποδεκτός όρος» κατά τον John Hick.

- Σύμφωνα με τον θεολόγο Μάριο Μπέγζο, η θρησκεία στηρίζεται στην έννοια του ιερού, η οποία είναι μη αναγώγιμη σε απλούστερες έννοιες. Η ιερότητα εξασφαλίζει την καθολική και αδιαπραγμάτευτη αποδοχή των θρησκευτικών δογμάτων και καθιστά δυνατό τον κοινό βίο στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης παράδοσης (Μπέγζος, 1995).

- Για τον J. J. Rousseau, που αν και διαφωτιστής, δεν υπήρξε επικριτικός προς τη θρησκεία, «η θρησκεία περιέχει δομημένα συστήματα πεποιθήσεων που σχετίζονται με πνευματικά ζητήματα, συχνά με ένα κώδικα ηθικής συμπεριφοράς και μια φιλοσοφία».

- Η θρησκεία αναφέρεται σε ένα οργανωμένο σύστημα πεποιθήσεων που αφορούν στην αιτία, τη φύση και το σκοπό του σύμπαντος, ειδικά στη πίστη ή τη λατρεία κάποιου θεού ή κάποιων θεών (Nies & McEwen, 2011).

- «Η θρησκεία είναι, γενικά, η προβολή της ανθρώπινης φύσης σε ένα φανταστικό υπερφυσικό πεδίο, δηλαδή η προς τα έξω προβολή της εσωτερικής φύσης του ανθρώπου» κατά τον Ludwig Feuerbach.

- «Η θρησκεία είναι μια διαστρεβλωμένη μορφή νεύρωσης» κατά τον Sigmund Freud.

Παρατηρούμε πως ο καθένας, ανάλογα με την κοσμοθεωρία του, αντιλαμβάνεται τη θρησκεία από διαφορετική οπτική γωνία κι αυτό σχετίζεται με τα βιώματά του και την παιδεία του. Για κάποιους έχει έννοια θετική, ενώ για κάποιους άλλους αρνητική, δεν παύει ωστόσο να είναι πολυσήμαντη.

3.4.3. Η έννοια της θρησκευτικότητας

Το περιβάλλον (τόπος + χρόνος + πολιτισμικό επίπεδο) καθορίζει τη θρησκεία του καθενός και το βαθμό της θρησκευτικότητάς του. Για παράδειγμα, ο Ινδός που μεγάλωσε στην Ινδία θα γίνει ινδουιστής, ο Βραζιλιάνος χριστιανός καθολικός, ο Τούρκος σουνίτης μουσουλμάνος. Και οι τρεις είναι πεπεισμένοι πως ο δικός τους θεός είναι ο αληθινός, ενώ ο θεός των άλλων είναι απομίμηση. Αντίθετα, αν είχαν γεννηθεί π.χ. στις σκανδιναβικές χώρες, η πιθανότητα να ήταν άθεοι θα υπερέβαινε το 50% (The Washington Post - Rick Noack, 2015). Επομένως, η θρησκεία καθορίζεται από τη γεωγραφία (Pew Research Center, 2017) και είναι τυχαίος παράγοντας στη ζωή του ανθρώπου. Ο βαθμός θρησκευτικότητας επίσης εξαρτάται από το άμεσο περιβάλλον, που διαμορφώνει τη συνείδηση.

Σύμφωνα με τους θεολόγους, η θρησκευτικότητα προσεγγίζεται ως έκφραση μεταφυσικής αναζήτησης και υπαρξιακού νοήματος, και «είναι μια φυσική ανάγκη του ανθρώπου», επειδή «συνδέεται άμεσα με την απόδοση νοήματος στη ζωή» (Γιανναράς, 2006). Η ειλικρινής διατύπωση βασικών θρησκευτικών εκφράσεων συνιστά την αποδοχή ορισμένου προσανατολισμού στη ζωή (Nielsen, 1982).

Οι Hutchinson et al., (2011) διαχώρισαν το «πνευματικό» από το «θρησκευτικό». Ορίζουν το πνεύμα ως μια διάσταση της προσωπικότητας του ατόμου, μέρος της ύπαρξής του, ενώ τη θρησκεία ως τη δομή της ανθρώπινης φύσης μέσω της οποίας γίνεται αντιληπτή και εκφράζεται η πνευματικότητα.

Η θρησκευτικότητα αναφέρεται στην εξωτερική πρακτική μιας πνευματικής κατανόησης ή και στο πλαίσιο για ένα σύστημα πεποιθήσεων, αξιών, κωδικών δεοντολογίας και τελετουργικών. Περιλαμβάνει συνήθως κάποια μορφή κοινοτικής θρησκευτικής συμμετοχής και τήρησης των θρησκευτικών πεποιθήσεων (Παπαζήσης, 2007).

Σύμφωνα με τους Chatters et al., (1992) η θρησκευτική πίστη, όπως ο εκκλησιασμός ή η προσευχή, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία ισχυρών κοινωνικών σχέσεων καθώς επίσης και ενός κοινού συστήματος αξιών. Είναι σημαντικό να διακριθούν οι κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη πίστη και τήρηση των θρησκευτικών πεποιθήσεων, από τον προσωπικό ρόλο στην ίδια την πνευματική πεποίθηση.

Η θρησκευτικότητα στην ελληνική γλώσσα αποδίδεται σύμφωνα με το λεξικό Τεγόπουλου-Φυτράκη (2006) ως «...το αναπτυγμένο θρησκευτικό αίσθημα».

Η Stroll (1989) αναφέρεται στη θρησκευτικότητα αποδίδοντάς τη ως «...μια δυσπρόστατη έννοια που απαρτίζεται από τη σχέση του ατόμου με το θεό ή οτιδήποτε αυτό πιστεύει και τη σχέση που αναπτύσσει το άτομο με τον εαυτό του, τους άλλους και το περιβάλλον γενικότερα. Μεταξύ των δυο αυτών υποστάσεων υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση».

Οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται κυρίως στην έρευνα είναι: (α) ότι η θρησκεία είναι «ένα σύστημα πίστης στη θεία ή στην υπερφυσική δύναμη και ένα σύστημα πρακτικών λατρείας ή άλλων τελετουργιών που απευθύνονται στη δύναμη αυτή»

(Bouma et al., 1976) ή (β) ότι η «θρησκεία είναι ένα οργανωμένο σύστημα δογμάτων, πρακτικών, τελετουργιών και συμβόλων με σκοπό τη μετοχή στο ιερό ή στο υπερβατικό» (Koenig et al., 2001).

Στην παρούσα εργασία θα εξετάσουμε τη θρησκευτικότητα και την προσωπική σημασία που αποδίδει το υποκείμενο σε ένα σύστημα δύο υποστάσεων (ανθρώπινης και θεϊκής), στο οποίο πιστεύει πως υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση (Meador & Koenig, 2000).

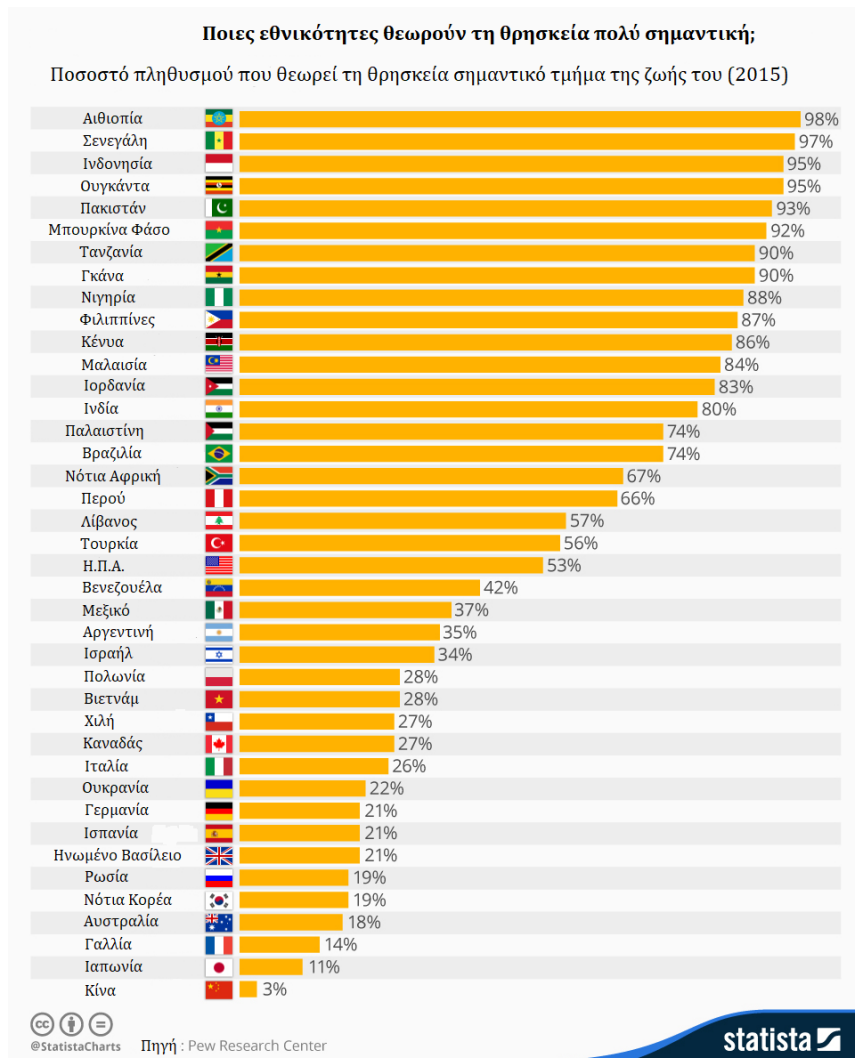
Η πίστη σε θεό, πιο διαδεδομένη στην Κεντρική και την Ανατολική Ευρώπη

% που λένε ότι...	Πιστεύω στο Θεό			
	Απόλυτα σίγουρος	Όχι τόσο σίγουρος	Δεν πιστεύω	
Γεωργία	99%	73%	24%	1%
Αρμενία	95	79	16	4
Μολδαβία	95	55	40	3
Ρουμανία	95	64	30	4
Βοσνία	94	66	28	4
Ελλάδα	92	59	33	6
Σερβία	87	58	29	10
Κροατία	86	57	29	10
Πολωνία	86	45	38	8
Ουκρανία	86	32	51	9
Λευκορωσία	84	26	58	9
Πορτογαλία	83	44	38	13
Βουλγαρία	77	30	47	17
Λιθουανία	76	34	41	11
Ρωσία	75	25	48	15
Ιταλία	73	26	46	21
Λετονία	71	28	41	15
Ιρλανδία	69	24	44	26
Σλοβακία	69	37	31	27
Αυστρία	67	13	53	29
Ισπανία	64	25	38	31
Ελβετία	62	11	51	33
Γερμανία	60	10	50	36
Ουγγαρία	59	26	33	30
Φινλανδία	58	23	34	37
Μ.Βρετανία	58	12	45	36
Γαλλία	56	11	45	37
Δανία	51	15	36	46
Νορβηγία	49	19	30	47
Εσθονία	44	13	31	45
Ολλανδία	44	15	28	53
Βέλγιο	42	13	29	54
Σουηδία	36	14	22	60
Τσεχία	29	13	16	66

Με **μαύρο** οι κεντροανατολικές χώρες της Ευρώπης. Με **κόκκινο** οι δυτικές. Οι μουσουλμάνοι δεν περιλαμβάνονται. Η έρευνα έγινε μεταξύ 2015-2017 σε 34 χώρες

Πηγή: Pew Research Center

Πίνακας 3: Πίστη στο Θεό στις ευρωπαϊκές χώρες. (Pew Research Center, 2017)



Γράφημα 6: Σημασία της θρησκείας ανά τον κόσμο (Pew Research Center, 2017).

3.5 Ορισμός του στρες

Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα, ο Άγγλος φυσικός Robert Hooke (1635-1703), που διατύπωσε το νόμο της ελαστικότητας (law of elasticity) όρισε το στρες σύμφωνα με τις αρχές της μηχανικής, βάσει της έννοιας του φορτίου, της πίεσης και της καταπόνησης (Encyclopaedia Britannica, 2019). Όμως, ως ψυχολογικός όρος είναι

νεότερος. Ο Hans Selye, Ουγγροκαναδός ενδοκρινολόγος (1907-1982) και ιδρυτής της θεωρίας του συνδρόμου του στρες, στα μέσα του 20^{ου} αιώνα καθιερώνει τον όρο στρες [stress], όπως τον γνωρίζουμε σήμερα, περιγράφοντας την κατάσταση της νευρικής έντασης (Rosch, 2018). Χρησιμοποίησε την ήδη υπάρχουσα αγγλική λέξη stress, η οποία έχει την εξής προέλευση: < μεσαιων. αγγλ. distress < παλαιογαλλικό estrece < κοινή λατιν. strictia < λατ. strictus -a -um μετοχή του stringere (= σφίγγω) (etymonline.com, 2018).

Έχει δοθεί πληθώρα ορισμών στο στρες, που όμως διαφέρουν σε πολλά σημεία (Lazarus, 1993). Μία βασική δυσκολία στην αποσαφήνιση της έννοιας του στρες είναι ότι δεν έχει γίνει στη βιβλιογραφία ένας σαφής διαχωρισμός μεταξύ του στρες και των παραγόντων που το προκαλούν (stressors). Οι ερευνητές διαφωνούν σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια του άγχους και τον τρόπο με τον οποίο το μελετούν (Hobfoll, 1989). Ο όρος stress δηλώνει ένα γενικό, στερεότυπο τρόπο αντίδρασης σε ένα πραγματικό ερέθισμα ή μια συμβολική αναπαράστασή του (Anglin et al., 1994).

Το στρες είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως, της οποίας η μέτρηση πάντοτε το εξετάζει (Kang et al., 2009). Τα πρώτα μοντέλα για το στρες άρχισαν να εμφανίζονται τη δεκαετία του 1920, αλλά η ανάπτυξη της θεωρητικής έρευνας στην Ψυχολογία ξεκίνησε ουσιαστικά στη δεκαετία του 1950, με τη δουλειά του (Selye, 1955). Γενικά, στην βιβλιογραφία, το στρες ορίζεται ως ένα ερέθισμα, μία αντίδραση, ή ένας συνδυασμός των δύο. Είναι ένα συναίσθημα δυσθυμίας, που προέρχεται από την υποκειμενική βίωση μιας απειλής που εμφανίζεται σε καταστάσεις με αβέβαιη έκβαση ή σε καταστάσεις που ενέχουν την παράμετρο του κινδύνου, στις οποίες το άτομο εκτίθεται αβοήθητο (Mairers et al., 1999; Boen et al., 2006).

Ο S. Freud διακρίνει τρία είδη στρες: (α) το πραγματικό που οφείλεται σε εξωτερικό κίνδυνο, (β) το νευρωτικό που οφείλεται στην απώθηση επιθυμιών και (γ) το στρες του θανάτου που οφείλεται στις παρεμβάσεις του υπερεγώ. Ως γενική έννοια, το στρες έχει σχετιστεί με τους ρυθμούς και τις αντιφάσεις της σύγχρονης κοινωνίας και στη σύγχρονη αντίληψη, καταλαμβάνει σημαντική θέση για την κατανόηση και την ερμηνεία των κοινωνικών σχέσεων και των ατομικών και συλλογικών συμπεριφορών (Βασιλείου και Σταματάκης, 2000).

Το στρες μπορεί να ενεργοποιήσει μια σειρά ορμονών που προσβάλλουν το καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα, δημιουργώντας κατάθλιψη, αυξημένη ευαισθησία στη μόλυνση, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, καρδιακό και εγκεφαλικό επεισόδιο (Παπαζήσης, 2007).

Το υπερβολικό και παρατεταμένο στρες μπορεί να προκαλέσει οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα, με επιπτώσεις που χωρίζονται σε γνωστικές, που αφορούν τη σκέψη και γνώση, σε συναισθηματικές, που αφορούν τα συναισθήματα και την προσωπικότητα και σε γενικές συμπεριφορικές, που αφορούν εξίσου γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Ωστόσο, υπάρχει και το χρήσιμο στρες, που κινητοποιεί το άτομο στη δημιουργία (Σαουντζή-Κρέπια, 2000).

Ένας πρώτος ορισμός είναι βάσει ερεθίσματος [stimulus-based], όπου όσο πιο πιεστικό είναι το ερέθισμα, τόσο δυσκολότερα διαχειρίσιμη γίνεται η κατάσταση για τον δέκτη. Ένας δεύτερος ορισμός είναι βάσει ανταπόκρισης [response-based] όπου εξετάζεται περισσότερο ο υποκειμενικός παράγοντας ανταπόκρισης απέναντι στο ερέθισμα (Butler, 1993). Σε γενικές γραμμές, το στρες, στα πεδία της βιολογίας, της ιατρικής και της ψυχολογίας, αναφέρεται στην σχέση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ανθρώπινου οργανισμού, όταν διαταράσσεται η ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις και τις δυνατότητες του ατόμου (Fontana, 1993).

Οι έννοιες άγχος [anxiety] και στρες [stress] διαφέρουν. Αν και στις δύο περιπτώσεις εκδηλώνεται ανησυχία και ένταση, το στρες είναι η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε ένα αναπάντεχο και απαιτητικό ερέθισμα. Ενώ το στρες είναι πρόσκαιρο, καταστάσεις συνεχούς και καθημερινού στρες μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος, ένα συναίσθημα φόβου και αδυναμίας απέναντι σε κάθε ερέθισμα, μια κατάσταση που εμποδίζει το άτομο να βιώσει ομαλά την καθημερινότητά του (psychopedia.gr, 2017; Ross, 2018). Είναι δύσκολο να δοθεί συγκεκριμένος ορισμός για το στρες (ΜΗΑ, 2018), παρότι έχουν διατυπωθεί πολλοί τις τελευταίες δεκαετίες.

Ο φυσιολόγος Walter Cannon (1871–1945), το 1915, εξέδωσε το βιβλίο του *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, δημοσιεύοντας έρευνες που πραγματοποίησε σε ζώα σχετικά με τις αντιδράσεις τους σε απαιτητικά ερεθίσματα πόνου, πείνας, φόβου και οργής. Διατύπωσε για πρώτη φορά τον όρο μάχη ή φυγή

[fight or flight], που έκτοτε χρησιμοποιείται. Ο Cannon συγκέντρωσε στοιχεία για να δείξει ότι, όταν ένα ζώο είναι έντονα διεγερμένο, το συμπαθητικό του σύστημα εκκρίνει την ορμόνη αδρεναλίνη για να κινητοποιήσει το ζώο για μια επείγουσα αντίδραση μάχης ή φυγής. Το «συμπαθητικό-επινεφριδικό σύστημα» ενορχηστρώνει τις αλλαγές παροχής αίματος, τη διαθεσιμότητα του σακχάρου και την ικανότητα πήξης του αίματος σε ένα βίαιο τράβηγμα ή τραύμα (Brown & Fee, 2002).

Ο Lazarus (1993) αναφέρει πως το στρες δημιουργείται μέσω της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του, όταν το άτομο αισθάνεται πως οι προσωπικές του δυνάμεις δεν επαρκούν για ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του. Υποστηρίζει ότι μπορεί να έχει φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές παραμέτρους, οι οποίες δεν είναι απαραίτητα ανεξάρτητες η μία απ' την άλλη.

Από λεξιλογική άποψη, στρες είναι « α) (ιατρ.) οποιαδήποτε ενόχληση στη λειτουργία του οργανισμού που οφείλεται σε ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος (π.χ. ψύχος, ζέστη, θόρυβος, τραύμα κ.λπ.) ή ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. απογοήτευση, σύγκλιση κ.λπ.) Η λ. σύγκλιση προέρχεται από το ρ. συγχίζω (=προκαλώ ψυχική αναστάτωση, εκνευρίζω). Αντίθετα, η λ. σύγκυση προέρχεται από το ρ. συγγέω (=μπερδεύω, ανακατεύω) και β) (καθημ.) το άγχος, η ψυχική ένταση» (Μπαμπινιώτης, 2002).



Εικόνα 17: Επιπτώσεις του στρες. (Wikiversity, 2014).

Οι Maes et al. (1987) ορίζουν το στρες ως «μία κατάσταση έλλειψης ισορροπίας σε ένα άτομο, που προκύπτει από μία πραγματική ή αντιλαμβανόμενη ανισότητα μεταξύ των απαιτήσεων του περιβάλλοντος και της ικανότητας αυτού του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές».

Το στρες γενικά ορίζεται ως μία συγκεκριμένη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, που εκτιμάται από το άτομο είτε ως επαχθής, είτε ως υπερβολική, είτε καταντά επικίνδυνη για την καλή ποιότητα της ζωής του (Agrawal, 2010). Σε μια άλλη προσέγγιση, στρες θεωρείται η διαδικασία με την οποία ένα γεγονός οδηγεί σε μια εκτίμηση από το άτομο για το πώς θα αντιμετωπίσει την κατάσταση και στη συνέχεια αυτή η εκτίμηση επηρεάζει τη συμπεριφορά του (Kamtsios & Digellidis, 2008).

3.5.1. Δημιουργικό και βλαπτικό στρες

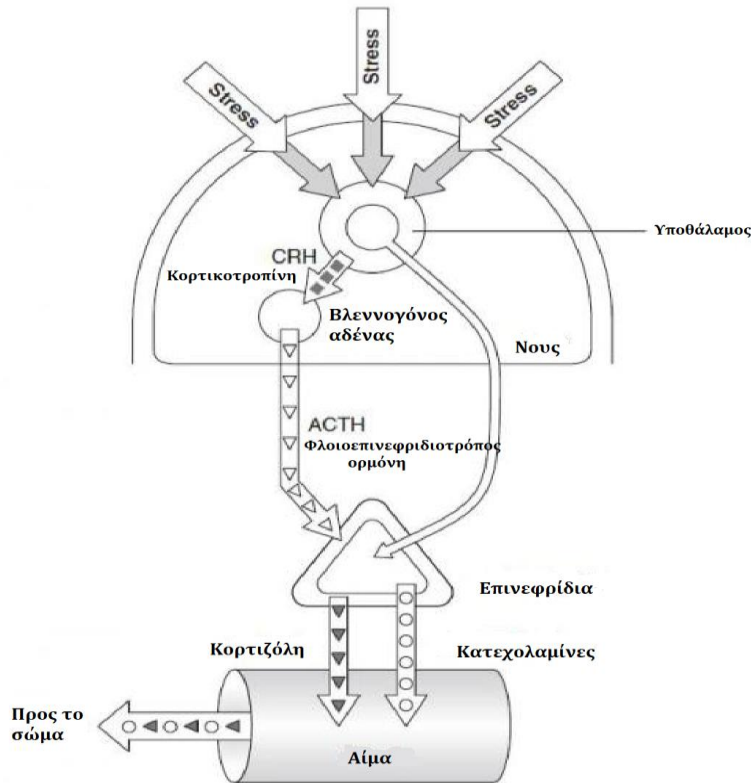
Σύμφωνα με τον Seyle (1995) υπάρχουν δύο ειδών στρες: το δημιουργικό [eustress] και το βλαπτικό [distress]. Το eustress (ευ-στρες, το καλό στρες) ενθαρρύνει τη σωματική και τη διανοητική δραστηριότητα, είναι βραχυχρόνιο, θεωρείται εντός των δυνατοτήτων αντιμετώπισης, είναι διεγερτικό και βελτιώνει την απόδοση, σε αντίθεση με το distress που μειώνει τη φυσική και πνευματική απόδοση οδηγώντας σε ψυχικά και σωματικά προβλήματα (Mills et al., 2018).

3.5.2. Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (G.A.S.)

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει δύο μηχανισμούς ανταπόκρισης στο στρες:

α) τη βραχυπρόθεσμη αντίδραση μάχης ή φυγής [fight or flight] και

β) τη μακροπρόθεσμη, γνωστή ως Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής [General Adaptation Syndrome-GAS]. Το σύνδρομο αυτό—σύμφωνα με τον H. Seyle—διέπεται από τρία στάδια (Burgess, 2017):



Εικόνα 18: Η αντίδραση συναγερμού. (Dartmouth J.S., 2011)

α) την αντίδραση συναγερμού [alarm reaction]: σ' αυτό το στάδιο το στρεσογόνο σήμα στέλνεται στον υποθάλαμο, ο οποίος εκκρίνει γλυκοκορτικοειδείς ορμόνες. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν την έκκριση αδρεναλίνης και κορτιζόλης. Η αδρεναλίνη, αυξάνοντας την ενέργεια, ανεβάζει την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Οι βιοχημικές αυτές αλλαγές καθορίζονται από το συμπαθητικό σύστημα. Σ' αυτή την πρώτη φάση του στρες παίρνεται η απόφαση της μάχης ή της φυγής. Ανάλογα με τον στρεσογόνο παράγοντα, ο άνθρωπος, όπως και τα ζώα, ή θα χρειαστεί να παλέψει ή να τρέξει γρήγορα (fight or flight) για να αποφύγει τον κίνδυνο. Ο οργανισμός στέλνει περισσότερο οξυγόνο στους μύες για να τους δώσει δύναμη. Το αίμα, μεταφέρεται μακριά από το δέρμα, προς το εσωτερικό του σώματος, για να μειωθεί η απώλεια αίματος σε περίπτωση τραυματισμού (Burgess, 2017).

β) τη φάση αντίστασης [resistance]: ο οργανισμός τώρα προσπαθεί να εξουδετερώσει τις αλλαγές που συνέβησαν κατά το προηγούμενο στάδιο. Το παρασυμπαθητικό σύστημα προσπαθεί να επιστρέψει το σώμα στο φυσιολογικό, ρυθμίζοντας την ποσότητα της παραγόμενης κορτιζόλης. Ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση αρχίζουν να επανέρχονται στο φυσιολογικό. Αν το στρεσογόνο ερέθισμα τελειώσει, τότε το σώμα επανέρχεται στο φυσιολογικό. Αν όμως συνεχίσει να υφίσταται, τότε ο οργανισμός παραμένει σε κατάσταση επιφυλακής και οι ορμόνες του στρες συνεχίζουν να παράγονται. Το άτομο γίνεται ευερέθιστο, ανυπόμονο και δεν μπορεί να συνεργαστεί νηφάλια με άλλους γιατί η εστίαση του νου στο ξαφνικό ερέθισμα επιδρά στην ορθή κρίση. Το άτομο γίνεται πιο επιρρεπές στα ατυχήματα και λιγότερο ικανό να λάβει σωστές αποφάσεις (Burgess, 2017).

γ) τη φάση εξουθένωσης [exhaustion]: Μετά την εκτεταμένη περίοδο στρες, ο οργανισμός φτάνει στο τελικό στάδιο του GAS, στο στάδιο εξάντλησης, όπου το σώμα έχει εξαντλήσει τους ενεργειακούς του πόρους και αποτυγχάνει να ανακάμψει. Το άτομο βιώνει κούραση, κατάθλιψη, ανησυχία, γενική αδυναμία. Αν το άτομο δεν βρει τρόπους να αντιμετωπίσει την κατάσταση σ' αυτό το στάδιο τότε κινδυνεύει να αναπτύξει προβλήματα σωματικής υγείας που σχετίζονται με το άγχος. Πρόκειται για μια εργασία στην οποία εξετάζονται οι στρατηγικές που θα αποτρέψουν το στρες να εξελιχθεί σε μόνιμο άγχος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Burgess, 2017).

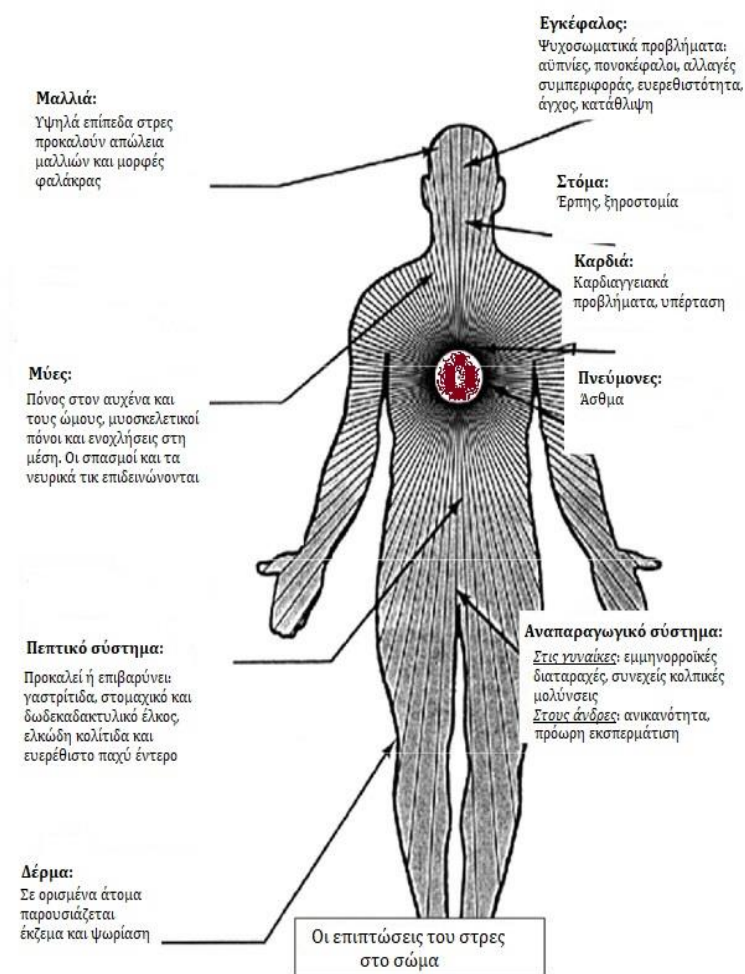
3.5.3. Στρεσογόνοι παράγοντες [stressors]

Οι στρεσογόνοι παράγοντες διακρίνονται ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης, τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση (Δαλακούρα, 2011; Austenfeld & Stanton, 2004):

- Οι βραχυχρόνιοι οξείς (π.χ. μπουτιλιάρισμα και ματαίωση ταξιδιού).
- Οι χρόνιοι (π.χ. ανεργία, αρρώστια).
- Οι καθημερινοί (π.χ. πιεστικό εργασιακό περιβάλλον).
- Οι προκαλούμενοι από σοβαρές αλλαγές (π.χ. σεισμός, πλημμύρα).

Επίσης, διακρίνονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς (Δαλακούρα, 2011; Austenfeld & Stanton, 2004):

- Εξωτερικοί [external] (π.χ. ληξιπρόθεσμα χρέη, ακατάλληλες εργασιακές συνθήκες).
- Εσωτερικοί [internal] (π.χ. ανελαστικότητα στο καινούριο, φόβος, απαισιοδοξία).



Εικόνα 19: Οι επιπτώσεις του στρες στο σώμα. (Agrawal, 2010).

3.5.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης [coping]

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι άτομα που στρεσάρονται συχνά, γίνονται πιο ευερέθιστα και στην καθημερινή τους ζωή. Γενικά, ο βαθμός του στρες εξαρτάται από δύο παραμέτρους:

α) το πόσο μεγάλη νομίζει το άτομο πως θα είναι η ζημιά και

β) το πόσο αποτελεσματικά νομίζει πως μπορεί να την αντιμετωπίσει.

Τόσο για τη σωματική απειλή όσο και για τη μη σωματική, ο οργανισμός κινητοποιεί τον ίδιο ορμονικό μηχανισμό, που αναφέρθηκε προηγουμένως.

Σύμφωνα με τους Richard & Folkman (1986) δύο είναι οι βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες:

α) η επικέντρωση στο πρόβλημα [problem-focused coping].

β) η επικέντρωση στο συναίσθημα [emotion-focused coping].

Ένας από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που μνημονεύεται σε έρευνες (Aldwin & Park, 2004) είναι η φτώχεια, εξ ορισμού στρεσογόνος παράγοντας η ίδια, που συνήθως οδηγεί σε ανεπαρκή παιδεία, μικρή πνευματική καλλιέργεια, ανορθολογισμό, έλλειψη κριτικού πνεύματος και καταλήγει συνήθως στην ανεργία, την απομόνωση και το χρόνιο άγχος (Blair & Raver, 2016).

Νέες έρευνες σε άτομα που αντιμετώπιζαν δύσκολες καταστάσεις (π.χ. γυναίκες με καρκίνο του μαστού, προβλήματα γονιμότητας) έδειξαν πως η συναισθηματική προσέγγιση αντιμετώπισης του στρες [Emotional Approach Coping – EAC], με τη δημιουργία ήρεμης καθημερινότητας, με καλές διαπροσωπικές σχέσεις και ζεστό εργασιακό περιβάλλον, έδωσε ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Austenfeld & Stanton, 2004).

Όσον αφορά την ΚΝΜ και την εκδήλωση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) θα αφιερωθεί ειδική ενότητα στη συνέχεια της εργασίας. Σύμφωνα με έρευνες, η διαταραχή έντονου στρες συμβαίνει στο 40-45% επιζώντων τέτοιου τραυματισμού (Zatzick et al., 2003; Wiseman et al., 2013).

3.6 Ορισμός της Κατάθλιψης

Σε Αιγυπτιακούς παπύρους του 2600 π.Χ. βρέθηκαν αναφορές για την κατάθλιψη, ενώ η κατάθλιψη ως όρος εμφανίζεται και στην Ιλιάδα, όπου αναφέρεται ως αιτία της αυτοκτονίας του Αίαντα η κακή ψυχολογική κατάστασή του (Καβάση, 2007; Πολυκανδριώτης & Στεφανίδου, 2013).

Επίσης, ο Ιπποκράτης (460-357 π.Χ.), αναφέρει την κατάθλιψη σαν ψυχική αρρώστια, που οφείλεται σε βιολογικές μεταβολές, ενώ αναφέρθηκε και στη *μελαγχολία*, που προκύπτει από τη λέξη *μέλαινα* (μαύρη) και τη λέξη *χολή* και υποστηρίζει ότι στα συμπτώματά της εντοπίζονται η απέχθεια για λήψη τροφής, η σωματική ανικανότητα, η αϋπνία, ο εκνευρισμός και η ανησυχία. Ο Ιπποκράτης ακόμα συσχέτισε το άγχος με την κατάθλιψη και υποστήριξε ότι άτομα που για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτίθενται σε καταστάσεις φόβου είναι ευάλωτα στην μελαγχολία (Καβάση, 2007).

Αργότερα, ο Γαληνός (131-201 μ.Χ) περιέγραψε την μελαγχολία ως μια κατάσταση που εκδηλώνεται με φόβο, στενοχώρια και μίσος για τους ανθρώπους (Καβάση, 2007). Ο Meyer (1866-1950) υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε ψυχολογικούς και σωματικούς παράγοντες, δίνοντας όμως ιδιαίτερη σημασία στα ψυχοκοινωνικά αίτια. Ο Meyer ήταν εκείνος ο οποίος καθιέρωσε τον όρο *depression*, αντί του *melancholia*, αλλά δημιούργησε μια σχετική σύγχυση στην ιατρική κοινότητα, καθώς αναφερόταν ότι ο όρος αφορούσε διάφορες παθητικές, από την απλή αντίδραση προσαρμογής μέχρι τη διπολική διαταραχή ή τη βαριά κατάθλιψη (Καβάση, 2007).

Ο όρος *κατάθλιψη* περιλαμβάνει διάφορες μορφές, από τη μείζονα ως την άτυπη κατάθλιψη και τη δυσθυμία. Κάθε άνθρωπος περνάει διαστήματα μεγάλης λύπης και θλίψης, που συνήθως μετά από μερικές ημέρες αμβλύνονται. Όταν όμως τα συναισθήματα αυτά διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες επηρεάζοντας σοβαρά την καθημερινότητα του ατόμου, τότε ίσως να πρόκειται για κατάθλιψη. Επομένως, ένας τρόπος ορισμού της κατάθλιψης είναι η παράθεση των χαρακτηριστικών της συμπτωμάτων, που επιμένουν για πάνω από δύο εβδομάδες (Piades & Keegan, 2018):

- Έντονα συναισθήματα θλίψης.
- Άσχημη διάθεση.

- Συναισθήματα αναξιοσύνης και απελπισίας.
- Διαταραχές της όρεξης.
- Διαταραχές του ύπνου.
- Έλλειψη ενέργειας.
- Αδυναμία συγκέντρωσης.
- Δυσκολία εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για πράγματα που προκαλούσαν ευχαρίστηση.
- Απομάκρυνση από τους φίλους.
- Σκέψεις θανάτου και αυτοτραυματισμού.

Η κατάθλιψη επιδρά στον καθένα διαφορετικά και ορισμένοι μπορεί να έχουν μερικά από τα πιο πάνω συμπτώματα χωρίς όμως να έχουν κατάθλιψη, αν η καθημερινότητά τους δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα. Οι συνηθέστεροι τύποι κατάθλιψης είναι οι εξής εννέα (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018):

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή κλασική κατάθλιψη ή κλινική κατάθλιψη ή μονοπολική διαταραχή [major depression]. Αποτελεί μια σοβαρή διαταραχή της διάθεσης κατά την οποία διαταράσσεται η καθημερινότητα του ατόμου από τη θλίψη, τη μελαγχολία και την απελπισία. Εκδηλώνει συμπτώματα όπως: απογοήτευση, κατήφεια, δυσκολίες στον ύπνο ή υπερυπνία, έλλειψη ενέργειας και κούραση, έλλειψη όρεξης ή υπερκατανάλωση φαγητού, ανεξήγητοι πόνοι, έλλειψη ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες, έλλειψη συγκέντρωσης, προβλήματα μνήμης, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας, συνεχές άγχος και ανησυχίες, σκέψεις θανάτου, αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού. Τα συμπτώματα αυτά διαταράσσουν την καθημερινότητα του ατόμου για εβδομάδες ή και μήνες.

2. Επίμονη κατάθλιψη ή επίμονη καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη [persistent depression]. Μπορεί να διαρκέσει δύο χρόνια ή και περισσότερο. Επιδρά στην καθημερινότητα, διαταράσσοντας ή καταστρέφοντας

διαπροσωπικές σχέσεις. Ορισμένα από τα συμπτώματά της είναι: βαθιά θλίψη και απελπισία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανεπάρκειας, έλλειψη ενδιαφέροντος για πράγματα που κάποτε ήταν ευχάριστα, αλλαγή της όρεξης, αλλαγή των ωρών ύπνου, χαμηλή ενέργεια, προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης, δυσκολία προσαρμογής στο σχολείο ή στη δουλειά, αδυναμία αίσθησης της χαράς ακόμα και σε όμορφες περιστάσεις, κοινωνική απόσυρση (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018).

3. Μανιοκατάθλιψη ή διπολική διαταραχή [Manic depression or bipolar disorder]. Αποτελείται από περιόδους μανίας ή υπομανίας [hypomania] που εναλλάσσονται με περιόδους θλίψης και απώλεια ενδιαφερόντων. Για την περιγραφή αυτής της διαταραχής δεν χρησιμοποιείται πια ο όρος μανιοκατάθλιψη, αλλά ο όρος διπολική διαταραχή.

A. Τα συμπτώματα της φάσης της κατάθλιψης είναι: αίσθημα θλίψης και κενότητας, έλλειψη ενέργειας, κούραση, προβλήματα ύπνου, προβλήματα συγκέντρωσης, μειωμένη δραστηριότητα, απώλεια ενδιαφέροντος για πρώην ευχάριστες δραστηριότητες, αυτοκτονικές σκέψεις.

B. Τα συμπτώματα της φάσης της μανίας είναι: μεγάλη ενέργεια, λίγες ώρες ύπνου, ευερεθιστότητα, ασταμάτητες σκέψεις και πολυλογία, υπερφίαλες σκέψεις, αυξημένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, ασυνήθιστη, επικίνδυνη και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αίσθημα ευφορίας.

Σε σοβαρές περιπτώσεις παρατηρούνται ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Η διπολική διαταραχή χωρίζεται σε επιμέρους τύπους, ανάλογα με τη βαρύτητα της εναλλαγής και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018)

4. Καταθλιπτική ψύχωση [depressive psychosis]. Ορισμένοι χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα όταν περνούν περιόδους μεγάλης κατάθλιψης. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως ψύχωση και χαρακτηρίζεται συχνά από αυταπάτες και ψευδαισθήσεις. Εάν συνυπάρχουν τα δύο αυτά χαρακτηριστικά, τότε ορίζεται ως τυπική μείζων κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Ψευδαισθήσεις [hallucinations] είναι όταν το άτομο βλέπει, ακούει, μυρίζει, γεύεται ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα, όταν ακούει

φωνές ή όταν βλέπει άτομα που δεν είναι εκεί. Αυταπάτες [delusions] ονομάζονται οι αντιλήψεις, γνώμες ή πεποιθήσεις που είναι ξεκάθαρα λανθασμένες ή που δεν βγάζουν κανένα νόημα. Το άτομο όμως που πάσχει από ψύχωση τα εκλαμβάνει όλα αυτά ως αληθινά. Όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψύχωση, μπορεί να προκαλέσει σωματικά συμπτώματα όπως την επιβράδυνση των κινήσεων του σώματος. (Iliades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018)

5. Περιγεννητική κατάθλιψη [perinatal depression]. Κλινικά ανήκει στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Παρουσιάζει έξαρση τον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης και τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, μια περίοδος που ονομάζεται peripartum (<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/peripartum>). Οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την εγκυμοσύνη, επιδρούν στον εγκέφαλο οδηγώντας σε αλλαγές στη διάθεση. Η έλλειψη ύπνου και η γενική δυσφορία μετά τον τοκετό επιβαρύνουν την κατάσταση. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι: θλίψη, άγχος, οργή, εξάντληση, υπερβολική ανησυχία για την υγεία και την ασφάλεια του μωρού, δυσκολίες προσωπικής φροντίδας αλλά και φροντίδας του μωρού, σκέψεις αυτοτραυματισμού ή βλάβης στο μωρό (Iliades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018).

6. Προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή [premenstrual dysphoric disorder]. Πρόκειται για σοβαρή μορφή προεμμηνορροϊκού συνδρόμου, όπου ενώ στο προεμμηνορροϊκό σύνδρομο τα συμπτώματα είναι σωματικά και ψυχολογικά, στην προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή τείνουν να είναι κυρίως ψυχολογικά και περιλαμβάνουν: κράμπες, φουσκώματα και ευαισθησία του μαστού, πονοκεφάλους, πόνο στις αρθρώσεις και στους μύες, θλίψη, απελπισία, θυμό, ευερεθιστότητα, ακραίες μεταβολές της διάθεσης, βουλιμικές στιγμές, κρίσεις πανικού, άγχος, έλλειψη ενέργειας, προβλήματα συγκέντρωσης και ύπνου. Τα συμπτώματα αρχίζουν μετά την ωορρηξία και χαλαρώνουν όταν αρχίζει η περίοδος (Iliades & Keegan, 2018; Pietrangelo και Legg, 2018).

7. Εποχική κατάθλιψη ή εποχική καταθλιπτική διαταραχή [seasonal depression ή seasonal affective disorder]. Έχει τα χαρακτηριστικά της μείζονας κατάθλιψης αλλά εμφανίζεται εποχιακά και κυρίως το χειμώνα. Σ' αυτή την περίπτωση, τα συμπτώματα ξεκινούν από το φθινόπωρο καθώς οι μέρες γίνονται μικρότερες και τα

συμπτώματα επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Το άτομο απομονώνεται κοινωνικά, έχει μεγαλύτερη ανάγκη για ύπνο, παίρνει βάρος, αισθάνεται καθημερινά θλίψη, απελπισία και αναξιοσύνη. Καθώς μπαίνει η άνοιξη, τα συμπτώματα υποχωρούν. Ίσως το φως της ημέρας και η έλλειψή του να επηρεάζει ορμονικά κάποια άτομα περισσότερο από άλλα (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo και Legg, 2018).

8. Περιστασιακή κατάθλιψη ή διαταραχή προσαρμογής [situational depression ή adjustment disorder]. Έχει τα βασικά χαρακτηριστικά της μείζονος κατάθλιψης και οφείλεται σε συγκεκριμένα γεγονότα της ζωής όπως το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, μια σοβαρή ασθένεια, κάποιο απειλητικό για τη ζωή συμβάν, προβλήματα νομικής προέλευσης όπως δικαστήρια, διαζύγια, διατροφές και κηδεμονίες παιδιών ή κοινωνικό-οικονομικά όπως ανεργία, υπερβολικοί φόροι, ληξιπρόθεσμα χρέη σε τράπεζες και εφορία και άλλα. Συμπτώματα τέτοιου είδους κατάθλιψης είναι το συχνό κλάμα, η απελπισία, το άγχος, αλλαγές της όρεξης, δυσκολίες ύπνου, σωματικοί πόνοι, έλλειψη ενέργειας και κούραση, αδυναμία συγκέντρωσης, κοινωνική απομόνωση (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018).

9. Ατυπη κατάθλιψη [atypical depression]. Η μορφή αυτή της κατάθλιψης, ενώ μοιάζει με τη μείζονα μορφή, αμβλύνεται κατά διαστήματα, όταν παρουσιάζονται ευχάριστα γεγονότα. Έτσι, δεν φαίνεται στους άλλους πως το άτομο πάσχει από κατάθλιψη. Δεν πρόκειται για σπάνια μορφή, αντίθετα είναι συχνή μορφή και εξίσου σοβαρή. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: αυξημένη όρεξη και αύξηση βάρους, παραμέληση σωματικής υγιεινής και άσχημη εικόνα του σώματος, ακατάστατες ώρες φαγητού, υπερυπνία ή/και αϋπνίες, αίσθηση βάρους στα χέρια και στα πόδια που διαρκεί τουλάχιστον μια ώρα την ημέρα, ευαισθησία στην κριτική και έντονο αίσθημα απόρριψης, διάχυτοι πόνοι στο σώμα (Piades & Keegan, 2018; Pietrangelo & Legg, 2018).

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως, επηρεάζοντας περισσότερους από 300 εκατομμύρια ανθρώπους σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Η μακροχρόνια κατάθλιψη, είτε μέτριας είτε σοβαρής μορφής, επιβαρύνει τη σωματική υγεία. Στην κατανομή των φύλων, οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο. Ετησίως καταγράφονται περίπου 800.000 αυτοκτονίες, αποτελώντας τη δεύτερη αιτία θανάτου στις νεανικές ηλικίες 15-29 χρονών. Υπάρχουν ωστόσο

φαρμακευτικές και ψυχολογικές θεραπείες για τη διαταραχή αυτή, που όμως μόνο το 10% των καταθλιπτικών λαμβάνουν τέτοια αγωγή (WHO, 2018).

Πολλές φορές οι γιατροί δεν κάνουν σωστή διάγνωση του ασθενή για να του χορηγήσουν την κατάλληλη θεραπεία, ενώ άλλοι γιατροί προτείνουν αντικαταθλιπτικά σε ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Για παράδειγμα, κλινικές καταστάσεις, όπως προβλήματα του θυρεοειδή, όγκος στον εγκέφαλο ή έλλειψη κάποιας βιταμίνης, προκαλούν συμπτώματα που μιμούνται την κατάθλιψη, γι' αυτό θα πρέπει να διαγιγνώσκονται σωστά (WHO, 2018).

Η κατάθλιψη επηρεάζει έναν στους 15 ενήλικες (6,7%) κάθε χρόνο. Ένας στους έξι (16,6%) παθαίνουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους (Parekh & American Psychiatric Association - APA, 2017).

Ιστορικά η κατάθλιψη αναφέρεται από τα βάθη της αρχαιότητας. Στη Μεσοποταμία, τη 2^η χιλιετία π.Χ. παρουσιάζεται σε γραπτά κείμενα σφηνοειδούς γραφής, ως πνευματική-δαιμονική ασθένεια αντί για ψυχοσωματική, για την οποία οι ασθενείς απευθύνονταν σε ιερείς αντί σε γιατρούς. Την ίδια αντίληψη περί δαιμονικής προέλευσης είχαν και οι Βαβυλώνιοι, οι Κινέζοι και οι Αιγύπτιοι, την οποία οι ιερείς τους προσπαθούσαν να θεραπεύσουν βγάζοντας από τον ασθενή τα κακά πνεύματα, δηλαδή με εξορκισμούς, στέρηση τροφής κ.λπ. (Nemadé et al., 2015).

Στον ελληνικό και στο ρωμαϊκό κόσμο αργότερα για πρώτη φορά παρουσιάστηκε σε γραπτά κείμενα των προσωκρατικών φιλοσόφων η επιστημονική προσέγγιση της βιολογικής-ψυχοσωματικής αιτιολογίας της διαταραχής αυτής, μακριά από θρησκευτικές δοξασίες. Πάντως, ήδη από τους προσωκρατικούς χρόνους οι γιατροί χρησιμοποιούσαν τη γυμναστική, το μασάζ, τη δίαιτα, τη μουσική, τα μάνια και φάρμακα όπως εκχύλισμα παπαρούνας και γάλα όνου για να απαλύνουν τα συμπτώματα (Schimelpfening & Gans, 2018).

Στην Αρχαία Ελλάδα οι Έλληνες, περιέγραψαν τη μελαγχολία ως μία προδιάθεση στην προσωπικότητα του ατόμου, ενώ οι Ρωμαίοι αναφέρθηκαν στις επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος στο ψυχισμό του ανθρώπου (Καβάσης, 2007).

Ο Ιπποκράτης (460-357π.Χ.) ονόμασε τη διαταραχή αυτή *μελαγχολία* (από το χυμό μέλαινα+χολή), επειδή σύμφωνα με την αντίληψη των αρχαίων περί σωστής

αναλογίας των τεσσάρων χυμών – ιαμάτων, όπως καλούνταν - στο σώμα, η μαύρη χολή που έκκρινε η σπλήνα, κατά τη μελαγχολική διάθεση, υπερίσχυε έναντι των υπολοίπων, επηρεάζοντας αρνητικά τον εγκέφαλο και κατά συνέπεια τη διάθεση. Κατά την αρχαιότητα, η αντίληψη των Ελλήνων και των Ρωμαίων για την υγεία βασιζόταν στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος: του αίματος, της μαύρης χολής, της κίτρινης χολής και του φλέγματος. Ο κάθε χυμός επιδρούσε ξεχωριστά στον ψυχισμό του ατόμου. Οι χυμοί αυτοί αντιστοιχούσαν στα τέσσερα στοιχεία του Σύμπαντος (γη, νερό, φωτιά, αέρας) σύμφωνα με τη διδασκαλία των προσωκρατικών. Ο Ιπποκράτης συνέδεσε το διαρκές άγχος και τον φόβο με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) ανέλυσε τη μελαγχολία με βάση την προσωκρατική και την ιπποκρατική αντίληψη. Ο Γαληνός (131-201 μ.Χ.) παρουσίασε αναλυτικότερα τα συμπτώματα της θλίψης και του φόβου στη μελαγχολία, ενώ ο Αυρηλιανός (5^{ος} αι. μ.Χ.) τόνισε τη σχέση της με την αυτοκτονία και την παρανοϊκή χροιά της διαταραχής αυτής (Παπαβραμίδου και συν., 2017; Λάιος και συν., 2012).

Ο ψυχίατρος Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) ήταν ο πρώτος που συνδύασε ακριβείς κλινικές περιγραφές με τη στατιστική ανάλυση των ψυχικών ασθενειών και αυτός που εισήγαγε τον όρο «ψευδαίσθηση» [hallucination] (<https://www.britannica.com/biography/Jean-Etienne-Dominique-Esquirol>). Ο Emil Kraepelin (1856-1926) προσδιορίζει την μανιοκατάθλιψη (Ebert & Bär, 2010). Ο Meyer (1866-1950), ενώ αναγνωρίζει τα ψυχοσωματικά αίτια της κατάθλιψης, έδωσε ιδιαίτερη σημασία και στα κοινωνικά αίτια. Καθιέρωσε τον όρο depression, αντί του melancholia δημιουργώντας κάποια σύγχυση στην ιατρική κοινότητα. Το 1950 δημιουργούνται κάποια φάρμακα για την θεραπεία των διαταραχών διάθεσης, μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη, που έχουν –σχετικά μικρή– αποτελεσματικότητα. Όμως η ευρεία χρήση τους και η άκριτη συνταγογράφησή τους από γιατρούς και ψυχολόγους αμφισβητείται έντονα τα τελευταία χρόνια και τα φάρμακα αυτά συνιστώνται σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις. Επίσης, οι ψυχοθεραπείες δεν βοηθούν πολύ, ενώ η ψυχανάλυση έχει σχεδόν μηδενικά αποτελέσματα στα άτομα με διαταραχές διάθεσης (Ιωαννίδης, 2017).

3.7 Ορισμός της Αυτοεκτίμησης

Στη γενική βιβλιογραφία ο όρος *αυτοεκτίμηση* χρησιμοποιείται συχνά με την έννοια της αυτοαξιολόγησης που κάνει το άτομο για τον εαυτό του. Ο όρος

αυτοεκτίμηση αρχίζει να γίνεται πλέον παγκόσμια κατανοητός. Συνήθως χρησιμοποιείται για να αναφερθούν οι αξιολογήσεις που οι άνθρωποι κάνουν, αλλά και συντηρούν σχετικά με τον εαυτό τους. Περιλαμβάνει διαθέσεις αποδοχής ή απόρριψης και το βαθμό που οι άνθρωποι νιώθουν αξιόλογοι, μοναδικοί και αποτελεσματικοί, στη καθημερινή τους ζωή.

Ο όρος *αυτοεκτίμηση* είναι συνδεδεμένος με την αντίληψη που έχουμε για τον εαυτό μας. Λειτουργεί σαν όρος «ομπρέλα», που εμπερικλείει την γνώμη που έχουμε για τον εαυτό μας σε γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Lawrence, 1996). Επιπλέον, οι όροι *αυτοσεβασμός*, *αυτοεκτίμηση* και *αυτοπεποίθηση* χρησιμοποιούνται για να αναφερθούν στα αισθήματα κάποιου ατόμου σχετικά με τον εαυτό του και αποδίδονται στην Αγγλική Γλώσσα ως: «self – esteem», «self– inpage», «self worth». Οι όροι αυτοί στην Σύγχρονη Ψυχολογία μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά (Lawrence, 1996).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1960 ο Rosenberg όρισε την *αυτοεκτίμηση* ως μια σταθερή αίσθηση της προσωπικής αξίας ή καταξίωσης του ατόμου. Ο όρος *αυτοεκτίμηση* αναφέρεται στη συναισθηματική στάση απέναντι στον εαυτό και μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. Τα άτομα ανάλογα με τη θετική ή αρνητική στάση που έχουν για τον εαυτό τους, θεωρούμε ότι έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή στην αντίθετη περίπτωση χαμηλή αυτοεκτίμηση (Γεωργογιάννης, 2007).

Ο όρος *αυτοεκτίμηση*, σύμφωνα με τον Coopersmith (1984), αναφέρεται στην προσωπική κρίση της αξίας του ατόμου, η οποία εκφράζεται με τις στάσεις που αναπτύσσει απέναντι στον εαυτό του.

Η Rosenberg (1965) όρισε την *αυτοεκτίμηση* με παρόμοια ως θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, τον εαυτό (Μακρή- Μπότσαρη, 2001).

Η πρώτη, η πιο απλή σύλληψη του εαυτού μας, κατά τον Piaget (1963), είναι αυτή που εκδηλώνεται στο τέλος του αισθησιοκινητικού σταδίου, όταν πια το νήπιο ξεχωρίζει τον εαυτό του από τον έξω κόσμο. Κατόπιν, σταδιακά διευρύνεται το περιεχόμενό του και προσλαμβάνει ολοένα και πιο αφηρημένες ιδιότητες. Παράλληλη πορεία προς την εξέλιξη της έννοιας του *εαυτού* ακολουθεί και η έννοια της *αυτοεκτίμησης*.

Είναι προφανές πως βασική προϋπόθεση της ανάπτυξης αυτοεκτίμησης είναι η επίγνωση από μέρους του ατόμου της ταυτότητάς του, του εαυτού του, τον οποίο ακολούθως αξιολογεί. Όπως υποστηρίζεται από αρκετούς επιστήμονες, υπάρχει μία διαδικασία που ονομάζεται «the looking glass». Αυτός ο όρος βασίζεται στις γνώμες των ανθρώπων για τους άλλους και αποτελεί έναν «κοινωνικό καθρέφτη» μέσω του οποίου μπορούν να ενισχύσουν ή να μειώσουν την αυτοπεποίθηση κάποιου (Jerome et al., 2002). Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι το κοινωνικό μας περιβάλλον είναι ο πιο βασικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει είτε αρνητικά είτε θετικά την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης (Selikowitz, 1998).

Ο όρος *αυτοεκτίμηση* αναφέρεται γενικά στην αντίληψη που έχουμε για τον εαυτό μας. Στη βιβλιογραφία, ο όρος αυτός χρησιμοποιείται συχνά με την έννοια της *αυτοαξιολόγησης* [self-worth] ή του *αυτοσεβασμού* [self-respect]. Λειτουργεί σαν όρος «ομπρέλα» για μια ευρεία σειρά όρων: αυτοσεβασμός, αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση = self-respect, self-esteem, self-confidence αντίστοιχα, που εμπεριέχει τη γνώμη του ατόμου για τον εαυτό του σε γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Lawrence, 2006).

Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την επιτυχία σε πολλούς τομείς. Μικρή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε ηττοπάθεια και κατάθλιψη, σε λάθος αποφάσεις, σε καταστρεπτικές σχέσεις και γενικά στην αποτυχία να ζήσει κάποιος μια ευχάριστη ζωή. Από την άλλη, η υπερβολική αυτοεκτίμηση παραπέμπει σε ναρκισσιστική προσωπικότητα και φέρνει άσχημη κατάληξη στις σχέσεις και έλλειψη φίλων (Baumeister et al., 2003; Cherry, 2018).

Η αυτοεκτίμηση ανήκει στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά με σταθερό βαθμό και διάρκεια. Ο Morris Rosenberg (2008) όρισε την *αυτοεκτίμηση* ως «σταθερή αίσθηση της προσωπικής αξίας και καταξίωσης του ατόμου» (Robinson, 2008). Περιλαμβάνει μια σειρά από προσωπικές εκτιμήσεις για τον εαυτό, όπως η εμφάνιση, οι πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση γίνεται εμπόδιο στην επιτυχία στο σχολείο ή την εργασία, επειδή υπερισχύει η αίσθηση της ανικανότητας κι ο φόβος. Αντίθετα, η ύπαρξη υγιούς αυτοεκτίμησης βοηθάει στην απόκτηση θετικής και δυναμικής στάσης για τη ζωή και την επίτευξη των εκάστοτε στόχων (Cherry, 2018). «Τα άτομα ανάλογα με τη θετική ή αρνητική στάση που έχουν για τον εαυτό τους, θεωρούμε ότι έχουν υψηλή ή χαμηλή αυτοεκτίμηση» (Γεωργογιάννης, 2007).

Τα παιδιά αρχίζουν να μορφοποιούν τα πρώτα συναισθήματα αυτοεκτίμησης τις πρώτες έξι εβδομάδες της ζωής τους, ανάλογα με το πώς εκτιμούν ότι ο κόσμος αντιδρά στις σωματικές και συναισθηματικές τους ανάγκες. Καθώς διέρχονται ποικίλα στάδια της ανάπτυξης, η αυτοεκτίμησή τους τροποποιείται ανάλογα με το πώς αντιδρούν οι σημαντικοί γι' αυτούς ενήλικες στις ανάγκες τους και το βαθμό που αυτές ολοκληρώνονται επιτυχώς σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο (Harter, 2006).

Στην πρώιμη παιδική ηλικία παρόλο που η αυτοεκτίμηση έχει αρχίσει να σχηματίζεται, δεν είναι μετρήσιμη μέχρι την ηλικία των 5-6 ετών, γιατί μέχρι τότε οι δύο λειτουργίες της αυτοεκτίμησης, η ικανότητα και η αξία, ενεργούν ξεχωριστά. Μεταξύ 5-8 ετών η αυτοεκτίμηση γίνεται ολοένα και πιο σαφής, αντιληπτή. Τα παιδιά αρχίζουν να σχηματίζουν γνώμη για την αξία τους σε πέντε τομείς: (α) στην εμφάνισή τους, (β) στην κοινωνική τους αποδοχή, (γ) στις σχολικές τους επιδόσεις, (δ) στις αθλητικές και (ε) στις καλλιτεχνικές τους δεξιότητες (Harter, 2006). Μεγαλώνοντας το παιδί αυξάνει τις κοινωνικές του επαφές, τις εμπειρίες του και τις προσδοκίες του. Συνειδητοποιεί τι μπορεί να κάνει και τι όχι. Αναπόφευκτα η αυτοεκτίμηση αρχίζει να επηρεάζει τη συμπεριφορά του, καθώς το παιδί προσπαθεί να διατηρήσει και να προφυλάξει την αίσθηση της αυταξίας του ενάντια στις προκλήσεις, τα προβλήματα και τις εμπειρίες της ζωής (Harter, 2006).

Η αυτοεκτίμηση θετική ή αρνητική, δεν είναι έμφυτη στο άτομο, αλλά είναι αποτέλεσμα της ποιότητας των εμπειριών και της αλληλεπίδρασής του με το περιβάλλον, ψυχολογικό και κοινωνικό. Είναι προφανές πως βασική προϋπόθεση ανάπτυξης της είναι η επίγνωση της ταυτότητας, του εαυτού του, τον οποίο ακολούθως αξιολογεί.

Με λίγα λόγια, *αυτοεκτίμηση* είναι η αίσθηση που έχει το άτομο για την προσωπική του αξία, ο βαθμός στον οποίο του αρέσει και εκτιμά τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση διαμορφώνεται κατά την παιδική ηλικία και επηρεάζεται από τις εμπειρίες. Ορισμένες εμπειρίες που οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση κατά την παιδική ηλικία είναι (Κυπραίου, 2018):

- Η συνεχής κριτική και η κακοποίηση από τους γονείς.
- Οι συγκρούσεις με τους συνομήλικους.

- Στιγματισμός για ασυνήθιστη κοινωνική συμπεριφορά, την εμφάνιση, την φυλή, την κοινωνική τάξη ή την κοινωνική ταυτότητα.
- Έλλειψη εμπειριών που θα ενθάρρυναν μια αίσθηση αυτοπεποίθησης.
- Έλλειψη επιβράβευσης για τις επιτυχίες.
- Κάποια μαθησιακή δυσκολία ή αναπηρία.

Τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση, δεν αμφισβητούν την προσωπική τους αξία, στην περίπτωση που τα σχόλια των άλλων δεν είναι ευνοϊκά. Επίσης, ξεχνούν ευκολότερα μια εμπειρία αποτυχίας, προστατεύοντας έτσι τον εαυτό τους από αρνητική αυτοαξιολόγηση, σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Ωστόσο, ο βαθμός αυτοεκτίμησης και οι συνέπειές του είναι πολυπαραγοντικά θέματα. Σύμφωνα με έρευνες (Baumeister et al., 2003) πολλά άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση υπερβάλλουν για τις ικανότητες ή τα κατορθώματά τους, χωρίς να ανταποκρίνεται αυτό στην πραγματικότητα. Υψηλή αυτοεκτίμηση και υψηλές σχολικές επιδόσεις δεν σχετίζονται, παρά μόνο εν μέρει. Προσπάθειες για ενίσχυση της αυτοεκτίμησης σε μαθητές, δεν έφεραν καλύτερες σχολικές επιδόσεις, αντίθετα, ορισμένες φορές αποδείχτηκαν αντιπαραγωγικές. Στον εργασιακό χώρο, παρατηρήθηκε μικρή σχέση μεταξύ εργασιακής απόδοσης και αυτοεκτίμησης, η οποία φαίνεται να ενισχύεται από μικρές επιτυχίες παρά το αντίθετο. Εργαστηριακές μελέτες απέτυχαν να βρουν μια σταθερά αυτοεκτίμησης και καλύτερης απόδοσης στα σχολικά ή εργασιακά καθήκοντα (Baumeister et al., 2003).

Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση πιστεύουν πως είναι πολύ αρεστά στους άλλους, πως έχουν καλύτερες σχέσεις φιλίας, πως δημιουργούν πολύ καλές εντυπώσεις στο περιβάλλον τους. Ωστόσο αυτό, ούτε επιβεβαιώνεται από τις έρευνες ούτε αντιστοιχεί στην πραγματικότητα και απλώς υπερεκτιμούν τις πτυχές της προσωπικότητάς τους. Επιπλέον, τίθεται και ζήτημα αντιληπτικής ικανότητας και αυτογνωσίας κάποιων ατόμων με υψηλή αυτοπεποίθηση. Οι νάρκισσοι, που χαρακτηρίζονται από υψηλή αυτοπεποίθηση, μπορεί αρχικά να γοητεύσουν, αλλά γρήγορα απογοητεύουν και τελικά γίνονται απωθητικοί, χωρίς οι ίδιοι να αντιλαμβάνονται τον ακριβή λόγο (Baumeister et al., 2003).

Όσοι έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, λένε με ευκολία τη γνώμη τους στην ομάδα και φαίνονται πιο δυναμικοί, χωρίς αυτό να σημαίνει πως η γνώμη τους είναι πάντα ορθή. Σύμφωνα με έρευνες για τις σχολικές ή τις εργασιακές επιδόσεις, το στοιχείο της υψηλής αυτοεκτίμησης ακυρώνεται, όταν συνυπολογίζονται κι άλλοι παράγοντες στην ομάδα ή στην εργασία (Baumeister et al., 2003). Ένα άλλο στοιχείο των ερευνών είναι πως η εξαπάτηση (cheating) και ο εκφοβισμός (bullying) σχετίζονται με άτομα που δηλώνουν υψηλή αυτοεκτίμηση.

Παρά τις αντιφατικές έρευνες, η υψηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την προσωπική ευχαρίστηση, ευτυχία και λιγότερες ψυχικές διαταραχές, ενώ αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, μπορεί ευκολότερα να οδηγήσει σε κατάθλιψη και στρες (Baumeister et al., 2003; Begley & White, 2003).

Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν πως η υψηλή αυτοεκτίμηση μετριάζει τα συμπτώματα του στρες, ενώ άλλες έρευνες δείχνουν το αντίθετο, δηλαδή πως άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν λιγότερο στρες σε περίπτωση αποτυχίας, ίσως επειδή θεωρούσαν αναμενόμενη την αποτυχία. Τέλος, η υψηλή αυτοεκτίμηση δεν αποτρέπει τα άτομα από κακές συνήθειες, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ ή τον εθισμό σε ναρκωτικές ουσίες. Συνήθως προωθεί τον πειραματισμό, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης σεξουαλικής δραστηριότητας. Έχει βρεθεί όμως πως η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τη διαταραχή της βουλιμίας (Baumeister et al., 2003).

Γενικότερα, η προσπάθεια άκριτης ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης δεν προκαλεί οφέλη. Αντίθετα, μπορεί να οδηγήσει σε ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά που πρέπει να αποφεύγονται. Επομένως, δεν προτείνεται. Αντίθετα, προτείνεται η επιβράβευση επιθυμητών κοινωνικών συμπεριφορών και προσπαθειών αυτοβελτίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Στους ασθενείς που προσδιορίζουν τη θρησκευτικότητα ή την πνευματικότητα ως βασική παράμετρο της ζωής τους, είναι αναγκαίο να τους δίνεται η δυνατότητα εξάσκησης των «πιστεύω» τους με τον τρόπο που θεωρούν προσήκοντα. Δεδομένης της ποικιλίας και της διαφορετικότητας των «πιστεύω» του καθενός, χρειάζεται να αφιερωθεί περισσότερος χρόνος στην καταγραφή των αναγκών του καθενός και τις δυνατότητες κάλυψής τους (Sulmasy, 2009).

Οι Ullrich et al., (2013) βρήκαν ότι το 20% του δείγματος ατόμων με μετατραυματική κάκωση του νωτιαίου μυελού είχαν αυξημένο πόνο και κατάθλιψη τον πρώτο χρόνο μετά τον τραυματισμό. Οι Xue et al., (2016) με την έρευνα τους στη Σρι Λάνκα υποστηρίζουν ότι η αντίληψη των ατόμων με κάκωση νωτιαίου μυελού ότι υστερούν στο να εργαστούν, να δημιουργήσουν κοινωνικές σχέσεις και στη λειτουργικότητα τους μέσα στην οικογένεια είναι στοιχεία που υποδηλώνουν κατάθλιψη, ενώ υπάρχει η αντίληψη ότι η θρησκευτικότητα και πνευματικότητα παρέχει προστασία έναντι της κατάθλιψης.

Η μελέτη των Wilson et al., (2016) επικεντρώθηκε στη σχέση μεταξύ της πνευματικής ευεξίας, των δημογραφικών χαρακτηριστικών, την ποιότητα ζωής και τα καταθλιπτικά συμπτώματα ατόμων με κάκωση νωτιαίου μυελού σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Πρότειναν να λαμβάνεται υπόψη για τη διάγνωση και θεραπεία η αξιολόγηση της πνευματικότητας σε συνδυασμό με άλλες πιο παραδοσιακές ψυχολογικές μετρήσεις. Στην αποκατάσταση οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και να βοηθήσουν σε περιπτώσεις με μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα που συνοδεύουν συχνά τις χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες.

Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι επαγγελματίες αποκατάστασης πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την πνευματικότητα στην εργασία τους με ασθενείς που πάσχουν από κάκωση νωτιαίου μυελού. Ενώ τα πνευματικά ζητήματα συχνά αναφέρονται σε ιερωμένους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι σαφές ότι η αντιμετώπισή τους δεν είναι ο τομέας ενός επαγγέλματος. Κατά την αντιμετώπιση των ασθενών με

προβλήματα που άπτονται της πνευματικότητας, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις πνευματικές δυνάμεις που διαθέτουν οι ίδιοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα από το αν έχουν σχέση με την ειρήνη ή την θρησκεία, κατανοώντας ότι η πνευματικότητα ενέχει κάτι περισσότερο από τη θρησκευτικότητα και ότι η έννοια του να βρίσκει κάποιος νόημα και γαλήνη στη ζωή του φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία.

Κατά τους Siddall et al., (2017) τα επίπεδα πνευματικής ευημερίας σε άτομα με κάκωση του νωτιαίου μυελού ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε σύγκριση με άτομα χωρίς τέτοιο τραυματισμό. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μέτρια, αλλά σημαντική αρνητική, συσχέτιση μεταξύ πνευματικής ευεξίας και έντασης πόνου, ένας ισχυρός και σημαντικά αρνητικός συσχετισμός μεταξύ της κατάθλιψης και της πνευματικής ευημερίας και μια ισχυρή και σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικής ευημερίας και της αυτοεκτίμησης, των επιπέδων του πόνου και της ικανοποίησης από τη ζωή. Οι συνέπειες ενός τραυματισμού στο νωτιαίο μυελό περιλαμβάνουν αυξημένα επίπεδα πνευματικής δυσφορίας, η οποία σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα πόνου και κατάθλιψης και χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης από τον πόνο με τη ζωή. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν τη σημασία της αντιμετώπισης της πνευματικής ευημερίας ως σημαντικού στοιχείου στη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση οποιουδήποτε προσώπου μετά από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού.

Οι Jones et al., (2016) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση και από τις είκοσι οκτώ (28) μελέτες που βρήκαν να σχετίζονται με την πνευματικότητα και τις συναφείς έννοιες, οι είκοσι έξι (26) αφορούσαν στην προσαρμογή των ατόμων με κάκωση νωτιαίου μυελού. Ποσοτικές μελέτες κατέδειξαν ότι η πνευματικότητα συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, την ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και την ανθεκτικότητα. Η χρήση της δημιουργίας νοήματος της ζωής ακόμα και με την KNM και της ελπίδας ως στρατηγικών αντιμετώπισης στη διαδικασία της προσαρμογής υπογραμμίστηκαν στις ποιοτικές μελέτες. Στα συμπεράσματα τους οι ερευνητές υποστήριξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας σχετίζονταν με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την ικανοποίηση της ζωής, την καλύτερη ψυχική υγεία και την ανθεκτικότητα των ατόμων που πάσχουν από KNM. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενισχύσουν το ρόλο που διαδραματίζει η πνευματικότητα στην αποκατάσταση, ενσωματώνοντας τις πνευματικές πεποιθήσεις των ατόμων και των μελών της οικογένειάς τους στην εκτίμηση και την παρέμβαση. Αξιοποιώντας εργαλεία

δημιουργίας νοήματος για τη ζωή, όπως αφηγηματική θεραπεία, ενσωματώνοντας στήριξη από συνασθενείς και βοηθώντας τους ασθενείς που αναφέρουν μείωση της πνευματικότητας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν πρόσθετη υποστήριξη σε άτομα και μέλη της οικογένειάς τους προσαρμόζοντας κατάλληλα τις παρεμβάσεις τους.

Οι Jones et al., (2018) πραγματοποίησαν έρευνα όπου οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αντλούσαν δύναμη από μια σειρά διαφορετικών πηγών πνευματικότητας, συμπεριλαμβανομένης της θρησκευτικής πίστης, του φυσικού κόσμου, της εσωτερικής δύναμης και της ουσιαστικής σύνδεσης με άλλους. Αυτές οι πηγές πνευματικότητας συχνά δοκιμάστηκαν με κάποιο τρόπο μετά την KNM. Οι εννοιολογικές απαντήσεις σε αυτές τις δοκιμασίες συνδέονται με τρία βασικά αποτελέσματα: την ευγνωμοσύνη, την ελπίδα και τη βαθύτερη σχέση με άλλους, βοηθώντας τις οικογένειες να προχωρήσουν στο ταξίδι τους μετά την KNM. Με τον καιρό οι πηγές πνευματικότητας δεν άλλαξαν σημαντικά, όμως η ένταση της πνευματικής εμπειρίας μειώθηκε για μερικές οικογένειες. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η πνευματικότητα μετά την KNM παίζει σημαντικό ρόλο τόσο για το τραυματισμένο άτομο όσο και για τα μέλη της οικογένειάς του. Οι οικογένειες αντλούν δύναμη από μια σειρά πηγών πνευματικότητας και αυτές οι πηγές μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια να προχωρήσει μαζί μετά από την KNM. Περαιτέρω διερεύνηση του πώς οι επαγγελματίες της υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα ζητήματα πνευματικότητας των ασθενών κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης της σπονδυλικής στήλης καθίσταται απαραίτητη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΑΛΛΑΓΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Η ξαφνική παράλυση του σώματος και η άρδην αλλαγή της ποιότητας ζωής ενός ατόμου συνοδεύεται αναπόφευκτα από πλείστα ψυχολογικά προβλήματα, που αναλύθηκαν στις προηγούμενες ενότητες, τα οποία εκτός από τη φυσική υγεία επηρεάζουν και την πνευματική. Παρότι κάθε άνθρωπος με τραυματική ΚΝΜ αντιδρά με διαφορετικό τρόπο, έρευνες έχουν δείξει τη στενή σχέση μεταξύ ψυχολογικών προβλημάτων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως χιούμορ, αισιοδοξία και αυτο-αποτελεσματικότητα, τα οποία συνοδεύονται με καλύτερη πρόγνωση (Dezarnaulds & Pichet, 2014). Οι νεότεροι σε ηλικία με τραυματική ΚΝΜ βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση συγκριτικά με τους ηλικιωμένους, που συχνά παρουσιάζουν κατάθλιψη.

5.1. Κατάθλιψη των ασθενών με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού

Όπως εξετάστηκε στην ενότητα για την κατάθλιψη, η ψυχιατρική αυτή διαταραχή είναι εξαιρετικά διαδεδομένη. Ωστόσο, μόνο τα τελευταία έτη προσελκύει το ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας, επειδή διαπιστώθηκε από έρευνες πως η ανεπάρκεια που προκαλεί είναι εφάμιλλη και ίσως μεγαλύτερη από αυτή που προκαλείται από χρόνια νοσήματα, όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια νεφρική νόσος. Επιπρόσθετα, νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η νοσηρότητα και θνητότητα αυτών των νοσημάτων

αυξάνουν ακόμη περισσότερο, όταν συνυπάρχει καταθλιπτική σημειολογία (Akiskal et al., 2000).

Οι διαταραχές της διάθεσης (ή συναισθηματικές διαταραχές) χαρακτηρίζονται από διαταραχή του συναισθηματικού τόνου. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση [mood] είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος, που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο, που έχει το άτομο αυτό (Μάνος και συν., 2017).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από πληθώρα συμπτωμάτων, όπου η «φυσιολογική» διάθεση επισκιάζεται από μία «παθολογική-καταθλιπτική» διάθεση, η οποία ωστόσο μπορεί να μην είναι πάντα εμφανής, αλλά να διαγιγνώσκεται από άλλα συμπτώματα π.χ. του αυτόνομου νευρικού συστήματος, της σκέψης κ.λπ. Στην πραγματικότητα πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πλειάδα σημείων και συμπτωμάτων που αντιπροσωπεύουν μια υποτροπιάζουσα εκτροπή του ατόμου από τη συνήθη λειτουργικότητά του (Briere & Spinazzola, 2005).

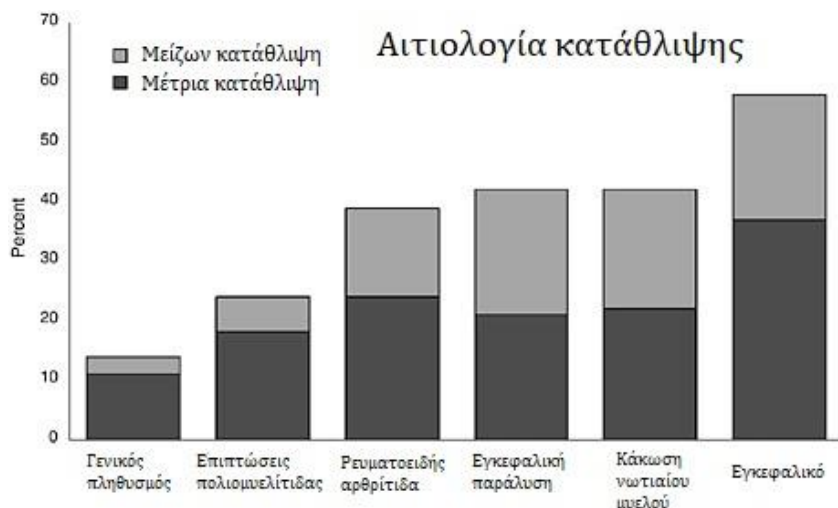
Το άγχος και η κατάθλιψη είναι δύο από τα συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως και φαίνεται να αποτελούν τους βασικούς παράγοντες μέτρησης του βαθμού ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού (Kang et al., 2009). Τα δύο αυτά προβλήματα, παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα, κοινά γνωσιακά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, εκδηλώνονται σε νεαρές ηλικίες και πολύ συχνά συνυπάρχουν, με ποσοστά συννοσηρότητας έως και 50% (Eisenberg et al., 2007).

Εάν υπάρχει μόνο ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, η διαταραχή χαρακτηρίζεται ως «μείζον κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο», ενώ εάν υπάρχουν δύο ή περισσότερα επεισόδια χαρακτηρίζεται ως «μείζον κατάθλιψη, υποτροπιάζουσα» [recurrent] σύμφωνα με την κατάταξη DSM-IV-TR (DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (IV)).

Από έρευνες έχει βρεθεί πως στο γενικό πληθυσμό η πιθανότητα εμφάνισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής βρίσκεται στο 10–25% για τις γυναίκες, ενώ για τους άνδρες στο 5–12%. Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη παρατηρείται στο 4–16% και 2–8% αντίστοιχα, με μέση ηλικία έναρξης περίπου τα 40 έτη, αλλά με τάση μετατόπισης προς νεότερες ηλικίες (Coryell et al., 1992). Άτομα που

έχουν εκδηλώσει ήδη σωματικά νοσήματα, παρουσιάζουν αυξημένα περιστατικά κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και συγκεκριμένα: +10% σε εξωτερικούς ασθενείς και έως +15% σε νοσηλευόμενους, ανεξαρτήτως διάγνωσης (Katon & Schulberg, 1992).

Ειδικά σε άτομα με ΚΝΜ, η κατάθλιψη παρουσιάζει υψηλό επιπολασμό και μεγάλη σοβαρότητα και γι' αυτό το λόγο έχει μελετηθεί ιδιαίτερα σ' αυτούς τους ασθενείς. Σε σχετικές έρευνες στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη αφορούσε το 22,2% των ασθενών με ΚΝΜ, ένα ποσοστό που είναι τρεις φορές υψηλότερο από αυτό στο γενικό πληθυσμό (Williams & Murray, 2015; Kessler et al., 2003).



Γράφημα 7: Αιτιολογία κατάθλιψης (Kemp, 2006). Ιδία επεξεργασία.

Το πιο πάνω γράφημα δείχνει πώς μετά το εγκεφαλικό, η ΚΝΜ είναι η δεύτερη αιτία κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη σε άτομα με ΚΝΜ παρουσιάζεται πολλές φορές ως επιπλοκή λοιμώξεων του ουροποιητικού και της μειωμένης κινητικότητας (Herrick et al., 1994), πόνου ο οποίος ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων (Ullrich et al., 2013), ενώ συνδέεται άμεσα με την κοινωνική απομόνωση (Fuhner et al., 1993), με μεγαλύτερη ανεργία (Scivoletto et al., 1997) και μεγαλύτερη θνησιμότητα (Krause & Reed, 2009).

Γενικά, δεν μπορεί να προβλεφθεί η εξέλιξη ενός ατόμου με ΚΝΜ, εφόσον είναι καθαρά προσωπική υπόθεση η αντίδραση του ασθενή σ' αυτήν την καταστροφική αναπηρία. Καταλυτικοί είναι οι εξής παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογική διάθεση των ασθενών με ΚΝΜ (Dezarnaulds & Ilchef, 2014):

- Έλλειψη προσωπικής ζωής
- Απώλεια ανεξαρτησίας
- Μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής
- Αβεβαιότητα για το μέλλον
- Αίσθημα ανικανότητας
- Απομάκρυνση από την ευρύτερη οικογένεια και τους φίλους
- Αδυναμία εκτέλεσης βασικών σωματικών λειτουργιών
- Αλλαγές στη σωματική υγεία και στη λειτουργικότητα
- Αλλαγές στην εικόνα του σώματος

Αρκετά εργαλεία μέτρησής της αναπτύχθηκαν (Bombardier et al., 2012; Sakakibara et al., 2009; Kroenke et al., 2001), εφόσον την εκδηλώνει υψηλό ποσοστό, το 42%, των ασθενών με ΚΝΜ, από 6 εβδομάδες έως και 20 χρόνια μετά τον τραυματισμό (O'Donnell et al., 2005; Salyers et al., 2004).

5.1.1. Επιβαρυντικοί παράγοντες

Ορισμένοι επιπλέον παράγοντες συχνά συνυπάρχουν με τη φυσική αναπηρία της ΚΝΜ, επιβαρύνοντας περαιτέρω την κατάσταση του ασθενή, σωματικά και ψυχικά (Dezarnaulds & Ilchef, 2014):

- Χρόνιος πόνος
- Χρόνια κόπωση
- Λήψη φαρμάκων

- Απομόνωση
- Ανία
- Επιπλοκές της υγείας και εικόνα του σώματος
- Γνωστικά προβλήματα (TEB)

Η καταθλιπτική διαταραχή μετά από 3 περίπου χρόνια βελτιώνεται στους ασθενείς με ΚΝΜ, ενώ στα άτομα που παράλληλα με την ΚΝΜ αισθάνονται και πόνο, παρατηρείται μικρότερη βελτίωση (Ulrich et al., 2013)

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Σρι Λάνκα από τους Xue et al., (2016) σε ασθενείς με ΚΝΜ, που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης (π.χ. νιώθουν απελπισία, απώλεια ενδιαφερόντων, κοινωνική απομόνωση κ.λπ.), η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να προστατεύσουν σε κάποιο βαθμό από την κατάθλιψη. Επομένως, ασθενείς που είναι θρησκευόμενοι θα μπορούσαν να στηριχτούν στη θρησκεία τους για την επανένταξή τους στην κοινότητα και να αποφευχθούν τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης που περιλαμβάνουν:

- Θλίψη και κλάμα
- Απελπισία και ενοχές
- Φόβο απώλειας ελέγχου της ζωής, των καταστάσεων κλπ.
- Δυσπιστία και πανικό
- Ανεπάρκεια και αίσθηση παραίτησης
- Ανοργανωσιά
- Σύγχυση
- Δυσαρέσκεια και τάση διαπραγμάτευσης
- Απώλεια ενδιαφερόντων
- Κόπωση και λήθαργος

- Μοναξιά κι απομάκρυνση
- Κοινωνική απομόνωση

Οι αλλαγές στην προσωπικότητα, τη συμπεριφορά και την ψυχολογική διάθεση συνήθως περιλαμβάνουν: παρορμητικότητα, μεταβολές της διάθεσης, κόπωση, επιθετικότητα, κατάθλιψη, ανησυχία, μειωμένη αντίληψη και αυτογνωσία και ελλιπή φροντίδα του σώματος. Σε γνωστικό επίπεδο, παρατηρούνται συχνά διαλείψεις στη μνήμη, δυσκολία επίλυσης προβλημάτων και οργανωτική αδυναμία, προβλήματα συγκέντρωσης και συλλογιστική ανακολουθία (Dezarnaulds & Ilchef, 2014).

Στην έρευνα των Wilson et al., (2016) που χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές: **(α)** πνευματική ευεξία [spiritual well-being], **(β)** δημογραφικά χαρακτηριστικά, **(γ)** ποιότητα ζωής και **(δ)** καταθλιπτικά συμπτώματα σε 210 άτομα με ΚΝΜ, βρέθηκε πως **(i)** το 26% είχε μείζονα κατάθλιψη και **(ii)** η πνευματική ευεξία συνδέεται στενά με την ποιότητα ζωής. Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η *πνευματική ευεξία* [spiritual well-being] είναι πολύ ευρύτερος όρος από τη θρησκευτικότητα και διαφέρει από την πνευματικότητα.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, οι ασθενείς με ΚΝΜ χρειάζονται ψυχολογική παρακολούθηση και συναισθηματική συνδρομή. Συχνά διαγιγνώσκονται ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάχρηση ουσιών, παραληρηματικές καταστάσεις (delirium), διαταραχές προσαρμογής και μορφές κατάθλιψης.

Αν τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω δεν αντιμετωπιστούν γρήγορα, τότε μπορεί να εξελιχθούν σε *καταθλιπτική διαταραχή* και *μετατραυματικού στρες*. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, οι ασθενείς με ΚΝΜ να λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη για να μειωθεί η ψυχική εξασθένηση και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Στην ψυχολογική υποστήριξη θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνεται η θρησκευτική συνδρομή στα άτομα που είναι ήδη θρησκευόμενα.

Οι θεραπείες πρέπει να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη προσαρμοστικών δεξιοτήτων για τη βελτίωση της *ψυχικής διάθεσης*, στην ενίσχυση της αντίληψης *αυτοελέγχου* και της ικανότητας *αυτοδιαχείρισης*, στη βελτίωση της *κοινωνικότητας* και κυρίως της *απασχολησιμότητας*. Επίσης, οι θεραπείες αυτές χρειάζεται να επεξηγούν

την επίπτωση τέτοιου είδους τραυματισμών στην σεξουαλικότητα και τη γενικότερη υγεία (Dezarnaulds & Pichet, 2014).

Τα άτομα με τραυματική ΚΝΜ και με πρόδρομα ψυχολογικά συμπτώματα που προαναφέρθηκαν και δεν αντιμετωπίστηκαν άμεσα, ενίοτε παρουσιάζουν κατάθλιψη, με τα ακόλουθα συμπτώματα (Khazaieirour et al., 2015; Larkin, 2010):

- Θυμώνουν προς το ιατρικό προσωπικό, τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους, πιέζοντάς τους να ψάξουν μια ικανοποιητική θεραπεία.
- Αποφεύγουν να μιλούν για τα αίτια της παράλυσης και για τη νέα πραγματικότητα.
- Παρουσιάζουν αλλαγές στην όρεξη: είτε έχουν απώλεια όρεξης είτε τρώνε υπερβολικά.
- Προκαλούν επίτηδες έριδες με τα πρόσωπα της οικογένειας και τους φίλους για να τους απομακρύνουν από κοντά τους.
- Παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση, στη μνήμη και στη λήψη αποφάσεων.
- Αισθάνονται συνέχεια κουρασμένοι, χωρίς ενέργεια
- Αισθάνονται πως δεν αξίζει να ζουν, εφόσον δεν μπορούν να κινούνται όπως πριν.
- Είναι ευερέθιστοι και ανήσυχοι.
- Βλέποντας πως δεν υπάρχει επιστροφή στην πρότερη κατάσταση, αισθάνονται άχρηστοι.
- Αισθάνονται ενοχές που επέζησαν από το ατύχημα και κατέληξαν σε αναπηρικό καροτσάκι.
- Έχουν σταματήσει να εκφράζονται συναισθηματικά.
- Έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για δραστηριότητες ή χόμπι που παλιά τους ενθουσίαζαν.

- Είναι συνέχεια λυπημένοι, θλιμμένοι και αισθάνονται κενότητα.
- Παρουσιάζουν συνεχείς πόνους κι ενοχλήσεις, όπως πονοκεφάλους, κράμπες και πεπτικά προβλήματα που επιμένουν.
- Έχουν σωματικά συμπτώματα που δεν φεύγουν.
- Έχουν προβλήματα ύπνου: είτε κοιμούνται πολλές ώρες, είτε έχουν αϋπνίες, είτε δεν ξυπνούν με το παραμικρό.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις περί θανάτου και αυτοκτονίας.
- Αποφεύγουν τις στενές σχέσεις και τις νέες φιλίες.

5.1.2. Αυτοκτονικές τάσεις

Σε μια τόσο δραματική αλλαγή της ποιότητας ζωής ατόμων με τραυματική ΚΝΜ η **αυτοκτονία** είναι περίπου 5 φορές πιο συχνή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες υψηλής επικινδυνότητας που σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις είναι: **(i)** η κατάθλιψη, **(ii)** ο θυμός και η επιθετικότητα, **(iii)** η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, **(iv)** κάποια υπάρχουσα ήδη ψυχιατρική διαταραχή, **(v)** προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, **(vi)** η διαλυμένη οικογένεια, **(vii)** το φύλο, καθώς οι άνδρες με ΚΝΜ είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία, **(viii)** χρόνιος πόνος και κόπωση, **(ix)** πολλαπλά ιατρικά προβλήματα, **(x)** η κοινωνική απομόνωση, **(xi)** η σχιζοφρένεια, **(xii)** η απελπισία (Dezarnaulds & Ilchef, 2014).

Για να προληφθεί η αυτοκτονία, από τη στιγμή που γίνει αντιληπτή κάποια νύξη, ενέργεια ή τέτοια υποψία του ασθενή, θα πρέπει να ενεργοποιηθεί η οικογένεια και η κοινωνική πρόνοια για να στηρίζουν το άτομο ψυχολογικά και να το ενθαρρύνουν στην αντιμετώπιση της καθημερινότητάς του (Dezarnaulds & Ilchef, 2014). Και σ' αυτήν την περίπτωση η θρησκευτικότητα θα μπορούσε να παίζει θετικό ρόλο στα άτομα που πιστεύουν σε κάποια ανώτερη δύναμη.

Καθώς οι περισσότερες θρησκείες είναι αντίθετες με την πρακτική της αυτοκτονίας, οι επαγγελματίες θεραπευτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τη

θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα στους ασθενείς με ΚΝΜ που βρίσκονται σε στάδιο κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Όπως τονίστηκε στην Ενότητα 74, η έννοια της κατάστασης του στρες αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου (Οργανοπούλου, 2013). Το στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις που τίθενται από το περιβάλλον, όπως τις αντιλαμβάνεται το άτομο, υπερβαίνουν τις δυνατότητες αντιμετώπισής τους από αυτό (Kamtsios & Filaktakidou, 2008).

Μια τραυματική εμπειρία που συγκλόνισε το συναισθηματικό κόσμο του ατόμου μπορεί να προκαλέσει μετατραυματικό στρες. Τέτοια μπορεί να είναι μια φυσική καταστροφή, μια πολεμική σύρραξη, βομβαρδισμοί, σεξουαλική κακοποίηση, ένα αυτοκινητιστικό δυστύχημα, ένα έγκλημα κ.λπ. Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή τους ή έστω κάποιο γεγονός που το εκλαμβάνουν ως πολύ τραυματικό, αλλά το ξεπερνούν με τον καιρό και με την ψυχολογική βοήθεια του άμεσου περιβάλλοντός τους. Ωστόσο, για ορισμένους, οι συνέπειες του τραύματος έχουν μεγάλη χρονική διάρκεια και εκδηλώνεται διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) συνήθως μέσα σε τρεις μήνες από το τραυματικό γεγονός. Όμως μπορεί να εκδηλωθεί και μερικά χρόνια αργότερα (NIMH, 2018).

Σύμφωνα με αποτελέσματα δεκαεπτά (17) ερευνών, υπάρχει συσχετισμός δυσμενούς ψυχολογικού ιστορικού του ασθενή και εκδήλωσης ΔΜΤΣ μετά την ΚΝΜ. Ωστόσο, εάν υφίστανται οι εξής μετατραυματικοί παράγοντες, τότε η εκδήλωση ΔΜΤΣ έχει μεγαλύτερες πιθανότητες: (α) καταθλιπτική διάθεση αμέσως μετά το περιστατικό, (β) αρνητικότητα και απαισιοδοξία, (γ) υπερβολικό στρες [distress], (δ) άγχος, (ε) ένταση του πόνου (Pollock et al., 2017).

Το 40% των ατόμων, τις πρώτες μέρες μετά τον τραυματισμό και τη διάγνωση ΚΝΜ αναφέρουν συμπτώματα στρες. Στο 4% του συνόλου των ατόμων με ΚΝΜ τα συμπτώματα αυτά επιμένουν ένα (1) μήνα μετά το τραυματικό γεγονός, με αποτέλεσμα

να διαγιγνώσκεται ΔΜΤΣ. Χωρίς θεραπευτική αγωγή, η ΔΜΤΣ καθίσταται πολλές φορές χρόνια: από τα άτομα που διαγνώστηκαν με ΔΜΤΣ μετά το τραύμα, το 29% αυτών, συνεχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΜΤΣ ακόμα και 30 χρόνια μετά (Pollock et al., 2017). Έχει επομένως μεγάλη σημασία η έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στρες μετά το τραύμα και η συνεχής θεραπευτική προσπάθεια αυτών που εκδηλώνουν ΔΜΤΣ ένα (1) μήνα μετά.

Οι γυναίκες με ΚΝΜ είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση ΔΜΤΣ. Παρά το ότι η ΚΝΜ αφορά συνήθως άνδρες (80% άνδρες :20% γυναίκες), τα ποσοστά των γυναικών με ΔΜΤΣ είναι υψηλά. Κι άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, το διαζύγιο, ο χωρισμός ή η χηρεία που συνοδεύονται από περισσότερη μοναξιά (Pollock et al., 2017).

Όσον αφορά την προτραυματική περίοδο, τα άτομα με ιστορικό κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών, είχαν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν ΔΜΤΣ μετά την ΚΝΜ. Κατά την περιτραυματική περίοδο, μεγάλος αριθμός ατόμων με πλήρη κάκωση (complete lesion) ανέφεραν υπερδιέγερση, αναδρομή και αποφυγή, πρώιμα συμπτώματα ΔΜΤΣ (Pollock et al., 2017). Η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ κατά την περιτραυματική περίοδο δεν έδειξαν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης ΔΜΤΣ.

Οι μετατραυματικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση ΔΜΤΣ συγκριτικά με τους προ- και περι-τραυματικούς. Υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψης, άγχους, στρες) που επιμένουν μετά το τραύμα και εκδήλωσης ΔΜΤΣ τον πρώτο μήνα. Επίσης, οι έρευνες συμφωνούν μεταξύ τους πως η ψυχολογική στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους ωφελεί τον ασθενή, αποτρέποντας σε μεγάλο βαθμό την εκδήλωση ΔΜΤΣ. Εάν η κάκωση συνοδεύεται από συνεχή πόνο, τότε η ΔΜΤΣ είναι πολύ πιο πιθανή, καθώς λειτουργεί σα συνεχής υπενθύμιση του τραύματος (Pollock et al., 2017).

Μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος πρόγνωσης για την πιθανότητα μελλοντικής εμφάνισης ΔΜΤΣ σε ασθενείς με ΚΝΜ παρουσιάστηκε το 2015 από τους Kisala et al. στην Journal of Spinal Cord Medicine, με πολύ θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, τα άτομα με τραυματική ΚΝΜ, εξαιτίας της ξαφνικής και δραματικής αλλαγής του τρόπου ζωής τους είναι επιρρεπή στην εκδήλωση ΔΜΤΣ. Είναι σημαντική η έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων των πρώτων

ημερών μετά την κάκωση, τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από τους επιστήμονες ψυχικής υγείας για την πρόληψη της εκδήλωσης ΔΜΤΣ που μπορεί να διαρκέσει μεγάλα χρονικά διαστήματα και να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ίδιο τον ασθενή και στα άτομα του περιβάλλοντός του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Όπως παρουσιάστηκε στην Ενότητα 89 η διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης είναι μακροχρόνια διαδικασία που συντελείται παράλληλα με τη διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού μας και της αυτοσυνείδησης. Η ανάπτυξη της παρουσιάζει αυξομειώσεις, περνώντας μέσα από δυσάρεστες και ευχάριστες καταστάσεις, από καθήκοντα και υποχρεώσεις. Ενώ διαπιστώνεται σχετική πτώση της αυτοεκτίμησης στην εφηβική ηλικία, αυξάνεται πάλι κατά την ενηλικίωση (Abdel-Khalek, 2016; Tsai et al., 2001).

Έχει τονιστεί ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στη διαμόρφωση του χαρακτήρα των παιδιών, ειδικά κατά τα πρώτα παιδικά χρόνια. Πολλές μελέτες ήδη από το 1965 (Coopersmith, 1984; Rosenberg, 1965) έχουν διαπιστώσει ότι η παραχώρηση αυτονομίας και ελευθερίας στα παιδιά συνδέεται άμεσα με την δημιουργία υγιούς αυτοεκτίμησης (Khalek, 2016). Οι δάσκαλοι επίσης είναι σε θέση να τονώσουν το αίσθημα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του μαθητή, το οποίο αντανακλάται στη συμπεριφορά του, όπως: η γνώμη και η συμπεριφορά τους έχει επιρροή στους άλλους, αντιμετωπίζουν μ' επιτυχία προβλήματα και καταστάσεις, αποφεύγουν να εκνευρίζονται, δέχονται τις ευθύνες που τους αναλογούν, εκτιμούν σωστά τις περιστάσεις, έχουν αυτοέλεγχο και την επίγνωση πως οι καταστάσεις που βιώνουν είναι αποτέλεσμα των πράξεών τους (Khalek, 2016; Lavoie, 2012).

Η αυτοεκτίμηση επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την καθημερινή διάθεση, τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση, κατάθλιψη και άγχος. Η αυτοεκτίμηση εξαρτάται επίσης από τη σύγκριση μεταξύ αντιλαμβανόμενου εαυτού και ιδανικού

εαυτού. Επειδή πρόκειται για πολυπαραγοντικό ζήτημα, με βάση τις έρευνες των τελευταίων δεκαετιών (Baumeister et al., 2003), δεν ενδείκνυται η άκριτη προσπάθεια ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, επειδή μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του και σε ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά με όλες τις δυσμενείς συνέπειες που συνεπάγεται. Αντίθετα, προκρίνεται η επιβράβευση υγιών κοινωνικών συμπεριφορών και προσπαθειών αυτοβελτίωσης (Baumeister et al., 2003).

Άτομα με υγιή αυτοεκτίμηση πιστεύουν πως έχουν αξία χωρίς να θεωρούν τον εαυτό τους ανώτερο από άλλους. Η μέτρησή της γίνεται εξετάζοντας διάφορες πτυχές του ατόμου σε γνωστικό, φυσικό, κοινωνικό, ηθικό και επαγγελματικό επίπεδο (Tzonichaki & Kleftharas, 2002).

Μια από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους μέτρησης της αυτοεκτίμησης είναι η κλίμακα Ρόζενμπεργκ [Rosenberg self-esteem scale] (Rosenberg, 1965). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο δέκα (10) ερωτήσεων σε κλίμακα Likert τεσσάρων (4) δυνατών απαντήσεων.

Αναφορικά με την ΚΝΜ και γενικότερα τα άτομα με κάποια αναπηρία, υπάρχουν ενδείξεις πως οι ασθένειες και οι αναπηρίες επηρεάζουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Keppel & Crowe, 2000). Επίσης, η χαμηλή αυτοεκτίμησή τους σε συνδυασμό με την αναπηρία προκαλεί συμπτώματα στρες, άγχους και αρνητικότητας (Miyahara & Piek, 2006).

Σύμφωνα με έρευνες, η παραμονή των ασθενών σε κέντρα αποκατάστασης μπορεί να βελτιώσει το βαθμό αυτοεκτίμησης, όπως πχ. σε άτομα με ΚΝΜ (Cooper-Evans et al., 2008). Στην περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις βελτίωσης της κατάστασης ατόμων με ΚΝΜ, τότε η αυτοεκτίμησή τους αυξάνεται.

Έρευνες έδειξαν πως η άμεση μείωση της αυτοεκτίμησης που ακολουθεί την ΚΝΜ, μπορεί να επανέλθει με τον καιρό, συνήθως τον δεύτερο χρόνο μετά το ατύχημα. Το ίδιο χρονικό διάστημα ψυχολογικής ανάκαμψης παρατηρήθηκε και σε άτομα που υπέστησαν οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο (Cooper-Evans et al., 2008).

Εξετάζοντας τα ευρήματα αυτά, φαίνεται πως επιβεβαιώνεται η θεωρία του Cattell (1966), που την επεξεργάστηκε ο Spielberg με την ομάδα του (1983), πως η αυτοεκτίμηση αποτελείται από μια σταθερή στο χρόνο αυτοεκτίμηση, στοιχείο του

χαρακτήρα κάθε ατόμου και από μια κυμαινόμενη–ασταθή αυτοεκτίμηση, εξαρτώμενη από γεγονότα, καταστάσεις και συναισθήματα (Abdel-Khalek, 2016).

Η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα σχετίζονται με την ποιότητα ζωής μετά το ατύχημα ΚΝΜ, αλλά και με την ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες και συλλογικές διαδικασίες. Στις περιπτώσεις αυτές μειώνεται ή εκλείπει το άγχος, η κατάθλιψη και ο ψυχικός πόνος (Geyh et al., 2012; Van Leeuwen et al., 2012).

Το στρες, το άγχος και η αβεβαιότητα ατόμων με ΚΝΜ ή με αντίστοιχα προβλήματα, προξενούν συχνά τη σύγκριση. Συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλα άτομα, είτε σε χειρότερη είτε σε καλύτερη κατάσταση. Συχνά, κυριεύονται από το φόβο μήπως χειροτερέψει και η δική τους κατάσταση και ο φόβος αυτός επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους (Buunk et al., 2006).

Σε γενικές γραμμές όμως, η χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι χαρακτηριστικό ψυχικών διαταραχών. Σε μια έρευνα 957 ψυχιατρικών περιστατικών, βρέθηκε πως όλοι οι ασθενείς είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση την είχαν ασθενείς με κατάθλιψη, βουλιμία και κατάχρηση ουσιών. Πρόκειται για φαύλο κύκλο, που η μια κατάσταση οδηγεί στην άλλη (Abdel-Khalek, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Η ΕΡΕΥΝΑ

8.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές ερωτήσεις

8.1.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση της πνευματικότητας, της θρησκευτικότητας, της αυτοεκτίμησης, της κατάθλιψης και του στρες σε ασθενείς με ΚΝΜ.

8.1.2. Οι ερευνητικές ερωτήσεις

Οι ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία, που νοσηλεύονται στις υπό μελέτη κλινικές αποκατάστασης έχουν:

- α) υψηλότερα επίπεδα στρες από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.
- β) υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.
- γ) χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.
- δ) υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας- θρησκευτικότητας από τα άτομα του γενικού πληθυσμού.
- ε) οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας-θρησκευτικότητας έχουν χαμηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.
- στ) οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας-θρησκευτικότητας έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

8.2. Μεθοδολογία

Για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογική τριγωνοποίηση κατά τον Denzin, (1989, 2017), όπου διακρίνονται 5 τύποι τριγωνοποίησης:

(α) Μεθοδολογική τριγωνοποίηση: Είναι ο τύπος που χρησιμοποιείται περισσότερο. Αξιοποιεί τον συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων, μέσω δύο διαφορετικών μεθόδων, όπως π.χ. ένα ερωτηματολόγιο και μια συνέντευξη. Ο τύπος αυτός έχει δύο υποκατηγορίες: την εσωτερική ή εντός πλαισίου [within method] και τη συνδυαστική μέθοδο [between method]. Η εντός πλαισίου μπορεί να περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Η συνδυαστική συνδυάζει π.χ. μια συνέντευξη με μια έρευνα.

(β) Τριγωνοποίηση ερευνητή / παρατηρητή: περισσότεροι του ενός ερευνητές ή παρατηρητές κάνουν την έρευνα με την ίδια μέθοδο. Ενδέχεται οι ερευνητές να είναι διαφορετικής ηλικίας, φύλου, εθνικότητας για να συμπεριληφθεί στα αποτελέσματα και η πιθανή απόκλιση λόγω προκαταλήψεων.

(γ) Τριγωνοποίηση δεδομένων: συλλογή δεδομένων με δύο μορφές: ή με την (α) ή με τη (β): (α) σε διαφορετικό χρόνο, σε διαφορετικό περιβάλλον, από διαφορετική ομάδα ανθρώπων, (β) χρήση διαφορετικών μεθόδων, π.χ. συνέντευξη και παρατήρηση.

(δ) Θεωρητική τριγωνοποίηση ή μεθοδολογικός πλουραλισμός: χρήση διαφορετικών μεθοδολογιών για τη συλλογή δεδομένων (π.χ. μέσα από το παιχνίδι, μέσα από μια γραπτή έκθεση), αλλά και μεθόδων (π.χ. ποσοτική / ποιοτική)

(ε) Περιβαλλοντική τριγωνοποίηση: ο τύπος αυτός χρησιμοποιεί ποικίλους παράγοντες, όπως διαφορετικό τόπο και ώρες της μέρας, άλλες εποχές κ.λπ.

Η χρήση μικτής μεθόδου στην παρούσα έρευνα, δηλαδή ποσοτικής (με ερωτηματολόγιο) και ποιοτικής (με ημιδομημένη συνέντευξη) είναι κατάλληλη, γιατί η χρήση μόνο ποσοτικής προσέγγισης (ερωτηματολόγιο), δεν αφήνει περιθώρια στα άτομα με μετατραυματική παραπληγία να διατυπώσουν τις απόψεις και τα συναισθήματά τους σε βάθος. Ο συνδυασμός της ποιοτικής με την ποσοτική μέθοδο, θεωρούμε πως μας οδηγεί να αποκτήσουμε πιο σφαιρική άποψη για το συγκεκριμένο θέμα (Denzin, 1989, 2017).

8.3. Ποσοτική έρευνα

8.3.1. Το δείγμα της ποσοτικής μελέτης

Το δείγμα της ποσοτικής μελέτης αφορά ασθενείς με ΤΚΝΜ με παραπληγία που νοσηλεύονται σε μια κλινική αποκατάστασης των Αθηνών και μια κλινική αποκατάστασης της Περιφέρειας. Οι ως άνω κλινικές επιλέχθηκαν λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών που αντιμετωπίστηκαν από την ερευνήτρια για την εξασφάλιση αδειών διενέργειας της έρευνας (εξασφάλιση πρόσβασης), αλλά και λόγω της φύσης των περιστατικών που νοσηλεύονταν στις διαφορές κλινικές αποκατάστασης που προσεγγίστηκαν.

Οι κλινικές από τις οποίες προέρχονται τα περιστατικά είναι:

α) Μια Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ενός μεγάλου νοσοκομείου των Αθηνών.

β) Μια Κλινική Αποκατάστασης Αναπήρων της Περιφέρειας.

Προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ασθενών στην έρευνα ήταν:

α) η νοσηλεία τους για 1-2 μήνες στην κλινική και

β) να μην πάσχουν από άλλη πάθηση που θα μπορούσε να επηρεάσει τις νοητικές τους λειτουργίες.

Συνολικά ερωτηματολόγια με συνέντευξη συγκεντρώθηκαν από 88 ασθενείς, από τους οποίους 46 ήταν άνδρες και 42 γυναίκες.

8.3.2. Η Ομάδα Ελέγχου της ποσοτικής μελέτης

Ερωτηματολόγια από άτομα της ίδιας περίπου ηλικίας και φύλου με τους ασθενείς συγκεντρώθηκαν από μια ομάδα έλεγχου που αποτελούνταν από άτομα του γενικού πληθυσμού που αποτέλεσαν ένα δείγμα ευκολίας. Τα άτομα αυτά προσεγγίστηκαν από την ερευνήτρια τόσο στην Αθήνα όσο και στον Πύργο Ηλείας. Δόθηκαν λεπτομερείς πληροφορίες για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, διαβεβαιώθηκαν για την προστασία της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους και τους ζητήθηκε η συμμετοχή τους στην έρευνα. Οι υγιείς συμπλήρωσαν τα ίδια ερωτηματολόγια με τους ασθενείς της μελέτης.

8.3.3. Ηθικά ζητήματα

Για την έρευνα αυτή ζητήθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας των ανωτέρω νοσοκομείων, όπως ορίζει ο νόμος.

Οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες (ασθενείς και ομάδα έλεγχου), οι πιθανοί συμμετέχοντες που το επιθυμούσαν, ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, για την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, ότι δηλαδή τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και μόνο από την ερευνήτρια, για την ανωνυμία τους και για το ότι η συμμετοχή τους στη μελέτη είναι εθελοντική. Επιπλέον, ενημερώθηκαν ότι τα στοιχεία τους δεν θα δοθούν σε κανέναν τρίτο άτομο και δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητα τους με κανένα τρόπο.

Στη συνέχεια κλήθηκαν –όσοι επιθυμούσαν– να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και πληροφορίες για την Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού

(στην ομάδα ασθενών). Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επίσης το Royal Free Questionnaire για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg, την Κλίμακα Άγχους του Spielberger-State-Trait Anxiety Scale και την Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (CES-D).

Από τους ασθενείς και την ομάδα έλεγχου το ερωτηματολόγιο συλλέχθηκε με συνέντευξη.

8.3.4. Περιγραφή των Ερωτηματολογίων

8.3.4.1. Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα – Ερωτηματολόγιο Royal Free

Το Royal Free είναι ένα ερωτηματολόγιο για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και την πνευματικότητα.

Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, με τις οποίες αξιολογείται η φύση και η δύναμη των πνευματικών πεποιθήσεων και της πνευματικής πρακτικής. Δημιουργήθηκε το 1995 από τους King et al, (2001). Συγκεκριμένα, η συνέντευξη περιέχει μια κλίμακα που παρουσιάζει τις απαντήσεις οπτικά, απεικονίζοντας την ισχύ μιας πνευματικής πεποίθησης. Η υψηλή βαθμολογία αντανακλά την ένταση μιας πεποίθησης, δηλαδή κατά πόσο είναι σημαντική αυτή στη ζωή του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί από τους Σαπουντζή-Κρέπια και συν. (2003) και ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του σε ελληνικό πληθυσμό (Sapountzi-Krepia et al., 2005).

8.3.4.2. Η κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τον Dr. Morris Rosenberg το 1965 και χρησιμοποιείται ευρέως στις κοινωνικές επιστήμες αναφορικά με την αυτοεκτίμηση.

Αποτελείται από 10 ερωτήσεις στις οποίες καλούνται να απαντήσουν οι ερωτώμενοι σημειώνοντας το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε μια κλίμακα Linkert με 4 βαθμούς {συμφωνώ απόλυτα (4β) – συμφωνώ (3β) – διαφωνώ (2β) – διαφωνώ απόλυτα (1β)}. Από τους συνολικούς 30β, αν η βαθμολογία είναι κάτω από 15β τότε μπορεί να γίνει λόγος για χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ερωτήσεις με αρνητικό περιεχόμενο αριθμοί 3,5,8,9,10 βαθμολογούνται με αντίστροφη από την προαναφερθείσα βαθμολόγηση (Rosenberg 1965).

8.3.4.3. Η κλίμακα κατάθλιψης CES-D

Η κλίμακα κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (CES-D) (Radloff, 1977) είναι μια κλίμακα που υπολογίζει το βαθμό κατάθλιψης και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Πρόκειται για μια πρωτότυπη κλίμακα που αναπτύχθηκε για την εκτίμηση της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό.

Αποτελείται από 20 ερωτήσεις τύπου Likert που περιλαμβάνουν συνολικά 6 κατηγορίες καταθλιπτικών συμπτωμάτων: καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα ενοχής και αναξιοσύνης, απελπισία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, έλλειψη όρεξης για φαγητό και διαταραχές ύπνου. Εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων συμπτωμάτων την τελευταία εβδομάδα και λαμβάνει συνολικές τιμές από 0-60. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Πάνω από το 16 είναι το όριο που έχει εκτενώς τεθεί ως παθολογικό (Radloff, 1977), ωστόσο έχουν αναφερθεί ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε ποσοστό 15-20%. Γι' αυτό το λόγο προτάθηκε η χρήση υψηλότερου ορίου από το 16 (Zich et al., 1990; Boyd et al., 1982).

Ο ασθενής καθορίζει τη συχνότητα και την ένταση που του εμφανίζεται το σύμπτωμα: (Carroll et al., 1973)

1. Σπάνια ή καθόλου – λιγότερο από 1 μέρα,
2. Μερικές φορές – 1-2 μέρες,
3. Αρκετές φορές – 3-4 μέρες,
4. Σταθερά ή τις περισσότερες φορές – 5-7 μέρες.

Στην ελληνική μετάφραση (Fountoulakis et al., 2001) ιδανικό όριο θεωρείται το 23/24 με το οποίο επιτυγχάνεται ευαισθησία 90% και ειδικότητα 90,83%.

8.3.4.4 Το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger – State – Trait Anxiety Scale

Το STAI (State Trait Anxiety Inventory) είναι μια κλίμακα 40 δηλώσεων που χρησιμεύει ως δείκτης του άγχους. Χρησιμοποιείται στην έρευνα και στην κλινική πράξη και αξιολογεί την ένταση των συναισθημάτων, τη νευρικότητα, την ανησυχία

και το φόβο, που υπάρχουν την ημέρα εκείνη που συμπληρώνεται το STAI. Περιλαμβάνει δύο μετρήσεις του άγχους:

(α) το state anxiety (STATE), που ορίζεται ως μεταβατική συναισθηματική αντίδραση που αφορά δυσάρεστα συναισθήματα έντασης και σκέψεων φόβου και αποτελείται από 20 δηλώσεις με τις οποίες εκτιμάται πώς αισθάνεται αυτός που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο τη δεδομένη χρονική στιγμή. Κάθε δήλωση βαθμολογείται από 1 έως 4. Για την καταγραφή του άγχους state υπάρχει η εξής κλίμακα: (1) καθόλου, (2) σχετικά, (3) αρκετά, (4) πολύ. Η βαθμολόγηση με (4) υποδηλώνει την παρουσία υψηλών επιπέδων άγχους για 10 δηλώσεις που αφορούν τη STATE Anxiety (άγχος state) (Hatefi et al, 2019; Tzanos et al, 2018; Graupensperger et al., 2018; Fakuori et al., 2015; Zare & Alipor, 2012; Cruz et al., 2010; Sakakibara et al., 2009; Kemp et al., 2005; Barry et al., 2004).

(β) Το trait αναφέρεται στην πιθανότητα διαφοράς και συναισθηματικής αντίδρασης που μπορεί να εμφανίσει κάποιος στην αντιμετώπιση μιας αγχώδους κατάστασης. Αποτελείται από 20 δηλώσεις, που δείχνουν πώς ο εξεταζόμενος αισθάνεται γενικά. Για την καταγραφή του άγχους trait υπάρχει η εξής κλίμακα: (1) σχεδόν ποτέ, (2) μερικές φορές, (3) συχνά, (4) σχεδόν πάντα. Το (4) υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους για 11 δηλώσεις που αφορούν την TRAIT Anxiety (άγχος trait) (Rahnama et al., 2015; Anyfantakis et al., 2013; Chlan et al., 2011; Kennedy et al., 2010; Craig et al., 2009; Kennedy et al., 2009; Forchheimer & Tate, 2007; Duggan, 2000; Keany & Glueckhauf, 1993).

Η υψηλή βαθμολόγηση των υπόλοιπων δηλώσεων και στις δύο υποκλίμακες υποδηλώνει την απουσία άγχους. Οι συγκεκριμένες βαθμολογίες αφαιρούνται από τη συνολική βαθμολογία.

Οι βαθμολογίες τόσο για την STATE Anxiety όσο και για την TRAIT Anxiety κυμαίνονται από 20-80. Σε μια καταγραφή του άγχους σε ομάδες του ελληνικού πληθυσμού (Fountoulakis et al., 2001), η μέτρηση STATE έδειξε μέσες τιμές του υγιούς πληθυσμού $24,95 \pm 11,36$ ενώ η μέτρηση TRAIT $27,88 \pm 11,43$. Τα αντίστοιχα δεδομένα για τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό έδειξαν $44,91 \pm 9,18$ (μέτρηση STATE) και $43,50 \pm 9,99$ (μέτρηση TRAIT).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

9.1. Εισαγωγή

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε και μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας, που τελευταία χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στο χώρο της υγείας για την περαιτέρω εμβάθυνση στο γνωστικό αντικείμενο (Elo & Kyngäs, 2008). Συγκεκριμένα έγινε συλλογή στοιχείων με ημιδομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες ελήφθησαν από δείγμα ασθενών με ΤΚΝΜ.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με την μεθοδο της ποιοτικής ανάλυσης. Τα δεδομένα αυτά αποτελούνται από λέξεις που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ελεύθερα και οι οποίες μετατρέπονται σε μια πηγή άντλησης δεδομένων, που δεν θα μπορούσαν να εξαχθούν με την ποσοτική έρευνα. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι οι λέξεις και οι ομάδες λέξεων, χρειάζονται συστηματική επεξεργασία και ανάλυση περιεχομένου, προκειμένου να καταστούν εμπειρικά δεδομένα.

Στην παρούσα έρευνα για την συλλογή στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη.

9.2. Το δείγμα της ποιοτικής έρευνας

Το δείγμα της ποιοτικής μελέτης προέρχεται από τους ίδιους ασθενείς των κλινικών που αναφέρθηκαν προηγουμένως και συμμετείχαν και στην ποσοτική έρευνα.

Επειδή είναι ανέφικτο η ποιοτική ερευνητική διαδικασία να συμπεριλάβει το σύνολο των ασθενών που συμμετείχε στην ποσοτική έρευνα και λόγω της φύσεως της έρευνας (ποιοτική), η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή ενός τμήματος του συνολικού πληθυσμού, το *δείγμα* (Elo & Kyngäs, 2008).

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας και το αποτέλεσαν 34 άτομα με μετατραυματική παραπληγία.

9.3. Το εργαλείο συλλογής στοιχείων

Για τη συλλογή των δεδομένων έγιναν συνεντεύξεις με ημιδομημένο ερωτηματολόγιο (οδηγός συνεντεύξεων ποιοτικής έρευνας), που χρησιμοποιήθηκε για

τη λήψη μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων με τη συγκατάθεση των ασθενών. Ο οδηγός συνεντεύξεων ποιοτικής έρευνας δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια σε συνεργασία με ειδικούς στην ποιοτική έρευνα και στη φροντίδα ατόμων με τραυματική Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού.

9.4. Ηθικά ζητήματα

Η ερευνήτρια εξήγησε τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, καθώς και τον τρόπο συλλογής των στοιχείων (μαγνητοφωνημένη συνέντευξη) και κάλεσε τους συμμετέχοντες να δώσουν τη συναίνεσή τους για να λάβουν μέρος στην ποιοτική έρευνα.

Στη συνέχεια, όσοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν, κλήθηκαν να δώσουν συνέντευξη και απάντησαν σε ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο (οδηγό ερωτήσεων) ποιοτικής έρευνας. Παράλληλα καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών.

9.5 Οι συνεντεύξεις

Η ποιοτική προσέγγιση στοχεύει στο να διερευνήσει σε βάθος την υποκειμενική άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα για έννοιες, όπως η πνευματικότητα, η θρησκευτικότητα, η αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και η ανησυχία (στρες), όπως αυτές τις αντιλαμβάνονται στην καθημερινότητα της ζωής τους.

Παράλληλα καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Οι συνεντεύξεις, διάρκειας 25-35 λεπτών, διεξήχθησαν σε χώρους που παραχωρήθηκαν στην ερευνήτρια προς χρήση για το σκοπό αυτό. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα ελληνικά και μαγνητοφωνήθηκαν με την άδεια των συμμετεχόντων.

Στην αρχή κάθε συνέντευξης, η ερευνήτρια εξηγούσε τους στόχους της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στη συνέντευξη και ότι δεν θα χρησιμοποιηθούν πληροφορίες ταυτοποίησής τους. Για την ολοκλήρωση του αριθμού των απαιτούμενων συνεντεύξεων εφαρμόστηκε η έννοια του «κορεσμού», όπως υποστηρίζει η βιβλιογραφία για τις ποιοτικές μελέτες (Elo & Kyngäs, 2008), δηλαδή η

συλλογή στοιχείων σταματά, όταν αυτή δεν αποκαλύπτει πλέον κάτι περαιτέρω για το υπό εξέταση ζήτημα. Μετά από κάθε συνέντευξη γινόταν και η απομαγνητοφώνηση της συνεντεύξης.

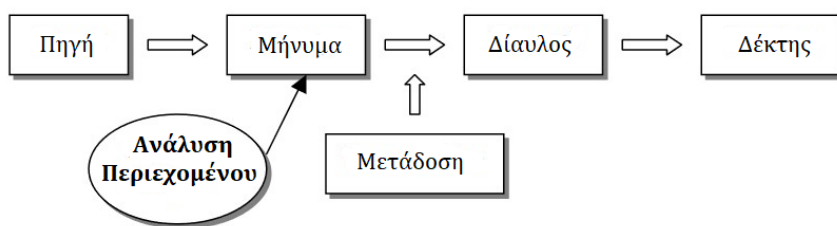
9.6 Η ανάλυση περιεχομένου

Ο Weber (1990) δίνει ένα γενικό ορισμό στην ανάλυση περιεχομένου [content analysis] ορίζοντάς τη ως την «ερευνητική μέθοδο που χρησιμοποιεί συγκεκριμένους κανόνες για την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων... από την ανάλυση γραπτών κειμένων... Οι κανόνες αυτής της διαδικασίας διαφέρουν ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο και το υπό έρευνα θέμα».

Η ανάλυση περιεχομένου συχνά χρησιμοποιείται μαζί με την ανάλυση λόγου για τη μελέτη προφορικών ή γραπτών κειμένων, από πολλές επιστήμες, στοχεύοντας στην «αντικειμενική, συστηματική και ποσοτική περιγραφή του φανερού περιεχομένου της επικοινωνίας γραπτού ή προφορικού λόγου» και μπορεί να είναι ποσοτική, ποιοτική ή μεικτής μορφής (Franzosi, 2008).

Η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιείται από την κοινωνιολογία, την ψυχολογία, την ιστορία, τις πολιτισμικές σπουδές, τη νομική, τη νοσηλευτική, την εκπαίδευση, την οργάνωση και διοίκηση, την επικοινωνιακή (MME) και την κοινωνική πολιτική κ.λπ. (Weber, 1990).

Πού γίνεται η ανάλυση περιεχομένου;



Εικόνα 20: Ανάλυση περιεχομένου (www.css.ac.in)

Η ανάλυση περιεχομένου αποκωδικοποιεί το περιεχόμενο του λόγου, ταξινομεί τα στοιχεία του (λέξεις, φράσεις, παραγράφους κ.λπ.) σε ενότητες και τα ποσοτικοποιεί ανάλογα με το μέγεθός τους σε κάθε ενότητα. Τέλος, αναλύονται τα στοιχεία με τη βοήθεια στατιστικής ανάλυσης. Διακρίνονται 3 επίπεδα ανάλυσης: το λεξιλογικό (λέξεις, όροι, σύμβολα), το φραστικό (σύνταξη) και το πραγματολογικό-σημασιολογικό (έννοιες, ιδέες).

Η Σαουντζή-Κρέπια (2012) ορίζει τρεις απαραίτητες προϋποθέσεις της ανάλυσης περιεχομένου: αντικειμενικότητα, συστηματικότητα και γενικότητα. Με τον όρο *αντικειμενικότητα* εννοούμε τη απροκατάληπτη συλλογή, ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση στοιχείων, καθώς και τον αντικειμενικό συλλογισμό του ερευνητή που τον οδήγησε στο συγκεκριμένο συμπέρασμα. Με τον όρο *συστηματικότητα* εννοούμε την ταξινόμηση και κωδικοποίηση των στοιχείων. Με τον όρο *γενικότητα* εννοούμε πως το εξαγόμενο συμπέρασμα θα πρέπει να έχει γενικότερη εφαρμογή και να συνδέεται με μια θεωρία.

9.7. Η κωδικοποίηση των στοιχείων

Η κωδικοποίηση των στοιχείων αποτελεί «μια διαδικασία με την οποία τα ακατέργαστα στοιχεία μετασχηματίζονται συστηματικά και αθροίζονται σε μονάδες που επιτρέπουν την ακριβή περιγραφή των περιεχομένων στα στοιχεία χαρακτηριστικών. Οι κανόνες με τους οποίους ολοκληρώνεται αυτός ο μετασχηματισμός, εξυπηρετούν ως λειτουργική σύνδεση μεταξύ των στοιχείων του ερευνητή, της θεωρίας και των υποθέσεών του» (Σαουντζή-Κρέπια, 2012). Για την έναρξη και ολοκλήρωση της κωδικοποίησης των στοιχείων πραγματοποιήθηκε απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Ακολούθησε η κωδικοποίηση από την κύρια ερευνήτρια και μια συνερευνήτρια για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων. Οι δυο ερευνήτριες, αφού κατηγοριοποίησαν τα στοιχεία τους η καθεμία ξεχωριστά, συνεργάστηκαν, ώστε να προκύψουν, με κοινή αποδοχή, οι τελικές κατηγορίες οι οποίες και χρησιμοποιήθηκαν στην τελική ανάλυση.

1. Ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία.
 - I. Υποστήριξη από την οικογένεια και από τους φίλους
 - II. Στρες

- III. Κατάθλιψη
 - IV. Αυτοεκτίμηση
2. Θρησκευτικότητα
- I. Πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη
 - II. Καμία πίστη
3. Διαχείριση της νέας πραγματικότητας
- I. Υποστήριξη από επαγγελματίες
 - II. Σχέδια για το μέλλον

9.8 Ανάλυση των δεδομένων

Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, μια μέθοδο ανάλυσης γραπτών, λεκτικών ή άλλων μηνυμάτων επικοινωνίας (Elo & Kyngäs, 2008).

Πραγματοποιήθηκε εμπειρισταωμένη και επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των κειμένων που προέκυψαν από την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, ώστε οι ερευνήτριες να εξοικειωθούν με το κείμενο, που πρόεκυψε από τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις και προκειμένου να επιτύχουν πλήρη και βαθιά κατανόηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από τη απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων έγινε σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της ποιοτικής μεθοδολογίας ανάλυσης περιεχομένου και εν συνεχεία συγκριθήκαν τα αποτελέσματα ποιοτικά και ποσοτικά, ώστε να δοθούν οι απαντήσεις και οι ερμηνείες στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Τέλος, συγκριθήκαν τα δεδομένα που προκύπτουν και από τις δύο μεθόδους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Η ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

10.1 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και το στρες. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν πιθανοί συγχυτές, οι οποίοι εξουδετερώθηκαν με πολυμεταβλητά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Η εθνικότητα, η εργασιακή κατάσταση και το είδος εργασίας δεν χρησιμοποιήθηκαν λόγω περιορισμένης μεταβλητότητας.

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω διμεταβλητές συσχετίσεις, έτσι ώστε να διαπιστωθεί ξεχωριστά, εάν κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή σχετίζεται με κάθε εξαρτημένη μεταβλητή. Η επιλογή του κατάλληλου στατιστικού ελέγχου βασίστηκε στο είδος των μεταβλητών (ποσοτικές ή κατηγορικές), καθώς επίσης και στο εάν οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν ή όχι την κανονική κατανομή.

Πιο συγκεκριμένα, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη και το στρες, έτσι ώστε να διαπιστωθεί ο ανεξάρτητος ρόλος κάθε μεταβλητής. Έτσι, με την πολυμεταβλητή ανάλυση εξουδετερώθηκαν πιθανές συγχυτικές επιδράσεις. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

11.1 Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες στην μελέτη ήταν 88 ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία και 88 υγιείς χωρίς μετατραυματική παραπληγία, οπότε τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συγκριτικά, έτσι ώστε να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές μεταξύ ασθενών και υγιών.

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη. Η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά αφορούσε στην εργασιακή κατάσταση, καθώς είναι σαφές ότι περισσότεροι υγιείς εργάζονταν σε σχέση με τους ασθενείς που οι περισσότεροι είτε λάμβαναν σύνταξη είτε βρίσκονταν σε αναρρωτική άδεια ($p < 0,001$). Οι μισοί ασθενείς και υγιείς ήταν γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία των υγιών ήταν 42,8 έτη και των ασθενών ήταν 42,4 έτη. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν Έλληνες (97,2%), ενώ το 44,1% ήταν έγγαμοι/με σύντροφο και το 43,2% ήταν άγαμοι.

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p
	N	%	N	%	
Φύλο					0,99 ^α
Γυναίκες	42	50	42	50	
Άνδρες	46	50	46	50	
Οικογενειακή κατάσταση					0,1 ^α
Έγγαμοι/με σύντροφο	36	43,9	46	56,1	
Διαζευγμένοι	7	46,7	8	53,3	
Χήροι	0	0	3	100	
Άγαμοι	45	59,2	31	40,8	
Εθνικότητα					0,2 ^α
Αλλοδαποί	4	80	1	20	
Έλληνες	84	49,1	87	50,9	
Εργασιακή κατάσταση					<0,001 ^α
Εργαζόμενοι	29	100	0	0	
Άνεργοι	28	96,6	1	3,4	
Φοιτητές	7	35	13	65	
Συνταξιούχοι	7	25,9	20	74,1	
Οικιακά	17	85	3	15	
Αναρρωτική άδεια	0	0	51	100	
Εργασία					<0,001 ^α
Δημόσιοι υπάλληλοι	17	50	17	50	
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	42	76,4	13	23,6	
Ελεύθεροι επαγγελματίες	5	13,2	33	86,8	
Ηλικία^β	42,8	15,1	42,4	15,3	0,9 ^γ

^α έλεγχος χ^2 ^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ^γ έλεγχος t

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Αναφορικά μόνο με τους ασθενείς, το 58% (n=51) είχαν πλήρη παραπληγία και το 42% (n=37) είχαν ατελή παραπληγία. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην κλινική

αποκατάστασης ήταν 2,3 μήνες, η τυπική απόκλιση ήταν 0,4, η διάμεσος ήταν 2, η ελάχιστη τιμή ήταν 2 και η μέγιστη τιμή ήταν 3.

11.2 Θρησκευτικά και Πνευματικά πιστεύω

Τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στους Πίνακες 5 και 6. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν πως έχουν μια πνευματική κατανόηση της ζωής (39,8%) ή μια θρησκευτική (37,5%). Το 52,9% των ασθενών δήλωσαν ότι πιστεύουν σε μια ανώτερη δύναμη και το 47,1% ότι πιστεύουν στον Θεό.

Το 50% των ασθενών ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι και το 48,6% δήλωσαν πως δεν πιστεύουν κάπου. Το 39,8% των ασθενών δήλωσαν ότι η προσευχή παίζει ρόλο στα πιστεύω, το 25% η επαφή με θρησκευτικό ηγέτη, το 2,3% ο διαλογισμός και το 2,3% το διάβασμα και η μελέτη.

Το 42% των ασθενών δήλωσαν ότι η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική, το 22,7% ότι η νηστεία είναι σημαντική και το 26,1% ότι ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός.

Το 50,7% των ασθενών δήλωσαν ότι επικοινωνούν με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, λ.χ. με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ, το 24,1% δήλωσαν ότι υπάρχουν με κάποια μορφή και μετά το θάνατό μας και το 9,3% δήλωσαν ότι είχαν έντονες εμπειρίες τη στιγμή που σχεδόν πέθαναν και τελικά επανήλθαν.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών ήταν οι εξής:

- Οι υγιείς είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μια θρησκευτική κατανόηση της ζωής, ενώ οι ασθενείς είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μια πνευματική κατανόηση της ζωής ($p<0,001$).
- Οι υγιείς πίστευαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στον Θεό, ενώ οι ασθενείς πίστευαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε μια ανώτερη δύναμη ($p<0,001$).
- Οι υγιείς πίστευαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι η επαφή με θρησκευτικό ηγέτη παίζει ρόλο στα πιστεύω σε σχέση με τους ασθενείς ($p<0,001$).
- Οι υγιείς επικοινωνούν με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ σε μεγαλύτερο ποσοστό σε

σχέση με τους ασθενείς ($p=0,003$).

- Οι υγιείς βίωσαν έντονη εμπειρία (που δεν σχετίζεται με τη λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ) κατά τη διάρκεια της οποίας αισθανθήκαν κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθανθήκαν ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς ($p<0,001$).
- Οι ασθενείς μπορούν να περιγράψουν την προαναφερθείσα εμπειρία σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους υγιείς ($p<0,001$).
- Οι υγιείς είχαν πιο ισχυρές θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις για τη ζωή σε σχέση με τους ασθενείς ($p=0,006$).
- Οι υγιείς πίστευαν περισσότερο ότι μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή σε σχέση με τους ασθενείς ($p<0,001$).
- Οι υγιείς πίστευαν περισσότερο ότι μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμη να αντεπεξεργαστούμε στα συμβάντα της ζωής σε σχέση με τους ασθενείς ($p<0,001$).

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p^a
	N	%	N	%	
Θρησκευτική ή πνευματική κατανόηση της ζωής					<0,001
Θρησκευτική	41	47,1	33	37,5	
Θρησκευτική και πνευματική	16	18,4	4	4,5	
Πνευματική	29	33,3	35	39,8	
Ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική	1	1,1	16	18,2	
Μορφή των πιστεύω					<0,001
Πίστη στον θεό	41	100	32	47,1	
Ανώτερη δύναμη	0	0	36	52,9	
Θρησκεία					0,8
Καμία	29	43,3	35	48,6	
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	37	55,2	36	50	
Μουσουλμάνοι	1	1,5	1	1,4	

Η προσευχή παίζει ρόλο στα πιστεύω					0,4
Όχι	47	53,4	53	60,2	
Ναι	41	46,6	35	39,8	
Η τελετουργία παίζει ρόλο στα πιστεύω					ΜΥ
Όχι	88	100	88	100	
Ναι	0	0	0	0	
Ο διαλογισμός παίζει ρόλο στα πιστεύω					0,5
Όχι	88	100	86	97,7	
Ναι	0	0	2	2,3	
Το διάβασμα και η μελέτη παίζει ρόλο στα πιστεύω					0,99
Όχι	87	98,9	86	97,7	
Ναι	1	1,1	2	2,3	
Η επαφή με θρησκευτικό ηγέτη παίζει ρόλο στα πιστεύω					<0,001
Όχι	87	98,6	66	75	
Ναι	1	1,1	22	25	
Η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική					0,5
Όχι	55	62,5	51	58	
Ναι	33	37,5	37	42	
Η νηστεία είναι σημαντική					0,1
Όχι	57	64,8	68	77,3	
Ναι	31	35,2	20	22,7	
Ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός					0,3
Όχι	58	65,9	65	73,9	
Ναι	30	34,1	23	26,1	
Επικοινωνία με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ					0,003
Όχι	17	24,3	36	49,3	
Ναι	50	71,4	37	50,7	
Αβέβαιος	3	4,3	0	0	
Πεποίθηση ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας					0,5
Όχι	11	14,7	15	17,2	
Ναι	24	32	21	24,1	
Αβέβαιος	40	53,3	51	58,6	

Έντονη εμπειρία (που δεν σχετίζεται με τη λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ) κατά τη διάρκεια της οποίας αισθανθήκατε κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθανθήκατε ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν					<0,001
Όχι	42	54,5	61	81,3	
Ναι	35	45,5	12	16	
Αβέβαιος	0	0	2	2,7	
Δυνατότητα περιγραφής της εμπειρίας αυτής					<0,001
Όχι	69	98,6	3	21,4	
Ναι	1	1,4	11	78,6	
Έντονες εμπειρίες τη στιγμή που σχεδόν πέθανα και τελικά επανήλθα					ΜΥ
Όχι	0	0	30	34,9	
Ναι	0	0	8	9,3	
Αβέβαιος	0	0	48	55,8	

^a έλεγχος χ^2 ΜΥ: μη υπολογίσιμο

Πίνακας 5. Τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του **Πίνακα 6**, οι μέσες βαθμολογίες σε όλες τις περιπτώσεις τόσο για τους υγιείς όσο και για τους ασθενείς ήταν μεγαλύτερες από το διάμεσο σημείο (=5), γεγονός που δηλώνει σημαντική ισχύ των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή. Επιπλέον, η κλίμακα πνευματικής ισχύος λαμβάνει τιμές από 0 έως 60 και η μέση τιμή στην παρούσα μελέτη ήταν αρκετά υψηλή (=47,7) για τους ασθενείς, γεγονός που δηλώνει και πάλι σημαντική ισχύ των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή.

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^α
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή	7,1	1,1	6,3	2,2	0,006
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή	7,9	2,2	8,8	1,7	0,06
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή	7,4	1,5	6,1	2,0	<0,001
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμη να ανταπεξερχόμαστε στα συμβάντα της ζωής	7,5	1,6	6,1	2,1	<0,001
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα	6,4	2,3	5,9	1,8	0,2
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές	6,4	2,3	5,9	1,8	0,2
Κλίμακα πνευματικής ισχύος ^β	46,7	10,1	47,7	6,8	0,6
Η εμπειρία της επαφής με τον θάνατο άλλαξε τη ζωή σας	-	-	7,2	1,7	ΜΥ

^α έλεγχος t ^β προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις πρώτες 6 ερωτήσεις ΜΥ: μη υπολογίσιμο

Πίνακας 6. Μέσες και τυπικές αποκλίσεις των θρησκευτικών και πνευματικών πιστεύω των συμμετεχόντων στην μελέτη

11.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης ήταν 0,96, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Η μέση βαθμολογία αυτοεκτίμησης ήταν μεγαλύτερη στους υγιείς σε σχέση με τους ασθενείς, γεγονός που δηλώνει ότι οι ασθενείς είχαν χειρότερη αυτοεκτίμηση ($p < 0,001$) (Πίνακας 7, Γράφημα 8).

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης	30,4	5,8	19,7	5,6	<0,001

^a έλεγχος t

Πίνακας 7. Βαθμολογία αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης παρουσιάζονται στον **Πίνακα 8**. Και στα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης, οι ασθενείς είχαν χειρότερη αυτοεκτίμηση ($p < 0,001$).

Στοιχείο	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Νιώθω ότι αξίζω ως άτομο το ίδιο με τους άλλους	3,8	0,4	2,5	0,8	<0,001
Νιώθω ότι έχω αρκετά προτερήματα	3,3	0,6	2,4	0,7	<0,001
Σε γενικές γραμμές έχω την τάση να νιώθω αποτυχημένος	3,1	0,7	1,8	0,8	<0,001
Ότι κάνω, τα καταφέρνω το ίδιο καλά όπως και οι υπόλοιποι	2,6	0,5	1,6	0,6	<0,001
Νιώθω ότι δεν είμαι υπερήφανος για πολλά πράγματα	2,9	0,6	2,2	0,7	<0,001
Έχω θετική άποψη για εαυτό μου	3,2	0,8	2,1	0,7	<0,001
Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	2,7	0,9	1,9	0,7	<0,001
Θα ήθελα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό	2,7	0,8	1,8	0,7	<0,001
Κάποιες φορές νιώθω άχρηστος	2,7	0,9	1,5	0,5	<0,001
Κάποιες φορές νιώθω ότι δεν αξίζω τίποτα	3,2	0,9	2,0	0,9	<0,001

Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. ^a έλεγχος t

Πίνακας 8. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης.

11.4. Κλίμακα Κατάθλιψης

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου κατάθλιψης ήταν 0,97, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Η μέση βαθμολογία κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς, γεγονός που δηλώνει ότι οι ασθενείς είχαν περισσότερη κατάθλιψη ($p<0,001$) (Πίνακας 9, Γράφημα 8).

Η κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων αναφορικά με την κατάθλιψη παρουσιάζεται στον **Πίνακα 10**, όπου και πάλι φαίνεται ότι οι ασθενείς είχαν περισσότερη κατάθλιψη ($p<0,001$). Το 98,9% των ασθενών είχαν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ μόνο το 30,7% των υγιών.

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Βαθμολογία κατάθλιψης	16,5	10,9	36,6	9,9	<0,001

^a έλεγχος t

Πίνακας 9. Βαθμολογία κατάθλιψης των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Χαρακτηριστικό	Απουσία κατάθλιψης		Μέτρια συμπτώματα		Σοβαρά συμπτώματα	
	N	%	N	%	N	%
Υγιείς	40	45,5	21	23,9	27	30,7
Ασθενείς	1	1,1	0	0	87	98,9

Πίνακας10. Η κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων αναφορικά με την κατάθλιψη.

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης παρουσιάζονται στον **Πίνακα 11**. Και στα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης, οι ασθενείς είχαν περισσότερη κατάθλιψη ($p<0,001$).

Στοιχείο	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	1,5	1	2,2	0,8	<0,001
Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0,7	0,7	1,9	1	<0,001
Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0,2	0,4	1,3	0,8	<0,001
Νιώθατε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους	0,8	1,1	2,8	0,5	<0,001
Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνετε	1,2	1	2,1	0,8	<0,001
Νιώθατε μελαγχολικός	1,1	0,6	2,4	0,6	<0,001
Νιώθατε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0,6	0,6	2,2	0,5	<0,001
Νιώθατε ελπίδα για το μέλλον	1,4	1	2,2	0,8	<0,001
Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0,7	0,7	1,1	0,4	<0,001
Νιώθατε φοβισμένος	1,5	0,5	2,5	0,5	<0,001
Έχετε ανήσυχο ύπνο	1,1	1	1,5	0,6	<0,001
Είσαστε ευτυχισμένος	1	0,7	2,5	0,7	<0,001
Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0,6	0,6	1,4	0,6	<0,001
Νιώθατε μοναξιά	1,1	0,6	1,4	0,6	<0,001
Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας	0,4	0,5	0,5	0,5	<0,001
Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή)	1	1	2,7	0,5	<0,001
Κλαίτε με λυγμούς	0,1	0,3	0,8	0,5	<0,001
Νιώθατε λυπημένος	0,8	0,4	2,4	0,6	<0,001
Νιώθατε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0,3	0,5	0,4	0,5	<0,001
Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0,5	0,7	2,2	0,9	<0,001

Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν περισσότερη κατάθλιψη. ^a έλεγχος t

Πίνακας 11. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης.

11.5 Κλίμακα Στρες

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου στρες ήταν 0,98 και 0,96 για τις δυο επιμέρους κλίμακες γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Η μέση βαθμολογία στρες ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς και στις δυο κλίμακες στρες γεγονός που δηλώνει ότι οι ασθενείς είχαν περισσότερο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 12, Γράφημα 8).

Χαρακτηριστικό	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Βαθμολογία κατάστασης στρες	40,6	12,3	63,5	8,9	<0,001
Βαθμολογία γνωρίσματος στρες	42,4	13,7	59,4	8,8	<0,001

^a έλεγχος t

Πίνακας 12. Βαθμολογία στρες των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάστασης στρες παρουσιάζονται στον **Πίνακα 13**. Και στα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς είχαν περισσότερο στρες ($p < 0,001$).

Στοιχείο	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Αισθάνομαι ήρεμος	2,1	1	3,4	0,7	<0,001
Αισθάνομαι ασφαλής	2,5	0,7	3,7	0,5	<0,001
Νοιώθω μια εσωτερική ένταση	1,6	0,7	2,6	0,8	<0,001
Έχω αγωνία	2,4	0,7	3,5	0,8	<0,001
Αισθάνομαι άνετα	2,1	0,7	3,4	0,7	<0,001
Αισθάνομαι αναστατωμένος	1,5	0,7	2,6	0,6	<0,001
Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	2,8	0,8	3,6	0,7	<0,001
Αισθάνομαι αναπαυμένος	2,8	0,8	3,6	0,7	<0,001
Αισθάνομαι άγχος	2,4	0,6	3,1	0,7	<0,001
Αισθάνομαι βολικά	2	0,9	3,5	0,6	<0,001
Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	2,2	0,9	3,4	0,7	<0,001
Αισθάνομαι νευρικότητα	1,6	0,7	2,7	0,6	<0,001
Αισθάνομαι ήσυχος	2,1	0,9	3,8	0,4	<0,001
Βρίσκομαι σε διέγερση	1,1	0,3	1,9	0,8	<0,001
Είμαι χαλαρωμένος	2,6	1,2	3,8	0,4	<0,001
Αισθάνομαι ικανοποιημένος	2,1	0,9	3,6	0,5	<0,001
Ανησυχώ	2,5	0,9	3,8	0,4	<0,001
Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1,2	0,4	1,8	0,7	<0,001
Αισθάνομαι υπερένταση	1,3	0,4	2,3	0,7	<0,001
Αισθάνομαι ευχάριστα	1,9	0,8	3,7	0,5	<0,001

Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν περισσότερο στρες. ^a έλεγχος t

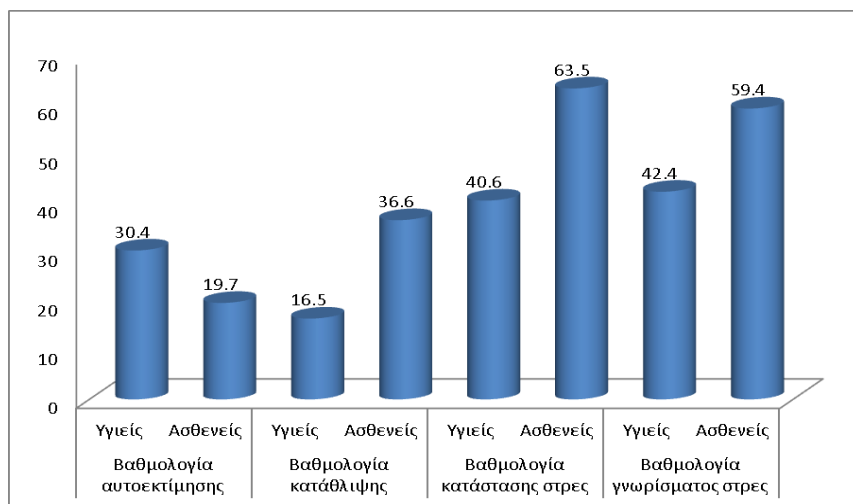
Πίνακας 13. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου κατάστασης στρες.

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου γνωρίσματος στρες παρουσιάζονται στον **Πίνακα 14**. Και στα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς είχαν περισσότερο στρες ($p < 0,001$).

Στοιχείο	Υγιείς		Ασθενείς		Τιμή p ^a
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Αισθάνομαι ευχάριστα	2,1	0,8	3,5	0,5	<0,001
Κουράζομαι εύκολα	2,5	1	2,7	0,6	<0,001
Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1,8	0,7	2,4	0,7	<0,001
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	2	0,9	3,5	0,7	<0,001
Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1,6	0,7	2,6	0,7	<0,001
Αισθάνομαι αναπαυμένος	2,7	0,9	3,7	0,5	<0,001
Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	2,5	1	3,3	0,5	2
Αισθάνομαι πώς οι δυσκολίες συσσωρεύονται, ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	2	1	2,9	0,9	<0,001
Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	2	1	3	0,7	<0,001
Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	1,5	0,7	2,5	1	<0,001
Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	2,3	1,1	3	1	<0,001
Μου λείπει ή αυτοπεποιθήση	1,8	0,8	2,4	0,8	<0,001
Αισθάνομαι ασφαλής	2,6	0,9	3,5	0,5	<0,001
Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως ή δυσκολίας	3,1	1	2,2	0,6	<0,001
Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1,5	0,6	2,2	0,8	<0,001
Είμαι ικανοποιημένος	2,5	1	3,5	0,7	<0,001
Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί	2	0,9	2,9	0,7	<0,001
Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	2,1	1,1	3,2	0,8	<0,001
Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	2,2	0,9	3,2	0,5	<0,001
Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως, όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα μου	1,8	0,9	3	0,7	<0,001

Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν περισσότερο στρες. ^a έλεγχος t

Πίνακας 14. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου γνωρίσματος στρες.



Γράφημα 8. Μέσες βαθμολογίες μεταξύ υγιών και πασχόντων.

11.6 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Αυτοεκτίμησης

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι αναλύσεις που αφορούν στο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διατριβής, με τις ανεξάρτητες μεταβλητές να περιλαμβάνουν την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα και τις εξαρτημένες μεταβλητές να περιλαμβάνουν την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες.

Η ανάλυση αφορά πλέον μόνο τους ασθενείς, καθώς και το ερευνητικό ερώτημα της διατριβής αφορούσε μόνο τους ασθενείς. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών ήταν πιθανοί συγχυτές, που εξουδετερώθηκαν με πολυμεταβλητά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Η εθνικότητα, η εργασιακή κατάσταση και το είδος εργασίας δεν χρησιμοποιήθηκαν λόγω περιορισμένης μεταβλητότητας.

Στον **Πίνακα 15** παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης. Η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση αφορούσε τον εκκλησιασμό και την αυτοεκτίμηση.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που θεωρούν σημαντικό τον εκκλησιασμό στην καθημερινότητά τους, είχαν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους ασθενείς, που δεν θεωρούν σημαντικό τον εκκλησιασμό ($p=0,02$).

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία αυτοεκτίμησης	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5 ^α
Γυναίκες	20,2	5,4	
Ανδρες	19,3	5,8	
Ηλικία		-0,1 ^β	0,4 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,3 ^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	19	5,7	
Έγγαμος/η	20,3	5,5	
Παραπηγία			0,4 ^α
Ατελής	19,1	4,6	
Πλήρης	20,2	6,2	
Χρόνος παραμονής στην κλινική αποκατάστασης		-0,07 ^β	0,5 ^β
Θρησκεία			0,3 ^α
Καμία	19,5	5,2	
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	20,8	5,8	
Η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική			0,2 ^α
Όχι	19,1	5,3	
Ναι	20,6	6	
Ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός			0,02^α
Όχι	18,9	5,2	
Ναι	21,9	6,3	
Επικοινωνία με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ			0,4 ^α
Όχι	20,1	5,8	
Ναι	19	5,3	
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή		0,1 ^β	0,5 ^β
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή		0,2 ^β	0,3 ^β

Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή		0,1 ^β	0,5 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμή να αντεπεξεργαστεί στα συμβάντα της ζωής		0,1 ^β	0,7 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα		0,1 ^β	0,7 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές		0,1 ^β	0,5 ^β
Κλίμακα πνευματικής ισχύος		0,1 ^β	0,6 ^β
Βαθμολογία κατάθλιψης		0,1 ^β	0,4 ^β
Βαθμολογία κατάστασης στρες		-0,1 ^β	0,2 ^β
Βαθμολογία γνωρίσματος στρες		0,1 ^β	0,2 ^β

^α έλεγχος t ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματά της παρουσιάζονται στον **Πίνακα 16**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή P
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή	-14,5	-21,4 έως -7,7	<0,001
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή	7,2	2,7 έως 11,7	0,003
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα	10,2	4,9 έως 15,4	0,001
Ηλικία	0,3	0,2 έως 0,5	0,001
Ατελής παραπληγία σε σχέση με πλήρη	7,9	3,9 έως 11,9	0,001
Άντρες σε σχέση με γυναίκες	7,9	4,2 έως 11,7	<0,001

Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αυτοεκτίμησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ισχυρότερες θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις για τη ζωή σχετίζονταν με λιγότερη αυτοεκτίμηση.
- Οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι η άσκηση των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή είναι σημαντική, είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση.
- Οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα, είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με περισσότερη αυτοεκτίμηση.
- Οι ασθενείς με ατελή παραπληγία είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους ασθενείς με πλήρη παραπληγία.
- Οι άνδρες είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τις γυναίκες.

- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 55% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αυτοεκτίμησης.

11.7 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Κατάθλιψης

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία κατάθλιψης	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5 ^α
Γυναίκες	35,8	10,3	
Άνδρες	37,2	9,5	
Ηλικία		-0,4 ^β	<0,001 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,7 ^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	36,1	10,5	
Έγγαμος/η	36,8	9,3	
Παραπληγία			<0,001 ^α
Ατελής	27,5	3,6	
Πλήρης	43,2	7,3	
Χρόνος παραμονής στην κλινική αποκατάστασης		0,2 ^β	0,17 ^β
Θρησκεία			0,2 ^α
Καμία	35,7	10,4	
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	38,5	8,8	
Η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική			0,2 ^α
Όχι	35,4	10,4	
Ναι	38,1	8,9	
Ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός			0,02 ^α
Όχι	35,3	10,1	

Ναι	40,3	8,2	
Επικοινωνία με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ			0,4 ^α
Όχι			
Ναι			
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή		0,1 ^β	0,3 ^β
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή		0,2 ^β	0,1 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή		0,1 ^β	0,5 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμη να ανταπεξερχόμαστε στα συμβάντα της ζωής		0,1 ^β	0,6 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα		0,1 ^β	0,7 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές		0,1 ^β	0,6 ^β
Κλίμακα πνευματικής ισχύος		0,1 ^β	0,5 ^β
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης		0,1 ^β	0,4 ^β
Βαθμολογία κατάστασης στρες		0,5 ^β	<0,001 ^β
Βαθμολογία γνωρίσματος στρες		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

Πίνακας 17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματά της παρουσιάζονται στον **Πίνακα 18**.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή	3,4	0,5 έως 6,3	0,025
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή	-7,6	-12,7 έως -2,5	0,005
Ηλικία	-0,2	-0,4 έως -0,1	0,01
Πλήρης παραπληγία σε σχέση με ατελής	12,3	8,1 έως 16,5	<0,001

Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ισχυρότερες θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις για τη ζωή σχετίζονταν με περισσότερη κατάθλιψη.
- Οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή είχαν λιγότερη κατάθλιψη.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με λιγότερη κατάθλιψη.
- Οι ασθενείς με πλήρη παραπληγία είχαν περισσότερη κατάθλιψη σε σχέση με τους ασθενείς με ατελή παραπληγία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 72% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κατάθλιψης.

11.8 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Κατάστασης Στρες

Στον **Πίνακα 19** παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και η βαθμολογία κατάστασης στρες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία κατάστασης στρες	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^α
Γυναίκες	63,1	8,8	
Ανδρες	63,9	9,1	
Ηλικία		-0,5 ^β	<0,001 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,7 ^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	63,9	9,3	
Έγγαμος/η	63,2	8,6	
Παραπληγία			<0,001 ^α
Ατελής	57,6	8,1	
Πλήρης	67,9	6,6	
Χρόνος παραμονής στην κλινική αποκατάστασης		0,2 ^β	0,1 ^β
Θρησκεία			0,4 ^α
Καμία	63,3	10,3	
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	65,1	6,9	
Η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική			0,1 ^α
Όχι	62,3	10,0	
Ναι	65,1	6,9	
Ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός			0,4 ^α
Όχι	63,1	9,4	
Ναι	64,8	7,1	
Επικοινωνία με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ			0,03 ^α
Όχι	65,7	6,9	
Ναι	61,2	10,9	
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή		0,1 ^β	0,5 ^β
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή		-0,2 ^β	0,4 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή		0,1 ^β	0,4 ^β

Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμη να ανταπεξερχόμαστε στα συμβάντα της ζωής		0,1 ^β	0,4 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα		0,1 ^β	0,4 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές		0,1 ^β	0,4 ^β
Κλίμακα πνευματικής ισχύος		-0,1 ^β	0,5 ^β
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης		0,1 ^β	0,2 ^β
Βαθμολογία κατάθλιψης		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κατάστασης στρες.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματά της παρουσιάζονται στον **Πίνακα 20**.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή	-2,8	-5,2 έως -0,5	0,02
Ηλικία	-0,3	-0,5 έως -0,2	<0,001
Πλήρης παραπληγία σε σχέση με ατελής	6,3	2,5 έως 10,2	0,002

Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάστασης στρες

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή,

είχαν λιγότερο στρες.

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με λιγότερο στρες.
- Οι ασθενείς με πλήρη παραπληγία είχαν περισσότερο στρες σε σχέση με τους ασθενείς με ατελή παραπληγία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 51% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κατάστασης στρες.

11.9 Σχέση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και Γνωρίσματος Στρες

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γνωρίσματος στρες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία γνωρίσματος στρες	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^α
Γυναίκες	59,5	9,1	
Άνδρες	59,3	8,7	
Ηλικία		-0,5 ^β	<0,001 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,3 ^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	58,3	9,6	
Έγγαμος/η	60,3	8,1	
Παραπληγία			<0,001 ^α
Ατελής	54,4	7,8	
Πλήρης	62,9	7,7	
Χρόνος παραμονής στην κλινική αποκατάστασης		0,1 ^β	0,4 ^β
Θρησκεία			0,001 ^α
Καμία	57,1	8,9	
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	62,7	7,5	

Η καθημερινή προσευχή είναι σημαντική			0,001 ^α
Όχι	57,0	9,1	
Ναι	62,5	7,5	
Ο εκκλησιασμός είναι σημαντικός			0,001 ^α
Όχι	57,6	8,6	
Ναι	64,3	7,7	
Επικοινωνία με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μέσω κάποιου μέντιουμ			0,001 ^α
Όχι	65,7	6,9	
Ναι	61,2	10,9	
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή		0,4 ^β	0,003 ^β
Σημασία άσκησης των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή		0,3 ^β	0,1 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή ζωή		0,3 ^β	0,01 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τη δύναμη να ανταπεξερχόμαστε στα συμβάντα της ζωής		0,3 ^β	0,01 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα		0,3 ^β	0,01 ^β
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές		0,3 ^β	0,01 ^β
Κλίμακα πνευματικής ισχύος		0,2 ^β	0,01 ^β
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης		0,2 ^β	0,2 ^β
Βαθμολογία κατάθλιψης		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

Πίνακας 21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γνωρίσματος στρες.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση για την εξουδετέρωση των συγχυτών και τα αποτελέσματά της παρουσιάζονται στον **Πίνακα 22**.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή	6,1	2,5 έως 9,8	0,002
Μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα	-9,9	-15,7 έως -4,1	0,002
Ηλικία	-0,5	-0,7 έως -0,3	<0,001
Πλήρης παραπληγία σε σχέση με ατελής	6,0	0,3 έως 11,6	0,04
Άνδρες σε σχέση με γυναίκες	5,7	0,5 έως 10,9	0,032

Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνωρίσματος στρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ισχυρότερες θρησκευτικές/πνευματικές απόψεις για τη ζωή σχετίζονταν με περισσότερο στρες.
- Οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό μας επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα, είχαν λιγότερο στρες.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με λιγότερο στρες.
- Οι ασθενείς με πλήρη παραπληγία είχαν περισσότερο στρες σε σχέση με τους ασθενείς με ατελή παραπληγία.
- Οι άνδρες είχαν περισσότερο στρες σε σχέση με τις γυναίκες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 47% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γνωρίσματος στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ήταν ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης με μετατραυματική παραπληγία (ατελή ή πλήρη). Τριάντα (30) ασθενείς συμφώνησαν να λάβουν, αλλά έξι (6) τελικά δεν μπόρεσαν να συμμετάσχουν για προσωπικούς λόγους.

Όσο αφορά στο φύλο συμμετείχαν δεκατέσσερις (14) άντρες και δέκα (10) γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 46,25 έτη και μέσο όρο παραμονής στην κλινική αποκατάστασής τους 1,97 μήνες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αναφέρονται στον **Πίνακα 23**.

		N	%	
ΦΥΛΟ	ΑΝΤΡΑΣ	14	58,33	ΦΥΛΟ
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10	41,66	
ΒΑΘΜΟΣ ΒΛΑΒΗΣ	ΠΛΗΡΗΣ	14	58,33	ΒΑΘΜΟΣ ΒΛΑΒΗΣ
	ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ	10	41,66	
	ΑΤΕΛΗΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ			
	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	
ΗΛΙΚΙΑ	46,25	78	25	
ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ	1,97	2	1	

Πίνακας 23. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Η ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων έδειξε ότι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν τις εμπειρίες τους σχετικά με τη νέα πραγματικότητα που αντιμετώπιζαν κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης στο πλαίσιο των εξής:

1. Ψυχοκοινωνική Υγεία

I. Στρες

II. Καταθλιψη

III. Αυτοεκτιμηση

IV. Υποστηριξη από την οικογενεια και φιλους

2. Θρησκευτικότητα

I. Πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη

II. Καμία πίστη

3. Διαχείριση της νέας πραγματικότητας

I. Υποστήριξη από επαγγελματίες

II. Σχέδια για το μέλλον

Αναλυτικότερα διαπιστώθηκαν τα εξής:

12.1 Κατηγορία Ψυχοκοινωνική Υγεία

12.1.1. Υποκατηγορία στρες

Από τις απαντήσεις του υπό έρευνα πληθυσμού διαφαίνεται ότι οι συμμετέχοντες περιγράφουν ότι ένιωσαν ανησυχίες, εφιάλτες, αρνητισμό, ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους, κούραση, απαισιοδοξία, αδυναμία συγκέντρωσης, αίσθημα ανικανοποίητου που βιώνουν, θλίψη, καθώς και ανησυχία για το μέλλον τους (συμμετέχων 6).

«...δεν νομίζω ότι όλα θα πάνε καλά...η ζωή μου έχει αλλάξει πλέον προς το χειρότερο...και δεν πρόκειται να βελτιωθεί...» (συμμετέχων 23).

«...είναι πολύ δύσκολη η κατάσταση μου και ξέρω ότι δεν πρόκειται να γίνει καλά...δεν είμαι καθόλου αισιόδοξος...το αντίθετο...» (συμμετέχων 20).

«...ανησυχώ για το μέλλον μου...δεν ξέρω πώς θα είναι η επόμενη μέρα... Κάθε μέρα είναι και πιο δύσκολη...και σκέφτομαι πολύ το μέλλον και την επιστροφή στο σπίτι μου...σίγουρα θα είναι πολύ δύσκολη και με τρομάζει...τα βράδια δεν μπορώ να κοιμηθώ γιατί σκέφτομαι την κατάσταση μου...» (συμμετέχων 14).

«...είμαι πολύ στεναχωρημένη...μία γελάω μία κλαίω...μερικές φορές δεν σταματάω να σκέφτομαι την κατάσταση μου...και κλείνομαι στον εαυτό μου...δεν έχω όρεξη να μιλήσω σε κανέναν...θέλω να μένω μόνη μου στο δωμάτιο...έχω εφιάλτες...εκνευρίζομαι εύκολα...δεν έχω διάθεση ούτε για φυσικοθεραπεία να πάω...αισθάνομαι ότι δε βγάζει πουθενά...δεν ικανοποιούμε με τίποτα...» (συμμετέχων 23).

«...δεν είμαι ευχαριστημένος από τον εαυτό μου...δεν μπορώ να συγκεντρωθώ στην αποκατάστασή μου...από την μια σκέφτομαι ότι μπορώ να προσπαθήσω και καλύτερα και από την άλλη δεν έχω όρεξη να κάνω τίποτα...νοιώθω κούραση ψυχική και σωματική...μετά τα βάζω με τον εαυτό μου που δεν προσπαθεί και θυμώνω...ξεσπώ στους γύρω μου...στους φίλους μου...στην οικογένεια μου...» (συμμετέχων 7).

«...τη μια στιγμή είμαι καλά και νιώθω δυνατή να συνεχίσω την αποκατάστασή μου και την άλλη θέλω να τα παρατήσω όλα και να μείνω στο κρεβάτι, μόνη μου μέσα στο δωμάτιο...υπάρχουν φορές που, όταν είμαι μόνη κλαίω και λυπάμαι πολύ για την κατάσταση που έχω βρεθεί...και όσο σκέφτομαι την επιστροφή στο σπίτι, αγχώνομαι ακόμη περισσότερο...με ανησυχεί το πώς θα είναι η ζωή μου από εδώ και πέρα και ξέρω ότι θα είναι δύσκολα...δεν φέρομαι όπως πριν...δυστυχώς...φερόμουν σαν τους φίλους μου...τώρα φέρομαι διαφορετικά...και σίγουρα θα είναι πολύ δύσκολη η ζωή πάνω σε ένα αναπηρικό αμαξίδιο...» (συμμετέχων 6).

«...συνεχώς σκέφτομαι την κατάσταση μου...δεν μπορεί να ξεφύγει το μυαλό μου από αυτό...δεν είμαι καλά...συνεχώς έχω νεύρα...θυμώνω εύκολα...και θέλω να

μένω μόνη μου...δεν θέλω κανέναν...ούτε τους φίλους μου...καταλαβαίνω ότι έχω άλλη συμπεριφορά...περισσότερο άγχος από εκείνους...είναι φυσικό...έχω πολύ στεναχώρια μέσα μου...και φυσικοθεραπεία δεν θέλω να κάνω...δεν έχει νόημα...» (συμμετέχοντας 10).

Ωστόσο υπήρξαν ασθενείς που εξέφρασαν τα δικά τους, προσωπικά χαρακτηριστικά, τα οποία συντελούν στην στάση που κρατούν στη νέα κατάσταση που βιώνουν, αλλά και στη υγεία και ευεξία τους γενικότερα. Δηλαδή, μίλησαν για την υπομονή που δείχνουν και το ότι δεν το βάζουν κάτω, κάτι που τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις. Σε αυτό ρόλο παίζει το μέγεθος της βλάβης του Νωτιαίου Μυελού, καθώς όσο μικρότερο το μέγεθος, τόσο καλύτερη είναι η λειτουργική αποκατάσταση.

Χαρακτηριστικά είπαν:

«...φυσικά και στεναχωριέμαι που βρίσκομαι εδώ, αλλά έχω υπομονή...κάθε μέρα είναι μια καινούρια μέρα και κάθε μέρα αισθάνομαι όλο και καλύτερα...φυσικά και δίνω αγώνα καθημερινά, αλλά ακόμη και τα μικρά βηματάκια που κάνω σιγά-σιγά με ικανοποιούν...» (συμμετέχων 14).

«...θα μπορούσαν τα πράγματα να είναι χειρότερα...έχω αρχίσει με βοήθεια και μπορώ να περπατήσω, έστω και λίγο και αυτό μου δίνει δύναμη και μια αίσθηση αισιοδοξίας...φυσικά συγκρατημένης, γιατί ποτέ δεν ξέρουμε τι μπορεί να γίνει την επόμενη μέρα...» (συμμετέχων 17).

Ωστόσο, υπήρχαν και συμμετέχοντες που δήλωσαν απαισιόδοξοι, εσωστρεφείς, με έλλειψη αυτοπεποίθησης.

12.1.2 Υποκατηγορία κατάθλιψη

Οι συμμετέχοντές μας αναφέρθηκαν στην επιβαρυμένη ψυχολογία που έχουν λόγω της κατάστασής τους, την μειωμένη ευχαρίστηση που νιώθουν στην καθημερινότητά τους, καθώς και στις διαταραχές που παρουσιάζουν στον ύπνο και την διατροφή τους.

Χαρακτηριστικά είπαν:

«...τα βράδια κάνω ανήσυχο ύπνο...κοιμάμαι λίγες ώρες και ξυπνώ...και δεν μπορώ να σταματήσω να σκέφτομαι την κατάσταση που βρίσκομαι τους τελευταίους 2 μήνες...ζω έναν εφιάλτη...δεν έχω διάθεση να κάνω τίποτα...ούτε να φάω...τρώω ελάχιστα...το ξέρω ότι αυτό έχει επιπτώσεις στην υγεία μου, αλλά δεν μπορώ να το ελέγξω...απλά δεν έχω όρεξη...» (συμμετέχων 22).

«...δεν θέλω να έρχομαι σε επαφή με κανέναν γνωστό μου...νιώθω ότι με λυπούνται και αισθάνομαι πολύ άσχημα...προτιμώ να μένω μόνη μου στο δωμάτιο...δεν έχω διάθεση να μιλάω...τι να πω...δυστυχώς το μοναδικό που μου δίνει ευχαρίστηση είναι το φαγητό...συνεχώς θέλω κάτι να φάω...έχω πάρει βάρος, κάτι που όπως μου λένε οι γιατροί δεν με βοηθά στην αποκατάσταση, αλλά δεν έχω καμία άλλη ευχαρίστηση πέρα από το φαγητό...μόνο αυτό μου έχει μείνει...» (συμμετέχων 13).

«...νιώθω απάισια...μου λένε οι φίλοι μου ότι και αυτοί έχουν προβλήματα, αλλά μακάρι να γύριζα και γω στην καθημερινότητά μου και τις δυσκολίες της...νιώθω θλίψη...σκέφτομαι ότι η ζωή μου δεν πρόκειται να είναι η ίδια με πριν...όταν μένω μόνη μου, κλαίω...δεν μπορώ να το ελέγξω...μερικές φορές τα κλάματα με πιάνουν ξαφνικά ακόμη και όταν βρίσκομαι με άλλους...δεν μπορώ να διώξω την θλίψη που νιώθω...νιώθω ότι η ζωή μου έχει καταστραφεί...παλιά έκανα όνειρα για τη ζωή μου...τώρα δεν κάνω τίποτα...» (συμμετέχων 9).

«...νιώθω πολύ μεγάλη στεναχώρια για την κατάστασή μου...δεν μπορώ να συγκεντρωθώ στο στόχο μου...γενικά δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ...ακόμη και όταν προσπαθώ να διαβάσω ένα βιβλίο, δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ και να το τελειώσω...και δεν έχω ενέργεια...ξυπνώ και αισθάνομαι κουρασμένος...δεν έχω διάθεση...» (συμμετέχων 3).

«...δεν ξέρω αν θα μπορέσω να τα καταφέρω να περπατήσω ξανά και να γίνω όπως ήμουν πριν...δεν το πιστεύω...δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε αυτό που κάνουμε εδώ...συνεχώς το μυαλό μου είναι στο ατύχημα...νιώθω απίστευτες ενοχές για το ατύχημα και πολλές τύψεις για την οικογένειά μου που την ταλαιπωρώ...η οικογένειά μου προσπαθεί να με κάνει να αισθανθώ καλύτερα, αλλά δεν με καταλαβαίνουν...» (συμμετέχων 7).

«...νιώθω απαίσια...όλα τα βλέπω μαύρα...δεν βλέπω καμία βελτίωση...η ζωή μου έχει σταματήσει την ώρα του ατυχήματος...όλοι οι υπόλοιποι γύρω μου είναι μια χαρά και συνεχίζουν την ζωή τους και εγώ είμαι εγκλωβισμένος στο κρεβάτι, μέσα σε αυτό το δωμάτιο...όχι δεν βρίσκω τίποτα που να με ευχαριστεί...έχω απίστευτη νευρικήτητα και ένταση μέσα μου...νευριάζω με το παραμικρό...νευριάζω με τους δικούς μου που δεν με καταλαβαίνουν...» (συμμετέχων 18).

«...δεν μπορώ να κοιμηθώ τα βράδια και τα πρωινά δεν έχω καθόλου ενέργεια να κάνω τις φυσικοθεραπείες μου...και που κάνω θεραπείες, δεν βλέπω καμία βελτίωση...μόνο στο δωμάτιο θέλω να μένω...ούτε η επαφή με άλλους με ευχαριστεί...με κουράζει η συζήτηση...το μόνο που με απασχολεί είναι η ανησυχία που έχω για το πώς θα είμαι όταν βγω από την κλινική...συνεχώς αυτό σκέφτομαι...» (συμμετέχων 21).

«...είναι περίεργη η κατάστασή μου...μια γελάω μία κλαίω...την μια αναζητώ την συντροφιά των δικών μου ανθρώπων, την άλλη δεν θέλω κανέναν...δεν ξέρω και εγώ τι θέλω...δεν μπορώ να βρω κάτι να με ευχαριστεί...άλλες φορές νευριάζω με το παραμικρό και μετά στεναχωριέμαι και κλαίω...δεν θέλω να είμαι βάρος στους γύρω μου...αισθάνομαι όμως ότι είμαι βάρος...νοιώθω απίστευτες ενοχές που είμαι βάρος στην οικογένειά μου...ειλικρινά λυπάμαι πολύ...η σκέψη μου είναι κολλημένη στην οικογένειά μου και σε όλη την περιπέτεια που τους έχω βάλει να περνάνε εξαιτίας μου...νιώθω υπεύθυνη για ό,τι περνάει η οικογένειά μου...» (συμμετέχων 13).

Υπήρξαν συμμετέχοντες που εξέφρασαν σκέψεις θανάτου:

«...μακάρι να είχα πεθάνει την ώρα του ατυχήματος...και τώρα μακάρι να γινότανε κάτι και να πέθαινα...δεν μου αρέσει η ζωή μου και με τρομάζει το μέλλον μου...δεν ξέρω αν θα μπορέσω να τα καταφέρω...καλύτερα να μη ζούσα...μόνο ο Θεός μπορεί να με βοηθήσει και να με λυτρώσει από αυτή την ταλαιπωρία...» (συμμετέχων 21).

«...το σκέφτομαι ότι δεν είναι ζωή αυτή που με περιμένει...δεν φοβάμαι το θάνατο...αλλά δεν θα μπορούσα ποτέ να βάλω η ίδια τέλος στη ζωή μου...θα ήθελα να πεθάνω...» (συμμετέχων 19).

«...δεν με ενδιαφέρει η ζωή μου πλέον...δεν έχει κανένα ενδιαφέρον και ούτε πρόκειται να αποκτήσει κανένα ενδιαφέρον...και τώρα να πέθαινα, δεν με ενδιαφέρει...το επιθυμώ κιόλας...εύχομαι να τελειώσει εδώ η ζωή μου και το μαρτύριο που περνάω...» (συμμετέχων 2).

12.1.3. Υποκατηγορία αυτοεκτίμηση

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στο πόσο δυσσαρεστημένοι είναι με την ζωή τους, το πόσο αποτυχημένοι αισθάνονται, καθώς και την αρνητική γνώμη που έχουν για τον εαυτό τους.

Συγκεκριμένα είπαν:

«...δεν είμαι ευχαριστημένος από την τωρινή μου ζωή...δεν πρόκειται να τα καταφέρω να γίνει η ζωή μου όπως ήταν πριν λίγους μήνες...αδυνατώ να αποδεχτώ αυτό που μου έχει συμβεί...δεν είναι δυνατόν να έχει συμβεί σε εμένα...» (συμμετέχων 2).

«...νιώθω τελείως άχρηστη...ό,τι και να προσπαθήσω να κάνω χρειάζομαι την βοήθεια κάποιου άλλου...και αυτό το αισθάνομαι κάθε μερά από την ώρα που ξυπνώ...δεν ήμουν έτσι πριν το ατύχημα...ήμουν ένας άνθρωπος δραστήριος...ζούσα μόνη μου όλα αυτά τα χρόνια...τώρα ακόμη και για τις βασικές ανάγκες, όπως είναι το ντύσιμο, χρειάζομαι βοήθεια...δεν μπορώ να καταφέρω τίποτα καλά...η ζωή μου είναι μια αποτυχία...» (συμμετέχων 21).

«...με κυριεύει η ανασφάλεια για το αύριο...ανυσιχώ και φοβάμαι...αισθάνομαι κατώτερη από τους γύρω μου...όχι από τους άλλους ασθενείς, αλλά από τους φίλους μου, τους συναδέλφους μου, την οικογένειά μου...ανησιχώ πως θα αλλάξει η στάση τους απέναντί μου τώρα που είμαι σε αναπηρικό αμαξίδιο...δεν θέλω να με λυπούνται...φοβάμαι ότι αρκετοί θα με απορρίψουν λόγω των κινητικών μου προβλημάτων...» (συμμετέχων 11).

«...με ενοχλούν τα κοπλιμέντα...ξέρω ότι είναι ψέματα, για να με κάνουν να νιώσω καλύτερα...δεν τους πιστεύω...δε νιώθω καλά που βρίσκομαι σε αυτή την κατάσταση...η μοναδική μου επιθυμία είναι να περπατήσω και το μοναδικό μου συναίσθημα είναι ο θυμός...θυμώνω με τον εαυτό μου που δεν τα καταφέρνει το ίδιο

καλά όσο οι άλλοι ασθενείς...θυμώνω που υπάρχουν φορές που νιώθω κατώτερη των άλλων...θα ήθελα να είχα περισσότερη αγάπη στον εαυτό μου και περισσότερη πυγμή...νιώθω ένοχη για το ατύχημα που μου συνέβη και δεν μπορώ να προχωρήσω παρακάτω...» (συμμετέχων 8).

«...έχω προτερήματα σίγουρα, αλλά δεν παύει τώρα που είμαι μέσα στο νοσοκομείο ορισμένες φορές να νιώθω ότι δεν αξίζω τίποτα...έχω συνεχώς ανάγκη κάποιον να είναι δίπλα μου, χωρίς βοήθεια δεν μπορώ να πάω πουθενά...αισθάνομαι ότι είμαι βάρος στην οικογένειά μου και κάποια στιγμή θα είμαι ανεπιθύμητος...ούτε εγώ ο ίδιος είμαι ικανοποιημένος από την πορεία της υγείας μου και κάνω εκρήξεις θυμού...δεν βάζω στόχους γιατί φοβάμαι μην απογοητευτώ στο τέλος...» (συμμετέχων 6).

Ωστόσο, υπήρχαν και συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν την κατάστασή τους με θάρρος και επιμονή και νιώθουν ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους.

Χαρακτηριστικά είπαν:

«...όχι δε νιώθω άχρηστος...είναι μια κακή στιγμή στην ζωή μου, που θα πρέπει να αντιμετωπίσω...είμαι υπερήφανος για πολλά πράγματα που έχω καταφέρει να κάνω όλα αυτά τα χρόνια της ζωής μου...μια δυσκολία είναι και αυτό που ζω τώρα και θα το αντιμετωπίσω...δεν φοβάμαι...έχω βάλει ένα στόχο και θα τα καταφέρω...ακόμη και αν κάτι πάει στραβά, εγώ θα το αντιμετωπίσω...μια κακή στιγμή, όπως ήταν το ατύχημα, δεν μπορεί να με κάνει να μηδενίσω τον εαυτό μου και όσα έχω δημιουργήσει...» (συμμετέχων 5).

«...το ξέρω ότι η κατάστασή μου είναι δύσκολή...μπορεί να μην περπατήσω ξανά...όμως σιγά-σιγά αρχίζω και το αποδέχομαι...δεν θέλω ούτε να με λυπούνται, ούτε εγώ να λυπάμαι τον εαυτό μου...τόσα χρόνια είμαι σε έναν διαρκή αγώνα και έχω αποδείξει ποιος είμαι...δεν επαναπαύομαι όμως...συνεχώς προσπαθώ....διαβάζω, ρωτάω τους γιατρούς για την κατάστασή μου...» (συμμετέχων 4).

12.1.4. Υποκατηγορία Υποστηριξη από την οικογένεια και φίλους

Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρθηκαν στο κοινωνικό δίκτυο που έχουν γύρω τους και το οποίο έχει συντελέσει σημαντικά στην υποστήριξή τους κατά το διάστημα της αποκατάστασης.

Συγκεκριμένα, έκαναν αναφορά στο κοινωνικό περιβάλλον τους, οικογένεια, φίλους και συνεργάτες, οι οποίοι έχουν παραμείνει δίπλα τους ακόμη και μετά το ατύχημα. Αναφέρθηκαν στην αξία που έχει η συμπαράσταση από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον στην προσπάθεια αποκατάστασης.

Παρατίθενται χαρακτηριστικές απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες:

«...οι άνθρωποι γύρω μου είναι πολύ καλοί. Έχουν καλή στάση και με βοηθούν...» (συμμετέχων 1).

«...έχω τους γονείς μου που είναι ηλικιωμένοι, αλλά βράχοι δίπλα σε μένα και την γυναίκα μου...αλλά και τον συντάιρό μου που χωρίς αυτόν...» (συμμετέχων 7).

«...ευτυχώς είναι δίπλα μου οι γονείς μου και οι φίλοι μου...δεν ξέρω τι θα έκανα όλο αυτό το διάστημα χωρίς αυτούς...με στηρίζουν και ηθικά, αλλά και υλικά...δεν μου έχει λείψει τίποτα από ό,τι τους ζητώ...» (συμμετέχων 18).

Επίσης, κάποιοι έκαναν λόγο και για το υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο έχουν αναπτύξει μεταξύ τους τα άτομα που βρίσκονται στην αποκατάσταση και το δίκτυο αλληλοβοήθειας που έχουν αναπτύξει μεταξύ τους.

Οι ασθενείς διατύπωσαν τις απόψεις με το δικό τους τρόπο, ο οποίος διαφαίνεται από τα χαρακτηριστικά αποσπάσματα που παρατίθενται:

«...εδώ μέσα όλοι οι ασθενείς έχουμε γίνει φίλοι...μετά από τόσο διάστημα είμαστε σαν μια οικογένεια...χαιρόμαστε για την βελτίωση του διπλανού μας...τον ενθαρρύνουμε όπως και αυτός ενθαρρύνει εμάς... Στηρίζουμε ο ένας τον άλλον και όταν κάποιος από εμάς πάει να πέσει ψυχολογικά, οι υπόλοιποι προσπαθούμε όσο μπορούμε να τον ανεβάσουμε...» (συμμετέχων 12).

«...μοιραζόμαστε τις εμπειρίες μας, κλαίμε...γελάμε μαζί...ανυσηχούμε μαζί...οι άνθρωποι που νοσηλεύονται εδώ σε καταλαβαίνουν καλύτερα...» (συμμετέχων 19).

«...ναι...βοηθάμε ο ένας τον άλλον...ακόμη και οικονομικά...ό,τι μπορεί να προσφέρει ο ένας στον άλλον το δίνουμε...όλοι τα ίδια περνάμε...» (συμμετέχων 21).

Το γεγονός ότι έχουν τη δυνατότητα κοινωνικοποίησης, ενώ βρίσκονται στο κέντρο αποκατάστασης, είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς και ιδιαίτερα για τους νεότερους συμμετέχοντες.

Ένας νέος ασθενής είπε:

«...ευτυχώς δεν έχω μείνει μόνος εδώ μέσα...έχω την οικογένειά μου που δεν με αφήνει λεπτό, τους διπλανούς μου στο θάλαμο που πλέον είμαστε φίλοι και ακόμη και στο παρεκκλήσι πηγαίνουμε παρέα για να εκκλησιαστούμε και να προσευχηθούμε, αλλά και το προσωπικό της κλινικής, που πάντα είναι πρόθυμο να βοηθήσει... και με αυτούς πλέον είμαστε φίλοι...» (συμμετέχων 12).

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι η οικογένειά τους έπαιξε τον σημαντικότερο ρόλο στην αποκατάστασή τους, όχι μόνο παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη, αλλά υποστηρίζοντάς τους και οικονομικά.

Χαρακτηριστικά, κάποιοι είπαν:

«...να είναι καλά οι γονείς μου και τα πεθερικά μου. Και οικονομικά μας βοήθησαν, όταν χρειάστηκεαλλά και ψυχικά...» (συμμετέχων 16).

«...ευτυχώς, τώρα που δεν δουλεύω, όλοι οι γνωστοί και φίλοι μου μας στηρίζουν οικονομικά...έχοντας αφήσει μια οικογένεια και παραμένοντας στο νοσοκομείο, θα ήταν πολύ δύσκολά τα πράγματα για όλους μας...και για εμένα, αλλά κυρίως για τα παιδιά μου...δύο μήνες είναι δίπλα μας...ό,τι μπορεί ο καθένας...» (συμμετέχων 19).

12.2. Κατηγορία Θρησκευτικότητα

12.2.1 Υποκατηγορία Πίστη στο Θεό ή σε μια ανώτερη δύναμη

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην πίστη τους στο Θεό και κάποιοι σε μία ανώτερη δύναμη, που τους δίνει δύναμη στην αποκατάστασή τους. Εξέφρασαν την ευγνωμοσύνη τους στο Θεό για το ότι είναι ακόμα ζωντανοί μετά το ατύχημα που είχαν και προσεύχονται με δέος σ' Αυτόν να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν την τωρινή κατάστασή τους. Είναι ικανοποιημένοι από το ότι υπάρχει παρεκκλήσι στο κέντρο αποκατάστασης, όπου μπορούν να βρουν ησυχία και να επικοινωνήσουν μαζί Του.

«...πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη...μου δίνει δύναμη να ξέρω ότι υπάρχει κάτι πιο ισχυρό από εμένα που ορίζει το μέλλον μου...μου προσφέρει θάρρος και επιμονή στο να συνεχίσω την προσπάθεια...» (συμμετέχων 14).

«...όλο αυτό το διάστημα που βρίσκομαι στο νοσοκομείο διαβάζω πολύ...μέσα από την εσωτερική αναζήτηση και την πίστη σε μια άγνωστη ανώτερη δύναμη έχω αποδεχθεί τον εαυτό μου και αυτό που μου έχει συμβεί...προσπαθώ να αγαπήσω τον εαυτό μου και να αντιμετωπίσω με θάρρος όλη την κατάσταση...» (συμμετέχων 16).

«...ήταν θέλημα Θεού να μου συμβεί αυτό το ατύχημα...και θέλημα Θεού θα είναι και η αποκατάστασή μου...εγώ προσεύχομαι καθημερινά στο Θεό να μου δίνει δύναμη να προσπαθώ για το καλύτερο...ευχαριστημένος είμαι...είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου...» (συμμετέχων 5).

«...πιστεύω στο Θεό...ποτέ δεν ήμουν ιδιαίτερα πιστός στα θρησκευτικά καθήκοντα...απλά πιστεύω...όμως αυτή η απλή πίστη που εκδηλώνεται μόνο με μια προσευχή, μου δίνει τρομερό ερέθισμα στο να είμαι συνεπής και επίμονος στο πρόγραμμα αποκατάστασής μου...θεωρώ ότι υπάρχει μια δύναμη που θα με βοηθήσει αρκεί και εγώ να προσπαθήσω...» (συμμετέχων 19).

«...πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη...διαβάζω και ενημερώνομαι...ανέκαθεν βρισκόμουν σε πνευματική αναζήτηση...πόσο μάλλον τώρα που έχω πάρα πολύ χρόνο...όλη αυτή η αναζήτηση με έχει βοηθήσει να συνειδητοποιήσω την κατάστασή

μου, να είμαι ρεαλιστής, να εκτιμήσω τον εαυτό μου και αυτά που έχω και να παίρνω ερεθίσματα, για να γίνουν τα πράγματα καλύτερα...» (συμμετέχων 22).

«...έχω ανάγκη να πιστέψω κάπου. Δεν ξέρω αν είναι Θεός ή κάτι άλλο, αλλά τα βράδια προσεύχομαι σε αυτό το άγνωστο να με βοηθήσει με το θέμα της υγείας μου. Δεν κάνω κάτι ιδιαίτερο, μόνο πηγαίνω στο παρεκκλήσι του κέντρου αποκατάστασης και προσεύχομαι. Και μετά νιώθω πολύ ήρεμος...» (συμμετέχων 21).

Ο συμμετέχων 17 είπε:

«...κάνω τον σταυρό μου που σώθηκα από το ατύχημα...κάθε μέρα προσεύχομαι...το έχω ανάγκη...με ηρεμεί και με γαληνεύει, όταν πάω να τα παρατήσω...όταν αισθάνομαι ανήμπορος...».

Ο συμμετέχων 8 είπε:

«...πάντα πίστευα στο Θεό...και τώρα νομίζω θα με βοηθήσει...εγώ συνεχίζω να προσεύχομαι μέσα στο παρεκκλήσι της κλινικής...εκεί ηρεμώ...».

«...ναι προσεύχομαι όταν είμαι μόνη μου...έχω ανάγκη να παρακαλέσω τον Θεό για να με βγάλει από την κατάσταση που ζω...» (συμμετέχων 22).

«...πηγαίνω στο εκκλησάκι και προσεύχομαι...νιώθω γαλήνη... με ηρεμεί και η προσευχή, αλλά και ο χώρος της εκκλησίας...» (συμμετέχων 5).

12.2.2. Υποκατηγορία Καμία πίστη

Υπήρξαν επίσης κάποιοι από τους συμμετέχοντες (συνολικά 3), οι οποίοι δήλωσαν ότι έχουν χάσει την πίστη τους στο Θεό και είπαν ότι δεν πιστεύουν σε καμία ανώτερη δύναμη από τότε που έπαθαν το ατύχημα.

Άλλοι πάλι δήλωσαν ότι ποτέ δεν είχαν κάποια θρησκευτικά ή πνευματικά πιστεύω.

Ενδεικτικά παρατίθενται τα παρακάτω αποσπάσματα:

«...Δεν πιστεύω σε τίποτα... Όλα μέσα στο μυαλό είναι...» (συμμετέχων 18).

«...Μικρός πίστευα στο Θεό.... Τώρα όχι. Δεν πιστεύω σε τίποτα...Αν υπήρχε κάτι, θα μου έδινε και μένα μια βοήθεια...» (συμμετέχων 13).

«...ποτέ δεν πίστευα...ούτε τώρα θα πιστέψω...ήταν ένα γεγονός και έγινε...μόνο εγώ μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου...» (συμμετέχων 10).

12.3 Διαχείριση της νέας πραγματικότητας

12.3.1. Υποκατηγορία Υποστήριξη από επαγγελματίες

Οι συμμετέχοντες εξήγησαν πως καταφέρνουν να διαχειριστούν την καθημερινή νέα ζωή τους, λέγοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας τους παρέχουν την απαραίτητη υποστήριξη κατά την αποκατάστασή τους. Έδωσαν έμφαση στον ρόλο του/της φυσικοθεραπευτή/τριας τους και του θεράποντος ιατρού τους, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ανέφεραν ότι η (υπο)στήριξη που λαμβάνουν είναι σημαντική για την αποκατάστασή τους και ότι οι φυσικοθεραπευτές/τριες παίζουν επίσης τον ρόλο του ψυχοθεραπευτή τους, με τους οποίους/ες μπορούν να μοιραστούν τα πάντα και να πάρουν κουράγιο, ώστε να συνεχίσουν.

Χαρακτηριστικά είπαν:

«...θέλω να γίνω καλά και να περπατήσω χωρίς βοήθεια. Σε αυτό έχω το καλύτερο φάρμακο, τον γιατρό μου. Μου τα εξηγεί όλα με υπομονή και μου δίνει κουράγιο...» (συμμετέχων 22).

«...όλα τα ακούει ο φυσικοθεραπευτής μου ο Β. Με βοηθά πολύ και μπορεί να καταλάβει τους φόβους μου περισσότερο από την οικογένειά μου. Είναι ο καθημερινός μου ψυχολόγος...» (συμμετέχων 17).

«...έχω μεγάλη εμπιστοσύνη σε όλο το προσωπικό της κλινικής... είναι πολύ μεγάλη η βοήθειά τους...σου δίνουν συμβουλές...προσπαθούν να σε στηρίξουν όταν δεν αισθάνεσαι ψυχολογικά καλά...και το κυριότερο, έχουν υπομονή να σε ακούσουν ακόμη όταν και οι ίδιοι είναι κουρασμένοι...» (συμμετέχων 19).

«...δεν έχω λόγια για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό...πλέον τους θεωρώ δικούς μου ανθρώπους...παρόλο που κάθε μέρα έχουν τόσους ασθενείς, έχουν την δύναμη να στηρίζουν τον καθένα μας ξεχωριστά...είτε πρακτικά, όπως το να

μας βοηθήσουν να σηκωθούμε από το κρεβάτι μας, είτε ψυχικά με το να είναι πάντα με το χαμόγελο και το χιούμορ...και ειδικά το χιούμορ το χρειαζόμαστε όλοι εμείς που είμαστε κλεισμένοι σε ένα δωμάτιο...» (συμμετέχων 9).

12.3.2. Υποκατηγορία Σχέδια για το μέλλον

Οι συμμετέχοντες μίλησαν για το άγχος που έχουν για το πώς θα είναι η ζωή τους στο μέλλον. Είπαν ότι θα ήθελαν να νιώθουν ασφαλείς για το μέλλον τους και να μπορούν να ζουν αυτόνομα.

Οι συμμετέχοντες που έχουν οικογένεια, μοιράστηκαν τα σχέδιά τους για το μέλλον, δηλαδή να είναι και πάλι κοντά στην οικογένειά τους και να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη της οικογένειας. Εξέφρασαν την ανησυχία τους για την ποιότητα ζωής τους στο μέλλον.

Χαρακτηριστικά οι συμμετέχοντες είπαν:

«...ανησυχώ για το πώς θα είμαι σε ένα χρόνο από τώρα. Θα περπατήσω; Θα ζω μόνη μου; Θα πηγαίνω στη δουλειά;...» (συμμετέχων 9).

«...Μόνο ανησυχίες έχω...Ανησυχώ για την εξέλιξη της υγείας μου, αλλά δεν φαντάζεσαι πόσο με ταλαιπωρεί η σκέψη του πώς θα είμαι την ημέρα που θα βγω από το κέντρο. Και πώς θα είμαι στο σπίτι μου; Θα επιστρέψω στη δουλειά μου; Θα μπορέσω να κάνω πράξη τα σχέδιά μου;...» (συμμετέχων 9).

«...θέλω να επιστρέψω στην δουλειά μου...με προβληματίζει το πώς θα μετακινούμε, αφού η Αθήνα είναι μια δύσκολη πόλη για κάποιον που μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο...από τώρα σκέφτομαι τρόπους που θα μπορούσαν να με διευκολύνουν στις μετακινήσεις μου...σίγουρα θα χρειάζομαι, ειδικά στις αρχές, κάποιον να με βοηθά στις μετακινήσεις...» (συμμετέχων 9).

«...δεν έχω άλλη επιλογή...πρέπει σύντομα να αρχίσω να εργάζομαι...δεν μπορούν συνέχεια να στηρίζουν την οικογένειά μου οι φίλοι μου.... Μου αρέσει...θέλω να δω τους συναδέλφους μου...έχω ανάγκη τα χρήματα...» (συμμετέχων 9).

«...το μέλλον με τρομάζει...φοβάμαι πως δεν θα τα καταφέρω...πώς θα πηγαίνω τα παιδιά μου στις δραστηριότητες...πώς θα μετακινούμε στο σπίτι...στη

γειτονιά...θα πρέπει να βρω άλλη εργασία, διότι το επάγγελμά μου είναι οικοδόμος και δεν μπορώ πλέον να εργαστώ, αφού πρέπει να χρησιμοποιώ το αμαξίδιο...» (συμμετέχων 9).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας σε ασθενείς με ΤΚΝΜ, καθώς επίσης και η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης που έχουν αυτές οι μεταβλητές στην αυτοεκτίμησή τους και την εμφάνιση κατάθλιψης και στρες σε ασθενείς με ΤΚΝΜ.

Η μελέτη και η αξιολόγηση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας ασθενών με ΚΝΜ είναι σημαντική, καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν πλήθος πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες, που συχνά σχετίζονται, τόσο με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους σε αυτή τη χρόνια κατάσταση, όσο και με πληθώρα εκβάσεων υγείας, όπως είναι η ποιότητα ζωής και η ψυχική καταπόνηση (Hajaghababei et al., 2018).

Για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας και για να απαντηθούν τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα εφαρμόστηκε μικτού τύπου μελέτη, χρησιμοποιώντας το παράδειγμα της μεθοδολογικής τριγωνοποίησης. Η αξιοποίηση δηλαδή ενός συνδυασμού ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων μέσω δύο διαφορετικών μεθόδων, όπως π.χ. ένα ερωτηματολόγιο και μια συνέντευξη. Ο τύπος αυτός έχει δύο υποκατηγορίες: την *εσωτερική* ή *εντός πλαισίου* [within method] και τη *συνδυαστική μέθοδο* [between method]. Η *εντός πλαισίου* μπορεί να περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Η *συνδυαστική* συνδυάζει π.χ. μια συνέντευξη με μια έρευνα. Η χρήση μικτής μεθόδου στην παρούσα έρευνα, δηλαδή *ποσοτικής* (με ερωτηματολόγιο) και *ποιοτικής* (με ημιδομημένη συνέντευξη) κρίθηκε κατάλληλη, γιατί η χρήση μόνο ποσοτικής προσέγγισης (ερωτηματολόγιο) δεν αφήνει περιθώρια στα άτομα με μετατραυματική παραπληγία να διατυπώσουν τις απόψεις και τα συναισθήματά τους σε βάθος. Ο συνδυασμός της ποιοτικής με την ποσοτική μέθοδο, θεωρούμε πως μας οδηγεί να αποκτήσουμε πιο σφαιρική άποψη για το συγκεκριμένο θέμα (Denzin, 1989, 2017).

Στην ποσοτική μέθοδο πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη, για να εκτιμηθεί η επίδραση που μπορεί να έχει η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες ασθενών με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης. Παράλληλα διεξήχθησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με ένα συγκεκριμένων αριθμό ασθενών, ώστε αφενός να

επιβεβαιωθούν και νομιμοποιηθούν τα ποσοτικά ετρήματα, αφετέρου να αναδειχθούν πτυχές του βιώματος των ασθενών με ΚΝΜ, που δεν δύναται να διερευνηθούν με τυποποιημένους τρόπους.

13.1 Θρησκευτικότητα/ Πνευματικότητα

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης σχετιζόταν με την πνευματικότητα των ασθενών με ΚΝΜ. Καταρχάς, κατά την ποσοτική μελέτη βρέθηκε ότι η κλίμακα πνευματικής ισχύος (η οποία λαμβάνει τιμές από 0 έως 60) είχε αρκετά υψηλή μέση τιμή (=47,7) για τους ασθενείς, γεγονός που δηλώνει σημαντική ισχύ των θρησκευτικών/πνευματικών τους απόψεων για τη ζωή. Μάλιστα, η ισχύς των θρησκευτικών/πνευματικών απόψεων για τη ζωή ήταν υψηλότερη σε σχέση με άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, δηλαδή το Royal Free Questionnaire (Anyfantakis et al., 2013; Coleman et al., 2011; Giaquinto et al., 2011; Kao et al., 2009; McCoubrie & Davies, 2006; Sapountzi-Krepia et al., 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή στην κλίμακα πνευματικής ισχύος κυμαίνονταν μεταξύ 26,6 και 39 σε μελέτες (Anyfantakis et al., 2013; Giaquinto et al., 2011; Kao et al., 2009; McCoubrie & McCoubrie, 2006), που περιελάμβαναν ασθενείς, ενώ κυμαίνονταν μεταξύ 29,7 και 34 σε μελέτες (Coleman et al., 2011; Sapountzi-Krepia et al., 2005), που περιελάμβαναν υγιείς.

Το ερωτηματολόγιο Royal Free Questionnaire έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες στην Ελλάδα, όπου η μέση τιμή σε μια μελέτη (Anyfantakis et al., 2013) με ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα ήταν 32,2 και σε μια μελέτη (Sapountzi-Krepia et al., 2005) σε υγιή πληθυσμό ήταν 34.

Αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα της ποιοτικής μελέτης μας, όπου οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στις ισχυρές πνευματικές τους απόψεις. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν στην πίστη τους στο Θεό, αλλά και σε ανώτερες δυνάμεις και είπαν: «...πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη...μου δίνει δύναμη να ξέρω ότι υπάρχει κάτι πιο ισχυρό από εμένα που ορίζει το μέλλον μου...μου προσφέρει θάρρος και επιμονή στο να συνεχίσω την προσπάθεια...».

Ωστόσο, υπήρξαν και συμμετέχοντες, που δήλωσαν ότι δεν πιστεύουν σε κάποια ανώτερη δύναμη και συγκεκριμένα είπαν:

«...δεν πιστευω σε τίποτα...ειδικά μετά το ατύχημα έγινα πιο άπιστος...εάν υπήρχε Θεός, δεν έπρεπε να μου έχει συμβεί το ατύχημα...δεν έχω πειράξει ποτέ κανέναν...».

Σύμφωνα με τους Chlan et al., (2011) η πνευματικότητα και τα θρησκευτικά πιστεύω είναι σημαντικά στην ικανοποίηση της ζωής και μπορούν να διαδραματίσουν έναν αναπόσπαστο ρόλο στην διαδικασία της αποκατάστασης.

Η πνευματικότητα αναγνωρίζεται και από τους επαγγελματίες υγείας ως μια σημαντική πτυχή της προσαρμογής για τους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους στη νέα πραγματικότητα μετά την ΚΝΜ. Θα μπορούσε να ενσωματωθεί και ως εργαλείο στην αποκατάσταση ως προς τον καθορισμό στόχων και αξιολογησης (Jones et al., 2018).

Η αξιολόγηση της πνευματικότητας πρέπει να συμπεριληφθεί μαζί με πιο παραδοσιακές ψυχολογικές μετρήσεις για τον καλύτερο σχεδιασμό της θεραπείας. Η ενσωμάτωση των πνευματικών πεποιθήσεων στο σχεδιασμό του προγράμματος αποκατάστασης μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητα ζωής, καθώς επίσης μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν τις χρόνιες ασθένειες και τις αναπηρίες (Wilson et al., 2016). Γεγονός που υποδηλώνει ότι οι επαγγελματίες αποκατάστασης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους την πνευματικότητα, όταν εργάζονται με τους ασθενείς τους με τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να κατανοήσουν το ρόλο και την δύναμη της θρησκευτικότητας-πνευματικότητας και να την χρησιμοποιήσουν προς όφελος του ασθενή και να μην αφήνουν αυτό το κομμάτι μόνο στους θρησκευτικούς-πνευματικούς (Jones et al., 2018).

13.2 Άγχος-Κατάθλιψη

Στην παρούσα στατιστική μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία βιώνουν στρες, άγχος και κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους υγιείς ($p < 0,001$).

Ενδεικτικά το 98,9% των ασθενών βιώνουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στην κλίμακα κατάθλιψης του κέντρου επιδημιολογικών ερευνών (CES-D), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των υγιών είναι 30,7.

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πλήθος μελετών, στις οποίες βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία βιώνουν έντονο στρες, άγχος και κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό (Sakakibara et al., 2009; Maldonado Bouchard & Hook, 2014; Tzanos et al., 2014; Zórcher et al., 2019; Zórcher et al., 2017; Hatefi et al., 2019; Graupensperger et al., 2018; Zare & Alipor, 2012; Craig et al., 2009; Williams & Murray, 2015).

Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση του 2015 (Williams & Murray, 2015) το 22,2% των ασθενών με μετατραυματική παραπληγία βιώνει κατάθλιψη, ενώ σε μια παλαιότερη μετα-ανάλυση του 2009 (Craig et al., 2009) το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 30%.

Είναι σαφές, ότι η παραπληγία επηρεάζει καθοριστικά τη ζωή των ασθενών, οδηγώντας σε σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, χειρότερη ποιότητα ζωής ακόμη και αυτοκτονίες. Ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού συνήθως οδηγεί σε συμπτώματα πόνου, απώλειας λειτουργίας και νευρολογικής δυσλειτουργίας, όπως παράλυση εθελοντικών μυών και απώλεια αίσθησης κάτω από το επίπεδο της βλάβης, η οποία σχετίζεται με τη μείωση της κινητικότητας και της λειτουργικής ανεξαρτησίας (Fan et al., 2018).

Επιπρόσθετα, τα άτομα με KNM μπορεί να είναι επιρρεπή σε επιπλοκές, όπως πνευμονία, σηψαιμία, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, καρδιαγγειακές παθήσεις και χρόνιο πόνο. Αυτό μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής τους και της ψυχικής τους κατάστασης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Χαμηλό επίπεδο λειτουργικής και κινητικής εξάρτησης συνδέεται με χαμηλό επίπεδο θλίψης και στρες (Christel et al., 2010).

Το εύρημα αυτό είναι πρόδηλο και στην ποιοτική μελέτη που διεξήχθηκε, καθώς οι συμμετέχοντες κατά τη συνέντευξη αναφέρθηκαν σε καταστάσεις στρες και άγχους. Όπως μας ανέφερε ένας εξ αυτών: «...έχω κουραστεί...δεν αντέχω άλλο...συνεχώς προκύπτουν και νέα προβλήματα στην υγεία μου...καλύτερα να είχα πεθάνει...».

Η συναισθηματική φόρτιση, το αίσθημα απελπισίας και η έλλειψη δίψας για ζωή καταγράφονται έντονα και μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν κάποιοι από αυτούς: «...δεν αντέχω άλλο...μακάρι να είχα

πεθάνει...η ζωή μου άλλαξε προς το χειρότερο και δεν πρόκειται να βελτιωθεί...», ενώ κάποιος άλλος εξέφρασε την απελπισία του μέσα από τις σκέψεις του για αυτοκτονία, λέγοντας χαρακτηριστικά: «...υπάρχουν στιγμές που νιώθω ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα...μου περνούν σκέψεις αυτοκτονίας...δεν μπορώ να αντέξω την σκέψη πως η ζωή μου έχει αλλάξει...».

13.3 Αυτοεκτίμηση

Η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης σε άτομα με ΚΝΜ αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης οι ασθενείς με ΚΝΜ εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με μέση τιμή των 10 στοιχείων του ερωτηματολογίου 19,7 σχέση με τον γενικό πληθυσμό του οποίου η μέση τιμή ήταν το 30,4 ($p < 0,001$).

Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με την μελέτη των Blames et al. (2009) σε 60 ασθενείς με μετατραυματική παραπληγία, οι οποίοι χρησιμοποιώντας την κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg αναφέρουν χαμηλή αυτοεκτίμηση με μέση τιμή το 8,35. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε αυξημένα συμπτώματα στρες και κατάθλιψης. Τα ευρήματα των Fatima et al. (2017) αναφέρουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με ακρωτιριασμό των κάτω άκρων και παραπληγικούς.

Οι ασθενείς βιώνουν αλλαγές στο σώμα τους και την καθημερινότητά τους. Η επίδραση της εικόνας του σώματος στην αυτοεκτίμηση είναι σημαντική και συμβάλλει σε αισθήματα χαμηλής αυτοπεποίθησης και πιθανώς κορυφώνεται με καταθλιπτική συνείδηση (Kerpel & Crowe, 2000).

Στην ποιοτική μας μελέτη οι συμμετέχοντες σε αυτήν αναφέρθηκαν στις αλλαγές που βιώνουν στο σώμα τους και την επίδραση που έχει αυτό στην αυτοεκτίμησή του. Συγκεκριμένα είπαν: «...δεν αξίζω τίποτα.... Δεν θέλω να βλέπω

τον εαυτό μου με τους νάρθηκες να κάνει λίγα βήματα...νιώθω ότι δεν ορίζω το σώμα μου...».

Η αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα κατωτερότητας στα άτομα με αναπηρία. Το αίσθημα της αβεβαιότητας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τη ζωή (Morit et al., 2006; Schmitt & Allik, 2005).

Η φυσική δραστηριότητα συνδέεται με την αυξημένη ποιότητα ζωής και την αυξημένη αυτοεκτίμηση (Jalayondeja et al., 2016). Στην ποιοτική μας μελέτη υπήρξαν συμμετέχοντες ασθενείς με ατελή παραπληγία, οι οποίοι δήλωσαν ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους, αφού μπορούν και περπατούν, έστω και με βοήθεια και έχουν ενταχθεί σε προγράμματα φυσικής άσκησης. Η ελπίδα για βελτίωση της κινητικής κατάστασης συνδέεται με τη αυτοεκτίμηση.

Χαμηλές ελπίδες οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση (Min & Myungsun, 2011). Πράγματι αυτό επιβεβαιώνει και το εύρημα της ποιοτικής μελέτης μας.

Συγκεκριμένα μία συμμετέχουσα ασθενής αναφέρθηκε στην έλλειψη ελπίδας: «...με κυριεύει η ανασφάλεια για το αύριο...ανησυχώ και φοβάμαι...αισθάνομαι κατώτερη από τους γύρω μου...όχι από τους άλλους ασθενείς, αλλά από τους φίλους μου, τους συναδέλφους μου, την οικογένειά μου...ανησυχώ πως θα αλλάξει η στάση τους απέναντί μου τώρα που είμαι σε αναπηρικό αμαξίδιο...δεν θέλω να με λυπούνται...φοβάμαι ότι αρκετοί θα με απορρίψουν λόγω των κινητικών μου προβλημάτων...».

13.4 Πνευματικότητα και Αυτοεκτίμηση

Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι η άσκηση των θρησκευτικών πιστεύω στην καθημερινή ζωή είναι σημαντική, είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση ($p=0,02$), με το εύρημα αυτό να επιβεβαιώνεται από παρόμοιες μελέτες (Cruz et al., 2010; Duggan 2000; Keany et al., 1993).

Στην ποιοτική μελέτη που διεξήγαγαν οι Duggan et al., (2016) με σκοπό να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αντοχή των απόμων με ΚΝΜ,

ανέκυσαν τρία θέματα σχετικά με την θρησκευτικότητα: η υποστήριξη σε περιόδους στρες, το νόημα και ο σκοπός της ζωής και η ευχαριστία.

Παρόμοιο είναι το συμπέρασμα αυτό και με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης που διεξήγαμε, σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό τους επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα, είχαν περισσότερη αυτοεκτίμηση ($p < 0,001$). Το εύρημα αυτό εξάλλου επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Cruz et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Duggan, 2000; Keany & Glueckhauf, 1993).

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα των ασθενών επηρεάζουν σημαντικά την υγεία τους, καθώς ενισχύουν την αυτοεκτίμησή τους και έτσι οι ασθενείς μπορούν να έχουν καλύτερο έλεγχο της κατάστασής τους και της υγείας τους και να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τα προβλήματα υγείας τους, αυξάνοντας την πιθανότητα για μειωμένο στρες και καλύτερες εκβάσεις (Corallo et al., 2019; Mollaei et al., 2019; Yadollahpour et al., 2015; Miri et al., 2015; Fakuori et al., 2015; Chlan et al., 2011; Cruz et al., 2010). Το εύρημα αυτό εξάλλου επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Cruz et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Duggan, 2000; Keany & Glueckhauf, 1993).

Το ίδιο εύρημα επιβεβαιώνεται και από την ποιοτική μελέτη, όπου οι συμμετέχοντες σε αυτή αναφέρουν περισσότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα άτομα που δηλώνουν καμία πίστη. Μεταξύ άλλων, μια ασθενής που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα είπε: «...όλο αυτό το διάστημα που βρίσκομαι στο νοσοκομείο διαβάζω πολύ...μέσα από την εσωτερική αναζήτηση και την πίστη σε μια άγνωστη ανώτερη δύναμη έχω αποδεχθεί τον εαυτό μου και αυτό που μου έχει συμβεί...προσπαθώ να αγαπήσω τον εαυτό μου και να αντιμετωπίσω με θάρρος όλη την κατάσταση...». Αν και υπάρχει έντονη συζήτηση σχετικά με τους ορισμούς της «θρησκείας» και της «πνευματικότητας», υπάρχουν ενδείξεις ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα χρησιμεύουν ως πιθανοί προστατευτικοί παράγοντες κατά των διαφόρων αρνητικών αποτελεσμάτων της υγείας (Cotton et al., 2006).

Η πνευματικότητα ενός ατόμου εξαρτάται από το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις πεποιθήσεις του. Στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει

να έχουν πλήρη επίγνωση και γνώση των πολιτισμικών πτυχών των ασθενών, ώστε να ανταποκριθούν στην πνευματικότητά τους (Yang et al., 2012).

13.5 Πνευματικότητα και Ψυχική Υγεία

Κατά την παρούσα έρευνα επιπλέον διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς, που πίστευαν περισσότερο ότι μια πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό τους μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή τους ζωή, είχαν λιγότερη κατάθλιψη και λιγότερο στρες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από παρόμοιες μελέτες, στις οποίες βρέθηκε ότι οι ασθενείς με εντονότερη θρησκευτικότητα ή/και πνευματικότητα βιώνουν λιγότερη κατάθλιψη (Duggan et al., 2016; Rahnama et al., 2015; Kennedy et al., 2010; White et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Giaquinto et al., 2007) και λιγότερο στρες (Rahnama et al, 2015; Kennedy et al., 2010; Kortte et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Franklin & Yoon, 2008; Forchheimer & Tate , 2007; Giaquinto et al., 2007).

Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνονται επίσης και από την ποιοτική μελέτη, όπου διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με πίστη διαχειρίζονται καλύτερα τη νέα τους πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, ένας συμμετέχων είπε: «...πιστεύω στο Θεό...με ηρεμεί η σκέψη, όταν κάνω την προσευχή μου και εκκλησιάζομαι...αισθάνομαι πως έχω την βοήθεια του Θεού...με την πίστη μου όλα θα πάνε καλά...».

Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα σε αρκετές περιπτώσεις αποτελούν την αφετηρία των ασθενών για να μπορέσουν να αποκτήσουν τους κατάλληλους μηχανισμούς άμυνας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων που ανακύπτουν στην περίπτωση της παραπληγίας

Επιπλέον, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα μπορούν να αποτελέσουν λύσεις στις βαθύτερες σκέψεις των ασθενών σχετικά με τις αιτίες της παραπληγίας, καθώς συχνά οι ασθενείς αναζητούν τις αιτίες της παραπληγίας σε ανώτερες πνευματικές δυνάμεις ή ακόμη και σε κακοδαιμονία. Για τον λόγο αυτόν, η εντονότερη πνευματικότητα κυρίως μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό σύμμαχο των ασθενών για την μείωση του στρες και της κατάθλιψης, που συχνά συνεπάγεται η παραπληγία, οδηγώντας τους ασθενείς αυτούς ακόμη και στην κοινωνική απομόνωση ή και σε αυτοκτονίες.

Η πνευματική ευημερία είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των σωματικών, κοινωνικών, οικονομικών και συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας καλούνται να υποστηρίξουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους (Aktürk S. & Aktürk U.,2018).

Σε μελέτη των Hajiaghababei et al, (2018) σε 213 ασθενείς με KNM στο Ιράν βρέθηκε ότι η θρησκευτική ευημερία, αλλά και η υπαρξιακή ευημερία είναι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργίας, της ψυχικής υγείας και του συναισθηματικού ρόλου. Η πνευματική ευημερία συνδέεται και με επακόλουθα συμπτώματα του τραυματισμού του Νωτιαίου Μυελού, όπως είναι ο πόνος, το στρες, η απογοήτευση και η δυσαρέσκεια για την ζωή. Επιπροσθέτως, συμβάλλει στη μείωση του άγχους, ενώ ο υψηλότερος βαθμός αρνητικής θρησκευτικής αντιμετώπισης αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρού άγχους και κατάθλιψης. Στην πραγματικότητα οι ασθενείς με χαμηλότερη αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση και υψηλότερα επίπεδα πνευματικής ευεξίας έχουν χαμηλότερα επίπεδα σοβαρού άγχους και κατάθλιψης (Rahnama et al., 2015).

Ειδικότερα το Ισλάμ δίνει έμφαση στις στρατηγικές αντιμετώπισης των αρνητικών γεγονότων της ζωής και στη μείωση των επιπέδων άγχους, συμπεριλαμβανομένης της θετικής σκέψης, της διατήρησης ελπίδας, του ελέους του Θεού, της μνήμης του Θεού και της υπομονής στην αντιμετώπιση προβλημάτων (Sabry & Vohra, 2013).

Οι στρατηγικές διαχείρισης, βασισμένες στην θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα, θα πρέπει να αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες υγείας ως μέσο για την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Matheis et al., 2006). Στο πλαίσιο μιας ολιστικής φροντίδας η οικοδόμηση μιας κοινής αντίληψης για την πνευματικότητα είναι απαραίτητη για την στήριξη της ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς τείνουν να αναζητούν σταθερότητα και γαλήνη, ενώ οι επαγγελματίες κατέχουν μια άλλη προοπτική, θεωρώντας την πνευματικότητα ως μέσο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την αύξηση της κοινωνικής αποδοχής και την αντιμετώπιση των εμπειριών της ασθένειας (Ho et al., 2016).

Τέλος, διαπιστώθηκε κατά την παρούσα έρευνα ότι η καθημερινή προσευχή αποτελεί την σημαντικότερη παράμετρο στα πιστεύω των ασθενών, ένα γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από παρόμοιες μελέτες με ασθενείς με διάφορα νοσήματα (Giaquinto et al., 2007; Kemp et al., 2005; Barry et al., 2004; Dunn & Horgas, 2004; Robinson-Smith, 2002.). Οι ασθενείς θεωρούν την καθημερινή προσευχή ως το σημαντικότερο σημείο διεπαφής τους με τη θρησκευτικότητα και για τον λόγο αυτό δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην προσευχή και στην καθημερινή εκτέλεση της.

Αυτό αναδεικνύεται και από την ποιοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων τους και την ανάγκη για προσευχή. Χαρακτηριστικά είπαν: «...να προσεύχομαι όταν είμαι μόνη μου...έχω ανάγκη να παρακαλέσω τον Θεό για να με βγάλει από την κατάσταση που ζω...», και ένας άλλος είπε: «...πηγαίνω στο εκκλησάκι και προσεύχομαι...νιώθω γαλήνη... με ηρεμεί και η προσευχή αλλά και ο χώρος της εκκλησίας...».

Η προσευχή μάλιστα αποτελεί μια σχετικά απλή διαδικασία, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να την πραγματοποιούν ακόμη και όταν βιώνουν ιδιαίτερα στρεσογόνες ή δυσάρεστες καταστάσεις. Επιπλέον, η προσευχή αποτελεί συνήθως και το πρώτο βήμα των ασθενών στην επαφή τους με το αίσθημα της θρησκευτικότητας.

Συμπερασματικά, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς με παραπληγία βιώνουν έντονο στρες, άγχος και κατάθλιψη, φαίνεται ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην αποθεραπεία τους, την αποκατάστασή τους και την προσαρμογή τους, μειώνοντας τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν και βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής και τις σχετιζόμενες με την υγεία εκβάσεις.

Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προσφέρεται εξατομικευμένη υποστήριξη από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις του κάθε ασθενούς ξεχωριστά, έτσι ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

13.6 Κοινωνικό δίκτυο- Στήριξη- Σχέδια για το μέλλον

Από τα εύρηματα της παρούσας έρευνας, που προέκυψαν μέσα από τη ποιοτική μελέτη και την προσωπική βιωματική εμπειρία των ασθενών με ΚΝΜ, διαπιστώθηκε ο σημαντικός ρόλος της συμβολής των κοινωνικών και υποστηρικτικών δικτύων γενικά, αλλά και των πνευματικών/θρησκευτικών κοινοτήτων, τόσο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αποκατάστασης, όσο και στην μετέπειτα πορεία τους.

Η συμμετοχή σε οργανωμένες θρησκευτικές και πνευματικές δραστηριότητες, όπως είναι ο εκκλησιασμός και η ομαδική προσευχή, διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην κοινωνική ενσωμάτωση (McFarland, 2009).

Η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται από τις θρησκευτικές συναθροίσεις μπορεί να βελτιώσει τη συναισθηματική κατάσταση ατόμων με ιατρικές παθήσεις (Giaquinto et al., 2007). Σύμφωνα με τους Kidwai et al. (2014) η συμμετοχή σε θρησκευτικές εκδηλώσεις συνδέεται με υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης και χαμηλά επίπεδα στρες.

Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στον σημαντικό ρόλο που παίζει το κοινωνικό δίκτυο κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο κέντρο αποκατάστασης. Συγκεκριμένα ακολουθεί η μαρτυρία ενός συνεντευξιζόμενου που είπε: «...ευτυχώς δεν έχω μείνει μόνος εδώ μέσα...έχω την οικογένειά μου που δεν με αφήνει λεπτό, τους διπλανούς μου στο θάλαμο που πλέον είμαστε φίλοι και ακόμη και στο παρεκκλήσι πηγαίνουμε παρέα για να εκκλησιαστούμε και να προσευχηθούμε...αλλά και το προσωπικό της κλινικής που πάντα είναι πρόθυμο να βοηθήσει... και με αυτούς πλέον είμαστε φίλοι...».

Τα άτομα με ΚΝΜ περνούν από μια διαδικασία αλλαγών τόσο σε κινητικό-λειτουργικό επίπεδο, όσο και σε συναισθηματικό και χρήζουν υποστήριξης για να διαχειριστούν αυτές τις ξαφνικές αλλαγές.

Σύμφωνα με την έρευνα των Khazaeipour et al. (2017) στο Ιράν σε 140 άτομα με κάκωση του νωτιαίου μυελού, η υψηλή κοινωνική υποστήριξη είναι συνδεδεμένη με χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης σ' αυτούς τους ασθενείς, κάτι που επιβεβαιώνεται και από την παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα ένας συνεντευξιζόμενος είπε: «...εδώ μέσα όλοι οι ασθενείς έχουμε γίνει φίλοι...μετά από τόσο διάστημα είμαστε σαν μια

οικογένεια... χαιρόμαστε για την βελτίωση του διπλανού μας...τον ενθαρρύνουμε όπως και αυτός ενθαρρύνει εμάς... Στηρίζουμε ο ένας τον άλλον και όταν κάποιος από εμάς πάει να πέσει ψυχολογικά, οι υπόλοιποι των προσπαθούμε όσο μπορούμε να τον ανεβάσουμε...».

Η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα και καλύτερη υγεία σε άτομα με KNM (Müller et al., 2012). Στην παρούσα έρευνα η στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον είναι σημαντική κατά τα πρώτα στάδια της αποκατάστασης. Συγκεκριμένα είπαν: «...η οικογένειά μου και οι φίλοι μου με βοηθούν πολύ...ευτυχώς είναι συνέχεια δίπλα μου...τους έχω ανάγκη και για απλά πράγματα, καθώς δεν μπορώ να αυτοεξυπηρετηθώ ακόμη...».

Χαμηλό επίπεδο λειτουργικής και κινητικής εξάρτησης συνδέεται με χαμηλό επίπεδο θλίψης και στρες (Christel et al., 2010). Κατά την μελέτη των Van Leeuwen et al., (2019) σε 190 άτομα με KNM που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης της Γερμανίας η καθημερινή υποστήριξη και η υποστήριξη σε προβληματικές καταστάσεις συνδέονταν άμεσα με την ικανοποίηση της ζωής με την πάροδο του χρόνου και βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα αλληλεπίδρασης μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ικανοποίησης της ζωής.

Επιπρόσθετα κατά την ποιοτική μελέτη προέκυψε και ο ρόλος της υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και ο σημαντικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην διαχείριση της νέας πραγματικότητας. Χαρακτηριστικά μας είπε ένας ασθενής που μετείχε στην παρούσα έρευνα: «...δεν έχω λόγια για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό...πλέον τους θεωρώ δικούς μου ανθρώπους...παρόλο που κάθε μέρα έχουν τόσους ασθενείς έχουν την δύναμη να στηρίζουν τον καθένα μας ξεχωριστά... είτε πρακτικά, όπως το να μας βοηθήσουν να σηκωθούμε από το κρεβάτι μας, είτε ψυχικά με το να είναι πάντα με το χαμόγελο και το χιούμορ...και ειδικά το χιούμορ το χρειαζόμαστε όλοι εμείς που είμαστε κλεισμένοι σε ένα δωμάτιο...».

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον ρόλο της οικογένειας στην φροντίδα των ασθενών και επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της έρευνάς μας. Η φροντίδα της οικογένειας προσφέρει λειτουργική βοήθεια, κοινωνική υποστήριξη και συναισθηματική ενθάρρυνση. Κατά την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αισθάνονται ασφαλείς με την οικογένειά τους, οπότε η βοήθειά τους μπορεί να

αποδειχθεί καλύτερη σε σχέση με αυτή των επαγγελματιών φροντιστών κατά την διάρκεια της αποκατάστασης. Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συνεισφέρει αποτελεσματικά κατά την διαδικασία αποκατάστασης, καθώς προσφέρει ενθάρρυνση, αλλά και κίνητρα για κινητοποίηση.

Σύμφωνα με την έρευνα των Tsouna et al. (1996) σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο η υψηλή συναισθηματική υποστήριξη από τους οικογενειακούς φροντιστές επηρέασε σημαντικά την διαδικασία αποκατάστασης. Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση των υποστηρικτικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια, καθώς οι ασθενείς έχουν μειωμένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, εάν ενθαρρυνθεί η ανεξαρτησία τους και η αυτοεκτίμησή τους (Boekamp et al., 1996). «...Η δυσαρέσκεια που μπορεί να υπάρξει με τους επαγγελματίες φροντιστές μπορεί να ενισχύσει την κατάθλιψη και να επηρεάσει αρνητικά την αποκατάσταση...» (Lee et al, 2013).

Ένα άλλο εύρημα της έρευνάς μας αποδεικνύει ότι και η επαφή μεταξύ τραυματιών του Νοτιοαίου Μυελού είναι ένας σημαντικός παράγοντας προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα. Ένα δείγμα αποτελούν τα λόγια ενός συμμετέχοντα στην ποιοτική μας έρευνα που ανέφερε: «...Μοιραζόμαστε τις εμπειρίες μας, κλαίμε...γελάμε μαζί...ανησυχούμε μαζί...οι άνθρωποι που νοσηλεύονται εδώ σε καταλαβαίνουν καλύτερα...».

Οι θετικές επιδράσεις της συναναστροφής ατόμων με ΚΝΜ μελετήθηκαν από την Payne (1993). Τα κίνητρα, η ανταλλαγή εμπειριών και η αλληλουποστήριξη των ίδιων των ασθενών μεταξύ τους, καθώς και η γνώση ότι δεν ήταν μόνοι, αναγνωρίστηκαν ως πλεονεκτήματα της παραμονής στο κέντρο αποκατάστασης. Τα άτομα με ΚΝΜ περνούν από μια διαδικασία αλλαγών, τόσο σε κινητικό-λειτουργικό επίπεδο, όσο και σε συναισθηματικό και χρήζουν υποστήριξης για να διαχειριστούν αυτές τις ξαφνικές αλλαγές.

Παρόμοια ευρήματα δημοσίευσαν οι Muller et al, (2012), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την καλύτερη λειτουργικότητα και την καλύτερη υγεία σε άτομα με ΚΝΜ. Η στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον είναι σημαντική κατά τα πρώτα στάδια της αποκατάστασης.

Κατά την μελέτη των Van Leeuwen, et al, (2012) σε 190 άτομα με ΚΝΜ, που νοσηλεύθηκαν σε κλινικές αποκατάστασης της Γερμανίας, η καθημερινή υποστήριξη και η υποστήριξη σε προβληματικές καταστάσεις συνδέονταν άμεσα με την ικανοποίηση της ζωής κατά την πάροδο του χρόνου και βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα αλληλεπίδρασης μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ικανοποίησης της ζωής.

Ο τραυματισμός του Νωτιαίου Μυελου συνήθως οδηγεί σε συμπτώματα πόνου, εθελοντικών μυών και απώλεια αίσθησης κάτω από το επίπεδο της βλάβης, η οποία σχετίζεται με τη μείωση της κινητικότητας και της λειτουργικής ανεξαρτησίας. Τα ευρήματα μας δείχνουν ότι το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην καλή ψυχική κατάσταση και ευεξία. Για παράδειγμα ένας συμμετέχοντας είπε: «...Να είναι καλά οι γονείς μου και τα πεθερικά μου. Και οικονομικά μας βοήθησαν όταν χρειάστηκε ...αλλά και ψυχικά...».

Η επιστροφή στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον μετά την παραμονή στο κέντρο αποκατάστασης περιλαμβάνει ποικίλες δυσχέρειες. Η δυσκολία στην άσκηση, ο ακριβός εξοπλισμός που απαιτείται, αλλά και η δυσκολία προσβασιμότητας είναι μερικά από τα εμπόδια στην συμμετοχή των ατόμων με ΚΝΜ στην άσκηση και την διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης (Rosly et al., 2018) .

Τα άτομα, που συνεχίζουν την άσκηση μετά το κέντρο αποκατάστασης, αντιμετωπίζουν λιγότερο κίνδυνο δευτερευόντων καταστάσεων, οι οποίες σχετίζονται με την κάκωση του νωτιαίου μυελού, όπως είναι η αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού σε σχέση με τα άτομα που εγκαταλείπουν την άσκηση (Kehn & Kroll, 2009). Η συμμετοχή σε ένα εξατομικευμένο, μακροχρόνιο πρόγραμμα ασκήσεων μπορεί να ενισχύσει την υγεία, την λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού με ΚΝΜ (Gorgey, 2014).

Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα των Khazaiepour et al. (2017) υποστηρίζεται ότι η υψηλή κοινωνική υποστήριξη είναι συνδεδεμένη με χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης σε άτομα με Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού. Ο βασικός στόχος κατά την περίοδο της αποκατάστασης στις περιπτώσεις κακώσεων του Νωτιαίου Μυελού είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να επιστρέψουν σε μια ζωή που αξίζει να ζήσουν. Επομένως, είναι

σημαντικό το προσωπικό των μονάδων και των κέντρων αποκατάστασης να κατανοεί πώς αντιμετωπίζουν οι ασθενείς την αποκατάστασή τους, αλλά και να βοηθά κατά τη διαδικασία προσαρμογής τους στη νέα κατάσταση.

Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν όλα τα ανωτέρω, ενώ παράλληλα σχετικές και τεκμηριωμένες θέσεις αντλούνται και από την βιβλιογραφία. Υποστηρίζεται από τους Lee et al. (2013) ότι τυχόν δυσαρέσκεια που μπορεί να υπάρξει με τους επαγγελματίες φροντιστές, είναι δυνατό να ενισχύσει την κατάθλιψη και να επηρεάσει αρνητικά την αποκατάσταση. Η σωστή πληροφόρηση, η συμμετοχή στο σχεδιασμό του προγράμματος αποκατάστασης και η συναισθηματική υποστήριξη είναι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη διαδικασία αποκατάστασης μετά την ΚΝΜ. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την αποκατάσταση ΚΝΜ πρέπει να αξιοποιήσουν τις εμπειρίες των ασθενών, για να αναπτύξουν καλύτερα προγράμματα αποθεραπείας που επικεντρώνονται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς. Οι άνθρωποι είναι άτομα και κάθε αποτυχία πρέπει να ληφθεί υπόψη, καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής και την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης (Sand et al., 2006).

Σύμφωνα με τον Luck (1997) το επακόλουθο της φροντίδας από επαγγελματίες υγείας είναι το αίσθημα ευεξίας, το κίνητρο για αυτοφροντίδα, αυτονομία και ανεξαρτησία, αλλά και το αίσθημα της ελπίδας. Η επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας θεωρείται ο βασικός πυλώνας για την αποκατάσταση και την θετική στάση απέναντι στην αναπηρία. Η φροντίδα, η συμπαράσταση, η αποτελεσματική επικοινωνία, η υποστήριξη/υπεράσπιση, η ενημερωμένη και η κάλυψη των βασικών αναγκών των ασθενών βρέθηκαν ως βασικά στοιχεία για τον καθορισμό των σχέσεων φροντίδας. Είναι απαραίτητο για τους φροντιστές και τους επαγγελματίες να κατανοήσουν το άτομο που θα λάβει φροντίδα, προκειμένου να προσφέρουν ουσιαστική και αυθεντική φροντίδα, γιατί η αίσθηση της «φροντίδας» είναι ακόμη πιο σημαντική από την παροχή της ίδιας της περίθαλψης (Joolaeet al., 2010). Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της συμμετοχής των ασθενών στην αποκατάσταση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θέσπιση της συμμετοχής είναι περίπλοκος, καθώς πρέπει να αντιμετωπίζει τους κινδύνους και τα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για καλές δεξιότητες (Tobiano et al., 2015).

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα αναφέρθηκαν και στο στρες που τους προκαλεί η επιστροφή στην καθημερινότητα και την εργασία. Στα ευρήματα μας υπάρχει και η ανησυχία των ασθενών για την εύρεση εργασίας ή την επιστροφή τους σε αυτήν. Όπως ανέφερε ο συμμετέχων 18: «...ανησυχώ πολύ για την επιστροφή μου στην δουλειά μου...δεν ξέρω αν θα μπορέσω να τα καταφέρω, αλλά το σκέφτομαι συνέχεια...πρέπει να συνεισφέρω οικονομικά στην οικογένειά μου...».

Η εργασία των ατόμων με αναπηρία θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες της πλήρους ανεξαρτησίας, της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ποιότητας ζωής. Η επιστροφή στην εργασία ή η εύρεση εργασίας είναι μια δύσκολη διαδικασία για τα άτομα με Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού. Η μαρτυρία ενός ασθενούς που συμμετείχε στην έρευνά μας είναι χαρακτηριστική, καθώς αποτυπώνει την ανησυχία και τον προβληματισμό του: «...θέλω να επιστρέψω στην δουλειά μου...με προβληματίζει το πώς θα μετακινούμε, αφού η Αθήνα είναι μια δύσκολη πόλη για κάποιον που μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο...από τώρα σκέφτομαι τρόπους που θα μπορούσαν να με διευκολύνουν στις μετακινήσεις μου...σίγουρα θα χρειάζομαι, ειδικά στις αρχές, κάποιον να με βοηθά στις μετακινήσεις...».

Σύμφωνα με τους Tasiemski et al. (2000) το ποσοστό εργασίας μειώθηκε από το 87% πριν τον τραυματισμό στο 33% μετά τον τραυματισμό. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιστροφή στην εργασία, συμπεριλαμβανομένου του μορφωτικού επιπέδου πριν τον τραυματισμό, της ηλικίας, της σοβαρότητας του τραυματισμού (Maede et al., 2015). Η πιθανότητα εύρεσης εργασίας μετά τον τραυματισμό εξαρτάται από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την ύπαρξη εργασίας πριν τον τραυματισμό, την σοβαρότητα του τραυματισμού (Pflaum et al., 2005). Οι Lidal et al. (2007) υποστηρίζουν ότι το χαμηλό ποσοστό εύρεσης ή επιστροφής στην εργασία των ατόμων με ΚΝΜ οφείλεται στα εμπόδια στην μετακίνηση προς την εργασία, στο μορφωτικό επίπεδο και στην επαγγελματική κατάρτιση, τα εμπόδια λόγω κακής σωματικής και φυσικής κατάστασης, αλλά και στις διακρίσεις των εργοδοτών. Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή με έλλειψη εργασιακής εμπειρίας είναι περισσότερο ευάλωτα στην επιστροφή ή την εύρεση εργασίας.

Θα πρέπει τα κέντρα αποκατάστασης να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό πλαίσιο και να αναπτύξουν πολλαπλές στρατηγικές, ώστε να ενισχυθούν τα κίνητρα για την επιστροφή στην εργασία (Hilton et al., 2018). Τα οφέλη της εργασιακής

απασχόλησης είναι πολύπλευρα και υπερσκελίζουν τις οικονομικές απολαβές, καθώς περιλαμβάνουν την κοινωνική αναγνώριση και υποστήριξη, τη σύνδεση με το κοινωνικό δίκτυο, αλλά και την ενίσχυση της ψυχικής υγείας (Meade et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μικρό σχετικά αριθμό ασθενών (88), σε μια Κλινική της Αθήνας και σε μια Κλινική της Περιφέρειας και με ένα δείγμα ποιοτικής έρευνας 24 ασθενών. Με την παράλληλη εξέταση 88 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό επιχειρήθηκε μια σύγκριση στον ψυχολογικό τομέα με τους ασθενείς, καθώς και με το δείγμα της ποιοτικής έρευνας.

Η διαφορά της ψυχικής υγείας είναι εμφανέστατη και μεταξύ ασθενών με ΚΝΜ και γενικού πληθυσμού, αλλά και των ίδιων των ασθενών σε σχέση με την κατάστασή τους πριν το ατύχημα.

Επιπλέον, τα δείγματα τόσο των ασθενών όσο και των υγιών ήταν δείγματα ευκολίας, γεγονός που εισάγει συστηματικό σφάλμα επιλογής στην μελέτη, καθώς μόνο η επιλογή τυχαίων δειγμάτων θα εξουδετέρωνε το σφάλμα αυτό, κάτι το οποίο όμως ήταν αδύνατο να επιτευχθεί για πρακτικούς και οικονομικούς λόγους.

Θα είχε ενδιαφέρον η συμπλήρωση των ίδιων ερωτηματολογίων εκ νέου από τους ασθενείς, με την παρέλευση ενός χρόνου, τριών ή περισσότερων χρόνων μετά το ατύχημα για πληρέστερη κατανόηση της πορείας της ψυχικής τους υγείας. Κάτι τέτοιο όμως ήταν αδύνατο να επιτευχθεί για πρακτικούς και οικονομικούς λόγους, καθώς οι ασθενείς δεν θα νοσηλεύονταν πλέον και θα έπρεπε να γίνουν κατ' οίκον επισκέψεις, ενώ οι ασθενείς θα είχαν διασπαρεί σε διάφορα σημεία της χώρας .

Επιπρόσθετα, μετρήθηκαν ορισμένα μόνο δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που μπορεί να σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες. Σαφέστατα μπορεί να υπάρχουν και άλλα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις εκβάσεις αυτές και για τον λόγο αυτόν θα πρέπει να διερευνηθούν σε μελλοντικές μελέτες, έτσι ώστε να μειωθούν οι πιθανοί συγχυτές.

Τέλος, τα ερωτηματολόγια αποτελούν μια σχετικά υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασης των συμμετεχόντων και για τον λόγο αυτόν πάντοτε υπάρχει συστηματικό σφάλμα πληροφορίας, το οποίο όμως είναι πολύ δύσκολο να μειωθεί με τη χρήση ερωτηματολογίων, καθώς στην περίπτωση αυτή πάντοτε υπεισέρχεται και η υποκειμενική εκτίμηση των συμμετεχόντων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο την διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης.

Αποτελεί μια προσέγγιση στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων με ΚΝΜ, τα αποτελέσματα της οποίας συμφωνούν με ευρήματα ερευνών που έχουν διεξαχθεί στον υπόλοιπο κόσμο, αλλά και με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει μια αφετηρία για περαιτέρω μελέτες στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, αναλύοντας τον ρόλο της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στις ψυχικές διακυμάνσεις, με σκοπό τη διαχείριση των ψυχικών επιπτώσεων που επιφέρει ο τραυματισμός του Νωτιαίου Μυελού και τα επακόλουθά αυτού.

Κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι τα άτομα με πλήρη παραπληγία βιώνουν μεγαλύτερο στρες, άγχος, κατάθλιψη τόσο σε σχέση με τα άτομα με ατελή παραπληγία, όσο και σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Επιπρόσθετα, και στις δύο μελέτες (ποιοτική και ποσοτική) η θρησκευτικότητα-πνευματικότητα ενισχύει την αυτοεκτίμηση και οδηγεί σε μείωση του στρες.

Αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού ιστού, οι ασθενείς με ΚΝΜ, εξαιτίας του γεγονότος ότι βιώνουν μεγαλύτερο στρες, χρειάζονται εξατομικευμένη προσέγγιση τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τον λοιπό κοινωνικό τους περίγυρο. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας, όπου τονίστηκε ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος κατά την διάρκεια της αποκατάστασης.

Τέλος η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει μια αρχή για περαιτέρω μελέτες που αφορούν την θρησκευτικότητα-πνευματικότητα και τον ρόλο

της στην προσέγγιση ασθενών με ΚΝΜ, καθώς και στον σχεδιασμό βοηθητικών πλάνων κατά την διάρκεια της φάσης αποκατάστασης, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους φροντιστές, ώστε να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση και να μειωθεί το στρες και το άγχος που αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στην αποκατάσταση και οδηγούν σε παραίτηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdel-Khalek, A. M. (2016), 'Introduction to the Psychology of self-esteem', *Nova Science Publishers*, 1–23. https://www.researchgate.net/publication/311440256_Introduction_to_the_Psychology_of_self-esteem [15 Μάρτιος 2019].
2. Agrawal, S. (2010), 'Effects of stress to human body', *Stress and stress management*. https://www.researchgate.net/figure/EFFECT-OF-STRESS-TO-HUMAN-BODY-Ref-The-American-Institute-of-Stress-http_fig3_282245678 [11 Ιανουάριος 2019].
3. Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H.-J. και Hirschfeld, R. (2000), 'Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders', *Journal of Affective Disorders*. Elsevier BV, **59**: S5–S30. [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00203-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00203-2) [20 Οκτώβριος 2018].
4. Aktürk S, Aktürk Ü., Determining the spiritual well-being of patients with spinal cord injury J Spinal Cord Med. 2018 Jun 29:1-8. doi: 10.1080/10790268.2018.1490875
5. Aldwin, C. M. και Park, C. L. (2004), 'Coping and physical health outcomes: an overview', *Psychology & Health*. Taylor & Francis Group, **19**(3): 277–281. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0887044042000193514> [26 Δεκέμβριος 2018].
6. Anderson, L. (2017), 'Friedrich Nietzsche', *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/nietzsche/> [15 Ιανουάριος 2019].
7. Anglin, L. K., Stuenkel, K. J. και Lepisto, L. R. (1994), 'The effect of stress on price sensitivity and comparison shopping', *Advances in Consumer Research*, 126–131. <http://www.acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=7568> [15 Οκτώβριος 2018].

8. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Panagiotakos DB, Tsetis D, Castanas E, Shea S, Venihaki M, Lionis C. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones (Athens)*. 2013 Jul-Sep;12(3):386-96.
9. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Panagiotakos DB, Tsetis D, Castanas E, Shea S, Venihaki M, Lionis C. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones (Athens)*. 2013 Jul-Sep;12(3):386-96.
10. Austenfeld, J. L. και Stanton, A. L. (2004), 'Coping Through Emotional Approach: A New Look at Emotion, Coping, and Health-Related Outcomes', *Journal of Personality*, **72**(6): 1335–1364. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15509285> [26 Δεκέμβριος 2018].
11. Baaren, T. P. van (2018), 'Monotheism | theology | Britannica.com', *Encyclopaedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/monotheism> [9 Μάρτιος 2019].
12. Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Carrington Reid M. Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Veterans Affairs Medical Center. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:950–956.
13. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. και Vohs, K. D. (2003), 'Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles?', *Psychological Science in the Public Interest*. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA, **4**(1): 1–44. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1529-1006.01431> [19 Μάρτιος 2019].
14. Begley, C. M. και White, P. (2003), 'Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme', **42**(4): 390–401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752884#>.

15. Beilby, J. και Mulligan, H. (2008), 'Deep vein thrombosis and heterotopic ossification following spinal cord injury – a clinical perspective for physiotherapists.', *Journal of Physiotherapy*, **36**(1).
16. Bjørnshave Noe, B., Mikkelsen, E. M., Hansen, R. M., Thygesen, M. και Hagen, E. M. (2014), 'Incidence of traumatic spinal cord injury in Denmark, 1990–2012: a hospital-based study', *Spinal Cord*. Springer Nature, **53**(6): 436–440.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25366529> [15 Δεκέμβριος 2018].
17. Blair, C. και Raver, C. C. (2016), 'Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention.', *Academic pediatrics*. NIH Public Access, **16**(3 Suppl): S30-6.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27044699> [28 Δεκέμβριος 2018].
18. Boekamp JR, Overholser JC, Schubert DS. Depression following a spinal cord injury. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26(3):329-49.
19. Boen, F., Cuyper, B. De και Opdenaker, J. (2006), *Current research topics in exercise and sport psychology in Europe*. Belgium: Lannoo Campus.
<https://www.lannoo.be/nl/producten/mens-en-maatschappij-algemeen/current-research-topics-exercise-and-sport-psychology-europe>.
20. Bombardier, C. H., Kalpakjian, C. Z., Graves, D. E., Dyer, J. R., Tate, D. G. και Fann, J. R. (2012), 'Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in Assessing Major Depressive Disorder During Inpatient Spinal Cord Injury Rehabilitation', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Elsevier BV, **93**(10): 1838–1845. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.04.019>.
21. Bouma, G. D., Argyle, M. και Beit-Hallahmi, B. (1976), 'The Social Psychology of Religion', *Sociological Analysis*. JSTOR, **37**(1): 91.
<http://dx.doi.org/10.2307/3710079>.

22. Boyd, J. H., Weissman, M. M., Thompson, W. D. και Myers, J. K. (1982), 'Screening for depression in a community sample. Understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales | Request PDF', *Archives of General Psychiatry*, **39**(10):195–200. https://www.researchgate.net/publication/16072928_Screening_for_depression_in_a_community_sample_Understanding_the_discrepancies_between_depression_symptom_and_diagnostic_scales [24 Μάρτιος 2019].
23. Bregman, L. (2006), 'Spirituality: A Glowing and Useful Term in Search of a Meaning', *OMEGA - Journal of Death and Dying*, **53**(1): 5–26. <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/40NU-Q4BX-9E9K-R52A> [26 Δεκέμβριος 2018].
24. Brien, M. E. ο' (2011), *Spirituality in Nursing - Standing on Holy Ground*. Jones & Bartlett Learning. <https://books.google.com/books?id=LIWzABbLVIC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.
25. Briere, J. και Spinazzola, J. (2005), 'Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states', *Journal of Traumatic Stress*. Wiley, **18**(5): 401–412. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20048>.
26. Brown, T. M. και Fee, E. (2002), 'Walter Bradford Cannon: Pioneer Physiologist of Human Emotions', *American Journal of Public Health*. American Public Health Association, **92**(10): 1594. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447286/> [11 Ιανουάριος 2019].
27. Burgess, L. (2017), 'General adaptation syndrome: What it is, stages, and examples', *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/320172.php> [26 Δεκέμβριος 2018].
28. Butler, G. (1993), 'Definitions of stress.', *Occasional paper (Royal College of General Practitioners)*. Royal College of General Practitioners, (61): 1–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8199583> [11 Ιανουάριος 2019].

29. Buunk, A. P., Zurriaga, R. και González, P. (2006), 'Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury', *Psychology & Health*. Routledge , **21**(6): 791–807.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14768320500444117> [20 Μάρτιος 2019].
30. Carroll, B. J., Fielding, J. M. και Blashki, T. G. (1973), 'Depression rating scales. A critical review.', *Archives of general psychiatry*, **28**(3): 361–6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4688625> [24 Μάρτιος 2019].
31. Chambers Thesaurus (1997), 'Chambers – Search Chambers', *Chambers Thesaurus*. <https://chambers.co.uk/search/> [6 Ιανουάριος 2019].
32. Chatters, L. M., Levin, J. S. και Taylor, R. J. (1992), 'Antecedents and Dimensions of Religious Involvement Among Older Black Adults', *Journal of Gerontology*. Oxford University Press (OUP), **47**(6): S269–S278.
<http://dx.doi.org/10.1093/geronj/47.6.s269>.
33. Cherry, K. (2018), 'What Is Self-Esteem?', *verywellmind.com*. <https://www.verywellmind.com/what-is-self-esteem-2795868> [13 Ιανουάριος 2019].
34. Chlan K, Zebracki K, Vogel L. Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord* 2011;49: 371–5.
35. christianity.gr (2018), 'Το Άγιο Πνεύμα στην καθημερινότητα του πιστού'. <https://www.christianity.gr/to-agio-pneyma-stin-kathimerinotita-tou-pistoy> [10 Ιανουάριος 2019].
36. Coleman PG, Carare RO, Petrov I, Forbes E, Saigal A, Spreadbury JH, Yap A, Kendrick T. Spiritual belief, social support, physical functioning and depression among older people in Bulgaria and Romania. *Aging Ment Health*. 2011 Apr;15(3):327-33.

37. Collins Dictionary (2018), 'Guilt definition and meaning | Collins English Dictionary'.
<https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/guilt>
[9 Δεκέμβριος 2018].
38. Cooper-Evans, S., Alderman, N., Knight, C. και Oddy, M. (2008), 'Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory study', *Neuropsychological Rehabilitation*. Psychology Press, 18(5–6): 607–626.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010801948516> [20 Μάρτιος 2019].
39. Coopersmith, S. (1984), 'Short Form of the Cooper Self-Esteem Inventory–French Version', *PsycTESTS Dataset*. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/t42104-000>.
40. Corallo, F., Bonanno, L., Formica, C., Corallo, F., De Salvo, S., Lo Buono, V., Marino, S. (2019). Religious coping in caregiver of patients with acquired brain injuries. *Journal of Religion and Health*,. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00840-8>.
41. Coryell, W., Endicott, J. και Keller, M. (1992), 'Major depression in a nonclinical sample.', *PsycEXTRA Dataset*. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/e324162004-005>.
42. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal S, Tsevat J, Drotar D. *Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. J Adolesc Health* 2006; 38: 472–480.
43. Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*, 47(2), 108.
44. Cruz, M., Pincus, H. A., Welsh, D. E., Greenwald, D., Lasky, E., & Kilbourne, A. M. (2010). The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(1), 68–76.

45. Culliford, L. (2002), 'Spirituality and clinical care', *BMJ - British Medical Journal*, **325**: 434–1435.
<https://www.bmj.com/content/325/7378/1434.full> [21 Οκτώβριος 2018].
46. Dartmouth J.S. (2011), 'The Physiology of Stress: Cortisol and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis – Dartmouth Undergraduate Journal of Science', *Dartmouth Journal of Science*.
<https://sites.dartmouth.edu/dujs/2011/02/03/the-physiology-of-stress-cortisol-and-the-hypothalamic-pituitary-adrenal-axis/> [11 Ιανουάριος 2019].
47. Denzin, N. K. (1989), *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Prentice Hall.
https://books.google.com.tr/books/about/The_Research_Act.html?id=7AslAQAAIAAJ&redir_esc=y [22 Μάρτιος 2019].
48. Denzin, N. K. (2017), 'Strategies of Multiple Triangulation', *The Research Act*. Routledge, 297–313.
<https://www.taylorfrancis.com/books/9781351475273/chapters/10.4324/9781315134543-12> [21 Μάρτιος 2019].
49. DeVivo, M. J. (2012), 'Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications', *Spinal Cord*. Springer Nature, **50**(5): 365–372.
<http://dx.doi.org/10.1038/sc.2011.178>.
50. Dezarnaulds, A. και Ilchef, R. (2014), *Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury - Useful strategies for health professionals*.
https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/155197/Psychosocial-Adjustment.pdf [16 Ιανουάριος 2019].
51. Divanoglou, A. και Levi, R. (2009), 'Incidence of traumatic spinal cord injury in Thessaloniki, Greece and Stockholm, Sweden: a prospective population-based study', *Spinal Cord*. Springer Nature, **47**(11): 796–801.
<http://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.28> [7 Μάρτιος 2019].

52. Drake, R. L., Vogl, A. W. και Mitchell, A. W. M. (2015), *Gray's Anatomy for Students*. Philadelphia, USA: Elsevier. [https://ia800506.us.archive.org/13/items/GraysAnatomyForStudents/Gray%27s Anatomy for Students.pdf](https://ia800506.us.archive.org/13/items/GraysAnatomyForStudents/Gray%27s%20Anatomy%20for%20Students.pdf) [30 Οκτώβριος 2018].
53. Duggan, CH. “God, if you’re real, and you hear me, send me a sign”: Dewey’s story of living with a spinal cord injury. *J Relig Disabil Health*. 2000;4(1):57-79.
54. Duggan, C., Wilson, C., DiPonio, L., Trumppower, B., & Meade, M. A. (2016). Resilience and Happiness After Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 22(2), 99–110. doi:10.1310/sci2202-99
55. Dunn KS, Horgas AL. Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2004;5:19 –28
56. Ebert, A. και Bär, K.-J. (2010), ‘Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology.’, *Indian journal of psychiatry*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications, 52(2): 191–2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20838510> [13 Ιανουάριος 2019].
57. Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. και Hefner, J. L. (2007), ‘Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students.’, *American Journal of Orthopsychiatry*. American Psychological Association (APA), 77(4): 534–542. <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>.
58. Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107-115
59. Encyclopaedia Britannica (2019), ‘Encyclopedia Britannica’. <https://www.britannica.com/> [9 Μάρτιος 2019].
60. etymonline.com (2018), ‘Online Etymology Dictionary’. https://www.etymonline.com/?utm_source=etymonline_footer&utm_medium=link_exchange [26 Δεκέμβριος 2018].

61. Fakuori, E., Pilehvarzadeh, M., Shamsi, A., & Ghaderi, M. (2015). The relationship between religious beliefs and self-esteem in students. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 16(49), 50–60.
62. Fan Qianqian., Cavus Omer., Xiong Lize., Xia Yun., “ Spinal Cord injury: How Could Acupuncture Help?” *Journal of Acupuncture and Meridien Studies*, 11(4), 124-130
63. Fekete C, Siegrist J, Reinhardt J.D., Brinkhof M.W.G., "Is Financial Hardship Associated with Reduced Health in Disability? The Case of Spinal Cord Injury in Switzerland". *PLoS One*. 2014; 9(2): e90130.
64. Fiona Stanley Hospital (2015), ‘Anatomy and Physiology of the Spinal Cord’, 10. <http://spinalwa.org/wp-content/uploads/2016/03/FSH-Anatomy-and-Physiology.pdf> [5 Δεκέμβριος 2018].
65. Fontana, D. (1993), *Άγχος και η αντιμετώπισή του - Τεχνικές καταπολέμησης του στρες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
66. Forchheimer M, Tate DG. The relationship of spirituality and depression to health among people with spinal cord injury. *Topics Spinal Cord Inj Rehabil* 2007;12:23–34.
67. Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, S. G., St Kaprinis, G. και Bech, P. (2001), ‘Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale.’, *BMC psychiatry*, 1: 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11806757> [24 Μάρτιος 2019].
68. Franklin KL, Yoon DP, Acuff M, Johnstone B. Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with spinal cord injury. *Topics Spinal Cord Inj Rehabil* 2008;14:76–81.

69. Franzosi, R. (2008), *Content Analysis: Objective, Systematic, and Quantitative Description of Content*. SAGE Publications. https://www.unive.it/media/allegato/Scuola-Dottorale/2011/allegato/Content_Analysis_-_Introduction.pdf [24 Μάρτιος 2019].
70. Fuhrer, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Clearman, R. και Young, M. E. (1993), 'Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community', *Physical Medicine and Rehabilitation*, **74**(3): 255–260. [https://www.archives-pmr.org/article/0003-9993\(93\)90133-U/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/0003-9993(93)90133-U/pdf) [20 Αύγουστος 2018].
71. Garshick, E., Kelley, A., Cohen, S. A., Garrison, A., Tun, C. G., Gagnon, D. και Brown, R. (2005), 'A prospective assessment of mortality in chronic spinal cord injury', *Spinal Cord*, **43**(7): 408–416. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711609> [27 Οκτώβριος 2018].
72. Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C. και Lude, P. (2012), 'Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury—an ICF-based study', *Spinal Cord*, **50**(9): 699–706. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22450885> [20 Μάρτιος 2019].
73. Giaquinto S, Bruti L, Dall'Armi V, Palma E, Spiridigliozzi C. Religious and spiritual beliefs in outpatients suffering from Parkinson Disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Sep;26(9):916-22.
74. Giaquinto S, Spiridigliozzi C, Caracciolo B. Can faith protect from emotional distress after stroke? *Stroke*. 2007 Mar;38(3):993-7.
75. Gorgey AS, " Exercise awareness and barriers after spinal cord injury" . *World J Orthop*. 2014 Jul 18;5(3):158-62. doi: 10.5312/wjo.v5.i3.158.
76. Graupensperger, S., Sweet, S. N., & Evans, M. B. (2018). Multimorbidity of overweight and obesity alongside anxiety and depressive disorders in individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*.

77. Hajiaghababaei M, Saberi H, Rahnama P, Montazeri A. Spiritual well-being and quality of life in patients with spinal cord injury: A study from Iran. *J Spinal Cord Med.* 2018 Nov;41(6):653-658.
78. Harter, S. (2006), 'Developmental and Individual Difference Perspectives on Self-Esteem', *Handbook of Personality Development.* Routledge, 311–334. <http://dx.doi.org/10.4324/9781315805610.ch16> [15 Μάρτιος 2019].
79. Hatefi, M., Abdi, A., Tarjoman, A., & Borji, M. (2019). Prevalence of depression and pain among patients with spinal cord injury in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Monthly*, 24(3), e87503.
80. Hatefi M, Vaisi-Raygani A, Borji M, Tarjoman A. Investigating the Relationship between Religious Beliefs with Care Burden, Stress, Anxiety, and Depression in Caregivers of Patients with Spinal Cord Injuries. *J Relig Health.* 2019 Jun 11. doi: 10.1007/s10943-019-00853-3.
81. Heriot, C. S. (1992), 'Spirituality and aging', *Holistic Nursing Practice.* Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 7(1): 22–31. <http://dx.doi.org/10.1097/00004650-199210000-00007> [16 Δεκέμβριος 2018].
82. Herrick, S., Elliott, T. R. και Crow, F. (1994), 'Self-appraised problem-solving skills and the prediction of secondary complications among persons with spinal cord injuries', *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* Springer Nature, 1(3): 269–283. <http://dx.doi.org/10.1007/bf01989628>.
83. Hilton Gillean, Unsworth Carolyn, Murphy Gregory,. " The experience of attempting to return to work following spinal cord injury: a systematic review of the qualitative literature". *Journal Disability and Rehabilitation* Volume 40, 2018 - Issue 15

84. Ho RT, Chan CK, Lo PH, Wong PH, Chan CL, Leung PP, Chen EY. Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016 Apr 2;16:86. doi: 10.1186/s12888-016-0796-7.
85. Hobfoll, S. E. (1989), 'Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress.', *American Psychologist*. American Psychological Association (APA), **44**(3): 513–524. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.44.3.513>.
86. Holmlund L., Guidetti S., Eriksson G., Asaba E. Return to work in the context of everyday life 7–11 years after spinal cord injury – a follow-up study. *Journal Disability and Rehabilitation* , Volume 40, 2018 - Issue 24, Pages 2875-2883 | Received 04 Dec 2016, Accepted 29 Jul 2017, Published online: 09 Aug 2017
87. Hossain MS, Rahman MA, Bowden JL, Quadir MM, Herbert RD, Harvey LA. "Psychological and socioeconomic status, complications and quality of life in people with spinal cord injuries after discharge from hospital in Bangladesh: a cohort study". *Spinal Cord* 2016 Jun;54(6):483-9
88. Hutchinson, T. A., Mount, B. M. και Kearney, M. (2011), 'The Healing Journey', *Whole Person Care*. Springer New York, 23–30. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-9440-0_3.
89. Iliades, C. και Keegan, K. (2018), *9 Different Types of Depression*. <https://www.everydayhealth.com/depression-pictures/different-types-of-depression.aspx> [12 Ιανουάριος 2019].
90. Jazayeri, S. B., Beygi, S., Shokraneh, F., Hagen, E. M. και Rahimi-Movaghar, V. (2014), 'Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: a systematic review', *European Spine Journal*. Springer Nature, **24**(5): 905–918. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-014-3424-6>.
91. Jerome, C.A., Fujiki, M. , Brinton, B., James, S.L.(2002) Self esteem in children with specific Language Impairment . *Journal Speech, Language and Hearing Research*, 45, pp. 700 – 714.

92. Johns Hopkins Medicine Health Library (2018), Types of Complementary and Alternative Medicine'.
https://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/complementary_and_alternative_medicine/types_of_complementary_and_alternative_medicine_85,P00189 [11 Ιανουάριος 2019].
93. Jones, K, Dorsett, P. Simpson, GK, Briggs L,(2018), Moving forward on the journey: Spirituality and family resilience after spinal cord injury.Rehabil Psychol Nov;63(4):521-531. doi: 10.1037/rep0000229. Epub 2018 Jul 19.
94. Jones, K, Simpson, GK Briggs L. Dorsett, P. (2016), 'Does spirituality facilitate adjustment and resilience among individuals and families after SCI? ', *Disability Rehabilitation* ;38(10):921-35. doi: 10.3109/09638288.2015.1066884. Epub 2015 Jul 20.
95. Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht Nasrabadi A. Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. . *J Med Ethics Hist Med*. 2010 Oct 9;3:4. Print 2010.
96. Kahle, W. και Frotscher, M. (2011), *Color Atlas and Textbook of Human Anatomy: Nervous system and sensory organs*. Stuttgart - New York:Thieme.
https://books.google.gr/books?id=yIhHgYmKryQC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
97. Kamtsios, S. και Digellidis, N. (2008), 'Daily stress symptoms, sources of stress and stages of change for stress management in primary and secondary school children.', *6*(3): 257-269.
<https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093239192>.

98. Kamtsios, Spiros και Filaktakidou, A. (2008), *The relation between coping strategies, self-efficiency and physical activity participation as revealed through a study held among Ioannina Universtiy students*. https://www.researchgate.net/publication/40868667_THE_RELATION_BETWEEN_COPING_STRATEGIES_SELF_EFFICIENCY_AND_PHYSICAL_ACTIVITY_PARTICIPATION_AS_REVEALED_THROUGH_A_STUDY_HELD_AMONG_IOANNINA_UNIVERSITY_STUDENTS [12 Μάρτιος 2019].
99. Kang, Y. S., Choi, S. Y. και Ryu, E. (2009), 'The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea', *Nurse Education Today*. Elsevier BV, **29**(5): 538–543. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>.
100. Katon, W. και Schulberg, H. (1992), 'Epidemiology of depression in primary care', *General Hospital Psychiatry*. Kao TW, Chen PC, Hsieh CJ, Chiang HW, Tsang LY, Yang IF, Tsai TJ, Chen WY. Correlations between spiritual beliefs and health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Taiwan. *Artif Organs*. 2009 Jul;33(7):576-9.Elsevier BV, **14**(4): 237–247. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90094-q](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(92)90094-q).
101. Keany KC, Glueckhauf RL. Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabil Psychol*. 1993;38(3):199-210.
102. Kehn M, Kroll T, " Staying physically active after spinal cord injury: a qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation." *BMC Public Health*. 2009 Jun 1;9:168. doi: 10.1186/1471-2458-9-168
103. Kemp, B. (2006), 'Depression as a Secondary Condition in People with Disabilities', *Workshop on Disability in America*. Washington, D.C.: National Academies Press, 276. <http://www.nap.edu/catalog/11579> [17 Ιανουάριος 2019].
104. -Kemp CA, Ersek M, Turner JA. A descriptive study of older adults with persistent pain: use and perceived effectiveness of pain management strategies. *BMC Geriatr*. 2005;5:12.

105. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med* 2009;14:17–33.
106. Kennedy P, Lude P, Elfstrom ML, Smithson E. Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: appraisals and behavioural responses. *Brit J Health Psychol* 2010;15:611–21.
107. Keppel, C. C. και Crowe, S. F. (2000), 'Changes to Body Image and Self-esteem following Stroke in Young Adults', *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(1):15–31.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/096020100389273> [20 Μάρτιος 2019].
108. Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., κ.ά. (2003), 'Screening for serious mental illness in the general population', *Arch Gen Psychiatry*, 60(2): 184–189.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207204> [15 Οκτώβριος 2018].
109. Khazaeipour, Z., Taheri-Otaghsara, S.-M. και Naghdi, M. (2015), 'Depression Following Spinal Cord Injury: Its Relationship to Demographic and Socioeconomic Indicators.', *Topics in spinal cord injury rehabilitation*. Thomas Land Publisher, 21(2): 149–55.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26364284> [17 Ιανουάριος 2019].
110. Khazaeipour, Z., Hajiaghababaei M, Mirminachi B, Vaccaro AR, Rahimi-Movaghar V. "Social support and its association with depression, gender and socioeconomic indicators in individuals with spinal cord injury in Iran". *Spinal Cord*. 2017 Nov;55(11):1039-1044. doi: 10.1038/sc.2017.80. Epub 2017 Jul 11.

111. King, M. B., Speck, P. και Thomas, A. (2001), 'The Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs: development and validation of a self-report version', *Psychological Medicine*, 31(06). http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291701004160 [16 Φεβρουάριος 2019].
112. Kisala, P. A., Victorson, D., Pace, N., Heinemann, A. W., Choi, S. W. και Tulskey, D. S. (2015), 'The Spinal Cord Injury – Quality of Life (SCI-QOL) measurement system: Development, psychometrics, and item bank calibration', *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(3): 251–256. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2045772315Y.0000000035> [15 Μάρτιος 2019].
113. Koenig, H. G. (2008), 'Concerns About Measuring Spirituality in Research', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5): 349–355. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477877> [26 Δεκέμβριος 2018].
114. Koenig, H., McCullough, M. και Larson, D. (2001), *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001>.
115. Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegener ST. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 2010;55:40–7.
116. Koutsodontis, I., Lavdaniti, M., Sapountzi-Krepia, D. και Sgantzos, M. N. (2011), 'A study of the spinal cord injured population of the Chios island of Greece', *International Journal of Caring Sciences*, 4(2). https://www.academia.edu/27085731/A_study_of_the_spinal_cord_injured_population_of_the_Chios_island_of_Greece [17 Οκτώβριος 2018].
117. Krause, J. S. και Reed, K. S. (2009), 'Life satisfaction and self-reported problems after spinal cord injury: Measurement of underlying dimensions.', *Rehabilitation Psychology*. American Psychological Association (APA),54(3):343–350.<http://dx.doi.org/10.1037/a0016555>.

118. Kroenke, K., Spitzer, R. L. και Williams, J. B. W. (2001), 'The PHQ-9', *Journal of General Internal Medicine*. Springer Nature, 16(9): 606–613. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
119. Larkin, D. (2010), 'Depression After Spinal Cord Injury'. <http://www.streetsie.com/spinal-injury-depression/> [17 Ιανουάριος 2019].
120. Larousse (2018), 'Définitions: spiritualité - Dictionnaire de français Larousse'. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spiritualité/74250> [26 Δεκέμβριος 2018].
121. Latsou, D., Pierrakos, G., Yfantopoulos, N. και Yfantopoulos, J. (2014), 'Health-related quality of life of people with mobility limitations using wheelchairs in Greece', *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 31(5): 591–598.
122. <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11053992&AN=99018296&h=MrVJliCsbIa6v6yWCBdQAT30OL0%2FLnRhemzvVuq2EiDwH9ENJueofHHKUjEtOZsspc5bwKS8wyfF%2BhG8gk1Ldw%3D%3D&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal> [16 Οκτώβριος 2018].
123. Lawrence, D. (2006), *Enhancing self-esteem in the classroom*. Padstow, Cornwall: Paul Chapman Publishing. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=ovCaRs1hHOEC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Lawrence,+D.+\(1996\).+Enhancing+self+-+esteem+in+the+classroom&ots=LPOAwXNiOE&sig=1Ufa71KfK-Vps9w6r7EvGw0hzpA&redir_esc=y#v=onepage&q=Lawrence%2C](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=ovCaRs1hHOEC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Lawrence,+D.+(1996).+Enhancing+self+-+esteem+in+the+classroom&ots=LPOAwXNiOE&sig=1Ufa71KfK-Vps9w6r7EvGw0hzpA&redir_esc=y#v=onepage&q=Lawrence%2C).
124. Lazarus, R. S. (1993), 'From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks', *Annual Reviews*, 44(1): 1–21. <https://pdfs.semanticscholar.org/32e0/12bc625ee0a4fe26e35dcc4750d2e208d70b.pdf> [19 Οκτώβριος 2018].

125. Lazarus, Richard S. και Folkman, S. (1986), 'Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity', *Dynamics of Stress*. Boston, MA: Springer US, 63–80. http://link.springer.com/10.1007/978-1-4684-5122-1_4 [28 Δεκέμβριος 2018]
126. Lidal, I., Huynh T.K., Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: a review. *Journal Disability and Rehabilitation* Volume 29, 2007 - Issue 17, Pages 1341-1375 | Published online: 07 Jul 2009
127. Lidal, I., Snekkevik, H., Aamodt, G., Hjeltnes, N., Biering-Sørensen, F. και Stanghelle, J. (2007), 'Mortality after spinal cord injury in Norway', *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(2): 145–151. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17351697> [27 Οκτώβριος 2018].
128. Lim Sher-Wei, Shiue Yow-Ling, Ho Chung-Han, Yu Shou-Chun, Kao Pei-Hsin, Wang Jhi-Joung, Kuo Jinn-Rung " Anxiety and Depression in Patients with Traumatic Spinal Cord Injury: A Nationwide Population-Based Cohort Study". *PLoS One*. 2017; 12(1): e0169623.
129. Lohne, V. και Severinsson, E. (2006), 'The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury', *Journal of Clinical Nursing*. Wiley, 15(3): 315–323. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01301.x>.
130. Lucke KT. Knowledge acquisition and decision-making: spinal cord injured individuals perceptions of caring during rehabilitation. *SCI Nurs*. 1997 Sep;14(3):87-95.
131. Meade Michelle, Reed Karla, Saunders Lee, Krause James., "It's All of the Above: Benefits of Working for Individuals with Spinal Cord Injury". *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* Winter 2015, Vol. 21, No. 1, pp. 1-9

132. Maes, S., Vingerhoets, A. και Van Heck, G. (1987), 'The study of stress and disease: Some developments and requirements', *Social Science & Medicine*. Elsevier BV, **25**(6): 567–578. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90081-5](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(87)90081-5).
133. Maiers, W., Bayer, B., Esgalhado, B. D., Jorna, R. και Schraube, E. (1999), *Challenges to theoretical psychology*. Ontario: Captus University Publications.
134. Makolkin, A. (2015), 'Aristotle's Views on Religion and his Idea of Secularism', *Electronic Journal for Philosophy*, **22**(2): 71–79. https://nb.vse.cz/kfil/elogos/history/22_16_makolkin.pdf [15 Ιανουάριος 2019].
135. Maldonado Bouchard, S., & Hook, M. A. (2014). Psychological stress as a modulator of functional recovery following spinal cord injury. *Frontiers in Neurology*, **5**, 44.
136. Maugans, T. A. (1996), 'The SPIRITual history', *Archives of Family Medicine*. CLOCKSS Archive, **5**(1): 11–16. <http://dx.doi.org/10.1001/archfami.5.1.11>.
137. Mat Rosly M, Halaki M, Hasnan N, Mat Rosly H, Davis GM, Husain R. " Leisure time physical activity participation in individuals with spinal cord injury in Malaysia: barriers to exercise".*Spinal Cord*. 2018 Aug;**56**(8):806-818. doi: 10.1038/s41393-018-0068-0
138. Matheis, Elizabeth N. Tulskey, David S. Matheis, Robert J. The relation between spirituality and quality of life among individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*,**2006 51**(3), 265-271.
139. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006 Apr;**14**(4):379-85.

140. McKee, D. D. και Chappel, J. N. (1992), 'Spirituality and medical practice', *The Journal of family practice*, 35(2): 201–208. https://www.researchgate.net/publication/21510849_Spirituality_and_medical_practice [25 Δεκέμβριος 2018].
141. Meade MA, Reed KS, Saunders LL, Krause JS . It's all of the above: benefits of working for individuals with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2015; 21: 1–9.
142. Meador, K. G. και Koenig, H. G. (2000), 'Spirituality and Religion in Psychiatric Practice: Parameters and Implications', *Psychiatric Annals*. SLACK, Inc., 30(8): 549–555. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-20000801-10>.
143. MEGA-RAYS (2018), 'Χάρτης Σπονδυλικής Στήλης'. http://shop.megarays.gr/spine_map/ [10 Δεκέμβριος 2018].
144. Merriam-Webster (2018), 'Merriam-Webster', *Dictionary & Thesaurus Merriam-Webster*. Merriam-Webster. <https://www.merriam-webster.com> [15 Ιανουάριος 2019].
145. MHA (2018), 'Stress | Mental Health America', *Mental Health America*. MHA. <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/stress> [26 Δεκέμβριος 2018].
146. Middleton, J. W., Dayton, A., Walsh, J., Rutkowski, S. B., Leong, G. και Duong, S. (2012), 'Life expectancy after spinal cord injury: a 50-year study', *Spinal Cord*, 50(11): 803–811. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22584284> [28 Οκτώβριος 2018].
147. Middleton, P. M., Davies, S. R., Anand, S., Reinten-Reynolds, T., Marial, O. και Middleton, J. W. (2012), 'The pre-hospital epidemiology and management of spinal cord injuries in New South Wales: 2004-2008.', *Injury*. Elsevier, 43(4): 480–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244002> [28 Οκτώβριος 2018].

148. Miller, M. A. (1995), 'Culture, Spirituality, and Women's Health', *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Elsevier BV, 24(3): 257–263. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.1995.tb02471.x> [21 Δεκέμβριος 2018].
149. Mills, H., Reiss, N. και Dombeck, M. (2018), 'Types of Stressors (Eustress vs. Distress)', *MentalHelp.net*. <https://www.mentalhelp.net/articles/types-of-stressors-eustress-vs-distress/> [3 Ιανουάριος 2019].
150. Miri, M. R., Salehiniya, H., Tiyuri, A., Bahlgerdi, M., & Taghizadeh, A. A. (2015). Relationship between religious orientation and mental health in older people. *Medical History Journal*, 6(21), 83–102.
151. Miyahara, M. και Piek, J. (2006), 'Self-Esteem of Children and Adolescents with Physical Disabilities: Quantitative Evidence from Meta-Analysis', *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(3): 219–234. <http://link.springer.com/10.1007/s10882-006-9014-8> [20 Μάρτιος 2019].
152. Mollaei, F., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between spiritual wellbeing and burden of care in family caregivers of cancer patients. *Journal of Hayat*, 24, 296–309.
153. Morse, J. M. (1991), 'Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation', *Nursing Research*, 40(2): 120–123. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006199-199103000-00014> [21 Μάρτιος 2019].
154. Müller R, Peter C, Cieza A, Geyh S.. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury--a systematic review of the literature. *Spinal Cord*. 2012 Feb;50(2):94-106. doi: 10.1038/sc.2011.116
155. Narayanasamy, A. (1999a), 'Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective', *Nurse Education Today*, 19(5): 386–395. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10693486> [10 Ιανουάριος 2019].

156. Narayanasamy, A. (1999b), 'A review of spirituality as applied to nursing', *International Journal of Nursing Studies*, 36: 117–125. <https://pdfs.semanticscholar.org/215a/c3649a47884dab0fd7ab1ce4a97f4edddfe9.pdf> [25 Δεκέμβριος 2018].
157. Nemade, R., Reiss, N. S. και Dombeck, M. (2015), *Historical Understandings of Depression*, *MentalHelp.net*. <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/> [17 Ιανουάριος 2019].
158. Nielsen, K. (1982), 'An Introduction to the Philosophy of Religion'. Palgrave Macmillan UK. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-349-16959-7>.
159. Nies, M. A. και Mcewen, M. (2011), *Κοινωνική Νοσηλευτική - Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών*. Δημήτριος Λαγός.
160. NIMH (2018), 'NIMH » Post-Traumatic Stress Disorder'. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml> [13 Μάρτιος 2019].
161. O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., Atkin, C. και Kossmann, T. (2005), 'Determinants of Quality of Life and Role-Related Disability After Injury: Impact of Acute Psychological Responses', *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 59(6): 1328–1335. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ta.0000197621.94561.4e> [19 Οκτώβριος 2018].
162. OHE-UNRIC (2006), 'Σύμβαση του Ο.Η.Ε. για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ)'. Brussels. https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=33 [16 Οκτώβριος 2018].
163. Papadakis, S. A., Galanakos, S., Apostolaki, K., Kateros, K., Antoniadou, O., Macheras, G. και Sapkas, G. (2014), 'Spinal Cord Injuries Following Suicide Attempts', *Topics in Paraplegia*. InTech. <http://dx.doi.org/10.5772/57409>.

164. Parekh, R. και American Psychiatric Association - APA (2017), 'What is Depression?', *Psychiatric News*, 54(1): appi.pn.2019.1a23. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> [12 Ιανουάριος 2019].
165. Payne JA. The contribution of group learning to the rehabilitation of spinal cord injured adults. *Rehabil Nurs*. 1993 Nov-Dec;18(6):375-9.
166. Pew Research Center (2017a), *Eastern and Western Europeans Differ on Importance of Religion, Views of Minorities, and Key Social Issues* | Pew Research Center. <http://www.pewforum.org/2018/10/29/eastern-and-western-europeans-differ-on-importance-of-religion-views-of-minorities-and-key-social-issues/> [16 Ιανουάριος 2019].
167. Pew Research Center (2017b), *Έρευνα: «Υπάρχει Θεός» για τους Έλληνες*. www.pewforum.org/2018/10/30/ereυνα-uparχει-theos-gia-tous-ellhnes/ [15 Ιανουάριος 2019].
168. Pflaum Christopher, McCollister George, Strauss David J., Shavelle Robert M., DeVivo Michael J. Worklife After Traumatic Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine* Volume 29, 2006 - Issue 4 377-386 | Received 09 Jun 2005, Accepted 20 Apr 2006, Published online: 01 Sep 2016
169. Piaget, J. (1963), 'Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια', *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια*.
170. Pietrangelo, A. και Legg, T. J. (2018), 'Types of Depression: 9 Forms of Depression and Their Symptoms', *HealthLine*. <https://www.healthline.com/health/types-of-depression> [12 Ιανουάριος 2019].
171. Pollock, K., Dorstyn, D., Butt, L. και Prentice, S. (2017), 'Posttraumatic stress following spinal cord injury: a systematic review of risk and vulnerability factors', *Spinal Cord*. Nature Publishing Group, 55(9): 800–811. <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sc.2017.45> [12 Μάρτιος 2019].

172. psychopedia.gr (2017), 'Οι διαφορές άγχους και στρες! [video] – Psychopedia.gr'. <https://psychopedia.gr/i-diafores-agchous-ke-stres-video/> [5 Ιανουάριος 2019].
173. Public Institute of Medicine (USA) (2005), *Complementary and alternative medicine in the United States*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83799/> [11 Ιανουάριος 2019].
174. Radloff, L. S. (1977), 'The CES-D Scale', *Applied Psychological Measurement*, **1**(3): 385–401. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306> [24 Μάρτιος 2019].
175. Rahnama P, Javidan AN, Saberi H, Montazeri A, Tavakkoli S, Pakpour AH, Hajiaghababaei M. Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. *Spinal Cord*. 2015 Dec;53(12):870-4.
176. Raptidi, C.-A. και Kyriakides, A. (2017), 'People with Spinal Cord Injury in Greece', *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, **96**(2): 71–73. https://insci.network/insci/pub/People_with_Spinal_Cord_Injury_in_Greece.pdf [20 Οκτώβριος 2018].
177. Reed, P. G. (1987), 'Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults', *Research in Nursing & Health*. Wiley, **10**(5): 335–344. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100507> [16 Δεκέμβριος 2018].
178. Robinson, J. C. (2008), 'Rosenberg's Self-Esteem Scale', *encyclopedia.com*. <https://www.encyclopedia.com/social-sciences/applied-and-social-sciences-magazines/rosenbergs-self-esteem-scale> [13 Ιανουάριος 2019].
179. Robinson-Smith G. Prayer after stroke. Its relationship to quality of life. *J Holist Nurs*. 2002;20:352–366.

180. Rosch, P. J. (2018), *Hans Selye: Birth of Stress – The American Institute of Stress*. <https://www.stress.org/about/hans-selye-birth-of-stress/> [4 Ιανουάριος 2019].
181. Rosenberg, M. (1965), *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <http://dx.doi.org/10.1515/9781400876136>.
182. Ross, F. (2018), ‘Stress vs. Anxiety – Knowing the Difference Is Critical to Your Health - Mental Health First Aid’. <https://www.mentalhealthfirstaid.org/external/2018/06/stress-vs-anxiety/> [5 Ιανουάριος 2019].
183. Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Orenczuk, S. G. και Wolfe, D. L. (2009), ‘A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury’, *Spinal Cord*. Springer Nature, **47**(12): 841–851. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.93>.
184. Salyers, M. P., Evans, L. J., Bond, G. R. και Meyer, P. S. (2004), ‘Barriers to Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Problems in People with Severe Mental Illness: Clinician Perspectives’, *Community Mental Health Journal*. Springer Nature, **40**(1): 17–31. <http://dx.doi.org/10.1023/b:comh.0000015215.45696.5f>.
185. Sand A, Karlberg I, Kreuter M. Spinal cord injured persons' conceptions of hospital care, rehabilitation, and a new life situation. *Scand J Occup Ther*. 2006 Sep;13(3):183-92.
186. Sapountzi-Krepia, D., Soumilas, A., Papadakis, N., Sapkas, G., Nomicos, J., Theodossopoulou, E. και Dimitriadou, A. (1998), ‘Post traumatic paraplegics living in Athens: The impact of pressure sores and UTIs on everyday life activities’, *Spinal Cord*. Springer Nature, **36**(6): 432–437. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3100641>.

187. Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Sgantzios, M., Kotrotsiou, E., Roupadavaki, Z., Sotiropoulou, K., Ntourou, I., Dimitriadou, A. (2005). Validation and test-retest reliability of the Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs when adapted to a Greek population. *Annals of General Psychiatry*, 4, 6.
188. Savic, G., DeVivo, M., Frankel, H., Jamous, M., Soni, B., & Charlifue, S. (2017). Causes of death after traumatic spinal cord injury—a 70-year British study. *Spinal Cord*, 55(10), 891.
189. Schimelpfening, N. και Gans, S. (2018), ‘The History of Depression and Treatment’, *verywellmind.com*. <https://www.verywellmind.com/who-discovered-depression-1066770> [13 Ιανουάριος 2019].
190. Scivoletto, G., Petrelli, A., Lucente, L. Di και Castellano, V. (1997), ‘Psychological investigation of spinal cord injury patients’, *Spinal Cord*. Springer Nature, 35(8): 516–520. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3100437>.
191. Seyle, H. (1955), ‘Stress and Disease’, *Journal of Chronic Diseases*. American Association for the Advancement of Science (AAAS), 2(5): 583–592. <http://dx.doi.org/10.1126/science.122.3171.625> [14 Μάρτιος 2019].
192. Shahrabaki, P. M., Nouhi, E., Kazemi, M., & Ahmadi, F. (2017). Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(1), 38.
193. Sidall, Pj. Mcindoe, L. Austin, P. Wrigley, P . (2017) ‘The impact of pain on spiritual well-being in people with a spinal cord injury’, *Spinal Cord*. Jan 55(1): 105-111 . doi: 10.1038/sc.2016.75. Epub 2016 May 31
194. Smart, N. (2017), ‘Polytheism & Religions’, *Encyclopaedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/polytheism> [15 Ιανουάριος 2019].

195. Smith, H. W. (Herman W. . (1975), *Strategies of social research: the methodological imagination*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. <https://searchworks.stanford.edu/view/2804001> [21 Μάρτιος 2019].
196. Sociology Guide (2018), ‘Durkheim and Religion’, *Social Demography, Sociology Guide*. <http://www.sociologyguide.com/religion/durkheim-and-religion.php> [15 Ιανουάριος 2019].
197. Stanford Encyclopedia of Philosophy (2018), ‘Stanford Encyclopedia of Philosophy’, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/> [15 Ιανουάριος 2019].
198. Stoll, R. (1989), ‘The essence of spirituality’. W.B Saunders, 4–23.
199. Sulmasy, D. P. (2009), ‘Spirituality, Religion, and Clinical Care’, *Chest Journal*, **135**(6): 1634–1642. <https://pdfs.semanticscholar.org/3869/077440da928706242e3221d8b8253f3cdece.pdf> [15 Δεκέμβριος 2018].
200. Tasiemski T, Bergström E, Savic G, Gardner BP . Sports, recreation and employment following spinal cord injury—a pilot study. *Spinal Cord* 2000; **38**: 173–184.
201. Thagard, P. R. (1978), ‘Why Astrology is a Pseudoscience’, *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*. The University of Chicago Press Philosophy of Science Association, 223–234. <https://www.jstor.org/stable/192639> [21 Απρίλιος 2019].
202. The Ohio State University (2018), ‘Amenhotep IV (Akhenaton) | eHISTORY’. <https://ehistory.osu.edu/biographies/amenhotep-iv-akhenaton> [8 Μάρτιος 2019].

203. The Washington Post - Rick Noack (2015), 'The world's least religious countries - The Washington Post', *The Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2015/04/14/map-these-are-the-worlds-least-religious-countries/?noredirect=on&utm_term=.61d3f310e717 [15 Ιανουάριος 2019].
204. Turnbull, J., Murray, R. και Zentner, J. (1976), 'Nursing Concepts for Health Promotion', *The American Journal of Nursing*. JSTOR, **76**(1): 149. <http://dx.doi.org/10.2307/3423760>.
205. Tobiano G, Bucknall T, Marshall A, Guinane J, Chaboyer W. Nurses' views of patient participation in nursing care. *J Adv Nurs*. 2015 Dec;71(12):2741-52. doi: 10.1111/jan.12740
206. Tsouna-Hadjis E, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke recovery process: the role of family social support. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Jul;81(7):881-7.
207. Tzanos, I. A., Mavrogenis, A., Gioti, K., Papaggeorgopoulos, P., & Panagiotopoulos, E. (2018). Depressive mood in individuals with spinal cord injury (SCI) living in Greece. *Spinal Cord*, *56*, 833–889.
208. Tzonichaki, I. και Klefтарas, G. (2002), 'Paraplegia From Spinal Cord Injury: Self-Esteem, Loneliness, and Life Satisfaction', *OTJR Occupation Participation Health*, **22**(3): 96–103. https://www.researchgate.net/publication/268512123_Paraplegia_From_Spinal_Cord_Injury_Self-Esteem_Loneliness_and_Life_Satisfaction [19 Μάρτιος 2019].
209. Ullrich, P. M., Lincoln, R. K., Tackett, M. J., Miskevics, S., Smith, B. M. και Weaver, F. M. (2013), 'Pain, depression, and health care utilization over time after spinal cord injury.', *Rehabilitation Psychology*. American Psychological Association (APA), **58**(2): 158–165. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032047>.

210. van Leeuwen, C. M. C., Kraaijeveld, S., Lindeman, E. και Post, M. W. M. (2012), 'Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review', *Spinal Cord*, **50**(3): 174–187. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22042298> [20 Μάρτιος 2019].
211. Weber, R. P. (1990), *Basic Content Analysis*. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications.
https://books.google.com/books?id=nLhZm7Lw2FwC&printsec=frontcover&dq=basic+content+analysis+weber&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj_PnK8ZrhAhVT6qYKHZcbA9oQ6AEIKTAA#v=onepage&q=basic_content_analysis_weber&f=false [24 Μάρτιος 2019].
212. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 2010;55:23–32.
213. WHO-ΠΟΥ (2015), *Διεθνείς Προοπτικές για την Κάκωση Νωτιαίου Μυελού*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94190/9786188219007_gre.pdf;jsessionid=BF12F94F910CF8C91A2C8C72EE54E982?sequence=10 [16 Οκτώβριος 2018].
214. WHO (2013), 'Spinal Cord Injuries'. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury> [19 Οκτώβριος 2018].
215. WHO (2018), *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [11 Ιανουάριος 2019].
216. Wikiversity (2014), 'Stress and Weight Control', *Motivation and Emotion*. https://en.wikiversity.org/wiki/Motivation_and_emotion/Book/2014/Stress_and_weight_control [28 Δεκέμβριος 2018].
217. Williams, R. και Murray, A. (2015), 'Prevalence of Depression After Spinal Cord Injury: A Meta-Analysis', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Elsevier BV, **96**(1): 133–140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.016>.

218. Wilson, C. S., Forchheimer, M., Heinemann, A. W., Warren, A. M. και McCullumsmith, C. (2016), 'Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury', *Disability and Rehabilitation*. Informa UK Limited, **39**(5): 491–496. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1152600>.
219. Wiseman, T., Foster, K. και Curtis, K. (2013), 'Mental health following traumatic physical injury: An integrative literature review', *Injury*. Elsevier BV, **44**(11): 1383–1390. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2012.02.015>.
220. Xue, S., Arya, S., Embuldeniya, A., Narammalage, H., da Silva, T., Williams, S. και Ravindran, A. (2016), 'Perceived functional impairment and spirituality/religiosity as predictors of depression in a Sri Lankan spinal cord injury patient population', *Spinal Cord*. Springer Nature, **54**(12): 1158–1163. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2016.56>.
221. Yadollahpour, M. H., Jorsaraei, G. A., & Khafri, S. (2015). Studying religious belief among the medical students & obstetric staffs of Babol University of Medical Sciences. *Islam and Health Journal*, *2*(1), 13–18.
222. Yang CT, Narayanasamy A, Chang SL. Transcultural spirituality: the spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2012 Feb;*68*(2):358-67. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05747.x. Epub 2011 Jun 24.
223. Zare, H., & Alipor, A. (2012). The efficacy of stress inoculation training (SIT) on resilience, anxiety, depression and stress among spinal cord injury (SCI) patients. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, *10*(2), 15–25.
224. Zatzick, D. F., Russo, J. E. και Katon, W. (2003), 'Somatic, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms Among Injured Patients Treated in Trauma Surgery', *Psychosomatics*. Elsevier BV, **44**(6): 479–484. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.479>.

225. Zich, J. M., Attkisson, C. C. και Greenfield, T. K. (1990), 'Screening for Depression in Primary Care Clinics: The CES-D and the BDI', *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, **20**(3): 259–277. <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/LYKR-7VHP-YJEM-MKM2> [24 Μάρτιος 2019]
226. Zürcher Carmen, Tough Hannah, Fekete Christine. " Mental health in individuals with spinal cord injury: The role of socioeconomic conditions and social relationships". . PLoS One. 2019; 14(2): e0206069.
227. Zórcher, C., Tough, H., Fekete, C., & SwiSCI Study Group. (2019). Mental health in individuals with spinal cord injury: The role of socioeconomic conditions and social relationships. *PLoS ONE*, *14*(2), e0206069.
228. 123RF.com
<https://www.123rf.com/stock-photo/peripheral.html?sti=nsu1jcg0bft71ld471>
229. Βασιλείου, Θ. και Σταματάκης, Ν. (2000), *Επίτομο εννοιολογικό λεξικό επιστημών του ανθρώπου*. Gutenberg.
230. Γεωργογιάννης, Π. (2007), *Βηματισμοί για μια αλλαγή στην Εκπαίδευση, Διαπολιτισμική Κοινωνική Ψυχολογία και Έρευνα*. Πάτρα: Αυτοέκδοση.
231. Γιανναράς, Χ. (2006), *Ενάντια στη θρησκεία*. Ίκαρος. <https://www.scribd.com/doc/292660381/ENANTIA-ΣΤΗΝ-ΘΡΗΣΚΕΙΑ-Χρήστος-Γιανναράς-pdf> [24 Οκτώβριος 2018].
232. Δαλακούρα, Α. (2011), *Stress Management*. https://www.icbs.gr/Innet/UsersFiles/students/tutor_notes/postgraduate/Stage_2/Dalakoura/2011-2012/LPD/Stress_mngt_NOTES.pdf [4 Ιανουάριος 2019].
233. ΕΛΣΤΑΤ (2018), *Ελλάς με αριθμούς*. http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2018Q3_GR.pdf/3d9735d5-8641-4ba3-b36a-d9497484cfea [25 Οκτώβριος 2018].

234. Τλιτσεφ, Λ. και Φεντοσέγιεφ, Π. (1985), 'Φιλοσοφικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό', *Φιλοσοφικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό - 5 τομοι*. Καπόπουλος.
235. Ιωαννίδης, Γ. (2017), 'Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν μέτρια αποτελεσματικότητα και στο 90% δεν χρειάζονται! - YouTube'. https://www.youtube.com/watch?time_continue=172&v=k88T4rEeuW0 [13 Ιανουάριος 2019].
236. Καβάσης, Ι. (2007), 'Κατάθλιψη: Διάγνωση, εκτίμηση της βαρύτητας και παρακολούθηση της εξέλιξης'. <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/21121#page/1/mode/2up>.
237. Καλόπουλος, Μ. (2014), 'Ακενατών και ο δόλος του μονοθεϊσμού'. <http://greatlie.com/xristianismos/palaia-diathiki/339-akenaton-kai-o-dolos-tou-monothesmou.html> [9 Μάρτιος 2019].
238. Κυπραίου, Π. (2018), 'Τι είναι αυτοεκτίμηση και από τι επηρεάζεται'; <http://www.psychotherapieia.net.gr/articles-psychologoi-marousi-psychotherapeftes-marousi/aftoektimhsh/123-ti-einai-aftoektimhsh-kai-apo-ti-ephreazetai> [13 Ιανουάριος 2019].
239. Λάιος, Κ., Κονταξάκης, Β. Π., Καραμάνου, Μ. και Ανδρούτσος, Γ. (2012), 'ΙΑΤΡΟΤΕΚ Online', *ΙΑτροΤεκ*, 23(2): 153–157. <http://iatrotek.org/ioArt.asp?id=19738> [13 Ιανουάριος 2019].
240. Μάνος, Ι., Παπαδοπούλου, Δ. και Μακρυγιάννη, Β. (2017), *Μελετώντας Πτυχές της Αλβανικής Μετανάστευσης στην Ελλάδα*. Θεσσαλονίκη. <http://cdrsee.org/sites/default/files/Communities in Greece GR.pdf>.
241. Μπαμπινιώτης, Γ. (2002), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Κέντρο Λεξικολογίας.
242. Μπέγζος, Μ. (1995), *Φαινομενολογία της θρησκείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

243. ΟΟΔΕ (2006), 'Το πρόβλημα ασαφούς ορισμού της λέξεως 'θρησκεία'', *Ορθόδοξη Ομάδα Δογματικής Έρευνας*. <http://www.oodegr.com/oode/thriskies/ennoia2.htm> [14 Ιανουάριος 2019].
244. Οργανοπούλου, Μ. (2013), *Διερεύνηση αυτοεκτίμησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της περιφέρειας*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. <http://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/641> [12 Μάρτιος 2019].
245. Παπαβραμίδου, Ν., Κωνσταντόπουλος, Π. και Χριστοπούλου-Αλετρά, Ε. (2017), 'Η 'μελαγχολία' στα αριστοτελικά κείμενα', *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, **34**(4): 511–514. <http://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/511.pdf> [5 Ιανουάριος 2019].
246. Παπαζήση, Δ. (2007), *Ικανότητα διαχείρισης του στρες και πνευματικότητα σε κατοίκους μιας αγροτικής περιοχής της Κρήτης*. Ηράκλειο Κρήτης. http://mph.med.uoc.gr/images/HSA/parazisi_2007.pdf [25 Οκτώβριος 2018].
247. Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιου*.12(4):397-408
248. *Βήμα του Ασκληπιου*.12(4):397-408
249. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2000), *Stress Management - Η διαχείριση του στρες*. Έλλην.
250. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2002), 'Θρησκευτικά πιστεύω και πνευματικότητα ως δυναμικές συνιστώσες στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας', *Νοσηλευτική*, **41**(4): 365–370. <http://hyratia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/16270> [16 Οκτώβριος 2018].
251. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2012), *Μεθοδολογία Έρευνας*. Πανεπιστήμιο Frederick, Λευκωσία.

252. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Σγάντζος, Μ. και Δημητριάδου, Α. (2003), 'The Greek translation and modification of the Royal Free Questionnaire for Spiritual and Religious Beliefs: The self-report version'. https://www.researchgate.net/publication/235420539_The_Greek_translation_and_modification_of_the_Royal_Free_Questionnaire_for_Spiritual_and_Religious_BeliefsThe_self-report_version [16 Φεβρουάριος 2019].
253. Τεγόπουλος-Φυτράκης, 10.000 Λέξεις, Ελληνικό Λεξικό (2006), Αρμονία
254. Τζόνσον, Ε. (2012a), 'Νευροανατομία', *eclass.uoa.gr*, 60. https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED740/1-Νευροανατ_Εισαγωγή.pdf [8 Μάιος 2019].
255. Τζόνσον, Ε. (2012b), 'Ο νωτιαίος μυελός', *Σημειώσεις Λειτουργικής Νευροανατομίας*. Ιωάννινα: Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων, 208. https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED740/17-νωτιαιος_μυελος.pdf [30 Οκτώβριος 2018].
256. Τζόνσον, Ε. (2012c), *Η Λευκή Ουσία του Νωτιαίου Μυελού*. https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED740/19-NM_Λευκή_ουσία.pdf [21 Νοέμβριος 2018].
257. Τζόνσον, Ε. (2012d), *Οργάνωση του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος*. https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED740/20-Περιφερικό_Ν.Σ..pdf [6 Δεκέμβριος 2018].
258. Τζούνης, Ε., Παπασταύρου, Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε. και Τζούνη, Μ. (2008), 'Η διερεύνηση της πνευματικότητας σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4): 321–342. https://www.researchgate.net/profile/Mary_Gouva/publication/215552977_E_Diereunese_tes_Pneumatikotetas_se_Geniko_Plethysmo_tes_Thessalias/links/06505926f0928f4e27175a99/E-Diereunese-tes-Pneumatikotetas-se-Geniko-Plethysmo-tes-Thessalias.pdf?origin=publica [24 Οκτώβριος 2018].

259. Τριανταφυλλίδης, Μ. (1998), 'Dictionary of Standard Modern Greek', *Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/ [26 Δεκέμβριος 2018].
260. Φύλων- Άπαντα (Δευτερος τόμος) Νόμων Ιερών Αλληγορία των Μετά την Εξαήμερων (2000), Κάκτος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Rosenberg scale self-esteem

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1.	Νιώθω ότι αξίζω ως άτομο το ίδιο με τους άλλους				
2.	Νιώθω ότι έχω αρκετά προτερήματα				
3.	Σε γενικές γραμμές έχω την τάση να νιώθω αποτυχημένος				
4.	Ό,τι κάνω, τα καταφέρνω το ίδιο καλά όπως και οι υπόλοιποι				
5.	Νιώθω ότι δεν είμαι υπερήφανος για πολλά πράγματα				
6.	Έχω θετική άποψη για εαυτό μου				
7.	Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.				
8.	Θα ήθελα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό				
9.	Κάποιες φορές νιώθω άχρηστος				
10.	Κάποιες φορές νιώθω ότι δεν αξίζω τίποτα				

Οδηγία: τσεκάρете σε κάθε μία ερώτηση με ένα χ στο αντίστοιχο κουτάκι ανάλογα με το αν συμφωνείτε απόλυτα, συμφωνείτε, διαφωνείτε ή διαφωνείτε απόλυτα

ΤΟ ROYAL FREE ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΩ

Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τα πιστεύω σας και τις απόψεις σας για τη ζωή. Αρχίζοντας πείτε μας:

Ηλικία _____ Φύλο: _____ Ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου _____ Κωδικός _____

Πως θα περιγράφατε τον εαυτό σας (σημειώστε Χ σε ένα ή περισσότερα τετραγωνίδια):

- Έγγαμος-η Ζω με το σύντροφο μου Διαζευγμένος-η Χήρος-α
 Σε διάσταση Άγαμος-η

Πως θα περιγράφατε τον εαυτό σας (σημειώστε Χ σε ένα):

Καταγωγή:

- Στερεοελλαδίτης/ισα Πελοποννήσιος/ια Θεσσαλός/ή Μακεδόνας/ιτισα Θρακιώτης/ισα
 Νησιώτης/ισα (Βόρειο Αιγαίο) Νησιώτης/ισα (Αν. Αιγαίο) Νησιώτης/ισα (Κυκλάδες)
 Νησιώτης/ισα (σποράδες) Νησιώτης/ισα (Δωδεκάνησα) Νησιώτης/ισα (Ιόνια νησιά)
 Κρητικός/α Πόντιος/α Αιγυπτιώτης/ισα
 Κων/πολίτης/ισα Μικρασιάτης/ισα Κύπριος/ια
 Κάτι άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε

Είστε; (σημειώστε Χ σε ένα): Εργαζόμενος-η Άνεργος-η Φοιτητής-τρια Συνταξιούχος
 Απασχολούμενος με οικιακά Σε αναρρωτική άδεια

Αν είστε εργαζόμενος-η, μπορείτε να μας περιγράψετε την εργασία σας: _____

Αν δεν εργάζεσθε τώρα, ποια ήταν η τελευταία σας δουλειά; _____

Θα σας κάνουμε τώρα μερικές ακόμα ερωτήσεις σχετικά με τις θρησκευτικές και τα πνευματικά σας πιστεύω. Παρακαλώ, προσπαθήστε να απαντήσετε σε αυτές ακόμα και αν έχετε μικρό ενδιαφέρον για τη θρησκεία.

Όταν χρησιμοποιούμε τη λέξη θρησκεία, εννοούμε την ενεργή άσκηση θρησκευτικών καθηκόντων. Για παράδειγμα να πηγαίνουμε στο ναό, στο τζαμί, στην εκκλησία ή τη συναγωγή;

Κάποιοι άνθρωποι δεν ακολουθούν μια συγκεκριμένη θρησκεία, έχουν όμως πνευματικά πιστεύω ή εμπειρίες. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι υπάρχει κάποια άλλη ισχύς ή δύναμη έξω από τους εαυτούς τους η οποία μπορεί να επηρεάσει τη ζωή τους. Κάποιοι άνθρωποι το θεωρούν αυτή τη δύναμη ως Θεό ή Θεούς ενώ άλλοι όχι.

Για κάποιους ανθρώπους η ζωή έχει νόημα χωρίς κάποια θρησκευτική ή πνευματική πίστη.

1. Έτσι θα λέγατε ότι έχετε μια θρησκευτική ή πνευματική κατανόηση της ζωής σας; (Σημειώστε Χ σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω τετραγωνίδια):

- Θρησκευτική Θρησκευτική και πνευματική
 Πνευματική Ούτε θρησκευτική, ούτε πνευματική

Εάν ΠΟΤΕ σας δεν είχατε ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ή ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΩ, παρακαλώ πηγαίνατε στην ερώτηση 13.

Διαφορετικά , ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

2. Μπορείτε να μας εξηγήσετε εν συντομία τη μορφή έχουν πάρει τα θρησκευτικά / πνευματικά σας πιστεύω;

3. Κάποιοι άνθρωποι έχουν ισχυρές απόψεις ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Πόσοι ισχυρές είναι οι θρησκευτικές/ πνευματικές απόψεις σας για τη ζωή; (Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει την άποψη σας).

Ασθενείς απόψεις	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ισχυρές απόψεις
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

4. Έχετε μια συγκεκριμένη θρησκεία;

Δεν ακολουθώ κάποια θρησκεία (πηγαίνατε στην ερώτηση 8)

Χριστιανός Ορθόδοξος Καθολικός Αγγλικανός Άλλου είδους Προτεστάντης

Χριστιανός Ευαγγελιστής Άλλου είδους Χριστιανός

Σιίτης Μουσουλμάνος Σουνίτης Μουσουλμάνος

Εβραίος Ινδουιστής Σιχ Βουδιστής

Άλλο

5. Μπορείτε να μας δώσετε περισσότερες λεπτομέρειες; (π.χ. Δόγμα, πτέρυγα)

6. Παίζει κάποιο απο τα παρακάτω κάποιο ρόλο στο πιστεύω σας; Για παράδειγμα, μπορεί να προσεύχεστε ή να κάνετε διαλογισμό μόνος σας ή μαζί με άλλους ανθρώπους. (Σημειώστε με Χ όσα τετραγωνίδια που έχουν εφαρμογή σε σας)

Προσευχή Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Τελετουργία (π.χ. Πλύσιμο πριν την προσευχή, μια θρησκευτική τελετή) Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Διαλογισμός Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Διάβασμα και μελέτη Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Επαφή με θρησκευτικό ηγέτη Μόνος-η Μαζί με άλλους ανθρώπους

Κανένα απο τα παραπάνω

7. Πόσο σημαντική για σας είναι η άσκηση των θρησκευτικών σας πιστεύω (π.χ. προσωπικός διαλογισμός, παρακολούθηση θείας λειτουργίας) στην καθημερινή σας ζωή; (Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Όχι Απαραίτητο	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Είναι σημαντικό
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Αν θέλετε μπορείτε να μας εξηγήσετε περισσότερο: _____

8. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία μπορεί να επηρεάσει το τι συμβαίνει στην καθημερινή σας ζωή; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία Επίδραση 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ισχυρή Επίδραση

9. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τη δύναμή σας να αντεπεξέρχεστε τα συμβάντα της ζωής σας; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία Βοήθεια 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Μεγάλη Βοήθεια

10. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τα παγκόσμια γεγονότα π.χ. πόλεμοι; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία Επίδραση 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ισχυρή Επίδραση

11. Πιστεύετε σε μία πνευματική δύναμη ή ισχύ έξω από τον εαυτό σας η οποία επηρεάζει τις φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, πλημμύρες; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καμία Επίδραση 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ισχυρή Επίδραση

12. Επικοινωνείτε με οποιοδήποτε τρόπο με κάποια πνευματική δύναμη, για παράδειγμα με προσευχή ή μεσω κάποιου μέντιουμ;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε τη μορφή αυτή επικοινωνίας

13. Νομίζετε ότι υπάρχουμε με κάποια μορφή και μετά το θάνατο μας;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ, περιγράψτε μας τη μορφή

14. Είχατε ποτέ σας μια έντονη εμπειρία (που δεν σχετίζετε με τη λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ) κατά τη διάρκεια της οποίας αισθανθήκατε κάποιο νέο βαθύ νόημα της ζωής, ή αισθανθήκατε ένα με τον κόσμο ή το σύμπαν; (Εάν πιστεύετε στο Θεό μπορεί να αισθανθήκατε την εμπειρία του Θεού) αυτό μπορεί να συνέβη για μερικές στιγμές, ώρες ή και ημέρες.

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν απαντήσατε ΟΧΙ στην προηγούμενη ερώτηση, πηγαίετε στην ερώτηση 18.

Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, παρακαλώ συνεχίστε:

15. Εάν Ναι, πόσο συχνά έχει αυτό συμβεί αυτό σε σας; _____

16. Πόσο διήρκεσε η εμπειρία; (ή πόσο συνήθως διαρκεί)
Ημέρες ΏρεςΛεπτάΔευτερόλεπτα.....

17. Μπορείτε να το περιγράψετε; _____

18. Κάποιοι άνθρωποι έχουν περιγράψει έντονες εμπειρίες τη στιγμή που σχεδόν πέθαναν και τελικά επανήλθαν. Συνέβη αυτό σε σας;

Ναι Όχι Αβέβαιος

Εάν ΝΑΙ ή ΑΒΕΒΑΙΟΣ, παρακαλώ περιγράψτε την εμπειρία

Εάν **ΝΑΙ** ή **ΑΒΕΒΑΙΟΣ**, κατά πόσο έχει αυτή η κοντά στο θάνατο εμπειρία αλλάξει τη ζωή σας; (Βαλτέ σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την άποψη σας).

Καθόλου 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ολοκληρωτικά

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

STATE-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΕΑΥΤΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

Κ Κ Μ Π
Α Α Ε Α
Θ Π Τ Ρ
Ο Ω Ρ Α
Λ Σ Ι Π
Ο Α Ο
Υ Α Λ
Υ

1	Αισθάνομαι ήρεμος	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	1	2	3	4
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
9	Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13	Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14	Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	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

ΤΡΑΙΤ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΑΥΤΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ :Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων πού οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση πού φαίνεται να περιγραφεί πώς αισθάνεστε γενικά.

Σ Μ Σ Σ
 Χ Ε Υ Χ
 Ε Ρ Χ Ε
 Δ Ι Ν Δ
 Ο Κ Α Ο
 Ν Ε Ν
 Σ
 Π Π
 Ο Φ Α
 Τ Ο Ν
 Ε Ρ Τ
 Ε Ε Ο
 Σ Σ Τ
 Ε

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 όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25	Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
26	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28	Αισθάνομαι πώς οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην 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 ή αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως ή δυσκολίας	1	2	3	4

35	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
36	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί	1	2	3	4
38	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	1	2	3	4
39	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40	Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα μου	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE (CES - D)

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ σημειώστε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες μέρες.

α. λιγότερο από 1 μέρα την εβδομάδα = «σπάνια, καθόλου»

β. 1-2 μέρες = «μερικές φορές»

γ. 3-4 μέρες = «αρκετές φορές»

δ. 5-7 μέρες = «τον περισσότερο καιρό»

Τις τελευταίες 30 μέρες :

	α	β	γ	δ	ε
	Σπάνια ή καθόλου λιγ. από 1 μέρα	Μερικές φορές για 1-2 μέρες	Αρκετές φορές για 3-4 μέρες	Τον περισσότερο καιρό για 5-7 μέρες	
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	0	2	2	3	
2. Η όρεξή σας είναι κακή, ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0	2	2	3	
3. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0	2	2	3	
4. Νιώθετε ότι είσατε εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0	
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνατε	0	2	2	3	
6. Νιώθετε μελαγχολικός	0	2	2	3	
7. Νιώθετε πως ό,τι κάνετε, το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	2	2	3	
8. Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0	
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0	2	2	3	
10. Νιώθετε φοβισμένος	0	2	2	3	
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο	0	2	2	3	

12. Είσαστε ευτυχισμένος	3	2	1	0	
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	2	2	3	
14. Νιώθετε μοναξιά	0	2	2	3	
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας	0	2	2	3	
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή)	3	2	1	0	
17. Κλαίτε με λυγμούς	0	2	2	3	
18. Νιώθετε λυπημένος	0	2	2	3	
19. Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0	2	2	3	
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	2	2	3	

Μετάφραση-Προσαρμογή-Στάθμιση Μ.Γ. Μαδιανός 1982

Reference:

1. MG Madianos and CN Stefanis Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1992); 27: 211-219

2. Radloff LS (1977): *The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied: Psychological Measurement* 1: 385-407

ΑΔΕΙΕΣ

- 16/8/2016 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ROSENBER

Ευχαριστώ! Σελίδα 1 από 1

Requesting Permission to use Rosenberg Self Esteem Scale

Thank you for your submission. You now have permission to use the Rosenberg Scale. Please be sure to properly cite Dr. Rosenberg's work in your paper or project. The most appropriate citation is: "Rosenberg, Morris. 1989. Society and the Adolescent Self-Image. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press".

Επεξεργαστείτε την απάντησή σας

Αυτή η φόρμα δημιουργήθηκε με χρήση των Φορμών Google.
Δημιουργήστε τη δική σας

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSejqup0T67w1xp89cf81PTaz-Bv94RU...> 3/8/2016

- 01/02/2017 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ- ΚΑΤ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΚΟΙΝΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΣ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
No 03/07-02-2017

Δ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΘΕΜΑ 4. Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για συλλογή στοιχείων στο πλαίσιο εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της Φυσικοθεραπείας Σερπάνου Ισμήνης (ΑΠ ΔΣ 91/02-02-2017)

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την εισήγηση ΔΣ 91/02-02-2017 του Επιστημονικού Συμβουλίου, σχετική με το ως άνω θέμα,

ομόφωνα αποφασίζει:

Επιτρέπει στην Φυσικοθεραπεύτρια, Ισμήνη Σερπάνου να διεξάγει την ερευνητική εργασία που αιτείται με τη διανομή ερωτηματολογίου στο Νοσοκομείο, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής της διατριβής.

Παρόντες

Πρόεδρος	:	Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Αντιπρόεδρος	:	Παρασκευή Κουφοπούλου
Μέλη	:	Ιωάννης Αλαμάνος Νικόλαος Γαλιατσάτος Ελένη Δράκου Θωμάς Κλεισιώτης Περικλής Παπαλός

Κηφισιά, 08/02/2017


Η Γραμματέας του ΔΣ



Επί της εισήγησης ΔΣ 91/02-02-2017 του Επιστημονικού Συμβουλίου

- 07/02/2017 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ- ΚΑΤ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ)

ΔΣ 912-2-2017



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
<ΚΑΤ>

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Ταχ. Δ/ση: Νίκης 2,
Τ.Κ.14561, ΚΗΦΙΣΙΑ
Πλ. Χ. ΑΡΣΕΝΗ
Fax: 2132086765
Τηλ:213-2086209
Email: logist3@kat-hosp.gr

ΚΗΦΙΣΙΑ 22-12-2016
Αρ.πρωτ: Ε.Σ 335
Έγκριση στο 7858 12-2-17

Προς: Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α ΚΑΤ

ΘΕΜΑ: « Έγκριση αιτήματος της Φυσικοθεραπεύτριας κ. Σερπάνου Ισμήνης με αρ. πρωτ: 7858/01-06-16.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην υπ' αριθ. 12^η/22-12-2016 συνεδρίασή του, έφερε προς συζήτηση το αίτημα της κ. Σερπάνου Ισμήνης με αρ. πρωτ: 7858/01-06-16 για την άδεια συλλογής στοιχείων για τη έρευνά της με θέμα: « Διερεύνηση της αυτοεκτίμησης, θρησκευτικότητας, κατάθλιψης, στρες σε άτομα με ατελή μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, μετά από συζήτηση επί του θέματος ομόφωνα εγκρίνει το αίτημα.

Ο Πρόεδρος
Του Επιστημονικού Συμβουλίου

Δρ. Χρυσόστομος Μαλτέζος

Κοινοποίηση: Κ. Σερπάνου Ισμήνη

- 04/10/2017 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΛΕΙΑΣ-Ν. Μ. ΠΥΡΓΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
6^ο Υ.ΠΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡ. ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Ταχ. Δ/ση: Ε.Ο. Πύργου - Πατρών
Ταχ. Κώδικας: 27131
Πληροφορίες: Γρίβα Ελ.
Τηλέφωνο: 26210 82750
FAX: 26210 82402
E-MAIL: prosopgnpyr@gmail.com

ΠΥΡΓΟΣ: 04/10/2017
Αρ. Πρωτ.: 17467

ΠΡΟΣ: κ. ΣΕΡΠΑΝΟΥ ΙΣΜΗΝΗ
Φυσιοθεραπεύτρια MSc

Κεφαλληνίας 10
ΤΚ 16342
Ηλιούπολη, Αθήνα
τηλ: 6937767703

ΘΕΜΑ: «Απάντηση επί αιτήσεως».

Σχετ.: Η υπ' αρ. 17467/24-08-2017 αίτησή σας.

Σε απάντηση της ανωτέρω σχετικής αίτησής, σας ενημερώνουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Ηλείας - Ν.Μ. Πύργου εισηγείται θετικά στην ικανοποίηση του αιτήματός σας, εφόσον δεν υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για τη Ν.Μ. Πύργου και τηρηθούν αυστηρά τα Πρωτόκολλα. Μετά τα ανωτέρω παραμένουμε στη διάθεσή σας για κάθε περαιτέρω πληροφορία.



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ