



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που
νοσηλεύουν το παιδί τους σε Μονάδα
Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών**

ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2012

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν το
παιδί τους σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
(MENN)**

ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2012

Σε όλους αυτούς που μου στάθηκαν.

Σας ευχαριστώ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	8
Abstract	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΜΕΝΝ)

1.1 Προωρότητα των νεογνών	15
1.2 Μεταφορά Νεογνών στη ΜΕΝΝ	16
1.3 Η λειτουργία των ΜΕΝΝ	18

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΝΝ

2.1 Στρες και κατάθλιψη	19
2.2 Ανάγκες υποστήριξης	21
2.2.1 Ψυχολογική στήριξη.....	21
2.2.2 Στήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης.....	26
2.2.3 Στήριξη σε πρακτικό επίπεδο	31
2.3 Μοντέλο στήριξης γονιών από το νοσηλευτικό προσωπικό.....	33
2.4 Τι είναι οι ΜΕΝΝ;.....	34

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Είδος μελέτης.....	37
3.2 Σκοπός	37
3.3 Σχεδιασμός και πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	37
3.4 Δείγμα μελέτης	38

3.5 Συλλογή των Δεδομένων	39
3.6 Εργαλεία Συλλογής των Δεδομένων.....	39
3.7 Ανάλυση Δεδομένων	40
3.8 Ηθικά θέματα.....	40
3.9 Περιορισμοί της μελέτης	41
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	42
4.1.1 Ηλικία	42
4.1.2 Ηλικία ανά φύλο	42
4.1.3 Οικογενειακή κατάσταση και εκπαίδευση.....	43
4.2 Αξιοπιστία εργαλείων.....	44
4.3 Κατάθλιψη-ηλικία κύησης-διάρκεια νοσηλείας- βάρος γέννησης.....	46
4.3.1 Κατάθλιψη και ηλικία κύησης.....	46
4.3.2 Κατάθλιψη και διάρκεια νοσηλείας.....	46
4.3.3 Κατάθλιψη και βάρος γέννησης.....	47
4.4 Άγχος- Κατάθλιψη. Συσχέτιση παλινδρόμησης.....	48
4.5. Κατάθλιψη και ηλικία γονέων	49
4.6 Κατάθλιψη και αριθμός εξωσωματικών προσπαθειών.....	52
4.7 Ποιόν από τους δύο γονείς επηρέασε η κατάθλιψη περισσότερο;.....	53
4.8 Η κατάθλιψη επηρέασε περισσότερο τους άντρες ή τις γυναίκες;.....	53
4.9 Η υποστήριξη του προσωπικού υγείας επηρέασε την κατάθλιψη των γονέων;.....	55
4.10 Υποστήριξη του προσωπικού ως τμήμα του NPST	55
4.11 Περιγραφική στατιστική των συνολικών σκορ των ερωτηματολογίων NPST και EPDS	57
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ...- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	61
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εισαγωγή και νοσηλεία ενός πρόωρου νεογνού ή νεογνού με προβλήματα υγείας στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) αμέσως μετά τη γέννηση του συχνά αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για τους γονείς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονέων με παιδιά που νοσηλεύονται σε MENN σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επίσης, διερευνήθηκε η ψυχολογική κατάσταση των γονέων δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις τους.

Δείγμα-μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 γονείς (50 ζευγάρια γονέων) στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νεογνολογική κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τα ερωτηματολόγια α) Nurse Parent Support Tool (NPST) το οποίο αποτελείται από 21 ερωτήσεις. Περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες, της ικανοποίησης των γονέων, της επικοινωνίας τους, της συναισθηματικής τους υποστήριξης και της πληροφόρησής τους από το προσωπικό υγείας και το β) Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) που είναι η κλίμακα της πιθανής κατάθλιψης των γονέων. Η ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS version 19.

Αποτελέσματα:

Όσο αφορά τη συσχέτιση της κατάθλιψης με το άγχος, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ σκορ κατάθλιψης και σκορ άγχους, γιατί Pearson $R=0,891$, $P=0,0005 < 0,05$. Το σκορ της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές, διότι από το t-test προκύπτει ότι $P=0,064 > 0,05$ -οριακά. Το ανάλογο test ζευγαρωτών παρατηρήσεων έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές, με τις γυναίκες ως συζύγους να υποφέρουν περισσότερο. Επίσης η συσχέτιση του σκορ της κατάθλιψης με τον αριθμό των εξωσωματικών προσπαθειών των γονέων ($N=17$), δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, διότι $r = -0,155$ και $P = 0,552$. Τέλος η σχέση της κατάθλιψης με την ηλικία κύησης της μητέρας, το βάρος γέννησης του νεογνού και τη διάρκεια της

νοσηλείας του νεογνού, βρέθηκε ότι $F=0,879$ και $P=0,459$. Δεν επηρεάζεται λοιπόν η κατάθλιψη από το βάρος γέννησης του νεογνού γιατί $F=1,076$ και $P=0,380$. Η κατάθλιψη λοιπόν δεν έχει σημαντική συσχέτιση με τις επιμέρους μεταβλητές που εξετάζουμε (ηλικία κύησης της μητέρας, το βάρος γέννησης του νεογνού και τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού).

Αναφορικά με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, βρέθηκε ότι για το NPST ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,936 και για το EPDS 0,929.

Συμπεράσματα : Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός για την ψυχολογική κατάσταση των γονέων που νοσηλεύουν το παιδί τους στη MENN. Όλες οι MENN θα πρέπει να στελεχώνονται με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό το οποίο θα είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις ψυχολογικές ανάγκες των γονέων, ώστε να γίνεται η άμεση παρέμβαση για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους γονείς. Έτσι μπορούν να αποφευχθούν οι δυσμενείς ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να έχουν επίπτωση στο δεσμό γονέων-παιδιού, αλλά και των γονέων μεταξύ τους.

Λέξεις – Κλειδιά : Μονάδα Εντατικής Νεογνών, προωρότητα, σχέση γονέων-πρόωρου βρέφους

ABSTRACT

Introduction: The hospitalization of a premature newborn or infant with health problems in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) immediately after the birth it creates difficult emotional situation to the parents. Usually this is an emotional and social disorganization for the parents.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the perceptions of parents with children hospitalized in NICU on the type and level of support they receive from health personnel during their child's hospitalization. In addition we will explore in depth and understand how parents communicate with health personnel. At this stage it is necessary to investigate the psychological status of parents that is to say if it is likely that the depressive symptoms can affect their answers.

Sample -method: The sample of this investigation is consisted of 100 parents (50 couples parents) in A Neonatal University Clinic of Hippokration Hospital of Thessaloniki. The information was collected with the questionnaires a) Nurse Parent Support Tool (NPST) which consists of 21 questions. It includes 4 subscales, satisfaction of parents, their communication, their emotional support and information by health personnel and b) Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), which includes the range of possible depression of parents. The analysis and data processing was performed with the statistical package SPSS version 19 and was used descriptive statistic and ANOVA.

Results: For the questionnaires used in this study there was a reliability analysis. Specifically, for the reliability index NPST was found reliability index Cronbach a 0,936 and the EPDS was found reliability index Cronbach a 0,929. The reference to the association of depression with anxiety, found that there were no significant correlation between depression scores and anxiety scores, because Pearson $R = 0,891$, $P = 0,0005 < 0,05$. The score of depression among men and women did not show statistically significant differences, because the t-test shows that $P = 0,064 > 0,05$. Also the correlation of depression scores with the number of IVF efforts of parents ($N = 17$) showed no statistically significant because $r = -0,155$ and $P = 0,552$. Finally the relationship of depression with gestational age of the mother, the infant

birth weight and duration of hospitalization of the infant, was found that $F = 0,879$ and $P = 0,459$. Therefore there is no affection of the depression from the infant birth weight because $F = 1,076$ and $P = 0,380$. Depression therefore was no significant related to the individual variables we examine (gestational age of the mother, the infant birth weight and duration of infant hospitalization).

Conclusions: Therefore the role of health professionals, it is crucial for the psychological survival of the parents at the hateful NICU environment.

It is necessary to enhance thinking and the organization of all those actions by the appropriate health personnel for psychological support of parents during their child's hospitalization in NICU. It is, therefore, necessary all NICU to be staffed with qualified scientific personnel and to strengthen the thinking and behavior of existing personnel to recognize the psychological needs of parents and become the direct intervention to provide psychological support to parents. So they can avoid adverse psychological disorders that may impact the parent-child relationship and the couple relationship.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit, prematurity, parent – premature infant relationship

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το περιβάλλον μιας Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) αποτελεί σημαντική πηγή άγχους για τους γονείς. Η νοσηλεία ενός βρέφους στη MENN διακόπτει τη φυσική διαδικασία σύνδεσης μεταξύ της μητέρας και του μωρού της (Kearvell & Grant 2010).

Ένας σημαντικός στόχος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις MENN είναι να παρέχουν ολιστική φροντίδα στα βρέφη, αλλά και στήριξη στους γονείς τους (Perehudoff, 1990). Η μη κάλυψη των γονικών αναγκών μπορεί να οδηγήσουν τα μέλη της οικογένειας να βιώσουν αυξημένα επίπεδα άγχους, φόβου και παρανόησης πληροφοριών (Gardner & Stewart, 1978).

Οι γονείς χρειάζονται υποστήριξη από το προσωπικό υγείας για να μάθουν για την ασθένεια του παιδιού τους και τα μέτρα θεραπείας και επιπλέον χρειάζονται πληροφορίες για το πώς να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες του παιδιού τους. Με τη συνεχή πληροφόρηση, ενθαρρύνονται οι γονείς να διατηρήσουν το γονικό τους ρόλο, δίνοντας συναισθηματική υποστήριξη στο βρέφος τους (Shandor et al, 1999).

Μελέτες στο εξωτερικό έχουν δείξει ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη από το προσωπικό υγείας βοηθάει τις μητέρες των οποίων τα βρέφη νοσηλεύονται στη MENN (Johnson, 2007· Neu, 1999). Οι μητέρες αποκτούν ικανοποίηση και εμπιστοσύνη απέναντι στο προσωπικό, το οποίο τους παρέχει εκπαίδευση, καθοδήγηση, ενθάρρυνση και συναισθηματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια των νέων εμπειριών τους στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (Johnson 2007-Monk & Leung, 2006). Σε αρκετές μελέτες επίσης, βρέθηκε ότι το προσωπικό που επικοινωνούσε με τις μητέρες, παρέχοντας συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του μωρού, βοήθησε τις μητέρες να κατανοήσουν τις ανάγκες της υγείας των παιδιών τους, και καταπράυνε και το δικό τους προσωπικό άγχος (Orapiriyakul et al, 2007· Mok & Leung 2006· Fenwick et al, 2001).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονέων με παιδιά που νοσηλεύονται σε MENN σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επίσης διερευνήθηκε η ψυχολογική κατάσταση των γονέων δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις

τους. Απώτερος στόχος της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι παράγοντες εκείνοι που ενθαρρύνουν ή αναστέλλουν τη θετική επικοινωνία/συνεργασία μεταξύ γονιών και προσωπικού υγείας ώστε να διατυπωθούν προτάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό.

Στο γενικό μέρος αναπτύσσονται δύο κεφάλαια α) η φροντίδα των νεογνών στη MENN όπου γίνεται αναφορά στην έννοια της προωρότητας των νεογνών, στους λόγους μεταφοράς τους στη MENN, στη λειτουργία των MENN (μηχανήματα και εξοπλισμός) και β) η ψυχολογική κατάσταση των γονέων με παιδί που νοσηλεύεται σε MENN όπου γίνεται αναφορά στο στρες και στην κατάθλιψη των γονέων, στις ανάγκες υποστήριξης τους, στη ψυχολογική τους στήριξη, στη στήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, και στη στήριξη σε πρακτικό επίπεδο. Επίσης γίνεται αναφορά σε ένα μοντέλο στήριξης γονιών από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο ειδικό μέρος αναπτύσσεται η μεθοδολογία και τα χαρακτηριστικά της έρευνας και παρουσιάζονται τα ευρήματα και τα αποτελέσματά της. Τέλος, μέσω των αποτελεσμάτων που προκύπτουν ακολουθεί συζήτηση και διατυπώνονται τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις για τη βελτίωση της κατάστασης που επικρατεί.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Τα προβλήματα τα οποία μπορούν να εμφανιστούν σε μια εγκυμοσύνη μπορούν να οδηγήσουν σε πρόωρη διακοπή της. Τα περισσότερα νεογνά των πρόωρων τοκετών παρουσιάζουν προβλήματα υγείας που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ). Αν ο τοκετός λάβει χώρα σε κάποιο μεγάλο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης τότε η κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα, αν όμως ο τοκετός έχει πραγματοποιηθεί σε κάποιο μικρό νοσοκομείο τότε ανάλογα με τα συμπτώματα και την κατάσταση του νεογνού κρίνεται και η μεταφορά του σε ένα μεγαλύτερο νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα διακομιδής, ο εξοπλισμός και το εξειδικευμένο προσωπικό που θα εξασφαλίσουν μια ασφαλή μεταφορά. Μετά τη μεταφορά, τα νεογνά τοποθετούνται για νοσηλεία σε ΜΕΝΝ οι οποίες διαθέτουν τα απαραίτητα μηχανήματα υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών των νεογνών. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στον ορισμό του πρόωρου νεογνού, στη διαδικασία μεταφοράς του στη ΜΕΝΝ και στον τρόπο που αυτή λειτουργεί.

1.1 Προωρότητα των νεογνών

Τα νεογνά που διατρέχουν κίνδυνο επιπλοκών είναι εκείνα που γεννιούνται πιο νωρίς από ότι είχε προγραμματιστεί ή το βάρος τους είναι μικρότερο από 2500 γρ. Νεογνά που γεννιούνται πριν συμπληρώσουν την 36^η εβδομάδα κύησης, ονομάζονται πρόωρα, ενώ ανώριμα λέγονται τα νεογνά των οποίων το βάρος είναι μικρότερο από 2500γρ.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις δυο αυτές καταστάσεις είναι διαφορετικά. Στην περίπτωση του πρόωρου νεογνού, τα συστήματα του σώματός του δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Τα κυριότερα προβλήματα που εμφανίζονται είναι: ανώριμο νευρικό και αναπνευστικό σύστημα, μειωμένος μυϊκός τόνος, επίσης, μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή γλυκόζη αίματος (υπογλυκαιμία), αυξημένη χολερυθρίνη (ίκτερος), αλλά και χαμηλή θερμοκρασία σώματος (υποθερμία). Για να ωριμάσουν τα συστήματα του νεογνού και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και αυτόνομα, αλλά και

για να ελέγχεται κατάλληλα η ανάπτυξη του το νεογνό τοποθετείται σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Biancofiore et al., 2009).

Ο αναπνευστικός κίνδυνος, δεν παρουσιάζεται τόσο συχνά στα χαμηλού βάρους νεογνά αλλά, παρουσιάζονται πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν: χαμηλό ασβέστιο αίματος (υπασβεσταιμία), υπογλυκαιμία και υποθερμία καθώς και αναπτυξιακές-νευρολογικές αναπηρίες. Το μικρό βάρος των νεογνών οφείλεται κυρίως σε χρόνιες ασθένειες των μητέρων τους, στη φτωχή σίτιση τους καθώς επίσης ενοχοποιούνται οι έφηβες μητέρες, γιατί σε τέτοιες ηλικίες οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι. «Εύθραυστα νεογνά» ονομάζονται τα νεογνά που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο στα ενδογενή χαρακτηριστικά τους ενώ «νεογνά σε κίνδυνο» ονομάζονται τα νεογνά που κινδυνεύουν από εξωτερικούς παράγοντες. Και σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία των νεογνών σε περιβάλλον το οποίο να παρέχει ασφάλεια και υποστήριξη στις λειτουργίες του βρέφους, δηλαδή σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Brili et al., 2001).

Τα νεογνά αξιολογούνται με διάφορες κλίμακες βαρύτητας όπως για παράδειγμα το βάρος γέννησης, αν δηλαδή είναι μικρότερο ή μεγαλύτερο από 1000gr., την ηλικία κύησης, όσο δηλαδή μικρότερη είναι η ηλικία κύησης του νεογνού κάτω από τις 30 εβδομάδες, τότε τα προβλήματα και ο χρόνος νοσηλείας αυξάνουν σε βαρύτητα, από το χρόνο παραμονής τους στη MENN, όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος νοσηλείας τόσο αυξημένοι είναι και οι κίνδυνοι για την νευρολογική του ανάπτυξη, λοιμώξεων ακόμη και για τη ζωή του.

1.2 Μεταφορά Νεογνών στη MENN

Στις περιπτώσεις όπου ο τοκετός πραγματοποιείται σε κάποιο νοσοκομείο ή κλινική που δε διαθέτει MENN τότε θα πρέπει να μεταφερθεί σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο το οποίο διαθέτει. Για να μεταφερθεί ένα νεογνό σε μια MENN θα πρέπει να παρουσιάζει πολύ σοβαρά προβλήματα που δεν αντιμετωπίζονται στο χώρο που βρίσκεται. Τέτοια προβλήματα είναι: η βραδυκαρδία, η αδυναμία του αναπνευστικού του συστήματος, το εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης, η μικρή ενδομήτρια ανάπτυξη, οι συγγενείς καρδιοπάθειες ή και να πάσχει από κάποια αιμολυτική νόσο ή να έχει διαταραχές στο μεταβολισμό του και τέλος να απαιτείται η άμεση χειρουργική αποκατάσταση των προβλημάτων του (Σαραφίδης, 2003).

Πριν από τη μεταφορά του νεογνού θα πρέπει να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του. Οι πιθανότητες επιβίωσης του νεογνού κατά τη μεταφορά μειώνονται εξαιρετικά στην περίπτωση που η κατάσταση του δεν είναι σταθεροποιημένη. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις σταθεροποίησης είναι οι εξής: να είναι καταρχήν καλά οξυγονωμένο, δηλαδή τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα να είναι ικανοποιητικά, οι καρδιακοί παλμοί να είναι περισσότεροι από 100/ λεπτό, να μην εμφανίζει συμπτώματα υπογλυκαιμίας και χαμηλής πίεσης αίματος (Σαραφίδης, 2003).

Παράλληλα, για να μεταφερθεί ένα νεογνό, που βρίσκεται σε τόσο σοβαρή κατάσταση, σε μια MENN θα πρέπει να πληρούνται κάποιες απαραίτητες προϋποθέσεις, όπως η σωστή και καλή οργάνωση της μεταφοράς, ο κατάλληλος μηχανικός εξοπλισμός καθώς και εκείνο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο είναι εξειδικευμένο για τέτοιες καταστάσεις (Donn and Gates, 2000).

Για την ασφαλή μεταφορά του νεογνού κρίνεται απαραίτητο να υπάρχουν τουλάχιστον δυο άτομα. Το ιδανικότερο είναι να συνοδεύεται από ιατρό νεογνολόγο και από νοσηλεύτη. Εκτός όμως από το έμπνηχο προσωπικό σημαντική είναι και η συμβολή και επιλογή του μέσου με το οποίο το νεογνό διακομίζεται στη MENN. Η μεταφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί από ασθενοφόρο, από αεροπλάνο ή και ελικόπτερο σε περίπτωση πολύ μεγάλης απόστασης. Πριν τη μεταφορά του νεογνού απαραίτητη είναι η αναλυτική καταγραφή ενημερωτικού σημειώματος, το οποίο περιλαμβάνει την ταυτότητα του νεογνού, το ιατρικό ιστορικό, τα προβλήματα που παρουσιάζει και ποιες ενέργειες έγιναν για την αντιμετώπισή τους, ακολουθεί η ενημέρωση των γονέων για την αναγκαιότητα και σπουδαιότητα μεταφοράς του νεογνού από τους αρμόδιους σε οργανωμένο νοσοκομείο και τέλος η ύπαρξη συνεννόησης του νοσοκομείου που διακομίζει το νεογνό και του νοσοκομείου που θα το υποδεχτεί (Σαραφίδης, 2003).

Στα μέσα μεταφοράς μεγάλη σημασία έχει ο κατάλληλος εξοπλισμός. Ουσιαστικά θα πρέπει να διαθέτουν υποδομές συσκευές και μηχανήματα τα οποία να έχουν πολλές ομοιότητες με τις MENN. Οι συνοδοί για τη μεταφορά του νεογνού θα πρέπει να έχουν την εμπειρία και τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να μπορούν να χειριστούν τις αντίστοιχες συσκευές τα όργανα ή συχνά έκτακτες για την υγεία του παιδιού, καταστάσεις. Ο αντίστοιχος έλεγχος σημαντικό είναι να πραγματοποιείται πριν από κάθε μεταφορά του νεογνού (Donn and Gates, 2000).

1.3 Η λειτουργία των MENN (μηχανήματα και εξοπλισμός)

Κάθε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών είναι εξοπλισμένη με πολλά σύγχρονα και εξειδικευμένα μηχανήματα όπως είναι οι θερμοκοιτίδες, εξοπλισμός για την μηχανική υποστήριξη του αναπνευστικού (αναπνευστήρες), τα μόνιτορ για την παρακολούθηση όλων των ζωτικών λειτουργιών, οξύμετρα, οξυγονόμετρα, αντλίες έγχυσης υγρών, αναλυτές αερίων αίματος και φωτοθεραπείες. Η παρεντερική χορήγηση υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια (οροί) για τη θεραπεία των νεογνών, παρασκευάζονται από ειδικό φαρμακοποιό σε ένα ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Όσον αφορά στο προσωπικό, σε μια MENN, υπάρχουν εξειδικευμένοι παιδίατροι, ουρολόγοι, καρδιολόγοι, οφθαλμίατροι, ορθοπεδικοί, ωτορινολαρυγγολόγοι, χειρουργοί και νευρολόγοι-νευροχειρουργοί, καθώς επίσης και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (Buckley et al., 1997).

Μετά τον τοκετό, το νεογνό μεταφέρεται για εντατική νοσηλεία και το προσωπικό υγείας αξιολογεί την κατάσταση του ώστε να του χορηγηθεί η ιατρονοσηλευτική φροντίδα που του είναι απαραίτητη. Οι MENN μπορούν σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα να παράσχουν στο νεογνό τρία διαφορετικά στάδια νοσηλείας. Πρώτο στάδιο από όλα είναι η παροχή εντατικής νοσηλείας για τα νεογνά που δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς υποστήριξη και παρουσιάζουν προβλήματα στις βασικές λειτουργίες τους, έπειτα μπορούν να παράσχουν ενδιάμεση νοσηλεία για όλα τα νεογνά των οποίων η κατάσταση τους, τους επιτρέπει να επιστρέψουν στο σπίτι τους μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και τέλος την απλή νοσηλεία που αφορά τα νεογνά που χρειάζονται μια σχετικά απλή παρακολούθηση πριν επιστρέψουν στο σπίτι στην οικογένειά τους (Day, 2007).

Στο πρώτο στάδιο νοσηλεύονται συνήθως νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης και μικρής ηλικίας κύησης, με αναπνευστικά και νευρολογικά προβλήματα, που έχουν ανάγκη μηχανικής υποστήριξης (αναπνευστήρας) για να κρατηθούν στη ζωή. Επίσης νεογνά με χειρουργικά ή καρδιολογικά προβλήματα που και αυτά έχουν ανάγκη μηχανικής υποστήριξης. Στο δεύτερο στάδιο νοσηλεύονται νεογνά με μεγαλύτερη ηλικία κύησης, συνήθως πάνω από 30 εβδομάδων και μεγαλύτερο βάρος γέννησης, πάνω από 1000γρ, που οι ανάγκες τους δεν προϋποθέτουν χρήση αναπνευστήρα ή χρειάστηκαν μηχανική υποστήριξη ή απλά οξυγόνο για λίγες ώρες ή λίγες μόνο ημέρες. Στο τρίτο στάδιο, στα νεογνά που νοσηλεύονται παρακολουθείται

απλά η πορεία εξέλιξης τους χωρίς ιδιαίτερες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις μέχρι τη συμπλήρωση του κατάλληλου βάρους και ηλικίας που προϋποθέτουν την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Ο χρόνος παραμονής του παιδιού σε κάθε στάδιο είναι σχετικός και εξαρτάται από τα προβλήματα και τις αντιδράσεις του οργανισμού του.

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ

ΝΟ ΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΝΝ

Η πλειοψηφία των γονιών αναμένει με μεγάλη προσμονή τον ερχομό ενός νέου μέλους στην οικογένεια. Όταν όμως η προσμονή αυτή διακόπτεται βίαια από έναν πρόωρο τοκετό και την υποχρεωτική νοσηλεία του νεογνού σε κάποια ΜΕΝΝ, τότε οι γονείς βιώνουν καταστάσεις στρες και κατάθλιψης, τα οποία εντείνονται από το περιβάλλον της ΜΕΝΝ και την εμφάνιση του παιδιού τους. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στη συναισθηματική κατάσταση των γονέων όταν η χαρά του τοκετού αντικαθίσταται από τον κίνδυνο κλονισμού της υγείας από την μακροχρόνια νοσηλεία του παιδιού τους, ακόμη και από τον θάνατο.

2.1 Στρες και κατάθλιψη

Το στρες και η κατάθλιψη είναι δυο καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα των οποίων οι συγγενείς τους νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο. Όταν η κατάσταση των ασθενών κρίνεται κρίσιμη και απαιτείται εισαγωγή σε κάποια μονάδα εντατικής νοσηλείας η ένταση των καταστάσεων αυτών κορυφώνεται. Οι γονείς των νεογνών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό τις συγκεκριμένες ψυχολογικές καταστάσεις και σε εξαιρετικά μεγάλη ένταση (Eriksson, 2002).

Η γέννηση ενός παιδιού προσλαμβάνεται από τους γονείς του κυρίως σαν ένα πολύ χαρούμενο γεγονός. Ένας πρόωρος τοκετός και η γέννηση ενός νεογνού που χρήζει άμεσης νοσηλείας σε ΜΕΝΝ έχει ως αποτέλεσμα να φέρει τους γονείς μπροστά σε απρόσμενα προβλήματα και αποτελεί για αυτούς συχνά μια δυσάρεστη και τραυματική εμπειρία. Το γεγονός ότι αντικρίζουν για πρώτη φορά το μικροσκοπικό παιδί τους σε μηχανική υποστήριξη και με διάφορα καλώδια αλλά και η διαφορά της φαντασίωσης του παιδιού τους με την πραγματικότητα, είναι

ψυχοφθόρο για εκείνους και πολλές φορές κυριαρχούνται από το αίσθημα της απόρριψης του παιδιού τους.

Επειδή η εναλλαγή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθιστά το περιβάλλον της MENN μεταβλητό, αποτελεί ένα περιβάλλον στρεσογόνο για τους γονείς και κυρίως για τη μητέρα (Eriksson, 2002).

Το στρες των συγγενών και ιδιαίτερα των μητέρων με παιδιά σε MENN μπορεί να περιγραφεί ως εκείνη την κατάσταση που προκαλεί συναισθηματική πίεση, άγχος, ευερεθιστότητα, καταπόνηση, νευρικότητα, απομόνωση, ανασφάλεια, κατάθλιψη και αϋπνία. Αυτά τα συναισθήματα είναι ιδιαίτερα επώδυνα και επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό τους γονείς. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στρες μπορεί να βιώσουν ακόμα και γονείς των οποίων τα νεογνά δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα (Λαζαρίδου, 2009). Η κατάθλιψη από την άλλη πλευρά, είναι μία ψυχολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη ευχαρίστησης και εξουθενώνει το άτομο. Σύμφωνα με έρευνα το 18% των γονιών που νοσηλεύονταν το παιδί τους σε MENN εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης και νευρικότητα (Λαζαρίδου, 2009).

Ως στρεσογόνο αλλά και παράγοντας κατάθλιψης σε περιπτώσεις νοσηλείας νεογνών σε MENN είναι η αίσθηση της πλειοψηφία των γονέων, ιδίως των μητέρων, ότι ο ρόλος τους αλλάζει λόγω της κατάστασης του παιδιού τους. Το γεγονός ότι οι γονείς νιώθουν ανίσχυροι να προσπαθήσουν να βοηθήσουν το παιδί τους ή ακόμα και το ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να το περιποιηθούν φυσιολογικά ενισχύει τη συναισθηματική αυτή κατάσταση. Το χρονικό διάστημα το οποίο θα παραμείνει το νεογνό στη MENN, επίσης ενισχύει τα δυο αυτά αρνητικά συναισθήματα. Το στρες και η κατάθλιψη που προκαλούνται στους γονείς από τη νοσηλεία του νεογνού στη MENN μπορούν και υπάρχει λύση να μετριαστούν: όταν υπάρχει υποστήριξη και ενδιαφέρον από το προσωπικό υγείας (Trombini et al., 2008).

Η ενημέρωση των γονέων για τη λειτουργία των μηχανημάτων που υποστηρίζουν το παιδί τους, μπορεί να μετριάσει το άγχος και την κατάθλιψη. Τα επίπεδα των δυο αυτών δυσάρεστων συναισθημάτων μπορούν να μειωθούν με την

εκπαίδευση των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων καθώς και με την ενίσχυση του γονικού τους ρόλου (Trombini et al.,2008).

2.2 Ανάγκες υποστήριξης

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ανάγκες υποστήριξης των γονιών αφορούν σε διάφορα επίπεδα και συγκεκριμένα στα εξής: α) σε ψυχολογικό επίπεδο , β) σε επίπεδο πληροφόρησης και γ) σε πρακτικό επίπεδο.

2.2.1. Ψυχολογική στήριξη

Η γέννηση ενός μωρού πρόωρου ή ενός μωρού με σοβαρά προβλήματα υγείας, έχει άμεσο αντίκτυπο στην οικογένεια του. Όταν μάλιστα οι γονείς είναι η πρώτη φορά που αποκτούν παιδί και είναι πολύ νέοι, δεν έχουν εμπειρία να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση. Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και αν τα πρόωρα νεογνά δεν έχουν ιδιαίτερα προβλήματα, τα επίπεδα άγχους και στρες των γονέων τους είναι αυξημένα, γεγονός που πηγάζει από το φόβο εμφάνισης κάποιου προβλήματος στη νοητική και σωματική εξέλιξη του παιδιού τους (Miles et al., 2002).

Εκτός όμως από το γεγονός της γέννησης ενός πρόωρου νεογνού, οι γονείς βιώνουν για πρώτη φορά την εμπειρία από την παραμονή του παιδιού τους μέσα σε ένα χώρο όπου υπάρχουν ειδικοί εξοπλισμοί, φώτα και ήχοι από μηχανήματα παρακολούθησης ζωτικών οργάνων και συνεχή κίνηση. Η αρχική τους εικόνα για το πως θα ήταν το παιδί τους, η χαρά της προσμονής του έρχεται σε αντίθεση με την εικόνα που αντικρίζουν, δηλαδή ενός παιδιού με ισχνή όψη, διασωληνωμένου και καλυμμένου με ηλεκτρόδια από διάφορα μηχανήματα, τα οποία προσφέρουν υποστήριξη στην αναπνοή, τροφή και τη χορήγηση των απαραίτητων φάρμακων.

Σε συνθήκες MENN οι μητέρες των νεογνών βιώνουν, σύμφωνα με έρευνες, (Miles et al., 2002, Mok & Leung, 2005, Carter et al 2005), πέντε φορές μεγαλύτερο στρες από τις μητέρες που τα παιδιά τους γεννήθηκαν φυσιολογικά. Η ψυχική τους κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται πολλές φορές εχθρικά απέναντι στους ανθρώπους που τις περιβάλλουν και στο προσωπικό υγείας, συμπεριφορά η οποία είναι περισσότερο έκδηλη κατά την έξοδο του νεογνού από την MENN. Κάτω από τέτοιες συνθήκες οι γονείς αισθάνονται εγκλωβισμένοι, αβοήθητοι και ανίσχυροι να ενεργήσουν (Αναγνωστάκου και συν., 2009).

Τα πρώτα αισθήματα που κυριαρχούν κυρίως από τη μεριά των γονιών είναι η θλίψη και το άγχος ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των μητέρων αισθάνονται ενοχή και μειωμένη αυτοεκτίμηση καθώς θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την κατάσταση υγείας του νεογνού. Ευθύνες αποδίδονται επίσης και από το περιβάλλον των γονιών σε αυτούς. Η κακή ψυχολογική κατάσταση των γονιών έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ανταγωνιστικές και εχθρικές σχέσεις μεταξύ των γονιών των πρόωρων νεογνών και του προσωπικού της ΜΕΝΝ. Εκτός όμως από τα έντονα και αρνητικά συναισθήματα που αισθάνονται οι γονείς, η διαφορετική ψυχοσύνθεση τους και οι ψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητες τους έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούν διάφορες εντάσεις καθώς και δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις. Σε περιπτώσεις εξωσωματικής σύλληψης ή όταν η κύηση είναι πολύ δύσκολη λόγω εξωσωματικής η ένταση αυτή είναι μεγαλύτερη (Miles et al., 2002).

Απαραίτητη είναι η ενίσχυση του ψ από κάποιο δίκτυο κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς αυτών των νεογνών να μπορούν να υποστηρίζονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΝΝ. Το εξειδικευμένο προσωπικό των μονάδων μπορεί να ενθαρρύνει τους γονείς των πρόωρων νεογνών να φροντίζουν από την αρχή τα παιδιά τους ώστε να μπορούν να αισθάνονται ενεργοί και ταυτόχρονα να μειώσουν τα επίπεδα άγχους και ενοχής που τους καταλαμβάνουν (Johnson et al., 1997).

Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού βοηθά τους γονείς να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα ενοχής και την αμφιθυμία που παρουσιάζουν. Σε πολλές περιπτώσεις πολλές μητέρες, λόγω της μακροχρόνιας νοσηλείας του νεογνού παρουσιάζουν διατάραξη του δεσμού μητέρας- παιδιού. Στην περίπτωση αυτή η υποστήριξη από τους ψυχολόγους και από το προσωπικό υγείας μπορεί να αμβλύνει την διαταραχή της σχέσης αυτής. Οι μητέρες με πρόωρα νεογνά σε ποσοστό 10% μπορούν να εμφανίζουν συμπτώματα έντονου στρες και κατάθλιψης μέχρι που το παιδί τους να φτάσει την ηλικία των 3 ετών. Για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση από ψυχολόγο καθώς υπάρχουν προγράμματα αντιμετώπισης των οικογενειών των νεογνών και των ίδιων των νεογνών (Hunter et al., 1987).

Στα προγράμματα στήριξης των γονέων κατέχει σημαντικό ρόλο η ευαισθητοποίηση που έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα όπως είναι η ψυχική υγεία της οικογένειας αλλά και της βρεφονηπιακής ηλικίας. Για να

επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση και η διασύνδεση του προσωπικού θα πρέπει: να υπάρχει ουσιαστική επαφή με τα πρόσωπα- κλειδιά της MENN που είναι πιο πολύ ευαισθητοποιημένα, να εκπαιδευτεί το προσωπικό ώστε να αναγνωρίζει σε όσο το δυνατόν μικρό χρονικό διάστημα τις περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν άμεση βοήθεια από ψυχολόγο ψυχικής υγείας και τέλος να υπάρχει στενή σχέση συνεργασίας με τις επισκέπτριες υγείας όταν τελικά τα πρόωρα νεογνά πάρουν εξιτήριο από τη MENN. Οι βασικές στρατηγικές που ακολουθούνται στα προγράμματα προσέγγισης από το προσωπικό του νοσοκομείου στους γονείς με νεογνά στη MENN είναι να κατανοηθούν και να ρυθμιστούν οι συναισθηματικές καταστάσεις των γονιών και να τους δοθεί η δυνατότητα επίλυσης των προβλημάτων τους. Οι μητέρες των πρόωρων νεογνών που συμμετέχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις ανάγκες των νεογνών αλλά και τις δικές τους γιατί είναι εφοδιασμένες με κατάλληλα ερεθίσματα ώστε να αλληλεπιδράσουν με τα παιδιά τους θετικότερα. Οι πρώιμες αυτές παρεμβάσεις από το έμπειρο και εκπαιδευμένο προσωπικό υγείας των MENN έχουν ως αποτέλεσμα τη θετική έκβαση της σχέσης μεταξύ των μητέρων των πρόωρων νεογνών και των νεογνών (Boris et al., 1999).

Από έρευνα που έγινε στη Β' MENN του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» για να καταγραφούν τα συναισθήματα των γονέων των πρόωρων νεογνών ώστε να προσδιοριστούν στη συνέχεια οι παρεμβάσεις του πιλοτικού προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης των οικογενειών, διαπιστώθηκε ότι απαραίτητη είναι και η στήριξη του πατέρα. Οι περισσότεροι γονείς θεώρησαν ότι η συμβολή του ψυχολόγου, του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν υποστηρικτική ως προς αυτούς. Το 32% των γονέων απάντησε ότι θετική ήταν η συμβολή του ψυχολόγου, το 47% ότι θετική ήταν η συμβολή του ιατρικού προσωπικού και το 90% ότι θετική ήταν η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού (Αναγνωστάκου και συν., 2009).

Η πρώτη επαφή των μητέρων και των νεογνών είναι ζωτικής σημασίας για την σύσταση του δεσμού μεταξύ τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό των MENN διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και τη δομή του δεσμού αυτού, καθώς ενθαρρύνουν και προωθούν τη μητέρα να αλληλεπιδράσει με το νεογέννητο παιδί της. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να υποστηρίξει τη μητέρα και το νεογνό μέσω τριών τρόπων: τη φροντίδα μέσω της επαφής, το θηλασμό και την καθημερινή

φροντίδα. Πολλές μητέρες αισθάνονται αποκομμένες και ανίσχυρες στο περιβάλλον της MENN. Οι μητέρες που βιώνουν συχνή σωματική επαφή με τα παιδιά τους αισθάνονται πιο κοντά σε αυτά. Παραδέχονται πως η επαφή αυτή με τα παιδιά τους τις ωθεί να τα μάθουν αλλά και να τις μάθει και το παιδί καλύτερα, να δεθούν συναισθηματικά και να έρθουν πιο κοντά σε αυτά σε ένα περιβάλλον το οποίο είναι αφιλόξενο όπως αυτό της MENN. Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού υποστηρίζει ότι μέσα από μια τέτοια διαδικασία αυξάνεται η αυτοπεποίθηση της μητέρας, ενώ παράλληλα η αυτοπεποίθηση αυτή συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης του βρέφους. Το νοσηλευτικό προσωπικό ωθεί σε αυτόν τον τρόπο την επαφή στις μητέρες των οποίων τα παιδιά έχουν γεννηθεί πρόωρα, ανώριμα και είναι διασωληνωμένα. Ο θηλασμός από την άλλη είναι ένα σημαντικό στοιχείο ώστε να συσταθεί συναισθηματική σχέση επαφής μεταξύ του νεογνού και της μητέρας του. Οι μητέρες περιγράφουν το θηλασμό σαν τη διαδικασία η οποία τους δίνει ένα αίσθημα στενής και φυσιολογικής επαφής με το παιδί. Η αλληλεπίδραση συμβάλλει στη προσκόλληση του παιδιού με τη μητέρα αλλά και αντίστροφα. Ο θηλασμός δεν είναι ουσιαστικά μόνο σίτιση αλλά είναι ένας τρόπος αμοιβαίας ευχαρίστησης και διασύνδεσης. Οι μητέρες θεωρούν ότι επιτέλους επανακτούν το ρόλο τους που τους είχε στερηθεί από την εισαγωγή του νεογνού στη MENN. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί σημαντικό διαμεσολαβητή ανάμεσα στο νεογνό και τη μητέρα. Η ενθάρρυνση που παρέχουν στη μητέρα ώστε να επιτευχθεί η επαφή μητέρας-νεογνού, αυξάνει τη σωματική και ψυχολογική σχέση μεταξύ τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ενθαρρύνει τις ενέργειες θηλασμού καθώς και την επικοινωνία μέσω: επαφής, ομιλίας, τραγουδιού, αλλαγής πάνας και σίτισης συμβάλλει στο χτίσιμο της σχέσης μεταξύ της μητέρας και του παιδιού (Bialoskurski, 1999).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που οι μητέρες δεν είχαν την ικανότητα και την αυτοπεποίθηση να διεκδικήσουν το πώς θα διαχειριστούν το παιδί τους μέσα σε ένα τέτοιο αφιλόξενο περιβάλλον. Η θετική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού συμβάλλει στη συμμετοχή των μητέρων στην φροντίδα των παιδιών τους. Οι μητέρες που ασχολούνται με τέτοιες δραστηριότητες είναι ικανές και μπορούν να παίρνουν αποφάσεις για τη φροντίδα των παιδιών τους. Ο Martinez et al. (2007) θεωρεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνοι οι ειδικοί οι οποίοι μπορούν να εκπαιδεύσουν

ακόμα και τους πατέρες για τις μητρικές μεθόδους συναισθηματικής επαφής και φροντίδας των νεογνών.

Η σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τη μητέρα είναι πολύ σημαντική. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να υποστηρίξει τη μητέρα ώστε εκείνη να δημιουργήσει διασύνδεση με το παιδί της. Το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι ευαίσθητο και υποστηρίζει τις ανάγκες των νέων μητέρων μπορεί να τις καθοδηγήσει και να ενισχύσει τις μητρικές αποκρίσεις στα βρέφη τους. Οι μητέρες οι οποίες αντιμετωπίζονται με φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό ωθούνται να χτίσουν μια υγιή και θετική σχέση με το παιδί τους. Κάθε μητέρα που βιώνει την εισαγωγή του παιδιού της σε μια MENN βρίσκεται σε συναισθηματικό χάος. Το άγνωστο περιβάλλον μπορεί να της προκαλέσει συναισθήματα άγχους, ανησυχίας και αποκλεισμού και να μην είναι σε θέση να εκφράσει λεκτικά τις ατομικές της ανάγκες.

Έρευνες έδειξαν ότι η θετική ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό συνέβαλε στη σύσταση σχέσης μεταξύ της μητέρας και του νεογνού που βρισκόταν στην εντατική. Το νοσηλευτικό προσωπικό που παρείχε υποστήριξη, βοήθεια, κατανόηση και σεβάστηκε τη μητέρα σαν άτομο και κράτησε ενθαρρυντική στάση απέναντί της σε όλη αυτή την εμπειρία συνέβαλλε στο να μειωθεί το άγχος της. Οι μητέρες απέκτησαν ικανοποίηση και εμπιστοσύνη από το νοσηλευτικό προσωπικό που τους παρείχε εκπαίδευση, ενθάρρυνση και συναισθηματική υποστήριξη μέσα από αυτή τη νέα εμπειρία στη MENN. Το νοσηλευτικό προσωπικό έγινε η πηγή της δύναμης και της γνώσης, ώστε να μπορούν να διαχειριστούν την πίεση που αισθάνονταν και να είναι κοντά στο παιδί τους (Engler et al., 2002).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, 25 μητέρες των οποίων τα παιδιά εισήχθησαν σε MENN, αισθάνθηκαν να ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν στη φροντίδα των παιδιών τους από μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ από άλλους είχαν αισθανθεί ανίσχυρες. Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι οι νοσηλευτές που υποστηρίζουν, ενθαρρύνουν και δεν είναι επικριτικοί μπορούν να αναπτύξουν σχέσεις αξιοπιστίας μεταξύ προσωπικού και μητέρων. Όταν οι μητέρες βιώνουν δεσμούς εμπιστοσύνης με το νοσηλευτικό προσωπικό, η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα τους δυναμώνει. Μέσω της μελέτης αυτής ενισχύεται η άποψη ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα να απορρίψει ή να υποστηρίξει τις μητέρες να εμπλακούν στη φροντίδα των παιδιών τους ώστε να αναπτύξουν

διασύνδεση μαζί του. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να επικοινωνεί με τις μητέρες, να τις υποστηρίζει στη συναισθηματική τους θλίψη και στην ανησυχία τους ώστε μέσα σε αυτή την κρίσιμη κατάσταση να μπορέσουν να αλληλεπιδρούν συναισθηματικά με το νεογνό. Επομένως ο βαθμός οικειότητας της μητέρας και του βρέφους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου καθώς και από την υποστήριξη που παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό (Eriksson et al., 2002).

2.2.2 Στήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης

Οι γονείς των πρόωρων βρεφών και ιδιαίτερα οι μητέρες συχνά εκφράζουν την επιθυμία τους για ανοικτή και ειλικρινή επικοινωνία με το προσωπικό. Πολλές φορές αισθάνονται ότι δεν τους έχουν δοθεί επαρκείς πληροφορίες ώστε να μπορέσουν να φροντίζουν το παιδί τους. Η πλειοψηφία των γονιών εμφανίζεται να ζητά λεπτομερείς και συχνές πληροφορίες για την κατάσταση του παιδιού τους, καθώς επίσης και τον τρόπο που μπορούν να το φροντίσουν. Η συμπεριφορά τους φανερώνει την ανάγκη οι απαιτήσεις τους να γίνουν σεβαστές ώστε να είναι και εκείνοι σε θέση να συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού τους, αλλά ταυτόχρονα να έχουν την αίσθηση του ελέγχου της κατάστασης. Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς που τους επιτρέπεται να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα παιδιά τους και έχουν ικανοποιητική επικοινωνία με το προσωπικό υγείας παρουσιάζουν βελτιωμένη ψυχολογία. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει κατά τη διάρκεια κάθε επίσκεψης των γονέων, να είναι σε θέση να τους ενθαρρύνει, να τους στηρίζει και να τους ενισχύει θετικά αλλά και να τους βοηθά να κατανοούν την κατάσταση και τη συμπεριφορά του νεογνού (Coyne, 1995).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να βοηθήσει τους γονείς των πρόωρων νεογνών καθώς παρέχει φροντίδα στα νεογνά αλλά ταυτόχρονα μπορεί να καθοδηγεί τους γονείς τους. Οι μητέρες που λαμβάνουν υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης από το προσωπικό υγείας δηλώνουν στην πλειοψηφία τους ευχαριστημένες. Η στήριξη πολλές φορές επικεντρώνεται και στην προώθηση της σύστασης θετικής σχέσης μεταξύ γονέα και παιδιού. Συμπεριφορές ενδιαφέροντος και φροντίδας για το νοσηλευόμενο νεογνό από το προσωπικό των ΜΕΝΝ, εκτιμώνται ιδιαίτερα από τους γονείς. Το βασικό στοιχείο της σύστασης μιας

επιτυχημένης σχέσης ενός γονέα-πάρουχου με το παιδί του που έχει προβλήματα υγείας είναι η στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς τους γονείς όσο αφορά στην ανταλλαγή πληροφοριών, στη προώθηση και στην αναγνώριση της γονικής αρμοδιότητας στη φροντίδα του νεογνού και στην επικοινωνία και στο ενδιαφέρον προς αυτούς (Nystrom & Axelsson, 2002).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό νοσοκομείο του Χονγκ Κόνγκ (Mok & Leung, 2005) διαπιστώθηκε ότι και για τους δυο γονείς νεογνού σε MENN ήταν πολύ σημαντική η επικοινωνία που είχαν με το νοσηλευτικό προσωπικό για τα θέματα που αφορούσαν το παιδί τους. Η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με τις μητέρες των νεογνών αφορούσε τη φροντίδα του παιδιού τους όπως του άρμοζε, την ενημέρωση για τυχόν αλλαγές ή βελτιώσεις στην κατάσταση υγείας του νεογνού και τέλος τη βοήθεια να κατανοήσουν τι ακριβώς συμβαίνει στο παιδί τους. Οι περισσότερες μητέρες παραδέχτηκαν ότι η βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν σημαντική. Επίσης, σημειώθηκε ιδιαίτερη διαφορά στις απόψεις των μητέρων με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως τόπο κατοικίας, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο, ως προς την αντιμετώπιση τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Όλες οι μητέρες συμφώνησαν ότι η πληροφόρηση και η επικοινωνία ήταν πολύ σημαντικές για εκείνες ιδιαίτερα κατά τις πρώτες μέρες της εισαγωγής του νεογνού στην MENN, όπου οι περισσότερες ήταν σε κατάσταση σοκ και κατά συνέπεια μη κατανόησης των πληροφοριών. Όλες δήλωσαν ότι ήθελαν να γνωρίζουν κάθε τι που συνέβαινε στο παιδί τους άσχετα αν δεν καταλάβαιναν και ότι οι περισσότερες δεν ήξεραν τι ακριβώς να ρωτήσουν (Pearson & Andersen, 2001).

Οι γονείς για να μετατραπούν από παθητικοί παρατηρητές σε ενεργούς συμμετέχοντες χρειάζονται συνεχή πληροφόρηση σε όλα τα στάδια νοσηλείας του παιδιού τους στη MENN. Με τον τρόπο αυτό είναι σε θέση να συμμετέχουν στη φροντίδα του, καθώς προσαρμόζονται και μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν την νέα αυτή κατάσταση. Η αρχική τους ανησυχία για το αν και πώς το παιδί τους θα επιβιώσει και ποια θεραπεία θα πρέπει να ακολουθηθεί, μετατοπίζεται στο πώς θα το φροντίζουν στην οικία τους. Η πλειοψηφία των γονέων εκτιμά το γεγονός να λαμβάνει τις κατάλληλες πληροφορίες τη χρονική στιγμή που είναι απαραίτητες. Οι πληροφορίες θα πρέπει να δίνονται με απλό, κατανοητό και ειλικρινή τρόπο και να επικεντρώνονται στις απαιτήσεις και τις γνωστικές των γονέων. Με τις κατάλληλες

πληροφορίες και δοσμένες στο χρόνο που πρέπει, οι περισσότεροι γονείς αισθάνονται ότι έχουν περισσότερο τον έλεγχο πάνω στο παιδί τους. Εξάλλου για τους περισσότερους γονείς είναι πιο σημαντικό να γνωρίζουν την αλήθεια ώστε να την αποδεχτούν και να την διαχειριστούν κατάλληλα (Shellabarger & Thompson, 1993).

Οι πληροφορίες στους γονείς μπορούν να δοθούν τόσο από το ιατρικό προσωπικό, όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο, είναι συχνό το φαινόμενο στο οποίο οι γιατροί παρέχουν πληροφορίες στους γονείς οι οποίες είναι εξαιρετικά πολύπλοκες, δυσνόητες με αποτέλεσμα εκείνοι να δυσκολεύονται να τις κατανοήσουν. Οι νοσηλευτές μπορούν να καλύψουν αυτό το κενό και να μετατρέψουν την ιατρική ορολογία σε πιο απλή για τις ανάγκες κατανόησης των γονέων. Η πληροφόρηση των γονέων θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι γονείς, να είναι σε θέση να τις αντιληφθούν και να τις επεξεργαστούν (Hupsey & Morse, 1997).

Τι συμβαίνει όμως όταν οι γονείς πιστεύουν ότι η επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι ικανοποιητική; Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να ανακοινωθούν οι πληροφορίες μπορούν να διευκολύνουν την αποδοχή και την κατανόηση τους από τους γονείς. Επίσης είναι εξαιρετικά σημαντικό να ανταλλάσσονται ζωτικού είδους πληροφορίες μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και της οικογένειας του πρόωρου νεογνού. Ωστόσο η Ελεγκτική Επιτροπή (1997) στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αξιολόγηση δηλαδή και η διαχείριση των επίσημων και γραπτών παραπόνων στα δημόσια νοσοκομεία, διαπίστωσε μετά από έλεγχο ότι υπάρχει πρόβλημα στη ροή των πληροφοριών μεταξύ της οικογένειας του νεογνού και του προσωπικού των MENN, ενώ σε έρευνα σχετικά με την εφαρμογή ενός νέου παράλληλου αρχείου υγείας του παιδιού (Blackburn, 1999) καταγράφηκαν οι ανάγκες των γονιών να λαβαίνουν ακριβείς πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας των παιδιών τους. Η πλειοψηφία των γονιών θεωρεί ότι οι πληροφορίες για την εξέλιξη της πορείας του παιδιού τους ενδυναμώνουν τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε εκείνο και σε αυτούς. Συμπεριφορές δεσμού δεν παρατηρούνται όμως πάντα ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά τους που νοσηλεύονται σε MENN γιατί το λειτουργικό περιβάλλον μιας μονάδας εντατικής δεν επιτρέπει συνήθως την εύκολη πρόσβαση των γονέων στο παιδί τους που περιθάλπεται (Blackburn, 1999).

Οι πρόωροι τοκετοί συνδέονται με τον αναγκαστικό «αποχωρισμό» της μητέρας από το παιδί και συχνά μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στη σχέση μητέρας-παιδιού. Η διαμεσολάβηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της σύστασης δεσμού ανάμεσα στους γονείς και το νοσηλευόμενο νεογνό. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ της μητέρας και του νοσηλευτικού προσωπικού καθόρισε το αν η φροντίδα η οποία παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν καλή ή όχι. Όταν το νεογνό επιβιώνει τότε η οικογένεια είναι ικανοποιημένη από την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Το σημαντικότερο στοιχείο στην επικοινωνία για τους γονείς είναι η αξιοπιστία της πληροφόρησης που τους παρέχεται. Τα περισσότερα προβλήματα εμφανίζονται όταν οι πληροφορίες που παρέχονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ελάχιστες ή απουσιάζουν τελείως καθώς και όταν είναι δυσνόητες (Klauss & Kennell, 1987).

Οι γονείς και ειδικότερα οι μητέρες βασίζονται στην πληροφόρηση που λαμβάνουν από το προσωπικό των ΜΕΝΝ. Σύμφωνα με έρευνες αν και οι γονείς έχουν οπτική επαφή με το νεογνό, ωστόσο η πληροφόρηση και η επικοινωνία από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνη που συμβάλλει ποιοτικότερα στην ανάπτυξη του δεσμού με το νοσηλευόμενο παιδί τους (Wereszczak et al., 1997). Κάποιες οικογένειες για να πληροφορηθούν για την κατάσταση του παιδιού τους αν και δεν καταλαβαίνουν τα ιατρικά έντυπα διαβάζουν τις σημειώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, θεωρώντας αυτές ως σημαντική πηγή πληροφόρησης. Όμως η ανάγνωση τέτοιων σημειώσεων προκαλεί ένα βαθμό ανασφάλειας και σύγχυσης στους γονείς γιατί δεν μπορούν να τα εξηγήσουν. Μεγάλο ποσοστό των γονιών πιστεύει ότι τους αποκρύπτονται πληροφορίες για το παιδί τους όταν αυτές δεν είναι καλές. Οι μητέρες για να μπορέσουν να κατανοήσουν τις σημειώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού συνήθως θέτουν εξειδικευμένες ερωτήσεις στο προσωπικό για την κατάσταση του παιδιού τους και έτσι η σύγχυσή τους μεγαλώνει (Martin-Arafeh, 1999).

Η επικοινωνία μεταξύ των γονέων και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να είναι συμμετρική ή ασύμμετρη. Η σχέση τους μπορεί να θεωρηθεί συμμετρική όταν και οι δυο πλευρές, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι γονείς συμμετέχουν στη φροντίδα του νεογνού και σημειώνεται καλή ροή επικοινωνίας και

πληροφοριών μεταξύ τους. Η σχέση είναι ασύμμετρη όταν οι γονείς θεωρούν ότι δεν υπάρχει ποιότητα στην επικοινωνία μεταξύ αυτών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Το πρόβλημα εντείνεται όταν το προσωπικό παρουσιάζεται ψυχρό, απρόσωπο, δε θέλει να δημιουργήσει επαφές με τους γονείς γεγονός που δημιουργεί εμπόδια στη μεταξύ τους σχέση. Τα προβλήματα επικοινωνίας μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στο δέσιμο μεταξύ της μητέρας και του παιδιού. Σύμφωνα με την έρευνα των Wilker et al (1997), η κατανοητή, τακτική και αξιόπιστη παροχή πληροφοριών αποτελεί προτεραιότητα για το 99% των μητέρων και γενικότερα για τις οικογένειες των νοσηλευόμενων νεογνών. Επίσης, στην ίδια έρευνα, το 50% των μητέρων θεώρησε ότι η επικοινωνία με τους ειδικούς αποτελεί την πιο σημαντική προτεραιότητα.

Σημαντική επίσης είναι και η επικοινωνία της μητέρας από το νοσηλευτικό προσωπικό, η οποία μπορεί να συμβάλλει καταλυτικά στη σχέση μεταξύ της μητέρας και του βρέφους. Το νοσηλευτικό προσωπικό που επικοινωνεί με τη μητέρα και παρέχει συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του βρέφους, βοήθησε στην ουσιαστική κατανόηση της κατάστασης της υγείας του νεογνού, με αποτέλεσμα να αμβλυνθεί το άγχος. Η επικοινωνία με τη μορφή της κουβέντας είναι ένας τρόπος διευκόλυνσης της έκφρασης και της μητρότητας στη MENN. Η αντιμετώπιση αυτή εκτιμάται ιδιαίτερα από τις μητέρες γιατί τις βοηθά να αισθάνονται χαλαρές και γεμάτες εμπιστοσύνη για τους ανθρώπους που φροντίζουν το παιδί τους, πιο σημαντικό όμως είναι ότι αποκτούν την αίσθηση του ελέγχου και της διαχείρισης της κατάστασης του παιδιού τους (Fenwick et al., 2001).

Εκτός όμως από τη συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην υποστήριξη και την επικοινωνία των γονιών με παιδιά στη MENN, σημαντική είναι και η συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού στο να λάβουν οι γονείς σαφείς και ειλικρινείς πληροφορίες για την κατάσταση των παιδιών τους. Οι περισσότεροι γονείς θεωρούν ότι ο πιο κατάλληλος να δώσει πληροφορίες είναι το ιατρικό προσωπικό γιατί με αυτό τον τρόπο πιστεύουν ότι θα αισθανθούν πιο κατατοπισμένοι. Η επικοινωνία με τους νεογνολόγους—ικανοποιεί την ανάγκη να μάθουν από κάποιον τόσο εξειδικευμένο τι ακριβώς συμβαίνει στο παιδί τους. Επειδή οι γιατροί είναι υπεύθυνοι και καθορίζουν τη θεραπεία του παιδιού τους ακόμα και αν μαθαίνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό τις περισσότερες πληροφορίες για το νεογνό, πάντα

ικανοποιούνται περισσότερο να μιλούν με το ιατρικό προσωπικό της MENN (Harrison, 1993).

Σε έρευνα του Kowalski, (2006) η πλειοψηφία των γονιών δήλωσε ότι το ιατρικό προσωπικό τους ενημέρωσε σε ικανοποιητικό χρονικό διάστημα, αν και το 45% δήλωσε ότι η επικοινωνία μαζί τους ήταν λίγες φορές τη βδομάδα. Όμως κρίθηκε σε γενικές γραμμές ικανοποιητική και αυτό γιατί οι περισσότεροι γονείς είχαν πολύ καλή ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ανάγκη για περισσότερες φορές της επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό δεν αυξήθηκε, γενικά όμως αν η καθημερινή επικοινωνία τους ήταν εφικτή, όσο σύντομη και να ήταν σίγουρα θα βελτίωνε τη συναισθηματική κατάσταση τους. Αν και οι περισσότεροι γονείς είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο, για να τους εξηγηθεί η κατάσταση των παιδιών τους προτιμούσαν την άμεση επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό. Το 96% των γονιών υποστήριξε ότι το ιατρικό προσωπικό κάλυψε την ανάγκη τους για πληροφόρηση, σε αντίθεση με τις πληροφορίες που θα μάθαιναν μέσω διαδικτύου ή μέσω των βιβλίων.

Η επικοινωνία των γονέων με το ιατρικό προσωπικό παρουσιάζεται ικανοποιητική στις MENN. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η κύρια πηγή πληροφόρησής τους. Για τους γονείς με παιδιά σε MENN, η επικοινωνία και η υποστήριξη τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ζωτικής σημασίας, γιατί μπορούν να κατανοήσουν την πορεία της υγείας του παιδιού τους, αλλά και να αποκτήσουν εκείνα τα ψυχικά εφόδια και τις γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να μπορέσουν να διαχειριστούν την στρεσογόνο αυτή κατάσταση με επιτυχία.

2.2.3 Στήριξη σε πρακτικό επίπεδο

Ο ρόλος των γονέων είναι σημαντικός στη στήριξη του παιδιού τους καθώς και η συμμετοχή τους καθ' όλη τη διάρκεια θεραπείας του μέσα στη MENN. Για να μπορέσουν όμως να στηρίξουν το παιδί τους θα πρέπει να αισθάνονται μέλη μιας ομάδας και όχι απομονωμένοι, αλλά και σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους να στηρίζονται καταρχήν οι ίδιοι σε πρακτικό επίπεδο. Υποδομές για παροχή διευκολύνσεων όπως είναι πχ ένας χώρος κατάλληλος για ανάπαυση, μια τουαλέτα και μια κουζίνα, είναι απαραίτητες για να μπορέσουν οι γονείς να ικανοποιήσουν τις

στοιχειώδεις ανάγκες τους κατά την περίοδο της παραμονής του νεογνού στη MENN. Με τον τρόπο αυτό, οι γονείς αισθάνονται ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους θεωρεί συμμάχους και μέλη της ομάδας φροντίδας του νεογνού καθώς επίσης και ότι εκτιμώνται. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε MENN ενός περιφερειακού νοσοκομείου στο Χόνγκ Κονγκ, περιλαμβανόταν και η πρακτική βοήθεια κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών ανάμεσα στην υποστήριξη που παρεχόταν στους γονείς. Η πρακτική βοήθεια αφορούσε στην εξασφάλιση της διατροφή τους, στην εξασφάλιση καταλύματος για ανάπαυση, στην οικονομική τους ενίσχυση, αλλά και στη μετακίνηση των γονιών από και προς το νοσοκομείο (Monk & Leung, 2005).

Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, σε έρευνα που διεξήχθη στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για την παραμονή των γονέων των νοσηλευόμενων νεογνών στην Α΄ Πανεπιστημιακή MENN, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία φιλοξενούταν κατά τη νοσηλεία του παιδιού τους σε κάποιο συγγενικό σπίτι, είτε διέμενε σε κάποιο ξενοδοχείο. Υπάρχει όμως και η δυνατότητα της διαμονής τους σε κάποιον από τους ξενώνες φιλοξενίας για τους συγγενείς ασθενών του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου, όπως είναι ο ξενώνας «Μέγας Αλέξανδρος» που βρίσκεται στην Πυλαία Θεσσαλονίκης και υποστηρίζεται οικονομικά από τα μέλη ίδρυσης του. Οι συγγενείς δεν επιβαρύνονται στην κάλυψη εξόδων του ξενώνα, αλλά μπορούν πριν από την αποχώρησή τους να προσφέρουν αν θέλουν οποιοδήποτε χρηματικό ποσό υπέρ της λειτουργίας του. Υπάρχει επίσης, ένας άλλος ξενώνας που υποστηρίζεται από την Εκκλησία, ο οποίος δεν περιλαμβάνει χώρους διαμονής και εξυπηρέτησης συγγενών, αλλά είναι χώρος στον οποίο μπορεί κάποιος να ξεκουραστεί για ένα μικρό χρονικό διάστημα 2- 3 ωρών (Λαζαρίδου, 2012). Η απόσταση που βρίσκονται και οι δυο ξενώνες είναι 4 με 5 χιλιόμετρα από το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και η πρόσβαση σε αυτούς γίνεται με αστικό λεωφορείο. Το ποσοστό των συγγενών που επιλέγουν να φιλοξενηθούν είναι μικρότερο από 10% και συνήθως στους εν λόγω ξενώνες καταλήγουν άτομα που έρχονται από την επαρχία και δεν έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο στη Θεσσαλονίκη να τους φιλοξενήσει ή δεν έχουν κάποια οικονομική δυνατότητα να διαμείνουν σε κάποιο ξενοδοχείο της πόλης. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι συγγενείς ενημερώνονται για τους συγκεκριμένους ξενώνες από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου το οποίο

και κάνει την πρώτη τηλεφωνική επαφή μαζί τους (Λαζαρίδου, 2012). Γενικά στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολλές οργανωμένες υποδομές οι οποίες να προσφέρουν φιλοξενία σε συγγενείς ατόμων που χρήζουν θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι περισσότεροι συγγενείς επιλέγουν συνήθως τη λύση κάποιου ξενοδοχείου ή κάποιου συγγενικού τους προσώπου.

2.3. Μοντέλο στήριξης γονιών από το νοσηλευτικό προσωπικό

Σε ότι αφορά στην ενημέρωση των γονιών για τη φροντίδα των παιδιών τους η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού συχνά γίνεται μέσω του μοντέλου «Parent Nurse Partnership Model». Το συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνει τέσσερα βασικά πεδία υποστήριξης από την πλευρά του νοσηλευτή προς το γονέα: α) την υποστηρικτική επικοινωνία και την παροχή πληροφοριών, β) τη συναισθηματική υποστήριξη, γ) την υποστήριξη της αυτοεκτίμησης και τέλος δ) τη συμβαλλόμενη υποστήριξη (Hursey & Morse, 1997).

Η υποστηρικτική επικοινωνία περιλαμβάνει τη συνεχή παροχή πληροφοριών στους γονείς για το πως μπορούν να αντιμετωπίσουν οι ίδιοι την κατάσταση του παιδιού τους, πώς μπορούν να χειριστούν το θέμα στην καθημερινότητά τους καθώς και πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τη συμπεριφορά, τη φροντίδα και τις ανάγκες του βρέφους. Επίσης δίνονται πληροφορίες για τις ευθύνες τους και τα γονικά δικαιώματα τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού στη MENN.

Για τους γονείς, η ακρόαση και η εκδήλωση συμπεριφοράς φροντίδας περιλαμβάνονται στη συναισθηματική υποστήριξη τους, ώστε να μπορούν εκείνοι στη συνέχεια να ανταποκριθούν στην κατάσταση του παιδιού τους και στην καθημερινότητά τους. Η υποστήριξη των γονέων εκτιμάται ως ενίσχυση από αυτούς η οποία ενδυναμώνει το ρόλο τους απέναντι στο παιδί. Τέλος η συμβαλλόμενη υποστήριξη περιλαμβάνει βοήθεια κάθε είδους συμπεριλαμβανομένης της εργασίας, του χρόνου, της οικονομικής και τις τροποποιήσεις του περιβάλλοντος. Το τελευταίο είδος υποστήριξης προσθέτει ποιότητα στην παροχή φροντίδας υποστήριξης. Σήμερα σε περιπτώσεις που οι γονείς είναι ενημερωμένοι για την πιθανότητα να τους συμβεί ένας πρόωρος τοκετός πραγματοποιούν μια προκαταρκτική επίσκεψη στο νοσοκομείο όπου λαμβάνουν τις πρώτες πληροφορίες για τον πρόωρο τοκετό και τις συνέπειες

του ενώ μπορούν να συνεχίσουν την ενημέρωσή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ακολουθώντας ένα αριθμό επισκέψεων (Hurcey & Morse, 1997).

2.4 Τί είναι η MENN;

Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών είναι ένα ειδικό τμήμα, εξοπλισμένο με πολλά σύγχρονα και εξειδικευμένα μηχανήματα (αναπνευστήρες, θερμοκοιτίδες, μόνιτορ κ.λ.π.) καθώς και με το κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε εμπειρία και γνώση, για την παροχή εντατικής νοσηλείας και την αντιμετώπιση δύσκολων και έκτακτων για τη ζωή καταστάσεων.

Η Α΄ Πανεπιστημιακή MENN του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, όπου διεξήχθη και η έρευνα, λειτουργεί από το 1990 και κατά μέσο όρο νοσηλεύει 800-900 νεογνά κάθε χρόνο, με προβλήματα υγείας που χρειάζονται εντατική νοσηλεία και αντιμετώπιση.

Τους έμψυχους πόρους της αποτελούν εξειδικευμένο ιατρικό (νεογνολόγοι) και νοσηλευτικό προσωπικό (κυρίως με παιδιατρική ειδικότητα), το οποίο προσωπικό είναι σε καθημερινή επαφή με άλλες ιατρικές ειδικότητες όταν και αν χρειαστεί.

Η στελέχωση του τμήματος συμπληρώνεται από τα ειδικά μηχανήματα που μαζί με τους ανθρώπινους πόρους, βοηθούν στην παροχή εντατικής νοσηλείας (μηχανική υποστήριξη, μόνιτορ καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, θερμοκοιτίδες, αντλίες χορήγησης παρεντερικής διατροφής, κλπ). Στο συγκεκριμένο τμήμα μπορούν και μεταφέρονται παιδιά που χρειάζονται εντατική νοσηλεία από όλη τη Βόρειο Ελλάδα, τη Θεσσαλία και την Ήπειρο.

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Είδος μελέτης

Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη και αφορά τους γονείς των οποίων το παιδί (παιδιά) νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών της Α΄ Πανεπιστημιακής Νεογνολογικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

3.2 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονιών, που τα παιδιά τους νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ, σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επίσης, διερευνήθηκε η ψυχολογική κατάσταση των γονιών δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις τους.

Ερωτήματα

- A) Να διερευνηθεί ο τύπος και το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης υποστήριξης που παρέχεται στους γονείς από τους επαγγελματίες υγείας. Περαιτέρω να διερευνηθούν οι πηγές της πληροφόρησης των γονέων.
- B) Το επίπεδο επικοινωνίας γονιών-επαγγελματιών υγείας. Ποιος παρέχει την πληροφόρηση και πώς.
- Γ) Να διερευνηθεί η ψυχολογική κατάσταση των γονέων.

3.3 Σχεδιασμός και πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής της ερευνήτριας καθώς και στη δυνατότητά της ότι εργάζεται σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, δόθηκε η ευκαιρία να μελετηθεί η σχέση των συγγενών των νοσηλευόμενων ασθενών με το προσωπικό υγείας. Η μελέτη αναφέρεται στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων καθώς και στην αντιλαμβανόμενη επικοινωνία και υποστήριξη τους από το προσωπικό υγείας και απευθύνεται στους γονείς που το παιδί τους νοσηλεύεται στην Α΄ ΜΕΝΝ του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης το Μάιο του 2012.

3.4 Δείγμα

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα που μελετήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν 50 ζεύγη γονέων (100 γονείς- 50 άνδρες και 50 γυναίκες) με τα παιδιά των ζευγαριών αυτών να νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Σε κάθε ένα γονέα δόθηκε και ένα ερωτηματολόγιο. Έτσι συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια. Από το δείγμα των 50 αυτών ζευγαριών, το ένα ζευγάρι απάντησε μόνο στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων, λέγοντας ότι δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα λόγω της βαριάς κατάστασης του παιδιού τους. Τα υπόλοιπα 99 ζευγάρια, απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Η επιλογή των ζευγαριών έγινε με την προϋπόθεση ότι τα παιδιά τους θα παρέμεναν στη ΜΕΝΝ για τουλάχιστον 1 εβδομάδα. Το χρονικό περιθώριο της μιας βδομάδας επιλέχθηκε ως το αναγκαίο χρονικό διάστημα που χρειάζονταν οι γονείς για να εγκλιματιστούν στο τμήμα, να οικειοποιηθούν το χώρο, το προσωπικό, να κατανοήσουν τον τρόπο λειτουργίας, να συζητήσουν και να ενημερωθούν για το παιδί τους. Οι γονείς που επιλέχθηκαν μιλούν και κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

Τα νεογνά παρουσίαζαν πολλά και διαφορετικά προβλήματα υγείας τα οποία ήταν απειλητικά για τη ζωή τους όπως: ΣΑΔ, Βρογχοπνευμονική δυσλειτουργία, ΓΟΠ, εγκεφαλοπάθεια, σπασμούς, εγκεφαλική αιμορραγία, εξαιρετική προωρότητα, πνευμοθώρακα, ανοικτό αρτηριακό πόρο, αυτόματη ρήξη εντέρου, σηψαιμία, βρογχιολίτιδα, δυσανοχή σίτισης, λοίμωξη, διδυμία, ενδιάμεσο πνευμονικό εμφύσημα, πιθανή συγγενή λοίμωξη από CMV, αρθρογρύπωση, ίκτερο, αναπνευστική δυσχέρεια, Rh (-) από τη μητέρα, πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, εμετούς, δυσανεξία στο γάλα αγελάδας, θρομβοπενία, υπερχολερυθρουαιμία, χολόσταση, ενδοεμβρυακή μετάγγιση, ανάμνοιο, εγκεφαλική αιμορραγία, εμβρυϊκός ιδρώτας, εγκεφαλικό έμφρακτο, τριδυμία, πνευμονική υπέρταση, ΝΕΚ, παροδική ταχύπνοια, νευρωτική εντεροκολίτιδα, νεογνικός διαβήτης, 2^ο βαθμού εγκεφαλική αιμορραγία, δυσκαταποσία, σύνδρομο στέρησης από λήψη ναρκωτικών και ψυχοτρόπων φαρμάκων από τη μητέρα, 4^ο βαθμού εγκεφαλική αιμορραγία, 3^ο βαθμού εγκεφαλική αιμορραγία, συγγενής καρδιοπάθεια, βραδυκαρδία, κυάνωση και χοριοαμνιονίτιδα από τη μητέρα. Σε 17 ζευγάρια, η σύλληψη επιτεύχθηκε μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

3.5 Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική και Εντατική Νοσηλεία Νεογνών του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις 5 μέχρι τις 28 Μαΐου. Οι γονείς ενημερώνονταν από την ερευνήτρια για τη διεξαγωγή της έρευνας, για το τι αφορά η έρευνα και για την ανωνυμία των προσωπικών τους δεδομένων. Κατόπιν τους χορηγούνταν τα δύο ερωτηματολόγια όπου η συμπλήρωσή τους γινόταν από τους γονείς στο χώρο της Μονάδας Εντατικής, σε κάποιο γραφείο που ήταν μόνοι τους. Για τυχόν διευκρινίσεις ρωτούσαν την ερευνήτρια. Μετά τη συμπλήρωση τους τα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν στην ερευνήτρια. Απαραίτητη προϋπόθεση ήταν οι γονείς να μιλούν και να διαβάζουν καλά την Ελληνική γλώσσα.

3.6 Εργαλεία

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα γενικό ερωτηματολόγιο στο οποίο περιλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων, την κατάσταση των νεογνών, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με την υποστήριξη και την ενίσχυση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ερωτήσεις σχετικές με τα συναισθήματα και την ψυχική κατάσταση των γονέων.

Συγκεκριμένα στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων όπως: φύλο, ηλικία, τόπος μόνιμης κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη άλλων παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης και επάγγελμα. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για το ιστορικό της εγκυμοσύνης όπως: το αν ήταν επιθυμητή, αν ήταν αποτέλεσμα φυσιολογικής σύλληψης ή εξωσωματικής, αν υπήρχαν προβλήματα κατά την κύηση, αν υπήρχε ενημέρωση για την κατάσταση του παιδιού, αν πίστευαν ότι επηρέασαν την εκείνοι το πρόβλημα και αν κάποιος από το περιβάλλον τους γνώριζε για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφονται τα κλινικά χαρακτηριστικά του παιδιού όπως: το φύλο του, η ηλικία κύησης του, το βάρος που γεννήθηκε, η διάρκεια νοσηλείας του, αν έγινε μεταφορά από την επαρχία, αν χρίζει μηχανικής υποστήριξης καθώς και τι είδους προβλήματα υγείας παρουσιάζει.

Επιπλέον, για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χορηγήθηκαν το Nurse Parent Support Tool (NPST) (Miles et al., 1999) και το Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987). Με το ερωτηματολόγιο NPST, μετρήθηκαν οι αντιλήψεις των γονέων για το είδος της επικοινωνίας και το επίπεδο υποστήριξης που παρέχεται από το προσωπικό υγείας, στη Μονάδα Εντατικής που νοσηλεύεται το παιδί τους. Ενώ με το ερωτηματολόγιο EPDS καταγράφηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων.

Η πλειονότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ήταν πολλαπλής επιλογής με δικαίωμα επιλογής μιας απάντησης, υπάρχουν επίσης και ερωτήσεις κλειστού τύπου, (ναι ή όχι) και ανοικτού τύπου. Ο χρόνος που χρειάστηκε για να απαντήσουν οι γονείς ήταν 15- 20 λεπτά.

Για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα έρευνα, έγινε ανάλυση αξιοπιστίας τους με την εξαγωγή του δείκτη α του Cronbach που μπορεί να θεωρηθεί ως πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενος. Συγκεκριμένα για το NPST, που αποτελείται από 21 ερωτήσεις, βρέθηκε δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha=0,936$. Για το EPDS, που αποτελείται από 10 ερωτήσεις, βρέθηκε δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha=0,929$. Τα ποσοστά αυτά θεωρούνται αρκούντως υψηλά καθώς είναι και τα δύο πάνω από 90%.

3.7 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πακέτο στατιστικής SPSS 19 και χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική με τις πλέον αποδεκτές διαδικασίες ελέγχου υπόθεσης.

3.8 Ηθικά Θέματα

Πριν από τη χορήγηση και τη συλλογή των δεδομένων ζητήθηκε η συναίνεση της διευθύντριας της κλινικής ώστε να δοθεί άδεια για την εκπόνηση της έρευνας. Επίσης άδεια δόθηκε και από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του νοσοκομείου. Η έγκριση για την εκπόνηση της εργασίας δόθηκε από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και από το διοικητικό συμβούλιο του. Τέλος πριν την έναρξη της έρευνας ενημερώθηκαν η προϊσταμένη του τμήματος και οι γονείς που είχαν τα παιδιά τους στη MENN και θα συμμετείχαν στη μελέτη.

Με άλλα λόγια, στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αρχή της δικαιοσύνης και τέλος η αρχή του οφέλους και της μη βλάβης. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν το δικαίωμα να αρνηθούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο αν έκριναν ότι μπορούσαν να βλάψουν την ψυχική τους υγεία τόσο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης μελέτης δεν ασκήθηκε καμία πίεση από την ερευνήτρια σε κανέναν από τους γονείς με παιδιά στη MENN να απαντήσει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

3.9 Περιορισμοί της μελέτης

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, επειδή ήταν συναισθηματικά φορτισμένοι ,οι απαντήσεις τους είναι πιθανό να μην ανταποκρίνονται στην αλήθεια. Επίσης, επειδή η ερευνήτρια εργάζεται στο τμήμα που νοσηλεύεται το παιδί τους, ίσως θεωρήθηκε υποχρέωση των γονέων η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ένας άλλος πιθανός περιορισμός της έρευνας είναι ότι το δείγμα των γονέων είναι δείγμα ευκολίας κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δε μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

4.1 Δημογραφικά Στοιχεία.

Το πλήθος των συμμετεχόντων στην έρευνα αποτέλεσαν 50 ζευγάρια ανδρών-γυναικών με κοινό χαρακτηριστικό: να είναι οι γονείς με παιδιά στη MENN. Με άλλα λόγια, το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 100 άτομα, από τα οποία 50 άτομα ήταν γυναίκες και 50 άτομα ήταν άντρες. Σημαντικό δημογραφικό στοιχείο της έρευνας αποτελεί και η ηλικία των συμμετεχόντων μιας και προσδίδει και επιπλέον χαρακτηριστικά στα ίδια τα αποτελέσματα της έρευνας.

4.1.1. Ηλικία.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, μόνο το 6% του δείγματος των γονέων είχαν ηλικία άνω των 45 ετών, δηλαδή το 94% ήταν νέοι έως και 45 ετών. Σε δύο μόνο κατηγορίες ηλικίας 30 έως και 39 ετών, συγκεντρώνεται ένα ποσοστό το οποίο ανέρχεται σε $26+25=51\%$. Αναλυτικά όλα τα ποσοστά φαίνονται στον Πίνακα 1.

Ομάδα ηλικίας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έως και 24	12	12	12
25 έως και 29	17	17	29
30 έως και 34	26	26	55
35 έως και 39	25	25	80
40 έως και 44	14	14	94
Άνω των 45	6	6	100
Σύνολα	100	100	

Πίνακας 1. Κατανομή ηλικίας γονέων.

4.1.2. Ηλικία Ανά Φύλο.

Στους Πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ηλικιακών ομάδων ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες αντιστοίχως. Τονίζεται ότι αφού είναι όλοι ανδρόγυνα, τα δύο δείγματα είναι ίσου πλήθους από 50 άτομα το καθένα. Ένα 12% των ανδρών είναι άνω των 45 ετών, ενώ δεν υπάρχει γυναίκα της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Επιπλέον, στην ομάδα 40 έως και 44 ετών, συναντάμε ένα 20% των ανδρών, σε αντιδιαστολή με ένα 8% των γυναικών. Έως και 39 ετών, το ποσοστό των γυναικών ανέρχεται σε 92%, ενώ των ανδρών είναι σαφώς μικρότερο, 68%. Οι νεαρές γυναίκες έως και 24 ετών είναι διπλάσιες από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας, 16 και 8%

αντιστοίχως. Αναλυτικά τα ποσοστά και τα αθροιστικά ποσοστά φαίνονται στους πίνακες.

Ομάδα ηλικίας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έως και 24	4	8	8
25 έως και 29	4	8	16
30 έως και 34	14	28	44
35 έως και 39	12	24	68
40 έως και 44	10	20	88
Άνω των 45	6	12	100
Σύνολα	50	100	

Πίνακας 2. Κατανομή ηλικίας ανδρών.

Ομάδα ηλικίας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έως και 24	8	16	16
25 έως και 29	13	26	42
30 έως και 34	12	24	66
35 έως και 39	13	26	92
40 έως και 44	4	8	100
Σύνολα	50	100	

Πίνακας 3. Κατανομή ηλικίας γυναικών.

4.1.3 Οικογενειακή Κατάσταση και Εκπαίδευση.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η Κατανομή της οικογενειακής κατάστασης των γονέων. Σε ένα τεράστιο ποσοστό της τάξης του 86% οι γονείς είναι έγγαμοι ενώ μόνο το 2% είναι διαζευγμένοι και το 11% είναι άγαμοι.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό(%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ΑΓΑΜΟΣ	11	11	11
ΕΓΓΑΜΟΣ	86	86	97
ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ	2	2	99
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	1	1	100
Σύνολα	100	100	

Πίνακας 4. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης.

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ανώτερης εκπαίδευσης (34%). Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 22% είναι

Ανώτατης Εκπαίδευσης, ενώ εν τέλει μόνο το 18% του συνολικού δείγματος των συμμετεχόντων έχει φοιτήσει έως και σε Γυμνάσιο

Επίπεδο Εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δημοτικό, Τριτάξιο Γυμνάσιο	18	18	18
Τεχνική Σχολή	0	0	
Λύκειο, Εξατάξιο Γυμνάσιο	26	26	44
Ανώτερη Σχολή	34	34	78
Ανώτατη Σχολή	22	22	100
Σύνολα	100	100	

Πίνακας 5. Κατανομή Επιπέδου Εκπαίδευσης γονέων.

4.2. Αξιοπιστία εργαλείων

Ένας πλέον χρησιμοποιούμενος δείκτης για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου-εργαλείου έρευνας που αποτελείται από ένα πλήθος ερωτήσεων είναι ο α του Cronbach. Για το ερωτηματολόγιο NPST βρέθηκε να είναι $\alpha=0,936$ και για το EPDS $\alpha=0,929$. Οι τιμές αυτές θεωρούνται αρκετά υψηλές. Η μεγαλύτερη αύξηση αξιοπιστίας για το NPST πετυχαίνεται εάν αφαιρεθούν δύο ερωτήσεις, ενώ για το EPDS μόνο μία, γεγονός που συνηγορεί στο ότι τα εργαλεία μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Κλίμακα – μέση τιμή εάν αφαιρεθεί στοιχείο	Κλίμακα – διασπορά εάν αφαιρεθεί στοιχείο	Διορθωμένη-συσχέτιση στοιχείου	α του Cronbach εάν αφαιρεθεί στοιχείο
NPST_5	64,88	227,860	,425	,937
NPST_16	62,91	222,605	,605	,934
NPST_1	63,48	220,353	,611	,933
NPST_2	62,95	219,748	,684	,932
NPST_3	63,49	218,403	,648	,933
NPST_4	63,46	216,676	,707	,932

NPST_6	62,42	223,997	,648	,933
NPST_7	61,99	228,212	,566	,934
NPST_8	64,85	227,303	,465	,936
NPST_9	63,28	214,606	,749	,931
NPST_10	64,01	213,037	,720	,931
NPST_11	63,84	215,386	,737	,931
NPST_12	63,05	213,498	,794	,930
NPST_13	63,86	211,044	,753	,931
NPST_14	64,11	215,275	,673	,932
NPST_15	61,91	233,255	,474	,936
NPST_17	62,41	224,669	,600	,934
NPST_18	63,57	214,848	,643	,933
NPST_19	62,73	218,650	,694	,932
NPST_20	62,00	233,025	,464	,936
NPST_21	62,44	233,525	,326	,937

Πίνακας 6. Αξιοπιστία NPST.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Κλίμακα – μέση τιμή εάν αφαιρεθεί στοιχείο	Κλίμακα – διασπορά εάν αφαιρεθεί στοιχείο	Διορθωμένη-συσχέτιση στοιχείου	α του Cronbach εάν αφαιρεθεί στοιχείο
EPDS_1	10,46	48,496	,629	,927
EPDS_2	10,82	49,640	,603	,928
EPDS_3	10,44	46,209	,760	,920
EPDS_4	9,95	47,130	,786	,919
EPDS_5	10,19	46,728	,762	,920
EPDS_6	10,46	47,619	,815	,918
EPDS_7	10,52	46,640	,789	,919
EPDS_8	10,48	46,660	,849	,916
EPDS_9	10,70	48,805	,730	,922
EPDS_10	10,88	50,087	,545	,931

Πίνακας 7. Αξιοπιστία EPDS.

4.3 Κατάθλιψη-ηλικία κήσης -διάρκεια νοσηλείας -βάρος γέννησης

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε την όποια συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και των μεταβλητών ηλικία κήσης , βάρος γέννησης και διάρκεια νοσηλείας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), το T-test για ανεξάρτητα μεγάλα δείγματα (άνω των 40), η εξαγωγή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Για όλους τους ελέγχους υποθέσεων ορίστηκε στάθμη σημαντικότητας ελέγχου $\alpha=0,05$ ή 5%

4.3.1.Κατάθλιψη και ηλικία κήσης.

Η ηλικία κήσης χωρίζεται στις ομάδες : 23-27 εβδομάδων, 28-30 εβδομάδων,31-34 εβδομάδων και 35 εβδομάδων και άνω. Εκτελώντας την διαδικασία ANOVA , αφού οι διακυμάνσεις μέσα στις ομάδες μπορούν να θεωρηθούν ίδιες (από το Levene's test of Equality of Variances) , λαμβάνουμε $F=0,879$, β.ε.=3, $P=0,459 \gg 0,05$, συνεπώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο «σκορ» του EPDS μεταξύ των ηλικιών κήσης.

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερ ίας	Μέσο Τετράγωνο	Στατιστι κό F	Πιθανότητα P-value
Μεταξύ των ομάδων	129,565	3	43,188	,879	,459
Μέσα στις ομάδες	2260,855	46	49,149		
Σύνολα	2390,420	49			

Πίνακας 8. Ανάλυση Διασποράς Κατάθλιψη-Ηλικία Κήσης.

4.3.2.Κατάθλιψη και διάρκεια νοσηλείας.

Η διάρκεια νοσηλείας αποτελεί και αυτή μια μεταβλητή διάταξης κατηγοριών, συγκεκριμένα αποτελείται από τις διάρκειες : μέχρι 15 ημερών, 15 ημερών μέχρι 1 μήνα , 1 έως και 2 μήνες, 2 έως και 3 μήνες και άνω των 3 μηνών. Συνεπώς και πάλι εφαρμόστηκε ANOVA από όπου αφού πέτυχε το Levene's test, είχαμε $F=1,076$, β.ε.=4 , $P=0,380 \gg 0,05$ και συνεπώς δεν μπορούμε να δεχθούμε ότι οι διαφορές του «σκορ» της κατάθλιψης μεταξύ των κατηγοριών διάρκειας νοσηλείας είναι στατιστικά σημαντικές.

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερ ίας	Μέσο Τετράγωνο	Στατιστι κό F	Πιθανότητα P-value
Μεταξύ των ομάδων	208,675	4	52,169	1,076	,380
Μέσα στις ομάδες	2181,745	45	48,483		
Σύνολα	2390,420	49			

Πίνακας 9. Ανάλυση Διασποράς Κατάθλιψη-Διάρκεια Νοσηλείας.

4.3.3.Κατάθλιψη και βάρος γέννησης.

Αφού χωρίστηκε το βάρος γέννησης στις κατηγορίες : 400γραμμάρια έως 1 κιλό, 1 έως 1,5 κιλό, 1,5 έως 2 κιλά, 2 έως 2,5κιλά , 2,5 έως 3,5 κιλά και 3,5 κιλά και άνω, εκτελέσαμε ακόμη μία φορά την διαδικασία ANOVA , θεωρώντας ίσες τις διακυμάνσεις του «σκορ» της κατάθλιψης μεταξύ των κατηγοριών βάρους. Από την ANOVA είχαμε $F=0,663$, $\beta.ε.=5$, $P=0,653 >> 0,05$ και συνεπώς δεν μπορούμε να δεχθούμε ακόμη μία φορά ότι οι διαφορές του «σκορ» είναι στατιστικά σημαντικές.

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερ ίας	Μέσο Τετράγωνο	Στατιστι κό F	Πιθανότητα P-value
Μεταξύ των ομάδων	167,450	5	33,490	,663	,653
Μέσα στις ομάδες	2222,970	44	50,522		
Σύνολα	2390,420	49			

Πίνακας 10. Ανάλυση Διασποράς Κατάθλιψη-Βάρος Γέννησης.

4.4 Άγχος – Κατάθλιψη Συσχέτιση Παλινδρόμηση.

Στο συγκεκριμένο θέμα θα εξετάσουμε τη συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης καθώς επίσης θα επιχειρήσουμε να κατασκευάσουμε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης μέσω του οποίου θα μπορούμε να προβλέπουμε το score κατάθλιψης απλά και μόνο από το score του άγχους.

Αρχικά λοιπόν ζητήσαμε τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης ποσοτικών μεταβλητών του Pearson, για να εξετάσουμε το μέγεθος της γραμμικής συσχέτισης των δύο «σκορ», αφού από το διάγραμμα διασποράς δεν φάνηκε να υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση(μη γραμμική). Έτσι, εξάχθηκε $r=0,891$, $P<0,0005<0,05$. Ο συντελεστής είναι πάρα πολύ υψηλός, κοντά στο 0,9 και φανερώνει σχεδόν απόλυτη θετική γραμμική συσχέτιση των δύο «σκορ», ενώ είναι και στατιστικά σημαντικός. Συνεπώς θεωρήθηκε ότι υπάρχει νόημα κατασκευής γραμμικού μοντέλου που θα προβλέπει την κατάθλιψη σε σχέση με το άγχος.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Άγχος (Anxiety Score)	
Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson	0,891
Πιθανότητα P-value	,000
Πλήθος N	99

Πίνακας 11.Συσχέτιση Κατάθλιψη-Άγχος.

Όπως και ζητήσαμε από το πακέτο, σχεδόν το 80% ($R^2 = 79\%$) της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (depression score) οφείλεται στη μεταβολή της ανεξάρτητης (anxiety score).

Μοντέλο	Συντελεστής R	R τετράγωνο	Προσαρμοσμένο R τετράγωνο	Τυπικό σφάλμα
	,891	,795	,792	3,4866

Πίνακας 12. Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.

Το γραμμικό μοντέλο ως ευθεία ελαχίστων τετραγώνων είναι το :

Depression score = $-0,025 + 3,683 \cdot \text{anxiety score}$. Η ερμηνεία έγκειται στο ότι κάθε μονάδα αύξησης του στο εργαλείο που μετράει το άγχος , επιφέρει τελικά 3,683 μονάδες αύξησης στο depression σκορ και αυξάνει με αυτόν τον ρυθμό την κατάθλιψη των γονέων. Ο ρυθμός αυτός επίσης βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός ($t=19,36$, $P<0,0005<0,05$). Ακόμη, για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου εκτελέστηκε ANOVA από όπου βρέθηκε $F=375,04$, $\beta.ε.=1$, $P<0,0005<<0,05$ οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική εγκυρότητα του μοντέλου.

Μοντέλο	B	Τυπικό Σφάλμα	Συντελεστής Βήτα	Στατιστικό t	Πιθανότητα P-value
Σταθερά	-,025	,698		-,036	,971
Anxiety Score	3,683	,190	,891	19,366	,000

Πίνακας 13. Έλεγχος.

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσο Τετράγωνο	Στατιστικό F	Πιθανότητα P-value
Μεταξύ των ομάδων	4559,153	1	4559,153	375,042	,000
Μέσα στις ομάδες	1179,170	97	12,156		
Σύνολα	5738,323	98			

Πίνακας 14. Ανάλυση Διασποράς για το Μοντέλο Παλινδρόμησης.

4.5 Κατάθλιψη και ηλικία γονέων.

Διερευνάται η πιθανότητα ύπαρξης συσχέτισης του «σκορ» της κατάθλιψης με την ηλικία των γονέων. Αρχικά, για την πραγματοποίηση του έλεγχου συσχέτισης «φιλτράραμε» τα δεδομένα έτσι ώστε να εμφανίζονται οι εγγραφές με τιμή score κατάθλιψης πάνω από 10.

Ζητήσαμε για άλλη μία φορά από το πακέτο το ν συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson και είχαμε $r=-0,061$, $P=0,66$, γεγονός που σημαίνει ολοκληρωτική απουσία γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών ηλικίας και κατάθλιψης. Ακόμη, δεν μπορούμε να απορρίψουμε ότι ο συντελεστής είναι 0 και στατιστικά ασήμαντος. Τέλος, δεν είδαμε καμία άλλη μορφή μη γραμμικής σχέσης μεταξύ των εν λόγω μεταβλητών.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Ηλικία	
Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson	-0,061
Πιθανότητα P-value	,66
Πλήθος N	55

Πίνακας 15. Συσχέτιση Κατάθλιψη-Ηλικία.

Αφο ύ χωρίσαμε το δείγμα κατά το φύλο , δηλαδή σε άνδρες και γυναίκες, ξαναπήραμε $r=-0,074$, $P=0,72$ και $r=0,137$, $P=0,477$, για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, τιμές που δε δείχνουν σχέση ηλικίας με την κατάθλιψη. Πρέπει να τονιστεί ότι το γεγονός αυτό μας απαγορεύει και να συγκρίνουμε τις τιμές αυτές μεταξύ τους. Αυτό (σύγκριση ανδρών-γυναικών) γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Ηλικία Άνδρες	
Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson	-0,074
Πιθανότητα P-value	,720
Πλήθος N	26

Πίνακας 16. Συσχέτιση Κατάθλιψη-Ηλικίας Ανδρών.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Ηλικία Γυναίκες	
Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson	0,137
Πιθανότητα P-value	0,477
Πλήθος N	29

Πίνακας 17. Συσχέτιση Κατάθλιψη-Ηλικίας Γυναικών.

Χάριν περιγραφής, παρουσιάζεται ο πίνακας 6, στον οποίο δίνονται η μέση , η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή του depression score ανά ηλικιακή ομάδα. Η υψηλότερη μέση τιμή ήταν 16,8 με την υψηλότερη μέγιστη 28 στην ηλικιακή ομάδα 25 έως και 29 ετών. Η μικρότερη μέση τιμή 10,6 βρίσκεται για τους μεγαλύτερους , άνω των 45, που πάντως αποτελούνται μόνο από 5 παρατηρήσεις.

Depression score				
Ηλικιακή ομάδα	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Πλήθος (N)
Έως και 24	12,1	4	21	10
25 έως και 29	16,8	3	28	10
30 έως και 34	11,9	0	21	20
35 έως και 39	15,08	1	25	24
40 έως και 45	13,769	5	22	13
Άνω των 45	10,6	1	21	5

Πίνακας 18. Στατιστικά depression μεταξύ ηλικιών.

Για το ερώτημα εάν αυτές οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές, εκτελέστηκε ANOVA, από όπου είχαμε $F=1,452$, $\beta.ε.=5$, $P=0,216 \gg 0,05$, άρα δεν μπορούν να θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές.

	Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερ ίας	Μέσο Τετράγωνο	Στατιστι κό F	Πιθανότητα P-value
Μεταξύ των ομάδων	280,469	5	56,094	1,452	,216
Μέσα στις ομάδες	2935,641	76	38,627		
Σύνολα	3216,110	81			

Πίνακας 19. Ανάλυση Διασποράς Κατάθλιψης-Ηλικίας.

4.6 Ο αριθμός των εξωσωματικών προσπαθειών επηρέασε την κατάθλιψη των γονέων;

Θεωρώντας την μεταβλητή του πλήθους των εξωσωματικών γονιμοποιήσεων ως ποσοτική, πήραμε συντελεστή συσχέτισης του Pearson $r=-0,155$, $P=0,552$, με του «σκορ» της κατάθλιψης. Όπως είναι προφανές δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οι μεταβλητές συσχετίζονται. Τονίζουμε ότι έγκυρες παρατηρήσεις στην συγκεκριμένη ανάλυση ήταν 17. Τα αποτελέσματα τα επιβεβαιώσαμε με ANOVA , αφού χωρίσαμε το πλήθος των εξωσωματικών σε κατηγορίες.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Αριθμός προσπαθειών εξωσωματικής	
Συντελεστής Συσχέτισης του Pearson	Γραμμικής -0,155
Πιθανότητα P-value	,552
Πλήθος N	17

Πίνακας 20. Συσχέτιση Κατάθλιψη-Εξωσωματική.

4.7 Ποιον από τους δυο γονείς επηρέασε η κατάθλιψη περισσότερο;

Στο συγκεκριμένο ερώτημα κάναμε σύγκριση των μέσων τιμών στα scores κατάθλιψης μεταξύ αντρών και γυναικών χρησιμοποιώντας έλεγχο t (t-test) δύο μη συσχετισμένων δειγμάτων (ή ανεξάρτητων). Για τον έλεγχο των διασπορών εφαρμόσαμε το test Levene , από όπου προκύπτει $F=0,123$ και $P=0,727 \gg 0,05$, συνεπώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διακυμάνσεις του «σκορ» της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Έτσι, αφού και τα δείγματα θεωρούνται μεγάλα, εφαρμόσαμε το t-test από όπου είχαμε $t=1,881$, β.ε. =80 , $P = 0,064$. Η τιμή αυτή είναι οριακά μεγαλύτερη του 5%, που όπως έχουμε αναφέρει είναι η στάθμη σημαντικότητας σε όλη την έρευνα. Μπορούμε να θεωρήσουμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές του «σκορ» σε άνδρες και γυναίκες, αλλά πάντως οριακά. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στην διατύπωση της εικασίας ότι οι γυναίκες έχουν αυξημένο «σκορ» (μέση τιμή γυναικών = 14,928/ανδρών=12,35).

	Στατιστικό F του Levene	Πιθανότητα P-value
EPDS Ανδρών-Γυναικών για ανεξάρτητα δείγματα	0,123	,727

Πίνακας 21. Έλεγχος ισότητας Διακυμάνσεων του Levene.

Στατιστικό t	Βαθμοί Ελευθερίας	Πιθανότητα P-value	Διαφορά Μέσων Τιμών	Τυπικό Σφάλμα της Διαφοράς	95%- Διάστημα Εμπιστοσύνης	
					Κάτω	Άνω
-1,881	80	,064	-2,57857	1,37080	-5,3065	0,1491

Πίνακας 22. T-Test για ανεξάρτητα δείγματα.

4.8 Η κατάθλιψη επηρέασε περισσότερο του άνδρες ή τις γυναίκες;

Το δείγμα χωρίζεται σε δύο εξαρτημένα δείγματα ανδρών και γυναικών, αφού είναι ανδρόγυνα. Τα δείγματα είναι ισοπληθή 39 παρατηρήσεων το καθένα. Ζητήθηκαν Στατιστικά του depression score τα οποία παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Η μέση τιμή για τις γυναίκες είναι μεγαλύτερη, οι διασπορές φαίνεται να είναι πολύ κοντά.

Depression score	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	Πλήθος
Άνδρες	12,2308	6,18769	0,9908	39
Γυναίκες	14,9231	5,95768	0,9539	39

Πίνακας 23. Στατιστικά depression score ανά φύλο.

Για την επιβεβαίωση της εξάρτησης των δύο δειγμάτων, είχαμε paired samples correlation= 0,460 , $P=0,003 \ll 0,05$ και άρα υπάρχει στατιστικώς σημαντική εξάρτηση. Εκτελώντας λοιπόν διαδικασία που προσφέρει το πακέτο για ζευγαρωτές παρατηρήσεις, συγκεκριμένα έλεγχο μέσων τιμών ζευγαρωτών παρατηρήσεων (Paired Samples T - Test) , εξάχθηκε $t=-2,663$, $\beta.ε.=38$, $P=0,011 \ll 0,05$. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του «σκορ» της κατάθλιψης ανά φύλο, συγκεκριμένα στις γυναίκες είναι μεγαλύτερο. Το ίδιο διαπιστώνεται και από το διάστημα εμπιστοσύνης $[-4,73865 , -0,64597]$, το οποίο φανερά δεν περιέχει τιμή 0.

	Πλήθος N	Συσχέτιση	Πιθανότητα P-value
EPDS Ανδρών-Γυναικών	39	,460	,003

Πίνακας 24. Correlation Ανδρών-Γυναικών.

95% - Διάστημα Εμπιστοσύνης		Στατιστικό t	Βαθμοί Ελευθερίας	Πιθανότητα P-value
Κάτω όριο	Άνω όριο	-2,663	38	,011
-4,73865	-,64597			

Πίνακας 25. T-Test για Ζευγαρωτές Παρατηρήσεις.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η διαφορά των μέσων είναι στατιστικώς σημαντική και κατά συνέπεια οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο συμπτώματα κατάθλιψης . Το συγκεκριμένο τεστ δείχνει μια διαφορετική εικόνα από ότι το

προηγούμενο τεστ που εξετάσαμε συνολικά την κατάθλιψη στις δύο ομάδες (ανδρών και γυναικών) ενώ εδώ κάναμε σύγκριση κατά ζευγάρια (paired sample test) μη λαμβάνοντας υπόψη τα missing values.

4.9 Η υποστήριξη του προσωπικού υγείας επηρέασε την κατάθλιψη των γονέων;

Ζητήθηκε από το πακέτο ο συντελεστής γραμμικής του Pearson για τις μεταβλητές συνολικού «σκορ» στα δύο ερωτηματολόγια έρευνας NPST και EPDS, για την διερεύνηση πιθανής συσχέτισής τους. Η τιμή βρέθηκε $r=-0,08$, $P=0,487$, $N=77$, γεγονός που προφανώς σημαίνει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο αθροιστικών «σκορ». Το γεγονός αυτό μαζί και με το ότι δεν είδαμε να υπάρχει κανενός άλλου είδους σχέση, σημαίνει ότι ο δείκτης ικανοποίησης και υποστήριξης του προσωπικού προς τους γονείς δεν αυξάνει ή μειώνει σε καμία περίπτωση τα καταθλιπτικά συμπτώματά τους.

	Κατάθλιψη (Depression Score)
Άθροισμα ερωτημ. NPST	
Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson	-0,08
Πιθανότητα P-value	0,487
Πλήθος N	77

Πίνακας 26. Συσχέτιση Κατάθλιψη-Ικανοποίηση(Άθροισμα ερωτημ. NPST).

4.10. Υποστήριξη του προσωπικού ως τμήμα του NPST.

Για τυχόν συμπεράσματα και αποτελέσματα σε σχέση με την υποστήριξη που θεωρούν οι γονείς των νεογνών ότι τους παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό, θεωρούμε ότι συμμετέχουν οι ερωτήσεις 1,3,4,13 και 14 του εργαλείου NPST. Ως γνωστό, η κάθε ερώτηση συμπληρώνεται με τις τιμές 1 έως και 5. Για τις 5 αυτές ερωτήσεις είχαμε Chronbac's $\alpha=0,860$, οριακά αρκούντως υψηλό.

Αφού αθροίσαμε τις 5 τιμές για τις 83 έγκυρες απαντήσεις, η ελάχιστη τιμή του αθροίσματος ήταν 5 και η μέγιστη 25 που σημαίνει ότι υπήρξε απόλυτως απογοητευμένος και απολύτως ικανοποιημένος όσον αφορά την υποστήριξη. Γενικά, το μέσο άθροισμα ήταν $13,56 \pm 5,056$. Ως τιμές ικανοποιημένου θεωρούνται οι τιμές των 13 και άνω. Έτσι, τα ποσοστά αυτών που ένοιωθαν ότι τους παρέχόταν επαρκής υποστήριξη και όχι, ήταν σχεδόν μοιρασμένα, το 51,8% και 48,2% αντιστοίχως.

	Άθροισμα NPST : ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
Πλήθος Έγκυρων	83
Missing	17
Μέση Τιμή	13,5663
Τυπική Απόκλιση	5,05625
Διάμεσος	12
Επικρατούσα Τιμή	12
Εύρος Τιμών	20
Ελάχιστο	5
Μέγιστο	25

Πίνακας 27. Στατιστικά Υποστήριξης.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
«ΝΟΙΩΘΩ ΟΤΙ ΕΛΑΒΑ ΣΑΦΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ»	40	48,2
«ΝΟΙΩΘΩ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΛΑΒΑ ΕΠΑΡΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ»	43	51,8
ΣΥΝΟΛΑ	83	
Missing	17	

Πίνακας 28. Κατανομή Υποστήριξης.

4.11 Περιγραφική των συνολικών σκορ των ερωτηματολογίων NPST και EPDS.

Αθροίστηκαν οι τιμές των απαντήσεων στα εργαλεία-ερωτηματολόγια NPST και EPDS. Από τα συνολικά σκορ, οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές ήταν 35-103 και 0-28 αντιστοίχως (N=86 και 99 αντιστοίχως). Όσοι είχαν άθροισμα μεγαλύτερο του 55, θεωρήθηκαν ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι αντίστοιχες τιμές για υποτιθέμενη παρουσία κατάθλιψης ή σοβαρή κατάθλιψη και άγχος ήταν 11 και μεγαλύτερες και 10 και μεγαλύτερες αντίστοιχα.

Έτσι, το ποσοστό των ικανοποιημένων ανέρχεται σε 74,42% και είναι περίπου τριπλάσιο των μη ικανοποιημένων, σε ποσοστό 25,58%, δηλαδή σχεδόν 3 στους 4 φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι και πολύ ικανοποιημένοι. Τα αντίστοιχα ποσοστά ως προς την ύπαρξη κατάθλιψης ήταν 54,55% και 45,45%. Λίγο πάνω από 1 στους 2 γονείς δηλαδή φαίνεται να παρουσιάζει ήπια έως και βαριά κατάθλιψη.

	Άθροισμα NPST	(Άθροισμα) Depression Score
Πλήθος Έγκυρων	86	99
Missing	14	1
Μέση Τιμή	66,0814	11,6566
Τυπική Απόκλιση	15,48526	7,65208
Διάμεσος	64	12
Επικρατούσα Τιμή	60	0
Εύρος Τιμών	68	28
Ελάχιστο	35	0
Μέγιστο	103	28

Πίνακας 29. Στατιστικά Αθροισμάτων (Ικανοποίηση-Κατάθλιψη).

	Συχνότητα	Ποσοστό %
«ΝΟΙΩΘΩ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ»	64	74,42
«ΔΕ ΝΟΙΩΘΩ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ»	22	25,58
ΣΥΝΟΛΑ	86	
Missing	14	

Πίνακας 30. Κατανομή Ικανοποίησης.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
«ΗΠΙΑ ΕΩΣ ΚΑΙ ΕΝΤΟΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»	54	54,55
«ΜΗ ΠΙΘΑΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ»	45	45,45
ΣΥΝΟΛΑ	99	
Missing	1	

Πίνακας 31. Κατανομή πιθανής Κατάθλιψης.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονέων με παιδιά που νοσηλεύονται σε MENN σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επιπλέον θα διερευνηθεί σε βάθος και το πώς αντιλαμβάνονται οι γονείς την επικοινωνία με το προσωπικό υγείας καθώς επίσης κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθεί και η ψυχολογική κατάσταση των γονέων δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις τους.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι-στην Ελλάδα σημαντικό ποσοστό γονέων με παιδί που νοσηλεύεται σε MENN εμφανίζουν ψυχολογική αστάθεια και χρειάζονται υποστήριξη καθ όλη κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους όπως έχει διαπιστωθεί και από δημοσιευμένες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Holditch, Davis, Miles, 2000, Beinstein, Mattox, Potts , 1985).

Η απόδοση σημασίας των γονέων στο παιδί για τον εαυτό τους και το γάμο τους είναι μεγάλη. Οι γονείς μετά τη θλίψη για το υγιές παιδί που έχασαν εμφανίζουν εναλλαγές στα συναισθήματα τους ανάλογα με την πορεία του νεογνού και τη διάρκεια των προβλημάτων του (Carter et al 2005).

Παράγοντες για την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών μπορούν να εμφανιστούν ακόμη και σε γονείς ανώτερου\ανώτατου εκπαιδευτικού επιπέδου, ώστε να μη μπορούν να ανταπεξέλθουν στο στρες της νοσηλείας του παιδιού τους στη MENN και να παρουσιάσουν ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές στη συμπεριφορά. Είναι σημαντικό να αναζητηθεί έγκαιρα η παρουσία των παραγόντων αυτών με την κατάλληλη ψυχολογική διερεύνηση.

Για να αποφευχθεί μια τέτοια δυσμενής εξέλιξη είναι σημαντική η έγκαιρη παρέμβαση του προσωπικού υγείας. Η στήριξη από το περιβάλλον, αν και είναι πολύ σημαντική, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν μπορεί να υποκαταστήσει πλήρως την ανάγκη των γονιών για υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας. Η ανάγκη των γονέων για ψυχολογική υποστήριξη, έχει αποτυπωθεί σε έρευνες του εξωτερικού (Dyer, 2005). Σε μελέτη που έγινε στην Α΄ Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης το 2009, εμφανής γίνεται αυτή η ανάγκη από τις απαντήσεις των γονέων όπου σε ποσοστό 87% αναφέρουν ότι πρέπει να προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη σε κάθε MENN (Λαζαρίδου, 2009).

Η επιτακτική λοιπόν αυτή ανάγκη των γονέων οφείλει να καλύπτεται από εξειδικευμένο προσωπικό και ιδίως από ψυχολόγους. Σε MENN του εξωτερικού οι νοσηλευτές προσφέρουν σημαντικό έργο στην υποστήριξη των γονέων (Brazy et al., 2001). Στη χώρα μας το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι επαρκές και δεν μπορεί να αφιερώσει στους γονείς το χρόνο που χρειάζονται. Επίσης στη ψυχολογία των γονιών σημαντικός είναι και ο ρόλος του γιατρού στην ενημέρωση των γονέων, αφού βαθμολογείται από τους γονείς σαν την πρώτη σε προτεραιότητα ανάγκη τους (Ward,2001, Punthmatharith et al.,2007).

Αυτό λοιπόν που ονομάζεται υποστήριξη γονέων εμπεριέχει την επαφή και την επικοινωνία. Μέσω αυτών μπορούν και επικοινωνούν γονείς και προσωπικό υγείας για ένα κοινό στόχο: τη φροντίδα του παιδιού που νοσηλεύεται. Έτσι ενισχύεται ο δεσμός μητέρας- παιδιού ενώ ταυτόχρονα η μητέρα, αλλά και ο πατέρας, αισθάνονται ότι είναι σημαντικοί, ενισχύεται ο γονικός τους ρόλος και κατά συνέπεια αμβλύνονται εκείνοι οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν συναισθηματικές διαταραχές στους γονείς.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα μπορούσαν να συμβάλλουν στο σχεδιασμό όλων των κατάλληλων ενεργειών από το προσωπικό υγείας για την ψυχολογική υποστήριξη των γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους στη MENN. Επιβάλλεται όλες οι MENN να στελεχωθούν με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό που θα αναγνωρίζει τις ψυχολογικές ανάγκες των γονέων και θα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους γονείς. Έτσι μπορούν να αποφευχθούν οι δυσμενείς ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να έχουν επίπτωση στο δεσμό γονέων-παιδιού αλλά και των γονέων μεταξύ τους.

Η παρούσα έρευνα επίσης, μπορεί να αποτελέσει βάση για μελλοντικές έρευνες για να μπορούν να αναγνωριστούν οι ανάγκες των γονέων που το παιδί τους νοσηλεύεται σε MENN από το προσωπικό υγείας των μονάδων, ώστε η προσφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας να ενδυναμώσει περισσότερο το πολύτιμο αυτό αγαθό καθώς και τη δημιουργία υγιών σχέσεων.

6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ– ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονέων με παιδιά που νοσηλεύονται σε MENN σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επιπλέον να διερευνηθεί σε βάθος και το πώς αντιλαμβάνονται οι γονείς την επικοινωνία με το προσωπικό υγείας. Διερευνήθηκε επίσης και η ψυχολογική κατάσταση των γονέων δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά τους.

Για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα έρευνα, έγινε ανάλυση αξιοπιστίας τους. Συγκεκριμένα για το NPST, που αποτελείται από 21 ερωτήσεις, βρέθηκε δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α 0,936. Για το EPDS, που αποτελείται από 10 ερωτήσεις, βρέθηκε δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α 0,929.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όσο αναφορά τη συσχέτιση της κατάθλιψης με το άγχος, δε βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ σκορ κατάθλιψης και σκορ άγχους. Το άγχος λοιπόν των γονέων παραμένει σε ελεγχόμενα επίπεδα, ίσως γιατί η αντιμετώπιση των γονέων στη MENN βρίσκεται σε επίπεδα θετικής επαφής και επικοινωνίας. Ένας άλλος λόγος που μπορεί να συμβάλει σε αυτό είναι ο ρόλος του υποστηρικτικού δικτύου των γονέων.

Το σκορ της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές, διότι από το t-test προκύπτει ότι $P=0,064 >0,05$. Ίσως γιατί στα ζευγάρια, ο επηρεασμός του ενός στον άλλο είναι υποστηρικτικός .

Στην απλή παλινδρόμηση το σκορ του NPST που μας δηλώνει την ικανοποίηση των γονέων με το σκορ του EPDS που δηλώνει την πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων δεν έχουν σημαντική στατιστική συσχέτιση, γιατί $r=0,089$, $P>0,05$.

Όσο αναφορά τη συσχέτιση του σκορ της κατάθλιψης με τον αριθμό των εξωσωματικών προσπαθειών των γονέων ($N=17$), δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, διότι $r = -0,155$ και $P =0,552$. Φαίνεται λοιπόν ότι όποιος και αν είναι ο αριθμός των εξωσωματικών προσπαθειών των γονέων για την απόκτηση παιδιού, αν και το παιδί αυτό νοσηλεύεται στη MENN, η συναισθηματική κατάσταση των γονέων δεν εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επίσης στατιστικά μη σημαντική συσχέτιση προκύπτει από τη συγκεκριμένη έρευνα στη σχέση της κατάθλιψης με την υποστήριξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, γιατί $r = -0,08$ και $P = 0,487$. Ίσως λοιπόν οι γονείς να είναι ικανοποιημένοι από την υποστήριξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αυτός σίγουρα είναι ένας βασικός παράγοντας καταπολέμησης της αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης.

Σχετικά με την ηλικία των γονέων και την κατάθλιψη, δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση, γιατί σε σκορ κατάθλιψης >10 με $N=55$, καθώς και αν χωρίσουμε τους γονείς σε άνδρες ($N=26$) και γυναίκες ($N=29$), δεν παρουσιάζεται σημαντική συσχέτιση γιατί $r = -0,061$, $r = -0,074$, $r = -0,137$ και $P = 0,0660$, $P = 0,720$ και $P = 0,477$ αντίστοιχα.

Τέλος η σχέση της κατάθλιψης με την ηλικία κύησης της μητέρας, το βάρος γέννησης του νεογνού και τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού, με ανάλυση ANOVA, βρέθηκε ότι $F=0,879$ και $P=0,459$. Δεν επηρεάζεται λοιπόν η κατάθλιψη από το βάρος γέννησης του νεογνού γιατί $F=1,076$ και $P=0,380$. Η κατάθλιψη λοιπόν δεν έχει σημαντική συσχέτιση με τις επιμέρους μεταβλητές που εξετάζουμε (ηλικία κύησης της μητέρας, το βάρος γέννησης του νεογνού και τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αναγνωστάκου Μ, Κόρπα Τ, Μπούζα Ε, Λιακοπούλου Μ (2009). Διασυνδεδετική συμβουλευτική παιδοψυχιατρική στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γενικού Παιδιατρικού Νοσοκομείου. Δελτίο Α΄ Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής, 1:72
2. Λαζαρίδου Χ, Αγακίδου Ε, Παπακυριακίδου Π, Δρόσου Β (2009). Συναισθήματα και αντιδράσεις γονέων κατά τη νοσηλεία του παιδιού τους σε ΜΕΝΝ και επιβαρυντικοί παράγοντες, Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία, Τόμος 4, Τεύχος 3 (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2009), σελ. 11-16.
3. Σαραφίδης Κ, Σταθεροποίηση και μεταφορά νεογνών (2003). Διαθέσιμο στο <http://www.med.auth.gr/depts/nicu1/neognologia/4episarafmetafora7.pdf>

{προσπελάστηκε 20 Μαρτίου 2012}

Ξένη βιβλιογραφία

1. Beinstein J, Mattox J, Potts N. Assessment of psychological dysfunction associated with infertility. *JOGNN Nurs* 1985, 14:350-423.
2. Brunessen, S.H., & Miles M. (1996). Sources of environmental stress experienced by mothers of hospitalized medically fragile infants. *Neonatal Network*, 15(3), 88-89. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
3. Carter JD, RT Mulder, AF Bartram, BA Darlow. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005, 90: F109-F113. doi10.1136/adc.2003.031641.
4. Cann D., Young J., Watson K., Ware RS, Pitcher A., Bundy R., Greathead D. (2008). Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Paediatr Nurs*, 20(5):14-9.

5. Dyer KA. Identifying, understanding, and working with grieving parents in the NICU, part II: strategies. *Neonatal Netw* 2005, 24:27-40. Review.
6. Endacott, R. (1997). Clarifying the concept of need: A comparison of two approaches to concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 471-476. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
7. Fenwick, J., Barclay, L. & Schmied, V. (2008). Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women and Birth*, 21(2):71-85. Στο: Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.
8. Fenwick, J., Barclay, L. and Schmied, V. (2001). 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5):583-593. Στο: Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.
9. Gardner, D., & Stewart, N. (1978). Staff involvement with families of patients in critical-care units. *Heart & Lung*, 7(1), 105-110. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
10. Gennaro, S. (1988). Postpartal anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nursing Research*, 37(2), 82-85. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
11. Holditch-Davis, D., & Miles, M. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care. *Neonatal Network*, 19(3), 13-(2001). Στο: Ward K.,(2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
12. Jacono, J., Hicks, G., Antonioni, C., O'Brien, K., & Rasi, M. (1990). Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal [intensive care units](#). *Heart & Lung*, 19(1), 72-78.

13. Johnson, A. (2007). The Maternal Experience of Kangaroo Holding. *JOGNN Clinical Research*, 36:568-573. Στο: Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.
14. Jones L., Woodhouse D., Rowe J. (2007). Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Educ Couns.* 69(1-3): 206-12.
15. Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.
16. Miles, M.S., Funk, S.G., & Kasper, M.A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 261-269. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
17. Monk, E. and Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6):726-734.
18. Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332-339. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
19. Neu, M. (1999). Parents' Perception of Skin-to-Skin Care With Their Preterm Infants Requiring Assisted Ventilation. *JOGNN Clinical Studies*, 28(2):210-217. Στο: Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.
20. Orapiriyakul, R., Jirapaet, V. and Rodcumdee, B. (2007). Struggling to Get Connected: The Process of Maternal Attachment to the Preterm Infant in Neonatal Intensive Care Unit. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(4):251-264. Στο: Kearvell H. & Grant J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 3.

21. Perehudoff, B. (1990). Parents' perceptions of environmental stressors in ,the special care nursery. *Neonatal Network*, 9(2), 39-44. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
22. Punthmatharith B, Buddharat U, Kamlangdee T. Comparisons of needs, need responses, and need response satisfaction of mothers of infants in neonatal intensive care units. *J Pediatr Nurs* 2007; 22:498-506
23. Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.) New York: McGrawHill. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
24. Shandor M., Carlson, J., Brunssen, S. (1999). The Nurse Parent Support Tool, *Journal of Paediatric Nursing*, Vol 14, No 1, pp. 44-50.
25. The Random House Webster's Dictionary, 3rd ed. (1998). New York: Ballantine Books. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
26. Ward K. Perceived needs of parent of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatr Nurs* 2001; 27:281-286
27. Wereszczak, J., Miles, M., & Holditch-Davis, D. (1997). Maternal recall of the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network: Journal of Neonatal Nursing*, 16(4), 33-40. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.
28. Yu, V.Y.H., Jamieson, J., & Astbury, J. (1981). Parents' reactions to unrestricted parental contact in the intensive care unit nursery. *The Medical Journal of Australia*, 1, 294-296. Στο: Ward K., (2001). Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit, *Pediatric Nursing* 27 3, pp. 281–286.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Θέμα 15^ο: «Η από 10.2.2012 αίτηση της κας Θάλειας Μπελάλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού πανεπιστημίου Κύπρου, με την οποία ζητά την έγκριση εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με θέμα: «Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν τα παιδιά τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών – MENN», από την κα Χρυσούλα Λαζαρίδου, Μαία της Νεογνολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας».

Το Διοικητικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπόψη του:

1. Την από 10.2.2012 αίτηση της κας Θάλειας Μπελάλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού πανεπιστημίου Κύπρου, με την οποία ζητά την έγκριση εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με θέμα: «Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν τα παιδιά τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών – MENN», από την κα Χρυσούλα Λαζαρίδου, Μαία της Νεογνολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας.
2. Την σύμφωνη επί του αιτήματος γνώμη της Καθηγήτριας κας Βασιλικής Δρόσου - Αγακίδου, Διευθύντρια της Νεογνολογικής Κλινικής.
3. Το έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη και τα ερωτηματολόγια αυτής.
4. Το με αριθμό πρωτ. Ε.Σ. 51/22.2.2012 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας με το οποίο εισηγείται την έγκριση εκπόνησης διπλωματικής διατριβής από τη κα Χρυσούλα Λαζαρίδου, Μαία της Νεογνολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας και μεταπτυχιακή φοιτήτρια, με θέμα: «Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν τα παιδιά τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών-MENN», υπό την προϋπόθεση ότι, το Νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά από τη διεξαγωγή της και η έρευνα θα είναι εθελοντική και απόρρητη (δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα).
5. Την προφορική εισήγηση του κ. Γεωργίου Χριστιανόπουλου, Διοικητή του Νοσοκομείου μας, με την οποία θέτει προς συζήτηση στο Διοικητικό Συμβούλιο το παραπάνω θέμα.
6. Τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του

Αποφασίζει ομόφωνα

Την έγκριση εκπόνησης διπλωματικής διατριβής από την κα Χρυσούλα Λαζαρίδου, Μαία της Νεογνολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας και μεταπτυχιακή φοιτήτρια, με θέμα: «Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν τα παιδιά τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών-MENN», υπό την προϋπόθεση ότι, το Νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά από τη διεξαγωγή της και η έρευνα θα είναι εθελοντική και απόρρητη (δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα).



ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητή/ε, κυρία\κύριε

Κρατάτε στα χέρια σας ένα έντυπο με μια σειρά ερωτήσεων που καλείστε να απαντήσετε στο πλαίσιο της μελέτης με θέμα "Επικοινωνία και υποστήριξη γονέων που νοσηλεύουν το παιδί (παιδιά) τους στη ΜΕΝΝ" που διεξάγεται εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙΘ (υπεύθ. Επικ.Καθηγ. Θάλεια Μπελλάλη) και του Μεταπτυχιακού Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, μέρος της οποίας έχει ως στόχο την εκπόνηση της διπλωματικής διατριβής της μεταπτυχιακής φοιτήτριας κ. Χρυσούλας Λαζαρίδου (μαία-ψυχολόγος). Η μελέτη αυτή διεξάγεται στη Α' Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.) του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονιών, που τα παιδιά τους νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ, σχετικά με το είδος και το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από το προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού τους. Επιπλέον θα διερευνηθεί σε βάθος και το πώς αντιλαμβάνονται οι γονείς την επικοινωνία με το προσωπικό υγείας. Σε αυτή τη φάση κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθεί και η ψυχολογική κατάσταση των γονιών δηλαδή η πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να επηρεάσει τις απάντησεις τους.

Κατανοείτε ότι, οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία**. Επίσης, η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα απαιτήσουν περίπου 15' με 20' από το χρόνο σας. Διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς. Σας υπενθυμίζουμε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις και ότι ενδιαφερόμαστε για τις άμεσες – αυθόρμητες απαντήσεις σας.

Χωρίς τη δική σας βοήθεια δε θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης για τα Ελληνικά δεδομένα, σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα.

Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Εάν δεν επιθυμείτε να προχωρήσετε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, εξηγήστε γιατί:

Δεν έχω χρόνο

Με δυσκολεύει να σκέφτομαι τέτοια θέματα

Άλλο

Τι άλλο; _____

Ακόμη κι αν επιλέξετε να μη συμμετάσχετε στη μελέτη, παρακαλούμε όπως σημειώσετε κάποια δημογραφικά σας στοιχεία που περιλαμβάνονται μόνο στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, το οποίο παρακαλούμε να μας επιστραφεί.

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ

Λαζαρίδου Χρυσούλα

Μαία-Ψυχολόγος

ΑΤΕΙΘ

Φοιτήτρια ΑΠΚΥ

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ

Μπελλάλη Θάλεια

Επικ. Καθηγήτρια

ΣΕΠ ΑΠΚΥ

