

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΤΗΣ
ΕΛΙΝΑΣ ΜΠΡΟΥΧΑΤΣΚΑΪΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ – ΒΑΛΕΝΤΙΝΗ ΡΗΓΑ**

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:
Καθηγητής ΙΩΑΝΝΗΣ ΝΕΣΤΟΡΟΣ
Επίκουρος Καθηγητής ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΠΡΟΔΡΟΜΙΤΗΣ**

Στη γιαγιά μου Έλζα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	Σελ.8-12
ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	Σελ.13-17
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ.18-25

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : Η ψυχοκοινωνική και η πολιτισμική διάσταση της ταυτότητας Σελ.27-42
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ :Κοινωνία και ΥγείαΣελ.43-60
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ :Χρόνια ασθένεια – περίπτωση της νεφρικής ανεπάρκειαςΣελ.61-91

B. Η ΕΡΕΥΝΑ

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV: Υποθέσεις – Μεθοδολογικό πλαίσιοΣελ.93-98
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : Αποτελέσματα της έρευνας – τεχνικές, κριτήρια της στατιστικής ανάλυσηςΣελ.99 --100

Στάδιο Ι - Πιλοτική έρευνα: Σύγκριση των επιπτώσεων της ΧΝΑ στους ασθενείς που ακολουθούν δυο εναλλακτικές μεθόδους της εξωνεφρικής κάθαρσης.....Σελ.100-111

- 5.2. Στάδιο ΙΙ - Κυρίως έρευνα: Μέθοδος προτίμησης και λόγοι της προτίμησηςΣελ.112-119

- 5.3. Στάδιο ΙΙΙ - Κυρίως έρευνα: Ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπο αιμοκάθαρση – μορφολογική ανάλυση του δείγματοςΣελ.120-151

- 5.4. Στάδιο ΙΙΙ – Κυρίως έρευνα: Ανάλυση συσχετίσεων των μεταβλητών αναφορικά με τον πληθυσμόΣελ.152-325

Γ. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΙ

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: Συμπεράσματα
 - 6.1. Στάδιο Ι - Πιλοτική έρευνα: Συγκριτική μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών – αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση. Μελέτη περιπτώσεων (άνδρες-γυναίκες)Σελ.327-337

6.2. Στάδιο II – Κυρίως έρευνα: Αιμοκάθαρση ως μέθοδος προτί- μισης και λόγοι της προτίμησης αυτής	Σελ.338-345
6.3. Στάδιο III – Κυρίως έρευνα: Ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπο αιμο- κάθαρση	Σελ.346-446
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: Γενικά συμπεράσματα – προτάσεις	Σελ.447-470
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ.472-485
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	Σελ.487-750

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρουσιαζόμενης έρευνας είναι η διερεύνηση του πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο τοποθετούν τον εαυτό τους τα άτομα μιας «ειδικής» σε σχέση με τον Άλλον ομάδας, των κοινωνικών αναπαραστάσεων που διέπουν την τοποθέτηση αυτή και των συνεπειών του επαναπροσδιορισμού αυτού.

Η Zavalloni (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996) δέχεται ότι η κοινωνικότητα είναι που κατασκευάζει την πραγματικότητα. Κάθε άτομο «υπάρχει» κοινωνικά ακόμα και πριν τη γέννησή του, παθητικά, από τη στιγμή που είναι αντικείμενο επιθυμίας των γονιών του (ή, αντίθετα, ανεπιθύμητο), οι οποίοι φροντίζουν να του δώσουν ένα όνομα και μια θέση στην κοινωνία, καθορίζοντας έτσι τη «μοίρα» του εκ των προτέρων (Λίποβατς, 1994). Η Zavalloni θέτει όμως ένα δεύτερο ζήτημα, το πώς ο νους κατασκευάζει την κοινωνικότητα, καθώς το νοητικό περιεχόμενο των κοινωνικών αναπαραστάσεων, στάσεων και αξιών του υποκειμένου εμφανίζεται κατά την παιδική του ηλικία από την αλληλεπίδραση των ενδιαφερόντων του παιδιού, των συναισθηματικών του αναζητήσεων και των ιδιοτήτων ενός σημαντικού Άλλου. Η βασική οργάνωση του νοητικού αυτού περιεχομένου, φορτισμένη συναισθηματικά και σχετιζόμενη με τις ομάδες, τα πρότυπα ταυτότητας και τον εαυτό, δημιουργεί ένα τρίγωνο, το οποίο υποδηλώνει τη δυναμική σχέση ανάμεσα στα τρία αυτά βασικά στοιχεία που δομούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα. Έτσι, η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του υποκειμένου είναι η απάντηση στην πραγματικότητά του και συνιστά τη βάση της προσωπικότητας του ατόμου, πέρα από τις ιδιοσυγκρασίες του κάθε υποκειμένου, καθώς όλες οι αναπαραστάσεις της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας βρίσκονται συνδεδεμένες και οργανωμένες από τυπικές σταθερές που δρουν ως ενεργές εικόνες, μέσω των οποίων το κοινωνικό περιβάλλον αποκωδικοποιείται, και ως ρυθμιστές της συμπεριφοράς (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Ο σκοπός της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας είναι πρώτα απ' όλα η *πρόληψη* (Ρήγα, 1997). Κάθε μελέτη περίπτωσης περιέχει όχι μόνο το παρελθόν, αλλά και στοιχεία του μέλλοντος του υποκειμένου (Ferrarotti, 1987). Οι τυπικές σταθερές των αναπαραστάσεων της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας δρουν ως ρυθμιστές της συμπεριφοράς (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Επομένως, η ανακάλυψη αυτών των τυπικών σταθερών ρυθμιστών της συμπεριφοράς των υποκειμένων (στη συγκεκριμένη περίπτωση, της ομάδας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση) μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων της συγκεκριμένης «πραγματικότητας» και στην πρόβλεψη και πρόληψη αυτών, με απώτερο στόχο τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ατόμων με χρόνιες παθήσεις.

Υπό αυτή την έννοια, η πρωτοπορία της παρουσιαζόμενης έρευνας έγκειται όχι μόνο στην περιγραφή της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των συγκεκριμένων ασθενών, αλλά και στη διερεύνηση των κοινών παραγόντων που την επηρεάζουν καθώς και στο συνδυασμό της ποιοτικής έρευνας (διαπίστωση) και της ποσοτικής έρευνας (πρόβλεψη στον πληθυσμό), όπου το ποσοτικό σκέλος της βασίζεται στα ποιοτικά δεδομένα του λόγου των υποκειμένων.

Τα αποτελέσματα των τριών διαδοχικών σταδίων της έρευνας με τη χρήση διαφορετικών μεθοδολογικών εργαλείων (4 συνεντεύξεις, 25 ερωτηματολόγια με ανοικτές ερωτήσεις, 127 ερωτηματολόγια με κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις) μας επιτρέπουν να διατυπώσουμε τα εξής συμπεράσματα:

1. Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) τελικού σταδίου υπό περιτοναϊκή κάθαρση εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια σε σύγκριση με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.
2. Η μέθοδος προτίμησης της εξωνεφρικής κάθαρσης φαίνεται να εξαρτάται περισσότερο από τις υποκειμενικές επιλογές των ασθενών και, υπό αυτή την έννοια, δεν είναι η μέθοδος κάθαρσης που, σύμφωνα με τις προγενέστερες έρευνες, επηρεάζει την προσωπικότητα, αλλά η προσωπικότητα επηρεάζει την επιλογή της μεθόδου και οι διαφορές στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που χρησιμοποιούν την περιτοναϊκή κάθαρση ή την αιμοκάθαρση οφείλονται όχι τόσο στην εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου, αλλά μάλλον στα προϋπάρχοντα προβλήματα αναφορικά με την προσωπικότητα του ασθενούς.
3. Το φύλο των ασθενών εμφανίζεται να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και φαίνεται να συσχετίζεται με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ (οργανικό επίπεδο) και το επάγγελμα και τις αλλαγές της επαγγελματικής δραστηριότητας μετά την εκδήλωση της νόσου (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο). Δε βρέθηκε καμιά διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.
4. Η αναπτυξιακή φάση στην οποία εκδηλώνεται η ΧΝΑ (ηλικία έναρξης της νόσου) και η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, ανεξάρτητα από την ηλικία εκδήλωσης της χρόνιας ασθένειας (τωρινή ηλικία), παρουσιάζουν δύο διαφορετικά αποτελέσματα αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας: στην πρώτη περίπτωση, η ηλικία έναρξης της νόσου φαίνεται να συσχετίζεται με την πεποίθηση των ασθενών της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους. Στη δεύτερη, η ηλικία των ασθενών εμφανίζεται να συσχετίζεται

με την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση τους προς το μέλλον, χωρίς να παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στις ηλικίες τους αναφορικά με την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους, την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους και την αλλαγή του χαρακτήρα των πασχόντων μετά την έναρξη της νόσου.

5. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών βρέθηκε να επηρεάζει ποικιλοτρόπως την πορεία ζωής τους, ασκώντας τόσο θετική όσο και αρνητική επίδραση στον οργανικό, κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα. Το επάγγελμα και η μόρφωση των ασθενών δε φαίνεται να συσχετίζεται με το επίπεδο νοσηρότητας, αλλά παρεμβαίνουν στις κοινωνικές και τις ψυχολογικές προεκτάσεις της ασθένειας. Ο τόπος καταγωγής συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών και με το είδος τους πριν την εκδήλωση της νόσου (οργανικό επίπεδο), ενώ ο τόπος μόνιμης διαμονής συσχετίζεται θετικά με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ (οργανικό επίπεδο), με τις αλλαγές στην επαγγελματική δραστηριότητα (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) και με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους (ψυχολογικό επίπεδο) μετά την εμφάνιση της ασθένειας. Παρ' όλη τη σημασία τους, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να είναι ένας μόνο μερικός δείκτης ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων, τα οποία πρέπει να ιδωθούν συνδυαστικά, προκειμένου το γεγονός της ασθένειας και οι επιπτώσεις της να κατανοηθούν καλύτερα.
6. Τα πατρικά πρότυπα και τα γεγονότα στην πατρική οικογένεια φαίνεται να παρεμβαίνουν σ' όλα τα επίπεδα ζωής του ατόμου – οργανικό, κοινωνικό και ενδοψυχικό. Έτσι, η ύπαρξη οργανικών διαταραχών στους ασθενείς πριν την έναρξη της ασθένειας συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια. Επιπλέον, το είδος αυτών των διαταραχών συσχετίζεται με τις ασθένειες και την ταυτότητα του θανόντος μέλους της οικογένειας, ενώ η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ εμφανίζεται να συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών (οργανικό επίπεδο). Το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών συσχετίζονται με το πατρικό επάγγελμα και το επίπεδο μόρφωσης ιδιαίτερα του πατέρα (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο). Η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ φαίνεται να συσχετίζεται με το είδος σχέσεων στην πατρική τους οικογένεια, ενώ η πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους με το επάγγελμα και τη μόρφωση

του πατέρα, όπως και με την ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας. Η αλλαγή του χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της νόσου συσχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους, ενώ η αισιόδοξη ή απαισιόδοξη τους στάση προς το μέλλον φαίνεται να συσχετίζεται με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (ενδοψυχικό επίπεδο). Εκτός από τη διαπίστωση της σημαντικότητας των οικογενειακών επιρροών για το άτομο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η μεγαλύτερη επίδραση του πατρικού προτύπου σε σύγκριση με το αντίστοιχο μητρικό, γεγονός που χρήζει περισσότερης διερεύνησης για την κατανόηση της σημασίας του ρόλου του *πατέρα* στη μελλοντική πορεία του ατόμου.

7. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και τα γεγονότα στην πατρική οικογένεια των ασθενών παρά από την οργανική εικόνα της νόσου. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνει τα ευρήματα των προγενέστερων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες η απαντητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς από τη φύση των βιο-φυσιολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου. Το πώς οι άνθρωποι νοηματοδοτούν την ασθένειά τους βρίσκεται σε συνάφεια με την προσωπική τους βιογραφία, γεγονός που με τη σειρά του, επηρεάζεται πάντοτε από και είναι *αναπόσπαστο κομμάτι* των πολιτιστικών αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν (Ραβάνης 1995, Nettleton, 2002). Οι αξίες αυτές μεταφέρονται μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων που μοιράζονται τα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνίας και ενστερνίζονται επί το πλείστον κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, σηματοδοτώντας το άτομο και κατά την ενήλική του ζωή, καθώς το βοηθούν να προσδιορίσει το ρόλο του και τη θέση του, δηλαδή την ταυτότητά του. Η έναρξη της χρόνιας ασθένειας περιλαμβάνει την αποδιοργάνωση της βιογραφίας και την αλλαγή της ταυτότητας του ατόμου (Nettleton, 2002), στοιχείων που έχουν εδραιωθεί μέσα του βάσει της κοινωνικής του ύπαρξης και των κοινωνικών του αλληλοδράσεων με τους σημαντικούς Άλλους. Συνεπώς, οι αλλαγές λόγω της ασθένειας στο κοινωνικό του «πράττειν» επιφέρουν αλλαγές και στο ψυχολογικό του «είναι».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ συσχετίζεται με τον τόπο μόνιμης

διαμονής τους, με την αλλαγή της επαγγελματικής τους δραστηριότητας και με τις αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση.

Η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους φαίνεται να συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσής τους, με το επάγγελμα του πατέρα τους, με το μορφωτικό επίπεδο των γονιών τους (ιδιαίτερα του πατέρα), με την ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειάς τους, με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, με τις αλλαγές στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και στην οικονομική τους κατάσταση και με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου.

Η αλλαγή του χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ φαίνεται να συσχετίζεται με το επάγγελμα του πατέρα τους, με την αλλαγή της οικονομικής κατάστασης και με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους.

Η στάση των ασθενών προς το μέλλον τους (αισιόδοξη-απαισιόδοξη) συσχετίζεται θετικά με την ηλικία τους και την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την εμφάνιση της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχοκοινωνική ταυτότητα, Πολιτισμός, Κοινωνικές αναπαραστάσεις, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), Μέθοδος προτίμησης, Φύλο, Ηλικία, Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, Πατρικά πρότυπα, Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν ακόμη τη στιγμή της σύλληψής μας, μέχρι τη στιγμή του θανάτου μας, οι κοινωνικές διεργασίες επιδρούν στην υγεία και την ευεξία μας (Nettleton, 2002). Η προσωπικότητα και η ταυτότητά μας μπορεί να διαμορφωθούν από τις εμπειρίες μας ως ασθενείς, καθώς και από τις κοινωνικές μας αλληλεπιδράσεις. Οι εμπειρίες μας σχετικά με το θάνατο, την ιδέα του θανάτου και το θνήσκουν γενικότερα, θα επηρεαστούν από το κοινωνικο-πολιτιστικό μας περιβάλλον. Φαίνεται ότι η υγεία έχει γίνει ένα πολυσήμαντο στοιχείο της σύγχρονης πολιτιστικής πραγματικότητας και εξισώνεται με επιτυχία στις σύγχρονες κοινωνίες (Herzlich, 1969), καθώς αναφέρεται στη δυνατότητα και το βαθμό *προσφοράς* του ατόμου για /και στο σύνολο και στη δυνατότητα και το βαθμό *κατανάλωσης* των αγαθών από το άτομο, ως απόδειξη της επιτυχημένης του πορείας (Nettleton, 2002). Η ασθένεια μάς υπενθυμίζει ότι η «φυσιολογική» λειτουργία του πνεύματος και του σώματος βρίσκονται στο επίκεντρο της κοινωνικής δράσης και αλληλοδράσης, καθώς η απαντητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιο-φυσιολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου. Συνεπώς, η ασθένεια είναι ταυτόχρονα ένα πολύ ιδιωτικό κι ένα πολύ δημόσιο φαινόμενο (Nettleton, 2002). Το να είναι κανείς «άρρωστος» στη σημερινή κοινωνία έχει πάψει να σημαίνει μια αμιγώς βιολογική κατάσταση και έχει φτάσει να ορίζει μια υπόσταση, ή ακόμα και μια ομαδική ταυτότητα: στο εξής, θα συνιστά μια από τις κεντρικές κατηγορίες της κοινωνικής αντίληψης (Herzlich & Pierret, 1985). Έτσι, η ασθένεια μπορεί να γίνει μέρος της ταυτότητας του πάσχοντος κι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για εκείνους που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, καθώς είναι εξ ορισμού μακροχρόνιες και, κατ' επέκταση, έχουν ιδιαίτερα σοβαρές συνέπειες για την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του ατόμου, επειδή η χρόνια ασθένεια συνδέεται με την ικανότητα για εργασία και / ή την εκπλήρωση των κοινωνικών υποχρεώσεων.

Η αλλαγή / επαναπροσδιορισμός της ταυτότητας του άρρωστου ατόμου εξαρτάται από τη φύση της νόσου, από τις αντιδράσεις των άλλων απέναντι στην ασθένειά του, αλλά και από τη στάση του ίδιου του ατόμου απέναντι στα θέματα της υγείας και της ασθένειας, δηλαδή από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που διατηρεί το άτομο για τα ζητήματα αυτά, ως αποτέλεσμα της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο και στην κοινωνία, στα συναισθήματα και στις συγκινήσεις, στο λόγο και στη σκέψη (Ρήγα, 1997). Η ανάγκη του εαυτού να τοποθετηθεί κάπου, πρέπει να θεωρηθεί ως μια συνέχεια του πολιτισμικού

κόσμου κάθε υποκειμένου, όπου κάθε ψυχολογική δράση μπορεί να ερευνηθεί ως ιδιότητα που αναδύεται από διαπροσωπικές ή διομαδικές σχέσεις. Ο πολιτισμός, λοιπόν, αποκτά την κεντρική θέση ως θεμελιώδης προμηθευτής νοημάτων, και η πολιτισμική διάσταση της ταυτότητας κατέχει την πρώτη θέση (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Ο σκοπός της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας είναι να δοθούν οι απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν στον τρόπο και στην εμφάνιση των φαινομένων ή της κατάστασης και επιχειρείται η διαγράψιση μιας απόφασης ή μιας ομάδας αποφάσεων, αφού αναλυθεί και διευκρινιστεί το *γιατί* λήφθηκαν οι αποφάσεις, το *πώς* τέθηκαν σε εφαρμογή και *ποιο* είναι το αποτέλεσμα, δηλαδή όταν χρειάζεται μια εις βάθος ανάλυση και διερεύνηση του τρόπου και της αιτίας της εμφάνισης ενός φαινομένου, με απώτερο στόχο την *πρόληψη* (Ρήγα, 2001).

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια της προσέγγισης της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών που διανύουν το τελικό στάδιο της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, με σκοπό να βρεθούν κοινοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στην εκδήλωση και στην εξέλιξη της νόσου, στην αντίδραση του ατόμου, στη σωματική του δυσλειτουργία, στην αντίληψη του εαυτού και της ταυτότητάς του μετά την έναρξη της ασθένειας και στην επιλογή της μεθόδου της εξωνεφρικής κάθαρσης.

Ο στόχος της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας είναι η πρόληψη και γι' αυτό χρειάζεται πρόβλεψη. Στην παρούσα μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας, η οποία μέχρι τώρα αποτελούσε αντικείμενο ποιοτικής ανάλυσης, για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε ποσοτική ανάλυση των συσχετίσεων των στοιχείων της αντικειμενικής και της υποκειμενικής πλευράς της. Με αυτόν τον τρόπο, η παρούσα εργασία παρουσιάζει όχι μόνο την εικόνα του δείγματος των εξεταζόμενων υποκειμένων, αλλά και τα αναμενόμενα αποτελέσματα για τον πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου στην Κρήτη.

Η έρευνα διαιρείται σε επτά Κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται μια βιβλιογραφική διερεύνηση της πολιτισμικής διάστασης της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας ως μιας συνέχειας του πολιτισμικού κόσμου του υποκειμένου, καθώς η κοινωνικότητα κατασκευάζει την πραγματικότητα του ατόμου.

Στο Κεφάλαιο 2 παρατίθενται βιβλιογραφικές αναφορές, μελέτες και θεωρίες που διερευνούν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια μοιραζόμενες από όλα τα μέλη της κοινωνίας μέσω της γλώσσας, όπως και τη σημασία των συγκεκριμένων κοινωνικών αναπαραστάσεων και του λόγου για τον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου που νοσεί.

Το Κεφάλαιο 3 αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που περιγράφουν το φαινόμενο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) και την επίδρασή της στην οργανική και στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Επίσης, παρατίθενται οι μελέτες που τονίζουν την ανάγκη της εξέτασης τόσο των οργανικών όσο και των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραμέτρων σε όλες τις αρρώστιες, καθώς σε όλες τις ασθένειες εμπλέκονται και οι τρεις προαναφερθείσες συνιστώσες.

Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται οι υποθέσεις και η μεθοδολογία της παρουσιαζόμενης έρευνας. Στις υποθέσεις διερευνώνται οι πιθανές συσχετίσεις των στοιχείων της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας - τόσο της αντικειμενικής της πλευράς (φύλο, τόπος καταγωγής, επάγγελμα κ.λπ.), όσο και της υποκειμενικής της διάστασης (γονεϊκά πρότυπα, βιώματα στην πατρική οικογένεια κ.λπ.), της οργανικής εικόνας της νόσου (ηλικία έναρξης της ασθένειας, ύπαρξη και είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωσή της κ.λπ.) και της αντίδρασης του ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία. Στη μεθοδολογία παρατίθενται τα κριτήρια της επιλογής της μεθοδολογικής προσέγγισης και τα μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας (ημιδομημένη συνέντευξη, ερωτηματολόγιο με ανοικτές ερωτήσεις, ερωτηματολόγιο με κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις).

Το Κεφάλαιο 5 αφορά στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, η οποία διεξήχθη σε τρία διαδοχικά στάδια, στο κάθε ένα από τα οποία ελέγχονται και εμπλουτίζονται τα αποτελέσματα του προηγούμενου, διασφαλίζοντας έτσι την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

= Στάδιο I (πilotική έρευνα): Διεξαγωγή και ανάλυση της ημιδομημένης συνέντευξης στους αιμοκαθαιρόμενους (2-άνδρας-γυναίκα) και στους περιτοναϊκούς (2-άνδρας-γυναίκα) ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου με σκοπό την επιβεβαίωση των βιβλιογραφικών αναφορών για την καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που χρησιμοποιούν την περιτοναϊκή μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός των ασθενών που χρησιμοποιούν τη συγκεκριμένη μέθοδο (περιτοναϊκή κάθαρση) μειώνεται σταδιακά στην Ευρώπη και στην Αμερική.

Η διερεύνηση των λόγων που πιθανόν επηρεάζουν την επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου της εξωνεφρικής κάθαρσης οδήγησε στο σχεδιασμό της κύριας έρευνας, η οποία αποτελείται από δύο στάδια.

= Στάδιο II: Χορήγηση και ανάλυση 25 ερωτηματολογίων με ανοικτές ερωτήσεις στους ασθενείς (άνδρες-γυναίκες) που χρησιμοποιούν την αιμοκάθαρση ως μέθοδο αντιμετώπισης της ΧΝΑ τελικού σταδίου, για να διερευνηθούν οι στάσεις τους και η πηγή των στάσεων αυτών ως προς την προτίμηση της μεθόδου.

Η αρνητική στάση των περισσότερων υποκειμένων προς την περιτοναϊκή μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης και τα επιχειρήματα που χρησιμοποίησαν τα άτομα αυτά, οδήγησε στη διερεύνηση των στοιχείων της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (άνδρες-γυναίκες) που ίσως είναι κοινά για τα άτομα αυτά και πιθανόν να επηρεάζουν την εκδήλωση και την εξέλιξη της ασθένειας, την αντίδραση του ατόμου σε αυτήν και ακόμα, την προτίμησή του της μεθόδου εξω-κάθαρσης.

= Στάδιο III: Χορήγηση και ανάλυση 127 ερωτηματολογίων με κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (άνδρες-γυναίκες) και των συσχετίσεων μεταξύ των ψυχοκοινωνικών και των οργανικών παραγόντων για να διευκρινιστεί η πιθανή αλληλεπίδρασή τους, με σκοπό την πρόβλεψη και την πρόληψη για το συγκεκριμένο πληθυσμό. Στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, παρατίθενται πίνακες των μεταβλητών στις οποίες παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ τους.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της ανάλυσης, σύμφωνα με τα οποία τα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών - της αντικειμενικής της πλευράς (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) και ιδιαίτερα της υποκειμενικής της διάστασης (γονεϊκά πρότυπα, βιώματα ασθένειας και απώλειας στην πατρική οικογένεια) - φαίνεται να συσχετίζονται τόσο με την οργανική πορεία του ατόμου πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ (π.χ. είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ, ηλικία εκδήλωσής της, είδος άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νόσου), όσο και με την ψυχοκοινωνική του πορεία ως αρρώστου (αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους, αλλαγή του χαρακτήρα, αισιοδοξία ή απαισιοδοξία για το μέλλον κ.λπ.). Επίσης, φαίνεται ότι η επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης εξαρτάται περισσότερο από την υποκειμενική προτίμηση των ασθενών παρά από τις αντικειμενικές αντενδείξεις της εφαρμογής της, αλλά και από την ελλιπή πληροφόρηση για την εναλλακτική μέθοδο.

Στο Κεφάλαιο 7 παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις με σκοπό τη βελτίωση της ψυχολογικής και, καθ'επέκταση, της οργανικής κατάστασης των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η έρευνα κλείνει με τη Βιβλιογραφία και τα Παραρτήματα, όπου παρατίθενται τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και οι υπόλοιποι Πίνακες αναλύσεων της μελέτης.

Για τη διεκπεραίωση αυτής της έρευνας συνέβαλαν με τις επιστημονικές τους γνώσεις και υποδείξεις τα μέλη της τριμελούς εισηγητικής επιτροπής, κ.κ. Αναστασία - Βαλεντίνη Ρήγα, Καθηγήτρια Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας, Ιωάννης Νέστορος,

Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας και Γεράσιμος Προδρομίτης, Επίκουρος Καθηγητής Πειραματικής Κοινωνικής Ψυχολογίας, στους οποίους απευθύνω θερμές ευχαριστίες για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Αναστασία-Βαλεντίνη Ρήγα, η οποία τόσα χρόνια στάθηκε κοντά μου, ακόμα από τις προπτυχιακές μου σπουδές στο Τμήμα Ψυχολογίας και στη συνέχεια, ως Υποψήφια Διδάκτωρ όταν ανέλαβα την παρούσα έρευνα, υπήρξε σύμβουλος, φίλη και δασκάλα.

Ευχαριστώ θερμά τους ασθενείς με ΧΝΑ που δέχτηκαν να συνεργαστούν μαζί μου για τη διεξαγωγή της έρευνας, τους διευθυντές και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού των Γενικών Νοσοκομείων Ρεθύμνης, Χανίων και Ηρακλείου για την αποδοχή και τη βοήθειά τους. Ευχαριστώ επίσης, για τη βοήθειά τους στη συλλογή των δεδομένων για την παρούσα έρευνα, τους φοιτητές και τις φοιτήτριες του Τμήματος Ψυχολογίας των οποίων υπήρξα επόπτρια της πρακτικής τους άσκησης στις προαναφερθείσες Μονάδες. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια των κ.κ. Βασίλειου Δαφέρμου, Λέκτορα στο Τμήμα Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης και του Επίκουρου Καθηγητή Πειραματικής Κοινωνικής Ψυχολογίας στο Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Γεράσιμου Προδρομίτη. Για τη φιλολογική επιμέλεια του κειμένου ευχαριστώ την κα Λίλα Φωτάκη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στο σύζυγό μου, Κωνσταντίνο Ουρανό, και στα παιδιά μου, Ζαχαρία και Βλαδίμηρο, για την κατανόηση και την υποστήριξή τους, χωρίς την οποία η διεκπεραίωση της εργασίας αυτής δεν θα ήταν εφικτή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια ψυχοκοινωνικός εαυτός στην Ψυχολογία έχει δοθεί υπό διάφορες ονομασίες, όπως αυτοθεώρηση, αυτοεκτίμηση, αυτοεικόνα, αυτοέρευνα, αυτογνωσία, αυτοπαρουσίαση, ενδοσκόπηση, αυτοπεριγραφή. Επομένως, η έννοια αυτή είναι δύσκολο να προσδιοριστεί σ' έναν συγκεκριμένο ορισμό.

Το βασικό για τον καθέναν είναι να γνωρίζει ποιος / ποια είναι, πώς προσλαμβάνει και προσδιορίζει τον εαυτό του, βάσει ποιων αξιών και κριτηρίων τοποθετείται σε κάποια ομάδα. Αυτό σημαίνει, όμως, ότι για να προσδιοριστεί ο ψυχοκοινωνικός μας εαυτός, με όποια ονομασία και αν χρησιμοποιηθεί αυτή η έννοια, πρέπει να υπάρχουν δύο βασικές προϋποθέσεις:

1. Η χρήση ενός συμβολικού κώδικα επικοινωνίας, της γλώσσας, του λόγου, που το άτομο αποκτά αρχικά μέσα στην οικογένεια, στις κοινωνικές του σχέσεις με τα σημαντικά γι' αυτό πρόσωπα.
2. Η ύπαρξη του Άλλου ως σημείου σύγκρισης με τον Εαυτό, ώστε να προσδιορίσει το άτομο τη θέση του στην κοινωνική ομάδα που ανήκει (Ρήγα-Β., 1997).

Για τις Zavalloni και Louis-Guerin (1996), η ψυχοκοινωνική ταυτότητα είναι συγχρόνως αιτία και αποτέλεσμα μιας γνωστικο-συναισθηματικής διαμεσολάβησης που η εξέλιξή της και η χρονική της σειρά μας διαφεύγουν. Η ταυτότητα, λοιπόν, είναι σημείο συνάντησης ανάμεσα στο ατομικό και στο συλλογικό, είναι προϊόν της κοινωνικής και της ατομικής ιστορίας. Της κοινωνικής ιστορίας, επειδή ανήκει εκ των πραγμάτων στην κοινωνία - θετικά ή αρνητικά αξιολογούμενης-και συγχρόνως επειδή συνιστά υποκειμενική συνείδηση της έννοιας του ανήκειν (της ένταξης) κάπου της ατομικής ιστορίας, επειδή πρόκειται για βιωμένες μοναδικές εμπειρίες και για ατομικές ιδιοσυγκρασίες. Το περιεχόμενο και ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένες οι αναπαραστάσεις του Εαυτού, του Άλλου και της Κοινωνίας συνιστούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα.

Το υποκείμενο-άτομο είναι διαιρεμένο σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό υποκείμενο, παίζει, δηλαδή πολλαπλούς ρόλους. Ο ένας ρόλος δεν αναιρεί τον άλλον, αλλά, αντίθετα, τον συμπληρώνει. Το «εμείς» ενοποιείται με το «εγώ», και το αντίστροφο. Με την «επικοινωνό γλώσσα» τα μέλη της κοινωνίας - ομάδας θα ενωθούν, θα αναγνωρίσουν ο ένας τον άλλον, θα δημιουργήσουν κάποιες διαπροσωπικές σχέσεις (Ρήγα, Α.- Β., 1991).

Ο Εαυτός, λοιπόν, είναι το αποτέλεσμα της αμοιβαίας αυτής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο και στην κοινωνία, στα συναισθήματα και στις συγκινήσεις, στο λόγο και στη σκέψη. Η αντίληψη του Εαυτού βασίζεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις που προσλαμβάνονται με την «επικοινωνό γλώσσα». Ο Serge Moscovici ορίζει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως «διανοητικά σχήματα και προκατασκευασμένες ιδέες, σκέψεις, κρίσεις, φορτισμένες με συναίσθημα, μέσω των οποίων οι άνθρωποι προσπαθούν να κατανοήσουν, να αντιληφθούν και να αξιολογήσουν συμπεριφορές, αξίες, πράξεις και ιδεολογίες» (Moscovici, 1984, 1988). Σύμφωνα με τον Moscovici, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις εντάσσονται σε ένα υλιστικό μοντέλο προσέγγισης του νοήματος, του πολιτισμού και των νοητικών λειτουργιών σε συνδυασμό με τη συναισθηματική κατάσταση. Οι Zavalloni και Luis-Guerin (1996) προσθέτουν ότι «τα νοητικά γεγονότα και η ανάγκη του Εαυτού να τοποθετηθεί κάπου, πρέπει να θεωρηθούν ως μια συνέχεια του πολιτισμικού κόσμου του κάθε υποκείμενου».

Ποια σχέση μπορεί να υπάρχει μεταξύ της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας, της πολιτισμικής της διάστασης, των κοινωνικών αναπαραστάσεων και της υγείας του ατόμου;

Σύμφωνα με τον Marty (Ρήγα, 1991), ο ζωντανός κόσμος δεν αποτελεί αντικείμενο οργάνωσης, ιεραρχίας, αναπαραγωγής, συνένωσης, ανάπτυξης και εξέλιξης μόνο, αλλά αποτελεί επίσης αντικείμενο καταστροφής και αποδιοργάνωσης, φαινόμενα συνήθη στους ζωντανούς οργανισμούς. Δηλαδή ο Marty αναφέρεται σε αυτό που ο Freud ονόμασε ενορμήσεις της ζωής και του θανάτου (Freud, 2001). Αντιπροσωπευτικοί τύποι αυτών των ενορμήσεων είναι η γέννηση και η ασθένεια. Κατά τον Marty, η αρρώστια θεωρείται μια «ειδική κατάσταση ισορροπίας» του ατόμου, σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του. Κατά τη γένεση της παθολογικής εξέλιξης παρεμβαίνουν τόσο η εξωτερική τραυματική πραγματικότητα, όσο και η δομική οργάνωση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Θεωρεί, λοιπόν, ότι η αρρώστια επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή του ανθρώπου ως η αυτόματη λύση «μιας κατάστασης» για την οποία δεν υπάρχει άλλη διέξοδος. Έτσι, η ανισορροπία της ασθένειας δεν είναι παθολογικό γεγονός, αλλά ένας από τους παράγοντες ομοιοστασίας τους οποίους δημιουργούν οι υφιστάμενες συνθήκες της ζωής του ατόμου. Οι σχέσεις αυτές, που αναπτύσσονται ανάμεσα στους δύο αντιπροσωπευτικούς τύπους των ενορμήσεων της ζωής και του θανάτου - δηλαδή της γέννησης και της ασθένειας - μέσω των μηχανισμών διοργάνωσης, αποδιοργάνωσης, αναδιοργάνωσης του ατόμου και οι οποίοι πηγάζουν από τη φυλογένεση και την κληρονομικότητά του, αποτελούν τη βάση της ψυχοσωματικής ιατρικής (Ρήγα, 1991). Εδώ χρειάζεται μια διευκρίνιση: σύμφωνα με το ισχύον σήμερα ιατρικό Παράδειγμα, όπως ορίζει αυτή την έννοια ο Kuhn στο έργο του

«Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων» (1987, σελ. 56), δηλαδή σύμφωνα με τις καθολικά αναγνωρισμένες επιστημονικές επιτεύξεις, οι οποίες, για ένα χρονικό διάστημα, παρέχουν πρότυπα προβλημάτων και λύσεων σε μια κοινότητα ειδικών, ο όρος «ψυχοσωματική διαταραχή» χρησιμοποιείται και σήμερα με την παλιά του έννοια. Δηλαδή εννοούνται οι οργανικές παθήσεις στην αιτιολογία των οποίων οι ψυχολογικοί παράγοντες πιστεύεται ότι παίζουν αποφασιστικό ρόλο. Η Dunbar (Μάνος, 1998), όμως, τονίζει την ανάγκη για μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και το θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενειών, κι όχι μόνο των ονομαζόμενων «ψυχοσωματικών». Έτσι, λοιπόν, χρησιμοποιεί τον όρο «ψυχοσωματικός» με την έννοια του «ολιστικού». Αυτό σημαίνει ότι αναφέρεται σε ένα σύστημα υποθέσεων για την ψυχή και το σώμα, στο ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία και την αρρώστια και στην πρακτική σημασία των παραγόντων αυτών στη θεραπευτική. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε αρρώστια και επεισόδια αρρώστιας. Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Μάνος, 1998). Η ολιστική άποψη της Dunbar ενέπνευσε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου, σύμφωνα με το οποίο η υγεία και η ασθένεια αποτελούν τις αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. «Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση, την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δε θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ.17). Από την άλλη, για την Herzlich, η υγεία είναι εντελώς ενδογενής. Ό, τι είναι εξωγενές εξισώνεται με την ασθένεια (Παπαστάμου, 1989). Παρ' όλη τη φαινομενική αντίθεση, η μια άποψη δεν συγκρούεται με την άλλη. Η Herzlich επισημαίνει το ρόλο της κοινωνίας στην εκδήλωση της ασθένειας, η οποία μέσω του τρόπου ζωής που επιβάλλεται από αυτήν στο άτομο φέρνει την αρρώστια. Ταυτόχρονα, η κοινωνία είναι αυτή που απαιτεί να είναι υγιές το άτομο. Έτσι, το να είναι κανείς «περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστος» αναφέρεται στην κληρονομικότητα, στην ιδιοσυγκρασία, αλλά και στις αντιδράσεις του ατόμου στις απαιτήσεις και τις προκλήσεις της ζωής, στο πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τον εαυτό του και τους άλλους, στο ρόλο και τη θέση του, κάτι που εκφράζεται στη συμπεριφορά του και στον τρόπο ζωής του. Επομένως, η ασθένεια προκαλείται από ένα σύνολο οργανικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν και αλληλοκαθορίζονται, επηρεάζοντας το άτομο.

Το έναυσμα για την παρούσα έρευνα αποτέλεσε η συμμετοχή μου στην πρακτική άσκηση των φοιτητών «Παιγνιοθεραπεία στο Νοσοκομείο» που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνης το έτος 1993-1994 με επιστημονική υπεύθυνη την Καθηγήτρια Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας κα Αναστασία-Βαλεντίνη Ρήγα. Κατά τη διάρκεια της πρακτικής αυτής άσκησης, η ομάδα των συμμετεχόντων φοιτητών κλήθηκε να αντιμετωπίσει τις περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Η καθημερινή επικοινωνία όχι μόνο με τα παιδιά, αλλά και με τους ενήλικες αιμοκαθαιρόμενους, όπως και αυτή με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας, προκάλεσε πλήθος ερωτημάτων και προβληματισμών σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου τελικού σταδίου από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τις αλλαγές στη ζωή που κλήθηκαν να δεχτούν τα άτομα αυτά λόγω της νεφρικής ανεπάρκειας και κατ' επέκταση, τις αλλαγές στην αντίληψη του Εαυτού των ασθενών, οι οποίοι κατατάσσονται πλέον σε μια «διαφορετική» κοινωνική ομάδα - αυτή των «άρρωστων», των «μη δυνατών», των «μη πετυχημένων», των «μη ευτυχισμένων» σε τελευταία ανάλυση- σύμφωνα με τα ισχύοντα πρότυπα της κοινωνίας. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια αποτελούν χαρακτηριστικές «μήτρες», πάνω στις οποίες εδραιώνονται οι αντιλήψεις των ατόμων για την πρωταρχική τους υπόσταση - αυτή των «φυσιολογικών» μελών της κοινωνίας και, κατ' επέκταση, καθορίζει την ένταξή τους (θετική ή αρνητική) σ' αυτήν.

Η έννοια της ταυτότητας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ένταξης (δηλαδή του ανήκειν σε μια συγκεκριμένη ομάδα) και ακριβώς μέσα και διαμέσου των διαφόρων μορφών ένταξης δημιουργείται ένα σύστημα διαφορών, από το οποίο το άτομο ή η ομάδα διενεργούν τις μεταξύ τους διακρίσεις. Έτσι η ταυτότητα καθιστά δυνατή την κατανόηση της δομής της κοινωνικής πραγματικότητας στο βαθμό που η σχέση με τον κόσμο εδραιώνεται μέσω αυτών των κοινωνικών και πολιτισμικών τύπων ένταξης. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα συνιστά σημείο συνάντησης ανάμεσα στο ατομικό και στο συλλογικό, που η λειτουργική τους σχέση είναι στην ουσία, αναπαραστάσεις του Εαυτού σε σχέση με τον Άλλον, με την Κοινωνία (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Η σχέση με τον Άλλον (άτομο, ομάδα, κοινωνία) σημαίνει αρχικά τη συνειδητοποίηση που έχει κάποιος για τον εαυτό του ως εξατομικευμένο Εγώ και της κοινωνικής συνείδησης του ανήκειν. Η συνείδηση αυτής της κατάστασης είναι που μας ωθεί στη δράση. Δηλαδή, οι αναπαραστάσεις του Εαυτού και του Άλλου είναι αδιαχώριστες και βρίσκονται στη βάση της συμπεριφοράς μας, της κοινωνικής μας δράσης. Έτσι οι σχέσεις ατόμου κοινωνίας

αποτελούν το κύριο προς ανάλυση ζήτημα για τις ανθρωπιστικές επιστήμες (Προδρομίτης,2006). Η κοινωνική συμπεριφορά, όμως, δεν νοείται έξω από το πολιτισμικό πλαίσιο, γιατί αλλιώς υπάρχει κίνδυνος ψυχολογοποίησης του κοινωνικού και της απομόνωσής του από τους κοινωνικούς, αλλά και οικονομικούς, πολιτικούς /ή και ιδεολογικούς καθορισμούς του (Παπαστάμου,1989). Ο όρος «πολιτισμός» αναφέρεται στα «μεμαθημένα νοήματα», αποτελείται από πολυάριθμους ξεχωριστούς παράγοντες, που περιλαμβάνουν τα μέσα συντήρησης, τους θεσμούς και τις αξίες, τους κανόνες που ρυθμίζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη διανομή εργασίας κατά φύλο,την ηλικία ή εθνικότητα κι άλλα πολλά (Segall - Dasen - Berry - Poortinga, 1996). Όμως, όπως παρατηρεί ο Weber (Φιλίας, 2000), τα «μεμαθημένα μαθήματα», η ανθρώπινη πείρα δεν είναι απλώς ένα άθροισμα συσχετιζόμενων παραστάσεων ενός «γυμνού περιεχομένου». Για να διαμορφωθούν οι παραστάσεις σε πείρα, απαιτείται να επενδυθούν με καταφατική ή αρνητική κρίση, που είναι και ο βασικός μορφοποιητικός συντελεστής, στη βάση του οποίου οι ατομικές αναπαραστάσεις «βιώνονται» από κοινού ως κάτι υπερατομικό και γίνονται αντιληπτές από διαφορετικά άτομα ως κάτι το όμοιο. Έτσι λοιπόν, στη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων ο πολιτισμός είναι θεμελιώδης προμηθευτής νοημάτων και ως τέτοιος αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα η πολιτισμική διάσταση της ταυτότητας, που κατέχει την πρώτη θέση στη μελέτη του ψυχοκοινωνικού εαυτού (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996, Ρήγα, 1997).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα εργασία στοχεύει στην παρουσίαση μιας θεωρητικής και ερευνητικής μελέτης της αναπαράστασης του Εαυτού σε σχέση με τον περιβάλλοντα κόσμο μιας ομάδας χρόνιων ασθενών που διανύουν το τελικό στάδιο της νόσου, όπου οι αναπαραστάσεις αυτές είναι το αποτέλεσμα των πολιτισμικών επιρροών που δέχονται τα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνίας. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η «ψυχοσωματική» διάσταση της συγκεκριμένης ασθένειας με την έννοια του «ψυχοσωματικού» όπως την εννοεί η Dunbar, μελετώντας τη φαινομενικά «αντικειμενική» ιστορία ζωής των ασθενών πριν και μετά την εκδήλωση της νόσου, με σκοπό να βρεθούν κοινοί παράγοντες (αν υπάρχουν τέτοιοι) που μπορεί να συμβάλλουν στην παρουσία των συμπτωμάτων της αρρώστιας. Έτσι, το σημείο εκκίνησης αυτής της μελέτης είναι η ταυτότητα των ασθενών ως σημείο συνάντησης του «βιολογικού», του «ψυχολογικού» και του «κοινωνικού».

Η ομάδα των υποκειμένων της έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις, αποτελείται από ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) τελικού σταδίου, δηλαδή από άτομα στα οποία οι βλάβες στους νεφρούς δεν επιτρέπουν την αποβολή

άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό κι έτσι η λειτουργία αυτή αντικαθίσταται με εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση). Η αιμοκάθαρση πραγματοποιείται τρεις φορές την εβδομάδα και διαρκεί περίπου τέσσερις ώρες κάθε φορά, ενώ η περιτοναϊκή κάθαρση εφαρμόζεται καθημερινά από τους ίδιους τους ασθενείς στο σπίτι τους είτε στη διάρκεια της ημέρας [συνεχόμενη περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD)], είτε στη διάρκεια της νύκτας [αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD)].

Στο πρώτο στάδιο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένας ημιδομημένος θεματικός οδηγός με έμφαση στη συνέντευξη βάθους της ποιοτικής ανάλυσης της έρευνας πεδίου. Έτσι, παρουσιάζονται τέσσερις περιπτώσεις συνεντεύξεων ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου, όπου στα δύο υποκείμενα (γυναίκα-άνδρας) εφαρμόζεται η μέθοδος της αιμοκάθαρσης, ενώ τα άλλα δύο (γυναίκα-άνδρας) χρησιμοποιούν τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης. Ο ερευνητικός σκοπός της μελέτης των συνεντεύξεων ήταν να ανακαλυφθούν και να συγκριθούν οι τυχόν διαφορές στις αντιλήψεις για την ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα και οι στάσεις απέναντι στην ασθένεια των αρρώστων που χρησιμοποιούν διαφορετικές μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης.

Στο δεύτερο στάδιο της έρευνας, έγινε προσπάθεια να διευκρινιστούν οι λόγοι που πιθανόν να οδηγούν τους ασθενείς στην προτίμηση της μιας ή της άλλης μεθόδου. Παρόλο που η περιτοναϊκή κάθαρση επιτρέπει μεγαλύτερη αυτονομία και αυτοέλεγχο, εντούτοις, στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου εφαρμόζεται η μέθοδος της αιμοκάθαρσης, γεγονός το οποίο προκαλεί αρκετά ερωτήματα που χρήζουν ερμηνείας. Γι' αυτό χορηγήθηκαν 25 ερωτηματολόγια με ανοιχτές ερωτήσεις αναφορικά με τις δύο μεθόδους στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, προκειμένου να διερευνηθεί η γνώμη και η γνώση των υποκειμένων για το θέμα αυτό.

Τα αποτελέσματα του δεύτερου σταδίου της έρευνας, οδήγησαν στο σχεδιασμό του τρίτου της σταδίου: να διερευνηθεί η ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου που ακολουθούν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης, των κοινωνικών αναπαραστάσεων που τη συνιστούν και των παραγόντων που πιθανόν να συμβάλλουν στη διαμόρφωσή της. Γι' αυτόν το σκοπό, χορηγήθηκαν 127 ερωτηματολόγια με κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις στα υποκείμενα των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού των Γενικών Νοσοκομείων Ρεθύμνου και Χανίων καθώς και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Ως χρόνια ασθένεια, η ΧΝΑ έχει τεράστια επίδραση σε ολόκληρη τη ζωή του ασθενή, όχι μόνο στη σωματική του κατάσταση, αλλά και στο επαγγελματικό και στο κοινωνικό του «είναι», καθιστώντας τον στην ουσία ένα άτομο με ειδικές ανάγκες. Ο

νεφροπαθής κατατάσσει αυτόματα τον εαυτό του στους «μη χρήσιμους», στους «μη φυσιολογικούς», γνωρίζοντας ότι και οι άλλοι έχουν την ίδια άποψη πάνω στο θέμα της ασθένειας, αφού προσλαμβάνουν όλοι το ίδιο μήνυμα από την κοινωνία, είναι, δηλαδή, κάτοχοι αυτής της γνώσης, ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν φανερές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της συμπεριφοράς τους. Συγχρόνως, ο ασθενής προσπαθεί να πείσει τον εαυτό του ότι οι σχέσεις του με τους Άλλους δεν έχουν αλλάξει, ότι οι άλλοι τον / την δέχονται όπως και πριν, αναζητώντας στα βλέμματά τους τη μη – απόρριψη, την αναγνώριση της ύπαρξής τους, εκεί που οι ίδιοι νιώθουν απορριπτέοι, άχρηστοι, ταπεινωμένοι από την ανημπόρια τους .

Το δείγμα της έρευνας αφορούσε στην περιοχή της Κρήτης που μέχρι πρότινος, πριν τη ραγδαία ανάπτυξη του τουριστικού τομέα, θεωρείτο κατεξοχήν αγροτική. Και σήμερα, ανεξάρτητα από την επαγγελματική δραστηριότητα του καθενός, οι Κρητικοί διατηρούν πολύ στενούς δεσμούς με τη γη, με το χωριό και την «περιουσία» τους.

Επίσης, στη διάρκεια της μακράς τραγικής ιστορίας του νησιού, δημιουργήθηκαν ιδιαίτερα στενοί δεσμοί όχι μόνο στα πλαίσια της οικογένειας, αλλά και με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην προσπάθεια αντίστασης στις ξένες εισβολές και διατήρησης των κοινών θεσμών. Η ζωή της κάθε οικογένειας ήταν αδιάσπαστα συνδεδεμένη με τη ζωή της κοινότητας, όπου οι καθημερινές εμπειρίες των ανθρώπων ήταν συνυφασμένες με σχέσεις συνεργατικές, που προωθούσαν συλλογικούς στόχους και γι' αυτό τους δημιουργούσαν συναισθήματα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και παραδοχής. Στα πλαίσια των αναγκών αυτής της συλλογικής δράσης, διαφοροποιείται ο ρόλος του κάθε φύλου και ο τρόπος των κοινωνικών συναλλαγών. Παραδείγματος χάριν, στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τα 2 φύλα, ο άνδρας παρουσιάζεται ως «δυνατός», προστάτης της οικογένειας «απ' έξω», δηλαδή από τις εξωτερικές επιθέσεις, κακουχίες και ανέχεια. Οι Spinellis, Vassiliou & Vassiliou (1970) αναφέρουν ότι, όπως διαπιστώθηκε από έρευνες οι οποίες βασίστηκαν σε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού, η αντίληψη του «σωστού άντρα» συνδεόταν κυρίως με οικογενειακές υποχρεώσεις. Το να εξασφαλίζουν τα «προς το ζην» για την οικογένεια το θεωρούσαν πιο σημαντικό και από χαρακτηριστικά που αφορούσαν τον άντρα ως άτομο. Η γυναίκα είναι η προστάτιδα της οικογένειας «από μέσα», όπου ο βασικός της ρόλος είναι αυτός της μητέρας (Κατάκη, 1998). Ως αποτέλεσμα αυτών των κοινωνικών αναπαραστάσεων, εμφανίζεται και η διαφορά στην κάλυψη των ίδιων συναισθηματικών αναγκών του άντρα και της γυναίκας, δηλαδή αυτών της παραδοχής και αναγνώρισής τους από τους Άλλους, ως ισότιμα και ισάξια μέλη της Κοινωνίας. Έτσι, λοιπόν, ο άντρας επιζητά την αναγνώριση αυτή περισσότερο έξω από την

οικογένεια, στα βλέμματα των Άλλων «δυνατών», ενώ η γυναίκα καλύπτει τις ίδιες ανάγκες λειτουργώντας πρώτα απ' όλα ως μητέρα, σύμφωνα με την ταυτότητά της αυτή, παραδεκτή και εδραιωμένη από την Κοινωνία, δημιουργώντας συναισθηματικούς δεσμούς μέσα στην οικογένεια.

Με την έναρξη της χρόνιας ασθένειας (της ΧΝΑ στη συγκεκριμένη περίπτωση) η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του άνδρος διαταράσσεται βαθιά, πρώτον, επειδή τη στιγμή που δεν μπορεί να εξασφαλίσει τα «προς το ζην» της οικογένειας, όπως τα εξασφάλιζε πριν, αναιρείται η υπόσταση του «δυνατού», «επιτυχημένου», του πραγματικού «αρχηγού» και «προστάτη» της οικογένειας (Aganhwa & Morakinyo, 1997) και, δεύτερον, λόγω των αλλαγών στον τρόπο ζωής που υφίσταται ο νεφροπαθής (περιορισμοί στη διατροφή, κούραση κ.λπ.), περιορίζονται οι κοινωνικές συναναστροφές του με τους Άλλους (Nettleton, 2002). Και επειδή η παρουσία του δεν έχει συνδυαστεί άμεσα με τη στενή ενδοοικογενειακή συναλλαγή, η ψυχολογική απόστασή του από τους άλλους μεγαλώνει σημαντικά. Έτσι, με την έναρξη της ασθένειας ο άντρας ίσως βιώνει ένα διπλό πλήγμα σε ό,τι αφορά την ψυχοκοινωνική του ταυτότητα και η ανάγκη του επαναπροσδιορισμού της ίσως έχει περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις σε σύγκριση με την περίπτωση της γυναίκας. Η αρρώστια, ίσως δεν προκαλεί στη γυναίκα τόσο ριζικές αλλαγές στην ταυτότητά της, καθώς δεν της στερεί τη δυνατότητα να εξασκεί το βασικό της ρόλο - αυτό της «προστάτιδας» της οικογένειας «από μέσα». Παρόλο που νιώθει «μειωμένη», «ανήμπορη» από τις επιπτώσεις της ασθένειας διότι δεν μπορεί να προσφέρει τόσα όσα πρόσφερε πριν, εντούτοις, έχοντας επενδύσει συναισθηματικά στις στενές ενδοοικογενειακές σχέσεις, δεν βιώνει τόσο αισθητά την απώλεια της ταυτότητάς της, τη διαφορετικότητά της από τους Άλλους, όπως είναι στην περίπτωση του άντρα.

Για τη γυναίκα, η προσφορά της μέσα στην οικογένεια αποτελεί το βασικό στοιχείο της δικής της ταυτότητας (Κατάκη, 1998), της οποίας η προσφορά μελλοντικά (π.χ. στο ρόλο της γιαγιάς) είναι μειωμένη λόγω της ασθένειας και άρα δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες της Κοινωνίας, συνεπώς και της ίδιας της γυναίκας, για την «επιτυχημένη» της πορεία.

Τι επιπτώσεις λοιπόν, έχουν οι αλλαγές που προήλθαν λόγω της ασθένειας, στην ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών που βιώνουν την κατάσταση αυτή; Αλλάζουν οι αντιλήψεις τους για τον εαυτό τους, για τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ; Διαφέρουν μεταξύ τους οι άνδρες και οι γυναίκες; Επηρεάζεται η εικόνα του κόσμου που βλέπουμε μετά από την έναρξη μιας χρόνιας πάθησης; Είναι ερωτήματα τα οποία ευελπιστούμε να διερευνήσουμε στην παρούσα έρευνα.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.

Το ανθρώπινο υποκείμενο ζει πάντοτε σε δύο πραγματικότητες συγχρόνως – την «εσωτερική» ψυχική (μη - οντολογική) και την «εξωτερική» κοινωνική και φυσική πραγματικότητα (οντολογική)(Λίποβατς, 1994). Για να διερευνηθεί η ψυχοκοινωνική ταυτότητα, χωρίς να παραβλέπεται ο κίνδυνος της ψυχολογοποίησης του κοινωνικού (Παπαστάμου,1989), κρίνεται αναγκαία η αναφορά σε εξωτερικά και αντικειμενικά στοιχεία του κοινωνικού «ανήκειν», στοιχεία που υποδηλώνουν τη σταθερή αλληλεπίδραση του οργανισμού με το κοινωνικό του περιβάλλον και συνιστούν μια σχετική πραγματικότητα για το κάθε άτομο ή, μάλλον, για την κάθε υποκειμενικότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Η λέξη «οργανισμός» δεν είναι τυχαία, καθώς υποδηλώνει την πρώτη μας «αντικειμενική» υπόσταση - αυτή της βιολογικής οντότητας. Ως τέτοια, έχουμε πολλά κοινά στοιχεία με άλλες βιολογικές οντότητες (ζώα, φυτά), καθώς είμαστε γονιδιακή «μηχανή», ο σκοπός της οποίας είναι η διατήρηση του είδους μέσω της φυσικής επιλογής (Kandell et al., 2000). Η διατήρηση του είδους σημαίνει ότι θα επιβιώσουν ακριβώς αυτά τα γονίδια που είναι ικανά γι' αυτό - δηλαδή τα δυνατά και εύκολα προσαρμοζόμενα. Η φυσική επιλογή ευνοεί τα γονίδια που ελέγχουν τις μηχανές επιβίωσής τους με τέτοιον τρόπο, ώστε να τις κάνουν να εκμεταλλεύονται όσο το δυνατόν καλύτερα το περιβάλλον τους - άρα, τα πιο δυνατά και «σκληρά», τα «εγωιστικά» (Dawkins, 1983).

Το γονίδιο ταξιδεύει ανέπαφο από παππού σε εγγονό, περνώντας κατευθείαν από την ενδιάμεση γενιά χωρίς να αναμειχθεί με άλλα γονίδια, διότι αν τα γονίδια ανακατεύονταν συνεχώς μεταξύ τους, θα ήταν αδύνατη η φυσική επιλογή. Το γονίδιο δε γερνά - έχει την ίδια πιθανότητα να «πεθάνει» σε ηλικία εκατό ετών ή ενός εκατομμυρίου ετών. Δηλαδή, ένα μόριο DNA θεωρητικά θα μπορούσε να συνεχίσει να ζει για εκατοντάδες εκατομμύρια χρόνια με τη μορφή αντιγράφων του. Υπό αυτή την έννοια μια επιτυχής μονάδα φυσικής επιλογής πρέπει να έχει ιδιότητες, όπως η μακροβιότητα, η γονιμότητα και η πιστότητα αντιγραφής - ιδιότητες που έχει το γονίδιο. Είναι ένα κομμάτι του χρωμοσώματος αρκετά μικρό που μπορεί να διατηρείται δυνητικά για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, λειτουργώντας ως σημαντική μονάδα φυσικής εξέλιξης. Αυτό εξαρτάται από το πόσο είναι πιθανότερο να πεθάνει μια «κακή» γενετική μονάδα συγκριτικά με την «καλή» αλληλόμορφή της. Όμως, ένα γονίδιο μπορεί να ζήσει εκατομμύρια χρόνια, ενώ πολλά άλλα δεν μπορούν να περάσουν ούτε στην πρώτη γενιά.

Αυτό εξαρτάται από την ικανότητά τους να επιδρούν στην ανάπτυξη κάθε σώματος στο οποίο βρίσκονται, με τέτοιο τρόπο ώστε αυτό το σώμα να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να ζήσει και να αναπαραχθεί απ' όσες θα είχε εάν βρίσκονταν υπό την επίδραση του ανταγωνιστικού γονιδίου, του αλληλόμορφου. Δηλαδή, οι άνθρωποι, όπως και τα άλλα ζώα, είμαστε «μηχανές» δημιουργημένες από τα γονιδιά μας που έχουν επιβιώσει σ' έναν κόσμο ιδιαίτερα ανταγωνιστικό. Συνεπώς, η αναμενόμενη βασική ιδιότητα ενός επιτυχημένου γονιδίου που επέτρεψε την επιβίωση του είδους, είναι ο σκληρός εγωισμός (Dawkins, 1983), δηλαδή η «χρησιμότητα» του γονιδίου και ο βαθμός της «προσφοράς» του για το είδος.

Η συμπεριφορά δημιουργείται από νευρικά κυκλώματα στα οποία συμμετέχουν πολλά νευρικά κύτταρα, καθένα από τα οποία εκφράζει συγκεκριμένα γονίδια που κατευθύνουν την παραγωγή συγκεκριμένων πρωτεϊνών. Πράγματι, η γενετική αναγνώρισε αρκετά γονίδια του ανθρώπου, τα οποία επηρεάζουν όψεις της συμπεριφοράς. Έτσι, η σύγχρονη επιστήμη διαθέτει σημαντικά στοιχεία για το γενετικό υπόβαθρο μορφών συμπεριφοράς πολύ διαφορετικών, όπως είναι η οπτική παρακολούθηση, η ερωτοτροπία, η μάθηση, οι κirkάδιοι ρυθμοί, αλλά και των σύνθετων διαταραχών της ανθρώπινης συμπεριφοράς (της σχιζοφρένειας και της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής). Όπως αναφέρουν οι μελέτες στα μονοζυγωτικά δίδυμα που μεγάλωσαν μαζί και διδύμων που μεγάλωσαν χωριστά, αναφορικά με φυσιολογικά χαρακτηριστικά, στοιχεία της προσωπικότητας, ενδιαφέροντα και συνήθειες, έδειξαν ότι στα φυσιολογικά χαρακτηριστικά (όπως π.χ. τα δακτυλικά αποτυπώματα), τα οποία δεν αναμένεται να δέχονται σημαντική περιβαλλοντική επίδραση, το γενετικό υπόβαθρο είναι κυρίαρχο (Kandell et al., 2000). Όμως, αλλά χαρακτηριστικά, για τα οποία αναμένεται να υπόκεινται περισσότερο στις επιδράσεις του περιβάλλοντος, δεν έχουν τόσο μεγάλη σχέση μεταξύ των ατόμων των δύο ομάδων. Η κλίμακα πολυδιάστατης προσωπικότητας και οι θρησκευτικές συνήθειες φαίνεται επίσης ότι είναι ίδιες στις δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν μια σημαντική, αν και όχι αναγκαστικά κυρίαρχη, γενετική επίδραση στα χαρακτηριστικά αυτά. Αντιθέτως, η κλίμακα επαγγελματικών ενδιαφερόντων και οι μη θρησκευτικές κοινωνικές συνήθειες είναι διαφορετικές μεταξύ δύο ομάδων και, επομένως, είναι κοινωνικοπολιτιστικής προέλευσης.

Δηλαδή, αρχικά η ανάπτυξη του βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό υπό τον έλεγχο των γενετικών προγραμμάτων. Οι παράγοντες του περιβάλλοντος αρχίζουν να ασκούν την επίδρασή τους προγεννητικά και αποκτούν ιδιαίτερη σημασία μετά τη γέννηση. Μόνο η γνώση τόσο των εγγενών (γενετικών και αναπτυξιακών), όσο και των περιβαλλοντικών

καθοριστικών παραγόντων είναι απαραίτητη για την πλήρη κατανόηση της συμπεριφοράς (Kandell et al., 2000, σελ.605). Η μονόπλευρη προσπάθεια ανεύρεσης «βιολογικών πλεονεκτημάτων» δεν μπορεί να εξηγήσει όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως δεν μπορεί να εξηγήσει την κουλτούρα, την πολιτιστική εξέλιξη και τις ανά κόσμο παρατηρούμενες μεγάλες διαφορές πολιτιστικής καλλιέργειας. Ο Dawkins (1983) με τη λέξη «κουλτούρα» ονομάζει μια νέα εξελικτική διαδικασία, ανάλογη με τη γενετική μεταβίβαση, αλλά και ανεξάρτητη από αυτήν, με την έννοια ότι δεν κληροδοτείται γενετικά (η «κουλτούρα» προσδιορίζεται εδώ ως ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ουσίας ενός πληθυσμού (Φίλιας, 2000) και δεν ταυτίζεται με τον όρο «πολιτισμός», για τον οποίο γίνεται λόγος παρακάτω). Αλλά στο ανθρώπινο είδος υπάρχουν στοιχεία εξέλιξης που μπορεί να είναι κοινά και σταθερά για όλους, δηλαδή να έχουν μια δυναμική «παγκοσμιότητας» (Φίλιας, 2000). Αυτά τα οικουμενικά στοιχεία συνοψίζονται με τη λέξη «πολιτισμός» (σ' αυτό το κεφάλαιο ο ορισμός αυτός δίδεται με την προαναφερθείσα έννοια της «παγκοσμιότητας», ενώ στη συνέχεια, αναφέρεται ως συνδυασμός της πρώτης έννοιας και της έννοιας της «κουλτούρας», ως παραγώγου του γενικότερου «πολιτισμού», δοσμένου από την οπτική γωνία των επιμέρους κοινωνιών). Ποια είναι αυτά;

Απ' όλα τα έμβια όντα μόνον ο άνθρωπος δεν αντιδρά πάντα μηχανικά και ενστικτωδώς στη βάση εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, αλλά είναι σε θέση να επεξεργάζεται με τέτοιον τρόπο τα δεδομένα των αισθήσεων, ώστε να αποκτούν νόημα και σημασία (Φίλιας, 2000). Αυτά ακριβώς τα στοιχεία διαχωρίζουν τον άνθρωπο από τα άλλα βιολογικά είδη και έχουν την «οικουμενική» δυναμική και συνιστούν το περιεχόμενο του όρου «πολιτισμός», όπως αυτός αναφέρθηκε πιο πάνω.

Συνεπώς, ο πολιτισμός σημαίνει την ικανότητα του ανθρώπου να συλλαμβάνει νοητικά τον κόσμο και κατ' επέκταση η δράση του να καθορίζεται μέσα από αυτά τα νοήματα, δηλαδή είναι κι αυτή πολιτισμική (Segall, et al., 1996, Φίλιας, 2000). Έτσι, καταλήγουν οι παραπάνω ερευνητές, ο πολιτιστικός χαρακτήρας είναι επομένως «χαρακτήρας είδους» για τον άνθρωπο.

Συνοπτικά, ο όρος «πολιτισμός» υποδηλώνει το μέρος του ανθρώπινου περιβάλλοντος που επινόησε ο άνθρωπος (Segall et al., 1996). Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος, χωρίς να αποδεσμευτεί ολοκληρωτικά από τη φύση, με την εργασία του παράγει μια «διαφορετική», δική του φύση. Είναι το μοναδικό ον που είναι ικανό εργασίας, που με τη χρήση εργαλείων αντέστρεψε τη φυσικά δεδομένη σχέση αίτιου - αποτελέσματος. Το εργαλείο, από την άλλη, δεν είναι κάτι που ανήκει στον ανθρώπινο οργανισμό, αλλά είναι κάτι που παράγεται, είναι ένα μέσο διερεύνησης της δυνατότητας παρέμβασης του

ανθρώπου στη φύση. Αυτό σημαίνει ότι ο άνθρωπος ωθείται προς την κατεύθυνση ενός συνεχούς πειραματισμού για να αναπτύσσει όλο και αποτελεσματικότερα, από λειτουργική χέρυ» προηγείται από κάθε πραγματική σκέψη. Είναι το καταστάλαγμα μιας άποψη, μέσα. Γι' αυτό, όπως επισημαίνει ο Fisher (αναφ. Φίλιας, 2000), η «σκέψη με το τεράστιες σειράς άμεσων πειραματισμών που έχουν προηγηθεί και συμπυκνωθεί σε «μνήμες» και «εμπειρίες». Όμως, εδώ δεν πρόκειται για μια απλή «μνήμη» ή «εμπειρία» ερεθίσματος - αντίδρασης, όπως στην κλασική εξαρτημένη μάθηση, ούτε και για τα αποτελέσματα της συντελεστικής μάθησης, αλλιώς το ανθρώπινο είδος δε θα περνούσε ποτέ από τη φάση του τυχαίου και ευκαιριακού στο ολοένα περισσότερο τυποποιημένο και τελειοποιημένο εργαλείο των επόμενων φάσεων.

Σύμφωνα με τον Edelman (αναφ. Rosenfeld, 1992), αυτό που ονομάζουμε μάθηση δεν είναι στην πραγματικότητα παρά μια μορφή επιλογής συμπεριφοράς, βασιζόμενη στις παλαιότερες αναμνήσεις και εμπειρίες. Άλλοι ερευνητές ορίζουν τη μάθηση ως μόνιμη αλλαγή στη συμπεριφορά που είναι αποτέλεσμα εμπειριών (Χουντουμάνη, Πατεράκη, 1989). Και οι δύο ορισμοί, τονίζουν τη σταθερότητα, τη μονιμότητα της τροποποιημένης συμπεριφοράς, ώστε αυτή να ενταχθεί στον όρο «μάθηση». Πρέπει, λοιπόν, να στραφούμε προς την ανεύρεση παραγόντων που καθιστούν τη φευγαλέα εμπειρία σε ανάμνηση ως υπόβαθρο της «εμπειρίας μάθησης», δηλαδή των παραγόντων που διατηρούν σταθερή την ανάμνηση ενός γεγονότος στη μακροπρόθεσμη μνήμη και αποτελούν έναυσμα για την περαιτέρω συμπεριφορά.

Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το συναίσθημα. Οι αναμνήσεις δεν είναι αναγνωρίσιμες, όταν δεν τις συνοδεύουν οι συγκινήσεις (Gloor - Olivier - Quesney, - Andermann, - Horowitz, 1982). Η ανάμνηση του γεγονότος ποτέ δεν αναπαριστά την πραγματική εικόνα του, αλλά σχετίζεται με τη συναισθηματική (θετική - αρνητική) ανταπόκριση του υποκείμενου (Λίποβατς, 1994). Πράγματι, τα πειράματα της κλασικής εξαρτημένης και της συντελεστικής μάθησης αποδεικνύουν ότι η ανάμνηση ενός γεγονότος δεν αναφέρεται στην πραγματική υπόστασή του, αλλά το αντιλαμβάνεται ως εμπειρία που, κατ' επέκταση διαμορφώνει τη συμπεριφορά, μόνο σε σχέση με τη συγκινησιακή αντίδραση του υποκείμενου τη δεδομένη στιγμή (Νέστορος - Βαλλιανάτου, 1988).

Η εκπληκτική ποικιλία των ανθρώπινων αντιδράσεων σε διαφορετικές καταστάσεις δείχνει ότι, παρόλο που η συμπεριφορά αναπτύσσεται βάσει ενός πρωταρχικού ερεθίσματος, εντούτοις επεκτείνεται, τροποποιείται και μεταμορφώνεται και σε περιπτώσεις φαινομενικά άσχετες με το ερέθισμα αυτό.

Αν πιστεύουμε ότι οι αναμνήσεις είναι, από τη φύση τους, υποθηκευμένες στον εγκέφαλό μας με μόνιμο τρόπο, γιατί δεν ανακαλούνται παρά σπάνια στην αρχική τους μορφή; Διαφαίνεται ότι το συναίσθημα μόνο σαν απαραίτητος όρος δεν είναι επαρκές για την καταχώρηση ενός γεγονότος στη μνήμη ως «εμπειρίας» που θα τροποποιήσει τη συμπεριφορά. Η ικανότητά μας να αναγνωρίζουμε (και κατ' επέκταση να δρούμε) είναι αναμφίβολα πολύ πιο ανεπτυγμένη από τη μνήμη μας.

Οι αισθήσεις, τόσο της αντίληψης, όσο και της μνημονικής ανάκλησης, απαιτούν τη συμμετοχή της μεταιχμιακής δραστηριότητας (Kandell et al., 2000). Αλλά η μεταιχμιακή διέγερση, αν και προσθέτει τη συναισθηματική παράμετρο κι είναι υπεύθυνη για την «τακτοποίηση» των αναμνήσεων, δεν αρκεί από μόνη της για να δώσει μια αληθινή αίσθηση της ανάμνησης. Η ικανότητά μας να θυμόμαστε δεν αναφέρεται στην ειδική ανάμνηση μιας εικόνας αποθηκευμένης κάπου στον εγκέφαλο ούτε και εξηγεί τις διαφορετικές όψεις της συμπεριφοράς. Πρόκειται μάλλον, για μια ικανότητα να οργανώνουμε τον κόσμο που μας περιβάλλει σε κατηγορίες, μερικές από αυτές είναι γενικές και μερικές ειδικές. Οι αναμνήσεις παραμένουν αποσπασματικές, δεν γίνονται «εμπειρίες» παρά μόνο από μια αναλυτική επεξεργασία πάνω στις σκέψεις και τις συγκινήσεις, από τη στιγμή που θα ενταχθούν σ' ένα άμεσο πλαίσιο (Rosenfeld, 1992).

Το καινούριο στοιχείο σ' αυτή τη διατύπωση, εκτός από το συναίσθημα, είναι η σκέψη, αυτό ακριβώς που συνιστά τη διαφορά μεταξύ των άλλων έμβιων όντων και του ανθρώπου. «Η σκέψη είναι η κάθε ενέργεια, η διεργασία, που βοηθά στην κατανόηση ενός αντικειμένου ή μιας κατάστασης και που δεν είναι κυρίως αντιληπτική. Περιλαμβάνει την κρίση, την αφαίρεση, τη συλλογή ιδεών, το συλλογισμό, τη μνήμη και τη φαντασία» (Χουντουμάνη - Πατεράκη, 1989). Προσθέτουμε, ότι η σκέψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το συναίσθημα, διότι εδώ υφίσταται ένα δυναμικό σημασιολογικό σύστημα, το οποίο αποτελεί μια ενότητα των συναισθηματικών και των νοητικών διαδικασιών και ότι μέσα σε κάθε σκέψη είναι αφομοιωμένη η συναισθηματική σχέση του ανθρώπου με την πραγματικότητα που περιγράφει αυτή η σκέψη (Vigotsky, 1988).

Ο άνθρωπος αρχίζει να δρα διαφορετικά από τα άλλα θηλαστικά - με τη χρήση των εργαλείων αντέστρεψε τη φυσικά δεδομένη σχέση αίτιου - αποτελέσματος, κατακτώντας όλο και μεγαλύτερη θέση ελέγχου πάνω στη φύση (Φίλιας, 2000). Αυτό γίνεται γιατί το εργαλείο ως μέσο συλλαμβάνεται διανοητικά συσχετισμένο και σε αναφορά με τη λειτουργία που επιτελεί. Πράγμα που σημαίνει ότι ο άνθρωπος ωθείται προς την κατεύθυνση ενός συνεχούς πειραματισμού, ώστε να αναπτύσσεται όλο και αποτελεσματικότερα, μέσα από τη λειτουργική άποψη, δηλαδή θέτει σκοπούς. Με το να

θέτει σκοπούς, η δράση του γίνεται συνειδητή και το πλαίσιο της συνειδητής δράσης είναι και το πλαίσιο της γέννησης του πνεύματος, του Λόγου.

Για να γίνει η δράση συνειδητή (δηλαδή να θέτει σκοπούς) δεν αρκεί μόνο η εμπειρία συνοδευμένη από συναίσθημα, αλλά χρειάζεται και *ανάλυση* της εμπειρίας αυτής σχετικά με τις άλλες εμπειρίες, τις προσδοκίες από τη χρήση των συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων στο μέλλον, δηλαδή χρειάζεται *σκέψη*. Αυτό προϋποθέτει τη «σύλληψη» του αντικείμενου όχι μόνο ως αντίγραφου της πραγματικότητας, αλλά και ως «σήματος», που διαχωρίζει αυτό το αντικείμενο από ένα άλλο και υπάρχει ακόμα κι όταν αυτό απουσιάζει. Μάλιστα, η σύλληψη της φύσης ως αντικείμενο προϋποθέτει τη σύλληψη του ανθρώπου από τον ίδιο ως *υποκειμένου*, κάτι που έγινε δυνατό με τη συλλογική διαδικασία της εργασίας, που ξεχώρισε το ανθρώπινο ον από την υπόλοιπη φύση (Φίλιας, 2000). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει ένας «κώδικας», ως μέσο αποθήκευσης των εμπειριών, αλλά και ως μέσο έκφρασης και συνεννόησης, «σήμα» καταληπτό από τον άλλον.

Αυτός ο κώδικας είναι η γλώσσα. Με τη λέξη ο άνθρωπος συνέλαβε το αντικείμενο, η σύλληψη αυτή δεν αντικατοπτρίζει το «γυμνό αντικείμενο» (Λίποβατς, 1994). Η διαδικασία της γνώσης σημαίνει πάντα ότι κάθε αντικατάσταση ενός αντικείμενου από ένα σημείο (λέξη) είναι ένα πέρασμα από ένα σημείο σ' ένα άλλο, γιατί πάντα αναφέρεται κανείς στο αντικείμενο σχετίζοντάς το με άλλα αντικείμενα μέσα σε μια πρόταση που επίσης συσχετίζει διάφορα σημεία μεταξύ τους. Εδώ πρόκειται για τη συμβολική προσέγγιση του αντικείμενου, αλλά και του υποκειμένου. Με αυτόν τον τρόπο, αναπτύσσεται βαθμιαία η αφαιρετική ικανότητα του ανθρώπου, διότι η γλώσσα πέρασε σταδιακά από την απλή «μεταφορά» αισθητών αντικειμένων στη δημιουργία των αναπαραστάσεων και εικόνων λιγότερο ή περισσότερο αφαιρετικού χαρακτήρα. Έτσι, η γλώσσα γίνεται ο τροχός της σκέψης (Φίλιας, 2000).

Οι σχέσεις ανάμεσα στη σκέψη και στη γλώσσα δεν είναι αρχέγονες, δοσμένες μια για πάντα, είναι μια ζωντανή διαδικασία της γέννησης της σκέψης μέσα στη λέξη. Η λέξη που της έχουν αφαιρέσει τη σκέψη, είναι μια νεκρή λέξη, αλλά και η σκέψη που δεν ενσαρκώθηκε σε λέξη παραμένει «μια σκιά της Στυγός, ήχος και καπνός» (Vigotsky, 1988, σελ.431). Ο ίδιος επιστήμονας εξετάζει την περίφημη φράση της Βίβλου - «Εν αρχή ην ο λόγος», τονίζοντας ότι στην αρχή ήταν η πράξη, η οποία γίνεται συνειδητή, άρα ανθρώπινη, μόνο όταν συνδέεται με τη λέξη, δηλαδή ότι στη λέξη εκφράζεται το ανώτερο στάδιο της εξέλιξης του ανθρώπου.

Ο Fisher (αναφ. Φίλιας, 2000) τοποθετεί τη γλώσσα ταυτόχρονα ως μέσο έκφρασης και συνεννόησης, διευκρινίζοντας ότι είναι περισσότερο το δεύτερο παρά το πρώτο. Και τα

ζώα έχουν ιδιαίτερα συστήματα επικοινωνίας, αλλά δεν έχουν «Λόγο». Αυτό σημαίνει ότι μόνον ο άνθρωπος απ' όλα τα έμβια όντα δεν αντιδρά μηχανικά και ενστικτωδώς στη βάση εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, αλλά είναι σε θέση να «μεταποιεί» τα δεδομένα των αισθήσεων, δηλαδή να τα επεξεργάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκτούν νόημα και σημασία. Ακριβώς αυτό συνιστά το περιεχόμενο του πολιτισμού - η ικανότητα του ανθρώπου να συλλαμβάνει νοηματικά τον κόσμο και κατ' επέκταση η συμπεριφορά του να καθορίζεται μέσα απ' αυτά τα νοήματα, δηλαδή να είναι κι αυτή πολιτισμική (Φίλιας, 2000, Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Μ' άλλα λόγια, ο πολιτισμός συνίσταται στην ύπαρξη ενός «εσωτερικού κόσμου», του πνεύματος, του Λόγου.

Οι σχέσεις εργασίας και κυριαρχίας δεν είναι δυνατόν να υπάρξουν χωρίς Λόγο. Αυτό σημαίνει ότι ο Λόγος έχει διπλή υπόσταση - αρθρώνει, οργανώνει τον ψυχικό κόσμο, αλλά οργανώνει εξίσου και τον κοινωνικό κόσμο. Ο άνθρωπος δεν έχει άλλη υπό-στάση, είναι υπό-κείμενο μόνον όταν έρθει σε συμβολική σχέση Λόγου (γλώσσας) με τον εαυτό του, τον άλλο, την κοινωνία και τη φύση. Και μιλάει πάντα σ' έναν Άλλο, ακόμα και όταν μιλάει στον εαυτό του.

Η σχέση του υποκειμένου με την πραγματικότητα είναι πάντα διπλά προβληματική, γιατί το υποκείμενο έχει πάντα αυταπάτες τόσο για τον εσωτερικό, όσο και για τον εξωτερικό του κόσμο. Κι αυτό γιατί δεν υπάρχουν ποτέ «αντικειμενικές» καταστάσεις, αλλά καταστάσεις που χρήζουν ερμηνείας, και αυτό είναι διπλά αναγκαίο, όταν η πραγματικότητα του ανθρώπινου αντικειμένου αποτελείται η ίδια από σύμβολα / πράξεις με νόημα και δεν είναι απλώς φυσικά φαινόμενα, που ως τέτοια δεν χρήζουν ερμηνείας (Λίποβατς, 1994). Για να υπάρχει αυτή η «εμπειρία», δεν φτάνουν ούτε η γνώση ούτε η καλή θέληση, συνεχίζει ο ίδιος επιστήμονας, αλλά το άνοιγμα προς τον Άλλον, εκτός κι εντός εαυτού, δηλαδή το να καταλαβαίνει κανείς την επιθυμία (του) και τις αντιστάσεις (του). Επομένως, η κοινωνικότητα κατασκευάζει την πραγματικότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Ο τρόπος εύρεσης ενός προσανατολισμού συνίσταται μέσω της σχέσης με τον ομιλούντα Άλλο, που βρίσκεται και μέσα κι έξω από το υποκείμενο. Ο Άλλος δίνει το μέτρο αποστασιοποίησης και διαφοράς, ο Άλλος είναι απόλυτα απαραίτητος, γιατί μόνο μέσω αυτού δημιουργείται μια μεταβίβαση αισθηματικών δεσμών, που αποτελούν το πρώτο κίνητρο για το ξεκίνημα της μάθησης της γλώσσας - η επίκληση, παράκληση, πρόσκληση του Άλλου αναγκάζει πάντα το παιδί να ανακαλύψει τις διαφορετικές σχέσεις και τους κανόνες της γλώσσας. Η γλώσσα, λοιπόν, ως σύστημα σημείων και ως ομιλία, συγκροτείται μέσα από μια σειρά βασικών τύπων Λόγου, οι οποίοι χαρακτηρίζονται πάντα

από τη θέση που έχει σ' αυτούς το υποκείμενο του ομιλητή απέναντι στον Άλλο, θέση διαφορετική κάθε φορά. Αυτές οι διαλογικές σχέσεις είναι σχέσεις προσφοράς και ζήτησης / απαίτησης λόγων από το υποκείμενο, ενώ κάθε λόγος και ομιλία του υποκειμένου αποτελεί πάντα αντικείμενο αναγνώρισης και λογοκρισίας ή κύρωσης από τη μεριά του Άλλου - κάθε «κριτική» είναι και «κύρωση» (Λίποβατς, 1994, σελ.25). Η γλώσσα είναι αυτή η προνομιακή ανθρωπολογική διαφορά που παίζει το ρόλο της διαμεσολάβησης ανάμεσα στο υποκείμενο και στον Άλλο (είτε πρόκειται για την κοινωνία είτε για δύο ή περισσότερα υποκείμενα).

Ο βασικός προορισμός της γλώσσας είναι να δίνει στα υποκείμενα τη δυνατότητα να επικαλεστούν και να αναθυμηθούν την ιστορία τους και να καταλάβουν το νόημα των σκέψεων και των πράξεών τους. Εδώ πρόκειται για το προσωπικό παρελθόν, για την ιστορία του υποκειμένου. Αλλά κι αυτή η «αυτογνωσία» απαιτεί πάντα τον Άλλο (ο Άλλος δεν ταυτίζεται με την κοινωνία, αλλά συνιστά μέρος της), διότι η σχέση αυτή είναι απαραίτητη για τη συνειδητοποίηση του Εαυτού ως Εγώ εξατομικευμένου και ως κοινωνική συνείδηση του ανήκειν (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Από την άλλη, ο άνθρωπος είναι υπό-κείμενο μόνον όταν έρθει σε συμβολική σχέση Λόγου με τον εαυτό του, με τον άλλο, την κοινωνία και τη φύση. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ως υποκείμενο σε σύγκριση μ' ένα άλλο υποκείμενο μόνο στο βαθμό που μπορεί να αρθρώσει συμβολικά, άρα γλωσσικά, αυτά που αισθάνεται και σκέπτεται. Έτσι, έχουμε μια τριαδική σχέση - υποκείμενο - λόγος - κοινωνία, που σημαίνει τη συγκρότηση των υποκειμένων και της κοινωνίας μέσω του Λόγου (Λίποβατς, 1994).

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, οτιδήποτε προέρχεται κι έχει σχέση με τον άνθρωπο είναι φορτισμένο με νόημα, άρα, σε τελευταία ανάλυση, είναι πολιτισμός. Η κοινωνικότητα του ανθρώπου, ως απαραίτητος όρος της ύπαρξής του ως υποκειμένου, άρα και ως ανθρώπου, είναι πάντοτε νοηματικά σημασιολογημένη, άρα και οι κοινωνίες είναι πολιτιστικό φαινόμενο.

Οι όροι Κοινωνία και Πολιτισμός δεν ταυτίζονται, αλλά αναφέρονται σε διαφορετικές πλευρές των ίδιων φαινομένων. Κι αυτό διότι κάθε πολιτισμός, όπως υπογραμμίζει ο Tenbruk (αναφ. Φίλιας, 2000, σελ.246) «υπάρχει μόνο μέσα σε μια κοινωνία, σε τρόπο ώστε να μην ο άνθρωπος είναι γενικά δημιουργός κάθε πολιτισμού, αλλά συγκεκριμένα είναι το δημιούργημα ενός ιδιαίτερου πολιτισμού, ο οποίος μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά». Επομένως, όσο είναι αδύνατον να υπάρξει πολιτισμός χωρίς κοινωνία, άλλο τόσο είναι αδύνατον να υπάρξει κοινωνία χωρίς δικό της πολιτισμό.

Ο πολιτισμός αυτός παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών φαινομένων.

Συνεπώς, για να κατανοήσουμε τον πολιτισμό στην κοινωνική σημασία του, απαιτείται ο εντοπισμός των ιδεών, των αξιών και των νοημάτων εκείνων που ως χαρακτηριστικές μήτρες βρίσκονται στο υπόβαθρο των κοινωνικών φαινομένων σε κάθε κοινωνία, διότι τα μέλη αυτής της κοινωνίας τις αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο, τις μοιράζονται και μετέχουν σ' αυτές, τις θεωρούν αυτονόητες. Αυτές οι μήτρες συνιστούν το περιεχόμενο των κοινωνικών αναπαραστάσεων που, σύμφωνα με τον S. Moskonici (αναφ. Ρήγα, 1997), είναι «εσωτερικά διανοητικά σχήματα» και προκατασκευασμένες ιδέες, σκέψεις, κρίσεις, φορτισμένες με συναισθήματα, που μέσω αυτών των «σχημάτων του νου» οι άνθρωποι προσπαθούν να κατανοήσουν, ν' αντιληφθούν και ν' αξιολογήσουν συμπεριφορές, αξίες, πράξεις και ιδεολογίες. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις λοιπόν εντάσσονται σ' ένα υλιστικό μοντέλο προσέγγισης του νοήματος, του πολιτισμού και των νοητικών λειτουργιών σε συνδυασμό με τη συναισθηματική κατάσταση. Επομένως, εάν η κατανόηση του πολιτισμού προϋποθέτει τον εντοπισμό των κοινωνικών αναπαραστάσεων που βρίσκονται στο υπόβαθρο των κοινωνικών φαινομένων και, άρα, προσδιορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, τότε λοιπόν στη διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας, αντιστρόφως, η πολιτισμική διάστασή της κατέχει την πρώτη θέση.

Σύμφωνα με τις Zavalloni & Luis-Guerin (1996), τα νοητικά γεγονότα και η ανάγκη του εαυτού να τοποθετηθεί κάπου, πρέπει να θεωρηθούν ως μια συνέχεια του πολιτισμικού κόσμου κάθε υποκειμένου που μελετάται, όπου κάθε ψυχολογική δράση, μπορεί να αντιμετωπιστεί ως ιδιότητα που αναδύεται από διαπροσωπικές ή διομαδικές σχέσεις. Τα υποκείμενα προσπαθούν να έχουν μια «ταυτότητα» έτσι όπως ο άλλος (ομάδα, οικογένεια, τάξη, έθνος) την απαιτεί, την αποκτά στη διάρκεια της ζωής ταυτίζοντας τον «εαυτό» του με την ιδεατή εικόνα κάποιου άλλου, και απωθώντας συγχρόνως μια άλλη εικόνα, την εικόνα εκείνου, του «ξένου», με τον οποίο δεν θέλει να ταυτιστεί θετικά (Λίποβατς, 1994). Αυτή η διαδικασία απορρέει από την αποδοχή της πραγματικότητας που σημαίνει αρχικά τον αγώνα ενάντια στη φύση μέσω της συλλογικής εργασίας, από την οποία έχει δημιουργηθεί η ανθρώπινη κοινωνία με τους θεσμούς της που απαιτούν τη συμμόρφωση του κάθε υποκειμένου ή απορρίπτουν τα ανεπιθύμητα στοιχεία στο βωμό των κοινών στόχων, όπως σημειώνει ο Freud στο «Τοτέμ και ταμπού». Η ταυτότητα είναι ο «πράκτορας» της κοινωνίας μέσα στον ψυχισμό του ανθρώπου, του οποίου η ετέρα διάσταση βρίσκεται στην επιθυμία (Λίποβατς, 1994).

Κάθε ταυτότητα είναι προβληματική ως χώρος ένταξης των ατομικών κινήτρων και των κοινωνικών επιλογών (Zavalloni & Luis-Guerin,1996). Οι αξίες και οι υπαρξιακές αναζητήσεις του ατόμου δεν εμφανίζονται αφαιρετικά, αλλά αποκαλύπτονται μέσα από ένα σύνολο αναπαραστάσεων πλαισιωμένο από Άλλους (ως άτομα και ομάδες), που διαμεσολαβεί στις αξίες και στους στόχους του υποκειμένου, δίνοντάς του μια συγκεκριμένη πλην όμως φαντασιακή ύπαρξη. Ο Άλλος διατηρεί με τον Εαυτό συμβολικές σχέσεις ταύτισης ή διαφοροποίησης, θετικής ή αρνητικής. Αυτές οι συμβολικές σχέσεις αποτελούν τις προσδοκίες απέναντι στα αιτήματα του εξωτερικού περιβάλλοντος και στα σχέδια απαντήσεων. Έτσι ένα άτομο θα έκρινε τους ανθρώπους που συναντά και θα συμπεριφερόταν απέναντί τους αναπαράγοντας τις φαντασιακές σχέσεις που διατηρεί με τον Άλλο ως πρότυπο. Τελικά, η συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα της ενεργοποίησης της φαντασιακής συμπεριφοράς, έκφραση της φαντασιακής ταυτότητας και συγχρόνως χαρακτηριστικό του εσωτερικού μικρόκοσμου. Φαίνεται ότι η εικόνα που ένα άτομο διαμορφώνει για την κοινωνία όπου ζει και για τη θέση του σ' αυτήν κυριαρχείται λιγότερο από τη γνώση μιας πραγματικής κατάστασης και περισσότερο από μια φαντασιακή εικόνα των κοινωνικών διαφορών, που οργανώνονται γύρω από υποχρεώσεις διαμορφωμένες από την ατομική και συλλογική εμπειρία (Zavalloni,1996).

Όπως αναφέρθηκε πιο πριν, σε αντίθεση με την επιθυμία (που είναι και η προσωπική «ελευθερία» του υποκειμένου) υπάρχει η απαίτηση του Άλλου (που είναι η πηγή της ταυτότητας). Εδώ πρόκειται για το γεγονός ότι το υποκείμενο πάντα γυρεύει, αναζητά, απ-αιτεί την παρουσία του Άλλου που το καθησυχάζει, που το εμφανίζει ως «καλό», «αγαθό», «ηθικό» κλπ., δηλαδή ως άξιο μέλος της κοινωνίας, γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόσταση του υποκειμένου και, σε τελική ανάλυση, την ύπαρξή του (Λίποβατς, 1994). Η Αίτηση του Άλλου είναι η μήτρα κάθε ταύτισης μαζί του, η πηγή της ταυτότητας, υποστηρίζει ο ίδιος επιστήμονας, καθότι το υποκείμενο έχει ανάγκη από ένα σχήμα Λόγου για να δώσει στον εαυτό του ένα «όνομα» πάνω στο οποίο θα στηριχθεί η ταυτότητά του, άρα και η ύπαρξή του μέσα στην κοινωνία.

Εδώ διαφαίνεται μια αντινομία ανάμεσα στην επιθυμία και στην αίτηση της επιθυμίας, δηλαδή η αυτονομία του υποκειμένου έχει ανάγκη ν' ανακαλύψει την «έλλειψη» του Άλλου και να πάψει να πληροί τις απαιτήσεις του, μη θεωρώντας τον τέλειο και παντοδύναμο.

Η ανελευθερία του ατόμου έγκειται στο ότι γυρεύει και βρίσκει από-ζημιώσεις, υποκατάστατα στις ελλείψεις του (τις φανταστικές ή πραγματικές), δηλαδή επιζητεί να τις καλύψει για να αποκαταστήσει για τον εαυτό του (ή τον άλλο) τη φαντασιακή εικόνα της

δήθεν πληρότητας και τελειότητας, χωρίς να καταλαβαίνει ότι σε κανέναν «δε λείπει η έλλειψη» (Λίποβατς, 1994). Αλλά η έλλειψη, συνεχίζει ο ίδιος συγγραφέας, είναι το αποτέλεσμα της ύπαρξης της γλώσσας, ως Συμβολικού, στην οποία το υποκείμενο «υπάρχει» ακόμα και πριν τη γέννησή του, παθητικά, από τη στιγμή που είναι αντικείμενο επιθυμίας των γονέων του (ή, αντίθετα, ανεπιθύμητο), οι οποίοι φροντίζουν να του δώσουν ένα όνομα και μια θέση στην κοινωνία, καθορίζοντας έτσι τη «μοίρα» του εκ των προτέρων.

Συνεπώς, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι το λεγόμενο «υποκείμενο» είναι «προϊόν» της γλώσσας, όπου η γλώσσα δε νοείται ως πληροφοριακό μέσο μόνο, αλλά πριν απ' όλα είναι εκφραστική και επιβλητική. Αυτό γιατί το υποκείμενο, για να έχει υπόσταση, όπως επισημάνθηκε πιο πριν, ταυτίζεται αρχικά με έναν άλλον (πατέρα, μητέρα ή το υποκατάστατό τους), και στη συνέχεια «υπάρχει» μόνον εφόσον έρχεται σε διάλογο με τον Άλλον, στον οποίον παρουσιάζει την ταυτότητά του, το Όνομά του.

Ο διχασμός του υποκειμένου προέρχεται από το γεγονός ότι το υποκείμενο είναι μια σχέση και ότι υπάρχει μια ανεξάντλητη διαφορά ανάμεσα στη Συνείδηση και το Ασυνείδητο. Αυτή η διαφορά αναπαράγεται μέσα στην ίδια τη γλώσσα και μέσα στην κοινωνία. Μέσα στη γλώσσα - είναι η διαφορά ανάμεσα στο σημαίνον και στο σημαινόμενο, ή ανάμεσα στο πώς ένα υποκείμενο εκφράζεται και στο τι εκφράζει. Το υποκείμενο έχει πάντα την τάση να εξαφανίζεται πίσω από το περιεχόμενο του λόγου του ή των πράξεών του - το μόνο που το κάνει να μη ξεχνάει την ύπαρξή του είναι από τη μια η συνέχεια ύπαρξης του σώματός του, και από την άλλη το Όνομά του καθώς και η μνήμη του. Αυτό όμως που πραγματικά «επιθυμεί» και «είναι» διαφαίνεται από το «πώς» των λόγων και πράξεών του, δηλαδή από τις ασυνέπειες και τη διαφορά ανάμεσά τους. Έτσι η ταυτότητα προϋποθέτει τη διαφορά (Συνείδησης - Ασυνείδητου) και δεν μπορεί ποτέ να τη σβήσει, παρά μόνο φαινομενικά, με βία και απάτη (για την ιδεαλιστική άποψη των πραγμάτων η «ταυτότητα» είναι η «αρχή» και το «τέλος» του ανθρώπου και ο «σκοπός» του).

Στην κοινωνία, η διαφορά, ο διχασμός, εκφράζεται ως διαφορά ανάμεσα στην εξουσία και το Νόμο, δηλαδή στην κυριαρχία και το Νόμο. Ο Νόμος συγκροτεί / συντάσσει τόσο τον εσωτερικό (ψυχικό) κόσμο, ως γλώσσα και ως ηθικός νόμος, όσο και τον εξωτερικό κόσμο - ως οργάνωση της κοινωνίας και του πολιτισμού. Εδώ δεν εννοούνται μόνο οι γραπτοί «νόμοι», αλλά και οι άγραφοι νόμοι της συμπεριφοράς, των εθίμων, των σχέσεων κυριαρχίας, ιδεολογίας, νοοτροπίας κ.τ.λ (Λίποβατς, 1994), που και

πάλι προϋποθέτουν το σύνολο των κανόνων της γλώσσας, μέσω της οποίας «μεταφέρονται» αυτοί οι «άγραφοι» νόμοι.

Σύμφωνα με τον Vygotski (1988), το κύριο γνώρισμα της λέξης είναι η γενικευμένη αντανάκλαση της πραγματικότητας. Η σκέψη και η γλώσσα είναι κατάλληλες σαν κλειδί για την κατανόηση της φύσης της ανθρώπινης συνείδησης. Αν η γλώσσα είναι το ίδιο παλιά όπως η συνείδηση, αν η γλώσσα είναι η υπαρκτή πρακτική συνείδηση για τους άλλους και κατά συνέπεια και για μένα, τότε είναι ολοφάνερο, σύμφωνα με τον συγκεκριμένο επιστήμονα, ότι όχι μόνο η σκέψη, αλλά ολόκληρη η συνείδηση στην εξέλιξή της βρίσκεται σε συνάφεια με την εξέλιξη της λέξης. Η συνείδηση αντανακλάται στη λέξη που αποτελεί την αμεσότερη έκφραση της ιστορικής της φύσης, καταλήγει ο Vygotski. Η συνείδηση του υποκειμένου αφορά τόσο τις γενικές κοινωνικές κατηγορίες, όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, αλλά αναφέρεται και σε επιμέρους στοιχεία, όπως είναι οι ρόλοι, η κοινωνική θέση (π.χ. επάγγελμα) ή οι σχέσεις συγγένειας ή κοινών δεσμών (π.χ. ένταξη σε μια ομάδα), όσο και την ατομική πλευρά της ταυτότητας. Κι αυτό γιατί όχι μόνο ο Εαυτός, αλλά και ο Άλλος αποτελούν τα ουσιαστικά στοιχεία της. Ο Άλλος αποτελεί ένα σύνολο απαραίτητων στοιχείων του εσωτερικού περιβάλλοντος - εμφανίζεται είτε ως πλειονότητα είτε ως μοναδικότητα (σύζυγος, πατέρας, μητέρα κ.λπ.) για να καταστήσει συγκεκριμένες τις αφηρημένες έννοιες (κοινωνία, κοινωνικό σύστημα, ιδεολογίες). Ο Άλλος θεωρείται πλέον «αντικείμενο» του εσωτερικού περιβάλλοντος, δηλαδή της ατομικής πλευράς της ταυτότητας, και αποτελεί το στόχο της φαντασιακής και πραγματικής δράσης του Εαυτού (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Κάθε αναζήτησή της όσον αφορά την «ύπαρξη» του υποκειμένου περιλαμβάνει μια άλλη αναζήτηση για την ταυτότητά του - δηλαδή ποια είναι η προέλευσή της. Και, όπως πάντα, σημειώνουν οι συγκεκριμένες ερευνήτριες, εκφράζεται μέσω μιας ιδεολογίας, μιας κοσμοθεωρίας όπου συνυπάρχουν οι ατομικές και συλλογικές εμπειρίες. Τα σημαντικά στοιχεία της ταυτότητας - όπως η εθνότητα, η ηλικία, η κοινωνική τάξη κ.λπ. - αποτελούν περαιτέρω βασικά στοιχεία με τη συμβολή των οποίων επιτελείται η δόμηση το πραγματικού, δηλαδή, ως μη συνειδητή δομή, η ταυτότητα καθοδηγεί την ατομική συνείδηση για τον κόσμο. Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα εμφανίζονται στη δική τους αναπαράσταση ή σ' αυτήν του άλλου και οι φαντασιακές σχέσεις που διατηρούν, παίζοντας ουσιαστικό ρόλο στην επεξήγηση των προθέσεων ή των κινήτρων, επιτρέπει την ερμηνεία των γεγονότων, την εξαγωγή απόψεων περί της συμπεριφοράς ενός συγκεκριμένου ή περισσότερων ατόμων και γενικότερα της κοινωνικής διάταξης.

Η κοινωνική ταυτότητα, καταλήγουν οι Zavalloni - Louis-Gouerin, είναι σημείο συνάντησης του «ατομικού» και του «κοινωνικού». Η έννοια της ταυτότητας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της έννοιας της ένταξης (δηλαδή της έννοιας του ανήκειν σε μια συγκεκριμένη ομάδα ταυτότητας) και ακριβώς μέσα και διαμέσου των διαφόρων μορφών ένταξης δημιουργείται ένα σύστημα διαφορών, από το οποίο το άτομο ή η ομάδα διενεργούν τις μεταξύ τους διακρίσεις. Έτσι η ταυτότητα εμφανίζεται ως ένα προνομιακό αντικείμενο που καθιστά δυνατή την κατανόηση της δομής της κοινωνικής πραγματικότητας στο βαθμό που η σχέση με τον κόσμο εδραιώνεται μέσω αυτών των κοινωνικών και πολιτισμικών τύπων ένταξης. Δηλαδή κατά κάποιον τρόπο, η ταυτότητα είναι απάντηση στο θέμα της πραγματικότητας (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Από τα παραπάνω στοιχεία κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια ανακεφαλαίωση των βασικότερων σημείων, ώστε να αποσαφηνιστεί ο σκοπός και ο τρόπος διεξαγωγής της παρούσας έρευνας.

1. Απ' όλα τα έμβια όντα μόνον ο άνθρωπος επεξεργάζεται έτσι τα εσωτερικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε τα δεδομένα των αισθήσεων να αποκτούν νόημα και σημασία, που ακριβώς αυτή η ικανότητα συνιστά το περιεχόμενο του «πολιτισμού» (Φίλιας, 2000).
2. Ο πολιτισμός σημαίνει την ικανότητα του ανθρώπου να συλλαμβάνει νοητικά τον κόσμο και κατ' επέκταση η δράση του να καθορίζεται μέσα από αυτά τα νοήματα, δηλαδή είναι κι αυτή πολιτισμική. Έτσι, ο πολιτιστικός χαρακτήρας είναι «χαρακτήρας είδους» για τον άνθρωπο (Segall et al., 1996, Φίλιας, 2000).
3. Για να γίνει η δράση συνειδητή προϋποθέτει τη «σύλληψη» του αντικειμένου όχι μόνο ως αντιγράφου της πραγματικότητας, αλλά και ως «σήματος» που διαχωρίζει αυτό το αντικείμενο από ένα άλλο και υπάρχει ακόμα κι όταν αυτό απουσιάζει. Αυτή η διαδικασία, με τη σειρά της, προϋποθέτει το διαχωρισμό του ανθρώπου από τον ίδιο ως «υποκειμένου», άρα προϋποθέτει την ύπαρξη του Άλλου ως μεμονωμένου ατόμου και ως κοινωνίας (Λίποβατς, 1994).
4. Ο κάθε πολιτισμός υπάρχει μόνο μέσα σε μια κοινωνία με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην ο άνθρωπος είναι γενικά ο δημιουργός κάθε πολιτισμού, αλλά συγκεκριμένα είναι το δημιούργημα ενός ιδιαίτερου πολιτισμού, ο οποίος μεταβιβάζεται από γενεά σε γενεά. Όσο αδύνατον είναι να υπάρξει πολιτισμός χωρίς κοινωνία, άλλο τόσο είναι αδύνατον να υπάρξει κοινωνία χωρίς δικό της πολιτισμό, ο πολιτισμός παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών φαινομένων (Φίλιας, 2000).

5. Τα υποκείμενα προσπαθούν να έχουν μια «ταυτότητα» έτσι όπως ο άλλος (ομάδα, οικογένεια, τάξη, έθνος κ.λπ.) την απαιτεί, την αποκτά στη διάρκεια της ζωής ταυτίζοντας τον «εαυτό» του με την ιδεατή εικόνα κάποιου άλλου και απωθώντας συγχρόνως την εικόνα εκείνου, του «ξένου», με τον οποίο δε θέλει να ταυτιστεί θετικά (Λίποβατς, 1994). Η ανάγκη του εαυτού να τοποθετηθεί κάπου, πρέπει να θεωρηθεί ως μια συνέχεια του πολιτισμικού κόσμου του υποκειμένου, όπου κάθε ψυχολογική δράση είναι μια ιδιότητα που αναδύεται από διαπροσωπικές ή διομαδικές σχέσεις. Η κοινωνικότητα, συνεπώς, κατασκευάζει την πραγματικότητα του υποκειμένου (Zavalloni & Luis-Guerin, 1996).
6. Για να κατανοήσουμε τον πολιτισμό στην κοινωνική σημασία του, απαιτείται ο εντοπισμός των ιδεών, των αξιών και των νοημάτων εκείνων που ως χαρακτηριστικές μήτρες βρίσκονται στο υπόβαθρο των κοινωνικών φαινομένων σε κάθε κοινωνία, διότι τα μέλη αυτής της κοινωνίας τα αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο, τις μοιράζονται και μετέχουν σ' αυτές, τις θεωρούν αυτονόητες (Φίλιας, 2000). Αυτές οι μήτρες συνιστούν το περιεχόμενο των κοινωνικών αναπαραστάσεων που μέσω αυτών των «σχημάτων του νου» οι άνθρωποι προσπαθούν να κατανοήσουν, ν' αντιληφθούν και να αξιολογήσουν συμπεριφορές, αξίες, πράξεις και ιδεολογίες. Δηλαδή, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις εντάσσονται σ' ένα υλιστικό μοντέλο προσέγγισης του νοήματος, του πολιτισμού και των νοητικών λειτουργιών σε συνδυασμό με τη συναισθηματική κατάσταση (Ρήγα, 1997).
7. Για να γίνει η σύλληψη της φύσης ως αντικειμένου και του ανθρώπου από τον ίδιο ως υποκείμενου, χρειάζεται να υπάρχει ένας «κώδικας» ως μέσο αποθήκευσης των εμπειριών, αλλά και ως μέσο έκφρασης και συνεννόησης, «σήμα» καταληπτό από τον άλλο. Αυτός ο κώδικας είναι η γλώσσα. Η γλώσσα πέρασε σταδιακά από την απλή «μεταφορά» αισθητών αντικειμένων στη δημιουργία των αναπαραστάσεων και εικόνων λιγότερο ή περισσότερο αφαιρετικού χαρακτήρα. Έτσι, η γλώσσα γίνεται ο τροχός της σκέψης (Φίλιας, 2000).
8. Αν η γλώσσα είναι το ίδιο παλιά όπως η συνείδηση, αν η γλώσσα είναι η υπαρκτή πρακτική συνείδηση για τους άλλους και για το υποκείμενο, τότε όχι μόνο η σκέψη, αλλά ολόκληρη η συνείδηση αντανάκλαται στη λέξη που είναι η αμεσότερη έκφραση της ιστορικής της φύσης. Δηλαδή, το κύριο γνώρισμα της λέξης είναι η γενικευμένη αντανάκλαση της πραγματικότητας (Vygotski, 1988).

9. Η ταυτότητα είναι απάντηση στο θέμα της πραγματικότητας, την οποία την κατασκευάζει η κοινωνικότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Ο πολιτισμός παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών φαινομένων (Φίλιας, 2000). Αν, λοιπόν, σύμφωνα με τον Vygotski (1988), στη γλώσσα αντανακλάται η πραγματικότητα, τότε η λέξη δίνει την απάντηση όχι μόνο στο θέμα της πραγματικότητας του υποκειμένου, δηλαδή της ταυτότητάς του, αλλά και στην εξερεύνηση της κοινωνίας, όπου η πολιτισμική διάσταση κατέχει την πρώτη θέση (Ρήγα, 1997).
10. Εάν η γλώσσα είναι κατευθυντήρια δύναμη που επιδρά στο υποσυνείδητο και στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού (Sytin, 1991) που μέσω αυτής (της γλώσσας) παρουσιάζονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις (Ρήγα, 1997), τότε η τοποθέτηση του ατόμου στην ομάδα των «αρρώστων» (όχι σωματικά αλλά γλωσσολογικά) πρέπει να έχει άμεση επίπτωση στη φυσιολογική κατάστασή του, στην αντίληψη της ταυτότητάς του, στην αλλαγή της και στην προσπάθεια του επαναπροσδιορισμού της (Nettleton, 2002).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι ευμετάβλητα σχήματα, οι βασικές αξίες του κάθε πολιτισμού, όμως, οι οποίες κι αυτές είναι συνιστώσες των κοινωνικών αναπαραστάσεων, αλλάζουν πιο αργά και πιο δύσκολα. Κι εδώ αναφερόμαστε στην προαναφερθείσα βασική αξία του δυτικού πολιτισμού - στην προσφορά, στην οποία, στη μετανεωτερικτική κοινωνία, προστίθεται και η δυνατότητα κατανάλωσης ως δείγμα βαθμού επιτυχίας (άρα και βαθμού προσφοράς) του ατόμου.

Αναμένουμε, λοιπόν, ότι στη γλώσσα των υποκειμένων, μέσω της οποίας εκφράζονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, οι οποίες, με τη σειρά τους, εκφράζουν την ιστορικότητα της δεδομένης στιγμής και κοινωνίας, να υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στις φαινομενικά «αντικειμενικές» αξίες και πεποιθήσεις της δεδομένης ιστορικής στιγμής και κοινωνίας αναφορικά με το θέμα της υγείας και της ασθένειας (φαινομενικά η χρόνια ασθένεια δεν θεωρείται «στίγμα», αν και π.χ. στις προσλήψεις για τη θέση εργασίας συχνά απαιτείται η πιστοποίηση της υγείας του υποψηφίου, δεν στερεί από το άτομο τη δυνατότητα του αξιοπρεπούς βίου, η κοινωνική και η τεχνολογική πρόοδος έχει επιτρέψει την περίθαλψη και τη δυνατότητα παροχής βοήθειας σ' ό,τι αφορά τους χρόνιους ασθενείς, καθώς και τη διατήρησή τους στη ζωή) και τις «υποκειμενικές» αξίες και πεποιθήσεις (κοινωνικής πάλι προέλευσης, καθώς αυτές διατηρούνται από την κοινωνία και προσφέρονται από την οικογένεια (Νικολαΐδης - Benedetti, 1981)) αναφορικά με τις

προσδοκίες των ατόμων για τους ρόλους τους και για το «βαθμό» επιτυχίας τους τη δεδομένη ιστορική στιγμή και στη δεδομένη κοινωνία.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αναμένουμε περισσότερο αρνητικά αποτελέσματα αναφορικά με την αντίληψη της ταυτότητας του ατόμου μετά την έναρξη της χρόνιας ασθένειάς του και της «τοποθέτησής» του (μέσω της γλώσσας) στην ομάδα των «αρρώστων», χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτή η μελέτη έχει κάποια «μοιρολατρική» διάσταση, καθώς δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τα δεδομένα για την πιθανότητα του θετικού επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας των ασθενών με χρόνια πάθηση (Nettleton, 2002). Οι στόχοι της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας είναι η *πρόληψη* ακριβώς αυτών των αρνητικών επιπτώσεων της χρόνιας ασθένειας και η *προσφορά βοήθειας*, εφόσον αυτές οι επιπτώσεις έχουν ήδη εκδηλωθεί και υπάρχουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.

Ο Ernest Becker, βασιζόμενος στις ιδέες των Rank (1931, 1941), Kirkegaard (1844, 1849) και του Brown (1959), (αναφ. Segall et al., 1996), υποστήριξε ότι όλοι οι πολιτισμοί, όλοι οι άνθρωποι δημιουργικοί τρόποι ζωής είναι, τουλάχιστον όσον αφορά ένα βασικό μέρος τους, μια κατασκευασμένη διαμαρτυρία εναντίον της φυσικής πραγματικότητας, μια άρνηση της αλήθειας της ανθρώπινης κατάστασης και μια προσπάθεια να ξεχάσει κανείς ότι ο άνθρωπος είναι θνητός. Δηλαδή ο πολιτισμός, σύμφωνα με τον Becker, είναι η ανάγκη του ανθρώπου να επινοήσει τρόπους για να δώσει νόημα στην ύπαρξή του, να κάνει τον εαυτό του χρήσιμο και σημαντικό τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους, στην προσπάθειά του να απωθήσει το αναπόφευκτο γεγονός του επικείμενου θανάτου, να νιώθει «ζωντανός». «Ζωή» είναι η « γενική κατάσταση που χαρακτηρίζει τα ενόργανα όντα («όργανο», με τη σειρά του σημαίνει «καθένα από τα μέρη του σώματος, που έχει συγκεκριμένο σκοπό και λειτουργία» ή «κάθε εργαλείο ή αντικείμενο με το οποίο εκτελούμε ένα έργο» - υπογράμμιση δική μας), διαφοροποιώντας τα από τα άψυχα αντικείμενα και τους νεκρούς οργανισμούς και η οποία εκδηλώνεται με επιμέρους λειτουργίες, όπως η ανάπτυξη μέσω του μεταβολισμού, η αναπαραγωγή και η προσαρμογή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος» (Μπαμπινιώτης, Γ., Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, 2002). Κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε γλωσσολογικές πηγές για να τεκμηριώσουμε τη θέση μας για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί ο ορισμός του κάθε υποκειμένου είναι το ότι έχει σώμα και μιλάει (Λίποβατς, 1994). Το ότι έχει σώμα σημαίνει δύο πράγματα, πρεσβεύει ο ίδιος συγγραφέας, - ότι έχει σεξουαλικότητα και ότι είναι θνητό, γνωρίζει δηλαδή την εμπειρία της επιθυμίας και του άγχους. Αλλά το γεγονός ότι μιλάει σημαίνει μια ριζική διαφορά από τα ζώα - τόσο η σεξουαλικότητα όσο και η θνητότητα έχουν εντελώς διαφορετικό χαρακτήρα στον άνθρωπο, και είναι συγχρόνως τα υλικά με τα οποία οικοδομείται ο λόγος (υπογράμμιση δική μας). Δεύτερον, γιατί στο λόγο, στην ομιλούμενη γλώσσα ανακαλύπτουμε τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, στις οποίες ως χαρακτηριστικές μήτρες αυτών των αναπαραστάσεων βρίσκονται οι ιδέες, οι αξίες και τα νοήματα που διέπουν την ανθρώπινη ύπαρξη (Ρήγα, 1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που μέσω της γλώσσας μοιράζονται απ' όλα τα μέλη της κοινωνίας, δεν αποτελούν μόνο τη βάση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας, αλλά, λόγω ακριβώς αυτής τους της ιδιότητας, επιδρούν και στη φυσιολογία του ανθρώπου. Και αυτό γιατί, σύμφωνα με τη θεωρία του Ρώσου Ivan Pavlov, ο άνθρωπος είναι ένα σύστημα μοναδικό στο είδος του, ικανό να

αυτορρυθμίζεται και να αυτοκατευθύνει τις λειτουργίες του οργανισμού του. Αυτό το σύστημα είναι αυτορρυθμιζόμενο σε μέγιστο δυνατό βαθμό που αυτοδιορθώνεται και, μάλιστα, έχει τη δυνατότητα να αυτοτελειοποιείται (Sytin, 1991). Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε με την ίδια λογική, ότι είναι ικανό και να αυτοκαταστρέφεται. Ο Pavlov ανέπτυξε τη θεωρία της επίδρασης του λόγου πάνω στο υποσυνείδητο, το οποίο κατευθύνει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού, αποδεικνύοντας τη δύναμη που ασκεί η γλώσσα στον άνθρωπο σ' όλες τις εκφάνσεις της ζωής του.

Άρα, εξετάζοντας τη δομή της γλώσσας, η οποία είναι ο «τροχός της σκέψης» (Φίλιας, 2000), η «μοίρα» του ανθρώπου, η οποία «προϋπάρχει» στη γλώσσα πριν ακόμα τη γέννησή του (Λίποβατς, 1994), η κατευθυντήρια δύναμη που επιδρά στο υποσυνείδητο, συνεπώς στις φυσιολογικές λειτουργίες (Sytin, 1991), μπορούμε να κατανοήσουμε το κοινωνικό (εξωτερικό), το ψυχολογικό(εσωτερικό) και το φυσιολογικό (σωματικό) υπόβαθρο της ανθρώπινης ιστορίας ως ατομικής και κοινωνικής μονάδας.

Έτσι, λοιπόν, επιστρέφοντας στον παραπάνω ορισμό της ζωής, κατανοούμε ότι για να διαφοροποιηθεί από τα άψυχα αντικείμενα και τους νεκρούς οργανισμούς, το υποκείμενο πρέπει να περάσει από τα στάδια ανάπτυξης, αναπαραγωγής και προσαρμογής στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Ας εξετάσουμε όμως με τη σειρά τα στάδια αυτά γλωσσολογικά, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας» (Μπαμπινιώτης, 2005). Στο εξής, η αναφορά στο παραπάνω λεξικό θα γίνεται με την ανάδειξη των σελίδων όπου εξετάζονται οι επιμέρους λέξεις.

«Ανάπτυξη» σημαίνει «1. η αύξηση των διαστάσεων στο πλαίσιο της ωρίμασης 2. η περίοδος της ηλικίας (παιδικής, εφηβικής), κατά την οποία συντελείται η ανάπτυξη» (σελ.166). Το λεξικό πρόθημα «ανά-» δηλώνει ότι κάτι 1. γίνεται εκ νέου ή επαναλαμβάνεται ή 2. συνιστά ή χαρακτηρίζεται από ανοδική κίνηση. Στις κληρονομημένες από την Αρχαία Ελληνική λέξεις, όπως είναι η «ανάπτυξις», το «ανά» χρησιμοποιήθηκε ως προρηματικό στοιχείο με τη σημασία «από κάτω προς τα πάνω» (σελ. 145). Δηλαδή η ανάπτυξη είναι ένα αναγκαίο «κατώτερο» στάδιο που οδηγεί σ' ένα «ανώτερο» - αυτό της ωρίμασης (χαριτολογώντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτά τα δύο στάδια αποτελούν το άλφα και το ωμέγα της ανθρώπινης ύπαρξης). Κι αυτό γιατί «ωριμάζω» σημαίνει «1. φθάνω στην ακμή της ηλικίας μου, γίνομαι ενήλικας, 2. α) γίνομαι κατάλληλος και β) ολοκληρώνομαι, φθάνω σε σημείο ολοκλήρωσης» (σελ. 2002). Άρα, «ενήλικας», «κατάλληλος», «ολοκληρωμένος» εξισώνεται με το «ώριμος». Με τη σειρά του, «ώριμος» σημαίνει «ενήλικος, αυτός που έχει ολοκληρωμένη ψυχοσωματική

ανάπτυξη, που μπορεί να αναπαραχθεί, κατ' αντιδιαστολή προς το νεαρό και τον ηλικιωμένο» (υπογράμμιση δική μας) (σελ.2002). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ετυμολογία της λέξης «ώριμος» - αρχικά είχε την ίδια σημασία με το αρχαίο επίθετο «ωραίος», δηλώνοντας αυτό που συμβαίνει την κατάλληλη ώρα και εποχή, ενώ στη μεταγενέστερη γλώσσα προσδιόριζε επίσης γυναίκες έτοιμες για γάμο (σελ. 2003). Το τι σημαίνει «γυναίκες έτοιμες για γάμο», όπως και το «ενήλικας που μπορεί να αναπαραχθεί» δε χρειάζεται κάποια ειδική επεξήγηση, υποδηλώνοντας ότι, τελικά, η ανθρώπινη «ολοκλήρωση» και «καταλληλότητα», ως τελικός στόχος υπονοούν την ανα- παραγωγή. Ας προχωρήσουμε λίγο ακόμα στις γλωσσολογικές αναζητήσεις, ψάχνοντας το βαθύτερο νόημα της ανθρώπινης ύπαρξης που αναδύεται μέσα από τη γλώσσα, αλλά και επηρεάζει (πάλι μέσω της γλώσσας) τις διαδικασίες αυτές.

«Κατάλληλος» σημαίνει «1.αυτός που πληροί τις απαιτούμενες προϋποθέσεις, που έχει τις προδιαγραφές για κάτι, που ανταποκρίνεται σ' ό,τι χρειάζεται ή ζητιέται» η 2.γενική έννοια ότι «κάποιος, κάτι είναι αναγκαίος/ο, χρήσιμος/ο, απαιτούμενος/ο για κάτι». Τα συνώνυμα της λέξης «κατάλληλος» είμαι ο ταιριαστός, πρόσφορος, αρμόδιος, πρέπων. Αρχική σημασία της λέξης είναι «αυτός που στέκεται απέναντι στον άλλον, που αντιστοιχεί στον άλλον» (σελ.855). Την ίδια φράση θα μπορούσαμε να τη διατυπώσουμε λίγο διαφορετικά - «αυτός που στέκεται απέναντι στον Άλλον, που αντιστοιχεί στον Άλλον», ζητώντας την αναγνώριση της «ύπαρξής» του από τον Άλλο και προσαρμόζοντας αυτήν (την ύπαρξή του) στις απαιτήσεις του Άλλου (Λίποβατς, 1994) ως «χρήσιμος», «πρόσφορος», «αναγκαίος» κ.λπ. για τον Άλλον, άρα, σε τελευταία ανάλυση, «ζωντανός». Ας θυμηθούμε τον ορισμό της ζωής, η οποία εκδηλώνεται με επιμέρους λειτουργίες, όπως η ανάπτυξη μέσω μεταβολισμού, η αναπαραγωγή και η προσαρμογή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η ανάπτυξη ως σκοπό έχει την ωρίμαση, η οποία, με τη σειρά της, είναι η πλέον «κατάλληλη» ώρα για την αναπαραγωγή. Προσαρμογή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος σημαίνει τη «διαδικασία εναρμονίσεως ζωντανού οργανισμού προς το περιβάλλον του με σκοπό την επιβίωσή του ως αποτέλεσμα της φυσικής επιλογής» (σελ. 1489). Η επιβίωση αναφέρεται στη συνέχιση του είδους, όπου η φυσική επιλογή ευνοεί τα γονίδια που ελέγχουν τις μηχανές επιβίωσής τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να τις κάνουν να εκμεταλλεύονται όσο το δυνατόν καλύτερα το περιβάλλον τους (Dawkins, 1983). Έτσι, λοιπόν, διαφαίνεται ότι και η ανάπτυξη, αλλά και η προσαρμογή υπηρετούν την ανα-παραγωγή - δηλαδή, την «παραγωγή» του είδους, όπου δικαίωμα να επιβιώσει, να είναι «ζωντανός» έχει ο πιο δυνατός, ο πιο «σκληρός», ο πιο «πετυχημένος». Εδώ έχει τη βάση της παλαιότερα (αλλά και σήμερα ακόμη) μια μορφή

ρατσισμού - να μην αναγνωρίζει κανείς ως «πλήρη» ανθρώπινα υποκείμενα (τουλάχιστον) τρεις κατηγορίες ανθρώπων - τους πρωτόγονους λαούς, τους ψυχωτικούς και τα παιδιά (Λίποβατς, 1994). Υπήρχαν και υπάρχουν και κοινωνίες όπου οι ηλικιωμένοι περιβάλλονταν και περιβάλλονται με αγάπη και σεβασμό για την πείρα και τη σοφία τους, αλλά και ως αναγνώριση της προσφοράς τους. Το κεντρικό σημείο εδώ αποτελεί η έννοια της προσφοράς (πάλι και πάντα, ως «χρησιμότητα», «αναγκαιότητα» κ.λπ.), η οποία φαινομενικά δεν έχει να κάνει με τη σωματική υπόσταση και την έννοια της σωματικής αναπαραγωγής αυτήν καθ' αυτήν (γιατί η «παραγωγή» υπάρχει - ως γνώσεις, πείρα κ.λπ.), αλλά που υποδηλώνει τη σωματική «υγεία» μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων για το «υγιές», «σωστό», «κατάλληλο». Τις εκδηλώσεις αγάπης και σεβασμού για την προσφορά τους τις χαιρόνταν συνήθως οι άνθρωποι που είχαν «επιβιώσει» και εξασφάλισαν την «επιβίωση» των απογόνων τους, εκπληρώνοντας έτσι τις απαιτήσεις της κοινωνίας, «αντιστοιχώντας στον Άλλον», και δίνοντας ζωή αποδείκνυαν την ύπαρξή της μέσα των απογόνων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τους άτεκνους, εκτός από μερικές εξαιρέσεις, αντιθέτως, δεν παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό θετικής αντιμετώπισης από την κοινωνία. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα παραδείγματα της καθομιλουμένης γλώσσας (άρα, των κοινωνικών αναπαραστάσεων μέσω αυτής) που περιγράφουν τα άγαμα μέλη της κοινωνίας - «γεροντοπαλλήκαρο» [άγαμος άνδρας προχωρημένης ηλικίας (σελ. 409)] και «γεροντοκόρη» (μειωτ.) (σελ.933). Η λέξη «παλικάρυ» («παλληκάρυ») (από το αρχαίο «πάλλης / πάλλαξ») σημαίνει «παιδί που δεν έχει εισέλθει στην εφηβεία» (σελ.1309), ενώ η «κόρη», αντίστοιχα, (θηλυκό του «κόρος») χαρακτηρίζει τη νεαρή κοπέλα, κυρίως άγαμη (σελ. 933). Ο συνδυασμός των αλληλοαποκλειόμενων εννοιών - «γεροντό-» (προχωρημένη ηλικία) και «παλικάρυ», «κόρη» (νεαρή ηλικία) σαν να εκμηδενίζουν την ύπαρξη του ανθρώπου στον οποίον αναφέρονται- υποδηλώνουν την ανωμαλία της εξέλιξής του, εκεί που η ανάπτυξη της νεαρής ηλικίας δεν έφτασε στην ωρίμασή της, δηλαδή στο σκοπό της ανάπτυξης αυτής καθαυτής (βλ. πιο πάνω), τοποθετώντας τα σε μια διαφορετική ομάδα από αυτήν της κοινωνικά «σωστής», «ομαλής», «υγιούς». Δηλαδή εδώ έχουμε να κάνουμε με «μη υγιή», «ασθενή», «άρρωστα» μέλη του κοινωνικού συνόλου (σύμφωνα πάντα με το Νόμο της Κοινωνίας), άρα, σε τελευταία ανάλυση, «μη ζωντανά», εάν θυμηθούμε τον ορισμό της ζωής και του ζωντανού. Παρενθετικά θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στη διαφορά που παρουσιάζουν οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σ' ό,τι αφορά τα δύο φύλα. Ενώ και οι δύο προαναφερθείσες λέξεις έχουν αρνητική ιδιότητα, εντούτοις στην περίπτωση της «γεροντοκόρης» κρίνεται σκόπιμη από τους συντάκτες του Λεξικού να προστεθεί η υποσημείωση «μειωτικό», πράγμα το οποίο απουσιάζει στην αντίστοιχη

περίπτωση του «γεροντοπαλλήκαρου». Ήδη έχουμε αναφερθεί στη σπουδαιότητα της γλώσσας ως φορέα της ανθρώπινης ιστορίας, κοινωνικής και ατομικής, ως φορέα των κοινωνικών νόμων και αναπαραστάσεων βάσει των οποίων συντάσσεται η ψυχοκοινωνική μας ταυτότητα. Ακόμα και η μικρή υποσημείωση φανερώνει τη διαφορά της κοινωνικής αντίληψης για το ρόλο του κάθε φύλου, παρόλο που περιγράφεται και εννοείται η ίδια δεδομένη κατάσταση - αυτή της αγαμίας και ατεκνίας. Όμως, η γυναίκα δεν μπορεί να παρουσιάσει παιδί, αποδεικνύοντας έτσι την υπόστασή της ως γυναίκα - τη μοναδική κοινωνική ταυτότητά της (ακόμα και σήμερα) και σχεδόν μοναδικό αποδεκτό της ρόλο. Στην παραδοσιακή κοινωνία, ενώ ο ρόλος της γυναίκας συνδέεται με τις αρνητικές αντιλήψεις του συνόλου γι' αυτήν και τα αρνητικά βιώματα της ίδιας, η έννοια «μάννα» είναι ιδιαίτερα εξιδανικευμένη. «Το ίδιο πρόσωπο που ο άντρας χρειάζεται να το αντιμετωπίζει με άγρυπνη προσοχή, με επιφυλακτικότητα για να μη του κάνει κακό («πυρ, γυνή και θάλασσα»), μόλις αποκτήσει παιδί, ταυτίζεται με την Παναγία που προστατεύει, που θυσιάζεται, που δίνει τα πάντα!», γράφει η Κατάκη (1998,σελ.129).

Εντούτοις, υπάρχουν περιπτώσεις που η αγαμία και η ατεκνία όχι μόνο είναι αποδεκτές, αλλά και ενθαρρύνονται από την ίδια την Κοινωνία. Πρόκειται για τις περιπτώσεις ανθρώπων που εγκαταλείπουν τα «εγκόσμια» - μοναχοί, ανώτεροι κληρικοί - απαρνούμενοι την ανθρώπινη σωματική τους υπόσταση στο βωμό της υπέρτατης κοινωνικής τους προσφοράς - αυτής της εξιλέωσης των αμαρτιών των «απλών» ανθρώπων. Στις γυναίκες, η προξενήτρα και η μαμή ήταν συνήθως ανύπαντρες ή άτεκνες. Συμβάλλοντας στην πραγματοποίηση των σκοπών της κοινότητας - βιολογική και κοινωνική επιβίωση - προσέφεραν στον εαυτό τους ένα υποκατάστατο του σπουδαίου ρόλου της μητέρας κι έτσι αντλούσαν και την απαραίτητη αυτοεκτίμηση (Κατάκη, 1998). Εδώ η «μη παραγωγή» των ίδιων αντισταθμίζεται από την αποκλειστική προσφορά για την ομαλή «παραγωγικότητα» της κοινωνίας και, άρα, και οι ίδιοι είναι χρήσιμοι για το κοινωνικό σύνολο, εξυπηρετώντας τα συμφέροντά του. «Στην πραγματικότητα... κυριαρχεί η ανθρώπινη κοινωνία με τους θεσμούς της που έχουν δημιουργηθεί από τη συλλογική εργασία», γράφει ο Freud στο «Τοτέμ και ταμπού» (1983,σελ.78). Αυτή η κοινωνία δημιουργεί μέτρα σύγκρισης και έγκρισης για τα μέλη της, όπου η αναγνώριση του ατόμου εκ μέρους της σημαίνει την επιβεβαίωσή του ως μέλους της, την απαραίτητη αυτοεκτίμηση, άρα, σε τελική ανάλυση, την ύπαρξή του ως *ανθρώπινου όντος* (υπογράμμιση δική μας). Κι αυτό γιατί, όπως υπογραμμίζει η Κατάκη, η εικόνα που διαμορφώνουμε για τον εαυτό μας σχηματίζεται μέσα από τα μάτια των σημαντικών «άλλων», οι οποίοι είναι για μας ο καθρέπτης, μέσα από τον οποίο βλέπουμε τον εαυτό μας

(1998, σελ.129). Η κοινωνική αναγνώριση, όμως, άρα και η «ύπαρξη» των μελών της, σημαίνει πρώτα απ' όλα το βαθμό της χρησιμότητάς τους γι' αυτήν, δηλαδή της προφοράς, της παραγωγικότητας του ατόμου στο/ και για το κοινωνικό σύνολο. Έτσι, θα μπορούσαμε να προτείνουμε την εξής διατύπωση - «Παράγω, άρα υπάρχω». Σήμερα, όπως θα επιχειρήσουμε να αποδείξουμε στη συνέχεια, αυτή η διατύπωση διαμορφώνεται ως εξής - «Παράγω και καταναλώνω, άρα υπάρχω».

Οι μέχρι τώρα γλωσσολογικές αναφορές δεν ήταν τυχαίες, καθώς, όπως συνοψίζεται από τον Prior(1989), θέματα οικεία στο κοινωνικό περιβάλλον (είτε πρόκειται για το θάνατο είτε για την αρρώστια, την τρέλα, τη σεξουαλικότητα, την αμαρτία ή ακόμα και για το ίδιο το ανθρώπινο είδος) αποκτούν υπόσταση αποκλειστικά μόνο μέσω των συστατικών του λόγου που τα περιβάλλει. Όταν ο λόγος διαφοροποιείται, διαφοροποιούνται επίσης κι αυτά. Επιπλέον, ο λόγος δεν είναι απλώς ένα σύνολο γλωσσολογικών κανόνων που παραπέμπει στον κόσμο, αλλά τον συνθέτει μια πληθώρα δραστηριοτήτων, γεγονότων, αντικειμένων, ρυθμίσεων και επιστημολογικών αρχών.

Επίσης, ο σκοπός μας δεν ήταν η επικέντρωση στις επιμέρους λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως είναι η ωρίμαση, η τεκνοποίηση και η προσαρμογή στο περιβάλλον, αλλά η ανάδειξη της σημασίας του ίδιου του σώματος για την ανθρώπινη ύπαρξη. Ο Freud στο «Εγώ και Εκείνο» τονίζει ότι το Εγώ είναι πρώτα και πάνω απ' όλα ένα σωματικό Εγώ... δεν είναι απλώς μια επιφάνεια, αλλά είναι επίσης και η προβολή της επιφάνειας (Laplace, 1988, σελ.153). Όπως σημειώνει η Nettleton (2002), ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι μας υπενθυμίζει το πόσο βασιζόμαστε στο σώμα μας και τη σημασία του στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (σελ.126).

Πώς και γιατί βασιζόμαστε στο σώμα μας; Πώς μπορούμε να προσεγγίσουμε το σώμα και να το ορίσουμε, όπως και να ορίσουμε τη σημασία του για την ανθρώπινη ύπαρξη; Τα προβλήματα αυτά είναι ιδιαίτερα επίκαιρα σήμερα, όπου η λατρεία του σώματος στην καταναλωτική πολιτιστική πραγματικότητα διαμορφώνει όλο και περισσότερο μια σημαντική διάσταση των μετανεωτερικών κοινωνιών. Οι έρευνες γύρω από το θέμα της μετανεωτερικότητας επιστούν την προσοχή στη μεταστροφή από τα σώματα ως παραγωγούς πραγμάτων στα σώματα ως καταναλωτές πραγμάτων, που σημαίνει τη «βιομηχανοποίηση» του ίδιου του σώματος (Nettleton, 2002). Επίσης, τονίζει η Nettleton, τίθενται ερωτήσεις γύρω από τα ζητήματα ηθικής που αφορούν το σώμα, όπως οι παρακάτω: Ποιος δικαιούται να έχει άποψη για τη μοίρα του σώματος μας; Ποια είναι τα όρια ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο; Είναι θεμιτό τέτοιου είδους ζητήματα να αποφασίζονται από το ιατρικό επάγγελμα; Πράγματι, υπογραμμίζει η συγγραφέας, υπάρχει

μια αυξανόμενη αίσθηση ανασφάλειας γύρω από το σώμα, που χτυπά στο ίδιο το κέντρο της ύπαρξής μας. Έτσι, καταλήγει η Nettleton, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ζητήματα που σχετίζονται με το σώμα έχουν έρθει στο προσκήνιο στις σύγχρονες πολιτικές αντιπαραθέσεις.

Η ανασφάλεια γύρω από το θέμα του σώματος αυξάνεται, εξηγεί ο Turner (1992), λόγω του ότι κινούμαστε προς ένα κοινωνικό σύστημα στο οποίο το σώμα συνιστά το κεντρικό πεδίο πολιτικής και πολιτιστικής δραστηριότητας. Οι κύριες ανησυχίες της κοινωνίας σχετίζονται λιγότερο με την αύξηση της παραγωγής, όπως συνέβαινε στο βιομηχανικό καπιταλισμό, και περισσότερο με τη ρύθμιση του σώματος.

Υπάρχουν τρεις προσεγγίσεις του σώματος, οι δύο από τις οποίες - η νατουραλιστική θέση και η θέση της κοινωνικής μορφοποίησης - είναι πολωμένες μεταξύ τους, ενώ η φαινομενολογία συνιστά μια τρίτη προσέγγιση, η οποία συχνά χρησιμοποιείται ως γέφυρα μεταξύ των δύο ακρών (Turner, 1992). Η νατουραλιστική προσέγγιση δέχεται ότι το σώμα είναι μια πραγματική βιολογική οντότητα που υπάρχει, ως καθολικό φαινόμενο, ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εδρεύει. Η προσέγγιση της κοινωνικής μορφοποίησης, αντίθετα, υποστηρίζει ότι το σώμα δημιουργείται κοινωνικά, ή εφευρίσκεται, και, ως τέτοιο, είναι εξαρτώμενο από τις κοινωνικές και ιστορικές του συνάψεις. Η πραγματικότητα του σώματος σε κάθε δεδομένη στιγμή είναι απλώς συνέπεια του πώς βλέπουμε και του πώς το εξετάζουμε. Τέλος, η φαινομενολογική προσέγγιση υποστηρίζει ότι το κλειδί για την κατανόηση του ανθρώπινου σώματος είναι ο νους και, ειδικότερα, η έννοια της «βιωμένης εμπειρίας», η οποία υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι ερμηνεύουν και γι' αυτό και δημιουργούν το σύμπαν τους με τρόπο ώστε να έχει νόημα και σκοπό. Το σώμα δεν είναι απλώς ένα πράγμα που βρίσκεται στον κόσμο, αλλά μια ανοικτή οντότητα που δημιουργεί έναν κόσμο.

Ο Ernest Becker (αναφ. Segall et al., 1996) υποστήριζε ότι όλοι οι πολιτισμοί, όλοι οι άνθρωποι δημιουργικοί τρόποι ζωής είναι, τουλάχιστον όσον αφορά ένα βασικό μέρος τους, μια κατασκευασμένη διαμαρτυρία εναντίον της φυσικής πραγματικότητας, μια άρνηση της αλήθειας της ανθρώπινης κατάστασης και μια προσπάθεια να ξεχάσει κανείς ότι ο άνθρωπος είναι θνητός. Δηλαδή ο πολιτισμός, σύμφωνα με τον Becker, είναι η ανάγκη των ανθρώπων να επινοήσουν τρόπους για να δώσουν νόημα στην ύπαρξή τους, να κάνουν τον εαυτό τους χρήσιμο και σημαντικό τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους άλλους στην προσπάθειά τους να απωθήσουν το αναπόφευκτο γεγονός του επικείμενου θανάτου, να νιώθουν «ζωντανοί».

Οι απόψεις του Becker συγκλίνουν μ' αυτές του Heilbroner (αναφ. *Segall et al.*, 1996), ο οποίος θεωρεί ότι ο άνθρωπος είναι το μόνο «ζώο» που ατενίζει το θάνατό του και ως εκ τούτου δημιουργεί διάφορους τρόπους ζωής σε μια προσπάθεια να αποσπάσει το νου του από το αναπόφευκτο, από το θάνατο. Στις δυτικές κοινωνίες (και όχι μόνο) οι περισπασμοί του είναι η εργασία, η επιτυχία και ο αγώνας για αποδοτικότητα καθώς και η απόκτηση και η κατανάλωση των υλικών αγαθών, ως ανταμοιβή.

Σύμφωνα με τον Adler, η προσωπικότητα είναι μια τελεολογική ενότητα. Στη βάση αυτής της άποψης υπάρχουν βιολογικές και ψυχολογικές εκτιμήσεις (Rattner, 1970). Ο οργανισμός που κινείται στον ελεύθερο χώρο και είναι εκτεθειμένος σε απρόβλεπτες καταστάσεις και κινδύνους, χρειάζεται το «ψυχικό όργανο», με τη βοήθεια του οποίου προσανατολίζεται στο περιβάλλον. Ο βιολογικά δοσμένος σκοπός της προσαρμογής και υπερπήδησης δυσκολιών καθρεπτίζεται στο ψυχικό με διαρκή επαφή με το περιβάλλον, όπου κάθε ψυχική έκφραση μπορεί να ερμηνευτεί έτσι, σα να ήταν στραμμένη σ' ένα σκοπό της εξίσωσης και της υπεροχής. Για την ανθρώπινη προσωπικότητα αυτός ο σκοπός παίρνει τη μορφή ενός «ιδανικού», μιας κατευθυντήριας ιδέας, με την οποία το άτομο επιδιώκει την υπερπήδηση των ειδικών ανεπαρειών του. Για τον Adler, ζωή και ψυχή είναι πάντα προσανατολισμένες σ' ένα σκοπό.

Ο βιολογικά δοσμένος σκοπός της ανθρώπινης ύπαρξης είναι η διατήρηση του είδους, η παραγωγή ως ανα - παραγωγή με σκοπό την επιβίωση του γονιδίου (Dawkins, 1983), δηλαδή η πάλη του γονιδίου ενάντια στο θάνατο.

Ο ψυχικά «κατασκευασμένος» σκοπός της ανθρώπινης ύπαρξης είναι να υπερπηδήσει τις όποιες ειδικές ανεπάρκειές της, η βασική από τις οποίες, σύμφωνα με τους Becker και Heilbroner (αναφ. *Segall et al.*, 1996), είναι η γνώση της θνητότητας του ανθρώπου. Η πάλη ενάντια στο θάνατο επιτυγχάνεται με τη δημιουργία, την εργασία και την αποδοτικότητα – δηλαδή την παραγωγή με την έννοια της παραγωγικότητας.

Επομένως, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι βιολογικά και ψυχικά ο σκοπός της ανθρώπινης ύπαρξης είναι η παραγωγή σαν υπαρξιακό νόημα και που εξισώνεται με την ίδια την έννοια της ζωής. Στη σημερινή εποχή προστίθεται και ένας άλλος σκοπός - ο καταναλωτισμός ως τρόπος ζωής και σχεδόν ως αυτοσκοπός (Nettleton, 2002). Σύμφωνα με τον Heilbroner (αναφ. *Segall et al.*, 1996), η αγορά και η κατανάλωση των υλικών αγαθών λειτουργεί για τους ανθρώπους ως ανταμοιβή για την παραγωγικότητά τους - για την εργασία, την επιτυχία και την αποδοτικότητά τους. Άραγε, μήπως ο ξέφρενος καταναλωτισμός που κυριαρχεί σήμερα είναι η λογική και αναμενόμενη αντίδραση στις όλο και αυξανόμενες απαιτήσεις της κοινωνίας; Δηλαδή, αν θυμηθούμε την αρχή της

ομοιόστασης, τότε το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι όσο πιο πολλά πρέπει να «δώσει» ο άνθρωπος προκειμένου να αντεπεξέλθει στην κοινωνικο-πολιτιστική και πολιτική πραγματικότητα, τόσο πιο πολλά πρέπει να «πάρει» ως ανταμοιβή των κόπων του, αλλά και ως απόδειξη της επιτυχίας του, με αποτέλεσμα ο βαθμός του καταναλωτισμού να γίνεται και ο βαθμός της ευτυχίας.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού - δηλαδή της παραγωγής - χρειάζεται ένα όργανο, που πρέπει να λειτουργεί καλά για να είναι αυτή (η παραγωγή) εφικτή. Χρειάζεται ένα σώμα, το οποίο να είναι υγιές. Εάν, όμως, η ζωή εξισώνεται με την παραγωγή (ανα - παραγωγή και παραγωγικότητα) ως νίκη της ίδιας της ζωής επί του θανάτου, τότε και η υγεία δε νοείται ως απλώς διαπίστωση της βιολογικής κατάστασης του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά και ως εξέταση του βαθμού, στον οποίο αυτή (η υγεία) συμβάλλει για την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού. Ο αρτιμελής άνθρωπος, υγιής σωματικά, ο οποίος δεν προσφέρει, δεν παράγει σύμφωνα με τις απαιτήσεις της κοινωνίας, θεωρείται «παράσιτο», τοποθετείται αυτόματα στο περιθώριο, παύει να είναι ισότιμο μέλος της κοινωνίας και, άρα, σε τελική ανάλυση παύει να είναι «ζωντανός» στα μάτια της.

Η Duden (1991) υποστηρίζει ότι το σώμα είναι μια πολιτιστική σύμβαση και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτό (ακόμα περισσότερο ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται) συνδέεται με την ιστορική περίοδο στην οποία τοποθετείται, δηλαδή στο πολιτιστικό και πολιτικό της πλαίσιο (αναφ. *Nettleton, S.*, 2002). Ο Turner (1992) πρεσβεύει ότι η ικανοποιητική αντίληψη του ανθρώπινου σώματος δυσχεραίνεται, αν εμμένουμε στην εξέτασή του ή ως «σώμα-ως μηχανή» της βιοϊατρικής προσέγγισης, εστιάζοντας τη προσοχή μόνο στις φυσικές όψεις του σώματος και παραμελώντας το νου και το άτομο, ή, αντίστροφα, παραβλέποντας τη σημασία των φυσιολογικών σωματικών λειτουργιών και αγνοώντας την ενσώματη φύση των ανθρώπινων ενεργημάτων. Η αντίδραση της κοινωνίας απέναντι στο φυσικό σώμα επιδρά πάνω στο βιώμενο σώμα και, αντίστοιχα, οι δραστηριότητες του δευτέρου επηρεάζουν το πρώτο. Έτσι, καταλήγει ο Turner (1992:57), φαίνεται να υπάρχουν σοβαροί λόγοι για την ταυτόχρονη θεώρηση του σώματος τόσο ως διατυπωμένου μέσω του λόγου όσο και έμψυχου, τόσο κοινωνικά διαμορφωμένου όσο και αντικειμενικά υπαρκτού. Εάν το σώμα τοποθετείται σ' αυτό το πλαίσιο, τότε και η υγεία θα πρέπει να εξετάζεται όχι μόνο ως αμιγώς βιολογική κατάσταση του οργανισμού, αλλά και ως κοινωνικό - πολιτιστικό και πολιτικό φαινόμενο.

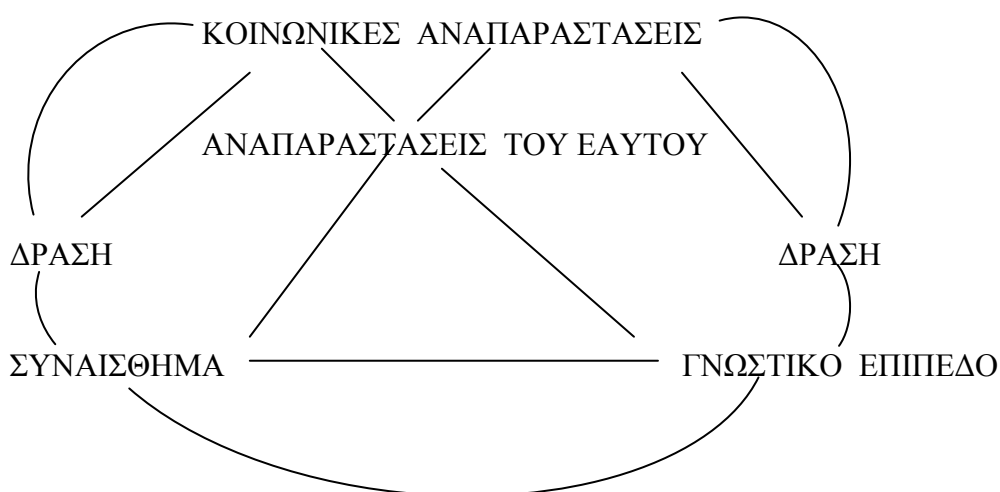
Σύμφωνα με τη Herzlich (1969), είναι σχεδόν αδύνατο να μιλήσουμε για την υγεία βάσει κάποιου γενικού κανόνα, δηλαδή π.χ. ορίζοντάς την μόνο ως απουσία της ασθένειας. «Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει», αλλά κάθε

άτομο είναι περισσότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Αυτό εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, το οποίο όμως δεν παραμένει στατικό, αλλά μεταβάλλεται» (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με τον Calnan (1987), γίνεται διάκριση ανάμεσα τόσο σε θετικούς και αρνητικούς ορισμούς της υγείας, όσο και ανάμεσα σε λειτουργικούς και βιωματικούς ορισμούς. Ο ιατρικός ορισμός - η απουσία νόσου - είναι αρνητικός, ενώ σαν θετικό παράδειγμα παραθέτει τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) ως κατάσταση απόλυτης φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Ο λειτουργικός ορισμός είναι η δυνατότητα συμμετοχής στους συνήθεις κοινωνικούς ρόλους και μπορεί να συγκριθεί μ' έναν βιωματικό ορισμό, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του την αίσθηση του εαυτού. Άλλοι ορισμοί μπορούν να δοθούν μέσω της εξέτασης της πρόσληψης που έχουν οι άνθρωποι για τη συγκεκριμένη έννοια, δηλαδή μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Οι έρευνες που επικεντρώθηκαν στις κοινωνικές αναπαραστάσεις εντόπισαν τρεις βασικές νοημαδοτήσεις της υγείας - η υγεία ως απουσία νοσήματος, η υγεία ως μέτρο αντοχής, αδυναμίας ή εξάντλησης και η υγεία ως λειτουργική ικανότητα (Herzlich, 1969). Παρ' όλα αυτά, οι εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι οι πεποιθήσεις του πληθυσμού για το συγκεκριμένο θέμα παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές ανάλογα με την κοινωνική τοποθέτηση του ατόμου. Παράγοντες, όπως η φυλή, η κοινωνική τάξη, το επάγγελμα, το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά την κοινωνικο - πολιτιστική προέλευσή τους (Pilgrim, - Rogers, 2004). Στην προσπάθεια κατανόησης της φύσης των ανισοτήτων σε θέματα υγείας δίδεται έμφαση στη σχέση μεταξύ της κοινωνικής δομής και των ανθρώπινων επιλογών. Γίνεται χρήση των εννοιών όπως «κοινωνικό κεφάλαιο» (social capital) και «ατομική ταυτότητα» (personal identity), οι οποίες βοηθούν να κατανοηθεί ότι η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων, και πιο πολύ η αντίληψή μας για το πόσο σχετιζόμαστε με τους άλλους στην κοινωνική δομή, είναι πιθανό να αποτελέσει ψυχο-κοινωνικό μεσολαβητή των αιτιών των ανισοτήτων σε θέματα υγείας (Pilgrim, - Rogers, 2004). Κι αυτό γιατί, σύμφωνα με τη Herzlich (1969), οι πεποιθήσεις, δηλαδή οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια είναι ταυτόχρονα ατομικές και κοινωνικές. Φαίνεται ότι η εικόνα που ένα άτομο διαμορφώνει για την κοινωνία όπου ζει και για τη θέση του σ' αυτήν κυριαρχείται λιγότερο από τη γνώση μιας πραγματικής κατάστασης και περισσότερο από μια φαντασιακή εικόνα των κοινωνικών διαφορών, που οργανώνονται γύρω από υποχρεώσεις, διαμορφωμένες από την ατομική και συλλογική εμπειρία (Zavalloni & Luis-Guerin, 1996). Συνέπεια αυτής της πιο γενικής θεώρησης του ζητήματος των ανισοτήτων στην υγεία είναι

η μεγαλύτερη έμφαση που δίδεται στους κοινωνικο - ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς και στο διαμεσολαβητικό ρόλο των συναισθημάτων στο συγκεκριμένο ζήτημα (Pilgrim, - Rogers, 2004). Σύμφωνα με τους αναφερόμενους συγγραφείς, τα συναισθήματα θεωρούνται πλέον κεντρικό στοιχείο της σχέσης της κοινωνικής δομής με την υγεία. Έτσι, το γεγονός ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επιδρούν καταλυτικά στην υγεία ακολουθώντας μια ψυχο-κοινωνική και όχι κατ' ανάγκη μια υλιστική διαδρομή, θέτει το ζήτημα των συναισθημάτων στο επίκεντρο των κοινωνικών οριοθετήσεων της νόσου και της διαταραχής στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες. Μ' αυτή την έννοια, τα συναισθήματα, που δεν είναι άλλο από υπαρξιακά ενσωματωμένοι τρόποι για να υπάρχει κανείς στον κόσμο και απόλυτα απαραίτητη προϋπόθεση για την αιτιώδη αμοιβαιότητα και ανταλλαγή, αποτελούν τον «χαμένο κρίκο» ανάμεσα στα «προσωπικά προβλήματα» και στα ευρύτερα «δημόσια ζητήματα» της κοινωνικής δράσης (Pilgrim, - Rogers, 2004: 70-71).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, όπως έχει ειπωθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, είναι ευμετάβλητα «διανοητικά σχήματα» που αποτελούνται από προκατασκευασμένες ιδέες, σκέψεις, κρίσεις και προσδοκίες, με τη βοήθεια των οποίων οι άνθρωποι προσπαθούν να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά, τις πράξεις, τη δική τους ιδεολογία και των άλλων και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους (Ρήγα, 1991). Σύμφωνα με την Costalat-Founeu (1995), οι κοινωνικές αναπαραστάσεις πάνω σ' ένα θέμα δομούνται σε συνάρτηση με τις αναπαραστάσεις του εαυτού, με το συναίσθημα, το γνωστικό επίπεδο και τη δράση, όπως αυτό απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα:



(Costalat-Founeau, 1995, σελ.4)

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, η καθημερινή γνώση επηρεάζονται από τα επιστημονικά δεδομένα της κάθε ιστορικής περιόδου. Σημαντικό είναι ότι, σύμφωνα με τον Comaroff (1982) (Nettleton, 2002), και για τα επιστημονικά γνωστικά συστήματα (στην προκειμένη περίπτωση τα ιατρικά) ισχύει ό,τι και για κάθε άλλο γνωστικό σύστημα, με την έννοια ότι είναι πολιτιστικά προσδιοριζόμενα και το ότι το περιεχόμενο και οι εφαρμογές τους έχουν κοινωνική προέλευση. Μ' άλλα λόγια, ο επιστημονικός τρόπος σκέψης δεν είναι κατ' ανάγκην τελειώς απρόσβλητος στις «λαϊκές» απόψεις.

Ειδικότερα για την ιατρική, η αλληλεπίδραση μεταξύ «λαϊκών» και επιστημονικά αποδεκτών ιδεών αναγνωρίζεται όλο και συχνότερα. Έτσι, η ανακάλυψη επιστημονικών δεδομένων σχετίζεται τόσο με την επιστημονική κοινότητα, όσο και με τον κοινωνικό περίγυρο της κοινότητας αυτής (Herzlich & Pierret, 1985). Αυτό μπορεί να συνδεθεί με τα κοινωνικά κίνητρα των ίδιων των επιστημόνων. Ο Bartley (1990) προτείνει ότι στη σύγχρονη κοινωνία τα επαγγελματικά και τεχνολογικά συμφέροντα πιθανόν να παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην εξέλιξη των επιστημονικών ιδεών. Όπως πρεσβεύει ο συγκεκριμένος ερευνητής, τα τεχνολογικά συμφέροντα είναι τα συμφέροντα «υποομάδων» επαγγελματιών που επιδιώκουν τη δημιουργία διαρκούς ζήτησης από την αγορά συγκεκριμένων τεχνικών και τομέων εξειδίκευσης, των οποίων διεκδικούν την «κυριότητα». Συνεπώς, οι επιστημονικές ανακαλύψεις σχετίζονται περισσότερο με την εμπορικότητά τους, παρά με την αντικειμενικά επιστημονική τους αξία. Γι' αυτό το λόγο, η μελέτη της ιατρικής γνώσης δεν πρέπει να περιορίζεται στην εξέταση του κοινωνικο - οικονομικού πλαισίου στο οποίο αυτή η γνώση παράγεται, αλλά να παίρνει υπ' όψιν και τις ομάδες μέσα και χάρη στις οποίες αναδύεται. Γίνεται λόγος, λοιπόν, για την κοινωνικο-πολιτιστική και πολιτική διάσταση της ιατρικής γνώσης και επιστήμης, η οποία, όπως ειπώθηκε πιο πάνω, επηρεάζει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία. Έτσι, και η έννοια της υγείας παύει να υποδηλώνει την αμιγώς βιολογική διάσταση του οργανισμού, αλλά, με τη σειρά της, αποκτά κοινωνικο-πολιτιστικό και πολιτικό χαρακτήρα. Παρόλο που η κοινωνία ανάγει τον όρο «υγεία» σε κεντρική θέση, εσωκλείοντας και την έννοια της ευτυχίας, εντούτοις ο όρος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στην οργανική κατάσταση του ανθρώπινου σώματος, αλλά υποδηλώνει την υπάρχουσα κατάσταση και ποιότητα ζωής (Herzlich, 1995).

Ο Crawford (1984) (αναφ. Nettleton, 2002) υποστηρίζει ότι οι αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια αντικατοπτρίζουν τις αξίες της κάθε κοινωνίας, δηλαδή την πολιτιστική και την πολιτική πραγματικότητα. Και στο πλαίσιο μια πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία, τη διατήρηση της καλής φόρμας και, πάνω

απ' όλα, την παραγωγικότητα, ίσως δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια προσπαθούν να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό τους, γράφει η Nettleton (2002, σελ.135). Οι Herzlich & Pierret (1985) παρουσιάζουν τη μελέτη, όπου στις συνεντεύξεις τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες τείνουν να ισχυρίζονται ότι δεν είναι άρρωστοι, ενώ από την άλλη χρησιμοποιούν την έκφραση «εμείς που είμαστε άρρωστοι». Κι αυτό συμβαίνει, σύμφωνα με τους μελετητές, επειδή το να είναι κανείς άρρωστος δημιουργεί αρνητικούς συσχετισμούς για τον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου. Η Kayawa-Singer (1993) (αναφ. Nettleton, 2002, σελ.135) βρήκε σε μια μελέτη στις Η.Π.Α. ότι σαράντα εννέα από τους πενήντα άνδρες και γυναίκες συμμετέχοντες στους οποίους είχε διαγνωσθεί καρκίνος δήλωναν πως ήταν ακόμα υγιείς. Η ερευνήτρια υποστηρίζει ότι οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν έναν ορισμό της υγείας που βασιζόταν στην ικανότητά τους να διατηρήσουν μια αίσθηση αξιοπρέπειας, ως παραγωγικά, ικανά και άξια άτομα μέσα στην κοινωνική τους σφαίρα, παρά στη φυσική τους κατάσταση. Συνεπώς, η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της ασθένειας. Όπως δηλώνει η Herzlich (1969) η κοινωνία είναι αυτή που μέσω του τρόπου ζωής φέρνει την ασθένεια, ταυτόχρονα η κοινωνία είναι αυτή που απαιτεί να είναι υγιές το άτομο. Επομένως συμβαίνει κάτι το παράδοξο - η κοινωνία απαιτεί από το άτομο κάτι που του αρνείται. Η κοινωνία μ' αυτό το διπλό της ρόλο, αντικαθιστά τον τρόπο ζωής - καθώς απαιτεί την υγεία και προκαλεί την ασθένεια.

Η ίδια ερευνήτρια, όπως ήδη έχει αναφερθεί, επισημάνει ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια είναι ταυτόχρονα ατομικές και κοινωνικές και, ως εκ τούτου, επηρεάζονται από τις επικρατούσες κοινωνικές και ιατρικές ιδεολογίες (Herzlich, 1969). Οι αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια αντικατοπτρίζουν τις ιδέες του καπιταλισμού και του ατομικισμού και είναι διαποτισμένες από τις ιδέες της αυτοπειθαρχίας, της αυταπάρνησης, του αυτοελέγχου και της δύναμης της θέλησης (Segall *et al.*, 1996). Ιδέες εξάρτησης αντιμετωπίζονται ως αρνητικές, ενώ το να έχει κανείς τη δύναμη να ξεπερνά τα προβλήματα αντικατοπτρίζει γενικότερες κοινωνικές νόρμες και αξίες των βιομηχανοποιημένων καπιταλιστικών κοινωνιών (Nettleton, 2002). Όπως επισημάνθηκε πιο πάνω, στο πλαίσιο του καταναλωτικού πολιτιστικού μορφώματος, το σώμα γίνεται από τη μια πεδίο ικανοποίησης και από την άλλη μια απεικόνιση ευτυχίας και επιτυχίας. Η εμφάνιση του σώματος αντικατοπτρίζει τον εσωτερικό εαυτό - το να φαίνεσαι καλά σημαίνει ότι *αισθάνεσαι καλά*. Η αγωγή υγείας αντικατοπτρίζει την εμπορευματοποίηση της φροντίδας του σώματος, μια και οι άνθρωποι μετατρέπονται σε καταναλωτές υγείας που καταναλώνουν υγιεινούς τρόπους ζωής. Έτσι, δίδεται έμφαση στη

σχέση του τρόπου ζωής με την υγεία και, υπό αυτή την έννοια, η υγεία αναγάγεται σε προσωπική ευθύνη και επιλογή του ατόμου. Στην έρευνα της Blaxter (1993) οι γυναίκες - υποκείμενα έτειναν να μέμφονται τον εαυτό τους και να αρνούνται την επίδραση του περιβάλλοντος. Η ερευνήτρια πιστεύει ότι αυτές οι γυναίκες έβλεπαν την υγεία σαν ατομική ευθύνη, όχι μόνο στο να κάνει κανείς υγιεινή ζωή, αλλά και στο μέτρο που η υγεία και η ασθένεια συνδέονται με την προσωπική ιστορία του ατόμου και αποκαλύπτουν κάτι για την ταυτότητά του. Κι αυτό συμβαίνει, εξηγεί η Blaxter, γιατί το να είναι κανείς άρρωστος δημιουργεί αρνητικούς συναισθηματικούς συσχετισμούς με τους οποίους οι άνθρωποι δε θέλουν να έχουν καμιά σχέση και, επιπλέον, τα άτομα είχαν βαθιά αίσθηση των κινδύνων που πήγαζαν στο παρελθόν από το περιβάλλον, σε σχέση με τους οποίους οι σημερινοί φαίνονταν συγκριτικά αβλαβείς. Στην έρευνα της Cornwell (1984) τα άτομα έπαιρναν πολύ σοβαρά την ιδέα ότι το να κρατήσεις τη «σωστή στάση» είναι το διαβατήριο για καλή υγεία. Έτσι, όπως αναφέρει η ερευνήτρια, η ηθική διάσταση μιας υγιούς ζωής είναι στην πραγματικότητα ένα είδος πρόσχαρου στωικισμού, εμφανούς στην έλλειψη ανησυχίας ή διαμαρτυρίας ή νοσηρότητας. Συνεπώς, ο «σωστός» τρόπος ζωής, η υπευθυνότητα του ατόμου σ' ό,τι αφορά τα θέματα υγείας είναι οι προϋποθέσεις για τη διατήρησή της, δηλαδή η υγεία είναι η προσωπική υπόθεση και ελέγχεται από το ίδιο το άτομο.

Εντούτοις, όπως αναφέρει η Nettleton (2002), η δυνατότητά του (του ατόμου) για τέτοιου είδους έλεγχο είναι περιορισμένη για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί παρ' ό,τι οι συνήθειες σχετίζονται με την υγεία, έχουν μικρότερη επίδραση από τις συνθήκες στις οποίες έχουν εμπεδωθεί και μόνο στις πλέον ευνοϊκές συνθήκες υπάρχει «χώρος» για σημαντικό όφελος από την εθελούσια υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Έτσι, σημειώνει η Nettleton, είναι πιθανόν η επικέντρωση στην προαγωγή της υγείας, που δίνει έμφαση στις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, να συμβάλλει στη διερεύνηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Ο δεύτερος λόγος για τον οποίο τα άτομα έχουν περιορισμένες δυνατότητες να διαμορφώσουν τον τρόπο ζωής τους σύμφωνα με τα υποτιθέμενα επιθυμητά πρότυπα είναι ότι κάθε κοινωνική δραστηριότητα είναι θεμελιωμένη στις κοινωνικές συνθήκες και περιορίζεται από αυτές. Έτσι, π.χ. οι μελέτες για την κοινωνική οργάνωση της διατροφής δεν μπορεί να διαχωριστεί από τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και τις εσωτερικές δομές του νοικοκυριού (Nettleton, 2002:88-91).

Ο Lipra (2003) επικεντρώνεται στο πώς οι πεποιθήσεις και οι στάσεις επηρεάζουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, παραθέτοντας δύο μοντέλα - αυτό του Μοντέλου των πεποιθήσεων για την υγεία και τη θεωρία της λογικής πράξης των Fishbein και Ajzen.

Το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την υγεία εστιάζεται σε τέσσερα κύρια είδη πεποιθήσεων που μπορούν να επηρεάσουν το πότε λαμβάνουμε μέτρα, για να προστατέψουμε την υγεία μας - **1)** πεποιθήσεις για το κόστος της λήψης μέτρων, **2)** πεποιθήσεις για τα οφέλη της λήψης μέτρων, **3)** πεποιθήσεις που έχουμε για την πιθανότητα να προσβληθούμε από ασθένειες και **4)** πεποιθήσεις για τη σοβαρότητα της ασθένειας. Το μοντέλο αυτό τονίζει το εξής σημαντικό στοιχείο - οι σχετικές με την υγεία συμπεριφορές δεν εξαρτώνται μόνο αν έχουμε λεπτομερείς, ακριβείς πληροφορίες για το τι είναι υγιεινό και το πώς να φερόμαστε υγιεινά, αλλά και από τις πεποιθήσεις για το *κόστος, τα οφέλη και την προσωπική ευαισθησία*. Γενικά, σημειώνει ο Lipra, οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με το κόστος και τα εμπόδια της υγιούς συμπεριφοράς σχετίζονται περισσότερο με την πραγματική συμπεριφορά τους, ενώ οι πεποιθήσεις τους για τη σοβαρότητα της πιθανής ασθένειας φαίνεται να σχετίζονται ελάχιστα με την πραγματική συμπεριφορά τους.

Το δεύτερο μοντέλο - η θεωρία της λογικής πράξης των Fishbein & Ajzen - όπως το σχολιάζει ο Lipra (2003,σελ.697), προτείνει ότι δύο κύριες μεταβλητές προβλέπουν τις προθέσεις των ατόμων να εκδηλώσουν υγιείς και μη υγιείς συμπεριφορές :**1)** οι στάσεις για τις συμπεριφορές και **2)** οι υποκειμενικές νόρμες. Οι *στάσεις* αναφέρονται στην εκτίμηση των ανθρώπων που παρουσιάζουν τη σχετική συμπεριφορά, ενώ *οι υποκειμενικές νόρμες* αναφέρονται στις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με το πώς σκέπτονται οι άλλοι άνθρωποι, σημαντικοί στη ζωή των ατόμων, ότι αυτά πρέπει να συμπεριφέρονται.

Συνεπώς, σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται ότι στο θέμα της διατήρησης της υγείας, αν και θεωρείται από την πλειοψηφία των ανθρώπων προσωπική υπόθεση και ευθύνη, εμπλέκονται και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, περιορίζοντας αρκετά τις δυνατότητες των ατόμων να διαμορφώσουν τον τρόπο ζωής τους σύμφωνα με τα επιθυμητά πρότυπα.

Εάν, όμως, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία την παρουσιάζουν ως ατομική ευθύνη, τότε είναι λογικό να υποθέσουμε ότι και η ασθένεια υπόκειται στον έλεγχο του ατόμου.

Εντούτοις, όπως σημειώνει η Nettleton (2002), στη λογική του κοινού οι ιδέες για τη διατήρηση της υγείας διαχωρίζονται από τις ιδέες για την πρόληψη των παθήσεων. Τα αίτια των ασθενειών θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο του ατόμου και τα

συμπεριφορικά αίτια των παθήσεων συνήθως απορρίπτονται. Επίσης, παρόλο που η υγεία ενίοτε θεωρείται ως η έλλειψη πάθησης, εντούτοις οι άνθρωποι αναφέρονται σε κάποιον ως υγιή ακόμα κι όταν πάσχει από σοβαρή νόσο. Όπως επισημάνθηκε πιο πάνω, οι αντιλήψεις των ατόμων πάνω σ' αυτό το ζήτημα βασίζονται περισσότερο στην ικανότητα των πασχόντων να διατηρήσουν μια αίσθηση αξιοπρέπειας, ως παραγωγικά, ικανά και άξια άτομα μέσα στην κοινωνική τους σφαίρα, παρά στη φυσική τους κατάσταση. Παράλληλα, η ανάλυση των αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια αποκαλύπτει μια *ανάγκη* του κοινού να αποδεχθεί την «ετερότητα» της ασθένειας ως ξέχωρου πράγματος που συνέβη στο άτομο και για το οποίο το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο. Οι άνθρωποι προσπαθούν να εκφράσουν απόψεις που εναρμονίζονται με τις ιδέες της ιατρικής και τις υποκείμενες αξίες του καπιταλισμού. Η νόσος αντιμετωπίζεται ως ένα «πράγμα» από το οποίο το άτομο μπορεί να διαχωριστεί (Nettleton, 2002: 82). Η υγεία θεωρείται περισσότερο προϊόν κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων παρά αμιγώς βιολογικό φαινόμενο (Pilgrim, - Rogers, 2004) και η ασθένεια προσλαμβάνει όλο και πιο πολύ ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, καθώς δεν υποδηλώνει την αντικειμενική οργανική κατάσταση του σώματος, αλλά περισσότερο τη δυνατότητα του σώματος αυτού να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της κοινωνίας το να είναι δυνατό, ισχυρό, πετυχημένο, δηλαδή παραγωγικό, αλλά, στις μετανεωτερικές κοινωνίες, και ικανό καταναλωτή των υλικών αγαθών ως ανταμοιβή για την παραγωγικότητα και ως βαθμό ένδειξης της επιτυχίας του ατόμου. Στο πλαίσιο μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία και, πάνω απ' όλα, την παραγωγικότητα, ίσως δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια νόσος, προσπαθούν να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό, σώζοντας την αυτοαντίληψη και την κοινωνική τους υπόληψη από το στιγματισμό της αρρώστιας (Nettleton, 2002). Κι αυτό, υπογραμμίζει η συγγραφέας, γιατί σε μια κοινωνία όπου το «πράττειν» είναι σε προνομιακότερη θέση από το «υπάρχειν» (θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι, σύμφωνα με τα εξεταζόμενα πιο πάνω στοιχεία, το «πράττειν» εξισώνεται με το «υπάρχειν»), εκείνοι που δεν μπορούν να διεκπεραιώσουν τετριμμένες εργασίες, τείνουν να χάνουν τα ίδια τα μέσα που χρειάζονται για να διατηρηθεί μια κοινωνική ζωή με νόημα (Nettleton, 2002:131).

Συνεπώς, είναι σαφές ότι οι βιο-φυσιολογικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την ασθένεια (γίνεται λόγος για τις χρόνιες παθήσεις) έχουν σοβαρές κοινωνικές συνέπειες. Η ασθένεια μας υπενθυμίζει ότι η «φυσιολογική» λειτουργία του πνεύματος και του σώματος βρίσκονται στο επίκεντρο της κοινωνικής δράσης και αλληλοδράσης. Υπό αυτή την

έννοια, η μελέτη της ασθένειας διευκρινίζει τη σχέση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, το άτομο και την κοινωνία. Στα πλαίσια μιας πολιτιστικής πραγματικότητας η οποία δίνει έμφαση στην ανεξαρτησία και στο να βασίζεται κανείς στον εαυτό του, όταν δεν μπορούμε να βασιστούμε στο σώμα μας ότι θα λειτουργεί «φυσιολογικά», τότε η αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο γίνεται επικίνδυνη και έχει ως αποτέλεσμα να απειλείται η αίσθηση του εαυτού. Ουσιαστικά, η χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα (στην άποψη που έχουν οι άλλοι για κείνους και στην προσωπική τους άποψη για τους ίδιους). Η απαντητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιο-φυσιολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου (Nettleton, 2002). Συνεπώς, η ασθένεια είναι ταυτόχρονα ένα πολύ ιδιωτικό κι ένα πολύ δημόσιο φαινόμενο.

Το να είναι κανείς *άρρωστος* στη σημερινή κοινωνία έχει πάψει να σημαίνει μια αμιγώς βιολογική κατάσταση και έχει φτάσει να ορίζει μια υπόσταση, ή ακόμα και μια ομαδική ταυτότητα, σημειώνουν οι Herzlich και Pierret (1985). Στο εξής, το να είναι κανείς «άρρωστος» θα συνιστά μια από τις κεντρικές κατηγορίες της κοινωνικής αντίληψης.

Συνοψίζοντας αυτό το κεφάλαιο, παραθέτουμε την ανακεφαλαίωση των βασικότερων σημείων του που έχουν ως εξής:

1. Ορισμός του κάθε υποκειμένου είναι ότι έχει σώμα και μιλάει. Το να έχει σώμα σημαίνει ότι έχει σεξουαλικότητα και το ότι είναι θνητό, αρα γνωρίζει την εμπειρία της επιθυμίας και του άγχους. Συγχρόνως, τόσο η σεξουαλικότητα όσο και η θνητότητα είναι τα υλικά με τα οποία δομείται ο λόγος (Λίποβατς, 1994).
2. Στο λόγο, στην ομιλούμενη γλώσσα ανακαλύπτουμε τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, στη βάση των οποίων βρίσκονται οι ιδέες, οι αξίες και τα νοήματα που διέπουν την ανθρώπινη ύπαρξη (Ρήγα, 1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μέσω της γλώσσας μοιράζονται απ' όλα τα μέλη της κοινωνίας και συνιστούν χαρακτηριστικές μήτρες της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας. Ο λόγος, σύμφωνα με τη θεωρία του Pavlov (Sytin, 1991), επιδρά πάνω στο υποσυνείδητο, το οποίο κατευθύνει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Ο λόγος δομείται από τους ανθρώπους και, ταυτόχρονα, τους «δομεί», καθώς όταν αλλάζει ο λόγος, αλλάζουν και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, επηρεάζοντας την

ψυχοκοινωνική ταυτότητα και επιδρώντας ακόμα και στη φυσιολογία του ανθρώπινου οργανισμού (Sytin, 1991, Nettleton, 2002, Pilgrim-Rogers, 2004).

3. Σύμφωνα με τη θεωρία του Heilbroner, η οποία συγκλίνει με τις απόψεις του Becker (Segall et al., 1996), ο άνθρωπος είναι το μόνο «ζώο» που ατενίζει το θάνατό του και ως εκ τούτου δημιουργεί διάφορους τρόπους ζωής σε μια προσπάθεια να αποσπάσει το νου του από το αναπόφευκτο, από το θάνατο. Οι περισπασμοί του είναι η εργασία, η επιτυχία και ο αγώνας για αποδοτικότητα.

Ενώ ο βιολογικά δοσμένος σκοπός της ανθρώπινης ύπαρξης είναι η διατήρηση του είδους - η παραγωγή ως ανα-παραγωγή (διαχωρισμός δικός μας) για την επιβίωση του γονιδίου (Dawkins, 1983), ο ψυχικά «κατασκευασμένος» σκοπός της πάλης ενάντια στο θάνατο είναι η δημιουργία, η εργασία, η επιτυχία, δηλαδή η παραγωγή ως παραγωγικότητα. Στη σημερινή μετανεωτερικιστική κοινωνία προστίθεται κι ένας άλλος σκοπός - ο καταναλωτισμός ως τρόπος ζωής και ως σχεδόν αυτοσκοπός (Nettleton, 2002).

4. Η πάλη ενάντια στο θάνατο - ως βιολογικός και ως ψυχικός σκοπός - μας υπενθυμίζει πόσο πολύ βασιζόμαστε στο σώμα μας καθώς και τη σημασία του στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Υποστηρίζεται ότι το σώμα είναι μια πολιτιστική σύμβαση και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτό (ακόμα περισσότερο ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται) συνδέεται με την ιστορική περίοδο στην οποία τοποθετείται, δηλαδή στο πολιτιστικό και πολιτικό της πλαίσιο (Nettleton, 2002). Συγχρόνως, οι φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος, ο έλεγχος πάνω του επηρεάζουν το άτομο, την ταυτότητά του και τις κοινωνικές του σχέσεις (Turner, 1992). Επομένως, το σώμα πρέπει να εξετάζεται και ως αντικειμενικά υπαρκτή έμψυχη οντότητα, αλλά και ως οντότητα κοινωνικά διαμορφωμένη, διατυπωμένη μέσω του λόγου.

Εάν το σώμα τοποθετείται σ' αυτό το πλαίσιο, τότε και η υγεία παύει να αποτελεί την αμιγώς βιολογική κατάσταση του οργανισμού και εξετάζεται και ως κοινωνικό-πολιτιστικό και πολιτικό φαινόμενο.

5. «Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει», αλλά κάθε άτομο είναι περισσότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Αυτό εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, το οποίο όμως δεν παραμένει στατικό, αλλά μεταβάλλεται» (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Ουσιαστικά, όλοι έχουν ασθενήσει κάποια φορά στη ζωή τους. Η παρουσία μιας ασθένειας συχνά σημαίνει ότι διαταράσσονται οι καθημερινές συνήθειες, ότι ο πάσχων είναι πιθανό να μην αισθάνεται καλά, ούτε σωματικά ούτε ψυχικά, για κάποια χρονική περίοδο. Η διατάραξη αυτή δεν διαρκεί πολύ όταν γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν σε λίγες μέρες. Όμως, κάτι τέτοιο δεν ισχύει όταν η ασθένεια είναι χρόνια κι έτσι οι συνέπειές της στη ζωή του πάσχοντα και των οικείων του είναι αναπόφευκτα πιο σοβαρές.

Στις δυτικές εκβιομηχανισμένες κοινωνίες, οι χρόνιες παθήσεις γίνονται όλο και πιο συχνές, σε βαθμό τέτοιο, που οι περισσότεροι από μας θα γνωρίζουν σίγουρα κάποιον που να υποφέρει από κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας και θα ξέρουμε ότι οι συνέπειες τέτοιων παθήσεων εκτείνονται πέρα από τις βιοφυσιολογικές αλλαγές. Όπως εξηγούν οι Herzlich και Pierret (1985), το να είναι κανείς *άρρωστος* στη σημερινή κοινωνία έχει πάψει να σημαίνει μια αμιγώς βιολογική κατάσταση και έχει φτάσει να ορίζει μια υπόσταση, ή ακόμα και μια ομαδική ταυτότητα, με αποτέλεσμα π.χ. ένας διαβητικός περιγράφεται σχεδόν με τον ίδιο τρόπο που περιγράφεται κανείς ως «καθηγητής» ή ως «μασόνος». Στο εξής, το να είναι κανείς «*άρρωστος*» θα συνιστά μια από τις κεντρικές κατηγορίες της κοινωνικής αντίληψης (Herzlich & Pierret, 1985).

Οι Adam και Herzlich (1999) υποστηρίζουν ότι η επίδραση των κοινωνικών συνθηκών στην ανάπτυξη των διαφόρων ασθενειών είναι τόσο ισχυρή, ώστε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και κοινωνικά στρώματα να συνδέονται με διαφορετικές ασθένειες και διαφορετικό προσδόκιμο ζωής. Έτσι, ενώ στο παρελθόν οι ασθένειες που κυριαρχούσαν ήταν οι επιδημικές, και επομένως συλλογικές ασθένειες, σήμερα κυριαρχούν περισσότερο ατομικές ασθένειες, χωρίς *συνήθως* εξωτερικά συμπτώματα, όπως είναι ο καρκίνος ή οι καρδιοπάθειες. Από το ανώνυμο θύμα της

μαζικής μάστιγας των επιδημιών, από την παραδοσιακή εικόνα του αποξενωμένου και «παθητικού» ασθενή, ο άνθρωπος περνά στο ρόλο εκείνου που «παρέχει μόνος ιατρική φροντίδα στον εαυτό του» ως μια πολιτιστική φιγούρα κι, έπειτα, στον «χρήστη υπηρεσιών υγείας» ως συλλογικό πρωταγωνιστή του συστήματος δημόσιας υγείας και, τέλος, στον στρατευμένο, για τον οποίο το σώμα είναι η βάση μιας νέας πολιτικής πράξης, σημειώνουν οι Herzlich και Pierret (1985). Αυτό σημαίνει, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, ότι, σήμερα, το άρρωστο άτομο σπάνια είναι «παθητικό» και είναι ικανό να αναλάβει την ευθύνη για την κατάσταση της υγείας του. Το ίδιο σημαντικό, όμως, είναι να κατανοήσουμε ότι η θετική εικόνα της «ατομικής ευθύνης» σ' ό,τι αφορά την υγεία μπορεί συγχρόνως να αποτελεί σήμα κινδύνου για την αντίληψη της ατομικής ευθύνης στις περιπτώσεις των χρόνιων παθήσεων. Κι αυτό γιατί εκείνοι που αποκτούν τη θέση, το ρόλο του αρρώστου δεν απαλλάσσονται απαραίτητα από την ενοχή και μπορεί ακόμα να θεωρούνται αξιοκατάκριτοι. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε μια εποχή που υπάρχει αύξηση των λεγόμενων παθήσεων λόγω του «τρόπου ζωής» (Herzlich, 1969, Παπαστάμου 1989, Nettleton, 2002). Όπως υπογραμμίζει η Nettleton, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η επιστημονική βιβλιογραφία τείνει να εντοπίζει τα αίτια των παθήσεων σε στοιχεία της προσωπικότητας των ανθρώπων. Αν η προσωπικότητα είναι η πηγή της ασθένειας, αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού του πάσχοντος, στις αντιδράσεις των άλλων και στην ικανότητα να ξεπεράσει την ασθένεια, δηλαδή, το να υπονοείται ότι ο «εαυτός» του ατόμου είναι το αίτιο μιας πάθησης μπορεί να έχει βαθιές κοινωνικο-ψυχολογικές συνέπειες και, από την άλλη, δείχνει ότι η ασθένεια είναι κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά προσδιοριζόμενη. Με άλλα λόγια, οι τρόποι για να είναι κανείς υγιής και οι τρόποι για να αντέχει την ασθένεια, είναι παραδείγματα και ενσαρκώσεις ιδεολογικών και κοινωνικών πρακτικών. Στα πλαίσια μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την ατομική ευθύνη της υγείας, τη διατήρηση της καλής φόρμας και, πάνω απ' όλα, την *παραγωγικότητα*, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια προσπαθούν να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό τους (Nettleton, 2002:119). Όπως επισημαίνει η Herzlich (1969), η κοινωνία είναι αυτή που προκαλεί την ασθένεια λόγω του έντονου τρόπου ζωής που επιβάλλει και η κοινωνία είναι ξανά εκείνη που απαιτεί από το άτομο να είναι υγιές, ακριβώς για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της κοινωνίας (Ρήγα, 1997).

Οι Adam & Herzlich (1999) υποστηρίζουν ότι η επίδραση των κοινωνικών συνθηκών στην ανάπτυξη των διαφόρων ασθενειών είναι τόσο ισχυρή, ώστε

συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και κοινωνικά στρώματα να συνδέονται αντίστοιχα με διαφορετικές ασθένειες και διαφορετικό προσδόκιμο ζωής.

Στα θέματα υγείας, σύμφωνα με τον Ραβάνη (1995), παρουσιάζονται σημαντικές κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές που άπτονται της κοινωνικής και επαγγελματικής προέλευσης του ατόμου. Έτσι, ακόμα και σ' ό,τι αφορά την αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας, οι ανώτερες εισοδηματικές ομάδες τείνουν να αναγνωρίζουν και να αξιοποιούν καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις άλλες κοινωνικές ομάδες. Επίσης, οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ανάπτυξη της ασθένειας, όσο και την αντίληψή της από τον πάσχοντα είναι: **α)** το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, το οποίο και θα καθορίσει *το πότε και εάν* το άτομο αναζητήσει βοήθεια για το πρόβλημά του, **β)** η ανεργία, **γ)** οι κοινωνικές σχέσεις και το υποστηρικτικό δίκτυο, **δ)** η κοινωνική κινητικότητα (αστικοποίηση, βιομηχανοποίηση), και **ε)** οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου απέναντι στην υγεία και την ασθένεια (Τσελέπης, 2000^α).

Περισσότερο ευάλωτα στην ασθένεια φαίνεται να είναι τα άτομα που ζουν στις πόλεις, καθώς η ζωή εκεί κυριαρχείται από το στρες (Ρήγα, 1997). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι οι άνθρωποι θεωρούν την ασθένεια ως αποτέλεσμα της ενσωμάτωσης των αρνητικών επιδράσεων της πόλης και, συγκεκριμένα, των ρυθμών της ζωής, της μόλυνσης και του θορύβου (Adam & Herzlich, 1999). Σύμφωνα με τον Μάντη (2000), κοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ασθενειών στις ανεπτυγμένες χώρες είναι το μέγεθος ανάπτυξης του δευτερογενούς τομέα της παραγωγής, η ρύπανση και η αύξηση των συμπεριφορών κατάχρησης ουσιών. Οι συμπεριφορές, όμως, κατάχρησης ουσιών είναι κι αυτές θεμελιωμένες στις κοινωνικές συνθήκες και περιορίζονται από αυτές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, σύμφωνα με τη Nettleton (2002), αποτελεί το ανοιχτό ζήτημα γύρω από τις γυναίκες και το κάπνισμα. Παρ' ό,τι υπήρξε μια συνολική μείωση του αριθμού των καπνιστών την τελευταία δεκαετία, η μείωση του αριθμού των καπνιστριών ήταν σχετικά μικρή, ενώ το χάσμα μεταξύ των γυναικών της μεσαίας και των γυναικών της εργατικής τάξης όσον αφορά το κάπνισμα διευρύνθηκε. Βρέθηκε σε μελέτες ότι το κάπνισμα ενδέχεται να είναι για τις γυναίκες μια σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης των πολλαπλών απαιτήσεων στις οποίες καλούνται ν' ανταποκριθούν. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις γυναίκες που έχουν παιδιά. Φαίνεται ότι το κάπνισμα λειτουργεί τόσο ως απόλαυση όσο και ως αναγκαιότητα, όταν οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι είναι περιορισμένοι. Σε μια ζωή στερημένη από καινούργια ρούχα, καλλυντικά, κομμωτήρια, μετακινήσεις και νυκτερινές εξόδους, το κάπνισμα μπορεί να μετατραπεί σ' ένα σημαντικό σύμβολο της συμμετοχής κάποιου στα καταναλωτικά πρότυπα των ενηλίκων. Έτσι, ενώ

βλάπτει τη σωματική υγεία των γυναικών, το κάπνισμα ίσως να συμβάλλει στη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας (Nettleton, 2002), άρα, σε τελευταία ανάλυση, συμβάλλει και στη διατήρηση της σωματικής τους υγείας, καθώς σε μια ασθένεια υπάρχει αλληλεπίδραση των βιολογικών παραγόντων με μια πληθώρα ψυχο-κοινωνικών παραγόντων (Adam & Herzlich, 1999).

Σήμερα, όμως, το στρες δεν είναι το «προνόμιο» μόνο της πόλης: σε μια πρόσφατη έρευνα που αφορούσε στο εργασιακό στρες αναφορικά με το επάγγελμα, το 51,4% των ερωτηθέντων γεωργών (γεωργοί – αλιείς - δασικά επαγγέλματα) δήλωσαν ότι υποφέρουν από εργασιακό στρες (συγκριτικά, στο ίδιο ερώτημα απαντά θετικά το 79% των τεχνικών - εργολάβοι, ηλεκτρολόγοι κ.λπ.), το 46,4% των υπαλλήλων γραφείου, το 56,5% των στελεχών - διευθυντών, το 58,8% των ελεύθερων επαγγελματιών (γιατροί, δικηγόροι κ.λπ.), το 47,8% των πωλητών - μισθωτών, το 51,3% των τεχνιτών (ξυλουργοί, μάστορες κ.λπ.), το 48,7% των χειριστών μηχανών και το 52,3% των στρατιωτικών) (Εφ. «Τα Νέα», 27 - 10 - 2004: 18). Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από την πανευρωπαϊκή μελέτη που εξετάζει το εργασιακό στρες και αποκαλύπτει ότι το εργασιακό στρες των Ελλήνων (53%) είναι σχεδόν διπλάσιο από το μέσο ευρωπαϊκό ορό (28%). Οι ερευνητές προσπαθώντας να «αποκωδικοποιήσουν» τους λόγους που οι Έλληνες υποφέρουν από εργασιακό στρες - και μάλιστα περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο Ευρωπαίο - κατέληξαν στο συμπέρασμα πως «κοινωνικοί καθώς επίσης και πολιτιστικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στη συγκεκριμένη περίπτωση» («Τα Νέα», 2004). Συνεπώς, η ασθένεια είναι συγχρόνως ατομική και κοινωνική υπόθεση (Herzlich, 1969).

Αλλά και η ψυχοκοινωνική ταυτότητα είναι σημείο συνάντησης του «ατομικού» και του «κοινωνικού». Η ταυτότητα εμφανίζεται ως ένα προνομιακό αντικείμενο που καθιστά δυνατή την κατανόηση της δομής της κοινωνικής πραγματικότητας στο βαθμό που η σχέση με τον κόσμο εδραιώνεται μέσω αυτών των κοινωνικών τύπων ένταξης. Δηλαδή κατά κάποιο τρόπο, η ταυτότητα είναι απάντηση στο θέμα της πραγματικότητας (Zavalloni, 1996).

Από την άλλη, η ασθένεια είναι κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά προσδιοριζόμενη (Nettleton, 2002), και η επίδραση των κοινωνικών συνθηκών στην ανάπτυξη των διαφόρων ειδών της είναι τόσο ισχυρή, ώστε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και κοινωνικά στρώματα να συνδέονται αντίστοιχα με διαφορετικές ασθένειες και διαφορετικό προσδόκιμο ζωής (Adam & Herzlich, 1999).

Υπό αυτή την έννοια, είναι φανερό ότι η ασθένεια επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ταυτότητα και επηρεάζεται από αυτήν, αλλά και ότι και η ασθένεια, με τη σειρά της, είναι κι αυτή κατά κάποιο τρόπο απάντηση στο θέμα της πραγματικότητας.

Ο Dingwall (1976) (αναφ. στη Nettleton, 2002) υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει «σημαντική ασθένεια», αντίθετα, η ασθένεια διαμορφώνεται από τα νοήματα και τις ερμηνείες που αποδίδονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες εμπειριών και ότι δεν υπάρχει απαραίτητα σχέση με κανένα βιολογικό γεγονός, διότι, όπως εξηγεί ο ερευνητής, η επενέργεια της ασθένειας είναι αποτέλεσμα διαρκούς προσπάθειας από τη μεριά του αρρώστου κι εκείνων με τους οποίους σχετίζεται να καταλάβουν τι γίνεται, βάσει των γνώσεων, των πόρων και των κινήτρων τους. Όταν οι άνθρωποι μιλούν για τις εμπειρίες ασθένειας, γίνεται εμφανές ότι αυτές είναι αναπόσπαστο μέρος της βιογραφίας τους. Η εμπειρία της ασθένειας αντικατοπτρίζει την εμπειρία ζωής του ατόμου: η πορεία της πλοκής, η βάση της ασθένειας ανασύρονται από πολιτιστικά και προσωπικά πρότυπα ταξινόμησης των εμπειριών με σκοπό να έχουν κάποιο νόημα, καθώς και την αποτελεσματική μετάδοση αυτού του νοήματος. Η προσωπική αφήγηση δεν αντανακλά μόνο την εμπειρία της ασθένειας, αλλά και συμβάλλει στην ύπαρξη των συμπτωμάτων και την ταλαιπωρία (Nettleton 2002). Όπως υπογραμμίζει η ίδια συγγραφέας, το πώς οι άνθρωποι νοηματοδοτούν την ασθένειά τους βρίσκεται σε συνάφεια με την προσωπική τους βιογραφία, πράγμα που με τη σειρά του επηρεάζεται πάντοτε από και είναι αναπόσπαστο κομμάτι των πολιτιστικών αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν.

Σύμφωνα με τον Ραβάνη (1995), μια από τις κυριότερες κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας είναι εκείνη που αναφέρεται όχι τόσο στην ιατρική αντίληψη για κάποια παθολογική δυσλειτουργία, όσο στην καθαρά υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές στην υγεία του. Πρόκειται δηλαδή για μια καθαρά υποκειμενική πρόσληψη, εκ μέρους του ατόμου, της κατάστασης της υγείας, καθώς και για τις παρεπόμενες δυσκολίες στις κοινωνικές του δραστηριότητες.

Όπως προαναφέρθηκε πιο πριν, η Herzlich (1969) υπογραμμίζει ότι η κοινωνία είναι αυτή που, διαμέσου του τρόπου ζωής που επιβάλλει, δηλαδή στο πλαίσιο μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει πρώτα απ' όλα την παραγωγικότητα κι, άρα, την υγεία, για να αντεπεξέλθει το άτομο στην απαίτηση αυτή (στην όλο και πιο μεγάλη παραγωγικότητα, η οποία εξισώνεται με το νόημα της ανθρώπινης ύπαρξης) (Nettleton, 2002)), απαιτεί την υγεία και, συγχρόνως, την *αναιρεί* λόγω ακριβώς του έντονου τρόπου ζωής που επιβάλλει στον άνθρωπο. Οι απαιτήσεις της κοινωνίας είναι αυτές που προκαλούν μόνιμο έντονο στρες στα μέλη της, τα οποία

προσπαθούν να ανταποκριθούν στις προαναφερθείσες απαιτήσεις. Αναφερόμενος στην ψυχική υγεία, ο Lashmar (1995) (αναφ. στους *Pilgrim - Rogers*, 2004), υποστηρίζει ότι ο παράγοντας επικινδυνότητας «δεν προκαλείται μόνο από την εργασιακή ανασφάλεια, αλλά και από μακροχρόνιους και εκτεταμένους φόβους γύρω από θέματα οικονομικά, υποθηκείσεων, έλλειψης αισθήματος δικαίου, εγκληματικότητας, κοινωνικής πρόνοιας, συντάξεων, καθώς και κόστους της ασθένειας στην τρίτη ηλικία. Οι λίγοι ευημερούν, οι περισσότεροι όμως ανησυχούν. Αυτή η κατάσταση έχει δημιουργήσει ένα νέο πνεύμα εποχής, που αντικατοπτρίζεται οδυνηρά στη δραματική αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας...» (στους *Pilgrim - Rogers*, 2004: 66). Μπορούμε, λοιπόν, να θεωρήσουμε την ασθένεια ως ένα προϊόν της κοινωνίας, ένα παράγωγο του τρόπου ζωής του ατόμου (Galli & Fasanelli, 1995).

Η αλληλεπίδραση του σώματος και της θυμικής κατάστασης έχει επαληθευθεί και ερευνητικά. Ιδιαίτερα μετά την ανακάλυψη του *μεταιχμιακού συστήματος*, του μέρους εκείνου του εγκεφάλου που ελέγχει τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, καθώς και της ανακάλυψης άλλων δομών του σώματος που βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση με τον ψυχισμό του ατόμου και τα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης που αυτό βιώνει, η σύνδεση σωματικής υγείας και συναισθήματος θεωρείται αδιαμφισβήτητη (Μανωλόπουλος, 1988). Η σχέση αυτή έχει επαληθευθεί και μέσω των ιατρικών δεδομένων που υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα ποικίλων ορμονών, όπως της κορτιζόνης, της αδρεναλίνης, της νοραδρεναλίνης, της θυροξίνης, της ινσουλίνης, της αυξητικής ορμόνης και της τεστοστερόνης αυξάνονται κάτω από την επίδραση συγκεκριμένων ψυχολογικών και κοινωνικών ερεθισμάτων (Μάνος, 1988). Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών, την έκκριση των νευροορμονών και σε ένα περισσότερο θεμελιώδες επίπεδο, την έκφραση των γονιδίων (Barlow & Durand, 2001). Επομένως οι παράγοντες αυτοί μπορούν να επιδρούν θετικά ή αρνητικά στη σωματική υγεία του ανθρώπου.

Έτσι, είναι πλέον αδιαμφισβήτητο ότι ποικίλοι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην έναρξη, στην πορεία και τη θεραπεία διαφόρων σωματικών ασθενειών (Μανωλόπουλος, 1988, Giessen & Zuerich, 2004). Επίσης έχει αναγνωριστεί ότι κάποιοι ψυχολογικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν όχι μόνο στην εκδήλωση κάποιας ασθένειας, αλλά και στην έλευση του θανάτου (Barlow & Durand, 2001). Γι' αυτό, σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, σήμερα πιστεύεται ότι σε όλες ανεξαιρέτως τις διαταραχές εμπλέκονται βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Αυτό σημαίνει, στην ουσία, ότι όλες οι ασθένειες πρέπει να εξετάζονται ως ψυχοσωματικές. Εδώ χρειάζεται μια διευκρίνιση. Σύμφωνα με το ισχύον σήμερα ιατρικό Παράδειγμα, όπως ορίζει αυτή την έννοια ο Kuhn στο έργο του «Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων» (1987:56), δηλαδή σύμφωνα με τις καθολικά αναγνωρισμένες επιστημονικές επιτεύξεις, οι οποίες, για ένα χρονικό διάστημα, παρέχουν πρότυπα προβλημάτων και λύσεων σε μια κοινότητα ειδικών, ο όρος «ψυχοσωματική διαταραχή» χρησιμοποιείται και σήμερα με την παλιά του έννοια. Δηλαδή εννοούνται οι οργανικές παθήσεις στην αιτιολογία των οποίων οι ψυχολογικοί παράγοντες πιστεύεται ότι παίζουν αποφασιστικό ρόλο κι έτσι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), στην ενάτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ασθενειών ICD-9-CM, περιλαμβάνει έναν μακρύ κατάλογο ασθενειών οι οποίες χαρακτηρίζονται ως ψυχοσωματικές (Ρήγα, 1997, Μανωλόπουλος, 1988).

Η Dunbar (αναφ. στο Μάνος, 1988), όμως, τονίζει την ανάγκη για μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και το θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενειών, κι όχι μόνο των ονομαζόμενων «ψυχοσωματικών». Έτσι, λοιπόν, χρησιμοποιεί τον όρο «ψυχοσωματικός» με την έννοια του «ολιστικού». Αυτό σημαίνει ότι αναφέρεται σ' ένα σύστημα υποθέσεων για την ψυχή και το σώμα, στο ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία και την αρρώστια και στην πρακτική σημασία των παραγόντων αυτών στη θεραπευτική. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρείται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε ασθένεια και επεισόδιο ασθένειας. Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Μάνος, 1988).

Εδώ χρειάζεται μια δεύτερη διευκρίνιση. Οι προαναφερθείσες απόψεις δεν παρατίθενται στην προσπάθεια να αποδοθούν οι αιτίες της κάθε πάθησης στους κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες, παραβλέποντας το βιολογικό υπόβαθρο, οπότε υπάρχει κίνδυνος να περάσουμε από την αντίληψη του ανθρώπου ως «μηχανή» (εξετάζοντας μόνο τη βιολογική πλευρά του ατόμου) στην «ψυχολογούσα» άποψη (εξετάζοντας μόνο την αντίστοιχη ψυχολογική του υπόσταση, η οποία είναι αναπόσπαστη από τη βιολογική ανθρώπινη «βάση»).

Παράδειγμα της ανάγκης μιας ολιστικής αντιμετώπισης αποτελεί το επίτευγμα δύο Αυστραλών γιατρών, του Ρόμπιν Γουόρεν και του Μπάρι Μάρσαλ, στους οποίους απονεμήθηκε το Βραβείο Νόμπελ Ιατρικής 2005, για την ανακάλυψη του βακτηρίου στο οποίο οφείλονται οι φλεγμονές και τα έλκη του στομάχου, ασθένειες από τις οποίες πάσχουν εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Η επιτροπή Νόμπελ του Ινστιτούτου

Καρολίνσκα της Στοκχόλμης ανακοίνωσε, βραβεύοντας τους ερευνητές, ότι προχώρησαν τις έρευνές τους *αντίθετα* με το κατεστημένο δόγμα, που πρεσβεύει ότι τα έλκη οφείλονται στον τρόπο ζωής και το στρες (Ιατρική Εφημερίς, αρ. φύλλου 1551, 31.10.2005). Οι έρευνες των δύο Αυστραλών παρακίνησαν άλλους επιστήμονες να αναζητήσουν μικρόβια ως πιθανές αιτίες άλλων παθήσεων, όπως η νόσος του Κρον, η ελκώδης κολίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η αρτηριοσκλήρωση.

Παρόλο που έχει βρεθεί η αιτία της συγκεκριμένης πάθησης (ένα συγκεκριμένο βακτήριο), παραμένουν αρκετά αναπάντητα ζητήματα που χρήζουν περισσότερης εξερεύνησης, όπως, π.χ. το γεγονός ότι παρόλο που τα δύο τρίτα του παγκόσμιου πληθυσμού έχουν προσβληθεί από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, εντούτοις στους περισσότερους ανθρώπους δεν παρουσιάζονται ποτέ συμπτώματα (Ιατρική Εφημερίς, 31.10.2005). Το ερώτημα, λοιπόν, που ανακύπτει εδώ είναι το *γιατί* σε μερικούς ανθρώπους το συγκεκριμένο μικρόβιο ενεργοποιείται και προκαλεί την ασθένεια, ενώ στους άλλους όχι, όπως και γιατί η ασθένεια εκδηλώνεται *κάποια συγκεκριμένη στιγμή* και όχι πιο νωρίς ή πιο αργά κ.λπ. Εάν εξετάσουμε τα ζητήματα αυτά από τη βιολογική άποψη *μόνο*, αποδίδοντας την έναρξη της ασθένειας στη μειωμένη αντίσταση του οργανισμού τη δεδομένη στιγμή, δεν βρίσκουμε την απάντηση, εάν δεν συμπεριλάβουμε στην εξέταση και τους κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς π.χ. οι περισσότεροι μελετητές καταλήγουν ότι ο παράγοντας που αδιαμφισβήτητα συμβάλλει στη διαταραχή της σωματικής υγείας είναι το άγχος, και ιδιαίτερα το σοβαρό και χρόνιο άγχος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει μειωμένη αντίσταση του οργανισμού και επομένως το άτομο να είναι περισσότερο ευάλωτο στην ασθένεια (Barlow & Durand, 2001, Ρήγα, 1997).

Οι σύγχρονες έρευνες προτείνουν τους εξής τρόπους με τους οποίους η ψυχολογική καταπόνηση μπορεί να μετασχηματιστεί σε σωματικά συμπτώματα:

Πρώτον, υπάρχει το ενδεχόμενο η παρατεταμένη κυρίως ψυχολογική καταπόνηση να προκαλέσει άμεσα δομικές και λειτουργικές αλλαγές στη φυσιολογία του οργανισμού.

Δεύτερον, σαν μια αντίδραση στο στρες που βιώνουν, τα άτομα μπορεί να μεταβάλουν τη συμπεριφορά τους με τρόπο που να θέτει σε κίνδυνο τη σωματική τους υγεία.

Τρίτον, γνωστικοί παράγοντες, όπως τα *πιστεύω* για την ασθένεια και οι αιτιολογικές αποδόσεις, μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα στη λανθασμένη ερμηνεία κάποιων σωματικών ενοχλήσεων και να τα κάνουν να πιστέψουν ότι η υγεία τους έχει διαταραχθεί, χωρίς αυτό να ισχύει στην πραγματικότητα. Έτσι θα ανησυχήσουν υπερβολικά και αυτή τους η ανησυχία μπορεί να αποτελέσει πηγή επιπλέον στρες, το οποίο

με τη σειρά του θα οδηγήσει στην εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (White & Moorey, 1997).

Έχει αποδειχθεί η συμβολή του θυμού στην εκδήλωση καρδιακών νοσημάτων, η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην έναρξη και την πορεία της ασθένειας σε αρρώστους με καρκίνο (Barlow & Durand, 2001). Ιδιαίτερα ο καρκίνος έχει θεωρηθεί ως σωματική έκφραση της άρνησης των ορμών και της απόθησης στα άτομα με ελλιπή ζωτική ενεργεία (Adam & Herzlich, 1999, Ποταμιάνου, 1999).

Σήμερα ωστόσο υποστηρίζεται ότι δεν έχει τόση σημασία εάν ο θυμός είναι ή όχι καταπιεσμένος, αλλά το πόσο συχνά βιώνει το άτομο τέτοιου είδους συναισθήματα (Barlow & Durand, 2001). Από την άλλη κάποιοι άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έκφραση του θυμού μπορεί να είναι η αιτία της αναστάτωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην ψυχολογία του ίδιου του ατόμου που την εκφράζει και να προκαλέσει έτσι μια επικίνδυνη συναισθηματική φόρτιση (Gerin, Davidson, Schwartz & Christenfeld, 2002).

Οι βιβλιογραφικές αναφορές για την ψυχοσωματική διάσταση όλων των ασθενειών στην περίπτωση της εξεταζόμενης νόσου (XNA) παρατίθενται εδώ, γιατί προκαλεί ενδιαφέρον το γεγονός ότι ο διαβήτης και η υπέρταση, ασθένειες οι οποίες θεωρούνται ψυχοσωματικές, είναι οι πιο συχνές αιτίες της εκδήλωσης της XNA.

Στο διαβήτη, παρότι η κληρονομικότητα και το οικογενειακό ιστορικό είναι πολύ σημαντικά για την εκδήλωση της νόσου, μια οξεία έναρξή της συχνά συνδέεται με ψυχικό στρες, το οποίο διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Rattner, 1969, Kaplan & Saddocks, 2000). Όταν το στρες είναι αυξημένο, η συναισθηματική φόρτιση οδηγεί σε μεταβολικές ανωμαλίες που προκαλούν αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης με αποτέλεσμα την εμφάνιση του διαβήτη (Rattner, 1969, Taylor, Zimmet, 1983). Το πιο σημαντικό είναι ότι για την εμφάνιση της νόσου παίζει ρόλο όχι τόσο το συνεχές στρες, ο βαθμός και το είδος του, όσο η σημασία που δίδει το άτομο στα γεγονότα, οι ερμηνείες που αποδίδονται σ' αυτά και οι στρατηγικές / μέθοδοι που ενεργοποιεί το άτομο προκειμένου να αντιμετωπιστεί μια νέα πραγματικότητα (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Lazarus & Folkman 1984).

Στην περίπτωση της υπέρτασης, παρόλο που θεωρείται απαραίτητη η εξέταση της βιολογικής προδιάθεσης πέραν των συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων (Vogele, 2002), η εμφάνιση της νόσου θεωρείται επίσης βιολογική αντίδραση του οργανισμού στο στρες στις περιπτώσεις υψηλών επιπέδων εγρήγορσης, μειωμένου ελέγχου των καταστάσεων και μειωμένης κοινωνικής στήριξης (Elbert, 1988, Elliot & Buell, 1985, Selye, 1978). Έχει βρεθεί ότι οι υπέρτασικοί παρουσιάζουν συχνά υψηλά επίπεδα

«αποφυγής βλάβης» η οποία χαρακτηρίζεται από ανασφαλείς κοινωνικές επαφές, χαμηλή ενεργητικότητα και απαισιοδοξία (Draganic, Lecic-Tosevski, Nesovic, Knezevic & Jovic,1997). Επίσης, άλλες έρευνες αποδεικνύουν ότι η υπέρταση συχνά συνδέεται με κοινωνικούς παράγοντες, όπως π.χ. τα σοβαρά συζυγικά προβλήματα (Balog, Meszaros & Kopp,2004). Όπως και στην περίπτωση του διαβήτη, η υπέρταση συνδέεται με παράγοντες όπως η προσωπικότητα και ο τρόπος αντιμετώπισης καταστάσεων (Barlow & Durand, 2001).

Ισχυρή επιρροή στην οργανική ευαλωτότητα του ατόμου ασκούν τα γεγονότα της ζωής του και η προσωπικότητά του (Ρήγα, 1997).

Οι έρευνες του κατά πόσο προ - και περί - γεννητικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι περιγεννητικοί παράγοντες, όπως π.χ. το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης, συνδέεται με την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή (Cheung,2002).

Οι Papaioannou & Stylianopoulou (2002) σε πειράματα με νεαρά ποντίκια βρήκαν ότι οι πρώιμες εμπειρίες, όπως ο αποχωρισμός από τη μητέρα κατά τη βρεφική ηλικία, μπορεί να επηρεάσουν τις πιθανότητες ανάπτυξης ψυχοσωματικών διαταραχών.

Υπενθυμίζουμε εδώ ότι, σύμφωνα με τον Λίποβατς (1994) (Κεφ.2), κάθε άτομο «υπάρχει» ακόμα και πριν τη γέννησή του, παθητικά, από τη στιγμή που είναι αντικείμενο επιθυμίας των γονιών του (ή, αντίθετα, ανεπιθύμητο), οι οποίοι φροντίζουν να του δώσουν ένα όνομα και μια θέση στην κοινωνία, καθορίζοντας έτσι τη «μοίρα» του εκ των προτέρων.

Συνεπώς η παρουσία του Άλλου (βιολογική, συναισθηματική, κοινωνική) σημαδεύει τη ζωή του κάθε ατόμου πριν ακόμα τη γέννησή του και σ' όλη του την ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας ακόμα και τη φυσιολογία του.

Έρευνες δείχνουν ότι παρατηρούνται επαναλήψεις της ίδιας ασθένειας (δε νοούνται μόνο οι κληρονομικοί νόσοι που έχουν αποδεδειγμένο βιολογικό υπόβαθρο) στα μέλη της ίδιας οικογένειας (Ρήγα, 1997). Η επανάληψη αυτή οφείλεται, σύμφωνα με τους McGoldrick & Gerson (1999), στο γεγονός ότι οι φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των μελών μιας οικογένειας βρίσκονται σε βαθιά αλληλεξάρτηση, ώστε οι αλλαγές σ' ένα μέρος του συστήματος να έχουν αντίκτυπο και σε άλλα μέρη του. Επίσης, οι οικογενειακές αλληλοδράσεις και σχέσεις τείνουν να είναι σε μεγάλο βαθμό αμοιβαίες, να ακολουθούν ορισμένο πρότυπο και να επαναλαμβάνονται. Η βασική υπόθεση είναι ότι τα προβλήματα και τα συμπτώματα αντανακλούν την προσαρμογή του συστήματος στο συνολικό του συμφραζόμενο σε ορισμένη στιγμή του

χρόνου. Οι προσπάθειες των μελών του συστήματος για προσαρμογή έχουν αντίκτυπο σε πολλά επίπεδα του συστήματος, από το βιολογικό στο ενδοψυχικό και στο διαπροσωπικό (McGoldrick & Gerson, 1999: 26).

Η δυναμική της επανάληψης, κατά τον Lacan (1987), εμφανίζεται μέσω του συμπλέγματος. Το σύμπλεγμα συνδέει κάτω από μια παγιωμένη μορφή ένα σύνολο αντιδράσεων το οποίο μπορεί να αφορά όλες τις οργανικές λειτουργίες, από τη συγκίνηση ως την προσαρμοσμένη στο αντικείμενο συμπεριφορά.

Σύμφωνα με την Ποταμιάνου(1999), η επανάληψη στοχεύει να επιτύχει την εκφόρτιση των διεγέρσεων. Μέσω των ονείρων, των συμπτωμάτων ή των γεγονότων ζωής, αναδύεται ένα πρότυπο μαζοχιστικής σχέσης που κάνει τις επαναλήψεις να αιωρούνται μεταξύ δύο στόχων: να συνεχισθεί η σαδομαζοχιστική πορεία, ώστε να μη χαθούν τα χτυπήματα που δέχεται το υποκείμενο (όπου η οδύνη συναντά την απόλαυση), και / ή να ζήσει το άτομο με δραστήριο τρόπο την εμπειρία που έχει υποστεί, καθιστώντας την εκ νέου παρούσα. Αυτός είναι ο πρώτος στόχος. Ο δεύτερος είναι να αισθάνεται ασφαλές το υποκείμενο χάρη στην ανάκτηση της πεποίθησης ότι ο δεσμός με το αντικείμενο - που ήταν η αιτία του τραυματισμού - παραμένει ακόμα εφικτός. Δηλαδή η εργασία των επαναλήψεων είναι μια εργασία επιμελημένης επαναπρόσληψης του παρελθόντος, είτε απλώς για να το ξαναβρεί κανείς και να το καταστήσει παρόν είτε για να το μεταλλάξει στην επαναβίωσή του (Ποταμιάνου, 1999 :38-41).

Η θεωρία του «οικογενειακού χρέους» της Schutzenberger (1993) (αναφ. στη Ρήγα, 1997) πρεσβεύει ότι πιθανές αδικίες που διαπράχθηκαν εις βάρος κάποιου μέλους της οικογένειας είναι δυνατόν να του δημιουργήσουν αισθήματα μνησικακίας και να υπονομεύσουν έτσι την υγεία του. Συγχρόνως, άτομα που μεγαλώνουν σε οικογένειες με ένα άρρωστο μέλος, είναι δυνατόν να αναπτύξουν αισθήματα ενοχής και ένα αίσθημα «χρέους» απέναντι στον άρρωστο, που θα οδηγήσουν το άτομο αυτό με τη σειρά του να νοσήσει σαν μια «εξόφληση» του υποτιθεμένου χρέους του απέναντι στην οικογένεια.

Οι Pilgrim - Rogers (2004) παραθέτουν τα αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών ιατρικής κοινωνιολογίας που υποστηρίζουν την κοινωνική αιτιότητα της ασθένειας, αναφέροντας ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, με υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας, καθώς και με υψηλότερες τιμές σε παιδική και περιγενετική θνησιμότητα. Όπως σημειώνουν οι Νικολαΐδης - Benedetti (1981), οι ψυχοσωματικές παθήσεις παρουσιάζονται συχνότερα στις χαμηλές κοινωνικές τάξεις. Ταυτόχρονα, οι δύο συγγραφείς θέτουν ένα ερώτημα που έχει όχι μόνο ψυχολογική και κοινωνική, αλλά ακόμη και πολιτική σημασία: άραγε είναι οι άνθρωποι από χαμηλά

κοινωνικά στρώματα *προδιατεθειμένοι* για μια τέτοια εξωτερίκευση του εαυτού τους και της αυξημένης ικανοποίησης του σώματος και των σπλάχνων, επειδή δεν μπορεί να αναπτυχθεί η ανθρωπιστική και κοινωνική ασφάλεια του ίδιου του εαυτού τους και της εσωτερικότητάς τους σε μια συγκεκριμένη πολιτική πραγματικότητα; Σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, η ιδέα της γνώσης σήμερα είναι περισσότερο θετικοεπιστημονική και λιγότερο ανθρωπιστική, για να απαντηθούν αυτού του είδους τα ερωτήματα, τα οποία, όμως είναι ζωτικής σημασίας για όλη την κοινωνία (Νικολαΐδης - Benedetti, 1981).

Οι Pilgrim - Rogers (2004) προχωρούν στην επισήμανση ότι όταν μιλάμε για κοινωνική αιτιότητα, δεν περιοριζόμαστε μόνο σε ταξικές αναφορές. Υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που εμπλέκονται, όπως η φυλή, το φύλο, η ηλικία, η μετανάστευση κ.λπ.

Για παράδειγμα, στη συγκριτική μελέτη των αντιλήψεων για την υγεία των ομάδων από την Ασία, την Αφρο-Καραϊβική και του λευκού πληθυσμού, βρέθηκε ότι, συγκρινόμενοι με τους λευκούς, οι Ασιάτες έτειναν να ορίζουν την υγεία με λειτουργικούς όρους, ενώ οι συμμετέχοντες από την Αφρο-Καραϊβική έτειναν να περιγράφουν την υγεία με όρους ενέργειας και φυσικής δύναμης ή να αποδίδουν τις ασθένειες σε κακή τύχη (Blaxter, 1990). Η ίδια συγγραφέας τονίζει ότι οι πιο αδύναμες κοινωνικές ομάδες διατηρούν μοιρολατρικές απόψεις για τα αίτια των ασθενειών. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του κάθε πληθυσμού για την υγεία και την ασθένεια μας βοηθούν να κατανοήσουμε καλύτερα τις αιτίες και τον τρόπο εμφάνισης της νόσου: π.χ., σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα εμφανίζονται συχνότερα στους «πρωτόγονους» πληθυσμούς απ' ό,τι στην Ευρώπη και στην Αμερική, επειδή οι πρωτόγονες κοινωνίες (με την έννοια της υποανάπτυξης του τεχνικού πολιτισμού) έχουν την τάση να βιώνουν και να εκφράζουν την πάθηση στην ολότητά της, γιατί το σώμα σ' αυτούς βρίσκεται σε πολύ μεγαλύτερη σχέση με τον ίδιο τον εαυτό τους από ό,τι στο δυτικό πολιτισμό (Νικολαΐδης - Benedetti, 1981).

Από την άλλη, όπως επισημαίνουν οι ίδιοι ερευνητές, τα αποτελέσματα των ερευνών για τις ψυχοσωματικές ασθένειες είναι αντιφατικά: πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα του σύγχρονου πολιτισμού, καθώς γενικά επικρατεί η άποψη ότι οι ψυχοσωματικές ασθένειες αυξήθηκαν στο δυτικό πολιτισμό μετά το τέλος του Β Παγκόσμιου πολέμου (Νικολαΐδης - Benedetti, 1981: 85-87).

Αρκετά αντιφατικά στοιχεία εμφανίζονται και στην περίπτωση της συσχέτισης της αιτιότητας της ασθένειας και του φύλου. Οι άνδρες έχουν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας

σε όλες τις ηλικίες στη στεφανιαία νόσο, στα αναπνευστικά προβλήματα και στο έλκος. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερους δείκτες διαγνωσμένης ψυχικής νόσου και υπέρτασης, αναζητούν ιατρική βοήθεια συχνότερα από τους άνδρες (Pilgrim - Rogers, 2004, Nettleton, 2002), στις χρόνιες παθήσεις παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ οι άνδρες έχουν υψηλότερο δείκτη άγχους και νευρωνικών διαταραχών (Νικολαΐδης - Benedetti, 1981), και γενικά, όπως σταθερά δείχνουν οι επιδημιολογικές έρευνες, οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από ό,τι οι άνδρες (τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας κυμαίνονται μεταξύ 2,9% και 5,4% για τις γυναίκες και μεταξύ 1,2% και 2,6% για τους άνδρες) (Κλεφτάρας, 1998).

Εάν το ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στις ψυχικές νόσους εξετάζεται μόνο από τη βιολογική σκοπιά (δηλαδή της γενικής γενετικής προδιάθεσης του γυναικείου πληθυσμού σ' ό,τι αφορά τις ψυχικές νόσους, και ιδιαίτερα της κατάθλιψης), τότε το συμπέρασμα που βγαίνει είναι ότι, λόγω του φύλου, όλες οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στις συγκεκριμένες ασθένειες. Παραδείγματος χάριν, οι έρευνες στην Αμερική δείχνουν ότι οι διαβητικοί ασθενείς έχουν διπλάσια πιθανότητα να υποφέρουν από κατάθλιψη σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς, αλλά οι γυναίκες αυτής της ομάδας των διαβητικών έχουν περισσότερες πιθανότητες να επέλθουν σε κατάσταση κατάθλιψης απ' ό,τι οι άνδρες, αντικατοπτρίζοντας το μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό (Groundbreaking Depression Study, 2001).

Ενδιαφέρον, όμως, παρουσιάζει το γεγονός ότι οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά συγκεκριμένα τη συχνότητα της κατάθλιψης, δεν φαίνεται να είναι σταθερές, αλλά αλλάζουν ανάλογα με την προς μελέτη ηλικιακή ομάδα. Έτσι, σε παιδιά δημοτικού σχολείου δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών. Αντίθετα, όμως, στην περίοδο της εφηβείας υπάρχει έντονη αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαγνώσεων κατάθλιψης κυρίως μεταξύ των κοριτσιών. Όσον αφορά τον πληθυσμό των φοιτητών και των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998). Τα στοιχεία ερευνών για την ομάδα της παραγωγικής ηλικίας δείχνουν ότι ενώ οι παντρεμένες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας για ψυχιατρικές ασθένειες, οι παντρεμένοι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σε νοσοκομεία για μη ψυχιατρικές ασθένειες από τις παντρεμένες γυναίκες (Pilgrim - Rogers, 2004). Βέβαια, εξηγούν οι μελετητές, οι ενδείξεις για τη σύνδεση μεταξύ του φύλου και της ψυχικής υγείας βάσει της οικογενειακής κατάστασης μπορούν να αμφισβητηθούν, αν

γίνουν άλλες συγκρίσεις. Για παράδειγμα, υπάρχουν μεγαλύτερες αποκλίσεις στην ψυχική υγεία και ασθένεια μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων ατόμων, παρά μεταξύ παντρεμένων ανδρών και γυναικών. Πιστεύεται ότι οι ίδιοι γυναικείοι συζυγικοί ρόλοι εμφανίζονται να λειτουργούν προστατευτικά έναντι των σωματικών ασθενειών, αλλά, συγχρόνως, η έλλειψη δομής στους γυναικείους ρόλους (που τείνουν να είναι οικιακοί) κάνει τις γυναίκες πιο ευάλωτες στις ψυχικές διαταραχές, μια και έχουν το χρόνο να «μελαγχολήσουν» με τα προβλήματά τους. Αντίθετα, οι άνδρες έχουν σχετικά «καθορισμένους» ρόλους, που σημαίνει ότι η αναγκαιότητα να ανταποκρίνονται στις άμεσες και αυστηρά δομημένες απαιτήσεις της εργασίας τους αποσπά από τα προσωπικά τους προβλήματα, κάτι που, έως ένα βαθμό, τους προσφέρει προστασία, η οποία δεν είναι διαθέσιμη στις γυναίκες (Pilgrim - Rogers, 2004). Από την άλλη, στη μελέτη των Pill και Stott (1982), οι γυναίκες - υποκείμενα αναφέρουν ότι η «καλή μητέρα» πρέπει ν' αντέχει και ότι όταν υπάρχει οικογένεια οι γυναίκες δεν έχουν περιθώρια να αρρωστήσουν, λόγω του ότι δεν υπάρχει χρόνος να ασχοληθεί μια γυναίκα - σύζυγος και μητέρα - με τα δικά της προβλήματα, έχοντας αναλάβει τη φροντίδα της οικογένειας. Αυτό σημαίνει, μάλλον, ότι η επιρρέπεια των γυναικών στις ψυχικές ασθένειες δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο με τη δυνατότητα του να «μελαγχολήσουν» με τα προβλήματά τους, μια που στη φροντίδα των άλλων καταναλώνεται σχεδόν όλος ο ελεύθερος χρόνος τους.

Οι πρόσφατες έρευνες παρέχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν κατάθλιψη, όταν το γεγονός ζωής αφορά παιδιά, ζητήματα στέγης και θέματα αναπαραγωγής, και όταν υπάρχει στο νοικοκυριό σαφής διαχωρισμός ρόλων μεταξύ ανδρών και γυναικών (Pilgrim-Rogers, 2004). Αυτό αποδεικνύει ότι ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες είναι αποτέλεσμα των διαφορών στους ρόλους των δύο φύλων, οι οποίες σχετίζονται με διαφορές στο είδος των γεγονότων ζωής και στον τρόπο που αυτά βιώνονται.

Η μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες σ' ό,τι αφορά τις επισκέψεις των επαγγελματιών υγείας και, γενικότερα, η μεγαλύτερη τάση αναζήτησης βοήθειας δεν φαίνεται πιθανό, σύμφωνα με τους Pilgrim-Rogers(2004), να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο διαθέσιμο χρόνο να επισκεφτούν το γιατρό απ' ό,τι οι άνδρες. Οι γυναίκες που συνδυάζουν μητρικούς, οικιακούς και επαγγελματικούς ρόλους έχουν λιγότερο χρόνο στη διάθεσή τους από τους εργαζόμενους άνδρες ή τις νοικοκυρές, ενώ οι νοικοκυρές δουλεύουν περισσότερες ώρες από τους εργαζόμενους άνδρες. Ίσως, οι ρόλοι των γυναικών, ως εργαζομένων μερικής απασχόλησης ή ως νοικοκυρών, τους επιτρέπουν μεγαλύτερη ελαστικότητα (όχι χρόνο *per*

se) ως προς το να επισκεφθούν το γιατρό. Εξαιτίας των παραδοχών σε σχέση με το φύλο αναφορικά με τη φροντίδα των παιδιών, οι γυναίκες έρχονται επίσης σε επαφή με τον παθολόγο ή το γενικό γιατρό πιο συχνά απ' ό,τι οι άνδρες. Η επαφή με τις υπηρεσίες υγείας με άλλες αφορμές, όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας για τα παιδιά, μπορεί να οδηγήσει στην αποκάλυψη περισσότερων προβλημάτων, κι έτσι να συμβάλει στο να φαίνονται υψηλότερα τα ποσοστά των γυναικών που ζητούν συμβουλές για προβλήματα υγείας και ειδικά της ψυχικής υγείας (Pilgrim-Rogers, 2004).

Σειρά ερευνών αναφέρουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγάλο βαθμό νοσηρότητας στα ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα, παραθέτοντας το ποσοστό του 47% των γυναικών έναντι του 32% των ανδρών (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Το άσθμα π.χ. φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, ενώ η συχνότητα της υπέρτασης είναι σχεδόν διπλάσια στις γυναίκες. Οι συγγραφείς επισημαίνουν, όμως, ότι έχουν συντελεστεί μεταβολές στην αναλογία του γένους, που αποδεικνύουν τον ψυχοσωματικό χαρακτήρα των ασθενειών. Έτσι έχει αναστραφεί από τον 19ο προς τον 20ό αιώνα η ειδική για το γένος αναλογία της νοσηρότητας π.χ. στο διαβήτη.

Γενικά, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε μια χαρακτηριστική μεταβολή των συμπτωμάτων: οι υστερικές λιποθυμίες ήταν πολύ διαδεδομένες στη βικτοριανή εποχή, ενώ σήμερα θα μπορούσε να θεωρηθεί ισοδύναμή τους η στηθάγχη (καρδιοφοβία). Η εμφάνιση των ψυχοσωματικών ασθενειών είναι ανάλογη με το βαθμό αστυφιλίας. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν μεγάλα ποσοστά όλων των ασθενειών στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, παρόμοια υψηλά ποσοστά ασθενειών βρέθηκε και στους απόδημους εργάτες στις Η.Π.Α. Η υπέρταση είναι επτά φορές συχνότερη στον μαύρο πληθυσμό σε σύγκριση με τον λευκό, που το υψηλό αυτό ποσοστό αποδίδεται από τους ερευνητές στη φτώχεια και την ελάχιστη εκπαίδευση, ενώ εκείνοι οι Αφροαμερικάνοι που ακολουθούν το σύστημα ζωής των λευκών, σχετικά με το φάσμα της ασθένειας, παρουσιάζουν τα ίδια χαρακτηριστικά όπως και οι λευκοί (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Όπως υπογραμμίζουν οι συγγραφείς, παρόλο που οι σχέσεις των κοινωνικών ή πολιτιστικών παραγόντων είναι αντιφατικές και συζητήσιμες, όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια, εντούτοις έχει αποδειχθεί η συσχέτιση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης με τα υψηλά ποσοστά όλων των ασθενειών, αλλά και το γεγονός ότι τόσο η κοινωνικοπολιτιστική όσο και η ψυχολογική κατάπτωση επηρεάζουν την υγεία (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981:100-101).

Τα παραπάνω στοιχεία για την ψυχοσωματική διάσταση της ασθένειας συνοψίζονται στη δήλωση της Dunbar (αναφ. Μάνος, 1988:339), η οποία τόνισε την ανάγκη για μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και στο θεραπευτικό χειρισμό

όλων των ασθενειών, κι όχι μόνο των ονομαζόμενων «ψυχοσωματικών». Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Μάνος,1988).

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), ως χρόνια ασθένεια, υπάγεται στις περιπτώσεις των σωματοψυχικών παθήσεων, καθώς έχει βρεθεί ότι σωματικές παθήσεις, αναπηρίες και τραυματισμοί, επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και αυξάνουν την ευαλωτότητά του για την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών, όπως για παράδειγμα για αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και εξαρτήσεις από ουσίες (Μάνος,1988).

Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των χρόνιων και ανίατων ασθενειών έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από αυτές εμφανίζουν συχνά υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης πριν φτάσουν στη τελική φάση της ασθένειάς τους (Σηφακάκη,1995). Παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης ψυχικών νοσημάτων στους χρόνιους ασθενείς φαίνεται να είναι τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα προβλήματα στην εργασία και τα οικονομικά προβλήματα (Verhaak,Heijmans, Peters & Rijken, 2005). Επίσης, σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, οι γυναίκες και τα νεαρά άτομα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με άλλες ομάδες υποκειμένων. Οι ψυχολογικές «επιπλοκές» που μπορεί να εκδηλώσουν οι χρόνιοι ασθενείς κυμαίνονται από απλές ενδείξεις ψυχολογικής καταπόνησης και αρνητικού συναισθήματος έως σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Verhaak, et al.,2005).

Στην περίπτωση αυτή των χρόνιων ασθενειών δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν πηγή για την εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, και στη συνέχεια τα ψυχολογικά αυτά συμπτώματα με τη σειρά τους επιδεινώνουν τη σωματική κατάσταση του ασθενούς. Μάλιστα έχει βρεθεί ότι συχνά ψυχολογικά συμπτώματα εμφανίζονται όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και στα άτομα της οικογένειάς του ή και στα άτομα του προσωπικού που φροντίζουν τέτοιου είδους αρρώστους (Σηφακάκη, 1995).

Οι νεφροί αποτελούν βασικά ζωτικά όργανα τόσο για τη διατήρηση της σωματικής, όσο και της ψυχικής υγείας. Ο Ζηρογιάννης (2002) αναφέρει ότι οι νεφροί εκτελούν τις εξής πέντε λειτουργίες:

1. Το αίμα εισέρχεται στο νεφρό μέσω της νεφρικής αρτηρίας, προσερχόμενο από την καρδιά.
2. Στο νεφρό το αίμα καθαρίζεται (διηθείται) περνώντας μέσα από εκατομμύρια μικρά φίλτρα, που καλούνται σπειράματα.

3. Το αίμα μετά τον καθαρισμό του επιστρέφει στην κυκλοφορία μέσω της νεφρικής φλέβας.
4. Τα τοξικά προϊόντα μαζί με τα υγρά μετά τη διήθησή τους στο σπείραμα εισέρχονται μέσω των ουρητήρων στην ουροδόχο κύστη, όπου αποθηκεύονται ως ούρα.
5. Όταν η ουροδόχος κύστη γεμίσει, τα ούρα αποβάλλονται μέσω της ουρήθρας (Ζηρογιάννης, 2002: 32-33).

Με τον όρο «νεφρική ανεπάρκεια» εννοούμε τη διαταραχή της λειτουργίας των νεφρών, με αποτέλεσμα η ομαλή λειτουργία του οργανισμού να κλονίζεται σε μεγάλο βαθμό και η συνέχιση της ζωής να μην είναι εφικτή χωρίς την κατάλληλη ιατρική υποστήριξη (American Society of Nephrology, 1998-2002, WebMDHealth, Healthwise, 1995-2002). Οι νεφροπάθειες είναι ένα ευρύτερο φάσμα ασθενειών στις οποίες υπάγονται διάφορες χρόνιες διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας, οι οποίες συνήθως καταλήγουν σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (chronic renal insufficiency:CRF) και προοδευτικά σε τελικού σταδίου νεφροπάθεια (end-stage renal disease: ESRD), η οποία απαιτεί κάποιου είδους κάθαρση ή μεταμόσχευση, προκειμένου να ελέγχονται τα συμπτώματα και να αποτραπούν επιπλοκές (π.χ. μόλυνση, καρδιόπαθεια), ακόμα και ο θάνατος. Καθώς οι νεφροί καθίστανται ανίκανοι να επιτελέσουν τη βασική τους λειτουργία, που είναι το φιλτράρισμα του αίματος και η αποβολή στη συνέχεια μέσω των ούρων της περίσσειας νερού και ουσιών που προκύπτει από την κατανάλωση τροφών, το αίμα των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζει πολύ υψηλές συγκεντρώσεις σε τοξίνες και υγρά και το άτομο μπορεί να πεθάνει σε λίγες μέρες, αν δεν υπάρξει κατάλληλη ιατρική υποστήριξη (American Society of Nephrology, 1998-2002).

Η ιστορία της νεφρικής ανεπάρκειας ξεκινά ήδη από τα χρόνια του Ιπποκράτη οπότε η ιατρική κάνει τα πρώτα της βήματα για την κατανόηση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της «ουραιμίας» (Schreiner, 2000). Από τη βυζαντινή εποχή χρονολογείται σπουδαίο το έργο στην επιστήμη της νεφρολογίας και βρίσκονται αναφορές για νεφρικές παθήσεις, όπως η οξεία και η χρόνια νεφροπάθεια, η νεφρίτιδα, η πυελονεφρίτιδα και οι όγκοι των νεφρών (Eftychiadis,1997). Στους επόμενους αιώνες, τα σημαντικότερα βήματα στην επιστήμη της νεφρολογίας σημειώθηκαν κατά τον 18^ο και τον 19^ο αιώνα, αλλά ο όρος «νεφρική ανεπάρκεια» και η χρήση του στην έρευνα κυριαρχεί κυρίως κατά τον εικοστό αιώνα, λόγω και της ανάπτυξης της ιατρικής επιστήμης, που σημειώνεται εκείνη την περίοδο (George, 2002).

Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού σε πειραματικό στάδιο έγινε σε ζώα το 1902 στην ιατρική σχολή της Αυστρίας, ενώ η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση σε άνθρωπο έγινε

πριν από 50 χρόνια στη Βοστώνη από χειρουργική ομάδα με αρχηγό τον Joseph Murray, ο οποίος τιμήθηκε το 1990 με το βραβείο Νόμπελ (American Society of Nephrology, 1998-2002, Magoha & Ngumi,2001).

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης, αν και υπαρκτή σε θεωρητικό επίπεδο ήδη από το 1854, εφαρμόστηκε σε ανθρώπους για την αντιμετώπιση περιπτώσεων οξείας νεφροπάθειας κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκόσμιου πολέμου στην Ολλανδία και το 1948 στις Η.Π.Α. (Uribarri,1999). Στους ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια μπόρεσε να εφαρμοστεί μετά την εφεύρεση της φίστουλας από τους Brescia & Cimino το 1966 (Konner, 2002, Uribarri,1999). Στη συνέχεια η πρόοδος της επιστήμης επέτρεψε την αιμοκάθαρση στο σπίτι και την περιτοναϊκή κάθαρση, που εφαρμόζονται σήμερα σ' όλο τον κόσμο (Uribarri,1999).

Στις μέρες μας η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια αρκετά διαδεδομένη ασθένεια με περίπου 2 εκατομμύρια Αμερικανούς να πάσχουν σήμερα από αυτή και με τις διαγνώσεις να διπλασιάζονται ανά δεκαετία για τα τελευταία είκοσι έτη. Τα υψηλότερα δε ποσοστά νεφρικής ανεπάρκειας ανά τον κόσμο φαίνεται να παρουσιάζονται στους Αφρο-αμερικανούς (American Society of Nephrology, 1998-2002). Στην Ευρώπη, στα τέλη του 1998, 280.450 ασθενείς υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση) ή αντικατάσταση (μεταμόσχευση) της νεφρικής λειτουργίας. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε 245 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Οι αντίστοιχοι αριθμοί για την Ελλάδα στα τέλη του 2001 ήταν 8.500 (Ζηρογιάννης,2002, Ντόμπρος, 2005), ενώ την 31.12.2004 ο αριθμός των ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (τεχνητού νεφρού - περιτοναϊκής κάθαρσης - μεταμόσχευσης) ήταν 10.203 άτομα στη χώρα και 516 στην Κρήτη (ενημερωτικό έντυπο του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Οι αιτίες της συγκεκριμένης πάθησης ποικίλλουν, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις παραμένουν αδιευκρίνιστες. Έχει βρεθεί ότι ο κληρονομικός παράγοντας παίζει σημαντικότατο ρόλο για την ανάπτυξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Ωστόσο οι κυριότερες αιτίες φαίνεται να είναι η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης, ο οποίος μάλιστα φαίνεται να βρίσκεται πίσω από το 35% των περιπτώσεων.

Τα επόμενα χρόνια αναμένεται ραγδαία αύξηση του αριθμού νέων ασθενών-νεφροπαθών που σχετίζεται με την αύξηση του ποσοστού της παχυσαρκίας, εφόσον συνέπεια της τελευταίας είναι ή η εκδήλωση σακχαρώδους διαβήτη, που αποτελεί βασική αιτία της νεφρικής ανεπάρκειας. Συγκριτικά, τη δεκαετία του '80 το ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και νεφρική ανεπάρκεια κυμαινόταν στο 6-7%, ενώ σήμερα οι

νεοεντασσόμενοι ασθενείς αγγίζουν ποσοστό της τάξης του 16% στην Ευρώπη (Ντόμπρος, 2005). Άλλοι λόγοι που συνδέονται με την εκδήλωση της νεφρικής ανεπάρκειας είναι: κάποια εκ γενετής ανωμαλία των νεφρών, παρατεταμένες ουρολοιμώξεις που δεν έλαβαν την κατάλληλη θεραπεία, πολυκυστικοί νεφροί, πέτρες στους νεφρούς, καθώς και τραυματισμός των νεφρών ύστερα από κάποιο ατύχημα ή η πρόκληση βλάβης σε αυτούς κατόπιν δηλητηρίασης, μόλυνσης ή παρατεταμένης χρήσης αλκοόλ, παυσίπονων και άλλων φαρμακευτικών ουσιών (American Society of Nephrology, 1998-2002, Chugh & Yager, 1997, Delzell & Shapiro, 1998, Streltzer, Markoff, Yano, 1977).

Ο Ζηρογιάννης (2002) παραθέτει την εξής κατάταξη των αιτιών της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της ποσοστιαίας αντίστοιχης αναλογίας:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	% ΑΝΑΛΟΓΙΑ
Σακχαρώδης διαβήτης	5-40
Νεφραγγειακή νόσος-υπέρταση	15
Σπειραματονεφρίτιδα	24,5
Πυελονεφρίτιδα	17,7
ΧΝΑ άγνωστης αιτιολογίας	15,4
Κυστική νόσος των νεφρών	8,4
Συστηματικά νοσήματα	5,3
Φαρμακευτική νεφροπάθεια	2,9
Κληρονομικές παθήσεις	2,4
Διάφορα	3,6

(Ζηρογιάννης,2002:35)

Συνοπτικά, οι αιτίες της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου φαίνονται από την παρακάτω κατάταξη:

1. Διαβήτης.
2. Υπέρταση.
3. Άλλες νεφρικές ασθένειες: μακροχρόνια φλεγμονή των νεφρών, νεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα, πολυκυστική νεφροπάθεια κι άλλες.
4. Φυλή: οι Αφροαμερικανοί και οι ιθαγενείς Αμερικανοί είναι πιο πιθανόν να αναπτύξουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε σύγκριση με τον λευκό πληθυσμό.
5. Φύλο: οι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις γυναίκες για να αναπτύξουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

6. Ηλικία: οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της ΧΝΑ.
7. Διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες.
8. Υψηλά επίπεδα λίπους και τριγλυκεριδίων στο αίμα.
9. Μεγάλες ποσότητες μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.
10. Τραυματισμοί.
11. Μολύνσεις.
12. Πέτρες στους νεφρούς.

Η θεραπεία της νεφροπάθειας, όταν πλέον εξελιχθεί μόνιμα σε νεφρική ανεπάρκεια, είναι κυρίως διαιτητική (μείωση της πρόσληψης υγρών, καλίου, πρωτεΐνης, φωσφορικού άλατος και νατρίου) και, όταν φτάσει σε τελικό στάδιο, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αντιμετωπίζεται με τη χρήση του τεχνητού νεφρού (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση) και τελικά, εάν είναι δυνατόν και εφικτό, πραγματοποιείται η μεταμόσχευση νεφρού.

Στα πλαίσια της θεραπείας, μπορεί να χορηγούνται φάρμακα για να θεραπευτούν τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της νεφρικής ανεπάρκειας ή για να θεραπευθεί η ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει άμεσα τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή να επιταχύνει την εξέλιξη της φθοράς των νεφρών (όπως ο διαβήτης ή η υπέρταση).

Στο τελικό στάδιο της ασθένειας εφαρμόζεται η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση, επιτελώντας τη λειτουργία που κανονικά πραγματοποιείται από τα νεφρά όταν είναι υγιή, χωρίς όμως να αποκαθιστούν τη βλάβη που υπάρχει στους νεφρούς σ' αυτό το στάδιο. Δηλαδή, καθαρίζουν το αίμα από τα άχρηστα προϊόντα (π.χ. ουρία), αποκαθιστούν την κατάλληλη ισορροπία των ηλεκτρολυτών στο αίμα και αποβάλλουν την περίσσεια των υγρών από το σώμα.

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των τριών μορφών αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι τα εξής:

1. **Αιμοκάθαρση:** πραγματοποιείται τρεις φορές την εβδομάδα στο νοσοκομείο και διαρκεί περίπου τέσσερις ώρες κάθε φορά. Χρησιμοποιείται μια ειδική μεμβράνη που φιλτράρει απευθείας τα άχρηστα προϊόντα και απομακρύνει την περίσσεια υγρών από το αίμα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το αίμα μεταφέρεται, μέσω ειδικών σωλήνων, από τον ασθενή στο φίλτρο του μηχανήματος (τεχνητός νεφρός), στο οποίο, μετά την κατακράτηση τοξικών ουσιών, επιστρέφει στον ασθενή (πάλι μέσω ειδικών σωλήνων). Για

τη διενέργεια της χρόνιας αιμοκάθαρσης είναι αναγκαία η δημιουργία με χειρουργική επέμβαση της αρτηριο-φλεβικής επικοινωνίας (Ζηρογιάννης, 2002).

Πλεονεκτήματα:

- Είναι καλύτερη για τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας που είναι πολύ άρρωστοι και δεν μπορούν να διαχειριστούν τις τεχνικές πλευρές της περιτοναϊκής κάθαρσης.
- Είναι καλύτερη για ανθρώπους που έχουν προβλήματα στην κοιλιακή χώρα ή ενεργή φλεγμονώδη ασθένεια.
- Ο ασθενής έχει κοντά του συνέχεια κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες.
- Ο ασθενής μπορεί να γνωριστεί και με άλλους ομοιοπαθείς.
- Πραγματοποιείται τρεις φορές την εβδομάδα κι όχι καθημερινά όπως η περιτοναϊκή κάθαρση.

Μειονεκτήματα:

- Είναι ακριβή.
- Απαιτεί χρόνο. Είναι περισσότερο εντατική θεραπεία απ' ό,τι η περιτοναϊκή κάθαρση, γιατί διεξάγεται «συμπυκνωμένα» μέσα σε λίγες συνεδρίες την εβδομάδα.
- Προκαλεί ραγδαίες αλλαγές στην πίεση του αίματος, κάτι που μπορεί να κάνει τους ασθενείς να μη νιώθουν καλά κατά τη διάρκεια ή υστέρα από την αιμοκάθαρση (λιποθυμία, εμετός, κράμπες, προσωρινή απώλεια της όρασης, πόνος στο στήθος, οξυθυμία και κόπωση).
- Μπορεί να προκληθεί η κατάσταση γνωστή ως fluid overload, κατά την οποία η περίσσεια του νερού συγκεντρώνεται κάτω από το δέρμα στους αστραγάλους και ύστερα αλλού στο σώμα, συμπεριλαμβανομένων και των πνευμόνων.
- Απαιτεί περιορισμούς στην πρόσληψη υγρών, οι οποίοι είναι πιο αυστηροί από αυτούς που ισχύουν στην περιτοναϊκή κάθαρση.
- Μπορεί να προκληθεί η κατάσταση γνωστή ως hyperkalaemia, όταν υπάρχει υπερβολική ποσότητα καλίου στο αίμα που μπορεί να παρέμβει στον καρδιακό ρυθμό. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να σταματήσει η καρδιά να χτυπά, γι' αυτό και ενδείκνυται να μειώνεται η πρόσληψη καλίου από τους ασθενείς.
- Κάνει το άτομο να νιώθει «πεσμένο» την ημέρα που πραγματοποιήθηκε η αιμοκάθαρση.
- Η θεραπεία προγραμματίζεται από το νοσοκομείο ή από το κέντρο αιμοκάθαρσης.
- Πρέπει να πραγματοποιείται στο νοσοκομείο ή σε κάποιο κέντρο αιμοκάθαρσης τρεις φορές για κάθε εβδομάδα του χρόνου κι αυτή η συχνή μετακίνηση είναι για

πολλούς ασθενείς περιοριστική. Μάλιστα, εντείνει την αίσθηση της απώλειας της ανεξαρτησίας τους.

- Απαιτείται η δημιουργία πρόσβασης στην κυκλοφορία του αίματος με φίστουλα η οποία, όμως, δεν λειτουργεί πάντα ικανοποιητικά. Κάποιες διαρκούν για χρόνια και ξαφνικά μετά παύουν να λειτουργούν, οπότε άλλη φίστουλα πρέπει να τοποθετηθεί σε άλλο μέρος του σώματος. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένος αριθμός φλεβών που να είναι κατάλληλες για να μπει η φίστουλα, γι' αυτό και η φίστουλα απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή.
- Γίνεται περίπλοκη, όταν δημιουργείται θρόμβωση στο σημείο πρόσβασης της αιμοκάθαρσης (φίστουλα).
- Είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση βελόνας στην αρχή κάθε αιμοκάθαρσης. Ακόμη και με τοπικό αναισθητικό, μερικοί ασθενείς βρίσκουν τη διαδικασία αυτή επώδυνη.
- Μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν προβλήματα αιμορραγίας από τη φίστουλα κατά τη διάρκεια ή μετά την αιμοκάθαρση.
- Υπάρχει ο κίνδυνος μόλυνσης, γι' αυτό απαιτείται αυστηρή προσοχή στην υγιεινή κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του μηχανήματος της αιμοκάθαρσης.
- Πιθανές επιπλοκές / παρενέργειες λόγω των απότομων αλλαγών στα υγρά του σώματος και στη χημική ισορροπία κατά τη διάρκειά της: π.χ. κράμπες των μυών, υπόταση και η συνακόλουθη αίσθηση αδυναμίας, ζαλάδας, ναυτίας.

2. Περιτοναϊκή κάθαρση: πραγματοποιείται στην κοιλιακή χώρα όπου χρησιμοποιείται ένα ειδικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου για να απομακρυνθούν από το σώμα τα άχρηστα προϊόντα και η περίσσεια υγρών. Με την τεχνική αυτή εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα (μέσω ειδικού καθετήρα, ο οποίος έχει τοποθετηθεί χειρουργικά) ειδικό διάλυμα, το οποίο παραμένει από τέσσερις έως έξι ώρες. Στη διάρκεια αυτού του χρόνου ουσίες μεταφέρονται από το αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω της μεμβράνης του περιτοναίου. Στη συνέχεια, το διάλυμα αποχετεύεται και μαζί του απομακρύνονται και οι τοξικές ουσίες. Σήμερα, η περιτοναϊκή κάθαρση γίνεται με δύο βασικούς τρόπους: στη διάρκεια της ημέρας και σε ώρες που επιλέγει το ίδιο το άτομο και στη διάρκεια της νύχτας, κυρίως όταν το άτομο κοιμάται, με τη βοήθεια ειδικού μηχανήματος και καλείται αυτοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (Ζηρογιάννης, 2002).

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- Είναι καλύτερη για τα παιδιά και τους μεγαλύτερους ενήλικες, επειδή αποτρέπει τις μεταπτώσεις στην πίεση του αίματος, στους ηλεκτρολύτες και σε αλλά χημικά συστατικά του αίματος.
- Είναι καλύτερη για τους ανθρώπους που δραστηριοποιούνται, κινητοποιούνται από μόνοι τους και που είναι προσωπικά ικανοί να διαχειριστούν τις λεπτομέρειες της καθημερινής θεραπείας της περιτοναϊκής κάθαρσης.
- Είναι καλύτερη για ανθρώπους που έχουν την τάση αιμορραγίας, επειδή η περιτοναϊκή κάθαρση δεν απαιτεί τη χρήση φαρμάκων που αραιώνουν το αίμα.
- Είναι καλύτερη για τους ανθρώπους που θέλουν να διατηρήσουν έναν πιο δραστήριο τρόπο ζωής, επειδή αυτός ο τύπος της κάθαρσης μπορεί να γίνει στο σπίτι και στη διάρκεια της νύχτας και δεν απαιτεί τη μετάβαση του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε κάποιο κέντρο αιμοκάθαρσης.
- Παρέχει περισσότερες «ελευθερίες» στο θέμα της διατροφής απ' ό,τι η αιμοκάθαρση. Επιτρέπεται η πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας νατρίου, υγρών, πρωτεΐνης, ενώ δίνονται διαφορετικές οδηγίες σ' ό,τι αφορά την πρόσληψη καλίου.
- Προσφέρει καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής.
- Στους άνδρες δημιουργεί λιγότερες σεξουαλικές δυσκολίες, ενώ η γονιμότητά τους και η πιθανότητα σύλληψης είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους άνδρες που κάνουν αιμοκάθαρση.
- Μπορεί να γίνει από το ίδιο το άτομο, σε ώρες που το ίδιο επιλέγει και δεν απαιτεί ειδικό μηχάνημα ή μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της νύχτας με τη βοήθεια ενός ειδικού μηχανήματος.

Μειονεκτήματα της μεθόδου

- Πρέπει να γίνεται καθημερινά.
- Αυξάνεται ο κίνδυνος της ανάπτυξης μόλυνσης στην κοιλιακή χώρα(περιτονίτιδα).
- Ο ασθενής πρέπει να μειώσει την ποσότητα των θερμίδων που προσλαμβάνει, λόγω της ζάχαρης για να μην αυξηθεί το σωματικό βάρος.
- Σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος της ανάπτυξης συναισθηματικών και σεξουαλικών προβλημάτων, που με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς.
- Είναι απαραίτητο να υπάρχει μόνιμα ένας καθετήρας στην κοιλιακή χώρα του ασθενή.
- Είναι απαραίτητη η σχολαστική καθαριότητα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος μόλυνσης.

- Η συνεχόμενη περιτοναϊκή κάθαρση επεμβαίνει και δημιουργεί προβλήματα στο καθημερινό πρόγραμμα του ατόμου.
- Η νυχτερινή κυκλική περιτοναϊκή κάθαρση απαιτεί μηχανήμα και τη βοήθεια ενός άλλου ατόμου.

3. Μεταμόσχευση: διαδικασία με την οποία τοποθετείται ένα υγιές νεφρό από ένα άλλο άτομο στο σώμα του ατόμου που νοσεί. Η διαδικασία της εγχείρησης διαρκεί τρεις με έξι ώρες περίπου, ενώ η διαμονή του ατόμου στο νοσοκομείο υπολογίζεται στις δέκα με δεκατέσσερις ημέρες. Ο νέος νεφρός εκτελεί όλες τις λειτουργίες των δύο νεφρών, ενώ το άτομο χρειάζεται να επισκέπτεται τακτικά το νοσοκομείο για τον έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας (Ζηρογιάννης,2002).

Πλεονεκτήματα της μεθόδου.

- Επιτρέπει στο άτομο να ζήσει μια φυσιολογική ζωή.
- Υπάρχουν λιγότεροι περιορισμοί στη διατροφή σε σχέση με τους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση.
- Λειτουργεί σαν ένας κανονικός νεφρός.
- Κάνει το άτομο να νιώθει πιο υγιές.
- Δεν απαιτείται κάποια θεραπεία κάθαρσης.

Μειονεκτήματα της μεθόδου της μεταμόσχευσης:

- Είναι ακριβή.
- Πρόκειται για μια μεγάλη και εκτεταμένη εγχείρηση.
- Είναι περιορισμένος ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν μόσχευμα, επειδή είναι περιορισμένη η διαθεσιμότητα νεφρού.
- Δεν υπάρχει εγγύηση ότι η μεταμόσχευση νεφρού θα είναι επιτυχής.
- Δεν αποτελεί θεραπεία, καθώς πάντα υπάρχει η πιθανότητα το σώμα να απορρίψει το νέο νεφρό, ανεξάρτητα από το πόσο καλά ταιριάζει. Η πιθανότητα να δεχθεί ο οργανισμός το μόσχευμα εξαρτάται από την ηλικία και την ιατρική κατάσταση του ατόμου που το δέχεται. Το μόσχευμα δεν διαρκεί απαραίτητα για όλη τη ζωή του ατόμου.
- Τα φάρμακα που δίδονται για να μειωθεί ο κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος (τα οποία πρέπει να λαμβάνονται για όλο το υπόλοιπο της ζωής του ασθενούς) καμιά φορά δεν την αποτρέπουν, ενώ έχουν παρενέργειες. Οι πιο σοβαρές είναι ότι το ανοσοποιητικό σύστημα γίνεται πιο ευάλωτο, ιδιαίτερα σε μολύνσεις, ενώ επίσης μπορεί να αλλάξει η εμφάνιση του ατόμου (το πρόσωπο γίνεται πιο γεμάτο,

αυξάνεται το βάρος, αναπτύσσονται ακμή ή τριχοφυΐα στο πρόσωπο) και να δημιουργηθούν προβλήματα, όπως ο καταρράκτης, η μεγαλύτερη ποσότητα στομαχικών οξέων και οι βλάβες στο νεφρό ή στο συκώτι.

- Υπάρχουν κάποιοι διατροφικοί περιορισμοί (μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, των αλμυρών φαγητών, της πρωτεΐνης).

Είναι σαφές ότι οι βιο-φυσιολογικές αλλαγές έχουν σοβαρές κοινωνικές συνέπειες, καθώς η υγεία και η ασθένεια συχνά συνδέονται με την ικανότητα για εργασία και / ή την εκπλήρωση των κοινωνικών υποχρεώσεων (Nettleton,2002). Η ασθένεια μας υπενθυμίζει ότι η «φυσιολογική» λειτουργία του πνεύματος και του σώματος βρίσκονται στο επίκεντρο της κοινωνικής δράσης και αλληλεπίδρασης. Απ' αυτή την άποψη, η μελέτη της ασθένειας διευκρινίζει τη σχέση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο σώμα, το άτομο και την κοινωνία.

Ουσιαστικά η ασθένεια έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ταυτότητά τους (την άποψη που έχουν οι άλλοι για κείνους) και στην αίσθηση του εαυτού (την προσωπική τους άποψη για τους ίδιους). Η απαντητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιο-φυσιολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου. Συνεπώς, η ασθένεια είναι *ταυτόχρονα* ένα πολύ ιδιωτικό κι ένα πολύ δημόσιο φαινόμενο (Nettleton,2002).

Η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι η ασθένεια διαμορφώνεται μέσα από τα νοήματα και τις ερμηνείες που αποδίδονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες εμπειριών και ότι δεν υπάρχει απαραίτητα σχέση με κανένα βιολογικό γεγονός, καθώς η εμπειρία της ασθένειας είναι αποτέλεσμα διαρκούς προσπάθειας από τη μεριά του αρρώστου κι εκείνων με τους οποίους συσχετίζεται να καταλάβουν τι γίνεται, βάσει των γνώσεων, των πόρων και των κινήτρων τους. Δηλαδή, το πώς οι άνθρωποι νοηματοδοτούν την ασθένειά τους βρίσκεται σε συνάφεια με την προσωπική τους βιογραφία, που με τη σειρά της επηρεάζεται πάντοτε *από* και είναι *αναπόσπαστο κομμάτι* των πολιτιστικών αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν (Ραβάνης, 1995, Nettleton, 2002).

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια *βιογραφική αποδιοργάνωση* (Nettleton, 2002), καθώς δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα κάποιου, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής του σε διάφορα επίπεδα: υπάρχει αποδιοργάνωση των δεδομένων παραδοχών και συμπεριφορών, υπάρχει μια πιο βαθιά αποδιοργάνωση των ερμηνευτικών συστημάτων που φυσιολογικά χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους, ώστε να περιλαμβάνεται μια ριζική επανεξέταση της βιογραφίας και της έννοιας του εαυτού του

ατόμου, αλλά υπάρχει και μια αντίδραση στην αποδιοργάνωση, η οποία περιλαμβάνει την κινητοποίηση πόρων προκειμένου να αντιμετωπιστεί η νέα κατάσταση (Nettleton, 2002).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη συγγραφέα, επειδή η έναρξη της χρόνιας ασθένειας μπορεί να περιλαμβάνει την αποδιοργάνωση της βιογραφίας ενός ατόμου, η επαναξιολόγηση της ζωής του είναι ως ένα βαθμό αναπόφευκτη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια διαδικασία απώλειας του εαυτού, μπορεί, επίσης να χρησιμεύει και ως σημείο καμπής της ζωής, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει την αλλαγή ταυτότητας (Nettleton, 2002). Η βιογραφική αποδιοργάνωση, όμως, μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες, καθώς εισαγάγει μια επανεξέταση της ζωής του ατόμου με πιο ενσυνείδητο τρόπο, έτσι ώστε το άτομο μπορεί να καταλήξει σε ευκαιρίες της γνώσης του εαυτού του και των δυνατοτήτων του όπως δεν τον είχε φανταστεί ποτέ στο παρελθόν (Herzlich & Pierret, 1985). Συνεπώς, η χρόνια ασθένεια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της φυσικής λειτουργίας του σώματος, μπορεί να έχει και αρνητικές και θετικές συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα.

Εκτός από την προαναφερθείσα νοημοδότηση της ασθένειας βάσει των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη διαμόρφωση της θετικής ή αρνητικής ανασυγκροτημένης ταυτότητας του πάσχοντος από τη χρόνια πάθηση.

Η αίσθηση του εαυτού και η προσωπική ταυτότητα ποικίλλουν ανάλογα με το είδος, με το χρόνο και τα διάφορα στάδια της πορείας της ασθένειας (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1999, Nettleton, 2002). Επίσης, στη δυτική πολιτιστική πραγματικότητα, η αυτο-εικόνα, η εσωτερική σύλληψη του εαυτού, σχετίζεται συχνά με την εικόνα του σώματος κι έτσι οι καταστάσεις που έχουν αντίκτυπο στη σωματική λειτουργία μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητική αυτοεικόνα. Αυτό μπορεί να συμβεί ειδικά όταν, πρώτον, υπάρχουν αρνητικές αντιδράσεις από τον έξω κόσμο (π.χ. οι φράσεις όπως «ήταν τόσο όμορφη πριν την ασθένεια»). Δεύτερον, όταν υπάρχει έλλειψη ελέγχου των σωματικών λειτουργιών η οποία φυσιολογικά δεν συσχετίζεται με την ενήλικη ζωή. Τρίτον, αν χρησιμοποιούνται ψυχρές, σκληρές και μεταλλικές συσκευές. Τέταρτον, αν υπάρχει ο φόβος σεξουαλικής ή κοινωνικής απόρριψης (Nettleton, 2002).

Σύμφωνα με τη Nettleton (2002), τα προβλήματα που προκύπτουν από τις χρόνιες ασθένειες, παρ' όλη τη διαφορά στις διαγνώσεις και τα συμπτώματα, είναι κοινά σ' όλες τις χρόνιες παθήσεις και δείχνουν την έκταση στην οποία η χρόνια ασθένεια είναι συνυφασμένη με τη ζωή των ανθρώπων που πάσχουν και το γεγονός ότι επιδρά στον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, η οποία ξεκινά πριν από

τη διάγνωση της ασθένειας και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκειά της. Απαιτεί, επίσης, ιδιαίτερα μεγάλο κόπο, προκειμένου να αναπτύξει κανείς στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές και πρακτικές συνέπειες της νόσου. Ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι μας υπενθυμίζει το πόσο βασιζόμαστε στο σώμα μας και τη σημασία του στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Nettleton, 2002).

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και οι τακτικές της εξω-κάθαρσης που αυτή συνεπάγεται φέρνουν τον ασθενή αντιμέτωπο με αλλαγές που υφίσταται το σώμα του και η ιδιωτική, κοινωνική και η επαγγελματική του ζωή, τις οποίες δύσκολα αυτός αποδέχεται. Η έρευνα των Ventura, Gonzalez, Alarkon, Morro και Labres (1989) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νεφρική ανεπάρκεια βάζει τους ασθενείς πρώτα σε πολύ υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, καθώς υπάρχει έντονη σύγκρουση με το στρες που προκλήθηκε από τη διάγνωση της ασθένειας. Το επίπεδο νευρωτισμού μειώνεται ανάλογα με το επίπεδο συνειδητοποίησης του ασθενούς για χρόνια κατάσταση. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι οι συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές σ' αυτή την περίπτωση είναι η κατάθλιψη, η άνοια και οι εξαρτήσεις από ουσίες (Kimmel, Thamer, Richard & Ray, 1998). Σύμφωνα με τον Kimmel (2002), τα επίπεδα κατάθλιψης στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου είναι ιδιαίτερα αυξημένα. Ωστόσο πολλές περιπτώσεις δεν διαγιγνώσκονται καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης εύκολα συγχέονται με τα ψυχολογικά συμπτώματα που εκδηλώνουν οι ασθενείς λόγω χρόνιας ασθένειας (chronic medical illness). Έτσι τα ποσοστά συχνά διαφέρουν ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιείται και τον πληθυσμό στον οποίο γίνονται οι μετρήσεις (Kimmel, 2002).

Οι Chen, Wu, Wang & Jaw (2003) σε έρευνά τους σε πληθυσμό ατόμων που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, υποστηρίζουν ότι το 33,4% του δείγματός τους παρουσίαζε αυξημένα σκορ στην κλίμακα κατάθλιψης που τους χορηγήθηκε. Βρέθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν σχετίζονταν τόσο με τα οργανικά προβλήματα, αλλά περισσότερο με ψυχοκοινωνικά, όπως η ανεργία. Παρόμοια αποτελέσματα για τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλής ικανοποίησης από τη ζωή στους νεφροπαθείς δείχνει και η έρευνα των Kutner, Brogan, Hall, Haber, Daniels (2000).

Η μείωση του εισοδήματος λόγω των μειωμένων ικανοτήτων για εργασία μπορεί να προκαλέσει στους νεφροπαθείς αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική τους ισορροπία, όσο και στην εξέλιξη της ασθένειάς τους (Τσελέπης, 2000b). Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία σε πιθανή αδιαφορία της οικογένειάς τους για την

κατάστασή τους, καθώς έχουν ανάγκη τη συμπαράσταση, την κατανόηση και το ενδιαφέρον του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Τσελέπης, 2000b).

Σύμφωνα με τους Hagberg & Malmquist (1974), συγκεκριμένοι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες συσχετίζονται με τη θετική πορεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου. Οι παράγοντες αυτοί είναι η σταθερότητα, η συνέπεια και η θετική αντιμετώπιση της ζωής γενικότερα. Ακόμα, το επαρκές κοινωνικό δίκτυο, οι θετικές προσδοκίες και οι μηχανισμοί άμυνας διαφορετικοί της απομόνωσης βρέθηκε ότι έχουν παρόμοια αποτελέσματα (Hagberg & Malmquist, 1974). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι νεφροπαθείς που χρησιμοποιούν την άρνηση ως μηχανισμό άμυνας, τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερες διαταραχές της διάθεσης και λιγότερα προβλήματα ύπνου από αυτούς που δεν την χρησιμοποιούν (Fricchione, Howanitz, Jandorf, Kroessler, Zervas & Wonz, 1992).

Έρευνα σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια στη Νιγηρία, αποκάλυψε ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών σε σχέση με τους ασθενείς με άλλες χρόνιες παθήσεις. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές ήταν η κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Παράγοντες που συνέβαλαν στην ψυχολογική εξαθλίωση για τους άνδρες ήταν η απώλεια του κυρίαρχου ρόλου στην οικογένεια, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η απώλεια της σωματικής υγείας και της ελκυστικότητας και ο φόβος του θανάτου. Η ψυχιατρική νοσηρότητα ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και δεν έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση με άλλες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές (Aghanwa & Morakinyo, 1997).

Η εμπειρία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας προκαλεί σε πολλούς ασθενείς δυσκολίες στη συναισθηματική και σεξουαλική τους ζωή. Οι λόγω της ασθένειας αλλαγές στην καθημερινή ζωή των πασχόντων μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τη σχέση τους με το σύντροφό τους και το γενικότερο περίγυρό τους.

Ένας τομέας που πλήττει σοβαρά τους χρόνιους νεφροπαθείς είναι η σεξουαλική λειτουργία, ιδιαίτερα στους άνδρες. Τα αίτια της δυσλειτουργίας αυτής δεν είναι μόνο οργανικά αλλά και ψυχολογικά, τα οποία, πιο συγκεκριμένα, μπορεί να είναι η κατάθλιψη, η αντιστροφή των ρόλων μέσα στην οικογένεια και η αδυναμία ούρησης, όταν εκλαμβάνεται ως μείωση του ανδρισμού (Τσελέπης, 2000b).

Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν *απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος*. Στους άνδρες παρατηρείται ανικανότητα (αδυναμία επίτευξης στύσης) ή αδυναμία διατήρησης της στύσης ή του να φθάσουν σε οργασμό, καθώς η ελλιπής παροχή αίματος στα σεξουαλικά

όργανα (λόγω της μικρής ποσότητας αγγείων του αίματος) μπορεί να προκαλέσει έλλειψη διέγερσης και ανικανότητα οργασμού. Οι γυναίκες απ' την άλλη, είναι δύσκολο να διεγερθούν σεξουαλικά και να φθάσουν σε οργασμό (Steele, Wuerth, Finkelstein, Juergensen, Juergensen, Kliger, Finkelstein, 1996).

Η κατάθλιψη, επίσης, που μπορούν να νιώθουν οι ασθενείς λόγω του στρες για την κατάσταση της υγείας τους, συχνά επιδρά μειώνοντας τη σεξουαλική επιθυμία. Το στρες που δημιουργείται στη σχέση λόγω της ασθένειας μπορεί κι αυτό να οδηγήσει σε σεξουαλικά προβλήματα. Ο ασθενής, ακόμη, μπορεί να παλεύει με τον αυτοσεβασμό του, να αισθάνεται ότι είναι άχρηστος, βάρος ή μη ελκυστικός λόγω των σωματικών αλλαγών, κάτι που επιδρά ανασταλτικά στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού, ενώ συχνά διακόπτεται και η επικοινωνία. Όταν, όμως, υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας ή αδυναμία για ειλικρινή συζήτηση, η κατάσταση επιδεινώνεται. Και οι κρυμμένοι φόβοι (αν και αβάσιμοι) μπορεί να δημιουργήσουν, με τη σειρά τους, προβλήματα στη συντροφική σχέση. Για παράδειγμα, μερικοί σύντροφοι ανησυχούν ότι μπορεί να «κολλήσουν» τη νεφροπάθεια από το νεφροπαθή σύντροφό τους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μαζί του (Steele, Wuerth, Finkelstein, Juergensen, Juergensen, Kliger, Finkelstein, 1996).

Όμως, το συμπέρασμα που προκύπτει από έρευνες του πληθυσμού των νεφροπαθών που διανύουν το τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, είναι ότι ο τρόπος κάθαρσης επηρεάζει την προσωπικότητα των ασθενών και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των αλλαγών στη ζωή τους λόγω της συγκεκριμένης πάθησης. Βρέθηκε ότι η αιμοκάθαρση επηρέαζε συστηματικά τις τρεις κλίμακες των διαταραχών της προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός, και εσωστρέφεια / εξωστρέφεια) στους ασθενείς. Οι άνδρες ασθενείς είχαν υψηλότερο σκορ στο νευρωτισμό, ενώ οι γυναίκες είχαν υψηλότερο σκορ στον ψυχωτισμό (Koutsopoulou, Theodosopoulou, Vantis, Kotrotsiou, Kostandinou, Dounousi, 2002).

Ιατρικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς που κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση έχουν καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής, ωστόσο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη συναισθηματικών και σεξουαλικών προβλημάτων, που με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Αυτές οι δυσκολίες δεν έχουν απαραίτητα τις ίδιες σωματικές αιτίες μ' αυτές που αναφέρονται στους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση (π.χ. οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης δεν έχουν τον ίδιο βαθμό αναιμίας). Εντούτοις οι ασθενείς που κάνουν την περιτοναϊκή κάθαρση πρέπει να αντιμετωπίσουν το γεγονός ότι μπορεί ν' αυξηθεί το βάρος τους και θα έχουν μόνιμα έναν καθετήρα στην κοιλιακή τους χώρα, ο οποίος μπορεί να επιδρά

αρνητικά στη διενέργεια της σεξουαλικής πράξης. Κι αυτό γιατί μπορεί να δημιουργεί έγνοια στο σύντροφο του ασθενή για τον πόνο απ' τον οποίο μπορεί να υποφέρει ο άρρωστος με τον καθετήρα ή για τη βλάβη που μπορεί να προκληθεί στο σωλήνα ως αποτέλεσμα της ερωτικής πράξης (Steele, Wuerth, Finkelstein, Juergensen, Juergensen, Kliger, Finkelstein, 1996).

Από την άλλη, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, οι ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση παρατηρούν μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, στον εαυτό τους και στην εμφάνισή τους. Η απώλεια βάρους, οι ουλές, το χλωμό και κίτρινο χρώμα του προσώπου, η αλλαγή της οσμής της αναπνοής και η φίστουλα, μπορεί να κάνει το άτομο να νιώθει λιγότερο ελκυστικό και να επηρεάσουν το αυτοσυναίσθημά του κι άρα και τον τρόπο που συμπεριφέρεται στο σύντροφό του. Οι άνδρες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης μπορεί να μην είναι σε θέση να κατορθώσουν στύση ή να φθάσουν σε οργασμό, ενώ η ποσότητα του σπέρματός τους είναι χαμηλότερη. Στους άνδρες της ομάδας της περιτοναϊκής κάθαρσης οι σωματικές δυσκολίες των σεξουαλικών διαταραχών είναι λιγότερες κι έτσι η γονιμότητα είναι μεγαλύτερη, όπως επίσης και η πιθανότητα σύλληψης (Steele, Wuerth, Finkelstein, Juergensen, Juergensen, Kliger, Finkelstein, 1996).

Η προαναφερθείσα έρευνα των Chen, Wu, Wang & Jaw (2003) σε άτομα που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση υποστηρίζει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν σχετίζονταν τόσο με τα οργανικά προβλήματα όσο με τα ψυχοκοινωνικά, όπως η ανεργία. Η έρευνα των Tanaka, Morimoto, Tashiro, Hori, Katafuchi, Fujimi (1999) πραγματοποιήθηκε με στόχο να αναγνωριστούν τα χαρακτηριστικά των ψυχολογικών προβλημάτων και η σημασία τους στους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση. Γι' αυτό αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο τα ψυχολογικά προβλήματα επηρεάζονται από τους κοινωνικούς και σωματικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, η νεύρωση, τα κλινικά χαρακτηριστικά άγχους και η κλινική κατάσταση άγχους συσχετίζονταν πολύ περισσότερο με τους *σωματικούς* παράγοντες παρά με τους ψυχοκοινωνικούς σε αντίθεση με την κατάθλιψη, στην οποία περισσότερο οι *κοινωνικοί* παράγοντες παρά οι σωματικοί συσχετίζονταν θετικά με την εκδήλωση της κατάθλιψης.

Παρόλο που *όλοι* οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία σε πιθανή αδιαφορία του κοινωνικού τους περιγύρου για την κατάστασή τους και έχουν ανάγκη τη συμπαράσταση, την κατανόηση και το ενδιαφέρον του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Τσελέπης, 2000b), εντούτοις οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση τείνουν να βασίζονται πολύ περισσότερο στην κοινωνική υποστήριξη για να επιλύσουν τα προβλήματά τους και έχουν αυξημένη την ανάγκη για περισσότερη

κοινωνική και οικογενειακή στήριξη (Cormier-Daigle & Stewart, 1997). Η εξάρτηση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η απώλεια ελέγχου της κατάστασης τους οδηγούν στο να παρουσιάζουν ορισμένα στοιχεία που εκφράζουν ψυχολογική δυσφορία, όπως για παράδειγμα αϋπνία το προηγούμενο βράδυ και αυξημένη ανάγκη για συντροφιά. Αλλά έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις ασθενών που παρουσίαζαν εσκεμμένες εκδηλώσεις εμετού κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, συχνά ως μέσο χειρισμού του προσωπικού (Shea, Bogdan, Freeman & Shreiner, 1965).

Η αυξημένη ανάγκη των αιμοκαθαιρόμενων για την «εξωτερική» στήριξη διαφαίνεται από την έρευνα των Kovac - Parel - Peterson - Kimmel, 2002) αναφορικά με την κατάθλιψη, κοινωνική στήριξη και αντίληψη ικανοποίησης με το προσωπικό αιμοδιάλυσης. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών με τη φροντίδα και τα επίπεδα καταθλιπτικού δεσμού. Βρέθηκε όμως σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και της φροντίδας τους από τον νεφρολόγο τους και της παρουσίας του κατά τη διαδικασία διάλυσης. Οι ασθενείς που ήταν λιγότερο ευχαριστημένοι με τον νεφρολόγο τους είχαν χειρότερη νοσηλεία κατά την αιμοκάθαρση. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν όχι μόνο την ανάγκη των αιμοκαθαιρόμενων για ευρύτερη κοινωνική στήριξη, αλλά την ανάγκη της εναπόθεσης της ίδιας της ζωής τους στα χέρια των «σημαντικών» άλλων, αυτών με «κύρος» και «δύναμη», όπου ο ασθενής νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη στις γνώσεις και τις δυνατότητες των «σημαντικών». Το γεγονός αυτό μπορεί να προέρχεται από τουλάχιστον δύο αιτίες (υπόθεση δική μας):

1. Της «ιατρικοποίησης» της υγείας και της ασθένειας και της «πολιτικοποίησης» του σώματος, όπου η επιβίωσή του (του σώματος) εξαρτάται σχεδόν πλήρως από τους επαγγελματίες γιατρούς, η οποία η αντίληψη κυριαρχεί τους τελευταίους δύο αιώνες, σώζοντας ζωές, από τη μια, και αφαιρώντας το δικαίωμα του ελέγχου από την πλευρά του ασθενούς, από την άλλη (Nettleton, 2002).

2. Της ιδιοσυγκρασίας του ίδιου του ατόμου με ελλιπή συγκρότηση του Εγώ, όπου η εξάρτηση από τον «σημαντικό» άλλο (ειδικά τη μητέρα) αναβιώνει στην ασθένεια (Ποταμιάνου, 1999). Επίσης, σύμφωνα με τον Parsons (1951) (αναφ. στους Adam & Herzlich, 1999) ο ρόλος του ασθενή προσφέρει και δευτερογενή οφέλη, όπως το προνόμιο της εξαίρεσης από συνηθισμένες ευθύνες απέναντι στην εργασία ή στην οικογένεια και της απαλλαγής από την ευθύνη της κατάστασης του ατόμου.

Όπως φαίνεται από τα μέχρι στιγμής προαναφερθέντα δεδομένα, ο πληθυσμός των ασθενών με τη συγκεκριμένη χρόνια πάθηση αντιμετωπίζει πολλαπλά σωματικά και

ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία χρήζουν περαιτέρω έρευνας, ώστε να σχηματιστεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των επιπτώσεων της νόσου, αλλά και των προϋπαρχόντων συνθηκών που ίσως διευκόλυναν την εκδήλωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, γεγονός το οποίο, όπως πιστεύουμε, θα μπορέσει να επιτευχθεί με τη διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των συγκεκριμένων ασθενών, χωρίς αυτό, σε καμιά περίπτωση, να σημαίνει ότι ευελπιστούμε να συμπεριληφθούν όλοι οι πιθανοί προβληματισμοί που αφορούν στην αναφερομένη νόσο.

B. H EPEYNA

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, όχι απλώς ως μια περιγραφή των βασικών σημείων που συναντώνται σ' αυτή την ομάδα ως γενικές συνιστώσες που τη χαρακτηρίζουν, ούτε και μόνο τις προτάσεις για τη βελτίωση της προσαρμογής των πασχόντων στην κατάσταση της υγείας τους για να αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσής τους. Αυτό που έχει τη μεγαλύτερη βαρύτητα, κατά τη γνώμη μας, είναι το ότι η ανάλυση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών, και ιδιαίτερα αυτών της ομάδας των αιμοκαθαιρόμενων, η επίγνωση των κοινών στοιχείων της, άρα και των παραγόντων κινδύνου, στοχεύει στην *πρόληψη και στην ψυχοκοινωνική παρέμβαση*, που είναι και το κύριο μέλημα της επιστήμης της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας.

Για τη διερεύνηση των υποθέσεων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν η ποιοτική και η ποσοτική έρευνα.

Στην πιλοτική έρευνα των διαφορών στην αντίδραση και στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου των ασθενών που χρησιμοποιούν διαφορετικές μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση), δόθηκε έμφαση στη συνέντευξη βάθους της ποιοτικής ανάλυσης, υποστηρίζοντας την τριγωνική προσέγγιση στην έρευνα πεδίου. Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένας ημιδομημένος οδηγός, ο οποίος μας έδωσε τη δυνατότητα να διερευνήσουμε το λόγο των υποκειμένων, μέσω του οποίου αναδύονται οι στάσεις, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, τα συναισθήματα και οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων των υποκειμένων αναφορικά με το συγκεκριμένο γεγονός - αυτό της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου.

Τα δεδομένα της ποιοτικής ανάλυσης, χωρίς να χάνουν την προαναφερθείσα αξία τους, μπορούν να αναλυθούν και ποσοτικά, προκειμένου να γενικευτούν τα αποτελέσματα αυτά στον πληθυσμό, καθώς η κάθε μελέτη περίπτωσης περιέχει όχι μόνο το παρελθόν, αλλά και στοιχεία του μέλλοντος των υποκειμένων (Ferrarotti, 1987).

Στην παρούσα διατριβή, παρουσιάζονται αρχικά τέσσερις περιπτώσεις ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου, ήτοι: δύο περιπτώσεις των ασθενών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης (ανδρός - γυναίκας) και δύο περιπτώσεις των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (ανδρός - γυναίκας).

Στη συνέχεια, οι προβληματισμοί που προέκυψαν από τα παρατηρούμενα στοιχεία των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού στην Κρήτη (δηλαδή ο μεγαλύτερος αριθμός των

ασθενών που προτιμούν τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, αν και η περιτοναϊκή κάθαρση προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής σ'εκείνους που τη χρησιμοποιούν), οδήγησαν στην προσπάθεια διερεύνησης των λόγων της πιθανής προτίμησης των ίδιων των πασχόντων της μιας μεθόδου αντί της άλλης.

Έτσι, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ανοικτές ερωτήσεις βασισμένο στο ερωτηματολόγιο IMIS (L'Investigateur Multistade de l'Indetite Sociale) των Zavalloni και Louis-Guerin (1996), διά του οποίου δίδεται έμφαση στο λόγο των υποκειμένων. Κάθε φορά που παράγονται ή λαμβάνονται λέξεις, σκέψεις, ιδέες από τα υποκείμενα, ενεργοποιούνται στην περιφέρεια της συνείδησης, ως σκέψη βάθους, συναισθηματικά και αναπαραστατικά στοιχεία, βρισκόμενα σε μια σχέση αλληλεπίδρασης και ανταλλαγής με την ψυχο-οικολογία, που λειτουργεί ως μια δυναμική ενέργεια εκεί που συναντώνται ο εσωτερικός με τον κοινωνικό πολιτισμικό χώρο των ερωτώμενων (Ρήγα & Τριανταφυλλίδου, 1996).

Η ποσοτική ανάλυση των 25 ερωτηματολογίων των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών βοήθησε στη διερεύνηση των στάσεων των υποκειμένων προς τη μια ή την άλλη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης και των λόγων της προτίμησής τους για τη συγκεκριμένη μέθοδο (της αιμοκάθαρσης).

Το επόμενο στάδιο της έρευνας περιλάμβανε τη δημιουργία ερωτηματολογίων με κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις για να διερευνηθεί η ψυχοκοινωνική ταυτότητα της συγκεκριμένης ομάδας - αυτής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (περίπτωση της Κρήτης), οι αντικειμενικές και οι υποκειμενικές της πλευρές, οι στάσεις, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και τα συναισθήματα των υποκειμένων αναφορικά με τα θέματα της υγείας και της ασθένειας.

Ο σκοπός αυτής της διερεύνησης ήταν η ανεύρεση κοινών στοιχείων (εάν υπάρχουν) που συνιστούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με απώτερο στόχο τη δυνατότητα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Χορηγήθηκαν 127 ερωτηματολόγια σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς για την ανάλυση των οποίων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS13 και, συγκεκριμένα, τα παρακάτω κριτήρια και τεχνικές του προγράμματος αυτού:

1. Μορφολογική ανάλυση του δείγματος - επιτρέπει το σχηματισμό μιας γενικής εικόνας της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των συγκεκριμένων ασθενών.

2. Μη παραμετρική ανάλυση των μεταβλητών - εφαρμόζεται στις περιπτώσεις των μεταξύ τους συσχετίσεων των κατηγοριών μιας μεταβλητής για να διερευνηθεί κατά πόσο είναι και σε ποιο επίπεδο πιθανότητας ίσες στον πληθυσμό.

3. Παραμετρική ανάλυση των μεταβλητών (μέθοδος χ^2) - επιτρέπει τη συσχέτιση των μεταβλητών για την εξέταση της ύπαρξης ή μη των στατιστικά σημαντικών στοιχείων ανάμεσά τους και την πρόβλεψη αναμενόμενων αποτελεσμάτων αναφορικά με τον πληθυσμό.

Οι παραδοχές της μεθόδου αυτής, προκειμένου να εφαρμοστεί στην πράξη, είναι οι εξής:

α) Ύπαρξη τυχαίου δείγματος.

β) Ανεξαρτησία παρατηρήσεων.

γ) Ύπαρξη το πολύ 20% των κελιών του πίνακα (Crosstabs) που να έχουν αναμενόμενη συχνότητα κάτω από το 5.

δ) Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να κυμαίνεται από 25 μέχρι 250 υποκείμενα (Ρούσσοι, Τσαούσης, 2002, Δαφέρμος, 2005).

4. Προσομοιωτικές μέθοδοι - Exact και Monte Carlo - προτιμώνται στις περιπτώσεις αδυναμίας εφαρμογής του χ^2 , κι ακόμη στις περιπτώσεις όπου οι πληθυσμοί είναι μικροί σε μέγεθος ή, τέλος, η ανάλυση απαιτεί μεγάλη ακρίβεια.

5. Correspondence analysis (παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών) - επιτρέπει την αναγωγή στα δομικά του στοιχεία του στατιστικού υλικού που πρέπει να μελετηθεί μετά τη στατιστική ανάλυση.

Έτσι, το όφελος είναι τόσο ποιοτικό, όσο και ποσοτικό (Μπεχράκης, 1999).

Αναλυτικά, τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στο επόμενο κεφαλαίο.

Για τις ανάγκες της έρευνας διατυπώθηκαν ορισμένες υποθέσεις, οι οποίες εξετάζουν κάποιες διαστάσεις της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας και αναφέρονται σε προβληματισμούς της ερευνήτριας βάσει των υπαρχόντων δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας και των παρατηρήσεων της ίδιας στη διάρκεια της πρακτικής της άσκησης στο Τμήμα Τεχνητού Νεφρού.

Υπόθεση 1. Μέθοδος προτίμησης.

Η σύγκριση των μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης αναφορικά με τη φυσική και τη ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και, γενικά, με την ποιότητα ζωής των

ασθενών, έχει γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών (Barrett *et al.*, 1990, Julius *et al.*, 1989, Diach-Buxo *et al.*, 2000, Wu *et al.*, 2004).

Σειρά ερευνών υποστηρίζει ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση από τους περιτοναϊκούς πάσχοντες (Barrett *et al.*, 1990, Julius *et al.*, 1989, Diach-Buxo *et al.*, 2000) και έχουν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία (Wu *et al.*, 2004). Στη διάρκεια, όμως, της αιμοκάθαρσης, αρκετές φορές νιώθουν πονοκέφαλο, ναυτία, κράμπες, κόπωση και η πίεσή τους παρουσιάζει τόσο χαμηλές τιμές που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια αισθήσεων (Dow-Nelson, 2005, Thomas, 2003). Επιπλέον, τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν αυξημένη την ανάγκη της κοινωνικής υποστήριξης για να επιλύσουν τα προβλήματά τους (Cormier-Daigle & Stewart, 1997).

Οι ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση εμφανίζονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από τους αιμοκαθαιρόμενους (Griva, 2005), αλλά οι επιπλοκές της συγκεκριμένης κάθαρσης, οι πιο συχνές από τις οποίες είναι τα επεισόδια περιτονίτιδας, η κακή θρέψη, η απώλεια της υπερδιήθησης και οι μεταβολές της περιτοναϊκής μεμβράνης, συχνά είναι οι αιτίες της αποτυχίας της μεθόδου (Παπαδάκη & Βαργεμεζής, Οο *et al.*, 2005). Επίσης, στην περιτοναϊκή κάθαρση, η προσπέλαση (καθετήρας) που δημιουργείται στην κοιλιακή χώρα, επηρεάζει αρνητικά την αυτοεικόνα του ασθενή και τις ερωτικές του σχέσεις (Thomas, 2003). Έρευνες για τα κίνητρα επιλογής μεθόδου κατέδειξαν ότι οι ασθενείς *επιλέγουν* την περιτοναϊκή κάθαρση για λόγους αυτονομίας και αυτοελέγχου (Wuerth *et al.*, 2002). Οι ασθενείς που συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία, δεν αναπτύσσουν το αίσθημα της ανημπόριας (Martin & Thompson, 2001) και είναι πιο ικανοποιημένοι με τη φροντίδα της υγείας τους, πιθανόν λόγω της απουσίας του άγχους της εξάρτησης από το νοσηλευτικό προσωπικό (Dow-Nelson, 2005). Τα ποσοστά, όμως, των ασθενών που επιλέγουν την περιτοναϊκή κάθαρση μειώνονται σταδιακά σε Ευρώπη και Αμερική (John Hopkins Medical Institution, 2004).

Η υπόθεσή μας είναι ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς *εξ αρχής προτιμούν* την αιμοκάθαρση, γιατί *χρειάζονται* μεγαλύτερη κοινωνική και ιατρική στήριξη και *επιθυμούν* να διατηρήσουν αυτή την εξάρτηση από το φόβο της ανάληψης των ευθυνών της κατάστασής τους. Κι αυτό γιατί, εκτός από τη σιγουριά και ασφάλεια που νιώθουν οι ασθενείς στο χώρο του νοσοκομείου, υπάρχει η ανάγκη των ανθρώπων, όπως υποστηρίζει η Nettleton (2002), στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν τον εαυτό τους, να αποδεχθούν την «ετερότητα» της ασθένειας ως ξέχωρου πράγματος που συνέβη στο άτομο και για το οποίο το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο.

Επίσης, τα αίτια της προτίμησης των ασθενών της μεθόδου της αιμοκάθαρσης αντί της περιτοναϊκής κάθαρσης, αναμένεται να φανούν στο λόγο των υποκειμένων, μέσω του οποίου αναδύονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και τα συναισθήματα των ατόμων αναφορικά με ένα συγκεκριμένο γεγονός (Zavalloni & Luis-Guerin, 1996).

Υπόθεση 2. Φύλο και ΧΝΑ.

Βάση της βιβλιογραφίας, στην περίπτωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας παρατηρείται μια σαφής υπεροχή του ανδρικού φύλου (American Society of Nephrology, 1995-2002). Στην παρουσιαζόμενη έρευνα αναμένεται να επαληθευθούν τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνών σ' ό,τι αφορά τη συσχέτιση φύλου και εκδήλωσης της νεφρικής ανεπάρκειας.

Επίσης, θα γίνει προσπάθεια να εξεταστούν οι πιθανές ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ: οργανικό επίπεδο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επίδραση των γονεϊκών προτύπων και η αντίληψη του εαυτού μετά την έναρξη της νόσου.

Υπόθεση 3. Ηλικία και ΧΝΑ.

Σύμφωνα με την American Society of Nephrology(1998-2002), η συγκεκριμένη νόσος συσχετίζεται με την προχωρημένη ηλικία. Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι τα τελευταία χρόνια οι χρόνιες ασθένειες που ήταν το «προνόμιο» της τρίτης ηλικίας, παρουσιάζονται όλο και πιο συχνά στις νεότερες, «παραγωγικές» ηλικίες και ιδιαίτερα στον πληθυσμό των γυναικών (Νικολαΐδης-Benedetti,1981, Calvert, (2001). Επομένως, η υπόθεση της έρευνάς μας είναι ότι *πιθανόν* θα επαληθευθεί η διατύπωση αυτή στη δική μας περίπτωση και οι ηλικίες εκδήλωσης της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας θα είναι νεότερες από τη λεγομένη «τρίτη ηλικία».

Υπόθεση 4. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ΧΝΑ.

Όλες οι διαχρονικές έρευνες συμφωνούν στο συμπέρασμα ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά με την εκδήλωση *όλων* των χρόνιων ασθενειών (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Pilgrim-Rogers, 2004). Ο Ραβάνης (1995) υποστηρίζει ότι στα θέματα υγείας παρουσιάζονται σημαντικές κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές που άπτονται της κοινωνικής και επαγγελματικής προέλευσης του ατόμου. Η ασθένεια μπορεί να προκύψει από την αλληλεπίδραση των βιολογικών και των κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, το επάγγελμα και το κοινωνικό στρώμα του ατόμου, η

γεωγραφική καταγωγή, ο τόπος κατοικίας και η οικογενειακή κατάσταση. Στην έρευνά αυτή, διατυπώνοντας την υπόθεση για το θετικό συσχετισμό του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, θα διερευνηθεί ξανά το ορθό της υπόθεσης αυτής για την ομάδα ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Υπόθεση 5. Γονεϊκά πρότυπα.

Αναμένεται να υπάρχει στενή σχέση μεταξύ των γονεϊκών προτύπων λειτουργίας (κοινωνικών και βιολογικών) και των τρόπων λειτουργίας των υποκειμένων της έρευνας.

Η κοινωνική θέση των γονιών (επάγγελμα, μόρφωση κ.λπ.), αλλά και γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια (οικογενειακές σχέσεις, ασθένειες, θάνατοι) αναμένεται να έχουν αντίκτυπο στη ζωή των απογόνων (Ρήγα, 1997, McGoldrick-Gerson, 1999).

Υπόθεση 6. Ο Εαυτός και οι Άλλοι - διαφορές στο φύλο και στην ηλικία.

Τα άτομα «εκτιμούν» τον Εαυτό τους, κατά πρώτον, βασιζόμενα στη γνώμη ή στη φαντασίωση που έχουν για το πώς οι Άλλοι τα «εκτιμούν», αφού οι Άλλοι λειτουργούν ως καθρέφτης στον οποίο βλέπουν την εικόνα τους και, κατά δεύτερον, μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων με άλλα άτομα ίδια προς αυτά ή με σημαντικούς Άλλους (Wood, 1989). Σύμφωνα με τον Bordo (1990), το άτομο διακατέχεται από μια ισχυρή επιθυμία για αυτοεπιβεβαίωση, η οποία μεταφράζεται ως ανάγκη να σκέπτονται και να εκφράζονται οι Άλλοι θετικά προς το ίδιο, είτε πρόκειται για στοιχεία του χαρακτήρα του είτε για εξωτερικά χαρακτηριστικά του (Bordo, 1990).

Η υγεία στην καταναλωτική κοινωνία εξισώνεται με την επιτυχία (Herzlich, 1969) κι έτσι, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια, ο χρόνια άρρωστος τοποθετείται αυτόματα έξω από την ομάδα των «υγιών» κι, άρα, «πετυχημένων», βιώνοντας τραυματισμό της αυτοεικόνας του (Nettleton, 2002).

Η υπόθεσή μας, λοιπόν, είναι ότι:

α) Αναμένεται να υπάρχει διαφορά στα ποσοστά απαντήσεων των υποκειμένων αναφορικά με το πώς τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι, οι «υγιείς», μετά την έναρξη της ασθένειάς τους και με το πώς βιώνουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Δηλαδή θεωρούμε ότι τα περισσότερα υποκείμενα της έρευνας δεν θα αναφέρουν διαφορά στην αντιμετώπισή τους από τους άλλους μετά την έναρξη της χρόνιας πάθησης συγκριτικά με την πριν από την ασθένεια αντιμετώπισή τους, αλλά στην περιγραφή τους για το κατά πόσο τα ίδια νιώθουν διαφορετικά από τους άλλους, θα επιδείξουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων συγκριτικά με την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους.

Η διαφορά μεταξύ της εικόνας που αντιλαμβάνονται για τον εαυτό τους και της επιθυμητής - ιδεατής εικόνας που προβάλλεται είναι σαφώς μικρότερη στους ανθρώπους με υψηλή αυτοεκτίμηση από αυτήν των ατόμων με χαμηλή αυτοπεποίθηση (Moretti & Higgins, 1991). Θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε την πιθανή επίδραση των παραγόντων που συμβάλλουν στην αυτοεκτίμηση (επάγγελμα, μόρφωση κ.λπ.) στην εικόνα του Εαυτού των υποκειμένων της έρευνας μετά την έναρξη της ασθένειας και στην αντίδρασή τους προς αυτήν.

β) Επίσης, οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι αναμένεται να αναφέρουν περισσότερες αρνητικές αλλαγές στο χαρακτήρα τους και την αυτοεικόνα τους μετά την έναρξη της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας σε σύγκριση με τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό, καθώς φαινομενικά δέχονται μεγαλύτερο πλήγμα σ' ό,τι αφορά την *κοινωνική* τους ταυτότητα (επάγγελμα, κοινωνικές συναναστροφές κ.λπ.).

Στις γυναίκες αναμένεται λιγότερη αντίληψη της διαφορετικότητας του εαυτού, καθώς η ασθένεια δεν προκαλεί φαινομενικά τόσο ριζικές αλλαγές στη ζωή τους - η εργασία μπορεί να μειωθεί αλλά δεν διακόπτεται συνήθως, κοινωνικά οι γυναίκες στρέφονται περισσότερο «προς τα έξω», δηλαδή προς την οικογένεια, οπότε οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή λόγω της ασθένειας δεν προκαλούν τόσο μεγάλο πλήγμα όσο στους άνδρες, αλλά και γενικότερα είναι πιο εγκρατείς από αυτούς σε θέματα διατροφής, κατανάλωσης αλκοόλ κ.λπ.

γ) Αναμένεται, επίσης, οι νεότεροι ασθενείς (αυτοί της παραγωγικής ηλικίας) να βιώνουν μεγαλύτερη διαφορετικότητα συγκριτικά με τους αντίστοιχους ηλικιωμένους. Κι αυτό γιατί οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς (αυτοί της τρίτης ηλικίας) έχοντας «εκπληρώσει» το καθήκον της προσφοράς τους προς την οικογένεια και συνδέοντας την ηλικία τους με ασθένειες λόγω της φυσιολογικής φθοράς του οργανισμού, αναμένεται να βιώνουν τον εαυτό τους λιγότερο διαφορετικό από τους άλλους συγκριτικά με την ομάδα νεότερων πασχόντων.

δ) Στις απαντήσεις των υποκειμένων για το εάν αισθάνονται ή όχι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, το εάν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ και στους λόγους που παραθέτουν οι ασθενείς γι' αυτήν την πεποίθησή τους, αναμένεται να φανούν οι κοινωνικές τους αναπαραστάσεις αναφορικά με το γεγονός της χρόνιας ασθένειας.

Κι αυτό γιατί η κοινωνικότητα είναι αυτή που κατασκευάζει την πραγματικότητα και ο νους κατασκευάζει την κοινωνικότητα (Zavalloni, 1996). Η βασική οργάνωση του νοητικού περιεχομένου, φορτισμένη συναισθηματικά και σχετιζόμενη με τις ομάδες, τα

πρότυπα ταυτότητας και τον εαυτό, δημιουργεί ένα τρίγωνο ταυτότητας, το οποίο υποδηλώνει τη δυναμική σχέση ανάμεσα στα τρία αυτά βασικά στοιχεία που δομούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα (Ρήγα, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.

Στη διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας και της υπόθεσης της σημαντικότητας των κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση και την πορεία της ασθένειας, διενεργήθηκαν στατιστικοί συσχετισμοί κοινωνικών και οργανικών συνιστωσών της έρευνας, για να εξεταστεί η ύπαρξη ή μη των στατιστικά σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στους 2 προαναφερόμενους παράγοντες που θα επιβεβαίωναν ή θα απέρριπταν τις αρχικές προβλέψεις.

Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω στατιστικά κριτήρια και τεχνικές του προγράμματος SPSS:

1. Μορφολογική ανάλυση του δείγματος.
2. Μέθοδος του Χ² με τις γνωστές παραδοχές του.
 - α) Ύπαρξη τυχαίου δείγματος.
 - β) Ανεξαρτησία παρατηρήσεων.
 - γ) Ύπαρξη το πολύ 20% των κελιών του πίνακα (Crosstabs) που να έχουν αναμενόμενη συχνότητα κάτω από το 5 ($p < 0,05$).
 - δ) Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να κυμαίνεται από 25 μέχρι 250 υποκείμενα (Ρούσσοι, Τσαούσης, 2002, Δαφέρμος, 2005).
3. Προσομοιωτικές μεθόδους - Exact και Monte Carlo.

Προτιμήθηκαν προσομοιωτικές μεθόδους στις περιπτώσεις αδυναμίας εφαρμογής του χ^2 , κι ακόμη στις περιπτώσεις όπου οι πληθυσμοί ήταν μικροί σε μέγεθος ή τέλος, η ανάλυση απαιτούσε μεγάλη ακρίβεια. Να σημειώσουμε εδώ ότι από τις δύο προσομοιωτικές μεθόδους που διαθέτει το πρόγραμμα SPSS (Exact, Monte Carlo), προτιμήθηκε η δεύτερη, διότι έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

 - α) δεν απαιτεί ηλεκτρονικούς υπολογιστές μεγάλης ισχύος, όπως η μέθοδος Exact,
 - β) τα αποτελέσματα που παρέχει τα διαθέτει σε σύντομο χρονικό διάστημα αναφορικά με την Exact,
 - γ) η ακρίβεια των αποτελεσμάτων δεν απέχει και πολύ από τη μέθοδο Exact.
4. Χρήση της Correspondence analysis (παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών) - των προγραμμάτων SPAD και SPSS.

5. Χρήση μη παραμετρικού χ^2 στις περιπτώσεις που έπρεπε να διαπιστωθεί εάν οι κατηγορίες μιας μεταβλητής ήταν και σε ποιο επίπεδο πιθανότητας ίσες στον πληθυσμό.

Αναλυτικά, τα ευρήματα των τριών σταδίων της έρευνας έχουν ως εξής:

ΣΤΑΔΙΟ Ι (ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ).

5.1. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΧΝΑ (ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ) ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΔΥΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΤΗΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ). ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.

Στο πρώτο στάδιο της έρευνας πραγματοποιήθηκε η χορήγηση και η ανάλυση τεσσάρων ημιδομημένων συνεντεύξεων των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ο σκοπός της πιλοτικής έρευνας ήταν αρχικά μια πρώτη προσέγγιση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των υποκειμένων και η εντόπιση τυχόν διαφορών των ψυχολογικών επιπτώσεων της κάθε μεθόδου στους ασθενείς και η διατύπωση των υποθέσεων της κύριας έρευνας.

Βάσει του θεματικού οδηγού, πραγματοποιήθηκε ποιοτική ανάλυση δύο συνεντεύξεων των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (ανδρός-γυναίκας) και δύο συνεντεύξεων των ασθενών που ακολουθούν τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης (ανδρός-γυναίκας). Οι κύριοι άξονες του θεματικού οδηγού (Παράρτημα Ι) ήταν:

1. Δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και τόπος μόνιμης διαμονής).
2. Οργανική εικόνα της νόσου (ηλικία έναρξης, ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ, μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης που εφαρμόζεται, γνώμη για τη μέθοδο αυτή, λόγοι της γνώμης αυτής, εμπειρία χρήσης εναλλακτικής μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης, γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο και λόγοι της γνώμης αυτής).
3. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας (αλλαγή στον επαγγελματικό τομέα, αλλαγή της οικονομικής κατάστασης, αλλαγή στις οικογενειακές σχέσεις, αλλαγή στις σχέσεις με τους άλλους, αλλαγή στις στάσεις των άλλων προς τους ασθενείς μετά την έναρξη της νόσου).
4. Ψυχολογικές προεκτάσεις της ασθένειας (χαρακτήρας των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της ΧΝΑ, συναισθήματα των ασθενών πριν και μετά την εκδήλωση της νόσου).
5. Το μέλλον (αισιόδοξη ή απαισιόδοξη στάση).

5.1.1. ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ.

Στην πρώτη φάση της ανάλυσης των δεδομένων της πιλοτικής έρευνας, οι συνεντεύξεις χωρίστηκαν σε θεματικές ενότητες, βάσει των ενοτήτων του θεματικού οδηγού, οι οποίες παρατίθενται στο Παράρτημα Ι.

Στη συνέχεια, από τις ενότητες αυτές απομονώθηκαν λέξεις-κλειδιά για την κάθε ενότητα (βάσει του λόγου των υποκειμένων), στις οποίες δόθηκαν θετικοί αριθμοί, για την πραγματοποίηση της περαιτέρω έρευνας, στην οποία χρησιμοποιήθηκε η παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών (Correspondence analysis του προγράμματος SPAD), με σκοπό την ευκολότερη ανάγνωση των αποτελεσμάτων, καθώς το στατιστικό αποτέλεσμα μπορεί να αποτυπωθεί σε ένα διάγραμμα.

5.1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΩΝ.

Με την εφαρμογή των πολυδιάστατων μεθόδων, όπως είναι η παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών, το όφελος είναι τόσο ποιοτικό, όσο και ποσοτικό, αφού το στατιστικό υλικό που πρέπει να μελετηθεί μετά τη στατιστική ανάλυση έχει αναχθεί στα δομικά του σημεία. Είναι ποσοτικό, γιατί έχουμε συνοψίσει την πληροφορία. Είναι ποιοτικό, γιατί είναι ποιοτικά διαφορετικό να μελετάται η κάθε μεταβλητή ξεχωριστά ή οι μεταβλητές ανά δύο, από το να μελετάται η κάθε μεταβλητή ως προς το σύνολο των διασυνδέσεων της με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές. Η μόνη προϋπόθεση της μεθόδου είναι η ύπαρξη ενός αρχικού πίνακα θετικών αριθμών (Μπεχράκης, 1999).

Στα παραγοντικά διαγράμματα που παρατίθενται πιο κάτω, δύο παραγοντικοί άξονες ορίζουν ένα παραγοντικό επίπεδο.

Εάν δύο σημεία-γραμμές έχουν ίδια ή παρόμοια προφίλ, θα ταυτίζονται ή θα είναι γειτονικά στο παραγοντικό διάγραμμα.

Εάν δύο σημεία-στήλες έχουν ίδια ή παρόμοια προφίλ, θα ταυτίζονται ή θα είναι γειτονικά στο παραγοντικό διάγραμμα.

Ομοίως, εάν δύο σημεία-γραμμές ή δύο σημεία στήλες έχουν διαφορετικό προφίλ, θα είναι απομακρυσμένα στο παραγοντικό διάγραμμα.

Βάσει των προαναφερθέντων κανόνων της διεξαγωγής της παραγοντικής ανάλυσης των αντιστοιχιών, σχηματίστηκαν οι παρακάτω πίνακες που απεικονίζουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Σημειώνεται ότι τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων και η ηλικία έναρξης της ασθένειας (στις περιπτώσεις που είναι γνωστή) αναφέρονται σε κάθε πίνακα της ανάλυσης. Σημειώνεται επίσης, ότι αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, όλα τα

υποκείμενα ήταν παντρεμένα και γι' αυτό το στοιχείο αυτό δεν αναφέρεται στους παρατιθέμενους πίνακες, καθώς θεωρείται δεδομένο.

Οι πληροφορίες που αναφέρονται σε κάθε πίνακα, καλύπτουν την πρώτη ενότητα (δημογραφικά στοιχεία) και ένα μέρος της επόμενης ενότητας - οργανική εικόνα της νόσου (ηλικία έναρξης της ασθένειας).

Συνεπώς, αυτό δίδει τη δυνατότητα να προχωρήσουμε στην εξέταση των κατηγοριών των επόμενων εννοτήτων.

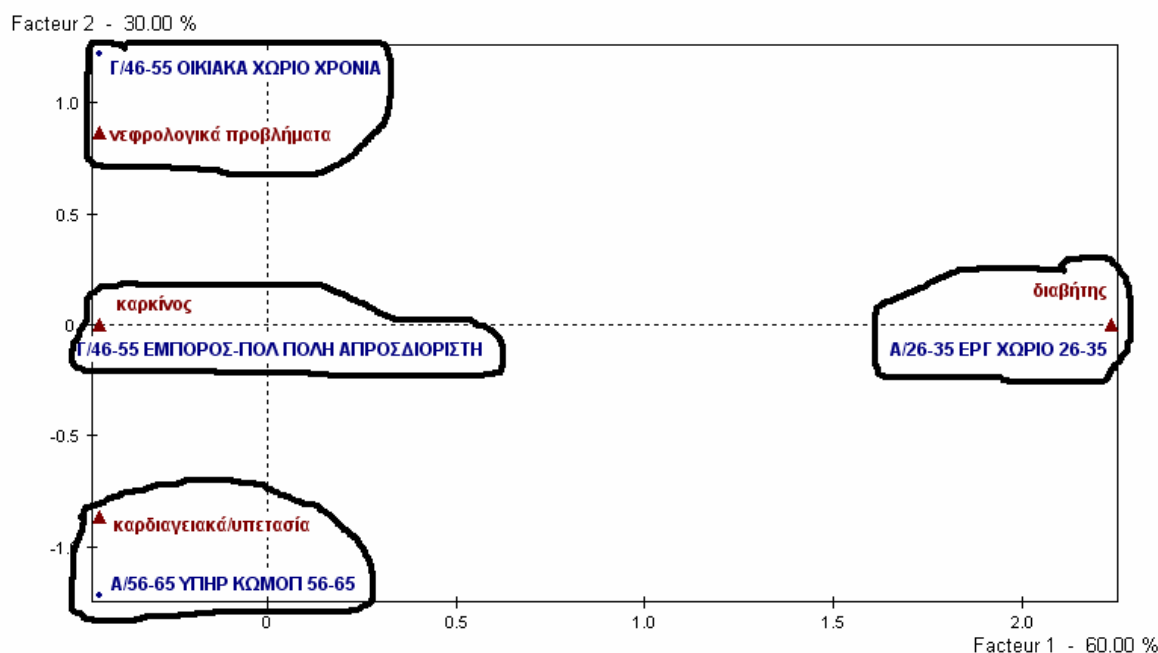
5.1.2.1. Οργανική εικόνα της νόσου.

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες: ηλικία έναρξης της ασθένειας, ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της νόσου, μέθοδος της εξωνεφρικής κάθαρσης όπως εφαρμόζεται σήμερα, άποψη των ασθενών για τη μέθοδο αυτή και την αιτιολογία της άποψής τους, εμπειρία χρήσης εναλλακτικής μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης, απόψεις για την εναλλακτική μέθοδο και αιτιολογία των απόψεων αυτών.

5.1.2.1^α. Υπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ.

Από τον πίνακα της ανάλυσης αντιστοιχιών 5.1.2.1^α φαίνεται ότι οι οργανικές διαταραχές πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ τελικού σταδίου που αναφέρουν τα υποκείμενα, έχουν διαφορετικό προφίλ και γι' αυτό είναι απομακρυσμένα μεταξύ τους στο παραγοντικό διάγραμμα. Έτσι, εμφανίζεται να υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές οργανικές διαταραχές πριν την έναρξη της ΧΝΑ τελικού σταδίου: νεφρολογικά προβλήματα, καρκίνος, καρδιαγγειακές διαταραχές / υπέρταση και διαβήτης. Καθώς τα σημεία αυτά δεν ταυτίζονται και δεν είναι γειτονικά μεταξύ τους ούτε ως σημεία-γραμμές ούτε ως σημεία-στήλες, το συμπέρασμα που ανακύπτει είναι ότι όχι μόνο είναι διαφορετικά αναφορικά με το είδος της οργανικής διαταραχής, αλλά δεν έχουν άλλο κοινό παράγοντα μεταξύ τους (π.χ. επάγγελμα, ηλικία έναρξης της ασθένειας), εκτός από τον παράγοντα της ηλικίας. Οι ηλικίες των 46-55 χρονών και η ηλικία των 56-65 χρονών τοποθετούνται στην ίδια στήλη, σε αντίθεση με την ηλικία των 26-35 χρονών, αλλά δεν ταυτίζονται και δεν είναι γειτονικά μεταξύ τους κι, άρα, δεν αποτελούν σημείο αναφοράς για την ομαδοποίηση των οργανικών διαταραχών βάσει της ηλικίας των υποκειμένων (Πίνακας Συμπτώματα πριν).

Πίνακας 5.1.2.1^α. Ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ



5.1.2.1β. Μέθοδος που εφαρμόζεται, γνώμη για τη μέθοδο και οι λόγοι της γνώμης αυτής.

Οι δύο ασθενείς (άνδρας-γυναίκα) βρίσκονται υπό αιμοκάθαρση, ενώ τα άλλα δύο υποκείμενα (άνδρας-γυναίκα) βρίσκονται υπό περιτοναϊκή κάθαρση.

Όλα τα υποκείμενα αναφέρουν τη θετική τους γνώμη για τη μέθοδο που εφαρμόζεται.

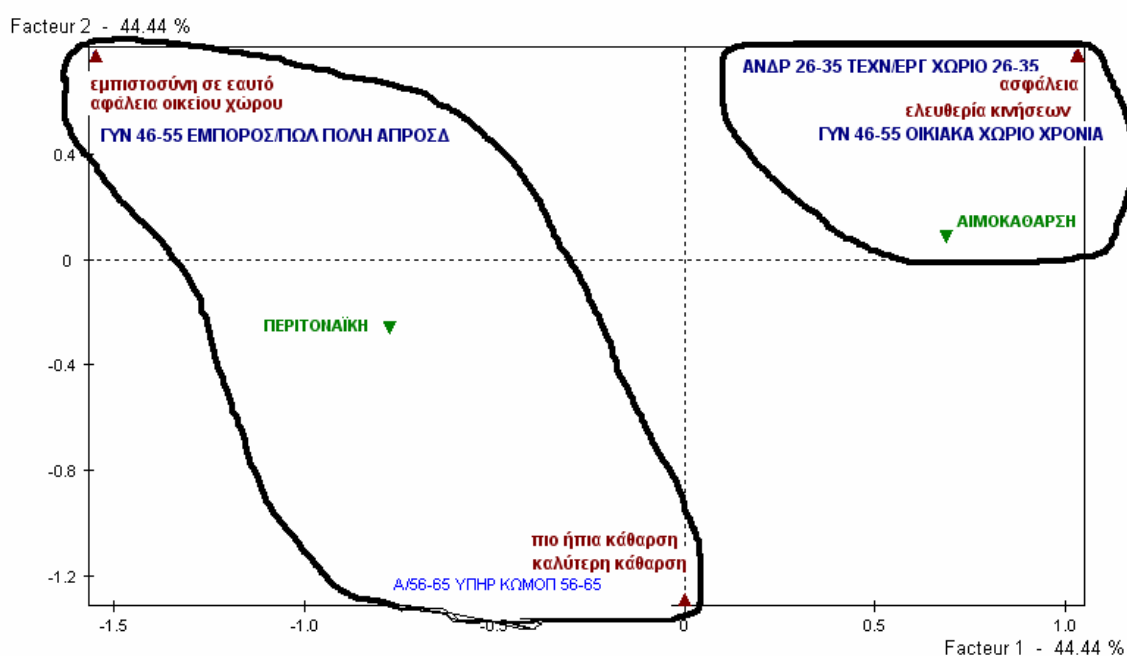
Σημειώνεται ότι το ένα υποκείμενο (άνδρας-56-65-υπηρεσίες-κωμόπολη-περιτοναϊκή) έχει την εμπειρία της εναλλακτικής μεθόδου.

Οι λόγοι της θετικής γνώμης των ασθενών που βρίσκονται υπό περιτοναϊκή κάθαρση για την εφαρμοζόμενη μέθοδο φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ τους, καθώς το ένα υποκείμενο (γυναίκα) αναφέρει την εμπιστοσύνη στον εαυτό και την ασφάλεια του οικείου χώρου, ενώ το άλλο υποκείμενο (άνδρας) δικαιολογεί τη γνώμη του με την καλύτερη ποιότητα και την ηπιότητα της περιτοναϊκής κάθαρσης σε σύγκριση με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Γι' αυτό, οι απαντήσεις των υποκειμένων, αν και βρίσκονται στην ίδια στήλη λόγω του κοινού σημείου που τους ενώνει - περιτοναϊκή κάθαρση - βρίσκονται απομακρυσμένα μεταξύ τους στον πίνακα που παρατίθεται.

Οι απαντήσεις των υποκειμένων υπό αιμοκάθαρση βρίσκονται στην ίδια στήλη και την ίδια γραμμή, δηλαδή ταυτίζονται μεταξύ τους, καθώς έχουν ένα κοινό παράγοντα που αναφέρουν και τα δύο υποκείμενα – την ασφάλεια που τους προσφέρει η μέθοδος της αιμοκάθαρσης.

Οι απαντήσεις των δύο υποκειμένων υπό αιμοκάθαρση βρίσκονται στην ίδια γραμμή, αν και είναι απομακρυσμένα μεταξύ τους, με την απάντηση του ενός υποκειμένου (γυναίκα) υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Είναι στην ίδια γραμμή, γιατί περιέχουν κοινό παράγοντα «ασφάλεια», αλλά είναι απομακρυσμένα εξ αιτίας των διαφορετικών λόγων της αίσθησης αυτής - της ασφάλειας του χώρου του νοσοκομείου και της παρακολούθησης των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στη μια περίπτωση, και της ασφάλειας του οικείου χώρου, στην άλλη (Πίνακας 5.1.2.1β –«λόγοι της θετικής άποψης για την εφαρμοζόμενη μέθοδο»).

Πίνακας 5.1.2.1β. Μέθοδος που εφαρμόζεται, γνώμη για τη μέθοδο και οι λόγοι της γνώμης αυτής

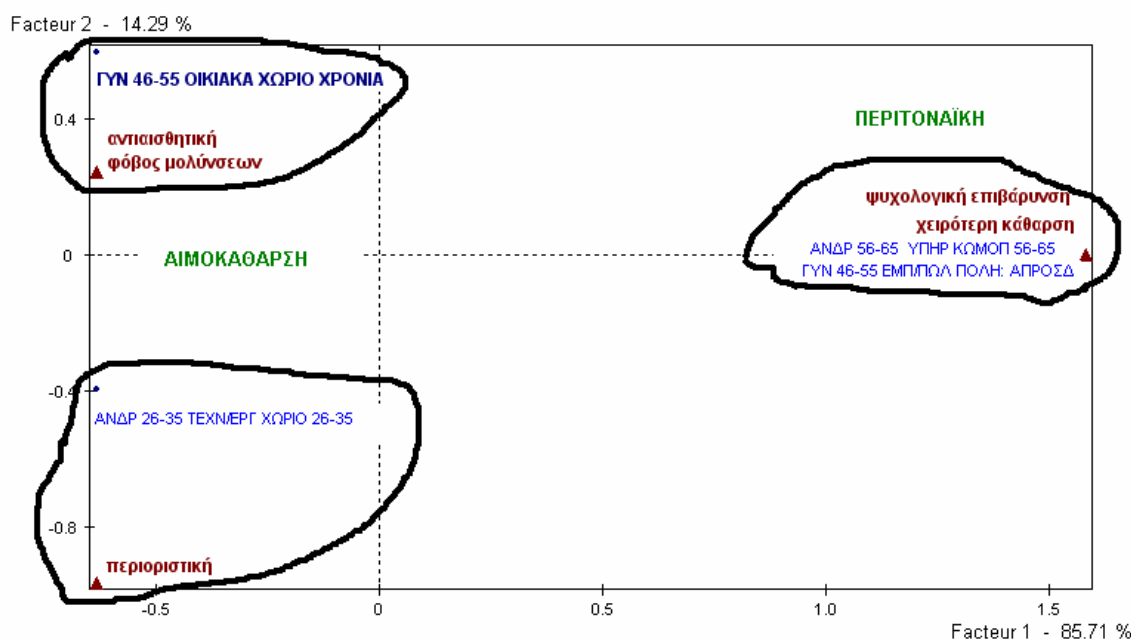


5.1.2.1γ. Γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο και οι λόγοι της γνώμης αυτής.

Η γνώμη και των τεσσάρων υποκειμένων για την εναλλακτική μέθοδο είναι αρνητική και οι λόγοι της γνώμης αυτής των υποκειμένων των δύο ομάδων ταυτίζονται μεταξύ τους, καθώς περιέχουν κοινό στοιχείο της άποψής τους.

Έτσι, οι αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς αναφέρουν το φόβο μόλυνσεων και την αντιαισθητικότητα της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης, ενώ τα υποκείμενα υπό περιτοναϊκή κάθαρση προβάλλουν την ψυχολογική επιβάρυνση στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ως αρνητικό στοιχείο της.

Πίνακας 5.1.2.1γ. Γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο και οι λόγοι της γνώμης αυτής



5.1.2.2. Κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις της ασθένειας.

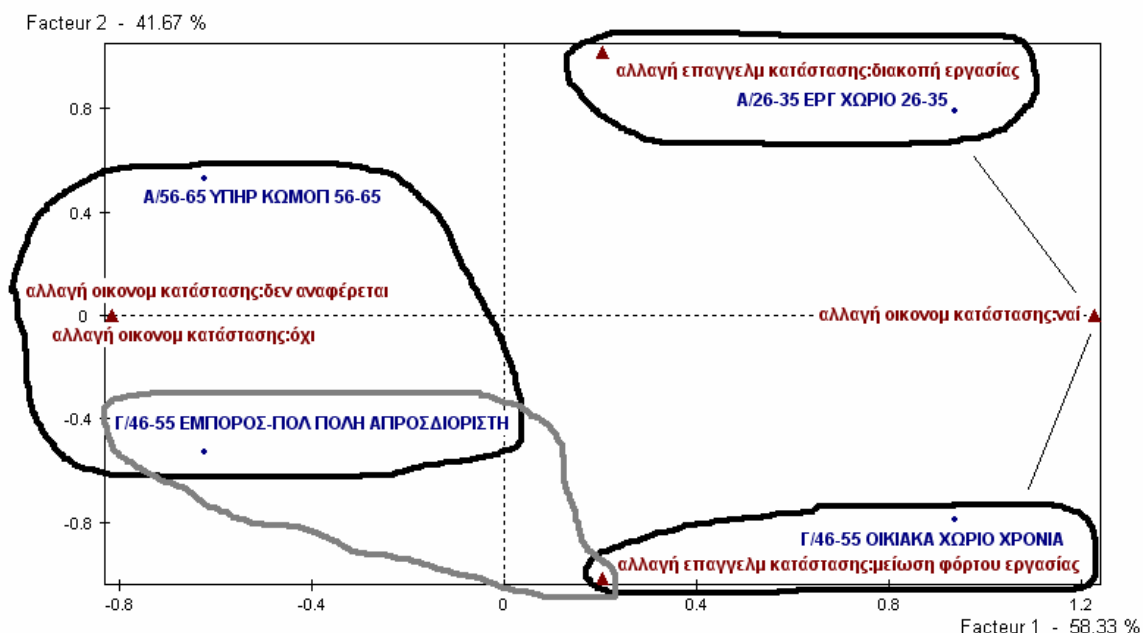
5.1.2.2.a. Αλλαγές στην επαγγελματική και στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Στην ίδια στήλη, αν και απομακρυσμένες, βρίσκονται οι απαντήσεις των υποκειμένων υπό αιμοκάθαρση, καθώς το κοινό σημείο είναι η αναφερόμενη από τους ασθενείς αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης μετά την εκδήλωση της χρόνιας νόσου. Απομακρυσμένες μεταξύ τους είναι λόγω της διαφορετικής φύσης των επαγγελματικών αλλαγών που βιώνουν τα υποκείμενα: έτσι, ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος αναφέρει τη διακοπή εργασίας, ενώ η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη τη μείωσή της.

Το κοινό σημείο των απαντήσεων των υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση είναι η απουσία της αλλαγής στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της νόσου, σε αντίθεση με τις δηλώσεις των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, ενώ στον επαγγελματικό τομέα δεν μπορεί να υπάρχει στοιχείο σύγκρισης, καθώς το ένα υποκείμενο (άνδρας) την περίοδο της εκδήλωσης της ΧΝΑ ήταν ήδη συνταξιούχος, και το άλλο υποκείμενο (γυναίκα) αναφέρει μείωση φόρτου εργασίας.

Η δήλωση της μείωσης του φόρτου εργασίας φαίνεται να είναι το κοινό στοιχείο των απαντήσεων των γυναικών, σε αντίθεση με τους άνδρες, που φαίνεται από την αναπαράσταση του πίνακα, όπου αυτές οι απαντήσεις γειτνιάζουν μεταξύ τους, χωρίς να βρίσκονται στην ίδια στήλη ή στην ίδια γραμμή.

Πίνακας 5.1.2.2.α. Αλλαγές στην επαγγελματική και στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ



5.1.2.2β. Οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.

Στην ίδια στήλη βρίσκονται οι απαντήσεις των τριών υποκειμένων της έρευνας – δύο ανδρών (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση), οι απαντήσεις των οποίων βρίσκονται και στην ίδια γραμμή, δηλαδή ταυτίζονται σε πολλά σημεία, και της γυναίκας υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Αυτό σημαίνει ότι σ’ αυτές υπάρχουν κοινά στοιχεία, αλλά και διαφορές, η ύπαρξη των οποίων φαίνεται στην απεικόνιση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης αντιστοιχιών.

Έτσι, αναφορικά με τις σχέσεις με τους άλλους (φίλοι, γνωστοί) μετά την έναρξη της ΧΝΑ, τα τρία υποκείμενα αναφέρουν την αδυναμία να ακολουθούν τον τρόπο ζωής των άλλων, λόγω κούρασης ή περιορισμών εξ αιτίας του ωραρίου εξωνεφρικής κάθαρσης, δηλαδή λόγω των επιπτώσεων της ασθένειας. Σε αντίθετη στήλη και απομακρυσμένη από τις γραμμές των απαντήσεων των προαναφερθέντων υποκειμένων, βρίσκεται η απάντηση της γυναίκας υπό αιμοκάθαρση, η οποία δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία αλλαγή στις σχέσεις με τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου.

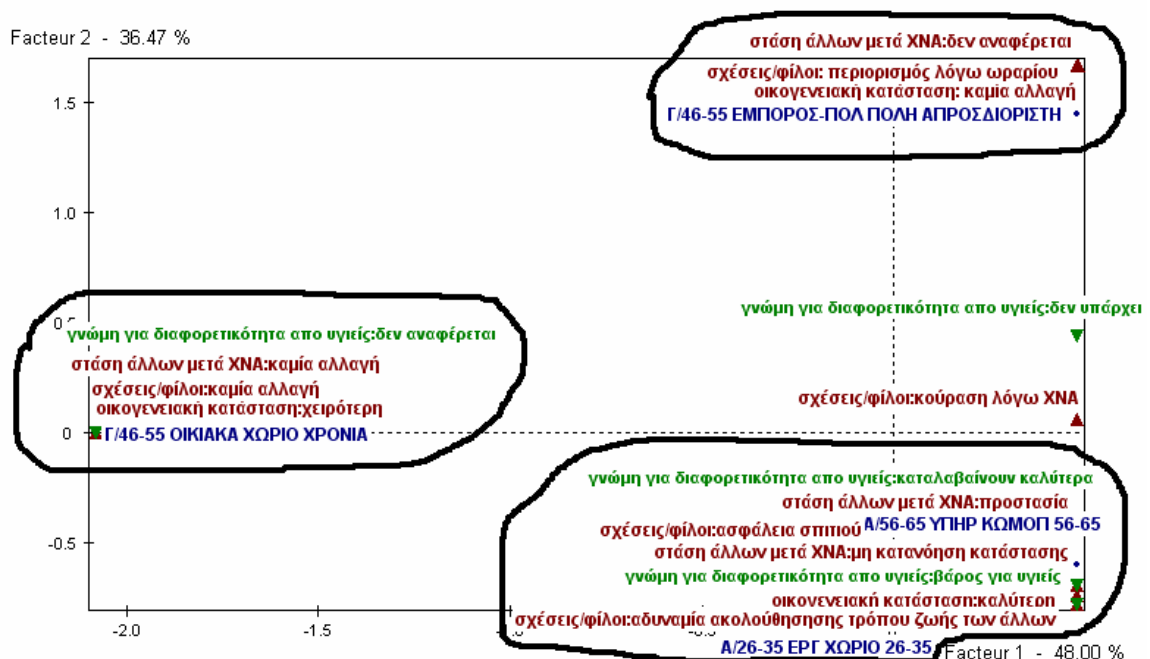
Οι απόψεις των δύο υποκειμένων (άνδρας και γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) για τη διαφορετικότητα των νεφροπαθών από τους άλλους συμπίπτουν μεταξύ τους - «δεν υπάρχει», ενώ το τρίτο υποκείμενο (άνδρας υπό αιμοκάθαρση) αναφέρει ότι είναι βάρος

για τους υγιείς. Το τέταρτο υποκειμένο (γυναίκα υπό αιμοκάθαρση) δεν αναφέρει την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους.

Οι απόψεις των τεσσάρων υποκειμένων για την αλλαγή της στάσης των άλλων προς αυτούς μετά την έναρξη της νόσου διαφέρουν μεταξύ τους: ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος αναφέρει την εκδήλωση προστασίας από τους άλλους προς αυτόν μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ο άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση δηλώνει τη μη κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς από τους φίλους τους, ενώ οι απαντήσεις των γυναικών ή δεν αναφέρουν την αλλαγή αυτή (γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) ή δηλώνουν την απουσία αλλαγής (γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη).

Το πιο καθοριστικό σημείο της ταύτισης των απόψεων των υποκειμένων ή των διαφορών ανάμεσα τους, είναι, κατά τη γνώμη μας, οι απαντήσεις των υποκειμένων αναφορικά με την αλλαγή των οικογενειακών σχέσεων μετά την έναρξη της ασθένειας: οι απαντήσεις των ανδρών (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση) αναφέρουν τη βελτίωση των σχέσεων αυτών. Η μια γυναίκα-υποκειμένο (περιτοναϊκή κάθαρση) δεν αναφέρει καμία αλλαγή, ενώ η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη δηλώνει επιδείνωση της οικογενειακής της κατάστασης.

Πίνακας 5.1.2.2β. Οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.



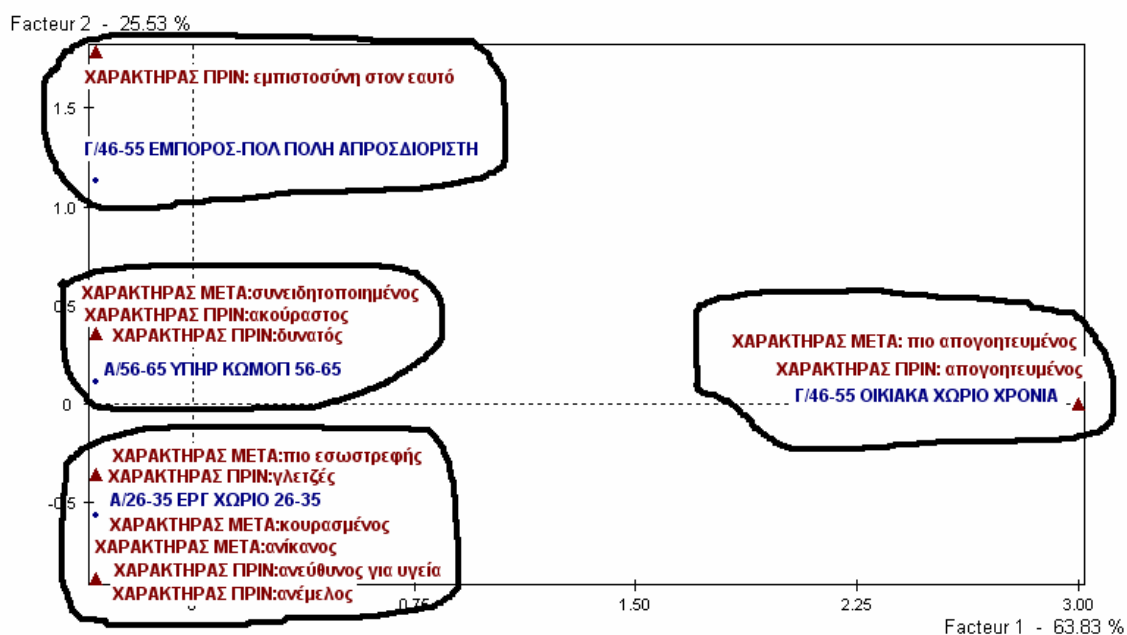
5.1.2.3. Ψυχολογικές προεκτάσεις της ασθένειας.

5.1.2.3^α. Ο χαρακτήρας των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Στην ίδια στήλη, αλλά όχι στην ίδια γραμμή, βρίσκονται οι απαντήσεις για τις αλλαγές του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ασθένειας των τριών υποκειμένων της έρευνας (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση, γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση), καθώς και στις τρεις περιπτώσεις το κοινό σημείο είναι ο χαρακτηρισμός «δυνατός /ή» και «ακούραστος /η». Οι δύο άνδρες, όμως, χρησιμοποιούν και τη λέξη «γλεντζές» για την περιγραφή του χαρακτήρα τους πριν την έναρξη της ασθένειας, ενώ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση προσθέτει τη λέξη «εμπιστοσύνη στον εαυτό». Το βασικό στοιχείο της ένταξης των απαντήσεων των υποκειμένων στην ίδια στήλη φαίνεται να είναι, σε γενικές γραμμές (ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος αναφέρει και την ανευθυνότητα για την υγεία), η θετική περιγραφή του εαυτού πριν την έναρξη της ΧΝΑ, σε αντιδιαστολή με την απάντηση της γυναίκας αιμοκαθαιρόμενης για τον χαρακτήρα της πριν την εκδήλωση της ασθένειας, που τον χαρακτηρίζει «απογοητευμένο» και την τοποθετεί στην αντίθετη στήλη του διαγράμματος.

Στις απαντήσεις τριών υποκειμένων (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση, γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) για τις αλλαγές του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της νόσου, εμφανίζεται κοινό στοιχείο «πιο συνειδητοποιημένος /η», αλλά και στις απαντήσεις των δύο ανδρών υπάρχει και η δήλωση «πιο εσωστρεφής», πράγμα που δεν αναφέρεται από τις γυναίκες - υποκείμενα. Στην αντίθετη στήλη βρίσκεται η απάντηση της γυναίκας αιμοκαθαιρόμενης, η οποία αναφέρει τον χαρακτηρισμό «πιο απογοητευμένος» για την περιγραφή των αλλαγών του χαρακτήρα της μετά την εκδήλωση της νόσου.

Πίνακας 5.1.2.3^α. Ο χαρακτήρας των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της ΧΝΑ.



5.1.2.3β. Συναισθήματα των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

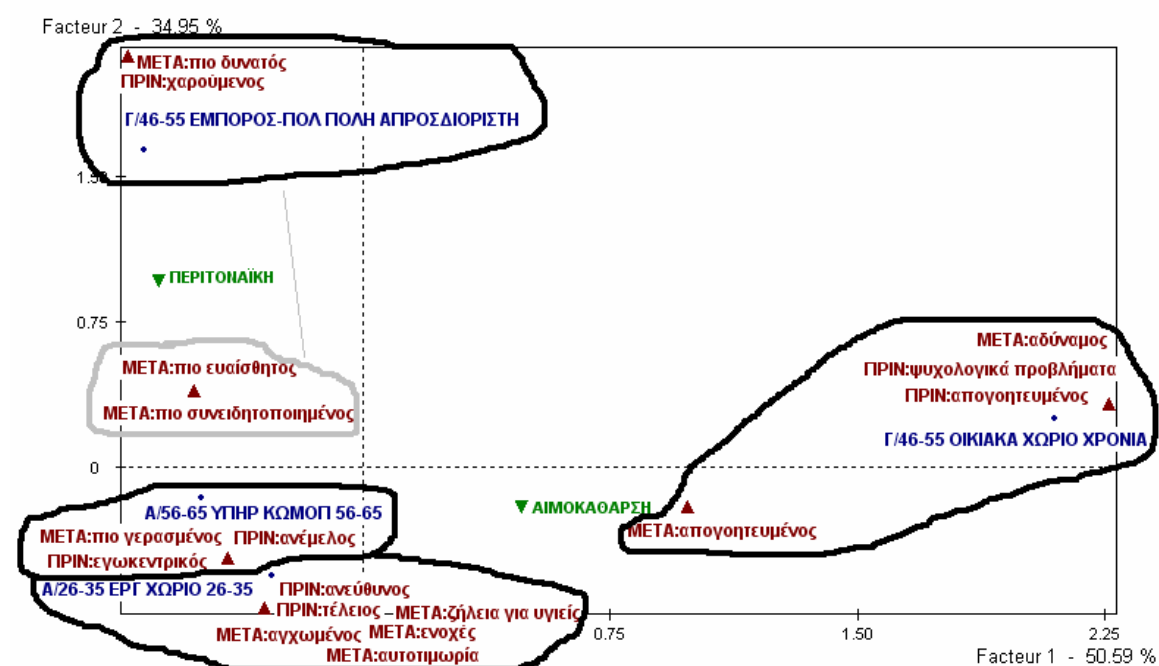
Οι απαντήσεις των δύο ανδρών - υποκειμένων για τα συναισθήματά τους πριν την έναρξη της ΧΝΑ περιέχουν δύο κοινά στοιχεία - τις λέξεις «ανέμελος» και «εγωκεντρικός». Ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος προσθέτει και χαρακτηρισμούς «τέλειος» και «ανεύθυνος για την υγεία», ενώ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση, περιγράφοντας τα συναισθήματά της πριν την έναρξη της νόσου, αναφέρει μόνο τον χαρακτηρισμό «χαρούμενη». Σε γενικές γραμμές, όμως, οι απαντήσεις των τριών υποκειμένων είναι θετικές, σε αντιδιαστολή με την απάντηση της γυναίκας αιμοκαθαιρόμενης, η οποία για την περιγραφή των συναισθημάτων της πριν την έναρξη της ΧΝΑ αναφέρει την απογοήτευσή της καθώς και την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων.

Στις απαντήσεις των υποκειμένων για τα συναισθήματά τους μετά την έναρξη της νόσου, υπάρχουν δύο κοινά στοιχεία, που στις τρεις περιπτώσεις (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση, γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) είναι οι λέξεις «πιο συνειδητοποιημένος /η» και «πιο ευαίσθητος /η». Και οι δύο άνδρες προσθέτουν τον χαρακτηρισμό «πιο γερασμένος», ενώ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση αναφέρει ότι αισθάνεται «πιο δυνατή».

Από τις τρεις περιπτώσεις, ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος αναφέρει περισσότερους αρνητικούς χαρακτηρισμούς των συναισθημάτων του μετά την έναρξη της νόσου, χρησιμοποιώντας τους χαρακτηρισμούς «απογοητευμένος», «αγχωμένος», «ενοχές»,

«ζήλια προς τους υγείς», «αυτοτιμωρία». Η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη για την περιγραφή της αλλαγής των συναισθημάτων της χρησιμοποιεί μόνο τους αρνητικούς χαρακτηρισμούς - «αδύναμη», «απογοητευμένη». Έτσι, το κοινό σημείο των απαντήσεων των υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση για τη αλλαγή των συναισθημάτων τους μετά την έναρξη της νόσου εμφανίζεται να είναι η δήλωση «πιο ευαίσθητος /η» και «πιο συνειδητοποιημένος /η», ενώ στην περίπτωση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, η δήλωση «πιο απογοητευμένος /η».

Πίνακας 5.1.2.3β. Συναισθήματα των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της ΧΝΑ.



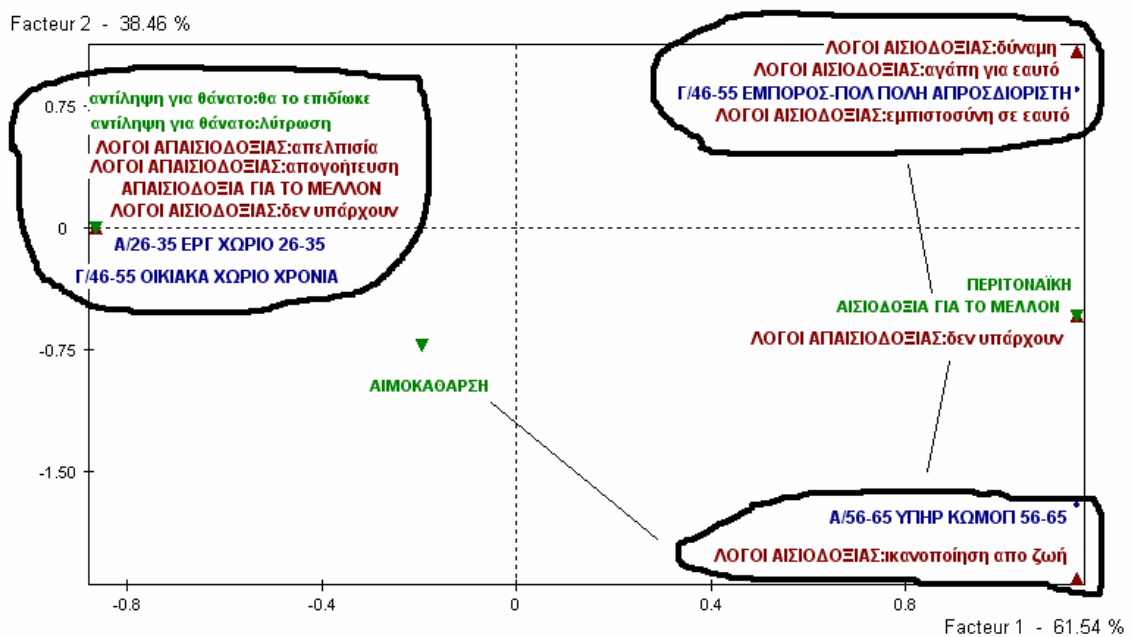
5.1.2.3γ. Η αντίληψη των ασθενών για το μέλλον τους (αισιοδοξία / απαισιοδοξία) και η στάση τους προς το θάνατο.

Στην ίδια στήλη, αλλά όχι στην ίδια γραμμή, καθώς οι λόγοι της αναφερόμενης γνώμης διαφέρουν, βρίσκονται οι απαντήσεις των δύο υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Και τα δύο υποκείμενα δηλώνουν αισιοδοξία για το μέλλον, καθώς, κατά τη γνώμη τους, δεν υπάρχει λόγος για απαισιοδοξία, και δεν φοβούνται το θάνατο. Τα υποκείμενα δικαιολογούν τη γνώμη τους αυτή με δύο διαφορετικά επιχειρήματα - «δύναμη» και «αγάπη για τον εαυτό» στη μια περίπτωση (γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) και «ικανοποίηση από τη ζωή» στη δεύτερη (άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση).

Στην αντίθετη στήλη και στην ίδια γραμμή, καθώς ταυτίζονται μεταξύ τους, βρίσκονται οι απαντήσεις των υποκειμένων υπό αιμοκάθαρση (άνδρας - γυναίκα), οι

οποίοι δηλώνουν απαισιόδοξοι για το μέλλον, προβάλλοντας ως λόγο της στάσης αυτής το ίδιο επιχείρημα - «απελπισία» και «απογοήτευση», θεωρώντας ότι δεν υπάρχουν λόγοι αισιοδοξίας. Και τα δύο υποκείμενα δηλώνουν ότι δεν φοβούνται το θάνατο, αλλά, σε αντιδιαστολή με το μη φόβο του θανάτου των υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση, οι λόγοι της στάσης αυτής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών είναι διαφορετικοί, καθώς και οι δύο δηλώνουν ότι θα το επιδίωκαν, θεωρώντας τον ως λύτρωση.

Πίνακας 5.1.2.3γ. Η αντίληψη των ασθενών για το μέλλον τους (αισιοδοξία / απαισιόδοξία) και η στάση τους προς το θάνατο.



ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ – ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑ.

5.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 25 υποκείμενα - 15 άνδρες και 10 γυναίκες, από τους οποίους το 48% διαμένουν μόνιμα στο Ρέθυμνο και το 52% στα χωριά του νομού Ρεθύμνης. Όλοι οι ασθενείς εφάρμοζαν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης, ενώ ορισμένοι από αυτούς είχαν την εμπειρία της εναλλακτικής μεθόδου, δηλαδή της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με ανοικτές ερωτήσεις όπου τα υποκείμενα καλούνταν να εκφράσουν τη γνώμη τους για τις δυο εναλλακτικές μεθόδους, να παραθέτουν τους λόγους της γνώμης αυτής, να αναφέρουν τα θετικά και τα αρνητικά της κάθε μεθόδου και να αναφέρουν τη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης που προτιμούν, δικαιολογώντας την προτίμησή τους.

Το δείγμα του ερωτηματολογίου παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙ.

Αναφορικά με το επάγγελμα, το 40% των υποκειμένων ήταν συνταξιούχοι, το επάγγελμα του αγρότη και λειτούργημα της νοικοκυράς καταλαμβάνουν αντίστοιχα από 16% του δείγματος, το 12% των υποκειμένων δηλώνουν άνεργοι και το ίδιο ποσοστό κατανέμεται σε άλλα επαγγέλματα πλην του αγρότη και της νοικοκυράς.

Το 50% των υποκειμένων ήταν έγγαμοι, το 32% ελεύθεροι και το 8% σε κατάσταση χηρείας.

Οι πίνακες της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος του ερωτηματολογίου παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙ του συγγράμματος με την αρίθμηση που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη ενότητα 5.2.

5.2.1. Ανάλυση των δεδομένων της έρευνας με την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου χ^2 .

Για την ανάλυση των απαντήσεων των υποκειμένων χρησιμοποιήθηκε ή μη παραμετρική ανάλυση δεδομένων, καθώς επρόκειτο για τις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής. Σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης με εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου χ^2 μπορούν να γενικευτούν για το συγκεκριμένο πληθυσμό, δηλαδή των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου που εφαρμόζουν την αιμοκάθαρση ως μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης.

Για τη διευκόλυνση της κατανόησης των αποτελεσμάτων της έρευνας, στις κατηγορίες αυτές ενώθηκαν οι γνώμες και οι λόγοι των γνωμών αυτών (π.χ. στη μεταβλητή

«γνώμη για αιμοκάθαρση» συναντάμε τις απαντήσεις «θετική», «θετική λόγω ασφάλειας», «θετική λόγω ευκολίας» κ.λ.π., όπου οι κατηγορίες αυτές διαμορφώθηκαν βάσει του λόγου των υποκειμένων).

5.2.1^α. Γνώμη για τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης και οι λόγοι της γνώμης αυτής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2.1^α υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της ασυμπτωτικής ανάλυσης είναι $Asymp.Sig.= 0,0005 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0,05\% < 5\%$.

Ανατρέχοντας στον πίνακα των συχνοτήτων, παρατηρούμε ότι η πιο συχνή απάντηση των υποκειμένων για τη γνώμη τους αναφορικά με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης είναι η απάντηση «θετική» (Residual 8,2).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς που εφαρμόζουν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης αναμένεται να έχουν θετική γνώμη για τη συγκεκριμένη μέθοδο.

Πίνακας 5.2.1^α. Γνώμη για τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης και οι λόγοι της γνώμης αυτής

	Γνώμη για αιμοκάθαρση
Chi-Square	28.640
Df	8
Asymp.Sig	.000

ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Θετική	11	2,8	8,2
Θετική / ασφάλεια	2	2,8	-0,8
Θετική / ευκολία	1	2,8	-1,8
Θετική / καλύτερη περιτοναϊκής	3	2,8	0,2
Αρνητική / αλλαγή	2	2,8	-0,8
Αρνητική / πόνος	1	2,8	-1,8
Συμβιβασμός / συνήθεια	2	2,8	-0,8
Συμβιβασμός /όχι επιλογή	2	2,8	-0,8
Δεν απάντησαν	1	2,8	-1,8
Σύνολο	25		

5.2.1β. Τα θετικά της μεθόδου της αιμοκάθαρσης.

Από τον πίνακα 5.2.1β της μη παραμετρικής ανάλυσης δεδομένων φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής ανάλυσης $Asymp.Sig.= 0,038 < 0,05$ (ή $3,8\% < 5\%$), υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής με υπεροχή

των κατηγοριών «ασφάλεια» (Residual 5,4) και «μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων» (Residual 1,4).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των αιμοκαθαρώμενων ασθενών, αναμένεται οι περισσότεροι να θεωρούν ως πλεονεκτήματα της μεθόδου την ασφάλεια της και τη δυνατότητα μεγαλύτερης ελευθερίας κινήσεων που προσφέρει σε σύγκριση με τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Πίνακας 5.2.1β. Τα θετικά της μεθόδου της αιμοκάθαρσης

	Τα θετικά της αιμοκάθαρσης
Chi-Square	13.360
Df	6
Asymp.Sig	.038

ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Ασφάλεια	9	3,6	5,4
Μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων	5	3,6	1,4
Δυνατότητα φυσιολογικής ζωής	3	3,6	-0,6
Καλή κάθαρση	2	3,6	-1,6
Οικονομικοί λόγοι	1	3,6	-2,6
Δεν υπάρχουν θετικά	4	3,6	0,4
Δεν απάντησαν	1	3,6	-2,6
Σύνολο	25		

5.2.1γ. Τα αρνητικά της μεθόδου της αιμοκάθαρσης.

Καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp.Sig. = 0,0005 < 0,05$ (ή $0,05\% < 5\%$), φαίνεται ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής με σαφή υπεροχή της κατηγορίας «κούραση / ταλαιπωρία» (Residual 12.0) (υπενθυμίζεται ότι οι κατηγορίες των μεταβλητών επιλέχθηκαν βάσει του λόγου των υποκειμένων).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των ασθενών που εφαρμόζουν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης, αναμένεται οι περισσότεροι από αυτούς να θεωρούν το μεγαλύτερο μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου την κούραση και την ταλαιπωρία που προκαλούνται από την εφαρμογή της.

Πίνακας 5.2.1γ. Τα αρνητικά της μεθόδου της αιμοκάθαρσης

	Τα αρνητικά της αιμοκάθαρσης
Chi-Square	37.200
Df	4
Asymp.Sig	.000

ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Κούραση / ταλαιπωρία	17	5	12
Πόνος	2	5	-3
Κίνδυνος	1	5	-4
Περιορισμός στη διατροφή	1	5	-4
Δεν απάντησαν	4	5	-1
Σύνολο	25		

5.2.1δ. Γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο (περιτοναϊκή κάθαρση) και λόγοι της γνώμης αυτής.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.2.1δ, το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp.Sig. = 0,056 > 0,05$ (ή $5,6\% > 5\%$) και, επομένως, δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των αιμοκαθαρόμενων ασθενών, αναμένεται να ισομοιράζονται οι απόψεις τους ανάμεσα στις γνώμες «θετική», «αρνητική», «αρνητική λόγω μολύνσεων», «αρνητική λόγω δυσκολίας εφαρμογής», «αρνητική λόγω προσωπικής εμπειρίας», «αρνητική λόγω εικασιών για τη συγκεκριμένη μέθοδο», «έλλειψη πληροφοριών», «δεν απάντησαν».

Πίνακας 5.2.1δ. Γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο (περιτοναϊκή κάθαρση) και λόγοι της γνώμης αυτής

	Γνώμη για περιτοναϊκή
Chi-Square	13.720
Df	7
Asymp.Sig	.056

ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Θετική	2	3,1	-1,1
Αρνητική	8	3,1	4,9
Αρνητική / Μόλυνση	1	3,1	-2,1
Αρνητική / Δυσκολία εφαρμογής	1	3,1	-2,1
Αρνητική / Προσωπική εμπειρία	5	3,1	1,9
Αρνητική / Φήμες	4	3,1	0,9
Έλλειψη Πληροφόρησης	3	3,1	-0,1
Δεν απάντησαν	1	3,1	-2,1
Σύνολο	25		

Επειδή στις πολλές απόψεις για τη συγκεκριμένη μέθοδο φαίνεται να υπάρχουν περισσότερες αρνητικές απαντήσεις, σε σύγκριση με τη θετική άποψη (κατηγορία «θετική»), προσπαθήσαμε να διευκρινίσουμε τη θετική ή την αρνητική πλευρά των απόψεων αυτών, διεξάγοντας μια επιπλέον ανάλυση της μεταβλητής αυτής, όπου οι απαντήσεις των υποκειμένων χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες μόνο - «θετική», «αρνητική», «ουδέτερη», «δεν απάντησαν».

Τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης των δεδομένων αυτών δείχνει, όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.2.1δ., ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp.Sig. = 0,003 < 0,05$ (ή $0,3\% < 5\%$), υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής με σαφή υπεροχή της κατηγορίας «αρνητική» (Residual 7,8, όπως φαίνεται από τον πίνακα συχνοτήτων του πίνακα 5.2.1δ').

Πίνακας 5.2.1δ'. Γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο (περιτοναϊκή κάθαρση)

	Γνώμη για περιτοναϊκή
Chi-Square	14.200
Df	3
Asymp.Sig	.003

ΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Θετική	3	6,3	-3,3
Αρνητική	14	6,3	7,8
Συμβιβασμός-ουδέτερη	6	6,3	-0,3
Δεν απάντησαν	2	6,3	-4,3
Σύνολο	25		

5.2.1^ε. Τα θετικά της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp. Sig. = 0,058 > 0,05$ (ή $5,8\% > 5\%$), φαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των αιμοκαθαρώμενων ασθενών, οι γνώμες των υποκειμένων αναμένεται να ισομοιράζονται ανάμεσα στις απόψεις και απαντήσεις «καλύτερη ποιότητα ζωής», «ανώδυνη κάθαρση», «δεν γνωρίζω» και «δεν απάντησαν».

Πίνακας 5.2.1^ε. Τα θετικά της περιτοναϊκής κάθαρσης

	Τα θετικά της περιτοναϊκής
Chi-Square	7.480
Df	3
Asymp.Sig	.058

ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Καλύτερη ποιότητα ζωής	8	6,3	1,8
Ανώδυνη κάθαρση	3	6,3	-3,3
Δεν γνωρίζω	3	6,3	-3,3
Δεν απάντησαν	11	6,3	4,8
Σύνολο	25		

5.2.1στ. Τα αρνητικά της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Από τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης των κατηγοριών της εξεταζόμενης μεταβλητής φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp. Sig. = 0,031 < 0,05$ (ή $3,1\% < 5\%$), υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής.

Ανατρέχοντας στον πίνακα συχνοτήτων του πίνακα 5.2.1στ., παρατηρούμε ότι οι πιο συχνές απαντήσεις αναμένεται να είναι «συχνότητα εφαρμογής» και «κίνδυνος μολύνσεων».

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των αιμοκαθαρώμενων ασθενών, οι περισσότεροι από αυτούς αναμένεται να θεωρούν ως μειονεκτήματα της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης τη συχνότητα εφαρμογής της και τον κίνδυνο μολύνσεων.

Πίνακας 5.2.1στ. Τα αρνητικά της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης

	Τα αρνητικά της περιτοναϊκής
Chi-Square	13.920
Df	6
Asymp.Sig	.031

ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Φόβος / Ανασφάλεια	4	3,6	0,4
Κίνδυνος μόλυνσεων	7	3,6	3,4
Συχνότητα εφαρμογής	8	3,6	4,4
Αισθητικοί λόγοι	2	3,6	-1,6
Ανάγκη φροντιστή	1	3,6	-2,6
Δεν έχει αρνητικά	1	3,6	-2,6
Δεν απάτησαν	2	3,6	-1,6
Σύνολο	25		

5.2.1^η. Μέθοδος προτίμησης και λόγοι της προτίμησης αυτής.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Asymp. Sig. = 0,04 < 0,05$ (ή $4\% < 5\%$) και, επομένως, υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής.

Ανατρέχοντας στον πίνακα συχνοτήτων του πίνακα 5.2.1^η, παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρείται στις απαντήσεις «αιμοκάθαρση λόγω ελευθερίας κινήσεων» και «αιμοκάθαρση λόγω ασφάλειας».

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των αιμοκαθαρώμενων ασθενών, οι περισσότεροι από αυτούς αναμένεται να δηλώσουν προτίμηση για τη συγκεκριμένη μέθοδο λόγω της μεγαλύτερης ελευθερίας κινήσεων και της αίσθησης της ασφάλειας που τους προσφέρει, κατά τη γνώμη τους, η εξωνεφρική μέθοδος της αιμοκάθαρσης.

Σημειώνεται ότι οι λόγοι της προτίμησης των ασθενών της συγκεκριμένης μεθόδου συμπίπτουν με την άποψη τους για τα θετικά της αιμοκάθαρσης ως μεθόδου (πίνακας 5.2.1β).

Η ερώτηση αναφορικά με τη στάση των ασθενών προς το μέλλον δεν παρατίθεται στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης φάσης της έρευνας, καθώς εξετάζεται πιο αναλυτικά στην ξεχωριστή ενότητα του συγγράμματος.

Πίνακας 5.2.1^η. Μέθοδος προτίμησης και λόγοι της προτίμησης αυτής

	Μέθοδος προτίμησης
Chi-Square	10.000
Df	4
Asymp.Sig	.040

ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ	Παρατηρούμενες Συχνότητες	Προσδοκώμενες Συχνότητες	Διαφορά
Αιμοκάθαρση / Ασφάλεια	8	5	3
Αιμοκάθαρση / Ελευθερία Κινήσεων	9	5	4
Αιμοκάθαρση / Απουσία φόβου μολύνσεων	5	5	0
Καμία	2	5	-3
Δεν απάντησαν	1	5	-4
Σύνολο	25		

**ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ.**

ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑ.

5.3. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

5.3.1. ΦΥΛΟ

Στο σύνολο των 127 υποκειμένων της έρευνας, τα 85 άτομα ήταν ανδρικού φύλου και τα 42 γυναικείου, δηλαδή το 66,9% και 33,1% αντίστοιχα, στοιχεία που προκύπτουν από τη μορφολογική ανάλυση του δείγματος (πίνακας 5.3.1), αυτά τα ποσοστά επιβεβαιώνουν τα γνωστά μέχρι σήμερα στοιχεία ανάμεσα στη σχέση του φύλου και της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, δηλαδή ότι το ανδρικό φύλο διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από το γυναικείο να αναπτύξει τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

5.3.2. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ / ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Στην παράμετρο αυτή οι ηλικιακές ομάδες κατανέμονται ως εξής:

1. 15-25
2. 26-35
3. 36-45
4. 46-55
5. 56-65
6. 66 κι άνω.

Από τη μορφολογική ανάλυση του δείγματος προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η ηλικιακή ομάδα 6 (66χρονων και άνω) - 39,4%, την οποία ακολουθεί η ομάδα 4 (45-55) - 24,4%, ενώ στην τρίτη θέση βρίσκεται η ομάδα 5 (55-65) - 18,9% (πίνακας 5.3.2). Τα στοιχεία των προαναφερθέντων ερευνών δηλώνουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται από τα μεγαλύτερα ποσοστά της παρούσας έρευνας σ' ό,τι αφορά τις ηλικίες των 65 κι άνω. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, όμως, το γεγονός ότι, αν και το λογικό ήταν, σύμφωνα μ' αυτή την υπόθεση, να αναμένεται η αύξηση των ποσοστών ανάλογα με την πάροδο της ηλικίας, εντούτοις στη

δεύτερη θέση, και όχι στην τρίτη, εμφανίζεται η ομάδα τέσσερα - αυτή των 46-55 ετών. Στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης αυτής της συνιστώσας.

5.3.3 ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ' αυτήν τη μεταβλητή οι πληθυσμιακές ομάδες χωρίστηκαν σε 6 κατηγορίες φέροντες τους εξής αριθμούς:

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

Από τη μορφολογική ανάλυση του δείγματος προκύπτει ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών κατάγεται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους – 38,6% των υποκειμένων. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 2 - δηλαδή των ασθενών που κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους - 16,5%, ενώ στην τρίτη βρίσκεται η ομάδα 6 - δηλαδή των υποκειμένων με καταγωγή από πόλη από 100.01 κι άνω - 14,2% (πίνακας 5.3.3).

5.3.4. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Και σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 6 πληθυσμιακές ομάδες, ανάλογες με τις ομάδες της κατηγορίας DIM4. Το μεγαλύτερο ποσοστό των υποκειμένων της έρευνας - 27,6% μένει στις πόλεις με πληθυσμό από 100.000 κι άνω. Η αμέσως επόμενη ομάδα - 25,2% - είναι των κατοίκων των χωριών μέχρι 500 κατοίκους, ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει η ομάδα υποκειμένων που μένουν σε πόλεις με πληθυσμό από 50.001 μέχρι 100.000 κατοίκους - 20,5% (πίνακας 5.3.4).

5.3.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 4 ομάδες οι οποίες κατανέμονται ως εξής:

1. Ελεύθερος /η
2. Παντρεμένος /η
3. Διαζευγμένος /η
4. Χήρος /α

Στον πίνακα 5.3.5 παρατηρούμε ότι το 76,4% των υποκειμένων του δείγματος ανήκουν στην κατηγορία 2 - δηλαδή είναι παντρεμένοι, το 11% είναι χήροι /ες, το 10,2% είναι ελεύθεροι και μόνο το 2,4% ανήκουν στην κατηγορία 3 - δηλαδή αυτή των διαζευγμένων.

5.3.6.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 12 κατηγορίες, οι οποίες φέρουν τους εξής αριθμούς:

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης / Ανώτερης / Μέσης (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Λιτές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφάλειας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

Από τη μορφολογική ανάλυση του δείγματος (πίνακας 5.3.6) προκύπτει η εξής εικόνα. Στην πρώτη θέση – 22,2% - βρίσκεται το επάγγελμα με τον αριθμό 8 - δηλαδή γεωργοί, αλιείς, δασικά επαγγέλματα, που στην προκειμένη περίπτωση των υποκειμένων του δείγματος αναφέρεται μόνον στην απασχόληση με τη γεωργία (όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ίδιων των υποκειμένων στο ερωτηματολόγιο). Τη δεύτερη θέση την καταλαμβάνει το φέροντα αριθμό 11 επάγγελμα - δηλαδή αυτό της νοικοκυράς –16,7%. Αυτό το ποσοστό θεωρούμε ότι είναι πολύ σημαντικό για τα συμπεράσματα της έρευνας διότι:

α) Πρόκειται για επάγγελμα που εξασκείται αποκλειστικά από τις γυναίκες. Όπως ειπώθηκε πιο πάνω, οι γυναίκες διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε σύγκριση με τους άνδρες πράγμα που επιβεβαιώνεται και από τα

ευρήματα της παρούσας έρευνας, όπου ο ανδρικός πληθυσμός των ασθενών είναι παραπάνω από διπλάσιος από τον αντίστοιχο γυναικείο. Συνεπώς, από τα ποσοστά του συγκεκριμένου επαγγέλματος, που το ανεβάζουν στη δεύτερη θέση συχνότητας σ' ό,τι αφορά τη γενική κατάταξη των επαγγελματιών και των δυο φυλών, προκύπτουν αρκετά ερωτήματα.

β) Από τις 42 γυναίκες του δείγματος οι 21 (αριθμός που αντιστοιχεί στο ποσοστό του 16,7 της κατάταξης επαγγελματιών), δηλαδή οι μισές, δηλώνουν το επάγγελμα της νοικοκυράς. Έτσι, ενισχύεται ο προβληματισμός της προηγούμενης παραγράφου σε ό,τι αφορά τη συχνότητα της εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε ορισμένους πληθυσμούς.

Στην τρίτη θέση συχνότητας βρίσκεται το επάγγελμα 7 - τεχνίτες, εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας, απασχόληση με μεταφορές - 14,3%. Από την μέχρι τώρα ανάλυση του δείγματος διαφαίνεται ότι οι πιο συχνές περιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας συναντώνται στις τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών - αυτών των γεωργών, νοικοκυρών και τεχνιτών – εργατών, που θεωρούνται (τουλάχιστον κοινωνικά) επαγγέλματα «χαμηλής στάθμης».

5.3.7. ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

Σ' αυτή την κατηγορία υπήρχαν 9 κατηγορίες με την εξής κατάταξη:

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

Από τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος φαίνεται ότι την πρώτη θέση την καταλαμβάνουν οι ασθενείς της ομάδας 2 - δηλαδή οι απόφοιτοι Δημοτικού, με ποσοστό 42,5% από το σύνολο του δείγματος. Στη δεύτερη θέση βρίσκονται τα υποκείμενα της ομάδας 1 - αγράμματοι η με λίγες τάξεις του Δημοτικού - 18,1%, ενώ την τρίτη την καταλαμβάνει η ομάδα 3 - λίγες τάξεις του Γυμνασίου - 11,8%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, ενώ τα ποσοστά των πρώτων τριών ομάδων των ασθενών φανερώνουν την υπερίσχυση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, η αμέσως επόμενη - δηλαδή η τέταρτη μεγαλύτερη ομάδα - 11% - είναι αυτή των κατόχων πτυχίου Ανώτατης Σχολής (πριν. 5.3.7). Ο προβληματισμός που ανακύπτει αναφέρεται στο ζήτημα της συσχέτισης της κοινωνικής τάξης με την ασθένεια, δηλαδή ότι οι χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά προσβλητικότητας από ορισμένες χρόνιες ασθένειες (Νικολαΐδης – Benedetti, 1981, Pilgrim – Rogers, 2004). Στα προαναφερθέντα αποτελέσματα, ενώ τα ευρήματα των πρώτων μεγαλύτερων ομάδων επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη, η αμέσως μετά μεγαλύτερη ομάδα, δηλαδή η τέταρτη - αυτή των κατόχων πτυχίου Ανώτατης Σχολής - θέτει υπό αμφισβήτηση το απόλυτο της θέσης αυτής, πράγμα το οποίο χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

5.3.8. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΓΟΝΕΩΝ

Όπως και στην κατηγορία DIM4 - τόπος καταγωγής των ασθενών, έτσι και στη μεταβλητή αυτή - τόπος καταγωγής γονέων - υπήρχαν 6 ομάδες κατάταξης, οι οποίες έχουν ως εξής:

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 και άνω

Τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.8. δείχνουν ότι η μεγαλύτερη ομάδα - 50% των υποκειμένων - αναφέρεται σε οικογένειες, οι οποίες προέρχονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους. Η αμέσως επόμενη ομάδα είναι η 2 - αυτών που κατάγονται από χωριά ή κωμόπολη από 5001 – 2.000 κατοίκους – 21,4%, ενώ η τρίτη μεγαλύτερη ομάδα είναι η ομάδα 3 - δηλαδή αυτή που αναφέρεται σε υποκείμενα οι γονείς των οποίων κατάγονται από πόλεις με 2.001 – 20.000 κατοίκους - 8,7%.

5.3.9. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 12 ομάδες κατάταξης:

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης / Ανώτερης / Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, ανοικτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

Θεωρήσαμε σκόπιμο να εξετάσουμε χωριστά το επάγγελμα του πατέρα και το επάγγελμα της μητέρας των υποκειμένων του δείγματος. Έτσι, στον πίνακα 5.3.9 παρουσιάζονται δυο κατηγορίες .

5.3.9α. Επάγγελμα πατέρα.

Από τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης (πιν. 5.3.9α) φαίνεται ότι το πιο συχνά ασκούμενο επάγγελμα του πατέρα των υποκειμένων της έρευνας είναι αυτό που αντιστοιχεί την ομάδα 8 - γεωργοί, αλιείς - 66,1%. Στη δεύτερη θέση, με μεγάλη διαφορά από την πρώτη ομάδα και με ποσοστό 12,1% παρουσιάζεται η ομάδα 7 – τεχνίτες, εργάτες, ενώ η τρίτη θέση συχνότητας ανήκει στην ομάδα 6 - έμποροι, πωλητές - με ποσοστό 6,5%. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, οι περισσότεροι πατέρες των υποκειμένων του δείγματος εξασκούν το επάγγελμα του γεωργού και, συνεπώς, ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη.

5.3.9β. Επάγγελμα μητέρας.

Από τον πίνακα 5.3.9β φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων των υποκειμένων - 47,2% - ασκούν το επάγγελμα που ανήκει στην ομάδα 8, δηλαδή των

γεωργών - αλιέων. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό συναντάτε στην ομάδα 11 - οικιακά – 37,8%. Πρέπει να σημειώσουμε εδώ ότι αυτή η ομάδα αντιπροσωπεύει την αποκλειστική ενασχόληση με τα οικιακά ή, αλλιώς, το κύριο επάγγελμα. Ενώ στις άλλες κατηγορίες το κύριο επάγγελμα της γυναίκας διαχωρίζεται από αυτό της ενασχόλησης με τα οικιακά, εντούτοις δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι όλες οι γυναίκες (τουλάχιστο οι περισσότερες), ανεξάρτητα από το επάγγελμα που δηλώνουν ως πρωτεύον, έχουν και δεύτερο κύριο επάγγελμα - αυτό της νοικοκυράς, το οποίο θεωρείται αυτονόητος και αναπόσπαστος ρόλος της γυναίκας, ειδικότερα στις προηγούμενες γενιές, στις οποίες και αναφέρεται η παρούσα εξερεύνηση του επαγγέλματος της μητέρας των ασθενών. Έτσι, εάν παίρναμε υπ' όψιν τον προαναφερθέντα παράγοντα, είναι αυτονόητο ότι τα ποσοστά της ενασχόλησης με τα οικιακά θα είχαν εντελώς διαφορετική εικόνα.

Στη τρίτη θέση, με πολύ μεγάλη διαφορά ποσοστών από τις πρώτες δυο ομάδες και με αρκετά μικρή διαφορά από τις υπόλοιπες ομάδες επαγγέλματος, παρουσιάζονται οι ομάδες 7 (εργάτες, τεχνίτες) και 5 (επαγγέλματα γραφείου).

Δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι περισσότερες μητέρες των υποκειμένων ανήκουν στη χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη, καθώς αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της προηγούμενης ενότητας – αυτής του επαγγέλματος του πατέρα, τη στιγμή που αναφερόμαστε στα μέλη της ίδιας οικογένειας.

5.3.10. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ

Αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 9 κατηγορίες με την εξής σειρά:

1. Αγράμματος /η ή λίγες τάξεις του Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

Και αυτή την περίπτωση εξετάσαμε χωριστά τις περιπτώσεις του πατέρα και της μητέρας του / της ασθενούς.

5.3.10α. Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.10^α, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των πατέρων των υποκειμένων της έρευνας ανήκουν στην κατηγορία 1 - δηλαδή αγράμματων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού - 43,9%. Στη δεύτερη θέση - 42,3% βρίσκονται τα υποκείμενα της ομάδας 2 - απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ η τρίτη (με μεγάλη διαφορά από τις πρώτες δυο) ανήκει στην ομάδα 3 - λίγες τάξεις του Γυμνασίου - 4,9%. Το μεγάλο χάσμα ανάμεσα στις πρώτες δυο και την τρίτη και στις επόμενες ομάδες δείχνει τη σαφή υπερίσχυση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου των περισσότερων πατέρων του δείγματος και επιβεβαιώνει το συμπέρασμα της προηγούμενης μεταβλητής - αυτής του επαγγέλματος - ότι δηλαδή η πλειοψηφία των πατέρων των υποκειμένων ανήκουν στην χαμηλή κοινωνικο - οικονομική τάξη.

5.3.10β. Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας

Στον πίνακα 5.3.10β φαίνεται ότι στην πρώτη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 - αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού - 52,8%. Την πρώτη ομάδα ακολουθεί η ομάδα 2 - απόφοιτοι Δημοτικού - 36,8%, ενώ η τρίτη θέση (με μεγάλη διαφορά από τις πρώτες δυο) ανήκει στην ομάδα 3 - λίγες τάξεις του Γυμνασίου - 3,2%. Όπως και στην περίπτωση του πατέρα, έτσι και στην περίπτωση της μητέρας επιβεβαιώνεται η υπερίσχυση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου των γονέων των υποκειμένων με γενικότερο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες οικογένειες των ασθενών του δείγματος ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη.

5.3.11. ΥΠΑΡΞΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Αυτή η μεταβλητή είχε δυο κατηγορίες:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.11, η πλειοψηφία των υποκειμένων απάντησε αρνητικά στην παραπάνω ερώτηση με ποσοστό 68,3% των περιπτώσεων, ενώ 31,7% του δείγματος δήλωσε την ύπαρξη σοβαρής ασθένειας στην πατρική του οικογένεια.

Επειδή θέλαμε να διερευνήσουμε αυτήν τη μεταβλητή περισσότερο, δημιουργήσαμε δυο υποομάδες, οι οποίες αναφέρονται στο είδος της ασθένειας και στο

ποιος από την πατρική οικογένεια των υποκειμένων ήταν άρρωστος. Έτσι, στην ίδια ενότητα υπάρχουν δυο λίστες με διαφορετική ονομασία:

5.3.11^α. Είδος της σοβαρής αρρώστιας αυτής

Με βάση τις απαντήσεις των υποκειμένων, απομονώσαμε 7 βασικές κατηγορίες των ασθενειών. Επειδή οι απαντήσεις των υποκειμένων συχνά ήταν περισσότερες από μια, στην ανάλυση φαίνονται οι συνδυασμοί των ασθενειών - π.χ. στην περίπτωση που το υποκείμενο δήλωνε για την πατρική του οικογένεια ότι υπήρχαν σ' αυτήν πάσχοντας από καρκίνο και διαβήτη, στον πίνακα αποτελεσμάτων θα φανεί ο συνδυασμός των ομάδων 1 και 3 που αντιστοιχούν αυτές τις ασθένειες ως ομάδα 13. Έτσι, λοιπόν, οι κατηγορίες της λίστας αυτής είναι:

1. Καρκίνος
2. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5. Νεφρική ανεπάρκεια / νόσοι των νεφρών
6. Ατύχημα
7. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κ.λ.π)

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 6.3.11^α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό - 25% των ασθενειών αναφέρονται στην κατηγορία 7 - άλλο - και περιλαμβάνει μεγάλη γκάμα παθήσεων εκτός από τις πρώτες 6 συγκεκριμένες κατηγορίες. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 - αυτή του καρκίνου - 19,4%, ενώ στην τρίτη θέση βρίσκονται τα υποκείμενα της ομάδας 5 - νεφρική ανεπάρκεια / νεφρικές νόσοι - 16,7%.

5.3.11β. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του / της ασθενούς

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 3 βασικές ομάδες, αλλά, όπως και στην περίπτωση της προηγούμενης μεταβλητής, υπήρχαν και συνδυασμοί των ομάδων που δηλώνουν ότι οι ασθενείς της πατρικής οικογένειας ήταν πάνω από ένα μέλος. Έτσι οι 3 βασικές ομάδες είναι:

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός / αδελφή

Τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.11β' φανερώνει ότι η μεγαλύτερη συχνότητα νοσήσεις παρουσιάζεται στην περίπτωση της μητέρας των υποκειμένων - ομάδα 2 με

ποσοστό 44,7% που είναι σχεδόν διπλάσιο σε σύγκριση με την ομάδα 1 αυτή της περίπτωσης του πατέρα - 23,7%. Την τρίτη θέση τη μοιράζονται με ποσοστό 10,5% οι δυο ομάδες συνδυασμών - ομάδα 12 (πατέρας και μητέρα) και ομάδα 23(μητέρα και αδέρφια).

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι παρατηρείται μια υπερίσχυση των γυναικών στην εκδήλωση ασθενειών ,και ως μεμονωμένη ομάδα αλλά και παρουσία της στις ομάδες συνδυασμών, πράγμα το οποίο θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε στη συνέχεια με την ανάλυση συσχετίσεων.

5.3.12. ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν 2 ομάδες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Τα αποτελέσματα του πίνακα 6.3.12 δείχνουν ότι το 70,1% των υποκειμένων έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια, ενώ αρνητικά απαντά 29,9% των ασθενών.

Όπως και στην περίπτωση της προηγούμενης μεταβλητής, έτσι και στην παρούσα περίπτωση υπήρχαν δυο κατηγορίες που αποτελούν τη συνέχεια της μεταβλητής και έχουν ως εξής:

5.3.12^α. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας:

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός /η

Εκτός από αυτές τις τρεις βασικές κατηγορίες υπήρχαν και οι συνδυασμοί τους.

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.12^α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων της πατρικής οικογένειας αφορά την ομάδα 12 - πατέρας και μητέρα - 41,7%. Η δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα είναι η 3 – αδελφός /η με ποσοστό 15,5%. Η τρίτη θέση ισομοιράζεται ανάμεσα στις ομάδες 1(πατέρας) και 2 (μητέρα). Το μεγάλο ποσοστό της ομάδας 12 δεν προκαλεί έκπληξη καθώς η πλειοψηφία των υποκειμένων ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες από 45 ετών και πάνω. Έτσι, είναι αναμενόμενη η παρούσα εικόνα της απώλειας και των δυο γονιών.

5.3.12β. Αιτίες θανάτου:

Σ' αυτή την κατηγορία υπήρχαν 8 βασικές ομάδες, αλλά και πολλοί συνδυασμοί των κυρίων ομάδων μεταξύ τους, πράγμα το οποίο φαίνεται στον πίνακα αποτελεσμάτων 5.3.12β.

1. Καρκίνος
2. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5. Νεφρική ανεπάρκεια / νεφρικές νόσοι
6. Φυσικά αίτια
7. Ατύχημα
8. Άλλο

Τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.12β δείχνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων να προέρχονται από φυσικά αίτια - ομάδα 6 - 18,4%, ενώ στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 - καρκίνος - 14,5%, που ακολουθείται από τις ομάδες 7(ατύχημα) και 8 (άλλο) με το ποσοστό 7,9% η καθεμιά. Μια πιο προσεκτική ματιά στον πίνακα ασθενειών φανερώνει ότι τα ποσοστά ορισμένων παθήσεων θα ήταν μεγαλύτερα, εάν οι συνδυασμοί των μεταβλητών αναφέρονταν σε μια μονό μεταβλητή. Κρίθηκε, όμως, σκόπιμο να διατηρηθούν αυτούσιες οι απαντήσεις των ασθενών που δήλωναν την ταυτόχρονη ύπαρξη δυο ή τριών ασθενειών στην πατρική οικογένεια. Έτσι π.χ. τα ποσοστά της εμφάνισης του καρκίνου είναι μεγαλύτερα από αυτά της κύριας ομάδας αυτής (14.5%), καθώς συναντάται στους συνδυασμούς 12 - καρκίνος και καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση ταυτόχρονα - 3,9%, 14 - καρκίνος και εγκεφαλικό επεισόδιο - 3,9%, 15 - καρκίνος και νεφρικές νόσοι - 1,3% 16 - καρκίνος και φυσικά αιτία - 2,6%, 126 - καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, φυσικά αιτία - 1,3%, 136 - καρκίνος, διαβήτης, φυσικά αιτία - 1,3 %.

Το ίδιο αυξημένο θα ήταν και το ποσοστό θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση, καθώς συναντάται σε 5 συνδυασμούς εκτός από τα ποσοστά της κύριας ομάδας, αλλά και των περιπτώσεων του εγκεφαλικού επεισοδίου - 6,6% της κύριας ομάδας και συνδυασμοί σε 5 περιπτώσεις με κάποια άλλη νόσο.

Σε γενικές γραμμές, όμως, επιβεβαιώνεται το συμπέρασμα της μεταβλητής της ύπαρξης η όχι κάποιας σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια ότι μια από τις πιο συχνές παθήσεις που απειλούν σοβαρά την υγεία είναι ο καρκίνος.

5.3.13. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι ομάδες απαντήσεων σ' αυτήν τη μεταβλητή ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Ο πίνακας 5.3.13 δείχνει ότι η απάντηση της πλειοψηφίας ήταν αρνητική - 92,1%, ενώ καταφατικά απαντά 7,9% των υποκειμένων.

Για να διευκρινίσουμε το είδος της εξάρτησης, δημιουργήσαμε μια υποερώτηση αυτής της μεταβλητής:

5.3.13^α. Είδος ουσιών αυτών:

Οι ομάδες απαντήσεων ήταν 3:

1. Αλκοόλ
2. Φάρμακα
3. Άλλες ουσίες

Από τον πίνακα 5.3.13^α φαίνεται ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ και χρήση κάποιων άλλων ουσιών πλην των ναρκωτικών ισομοιράζεται στο δείγμα με ποσοστό 40% ενώ 20% από τους χρήστες είχαν εξάρτηση από τα φάρμακα.

5.3.14. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΥΣΕΩΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.14 φαίνεται ότι 55,9% απαντούν αρνητικά, ενώ 44,1% των υποκειμένων δηλώνουν την ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων στην πατρική του οικογένεια.

5.3.15. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.15 φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των υποκειμένων της έρευνας απαντά θετικά - 96,8% έναντι 3,2% της αρνητικής απάντησης

5.3.16. ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Κι εδώ οι ομάδες ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.16 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των υποκειμένων απαντά αρνητικά - 91,3%-, ενώ ύπαρξη άλλων προβλημάτων πλην των οικονομικών, εξάρτησης, προβλημάτων διαπροσωπικών σχέσεων δηλώνει 8,7% των ασθενών.

5.3.17. ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Σ' αυτήν την κατηγορία υπήρχαν 7 ηλικιακές ομάδες:

1. Πριν τα 15
2. 15 – 25 χρονών
3. 26 – 35 χρονών
4. 36 – 45 χρονών
5. 46 --55 χρονών
6. 56 –65 χρονών
7. 66 κι άνω.

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων του δείγματος 5.3.17 προκύπτει ότι η πιο συχνή ηλικία εμφάνισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι αυτή της ομάδας 4 - δηλαδή 36 - 45 χρονών - με ποσοστό 24,4% του συνόλου. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 6 (56- 65 χρονών) - 20,5% του δείγματος, ενώ στην τρίτη είναι η ομάδα 5 (46 – 55 χρονών) με ποσοστό 18,9% των περιπτώσεων. Τα ευρήματα αυτά προκαλούν ενδιαφέρον, καθώς ο παράγοντας ηλικία» θεωρείται επιβαρυντικός για την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου. Στην περίπτωση του δείγματος μας, ενώ θα ήταν λογικό να υποθέσουμε ότι η πιο συχνή ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας θα ήταν αυτή της ομάδας 7 - 65 κι άνω - εντούτοις από τα αποτελέσματα της έρευνας μας φαίνεται νόσος εμφανίζεται στην παραγωγική ηλικία των 36-45 χρονών, γεγονός το οποίο θα εξετάσουμε και αναφορικά με τον πληθυσμό στην ανάλυση συσχετίσεων αργότερα.

5.3.18. ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Σ' αυτήν την κατηγορία οι ομάδες απαντήσεων ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Ο πίνακας 5.3.18 δείχνει ότι η μεγαλύτερη ομάδα ασθενών δεν είχε καμία άλλη διαταραχή πριν την εμφάνιση της συγκεκριμένης χρόνιας νόσου - 55,1%-, ενώ θετικά απαντά 44,9% των υποκειμένων του δείγματος.

5.3.18^α. Είδος των οργανικών διαταράχων πριν:

Για να εξακριβώσουμε το είδος της οργανικής διαταραχής, δημιουργήσαμε μια συμπληρωματική λίστα. Η λίστα αυτή έχει 4 κύριες ομάδες, αλλά στην πορεία της ανάλυσης φαίνονται και πολλοί συνδυασμοί των κύριων ομάδων, καθώς τα υποκείμενα συχνά δήλωναν την ύπαρξη περισσότερων από μια διαταραχών συγχρόνως:

1. Υπέρταση / καρδιαγγειακές διαταραχές
2. Διαβήτης
3. Νεφρικές νόσοι
4. Άλλα

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.18^α προκύπτει ότι από τις εμφανιζόμενες πριν τη νεφρική ανεπάρκεια διαταραχές το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η ομάδα 3 - δηλαδή οι νόσοι που σχετίζονται με τη νεφρική λειτουργία - πυελονεφρίτιδες, συχνές ουρολοιμώξεις κ.λ.π - 27,6%. Η δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα είναι η ομάδα 2 - Διαβήτης - με ποσοστό 24,1%, ενώ στην 1 - Υπέρταση / καρδιαγγειακές διαταραχές - 22,4% από τον αριθμό των περιπτώσεων εμφάνισης οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.

5.3.19. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Οι δυο ομάδες απαντήσεων είναι:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Ο πίνακας 5.3.19 δείχνει ότι τα μισά υποκείμενα του δείγματος εμφάνισε κάποια συμπτώματα της νόσου πριν την έναρξη της - 50%.

5.3.20. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Οι ομάδες απαντήσεων είναι 4:

1. Με δίαιτα
2. Με φάρμακα
3. Αλλιώς
4. Δεν αντιμετωπίστηκε

Ο πίνακας 5.3.20 δείχνει ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα συμπτώματα της νόσου αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή της δίαιτας - 41,4%, ενώ στη δεύτερη θέση είναι η ομάδα συνδυασμού 12 - δίαιτα και φάρμακα - 25,9%, ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει η φαρμακευτική αγωγή - 15,5% των περιπτώσεων.

5.3.21.ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΤΩΡΑ

Οι δυο ομάδες απαντήσεων αφορούσαν την:

1. Αιμοκάθαρση
2. Περιτοναϊκή κάθαρση

Το 98,4% των ερωτηθέντων χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης τη στιγμή της χορήγησης του ερωτηματολογίου (πιν. 5.3.21).

5.3.22. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Οι δυο ομάδες απαντήσεων έχουν ως εξής:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Η πλειοψηφία των ασθενών - 68,3% δηλώσαν ότι είχαν νοσηλευτεί πριν το στάδιο της κάθαρσης, ενώ 31,7% του δείγματος απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αυτή (πιν. 5.3.22).

5.3.23. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Το πρώτο σκέλος της ερώτησης αυτής αναφέρεται στη θετική ή αρνητική απάντηση των υποκειμένων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα απαντήσεων 5.3.23 φαίνεται ότι 68,3% των υποκειμένων δεν παρουσίασαν καμιά άλλη οργανική μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, ενώ θετικά απαντούν 31,7% των ασθενών.

5.3.23^α. Είδος των διαταραχών:

Το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης αναφέρεται στο είδος της οργανικής διαταραχής εμφανιζόμενης μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Έτσι, συμφωνά με τις απαντήσεις των υποκειμένων, δημιουργήσαμε μια λίστα με τις εξής κατηγορίες παθήσεων:

1. Υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις
2. Διαβήτης
3. Νεφρικές νόσοι (οιδήματα, αύξηση καλίου, παθήσεις της ουροδόχου κύστης κ.λ.π)
4. Ενδοκρινολογικά προβλήματα (παραθυροειδίτιδα κ.λ.π)
5. Ψυχολογικές παθήσεις (κατάθλιψη, νεύρωση, νευρική κ.λ.π)
6. Αδιευκρίνιστα (υπόταση, ανορεξία, βρογχοπνευμονία κ.λ.π).

Η ανάλυση του πίνακα 5.3.23^α δείχνει το μεγαλύτερο ποσοστό - 47,5% - να ανήκει στην ομάδα 6 - αδιευκρίνιστα. Στη δεύτερη θέση συχνότητας βρίσκεται η ομάδα 1 – υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ η τρίτη μεγαλύτερη τιμή - 10,0% είναι αυτή της ομάδας 3, όπου τα συμπτώματα αναφέρονται στην ήδη υπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια.

5.3.24. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Το πρώτο σκέλος αυτής της ερώτησης έχει δυο ομάδες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα μορφολογικής ανάλυσης 5.3.24 προκύπτει ότι 58,3% των υποκειμένων της έρευνας απάντησαν θετικά, ενώ 41,7% των ασθενών δηλώσαν ότι η επαγγελματική τους δραστηριότητα δεν επηρεάστηκε μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Το μεγάλο ποσοστό της πρώτης ομάδας δεν προκαλεί έκπληξη καθώς οι επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας δεν επιτρέπει την άσκηση βαριάς χειρονακτικής εργασίας και απαιτούν ιδιαίτερες προφυλάξεις στο θέμα της καθαριότητας.

Το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης έχει να κάνει με τον τρόπο που κάτι άλλαξε στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων. Έτσι, δημιουργήθηκε μια λίστα με 3 κύριες ομάδες απαντήσεων.

5.3.24a. Είδος των επιπτώσεων:

Οι ομάδες αυτής της κατηγορίας είναι τρεις με την εξής σειρά:

1. Διακοπή του επαγγέλματος
2. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα
3. Αλλαγή του επαγγέλματος

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.24^a φαίνεται ότι μετά την έναρξη της ΧΝΑ το μεγαλύτερο ποσοστό των υποκειμένων που δηλώσαν κάποια αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα - 76,7%- ανήκει στην ομάδα 1, στην οποία ανήκουν τα όσκι διέκοψαν την εξάσκηση του κύριου επαγγέλματός τους. Στη δεύτερη θέση είναι τα υποκείμενα της ομάδας 2 - μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα με ποσοστό 18,3%, ενώ στην τρίτη βρίσκονται τα υποκείμενα της ομάδας 3 - αλλαγή του επαγγέλματος.

Όπως ειπώθηκε στο πάνω σκέλος της ίδιας ερώτησης, οι επιπτώσεις της ΧΝΑ δεν επιτρέπουν την ενασχόληση με τις βαριές χειρονακτικές εργασίες, αλλά και ιδιαίτερα σχολαστική τήρηση των κανόνων της υγιεινής. Από τον πίνακα 5.3.6 (επάγγελμα των υποκειμένων) φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δηλώνουν ως κύριο επάγγελμα τους τις κατηγορίες 8 (αγρότες) και 7 (τεχνίτες, εργάτες) κι έτσι εξηγείται και η αναγκαία διακοπή του κύριου επαγγέλματος τους.

5.3.25. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Στη μεταβλητή αυτή υπήρχαν 2 ομάδες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.25 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών - 51,2% απαντούν αρνητικά σ' αυτή την ερώτηση, ενώ αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας στην οικονομική τους κατάσταση δηλώνουν 48,8% των υποκειμένων, πράγμα το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα της προηγούμενης μεταβλητής τη στιγμή που τα περισσότερα άτομα δηλώσαν ότι η επαγγελματική τους κατάσταση επηρεάστηκε δυσμενώς μετά την έναρξη της ασθένειας - 58,3%, αν και τα ποσοστά αυτό δε συμπίπτει πλήρως με το ποσοστό των δυσμενών επιπτώσεων της ΧΝΑ στην οικονομική κατάσταση των πασχόντων.

5.3.26. ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.

Οι ομάδες απαντήσεων αυτής της μεταβλητής είναι δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΌΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.26 φαίνεται ότι 18,1% των ασθενών άλλαξαν τόπο διαμονής μετά την έναρξη της ασθένειας στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί καλύτερη πρόσβαση στα Τμήματα Τεχνητού Νεφρού των νοσοκομείων, καθώς πολλοί ασθενείς του δείγματος διαμένουν μόνιμα σε απομακρυσμένα χωριά της Κρήτης. Στην περίπτωση του 81,9% των υποκειμένων ο τόπος μόνιμης διαμονής τους παραμένει ο ίδιος.

5.3.27. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Οι ομάδες απαντήσεων είναι και αυτής της μεταβλητής είναι δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΌΧΙ

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.3.27 φαίνεται ότι στην περίπτωση μονό του 7,9% των υποκειμένων παρατηρείται κάποια αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα των μελών της οικογένειας του αρρώστου και που προκλήθηκε από τις επιπτώσεις της ΧΝΑ. Ο μικρός αριθμός αυτών των περιπτώσεων όμως είναι σημαντικός για την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της συγκεκριμένης ασθένειας, καθώς η ΧΝΑ επηρεάζει δυσμενώς την επαγγελματική δραστηριότητα των πασχόντων και, συνεπώς, οικονομική τους κατάσταση και αρκετά συχνά αναγκάζει τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς να επωμίζονται τις ευθύνες και τα έξοδα συντήρησης της οικογένειας.

5.3.28. ΠΑΡΟΧΗ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ Ή ΑΣΦΑΛΙΣΗ.

Σ' αυτή την ερώτηση τα υποκείμενα απαντούσαν με δυο τρόπους :

1. ΝΑΙ
2. ΌΧΙ

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.3.28 φαίνονται οι απαντήσεις των υποκειμένων, η πλειοψηφία των όποιων απαντά θετικά («ναι»), ότι δηλαδή δέχονται κάποια κρατική βοήθεια που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι επίδομα Πρόνοιας για τη συγκεκριμένη περίπτωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, η οποία θεωρείται αναπηρία.

5.3.29. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ.

Σ' αυτή την κατηγορία οι ασθενείς είχαν τρεις επιλογές απαντήσεων:

1. Θετικά
2. Αρνητικά
3. Με αδιαφορία και απομάκρυνση

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ομάδες αυτές επιλέχθηκαν βάση των πιο συχνών απαντήσεων των υποκειμένων για τη διευκόλυνση της στατιστικής επεξεργασίας τους. παραληφθεί καμιά από τις απαντήσεις των υποκειμένων. Από τον πίνακα 5.3.29 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των πασχόντων - 81,3% περιγράφουν την αντίδραση των φίλων τους στην ασθένεια τους ως θετική. Το 16,3% των νεφροπαθών δηλώνουν την αρνητική αντιμετώπιση της κατάστασης τους εκ μέρους των φίλων τους, ενώ 1,6% του δείγματος αναφέρει την αδιαφορία και την απομάκρυνση (που κι αυτές οι απαντήσεις εμπίπτουν στην κατηγορία των αρνητικών αντιδράσεων, αλλά διατηρήθηκαν ως αυτόνομη ομάδα για να περιληφθούν όλες οι απαντήσεις των υποκειμένων στη συγκεκριμένη ερώτηση).

5.3.30. ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ.

Στο πρώτο σκέλος αυτής της ερώτησης το υποκείμενο απαντά θετικά ή αρνητικά:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Εάν ισχύει η τοποθέτηση των υποκειμένων στην προηγούμενη ερώτηση αναφορικά με την θετική αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας από το κοινωνικό σύνολο χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνική (και ψυχοκοινωνική) ταυτότητα του πάσχοντος, το αναμενόμενο αποτέλεσμα των απαντήσεων στην ερώτηση για την εικόνα του εαυτού των

ασθενών θα πρέπει να συμφωνεί μ' εκείνο που αναφέρεται στην εικόνα του εαυτού τους από τους άλλους. Κι αυτό γιατί σαν μέλη της κοινωνίας μοιραζόμαστε τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις για τη ζωή και τα κοινωνικά φαινόμενα και, άρα, έχουμε λίγο – πολύ τις ίδιες αντιλήψεις και στρατηγικές αντιμετώπισης των ζητημάτων αυτών.

Ο πίνακας 5.3.30 δείχνει ότι 48,8% των υποκειμένων νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, θα μπορούσαμε να πούμε από τον Άλλο, βιώνοντας τον εαυτό τους ως άρρωστο, δηλαδή όντως διαφορετικό από τον άλλον, τον υγιή, που είναι και το κοινωνικό πρότυπο και υπόδειγμα για σύγκριση.

Δε νιώθουν καμιά διαφορετικότητα 51,2% των υποκειμένων

5.3.30^α. Λόγοι της αίσθησης της διαφορετικότητας:

Το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης για το πως βλέπουν τον εαυτό τους οι ασθενείς με ΧΝΑ μετά την εκδήλωση ασθένειας αυτής, διευκρινίζει τους λόγους για τους οποίους οι νεφροπαθείς μπορεί να αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους διαφορετικά από τους άλλους, τους «υγιείς».

Από τις απαντήσεις των υποκειμένων φτιάξαμε μια λίστα, όπου συμπεριλαμβάνονται όλες οι απαντήσεις τους, οι οποίες, όμως, υπάγονται σε κάποιες συγκεκριμένες ομάδες, όπως :

1. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζώνης (εργασία, διατροφή, μετακίνησης κ.λ.π.)
2. Εξάρτηση
3. Άγχος / νευρική κατάσταση («έχω γίνει απότομος», «οξύθυμος», «έχω νεύρα» κ.λ.π.)
4. Κατάθλιψη / απογοήτευση («είμαι διαφορετικός αφού είμαι άρρωστος» κ.λ.π.)

Επίσης, υπήρχαν συνδυασμοί των απαντήσεων για το λόγω ακριβώς που αναφέραμε πιο πριν - δηλαδή να διατηρηθούν ανέπαφες όλες οι απαντήσεις των υποκειμένων της έρευνας. Έτσι, π.χ. έχουμε το συνδυασμό 14 (ποσοστιαία ο πιο μεγάλος συνδυασμός - 13,2% - αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζώνης - κατάθλιψη / απογοήτευση (σαν αποτέλεσμα των περιορισμών).

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.3.30^α ότι τα περισσότερα υποκείμενα - 37,7% νιώθουν διαφορετικοί λόγω των αλλαγών και περιορισμών στον τρόπο ζώνης τους που τους επιβάλλει η ασθένεια. Κατάθλιψη και απογοήτευση αναφέρει 28,3% των ασθενών που δηλώσαν τη διαφορετικότητα και στην τρίτη θέση - 13,2% βρίσκεται ο συνδυασμός 14, που, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφέρεται στην αλλαγή / περιορισμούς και κατάθλιψη / απογοήτευση.

Για να εξετάσουμε την αξιοπιστία αυτής της μεταβλητής, καθώς, σύμφωνα με τη Nettleton (2002), οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια συχνά δίνουν απαντήσεις (αναφορικά στο θέμα της αλλαγής στον κοινωνικό τομέα της ζωής τους) που δεν αντιστοιχούν στην πραγματικότητα, προσπαθώντας να περισώσουν την αξιοπρέπειά τους, όπως αυτή εννοείται από την κοινωνία, και τον ακόμα υγιή εαυτό τους από την απειλή της ασθένειας, επιχειρήσαμε τη διευκρίνιση του παράγοντα αυτού με τη μεταβλητή που ακολουθεί.

5.3.31. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Οι δυο ομάδες απαντήσεων ήταν :

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Η πλειοψηφία των υποκειμένων - 77,8% - απαντούν αρνητικά, δηλαδή ότι οι άλλοι άνθρωποι δεν τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, ενώ 22,2% των ασθενών δηλώνουν ότι βιώνουν διαφορετική αντιμετώπιση από τους άλλους, τους «υγιείς» (πίνακας 5.3.31) Η διαφορά στα ποσοστά απαντήσεων για το πόσο διαφορετικοί νιώθουν τον εαυτό τους οι ίδιοι οι ασθενείς και για το πόσο διαφορετικά συμπεριφέρονται οι άλλοι προς αυτούς μετά την έναρξη της ΧΝΑ, επιβεβαιώνει, κατά τη γνώμη μας, τα συμπεράσματα της Nettleton (2002) που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης επιχείρησε να διευκρινίσει τις αιτίες που, κατά τη γνώμη των ασθενών, οδηγούν τους άλλους ανθρώπους να τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Έτσι, η επόμενη κατηγορία περιγράφει τις απαντήσεις των υποκειμένων που δηλώσαν ότι βιώνουν τη διαφορετική αντιμετώπιση από τους άλλους.

5.3.31^α. Λόγοι της διαφορετικής αντιμετώπισης:

Οι ομάδες απαντήσεων ήταν 5 και αναφέρονται στη συμπεριφορά των άλλων απέναντι στους ασθενείς μετά την έναρξη της ΧΝΑ:

1. Απομάκρυνση / αδιαφορία
2. Φόβος (μη κολλήσουν κ.λ.π)
3. Οίκτος
4. Υπερπροστασία
5. Συμπάθεια / στήριξη

Υπήρχαν και συνδυασμοί των απαντήσεων στην προσπάθεια, όπως εξηγήθηκε πιο πάνω, να διατηρηθούν όλες οι απαντήσεις των υποκειμένων με τον τρόπο που είχαν δοθεί.

Η μεγαλύτερη ομάδα - 26,3% - είναι αυτή που δήλωσε πως πιστεύει ότι οι άλλοι άνθρωποι συμπεριφέρονται διαφορετικά προς τους ασθενείς διότι νιώθουν οίκτο γι' αυτούς (πιν. 5.3.31^α) η αμέσως μεγαλύτερη ομάδα - 21,1% - είναι η ομάδα 1 - απομάκρυνση / αδιαφορία, ενώ στην τρίτη θέση - 15,8% βρίσκεται η ομάδα 5 - συμπάθεια / στήριξη. Η ομάδα «οίκτος» θα ήταν ακόμα μεγαλύτερη εάν συμπεριλάβουμε την ύπαρξη αυτής της μεταβλητής και σε συνδυασμούς απαντήσεων, καθώς παρουσιάζεται σ' όλους τους συνδυασμούς, π.χ. 13 - απομάκρυνση / αδιαφορία - οίκτος - 5,3% κ.λ.π.. Ακόμα και η «θετική» μεταβλητή - συμπάθεια / στήριξη - συνδυάζεται με τον οίκτο, προσδίδοντας αρνητικό χαρακτήρα στη θετική αντίληψη των εννοιών «συμπάθεια» και «στήριξη», πράγμα που ισχύει και στην περίπτωση του συνδυασμού 345 - «οίκτος» - «υπερπροστασία» - «συμπάθεια / στήριξη». Όπως ειπώθηκε και πιο πριν, μοιραζόμαστε λίγο – πολύ τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις που είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με την κοινωνία και αντίστροφα, δηλαδή είναι συγχρόνως και κοινωνικές και ατομικές. Γι' αυτόν το λόγο οι αντιλήψεις των ατόμων για το πως τους «βλέπουν» οι άλλοι φανερώνει τις δικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις για το συγκεκριμένο ζήτημα. Έτσι, εάν εγώ αντιμετωπίζω τους πάσχοντες από χρόνια ασθένεια με οίκτο (γιατί έχουν «χάσει» το πολυτιμότερο αγαθό - την υγεία, η οποία μας επιτρέπει να «προσφέρουμε», να «είμαστε χρήσιμοι», να «καταναλώνουμε», άρα, σε τελική ανάλυση, να «υπάρχουμε»), σημαίνει ότι, λόγω ακριβώς του «μοιράσματος» των κοινωνικών αναπαραστάσεων, πιστεύω ότι και οι άλλοι με αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο όταν συμπεριληφτώ στην ομάδα των «αρρώστων». Γίνεται κατανοητό ότι η τοποθέτηση του ατόμου σε μια διαφορετική ομάδα προκαλεί και επαναπροσδιορισμό της ψυχοκοινωνικής του ταυτότητας, πράγμα το οποίο ήδη φαίνεται από τις κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας και το οποίο επιχειρήσαμε να εξακριβώσουμε και στην επόμενη ενότητα - στις ψυχολογικές προεκτάσεις της ΧΝΑ.

5.3.32 - ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Το πρώτο σκέλος της ερώτησης αυτής εξετάζει τις δυο πιθανές απαντήσεις:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Εάν στην ερώτηση «Νιώθετε διαφορετικός /η από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας» απαντούν θετικά 48,8% των ασθενών, ενώ στην ερώτηση

«Πιστεύετε ότι μετά την έναρξη της ασθένειάς σας οι άλλοι άνθρωποι σας αντιμετωπίζουν διαφορετικά» η θετική απάντηση παρατηρείται μόνο στο 22,2% των περιπτώσεων, θα ήταν λογικό να υποθέσουμε ότι τα ποσοστά των επιπτώσεων στο χαρακτήρα και την ταυτότητα των ασθενών θα κυμαίνονται στο ενδιάμεσο χώρο αυτών των δυο προαναφερθέντων ποσοστών.

Εντούτοις, όπως φαίνεται από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.3.32, το 54,8% των υποκειμένων αναφέρουν κάποιες αλλαγές στον χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της χρόνιας ασθένειας που παραπέμπει στην υπόθεση του επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας και των αλλαγών στη ζωή του πάσχοντος μετά τη διάγνωση της ΧΝΑ (Nettleton,2002).

Για να εξακριβώσουμε το είδος των αλλαγών αυτών, χορηγήσαμε μια λίστα, η οποία αποτελεί το δεύτερο σκέλος της παραπάνω ερώτησης:

5.3.32^α. Λόγοι της αλλαγής του χαρακτήρα:

Στην προσπάθεια να διατηρήσουμε όλες τις απαντήσεις των υποκειμένων, αλλά και για τις ανάγκες της σωστής στατιστικής έρευνας, απομονώσαμε τέσσερις ομάδες απαντήσεων που έχουν ως εξής :

1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κ.λ.π)
2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξύθυμος, έχω γίνει απότομος κ.λ.π)
3. Κατάθλιψη / απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κ.λ.π)
4. Θετική αλλαγή (τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κ.λ.π)

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.3.32^α η μεγαλύτερη ποσοστιαία ομάδα είναι η δεύτερη - 48,1% των υποκειμένων, που απαντά ότι ο χαρακτήρας τους άλλαξε γιατί νιώθουν άγχος και νευρικότητα. Στη δεύτερη θέση είναι η ομάδα 3 - κατάθλιψη / απογοήτευση - 31,5% των υποκειμένων που έχουν δηλώσει αλλαγές στον χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ενώ στην τρίτη θέση (με μεγάλη διαφορά από τις πρώτες δυο ομάδες) βρίσκεται η ομάδα 4 - θετική αλλαγή - 9,3% των υποκειμένων.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, καθώς προσπαθήσαμε να διατηρήσουμε όλες τις απαντήσεις των υποκειμένων, υπήρχαν και συνδυασμοί των προαναφερθέντων μεταβλητών. Το συμπέρασμα που βγαίνει από την ανάλυση των συνδυασμών είναι ότι το ποσοστό της μεγαλύτερης ποσοστιαίας ομάδας 2 - άγχος - θα ήταν ακόμα μεγαλύτερο τη στιγμή που αυτή η ομάδα είναι παρούσα σ' όλους τους συνδυασμούς των απαντήσεων.

5.3.33. ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Αναλύσαμε τις δυο περιπτώσεις απαντήσεων που είναι:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.3.33 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των υποκειμένων - 86,5% - απαντά αρνητικά στην ερώτηση αυτή, ότι οι σχέσεις μέσα στην οικογένειά τους δεν άλλαξαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ενώ μόνο 13,5% των περιπτώσεων αναφέρουν κάποιες αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις της οικογένειας λόγω της συγκεκριμένης ασθένειας.

5.3.34. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Οι ομάδες απαντήσεων σ' αυτή την κατηγορία ήταν δυο :

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Επειδή μόνο 7,2% των υποκειμένων (πιν. 5.3.34) αντιστοιχεί σε 9 άτομα από τις 125 περιπτώσεις (σύνολο 127), απάντησαν θετικά, αναφέροντας ασθένειες απροσδιορίστου χαρακτήρα, δε θεωρήσαμε αναγκαίο να εξακριβώσουμε στη στατιστική ανάλυση το είδος των ασθενειών αυτών αν και έχουν καταγραφεί στα ερωτηματολόγια. Έτσι, λοιπόν, η πλειοψηφία των υποκειμένων - 92,8% - δηλώνει απουσία οργανικών διαταραχών στα μέλη της οικογένειας τους, η οποία μπορεί να οφείλεται στην παρουσία της χρόνιας ασθένειας σ' ένα από τα μέλη αυτής της οικογένειας.

5.3.35. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Το πρώτο σκέλος της ερώτησης αυτής έχει δυο ομάδες απαντήσεων :

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων της μορφολογικής ανάλυσης 5.3.35 φαίνεται ότι μόνο το 7,1% των ασθενών που διανύουν το τελικό στάδιο της ΧΝΑ παρακολουθείται από κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας, ενώ 92,9% απαντά αρνητικά σ' αυτή την ερώτηση.

Παρόλο που το ποσοστό των εμπλεκόμενων σε μια επαγγελματική σχέση με τους ειδικούς της ψυχικής υγείας είναι μικρό, κρίναμε σκόπιμο (για λόγους επαγγελματικού ενδιαφέροντος) να εξακριβώσουμε την προτίμηση των ασθενών σε ό,τι αφορά τη σχέση αυτή. Έτσι, το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης έχει ως εξής:

5.3.35^α. Επιστημονική ειδικότητα των παρακολουθέντων:

Σ' αυτή την κατηγορία υπήρχαν 3 ομάδες απαντήσεων :

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός λειτουργός

Από τον πίνακα 5.3.35^α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ισομοιράζεται στις δυο ομάδες 1 και 2 - ψυχίατρος και ψυχολόγος - 42,9% των δηλωθέντων, ενώ 14,3% των υποκειμένων που παρακολουθούνται από ειδικό της ψυχικής υγείας έχουν ως επόπτη τον/την κοινωνικό λειτουργό.

5.3.36. ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Οι δυο ομάδες απαντήσεων αναφέρονταν σε:

1. Αιμοκάθαρση
2. Περιτοναϊκή κάθαρση

Ο πίνακας 5.3.36 δείχνει ότι 99,2% των υποκειμένων, δηλαδή η συντριπτική τους πλειοψηφία, προτιμά τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης αντί αυτής της περιτοναϊκής κάθαρσης, πράγμα που οδηγεί στο εξής δίλημμα:

Από τη μια, η εξάρτηση των ασθενών από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης που είναι μια «ψυχρή» συσκευή (Nettleton,2002), υποδηλώνει την έλλειψη ελέγχου των σωματικών λειτουργιών από το ίδιο το άτομο, πράγμα που οδηγεί σε αρνητική αυτοεικόνα. Η συσκευή της περιτοναϊκής κάθαρσης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή (αν και αυτή είναι επίσης «ψυχρή» και «άψυχη») να έχει ο ίδιος /η ίδια τον έλεγχο της ασθένειας και των σωματικών του / της λειτουργιών. Εδώ, όμως, παρουσιάζεται ο φόβος της ευθύνης του ατόμου

αναφορικά με την έκβαση της ασθένειας, η οποία, στην περίπτωση των αιμοκαθαρώμενων είναι στα χέρια των ειδικών - των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, οπότε ο / η ασθενής νιώθει περισσότερη ασφάλεια (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999). Ο λόγος αυτής της συνειδητής άρνησης του ελέγχου των ίδιων των σωματικών τους λειτουργιών από τους ίδιους τους ασθενείς είναι, συμφωνά με τη Nettleton (2002), η «ιατρικοποίηση» των ζητημάτων της υγείας και της ασθένειας με αποτέλεσμα την πλήρη εξάρτηση της τύχης του ανθρώπινου σώματος από μια ειδική ομάδα - αυτή των γιατρών.

5.3.37. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ / Η ΣΥΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Οι κατηγορίες της μεταβλητής ήταν πέντε:

1. Φόβο
2. Μίσος
3. Αδιαφορία
4. Εξάρτηση
5. Άλλα (αδιευκρίνιστα, όπως π.χ. «δε νιώθω καλά», που δε συγκαταλέγονται στις βασικές ομάδες, αλλά και θετικές απαντήσεις, π.χ. «είναι καλό»)

Από τον πίνακα 5.3.37 φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ομάδα - 32% των υποκειμένων - είναι η τρίτη, δηλαδή αυτή που απαντά στην ερώτηση με τη λέξη «αδιαφορία». Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 5 - 25,6% - με απάντηση «αλλά», ενώ στην τρίτη - 18,4% είναι η απάντηση 4 - «εξάρτηση». Σημειώνεται ότι στην τέταρτη θέση - 11,2% - βρίσκεται η ομάδα «φόβος», πράγμα, το οποίο πιστεύουμε ότι είναι σημαντικό για την παρούσα ανάλυση, καθώς μας ενδιέφερε περισσότερο η γενική εικόνα που έχουν οι ασθενείς για τα βοηθητικά αυτά μηχανήματα - δηλαδή εάν είναι αρνητική ή θετική. Έτσι, η «αμιγώς» αρνητική εικόνα (χωρίς την ομάδα της «αδιαφορίας» και με την προσθήκη των αποτελεσμάτων των συνδυασμών των αρνητικών απαντήσεων - π.χ. 124 - «φόβος», «μίσος», «εξάρτηση») καταλαμβάνει 40,8% των απαντήσεων των υποκειμένων, ενώ μαζί με την ομάδα «αδιαφορία» το ποσοστό καλύπτει το 72,8% των απαντήσεων. Συνεπώς, η ομάδα «άλλα» που δε συμπεριλαμβάνει μόνο τις θετικές απαντήσεις είναι πολύ μικρότερη σε σύγκριση μ' αυτή των αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στα βοηθητικά μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΧΑΝ.

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι έτσι εξηγείται και η εναπόθεση του ελέγχου των σωματικών λειτουργιών που υποστηρίζονται μ' αυτά τα μηχανήματα στα χεριά των ειδικών, τη στιγμή που αυτά τα υποστηρικτικά μέσα προκαλούν αρνητικά συναισθήματα, παρεμποδίζοντας την εξοικείωση του ασθενή με τις αναγκαίες για τη ζωή του / της συσκευές.

5.3.38. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.

Το πρώτο σκέλος της ερώτησης αυτής είχε 2 ομάδες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.38 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς - 56,1% - είναι αισιόδοξοι για το μέλλον τους, ενώ 43,9% των υποκειμένων απαντούν αρνητικά σ' αυτή την ερώτηση.

Για να διευκρινίσουμε το είδος των αρνητικών απαντήσεων, δημιουργήσαμε ένα δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης:

5.3.38^α. Λόγοι της απαισιόδοξης στάσης:

Βάση των απαντήσεων των υποκειμένων και για τις ανάγκες της στατιστικής έρευνας, απομονώθηκαν 2 βασικές ομάδες απαντήσεων :

1. Φόβος του θανάτου

2. Κατάθλιψη / απογοήτευση («δεν πρόκειται να γίνω καλά», «όλα έχουν τελειώσει» κλπ.)

Επίσης, στην προσπάθεια να διασωθούν όλες οι απαντήσεις των υποκειμένων, δημιουργήθηκαν και συνδυασμοί απαντήσεων, όταν το υποκείμενο έδινε παραπάνω από μια περιγραφές.

Από τον πίνακα 5.3.38^α ότι από τα υποκείμενα που δηλώνουν την έλλειψη αισιόδοξίας για το μέλλον, η μεγαλύτερη ομάδα - 68,2% - ανήκει στην κατηγορία 2 - κατάθλιψη / απογοήτευση, ενώ το 25% των ασθενών εκφράζουν φόβο για το θάνατο που και οι δυο καταστάσεις είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας ασθένειας (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.,1992). Όπως υποστηρίζει η Kelly (1992), η χρόνια ασθένεια είναι συνυφασμένη με τη ζωή των ανθρώπων που πάσχουν και επιδρά στον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, η οποία ξεκινά πριν από τη διάγνωση της ασθένειας και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της, απαιτεί μεγάλους

κόπους, προκειμένου να αναπτύξει κανείς στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές και πρακτικές συνέπειες της πάθησης. Ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι μας υπενθυμίζει το ποσό βασιζόμαστε στο σώμα μας και τη σημασία του στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Nettleton, 2002).

5.3.39. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.

Οι ομάδες απαντήσεων ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.39 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των υποκειμένων - 95,2% - απαντά θετικά στην ερώτηση αυτή, ενώ δυσαρέσκεια δείχνει 4,8% των υποκειμένων.

Η διευκρίνιση αυτής της ερώτησης γίνεται με την επόμενη κατηγορία:

5.3.40. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ.

Οι απαντήσεις κατηγοριοποιούνται σε δυο ομάδες:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.40 βλέπουμε ότι οι απαντήσεις των υποκειμένων είναι ακριβώς ίδιες μ' αυτές της προηγούμενης ενότητας - για το ποσό ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από την αντιμετώπιση τους εκ μέρους των γιατρών - 95,2% θετικών απαντήσεων έναντι του 4,8% των αρνητικών.

5.3.41. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.

Κι εδώ οι ομάδες απαντήσεων ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.41 φαίνεται ότι 99,2% των υποκειμένων απαντούν θετικά σ' αυτή την ερώτηση έναντι του 0,8% των αρνητικών απαντήσεων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των ποσοστών της μορφολογικής ανάλυσης αυτής αναφορικά με την ικανοποίηση ή μη των ασθενών με ΧΝΑ από τις φροντίδες των γιατρών

και από τις αντίστοιχες του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένη από τις φροντίδες και των δυο προαναφερθέντων ομάδων, εντούτοις υπάρχει μικρή μεν σημαντική δε (κατά τη γνώμη μας) διαφορά των ποσοστών - 95,2% (γιατροί) έναντι του 99,2% (νοσηλευτικό προσωπικό). Από τις προσωπικές παρατηρήσεις της γράφουσας θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι αυτή η διαφορά οφείλεται στη διάρκεια και στο είδος των διαπροσωπικών σχέσεων με τους αρρώστους που διαφέρουν στις δυο περιπτώσεις - αυτή των γιατρών σε σύγκριση με την περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

α) Οι γιατροί έχουν την «αίγλη του επιστήμονα», ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο «προσιτό» για τη διαπροσωπική επικοινωνία, δηλαδή δεν αντιμετωπίζονται με το ίδιο δέος όπως η ομάδα των γιατρών.

β) Οι γιατροί βρίσκονται πάντα σε ετοιμότητα, αλλά τη διεξαγωγή της καθημερινής «ρουτίνας» της αιμοκάθαρσης την αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό, περνώντας περισσότερες ώρες με τους ασθενείς και καλώντας τους γιατρούς σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης.

γ) Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την προστασία των γιατρών από τη δημιουργία συναισθηματικών δεσμών με τους αρρώστους που θα δυσχέραινε την εξάσκηση των καθηκόντων τους ως τέτοιους (και, από την άλλη, τη φθορά του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο καλείται να παίζει πολλαπλούς ρόλους - της νοσοκόμας, της φίλης, του ψυχολόγου κ.λ.π.), αλλά και τη δημιουργία της αίσθησης της ανασφάλειας του ασθενούς, καθώς ο / η γιατρός δεν είναι διαθέσιμος συνεχώς και ανελλιπώς στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, και της αίσθησης του φόβου εφ' όσον καλείται για την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση στις επείγουσες καταστάσεις, οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό.

5.3.42. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Οι ομάδες απαντήσεων και σ' αυτή την ερώτηση ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.42 φαίνεται ότι η θετική απάντηση καταλαμβάνει 98,4% των απαντήσεων των υποκειμένων έναντι του 1,6% των αρνητικών αντιλήψεων για το θέμα αυτό, που και πάλι το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο σε σύγκριση με το ποσοστό των

αρνητικών απαντήσεων για την ικανοποιητική παρουσία των γιατρών στο πλευρό του ασθενούς (4,8%).

5.3.43. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ.

Οι ομάδες απαντήσεων ήταν οι εξής:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.43 φαίνεται ότι διαφορετική αντιμετώπιση θα επιθυμούσε 15,4% των υποκειμένων, ενώ πλήρως ικανοποιημένοι είναι 84,6% των ασθενών.

Η διαφορά αυτής της μεταβλητής σε σύγκριση με τις προηγούμενες τέσσερις (σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση εκ μέρους των ασθενών από την παρουσία στο πλευρό τους των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού) δείχνει αυτό που ο Πανταζής (2004) ονομάζει «ανείπωτες» και «αποσιωπημένες» αλήθειες, οι οποίες δε φανερώνονται αμέσως, αλλά ξεδιπλώνονται κατά τη διάρκεια της διερεύνησης και εξακρίβωσης του λόγου του υποκειμένου, θέση, με την οποία συμφωνεί και η Nettleton (2002), που στη συγκεκριμένη περίπτωση δείχνει ότι οι ασθενείς οι οποίοι δεν είναι και τόσο ικανοποιημένοι από τις φροντίδες του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού είναι περισσότεροι απ' ό,τι φαίνεται από τις αρχικές τους απαντήσεις, πράγμα, το οποίο φάνηκε στη διασταύρωση των απαντήσεων τους στη συνέχεια του ερωτηματολογίου και επισημάνει την ανάγκη της ιδιαίτερης προσοχής σ' ότι αφορά τη δημιουργία του μεθοδολογικού πλαισίου της έρευνας.

5.3.44. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ.

Το πρώτο σκέλος της ερώτησης αυτής έχει δυο κατηγορίες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τον πίνακα 5.3.44 φαίνεται ότι μόνο το 39,7% των υποκειμένων θα επιθυμούσαν τέτοιου είδους συνεργασία (θα ήταν λογικό να υποθέσουμε ότι τα άτομα με χρόνια ασθένεια έχουν την ανάγκη της ψυχολογικής στήριξης ακριβώς λόγω της κατάστασης της ασθένειας τους που έχει επιπτώσεις στην εικόνα του εαυτού και την

ταυτότητα τους κι έτσι το ποσοστό αυτό μας φαίνεται αρκετά μικρό), ενώ αρνητική απάντηση δίνουν 60,3% των υποκειμένων.

5.3.44^a. Λόγοι της αρνητικής στάσης:

Με το δεύτερο σκέλος της ίδιας ερώτησης προσπαθήσαμε να εξακριβώσουμε τις αιτίες της άρνησης του μεγάλου ποσοστού των υποκειμένων να συνεργαστούν με ψυχολόγο. Από τις απαντήσεις των υποκειμένων δημιουργήσαμε δυο ομάδες προτάσεων στις οποίες περιλαμβάνονται όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί των εξηγήσεων που δόθηκαν από τους ασθενείς:

1. Δήλωση απουσίας ψυχολογικών προβλημάτων («δεν έχω ψυχολογικά προβλήματα», «δε νιώθω την ανάγκη», «με στηρίζουν τα παιδιά μου» κ.λ.π.)
2. Άρνηση / επιθετικότητα («είναι εντελώς περιττός», «τι να μου λέει», «δεν μπορεί να βοηθήσει» κ.λ.π.).

Σημειώνεται ότι σ' αυτή την υποερώτηση δεν απάντησαν όλα τα υποκείμενα, τα οποία δηλώσαν πρωτύτερα την άρνηση τους να δεχτούν επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια (47 υποκείμενα έναντι των 63 του πρώτου σκέλους της ερώτησης), μη μπορώντας να προσδιορίσουν τις αιτίες που να δικαιολογούν αυτή τους την άρνηση. Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε το λόγω της άρνησης, βασιζόμενοι στις βιβλιογραφικές αναφορές.

Από τον πίνακα 5.3.44^a μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων - 59,6% - δηλώνει την απουσία των ψυχολογικών προβλημάτων, ενώ 40,4% αμφισβητούν τον ρολό του ψυχολόγου και τη δυνατότητα του να βοηθήσει.

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οι λόγοι της άρνησης των υποκειμένων να δεχτούν τη βοήθεια του ψυχολόγου βασίζονται στα εξής δεδομένα:

1. Η ενημέρωση και η πληροφόρηση για τον ρολό του ψυχολόγου είναι ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα ο ψυχολόγος να συγχέεται συχνά με τον ψυχίατρο, πράγμα, το οποίο παραπέμπει στα ψυχιατρικά προβλήματα που, με τη σειρά τους, θεωρούνται «στίγμα» στις δυτικές κοινωνίες (Pilgrim, D. – Rogers, A., 2004) και ιδιαίτερα σε αγροτικές κοινωνίες και κοινωνίες που βασίζονται στη χειρονακτική εργασία και που δεν επιτρέπεται η παραμικρή σπατάλη του ανθρωπίνου δυναμικού (Κατάκη, 1998).
2. Η προσπάθεια των ανθρώπων να «περισώσουν» τον ακόμα υγιή εαυτό τους, ο οποίος ήδη έχει δεχτεί σοβαρό πλήγμα από την παρουσία μιας χρόνιας ασθένειας, συχνά τους οδηγεί στην άρνηση της πραγματικότητας της κατάστασης τους για να «κρατήσουν» την αξιοπρέπεια τους στη σφαίρα των κοινωνικών τους συναλλαγών, ώστε να μη νιώθουν

«απορριπτέοι» από την κοινωνία, στην οποία θεωρούν ότι, λόγω της χρόνιας ασθένειάς τους, αποτελούν μια «διαφορετική» ομάδα με την αρνητική έννοια του ορού, που τους τοποθετεί στο περιθώριο (Nettleton, 2002). Δηλαδή, λόγω του «μοιράσματος» των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια, για τη «χρησιμότητα» του ανθρώπου και, σε τελευταία ανάλυση, για την «ύπαρξη» του (η οποία, όπως αναλύθηκε στη θεωρητική ενότητα, δε νοείται έξω από το βαθμό προσφοράς του ατόμου στον και για τον κοινωνικό σύνολο κι άρα, εξαρτάται από την αποδοχή του Άλλου), το άτομο αυτοπροστατεύεται, «ωραιοποιώντας» την κατάσταση του από το φόβο της ολοκληρωτικής απόρριψης από την κοινωνία (γιατί έχει τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις και σκέπτεται με τον ίδιο τρόπο για το ζήτημα αυτό) και της τελικής «αχρήστευσης» του.

5.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Σ' αυτή την ενότητα έγινε προσπάθεια εξέτασης των παραγόντων που δυνητικά επηρεάζουν την έναρξη και την πορεία της ασθενείας με απώτερο σκοπό την ερμηνεία και την πρόβλεψη της εμφάνισης της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, αλλά και των ιδιαίτερων προβλημάτων της συγκεκριμένης πάθησης, σε γενικότερο πληθυσμό των νεφροπαθών, επαληθεύοντας ή όχι τα συμπεράσματα της έρευνας του δείγματος. Τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος δεν είναι πάντα αντιπροσωπευτικά για τον πληθυσμό κι έτσι χρειάζεται μια ειδική ανάλυση των συνιστωσών ώστε να είναι δυνατή η διεξαγωγή των συμπερασμάτων που αφορούν και μπορούν να εφαρμοστούν σ' όλες τις ομάδες των ασθενών με τη συγκεκριμένη πάθηση. Γι' αυτό σε αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιείται η μη παραμετρική ανάλυση χ^2 όταν αναφερόμαστε στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής, όπως και η παραμετρική ανάλυση χ^2 στη διευκρίνιση των σχέσεων ανάμεσα σε διαφορετικές μεταβλητές.

Για να διευκολυνθεί η ανάγνωση των αποτελεσμάτων, θεωρήθηκε χρήσιμο να επεξηγηθεί η διαδικασία της ανάλυσης, η οποία στο εξής θα ακολουθεί τον εξής τρόπο: Σε όλες τις περιπτώσεις θα ισχύουν δυο υποθέσεις - η πρωταρχική μηδενική υπόθεση (H_0), δηλαδή αυτή που πρεσβεύει ότι δεν αναμένονται διαφορές στον πληθυσμό των αιμοκαθαρομένων ασθενών αναφορικά με την εκάστοτε μεταβλητή, και η εναλλακτική υπόθεση (H_1), στην περίπτωση της οποίας θα παρατηρηθούν διαφορές αναφορικά με τις μεταβλητές που εξετάζονται.

Στη συνέχεια της εργασίας θα αναφέρονται πλέον αυτές οι υποθέσεις (H_0 η H_1), χωρίς να επεξηγείται αναλυτικότερα το τι σημαίνει η καθεμιά από αυτές τις προαναφερθείσες παραπάνω περιπτώσεις.

Έτσι, λοιπόν, για την ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκαν οι εφαρμογές του προγράμματος SSPS (παραμετρικό κριτήριο χ^2 , μη παραμετρική ανάλυση, Correspondence analysis), τα αποτελέσματα της οποίας (της ανάλυσης) έχουν ως εξής:

5.4.1. ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Για να διαπιστωθεί στον πληθυσμό εάν και κατά ποσό το ποσοστό των ανδρών-νεφροπαθών τελικού σταδίου είναι ίσο με τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό, εφαρμόστηκε το μη-παραμετρικό κριτήριο χ^2 (nonparametric one-way χ^2 analysis). Η ανάλυση του δείγματος έγινε με βάση δεδομένων για πληθυσμό 10000 ατόμων. Η ακρίβεια των μεθόδων Asymptotic analysis και της Monte Carlo ανάλυσης επιτρέπουν τη γενίκευση των ευρημάτων και για μεγαλύτερο πληθυσμό.

Η μηδενική υπόθεση (H_0) ήταν ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες νεφροπαθείς τελικού σταδίου σ' ό,τι αφορά τη συχνότητα της εμφάνισης της συγκεκριμένης ασθένειας στον πληθυσμό.

Η εναλλακτική υπόθεση (H_1) ήταν ότι θα παρατηρηθεί η διαφορά αυτή αναφορικά με το φύλο.

Επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι $\text{Asymp.Sig.} = 0,000 < 0,05$ (ή $0\% < 5\%$), η μηδενική υπόθεση (H_0) απορρίπτεται.

Άρα, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον ανδρικό και το γυναικείο πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου αναφορικά με τη συχνότητα της εμφάνισης της ασθένειας με την υπεροχή του ανδρικού φύλου στην περίπτωση αυτή (πιν. 5.4.1).

Πίνακας 5.4.1 Φύλο των ασθενών

Chi-Square	14.559
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του φύλου των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη συχνότητα	Διαφορά
1	85	63.5	21.5
2	42	63.5	-21.5

1= άνδρας
2= γυναίκα

5.4.2. ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.

Για να διευκρινιστεί αυτή η μεταβλητή εφαρμόστηκε το μη-παραμετρικό κριτήριο χ^2 (nonparametric one-way χ^2 analysis) αναφερόμενοι στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής (γι' αυτό και χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση).

Από τον πίνακα 5.4.2 φαίνεται ότι υπάρχει διαφορά στις ηλικίες των πασχόντων τη στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας, καθώς τα παρατηρούμενα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας όσο της Asymptotic analysis τόσο και της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν και δείχνουν $0\% < 5\%$ που είναι και το οριακό σημείο για τη διεξαγωγή της μηδενικής υπόθεσης. Επομένως, η μηδενική υπόθεση H_0 δεν ισχύει στη συγκεκριμένη περίπτωση και ισχύει η υπόθεση H_1 – δηλαδή ότι υπάρχει διαφοροποίηση στις τιμές της συγκεκριμένης μεταβλητής. Μετά από αυτήν τη διαπίστωση ανατρέχουμε στον πίνακα συχνοτήτων της μεταβλητής αυτής (πιν. 5.4.2), διαπιστώνουμε ότι οι τιμές του δείχνουν τη σαφή υπεροχή της ηλικίας της ομάδας 6 - αυτής της 65 κι άνω - σκορ 28,8 (δηλαδή 28,8 υποκείμενα παραπάνω από τον αναμενόμενο αριθμό, ο οποίος είναι 21,2 για όλες τις ηλικίες), ενώ στη δεύτερη θέση - 9,8 (παραπάνω από το αναμενόμενο) - βρίσκεται η ηλικία των 45-55 χρονών. Στην τρίτη θέση - 2,8 παραπάνω από το αναμενόμενο αποτέλεσμα - βρίσκεται η ηλικία των 55-65 χρονών.

Πίνακας 5.4.2. Ηλικία των ασθενών τη στιγμή της συνέντευξης

Chi-Square	73,268
Df	5
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη συχνότητα	Διαφορά	
1	3	21,2	-18,2	1= 15-25 χρονών
2	7	21,2	-14,2	2= 26-35 χρονών
3	12	21,2	-9,2	3= 36-45 χρονών
4	31	21,2	9,8	4= 46-55 χρονών
5	24	21,2	2,8	5= 56-65 χρονών
6	50	21,2	28,8	6= 65 και άνω

5.4.3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ .

Εφαρμόζοντας τη μη παραμετρική ανάλυση (καθώς εξετάζεται η ύπαρξη ή μη της διαφοράς της ίδιας μεταβλητής), βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα τόσο της ασυμπτωτικής ανάλυσης όσο και της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν και δείχνουν την ύπαρξη διαφοροποίησης ανάμεσα στις ομάδες της ίδιας μεταβλητή (πιν. 5.4.3).

Μ' άλλα λόγια, στην συγκεκριμένη περίπτωση αναμένεται ότι στο επίπεδο του πληθυσμού η καταγωγή των περισσότερων νεφροπαθών τελευταίου σταδίου θα είναι από χωριά μέχρι 500 κατοίκους.

Πίνακας 5.4.3 Τόπος καταγωγής ασθενών

Chi-Square	47,661
Df	5
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του τύπου καταγωγής των ασθενών

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	49	38,6	38,6
2	21	16,5	55,1
3	9	7,1	62,2
4	15	11,8	74,0
5	15	11,8	85,8
6	18	14,2	100,0

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό η κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.3α. Συσχέτιση της τωρινής ηλικίας των υποκειμένων με τον τόπο καταγωγής τους.

Από τον πίνακα 5.4.3α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) είναι $0,000 < 0,05$ (ή, ποσοστιαία, $0\% < 5\%$), η εναλλακτική υπόθεση και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.3α βλέπουμε ότι :

1. Τα περισσότερα υποκείμενα της πρώτης ηλικιακής ομάδας (κατηγορία 1 - 16-25 χρονών) αναμένεται να κατάγονται από τις πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (κατηγορία 3

- Residual 0,8), με 20.001-50.000 κατοίκους (κατηγορία 4 - Residual 0,8) και από πόλεις με πληθυσμό 50.001-100.000 κατοίκους (κατηγορία 5 - Residual 0,6).
- 2. Η δεύτερη ηλικιακή ομάδα (κατηγορία 2 - 26-35 χρονών) στην πλειοψηφία της αναμένεται να κατάγεται από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (κατηγορία 4 - Residual 1,2) και με 100.001 και άνω (κατηγορία 6 - Residual 2,0).
- 3. Η περίπτωση της τρίτης ηλικιακής ομάδας (κατηγορία 3 - 36-45 χρονών) προκαλεί ενδιαφέρον, καθώς τα υποκείμενα της ομάδας αυτής αναμένεται να κατάγονται σχεδόν αποκλειστικά από πόλεις με 100.001 κι άνω (κατηγορία 6 - Residual 5,3).
- 4. Στην περίπτωση της τέταρτης ηλικιακής ομάδας (κατηγορία 4 - 46-55 χρονών) τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να από χωριά-κωμόπολης από 501-2.000 κατοίκους (κατηγορία 2 - Residual 3,9), από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (κατηγορία 4 - Residual 2,3) και από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (5 - Residual 4,3).
- 5. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η περίπτωση της πέμπτης ηλικιακής ομάδας (κατηγορία 5 - 56-65 χρονών), καθώς τα υποκείμενα αυτής της ομάδας αναμένεται να κατάγονται σχεδόν αποκλειστικά από χωριά μέχρι 500 κατοίκους (κατηγορία 1 - Residual 4,7).
- 6. Στην περίπτωση της έκτης ηλικιακής ομάδας (κατηγορία 6 - 66 χρονών κι άνω) τα περισσότερα υποκείμενα (με μεγάλο προβάδισμα) να κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους (κατηγορία 1 - Residual 10,7) και από πόλεις με πληθυσμό από 2.001 μέχρι 20.000 κατοίκους (κατηγορία 3 - Residual 1,5).

Πίνακας 5.4.3^a Συσχέτιση της τωρινής ηλικίας των υποκειμένων με τον τόπο καταγωγής τους.

Chi-Square	73.068
Df	25
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της τωρινής ηλικίας των υποκειμένων με τον τόπο καταγωγής τους

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	45-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	5	14	30
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,2	2,7	4,6	12,0	9,3	19,3
	Διαφορά	-1,2	-2,7	-4,6	-7,0	4,7	10,7
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	2	9	2	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,2	2,0	5,1	4,0	8,3
	Διαφορά	-,5	-,2	,0	3,9	-2,0	-1,3
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	1	1	0	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,9	2,2	1,7	3,5
	Διαφορά	,8	,5	,1	-1,2	-1,7	1,5
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	1	6	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,8	1,4	3,7	2,8	5,9
	Διαφορά	,6	1,2	-,4	2,3	,2	-3,9
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	1	8	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,8	1,4	3,7	2,8	5,9
	Διαφορά	,6	-,8	-,4	4,3	,2	-3,9
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	7	2	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,0	1,7	4,4	3,4	7,1
	Διαφορά	-,4	2,0	5,3	-2,4	-1,4	-3,1

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.4. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ .

Τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης αυτής της μεταβλητής δείχνουν ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της (Asymp.Sig. = Monte Carlo Sig. = 0,000 < 0,05 (ή 0% < 5%). Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.4, η μεγαλύτερη ομάδα που αναμένεται να συναντηθεί στον πληθυσμό είναι αυτή των ασθενών που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις από 100.001 κι άνω. Η δεύτερη αμέσως μεγαλύτερη ομάδα αναμένεται να είναι των μόνιμων κατοίκων των χωριών μέχρι 500 άτομα. Ενώ η τρίτη θέση αναμένεται να ανήκει στους ασθενείς που διαμένουν μόνιμα σε πόλεις με κατοίκους από 50.001 μέχρι και 100.000.

Πίνακας 5.4.4 Τόπος μόνιμης διαμονής

Chi-Square	32,638
Df	5
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	32	21,2	10,8	1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2	18	21,2	-3,2	2. Σε χωριό η κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3	7	21,2	-14,2	3. Σε πόλη με 2001–20.000 κατοίκους
4	9	21,2	-12,2	4. Σε πόλη με 20.001–50.000 κατοίκους
5	26	21,2	4,8	5. Σε πόλη από 50.001–100.000 κατοίκους
6	35	21,2	13,8	6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.4a. Συσχέτιση του τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων με την τωρινή ηλικία.

Από τον πίνακα 5.4.4a της παραμετρικής ανάλυσης των κατηγοριών των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) είναι $0,9\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες των εξεταζόμενων μεταβλητών.

Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.4a, παρατηρούμε ότι τα αναμενόμενα αποτελέσματα στον πληθυσμό είναι τα εξής:

1. Στην ηλικιακή ομάδα των 16-25 χρόνων (κατηγορία 1) τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό από 2.001-20.000 κατοίκους (κατηγορία 3 - Residual 0,8) και στις πόλεις με 20.001 – 50.000 κατοίκους (κατηγορία 4 - Residual 0,8).
2. Στην ηλικιακή ομάδα των 26 – 35 χρόνων (κατηγορία 2) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (κατηγορία 3 - Residual 1,6) και σε πόλεις από 100.001 και άνω κατοίκους (κατηγορία 6 - Residual 1,1).
3. Στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 χρόνων (κατηγορία 3) τα περισσότερα υποκείμενα σχεδόν αποκλειστικά αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στις πόλεις που απαριθμούν από 100.001 κι άνω κατοίκους (κατηγορία 6 - Residual 4,7).
4. Στην ηλικιακή ομάδα των 46-55 χρόνων (κατηγορία 4) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στα χωριά-κωμοπόλεις από 5001-2.000 κατοίκους (κατηγορία 2 - Residual 2,6), στις πόλεις από 20.001-50.000 κατοίκους (κατηγορία 4 - Residual 1,8) και στις πόλεις από 50.001-100.000 κατοίκους (κατηγορία 5 - Residual 1,7).

5. Στην ηλικιακή ομάδα των 56-65 χρόνων (κατηγορία 5) τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στα χωριά μέχρι 500 κατοίκους (κατηγορία 1 - Residual 1,0) και σε πόλεις από 100.001 και άνω κατοίκους (κατηγορία 6 - Residual 1,4).

6. Στην ηλικιακή ομάδα των 66 χρόνων κι άνω (κατηγορία 6) τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να διαμένουν μόνιμα στα χωριά μέχρι 500 κατοίκους (κατηγορία 1 - Residual 8,4).

Πίνακας 5.4.4α. Συσχέτιση του τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων με την τωρινή ηλικία τους.

Chi-Square	47,057
Df	25
Asymp. Sig.	.005
Monte Carlo Sig.	.009

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων με την τωρινή ηλικία τους

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	25-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	4	7	21
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	1,8	3,0	7,8	6,0	12,6
	Διαφορά	-,8	-1,8	-3,0	-3,8	1,0	8,4
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	7	2	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,0	1,7	4,4	3,4	7,1
	Διαφορά	-,4	-1,0	,3	2,6	-1,4	-,1
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	0	1	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,7	1,7	1,3	2,8
	Διαφορά	,8	1,6	-,7	-,7	-,3	-,8
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	1	4	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,9	2,2	1,7	3,5
	Διαφορά	,8	-,5	,1	1,8	-,7	-1,5
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	1	8	5	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	1,4	2,5	6,3	4,9	10,2
	Διαφορά	,4	,6	-1,5	1,7	,1	-1,2
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	8	7	8	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	1,9	3,3	8,5	6,6	13,8
	Διαφορά	-,8	1,1	4,7	-1,5	1,4	-4,8

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό η κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

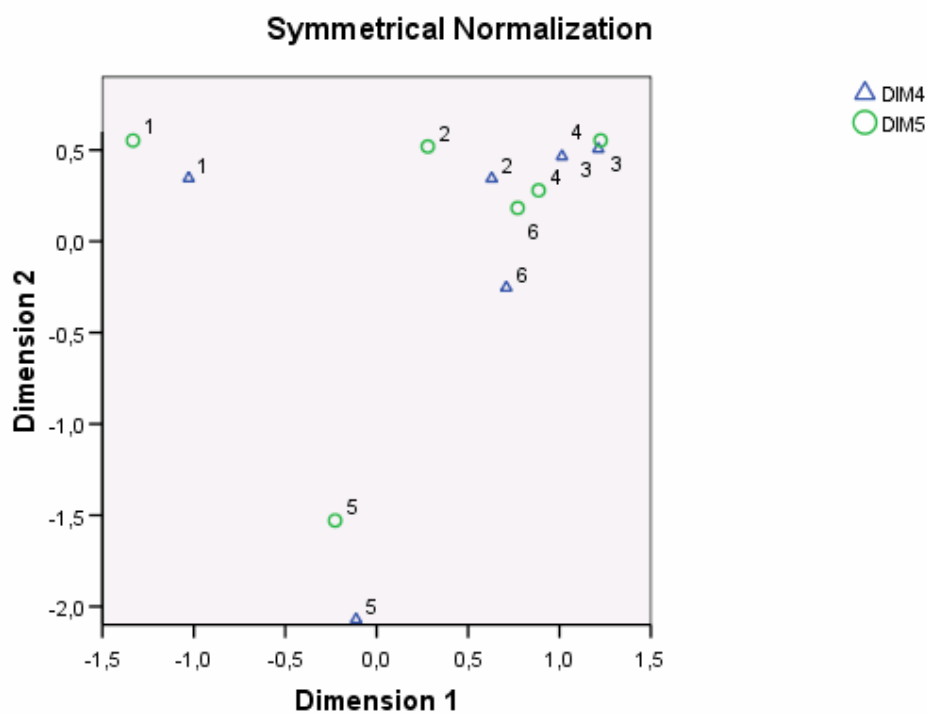
5.4.4β. Συσχέτιση του τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους.

Χρησιμοποιήθηκε η Correspondence analysis του δείγματος με την υπόθεση ότι, από τη στιγμή που στον πληθυσμό η κατανομή του τόπου καταγωγής είναι ομοιόμορφη και στα δυο φυλά, η συγκριτική ανάλυση των δυο παραμέτρων - τόπου καταγωγής και τόπου μόνιμης διαμονής του δείγματος της έρευνας, θα δείξει τις ανάλογες διακυμάνσεις στον

πληθυσμό γραφικά. Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.4.4^β, παρόλο που τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος δείχνουν κάποιες διαφορές σ' ό,τι αφορά τη μετοίκηση από τον τόπο καταγωγής ως προς τόπο μόνιμης διαμονής, εντούτοις δεν είναι στατιστικά σημαντικές, ώστε να βγει κάποιο στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα για τον ρόλο της αστικοποίησης στην εμφάνιση κάποιων συγκεκριμένων διαταραχών σε επίπεδο πληθυσμού.

Δηλαδή, ο τόπος διαμονής του δείγματος δε διαφέρει και πολύ από τον τόπο καταγωγής των ασθενών και των δυο φυλών και, επομένως, ο παράγοντας «αστικοποίηση» (Herzlich, C.& Pierret J. 1985, Νικολαΐδης & Benedetti, 1981) δε φαίνεται να παίζει και τόσο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Πίνακας 5.4.4β. Συσχέτιση του τόπου καταγωγής και τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων



5.4.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Από τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης (πιν 5.4.5) φαίνεται ότι υπάρχει διαφοροποίηση στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής με σαφή την υπερίσχυση της δεύτερης κατηγορίας - αυτής της ομάδας των παντρεμένων ασθενών, που σημαίνει ότι στον πληθυσμό των νεφροπαθών αναμένεται ότι οι περισσότεροι θα είναι παντρεμένοι.

Πίνακας 5.4.5 Οικογενειακή κατάσταση

Chi-Square	181,126
Df	3
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	13	31,8	-18,8	1. Ελεύθερος /η
2	97	31,8	65,3	2. Παντρεμένος/η
3	3	31,8	-28,8	3. Διαζευγμένος/η
4	14	31,8	-17,8	4. Χήρος/α

5.4.5α. Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των υποκειμένων και της τωρινής ηλικίας τους.

Από τον πίνακα της παραμετρικής ανάλυσης 5.4.5α φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.5α παρατηρούμε τα εξής αναμενόμενα αποτελέσματα:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρόνων (κατηγορία 1) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι ελεύθεροι - Residual 1,7.
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρόνων (κατηγορία 2) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι παντρεμένοι - Residual 2,3.
3. Στην ηλικιακή κατηγορία 3 (κατηγορία των 36-45 χρόνων) οι περισσότεροι ασθενείς επίσης αναμένεται να είναι ελεύθεροι - Residual 1,8.
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρόνων (κατηγορία 4) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι παντρεμένοι - Residual 3,3.
5. Και στην κατηγορία 5 (56-65 χρόνων) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι παντρεμένοι - Residual 0,7.
6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρόνων κι άνω (κατηγορία 6) οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι χήροι-χήρες - Residual 5,5.

Πίνακας 5.4.5α Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των υποκειμένων και της τωρινής ηλικίας τους .

Chi-Square	37,280
Df	15
Asymp. Sig.	,001
Monte Carlo Sig.	,006

Πίνακας συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης των υποκειμένων και της τωρινής ηλικίας των ασθενών

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	3	3	3	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7	1,2	3,2	2,5	5,1
	Διαφορά	1,7	2,3	1,8	-,2	-1,5	-4,1
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4	9	27	19	37
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	5,3	9,2	23,7	18,3	38,2
	Διαφορά	-1,3	-1,3	-,2	3,3	,7	-1,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	-,2	-,3	,3	,4	-,2
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	3	11
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,8	1,3	3,4	2,6	5,5
	Διαφορά	-,3	-,8	-1,3	-3,4	,4	5,5

1. Ελεύθερος /η
2. Παντρεμένος /η
3. Διαζευγμένος /η
4. Χήρος/α

5.4.6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Η μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής αυτής δείχνει ότι υπάρχει διαφοροποίηση σ' ό,τι αφορά το επάγγελμα των ασθενών με σαφή υπερίσχυση της ομάδας 8 – γεωργοί, αλιείς, ακολουθούμενη από την ομάδα 11 - νοικοκυρά, ενώ στην τρίτη θέση βρίσκεται η ομάδα 7 - τεχνίτες, εργάτες (πιν. 5.4.6).

Αυτό σημαίνει ότι στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται οι περισσότεροι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου να εξασκούν αυτά τα τρία επαγγέλματα, τα οποία ανήκουν στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τις βιβλιογραφικές αναφορές για την κοινωνική αιτιότητα της ασθένειας (όλες οι ασθένειες) που υποστηρίζουν ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης με

υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Pilgrim-Rogers, 2004). Οι κοινωνική αιτιότητα της ασθένειας δεν περιορίζεται μόνο στην τάξη, αλλά αφορά και άλλες μεταβλητές, όπως π.χ. το φύλο.

Πίνακας 5.4.6 Επάγγελμα

Chi-Square	54,889
Df	10
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του επαγγέλματος των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	4	11,5	-7,5	1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2	7	11,5	-4,5	2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/ Ανώτερης/ Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3	7	11,5	-4,5	3. Εκπαιδευτικοί
5	12	11,5	,5	4. Κληρικοί
6	12	11,5	,5	5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
7	18	11,5	6,5	6. Έμποροι, Πωλητές
8	28	11,5	16,5	7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
9	6	11,5	-5,5	8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
10	2	11,5	-9,5	9.Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
11	21	11,5	9,5	10.Ενοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
12	9	11,5	-2,5	11.Οικιακά
				12.Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.6a. Συσχέτιση του φύλου και του επαγγέλματος των νεφροπαθών τελικού σταδίου

Είναι σαφές τόσο από την ανάλυση χ^2 , όσο και από την προσομοιωτική μέθοδο Monte Carlo ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και, μάλιστα, σε επίπεδο πέντε δεκάκις χιλιοστών ανάμεσα στις μεταβλητές του φύλου και το επάγγελμα των ασθενών (Asymp. = 0,000, MC Sig (2-sided) = 0,000 < 0,05).

Από τον πίνακα Crosstabs μπορούμε να διαπιστώσουμε που και κατά ποσό διαφέρουν τα δυο φύλα αναφορικά με το επάγγελμα. (πιν. 5.4.6^α).

Οι μεγαλύτερες διαφορές παρουσιάζονται στα επαγγέλματα 11(νοικοκυρά) και 8 (αγρότης), όπως μας δείχνει η τιμή του καταλοίπου και τα ποσοστά αναμενομένης και παρατηρούμενης συχνότητας (πιν.5.4.6α).

Αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου αναμένεται το πιο συχνό επάγγελμα των ανδρών να είναι αυτό του αγρότη, ενώ στον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό να είναι το λειτούργημα της νοικοκυράς.

Τα ερωτήματα που προκύπτουν από τα ευρήματα αυτά είναι, πρώτον, κατά ποσό τα επαγγέλματα αυτά καθαυτά αποτελούν «παράγοντα κινδύνου» για την εμφάνιση της συγκεκριμένης ασθένειας, καθώς και τα δυο αντιπροσωπεύουν την χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, στην οποία παρατηρείται μεγαλύτερη νοσηρότητα αναφορικά με όλες τις χρόνιες ασθένειες λόγω ακριβώς αυτής της υπαγωγής στο συγκεκριμένο κοινωνικό στρώμα (ελλιπής ενημέρωση, πρόληψη κ.λ.π.) (Pilgrim – Rogers, 2004), ή δεύτερον, κατά ποσό η διαφορετική αντίληψη του σώματος και των συναισθηματικών προβλημάτων αυτής της ομάδας που τείνει να εμφανίζει περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα (λόγω της «σωματοποίησης» των εσωτερικών συγκρούσεων (Νικολαΐδης – Benedetti, 1981) οδηγεί (μέσω της υπέρτασης και του διαβήτη ως πιο συχνές αιτίες εμφάνισης της νεφρικής ανεπάρκειας) στην εκδήλωση της συγκεκριμένης ασθένειας, ζήτημα που χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Πίνακας 5.4.6α Συσχέτιση του φύλου και του επαγγέλματος των νεφροπαθών τελικού σταδίου.

Chi-Square	60,321
Df	10
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων φύλου και του επαγγέλματος των νεφροπαθών τελικού σταδίου

ΦΥΛΟ			ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ										
			1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12
1	άνδρας	Παρατηρηθήσα συχνότητα	3	4	3	11	11	16	21	6	2	0	7
		Αναμενόμενα Συχνότητα	2.7	4.7	4.7	8	8.0	12	18.7	4	1.3	14	6
		Διαφορά	.3	-.7	-1.7	3	3.0	4	2.3	2	.7	-14	1
2	γυναίκα	Παρατηρηθήσα συχνότητα	1	3	4	1	1	2	7	0	0	21	2
		Αναμενόμενη Συχνότητα	1.3	2.3	2.3	4	4	6	9.3	2	.7	7	3
		Διαφορά	-.3	.7	1.7	-3	-3	-4	-2.3	-2	-.7	14	-1

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.6β. Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με την ηλικία τους.

Από τον πίνακα 5.4.6β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,1% < 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.6β παρατηρούμε τις εξής διαφοροποιήσεις :

1. Τα περισσότερα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 16-25 χρονών αναμένεται να είναι άνεργοι - Residual 2,8.
2. Τα περισσότερα υποκείμενα της ηλικιακής κατηγορίας των 26-35 χρονών αναμένεται να είναι υπάλληλοι υπηρεσιών - Residual 2,3.
3. Τα περισσότερα υποκείμενα της ηλικιακής κατηγορίας των 36-45 χρονών αναμένεται να δηλώνουν άνεργοι - Residual 2,1 ή να εξασκούν το επάγγελμα του εκπαιδευτικού - Residual 1,3.
4. Τα πιο συχνά επαγγέλματα που αναμένεται να εξασκούν τα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 46-55 χρονών είναι αυτό του εμπόρου η πωλητή (Residual 3,1), του τεχνίτη-εργάτη (Residual 2,7), του εκπαιδευτικού (Residual 1,3) και να απασχολούνται με επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,1).
5. Στην ηλικία των 56-65 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να είναι υπάλληλοι υπηρεσιών (Residual 1,7), τεχνίτες-εργάτες (Residual 1,6) και νοικοκυρές (Residual 1,0).
6. Στην ηλικιακή ομάδα των 66 χρονών κι άνω οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι αγρότες (Residual 8,9) και νοικοκυρές (Residual 1,7).

Πίνακας 5.4.6 Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με την ηλικία τους

Chi-Square	98,193
Df	50
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,001

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του επαγγέλματος των ασθενών με την ηλικία τους

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,8	1,6
	Διαφορά	-,1	-,2	,6	,0	,2	-,6
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	1	3	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,7	1,7	1,3	2,8
	Διαφορά	-,2	,6	,3	-,7	1,7	-,8
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	3	0	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,7	1,7	1,3	2,8
	Διαφορά	-,2	-,4	1,3	1,3	-,3	-,8
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	1	4	1	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7	1,1	2,9	2,3	4,8
	Διαφορά	-,3	2,3	-,1	1,1	-,3	-,8
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	6	2	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7	1,1	2,9	2,3	4,8
	Διαφορά	-,3	,3	-,1	3,1	-,3	-,8
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	7	5	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,0	1,7	4,3	3,4	7,1
	Διαφορά	-,4	,0	-,7	2,7	1,6	-,3
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	3	5	20
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	1,6	2,7	6,7	5,3	11,1
	Διαφορά	-,7	-,6	-,7	-,7	-,3	8,9
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	2	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,6	1,4	1,1	2,4
	Διαφορά	-,1	-,3	,4	,6	-,1	,6
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,2	,5	,4	,8
	Διαφορά	,0	-,1	-,2	-,5	,6	,2
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	2	3	5	10
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,2	2,0	5,0	4,0	8,3
	Διαφορά	-,5	-,2	,0	-,2	1,0	1,7
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0	3	0	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,9	2,1	1,7	3,6
	Διαφορά	2,8	-,5	2,1	-,1	-,7	-,6

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.6γ. Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο καταγωγής τους.

Από τον πίνακα 5.4.6γ της παραμετρικής ανάλυσης των μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided)

= 2,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Συγκεκριμένα, από τον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.6γ στον πληθυσμό αναμένεται η εξής κατανομή των επαγγέλματων αναφορικά με τον τόπο καταγωγής των ασθενών:

1. Τα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα αναμένεται να εξασκούν πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό από 2.001 μέχρι 20.000 κατοίκους (Residual 0,7).
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών αναμένεται να είναι περισσότεροι ασθενείς που κατάγονται από χωριά ή κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους (Residual 0,8).
3. Το επάγγελμα του εκπαιδευτικού αναμένεται να εξασκούν πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με .001-50.000 κατοίκους και από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 2,2 και 1,2).
4. Στα επαγγέλματα γραφείου αναμένεται να απασχολούνται πιο συχνά οι ασθενείς που η καταγωγή τους είναι από πόλεις 20.001-50.000 κατοίκους και (περισσότερο) από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residuals 0,6 και 2,4 αντίστοιχα).
5. Οι περισσότεροι έμποροι ή πωλητές αναμένεται να κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό από 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 1,6).
6. Οι περισσότεροι τεχνίτες – εργάτες αναμένεται να κατάγονται από πόλεις με 20.001-50.000 και πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residuals 0,9 και 0,9).
7. Το επάγγελμα του αγρότη αναμένεται να εξασκείται από τους ασθενείς με καταγωγή από χωριά μέχρι 500 κατοίκους (Residual 11,1).
8. Στον τομέα των υπηρεσιών αναμένεται να απασχολούνται πιο συχνά οι ασθενείς με καταγωγή από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους (Residual 2,0).
9. Στις Ένοπλες δυνάμεις και στα Σώματα ασφαλείας αναμένεται να απασχολούνται οι ασθενείς με καταγωγή από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (Residuals 0,9 και 0,8 αντίστοιχα).
10. Το λειτούργημα της νοικοκυράς αναμένεται πιο συχνά στις ασθενείς με καταγωγή από χωριά μέχρι 500 κατοίκους, από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους και από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residuals 0,8, 1,5 και 1,2 αντίστοιχα).
11. Στην κατηγορία των ανέργων αναμένεται να εμφανίζονται οι ασθενείς με καταγωγή από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 0,9).

Πίνακας 5.4.6γ Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο καταγωγής τους

Chi-Square	70,683
Df	50
Monte Carlo Sig.	,026

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο καταγωγής τους

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ					
		-500 κατ.	501-2000 κατ.	2001-20.000 κατ.	20.001 – 50.000 κατ	20.001 – 50.000 κατ	100.001 κατ. κι άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	1	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,6	,7	,3	,5	,5	,5
	Διαφορά	-,6	,3	,7	-,5	-,5	,5
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	0	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	1,2	,5	,8	,8	,9
	Διαφορά	-,7	,8	-,5	,2	,2	,1
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	3	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	1,2	,5	,8	,8	,9
	Διαφορά	-2,7	-1,2	,5	2,2	1,2	,1
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	1	2	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,7	2,0	,9	1,4	1,4	1,6
	Διαφορά	-3,7	,0	,1	,6	,6	2,4
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	3	0	1	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,7	2,0	,9	1,4	1,4	1,6
	Διαφορά	-1,7	1,0	-,9	-,4	1,6	,4
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	3	0	3	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,0	3,0	1,3	2,1	2,1	2,4
	Διαφορά	,0	,0	-1,3	,9	,9	-,4
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	22	3	1	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	10,9	4,7	2,0	3,3	3,3	3,8
	Διαφορά	11,1	-1,7	-1,0	-1,3	-3,3	-3,8
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3	0	1	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	1,0	,4	,7	,7	,8
	Διαφορά	-1,3	2,0	-,4	,3	-,7	,2
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	,3	,1	,2	,2	,3
	Διαφορά	-,8	-,3	,9	-,2	,8	-,3
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9	3	3	0	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	8,2	3,5	1,5	2,5	2,5	2,8
	Διαφορά	,8	-,5	1,5	-2,5	-,5	1,2
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	1	1	2	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,5	1,5	,6	1,1	1,1	1,2
	Διαφορά	-,5	-,5	,4	,9	-,1	-,2

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.6δ. Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους.

Από τον πίνακα 5.4.6δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.6δ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Τα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα αναμένεται να εξασκούν περισσότερο οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 1,9).
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών αναμένεται να είναι πιο συχνά οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 1,1).
3. Στον κλάδο των εκπαιδευτικών τα περισσότερα υποκείμενα που εξασκούν αυτό το επάγγελμα αναμένεται να είναι κάτοικοι των πόλεων των 20.001-50.000 και των 100.001 κατοίκους κι άνω (Residuals 1,5 και 1,1 αντίστοιχα).
4. Τα επαγγέλματα γραφείου αναμένεται να εξασκούν πιο συχνά οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 1,5).
5. Έμποροι-πωλητές αναμένεται να είναι περισσότερο οι κάτοικοι των πόλεων με πληθυσμό 50.001-100.000 κατοίκους (Residuals 1,5 και 1,8 αντίστοιχα).
6. Τα επαγγέλματα τεχνίτη-εργάτη αναμένεται να εξασκούνται περισσότερο από ασθενείς - κατοίκους χωριών-κωμοπόλεων με πληθυσμό από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους και πόλεων με 50.001-100.000 κατοίκους (Residuals 1,4 και 1,3 αντίστοιχα).
7. Οι αγρότες αναμένεται στην πλειοψηφία τους να είναι κάτοικοι των χωριών μέχρι 500 κατοίκους και, λιγότερο συχνά, των χωριών-κωμοπόλεων με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους (Residuals 10,9 και 1,0 αντίστοιχα).

8. Στις υπηρεσίες γενικά αναμένεται να απασχολούνται πιο συχνά οι μόνιμοι κάτοικοι των χωριών-κωμοπόλεων με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους και των πόλεων των 20.001-50.000 κατοίκους (Residuals 1,1 και 0,6 αντίστοιχα).

9. Στις Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας αναμένεται πιο συχνά να απασχολούνται κάτοικοι των πόλεων με πληθυσμό από 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 0,6).

10. Το λειτούργημα της νοικοκυράς αναμένεται να εξασκούν πιο συχνά οι ασθενείς κάτοικοι των πόλεων με πληθυσμό 2.001-20.000, 50.001-100.000 και 100.001 κατοίκους κι άνω (αντίστοιχα Residuals 1,8, 1,7 και 2,3).

11. Οι άνεργοι αναμένεται να συναντώνται πιο συχνά ανάμεσα στους κατοίκους των πόλεων με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 1,4).

Πίνακας 5.4.6δ Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους

Chi-Square	72,885
Df	50
Monte Carlo Sig.	,020

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του επαγγέλματος των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
	-500 κατ.	501-2000 κατ.	2001-20.000 κατ.	20.001 – 50.000 κατ	50.001 – 100.000 κατ	100.001 κατ. κι άνω
1 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	0	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	,6	,2	,3	,8	1,1
Διαφορά	-1,0	,4	-,2	-,3	-,8	1,9
2 Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	0	0	2	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,8	1,0	,4	,5	1,4	1,9
Διαφορά	,2	-1,0	-,4	-,5	,6	1,1
3 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	2	1	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,8	1,0	,4	,5	1,4	1,9
Διαφορά	-1,8	,0	-,4	1,5	-,4	1,1
5 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	1	1	4	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	1,7	,7	,9	2,5	3,2
Διαφορά	-2,0	,3	,3	,1	1,5	-,2
6 Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	0	0	4	5
Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	1,7	,7	,9	2,5	3,2
Διαφορά	-1,0	-,7	-,7	-,9	1,5	1,8

7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	4	0	1	5	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,6	2,6	1,0	1,3	3,7	4,9
	Διαφορά	-,6	1,4	-1,0	-,3	1,3	-,9
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	18	5	2	2	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,1	4,0	1,6	2,0	5,8	7,6
	Διαφορά	10,9	1,0	,4	,0	-4,8	-7,6
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	0	1	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	,9	,3	,4	1,2	1,6
	Διαφορά	-1,5	1,1	-,3	,6	-,2	,4
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	,3	,1	,1	,4	,5
	Διαφορά	-,5	-,3	-,1	-,1	,6	,5
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	1	3	0	6	8
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,3	3,0	1,2	1,5	4,3	5,7
	Διαφορά	-2,3	-2,0	1,8	-1,5	1,7	2,3
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	1	2	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	1,3	,5	,6	1,9	2,4
	Διαφορά	-,3	-,3	,5	1,4	-,9	-,4

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.6.^ε Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης.

Από τον πίνακα 5.4.6^ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.6^ε παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα, στον κλάδο των εκπαιδευτικών και στους ανέργους αναμένεται να υπάρχει το μεγαλύτερο ποσοστό των ανύπανδρων ασθενών (αντίστοιχα Residuals 1,6 - 1,3 - 3,1).
2. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παντρεμένων αναμένεται να υπάρχει στους ασθενείς που εξασκούν τα επαγγέλματα γραφείου, στους εμπόρους-πωλητές και στους αγρότες (αντίστοιχα Residuals 0,8 - 0,8 - 2,4).
3. Οι περισσότεροι διαζευγμένοι αναμένεται να συναντώνται στους ασθενείς που εξασκούν τα επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,7).
4. Τα μεγαλύτερα ποσοστά χηρείας αναμένεται να υπάρχει στους τεχνίτες-εργάτες και στις νοικοκυρές (αντίστοιχα Residuals 1,0 και 3,7).

Πίνακας 5.4.6^ε Συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης

Chi-Square	51,379
Df	30
Monte Carlo Sig.	,022

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του επαγγέλματος των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		Ελεύθερος/η	Παντρεμένος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	3,1	,1	,4
	Διαφορά	1,6	-1,1	-,1	-,4
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	5	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	5,4	,2	,8
	Διαφορά	,3	-,4	-,2	,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	5	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	5,4	,2	,8
	Διαφορά	1,3	-,4	-,2	-,8
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	10	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	9,2	,3	1,3
	Διαφορά	-1,1	,8	1,7	-1,3
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	10	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	9,2	,3	1,3
	Διαφορά	-,1	,8	-,3	-,3
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	14	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,7	13,9	,4	2,0
	Διαφορά	-,7	,1	-,4	1,0
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	24	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	21,6	,7	3,1
	Διαφορά	-1,7	2,4	,3	-1,1
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	5	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	4,6	,1	,7
	Διαφορά	-,6	,4	-,1	,3
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	1,5	,0	,2
	Διαφορά	-,2	,5	,0	-,2
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	15	0	6
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,0	16,2	,5	2,3
	Διαφορά	-2,0	-1,2	-,5	3,7
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	5	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,9	6,9	,2	1,0
	Διαφορά	3,1	-1,9	-,2	-1,0

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.7. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (επίπεδο σπουδών).

Από τον πίνακα 5.4.7 που δείχνει τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής χ^2 ανάλυσης της συγκεκριμένης μεταβλητής, φαίνεται ότι η μηδενική υπόθεση H_0 (ότι δηλαδή δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα σε διαφορά επίπεδα μόρφωσης των ασθενών και τα επίπεδα αυτά διανέμονται ομοιόμορφα στον πληθυσμό) απορρίπτεται και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 (ύπαρξη διαφοροποίησης) με σαφή υπερίσχυση της ομάδας 2 - αποφοίτων Δημοτικού, ενώ στην αμέσως επόμενη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 - αυτή των αγραμμάτων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού.

Έτσι, στον πληθυσμό αναμένεται οι περισσότεροι ασθενείς να έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 5.4.7 Επίπεδο σπουδών

Chi-Square	154,835
Df	8
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	23	14,1	8,9
2	54	14,1	39,9
3	15	14,1	,9
4	3	14,1	-11,1
5	7	14,1	-7,1
6	6	14,1	-8,1
7	1	14,1	-13,1
8	4	14,1	-10,1
9	14	14,1	-,1

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.7^α. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της ηλικίας τους.

Από τον πίνακα 5.4.7α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 3,8% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Από τον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.7α παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι περισσότεροι αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ασθενείς αναμένεται να συναντώνται στις ηλικιακές ομάδες των 56-65 και των 66 κι άνω χρονών (αντίστοιχα Residuals 4,7 και 3,9).
2. Οι περισσότεροι απόφοιτοι του Δημοτικού αναμένεται να ανήκουν στις ηλικιακές κατηγορίες 46-55 και 66 κι άνω χρονών (αντίστοιχα Residuals 2,8 και 1,7).
3. Το επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου αναμένεται να συναντάται πιο συχνά ανάμεσα στους ασθενείς των ηλικιακών κατηγοριών των 16-25, 26-35 και 66 κι άνω χρονών (αντίστοιχα Residuals 0,6 - 1,2 - 3,1).
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου) αναμένεται να έχουν αποκτήσει περισσότερο τα υποκείμενα των ηλικιακών κατηγοριών των 26-35 και 36-45 χρονών (αντίστοιχα Residuals 0,8 και 0,7).
5. Απολυτήριο Λυκείου αναμένεται να διαθέτουν πιο συχνά οι ασθενείς των ηλικιακών κατηγοριών των 16-25, 36-45 και 56-65 χρονών (αντίστοιχα Residuals 0,8 - 1,3 - 0,7).
6. Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου αναμένεται να έχουν οι ασθενείς των ηλικιακών κατηγοριών των 46-55 και 56-65 χρονών (αντίστοιχα Residuals 1,5 και 0,9).
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής αναμένεται να διαθέτουν πιο συχνά οι ασθενείς της ηλικιακής κατηγορίας των 46-55 χρονών (Residual 0,8).
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής, αλλά και της Ανώτατης Σχολής αναμένεται να διαθέτουν πιο συχνά οι ασθενείς της ηλικιακής κατηγορίας των 36-45 χρονών (αντίστοιχα Residuals 1,6 και 1,7).

Πίνακας 5.4.7α Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της ηλικίας τους

Chi-Square	65.719
Df	40
Monte Carlo Sig.	,038

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της ηλικίας τους

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΗΛΙΚΙΑ					
	15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	9	13
Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,3	2,2	5,6	4,3	9,1
Διαφορά	-,5	-1,3	-2,2	-4,6	4,7	3,9
2 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	3	16	9	23
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	3,0	5,1	13,2	10,2	21,3
Διαφορά	-,3	-1,0	-2,1	2,8	-1,2	1,7
3 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	1	2	0	9
Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,8	1,4	3,7	2,8	5,9
Διαφορά	,6	1,2	-,4	-1,7	-2,8	3,1
4 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	1	0	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
Διαφορά	-,1	,8	,7	,3	-,6	-1,2
5 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	2	2	2	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,7	1,7	1,3	2,8
Διαφορά	,8	-,4	1,3	,3	,7	-2,8
6 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	3	2	1
Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,6	1,5	1,1	2,4
Διαφορά	-,1	-,3	-,6	1,5	,9	-1,4
7 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,2	,2	,4
Διαφορά	,0	-,1	-,1	,8	-,2	-,4
8 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	2	1	0	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,8	1,6
Διαφορά	-,1	,8	1,6	,0	-,8	-1,6
9 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	3	4	2	4
Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,8	1,3	3,4	2,6	5,5
Διαφορά	-,3	,2	1,7	,6	-,6	-1,5

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.7β. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του τόπου καταγωγής τους.

Από τον πίνακα 5.4.7β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.7β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού αναμένεται να είναι περισσότερο οι ασθενείς που κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους (Residual 8,1).
2. Απόφοιτοι του Δημοτικού αναμένεται να είναι πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους και από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 4,2 και 1,1).
3. Μορφωτικό επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου αναμένεται να συναντάτε πιο συχνά στους ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με 2.001-20.000 και 100.000 κι άνω κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 1,9 και 0,9).
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου) αναμένεται να διαθέτουν οι ασθενείς που η καταγωγή τους είναι από πόλεις 2.001-20.000 και 50.001-100.000 κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 0,8 και 0,6).
5. Απολυτήριο Λυκείου αναμένεται να διαθέτουν πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 50.001-100.000 και 100.001 κι άνω κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 1,2 και 1,0).
6. Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου αναμένεται να έχουν περισσότερο οι ασθενείς με καταγωγή από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους και από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residuals 1,0 και 1,1 αντίστοιχα).
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής αναμένεται να διαθέτουν πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 0,8).
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής αναμένεται να αποτελεί πιο συχνή περίπτωση για έτος ασθενείς που η καταγωγή τους είναι από πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000, 20.001-50.000 και 50.001-100.000 κατοίκους (αντίστοιχα Residuals 0,7 - 0,5 - 0,5).
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής αναμένεται να συναντάτε πιο συχνά στους ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000 και 100.001 κατοίκους κι άνω (αντίστοιχα Residuals 2,3 και 3,0).

Πίνακας 5.4.7β Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του τύπου καταγωγής τους

Chi-Square	59,797
Df	40
Monte Carlo Sig.	,022

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του τύπου καταγωγής των ασθενών

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ					
	-500 κατ.	501-2000 κατ.	2001-20.000 κατ.	20.001 – 50.000 κατ	20.001 – 50.000 κατ	100.001 κατ. κι άνω
1 Παρατηρηθείσα συχνότητα	17	3	0	0	2	1
Αναμενόμενη Συχνότητα	8,9	3,8	1,6	2,7	2,7	3,3
Διαφορά	8,1	-,8	-,1,6	-,2,7	-,7	-,2,3
2 Παρατηρηθείσα συχνότητα	25	10	3	6	5	5
Αναμενόμενη Συχνότητα	20,8	8,9	3,8	6,4	6,4	7,7
Διαφορά	4,2	1,1	-,8	-,4	-,1,4	-,2,7
3 Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	2	3	2	2	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	5,8	2,5	1,1	1,8	1,8	2,1
Διαφορά	-,2,8	-,5	1,9	,2	,2	,9
4 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	0	1	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,2	,5	,2	,4	,4	,4
Διαφορά	-,1,2	,5	,8	-,4	,6	-,4
5 Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	0	1	2	2
Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	1,2	,5	,8	,8	1,0
Διαφορά	-,7	-,1,2	-,5	,2	1,2	1,0
6 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	0	1	0	2
Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	1,0	,4	,7	,7	,9
Διαφορά	-,1,3	1,0	-,4	,3	-,7	1,1
7 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	0	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,2	,1	,1	,1	,1
Διαφορά	-,4	,8	-,1	-,1	-,1	-,1
8 Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	1	1	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	,7	,3	,5	,5	,6
Διαφορά	-,1,5	,3	,7	,5	,5	-,6
9 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	1	4	2	5
Αναμενόμενη Συχνότητα	5,4	2,3	1,0	1,7	1,7	2,0
Διαφορά	-,4,4	-,1,3	,0	2,3	,3	3,0

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.7'. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης.

Από τον πίνακα 5.4.7' της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,9% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.7' παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ασθενείς αναμένεται πιο συχνά να είναι χήροι/χήρες (Residual 2,5).
2. Οι απόφοιτοι του Δημοτικού αναμένεται να είναι περισσότερο οι παντρεμένοι οι χήροι/χήρες (Residuals 2,8 και 2,0 αντίστοιχα).
3. Οι ασθενείς με Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου) αναμένεται πιο συχνά να είναι παντρεμένοι (Residual 0,7).
4. Οι ασθενείς με Απολυτήριο Λυκείου αναμένεται να είναι πιο συχνά ελεύθεροι (Residual 1,3).
5. Το μεγαλύτερο διαζευγμένων αναμένεται να παρατηρείται στους αποφοίτους Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 1,9).
6. Οι περισσότεροι πτυχιούχοι Ανώτερων ή Ανωτάτων Σχολών αναμένεται να είναι ελεύθεροι (αντίστοιχα Residuals 1,6 και 1,6).

Πίνακας 5.4.7' Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης

Chi-Square	49,877
Df	24
Monte Carlo Sig.	,029

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της οικογενειακής τους κατάστασης

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		Ελεύθερος /η	Παντρεμένος /η	Χωρισμένος /η	Χήρος/α
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	16	1	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,4	17,6	,5	2,5
	Διαφορά	-1,4	-1,6	,5	2,5
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	44	0	8
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,5	41,2	1,3	6,0
	Διαφορά	-3,5	2,8	-1,3	2,0
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	12	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	11,5	,4	1,7
	Διαφορά	,5	,5	-,4	-,7
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	2,3	,1	,3
	Διαφορά	-,3	,7	-,1	-,3
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	5	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	5,3	,2	,8
	Διαφορά	1,3	-,3	-,2	-,8
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	4,6	,1	,7
	Διαφορά	,4	-1,6	1,9	-,7
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,8	,0	,1
	Διαφορά	-,1	,2	,0	-,1
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	3,1	,1	,4
	Διαφορά	1,6	-1,1	-,1	-,4
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	11	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	10,7	,3	1,5
	Διαφορά	1,6	,3	-,3	-1,5

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.7δ. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του επαγγέλματος τους.

Από τον πίνακα 5.4.7δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H₀ και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.7δ παρατηρούμε τις εξής συσχέτισεις:

1. Οι αγράμματοι και με λίγες τάξεις του Δημοτικού ασθενείς αναμένεται να ασκούν πιο συχνά το επάγγελμα του αγρότη (Residual 5,9) και το λειτούργημα της νοικοκυράς (Residual 1,2).
2. Οι απόφοιτοι του Δημοτικού αναμένεται να είναι στην πλειοψηφικά τους τεχνίτες-εργάτες (Residual 3,3), αγρότες (Residual 3,0), νοικοκυρές (Residual 3,0) και απασχολούμενοι στις υπηρεσίες (Residual 1,4).
3. Οι ασθενείς με επίπεδο μόρφωσης των λίγων τάξεων του Γυμνασίου αναμένεται να εξασκούν τα επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,6), αυτό του εμπόρου-πωλητή (Residual 1,6) και να απασχολούνται στις Ένοπλες Δυνάμεις και στα Σώματα Ασφαλείας (Residual 0,8).
4. Οι κάτοχοι του Απολυτηρίου του Γυμνασίου (νέου τύπου) αναμένεται πιο συχνά να είναι έμποροι (Residual 0,7) και άνεργοι (Residual 0,8).
5. Απολυτήριο Λυκείου αναμένεται να διαθέτουν περισσότερο οι υπάλληλοι υπηρεσιών (Residual 0,6), απασχολούμενοι με επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,3) και στις Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας (Residual 0,9), καθώς και οι άνεργοι (Residual 1,5).
6. Απολυτήριο του Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου αναμένεται να διαθέτουν επί το πλείστον οι ασθενείς απασχολούμενοι με τα επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,5).
7. Οι ασθενείς με Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής αναμένεται να εξασκούν πιο συχνά το επάγγελμα του τεχνίτη-εργάτη (Residual 0,9).
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής αναμένεται να διαθέτουν περισσότερο οι υπάλληλοι υπηρεσιών (Residual 1,8) και οι άνεργοι (Residual 0,7).
9. Πτυχιούχοι Ανώτατης Σχολής αναμένεται να εξασκούν περισσότερο τα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (Residual 2,6), να είναι υπάλληλοι υπηρεσιών (Residual 1,2) και εκπαιδευτικοί (Residual 6,2).

Πίνακας 5.4.7δ Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του επαγγέλματος τους

Chi-Square	181,042
Df	80
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του επαγγέλματος τους

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ										
		1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	1	3	11	1	0	5	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	1,3	1,3	2,2	2,2	3,3	5,1	1,1	,4	3,8	1,6
	Διαφορά	-,7	-,3	-,1,3	-,2,2	-,1,2	-,3	5,9	-,1	-,4	1,2	-,6
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	3	6	11	15	4	0	12	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,7	3,0	3,0	5,1	5,1	7,7	12,0	2,6	,9	9,0	3,9
	Διαφορά	-1,7	-3,0	-3,0	-2,1	,9	3,3	3,0	1,4	-,9	3,0	-,9
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	3	3	2	2	1	1	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	,8	,8	1,4	1,4	2,1	3,3	,7	,2	2,5	1,1
	Διαφορά	-,5	-,8	-,8	1,6	1,6	-,1	-,1,3	,3	,8	-,5	-,1
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,2	,3	,3	,4	,7	,1	,0	,5	,2
	Διαφορά	-,1	-,2	-,2	-,3	,7	-,4	-,7	-,1	,0	,5	,8
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,4	,7	,7	1,0	1,6	,3	,1	1,2	,5
	Διαφορά	-,2	,6	-,4	1,3	-,7	,0	-,1,6	-,3	,9	-,1,2	1,5
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,3	,3	,5	,5	,7	1,1	,2	,1	,8	,4
	Διαφορά	-,2	,7	-,3	1,5	,5	-,7	-,1,1	-,2	-,1	,2	-,4
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,1	,1	,1	,2	,0	,0	,2	,1
	Διαφορά	,0	-,1	-,1	-,1	-,1	,9	-,2	,0	,0	-,2	-,1
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,2	,4	,4	,6	,9	,2	,1	,7	,3
	Διαφορά	,9	1,8	-,2	-,4	-,4	-,6	-,9	-,2	-,1	-,7	,7
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	2	7	2	0	0	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,8	,8	1,3	1,3	2,0	3,1	,7	,2	2,3	1,0
	Διαφορά	2,6	1,2	6,2	,7	-,1,3	-,2,0	-,3,1	-,7	-,2	-,2,3	-,1,0

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς - κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό)
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.8. ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Από τον πίνακα 5.4.8 φαίνονται τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής χ^2 ανάλυσης, τα οποία δείχνουν τη διαφοροποίηση στις κατηγορίες αυτής της μεταβλητής με σαφή την υπερίσχυση της κατηγορίας 1 - αυτής των κατοίκων χωριών μέχρι 500 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό αναμένεται οι περισσότεροι γονείς των ασθενών να κατάγονται από μικρά χωριά.

Πίνακας 5.4.8 Καταγωγή των γονέων

Chi-Square	113,524
Df	5
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της καταγωγής των γονέων

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	63	21,0	42,0
2	27	21,0	6,0
3	9	21,0	-12,0
4	11	21,0	-10,0
5	9	21,0	-12,0
6	7	21,0	-14,0

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 και άνω

5.4.8a. Συσχέτιση του τόπου καταγωγής των γονέων των ασθενών και της ηλικίας των ασθενών.

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 5.4.8a της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.8a παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Γονείς με καταγωγή από χωριά μέχρι 500 κατοίκους αναμένεται να έχουν οι ασθενείς των ηλικιών 56-65 χρονών (Residual 6,0) και 66 χρονών κι άνω (Residual 8,0).
2. Γονείς με καταγωγή από χωριά-κωμοπόλεις με 501-2.000 κατοίκους αναμένεται να έχουν οι ασθενείς των ηλικιών 26-35 χρονών (Residual 1,5), 36-45 χρονών (Residual 1,6) και 46-55 χρονών (Residual 2,4).

3. Γονείς με καταγωγή από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους αναμένεται να έχουν οι ασθενείς της ηλικίας των 26-35 χρονών (Residual 1,5).
4. Γονείς με καταγωγή από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους αναμένεται να έχουν οι ασθενείς των ηλικιών 16-25 χρονών (Residual 0,7), 26-35 χρονών (Residual 1,4), 36-45 χρονών (Residual 2,0) και 46-55 χρονών (Residual 1,3).
5. Γονείς με καταγωγή από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους αναμένεται να έχουν οι ασθενείς των ηλικιών 16-25 χρονών (Residual 0,8) και 46-55 χρονών (Residual 2,8).
6. Γονείς με καταγωγή από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω αναμένεται να έχουν οι ασθενείς της ηλικίας των 36-45 χρονών (Residual 2,4).

Πίνακας 5.4.8α. Συσχέτιση του τόπου καταγωγής των γονέων των ασθενών και της ηλικίας των ασθενών

Chi-Square	63,597
Df	25
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του τόπου καταγωγής των γονέων των ασθενών και της ηλικίας των ασθενών

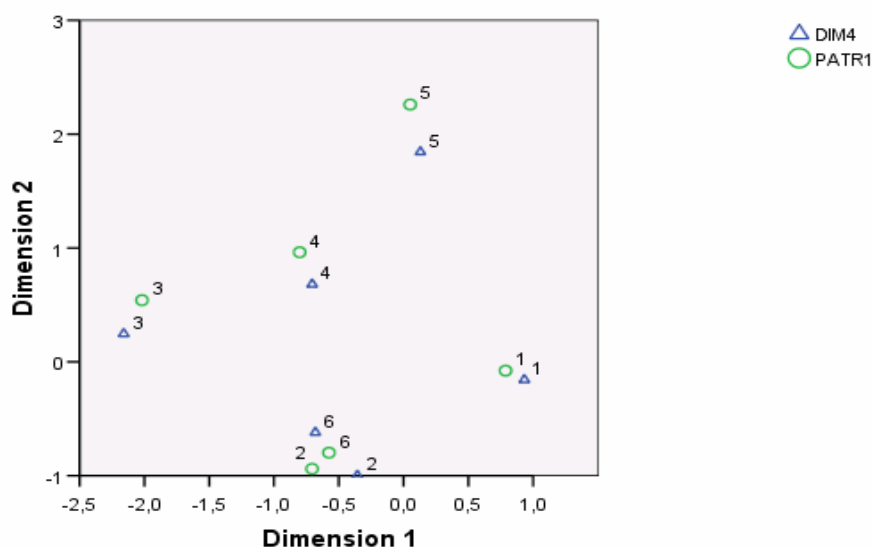
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΓΟΝΕΩΝ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	25-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
1. - 500 κατ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	11	18	33
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	3,5	5,5	15,5	12,0	25,0
	Διαφορά	-1,5	-3,5	-4,5	-4,5	6,0	8,0
2. 501-2000	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3	4	9	3	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	1,5	2,4	6,6	5,1	10,7
	Διαφορά	,4	1,5	1,6	2,4	-2,1	-3,7
3. 2001 – 20.000 κατ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	0	2	1	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,8	2,2	1,7	3,6
	Διαφορά	-,2	1,5	-,8	-,2	-,7	,4
4. 20.0001- 50.000	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	3	4	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,6	1,0	2,7	2,1	4,4
	Διαφορά	,7	1,4	2,0	1,3	-1,1	-4,4
5. 50.001 – 100.000 κατ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	5	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,8	2,2	1,7	3,6
	Διαφορά	,8	-,5	-,8	2,8	-1,7	-,6
6. 100.000 κατ. κι άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	3	0	1	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,6	1,7	1,3	2,8
	Διαφορά	-,2	-,4	2,4	-1,7	-,3	,2

5.4.8β. Σύγκριση τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο καταγωγής των γονέων.

Τα αποτελέσματα της Correspondence analysis (η οποία χρησιμοποιήθηκε αυτή την περίπτωση για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης της συσχέτισης) (πιν. 5.4.8^β) δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση του τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο καταγωγής των γονέων.

Δηλαδή ο παράγοντας «αστικοποίηση» δεν φαίνεται να αποτελεί «παράγοντα κινδύνου» για την εκδήλωση της ΧΝΑ, καθώς, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της σύγκρισης του τόπου καταγωγής των ασθενών και του τόπου μόνιμης διαμονής τους, δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα τους, αλλά, όπως δείχνει ο Πίνακας 5.4.8^β, ούτε και σημαντική διαφοροποίηση συγκριτικά με τον τόπο καταγωγής των γονέων. (αλλά οι ρυθμοί και οι απαιτήσεις των πόλεων;)

Πίνακας 5.4.8β Συσχέτιση του τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο καταγωγής των γονέων



5.4.9.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

Στη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής αυτής διαχωρίσαμε δυο κατηγορίες της - το επάγγελμα του πατέρα του/της ασθενούς και το επάγγελμα της μητέρας του/της. Έτσι, όπως φαίνεται από τους πίνακες 5.4.9^α (επάγγελμα του πατέρα) και 5.4.9^β (επάγγελμα της μητέρας), έχουμε αντίστοιχα αποτελέσματα γι' αυτές τις δυο κατηγορίες ξεχωριστά που ισχύουν και για τα δυο φύλα.

Ο Πίνακας 5.4.9^α της μη παραμετρικής χ^2 ανάλυσης φανερώνει ότι, σύμφωνα με την ασυμπτωτική και την ανάλυση Monte Carlo, υπάρχει σαφής των αποτελεσμάτων της ανάλυσης αυτής με την υπεροχή της κατηγορίας 8 της μεταβλητής αυτής (γεωργοί, αλιείς).

Αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό των ασθενών χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελευταίου σταδίου ανεξαρτήτως φύλου, το πιο συχνό επάγγελμα των πατέρων των ασθενών αυτών αναμένεται να είναι αυτό του αγρότη.

Ο Πίνακας 5.4.9β της μη παραμετρικής ανάλυσης δείχνει ότι και στην περίπτωση των μητέρων των ασθενών υπάρχει σαφής διαφοροποίηση των επαγγελμάτων. Ανατρέχοντας στα συμπεράσματα του πίνακα αυτού(5.4.9β) βλέπουμε ότι στον πληθυσμό των ασθενών ανεξαρτήτως φύλου, τα πιο συχνά επάγματα των μητέρων τους αναμένεται να είναι αυτά της αγρότισσας και της νοικοκυράς.

Πίνακας 5.4.9α Επάγγελμα του πατέρα

Chi-Square	503,355
Df	10
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του επαγγέλματος του πατέρα

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	1	11,3	-10,3	1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2	2	11,3	-9,3	2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης /Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3	3	11,3	-8,3	3. Εκπαιδευτικοί
4	1	11,3	-10,3	4. Κληρικοί
5	5	11,3	-6,3	5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6	8	11,3	-3,3	6. Έμποροι, Πωλητές
7	15	11,3	3,7	7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8	82	11,3	70,7	8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9	3	11,3	-8,3	9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς - κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10	3	11,3	-8,3	10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
12	1	11,3	-10,3	12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

Πίνακας 5.4.9β Επάγγελμα της μητέρας

Chi-Square	295,717
Df	8
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του επαγγέλματος της μητέρας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
2	1	14,1	-13,1
3	3	14,1	-11,1
5	4	14,1	-10,1
6	3	14,1	-11,1
7	4	14,1	-10,1
8	60	14,1	45,9
10	3	14,1	-11,1
11	48	14,1	33,9
12	1	14,1	-13,1

2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης /Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας – απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.9^γ. Συσχέτιση του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.9^γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.9^γ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να έχουν πατέρα τεχνίτη-εργάτη (Residual 1,6) ή άνεργο πατέρα (Residual 1,0).
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν πατέρα τεχνίτη-εργάτη (Residual 1,3) ή εκπαιδευτικό (Residual 0,9).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών τα πιο συχνά επαγγέλματα του πατέρα των ασθενών αναμένεται να είναι αυτό του τεχνίτη-εργάτη (Residual 2,5) και του εξασκούντος επαγγέλματα γραφείου (Residual 1,5).
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν πατέρα έμπορο (Residual 1,0), πατέρα ασχολούμενου με τα επαγγέλματα γραφείου (Residual 0,8) και πατέρα κληρικό (Residual 0,8).
5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν πατέρα γεωργό (Residual 1,5).
6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν πατέρα γεωργό (Residual 5,9).

Πίνακας 5.4.9' Συσχέτιση του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων

Chi-Square	91,053
Df	50
Monte Carlo Sig.	,020

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ		ΗΛΙΚΙΑ					
		16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,3	,2	,4
	Διαφορά	,0	,0	-,1	-,3	-,2	,6
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,2	,5	,4	,8
	Διαφορά	,0	-,1	-,2	,5	-,4	,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	1	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,3	,8	,5	1,2
	Διαφορά	-,1	,9	-,3	,3	,5	-1,2
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,3	,2	,4
	Διαφορά	,0	,0	-,1	,8	-,2	-,4
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	2	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,5	1,3	,9	2,0
	Διαφορά	-,1	-,2	1,5	,8	-,9	-1,0
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	3	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,4	,8	2,0	1,4	3,2
	Διαφορά	-,2	,6	,2	1,0	-,4	-1,2
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	4	1	3	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,7	1,5	3,8	2,7	6,0
	Διαφορά	1,6	1,3	2,5	-2,8	,3	-3,0
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	4	21	16	39
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,0	4,0	7,9	20,5	14,5	33,1
	Διαφορά	-2,0	-2,0	-3,9	,5	1,5	5,9
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	0	0	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,3	,8	,5	1,2

10	Διαφορά	-,1	-,1	,7	-,8	-,5	,8
	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,3	,8	,5	1,2
12	Διαφορά	-,1	-,1	-,3	,3	,5	-,2
	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,3	,2	,4
	Διαφορά	1,0	,0	-,1	-,3	-,2	-,4

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.9δ. Συσχέτιση του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων

Από τον πίνακα 5.4.9δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.9δ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να έχουν μητέρα άνεργη (Residual 1,0) ή νοικοκυρά (Residual 0,9).
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών οι ασθενείς αναμένεται να έχουν πιο συχνά μητέρα απασχολούμενη με επαγγέλματα γραφείου (Residual 0,8) και μητέρα έμπορο-πωλητή (Residual 0,8).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να έχουν πιο συχνά μητέρα απασχολούμενη με επαγγέλματα γραφείου (Residual 2,6) και μητέρα εργάτρια (Residual 1,6).
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν μητέρα νοικοκυρά (Residual 1,3) και μητέρα εκπαιδευτικό (Residual 1,3).
5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν μητέρα αγρότισσα (Residual 2,7).

6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν μητέρα αγρότισσα (Residual 5,4).

Πίνακας 5.4.9δ Συσχέτιση του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων

Chi-Square	102,110
Df	40
Monte Carlo Sig.	,001

Πίνακας συχνοτήτων της σχέσης του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς με την ηλικία των υποκειμένων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΗΛΙΚΙΑ					
		12-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,2	,2	,4
	Διαφορά	,0	-,1	-,1	,8	-,2	-,4
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	,8	-,3	1,3	-,6	-1,2
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	3	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,8	1,6
	Διαφορά	-,1	,8	2,6	-1,0	-,8	-1,6
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	,8	,7	-,7	-,6	-,2
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	1	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,8	1,6
	Διαφορά	-,1	-,2	1,6	,0	,2	-1,6
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	2	13	14	29
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	3,3	5,7	14,6	11,3	23,6
	Διαφορά	-1,4	-1,3	-3,7	-1,6	2,7	5,4
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	-,2	-,3	,3	,4	-,2
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	4	13	8	19
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	2,6	4,5	11,7	9,1	18,9
	Διαφορά	,9	-,6	-,5	1,3	-1,1	,1
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,2	,2	,4
	Διαφορά	1,0	-,1	-,1	-,2	-,2	-,4

2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.9ε. Σύγκριση του επαγγέλματος του ασθενούς με το επάγγελμα του πατέρα.

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.4.9ε το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της Monte Carlo analysis είναι Monte Carlo Sig.(2-sided) $0,5\% < 5\%$, άρα η μηδενική υπόθεση H_0 δεν ισχύει και υπάρχει διαφοροποίηση στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής. Συνεπώς ανατρέχουμε στον πίνακα συχνοτήτων του ίδιου πίνακα 5.4.9ε και βλέπουμε ότι η μεγαλύτερη διαφοροποίηση υπάρχει στις κατηγορίες:

=8 (γεωργοί – επάγγελμα του/της ασθενούς) X 8 (γεωργοί – επάγγελμα του πατέρα),

=6 (έμποροι – λιτές – επάγγελμα του/της ασθενούς) X 6 (έμποροι – πωλητές – επάγγελμα του πατέρα)

=11 (οικιακά – επάγγελμα της ασθενούς) X 8 (γεωργοί – επάγγελμα του πατέρα)

= 7 (τεχνίτες, εργάτες - επάγγελμα του/της ασθενούς) X 8 (γεωργοί).

Τα συμπεράσματα που βγαίνουν είναι ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε ορισμένα επαγγέλματα των πατέρων των ασθενών και των ίδιων, ή, αλλιώς, η επιλογή του επαγγέλματος του ασθενή σε ορισμένες περιπτώσεις επηρεάζεται στενά από το ασκούμενο επάγγελμα του πατέρα.

Συγκεκριμένα, στον πληθυσμό των ασθενών (ανεξαρτήτως φύλου) αναμένεται οι περισσότεροι γεωργοί-ασθενείς να εξασκούν το ίδιο επάγγελμα με τον πατέρα, όπως το ίδιο πράγμα αναμένεται να ισχύει και για τους ασθενείς που εξασκούν το επάγγελμα του εμπόρου-πωλητή. Εκτός από την επανάληψη του ίδιου επαγγελματικού προτύπου μ' αυτό του πατέρα, σημαντική είναι και η συσχέτιση ανάμεσα στην επιλογή ορισμένων επαγγελμάτων του ασθενή και το επάγγελμα του πατέρα, όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.9.ε. Έτσι, οι περισσότεροι τεχνίτες-εργάτες, όπως και οι νοικοκυρές (παρόλο που σ' αυτήν τη μεταβλητή εξετάζονται οι συσχετίσεις του επαγγέλματος του/της ασθενούς ανεξαρτήτως φύλου, στην περίπτωση της κατηγορίας «οικιακά» είναι φανερό ότι εξασκείται μόνο από γυναίκες) αναμένεται να έχουν πατέρα-γεωργό.

Θεωρούμε σημαντικά τα ευρήματα αυτά, καθώς δείχνει τη σπουδαιότητα του πατρικού προτύπου και των ερεθισμάτων που προέρχονται από αυτόν για τη μελλοντική πορεία του ατόμου, πράγμα το οποίο θα επιχειρήσουμε να το επιβεβαιώσουμε στις αναλύσεις και άλλων μεταβλητών.

Πίνακας 5.4.9ε Σύγκριση του επαγγέλματος του ασθενούς με το επάγγελμα του πατέρα

Chi-Square	172,923
Df	100
Monte Carlo Sig.	,005

Πίνακας συχνοτήτων της σχέσης του επαγγέλματος του ασθενούς με το επάγγελμα του πατέρα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,0	,1	,2	,4	2,0	,1	,1	,0	
	Διαφορά	,0	,0	-,1	,0	-,1	-,2	-,4	-1,0	,9	,9	,0	
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	0	0	1	2	2	0	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,2	,1	,2	,5	,9	4,7	,2	,2	,1	
	Διαφορά	-,1	-,1	1,8	-,1	-,2	,5	1,1	-2,7	-,2	-,2	-,1	
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,2	,1	,2	,5	,9	4,7	,2	,2	,1	
	Διαφορά	-,1	,9	,8	-,1	,8	-,5	,1	-1,7	-,2	-,2	-,1	
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	0	1	1	1	1	6	0	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,1	,4	,8	1,5	8,0	,3	,3	,1	
	Διαφορά	,9	,8	-,3	,9	,6	,2	-,5	-2,0	-,3	-,3	-,1	
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	6	0	5	0	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,1	,4	,7	1,3	7,3	,3	,3	,1	
	Διαφορά	-,1	-,2	-,3	-,1	-,4	5,3	-1,3	-2,3	-,3	-,3	-,1	
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	3	14	0	1	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,4	,1	,6	1,2	2,2	12,0	,4	,4	,1	
	Διαφορά	-,1	-,3	-,4	-,1	-,6	-1,2	,8	2,0	-,4	,6	-,1	
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	2	25	1	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,7	,2	,9	1,8	3,4	18,7	,7	,7	,2	
	Διαφορά	-,2	-,5	-,7	-,2	-,9	-1,8	-1,4	6,3	,3	-,7	-,2	
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,0	,2	,4	,7	4,0	,1	,1	,0	
	Διαφορά	,0	-,1	-,1	,0	-,2	-,4	,3	,0	,9	-,1	,0	
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,0	,0	,1	,1	,2	1,3	,0	,0	,0	
	Διαφορά	,0	,0	,0	,0	-,1	-,1	-,2	,7	,0	,0	,0	
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0	2	16	0	1	0	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,3	,5	,2	,7	1,3	2,4	13,3	,5	,5	,2	
	Διαφορά	-,2	-,3	-,5	-,2	,3	-1,3	-,4	2,7	-,5	,5	-,2	
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0	3	4	0	0	1	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,2	,1	,3	,6	1,1	6,0	,2	,2	,1	
	Διαφορά	-,1	-,1	-,2	-,1	,7	-,6	1,9	-2,0	-,2	-,2	,9	

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λπ.) 2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
 3. Εκπαιδευτικοί 4. Κληρικοί 5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας) 6. Έμποροι, Πωλητές 7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
 8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα 9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κούρες - κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό 10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας 11. Οικιακά 12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.9.^{στ}. Σύγκριση του επαγγέλματος του/της ασθενούς, με το επάγγελμα του πατέρα αναφορικά με το φύλο

Όπως φάνηκε από την ανάλυση των προηγούμενων συσχετίσεων των μεταβλητών «επάγγελμα του πατέρα – μητέρας» και «επάγγελμα του/της ασθενούς», υπάρχει συσχέτιση και διαφοροποίηση ορισμένων επαγγελμάτων των ασθενών με αυτό του πατέρα. Επιχειρήσαμε, λοιπόν, να εξετάσουμε αυτή τη συσχέτιση αναφορικά με το φύλο, χρησιμοποιώντας την Correspondence analysis για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης των αποτελεσμάτων.

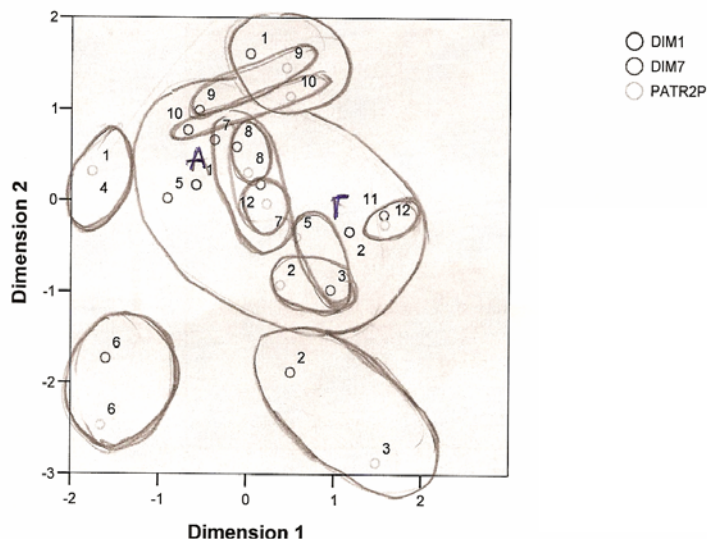
Έτσι, από τον πίνακα 5.4.9.^{στ} φαίνεται ότι στους άνδρες ορισμένα επαγγέλματα των ασθενών βρίσκονται πολύ κοντά σε ορισμένα επαγγέλματα των πατέρων, φανερώνοντας την επιρροή του επαγγελματικού πατρικού προτύπου στις επαγγελματικές επιλογές τους.

Δηλαδή, στα επαγγέλματα των σθενών ανδρών, όπως είναι το επάγγελμα του γεωργού, εμπόρου-πωλητή, τεχνίτη-εργάτη, υπάλληλο υπηρεσιών (τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς-κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό), φαίνεται να υπάρχει στενή σχέση της επιλογής του επαγγέλματος από τον άνδρα-ασθενή με το ασκούμενο από τον πατέρα του επάγγελμα...

Στις δε γυναίκες, φαίνεται να υπάρχει πολύ στενή σχέση ανάμεσα στο επάγγελμα (λειτουργήματα) της νοικοκυράς με τον άνεργο και γεωργό πατέρα της ασθενούς.

Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι στο γυναικείο πληθυσμό των νεφροπαθών το επάγγελμα της εκπαιδευτικού συσχετίζεται πολύ στενά με δυο συγκεκριμένα επαγγέλματα του πατέρα, όπως είναι αυτό των υπαλλήλων υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας) και των ασκούντων επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας).

Πίνακας 5.4.9στ. Σύγκριση του επαγγέλματος του/της ασθενούς, με το επάγγελμα του πατέρα αναφορικά με το φύλο – PATR 2P X DIM7 X DIM1



5.4.10. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ.

Στη μη παραμετρική ανάλυση αυτής της μεταβλητής διαχωρίσαμε τις δυο κατηγορίες της - αυτή του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα (πιν. 5.4.10^α) και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας (πιν. 5.4.10β).

5.4.10^α Μορφωτικό επίπεδο πατέρα.

Στον πίνακα 5.4.10^α φαίνεται από την συσχέτιση των αποτελεσμάτων της Asymptotic analysis και της Monte Carlo ανάλυσης ότι υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο της μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αναλύσεων αυτών είναι σε ποσοστιαία βάση $0\% < 5\%$.

Επειδή υπάρχει διαφοροποίηση, ανατρέχουμε στον πίνακα συχνοτήτων της ίδιας ανάλυσης (πιν. 5.4.10^α), όπου φαίνεται ότι υπερισχύουν οι ομάδες 1 (αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού) και 2 (απόφοιτος Δημοτικού) με μεγαλύτερο προβάδισμα της ομάδας 1.Μ' άλλα λόγια, αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό των νεφροπαθών οι περισσότεροι πατέρες τους αναμένεται να είναι εγγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού, ακολουθούμενοι από τους αποφοίτους Δημοτικού.

Πίνακας 5.4.10α Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

Chi-Square	246,886
Df	7
Asymp.Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	54	15,4	38,6
2	52	15,4	36,6
3	6	15,4	-9,4
5	1	15,4	-14,4
6	3	15,4	-12,4
7	1	15,4	-14,4
8	2	15,4	-13,4
9	4	15,4	-11,4

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.10β Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Από τον πίνακα 5.4.10β (μορφωτικό επίπεδο της μητέρας) φαίνεται ότι κι εδώ υπάρχει διαφοροποίηση, όπου οι μεγαλύτερες ομάδες είναι και πάλι πρώτα η ομάδα 1 (αγράμματη ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού) και, δεύτερον, η ομάδα 2 (απόφοιτοι Δημοτικού). Εδώ, όμως, το προβάδισμα της πρώτης ομάδας είναι αισθητά μεγαλύτερο σε σχέση με το αντίστοιχο των πατέρων.

Συνεπώς, στον πληθυσμό των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αναμένεται οι περισσότεροι από αυτούς να έχουν μητέρα αγράμματη ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή απόφοιτοι Δημοτικού.

Πίνακας 5.4.10β Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Chi-Square	239,616
Df	6
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	66	17,9	48,1
2	46	17,9	28,1
3	4	17,9	-13,9
5	1	17,9	-16,9
6	3	17,9	-14,9
8	3	17,9	-14,9
9	2	17,9	-15,9

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.10^γ. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.10^γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,5% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.10^γ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών η πιο συχνή περίπτωση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα του/της ασθενούς είναι το επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου (Residual 1,9).
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών αναμένεται πιο συχνά ο πατέρας του/της ασθενούς να είναι απόφοιτος του Δημοτικού (Residual 2,5) ή κάτοχος πτυχίου Ανώτερης Σχολής (Residual 0,9).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών ο πατέρας του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτος του Δημοτικού (Residual 2,9), απόφοιτος Μέσης Τεχνικής Σχολής (Residual 0,9) και απόφοιτος του Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 0,7).
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών ο πατέρας του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτος του Δημοτικού (Residual 3,9), απόφοιτος Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 1,2) και κάτοχος πτυχίου Ανώτατης Σχολής (Residual 1,0).
5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών ο πατέρας του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματος ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 2,3).
6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω ο πατέρας του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματος ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 9,5).

Πίνακας 5.4.10' Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων

Chi-Square	75,688
Df	35
Monte Carlo Sig.	,015

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	25-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	1	9	12	31
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	2,6	5,3	13,6	9,7	21,5
	Διαφορά	-,3	-2,6	-4,3	-4,6	2,3	9,5
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	5	8	17	8	14
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	2,5	5,1	13,1	9,3	20,7
	Διαφορά	-1,3	2,5	2,9	3,9	-1,3	-6,7
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	1	0	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,6	1,5	1,1	2,4
	Διαφορά	1,9	-,3	,4	-1,5	-,1	-,4
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,3	,2	,4
	Διαφορά	,0	,0	-,1	-,3	-,2	,6
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,3	,8	,5	1,2
	Διαφορά	-,1	-,1	,7	1,2	-,5	-1,2
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,3	,2	,4
	Διαφορά	,0	,0	,9	-,3	-,2	-,4
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,2	,5	,4	,8
	Διαφορά	,0	,9	-,2	,5	-,4	-,8
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	2	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,7	1,6
	Διαφορά	-,1	-,2	-,4	1,0	,3	-,6

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.10δ. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.10δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-

sided) = 0.5% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.10δ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτος Λυκείου (Residual 1,0) ή του επιπέδου των λίγων τάξεων του Γυμνασίου (Residual 0,9).
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτοι του Δημοτικού (Residual 2,4) ή κάτοχος πτυχίου Ανώτερης Σχολής (Residual 0,8).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτοι του Δημοτικού (Residual 3,6), απόφοιτοι του Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 1,7) ή κάτοχος πτυχίου Ανώτερης Σχολής (Residual 0,7).
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτοι του Δημοτικού (Residual 4,6) ή κάτοχος πτυχίου Ανώτατης Σχολής (Residual 1,5).
5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματη ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 3,9).
6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω η μητέρα του/της ασθενούς αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματη ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 9,1) ή με λίγες τάξεις του Γυμνασίου (Residual 1,4).

Πίνακας 5.4.10δ Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων

Chi-Square	103,245
Df	30
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκειμένων

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	25-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	1	12	16	35
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,6	3,7	6,3	16,4	12,1	25,9
	Διαφορά	-,6	-,2,7	-,5,3	-,4,4	3,9	9,1
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	5	8	16	6	11
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	2,6	4,4	11,4	8,5	18,0
	Διαφορά	-,1,1	2,4	3,6	4,6	-,2,5	-,7,0
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,4	1,0	,7	1,6
	Διαφορά	,9	-,2	-,4	-,1,0	-,7	1,4
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,2	,2	,4
	Διαφορά	1,0	-,1	-,1	-,2	-,2	-,4
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	2	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	-,2	1,7	-,7	,4	-,1,2
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,7	,6	1,2
	Διαφορά	-,1	,8	,7	,3	-,6	-,1,2
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,2	,5	,4	,8
	Διαφορά	,0	-,1	-,2	1,5	-,4	-,8

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.10ε. Σύγκριση του επιπέδου σπουδών του πατέρα με το επίπεδο σπουδών του/της ασθενούς (ανεξαρτήτως φύλου).

Στην προκειμένη περίπτωση της συσχέτισης των δυο μεταβλητών χρησιμοποιήσαμε την Correspondence analysis για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης των αποτελεσμάτων.

Οι δυο μεταβλητές είχαν από εννέα κατηγορίες η καθεμιά:

1. Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου

4. Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.10ε, στενή συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην κατηγορία 1 της μεταβλητής «επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς» (αγράμματος ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού) και την αντίστοιχη πρώτη κατηγορία του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών, αλλά, ιδιαίτερα, τις κατηγορίες 2, 3 και 4 του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών (2. «Απόφοιτος του Δημοτικού», 3. «Λίγες τάξεις του Γυμνασίου», 4. «Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)»).

Επίσης, σε πολύ στενή σχέση ανάμεσα τους φαίνεται να βρίσκονται οι εξής κατηγορίες:

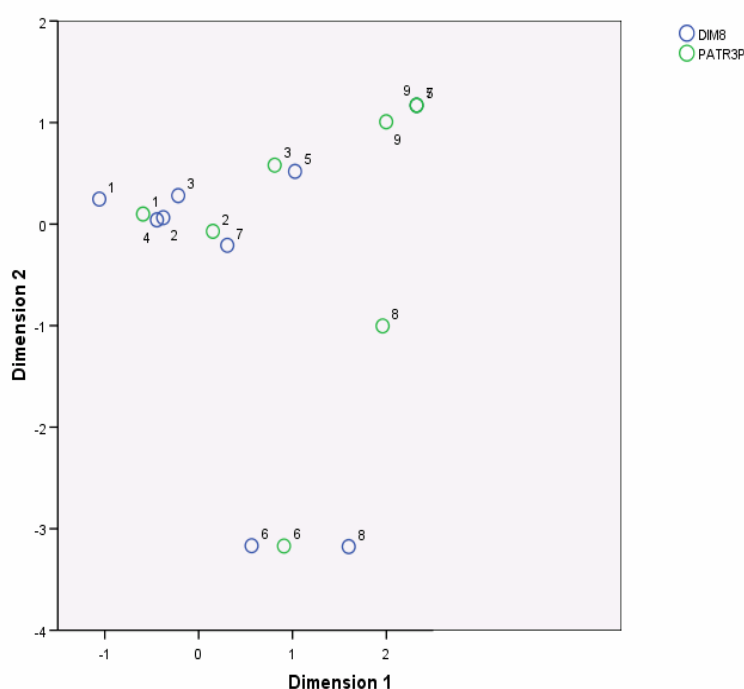
- = Κατηγορία 2 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Απόφοιτος του Δημοτικού») με την κατηγορία 7 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής»)
- = Κατηγορία 3 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Λίγες τάξεις του Γυμνασίου») με την κατηγορία 5 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Απολυτήριο Λυκείου»)
- = Κατηγορία 6 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου») με την κατηγορία 6 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου»)
- = Κατηγορία 6 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου») με την κατηγορία 8 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Πτυχίο Ανώτερης Σχολής»)
- = Κατηγορία 7 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής») με την κατηγορία 9 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Πτυχίο Ανώτατης Σχολής»)
- = Κατηγορία 9 του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα («Πτυχίο Ανώτατης Σχολής») με την κατηγορία 9 του αντιστοίχου επιπέδου των ασθενών («Πτυχίο Ανώτατης Σχολής»).

Όπως φαίνεται, γενικά, παρατηρείται μια επανάληψη των γονικών προτύπων αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το πατρικό πρότυπο φαίνεται να ασκεί μεγάλη επιρροή στις επιλογές των ασθενών (ανεξαρτήτως φύλου) όχι μόνο στις κατηγορίες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου

(κατηγορίες 1,2,3 και 4), αλλά και στις κατηγορίες υψηλότερου επιπέδου (κατηγορίες 6,7 και 9).

Παρόμοιο αποτέλεσμα παρατηρήθηκε στην ανάλυση της συσχέτισης του πατρικού επαγγέλματος αυτό του/της ασθενούς (Πίνακας 5.4.9ε), οπού σε ορισμένα επαγγέλματα (π.χ. γεωργός, έμπορος) φάνηκε η επανάληψη του γονικού (πατρικού) προτύπου, πράγμα που δεν ισχύει για το αντίστοιχο μητρικό πρότυπο επιλογής επαγγέλματος.

Πίνακας 5.4.10ε Σύγκριση του επιπέδου σπουδών του πατέρα με το επίπεδο σπουδών του/της ασθενούς (ανεξαρτήτως φύλου)



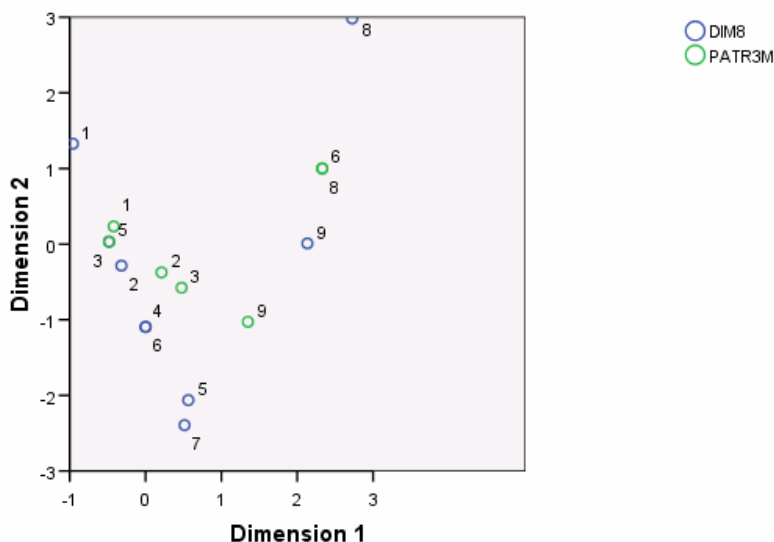
5.4.10στ. Σύγκριση του επιπέδου σπουδών της μητέρας με το επίπεδο σπουδών του/της ασθενούς.

Και σ' αυτήν τη μεταβλητή καταφύγαμε στη χρήση της Correspondence analysis, έχοντας τις ίδιες εννέα κατηγορίες, όπως και στην προηγούμενη μεταβλητή.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.10στ, υπάρχει κι εδώ κάποια Συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του/της ασθενούς και σ' αυτό της μητέρας (ιδιαίτερα στις κατηγορίες του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης - κατηγορίες 1,2,3), αλλά δεν είναι τόσο στενή όπως στην περίπτωση του πατρικού μορφωτικού προτύπου.

Συνεπώς, τόσο στις επαγγελματικές όσο και στις επιλογές των ασθενών αναφορικά με τη μόρφωση τους, το πατρικό πρότυπο φαίνεται να ασκεί μεγαλύτερη επιρροή από το μητρικό.

Πίνακας 5.4.10στ Σύγκριση του επιπέδου σπουδών της μητέρας με το επίπεδο σπουδών του/της ασθενούς



5.4.11. ΥΠΑΡΞΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Από τον πίνακα 5.4.11 βλέπουμε ότι, συμφωνά με τη μη παραμετρική ανάλυση Monte Carlo και την Asymptotic analysis, τα αποτελέσματα είναι $0,000 < 0,05$ (ή $0\% < 5\%$) και, συνεπώς, υπάρχει διαφοροποίηση στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής υπέρ της δεύτερης κατηγορίας, δηλαδή της απάντησης «όχι» αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι κάποιας σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς.

Μ' αλλά λόγια, στον πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου ισχύουν τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος, δηλαδή ότι οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να μην αναφέρουν κάποια σοβαρή ασθένεια που υπήρχε στην πατρική τους οικογένεια.

Πίνακας 5.4.11 Ύπαρξη σοβαρής αρρώστιας στην οικογένεια

Chi-Square	16,794
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της ύπαρξης σοβαρής αρρώστιας στην οικογένεια

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	40	63,0	-23,0
Όχι	86	63,0	23,0

5.4.11^α. Είδος σοβαρής αρρώστιας στην πατρική οικογένεια.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της ίδιας μεταβλητής (πιν. 5.4.11^α), βλέπουμε ότι, καθώς τα αποτελέσματα της ανάλυσης Monte Carlo και της Asymptotic analysis συμπίπτουν και είναι $0,003 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0,3\% < 5\%$, αυτό σημαίνει ότι στο επίπεδο αυτής της μεταβλητής υπάρχει διαφοροποίηση αναφορικά με τις κατηγορίες της.

Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα των συχνοτήτων (πιν. 5.4.11^α) παρατηρούμε ότι στην πρώτη θέση βρίσκεται η ομάδα 7 (άλλα -φυματίωση, άσθμα κ.λ.π) (Residual 6), στη δεύτερη η ομάδα 1 (καρκίνος) (Residual 4), ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει η ομάδα 5 (νεφρικές νόσοι) (Residual 3).

Πίνακας 5.4.11^α. Είδος σοβαρής αρρώστιας στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	28.667
Df	11
Asymp. Sig.	.003
Monte Carlo Sig.	.003

Πίνακας συχνοτήτων του είδους της ασθένειας

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	7	3.0	4.0	1. Καρκίνος
2	3	3.0	.0	2. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση
3	3	3.0	.0	3. Διαβήτης
4	1	3.0	-2.0	4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5	6	3.0	3.0	5. Νεφρική ανεπάρκεια/νόσοι των νεφρών
6	1	3.0	-2.0	6. Ατύχημα
7	9	3.0	6.0	7. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κ.λ.π)
12	2	3.0	-1.0	12. Καρκίνος και Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
17	1	3.0	-2.0	17. Καρκίνος και άλλο
24	1	3.0	-2.0	24. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο
27	1	3.0	-2.0	27. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και άλλο
31	1	3.0	-2.0	31. Διαβήτης και καρκίνος

5.4.11β. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του αρρώστου μέλους της πατρικής οικογένειας.

Από τον πίνακα 5.4.11β της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής, όπου υπήρχαν τρεις βασικές κατηγορίες (πατέρας, μητέρα, αδέρφια) και συνδυασμοί των κατηγοριών (πατέρας-μητέρα, πατέρας-αδέρφια, μητέρα-αδέρφια), φαίνεται ότι τα αποτελέσματα της Monte Carlo ανάλυσης συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της Asymptotic analysis. Δηλαδή, τη στιγμή που το ποσοστό είναι $0\% < 5\%$, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει

διαφοροποίηση στο επίπεδο της μεταβλητής αυτής αναφορικά με τον πληθυσμό και ανατρέχουμε στον πίνακα συχνοτήτων του ίδιου πίνακα 5.4.11β για να διευκρινίσουμε ποιες ομάδες έχουν προβάδισμα σ' αυτήν την περίπτωση.

Έτσι, όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.11β, η μεγαλύτερη ομάδα που αναμένεται να υπάρχει στον πληθυσμό αναφορικά με το μέλος της οικογένειας που ήταν σοβαρά άρρωστο είναι η ομάδα 2 (μητέρα του/της ασθενούς) (Residual 10,7), ενώ στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 (πατέρας του/της ασθενούς) (Residual 2,7).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των νεφροπαθών αναμένεται περισσότερο οι μητέρες των ασθενών να είναι μέλος της πατρικής οικογένειας που εκδήλωσε κάποια σοβαρή ασθένεια.

Πίνακας 5.4.11β. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του αρρώστου μέλους της πατρικής οικογένειας

Chi-Square	27.053
Df	5
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του ασθενούς στην πατρική οικογένεια

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	9	6.3	2.7	1. Πατέρας
2	17	6.3	10.7	2. Μητέρα
3	3	6.3	-3.3	3. Αδελφός/αδελφή
12	4	6.3	-2.3	12. Πατέρας και Μητέρα
13	1	6.3	-5.3	13. Πατέρας και αδέρφια
23	4	6.3	-2.3	23. Μητέρα και αδέρφια

5.4.12. ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Η ανάλυση αυτής της μεταβλητής θα βοηθήσει να εξετάσουμε καλύτερα την αξιοπιστία των δεδομένων της αμέσως προηγούμενης μεταβλητής, διαπιστώνοντας εάν οι απαντήσεις των υποκειμένων αναφορικά με την ύπαρξη κάποιας σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια αντιστοιχούν στην πραγματικότητα. Κι αυτό γιατί πολλοί από τους ασθενείς ήταν αφενός μεγάλης ηλικίας και, άρα, με ασθενημένη μνήμη, κι, αφετέρου, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Θεωρήσαμε ότι οι απαντήσεις για τα αίτια του θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας θα βοηθήσουν να έχουμε μια καλύτερη εικόνα της ύπαρξης ή μη των σοβαρών παθήσεων στην πατρική οικογένεια των ασθενών. Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής (πιν. 5.4.12) φαίνεται ότι υπάρχει

διαφοροποίηση στη διανομή της συγκεκριμένης μεταβλητής με σαφή υπερίσχυση της κατηγορίας 1 (ναι) έναντι της κατηγορίας 2 (όχι).

Συνεπώς, οι περισσότεροι ασθενείς (και λόγω της ηλικίας τους) έχουν βιώσει θανάτους των μελών της πατρικής τους οικογένειας.

Πίνακας 5.4.12. Θάνατος στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	20,480
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του θανάτου στην πατρική οικογένεια

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	89	63,5	25,5
Όχι	38	63,5	-25,5

5.4.12α. Συσχέτιση της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.12α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.12α παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα του πληθυσμού των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου αναμένεται να μην αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 1,1).
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα του πληθυσμού αναμένεται να μην αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 2,9).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να μην αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 5,4).
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να μην αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 1,7).
5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 2,2).

6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να αντιμετωπίζουν την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια (Residual 9,0).

Πίνακας 5.4.12^α Συσχέτιση της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων

Chi-Square	28,374
Df	5
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων

ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ		ΗΛΙΚΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1. Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2	3	20	19	44
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,1	4,9	8,4	21,7	16,8	35,0
	Διαφορά	-1,1	-2,9	-5,4	-1,7	2,2	9,0
2. Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	5	9	11	5	6
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,9	2,1	3,6	9,3	7,2	15,0
	Διαφορά	1,1	2,9	5,4	1,7	-2,2	-9,0

5.4.12^β. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής (Πίνακας 5.4.12^β) βλέπουμε ότι, συμφωνά με την ανάλυση Monte Carlo, καθώς και την Asymptotic analysis, υπάρχει διαφοροποίηση στον πληθυσμό αναφορικά μ' αυτήν τη μεταβλητή (Monte Carlo Sig.= 0 < 0,05 ή 0% < 5%).

Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα της ίδιας μεταβλητής (πιν. 5.4.12^β), βλέπουμε ότι η μεγαλύτερη ομάδα είναι η ομάδα 12 (συνδυασμός των κατηγοριών 1 και 2 - πατέρας – μητέρα) με Residual 24,5. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 3 - αδέρφια (Residual 2,5), ενώ η τρίτη θέση ισομοιράζεται ανάμεσα στις κατηγορίες 1 και 2 (πατέρας και μητέρα αντίστοιχα) (Residual 1,5). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής είναι αναμενόμενα, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου είναι μεγάλης ηλικίας.

Πίνακας 5.4.12β. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας

Chi-Square	82.857
Df	7
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	12	10.5	1.5
2	12	10.5	1.5
3	13	10.5	2.5
4	1	10.5	-9.5
12	35	10.5	24.5
13	1	10.5	-9.5
23	2	10.5	-8.5
123	8	10.5	-2.5

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός / αδελφή
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδέρφια
23. Μητέρα και αδέρφια
123. Όλοι

5.4.12γ. Συσχέτιση της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.12γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,7% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.12γ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στην ηλικιακή κατηγορία των 16-25 χρονών το μέλος της πατρικής οικογένειας που έχει πεθάνει αναμένεται πιο συχνά να είναι ο παππούς ή η γιαγιά του/της ασθενούς.
2. Στην ηλικιακή κατηγορία των 26-35 χρονών τα θανούντα μέλη της πατρικής οικογένειας αναμένεται πιο συχνά να είναι ο πατέρας (Residual 0,7) ή τα αδέρφια του/της ασθενούς (Residual 0,7).
3. Στην ηλικιακή κατηγορία των 36-45 χρονών τα θανούντα μέλη της πατρικής οικογένειας αναμένεται πιο συχνά να είναι ο πατέρας (Residual 0,6) ή η μητέρα (Residual 0,6) του/της ασθενούς.
4. Στην ηλικιακή κατηγορία των 46-55 χρονών οι πιο συχνές περιπτώσεις είναι ο θάνατος του πατέρα (Residual 3,1) ή της μητέρας (Residual 3,1) των ασθενών.

5. Στην ηλικιακή κατηγορία των 56-65 χρονών η πιο συχνή περίπτωση είναι ο θάνατος των αδελφών (Residual 1,4), ακολουθούμενη από το θάνατο της μητέρας (Residual 0,6) και της μητέρας και των αδελφών (Residual 0,6).

6. Στην ηλικιακή κατηγορία των 66 χρονών κι άνω η πιο συχνή περίπτωση αναμένεται να είναι ο θάνατος των δυο γονιών και των αδελφών του/της ασθενούς (Residual 3,1), ακολουθούμενη από το θάνατο των δυο γονιών (Residual 2,9) και, τέλος, από το θάνατο των αδελφών (Residual 0,7).

Πίνακας 5.4.12⁷ Συσχέτιση της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων

Chi-Square	112,784
Df	35
Monte Carlo Sig.	.007

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και της ηλικίας των υποκειμένων

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΘΑΝΟΥΝΤΟΣ ΜΕΛΟΥΣ		ΗΛΙΚΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	65 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	6	1	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,4	2,9	2,4	5,9
	Διαφορά	-,1	,7	,6	3,1	-1,4	-2,9
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	6	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,4	2,9	2,4	5,9
	Διαφορά	-,1	-,3	,6	3,1	,6	-3,9
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	1	4	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,3	,5	3,1	2,6	6,3
	Διαφορά	-,2	,7	-,5	-2,1	1,4	,7
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	7	7	20
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,8	1,3	8,3	7,1	17,1
	Διαφορά	-,4	-,8	-,3	-1,3	-,1	2,9
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,0	,2	,2	,5
	Διαφορά	,0	,0	,0	-,2	-,2	,5
23	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,0	,1	,5	,4	1,0
	Διαφορά	,0	,0	-,1	-,5	,6	,0
123	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	1,9	1,6	3,9
	Διαφορά	-,1	-,2	-,3	-1,9	-,6	3,1

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός / αδελφή
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδελφία
23. Μητέρα και αδελφία
123. Όλοι

5.4.12δ. Αιτίες των θανάτων στην πατρική οικογένεια.

Από τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής Monte Carlo ανάλυσης που συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της Asymptotic analysis ($0,000 < 0,05$ ή $0\% < 5\%$) (Πίνακας 5.4.12δ) βλέπουμε ότι υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο αυτής της μεταβλητής σ' ό,τι αφορά τις κατηγορίες της.

Γι' αυτό ανατρέχουμε στις συχνότητες του ίδιου πίνακα (πιν. 5.4.12δ) και παρατηρούμε ότι στην πρώτη θέση (με Residual 10,8) βρίσκεται η ομάδα 6 (φυσικά αίτια θανάτου), στη δεύτερη, η ομάδα 1 (καρκίνος) με Residual 7,8, ενώ η τρίτη ισομοιράζεται ανάμεσα στις ομάδες 7 (ατύχημα) και 8 (άλλο) με Residual 2,8. Θεωρούμε ότι είναι σημαντικό να αναφέρουμε και την τέταρτη θέση, η οποία ισομοιράζεται ανάμεσα στις ομάδες 2 (υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις) και 4 (εγκεφαλικό) με Residual 1,8.

Πίνακας 5.4.12δ. Αιτίες των θανάτων στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	81.263
Df	23
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνότητων της αιτίας θανάτου

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	11	3.2	7.8	1. Καρκίνος
2	5	3.2	1.8	2. Καρδιαγγειακές παθήσεις/ υπέρταση
3	2	3.2	-1.2	3. Διαβήτης
4	5	3.2	1.8	4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5	3	3.2	-.2	5. Νεφρικές νόσοι
6	14	3.2	10.8	6. Φυσικά αίτια
7	6	3.2	2.8	7. Ατύχημα
8	6	3.2	2.8	8. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κ.λπ)
12	3	3.2	-.2	12. Καρκίνος και Καρδιαγγειακές παθήσεις /υπέρταση
14	3	3.2	-.2	14. Καρκίνος και Εγκεφαλικό επεισόδιο
15	1	3.2	-2.2	15. Καρκίνος και νεφρικές νόσοι
16	2	3.2	-1.2	16. Καρκίνος και φυσικά αίτια
24	1	3.2	-2.2	24. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο
26	3	3.2	-.2	26. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και φυσικά αίτια
28	2	3.2	-1.2	28. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και άλλο
34	1	3.2	-2.2	34. Διαβήτης και εγκεφαλικό επεισόδιο
46	1	3.2	-2.2	46. Εγκεφαλικό επεισόδιο και φυσικά αίτια
47	1	3.2	-2.2	47. Εγκεφαλικό επεισόδιο και ατύχημα
51	1	3.2	-2.2	51. Νεφρικές νόσοι και καρκίνος
56	1	3.2	-2.2	56. Νεφρικές νόσοι και φυσικά αίτια
67	1	3.2	-2.2	67. Φυσικά αίτια και ατύχημα
68	1	3.2	-2.2	68. Φυσικά αίτια και άλλο
126	1	3.2	-2.2	126. Καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις /υπέρταση και φυσικά αίτια
136	1	3.2	-2.2	136. Καρκίνος, διαβήτης και φυσικά αίτια

5.4.12ε. Συσχέτιση της αιτίας του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών και του φύλου των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.12ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.12ε παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στους άνδρες-ασθενείς τα πιο συχνά αίτια του θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας αναμένεται να είναι (μ' αυτήν τη σειρά):

- = φυσικά αίτια (Residual 2,0)
- = καρκίνος (Residual 1,9)
- = καρκίνος - υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις (Residual 1,1)
- = καρκίνος - εγκεφαλικό (Residual 1,1)
- = διαβήτης (Residual 0,7)

2. Στις γυναίκες ασθενείς τα πιο συχνά αίτια του θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας αναμένεται να είναι (μ' αυτήν τη σειρά):

- = υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις (Residual 2,2)
- = νεφρικές νόσοι (Residual 1,9)
- = καρκίνος και φυσικά αίτια (Residual 1,3)
- = υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις και εγκεφαλικό (Residual 0,6)
- = διαβήτης - εγκεφαλικό (Residual 0,6)
- = εγκεφαλικό - ατύχημα (Residual 0,6)
- = νεφρικές νόσοι - καρκίνος (Residual 0,6)
- = φυσικά αίτια - ατύχημα (Residual 0,6).

Πίνακας 5.4.12ε Συσχέτιση της αιτίας του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών και του φύλου των υποκειμένων

Chi-Square	35,281
Df	23
Monte Carlo Sig.	.012

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης μεταξύ της αιτίας του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών και του φύλου των υποκειμένων

ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		ΦΥΛΟ	
		Ανδρας	Γυναίκα
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,1	3,9
	Διαφορά	1,9	-1,9
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,2	1,8
	Διαφορά	-2,2	2,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	,7
	Διαφορά	,7	-,7
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,2	1,8
	Διαφορά	-,2	,2
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	1,1
	Διαφορά	-1,9	1,9
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	9,0	5,0
	Διαφορά	2,0	-2,0
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,9	2,1
	Διαφορά	1,1	-1,1
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,9	2,1
	Διαφορά	,1	-,1
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	1,1
	Διαφορά	1,1	-1,1
14	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	1,1
	Διαφορά	1,1	-1,1
15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
16	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	,7
	Διαφορά	-1,3	1,3
24	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
26	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	1,1
	Διαφορά	,1	-,1
28	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	,7
	Διαφορά	-,3	,3
34	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1

	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
46	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4
47	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
51	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
56	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4
67	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	-,6	,6
68	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4
126	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4
136	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4

1. Καρκίνος
2. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5. Νεφρικές νόσοι
6. Φυσικά αίτια
7. Ατύχημα
8. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κ.λ.π)
12. Καρκίνος και Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση
14. Καρκίνος και Εγκεφαλικό επεισόδιο
15. Καρκίνος και νεφρικές νόσοι
16. Καρκίνος και φυσικά αίτια
24. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο
26. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και φυσικά αίτια
28. Καρδιαγγειακές παθήσεις/υπέρταση και άλλο
34. Διαβήτης και εγκεφαλικό επεισόδιο
46. Εγκεφαλικό επεισόδιο και φυσικά αίτια
47. Εγκεφαλικό επεισόδιο και ατύχημα
51. Νεφρικές νόσοι και καρκίνος
56. Νεφρικές νόσοι και φυσικά αίτια
67. Φυσικά αίτια και ατύχημα
68. Φυσικά αίτια και άλλο
126. Καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και φυσικά αίτια
136. Καρκίνος, διαβήτης και φυσικά αίτια

5.4.13. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Από τον πίνακα συχνοτήτων 5.4.13 για τη μεταβλητή παρατηρούμε ότι στο δείγμα το 7,9% των μελών της πατρικής οικογένειας του/της νεφροπαθούς αντιμετώπιζαν προβλήματα εξάρτησης, ενώ το 92,1% δεν τα αντιμετώπιζαν.

Εάν θέλουμε να ελέγξουμε την υπόθεση H_0 , δηλαδή ότι στον πληθυσμό τα ποσοστά αυτά δεν αντιστοιχούν στο αποτέλεσμα του δείγματος και είναι ίσα (άρα αναμένεται μεγαλύτερο ποσοστό εξάρτησης), θα εκτελέσουμε το μη παραμετρικό One-way χ^2 κριτήριο. Επίσης, παράλληλα στον έλεγχο αυτό θα χρησιμοποιήσουμε την προσομοιωτική μέθοδο Monte Carlo με διάστημα εμπιστοσύνης 99% και δειγματικούς πίνακες 1.000.000. Τότε το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι Monte Carlo Sig. = 0,000 < 0,05 κι, άρα, η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται.

Επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ένα αρκετά μικρό ποσοστό και μόνον του πληθυσμού των νεφροπαθών αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης στον οικογενειακό τους περιβάλλον και τα αποτελέσματα ανάλυσης για τον πληθυσμό συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος.

Πίνακας 5.4.13 Προβλήματα εξάρτησης από κάποιες ουσίες στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	90.150
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της εξάρτησης κάποιου μέλους της πατρική; οικογένειας από ουσίες

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	10	63.5	-53.5
Όχι	117	63.5	53.5

5.4.14. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΥΣΕΩΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής 5.4.14 συμπεράνουμε το εξής:

Έστω στη μηδενική μας υπόθεση H_0 αναμένουμε ότι δεν παρατηρείται διαφορά στον πληθυσμό αναφορικά με την αντιμετώπιση ή τη μη οικονομικών προβλημάτων στην πατρική οικογένεια των νεφροπαθών.

Από τον πίνακα αποτελεσμάτων 5.4.14 βλέπουμε ότι επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι Monte Carlo Sig. = 21,5% > 5%, αυτό σημαίνει ότι η μηδενική υπόθεση H_0 ισχύει. Δηλαδή δεν υπάρχει διαφοροποίηση υπέρ της μιας ή της άλλης μεταβλητής, οι οποίες είναι «ναι» και «όχι» και στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται στις πατρικές οικογένειες των ασθενών να υπάρχει διχοτόμηση αναφορικά με τα προβλήματα ή μη οικονομικής φύσεως. Μ' άλλα λόγια, οι μισές πατρικές οικογένειες των ασθενών αναμένεται να έχουν οικονομικά προβλήματα, ενώ οι μισές να μην τα αντιμετωπίζουν.

Στο επίπεδο της ψυχολογικής σημαντικότητας αυτό σημαίνει ότι οι γόνοι των οικογενειών που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα έχουν την ίδια πιθανότητα εκδήλωσης της νεφρικής ανεπαρκείας με του γόνους οικογενειών που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα οικονομικής φύσεως.

Πίνακας 5.4.14. Προβλήματα οικονομικής φύσεως στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	1.772
Df	1
Monte Carlo Sig.	.215

5.4.15. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Για να επιβεβαιώσουμε τα αποτελέσματα του δείγματος (στο οποίο η πλειοψηφία των υποκειμένων απάντησε θετικά) κατά ποσό αναμένεται το ίδιο και στον πληθυσμό, εφαρμόσαμε τη μη παραμετρική χ^2 ανάλυση, ξεκινώντας με τη μηδενική υπόθεση H_0 . Έστω οι σχέσεις μέσα στην πατρική οικογένεια του/της νεφροπαθούς δεν εμφανίζουν διαφοροποίηση στον πληθυσμό μεταξύ της θετικής και αρνητικής κατηγορίας της μεταβλητής.

Επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο το Asymptotic όσο και το Monte Carlo Sig. = 0,000 < 0,05 ή 0% < 5%, η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται κι, άρα, υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο της μεταβλητής υπέρ της πρώτης κατηγορίας της ίδιας μεταβλητής, δηλαδή υπέρ της θετικής απάντησης (πίνακας 5.4.15).

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται και στο γράφημα 5.4.15 με τα αντίστοιχα ποσοστά, βάσει των οποίων μπορούμε να διατυπώσουμε το τελικό συμπέρασμα: στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται οι σχέσεις μέσα στις πατρικές οικογένειες των ασθενών στη συντριπτική πλειοψηφία να είναι καλές.

Πίνακας 5.4.15 Ποιότητα οικογενειακών σχέσεων

Chi-Square	110,508
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της ποιότητας οικογενειακών σχέσεων

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	122	63,0	59,0
Όχι	4	63,0	-59,0

5.4.16. ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Η μηδενική μας υπόθεση είναι H_0 : έστω η ύπαρξη και ή μη ύπαρξη άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια των νεφροπαθών δεν εμφανίζουν διαφορά στο επίπεδο του πληθυσμού και είναι ισομεγέθη.

Επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της Assymptotic όσο και της Monte Carlo ανάλυσης είναι $\text{Sig.} = 0,00 < 0,05$ ή $0\% < 5\%$, η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται (πίνακας 5.4.16).

Από τον πίνακα 5.4.16 και από το γράφημα 5.4.16 φαίνεται ότι είναι σαφής η υπεροχή της δεύτερης κατηγορίας της μεταβλητής, δηλαδή της αρνητικής απάντησης στην ερώτηση αυτή.

Συνεπώς, το τελικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι και στο επίπεδο του πληθυσμού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναμένεται να μην υπάρχουν προβλήματα (πλην των διαπροσωπικών και των οικονομικών, καθώς αυτά εξετάζονται ξεχωριστά).

Πίνακας 5.4.16 Ύπαρξη άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	86.811
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της ύπαρξης άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	11	63.5	-52.5
Όχι	116	63.5	52.5

5.4.17. ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Η μηδενική μας υπόθεση H_0 είναι: έστω δεν υπάρχει διαφορά στις επτά κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής που αντιστοιχούν στις επτά ηλικιακές ομάδες.

Επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο στην Asymptotic analysis όσο και στην Monte Carlo ανάλυση είναι $\text{Sig.} = 0,000 < 0,05$ ή $0\% < 5\%$, η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 , ότι, δηλαδή, υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των κατηγοριών της μεταβλητής.

Από τον πίνακα 5.4.17 φαίνεται ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις ηλικίες εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας με σαφή την υπεροχή της τέταρτης κατηγορίας, δηλαδή της ομάδας όπου η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εκδηλώθηκε στην ηλικία των 36 – 45 χρονών. Η απεικόνιση αυτής της διαφοράς φαίνεται από το γράφημα 5.4.17, όπου φαίνεται η σειρά ιεράρχησης των ηλικιακών ομάδων αναφορικά με την ηλικία εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Έτσι, από το διάγραμμα 5.4.17 βλέπουμε ότι στην πρώτη θέση βρίσκεται η ομάδα 4 (36 – 45 χρονών), στη δεύτερη η ομάδα 6 (56 – 65), στην τρίτη η ομάδα 5 (46 – 55) και μόνο στην τέταρτη βρίσκεται η ομάδα των ηλικιωμένων (66 κι άνω). Το εύρημα αυτό το θεωρούμε πολύ σημαντικό, καθώς, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, ο κίνδυνος της εκδήλωσης της νεφρικής ανεπάρκειας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, θα ήταν λογικό να υποθέσουμε ότι η πιο συχνή ηλικία εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας θα αφορούσε τις ομάδες των πιο ηλικιωμένων - δηλαδή αυτές των 56-65 χρονών και των 66 κι άνω, ενώ στη συγκεκριμένη περίπτωση του πληθυσμού αναμένεται να είναι πιο ευάλωτη η ομάδα παραγωγικής μέσης ηλικίας - αυτή των 36-45 χρονών. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει τα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι τα άτομα που προσβάλλονται από κάποια χρόνια ασθένεια αυξάνονται ολοένα και περισσότερο, καθώς μειώνεται η ηλικία της εκδήλωσης των παθήσεων που κάποτε ήταν περισσότερο το «προνόμιο» της τρίτης ηλικίας (Calvert,2001). Δηλαδή, εκτός από τη φυσική φθορά που υφίσταται ο οργανισμός με την πάροδο του χρόνου, πρέπει να υπάρχουν άλλοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση χρόνιας ασθένειας σε όλο και νεότερες ηλικιακές

ομάδες, πράγμα που χρήζει περισσότερης διερεύνησης, την οποία θα επιχειρήσουμε με τη διεξαγωγή συμπερασμάτων από την ανάλυση και άλλων μεταβλητών.

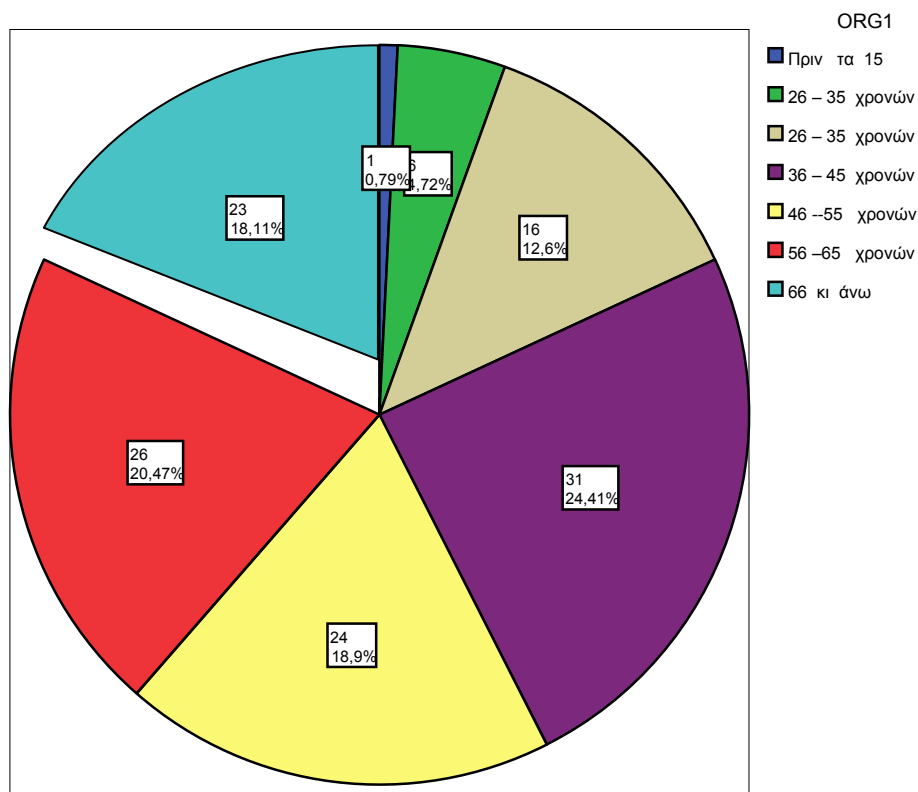
Πίνακας 5.4.17. Ηλικία εκδήλωσης της νεφρικής ανεπάρκειας

Chi-Square	40.283
Df	6
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας εκδήλωσης της νεφρικής ανεπάρκειας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	1	18.1	-17.1
2	6	18.1	-12.1
3	16	18.1	-2.1
4	31	18.1	12.9
5	24	18.1	5.9
6	26	18.1	7.9
7	23	18.1	4.9

1. Πριν τα 15
2. 15 – 25 χρονών
3. 26 – 35 χρονών
4. 36 – 45 χρονών
5. 46 --55 χρονών
6. 56 –65 χρονών
7. 66 κι άνω



Γράφημα 5.4.17 Γραφική παράσταση της ηλικίας εκδήλωσης νεφρικής ανεπάρκειας του πίν. 5.4.17.

5.4.17α. Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της τωρινής ηλικίας των ασθενών.

Από τον πίνακα της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών 5.4.17α φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabs της ίδιας ανάλυσης (πίνακας 5.4.17α) βλέπουμε ότι οι ασθενείς της τωρινής ηλικίας των 16-25 χρονών (κατηγορία 1) αναμένεται να εκδηλώσουν τη ΧΝΑ ή πριν τα 15 τους χρόνια (κατηγορία 1 - Residual 1,0), ή, περισσότερο, στη δεκαετία ανάμεσα στα 16 και τα 25 τους χρόνια (κατηγορία 2 - Residual 1,9). Η κατηγορία της τωρινής ηλικίας των 26-35 χρονών αναμένεται να παρουσιάσει την ασθένεια περισσότερο σ' αυτήν τη δεκαετία (κατηγορία 3 - Residual 5,1) και είναι και η μοναδική ηλικιακή κατηγορία που η νόσος δε φαίνεται να εκδηλώνεται συχνά και στην προηγούμενη δεκαετία της ζωής. Συγκριτικά, στην κατηγορία 3 (τωρινή ηλικία 36-45 χρονών), όπως και στις κατηγορίες 4 (τωρινή ηλικία 46-55 χρονών) και 5 (τωρινή ηλικία 56-65 χρονών), οι ασθενείς αναμένεται να εμφανίσουν τη ΧΝΑ *περισσότερο* στην προηγούμενη δεκαετία της ζωής τους σε σύγκριση με την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου στην τρέχουσα δεκαετία (δηλαδή στη δεκαετία της τωρινής ηλικιακής ένταξης) - Residuals 4,5 – 9,4 – 6,5 έναντι των Residuals 3,1 – 3,1 – 2,1 αντίστοιχα.

Στην περίπτωση, όμως, της κατηγορίας 6 (τωρινή ηλικία 66 κι άνω, οι ασθενείς φαίνεται να εκδηλώνεται πιο συχνά στην τρέχουσα δεκαετία σε σύγκριση με την προηγούμενη - Residuals 13,9 και 8,8 αντίστοιχα.

Πίνακας 5.4.17α Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της τωρινής ηλικίας των ασθενών

Chi-Square	218,636
Df	30
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της τωρινής ηλικίας των ασθενών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
1. -15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,0	,1	,1	,2	,2	,4
	Διαφορά	1,0	-,1	-,1	-,2	-,2	-,4
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	0	2	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,3	,6	1,5	1,1	2,4
	Διαφορά	1,9	,7	-,6	,5	-,1	-,4
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	6	6	3	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,9	1,5	3,9	3,0	6,3
	Διαφορά	-,4	5,1	4,5	-,9	-,3,0	-,3
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	6	17	5	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	1,7	2,9	7,6	5,9	12,2
	Διαφορά	-,7	-,1,7	3,1	9,4	-,9	-,9,2
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	9	11	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	1,3	2,3	5,9	4,5	9,4
	Διαφορά	-,6	-,1,3	-,2,3	3,1	6,5	-,5,4
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	7	19
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	1,4	2,5	6,3	4,9	10,2
	Διαφορά	-,6	-,1,4	-,2,5	-,6,3	2,1	8,8
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	23
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,3	2,2	5,6	4,3	9,1
	Διαφορά	-,5	-,1,3	-,2,2	-,5,6	-,4,3	13,9

5.4.17β Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου καταγωγής των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.17β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 4,9% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.17β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις :

1. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία πριν τα 15 τους χρόνια αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 0,9).
2. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 16-25 χρονών αναμένεται να κατάγονται πιο συχνά από πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 0,6).
3. Τα υποκείμενα της κατηγορία της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 26-35 χρονών αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 2,1), από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 1,7), από χωριά ή κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 1,4) και, τέλος, από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 0,9).
4. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 36-45 χρονών αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 2,6), από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 1,3) και από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 0,9).
5. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 46-55 χρονών αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 3,2) και από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 0,7).
6. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 56-65 χρονών αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 6,0) και από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 1,2).
7. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 66 χρονών κι άνω αναμένεται πιο συχνά να κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 4,1).

Πίνακας 5.4.17β Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου καταγωγής των ασθενών

Chi-Square	43,574
Df	30
Monte Carlo Sig.	.049

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου καταγωγής των ασθενών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ		ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ					
		1	2	3	4	5	6
1. -15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,2	,1	,1	,1	,1
	Διαφορά	-,4	-,2	-,1	-,1	,9	-,1
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	1	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	1,0	,4	,7	,7	,9
	Διαφορά	-1,3	,0	,6	,3	,3	,1
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4	2	4	1	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,2	2,6	1,1	1,9	1,9	2,3
	Διαφορά	-5,2	1,4	,9	2,1	-,9	1,7
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	8	6	1	5	4	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,0	5,1	2,2	3,7	3,7	4,4
	Διαφορά	-4,0	,9	-1,2	1,3	,3	2,6
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	10	3	0	3	6	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	9,3	4,0	1,7	2,8	2,8	3,4
	Διαφορά	,7	-1,0	-1,7	,2	3,2	-1,4
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	16	3	3	1	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	10,0	4,3	1,8	3,1	3,1	3,7
	Διαφορά	6,0	-1,3	1,2	-2,1	-1,1	-2,7
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	13	4	2	1	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	8,9	3,8	1,6	2,7	2,7	3,3
	Διαφορά	4,1	,2	,4	-1,7	-2,7	-,3

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.17γ. Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου της μόνιμης διαμονής των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.17γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,3% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.17γ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της ασθένειας στην ηλικία πριν τα 15 τους χρόνια αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν στις πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 0,8).
2. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 16-25 χρονών αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 1,7), σε πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 0,8) και σε πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 0,6).
3. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της ασθένειας στην ηλικία των 26-35 χρονών αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε πόλεις με πληθυσμό 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 4,6).
4. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 36-45 χρονών αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 3,6), σε πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 1,8) και σε πόλεις με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 1,5).
5. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 46-55 χρονών αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε πόλεις με πληθυσμό 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 3,1), σε χωριά μέχρι 500 κατοίκους (Residual 1,0) και σε χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 0,6).
6. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 56-65 χρονών αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε χωριά μέχρι 500 κατοίκους (Residual 2,4) και σε πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 0,6).
7. Τα υποκείμενα της κατηγορίας της έναρξης της νόσου στην ηλικία των 66 χρονών κι άνω αναμένεται πιο συχνά να διαμένουν μόνιμα σε χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 5,2).

Πίνακας 5.4.17γ Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου της μόνιμης διαμονής των ασθενών

Chi-Square	48,590
Df	30
Monte Carlo Sig.	.023

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του τόπου της μόνιμης διαμονής των ασθενών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ		ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
		1	2	3	4	5	6
1. -15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,1	,1	,1	,2	,3
	Διαφορά	-,3	-,1	-,1	-,1	,8	-,3
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	2	1	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	,9	,3	,4	1,2	1,7
	Διαφορά	-,5	-,9	1,7	,6	,8	-1,7
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	1	4	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,0	2,3	,9	1,1	3,3	4,4
	Διαφορά	-4,0	-1,3	,1	-,1	,7	4,6
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	8	2	4	3	10
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,8	4,4	1,7	2,2	6,3	8,5
	Διαφορά	-3,8	3,6	,3	1,8	-3,3	1,5
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	4	0	1	8	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,0	3,4	1,3	1,7	4,9	6,6
	Διαφορά	1,0	,6	-1,3	-,7	3,1	-2,6
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9	2	2	1	5	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,6	3,7	1,4	1,8	5,3	7,2
	Διαφορά	2,4	-1,7	,6	-,8	-,3	-,2
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	3	0	1	3	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,8	3,3	1,3	1,6	4,7	6,3
	Διαφορά	5,2	-,3	-1,3	-,6	-1,7	-1,3

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.17δ. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ασθένειας και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του / της ασθενούς.

Από τον πίνακα 5.4.17δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-

sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.17δ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε πριν τα 15 τους χρόνια, οι μητέρες τους αναμένεται να είναι πιο συχνά απόφοιτες του Λυκείου (Residual 1,0).
2. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 16-25 χρονών, οι μητέρες τους αναμένεται πιο συχνά να είναι ή πτυχιούχοι της Ανώτατης Σχολής (Residual 0,9) ή του μορφωτικού επιπέδου των λίγων τάξεων του Γυμνασίου (Residual 0,8).
3. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 26-35 χρονών, οι μητέρες τους αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτες του Δημοτικού (Residual 4,1), απόφοιτες του Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου (Residual 0,6) ή πτυχιούχοι Ανώτερης Σχολής (Residual 0,6).
4. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 36-45 χρονών, οι μητέρες τους αναμένεται πιο συχνά να είναι απόφοιτες του Δημοτικού (Residual 4,6).
5. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 46-55 χρονών, οι μητέρες τους αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματες ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 0,9).
6. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 56-65 χρονών, οι μητέρες τους αναμένεται πιο συχνά να είναι αγράμματες ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 4,8).
7. Στα υποκείμενα που η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 66 χρονών κι άνω, οι μητέρες τους αναμένεται να είναι πιο συχνά αγράμματες ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 3,9) ή του επιπέδου μόρφωσης των λίγων τάξεων του Γυμνασίου (Residual 1,3).

Πίνακας 5.4.17δ Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ασθένειας και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς

Chi-Square	162,975
Df	36
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας έναρξης της ασθένειας και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ						
		1	2	3	5	6	8	9
1. -15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	,4	,0	,0	,0	,0	,0
	Διαφορά	-,5	-,4	,0	1,0	,0	,0	,0
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	1	1	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,2	2,2	,2	,0	,1	,1	,1
	Διαφορά	-,2	-1,2	,8	,0	-,1	-,1	,9
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	10	0	0	1	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	8,4	5,9	,5	,1	,4	,4	,3
	Διαφορά	-4,4	4,1	-,5	-,1	,6	,6	-,3
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	12	16	0	0	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	16,4	11,4	1,0	,2	,7	,7	,5
	Διαφορά	-4,4	4,6	-1,0	-,2	,3	,3	,5
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	13	7	1	0	1	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,1	8,5	,7	,2	,6	,6	,4
	Διαφορά	,9	-1,5	,3	-,2	,4	,4	-,4
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	18	7	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13,2	9,2	,8	,2	,6	,6	,4
	Διαφορά	4,8	-2,2	-,8	-,2	-,6	-,6	-,4
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	16	5	2	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,1	8,5	,7	,2	,6	,6	,4
	Διαφορά	3,9	-3,5	1,3	-,2	-,6	-,6	-,4

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.17ε. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της νόσου και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.17ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.17ε παρατηρούμε ότι η ύπαρξη θανάτου στις πατρικές οικογένειες των ασθενών αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες έναρξης της ΧΝΑ (46-55 χρονών - Residual 3,2), 56-65 χρονών - Residual 0,8) και 66 χρονών κι άνω - Residual 6,9), ενώ συσχετίζεται αρνητικά με τις μικρότερες ηλικίες έναρξης της νόσου (16-25 χρονών - Residual 2,2), 26-35 χρονών - Residual 4,2) και 36-45 χρονών (Residual 4,7).

Πίνακας 5.4.17ε Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της νόσου και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών

Chi-Square	24,956
Df	6
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της νόσου και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ		ΥΠΑΡΞΗ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΙΑ	
		Ναι	Όχι
1. <15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	,3
	Διαφορά	,3	-,3
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,2	1,8
	Διαφορά	-2,2	2,2
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	11,2	4,8
	Διαφορά	-4,2	4,2
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	17	14
	Αναμενόμενη Συχνότητα	21,7	9,3
	Διαφορά	-4,7	4,7
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	16,8	7,2
	Διαφορά	3,2	-3,2
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	19	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	18,2	7,8
	Διαφορά	,8	-,8
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	23	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	16,1	6,9
	Διαφορά	6,9	-6,9

5.4.17στ. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.17στ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών βλέπουμε ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.17στ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις αναφορικά με τον πληθυσμό:

1. Οι ασθενείς που η ασθένεια τους εκδηλώθηκε στην ηλικία πριν τα 15 τους χρόνια αναμένεται πιο συχνά να έχουν βιώσει το θάνατο των παππούδων, γιαγιάδων κ.λ.π., δηλαδή των συγγενών πλην της πυρηνικής πατρικής οικογένειας (Residual 1,0)
2. Οι ασθενείς που η ασθένεια τους εκδηλώθηκε στην ηλικία των 16-25 χρονών αναμένεται πιο συχνά να έχουν βιώσει το θάνατο των αδελφών τους (Residual 0,8)
3. Οι ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 26-35 χρονών αναμένεται πιο συχνά να έχουν βιώσει το θάνατο του πατέρα (Residual 2,0), της μητέρας (Residual 1,0) και των αδελφών τους (Residual 0,9)
4. Οι ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 36-45 χρονών αναμένεται να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο του πατέρα (Residual 1,7), της μητέρας (Residual 0,7), του πατέρα και των αδελφών (Residual 0,8) και της μητέρας και αδελφών τους (Residual 0,6)
5. Οι ασθενείς που η ασθένεια εκδηλώθηκε στην ηλικία των 46-55 χρονών αναμένεται να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο της μητέρας (Residual 2,3) και του πατέρα και της μητέρας (Residual 2,1)
6. Οι ασθενείς που η ασθένεια τους εκδηλώθηκε στην ηλικία των 56-65 χρονών αναμένεται να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο και των δυο γονιών (Residual 2,5)
7. Οι ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 66 χρονών κι άνω αναμένεται να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο και των δυο γονιών (Residual 1,8) και των δυο γονιών και των αδελφών τους (Residual 2,9).

Πίνακας 5.4.17στ Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών

Chi-Square	122,118
Df	42
Monte Carlo Sig.	.006

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανούντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών

		ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΘΑΝΟΥΝΤΟΣ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ							
		1	2	3	4	12	13	23	123
1. -15	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,2	,0	,4	,0	,0	,1
	Διαφορά	-,1	-,1	-,2	1,0	-,4	,0	,0	-,1
2. 16-25 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,2	,0	,4	,0	,0	,1
	Διαφορά	-,1	-,1	,8	,0	-,4	,0	,0	-,1
3. 26-35 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	2	2	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	1,0	1,1	,1	2,9	,1	,2	,7
	Διαφορά	2,0	1,0	,9	-,1	-2,9	-,1	-,2	-,7
4. 36-45 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	3	2	0	4	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	2,3	2,5	,2	6,7	,2	,4	1,5
	Διαφορά	1,7	,7	-,5	-,2	-2,7	,8	,6	-,5
5. 46-55 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	5	2	0	10	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	2,7	2,9	,2	7,9	,2	,5	1,8
	Διαφορά	-1,7	2,3	-,9	-,2	2,1	-,2	-,5	-,8
6. 56-65 χρ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	1	3	0	10	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,6	2,6	2,8	,2	7,5	,2	,4	1,7
	Διαφορά	,4	-1,6	,2	-,2	2,5	-,2	-,4	-,7
7. 65 κ άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	3	0	11	0	1	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,1	3,1	3,4	,3	9,2	,3	,5	2,1
	Διαφορά	-2,1	-2,1	-,4	-,3	1,8	-,3	,5	2,9

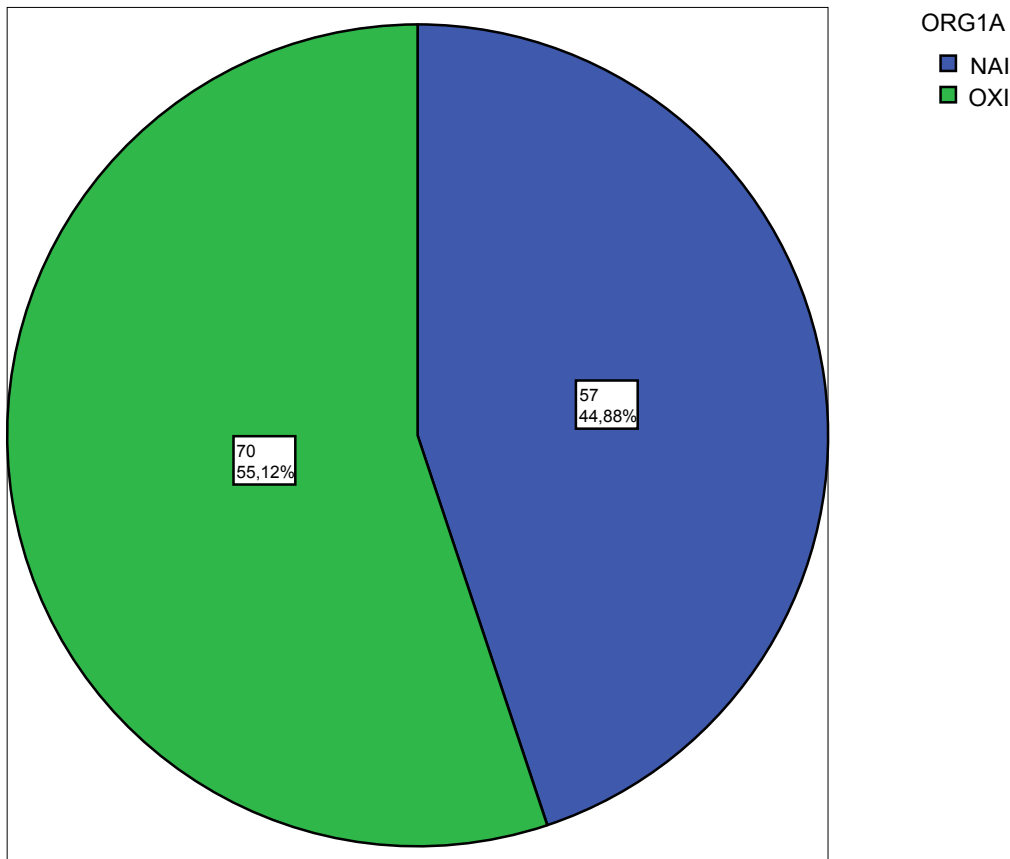
1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός/αδελφή
4. Άλλο μέλος
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδέρφια
23. Μητέρα και αδέρφια
123. Όλοι

5.4.18. ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Σ' αυτήν τη μεταβλητή επιχειρήσαμε να εξετάσουμε την υπόθεση κατά ποσό τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος μπορεί να γενικευτούν στο επίπεδο του πληθυσμού. Στο γράφημα 5.4.18 φαίνεται ότι οι αρνητικές απαντήσεις σ' ό,τι αφορά το συγκεκριμένο ερώτημα ήταν περισσότερες από τις θετικές - 55,12% έναντι του 44,88%. Δηλαδή οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν την απουσία άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Στην μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής αυτής (δηλαδή αναφορικά με τον πληθυσμό) διατυπώσαμε πρώτα, όπως και σε κάθε παρόμοια ανάλυση, τη μηδενική υπόθεση H_0 - ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στον πληθυσμό αναφορικά με τη συγκεκριμένη μεταβλητή και οι πιθανότητες ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι ίσες με τις πιθανότητες αυτές οι διαταραχές να μην υπάρχουν.

Επειδή το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της Asymptotic analysis όσο και της Monte Carlo ανάλυσης (Πίνακας 5.4.18) είναι $Sig. = 28,9\% > 5\%$, σημαίνει ότι η μηδενική μας υπόθεση H_0 ισχύει και, παρόλο που το γράφημα 5.4.18 δείχνει το μεγαλύτερο ποσοστό της μη ύπαρξης άλλων διαταραχών πριν τη ΧΝΑ, εντούτοις το αναμενόμενο αποτέλεσμα για τον πληθυσμό είναι διαφορετικό. Μ' άλλα λόγια, η πιθανότητα της εκδήλωσης κάποιων άλλων οργανικών διαταραχών ισομοιράζεται στον πληθυσμό κι, άρα, αναμένεται να είναι μεγαλύτερη από αυτή που φαινομενικά παρουσιάζεται από την ανάλυση του δείγματος. Έτσι, ο μισός πληθυσμός των νεφροπαθών αναμένεται να πάσχει από κάποια άλλη οργανική διαταραχή πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ.



Γράφημα 5.4.18 Διαγραμματική απεικόνιση της ύπαρξης άλλης ασθένειας πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ.

5.4.18α. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.18α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,9% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.18α παρατηρούμε ότι η ύπαρξη κάποιων άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να συσχετίζεται θετικά στις περιπτώσεις όπου η καταγωγή των ασθενών είναι από χωριά-κομοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 3,6), από πόλεις με 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 1,0), από πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 2,3) και από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους(Residual 1,3). Αρνητικά η ύπαρξη κάποιων άλλων οργανικών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να συσχετίζεται στις περιπτώσεις όπου η καταγωγή των ασθενών είναι από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 2,0) και από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 6,1).

Πίνακας 5.4.18α Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τύπου καταγωγής των ασθενών

Chi-Square	13,319
Df	5
Monte Carlo Sig.	.019

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τύπου καταγωγής των ασθενών

ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗ ΧΝΑ		ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ					
		1	2	3	4	5	6
1. Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	13	5	9	8	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	22,0	9,4	4,0	6,7	6,7	8,1
	Διαφορά	-2,0	3,6	1,0	2,3	1,3	-6,1
2. Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	29	8	4	6	7	16
	Αναμενόμενη Συχνότητα	27,0	11,6	5,0	8,3	8,3	9,9
	Διαφορά	2,0	-3,6	-1,0	-2,3	-1,3	6,1

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.18β. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια.

Από τον πίνακα 5.4.18β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.18β παρατηρούμε ότι η πιθανότητα ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια (Residual 6,1), ενώ αρνητικά η μεταβλητή αυτή συσχετίζεται με την απουσία του βιώματος του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας του/της ασθενούς (Residual - 6,1).

Πίνακας 5.4.18β Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	,209
Exact Sig.	.020

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια

ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ		ΥΠΑΡΞΗ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	46	11
	Αναμενόμενη Συχνότητα	39,9	17,1
	Διαφορά	6,1	-6,1
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	43	27
	Αναμενόμενη Συχνότητα	49,1	20,9
	Διαφορά	-6,1	6,1

5.4.18γ. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών και του φύλου των ασθενών.

Εφαρμόσαμε το παραμετρικό κριτήριο χ^2 , το οποίο δεν ικανοποιούσε την παραδοχή του ποσοστού των κελιών της ανάλυσης, τα οποία πρέπει να έχουν αναμενόμενη συχνότητα κάτω από 5 (τα κελιά στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν 50%, δηλαδή μεγαλύτερα του 20% που είναι το ανώτερο επιτρεπτό όριο για να εφαρμοστεί το κριτήριο χ^2).

Γι' αυτό καταφύγαμε στην εφαρμογή προσομοιωτικών μεθόδων και, συγκεκριμένα, στη μέθοδο Monte Carlo με δειγματικούς πίνακες 10.000 και επίπεδο εμπιστοσύνης 99%.

Η μηδενική μας υπόθεση H_0 είναι η εξής: Δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με τη νοσηρότητα πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Η εναλλακτική μας υπόθεση H_1 είναι ότι η διαφοροποίηση υπάρχει αναφορικά με κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες, οι οποίες στη συγκεκριμένη μεταβλητή έχουν τις εξής κατηγορίες:

1. Υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις
2. Διαβήτης
3. Νεφρικές νόσοι
4. Αλλά

Από τον πίνακα 5.4.18γ φαίνεται το εξής: επειδή το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,7% < 5%, η μηδενική μας

υπόθεση H0 απορρίπτεται και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 - στο επίπεδο του πληθυσμού υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στους άνδρες και γυναίκες ασθενείς αναφορικά με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Ο πίνακας Crosstabulation που συνοδεύει τη Monte Carlo στατιστική ανάλυση (πιν. 5.4.18γ) αναφέρει τα εξής:

1. Παρατηρούμε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υπεροχή έναντι των γυναικών αναφορικά με τη νόσο της υπέρτασης και τις καρδιακές παθήσεις (Residual 3,5)
2. Επίσης, οι άνδρες παρουσιάζουν υπεροχή έναντι των γυναικών αναφορικά με το διαβήτη (Residual 0,8), αν και όχι στο βαθμό που φαίνεται στην προηγούμενη μεταβλητή της υπέρτασης και των καρδιαγγειακών παθήσεων.
3. Στην κατηγορία των νεφρικών νόσων (πολυκυστικοί νεφροί, πυελονεφρίτιδα κ.λ.π.) οι γυναίκες παρουσιάζουν υπεροχή έναντι των ανδρών με Residual 4,5.
4. Επίσης, στο γυναικείο πληθυσμό παρατηρείται υπεροχή έναντι του ανδρικού αναφορικά με την κατηγορία «Αλλά» (υπόταση, πονοκέφαλοι κ.λ.π.)
5. Στην κατηγορία 12 (συνδυασμός «Υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις – Διαβήτης») παρατηρείται η υπεροχή του ανδρικού πληθυσμού έναντι του αντιστοίχου γυναικείου (Residual 1).

Αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό των νεφροπαθών αναμένεται οι άνδρες-ασθενείς να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υπέρτασης και καρδιαγγειακών μαθήσεων, όπως και του διαβήτη, καθώς και το συνδυασμό αυτών των νόσων σε συγκριση με το αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό, ενώ στις γυναίκες αναμένεται να υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό (πάντα σε συγκριση με τον αντίστοιχο ανδρικό πληθυσμό) αναφορικά με τις νεφρικές νόσους και αδιευκρίνιστης αιτίας άλλες οργανικές διαταραχές (υπόταση, πονοκέφαλοι, διαταραχή της εμμήνου ρύσεως κ.λ.π.)

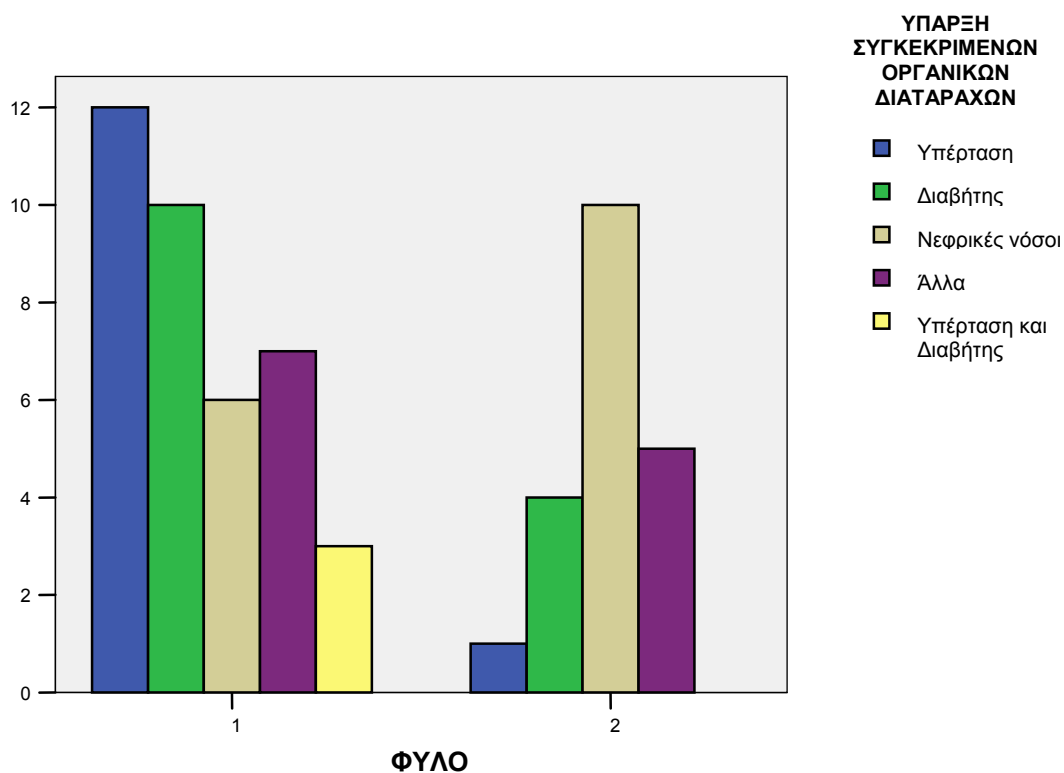
Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι οι παθήσεις στις οποίες «υπερτερεί» ο ανδρικός πληθυσμός να μην επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των προγενεστέρων ερευνών για το «ευάλωτο» των ανδρών στις συγκεκριμένες διαταραχές (Pilgrim – Rogers, 2004) κατατάσσονται στις λεγόμενες «ψυχοσωματικές» παθήσεις (Νικολαΐδης – Benedetti, 1981), ενώ στις γυναίκες φαίνεται να υπερτερούν οι κληρονομικοί παράγοντες (νεφρικές νόσοι) και αδιευκρίνιστης αιτίας οργανικά συμπτώματα (υπόταση, πονοκέφαλοι κ.λ.π.). Θα επιχειρήσουμε στη συνέχεια να εξετάσουμε τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την εκδήλωση της μιας ή της άλλης ασθενείας, η οποία με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Πίνακας 5.4.18γ Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών και του φύλου των ασθενών

Chi-Square	11,759
Df	4
Monte Carlo Sig.	.017

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των οργανικών διαταραχών και του φύλου των ασθενών

ΦΥΛΟ		ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ				
		Καρδιαγ- γειακές παθήσεις	Διαβήτης	Νεφρικές νόσοι	Άλλα	Υπέρταση και Διαβήτης
Ανδρας	Παρατηρηθείσα συχνότητα	12	10	6	7	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	8,5	9,2	10,5	7,9	2,0
	Διαφορά	3,5	,8	-4,5	-,9	1,0
Γυναίκα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4	10	5	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,5	4,8	5,5	4,1	1,0
	Διαφορά	-3,5	-,8	4,5	,9	-1,0



Διάγραμμα 5.4.18γ Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών και του φύλου των ασθενών

5.4.18δ. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ με τον τόπο καταγωγής των ασθενών.

Εφαρμόζοντας τη Monte Carlo προσομοιωτική μέθοδο, αυξήσαμε το επίπεδο των δειγματικών πινάκων σε 1.000.000 για να μπορέσουμε να έχουμε μεγαλύτερη ακρίβεια σ' ό,τι αφορά το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Από τον πίνακα 5.4.18δ φαίνεται ότι, καθώς το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2- sided) = 4,8% < 5%, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει διαφοροποίηση στον πληθυσμό αναφορικά με τον τόπο καταγωγής των ασθενών και την οργανική διαταραχή που αναμένεται να συναρτηθούμε σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού.

Με άλλα λόγια, οι οργανικές διαταραχές που εμφανίζονται πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ φαίνεται να συσχετίζονται με τον τόπο καταγωγής των ασθενών.

Έτσι, ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.18δ βλέπουμε ότι στα υποκείμενα της ομάδα 1 (καταγωγή από χωριό μέχρι 500 κατοίκους) είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης των διαταραχών που υπάγονται στην ομάδα 12 (συνδυασμός της υπέρτασης/καρδιαγγειακών παθήσεων (1) και του διαβήτη (2)) και ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής της ομάδας 1 (υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις), καθώς τα αντίστοιχα Residuals είναι 1,9 και 0,3.

Στην ομάδα 2 (καταγωγή από χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους) είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης του διαβήτη (ομάδα 2) και των διαταραχών που υπάγονται στην ομάδα 4 (αλλά(π.χ. βρογχοπνευμονία, αλλεργία κ.λ.π.)) – Residuals 2,1 και 1,5 αντίστοιχα.

Σε ασθενείς που η καταγωγή τους είναι από πόλη με 2.001 μέχρι 20.000 κατοίκους (ομάδα 3) είναι αυξημένη η πιθανότητα της εμφάνισης του διαβήτη (ομάδα ασθενειών 2) με Residual 1,8.

Οι ασθενείς που κατάγονται από πόλη με 20.001 μέχρι 50.000 κατοίκους (ομάδα 4) παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις (ομάδα 1) και τις νεφρικές νόσους (ομάδα 3) πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ - Residuals 2,0 και 0,5 αντίστοιχα.

Στην ομάδα ασθενών 5 (πόλη από 50.001 μέχρι 100.000 κατοίκους) είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης της υπέρτασης και καρδιαγγειακών παθήσεων (ομάδα 1) και ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης των νεφρικών νόσων πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ με τα αντίστοιχα Residuals 2,0 και 0,5.

Η έκτη ομάδα (καταγωγή από πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω) φαίνεται να είναι αυξημένη μόνο η πιθανότητα της εμφάνισης διαταραχών που υπάγονται στην

κατηγορία 4 (αλλά) και που δεν έχουν σχέση με την υπέρταση, διαβήτη και τις νεφρικές νόσους - Residual 1,6.

Πίνακας 5.4.18δ Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ με τον τόπο καταγωγής των ασθενών

Chi-Square	30,993
Df	20
Monte Carlo Sig.	.048

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ με τον τόπο καταγωγής των ασθενών

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ				
		Υπέρταση	Διαβήτης	Νεφρικές νόσοι	Άλλα	Υπέρταση και Διαβήτης
Χωριό μέχρι 500 κατοίκους	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	5	5	3	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,7	5,1	5,8	4,3	1,1
	Διαφορά	,3	-,1	-,8	-1,3	1,9
Σε χωριό ή κωμόπολη με 501-2000 κατ.	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	5	3	4	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,7	2,9	3,3	2,5	,6
	Διαφορά	-2,7	2,1	-,3	1,5	-,6
Σε πόλη με 2001-20000 κατ.	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	1	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	1,2	1,4	1,0	,3
	Διαφορά	-1,1	1,8	-,4	,0	-,3
Σε πόλη με 20001-50000 κατ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	0	4	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,0	2,2	2,5	1,9	,5
	Διαφορά	2,0	-2,2	1,5	-,9	,5
Σε πόλη με 50001-100000 κατ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	1	3	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,0	2,2	2,5	1,9	,5
	Διαφορά	2,0	-1,2	,5	-,9	-,5
Σε πόλη από 100001 κατ και άνω	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,5	,6	,4	,1
	Διαφορά	-,4	-,5	-,6	1,6	-,1

5.4.18ε. Συσχέτιση του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών.

Από τον πίνακα 5.4.18ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig(2-

sided) = 4,9% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.18ε παρατηρούμε ότι:

1. Υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις αναμένεται να συναντάτε πιο συχνά στις περιπτώσεις που ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών είναι πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 0,8) και πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 1,9).
2. Διαβήτης αναμένεται να συναντάτε πιο συχνά στους ασθενείς που διαμένουν μόνιμα σε χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 0,6) και, ιδιαίτερα, σε χωριά-κωμοπόλεις με 501-2.000 κατοίκους (Residual 3,1).
3. Νεφρικές νόσοι αναμένεται πιο συχνά να συναντώνται στις περιπτώσεις μόνιμης διαμονής των ασθενών σε πόλεις με πληθυσμό 20,001-50.000 κατοίκους (Residual 1,6) και σε πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 1,1).
4. Άλλες οργανικές διαταραχές (φυματίωση, βρογχοπνευμονία κ.λ.π.) αναμένεται να συναντώνται πιο συχνά στους ασθενείς που διαμένουν μόνιμα σε πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 0,6) και σε πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 2,9).
5. Περιπτώσεις ταυτόχρονης ύπαρξης της υπέρτασης/καρδιαγγειακών παθήσεων και του διαβήτη αναμένεται πιο συχνά να συναντώνται στους ασθενείς-μόνιμους κατοίκους χωριών με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 2,3).

Πίνακας 5.4.18ε. Συσχέτιση του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών

Chi-Square	30,682
Df	20
Monte Carlo Sig.	.049

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών

ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ		ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
		1	2	3	4	5	6
Υπέρταση	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2	0	2	5	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,1	1,8	,4	1,1	3,1	3,4
	Διαφορά	-1,1	,2	-,4	,8	1,9	-1,4
Διαβήτης	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	5	0	0	2	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,4	1,9	,5	1,2	3,4	3,6
	Διαφορά	,6	3,1	-,5	-1,2	-1,4	-6
Νεφρικές νόσοι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	1	3	5	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,9	2,2	,6	1,4	3,9	4,1
	Διαφορά	-1,9	-1,2	,4	1,6	1,1	-,1
Άλλα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0	1	0	2	6
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,9	1,7	,4	1,0	2,9	3,1
	Διαφορά	,1	-1,7	,6	-1,0	-,9	2,9
Υπέρταση και Διαβήτης	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	,4	,1	,3	,7	,8
	Διαφορά	2,3	-,4	-,1	-,3	-,7	-,8

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.18στ. Συσχέτιση του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών

Από τον πίνακα 5.4.18στ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.στ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ:

1. Υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις αναμένεται να συναντώνται πιο συχνά στους παντρεμένους ασθενείς (Residual 3,1).
2. Διαβήτης αναμένεται να συναντάται πιο συχνά στους χήρους /ες (Residual 1,3).

3. Νεφρικές νόσοι αναμένεται να συναντώνται πιο συχνά στους διαζευγμένους ασθενείς (Residual 1,4) και σε ασθενείς σε κατάσταση χηρείας (Residual 2,1).
4. Άλλες οργανικές διαταραχές αναμένεται να συναντώνται πιο συχνά στους ελεύθερους ασθενείς (Residual 3,0).
5. Συνδυασμός υπέρτασης/καρδιαγγειακών παθήσεων και διαβήτη αναμένεται να συναντάται πιο συχνά στους παντρεμένους ασθενείς (Residual 0,7).

Πίνακας 5.4.18στ Συσχέτιση του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών

Chi-Square	25,241
Df	12
Monte Carlo Sig.	.014

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών

ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		Ελεύθερος /η	Παντρεμένος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
Υπέρταση	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	13	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	9,9	,4	1,6
	Διαφορά	-1,1	3,1	-,4	-1,6
Διαβήτης	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	11	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,2	10,6	,5	1,7
	Διαφορά	-1,2	,4	-,5	1,3
Νεφρικές νόσοι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	9	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	12,1	,6	1,9
	Διαφορά	-,4	-3,1	1,4	2,1
Άλλα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	8	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	9,1	,4	1,4
	Διαφορά	3,0	-1,1	-,4	-1,4
Υπέρταση και Διαβήτης	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	2,3	,1	,4
	Διαφορά	-,3	,7	-,1	-,4

5.4.18ζ. Συσχέτιση των ασθενειών της πατρικής οικογένειας με τις οργανικές διαταραχές του/της ασθενούς που εκδηλωθήκαν πριν την εκδήλωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.

Από τον πίνακα 5.4.18ζ της Correspondence analysis, όπου η μεταβλητή ORGALM αναπαριστά τις κατηγορίες ασθενειών του/της ασθενούς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ, και

η μεταβλητή PATR4L1 αναπαριστά τις ασθένειες της πατρικής οικογένειας, προσφέρεται η παρακάτω εικόνα των συσχετίσεων.

Η ασθένεια 1 (καρκίνος) της πατρικής οικογένειας δε φαίνεται να συσχετίζεται άμεσα με καμιά από τις άλλες ασθένειες όσο του / της ασθενούς τόσο και της πατρικής οικογένειας. Μ' άλλα λόγια, στην περίπτωση των νεφροπαθών ο καρκίνος των μελών της πατρικής οικογένειας δε φαίνεται να επηρεάζει άμεσα την εκδήλωση κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών και δεν υπάρχει το φαινόμενο της επανάληψης.

Φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερα στενή σχέση ανάμεσα στην ασθένεια 1 (υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις) του/της ασθενούς με τις ασθένειες 2 (υπέρταση/καρδιαγγειακές παθήσεις) και 4 (εγκεφαλικό) της πατρικής οικογένειας.

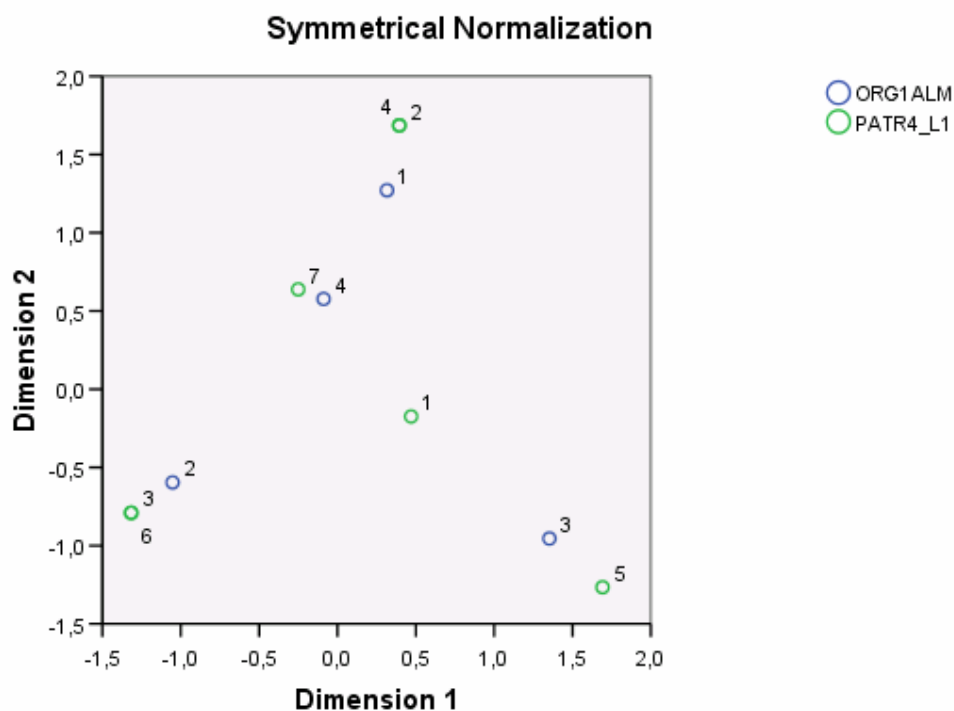
Επίσης, είναι σαφές από τον πίνακα 5.4.18ζ ότι η ασθένεια 2 (Διαβήτης) του/της ασθενούς συσχετίζεται άμεσα με τις ασθένειες 3 (Διαβήτης) και 6 (ατύχημα) της πατρικής οικογένειας.

Η ασθένεια 3 (νεφρικές νόσοι) του/της ασθενούς φαίνεται να συσχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την ασθένεια 5 (νεφρικές νόσοι) της πατρικής οικογένειας.

Τέλος, οι αναφερόμενες με τον αριθμό 4 (αλλά) ασθένειες του/της ασθενούς, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν μεγάλη γκάμα ασθενειών (υπόταση, εγχειρήσεις, βρογχοπνευμονίες κ.λ.π.) συσχετίζονται με τις ασθένειες 7 (άλλα) της πατρικής οικογένειας, πράγμα το οποίο δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς, όπως ήδη αναφέρθηκε, σ' αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται πλήθος διαφορών ασθενειών.

Μ' άλλα λόγια, φαίνεται ότι υπάρχει διαδικασία επανάληψης των ασθενειών της πατρικής οικογένειας στις περιπτώσεις των νεφρικών νόσων, του διαβήτη και της υπέρτασης / καρδιαγγειακών παθήσεων.

Πίνακας 5.4.18ζ Συσχέτιση των ασθενειών της πατρικής οικογένειας με τις οργανικές διαταραχές του/της ασθενούς που εκδηλώθηκαν πριν την εκδήλωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας



5.4.18η. Συσχέτιση των ασθενειών του/της ασθενούς πριν από την εκδήλωση της ΧΝΑ με την ταυτότητα των μελών της πατρικής τους οικογένειας που έχουν πεθάνει.

Από τον πίνακα αντιστοιχιών της Correspondence analysis.(πιν. 5.4.18η), όπου η κατηγορία ORG1ALM αναφέρεται στις οργανικές διαταραχές του/της ασθενούς πριν από την εκδήλωση της ΧΝΑ και η κατηγορία PATR5L1 αναφέρεται στην ταυτότητα του μέλους της πατρικής του/της οικογένειας που έχουν πεθάνει, παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις.

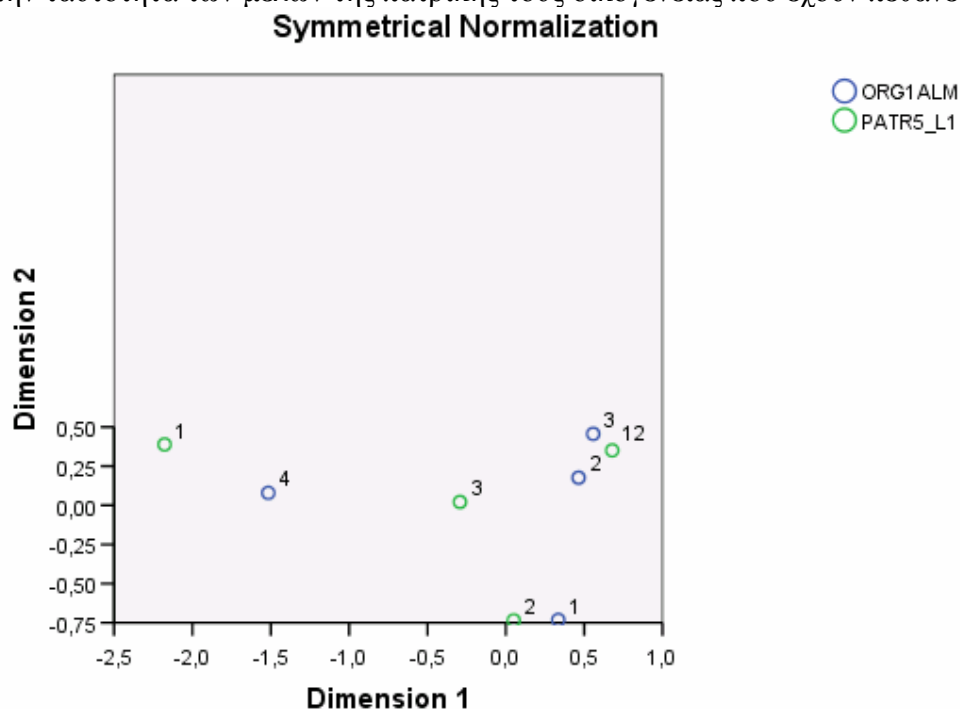
Από τον πίνακα 5.4.18η φαίνεται ότι πολύ στενά συσχετίζονται οι νεφρικές νόσοι του / της ασθενούς (κατηγορία 3 της μεταβλητής ORG1ALM) με το θάνατο και των δυο γονιών (κατηγορία 12 της μεταβλητής PATR5L1).

Επίσης, στενή σχέση παρατηρείται ανάμεσα στη εκδήλωση του διαβήτη του/της ασθενούς (κατηγορία 2 της μεταβλητής ORG1ALM) με το θάνατο και των δυο γονιών (κατηγορία 12 - συνδυασμός της μεταβλητής PATR5L1), όπως και (σε μικρότερο βαθμό) με το θάνατο των αδελφών (κατηγορία 3 της μεταβλητής PATR5L1) του πάσχοντος. Πολύ στενή σχέση παρατηρείται ανάμεσα στην κατηγορία 1 (υπέρταση / καρδιαγγειακές

παθήσεις) της μεταβλητής ORG1ALM και της μεταβλητής 2 (μητέρα) της μεταβλητής PATR5L1.

Ο θάνατος του πατέρα (κατηγορία 1 της μεταβλητής PATR5L1) φαίνεται να έχει στενή σχέση με την κατηγορία 4 (Άλλα) της μεταβλητής ORG1ALM.

Πίνακας 5.4.18η Συσχέτιση των ασθενειών του/της ασθενούς πριν από την εκδήλωση της ΧΝΑ με την ταυτότητα των μελών της πατρικής τους οικογένειας που έχουν πεθάνει



5.4.19. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Για να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος στον πληθυσμό των νεφροπαθών, εφαρμόσαμε τη μη παραμετρική ανάλυση της συγκεκριμένης μεταβλητής, έχοντας διατυπώσει (όπως και σ' όλες τις περιπτώσεις) την πρωταρχική μηδενική υπόθεση H_0 , ότι, δηλαδή, δεν αναμένεται διαφοροποίηση στον πληθυσμό αναφορικά μ' αυτήν τη μεταβλητή.

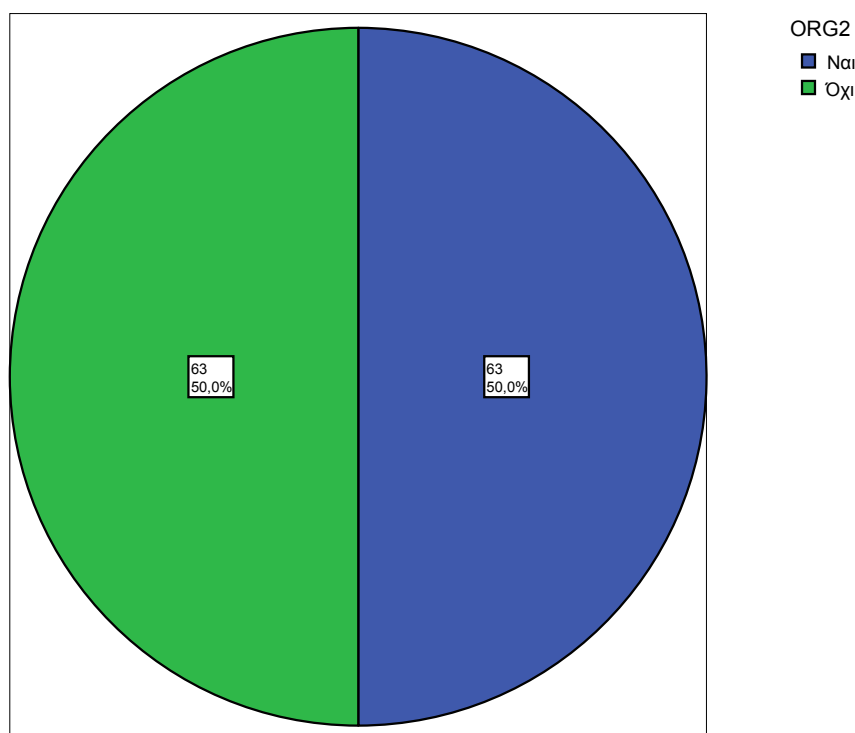
Επειδή το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της ανάλυσης Monte Carlo είναι $Sig. = 1.000 > 0,05$ ή, ποσοστιαία, $100\% > 5\%$, αυτό σημαίνει ότι ισχύει η μηδενική μας υπόθεση H_0 και δεν παρατηρείται διαφοροποίηση της μεταβλητής αυτής στο επίπεδο του πληθυσμού (πίνακας 5.4.19).

Επειδή τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της ανάλυσης του δείγματος, μπορούμε να ανατρέξουμε στο γράφημα 5.4.19 που απεικονίζει τις πιθανότητες εκδήλωσης ή μη των συμπτωμάτων της νόσου πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και να γενικεύσουμε το αποτέλεσμα αυτό και για τον πληθυσμό.

Καθώς φαίνεται από το γράφημα 5.4.19, οι πιθανότητες της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ΧΝΑ πριν την εμφάνιση της είναι ίσες με τις πιθανότητες της μη εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό αναμένεται οι μισοί ασθενείς να έχουν συμπτώματα της νόσου πριν από την εκδήλωση της, ενώ οι άλλοι μισοί να μην αναφέρουν την ύπαρξη των συμπτωμάτων αυτών.

Πίνακας 5.4.19. Συμπτώματα της νόσου πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ

Chi-Square	.000
Df	1
Monte Carlo Sig.	1.000



Γράφημα 5.4.19 Γραφική παράσταση της ύπαρξης συμπτωμάτων της νόσου πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ του πίν. 6.4.24

5.4.20. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Σ' αυτήν τη μεταβλητή, στην προσπάθεια να διασωθούν οι απαντήσεις των υποκειμένων, υπήρχαν τέσσερεις βασικές κατηγορίες απαντήσεων και δυο συνδυασμοί τους:

1. Με δίαιτα
2. Με φάρμακα
3. Αλλιώς
4. Δεν αντιμετωπίστηκε
12. Με δίαιτα και φάρμακα
23. Με φάρμακα και Αλλιώς

Από τον πίνακα 5.4.20 της μη παραμετρικής ανάλυσης βλέπουμε ότι το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της μεθόδου Monte Carlo όσο και της Asymptotic ανάλυσης είναι $\text{Sig.} = 0,000 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0\% < 5\%$ κι, άρα, η πρωταρχική μας μηδενική υπόθεση H_0 (δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής) δεν ισχύει και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 , η οποία δηλώνει ότι η διαφοροποίηση υπάρχει. Από τον επεξηγηματικό πίνακα των συχνοτήτων του πίνακα 5.4.20 φαίνεται ότι υπερισχύει η πρώτη κατηγορία, δηλαδή αυτή της πρωταρχικής αντιμετώπισης με δίαιτα (Residual 28,7).

Επειδή τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της μορφολογικής ανάλυσης του δείγματος, ανατρέχουμε στη γραφική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων του δείγματος (γράφημα 5.4.20), βλέποντας ότι η πιο συχνή αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας πριν το τελικό της στάδιο είναι η δίαιτα και ο συνδυασμός της δίαιτας με τα φάρμακα.

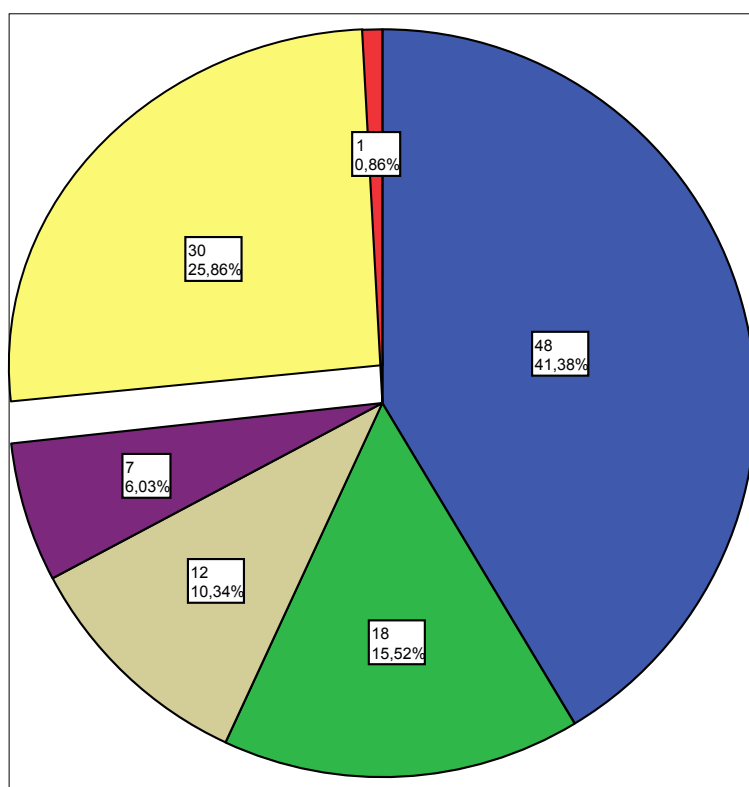
Πίνακας 5.4.20 Αντιμετώπιση της ασθένειας πριν το στάδιο της κάθαρσης

Chi-Square	76.517
Df	5
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας πριν το στάδιο της κάθαρσης

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	48	19.3	28.7
2	18	19.3	-1.3
3	12	19.3	-7.3
4	7	19.3	-12.3
12	30	19.3	10.7
23	1	19.3	-18.3

1. Με δίαιτα
2. Με Φάρμακα
3. Αλλιώς
4. Δεν αντιμετωπίστηκε
12. Με δίαιτα και φάρμακα
23. Με Φάρμακα και αλλιώς



ORG3

- Με δίαιτα
- Με Φάρμακα
- Αλλιώς
- Δεν αντιμετωπίστηκε
- Με δίαιτα και φάρμακα
- Με Φάρμακα και αλλιώς

Γράφημα 5.4.20 Γραφική παράσταση του τρόπου που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια πριν το στάδιο της κάθαρσης του πίν. 5.4.20

5.4.21. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Από τον πίνακα 5.4.21 είναι φανερό ότι, καθώς οι ερωτώμενοι είναι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς, το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αιμοκάθαρσης.

Πίνακας 5.4.21. Μέθοδος κάθαρσης για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ

Chi-Square	119.126
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

5.4.22. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν δυο κατηγορίες απαντήσεων;

1. ΝΑΙ
2. ΌΧΙ

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των μεταβλητών του πίνακα 5.4.22 φαίνεται ότι, καθώς το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig., όπως και Asymp. Sig. = $0,000 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0\% < 5\%$, δεν ισχύει η μηδενική υπόθεση και στο επίπεδο του πληθυσμού υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής με υπερίσχυση της κατηγορίας 1 (ΝΑΙ).

Μ' άλλα λόγια, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να έχουν νοσηλευτεί πριν από το στάδιο της κάθαρσης (πίνακας 5.4.22 και γράφημα 5.4.22).

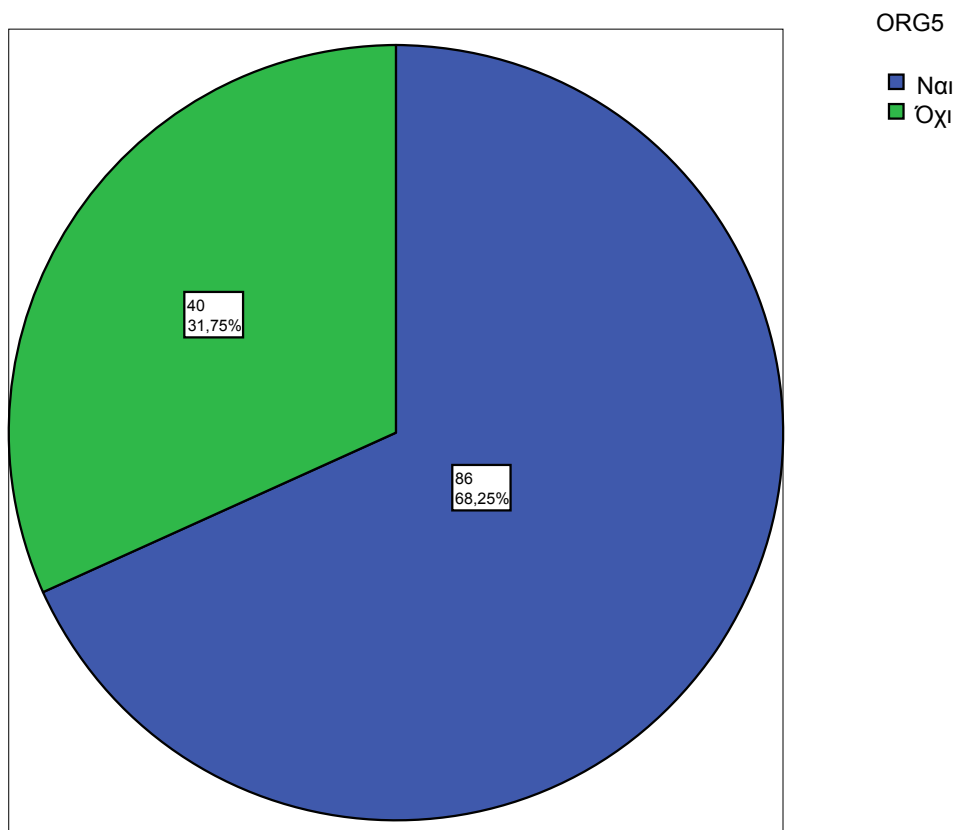
Πίνακας 5.4.22. Νοσηλεία πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης

Chi-Square	16.794
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της νοσηλείας πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	86	63.0	23.0
2	40	63.0	-23.0

1= Ναι
2= Όχι



Γράφημα 5.4.22 Γραφική παράσταση των στοιχείων του πίν. 5.4.22 αναφορικά στη νοσηλεία των ασθενών πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης.

5.4.23. ΑΛΛΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Και σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν δυο κατηγορίες απαντήσεων:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση του πίνακα 5.4.23 φαίνεται ότι το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig., όπως και Asymp.Sig. = 0,000 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 0% < 5%, συνεπώς δεν ισχύει η πρωταρχική μας μηδενική υπόθεση H_0 και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 , βάση της οποίας υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής με υπερίσχυση της κατηγορίας 1 (ΟΧΙ) (πίνακας 5.4.23).

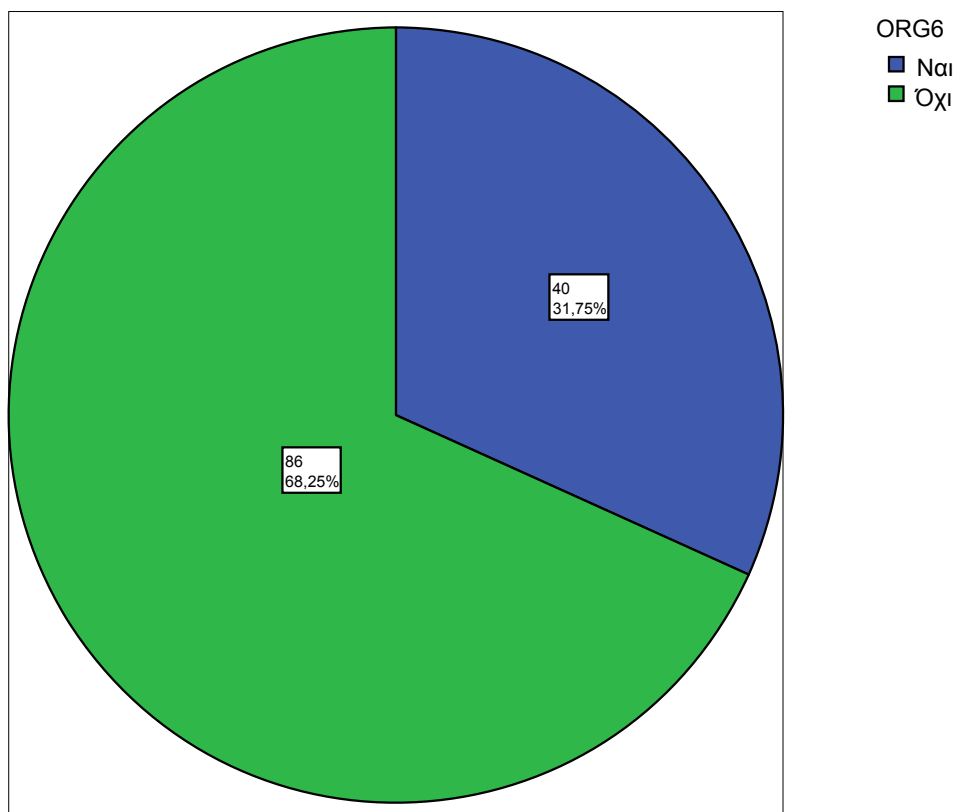
Μ' άλλα λόγια, στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται οι περισσότεροι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου να *μη* εκδηλώσουν άλλες οργανικές διαταραχές μετά την εμφάνιση της ΧΝΑ. Τα σχετικά ποσοστά φαίνονται στο γράφημα 5.4.23.

Πίνακας 5.4.23 Εκδήλωση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας

Chi-Square	16.794
Df	1
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων της εκδήλωσης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
Ναι	40	63.0	-23.0
Όχι	86	63.0	23.0



Γράφημα 5.4.23 Γραφική παράσταση της εκδήλωσης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας του πίν. 5.4.23

5.4.23^α. Είδος άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ..

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης 5.4.23^α φαίνεται ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής, καθώς το επίπεδο

στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig., όπως και Asymp. Sig. = 0,000 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 0% < 5%.

Από τον πίνακα 5.4.23^a (πίνακας συχνοτήτων) φαίνεται ότι στην πρώτη θέση βρίσκεται η ομάδα 6 (αδιευκρίνιστες (υπόταση, ανορεξία, αλλεργίες, απώλεια ακοής, οστεομυελίτιδα, βρογχοπνευμονία κ.λ.π.)) και στη δεύτερη θέση βρίσκεται η ομάδα 1 (υπέρταση/καρδιαγγειακές διαταραχές).

Το ερώτημα που ανακύπτει εδώ είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων των πινάκων 5.4.18 (υπήρχαν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ) και 5.4.23 (υπήρχαν άλλες οργανικές διαταραχές **μετά την** εμφάνιση της ΧΝΑ).

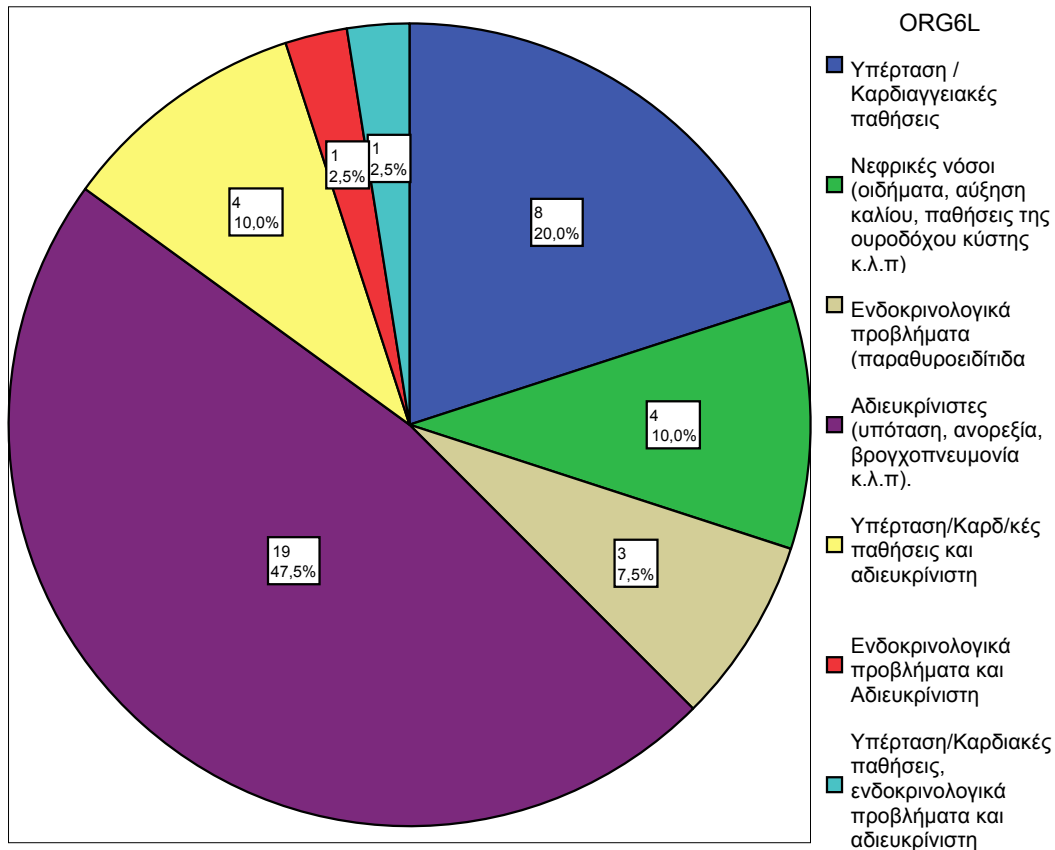
Πίνακας 5.4.23^a. Είδος άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ

Chi-Square	41.900
Df	6
Asymp. Sig.	.000
Monte Carlo Sig.	.000

Πίνακας συχνοτήτων του είδους των οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	8	5.7	2.3
3	4	5.7	-1.7
4	3	5.7	-2.7
6	19	5.7	13.3
16	4	5.7	-1.7
46	1	5.7	-4.7
146	1	5.7	-4.7

1. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές παθήσεις
3. Νεφρικές νόσοι (οιδήματα, αύξηση καλίου, παθήσεις της ουροδόχου κύστης κ.λ.π)
4. Ενδοκρινολογικά προβλήματα (παραθυροειδίτιδα κ.λ.π)
6. Αδιευκρίνιστες (υπόταση, ανορεξία, Βρογχοπνευμονία κ.λ.π).
16. Υπέρταση/Καρδιαγγειακές παθήσεις και αδιευκρίνιστη
46. Ενδοκρινολογικά προβλήματα και Αδιευκρίνιστη
146. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές παθήσεις, ενδοκρινολογικά προβλήματα και αδιευκρίνιστη



Γράφημα 5.4.23^α Γραφική παράσταση του είδους των οργανικών διαταραχών που εκδήλωσαν οι ασθενείς μετά την έναρξη της ΧΝΑ του πίν. 5.4.23^α.

5.4.23β. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανιστήκαν στους ασθενείς μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της.

Από τον πίνακα 5.4.23β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.23β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις αναφορικά με τον πληθυσμό:

1. Προβλήματα ενδοκρινολογικής φύσεως μετά την έναρξη της νόσου αναμένεται πιο συχνά να εμφανιστούν στους ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 16-25 χρονών (Residual 1,9)
2. Παθήσεις αδιευκρίνιστης οργανικής αιτιολογίας (υπόταση, ανορεξία, αλλεργίες, απώλεια ακοής κ.λ.π.) (Residual 1,2) και ενδοκρινολογικά προβλήματα μαζί με

αδιευκρίνιστης αιτιολογίας παθήσεις (Residual 0,9) μετά την έναρξη της νόσου αναμένεται πιο συχνά να εμφανιστούν στους ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 26-35 χρονών

3. Παθήσεις αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μετά την έναρξη της νόσου αναμένεται πιο συχνά να εμφανιστούν στους ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 36-45 χρονών (Residual 1,3)

4. Υπέρταση σε συνδυασμό με αδιευκρίνιστης αιτιολογίας παθήσεις (Residual 1,2) και ο συνδυασμός της υπέρτασης, ενδοκρινολογικών προβλημάτων και παθήσεων αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (Residual 0,8) μετά την έναρξη της νόσου αναμένεται να εμφανιστούν πιο συχνά στους ασθενείς στους οποίους η ΧΝΑ εκδηλώθηκε στην ηλικία των 46-55 χρονών

5. Παθήσεις αδιευκρίνιστης αιτιολογίας αναμένεται πιο συχνά να εμφανιστούν μετά την έναρξη της ΧΝΑ στους ασθενείς στους οποίους η νόσος εκδηλώθηκε στην ηλικία των 56-65 χρονών (Residual 1,2)

6. Υπέρταση αναμένεται πιο συχνά να εμφανιστεί μετά την έναρξη της ΧΝΑ στους ασθενείς στους οποίους η νόσος εκδηλώθηκε στην ηλικία των 66 χρονών κι άνω (Residual 1,8)

Πίνακας 5.4.23β Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανιστήκαν στους ασθενείς μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της νόσου

Chi-Square	47,728
Df	30
Monte Carlo Sig.	,021

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανιστήκαν στους ασθενείς μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της νόσου

ΕΙΔΟΣ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ		ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΧΝΑ					
		16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	2	2	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,2	2,0	1,6	1,6	1,2
	Διαφορά	-,4	-1,2	-1,0	,4	,4	1,8
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	1	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,6	1,0	,8	,8	,6
	Διαφορά	-,2	-,6	,0	,2	,2	,4
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	1	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,5	,8	,6	,6	,5
	Διαφορά	1,9	-,5	,3	-,6	-,6	-,5
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	4	6	2	5	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	2,9	4,8	3,8	3,8	2,9
	Διαφορά	-1,0	1,2	1,3	-1,8	1,2	-,9
16	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	1	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,6	1,0	,8	,8	,6
	Διαφορά	-,2	,4	,0	1,2	-,8	-,6
46	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,2	,2	,2
	Διαφορά	-,1	,9	-,3	-,2	-,2	-,2
146	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,2	,3	,2	,2	,2
	Διαφορά	-,1	-,2	-,3	,8	-,2	-,2

1. Υπέρταση/Καρδιαγγειακές παθήσεις

3. Νεφρικές νόσοι (οιδήματα, αύξηση καλίου, παθήσεις της ουροδόχου κύστης κ.λ.π)

4. Ενδοκρινολογικά προβλήματα (παραθυροειδίτιδα κ.λ.π)

6. Αδιευκρίνιστες (υπόταση, ανορεξία, βρογχοπνευμονία κ.λ.π).

16. Υπέρταση/Καρδιαγγειακές παθήσεις και αδιευκρίνιστη

46. Ενδοκρινολογικά προβλήματα και Αδιευκρίνιστη

146. Υπέρταση/Καρδιαγγειακές παθήσεις, ενδοκρινολογικά προβλήματα και αδιευκρίνιστη

5.4.24. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Για να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα της ανάλυσης του δείγματος στο επίπεδο του πληθυσμού, εφαρμόσαμε τη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής αυτής με τις δυο κύριες κατηγορίες (1-«ναι», 2 – «όχι»).

Επειδή τόσο το ασυμπτωτικό επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ($0,062 > 0,05$ ή $6,52\% > 5\%$) όσο και το Monte Carlo παρατηρούμενο επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ($0,076 > 0,05$ ή $7,6\% > 5\%$) είναι πάνω από το 5%, ισχύει η πρωταρχική μας μηδενική υπόθεση H_0 - ότι δεν υπάρχει διαφορά στον πληθυσμό αναφορικά με τις κατηγορίες της μεταβλητής, ισχύει (πίνακας 5.4.24).

Μ' άλλα λόγια, οι πιθανότητες η ασθένεια να έχει επιπτώσεις στην επαγγελματική δραστηριότητα του πληθυσμού είναι ίσες με τις πιθανότητες να μην υπάρχει καμιά επίπτωση σ' ό,τι αφορά την εργασία των υποκειμένων.

Τη στιγμή, όμως, που, υποθετικά, ο μισός πληθυσμός των νεφροπαθών μπορεί να δεχθεί τις επιπτώσεις της ασθένειας αναφορικά με το επάγγελμα του, πρέπει να εξεταστούν πιο αναλυτικά οι επιπτώσεις αυτές. Γι' αυτό προχωρήσαμε στην εξέταση και κάποιων άλλων μεταβλητών που πιστεύουμε ότι, ίσως, μπορεί να επηρεάζουν την επαγγελματική πορεία των συγκεκριμένων ασθενών.

Πίνακας 5.4.24. Αλλαγές στην επαγγελματική δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ

Chi-Square	3,472
Df	1
Asymp. Sig.	,062
Monte Carlo Sig.	,076

5.4.24a. Συσχέτιση της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ) με το φύλο τους

Από τον πίνακα 5.4.24^a βλέπουμε ότι, καθώς τόσο το Asymptotic όσο και το Exact (2-sided)) επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας συγκλίνουν στο ίδιο συμπέρασμα, τη στιγμή που τα επίπεδα αυτά της στατιστικής σημαντικότητας των μεθόδων αυτών παρουσιάζουν τιμές κάτω από το 5% (Asymp. Sig.(2-sided) = $0,013 < 0,05$ ή $1,3\% < 5\%$ και Exact Sig. (2-sided) = $0,021 < 0,05$ ή $2,1\% < 5\%$), αυτό σημαίνει ότι η πρωταρχική μας υπόθεση H_0 δεν ισχύει και υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο των επιπτώσεων της ασθένειας στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών με ΧΝΑ (H_1 – εναλλακτική υπόθεση) αναφορικά με το φύλο τους.

Έτσι, το αναμενόμενο αποτέλεσμα στον πληθυσμό των ασθενών είναι να δηλώνουν τις επιπτώσεις της ασθένειας στην επαγγελματική του δραστηριότητα περισσότερο οι άνδρες απ' ό,τι οι γυναίκες.

Πίνακας 5.4.24^α Συσχέτιση της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (XNA) με το φύλο τους

Chi-Square	6,129
Df	1
Exact Sig.	,021

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (XNA) με το φύλο τους

ΦΥΛΟ		ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	
		Ναι	Όχι
Ανδρας	Παρατηρηθείσα συχνότητα	56	29
	Αναμενόμενη Συχνότητα	49,5	35,5
	Διαφορά	6,5	-6,5
Γυναίκα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	18	24
	Αναμενόμενη Συχνότητα	24,5	17,5
	Διαφορά	-6,5	6,5

5.4.24β. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της XNA και του τόπου μόνιμης διαμονής τους.

Από τον πίνακα 5.4.24β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.24β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις αναφορικά με τον πληθυσμό:

1. Αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της XNA αναμένεται να αναφέρουν οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στα χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 1,4), σε χωριά-κωμοπόλεις με 501-2.000 κατοίκους (Residual 5,5) και σε πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 0,8)
2. Καμιά αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της XNA αναμένεται να αναφέρουν οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000 κατοίκους (Residual 1,1), σε πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 5,1) και σε πόλεις με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 1,4).

Πίνακας 5.4.24β Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους

Chi-Square	12,544
Df	5
Monte Carlo Sig.	,024

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους

ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
		1	2	3	4	5	6
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	16	3	6	10	19
	Αναμενόμενη Συχνότητα	18,6	10,5	4,1	5,2	15,1	20,4
	Διαφορά	1,4	5,5	-1,1	,8	-5,1	-1,4
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	12	2	4	3	16	16
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13,4	7,5	2,9	3,8	10,9	14,6
	Διαφορά	-1,4	-5,5	1,1	-,8	5,1	1,4

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.24γ. Συσχέτιση της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ) με το επάγγελμα τους

Κι εδώ, καθώς παραβιάζεται η γνωστή παραδοχή του παραμετρικού κριτηρίου χ^2 αναφορικά με το ανώτατο όριο του 20% των «ελαττωματικών κελιών» (δηλαδή αυτών που δείχνουν σκορ κάτω από το 5) κι εδώ ο αριθμός αυτός είναι 50% (πίνακας 5.4.24γ), η εφαρμογή του συγκεκριμένου κριτηρίου δεν είναι δυνατή και, συνεπώς, καταφεύγουμε στην προσομοιωτική μέθοδο Monte Carlo.

Επειδή το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,004 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 0,4% < 5%, αυτό σημαίνει ότι απορρίπτεται η πρωταρχική μηδενική μας υπόθεση H_0 και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 - δηλαδή υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο προαναφερθέντες μεταβλητές «δήλωση ύπαρξης επιπτώσεων της ΧΝΑ στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της» και «επάγγελμα του/της ασθενούς».

Μ' άλλα λόγια, στο επίπεδο του πληθυσμού ορισμένα επαγγέλματα να πλήττονται περισσότερο σε συγκριση με τα άλλα από τις επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.24γ, βλέπουμε ότι τα επαγγέλματα που δέχονται αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, συμφωνά με τις δηλώσεις των ασθενών, είναι τα επαγγέλματα 8 (αγρότες), 6 (έμποροι/λιτές) και 12 (άνεργοι πάνω από έτος) (αντίστοιχα Residuals είναι 4,8 - 3 - 1,8), ενώ τα επαγγέλματα που αναμένεται να έχουν λιγότερες επιπτώσεις της νόσου είναι τα 11 (οικιακά), 5 (επαγγέλματα γραφείου) και 10 (ένοπλες δυνάμεις και σώματα ασφαλείας) με αντίστοιχα Residuals 6,2 - 4 - 1,2 (πίνακας Crosstabulation του πίνακα 5.24.γ).

Τα αναμενόμενα στον πληθυσμό αποτελέσματα αυτά δεν προκαλούν έκπληξη, καθώς, λόγω της ΧΝΑ και των επιπτώσεων της, τα άτομα-ασθενείς που ασχολούνται με βαριές χειρονακτικές εργασίες πρέπει αναγκαστικά να περιορίσουν τις εργασίες αυτές και εξαιτίας της σωματικής επιβάρυνσης και εξαιτίας της έκθεσης τους σε παθογόνα μικρόβια (π.χ. οι αγρότες). Ενδιαφέρον προκαλεί η μη αναμενομένη δήλωση των αρνητικών επιπτώσεων στην ομάδα του επαγγέλματος 7 (τεχνίτες-εργάτες), λόγω ακριβώς των προαναφερθέντων δυσκολιών που συναντώνται σε ορισμένα επαγγέλματα, γεγονός το οποίο θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε στη συνέχεια της ανάλυσης μας.

Πίνακας 5.4.24γ Συσχέτιση της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ) με το επάγγελμά τους

Chi-Square	24,246
Df	10
Monte Carlo Sig.	,004

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ) με το επάγγελμά τους

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	1,7
	Διαφορά	,7	-,7
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,1	2,9
	Διαφορά	-,1	,1
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,1	2,9
	Διαφορά	-,1	,1
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,0	5,0
	Διαφορά	-4,0	4,0
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	10	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,0	5,0
	Διαφορά	3,0	-3,0
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	10,4	7,6
	Διαφορά	,6	-,6
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	21	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	16,2	11,8
	Διαφορά	4,8	-4,8
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,5	2,5
	Διαφορά	,5	-,5
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,2	,8
	Διαφορά	-1,2	1,2
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	6	15
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,2	8,8
	Διαφορά	-6,2	6,2
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,2	3,8
	Διαφορά	1,8	-1,8

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης /Ανώτερης/Μέσης/ εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας – απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς –Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.24δ. *Είδος των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ*

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν τρεις κατηγορίες απαντήσεων:

1. Διακοπή του επαγγέλματος
2. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα
3. Αλλαγή του επαγγέλματος

Εφαρμόζοντας τη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής (καθώς πρόκειται για τις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής), βλέπουμε από τον πίνακα 5.4.24δ ότι η διαφορά είναι σημαντική τόσο στο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας όσο και στο επίπεδο Monte Carlo: Monte Carlo Sig. = 0,000 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 0% < 5% κι, άρα, η μηδενική υπόθεση H0 (έλλειψη διαφοροποίησης) δεν ισχύει και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 (υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής με την υπερίσχυση κάποιας από αυτές). Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα Frequencies του πίνακα 5.4.24δ, βλέπουμε ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα στις περιπτώσεις δηλώσεις της ύπαρξης αλλαγής της επαγγελματικής δραστηριότητας παρουσιάζει η ομάδα 1 (διακοπή του επαγγέλματος) με Residual 25,7.

Μ' άλλα λόγια, το πιο συχνό γεγονός στις περιπτώσεις του πληθυσμού που δηλώνει την ύπαρξη αλλαγής της επαγγελματικής δραστηριότητας αναμένεται να είναι η διακοπή του επαγγέλματος, πράγμα το οποίο δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς από την ανάλυση των προηγούμενων μεταβλητών οι περισσότεροι από ασθενείς από τον πληθυσμό των νεφροπαθών αναμένεται να εξασκούν βαριά χειρονακτικά επαγγέλματα που αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα για την έκβαση της ασθένειας κι, έτσι, αναγκαστικά πρέπει να διακοπεί η ενασχόληση μ' αυτά.

Πίνακας 5.4.24δ Είδος των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα

Chi-Square	50,590
Df	2
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του είδους αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	46	20,3	25,7
2	12	20,3	-8,3
3	3	20,3	-17,3

1. Διακοπή του επαγγέλματος
2. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα
3. Αλλαγή του επαγγέλματος

5.4.24ε. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους

Εφαρμόζοντας κι εδώ την προσομοιωτική μέθοδο Monte Carlo (καθώς το ποσοστό των κελιών που εμφανίζουν σκορ λιγότερο από το 5 είναι 50% σ' αυτή την περίπτωση κι, άρα, δεν είναι δυνατή η εφαρμογή του παραμετρικού κριτηρίου χ^2), βλέπουμε από τον πίνακα 5.4.24^ε ότι το αποτέλεσμα της ανάλυσης είναι Monte Carlo Sig. (2-sided) = 0,043 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 4,3% < 5% και, συνεπώς, η μηδενική υπόθεση H0 δεν ισχύει και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1, ότι, δηλαδή, υπάρχει διαφοροποίηση (συσχέτιση) ανάμεσα στις μεταβλητές «είδος των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ» και «φύλο των υποκειμένων».

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.24^ε, βλέπουμε ότι οι περισσότεροι άνδρες αναμένεται ν' αλλάζουν το επάγγελμα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ (Residual 2,5), ενώ οι γυναίκες είναι αυτές που αναμένεται να μειώνουν ή να αλλάζουν το επάγγελμα τους περισσότερο απ' ό,τι να το διακόπτουν (αντίστοιχα Residuals είναι 1 (μείωση) και 1,5 (αλλαγή)) (πίνακας 5.4.24^ε).

Φαίνεται, πάντως, ότι οι άνδρες είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο από τις επιπτώσεις της ΧΝΑ, καθώς είναι, όπως έχει ειπωθεί και πριν, αυτοί που εξασκούν βαριά χειρονακτικά και ανθυγιεινά επαγγέλματα κι, άρα, είναι αυτοί που αναμένεται να δεχθούν περισσότερες αλλαγές στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Πίνακας 5.4.24ε Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους

Chi-Square	7,205
Df	2
Monte Carlo Sig.	,043

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους

ΦΥΛΟ		ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ		
		1	2	3
Άνδρας	Παρατηρηθείσα συχνότητα	41	9	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	38,5	10,0	2,5
	Διαφορά	2,5	-1,0	-1,5
Γυναίκα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	3	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	7,5	2,0	,5
	Διαφορά	-2,5	1,0	1,5

1. Διακοπή του επαγγέλματος
2. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα
3. Αλλαγή του επαγγέλματος

5.4.24στ. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος τους

Λόγω των προαναφερθέντων δυσκολιών της εφαρμογής του παραμετρικού κριτηρίου χ^2 , καταφύγαμε στη χρήση της προσομοιωτικής μεθόδου Monte Carlo. Από τον πίνακα 5.4.24στ φαίνεται ότι, καθώς το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 0,032 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 3,2% < 5%, σημαίνει ότι η πρωταρχική μηδενική μας υπόθεση H_0 απορρίπτεται και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 - δηλαδή ότι υπάρχει διαφοροποίηση (Συσχέτιση) ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.24στ, βλέπουμε ότι το αναμενόμενο αποτέλεσμα στον πληθυσμό των νεφροπαθών είναι να διακόπτουν το επάγγελμα τους οι εξασκούντες το επάγγελμα 7 (τεχνίτες-εργάτες) (Residual 2,3) και το επάγγελμα 11 (οικιακά) (Residual 1,0), στη μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα υπερισχύει η ομάδα 8 (γεωργοί) (Residual 2,6), ενώ η περισσότερη αλλαγή (χωρίς να διακόπτουν την εξάσκηση του κύριου επαγγέλματος) αναμένεται να υπάρχει στην ομάδα 3 (εκπαιδευτικοί) (Residual 1,8).

Πίνακας 5.4.24στ Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος τους

Chi-Square	31,578
Df	18
Monte Carlo Sig.	,032

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος τους

ΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ			1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.) 2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/ Μέσης εκπαίδευσης Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας) 3. Εκπαιδευτικοί 4. Κληρικοί 5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας) 6. Έμποροι, Πωλητές 7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές 8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα 9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό 10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας 11. Οικιακά 12. Άνεργοι (πάνω από έτος)
	Διακοπή του επαγγέλματος	Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα	Αλλαγή του επαγγέλματος	
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	,6	,2
	Διαφορά	,8	-,6	-,2
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	,8	,2
	Διαφορά	-1,0	,2	,8
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	,8	,2
	Διαφορά	-2,0	,2	1,8
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	,4	,1
	Διαφορά	,5	-,4	-,1
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	6	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,0	1,6	,4
	Διαφορά	,0	,4	-,4
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,8	1,8	,5
	Διαφορά	2,3	-1,8	-,5
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	6	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,8	3,4	,9
	Διαφορά	-1,8	2,6	-,9
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	,6	,2
	Διαφορά	-,3	,4	-,2
11	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	,8	,2
	Διαφορά	1,0	-,8	-,2
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,5	1,2	,3
	Διαφορά	,5	-,2	-,3

5.4.25. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Από τον πίνακα 5.4.25 φαίνεται ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και δεν υπάρχει διαφοροποίηση της μεταβλητής στο επίπεδο του πληθυσμού. Το συμπέρασμα αυτό βγαίνει από τα αποτελέσματα της παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής, καθώς τόσο το ασυμπτωτικό όσο και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo είναι πάνω από το 5% (79% και 85,8% αντίστοιχα).

Συνεπώς, στον πληθυσμό των νεφροπαθών αναμένεται οι μισοί ασθενείς να δεχθούν αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, ενώ οι άλλοι μισοί να μην παρουσιάσουν τέτοιου είδους επιπτώσεις, όπως φαίνεται και στο γράφημα 5.4.25.

Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής «Επηρεάστηκε η επαγγελματική σας δραστηριότητα μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ)» (πίνακας 5.4.24), όπου αναμένεται οι πιθανότητες να υπάρχουν ή μη αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων να ισομοιράζονται στον πληθυσμό.

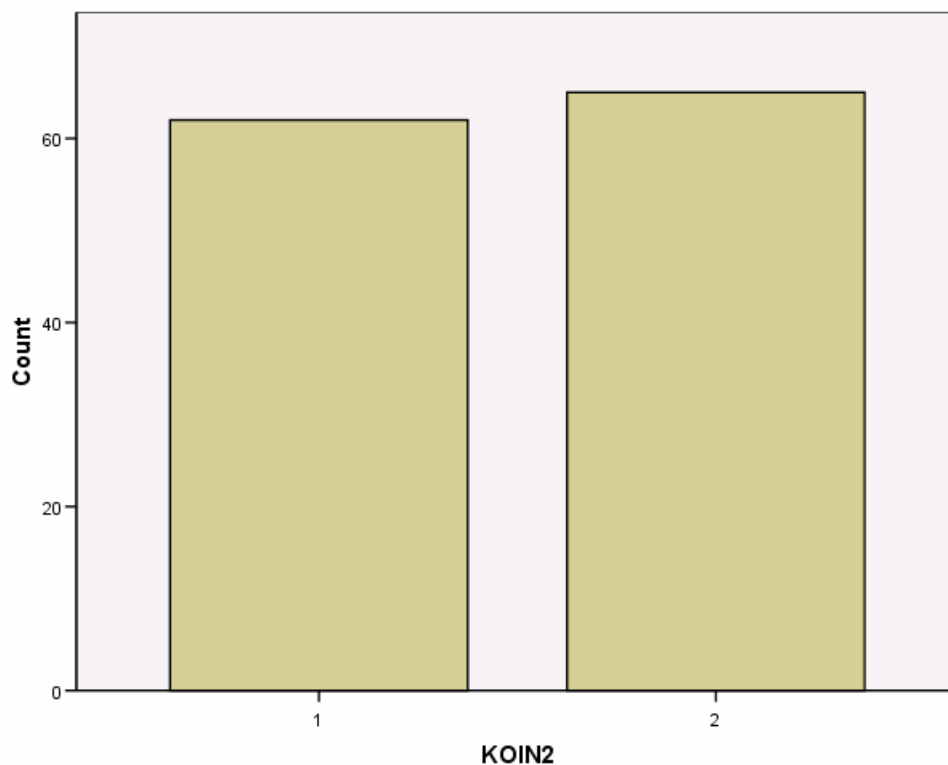
Πίνακας 5.4.25 Αλλαγές στην οικονομική κατάσταση μετά την εκδήλωση της νόσου

Chi-Square	,071
Df	1
Monte Carlo Sig.	,858

Πίνακας συχνοτήτων των αλλαγών στην οικονομική κατάσταση μετά την εκδήλωση της νόσου

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	62	63,5	-1,5
2	65	63,5	1,5

1= Ναι
2= Όχι



Γράφημα 5.4.25 Διαγραμματική απεικόνιση των στοιχείων του πίνακα 5.4.25

5.4.25^α. *Συσχέτιση της ύπαρξης των επιπτώσεων της ασθενείας στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων με το φύλο τους.*

Καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της Exact ανάλυσης είναι Exact Sig. (2-sided) = 0,014 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 1,4% < 5%, συμπεράνουμε ότι ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1, ότι, δηλαδή, υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο των εξεταζόμενων μεταβλητών.

Μ' άλλα λόγια, αναμένεται να υπάρχει στον πληθυσμό η διαφορά στις επιπτώσεις της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας ανάλογα με το φύλο των υποκειμένων. Ανατρέχοντας στον επεξηγηματικό πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.25^α, παρατηρούμε ότι οι άνδρες-ασθενείς είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο από τις επιπτώσεις της ασθενείας αναφορικά με την οικονομική τους κατάσταση.

Πίνακας 5.4.25^α *Συσχέτιση της ύπαρξης των επιπτώσεων της ασθενείας στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων με το φύλο τους*

Chi-Square	6,023(b)
Df	1
Exact Sig.	,015

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της ύπαρξης των επιπτώσεων της ασθένειας στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων με το φύλο τους

ΦΥΛΟ		ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
		Ναι	Όχι
Άνδρας	Παρατηρηθείσα συχνότητα	48	37
	Αναμενόμενη Συχνότητα	41,5	43,5
	Διαφορά	6,5	-6,5
Γυναίκα	Παρατηρηθείσα συχνότητα	14	28
	Αναμενόμενη Συχνότητα	20,5	21,5
	Διαφορά	-6,5	6,5

5.4.25β. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη των επιπτώσεων της ασθένειας (XNA) στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων με το επάγγελμα τους.

Καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 22,7% > 5%, είναι φανερό ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές (πιν. 5.4.25β).

Αυτό σημαίνει ότι στον πληθυσμό οι δυσμενείς επιπτώσεις της ασθένειας είναι εξίσου πιθανές σ' όλα τα επαγγέλματα και δεν αναμένεται κάποια συγκεκριμένα επαγγέλματα να πλήττονται περισσότερο από κάποια άλλα στον οικονομικό τομέα.

Αν ανατρέξουμε στον πίνακα 5.4.24β, όπου συσχετίζονται οι επιπτώσεις της ασθένειας στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων με το επάγγελμα τους, θα παρατηρήσουμε ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές. Έτσι, τα επαγγέλματα που δέχονται περισσότερες αλλαγές μετά την έναρξη της XNA είναι αυτά του αγρότη, του έμπορα-πωλητή και του ανέργου.

Πίνακας 5.4.25β Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη των επιπτώσεων της ασθένειας (XNA) στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων με το επάγγελμα τους

Chi-Square	12,956
Df	10
Monte Carlo Sig.	,227

5.4.26. ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής αυτής βλέπουμε ότι το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο του ασυμπτωματικού κριτηρίου όσο και του κριτηρίου Monte Carlo συμπίπτουν, δηλαδή Monte Carlo Sig. (2-sided) = $0,000 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0\% < 5\%$ (βλ. πίνακα 5.4.26).

Συνεπώς, υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο μεταβλητής και ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 με την υπεροχή της κατηγορίας 2 (όχι) (πίνακας 5.4.26 - Πίνακας συχνοτήτων της αλλαγής του τόπου διαμονής).

Μ' άλλα λόγια, στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται τα περισσότερα υποκείμενα να μην αλλάζουν τον τόπο διαμονής τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ, Καθώς τα περισσότερα περιφερειακά νοσοκομεία διαθέτουν πλέον τη δυνατότητα της στήριξης των ασθενών αυτών. Συνεπώς, οι περισσότεροι ασθενείς δεν αναγκάζονται ν' αλλάζουν τον τόπο μόνιμης διαμονής τους προκειμένου να διατηρηθούν στη ζωή, παρόλο που οι κάτοικοι των απομονωμένων χωριών εξακολουθούν να έχουν αυτό το πρόβλημα (βλ. γράφημα 5.4.26).

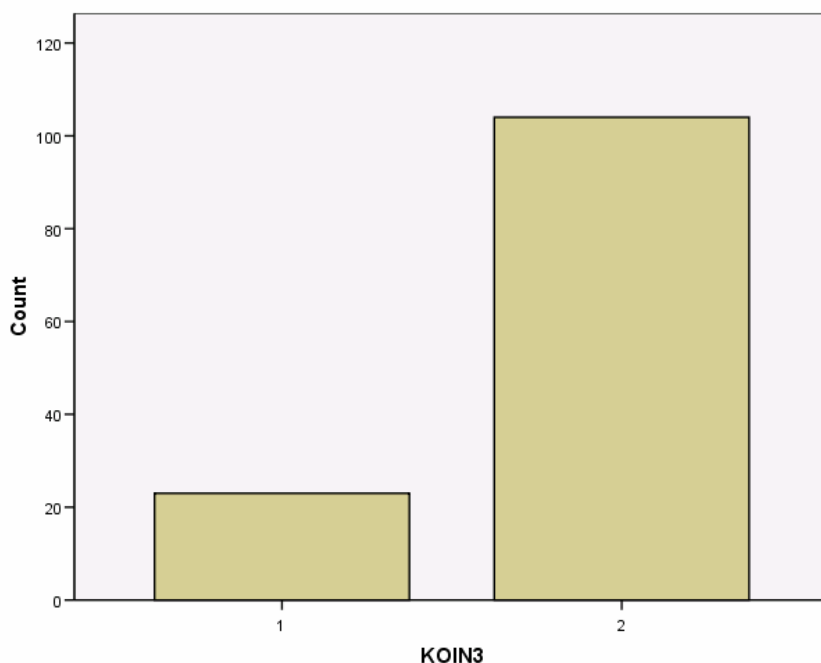
Πίνακας 5.4.26 Αλλαγή του τόπου διαμονής

Chi-Square	51,661
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της αλλαγής του τόπου διαμονής

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	23	63,5	-40,5
2	104	63,5	40,5

1= Ναι
2= Όχι



Γράφημα 5.4.26 Διαγραμματική απεικόνιση των στοιχείων του πίν 5.4.26.

5.4.27. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.4.27 της μη παραμετρικής ανάλυσης, υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο του πληθυσμού αναφορικά με την αλλαγή στο κύριο επάγγελμα των μελών της οικογένειας του νεφροπαθούς μετά την έναρξη της νόσου (Monte Carlo Sig. (2-sided) = 0,000 < 0,05 ή 0% < 5%) υπέρ της δεύτερης κατηγορίας της μεταβλητής, δηλαδή του «όχι».

Μ' άλλα λόγια, τα περισσότερα μέλη της οικογένειας του/της νεφροπαθούς δεν αναμένεται να αλλάξουν το κύριο τους επάγγελμα μετά την έναρξη της ασθένειας του/της.

Πίνακας 5.4.27 Ύπαρξη αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα της οικογένειας μετά την έναρξη της ΧΝΑ

Chi-Square	89,175
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της ύπαρξης αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα της οικογένειας μετά την έναρξη της ΧΝΑ

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	10	63,0	-53,0
2	116	63,0	53,0

1= Ναι
2= Όχι

5.4.28. ΠΑΡΟΧΗ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ.

Από τον πίνακα 5.4.28 φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της Ασυμπτωτικής όσο και της Monte αναλύσεων συμπίπτουν - $0\% < 5\%$,κι επομένως, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1, δηλαδή ότι υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο των κατηγοριών της μεταβλητής με την υπεροχή της κατηγορίας 1 (ΝΑΙ).

Μ' άλλα λόγια, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να δέχονται κάποια κρατική βοήθεια μετά την έναρξη της ασθένειάς τους.

Πίνακας 5.4.28 Αποδοχές από κρατική βοήθεια ή ασφάλιση

Chi-Square	56,000
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής Αποδοχές από κρατική βοήθεια ή ασφάλιση

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	105	63,0	42,0
2	21	63,0	-42,0

1= Ναι
2= Όχι

5.4.28β. Συσχέτιση της παροχής κάποιας κρατικής βοήθειας προς τους ασθενείς και της ηλικίας τους.

Από τον πίνακα 5.4.28α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = $3,9\% > 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Από τον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.28α παρατηρούμε ότι την κρατική βοήθεια αναμένεται να δέχονται τα υποκείμενα των ηλικιακών κατηγοριών των 26-35 χρονών (Residual 1,2), 56-65 χρονών (Residual 0,8) και 66 χρονών κι άνω (Residual 3,3), ενώ στις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες αναμένεται να μην υπάρχει παροχή τέτοιου είδους.

Πίνακας 5.4.28β Συσχέτιση της παροχής κάποιας κρατικής βοήθειας προς τους ασθενείς και της ηλικίας τους

Chi-Square	11,798
Df	5
Monte Carlo Sig.	,039

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της παροχής κάποιας κρατικής βοήθειας προς τους ασθενείς και της ηλικίας τους

ΑΠΟΔΟΧΕΣ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	7	8	24	20	45
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,5	5,8	10,0	25,8	19,2	41,7
	Διαφορά	-1,5	1,2	-2,0	-1,8	,8	3,3
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0	4	7	3	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,2	2,0	5,2	3,8	8,3
	Διαφορά	1,5	-1,2	2,0	1,8	-,8	-3,3

5.4.29. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ

Για τη διευκόλυνση της διεξαγωγής αποτελεσμάτων αποφασίσαμε να απλοποιήσουμε τις αρχικές τρεις κατηγορίες της μεταβλητής:

1. Θετικά
2. Αρνητικά
3. Με απομάκρυνση και αδιαφορία, σε δυο, καθώς η κατηγορία «με απομάκρυνση και αδιαφορία» παραπέμπει στην αρνητική αντιμετώπιση:

1. Θετικά
2. Αρνητικά

Έτσι, τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής δείχνει ότι, καθώς το Ασυμπτωτικό παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας συμπίπτει με το παρατηρούμενο επίπεδο Monte Carlo και είναι $0\% < 5\%$, παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής με υπεροχή της κατηγορίας 1 (Θετικά) (βλ. πίνακα 5.4.29 και γράφημα 5.4.29).

Μ' άλλα λόγια, στο επίπεδο του πληθυσμού αναμένεται οι περισσότεροι ασθενείς να αναφέρουν τη θετική αντιμετώπιση του γεγονότος της ασθένειάς τους από τους φίλους τους.

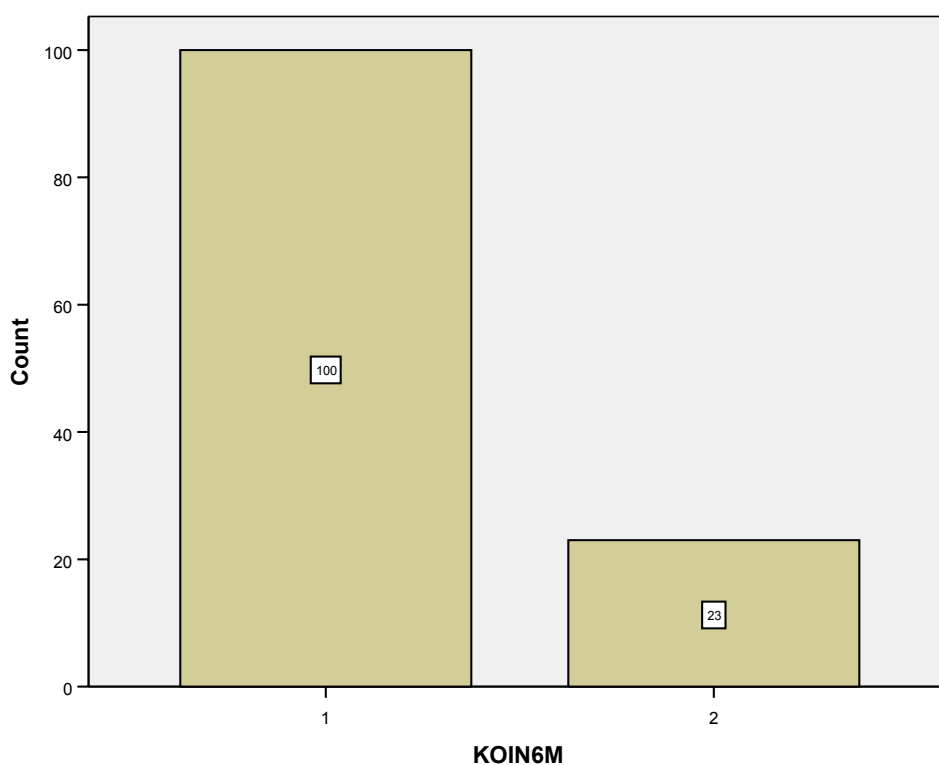
Πίνακας 5.4.29 Αντιμετώπιση της ασθένειας από τους φίλους

Chi-Square(a)	51,579
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας από τους φίλους

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	100	60,5	39,5
2	21	60,5	-39,5

1. Θετικά
2. Αρνητικά



Γράφημα 5.4.29 Αντιμετώπιση της ασθένειας από τους φίλους

5.4.30. ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ.

Η μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής έδειξε ότι το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 85,8% > 5%, δηλαδή ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής («ναι» και «όχι»).

Μ' άλλα λόγια, οι περιπτώσεις να νιώθουν ή όχι διαφορετικοί οι ασθενείς από τους άλλους ανθρώπους αναμένεται να κατανέμονται ομοιόμορφα στον πληθυσμό με

αποτέλεσμα ο πληθυσμός να είναι «διχασμένος» - οι μισοί ασθενείς αναμένεται να νιώθουν διαφορετικοί και οι άλλοι μισοί όχι.

5.4.30α. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους.

Από τον πίνακα 5.4.30α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής ανάλυσης Monte Carlo Sig (2-sided) = 0,3% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.30α, βλέπουμε ότι, στον πληθυσμό, η μεγαλύτερη ομάδα ασθενών που αναμένεται να δηλώσει την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους είναι αυτή των κατοίκων των χωριών μέχρι 500 άτομα (κατηγορία 1 - Residual 5.9), ενώ η ομάδα που φαίνεται να αισθάνεται λιγότερο διαφορετική από τους άλλους μετά την έναρξη της χρόνιας ασθένειας είναι αυτή των κατοίκων των πόλεων από 20.001 μέχρι 50.000 ατόμων (κατηγορία 4 - Residual 4.4). Τη διαφορετικότητα τους από τους άλλους δηλώνει, επίσης, η κατηγορία 3 (κάτοικοι πόλης από 2.001 μέχρι 20.000 ατόμων-Residual 2.1), ενώ δεν αισθάνονται διαφορετικοί τα υποκείμενα των κατηγοριών 2 (χωριό ή κωμόπολη από 500 μέχρι 2.000 κατοίκους - Residual 1.8) και 6 (πόλη από 100.001 κι άνω - Residual 2.1).

Για να προβούμε σε συμπεράσματα αναφορικά μ' αυτά τα αποτελέσματα, κρίνουμε αναγκαίο να εξετάσουμε κι άλλες μεταβλητές αυτής της ενότητας, ώστε να μπορέσουμε να εξηγήσουμε τη μη γραμμική σχέση αυτή της μόνιμης διαμονής των υποκειμένων και της αίσθησης τους της διαφορετικότητας από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Πίνακας 5.4.30α Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους

Chi-Square	17,111
Df	5
Monte Carlo Sig.	,003

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους

		ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ		1	2	3	4	5	6
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	21	7	5	0	13	15
	Αναμενόμενη Συχνότητα	15,1	8,8	2,9	4,4	12,7	17,1
	Διαφορά	5,9	-1,8	2,1	-4,4	,3	-2,1
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	10	11	1	9	13	20
	Αναμενόμενη Συχνότητα	15,9	9,2	3,1	4,6	13,3	17,9
	Διαφορά	-5,9	1,8	-2,1	4,4	-,3	2,1

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.30β. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.30β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig. (2-sided) = 0,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.30β, βλέπουμε ότι διαφορετικά από τους άλλους αναμένεται να αισθάνονται οι ασθενείς που βίωσαν την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ασθένειάς τους (Residual 8.4).

Πίνακας 5.4.30β Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου

Chi-Square	9,246
Df	1
Exact Sig.	,004

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου

ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ		ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	
		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	44	17
	Αναμενόμενη Συχνότητα	35,6	25,4
	Διαφορά	8,4	-8,4
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	29	35
	Αναμενόμενη Συχνότητα	37,4	26,6
	Διαφορά	-8,4	8,4

5.4.30γ. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.

Από τον πίνακα 5.4.30γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 5% = 5%, θεωρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Μ' άλλα λόγια, η αίσθηση της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών λόγω της αλλαγής της οικονομικής τους κατάστασης μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να ισομοιάζεται στον πληθυσμό (Παράρτημα).

5.4.30δ. Λόγοι της αισθησής της διαφορετικότητας από τους άλλους ανθρώπους.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση της διευκρινιστικής ερώτησης αυτής, η οποία αποτελεί τη συνέχεια της βασικής ερώτησης «Νιώθετε διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους;», φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της Ασυμπτωτικής ανάλυσης όσο και αυτό της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν κι είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 και στο επίπεδο της εξεταζόμενης μεταβλητής παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της (Πίνακας 5.4.30^δ).

Στη λίστα της μεταβλητής αυτής υπήρχαν τέσσερεις κατηγορίες της:

1. Αλλαγή /περιορισμοί στον τρόπο ζωής (εργασία, διατροφή, ταξίδια κ.λ.π.)
2. Εξάρτηση (από το μηχάνημα και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό)
3. Άγχος /νευρικότητα (νευρικότητα, «απότομος», «οξύθυμος», κ.λ.π.)
4. Κατάθλιψη /απογοήτευση («είμαι άρρωστος», «είμαι διαφορετικός» κ.λ.π.)

Υπενθυμίζεται ότι οι κατηγορίες αυτές έχουν επιλεγθεί συμφωνά με τις πιο συχνές απαντήσεις των υποκειμένων και με τον τρόπο που να μην χάνεται ο λόγος τους.

Συμφωνά, λοιπόν, με τον πίνακα 5.4.30^δ, αναμένεται διαφοροποίηση στις κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής, όπου παρουσιάζεται η υπεροχή των δυο κατηγοριών της - της κατηγορίας 1 («αλλαγή/περιορισμοί στον τρόπο ζωής»)(Residual 14,1) και της κατηγορίας 4 («κατάθλιψη/απογοήτευση») (Residual 9,1).

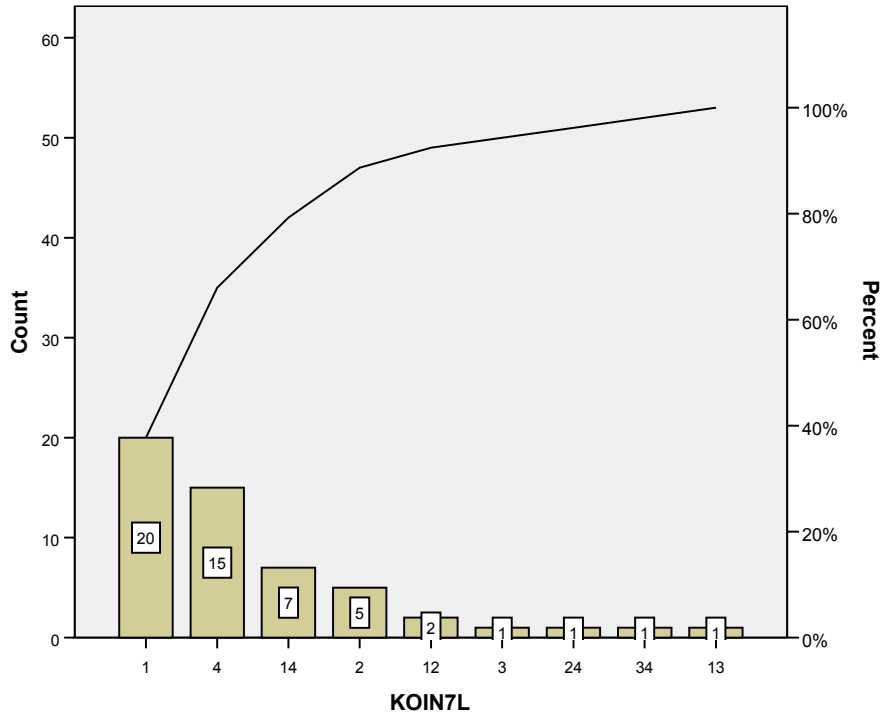
Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των ασθενών αναμένεται τα περισσότερα υποκείμενα που βιώνουν τη διαφορετικότητα τους από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου τους να αναφέρουν σαν αιτία την αλλαγή του τρόπου ζωής τους και την απογοήτευση/κατάθλιψη λόγω της ασθένειας (γράφημα 5.4.30^δ).

Πίνακας 5.4.30δ. Λόγοι της αίσθησης της διαφορετικότητας από τους άλλους ανθρώπους

Chi-Square	67,057
Df	8
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων του λόγου αίσθησης διαφορετικότητας

	Παρ. Συχνότητα	Αναμενόμενη συχνότητα	Διαφορά	
1	20	5,9	14,1	1. Αλλαγή/περιορισμοί του τρόπου ζωής (εργασία, διατροφή, δυνατότητα μετακίνησης κ.λ.π.)
2	5	5,9	-,9	2. Εξάρτηση
3	1	5,9	-4,9	3. Άγχος/νευρική κατάσταση («έχω γίνει απότομος», «οξύθυμος», «έχω νεύρα» κ.λ.π.)
4	15	5,9	9,1	4. Κατάθλιψη/απογοήτευση («είμαι διαφορετικός αφού είμαι άρρωστος» κ.λ.π.)
12	2	5,9	-3,9	12. Αλλαγή/περιορισμοί του τρόπου ζωής και εξάρτηση
13	1	5,9	-4,9	13. Αλλαγή/περιορισμοί του τρόπου ζωής και άγχος/νευρική κατάσταση
14	7	5,9	1,1	14. Αλλαγή/περιορισμοί του τρόπου ζωής, κατάθλιψη/απογοήτευση
24	1	5,9	-4,9	24. Εξάρτηση και κατάθλιψη/απογοήτευση
34	1	5,9	-4,9	34. Άγχος/νευρική κατάσταση και κατάθλιψη/απογοήτευση



Γράφημα 5.4.30δ Διαγραμματική απεικόνιση των στοιχείων του πιν 5.4.30γ

5.4.30ε. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια.

Από τον πίνακα 5.4.30ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,8% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.30ε παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις :

1. Οι ασθενείς που είχαν καλές σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια αναμένεται πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ λόγω των αλλαγών/περιορισμών στον τρόπο ζωής τους (εργασία, διατροφή, ψυχαγωγία) μετά την εκδήλωση της νόσου (Residual 0,8) και να βιώνουν κατάθλιψη/απογοήτευση εξαιτίας της κατάστασης τους (Residual 0,6).
2. Οι ασθενείς που δεν είχαν καλές σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια αναμένεται πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ λόγω αλλαγών / περιορισμών και εξάρτησης εξαιτίας της ασθένειας (Residual 0,9) και βιώνουν άγχος / νευρικότητα (Residual 1,0).

Πίνακας 5.4.30ε Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια

Chi-Square	38,480
Df	7
Monte Carlo Sig.	,008

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια

ΑΙΤΙΑ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
		1	2
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	19,2	,8
	Διαφορά	,8	-,8
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,8	,2
	Διαφορά	,2	-,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	,0
	Διαφορά	-1,0	1,0
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	15	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	14,4	,6
	Διαφορά	,6	-,6
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	,1
	Διαφορά	-,9	,9
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	,0
	Διαφορά	,0	,0
14	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,7	,3
	Διαφορά	,3	-,3
24	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	,0
	Διαφορά	,0	,0

1. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής (εργασία, διατροφή, δυνατότητα μετακίνησης κλπ.)
2. Εξάρτηση
3. Άγχος / νευρικότητα («έχω γίνει απότομος», «οξύθυμος», «έχω νεύρα» κλπ.)
4. Κατάθλιψη / απογοήτευση («είμαι διαφορετικός αφού είμαι άρρωστος» κ.λ.π)
12. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και εξάρτηση
13. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και άγχος / νευρικότητα
14. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής Κατάθλιψη / απογοήτευση
24. Εξάρτηση και κατάθλιψη / απογοήτευση
34. Άγχος / νευρικότητα και κατάθλιψη / απογοήτευση

5.4.30ζ. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου

Από τον πίνακα 5.4.30ζ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-

sided) = 1,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.30ζ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Στις περιπτώσεις που παρουσιάζονται άλλα οργανικά συμπτώματα μετά την έναρξη της ΧΝΑ οι ασθενείς αναμένεται πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους λόγω των συνδυασμών των αιτιών:

= αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και εξάρτηση (Residual 1,4)

= αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και άγχος/νευρική κατάσταση (Residual 0,7)

= αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και κατάθλιψη/απογοήτευση (Residual 1,0)

= εξάρτηση και κατάθλιψη/απογοήτευση (Residual 0,7)

= άγχος / νευρική κατάσταση και κατάθλιψη / απογοήτευση (Residual 0,7)

2. Στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζονται άλλα οργανικά συμπτώματα μετά την έναρξη της ΧΝΑ, οι ασθενείς αναμένεται πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους λόγω των εξής αιτιών:

= αλλαγή/περιορισμοί στον τρόπο ζωής εξαιτίας της ασθένειας (Residual 1,7)

= κατάθλιψη/απογοήτευση (Residual 2,2).

Πίνακας 5.4.30ζ Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου

Chi-Square	16,298
Df	8
Monte Carlo Sig.	,014

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου

		ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ	
		Ναι	Όχι
	ΑΙΤΙΑ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	16
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,7	14,3
	Διαφορά	-1,7	1,7
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	3,6
	Διαφορά	-,4	,4
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7
	Διαφορά	-,3	,3
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	13
	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,2	10,8
	Διαφορά	-2,2	2,2
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	1,4
	Διαφορά	1,4	-1,4
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7
	Διαφορά	,7	-,7
14	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,0	5,0
	Διαφορά	1,0	-1,0
24	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7
	Διαφορά	,7	-,7
34	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,7
	Διαφορά	,7	-,7

1. Αλλαγή/περιορισμοί του τρόπου ζωής (εργασία, διατροφή, δυνατότητα μετακίνησης κ.λ.π.)
 2. Εξάρτηση
 3. Άγχος /νευρική κατάσταση («έχω γίνει απότομος», «οξύθυμος», «έχω νεύρα» κ.λ.π.)
 4. Κατάθλιψη / απογοήτευση («είμαι διαφορετικός αφού είμαι άρρωστος» κ.λ.π.)
 12. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και εξάρτηση
 13. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και άγχος / νευρική κατάσταση
 14. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής Κατάθλιψη / απογοήτευση
 24. Εξάρτηση και κατάθλιψη / απογοήτευση
 34. Άγχος / νευρική κατάσταση και κατάθλιψη / απογοήτευση

5.4.31. ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.4.31 της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής, το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της Asymptotic όσο και της Monte Carlo αναλύσεων είναι $0,000 < 0,05$ ή, ποσοστιαία, $0\% < 5\%$ κι, άρα, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 - δηλαδή υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 2 («ΟΧΙ») (πίνακας 5.4.31)

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των νεφροπαθών οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να πιστεύουν ότι οι άλλοι άνθρωποι δεν τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ (γράφημα 5.4.31).

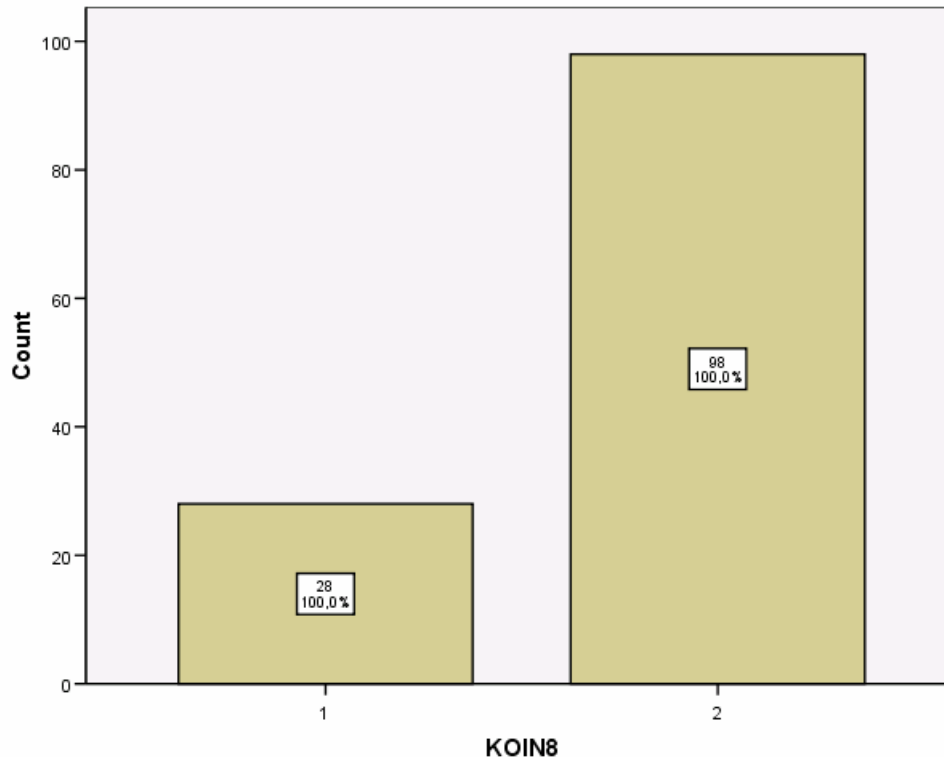
Πίνακας 5.4.31 Πεποίθηση της διαφορετικής αντιμετώπισης από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ

Chi-Square	38,889
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της πεποίθησης της διαφορετικής αντιμετώπισης από τους άλλους

	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	28	63,0	-35,0
2	98	63,0	35,0

1= Ναι
2= Όχι



Γράφημα 5.4.31 Διαγραμματική απεικόνιση των στοιχείων του πιν 5.4.31

5.4.31^α Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για την διαφορετική αντιμετώπιση τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους και του μορφωτικού τους επιπέδου

Από τον πίνακα 5.4.31^α της παραμετρικής ανάλυσης των δύο μεταβλητών φαίνεται ότι το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 0,022 < 0,05, ή ποσοστιαία 2,2% < 5% που σημαίνει ότι ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες μεταβλητές. Ανατρέχοντας στον πίνακα των συχνοτήτων της ίδιας ανάλυσης βλέπουμε ότι οι ομάδες που πιστεύουν περισσότερο από τις άλλες ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειας είναι οι ομάδες 8 (Πτυχίο Ανώτερης Σχολής, Residual 2,1) και 9 (Πτυχίο Ανώτατης Σχολής, Residual 2,9). Από την άλλη, οι ομάδες που απαντούν αρνητικά στην ερώτηση για την ύπαρξη διαφορετικής αντιμετώπισης από τους άλλους είναι οι ομάδες 1 (Αγράμματος /η ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού, Residual 2,1), 2 (Απόφοιτος Δημοτικού Residual 1,8), η ομάδα 3 (Λίγες τάξεις του Γυμνασίου Residual 1,3) και η 6 (Απολυτήριο Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου Residual 1,3). Όπως φαίνεται οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, δηλαδή εκείνοι που έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στην ενημέρωση και τη γνώση, τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου τους.

Πίνακας 5.4.31^α Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού τους επιπέδου

Chi-Square	17,639
Df	8
Monte Carlo Sig.	,022

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης μεταξύ της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού τους επιπέδου

ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
ΝΑΙ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	10	2	1	2	0	1	3	6
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,1	11,8	3,3	,7	1,6	1,3	,2	,9	3,1
	Διαφορά	-2,1	-1,8	-1,3	,3	,4	-1,3	,8	2,1	2,9
ΟΧΙ	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	43	13	2	5	6	0	1	8
	Αναμενόμενη Συχνότητα	17,9	41,2	11,7	2,3	5,4	4,7	,8	3,1	10,9
	Διαφορά	2,1	1,8	1,3	-,3	-,4	1,3	-,8	-2,1	-2,9

1.Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού, 2.Απόφοιτος Δημοτικού, 3.Λίγες τάξεις του Γυμνασίου, 4.Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου), 5.Απολυτήριο Λυκείου, 6.Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου, 7.Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής, 8.Πτυχίο Ανώτερης Σχολής, 9.Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής

5.4.31^β. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς.

Από τον πίνακα 5.4.31^β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 3,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31^β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν πατέρες που εξασκούν τα εξής επαγγέλματα:

= υπάλληλοι υπηρεσιών (Residual 1,6)

= εκπαιδευτικοί (Residual 1,4)

= τεχνίτες-εργάτες (Residual 1,8)

= απασχολούμενοι στις Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας (Residual 1,4).

2. Οι ασθενείς που δε θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν πατέρες εμπόρους-πωλητές (Residual 0,7) και, ιδιαίτερα, πατέρες-γεωργούς (Residual 5,1).

Πίνακας 5.4.31^B Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς

Chi-Square	19,637
Df	10
Monte Carlo Sig.	,032

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	-,2	,2
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,6
	Διαφορά	1,6	-1,6
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	2,4
	Διαφορά	1,4	-1,4
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	-,2	,2
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	3,9
	Διαφορά	-,1	,1
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	7
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,7	6,3
	Διαφορά	-,7	,7
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	10
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,2	11,8
	Διαφορά	1,8	-1,8
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	12	69
	Αναμενόμενη Συχνότητα	17,1	63,9
	Διαφορά	-5,1	5,1
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	2,4
	Διαφορά	,4	-,4
10	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	2,4
	Διαφορά	1,4	-1,4
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	-,2	,2

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας – απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφάλειας
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.31γ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς.

Από τον πίνακα 5.4.31γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31γ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν πατέρες με τα εξής επίπεδα μόρφωσης:

= απόφοιτοι του Δημοτικού (Residual 2,5)

= κάτοχοι Απολυτηρίου Λυκείου (Residual 0,8)

= κάτοχοι πτυχίου Ανώτερης Σχολής (Residual 1,6)

= κάτοχοι πτυχίου Ανώτατης Σχολής (Residual 1,1).

2. Οι ασθενείς που δε θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν πατέρα αγράμματο ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 5,7).

Πίνακας 5.4.31γ Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς

Chi-Square	17,252
Df	7
Monte Carlo Sig.	,014

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ		ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	6	47
	Αναμενόμενη Συχνότητα	11,7	41,3
	Διαφορά	-5,7	5,7
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	14	38
	Αναμενόμενη Συχνότητα	11,5	40,5
	Διαφορά	2,5	-2,5
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	4,7
	Διαφορά	-,3	,3
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	,8	-,8
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	2,3
	Διαφορά	,3	-,3
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	-,2	,2
8	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	1,6
	Διαφορά	1,6	-1,6
9	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,9	3,1
	Διαφορά	1,1	-1,1

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.31δ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς.

Από τον πίνακα 5.4.31δ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 4,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31δ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν μητέρες με τα ακολουθία επίπεδα μόρφωσης:

= απόφοιτοι του Δημοτικού (Residual 0,6)

= απόφοιτοι του Λυκείου (Residual 0,8)

= απόφοιτοι του Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 1,3)

= κάτοχος πτυχίου Ανώτερης Σχολής (Residual 1,3).

1. Οι ασθενείς που δε θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν μητέρες αγράμματες ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 4,7).

Πίνακας 5.4.31δ Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς

Chi-Square	12,945
Df	6
Monte Carlo Sig.	,043

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
	Ναι	Όχι
1 Παρατηρηθείσα συχνότητα	10	55
Αναμενόμενη Συχνότητα	14,7	50,3
Διαφορά	-4,7	4,7
2 Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	35
Αναμενόμενη Συχνότητα	10,4	35,6
Διαφορά	,6	-,6
3 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3
Αναμενόμενη Συχνότητα	,9	3,1
Διαφορά	,1	-,1
5 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
Διαφορά	,8	-,8
6 Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1
Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	2,3
Διαφορά	1,3	-1,3
8 Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	1
Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	2,3
Διαφορά	1,3	-1,3
9 Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1
Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,5
Διαφορά	,5	-,5

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.31ε. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του αρρώστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας.

Από τον πίνακα 5.4.31ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 3,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31ε παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν άρρωστο ή τον πατέρα τους (Residual 2,3) ή τον πατέρα και τα αδέρφια τους (Residual 0,8).
2. Στις περιπτώσεις των ασθενών που *δε θεωρούν* ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά αναμένεται το άρρωστο μέλος της πατρικής οικογένειας να είναι πιο συχνά η μητέρα του/της ασθενούς (Residual 2,0) και η μητέρα και τα αδέρφια του/της ασθενούς (Residual 0,8).

Πίνακας 5.4.31ε Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του αρρώστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας

Chi-Square	11,512
Df	5
Monte Carlo Sig.	,036

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του αρρώστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας

ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ		ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,7	7,3
	Διαφορά	2,3	-2,3
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	15
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,0	13,0
	Διαφορά	-2,0	2,0
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	2,4
	Διαφορά	-,6	,6
12	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	3,2
	Διαφορά	,2	-,2
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	,8	-,8
23	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	3,2
	Διαφορά	-,8	,8

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός/αδελφή
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδέρφια
23. Μητέρα και αδέρφια

5.4.31στ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας τους και της ηλικίας έναρξης της νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.31στ φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της παραμετρικής ανάλυσης Monte Carlo (2-sided) = 0,014 < 0,05 ή, ποσοστιαία, 1,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές. Από τον πίνακα Crosstabulation (πιν. 5.4.31στ) βλέπουμε ότι οι κατηγορίες που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά είναι οι κατηγορίες:

= 3 (ηλικία έναρξης της ασθένειας - 26-35 χρονών: Residual 3,4)

= 5 (ηλικία έναρξης της ασθένειας - 46-55: Residual 2,7).

Διαφορετική άποψη παρουσιάζουν οι κατηγορίες:

= 4 (ηλικία έναρξης της ασθένειας - 36-45 χρονών: Residual 1,7)

= 6 (ηλικία έναρξης της ασθένειας - 56-65 χρονών: Residual 1,8)

= 7 (ηλικία έναρξης της ασθένειας - 65 κι άνω: Residual 4,1).

Πίνακας 5.4.31στ Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας τους και της ηλικίας έναρξης της νόσου

Chi-Square	15,424
Df	6
Monte Carlo Sig.	,014

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας τους και της ηλικίας έναρξης της νόσου

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ		ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,8
	Διαφορά	,8	-,8
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	4,7
	Διαφορά	,7	-,7
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	7	9
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,6	12,4
	Διαφορά	3,4	-3,4
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	25
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,7	23,3
	Διαφορά	-1,7	1,7
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	8	16
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,3	18,7
	Διαφορά	2,7	-2,7
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	4	22
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,8	20,2
	Διαφορά	-1,8	1,8
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	22
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5,1	17,9
	Διαφορά	-4,1	4,1

1. Πριν τα 15
2. 15 – 25 χρονών
3. 26 – 35 χρονών
4. 36 – 45 χρονών
5. 46 – 55 χρονών
6. 56 – 65 χρονών
7. 66 κι άνω

5.4.31ζ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.31ζ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig. (2-sided) =

0,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.31ζ, βλέπουμε ότι οι ασθενείς που αναμένεται να δηλώσουν την πεποίθηση τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της χρόνιας αρρώστιας, τους είναι αυτοί της κατηγορίας 1 («ΝΑΙ») της μεταβλητής ΚΟΙΝ1 («Επηρεάστηκε η επαγγελματική σας δραστηριότητα μετά την εκδήλωση της νεφρικής ανεπάρκειας;») - Residual 6.6.

Συνεπώς, η αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της νόσου τους αναμένεται να επηρεάζει την αίσθηση τους ότι οι άλλοι, οι «υγιείς», τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά απ' ό,τι πριν την αρρώστια.

Πίνακας 5.4.31ζ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου

Chi-Square	8,142
Df	1
Exact Sig.	,005

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου

			ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ			Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα		23	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα		16.4	11.6
	Διαφορά		6.6	-6.6
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα		51	47
	Αναμενόμενη Συχνότητα		57.6	40.4
	Διαφορά		-6.6	6.6

5.4.31η. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αλλαγής της οικονομικής τους κατάστασης λόγω ασθένειας.

Από τον πίνακα 5.4.31η της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) =

3,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31η παρατηρούμε ότι θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωπο τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ οι ασθενείς που η οικονομική τους κατάσταση άλλαξε λόγω της νόσου (Residual 5,4), αντίθετα από τους ασθενείς η οικονομική κατάσταση των οποίων δεν άλλαξε, οπότε αυτοί οι ασθενείς αναμένεται να μη θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωπο τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά (Residual 5,4).

Πίνακας 5.4.31η Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αλλαγής της οικονομικής τους κατάστασης λόγω ασθένειας

Chi-Square	5,450
Df	1
Exact Sig.	,031

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αλλαγής της οικονομικής τους κατάστασης λόγω ασθένειας

		ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	
ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		Ναι	Όχι
	Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	19
		Αναμενόμενη Συχνότητα	13,6
		Διαφορά	5,4
	Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9
		Αναμενόμενη Συχνότητα	14,4
		Διαφορά	-5,4

5.4.31θ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας τους από τους φίλους τους.

Από τον πίνακα 5.4.31θ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31 παρατηρούμε ότι θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ οι ασθενείς που οι φίλοι τους έδειξαν αρνητική στάση αναφορικά με την ασθένεια (Residual

7,1), ενώ δε θεωρούν ότι ισχύει η διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους οι ασθενείς που οι φίλοι τους αντιμετώπισαν θετικά την ασθένεια των υποκειμένων (Residual 7,1).

Πίνακας 5.4.310 Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για η διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από τους φίλους τους

Chi-Square	16,346
Df	1
Exact Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από τους φίλους τους

			ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΝΑ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ	
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ			Θετικά	Αρνητικά
Ναι		Παρατηρηθείσα συχνότητα	14	12
		Αναμενόμενη Συχνότητα	21,1	4,9
		Διαφορά	-7,1	7,1
Όχι		Παρατηρηθείσα συχνότητα	86	11
		Αναμενόμενη Συχνότητα	78,9	18,1
		Διαφορά	7,1	-7,1

5.4.31i. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αίσθησής τους της διαφορετικότητας τους από τους άλλους.

Από τον πίνακα 5.4.31i της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 5% = 5%, οι πιθανότητες να υπάρχει ή να μην υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές ισομοιράζονται στον πληθυσμό.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να συσχετίζεται ή να μη συσχετίζεται εξίσου με την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 5.4.31i .Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αίσθησής τους της διαφορετικότητας τους από τους άλλους

Chi-Square	4,400
Df	1
Exact Sig.	,050

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αίσθησης τους της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους

ΑΙΣΘΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	
		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	18	43
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13,2	47,8
	Διαφορά	4,8	-4,8
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	9	55
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13,8	50,2
	Διαφορά	-4,8	4,8

5.4.31α. Τρόποι έκφρασης της διαφορετικής αντιμετώπισης από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.

Στη λίστα των κατηγοριών της μεταβλητής αυτής υπήρχαν πέντε ομάδες:

1. Απομάκρυνση
2. Φόβος (μη κολλήσουν κ.λ.π.)
3. Οίκτος
4. Υπερπροστασία
5. Συμπάθεια / στήριξη

Από τον πίνακα 5.4.31^α της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής φαίνεται ότι το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 37,8% > 5% και, συνεπώς, ισχύει η μηδενική υπόθεση H₀ και δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειάς τους, αναμένεται να βιώνουν εξίσου την απομάκρυνση, το φόβο, τον οίκτο, την υπερπροστασία και τη συμπάθεια/στήριξη των άλλων ανθρώπων.

5.4.31β. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τους τρόπους διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς

Από τον πίνακα 5.4.31β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo

Sig.(2-sided) = 3,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31ιβ παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι υπάλληλοι υπηρεσιών αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ τους αντιμετωπίζουν με συμπάθεια/στήριξη (Residual 0,8).
2. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι εκπαιδευτικοί αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με οίκτο και Υπερπροστασία μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους (Residual 0,9)
3. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους εξασκούν τα επαγγέλματα γραφείου αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με Απομάκρυνση μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους (Residual 0,8)
4. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι έμποροι-πωλητές αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με οίκτο, Υπερπροστασία και Συμπάθεια/στήριξη (σε συνδυασμό) μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους (Residual 0,9)
5. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι τεχνίτες – εργάτες αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με απομάκρυνση (Residual 1,2), με φόβο (Residual 1,4) και με οίκτο - συμπάθεια/στήριξη (σε συνδυασμό) (Residual 0,7) μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.
6. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι γεωργοί αναμένεται να θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με οίκτο (Residual 2,1), με Υπερπροστασία (Residual 0,6) και με Συμπάθεια/στήριξη (Residual 0,8) μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.
7. Οι ασθενείς που οι πατέρες τους υπηρετούν στις Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας αναμένεται να θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με Απομάκρυνση και οίκτο (σε συνδυασμό) (Residual 0,9) μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.

Πίνακας 5.4.31ιβ Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς

Chi-Square	70,629
Df	48
Monte Carlo Sig.	,032

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς

ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ						
		2	3	5	6	7	8	10
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	1	0	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,2	,2	,2	,8	1,2	,3
	Διαφορά	-2	-2	,8	-2	1,2	-1,2	-3
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,6	,8	,2
	Διαφορά	-1	-1	-1	-1	1,4	-,8	-,2
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	4	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,3	,3	,3	,3	1,4	1,9	,6
	Διαφορά	-3	-3	-3	-3	-1,4	2,1	,4
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,3	,4	,1
	Διαφορά	-1	-1	-1	-1	-,3	,6	-,1
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0	0	0	0	2	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,2	,2	,2	,2	,8	1,2	,3
	Διαφορά	,8	-,2	-,2	-,2	-,8	,8	-,3
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,3	,4	,1
	Διαφορά	-,1	-,1	-,1	-,1	-,3	-,4	,9
34	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,3	,4	,1
	Διαφορά	-1	,9	-,1	-,1	-,3	-,4	-,1
35	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	0	1	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,3	,4	,1
	Διαφορά	-1	-,1	-,1	-,1	,7	-,4	-,1
345	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	0	0	1	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,1	,1	,1	,1	,3	,4	,1
	Διαφορά	-1	-,1	-,1	,9	-,3	-,4	-,1

Πεποίθηση για τον τρόπο αντιμετώπισης:

1. Απομάκρυνση / αδιαφορία
2. Φόβος (μη κολλήσουν κ.λ.π.)
3. Οίκτος
4. Υπερπροστασία
5. Συμπάθεια / στήριξη
13. Απομάκρυνση / αδιαφορία και οίκτος
34. Οίκτος και υπερπροστασία
35. Οίκτος και συμπάθεια / στήριξη
345. Οίκτος, υπερπροστασία και συμπάθεια/ στήριξη

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης / Ανώτερης / Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος / Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφάλειας

5.4.31γ. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.31γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.31γ παρατηρούμε ότι στον πληθυσμό, οι ασθενείς που είναι πεπεισμένοι ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της χρόνιας νόσου, αναμένεται να παρουσιάζουν την εξής εικόνα:

1. Οι ασθενείς που παρουσίασαν κάποιες άλλες οργανικές διαταραχές μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με συμπάθεια/στήριξη (Residual 1,9), με υπερπροστασία (Residual 0,6), με απομάκρυνση και οίκτο (σε συνδυασμό) (Residual 0,6) και με ανάμεικτα συναισθήματα οίκτου και συμπάθειας/στήριξης (Residual 0,6)
2. Οι ασθενείς που δεν παρουσίασαν άλλες οργανικές διαταραχές μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ αναμένεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με απομάκρυνση (Residual 1,5) και με οίκτο (Residual 1,8).

Πίνακας 5.4.31γ Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νόσου

Chi-Square	16,851
Df	8
Monte Carlo Sig.	,002

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νόσου

ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΛΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΝΑ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,5	2,5
	Διαφορά	-1,5	1,5
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,7	1,3
	Διαφορά	,3	-,3
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,8	3,2
	Διαφορά	-1,8	1,8
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,6
	Διαφορά	,6	-,6
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,1	1,9
	Διαφορά	1,9	-1,9
13	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,6
	Διαφορά	,6	-,6
34	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,6
	Διαφορά	-,4	,4
35	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,6
	Διαφορά	,6	-,6
345	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,4	,6
	Διαφορά	-,4	,4

1. Απομάκρυνση/αδιαφορία
2. Φόβος (μη κολλήσουν κ.λ.π.)
3. Οίκτος
4. Υπερπροστασία
5. Συμπάθεια/στήριξη
13. Απομάκρυνση/αδιαφορία και οίκτος
34. Οίκτος και υπερπροστασία
35. Οίκτος και συμπάθεια /στήριξη
345. Οίκτος, υπερπροστασία και συμπάθεια/στήριξη

5.4.32. ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής του πίνακα 5.4.32 φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. = 32,9% > 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες («ΝΑΙ» και «ΟΧΙ») της μεταβλητής αυτής.

Συνεπώς, στον πληθυσμό των νεφροπαθών τελικού σταδίου αναμένεται τα μισά υποκείμενα να δηλώσουν την αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ασθένειας, ενώ τα άλλα μισά να μην αναφέρουν καμιά αλλαγή.

5.4.32α. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκειμένων

Από τον πίνακα 5.4.32α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 4,3% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.32α παρατηρούμε ότι:

1. Οι ασθένειες που δηλώνουν την αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να έχουν πατέρες γεωργούς (Residual 1,9), πατέρες τεχνίτες-εργάτες (Residual 1,8) και πατέρες έμπορους-πωλητές (Residual 1,4)
2. Οι ασθενείς που δηλώνουν τη μη αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται να έχουν πιο συχνά πατέρες εμπόρους-πωλητές (Residual 3,4) και πατέρες υπηρετούντες στις Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας (Residual 1,6).

Πίνακας 5.4.32α Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκειμένων

Chi-Square	16,341
Df	10
Monte Carlo Sig.	,043

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκειμένων

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ										
ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΝΑ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	1	3	0	3	1	10	46	2	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	1,1	1,6	,5	2,7	4,4	8,2	44,1	1,6	1,6	,5
	Διαφορά	,5	-,1	1,4	-,5	,3	-3,4	1,8	1,9	,4	-1,6	-,5
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	1	2	7	5	35	1	3	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,5	,9	1,4	,5	2,3	3,6	6,8	36,9	1,4	1,4	,5
	Διαφορά	-,5	,1	-1,4	,5	-,3	3,4	-1,8	-1,9	-,4	1,6	,5

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.λ.π.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφάλειας
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

5.4.32β. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αλλαγή ή μη της οικονομικής κατάστασης των υποκειμένων μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.32β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 0,8% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.32β παρατηρούμε τις εξής συσχετίσεις:

1. Οι ασθενείς που υφίστανται αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται να δηλώσουν αλλαγές και στον χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της νόσου (Residual 7,6)
2. Οι ασθενείς που δεν υφίστανται αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται να μη δηλώσουν αλλαγές στον χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου (Residual 7,6).

Πίνακας 5.4.32β Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αλλαγή ή μη της οικονομικής κατάστασης των υποκειμένων μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου

Chi-Square	7,400
Df	1
Exact Sig.	,008

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αλλαγή ή μη της οικονομικής κατάστασης των υποκειμένων μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου

ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΝΑ		ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	41	28
	Αναμενόμενη Συχνότητα	33,4	35,6
	Διαφορά	7,6	-7,6
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	20	37
	Αναμενόμενη Συχνότητα	27,6	29,4
	Διαφορά	-7,6	7,6

5.4.32γ. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της δήλωσης τους για την αίσθηση της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους.

Από τον πίνακα 5.4.3γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο εξεταζόμενων μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig. (2-sided) = 0,7% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Από τον πίνακα Crosstabulation του πίνακα 5.4.32^γ βλέπουμε ότι η δήλωση της αλλαγής του χαρακτήρα των ασθενών συσχετίζεται με τη δήλωση τους για την αίσθηση της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας (Residual 7,8).

Δηλαδή, στον πληθυσμό αναμένεται να δηλώσουν την αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ οι ασθενείς οι οποίοι νιώθουν διαφορετικά τον εαυτό τους από τους άλλους, τους «υγιείς», ενώ, αντιθέτως, δεν αναμένεται να αναφερθεί καμιά αλλαγή του χαρακτήρα από την ομάδα υποκειμένων η οποία δε θεωρεί ότι διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της νόσου (Residual - 7,8).

Πίνακας 5.4.32γ Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της δήλωσης τους για την αίσθηση της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους

Chi-Square	7,885
Df	1
Exact Sig.	,007

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της δήλωσης τους για την αίσθηση της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπου

		ΑΛΛΑΓΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ	
ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	41	20
	Αναμενόμενη Συχνότητα	33,2	27,8
	Διαφορά	7,8	-7,8
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	27	37
	Αναμενόμενη Συχνότητα	34,8	29,2
	Διαφορά	-7,8	7,8

5.4.32δ. Είδος της αλλαγής του χαρακτήρα.

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης 5.4.32δ φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας και αυτό της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν κι είναι $0,05\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής με την υπεροχή της κατηγορίας 2 (άγχος - Residual 12,5) και 3 (κατάθλιψη/απογοήτευση – Residual 5,5) (πίνακας Frequencies του πίνακα 5.4.32δ).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό οι πιο συχνές αλλαγές στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ασθένειας αναμένεται να είναι η εκδήλωση του άγχους και της κατάθλιψης/απογοήτευσης.

Πίνακας 5.4.32δ. Είδος της αλλαγής του χαρακτήρα

Chi-Square	26,148
Df	3
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Είδος της αλλαγής του χαρακτήρα»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	3	13,5	-10,5	1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κ.λ.π.)
2	26	13,5	12,5	2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξύθυμος, έχω γίνει απότομος κ.λ.π.)
3	19	13,5	5,5	3. Κατάθλιψη/απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κ.λ.π.)
4	6	13,5	-7,5	4. Θετική αλλαγή (τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κ.λ.π.)

5.4.32ε. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκειμένων

Από τον πίνακα 5.4.32^ε της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = $1,7\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.32ε παρατηρούμε ότι εάν οι ασθενείς δηλώνουν την αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ, το είδος των αλλαγών αυτών σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα των υποκειμένων κατανέμεται ως εξής:

1. Φόβος του θανάτου μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να παρουσιάσουν οι ασθενείς που έχουν πατέρες με πτυχίο Ανώτατης Σχολής (Residual 0,9)
2. Άγχος/νευρική κατάσταση μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να παρουσιάσουν οι ασθενείς που έχουν πατέρες αγραμμάτους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 1,9) και πατέρες αποφοίτους του Δημοτικού (Residual 1,0)
3. Κατάθλιψη/απογοήτευση μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να παρουσιάσουν οι ασθενείς που έχουν πατέρες αγραμμάτους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού (Residual 1,2) και πτυχιούχους Ανώτερης Σχολής (Residual 0,6)
4. Θετική αλλαγή στον χαρακτήρα μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται πιο συχνά να παρουσιάσουν οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι απόφοιτοι Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου (Residual 1,8), απόφοιτοι Λυκείου (Residual 0,9) και πτυχιούχοι Ανώτατης Σχολής (Residual 0,8)

Πίνακας 5.4.32ε. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκειμένων

Chi-Square	42,808
Df	18
Monte Carlo Sig.	,017

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του πιν. 5.4.32

ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ						
		1	2	3	5	6	8	9
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	1	0	0	0	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,8	,9	,1	,0	,1	,0	,1
	Διαφορά	-,8	,1	-,1	,0	-,1	,0	,9
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	12	1	0	0	0	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	9,1	11,0	1,0	,5	1,0	,5	1,0
	Διαφορά	1,9	1,0	,0	-,5	-1,0	-,5	-1,0
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	8	8	1	0	0	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	6,8	8,3	,7	,4	,7	,4	,7
	Διαφορά	1,2	-,3	,3	-,4	-,7	,6	-,7
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	2	0	1	2	0	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,3	2,8	,2	,1	,2	,1	,2
	Διαφορά	-2,3	-,8	-,2	,9	1,8	-,1	,8

ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ:

1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κ.λ.π.)
2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξέθυμος, έχω γίνει απότομος κ.λ.π.)
3. Κατάθλιψη/απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κ.λ.π.)
4. Θετική αλλαγή (τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κ.λ.π.)

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ:

1. Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
2. Απόφοιτος Δημοτικού
3. Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
5. Απολυτήριο Λυκείου
6. Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
7. Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
8. Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
9. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής

5.4.32στ. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του εάν οι ίδιοι νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την εμφάνιση της νόσου.

Από τον πίνακα 5.4.32στ βλέπουμε ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 3,3% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές υπάρχει διαφοροποίηση.

Αναλυτικά, συμφωνά με τον πίνακα Crosstabulation (πίνακας 5.4.32στ), οι ασθενείς που νιώθουν τον εαυτό τους ως διαφορετικό από τους άλλους αναμένεται να βιώνουν περισσότερο φόβο του θανάτου (ομάδα 1 - Residual 1,4) και την κατάθλιψη/απογοήτευση (ομάδα 3 - Residual 2,8). Αντιθέτως, οι ασθενείς που δηλώνουν ότι δε νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειάς τους, αναμένεται να βιώνουν περισσότερο τη θετική αλλαγή (ομάδα 4 - Residual 2,2) και, όμως, το άγχος ως αποτέλεσμα της εμφάνισης της νόσου (ομάδα 2 - Residual 2,0).

Εδώ, κατά τη γνώμη μας, ανακύπτει το ερώτημα: Γιατί, τη στιγμή που το άτομο δε νιώθει τον εαυτό του διαφορετικό από τους άλλους (τους «υγιείς»), βιώνει άγχος και νευρικότητα μετά την έναρξη της ασθένειάς, ενώ το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα ήταν μόνο η θετική αλλαγή; Θεωρούμε ότι η απάντηση έχει ήδη δοθεί στα σχόλια των αποτελεσμάτων των προηγούμενων μεταβλητών - δηλαδή για τη σύγκρουση της υπαρκτής με την επιθυμητή πραγματικότητα, εξυπηρετώντας την ανάγκη του ατόμου τόσο για τη βιολογική όσο και για τη κοινωνική επιβίωση.

Πίνακας 5.4.32στ Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του εάν οι ίδιοι νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την εμφάνιση της νόσου

Chi-Square	8,148
Df	3
Monte Carlo Sig.	,033

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του εάν οι ίδιοι νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την εμφάνιση της νόσου

		ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ				
ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ		1	2	3	4	
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	12	13	1	1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κ.λ.π.) 2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξύθυμος, έχω γίνει απότομος κλπ.) 3.
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,6	14,0	10,2	3,2	
	Διαφορά	1,4	-2,0	2,8	-2,2	
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	14	6	5	Κατάθλιψη/απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κ.λ.π.) 4. Θετική αλλαγή (τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κ.λ.π.)
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	12,0	8,8	2,8	
	Διαφορά	-1,4	2,0	-2,8	2,2	

5.4.32ζ. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αισθησης ή μη της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Από τον πίνακα 5.4.32ζ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 3,5% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.32ζ παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που δηλώνουν αλλαγή χαρακτήρα μετά την έναρξη της ΧΝΑ αναμένεται να παρουσιάσουν την εξής εικόνα αναφορικά με την αίσθηση ή μη της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους:

1. Φόβο του θανάτου (Residual 1,4) και κατάθλιψη/απογοήτευση (Residual 2,8) αναμένεται να δηλώσουν οι ασθενείς που νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

2. Άγχος/νευρικότητα (Residual 2,0) και θετική αλλαγή (Residual 2,2) αναμένεται να δηλώσουν οι ασθενείς που δε νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Πίνακας 5.4.32ζ Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αισθησης ή μη της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας

Chi-Square	8,148
Df	3
Monte Carlo Sig.	,035

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αισθησης ή μη της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας - PSYX1LM X KOIN7L

ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ		ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΝΑ			
		Φόβος του Θανάτου	Άγχος / Νευρικότητα	Κατάθλιψη / Απογοήτευση	Θετική Αλλαγή
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	3	12	13	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,6	14	10,2	3,2
	Διαφορά	1,4	-2	2,8	-2,2
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	0	14	6	5
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,4	12	8,8	2,8
	Διαφορά	-1,4	2	-2,8	2,2

5.4.32η. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αντίληψης τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους.

Από τον πίνακα 5.4.32η φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 3,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Από τον πίνακα 5.4.32η φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 3,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Αναλυτικά, συμφωνά με τον πίνακα Crosstabulation (πίνακας 5.4.32η):

1. Φόβο του θανάτου (ομάδα 1 - Residual 1,1) και τη θετική αλλαγή (ομάδα 4 - Residual 2,2) αναμένεται να βιώνουν περισσότερο από τους άλλους ομοιοπαθείς τους οι ασθενείς που δηλώνουν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά
2. Άγχος/νευρική κατάσταση (ομάδα 2 - Residual 3,7). αναμένεται να βιώνουν περισσότερο οι ασθενείς αυτοί που *δε θεωρούν* ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειας.

Πίνακας 5.4.32η Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αντίληψης τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους

Chi-Square	8,486
Df	3
Monte Carlo Sig.	,034

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αντίληψης τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους

		ΠΩΣ ΑΛΛΑΞΕ Ο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ			
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ		1	2	3	4
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	4	6	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,9	7,7	5,6	1,8
	Διαφορά	1,1	-3,7	,4	2,2
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	22	13	2
	Αναμενόμενη Συχνότητα	2,1	18,3	13,4	4,2
	Διαφορά	-1,1	3,7	-,4	-2,2

1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κ.λ.π.)
2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξύθυμος, έχω γίνει απότομος κ.λ.π.)
3. Κατάθλιψη/απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κ.λ.π.)
4. Θετική αλλαγή (τα'χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κ.λ.π.)

5.4.33. ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ.

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής 5.4.33 φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της Ασυμπτωτικής όσο και της ανάλυσης Monte Carlo είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 , δηλαδή υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής με την υπεροχή της κατηγορίας 2 («ΟΧΙ») (πίνακας συσχετίσεων του πίνακα 5.4.33).

Δηλαδή στον πληθυσμό, το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει αλλαγή στις σχέσεις του/της ασθενούς με την οικογένεια του/της μετά την έναρξη της ασθένειας. Το συμπέρασμα αυτό δεν αποτέλεσε έκπληξη, καθώς πρόκειται για την περίπτωση της Κρήτης, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ιδιαίτερα στενοί και η υποστήριξη των «δικών» είναι υπόθεση τιμής (ιστορικά διαμορφωμένη - Δετοράκης, 1990) για το κάθε μέλος της Κρητικής κοινωνίας.

Πίνακας 5.4.33 Αλλαγή των σχέσεων μέσα στην οικογένεια

Chi-Square	67,175
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής 'Αλλαγή των σχέσεων μέσα στην οικογένεια μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ'

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	17	63,0	-46,0	1= Ναι
2	109	63,0	46,0	2= Όχι

5.4.33. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ.

Από τον πίνακα 5.4.34 φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της Ασυμπτωτικής μη παραμετρικής ανάλυσης όσο και της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν και είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής με την υπεροχή της κατηγορίας 2 («ΟΧΙ») (πίνακας συσχετίσεις του πίνακα 5.4.34).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να μην αναφέρουν καμιά οργανική πάθηση των μελών της οικογένειας τους μετά την εκδήλωση της δικής τους νόσου.

Πίνακας 5.4.34. Οργανικές διαταραχές στα μέλη της οικογένειας μετά την εκδήλωση της νόσου του υποκειμένου

Chi-Square	91,592
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Οργανικές διαταραχές στα μέλη της οικογένειας μετά την έναρξη της νόσου του υποκειμένου»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	9	62,5	-53,5
2	116	62,5	53,5

1= Ναι
2= Όχι

5.4.35. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής αυτής 5.4.35 φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της ασυμπτωτικής όσο και της ανάλυσης Monte Carlo συμπίπτουν και είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 υπέρ της κατηγορίας 2 («ΟΧΙ») (πίνακας Frequencies του πίνακα 5.4.35).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται, μετά την έναρξη της ασθένειάς τους να μην έχουν την υποστήριξη κάποιου ειδικού της ψυχικής υγείας.

Πίνακας 5.4.35 Παρακολούθηση απο κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας

Chi-Square	92,571
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της παρακολούθησης από ειδικό ψυχικής υγείας

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	9	63,0	-54,0
2	117	63,0	54,0

1= Ναι
2= Όχι

5.4.35a. Επιστημονική ειδικότητα των παρακολουθέντων.

Η μεταβλητή αυτή είχε τρεις κατηγορίες:

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός λειτουργός

Παρόλο που το δείγμα ήταν μικρό, επιχειρήσαμε αυτή την ανάλυση με σκοπό να εξετάσουμε την προτίμηση του πληθυσμού στην αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας.

Από τον πίνακα 5.4.35α της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 71,8% > 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H0 και δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής.

Μ' αλλά λόγια, στον πληθυσμό δεν αναμένεται να υπάρχει προτίμηση κάποιας κατηγορίας των ειδικών της ψυχικής υγείας.

5.4.36. ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Σ' αυτήν τη μεταβλητή υπήρχαν δυο κατηγορίες απαντήσεων:

1. Αιμοκάθαρση
2. Περιτοναϊκή κάθαρση

Από τον πίνακα 5.4.36 της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo SIG. (2-sided) = 0% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 1 («Αιμοκάθαρση»).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό αναμένεται τα περισσότερα υποκείμενα να δείχνουν την προτίμηση προς την Αιμοκάθαρση αντί για την Περιτοναϊκή κάθαρση.

Πίνακας 5.4.36 Προτίμηση της μεθόδου κάθαρσης

Chi-Square	118,033
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της προτιμώμενης μεθόδου κάθαρσης

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	121	61,0	60,0
2	1	61,0	-60,0

- 1 .Αιμοκάθαρση
2. Περιτοναϊκή κάθαρση

5.4.37. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ.

Στη μεταβλητή υπήρχαν πέντε κατηγορίες της:

1. Φόβο
2. Μισός
3. Αδιαφορία
4. Εξάρτηση
5. Άλλα

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της μεταβλητής (πίνακας 5.4.37) φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της ασυμπτωτικής όσο και της ανάλυσης Monte Carlo Sig. = 0% > 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής.

Από τον πίνακα Frequencies (πιν. 5.4.37) βλέπουμε ότι στην πρώτη θέση προτίμησης βρίσκεται η κατηγορία 3 (αδιαφορία - Residual 31,1), στη δεύτερη η κατηγορία 5 (άλλα - Residual 23,1), στην τρίτη η κατηγορία 4 (εξάρτηση - Residual 14,1) και στην τέταρτη η ομάδα 1 (φόβος - Residual 5,1).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να αναφέρουν την αδιαφορία ως συναίσθημα που τους προκαλεί το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, ακολουθούμενοι από τους ασθενείς που δηλώνουν άλλα συναισθήματα από τα προτεινόμενα (θετικά). Η τρίτη αναμενόμενη συχνή απάντηση είναι το αίσθημα της εξάρτησης από το μηχάνημα, ενώ στην τέταρτη θέση βρίσκεται το αίσθημα του φόβου.

Πίνακας 5.4.37 Συναισθήματα που προκαλεί το μηχάνημα της Αιμοκάθαρσης

Chi-Square	253,896
Df	13
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής. «Συναισθήματα που προκαλεί το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης;»

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα	
1	14	8,9	5,1	1. Φόβο
2	2	8,9	-6,9	2. Μίσος
3	40	8,9	31,1	3. Αδιαφορία
4	23	8,9	14,1	4. Εξάρτηση
5	32	8,9	23,1	5. Άλλα
12	1	8,9	-7,9	12. Φόβο και μίσος
13	1	8,9	-7,9	13. Φόβο και αδιαφορία
14	4	8,9	-4,9	14. Φόβο και εξάρτηση
24	2	8,9	-6,9	24. Μίσος και εξάρτηση
25	1	8,9	-7,9	25. Μίσος και άλλα
34	1	8,9	-7,9	34. Αδιαφορία και εξάρτηση
45	2	8,9	-6,9	45. Εξάρτηση και άλλα
124	1	8,9	-7,9	124. Φόβο και μίσος
145	1	8,9	-7,9	145. Φόβο, εξάρτηση και άλλα

5.4.38. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της μεταβλητής («ΝΑΙ» και «ΟΧΙ») φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. = 21,3% > 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H_0 και δεν παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής (πίνακας 5.4.38). Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου η συχνότητα της δήλωσης για την αισιοδοξία για το μέλλον αναμένεται να ισομοιράζεται με τη συχνότητα της δήλωσης της απαισιόδοξης άποψης για τη μελλοντική πορεία της ζωής, δηλαδή φαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών (ο μισός πληθυσμός) εκδηλώνουν αρνητική άποψη για το μέλλον τους, επηρεαζόμενοι από την ασθένεια.

Υπενθυμίζεται ότι στη μορφολογική ανάλυση του δείγματος τα ποσοστά αυτά ήταν διαφορετικά. Οι περισσότεροι ασθενείς (56,1%) δηλώσαν αισιοδοξία για το μέλλον έναντι του ποσοστού 43,9% των ασθενών με απαισιόδοξη άποψη για την μελλοντική τους πορεία. Στον πληθυσμό η πιθανότητα δήλωσης της μιας ή της άλλης άποψης ισομοιράζονται (που δείχνει σημαντική αύξηση της αρνητικής άποψης για το μέλλον), πράγμα που επιβεβαιώνει την υποστήριξη ότι τα ποσοστά του δείγματος δε αντιστοιχούν απαραίτητα με τα αναμενόμενα ποσοστά στον πληθυσμό, για τον οποίο η ανάλυση να μεν βασίζεται στα δεδομένα του δείγματος, άλλα εξετάζεται την πιθανότητα της συχνότητας της εμφάνισης της μιας ή της άλλης συμπεριφοράς για πολύ μεγαλύτερο αριθμό ατόμων.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό η δήλωση για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον αναμένεται να μη διαφέρει λόγω του φύλου των ασθενών, καθώς δε φαίνεται να επηρεάζεται από τον παράγοντα αυτό

5.4.38α. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή μη και της ηλικίας των υποκειμένων.

Από τον πίνακα 5.4.38α της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.38α παρατηρούμε ότι όλες οι ηλικιακές κατηγορίες των ασθενών (πλην της κατηγορίας των 66 χρονών κι άνω) αναμένεται πιο συχνά να είναι αισιόδοξες για το μέλλον.

Απαισιόδοξη για το μέλλον της αναμένεται να είναι η ηλικιακή κατηγορία των ασθενών των 66 χρονών κι άνω (Residual 7,9).

Πίνακας 5.4.38α Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή μη και της ηλικίας των υποκειμένων

Chi-Square	12,344
Df	5
Monte Carlo Sig.	,026

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή μη και της ηλικίας των υποκειμένων

ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
Ναι	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	3	5	10	18	14	19
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,7	3,9	6,7	16,8	12,9	26,9
	Διαφορά	1,3	1,1	3,3	1,2	1,1	-7,9
Όχι	Παρατηρηθείσα Συχνότητα	0	2	2	12	9	29
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,3	3,1	5,3	13,2	10,1	21,1
	Διαφορά	-1,3	-1,1	-3,3	-1,2	-1,1	7,9

5.4.38β. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του τόπου καταγωγής τους.

Από τον πίνακα 5.4.38β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 2% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.38β παρατηρούμε ότι:

1. Αισιόδοξοι για το μέλλον τους αναμένεται πιο συχνά να είναι οι ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους (Residual 4,6), από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους (Residual 1,1) και από πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω (Residual 2,5)
2. Απαισιόδοξοι για το μέλλον τους αναμένεται πιο συχνά να είναι οι ασθενείς που κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους (Residual 4,5) και από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους (Residual 4,2).

Πίνακας 5.4.38β Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του τόπου καταγωγής τους

Chi-Square	12,939
Df	5
Monte Carlo Sig.	,020

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του τόπου καταγωγής τους

ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ			ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ					
			1	2	3	4	5	6
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	23	7	5	13	9	12	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	27,5	11,2	4,5	8,4	7,9	9,5	
	Διαφορά	-4,5	-4,2	,5	4,6	1,1	2,5	
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	26	13	3	2	5	5	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	21,5	8,8	3,5	6,6	6,1	7,5	
	Διαφορά	4,5	4,2	-,5	-4,6	-1,1	-2,5	

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

5.4.38γ. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια

Από τον πίνακα 5.4.38γ της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided_ = 3,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.38γ παρατηρούμε ότι απαισιόδοξοι για το μέλλον τους πιο συχνά αναμένεται να είναι οι ασθενείς που έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια, ενώ αισιόδοξοι για το μέλλον τους αναμένεται πιο συχνά να είναι οι ασθενείς που δεν έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια (Residuals 5,7).

Πίνακας 5.4.38γ Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια

Chi-Square	4,994
Df	1
Exact Sig.	,031

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια

		ΥΠΑΡΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
		Ναι	Όχι
ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Ναι	42	27
	Αναμενόμενη Συχνότητα	47,7	21,3
	Διαφορά	-5,7	5,7
Όχι	Ναι	43	11
	Αναμενόμενη Συχνότητα	37,3	16,7
	Διαφορά	5,7	-5,7

5.4.38δ. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ηλικίας εκδήλωσης της ΧΝΑ.

Από τον πίνακα 5.4.38δ φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 0,2% < 5%, ισχύει η

εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό η αισιόδοξη ή η απαισιόδοξη στάση των ασθενών προς το μέλλον τους αναμένεται να συσχετίζεται με την ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας τους.

Οι κατηγορίες της δεύτερης μεταβλητής (ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας - ORG1) ήταν επτά:

1. Πριν τα 15 σας χρόνια
2. 16-25
3. 26-35
4. 36-45
5. 46-55
6. 56-65
7. 66 κι άνω

Από τον πίνακα 5.4.38δ βλέπουμε ότι οι ομάδες του πληθυσμού που αναμένεται να δηλώσουν μεγαλύτερα ποσοστά αισιοδοξίας για το μέλλον είναι οι κατηγορίες 4 (ηλικία έναρξης της ασθένειας 36-45 χρονών - Residual 8,7), 2 (αντίστοιχη ηλικία 16-25 χρονών - Residual 1,6) και, με μικρότερο ποσοστό, η κατηγορία 1 (έναρξη της ασθένειας πριν τα 15 τους χρόνια - Residual 0,4).

Απαισιόδοξοι αναμένεται να είναι οι κατηγορίες 7 (ηλικία έναρξης της ασθένειας 66 κι άνω - Residual 4,3), 6 (ηλικία έναρξης της ασθένειας 56-65 χρονών - Residual 3), 5 (ηλικία έναρξης της ασθένειας 46-55 χρονών - Residual 2,5) και η ομάδα 3 (ηλικία έναρξης της ασθένειας 26-35 χρονών - Residual 1).

Πίνακας 5.4.38δ Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ηλικίας εκδήλωσης της XNA - PSYX7 X ORG1

Chi-Square	19,497
Df	6
Monte Carlo Sig.	,002

Πίνακας συχνότητας της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ηλικίας εκδήλωσης της ΧΝΑ

ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΧΝΑ		ΕΙΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	
		Ναι	Όχι
1	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	0
	Αναμενόμενη Συχνότητα	,6	,4
	Διαφορά	,4	-,4
2	Παρατηρηθείσα συχνότητα	5	1
	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,4	2,6
	Διαφορά	1,6	-1,6
3	Παρατηρηθείσα συχνότητα	8	8
	Αναμενόμενη Συχνότητα	9,0	7,0
	Διαφορά	-1,0	1,0
4	Παρατηρηθείσα συχνότητα	25	4
	Αναμενόμενη Συχνότητα	16,3	12,7
	Διαφορά	8,7	-8,7
5	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	13
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13,5	10,5
	Διαφορά	-2,5	2,5
6	Παρατηρηθείσα συχνότητα	11	14
	Αναμενόμενη Συχνότητα	14,0	11,0
	Διαφορά	-3,0	3,0
7	Παρατηρηθείσα συχνότητα	8	14
	Αναμενόμενη Συχνότητα	12,3	9,7
	Διαφορά	-4,3	4,3

1. Πριν τα 15
2. 15 - 25 χρονών
3. 26 - 35 χρονών
4. 36 - 45 χρονών
5. 46 - 55 χρονών
6. 56 - 65 χρονών
7. 66 κι άνω

5.4.38ε. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιοδοξη τους στάση για το μέλλον και της αίσθησης των ιδίων της διαφορετικότητας τους ή μη από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Από τον πίνακα της παραμετρικής ανάλυσης των μεταβλητών 5.4.38ε φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 0,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές.

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό η δήλωση για την αισιόδοξη ή την απαισιοδοξη στάση των ασθενών προς το μέλλον τους αναμένεται να επηρεάζεται από την αίσθηση ή μη των ιδίων της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της νόσου.

Ο πίνακας Crosstabulation του πίνακα 5.4.38ε δείχνει ότι αισιόδοξη για το μέλλον αναμένεται να είναι η ομάδα 2 (δε νιώθουν διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας - Residual 9,4), ενώ Απαισιόδοξοι αναμένεται να είναι οι ασθενείς που βιώνουν τη διαφορετικότητα τους από τους άλλους (ομάδα 1 - Residual 9,4).

Πίνακας 5.4.38ε Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη τους στάση για το μέλλον και της αισθησης των ίδιων της διαφορετικότητας τους ή μη από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ

Chi-Square	11,853
Df	1
Exact Sig.	,001

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη τους στάση για το μέλλον και της αισθησης των ίδιων της διαφορετικότητας τους ή μη από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ

		ΕΙΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	
		Ναι	Όχι
ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ			
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	24	36
	Αναμενόμενη Συχνότητα	33,4	26,6
	Διαφορά	-9,4	9,4
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	44	18
	Αναμενόμενη Συχνότητα	34,6	27,4
	Διαφορά	9,4	-9,4

5.4.38στ. Λόγοι της απαισιόδοξης στάσης προς το μέλλον.

Στην ανάλυση αυτής της μεταβλητής επιχειρήσαμε να διευκρινίσουμε το είδος των συναισθημάτων που βιώνουν περισσότερο οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν απαισιόδοξοι για το μέλλον τους.

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής 5.4.38στ φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τόσο της ασυμπτωτικής ανάλυσης όσο και της ανάλυσης Monte Carlo είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής αυτής.

Από τον πίνακα Frequencies του πίνακα 5.4.38στ βλέπουμε ότι η κατηγορία που δείχνει σαφή υπεροχή έναντι των άλλων εξεταζόμενων κατηγοριών, είναι αυτή της δεύτερης ομάδας (κατάθλιψη/απογοήτευση - Residual 19,0).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι ασθενείς που δηλώνουν απαισιόδοξια για το μέλλον, αναμένεται να βιώνουν την κατάθλιψη/απογοήτευση περισσότερο από κάποιο άλλο συναίσθημα.

Πίνακας 5.4.38στ. Λόγοι της απαισιόδοξης στάσης προς το μέλλον

Chi-Square	49,273
Df	3
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής 'Λόγοι της απαισιόδοξης στάσης προς το μέλλον'

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	11	11,0	,0
2	30	11,0	19,0
12	2	11,0	-9,0

1. Φόβος του θανάτου
2. Κατάθλιψη/απογοήτευση («δεν πρόκειται να γίνει καλά», «όλα έχουν τελειώσει» κ.λ.π.)
12. Φόβος του θανάτου και κατάθλιψη/απογοήτευση

5.4.39. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Οι κατηγορίες της μεταβλητής αυτής ήταν δυο:

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της μεταβλητής (πίνακας 5.4.39) φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Asymptotic όσο και το επίπεδο Monte Carlo συμπίπτουν και είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες κατηγορίες της μεταβλητής με υπεροχή της κατηγορίας 1 («ΝΑΙ») (πίνακας συχνοτήτων 5.4.39).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να δηλώσουν ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση τους από τους γιατρούς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

Πίνακας 5.4.39. Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση των γιατρων της μονάδας τεχνητού νεφρού

Chi-Square	101,161
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής 'Ίκανοποίηση από την αντιμετώπιση των γιατρών της μονάδας τεχνητού νεφρού

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	1= Ναι 2= Όχι
1	118	62,0	56,0	
2	6	62,0	-56,0	

5.4.40. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ .

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης των κατηγοριών της ίδιας μεταβλητής 5.4.40 φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας όσο και αυτό της Monte Carlo συμπίπτουν και είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 και τηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες μεταβλητές υπέρ της κατηγορίας 1 («ΝΑΙ»).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να χαρακτηρίσουν ως ικανοποιητική την παρουσία των γιατρών στο πλευρό τους.

Πίνακας 5.4. 40. Ίκανοποίηση από την παρουσία των γιατρών

Chi-Square	101,161
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Ίκανοποίηση από την παρουσία των γιατρών»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	1= Ναι 2= Όχι
1	118	62,0	56,0	
2	6	62,0	-56,0	

5.4.41. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.

Η μεταβλητή αυτή είχε δυο κατηγορίες:

1. ΝΑΙ
2. ΌΧΙ

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της ίδιας μεταβλητής του πίνακα 5.4.41 φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας όσο και το επίπεδο Monte Carlo συμπίπτουν, δηλαδή είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες κατηγορίες της μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 1 («ΝΑΙ») (πίνακας συχνοτήτων του πίνακα 5.4.41).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να χαρακτηρίσουν ως ικανοποιητικές τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας.

Πίνακας 5.4.41 Ικανοποίηση από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας τεχνητού νεφρού

Chi-Square	120,032
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Ικανοποίηση από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας τεχνητού νεφρού»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	123	62,0	61,0	1= Ναι
2	1	62,0	-61,0	2= Όχι

5.4.42. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ (του νοσηλευτικού προσωπικού).

Στη μεταβλητή αυτή υπήρχαν δυο κατηγορίες :

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της μεταβλητής αυτής στον πίνακα 5.4.42 φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας όσο και το αντίστοιχο επίπεδο Monte Carlo είναι $0,05\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της

εξεταζόμενης μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 1 («Ναι») (πίνακας Frequencies του πίνακα 5.4.42).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι ευχαριστημένοι με την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στο πλευρό τους.

Πίνακας 5.4.42 Ικανοποίηση από την παρουσία του

Chi-Square(115,130
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής. «Ικανοποίηση από την παρουσία του»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά	
1	121	61,5	59,5	1= Ναι
2	2	61,5	-59,5	2= Όχι

5.4.43. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΚΑΠΟΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ.

Από τη μη παραμετρική ανάλυση των κατηγοριών της μεταβλητής – 1. «ΝΑΙ» και 2. «ΟΧΙ» του πίνακα 5.4.43 φαίνεται ότι, καθώς τόσο το παρατηρούμενο ασυμπτωτικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας όσο και το επίπεδο Monte Carlo συμπίπτουν και είναι $0\% < 5\%$, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H_1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο εξεταζόμενες κατηγορίες της μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 2 - «ΟΧΙ» (πίνακας Frequencies του πίνακα 5.4.43).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να δηλώσουν ότι είναι ευχαριστημένοι με τις φροντίδες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και δεν επιθυμούν κάποια διαφορετική αντιμετώπιση εκ μέρους του.

Πίνακας 5.4.43 Επιθυμία κάποιας διαφορετικής αντιμετώπισης από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας

Chi-Square	58,740
Df	1
Asymp. Sig.	,000
Monte Carlo Sig.	,000

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Επιθυμία κάποιας διαφορετικής αντιμετώπισης από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	19	61,5	-42,5
2	104	61,5	42,5

1= Ναι
2= Όχι

5.4.44. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΜΙΑΣ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ .

Από τον πίνακα της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής 5.4.44, όπου υπήρχαν δυο κατηγορίες της (1. «ΝΑΙ» και 2. «ΟΧΙ»), φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 3,1% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της εξεταζόμενης μεταβλητής υπέρ της κατηγορίας 2 - «ΟΧΙ» (πίνακας Frequencies του πίνακα 5.4.44).

Μ' άλλα λόγια, στον πληθυσμό, οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να είναι αρνητικοί στην προοπτική να υπάρχει μια σταθερή συνεργασία τους με ψυχολόγο για την ψυχοκοινωνική τους στήριξη.

Πίνακας 5.4.44 Επιθυμία μιάς σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο

Chi-Square	5,165
Df	1
Monte Carlo Sig.	,031

Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «Επιθυμία μιάς σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο»

	Παρατηρηθείσα συχνότητα	Αναμενόμενη Συχνότητα	Διαφορά
1	48	60,5	-12,5
2	73	60,5	12,5

1= Ναι
2= Όχι

5.4.44a. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της τωρινής ηλικίας τους.

Από τον πίνακα 5.4.44a της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών φαίνεται ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig.(2-sided) = 1,6% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.44α ότι στον πληθυσμό αναμένεται να παρατηρούνται οι εξής συσχετίσεις:

1. Επιθυμία να συνεργαστούν σταθερά με ψυχολόγο αναμένεται πιο συχνά να εκφράσουν οι ασθενείς των 46-55 χρονών (Residual 0,9) και, ιδιαίτερα, οι ασθενείς των 56-65 χρονών (Residual 6,9)
2. Άρνηση να συνεργαστούν σταθερά με ψυχολόγο αναμένεται να εκφράσουν πιο συχνά οι ασθενείς των 36-45 χρονών (Residual 0,9) και, ιδιαίτερα, οι ασθενείς των 66 χρονών κι άνω (Residual 7,0)
3. Οι νεότερες ηλικίες - 16-25 χρονών και 26-35 χρονών, όπως φαίνεται, δεν αναμένεται να δηλώσουν πιο συχνά ούτε θετική, άλλα ούτε και αρνητική στάση προς το θέμα αυτό.

Πίνακας 5.4.44α Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της τωρινής ηλικίας τους

Chi-Square	13,305
Df	5
Monte Carlo Sig.	,016

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της τωρινής ηλικίας τους

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ		ΗΛΙΚΙΑ					
		15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 κ άνω
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	1	3	4	12	16	12
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,2	2,8	4,8	11,1	9,1	19,0
	Διαφορά	-,2	,2	-,8	,9	6,9	-7,0
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	2	4	8	16	7	36
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,8	4,2	7,2	16,9	13,9	29,0
	Διαφορά	,2	-,2	,8	-,9	-6,9	7,0

5.4.44β. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ.

Από τον πίνακα 5.4.44β της παραμετρικής ανάλυσης των δυο μεταβλητών βλέπουμε ότι, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Exact Sig.(2-sided) = 1,4% < 5%, ισχύει η εναλλακτική υπόθεση H1 και υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Ανατρέχοντας στον πίνακα Crosstab του πίνακα 5.4.44β παρατηρούμε ότι, αναφορικά με τον πληθυσμό, οι πιο συχνές συμπεριφορές αναμένεται να είναι οι εξής:

1. Προθυμία να συνεργαστούν μόνιμα με ψυχολόγο αναμένεται πιο συχνά να έχουν οι ασθενείς που εμφανίζουν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ (Residual 7,0)
2. Απροθυμία να συνεργαστούν με ψυχολόγο αναμένεται πιο συχνά να έχουν οι ασθενείς που δεν εμφανίζουν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ (Residual 7,0).

Πίνακας 5.4.44β Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ

Chi-Square	6,825
Df	1
Exact Sig.	,014

Πίνακας συχνοτήτων της συσχέτισης της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ		ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ	
		Ναι	Όχι
Ναι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	28	20
	Αναμενόμενη Συχνότητα	21,0	27,0
	Διαφορά	7,0	-7,0
Όχι	Παρατηρηθείσα συχνότητα	25	48
	Αναμενόμενη Συχνότητα	32,0	41,0
	Διαφορά	-7,0	7,0

5.4.44 γ. Λόγοι της απροθυμίας συνεργασίας με ψυχολόγο.

Από τον πίνακα 5.4.44λδ της μη παραμετρικής ανάλυσης της μεταβλητής, η οποία είχε δυο κατηγορίες (1.«Απουσία ψυχολογικών προβλημάτων» και 2.«Άρνηση/επιθετικότητα» (υπενθυμίζεται ότι οι κατηγορίες επιλεχθήκαν βάση του λόγου των υποκειμένων - π.χ. στη δεύτερη κατηγορία οι συχνές απαντήσεις των υποκειμένων ήταν «είναι περιττός», «τι να μου κάνει ο ψυχολόγος» κ.λ.π.) φαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις εξεταζόμενες κατηγορίες. Κι αυτό γιατί, όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.4.44γ, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας Monte Carlo Sig. (2-sided) = 24,7% > 5%, ισχύει η μηδενική υπόθεση H0 (μη διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της μεταβλητής).

Μ' άλλα λόγια, οι αιτίες της άρνησης συνεργασίας με ψυχολόγο αναμένεται να ισομοιράζονται στον πληθυσμό των ασθενών που δηλώνουν την Απροθυμία τους αναφορικά με την προαναφερθείσα συνεργασία. Έτσι, ο μισός πληθυσμός των υποκειμένων που δεν επιθυμούν τη συνεργασία με ψυχολόγο μπορεί να αναφέρει την απουσία ψυχολογικών προβλημάτων, ενώ ο άλλος αντίστοιχος αριθμός ασθενών μπορεί να εκδηλώσει στάση άρνησης/επιθετικότητας στο θέμα αυτό.

Γ. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος της παρουσιαζόμενης μελέτης ήταν η πρώτη προσέγγιση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, τόσο της αντικειμενικής (ορατής) της πλευράς (φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.λπ.), όσο και της υποκειμενικής της (αόρατης) διάστασης (τόπος καταγωγής, γονεϊκά πρότυπα κ.λπ.) καθώς οι δύο διαστάσεις βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση.

Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα είναι συγχρόνως αιτία και αποτέλεσμα μιας γνωστικο-συναισθηματικής διαμεσολάβησης, της οποίας η χρονική σειρά και η εξέλιξη μας διαφεύγει. Αυτό συνιστά το σημείο συνάντησης ανάμεσα στο ατομικό και στο συλλογικό, το προϊόν της κοινωνικής και της ατομικής ιστορίας. Της κοινωνικής ιστορίας, επειδή ανήκει εκ των πραγμάτων στην κοινωνία - θετικά ή αρνητικά αξιολογούμενης - και συγχρόνως επειδή συνιστά υποκειμενική συνείδηση της έννοιας του ανήκειν (της ένταξης) κάπου της ατομικής ιστορίας, επειδή πρόκειται για βιωμένες μοναδικές εμπειρίες και για ατομικές ιδιοσυγκρασίες... Οι αναπαραστάσεις του Εαυτού, του Άλλου και της Κοινωνίας είναι αδιαχώριστες και βρίσκονται στη βάση της κοινωνικής μας δράσης. Το περιεχόμενο και ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένες οι αναπαραστάσεις του Εαυτού, του Άλλου και της Κοινωνίας συνιστούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα (Zavalloni-Louis-Guerin, 1996: 38-39). Μ' άλλα λόγια, οι ομάδες, τα πρότυπα ταυτότητας και ο εαυτός δημιουργούν ένα τρίγωνο ταυτότητας, το οποίο υποδηλώνει τη δυναμική σχέση ανάμεσα στα τρία αυτά βασικά στοιχεία που δομούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα (Ρήγα, 1997).

Το άτομο σε σχέση με τον κόσμο είναι αντικειμενικά τοποθετημένο σε μια κοινωνική μήτρα. Τα στοιχεία αυτής της μήτρας είναι εν μέρει οι διαφορετικές ομάδες στις οποίες το άτομο ανήκει, είτε επειδή το έχει επιλέξει είτε επειδή αποτελεί μέλος μιας δεδομένης κοινωνίας και κουλτούρας (π.χ. οι ομάδες εθνικότητας, φυλής, τόπου καταγωγής, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής τάξης, οικογενειακής κατάστασης... κι άλλες ομάδες με τις οποίες το άτομο έχει κοινούς δεσμούς). Μ' αυτό το συνονθύλευμα συστατικών της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας του Εαυτού σχετίζεται το συνονθύλευμα της αντικειμενικής ταυτότητας του Άλλου. Αυτός ο Άλλος πρέπει να κατανοηθεί ως άτομο και ως συλλογικότητα που περιέχει τα σημαντικά πρόσωπα και ομάδες με τις οποίες αναπτύσσονται σχέσεις σε συμβολικό επίπεδο και / ή πραγματικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, άτομα ή ομάδες άλλου φύλου κ.λπ.).

Οι αναπαραστάσεις που κάνει το άτομο των διαφόρων στοιχείων αυτής της μήτρας συνιστούν κατά έναν τρόπο την υποκειμενικότητα.

Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα αποτελεί ιδιοσυγκρασιακή δόμηση και η μελέτη της συνιστά μια μέθοδο για κατανόηση του φυσιολογικού και παθολογικού ατόμου μέσα στο περιβάλλον του. Κατ' αυτή την έννοια, συνδέεται με το θεωρητικό πεδίο της προσωπικότητας (Zavalloni-Louis-Guerin, 1996).

Η προσωπικότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών, ιδιοτήτων και τρόπων συμπεριφοράς ενός ατόμου, όπως εκδηλώνονται στη σχέση του με το περιβάλλον (Χουντουμάνη-Πατεράκη, 1989).

Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα αναπαριστά όχι μόνο μια οργανωμένη δομή που έχει συγκρατηθεί στη μνήμη μέσω των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων του βιώματος, αλλά και ως δομή που οργανώνει τις κοινωνικές εμπειρίες, παρούσες και μέλλουσες. Βάση αυτής της δομής το περιβάλλον ερμηνεύεται και διαμορφώνεται σε σημαίνοντα κοινωνικό κόσμο (Zavalloni - Louis-Guerin, 1996).

Στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει τη σωματική του δυσλειτουργία, η προσωπικότητα του ατόμου παίζει έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο (Molnar, 1989, Trieschmann, 1989, Ρήγα, 1997).

Βάσει των προαναφερθέντων στοιχείων, θεωρούμε ότι η μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας συμβάλλει στην κατανόηση της προσωπικότητας, καθώς ερευνά τις δομές που επηρεάζουν την ερμηνεία και τη διαμόρφωση του σημαίνοντα κοινωνικού κόσμου του ατόμου που, κατ' επέκταση, εξηγεί τη συμπεριφορά του, όπως αυτή εκδηλώνεται στη σχέση του με το περιβάλλον.

Τα τρία στάδια της έρευνας, όπου το ένα αποτελούσε τη συνέχεια του άλλου, μας επέτρεψαν να διατυπώσουμε τις υποθέσεις της και να προβούμε σε ορισμένες διαπιστώσεις αναφορικά με τις πτυχές της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας της εξεταζόμενης ομάδας, δηλαδή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, όπως και με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που πιθανόν την επηρεάζουν.

ΣΤΑΔΙΟ Ι – ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.

6.1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ – ΑΝΔΡΕΣ - ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Το πρώτο στάδιο της έρευνας (πιλοτική έρευνα) αποτελούσε την πρώτη προσέγγιση του εξεταζόμενου θέματος και το ερέθισμα για τη διευκρίνιση των υποθέσεων της κυρίως έρευνας και τη διαμόρφωση των ερωτηματολογίων της.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των τεσσάρων συνεντεύξεων των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (άνδρες-γυναίκες, αιμοκάθαρση-περιτοναϊκή κάθαρση) έδωσαν τα πρώτα δείγματα των συναισθημάτων των πασχόντων ως μελών μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας (αυτής των αρρώστων) μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, του τρόπου αντίδρασης στην ασθένεια (κοινωνικοί, γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες) και των επιπτώσεών του στην ψυχοκοινωνική ταυτότητα των υποκειμένων, όπως και των διαφορών στην ψυχολογική κατάστασή τους αναφορικά με τη μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης που εφαρμόζουν.

Τα δημογραφικά στοιχεία των τεσσάρων υποκειμένων παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, εκτός από την υπαγωγή των δυνάδων των υποκειμένων στο ανδρικό ή το γυναικείο φύλο, την οικογενειακή τους κατάσταση (και τα τέσσερα υποκείμενα είναι παντρεμένα), την καταγωγή τους από την Κρήτη και τη μόνιμη διαμονή τους στο νησί (αν και ο τόπος μόνιμης διαμονής αναφορικά με τον πληθυσμό του διαφέρει στις περιπτώσεις σύγκρισής του, των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με αυτόν των ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση, όπως και μεταξύ των υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση).

Έτσι, από την ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων υποκειμένων (άνδρας-γυναίκα), ο μεν άνδρας τη στιγμή της συνέντευξης, ήταν 35 χρόνων, οικοδόμος (επάγγελμα που υπάγεται στην κατηγορία «τεχνίτες-εργάτες») και διέμενε μόνιμα σε χωριό με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, η δε γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη ήταν 55 χρόνων, νοικοκυρά και διέμενε σε χωριό με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους.

Από τα υποκείμενα της έρευνας των ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση, ο άνδρας ήταν 62 χρόνων, ιδιοκτήτης καφενείου (υπηρεσίες - εστιατόρια, αναψυκτήρια κ.λπ.) και διέμενε μόνιμα σε κωμόπολη με πληθυσμό από 500 μέχρι 2.000 κατοίκους, ενώ η γυναίκα ήταν 52 χρόνων, με επάγγελμα έμπορος-πωλητής και διαμονή σε πόλη με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους.

Διαφορές παρουσιάζονται και στην οργανική εικόνα της νόσου (ηλικία έναρξης και ύπαρξη οργανικών διαταραχών) στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ τελικού

σταδίου, καθώς η ασθένεια φαίνεται να εμφανίζεται, σύμφωνα με τις δηλώσεις των υποκειμένων, σε διαφορετικές ηλικίες κάθε φορά και οι οργανικές διαταραχές πριν την έναρξή της είναι διαφορετικού είδους (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος -33 χρόνων, διαβήτης, γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη – χρόνια κατάσταση, νεφρολογικά προβλήματα, άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση – 57 χρόνων, καρδιαγγειακές διαταραχές, γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση – η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ δεν προσδιορίστηκε, υπέρταση, καρκίνος του δέρματος).

Το κοινό σημείο των απαντήσεων και των τεσσάρων υποκειμένων είναι η θετική άποψη για την εφαρμοζόμενη μέθοδο και η αρνητική γνώμη για την εναλλακτική μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης (σημειώνεται ότι το ένα υποκείμενο – άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση είχε την εμπειρία και της εναλλακτικής μεθόδου, δηλαδή της αιμοκάθαρσης).

Οι λόγοι της θετικής γνώμης συμπίπτουν περισσότερο στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, καθώς και τα δύο υποκείμενα αναφέρουν την ασφάλεια του νοσοκομείου και της παρακολούθησης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στους περιτοναϊκούς ασθενείς τα κίνητρα επιλογής της μεθόδου διαφέρουν μεταξύ τους: ο άνδρας-υποκείμενο αναφέρει τον ηπιότερο και καλύτερο τρόπο κάθαρσης της συγκεκριμένης μεθόδου, ενώ η γυναίκα επικαλείται την εμπιστοσύνη στον εαυτό και την ασφάλεια του οικείου χώρου.

Μεγαλύτερη ομοφωνία παρατηρείται στις απαντήσεις των υποκειμένων για τους λόγους της αρνητικής γνώμης αναφορικά με την εναλλακτική μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης. Οι δύο αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς αναφέρουν την αντιαισθητικότητα της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης (εννοώντας την τοποθέτηση του καθετήρα στην κοιλιακή χώρα) και το φόβο μολύνσεων, ενώ και τα δύο υποκείμενα υπό περιτοναϊκή κάθαρση αναφέρουν την ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Στις κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας οι διαφορές στις απαντήσεις των υποκειμένων φαίνεται να συσχετίζονται με το φύλο τους: οι άνδρες δηλώνουν τη διακοπή του επαγγέλματος (αν και ο ένας από αυτούς - άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση - ήταν ήδη συνταξιούχος την περίοδο της εκδήλωσης της ΧΝΑ), ενώ οι δύο γυναίκες αναφέρουν τη μείωση του φόρτου εργασίας μετά την έναρξη της νόσου.

Θεωρούμε ότι η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο είδος της εργασίας και στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του κάθε φύλου. Οι γυναίκες δεν ασκούν επαγγέλματα που συσχετίζονται με βαριές χειρωνακτικές εργασίες, όπως, π.χ. το επάγγελμα του οικοδόμου (άνδρας υπό αιμοκάθαρση), αλλά η κύριά τους απασχόληση είναι, παραδοσιακά, η φροντίδα της οικογένειας, δηλαδή το λειτούργημα της νοικοκυράς,

πέρα από τα επαγγέλματα που μπορεί να εξασκούνται παράλληλα. Οι επιπτώσεις της ασθένειας μπορεί να αναγκάσουν τη γυναίκα να διακόψει το ασκούμενο επάγγελμα «απ' έξω», αλλά δεν της αφαιρούν τη δυνατότητα να απασχολείται με τη φροντίδα της οικογένειας, καθώς αυτός ο ρόλος, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, είναι η κύρια ιδιότητα της γυναίκας. Έτσι, οι γυναίκες δηλώνουν τη μείωση του φόρτου εργασίας, αλλά όχι τη διακοπή της.

Για τους άνδρες, και πάλι σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, το ενασκούμενο «απ' έξω» επάγγελμα και ειδικά οι οικονομικές απολαβές από αυτό, αποτελούν στοιχεία της δύναμης και επιτυχίας τους ως τέτοιων, δηλαδή ως ανδρών. Οι Spinellis, Vassiliou και Vassiliou (1970) αναφέρουν ότι η αντίληψη του «σωστού άνδρα» συνδέεται κυρίως με τις οικογενειακές υποχρεώσεις και το να εξασφαλίζει τα «προς το ζην» για την οικογένεια, είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό που αφορούν τον άνδρα ως άτομο. Χάνοντας τη δυνατότητα της εξάσκησης του επαγγέλματος λόγω των επιπτώσεων της χρόνιας ασθένειας, οι άνδρες βιώνουν πολύ μεγαλύτερο πλήγμα από τις γυναίκες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα και ίσως, σε σύγκριση με τις γυναίκες, βιώνουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό την κατάσταση της «βιογραφικής αποδιοργάνωσης» (Nettleton, 2002).

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα που, κατά τη γνώμη μας, οφείλονται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του κάθε φύλου, οι οποίες διαφαίνονται από τις απαντήσεις των υποκειμένων για τις αλλαγές των οικογενειακών σχέσεων και των σχέσεων με τους άλλους (φίλοι, γνωστοί) μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Οι δύο άνδρες (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος και άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση) δηλώνουν ότι οι σχέσεις μέσα στην οικογένειά τους είναι καλύτερες μετά την έναρξη της ασθένειας, ενώ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία αλλαγή, και η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη αναφέρει την επιδείνωση της οικογενειακής της κατάστασης.

Με την έναρξη της χρόνιας ασθένειας η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του ανδρός διαταράσσεται βαθιά, πρώτον, επειδή τη στιγμή που δεν μπορεί να εξασφαλίσει τα «προς το ζην» της οικογένειας, όπως τα εξασφάλιζε πριν, αναιρείται η υπόστασή του ως «δυνατού», «επιτυχημένου», του πραγματικού «αρχηγού» της οικογένειας και, δεύτερον, λόγω των αλλαγών στον τρόπο ζωής που υφίσταται ο νεφροπαθής (περιορισμοί στη διατροφή, κούραση κ.λπ.), περιορίζονται οι κοινωνικές του συναναστροφές με τους άλλους. Επειδή η παρουσία του δεν έχει συνδυαστεί άμεσα με τη στενή ενδοοικογενειακή συναλλαγή, όπως στην περίπτωση της γυναίκας (Κατάκη, 1998), η ψυχολογική απόστασή του από τους άλλους μεγαλώνει σημαντικά.

Οι απαντήσεις των ανδρών-υποκειμένων για τις αλλαγές στις σχέσεις τους με τους άλλους, της στάσης των άλλων προς αυτούς, του χαρακτήρα των ασθενών και των συναισθημάτων τους μετά την έναρξη της ασθένειας, θεωρούμε ότι επιβεβαιώνουν την παραπάνω υπόθεσή μας. Σ' αυτές διαφαίνονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τρόπο κάλυψης των συναισθηματικών αναγκών τους, σύμφωνα με τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς και κοινωνικών συναλλαγών για το κάθε φύλο. Για τους άνδρες, η παρουσία του Άλλου, του «απ' έξω», είναι πάντα αισθητή και είναι σημείο αναφοράς για τις καταστάσεις του πριν και μετά. Ο άνδρας επιζητά περισσότερο την αναγνώριση έξω από την οικογένεια, στα βλέμματα των άλλων «δυνατών», ενώ η γυναίκα καλύπτει τις ίδιες ανάγκες δημιουργώντας συναισθηματικούς δεσμούς περισσότερο μέσα στην οικογένεια (Κατάκη, 1998).

Έτσι, στην απάντηση των υποκειμένων για την αλλαγή των σχέσεών τους με τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ τα τρία από αυτά (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας και γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση, ενώ η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη δεν αναφέρει καμία αλλαγή) υπάρχει ένα κοινό στοιχείο - ο παράγοντας «κούραση» λόγω ασθένειας, οι δύο άνδρες αναφέρουν την αδυναμία τους να ακολουθήσουν τον τρόπο ζωής των άλλων. Αναφορικά με την αλλαγή της στάσης των άλλων μετά την έναρξη της δικής τους χρόνιας ασθένειας, η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία αλλαγή, η γυναίκα υπό αιμοκάθαρση δεν την αναφέρει, ενώ οι άνδρες επικαλούνται την αίσθηση της προστατευτικότητας από τους άλλους, στη μια περίπτωση (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος) και τη μη κατανόηση από τους άλλους (φίλους, γνωστούς) της κατάστασης του ασθενούς (άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση). Στην ερώτηση για την ύπαρξη διαφορετικότητας των νεφροπαθών από τους υγιείς, οι γυναίκες-υποκείμενα δηλώνουν ή ότι δεν υπάρχει (γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) ή δεν αναφέρει την ύπαρξη διαφορετικότητας αυτής, ενώ ο άνδρας αιμοκαθαιρόμενος μαζί με την απάντηση «δεν υπάρχει» προσθέτει και τη δήλωση ότι «οι υγιείς καταλαβαίνουν καλύτερα» και ο άνδρας υπό περιτοναϊκή κάθαρση θεωρεί τον εαυτό του «βάρος για τους υγιείς». Το κοινό σημείο των απαντήσεων των τριών υποκειμένων (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας και γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) για το χαρακτήρα τους πριν την έναρξη της ασθένειας είναι η περιγραφή του Εαυτού τους ως «δυνατού» και «ακούραστου» (η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη χαρακτηρίζει τον εαυτό της πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ ως «απογοητευμένη»). Η διαφορά, όμως, στις απαντήσεις των ανδρών συγκριτικά με την απάντηση της γυναίκας, έγκειται στην προσθήκη του χαρακτηρισμού «γλεντζές» και στις δύο περιπτώσεις. Εάν στην ερώτηση για την αλλαγή του χαρακτήρα τους τα τρία από τα

υποκείμενα (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας και γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) αναφέρουν το κοινό στοιχείο της αλλαγής αυτής – «πιο συνειδητοποιημένος /η» (το τέταρτο υποκείμενο – γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη – απαντά «πιο απογοητευμένη»), οι άνδρες δηλώνουν ότι έχουν γίνει «πιο εσωστρεφείς» μετά την έναρξη της ασθένειας. Στην περιγραφή των συναισθημάτων των ασθενών πριν, γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση αναφέρει τον χαρακτηρισμό «χαρούμενη», η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη «απογοητευμένη» και «ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη)», ενώ στις δηλώσεις των ανδρών υπάρχουν κοινοί χαρακτηρισμοί, όπως «ανέμελος» και «εγωκεντρικός». Και στις απαντήσεις των υποκειμένων για τα συναισθήματά τους μετά την έναρξη της ασθένειας, υπάρχουν διαφορές και ομοιότητες: στις απαντήσεις των τριών ασθενών (άνδρας αιμοκαθαιρόμενος, άνδρας και γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση) δηλώνουν «πιο συνειδητοποιημένοι» και «πιο ευαίσθητοι». Και οι δύο άνδρες, όμως, προσθέτουν τον χαρακτηρισμό «πιο γερασμένος», ενώ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση τον χαρακτηρισμό «πιο δυνατή» και η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη περιγράφει τα συναισθήματά της μετά την εκδήλωση της νόσου ως «αδύναμη» και «απογοητευμένη».

Η ασθένεια αφαιρεί από τον άνδρα τη δυνατότητα να ακολουθεί τους (κοινωνικά αποδεκτούς) τρόπους συμπεριφοράς που «αρμόζει» στο φύλο του και προκαλεί μεγάλο πλήγμα στην ψυχοκοινωνική του ταυτότητα. Επαναπροσδιορίζοντάς την, ο άνδρας ασθενής πιθανόν να στρέφεται προς τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, προς τον κύκλο των «δικών του», αναπληρώνοντας έτσι την απώλεια των κοινωνικών του σχέσεων, αντλώντας τη δύναμη από την υποστήριξη μέσα στην οικογένεια και ιδιαίτερα από τη σύντροφό του, καθώς η φροντίδα και η προστασία της οικογένειας «από μέσα» είναι ο κοινωνικά αποδεκτός και αποδεκτός από την ίδια ρόλος της. Ίσως γι' αυτό οι δύο άνδρες, παρόλο που νιώθουν «πιο γερασμένοι», βιώνοντας την «αδυναμία να ακολουθούν τον τρόπο ζωής των άλλων», την προστατευτική στάση των άλλων απέναντί τους, τη «μη κατανόηση από τους φίλους της κατάστασής τους» και θεωρώντας τον εαυτό τους «βάρος για τους υγιείς», έχουν γίνει «πιο ευαίσθητοι» και «πιο εσωστρεφείς» μετά την έναρξη της ασθένειας, αναφέρουν την ασφάλεια του σπιτιού και τη βελτίωση των σχέσεων μέσα στην οικογένειά τους.

Η γυναίκα-ασθενής δεν έχει επενδύσει, όσο ο άνδρας, στις εξωοικογενειακές συναλλαγές και σχέσεις και πιθανόν δεν απολαμβάνει περισσότερη οικογενειακή υποστήριξη, ίσως λόγω του ότι η φροντίδα και η προστασία της οικογένειας «από μέσα» είναι ο δικός της ρόλος και οι ανάγκες των μελών της οικογένειας προέχουν γι' αυτή σε σύγκριση με τις δικές της. Γι' αυτό πρέπει να επιστρατεύσει περισσότερη δύναμη για να

αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του ρόλου αυτού. Ίσως έτσι δικαιολογούνται οι απαντήσεις των γυναικών- νεφροπαθών που δηλώνουν ότι δεν υπάρχει καμία αλλαγή στις σχέσεις τους με/ και από τους φίλους και γνωστούς τους. Για τις οικογενειακές σχέσεις μετά την έναρξη της ΧΝΑ η γυναίκα υπό περιτοναϊκή κάθαρση δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία αλλαγή και η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη αναφέρει την επιδείνωση των οικογενειακών σχέσεων, ενώ αναφορικά με τα συναισθήματά τους μετά την εκδήλωση της νόσου, στην πρώτη περίπτωση, η γυναίκα αισθάνεται πιο δυνατή, και, στη δεύτερη, αδύναμη και απογοητευμένη.

Τα παρουσιαζόμενα μέχρι τώρα δεδομένα αναφέρονται περισσότερο στις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, όπως αυτές παρουσιάζονται από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι διαφορές ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες ομάδες υποκειμένων (αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση) διαφαίνονται πιο ξεκάθαρα από τη σύγκριση των δηλώσεών τους αναφορικά με τα συναισθήματα των ασθενών μετά την εμφάνιση της νόσου, τη στάση τους προς το μέλλον και την αντίληψη για το θάνατο. Έτσι, εάν η απάντηση του άνδρα αιμοκαθαιρόμενου για τα συναισθήματά του μετά την έναρξη της ασθένειας περιέχει κοινά στοιχεία με τις απαντήσεις των υποκειμένων υπό περιτοναϊκή κάθαρση («πιο συνειδητοποιημένος», «πιο ευαίσθητος»), εντούτοις περιλαμβάνει και περισσότερο αρνητικούς χαρακτηρισμούς σε σύγκριση με τους θετικούς – «γερασμένος», «απογοητευμένος», «αγχωμένος», «ενοχές», «ζήλια προς τους υγιείς», «αυτοτιμωρία». Η γυναίκα αιμοκαθαιρόμενη δηλώνει «αδύναμη» και «απογοητευμένη».

Αναφορικά με τη στάση τους προς το μέλλον, οι απαντήσεις των υποκειμένων των δύο ομάδων ταυτίζονται μεταξύ τους, εκτός από τους λόγους αισιοδοξίας που αναφέρουν τα υποκείμενα της ομάδας της περιτοναϊκής κάθαρσης. Έτσι, και οι δύο αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς δηλώνουν ότι είναι απαισιόδοξοι για το μέλλον και αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν λόγοι αισιοδοξίας και δικαιολογούν την απαισιόδοξή τους στάση με «απογοήτευση» και «απελπισία», ενώ και τα δύο υποκείμενα υπό περιτοναϊκή κάθαρση είναι αισιόδοξα για το μέλλον, θεωρώντας ότι δεν υπάρχουν λόγοι για απαισιόδοξια, επικαλούμενα διαφορετικούς λόγους για τη στάση τους αυτή: «ικανοποίηση από τη ζωή» στην περίπτωση του άνδρα και «δύναμη», «εμπιστοσύνη στον εαυτό» και «αγάπη για τον εαυτό» στην περίπτωση της γυναίκας. Τα δύο αυτά υποκείμενα υπό περιτοναϊκή κάθαρση δηλώνουν ότι δεν φοβούνται το θάνατο, στοιχείο κοινό με τις δηλώσεις των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, πλην, όμως, τους λόγους της στάσης αυτής: τα υποκείμενα υπό αιμοκάθαρση βλέπουν το θάνατο ως «λύτρωση» και «θα το επιδίωκαν».

Όπως φαίνεται από τη μέχρι τώρα παρουσιαζόμενη ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, η προσαρμογή στη νόσο των ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση είναι καλύτερη από την αντίστοιχη των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Το κατά πόσο το γεγονός αυτό οφείλεται στον τρόπο κάθαρσης, θεωρούμε ότι χρήζει περισσότερης διερεύνησης, καθώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, υπάρχουν πολλές ομοιότητες (αλλά και διαφορές) στις απαντήσεις των υποκειμένων που χρησιμοποιούν διαφορετική μέθοδο κάθαρσης και μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της παρεμβολής του παράγοντα «φύλο» ή και άλλων παραγόντων, που συμβάλλουν σε μια συγκεκριμένη στάση των ασθενών προς τον εαυτό τους μετά την έναρξη της νόσου αλλά και προς την προσαρμογή τους σ' αυτήν.

Τα συμπεράσματα από την ανάλυση των δεδομένων της πιλοτικής έρευνας οδήγησαν στη διατύπωση των δύο βασικών προβληματισμών, οι οποίοι αποτέλεσαν και τον κορμό της κυρίως έρευνας:

1. Το συμπέρασμα που προκύπτει από τις έρευνες του πληθυσμού των νεφροπαθών που διανύουν το τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, είναι ότι ο τρόπος κάθαρσης επηρεάζει την προσωπικότητα των ασθενών και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των αλλαγών στη ζωή τους λόγω της ασθένειας (Koutsopoulou, Theodosopoulou, Vantis, Kotrotsiou, Kostadinou, Donousi, 2002).

Ιατρικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς που κάνουν περιτοναϊκή κάθαρση έχουν καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής (Steele, Wuerth, Finkelstein, Juergensen, Juergensen, Kliger, Finkelstein, 1996). Επίσης, οι ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση εμφανίζονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από τους αιμοκαθαιρόμενους (Griva, 2005).

Τα δεδομένα της δικής μας πιλοτικής έρευνας επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα των προγενέστερων μελετών, καθώς δείχνουν καλύτερη συναισθηματική αντίδραση των ασθενών στη νόσο σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενους συμπάσχοντές τους.

Εντούτοις, τα ποσοστά των ασθενών που επιλέγουν την περιτοναϊκή κάθαρση μειώνονται σταδιακά σε Ευρώπη και Αμερική (John Hopkins Medical Institution, 2004). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, οι βασικότερες αιτίες είναι το υψηλό οικονομικό κόστος και η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τη μέθοδο και τα πλεονεκτήματά της. Υποστηρίζεται ότι πολλοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θα επέλεγαν τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης, εάν γνώριζαν ενδελεχώς τη διαδικασία, καθώς θα εκτιμούσαν τη δυνατότητα καλύτερης ποιότητας ζωής.

Από την άλλη, μελέτες για τα κίνητρα επιλογής μεθόδου έδειξαν ότι οι ασθενείς *επιλέγουν* (υπογράμμισή δική μας) την περιτοναϊκή κάθαρση για λόγους αυτονομίας και

αυτοέλεγχου (Wuerth et al., 2002). Αυτή η διαπίστωση παραπέμπει στα στοιχεία προσωπικότητας του ασθενούς, η οποία εκδηλώνεται μέσα από τις στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων (επίπεδο συμπεριφοράς) αναφορικά με την ασθένεια.

Ο δικός μας προβληματισμός ήταν κατά πόσο ο τρόπος κάθαρσης επηρεάζει την προσωπικότητα των ασθενών ή κατά πόσο η προσωπικότητα των ασθενών επηρεάζει την επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης. Θεωρήσαμε δηλαδή ότι ίσως η επιλογή της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης για λόγους αυτονομίας και αυτοέλεγχου είναι η συνέπεια της ύπαρξης μιας αυτόνομης προσωπικότητας, η οποία στηρίζεται περισσότερο στον εαυτό της και επιθυμεί να διατηρήσει την αυτονομία της και τον έλεγχο της κατάστασής της. Υπό αυτό το πρίσμα, ο τρόπος κάθαρσης πιθανόν δεν είναι παρά μόνο ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στα προϋπάρχοντα στοιχεία της προσωπικότητας και στην αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια, μέσω της επιλογής του οποίου μπορούμε να κατανοήσουμε την προσωπικότητα του ατόμου και να προβλέψουμε την αντίδραση του πάσχοντα στην κατάστασή του.

Με άλλα λόγια, ίσως δεν είναι η αιμοκάθαρση αυτή καθαυτή που, σύμφωνα με τις έρευνες, επηρεάζει συστηματικά τις τρεις κλίμακες των διαταραχών της προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός και εσωστρέφεια /εξωστρέφεια) (Koutsopoulou, Theodosopoulou, Vantis, Kotrotsiou, Kostandinou, Donousi, 2002), αλλά η επιλογή της ίσως επηρεάζεται από την ήδη υπάρχουσα ανασφάλεια εκ των έσω και την ανάγκη της ασφάλειας και της υποστήριξης απ' έξω, όπου η ευθύνη της κατάστασης του ασθενούς μεταφέρεται περισσότερο στα έμπειρα χέρια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η περιτοναϊκή μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης προσφέρει μεγαλύτερη αυτονομία στους ασθενείς, αλλά προϋποθέτει πολύ μεγαλύτερη ανάληψη ευθυνών από τον ασθενή (τήρηση του σωστού προγράμματος και των κανόνων καθαριότητας κ.λπ.), πράγμα που, κατά τη γνώμη μας, προϋποθέτει την ύπαρξη μεγαλύτερης εμπιστοσύνης στον εαυτό, την ετοιμότητα, τη δυνατότητα και την επιθυμία να αναλάβει το άτομο την ευθύνη για την κατάστασή του.

2. Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα δεν ταυτίζεται με την προσωπικότητα, αλλά στην ουσία αποτελεί τη βάση της, καθώς, πέρα από τις ιδιοσυγκρασίες του κάθε ατόμου, συμβάλλει στη δόμηση και στην ερμηνεία του σημαίνοντα κοινωνικού κόσμου από αυτό.

Το ανήκειν και η ταύτιση με τις ομάδες ένταξης (φυλή, έθνος, φύλο, οικογένεια κ.λπ.) προϋποθέτει το μοίρασμα των κοινωνικών αναπαραστάσεων (γνωστικό στοιχείο) από /και με τις ομάδες αυτές, τη συναισθηματική αντίδραση στο γεγονός αυτό

(συναισθηματικό στοιχείο, θετικά ή αρνητικά αξιολογούμενο) που δίδει το έναυσμα της ταύτισης ή της μη ταύτισης με την επιλεγόμενη ομάδα, και την αντίδραση του ατόμου (στοιχείο συμπεριφοράς) στις καταστάσεις. Πέραν από τις ιδιοσυγκρασίες του κάθε ατόμου που δεν μπορούν να παραλειφθούν στην εξέταση της προσωπικότητάς του, υπάρχει μια «βάση δεδομένων», η οποία παρέχεται στο άτομο από την κοινωνία ακόμα και πριν τη γέννησή του (Λίποβατς, 1994) και εξακολουθεί να υπάρχει κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Συνεπώς, στην ψυχοκοινωνική ταυτότητα του κάθε ατόμου, υπάρχουν στοιχεία που είναι κοινά με τα άλλα μέλη της συγκεκριμένης κοινωνίας, του συγκεκριμένου έθνους, της συγκεκριμένης ομάδας κ.λπ., ή στις όποιες ομάδες ανήκει το άτομο. Υπό αυτήν την έννοια, η μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του ατόμου δεν ταυτίζεται με τη μελέτη της προσωπικότητας, αλλά μας δίδει πολύτιμα στοιχεία για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην/ και επηρεάζουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας.

Συμπερασματικά, η προσπάθεια της εύρεσης των κοινών στοιχείων που πιθανόν να υπάρχουν στην ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ατόμων της συγκεκριμένης ομάδας, δεν στοχεύει στην απλή περιγραφή τους, αλλά και στην κατανόηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων που συνιστούν, με τη σειρά τους, τη βάση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, και που επηρεάζουν τις στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων που επιστρατεύει το άτομο για να αντεπεξέλθει σε κάποιες καταστάσεις (στη συγκεκριμένη περίπτωση, στην ανίατη ασθένεια).

Οι προβληματισμοί αυτοί που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας, επέτρεψαν τη διατύπωση των έξι βασικών υποθέσεων της κυρίως έρευνας (Κεφ. 4). Τα αποτελέσματα αυτά εξετάζονται στη συνέχεια και εντάσσονται στα πλαίσια των επόμενων δύο σταδίων της έρευνας.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ – ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑ.

6.2. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΑΥΤΗΣ.

Η πρώτη υπόθεση της κυρίως έρευνας ήταν ότι η επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης δείχνει την εξ αρχής προτίμηση των ασθενών γι' αυτήν και πιθανόν να εξαρτάται από τα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου (ανάγκη για διατήρηση της αυτονομίας και του αυτοελέγχου, ή αντιθέτως, ανάγκη για περισσότερη ασφάλεια και στήριξη «απ' έξω»).

Η ανάλυση των απαντήσεων των 25 υποκειμένων (15 άνδρες και 10 γυναίκες) που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης έδωσαν στοιχεία για τη γνώμη των ασθενών για τις δύο μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης και για τους λόγους προτίμησης της συγκεκριμένης μεθόδου, δηλαδή της αιμοκάθαρσης.

Όπως φαίνεται, η συντριπτική πλειοψηφία των αιμοκαθαιρόμενων υποκειμένων έχουν θετική γνώμη για τη συγκεκριμένη μέθοδο, σε αντίθεση με τη γνώμη τους για την περιτοναϊκή κάθαρση, για την οποία φαίνεται να είναι αρνητικοί. Εκφράζοντας τη θετική τους γνώμη για την αιμοκάθαρση, τα υποκείμενα απαντούν «...πολύ καλή. Νιώθω πιο ασφαλής», «...πιο καλή είναι από την περιτοναϊκή», «...πιο σωστή και καλύτερη από την περιτοναϊκή απ' ό,τι έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας)», «...μας βοηθάει να ζούμε καλύτερα», «...ξέρω 'γω (υπογράμμιση δική μας), καλή μου φαίνεται. Αν δεν είχαμε και αυτό...», «...καλύτερα είναι», «...ασφαλής, αξιόπιστη. Μόλις τελειώσω, νιώθω ξέγνοιαστη», δείχνοντας ήδη τους λόγους προτίμησής τους για τη συγκεκριμένη μέθοδο.

Οι αρνητικές απόψεις για την περιτοναϊκή κάθαρση περιελάμβαναν τις απαντήσεις (μερικές από τις οποίες είναι σχεδόν όμοιες) «...είναι πιο επικίνδυνη», «...είναι επικίνδυνη λόγω μικροβίων και δύσκολη, όπως έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας) από τους άλλους», «...μολύνσεις και πολύ χρόνο για καθαριότητα», «...είχε κάνει η αδελφή μου και στην εγχείρηση της έκοψαν το έντερο και πέθανε», «...μέχρι τα 50 την αποκλείω», «...όχι καλή, έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας) άσχημα πράγματα», «...όχι καλή, έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας) τα χειρότερα», «...άσχημη εμπειρία (προσωπική εμπειρία)», «...δεν είναι καλή (προσωπική εμπειρία)», «...ξορκισμένη να 'ναι, να πεθάνω...Την πρώτη μέρα θα πεθάνω», «...δε με ενδιέφερε από την αρχή(υπογράμμιση δική μας). Είχα κάνει μεταμόσχευση που κράτησε 16 χρόνια και μετά αμέσως αιμοκάθαρση, έχω κάνει 13 εγχειρήσεις, δε θέλω άλλες», «...δε μ' αρέσει. Δεν την

έχω δοκιμάσει ποτέ (υπογράμμιση δική μας)», «...τα είδα πρακτικά τα πράγματα και δεν την ήθελα», «...είναι φασαρία και δέσμευση».

Παρόλο που η προτεινόμενη ερώτηση «Ποια είναι η γνώμη σας για τη μέθοδο (ξεχωριστά η κάθε μια)» ήταν συναισθηματικά ουδέτερη, οι απαντήσεις των υποκειμένων εμφανίζονται να είναι φορτισμένες συναισθηματικά (ιδιαίτερα αναφορικά με την αρνητική άποψη των υποκειμένων για την περιτοναϊκή κάθαρση - αρνητικός πόλος) και φέρουν σημεία σύγκρισης της μιας μεθόδου με την άλλη, χωρίς η ερώτηση να προϋποθέτει τη σύγκριση αυτή. Φανερώνουν, επίσης, κατά τη γνώμη μας, την προσπάθεια των υποκειμένων να δικαιολογηθεί και να επιβεβαιωθεί η ορθότητα της (προσωπικής) επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου ως της πιο σωστής λύσης στο πρόβλημά τους και να ανακουφιστεί η ένταση που μπορεί να προκαλείται από τις τυχόν αμφιβολίες για την ορθότητα της απόφασής τους. Θεωρούμε ότι έτσι εξηγείται η αντίθεση που εμφανίζεται στη γνώμη των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών για τις δύο μεθόδους της εξωνεφρικής κάθαρσης και φανερώνει την ύπαρξη των δύο αντίθετων πόλων - του θετικού πόλου (αιμοκάθαρση) και του αρνητικού πόλου (περιτοναϊκή κάθαρση).

Ο λόγος των υποκειμένων βοήθησε στη διεξαγωγή του συμπεράσματος αυτού, καθώς το κύριο γνώρισμα της λέξης είναι η γενικευμένη αντανάκλαση της πραγματικότητας. Η σκέψη, αλλά και ολόκληρη η συνείδηση βρίσκεται σε συνάφεια με τη λέξη (Vigotsky, 1988). Το νοητικό περιεχόμενο εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία του ατόμου από την αλληλεπίδραση των ενδιαφερόντων του παιδιού, των συναισθηματικών του αναζητήσεων και των ιδιοτήτων ενός σημαντικού Άλλου. Αυτό το συγκινησιακό αναπαραστατικό κύκλωμα ακολουθεί το άτομο στη μετέπειτα πορεία της ζωής του και αναπτύσσεται βοηθούμενο από τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες του υποκειμένου. Εκείνο που παίζει σημαντικό ρόλο στη δυναμική σχέση των συστατικών που δομούν το συγκινησιακό αναπαραστατικό κύκλωμα, είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη γλώσσα και τη σκέψη που εμφανίζεται μέσω των λέξεων, που σχετίζονται με τις αναπαραστατικές ενότητες του συγκινησιακού αναπαραστατικού κυκλώματος (Ρήγα, 1997). Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα εμφανίζουν, μέσω της γλώσσας, τη δική τους αναπαράσταση ή αυτή του Άλλου και οι φαντασιακές σχέσεις που διατηρούν, επιτρέπουν την ερμηνεία των γεγονότων, την εξαγωγή απόψεων περί της συμπεριφοράς ενός συγκεκριμένου ή περισσότερων ατόμων (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Τα ψυχολογικά στοιχεία, κίνητρα, αντίληψη του Εαυτού, αξίες και συναισθήματα εμφανίζονται μέσω των λέξεων στο λόγο των υποκειμένων. Οι αξίες αναφέρονται σ' οτιδήποτε περιγράφεται ως

επιθυμητό, ενώ οι αντι-αξίες αναπαριστώνται ως διπολικά αντίθετες στο αρχικό περιεχόμενο που εκφράζει τις αξίες (Ρήγα, 1997).

Έτσι, οι απαντήσεις των υποκειμένων για την αιμοκάθαρση κυμαίνονται από τις «καλή», «πολύ καλή», «ασφαλής», «ασφαλής και αξιόπιστη» μέχρι (χωρίς να ερωτηθούν για τη σύγκριση) «καλύτερη από την περιτοναϊκή», «πιο σωστή από την περιτοναϊκή» κ.λπ. Η αντίθετη αρνητική γνώμη των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών για την περιτοναϊκή κάθαρση δεν βασίζεται στα επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα, αλλά τις περισσότερες φορές, στις *επιλεκτικές* γνώμες και προσωπικές εμπειρίες των άλλων, που, κατά τη γνώμη μας, εισακούονται γιατί, στην ουσία, δικαιολογούν τις ανάγκες και τους φόβους του ασθενούς (της ανάληψης π.χ. των ευθυνών από τον ίδιο) και επιβεβαιώνουν την ορθότητα της επιλογής του βάσει αυτών των αναγκών, χωρίς να του προκαλούν τα αισθήματα ενοχής και αυτομομφής (στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους) (Nettleton, 2002). «...έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας) τα χειρότερα», «...είναι επικίνδυνη...όπως έχω ακούσει (υπογράμμιση δική μας) από τους άλλους», «...είναι πιο επικίνδυνη» κ.λπ. είναι μερικές από τις απαντήσεις των υποκειμένων αναφορικά με τη γνώμη τους για την περιτοναϊκή κάθαρση. Όμως, υπάρχουν και οι απαντήσεις «...δεν την ήθελα από την αρχή», «...ξορκισμένη να' ναι, θα πεθάνω...», «...τα είδα πρακτικά τα πράγματα και δεν την ήθελα...», «...δεν την έχω δοκιμάσει ποτέ» κ.λπ., που επιβεβαιώνουν, κατά τη γνώμη μας, την πρωταρχική μας υπόθεση - αυτή για την *εξ αρχής* επιλογή της μεθόδου από τους ασθενείς, λόγω των προσωπικών αναγκών τους (προσπάθεια να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια των ασθενών, μεταφέροντας την ευθύνη για την κατάστασή τους στους ειδικούς, περισσότερη κοινωνική στήριξη λόγω της μη επαρκούς εμπιστοσύνης στον εαυτό τους κ.λπ.).

Διευκρινίζοντας περισσότερο τους λόγους της μιας ή της άλλης γνώμης, προτάθηκε στα υποκείμενα να περιγράψουν τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της κάθε μεθόδου. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης των απαντήσεων (η οποία επιτρέπει να γενικευτεί το αποτέλεσμα και για τον πληθυσμό) για τα θετικά της αιμοκάθαρσης, τα περισσότερα υποκείμενα προβάλλουν την ασφάλεια που τους παρέχει η παραμονή τους στο νοσοκομείο κατά τη διάρκειά της και η φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού, ακολουθούμενη από την ελευθερία κινήσεων που τους επιτρέπει η μέθοδος. «...εδώ είναι οι νοσοκόμες, οι γιατροί», «...είσαι μέσα στο νοσοκομείο. Μεγαλύτερη ασφάλεια», «...φροντίδα προσωπικού, ασφάλεια, αξιοπιστία», «...σε παρακολουθούν οι γιατροί», «...αν πάθεις κάτι έχεις τους γιατρούς», «...είμαι ανάμεσα στους γιατρούς, άμα πάθω κάτι τρέχουν όλοι», «...οι γιατροί και το προσωπικό

φροντίζουν για την καθαριότητά μας», «... δεν ξέρω...Πιο ασφαλής» - είναι η εξήγηση της αίσθησης της ασφάλειας που βιώνουν οι ασθενείς εφαρμόζοντας τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Για την ελευθερία κινήσεων τα υποκείμενα απαντούν: «...Κυριακή-Δευτέρα είσαι ελεύθερος. Έρχεσαι τέσσερις ώρες και τελειώνεις», «...έχω ελεύθερη την άλλη μέρα», «...Έρχεσαι εδώ και βαστάς δυο μέρες», «...έρχομαι εδώ, ξαπλώνω τρεις ώρες στο κρεβατάκι μου και φεύγω», «...έχω περισσότερο ελεύθερο χρόνο», «...δε σε νοιάζει. Λείπεις όλη μέρα άμα θες», «...Μόλις τελειώσεις, νιώθεις ξέγνοιαστη».

Στα θετικά της περιτοναϊκής μεθόδου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης δεδομένων, δεν παρατηρείται υπεροχή κάποιας συγκεκριμένης γνώμης κι έτσι, οι παρουσιαζόμενες γνώμες «καλύτερη ποιότητα ζωής», «ανώδυνη κάθαρση», «δεν γνωρίζω», «δεν απάντησαν» φαίνεται να ισομοιράζονται στον πληθυσμό.

Ο βασικός λόγος των αρνητικών στοιχείων της αιμοκάθαρσης είναι η «κούραση / ταλαιπωρία» (ο τίτλος αυτός επιλέχθηκε βάσει του λόγου των υποκειμένων) που περιλαμβάνει τις οργανικές επιπτώσεις της εφαρμογής της μεθόδου, την πολύωρη διαδικασία της κάθαρσης, την ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της παρακολούθησης της κατάστασης των άλλων ασθενών και την αναγκαία μετακίνηση στο νοσοκομείο. Έτσι, οι ασθενείς απαντούν: «...είναι κουραστικό τέσσερις ώρες σε μια καρέκλα και να βλέπεις τα αίματα...κουράζει...», «...δεν περνάνε οι τέσσερις ώρες γιατί δεν κοιμάμαι κιόλας», «...τέσσερις ώρες και κοιτάμε το ταβάνι», «...οι ώρες, οι κίνδυνοι λόγω εξαγωγής και εισροής του αίματος», «...απαγορεύεται το νερό, μετά νιώθεις εξαντλημένος», «...μένω 50 χιλιόμετρα μακριά και ταλαιπωρούμαι με το λεωφορείο», «...νιώθω αδυναμία μετά την αιμοκάθαρση», «...τρεις φορές την εβδομάδα, μια ώρα να πάω και μια ώρα να γυρίσω, μου πέφτει το ζάχαρο», «...ταλαιπωρία, τίποτε άλλο», «...ταλαιπωρώ τον γιο μου και νιώθω τύψεις», «...είναι ταλαιπωρία να ξανάρχεσαι...έξοδα...πρωί-πρωί να' ρθεις στην ώρα σου, τρέχεις», «...ταλαιπωρούμαι να έρθω, καλύτερα να έμενα σπίτι μου», «...γίνεται πολλές ώρες, στεναχωριέμαι βλέποντας τους άλλους ασθενείς».

Στα αρνητικά της περιτοναϊκής μεθόδου οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζεται να αναφέρουν τη συχνότητα εφαρμογής και τον κίνδυνο μολύνσεων. Έτσι, για τη συχνότητα εφαρμογής αναφέρουν: «...απαιτεί κάθε έξι ώρες», «...όλη μέρα πρέπει να είμαι στο σπίτι», «...κάθε έξι ώρες - κούραση», «...πολλές φορές την ημέρα», «...άγχος να γυρίσεις όπου και να'σαι να προλάβεις την κάθαρση», «...είναι βλακεία - κάθε έξι ώρες», «...κάθε έξι ώρες πρέπει να σταματάς ό,τι κάνεις, δεν μπορείς να λείψεις από το σπίτι», «...δεν μπορώ να πάω στο Ηράκλειο στον γιο μου...να γυρίσω στην ώρα μου», «...δυσκολία μετακίνησης».

Ο φόβος για τον κίνδυνο μολύνσεων εκφράζεται με τις εξής απαντήσεις: «...δε βολεύει...έχω ακούσει (υπογράμμισή δική μας) για προβλήματα, επιλογή και υπερβολική καθαριότητα», «...μολύνσεις», «...έχω ακούσει (υπογράμμισή δική μας) για μολύνσεις», «...καθαριότητα, όχι θάλασσα», «...θέλει καθαριότητα, μολύνεται και το βγάλανε (προσωπική εμπειρία)», «...κίνδυνος μικροβίων», «...μεγάλη προσοχή και καθαριότητα, ειδικό δωμάτιο, αποστειρώσεις», «...πολλή προσοχή να τα κάνεις καλά, μην πάθεις μόλυνση».

Οι απαντήσεις των υποκειμένων για τη μέθοδο προτίμησης δείχνουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών προτιμούν την αιμοκάθαρση για λόγους ασφάλειας και μεγαλύτερης ελευθερίας κινήσεων: «...καμία άλλη. Αυτή!», «...είναι πιο ασφαλής», «...για τους παραπάνω λόγους (της θετικής γνώμης - η ασφάλεια του νοσοκομείου κ.λπ.), «...έχεις παρακολουθήση», «...αυτή είναι, δεν έχει άλλη», «...αυτή που είμαι. Αφού τα' παμε (θετική γνώμη - «..αν πάθεις κάτι έχεις τους γιατρούς»), όπως και «...αισθάνομαι περισσότερο ελεύθερος», «...με βολεύει», «...έχω περισσότερο ελεύθερο χρόνο» κ.λπ. Σημειώνεται ότι κανένα από τα υποκείμενα δεν δήλωσε την περιτοναϊκή κάθαρση ως μέθοδο προτίμησης.

Θεωρούμε ότι τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας για την εξ αρχής επιλογή των υποκειμένων της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης για υποκειμενικούς λόγους, οι οποίοι εκφράζουν τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών και τους προσανατολίζουν στη μια ή την άλλη επιλογή. Αυτοί οι λόγοι ίσως αποτελούν ενδείξεις των ήδη υπάρχοντων στοιχείων της προσωπικότητας του ασθενή και των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, καθώς η αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια εξαρτάται πρώτα απ' όλα από την προσωπικότητά του (Molnar, 1989, Grieschmann, 1989, Ρήγα, 1997). Υπό αυτή την έννοια, ίσως η προσωπικότητα είναι που επηρεάζει την επιλογή της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης και όχι η μέθοδος την προσωπικότητα, καθώς, στην ουσία, αποτελεί την αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια και φανερώνει τις στρατηγικές που αυτό επιστρατεύει για την επίλυση προβληματικών καταστάσεων (π.χ. η ανάγκη της ανάθεσης ευθυνών για την εξέλιξη της νόσου στους άλλους, στην προσπάθεια να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια του ατόμου ως μη υπεύθυνου για την κατάστασή του, ή η ανάγκη της διατήρησης της αυτονομίας και του αυτοελέγχου του σώματος και της ζωής του, πάλι στην προσπάθεια να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια του ατόμου, ιδωμένο, όμως, υπό άλλο πρίσμα, που εμφανίζει διαφορετική δομή της προσωπικότητας και διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων).

Θεωρούμε σημαντική τη διατύπωσή μας αυτή, γιατί ίσως μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος της σταδιακής μείωσης των ποσοστών των ασθενών που επιλέγουν την περιτοναϊκή κάθαρση ως μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης (John Hopkins Medical Institution, 2004). Δηλαδή, ίσως στη μείωση αυτή, εκτός από την ανεπαρκή ιατρική πληροφόρηση των ασθενών για τη διαδικασία και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης, σύμφωνα με την προαναφερθείσα βιβλιογραφική πηγή, μπορεί να συμβάλλει και η ανεπαρκής πληροφόρηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για το ψυχολογικό προφίλ του ασθενή, όπου είναι αναγκαία η παρουσία και η συμβολή του ψυχολόγου, ώστε το άτομο να βοηθηθεί στην κάλυψη των δικών του τυχόν προσωπικών ανασφαλειών και ψυχολογικών προβλημάτων και να είναι ανοιχτό προς τις προτάσεις για τη χρήση μιας εναλλακτικής μεθόδου, η οποία μπορεί να εξασφαλίσει στον ασθενή καλύτερη ποιότητα ζωής, αυτονομία και αυτοέλεγχο.

Θεωρούμε επίσης ότι, εκτός από το ψυχολογικό προφίλ του κάθε ασθενή, δηλαδή τα στοιχεία της προσωπικότητάς του που παραπέμπουν περισσότερο στον τρόπο αντίδρασης (συμπεριφορά) του κάθε ατόμου, δεν πρέπει να παραβλέπεται το ψυχοκοινωνικό του προφίλ, καθώς την πραγματικότητα του καθενός την κατασκευάζει πρώτα απ' όλα η κοινωνία (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Τα γονεϊκά πρότυπα, οι ομάδες ταύτισης, τα κοινωνικά μηνύματα που λαμβάνει το άτομο από τις συναλλαγές του με τους άλλους, η συναισθηματική αντίδρασή του σ' αυτά (θετικά ή αρνητικά αξιολογούμενη), συμβάλλουν κατά πολύ στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της πραγματικότητάς του. Υπό αυτή την έννοια, η κάθε περίπτωση πρέπει να εξετάζεται και *ψυχοκοινωνικά*, καθώς η ψυχοκοινωνική ταυτότητα είναι η «βάση» της προσωπικότητας και, σύμφωνα με τις Zavalloni-Louis-Gouerin (1996), είναι η απάντηση στην πραγματικότητα.

Η υπαγωγή σε κάποια ομάδα ένταξης προϋποθέτει την ύπαρξη ανάμεσα στα μέλη της κάποιων κοινών στοιχείων που συνιστούν τα χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας (γενικά ή συγκεκριμένα, αντικειμενικά ή υποκειμενικά) και τα οποία επηρεάζουν την έκδηλη συμπεριφορά του ατόμου.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, τα υποκείμενα ανήκουν σε μια γενικότερη ομάδα ασθενών με χρόνια ανίατη ασθένεια και ως τέτοια μπορεί να παρουσιάζουν ψυχολογικές αντιδράσεις όμοιες με άλλα μέλη αυτής της ομάδας. Ως ασθενείς με ΧΝΑ (υποομάδα), εμφανίζουν κάποιες ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με το είδος της ασθένειας και τη συγκεκριμένη επίδρασή της στο άτομο. Με τη σειρά τους, υπάρχουν άλλες δύο υποομάδες των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια - αυτή των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και η

ομάδα των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. Η καθεμία από αυτές εμφανίζει ορισμένα στοιχεία, χαρακτηριστικά για τη συγκεκριμένη ομάδα: έρευνες δείχνουν ότι ο τρόπος κάθαρσης επηρεάζει την προσωπικότητα των ασθενών και η αιμοκάθαρση, σε αντίθεση με την περιτοναϊκή κάθαρση, επηρεάζει συστηματικά τις τρεις κλίμακες των διαταραχών της προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός, εσωστρέφεια / εξωστρέφεια) (Koutsopoulou, Theodosopoulou, Vantis, Kotrotsiou, Kostandinou, Dopoulos, 2002). Παρόλο που όλοι οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία σε πιθανή αδιαφορία του κοινωνικού τους περιγύρου για την κατάστασή τους και έχουν ανάγκη τη συμπαράσταση, την κατανόηση και το ενδιαφέρον του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Τσελέπης, 2000b), εντούτοις οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση τείνουν να βασίζονται πολύ περισσότερο στην κοινωνική υποστήριξη για να επιλύσουν τα προβλήματά τους και έχουν αυξημένη ανάγκη για περισσότερη κοινωνική και οικογενειακή στήριξη (Cormier-Daigle & Stewart, 1997). Άλλες έρευνες (Wuerth et al., 2002) δείχνουν ότι οι ασθενείς επιλέγουν (υπογράμμισή δική μας) την περιτοναϊκή κάθαρση για λόγους αυτονομίας και αυτοέλεγχου.

Η αντίδραση στην ασθένεια εξαρτάται πρώτα απ' όλα από την προσωπικότητα του ατόμου (Molnar, 1989, Trieschmann, 1989, Ρήγα, 1997) και η επιλογή του τρόπου αντιμετώπισής της στην ουσία δείχνει την αντίδραση αυτή, οπότε ανακύπτει ένας προβληματισμός: Τελικά, ο τρόπος εξωνεφρικής κάθαρσης επηρεάζει την προσωπικότητα του ασθενούς ή η προσωπικότητα του ασθενούς επηρεάζει την επιλογή του τρόπου κάθαρσης; Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνάς (στάδιο II) επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας για τον πρωταρχικό ρόλο της προσωπικότητας του ατόμου στην επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης της ασθένειας, καθώς δείχνουν την εξ αρχής προσωπική προτίμηση των υποκειμένων για τη μέθοδο της εξωνεφρικής κάθαρσης.

Θέτουν, όμως, και άλλο προβληματισμό που επεκτείνεται πέρα από την προσωπικότητα ενός συγκεκριμένου ατόμου και παραπέμπει στις ομαδικές τάσεις: οι πανομοιότυπες γνώμες και στάσεις των υποκειμένων για τη μια ή την άλλη μέθοδο υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιων κοινών στοιχείων που «ενώνουν» τους ασθενείς με διαφορετικές προσωπικότητες, φύλο, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ. σε μια «ομάδα», η οποία επιλέγει (ίσως βάσει αυτών των κοινών στοιχείων) την ένταξή της σε μια «υποομάδα» - αυτή της εφαρμογής της μιας ή της άλλης μεθόδου.

Υπό αυτή την έννοια, η διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ατόμων μιας συγκεκριμένης ομάδας μας δίδει πολύτιμες πληροφορίες για το «κοινό υπόβαθρο» των διαφορετικών προσωπικοτήτων, καθώς την πραγματικότητα του καθενός την

κατασκευάζει πρώτα απ' όλα η κοινωνικότητα και η ψυχοκοινωνική ταυτότητα αναπαριστά όχι μόνο μια οργανωμένη δομή που έχει συγκρατηθεί στη μνήμη των υποκειμένων μέσω των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων του βιώματος, αλλά και ως δομή που οργανώνει τις κοινωνικές εμπειρίες, παρούσες και μέλλουσες (Zavalloni & Louis-Guerin 1996).

Έτσι, προχωρήσαμε στο επόμενο στάδιο της κυρίως έρευνας (στάδιο III της συνολικής έρευνας), η οποία περιελάμβανε την προσπάθεια της διερεύνησης της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών υπό αιμοκάθαρση (που συνιστούν την πλειοψηφία των πασχόντων - 448 άτομα έναντι 51 υπό περιτοναϊκή κάθαρση στην Κρήτη την 31.12.2004) (ενημερωτικό έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Η διερεύνηση αυτή δεν περιλαμβάνει μόνο την περιγραφή των βασικών κοινών στοιχείων που συνιστούν την παρούσα εικόνα της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των υποκειμένων της συγκεκριμένης ομάδας - αυτής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, αλλά και τη διερεύνηση των (αόρατων) παραγόντων που ίσως συνέβαλαν και συμβάλλουν στην εξέλιξή της και πιθανόν να επιδρούν στην αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια .

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ – ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑ.

6.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ (ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ).

Σ' αυτό το στάδιο της κυρίως έρευνας χορηγήθηκαν 127 ερωτηματολόγια με κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις, όπου στις 44 βασικές ερωτήσεις υπήρχαν υποερωτήσεις για τη διευκρίνιση της απάντησης του υποκειμένου, προκειμένου να διεξαχθούν οι συσχετίσεις των αποτελεσμάτων για την καλύτερη κατανόηση του εξεταζόμενου θέματος. Οι πέντε βασικές υποθέσεις αφορούσαν στο φύλο των ασθενών, στην ηλικία, στο κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, στα γονεϊκά πρότυπα και στην αντίληψη του Εαυτού τους ως ασθενείς που διανύουν το τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας (Κεφ.4). Τα αποτελέσματα της παρουσιαζόμενης έρευνας μας επέτρεψαν να προβούμε σε ορισμένες διαπιστώσεις, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω σε ξεχωριστές ενότητες, σύμφωνα με τη σειρά των βασικών υποθέσεων.

6.3.1. Φύλο και ΧΝΑ.

6.3.1^α. Κατανομή του φύλου. Οργανικό επίπεδο.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα πορίσματα των μελετών που αναφέρονται στο γενετικό παράγοντα ως παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Κεφ. 3), καθώς φαίνεται να υπάρχει μια σαφής υπεροχή του ανδρικού φύλου ανάμεσα στους ασθενείς με ΧΝΑ σε σύγκριση με τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό. Επομένως, στην περίπτωση της εξεταζόμενης νόσου, το φύλο εμφανίζεται να είναι σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την πορεία της υγείας του ατόμου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το φύλο φαίνεται να συσχετίζεται και με άλλον παράγοντα που παραπέμπει στη βιολογική (οργανική) υπόσταση του ανθρώπου : ενώ η πιθανότητα να εμφανιστούν κάποιες άλλες οργανικές διαταραχές πριν την έναρξη της ΧΝΑ είναι ίδιες και για τα δύο φύλα, το είδος τους μοιάζει να διαφέρει στις ομάδες αυτές.

Έτσι, οι άνδρες-ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υπέρτασης /καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως και του διαβήτη, καθώς και του συνδυασμού αυτών των διαταραχών σε σύγκριση με τον γυναικείο πληθυσμό. Στις γυναίκες, φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό νεφρικών νόσων (κληρονομικής φύσεως) και αδιευκρίνιστης αιτίας άλλων οργανικών διαταραχών (υπόταση, πονοκέφαλοι, διαταραχή

της εμμήνου ρύσεως κ.λπ.). Εδώ ανακύπτει ένας ενδιαφέρων προβληματισμός, ο οποίος εξετάζεται παρακάτω.

Σειρά ερευνών αναφέρουν ότι η συχνότητα της υπέρτασης είναι διπλάσια στις γυναίκες, ενώ οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες στεφανιαίας νόσου, έλκους και άσθματος (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Pilgrim-Rogers, 2004). Υπάρχουν στοιχεία, όμως, που αναφέρουν ότι, στην περίπτωση της υπέρτασης, επιδημιολογικά αυτή εμφανίζεται συχνότερα, κυρίως μεταξύ των κατοίκων των πόλεων χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων, στους νέγρους, στους αγροτικούς πληθυσμούς που μετακόμισαν σε πόλεις, παρά στους μόνιμους κατοίκους των πόλεων, και στους άντρες (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, στην αναλογία του γένους, όμως, έχουν συντελεστεί μεταβολές: έτσι, από τον 19^ο προς τον 20^ο αιώνα η ειδική για το γένος αναλογία έχει αναστραφεί, π.χ. στις περιπτώσεις τους έλκους και του διαβήτη.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες υποφέρουν από συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις, όπως ο *διαβήτης*, οστεοπόρωση και ποικίλα αυτοάνοσα νοσήματα, ενώ οι υπόλοιπες χρόνιες παθήσεις κατανέμονται ισάριθμα ανάμεσα στα δύο φύλα. Επιπρόσθετα, οι έρευνες αυτές αποκαλύπτουν ότι υφίσταται μια ανοδική τάση στις χρόνιες ασθένειες που εκδηλώνονται στις γυναίκες μέσης ηλικίας (45-65 χρόνων). Πιο συγκεκριμένα, έξι στις δέκα μεσήλικες γυναίκες παρουσιάζουν οστεοπόρωση, *υπέρταση*, *διαβήτη*, καρκίνο, αρθρίτιδα (Calvert, 2001).

Όπως φαίνεται, τα συμπεράσματα των προαναφερθέντων βιβλιογραφικών αναφορών είναι αρκετά αντιφατικά και ο παράγοντας «φύλο» δεν μοιάζει να καθορίζει πάντα την εκδήλωση ορισμένων χρόνιων παθήσεων, για την εμφάνιση των οποίων ίσως να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Παραδείγματος χάριν, η μεταβολή των παθήσεων στην αναλογία του γένους από τον 19^ο προς τον 20^ο αιώνα θα μπορούσε να εξεταστεί ψυχοκοινωνικά, καθώς το γενετικό υπόβαθρο (το φύλο) δεν είχε αλλάξει, αλλά οι γυναίκες άρχισαν να συμμετέχουν ενεργά στην παραγωγική διαδικασία, συνδυάζοντας τους παραδοσιακούς γυναικείους ρόλους (συζύγου, μητέρας, νοικοκυράς) με το ρόλο της εργαζόμενης, δηλαδή αυξάνοντας τις οικογενειακές και τις οικονομικές τους υποχρεώσεις και ευθύνες.

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν για μια πολυπαραγοντική γένεση της υπέρτασης (Elliot & Bulle, 1985, Elbert, 1988, Carvey et al., 1988, Kaplan & Saddoks, 2000). Η συνύπαρξη γενετικής προδιάθεσης και η επιβάρυνση του περιβάλλοντος δημιουργούν σωματικά την εικόνα της υπέρτασης και ψυχικά οδηγούν σε έναν τύπο από τη μια μεριά

αγγώδη-γέρικο και από την άλλη επιθετικό-με αναστολή της επιθετικότητας και συγχρόνως καταναγκαστικό (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981).

Στην περίπτωση του διαβήτη, παρόλο που η κληρονομικότητα είναι πολύ σημαντική για την εκδήλωση της πάθησης, μια οξεία έναρξή του συχνά συνδέεται με ψυχικό στρες, το οποίο διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία του οργανισμού (Kaplan & Saddoks, 2000). Το σημαντικό, σ' αυτήν την περίπτωση, είναι, σύμφωνα με τις μελέτες, ότι βασικά δεν παίζει ρόλο η υπερβολική απαίτηση που βιώνεται ως στρες, αλλά η *σημασία* που δίδει σ' αυτό ένα συγκεκριμένο άτομο (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Δηλαδή αναφερόμαστε στα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του ατόμου, στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του με τις οποίες διαχειρίζεται την πραγματικότητα, άρα αναπόφευκτα αναφερόμαστε στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή, συνεπώς και την υγεία του κάθε υποκειμένου.

Αν συνοψίσουμε τα παραπάνω, προκύπτουν οι εξής διαπιστώσεις:

1. Οι άνδρες παρουσιάζουν τη ΧΝΑ πιο συχνά από τις γυναίκες.
2. Δύο από τους πιο συχνούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ΧΝΑ είναι ο διαβήτης και η υπέρταση.
3. Περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες υποφέρουν από συγκεκριμένες ασθένειες, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση.
4. Οι ερευνητές συμφωνούν για τη σημασία του στρες στη γένεση της υπέρτασης και του διαβήτη, περισσότερο δε τονίζεται η σημασία που δίδει σ' αυτό ένα συγκεκριμένο άτομο.
5. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι περισσότεροι άνδρες απ' ό,τι γυναίκες-ασθενείς με ΧΝΑ υπέφεραν από υπέρταση και διαβήτη πριν την εμφάνιση της εξεταζόμενης νόσου.

Βάσει αυτών των διαπιστώσεων θα μπορούσαμε να προτείνουμε την εξής υπόθεση: *η ύπαρξη του διαβήτη και της υπέρτασης στους άνδρες καταλήγει στην εμφάνιση της ΧΝΑ πιο συχνά απ' ό,τι στις γυναίκες*. Δηλαδή, όπως φαίνεται, παρόλο που οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από το διαβήτη και την υπέρταση, η εμφάνιση της ΧΝΑ λόγω των συγκεκριμένων παθήσεων είναι πιο συχνή στους άνδρες, γεγονός που παραπέμπει στο γενετικό υπόβαθρο του ανθρώπου.

Όπως επισημάνθηκε πιο πριν, στην εμφάνιση της υπέρτασης και του διαβήτη, εκτός από τη γενετική προδιάθεση, συμβάλλουν η επιβάρυνση του περιβάλλοντος (πρώιμα παιδικά βιώματα, συνεχές στρες) και η σημασία που δίδεται στα γεγονότα της

ζωής από κάθε άτομο, γεγονός που παραπέμπει στα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα έχει την αντικειμενική της υπόσταση (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα κ.λπ.) και την υποκειμενική της (αόρατη) υπόσταση (κληρονομικότητα, σχέσεις μέσα στην πατρική οικογένεια, πρώιμα βιώματα, αντίληψη και επεξεργασία των βιωμάτων αυτών, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που το παιδί αντλεί από την πατρική του οικογένεια και της προσωπικής αντίδρασής του σ' αυτές -ιδιοσυγκρασία του καθενός-). Όπως φαίνεται, στην ψυχοκοινωνική ταυτότητα του κάθε ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο το βιολογικό (φύλο, κληρονομικότητα) και το ψυχοκοινωνικό (πρώιμα παιδικά βιώματα, τύπος καταγωγής, επίπεδο μόρφωσης κ.λπ.) ανθρώπινο υπόβαθρο. Το βιολογικό υπόβαθρο αναπόφευκτα επηρεάζει την πορεία του κάθε ατόμου, το ίδιο αναπόφευκτα το ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο επιδρά στη βιολογική πορεία του. Π.χ., ενώ οι παντρεμένες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας για ψυχιατρικές ασθένειες, οι παντρεμένοι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σε νοσοκομεία για *μη* ψυχιατρικές ασθένειες από τις παντρεμένες γυναίκες. Οι ανύπανδροι άνδρες, όμως, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας για ψυχιατρικές ασθένειες από το αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό (Pilgrim-Rogers, 2004). Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι συζυγικοί ρόλοι λειτουργούν προστατευτικά για τις γυναίκες αναφορικά με τις σωματικές ασθένειες (Nettleton, 2002, Pilgrim-Rogers, 2004). Καθώς φαίνεται, το φύλο (γενετικό υπόβαθρο) έχει διαφορετικό *ρόλο* και διαφορετικές απαιτήσεις από την κοινωνία (ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο), πράγμα που επηρεάζει και τη βιολογική πορεία του.

Θεωρούμε, λοιπόν, ότι και η ψυχοκοινωνική εξέταση της βιολογικής πραγματικότητας της ασθένειας θα μπορέσει να συμβάλλει στη δυνατότητα της καλύτερης κατανόησης των ερωτημάτων, όπως το γιατί, παρόλο που γενετικά ο άνθρωπος δεν έχει αλλάξει, υπάρχουν χρονικές μεταβολές των παθήσεων στην αναλογία του γένους, γιατί ο συγκεκριμένος άνθρωπος καταλήγει σ' αυτή και όχι σε άλλη ασθένεια και, το σημαντικότερο, θα μπορέσει να επιτύχει την καλύτερη *πρόληψη* και καλύτερη ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

6.3.1β. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Διαφορές αναφορικά με τη σημασία των κοινωνικών ρόλων του κάθε φύλου παρατηρούνται και στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών. Έτσι, το πιο συχνό

επάγγελμα των ανδρών-ασθενών είναι αυτό του αγρότη, το αντίστοιχο γυναικείο είναι το λειτούργημα της νοικοκυράς.

Στον επαγγελματικό και τον οικονομικό τομέα οι άνδρες φαίνεται να πλήττονται περισσότερο από τις γυναίκες από τις επιπτώσεις της ασθένειας, καθώς περισσότερο οι άνδρες από τις γυναίκες αναγκάζονται να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ και δηλώνουν περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας στην οικονομική τους κατάσταση. Έχοντας υπ' όψιν, σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνάς μας, ότι το πιο συχνό επάγγελμα των γυναικών-ασθενών είναι το λειτούργημα της νοικοκυράς, γίνεται κατανοητό το γιατί τα έσοδά τους δε μειώνονται μετά την εμφάνιση της δικής τους νόσου, καθώς εξασφαλίζονται από το σύντροφό τους. Αλλά και στις περιπτώσεις που οι γυναίκες εξασκούν κάποιο άλλο επάγγελμα, δεν αναγκάζονται να το διακόψουν, επειδή δεν ασχολούνται με βαριές χειρωνακτικές και ανθυγιεινές εργασίες (όπως, π.χ., οι γεωργοί και οι τεχνίτες-εργάτες), οι οποίες δεν είναι δυνατόν να εκτελούνται από ασθενείς με ΧΝΑ, λόγω της σωματικής τους κατάστασης και λόγω του κινδύνου των μολύνσεων. Έτσι, οι γυναίκες-ασθενείς αναφέρουν περισσότερο αλλαγή ή μείωση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι συχνά αναγκάζονται να τη διακόψουν, με αποτέλεσμα τις δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομική τους κατάσταση (Ρήγα-Μπρουχάτσκα-Νικολακάκης, 2003, 2005).

Θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε, όμως, ότι η παραπάνω εικόνα της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ασθενών με ΧΝΑ μπορεί ν' αλλάξει σε μερικά χρόνια. Εξετάζοντας τις συσχετίσεις του επαγγέλματος των ασθενών με την ηλικία τους, παρατηρούμε ότι, στους άνδρες, το επάγγελμα του γεωργού εξασκείται επί το πλείστον από ασθενείς της ηλικιακής ομάδας των 66 χρονών κι άνω, ενώ στις νεότερες ομάδες τα πιο συχνά επάγγελα είναι αυτά του τεχνίτη-εργάτη, του εμπόρου-πωλητή, των υπαλλήλων υπηρεσιών και γραφείων και των εκπαιδευτικών. Στις γυναίκες, η πλειοψηφία των νοικοκυρών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες των 56-65 χρονών και των 66 χρονών κι άνω.

Αυτά τα αποτελέσματα φανερώνουν τις κοινωνικοοικονομικές (και τις πολιτιστικές και τις πολιτικές) αλλαγές που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στην Κρήτη (όπως, γενικά, στην Ελλάδα) και τη διαμόρφωση διαφορετικής αναπτυξιακής υποδομής της περιοχής.

Φαίνεται ότι τα παραδοσιακά επάγγελα (του αγρότη και της νοικοκυράς), σαν αποκλειστική ενασχόληση, εξασκούνται από τις παλαιότερες γενεές, ενώ οι νεότερες

(γυναίκες-άνδρες) ακολουθούν αρκετά διαφορετικό δρόμο, προσαρμοζόμενες στις σύγχρονες κοινωνικές και πολιτιστικές ανάγκες και μεταβολές. Έτσι, η τωρινή εικόνα της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ασθενών μπορεί ν' αλλάξει στα επόμενα χρόνια μετά το θάνατο των εκπροσώπων των παλαιότερων γενεών.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια φέρει τον ασθενή αντιμέτωπο με αλλαγές που υφίσταται το σώμα και η ιδιωτική, κοινωνική και επαγγελματική του ζωή, τις οποίες δύσκολα αυτός αποδέχεται. Η προσωπικότητα του ατόμου παίζει έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει την ασθένειά του και στον τρόπο προσαρμογής του σ' αυτή (Trieshmann,1989). Καθοριστικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν σ' αυτήν τη διαδικασία φαίνονται επίσης να είναι και το στιλ ζωής του που είχε πριν αποκτήσει τη σωματική του δυσλειτουργία, ο τύπος των ενδιαφερόντων, οι δεξιότητες και οι ικανότητες, τα βιώματα και οι εμπειρίες του (Feldman,1974, Trombly,1983, Pedretti,1990). Οι προαναφερθέντες παράγοντες συσχετίζονται άμεσα με τον παράγοντα «φύλο» όχι μόνο αναφορικά με το γενετικό υπόβαθρο του ατόμου, αλλά, ίσως, περισσότερο με το αντίστοιχο ψυχοκοινωνικό. Εκτός από τις εγγενείς διαφορές του κάθε φύλου (π.χ. η μεγαλύτερη δύναμη των ανδρών ή η δυνατότητα κυοφορίας των γυναικών), η ανάπτυξη της προσωπικότητας, ο τύπος ενδιαφερόντων, οι δεξιότητες κ.λπ. του ατόμου βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του κάθε φύλου και τις ανάλογες προσδοκίες από αυτόν της εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικής πραγματικότητας. Π.χ., στις περισσότερες κοινωνίες παραδοσιακά, ο ρόλος του άνδρα αναμένεται να είναι πιο ενεργητικός, δυναμικός και πιο εξωστρεφής από τον αντίστοιχο της γυναίκας (Κατάκη, 1998, Nettleton, 2002). Η αντίληψη του ρόλου αυτού πηγάζει ίσως πολύ λιγότερο από τις πραγματικές βιολογικές διαφορές των δύο φύλων και περισσότερο από τις κοινωνικές ανάγκες της ιστορικής περιόδου που οι κοινωνικές αντιλήψεις αρχίζουν να σχηματίζονται, να συνειδητοποιούνται και να μοιράζονται στα μέλη της κοινότητας ως κοινωνικές αναπαραστάσεις. Η ανάγκη της προστασίας της οικογένειας και της κοινότητας από τους εξωτερικούς κινδύνους έδινε βαρύτητα στη μυϊκή δύναμη, στο θάρρος και στην επιθετικότητα. Επίσης, η επιθετικότητα ήταν χρήσιμη όχι μόνο για την προστασία, αλλά και για την αρπαγή των αγαθών από τους λιγότερο δυνατούς, βελτιώνοντας έτσι τις συνθήκες της επιβίωσης και της διαβίωσης των απογόνων και εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της ζωής (του ατόμου και της κοινωνίας ως αναγκαίου παράγοντα επιτυχημένης διατήρησης και διαφύλαξης του ιδίου και των απογόνων του), γεγονός που αποτελεί τη μέγιστη πρόσφορα και επιτυχία του ατόμου. Εξάλλου, όπως σημειώνει ο Heilbroner (αναφ. στους Segall et al., 1996), ο άνθρωπος είναι

το μόνο «ζώο» που ατενίζει το θάνατό του και ως εκ τούτου δημιουργεί διάφορους τρόπους ζωής σε μια προσπάθεια να αποσπάσει το νου του από το αναπόφευκτο, από το θάνατο. Στις δυτικές κοινωνίες, οι περισπασμοί του είναι η εργασία, η επιτυχία και ο αγώνας για αποδοτικότητα. Η σημασία της δύναμης και της επιθετικότητας, της αποδοτικότητας και της προσφοράς με την πάροδο του χρόνου εδραιώνονται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως συστατικά της επιτυχίας, όπως εδραιώνεται σ' αυτές και το «προνόμιο» του άνδρα να είναι κάτοχος αυτών των χαρακτηριστικών της.

Όπως προαναφέρθηκε νωρίτερα, η προσωπικότητα του ατόμου και το στιλ ζωής που είχε πριν αποκτήσει τη σωματική του δυσλειτουργία φαίνεται ότι έχουν άμεση σχέση και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην προσαρμογή σ' αυτήν. Ιδιαίτερα δε αυτό ισχύει σε περιπτώσεις που ο τρόπος και το στιλ ζωής χαρακτηρίζονταν από έντονη κίνηση και δράση και που, λόγω των σωματικών προβλημάτων, δεν είναι δυνατόν πια να συνεχιστεί. Επιπλέον, ένα τέτοιο στιλ διαβίωσης πριν την έναρξη της ασθένειας έχει μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες στην προσαρμογή του ατόμου και στην αποδοχή ενός πιο παθητικού και λιγότερο ενεργητικού τρόπου ζωής και δραστηριοτήτων. Εάν ο τρόπος ζωής των ανδρών χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη κινητικότητα και δράση σε σύγκριση μ' αυτόν των γυναικών, όπως και οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές είναι περισσότερες στους άνδρες, είναι εύλογο να υποθεθεί ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας, όπως είναι η ΧΝΑ, θα είναι πιο δυσμενείς στον ανδρικό πληθυσμό απ' ό,τι στον αντίστοιχο γυναικείο. Επίσης, είναι σημαντικό να εξεταστεί και ο ρόλος του καθαρά γενετικού υπόβαθρου του κάθε φύλου. Η προσπάθεια να μελετηθούν τα παραπάνω ζητήματα παρατίθεται παρα κάτω.

6.3.1γ. Ψυχολογικές επιπτώσεις.

Σύμφωνα με τις έρευνες (Kutner, Brogan, Hall, Haber, Daniels, 2000, Kimmel 2002, Cheu, Wu, Wang & Jaw, 2003), τα επίπεδα κατάθλιψης στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου είναι ιδιαίτερα αυξημένα.

Σειρά ερευνών (Κλεφτάρας, 1998, Pilgrim-Rogers, 2004) υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες, γενικά, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά των ψυχικών ασθενειών συγκριτικά με τους άνδρες. Ιδιαίτερα δε φαίνεται ότι οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερο ποσοστό από ό,τι οι άνδρες. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται σε διαφορές τόσο σε ψυχολογικό, όσο και σε βιολογικό επίπεδο. Άλλοι ισχυρίζονται ότι οφείλονται στις διαφορές των γυναικών ως προς την

απασχόληση, την εργασία, την εκπαίδευση, την αμοιβή και την υποστήριξη (Κλεφτάρας, 1998). Υπό αυτή την έννοια, αν η ΧΝΑ προκαλεί στους ασθενείς αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και οι γυναίκες είναι, γενικότερα, πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη, θα ήταν εύλογο να υποτεθεί ότι οι γυναίκες-ασθενείς θα αναφέρουν περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας στην προσωπικότητά τους και θα έχουν πιο απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον απ' ό,τι οι άνδρες.

Από την άλλη, η μειωμένη ικανότητα για εργασία μπορεί να προκαλέσει στους νεφροπαθείς αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική τους ισορροπία, όσο και στην εξέλιξη της νόσου (Τσελέπης, 2000b). Επίσης, όπως αναφέρθηκε πιο πριν, ένας πιο έντονος τρόπος διαβίωσης κι ένα πιο ενεργητικό στιλ ζωής πριν τη δυσλειτουργία έχει μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες στην προσαρμογή του ατόμου στην παρούσα κατάσταση και στην αποδοχή ενός πιο παθητικού τρόπου ζωής και δραστηριοτήτων. Σ' αυτήν την κατηγορία εμπίπτουν περισσότερο οι άνδρες-ασθενείς με ΧΝΑ, καθώς, όπως φαίνεται, αναγκάζονται πιο συχνά από τις γυναίκες να διακόψουν την εργασία τους εξ αιτίας των προαναφερθέντων ήδη λόγων (Ρήγα-Μπρουχάτσκα-Νικολακάκης, 2003, 2005). Επίσης, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική εξαθλίωση για τους άνδρες είναι η απώλεια του κυρίαρχου ρόλου στην οικογένεια, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία πλήττει ιδιαίτερα τους άνδρες, η απώλεια της σωματικής υγείας και της ελκυστικότητας και ο φόβος του θανάτου (Aghanwa & Morakinyo, 1997, Τσελέπης, 2000b). Υπό αυτή την έννοια, θα ήταν εύλογο να υποτεθεί ότι οι άνδρες-ασθενείς θα αναφέρουν περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας στην προσωπικότητά τους και θα έχουν πιο απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον απ' ό,τι οι γυναίκες.

Όμως, στην έρευνά μας, στο ψυχολογικό επίπεδο, οι επιπτώσεις της ασθένειας δεν βρέθηκε να διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα: οι μεταβλητές, όπως η αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους (τους υγιείς) ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ, η αίσθηση της διαφορετικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους άλλους, η αλλαγή του χαρακτήρα τους και το είδος αυτής της αλλαγής μετά την εκδήλωση της νόσου και η στάση προς το μέλλον (αισιόδοξη ή απαισιόδοξη) δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον παράγοντα «φύλο».

Επίσης, παρόλο που οι γυναίκες θεωρούνται πιο πρόθυμες να μιλήσουν για τον εαυτό τους (Nettleton, 2002, Pilgrim-Rogers, 2004), στην εξέταση της επιθυμίας ή μη των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου να συνεργαστούν με ψυχολόγο στην παρουσιαζόμενη έρευνα δεν βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Φαίνεται ότι η σωματική ασθένεια

εξισώνει τα δύο φύλα αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της, παρ' όλες τις διαφορές των ανδρών και των γυναικών στη γενετική λειτουργία και στο βιολογικό υπόβαθρό τους.

Πιο πάνω αναφερθήκαμε στη σημασία του βιολογικού και του ψυχοκοινωνικού υπόβαθρου στην αντίληψη της πραγματικότητας του ατόμου. Εξετάζοντας μεμονωμένα τη μια ή την άλλη πλευρά, θα μπορούσαμε να αναμένουμε διαφορετικά αποτελέσματα: έχοντας υπ' όψιν μόνο το βιολογικό υπόβαθρο, θα μπορούσαμε να αναμένουμε περισσότερες δυσμενείς επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας στις γυναίκες, καθώς, όπως υποστηρίζεται από ορισμένους ερευνητές, γενετικά φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες στις ψυχικές νόσους και, ιδιαίτερα στην κατάθλιψη, η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώνουν αυτήν την πρόβλεψη.

Εξετάζοντας μεμονωμένα μόνο το ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο, δηλαδή τους κοινωνικούς ρόλους, θα μπορούσαμε να αναμένουμε ότι οι άνδρες, καθώς βιώνουν μεγαλύτερο πλήγμα του Εαυτού τους, βιώνοντας, λόγω της χρόνιας νόσου, την απώλεια του κυρίαρχου ρόλου στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των κοινωνικών προσδοκιών, θα δήλωναν περισσότερες δυσμενείς επιπτώσεις της ΧΝΑ από τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό. Τα παρουσιαζόμενα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώνουν την πρόβλεψη αυτή.

Το ερώτημα που τίθεται σ' αυτήν την περίπτωση είναι, ποιοι άλλοι παράγοντες παρεμβαίνουν και αλληλεπιδρούν με το προαναφερθέν βιολογικό και ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο, ώστε στις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας να μην υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Η σωματική ασθένεια προκαλεί ραγδαίες αλλαγές στη ζωή του ατόμου, καθώς η απώλεια μιας ή περισσότερων λειτουργιών έχουν σοβαρές συνέπειες στην καθημερινότητά του, γεγονός που προκαλεί έντονες και μεγάλης, σχετικά, διάρκειας συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι αντιδράσεις αυτές μας υπενθυμίζουν πόσο πολύ βασίζομαστε στο σώμα μας (Nettleton, 2002), όχι μόνο σε οργανικό επίπεδο, επειδή μας είναι χρήσιμο για τις ανάγκες της καθημερινής ζωής, αλλά και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Κι αυτό γιατί η εικόνα του σώματός μας είναι παράγοντας που καθορίζει σημαντικά την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμησή μας. Η εικόνα του σώματος, όμως συμβαίνει να διαφέρει σημαντικά από τα αντικειμενικά φυσικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή να βρίσκεται σε σύγκρουση με τον τρόπο που οι άλλοι το αντιλαμβάνονται (Λεοντάρη, 1996, Marsh, 2002).

Αυτό σημαίνει ότι η ανάπτυξη της εικόνας του σώματος επηρεάζεται όχι μόνο από τα αντικειμενικά βιολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, αλλά από τις απόψεις και τις στάσεις του ίδιου του ατόμου, από τις απόψεις και τις αξίες των «σημαντικών άλλων» στη ζωή του, που με τη σειρά τους, παραπέμπουν στις στάσεις και στις αξίες μιας συγκεκριμένης κουλτούρας στην οποία το άτομο ζει. Αναφερόμαστε στις κοινωνικές αναπαραστάσεις και, συγκεκριμένα, στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια, τις οποίες το άτομο μοιράζεται με τα άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου μέσω της γλώσσας. Στο πλαίσιο μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία, τη διατήρηση της καλής φόρμας και, πάνω απ' όλα, την παραγωγικότητα, το να είναι κανείς άρρωστος δημιουργεί απειλή για τον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου (Nettleton,2002) (αναλυτικά το θέμα αυτό αναπτύσσεται στο Κεφάλαιο 2).

Το σώμα είναι από τη μια πεδίο ικανοποίησης και από την άλλη μια απεικόνιση ευτυχίας και επιτυχίας (Herzlich & Pierret,1985). Η ασθένεια «εισβάλλει» και «ακυρώνει» την ευτυχία, την επιτυχία και την ικανοποίηση. Η απαντητικότητα στην ασθένεια, σύμφωνα με τη Nettleton (2002), δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιοψυχολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου. Στο πλαίσιο μιας κουλτούρας που αναγάγει την υγεία στην ευτυχία και στην επιτυχία, ο άρρωστος (ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, κοινωνικής προέλευσης κ.λπ.) αυτόματα περνά στην άλλη κοινωνική ομάδα – αυτή των «αποτυχημένων», των «αδύναμων» κ.λπ. Το να είναι κανείς άρρωστος έχει πάψει να σημαίνει μια αμιγώς βιολογική κατάσταση και έχει φτάσει να ορίζει μια υπόσταση, ή ακόμα και μια *ομαδική ταυτότητα* (Herzlich & Pierret,1985).

Θεωρούμε ότι εδώ βρίσκεται και η απάντηση στο ερώτημα για την απουσία σημαντικών διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ΧΝΑ: ίσως όλοι οι ασθενείς αντιδρούν πρώτα απ' όλα, βάσει της ομαδικής τους ταυτότητας, αυτής του αρρώστου, που επεκτείνεται πέρα από τις διαφορές του κάθε φύλου και που ορίζει μια βασική υπόσταση, κοινή για όλα τα μέλη της συγκεκριμένης ομάδας. Ίσως έτσι η ασθένεια εξισώνει τα δύο φύλα, καθώς γίνεται το σημαντικότερο στοιχείο της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του ατόμου.

Οι έννοιες της *υγείας* και της *ασθένειας* ίσως δεν έχουν να κάνουν με το φύλο, αλλά έχουν να κάνουν με τη δυνατότητα της προσφοράς του ατόμου (σύμφωνα με τους κοινωνικούς ρόλους του καθενός και σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα). Θεωρούμε ότι

το πλήγμα που δέχεται ο εαυτός και η ταυτότητα του ατόμου με την έναρξη της χρόνιας ασθένειας επηρεάζεται ίσως όχι τόσο από την απώλεια των συγκεκριμένων ρόλων, όσο από την *αίσθηση* της απώλειας της δυνατότητας της προσφοράς στον απαιτούμενο (σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις) βαθμό, αφού η δυνατότητα της προσφοράς είναι η προϋπόθεση του νοήματος της ύπαρξης σε πανανθρώπινο επίπεδο ανεξαρτήτως φύλου. Ίσως, λοιπόν, η αίσθηση της απώλειας της δυνατότητας αυτής επηρεάζει με τον ίδιο τρόπο και τα δύο φύλα.

6.3.2. Ηλικία και ΧΝΑ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία των ασθενών (τη στιγμή της συνέντευξης) και στη συχνότητα ύπαρξης της ΧΝΑ τελικού σταδίου στον πληθυσμό των νεφροπαθών, στον τόπο καταγωγής και στον τόπο μόνιμης διαμονής τους, στην οικογενειακή κατάστασή τους, στο επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, στην καταγωγή, στο μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονέων των ασθενών, στην ύπαρξη θανάτου και στην ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής τους οικογένειας, στην ηλικία εκδήλωσης της ΧΝΑ, στην αποδοχή κάποιας κρατικής βοήθειας μετά την έναρξη της νόσου, στην αισιοδοξία των ασθενών για το μέλλον τους και στην επιθυμία τους για συνεργασία με ψυχολόγο.

Επίσης, βρέθηκε ότι η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ σχετίζεται με παράγοντες, όπως η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της νόσου και η αισιοδοξία τους για το μέλλον.

6.3.2^α. Ηλικιακή κατανομή - Οργανικό επίπεδο.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα συμπεράσματα των παλαιότερων ερευνών (Κεφ. 3) αναφορικά με τη θετική συσχέτιση της προχωρημένης ηλικίας και της νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς η μεγαλύτερη ομάδα των ασθενών παρουσιάζεται να είναι αυτή της ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω.

Η μεταβλητή αυτή, όμως, δείχνει τη γενική εικόνα της ηλικιακής κατανομής της *ήδη υπάρχουσας* νεφρικής ανεπάρκειας και δεν δίδει στοιχεία για την πιο συχνή ηλικία της εμφάνισής της. Η σύγκριση της δηλωμένης ηλικίας και της ηλικίας έναρξης της νόσου εξετάζονται στη συνέχεια.

Πάντως, και από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της συγκεκριμένης μεταβλητής προκαλεί ενδιαφέρον το εύρημα ότι δεν υπάρχει γραμμική σχέση ηλικίας και παρούσας

εικόνας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Δηλαδή, εάν το αναμενόμενο ίσως αποτέλεσμα να ήταν μετά την πρώτη μεγαλύτερη ομάδα νεφροπαθών - αυτή της ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω - η αμέσως επόμενη να ήταν της ηλικίας των 56-65 χρόνων, εντούτοις στην ανάλυση των αναμενόμενων τιμών στον πληθυσμό η δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα είναι αυτή των ηλικιών των 46-55 χρόνων. Αυτή η εικόνα, κατά τη γνώμη μας, ίσως επιβεβαιώνει την αναφερόμενη από ορισμένους συγγραφείς αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες του αριθμού των χρόνιων παθήσεων σε νεότερες συγκριτικά ηλικίες (Νικολαΐδης – Benedetti, 1981, Calvert, 2001).

6.3.2β. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

➤ *Επαγγελματικό επίπεδο*

Η μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής του επαγγέλματος έδειξε τη σαφή υπεροχή της ομάδας των γεωργών, ακολουθούμενη από αυτήν των νοικοκυρών, ενώ στην τρίτη θέση βρίσκεται η ομάδα των τεχνιτών-εργατών.

Αυτή η εικόνα συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μη παραμετρικής ανάλυσης (δηλαδή της ανάλυσης των κατηγοριών της ίδιας μεταβλητής) της ηλικιακής κατανομής και της κατανομής του τόπου καταγωγής των νεφροπαθών τελικού σταδίου : οι περισσότεροι από τους ασθενείς της δηλωμένης ηλικίας είναι από 66 ετών και πάνω και κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, όπου το πιο συχνό επάγγελμα είναι αυτό του γεωργού ή της νοικοκυράς.

Αυτή η κάπως σταθερή εικόνα ισχύει μόνο για τις μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς στις νεότερες η κατανομή είναι διάσπαρτη, με εξαίρεση της κατηγορίας της τωρινής ηλικίας των 16-25 χρόνων, όπου τα περισσότερα υποκείμενα φαίνεται να είναι άνεργα (πράγμα λογικό δεδομένου του νεαρού της ηλικίας τους). Έτσι, οι νεότερες ηλικίες (μέχρι 56-65 χρόνων) παρουσιάζουν μεγάλη γκάμα επαγγελμάτων: από άνεργους, υπαλλήλους υπηρεσιών, εμπόρους-πωλητές, εξασκούντες επαγγέλματα γραφείου μέχρι εκπαιδευτικούς. Το εντυπωσιακό, όμως, είναι το γεγονός ότι σ' αυτές τις ηλικίες μπορούμε να συναντήσουμε πληθώρα επαγγελμάτων (χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης επί το πλείστον) πλην του επαγγέλματος του γεωργού ή της νοικοκυράς που φαίνεται να είναι το «προνόμιο» των μεγαλύτερων ηλικιών και φανερώνει, κατά τη γνώμη μας, τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στην ανάπτυξη της Κρήτης τα τελευταία χρόνια.

Εξετάζοντας τη μεταβλητή του επαγγέλματος των ασθενών μ' αυτές του επαγγέλματος των γονέων τους (πατέρας-μητέρα) αναφορικά με την ηλικιακή κατάταξή τους, βρήκαμε ότι υπάρχει μια αρκετά ασαφή εικόνα, εκτός από τις ομάδες των πολύ

νεότερων ηλικιών (αυτών των 16-25 χρόνων) και της προχωρημένης ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω, όπου οι ασχολίες των ασθενών μοιάζουν να επαναλαμβάνουν το γονεϊκό πρότυπο. Έτσι, τα άνεργα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 16-25 χρόνων έχουν πιο συχνά πατέρα τεχνίτη-εργάτη ή άνεργο, όπως και μητέρα άνεργη ή νοικοκυρά. Τα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 66 χρόνων κι άνω έχουν πιο συχνά πατέρα – γεωργό και μητέρα-αγρότισσα.

Για να εξετάσουμε την υπόθεση της επανάληψης των γονικών προτύπων αναφορικά με το επάγγελμα, επιχειρήσαμε τη σύγκριση του επαγγέλματος του ασθενή μ' αυτό των γονέων του. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής φαίνεται ότι, ενώ υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε ορισμένα επαγγέλματα των πατέρων των ασθενών και των ίδιων, η επιλογή του επαγγέλματος του ασθενή δεν εμφανίζεται να επηρεάζεται από το επάγγελμα της μητέρας.

Συγκεκριμένα, στον πληθυσμό των ασθενών (ανεξαρτήτως φύλου) αναμένεται οι περισσότεροι γεωργοί-ασθενείς να εξασκούν το ίδιο επάγγελμα με τον πατέρα τους, όπως το ίδιο αποτέλεσμα αναμένεται να ισχύει και για τους ασθενείς που εξασκούν το επάγγελμα του εμπόρου-πωλητή. Εκτός από την επανάληψη του ίδιου πρότυπου μ' αυτό του πατέρα, σημαντική είναι και η συσχέτιση ανάμεσα στην επιλογή ορισμένων επαγγελμάτων του ασθενή και του επαγγέλματος του πατέρα. Έτσι, οι περισσότεροι τεχνίτες-εργάτες, όπως και οι νοικοκυρές, αναμένεται να έχουν πατέρα-γεωργό. Διευκρινίζοντας περισσότερο το ζήτημα αυτό, προχωρήσαμε στην εξέταση της συσχέτισης του επαγγέλματος των ασθενών μ' αυτό του πατέρα τους αναφορικά με το φύλο. Για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήσαμε την Correspondence analysis.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής φαίνεται ότι στους άνδρες ορισμένα επαγγέλματα των ασθενών συσχετίζονται με ορισμένα επαγγέλματα των πατέρων τους, φανερώνοντας την επιρροή του επαγγελματικού πατρικού προτύπου στις επαγγελματικές επιλογές τους. Δηλαδή, στα επαγγέλματα των ανδρών-ασθενών, όπως είναι το επάγγελμα του γεωργού, του εμπόρου-πωλητή, του τεχνίτη-εργάτη και του υπαλλήλου υπηρεσιών εμφανίζεται στενή σχέση της επιλογής του επαγγέλματος από τον άνδρα – ασθενή με το ασκούμενο από τον πατέρα του επάγγελμα.

Στις δε γυναίκες, φαίνεται να υπάρχει πολύ στενή σχέση ανάμεσα στο επάγγελμα (λειτουργήμα) της νοικοκυράς με το γεωργό και τον άνεργο πατέρα της ασθενούς. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι στον γυναικείο πληθυσμό των νεφροπαθών το επάγγελμα του εκπαιδευτικού συσχετίζεται πολύ στενά με δύο συγκεκριμένα επαγγέλματα

του πατέρα, όπως αυτό των υπαλλήλων των υπηρεσιών και των ασκούντων επαγγέλματα γραφείου.

Όπως επισημάνθηκε και πριν, το πατρικό πρότυπο φαίνεται να επηρεάζει τις επαγγελματικές επιλογές των νεφροπαθών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ανδρών-πασχόντων, όπου υπάρχει μεγαλύτερη ταύτιση και επανάληψη προτύπων του πατρός. Το ζήτημα που προκύπτει εδώ είναι το εξής: το κάθε επάγγελμα συσχετίζεται και με το μορφωτικό επίπεδο κι έτσι, άραγε, το πατρικό πρότυπο που επηρεάζει τις επαγγελματικές επιλογές των ασθενών ισχύει μόνο για τον επαγγελματικό τομέα ή έχει να κάνει και με το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων; Κι αυτό γιατί, όπως φαίνεται πιο καθαρά στην περίπτωση των γυναικών, καθώς δεν υπάρχει τέτοια ταύτιση με το επάγγελμα του πατέρα, όπως στην περίπτωση των ανδρών-ασθενών, οι περισσότερες γυναίκες-νοικοκυρές αναμένεται να έχουν πατέρα-άνεργο ή πατέρα-γεωργό, ενώ οι περισσότερες γυναίκες-εκπαιδευτικοί αναμένεται να έχουν πατέρα-υπάλληλο ή ασκούντα επαγγέλματα γραφείου. Τα επαγγέλματα και στις τρεις περιπτώσεις δεν ταυτίζονται, αλλά υπάρχει διαφορά στο επίπεδο μόρφωσης του πατέρα, καθώς οι υπάλληλοι υπηρεσιών και οι ασκούντες επαγγέλματα γραφείου αναμένεται (τουλάχιστον θεωρητικά) να έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους αγρότες. Αυτή η σχέση εξετάζεται στην ανάλυση της αμέσως επόμενης μεταβλητής.

➤ *Επίπεδο μόρφωσης.*

Η ανάλυση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών έδειξε ότι στην πλειοψηφία τους τα υποκείμενα ανήκουν στις ομάδες χαμηλού επιπέδου - αυτού των αγράμματων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού και των αποφοίτων του Δημοτικού. Ηλικιακά, φαίνεται ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι η αποκλειστικότητα των μεγαλύτερων ηλικιών - 46-55, 56-65 και 66 χρόνων κι άνω, ενώ στις νεότερες ηλικίες η μόρφωση των ασθενών κυμαίνεται από λίγες τάξεις του Γυμνασίου μέχρι την Ανώτερη και Ανώτατη μόρφωση. Θεωρούμε ότι η εικόνα αυτή δείχνει τη σχετικά πρόσφατη αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα Παιδείας και μπορεί ν' αλλάξει τις επόμενες δεκαετίες, καθώς θα εκλείψουν οι εκπρόσωποι των παλαιότερων γενεών για τους οποίους δεν ίσχυε ο θεσμός της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Γενικότερα, όμως, οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να έχουν αρκετά χαμηλό επίπεδο μόρφωσης: στην ηλικιακή ομάδα των 16-25 χρόνων οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζονται να έχουν επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου ή να είναι κάτοχοι του απολυτηρίου του Λυκείου, ενώ οι εκπρόσωποι της ηλικίας των 26-35 χρόνων φαίνεται να έχουν στην πλειοψηφία τους το επίπεδο των λίγων

τάξεων του Γυμνασίου και να είναι κάτοχοι του απολυτηρίου του Γυμνασίου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η περίπτωση της ηλικιακής ομάδας των 36-45 χρόνων, στην οποία οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζονται να είναι κάτοχοι απολυτηρίου του Γυμνασίου, του Λυκείου και κάτοχοι πτυχίων Ανώτερων και Ανώτατων Σχολών που το μορφωτικό επίπεδο αυτό ανήκει σχεδόν αποκλειστικά σ' αυτήν την ομάδα.

Ενδιαφέρον προκαλεί, επίσης, η ηλικιακή ομάδα των 46-55 χρόνων, οι εκπρόσωποι της οποίας στην πλειοψηφία τους είναι ή απόφοιτοι του Δημοτικού ή σχεδόν αποκλειστικοί κάτοχοι του απολυτηρίου μέσης Τεχνικής Σχολής (πάντα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες), χωρίς να παρουσιάζονται στις ενδιάμεσες μορφωτικές κατηγορίες.

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέραμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, σύμφωνα με τα οποία το επάγγελμα των ασθενών φαίνεται να συσχετίζεται μ' αυτό του πατέρα τους, διατυπώνοντας την υπόθεση ότι πιθανόν το πατρικό πρότυπο επηρεάζει τις επαγγελματικές επιλογές των υποκειμένων, όχι μόνο ως επάγγελμα αλλά και ως επίπεδο μόρφωσης.

Για να διευκρινίσουμε την υπόθεση αυτή, επιχειρήσαμε την ανάλυση της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών μ' αυτό των γονέων τους. Χρησιμοποιώντας την Correspondence analysis για την καλύτερη ανάγνωση των αποτελεσμάτων, βρήκαμε ότι το πατρικό μορφωτικό πρότυπο φαίνεται να ασκεί μεγάλη επιρροή στο επίπεδο μόρφωσης των ασθενών ιδιαίτερα στις κατηγορίες χαμηλού και υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Π.χ. η πατρική κατηγορία «αγράμματος ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού» φαίνεται να συσχετίζεται στενά με τις κατηγορίες του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών «απόφοιτος του Δημοτικού», «λίγες τάξεις του Γυμνασίου», «απολυτήριο του Γυμνασίου», ενώ το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα της κατηγορίας «απόφοιτος του Δημοτικού» συσχετίζεται στενά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών της κατηγορίας «απολυτήριο μέσης Τεχνικής Σχολής». Αντίστοιχα, η κατηγορία «πτυχίο Ανώτατης Σχολής» του πατρικού μορφωτικού επιπέδου συσχετίζεται στενά με την κατηγορία «πτυχίο Ανώτατης Σχολής» του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών. Σημειώνεται ότι, αν και έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και σ' αυτό της μητέρας τους (ιδιαίτερα στις κατηγορίες του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης), εντούτοις δεν παρουσιάζεται να είναι τόσο στενή, όσο στην περίπτωση της σύγκρισης με τους πατέρες των υποκειμένων.

Ανατρέχοντας στα αποτελέσματα της έρευνας στην προηγούμενη ενότητα και συνδυάζοντάς τα με τα αποτελέσματα της παρούσας ενότητας, θεωρούμε ότι αυτά

δείχνουν τη σημαντικότητα της πιθανής επιρροής των προτύπων της οικογένειας στις επαγγελματικές και μορφωτικές επιλογές των υποκειμένων. Ιδιαίτερα δε αυτό αφορά το *πατρικό πρότυπο*, καθώς δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επαγγελματικό και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας με των υποκειμένων της έρευνας.

➤ *Τόπος καταγωγής.*

Η εξέταση του τόπου καταγωγής των ασθενών αναφορικά με τις ηλικίες τους παρουσιάζει μια κάπως σταθερή εικόνα συσχέτισης των μεταβλητών: ενώ η καταγωγή των ασθενών των νεότερων ηλικιών (16-25, 26-35, 36-45, 46-55 χρόνων) κυμαίνεται από χωριά-κωμοπόλεις από 501-2.000 κατοίκους μέχρι πόλεις από 100.000 κατοίκους κι άνω, η καταγωγή των υποκειμένων των ηλικιών 56-65 χρόνων κι 66 χρόνων κι άνω είναι, στην πλειοψηφία, από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών αναφορικά με την τωρινή ηλικία δεν παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις των τιμών συγκριτικά με τον τόπο καταγωγής τους. Για να εξετάσουμε την ορθότητα των αποτελεσμάτων αυτών επιχειρήσαμε την ανάλυση της σύγκρισης του τόπου καταγωγής με τον τόπο μόνιμης διαμονής των νεφροπαθών, καθώς η ανάλυση των προηγούμενων μεταβλητών δίδει την εικόνα μόνο της *ηλικιακής* κατανομής στο συγκεκριμένου πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκε η Correspondence analysis του δείγματος με την υπόθεση ότι, τη στιγμή που στον πληθυσμό η κατανομή του τόπου καταγωγής είναι ομοιόμορφη και στα δύο φύλα, η συγκριτική ανάλυση των δύο παραμέτρων - τόπου καταγωγής και τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων- θα δείξει τις ανάλογες διακυμάνσεις γραφικά. Βρέθηκε ότι, ακόμα και αν υπάρχουν κάποιες διαφορές σ' ό,τι αφορά τη μετοίκηση από τον τόπο καταγωγής των ασθενών προς τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, εντούτοις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Δηλαδή, ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών δεν διαφέρει και πολύ από τον τόπο καταγωγής τους.

Ο τόπος καταγωγής των γονέων των ασθενών με ΧΝΑ αναφορικά με την τωρινή ηλικία τους παρουσιάζει την ίδια περίπου εικόνα μ' αυτήν του τόπου καταγωγής των ασθενών πάλι αναφορικά με την ηλικία τους. Επειδή, όπως επισημίναμε πιο πριν, η ανάλυση αυτών των μεταβλητών δίδει την εικόνα της ηλικιακής κατανομής μόνο, επιχειρήσαμε τη σύγκριση του τόπου καταγωγής των ασθενών μ' αυτόν των γονέων τους. Χρησιμοποιώντας την Correspondence analysis (για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης), βρήκαμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του τόπου καταγωγής των

ασθενών με τον τόπο καταγωγής των γονέων τους, παρουσιάζοντας μια μάλλον σταθερή δημογραφική εικόνα της Κρήτης των τελευταίων 50 χρόνων.

Δηλαδή, καθώς δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη σύγκριση του τόπου καταγωγής με τον τόπο μόνιμης διαμονής των ασθενών, αλλά ούτε και στη σύγκριση του τόπου καταγωγής τους μ' αυτόν των γονέων τους, ο παράγοντας «αστικοποίηση» (Herzlich & Pierret, 1985, Νικολαΐδης – Benedetti, 1981) δεν φαίνεται να αποτελεί «παράγοντα κινδύνου» στην προκείμενη περίπτωση.

➤ *Οικογενειακή κατάσταση.*

Στην ανάλυση της οικογενειακής κατάστασης των υποκειμένων αναφορικά με την ηλικία τους, φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς των νεότερων ηλικιών (16-25, 26-35 και 36-45 χρόνων) είναι ελεύθεροι, τα περισσότερα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 46-55 και 56-65 χρόνων είναι παντρεμένα, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς της ηλικιακής ομάδας των 66 χρόνων κι άνω είναι σε κατάσταση χηρείας.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα των παραγωγικών ηλικιών των 26-35 και ιδιαίτερα των 36-45 χρόνων είναι ελεύθερα και όχι, όπως θα ήταν αναμενόμενο, παντρεμένα. Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε καλύτερα τα παρουσιαζόμενα δεδομένα, επιχειρήσαμε να εξετάσουμε την πιθανή επίδραση της ηλικίας έναρξης της ασθένειας στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της συσχέτισης της τωρινής ηλικίας των εξεταζόμενων υποκειμένων με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ έδειξαν ότι:

- Στην τωρινή ηλικία των 16-25 χρόνων η νόσος φαίνεται να εκδηλώνεται ή στην προηγούμενη δεκαετία (πριν τα 15 τους χρόνια) ή στην τρέχουσα δεκαετία (16-25 χρόνων). Στην τωρινή ηλικία των 26-35 χρόνων η ασθένεια φαίνεται να εκδηλώνεται περισσότερο στην τρέχουσα δεκαετία και είναι η μοναδική ηλικιακή κατηγορία που η νόσος δεν φαίνεται να εκδηλώνεται συχνά και στην προηγούμενη δεκαετία της ζωής.
- Στις κατηγορίες των τωρινών ηλικιών των 36-45, 46-55 και 56-65 χρόνων, οι ασθενείς φαίνεται να εμφανίζουν τη ΧΝΑ *περισσότερο* στην προηγούμενη δεκαετία της ζωής τους σε σύγκριση με την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου στην τρέχουσα δεκαετία (δηλαδή στη δεκαετία της τωρινής ηλικιακής ένταξης).
- Στην περίπτωση της τωρινής ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω, η ασθένεια φαίνεται να εκδηλώνεται πιο συχνά, είτε στην τρέχουσα δεκαετία είτε στην αντίστοιχη προηγούμενη.

Η ηλικία έναρξης της ασθένειας φαίνεται να επηρεάζει τις νεότερες ηλικίες σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των πασχόντων: εάν υποθέσουμε ότι η πολύ νέα ηλικία των υποκειμένων της κατηγορίας των 16-25 χρόνων δικαιολογεί την ανετοιμότητά τους στο να δημιουργήσουν οικογένεια, η υπόθεση αυτή δεν ισχύει στην περίπτωση των μεγαλύτερων ηλικιακά ομάδων, αυτών των 26-35 και 36-45 χρόνων, στις οποίες οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζονται ελεύθεροι.

Η προαναφερθείσα ανάλυση της συσχέτισης της τωρινής ηλικίας των ασθενών μ' αυτήν της εκδήλωσης της νόσου μας δείχνει ότι, στην περίπτωση της ομάδας των 26-35 χρόνων, η ασθένεια εκδηλώνεται πιο συχνά στην τρέχουσα δεκαετία, ενώ, στην περίπτωση της ομάδας των 36-45 χρόνων φαίνεται να εμφανίζεται περισσότερο στην προηγούμενη δεκαετία, δηλαδή σ' αυτήν και πάλι των 26-35 χρόνων, στην οποία τα περισσότερα άτομα είναι έτοιμα να δημιουργήσουν μια οικογένεια. Συγκριτικά, με τις περιπτώσεις όπου η ασθένεια εκδηλώνεται περισσότερο στην προηγούμενη δεκαετία της ζωής αναφορικά με την τωρινή ηλικία των υποκειμένων (46-55 και 56-65 χρόνων της τωρινής ηλικίας και, αντίστοιχα, 36-45 και 46-55 χρόνων της ηλικίας έναρξης της νόσου) η οποία εμφανίζεται τόσο στην προηγούμενη όσο και στην τρέχουσα δεκαετία της ζωής των υποκειμένων 66 χρόνων κι άνω της τωρινής ηλικίας και, αντίστοιχα, 56-65 χρόνων της ηλικίας έναρξης της ασθένειας, το άτομο αναμένεται να έχει ήδη δημιουργήσει μια οικογένεια, οπότε σ' αυτές τις τωρινές ηλικίες η ΧΝΑ δεν φαίνεται να επηρεάζει την ήδη υπάρχουσα οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων. Αντίθετα, στις παραγωγικές ηλικίες των 26-35 χρόνων, η έναρξη της νόσου φαίνεται να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην επιθυμία του ατόμου για δημιουργία της δικής του οικογένειας τόσο σε οργανικό, όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο (βλ. Κεφ.3).

Θεωρούμε ότι η παραπάνω υπόθεση εξηγεί την εικόνα της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών αναφορικά με την ηλικία τους, όπου τα περισσότερα υποκείμενα των 26-35 και 36-45 χρόνων εμφανίζονται να είναι ανύπανδρα.

➤ *Παροχή κρατικής βοήθειας.*

Η ανάλυση της συσχέτισης της ηλικίας των υποκειμένων με την παροχή κρατικής βοήθειας προς αυτούς δείχνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς δέχονται τη βοήθεια αυτή και, στην πλειοψηφία, είναι τα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 26-35, 56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω, ενώ οι υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες δεν αναφέρουν παροχή τέτοιου είδους, παρόλο που όλοι οι ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου τις δικαιούνται.

Από το έγγραφο του Υπουργείου Υγείας (Υπηρεσία Συντονισμού & Ελέγχου προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας -Υ.Σ.Ε.- 2006) μαθαίνουμε ότι, την 31.12.2004 ο αριθμός ασθενών σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας ήταν 10.203 άτομα, από τον οποίο ο αντίστοιχος αριθμός για την Κρήτη ήταν 516 άτομα. Ο αριθμός μονάδων τεχνητού νεφρού στην Κρήτη είναι 7 (Κρατικές:5, Ιδιωτικές:2). Από τα 516 άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας στην Κρήτη, σε τεχνητό νεφρό βρίσκονται 448 άτομα, σε περιτοναϊκή κάθαρση 51 άτομα και με μεταμόσχευση 17 άτομα.

Επίσης, από τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο νεφροπαθών (2006) μαθαίνουμε ότι όλοι οι νεφροπαθείς (αιμοκάθαρση, ΣΦΟΠΕΚ, μεταμόσχευση), δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Υπ. Αποφ. 7/οικ./1144/21-12-90, έγγραφο ΙΚΑ Γ55/99/30-4-92), τα έξοδα της αιμοκάθαρσης καλύπτονται πλήρως από το Ασφαλιστικό Ταμείο του κάθε ασθενή, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καταβάλλουν έξοδα οδοιπορικών για τη μεταφορά των νεφροπαθών στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, όλοι οι νεφροπαθείς δικαιούνται τρίμηνο διατροφικό επίδομα ύψους 666 Ευρώ (επίδομα Πρόνοιας), οι έμμεσοι ασφαλισμένοι καθώς και οι άποροι δικαιούνται επίσης δίμηνο προνομιακό επίδομα ύψους 346,04 Ευρώ κ.λπ.

Όπως φαίνεται, σ' όλους τους αιμοκαθαιρόμενους παρέχεται κρατική βοήθεια (όχι μόνο μέσω των ταμείων ασφάλισης των ασθενών), την οποία, εντούτοις, δεν τη δηλώνουν όλοι οι νεφροπαθείς. Θεωρούμε ότι σ' αυτή την περίπτωση ίσως ισχύει το γεγονός της ανεπαρκούς πληροφόρησης των ασθενών από τις αρμόδιες υπηρεσίες με αποτέλεσμα οι πάσχοντες να μη γνωρίζουν επαρκώς τα δικαιώματά τους και να δηλώνουν την αδιαφορία του Κράτους για το θέμα της αρρώστιας τους.

6.3.2γ. Γεγονότα στην πατρική οικογένεια.

➤ Υπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια.

Η υπάρχουσα συσχέτιση της ηλικίας των υποκειμένων της έρευνας με την ύπαρξη του θανάτου στην πατρική τους οικογένεια δείχνει, κατά τη γνώμη μας, την αναμενόμενη διαφορά ανάμεσα στις νεότερες και πιο προχωρημένες ηλικίες. Έτσι, τη μη ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια αναφέρουν τα περισσότερα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 16-25, 26-35 και 36-45 χρόνων. Ο θάνατος στην πατρική οικογένεια των ασθενών φαίνεται να παρουσιάζεται στις ηλικιακές ομάδες των 56-65 και 66 χρόνων κι άνω.

Εάν υπήρχε θάνατος στην πατρική οικογένεια, τα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 16-25 χρόνων αναφέρουν τους θανάτους των παππούδων και των γιαγιάδων τους, τα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 26-35 χρόνων αναφέρουν τους θανάτους του πατέρα ή των αδελφών τους, ενώ στις περιπτώσεις των ομάδων των 36-45 και 46-55 χρόνων πιο συχνά αναφέρονται οι θάνατοι είτε του πατέρα είτε της μητέρας των ασθενών. Τα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω αναφέρουν τους θανάτους και των δυο γονιών και των αδελφών τους. Θεωρούμε ότι αυτές οι αναφορές απεικονίζουν τη φυσική πορεία του ατόμου μέσα στο χρόνο και, ίσως, τη μεγαλύτερη θνησιμότητα των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες, καθώς η φιγούρα του αποθανόντος πατέρα παρουσιάζεται πιο συχνά στις απαντήσεις των υποκειμένων σε σύγκριση με αυτή της μητέρας.

Η πιθανή επιρροή του θανάτου στην πατρική οικογένεια πάνω στην εξέλιξη της ασθένειας μελετάται παρακάτω.

6.3.2δ. Ψυχολογικές επιπτώσεις.

➤ *Στάση προς το μέλλον.*

Η ανάλυση της συσχέτισης της τωρινής ηλικίας των υποκειμένων αναφορικά με τη στάση τους προς το μέλλον δείχνει ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στον πληθυσμό. Δηλαδή, όλες οι ηλικιακές ομάδες πλην της ηλικιακής κατηγορίας των 66 χρόνων κι άνω δηλώνουν πιο συχνά αισιοδοξία προς το μέλλον. Αντιθέτως, η απαισιοδοξία είναι η πιο συχνή απάντηση των υποκειμένων της ηλικιακής ομάδας των 66 χρόνων κι άνω.

Οι ορισμοί της Υγείας διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής και η αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία έχει άμεση σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται. Για παράδειγμα, η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται από την ενασχόληση με το σώμα και την εικόνα του, με τις σχέσεις με τους συνομηλίκους κ.λπ. και από την προσπάθεια επίλυσης σημαντικών ζητημάτων αναφορικά με το μέλλον (τρόπος και στιλ ζωής, σεξουαλικότητα, επαγγελματική αποκατάσταση). Έτσι, η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται δύσκολα και έχει σοβαρές συνέπειες για την προσωπικότητα του ατόμου (Cronin, 1996). Οι νέοι είναι πιθανότερο να βλέπουν την υγεία με όρους φυσικής δύναμης και ικανοτήτων, ενέργειας και ζωτικότητας (Nettleton, 2002), όροι οι οποίοι προσβάλλονται από την έλευση της

ασθένειας που σηματοδοτεί την ταυτότητα του ατόμου. Τα μεγαλύτερα άτομα πιθανότερο να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διανοητική ευεξία και την ευδαιμονία (Nettleton,2002), αλλά και η προσωπικότητά τους έχει ήδη παγιωθεί και έχουν έρθει σε επαφή με πολλαπλές απώλειες, όπως οι θάνατοι των προσφιλών τους προσώπων, η φυσική κατάπτωση κ.λπ. Τα θέματα που συχνά απασχολούν τα άτομα αυτών των ηλικιών είναι η μείωση του χρόνου ζωής και το νόημα της ζωής και του θανάτου. Σ' αυτήν τη φάση της ζωής η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται σχετικά καλύτερα, ακριβώς λόγω της συνειδητοποίησης από το άτομο της έννοιας της αναπόφευκτης απώλειας, τη στιγμή που έχει ήδη έρθει σε επαφή με κάποιες απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer,1995).

Υπό αυτή την έννοια, θα ήταν λογικό να αναμένουμε την πιο απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον από τα υποκείμενα των νεαρών ηλικιών και πιο ήρεμη, πιο αισιόδοξη αντίστοιχα από τα μεγαλύτερα υποκείμενα. Όπως αναφέρθηκε πιο πριν, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν αντίθετα αποτελέσματα. Θεωρούμε ότι, ίσως, εδώ παρεμβαίνουν δύο σημαντικοί παράγοντες:

1. Ο εαυτός, η ταυτότητα και ο κοινωνικός περίγυρος σχετίζονται στενά, καθώς μοιραζόμαστε το ίδιο σύστημα αξιών, τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις με τους γύρω μας. Δηλαδή, το κοινωνικό και το πολιτιστικό πλαίσιο επιδρά και στην κοινωνική μας ταυτότητα και στον «ιδιωτικό μας εαυτό». Στα πλαίσια μιας πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία και, πάνω απ' όλα την παραγωγικότητα, ίσως δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια, προσπαθούν να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό και να περισώσουν την αίσθηση αξιοπρέπειας, ως παραγωγικά, ικανά και άξια άτομα μέσα στην κοινωνική σφαίρα, στην οποία ενθαρρύνεται και η «αναζήτηση της αρετής», δηλαδή η υποχρέωση να παραμείνεις ενάρετος (δυνατός, ικανός άρα παραγωγικός) απέναντι στην κακουχία (Nettleton, 2002). Ίσως έτσι εξηγείται, παρόλο το πλήγμα που επιφέρει η ασθένεια στον εαυτό και στην ταυτότητα (ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες), η προσπάθεια του ατόμου να πιστεύει ότι το μέλλον θα είναι καλύτερο, όπου παρεμβαίνει και ο δεύτερος παράγοντας - ο χρόνος.
2. Οι νεότερες ηλικίες έχουν το «περιθώριο χρόνου», το οποίο δεν διαθέτουν οι μεγαλύτερες ηλικίες. Η ιατρική επιστήμη προχωρεί με αλματώδη βήματα στην εφεύρεση αποτελεσματικών θεραπειών για τις ασθένειες οι οποίες στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατες κι έτσι, είναι πιθανόν σύντομα να βρεθεί η κατάλληλη

θεραπεία για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι ίσως αυτό το «περιθώριο χρόνου» από τη μια και, από την άλλη, η ασύμβατη, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις και τις κοινωνικές προσδοκίες από την κάθε ηλικία, κατάσταση της υγείας των ατόμων των νεαρότερων ηλικιών, κάνει τα άτομα αυτά να αναζητούν την ελπίδα και τη δύναμη στην αισιόδοξη στάση που δηλώνουν για το μέλλον.

Από την άλλη, για τα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι «αναμενόμενο» και «επιτρεπτό» (σύμφωνα και πάλι με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις) να υπάρχει μια φυσιολογική φθορά και να είναι άρρωστα κι, άρα, γι' αυτά δεν είναι υποχρεωτική η προσπάθεια να περισώζουν την «αξιοπρέπειά» τους, προσπαθώντας να πείθουν τον εαυτό τους και τους άλλους για ένα καλύτερο μέλλον. Επίσης, μετά από τις εμπειρίες, τις απώλειες και τις ματαιώσεις στη διάρκεια της ζωής και μετά από τη συνειδητοποίηση της αναπόφευκτης μείωσης του χρόνου της ζωής τους, το θέμα που απασχολεί τα άτομα αυτά είναι ο θάνατος, που είναι και η φυσική κατάληξη του ανθρώπινου σώματος, ακόμα και χωρίς την παρεμβολή κάποιας συγκεκριμένης αρρώστιας. Ίσως έτσι δικαιολογείται η σχετικά καλύτερη αντιμετώπιση της σωματικής τους δυσλειτουργίας και η πιο απαισιόδοξη στάση τους προς το μέλλον, για το οποίο δεν τρέφουν φρούδες ελπίδες, καθώς ατενίζουν το θάνατο.

➤ *Επιθυμία για συνεργασία με ψυχολόγο.*

Στο ζήτημα της επιθυμίας για συνεργασία με ψυχολόγο οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν την εξής εικόνα:

- Στην ηλικιακή ομάδα των 16-25 και 26-35 χρόνων δεν φαίνεται να υπερισχύει καμία άποψη - ούτε θετική αλλά ούτε και αρνητική για το θέμα αυτό.
- Άρνηση να συνεργαστούν με ψυχολόγο φαίνεται να εκφράζουν πιο συχνά οι ασθενείς της ηλικιακής ομάδας των 36-45 χρόνων και, ιδιαίτερα, οι ασθενείς της ομάδας των 66 χρόνων κι άνω.
- Επιθυμία να συνεργαστούν με ψυχολόγο παρουσιάζουν πιο συχνά οι ασθενείς των 46-55 χρόνων και, ιδιαίτερα, οι ασθενείς της ηλικιακής ομάδας των 56-65 χρόνων.

Θεωρούμε ότι τα στοιχεία της προηγούμενης ενότητας διαφωτίζουν κάποια από τα παρουσιαζόμενα δεδομένα: ίσως, το «περιθώριο ηλικίας», οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και οι κοινωνικές προσδοκίες για την κάθε ηλικία, όπως και οι κοινωνικές

αναπαραστάσεις για το ρόλο του ψυχολόγου εξηγούν την επιθυμία και την άρνηση συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων για την αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας.

Ίσως, οι νεότερες ομάδες (αυτές των 16-25 και 26-35 χρόνων) βιώνουν τη σύγκρουση ανάμεσα στην επιθυμητή και την πραγματική ταυτότητα (αυτή του άρρωστου) κι έτσι ίσως θα ήθελαν κάποια επαγγελματική βοήθεια για να λύσουν το πρόβλημα αυτό. Από την άλλη, το νεαρό ακριβώς της ηλικίας τους, το «περιθώριο χρόνου», τους κάνει να εναποθέτουν τις ελπίδες στο μέλλον, στην ελπίδα της ανεύρεσης μιας πιο αποτελεσματικής θεραπείας για τη ΧΝΑ. Αρνούμενοι να παραδεχθούν ότι έχουν ψυχολογικά προβλήματα, ίσως προσπαθούν να περισώσουν τον ακόμα υγιή εαυτό τους, καθώς στις κοινωνικές αναπαραστάσεις ο ρόλος του ψυχολόγου ακόμα συχνά συγχέεται μ' αυτόν του ψυχίατρου, του «τρελογιατρού». Αυτές οι αναπαραστάσεις φαίνονται στο λόγο των υποκειμένων - «δεν είμαι τρελός», «τα' χω τετρακόσια» κ.λπ. Έτσι, αυτή η σύγκρουση ίσως κάνει αυτές τις ηλικιακές ομάδες να αμφιταλαντεύονται ανάμεσα στην παραδοχή της ανάγκης της επαγγελματικής βοήθειας και της άρνησής της.

Ίσως, οι προαναφερθείσες κοινωνικές αναπαραστάσεις και το «περιθώριο χρόνου» κάνει τα περισσότερα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 36-45 χρόνων και των 66 χρόνων κι άνω να αρνούνται τη βοήθεια του ψυχολόγου (για αρκετά διαφορετικούς λόγους η κάθε μια).

Στην ηλικία των 36-45 χρόνων, στην πιο παραγωγική ηλικία, όπου το άτομο «αποδεικνύει» τις ικανότητες, τη δύναμή του (σύμφωνα με τις κοινωνικές προσδοκίες), η έναρξη της ασθένειας απειλεί σοβαρά τον εαυτό του ατόμου, την αυτοεκτίμησή του. Και πάλι, σύμφωνα με τις κοινωνικές προσδοκίες (κοινωνικές αναπαραστάσεις), εάν ο άνθρωπος είναι δυνατός, πρέπει να διατηρήσει μια αίσθηση αξιοπρέπειας, ως παραγωγικό, ικανό, άξιο ον και να παραμείνει ενάρετος απέναντι στην κακοτυχία (Nettleton, 2002). Η παραδοχή ότι (αναπόφευκτα) έχει και ψυχολογικά προβλήματα του στερεί τη δυνατότητα της περίσωσης του ακόμα «υγιή» Εαυτού του, γεγονός, στο οποίο συμβάλλουν και οι προαναφερθείσες κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του ψυχολόγου. Και από την άλλη, έχει αυτό το «περιθώριο χρόνου», το οποίο προσδίδει μια ελπίδα για την καλύτερη έκβαση των πραγμάτων. Έτσι, θεωρούμε ότι, ίσως, αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την άρνηση των περισσότερων υποκειμένων αυτής της συγκεκριμένης ομάδας για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο.

Ίσως, στην ηλικία των 46-55 και, ιδιαίτερα, των 56-65 χρόνων, που οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του ψυχολόγου ισχύουν όπως και για τις άλλες ηλικιακές ομάδες, αλλά η ψυχική δύναμη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων λιγοστεύει,

καθώς μειώνεται και το «περιθώριο χρόνου» ζωής, τα υποκείμενα είναι πιο πρόθυμα να συνεργαστούν με ψυχολόγο, προκείμενου να βοηθηθούν καλύτερα στον αγώνα τους με την ασθένεια.

Ίσως, για τα υποκείμενα της ηλικιακής ομάδας των 66 χρόνων κι άνω ισχύει άλλη πραγματικότητα - αυτή της αναπόφευκτης συνάντησης με το θάνατο, όπου ο/η ψυχολόγος θεωρείται περιττός («τι να μου κάνει ο ψυχολόγος», «είναι εντελώς περιττός», «έχω τα παιδιά μου» κ.λπ.), καθώς τα περιθώρια της ζωής (κοινωνικώς αποδεκτά) έτσι και αλλιώς έχουν εξαντληθεί. Έτσι, ίσως, γι' αυτό τα υποκείμενα αυτά θεωρούν την ψυχολογική βοήθεια περιττή τη στιγμή που δεν μπορεί να τους βοηθήσει να αποφύγουν το αναπόφευκτο.

6.3.2^ε. Ηλικία έναρξης της ασθένειας.

Αναφορικά με την ηλικία εκδήλωσης της ΧΝΑ, σύμφωνα με τη μη παραμετρική ανάλυση αυτής της μεταβλητής, βρέθηκε ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες της, με σαφή υπεροχή της ηλικιακής κατηγορίας των 36-45 χρόνων, δηλαδή της ηλικίας στην οποία η ΧΝΑ εκδηλώνεται πιο συχνά. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται η κατηγορία των 56-65 χρόνων και, τέλος, στην τρίτη βρίσκεται η ηλικιακή κατηγορία των 66 χρόνων κι άνω.

Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, ο κίνδυνος εκδήλωσης της νεφρικής ανεπάρκειας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, θα ήταν αναμενόμενο να υποθέσουμε ότι η πιο συχνή ηλικία εμφάνισης της ΧΝΑ θα αφορούσε τις ομάδες των πιο ηλικιωμένων - δηλαδή αυτές των 56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, στον πληθυσμό, η πιο ευάλωτη ηλικιακή κατηγορία εμφανίζεται να είναι η κατηγορία της παραγωγικής μέσης ηλικίας - αυτής των 36-45 χρόνων. Θεωρούμε ότι αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει τα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι τα άτομα που προσβάλλονται από κάποια χρόνια ασθένεια αυξάνονται ολοένα και περισσότερο, καθώς μειώνεται η ηλικία της εκδήλωσης των παθήσεων που κάποτε ήταν περισσότερο «προνόμιο» της τρίτης ηλικίας (Calvert, 2001). Δηλαδή, ίσως εκτός από τη φυσική φθορά που υφίσταται ο οργανισμός με την πάροδο του χρόνου, πιθανόν να υπάρχουν και άλλοι (ψυχοκοινωνικοί) παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση της χρόνιας ασθένειας σε όλο και νεότερες ηλικίες και οι οποίοι χρήζουν περισσότερης διερεύνησης.

Επίσης, στην περίπτωση της εξέτασης της ηλικίας εκδήλωσης της ΧΝΑ, βρέθηκαν οι θετικές συσχετίσεις της εξεταζόμενης μεταβλητής με τον τόπο καταγωγής των ασθενών, με την οικογενειακή τους κατάσταση, με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, με

την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια, με την ταυτότητα των θανόντων μελών της πατρικής οικογένειας, με την αίσθηση της διαφορετικής αντιμετώπισης των πασχόντων μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ από τους άλλους ανθρώπους και με την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία των ασθενών για το μέλλον τους.

➤ *Τόπος καταγωγής των ασθενών.*

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των μεταβλητών «ηλικία έναρξης της ασθένειας» και «τόπος καταγωγής των ασθενών» δείχνουν ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες της νόσου (56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω), οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκων, ενώ στις νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (με εξαίρεση τις ομάδες των πολύ νέων ηλικιών - πριν τα 15 τους χρόνια και 16-25 χρόνων) ο τόπος καταγωγής των ασθενών είναι τα χωριά ή οι κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501 – 2.000 κατοίκους μέχρι τις πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω.

Η σύγκριση του τόπου καταγωγής με τον τόπο μόνιμης διαμονής των ασθενών δεν εμφανίζει αισθητές διαφορές. Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της συσχέτισης του τόπου καταγωγής των πασχόντων με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, θεωρούμε ότι η διαφορά ανάμεσα στις μεγαλύτερες και νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας αναφορικά με τον τόπο καταγωγής τους μπορεί να εξηγηθεί όχι μόνο με τη μετακίνηση των αγροτικών πληθυσμών της Κρήτης τα τελευταία χρόνια του 20^{ου} αιώνα λόγω της τουριστικής ανάπτυξης του νησιού, αλλά και με την αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα υγείας και πρόληψης, πάλι στη διάρκεια των προαναφερθέντων δεκαετιών. Έτσι, η μεγαλύτερη μέριμνα για την υγεία, η πιο εύκολη πρόσβαση στα υγειονομικά κέντρα, οι αναγκαίες ιατρικές εξετάσεις για την πρόσληψη εργατικού προσωπικού κατέστησαν δυνατή τη διάγνωση των ασθενειών σε νεότερες ηλικίες, καθώς και τη διατήρηση στη ζωή των ασθενών αυτών.

Η έναρξη της ΧΝΑ σε μεγαλύτερες ηλικίες των ασθενών που κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, δείχνουν, κατά τη γνώμη μας, όχι τόσο την καλύτερη φυσική κατάσταση των ατόμων αυτών συγκριτικά με τις νεότερες ηλικίες, όσο τη σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων για τα θέματα υγείας και ασθένειας, εδραιωμένες από την οικογένεια και από τις κοινωνικές συνθήκες της διαβίωσης του ατόμου.

Σ' όλες τις κοινωνίες, η υγεία εξισώνεται με την προσφορά στο και για το κοινωνικό σύνολο (Nettleton, 2002). Αυτό ίσχυε ιδιαίτερα σε μικρές αγροτικές κοινωνίες όπου, λόγω των σκληρών συνθηκών διαβίωσης, δεν επιτρεπόταν η παραμικρή σπατάλη δυνάμεων (Κατάκη, 1989) και η ενασχόληση με τα σωματικά συμπτώματα θεωρούνταν «πολυτέλεια» μέχρι τη στιγμή που το άτομο δεν μπορούσε πλέον να «προσφέρει». Επιπλέον, η κατάσταση δυσχεραινόταν και λόγω της δύσκολης πρόσβασης των κατοίκων των μικρών χωριών σε υπηρεσίες Υγείας και της ενημέρωσης για τα θέματα της υγείας και της ασθένειας. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι ίσως εάν οι προαναφερθείσες κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες ήταν διαφορετικές, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τα συμπτώματά της θα διαγνώσκονταν πιο νωρίς, με αποτέλεσμα την καλύτερη πρόληψη, τη θεραπεία και την πιο μακρόχρονη διατήρηση των ασθενών στη ζωή.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα της έρευνας για τις πολύ νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (πριν από τα 15 χρόνια και στην ηλικία των 16-25 χρόνων), όπου τα περισσότερα υποκείμενα φαίνεται να κατάγονται, στην πρώτη περίπτωση, από πόλεις με πληθυσμό 50.001 – 100.000 κατοίκους και, στη δεύτερη περίπτωση, από πόλεις με πληθυσμό 2.001 – 20.000 κατοίκους, γεγονός που χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της συσχέτισης του τόπου καταγωγής των ασθενών και του τόπου μόνιμης διαμονής τους αναφορικά με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ δεν εμφανίζουν αισθητές μεταξύ τους διαφορές. Κι αυτό, γιατί στη σύγκριση του τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους δεν βρέθηκε μεγάλη απόκλιση μεταξύ τους, παρουσιάζοντας μια μάλλον σταθερή εικόνα του πληθυσμού της Κρήτης των τελευταίων 50 χρόνων.

Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρουσιαζόμενης έρευνας, δεν παρατηρείται το φαινόμενο της αστικοποίησης ως επιβαρυντικού παράγοντα σχετικά με την ηλικία έναρξης της ασθένειας (ΧΝΑ) για τις εξεταζόμενες ηλικίες.

➤ *Οικογενειακή κατάσταση.*

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της συσχέτισης των μεταβλητών «ηλικία έναρξης της ασθένειας» και «οικογενειακή κατάσταση των ασθενών» θα μπορούσαν να θεωρηθούν αναμενόμενα, καθώς είναι εύλογο να υποθεθεί ότι με την πάροδο της ηλικίας αλλάζει και η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου.

Ενδιαφέρον προκαλούν, όμως, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των ηλικιακών ομάδων των 26-35 χρόνων, που τα περισσότερα υποκείμενά

της εμφανίζονται να είναι ανύπανδρα, καθώς και των 56-65 χρόνων, που οι περισσότεροι εμφανίζονται να είναι σε κατάσταση χηρείας. Κι αυτό γιατί, στην περίπτωση της νεότερης ομάδας (26-35 χρόνων), αναφερόμαστε στις ηλικίες στις οποίες είναι αναμενόμενο τα περισσότερα άτομα να έχουν δημιουργήσει οικογένεια, πράγμα που δεν ισχύει για την παρουσιαζόμενη ηλικιακή ομάδα.

Στη δε περίπτωση των 56-65 χρόνων αναφερόμαστε σε ηλικίες στις οποίες οι περισσότεροι σύντροφοι των υποκειμένων αναμένεται να είναι ακόμα εν ζωή, ενώ στη δική μας έρευνα εμφανίζεται το αντίθετο αποτέλεσμα.

Θεωρούμε ότι τα δεδομένα αυτά χρήζουν περισσότερης διερεύνησης, ώστε να διευκρινιστεί η πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση του ατόμου και την ηλικία έναρξης της νόσου.

➤ *Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας των ασθενών.*

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τα ευρήματα της ανάλυσής μας είναι, ότι οι περισσότερες μητέρες των ασθενών με ΧΝΑ είναι χαμηλού επιπέδου μόρφωσης, που κυμαίνεται στην πλειοψηφία από αγράμματες – με λίγες τάξεις του Δημοτικού μέχρι τις απόφοιτες του Λυκείου. Καθώς ο στόχος της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας είναι πρώτα απ' όλα η πρόληψη, θεωρούμε σημαντικό το εύρημα αυτό. Κι αυτό επειδή η μητέρα, παραδοσιακά, θεωρείται η προστάτιδα της οικογένειας από μέσα, είναι αυτή που ασχολείται περισσότερο με τα θέματα της ανατροφής και της υγείας των παιδιών (Κατάκη, 1998).

Το εύρημα της έρευνας για τη συσχέτιση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με την ηλικία έναρξης της χρόνιας νόσου, το θεωρούμε σημαντικό για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί υποδεικνύει την υπάρχουσα κοινωνικοπολιτιστική πραγματικότητα, στην οποία σχεδόν αποκλειστικά υπεύθυνη για την πορεία της υγείας των παιδιών είναι η μητέρα. Δεύτερον, γιατί υποδεικνύει την ανάγκη περισσότερης κοινωνικής και ιατρικής αρωγής προς τις μητέρες γενικά και, ιδιαίτερα, προς τις μητέρες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, καθώς αυτό συνδέεται με λιγότερη πρόσβαση στην ενημέρωση, στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και στα πρότυπα διατήρησης της υγείας των παιδιών (Nettleton, 2002).

➤ *Υπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια.*

Τα αποτελέσματα της θετικής συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών πριν την εκδήλωση της νόσου

μπορεί να δείχνει μια απεικόνιση της φυσιολογικής πορείας της ανθρώπινης ζωής, καθώς είναι αναμενόμενο με την πάροδο του χρόνου τα άτομα να βιώνουν την απώλεια των προσφιλών τους προσώπων. Υπενθυμίζεται ότι την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ δηλώνουν τα περισσότερα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω, ενώ το βίωμα αυτό φαίνεται να απουσιάζει στους περισσότερους ασθενείς των νεότερων ηλικιών.

Επίσης, παρατηρώντας την κατάταξη των θανάτων των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών, το ίδιο συμπέρασμα μπορεί να ισχύει και στην περίπτωση της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας. Η πιο συχνή παρουσία της πατρικής φιγούρας στην κατάταξη αυτή πιθανόν να δείχνει τη μεγαλύτερη θνησιμότητα των ανδρών σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό (Nettleton, 2002, Pilgrim –Rogers, 2004).

- *Πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ασθένειας.*

Αναφορικά με τη συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της αίσθησης της διαφορετικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της νόσου, υπενθυμίζεται ότι όλες οι νεότερες ηλικίες (πλην της ομάδας των 36-45 χρόνων) φαίνεται να θεωρούν ότι υπάρχει διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους άλλους. Διαφορετική άποψη έχουν οι ηλικιακές ομάδες των 36-45, 56-65 και 66 χρόνων κι άνω.

Υπενθυμίζουμε επίσης ότι δε βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία εκδήλωσης της ΧΝΑ και της αίσθησης της διαφορετικότητας των ίδιων των ασθενών από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της νόσου.

Οι ορισμοί της Υγείας και η αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του (Stewart & Rossier, 1978, Nettleton, 2002), αντικατοπτρίζοντας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την κάθε ηλικία. Έτσι, νεαροί άνδρες και γυναίκες είναι πιθανότερο να βλέπουν την υγεία με όρους φυσικής δύναμης και ικανοτήτων, ενέργειας και ζωτικότητας, ενώ οι μεσήλικες να δίνουν έμφαση στη διανοητική ευεξία και την ευδαιμονία (Nettleton, 2002). Θεωρούμε ότι ίσως αυτές οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δίνουν την απάντηση στο θέμα της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ασθένειας με την αίσθηση της διαφορετικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους άλλους μετά την εμφάνισή της.

Έτσι, σε νεότερες ηλικίες, η ασθένεια αφαιρεί από το άτομο τη δυνατότητα να ανταποκρίνεται στις αναμενόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις της ηλικίας του, δηλαδή τη φυσική δύναμη, την ενέργεια, την «ισότιμη» συμμετοχή στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όπως αυτές παρουσιάζονται φυσιολογικά στους «υγιείς» συνομηλίκους του. Μοιράζοντας τις ίδιες αξίες με τα άλλα μέλη της Κοινωνίας, τα άτομα αυτά, κατά τη γνώμη μας, συγκρίνοντας τους εαυτούς τους με τους συνομηλίκους τους, θεωρούν ότι και οι άλλοι βλέπουν την «ανεπάρκειά» τους και δεν μπορούν να μην τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά (πάντα σε σύγκριση με τους «υγιείς»).

Στα υποκείμενα της ομάδας έναρξης της ασθένειας των 46-55 χρόνων η νόσος αφαιρεί από το άτομο, κατά τη γνώμη μας, τη δυνατότητα να απολαύσει την «ευδαιμονία» (διατροφή, ψυχαγωγία κ.λπ.), ως ανταμοιβή και την επιβεβαίωση της προσπάθειας και των κόπων των προηγούμενων χρόνων πριν η φυσική φθορά του οργανισμού τους αναγκάσει να στερηθούν τις απολαύσεις που ίσως έχουν στερηθεί πριν λόγω ακριβώς της σκληρής προσπάθειας να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Ίσως αυτή τους η «διαφορετικότητα» σε σύγκριση με τους άλλους συνομηλίκους τους κάνει να θεωρούν ότι οι «υγιείς» τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της χρόνιας νόσου, καθώς μοιράζονται τις ίδιες αναπαραστάσεις με τα άλλα μέλη της Κοινωνίας.

Η αίσθηση της μη διαφορετικής αντιμετώπισης από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας στα 56-65 και 66 χρόνια κι άνω εξηγείται, κατά τη γνώμη μας, με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτές οι ηλικίες είναι πιο ευάλωτες στις ασθένειες, λόγω της φυσικής φθοράς του οργανισμού, γεγονός αναμενόμενο και αποδεκτό από την κοινωνία. Το άτομο δεν φέρει «ευθύνη» για την κατάστασή του, καθώς είναι το αποτέλεσμα της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης. Οι περισσότεροι αντιπρόσωποι των ηλικιών αυτών έχουν ήδη «αποκτήσει» κάποια αρρώστια και δεν διαφέρουν μεταξύ τους τόσο αναφορικά με την ύπαρξη κάποιας νόσου, όσο περισσότερο αναφορικά με το είδος της. Εξάλλου έχουν ήδη επιτελέσει το «κοινωνικό τους καθήκον» (η προσφορά στο/και για το κοινωνικό σύνολο ως εργαζόμενοι, ως γονείς κ.λπ.). Ίσως γι' αυτό, σύμφωνα με τις προσδοκίες και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τις συγκεκριμένες ηλικίες, τα άτομα στα οποία η ασθένεια εκδηλώθηκε στα 56-65 και 66 κι άνω τους χρόνια δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έλευση της νόσου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση των ασθενών στους οποίους η νόσος εκδηλώθηκε στην ηλικία των 36-45 χρόνων και οι περισσότεροι από τους οποίους, αντίθετα από τις υπόλοιπες νεότερες ηλικίες, αλλά και από τη μεγαλύτερη ομάδα έναρξης

της ασθένειας των 46-55 χρόνων, δηλώνουν ότι οι άλλοι δεν τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εμφάνιση της ΧΝΑ.

Τα υποκείμενα αυτής της ομάδας ίσως δεν βρίσκονται πλέον μπροστά στα διλήμματα που απασχολούν τις πολύ νεαρές ηλικίες (επιλογή τρόπου και στιλ ζωής ενήλικα, μελλοντική καριέρα και επαγγελματική αποκατάσταση, τύποι κοινωνικής αλληλεπίδρασης κ.λπ.), καθώς ήδη έχουν κατασταλάξει στις βασικές επιλογές τους. Ούτε βρίσκονται ακόμα στην ηλικία που επιζητά την «ευδαιμονία» (Nettleton 2002) ως επιβράβευση των προηγούμενων κόπων τους, καθώς διανύουν μια περίοδο της ζωής στην οποία χτίζονται οι βάσεις της επιτυχημένης πορείας του ατόμου. Ούτε βρίσκονται, όμως, και στην ηλικία όπου η ασθένεια είναι αναμενόμενη και «επιτρεπτή» λόγω της φυσικής φθοράς του οργανισμού, αλλά «επιτρεπτή», γιατί το άτομο έχει ήδη επιτελέσει το «κοινωνικό του καθήκον», όπως είναι στην περίπτωση των μεγαλύτερων ηλικιών.

Θεωρούμε ότι η δήλωση των ασθενών αυτής της ομάδας για τη μη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της χρόνιας νόσου, φανερώνει ίσως όχι την πραγματική τους πεποίθηση, αλλά την προσπάθειά τους να αμυνθούν στην απειλή της ασθένειας για τον εαυτό τους και για την ταυτότητά τους (ψυχοκοινωνική ταυτότητα) σε μια ηλικία όπου το άτομο καλείται να αποδείξει και να επιδείξει την αξία του ως χρήσιμο μέλος της Κοινωνίας.

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του Εαυτού του ατόμου και της ταυτότητάς του. Κατά ένα μέρος, αυτό είναι συνέπεια τόσο των πραγματικών ή φαντασιακών αντιδράσεων των άλλων απέναντι στο άτομο που ασθενεί, όσο και του πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει (Nettleton, 2002). Η ταυτότητα, σύμφωνα με τη Charmez (1987), είναι προϊόν της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους. Η χρόνια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει την «απώλεια του Εαυτού» σαν αποτέλεσμα της ανησυχίας και της αβεβαιότητας του ατόμου για το μέλλον του και για τις πολύτιμες εικόνες του Εαυτού από το παρελθόν, τις οποίες νιώθει ότι έχει χάσει. Συνεπώς, η «απώλεια του Εαυτού» μπορεί να προκαλέσει και την αλλαγή ταυτότητας, καθώς η ταυτότητα είναι προϊόν αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον εαυτό και τον κοινωνικό περίγυρο.

Τα υποκείμενα προσπαθούν να έχουν μια «ταυτότητα» Έτσι όπως ο «άλλος» (οικογένεια, ομάδα, τάξη, έθνος κ.λπ.) την απαιτεί, την αποκτά στη διάρκεια της ζωής ταυτίζοντας τον «εαυτό» του με την ιδεατή εικόνα κάποιου Άλλου και *απωθώντας* συγχρόνως την εικόνα εκείνου, του «ξένου», με τον οποίο δεν θέλει να ταυτιστεί (Λίποβατς, 1994). Και ο «ξένος» αυτός ίσως είναι η ασθένεια, γιατί το να είναι κανείς

άρρωστος, δημιουργεί αρνητικούς συσχετισμούς για τον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου, με συνέπεια οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες τείνουν να ισχυρίζονται ότι δεν είναι άρρωστοι, ενώ από την άλλη χρησιμοποιούν την έκφραση «εμείς που είμαστε άρρωστοι» (Herzlich & Pierret, 1985). Γι' αυτό οι άνθρωποι αυτοί προσπαθούν να διαχωρίσουν την ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό, στην προσπάθεια της εξισορρόπησης της αστάθειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν ως εαυτός και ταυτότητα («ψυχοκοινωνική ταυτότητα» - υπογράμμιση δική μας) μετά την έναρξη της ασθένειας. Οι χρόνια άρρωστοι χρησιμοποιούν έναν ορισμό Υγείας που βασίζεται στην ικανότητά τους να διατηρήσουν μια αίσθηση αξιοπρέπειας, ως παραγωγικά, ικανά και άξια άτομα μέσα στην κοινωνική σφαίρα, παρά στη φυσική τους κατάσταση. Συνεπώς, η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της ασθένειας. Μοιραζόμενα το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω τους (κοινωνικές αναπαραστάσεις - υπογράμμιση δική μας) τα άτομα αισθάνονται γι' αυτόν το λόγο διαφορετικά και τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές, προκειμένου να παρουσιάσουν τον εαυτό τους ως «φυσιολογικό» (Nettleton, 2002).

Ίσως αυτό ισχύει πολύ περισσότερο για τα υποκείμενα της συγκεκριμένης ομάδας (ηλικία έναρξης της ασθένειας 36-45 χρόνων). Συγκριτικά με τις νεότερες ηλικίες, το άτομο έχει κατασταλάξει στις βασικές του επιλογές (τρόπος και στιλ ζωής, τύποι κοινωνικής αλληλεπίδρασης, επιλογή καριέρας κ.λπ.). Συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες, το άτομο δεν έχει αποδείξει ακόμα την «αξία» του, καθώς βρίσκεται στην ηλικία που καλείται να αντεπεξέλθει στις πολλαπλές απαιτήσεις και υποχρεώσεις στην προσπάθειά του αυτή, για να έχει το «δικαίωμα» της μελλοντικής μειωμένης προσφοράς, της μελλοντικής αρρώστιας, μετά, όμως, από την αναγνώριση των κοπών του, ως μιας «φυσιολογικής» πορείας του ανθρώπου. Ίσως γι' αυτό η έναρξη της ασθένειας σ' αυτήν την ηλικία προκαλεί μεγαλύτερη σύγκρουση αναφορικά με τον εαυτό και την ταυτότητα και απαιτεί μεγαλύτερη άμυνα στην προσπάθεια της εξισορρόπησης της αστάθειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν στην ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα μετά την έλευση της νόσου. Ίσως γι' αυτό οι περισσότεροι ασθενείς αυτής της ομάδας δηλώνουν την πεποίθησή τους για τη μη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους (τους «υγιείς») μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Αυτή η ηλικιακή ομάδα της έναρξης της ασθένειας 36-45 χρόνων δηλώνει και τη μεγαλύτερη αισιοδοξία για το μέλλον συγκριτικά με τις άλλες ομάδες.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η βιογραφική αποδιοργάνωση μετά την έναρξη της χρόνιας πάθησης (Bury, 1982), καθώς αυτή δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα του

ατόμου, αλλά και την τροχιά ολόκληρης της ζωής του σε διάφορα επίπεδα, μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες για τον εαυτό και την ταυτότητα του ασθενούς (Herzlich & Pierret, 1985, Charmez, 1987). Δηλαδή ο/η ασθενής μπορεί να επανεξετάσει την κατεύθυνση της ζωής του, μπορεί να γίνει πιο ευσυνείδητος άνθρωπος και να καταλήξει σε ευκαιρίες τις οποίες δεν είχε φανταστεί στο παρελθόν. Μπορεί το άτομο να θεωρήσει ότι μέσα από τη δυσλειτουργία του αντιλήφθηκε και αναθεώρησε καταστάσεις, που ποτέ δεν είχε συνειδητοποιήσει πριν (Simon, 1971, Shontz, 1977, Herzlich & Pierret, 1985, Charmez, 1987, Davison & Neale, 1994).

Το ζήτημα που προκύπτει στη συγκεκριμένη περίπτωση (ηλικιακή ομάδα έναρξης της ασθένειας 36-45 χρόνων - η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ηλικία έναρξης της νόσου, τα άτομα αυτά δεν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της νόσου και είναι η πιο αισιόδοξη ομάδα σ' ό,τι αφορά το μέλλον), είναι κατά πόσο σ' αυτή την ομάδα η ασθένεια όντως επέφερε θετικές συνέπειες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα ή η θετική στάση προς τον εαυτό, την ταυτότητα και το μέλλον τους είναι το αποτέλεσμα και η ανάγκη να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το πλήγμα που μπορεί να προκαλεί μια ανίατη νόσος στην ψυχοκοινωνική τους ταυτότητα εξαιτίας των προαναφερθέντων πιο πάνω λόγων. Θεωρούμε ότι αυτό το ζήτημα χρήζει περισσότερης διερεύνησης, που δεν είναι εφικτό όμως στα πλαίσια της παρουσιαζόμενης έρευνας.

Θεωρούμε, επίσης, ότι χρήζει περισσότερης διερεύνησης και το γεγονός των αντιφατικών, κατά τη γνώμη μας, απαντήσεων των υποκειμένων των εξεταζόμενων ηλικιακών ομάδων έναρξης της νόσου αναφορικά με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους, με την αίσθηση (πεποίθηση) για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου και τη στάση τους (αισιόδοξη – απαισιόδοξη) προς το μέλλον.

Ενώ η ηλικία έναρξης της ασθένειας δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους μετά την εκδήλωσή της (της ασθένειας), φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την αίσθηση (πεποίθηση) των υποκειμένων για τη διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους άλλους και με τη στάση τους προς το μέλλον. Έτσι, στις νεότερες ηλικίες (πλην της ηλικίας έναρξης της νόσου των 36-45 χρόνων) τα υποκείμενα μπορεί να αισθάνονται ή όχι τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους, αλλά τείνουν να πιστεύουν στην πλειοψηφία τους ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της νόσου, ενώ είναι οι ηλικιακές ομάδες έναρξης της ασθένειας που είναι αισιόδοξες για το μέλλον τους (πλην της ομάδας των 26-

35 χρόνων). Οι μεγαλύτερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (56-65 και 66 χρόνων κι άνω) μπορεί να αισθάνονται ή όχι τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους, αλλά, στην πλειοψηφία τους, δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της νόσου, εντούτοις είναι οι ομάδες που βλέπουν με απαισιοδοξία το μέλλον τους.

Θεωρούμε ότι αυτές οι στάσεις υποδηλώνουν τη σύγκρουση ανάμεσα στο επιθυμητό και την πραγματικότητα του ατόμου, στην οποία σύγκρουση παρεμβαίνουν ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η προσωπικότητα του ατόμου (η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα) και το στίλ ζωής του πριν την έναρξη της ασθένειας παίζουν έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει τη σωματική του δυσλειτουργία (Molnar, 1989, Trieshmann, 1989, Pedretti, 1990). Η αντίδραση στην ασθένεια έχει άμεση σχέση και με την ηλικία και με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το άτομο (Stewart & Rossier, 1978). Έτσι, στις νεότερες ηλικίες που το άτομο βρίσκεται σε πολύ ευαίσθητη φάση της ζωής του, προσπαθώντας να ανακαλύψει την ταυτότητά του, να επιλέξει τρόπο και στίλ ζωής κ.λπ., η χρόνια ασθένεια μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την προσωπικότητά του και να αντιμετωπίζεται δύσκολα (Cronin, 1996).

Τα νεαρά άτομα της έρευνάς μας θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν διαφορετικά, αντιλαμβανόμενα τη «μειονεξία» τους συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους και σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ηλικία, για τις προσδοκίες από αυτήν κ.λπ. Τα περισσότερα από αυτά τείνουν, όμως, να είναι αισιόδοξα για το μέλλον, φανερώνοντας, κατά τη γνώμη μας, την ανάγκη της ελπίδας για ένα καλύτερο αύριο, ώστε να εξισορροπηθεί η κατάσταση αβεβαιότητας και αστάθειας που βιώνουν ως εαυτό και ως ταυτότητα. Στην ελπίδα αυτή ίσως παρεμβαίνουν παράγοντες, όπως το νεαρό της ηλικίας των ασθενών («περιθώριο χρόνου»), η γνώση και η ελπίδα για τα αλματώδη βήματα της ιατρικής επιστήμης και η κοινωνική υποστήριξη (από την οικογένεια, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.) λόγω ακριβώς του νεαρού της ηλικίας τους.

Στη μέση ή γεροντική ηλικία το άτομο έχει ήδη συνειδητοποιήσει την έννοια της απώλειας και έχει έρθει σε επαφή με σημαντικές και συχνά οδυνηρές προσωπικές απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995). Εξάλλου, η έναρξη της ασθένειας σ' αυτές τις ηλικίες θεωρείται (σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις) «επιτρεπτή», λόγω της «εκπλήρωσης» από το άτομο των βασικών του κοινωνικών «καθηκόντων» και αναπόφευκτη, λόγω της φυσιολογικής πορείας του ανθρώπινου οργανισμού. Σ' αυτή τη φάση, η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται

καλύτερα, καθώς φαίνεται και από τις απαντήσεις των υποκειμένων της παρούσας έρευνας, οι οποίες δείχνουν, στην πλειοψηφία τους, ότι τα άτομα αυτά δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειας. Τα άτομα αυτά, όμως, είναι, στην πλειοψηφία τους, απαισιόδοξα για το μέλλον, καθώς τα θέματα που συχνά απασχολούν αυτές τις ηλικίες είναι ο θάνατος και η μείωση του χρόνου ζωής. Μπορεί να μην αισθάνονται διαφορετικά από τους άλλους, λόγω της αναπόφευκτης έλευσης της ασθένειας σ' αυτές τις ηλικίες, της εμπειρίας τους και της βασικής κάλυψης των κοινωνικών τους υποχρεώσεων, αλλά σκέπτονται και αντικρίζουν την αναπόφευκτη κατάληξη της ανθρώπινης ζωής - το θάνατο. Αυτός, κατά τη γνώμη μας, είναι ο λόγος της δήλωσης της απαισιοδοξίας των ατόμων των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων έναρξης της ασθένειας.

Ευελπιστούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μας ίσως αποτελέσουν έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση των ζητημάτων συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της χρόνιας ασθένειας και της αντίδρασης του ατόμου σ' αυτήν.

6.3.3. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ΧΝΑ.

Οι μελέτες δείχνουν ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται θετικά με το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης και είναι συναφής με τις κύριες αιτίες θανάτων, καθώς και με άλλα πολλά αποτελέσματα που αφορούν την υγεία (Link & Phelan, 1995). Η κοινωνική αιτιότητα δεν περιορίζεται σε ταξικές αναφορές μόνο, καθώς είναι μόνο ένας μερικός δείκτης μιας ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων που πρέπει να ιδωθούν συνδυαστικά, εάν πρόκειται να γίνει κατανοητή η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία (Link & Phelan, 1995, Bartley et al., 1998). Σε έρευνες στη Βρετανία, με δείγμα ατόμων 15, 35 και 55 ετών, βρέθηκε συνάφεια μεταξύ κοινωνικής τάξης και αρκετών δεικτών Υγείας καθ' όλο το μήκος της ζωής. Παρ' όλα αυτά, στη νεότερη ηλικιακή ομάδα δεν βρέθηκαν διαφορές που να συσχετίζουν χρόνιες φυσικές και ψυχικές παθήσεις με την κοινωνική τάξη (Ford et al., 1994).

Στα θέματα υγείας παρουσιάζονται σημαντικές κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές που άπτονται της κοινωνικής και επαγγελματικής προέλευσης του ατόμου. Η ασθένεια μπορεί να προκύψει από την αλληλεπίδραση των βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, η γεωγραφική καταγωγή, ο τόπος μόνιμης διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση κ.λπ. (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Ραβάνης, 1995, Link & Phelan, 1995). Πίσω απ' όλα αυτά βρίσκεται η διαφορετική ιστορία ζωής του κάθε ατόμου (Bartley et al., 1998) με

διαφορετικούς υπαρξιακά ενσωματωμένους τρόπους λειτουργίας και αντίδρασης στο περιβάλλον και που αποτελούν την απαραίτητη προϋπόθεση για την αιτιώδη αμοιβαιότητα και ανταλλαγή (Williams,1998). Έτσι, ο διαχωρισμός και η διαφοροποίηση κοινωνικών ομάδων με κριτήρια μόνο κοινωνικοοικονομικά (ηλικία, επάγγελμα, εισόδημα, εκπαίδευση) δεν σημαίνει ότι αντιστοιχούν και με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις θεμάτων όπως η υγεία (Αγραφιώτης, 2003). Η πρόσληψη και η παρουσίαση της ασθένειας ποικίλλουν ανάλογα με το πολιτιστικό πλαίσιο του πάσχοντος. Παραδείγματος χάριν, η αξιολόγηση του σώματος και του Εαυτού από τη μεσαία τάξη εκφράζεται με πιο αφηρημένους όρους, ενώ οι αποτιμήσεις της εργατικής τάξης είναι πιθανότερο να δίνουν έμφαση σε πιο πρακτικές αξίες και να επικεντρώνονται στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κανείς εργασίες και να ανταποκρίνεται στους ρόλους του (Radley, 1989). Τα υποκείμενα που δεν έκαναν χειρωνακτικές εργασίες νοσηματοτούσαν την υγεία πιο θετικά και σε πιο προσωπικό επίπεδο από αυτά που απασχολούνταν σε χειρωνακτικές εργασίες και που έδωσαν πιο αρνητικούς και λειτουργικούς ορισμούς (D'Houtard & Field, 1984). Από την άλλη, στην έρευνα της Blaxter (1990) βρέθηκε ότι οι ορισμοί της Υγείας είναι περίπου κοινοί σ' όλες τις ταξικές ομάδες, αλλά διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής και σε συσχετισμό με το φύλο. Στην εξέταση των αντιλήψεων για την υγεία των ομάδων από την Ασία, την Αφρο-Καραϊβική και του λευκού πληθυσμού, βρέθηκε ότι, συγκρινόμενοι με τους λευκούς, οι Ασιάτες έτειναν να ορίζουν την υγεία με λειτουργικούς όρους, ενώ οι συμμετέχοντες από την Αφρο-Καραϊβική έτειναν να περιγράφουν την υγεία με όρους ενέργειας και φυσικής δύναμης ή να αποδίδουν τις ασθένειες σε κακή τύχη (Howlett et al., 1992). Σε συγκριτικές μελέτες, όμως, γυναικών της μεσαίας και εργατικής τάξης αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τάξεις (Calnan,1987).

Όπως φαίνεται, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αποτελούν μόνο μερικό δείκτη ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων στην πραγματικότητα του ατόμου. Στην παρούσα μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας προσπαθήσαμε να εξετάσουμε διαδοχικά τους παράγοντες που αποτελούν στοιχεία της ταυτότητας αυτής αναφορικά με την ασθένεια. Έτσι, αυτή η ενότητα είναι η συνέχεια των προηγούμενων και των επόμενων ενοτήτων στην προσπάθεια να ιδωθούν συνδυαστικά για την καλύτερη κατανόηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου και της πιθανής αλληλεπίδρασης των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Η παρούσα μελέτη των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων αναφορικά με τη ΧΝΑ εξετάζει το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο καταγωγής και τον τόπο

μόνιμης διαμονής των ασθενών που διανύουν το τελικό στάδιο της ασθένειας και τις συσχετίσεις αυτών των στοιχείων με άλλες μεταβλητές αυτής της έρευνας.

6.3.3^a. Επάγγελμα.

Η εξέταση της μεταβλητής αυτής αναφορικά με τον πληθυσμό έδειξε ότι τα περισσότερα υποκείμενα αναμένεται να εξασκούν το επάγγελμα του αγρότη, της νοικοκυράς και του τεχνίτη-εργάτη. Επίσης, έδειξε θετική συσχέτιση με άλλες μεταβλητές, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, ο τόπος καταγωγής και ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών, η οικογενειακή τους κατάσταση, το επάγγελμα του πατέρα των ασθενών, η αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας μετά την έναρξη της ΧΝΑ και το είδος της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα. Η αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ασθένειας φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την αίσθηση της διαφορετικότητας των υποκειμένων από τους άλλους και με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εμφάνιση της νόσου.

Σημειώνεται ότι η συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με το επάγγελμα του πατέρα εξετάζεται στην επόμενη ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα».

➤ *Φύλο.*

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν την υπεροχή του επαγγέλματος του γεωργού στους άνδρες και το λειτούργημα της νοικοκυράς στις γυναίκες, επαγγελμάτων που αντιπροσωπεύουν τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων αυτών θεωρούμε ότι πρέπει να τα δούμε συνδυαστικά με τις συσχετίσεις της βασικής εξεταζόμενης μεταβλητής και με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, ο τόπος καταγωγής και ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών.

➤ *Ηλικία.*

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το επάγγελμα του γεωργού εξασκείται επί το πλείστον από τους εκπροσώπους της ηλικιακής ομάδας ασθενών των 66 χρόνων κι άνω (που είναι και η πλειοψηφία των ασθενών). Οι περισσότεροι εκπρόσωποι των άλλων μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων (46-55 και 56-65 χρόνων) φαίνεται να είναι τεχνίτες-εργάτες, έμποροι-πωλητές, υπάλληλοι υπηρεσιών, ασχολούμενοι με επαγγέλματα γραφείου και εκπαιδευτικοί. Οι νεότερες ομάδες (16-25, 26-35, 36-45) φαίνεται να είναι περισσότερο άνεργοι, υπάλληλοι υπηρεσιών και εκπαιδευτικοί.

Στις γυναίκες, το λειτούργημα της νοικοκυράς φαίνεται να εξασκείται σχεδόν αποκλειστικά από τις εκπρόσωπους των μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 και 66 χρόνων κι άνω), ενώ στις νεότερες ομάδες δεν παρατηρείται η διαφοροποίηση αυτή.

Έτσι, λοιπόν, η υπεροχή του επαγγέλματος του γεωργού και της νοικοκυράς στους ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου, φαίνεται να είναι αντιπροσωπευτική για τον πληθυσμό. Αυτό μόνο για το διάστημα που οι εκπρόσωποι της μεγαλύτερης γενιάς βρίσκονται ακόμα εν ζωή και μπορεί ν' αλλάξει τα επόμενα χρόνια, αντικατοπτρίζοντας, κατά τη γνώμη μας, τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που έχουν επέλθει τα τελευταία χρόνια στην Κρήτη. Η ραγδαία ανάπτυξη του τουρισμού στο νησί τις τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα διαμόρφωσε την περιοχή από κατεξοχήν αγροτική σε τουριστικό θέρετρο, όπου η μεγαλύτερη πηγή εισοδήματος των κατοίκων της είναι συνυφασμένη με τον τομέα των υπηρεσιών. Οι Κρητικοί, λόγω των αιώνιων δεσμών εξάρτησης από τις αγροτικές ασχολίες που τους εξασφάλιζαν την επιβίωση, διατηρούν ακόμα πολύ στενή σχέση με την «περιουσία» τους (Δετοράκης, 1990), εντούτοις, στις περισσότερες περιπτώσεις, η γεωργία δεν αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος για τους κατοίκους του νησιού. Συνεπώς, η παρουσιαζόμενη εικόνα της κατανομής των επαγγελμάτων αναφορικά με την ασθένεια μπορεί ν' αλλάξει τα προσεχή χρόνια.

Τίθεται, όμως, ένα άλλο ερώτημα: κατά πόσο η εξέταση μόνο της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης του ατόμου (της κοινωνικοοικονομικής του τάξης) μπορεί να εξηγήσει το φαινόμενο της μεγαλύτερης ευπάθειας στις ασθένειες και μεγαλύτερης θνησιμότητας στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Π.χ., ένας τεχνίτης-εργάτης μπορεί να έχει μεγαλύτερο εισόδημα από έναν εκπαιδευτικό, όπως κι ένας γεωργός μπορεί να έχει μεγαλύτερο εισόδημα (ανάλογα με το μέγεθος της περιουσίας του) από έναν υπάλληλο υπηρεσιών με Ανώτατη μόρφωση και να έχουν μεγαλύτερες οικονομικές δυνατότητες χρήσης των υπηρεσιών Υγείας. Ποιοι μπορεί να είναι οι άλλοι παράγοντες που πιθανόν παρεμβαίνουν στα θέματα των ανισοτήτων στην υγεία; Θεωρούμε ότι το ζήτημα αυτό χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

➤ *Τόπο καταγωγής και τόπος μόνιμης διαμονής.*

Υπενθυμίζουμε ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης της συσχέτισης του τόπου καταγωγής με τον τόπο μόνιμης διαμονής, δεν βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση. Το ίδιο αποτέλεσμα φαίνεται να ισχύει και στη σύγκριση του τόπου καταγωγής και του τόπου μόνιμης διαμονής αναφορικά με το επάγγελμα των ασθενών, με εξαίρεση κάποια από αυτά, οι περισσότεροι εκπρόσωποι των οποίων φαίνεται να

διαμένουν σε τόπους με μεγαλύτερο πληθυσμό απ' ό,τι ο τόπος καταγωγής τους, όπως τα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα, υπάλληλοι υπηρεσιών, οι Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα ασφάλειας. Σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις οι περισσότεροι εκπρόσωποι κάποιων επαγγελμάτων εμφανίζεται να διαμένουν μόνιμα σε τόπους με μικρότερο πληθυσμό απ' ό,τι ο τόπος καταγωγής τους (π.χ. οι τεχνίτες-εργάτες).

Σε γενικές γραμμές, θεωρούμε ότι οι προαναφερθείσες συσχετίσεις των μεταβλητών δεν αποδεικνύουν την ύπαρξη του φαινομένου της αστικοποίησης και δείχνουν την κάπως σταθερή εικόνα της κατανομής του πληθυσμού και της προσφοράς της εργασίας στην Κρήτη τις τελευταίες δεκαετίες. Για να εξακριβωθεί το ορθό της υπόθεσης, κρίθηκε σκόπιμο να εξετάσουμε την πιθανή συσχέτιση του επαγγέλματος των γονιών των ασθενών μ' αυτό των ίδιων, τα αποτελέσματα της οποίας αναλύονται στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα».

Έτσι, οι αγρότες, στην πλειοψηφία τους, φαίνεται να κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, στον τομέα των υπηρεσιών τα περισσότερα υποκείμενα εμφανίζονται να κατάγονται από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους, οι περισσότεροι έμποροι-πωλητές από πόλεις με 50.001-100.000 κατοίκους, στα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα και στις Ένοπλες Δυνάμεις φαίνεται να απασχολούνται πιο συχνά οι ασθενείς με καταγωγή από πόλεις με πληθυσμό από 2.001-20.000 κατοίκους, ενώ στα άλλα επαγγέλματα έχουν βρεθεί παραπάνω από μια τιμή της μεταβλητής «τόπος καταγωγής».

➤ *Οικογενειακή κατάσταση.*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανύπανδρων ασθενών εμφανίζεται στα επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα, στον κλάδο των εκπαιδευτικών και στους άνεργους.

Ίσως, στην πρώτη ομάδα, οι εκπρόσωποι της οποίας είναι κάτοχοι πτυχίου Ανώτατης και Ανώτερης Σχολής, οι στόχοι της επαγγελματικής αποκατάστασης και τα χρόνια των σπουδών για το σκοπό αυτό, συμβάλλουν στην παράταση του ελεύθερου βίου. Συγκριτικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των παντρεμένων φαίνεται να συναντάται στα υποκείμενα που εξασκούν επαγγέλματα γραφείου, εμπόρων-πωλητών και αγροτών, στις περιπτώσεις που η επαγγελματική αποκατάσταση ξεκινά πιο νωρίς, χωρίς την παράταση των χρόνων των σπουδών και της εύρεσης εργασίας ανάλογης με το επίπεδό τους. Ίσως, επίσης, η μόρφωση συμβάλλει στην κάπως διαφορετική αντίληψη του νοήματος του

έγγαμου βίου και, σύμφωνα μ' αυτή την αντίληψη, στην πιο απαιτητική αναζήτηση του / της συντρόφου.

Στους άνεργους, οι κυριότερες αιτίες της ανύπανδρης κατάστασης είναι το νεαρό της ηλικίας (οι περισσότεροι άνεργοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 16-25 χρόνων) και η αβεβαιότητα της οικονομικής κατάστασης, καθώς είναι άνεργοι. Συγκρίνοντας την ανάλυση αυτών των μεταβλητών με την ανάλυση της συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης των υποκειμένων με την ηλικία τους (παρουσιάζεται στην προηγούμενη ενότητα «ηλικία και ΧΝΑ»), παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι εκπρόσωποι των νεότερων ηλικιακών ομάδων (16-25, 26-35 και 36-45 χρόνων) φαίνεται να είναι ανύπανδροι. Σ' αυτή την κατάσταση εκτός από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν πριν (σπουδές, αβεβαιότητα της οικονομικής κατάστασης) συμβάλλει, κατά τη γνώμη μας, και το γεγονός της ασθένειας.

Οι περισσότεροι διαζευγμένοι εμφανίζεται να συναντώνται στους ασθενείς που εξασκούν επαγγέλματα γραφείου, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά χηρείας φαίνεται να υπάρχουν στους τεχνίτες-εργάτες και, ιδιαίτερα, στις νοικοκυρές. Εκτός από την περίπτωση των νοικοκυρών, η πλειοψηφία των οποίων ανήκει σε μεγαλύτερες ηλικίες των 56-65 και 66 χρόνων κι άνω (γεγονός που αποδεικνύει το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στις γυναίκες και τη μεγαλύτερη θνησιμότητα των ανδρών σε σύγκριση με το γυναικείο πληθυσμό) (Pilgrim-Rogers, 2004), θεωρούμε ότι οι περιπτώσεις των διαζευγμένων ασθενών και αυτών σε κατάσταση χηρείας χρήζουν περισσότερης διερεύνησης για την καλύτερη κατανόηση της πιθανής συσχέτισης των καταστάσεων αυτών με τα συγκεκριμένα επαγγέλματα.

➤ *Αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα μετά την έναρξη της ασθένειας.*

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι ορισμένα επαγγέλματα πλήττονται περισσότερο σε σύγκριση με άλλα από τις επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, όπως είναι τα επαγγέλματα του αγρότη, του εμπόρου-πωλητή και του τεχνίτη-εργάτη. Τα επαγγέλματα που έχουν λιγότερες επιπτώσεις είναι το λειτούργημα της νοικοκυράς και τα επαγγέλματα γραφείου. Καθώς φαίνεται, οι μεγαλύτερες αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας παρατηρούνται στους ασθενείς που ασχολούνται με χειρωνακτικές εργασίες (π.χ. οι αγρότες), λόγω της σωματικής επιβάρυνσης και εξ αιτίας της έκθεσής τους σε παθογόνα μικρόβια (Κεφ.3).

Εξετάζοντας το είδος της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας (διακοπή, μείωση ή αλλαγή), παρατηρήσαμε

ότι η πιο συχνή περίπτωση της διακοπής του επαγγέλματος εμφανίζεται στο επάγγελμα του τεχνίτη-εργάτη και της νοικοκυράς, η μείωση της ενασχόλησης στην περίπτωση του αγρότη, ενώ την περισσότερη αλλαγή (χωρίς να διακόπτεται η εξάσκηση του κύριου επαγγέλματος) αναφέρουν τα υποκείμενα που εξασκούν το επάγγελμα του εκπαιδευτικού.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, κατά τη γνώμη μας, την ανάγκη πολύ προσεκτικού μεθοδολογικού σχεδιασμού της έρευνας και της διασταύρωσης των απαντήσεων των υποκειμένων, προκειμένου να αποκαλυφθεί η πραγματική εικόνα της εξεταζόμενης υπόθεσης. Οι αντιφατικές απαντήσεις των υποκειμένων (όπως, π.χ. στην περίπτωση των νοικοκυρών), μπορεί να δείχνουν ή τη μη κατανόηση της ερώτησης του ερευνητή λόγω του χαμηλού μορφωτικού τους επιπέδου ή τις υποκειμενικές αναπαραστάσεις του Εαυτού, που έρχονται σε σύγκρουση με την αντικειμενική πραγματικότητα του ατόμου. Τα ευρήματα της εξέτασης της μεταβλητής «επάγγελμα» με τη μεταβλητή «επηρεάστηκε η οικονομική σας κατάσταση μετά την έναρξη της ασθένειας» επιβεβαιώνουν, κατά τη γνώμη μας, τη σύγκρουση αυτή. Έτσι, στον πληθυσμό των νεφροπαθών, η αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης δεν φαίνεται να συσχετίζεται με κάποια συγκεκριμένα επαγγέλματα, ενώ στις προηγούμενες αναλύσεις εμφανίζεται κάποια από αυτά να πλήττονται περισσότερο από την ασθένεια, με αποτέλεσμα τη διακοπή του επαγγέλματος από τον πάσχοντα.

Η αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας μετά την έναρξη της ασθένειας φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και με την πεποίθηση των πασχόντων για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους. Έτσι, τα υποκείμενα που δηλώνουν την αλλαγή της επαγγελματικής τους δραστηριότητας μετά την έλευση της ασθένειας, τείνουν περισσότερο να θεωρούν ότι διαφέρουν από τους άλλους, τους «υγιείς», και να πιστεύουν ότι αυτοί οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, επιβεβαιώνοντας τα πορίσματα των προγενέστερων ερευνών για τη σημασία της «παραγωγικότητας» του ατόμου στην προσωπική και την κοινωνική του ύπαρξη και του πλήγματος που επιφέρει η χρόνια ασθένεια στην ατομική και την κοινωνική σφαίρα του πάσχοντος (Nettleton, 2002). Ίσως οι αντιφατικές απαντήσεις των υποκειμένων υποδηλώνουν, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη ερευνήτρια, την προσπάθεια του ατόμου να υπερασπιστεί τον ακόμα «υγιή» εαυτό του μπροστά στην απειλή της αρρώστιας και φανερώνουν τη σύγκρουση ανάμεσα στο επιθυμητό και το υπαρκτό (Λίποβατς, 1994).

6.3.3β. Μορφωτικό επίπεδο.

Η ανάλυση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών έδειξε θετική συσχέτιση της εξεταζόμενης μεταβλητής με την ηλικία, τον τόπο καταγωγής, το επάγγελμα των ασθενών, με την οικογενειακή τους κατάσταση, με το επίπεδο μόρφωσης των γονιών των υποκειμένων και με την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Η ανάλυση της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών με το αντίστοιχο γονικό παρατίθεται στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα».

➤ *Ηλικία.*

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, τα περισσότερα υποκείμενά της εμφανίζονται να έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο με σαφή υπερίσχυση των ομάδων των αποφοίτων του Δημοτικού και των αγράμματων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το μεγάλο αριθμό των υποκειμένων μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 και 66 χρόνων κι άνω) που αποτελεί την πλειοψηφία των ασθενών, αλλά, κατά τη γνώμη μας, αντικατοπτρίζει και την αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα Παιδείας τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα με την εισαγωγή του θεσμού της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Έτσι, οι Αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή οι Απόφοιτοι του Δημοτικού ανήκουν σχεδόν αποκλειστικά στις ηλικιακές ομάδες των 56-65 και 66 χρόνων κι άνω. Συνεπώς, η εικόνα αυτή μπορεί ν' αλλάξει τις επόμενες δεκαετίες, αλλά μπορεί ν' αλλάξει, κατά τη γνώμη μας, και η θεώρηση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, καθώς τη θέση των Αγράμματων ή Αποφοίτων του Δημοτικού μπορεί να κατέχουν πλέον οι Απόφοιτοι μόνο του Γυμνασίου.

Εξετάζοντας αναλυτικά τις ηλικιακές ομάδες των ασθενών αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσής τους, παρατηρούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων της τωρινής ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω κυμαίνεται από Αγράμματους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού, Αποφοίτους του Δημοτικού μέχρι το επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου. Το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων των 56-65 χρόνων κυμαίνεται από Αγράμματους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού μέχρι το επίπεδο του Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου (αντίστοιχο του σημερινού Λυκείου). Οι περισσότεροι εκπρόσωποι της ηλικιακής ομάδας των 46-55 χρόνων είναι απόφοιτοι ή του Δημοτικού ή του Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου ή κάτοχοι απολυτηρίου μέσης Τεχνικής Σχολής. Ενδιαφέρον προκαλεί η περίπτωση της ομάδας των 36-45 χρόνων, όπου τα περισσότερα υποκείμενα είναι κάτοχοι του απολυτηρίου Γυμνασίου και Λυκείου καθώς και πτυχίου Ανώτερης ή

Ανώτατης Σχολής. Στην ηλικία των 26-35 χρόνων οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να έχουν γνώσεις των λίγων τάξεων του Γυμνασίου ή απολυτήριο Γυμνασίου. Το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων των 16-25 χρόνων κυμαίνεται επί το πλείστον ανάμεσα στο επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου και του απολυτηρίου του Λυκείου.

Όπως φαίνεται, στις νεότερες ηλικιακές ομάδες δεν παρατηρείται η ύπαρξη των Αγράμματων ή ατόμων με επίπεδο των λίγων τάξεων του Δημοτικού (που, κατά τη γνώμη μας, υποστηρίζει την υπόθεσή μας για την αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα Παιδείας), αλλά, γενικά, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών εμφανίζεται να είναι χαμηλής στάθμης.

➤ *Τόπος καταγωγής.*

Στην ανάλυση της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου των υποκειμένων και του τόπου καταγωγής τους εμφανίζεται παρόμοια εικόνα κατανομής που έχει να κάνει με την ηλικία των υποκειμένων. Έτσι, Αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή Απόφοιτοι του Δημοτικού φαίνεται να είναι, στην πλειοψηφία, οι ασθενείς που κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους, τα περισσότερα υποκείμενα που η καταγωγή τους είναι από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους, είναι απόφοιτοι του Δημοτικού, κάτοχοι του απολυτηρίου μέσης Τεχνικής Σχολής ή του Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου (υπενθυμίζεται ότι τα περισσότερα υποκείμενα αυτών των ομάδων ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες των 46-55, 56-65 και 66 χρόνων κι άνω). Στις υπόλοιπες κατηγορίες συσχετίσεων του επιπέδου μόρφωσης με τον τόπο καταγωγής των ασθενών έχει βρεθεί παραπάνω από μια τιμή της μεταβλητής «τόπος καταγωγής». Σημειώνεται ότι δεν έχει βρεθεί θετική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων και στον τόπο μόνιμης διαμονής τους.

Θεωρούμε ότι αυτά τα αποτελέσματα φανερώνουν περισσότερο τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί στην κοινωνία της Κρήτης τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα και για τις οποίες γίνεται λόγος πιο πάνω (αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα Παιδείας, τουριστική ανάπτυξη του νησιού και η μετακίνηση του πληθυσμού προς τις πόλεις για αναζήτηση εργασίας), παρά την άμεση συσχέτιση μόνο του τόπου καταγωγής με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών και ίσως σ' αυτή την περίπτωση παρεμβαίνουν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμο να εξετάσουμε και άλλες μεταβλητές (τόπος καταγωγής των γονέων, επίπεδο μόρφωσης των γονέων κ.λπ.) αναφορικά με το θέμα του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών. Τα συμπεράσματα της ανάλυσης αυτής παρατίθενται στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα».

➤ *Οικογενειακή κατάσταση.*

Η θετική συσχέτιση της εξεταζόμενης μεταβλητής «μορφωτικό επίπεδο» με την οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων φανερώνει, κατά τη γνώμη μας, την ανάγκη τα προς διερεύνηση θέματα να εξετάζονται όχι αθροιστικά, αλλά συνδυαστικά, καθώς σε κάθε ανθρώπινη κατάσταση παρεμβαίνουν πολλοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται, συμβάλλοντας στη φαινομενική εικόνα του γεγονότος.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, εξετάζοντας τη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών με την οικογενειακή τους κατάσταση, παρατηρούμε την εξής εικόνα: οι Αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού και οι απόφοιτοι του Δημοτικού φαίνεται να είναι πιο συχνά (σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες υποκειμένων) χήροι /χήρες. Παντρεμένοι εμφανίζονται πιο συχνά να είναι οι Απόφοιτοι του Δημοτικού και οι ασθενείς-κάτοχοι του απολυτηρίου του Γυμνασίου. Το μεγαλύτερο ποσοστό διαζευγμένων παρατηρείται στους απόφοιτους Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου. Ελεύθεροι εμφανίζεται να είναι περισσότερο οι ασθενείς – κάτοχοι του απολυτηρίου του Λυκείου ή Πτυχιούχοι Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής.

Υπενθυμίζεται ότι οι περισσότεροι εκπρόσωποι των ομάδων των Αγράμματων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή των Αποφοίτων του Δημοτικού είναι υποκείμενα των ηλικιών των 66 χρόνων κι άνω, 56-65 και 46-55 χρόνων (χήροι /χήρες και παντρεμένοι). Οι περισσότεροι ασθενείς της κατηγορίας των Αποφοίτων του Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου είναι 46-55 και 56-65 χρόνων (οι περισσότεροι διαζευγμένοι). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ελεύθερων υποκειμένων συναντάται στους Απόφοιτους Λυκείου (16-25 χρόνων) και στους κατόχους του πτυχίου Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής (36-45 χρόνων).

Αναφορικά με το επάγγελμα, τα περισσότερα ανύπανδρα υποκείμενα εξασκούν επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα, είναι εκπαιδευτικοί ή άνεργοι (οι πιο συχνές ηλικίες είναι 16-25, 26-35 και 36-45 χρόνων). Οι περισσότεροι διαζευγμένοι βρίσκονται στην κατηγορία των εξασκούντων επαγγέλματα γραφείου (που, ηλικιακά, υπάγονται πιο συχνά στην κατηγορία των 46-55 και 56-65 χρόνων απ' ό,τι στις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες). Οι περισσότεροι χήροι-χήρες εμφανίζονται ανάμεσα στους εκπροσώπους του επαγγέλματος του τεχνίτη-εργάτη (πιο συχνή ηλικία 46-55 χρόνων) και του λειτουργήματος της νοικοκυράς (πιο συχνές ηλικίες 56-65 και 66 χρόνων κι άνω). Όπως φαίνεται, οι αναφερόμενες μεταβλητές - ηλικία, τόπος καταγωγής, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα και οικογενειακή κατάσταση- βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και ως εκ τούτου πρέπει να εξετάζονται συνδυαστικά όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και σε σύγκριση με

άλλους παράγοντες που μπορεί δυνητικά να επηρεάζουν τη μια ή την άλλη από τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Οι πολιτιστικές και οι πολιτικές αλλαγές, όπως π.χ. ο θεσμός της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δεν μπορεί να μην επηρεάζουν όχι μόνο το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων και τις επιλογές του επαγγέλματος που θα εξασκήσουν, αλλά και τον τρόπο της καταγωγής τους καθότι προσφέρει περισσότερες δυνατότητες επιλογών.

Αναμφισβήτητα, ο τρόπος καταγωγής του ατόμου επηρεάζει τις συμπεριφορές του (Γεώργας, 1986), καθώς του προσφέρει πρότυπα συμπεριφορών και επιλογών. Θεωρούμε ότι οι επαγγελματικές επιλογές του ατόμου εξαρτώνται από παράγοντες, όπως τα επαγγελματικά πρότυπα της κοινωνίας που ζει πρωταρχικά (τρόπος καταγωγής και γονεϊκά πρότυπα) και από τη μόρφωσή του η οποία, με τη σειρά της, εξαρτάται από τη δεδομένη προσφορά και ζήτηση εργασίας, από τα κίνητρα που παρέχονται από την οικογένεια και την κοινωνία (γονεϊκά πρότυπα, κοινωνικές αναπαραστάσεις που μοιράζονται με τα άλλα μέλη της συγκεκριμένης κοινωνίας του τόπου καταγωγής του κ.λπ.) και από τις υπάρχουσες δυνατότητες επίτευξής της ανάλογα με τα πολιτιστικά και τα πολιτικά δεδομένα της κοινωνίας. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν και την απόφαση του ατόμου για τη δημιουργία της δικής του οικογένειας, καθώς μπορεί να συμβάλλουν στον καθορισμό διαφορετικών προτεραιοτήτων αναφορικά με την ηλικία, την έναρξη της επαγγελματικής δραστηριότητας, την επαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου κ.λπ. (όπως σχολιάστηκε στην προηγούμενο παράγραφο η συσχέτιση του επαγγέλματος των ασθενών με την οικογενειακή τους κατάσταση).

- *Πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα περισσότερα υποκείμενα που πιστεύουν στη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, είναι κάτοχοι πτυχίων Ανώτερων και Ανώτατων Σχολών, ενώ οι υπόλοιπες ομάδες δεν έχουν την ίδια πεποίθηση. Όπως φαίνεται, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, δηλαδή αυτοί που έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στην ενημέρωση και στη γνώση, τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν διαφορετικά.

Οι απόψεις του πληθυσμού για την υγεία διαμορφώνονται από το γενικό πλαίσιο ύπαρξης των ανθρώπων, όπως η κοινωνική τους θέση, η πολιτιστική τους πραγματικότητα, η προσωπική τους ιστορία και η κοινωνική τους ταυτότητα (Nettleton,

2002). Οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων δεν είναι οι ίδιες με τις ιδέες για τη διατήρηση της υγείας: παρόλο που η διατήρηση της υγείας θεωρείται ατομική ευθύνη, στις ιδέες για τα αίτια των παθήσεων οι πιο «αδύναμες» κοινωνικά ομάδες διατηρούν μοιρολατρικές απόψεις, όπου συνήθως δίδεται έμφαση στους βιολογικούς αντί στους συμπεριφοριστικούς παράγοντες. Η ασθένεια αποδίδεται στην «κακή τύχη» και τα αίτια της θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο του ατόμου και, άρα, πέρα από την προσωπική ευθύνη.

Από την άλλη, οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια επηρεάζονται από τη βιοϊατρική: οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων και οι αντιλήψεις για την τρωτότητα στις ασθένειες συνήθως αντικατοπτρίζουν ιατρικές και βιολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρουσιάζουν πολλές φορές κατηγορηματικά και απλουστευμένα μηνύματα που υπερτονίζουν την προσωπική ευθύνη του ατόμου για την ασθένειά του (Nettleton, 2002).

Κατά τη γνώμη μας, ίσως η μεγαλύτερη πρόσβαση των ομάδων με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης στη γνώση και στην ενημέρωση για τις προόδους της ιατρικής συμβάλλει στη θεώρηση της νόσου τους ως προσωπικής τους ευθύνης περισσότερο από τα υποκείμενα του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Τη στιγμή που καταλογίζουν την ευθύνη της ασθένειας στον εαυτό τους και μοιράζοντας το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω τους, ίσως προβάλλουν τη δική τους αυτή πεποίθηση και στους άλλους (τους υγιείς), θεωρώντας ότι και οι άλλοι τους αποδίδουν τις ίδιες ευθύνες και δεν μπορούν παρά να τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου.

Για τις δε ομάδες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου η ασθένεια βρίσκεται έξω από τον έλεγχό τους και, επομένως, δεν θεωρείται ότι τα άτομα αυτά ευθύνονται προσωπικά για τα αίτιά της. Ίσως, λοιπόν, τα άτομα δεν θεωρούν ότι οι άλλοι μπορούν να αποδώσουν στα ίδια την ευθύνη αυτή, καθώς είναι θέμα «κακής τύχης» και, επομένως, να τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά.

6.3.3γ. Τόπος καταγωγής και τόπος μόνιμης διαμονής.

Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα καθορίζονται επίσης και χωροταξικά. Είναι δύσκολο όμως να διαπιστωθεί η έκταση στην οποία η γεωγραφική θέση επηρεάζει την υγεία ανεξάρτητα από τους άλλους παράγοντες. Υπάρχει αναπόφευκτα μια αλληλεπίδραση μεταξύ παραγόντων, όπως η στέρση υλικών αγαθών, η κατοικία, η μετανάστευση και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Britton et al., 1990). Εντούτοις, δεν είναι απλώς ότι όσο πλουσιότερη είναι μια περιοχή, τόσο πιθανόν να είναι και υγιέστερη. Βρέθηκε ότι υπάρχει ένα όριο του μέσου κατά κεφαλή εισοδήματος, πέρα από το οποίο, η

αύξηση του εισοδήματος δεν οδηγεί σε μεγαλύτερη διάρκεια ζωής (Quick & Wilkinson, 1991). Η βιομηχανική ανάπτυξη και τα βελτιωμένα επίπεδα υγείας λόγω αυτής έχουν οδηγήσει σε μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, αλλά και στη σχετική αύξηση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως είναι οι παθήσεις του κυκλοφορικού, οι νεοπλασίες, οι παθήσεις του πεπτικού και οι συγγενείς αναπηρίες (Kjellstrom & Rosenstock, 1990). Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι οι κατά περιοχή διαφοροποιήσεις στα ποσοστά θνησιμότητας δεν αντικατοπτρίζουν διαφοροποιήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας (Eames et al., 1993). Ίσως υπάρχουν άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού μιας περιοχής, όπως π.χ. η παροχή και το επίπεδο της εκπαίδευσης του πληθυσμού συνολικά ή οι παρελθούσες εμπειρίες του πληθυσμού αυτού αναφορικά με το θέμα της υγείας και της ασθένειας (Nettleton, 2002).

Ο τόπος καταγωγής αποτελεί σημείο αναφοράς για την κατοπινή ζωή του ανθρώπου : σε οργανικό επίπεδο, στους κληρονομικούς παράγοντες συμβάλλουν τόσο οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (το κλίμα, η διατροφή, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η ποιότητα του νερού κ.λπ. (Britton et al., 1990), όσο και οι κοινωνικοί αντίστοιχοι (φροντίδα της υγείας του παιδιού, σύμφωνα με τις παρελθούσες εμπειρίες και τις υπάρχουσες δυνατότητες παροχής της). Έρευνες δείχνουν ότι η ιδιοπαθής υπέρταση βρίσκεται πιο συχνά κυρίως μεταξύ των κατοίκων των πόλεων χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων, σε αγροτικούς πληθυσμούς που μετακόμισαν σε πόλεις, παρά στους μόνιμους κατοίκους των πόλεων (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981).

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, το άτομο κοινωνικοποιείται μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής ομάδας και παρέχει στο άτομο, μέσω της γλώσσας, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα παραδείγματα τρόπων αντιμετώπισης των ζητημάτων της ζωής που μοιράζεται με τα άλλα μέλη της συγκεκριμένης κοινωνίας (Γεώργας, 1986, Ρήγα, 1997). Συνεπώς, ο τόπος καταγωγής φαίνεται να αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην προσπάθεια διερεύνησης της προσωπικής πορείας του ατόμου.

Στα πλαίσια της δικής μας έρευνας, ο τόπος καταγωγής των ασθενών φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τις μεταβλητές, όπως η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων, η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, η ύπαρξη και το είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου και με την αίσθηση αισιοδοξίας ή απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον τους.

Υπενθυμίζεται ότι συσχέτιση του τόπου καταγωγής με την ηλικία, το επάγγελμα και τη μόρφωση των υποκειμένων σχολιάστηκε στις προηγούμενες ενότητες.

➤ *Ηλικία έναρξης της ΧΝΑ.*

Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των δύο μεταβλητών δείχνουν ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (56-65 και 66 χρόνων κι άνω), οι περισσότεροι ασθενείς κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους, ενώ στις νεότερες ηλικίες έναρξης της ΧΝΑ (με εξαίρεση τις ομάδες των πολύ νέων ηλικιών - πριν τα 15 χρόνια και 16-25 χρόνων) ο τόπος καταγωγής είναι τα χωριά ή οι κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους μέχρι τις πόλεις με 100.001 κατοίκους κι άνω.

Θεωρούμε ότι η διαφορά ανάμεσα στις μεγαλύτερες και νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας αναφορικά με τον τόπο καταγωγής τους μπορεί να εξηγηθεί όχι μόνο με τη μετακίνηση των αγροτικών πληθυσμών της Κρήτης τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα λόγω της τουριστικής ανάπτυξης του νησιού, αλλά και με την αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής στα θέματα υγείας και πρόληψης. Έτσι, η μεγαλύτερη μέριμνα για την υγεία, η πιο εύκολη πρόσβαση στα υγειονομικά κέντρα, οι αναγκαίες ιατρικές εξετάσεις για την πρόσληψη εργατικού προσωπικού κατέστησαν δυνατή τη διάγνωση της ασθένειας σε νεότερες ηλικίες και τη διατήρηση των ασθενών αυτών στη ζωή.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της συσχέτισης του τόπου καταγωγής των ασθενών και του τόπου μόνιμης διαμονής τους αναφορικά με την ηλικία έναρξης της ασθένειας δεν εμφανίζει αισθητές μεταξύ τους διαφορές. Υπενθυμίζεται ότι στη σύγκριση του τόπου καταγωγής των ασθενών με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους δεν βρέθηκε μεγάλη απόκλιση μεταξύ τους, παρουσιάζοντας μια μάλλον σταθερή εικόνα του πληθυσμού της Κρήτης των τελευταίων 50 χρόνων. Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρουσιαζόμενης έρευνας, δεν παρατηρείται το φαινόμενο της αστικοποίησης ως επιβαρυντικού παράγοντα αναφορικά με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ.

➤ *Υπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.*

Οι πιθανότητες εκδήλωσης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ φαίνεται να ισομοιράζονται στον πληθυσμό. Δηλαδή ο μισός πληθυσμός πιθανόν να εμφανίσει κάποιες οργανικές διαταραχές πριν τη ΧΝΑ, ενώ ο άλλος μισός μπορεί να μην παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα. Εξετάστηκαν οι περιπτώσεις που οι ασθενείς αναφέρουν την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ αναφορικά με τον τόπο καταγωγής τους (ο τόπος μόνιμης διαμονής δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ύπαρξη ή όχι άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ).

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης φαίνεται ότι η ύπαρξη οργανικών διαταραχών θετικά συσχετίζεται με τον τόπο καταγωγής στις περιπτώσεις που οι ασθενείς κατάγονται από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους, από πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000, 20.001-50.000 και 50.001-100.000 κατοίκους. Η ύπαρξη οργανικών διαταραχών εμφανίζεται να συσχετίζεται αρνητικά με την καταγωγή των ασθενών από χωριά μέχρι 500 κατοίκους και από πόλεις με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω. Στην περίπτωση της έρευνάς μας, οι περισσότεροι κάτοικοι των χωριών μέχρι 500 κατοίκους είναι ασθενείς μεγαλύτερων ηλικιών (ιδιαίτερα των ηλικιών από 66 χρόνων κι άνω). Θεωρούμε ότι, σ' αυτήν την περίπτωση, η φαινομενική απουσία άλλων οργανικών διαταραχών στους κατοίκους μικρών χωριών ίσως φανερώνει όχι τόσο την καλύτερη φυσική κατάστασή τους συγκριτικά με τις άλλες ομάδες, αλλά ίσως μπορεί να εξηγηθεί με την προαναφερθείσα υπόθεσή μας σχετικά με την ελλιπή προσοχή στα θέματα υγείας των υποκειμένων, λόγω της δύσκολης πρόσβασής τους στην ενημέρωση γι' αυτήν και στη φροντίδα της και, ιδιαίτερα, λόγω των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια σε παλαιότερες γενεές.

Η πιθανή εξήγηση της αναμενόμενης μεγαλύτερης απουσίας οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ στους ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 100.001 κατοίκων κι άνω, βρίσκεται ίσως στην παρατήρηση των Νικολαΐδη-Benedetti (1981), οι οποίοι αναφέρουν ότι, σύμφωνα με τις έρευνες, ορισμένες διαταραχές, όπως π.χ. η υπέρταση, παρατηρούνται πιο συχνά κυρίως μεταξύ των κατοίκων των πόλεων χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων καθώς και στους αγροτικούς πληθυσμούς που μετακόμισαν στην πόλη, παρά στους μόνιμους κατοίκους των πόλεων, γεγονός που παραπέμπει στην καταγωγή των ατόμων.

Υπενθυμίζεται ότι η ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον τόπο μόνιμης διαμονής των ασθενών.

➤ *Είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.*

Από τα αποτελέσματα της συσχέτισης των δύο μεταβλητών προκύπτει ότι η εκδήλωση του διαβήτη πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ μοιάζει να είναι πιο συχνή στους ασθενείς που κατάγονται από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους, όπως και στους ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000 κατοίκους. Ο συνδυασμός της ύπαρξης του διαβήτη και της υπέρτασης /καρδιαγγειακών παθήσεων εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς που κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους. Η υπέρταση /καρδιαγγειακές παθήσεις και οι νεφρικές νόσοι συναντώνται πιο

συχνά σε ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000 και 50.001-100.000 κατοίκους. Στους ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω αναμένεται να συναντάται πιο συχνά η εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών πλην της υπέρτασης, του διαβήτη και των νεφρικών νόσων. Αναφορικά με το είδος των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ, ο τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με τον τόπο καταγωγής τους.

Στην εμφάνιση του διαβήτη σε όψιμες ηλικίες μπορεί να συμβάλλουν τα γεγονότα ζωής και μια οξεία έναρξή του συχνά συνδέεται με ψυχικό στρες, το οποίο διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία του οργανισμού (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Kaplan & Saddoks, 2000). Το σημαντικό, σ' αυτήν την περίπτωση, είναι, σύμφωνα με τις μελέτες, ότι βασικά δεν παίζει ρόλο η υπερβολική απαίτηση που βιώνεται ως στρες, αλλά η *σημασία* που δίδει σ' αυτό ένα συγκεκριμένο άτομο (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Η σημασία που δίδεται από ένα άτομο σ' ένα γεγονός, καθορίζεται σ' ένα μεγάλο βαθμό από τις πολιτιστικές και τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες το άτομο αυτό έχει διαμορφώσει την προσωπικότητά του και τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (Γεώργας, 1986, Zavalloni, 1996). Συνεπώς, η καταγωγή του ατόμου από ένα συγκεκριμένο μέρος δεν αποτελεί μόνο τη γεωγραφική πραγματικότητα, αλλά, συγχρόνως, την κοινωνική και την ψυχολογική υπόσταση της πραγματικότητας, γεγονός που, με τη σειρά του, επηρεάζει και το οργανικό υπόβαθρο του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Νικολαΐδη-Benedetti (1981), η υπέρταση βρίσκεται συχνότερα κυρίως μεταξύ των κατοίκων των πόλεων χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων και στους αγροτικούς πληθυσμούς που μετακόμισαν σε πόλεις, παρά στους μόνιμους κατοίκους των μεγάλων πόλεων. Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας επιβεβαιώνουν τα ευρήματα αυτά και τονίζουν τη σημασία του τόπου καταγωγής του ατόμου και για την οργανική του πορεία.

➤ *Στάση των ασθενών προς το μέλλον τους.*

Ο τόπος καταγωγής φαίνεται να συσχετίζεται και με την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση των υποκειμένων αναφορικά με το μέλλον τους. Αισιόδοξοι εμφανίζονται να είναι πιο συχνά οι ασθενείς που κατάγονται από πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000, 50.001-100.000 και 100.001 κατοίκους κι άνω, ενώ την απαισιοδοξία για το μέλλον τους εκφράζουν πιο συχνά οι ασθενείς με καταγωγή από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους και από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη στάση των υποκειμένων προς το μέλλον τους.

Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς που κατάγονται από μικρά χωριά και χωριά-κωμοπόλεις είναι εκπρόσωποι των μεγαλύτερων ηλικιών και η μετέπειτα παρουσιαζόμενη εξέταση της μεταβλητής «αισιοδοξία-απαισιοδοξία για το μέλλον» εμφανίζει την ύπαρξη θετικής συσχέτισής της με την ηλικία των υποκειμένων. Ίσως τα θέματα που απασχολούν περισσότερο τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι ο θάνατος και η μείωση του χρόνου ζωής. Όμως, ίσως και ο τόπος καταγωγής αυτός καθαυτός συμβάλλει στην εκδήλωση της μιας ή της άλλης στάσης, καθώς η σημασία που δίδει ένα άτομο στα γεγονότα της ζωής και οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους, καθορίζονται σ' ένα μεγάλο βαθμό από τις πολιτιστικές και τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες το άτομο έχει διαμορφώσει την προσωπικότητά του (Zavalloni & Luis-Guerin 1996). Και η προσωπικότητα παίζει έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει τη σωματική του δυσλειτουργία (Molnar, 1989, Trieschmann, 1989).

Σημειώνεται ότι η αισιόδοξη ή απαισιόδοξη στάση των ασθενών για το μέλλον τους δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που εξετάζονται σ' αυτή την ενότητα (επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, τόπος μόνιμης διαμονής).

Θεωρούμε ότι το ζήτημα της σημασίας του τόπου καταγωγής του ατόμου για την πορεία της ζωής του (οργανικής και ψυχοκοινωνικής) χρήζει περισσότερης διερεύνησης, καθώς, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, φαίνεται να επηρεάζει πολλαπλώς όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ύπαρξης.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής παρουσιάζει θετικές συσχετίσεις με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ, με τις αλλαγές στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου.

Η συσχέτιση του τόπου μόνιμης διαμονής και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με τη συσχέτιση του τόπου καταγωγής και του είδους των άλλων οργανικών διαφορών, επειδή και ο τόπος μόνιμης διαμονής δεν διαφέρει σημαντικά από τον τόπο καταγωγής των ασθενών, επικεντρωθήκαμε νωρίτερα στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συσχέτισης του τόπου καταγωγής και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.

Αλλαγή της επαγγελματικής τους δραστηριότητας μετά την έναρξη της νόσου αναφέρουν περισσότερο οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα σε χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, σε χωριά –κωμοπόλεις με 501-2.000 κατοίκους και σε πόλεις με 20.001-50.000 κατοίκους. Μη αλλαγή αναφέρουν οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό 2.001-20.000, 50.001-100.000 και 100.001 κατοίκους κι άνω.

Η αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας στους κατοίκους μικρών χωριών και χωριών – κωμοπόλεων είναι αρκετά αναμενόμενη, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς-κάτοικοί τους εξασκούσαν το επάγγελμα του γεωργού ή του τεχνίτη-εργάτη και τα οποία αποτελούν παράγοντα κινδύνου μετά την έναρξη της ΧΝΑ, λόγω της σωματικής επιβάρυνσης και του κινδύνου των μικροβίων. Ενδιαφέρον προκαλεί, όμως, η περίπτωση των μόνιμων κατοίκων των πόλεων με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους και οι οποίοι δηλώνουν την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την εκδήλωση της νόσου.

Ανατρέχοντας στη συσχέτιση του επαγγέλματος με τον τόπο μόνιμης διαμονής, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς-κάτοικοι των πόλεων με το συγκεκριμένο πληθυσμό συνήθως εξασκούν το επάγγελμα του εκπαιδευτικού, απασχολούνται σε υπηρεσίες γενικά ή είναι άνεργοι.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής φαίνεται να συσχετίζεται και με την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ. Τη διαφορετικότητά τους δηλώνουν οι μόνιμοι κάτοικοι των χωριών με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους και κάτοικοι πόλεων από 2.001-20.000 κατοίκους, ενώ τη μη αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους εμφανίζεται να δηλώνουν περισσότερο οι κάτοικοι των χωριών-κωμοπόλεων με πληθυσμό από 500 μέχρι 2.000 κατοίκους, των πόλεων των 100.001 κατοίκων κι άνω και, ιδιαίτερα, των πόλεων με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους.

Υπενθυμίζουμε ότι η αίσθηση της διαφορετικότητας συσχετίζεται θετικά με την αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας μετά την έναρξη της ασθένειας (παράγραφος «επάγγελμα» της παρούσας ενότητας).

Ενδιαφέρον προκαλεί η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών, καθώς οι συσχετίσεις των προαναφερθέντων μεταβλητών μοιάζουν να συμφωνούν μόνο σε δύο περιπτώσεις – αυτές των κατοίκων μικρών χωριών και των κατοίκων πόλεων με πληθυσμό από 100.001 κατοίκους κι άνω. Έτσι, στην πρώτη περίπτωση, οι κάτοικοι των χωριών με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους είναι, στην πλειοψηφία τους, αγρότες και η ασθένεια επιφέρει αλλαγές στην επαγγελματική τους δραστηριότητα με αποτέλεσμα την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου. Οι

περισσότεροι ασθενείς-κάτοικοι πόλεων με πληθυσμό 100.001 κατοίκους κι άνω φαίνεται να εξασκούν τα ελεύθερα επιστημονικά επαγγέλματα, να είναι υπάλληλοι υπηρεσιών, εκπαιδευτικοί και νοικοκυρές. Τα περισσότερα υποκείμενα αυτής της ομάδας δεν φαίνεται να δηλώνουν αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα, ούτε να έχουν αίσθηση διαφορετικότητας από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου. Στις υπόλοιπες ομάδες μπορεί να δηλώνεται η αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας μετά την έναρξη της νόσου, αλλά να μη φαίνεται η ύπαρξη της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους (π.χ. οι μόνιμοι κάτοικοι πόλεων με πληθυσμό 20.001-50.000 κατοίκους) ή το αντίστροφο.

Θεωρούμε ότι οι συγκεκριμένες περιπτώσεις ίσως χρήζουν περισσότερης διερεύνησης για να κατανοηθούν καλύτερα οι πιθανές συσχετίσεις των εξεταζόμενων μεταβλητών.

6.3.4. Γονεϊκά πρότυπα.

Στο υπόβαθρο των κοινωνικών φαινομένων σε κάθε κοινωνία βρίσκονται, ως χαρακτηριστικές μήτρες, ιδέες, αξίες και νοήματα τα οποία τα μέλη αυτής της κοινωνίας τα αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο, τα μοιράζονται και συμμετέχουν σ' αυτά (Φίλιας, 2000). Αυτές οι μήτρες συνιστούν το περιεχόμενο των κοινωνικών αναπαραστάσεων, που μέσω αυτών των «σχημάτων του νου» οι άνθρωποι προσπαθούν να κατανοήσουν, ν' αντιληφθούν και να αξιολογήσουν συμπεριφορές, αξίες, πράξεις, ιδεολογίες και βάσει αυτών επιλέγουν στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996, Ρήγα, 1997). Τα πρότυπα των κοινωνικών αναπαραστάσεων και τα πρότυπα αντιμετώπισης των καταστάσεων μαθαίνονται από το άτομο, μέσω της γλώσσας, πρώτα απ' όλα από την οικογένειά του, καθώς η οικογένεια είναι το πρωταρχικό και το ισχυρότερο σύστημα στο οποίο μπορεί να ανήκει ένα άτομο (Ρήγα, 1997, 2005).

Κάθε άτομο «υπάρχει» ακόμα και πριν τη γέννησή του, παθητικά, από τη στιγμή που είναι αντικείμενο επιθυμίας των γονιών του (ή, αντίθετα, ανεπιθύμητο), οι οποίοι φροντίζουν να του δώσουν ένα όνομα και μια θέση στην κοινωνία, καθορίζοντας έτσι τη «μοίρα» του εκ των πρότερων (Λίποβατς, 1994). Τα άτομα βρίσκονται αξεδιάλυτα συνυφασμένα με ευρύτερα αλληλοδρώντα συστήματα εκ των οποίων το πιο θεμελιακό είναι η οικογένεια (McGoldrick & Gerson, 1999, Ρήγα, 1997). Οι φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των μελών της οικογένειας βρίσκονται σε βαθιά αλληλεξάρτηση, ώστε οι αλλαγές σ' ένα μέρος του συστήματος να έχουν αντίκτυπο σε άλλα μέρη του. Οι οικογενειακές αλληλοδράσεις και σχέσεις τείνουν να είναι σε μεγάλο

βαθμό αμοιβαίες, να ακολουθούν ορισμένο πρότυπο και να επαναλαμβάνονται. Τα προβλήματα αντανakλούν την προσαρμογή του συστήματος στο συνολικό του συμφραζόμενο σε ορισμένη στιγμή του χρόνου. Οι προσπάθειες των μελών του συστήματος για προσαρμογή έχουν αντίκτυπο σε πολλά επίπεδα του συστήματος, από το βιολογικό στο ενδοψυχικό και στο διαπροσωπικό (McGoldrick & Gerson, 1999, Κατάκη-Ανδρουτσοπούλου, 2005).

Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε καλύτερα την ψυχοκοινωνική ταυτότητα της εξεταζόμενης ομάδας - αυτής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου- επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε όχι μόνο τη «φαινομενική» πλευρά της (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μόρφωση κ.λπ.), αλλά και την «αόρατη» της διάσταση (πρότυπα και γεγονότα της πατρικής οικογένειας), έχοντας υπ' όψιν την προαναφερθείσα σημασία της επίδρασης της οικογένειας στην πορεία ζωής του ατόμου. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έδειξαν ότι τα γονικά πρότυπα και τα γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια των ασθενών παρεμβαίνουν στην ιστορία ζωής τους τόσο στο βιολογικό (οργανικό), όσο και στο κοινωνικοοικονομικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδό της (Μπρουχάτσκα, Ρήγα, 2007). Στη συνέχεια, αναλύονται τα συμπεράσματα της έρευνας αναφορικά με το κάθε επίπεδο ξεχωριστά.

6.3.4^a. Οργανικό επίπεδο.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας βρέθηκε ότι ορισμένες μεταβλητές που αναφέρονται στην οργανική εικόνα των υποκειμένων πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ, φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με τα πρόσωπα και τα γεγονότα της πατρικής τους οικογένειας.

➤ *Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και ηλικία έναρξης της ΧΝΑ.*

Η εξέταση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης της συσχέτισης αυτών των μεταβλητών έδειξε ότι η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας των ασθενών.

Από την ανάλυση της συσχέτισης φαίνεται ότι σε νεότερες ηλικίες έναρξης της νόσου (αυτές των πριν από τα 15 τους χρόνια ή στην ηλικία των 16-25 χρόνων), το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι σχετικά πιο υψηλό σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες έναρξης και κυμαίνεται από τις λίγες τάξεις του Γυμνασίου, τις Απόφοιτες του Λυκείου μέχρι τις πτυχιούχους Ανώτατης Σχολής.

Τα υποκείμενα των υπόλοιπων ομάδων έναρξης της ασθένειας (26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66 χρόνων κι άνω), εμφανίζεται να έχουν, στην πλειοψηφία τους, μητέρες το μορφωτικό επίπεδο των οποίων κυμαίνεται από Αγράμματας ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού μέχρι απόφοιτες του Δημοτικού.

Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με λιγότερη πρόσβαση στην ενημέρωση, στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και στα πρότυπα διατήρησης της υγείας των παιδιών (Nettleton, 2002).

Το ερώτημα που ανακύπτει είναι: ίσως, στην περίπτωση καλύτερης ενημέρωσης, τα συμπτώματα της ασθένειας θα διαγνώσκονταν πιο νωρίς, με αποτέλεσμα την πρόληψη ή την έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος;

Θεωρούμε ότι τα παρουσιαζόμενα αποτελέσματα δεν αποτελούν απόδειξη της υπεροχής ενός συγκεκριμένου μορφωτικού επιπέδου έναντι του άλλου, αλλά δείχνουν την έλλειψη γενικότερης Παιδείας αναφορικά με τα θέματα υγείας, η οποία έλλειψη είναι πιο συχνή στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, λόγω της λιγότερης πρόσβασης στην ενημέρωση, και αποτελούν ένδειξη για ανάγκη περισσότερης κοινωνικής και ιατρικής αρωγής προς τις μητέρες γενικότερα και, ειδικότερα, προς τις μητέρες των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων.

- *Είδος σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών και το είδος των οργανικών διαταραχών στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ.*

Το είδος της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια φαίνεται να επαναλαμβάνεται ή να συσχετίζεται με το είδος της γονεϊκής ασθένειας στους απογόνους της, όπως εμφανίζεται από την ανάλυση δεδομένων της παρούσας έρευνας. Έτσι, υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη της υπέρτασης /καρδιαγγειακών παθήσεων του/της ασθενούς πριν την έναρξη της ΧΝΑ και την ύπαρξη υπέρτασης /καρδιαγγειακών παθήσεων και εγκεφαλικού στην πατρική οικογένεια των ασθενών, ενώ η ύπαρξη του διαβήτη φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη του διαβήτη και των ατυχημάτων στην πατρική τους οικογένεια. Οι νεφρικές νόσοι των ασθενών βρίσκονται σε στενή σχέση με την ύπαρξη νεφρικών νόσων στην πατρική οικογένεια, ενώ άλλες οργανικές διαταραχές των ασθενών πριν την έναρξη της ΧΝΑ (πλην των αναφερόμενων πιο πάνω) φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την ύπαρξη άλλων ασθενειών της πατρικής οικογένειας, στις οποίες περιλαμβάνονται πλήθος διάφορων οργανικών διαταραχών (υπόταση, βρογχοπνευμονία κ.λπ.).

Από την πρώτη ματιά στα αποτελέσματα της ανάλυσης των συσχετίσεων αυτών μπορεί να οδηγηθεί κανείς το συμπέρασμα ότι η επανάληψη ορισμένων ασθενειών της πατρικής οικογένειας στους απογόνους της οφείλεται στους κληρονομικούς παράγοντες, όπως είναι στις περιπτώσεις των νεφρικών νόσων, της υπέρτασης και του διαβήτη. Κάθε πάθηση, όμως, θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής της διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Μάνος, 1988). Παραδείγματος χάριν, όλοι οι ερευνητές συμφωνούν για την πολυπαραγοντική γένεση της υπέρτασης (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Παρόλο που θεωρείται απαραίτητη η εξέταση της βιολογικής προδιάθεσης, πέραν των συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων (Vogele, 2002), η εμφάνιση της υπέρτασης θεωρείται επίσης βιολογική αντίδραση του οργανισμού στο στρες, στις περιπτώσεις υψηλών επιπέδων εγρήγορσης, μειωμένου έλεγχου των καταστάσεων και μειωμένης κοινωνικής στήριξης (Elbert, 1988, Elliot & Buell, 1985, Selye, 1978) και η νόσος συνδέεται με παράγοντες, όπως η προσωπικότητα και ο τρόπος αντιμετώπισης καταστάσεων (Barlow & Durand, 2001).

Στο διαβήτη, παρότι η κληρονομικότητα είναι πολύ σημαντική για την εκδήλωση της νόσου, μια οξεία έναρξή της συχνά συνδέεται με ψυχικό στρες, το οποίο διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Rattnew, 1969, Kaplan & Saddocks, 2000). Όταν το στρες είναι αυξημένο, η συναισθηματική φόρτιση οδηγεί σε μεταβολικές ανωμαλίες, που προκαλούν αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης με αποτέλεσμα την εμφάνιση του διαβήτη (Rattner, 1969, Taylor, Zimmet, 1983). Το πιο σημαντικό είναι ότι για την εμφάνιση της νόσου παίζει ρόλο όχι τόσο το συνεχές στρες, ο βαθμός και το είδος του, όσο η σημασία που δίδει το άτομο στα γεγονότα, οι ερμηνείες που αποδίδονται σ' αυτά και οι στρατηγικές /μέθοδοι που ενεργοποιεί το άτομο προκειμένου να αντιμετωπιστεί μια νέα πραγματικότητα (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Lazarus & Folkman, 1984). Έτσι, φαίνεται ότι ο οργανισμός του ατόμου μπορεί να επηρεάζεται από τα γεγονότα της ζωής και την προσωπικότητά του και να γίνεται ευάλωτος (Ρήγα, 1997).

Το άτομο και τα προβλήματά του είναι πάντα συνυφασμένα με ευρύτερα αλληλοδρώντα συστήματα εκ των οποίων το πιο σημαντικό είναι η οικογένεια. Αυτή είναι το πρωταρχικό και το ισχυρότερο σύστημα στο οποίο μπορεί να ανήκει ένα άτομο. Οι φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των μελών μιας οικογένειας βρίσκονται σε βαθιά αλληλεξάρτηση. Οι οικογενειακές αλληλοδράσεις και σχέσεις τείνουν να είναι σε μεγάλο βαθμό αμοιβαίες, να ακολουθούν ορισμένο πρότυπο και να

επαναλαμβάνονται. Οι προσπάθειες των μελών του συστήματος για προσαρμογή έχουν αντίκτυπο σε πολλά επίπεδα του συστήματος: το βιολογικό, το ενδοψυχικό και το διαπροσωπικό (McGoldrick-Gerson, 1999). Σε βιολογικό επίπεδο, έρευνες δείχνουν ότι παρατηρούνται επαναλήψεις της ίδιας ασθένειας στα μέλη της ίδιας οικογένειας (Ρήγα, 1997, McGoldrick-Gerson, 1999).

Η διαδικασία της επανάληψης είναι μια εργασία επιμελημένης επαναπρόσληψης του παρελθόντος, είτε απλώς για να το ξαναβρεί κανείς και να το καταστήσει παρόν είτε για να το μεταλλάξει στην επαναβίωσή του (Ποταμιάνου, 1999:38-41).

Η θεωρία του «οικογενειακού χρέους» της Schutzenberger (αναφ. στη Ρήγα, 1997) αναφέρει ότι τα άτομα που μεγαλώνουν σε οικογένειες με ένα άρρωστο μέλος είναι δυνατόν να αναπτύξουν αισθήματα ενοχής και ένα αίσθημα «χρέους» απέναντι στον άρρωστο, που θα οδηγήσουν το άτομο αυτό με τη σειρά του να νοσήσει σαν μια «εξόφληση» του υποτιθέμενου χρέους του απέναντι στην οικογένεια.

Σύμφωνα με τις Κατάκη-Ανδρουτσοπούλου (2005), τα μέλη της οικογένειας είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους με αόρατους δεσμούς, που ξεδιπλώνονται στον ευρύτερο οικογενειακό σχηματισμό δημιουργώντας ένα πλέγμα αλληλεξάρτησης και ασυνείδητων σχέσεων που καθορίζουν, συχνά αποφασιστικά, το υπαρξιακό γίνεσθαι και επηρεάζουν το «πεπρωμένο» των ανθρώπων. Όταν προκύπτει συστημική ανισορροπία, ενεργοποιείται μια εγγενής συστημική τάση επανόρθωσης. Έτσι, ένα μέλος της οικογένειας ταυτίζεται ασυνείδητα με το απόν μέλος της, ώστε να επιτευχθεί η εξομάλυνση και να αποκατασταθεί η ισορροπία στο σύστημα.

Έχοντας υπ' όψιν τα παραπάνω, χωρίς να παραγνωρίζουμε τη σημασία των κληρονομικών παραγόντων, θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε δύο υποθέσεις αναφορικά με την επανάληψη των ασθενειών της πατρικής οικογένειας στην επόμενη γενιά.

Η πρώτη μας υπόθεση είναι ότι σε οργανικό επίπεδο, τα πλέγματα των σχέσεων, οι τρόποι αντίδρασης και προσαρμογής στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, οι στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων προηγούμενων γενεών μπορούν να παράγουν υποβόσκοντα πρότυπα λειτουργίας για τα άτομα της επόμενης γενιάς, βάσει του μηχανισμού της ταύτισης με κάποιο συγκεκριμένο μέλος της πατρικής οικογένειας.

Η δεύτερή μας υπόθεση αφορά την ταύτιση με το φύλο, καθώς στην έρευνά μας η ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας (πατέρας -μητέρα- αδέρφια) δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με το είδος της ασθένειας που εκδηλώνεται πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ αναφορικά με το φύλο των υποκειμένων. Φαίνεται ότι η ασθένεια των μελών της πατρικής οικογένειας δεν «επαναλαμβάνεται» αποκλειστικά από τους

απογόνους του ιδίου φύλου. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι πρόκειται περισσότερο για την ταύτιση με τον ρόλο του αρρώστου μέλους της πατρικής οικογένειας (ανεξαρτήτως φύλου) για την επίτευξη της ομοιόστασης του οικογενειακού οικοσυστήματος τη δεδομένη στιγμή.

- *Θάνατος στην πατρική οικογένεια, η ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας (πατέρα, μητέρα, αδέρφια) και η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών και το είδος τους στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της νόσου.*

Το γεγονός του θανάτου στην πατρική οικογένεια και η ταυτότητα του θανόντος μέλους της φαίνεται να συσχετίζεται και με τις τρεις βασικές εξεταζόμενες μεταβλητές που αναφέρονται στα υποκείμενα της έρευνας (ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών, είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ασθένειας).

- *Ηλικία έναρξης της νόσου.*

Η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ εμφανίζεται να συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη θανάτου μελών της πυρηνικής πατρικής οικογένειας πριν την έναρξη της νόσου περισσότερο στην περίπτωση των μεγαλύτερων ηλικιών (46-55, 56-65 και 66 χρόνων κι άνω).

Στην περίπτωση που τα υποκείμενα έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια, η ηλικία έναρξης της ΧΝΑ φαίνεται να συσχετίζεται θετικά και με την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας:

- Στην ηλικία έναρξης της ΧΝΑ πριν τα 15 χρόνια εμφανίζεται πιο συχνά τα θανόντα μέλη να είναι συγγενείς έξω από την πατρική οικογένεια.
- Στην ηλικία έναρξης της ασθένειας των 16-25 χρόνων εμφανίζεται πιο συχνά τα θανόντα μέλη της πατρικής οικογένειας των ασθενών να είναι τα αδέρφια τους.
- Στην ηλικία έναρξης της νόσου των 26-35 χρόνων εμφανίζεται οι ασθενείς να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο του πατέρα, της μητέρας και των αδελφών τους (μ' αυτή τη σειρά).
- Στην ηλικία έναρξης των 36-45 χρόνων εμφανίζεται οι ασθενείς να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο του πατέρα, του πατέρα και των αδελφών, της μητέρας, της μητέρας και των αδελφών (μ' αυτή τη σειρά).
- Στην ηλικία έναρξης των 46-55 χρόνων εμφανίζεται οι ασθενείς να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο της μητέρας ή και των δυο γονιών.

- Στην ηλικία έναρξης των 56-65 χρόνων εμφανίζεται οι ασθενείς να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο και των δυο γονιών.
- Στην ηλικία έναρξης των 66 χρόνων κι άνω εμφανίζεται οι ασθενείς να έχουν βιώσει πιο συχνά το θάνατο και των δυο γονιών ή και των δυο γονιών και των αδελφών τους.

Τα αποτελέσματα της θετικής συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια μπορεί να δείχνουν μια απεικόνιση της φυσιολογικής πορείας της ανθρώπινης ζωής, καθώς είναι αναμενόμενο με την πάροδο του χρόνου τα άτομα να βιώνουν την απώλεια των προσφιλών τους προσώπων.

Το ίδιο συμπέρασμα μπορεί να ισχύει και στην περίπτωση της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ με την ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας, παρατηρώντας την κατάταξη των θανάτων των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών, αναφορικά με τις ηλικιακές ομάδες τους. Η πιο συχνή παρουσία της πατρικής φιγούρας στην κατάταξη αυτή πιθανόν να δείχνει τη μεγαλύτερη θνησιμότητα των ανδρών σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό (Nettleton, 2002, Pilgrim-Rogers, 2004).

Ενδιαφέρον προκαλεί, όμως, η θετική συσχέτιση της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ του/της ασθενούς και της ταυτότητας του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας, με την ύπαρξη και το είδος άλλων οργανικών διαταραχών που εκδηλώθηκαν στους ασθενείς πριν την έναρξη της εξεταζόμενης νόσου (ΧΝΑ). Υπενθυμίζεται ότι η ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών και το είδος τους στους ασθενείς πριν την έναρξη της ΧΝΑ δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την ύπαρξη σοβαρών ασθενειών στην πατρική τους οικογένεια.

- Ύπαρξη και το είδος των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.

Στην περίπτωση που οι ασθενείς εμφανίζεται να υφίστανται οργανικές διαταραχές πριν την έναρξη της ΧΝΑ, η πιθανότητα αυτή φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια, ενώ δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την απουσία του βιώματος του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Το είδος των οργανικών διαταραχών που παρουσιάζουν οι ασθενείς πριν την έναρξη της ΧΝΑ, εμφανίζεται να συσχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας.

Έτσι, στενή σχέση παρατηρείται ανάμεσα στην εκδήλωση του διαβήτη του/της ασθενούς πριν την έναρξη της ΧΝΑ και στο θάνατο και των δυο γονιών, όπως (σε μικρότερο βαθμό) και με το θάνατο των αδελφών των πασχόντων.

Πολύ στενή σχέση φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στην εκδήλωση της υπέρτασης /καρδιαγγειακών νόσων του πάσχοντα και στο θάνατο της μητέρας του/της ασθενούς ή και στο θάνατο των δυο γονιών και των αδελφών των ασθενών.

Στενή σχέση, επίσης, φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στις νεφρικές νόσους του/της ασθενούς πριν τη ΧΝΑ και στο θάνατο και των δυο γονέων.

Ο θάνατος του πατέρα και οι θάνατοι των αδελφών των πασχόντων εμφανίζεται να συσχετίζονται με την εκδήλωση άλλων οργανικών διαταραχών στους ασθενείς (πλην των εξεταζομένων πιο πάνω) πριν την έναρξη της ΧΝΑ.

Εξετάζοντας τη σχέση της ύπαρξης του θανάτου στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς και της ταυτότητας του θανόντος μέλους αναφορικά με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της νόσου και το είδος αυτών των διαταραχών, παρατηρούμε ότι ο θάνατος στην πατρική οικογένεια των ασθενών (είτε ως γεγονός της απώλειας γενικά είτε ως γεγονός της απώλειας ενός συγκεκριμένου ατόμου) σχετίζεται και με τις τρεις προαναφερθείσες μεταβλητές.

Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής της διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Μάνος,1988). Η συνύπαρξη της γενετικής προδιάθεσης και η επιβάρυνση του περιβάλλοντος (μητέρα – παιδί – σχέση, συνεχές στρες, θάνατος ενός ατόμου-«κλειδιού» κ.λπ.) αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής του ατόμου από κάποια νόσο (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981). Ίσως ο θάνατος, ως μια ιδιαίτερα στρεσογόνος κατάσταση και ως βίωμα της απώλειας και ως κατάσταση προσαρμογής στην απώλεια (Ποταμιάνου, 1999, Κατάκη-Ανδρουτσοπούλου, 2005), αποτελεί μια από τις μείζονες αλλαγές στη ζωή του ατόμου που μπορεί να επιδρά και στο βιολογικό του υπόβαθρο.

Αυτό δεν σημαίνει ότι θεωρούμε το γεγονός του θανάτου στην πατρική οικογένεια ως απαραίτητο παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου, καθώς σε κάθε περίπτωση παρεμβαίνουν κι άλλοι παράγοντες (η γενετική προδιάθεση, η σημασία που δίδει σ' ένα γεγονός το συγκεκριμένο άτομο) (Νικολαΐδης-Benedetti,1981). Το συμπέρασμα που θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε σ' αυτήν την περίπτωση είναι ότι ο θάνατος στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς μπορεί να παίζει συντελεστικό (δηλαδή συμβάλλει) αιτιολογικό ρόλο για την εμφάνιση ορισμένων οργανικών

διαταραχών στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ, οι οποίες, με τη σειρά τους, μπορεί να αποτελούν παράγοντα κίνδυνου για την έναρξη της συγκεκριμένης νόσου.

6.3.4β. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Από την ανάλυση των συσχετίσεων των μεταβλητών «τόπος καταγωγής», «επάγγελμα», «μόρφωση» των ασθενών βρέθηκε ότι αυτές συσχετίζονται θετικά αντίστοιχα με τον τόπο καταγωγής των γονέων, το επάγγελμα του πατέρα και τη μόρφωση και των δυο γονέων των ασθενών.

➤ *Τόπος καταγωγής των ασθενών και τόπος καταγωγής των γονέων.*

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση του τόπου καταγωγής των ασθενών μ' αυτό των γονέων τους. Η παρατήρηση αυτή μας επιτρέπει να διατυπώσουμε δύο υποθέσεις: αφενός ίσως πρόκειται για μια σταθερή δημογραφική εικόνα της Κρήτης τις τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα και, αφετέρου, αναιρεί την πιθανότητα ύπαρξης του φαινομένου της «αστικοποίησης» ως επιπρόσθετου παράγοντα κίνδυνου (Herzlich, 1969, Νικολαΐδης-Benedetti, 1981) για την υγεία των υποκειμένων.

➤ *Επάγγελμα των υποκειμένων και το πατρικό επάγγελμα.*

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα σε ορισμένα επαγγέλματα των πατέρων των ασθενών και των ιδίων (ανεξαρτήτως φύλου), ή, αλλιώς, η επιλογή του επαγγέλματος του ασθενή σε ορισμένες περιπτώσεις επηρεάζεται στενά από το ασκούμενο από τον πατέρα του επάγγελμα.

Συγκεκριμένα, στον πληθυσμό των ασθενών με ΧΝΑ οι περισσότεροι γεωργοί-ασθενείς φαίνεται να εξασκούν το ίδιο επάγγελμα με τον πατέρα τους, όπως το ίδιο αποτέλεσμα εμφανίζεται και στους ασθενείς που εξασκούν το επάγγελμα του εμπόρου-πωλητή.

Εκτός από την άμεση επανάληψη του ίδιου επαγγελματικού προτύπου μ' αυτό του πατέρα, θεωρούμε σημαντική την εμφανιζόμενη συσχέτιση ανάμεσα στην επιλογή ορισμένων επαγγελμάτων του ασθενή και το επάγγελμα του πατέρα. Έτσι, οι περισσότεροι τεχνίτες-εργάτες και οι νοικοκυρές φαίνεται να έχουν πατέρα-γεωργό.

Θεωρούμε σημαντικά τα παρουσιαζόμενα ευρήματα, καθώς αυτά δείχνουν, κατά τη γνώμη μας, τη σπουδαιότητα του πατρικού προτύπου και των ερεθισμάτων που προέρχονται από αυτό για τη μελλοντική πορεία του ατόμου, συμπεράσμα το οποίο θα

επιχειρήσουμε να το επιβεβαιώσουμε με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και άλλων αναλύσεων.

Σημειώνεται ότι, σύμφωνα με τα δεδομένα της ανάλυσης των στοιχείων της έρευνας, η επιλογή του επαγγέλματος του/της ασθενούς δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το επαγγελματικό πρότυπο της μητέρας.

➤ *Μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και αυτό των γονέων τους.*

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συσχετίσεων βρέθηκε ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο ιδιαίτερα του πατέρα των ασθενών με το αντίστοιχο επίπεδο των ίδιων. Σημειώνεται ότι, παρόλο που παρατηρείται κάποια συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και αυτό της μητέρας, εντούτοις δεν είναι τόσο στενή όπως στην περίπτωση του πατρικού μορφωτικού προτύπου.

Η στενή συσχέτιση των εξεταζόμενων μεταβλητών δείχνει όχι την άμεση επανάληψη του πατρικού μορφωτικού προτύπου, αλλά την επιρροή αυτού πάνω στις επιλογές των υποκειμένων αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσής τους. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης, όσο ανεβαίνει το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα, τόσο ανεβαίνει και το αντίστοιχο επίπεδο των ασθενών (ανεξαρτήτως φύλου): π.χ. στις περιπτώσεις που το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα είναι «Αγράμματος ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού» ή «Απόφοιτος του Δημοτικού», το αντίστοιχο επίπεδο των ασθενών φαίνεται να κυμαίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις ανάμεσα στα επίπεδα «Απόφοιτος του Δημοτικού», «λίγες τάξεις του Γυμνασίου», «Απολυτήριο του Γυμνασίου» και «Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής». Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα της κατηγορίας «Απολυτήριο Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου» φαίνεται να συσχετίζεται περισσότερο με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών της κατηγορίας «Απολυτήριο Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου» και «Πτυχίο Ανώτερης Σχολής», ενώ η πατρική μορφωτική κατηγορία «Πτυχίο Ανώτατης Σχολής» φαίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις να συσχετίζεται στενά με την αντίστοιχη κατηγορία «Πτυχίο Ανώτατης Σχολής» των ασθενών.

Χωρίς να θέλουμε να προβούμε σε κατηγορηματικές δηλώσεις, θεωρούμε σημαντικά τα παρουσιαζόμενα ευρήματα αναφορικά με το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, καθώς αυτά δείχνουν τη σπουδαιότητα του *πατρικού* προτύπου για τις μελλοντικές επιλογές του μορφωτικού επιπέδου και του επαγγέλματος του ατόμου ανεξαρτήτως φύλου.

6.3.4γ. Ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδο.

Τα πρώιμα παιδικά βιώματα στην πατρική οικογένεια και τα γονεϊκά πρότυπα ακολουθούν το άτομο σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, επηρεάζοντας την προσωπικότητά του, τις επιλογές του και τις σχέσεις του με τους άλλους (Freud, 1983, 2001, Lacan, 1987, Wood, 1989, Bordo, 1990, Ποταμιάνου, 1999, Ρήγα, 1997, McGoldrick & Gerson, 1999). Η κοινωνική θέση των γονιών (επάγγελμα, μόρφωση), αλλά και γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια (οικογενειακές σχέσεις, ασθένειες, θάνατοι) έχουν αντίκτυπο στη ζωή των απογόνων (Ρήγα, 1997, McGoldrick & Gerson, 1999), καθώς οι φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των μελών μιας οικογένειας βρίσκονται σε βαθιά αλληλεξάρτηση.

Τα δεδομένα της έρευνάς μας θεωρούμε ότι επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα των προαναφερθεισών μελετών. Έτσι, από την ανάλυση των συσχετίσεων των μεταβλητών βρέθηκε θετική συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων στην πατρική οικογένεια. Η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με το επάγγελμα του πατέρα, το επίπεδο μόρφωσης και των δυο γονιών των πασχόντων και την ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας, ενώ ο τρόπος της διαφορετικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους άλλους εμφανίζεται να συσχετίζεται με το επάγγελμα του πατέρα των ασθενών. Η αλλαγή του χαρακτήρα των νεφροπαθών μετά την έναρξη της ΧΝΑ συσχετίζεται θετικά με το επάγγελμα του πατέρα, ο τρόπος που εκδηλώνεται η αλλαγή του χαρακτήρα μετά την εκδήλωση της νόσου συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα των υποκειμένων, ενώ η αισιόδοξη ή απαισιόδοξη στάση των ασθενών προς το μέλλον εμφανίζεται να συσχετίζεται με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένειά τους.

- *Οι αιτίες της αίσθησης της διαφορετικότητας από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

- Είδος σχέσεων στην πατρική οικογένεια των ασθενών.

Οι σχέσεις μέσα στην πατρική οικογένεια (καλές – όχι καλές) δεν φαίνεται να επηρεάζουν την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Φαίνεται, όμως, να επηρεάζουν τον τρόπο αντίδρασης στην ασθένεια των υποκειμένων που βιώνουν τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους.

Έτσι, τα υποκείμενα που οι σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια ήταν καλές, τείνουν να βιώνουν τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους, λόγω των αλλαγών /περιορισμών στον τρόπο ζωής τους (εργασία, διατροφή, ψυχαγωγία) και κατάθλιψη /απογοήτευσης μετά την εκδήλωση της νόσου. Τα υποκείμενα που δεν είχαν καλές σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια τείνουν πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικά, λόγω των αλλαγών / περιορισμών και εξάρτησης από το μηχάνημα και λόγω άγχους / νευρικότητας που τους προκαλεί η ασθένεια.

Υπενθυμίζεται ότι οι μεταβλητές «άγχος / νευρικότητα» και «κατάθλιψη / απογοήτευση» δεν βασίζονται στη μέτρηση των κλινικών χαρακτηριστικών αυτών των διαταραχών, αλλά στο λόγο των υποκειμένων, οι απαντήσεις των οποίων («νιώθω απογοητευμένος», «νιώθω νευρικότητα», «έχω γίνει οξύθυμος», «έχω άγχος» κ.λπ.) ομαδοποιήθηκαν βάσει των κοινών τους χαρακτηριστικών.

Όπως φαίνεται, οι αλλαγές / περιορισμοί στον τρόπο ζωής των ασθενών μετά την έναρξη της νόσου είναι οι βασικές αιτίες της αίσθησης της διαφορετικότητας των υποκειμένων από τους άλλους, ανεξάρτητα από το είδος των σχέσεων μέσα στην πατρική τους οικογένεια. Στην περίπτωση, όμως, που οι σχέσεις στην πατρική οικογένεια δεν ήταν καλές, η μεταβλητή αυτή συνδυάζεται με τη μεταβλητή «εξάρτηση» και τα υποκείμενα δηλώνουν πιο συχνά άγχος / νευρικότητα σε σύγκριση με την ομάδα υποκειμένων με καλές σχέσεις στην πατρική οικογένεια, η οποία δηλώνει πιο συχνά την κατάθλιψη / απογοήτευση.

Έρευνες δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους αιμοκαθαιρόμενους σχετίζονται περισσότερο με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. ανεργία), σε αντίθεση με τα κλινικά χαρακτηριστικά άγχους που συσχετίζονται περισσότερο με τους σωματικούς παράγοντες, παρά με τους κοινωνικούς (Chen, Wu, Wang, & Jaw, 2003, Tanaka, et al., 1999). Ίσως τα άτομα που στην πατρική τους οικογένεια οι σχέσεις δεν ήταν καλές, έχοντας βιώσει συναισθηματικές ματαιώσεις, τείνουν να βασίζονται περισσότερο στο σώμα τους και η ματαίωση της σωματικής τους ακεραιότητας (της μοναδικής τους ακεραιότητας) τους προκαλεί άγχος / νευρικότητα και αίσθηση εξάρτησης περισσότερο από τα υποκείμενα που έχουν βιώσει καλές σχέσεις στην οικογένειά τους. Θεωρούμε ότι το ζήτημα αυτό χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Περισσότερης διερεύνησης χρήζουν και τα επόμενα ζητήματα της συσχέτισης των γονεϊκών προτύπων με τους τρόπους αντιμετώπισης καταστάσεων από τους ασθενείς της χρόνιας νόσου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η σημασία της πατρικής φιγούρας στην αναπτυξιακή πορεία του ατόμου και στις στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων του,

καθώς, όπως φαίνεται, η παρουσία της είναι πολύ πιο συχνή και σημαντική στις εξεταζόμενες συσχετίσεις των επιρροών των γονεϊκών προτύπων στο οργανικό, κοινωνικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδο των υποκειμένων.

➤ *Η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.*

- *Επάγγελμα του πατέρα.*

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων φαίνεται ότι τα υποκείμενα που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έλευση της ασθένειάς τους έχουν, στις περισσότερες περιπτώσεις, πατέρες που εξασκούσαν τα επαγγέλματα τεχνιτών-εργατών, υπαλλήλων υπηρεσιών, εκπαιδευτικών ή ήταν απασχολούμενοι στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας. Οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά στην πλειοψηφία τους είχαν πατέρα-γεωργό ή, πολύ λιγότερο, πατέρα- έμπορο -πωλητή. Το μητρικό επάγγελμα δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την εξεταζόμενη μεταβλητή.

Ο τρόπος με τον οποίο, σύμφωνα με τους ασθενείς, τους αντιμετωπίζουν οι άλλοι άνθρωποι μετά την έναρξη της ασθένειας (στις περιπτώσεις της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση), φαίνεται να συσχετίζεται με το πατρικό επάγγελμα. Έτσι, τα υποκείμενα που δηλώνουν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με απομάκρυνση μετά την έναρξη της ασθένειάς τους, έχουν τις περισσότερες φορές πατέρες τεχνίτες-εργάτες, πατέρες που εξασκούν επαγγέλματα γραφείου ή υπηρετούν στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας. Τεχνίτες-εργάτες είναι οι πατέρες των περισσότερων ασθενών που δηλώνουν το φόβο ως αιτία της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους, ενώ οι υπηρετούντες στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας είναι οι πατέρες των ασθενών που αναφέρουν το συνδυασμό της απομάκρυνσης και οίκτου που, κατά τη γνώμη τους, δείχνουν οι άλλοι μετά την έναρξη της νόσου. Οίκτο προβάλλουν ως κύρια αιτία διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι γεωργοί, ενώ οίκτο σε συνδυασμό με υπερπροστασία ή συμπάθεια / στήριξη αναφέρουν οι ασθενείς με πατέρες εκπαιδευτικούς, εμπόρους-πωλητές και τεχνίτες-εργάτες. Συμπάθεια / στήριξη αναφέρουν οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι υπάλληλοι υπηρεσιών και γεωργοί.

- *Μορφωτικό επίπεδο των γονιών.*

Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ εμφανίζουν, στην πλειοψηφία τους, να έχουν γονείς που καλύπτουν, στην ουσία, όλες τις μορφωτικές βαθμίδες (πατέρας-μητέρα), πλην του επιπέδου Αγράμματος /η ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού. Αυτό ακριβώς το επίπεδο μόρφωσης εμφανίζεται να έχουν οι περισσότεροι γονείς (πατέρας-μητέρα) των ασθενών που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου.

Αν συνδυάσουμε τα αποτελέσματα των δύο τελευταίων συσχετίσεων, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, φαίνεται να έχουν, στην πλειοψηφία τους, πατέρα-γεωργό και οι δυο τους γονείς είναι αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού. Η εικόνα αυτής της γονεϊκής κοινωνικής κατάταξης παρουσιάζεται επί το πλείστον στους ασθενείς μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 και, ιδιαίτερα, 66 χρόνων κι άνω).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί πριν, η αντίδραση του ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία έχει άμεση σχέση με την ηλικία του και με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την κάθε ηλικία (Stewart & Rossier, 1978, Nettleton, 2002). Επίσης, η κοινωνικοοικονομική τάξη συσχετίζεται με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την/ και τη στάση προς την ασθένεια: η χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη διατηρεί πιο «μοιρολατρική» στάση προς αυτήν σε σύγκριση με τη μεσαία τάξη (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Nettleton, 2002).

Ίσως σ' αυτές τις αναφορές βρίσκεται και η εξήγηση της πεποίθησης των ασθενών των μεγαλύτερων ηλικιών που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα για τη *μη* διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της χρόνιας νόσου τους. Έτσι, έχοντας ενστερνιστεί τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια από τους γονείς του χαμηλού κοινωνικομορφωτικού επιπέδου, ίσως αυτοί οι ασθενείς διατηρούν «μοιρολατρική» στάση προς αυτήν, όπου το άτομο δεν έχει τον έλεγχο και δεν ευθύνεται για την κατάστασή του και, επιπλέον, σύμφωνα και πάλι με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις (αυτή τη φορά για την ηλικία), οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι «συνυφασμένες» με την αρρώστια. Εκτός από την «αναμενόμενη», η αρρώστια είναι και «αποδεκτή», καθώς το άτομο σ' αυτές τις ηλικίες έχει ήδη «εκπληρώσει» το καθήκον του προς/ και για την κοινωνία κι έτσι του «επιτρέπεται» να «αποσυρθεί» στην ασθένειά του. Ίσως γι' αυτό αυτοί οι ασθενείς δεν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου τους.

- Ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων της έρευνας, οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, φαίνεται πιο συχνά να είχαν άρρωστο τον πατέρα τους ή, λιγότερο, τον πατέρα και τα αδέρφια τους.

Οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, εμφανίζεται πιο συχνά να είχαν άρρωστη τη μητέρα τους ή, λιγότερο, τη μητέρα και τα αδέρφια του/της ασθενούς.

Το ερώτημα που ανακύπτει σ' αυτήν την περίπτωση είναι, κατά πόσο και με ποιον τρόπο η αρρώστια του πατέρα μπορεί να επηρεάσει τη μελλοντική αντίδραση του/της ασθενούς (καθώς δεν έχουν βρεθεί διαφορές φύλου αναφορικά με τις εξεταζόμενες μεταβλητές) προς τη δική τους ασθένεια.

Ίσως, καθώς παραδοσιακά ο πατέρας εκπροσωπεί τη δύναμη και την ασφάλεια της οικογένειας (Κατάκη, 1998), η εμπειρία της ασθένειας του πατέρα στερεί από το άτομο την αίσθηση της ασφάλειας και της σιγουριάς και το κάνει να νιώθει απροστάτευτο και ανασφαλές, πράγμα που ίσως έχει επίπτωση και στη μελλοντική του πορεία, όπου στις δύσκολες φάσεις της ζωής του (και ιδιαίτερα στην περίπτωση της χρόνιας ανίατης ασθένειας) το άτομο αναβιώνει την αίσθηση της αδυναμίας και ανημπόριας και προβάλλει την αίσθηση αυτή στους γύρω του.

Όπως επισημάνθηκε πιο πριν τα ευρήματα αυτά χρήζουν περισσότερης διερεύνησης και, ιδιαίτερα, το ζήτημα της επιρροής του πατρικού προτύπου στην πορεία ζωής του ατόμου, καθώς στη μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών αυτό εμφανίζεται να συσχετίζεται με τα στοιχεία της πολύ πιο συχνά από το μητρικό και σ' όλα τα επίπεδα (οργανικό, κοινωνικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό). Τα ευρήματα των συσχετίσεων των επόμενων μεταβλητών ενισχύουν την άποψη αυτή.

➤ *Αλλαγή του χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

- *Επάγγελμα του πατέρα.*

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας αναφορικά με τις εξεταζόμενες μεταβλητές, οι ασθενείς που δηλώνουν την αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ εμφανίζεται πιο συχνά να έχουν πατέρες γεωργούς, τεχνίτες-εργάτες και εμπόρους-πωλητές.

Τη μη αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της ασθένειας φαίνεται να δηλώνουν πιο συχνά οι ασθενείς που οι πατέρες τους ήταν έμποροι-πωλητές και υπηρετούντες στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας.

Το είδος της αλλαγής στο χαρακτήρα των ασθενών φαίνεται να συσχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων τους.

Έτσι, θετική αλλαγή στο χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ασθένειας δηλώνουν πιο συχνά οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι απόφοιτοι του Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου.

Άγχος / νευρικότητα και κατάθλιψη / απογοήτευση μετά την έναρξη της ΧΝΑ φαίνεται να εμφανίζεται πιο συχνά στους ασθενείς που οι πατέρες τους είναι αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού.

Σημειώνεται ότι δεν έχει βρεθεί θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εξεταζόμενη μεταβλητή «Αλλαγή του χαρακτήρα μετά την έναρξη της ΧΝΑ» και του επαγγέλματος και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας των ασθενών.

Όπως επισημάνθηκε πιο πριν, θεωρούμε ότι το θέμα της γονεϊκής επιρροής χρήζει βαθύτερης διερεύνησης, προκειμένου να μελετηθεί ο βαθμός και η εμβέλεια της επιρροής αυτής στη μετέπειτα ζωή του ατόμου.

➤ *Αισιοδοξία ή απαισιοδοξία των ασθενών προς το μέλλον.*

- Υπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια.

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των δύο μεταβλητών δείχνουν ότι αισιόδοξοι για το μέλλον τους είναι πιο συχνά οι ασθενείς που δεν έχουν βιώσει το θάνατο στην πατρική τους οικογένεια, ενώ απαισιόδοξοι εμφανίζονται πιο συχνά οι ασθενείς που έχουν βιώσει την εμπειρία του θανάτου στην πατρική τους οικογένεια.

Στην ανάλυση των εξεταζόμενων μεταβλητών θεωρούμε ότι δεν μπορεί να παραλειφθούν οι ήδη αναφερθείσες συσχετίσεις της ηλικιακής κατάταξης των υποκειμένων με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια και με τη στάση τους προς το μέλλον, οι οποίες σχολιάστηκαν στην ενότητα «ηλικία και ΧΝΑ».

Έτσι, περισσότερους θανάτους στην πυρηνική πατρική τους οικογένεια έχουν βιώσει τα υποκείμενα μεγαλύτερων ηλικιών σε σύγκριση με τις νεότερες, γεγονός αναμενόμενο λόγω της φυσικής πορείας της ανθρώπινης ζωής, ενώ τα υποκείμενα όλων των ηλικιακών ομάδων πλην της κατηγορίας των 66 χρόνων κι άνω δηλώνουν πιο συχνά αισιόδοξα προς το μέλλον.

Η αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία έχει άμεση σχέση με την ηλικία του (Stewart & Rossier, 1978). Στις μεγαλύτερες ηλικίες το άτομο έχει βιώσει πολλαπλές απώλειες, όπως π.χ. οι θάνατοι των προσφιλών του προσώπων. Σ' αυτήν τη φάση της ζωής η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται σχετικά καλύτερα ακριβώς λόγω της συνειδητοποίησης από το άτομο της έννοιας της αναπόφευκτης απώλειας, τη στιγμή που έχει ήδη έρθει σε επαφή με κάποιες απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995). Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι εδώ παρεμβαίνουν και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την κάθε ηλικία και ο ρόλος της κάθε ηλικίας, έτσι, π.χ., τα υποκείμενα μεγαλύτερων ηλικιών μπορεί να θεωρούν ή να μη θεωρούν τον εαυτό τους διαφορετικό από τους άλλους (που εδώ φαίνεται να παρεμβαίνει η προσωπικότητα του καθενός), αλλά, στην πλειοψηφία τους, δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου.

Πέραν, όμως, της άμεσης σχέσης της αντίδρασης του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία και της ηλικίας του, θεωρούμε ότι η ύπαρξη θανάτου στην πατρική του οικογένεια (ως απώλεια και ως απώλεια ενός συγκεκριμένου προσώπου) ίσως επηρεάζει βαθιά την πορεία ζωής του. Έτσι, το γεγονός της έναρξης της δικής του χρόνιας ασθένειας πιθανόν να φέρνει το άτομο που έχει βιώσει την απώλεια των προσφιλών του προσώπων αντιμέτωπο με το αναπόφευκτο του δικού του θανάτου ως μοιραίο αποτέλεσμα της πορείας της ανθρώπινης ζωής. Ιδιαίτερα δε ίσως αυτό συμβαίνει στις μεγαλύτερες ηλικίες (66 χρόνων κι άνω), όπου το άτομο ναι μεν προσαρμόζεται σχετικά καλύτερα στη σωματική του δυσλειτουργία, αλλά, αναλογιζόμενο τη μείωση χρόνου της ζωής του και ατενίζοντας το αναπόφευκτο του θανάτου, διατηρεί μια απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον.

Στην ενότητα αυτή προσπαθήσαμε να εξετάσουμε την πιθανή επίδραση των γονεϊκών προτύπων στη ζωή των ατόμων που διανύουν το τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς η παρουσία του Άλλου (βιολογική, συναισθηματική, κοινωνική) και ιδιαίτερα της οικογένειας, σημαδεύει τη ζωή του κάθε ατόμου πριν ακόμα τη γέννησή του και σ' όλη του την ενήλικη ζωή (Λίποβατς, 1994, Nettleton, 2002). Η κοινωνική θέση των γονιών (επάγγελμα, μόρφωση), αλλά και γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια (οικογενειακές σχέσεις, ασθένειες, θάνατοι) έχουν αντίκτυπο στη ζωή των απογόνων σε πολλά επίπεδα, από βιολογικό στο ενδοψυχικό και στο διαπροσωπικό (Ρήγα, 1997, McGoldrick & Gerson, 1999).

Θεωρούμε ότι τα ευρήματα της δικής μας έρευνας επιβεβαιώνουν αυτές τις απόψεις, καθώς δείχνουν το εύρος των επιρροών της πατρικής οικογένειας σ' όλα τα

επίπεδα της ταυτότητας του ατόμου (οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό), θέτοντας ένα επιπλέον ζήτημα - αυτό της σημασίας της πατρικής φιγούρας για την αναπτυξιακή και την ενήλικη πορεία της ζωής του ατόμου.

Κατά τη γνώμη μας, τα δεδομένα της έρευνάς μας αποτελούν εύρημα, καθώς δείχνουν τη μεγάλη επιρροή του πατρικού προτύπου (πολλές φορές μεγαλύτερη από το αντίστοιχο μητρικό) σ' όλα τα επίπεδα της ζωής των υποκειμένων ανεξαρτήτως φύλου.

Ευελπιστούμε ότι ίσως η έρευνά μας θα αποτελέσει έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση της σημασίας του ρόλου του πατέρα και της επίδρασής του για την/ και στην πορεία ζωής των απογόνων.

6.3.5. Ο Εαυτός και οι άλλοι - διαφορές φύλου και ηλικίας.

Η χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ταυτότητά τους (την άποψη που έχουν οι άλλοι για κείνους) και την αίσθηση του εαυτού (την προσωπική τους άποψη για τους ίδιους). Η απαντητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιοφυσιολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου (Nettleton, 2002). Η προσωπικότητα του ατόμου παίζει έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιμετωπίσει τη σωματική του δυσλειτουργία (Molnar, 1989, Trieschmann, 1989, Ρήγα, 1997).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του συνδέεται με την αντίληψη του υπάρχοντα, πραγματικού ή εμπειρικού εαυτού (πώς το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του στα πλαίσια των φαινομενικών συνθηκών), τον επιθυμητό ή ιδανικό εαυτό (πώς θα ήθελε να βλέπει τον εαυτό του), τον παρουσιαζόμενο εαυτό (πώς δείχνει τον εαυτό του στους άλλους) και, τέλος, τον δεοντικό εαυτό(πώς θα έπρεπε να ήταν ο εαυτός του σύμφωνα με τα εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα) (Λεοντάρη, 1996). Όπως φαίνεται, η αντίληψη του εαυτού του ατόμου είναι ταυτόχρονα ένα πολύ ιδιωτικό κι ένα πολύ δημόσιο φαινόμενο.

Τα άτομα «εκτιμούν» τον εαυτό τους, κατά πρώτον, βασιζόμενα στη γνώμη ή στη φαντασίωση που έχουν για το πώς οι άλλοι τα «εκτιμούν», αφού οι άλλοι λειτουργούν ως καθρέφτης στον οποίο βλέπουν την εικόνα τους και, κατά δεύτερον, μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων με άλλα άτομα ίδια προς αυτά ή με σημαντικούς άλλους (Wood, 1989).

Αλλά και η ασθένεια είναι ταυτόχρονα μια πολύ ιδιωτική και μια πολύ δημόσια υπόθεση, καθώς η απαντητικότητα σ' αυτήν διαμορφώνεται μάλλον από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου (Nettleton, 2002).

Στην προσπάθειά μας να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις της ασθένειας στην αντίληψη του εαυτού των υποκειμένων της έρευνας, επιχειρήσαμε να εξετάσουμε τις πιθανές διαφορές φύλου και ηλικίας, αλλά και την πιθανή επίδραση κι άλλων παραγόντων που ίσως συμβάλλουν στην απαντητικότητα των πασχόντων στην ασθένεια.

Για τη διευκόλυνση της κατανόησης των αποτελεσμάτων, η ενότητα αυτή χωρίστηκε σε τέσσερις υπο-ενότητες οι οποίες αναφέρονται στην αντίδραση των υποκειμένων στην ασθένειά τους: 1) αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας, 2) πεποίθηση των ασθενών της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους, 3) αλλαγή του χαρακτήρα και 4) αισιοδοξία ή απαισιοδοξία για το μέλλον.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώσαμε ότι επιβεβαιώνεται η πρώτη μας υπόθεση αναφορικά με τον εαυτό και τους άλλους: πράγματι, υπάρχει διαφορά στα ποσοστά απαντήσεων των υποκειμένων για το πώς βιώνουν οι πάσχοντες τον εαυτό τους και για το πώς θεωρούν ότι τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Έτσι, η μη παραμετρική ανάλυση της μεταβλητής «Αισθάνεστε διαφορετικός /ή από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας» έδειξε ότι οι περιπτώσεις να νιώθουν ή όχι τα υποκείμενα διαφορετικά από τους άλλους, αναμένεται να ισομοιράζονται στον πληθυσμό. Η αντίστοιχη ανάλυση της μεταβλητής «Πιστεύετε ότι οι άλλοι άνθρωποι σας αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειάς σας» φανέρωσε ότι το αναμενόμενο αποτέλεσμα για τον πληθυσμό είναι τα περισσότερα υποκείμενα να μη θεωρούν ότι οι άλλοι τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά.

Η χρόνια ασθένεια συχνά είναι συνυφασμένη με ανικανότητα ως περιορισμός ή έλλειψη (ως αποτέλεσμα βλάβης) της δυνατότητας να εκτελεστεί μια δραστηριότητα σε πλαίσια τα οποία να θεωρούνται φυσιολογικά. Η παραδοχή ότι οι άνθρωποι με ανικανότητες είναι λιγότερο ικανοί, ή διαφορετικοί από το φυσιολογικό, έχει πάντοτε αντίκτυπο στην αίσθηση του εαυτού του ατόμου και στην ταυτότητά του (Nettleton, 2002).

Η ταυτότητα είναι προϊόν αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους (Charmez, 1987). Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του συνδέεται με τον υπάρχοντα, πραγματικό ή εμπειρικό εαυτό, τον επιθυμητό ή ιδανικό εαυτό (πώς θα ήθελε να βλέπει τον εαυτό του), τον παρουσιαζόμενο εαυτό (πώς

δείχνει τον εαυτό του στους άλλους) και τον δεοντικό εαυτό (πώς θα έπρεπε να ήταν ο εαυτός του σύμφωνα με τα εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα) (Λεοντάρη, 1996). Τα άτομα «εκτιμούν» τον εαυτό τους, κατά πρώτον, βασιζόμενα στη γνώμη ή στη φαντασίωση που έχουν για το πώς οι άλλοι τα «εκτιμούν», αφού οι άλλοι λειτουργούν ως καθρέφτης στον οποίο βλέπουν την εικόνα τους και, κατά δεύτερον, μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων με άλλα άτομα ίδια προς αυτά ή με σημαντικούς άλλους (Wood, 1989). Το άτομο διακατέχεται από μια ισχυρή επιθυμία για αυτοεπιβεβαίωση, η οποία μεταφράζεται ως ανάγκη να σκέπτονται και να εκφράζονται οι άλλοι θετικά προς το ίδιο (Bordo, 1990).

Καθώς φαίνεται, ο εαυτός, η ταυτότητα και ο κοινωνικός περίγυρος σχετίζονται στενά και η ανικανότητα ως περιορισμός ή έλλειψη (ως αποτέλεσμα βλάβης) του ατόμου να εκτελεί κάποιες δραστηριότητες που θεωρούνται φυσιολογικές, δημιουργεί αρνητικές κοινωνικές συγκρίσεις με άλλα άτομα και φόβο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από αυτά. Έχοντας ανάγκη τη θετική αντιμετώπιση από τους άλλους, καθώς αυτοί οι άλλοι λειτουργούν ως καθρέφτης της εικόνας του, και μοιραζόμενοι το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω του, το άτομο αισθάνεται μεγάλο άγχος για την κατάσταση της ανικανότητάς του μετά την έλευση της ασθένειας και, κατά συνέπεια, τείνει να χρησιμοποιεί στρατηγικές, προκειμένου να παρουσιάσει τον εαυτό του ως «φυσιολογικό» (Nettleton, 2002).

Οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες τείνουν να ισχυρίζονται ότι δεν είναι άρρωστοι, ενώ από την άλλη χρησιμοποιούν την έκφραση «εμείς που είμαστε άρρωστοι» (Herzlich & Pierret, 1985), στην προσπάθειά τους να περισώσουν τον εαυτό τους, καθώς η υγεία στην καταναλωτική κοινωνία εξισώνεται με την επιτυχία (Herzlich, 1969) και το θετικό «βλέμμα» του Άλλου (πραγματικό ή φαντασιακό) είναι η ανάγκη του ατόμου για την αυτοεπιβεβαίωσή του.

Στα πλαίσια μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία, τη διατήρηση της καλής φόρμας και, πάνω απ' όλα, την παραγωγικότητα, ίσως δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι τα άτομα για τα οποία έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια προσπαθούν να τη διαχωρίσουν από τον ακόμα «υγιή» εαυτό (Nettleton, 2002).

Ίσως γι' αυτό, λόγω ακριβώς αυτής της ανάγκης της θετικής «έγκρισης» του Άλλου και προσπαθώντας να «περισώσουν» τον ακόμα «υγιή» εαυτό τους, οι ασθενείς δηλώνουν μεγαλύτερο ποσοστό πεποίθησης για τη μη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειάς τους σε σύγκριση με το ποσοστό της δικής τους αίσθησης της διαφορετικότητας από τους άλλους.

Η δεύτερή μας υπόθεση αφορούσε στις πιθανές διαφορές αντιδράσεων στην ασθένεια ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες.

Θεωρήσαμε ότι, σε σύγκριση με τις γυναίκες, περισσότερο οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι θα αναφέρουν την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους, πεποίθηση για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους και τις αρνητικές αλλαγές στο χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Η υπόθεσή μας στηρίχθηκε στα εξής επιχειρήματα:

1. Σύμφωνα με τις έρευνες (Chater & Gaster, 1997), η τυπική ιεράρχηση των ανδρικών αξιών περιλαμβάνει:

<i>εξουσία</i>	<i>κοινωνική θέση</i>	<i>επιτυχία</i>	<i>επίτευξη στόχων</i>
<i>χρήμα</i>	<i>κέρδος</i>	<i>πλούτος</i>	<i>εστίαση στα καθήκοντα</i>
<i>ελευθερία</i>	<i>έλεγχος</i>	<i>ασφάλεια</i>	<i>ανεξαρτησία</i>

Η τυπική ιεράρχηση των γυναικείων αξιών αντίστοιχα περιλαμβάνει:

<i>αρμονία</i>	<i>απόλαυση</i>	<i>οικογένεια</i>	<i>υπευθυνότητα</i>
<i>εξυπηρέτηση</i>	<i>φιλία</i>	<i>αγάπη</i>	<i>φροντίδα και ανατροφή</i>
<i>αφοσίωση</i>	<i>δέσμευση</i>	<i>δεκτικότητα</i>	<i>σχέσεις</i>

Όπως φαίνεται, η έννοια της επιτυχίας διαφέρει στην αντίληψη των ανδρών και των γυναικών: στην αναζήτησή της, οι άνδρες στρέφονται προς τα «έξω», ενώ οι γυναίκες προς τα «έσω», δηλαδή προς την οικογένεια.

Η επιτυχία στον κοινωνικό χώρο αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της ψυχολογικής ισορροπίας του άνδρα. Γίνεται το βασικό στοιχείο της ταυτότητάς του. Ό,τι σημαίνει για τη γυναίκα η προσφορά στους άλλους μέσα στις οικογενειακές σχέσεις, είναι για τον άνδρα η επιτυχία στον κοινωνικό τομέα. Όπως η φροντίδα των άλλων αποτελεί το βασικό στοιχείο της γυναικείας ταυτότητας, έτσι, και το επίτευγμα για τον άνδρα είναι το έδαφος πάνω στο οποίο στηρίζεται ψυχολογικά (Κατάκη, 1998, Nettleton, 2002). Όταν η σημασία της προσφοράς του άνδρα μέσω του επιτεύγματος ελαττώνεται για την οικογένειά του, αυτός κλονίζεται βαθιά. Και επειδή η παρουσία του άνδρα δεν έχει συνδυαστεί άμεσα με τη στενή ενδοοικογενειακή συναλλαγή, ο περιφερειακός του ρόλος μέσα στην οικογένεια, όταν ο κοινωνικός του ρόλος έχει λήξει ή ελαττωθεί, μεγαλώνει την ψυχολογική απόσταση από τους άλλους, διαιωνίζοντας και μεγαλώνοντας τη μοναξιά του (Κατάκη, 1997).

2. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι η καταθλιπτική διαταραχή και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική εξαθλίωση ιδιαίτερα για τους άνδρες είναι η αντιστροφή των ρόλων μέσα στην οικογένεια, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αδυναμία σύρησης, όταν εκλαμβάνεται ως μείωση του ανδρισμού (Aghanwa & Morakinyo, 1997, Τσελέπης, 2000b).

Σύμφωνα με τις έρευνες, τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται περισσότερο με κοινωνικούς παράγοντες, όπως π.χ. η ανεργία (Chen, et al., 2003, Tanaka, et al., 1999).

Στον επαγγελματικό τομέα, οι άνδρες-ασθενείς πλήττονται πιο συχνά από τις γυναίκες, καθώς μπορεί να ασχολούνται με βαριές χειρωνακτικές εργασίες, επικίνδυνες για την έκβαση της υγείας τους, κι έτσι συχνά αναγκάζονται να διακόψουν το επάγγελμα με αποτέλεσμα την αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης.

Ο αντίλογος είναι ότι οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998, Pilgrim-Rogers, 2004). Στις παντρεμένες γυναίκες, οι ίδιοι οι συζυγικοί ρόλοι φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά γι' αυτές αναφορικά με τις σωματικές ασθένειες (Pilgrim-Rogers, 2004), αλλά οι απαιτήσεις της φροντίδας της οικογένειας η οποία είναι η βασική αξία και η ένδειξη βαθμού επιτυχίας για τις γυναίκες αυτές, φαίνεται να επιβαρύνουν την ψυχολογική τους κατάσταση. Οι γυναίκες είναι «απρόθυμες» να αρρωστήσουν, ακριβώς γιατί πρέπει να φροντίζουν τους άλλους και η δική τους ασθένεια μπορεί να μειώσει την προσφορά τους στην οικογένεια (Nettleton, 2002), η οποία προσφορά αποτελεί το βασικό στοιχείο της ταυτότητας της γυναίκας (Κατάκη, 1998) με αποτέλεσμα να απειλείται η ταυτότητά τους αυτή και να αισθάνονται μεγαλύτερη πίεση από τους άνδρες να αντισταθούν στην πάθηση και να μην της παραδοθούν. Π.χ. οι γυναίκες που έπασχαν από σκλήρυνση κατά πλάκας ήταν πιο απαισιόδοξες σχετικά με την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν απ' ό,τι οι άνδρες, και πίστευαν ως λιγότερο πιθανό οι άλλοι να καταλάβουν την κατάστασή τους (Nettleton, 2002).

Τα αποτελέσματα της παρουσιαζόμενης έρευνας δεν επιβεβαίωσαν την πρωταρχική μας υπόθεση, καθώς δεν βρέθηκαν διαφορές φύλου, ούτε στην αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους, ούτε στην πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους, ούτε στην αλλαγή του χαρακτήρα των

υποκειμένων μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ούτε στη στάση τους (αισιόδοξη / απαισιόδοξη) προς το μέλλον.

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων της έρευνάς μας, η αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους και η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκειμένων και την αλλαγή στην οικονομική τους κατάσταση.

Οι άνδρες-ασθενείς δηλώνουν πιο συχνά από τις γυναίκες την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και την αλλαγή στην οικονομική τους κατάσταση, καθώς συχνά εξασκούν επαγγέλματα επικίνδυνα για την τωρινή κατάσταση της υγείας τους, λόγω της σωματικής επιβάρυνσης και του κινδύνου μόλυνσης (γεωργοί, τεχνίτες-εργάτες κ.λπ.). Εντούτοις δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην αίσθηση των υποκειμένων και των δύο φύλων για τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους και στην πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου, παρόλο που οι γυναίκες-υποκείμενα δηλώνουν λιγότερες αλλαγές αναφορικά με τις επιπτώσεις της ασθένειας στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Το αξιοσημείωτο, κατά τη γνώμη μας, εύρημα της έρευνάς μας αναφέρεται στην ερώτηση για τον τρόπο (διακοπή, αλλαγή, μείωση) με τον οποίο εκδηλώθηκαν οι αλλαγές στην επαγγελματική δραστηριότητα μετά την έναρξη της ασθένειας των υποκειμένων που τη δηλώνουν. Τη διακοπή του επαγγέλματος φαίνεται να δηλώνουν πιο συχνά οι τεχνίτες-εργάτες (αναμενόμενο αποτέλεσμα λόγω των προαναφερθέντων κινδύνων για την έκβαση της ασθένειας) και οι γυναίκες που εξασκούν το λειτούργημα της *νοικοκυράς*.

Θεωρούμε ότι στις απαντήσεις των γυναικών αυτών παρεμβαίνει όχι η αντικειμενική αντίληψη των γεγονότων, αλλά η υποκειμενική σύγκριση της τωρινής δυνατότητας προσφοράς των γυναικών αυτών για την οικογένεια με τη δυνατότητα αυτή πριν την έλευση της ασθένειας. Έτσι, η *μείωση* της προσφοράς λόγω της νόσου δημιουργεί, κατά τη γνώμη μας, μεγάλο πλήγμα στην ταυτότητα των γυναικών αυτών με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι δεν μπορούν πλέον να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του ρόλου της συζύγου και της μητέρας (όπως αυτός ορίζεται από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το βαθμό προσφοράς της «καλής» μητέρας και συζύγου) και να δηλώνουν τη διακοπή του επαγγέλματος.

Όπως φαίνεται, η αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια δεν εμφανίζεται να εξαρτάται από το φύλο του, αλλά από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που επιδρούν στην αντίληψη του εαυτού και από την προσωπικότητα των ατόμων, στη διαμόρφωση της

οποίας ίσως συμβάλλουν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, μερικοί από τους οποίους (κοινωνικό επίπεδο, γονεϊκά πρότυπα) έχουν ήδη εξεταστεί πιο πάνω.

Επιβεβαιώθηκε η τρίτη μας υπόθεση, αναφορικά με την ηλικία των υποκειμένων και την αναμενόμενη διαφορά στις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις ασθενών διαφορετικών ηλικιών στη νόσο, καθώς η αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία έχει άμεση σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται (Cronin, 1996, Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995).

Όπως έχει ήδη σχολιαστεί στην ενότητα « ηλικία», στην εφηβική ηλικία, π.χ., η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται δύσκολα και έχει σοβαρές επιπτώσεις για την προσωπικότητα του ατόμου (Cronin, 1996), ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες, η ασθένεια αντιμετωπίζεται σχετικά καλύτερα, λόγω της συνειδητοποίησης από το άτομο της έννοιας της αναπόφευκτης απώλειας τη στιγμή που έχει ήδη έρθει σε επαφή με κάποιες οδυνηρές απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995), αλλά (σχόλιο δικό μας) και γιατί, λόγω των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ηλικία, η ασθένεια είναι αναπόφευκτη και «επιτρεπτή», καθώς το άτομο έχει ήδη εκπληρώσει το «καθήκον» του προς/ και για την κοινωνία.

Σ' αυτό το σημείο, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνάς μας, παρουσιάζεται μια σύγκρουση ανάμεσα στην καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια των υποκειμένων μεγαλύτερων ηλικιών συγκριτικά μ' αυτά των μικρότερων ηλικιών, και στη στάση τους προς το μέλλον.

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες έρευνες, η καλύτερη αντιμετώπιση της σωματικής δυσλειτουργίας στις μεγαλύτερες ηλικίες οφείλεται στη συνειδητοποίηση και την επαφή των ανθρώπων μεγαλύτερων ηλικιών με τις πολλαπλές απώλειες των προσφιλών τους προσώπων και με τη φυσική ανθρώπινη κατάπτωση με την πάροδο του χρόνου. Οι απώλειες και οι ματαιώσεις αυτές φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο και με το αναπόφευκτο του δικού του θανάτου. Τα θέματα που συχνά απασχολούν άτομα των μεγαλύτερων ηλικιών είναι η μείωση του χρόνου και το νόημα της ζωής και του θανάτου (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995).

Σύμφωνα με τον Becker (αναφ. στους Segall et al., 1996), η ικανότητα των ανθρώπων - διευκολυνόμενη από τη γλώσσα - να σκέπτονται και να φοβούνται το θάνατό τους, τους παροτρύνει να αρνούνται το ότι είναι θνητοί και να επινοούν τρόπους να κάνουν τον εαυτό τους χρήσιμο και σημαντικό τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους άλλους. Με ποιητικά λόγια, ο καθένας μας προσπαθεί να γίνει ήρωας. Ωθούμενος από το άγχος του επικείμενου θανάτου - άγχος που μόνο το ον που διαθέτει τη γλώσσα μπορεί να

νώσει - το άτομο διαμορφώνει την προσωπικότητά του, σε μεγάλο βαθμό, όμοιο με τους γονείς και τους συνομηλίκους του. Για να ζήσει ως άνθρωπο ον, ο άνθρωπος αποκτά μια κοινωνικά διαμορφωμένη ταυτότητα, που του επιτρέπει να αισθάνεται ότι ελέγχει τη ζωή και το θάνατό του, ότι ζει πραγματικά και ενεργεί ως ελεύθερο άτομο με ελεύθερη βούληση, ότι είναι κάποιος (Segall et al., 1996).

Η χρόνια ασθένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις για τον εαυτό και την ταυτότητα του ατόμου (Nettleton, 2002), καθώς το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με τον κίνδυνο του θανάτου. Όπως επισημάνθηκε πιο πριν, το άγχος του θανάτου οδηγεί τον άνθρωπο στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του όμοιο, σε μεγάλο βαθμό, με τους γονείς και τους συνομηλίκους του. Η προσωπικότητα και η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου δέχεται ισχυρό πλήγμα από την ασθένεια, καθώς αυτή δεν του επιτρέπει να λειτουργεί ως «φυσιολογικό» σε σύγκριση με τους άλλους και του αφαιρεί την αίσθηση του ελέγχου της ζωής και του θανάτου του.

Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία όχι μόνο λόγω της αναπτυξιακής φάσης στην οποία βρίσκεται το άτομο, αλλά και λόγω των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την κάθε ηλικία, τις οποίες οι ασθενείς μοιράζονται με τα άλλα μέλη της κοινωνίας και μέσω των οποίων συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους συνομηλίκους τους. Λόγω της διαφορετικής ηλικίας και λόγω των διαφορετικών κοινωνικών αναπαραστάσεων γι' αυτήν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην αντίληψη του εαυτού των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας και στη στάση τους προς το μέλλον. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνάς μας, οι νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (πλην της ομάδας των 36-45 χρόνων, η περίπτωση της οποίας χρήζει περισσότερης διερεύνησης) εμφανίζεται να θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου, ενώ τα υποκείμενα μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 και 66 χρόνων κι άνω) έχουν την αντίθετη άποψη.

Υπενθυμίζεται ότι στην εξέταση της μεταβλητής της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους δεν βρέθηκε θετική συσχέτιση με την τωρινή ηλικία των υποκειμένων και, όπως φαίνεται, η πεποίθησή τους αυτή εξαρτάται από την ηλικία έναρξης της ασθένειας.

Όπως σχολιάστηκαν τα αποτελέσματα αυτά στην ενότητα «ηλικία», θεωρούμε ότι η αίσθηση της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους στα υποκείμενα των νεότερων ηλικιών έναρξης της νόσου οφείλεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την κάθε ηλικία και για τις προσδοκίες από αυτήν, στη σύγκρισή τους με τους συνομηλίκους τους και στην προβολή των υποκειμένων στους άλλους της αίσθησης της δικής τους

«ανεπάρκειας», λόγω του μοιράσματος των ίδιων αξιών και των κοινωνικών αναπαραστάσεων σ' όλα τα μέλη της κοινωνίας.

Οι ίδιοι λόγοι ισχύουν, κατά τη γνώμη μας, στην περίπτωση των μεγαλύτερων ηλικιών εκδήλωσης της ΧΝΑ (56-65 και 66 χρόνων κι άνω) που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, καθώς η ασθένεια σ' αυτές τις ηλικίες είναι αναμενόμενη λόγω της φυσικής φθοράς του οργανισμού, αλλά και «αποδεκτή» από την κοινωνία, επειδή το άτομο έχει ήδη επιτελέσει το κοινωνικό του «καθήκον».

Εάν στη μέση ή γεροντική ηλικία η συνειδητοποίηση της έννοιας της απώλειας έχει ως αποτέλεσμα τη σχετικά καλύτερη αντιμετώπιση της σωματικής δυσλειτουργίας σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικίες (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995), το γεγονός αυτό φαίνεται να λειτουργεί αντίστροφα αναφορικά με τη στάση των ασθενών προς το μέλλον. Οι προσωπικές απώλειες και ματαιώσεις φέρουν το άτομο αντιμέτωπο με τα θέματα της ευαλωτότητας της ανθρώπινης ύπαρξης απέναντι στις ασθένειες, της μείωσης του χρόνου ζωής και του θανάτου που πλησιάζει, όπου η χρόνια ανίατη ασθένεια του ίδιου του ατόμου «υπενθυμίζει» καθημερινά το γεγονός του θανάτου ως αναπόφευκτης κατάληξης της ανθρώπινης ζωής.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, τα περισσότερα υποκείμενα όλων των ηλικιών της τωρινής ηλικιακής κατάταξης, πλην των υποκειμένων της ηλικίας των 66 χρόνων κι άνω, δηλώνουν αισιόδοξα για το μέλλον τους. Η ανάλυση της ηλικίας έναρξης της ασθένειας μας δείχνει πιο αναλυτικά στοιχεία για τη συσχέτιση της ηλικίας με τη στάση των ασθενών προς το μέλλον. Έτσι, τα περισσότερα υποκείμενα των νεότερων ηλικιακών ομάδων έναρξης της ασθένειας (πλην της ομάδας των 26-35 που χρήζει περισσότερης διερεύνησης) δηλώνουν αισιόδοξα για το μέλλον τους. Απαισιόδοξα εμφανίζονται να είναι τα περισσότερα υποκείμενα των μεγαλύτερων ηλικιών, δηλαδή των μέσων και γεροντικών ηλικιών έναρξης της ΧΝΑ (46-55, 56-65 και 66 χρόνων κι άνω).

Όπως σχολιάστηκε στην ενότητα «ηλικία και ΧΝΑ», θεωρούμε ότι ίσως στις στάσεις αυτές παρεμβαίνουν δύο παράγοντες: στα πλαίσια μιας πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία και, πάνω απ' όλα την παραγωγικότητα, οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια, προσπαθούν να διαχωρίσουν τη νόσο από τον ακόμα «υγιή» εαυτό και να περισώσουν την αίσθηση αξιοπρέπειας, σύμφωνα, όμως, με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια και για την κάθε ηλικία.

Σύμφωνα μ' αυτές, οι νεότερες ηλικίες έχουν το «περιθώριο χρόνου» και χρίζουν περισσότερης βοήθειας, καθώς «δεν έχουν ζήσει τη ζωή τους». Η ιατρική επιστήμη

προχωρεί με αλματώδη βήματα στην ανακάλυψη αποτελεσματικών θεραπειών για τις ασθένειες που στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατες και οι αποδέκτες των καινούργιων μεθόδων είναι πρώτα απ' όλα τα άτομα νεαρών ηλικιών, στη θεραπεία των οποίων δίδεται περισσότερη έμφαση, λόγω ακριβώς του νεαρού της ηλικίας τους.

Τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών, λόγω ακριβώς του βιώματος της απώλειας στη διάρκεια της ζωής τους, προσαρμόζονται σχετικά καλύτερα στη σωματική δυσλειτουργία, αλλά, συγχρόνως, τα απασχολούν τα θέματα του θανάτου και της μείωσης του χρόνου ζωής, καθώς δεν έχουν το «περιθώριο χρόνου» των νεότερων ηλικιών και συνειδητοποιούν πολύ καλύτερα το αναπόφευκτο του θανάτου, το οποίο «επιβεβαιώνει» το γεγονός της χρόνιας ανίατης ασθένειας.

Θεωρούμε ότι οι παραπάνω λόγοι ίσως εξηγούν τη διαφορά της αντίδρασης στην ασθένεια και της αντίληψης για το μέλλον ανάμεσα στις νεότερες και μεγαλύτερες ηλικίες, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και η οποία η διαφορά εμφανίζεται να υπάρχει μόνο αναφορικά με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και με τη στάση τους προς το μέλλον. Η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και η αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της νόσου δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον παράγοντα «ηλικία» ή με τον παράγοντα «ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας».

Στη διάρκεια της ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων και στην προσπάθεια εύρεσης κοινών παραγόντων που πιθανόν επηρεάζουν την αίσθηση του εαυτού και τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών μετά την έναρξη της χρόνιας νόσου, επιχειρήσαμε συσχετίσεις των βασικών μεταβλητών της παρούσας ενότητας (αίσθηση διαφορετικότητας από τους άλλους, πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους, αλλαγή του χαρακτήρα μετά την έναρξη της ΧΝΑ, στάση προς το μέλλον) με άλλες μεταβλητές της παρουσιαζόμενης έρευνας. Οι βρεθείσες συσχετίσεις παρατίθενται παρακάτω.

6.3.5^α. Αίσθηση των ασθενών της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση δεδομένων της έρευνας, η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους εμφανίζεται να συσχετίζεται με τον τόπο

μόνιμης διαμονής τους, με την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και με την αλλαγή στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της ασθένειας.

Οι βασικοί λόγοι της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους εμφανίζονται να είναι: αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και κατάθλιψη / απογοήτευση μετά την έναρξη της νόσου και φαίνεται να εξαρτώνται από τις σχέσεις στην πατρική οικογένεια των υποκειμένων καθώς και από την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.

➤ *Τόπος μόνιμης διαμονής των ασθενών.*

Από την ανάλυση των δεδομένων της συσχέτισης των εξεταζόμενων μεταβλητών φαίνεται ότι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της χρόνιας ασθένειας τείνουν να είναι οι ασθενείς που οι περισσότεροι από αυτούς διαμένουν μόνιμα σε χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους και σε πόλεις με πληθυσμό από 2.001-20.000 κατοίκους.

Τη μη διαφορετικότητά τους από τους άλλους δηλώνουν οι κάτοικοι χωριών ή κωμοπόλεων από 500 μέχρι 2.000 κατοίκους και πόλεων με πληθυσμό 20.001-50.000 και 100.001 κι άνω κατοίκους.

Θεωρούμε ότι η περίπτωση των ασθενών - μόνιμων κατοίκων χωριών ή κωμοπόλεων με πληθυσμό από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους οι οποίοι δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου, χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Θεωρούμε, όμως, ότι οι υπόλοιπες περιπτώσεις ίσως μπορούν να εξηγηθούν με το βαθμό έκθεσης του ατόμου στα βλήματα των άλλων και, κατ' επέκταση, με το βαθμό σύγκρισης της κατάστασης του ατόμου μ' αυτήν των άλλων.

Σε μικρές αγροτικές κοινότητες παραδοσιακά η ζωή του ατόμου είναι στενά συνδεδεμένη με τη ζωή της κοινότητας, καθώς η επιβίωσή του ήταν εξαρτημένη από τις συλλογικές προσπάθειες των μελών της, από την αλληλοβοήθεια και την αλληλοστήριξή τους (Κατάκη, 1998).

Σε μικρές πόλεις ή κωμοπόλεις, οι κοινωνικές σχέσεις των κατοίκων είναι στενές λόγω ακριβώς του μικρού πληθυσμού και λόγω της μη δυνατότητας άλλων κοινωνικών επιλογών.

Η θετική πλευρά των στενών σχέσεων σ' αυτές τις κοινωνίες έχει και αρνητικές συνέπειες: το άτομο είναι εκτεθειμένο στα βλήματα των άλλων πολύ περισσότερο από

τους κατοίκους των μεγάλων πόλεων και δεν μπορεί να αποκρύψει από τους άλλους κανένα δυσάρεστο γεγονός της ζωής του.

Όπως υπογραμμίζει η Nettleton (2002), οι άρρωστοι συχνά προσπαθούν να αποκρύψουν από τους άλλους το γεγονός της ασθένειας στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν την αίσθηση της αξιοπρέπειας, καθώς η νόσος συχνά τους αφαιρεί τη δυνατότητα να λειτουργούν όπως πριν ή όπως λειτουργούν οι άλλοι, δηλαδή να προσφέρουν στο βαθμό που θεωρείται ικανοποιητικός, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια, για την κοινωνική επιτυχία και την κοινωνική ανεπάρκεια.

Η απόκρυψη των στοιχείων της προσωπικής ζωής είναι αδύνατη στις μικρές κοινωνίες, όπου όλοι γνωρίζονται μεταξύ τους και η ζωή του καθενός είναι φανερό για όλους. Η ασθένεια και οι συνέπειές της που έχουν επιπτώσεις στην κοινωνικοοικονομική ζωή του ατόμου γίνονται γνωστές, καθιστώντας το άτομο ευάλωτο στα μάτια των άλλων, καθώς μοιράζεται με όλα τα μέλη της κοινωνίας τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις και καθώς υπάρχει άμεση σύγκριση με τους άλλους, τους υγιείς.

Η ζωή στην πόλη μπορεί να προκαλεί άγχος (Herzlich, 1969) και να επιφέρει απομόνωση (Κατακη, 1998), αλλά προσφέρει μεγαλύτερη ανωνυμία και προστασία των προσωπικών θεμάτων σε σύγκριση με τις μικρές κοινότητες. Ίσως γι' αυτό οι μόνιμοι κάτοικοι μεγαλύτερων πόλεων δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

- *Αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας και την αλλαγή στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

Όπως επισημαίνουν οι Adam & Herzlich (1999), η ιδέα σύμφωνα με την οποία η ασθένεια αποτελεί διαμεσολάβηση των κοινωνικών σχέσεων, αποκτά όλο το νόημά της στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων, λόγω και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Εξαιτίας της διάρκειας μέσα στο χρόνο αυτών των παθολογιών, του ανίατου χαρακτήρα τους, η ασθένεια βρίσκεται στο κέντρο όλων των σχέσεων που διατηρεί το άτομο με το κοινωνικό περιβάλλον. Ως βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών με χρόνιες παθήσεις μπορούν να θεωρηθούν η αβεβαιότητα, οι επερχόμενες αλλαγές στον επαγγελματικό τομέα και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, αλλά και η επερχόμενη αλλαγή στην αυτοαντίληψη και τη διαμόρφωση της ταυτότητας.

Στις δυτικές κοινωνίες, δίνεται έμφαση στις έννοιες της επιτυχίας, της παραγωγικότητας, της ομορφιάς και της καλής σωματικής διάπλασης. Στις κοινωνικές

αναπαραστάσεις για την ασθένεια, οι οποίες είναι κοινές σ' όλα τα μέλη της κοινωνίας, τα άτομα με σωματική δυσλειτουργία συχνά εμφανίζονται ως ανήμπορα και αξιολύπητα θύματα. Ως ασθενής με χρόνια και ανίατη ασθένεια, το άτομο αδυνατεί να φτάσει το προαναφερθέν κοινωνικό πρότυπο, το οποίο και έχει εσωτερικεύσει, γεγονός που συχνά οδηγεί σε συναισθήματα κατωτερότητας, αναξιοσύνης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Pedretti, 1990, Nettleton, 2002).

Ένα στιλ διαβίωσης που, λόγω της ασθένειας, προϋποθέτει την αποδοχή ενός πιο παθητικού και λιγότερο ενεργητικού τρόπου ζωής και δραστηριοτήτων, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες στην προσαρμογή του ατόμου (Troblly, 1983, Pedretti, 1990).

Συγκεκριμένα, οι μειωμένες ικανότητες για εργασία και η μείωση του εισοδήματος μπορεί να προκαλέσει στο νεφροπαθή αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική του ισορροπία, όσο και στην εξέλιξη της ασθένειάς του (Τσελέπης, 2000b).

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των προγενέστερων μελετών, καθώς δείχνουν ότι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους τείνουν να είναι τα άτομα που βίωσαν την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.

Οι λόγοι τους οποίους επικαλούνται οι ασθενείς για να εξηγήσουν την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, η αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής (εργασία, διατροφή, ψυχαγωγία κ.λπ.) και κατάθλιψη / απογοήτευση («είμαι άρρωστος... αυτό τα λέει όλα...», «είμαι διαφορετικός...» κ.λπ.) εξαιτίας των επιπτώσεων της ασθένειας. Όπως φαίνεται, οι εσωτερικευμένες κοινωνικές αναπαραστάσεις για το πρότυπο της επιτυχίας και η αδυναμία του ατόμου να φτάσει αυτό το πρότυπο λόγω των αλλαγών στη ζωή του που προκαλεί η ασθένεια, μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή να θεωρεί τον εαυτό του διαφορετικό από τους άλλους, κατώτερο και ανάξιο πάντα σε σύγκριση με τους άλλους, τους «υγιείς».

Υπενθυμίζεται ότι, παρόλο που οι άνδρες-νεφροπαθείς δηλώνουν πιο συχνά από τις γυναίκες την αλλαγή στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και στην οικονομική τους κατάσταση, εντούτοις δεν βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με την αίσθηση της διαφορετικότητας από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.

Όπως σχολιάστηκε πρωτύτερα, η αντίληψη των πασχόντων ατόμων των δύο φύλων της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους φαίνεται να εξαρτάται όχι τόσο από

την αντικειμενική πραγματικότητα των επιπτώσεων της νόσου στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών, όσο από την υποκειμενική θεώρηση των απαιτήσεων στις οποίες πρέπει να αντεπεξέλθει το άτομο.

Άλλωστε, σύμφωνα με τον Ραβάνη (1995), μια από τις κυριότερες παραμέτρους της ασθένειας είναι εκείνη που αναφέρεται όχι τόσο στην ιατρική αντίληψη για κάποια παθολογική δυσλειτουργία, όσο στην καθαρά υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τις απειλές στην υγεία του. Πρόκειται δηλαδή για μια καθαρά υποκειμενική πρόσληψη, εκ μέρους του ατόμου, της κατάστασης της υγείας, καθώς και για τις παρεπόμενες δυσκολίες στις κοινωνικές του δραστηριότητες.

Ο τρόπος που βιώνουν οι ασθενείς τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου φαίνεται να συσχετίζεται με το είδος των σχέσεων που υπήρχαν στην πατρική οικογένεια των πασχόντων. Έτσι, σύμφωνα με τα δεδομένα της ανάλυσής μας, οι ασθενείς που είχαν καλές σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια εμφανίζεται πιο συχνά να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους, λόγω των αλλαγών / περιορισμών στον τρόπο ζωής τους μετά την εκδήλωση της νόσου και λόγω κατάθλιψης / απογοήτευσης εξαιτίας της ασθένειας.

Οι ασθενείς που δεν είχαν καλές σχέσεις στην πατρική τους οικογένεια φαίνεται να αισθάνονται διαφορετικοί, λόγω του συνδυασμού των αλλαγών / περιορισμών στον τρόπο ζωής και της εξάρτησης που βιώνουν μετά την έναρξη της ασθένειας και λόγω άγχους / νευρικότητας.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα», οι έρευνες δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους αιμοκαθαιρόμενους σχετίζονται περισσότερο με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. ανεργία) σε αντίθεση με τα κλινικά χαρακτηριστικά άγχους που συσχετίζονται περισσότερο με τους σωματικούς παράγοντες, παρά με τους κοινωνικούς (Chen, Wu, Wang, & Jaw, 2003, Tanaka, et al., 1999).

Η δική μας υπόθεση είναι ότι ίσως τα άτομα που στην πατρική τους οικογένεια οι σχέσεις δεν ήταν καλές, έχοντας βιώσει συναισθηματικές ματαιώσεις, τείνουν να βασίζονται περισσότερο στο σώμα τους σε σύγκριση με τα άτομα η προσωπικότητα των οποίων δεν έχει υποστεί πλήγμα λόγω των πρώιμων αρνητικών εμπειριών στην οικογένεια. Η ματαίωση της σωματικής ακεραιότητας (της μοναδικής ακεραιότητας των ατόμων με την ελλιπή συγκρότηση της προσωπικότητας) ίσως μπορεί να προκαλεί άγχος / νευρικότητα και αίσθηση εξάρτησης περισσότερο στα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε δυσλειτουργικές οικογένειες.

Όπως ήδη αναφέραμε πιο πριν, θεωρούμε ότι το ζήτημα αυτό χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Περισσότερης διερεύνησης χρήζει και η εμφανιζόμενη συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Σύμφωνα με την ανάλυση δεδομένων της έρευνας, στα υποκείμενα που δηλώνουν την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους εμφανίζεται διαφοροποίηση αναφορικά με την πιθανότητα εκδήλωσης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της χρόνιας τους ασθένειας. Έτσι, στις περιπτώσεις που οι ασθενείς αναφέρουν την εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ο λόγος της αίσθησης της διαφορετικότητάς τους παρουσιάζεται να είναι πάντα ο *συνδυασμός* των αιτιών: *αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και εξάρτηση, αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και άγχος / νευρικότητα, αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής και κατάθλιψη / απογοήτευση, εξάρτηση και κατάθλιψη / απογοήτευση, άγχος / νευρικότητα και κατάθλιψη / απογοήτευση.*

Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν αναφέρουν την εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ, οι λόγοι της αίσθησης της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους είναι δύο: η *αλλαγή / περιορισμοί στον τρόπο ζωής ή η κατάθλιψη / απογοήτευση.*

Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν σημαντικό εύρημα και χρήζουν πολύ βαθύτερης κλινικής διερεύνησης.

6.3.5β. Πεποίθηση (αντίληψη) των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στις προηγούμενες ενότητες, η αντίδραση του ατόμου στην ασθένεια εξαρτάται από την προσωπικότητά του, την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται, από το βαθμό της δυσλειτουργίας λόγω της νόσου κ.λπ.

Εξαρτάται, όμως, και από τον τρόπο που οι άλλοι βλέπουν και αντιλαμβάνονται αυτή του την ιδιαιτερότητα (Pedretti, 1990, Nettleton 2002). Η αντίδραση (θετική ή αρνητική) των άλλων στην ασθένεια του ατόμου μπορεί να είναι πραγματική, αλλά μπορεί να είναι και το αποτέλεσμα της υποκειμενικής πρόσληψης από τον πάσχοντα της συμπεριφοράς των γύρω του. Υποκειμενικής γιατί το άτομο, μοιραζόμενο με τα άλλα μέλη της κοινωνίας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τα πρότυπα της επιτυχίας, για την παραγωγικότητα, για την υγεία και την ασθένεια, για τα άτομα με σωματικές

δυσλειτουργίες κ.λπ., μπορεί να προβάλλει στους άλλους τη δική του αντίληψη της «αναξιότητας» και της «κατωτερότητάς» του, καθώς δεν μπορεί πλέον να φτάσει στο πρότυπο της επιτυχίας και ευτυχίας, το οποίο και έχει εσωτερικεύσει, όπως και οι υπόλοιποι άνθρωποι γύρω του.

Προσπαθώντας να εξετάσουμε τους παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, επιχειρήσαμε πολλαπλές συσχετίσεις των μεταβλητών. Οι αναλύσεις αυτές έδειξαν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης της πεποίθησης αυτής με το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων, με το πατρικό επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο των γονιών των ασθενών, με την ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας, με την ηλικία έναρξης της ΧΝΑ, με την αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα και στην οικονομική κατάσταση των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας και με την αντιμετώπισή της από τους φίλους των πασχόντων.

➤ *Μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.*

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα περισσότερα υποκείμενα που πιστεύουν στη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας είναι κάτοχοι πτυχίων Ανώτατων και Ανώτερων Σχολών (μ' αυτή τη σειρά), ακολουθούμενοι με μεγάλη διαφορά από τους κατόχους πτυχίου Μέσης Τεχνικής Σχολής. Οι υπόλοιπες ομάδες δεν φαίνεται να έχουν την ίδια πεποίθηση.

Όπως φαίνεται, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν και τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έλευση της νόσου.

Οι απόψεις του πληθυσμού για την υγεία διαμορφώνονται από το γενικό πλαίσιο ύπαρξης των ανθρώπων, όπως η κοινωνική τους θέση, η πολιτιστική τους πραγματικότητα, η προσωπική τους ιστορία και η κοινωνική τους ταυτότητα (Nettleton 2002). Οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων δεν είναι οι ίδιες με τις ιδέες για τη διατήρηση της υγείας: παρόλο που η διατήρηση της υγείας θεωρείται ατομική ευθύνη, στις ιδέες για τα αίτια των παθήσεων οι πιο «αδύναμες» κοινωνικές ομάδες διατηρούν μοιρολατρικές απόψεις, όπου συνήθως δίδεται έμφαση στους βιολογικούς παρά στους συμπεριφοριστικούς παράγοντες. Η ασθένεια αποδίδεται στην «κακή τύχη» και τα αίτια της θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο του ατόμου κι, άρα, πέρα από την προσωπική του ευθύνη.

Από την άλλη, οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια επηρεάζονται από τη βιοϊατρική: οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων και οι αντιλήψεις για την τρωτότητα στις ασθένειες συνήθως αντικατοπτρίζουν ιατρικές και βιολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες συχνά παρουσιάζουν κατηγορηματικά και απλουστευμένα μηνύματα που υπερτονίζουν την προσωπική ευθύνη του ατόμου για την ασθένειά του (Nettleton, 2002).

Θεωρούμε ότι ίσως η μεγαλύτερη πρόσβαση των ομάδων με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης στη γνώση και στην ενημέρωση συμβάλλει στη θεώρηση της νόσου τους ως προσωπικής τους ευθύνης περισσότερο από τα υποκείμενα του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Ίσως, δεχόμενα τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις για τη «διαφορετικότητα» των κατόχων της μεγαλύτερης γνώσης, έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από τον εαυτό τους, αλλά αναμένουν περισσότερες απαιτήσεις και από τους άλλους ακριβώς λόγω του προνομίου της μόρφωσης. Καταλογίζοντας την ευθύνη της ασθένειας περισσότερο στον εαυτό τους, ίσως προβάλλουν την πεποίθησή τους αυτή και στους άλλους, θεωρώντας ότι και οι άλλοι τους αποδίδουν τις ίδιες ευθύνες και τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου.

Για τις ομάδες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου η ασθένεια βρίσκεται έξω από τον έλεγχό τους και, επομένως, δεν θεωρείται ότι τα άτομα αυτά ευθύνονται προσωπικά για τα αίτιά της. Ίσως, λοιπόν, τα άτομα αυτά δεν θεωρούν ότι οι άλλοι μπορούν να αποδώσουν στα ίδια τη ευθύνη αυτή, καθώς είναι θέμα «κακής τύχης» και δεν τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Όπως φαίνεται, η μόρφωση μπορεί να αποτελεί αρνητικό παράγοντα για την αντίληψη του εαυτού σε διαπροσωπικό επίπεδο. Αυτή η διαπίστωση φανερώνει, κατά τη γνώμη μας, δύο πτυχές του ζητήματος: πρώτον, ότι ο νους κατασκευάζει την πραγματικότητα (βάσει των κοινωνικών αναπαραστάσεων, οι οποίες εσωτερικεύονται κατά την παιδική ηλικία του ατόμου από την αλληλεπίδραση των ενδιαφερόντων του παιδιού, των συναισθηματικών του αναζητήσεων και των ιδιοτήτων ενός σημαντικού Άλλου) (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996), η οποία μπορεί να διαφέρει από την αντικειμενική κατάσταση των πραγμάτων. Παραδείγματος χάριν, η πεποίθηση για τη διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών από τους άλλους, όπως είναι εύλογο να υποτεθεί, εμφανίζεται να συσχετίζεται με την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους από τους φίλους τους (θετική ή αρνητική).

Εντούτοις, η αντιμετώπιση αυτή δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, το οποίο εμφανίζεται να επηρεάζει την πεποίθηση των υποκειμένων για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.

Δηλαδή, παρόλο που οι ομάδες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου δηλώνουν περισσότερο την πεποίθησή τους για τη διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους άλλους, το αποτέλεσμα αυτό δεν επιβεβαιώνεται από τη συσχέτιση της μεταβλητής «πώς αντιμετώπισαν οι φίλοι σας την ασθένειά σας» με τη μεταβλητή «μορφωτικό επίπεδο του/της ασθενούς», όπως θα ήταν αναμενόμενο. Έτσι, σ' όλες τις ομάδες μορφωτικής κατάταξης η πιθανότητα οι φίλοι των πασχόντων να αντιμετωπίσουν θετικά ή αρνητικά την ασθένειά τους εμφανίζεται να ισομοιράζεται στον πληθυσμό κι έτσι η πεποίθηση των υποκειμένων με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης φανερώσει την υποκειμενική πρόσληψη της πραγματικότητας, η οποία δεν συμβαδίζει απαραίτητα με την αντικειμενική διάστασή της.

Δεύτερον, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, κατά τη γνώμη μας, όχι την αρνητική πλευρά της υψηλότερης μόρφωσης, αλλά τις ελλείψεις της γενικής Παιδείας αναφορικά με τα θέματα της υγείας και της ασθένειας σ' όλα τα κοινωνικά και τα μορφωτικά επίπεδα. Και πάλι κατά τη γνώμη μας, η Παιδεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει γνώσεις προσιτές για όλα τα κοινωνικά στρώματα, για τα θέματα ζωτικής σημασίας, όπως είναι τα θέματα της υγείας και της ασθένειας, χωρίς να προάγει τα απλουστευμένα μηνύματα που υπερτονίζουν την προσωπική ευθύνη του ατόμου για τις αιτίες των παθήσεών του, αλλά και χωρίς να παραβλέπεται η σημασία του τρόπου ζωής του και προτείνοντας λύσεις για την αντιμετώπιση των τυχόν προβλημάτων.

- *Επάγγελμα του πατέρα*
- *Μορφωτικό επίπεδο των γονέων*
- *Ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας.*

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα», η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου φαίνεται να συσχετίζεται με τις τρεις προαναφερθείσες μεταβλητές.

Έτσι, τα υποκείμενα που θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου φαίνεται να έχουν, στις περισσότερες περιπτώσεις, πατέρες που εξασκούσαν τα επαγγέλματα τεχνιτών-εργατών, υπαλλήλων υπηρεσιών, εκπαιδευτικών ή ήταν απασχολούμενοι στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας. Οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, στην πλειοψηφία τους είχαν πατέρα-γεωργό ή, πολύ λιγότερο, πατέρα έμπορο-πωλητή. Το μητρικό επάγγελμα δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με τη μεταβλητή της πεποίθησης για τη διαφορετική αντιμετώπιση από τους άλλους.

Η πεποίθηση αυτή φαίνεται να συσχετίζεται και με το μορφωτικό επίπεδο των γονιών των ασθενών: στα υποκείμενα που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά οι περισσότεροι γονείς εμφανίζονται να είναι αγράμματοι ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού.

Επίσης, διαφορετική αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ φαίνεται να αναφέρουν οι ασθενείς που στην πατρική τους οικογένεια υπήρχε αρρώστια πιο συχνά του πατέρα ή, λιγότερο, του πατέρα και των αδελφών τους.

Οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, εμφανίζεται πιο συχνά να είχαν άρρωστη τη μητέρα ή, λιγότερο, τη μητέρα και τα αδέρφια τους.

Όπως αναφέρθηκε στην ενότητα «Γονεϊκά πρότυπα», το ζήτημα της συσχέτισης των γονεϊκών προτύπων με τους τρόπους αντιμετώπισης της χρόνιας νόσου από τους ασθενείς χρήζει περισσότερης διερεύνησης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον δε προκαλεί η σημασία της πατρικής φιγούρας στην αναπτυξιακή πορεία του ατόμου (ανεξαρτήτως φύλου) και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων του, καθώς, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, η παρουσία της είναι πολύ πιο συχνή και σημαντική στις εξεταζόμενες συσχετίσεις των επιρροών των γονεϊκών προτύπων στο οργανικό, κοινωνικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδο των υποκειμένων.

➤ *Ηλικία έναρξης της ΧΝΑ.*

Στην ενότητα «Ηλικία και ΧΝΑ» αναλύσαμε τα αποτελέσματα της θετικής συσχέτισης των δύο μεταβλητών και προτείναμε την πιθανή εξήγησή της.

Υπενθυμίζεται ότι όλες οι νεότερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας (πλην της ομάδας των 36-45 χρόνων η περίπτωση της οποίας χρήζει περισσότερης διερεύνησης) φαίνεται να θεωρούν ότι υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών μετά την εκδήλωση της νόσου.

Οι ορισμοί της υγείας και η αντίδραση του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του (Stewart & Rossier, 1978, Nettleton, 2002), αντικατοπτρίζοντας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την κάθε ηλικία.

Θεωρούμε ότι αυτές οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το άτομο ίσως δίνουν την απάντηση στο θέμα της συσχέτισης της ηλικίας έναρξης της ασθένειας με την αίσθηση των ασθενών της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους μετά την εμφάνισή της.

Στις νεότερες ηλικίες που το άτομο βρίσκεται σε πολύ ευαίσθητη φάση της ζωής του, προσπαθώντας να ανακαλύψει την ταυτότητά του, να επιλέξει τρόπο και στιλ ζωής κ.λπ., η χρόνια ασθένεια μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την προσωπικότητά του και να αντιμετωπίζεται δύσκολα (Cronin, 1996). Τα νεαρά άτομα της έρευνάς μας θεωρούν ότι οι άλλοι τα βλέπουν διαφορετικά, αντιλαμβανόμενα τη «μειονεξία» τους συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους και σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ηλικία, για τις προσδοκίες από αυτήν κ.λπ.

Στη μέση ή γεροντική ηλικία το άτομο έχει ήδη συνειδητοποιήσει την έννοια της απώλειας και έχει έρθει σε επαφή με προσωπικές απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995). Εξάλλου, η έναρξη της ασθένειας σ' αυτές τις ηλικίες θεωρείται, σύμφωνα με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, «επιτρεπτή» λόγω της «εκπλήρωσης» από το άτομο των βασικών του κοινωνικών «καθηκόντων» και αναπόφευκτη λόγω της φυσιολογικής πορείας του ανθρώπινου οργανισμού. Σ' αυτή τη φάση, η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται καλύτερα, καθώς φαίνεται και από τις απαντήσεις των υποκειμένων της παρούσας έρευνας (ηλικίες έναρξης της ασθένειας 56-65 και 66 χρόνων κι άνω), οι οποίες δείχνουν, στην πλειοψηφία τους, ότι τα άτομα αυτά δε θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειας.

➤ *Αλλαγές στην επαγγελματική δραστηριότητα και στην οικονομική κατάσταση μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στις απαντήσεις των υποκειμένων: πεποίθηση για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους δηλώνουν περισσότερο οι ασθενείς που αναφέρουν αλλαγές στην επαγγελματική τους δραστηριότητα και στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα μελετών για την αρνητική επίδραση των αλλαγών στον επαγγελματικό τομέα στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με χρόνια πάθηση. Σε ορισμένες μελέτες δίδεται έμφαση στην πολιτική και πολιτιστική σημασία του νοήματος των αλλαγών αυτών για την ταυτότητα και τον εαυτό του ατόμου.

Όπως υπογραμμίζει η Nettleton (2002), στα πλαίσια μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία και, πάνω απ' όλα, την παραγωγικότητα, ίσως δεν προκαλεί έκπληξη το πλήγμα που δέχεται η κοινωνική ταυτότητα και ο «ιδιωτικός εαυτός» του ατόμου με την έλευση της χρόνιας νόσου. Το κοινωνικό πρότυπο, το οποίο

εσωτερικεύει το άτομο, δίδει έμφαση στην επιτυχία, στην παραγωγικότητα, στην ομορφιά και στην καλή σωματική κατάσταση. Η αδυναμία του ατόμου να φτάσει αυτό το πρότυπο (λόγω της ασθένειας) μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα κατωτερότητας, αναξιότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Pedretti, 1990, Nettleton 2002). Οι μειωμένες ικανότητες για εργασία και η μείωση του εισοδήματος μπορεί να προκαλέσει στο νεφροπαθή αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική του ισορροπία, όσο και στην εξέλιξη της ασθένειάς του (Τσελέπης, 200b).

Θεωρούμε ότι, έχοντας χάσει τη δυνατότητα να πλησιάσει το πρότυπο της επιτυχίας εξαιτίας της ασθένειας και μοιραζόμενο τις ίδιες κοινωνικές αναπαραστάσεις γι' αυτήν με τα άλλα μέλη της κοινωνίας, το άτομο πιθανόν να θεωρεί ότι και οι άλλοι αντιλαμβάνονται αυτή του τη «μειονεξία» και δεν μπορούν παρά να το αντιμετωπίζουν διαφορετικά - με οίκτο, υπερπροστασία, ίσως με απόρριψη, ως αδύναμα, ανήμπορα και αξιολύπητα θύματα. Οι αναφορές των υποκειμένων που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά για την αρνητική αντίδραση των φίλων τους στην ασθένειά τους, θεωρούμε ότι επιβεβαιώνουν την υπόθεσή μας αυτή.

Οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, αναφέρουν τη θετική αντίδραση των φίλων τους, ενώ πεπεισμένοι για τη διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους άλλους είναι οι περισσότεροι ασθενείς που αναφέρουν την αρνητική αντίδραση των φίλων τους στην ασθένειά τους.

Το ζήτημα που προκύπτει εδώ είναι, κατά τη γνώμη μας, κατά πόσο πραγματικά υπήρξε μια αρνητική αντίδραση των φίλων στην ασθένεια των υποκειμένων ή κατά πόσο η αντίληψη των ασθενών γι' αυτή τη στάση του περιβάλλοντός τους εκφράζει τη δική τους υποκειμενική εκδοχή της πραγματικότητας.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί πριν, η χρόνια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του εαυτού του ατόμου και την ταυτότητά του. Κατά ένα μέρος, αυτό είναι συνέπεια τόσο των πραγματικών ή των φαντασιακών αντιδράσεων των άλλων απέναντι στο άτομο που ασθενεί, όσο και του πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει. Αυτοί οι παράγοντες υπονοούν ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση γίνεται πιο δύσκολη καθώς κανείς δεν μπορεί να εμπιστευθεί δεδομένες παραδοχές και κοινούς «ορισμούς της κατάστασης» (Nettleton, 2002). Δηλαδή οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν διαρκώς το ενδεχόμενο οι άλλοι να μη συμμερίζονται τις ερμηνείες τους για μια κατάσταση. Για παράδειγμα, οι εκκλήσεις για κατανόηση μπορεί να απορριφθούν ή, από την άλλη, οι προσπάθειές τους να «συνεχίσουν τη ζωή φυσιολογικά» μπορεί να

θεωρηθούν από τους σημαντικούς άλλους ως ανάρμοστες, στην προοπτική της επιδείνωσης των συμπτωμάτων.

Έχει βρεθεί ότι οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία σε πιθανή αδιαφορία της οικογένειάς τους για την κατάστασή τους καθώς έχουν ανάγκη τη συμπαράσταση, την κατανόηση και το ενδιαφέρον (Τσελέπης, 2000b). Τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση τείνουν να βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην κοινωνική στήριξη για να επιλύσουν τα προβλήματά τους (Cormier-Daigle & Stewart, 1997).

Η αυξημένη ανάγκη για υποστήριξη και η εξάρτηση από τους άλλους στα πλαίσια μιας πολιτιστικής πραγματικότητας η οποία δίδει έμφαση στην ανεξαρτησία και στο να βασίζεται κανείς στον εαυτό του, πιθανόν να απειλήσει την αυτοεκτίμηση του πάσχοντος αφενός. Αφετέρου, μπορεί να κάνει τις κοινωνικές του σχέσεις, οι οποίες βασίζονται κυρίως στην έννοια της αμοιβαιότητας, ιδιαίτερα επισφαλείς. Ένας χρόνιος ασθενής που «περιμένει πολλά» ή «έχει πολλές απαιτήσεις» είναι πολύ πιθανόν να απορριφθεί από τους άλλους (Nettleton 2002).

Θεωρούμε ότι οι προαναφερθέντες παράγοντες πιθανόν να εξηγούν την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας και αντικατοπτρίζουν περισσότερο την υποκειμενική παρά την αντικειμενική ερμηνεία της πραγματικότητας.

Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά, φαίνεται να συσχετίζεται με το επάγγελμα του πατέρα και με την εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Έτσι, τα υποκείμενα που δηλώνουν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με απομάκρυνση μετά την έναρξη της ασθένειάς τους, έχουν τις περισσότερες φορές πατέρες τεχνίτες-εργάτες, πατέρες που εξασκούν επαγγέλματα γραφείου ή υπηρετούν στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας. Τεχνίτες-εργάτες είναι οι πατέρες των περισσότερων ασθενών που δηλώνουν το φόβο ως αιτία της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους, ενώ οι υπηρετούντες στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας είναι οι πατέρες των ασθενών που αναφέρουν το συνδυασμό της απομάκρυνσης και του οίκτου. Οίκτο προβάλλουν ως κύρια αίτια της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι γεωργοί, ενώ οίκτο σε συνδυασμό με υπερπροστασία ή συμπάθεια / στήριξη αναφέρουν οι ασθενείς με πατέρες εκπαιδευτικούς, εμπόρους-πωλητές και τεχνίτες-εργάτες. Συμπάθεια / στήριξη αναφέρουν οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι υπάλληλοι υπηρεσιών και γεωργοί.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς θεωρούν ότι τους αντιμετωπίζουν οι άλλοι μετά την έναρξη της ασθένειας και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ στους πάσχοντες.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν κάποιες άλλες οργανικές διαταραχές μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, φαίνεται να θεωρούν πιο συχνά ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν με συμπάθεια / στήριξη, δηλαδή τους αντιμετωπίζουν θετικά.

Οι ασθενείς που δεν δηλώνουν την εμφάνιση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νόσου, εμφανίζεται να θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν με απομάκρυνση ή με οίκτο, δηλαδή αρνητικά.

Υπενθυμίζεται ότι από τις άλλες οργανικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά την εκδήλωση της εξεταζόμενης νόσου, οι πιο συχνές φαίνεται να είναι οι διαταραχές αδιευκρίνιστης αιτίας (υπόταση, ανορεξία, αλλεργίες, απώλεια ακοής, βρογχοπνευμονία κ.λπ.), ακολουθούμενες από την υπέρταση / καρδιαγγειακές διαταραχές.

Επίσης, το είδος των άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ασθένειας δεν συσχετίζεται με το είδος άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ.

Παρόλο που το συγκεκριμένο ζήτημα θεωρούμε ότι χρήζει περισσότερης διερεύνησης, τα στοιχεία αυτά μας οδήγησαν στη διατύπωση ορισμένων σκέψεων και προβληματισμών.

Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν αυξημένα σκορ σε επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλής ικανοποίησης από τη ζωή (Kutner, Brogan, Hall, Haber, Daniels, 2000, Njach, Nasr, Ben Dhia, 2001, Chen, Wu, Wang & Jaw, 2003).

Οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία σε πιθανή αδιαφορία του κοινωνικού τους περιβάλλοντος για την κατάστασή τους, καθώς έχουν ανάγκη για συμπαράσταση, κατανόηση και ενδιαφέρον (Τσελέπης, 2000b). Ιδιαίτερα δε για τα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι έρευνες δείχνουν ότι οι πάσχοντες, για να επιλύσουν τα προβλήματά τους, τείνουν να βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην κοινωνική υποστήριξη, γεγονός που επιβεβαιώνει την ανάγκη για αυξημένη κοινωνική και οικογενειακή στήριξη (Cormier-Daigle & Stewart, 1997). Από την άλλη, η εξάρτηση των χρόνιων ασθενών από τους άλλους μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απειλή της αίσθησης του εαυτού και της αυτοεκτίμησης των πασχόντων (Nettleton, 2002).

Στην εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας συμβάλλουν θετικά και μηχανισμοί άμυνας διαφορετικοί της απομόνωσης (Hagberg & Malmquist,1974). Οι νεφροπαθείς που χρησιμοποιούν π.χ. την άρνηση ως μηχανισμό άμυνας, τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερες διαταραχές της διάθεσης και λιγότερα προβλήματα ύπνου από αυτούς που δεν τη χρησιμοποιούν (Fricchione, Howanitz, Jandorf, Kroessler, Zervas & Wonz,1992).

Ίσως η θετική αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος (συμπάθεια / στήριξη) καλύπτει την ανάγκη του ασθενούς για αυξημένη κοινωνική στήριξη, αλλά, συγχρόνως, τον κάνει να βασίζεται περισσότερο στην υποστήριξη των άλλων απ' ό,τι στον εαυτό του, ακινητοποιώντας τους δικούς του μηχανισμούς άμυνας απέναντι στην ασθένεια. Επιπλέον, η εξάρτησή του αυτή ίσως προκαλεί στον ασθενή υποσυνείδητες συγκρούσεις, καθώς απειλείται η αίσθηση του εαυτού του, οι οποίες εκφράζονται ως σωματικά συμπτώματα που στοχεύουν στην ανακούφιση του πάσχοντος από τις εντάσεις.

Ίσως οι πεποίθησι των ασθενών για την αρνητική αντιμετώπισή τους από τους άλλους (απομάκρυνση, οίκτος) μετά την έναρξη της νόσου ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας του πάσχοντος με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν λιγότερες άλλες σωματικές διαταραχές μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Όπως αναφέραμε πιο πάνω, οι συσχετίσεις αυτές παρουσιάζουν, κατά τη γνώμη μας, μεγάλο ενδιαφέρον και χρήζουν περισσότερης διερεύνησης.

6.3.5γ. Αλλαγή του χαρακτήρα μετά την έναρξη της ασθένειας.

Οι αλλαγές στο χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ, όπως εμφανίζεται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με το επάγγελμα του πατέρα των πασχόντων, με τις αλλαγές στην οικονομική κατάσταση και με την αίσθηση της διαφορετικότητας των υποκειμένων από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου.

Ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται οι αλλαγές αυτές εμφανίζεται να συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα των πασχόντων, με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους και με την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους.

➤ *Επάγγελμα του πατέρα.*

Όπως φαίνεται από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, οι ασθενείς που δηλώνουν την αλλαγή του χαρακτήρα μετά την έναρξη της ασθένειας, έχουν πιο συχνά πατέρες γεωργούς και πατέρες εμπόρους-πωλητές.

Οι ασθενείς που δηλώνουν τη *μη* αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ εμφανίζεται να έχουν πιο συχνά πατέρες εμπόρους-πωλητές και πατέρες υπηρετούντες στις Ένοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας.

Όπως έχει επισημανθεί πιο πριν, η έρευνα αυτή αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση στη μελέτη της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου και πρώτη προσπάθεια να περιγραφούν οι πτυχές της ταυτότητας αυτής, τόσο οι αντικειμενικές όσο και οι υποκειμενικές τους διαστάσεις. Ως εκ τούτου η μεθοδική ανάλυση των συσχετίσεων της κάθε μεταβλητής δεν είναι δυνατή, λόγω της προσπάθειας της *περιγραφής* των στοιχείων της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του πληθυσμού των ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου και χρήζει περισσότερης διερεύνησης στα πλαίσια μιας μελέτης, η οποία διεξοδικά θα ασχοληθεί με την ανάλυση συγκεκριμένων παραγόντων που εμφανίζονται να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας και της πορείας της ασθένειας των ατόμων με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

➤ *Αλλαγή της οικονομικής κατάστασης μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, οι ασθενείς που υφίστανται αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της νόσου εμφανίζεται να δηλώνουν αλλαγές στον χαρακτήρα τους, ενώ το αντίθετο αποτέλεσμα παρουσιάζεται στις περιπτώσεις των ασθενών που δεν φαίνεται να βιώνουν τις προαναφερθείσες αλλαγές στον οικονομικό τομέα.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί πριν, στα πλαίσια μιας κοινωνίας η οποία δίδει έμφαση στις έννοιες της επιτυχίας και της παραγωγικότητας, για τις οποίες η καλή κατάσταση του σώματος ως μέσου επίτευξης αυτών των στόχων παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο (Nettleton, 2002), στις κοινωνικές αναπαραστάσεις και στη γλώσσα μέσω της οποίας αυτές εκφράζονται, τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες συχνά εμφανίζονται ως ανήμπορα και αξιολύπητα. Πέραν των πραγματικών επιπτώσεων της ασθένειας στον οικονομικό τομέα, φαίνεται ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την επιτυχία, οι οποίες αναμιγνύονται με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια ως συνιστώσες της επιτυχίας, είναι αυτές που επηρεάζουν την αντίληψη του εαυτού των ασθενών. Οι επερχόμενες αλλαγές στον επαγγελματικό τομέα και στον τομέα των

κοινωνικών σχέσεων εννοούν και την επερχόμενη αλλαγή στην αυτοαντίληψη και στη διαμόρφωση της ταυτότητας (Adam & Herzlich, 1999).

Ως ασθενής με χρόνια και ανίατη ασθένεια, το άτομο αδυνατεί να φτάσει το κοινωνικό πρότυπο της επιτυχίας (και, άρα, της ευτυχίας), το οποίο έχει εσωτερικεύσει μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων, γεγονός που συχνά οδηγεί σε συναισθήματα κατωτερότητας, αναξιότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Pedretti, 1990, Nettleton, 2002).

Ένα στιλ διαβίωσης που, λόγω της ασθένειας, προϋποθέτει την αποδοχή ενός πιο παθητικού και λιγότερο ενεργητικού τρόπου ζωής και δραστηριοτήτων, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες στην προσαρμογή του ατόμου (Trobly, 1983, Pedretti, 1990).

Οι μειωμένες ικανότητες για εργασία και η μείωση του εισοδήματος μπορεί να προκαλέσει στο νεφροπαθή αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική του ισορροπία όσο και στην εξέλιξη της ασθένειάς του (Τσελέπης, 2000b).

Έτσι, οι αλλαγές στον επαγγελματικό τομέα κι, άρα, στον αντίστοιχο οικονομικό, μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην αυτοαντίληψη και τη διαμόρφωση της ταυτότητας των ασθενών, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με τις αλλαγές στο χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

- *Αίσθηση των ασθενών της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλαγή του χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ φαίνεται να δηλώνουν τα υποκείμενα τα οποία θεωρούν τον εαυτό τους διαφορετικό από τους άλλους, ενώ καμία αλλαγή στο χαρακτήρα τους αναφέρουν οι πάσχοντες που δεν έχουν την αίσθηση της διαφορετικότητάς από τους άλλους λόγω της νόσου.

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια βιογραφική αποδιοργάνωση, καθώς δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα κάποιου, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής του σε διάφορα επίπεδα. Ως εκ τούτου, η επαναξιολόγηση της ζωής του ατόμου είναι ως ένα βαθμό αναπόφευκτη. Μπορεί να περιλαμβάνει μια διαδικασία «απόλειας του εαυτού», μπορεί να χρησιμεύσει επίσης ως σημείο καμπής της ζωής, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει την αλλαγή ταυτότητας (Nettleton, 2002).

Καθώς φαίνεται, η αρρώστια αναγκάζει το άτομο να επανεξετάσει, να επαναξιολογήσει και να επαναπροσδιορίσει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις του. Ο επαναπροσδιορισμός αυτός έχει επιπτώσεις στο χαρακτήρα του ατόμου, τη στιγμή που οι αλλαγές στο συναισθηματικό και το γνωστικό επίπεδο επιφέρουν τις αλλαγές στο επίπεδο δράσης, δηλαδή στη συμπεριφορά του (Costalat-Founeau, 1995). Οι απαντήσεις των υποκειμένων της έρευνάς μας («έχω γίνει πιο νευρικός», «έχω νευρικότητα», «έχω γίνει πιο οξύθυμος» κ.λπ.) φανερώνουν, κατά τη γνώμη μας, τις αλλαγές αυτές.

Εντούτοις, η βιογραφική αποδιοργάνωση μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες. Μπορεί να εισαγάγει μια επανεξέταση της κατεύθυνσης της ζωής του ατόμου, μπορεί να σημαίνει ότι ο πάσχων θα γίνει ένας πιο ενσυνείδητος άνθρωπος και μπορεί να καταλήξει σε ευκαιρίες τις οποίες κάποιος δεν είχε ποτέ φανταστεί στο παρελθόν (Nettleton, 2002). «Τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα», «βλέπω τη ζωή πιο θετικά» είναι μερικές από τις απαντήσεις των υποκειμένων που δηλώνουν τις θετικές αλλαγές στο συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο των πασχόντων και, άρα, και στο επίπεδο συμπεριφοράς.

Συνεπώς, η απαρχή της χρόνιας ασθένειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της φυσικής λειτουργίας του σώματος, μπορεί να έχει και αρνητικές και θετικές συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα του ατόμου (Nettleton, 2002) και, κατ' επέκταση, στο επίπεδο συμπεριφοράς του.

Ο πιο συχνός τρόπος της αλλαγής στον χαρακτήρα των υποκειμένων μετά την έναρξη της ασθένειας είναι, σύμφωνα με τις δηλώσεις των πασχόντων, τα αισθήματα άγχους / νευρικότητας και κατάθλιψης / απογοήτευσης.

Επίσης, ο τρόπος αυτός, δηλαδή το πώς εκδηλώνεται η αλλαγή του χαρακτήρα των ασθενών, φαίνεται να συσχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα των υποκειμένων, με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους και με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου.

Πιο αναλυτικά, φόβο του θανάτου εμφανίζεται να παρουσιάζουν περισσότερο οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι πτυχιούχοι Ανώτατων Σχολών, άγχος / νευρικότητα οι ασθενείς με πατέρες αγράμματους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή αποφοίτους του Δημοτικού, κατάθλιψη / απογοήτευση τα υποκείμενα με πατέρες αγράμματους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού ή πτυχιούχους Ανώτερης Σχολής. Θετική αλλαγή στο χαρακτήρα φαίνεται να δηλώνουν περισσότερο οι ασθενείς που οι πατέρες τους είναι απόφοιτοι Παλαιού Εξατάξιου Γυμνασίου, απόφοιτοι Λυκείου και πτυχιούχοι Ανώτατης Σχολής.

Στα σχόλια του αποτελέσματος των συσχετίσεων των δύο εξεταζόμενων μεταβλητών που χρήζουν περισσότερης διερεύνησης για τις αιτίες της θετικής συσχέτισής τους, θα αρκεστούμε στην παρατήρηση της σημασίας του *πατρικού* προτύπου, το οποίο, όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα των αναλύσεων των προηγούμενων ενοτήτων, εμφανίζεται να εμπλέκεται πολλαπλώς με το οργανικό, κοινωνικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδο ζωής των απογόνων.

Αναφορικά με την αίσθηση τη διαφορετικότητας από τους άλλους, φόβο του θανάτου και κατάθλιψη / απογοήτευση εμφανίζεται να παρουσιάζουν περισσότερο οι ασθενείς που θεωρούν τους εαυτούς τους διαφορετικούς από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Θετική αλλαγή και άγχος / νευρικότητα δηλώνουν περισσότερο τα υποκείμενα που δεν θεωρούν ότι είναι διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.

Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου, εμφανίζεται να παρουσιάζουν περισσότερο το φόβο του θανάτου και θετική αλλαγή, ενώ οι ομοιοπαθείς τους που δεν έχουν την πεποίθηση για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους, τείνουν να εκδηλώνουν άγχος / νευρικότητα.

Η πιθανή εξήγηση των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων ίσως μπορεί να δοθεί υπό το πρίσμα των θεωριών του Becker και Heilbroner (αναφ. στους Segall-Dasen-Berry-Roortinga, 1996) που εξετάζουν το θέμα του θανάτου. Σύμφωνα μ' αυτές, ο άνθρωπος είναι το μόνο ζώο που ατενίζει το θάνατό του και στην προσπάθειά του να αποσπάσει το νου του από το αναπόφευκτο, δημιουργεί διάφορους τρόπους ζωής. Η ικανότητα των ανθρώπων - διευκολυνόμενη από τη γλώσσα - να σκέπτονται και να φοβούνται το θάνατό τους, τους παροτρύνει να αρνούνται το ότι είναι θνητοί και να επινοούν τρόπους για να κάνουν τον εαυτό τους χρήσιμο και σημαντικό τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους άλλους. Με ποιητικά λόγια, ο καθένας μας προσπαθεί να γίνει ήρωας. Στις δυτικές κοινωνίες οι περισπασμοί των ανθρώπων από το θάνατο είναι η εργασία, η επιτυχία και ο αγώνας για αποδοτικότητα, καθώς και η απόκτηση, κατανάλωση των υλικών αγαθών, ως ανταμοιβή.

Κάθε προσωπικότητα - ή, όπως το θέτει ο Becker, το «ψέμα του χαρακτήρα» - δημιουργείται, επειδή το παιδί πρέπει να προσαρμοστεί στον κόσμο, στους γονείς του και στα υπαρξιακά του διλήμματα. Επομένως, ωθούμενοι από το άγχος του επικείμενου θανάτου - άγχος που μόνο το ον που διαθέτει γλώσσα μπορεί να νιώσει - διαμορφώνουμε τον εαυτό μας, σε μεγάλο βαθμό, όμοιο με τους γονείς και τους συνομηλικούς μας. Είναι στη φύση των ανθρώπων ως πολιτιστικών όντων να μαθαίνουν να συμπεριφέρονται με

τρόπους που οι πρόγονοί τους βρήκαν αποτελεσματικούς ως άμυνες εναντίον της απόγνωσης και που τονίζουν την ύπαρξή τους.

Η ασθένεια βρίσκεται στο κέντρο όλων των σχέσεων που διατηρεί το άτομο με το κοινωνικό περιβάλλον. Ως βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών με χρόνιες παθήσεις μπορούν να θεωρηθούν η αβεβαιότητα, οι επερχόμενες αλλαγές στον επαγγελματικό τομέα και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, αλλά και η επερχόμενη αλλαγή στην αυτοαντίληψη και στη διαμόρφωση της ταυτότητας (Adam & Herzlich, 1999). Στην ουσία, όλοι οι περισπασμοί από το θάνατο που, κατά τους Becker και Heilbroner επινοούν οι άνθρωποι, δέχονται βαθύ πλήγμα εξ αιτίας της ασθένειας και το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με το γεγονός του αναπόφευκτου θανάτου, χωρίς τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τις ίδιες άμυνες που ήταν αποτελεσματικές πριν την έλευση της χρόνιας νόσου και που τις έχει μάθει από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Ίσως γι' αυτό οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους διαφορετικό από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, εμφανίζεται να δηλώνουν το φόβο του θανάτου και την κατάθλιψη / απογοήτευση ως τρόπους έκφρασης των αλλαγών στο χαρακτήρα τους. Παραδεχόμενοι τη διαφορετικότητά τους και έχοντας χάσει εξ αιτίας της χρόνιας νόσου αποτελεσματικούς μαθημένους τρόπους αντιμετώπισης της απόγνωσης μπροστά στο θάνατο, ίσως θρηνούν τις απώλειες αυτές και απασχολούνται με το αναπόφευκτο του θανάτου.

Φόβο του θανάτου δηλώνουν και οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Υπάρχουν, όμως, και οι ασθενείς αυτής της ομάδας που δηλώνουν θετική αλλαγή στο χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της νόσου, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα ερευνών που δείχνουν ότι η βιογραφική αποδιοργάνωση και η «απώλεια του εαυτού» δεν είναι απαραίτητα μια μόνιμη κατάσταση και μπορεί να έχουν και θετικές συνέπειες. Οι άνθρωποι μπορεί να επανεξετάσουν την κατεύθυνση της ζωής και να δημιουργήσουν νέες ανασυγκροτημένες ταυτότητες (Charmez, 1987). Ίσως ορισμένες φορές η απόρριψη των άλλων, πραγματική ή φανταστική, αναγκάζει το άτομο να βρει καινούργιες αποτελεσματικές άμυνες, να στηριχθεί περισσότερο στις δυνάμεις του και να ανασυγκροτήσει τον εαυτό του μπροστά στην απειλή αυτή, με αποτέλεσμα τη θετική αλλαγή στο χαρακτήρα του.

Άγχος / νευρικότητα και θετική αλλαγή στο χαρακτήρα φαίνεται να δηλώνουν οι ασθενείς οι οποίοι δεν θεωρούν τον εαυτό τους διαφορετικό από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειάς τους. Άγχος / νευρικότητα επίσης δηλώνουν οι ασθενείς που δεν θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά εξ αιτίας της νόσου.

Θεωρούμε ότι αυτό το αίσθημα άγχους ίσως προκαλείται από την προσπάθεια των ασθενών να αντεπεξέλθουν στην εικόνα του *μη διαφορετικού*, την οποία επιθυμούν να διατηρήσουν για τον/ και στον εαυτό τους και για τους άλλους. Ίσως η ανάγκη να βρεθούν καινούργιοι τρόποι και άμυνες για να διατηρηθεί η εικόνα αυτή και η προσπάθεια να περισωθεί η αίσθηση της αξιοπρέπειας, μπορεί να δημιουργούν στους ασθενείς άγχος και νευρικότητα, αλλά και να συμβάλλουν στην ανασυγκρότηση του εαυτού και της ταυτότητας με θετικές συνέπειες για τον πάσχοντα.

6.3.5δ. Στάση προς το μέλλον.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας, η αισιόδοξη ή η απαισιόδοξη στάση των ασθενών προς το μέλλον τους εμφανίζεται να συσχετίζεται με την τωρινή ηλικία των υποκειμένων, με τον τόπο καταγωγής τους, με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια, με την ηλικία έναρξης της νόσου και με την αίσθηση των ασθενών της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Ο πιο συχνός λόγος της απαισιόδοξης στάσης προς το μέλλον φαίνεται να είναι η κατάθλιψη / απογοήτευση των υποκειμένων εξ αιτίας της χρόνιας ανίατης νόσου τους.

Πιο αναλυτικά, οι προαναφερθείσες σχέσεις της αισιόδοξης ή της απαισιόδοξης στάσης των ασθενών προς το μέλλον τους με άλλες μεταβλητές έχουν ως εξής:

➤ *Τωρινή ηλικία και ηλικία έναρξης της ΧΝΑ.*

Όπως δείχνουν τα δεδομένα της έρευνας, αισιόδοξα για το μέλλον είναι τα περισσότερα υποκείμενα όλων των τωρινών νεότερων ηλικιών, πλην της ηλικιακής ομάδας των 66 χρόνων κι άνω. Η συσχέτιση της στάσης προς το μέλλον με την ηλικία έναρξης της ασθένειας δείχνει κάπως διαφορετική εικόνα: ναι μεν οι νεότερες ηλικίες έναρξης της νόσου - πριν τα 15 χρόνια, 16-25 και 36-45 χρόνων (πλην της ηλικιακής ομάδας έναρξης των 26-35 χρόνων που χρήζει περισσότερης διερεύνησης)- εμφανίζεται να είναι αισιόδοξες για το μέλλον, αλλά στην απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον από την πλευρά των πασχόντων προστίθενται και μικρότερες ηλικίες (σε σύγκριση με τη στάση προς το μέλλον αναφορικά με την τωρινή ηλικία), αυτές των 46-55 και 56-65 χρόνων.

Θεωρούμε ότι στη δήλωση των ασθενών της μιας ή της άλλης στάσης προς το μέλλον ίσως παρεμβαίνουν οι εξής παράγοντες:

1. Η προσπάθεια να διαχωριστεί η ασθένεια από τον ακόμα «υγιή» εαυτό και να περισωθεί η αίσθηση της αξιοπρέπειας των πασχόντων, ως παραγωγικά, ικανά και άξια άτομα μέσα στην κοινωνική τους σφαίρα, στην οποία ενθαρρύνεται η

υποχρέωση το άτομο να παραμείνει δυνατό απέναντι στην κακουχία (Nettleton, 2002).

2. Το «περιθώριο χρόνου» το οποίο πιστεύουν ότι διαθέτουν οι μικρότερες ηλικίες και λόγω αυτού η ελπίδα να βρεθεί μια καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας.
3. Τα βιώματα της απώλειας προσφιλών προσώπων, η πιθανότητα των οποίων αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, και οι επιπτώσεις αυτού του βιώματος για τον εαυτό των πασχόντων.

Η τελευταία υπόθεση θεωρούμε ότι ενισχύεται και από τα αποτελέσματα της θετικής συσχέτισης της στάσης των ασθενών προς το μέλλον με την ύπαρξη θανάτου στην πατρική τους οικογένεια.

➤ *Υπαρξη θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών.*

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της συσχέτισης, απαισιοδοξία για το μέλλον τους εμφανίζεται να έχουν πιο συχνά τα υποκείμενα που βίωσαν θάνατο στην πατρική τους οικογένεια, ενώ, αντιθέτως, αισιοδοξία τείνουν να εκφράζουν πιο συχνά τα υποκείμενα που δεν έχουν την εμπειρία τέτοιου βιώματος.

Στη μέση ή γεροντική ηλικία το άτομο έχει ήδη έρθει σε επαφή με πολλαπλές και σημαντικές απώλειες, όπως ο θάνατος γονιών, συγγενών και φίλων. Σ' αυτή τη φάση το άτομο έχει ήδη συνειδητοποιήσει την έννοια της απώλειας και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995) και αυτή η συνειδητοποίηση ίσως μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει τη σωματική δυσλειτουργία του σχετικά καλύτερα, αλλά ίσως μπορεί και να επηρεάσει αρνητικά τις ελπίδες του για ένα καλύτερο μέλλον.

➤ *Τόπος καταγωγής.*

Σύμφωνα με τα δεδομένα της συσχέτισης, απαισιοδοξία για το μέλλον τείνουν να εκφράζουν περισσότερο τα υποκείμενα που κατάγονται από χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους και χωριά-κωμοπόλεις με 501-2.000 κατοίκους, σε αντίθεση με τα υποκείμενα που κατάγονται από μεγαλύτερες πόλεις.

Θεωρούμε ότι το αποτέλεσμα αυτό ίσως έχει να κάνει περισσότερο με την ηλικία των υποκειμένων παρά με τον τόπο καταγωγής αυτό καθαυτό, καθώς τα περισσότερα υποκείμενα με καταγωγή από μικρά χωριά ή χωριά-κωμοπόλεις είναι ηλικίας 56-65 χρόνων και 66 χρόνων κι άνω και, απ' ότι φάνηκε στις προηγούμενες αναλύσεις της στάσης προς το μέλλον, η στάση αυτή συσχετίζεται με την ηλικία των ασθενών, όπου οι νεότερες ηλικίες φαίνεται να είναι πιο αισιόδοξες από τις μεγαλύτερες.

- *Αίσθηση των ασθενών της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ.*

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της συσχέτισης, αισιόδοξοι για το μέλλον εμφανίζεται να είναι περισσότερο οι ασθενείς που δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, ενώ απαισιοδοξία τείνουν να εκφράζουν οι ασθενείς που βιώνουν αυτή την αίσθηση.

Θεωρούμε ότι η απάντηση για την απαισιόδοξη στάση προς το μέλλον των ασθενών που αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου, βρίσκεται στο συνδυασμό της στάσης αυτής με τους λόγους της αίσθησης της διαφορετικότητας.

Υπενθυμίζεται ότι η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους φαίνεται να συσχετίζεται με τον τόπο μόνιμης διαμονής, με την αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα και με την αλλαγή στην οικονομική κατάσταση των πασχόντων μετά την έναρξη της ΧΝΑ.

Εάν, σύμφωνα με τους Becker και Heilbroner (αναφ. στους Segall-Dasen-Berry-Roortinga, 1996), οι περισπασμοί των ανθρώπων από το θάνατο είναι η εργασία, η επιτυχία, ο αγώνας για αποδοτικότητα, καθώς και η απόκτηση και η κατανάλωση των υλικών αγαθών, ως ανταμοιβή, η ασθένεια αναγκάζει το άτομο να μειώσει ή να διακόψει την εργασία με συνέπεια τις οικονομικές αλλαγές, αλλά και να μειώσει την απόκτηση και την κατανάλωση των υλικών αγαθών και εξ αιτίας των οικονομικών αλλαγών και εξ αιτίας των περιορισμών στον τρόπο ζωής λόγω της ίδιας της ασθένειας. Μ' άλλα λόγια, η ασθένεια «ακυρώνει» την επιτυχία και μειώνει την «ανταμοιβή», δηλαδή τους ανθρώπινους περισπασμούς από το θάνατο και φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με την αναπόφευκτη κατάληξη της ζωής.

Όπως δείχνουν οι έρευνες, η αναγκαία αποδοχή ενός πιο παθητικού και λιγότερο ενεργητικού τρόπου ζωής και δραστηριοτήτων εξαιτίας της ασθένειας μπορεί να προκαλέσει σοβαρές δυσκολίες στην προσαρμογή του ατόμου και στην αντίληψη του εαυτού του (Pedretti, 1990). Η μείωση του εισοδήματος λόγω των μειωμένων ικανοτήτων για εργασία μπορεί να προκαλέσει στο νεφροπαθή αισθήματα εξάρτησης, αχρηστίας και παθητικότητας, τα οποία επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχολογική του ισορροπία, όσο και στην εξέλιξη της ασθένειάς του (Τσελέπης, 2000b).

Θεωρούμε ότι οι παραπάνω παράγοντες ίσως εξηγούν την αισιόδοξη στάση προς το μέλλον των ασθενών που αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της χρόνιας νόσου τους.

Ο πιο συχνός λόγος της απαισιόδοξης στάσης των ασθενών προς το μέλλον, σύμφωνα με τα δεδομένα των αναλύσεών μας, εμφανίζεται να είναι η κατάθλιψη / απογοήτευση, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα των προγενέστερων ερευνών για τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στους νεφροπαθείς τελικού σταδίου, τα οποία βρέθηκε να συσχετίζονται περισσότερο με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως η ανεργία και η χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, παρά με τα οργανικά (Kutner, Brogan, Hall, Haber, Daniels, 2000, Chen, Wu, Wang & Jaw, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Στη διάρκεια των τριών διαδοχικών σταδίων της έρευνας, έγινε προσπάθεια προσέγγισης του εξεταζόμενου θέματος με σκοπό όχι μόνο την περιγραφή της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των υπό αιμοκάθαρση ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, αλλά τη διερεύνηση των πιθανών κοινών παραγόντων που την επηρεάζουν και, κατ' επέκταση, επιδρούν στον τρόπο που το άτομο αντιδρά στο γεγονός της ασθένειας, η οποία αποτελεί μια καινούργια «πραγματικότητα» του και στην οποία πρέπει να προσαρμοστεί.

Η κοινωνικότητα είναι αυτή που κατασκευάζει την πραγματικότητα, αλλά ο νους κατασκευάζει την κοινωνικότητα και, κατ' επέκταση, την πραγματικότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Η βασική οργάνωση του νοητικού περιεχομένου, φορτισμένη συναισθηματικά και σχετιζόμενη με τις ομάδες, τα πρότυπα ταυτότητας και τον εαυτό, δημιουργεί ένα τρίγωνο ταυτότητας, το οποίο υποδηλώνει τη δυναμική σχέση ανάμεσα στα τρία αυτά βασικά στοιχεία που δομούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα (Ρήγα, 1997). Συνεπώς, η ψυχοκοινωνική ταυτότητα είναι η απάντηση στην πραγματικότητα, καθώς αναπαριστά όχι μόνο μια οργανωμένη δομή που έχει συγκροτηθεί στη μνήμη των υποκειμένων μέσω των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων του βιώματος, αλλά και ως δομή που οργανώνει τις κοινωνικές εμπειρίες, παρούσες και μέλλουσες.

Μπορούμε να συλλάβουμε αυτή τη δομή ως ένα εξωτερικευμένο κοινωνικό περιβάλλον, του οποίου το αναδύμενο τμήμα συνιστά το ενεργό αναπαραστατικό σύστημα που χρησιμοποιείται για να κωδικοποιηθεί και αποκωδικοποιηθεί ο περιβάλλον κόσμος. Οι κατηγορίες που περιγράφουν τα κοινωνικά αντικείμενα, και φαίνονται ότι δε συνδέονται, προέρχονται από τον ίδιο κορμό κανόνων που φιλτράρουν, μετατρέπουν και οργανώνουν τη διαδεδομένη από το κοινωνικό περιβάλλον πληροφορία, για να την αποθηκεύσουν στη μνήμη. Κάθε αντίληψη, αξία, εικόνα οργανώνεται από ένα άτομο ή μια ομάδα βάσει ενός συγκεκριμένου τρόπου κατανόησης του κοινωνικού κόσμου και βίωσης της σχέσης με τα κοινωνικά αντικείμενα.

Αυτή η αναπαραστατική συνοχή κάθε ατόμου συνιστά τη βάση της δόμησης της πραγματικότητας, που είναι μια συνεχής διαδικασία, όπου η μονιμότητα κι η αλλαγή των δομών οργανώνουν την εμπειρία σε μια συνεχή διαλεκτική σχέση. Όλες οι αναπαραστάσεις βρίσκονται συνδεδεμένες και οργανωμένες από τυπικές σταθερές που δρουν ως ενεργές εικόνες - μέσω των οποίων το κοινωνικό περιβάλλον αποκωδικοποιείται - και ως ρυθμιστές της συμπεριφοράς (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Σε σχέση με τον κόσμο, το άτομο είναι αντικειμενικά τοποθετημένο σε μια κοινωνική μήτρα. Τα στοιχεία αυτής της μήτρας είναι εν μέρει οι διαφορετικές ομάδες στις οποίες το άτομο ανήκει, είτε επειδή το έχει επιλέξει είτε επειδή αποτελεί μέλος μιας δεδομένης κοινωνίας και κουλτούρας (εθνικότητα, φυλή, τόπος καταγωγής, φύλο, ηλικία, κοινωνική τάξη, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα κι άλλες ομάδες με τις οποίες το άτομο έχει κοινούς δεσμούς). Μ' αυτό το συνονθύλευμα συστατικών της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας του εαυτού σχετίζεται το συνονθύλευμα της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας του άλλου. Αυτός ο άλλος (ως άτομο και ως συλλογικότητα) περιέχει σημαντικά πρόσωπα και ομάδες με τις οποίες αναπτύσσονται σχέσεις σε συμβολικό επίπεδο και / ή πραγματικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, άτομα ή ομάδες άλλης κουλτούρας, φύλου κ.λπ.). Οι αναπαραστάσεις που κάνει το άτομο των διαφόρων στοιχείων αυτής της μήτρας συνιστούν κατά έναν τρόπο την υποκειμενικότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996).

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, οι υποκειμενικές αναπαραστάσεις οργανώνονται βάσει των κοινωνικών αναπαραστάσεων (θετικά ή αρνητικά αξιολογούμενων - προσωπικό συναισθηματικό βίωμα), οι οποίες μεταδίδονται από τον άλλο πρωταρχικά και βασικά μέσω της γλώσσας.

Η σκέψη, αλλά και ολόκληρη η συνείδηση βρίσκεται σε συνάφεια με τη γλώσσα, το κύριο γνώρισμα της οποίας είναι η γενικευμένη αντανάκλαση της πραγματικότητας (Vigotsky, 1988). Μέσω της γλώσσας, λοιπόν, αναδύονται οι αναπαραστάσεις του ατόμου που συνιστούν την υποκειμενική του πραγματικότητα, αλλά, συγχρόνως, αποτελούν ένα εξωτερικευμένο κοινωνικό περιβάλλον και, επομένως, προέρχονται από τον ίδιο κορμό κανόνων που φιλτράρουν, μετατρέπουν και οργανώνουν τη διαδεδομένη από το κοινωνικό περιβάλλον πληροφορία, για να την αποθηκεύσουν στη μνήμη.

Η περιγραφή της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης του κοινού «αοράτου» υποβάθρου της στην ομάδα των ασθενών υπό αιμοκάθαρση αποτελούσε το σκοπό της παρούσας έρευνας. «Αοράτου» γιατί πρόκειται για μια διερεύνηση των στοιχείων που διαχωρίζουν τα υποκείμενα της γενικότερης ομάδας των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε δύο υποομάδες - αυτές της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης, όπου παρεμβαίνει και η επιλογή του ατόμου του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας. Η απλή περιγραφή των φαινομενικών κοινών στοιχείων της κοινωνικής ταυτότητας των ασθενών (φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.λπ.) δεν μπορούν να δώσουν την πλήρη εξήγηση της επιλογής της μιας ή της άλλης στρατηγικής

αντιμετώπισης της κατάστασης που χρήζει αντίδρασης και προσαρμογής. Η αντίδραση και η προσαρμογή στην ασθένεια εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου (Ρήγα, 1997). Η προσωπικότητα, όμως, αναφέρεται στον τρόπο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων και είναι το αποτέλεσμα και η συνέπεια μιας οργανωμένης δομής της υποκειμενικής πραγματικότητας, την οποία αναπαριστά η ψυχοκοινωνική ταυτότητα και της οποίας στην πραγματικότητα είναι η απάντηση (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996). Έτσι, η διερεύνηση των στοιχείων της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας μπορεί να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τις επιλογές του ατόμου, των στρατηγικών επίλυσης των καταστάσεων, πέρα από τις όποιες προσωπικές ιδιοσυγκρασίες του.

Η πρωτοτυπία αυτής της έρευνας έγκειται κατά τη γνώμη μας, σε τρία σημεία: Πρώτον, στην προσπάθεια της απόδειξης του ορθού της υπόθεσής μας ότι η προσωπικότητα επηρεάζει την επιλογή του τρόπου της εξωνεφρικής κάθαρσης και όχι το αντίστροφο. Δεύτερον, στην προσπάθεια της διερεύνησης των κοινών παραγόντων που συνιστούν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών υπό αιμοκάθαρση και, τρίτον, στην προσπάθεια της ποσοτικοποίησης των ποιοτικών δεδομένων για τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων στον πληθυσμό με σκοπό την πρόληψη, που είναι ο στόχος της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας, και τη βελτίωση της παροχής βοήθειας στους ασθενείς.

Το εύρος της έρευνας δεν επιτρέπει τη διεξοδική ανάλυση της κάθε θετικής συσχέτισης των μεταβλητών, καθώς ο σκοπός της είναι πρωταρχικά να βρεθούν οι πιθανοί κοινοί παράγοντες που συνιστούν τα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας της συγκεκριμένης ομάδας - αυτής των ασθενών υπό αιμοκάθαρση. Ευελπιστούμε τα δεδομένα αυτά να αποτελέσουν έναυσμα για την περαιτέρω αναλυτική μελέτη των αιτιών της επίδρασης των ευρεθέντων παραγόντων στην οργανική, στην κοινωνική και στην ψυχολογική κατάσταση των εξεταζόμενων ασθενών.

Τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς και των δύο φύλων υπό περιτοναϊκή κάθαρση παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και προσαρμογή στην ασθένεια σε σύγκριση με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, παρόλο που οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της νόσου είναι ίδιες (διακοπή ή μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας) και στις δύο ομάδες των νοσούντων.

Στοιχεία ορισμένων μελετών (John Hopkins Medical Institutions, 2004) δείχνουν τη σταδιακή μείωση στην Ευρώπη και στην Αμερική του αριθμού των ασθενών που χρησιμοποιούν την περιτοναϊκή κάθαρση, παρόλο που αυτή η συγκεκριμένη μέθοδος φαίνεται να εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής στους πάσχοντες.

Η δεύτερη φάση της έρευνας έδειξε ότι μάλλον η προσωπικότητα των πασχόντων επηρεάζει την επιλογή του τρόπου εξωνεφρικής κάθαρσης και όχι το αντίστροφο και ότι οι αναφερόμενες ψυχολογικές διαταραχές που παρατηρούνται σταθερά στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς πιθανόν οφείλονται όχι στο συγκεκριμένο τρόπο κάθαρσης, αλλά στα προϋπάρχοντα προβλήματα που προηγούνται της ασθένειας.

Στην τρίτη φάση της έρευνας έγινε η προσπάθεια περιγραφής της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών που διανύουν το τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και χρησιμοποιούν τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης, και διερεύνησης της αλληλεπίδρασης των στοιχείων της, όπως και της επιρροής τους στην οργανική, ενδοψυχική και διαπροσωπική πορεία του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φαίνεται ότι τα πιο συχνά στοιχεία της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας των ασθενών αυτών είναι τα εξής: στο συγκεκριμένο πληθυσμό οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να είναι άνδρες.

Οι πιο συχνές ηλικίες των πασχόντων φαίνεται να είναι 66 χρονών κι άνω, 46-55 και 56-65 χρονών (μ' αυτή τη σειρά) και τα περισσότερα υποκείμενα εμφανίζεται να είναι παντρεμένα, χωρίς να παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα.

Οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται να κατάγονται από χωριά μέχρι 500 κατοίκους, αποτέλεσμα που συσχετίζεται με την ηλικία των υποκειμένων, καθώς οι περισσότεροι από αυτούς είναι ηλικίας από 66 χρονών κι άνω, και μπορεί ν' αλλάξει στα επόμενα χρόνια ως αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών των τελευταίων δεκαετιών στην αναπτυξιακή πορεία της Κρήτης.

Τα επαγγέλματα που εξασκούν οι ασθενείς εμφανίζεται να είναι στην πλειοψηφία τους αυτά του τεχνίτη-εργάτη, του εμπόρου-πωλητή, του υπαλλήλου γραφείου, του γεωργού και των υπαλλήλων υπηρεσιών για τους άνδρες, και το λειτούργημα της νοικοκυράς και το επάγγελμα του εκπαιδευτικού για τις γυναίκες .

Το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων ασθενών είναι αυτό των αποφοίτων του Δημοτικού με αμέσως επόμενη ομάδα αυτών των αγραμμάτων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού, ενώ στην τρίτη θέση βρίσκεται η ομάδα ασθενών με μορφωτικό επίπεδο των λίγων τάξεων του Γυμνασίου ή με Απολυτήριο Γυμνασίου.

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας των υποκειμένων, οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες, μεγαλύτερων ηλικιών, έγγαμοι και ανήκουν στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη.

Το φύλο και η ηλικία θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (American Society of Nephrology, 1998-2002, WebMDHealth. Healthwise, 1995-2002).

Επίσης, παρόλο που οι σχέσεις των κοινωνικών ή πολιτιστικών παραγόντων είναι αντιφατικές και συζητήσιμες, όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια, εντούτοις έχει αποδεχθεί η συσχέτιση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης με τα υψηλά ποσοστά όλων των ασθενειών (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Pilgrim-Rogers, 2004).

Στη συνέχεια, προσπαθήσαμε να επιβεβαιώσουμε τα παραπάνω ευρήματα των προγενέστερων ερευνών και να διερευνήσουμε την αλληλεπίδραση των στοιχείων της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας με τα στοιχεία της «αόρατης» πλευράς της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των υποκειμένων, όπως τα γονεϊκά πρότυπα, αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της ασθένειας, ύπαρξη αλλαγών στις σχέσεις μέσα στην οικογένειά τους, ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας κ.λπ. Συμπεριλάβαμε και ορισμένα στοιχεία της οργανικής εικόνας της νόσου (ηλικία έναρξης, ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών και το είδος τους πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ), καθώς η ίδια χρόνια ασθένεια αποτελεί την πραγματικότητα και γίνεται στοιχείο της ταυτότητας του ατόμου.

Έτσι, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές συσχετίσεις των εξεταζόμενων μεταβλητών με σκοπό να βρεθούν κοινοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα των συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τις ιδιοσυγκρασίες του κάθε ατόμου, και, κατ' επέκταση, να επηρεάζουν την προσωπικότητά του και την αντίδρασή του στην ασθένεια.

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα παρατηρούνται στο είδος της οργανικής διαταραχής πριν την έναρξη της ΧΝΑ, στο επάγγελμα και στις κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας.

Έτσι, παρόλο που η πιθανότητα ύπαρξης οργανικών διαταραχών πριν τη ΧΝΑ είναι ίδια για τα δύο φύλα, στους άνδρες οι πιο συχνές παθήσεις εμφανίζονται να είναι η υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις ή ο διαβήτης ή ο συνδυασμός και των δύο. Στις γυναίκες, εκτός από τις νεφρικές νόσους, παρατηρούνται οργανικές παθήσεις αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, όπως π.χ. η υπόταση, πονοκέφαλοι, διαταραχές της εμμηνου ρύσεως κ.λπ.

Το επάγγελμα των περισσότερων ανδρών είναι αυτό του τεχνίτη-εργάτη, αγρότη και εμπόρου-πωλητή, ενώ οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζεται να είναι νοικοκυρές ή εκπαιδευτικοί.

Οι άνδρες φαίνεται να δέχονται περισσότερες κοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας και δηλώνουν πιο συχνά από τις γυναίκες τη διακοπή του επαγγέλματος ή τη μείωση της ενασχόλησης μ' αυτό, αποτέλεσμα αναμενόμενο από τη σύγκριση των επαγγελμάτων των δύο φύλων, καθώς οι άνδρες πιο συχνά εξασκούν επαγγέλματα με βαριές χειρωνακτικές και ανθυγιεινές εργασίες που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εξέλιξη της ασθένειας.

Το πιο σημαντικό εύρημα, κατά τη γνώμη μας, είναι η διαπίστωση της έλλειψης διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με την αντίληψη του εαυτού, τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και τη στάση προς το μέλλον.

Έτσι, η μεταβλητή «φύλο» δεν φαίνεται να συσχετίζεται ούτε με την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους, ούτε με την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους και τους τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται αυτή η αίσθηση της διαφορετικότητας (π.χ. άγχος / νευρικότητα, κατάθλιψη / απογοήτευση), ούτε με την αλλαγή του χαρακτήρα μετά την έναρξη της ασθένειας, ούτε με τη στάση (αισιόδοξη-απαισιόδοξη) προς το μέλλον. Το ίδιο αποτέλεσμα ισχύει και για την παρακολούθηση των ασθενών από ειδικούς της ψυχικής υγείας, λόγω των ψυχοψυχιατρικών προβλημάτων και της προθυμίας τους να συνεργαστούν σταθερά με ψυχολόγο για τη βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης.

Κατά τη γνώμη μας, το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι, στην πραγματικότητα, ανάμεσα στα δύο φύλα ίσως υπάρχουν πολύ λιγότερες διαφορές (τουλάχιστον ψυχολογικές) απ' ό,τι θεωρείται ότι είναι (π.χ. λόγω της διαφορετικής δομής του εγκεφάλου ή λόγω της επίδρασης των ορμονών). Η μάλλον αναμενόμενη διαφοροποίηση ίσως οφείλεται περισσότερο στους κοινωνικούς λόγους και δη στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο και την προσφορά του κάθε φύλου και για τις ανάλογες συμπεριφορές που αρμόζουν στο ρόλο αυτό (π.χ. η μεγαλύτερη ευαισθησία -άρα και ψυχολογική ευαλωτότητα σε αντίθεση με τον άνδρα- της γυναίκας, που ασκεί το ρόλο της μητέρας, η οποία προσφέρει φροντίδα, αγάπη και τρυφερότητα στα μέλη της οικογένειάς της).

Η, διαφορετικά, εξετάζοντας τη συγκεκριμένη περίπτωση, θεωρούμε ότι, αναφορικά με την ψυχολογική κατάσταση των πασχόντων, η ασθένεια εξισώνει τα δύο φύλα και η προσαρμογή και η αντίδραση σ' αυτήν εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς, στην οποία παρεμβαίνουν τα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του ατόμου που μπορεί να είναι κοινά στους ασθενείς ανεξαρτήτως φύλου.

Η τωρινή ηλικία των ασθενών φαίνεται να συσχετίζεται με τον τόπο καταγωγής, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και τη μόρφωσή τους, δηλαδή με τα στοιχεία της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητάς τους.

Τα αποτελέσματα αυτά, κατά τη γνώμη μας, ήταν αναμενόμενα, καθώς οι περισσότεροι από τους ασθενείς ήταν μεγαλύτερων ηλικιών (46-55, 56-65 και 66 χρονών κι άνω) και δείχνουν τις αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική εξέλιξη του νησιού και στην κοινωνική πολιτική στα θέματα Παιδείας τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα.

Έτσι, από αγροτική περιοχή η Κρήτη αναπτύσσεται με ραγδαίους ρυθμούς σε τουριστικό θέρετρο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των πόλεων και την προσφορά θέσεων εργασίας σε κλάδους που μέχρι τότε ήταν άγνωστοι. Επίσης, ο θεσμός της υποχρεωτικής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης άλλαξε την εικόνα του μορφωτικού επιπέδου των νεότερων γενεών.

Εάν οι περισσότεροι ασθενείς των μεγαλύτερων ηλικιών δηλώνουν αγρότες, με τόπο καταγωγής από μικρά χωριά, με επίπεδο μόρφωσης από αγράμματους ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού μέχρι αποφοίτους του Δημοτικού, οι περισσότεροι εκπρόσωποι των νεότερων ηλικιών φαίνεται να απασχολούνται με άλλα επαγγέλματα πλην αυτό του αγρότη, κατάγονται από χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό από 501-2.000 κατοίκους μέχρι πόλεις με πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό και έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης.

Συνεπώς, τα παρουσιαζόμενα αποτελέσματα μπορεί ν' αλλάξουν τα προσεχή χρόνια, χωρίς, όμως, όπως φαίνεται, ν' αλλάξει ριζικά η γενική κοινωνικοοικονομική εικόνα του συγκεκριμένου πληθυσμού, δηλαδή της ένταξης των περισσότερων ασθενών στην κατηγορία των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων (επάγγελμα, μόρφωση).

Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, η αντίδραση του ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία έχει άμεση σχέση με την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται (Stewart & Rossier, 1978). Γι' αυτό, εκτός από την τωρινή ηλικία των υποκειμένων, συμπεριλάβαμε στη διερεύνησή μας και την ηλικία έναρξης της ασθένειας, στη συγκεκριμένη περίπτωση, της ΧΝΑ.

Η ηλικία έναρξης της ασθένειας συσχετίζεται θετικά με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των ασθενών: σε νεότερες ηλικίες έναρξης της νόσου (αυτές πριν τα 15 τους χρόνια ή στην ηλικία των 16-25 χρονών), το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι σχετικά πιο υψηλό σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες έναρξης της ασθένειας.

Ίσως, στην περίπτωση καλύτερης ενημέρωσης, τα συμπτώματα της ασθένειας θα διαγνώσκονταν πιο νωρίς, με αποτέλεσμα την πρόληψη ή την έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Κατά τη γνώμη μας, τα αποτελέσματα αυτά δεν δείχνουν την υπεροχή ενός συγκεκριμένου μορφωτικού επιπέδου έναντι του άλλου, αλλά την έλλειψη γενικότερης Παιδείας αναφορικά με τα θέματα υγείας, η οποία είναι πιο συχνή στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, λόγω της λιγότερης πρόσβασης στην ενημέρωση, και αποτελούν ένδειξη για ανάγκη περισσότερης κοινωνικής και ιατρικής αρωγής προς τις μητέρες γενικότερα και ειδικότερα προς τις μητέρες των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων.

Αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας, η τωρινή ηλικία των υποκειμένων φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη στάση των πασχόντων για το μέλλον τους, ενώ η ηλικία έναρξης εμφανίζεται να συσχετίζεται με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους. Δηλαδή, όλες οι ηλικιακές ομάδες, πλην της ομάδας των 66 χρονών κι άνω, φαίνεται να είναι αισιόδοξες για το μέλλον τους, ενώ η ηλικιακή ομάδα των ασθενών των 66 χρονών κι άνω, αντιθέτως, εμφανίζεται να είναι απαισιόδοξη.

Όλες οι νεότερες ομάδες ηλικιών έναρξης της νόσου (πλην της ομάδας των 36-45 χρονών) θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, ενώ τα υποκείμενα των μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 και 66 χρονών κι άνω) φαίνεται να έχουν την αντίθετη άποψη.

Έρευνες δείχνουν ότι στη μέση ή γεροντική ηλικία η σωματική δυσλειτουργία αντιμετωπίζεται σχετικά καλύτερα, γιατί το άτομο έχει ήδη συνειδητοποιήσει την έννοια της απώλειας και έχει έρθει σε επαφή με σημαντικές προσωπικές απώλειες και ματαιώσεις (Kemp, 1985, Rybash, Roodin & Hoyer, 1995), ενώ, π.χ., στην εφηβεία η σωματική δυσλειτουργία μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την προσωπικότητα του ατόμου, καθώς ο έφηβος βρίσκεται σε φάση της ζωής που η προσωπικότητά του δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί και συχνά έρχεται αντιμέτωπος με σοβαρά θέματα επιλογών και μελλοντικού προσανατολισμού, αμφισβήτησης ή απόρριψης οικογενειακών και κοινωνικών αρχών, αξιών και στάσεων (Cronin, 1996).

Η απαιτητικότητα στην ασθένεια δεν καθορίζεται απλώς ούτε από τη φύση των βιο-ψυχολογικών συμπτωμάτων ούτε από τα κίνητρα του ατόμου, αλλά μάλλον διαμορφώνεται από το κοινωνικό, το πολιτιστικό και το ιδεολογικό περιβάλλον της βιογραφίας του ατόμου (Nettleton, 2002).

Συνεπώς, εξετάζοντας το συγκεκριμένο θέμα, πρέπει να προσθέσουμε και τη σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την υγεία και την ασθένεια και των κοινωνικών αναπαραστάσεων για τη λειτουργία και το ρόλο της κάθε ηλικίας που, κατ' επέκταση, μας παραπέμπει στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για τις κοινωνικές προσδοκίες της «προσφοράς» της κάθε ηλικιακής ομάδας και στη σύγκρισή της με τα άλλα μέλη των αντίστοιχων κοινωνικών ομάδων.

Τα νεαρότερα άτομα μπορεί να θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν διαφορετικά, αντιλαμβάνονται τη «μειονεξία» τους συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, ενώ η ασθένεια στις μεγαλύτερες ηλικίες θεωρείται «επιτρεπτή», λόγω της «εκπλήρωσης» από το άτομο των βασικών του κοινωνικών «καθηκόντων» και αναπόφευκτη, λόγω της φυσιολογικής πορείας του ανθρώπινου οργανισμού (πάντα συγκριτικά με τις ομάδες συνομηλίκων). Επομένως, από τη μια, η προσαρμογή στην ασθένεια φαίνεται να είναι σχετικά καλύτερη στις μεγαλύτερες ηλικίες απ' ό,τι στις νεότερες, λόγω των προαναφερθέντων κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Από την άλλη, λόγω των βιωμάτων των προσωπικών απωλειών και των ματαιώσεων στις μεγαλύτερες ηλικίες (που βοηθούν στη σχετικά καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στην ασθένειά του), τα θέματα που απασχολούν τα άτομα αυτά, με αφορμή το γεγονός της ανίατης ασθένειάς τους, είναι ο θάνατος και η μείωση του χρόνου της ζωής τους, ως αναπόφευκτη κατάληξη της ανθρώπινης ζωής.

Συνεπώς, φαίνεται ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την ηλικία και η συνειδητοποίηση της έννοιας της απώλειας μπορεί να βοηθά στη σχετικά καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια, αλλά του αφαιρούν την αισιοδοξία για το μέλλον.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο και τις προσδοκίες από την κάθε ηλικία μπορεί να δυσχεραίνουν την προσαρμογή των νεαρότερων ατόμων στην ανίατη ασθένεια, κάνοντάς τα να θεωρούν ότι οι άλλοι τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά, καθώς δεν «συμβαδίζουν» (εξ αιτίας της ανίατης ασθένειας) σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα με τα συνομηλικά τους, αλλά επιτρέπουν τη διατήρηση της ελπίδας για ένα καλύτερο αύριο, καθώς υπάρχει «περιθώριο χρόνου» και γνώση για τα αλματώδη βήματα της ιατρικής επιστήμης.

Θεωρούμε ότι την παραπάνω μας υπόθεση επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα της συσχέτισης της ηλικίας των υποκειμένων με την προθυμία τους να συνεργαστούν σταθερά με ψυχολόγο, καθώς οι νεότεροι ασθενείς (που έχουν το «περιθώριο χρόνου» και προστατεύουν τον ακόμα «υγιή» εαυτό τους) (Nettleton, 2002) δεν εκδηλώνουν την

επιθυμία να συνεργαστούν με ψυχολόγο, ενώ την επιθυμία αυτή εκφράζουν περισσότερο τα υποκείμενα των ηλικιακών ομάδων των 46-55 και 56-65 χρονών (που ναι μεν έχουν ακόμα το περιθώριο χρόνου, αλλά τα όριά τους στενεύουν και γι' αυτό ίσως είναι ανοικτά προς τη βοήθεια απ' έξω). Οι ασθενείς, όμως, των ηλικιών των 66 χρονών κι άνω είναι ιδιαίτερα αρνητικοί προς τη βοήθεια αυτή, καθώς θεωρούν ανώφελη την προσφορά του ψυχολόγου στην κατάστασή τους («τι να μου κάνει ο ψυχολόγος», «τι να μου πει ο ψυχολόγος», «το θεωρώ εντελώς περιττό»)(την παρέμβαση του ψυχολόγου) «έχω τα παιδιά μου» - είναι μερικές από τις απαντήσεις από τους ασθενείς των προαναφερθέντων μεγαλύτερων ηλικιών των 66 χρονών κι άνω).

Το επάγγελμα και η μόρφωση των ασθενών φαίνεται να συσχετίζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με την ηλικία και τον τόπο καταγωγής των υποκειμένων: οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζεται να είναι γεωργοί, νοικοκυρές και τεχνίτες-εργάτες με επίπεδο μόρφωσης των αποφοίτων του Δημοτικού ή αγραμμάτων ή με λίγες τάξεις του Δημοτικού.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί ν' αλλάξουν τα προσεχή χρόνια, καθώς σχετίζονται με την ηλικία των υποκειμένων και δείχνουν τις αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση της Κρήτης τα τελευταία χρόνια, δηλαδή την εφαρμογή του θεσμού της υποχρεωτικής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, την ανάπτυξη του νησιού από κατεξοχήν αγροτική περιοχή σε τουριστικό θέρετρο, την προσφορά καινούργιων θέσεων εργασίας και την ανάπτυξη των πόλεων.

Έρευνες δείχνουν ότι στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα οι ασθένειες όλων των ειδών είναι πιο συχνές απ' ό,τι π.χ. στη μεσαία τάξη, συσχετίζοντας θετικά την κοινωνικοοικονομική τάξη και την ευαλωτότητα στην ασθένεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, το επάγγελμα των ασθενών συσχετίζεται με το επάγγελμα του πατέρα (ανεξαρτήτως φύλου), την αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα και το είδος της αλλαγής αυτής μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Η αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα φαίνεται να συσχετίζεται με την αίσθηση της διαφορετικότητας των υποκειμένων από τους άλλους και με την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της νόσου.

Δηλαδή, τα άτομα που ασχολούνται περισσότερο με χειρωνακτικές εργασίες (γεωργοί, τεχνίτες-εργάτες) αναγκάζονται να διακόψουν ή να μειώσουν κατά πολύ την ενασχόλησή τους με το κύριο επάγγελμα μετά την έναρξη της ΧΝΑ, λόγω της έκθεσης σε παθογόνα μικρόβια και της σωματικής κόπωσης από την εργασία αυτή.

Η αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας, χωρίς να είναι επιλογή του ατόμου, προκαλεί πλήγμα στην κοινωνική ταυτότητά του, καθώς το επάγγελμα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της και προσφέρει οικονομικούς πόρους για την ανθρώπινη διαβίωση, με αποτέλεσμα τις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις στον ασθενή, οι οποίες εκδηλώνονται ως αίσθηση της διαφορετικότητάς του από τους άλλους και ως πεποίθηση της διαφορετικής αντιμετώπισής του από τους άλλους μετά την εμφάνιση της ασθένειας.

Τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν, όμως, ένδειξη όχι της συσχέτισης κάποιων συγκεκριμένων επαγγελμάτων με μεγαλύτερη νοσηρότητα (δεν έχει βρεθεί θετική συσχέτιση του επαγγέλματος με την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν ή μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και με την ηλικία έναρξής της), αλλά της συσχέτισης αυτών με τις αλλαγές που δέχεται το άτομο μετά την εκδήλωση της χρόνιας νόσου.

Το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων εμφανίζεται να συσχετίζεται με τη μόρφωση του πατέρα (περισσότερο από αυτή της μητέρας) και με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας.

Η συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης και του επαγγέλματος των ασθενών με τα αντίστοιχα του πατέρα του που δείχνουν, κατά τη γνώμη μας, τη σημασία του προτύπου αυτού για τις μελλοντικές επιλογές του ατόμου ανεξαρτήτως φύλου, εξετάζονται παρακάτω στην ενότητα που αναφέρεται στην επιρροή των γονεϊκών προτύπων στη ζωή των απογόνων τους.

Αναφορικά με την πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φαίνεται ότι το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης μπορεί να αποτελεί αρνητικό παράγοντα για την προσαρμογή των υποκειμένων στην ασθένεια: τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης (πτυχίο Ανώτατης Σχολής και πτυχίο Ανώτερης Σχολής), δηλαδή αυτοί που έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στην ενημέρωση και τη γνώση, τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι οι άλλοι άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειάς τους.

Οι απόψεις του πληθυσμού για την υγεία διαμορφώνονται από το γενικό πλαίσιο ύπαρξης των ανθρώπων, όπως η κοινωνική τους θέση, η πολιτιστική τους πραγματικότητα, η προσωπική τους ιστορία και η κοινωνική τους ταυτότητα (Nettleton, 2002).

Οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων δεν είναι οι ίδιες με τις ιδέες για τη διατήρηση της υγείας: παρόλο που η διατήρηση της υγείας θεωρείται ατομική ευθύνη, στις ιδέες για

τα αίτια των παθήσεων οι πιο «αδύναμες» κοινωνικά ομάδες διατηρούν μοιρολατρικές απόψεις, όπου συνήθως δίδεται έμφαση στους βιολογικούς αντί στους συμπεριφοριστικούς παράγοντες. Δηλαδή τα αίτια των ασθενειών θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο του ατόμου κι, άρα, πέρα από την προσωπική του ευθύνη (Νικολαΐδης-Benedetti, 1981, Nettleton, 2002).

Από την άλλη, οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια επηρεάζονται από τη βιοϊατρική: οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων και οι αντιλήψεις για την τρωτότητα στις ασθένειες συνήθως αντικατοπτρίζουν ιατρικές και βιολογικές προσεγγίσεις. Αυτές οι προσεγγίσεις παρουσιάζουν πολλές φορές κατηγορηματικά και απλουστευμένα μηνύματα που υπερτονίζουν την προσωπική ευθύνη του ατόμου για την ασθένειά του, πρεσβεύοντας ότι είναι ειρωνικό να δίδεται περισσότερο ερμηνευτικό κύρος σε μοιρολατρικές έννοιες αντί στις δραστηριότητες της σύγχρονης εκπαίδευσης υγείας (Nettleton, 2002).

Θεωρούμε ότι ίσως γι' αυτό οι ασθενείς με Ανώτερη και Ανώτατη μόρφωση, που έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στην εκπαίδευση υγείας και στην ενημέρωση για τις προόδους της ιατρικής, θεωρούν περισσότερο τη νόσο ως προσωπική τους ευθύνη και προβάλλουν στον άλλο τη δική τους πεποίθηση.

Για τις δε ομάδες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου η ασθένεια βρίσκεται έξω από τον έλεγχό τους και, άρα, πέρα από την προσωπική τους ευθύνη, πεποίθηση που προβάλλεται και στον Άλλο, δηλαδή αναφερόμαστε στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια της κάθε κοινωνικής ομάδας που ανήκει το άτομο.

Οι παράγοντες «τόπος καταγωγής» και «τόπος μόνιμης διαμονής» μπορεί να παίζουν τόσο αρνητικό, όσο και θετικό ρόλο για τη σωματική και τη ψυχική υγεία του ατόμου.

Ο τόπος καταγωγής φαίνεται να συσχετίζεται με την ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ και το είδος τους, ενώ ο τόπος μόνιμης διαμονής εμφανίζεται να συσχετίζεται θετικά με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της νόσου, επιβεβαιώνοντας, στην ουσία, τα αποτελέσματα της προηγούμενης συσχέτισης (με τον τόπο καταγωγής), καθώς δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου καταγωγής και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών.

Συγκεκριμένα, η ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ εμφανίζεται, συγκριτικά με τις άλλες ομάδες καταγωγής, να είναι πιο σπάνια στους ασθενείς που κατάγονται από μικρά χωριά και, ιδιαίτερα, στους ασθενείς που κατάγονται από μεγαλύτερες πόλεις.

Ο διαβήτης εμφανίζεται πιο συχνά στους ασθενείς που κατάγονται από/ ή διαμένουν μόνιμα στα χωριά-κωμοπόλεις με πληθυσμό 501-2.000 κατοίκους. Υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις στους ασθενείς που κατάγονται από/ ή διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό 20.001-50.000 ή 50.001-100.000 κατοίκους, ενώ ο ταυτόχρονος συνδυασμός του διαβήτη και της υπέρτασης / καρδιαγγειακών παθήσεων παρατηρείται πιο συχνά στους ασθενείς που κατάγονται ή διαμένουν μόνιμα στα χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους.

Οι ασθενείς που κατάγονται από/ ή διαμένουν μόνιμα στις πόλεις με πληθυσμό 100.001 κατοίκους κι άνω, εμφανίζεται να παρουσιάζουν άλλες οργανικές διαταραχές (βρογχοπνευμονία, φυματίωση, υπόταση κ.λπ.) πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ, πλην των διαβήτη, υπέρτασης / καρδιαγγειακών παθήσεων και νεφρικών νόσων.

Τη διαφορετικότητά τους από τους άλλους μετά την εμφάνιση της χρόνιας νόσου δηλώνουν, π.χ., οι ασθενείς που διαμένουν μόνιμα σε χωριά με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους, ενώ οι μόνιμοι κάτοικοι πόλεων με πληθυσμό από 100.001 κι άνω δεν εμφανίζεται να έχουν την ίδια αίσθηση.

Όπως φαίνεται, οι ρυθμοί και ο τρόπος ζωής των μεγαλύτερων αστικών κέντρων, των πόλεων, δεν αποτελεί πάντα έναν αρνητικό παράγοντα για τη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου: π.χ. οι μεγάλες πόλεις μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερη «ανωνυμία» στους πάσχοντες από χρόνια ασθένεια σε σύγκριση με τους ασθενείς που διαμένουν σε μικρά χωριά, όπου η ζωή του καθενός είναι εκτεθειμένη στο «βλέμμα» του Άλλου, και έτσι ίσως η «αξιοπρέπεια» του ασθενούς προστατεύεται περισσότερο, καθώς η αίσθηση αυτή (της διατήρησης της «αξιοπρέπειας» (Nettleton, 2002)) μπορεί να αποτελεί μεγαλύτερη προτεραιότητα του ατόμου συγκριτικά με την ανάγκη του για κατανόηση και στήριξη από το περιβάλλον του.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση του ρόλου της κοινωνικοοικονομικής τάξης για την οργανική πορεία του ατόμου, κατά τη γνώμη μας, είναι ότι όσο περισσότερα στοιχεία έχουμε που δείχνουν πόσο συνεισφέρουν οι αρχικές συνθήκες ζωής στην κατοπινή καλή υγεία του, τόσο πιο ξεκάθαρο γίνεται ότι η «κοινωνική τάξη», σε κάθε περίπτωση, δεν είναι παρά μερικός δείκτης μιας ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων που θα έπρεπε να ιδωθούν συνδυαστικά, εάν πρόκειται να γίνει κατανοητή η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία.

Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ενισχύουν την άποψη αυτή, καθώς δείχνουν ότι, εκτός από το φύλο, την ηλικία και την κοινωνική τάξη, πολλά άλλα γεγονότα και πρόσωπα, ιδιαίτερα της πατρικής οικογένειας των ασθενών, συμβάλλουν

στην κατοπινή πορεία του ατόμου, είτε οργανική, είτε συναισθηματική, είτε ενδοψυχική και διαπροσωπική.

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, τα γονεϊκά πρότυπα και τα γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια των ασθενών παρεμβαίνουν στην ιστορία της ζωής τους σ' όλα τα επίπεδά της και ανεξαρτήτως φύλου.

Σε οργανικό επίπεδο, η ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών στους ασθενείς πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ εμφανίζεται να είναι πιο συχνή στα υποκείμενα που έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια (σημειώνεται ότι δεν έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της μεταβλητής «ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν τη ΧΝΑ» και των μεταβλητών «ηλικία» και «ηλικία έναρξης της ΧΝΑ»).

Φαίνεται ότι υπάρχει διαδικασία επανάληψης ορισμένων ασθενειών της πατρικής οικογένειας στους απογόνους της, όπως εμφανίζεται στις περιπτώσεις των νεφρικών νόσων, του διαβήτη, της υπέρτασης / καρδιαγγειακών παθήσεων και των ασθενειών που εμπίπτουν στην κατηγορία «άλλες», δηλαδή πλην των προαναφερόμενων πιο πάνω. Οι ασθένειες αυτές πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ συσχετίζονται και με την ταυτότητα του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας: π.χ., ο διαβήτης των ασθενών φαίνεται να συσχετίζεται με το θάνατο και των δυο γονιών, η υπέρταση / καρδιαγγειακές παθήσεις με το θάνατο της μητέρας και οι ασθένειες της κατηγορίας «άλλα» με το θάνατο του πατέρα.

Σημειώνεται ότι δεν έχουν βρεθεί διαφορές φύλου αναφορικά με τις εξεταζόμενες μεταβλητές, γεγονός που μας επιτρέπει να διατυπώσουμε την υπόθεση ότι η επανάληψη των ασθενειών της πατρικής οικογένειας στους απογόνους οφείλεται (εκτός από τους κληρονομικούς παράγοντες, όπως, π.χ. στην περίπτωση των νεφρικών νόσων) όχι τόσο στην ταύτιση με το γονέα του ίδιου φύλου, αλλά περισσότερο στην ταύτιση με το ρόλο του αρρώστου (πατέρας-μητέρα).

Σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επιλογές του επαγγέλματος και του επιπέδου μόρφωσης των υποκειμένων (ανεξαρτήτως φύλου) φαίνεται να εξαρτώνται από το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους. Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας, πρόκειται όχι μόνο για την επανάληψη του ίδιου προτύπου αναφορικά με το επάγγελμα ή το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, αλλά για την επιρροή που φαίνεται να ασκεί το πατρικό πρότυπο για τις μελλοντικές επιλογές του ατόμου.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η αντίδραση στην ασθένεια φαίνεται να επηρεάζεται από τις πρωταρχικές συνθήκες ζωής του ασθενή στην πατρική του οικογένεια: η αίσθηση της διαφορετικότητας των πασχόντων από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ εμφανίζεται να συσχετίζεται με το είδος των σχέσεων (καλές-όχι καλές) στην πατρική

τους οικογένεια - διαφορετικά από τους άλλους τείνουν να αισθάνονται περισσότερο τα υποκείμενα που δεν είχαν καλές σχέσεις μέσα στην οικογένειά τους.

Η αίσθηση των ασθενών της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ εμφανίζεται να συσχετίζεται θετικά με το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους, όπως και με την ταυτότητα του άρρωστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας, όπου την αίσθηση της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους τείνουν να βιώνουν περισσότερο τα υποκείμενα (ανεξαρτήτως φύλου) στην πατρική οικογένεια των οποίων το άρρωστο μέλος της ήταν ο πατέρας.

Ο τρόπος που οι ασθενείς θεωρούν ότι οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά και η αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ φαίνονται να συσχετίζονται με το επάγγελμα του πατέρα τους, ενώ το είδος των αλλαγών αυτών (άγχος / νευρικότητα, κατάθλιψη / απογοήτευση, φόβος του θανάτου, θετική αλλαγή) συσχετίζεται θετικά με το μορφωτικό επίπεδο και πάλι του πατέρα.

Η αισιοδοξία ή η απαισιοδοξία των ασθενών για το μέλλον τους εμφανίζεται να συσχετίζεται με την ύπαρξη του βιώματος του θανάτου στην πατρική τους οικογένεια: απαισιόδοξα για το μέλλον τείνουν να είναι περισσότερο τα υποκείμενα που έχουν βιώσει θάνατο στην πατρική τους οικογένεια.

Τα παρουσιαζόμενα αποτελέσματα μας επιτρέπουν να διατυπώσουμε δύο συμπεράσματα: πρώτον, τα γονεϊκά πρότυπα και τα γεγονότα ζωής στην πατρική οικογένεια των ασθενών παρεμβαίνουν στην ιστορία ζωής τους τόσο στο βιολογικό (οργανικό) όσο και στο κοινωνικοοικονομικό, ενδοψυχικό και διαπροσωπικό επίπεδό της, γιατί το νοητικό περιεχόμενο που σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του υποκειμένου (το αναπαραστατικό κύκλωμα) εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία από την αλληλεπίδραση των ενδιαφερόντων του παιδιού, των συναισθηματικών του αναζητήσεων και των ιδιοτήτων ενός σημαντικού Άλλου. Και ο πρώτος σημαντικός Άλλος είναι η οικογένεια, καθώς είναι το πρωταρχικό και το ισχυρότερο σύστημα στο οποίο μπορεί να ανήκει το άτομο και το οποίο του παρέχει πρότυπα. Οι φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των μελών της οικογένειας βρίσκονται σε βαθιά αλληλεξάρτηση, ώστε οι αλλαγές σ' ένα μέρος του συστήματος έχουν αντίκτυπο σε άλλα μέρη του. Οι οικογενειακές αλληλοδράσεις και σχέσεις τείνουν να είναι σε μεγάλο βαθμό αμοιβαίες, να ακολουθούν ορισμένο πρότυπο και να επαναλαμβάνονται. Οι προσπάθειες των μελών της οικογένειας για προσαρμογή έχουν αντίκτυπο σε πολλά επίπεδα του συστήματος, από το βιολογικό στο ενδοψυχικό και στο διαπροσωπικό (McGoldrick & Gerson, 1999).

Δεύτερον, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, φάνηκε η σημασία της πατρικής φιγούρας και της επιρροής του πατρικού προτύπου για την αναπτυξιακή και ενήλικη ζωή του ατόμου ανεξαρτήτως φύλου, που εμφανίζεται να είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη μητρική και να παρεμβαίνει σ' όλα τα επίπεδα της ζωής του ασθενή.

Η εξήγηση αυτού του φαινομένου, κατά τη γνώμη μας, ίσως βρίσκεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του κάθε φύλου: ο άνδρας, παραδοσιακά, είναι ο προστάτης της οικογένειας απ' έξω, είναι αυτός που παρέχει ασφάλεια και δύναμη στην οικογένειά του (Κατάκη, 1998). Οι βασικές κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο του άνδρα είναι η εξουσία, η κοινωνική θέση, η επιτυχία, η ασφάλεια, ο έλεγχος κ.λπ. (Chater & Gaster, 1997).

Εάν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τη νοσηρότητα (ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, ηλικία έναρξης της ασθένειας), είναι αυτοί που εμφανίζονται να είναι οι αιτίες για την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών και συμβάλλουν κατά πολύ στην πεποίθηση των πασχόντων για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους και στην αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της νόσου.

Η αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα και στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ εμφανίζονται να συσχετίζονται θετικά με την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους και με την πεποίθηση των πασχόντων για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της νόσου.

Η χρόνια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του εαυτού του ατόμου και την ταυτότητά του και να προκαλέσει την «απώλεια του εαυτού» (Charmez, 1983) και την αίσθηση του στιγματισμού (Nettleton, 2002) που, κατά ένα μέρος, αυτή η διαδικασία είναι συνέπεια τόσο των πραγματικών ή φαντασιακών αντιδράσεων των άλλων απέναντι στο άτομο που ασθενεί, όσο και του πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει.

Οι πάσχοντες ανησυχούν για το άτομο στο οποίο βλέπουν τον εαυτό τους να εξελίσσεται και για πολύτιμες εικόνες του παρελθόντος τις οποίες νιώθουν ότι έχουν χάσει. Συγχρόνως, μπορεί να βιώνουν την αίσθηση του στιγματισμού, η οποία εξαρτάται από την ορατότητα, την έκταση στην οποία οι ενδείξεις των συμπτωμάτων αναγνωρίζονται από τους άλλους, από την ενημερότητα των άλλων για την ασθένεια, από την έκταση στην οποία παρεμποδίζονται οι ομαλοί κώδικες επικοινωνίας και από την αντίληψη των άλλων για την ικανότητα του αρρώστου να συμμετέχει πλήρως και κανονικά (Nettleton, 2002).

Στην περίπτωση της ΧΝΑ, οι ενδείξεις των συμπτωμάτων της είναι ορατές και αναγνωρίσιμες, καθώς το άτομο πρέπει να ακολουθεί το πρόγραμμα αιμοδιάλυσης μέρα παρά μέρα, συχνά διακόπτοντας ή μειώνοντας την επαγγελματική του δραστηριότητα, λόγω της κατάστασης της υγείας του. Η ενημερότητα των άλλων για την ασθένεια συχνά είναι ελλιπής και η δυνατότητα του αρρώστου να συμμετέχει πλήρως σε κοινωνικές εκδηλώσεις είναι περιορισμένη. Έτσι, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πιθανώς να αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους και να θεωρούν ότι οι άλλοι δεν μπορούν να μην τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της νόσου, καθώς μοιράζονται το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω τους.

Ουσιαστικά, πρόκειται περισσότερο για τη *συναίσθηση* του στίγματος που προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος στους ανθρώπους, παρά στις διακρίσεις σε αρρώστους βάσει της προσλαμβανόμενης μειονεξίας τους. Η συναίσθηση αυτή, όμως, βασισόμενη στο μοίρασμα των πολιτιστικών αξιών ανάμεσα στα μέλη μιας δεδομένης κοινωνίας, παρακινεί τα άτομα με χρόνια ασθένεια να χρησιμοποιούν στρατηγικές, προκειμένου να ξεπεράσουν την «ντροπή» τους και να προσπαθούν να παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως «φυσιολογικό» (Nettleton, 2002).

Θεωρούμε ότι σ' αυτές τις στρατηγικές οφείλεται η διαφορά στις απαντήσεις των υποκειμένων της έρευνάς μας για την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους και την πεποίθησή τους για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ασθένειας: συγκριτικά, ο μισός πληθυσμός των ασθενών αναμένεται να αισθάνεται διαφορετικός από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ, ποσοστό το οποίο μειώνεται κατά πολύ στις απαντήσεις των υποκειμένων για την πεποίθησή τους της διαφορετικής αντιμετώπισης των πασχόντων από τους άλλους, όπου οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν ότι δεν υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση από τους άλλους. Επειδή η αίσθηση του εαυτού και της ταυτότητας του ατόμου επηρεάζεται κατά πολύ τόσο από τις πραγματικές ή φαντασιακές αντιδράσεις των άλλων απέναντι στο άτομο που ασθενεί, όσο και από το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ζει, στο πλαίσιο μιας πολιτικής, πολιτιστικής πραγματικότητας που ενθαρρύνει την υγεία, τη διατήρηση της καλής φόρμας και, πάνω απ' όλα, την παραγωγικότητα, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι για τους οποίους έχει διαγνωσθεί κάποια ασθένεια προσπαθούν να τη διαχωρίσουν από τον ακόμα «υγιή» εαυτό και να διατηρήσουν μια αίσθηση αξιοπρέπειας, παρουσιάζοντας τον εαυτό τους ως παραγωγικό, ικανό και άξιο μέσα στην κοινωνική σφαίρα, παρά τη φυσική τους κατάσταση (Nettleton, 2002).

Όμως, όπως ήδη έχει αναφερθεί πιο πάνω, δεν φαίνεται να υπάρχει μια γραμμική σχέση ανάμεσα στην κοινωνικοοικονομική τάξη και τη νοσηρότητα και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας, δηλαδή οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά την πορεία της. Εάν η ζωή στην πόλη, ο ρυθμός της και η απομόνωση του ανθρώπου σ' αυτήν έχουν «κατηγορηθεί» για τη μεγαλύτερη νοσηρότητα στους κατοίκους της (Herzlich, 1969), από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φαίνεται, ωστόσο, ότι, αναφορικά με το συγκεκριμένο πληθυσμό, υπάρχουν και θετικά στοιχεία της διαμονής των υποκειμένων σε μεγαλύτερα αστικά κέντρα: εκτός από τα αποτελέσματα της σύγκρισης του τόπου μόνιμης διαμονής και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ, όπου οι κάτοικοι μεγαλύτερων αστικών κέντρων, σε σύγκριση με τους μόνιμους κατοίκους μικρών χωριών ή μικρών αστικών κέντρων, φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερο οργανικές διαταραχές άλλου είδους, πλην του διαβήτη, υπέρτασης / καρδιαγγειακών παθήσεων, εμφανίζεται να υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στους πληθυσμούς αυτούς και αναφορικά με την αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ. Έτσι, οι μόνιμοι κάτοικοι μεγαλύτερων αστικών κέντρων (πόλεων από 100.001 κατοίκους κι άνω) εμφανίζεται να αισθάνονται λιγότερο διαφορετικοί από τους άλλους μετά την έναρξη της χρόνιας ασθένειας σε σύγκριση με τους μόνιμους κατοίκους των μικρών χωριών (αυτών με πληθυσμό μέχρι 500 κατοίκους). Ίσως, η ανωνυμία μιας μεγαλύτερης πόλης προσφέρει στους ασθενείς αυτούς μια μεγαλύτερη δυνατότητα διατήρησης της «αξιοπρέπειας» μετά την έναρξη της νόσου απ' ό,τι στους κατοίκους μικρών χωριών, όπου η ζωή του καθενός είναι εκτεθειμένη πολύ περισσότερο στο «βλέμμα» του άλλου καθώς και η προσπάθεια της παρουσίασης του εαυτού ως παραγωγικού, ικανού και άξιου ατόμου μέσα στην κοινωνική σφαίρα, παρά τη φυσική του κατάσταση, είναι πολύ πιο περιορισμένη λόγω ακριβώς της στενής σχέσης.

Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης μπορεί να αποτελεί και αρνητικό παράγοντα στην προσαρμογή του ατόμου στη χρόνια ασθένεια: σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, την πεποίθηση για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερο τα υποκείμενα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των ίδιων και με υψηλότερο αντίστοιχο επίπεδο των γονιών τους. Θεωρούμε ότι το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στη μεγαλύτερη πρόσβαση των υποκειμένων αυτών στη γνώση και στην ενημέρωση για τα θέματα της υγείας και της ασθένειας, όπου συχνά δίδονται απλουστευμένα μηνύματα για το μέγεθος της ατομικής ευθύνης του ατόμου αναφορικά με τη διατήρηση της υγείας, με αποτέλεσμα

το άτομο να νιώθει υπεύθυνο για την ασθένειά του και να θεωρεί ότι και οι γύρω του έχουν την ίδια άποψη.

Κατά τη γνώμη μας, τα αποτελέσματα αυτά που δείχνουν τις αρνητικές και τις θετικές επιπτώσεις των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην ασθένεια, επιβεβαιώνουν την ήδη προαναφερθείσα υπόθεσή μας ότι αυτοί οι παράγοντες δεν είναι παρά μόνο μερικός δείκτης μιας ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων, τα οποία πρέπει να ιδωθούν συνδυαστικά, προκειμένου να γίνει κατανοητή η επίδραση των παραγόντων αυτών στην ασθένεια. Έτσι, εάν αυτοί οι παράγοντες δεν φαίνεται να συσχετίζονται με την οργανική πορεία των ασθενών πριν και μετά την έναρξη της νόσου, είναι αυτοί που εμφανίζεται να συμβάλλουν κατά πολύ στην ψυχολογική πορεία του ασθενούς μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ: π.χ., η αίσθηση της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους μετά την έναρξη της ασθένειας, η οποία φαίνεται να εξαρτάται από κατεξοχήν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, επηρεάζει την πεποίθηση των πασχόντων για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους, την αλλαγή του χαρακτήρα τους και τη στάση τους προς το μέλλον.

Όμως, στην ψυχολογική αυτή πορεία φαίνεται να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες, όπως η αναπτυξιακή φάση στην οποία εκδηλώνεται η νόσος στην περίπτωση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ, η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το άτομο, ανεξάρτητα από την ηλικία της έναρξης της ασθένειας, στην περίπτωση της αισιόδοξης ή της απαισιόδοξης στάσης του προς το μέλλον, τα γονεϊκά πρότυπα και ιδιαίτερα αυτό του πατέρα: π.χ., η πεποίθηση των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους εμφανίζεται να συσχετίζεται θετικά με το επάγγελμα του πατέρα, τη μόρφωση και των δυο γονιών τους και την ταυτότητα του αρρώστου μέλους της πατρικής οικογένειας των πασχόντων, ενώ η αλλαγή του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ συσχετίζεται θετικά και με το επάγγελμα του πατέρα τους. Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας (στοιχεία που παραπέμπουν περισσότερο στην προσωπικότητα του ατόμου, καθώς πρόκειται για τις έκδηλες αντιδράσεις συμπεριφοράς) φαίνεται να επηρεάζεται από τις σχέσεις στην πατρική οικογένεια (στην περίπτωση της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητάς τους από τους άλλους) και από το επάγγελμα του πατέρα (στις περιπτώσεις της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους και της δήλωσης της αλλαγής του χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ασθένειας), δηλαδή από τα στοιχεία της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των πασχόντων.

Το βασικό συμπέρασμα που, κατά τη γνώμη μας, προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, είναι ότι, προκειμένου να κατανοηθεί η ασθένεια και η επίδρασή της στη ζωή του ανθρώπου, χρειάζεται μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση του γεγονότος αυτού.

Η εξέταση μόνο των κοινωνικών συνθηκών ζωής του ατόμου που ασθενεί ή και μόνο της προσωπικότητάς του δεν μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της ασθένειας στην ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντος, καθώς, στην πρώτη περίπτωση, πρόκειται για έναν μετρικό δείκτη ολόκληρης αλληλουχίας γεγονότων και, στη δεύτερη, για τις έκδηλες συμπεριφορές οι οποίες δείχνουν μεν τις ατομικές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, αλλά, πέρα από τις προσωπικές ιδιοσυγκρασίες, δεν φανερώνουν τις αιτίες των αντιδράσεων αυτών.

Κάθε άτομο και κάθε προσωπικότητα έχει μια ατομική ιστορία ζωής, επειδή πρόκειται για βιωμένες μοναδικές ατομικές εμπειρίες. Κάθε άτομο και κάθε προσωπικότητα έχει και μια συλλογική ιστορία, καθώς αποτελεί μέλος μιας δεδομένης κοινωνίας και ως τέτοιο μοιράζεται τις αξίες και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις με τα άλλα μέλη της, αντλώντας τις από την αλληλεπίδραση με τους σημαντικούς Άλλους, ο πρώτος από τους οποίους είναι η οικογένεια. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές, επηρεάζουν βαθιά, όμως, το άτομο και συνιστούν τη βάση των προσωπικών αντιδράσεων του ατόμου (θετικές ή αρνητικές, όπου παρεμβαίνουν και οι ατομικές ιδιοσυγκρασίες του) σ' αυτές. Μ' άλλα λόγια, η κοινωνικότητα «κατασκευάζει» την πραγματικότητα του ατόμου και την απάντηση στην πραγματικότητά του μας δίδει η ψυχοκοινωνική ταυτότητα (Zavalloni & Louis-Guerin, 1996), η οποία συνιστά τη βάση της προσωπικότητας και παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τα γεγονότα που μπορεί να επηρεάζουν το άτομο σε όλα τα επίπεδα της ζωής του – το οργανικό, το διαπροσωπικό και το ενδοψυχικό- με σκοπό την πρόληψη, η οποία αποτελεί βασικό στόχο της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας, και την καλύτερη ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, στη συγκεκριμένη περίπτωση, στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση του ζητήματος της υγείας και της ασθένειας προϋποθέτει και την ψυχοκοινωνική παρέμβαση, η οποία απευθύνεται όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών, αλλά και στην αναβάθμιση του συστήματος της κοινωνικής πρόνοιας (Ρήγα, 2001).

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στηρίζεται στην καλλιέργεια επαγγελματικής συνείδησης, την ανάπτυξη ατομικής και συνεργατικής δράσης με τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών του χώρου (από τη διοίκηση μέχρι τη νοσηλευτική ομάδα, από την ομάδα

κοινωνικής πρόνοιας μέχρι τον κρατικό μηχανισμό υγείας) και στη βοήθεια επίλυσης κοινωνικών και ατομικών προβλημάτων (Ρήγα, 2001).

Έρευνες δείχνουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου είναι αυξημένες σε σύγκριση με ασθενείς με άλλες χρόνιες παθήσεις (Kimmel, Thamer, Richard, Ray, 1998).

Οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η μόρφωση, το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση (στοιχεία της αντικειμενικής κοινωνικής ταυτότητας – υπογράμμιση δική μας) σχετίζονται με την ανταπόκριση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου στις τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης, αποτελέσματα που φανερώνουν την ανάγκη για συγκεκριμένες και εξατομικευμένες παρεμβάσεις στους ασθενείς αυτούς (Takaki, Nishi, Shimoyama, Inada, Matsuyama, Kumano, Kuboki, 2005).

Η καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών υπό αιμοδιάλυση σχετίζεται με την προσαρμογή στην ασθένεια και την αποδοχή της (Martin & Thompson, 2001).

Η προσαρμογή στην ασθένεια μεγιστοποιείται, όταν το στιλ της αντιμετώπισης της νόσου που προτιμά ο ασθενής με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου συμφωνεί με την προτεινομένη από τους ειδικούς παρέμβαση (Christensen & Ehlers, 2002), αποτελέσματα που συμφωνούν με τα πορίσματα άλλων ερευνών για τη σημασία και την ανάγκη για αναγνώριση και εκτίμηση της προσωπικής γνώμης του κάθε ασθενή (Bellman, 1997, Gordon, 2001), όπως και των δικαιωμάτων του πάνω στη ζωή του (Nettleton, 2002). Βρέθηκε, επίσης, ότι ο ρόλος του νεφρολόγου είναι πολύ σημαντικός για την προσαρμογή των πασχόντων στην ασθένειά τους και η θετική αντίληψή τους για τον υποστηρικτικό ρόλο του θεραπευτή αυξάνει την πιθανότητα καλύτερης αποδοχής της ασθένειας και καλύτερης προσαρμογής σ' αυτήν (Kovac, Parel, Peterson, Kimmel, 2002).

Βάση των αποτελεσμάτων των προγενέστερων ερευνών και των στοιχείων της δικής μας έρευνας, διατυπώνουμε συγκεκριμένες **προτάσεις** που απευθύνονται στις εξής ομάδες:

1. Στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

α) Συνεχής παρακολούθηση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου από ψυχολόγο και ψυχίατρο, καθώς, όπως φαίνεται από έρευνες, ο πληθυσμός αυτός διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με άλλες χρόνιες παθήσεις.

β) Διερεύνηση από τον ψυχολόγο της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με χρήση ειδικού ερωτηματολογίου και προσωπικής συνέντευξής τους με σκοπό:

- την καλύτερη κατανόηση της ψυχосύνθεσης του ασθενούς, των προσωπικών του αναγκών και της αντίδρασής του προς την ασθένεια.
- Την ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τα αποτελέσματα της διερεύνησης αυτής για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών και για την ανάπτυξη νέων ιδεών σχετικά με την καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης με τους πάσχοντες, με απώτερο σκοπό την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή, μέσω της αλλαγής της νοοτροπίας και της πρακτικής αντιμετώπισης. Για την επίτευξη ενός θετικού αποτελέσματος, δεν αρκεί μόνο η θεωρητική κατάρτιση, χρειάζεται και η προσωπική στάση, η θέληση του πράττειν ορθά (Manley, 1997, Ρήγα, 2001), οι οποίες μπορούν να βοηθηθούν με την καλύτερη γνώση για την πραγματικότητα των ασθενών, όπως παρουσιάζεται αυτή από τα αποτελέσματα της διερεύνησης της ψυχοκοινωνικής τους ταυτότητας.
- Το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εξειδικευμένου και εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης και βοήθειας (ιατρικής και ψυχολογικής), βασισμένου στα στοιχεία της υποκειμενικής πραγματικότητας του ασθενή, για την αλλαγή (εάν το άτομο επιθυμεί) και τη βελτίωση της πραγματικότητας αυτής.

γ) Σύσταση μιας διεπιστημονικής επιτροπής (ιατροί, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) με σκοπό τη δημιουργία ενός ειδικού εντύπου, το οποίο να χορηγείται σε κάθε ασθενή με πληροφορίες για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και τις μεθόδους αντιμετώπισής της, ψυχολογικές και διατροφολογικές συμβουλές, πληροφορίες για την παροχή κρατικής βοήθειας και διευθύνσεις των κρατικών οργανισμών και των συλλόγων νεφροπαθών, στους οποίους ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί για την αναζήτηση βοήθειας.

2. Στους ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου –

α) Χορήγηση σ' όλους τους πάσχοντες ειδικού εντύπου με χρήσιμες ιατρικές, ψυχολογικές, διατροφολογικές και νομικές συμβουλές αναφορικά με την ασθένεια, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη αποδοχή της ασθένειας και καλύτερη προσαρμογή σ' αυτήν.

β) Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία με χρήση εξειδικευμένων και εξατομικευμένων τεχνικών αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης, με σκοπό την

ανακούφιση του ασθενούς από την κατάπτωση και την απελπισία, και τη δημιουργία πνεύματος αλληλοστήριξης και αλληλοβοήθειας ανάμεσα στους ασθενείς.

γ) Χρήση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ατομικών ραδιοκασετόφωνων που δίδουν στον ασθενή τη δυνατότητα επιλογής του ψυχαγωγικού προγράμματος της αρεσκείας του, αλλά και τη δυνατότητα ψυχολογικής παρέμβασης με μορφή των εγγεγραμμένων προγραμμάτων χαλάρωσης και ψυχοδιορθωτικών προγραμμάτων θεραπευτικών οδηγιών και προδιαθέσεων, όπως δείχνει η εμπειρία των Ρώσων ψυχολόγων στη θεραπεία διαφόρων μορφών ψυχικών και σωματικών παθήσεων.

Η μέθοδος αυτή συνιστάται στη χρήση του λόγου ως κατευθυντήριας δύναμης που επηρεάζει την ψυχική και τη σωματική κατάσταση του ατόμου και βασίζεται στη θεωρία του Ivan Pavlov για την επίδραση του λόγου στο υποσυνείδητο ως ισχυρού ερεθίσματος, που κατευθύνει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και της θεωρίας των συνειρμών του Sechenov, η οποία πρεσβεύει ότι ανάμεσα στην επίδραση του πραγματικού γεγονότος στο άτομο (φυσιολογική και ψυχολογική) και στην επίδραση της ανάμνησης του γεγονότος αυτού δεν υπάρχει, στην ουσία, καμιά διαφορά. Αν ο άνθρωπος μπορεί να αναπαράγει τα αισθήματα, μπορεί να αναπαράγει και τις αντιλήψεις, καθώς οι αντιλήψεις εμφανίζονται στη βάση των αισθημάτων. Συνεπώς, χάρη στην κατευθυντήρια δύναμη της συνείδησης (του λόγου), ο άνθρωπος μπορεί να δημιουργήσει καινούργιες αντιλήψεις για τον εαυτό του. Οι συνειδητές λειτουργίες (ο λόγος) επενεργούν πάνω στο υποσυνείδητο, με αποτέλεσμα τις αλλαγές στις φυσιολογικές και τις ψυχολογικές του λειτουργίες. Έτσι, στα θεραπευτικά ψυχοδιορθωτικά προγράμματα γίνεται χρήση ενός εξειδικευμένου λόγου (των λέξεων που σχετίζονται με τη μέγιστη συναισθηματική φόρτιση) με αποτέλεσμα τη θετική αλλαγή στην ψυχολογική και τη σωματική κατάσταση του ατόμου (Sytin, 1991).

3.Στις οικογένειες των ατόμων με ΧΝΑ τελικού σταδίου – συμβουλευτική της οικογένειας του ασθενή με στόχο την ανακούφιση από την καθημερινή αβεβαιότητα και το άγχος της φροντίδας και της υποστήριξης των αρρώστων και την ενθάρρυνση των μελών της οικογένειας των νεφροπαθών στο δύσκολο έργο τους.

4.Στους κρατικούς οργανισμούς και τα ΜΜΕ.

Παρά την αυξημένη κοινωνική ευαισθητοποίηση και τις όποιες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις, χρειάζεται ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για την προώθηση της αλλαγής των κοινωνικών στάσεων και αναπαραστάσεων αναφορικά με την ασθένεια και τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες, που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και συνοδεύουν το άτομο σ' όλη του τη ζωή. Συνέπεια αυτής της διαδικασίας είναι η άποψη των «υγιών» ότι τα άτομα με δυσλειτουργίες είναι ανήμπορα

και αξιολύπητα θύματα και η άποψη του ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες ότι η απόρριψη των άλλων είναι δικαιολογημένη, καθώς, βάσει των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια τις οποίες μοιράζεται με τους άλλους, καταλήγει σε μια πολύ αρνητική εικόνα του εαυτού. Επομένως, για να είναι αποτελεσματικές οι στρατηγικές για την προώθηση της αλλαγής των κοινωνικών στάσεων αναφορικά με την ασθένεια και τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες, η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι σταθερή και να ξεκινά από τα πρώτα βήματα της ζωής του ανθρώπου. Γι' αυτό, οι προτάσεις μας είναι οι εξής:

α) Εισαγωγή της ψυχολογίας ως υποχρεωτικού (διδακτικού και βιωματικού) μαθήματος από την αρχή της εκπαίδευσης του παιδιού, με σκοπό την αλλαγή των λανθασμένων προτύπων και των κοινωνικών αναπαραστάσεων όχι μόνο για τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες, αλλά και με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον του και, κατ' επέκταση, την καλύτερη διαβίωσή του.

β) Η επίδραση των ΜΜΕ μπορεί να λειτουργήσει θετικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και των στάσεων αναφορικά με τη χρόνια ασθένεια. Η ενημέρωση του κοινού και οι ανοιχτές συζητήσεις για την υγεία και την ασθένεια μπορούν να συμβάλλουν στην αλλαγή των κοινωνικών αναπαραστάσεων και της αντίληψης του Εαυτού όχι μόνο των χρόνιων ασθενών, αλλά και των «υγιών» ατόμων, έτσι ώστε ο κάθε άνθρωπος σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του να αισθάνεται ισότιμο και ισάξιο μέλος της κοινωνίας.

5. Στην επιστημονική κοινότητα –

α) Περαιτέρω διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας των ασθενών με χρόνιες παθήσεις με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

β) Διερεύνηση του ρόλου και της σημασίας του πατρικού προτύπου για τη μελλοντική πορεία του ατόμου και γενικά και, συγκεκριμένα, του ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες.

Δ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης, Δ. (2003). *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία, Τόποι και Τρόποι Σύμπλεξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.
- Adam, P. H., & Herzlich, C. L. (1999). *Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. (Επιμ. Μεσσήνης, Λ. Τόμος Β', 2^η έκδοση). Αθήνα: Έλλην.
- Dawkins, R. (1983). *Το Εγωιστικό γονίδιο*. Αθήνα: Κάτοπτρο.
- Γεώργας, Δ. (1986). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Τόμ. Α', Β', 2η έκδοση. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Goleman, D. (1995). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Αθήνα: Ζήτη.
- Δετοράκης, Θ. (1990). *Ιστορία της Κρήτης*. Ηράκλειο.
- Έντυπο Πανελληνίου Συνδέσμου Νεφροπαθών (2006).
- Έντυπο Υπουργείο Υγείας (2006). Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου προγράμματος Χρονίας Νεφρικής Ανεπάρκειας τελικού σταδίου (Υ. Σ. Ε.).
- Εφημερίδα «Τα Νεα». (27.10.2004). Στα ύψη το εργασιακό στρές των Ελλήνων (σελ. 18). Κωδικός Άρθρου: A18075N181, ID: 438971.
- Zavalloni, M., & Louis-Guerin, C. (1996). *Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση: Εισαγωγή στην Εγω-Οικολογία* (επιμ Α. Β. Ρήγα). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζηρογιάννης, Π. (2002). Νεφρική ανεπάρκεια. *Ελευθεροτυπία / Ε Ιατρικά*, 32-36.
- Herzlich, C. Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό πεδίο. Στο Στ. Παπαστάμου / Α. Μαντογλου (επιμ.). *Σύγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία: Κοινωνικές αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Ιατρική Εφημερίδα. (2005). Το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής απονεμήθηκε σε δυο Αυστραλούς, 31/10/2005, αρ. φύλλου 1551.
- Καΐλα, Μ., Πολεμικός, Ν., & Φιλίππου, Γ. (επιμ. εκδ.) (1995). *Άτομα με Ειδικές Ανάγκες: Σύγχρονες Κατευθύνσεις και Απόψεις σε Προβλήματα Πρόληψης, Παρέμβασης και Αντιμετώπισης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kandell, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000). *Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

- Karlan & Saddocks. (2000). *Ψυχιατρική* (τομ. Β'). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατάκη, Χ. (1998). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κατάκη, Χ., & Ανδρουτσοπούλου, Α. (επιμ.). (2005). *Με χάρτη και πυξίδα. Αφηγήσεις συστημικής θεραπείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφταράς, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kuhn, T. (1987). *Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων*. Θεσσαλονίκη: Σύγχρονα Θέματα.
- Lacan, J. (1987). *Η Οικογένεια. Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Laplanche, J. (1988). *Ζωή και Θάνατος στην Ψυχανάλυση*. Αθήνα: Νεφέλη.
- Λεονταρή, Α. (1996). *Αυτοαντίληψη*. Ελληνικά Γράμματα.
- Λίποβατς, Θ. (1994). *Η Ψυχοπαθολογία του Πολιτικού*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Lipra, R. A. (2003). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην.
- Μακρή-Μποτσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνος, Ν. (1988). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μάντης, Π. (2000). Υγεία και κοινωνία. Στο Μάντης, Π., & Τσελέπης, Χ. (εκδ). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας*. (τομ. Α). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Mc Godrick, M., & Gerson, R. (1999). *Το Γενεόγραμμα: Εργαλείο αξιολόγησης για την οικογένεια*. Αθήνα: Κέδρος.
- Μανωλόπουλος, Σ. (1988). Ψυχοσωματικές Σχέσεις και Διαταραχές. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος, *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. (τομ. Β', 2^ο μέρος). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξιλογίας Ε.Π.Ε.
- Μπρουχάτσκα, Ε., Ρήγα, Α.-Β. (2007). Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η επίδραση των γονεϊκών προτύπων. *11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Ρέθυμνο*.

- Νέστορος, Ι., & Βαλλιανάτου, Ν. (1988). *Συνθετική ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυποθύτω.
- Νικολαΐδης, Δ., & Bennedetti, G. (1981). *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Θεσσαλονίκη: Αφοι Κυριακίδη.
- Ντόμπρος, Ν. (2005, Μάιος). Ραγδαία αύξηση ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια αναμένεται τα επόμενα χρόνια. Ανακοίνωση στο 8^ο συνέδριο της Διεθνούς Εταιρείας Γηριατρικής Νεφρολογίας-Ουρολογίας, Θεσσαλονίκη.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ. (1989). *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παπαστάμου, Σ. (1990). *Η Ψυχολογοποίηση*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1995). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα.
- Πασαδάκη, Π. Σ., & Βαργεμεζής, Β. Α. Αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου των διαβητικών ασθενών με αιμοκάθαρση και συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση. *Dialysis Living*, 6, 1. [<http://www.dialysis-living.com/>].
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυποθύτω.
- Ποταμιάνου, Α. (1999). *Διαδικασίες επανάληψης και προσφορές του Εγώ*. Αθήνα: Κέδρος.
- Προδρομίτης Γ. (2006). Η ανακάλυψη του «κοινού» και η εφεύρεση της «κοινής γνώμης» από τον Tarde. Στο *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, τόμ. Β΄, Επιμ. Σ.Παπαστάμου, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ.91-118.
- Ραβάνης, Χ. (1995). Κοινωνία και Υγεία. Στο Ποταμιάνου, Γ. Α. (εκδ). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Rattner, J. (1970). *Ατομική ψυχολογία: Εισαγωγή στη θεωρία της ψυχολογίας του βάθους του Άλφρεντ Άντλερ*. Αθήνα: Μπουκουμάνης.
- Rattner, J. (1969). *Ψυχοσωματικές Αρρώστιες*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνη.
- Ρήγα, Α. Β. (1991). *Από τις στάσεις στις Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Επιθεώρηση των Κοινωνικών Ερευνών.
- Ρήγα, Α. Β. (1997). *Κοινωνικές αναπαραστάσεις και ψυχοκοινωνική ταυτότητα*. Αθήνα: Δεσποίνα Μαυρομάτη.
- Ρήγα, Α. Β. (2001). *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Ρήγα, Α.-Β. – Μπρουχάτσκα, Ε.- Νικολακάκης, Ν.(2003). Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Μελέτη περιπτώσεων (άνδρες-γυναίκες). Περίπτωση της Κρήτης. *Διήμερο Συμπόσιο «Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις για την Οικογένεια και η Διαπολιτισμική της Ταυτότητα», Ρέθυμνο.*
- Ρήγα, Α. Β. (2005). *Καρκίνος: Από τη μητέρα στην κόρη, η δυναμική της επανάληψης.* Αθήνα: Δέσποινα Μαυρομάτη.
- Ρήγα, Α. Β., & Τριανταφυλλίδου, Σ. (1996). Η Ψυχοκοινωνική Ταυτότητα του Έλληνα Χρήστη: Αναπαραστατικές Ενότητες και Εγω-Οικολογική Προοπτική. *1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικής Ψυχολογίας, Δελφοί.*
- Ρήγα, Α.-Β.- Μπρουχάτσκα, Ε.- Νικολακάκης, Ν.(2005). Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μελέτη περιπτώσεων από περιοχές της Κρήτης. Στο Αναστασία-Βαλεντίνη Ρήγα και συνεργάτες. *Αντικαιάδας. Αναπαραστάσεις και κοινωνικές παρεμβάσεις για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rosenfeld, I. (1992). *Η Εφεύρεση της μνήμης.* Αθήνα: Καστανιώτη.
- Ρούσσο, Π. Λ., Τσαούσης, Γ.(2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις Κοινωνικές Επιστήμες.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Segall, M. H., Dasen, P. R., Berry, J. W., & Poortinga, Y. H. (1996). *Διαπολιτισμική Ψυχολογία.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σηφακάκη, Γ. (1995). Ανίατη Ασθένεια και Θάνατος. Στο Ποταμιάνος, Γ. Α. (εκδ). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Thomas, N. (2003). *Νευρολογική Νοσηλευτική.* (μτφ. Καυκιά, Θ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Chater, K. & Gaster, R. (1997). *Ο Μύθος της Ισότητας.* (μτφ. Καραγιάννη, Ν.). Αθήνα: εκδ. Φυτράκη.
- Τσελέπης, Χ. (2000α). Κοινωνικοί και Πολιτιστικοί Παράγοντες στην Πρόληψη και την Εμπειρία της Ασθένειας. Στο Μάντης, Π., & Τσελέπης, Χ. (εκδ). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας.* (τομ. Α). Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
- Τσελέπης, Χ. (2000β). Διαδρομές Ασθενών και Πρότυπα Υγείας. Στο Μάντης, Π., & Τσελέπης, Χ. (εκδ). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας.* (τομ. Α). Πάτρα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
- Φίλιας, Β. (2000). *Κοινωνιολογία του πολιτισμού (τόμος 1).* Αθήνα: Παπαζήσης.
- Freud, S. (1983). *Τοτέμ και ταμπού.* Αθήνα: Ν. Α. Δαμιανού.
- Freud, S. (2001). *Πέραν της αρχής της ηδονής.* Αθήνα: Επίκουρος.

Vigotsky, L. (1988). *Σκέψη και Γλώσσα*. Αθήνα: Γνώση.

Χουντουμάνη, Α., & Πατεράκη, Λ. (1989). *Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό ψυχολογικών όρων*. Αθήνα: Δωδώνη.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aganhwa, H. S., & Morakinyo, O. (1997). Psychiatric Complications of Hemodialysis at a Kidney Center in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 5, 445-451.
- American Society of Nephrology. (1998-2002). www.asn-online.org.
- Balog, P., Meszaros, E., & Kopp, M. S. (2004). Marital Stress as an Independent Factor of Hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 629.
- Barrett, B. J., Vavasour, H. M., Major, A., & Parfrey, P. S. (1990). Clinical and Psychological Correlates of Somatic Symptoms in Patients on Dialysis. *Nephron*, 55, 10-15.
- Bartley, M. (1990). Do We Need a Strong Programme in Medical Sociology? *Sociology of Health and Illness*, 12, 4.
- Bartley, M., Blane, D. & Davey-Smith, G. (1998). Beyond the Black Report. *Sociology of Health and Illness*, 20, 5.
- Basile, J. N. (2003). From hypertension to heart failure: Breaking the chain of cardiovascular disease. Optimizing antihypertensive treatment in clinical practice. *American Journal of Hypertension*, 16, 9, 13-17.
- Bellman, L.(1997). Do not believe a word I say: a critical science approach to advancing nursing practice. *Managing Clinical Nursing*, 1: 70-74.
- Bergman, M. M. (1999). Would the Real Social Representation Please Stand Up? Three Levels of Analysis of Social Representations of European American & Mexican American Identity. *Papers on Social Representations (Textes sur les representations sociales)*, 8, 4.1-4.17.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Blaxter, M. (1993). Why Do Victims Blame Themselves? Στο A. Radley (ed.), *Word of Illness: Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. London: Routledge.
- Bordo, M. D. (1990). The Lender of Last Resort: Some Historical Insights. *NBER Working Papers 3011, National Bureau of Economic Research, Inc.*
- Britton, M. et al. (1990). The Influence of Socio-Economic and Enviromental Factors in Geographic Variation in Mortality. Στο M. Britton (ed.). *Mortality and Geography: A Review in the Mid-1980s*. OPCS, London: HMSO.
- Broome, A., & Liewelyn, S. (1995). *Health Psychology*. New York: Chapman & Hall.

- Bury, M. (1982). Social Illness as Biographical Description. *Sociology of Health & Illness*, 13, 451–468.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The Lay Perspective*. London. Tavistock.
- Calvert, F. S. (2001). Women and Chronic Conditions: A Double-Edged Sword. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10, 731-733.
- Carvey, Rich, & Freedland, (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine*, 50, 627-633.
- Charmez, K. (1987). Struggling for a Self: Identity Levels of the Chronically Ill. Στο J. A. Roth & Conrad (eds.). *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 6, *The Experience and Management of Chronic Illness*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.
- Chen, Y., Wu, S., Wang, S., & Jaw, B. (2003). Depression in Chronic Haemodialysed Patients. *Nephrology*, 8, 3, 121.
- Cheung, Y. B. (2002). Early Origins and Adult Correlates of Psychosomatic Distress. *Social Science and Medicine*, 55, 937-948.
- Christensen, A.J., Ehlers, S.L.(2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 3: 712-724.
- Chug, S., & Yager, H. (1997). End-Stage Renal Disease after Treatment with Lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 6, 495-497.
- Cormier-Daigle, M., & Stewart, M. (1997). Support and Coping of Male Hemodialysis – Dependent Patients. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 6, 420-430.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. London: Tavistock.
- Costalat-Founeau, A. M. (1995). Representation Sociale, representation de soi, une question épistémologique. *Papers on Social Representations (Textes sur les représentations sociales)*, 4, 1, 1-60.
- Cox, D. R., Taylor, J. A., & Novack, A. H. (1984). Relationship Between Psychological Stress and Insulin-Dependent Diabetic Blood Glucose Control: Preliminary Investigations. *Health Psychology*, 3, 63-75.
- Cronin, A. F. (1996). Psychosocial and emotional domains of behavior. Στο J. Case-Smith, A. S. Allen, & P. N. Pratt (Eds.) *Occupational therapy for children* (3rd ed.). Baltimore: Mosby.
- D' Houtard, A., & Field, M. G. (1984). The Image of Health: Variations in Perceptions by Social Class in a French Population. *Sociology of Health and Illness*, 6.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal Psychology* (6th ed.). New York: Wiley.

- Denzell, E., & Shapiro, S. (1998). A Review of Epidemiologic Studies of Nonnarcotic Analgetics and Chronic Renal Disease. *Medicine (Baltimore)*, 77, 2, 102-121.
- Diaz-Buxo, J. A., Lowrie, E. G., Lew, N. L., Zhang, H., & Lazarus, J. M. (2000). Quality of Life Evaluation using Short Form 36: Comparison in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *American Journal of Kidney Disease*, 35, 293-300.
- Dow-Nelson, P. J. (2005). Stressors Associated With End-Stage Renal Disease and Renal Dialysis. [http://www.njcu.edu/programs/academieforum/8-2/stressorsassociated.html]. (2005, Δεκέμβριος).
- Draganic, S., Lecic-Tosevski, D., Nesovic, M., Knezevic, G., & Jovic, V. (1997). Dimensions of Personalities Suffering from Essential Hypertension. *Biological Psychiatric*, 42.
- Dries, D. L., Exner, D. V., Domanski, M. J., Greenberg, B., & Stevenson, L. W. (2000). The prognostic implications of renal insufficiency in asymptomatic and symptomatic patients with left ventricular systolic dysfunction. *Journal of American College of Cardiology*, 35, 3, 681-689.
- Eames, N., Ben-Shlomo, Y., & Marmot, M. (1993). Social Deprivation and Premature Mortality: Regional Comparison Across England. *British Medical Journal*, 307, 1097-1102
- Eftychiadis, A. C. (1997). Diseases in the Byzantine world with special emphasis on the nephropathies. *Annual Journal of Nephrology*, 17, 3-4, 217-221.
- Elbert, L. S. (1988). *Behavioral Medicine in Cardiovascular Disorders*. Chichester: John Willey and Sons.
- Elliot, R. S., & Buell, J. C.(1985). Role of emotion and stress in genesis of sudden death. *Journal of American College of Cardiology*, 5, 195-198.
- Feldman, D. J. (1974). Chronic disabling illness:A holistic view. *Journal of Chronic Disease*, 27, 287-291.
- Ferrarotti, F. (1983). *Histoire et histoire de vie la methode biographique dans les sciences sociales*. Paris: Librairie de Meridiens.
- Ferrarotti, F. (1987). Forms of Autobiography. *Biography and society Newsletter*, 9, 9-27.
- Ford, G., Ecob, R., Jung, K., Macintyre, S., & West, P. (1994). Patterns of Class Inequality in Health Through the Life Span: Class Gradients at 15, 35, and 55 years in the West of Scotland. *Social Science and Medicine*, 39, 8.
- Fricchione, G. L., Howanitz, E., Jandorf, L., Kroessler, D., Zervas, I., & Wonz, R. M. (1992). Psychosocial Adjustment of End-Stage Renal Disease and the Implications of Denial. *Psychosomatics*, 33, 1, 85-91.

- Galli, I., & Fasanelli, R. (1995). Health and Illness: A Contribution to the Research in the Field of Social Representations. *Papers on Social Representations (Textes sur les representations sociales)*, 4, 1, 1-27.
- George, C. R. (2002). Development of the Idea of Chronic Renal Failure. *American Journal of Nephrology*, 22, 2-3, 231-239.
- Gerin, W., Davidson, K. W., Schwartz, A. R., & Christenfeld, N. (2002). The Role of Emotional Regulation in the Development of Hypertension. *International Congress Series*, 1241, 91-97.
- Giessen, M. W., & Zuerich, S. L. (2004). The impact of Psychoanalytically Oriented Psychotherapy for the Treatment of Psychosomatic Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 653.
- Gloor, P., Oliver, A., Quesney, L. F., Andermanh, F., & Horowitz, S. (1982). The Role of The Lymbic System in Experimental Phenomena of Temporal Lobe Epilepsy. *Annals of Neurology*, 12.
- Gordon, E.J.(2001). Patients' decisions for treatment of end-stage disease and their implicatons for access to transplantation. *Social Science & Medicine*, 53: 971-987.
- Griva, K. (2005). Quality of life in end stage renal disease and treatments. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 15-21.
- Groundbreaking Depression Study (2001). *Diabetes Care*, June, 2001. [http://www.diabetes.org/main/community/info_news/news/depression.jsp]
- Harberg, B., & Malmquist, A. (1974). A Prospective Study of Patients in Chronic Hemodialysis – IV. Pretreatment and Psychological Variables Predicting Outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 5, 315-319.
- Healthcommunities.com, (1998-2002). *Chronic Renal Failure* (Overview – Types - Causes – Symptoms – Diagnosis - Treatment) – *Treatment Options* (Haemodialysis - Peritoneal Dialysis- Kidney Transplant). [<http://www.nephrologychannel.com/crf/index.shtml>]
- Herzlich, C. (1969). *Sante et Maladie*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (Όπως αναφέρεται από τους Gall & Fasanelli, 1995, op. cit.).
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1985). The social constuction of the patient: Patient and Illness in Other Ages. *Social Science and Medicine*, 20, 2, 145-151.
- Howlett, B. C., Ahmad, W. I., & Murray, R. (1992). An Exploration of White, Asian and Afro-Caribbean Peoples' Concepts of Health and Illness Causation. *New Community*, 18, 2.
- John Hopkins Medical Institutions (2004).

<http://www.sciencedaily.com/releases/2004/02/040212085859.htm>. (2005, Δεκέμβριος).

- Julius, M., Hawthorne, V. M., Carpentier-Alting, P., Kneisley, J., Worfe, R. A., & Port, I. K. (1989).** Independence in Activities of Daily Living for End-Stage Renal Disease Patients: Biomedical and Demographic Correlates. *American Journal of Kidney Diseases, 1*, 61-69.
- Kemp, B. (1985).** Rehabilitation and the older adult. Στο J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Kimmel, P. L. (2002).** Depression in Patients with Chronic Renal Disease. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 4, 951-956.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., & Cruz I., Veis, J. H. (1998).** Psychosocial factors, Behavioral Compliance and Survival in Haemodialysis Patients. *Kidney International, 54*, 245-254.
- Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M., & Ray, F. (1998).** Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease. *The American Journal of Medicine, 105*, 3, 214-221.
- Kjellstrom, T., & Rosenstock, L. (1990).** The Role of Environmental and Occupational Hazards in the Adult Health Transition. *World Health Statistics Quarterly, 43*, 188-196.
- Konner, K. (2002).** Vascular Acces in the 21st Century. *Journal of Nephrology, 15*, 6, 28-32.
- Koutsopoulou, V., Theodosopoulou, E., Vantsi, E., Kotrotsiou, E., Kostandinou, V., & Dounousi, E. (2002).** Personality dimentions of haemodialysis patients related to initial renal disease. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=12035897&dopt=Abstrac.]
- Kovac, J. A., Parel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2002).** Patient satisfaction with care and behavioral compliances end- stage renal disease patients treated with hemodialysis. *PubMed*.
- Kutner, N. G., Brogan, D., Hall, D., Haber, M., & Daniels, D. S. (2000).** Functional Impairment, Depression and Life Satisfaction Among Older Hemodialysis Patients and Age-Matched Controls: A prospective Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*, 4, 453-459.
- Lazarus, R. J., & Folkman, S. (1984).** *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Link, B. R., Phelan, J. (1995).** Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. No 5151.

- Magoha, G. A., & Ngumi, Z. W. (2001). Renal Transplantation During the Twentieth Century: A Review. *South Africa Medical Journal*, 78, 6, 317-321.
- Makita, Z., Bucala, R., Rayfield, E. J., Fuh, H., Manogue, K. R., Cerami, A., Viassara, H., Friedman, E. A., Kaufman, A. M., Korbet, S. M., Barth, R. H., & Winston, J. A. (1994). Reactive glycosylation endproducts in diabetic uraemia and treatment of renal failure. *The Lancet*, 343, 8912, 1519-1522.
- Marsh, H. W. (2002). A multidimensional physical self-concept: A construct validity approach to theory, measurement and research. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 9, 459-493.
- Martin, C. R., & Thompson, D. R. (2001). Does dialysis adequacy impact on the quality of life of end-stage renal disease patients? *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5, 57-65. [<http://www.idealibrary.com>]
- Molnar, G. E. (1989). The influence of psychosocial factors on personality development and emotional health in children with cerebral palsy and spine bifida. Στο B. W. Hellr, L. M. Flohr & L. S. Zegans (Eds.). *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (σελ. 87-107). London: Jessica Kingsley.
- Moretti, M. M., & Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 108-123.
- Moscovici, S. (1984). The Phenomena of Social Representations. Στο R. Farr & S. Moscovici (Eds). *Social Representations* (3-70). Cambridge: University Press.
- Moscovici, S. (1988). Note towards the discription of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 3.
- Oo, T. N., Roberts, T. L., & Colling, A. J. (2005). A comparison of peritonitis rates from the United States Renal Data System database: CAPD versus continious cycling peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*, 45, 372-380.
- Papaioannou, A., & Stylianopoulou, F. (2002). Early Experiences Affect Adaptability and the Propensity for Psychosomatic Problems. *International Congress Series*, 1241, 189-195.
- Pedretti, L. W. (1990). Psychological aspects of physical dysfunction. Στο L. W. Pedretti & B. Roltan (Eds). *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (3rd ed.). Baltimor: Mosby.
- Pedretti, L. W., & Zolten, B. (1990). *Occupational therapy for physical dysfunction* (3rd ed.). Baltimor: Mosby.
- Pill, P. & Stott, N. C. H. (1982). Concepts of Illness Causation and Responsibility: Some Preliminary Data from a Sample of Working Class Mothers. *Social Science and Medicine*, v. 16.

- Prior, L. (1989). *The Social Organization of Death: Medical Discourses and Social Practices in Belfast*. London. Macmillan.
- Quik, A., & Wilkinson, R. (1991). *Income and Health*. London: Socialist Health Association.
- Radley, A. (1989). Style, Discourse and Constraint in Adjustment to Chronic Illness. *Sociology of Health and Illness*, 11.
- Rybash, J. M., Roodin, P. A., & Hoyer, W. J. (1995). *Adult development and aging* (3rd ed.). Toronto: Brown & Benchmark.
- Schreiner, G. E. (2000). How End-Stage Renal Disease (ESRD) – Medicare Developed. *American Journal of Kidney Disease*, 35, 4, 37-44.
- Selye, H. (1978). *The Stress of Life*. New York: Mc Graw- Hill Book.
- Shea, E. J., Bogdan, D. F., Freeman, R. B., & Schreiner, G. E. (1965). Hemodialysis for Chronic Renal Failure. Psychological Considerations. *Annals of Internal Medicine*, 62, 3, 558-563.
- Shontz, F. (1977). Physical Disability and Personality. Στο R. P. Marinelli & A. E. Dell Orto (Eds.), *The Psychological and Social Impact of Physical Disability*. New York: Springer.
- Simon, J. I. (1971). Emotional Aspects of Physical Disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 25, 8.
- Siri, F. M., Malhotra, A., Factor, S. M., Sonneblich, E. H., & Fein, F. S. (1997). Prolonged injection duration helps to maintain pump performance of the renal hypertensive-diabetic rat heart: correlations between isolated papillary muscle function and ventricular performance. *Cardiovascular Research*, 34, 1, 230-240.
- Spinellis, D. C., Vassiliou, V., & Vassiliou, G. (1970). Milieu Developments and Male-Female Roles in Contemporary Greece. Στο C. H. Seward & R. C. Williamson (eds.). *Social Sex Roles in a Changing World*. New York: Random House.
- Steel, T. E., Wuerth, D., Finkelstein, S., Juergensen, D., Juergensen, P., Kliger, A. S., & Finkelstein, F. O. (1996). Sexual experience of the cronic peritoneal dialysis patient. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=8866408&dopt=Abstrac.]
- Stewart, T. D., & Rossier, A. B. (1978). Psychological Considerations in the Adjustment to Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Literature*, 39, 3, 75-80.
- Strain, J. J. (1975). *Psychological Care of the Medically Ill: A Primer in Liaison Psychiatry*. New York: Appleton – Century - Crofts.

- Streltzer, J., Markoff, R. A., Yano, B. (1977). Maintenance Haemodialysis in Patients with Several Pre-Existing Psychiatric Disorders. *Journal of Neurological Mental Disorders*, 164, 6, 414-418.
- Sytin, G. N. (1991). *Zivotvoriashaya sila*. Moskva: Energoatomizdat.
- Takaki, J., Tadahiro, N., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., Kuboki, T. (2005). Possible interactive effects of demographic factors and stress coping mechanism on depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 217-223.
- Tanaka, K., Morimoto, N., Tashiro, N., Hori, K., Katafuchi, R., & Fujimi, S. (1999). The features of psychological problems and their significance in patients on haemodialysis – with reference to social and somatic factors. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=10099889&dopt=Abstrac.]
- Taylor, R., & Zimmet, P. (1983). Migrant studies in diabetes epidemiology . *Diabetes Epidemiological Perspective*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 58-77.
- Trieschmann, R. B. (1985). Psychological adjustment to spinal cord injury. Στο B. W. Heller, L. M. Flohr & L. S. Zegans (Eds.). *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 117-136). London: Jessica Kingsley.
- Trombly, C. A. (1983). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Baltimor: Williams & Wilkins.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- Uribarri, J. (1999). Past, Present and Future of End- Stage Renal Disease Therapy in U.S. *Mt. Sinai Journal of Medicine*, 66, 1, 14-19.
- Ventura, M. C., Gonzalez, R., Alarcon, A., Morro, A., & Llabres, E. (1989). *Chronic hemodialysis and personality*. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&list_uids=2486401&dopt=Abstrac.]
- Verhaak, P., Heijmans, M., Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic Disease and Mental Disorder. *Social Science and Medicine*, 60, 789-797.
- Vögele, C. (2002). Psychosomatic Pathways to Essential Hypertension: The Combined Effect of Anger and Family History of Cardiovascular Disorders on Cardiovascular Reactivity. *Intertational Congress Series*, 1241, 87-89.
- WebMDHealth, Healthwise. (1995-2002). Cronic Renal Failure (definition, cause, symptoms, ESRD, what happens, what increases your risk, treatment overview, home treatment, other treatment, haemodialysis versus peritoneal dialysis, ESRD:

choosin treatment that's right for you).
<http://my.webmd.com/encyclopedia/article/1821.50990>.

- White, P. D., & Moorey, S. (1997). Psychosomatic Illnesses are not All in the Mind. Editorial. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 6, 329-332.
- Williams, S. J. (1998). Capitalising on Emotions? Rethinking the Inequalities in Health Debate. *Sociology*, 32, 1.
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106, 231-248.
- Wu, A. W., Fink, N. E., Marsh-Manzi, J. V., Meyer, K. B., Finkelstein, F. O., Chapman, M. M., & Powe, N. R. (2004). Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures. *Journal of American Society of Nephrology*, 15, 743-757.
- Wuerth, D. B., Finkelstein, S. H., Schwetz, O., Kliger, A. S., & Finkelstein, F. O. (2002). Patients descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis hemodialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 22, 184-190.
- Zavalloni, M. (1996). Grounding discourse analysis in identity processes: A theory of background thinking. Στο J. Markandonis & A. V. Riga (Eds). *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρομάτη.

Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Α. ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

I. Δημογραφικά στοιχεία

- ◆ Ηλικία
- ◆ Τόπος διαμονής
- ◆ Οικογενειακή κατάσταση (επάγγελμα συζύγου, αριθμός παιδιών, οικογενειακή κατάσταση παιδιών, κτλ)
- ◆ Επάγγελμα

II. Οργανική εικόνα της νόσου

- ◆ Πότε και πως εμφανίστηκε
- ◆ Υπήρχαν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ
- ◆ Πως αντιμετωπίστηκε η ΧΝΑ στην αρχή
- ◆ Ποια μέθοδο κάθαρσης χρησιμοποιείτε τώρα
- ◆ Ποια είναι η γνώμη του υποκειμένου για τη συγκεκριμένη μέθοδο, αλλά και για την εναλλακτική
- ◆ Αν εμφανίστηκαν άλλες οργανικές διαταραχές μετά την έναρξη της ΧΝΑ

III. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας (σύγκριση πριν και μετά την εμφάνιση της ΧΝΑ)

- ◆ Επιπτώσεις στην εργασία.
- ◆ Επιπτώσεις στην οικογένεια.
- ◆ Επιπτώσεις στο ευρύτερο κοινωνικό κύκλο.

IV. Ο Εαυτός (σύγκριση πριν και μετά). Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας

- ◆ Ο εαυτός πριν τη ΧΝΑ
- ◆ Υπήρχαν αλλαγές στην αίσθηση του εαυτού μετά την εκδήλωση της νόσου.
- ◆ Πως βιώνει τον εαυτό του τώρα.
- ◆ Ποια είναι η τοποθέτηση του εαυτού σε σύγκριση με τους υγιείς.
- ◆ Διερεύνηση του επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας του ασθενούς (θετική ή αρνητική) μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.
- ◆ Στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας.

V. Το μέλλον

- ◆ Πως βιώνει το θάνατο
- ◆ Στάση για το μέλλον (αισιόδοξη/ απαισιόδοξη)

B. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Περίπτωση Κου Γ. (Αιμοκαθαιρόμενος)

Πρόκειται για μια συνέντευξη ενός αιμοκαθαιρόμενου άνδρα από την Ασή Γωνιά, Ρεθύμνης. Είναι 35 ετών, παντρεμένος με δύο παιδιά και άνεργος. Με τη σύζυγό του έχει μια καλή υποστηρικτική σχέση. Ο κος Γ. επισκέπτεται την μονάδα τεχνητού νεφρού τα τελευταία δυο χρόνια όπου διαγνώστηκε με νεφρική ανεπάρκεια. Εδώ και 20 χρόνια πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη με επιπτώσεις και στην όραση του. Απέρριψε την περιτοναϊκή ως μέθοδο θεραπείας για τον ίδιο ενώ δείχνει ικανοποιημένος από τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Νιώθει αλλαγή στην ποιότητα των σχέσεών του καθώς και στην κοινωνική του εικόνα ενώ νιώθει ότι η κατάσταση της υγείας του δεν του αφήνει περιθώρια αισιοδοξίας για το μέλλον.

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

I. Δημογραφικά στοιχεία

(τόπος μόνιμης κατοικίας) *Ασή Γωνιά*

35 (ετών)

Είμαι.....(παντρεμένος) περίπου 15 χρόνια.

Έχω δύο παιδιά. Το ένα μπήκε Τρίτη τάξη γυμνασίου και το άλλο Τρίτη δημοτικού.

(Υπεύθυνοι για την ανατροφή των παιδιών) Κι εγώ κι η μάνα μου.

(Εργάζεστε;) Ε... σε δικιά μου δουλειά, έτσι λίγο, για να περνά η ώρα μου πιο πολύ.....

Όχι επιχείρηση, έτσι στον κήπο μου.

(Η γυναίκα σας εργάζεται;) Ναι. ...Σε ξενοδοχείο.

(Με τη μητέρα του μένουν)... κοντά.

Αυτό που μένω τώρα (το σπίτι) είναι ενός θείου μου, με φιλοξενούν. Ε...σε κανένα μήνα πιστεύω να μπαίνω στο δικό μου σπίτι. Γι' αυτό σου είπα δουλεύω, κάνω δουλειά δηλαδή.

(...έχετε οικονομικά προβλήματα;) Οπωσδήποτε, πως δεν υπάρχουν.!

II. Οργανική εικόνα της νόσου

...αρρώστησα 16 χρονών...Έχω διαβήτη τώρα 20 χρόνια.

Τώρα δύο χρόνια, είδα που μου 'χει κάνει ζημιά στα νεφρά και

κράτησε μέχρι τώρα. Ναι, και μαζί με τα νεφρά είχα πρόβλημα και με τα μάτια.

Τώρα μπήκα στον τρίτο μήνα. (της αιμοκάθαρσης)

(Θεωρεί αιτία πρόκλησης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας) Η κακή διαίτα.

Δεν έκανα καθόλου διαίτα. Ειδικά ήτανε στα βασικά ξενύχτια, κρασιά, αυτά όλα δεν κάνουν... Στο σπίτι μου έπινα πριν, από μόνος μου, πιο πολύ, μπορεί και να μου 'χει κάνει ζημιά. Καθόμουν μονάχος το βράδυ, κάθε βράδυ, ένα μπουκάλι ουίσκι, ένα μπουκάλι τσικουδιά, όχι ένα ποτηράκι και ... μου 'χει κάνει αυτό τη ζημιά πιστεύω.

(Έτσι σας είπαν οι γιατροί;) Όχι.

Εγώ έλεγα. Πάντα το έλεγα. Όχι πάντα, αλλά επειδή δούλευα πάρα πολύ, και γινότανε οι καύσεις πιο εύκολα.

Ναι, έλεγα ντα αφού δουλεύω και κάνω τη βαριά δουλειά δεν έχω και πρόβλημα, αλλά σιγά – σιγά τη δουλειά μου την έχανα.

(Όταν τρώγατε τα πολλά γλυκά, δεν σας πείραζε ο διαβήτης πιο πολύ;) Λίγο, δεν το καταλάβαινα. Ε περπάτουνα, παραπάνω νερό, δυο τρεις φορές, μετά..... δούλευα, και κατέβαινε πάλι.

(Παίρνετε χάπια του διαβήτη;) Ινσουλίνη.

Τώρα πάλι, ήμουν χαλία, γιατί για να πετύχει η φίστουλα, έκανα 12 εγχειρήσεις σε δύο μήνες μέσα.....είχα...στην αρχή στενοχωριόμουνα...

και έλεγα πώς θα πηγαينόερχομαι εδώ πέρα στο χωριό. Μετά στην πορεία είδα, αυτούς τους μήνες που ήμουνα στο μηχάνημα, ότι δεν πετυχαίνει η φίστουλα. Και το πρόβλημα δεν ήταν πως θα ερχόμουνα από το χωριό αλλά πως δεν πετυχαίνει η φίστουλα.

(Δεν μπορείτε να κάνετε περιτοναϊκή;) Δεν ήθελα εγώ.

Ε..., δε μπόρεσα, αντιαισθητικό είναι.....

(Δηλαδή εδώ πρέπει να έρχεστε κάθε δεύτερη μέρα;) Ναι.

(Είστε καθαιρώμενος πόσες ώρες;) 12 ώρες την ημέρα.

Ναι είναι άλλο όμως το πρόβλημα.....Με την περιτοναϊκή.

Πρέπει να είσαι κάθε 6 ώρες στο σπίτι σου.

Κάθε έξι ώρες για μισή ώρα.

Δεσμεύει κατά κάποιον τρόπο.

...εγώ μπήκα στο μηχάνημα τώρα σήμερα, και αύριο μπορώ να πάω όπου θέλω, μπορώ να γυρίσω σπίτι μου, και ταξίδι μπορώ να κάνω, και σ' ένα χωριό μπορώ να πάω ενώ με την περιτοναϊκή κάθομαι στο χωριό εδώ πέρα από το πρωί ως το βράδυ και πρέπει κατευθείαν να γυρίσω για να προλάβω να κάνω την περιτοναϊκή σε έξι ώρες μέσα.

Όχι εγώ, δεν μου αρέσει γιατί πρέπει κάθε 6 ώρες να είμαι σπίτι μέσα.

(Φοβάστε μήπως να το κάνετε μόνος σας;) Όχι, όχι.

Όχι, πριν φοβόμουνα επειδή δεν έβλεπα.

Τώρα που καθάρισα το ένα μάτι (δε βλέπω από το ένα μάτι) και είναι το άλλο ότι σαν διαβητικός είμαι πιο ευάλωτος στις μολύνσεις γι' αυτό δε θέλω περιτοναϊκή.

(μήπως φοβάστε κατά κάποιον τρόπο την ευθύνη να μη μολυνθεί, αυτό;) Ναι.

(Και εδώ οι ευθύνες είναι στο προσωπικό;) Δε με φοβίζει, δε σου λέω, τώρα αύριο θα σηκωθώ το πρωί, θα πάω στην οικοδομή, θαενώ αλλιώς, θα έκανα την περιτοναϊκή σπίτι, θα 'κανα στην οικοδομή δύο ώρες θα γύρναγα να κάνω το μπάνιο μου, πάλι περιτοναϊκή, πάλι στην οικοδομή. Δηλαδή είναι φασαρία, μετά....

(Αν κάνατε την περιτοναϊκή κύριε Γ. θα σας βοηθούσε η γυναίκα σας;) Ναι.

(... σας κουράζει το να έρχεστε εδώ κάθε δεύτερη μέρα;) Δε με πειράζει, επειδή στο χωριό βρίσκω παρέα και έρχομαι.

Κατεβαίνουν πολλά παιδιά από το χωριό εδώ πέρα και έρχομαι.

Τις μέρες που δεν μπορεί αυτός, οδηγάω εγώ.

*Το αποκλείω(την περιτοναϊκή), μόνο αν μου δώσουν ...δεν έχω άλλη λύση, γιατί θα πάω διαφορετικά δεν ξέρω να κάνω τίποτα άλλο
Μετά από το μηχάνημα είδα ότι έχει αλλάξει η ζωή μου.*

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Είναι ένας ενεργητικός άνθρωπος που του αρέσει να καταπιάνεται με εξωτερικές δουλειές και βόλτες. Το γεγονός ότι θα έπρεπε να επιστρέφει σπίτι κάθε έξι ώρες τον περιορίζει (πηγή ψυχικής πίεσης) και του δυσχεραίνει την προσαρμογή στην θεραπεία και κατ' επέκταση στην ασθένεια. Ως εκ τούτου, θεωρεί τη μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης αντιαισθητική και κυρίως περιοριστική. Επιπλέον λόγω της συνοσηρότητας του διαβήτη νιώθει πιο ευαίσθητος στις μολύνσεις. Δείχνει άλλωστε να απολαμβάνει το ταξίδι από το χωριό στην πόλη γεγονός που αποτελεί ένα δευτερογενές όφελος της θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Αν και υπήρχε χρόνιο πρόβλημα διαβήτη (από την ηλικία των 16 ετών), φαίνεται πως δεν πρόσεχε ιδιαίτερα την διατροφή του. Ο ίδιος αναφέρει ως αίτιο της κατάστασης της υγείας του την *κακή διαίτα...Δεν έκανα καθόλου διαίτα. Ειδικά ήτανε στα βασικά ξενύχια, κρασιά, αυτά όλα δεν κάνουν.* Ο Κος Γ. ως μέλος της Κρητικής κουλτούρας - που επιβάλει το σαββατόβραδο παρέα με φίλους, καλό κρασί (ή τσικουδιά) και εύγευστα μεζεδάκια - τηρούσε διατροφικές συνήθειες με υψηλά επίπεδα λίπους, αλκοόλ,

III. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας – σύγκριση της κατάστασης πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ.

(υπάρχουν οικονομικά προβλήματα) *Ναι.... Ναι...*

Όχι, όταν εργαζόμουν δεν είχα.

(Εργαζόταν και τότε η γυναίκα σας;) *Ναι.*

Τώρα, έχω περάσει από επιτροπή για σύνταξη υγείας και όταν μου 'ρθει η καινούργια πρέπει να βολεύεται κάπως, ναι....

(Εργαζόσασταν πριν;)...*Ναι.... Στις οικοδομές. Περίπου δύο χρόνια...(σταμάτησε να εργάζεται στην οικοδομή) Γιατί πάθαινα υπόταση, δεν μπορούσα να δουλέψω και από εκεί σταδιακά το μείωσα.*

(Αναφορικά στη σχέση με τη σύζυγο) *Τώρα που ήμουνα στο νοσοκομείο και έκανα τις χειρίσεις αυτές όλο στην καρέκλα ήτανε. Της έλεγα φύγε, της λέγανε οι αδελφές μου, οι ξαδέλφες μου, πήγαινε να φύγεις να ξαπλώσεις και να ξεκουραστείς και να κάτσουμε εμείς και δεν είχα ανάγκη βέβαια από συνοδό εγώ, αλλά καθότανε.*

(Σας υποστηρίζει πολύ.) *Πάρα πολύ, ναι.*

(Δεν έχει επηρεασθεί καθόλου η σχέση σας; Ε.... υπάρχει πολύ ένταση από τότε που έχετε την νεφροπάθεια στην οικογένεια; Πώς το καταλαβαίνετε; Μαλώνετε μήπως πιο συχνά; Ε.... είστε...πιο εκνευρισμένος;) *Όχι, όχι. Μπορεί να είμαι. Τώρα μπορώ να σου πω ότι είναι πιο καλύτερα...Ναι, ναι (πιο ήρεμος) γιατί λέμε ότι με το να πιέζεις τα παιδιά, να φωνάζεις δεν υπάρχει λύση και κοιτάζω πιο πολύ να είμαστε πιο...Πιο δεμένοι. (Δηλαδή τώρα είστε πιο κοντά στα παιδιά σας, στη γυναίκα σας απ' ότι πριν;) Ναι, σίγουρα. (Το καταλαβαίνουν και οι ίδιοι; Έχουν αλλάξει και αυτοί;) Ναι...Ναι από τότε..... που..... μάλιστα πριν όμως.....Να, βλέπω έναν υγιή άνθρωπο που κάνει κακό ας πούμε στον εαυτό του και λέω γιατί να το κάνει, τον λυπάμαι...*

(Τώρα τις έχετε χάσει τις παρέες; Τους φίλους;) *Όχι...Όχι, δεν τους έχω ξεχάσει, δεν σμίγομε πολλές φορές αλλά...με τα τηλέφωνα συνέχεια.*

(Με τα τηλέφωνα συνέχεια.) *Ναι, βέβαια.*(Αλλά δεν τους βλέπετε τόσο συχνά όσο πριν)
Ναι. (Το θέλατε ο ίδιος; Το επιδιώκετε;) *Όχι...όχι...πιο πολλές φορές επειδή νιώθω κουρασμένος...Ναι, έρχονται στο σπίτι πολλές φορές αλλά πριν πηγαινα και εγώ, ε...το έχω ελαττώσει τώρα...Τώρα στο καφενείο κάθε βράδυ δεν πάω, πρέπει να πιω. Όχι πρέπει, με βλέπει τώρα ο άλλος και πίνω για να μην αισθάνονται αυτοί άσκημα, όχι εγώ, δεν πάω...Κάνουμε παρέα, όταν έρχονται οι άλλοι τους κάνω παρέα αλλά βλέπω ότι κάθονται σ' ένα τραπέζι και πίνουνε τους βλέπω και στεναχωριούνται και μου λένε πιες και εσύ, δε πίνω. Μου το λένε το πιες για να μην ζηλέψω ...κατά κάποιον τρόπο και εγώ δεν πίνω και τους βλέπω ότι είναι κομπιασμένοι δεν μπορούνε να...(Όποτε και εσεις αισθάνεστε κατά κάποιο τρόπο...)* *Πιο άσκημα...Και αυτοί.*

Τώρα πιο πολύ μου αρέσει να κάτσω στο σπίτι, να κουβεντιάσω με μια παρέα να κουβεντιάζουμε, παρά να κάτσω στο καφενείο και να τρώμε και να πίνουμε.

Στο σπίτι μου έπινα πριν, από μόνος μου, πιο πολύ, μπορεί και να μου 'χει κάνει ζημιά. Καθόμουν μονάχος το βράδυ, κάθε βράδυ, ένα μπουκάλι ούισκι, ένα μπουκάλι τσικουδιά, όχι ένα ποτηράκι και ... μου 'χει κάνει αυτό τη ζημιά πιστεύω.

(Δεν σας προτρέπουν στο σπίτι σας όπως κάνουν στο καφενείο ας πούμε;) *Όχι.*

Πιο ασφάλεια νιώθω.(στο σπίτι)

(..και οι φίλοι σας όταν έρχονται στο σπίτι σας φέρονται διαφορετικά απ' ότι οι ίδιοι στο καφενείο;) *Πιστεύω ναι.*

Θα πιουν καφέ, θα κάτσουμε να κουβεντιάσουμε.

Και αν πιούμε πιστό θα πιούνε ένα ποτηράκι. Ενώ πριν έβαζα εγώ, έβαζαν αυτοί.

Πιο πολύ νιώθω ότι θέλουν να 'ρθουν να με δούνε, ας πούμε να δούνε τι κάνω, παρά να κάνουνε παρέα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχει σαφή επίπτωση στην εργασία και κατ' επέκταση στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Δεν είναι σε θέση πλέον να εργαστεί όμως συνεχίζει να δραστηριοποιείται και να προσφέρει μέσα και έξω από το σπίτι (φτιάχνει τον κήπο, προσέχει τα παιδιά, ανεβάζει μια οικοδομή). Το γεγονός αυτό τον βοηθάει να προσαρμοστεί στη χρόνια πάθηση και προστατεύει την αυτοεικόνα του, και τον κοινωνικό ρόλο του φύλου του, κατά μία έννοια, καθώς μέσα από αυτές τις δραστηριότητες συνεχίζει να προσφέρει στην οικογένεια του και να νιώθει χρήσιμος.

Η ασθένεια είχε σαφή επίπτωση και στις οικογενειακές του σχέσεις. Μέσα από τα λόγια του φαίνεται πως το οικογενειακό του περιβάλλον και κυρίως η γυναίκα του τον στηρίζει και του συμπαραστέκεται, ενώ ο ίδιος αναγνωρίζει ότι οι σχέσεις τους είναι καλύτερες τώρα. Το χρόνιο και μη αναστρέψιμο χαρακτηριστικό της πάθησης, φέρει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και το άμεσο περιβάλλον του αντιμέτωπο με τη βεβαιότητα του θανάτου. Το γεγονός αυτό επιφέρει αλλαγές στον τρόπο σκέψης, στην συμπεριφορά, στις προτεραιότητες και στη γενικότερη φιλοσοφία ζωής. Η παρουσία του αρρώστου μέσα στην οικογένεια και οι σχέσεις με αυτόν δεν θεωρούνται πλέον δεδομένα με αποτέλεσμα ριζικές ίσως αλλαγές στην δυναμική της οικογένειας.

Αλλαγή έχει επέλθει επίσης στη συχνότητα και το περιεχόμενο των συναντήσεών του με φίλους. Επιλέγει να κρατάει μια επαφή από το τηλέφωνο ενώ η συχνότητα των συναντήσεων έχει μειωθεί αισθητά. Προτιμάει δε τις συναντήσεις στο σπίτι του στο χώρο του («πιο ασφάλεια νιώθω») ίσως επειδή ως οικοδεσπότης ελέγχει καλύτερα την συμπεριφορά των καλεσμένων του και δεν νιώθει την κοινωνική πίεση να συμπεριφερθεί 'φυσιολογικά' δηλαδή να φάει, να πιει κτλ. Σε σχέση με τις κοινωνικές του

συναναστροφές γενικότερα, η πραγματικότητα της πάθησής του τον περιορίζει στο να συμπεριφερθεί όπως πριν, όπως οι υπόλοιποι. Δεν μπορεί να φάει, να πιει, κουράζεται πιο εύκολα... Αυτομάτως ξεχωρίζει από το κοινωνικό πλαίσιο, από τους φίλους, από τους υγιείς. Μέσα από τα μάτια των φίλων του ίσως νιώθει άρρωστος, ευάλωτος, συναισθήματα που προσπαθεί ίσως να αποφύγει απομονώνοντας τον εαυτό του από τους φορείς, 'καθρέφτες' αυτών των συναισθημάτων, τους φίλους του.

Συναφής ίσως αλλαγή στην ποιότητα και στο περιεχόμενο των διαπροσωπικών σχέσεων είναι και η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες. Οι αλλαγές στη διατροφή, οι οποίες μάλλον επιβάλλονται από την επιδείνωση της υγείας του λόγω της νεφρικής ανεπάρκειας, καθρεφτίζονται και στις κοινωνικές του επαφές.

IV. Ο εαυτός (Σύγκριση πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ). Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.

...γιατί αρρώστησα 16 χρονών και ήμουν από τα πιο δυνατά παιδιά του χωριού (το χωριό είχε πολλή νεολαία), από τα πιο δυνατά παιδιά και μ' έκατσε κάτω αυτή η αρρώστια

Πριν μπω στο μηχάνημα, 2-3 μήνες ήμουνα χάλια.

******Ημουν χάλια ε... και σκεφτόμουνα αυτά που λέμε τώρα.*

*(όχι πως θα το επιδίωκε, αλλά παρακαλούσε να έρθει πιο γρήγορα αυτή η ώρα)******

Πριν δούλευα όλη μέρα. Μέχρι τις 12 το βράδυ μπορούσα να δουλεύω. Ε...δεν είχα, πρόβλημα όπου και να ήμουνα, ότι και να έπινα, παρέες...Ναι, πολλές παρέες.

... Κάθε βράδυ ε...γυρνάω από την οικοδομή τη δική μου στην μέση...

Σου 'πα ότι έχω οικοδομή και κουράζομαι εύκολα και θέλω πιο πολύ ησυχία μάλλον.

(πριν) Το αντίθετο ακριβώς, μπορούσα να ξευχτήσω...Την άλλη μέρα να πάω στη δουλειά. Έφευγα από εδώ πέρα από ένα κέντρο να πάω στο χωριό να αλλάζω, κατευθείαν, να γυρίσω στη δουλειά. Δεν είχα πρόβλημα. Ούτε καταλάβαινα κούραση.

(Μετά) ...αισθανόμουνα ότι ήμουνα ανίκανος... δεν μπορούσα να κάνω τίποτα, επειδή δεν έβλεπα, ε...κοβόταν τα πόδια μου και ένιωθα ότι ήμουνα ένα τίποτα. Ε...τώρα μετά που μπήκα συνήλθα λίγο και με πειράζει πιο πολύ που... όχι οι παρέες εντάζει οι παρέες συνηθίζει κανείς. Θέλω να κοιμηθώ πιο νωρίς, θέλω πιο πολύ ηρεμία.

Τώρα κουράζομαι πολύ πιο εύκολα ενώ πριν κοιμόμουνα λίγες ώρες το εικοσιτετράωρο ήταν αρκετές, θέλω να κοιμηθώ πολλές ώρες

Για να νιώθω έτσι λιγάκι ξεκούραστος.

Τώρα κάνω, ναι και πολλή δίαιτα.

Όχι επειδή έτσι το λένε οι γιατροί. Έχω σιχαθεί τον εαυτό μου που τόσα χρόνια δεν έκανα, αυτά που λέγανε.

Τώρα, όχι τον τιμωρώ, αλλά με κάποιον τρόπο. Ναι... να προηγουμένως μου λέγανε οι κοπελιές να μου δώσουν σταφύλι μέσα στο μηχάνημα και δεν ήθελα να το φάω.

Μ' αρέσει το σταφύλι, μ' αρέσει...Επειδή είδα ότι μου κάνει αυτό που μου κάνει γι' αυτό...(Δηλαδή έχετε ενοχές;) Ναι. (Λέτε ότι ο ίδιος φταίτε για το ότι αρρωστήσατε με τα νεφρά;) Σίγουρα...Νιώθω σαν να 'χω γεράσει, ε...βλέπω τον άλλο κόσμο να προχωρεί μπροστά και εγώ...χειρότερα από την μια μέρα στην άλλη.

(Τι σας δίνει την εντύπωση ότι επιδεινώνει την υγεία σας;) Στην τιμή όχι ε... λέμε τώρα ότι τη διαφορά από καιρό σε καιρό, αλλά βλέπω τη νεολαία του χωριού μου ότι... πάνε πολύ καλά αυτοί από υγεία και εγώ όμως είμαι χειρότερα.

Δε ζηλεύω. Δε ζηλεύω αλλά τα βάζω με τον εαυτό μου δηλαδή όχι ο άλλος αλλά για τον εαυτό μου...Μαζεύτηκα λίγο, αλλά πιο πολύ με πειράζει... Ήθελα μέχρι τώρα να κάνω, το

Ήλεγα πριν μπω στο μηχάνημα, είχα ξεκινήσει στο χωριό μια οικοδομή και έλεγα να φτιάξω ένα σπίτι στο χωριό και μετά... ό,τι και να γινότανε δε με ενδιέφερε... Τώρα βλέπω σαν 'να έχει αρχίσει άλλη ζωή, τη συνηθίζεις πάλι και αυτή.

Τελείως διαφορετική από την προηγούμενη. Νιώθεις δεσμευμένος, πριν ήμουν τέλειος, ανέμελος.

(...μου είπατε ότι δεν πηγαίνετε στο καφενείο συχνά για να μην...) Ζηλεύω κατά κάποιον τρόπο.

Ναι, που έχουν την υγεία τους, ναι.

Όπου και να 'βγαίνα δεν είχα πρόβλημα. Τώρα εκεί που θα πάω και αυτό που θα φάω, τα φάρμακα, τα πάντα είναι...

(Έχετε αποδεχτεί την κατάστασή σας;) Ναι... ναι...

(Τι σας κρατάει τώρα πιο πολύ, όχι στη ζωή, γενικώς σας δίνει δυνάμεις να έχετε την δύναμη να αντιμετωπίσετε την αρρώστια;) Η οικογένειά μου.

(...έχετε προσέξει πονοκεφάλους από τότε, αϋπνίες;) Όχι, όχι

E..... καμία φορά αν ξυπνήσω τη νύχτα, αλλά σπάνια αυτό, σκέφτομαι αυτά τα πράγματα και μπορεί να μη κοιμηθώ, αλλά πολύ σπάνια.

... πιο πολύ σκέφτομαι τους άλλους, όχι τον εαυτό μου, ότι...δεν ήθελα να παντρευτώ παλιά...Ναι... Όταν είχα την αρρώστια αυτή λέω να μην πάρω κι' άλλο άνθρωπο να μπλέξει κι' αυτός και τώρα που ήμουν χάλια, πριν μπω στο μηχάνημα, σκεφτόμουν ότι παντρεύτηκα, ότι έχω πάρει μια γυναίκα που την έβαλα σε μπελάδες κατευθείαν που 'τσίκανα 2 παιδιά και δεν την έχω βοηθήσει καθόλου με αυτά τα πράγματα.

(...όταν ξυπνάτε σκέφτεστε αυτά τα πράγματα;) E... ναι. Πολύ σπάνια όμως...(κάνετε ανάλογες σκέψεις στη διάρκεια της ημέρας?)E...πότε, πότε...E... αυτοί που σκοτώνονται με τα κινητά κατά καιρούς και λέω υγιείς, νέοι άνθρωποι τώρα, κρίμα να φύγουνε... Έχω δει τον άνθρωπο από την άλλη μεριά. Τώρα λέω, ότι η ζωή είναι λίγη και πρέπει να τη ζεις.

(...έχετε πλησιάσει πιο πολύ τον άνθρωπο;) Ναι, ναι.

(...Αυτό φαίνεται και στις οικογενειακές σας σχέσεις;) Ναι, ενώ πριν δε μ' ενδιέφερε τίποτα... Τίποτα δε με ενδιέφερε.

(τώρα σκέφτεται...) Όχι, όχι τον εαυτό μου αλλά πιο πολύ τους άλλους.

Ένα παράδειγμα θα σου πω. Μπορεί να πονάει το δόντι του γιου μου έτσι; Καλύτερα, λέω ένα παράδειγμα, να μου κόψουνε το δάχτυλο, παρά να δω να πονέσει. Πιο πολύ τους άλλους σκέφτομαι, παρά τον εαυτό μου.

(Τους άλλους νεφροπαθείς πως τους βλέπετε κύριε Γ.); Τους άλλους νεφροπαθείς;

Όπως θα βλέπω έναν υγιή, βλέπω και έναν νεφροπαθή, κι εγώ θέλω να βλέπω εμένα τον ίδιο. Δεν τους ξεχωρίζω άρρωστους από υγιείς.

(Όχι εννοώ η κοινή μοίρα αν σας...) Όχι, όχι... Όχι, όχι να πω το ίδιο έχει κι' αυτός...

Εγώ νομίζω με καταλαβαίνουν πιο πολύ οι υγιείς από τους άρρωστους.

(Έχετε κάνει φίλους από το τμήμα της αιμοκάθαρσης;) Όχι ακόμα δεν έχω κάνει...

Γνωστοί είναι ακόμα εδώ πέρα... Αλλά φίλιες να γειτονευόμαστε και να μιλάμε όχι.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής του πριν από την εκδήλωση της ασθένειας- με τις καταχρήσεις κυρίως στο ποτό και το φαγητό-τον οδήγησε στην Χ.Ν.Α. Η συμβολή του και η ευθύνη που θεωρεί ότι φέρει στην εκδήλωση της ασθένειας του δημιουργούν συναισθήματα ενοχής και ίσως μεταμέλειας για τον τρόπο ζωής του στο παρελθόν, καθώς

και αποστροφή και αυτολύπηση για την παρούσα κατάσταση της υγείας του. Μετά τη διάγνωση όμως περιόρισε τις βλαβερές για την υγεία του συνήθειες γεγονός που τον εξιλεώνει και του προσδίδει έναν έλεγχο στη ζωή του και την περαιτέρω εξέλιξη των συμπτωμάτων του.

Η διάγνωση και η θεραπεία της Χ.Ν.Α. είχε θετική επίδραση στην αυτοεικόνα και την ποιότητα ζωής του. Πριν τη διάγνωση απέδιδε τα σωματικά του συμπτώματα (πχ κόπωση) σε δική του ανικανότητα. Η διάγνωση της Χ.Ν.Α. δίνει νέο νόημα στα συμπτώματα και μπορεί να τα αποδώσει πλέον σε στη δυσλειτουργία ενός οργάνου και όχι στην προσωπικότητά του. Επίσης η ίδια η θεραπεία μείωσε τις σωματικές του ενοχλήσεις με αποτέλεσμα να νιώθει καλύτερα, πιο δυνατός, πιο ενεργητικός και πιο αποδοτικός.

Δείχνει να έχει προσαρμοστεί στις νέες απαιτήσεις και στο νέο τρόπο ζωής που επιβάλλεται από την ασθένεια αλλά φαίνεται να μην την έχει αποδεχτεί πλήρως. Διακρίνεται μια πικρία για την κατάστασή του, για το μη αναστρέψιμο της πάθησης και για όλα τα όνειρα που θα μείνουν απραγματοποίητα.

Η γνωστική αλλαγή που επήλθε μετά τη διάγνωση φαίνεται και από την ενσυναίσθηση που ανέπτυξε παράλληλα. Σκέφτεται περισσότερο τους άλλους ανθρώπους, τους νοιάζεται, τους πονάει και τους λυπάται όταν διακρίνει στον τρόπο ζωής τους καταστροφικές για τον εαυτό τους συνήθειες.

Δηλώνει ότι δεν ξεχωρίζει τους αρρώστους από τους υγιείς. Σε άλλα σημεία όμως αναφέρει έμμεσα την διαφορετικότητα αυτών των δύο ομάδων υπέρ των υγιών. Ίσως προσπαθεί με λόγια να δείξει ότι οι άρρωστοι δεν υστερούν σε τίποτα σε σχέση με τους υγιείς ενώ βαθιά μέσα του ίσως νιώθει μειονεκτικά (*μηχανισμός άμυνας*). Παράλληλα δεν έχει προσπαθήσει να κοινωνικοποιηθεί μέσα στο τμήμα της αιμοκάθαρσης σαν να αρνείται την ένταξη του σε αυτή την ομάδα και παράλληλα την εικόνα του ως άρρωστο.

V. Το μέλλον

(φοβάστε το θάνατο;) *Όχι!... Ναι, φυσιολογικό, όποτε έρθει ας έρθει.*

Τώρα να κάνουμε αυτά που κάναμε όχι, φίλους να και τη διαίτα και τώρα κάπου... αν δεν πετύχαινε κι' αυτή η τελευταία εγχείρηση και πάθαινα ας πούμε μόλυνση...θα το επιδίωκα να τελειώσω όσο, πιο γρήγορα (το θάνατο)...Θα το επιδίωκα...Τη ζωή μου τη βλέπω σαν... σαν ρουτίνα.

Το μέλλον όταν ξεκίνησα, αιμοκάθαρση πριν τρεις μήνες, η μόνη μου παρηγοριά ήτανε ότι κάπου είχε μεγαλώσει, τώρα όπως βλέπω και να γίνει δε με νοιάζει;

Εγώ, το μέλλον το δικό μου δεν το βλέπω ρόδινο.

*Ναι, να σκεφτώ κάποια στιγμή ότι θα σταματήσω αύριο το μηχάνημα, θα σταματήσω να κάνω την ινσουλίνη, το αποκλείω, βλέπω ότι γερνάω πιο γρήγορα...εξάλλου μου το 'χανε πει στην Αθήνα οι γιατροί, τα αγγεία τα δικά μου είναι σαν 70 χρονών ανθρώπου. Είχα μια ελπίδα πριν.... και το λέω ακόμα βέβαια, το λέω αλλά δεν το πιστεύω ότι μετά από 2 χρόνια που θα γίνει εγχείρηση παγκρέατος, κοιτάζουν κύτταρα να φέρουν στην Ελλάδα. Ίσως να κάνω κι εγώ μια μικρή μεταμόσχευση παγκρέατος αλλά στον εαυτό μου λέω δε θα πετύχει...Σα δύσκολο μου φαίνεται, δεν το πιστεύω...Για μένα δεν το πιστεύω. Πριν μπω, να σου φέρω ένα παράδειγμα, στο χειρουργείο, μετά από δύο εγχειρήσεις που δεν πετύχαινε, πριν μπω, λέω στη γυναίκα δεν πετυχαίνει πάλι... σαν να το 'ξερα. Την τελευταία φορά που πήγα πάνω επειδή...*****είχα στριμωχτεί να κάνω περιτοναϊκή και είχα κλείσει ραντεβού την*

άλλη Δευτέρα να κάμω. Την Τρίτη είχα κλείσει ραντεβού στην Αθήνα να πάω και πήγα και πέτυχε τώρα!!!!

Έτσι μου λέει και η γυναίκα μου ότι δεν το πιστεύω γι' αυτό τα παθαίνω.

(θα θέλατε να ξαναεργασθείτε;) *Ναι, όπου να 'ναι.*

Μ' άρεσε πάρα πολύ η δουλειά, δεν μπορούσα να κάθομαι.

Και όχι μόνο δουλειά που να πληρώνομαι, και σε φίλους... βοηθούσα... (δεν αποκλείεται μάλλον εσείς τη δυνατότητα να εργασθείτε κάποια στιγμή;) Ναι αλλά... βάρος δεν μπορώ να σηκώσω. (κάποια δουλειά που θα μπορούσατε να την κάνετε;) Ναι, ναι...Ναι βέβαια, πάντως στην οικοδομή είναι δύσκολο επειδή...Βέβαια (θα τον βοηθούσε), μα τώρα η μέρα μου περνάει έτσι ή με τον κήπο θα ασχοληθώ, ή θα πάω στο χωράφι μια βόλτα, ή στην οικοδομή κάτι θα κάνω (τη δικιά μου) πάλι, πάλι περνάει η μέρα μου. Αλλά σκέφτομαι άμα κάτσω στο σπίτι το δικό μου μέσα, δε θα 'χω μετά τι άλλο να κάνω, ότι δεν θα περνάει η μέρα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Ο Κος Γ φαίνεται ταλαιπωρημένος από την καταπόνηση της υγείας του και τις νέες συνθήκες διαβίωσης. Για τον ίδιο, οι μέρες της δύναμης, της ανεμελιάς και της διασκέδασης βρίσκονται πια στο παρελθόν. Ο γλαφυρός χαρακτηρισμός του Κου Γ για το μέλλον (*Εγώ, το μέλλον το δικό μου δεν το βλέπω ρόδινο*) περικλείει την κυρίαρχη συναισθηματική διάθεση του ατόμου τόσο για το παρόν όσο και για το μέλλον. Πιστεύει ότι το μέλλον του επιφυλάσσει μόνο δυσκολίες σχετικά με την αρρώστια ενώ δεν δείχνει αισιόδοξος για την έκβασή της. Νιώθει το σώμα του να τον εγκαταλείπει και δεν δίνει στον εαυτό του ούτε το δικαίωμα της ελπίδας για νέες μεθόδους ή τεχνικές που θα μπορούσαν δυνητικά να τον βοηθήσουν.

Δηλώνει ότι δεν φοβάται να πεθάνει, μιας και το έχει αποδεχτεί ως φυσική κατάληξη του ανθρώπου. Ίσως η επίπτωση της υγείας του στην επαγγελματική του δραστηριότητα καθώς και στην ευρύτερη καθημερινότητά του να του έχει στερήσει τόσα πολλά ώστε το τελεσίγραφο του θανάτου να μεταφράζεται ως λύτρωση και ανάπαυση.

Περίπτωση του Μ. (Περιτοναϊκός)

Ο κύριος Μ. πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τα τελευταία πέντε χρόνια. Είναι 62 ετών, παντρεμένος ενώ ούτε εκείνος ούτε η σύζυγος του εργάζονται πλέον. Ζει μαζί με τα τρία του παιδιά και τα εγγόνια του στο ίδιο σπίτι, στον Μυλοπόταμο της Κρήτης. Έχει επιλέξει ως μέθοδο θεραπείας την περιτοναϊκή κάθαρση, την χρονική στιγμή όμως που έλαβε χώρα η συνέντευξη βρίσκονταν στην αιμοκάθαρση. Η διάγνωση της ασθένειας επέφερε σημαντικές αλλαγές στην ψυχοκοινωνική του ταυτότητα τις οποίες φαίνεται να αναγνωρίζει και να αποδέχεται, γεγονός που έχει συμβάλει στην καλή προσαρμογή του στην ασθένεια.

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

I. Δημογραφικά στοιχεία

Είμαι 62 χρονών

(τόπος μόνιμης κατοικίας) Μυλοπόταμος

*Είχα μαγαζί 28-29 χρόνια καφενείο
Η γυναίκα μου είναι συνταξιούχος, δούλευε μεροκάματο εδώ στο νοσοκομείο
Έχω 3 παιδιά, τα οποία είναι παντρεμένα και τα 3 τα έχω κοντά μου στο ίδιο σπίτι
Έχω 7 εγγόνια*

II. Οργανική εικόνα της νόσου

*(πάσχει από ΧΝΑ) 5 χρόνια τώρα
(οργανικές διαταραχές πριν την εμφάνιση της νόσου) είχα την πίεση ...έπαθα κολπική
μαρμαρυγή.....έχω και το πρόβλημα της καρδιάς*

*(Αναφορικά με την περιτοναϊκή) Λοιπόν είναι μια μέθοδος, η οποία είναι πιο ήπια από
τούτη και ψυχολογικά δηλ. εδώ τώρα βλέπεις παράδειγμα 10 άνθρωποι και άλλος έχει το
πρόβλημα, άλλος το άλλο, μια μικρούλα 18 χρονών που κάνει αιμοκάθαρση, όλα αυτά αν
είσαι λίγο ευαίσθητος.*

*(Αναφορικά με την αιμοκάθαρση) Δεν σταθεροποιεί τη χοληστερίνη, ζάχαρο, πίεση όλα
αυτά με το να μην έχεις τα νεφρά να λειτουργούν όπως πρέπει, φτιάχνονται βέβαια αυτά τα
πράγματα την ώρα που κάνεις αιμοκάθαρση για αυτό σου λέω όταν δε λειτουργούν τα νεφρά
σου και δεν κάνει να πιεις ένα κιλό νερό και το κρατάς δυο μέρες μέσα σου και την καρδιά
πιέζει και το νερό δεν καθαρίζει το σώμα για να φύγει η σαβούρα, με την άλλη μέθοδο
κάνεις σύρα με τούτη δεν κάνεις.*

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Θεωρεί ότι η αιμοκάθαρση τον επιβαρύνει πολύ ψυχολογικά. Είχε την εμπειρία της περιτοναϊκής κάθαρσης και έχει βιώσει τα πλεονεκτήματα της μεθόδου. Δεν αναφέρεται στη συνέντευξη ο λόγος που σταμάτησε την περιτοναϊκή αλλά απ' ό,τι γνωρίζουμε από τη βιβλιογραφία η πιθανότερη αιτία είναι η μόλυνση του καθετήρα. Ο κύριος Μ. λοιπόν αυτή τη στιγμή ίσως νιώθει την αιμοκάθαρση ως επιβεβλημένη διαδικασία ελλείψει άλλης επιλογής για να κρατηθεί στη ζωή. Φαίνεται ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένος από την θεραπεία αυτή αφού δεν αναγνωρίζει τυχόν θετικές πτυχές της. Τέλος η παρουσία του στο τμήμα τεχνητού νεφρού του νοσοκομείου και η εικόνα των άλλων αιμοκαθαιρώμενων επιβαρύνει περισσότερο την ψυχολογική του κατάσταση ίσως επειδή αναχαιτίζει την προσαρμογή του.

III. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας – σύγκριση της κατάστασης πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ

*Ναι με φίλους έκανα παρέα. Τώρα όχι, το αποφεύγω...Φιλία υπάρχει με φίλους αλλά δεν
κάνω παρέα, δηλαδή, όπως έκανα παλαιότερα, που θα ξενυχτούσα, θα πήγαινα στα
Γιάννενα, θα έκανα την αλητεία μου, θα έφευγα κάποια στιγμή όταν είχα τα παιδιά πιο
μικρά και δεν είχα εγγονάκια, να κάνουμε, να πάμε ντισκοτέκ, να πάω παντού. Τώρα αυτά
εγώ, μόνος μου, που σιγά-σιγά, όταν μεγάλωσε ο άνθρωπος αρχινάει μόνος του να τα
εγκαταλείπει ή μας εγκαταλείπουν αυτά εδώ...Δεν έχω τίποτα, απλώς τώρα αποφεύγω
ορισμένες εκδηλώσεις, να ξενυχτήσω, να πάω σε γάμους, να χορέψω. Οι δραστηριότητες
αυτές έχουν: θα πάω στο γάμο, θα χαρίσω, θα πάω μια ώρα στο τραπέζι και μετά θα φύγω,
δηλαδή δεν έχω τη δυνατότητα να μείνω μέχρι να τελειώσει ο γάμος πχ μέχρι να
ξημερώσει...Δεν μπορώ να ακολουθήσω τα πράγματα που έκανα με φίλους μου, έξω το
βράδυ να φάμε σε μια ταβέρνα. Θα προτιμήσω να πάρω την κόρη μου, το γιο μου να πάμε*

σε μία ταβερνούλα, να κάτσουμε μια ώρα, μετά θα πω στα παιδιά θέλω να γυρίσω σπίτι, να ξεκουραστώ, ενώ με φίλους... Ο φίλος δεν σε καταλαβαίνει. Θέλει να γλεντήσει και έτσι εγώ δεν μπορώ... Κάποια στιγμή κουράζονται και οι άνθρωποι γιατί έχουν οικογένεια παιδιά, όχι ότι βαρυνκωθούν απλώς εγώ το βλέπω ότι η οικογένεια μου έχει συμπαρασταθεί πολύ... Προσπαθώ και 'γω να βοηθήσω, ό,τι μπορώ, έχω τη δυνατότητα να τους βοηθήσω σε όλα, δεν έχω κανένα πρόβλημα με την οικογένεια μου, είμαστε δεμένοι.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Αισθάνεται ότι είναι διαφορετικός συγκριτικά με τους υγιείς και ότι δεν μπορεί να συμβαδίσει με τον τρόπο ζωής τους. Η διασκέδαση ήταν ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής του και ίσως πυρηνικό στοιχείο της ψυχοκοινωνικής του ταυτότητας και για αυτό το λόγο να του είναι τόσο δύσκολο να αποδεχτεί τόσο πολύ ο περιορισμός της. Ως εκ τούτου έχει απομονωθεί κοινωνικά και νιώθει ότι είναι αποδεκτός μόνο από την οικογένειά του.

Εκτιμά την συμπαράσταση της οικογένειάς του, αλλά νιώθει ότι τους επιβαρύνει η ασθένεια του. Θετικό στοιχείο στην προσαρμογή του αποτελεί η βοήθεια που προσφέρει στο σπίτι δίνοντας του την δυνατότητα να νιώσει ικανός, και χρήσιμος τουλάχιστον ως προς τους σημαντικούς Άλλους της ζωής του, την οικογένειά του.

IV. Ο εαυτός (Σύγκριση πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ) Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας

Η ζωή, είναι πώς να το πω, ανάλογα την ηλικία, προσαρμόζεται κιόλας, όσο πιο νέος τόσο πιο ενέργεια έχεις μέσα σου. Όταν φτάσεις σε μια ηλικία, που γίνεσαι συνταξιούχος και έχεις και κάποια προβλήματα υγείας, προσπαθείς να ζεις με αυτά τα προβλήματα και να μην κάνεις κάποια που είναι περιττά. Δεν μπορώ δηλαδή, να πάω τώρα εγώ πχ να κάνω, να σκάβω στο χωράφι ή να φυτεύω γιατί είναι επικίνδυνο αυτό...

Προσπαθώ και 'γω να βοηθήσω, ό,τι μπορώ, έχω τη δυνατότητα να τους βοηθήσω σε όλα... Τώρα σηκώνομαι το πρωί, να φάω το πρωινό, να πάω βόλτα μέχρι το χωράφι, να δω τις ελιές, να δω το περιβολάκι που υπάρχει εκεί. Δε μ' αφήνει η δουλειά να περπατήσω στο περιβόλι το καλοκαίρι, να ξεφύγω λίγο από την πόλη, καμιά φορά, να σταματήσω πουθενά να πω καφέ ή μετά, αν έχω χρόνο να έρθω πάλι εδώ ή πάλι να πάω σπίτι να φάω, να ξαπλώσω περίπου δύο ώρες το μεσημέρι. Αυτά είναι όλα... δεν είναι να στα λέω... όπως πριν, όταν εργαζόμουν, καθόμουν να καπνίσω, να ξενυχτάω και να κάνω ήσυχη και ήρεμη ζωή.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Διαφαίνεται μια στρατηγική αντιμετώπισης της ασθένειας. Αποδίδει την μείωση της ενεργητικότητάς του και την υιοθέτηση ενός πιο ήρεμου τρόπου ζωής στο προχωρημένο της ηλικίας του και όχι ως επίπτωση της ασθένειας του. Το γεγονός αυτό τον βοηθάει να αποδεχτεί τους περιορισμούς που του θέτει η Χ.Ν.Α. και να προσαρμοστεί τελικά στην ασθένεια.

Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που θέτει η κατάσταση της υγείας του καθώς και την ηλικία του θα μπορούσαμε να πούμε πως πρόκειται για ένα δραστήριο άνθρωπο. Δεν επέτρεψε στην ασθένεια να τον περιορίσει. Έχει βρει νέες ασχολίες που του

προσφέρουν χαρά και ικανοποίηση και τροφοδοτούν την αυτοεκτίμησή του. Ο κύριος Μ. δείχνει να έχει αποδεχτεί και να έχει προσαρμοστεί πολύ καλά στη ζωή με ΧΝΑ.

V. Το μέλλον

(αναφορικά με τη μεταμόσχευση)...*Η ζωή μου λοιπόν πόσο να 'ναι; 5, 3, 10, 12 χρόνια; Λοιπόν αυτή είναι η ηλικία του ανθρώπου, άντε αν είσαι υγιής να γίνεις 80 αλλά βέβαια ας πούμε 75. Δηλαδή να ζήσω ακόμα 10 χρόνια; Κοίτα το κοριτσάκι (μου δείχνει ένα κοριτσάκι που είναι 18 χρονών και κάνει αιμοκάθαρση), ή ο κύριος απέναντι που είναι 48 χρονών, σκέφτομαι και λέω, είναι προτιμότερο σε ανθρώπους που είναι νέοι, θέλουν πραγματικά, έχουν ανάγκη να ζήσουν, ακόμη να κάνουν οικογένεια να παντρευτούν, να ζήσουν και εγώ είμαι 62 χρονών, έχω κάνει οικογένεια, έχω κάνει εγγονάκια, εντάξει δε λέω να πεθάνω, δεν θέλω να πεθάνω, αλλά λέω ότι υπάρχουν κάποιες μεγαλύτερες ανάγκες που πρέπει να πάρει κάποιος αν βρεθεί μόσχευμα, προκειμένου να το πάρω, να το πάρει ένας νέος, πρέπει, έχει τη ζωή μπροστά του.*

Δεν σκέφτομαι καθόλου περί μοσχεύματος, λέω όσο μπορώ να ζήσω, την μία μέρα που ζω είναι κέρδος για μένα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Μέσα από την άποψη του για τη μεταμόσχευση φαίνεται κατ' αρχήν η αποδοχή της βεβαιότητας του θανάτου και του μη αναστρέψιμου της ασθένειάς του. Συνειδητοποιεί ότι η ζωή του είναι πλέον μια αντίστροφη μέτρηση προς το θάνατο, πραγματικότητα την οποία δείχνει να έχει αποδεχτεί χωρίς να φαίνονται σημάδια άγχους ή φόβου για την κατάληξή του. Σε αυτό συμβάλει όπως αναφέρει το γεγονός ότι νιώθει ότι έχει πάρει από τη ζωή ό,τι είχε να του δώσει...οικογένεια, δουλειά, διασκέδαση. Επιπλέον, από την αναφορά στην 18χρονη αιμοκαθαρώμενη μπορούμε ίσως να συμπεράνουμε ότι νιώθει ευγνωμοσύνη και ικανοποίηση για τη ζωή του αλλά και ενοχή και οίκτο απέναντι στους νέους αφού εκείνος (σε αντίθεση με τη 18χρονη) είχε την ευκαιρία να ζήσει και να χαρεί το μεγαλύτερο και παραγωγικότερο κομμάτι της ζωής του με υγεία και με την ελευθερία της επιλογής. Τώρα οφείλει αν μη τι άλλο να μην σταθεί εμπόδιο στη δική τους ευκαιρία για μια ζωή γεμάτη με υγεία, να μην στερήσει ένα μόσχευμα από ένα νέο.

8.3 Περίπτωση Κας Μ. (Αιμοκαθαιρόμενη)

Η κυρία Μ. διαμένει στο χωριό Κυριάννα μαζί με το σύζυγό της. Έχει τρία παιδιά ενήλικα και παντρεμένα. Ο σύζυγός της ασχολείται με διάφορες εργασίες ενώ η ίδια όχι πια. Η κυρία Μ. είναι τρία χρόνια αιμοκαθαιρόμενη και είναι κατηγορηματικά αντίθετη της περιτοναϊκής κάθαρσης. Η ΧΝΑ της δημιούργησε προβλήματα καρδιάς και ηπατίτιδα. Αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα και η σχέση με τον άντρα της είναι τεταμένη. Η κυρία Μ. εδώ και χρόνια πάσχει από κατάθλιψη. Έχει ακολουθήσει διάφορες μορφές θεραπείας χωρίς μόνιμα αποτελέσματα. Είναι απαισιόδοξη σχετικά με το μέλλον της κυρίως λόγω της χρόνιας κατάστασης της υγείας της.

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

I. Δημογραφικά στοιχεία

(Από πού είστε;)... από την Κυριάννα, κοντά από το Αρκάδι.

(Έχετε παιδιά;) Έχω τρία. Ένα κορίτσι και δυο αγόρια. Μεγάλα, παντρεμένα. Τα αγόρια είναι στα Χανιά. Η κοπελιά είναι εδώ στο Ρέθυμνο. Ο σύζυγος, στο χωριό μαζί. Είναι χασάπης, γεωργός, κάνει καφενείο.

(Τι δουλειά κάνατε;) Πήγαινα στα έξω χωριά, ε...σε όλες τις δουλειές επήγαινα σε όλες.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Μ. φαίνεται να είναι μια γυναίκα μέσης ηλικίας. Είναι έγγαμη με τρία παιδιά. Η κύρια απασχόλησή της ήταν οι αγροτικές δουλειές και πιθανόν το μορφωτικό της επίπεδο να είναι χαμηλό. Ο σύζυγός της εργάζεται ακόμα.

II. Οργανική εικόνα της νόσου

Ε..δεν ήμουν καλά, καμάρι μου.. Είναι χρόνια, πολλά χρόνια. Πριν να παντρευτώ. Και από τη γέννησή μου έχω την πάθηση αυτή. Ε.. ήμουν βαριά, δεν μπορούσα να κάμω ούρα, σταματήσανε τα ούρα. Σταματήσανε τα νεφρά μου τελείως.. και μου λένε θα πεθάνεις, πρέπει να κάμεις αιμοκάθαρση.

Κάνω τρία χρόνια αιμοκάθαρση.

Περιτοναϊκή κάθαρση μου είπαν και δεν το δέχομαι, καλλιά να ποθάνω! Ε,δε θέλω, από δω να με ανοίξουνε, όχι, όχι δε θέλω. Θέλει καθαριότητα. Δε θέλω, γιατί..(- Επειδή φοβάστε ότι κάτι δε θα πάει καλά;) Ναι,ναι. (- Για σας καλύτερα είναι η αιμοκάθαρση. Έχετε εμπιστοσύνη στο προσωπικό εδώ, στους γιατρούς;) Πολύ.

Η καρδιά.. έπαθα και καρδιά, από τα νεφρά μου έπαθε κι η καρδιά μου. Και τώρα έχω και καρδιά και ηπατίτιδα..

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Μ. δείχνει ανένδοτη στο θέμα της περιτοναϊκής κάθαρσης. Φαίνεται ότι η ιδέα της εισαγωγής στο χειρουργείο την αγχώνει, ίσως και να τη φοβίζει. Επίσης, είναι έκδηλο το ότι δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό της, στις δυνάμεις της. Αρνείται να είναι η ίδια υπεύθυνη της κατάστασης της υγείας της λόγω του φόβου του απρόοπτου, του θανάτου.

III. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας – σύγκριση της κατάστασης πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ

Πήγαινα στα έξω χωριά, ε...σε όλες τις δουλειές επήγαινα σε όλες. Έκανα δουλειές, έκανα. Τώρα δεν μπορώ. Ε, σιγά σιγά το τσικαλάκι μου μαγειρεύω, πλύνω το πιάτο μου, στρώνω το κρεβάτι μου.

(Θέλω να μου πείτε όταν μαλώνετε, για ποιο πράγμα μαλώνετε;) *Ε.. είναι παράξενος, ότι δεν κάνεις αυτό, ότι δεν κάνεις δουλειά.. μωρέ δεν μπορώ, ότι μπορώ κάνω, άφησέ με, μη με στενοχωράς..* (-Μαλώνετε έτσι από τη στιγμή που παντρευτήκατε ή τώρα τελευταία;) *Από τη στιγμή..* (-Από τότε που αρχίσατε την αιμοκάθαρση έγιναν χειρότεροι οι καβγάδες;) *Χειρότεροι.* (- Για ποιο λόγο, επειδή δεν μπορείτε να κάνετε δουλειά;) *Ναι.* (- Τα παιδιά τι λένε σ' αυτές τις περιπτώσεις;) *Ε.. τι να κάνουνε τα καημένα κι αυτά ;!* (Σας υποστηρίζουν, λένε τίποτα του μπαμπά τους;) *Όχι, όχι.* (Τον φοβούνται τα παιδιά, γι' αυτό δεν του λένε τίποτα;) *Ε..μικρά τα μάλωνε..εδώ είναι μεγάλα, άνδρες μεγάλοι δε..τα μαλώνει.* (Δεν τα μαλώνει αυτός αλλά αυτοί δεν του λένε τίποτα για σας όπως «να μην μαλώνεις τη μάνα μου».) *Ναι.* (Του λένε έτσι; Και τι λέει αυτός;) *Τίποτα.* (Δηλαδή μαλώνετε πιο πολύ επειδή δεν μπορείτε εσείς να κάνετε κάποια δουλειά, γι' αυτό ε;) *Ναι.* (Μου είπατε πως από τότε που αρχίσατε την αιμοκάθαρση γίναν χειρότεροι οι καυγάδες έτσι;) *Χειρότεροι.* (Δε σας υποστηρίζει αυτός, δεν αισθάνεστε κάποια υποστήριξη;) *Όχι πότε με μαλώνει, πότε δε με μαλώνει.* (Σας βοηθάνε τα παιδιά σας;) *Η κόρη μου έρχεται στο χωριό και με βοηθά. Τα αγόρια μου είναι στα Χανιά, είναι μηχανικοί και δεν έρχονται.* (Οικονομικά προβλήματα έχετε;) *Οικονομικά..! Εγώ παίρνω και το ταξί κάθε μέρα θέλω 3 και 4 χιλιάρικα.*

(Έχετε φίλες;) *Δεν πηγαίνω καμάρι μου. Από το σπίτι μου στο μαγαζί, στο καφενείο και αν πάω στην αδερφή μου. Σε άλλο σπίτι δεν μπαίνω.* (Με κάποια γειτόνισσα έχετε σχέσεις;) *Εκεί που είμαι, δεν μπαίνω σ' ανθρώπου σπίτι. Έχω γειτόνους μα λέω δεν πάω, γιατί..* (Δεν έχετε όρεξη ε;) *Ναι δεν έχω.* (Κι αυτό πριν αρχίσετε ακόμα την αιμοκάθαρση έτσι;) *Ναι.* (- Πάντα ήσασταν έτσι;) *Όλο στο κρεβάτι..όλο..* (-Τα παιδιά σας πως τα μεγαλώσατε;) *Οι αδερφοί μου τα μεγαλώσανε.* (Πριν να αρχίσετε την αιμοκάθαρση είχατε φίλες;) *Όχι, δεν είχα.* (Γιατί;) *Ε..δεν είχα.* (Δε θέλατε να βγαίνετε απ' το σπίτι, γι' αυτό;) *Δεν ήθελα.*

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Μέσα από τα λόγια της κυρίας Μ., εκφράζεται η κοινωνική αναπαράσταση του γυναικείου ρόλου. Η γυναίκα πρέπει να ασχολείται και με δουλειές εκτός από αυτές του σπιτιού ώστε να συνεισφέρει οικονομικά στην οικογένεια. Η κοινωνική ζωή της γυναίκας περιορίζεται στα συγγενικά πρόσωπα. Η κυρία Μ. δεν μπορεί να εργαστεί και να συνεισφέρει οικονομικά, κάτι που την αγχώνει. Τα οικονομικά προβλήματα που έχουν προκύψει έχουν διαταράξει την ήδη τεταμένη, σχέση με τον άντρα της. Επιπλέον, φαίνεται πως η χρόνια κατάσταση της υγείας της συνετέλεσε στην έλλειψη συναισθηματικού δεσμού με τα παιδιά της. Κατά συνέπεια, η ασθενής δεν έχει προσδοκίες ούτε απαιτήσεις για υποστήριξη από τα παιδιά της. Η χρήση της λέξης *καημένα* πιθανόν να απορρέει από συναισθήματα οίκτου για τη μοίρα των παιδιών να μη μεγαλώσουν με τη μητέρα τους ή / και από ενοχές δικές της που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στο ρόλο της μάνας.

IV. Ο εαυτός (Σύγκριση πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ). Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας

(Σας χτύπησε βαριά ότι θα κάνετε αιμοκάθαρση;) *Πολύ βαριά. (Γιατί;) Βαριά γιατί 10 κάνει και τώρα που είπανε δεν μπορούσαν πέσανε οι γιατροί πάνω μου και δεν μπορούσαν να με σώσουνε, λέει υποφέρετε πρέπει να κάμεις αιμοκάθαρση γιατί θα πεθάνεις. (Φοβηθήκατε όταν σας είπαν για το μηχάνημα;) Φοβήθηκα. Τις βελόνες. Τον πόνο.*

(Απογοητευτήκατε από τότε που κάνατε την αιμοκάθαρση ή από πριν;) *Από πριν. (Πριν να αρχίσετε την αιμοκάθαρση είχατε φίλες;) Όχι, δεν είχα. (Γιατί;) Ε..δεν είχα. (Δηλαδή δε θέλατε να βγαίνετε απ' το σπίτι, γι' αυτό;) Δεν ήθελα.*

Τι Ηράκλειο, τι Αθήνα, τι Χανιά που δεν έχω πάει. (Συνέχεια ήσασταν στα νοσοκομεία έτσι;) Στα νοσοκομεία. Με πήγανε στο Ηράκλειο και μου κάνανε σοκ. (Για ποιο λόγο;) Δεν ξέρω γιατί μου το κάνανε.. (Πριν να σας κάνουνε το «σοκ» αυτό τι είχατε παρουσιάσει;) Είχα απογοητευτεί.. (Είχατε προβλήματα δηλαδή ψυχολογικά;) Ναι, ναι. Υστερα αναστήθηκα και όλο άρρωστη, όλο άρρωστη.. (Με το κλάμα..τι κάνατε ακριβώς; δεν θέλατε να βλέπετε κανένα, δε μιλούσατε σε κανένα, τι κάνατε;) Το ίδιο..

(Παίρνετε ψυχοφάρμακα τώρα;) *Χαπάκια μόνο, τα ταβόρ αυτά. (Αλλά δε σας βοηθάνε τώρα τελευταία δεν έχετε επισκεφτεί ψυχίατρο;) Όχι είναι πολλά χρόνια.*

Είναι βράδια που κοιμούμαι, είναι βράδια που δεν κοιμούμαι. Αϋπνίες. Σκέφτομαι πολλά, πολλά αγωνία έχω.. Σκέφτομαι το ένα, σκέφτομαι το άλλο και απογοητεύομαι.. Πως θα κάμω τη δουλειά μου. (Αισθάνεστε ανήμπορη, ότι δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα;) Ναι.

(Σας ενοχλεί αυτό;) *Με ενοχλεί. (Κλαίτε συχνά;) Ναι, ναι. (Είστε πολύ απογοητευμένη;) Πολύ πολύ. (Γιατί;) Ε.. δεν είμαι καλά παιδί μου..θέτω και δεν κοιμάμαι κιάλας, άστα. (Δηλαδή αισθάνεστε πολύ απογοητευμένη;) Πολύ, πολύ.. Έχω κι ένα άγχος. Στεναχωριέμαι, και αν δεν πορίσω να πάω πουθενά..μου φτάνει λέει και το σπίτι. (Γιατί;) Ε, δεν ξέρω..στεναχωριέμαι..*

Δεν έχω καθόλου δύναμη, πιάνονται τα πόδια μου και δεν μπορώ να πάρω «ζάλο».

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η χρόνια ασθενική υγεία της κυρίας Μ. φαίνεται ότι την έχει κουράσει και απογοητεύσει. Στα λόγια της διακρίνεται ξεκάθαρα η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κοινωνική απόσυρση, αϋπνίες, απογοήτευση, αίσθημα ανημπορίας, κλάμα) τα οποία έχουν ενισχυθεί με την εκδήλωση της ΧΝΑ. Φαίνεται και εδώ ότι την στενοχωρεί και την αγχώνει η αδυναμία της να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του γυναικείου ρόλου με αποτέλεσμα να μένει άυπνη. Επίσης, η μέθοδος της αιμοκάθαρσης τη φόβισε, κυρίως οι βελόνες και ο πόνος, αλλά ήταν ο μόνος τρόπος για να παραμείνει εν ζωή και γι' αυτό συμβιβάστηκε.

V. Το μέλλον

(Το θάνατο τον φοβάστε;) *Βλέπεις καμάρι μου ότι πεθαίνω (δείχνει το χέρι και λέει) η φίστουλα, η φίστουλα, εδώ κοιτά!*

Εγώ όπου να 'ναι θα «πογύρω» θα πάω στο νεκροταφείο (γελάει). (Γι' αυτό φοβάστε;) Δε φοβάμαι καλλιά να πεθάνω, να ξεκουραστώ καλλιά. (Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;) Δεν με νοιάζει, απογοητεύτηκα. (Τι σας κρατάει στη ζωή, που σας δίνει δυνάμεις;) Δεν έχω δύναμη..

(Εφόσον το ταβόρ δε σας βοηθάει, να σας δώσει άλλο φάρμακο το οποίο μπορεί να σας κάνει καλύτερα να κοιμόσαστε καλύτερα, να μην έχετε αϋπνίες) *Ναι, ναι..(με προσμονή)..(Και να σας δώσει λίγη δύναμη, να είστε λίγο πιο δυνατή. Θα θέλατε να το κάνουμε;) Το θέλω. Αμα τ' αλλάζω λες να πάθω τίποτα; (Όχι, μα γι' αυτό είναι και η γιατρός γιατί δεν μπορεί να σας αλλάξει ο καθένας) Ναι, ναι.*

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Κοινωνική αναπαράσταση του θανάτου. Ο θάνατος ταυτίζεται με την ανάπαυση και την ανακούφιση από τον πόνο. Η κυρία Μ. είναι απαισιόδοξη και νιώθει ότι βρίσκεται στο μεταίχμιο ζωής και θανάτου. Τα λόγια της δείχνουν ότι έχει αποδεχτεί την ιδέα του θανάτου και τον προσμένει. Ωστόσο, στη συνέχεια αντιφάσκει. Η ασθενής βαθιά μέσα της δε θέλει να πεθάνει, δράττεται της ευκαιρίας για ανάκτηση των δυνάμεων της μέσω της αλλαγής των ψυχοφαρμάκων ενώ παράλληλα συνεχίζει να προστατεύει τον εαυτό της από νέους κινδύνους - ασθένειες. Θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως μια εκδήλωση του ενστίκτου για επιβίωση.

Περίπτωση Κας Ε. (Περιτοναϊκή)

Η κ. Ελένη είναι 53 ετών και ζει μόνιμα στο Ρέθυμνο. Είναι παντρεμένη και έχει δύο ενήλικα παιδιά. Εδώ και 15 χρόνια κάνει περιτοναϊκή κάθαρση ενώ θεωρεί τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης ψυχοφθόρα. Έχει αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία την έκαναν πιο δυνατή. Δεν αισθάνεται ότι ανήκει σε κάποια «ειδική κοινωνική ομάδα» όπως τυχαίνει να την αντιμετωπίζει το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Είναι πολύ αισιόδοξη για το μέλλον και συνεχίζει να κάνει όνειρα.

ΘΕΜΑΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

I. Δημογραφικά στοιχεία

Είμαι στα 53 χρόνια. Γεννήθηκα το 1952.

(μένω στο) Ρέθυμνο

*Έχω δυο παιδιά, είμαι γιαγιά, η κόρη μου είναι 34 χρονών..παντρεμένη.. και ο γιος μου είναι στα 30. Να σου πω για τον εγγονό η ζωή μου είναι! Το παιδάκι το χω από μωρό, το λατρεύω! Το μωρό είναι μικρούλη, 4,5 χρονών είναι.
(Ο σύζυγος) είναι 60 χρόνων.*

Πήγαινα στα περιβόλια μου, να τρέχω στο μαγαζί, να δουλεύω σαν το σκύλο από το πρωί μέχρι το βράδυ, να τρέχω από δω και από κει. (το μωρό) το φέρνει στο μαγαζί, το παίρνω εγώ σπíti και το ταΐζω και γυρίζω το απόγευμα και της το φέρνω και φεύγουνε και κάθονται εγώ να κλείσω το μαγαζί.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Ε. είναι μια μεσήλικη γυναίκα με δυό παιδιά και ένα εγγονάκι, στο οποίο τρέφει ιδιαίτερη αδυναμία. Ο σύζυγός της είναι μεγαλύτερος από αυτή κατά 7 χρόνια και δεν γίνεται λόγος για ασχολίες οποιαδήποτε φύσης. Η ίδια πάντως δείχνει πολύ δραστήρια καθώς αναφέρεται για δουλειές αγροτικές, ιδιοκτησίας και λειτουργίας μαγαζιού και ανατροφής εγγονού.

II. Οργανική εικόνα της νόσου

Είχα πολλά χρόνια πίεση.. Όταν ήμουν έγκυος στον γιο μου είχα πίεση.. Κάποτε έπαθα και μια ουρολοίμωξη, ήταν πολύ σοβαρό και ήμουν σε μικρή ηλικία βέβαια. Αλλά από κει και έπειτα δεν θυμάμαι τίποτα.. Δεν με κοιτάζανε και οι γιατροί τότε. Και από κει και ύστερα συνέχισα να έχω πίεση και έπινα φάρμακα, δεν γινόταν τίποτα και μετά από πολλά χρόνια μου παρουσιάστηκε ένα λέυχομα mihotskin το οποίο πάλευα, έγινε καρκίνος του δέρματος. Έκανα ακτινοβολία, μου το βγάζανε και ακτινοβολία πάλι.. Φάρμακα γι' αυτό δεν πήρα καθόλου.. Είναι 25 χρόνια τώρα ακριβώς. Ξεκίνησε από μια ελιά στην πλάτη που έξυσα εγώ και μάτωσε και μετά άρχισε να φουσκώνει. Το βγάλανε εδώ και το στείλανε στα Χανιά και μετά άρχισαν τα βάσανά μου. Δεν ξέρω γιατί ανέβαινε (η πίεση) από τα νεφρά μου ανέβαινε. Μετά από 15 χρόνια βρήκανε ότι τα νεφρά μου είχαν πρόβλημα, ο αριστερός νεφρός αλλά τι ακριβώς όμως όχι. Από την Στερογραφία είδανε ότι ο ουρητήρας μου ήταν ανάποδα και γυρίζανε πίσω τα νεφρά και έπαθα παλινδρόμηση. Κάποια στιγμή το είπε ένας γιατρός αλλά δεν δώσαμε σημασία. ΄Πεδή είχα εκείνο το πρόβλημα και πηγαίνοερχόμενα στην Θεσσαλονίκη. Κάθε φορά που παρουσιαζόταν μια κοκκινίλα στο δέρμα έτρεχα το βγάζανε και παράτησα τα νεφρά εντελώς. (Αυτό το πρόβλημα της παλινδρόμησης το ξεπεράσατε;) ναι έκανα εξετάσεις και είπαν ότι είναι φυσιολογικά. Θα μπω στο πρόγραμμα για μεταμόσχευση αλλά δεν πιστεύω να με εμποδίσει. Δεν πιστεύω να με εμποδίσει να δούμε όμως τι θα πούνε και στην Πάτρα. Θα πάω κάποια στιγμή μου είπαν οι γιατροί ότι θα πάω ας είναι καλά οι άνθρωποι.

(Όλο το βράδυ είστε με τον καθετήρα;) κοιμάμαι, ζυπνάω με αυτό. Αυτό φωνάζει άμα μπερδέσει κάπου άμα δεν βγάζει. Δεν κοιμάμαι και σαν το πουλάκι. Αλλά δόξα το Θεό θα μπορούσα να είμαι και χειρότερα. Είχα διαβάσει ένα φυλλάδιο και είχα σκεφτεί τι πρέπει να κάνω. Η περιτοναϊκή δεν ήξερα και τι ήταν αυτό. Είχα διαβάσει ένα φυλλάδιο και σκεφτόμουν τι πρέπει να κάνω δηλαδή να ξέρω τι περίπου γίνεται. Μου εξηγήσανε οι γιατροί, πάρα πολύ καλοί γιατροί στο νοσοκομείο, πολύ καλοί άνθρωποι, φοβεροί άνθρωποι από την τελευταία νοσοκόμα μέχρι τον αρχηγό. Έμεινα πολύ ευχαριστημένη. Και άνθρωποι είναι και επιστήμονες, φοβεροί επιστήμονες. Τους ευχαριστώ πάρα πολύ μου σταθήκανε τόσο πολύ, δεν περίμενα ότι έχω πέσει σε τόσο καλά χέρια.

(Πως εμφανίστηκε;) Είχα πάρα πολύ μεγάλη κρεατινίνη. Μια εβδομάδα είχα μπει στο νοσοκομείο και εκεί έπαθα μια ουρολοίμωξη και με έπιασαν τα νεφρά και μετά βγήκα και ετοιμαζόμασταν για το χειρουργείο όπου με έβαλαν την ίδια μέρα στο χειρουργείο.

Μου έκανα κατευθείαν περιτοναϊκή. Εγώ δεν το δέχτηκα δεν το ήθελα καθόλου, θα προσέχω λέω για να μην κάνω μόλυνση και προς το παρόν δόξα το Θεό προσέχω. Δεν έχω σε κανέναν εμπιστοσύνη να ακουμπήσει εκεί που έκαναν δουλειά οι γιατροί. Φοβερή ανακάλυψη σώσανε τον κόσμο και δεν είμαι στα νοσοκομεία να ψυχοπλακώνομαι και με τους άλλους να βογκάνε γύρω γύρω. Εγώ δεν το αντέχω αυτό το πράγμα να βογκάνε γύρω μου θα πεθάνω. Προτιμώ να είμαι σπίτι μου και να χτυπάω το κεφάλι μου στον τοίχο παρά να είμαι εκεί μέσα.

..Ένα ουρικό οξύ που δεν πέφτει. Έχω κάνει και απανωτές ουρολοιμώξεις από την παλινδρόμηση.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Ε. αντιμετώπιζε πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας (καρκίνο του δέρματος) πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ. Αναφέρεται σ' αυτά χωρίς να φορτίζεται συναισθηματικά κάτι που πιθανόν να υποδεικνύει την πλήρη αποδοχή της νόσου. Κάνει σαφές ότι δεν ήταν εύκολο γι' αυτήν και ότι την ταλαιπώρησε αρκετά. Επιπροσθέτως, πιστεύει ότι η θειϊκή παρέμβαση ήταν καθοριστικής σημασίας για την καλή έκβαση της υγείας της. Φαίνεται ότι η πίστη της στο Θεό ήταν η κύρια πηγή ψυχικής δύναμης για να αντιμετωπίσει την ασθένειά της. Όσον αφορά την ΧΝΑ νιώθει ευγνωμοσύνη προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι γιατροί συμπεριφέρθηκαν και σαν επιστήμονες και σαν άνθρωποι, κάτι που για την κυρία Ε. αποτελούν εξαίρεση. Στο σημείο αυτό διαφαίνεται η κοινωνική αναπαράσταση του γιατρού. Επίσης, νιώθει ότι ευθύνεται κυρίως η ίδια για την καθυστέρηση της διάγνωσης της ΧΝΑ. Η ενοχή της αυτή έχει τώρα εκλογικευτεί μέσω του γνωστικού σχήματος της προτεραιότητας στον καρκίνο του δέρματος κι έτσι δεν την επηρεάζει αρνητικά στην αποδοχή της κατάστασής της. Δείχνει να έχει προσαρμοστεί και αποδεχτεί πολύ την ΧΝΑ και την ανάγκη για εξωνεφρική κάθαρση. Σ' αυτό πιθανόν να συνετέλεσε η πληροφόρηση που η ίδια επεδίωξε και η προσωπική επιλογή της μεθόδου.

III. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας – σύγκριση της κατάστασης πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ

Όλη την ημέρα έτρεχα, πήγαινα στους γέρους μου, πήγαινα στα χωριά, πήγαινα στα περιβόλια μου, στο κορίτσι μου, να τρέφω το εγγονάκι μου, να τρέχω στο μαγαζί, να δουλεύω σαν το σκύλο από το πρωί μέχρι το βράδυ, να τρέχω από δω και από κει. Και τώρα απότομα όλα σταματήσανε, αλλά συνήθεια είναι όλα μέσα στο κεφάλι μου και είναι μια απόφαση όλα και ότι δεν υπάρχουν πισωγυρίσματα αρκεί να το πάρεις απόφαση. Έκοψα κάμποσα πράγματα δεν πήγα στις ελιές, δεν έκανα περιβόλι, δεν έκανα πολλά λουλούδια φέτος, όσα είχα τις άλλες χρονιές, δεν σκάλισα τον κήπο μου, δεν έκανα τίποτα από όλα αυτά. Δεν μπορώ να κάνω πολλά πράγματα γιατί κουράζομαι πολύ, το σπίτι μου είναι πολύ μεγάλο και θέλει πάρα πολύ δουλειά και κάνω λίγα λίγα, σιγά σιγά.

(Ο σύζυγος..) Δεν τον ήξερα μου είπαν να τον πάρω και τον πήρα. 16 χρονών ήμουνα τότε. Δεν είναι και η καλύτερη η σχέση μας, η πιο καλύτερη του κόσμου. Δεν αδιαφορεί για τα παιδιά αλλά είναι πιο πολύ του εαυτού του, να μην στεναχωρηθεί, να πηγαίνει με την παρέα του. Όχι δεν του λέω τίποτα, βαρέθηκα, τώρα τα κάνω όλα μόνη μου. (Για συναισθηματική δύναμη που θα πάτε να μιλήσετε;) Στα παιδιά μου θα πάω, στην κόρη, είμαστε φίλες από μικρή.

(Όταν έγινε η περιτοναϊκή για πρώτη φορά ήταν και ο σύζυγός σας μαζί για να μάθει και αυτός;) Δεν έμαθε κανένας μόνη μου τα έκανα, και μόνη μου πήγα και μόνη μου είμαι. Ο σύζυγός μου δεν ξέρει τέτοια πράγματα, σημασία δεν δίνει.

Η τρομερή αλλαγή στη ζωή μου, μου έφερε άγχος. Δεν μπορούσα να φάω ό,τι θέλω αλλά ούτε και πριν έτρωγα γιατί δεν είμαι του πολύ φαγητού εγώ. Ήθελα να κάνω τραπέζια σε φίλους αλλά κοπήκανε όλα αυτά γιατί δεν μπορούσα να τα κάνω και τα έκοψα. Σταμάτησα να βγαίνω έξω γιατί δεν μπορούσα να βγαίνω. Το βράδυ δεν μπορούσα γιατί στις 10 πρέπει

να είμαι σπίτι. 10 και μισή με 11 και μισή πρέπει να αρχίσω μέχρι 8 το πρωί κάνω την αιμοκάθαρση.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Ε. περιγράφει τον εαυτό της ως πολύ εξωστρεφή και δραστήρια πριν την ΧΝΑ, το οποίο επισημαίνεται με την επανάληψη των ρημάτων τρέχω και πηγαίνω. Μετά την εμφάνιση, αποφάσισε να σταματήσει πολλές από τις εξωτερικές εργασίες κάτι που την στενοχώρησε ιδιαίτερα και το δείχνει μέσα από τη χρήση αρνητικών φράσεων «δεν...δεν...». Έχει συμβιβαστεί με αυτούς τους περιορισμούς αφού νιώθει να κουράζεται περισσότερο τώρα, ενώ στην αρχή η αλλαγή των συνηθειών της την άγχωσε και κυρίως ο περιορισμός των κοινωνικών συναναστροφών. Στη δεδομένη στιγμή, φαίνεται να έχει απομονωθεί κοινωνικά. Δεν νιώθει ότι μπορεί να βρει στήριξη σε κανένα ούτε και στον σύζυγο, παρά μόνο στην κόρη της, όχι πάντα όμως. Είναι έκδηλο το αίσθημα της μοναξιάς. Η σχέση της με το σύζυγό της δεν την ικανοποιεί, υπήρχε εξ αρχής απόσταση μεταξύ τους αφού της επιβλήθηκε ο γάμος αυτός. Η πρόταση «δεν είναι και η καλύτερη η σχέση μας, η πιο καλύτερη» πιθανόν να υποδηλώνει ότι η σχέση τους δεν επαληθεύει το δικό της πρότυπο γάμου και συζυγικής σχέσης, τις δικές της προσδοκίες και όνειρα.

IV. Ο εαυτός (Σύγκριση πριν και μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ). Ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας

Μια ζωή έτρεχα στα νοσοκομεία και μόνη μου. Έμαθα να στέκομαι όρθια. Ήταν πολύ δύσκολα αλλά δεν το βάζω κάτω. Με τον καρκίνο δεν το έβαλα κάτω καθόλου, λέω εσύ που είσαι εκεί θα φύγεις κιόλας, δεν σκέφτηκα ποτέ ότι είμαι άρρωστη.

(Πως αισθανθήκατε όταν άρχισε;) *Πέθαινα και ζαναζωντάνευα. Εγώ έχω μάθει να είμαι όλη μέρα όρθια και να δουλεύω να τρέχω.*

Με έβαλαν την ίδια μέρα στο χειρουργείο. Έψαχνα ψυχολόγο για να του μιλήσω, ήμουνά τόσο πολύ χάλια. Πέθαινα έκανα πέντε μήνες να συνέλθω τώρα είμαι καλά, παλιά δεν ήμουν καθόλου καλά πέρασα πάρα πολύ δύσκολα. Όχι δεν φοβόμουν γιατί δεν ένιωθα φόβο. Ήτανε το γιατί το γαμώτο που λέμε το γιατί σε μένα και το ήξερα ότι κάποια στιγμή θα έρθει, μέσα μου το ήξερα ότι κάποια στιγμή θα το πάθω αλλά το γαμώτο γιατί.

(Λόγοι επιλογής μεθόδου κάθαρσης) *..εγώ δεν το δέχτηκα δεν το ήθελα καθόλου αυτό, θα προσέχω λέω για να μην κάνω μόλυνση και προς το παρών δόξα το Θεό προσέχω. Δεν έχω σε κανέναν εμπιστοσύνη να ακουμπήσει εκεί που έκαναν δουλειά οι γιατροί. (όταν έγινε αυτό ήταν και ο σύζυγός σας μαζί για να μάθει και αυτός;) δεν έμαθε κανένας μόνη μου τα έκανα, και μόνη μου πήγα και μόνη μου είμαι. Ο σύζυγός μου δεν ξέρει τέτοια πράγματα, σημασία δεν δίνει.*

Δεν νοιώθω μισός άνθρωπος επειδή έχω ένα λάστιχο στη μέση μου και δεν με εμποδίζει να κάνω την δουλειά μου, εγώ όλη την ημέρα είμαι όρθια και σπάνια θα πάω να ξαπλώσω το μεσημέρι, θα μαγειρέψω, θα πλύνω τα ρούχα μου. Θα κάνω όλες τις δουλειές μου. Ό,τι μπορώ κάνω ό,τι δεν μπορώ δεν το κάνω τώρα. Εγώ έχω μάθει να παλεύω και να νικάω όπως μπορώ.

Έτσι είναι ο χαρακτήρας μου δεν μου αρέσει να κλαίγομαι στον κόσμο, μπορώ να κλαίω μόνη μου όση ώρα θέλω και μετά λέω που πας, τι κάνεις, για σύνελθε σε παρακαλώ.

Τον έχω βρει τον εαυτό μου τα πάω καλά μαζί του και στην μοναξιά είμαι πολύ καλά και μόνη μου μπορεί να είμαι και με κόσμο μπορεί να είμαι και στην κορυφή του βουνού μπορεί να είμαι και εκεί θα επιβιώσω. Έχω μάθει να ζω και δεν φοβάμαι τίποτα ούτε έτσι ούτε και με δέκα καρκίνους.

Όταν θέλεις υπάρχει χώρος αλλά το μυαλό του ανθρώπου δεν καταλαβαίνει ότι πρέπει να αφήνεις και λίγο χώρο για σένα, να μην τα δίνεις όλα. Να αφήνεις κάτι και για σένα, γιατί άμα τα δίνεις όλα μετά θέλουν και άλλα και μετά δεν έχεις τίποτα άλλο να δώσεις.

Και αν μου λένε μερικοί ότι τώρα είμαι μισός άνθρωπος τους λέω τι λέτε μωρέ. Δεν νοιώθω μισός άνθρωπος.

Όχι ότι δεν είχα όρεξη να μιλάω, δεν ήθελα να ξέρει κανένας, ούτε και έμαθε και πολύς κόσμος τι γίνεται μόνο οι κοντινοί μου άνθρωποι. Δεν το λέω γιατί δεν μου αρέσει να με λυπούνται εμένα και να λένε την καημένη την Ελένη τι έπαθε. Πόσες φορές λέγανε ότι πεθαίνει όταν ανέβαινα πάνω. Δεν θέλω εγώ ξένους να μου σταθούνε, εγώ στέκομαι μόνη μου. Να μου σταθούνε, να έρθουνε μια μέρα στο σπίτι εντάξει. Άλλοι είπαν αχ καημένη τώρα είσαι μισός άνθρωπος. Δεν θύμωνα καθόλου, έχω μάθει να αγαπώ τους ανθρώπους όπως είναι και εγώ τους έχω τοποθετήσει σε σκαλάκια τους ανθρώπους και αναλόγως τους τοποθετώ στο ανάλογο σκαλάκι. Έχω τακτοποιήσει τον εαυτό μου. Δεν θυμώνω με τίποτα εγώ. Αυτή είναι η γνώμη του καθένα και δεν μπορώ να του την αλλάξω εγώ. Αυτός μπορεί να αισθάνεται για τον εαυτό του έτσι. Εγώ αισθάνομαι αλλιώς. Δεν με πειράζει καθόλου.

Αυτή είναι η ζωή μου τώρα. Χωρίς αυτό το υγρό που μπαινοβγαίνει εγώ τελείωσα. Μπορώ να το κάνω και στο χέρι αλλά το κάνω καμιά φορά άμα δεν προλαβαίνω και το πρωί που θα σηκωθώ το βγάζω. Δεν έχω πρόβλημα, μπορεί στη μέση του μηχανήματος να φύγω και να πάω να τηλεφωνήσω ή να μου πούνε τρέξε έπαθε ο τάδε κάτι θα κλείσω τη μηχανή και θα πάω, μετά όταν θα γυρίσω θα το ζανακάνω. Το έχω συνηθίσει τώρα είναι μια καθημερινή ρουτίνα, ξέρω ότι πρέπει να γίνει.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Η κυρία Ε. νιώθει ότι για μεγάλο μέρος της ζωής της ήταν σε μια διαρκή εγρήγορση, σε μια διαρκή πάλη με ασθένειες, και κυρίως με τον καρκίνο. Σ' αυτή την πάλη βρέθηκε μόνη της, έμαθε να είναι μόνη της και να τα αντιμετωπίζει μόνη της. Δε θα επέτρεπε στον εαυτό της να νικηθεί από οτιδήποτε και για οποιονδήποτε λόγο. Η κυρία Ε. δείχνει μια πολύ δυναμική πτυχή της που πιθανόν να συνδυάζεται με πείσμα και με ανάγκη για επιβίωση, ένστικτο επιβίωσης («δεν το βάζω κάτω...», «δεν το έβαλα καθόλου κάτω...»). Σίγουρα υποδηλώνει τάση για αισιοδοξία. Εντούτοις, παραδέχεται ότι η διάγνωση της ΧΝΑ ήταν ένα βαρύ πλήγμα που ήρθε και προστέθηκε στην ήδη δύσκολη κατάσταση και την κλόνησε πολύ («πέθαινα και ξαναζωντάνευα...πέθαινα έκανα πέντε μήνες να συνέλθω...δεν ήμουν καθόλου καλά πέρασα πάρα πολύ δύσκολα»). Την απασχολούσε για αρκετό καιρό το «γιατί» τής συνέβη και αυτό, χωρίς όμως να βρει στήριξη πουθενά. Έμαθε να στηρίζεται και να εμπιστεύεται μόνο τον εαυτό της και τώρα απορρίπτει κάθε είδους βοήθειας ακόμα και τη συμπόνια. Αρνείται να επιτρέψει στον εαυτό της να εκδηλώσει την ανάγκη για συμπαράσταση, την πληγώνουν οι εκφράσεις οίκτου και η ειδική μεταχείριση όντας ασθενής. Φαίνεται πως έχει προσαρμοστεί και αποδεχτεί πλήρως την ΧΝΑ με πολύ δυναμικό και αισιόδοξο τρόπο.

V. Το μέλλον

Έτσι πρέπει να είμαι, αλλάζει η ζωή σου εντελώς, μια αλλαγή που δεν έχειπισωγυρίσματα, δεν ξέρεις τι σου ζημερώνει αύριο το πρωί. Θα το παλέψω.

Μετά την ιστορία, είδα ότι η ζωή είναι λίγη, πολύ λίγη και δεν είναι η ζωή για να την αφιερώνεις παντού, τα ξαδέρφια, τα αδέρφια, τους γονείς, τα παιδιά όλα μαζί. Θα κάνω αλλά πρέπει να κάνουν κι αυτοί.

Φέτος θα πάω από το Σεπτέμβρη, θα κάνω πράγματα που δεν τα χω κάνει ποτέ μου, για μένα για μένα, μόνο για μένα. Εκεί στο Κέντρο Νέων πήγα και λέω παίρνετε γριούλες; ήταν μια κυρία εκεί και μου λέει τι θέλετε να μάθετε και λέω μουσική και να συνεχίσω την αγιογραφία και με έγραψε.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ

Για ακόμα μία φορά τα λόγια της κυρίας Ε. δηλώνουν πλήρη προσαρμογή και αποδοχή στην πραγματικότητα με ΧΝΑ. Αναθεώρησε τις απόψεις της για τη ζωή και για το ρόλο της ως σύζυγος και μητέρα. Αποφάσισε να περιορίσει τις ευθύνες μιας ολόκληρης οικογένειας που είχε αναλάβει και να επιδιώξει να δώσει ευτυχία στον εαυτό της. Ήταν μόνη της στον πόνο χωρίς περιθώρια επιλογής. Κατάφερε να νικήσει το θάνατο. Τώρα θα είναι μόνη της στη χαρά από επιλογή. Είναι εμφανής η ελπίδα της για το μέλλον και η έντονη επιθυμία της να απολαύσει τη ζωή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΗΣ)

1. ΦΥΛΛΟ -----
2. ΗΛΙΚΙΑ -----
3. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ -----
4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ -----
5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ -----
6. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ;

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ:

ΘΕΤΙΚΑ -----

ΑΡΝΗΤΙΚΑ: -----

7. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ;

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ:

ΘΕΤΙΚΑ -----

ΑΡΝΗΤΙΚΑ -----

8. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;

ΓΙΑΤΙ -----

9. ΕΙΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ / Η ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;

ΕΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ-----

B. ΠΙΝΑΚΕΣ ΤΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	Ποσοστό%
Θετική	44
Θετική / ασφάλεια	8
Θετική / ευκολία	4
Θετική / καλύτερη περιτοναϊκής	12
Αρνητική / αλλαγή	8
Αρνητική / πόνος	4
Συμβιβασμός / συνήθεια	8
Συμβιβασμός / όχι επιλογή	8
Δεν απάντησαν	4
Σύνολο	100

ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	Ποσοστό%
Ασφάλεια	36
Μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων	20
Δυνατότητα φυσιολογικής ζωής	12
Καλή κάθαρση	8
Οικονομικοί λόγοι	4
Δεν υπάρχουν θετικά	16
Δεν απάντησαν	4
Σύνολο	100

ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	Ποσοστό%
Κούραση / ταλαιπωρία	68
Πόνος	8
Κίνδυνος	4
Περιορισμός στη διατροφή	4
Δεν απάντησαν	16
Σύνολο	100

ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ	Ποσοστό%
Θετική	8
Αρνητική	32
Αρνητική / Μόλυνση	4
Αρνητική / Δυσκολία εφαρμογής	4
Αρνητική / Προσωπική εμπειρία	20
Αρνητική / Φήμες	16
Έλλειψη Πληροφόρησης	12
Δεν απάντησαν	4
Σύνολο	100

ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ	Ποσοστό%
Καλύτερη ποιότητα ζωής	32
Ανώδυνη κάθαρση	12
Δεν γνωρίζω	12
Δεν απάντησαν	44
Σύνολο	100

ΤΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ	Ποσοστό%
Φόβος / Ανασφάλεια	16
Κίνδυνος μολύνσεων	28
Συχνότητα εφαρμογής	32
Αισθητικοί λόγοι	8
Ανάγκη φροντιστή	4
Δεν έχει αρνητικά	4
Δεν απάτησαν	8
Σύνολο	100

ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ	Ποσοστό%
Αιμοκάθαρση / Ασφάλεια	32
Αιμοκάθαρση / Ελευθερία Κινήσεων	36
Αιμοκάθαρση / Απουσία φόβου μολύνσεων	20
Καμία	8
Δεν απάντησαν	4
Σύνολο	100

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	Ποσοστό%
Αισιοδοξία / Ελπίδα	32
Αισιοδοξία / Ηλικία	4
Απαισιοδοξία / Απογοήτευση	40
Απαισιοδοξία / Ηλικία	12
Δεν απάντησαν	12
Σύνολο	100

ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	Ποσοστό%
Αιμοκάθαρση	88
Περιτοναϊκή	0
Καμία	12
Σύνολο	100

ΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ	Ποσοστό%
Θετική	12
Αρνητική	56
Συμβιβασμός-ουδέτερη	24
Δεν απάντησαν	8
Σύνολο	100

6. Οικογενειακή κατάσταση

- Ελεύθερος /η
- Παντρεμένος /η
- Διαζευγμένος /η
- Χήρος /α

7. Επάγγελμα:

α)	Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.τ.λ.)	
β)	Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης/Ανώτερης/Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)	
Γ	Εκπαιδευτικοί	
Δ	Κληρικοί	
Ε	Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)	
Στ	Έμποροι, Πωλητές	
Ζ	Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας. Απασχόληση με μεταφορές	
Η	Γεωργοί-Αλιείς-Δασικά επαγγέλματα	
Θ	Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς-κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό	
Ι	Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας	
Ια	Οικιακά	
Ιβ	Άνεργοι (πάνω από έτος)	

Επίπεδο σπουδών

α	Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	
β	Απόφοιτος Δημοτικού	
γ	Λίγες τάξεις του Γυμνασίου ή Απολυτήριο Γυμνασίου	
δ	Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)	
ε	Απολυτήριο Λυκείου	

στ	Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου	
ζ	Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής	
η	Πτυχίο Ανώτερης Σχολής	
θ	Πτυχίο Ανώτατης σχολής	

II. ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1. Τόπος καταγωγής γονέων

- Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
- Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατ.
- Σε πόλη με 2001 - 20.000 κατ.
- Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατ.
- Σε πόλη με 50.001 – 100.000 κατ.
- Σε πόλη από 100.001 και άνω.

2. Επάγγελμα γονέων

		Πατέρας	Μητέρα
α)	Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κ.τ.λ.)		
β)	Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανώτατης / Ανώτερης / Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)		
γ)	Εκπαιδευτικοί		
δ)	Κληρικοί		
ε)	Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος, Ιδιωτικός τομέας)		
στ)	Έμποροι, Πωλητές		
ζ)	Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας-απασχόληση με μεταφορές		
η)	Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα		
θ)	Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς-κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό		
ι)	Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας		
ια)	Οικιακά		

ιβ)	Άνεργοι (πάνω από έτος)		
-----	-------------------------	--	--

3. Επίπεδο μόρφωσης γονέων

		Πατέρας	Μητέρα
α	Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού		
β	Απόφοιτος Δημοτικού		
γ	Λίγες τάξεις του Γυμνασίου ή Απολυτήριο Γυμνασίου		
δ	Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)		
ε	Απολυτήριο Λυκείου		
στ	Απολυτήριο Παλαιού εξαταξίου Γυμνασίου		
ζ	Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής		
η	Πτυχίο Ανώτερης Σχολής		
θ	Πτυχίο Ανώτατης σχολής		

4. Υπήρχε σοβαρή αρρώστια στην πατρική οικογένεια;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, ποια και ποιος ήταν ο ασθενής.....

5. Αντιμετωπίσατε θάνατο στην πατρική σας οικογένεια;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, ποιού και από ποια αιτία.....

6. Αντιμετώπιζε κάποιος από την οικογένειά σας προβλήματα εξάρτησης από κάποιες ουσίες

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, από ποιες.....

Αλκοόλ

Ναρκωτικά

Φάρμακα

- Άλλες ουσίες
7. Αντιμετώπιζε η πατρική σας οικογένεια προβλήματα οικονομικής φύσεως
- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
8. Οι σχέσεις σας στην πατρική σας οικογένεια ήταν καλές
- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
- Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....
-
-
9. Υπήρχαν άλλα προβλήματα στην πατρική σας οικογένεια
- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
- Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....
-
-

III. Οργανική εικόνα της νόσου

1. Σε ποια ηλικία εκδηλώθηκε η νεφρική ανεπάρκεια
- Πριν τα 15 σας χρόνια
- 15-25
- 25-35
- 35-45
- 45-55
- 55-65
- 65 και άνω
- Υπήρχαν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας;
- ΝΑΙ

- ΌΧΙ
- Εάν ναι, ποιες ήταν αυτές.....
2. Είχατε κάποια συμπτώματα της νόσου πριν από την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας
- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
- Εάν ναι, εξηγήστε ποια.....
-
3. Πως αντιμετωπίστηκε η ασθένεια πριν το στάδιο της κάθαρσης
- Με δίαιτα
- Με φάρμακα
- Αλλιώς
- Εάν ναι, εξηγήστε πως.....
4. Ποια μέθοδο κάθαρσης χρησιμοποιείται τώρα για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ
- Αιμοκάθαρση
- Περιτοναϊκή
- Κάθαρση
5. Έχετε νοσηλευθεί πριν το στάδιο της κάθαρσης
- ΝΑΙ
- ΌΧΙ
- Εάν ναι, ποια ήταν η διάρκεια της νοσηλείας σας
- | | | |
|--------|------------|--------------------------|
| Ημέρες | 1-10 | <input type="checkbox"/> |
| | 10-20 | <input type="checkbox"/> |
| | 20-30 | <input type="checkbox"/> |
| | 30-40 | <input type="checkbox"/> |
| | 40-50 | <input type="checkbox"/> |
| | 50 και άνω | <input type="checkbox"/> |
6. Εκδηλώθηκαν άλλες οργανικές διαταραχές μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, ποιες ήταν αυτές.....

IV. Κοινωνικές προεκτάσεις της ασθένειας

1. Επηρέαστηκε η επαγγελματική σας δραστηριότητα μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

.....

2. Επηρέαστηκε η οικονομική σας κατάσταση μετά την εκδήλωση της νόσου

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

.....

3. Αλλάξατε τον τόπο διαμονής σας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

.....

4. Υπήρχαν αλλαγές στην επαγγελματική σας δραστηριότητα των μελών της οικογένειά σας μετά την εκδήλωση της δικής σας νόσου

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

5. Δέχετε κάποια κρατική βοήθεια ή ασφάλιση

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε ποια.....

6. Πως αντιμετώπισαν οι φίλοι σας την ασθένειά σας

Θετικά

Αρνητικά

Με απομάκρυνση

Με αδιαφορία

7. Νιώθετε διαφορετικός/ή από τους άλλους ανθρώπους

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

8. Πιστεύετε ότι μετά την έναρξη της ασθένειας σας οι άλλοι άνθρωποι σας αντιμετώπισαν διαφορετικά

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

V. Ψυχολογικές προεκτάσεις

1. Άλλαξε ο χαρακτήρας σας μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

2. Άλλαξαν οι σχέσεις σας με την οικογένειά σας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε γιατί.....

.....

3. Εκδηλώθηκαν κάποιες οργανικές διαταραχές στα μέλη της οικογένειά σας μετά τη έναρξη της δικής σας νόσου

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, εξηγήστε ποιες και σε ποιόν.....

.....

4. Σας παρακολουθεί κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν ναι, αναφέρατε ποιος;

Ψυχίατρος

Ψυχολόγος

Κοινωνικός

Λειτουργός

5. Ποια μέθοδο κάθαρσης προτιμάτε

Αιμοκάθαρση

Περιτοναϊκή Κάθαρση

6. Ποια συναισθήματα σας προκαλεί το μηχάνημα αιμοκάθαρσης; (η συσκευή περιτοναϊκής αιμοκάθαρσης)

Φόβο

Μίσος

Αδιαφορία

Εξάρτηση

Άλλα

7. Είστε αισιόδοξος/η για το μέλλον

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....

8. Είστε ικανοποιημένος/η από την αντιμετώπισή σας από τους γιατρούς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....

9. Είναι ικανοποιητική η παρουσία τους στο πλευρό σας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....

10. Είστε ικανοποιημένος/η από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....

.....
.....
11. Είναι ικανοποιητική η παρουσία του στο πλευρό σας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....
.....
.....

12. Θα επιθυμούσατε κάποια διαφορετική αντιμετώπιση της κατάστασής σας από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....
.....
.....

13. Θα επιθυμούσατε μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο για την ψυχοκοινωνική σας στήριξη

ΝΑΙ

ΌΧΙ

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί.....
.....
.....

Β. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ι. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 5.3.1 Φύλο των ασθενών - DIM1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. Ποσοστιαία συχνότητα
1	85	66,9	66,9
2	42	33,1	100,0

1= άνδρας
2= γυναίκα

Πίνακας 5.3.2. Ηλικία του / της ασθενούς τη στιγμή της συνέντευξης - DIM2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	3	2,4	2,4
2	7	5,5	7,9
3	12	9,4	17,3
4	31	24,4	41,7
5	24	18,9	60,6
6	50	39,4	100,0

1= 15-25 χρονών
2= 26-35 χρονών
3= 36-45 χρονών
4= 46-55 χρονών
5= 56-65 χρονών
6= 66 και άνω

Πίνακας 5.3.3 Τόπος καταγωγής ασθενών – DIM4

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	49	38,6	38,6
2	21	16,5	55,1
3	9	7,1	62,2
4	15	11,8	74,0
5	15	11,8	85,8
6	18	14,2	100,0

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

Πίνακας 5.3.4 Τόπος μόνιμης διαμονής – DIM5

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	32	25,2	25,2
2	18	14,2	39,4
3	7	5,5	44,9
4	9	7,1	52,0
5	26	20,5	72,4
6	35	27,6	100,0

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό η κομόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 κατοίκους κι άνω

Πίνακας 5.3.5 Οικογενειακή κατάσταση – DIM6

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	13	10,2	10,2
2	97	76,4	86,6
3	3	2,4	89,0
4	14	11,0	100,0

1. Ελεύθερος /η
2. Παντρεμένος/η
3. Διαζευγμένος/η
4. Χήρος/α

Πίνακας 5.3.6 Επάγγελμα – DIM7

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	4	3,2	3,2
2	7	5,6	8,7
3	7	5,6	14,3
5	12	9,5	23,8
6	12	9,5	33,3
7	18	14,3	47,6
8	28	22,2	69,8
9	6	4,8	74,6
10	2	1,6	76,2
11	21	16,7	92,9
12	9	7,1	100,0

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κλπ.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανωτάτης /Ανώτερης / Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
6. Έμποροι, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς – Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κούρεϊς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ένοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
11. Οικιακά
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

Πίνακας 5.3.7 Επίπεδο σπουδών – DIM8

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	23	18,1	18,1
2	54	42,5	60,6
3	15	11,8	72,4
4	3	2,4	74,8
5	7	5,5	80,3
6	6	4,7	85,0
7	1	,8	85,8
8	4	3,1	89,0
9	14	11,0	100,0

- 1.Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
- 2.Απόφοιτος Δημοτικού
- 3.Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
- 4.Απολυτήριο Γυμνασίου (νέου τύπου)
- 5.Απολυτήριο Λυκείου
- 6.Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου
Γυμνασίου
- 7.Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
- 8.Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
- 9.Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής

II. ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Πίνακας 5.3.8 Τόπος καταγωγής γονέων - PATR1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	63	50,0	50,0
2	27	21,4	71,4
3	9	7,1	78,6
4	11	8,7	87,3
5	9	7,1	94,4
6	7	5,6	100,0

1. Σε χωριό μέχρι 500 κατοίκους
2. Σε χωριό ή κωμόπολη από 501 μέχρι 2000 κατοίκους
3. Σε πόλη με 2001 – 20.000 κατοίκους
4. Σε πόλη με 20.001 – 50.000 κατοίκους
5. Σε πόλη από 50.001 – 100.000 κατοίκους
6. Σε πόλη από 100.001 και άνω

Πίνακας 5.3.9α Επάγγελμα του πατέρα – PATR2P

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	1	,8	,8
2	2	1,6	2,4
3	3	2,4	4,8
4	1	,8	5,6
5	5	4,0	9,7
6	8	6,5	16,1
7	15	12,1	28,2
8	82	66,1	94,4
9	3	2,4	96,8
10	3	2,4	99,2
12	1	,8	100,0

1. Επιστημονικά ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κλπ.)
2. Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανωτάτης /Ανώτερης / Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
3. Εκπαιδευτικοί
4. Κληρικοί
5. Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος /Ιδιωτικός τομέας)
6. Εμποροί, Πωλητές
7. Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
8. Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
9. Υπηρεσίες (Τουριστικά επαγγέλματα, εστιατόρια, αναψυκτήρια, επαγγέλματα ψυχαγωγίας, κουρείς – κομμωτές, βοηθητικό προσωπικό
10. Ενοπλές δυνάμεις και Σώματα ασφάλειας
12. Άνεργοι (πάνω από έτος)

Πίνακας 5.3.9β Επάγγελμα μητέρας – PATR2M

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
2	1	,8	,8
3	3	2,4	3,1
5	4	3,1	6,3
6	3	2,4	8,7
7	4	3,1	11,8
8	60	47,2	59,1
10	3	2,4	61,4
11	48	37,8	99,2
12	1	,8	100,0

- 2.Υπάλληλοι υπηρεσιών με πτυχίο Ανωτάτης/Ανώτερης/ Μέσης εκπαίδευσης (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
- 3.Εκπαιδευτικοί
- 5.Επαγγέλματα γραφείου (Δημόσιος/Ιδιωτικός τομέας)
- 6.Εμποροι, Πωλητές
- 7.Τεχνίτες, Εργάτες κάθε είδους πλην γεωργίας - απασχόληση με μεταφορές
- 8.Γεωργοί - Αλιείς - Δασικά επαγγέλματα
- 10.Ενοπλες δυνάμεις και Σώματα ασφαλείας
- 11.Οικιακά
- 12.Άνεργοι (πάνω από έτος)

Πίνακας 5.3.10α Μορφωτικό επίπεδο πατέρα – PATR3P

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	54	43,9	43,9
2	52	42,3	86,2
3	6	4,9	91,1
5	1	,8	91,9
6	3	2,4	94,3
7	1	,8	95,1
8	2	1,6	96,7
9	4	3,3	100,0

- 1.Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
- 2.Απόφοιτος Δημοτικού
- 3.Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
- 5.Απολυτήριο Λυκείου
- 6.Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
- 7.Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής
- 8.Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
- 9.Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής

Πίνακας 5.3.10α Μορφωτικό επίπεδο μητέρας – PATR3M

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	66	52,8	52,8
2	46	36,8	89,6
3	4	3,2	92,8
5	1	,8	93,6
6	3	2,4	96,0
8	3	2,4	98,4
9	2	1,6	100,0

- 1.Αγράμματος λίγες τάξεις Δημοτικού
- 2.Απόφοιτος Δημοτικού
- 3.Λίγες τάξεις του Γυμνασίου
- 5.Απολυτήριο Λυκείου
- 6.Απολυτήριο Παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου
- 8.Πτυχίο Ανώτερης Σχολής
- 9.Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής

Πίνακας 5.3.11 Ύπαρξη σοβαρής αρρώστιας στην οικογένεια – PATR4

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	40	31,7	31,7
2	86	68,3	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.11α Εάν υπήρχε σοβαρή αρρώστια στην πατρική σας οικογένεια, ποια ήταν αυτή – PATR4L1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	7	19,4	19,4
2	3	8,3	27,8
3	3	8,3	36,1
4	1	2,8	38,9
5	6	16,7	55,6
6	1	2,8	58,3
7	9	25,0	83,3
12	2	5,6	88,9
17	1	2,8	91,7
24	1	2,8	94,4
27	1	2,8	97,2
31	1	2,8	100,0

1. Καρκίνος
2. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5. Νεφρική ανεπάρκεια / νόσοι των νεφρών
6. Ατύχημα
7. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κλπ)
12. Καρκίνος και Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
17. Καρκίνος και άλλο
24. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο
27. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και άλλο
31. Διαβήτης και καρκίνος

Πίνακας 5.3.11β Εάν υπήρχε σοβαρή ασθένεια στην πατρική οικογένεια, ποιος ήταν ο / η ασθενής - PATR4L2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	9	23,7	23,7
2	17	44,7	68,4
3	3	7,9	76,3
12	4	10,5	86,8
13	1	2,6	89,5
23	4	10,5	100,0

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός / αδελφή
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδελφια
23. Μητέρα και αδελφια

Πίνακας 5.3.12 Αντιμετώπιση θανάτου στην πατρική οικογένεια
– PATR5

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	89	70,1	70,1
2	38	29,9	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.12α Εάν ναι ποιου το θάνατο – PATR5L1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	12	14,3	14,3
2	12	14,3	28,6
3	13	15,5	44,0
4	1	1,2	45,2
12	35	41,7	86,9
13	1	1,2	88,1
23	2	2,4	90,5
123	8	9,5	100,0

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Αδελφός / αδελφή
12. Πατέρας και Μητέρα
13. Πατέρας και αδέρφια
23. Μητέρα και αδέρφια
123. Όλοι

Πίνακας 5.3.12β Εάν ναι, από ποια αίτια – PATR5L2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	11	14,5	14,5
2	5	6,6	21,1
3	2	2,6	23,7
4	5	6,6	30,3
5	3	3,9	34,2
6	14	18,4	52,6
7	6	7,9	60,5
8	6	7,9	68,4
12	3	3,9	72,4
14	3	3,9	76,3
15	1	1,3	77,6
16	2	2,6	80,3
24	1	1,3	81,6
26	3	3,9	85,5
28	2	2,6	88,2
34	1	1,3	89,5
46	1	1,3	90,8
47	1	1,3	92,1
51	1	1,3	93,4
56	1	1,3	94,7
67	1	1,3	96,1
68	1	1,3	97,4
126	1	1,3	98,7
136	1	1,3	100,0

1. Καρκίνος
2. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο
5. Νεφρικές νόσοι
6. Φυσικά αίτια
7. Ατύχημα
8. Άλλο (φυματίωση, άσθμα, κλπ)
12. Καρκίνος και Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση
14. Καρκίνος και Εγκεφαλικό επεισόδιο
15. Καρκίνος και νεφρικές νόσοι
16. Καρκίνος και φυσικά αίτια
24. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο
26. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και φυσικά αίτια
28. Καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και άλλο
34. Διαβήτης και εγκεφαλικό επεισόδιο
46. Εγκεφαλικό επεισόδιο και φυσικά αίτια
47. Εγκεφαλικό επεισόδιο και ατύχημα
51. Νεφρικές νόσοι και καρκίνος
56. Νεφρικές νόσοι και φυσικά αίτια
67. Φυσικά αίτια και ατύχημα
68. Φυσικά αίτια και άλλο
126. Καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις / υπέρταση και φυσικά αίτια
136. Καρκίνος, διαβήτης και φυσικά αίτια

Πίνακας 5.3.13 Αντιμετώπιση κάποιου μέλους της οικογένειας προβλημάτων εξάρτησης από κάποιες ουσίες – PATR6

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	10	7,9	7,9
2	117	92,1	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.13α Εάν ναι από ποιες – PATR6Α

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	4	40,0	40,0
2	2	20,0	60,0
3	4	40,0	100,0

1. Αλκοόλ
3. Φάρμακα
4. Άλλες ουσίες

Πίνακας 5.3.14 Αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων στην πατρική οικογένεια – PATR7

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	56	44,1	44,1
2	71	55,9	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.15 Οι σχέσεις σας στην πατρική σας οικογένεια ήταν καλές – PATR8

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	122	96,8	96,8
2	4	3,2	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.16 Ύπαρξη άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια - PATR9

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	11	8,7	8,7
2	116	91,3	100,0

1= Ναι
2= Όχι

III. ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πίνακας 5.3.17 Σε ποια ηλικία εκδηλώθηκε η νεφρική ανεπάρκεια - ORG1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	1	,8	,8
2	6	4,7	5,5
3	16	12,6	18,1
4	31	24,4	42,5
5	24	18,9	61,4
6	26	20,5	81,9
7	23	18,1	100,0

1. Πριν τα 15
2. 15 – 25 χρονών
3. 26 – 35 χρονών
4. 36 – 45 χρονών
5. 46 --55 χρονών
6. 56 –65 χρονών
7. 66 κι άνω

Πίνακας 5.3.18 Ύπαρξη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ - ORG1A

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	57	44,9	44,9
2	70	55,1	100,0

- 1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.18a Εάν ναι, ποιες ήταν αυτές – ORG1ALM

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	13	22,4	22,4
2	14	24,1	46,6
3	16	27,6	74,1
4	12	20,7	94,8
12	3	5,2	100,0

1. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές διαταραχές
2. Διαβήτης
3. Νεφρικές νόσοι
4. Άλλα
12. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές διαταραχές και διαβήτης

Πίνακας 5.3.19 Είχατε κάποια συμπτώματα της νόσου πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ – ORG2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	63	50,0	50,0
2	63	50,0	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.20 Πώς αντιμετωπίστηκε η ασθένεια πριν το στάδιο της κάθαρσης – ORG3

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	48	41,4	41,4
2	18	15,5	56,9
3	12	10,3	67,2
4	7	6,0	73,3
12	30	25,9	99,1
23	1	,9	100,0

1. Με διαίτα
2. Με Φάρμακα
3. Αλλιώς
4. Δεν αντιμετωπίστηκε
12. Με διαίτα και φάρμακα
23. Με Φάρμακα και αλλιώς

Πίνακας 5.3.21 Ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε τώρα για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ – ORG4

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	125	98,4	98,4
2	2	1,6	100,0

1. Αιμοκάθαρση
2. Περιτοναϊκή κάθαρση

Πίνακας 5.3.22 Έχετε νοσηλευτεί πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης - ORG5

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	86	68,3	68,3
2	40	31,7	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.23 Εκδήλωση άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της νεφρικής ανεπάρκειας – ORG6

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	40	31,7	31,7
2	86	68,3	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.23α Εάν ναι, ποιες ήταν αυτές – ORG6L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	8	20,0	20,0
3	4	10,0	30,0
4	3	7,5	37,5
6	19	47,5	85,0
16	4	10,0	95,0
46	1	2,5	97,5
146	1	2,5	100,0

1. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές παθήσεις
3. Νεφρικές νόσοι (οιδήματα, αύξηση καλίου, παθήσεις της ουροδόχου κύστης κλπ)
4. Ενδοκρινολογικά προβλήματα (παραθυροειδίτιδα κλπ)
6. Αδιευκρίνιστες (υπόταση, ανορεξία, βρογχοπνευμονία κλπ).
16. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές παθήσεις και αδιευκρίνιστη
46. Ενδοκρινολογικά προβλήματα και Αδιευκρίνιστη
146. Υπέρταση / Καρδιαγγειακές παθήσεις, ενδοκρινολογικά προβλήματα και αδιευκρίνιστη

IV. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Πίνακας 5.3.24 Επηρεάστηκε η επαγγελματική σας δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ – ΚΟΙΝ1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	74	58,3	58,3
2	53	41,7	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.24α Εάν ναι (εάν υπήρχε αλλαγή στην επαγγελματική δραστηριότητα), εξηγήστε πως - ΚΟΙΝ1L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	46	76,7	76,7
2	11	18,3	95,0
3	2	3,3	98,3
23	1	1,7	100,0

1. Διακοπή του επαγγέλματος
2. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα
3. Αλλαγή του επαγγέλματος
23. Μείωση της ενασχόλησης με το κύριο επάγγελμα ή / και αλλαγή του επαγγέλματος

Πίνακας 5.3.25 Επηρεάστηκε η οικονομική σας κατάσταση μετά την εκδήλωση της νόσου – ΚΟΙΝ2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	62	48,8	48,8
2	65	51,2	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.26 Αλλάξατε τον τόπο διαμονής σας μετά την εκδήλωση της νόσου – ΚΟΙΝ3

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	23	18,1	18,1
2	104	81,9	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.27 Υπήρχαν αλλαγές στην επαγγελματική δραστηριότητα των μελών της οικογένειάς σας μετά την εκδήλωση της δικής σας νόσου - ΚΟΙΝ4

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	10	7,9	7,9
2	116	92,1	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.28 Δέχεστε κάποια κρατική βοήθεια ή ασφάλιση – ΚΟΙΝ5

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	105	83,3	83,3
2	21	16,7	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.29 Πώς αντιμετωπίσαν οι φίλοι την ασθένειά σας – KOIN6

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	100	81,3	81,3
2	20	16,3	97,6
3	2	1,6	99,2
12	1	,8	100,0

1. Θετικά
2. Αρνητικά
3. Με αδιαφορία και απομάκρυνση
12. Θετικά και αρνητικά

Πίνακας 5.3.30 Νιώθετε διαφορετικός/η από τους άλλους ανθρώπους - KOIN7

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	61	48,8	48,8
2	64	51,2	100,0

- 1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.30α Εάν ναι, εξηγήστε γιατί – KOIN7L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	20	37,7	37,7
2	5	9,4	47,2
3	1	1,9	49,1
4	15	28,3	77,4
12	2	3,8	81,1
13	1	1,9	83,0
14	7	13,2	96,2
24	1	1,9	98,1
34	1	1,9	100,0

1. Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής (εργασία, διατροφή, δυνατότητα μετακίνησης κλπ.)
2. Εξάρτηση
3. Άγχος / νευρική κατάσταση («έχω γίνει απότομος», «οξύθυμος», «έχω νεύρα» κλπ.)
4. Κατάθλιψη / απογοήτευση («είμαι διαφορετικός αφού είμαι άρρωστος» κλπ.)
12. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και εξάρτηση
13. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής και άγχος / νευρική κατάσταση
14. . Αλλαγή / περιορισμοί του τρόπου ζωής Κατάθλιψη / απογοήτευση
24. Εξάρτηση και κατάθλιψη / απογοήτευση
34. Άγχος / νευρική κατάσταση και κατάθλιψη / απογοήτευση

Πίνακας 5.3.31 Πιστεύετε ότι μετά την έναρξη της ασθένειάς σας οι άλλοι άνθρωποι σας αντιμετωπίζουν διαφορετικά – KOIN8

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	28	22,2	22,2
2	98	77,8	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.31α Εάν ναι, εξηγήστε γιατί – KOIN8L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	4	21,1	21,1
2	2	10,5	31,6
3	5	26,3	57,9
4	1	5,3	63,2
5	3	15,8	78,9
13	1	5,3	84,2
34	1	5,3	89,5
35	1	5,3	94,7
345	1	5,3	100,0

1. Απομάκρυνση / αδιαφορία
2. Φόβος (μη κολλήσουν κλπ.)
3. Οίκτος
4. Υπερπροστασία
5. Συμπάθεια / στήριξη
13. Απομάκρυνση / αδιαφορία και οίκτος
34. Οίκτος και υπερπροστασία
35. Οίκτος και συμπάθεια / στήριξη
345. Οίκτος, υπερπροστασία και συμπάθεια / στήριξη

V. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Πίνακας 5.3.32 Άλλαξε ο χαρακτήρας σας μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ – PSYX1

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	69	54,8	54,8
2	57	45,2	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.32α Εάν ναι, εξηγήστε γιατί – PSYX1L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	2	3,7	3,7
2	26	48,1	51,9
3	17	31,5	83,3
4	5	9,3	92,6
12	1	1,9	94,4
23	2	3,7	98,1
24	1	1,9	100,0

1. Φόβος του θανάτου (φοβάμαι να πεθάνω κλπ.)
2. Άγχος (δεν έχω υπομονή, έχω γίνει οξύθυμος, έχω γίνει απότομος κλπ.)
3. Κατάθλιψη / απογοήτευση (νιώθω απελπισία, δεν πάω καλά κλπ.)
4. Θετική αλλαγή (τα' χω φιλοσοφήσει καλύτερα, έχω γίνει καλύτερος κλπ.)
12. Φόβος του θανάτου και άγχος
23. Άγχος και κατάθλιψη / απογοήτευση
24. Άγχος και θετική αλλαγή

Πίνακας 5.3.33 Άλλαξε η σχέση σας με την οικογένειά σας μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ – PSYX2

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	17	13,5	13,5
2	109	86,5	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.34 Εκδηλώθηκαν κάποιες οργανικές διαταραχές στα μέλη της οικογένειά σας μετά την έναρξη της δικής σας νόσου – PSYX3

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	9	7,2	7,2
2	116	92,8	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.35 Σας παρακολουθεί κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας - PSYX4

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	9	7,1	7,1
2	117	92,9	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.35α Αν ναι, αναφέρατε ποιος – PSYX4A

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	3	42,9	42,9
2	3	42,9	85,7
3	1	14,3	100,0

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός λειτουργός

Πίνακας 5.3.36 Ποια μέθοδο κάθαρσης προτιμάτε – PSYX5

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	121	99,2	99,2
2	1	,8	100,0

- 1.Αιμοκάθαρση
- 2.Περιτοναϊκή κάθαρση

Πίνακας 5.3.37 Ποια συναισθήματα σας προκαλεί το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης/ η συσκευή της περιτοναϊκής κάθαρσης – PSYX6

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	14	11,2	11,2
2	2	1,6	12,8
3	40	32,0	44,8
4	23	18,4	63,2
5	32	25,6	88,8
12	1	,8	89,6
13	1	,8	90,4
14	4	3,2	93,6
24	2	1,6	95,2
25	1	,8	96,0
34	1	,8	96,8
45	2	1,6	98,4
124	1	,8	99,2
145	1	,8	100,0

- 1. Φόβο
- 2. Μίσος
- 3. Αδιαφορία
- 4. Εξάρτηση
- 5. Άλλα
- 12. Φόβο και μίσος
- 13. Φόβο και αδιαφορία
- 14. Φόβο και εξάρτηση
- 24. Μίσος και εξάρτηση
- 25. Μίσος και άλλα
- 34. Αδιαφορία και εξάρτηση
- 45. Εξάρτηση και άλλα
- 124. Φόβο εξάρτηση και μίσος
- 145. Φόβο, εξάρτηση και άλλα

Πίνακας 5.3.38 Είστε αισιόδοξος / η για το μέλλον – PSYX7

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	69	56,1	56,1
2	54	43,9	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.38α Εάν όχι, γιατί – PSYX7A

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	11	25,0	25,0
2	30	68,2	93,2
12	2	4,5	100,0

1. Φόβος του θανάτου
2. Κατάθλιψη / απογοήτευση («δεν πρόκειται να γίνω καλά», «όλα έχουν τελειώσει» κλπ.)
12. Φόβος του θανάτου και κατάθλιψη / απογοήτευση

Πίνακας 5.3.39 Είστε ικανοποιημένος/η από την αντιμετώπιση σας από τους γιατρούς της μονάδας τεχνητού νεφρού – PSYX8

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	118	95,2	95,2
2	6	4,8	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3. 40 Είναι ικανοποιητική η παρουσία τους στο πλευρό σας - PSYX9

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	118	95,2	95,2
2	6	4,8	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.41 Είστε ικανοποιημένος/η από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας τεχνητού νεφρού – PSYX10

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	123	99,2	99,2
2	1	,8	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.42 Είναι ικανοποιητική η παρουσία του στο πλευρό σας - PSYX11

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	121	98,4	98,4
2	2	1,6	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.43 Θα επιθυμούσατε κάποια διαφορετική αντιμετώπιση της κατάστασής σας από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας – PSYX12

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	19	15,4	15,4
2	104	84,6	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.44 Θα επιθυμούσατε μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο για την ψυχοκοινωνική σας στήριξη – PSYX13

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	48	39,7	39,7
2	73	60,3	100,0

1= Ναι
2= Όχι

Πίνακας 5.3.44α Εάν όχι, εξηγήστε γιατί – PSYX13L

	Συχνότητα	Ποσοστιαία συχνότητα	Αθρ. ποσοστιαία συχνότητα
1	28	59,6	59,6
2	19	40,4	100,0

1. Δήλωση απουσίας ψυχολογικών προβλημάτων («δεν έχω ψυχολογικά προβλήματα», «δε νιώθω την ανάγκη», «με στηρίζουν τα παιδιά μου» κλπ.)
2. Άρνηση / επιθετικότητα («είναι εντελώς περιττός», «τι να μου λέει», «δεν μπορεί να βοηθήσει» κλπ.).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΧΩΡΙΣ ΣΤΑΤΗΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ

5.4.2. ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ - DIM2.

Πίνακας 1. Σχέση φύλου και της ηλικιακής ομάδας της παρούσας στιγμής της εξέλιξης της ασθένειας - DIM2 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,015(a)	5	,305	,304(b)	,300	,308			
Likelihood Ratio	6,057	5	,301	,359(b)	,355	,363			
Fisher's Exact Test	6,205			,267(b)	,263	,270			
Linear-by-Linear Association	,116(c)	1	,733	,781(b)	,777	,784	,389(b)	,385	,393
N of Valid Cases	127								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,99.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is -,341.

5.4.3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - DIM4

Πίνακας 1. Συσχέτιση του φύλου και του τόπου καταγωγής των ασθενών - DIM4 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,001(a)	5	,221	,221(b)	,218	,225			
Likelihood Ratio	6,663	5	,247	,270(b)	,267	,274			
Fisher's Exact Test	6,620			,244(b)	,241	,248			
Linear-by-Linear Association	,026(c)	1	,872	,881(b)	,879	,884	,454(b)	,450	,458
N of Valid Cases	127								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,98.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 624387341.

c The standardized statistic is ,161.

5.4.4. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ - DIM5.

Πίνακας 1. Συσχέτιση του τόπου μόνιμης διαμονής των υποκειμένων με το φύλο τους - DIM5 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9.193(a)	5	.102	.103(b)	.095	.111			
Likelihood Ratio	9.105	5	.105	.136(b)	.127	.145			
Fisher's Exact Test	8.952			.106(b)	.098	.113			
Linear-by-Linear Association	2.564(c)	1	.109	.122(b)	.114	.131	.065(b)	.059	.071
N of Valid Cases	127								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,31.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is 1.601.

5.4.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - DIM6.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων και του φύλου τους - DIM6 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,535(a)	3	,057	,054(b)	,053	,055			
Likelihood Ratio	7,088	3	,069	,096(b)	,096	,097			
Fisher's Exact Test	7,371			,045(b)	,045	,046			
Linear-by-Linear Association	4,180(c)	1	,041	,042(b)	,042	,043	,030(b)	,029	,030
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,99.

b Based on 1000000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is 2,044.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων και του τόπου καταγωγής τους - DIM6 X DIM4.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,535(a)	3	,057	,054(b)	,053	,055			
Likelihood Ratio	7,088	3	,069	,096(b)	,096	,097			
Fisher's Exact Test	7,371			,045(b)	,045	,046			
Linear-by-Linear Association	4,180(c)	1	,041	,042(b)	,042	,043	,030(b)	,029	,030
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,99.

b Based on 1000000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is 2,044.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - DIM6 X DIM5.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14.170(a)	15	.513	.510(b)	.497	.522			
Likelihood Ratio	17.355	15	.298	.389(b)	.376	.401			
Fisher's Exact Test	13.069			.489(b)	.476	.502			
Linear-by-Linear Association	.278(c)	1	.598	.616(b)	.604	.629	.313(b)	.301	.325
N of Valid Cases	127								

a 18 κελιά (75.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,17.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1105055690.

c The standardized statistic is -.527.

5.4.7. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (επίπεδο σπουδών) – DIM8

Πίνακας 1. Σχέση του μορφωτικού επιπέδου και του φύλου των ασθενών - DIM8 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,577(a)	8	,476	,495(b)	,491	,499			
Likelihood Ratio	10,029	8	,263	,369(b)	,365	,373			
Fisher's Exact Test	8,015			,411(b)	,407	,415			
Linear-by-Linear Association	,026(c)	1	,871	,884(b)	,881	,886	,457(b)	,453	,461
N of Valid Cases	127								

a 12 κελιά (66,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,33.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -,163.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - DIM8 X DIM5.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	42,615(a)	40	,359	,350(b)	,337	,362			
Likelihood Ratio	49,632	40	,141	,155(b)	,146	,164			
Fisher's Exact Test	43,557			,123(b)	,115	,132			
Linear-by-Linear Association	12,638(c)	1	,000	,000(b)	,000	,001	,000(b)	,000	,001
N of Valid Cases	127								

a 48 κελιά (88,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is 3,555.

5.4.8. ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ – PATR1

Πίνακας 1. Συσχέτιση του τόπου καταγωγής των γονέων και του φύλου των ασθενών - PATR1 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,775(a)	5	,735	,753(b)	,742	,764			
Likelihood Ratio	2,736	5	,741	,771(b)	,760	,782			
Fisher's Exact Test	3,141			,693(b)	,681	,705			
Linear-by-Linear Association	,630(c)	1	,428	,424(b)	,411	,437	,224(b)	,213	,234
N of Valid Cases	126								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c The standardized statistic is ,793.

5.4.9.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ – PATR2

Πίνακας 1. Συσχέτιση του επαγγέλματος του πατέρα και του φύλου των ασθενών - PATR2P X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,923(a)	10	,733	,821(b)	,811	,831			
Likelihood Ratio	7,486	10	,679	,903(b)	,895	,910			
Fisher's Exact Test	7,553			,716(b)	,705	,728			
Linear-by-Linear Association	,003(c)	1	,953	1,000(b)	1,000	1,000	,508(b)	,496	,521
N of Valid Cases	124								

a 18 κελιά (81,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c The standardized statistic is ,059.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του επαγγέλματος της μητέρας και του φύλου των ασθενών - PATR2M X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,887(a)	8	,156	,125(b)	,117	,134			
Likelihood Ratio	13,329	8	,101	,177(b)	,167	,187			
Fisher's Exact Test	11,473			,100(b)	,092	,108			
Linear-by-Linear Association	,239(c)	1	,625	,657(b)	,645	,669	,333(b)	,321	,345
N of Valid Cases	127								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is ,488.

Πίνακας 3. Σύγκριση του επαγγέλματος του/της ασθενούς (ανεξαρτήτως φύλου) με το επάγγελμα της μητέρας - PATR2M X DIM7.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8.007(a)	8	.433	.466(b)	.465	.468			
Likelihood Ratio	9.914	8	.271	.470(b)	.469	.472			
Fisher's Exact Test	7.693			.458(b)	.457	.459			
Linear-by-Linear Association	.029(c)	1	.865	.896(b)	.895	.897	.449(b)	.448	.450
N of Valid Cases	127								

a 14 κελιά (77.8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .44.

b Based on 1000000 sampled tables with starting seed 562334227.

c The standardized statistic is .170.

5.4.10.ΕΠΗΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ - PATR3.

Πίνακας 1. Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών του πατέρα του/της ασθενούς και του φύλου των υποκείμενων - PATR3P X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,326(a)	7	,620	,684(b)	,672	,695			
Likelihood Ratio	5,611	7	,586	,798(b)	,788	,809			
Fisher's Exact Test	5,699			,587(b)	,574	,599			
Linear-by-Linear Association	,302(c)	1	,582	,598(b)	,586	,611	,302(b)	,290	,314
N of Valid Cases	123								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c The standardized statistic is ,550.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών της μητέρας του/της ασθενούς και του φύλου των υποκείμενων - PATR3M X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,298(a)	6	,217	,195(b)	,184	,205			
Likelihood Ratio	8,299	6	,217	,330(b)	,318	,342			
Fisher's Exact Test	8,633			,122(b)	,114	,131			
Linear-by-Linear Association	2,255(c)	1	,133	,144(b)	,135	,153	,079(b)	,072	,086
N of Valid Cases	125								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c The standardized statistic is 1,502.

5.4.11. ΥΠΗΡΧΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; - PATR4.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς και του φύλου των υποκείμενων - PATR4 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,172(b)	1	,279	,313	,189	
Continuity Correction(a)	,774	1	,379			
Likelihood Ratio	1,155	1	,282	,313	,189	
Fisher's Exact Test				,313	,189	
Linear-by-Linear Association	1,163(c)	1	,281	,313	,189	,089
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 13,33.

c The standardized statistic is -1,078.

Πίνακας 2 Συσχέτιση της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς και της ηλικίας των υποκείμενων - PATR4 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,823(a)	5	,324	,329(b)	,317	,341			
Likelihood Ratio	6,785	5	,237	,299(b)	,287	,311			
Fisher's Exact Test	5,061			,406(b)	,393	,418			
Linear-by-Linear Association	,231(c)	1	,631	,673(b)	,661	,685	,344(b)	,332	,356
N of Valid Cases	126								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,95.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -,480.

Πίνακας 3. Συσχέτιση του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών και του φύλου τους - PATR4LI X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,706(a)	11	,196	,127(b)	,119	,136			
Likelihood Ratio	18,574	11	,069	,128(b)	,119	,136			
Fisher's Exact Test	13,429			,145(b)	,136	,154			
Linear-by-Linear Association	2,003(c)	1	,157	,172(b)	,163	,182	,091(b)	,084	,099
N of Valid Cases	36								

a 23 κελιά (95,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c The standardized statistic is 1,415.

Πίνακας 4. Συσχέτιση του είδους σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας τους - PATR4LI X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	34,143(a)	44	,857	,828(b)	,819	,838			
Likelihood Ratio	34,855	44	,836	,732(b)	,720	,743			
Fisher's Exact Test	49,231			,792(b)	,781	,802			
Linear-by-Linear Association	1,956(c)	1	,162	,168(b)	,158	,177	,080(b)	,073	,087
N of Valid Cases	36								

a 60 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c The standardized statistic is 1,398.

Πίνακας 5. Συσχέτιση των ασθενειών της πατρικής οικογένειας του/της ασθενούς με τον τόπο καταγωγής των γονιών - PATR4LI X PATRI.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	45.741(a)	55	.809	.750(b)	.739	.761			
Likelihood Ratio	36.976	55	.970	.815(b)	.805	.825			
Fisher's Exact Test	64.865			.789(b)	.778	.799			
Linear-by-Linear Association	1.145(c)	1	.285	.300(b)	.288	.312	.148(b)	.139	.157
N of Valid Cases	35								

a 72 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 221623949.

c The standardized statistic is -1.070.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και του φύλου των υποκείμενων - PATR4L2 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,577(a)	5	,470	,547(b)	,534	,560			
Likelihood Ratio	5,973	5	,309	,494(b)	,481	,507			
Fisher's Exact Test	4,214			,568(b)	,555	,581			
Linear-by-Linear Association	,181(c)	1	,671	,730(b)	,719	,742	,355(b)	,343	,367
N of Valid Cases	38								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,39.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is ,425.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και της ηλικίας των υποκείμενων - PATR4L2 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,577(a)	5	,470	,547(b)	,534	,560			
Likelihood Ratio	5,973	5	,309	,494(b)	,481	,507			
Fisher's Exact Test	4,214			,568(b)	,555	,581			
Linear-by-Linear Association	,181(c)	1	,671	,730(b)	,719	,742	,355(b)	,343	,367
N of Valid Cases	38								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,39.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is ,425.

5.4.12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; - PATR5.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών και του φύλου τους - PATR5 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,417(b)	1	,519	,545	,333	
Continuity Correction(a)	,193	1	,660			
Likelihood Ratio	,422	1	,516	,545	,333	
Fisher's Exact Test				,545	,333	
Linear-by-Linear Association	,413(c)	1	,520	,545	,333	,135
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,57.

c The standardized statistic is -,643.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ταυτότητας του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών και του φύλου των υποκείμενων - PATR5L1 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,567(a)	7	,159	,134(b)	,125	,142			
Likelihood Ratio	11,624	7	,114	,151(b)	,141	,160			
Fisher's Exact Test	9,560			,165(b)	,155	,175			
Linear-by-Linear Association	,126(c)	1	,723	,755(b)	,744	,766	,423(b)	,410	,435
N of Valid Cases	84								

a 10 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c The standardized statistic is -,355.

Πίνακας 3 Συσχέτιση της αιτίας του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών και της ηλικίας των υποκείμενων - PATR5L2 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	91,372(a)	115	,949	,789(b)	,778	,799			
Likelihood Ratio	79,400	115	,995	,399(b)	,386	,411			
Fisher's Exact Test	163,574			,353(b)	,341	,366			
Linear-by-Linear Association	3,388(c)	1	,066	,059(b)	,052	,065	,013(b)	,010	,016
N of Valid Cases	76								

a 142 κελιά (98,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c The standardized statistic is 1,841.

5.4.13. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΕΣ ΟΥΣΙΕΣ; - PATR6.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης εξάρτησης από ουσίες στην πατρική οικογένεια των νεφροπαθών και το φύλο τους - PATR6 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.046(b)	1	.830	1.000	.567	
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.047	1	.828	1.000	.567	
Fisher's Exact Test				1.000	.567	
Linear-by-Linear Association	.046	1	.830	1.000	.567	.271
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 1 κελιά (25.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,214.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης της εξάρτησης από ουσίες στην πατρική οικογένεια των νεφροπαθών και την ηλικία των υποκείμενων - PATR6 Χ DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	.751(a)	5	.980	1.000(b)	1.000	1.000			
Likelihood Ratio	.921	5	.969	1.000(b)	1.000	1.000			
Fisher's Exact Test	1.586			.930(b)	.923	.936			
Linear-by-Linear Association	.000(c)	1	.998	1.000(b)	1.000	1.000	.535(b)	.522	.548
N of Valid Cases	127								

a 7 κελιά (58.3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .24.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c The standardized statistic is .002.

5.4.14. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕ Η ΠΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΥΣΕΩΣ; - PATR7.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη προβλημάτων οικονομικής φύσεως στην πατρική οικογένεια των ασθενών και του φύλου των υποκείμενων - PATR7 Χ DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,916(b)	1	,338	,351	,222	
Continuity Correction(a)	,589	1	,443			
Likelihood Ratio	,922	1	,337	,351	,222	
Fisher's Exact Test				,351	,222	
Linear-by-Linear Association	,909(c)	1	,340	,351	,222	,096
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18,52.

c The standardized statistic is ,953.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη προβλημάτων οικονομικής φύσεως στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας των υποκείμενων - PATR7 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,999(a)	5	,849	,857(b)	,848	,866			
Likelihood Ratio	2,013	5	,847	,858(b)	,849	,867			
Fisher's Exact Test	2,188			,853(b)	,843	,862			
Linear-by-Linear Association	,134(c)	1	,715	,740(b)	,729	,751	,381(b)	,369	,394
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1615198575.

c The standardized statistic is -,366.

5.4.15. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΗΤΑΝ ΚΑΛΕΣ; - PATR8.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης καλών ή μη σχέσεων στην πατρική οικογένεια των ασθενών και του φύλου των υποκείμενων - PATR8 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,993(b)	1	,158	,303	,202	
Continuity Correction(a)	,756	1	,385			
Likelihood Ratio	3,212	1	,073	,212	,202	
Fisher's Exact Test				,303	,202	
Linear-by-Linear Association	1,977(c)	1	,160	,303	,202	,202
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,30.

c The standardized statistic is -1,406.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης καλών ή μη σχέσεων στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας των υποκείμενων - PATR8 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,086(a)	5	,405	,340(b)	,328	,352			
Likelihood Ratio	6,051	5	,301	,301(b)	,289	,313			
Fisher's Exact Test	6,262			,205(b)	,195	,215			
Linear-by-Linear Association	,471(c)	1	,492	,577(b)	,564	,590	,295(b)	,283	,306
N of Valid Cases	126								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c The standardized statistic is -,687.

5.4.16. ΥΠΗΡΧΑΝ ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ; - PATR9.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών και του φύλου των υποκείμενων - PATR9 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,183(b)	1	,669	,752	,476	
Continuity Correction(a)	,009	1	,926			
Likelihood Ratio	,189	1	,664	,752	,476	
Fisher's Exact Test				1,000	,476	
Linear-by-Linear Association	,181(c)	1	,670	,752	,476	,248
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 1 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 3,64.

c The standardized statistic is ,426.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων προβλημάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας τους - PATR9 X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,759(a)	5	,881	,904(b)	,897	,912			
Likelihood Ratio	1,805	5	,875	,960(b)	,955	,965			
Fisher's Exact Test	2,472			,751(b)	,740	,762			
Linear-by-Linear Association	,160(c)	1	,689	,730(b)	,719	,742	,374(b)	,362	,387
N of Valid Cases	127								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c The standardized statistic is ,400.

5.4.17. ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ - ORG1.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ηλικίας εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του φύλου των ασθενών - ORG1 X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5.025(a)	6	.541	.566(b)	.553	.579			
Likelihood Ratio	5.308	6	.505	.578(b)	.565	.590			
Fisher's Exact Test	4.986			.561(b)	.548	.574			
Linear-by-Linear Association	1.205(c)	1	.272	.282(b)	.271	.294	.150(b)	.140	.159
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -1.098.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ηλικίας της εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του επαγγέλματος των ασθενών - ORGI X DIM7.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	72,431(a)	60	,130	,136(b)	,127	,144			
Likelihood Ratio	67,909	60	,226	,207(b)	,196	,217			
Fisher's Exact Test	67,931			,109(b)	,101	,117			
Linear-by-Linear Association	,466(c)	1	,495	,498(b)	,485	,511	,243(b)	,232	,254
N of Valid Cases	126								

a 72 κελιά (93,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is ,683.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της ηλικίας εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών - ORGI X DIM8.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	67.926(a)	48	.031	.077(b)	.070	.083			
Likelihood Ratio	58.074	48	.151	.074(b)	.067	.081			
Fisher's Exact Test	60.507			.056(b)	.050	.062			
Linear-by-Linear Association	6.780(c)	1	.009	.008(b)	.006	.011	.004(b)	.002	.006
N of Valid Cases	127								

a 57 κελιά (90.5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c The standardized statistic is -2.604.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της νόσου και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς - ORG1 X PATR2P.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	70,270(a)	60	,171	,204(b)	,194	,214			
Likelihood Ratio	51,419	60	,777	,417(b)	,404	,430			
Fisher's Exact Test	73,934			,223(b)	,213	,234			
Linear-by-Linear Association	2,553(c)	1	,110	,107(b)	,099	,115	,058(b)	,052	,064
N of Valid Cases	124								

a 72 κελιά (93,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c The standardized statistic is 1,598.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της νόσου και του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς - ORG1 X PATR2M.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	77,762(a)	48	,004	,069(b)	,063	,076			
Likelihood Ratio	51,684	48	,332	,058(b)	,052	,064			
Fisher's Exact Test	61,810			,087(b)	,079	,094			
Linear-by-Linear Association	1,187(c)	1	,276	,288(b)	,276	,299	,149(b)	,139	,158
N of Valid Cases	127								

a 53 κελιά (84,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c The standardized statistic is 1,090.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της νόσου και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς - ORG1 X PATR3P.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	57,829(a)	42	,053	,110(b)	,102	,118			
Likelihood Ratio	46,349	42	,298	,045(b)	,040	,050			
Fisher's Exact Test	59,607			,021(b)	,017	,024			
Linear-by-Linear Association	6,209(c)	1	,013	,013(b)	,010	,016	,007(b)	,005	,009
N of Valid Cases	123								

a 46 κελιά (82,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c The standardized statistic is -2,492.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών και της ηλικίας έναρξης της νόσου - ORG1 X PATR4.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,651(a)	6	,354	,360(b)	,348	,372			
Likelihood Ratio	8,606	6	,197	,235(b)	,224	,246			
Fisher's Exact Test	6,302			,384(b)	,372	,397			
Linear-by-Linear Association	,107(c)	1	,744	,741(b)	,730	,753	,394(b)	,382	,407
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c The standardized statistic is ,327.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της ηλικίας εκδήλωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια - ORG1 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	42.107(a)	44	.553	.689(b)	.677	.701			
Likelihood Ratio	40.378	44	.628	.749(b)	.738	.760			
Fisher's Exact Test	41.237			.692(b)	.680	.704			
Linear-by-Linear Association	4.994(c)	1	.025	.019(b)	.016	.023	.012(b)	.009	.015
N of Valid Cases	36								

a 60 κελιά (100.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .14.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c The standardized statistic is 2.235.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών - ORG1 X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,568(a)	20	,262	,256(b)	,245	,268			
Likelihood Ratio	26,191	20	,160	,214(b)	,203	,225			
Fisher's Exact Test	21,846			,149(b)	,140	,158			
Linear-by-Linear Association	,932(c)	1	,334	,349(b)	,337	,361	,180(b)	,170	,190
N of Valid Cases	38								

a 29 κελιά (96,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,13.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c The standardized statistic is ,966.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών -ORGI X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	117,632(a)	138	,895	,700(b)	,688	,712			
Likelihood Ratio	102,990	138	,989	,337(b)	,325	,350			
Fisher's Exact Test	188,411			,359(b)	,347	,371			
Linear-by-Linear Association	4,181(c)	1	,041	,041(b)	,036	,046	,014(b)	,011	,017
N of Valid Cases	76								

a 168 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c The standardized statistic is 2,045.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της ηλικίας έναρξης της ΧΝΑ στους ασθενείς και του είδους των σχέσεων (καλές -όχι καλές) στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς - ORGI X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,711(a)	6	,581	,479(b)	,466	,492			
Likelihood Ratio	5,878	6	,437	,410(b)	,397	,422			
Fisher's Exact Test	6,262			,385(b)	,373	,398			
Linear-by-Linear Association	,049(c)	1	,825	,872(b)	,863	,880	,475(b)	,462	,488
N of Valid Cases	126								

a 8 κελιά (57,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c The standardized statistic is -,222.

**5.4.18. ΥΠΗΡΧΑΝ ΑΛΛΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ;
- ORG1A.**

Πίνακας 1 Ύπαρξη άλλης ασθένειας πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ - ORG1A

			ORG1A
Chi-Square(a)			1.331
Df			1
Asymp. Sig.			.249
Monte Carlo Sig.	Sig.		.289(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.277
		Upper Bound	.300

a . 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5.

Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 63.5.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1314643744.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του φύλου των ασθενών - ORG1A X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.003(b)	1	.955	1.000	.552	
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.003	1	.955	1.000	.552	
Fisher's Exact Test				1.000	.552	
Linear-by-Linear Association	.003(c)	1	.955	1.000	.552	.150
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18.85.

c The standardized statistic is -.057.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της τωρινής ηλικίας των ασθενών - ORG1A X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,904(a)	5	,113	,113(b)	,105	,121			
Likelihood Ratio	10,394	5	,065	,092(b)	,085	,100			
Fisher's Exact Test	8,270			,131(b)	,122	,139			
Linear-by-Linear Association	1,774(c)	1	,183	,191(b)	,180	,201	,101(b)	,094	,109
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,35.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c The standardized statistic is -1,332.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - ORG1A X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,057(a)	5	,958	,964(b)	,959	,968			
Likelihood Ratio	1,088	5	,955	,960(b)	,955	,965			
Fisher's Exact Test	1,123			,969(b)	,965	,974			
Linear-by-Linear Association	,143(c)	1	,705	,723(b)	,712	,735	,368(b)	,355	,380
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 3,14.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c The standardized statistic is -,378.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών - ORG1A X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,952(a)	3	,813	,823(b)	,813	,832			
Likelihood Ratio	,955	3	,812	,823(b)	,813	,832			
Fisher's Exact Test	1,080			,823(b)	,813	,832			
Linear-by-Linear Association	,493(c)	1	,483	,554(b)	,541	,567	,284(b)	,272	,295
N of Valid Cases	127								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,35.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c The standardized statistic is -,702.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του επαγγέλματος των ασθενών - ORG1A X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,438(a)	10	,586	,610(b)	,598	,623			
Likelihood Ratio	9,294	10	,504	,602(b)	,589	,614			
Fisher's Exact Test	7,931			,651(b)	,639	,663			
Linear-by-Linear Association	,948(c)	1	,330	,327(b)	,315	,339	,174(b)	,164	,184
N of Valid Cases	126								

a 11 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,89.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c The standardized statistic is ,973.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών - *ORGIA X DIM8*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7.167(a)	8	.519	.545(b)	.532	.557			
Likelihood Ratio	7.610	8	.472	.597(b)	.585	.610			
Fisher's Exact Test	7.297			.513(b)	.501	.526			
Linear-by-Linear Association	1.861(c)	1	.173	.184(b)	.174	.193	.095(b)	.087	.103
N of Valid Cases	127								

a 10 κελιά (55.6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is -1.364.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της XNA και του επαγγέλματος του πατέρα - *ORGIA X PATR2P*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,829(a)	6	,566	,640(b)	,628	,652			
Likelihood Ratio	6,701	6	,349	,545(b)	,533	,558			
Fisher's Exact Test	4,897			,601(b)	,588	,613			
Linear-by-Linear Association	,070(c)	1	,791	,829(b)	,819	,839	,420(b)	,407	,432
N of Valid Cases	125								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c The standardized statistic is ,265.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας - ORG1A X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,586(a)	8	,295	,281(b)	,269	,292			
Likelihood Ratio	13,020	8	,111	,225(b)	,214	,236			
Fisher's Exact Test	8,867			,305(b)	,293	,317			
Linear-by-Linear Association	1,325(c)	1	,250	,259(b)	,247	,270	,134(b)	,125	,142
N of Valid Cases	127								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c The standardized statistic is -1,151.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα - ORG1A X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,852(a)	7	,346	,341(b)	,328	,353			
Likelihood Ratio	10,454	7	,164	,279(b)	,268	,291			
Fisher's Exact Test	7,057			,385(b)	,372	,397			
Linear-by-Linear Association	,030(c)	1	,864	,886(b)	,878	,894	,451(b)	,438	,464
N of Valid Cases	123								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c The standardized statistic is -,172.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας - ORG1A X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,829(a)	6	,566	,640(b)	,628	,652			
Likelihood Ratio	6,701	6	,349	,545(b)	,533	,558			
Fisher's Exact Test	4,897			,601(b)	,588	,613			
Linear-by-Linear Association	,070(c)	1	,791	,829(b)	,819	,839	,420(b)	,407	,432
N of Valid Cases	125								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c The standardized statistic is ,265.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια - ORG1A X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,557(b)	1	,059	,083	,045	
Continuity Correction(a)	2,869	1	,090			
Likelihood Ratio	3,554	1	,059	,083	,045	
Fisher's Exact Test				,083	,045	
Linear-by-Linear Association	3,529(c)	1	,060	,083	,045	,026
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18,10.

c The standardized statistic is 1,878.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια - ORG1A X PATR4L1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,018(a)	5	,847	,944(b)	,938	,950			
Likelihood Ratio	2,379	5	,795	,944(b)	,938	,950			
Fisher's Exact Test	2,371			,897(b)	,890	,905			
Linear-by-Linear Association	,029(c)	1	,864	,939(b)	,933	,945	,483(b)	,470	,496
N of Valid Cases	38								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c The standardized statistic is ,171.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας - ORG1A X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,018(a)	5	,847	,944(b)	,938	,950			
Likelihood Ratio	2,379	5	,795	,944(b)	,938	,950			
Fisher's Exact Test	2,371			,897(b)	,890	,905			
Linear-by-Linear Association	,029(c)	1	,864	,939(b)	,933	,945	,483(b)	,470	,496
N of Valid Cases	38								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c The standardized statistic is ,171.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας - ORG1A X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,115(a)	7	,134	,098(b)	,090	,106			
Likelihood Ratio	12,860	7	,076	,099(b)	,092	,107			
Fisher's Exact Test	10,463			,109(b)	,101	,117			
Linear-by-Linear Association	,128(c)	1	,721	,713(b)	,701	,725	,378(b)	,365	,390
N of Valid Cases	84								

a 8 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 762367465.

c The standardized statistic is -,358.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και των αιτιών του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας - ORG1A X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,958(a)	23	,303	,253(b)	,242	,264			
Likelihood Ratio	34,199	23	,062	,235(b)	,224	,246			
Fisher's Exact Test	24,151			,278(b)	,267	,290			
Linear-by-Linear Association	,135(c)	1	,714	,722(b)	,710	,733	,359(b)	,347	,371
N of Valid Cases	76								

a 44 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,50.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1083603619.

c The standardized statistic is -,367.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια του ασθενούς - ORGIA X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,562(b)	1	,211	,322	,231	
Continuity Correction(a)	,545	1	,460			
Likelihood Ratio	1,592	1	,207	,322	,231	
Fisher's Exact Test				,322	,231	
Linear-by-Linear Association	1,550(c)	1	,213	,322	,231	,194
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,78.

c The standardized statistic is -1,245.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της ηλικίας έναρξης της ασθένειας - ORGIA X ORGI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5.124(a)	6	.528	.547(b)	.534	.559			
Likelihood Ratio	5.510	6	.480	.557(b)	.545	.570			
Fisher's Exact Test	5.011			.551(b)	.538	.564			
Linear-by-Linear Association	.665(c)	1	.415	.441(b)	.428	.454	.224(b)	.213	.234
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (28.6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c The standardized statistic is -.816.

Πίνακας 19. Εάν υπήρχαν άλλες οργανικές διαταραχές πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ ποιες ήταν αυτές -ORG1ALM

			ORG1ALM
Chi-Square(a)			8.724
Df			4
Asymp. Sig.			.068
Monte Carlo	Sig.		.072(b)
Sig.	99% Confidence Interval	Lower Bound	.065
		Upper Bound	.079

a 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5.

Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 11.6.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

Πίνακας 20. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών και της ηλικίας των ασθενών τη στιγμή της συνέντευξης - ORG1ALM X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)			
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	16,383(a)	16	,427	,405(b)	,392	,418			
Likelihood Ratio	16,522	16	,417	,477(b)	,465	,490			
Fisher's Exact Test	15,653			,466(b)	,453	,479			
Linear-by-Linear Association	1,902(c)	1	,168	,170(b)	,160	,180	,080(b)	,073	,087
N of Valid Cases	58								

a 23 κελιά (92,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is 1,379.

Πίνακας 21. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ΧΝΑ με το επάγγελμα των ασθενών - ORG1ALM X DIM 7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	37,538(a)	40	,582	,627(b)	,615	,639			
Likelihood Ratio	39,522	40	,492	,743(b)	,732	,754			
Fisher's Exact Test	33,850			,708(b)	,696	,719			
Linear-by-Linear Association	,005(c)	1	,944	,951(b)	,945	,956	,487(b)	,474	,500
N of Valid Cases	57								

a 55 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is ,070.

Πίνακας 22. Συσχέτιση του είδους άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών - ORG1ALM X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	29.687(a)	32	.584	.610(b)	.598	.623			
Likelihood Ratio	30.234	32	.556	.705(b)	.694	.717			
Fisher's Exact Test	27.248			.781(b)	.770	.791			
Linear-by-Linear Association	1.409(c)	1	.235	.246(b)	.235	.257	.117(b)	.109	.126
N of Valid Cases	58								

a 44 κελιά (97.8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1421288173.

c The standardized statistic is -1.187.

Πίνακας 23. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα ORG1ALM X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	20,202(a)	24	,685	,678(b)	,666	,690			
Likelihood Ratio	20,958	24	,641	,694(b)	,682	,706			
Fisher's Exact Test	22,842			,600(b)	,587	,612			
Linear-by-Linear Association	,150(c)	1	,699	,710(b)	,698	,722	,278(b)	,267	,290
N of Valid Cases	58								

a 31 κελιά (88,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1919163461.

c The standardized statistic is -,387.

Πίνακας 24. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας - ORG1ALM X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,265(a)	16	,579	,484(b)	,471	,497			
Likelihood Ratio	14,917	16	,531	,323(b)	,311	,335			
Fisher's Exact Test	17,609			,413(b)	,400	,426			
Linear-by-Linear Association	1,799(c)	1	,180	,178(b)	,168	,188	,091(b)	,084	,099
N of Valid Cases	58								

a 17 κελιά (68,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1503498996.

c The standardized statistic is -1,341.

Πίνακας 25. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα - ORG1ALM X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	19,470(a)	16	,245	,251(b)	,239	,262			
Likelihood Ratio	20,924	16	,181	,169(b)	,160	,179			
Fisher's Exact Test	16,751			,255(b)	,244	,267			
Linear-by-Linear Association	,097(c)	1	,756	,751(b)	,740	,762	,461(b)	,448	,474
N of Valid Cases	56								

a 19 κελιά (76,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1905543110.

c The standardized statistic is -,311.

Πίνακας 26. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας - ORG1ALM X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,453(a)	16	,842	,889(b)	,881	,897			
Likelihood Ratio	11,999	16	,744	,749(b)	,738	,760			
Fisher's Exact Test	13,632			,889(b)	,881	,897			
Linear-by-Linear Association	,050(c)	1	,822	,799(b)	,788	,809	,519(b)	,507	,532
N of Valid Cases	56								

a 19 κελιά (76,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 946042643.

c The standardized statistic is -,224.

Πίνακας 27. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια - ORG1ALM X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,107(a)	4	,893	,918(b)	,911	,925			
Likelihood Ratio	1,110	4	,893	,918(b)	,911	,925			
Fisher's Exact Test	1,306			,918(b)	,911	,925			
Linear-by-Linear Association	,025(c)	1	,874	,912(b)	,904	,919	,432(b)	,420	,445
N of Valid Cases	58								

a 3 κελιά (30,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,19.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 134453947.

c The standardized statistic is -,158.

Πίνακας 28. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των ασθενών - ORG1ALM PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,855(a)	4	,210	,230(b)	,219	,241			
Likelihood Ratio	7,875	4	,096	,151(b)	,142	,160			
Fisher's Exact Test	6,295			,146(b)	,137	,155			
Linear-by-Linear Association	,818(c)	1	,366	,383(b)	,371	,396	,205(b)	,195	,215
N of Valid Cases	58								

a 6 κελιά (60,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,52.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1540442866.

c The standardized statistic is ,904

Πίνακας 29. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και των αιτιών του θανάτου μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών - ORG1ALM X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	69,602(a)	60	,186	,194(b)	,184	,204			
Likelihood Ratio	54,297	60	,683	,693(b)	,681	,705			
Fisher's Exact Test	59,860			,706(b)	,695	,718			
Linear-by-Linear Association	4,167(c)	1	,041	,077(b)	,070	,084	,077(b)	,070	,084
N of Valid Cases	39								

a 80 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1546839810.

c The standardized statistic is 2,041.

Πίνακας 30. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές – όχι καλές) στην πατρική οικογένεια των ασθενών - ORG1ALM X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,062(a)	4	,900	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	1,769	4	,778	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,827			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,516(c)	1	,473	,424(b)	,411	,437	,269(b)	,258	,280
N of Valid Cases	57								

a 6 κελιά (60,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,16.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 705346993.

c The standardized statistic is -,718.

Πίνακας 31. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της ηλικίας εκδήλωσης της ΧΝΑ - ORG1ALM X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28.009(a)	20	.109	.104(b)	.096	.112	.145(b)	.136	.154
Likelihood Ratio	26.859	20	.139	.228(b)	.217	.239			
Fisher's Exact Test	21.443			.244(b)	.233	.255			
Linear-by-Linear Association	1.177(c)	1	.278	.295(b)	.283	.306			
N of Valid Cases	58								

a 30 κελιά (100.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι .10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1644650155.

c The standardized statistic is 1.085.

5.4.19. ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ; - ORG2.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη συμπτωμάτων της νόσου πριν από την εκδήλωση της ΧΝΑ και του φύλου των ασθενών - ORG2 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,286(b)	1	,257	,345	,172	
Continuity Correction(a)	,893	1	,345			
Likelihood Ratio	1,289	1	,256	,345	,172	
Fisher's Exact Test				,345	,172	
Linear-by-Linear Association	1,276(c)	1	,259	,345	,172	,080
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 21,00.

c The standardized statistic is -1,129.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη συμπτωμάτων της νόσου πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ηλικίας των ασθενών - ORG2 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,739(a)	5	,171	,175(b)	,165	,184			
Likelihood Ratio	7,957	5	,159	,212(b)	,202	,223			
Fisher's Exact Test	7,628			,168(b)	,158	,177			
Linear-by-Linear Association	,735(c)	1	,391	,427(b)	,415	,440	,214(b)	,203	,224
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,50.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 211065797.

c The standardized statistic is -,857.

5.4.20. ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ; - ORG3.

Πίνακας 1. Συσχέτιση του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης και του φύλου των υποκείμενων - ORG3 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,906(a)	5	,011	,008(b)	,005	,010			
Likelihood Ratio	16,581	5	,005	,008(b)	,005	,010			
Fisher's Exact Test	14,428			,008(b)	,006	,011			
Linear-by-Linear Association	3,612(c)	1	,057	,062(b)	,055	,068	,035(b)	,030	,040
N of Valid Cases	116								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 84799795.

c The standardized statistic is 1,901.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας πριν το στάδιο της αιμοκάθαρσης και της ηλικίας των υποκείμενων - ORG3 X

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17,237(a)	25	,873	,827(b)	,817	,837			
Likelihood Ratio	19,375	25	,779	,758(b)	,747	,769			
Fisher's Exact Test	23,423			,785(b)	,774	,795			
Linear-by-Linear Association	,217(c)	1	,641	,650(b)	,638	,663	,324(b)	,312	,336
N of Valid Cases	116								

a 29 κελιά (80,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,01.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2042698158.

c The standardized statistic is -,466.

5.4.21. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ; - ORG4.

Πίνακας 5.4.21. Ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε τώρα για την αντιμετώπιση της ΧΝΑ – ORG4

			ORG4
Chi-Square(a)			119.126
Df			1
Asymp. Sig.			.000
Monte Carlo	Sig.		.000(b)
Sig.	99% Confidence	Lower Bound	.000
	Interval	Upper Bound	.000

a. 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5.
Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 63.5.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000

5.4.22. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΙ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ; - ORG5.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για τη νοσηλεία τους πριν το στάδιο της κάθαρσης και του φύλου των υποκείμενων - ORG5 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,095(b)	1	,079	,104	,058	
Continuity Correction(a)	2,422	1	,120			
Likelihood Ratio	3,221	1	,073	,104	,058	
Fisher's Exact Test				,104	,058	
Linear-by-Linear Association	3,070(c)	1	,080	,104	,058	,035
N of Valid Cases	126					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 13,33.

c. The standardized statistic is -1,752.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για τη νοσηλεία τους πριν από το στάδιο της κάθαρσης και της τωρινής ηλικίας τους - ORG5 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,347(a)	5	,647	,668(b)	,656	,680			
Likelihood Ratio	3,173	5	,673	,736(b)	,724	,747			
Fisher's Exact Test	3,523			,624(b)	,612	,637			
Linear-by-Linear Association	,706(c)	1	,401	,444(b)	,431	,457	,221(b)	,210	,231
N of Valid Cases	126								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,95.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1776211046.

c The standardized statistic is -,840.

5.4.23. ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΑΛΛΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ; - ORG6.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της εμφάνισης οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου των υποκείμενων - ORG6 X DIM1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,018(b)	1	,892	1,000	,530	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,018	1	,892	1,000	,530	
Fisher's Exact Test				1,000	,530	
Linear-by-Linear Association	,018(c)	1	,893	1,000	,530	,160
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 13,33.

c The standardized statistic is ,135.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της τωρινής ηλικίας των υποκείμενων - ORG6 Χ DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,426(a)	5	,788	,821(b)	,811	,831			
Likelihood Ratio	2,513	5	,775	,829(b)	,820	,839			
Fisher's Exact Test	2,713			,770(b)	,759	,781			
Linear-by-Linear Association	,011(c)	1	,916	,940(b)	,934	,946	,494(b)	,481	,507
N of Valid Cases	126								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,95.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 505061921.

c The standardized statistic is -,106.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής των ασθενών - ORG6 Χ DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,146(a)	5	,950	,954(b)	,948	,959			
Likelihood Ratio	1,165	5	,948	,953(b)	,947	,958			
Fisher's Exact Test	1,308			,950(b)	,944	,955			
Linear-by-Linear Association	,163(c)	1	,687	,722(b)	,711	,734	,363(b)	,350	,375
N of Valid Cases	126								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,86.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 297761863.

c The standardized statistic is -,404.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τύπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - ORG6 X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,908(a)	5	,714	,730(b)	,719	,742			
Likelihood Ratio	2,765	5	,736	,767(b)	,756	,777			
Fisher's Exact Test	2,846			,744(b)	,733	,756			
Linear-by-Linear Association	,572(c)	1	,450	,455(b)	,442	,468	,245(b)	,234	,256
N of Valid Cases	126								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,22.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1947735306.

c The standardized statistic is ,756.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων - ORG6 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,717(a)	3	,437	,441(b)	,428	,454			
Likelihood Ratio	3,540	3	,316	,375(b)	,362	,387			
Fisher's Exact Test	2,288			,523(b)	,510	,535			
Linear-by-Linear Association	,910(c)	1	,340	,385(b)	,372	,397	,215(b)	,205	,226
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,95.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993714141.

c The standardized statistic is ,954.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του/της ασθενούς - ORG6 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,939(a)	10	,731	,756(b)	,744	,767			
Likelihood Ratio	8,904	10	,541	,650(b)	,638	,662			
Fisher's Exact Test	7,330			,707(b)	,696	,719			
Linear-by-Linear Association	,254(c)	1	,614	,637(b)	,625	,649	,326(b)	,314	,338
N of Valid Cases	125								

a 13 κελιά (59,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,62.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 952162900.

c The standardized statistic is -,504.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού επιπέδου του/της ασθενούς - ORG6 X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,281(a)	8	,916	,943(b)	,937	,949			
Likelihood Ratio	4,536	8	,806	,891(b)	,883	,899			
Fisher's Exact Test	2,924			,972(b)	,968	,976			
Linear-by-Linear Association	,135(c)	1	,713	,745(b)	,734	,756	,381(b)	,368	,393
N of Valid Cases	126								

a 12 κελιά (66,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 940095498.

c The standardized statistic is ,368.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς *ORG6 X PATR2P*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,606(a)	10	,476	,495(b)	,482	,508			
Likelihood Ratio	11,995	10	,285	,482(b)	,469	,495			
Fisher's Exact Test	9,026			,501(b)	,488	,514			
Linear-by-Linear Association	,130(c)	1	,718	,754(b)	,743	,765	,375(b)	,363	,388
N of Valid Cases	123								

a 18 κελιά (81,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1515591596.

c The standardized statistic is ,361.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς *ORG6 X PATR2M*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,805(a)	8	,946	,984(b)	,981	,988			
Likelihood Ratio	4,300	8	,829	,959(b)	,954	,964			
Fisher's Exact Test	2,847			,988(b)	,986	,991			
Linear-by-Linear Association	,669(c)	1	,413	,431(b)	,418	,443	,217(b)	,206	,227
N of Valid Cases	126								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2032416322.

c The standardized statistic is -,818.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα του/της ασθενούς - *ORG6 X PATR3P*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,930(a)	7	,891	,957(b)	,952	,963			
Likelihood Ratio	3,406	7	,845	,972(b)	,967	,976			
Fisher's Exact Test	3,445			,937(b)	,931	,944			
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,938	,957(b)	,952	,963	,483(b)	,470	,495
N of Valid Cases	122								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1649056498.

c The standardized statistic is -,078.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας του/της ασθενούς - *ORG6 X PATR3M*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,212(a)	6	,400	,411(b)	,398	,423			
Likelihood Ratio	7,862	6	,248	,387(b)	,374	,400			
Fisher's Exact Test	5,549			,443(b)	,430	,455			
Linear-by-Linear Association	,365(c)	1	,546	,566(b)	,553	,578	,301(b)	,289	,312
N of Valid Cases	124								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1568792215.

c The standardized statistic is ,604.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρών ασθενειών στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς - ORG6 X PATR4

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,046(b)	1	,830	,839	,493	
Continuity Correction(a)	,000	1	,993			
Likelihood Ratio	,046	1	,830	,839	,493	
Fisher's Exact Test				,839	,493	
Linear-by-Linear Association	,046(c)	1	,830	,839	,493	,159
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,48.

c The standardized statistic is ,214.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σοβαρών ασθενειών στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς - ORG6 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,728(a)	10	,751	,892(b)	,884	,900			
Likelihood Ratio	8,554	10	,575	,868(b)	,859	,877			
Fisher's Exact Test	7,023			,869(b)	,860	,877			
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,971	,979(b)	,976	,983	,516(b)	,504	,529
N of Valid Cases	35								

a 20 κελιά (90,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,29.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 962522010.

c The standardized statistic is ,037.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας - *ORG6 X PATR4L2*

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,271(a)	5	,099	,079(b)	,072	,086			
Likelihood Ratio	10,429	5	,064	,100(b)	,092	,108			
Fisher's Exact Test	8,336			,086(b)	,079	,093			
Linear-by-Linear Association	3,877(c)	1	,049	,053(b)	,048	,059	,037(b)	,032	,042
N of Valid Cases	37								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1157648955.

c The standardized statistic is -1,969.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς - *ORG6 X PATR5*

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,871(b)	1	,090	,100	,067	
Continuity Correction(a)	2,208	1	,137			
Likelihood Ratio	3,007	1	,083	,100	,067	
Fisher's Exact Test				,100	,067	
Linear-by-Linear Association	2,849(c)	1	,091	,100	,067	,040
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,06.

c The standardized statistic is 1,688.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής οικογένειας του/της ασθενούς - ORG6 X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,772(a)	7	,108	,079(b)	,072	,086			
Likelihood Ratio	15,683	7	,028	,037(b)	,032	,042			
Fisher's Exact Test	11,425			,076(b)	,069	,083			
Linear-by-Linear Association	3,846(c)	1	,050	,045(b)	,040	,051	,017(b)	,013	,020
N of Valid Cases	83								

a 10 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,37.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1607452505.

c The standardized statistic is 1,961.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αιτίας του θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας - ORG6 X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,443(a)	23	,435	,465(b)	,452	,478			
Likelihood Ratio	29,569	23	,162	,494(b)	,481	,507			
Fisher's Exact Test	21,834			,493(b)	,480	,506			
Linear-by-Linear Association	1,733(c)	1	,188	,206(b)	,196	,217	,102(b)	,094	,110
N of Valid Cases	75								

a 45 κελιά (93,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,39.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 652989951.

c The standardized statistic is 1,316.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια του/της ασθενούς - ORG6 X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,074(b)	1	,786	1,000	,631	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,077	1	,781	1,000	,631	
Fisher's Exact Test				1,000	,631	
Linear-by-Linear Association	,073(c)	1	,786	1,000	,631	,412
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,25.

c The standardized statistic is ,271.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της νόσου - ORG6 X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,131(a)	6	,980	,993(b)	,991	,995			
Likelihood Ratio	1,434	6	,964	,993(b)	,990	,995			
Fisher's Exact Test	1,370			,992(b)	,989	,994			
Linear-by-Linear Association	,286(c)	1	,593	,614(b)	,601	,626	,317(b)	,305	,329
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1575976823.

c The standardized statistic is ,535.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ με την ύπαρξη οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της ασθένειας - ORG6 X ORG1A

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,007(b)	1	,932	1,000	,542	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,007	1	,932	1,000	,542	
Fisher's Exact Test				1,000	,542	
Linear-by-Linear Association	,007(c)	1	,932	1,000	,542	,152
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 17,78.

c The standardized statistic is ,085.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ με το είδος των οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της χρόνιας ασθένειας - ORG6 X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,139(a)	4	,273	,266(b)	,255	,277			
Likelihood Ratio	5,845	4	,211	,254(b)	,242	,265			
Fisher's Exact Test	4,474			,323(b)	,311	,335			
Linear-by-Linear Association	1,280(c)	1	,258	,308(b)	,296	,319	,159(b)	,149	,168
N of Valid Cases	57								

a 6 κελιά (60,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,89.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 66508536.

c The standardized statistic is 1,132.

Πίνακας 22. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου των υποκείμενων - *ORG6L X DIM1*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,424(a)	6	,964	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	2,037	6	,916	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,842			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,823(c)	1	,364	,498(b)	,485	,511	,184(b)	,174	,194
N of Valid Cases	40								

a 11 κελιά (78,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 310042136.

c The standardized statistic is -,907.

Πίνακας 23. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της τωρινής ηλικίας των υποκείμενων - *ORG6L X DIM2*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	46,898(a)	30	,025	,074(b)	,067	,080			
Likelihood Ratio	33,850	30	,287	,092(b)	,084	,099			
Fisher's Exact Test	38,429			,086(b)	,078	,093			
Linear-by-Linear Association	1,330(c)	1	,249	,234(b)	,223	,245	,145(b)	,136	,154
N of Valid Cases	40								

a 41 κελιά (97,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 189061494.

c The standardized statistic is -1,153.

Πίνακας 24. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής των ασθενών RG6L X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	37,120(a)	30	,174	,181(b)	,171	,191			
Likelihood Ratio	37,299	30	,169	,078(b)	,071	,085			
Fisher's Exact Test	34,538			,087(b)	,080	,094			
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,939	,969(b)	,965	,974	,430(b)	,417	,442
N of Valid Cases	40								

a 41 κελιά (97,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,08.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 937287541.

c The standardized statistic is ,077.

Πίνακας 25. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - ORG6L X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	40,961(a)	30	,088	,105(b)	,097	,113			
Likelihood Ratio	37,363	30	,167	,082(b)	,075	,089			
Fisher's Exact Test	33,582			,135(b)	,126	,144			
Linear-by-Linear Association	,161(c)	1	,689	,834(b)	,825	,844	,429(b)	,416	,441
N of Valid Cases	40								

a 41 κελιά (97,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 995738463.

c The standardized statistic is -,401.

Πίνακας 26. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων - *ORG6L X DIM6*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,171(a)	12	,514	,529(b)	,516	,542			
Likelihood Ratio	12,084	12	,439	,461(b)	,448	,473			
Fisher's Exact Test	10,730			,585(b)	,572	,597			
Linear-by-Linear Association	,367(c)	1	,545	,315(b)	,303	,327	,166(b)	,156	,175
N of Valid Cases	40								

a 19 κελιά (90,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 969556011.

c The standardized statistic is -,606.

Πίνακας 27. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος των ασθενών - *ORG6L X DIM7*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	48,991(a)	54	,668	,629(b)	,616	,641			
Likelihood Ratio	43,159	54	,855	,544(b)	,531	,557			
Fisher's Exact Test	62,615			,511(b)	,498	,524			
Linear-by-Linear Association	,109(c)	1	,741	,706(b)	,694	,718	,362(b)	,349	,374
N of Valid Cases	39								

a 70 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1868416634.

c The standardized statistic is -,330.

Πίνακας 28. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών - ORG6L X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,907(a)	36	,830	,745(b)	,733	,756			
Likelihood Ratio	29,173	36	,783	,541(b)	,528	,554			
Fisher's Exact Test	42,923			,396(b)	,383	,408			
Linear-by-Linear Association	,005(c)	1	,943	,955(b)	,950	,961	,642(b)	,630	,655
N of Valid Cases	40								

a 48 κελιά (98,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1843683545.

c The standardized statistic is -,072.

Πίνακας 29. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα των ασθενών - ORG6L X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	35,337(a)	36	,500	,467(b)	,454	,480			
Likelihood Ratio	30,670	36	,720	,208(b)	,198	,219			
Fisher's Exact Test	47,460			,266(b)	,254	,277			
Linear-by-Linear Association	,240(c)	1	,624	,501(b)	,488	,514	,306(b)	,294	,317
N of Valid Cases	40								

a 47 κελιά (95,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

c The standardized statistic is ,490.

Πίνακας 30. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας των ασθενών - ORG6L X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,977(a)	30	,676	,499(b)	,486	,512			
Likelihood Ratio	20,099	30	,914	,498(b)	,485	,511			
Fisher's Exact Test	41,614			,535(b)	,522	,548			
Linear-by-Linear Association	,488(c)	1	,485	,565(b)	,552	,578	,225(b)	,214	,235
N of Valid Cases	40								

a 40 κελιά (95,2%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 805089440.

c The standardized statistic is -,699.

Πίνακας 31. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των ασθενών - ORG6L X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	36,213(a)	36	,459	,389(b)	,377	,402			
Likelihood Ratio	27,850	36	,833	,269(b)	,257	,280			
Fisher's Exact Test	52,052			,217(b)	,206	,227			
Linear-by-Linear Association	,029(c)	1	,865	,819(b)	,809	,829	,233(b)	,222	,244
N of Valid Cases	40								

a 47 κελιά (95,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 306940390.

c The standardized statistic is ,169.

Πίνακας 32. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας των ασθενών - *ORG6L X PATR3M*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	26,747(a)	18	,084	,202(b)	,192	,213			
Likelihood Ratio	28,179	18	,059	,013(b)	,010	,016			
Fisher's Exact Test	28,661			,016(b)	,013	,019			
Linear-by-Linear Association	,099(c)	1	,754	,668(b)	,655	,680	,189(b)	,179	,199
N of Valid Cases	40								

a 26 κελιά (92,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 810324223.

c The standardized statistic is ,314.

Πίνακας 33. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης ή μη σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών - *ORG6L X PATR4*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,352(a)	6	,500	,558(b)	,545	,570			
Likelihood Ratio	5,685	6	,459	,682(b)	,670	,694			
Fisher's Exact Test	5,350			,535(b)	,522	,548			
Linear-by-Linear Association	,347(c)	1	,556	,745(b)	,734	,756	,417(b)	,404	,430
N of Valid Cases	40								

a 11 κελιά (78,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1636318592.

c The standardized statistic is ,589.

Πίνακας 34. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των ασθενών - *ORG6L X PATR4L1*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,194(a)	20	,279	,440(b)	,427	,453			
Likelihood Ratio	19,005	20	,521	,719(b)	,707	,731			
Fisher's Exact Test	22,953			,719(b)	,707	,731			
Linear-by-Linear Association	,014(c)	1	,906	,934(b)	,928	,941	,552(b)	,539	,565
N of Valid Cases	10								

a 30 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 363338186.

c The standardized statistic is -,118.

Πίνακας 35. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών - *ORG6L X PATR4L2*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,194(a)	20	,279	,440(b)	,427	,453			
Likelihood Ratio	19,005	20	,521	,719(b)	,707	,731			
Fisher's Exact Test	22,953			,719(b)	,707	,731			
Linear-by-Linear Association	,014(c)	1	,906	,934(b)	,928	,941	,552(b)	,539	,565
N of Valid Cases	10								

a 30 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 363338186.

c The standardized statistic is -,118.

Πίνακας 36. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης ή μη θανάτων στην πατρική οικογένεια των ασθενών - *ORG6L X PATR5*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,888(a)	6	,129	,136(b)	,127	,144			
Likelihood Ratio	9,112	6	,167	,212(b)	,201	,222			
Fisher's Exact Test	8,197			,154(b)	,145	,163			
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,941	,952(b)	,946	,957	,673(b)	,660	,685
N of Valid Cases	40								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,20.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 172720898.

c The standardized statistic is -,075.

Πίνακας 37. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανόντος μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών - *ORG6L X PATR5L1*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	18,060(a)	25	,840	,790(b)	,779	,800			
Likelihood Ratio	16,537	25	,898	,869(b)	,860	,877			
Fisher's Exact Test	24,876			,854(b)	,845	,863			
Linear-by-Linear Association	,056(c)	1	,812	,968(b)	,964	,973	,586(b)	,574	,599
N of Valid Cases	31								

a 35 κελιά (97,2%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2081800200.

c The standardized statistic is ,238.

Πίνακας 38. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των ασθενών - *ORG6L X PATR5L2*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	62,646(a)	65	,560	,601(b)	,588	,613			
Likelihood Ratio	40,834	65	,992	,728(b)	,716	,739			
Fisher's Exact Test	86,070			,716(b)	,705	,728			
Linear-by-Linear Association	,050(c)	1	,823	,867(b)	,858	,876	,267(b)	,255	,278
N of Valid Cases	29								

a 84 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1770687103.

c The standardized statistic is ,223.

Πίνακας 39. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια των ασθενών - *ORG6L X PATR8*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,080(a)	6	,982	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	1,466	6	,962	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	7,604			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,028(c)	1	,867	1,000(b)	1,000	1,000	,874(b)	,865	,882
N of Valid Cases	39								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1941004702.

c The standardized statistic is -,167.

Πίνακας 40. Συσχέτιση του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της XNA και του είδους άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν πριν την εκδήλωση της νόσου - ORG6L X ORG1A

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,205(a)	6	,518	,558(b)	,545	,570			
Likelihood Ratio	7,089	6	,313	,482(b)	,469	,494			
Fisher's Exact Test	4,968			,591(b)	,578	,603			
Linear-by-Linear Association	,812(c)	1	,367	,543(b)	,530	,555	,276(b)	,264	,287
N of Valid Cases	40								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 790767468.

c The standardized statistic is -,901.

Πίνακας 41. Συσχέτιση του είδους των διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της XNA και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που υπήρχαν πριν τη νόσο - ORG6L X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,087(a)	12	,439	,496(b)	,483	,509			
Likelihood Ratio	14,627	12	,262	,453(b)	,441	,466			
Fisher's Exact Test	11,415			,510(b)	,497	,522			
Linear-by-Linear Association	,160(c)	1	,690	,824(b)	,814	,834	,442(b)	,429	,455
N of Valid Cases	17								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,18.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 15053862.

c The standardized statistic is -,400.

5.4.24. ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ; - ΚΟΙΝ1.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκείμενων μετά την έναρξη της ασθένειας (ΧΝΑ) με την τωρινή τους ηλικία - ΚΟΙΝ1 Χ DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,293(a)	5	,807	,825(b)	,822	,828			
Likelihood Ratio	2,290	5	,808	,827(b)	,824	,830			
Fisher's Exact Test	2,443			,820(b)	,817	,823			
Linear-by-Linear Association	,062(c)	1	,804	,843(b)	,840	,846	,430(b)	,426	,434
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,25.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 299883525.

c The standardized statistic is ,248.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τύπου καταγωγής τους - ΚΟΙΝ1 Χ DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,890(a)	5	,078	,079(b)	,072	,086			
Likelihood Ratio	10,104	5	,072	,087(b)	,080	,094			
Fisher's Exact Test	9,631			,085(b)	,078	,092			
Linear-by-Linear Association	,969(c)	1	,325	,351(b)	,339	,363	,182(b)	,172	,192
N of Valid Cases	127								

a 1 κελιά (8,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 3,76.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 881509541.

c The standardized statistic is ,984.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκείμενων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της οικογενειακής τους κατάστασης - KOINI X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,753(a)	3	,124	,112(b)	,103	,120			
Likelihood Ratio	5,703	3	,127	,177(b)	,167	,187			
Fisher's Exact Test	5,794			,101(b)	,093	,109			
Linear-by-Linear Association	1,770(c)	1	,183	,227(b)	,216	,238	,117(b)	,109	,125
N of Valid Cases	127								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,25.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1764943949.

c The standardized statistic is 1,330.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αλλαγής ή μη στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκείμενων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του μορφωτικού επιπέδου τους - KOINI X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,599(a)	8	,891	,929(b)	,927	,931			
Likelihood Ratio	3,929	8	,863	,934(b)	,932	,936			
Fisher's Exact Test	3,937			,916(b)	,914	,918			
Linear-by-Linear Association	,004(c)	1	,947	,972(b)	,971	,973	,488(b)	,484	,492
N of Valid Cases	127								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,42.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 112562564.

c The standardized statistic is -,066.

Πίνακας 5. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκείμενων μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της τωρινής τους ηλικίας - KOINIL X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,517(a)	10	,252	,236(b)	,232	,239			
Likelihood Ratio	11,630	10	,311	,320(b)	,316	,324			
Fisher's Exact Test	10,822			,354(b)	,350	,358			
Linear-by-Linear Association	1,460(c)	1	,227	,252(b)	,248	,255	,135(b)	,132	,138
N of Valid Cases	61								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,05.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 508741944.

c The standardized statistic is -1,208.

Πίνακας 6. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής τους - KOINIL X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,900(a)	15	,459	,415(b)	,403	,428			
Likelihood Ratio	15,038	15	,449	,301(b)	,289	,313			
Fisher's Exact Test	17,193			,332(b)	,320	,344			
Linear-by-Linear Association	3,180(c)	1	,075	,031(b)	,026	,035	,031(b)	,026	,035
N of Valid Cases	60								

a 20 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1151184558.

c The standardized statistic is 1,783.

Πίνακας 7. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - KOINIL X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,412(a)	15	,422	,368(b)	,355	,380			
Likelihood Ratio	13,515	15	,563	,437(b)	,424	,450			
Fisher's Exact Test	17,050			,325(b)	,313	,337			
Linear-by-Linear Association	1,427(c)	1	,232	,268(b)	,257	,280	,132(b)	,123	,140
N of Valid Cases	60								

a 20 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1983313784.

c The standardized statistic is 1,195.

Πίνακας 8. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της οικογενειακής τους κατάστασης - KOINIL X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,079(a)	9	,999	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	1,787	9	,994	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	8,029			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,004(c)	1	,950	,890(b)	,882	,898	,621(b)	,609	,633
N of Valid Cases	60								

a 14 κελιά (87,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1988899140.

c The standardized statistic is -,062.

Πίνακας 9. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των υποκείμενων μετά την έναρξη της ΧΝΑ με το μορφωτικό τους επίπεδο - ΚΟΙΝ1 Χ ΔΙΜ8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	21,927(a)	16	,146	,183(b)	,180	,187			
Likelihood Ratio	18,115	16	,317	,237(b)	,233	,240			
Fisher's Exact Test	16,385			,438(b)	,434	,442			
Linear-by-Linear Association	4,493(c)	1	,034	,033(b)	,031	,034	,025(b)	,023	,026
N of Valid Cases	61								

a 24 κελιά (88,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι,05.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 1451419960.

c The standardized statistic is 2,120.

5.4.25. ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ; - ΚΟΙΝ2.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη των επιπτώσεων της ασθένειας (ΧΝΑ) στην οικονομική κατάσταση των υποκείμενων με την ηλικία τους - ΚΟΙΝ2 Χ ΔΙΜ2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,018(a)	5	,961	,968(b)	,963	,972			
Likelihood Ratio	1,026	5	,960	,968(b)	,963	,972			
Fisher's Exact Test	1,203			,968(b)	,963	,972			
Linear-by-Linear Association	,219(c)	1	,640	,651(b)	,638	,663	,347(b)	,334	,359
N of Valid Cases	127								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,46.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1517194786.

c The standardized statistic is -,468.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη των επιπτώσεων της ασθένειας (XNA) στην οικονομική κατάσταση των υποκείμενων με το επάγγελμα τους - KOIN2 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,956(a)	10	,226	,230(b)	,219	,241			
Likelihood Ratio	13,630	10	,191	,277(b)	,266	,289			
Fisher's Exact Test	13,317			,194(b)	,183	,204			
Linear-by-Linear Association	,076(c)	1	,783	,791(b)	,781	,802	,402(b)	,389	,415
N of Valid Cases	126								

a 12 κελιά (54,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,98.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 559846330.

c The standardized statistic is ,275.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της ύπαρξης ή μη των αλλαγών στην οικονομική κατάσταση των υποκείμενων μετά την έναρξη της ασθένειας (XNA) με το επίπεδο σπουδών τους - KOIN2 X DIM8

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,445(a)	8	,815	,859(b)	,850	,868			
Likelihood Ratio	4,874	8	,771	,862(b)	,853	,871			
Fisher's Exact Test	4,616			,853(b)	,843	,862			
Linear-by-Linear Association	1,214(c)	1	,271	,284(b)	,273	,296	,142(b)	,133	,151
N of Valid Cases	127								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1333605957.

c The standardized statistic is 1,102.

5.4.26. ΑΛΛΑΞΑΤΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ; - ΚΟΙΝ3.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή του τόπου διαμονής τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους - ΚΟΙΝ3 Χ ΔΙΜ1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,374(b)	1	,241	,327	,176	
Continuity Correction(a)	,860	1	,354			
Likelihood Ratio	1,330	1	,249	,327	,176	
Fisher's Exact Test				,327	,176	
Linear-by-Linear Association	1,364(c)	1	,243	,327	,176	,096
N of Valid Cases	127					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 7,61.

c The standardized statistic is -1,168.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή του τόπου διαμονής τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας τους - ΚΟΙΝ3 Χ ΔΙΜ2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,544(a)	5	,908	,938(b)	,931	,944			
Likelihood Ratio	1,463	5	,917	,970(b)	,966	,975			
Fisher's Exact Test	2,327			,823(b)	,813	,833			
Linear-by-Linear Association	,496(c)	1	,481	,499(b)	,486	,512	,270(b)	,258	,281
N of Valid Cases	127								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,54.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1528664027.

c The standardized statistic is ,704.

5.4.27. ΥΠΗΡΧΑΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΧΝΑ; - ΚΟΙΝ4.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ύπαρξης των αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των μελών της οικογένειας του/της ασθενούς μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου των ασθενών - ΚΟΙΝ4 Χ ΔΙΜ1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,032(b)	1	,858	1,000	,582	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,032	1	,857	1,000	,582	
Fisher's Exact Test				1,000	,582	
Linear-by-Linear Association	,032(c)	1	,859	1,000	,582	,273
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 1 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 3,25.

c The standardized statistic is ,178.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης αλλαγών στην επαγγελματική δραστηριότητα των μελών της οικογένειας του/της ασθενούς μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας των πασχόντων - ΚΟΙΝ4 Χ ΔΙΜ2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,952(a)	5	,159	,142(b)	,133	,151			
Likelihood Ratio	9,218	5	,101	,106(b)	,098	,114			
Fisher's Exact Test	7,895			,103(b)	,095	,111			
Linear-by-Linear Association	,529(c)	1	,467	,544(b)	,531	,557	,267(b)	,256	,278
N of Valid Cases	126								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,24.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1803017504.

c The standardized statistic is ,727.

5.4.28. ΔΕΧΕΣΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΚΡΑΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ; - ΚΟΙΝ5.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της παροχής κάποιας κρατικής βοήθειας προς τους ασθενείς και του φύλου τους - ΚΟΙΝ5 X ΔΙΜ1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,181(b)	1	,671	,801	,441	
Continuity Correction(a)	,029	1	,865			
Likelihood Ratio	,184	1	,668	,801	,441	
Fisher's Exact Test				,801	,441	
Linear-by-Linear Association	,179(c)	1	,672	,801	,441	,188
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 6,83.

c The standardized statistic is -,423.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

5.4.29. ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΝ ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΣΑΣ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ; - ΚΟΙΝ6Μ.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αντιμετώπιση της ασθένειας τους από τους φίλους τους και του φύλου των ασθενών - ΚΟΙΝ6Μ X DIM1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,668(b)	1	,414	,471	,288	
Continuity Correction(a)	,328	1	,567			
Likelihood Ratio	,691	1	,406	,471	,288	
Fisher's Exact Test				,471	,288	
Linear-by-Linear Association	,663(c)	1	,415	,471	,288	,145
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 7,67.

c The standardized statistic is -,814.

Πίνακας 2. Συσχέτισης της δήλωσης των υποκειμένων για την αντιμετώπιση της ασθένειας τους από τους φίλους τους και της ηλικίας των ασθενών - ΚΟΙΝ6Μ X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,333(a)	5	,197	,192(b)	,181	,202			
Likelihood Ratio	8,117	5	,150	,186(b)	,176	,196			
Fisher's Exact Test	7,390			,154(b)	,145	,164			
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,938	1,000(b)	1,000	1,000	,495(b)	,482	,508
N of Valid Cases	123								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,56.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c The standardized statistic is -,078.

5.4.30. ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ; - ΚΟΙΝ7.

Πίνακας 1 Νιώθετε διαφορετικός/η από τους άλλους ανθρώπους - ΚΟΙΝ7

				KOIN7
Chi-Square(a)				,072
Df				1
Asymp. Sig.				,788
Monte Carlo Sig.				,858(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound		,855
		Upper Bound		,861

a 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 62,5.

b Based on 100000 sampled tables with starting seed 403768731.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης της αίσθησης της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών και του φύλου τους - ΚΟΙΝ7 X ΔΙΜ1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,334(b)	1	,127	,134	,090	
Continuity Correction(a)	1,788	1	,181			
Likelihood Ratio	2,349	1	,125	,134	,090	
Fisher's Exact Test				,134	,090	
Linear-by-Linear Association	2,315(c)	1	,128	,134	,090	,048
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 20,01.

c The standardized statistic is 1,521.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της δήλωσης της αίσθησης της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών και της τωρινής τους ηλικίας - KOIN7 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,895(a)	5	,716	,731(b)	,719	,742			
Likelihood Ratio	2,917	5	,713	,733(b)	,722	,744			
Fisher's Exact Test	3,032			,721(b)	,710	,733			
Linear-by-Linear Association	,866(c)	1	,352	,361(b)	,348	,373	,195(b)	,184	,205
N of Valid Cases	125								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,46.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 274298090.

c The standardized statistic is -,930.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους ή μη από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής τους - KOIN7 X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,083(a)	5	,152	,158(b)	,149	,168			
Likelihood Ratio	8,262	5	,142	,164(b)	,155	,174			
Fisher's Exact Test	7,995			,159(b)	,150	,169			
Linear-by-Linear Association	1,669(c)	1	,196	,203(b)	,192	,213	,106(b)	,098	,114
N of Valid Cases	125								

a 2 κελιά (16,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 4,39.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2094576266.

c The standardized statistic is 1,292.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και της οικογενειακής τους κατάστασης - KOIN7 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,361(a)	3	,501	,526(b)	,513	,539			
Likelihood Ratio	2,389	3	,496	,526(b)	,513	,539			
Fisher's Exact Test	2,402			,534(b)	,521	,547			
Linear-by-Linear Association	,443(c)	1	,506	,552(b)	,539	,564	,290(b)	,278	,302
N of Valid Cases	125								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,46.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 81993672.

c The standardized statistic is ,666.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της δήλωσης της αίσθησης της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών και του επαγγέλματος τους - KOIN7 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,489(a)	10	,679	,723(b)	,711	,735			
Likelihood Ratio	7,655	10	,663	,759(b)	,748	,770			
Fisher's Exact Test	7,660			,704(b)	,692	,715			
Linear-by-Linear Association	,628(c)	1	,428	,448(b)	,435	,461	,236(b)	,225	,247
N of Valid Cases	124								

a 12 κελιά (54,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,98.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 958305119.

c The standardized statistic is ,793.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της δήλωσης της αίσθησης της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών και του επιπέδου μόρφωσης τους - KOIN7 X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,924(a)	8	,545	,581(b)	,568	,594			
Likelihood Ratio	7,595	8	,474	,605(b)	,592	,617			
Fisher's Exact Test	6,906			,569(b)	,556	,582			
Linear-by-Linear Association	,012(c)	1	,914	,920(b)	,913	,927	,467(b)	,454	,480
N of Valid Cases	125								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1559012828.

c The standardized statistic is -,107.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της νόσου και του επαγγέλματος του πατέρα τους - KOIN7 X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,979(a)	10	,534	,602(b)	,589	,615			
Likelihood Ratio	11,057	10	,353	,615(b)	,603	,628			
Fisher's Exact Test	8,505			,629(b)	,617	,642			
Linear-by-Linear Association	,002(c)	1	,969	1,000(b)	1,000	1,000	,501(b)	,488	,514
N of Valid Cases	122								

a 18 κελιά (81,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,48.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1519981667.

c The standardized statistic is -,039.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του επαγγέλματος της μητέρας τους - KOIN7 X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,333(a)	8	,721	,787(b)	,776	,797			
Likelihood Ratio	6,216	8	,623	,779(b)	,768	,790			
Fisher's Exact Test	5,316			,795(b)	,785	,806			
Linear-by-Linear Association	,202(c)	1	,653	,664(b)	,652	,676	,351(b)	,339	,363
N of Valid Cases	125								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 895338088.

c The standardized statistic is ,450.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα τους - KOIN7 X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,919(a)	7	,670	,775(b)	,765	,786			
Likelihood Ratio	6,834	7	,446	,694(b)	,682	,705			
Fisher's Exact Test	4,865			,770(b)	,759	,780			
Linear-by-Linear Association	,207(c)	1	,649	,669(b)	,657	,681	,348(b)	,336	,361
N of Valid Cases	121								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 389105623.

c The standardized statistic is ,455.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας τους - KOIN7 X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,316(a)	6	,634	,722(b)	,710	,733			
Likelihood Ratio	5,483	6	,484	,717(b)	,706	,729			
Fisher's Exact Test	4,162			,748(b)	,737	,759			
Linear-by-Linear Association	,727(c)	1	,394	,425(b)	,412	,438	,223(b)	,212	,234
N of Valid Cases	123								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,48.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1105055690.

c The standardized statistic is ,853.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7 X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,005(b)	1	,943	1,000	,549	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,005	1	,943	1,000	,549	
Fisher's Exact Test				1,000	,549	
Linear-by-Linear Association	,005(c)	1	,943	1,000	,549	,153
N of Valid Cases	124					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 19,19.

c The standardized statistic is -,071.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του είδους της σοβαρής ασθένειας που υπήρξε στην πατρική οικογένεια - KOIN7 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,397(a)	11	,495	,594(b)	,582	,607			
Likelihood Ratio	13,501	11	,262	,603(b)	,590	,615			
Fisher's Exact Test	9,791			,635(b)	,622	,647			
Linear-by-Linear Association	,685(c)	1	,408	,440(b)	,428	,453	,220(b)	,209	,231
N of Valid Cases	36								

a 24 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 110811807.

c The standardized statistic is ,827.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - KOIN7 X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,980(a)	5	,110	,097(b)	,090	,105			
Likelihood Ratio	12,083	5	,034	,071(b)	,065	,078			
Fisher's Exact Test	8,336			,097(b)	,090	,105			
Linear-by-Linear Association	5,113(c)	1	,024	,020(b)	,017	,024	,014(b)	,011	,017
N of Valid Cases	37								

a 10 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1347595139.

c The standardized statistic is 2,261.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7 X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,650(b)	1	,420	,440	,271	
Continuity Correction(a)	,372	1	,542			
Likelihood Ratio	,651	1	,420	,440	,271	
Fisher's Exact Test				,440	,271	
Linear-by-Linear Association	,644(c)	1	,422	,440	,271	,113
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18,06.

c The standardized statistic is ,803.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής οικογένειας - KOIN7 X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,180(a)	7	,519	,551(b)	,539	,564			
Likelihood Ratio	7,776	7	,353	,510(b)	,497	,523			
Fisher's Exact Test	5,762			,591(b)	,578	,603			
Linear-by-Linear Association	,058(c)	1	,810	,749(b)	,738	,761	,384(b)	,372	,397
N of Valid Cases	84								

a 8 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,50.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1229574120.

c The standardized statistic is ,240.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας - KOIN7 X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,688(a)	23	,316	,266(b)	,255	,277			
Likelihood Ratio	32,893	23	,083	,302(b)	,290	,313			
Fisher's Exact Test	24,115			,279(b)	,268	,291			
Linear-by-Linear Association	,172(c)	1	,678	,695(b)	,683	,706	,358(b)	,345	,370
N of Valid Cases	76								

a 44 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 253424813.

c The standardized statistic is ,415.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του είδους των σχέσεων στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7 X PATR8

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,172(b)	1	,279	,353	,285	
Continuity Correction(a)	,330	1	,566			
Likelihood Ratio	1,218	1	,270	,353	,285	
Fisher's Exact Test				,353	,285	
Linear-by-Linear Association	1,163(c)	1	,281	,353	,285	,233
N of Valid Cases	124					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,94.

c The standardized statistic is -1,078.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της αίσθησης της διαφορετικότητας ή μη των ασθενών και της ηλικίας της έναρξης της νόσου - KOIN7 X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,408(a)	6	,210	,193(b)	,183	,203			
Likelihood Ratio	8,962	6	,176	,199(b)	,188	,209			
Fisher's Exact Test	8,417			,184(b)	,174	,194			
Linear-by-Linear Association	,485(c)	1	,486	,512(b)	,499	,524	,261(b)	,249	,272
N of Valid Cases	125								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 423042446.

c The standardized statistic is -,696.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της XNA και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της XNA - KOIN7 X ORG1A

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,362(b)	1	,547	,592	,337	
Continuity Correction(a)	,178	1	,673			
Likelihood Ratio	,362	1	,547	,592	,337	
Fisher's Exact Test				,592	,337	
Linear-by-Linear Association	,359(c)	1	,549	,592	,337	,119
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,27,33.

c The standardized statistic is ,599.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της νόσου - KOIN7 X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,661(a)	4	,155	,154(b)	,144	,163			
Likelihood Ratio	6,936	4	,139	,184(b)	,174	,194			
Fisher's Exact Test	6,641			,139(b)	,130	,148			
Linear-by-Linear Association	,077(c)	1	,781	,807(b)	,797	,817	,422(b)	,409	,435
N of Valid Cases	57								

a 2 κελιά (20,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 921622515.

c The standardized statistic is ,278.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ - KOIN7 X ORG6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,661(a)	4	,155	,154(b)	,144	,163			
Likelihood Ratio	6,936	4	,139	,184(b)	,174	,194			
Fisher's Exact Test	6,641			,139(b)	,130	,148			
Linear-by-Linear Association	,077(c)	1	,781	,807(b)	,797	,817	,422(b)	,409	,435
N of Valid Cases	57								

a 2 κελιά (20,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 921622515.

c The standardized statistic is ,278.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και του είδους των οργανικών διαταραχών που εκδηλώθηκαν μετά την έναρξη της XNA - KOIN7 X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,767(a)	6	,708	,874(b)	,865	,882			
Likelihood Ratio	4,589	6	,597	,874(b)	,865	,882			
Fisher's Exact Test	3,800			,874(b)	,865	,882			
Linear-by-Linear Association	,173(c)	1	,678	,965(b)	,960	,969	,496(b)	,483	,509
N of Valid Cases	38								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2017537478.

c The standardized statistic is ,416.

Πίνακας 24. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και του είδους της αλλαγής στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της XNA - KOIN7 X KOINIL

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,390(a)	3	,145	,119(b)	,111	,128			
Likelihood Ratio	5,526	3	,137	,178(b)	,168	,188			
Fisher's Exact Test	5,444			,079(b)	,072	,086			
Linear-by-Linear Association	,155(c)	1	,693	,990(b)	,988	,993	,635(b)	,622	,647
N of Valid Cases	59								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1695510086.

c The standardized statistic is -,394.

Πίνακας 25. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ - KOIN7 X KOIN2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,197(b)	1	,040	,050	,031	
Continuity Correction(a)	3,495	1	,062			
Likelihood Ratio	4,220	1	,040	,050	,031	
Fisher's Exact Test				,050	,031	
Linear-by-Linear Association	4,164(c)	1	,041	,050	,031	,018
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 29,28.

c The standardized statistic is 2,040.

Πίνακας 26. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας τους από τους φίλους τους - KOIN7 X KOIN6M

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,237(b)	1	,266	,347	,190	
Continuity Correction(a)	,769	1	,381			
Likelihood Ratio	1,241	1	,265	,347	,190	
Fisher's Exact Test				,347	,190	
Linear-by-Linear Association	1,227(c)	1	,268	,347	,190	,102
N of Valid Cases	122					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 10,64.

c The standardized statistic is -1,108.

Πίνακας 27. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και του φύλου τους - KOIN7L X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,894(a)	8	,351	,365(b)	,352	,377			
Likelihood Ratio	12,061	8	,149	,218(b)	,207	,229			
Fisher's Exact Test	8,230			,377(b)	,364	,389			
Linear-by-Linear Association	,408(c)	1	,523	,559(b)	,546	,571	,294(b)	,282	,305
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1139463721.

c The standardized statistic is -,638.

Πίνακας 28. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ηλικίας τους - KOIN7L X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	34,352(a)	40	,722	,613(b)	,600	,625			
Likelihood Ratio	32,406	40	,798	,524(b)	,511	,537			
Fisher's Exact Test	48,049			,404(b)	,391	,417			
Linear-by-Linear Association	,079(c)	1	,778	,790(b)	,780	,801	,377(b)	,364	,389
N of Valid Cases	53								

a 52 κελιά (96,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1466889414.

c The standardized statistic is -,281.

Πίνακας 29. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής τους - KOIN7L X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	52,270(a)	40	,093	,130(b)	,122	,139			
Likelihood Ratio	43,072	40	,341	,094(b)	,086	,102			
Fisher's Exact Test	49,211			,074(b)	,067	,081			
Linear-by-Linear Association	,085(c)	1	,770	,777(b)	,766	,788	,381(b)	,368	,393
N of Valid Cases	53								

a 52 κελιά (96,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1951498964.

c The standardized statistic is ,292.

Πίνακας 30. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - KOIN7L X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28,210(a)	32	,659	,692(b)	,680	,704			
Likelihood Ratio	30,282	32	,554	,454(b)	,441	,466			
Fisher's Exact Test	34,333			,327(b)	,315	,339			
Linear-by-Linear Association	3,938(c)	1	,047	,040(b)	,035	,045	,021(b)	,018	,025
N of Valid Cases	53								

a 42 κελιά (93,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,08.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1536000447.

c The standardized statistic is 1,984.

Πίνακας 31. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής τους κατάστασης - KOIN7L X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	22,070(a)	24	,575	,456(b)	,443	,469			
Likelihood Ratio	20,567	24	,664	,197(b)	,187	,207			
Fisher's Exact Test	34,625			,329(b)	,317	,341			
Linear-by-Linear Association	,514(c)	1	,474	,451(b)	,438	,464	,223(b)	,212	,234
N of Valid Cases	53								

a 33 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 535815558.

c The standardized statistic is ,717.

Πίνακας 32. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και του επαγγέλματος τους - KOIN7L X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	85,073(a)	80	,328	,351(b)	,339	,363			
Likelihood Ratio	64,059	80	,903	,181(b)	,171	,191			
Fisher's Exact Test	103,236			,152(b)	,143	,161			
Linear-by-Linear Association	,036(c)	1	,850	,857(b)	,848	,866	,437(b)	,424	,450
N of Valid Cases	53								

a 98 κελιά (99,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1968935379.

c The standardized statistic is ,189.

Πίνακας 33. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και του μορφωτικού τους επιπέδου - KOIN7L X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	66,859(a)	64	,379	,390(b)	,377	,402			
Likelihood Ratio	45,164	64	,964	,454(b)	,441	,467			
Fisher's Exact Test	84,710			,549(b)	,536	,562			
Linear-by-Linear Association	,211(c)	1	,646	,660(b)	,647	,672	,344(b)	,332	,356
N of Valid Cases	53								

a 79 κελιά (97,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is -,460.

Πίνακας 34. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της XNA και του επαγγέλματος του πατέρα του/της ασθενούς - KOIN7L X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	82,786(a)	48	,001	,101(b)	,093	,109			
Likelihood Ratio	35,373	48	,912	,209(b)	,199	,220			
Fisher's Exact Test	72,896			,240(b)	,229	,251			
Linear-by-Linear Association	,246(c)	1	,620	,620(b)	,607	,632	,337(b)	,324	,349
N of Valid Cases	51								

a 61 κελιά (96,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c The standardized statistic is ,496.

Πίνακας 35. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς - KOIN7L X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	82,888(a)	48	,001	,115(b)	,107	,124			
Likelihood Ratio	36,910	48	,878	,168(b)	,158	,177			
Fisher's Exact Test	74,411			,194(b)	,184	,204			
Linear-by-Linear Association	,137(c)	1	,712	,714(b)	,702	,725	,365(b)	,353	,377
N of Valid Cases	53								

a 59 κελιά (93,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c The standardized statistic is ,370.

Πίνακας 36. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα του/της ασθενούς - KOIN7L X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	63,727(a)	40	,010	,200(b)	,190	,210			
Likelihood Ratio	26,858	40	,944	,363(b)	,351	,376			
Fisher's Exact Test	61,064			,513(b)	,500	,526			
Linear-by-Linear Association	,015(c)	1	,902	,897(b)	,889	,905	,520(b)	,507	,533
N of Valid Cases	49								

a 50 κελιά (92,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is -,123.

Πίνακας 37. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά τη νεκρότητα της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας του/της ασθενούς - KOIN7L X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	64,478(a)	40	,008	,210(b)	,200	,221			
Likelihood Ratio	24,832	40	,971	,505(b)	,492	,518			
Fisher's Exact Test	60,819			,564(b)	,551	,576			
Linear-by-Linear Association	,092(c)	1	,762	,760(b)	,749	,771	,428(b)	,415	,441
N of Valid Cases	51								

a 51 κελιά (94,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c The standardized statistic is -,303.

Πίνακας 38. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7L X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,150(a)	8	,419	,422(b)	,409	,434			
Likelihood Ratio	9,980	8	,266	,426(b)	,413	,439			
Fisher's Exact Test	7,398			,467(b)	,454	,480			
Linear-by-Linear Association	3,336(c)	1	,068	,065(b)	,058	,071	,040(b)	,035	,045
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c The standardized statistic is -1,827.

Πίνακας 39. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7L X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	37,736(a)	42	,659	,730(b)	,719	,742			
Likelihood Ratio	33,522	42	,822	,469(b)	,456	,482			
Fisher's Exact Test	51,895			,477(b)	,464	,489			
Linear-by-Linear Association	,555(c)	1	,456	,453(b)	,440	,466	,248(b)	,237	,259
N of Valid Cases	19								

a 56 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -,745.

Πίνακας 40. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας - KOIN7L X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,750(a)	18	,163	,176(b)	,166	,185			
Likelihood Ratio	21,386	18	,260	,235(b)	,224	,246			
Fisher's Exact Test	20,548			,243(b)	,232	,254			
Linear-by-Linear Association	,000(c)	1	,998	1,000(b)	1,000	1,000	,438(b)	,425	,451
N of Valid Cases	19								

a 28 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c The standardized statistic is ,002.

Πίνακας 41. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική τους οικογένεια - KOIN7L X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,267(a)	8	,187	,168(b)	,158	,177			
Likelihood Ratio	12,848	8	,117	,154(b)	,145	,164			
Fisher's Exact Test	10,808			,141(b)	,132	,150			
Linear-by-Linear Association	1,661(c)	1	,198	,202(b)	,192	,212	,097(b)	,090	,105
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c The standardized statistic is -1,289.

Πίνακας 42. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - KOIN7L X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28,002(a)	35	,793	,776(b)	,765	,786			
Likelihood Ratio	26,571	35	,846	,772(b)	,761	,783			
Fisher's Exact Test	38,233			,597(b)	,584	,609			
Linear-by-Linear Association	,058(c)	1	,809	,750(b)	,739	,762	,443(b)	,430	,456
N of Valid Cases	36								

a 47 κελιά (97,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is -,242.

Πίνακας 43. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αιτίας του θανάτου στην πατρική οικογένεια - KOIN7L X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	49,667(a)	78	,995	,953(b)	,948	,959			
Likelihood Ratio	46,635	78	,998	,792(b)	,781	,802			
Fisher's Exact Test	106,943			,842(b)	,832	,851			
Linear-by-Linear Association	,566(c)	1	,452	,473(b)	,460	,486	,213(b)	,203	,224
N of Valid Cases	33								

a 98 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c The standardized statistic is ,752.

Πίνακας 44. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και της ηλικίας έναρξης της νόσου - KOIN7L X ORGI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	35,896(a)	48	,901	,879(b)	,870	,887			
Likelihood Ratio	34,121	48	,935	,842(b)	,832	,851			
Fisher's Exact Test	52,968			,734(b)	,723	,746			
Linear-by-Linear Association	,018(c)	1	,894	,898(b)	,890	,906	,445(b)	,432	,458
N of Valid Cases	53								

a 62 κελιά (98,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c The standardized statistic is -,133.

Πίνακας 45. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου - KOIN7L X ORG1A

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,253(a)	8	,834	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	5,787	8	,671	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	4,412			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,819(c)	1	,365	,394(b)	,381	,406	,201(b)	,191	,212
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1122541128.

c The standardized statistic is -,905.

Πίνακας 46. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της ΧΝΑ - KOIN7L X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	19,658(a)	28	,877	,928(b)	,922	,935			
Likelihood Ratio	20,206	28	,857	,927(b)	,920	,934			
Fisher's Exact Test	27,947			,927(b)	,920	,933			
Linear-by-Linear Association	,002(c)	1	,967	,965(b)	,961	,970	,569(b)	,556	,582
N of Valid Cases	27								

a 40 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,04.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c The standardized statistic is -,041.

Πίνακας 47. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την εκδήλωση της νόσου - KOIN7L X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,188(a)	28	,508	,641(b)	,629	,653			
Likelihood Ratio	23,697	28	,697	,612(b)	,600	,625			
Fisher's Exact Test	32,636			,612(b)	,600	,625			
Linear-by-Linear Association	,461(c)	1	,497	,501(b)	,488	,514	,279(b)	,268	,291
N of Valid Cases	15								

a 40 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,07.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c The standardized statistic is -,679.

Πίνακας 48. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης της διαφορετικότητας των ασθενών από τους άλλους και της ύπαρξης ή μη των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ - KOIN7L X KOIN1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,337(a)	8	,242	,222(b)	,211	,233			
Likelihood Ratio	12,786	8	,119	,167(b)	,158	,177			
Fisher's Exact Test	8,943			,290(b)	,278	,301			
Linear-by-Linear Association	,929(c)	1	,335	,351(b)	,338	,363	,181(b)	,171	,191
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c The standardized statistic is ,964.

Πίνακας 49. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και των αλλαγών στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εμφάνιση της νόσου - KOIN7L X KOIN2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,120(a)	8	,332	,298(b)	,286	,309			
Likelihood Ratio	11,451	8	,177	,277(b)	,265	,288			
Fisher's Exact Test	8,271			,377(b)	,364	,389			
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,937	,956(b)	,951	,962	,461(b)	,448	,474
N of Valid Cases	53								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,43.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1615198575.

c The standardized statistic is ,079.

Πίνακας 50. Συσχέτιση της αιτίας της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας τους από τους φίλους τους - KOIN7L X KOIN6M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,177(a)	8	,416	,446(b)	,433	,458			
Likelihood Ratio	10,524	8	,230	,318(b)	,306	,330			
Fisher's Exact Test	8,109			,409(b)	,396	,422			
Linear-by-Linear Association	2,110(c)	1	,146	,148(b)	,139	,157	,067(b)	,061	,073
N of Valid Cases	51								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,25.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -1,452.

5.4.31. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ; - KOIN8

Πίνακας 1. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική αντιμετώπιση τους από άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας τους και του φύλου τους - KOIN8 X DIM1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,258(b)	1	,611	,656	,396	
Continuity Correction(a)	,078	1	,780			
Likelihood Ratio	,263	1	,608	,656	,396	
Fisher's Exact Test				,656	,396	
Linear-by-Linear Association	,256(c)	1	,613	,656	,396	,163
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 9,11.

c The standardized statistic is ,506.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών της διαφορετικής αντιμετώπισης τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας τους και της ηλικίας τους - KOIN8 X DIM2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,820(a)	5	,166	,168(b)	,158	,177			
Likelihood Ratio	7,625	5	,178	,232(b)	,221	,243			
Fisher's Exact Test	8,545			,108(b)	,100	,116			
Linear-by-Linear Association	6,884(c)	1	,009	,008(b)	,006	,011	,006(b)	,004	,008
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,67.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c The standardized statistic is 2,624.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική αντιμετώπιση τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τύπου καταγωγής τους - ΚΟΙΝ8 Χ DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,046(a)	5	,410	,423(b)	,410	,436			
Likelihood Ratio	5,115	5	,402	,459(b)	,446	,472			
Fisher's Exact Test	5,253			,389(b)	,376	,401			
Linear-by-Linear Association	3,356(c)	1	,067	,074(b)	,067	,080	,044(b)	,038	,049
N of Valid Cases	126								

a 5 κελιά (41,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,00.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c The standardized statistic is -1,832.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τύπου μόνιμης διαμονής τους - ΚΟΙΝ8 Χ DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,646(a)	5	,177	,181(b)	,171	,191			
Likelihood Ratio	10,710	5	,057	,080(b)	,073	,087			
Fisher's Exact Test	6,762			,220(b)	,209	,230			
Linear-by-Linear Association	2,605(c)	1	,107	,115(b)	,107	,124	,058(b)	,052	,064
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c The standardized statistic is -1,614.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των υποκείμενων - KOIN8 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,782(a)	3	,123	,102(b)	,094	,110			
Likelihood Ratio	5,804	3	,122	,120(b)	,112	,128			
Fisher's Exact Test	4,720			,172(b)	,162	,182			
Linear-by-Linear Association	2,976(c)	1	,084	,108(b)	,100	,115	,052(b)	,046	,058
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,67.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c The standardized statistic is 1,725.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική αντιμετώπιση τους από άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους και του επαγγέλματός τους - KOIN8 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,927(a)	10	,135	,127(b)	,119	,136			
Likelihood Ratio	13,852	10	,180	,265(b)	,253	,276			
Fisher's Exact Test	13,281			,142(b)	,133	,151			
Linear-by-Linear Association	1,654(c)	1	,198	,199(b)	,188	,209	,103(b)	,095	,111
N of Valid Cases	125								

a 13 κελιά (59,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c The standardized statistic is 1,286.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας του/της ασθενούς - KOIN8 X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,134(a)	8	,420	,426(b)	,414	,439			
Likelihood Ratio	7,106	8	,525	,716(b)	,704	,727			
Fisher's Exact Test	8,615			,285(b)	,273	,296			
Linear-by-Linear Association	3,411(c)	1	,065	,065(b)	,058	,071	,040(b)	,035	,045
N of Valid Cases	126								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,22.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c The standardized statistic is 1,847.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - KOIN8 X PATR4

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,646(b)	1	,421	,493	,288	
Continuity Correction(a)	,328	1	,567			
Likelihood Ratio	,666	1	,415	,493	,288	
Fisher's Exact Test				,493	,288	
Linear-by-Linear Association	,641(c)	1	,423	,493	,288	,138
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,874.

c The standardized statistic is -,801.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - KOIN8 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,180(a)	11	,964	,984(b)	,981	,987			
Likelihood Ratio	5,559	11	,901	,978(b)	,975	,982			
Fisher's Exact Test	6,386			,970(b)	,966	,974			
Linear-by-Linear Association	,595(c)	1	,440	,488(b)	,475	,501	,279(b)	,267	,290
N of Valid Cases	36								

a 22 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,19.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c The standardized statistic is ,771.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική τους οικογένεια - KOIN8 X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,424(b)	1	,233	,250	,168	
Continuity Correction(a)	,921	1	,337			
Likelihood Ratio	1,377	1	,241	,250	,168	
Fisher's Exact Test				,250	,168	
Linear-by-Linear Association	1,412(c)	1	,235	,250	,168	,089
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 8,44.

c The standardized statistic is -1,188.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - KOIN8 X PATR5L1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,164(a)	7	,179	,192(b)	,181	,202			
Likelihood Ratio	8,710	7	,274	,337(b)	,325	,349			
Fisher's Exact Test	8,163			,285(b)	,273	,296			
Linear-by-Linear Association	,390(c)	1	,532	,463(b)	,450	,475	,246(b)	,235	,257
N of Valid Cases	84								

a 10 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,19.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c The standardized statistic is ,625.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας - KOIN8 X PATR5L2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	22,676(a)	23	,480	,516(b)	,504	,529			
Likelihood Ratio	25,255	23	,337	,505(b)	,493	,518			
Fisher's Exact Test	20,608			,587(b)	,574	,599			
Linear-by-Linear Association	,137(c)	1	,711	,740(b)	,728	,751	,415(b)	,402	,427
N of Valid Cases	76								

a 46 κελιά (95,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,21.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c The standardized statistic is ,370.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια - KOIN8 X PATR8.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,016(b)	1	,899	1,000	,642	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,016	1	,900	1,000	,642	
Fisher's Exact Test				1,000	,642	
Linear-by-Linear Association	,016(c)	1	,900	1,000	,642	,426
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,90.

c The standardized statistic is -,126.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών της διαφορετικής αντιμετώπισης τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου - KOIN8 X ORG1A.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,037(b)	1	,848	1,000	,511	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,037	1	,848	1,000	,511	
Fisher's Exact Test				1,000	,511	
Linear-by-Linear Association	,036(c)	1	,849	1,000	,511	,168
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,44.

c The standardized statistic is -,191.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους και του είδους άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της ΧΝΑ - KOIN8 X ORG1ALM.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,747(a)	4	,601	,612(b)	,599	,624			
Likelihood Ratio	3,505	4	,477	,542(b)	,529	,555			
Fisher's Exact Test	2,597			,622(b)	,610	,635			
Linear-by-Linear Association	,718(c)	1	,397	,462(b)	,449	,475	,254(b)	,242	,265
N of Valid Cases	57								

a 6 κελιά (60,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,53.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c The standardized statistic is ,847.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την έναρξη της συγκεκριμένης νόσου - KOIN8 X ORG6 -

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,343(b)	1	,558	,644	,357	
Continuity Correction(a)	,125	1	,724			
Likelihood Ratio	,337	1	,562	,644	,357	
Fisher's Exact Test				,644	,357	
Linear-by-Linear Association	,340(c)	1	,560	,644	,357	,151
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 8,74.

c The standardized statistic is ,583.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της XNA - KOIN8 X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,843(a)	6	,131	,109(b)	,101	,117			
Likelihood Ratio	10,929	6	,091	,111(b)	,103	,119			
Fisher's Exact Test	8,048			,152(b)	,143	,161			
Linear-by-Linear Association	5,636(c)	1	,018	,005(b)	,003	,007	,005(b)	,003	,007
N of Valid Cases	39								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c The standardized statistic is -2,374.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της XNA και του είδους των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα λόγω ασθένειας- KOIN8 X KOINIL

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,270(a)	3	,736	,857(b)	,848	,866			
Likelihood Ratio	1,617	3	,655	,857(b)	,848	,866			
Fisher's Exact Test	1,486			,921(b)	,914	,928			
Linear-by-Linear Association	,647(c)	1	,421	,680(b)	,668	,692	,312(b)	,300	,324
N of Valid Cases	60								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,37.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c The standardized statistic is ,804.

Πίνακας 19. Συσχέτιση πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και τρόπον που βιώνουν οι ίδιοι τη διαφορετικότητα τους από τους άλλους - KOIN8 X KOIN7L.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,951(a)	8	,114	,076(b)	,069	,083			
Likelihood Ratio	13,724	8	,089	,123(b)	,114	,131			
Fisher's Exact Test	12,107			,071(b)	,064	,078			
Linear-by-Linear Association	1,196(c)	1	,274	,294(b)	,282	,306	,148(b)	,138	,157
N of Valid Cases	53								

a 15 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,30.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1039640005.

c The standardized statistic is 1,093.

Πίνακας 20. Εάν πιστεύετε ότι οι άλλοι άνθρωποι σας αντιμετωπίζουν διαφορετικά μετά την έναρξη της ασθένειάς σας, εξηγήστε πως; - KOIN8L

			KOIN8L
Chi-Square(a)			8,947
Df			8
Asymp. Sig.			,347
Monte Carlo Sig.	Sig.		,378(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound	,365
		Upper Bound	,390

a 9 κελιά (100,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,1.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2008299158.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας τους και του φύλου των υποκειμένων - KOIN8L X DIM1.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,505(a)	8	,702	,876(b)	,867	,884			
Likelihood Ratio	6,853	8	,553	,885(b)	,877	,894			
Fisher's Exact Test	5,724			,951(b)	,946	,957			
Linear-by-Linear Association	2,420(c)	1	,120	,197(b)	,187	,207	,197(b)	,187	,207
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c The standardized statistic is 1,556.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ασθένειας τους και της ηλικίας των υποκειμένων - KOIN8L X DIM2.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	39,773(a)	40	,480	,595(b)	,582	,607			
Likelihood Ratio	38,791	40	,525	,255(b)	,244	,266			
Fisher's Exact Test	45,279			,255(b)	,244	,266			
Linear-by-Linear Association	,434(c)	1	,510	,579(b)	,566	,592	,280(b)	,268	,292
N of Valid Cases	19								

a 54 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c The standardized statistic is -,659.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής τους - KOIN8L X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,544(a)	32	,783	,969(b)	,964	,973			
Likelihood Ratio	27,839	32	,677	,942(b)	,936	,948			
Fisher's Exact Test	30,455			,942(b)	,936	,948			
Linear-by-Linear Association	1,324(c)	1	,250	,339(b)	,326	,351	,123(b)	,114	,131
N of Valid Cases	19								

a 45 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c The standardized statistic is 1,150.

Πίνακας 24. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - KOIN8L X DIM 5.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,740(a)	24	,271	,312(b)	,300	,324			
Likelihood Ratio	26,287	24	,339	,303(b)	,291	,314			
Fisher's Exact Test	25,980			,296(b)	,284	,308			
Linear-by-Linear Association	,775(c)	1	,379	,356(b)	,344	,368	,101(b)	,093	,109
N of Valid Cases	19								

a 36 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 805840992.

c The standardized statistic is ,880.

Πίνακας 25. Συσχέτιση του είδους της πεποίθησης των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών - KOIN8L X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,894(a)	16	,460	,559(b)	,546	,572			
Likelihood Ratio	18,015	16	,323	,325(b)	,312	,337			
Fisher's Exact Test	18,064			,337(b)	,325	,349			
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,979	,832(b)	,822	,842	,522(b)	,509	,535
N of Valid Cases	19								

a 27 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c The standardized statistic is -,026.

Πίνακας 26. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης και του επαγγέλματος των υποκείμενων - KOIN8L X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	75,525(a)	72	,365	,505(b)	,492	,518			
Likelihood Ratio	54,885	72	,933	,141(b)	,132	,150			
Fisher's Exact Test	91,033			,141(b)	,132	,150			
Linear-by-Linear Association	1,931(c)	1	,165	,204(b)	,193	,214	,129(b)	,120	,137
N of Valid Cases	19								

a 90 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 762367465.

c The standardized statistic is -1,390.

Πίνακας 27. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την β εκδήλωση της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης των υποκείμενων - KOIN8L X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	41,770(a)	48	,725	,788(b)	,777	,798			
Likelihood Ratio	29,368	48	,984	,983(b)	,979	,986			
Fisher's Exact Test	59,122			,983(b)	,979	,986			
Linear-by-Linear Association	2,220(c)	1	,136	,009(b)	,006	,011	,009(b)	,006	,011
N of Valid Cases	19								

a 63 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1503498996.

c The standardized statistic is 1,490.

Πίνακας 28. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων- KOIN8L X PATR2M.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	57,778(a)	48	,158	,306(b)	,295	,318			
Likelihood Ratio	34,430	48	,930	,328(b)	,316	,340			
Fisher's Exact Test	65,796			,306(b)	,294	,318			
Linear-by-Linear Association	,945(c)	1	,331	,424(b)	,411	,437	,150(b)	,141	,160
N of Valid Cases	19								

a 63 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1905543110.

c The standardized statistic is -,972.

Πίνακας 29. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκείμενων - KOIN8L X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	51,400(a)	40	,107	,220(b)	,210	,231			
Likelihood Ratio	27,275	40	,937	,333(b)	,320	,345			
Fisher's Exact Test	54,182			,460(b)	,447	,473			
Linear-by-Linear Association	,008(c)	1	,931	,948(b)	,942	,954	,766(b)	,755	,777
N of Valid Cases	18								

a 54 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 134453947.

c The standardized statistic is -,087.

Πίνακας 30. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας - KOIN8L X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	53,485(a)	40	,075	,176(b)	,166	,186			
Likelihood Ratio	30,876	40	,849	,231(b)	,220	,241			
Fisher's Exact Test	54,430			,305(b)	,293	,317			
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,978	,971(b)	,967	,975	,740(b)	,729	,752
N of Valid Cases	19								

a 54 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 946042643.

c The standardized statistic is -,028.

Πίνακας 31. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ύπαρξης ή μη σοβαρών ασθενειών στην πατρική οικογένεια του /της ασθενούς - KOIN8L X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,990(a)	8	,759	,945(b)	,939	,951			
Likelihood Ratio	5,806	8	,669	,961(b)	,956	,966			
Fisher's Exact Test	5,724			,945(b)	,939	,951			
Linear-by-Linear Association	,438(c)	1	,508	,581(b)	,568	,593	,321(b)	,309	,333
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1540442866.

c The standardized statistic is ,662.

Πίνακας 32. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του είδους σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια- KOIN8L X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,000(a)	12	,241	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	13,322	12	,346	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	13,941			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,587(c)	1	,444	,561(b)	,548	,573	,298(b)	,286	,310
N of Valid Cases	5								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,20.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1546839810.

c The standardized statistic is -,766.

Πίνακας 33. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας του /της ασθενούς- KOIN8L X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,000(a)	8	,265	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	9,503	8	,302	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	9,426			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	2,322(c)	1	,128	,099(b)	,091	,106	,099(b)	,091	,106
N of Valid Cases	5								

a 15 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,20.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 705346993.

c The standardized statistic is 1,524.

Πίνακας 34. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική οικογένεια του /της ασθενούς - KOIN8L X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,949(a)	8	,347	,356(b)	,343	,368			
Likelihood Ratio	11,863	8	,157	,356(b)	,343	,368			
Fisher's Exact Test	8,448			,356(b)	,343	,368			
Linear-by-Linear Association	,932(c)	1	,334	,569(b)	,556	,581	,422(b)	,409	,434
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 940095498.

c The standardized statistic is ,965.

Πίνακας 35. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής οικογένειας του /της ασθενούς- KOIN8L X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	42,500(a)	36	,211	,286(b)	,274	,298			
Likelihood Ratio	31,142	36	,699	,254(b)	,243	,265			
Fisher's Exact Test	43,600			,254(b)	,243	,265			
Linear-by-Linear Association	,538(c)	1	,463	,352(b)	,340	,364	,151(b)	,142	,160
N of Valid Cases	10								

a 49 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,10.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1083603619.

c The standardized statistic is -,734.

Πίνακας 36. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας του /της ασθενούς - KOIN8L X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	41,556(a)	42	,490	,914(b)	,906	,921			
Likelihood Ratio	30,206	42	,913	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	51,430			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,299(c)	1	,584	,547(b)	,534	,560	,350(b)	,338	,363
N of Valid Cases	11								

a 56 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,09.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1919163461.

c The standardized statistic is -,547.

Πίνακας 37. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια του /της ασθενούς - KOIN8L X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	19,000(a)	8	,015	,273(b)	,261	,284			
Likelihood Ratio	7,835	8	,450	,273(b)	,261	,284			
Fisher's Exact Test	13,331			,273(b)	,261	,284			
Linear-by-Linear Association	,018(c)	1	,892	,948(b)	,942	,954	,104(b)	,096	,112
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 84799795.

c The standardized statistic is ,135.

Πίνακας 38. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ηλικίας έναρξης της XNA -KOIN8L X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,999(a)	40	,924	,994(b)	,992	,996			
Likelihood Ratio	28,241	40	,918	,994(b)	,992	,996			
Fisher's Exact Test	43,048			,994(b)	,992	,996			
Linear-by-Linear Association	,884(c)	1	,347	,375(b)	,363	,388	,172(b)	,162	,182
N of Valid Cases	19								

a 54 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2042698158.

c The standardized statistic is -,940.

Πίνακας 39. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της XNA - KOIN8L X ORG1A

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,266(a)	8	,408	,527(b)	,514	,540			
Likelihood Ratio	10,816	8	,212	,562(b)	,549	,574			
Fisher's Exact Test	7,637			,614(b)	,601	,626			
Linear-by-Linear Association	,408(c)	1	,523	,955(b)	,950	,960	,533(b)	,520	,546
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 211065797.

c The standardized statistic is ,638.

Πίνακας 40. Συσχέτιση της πεποίθησης των υποκείμενων για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εμφάνιση της XNA και του είδους των οργανικών διαταραχών που υπήρχαν πριν τη XNA - KOIN8L X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	14,000(a)	12	,301	,799(b)	,788	,809			
Likelihood Ratio	12,137	12	,435	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	13,704			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,392(c)	1	,531	,540(b)	,527	,553	,271(b)	,259	,282
N of Valid Cases	6								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,17.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1776211046.

c The standardized statistic is -,626.

Πίνακας 41. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο αντιμετώπισης τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την έναρξη της νόσου - KOIN8L X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,167(a)	12	,232	,632(b)	,619	,644			
Likelihood Ratio	12,333	12	,419	,632(b)	,619	,644			
Fisher's Exact Test	14,574			,632(b)	,619	,644			
Linear-by-Linear Association	,426(c)	1	,514	,459(b)	,447	,472	,295(b)	,283	,306
N of Valid Cases	7								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,14.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 505061921.

c The standardized statistic is -,653.

Πίνακας 42. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών μετά την έναρξη της νόσου - KOIN8L X KOINI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,543(a)	8	,960	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	3,284	8	,915	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	6,646			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,188(c)	1	,665	,313(b)	,301	,325	,209(b)	,198	,219
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 297761863.

c The standardized statistic is -,434.

Πίνακας 43. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της αλλαγής στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μετά την έναρξη της νόσου - KOIN8L X KOIN2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,944(a)	8	,347	,437(b)	,424	,449			
Likelihood Ratio	10,672	8	,221	,437(b)	,424	,449			
Fisher's Exact Test	7,922			,530(b)	,517	,542			
Linear-by-Linear Association	3,058(c)	1	,080	,097(b)	,089	,105	,097(b)	,089	,105
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1947735306.

c The standardized statistic is 1,749.

Πίνακας 44. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου τους από τους φίλους των υποκείμενων - KOIN8L X KOIN6M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	11,113(a)	7	,134	,095(b)	,087	,103			
Likelihood Ratio	14,685	7	,040	,095(b)	,087	,103			
Fisher's Exact Test	9,978			,095(b)	,087	,103			
Linear-by-Linear Association	1,343(c)	1	,247	,092(b)	,084	,099	,092(b)	,084	,099
N of Valid Cases	17								

a 16 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c The standardized statistic is 1,159.

Πίνακας 45. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και της αίσθησης των υποκείμενων της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της νόσου - KOIN8L X KOIN7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,296(a)	8	,138	,100(b)	,092	,108			
Likelihood Ratio	14,124	8	,079	,100(b)	,092	,108			
Fisher's Exact Test	10,694			,100(b)	,092	,108			
Linear-by-Linear Association	,474(c)	1	,491	,523(b)	,510	,536	,267(b)	,256	,278
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,26.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993714141.

c The standardized statistic is -,689.

Πίνακας 46. Συσχέτιση της πεποίθησης των ασθενών για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους και των λόγων της αίσθησης των ασθενών της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους - KOIN8L X KOIN7L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	39,722(a)	35	,268	,423(b)	,410	,436			
Likelihood Ratio	26,459	35	,850	,604(b)	,592	,617			
Fisher's Exact Test	44,765			,604(b)	,592	,617			
Linear-by-Linear Association	,094(c)	1	,759	,892(b)	,884	,900	,662(b)	,650	,674
N of Valid Cases	13								

a 48 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,08.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 952162900.

c The standardized statistic is -,306.

5.4.32. ΑΛΛΑΞΕ Ο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ; - PSYX1.

Πίνακας 1. Άλλαξε ο χαρακτήρας σας μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ – PSYX1

			PSYX1
Chi-Square(a)			1,143
Df			1
Asymp. Sig.			,285
Monte Carlo Sig.	Sig.		,329(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound	,317
		Upper Bound	,341

a 0 κελιά (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 63,0.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους - PSYX1 X DIM1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,878(b)	1	,349	,445	,228	
Continuity Correction(a)	,556	1	,456			
Likelihood Ratio	,876	1	,349	,445	,228	
Fisher's Exact Test				,445	,228	
Linear-by-Linear Association	,871(c)	1	,351	,445	,228	,098
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18,55.

c The standardized statistic is ,933.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας τους - PSYX1 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,528(a)	5	,090	,082(b)	,075	,089			
Likelihood Ratio	12,183	5	,032	,043(b)	,038	,048			
Fisher's Exact Test	9,829			,065(b)	,059	,072			
Linear-by-Linear Association	,671(c)	1	,413	,433(b)	,420	,446	,229(b)	,218	,239
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c The standardized statistic is ,819.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής των υποκείμενων PSYX1 X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,344(a)	5	,800	,815(b)	,805	,825			
Likelihood Ratio	2,374	5	,795	,811(b)	,801	,821			
Fisher's Exact Test	2,363			,819(b)	,809	,829			
Linear-by-Linear Association	,115(c)	1	,735	,743(b)	,731	,754	,381(b)	,369	,394
N of Valid Cases	126								

a 2 κελιά (16,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 4,07.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

c The standardized statistic is ,339.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - PSYX1 X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,357(a)	5	,273	,283(b)	,271	,294			
Likelihood Ratio	6,715	5	,243	,270(b)	,258	,281			
Fisher's Exact Test	6,076			,301(b)	,289	,312			
Linear-by-Linear Association	,124(c)	1	,725	,761(b)	,750	,772	,384(b)	,372	,397
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (33,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,71.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 957002199.

c The standardized statistic is ,352.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της οικογενειακής τους κατάστασης - PSYX1 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,028(a)	3	,071	,065(b)	,058	,071			
Likelihood Ratio	8,196	3	,042	,057(b)	,051	,062			
Fisher's Exact Test	6,504			,077(b)	,070	,084			
Linear-by-Linear Association	4,525(c)	1	,033	,042(b)	,037	,047	,023(b)	,019	,026
N of Valid Cases	126								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c The standardized statistic is 2,127.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος τους - PSYX1 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,896(a)	10	,450	,469(b)	,456	,482			
Likelihood Ratio	10,278	10	,416	,516(b)	,503	,529			
Fisher's Exact Test	9,849			,456(b)	,443	,469			
Linear-by-Linear Association	2,906(c)	1	,088	,091(b)	,083	,098	,048(b)	,042	,053
N of Valid Cases	125								

a 12 κελιά (54,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,91.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993510611.

c The standardized statistic is 1,705.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου σπουδών τους - PSYX1 X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,710(a)	8	,219	,202(b)	,191	,212			
Likelihood Ratio	13,026	8	,111	,167(b)	,157	,176			
Fisher's Exact Test	10,320			,207(b)	,196	,217			
Linear-by-Linear Association	6,185(c)	1	,013	,013(b)	,010	,015	,007(b)	,005	,009
N of Valid Cases	126								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79654295.

c The standardized statistic is -2,487.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX1 X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,016(a)	8	,856	,935(b)	,928	,941			
Likelihood Ratio	4,778	8	,781	,935(b)	,929	,941			
Fisher's Exact Test	4,395			,917(b)	,910	,924			
Linear-by-Linear Association	,037(c)	1	,847	,867(b)	,858	,875	,447(b)	,434	,460
N of Valid Cases	126								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 475497203.

c The standardized statistic is -,193.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκείμενων -PSYX1 X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,149(a)	7	,871	,952(b)	,947	,958			
Likelihood Ratio	3,961	7	,784	,952(b)	,947	,958			
Fisher's Exact Test	3,385			,957(b)	,952	,962			
Linear-by-Linear Association	,489(c)	1	,484	,503(b)	,490	,516	,265(b)	,254	,276
N of Valid Cases	122								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,47.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c The standardized statistic is -,699.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας των υποκείμενων -PSYX1 X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,362(a)	6	,884	,933(b)	,927	,940			
Likelihood Ratio	2,792	6	,834	,933(b)	,927	,940			
Fisher's Exact Test	2,664			,948(b)	,942	,953			
Linear-by-Linear Association	,004(c)	1	,951	,960(b)	,955	,965	,509(b)	,496	,522
N of Valid Cases	124								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,46.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c The standardized statistic is -,062.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης ή μη σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων - PSYX1 X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,042(b)	1	,838	,849	,495	
Continuity Correction(a)	,000	1	,991			
Likelihood Ratio	,042	1	,838	,849	,495	
Fisher's Exact Test				,849	,495	
Linear-by-Linear Association	,042(c)	1	,838	,849	,495	,150
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 17,47.

c The standardized statistic is -,204.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων - PSYXI X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,257(a)	11	,598	,810(b)	,800	,820			
Likelihood Ratio	12,626	11	,318	,699(b)	,687	,711			
Fisher's Exact Test	8,994			,771(b)	,760	,781			
Linear-by-Linear Association	,472(c)	1	,492	,524(b)	,511	,537	,262(b)	,251	,273
N of Valid Cases	36								

a 23 κελιά (95,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is ,687.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των υποκείμενων - PSYXI X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,312(a)	5	,140	,130(b)	,121	,138			
Likelihood Ratio	10,321	5	,067	,119(b)	,111	,127			
Fisher's Exact Test	7,898			,125(b)	,117	,134			
Linear-by-Linear Association	3,247(c)	1	,072	,070(b)	,064	,077	,037(b)	,032	,041
N of Valid Cases	37								

a 10 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c The standardized statistic is 1,802.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης ή μη θανάτων στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων - PSYXI X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,207(b)	1	,137	,173	,099	
Continuity Correction(a)	1,666	1	,197			
Likelihood Ratio	2,203	1	,138	,173	,099	
Fisher's Exact Test				,173	,099	
Linear-by-Linear Association	2,190(c)	1	,139	,173	,099	,052
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 17,19.

c The standardized statistic is 1,480.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής οικογένειας των ασθενών - PSYXI X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,137(a)	7	,415	,424(b)	,411	,436			
Likelihood Ratio	8,567	7	,285	,399(b)	,386	,412			
Fisher's Exact Test	6,560			,468(b)	,455	,481			
Linear-by-Linear Association	2,242(c)	1	,134	,137(b)	,128	,146	,056(b)	,050	,062
N of Valid Cases	84								

a 10 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c The standardized statistic is 1,497.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των υποκείμενων - PSYX1 X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,137(a)	7	,415	,424(b)	,411	,436			
Likelihood Ratio	8,567	7	,285	,399(b)	,386	,412			
Fisher's Exact Test	6,560			,468(b)	,455	,481			
Linear-by-Linear Association	2,242(c)	1	,134	,137(b)	,128	,146	,056(b)	,050	,062
N of Valid Cases	84								

a 10 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c The standardized statistic is 1,497.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων - PSYX1 X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,032(b)	1	,857	1,000	,621	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,032	1	,858	1,000	,621	
Fisher's Exact Test				1,000	,621	
Linear-by-Linear Association	,032(c)	1	,858	1,000	,621	,375
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,82.

c The standardized statistic is ,179.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της ασθένειας τους - PSYXI X ORGI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,115(a)	6	,529	,545(b)	,532	,558			
Likelihood Ratio	5,644	6	,464	,539(b)	,526	,552			
Fisher's Exact Test	5,121			,534(b)	,521	,546			
Linear-by-Linear Association	1,862(c)	1	,172	,187(b)	,177	,197	,098(b)	,090	,105
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c The standardized statistic is 1,365.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου - PSYXI X ORGIA

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,115(a)	6	,529	,545(b)	,532	,558			
Likelihood Ratio	5,644	6	,464	,539(b)	,526	,552			
Fisher's Exact Test	5,121			,534(b)	,521	,546			
Linear-by-Linear Association	1,862(c)	1	,172	,187(b)	,177	,197	,098(b)	,090	,105
N of Valid Cases	126								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c The standardized statistic is 1,365.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της δήλωσης τωνυποκειμένων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης άλλων οργανικών παθήσεων πριν από την εκδήλωση της νόσου - PSYXI X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,850(a)	4	,144	,144(b)	,135	,153			
Likelihood Ratio	8,027	4	,091	,122(b)	,113	,130			
Fisher's Exact Test	6,276			,163(b)	,153	,172			
Linear-by-Linear Association	2,099(c)	1	,147	,160(b)	,150	,169	,087(b)	,079	,094
N of Valid Cases	57								

a 4 κελιά (40,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c The standardized statistic is -1,449.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της εμφάνισης άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου - PSYXI X ORG6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,478(b)	1	,489	,563	,310	
Continuity Correction(a)	,248	1	,619			
Likelihood Ratio	,480	1	,488	,563	,310	
Fisher's Exact Test				,563	,310	
Linear-by-Linear Association	,474(c)	1	,491	,563	,310	,122
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 17,78.

c The standardized statistic is ,689.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου - PSYX1 X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,333(a)	6	,766	,891(b)	,883	,899			
Likelihood Ratio	4,026	6	,673	,891(b)	,883	,899			
Fisher's Exact Test	3,566			,891(b)	,883	,899			
Linear-by-Linear Association	,915(c)	1	,339	,492(b)	,479	,504	,266(b)	,255	,278
N of Valid Cases	39								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,41.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c The standardized statistic is ,957.

Πίνακας 24. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και των αλλαγών στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την εκδήλωση της ασθένειας - PSYX1 X KOINI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,597(b)	1	,206	,275	,140	
Continuity Correction(a)	1,171	1	,279			
Likelihood Ratio	1,597	1	,206	,275	,140	
Fisher's Exact Test				,275	,140	
Linear-by-Linear Association	1,585(c)	1	,208	,275	,140	,065
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 23,52.

c The standardized statistic is 1,259.

Πίνακας 25. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας τους από τους φίλους των υποκείμενων - PSYX1 X KOIN6M

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,093(b)	1	,760	,820	,472	
Continuity Correction(a)	,005	1	,941			
Likelihood Ratio	,094	1	,760	,820	,472	
Fisher's Exact Test				,820	,472	
Linear-by-Linear Association	,093(c)	1	,761	,820	,472	,175
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 10,66.

c The standardized statistic is -,304.

Πίνακας 26. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και των λόγων της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους - PSYX1 X KOIN7L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,415(a)	8	,712	,794(b)	,784	,805			
Likelihood Ratio	6,915	8	,546	,776(b)	,765	,787			
Fisher's Exact Test	4,954			,873(b)	,864	,881			
Linear-by-Linear Association	,359(c)	1	,549	,578(b)	,565	,591	,310(b)	,298	,322
N of Valid Cases	53								

a 15 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,30.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1615198575.

c The standardized statistic is -,599.

Πίνακας 27. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της πεποίθησης τους ή μη για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους - PSYX1 X KOIN8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,492(b)	1	,114	,135	,086	
Continuity Correction(a)	1,859	1	,173			
Likelihood Ratio	2,548	1	,110	,135	,086	
Fisher's Exact Test				,135	,086	
Linear-by-Linear Association	2,472(c)	1	,116	,135	,086	,050
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,67.

c The standardized statistic is 1,572.

Πίνακας 28. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αλλαγή ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της πεποίθησης τους για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου - PSYX1 X KOIN8L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,427(a)	8	,600	,840(b)	,830	,849			
Likelihood Ratio	7,605	8	,473	,883(b)	,875	,892			
Fisher's Exact Test	6,553			,840(b)	,830	,849			
Linear-by-Linear Association	1,942(c)	1	,163	,188(b)	,178	,198	,188(b)	,178	,198
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c The standardized statistic is 1,394.

Πίνακας 29. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ με το φύλο τους - PSYXILM X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,761(a)	3	,190	,192(b)	,182	,202			
Likelihood Ratio	4,863	3	,182	,252(b)	,241	,263			
Fisher's Exact Test	5,061			,152(b)	,143	,162			
Linear-by-Linear Association	3,055(c)	1	,080	,090(b)	,083	,098	,060(b)	,054	,067
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,00.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 126474071.

c The standardized statistic is 1,748.

Πίνακας 30. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ηλικίας τους - PSYXILM X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	18,959(a)	15	,216	,225(b)	,214	,236			
Likelihood Ratio	17,334	15	,299	,339(b)	,327	,351			
Fisher's Exact Test	16,218			,306(b)	,294	,318			
Linear-by-Linear Association	,298(c)	1	,585	,631(b)	,619	,644	,316(b)	,304	,328
N of Valid Cases	54								

a 20 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1487459085.

c The standardized statistic is -,546.

Πίνακας 31. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του τόπου καταγωγής τους - PSYXILM X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,826(a)	15	,068	,062(b)	,056	,068			
Likelihood Ratio	27,424	15	,025	,032(b)	,027	,037			
Fisher's Exact Test	21,451			,028(b)	,024	,032			
Linear-by-Linear Association	1,268(c)	1	,260	,264(b)	,253	,275	,137(b)	,128	,146
N of Valid Cases	54								

a 22 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1507486128.

c The standardized statistic is 1,126.

Πίνακας 32. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - PSYXILM X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,621(a)	15	,843	,870(b)	,862	,879			
Likelihood Ratio	12,973	15	,604	,750(b)	,739	,761			
Fisher's Exact Test	9,709			,902(b)	,894	,910			
Linear-by-Linear Association	,757(c)	1	,384	,400(b)	,387	,413	,213(b)	,202	,223
N of Valid Cases	54								

a 21 κελιά (87,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1131884899.

c The standardized statistic is ,870.

Πίνακας 33. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της οικογενειακής τους κατάστασης - PSYX1LM X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,442(a)	6	,207	,206(b)	,195	,216			
Likelihood Ratio	8,045	6	,235	,266(b)	,255	,278			
Fisher's Exact Test	6,536			,294(b)	,282	,305			
Linear-by-Linear Association	,631(c)	1	,427	,510(b)	,497	,523	,261(b)	,249	,272
N of Valid Cases	54								

a 10 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,22.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1122541128.

c The standardized statistic is -,795.

Πίνακας 34. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του επαγγέλματος τους - PSYX1LM X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	24,941(a)	24	,409	,419(b)	,406	,431			
Likelihood Ratio	27,999	24	,260	,326(b)	,314	,338			
Fisher's Exact Test	22,590			,388(b)	,375	,400			
Linear-by-Linear Association	3,087(c)	1	,079	,082(b)	,075	,089	,046(b)	,040	,051
N of Valid Cases	53								

a 35 κελιά (97,2%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,17.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2110151063.

c The standardized statistic is -1,757.

Πίνακας 35. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του μορφωτικού τους επιπέδου - PSYX1LM X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	23,296(a)	24	,502	,487(b)	,474	,500			
Likelihood Ratio	26,193	24	,343	,345(b)	,333	,357			
Fisher's Exact Test	23,816			,404(b)	,391	,417			
Linear-by-Linear Association	2,295(c)	1	,130	,136(b)	,127	,144	,071(b)	,064	,078
N of Valid Cases	54								

a 34 κελιά (94,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c The standardized statistic is 1,515.

Πίνακας 36. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκείμενων - PSYX1LM X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,509(a)	18	,112	,154(b)	,145	,164			
Likelihood Ratio	21,606	18	,250	,140(b)	,131	,149			
Fisher's Exact Test	26,558			,022(b)	,018	,026			
Linear-by-Linear Association	2,099(c)	1	,147	,151(b)	,142	,160	,082(b)	,075	,089
N of Valid Cases	52								

a 26 κελιά (92,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 205597102.

c The standardized statistic is -1,449.

Πίνακας 37. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX1LM X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,038(a)	15	,449	,425(b)	,413	,438			
Likelihood Ratio	17,489	15	,290	,179(b)	,169	,189			
Fisher's Exact Test	18,395			,235(b)	,224	,246			
Linear-by-Linear Association	,030(c)	1	,863	,870(b)	,862	,879	,438(b)	,426	,451
N of Valid Cases	54								

a 20 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1615198575.

c The standardized statistic is -,173.

Πίνακας 38. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας - PSYX1LM X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,663(a)	15	,024	,101(b)	,093	,109			
Likelihood Ratio	18,508	15	,237	,114(b)	,106	,122			
Fisher's Exact Test	21,974			,075(b)	,068	,081			
Linear-by-Linear Association	1,642(c)	1	,200	,202(b)	,192	,212	,115(b)	,107	,123
N of Valid Cases	52								

a 20 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,04.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 792558341.

c The standardized statistic is 1,281.

Πίνακας 39. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης σοβαρών παθήσεων στην πατρική τους οικογένεια - PSYXILM X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,244(a)	3	,970	,962(b)	,957	,967			
Likelihood Ratio	,245	3	,970	,962(b)	,957	,967			
Fisher's Exact Test	,504			,962(b)	,957	,967			
Linear-by-Linear Association	,099(c)	1	,753	,853(b)	,844	,863	,451(b)	,438	,464
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c The standardized statistic is ,315.

Πίνακας 40. Συσχέτιση των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - PSYXILM X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	27,667(a)	24	,274	,332(b)	,320	,344			
Likelihood Ratio	26,367	24	,335	,140(b)	,131	,149			
Fisher's Exact Test	29,588			,133(b)	,124	,142			
Linear-by-Linear Association	,074(c)	1	,786	,812(b)	,802	,822	,428(b)	,415	,441
N of Valid Cases	18								

a 36 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c The standardized statistic is -,271.

Πίνακας 41. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - PSYXILM X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,425(a)	12	,412	,464(b)	,451	,477			
Likelihood Ratio	11,059	12	,524	,620(b)	,608	,633			
Fisher's Exact Test	13,703			,620(b)	,608	,633			
Linear-by-Linear Association	,041(c)	1	,840	,912(b)	,905	,919	,435(b)	,422	,448
N of Valid Cases	17								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c The standardized statistic is ,202.

Πίνακας 42. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική τους οικογένεια - PSYXILM X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,000(a)	3	,392	,418(b)	,405	,431			
Likelihood Ratio	3,003	3	,391	,505(b)	,492	,518			
Fisher's Exact Test	3,315			,317(b)	,305	,329			
Linear-by-Linear Association	,008(c)	1	,930	1,000(b)	1,000	1,000	,538(b)	,525	,551
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,83.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c The standardized statistic is ,088.

Πίνακας 43. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - PSYXILM X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,542(a)	15	,043	,078(b)	,071	,085			
Likelihood Ratio	19,674	15	,185	,166(b)	,157	,176			
Fisher's Exact Test	18,037			,160(b)	,150	,169			
Linear-by-Linear Association	,075(c)	1	,784	,886(b)	,878	,894	,457(b)	,444	,470
N of Valid Cases	38								

a 22 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c The standardized statistic is -,274.

Πίνακας 44. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας - PSYXILM X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	46,002(a)	48	,555	,520(b)	,508	,533			
Likelihood Ratio	35,565	48	,908	,710(b)	,698	,721			
Fisher's Exact Test	60,990			,734(b)	,723	,746			
Linear-by-Linear Association	,999(c)	1	,317	,340(b)	,327	,352	,179(b)	,169	,188
N of Valid Cases	34								

a 68 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,03.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c The standardized statistic is -1,000.

Πίνακας 45. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια - PSYXILM X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,328(a)	3	,507	,652(b)	,640	,665			
Likelihood Ratio	3,094	3	,377	,652(b)	,640	,665			
Fisher's Exact Test	2,399			,652(b)	,640	,665			
Linear-by-Linear Association	,967(c)	1	,326	,409(b)	,397	,422	,315(b)	,303	,327
N of Valid Cases	53								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c The standardized statistic is -,983.

Πίνακας 46. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ηλικίας έναρξης της νόσου - PSYXILM X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	21,313(a)	15	,127	,117(b)	,108	,125			
Likelihood Ratio	23,970	15	,066	,092(b)	,084	,099			
Fisher's Exact Test	17,597			,137(b)	,128	,146			
Linear-by-Linear Association	1,062(c)	1	,303	,314(b)	,302	,326	,170(b)	,160	,180
N of Valid Cases	54								

a 22 κελιά (91,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,17.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c The standardized statistic is -1,031.

Πίνακας 47. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εμφάνιση της νόσου - PSYXILM X ORGIA

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,220(a)	3	,359	,372(b)	,360	,385			
Likelihood Ratio	4,319	3	,229	,308(b)	,296	,319			
Fisher's Exact Test	2,847			,432(b)	,419	,444			
Linear-by-Linear Association	,548(c)	1	,459	,481(b)	,468	,494	,289(b)	,277	,300
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c The standardized statistic is ,741.

Πίνακας 48. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της - PSYXILM X ORGIALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,972(a)	12	,193	,177(b)	,167	,186			
Likelihood Ratio	20,556	12	,057	,080(b)	,073	,087			
Fisher's Exact Test	15,651			,070(b)	,063	,077			
Linear-by-Linear Association	,021(c)	1	,884	,896(b)	,888	,904	,444(b)	,431	,457
N of Valid Cases	31								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,19.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c The standardized statistic is ,146.

Πίνακας 49. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και εμφάνισης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της νόσου - PSYXILM X ORG6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,155(a)	3	,764	,820(b)	,810	,830			
Likelihood Ratio	1,130	3	,770	,820(b)	,810	,830			
Fisher's Exact Test	1,477			,748(b)	,737	,759			
Linear-by-Linear Association	,870(c)	1	,351	,457(b)	,444	,470	,225(b)	,214	,235
N of Valid Cases	53								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c The standardized statistic is -,932.

Πίνακας 50. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την εκδήλωση της νόσου - PSYXILM X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,629(a)	12	,561	,607(b)	,594	,619			
Likelihood Ratio	10,787	12	,547	,710(b)	,698	,721			
Fisher's Exact Test	11,179			,834(b)	,824	,843			
Linear-by-Linear Association	1,309(c)	1	,253	,278(b)	,266	,289	,154(b)	,145	,163
N of Valid Cases	18								

a 20 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c The standardized statistic is 1,144.

Πίνακας 51. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και των αλλαγών ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την εμφάνιση της ασθένειας - PSYXILM X KOINI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,360(a)	3	,715	,778(b)	,767	,789			
Likelihood Ratio	1,363	3	,714	,782(b)	,772	,793			
Fisher's Exact Test	1,623			,715(b)	,704	,727			
Linear-by-Linear Association	,003(c)	1	,956	1,000(b)	1,000	1,000	,549(b)	,536	,562
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1039640005.

c The standardized statistic is ,055.

Πίνακας 52. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της νόσου και των αλλαγών ή μη στην οικονομική τους κατάσταση μετά την εκδήλωση της νόσου - PSYXILM X KOIN2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,077(a)	3	,380	,409(b)	,397	,422			
Likelihood Ratio	3,088	3	,378	,458(b)	,445	,470			
Fisher's Exact Test	3,100			,383(b)	,370	,395			
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,979	1,000(b)	1,000	1,000	,565(b)	,552	,577
N of Valid Cases	54								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 1,28.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c The standardized statistic is ,026.

Πίνακας 53. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ και του τρόπου της αντιμετώπισης τους από τους φίλους τους μετά την εμφάνιση της ασθένειας - PSYXILM X KOIN6M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,263(a)	3	,967	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,239	3	,971	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	,836			,948(b)	,942	,954			
Linear-by-Linear Association	,074(c)	1	,785	,824(b)	,814	,834	,484(b)	,471	,497
N of Valid Cases	51								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,65.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c The standardized statistic is -,273.

Πίνακας 54. Συσχέτιση του είδους των αλλαγών στον χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της πεποίθησης τους για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της ασθένειας - PSYXILM X KOIN8L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	22,750(a)	18	,200	,156(b)	,146	,165			
Likelihood Ratio	21,501	18	,255	,446(b)	,433	,458			
Fisher's Exact Test	18,742			,446(b)	,433	,458			
Linear-by-Linear Association	2,135(c)	1	,144	,164(b)	,155	,174	,110(b)	,102	,118
N of Valid Cases	12								

a 28 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,17.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c The standardized statistic is -1,461.

5.4.33. ΑΛΛΑΞΑΝ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ; - PSYX2.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για τις αλλαγές των σχέσεων μέσα στην οικογένεια τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου τους - PSYX2 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,088(b)	1	,767	,792	,503	
Continuity Correction(a)	,000	1	,986			
Likelihood Ratio	,089	1	,766	,792	,503	
Fisher's Exact Test				1,000	,503	
Linear-by-Linear Association	,087(c)	1	,768	,792	,503	,213
N of Valid Cases	126					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 5,53.

c The standardized statistic is ,295.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για τις αλλαγές των σχέσεων μέσα στην οικογένεια τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας τους - PSYX2 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,707(a)	5	,121	,127(b)	,118	,135			
Likelihood Ratio	9,822	5	,080	,098(b)	,090	,106			
Fisher's Exact Test	7,489			,143(b)	,134	,152			
Linear-by-Linear Association	,558(c)	1	,455	,518(b)	,505	,531	,261(b)	,249	,272
N of Valid Cases	126								

a 6 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 79996689.

c The standardized statistic is ,747.

5.4.34. ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΚΑΠΟΙΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΔΙΚΗΣ ΣΑΣ ΝΟΣΟΥ; - PSYX3

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την εκδήλωση κάποιων οργανικών διαταραχών στα μέλη της οικογένειας τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και του φύλου των υποκείμενων - PSYX3 X DIM1

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,690(b)	1	,406	,466	,313	
Continuity Correction(a)	,212	1	,646			
Likelihood Ratio	,657	1	,418	,466	,313	
Fisher's Exact Test				,466	,313	
Linear-by-Linear Association	,685(c)	1	,408	,466	,313	,196
N of Valid Cases	125					

a Computed only for a 2x2 table

b 1 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,88.

c The standardized statistic is -,827.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των υποκείμενων για την εκδήλωση κάποιων οργανικών διαταραχών στα μέλη της οικογένειας τους μετά την έναρξη της ΧΝΑ και της ηλικίας των υποκείμενων - PSYX3X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,614(a)	5	,465	,453(b)	,440	,466			
Likelihood Ratio	4,578	5	,470	,517(b)	,504	,530			
Fisher's Exact Test	3,785			,538(b)	,525	,550			
Linear-by-Linear Association	,018(c)	1	,893	,898(b)	,890	,906	,513(b)	,500	,525
N of Valid Cases	125								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,22.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

c The standardized statistic is -,135.

5.4.35. ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΙΔΙΚΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ; - PSYX4.

Πίνακας 1. Αν ναι, αναφέρατε ποιος – PSYX4A

				PSYX4A
Chi-Square(a)				1,143
Df				2
Asymp. Sig.				,565
Monte Carlo Sig.				,718(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound		,707
		Upper Bound		,730

a. 3 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,3.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 619230322.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της παρακολούθησης των ασθενών από κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας και του φύλου τους - PSYX4 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,027(b)	1	,154	,269	,145	
Continuity Correction(a)	1,112	1	,292			
Likelihood Ratio	2,408	1	,121	,177	,145	
Fisher's Exact Test				,269	,145	
Linear-by-Linear Association	2,011(c)	1	,156	,269	,145	,120
N of Valid Cases	126					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,93.

c. The standardized statistic is 1,418.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της παρακολούθησης των ασθενών από κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας και της ηλικίας τους - PSYX4 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,891(a)	5	,162	,133(b)	,124	,141			
Likelihood Ratio	10,857	5	,054	,046(b)	,040	,051			
Fisher's Exact Test	10,015			,039(b)	,034	,043			
Linear-by-Linear Association	4,493(c)	1	,034	,036(b)	,031	,041	,027(b)	,023	,031
N of Valid Cases	126								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,21.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c The standardized statistic is 2,120.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της προτίμησης των ασθενών στην αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας και του φύλου τους - PSYX4A X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,556(a)	2	,459	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	1,923	2	,382	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,968			1,000(b)	1,000	1,000			
Linear-by-Linear Association	,167(c)	1	,683	1,000(b)	1,000	1,000	,578(b)	,565	,591
N of Valid Cases	7								

a 6 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,14.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 391318613.

c The standardized statistic is ,408.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της προτίμησης των ασθενών στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς της ψυχικής υγείας και της ηλικίας τους
- PSYX4A X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,222(a)	6	,399	,747(b)	,736	,758			
Likelihood Ratio	7,468	6	,280	,832(b)	,822	,841			
Fisher's Exact Test	6,502			,832(b)	,822	,841			
Linear-by-Linear Association	2,500(c)	1	,114	,179(b)	,169	,189	,106(b)	,098	,114
N of Valid Cases	7								

a 12 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,14.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 263739791.

c The standardized statistic is -1,581.

5.4.36. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ; - PSYX5.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της προτίμησης της μεθόδου κάθαρσης και του φύλου των ασθενών - PSYX5 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,492(b)	1	,483	1,000	,672	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,799	1	,372	1,000	,672	
Fisher's Exact Test				1,000	,672	
Linear-by-Linear Association	,488(c)	1	,485	1,000	,672	,672
N of Valid Cases	122					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

c The standardized statistic is -,698.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της προτίμησης της μεθόδου κάθαρσης και της ηλικίας των ασθενών - PSYX5 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,340(a)	5	,502	,360(b)	,348	,373			
Likelihood Ratio	3,373	5	,643	,360(b)	,348	,373			
Fisher's Exact Test	7,163			,360(b)	,348	,373			
Linear-by-Linear Association	,051(c)	1	,822	1,000(b)	1,000	1,000	,585(b)	,572	,598
N of Valid Cases	122								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1110856691.

c The standardized statistic is ,225.

5.4.37. ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ – PSYX6.

Πίνακας 1. Συσχέτιση του είδους των συναισθημάτων των υποκειμένων που τους προκαλεί το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και του φύλου τους - PSYX6 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,906(a)	13	,254	,210(b)	,199	,220			
Likelihood Ratio	18,943	13	,125	,210(b)	,200	,220			
Fisher's Exact Test	15,012			,196(b)	,186	,206			
Linear-by-Linear Association	1,535(c)	1	,215	,210(b)	,199	,220	,097(b)	,089	,105
N of Valid Cases	125								

a 21 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1831435319.

c The standardized statistic is -1,239.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του είδους των συναισθημάτων των υποκειμένων που τους προκαλεί το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και της ηλικίας τους - PSYX6 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	63,816(a)	65	,518	,459(b)	,446	,472			
Likelihood Ratio	57,200	65	,744	,235(b)	,224	,246			
Fisher's Exact Test	80,004			,221(b)	,210	,232			
Linear-by-Linear Association	,210(c)	1	,647	,666(b)	,653	,678	,359(b)	,347	,372
N of Valid Cases	125								

a 75 κελιά (89,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1810951851.

c The standardized statistic is ,458.

5.4.38. ΕΙΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ /Η ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ; - PSYX7.

Πίνακας 1. Είστε αισιόδοξος /η για το μέλλον – PSYX7

				PSYX7
Chi-Square(a)				1,829
Df				1
Asymp. Sig.				,176
Monte Carlo Sig.				,213(b)
	99% Confidence Interval	Lower Bound		,202
		Upper Bound		,223

a. 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 61,5.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 490958494.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον και του φύλου τους - PSYX7 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,149(b)	1	,700	,847	,423	
Continuity Correction(a)	,037	1	,847			
Likelihood Ratio	,148	1	,700	,847	,423	
Fisher's Exact Test				,705	,423	
Linear-by-Linear Association	,147(c)	1	,701	,847	,423	,142
N of Valid Cases	123					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 18,00.

c. The standardized statistic is ,384.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία η την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του τόπου μόνιμης διαμονής τους - PSYX7 X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,495(a)	5	,624	,635(b)	,623	,648			
Likelihood Ratio	3,634	5	,603	,627(b)	,615	,640			
Fisher's Exact Test	3,523			,631(b)	,619	,644			
Linear-by-Linear Association	1,219(c)	1	,269	,297(b)	,286	,309	,149(b)	,140	,159
N of Valid Cases	123								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,63.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2129180967.

c The standardized statistic is -1,104.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της οικογενειακής τους κατάστασης - PSYX7 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,839(a)	3	,120	,117(b)	,109	,125			
Likelihood Ratio	7,116	3	,068	,093(b)	,086	,100			
Fisher's Exact Test	5,354			,130(b)	,121	,138			
Linear-by-Linear Association	1,509(c)	1	,219	,234(b)	,223	,245	,133(b)	,124	,142
N of Valid Cases	123								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2042698158.

c The standardized statistic is 1,228.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του επαγγέλματος τους
 - PSYX7 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,804(a)	10	,458	,478(b)	,465	,491			
Likelihood Ratio	10,337	10	,411	,518(b)	,505	,531			
Fisher's Exact Test	9,787			,457(b)	,444	,470			
Linear-by-Linear Association	,033(c)	1	,855	,875(b)	,867	,884	,443(b)	,430	,456
N of Valid Cases	122								

a 13 κελιά (59,1%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,89.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1291153757.

c The standardized statistic is ,182.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του μορφωτικού τους επιπέδου
 - PSYX7 X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,767(a)	8	,673	,719(b)	,708	,731			
Likelihood Ratio	6,333	8	,610	,730(b)	,719	,741			
Fisher's Exact Test	5,838			,701(b)	,689	,713			
Linear-by-Linear Association	,131(c)	1	,717	,733(b)	,722	,745	,374(b)	,361	,386
N of Valid Cases	123								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1156607048.

c The standardized statistic is -,362.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία τους για το μέλλον και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκείμενων - PSYX7 X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	12,026(a)	10	,283	,253(b)	,242	,265			
Likelihood Ratio	15,445	10	,117	,243(b)	,232	,254			
Fisher's Exact Test	11,301			,253(b)	,241	,264			
Linear-by-Linear Association	2,307(c)	1	,129	,140(b)	,131	,149	,072(b)	,065	,078
N of Valid Cases	120								

a 18 κελιά (81,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,43.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1039640005.

c The standardized statistic is 1,519.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX7 X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,373(a)	8	,312	,302(b)	,290	,313			
Likelihood Ratio	10,227	8	,249	,458(b)	,445	,471			
Fisher's Exact Test	9,494			,226(b)	,216	,237			
Linear-by-Linear Association	2,024(c)	1	,155	,167(b)	,158	,177	,085(b)	,078	,092
N of Valid Cases	123								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2096426169.

c The standardized statistic is -1,423.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκείμενων - PSYX7 X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,068(a)	7	,422	,449(b)	,436	,462			
Likelihood Ratio	9,632	7	,210	,364(b)	,351	,376			
Fisher's Exact Test	6,174			,535(b)	,522	,548			
Linear-by-Linear Association	,625(c)	1	,429	,455(b)	,442	,468	,236(b)	,225	,247
N of Valid Cases	119								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 795555105.

c The standardized statistic is -,791.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας των υποκείμενων - PSYX7 X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,189(a)	6	,402	,440(b)	,427	,452			
Likelihood Ratio	8,397	6	,210	,395(b)	,383	,408			
Fisher's Exact Test	5,511			,495(b)	,482	,508			
Linear-by-Linear Association	1,095(c)	1	,295	,324(b)	,312	,336	,161(b)	,152	,171
N of Valid Cases	121								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,43.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1201225993.

c The standardized statistic is -1,046.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - PSYX7 X PATR4

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,001(b)	1	,977	1,000	,568	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,001	1	,977	1,000	,568	
Fisher's Exact Test				1,000	,568	
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,977	1,000	,568	,157
N of Valid Cases	122					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 16,07.

c The standardized statistic is ,029.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική οικογένεια του ασθενούς - PSYX7 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,686(a)	11	,741	,953(b)	,947	,958			
Likelihood Ratio	9,986	11	,532	,953(b)	,947	,958			
Fisher's Exact Test	7,784			,953(b)	,947	,958			
Linear-by-Linear Association	,022(c)	1	,882	,890(b)	,882	,898	,455(b)	,442	,468
N of Valid Cases	34								

a 23 κελιά (95,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,38.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 805840992.

c The standardized statistic is -,148.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία για το μέλλον τους και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας - PSYX7 X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,698(a)	5	,889	,987(b)	,984	,990			
Likelihood Ratio	2,065	5	,840	,987(b)	,984	,990			
Fisher's Exact Test	2,027			,987(b)	,984	,990			
Linear-by-Linear Association	,142(c)	1	,707	,774(b)	,764	,785	,398(b)	,385	,411
N of Valid Cases	35								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,43.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1532573741.

c The standardized statistic is ,376.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία τους για το μέλλον και της ταυτότητας του αποθανόντα μέλος της πατρικής οικογένειας - PSYX7 X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,363(a)	7	,849	,936(b)	,929	,942			
Likelihood Ratio	4,144	7	,763	,936(b)	,929	,942			
Fisher's Exact Test	3,560			,936(b)	,929	,942			
Linear-by-Linear Association	,650(c)	1	,420	,414(b)	,402	,427	,212(b)	,201	,222
N of Valid Cases	81								

a 8 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 211065797.

c The standardized statistic is -,806.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία τους για το μέλλον και της αιτίας θανάτου του μέλους της πατρικής οικογένειας - PSYX7 X PATR5L2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	24,096(a)	23	,399	,394(b)	,382	,407			
Likelihood Ratio	31,286	23	,116	,414(b)	,401	,426			
Fisher's Exact Test	22,827			,399(b)	,386	,412			
Linear-by-Linear Association	,048(c)	1	,826	,834(b)	,825	,844	,425(b)	,412	,438
N of Valid Cases	73								

a 45 κελιά (93,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,49.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1776211046.

c The standardized statistic is -,219.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία τους για το μέλλον και του είδους των σχέσεων (καλές – όχι καλές) στην πατρική οικογένεια - PSYX7 X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,072(b)	1	,788	1,000	,585	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,072	1	,789	1,000	,585	
Fisher's Exact Test				1,000	,585	
Linear-by-Linear Association	,072(c)	1	,789	1,000	,585	,368
N of Valid Cases	122					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,74.

c The standardized statistic is ,268.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αισιοδοξίας ή της απαισιοδοξίας για το μέλλον τους και της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχή πριν την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7 X ORGA

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,003(b)	1	,957	1,000	,552	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,003	1	,957	1,000	,552	
Fisher's Exact Test				1,000	,552	
Linear-by-Linear Association	,003(c)	1	,958	1,000	,552	,145
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 24,15.

c The standardized statistic is ,053.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της αισιοδοξίας / απαισιοδοξίας για το μέλλον και της ύπαρξης άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της νόσου - PSYX7 X ORGIALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,649(a)	4	,456	,484(b)	,471	,497			
Likelihood Ratio	3,673	4	,452	,531(b)	,519	,544			
Fisher's Exact Test	3,686			,456(b)	,443	,469			
Linear-by-Linear Association	1,268(c)	1	,260	,301(b)	,289	,312	,148(b)	,139	,157
N of Valid Cases	56								

a 3 κελιά (30,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,23.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 762367465.

c The standardized statistic is 1,126.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία / απαισιοδοξία τους για το μέλλον και της αλλαγής της επαγγελματικής τους δραστηριότητας μετά την έναρξη της XNA - PSYX7 X KOINI

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,124(b)	1	,725	,853	,434	
Continuity Correction(a)	,028	1	,867			
Likelihood Ratio	,124	1	,725	,853	,434	
Fisher's Exact Test				,853	,434	
Linear-by-Linear Association	,123(c)	1	,726	,853	,434	,138
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 21,95.

c The standardized statistic is -,350.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιοδοξία / απαισιοδοξία τους για το μέλλον και των αλλαγών ή μη στην οικονομική τους κατάσταση μετά την έναρξη της XNA - PSYX7 X KOIN2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,057(b)	1	,811	,857	,477	
Continuity Correction(a)	,003	1	,954			
Likelihood Ratio	,057	1	,811	,857	,477	
Fisher's Exact Test				,857	,477	
Linear-by-Linear Association	,057(c)	1	,812	,857	,477	,140
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 26,34.

c The standardized statistic is -,238.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση τους προς το μέλλον και του τρόπου της αντιμετώπισης της ασθένειας τους από τους φίλους τους - PSYX7 X KOIN6M

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,740(b)	1	,390	,485	,265	
Continuity Correction(a)	,393	1	,531			
Likelihood Ratio	,735	1	,391	,485	,265	
Fisher's Exact Test				,485	,265	
Linear-by-Linear Association	,734(c)	1	,392	,485	,265	,127
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 10,16.

c The standardized statistic is ,857.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση τους για το μέλλον και των λόγων της αίσθησης τους της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7 X KOIN7L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,497(a)	7	,836	,976(b)	,972	,980			
Likelihood Ratio	4,614	7	,707	,976(b)	,972	,980			
Fisher's Exact Test	3,724			,976(b)	,972	,980			
Linear-by-Linear Association	1,066(c)	1	,302	,331(b)	,319	,343	,162(b)	,152	,171
N of Valid Cases	52								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1503498996.

c The standardized statistic is 1,032.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση για το μέλλον τους και της αίσθησης τους ή μη για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7 X KOIN8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,314(b)	1	,575	,667	,367	
Continuity Correction(a)	,118	1	,731			
Likelihood Ratio	,316	1	,574	,667	,367	
Fisher's Exact Test				,667	,367	
Linear-by-Linear Association	,311(c)	1	,577	,667	,367	,148
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 12,29.

c The standardized statistic is ,558.

d For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Πίνακας 24. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη τους στάση για το μέλλον και της πεποίθησης τους για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7 X KOIN8L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,755(a)	8	,458	,615(b)	,603	,628			
Likelihood Ratio	9,960	8	,268	,654(b)	,642	,667			
Fisher's Exact Test	7,198			,716(b)	,705	,728			
Linear-by-Linear Association	1,482(c)	1	,224	,229(b)	,218	,240	,229(b)	,218	,240
N of Valid Cases	19								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,37.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1905543110.

c The standardized statistic is 1,217.

Πίνακας 25. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την αισιόδοξη ή την απαισιόδοξη στάση τους προς το μέλλον και της ύπαρξης αλλαγής στον χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της νόσου - PSYX7 X PSYX1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,296(b)	1	,130	,147	,091	
Continuity Correction(a)	1,775	1	,183			
Likelihood Ratio	2,309	1	,129	,147	,091	
Fisher's Exact Test				,147	,091	
Linear-by-Linear Association	2,277(c)	1	,131	,147	,091	,047
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 24,15.

c The standardized statistic is -1,509.

Πίνακας 26. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του φύλου τους - PSYX7A X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,852(a)	3	,837	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	1,097	3	,778	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	1,282			,906(b)	,899	,914			
Linear-by-Linear Association	,311(c)	1	,577	,830(b)	,820	,839	,384(b)	,371	,396
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,30.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 946042643.

c The standardized statistic is ,558.

Πίνακας 27. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ηλικίας τους - PSYX7A X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,052(a)	12	,365	,290(b)	,279	,302			
Likelihood Ratio	14,795	12	,253	,127(b)	,118	,135			
Fisher's Exact Test	16,945			,191(b)	,181	,201			
Linear-by-Linear Association	,660(c)	1	,417	,470(b)	,457	,483	,268(b)	,257	,280
N of Valid Cases	44								

a 16 κελιά (80,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 134453947.

c The standardized statistic is ,812.

Πίνακας 28. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του τόπου καταγωγής τους - PSYX7A X DIM4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17,553(a)	15	,287	,300(b)	,289	,312			
Likelihood Ratio	16,999	15	,319	,138(b)	,129	,146			
Fisher's Exact Test	21,165			,141(b)	,132	,150			
Linear-by-Linear Association	,028(c)	1	,866	,923(b)	,916	,929	,562(b)	,549	,575
N of Valid Cases	44								

a 21 κελιά (87,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1540442866.

c The standardized statistic is -,168.

Πίνακας 29. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - PSYX7A X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	20,725(a)	15	,146	,167(b)	,157	,177			
Likelihood Ratio	18,584	15	,233	,123(b)	,115	,132			
Fisher's Exact Test	18,416			,186(b)	,176	,196			
Linear-by-Linear Association	,055(c)	1	,815	,810(b)	,800	,820	,400(b)	,387	,413
N of Valid Cases	44								

a 21 κελιά (87,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1546839810.

c The standardized statistic is -,234.

Πίνακας 30. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών - PSYX7A X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,223(a)	6	,898	,834(b)	,824	,843			
Likelihood Ratio	3,450	6	,751	,802(b)	,792	,812			
Fisher's Exact Test	3,817			,901(b)	,893	,909			
Linear-by-Linear Association	,130(c)	1	,718	,681(b)	,669	,693	,458(b)	,445	,471
N of Valid Cases	44								

a 10 κελιά (83,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,07.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 705346993.

c The standardized statistic is -,361.

Πίνακας 31. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του επαγγέλματος τους - PSYX7A X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	31,671(a)	30	,383	,369(b)	,356	,381			
Likelihood Ratio	23,079	30	,812	,492(b)	,480	,505			
Fisher's Exact Test	37,230			,530(b)	,517	,542			
Linear-by-Linear Association	,108(c)	1	,742	,760(b)	,749	,771	,414(b)	,401	,426
N of Valid Cases	44								

a 43 κελιά (97,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1083603619.

c The standardized statistic is ,329.

Πίνακας 32. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του επιπέδου μόρφωσης τους - PSYX7A X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,279(a)	24	,912	,723(b)	,712	,735			
Likelihood Ratio	13,786	24	,951	,815(b)	,805	,825			
Fisher's Exact Test	28,318			,748(b)	,737	,759			
Linear-by-Linear Association	,515(c)	1	,473	,597(b)	,584	,609	,320(b)	,308	,332
N of Valid Cases	44								

a 34 κελιά (94,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1919163461.

c The standardized statistic is -,718.

Πίνακας 33. Συσχέτιση της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκείμενων - PSYX7A X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	25,122(a)	10	,005	,119(b)	,111	,127			
Likelihood Ratio	12,026	10	,283	,109(b)	,101	,117			
Fisher's Exact Test	15,943			,168(b)	,159	,178			
Linear-by-Linear Association	,973(c)	1	,324	,150(b)	,141	,159	,051(b)	,046	,057
N of Valid Cases	42								

a 16 κελιά (88,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 84799795.

c The standardized statistic is ,986.

Πίνακας 34. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX7A X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	17,077(a)	9	,048	,123(b)	,114	,131			
Likelihood Ratio	17,471	9	,042	,011(b)	,008	,014			
Fisher's Exact Test	20,374			,007(b)	,005	,009			
Linear-by-Linear Association	2,014(c)	1	,156	,154(b)	,145	,163	,066(b)	,060	,073
N of Valid Cases	44								

a 13 κελιά (81,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 505061921.

c The standardized statistic is 1,419.

Πίνακας 35. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκείμενων - PSYX7A X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,799(a)	8	,779	,669(b)	,656	,681			
Likelihood Ratio	5,064	8	,751	,775(b)	,764	,786			
Fisher's Exact Test	7,413			,631(b)	,619	,644			
Linear-by-Linear Association	,297(c)	1	,586	,450(b)	,437	,463	,302(b)	,290	,314
N of Valid Cases	41								

a 13 κελιά (86,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 297761863.

c The standardized statistic is -,545.

Πίνακας 36. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του επιπέδου μόρφωσης της μητέρας των υποκείμενων - PSYX7A X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,961(a)	9	,744	,530(b)	,517	,543			
Likelihood Ratio	6,822	9	,656	,610(b)	,597	,622			
Fisher's Exact Test	10,351			,472(b)	,459	,485			
Linear-by-Linear Association	,046(c)	1	,830	,763(b)	,752	,774	,536(b)	,523	,549
N of Valid Cases	43								

a 13 κελιά (81,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1947735306.

c The standardized statistic is -,214.

Πίνακας 37. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ύπαρξης σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - PSYX7A X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,176(a)	3	,537	,619(b)	,606	,631			
Likelihood Ratio	2,567	3	,463	,694(b)	,682	,705			
Fisher's Exact Test	2,387			,562(b)	,550	,575			
Linear-by-Linear Association	,409(c)	1	,522	,699(b)	,687	,711	,283(b)	,272	,295
N of Valid Cases	43								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1993714141.

c The standardized statistic is -,640.

Πίνακας 38. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - PSYX7A X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	16,667(a)	14	,274	,390(b)	,377	,402			
Likelihood Ratio	11,770	14	,625	,556(b)	,543	,568			
Fisher's Exact Test	16,432			,556(b)	,543	,568			
Linear-by-Linear Association	,005(c)	1	,946	,941(b)	,935	,947	,664(b)	,652	,676
N of Valid Cases	12								

a 24 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,08.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 952162900.

c The standardized statistic is -,067.

Πίνακας 39. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας
- PSYX7A X PATRL2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,075(a)	8	,260	,317(b)	,305	,329			
Likelihood Ratio	9,547	8	,298	,323(b)	,311	,335			
Fisher's Exact Test	9,445			,323(b)	,311	,335			
Linear-by-Linear Association	,324(c)	1	,569	,663(b)	,651	,675	,405(b)	,392	,417
N of Valid Cases	13								

a 15 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,08.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 940095498.

c The standardized statistic is -,569.

Πίνακας 40. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών και της ύπαρξης θανάτου στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων
- PSYX7A X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,418(a)	3	,144	,169(b)	,159	,178			
Likelihood Ratio	5,668	3	,129	,164(b)	,155	,174			
Fisher's Exact Test	4,300			,201(b)	,191	,211			
Linear-by-Linear Association	,059(c)	1	,808	,994(b)	,992	,996	,585(b)	,572	,597
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,23.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1515591596.

c The standardized statistic is -,243.

Πίνακας 41. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ταυτότητας των θανόντων μελών της πατρικής οικογένειας των υποκείμενων - PSYX7A X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,167(a)	10	,613	,600(b)	,587	,613			
Likelihood Ratio	9,722	10	,465	,531(b)	,518	,544			
Fisher's Exact Test	10,098			,476(b)	,463	,489			
Linear-by-Linear Association	,641(c)	1	,423	,174(b)	,164	,183	,050(b)	,044	,055
N of Valid Cases	32								

a 16 κελιά (88,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,06.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2032416322.

c The standardized statistic is -,800.

Πίνακας 42. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής οικογένειας των υποκείμενων - PSYX7A X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	33,353(a)	28	,223	,262(b)	,250	,273			
Likelihood Ratio	28,131	28	,458	,253(b)	,242	,264			
Fisher's Exact Test	34,312			,241(b)	,229	,252			
Linear-by-Linear Association	,156(c)	1	,693	,687(b)	,675	,699	,470(b)	,457	,483
N of Valid Cases	30								

a 44 κελιά (97,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,07.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1649056498.

c The standardized statistic is -,395.

Πίνακας 43. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική οικογένεια των υποκείμενων - PSYX7A X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,730(a)	3	,866	1,000(b)	1,000	1,000			
Likelihood Ratio	,776	3	,855	1,000(b)	1,000	1,000			
Fisher's Exact Test	3,217			,548(b)	,535	,560			
Linear-by-Linear Association	,237(c)	1	,626	,506(b)	,493	,519	,415(b)	,402	,428
N of Valid Cases	43								

a 6 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1843683545.

c The standardized statistic is -,487.

Πίνακας 44. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ηλικίας έναρξης της XNA - PSYX7A X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,935(a)	12	,790	,864(b)	,855	,873			
Likelihood Ratio	8,566	12	,739	,844(b)	,834	,853			
Fisher's Exact Test	9,534			,812(b)	,802	,822			
Linear-by-Linear Association	,879(c)	1	,349	,384(b)	,372	,397	,204(b)	,194	,214
N of Valid Cases	44								

a 17 κελιά (85,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,09.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1568792215.

c The standardized statistic is ,937.

Πίνακας 45. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της ύπαρξης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών πριν την εκδήλωση της XNA - PSYX7A X ORGIA

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,271(a)	3	,736	,919(b)	,911	,926			
Likelihood Ratio	1,648	3	,649	,919(b)	,911	,926			
Fisher's Exact Test	1,497			,919(b)	,911	,926			
Linear-by-Linear Association	,074(c)	1	,785	,729(b)	,717	,740	,384(b)	,371	,397
N of Valid Cases	44								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 962522010.

c The standardized statistic is -,273.

Πίνακας 46. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των υποκείμενων για το μέλλον και του είδους των οργανικών διαταραχών που υπήρχαν πριν την εκδήλωση της XNA - PSYX7A X ORGIALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,823(a)	8	,776	,941(b)	,935	,947			
Likelihood Ratio	5,235	8	,732	,932(b)	,925	,938			
Fisher's Exact Test	6,037			,941(b)	,935	,947			
Linear-by-Linear Association	,088(c)	1	,767	,672(b)	,660	,684	,481(b)	,468	,494
N of Valid Cases	19								

a 15 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,11.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1157648955.

c The standardized statistic is -,297.

Πίνακας 47. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της εμφάνισης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX7A X ORG6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,081(a)	3	,556	,613(b)	,600	,625			
Likelihood Ratio	2,318	3	,509	,828(b)	,818	,838			
Fisher's Exact Test	2,476			,554(b)	,541	,567			
Linear-by-Linear Association	,048(c)	1	,827	,979(b)	,975	,982	,520(b)	,507	,533
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1607452505.

c The standardized statistic is -,219.

Πίνακας 48. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του είδους των άλλων οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX7A X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,635(a)	6	,465	,496(b)	,483	,509			
Likelihood Ratio	6,708	6	,349	,496(b)	,483	,509			
Fisher's Exact Test	6,362			,517(b)	,504	,530			
Linear-by-Linear Association	,586(c)	1	,444	,426(b)	,413	,438	,283(b)	,271	,295
N of Valid Cases	14								

a 12 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,07.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 652989951.

c The standardized statistic is -,765.

Πίνακας 49. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και των αλλαγών ή μη στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7A X KOINI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,886(a)	3	,596	,779(b)	,768	,789			
Likelihood Ratio	2,881	3	,410	,690(b)	,678	,702			
Fisher's Exact Test	1,531			,912(b)	,904	,919			
Linear-by-Linear Association	1,273(c)	1	,259	,329(b)	,317	,341	,200(b)	,189	,210
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1575976823.

c The standardized statistic is -1,128.

Πίνακας 50. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της αλλαγής ή μη της οικονομικής τους κατάστασης μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7A X KOIN2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,265(a)	3	,519	,649(b)	,637	,661			
Likelihood Ratio	2,659	3	,447	,649(b)	,637	,661			
Fisher's Exact Test	2,418			,649(b)	,637	,661			
Linear-by-Linear Association	,093(c)	1	,760	,639(b)	,626	,651	,326(b)	,314	,338
N of Valid Cases	44								

a 4 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,48.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 66508536.

c The standardized statistic is -,306.

Πίνακας 51. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από τους φίλους τους - PSYX7A X KOIN6M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,058(a)	2	,357	,431(b)	,418	,443			
Likelihood Ratio	2,624	2	,269	,344(b)	,332	,357			
Fisher's Exact Test	1,531			,515(b)	,502	,527			
Linear-by-Linear Association	,235(c)	1	,628	,973(b)	,969	,977	,592(b)	,579	,605
N of Valid Cases	43								

a 3 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα ,42.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 805840992.

c The standardized statistic is -,484.

Πίνακας 52. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της αίσθησης ή μη των ιδίων της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της XNA - PSYX7A X KOIN7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,039(a)	3	,564	,667(b)	,654	,679			
Likelihood Ratio	2,410	3	,492	,784(b)	,774	,795			
Fisher's Exact Test	2,265			,610(b)	,598	,623			
Linear-by-Linear Association	,430(c)	1	,512	,706(b)	,694	,718	,282(b)	,271	,294
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,32.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 310042136.

c The standardized statistic is ,656.

Πίνακας 53. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και των λόγων της αίσθησης τους για τη διαφορετικότητα τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7A X KOIN7L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	37,484(a)	21	,015	,079(b)	,072	,086			
Likelihood Ratio	20,007	21	,521	,174(b)	,164	,184			
Fisher's Exact Test	31,554			,143(b)	,134	,152			
Linear-by-Linear Association	1,327(c)	1	,249	,108(b)	,100	,116	,090(b)	,083	,097
N of Valid Cases	25								

a 31 κελιά (96,9%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,04.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 189061494.

c The standardized statistic is 1,152.

Πίνακας 54. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της πεποίθησης τους ή μη για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της ΧΝΑ - PSYX7A X KOIN8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,622(a)	3	,132	,179(b)	,169	,189			
Likelihood Ratio	4,998	3	,172	,234(b)	,223	,245			
Fisher's Exact Test	4,096			,251(b)	,240	,262			
Linear-by-Linear Association	,031(c)	1	,860	,988(b)	,985	,991	,656(b)	,644	,669
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,18.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 937287541.

c The standardized statistic is ,176.

Πίνακας 55. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της πεποίθησης τους για τον τρόπο της διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την έναρξη της XNA - PSYX7A X KOIN8L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,000(a)	6	,125	,298(b)	,287	,310			
Likelihood Ratio	9,503	6	,147	,298(b)	,287	,310			
Fisher's Exact Test	7,986			,298(b)	,287	,310			
Linear-by-Linear Association	,606(c)	1	,436	,448(b)	,435	,461	,251(b)	,240	,263
N of Valid Cases	5								

a 12 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,20.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 995738463.

c The standardized statistic is -,778.

Πίνακας 56. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και της αλλαγής ή μη του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της XNA - PSYX7A X PSYXI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,763(a)	3	,288	,261(b)	,250	,273			
Likelihood Ratio	4,509	3	,212	,261(b)	,250	,273			
Fisher's Exact Test	4,018			,233(b)	,222	,244			
Linear-by-Linear Association	,731(c)	1	,392	,477(b)	,464	,489	,195(b)	,185	,205
N of Valid Cases	44								

a 5 κελιά (62,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,30.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 969556011.

c The standardized statistic is ,855.

Πίνακας 57. Συσχέτιση των λόγων της απαισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον και του είδους της αλλαγής του χαρακτήρα των ασθενών μετά την έναρξη της XNA - PSYX7A X PSYX1L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,429(a)	2	,490	,660(b)	,648	,672			
Likelihood Ratio	1,816	2	,403	,660(b)	,648	,672			
Fisher's Exact Test	1,411			,660(b)	,648	,672			
Linear-by-Linear Association	,097(c)	1	,756	1,000(b)	1,000	1,000	,501(b)	,489	,514
N of Valid Cases	22								

a 4 κελιά (66,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,50.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1868416634.

c The standardized statistic is -,311.

5.4.39. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ /Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ; - PSYX8.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της ικανοποίησης ή μη των ασθενών από την αντιμετώπιση τους από τους γιατρούς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και του φύλου τους - PSYX8 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,766(b)	1	,381	,663	,351	
Continuity Correction(a)	,185	1	,667			
Likelihood Ratio	,858	1	,354	,443	,351	
Fisher's Exact Test				,663	,351	
Linear-by-Linear Association	,760(c)	1	,383	,663	,351	,267
N of Valid Cases	124					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,98.

c The standardized statistic is -,872.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ικανοποίησης ή μη των ασθενών από την αντιμετώπιση τους από τους γιατρούς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και της ηλικίας τους - PSYX8 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,071(a)	5	,689	,652(b)	,640	,664			
Likelihood Ratio	3,235	5	,664	,729(b)	,718	,741			
Fisher's Exact Test	3,602			,607(b)	,594	,620			
Linear-by-Linear Association	,002(c)	1	,960	1,000(b)	1,000	1,000	,523(b)	,510	,535
N of Valid Cases	124								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,15.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

c The standardized statistic is -,050.

5.4.40. ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ ΣΑΣ; - PSYX9.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την ικανοποιητική ή όχι παρουσία των γιατρών της Μονάδας στο πλευρό τους και του φύλου των ασθενών - PSYX9 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,766(b)	1	,381	,663	,351	
Continuity Correction(a)	,185	1	,667			
Likelihood Ratio	,858	1	,354	,443	,351	
Fisher's Exact Test				,663	,351	
Linear-by-Linear Association	,760(c)	1	,383	,663	,351	,267
N of Valid Cases	124					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,98.

c The standardized statistic is -,872.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την ικανοποιητική ή όχι παρουσία των γιατρών στο πλευρό τους και της ηλικίας των ασθενών -PSYX9 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,913(a)	5	,562	,501(b)	,488	,514			
Likelihood Ratio	4,256	5	,513	,583(b)	,570	,596			
Fisher's Exact Test	4,610			,412(b)	,399	,424			
Linear-by-Linear Association	,445(c)	1	,505	,540(b)	,527	,552	,289(b)	,278	,301
N of Valid Cases	124								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,15.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 805089440.

c The standardized statistic is -,667.

5.4.41. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ /Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ; - PSYX10

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της ικανοποίησης ή μη από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού με το φύλο των ασθενών - PSYX10 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,498(b)	1	,480	1,000	,669	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,807	1	,369	1,000	,669	
Fisher's Exact Test				1,000	,669	
Linear-by-Linear Association	,494(c)	1	,482	1,000	,669	,669
N of Valid Cases	124					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,33.

c The standardized statistic is -,703.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της ικανοποίησης τους ή μη από τις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και της ηλικίας των υποκείμενων - PSYX10 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,427(a)	5	,490	,373(b)	,361	,386			
Likelihood Ratio	3,406	5	,638	,373(b)	,361	,386			
Fisher's Exact Test	7,184			,373(b)	,361	,386			
Linear-by-Linear Association	,051(c)	1	,821	1,000(b)	1,000	1,000	,587(b)	,574	,599
N of Valid Cases	124								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,02.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 306940390.

c The standardized statistic is ,227.

5.4.42. ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ (του νοσηλευτικού προσωπικού) ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ ΣΑΣ; - PSYX11.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την ικανοποιητική ή μη παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στο πλευρό τους και του φύλου των ασθενών - PSYX11 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,980(b)	1	,322	,558	,454	
Continuity Correction(a)	,052	1	,819			
Likelihood Ratio	1,589	1	,207	,558	,454	
Fisher's Exact Test				1,000	,454	
Linear-by-Linear Association	,972(c)	1	,324	,558	,454	,454
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,65.

c The standardized statistic is -,986.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την ικανοποιητική ή μη παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στο πλευρό τους και της ηλικίας των υποκείμενων - PSYX11 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,662(a)	5	,085	,147(b)	,138	,156			
Likelihood Ratio	5,274	5	,383	,277(b)	,266	,289			
Fisher's Exact Test	6,975			,215(b)	,204	,225			
Linear-by-Linear Association	,580(c)	1	,446	,605(b)	,592	,617	,300(b)	,288	,312
N of Valid Cases	123								

a 7 κελιά (58,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,05.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 810324223.

c The standardized statistic is -,761.

5.4.43. ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ; - PSYX12.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για διαφορετική αντιμετώπιση της κατάστασης τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και του φύλου των ασθενών - PSYX12 X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,009(b)	1	,924	1,000	,576	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,009	1	,924	1,000	,576	
Fisher's Exact Test				1,000	,576	
Linear-by-Linear Association	,009(c)	1	,924	1,000	,576	,209
N of Valid Cases	123					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 6,18.

c The standardized statistic is ,095.

Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για διαφορετική αντιμετώπιση της κατάστασης τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού και της ηλικίας των υποκείμενων - PSYX12 X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	4,894(a)	5	,429	,421(b)	,408	,434			
Likelihood Ratio	5,102	5	,404	,483(b)	,470	,496			
Fisher's Exact Test	4,570			,429(b)	,417	,442			
Linear-by-Linear Association	,132(c)	1	,716	,779(b)	,768	,789	,388(b)	,375	,400
N of Valid Cases	123								

a 6 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,46.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1636318592.

c The standardized statistic is ,363.

**5.4.44. ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΜΙΑ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΣΤΗΡΙΞΗ;
- PSYX13.**

*Πίνακας 1. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του φύλου τους
- PSYX13 X DIM1*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,200(b)	1	,655	,696	,400	
Continuity Correction(a)	,062	1	,803			
Likelihood Ratio	,199	1	,655	,696	,400	
Fisher's Exact Test				,696	,400	
Linear-by-Linear Association	,198(c)	1	,656	,696	,400	,141
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 15,87.

c The standardized statistic is -,445.

*Πίνακας 2. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του τόπου καταγωγής τους
-PSYX13 X DIM4*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	10,018(a)	5	,075	,073(b)	,066	,079			
Likelihood Ratio	10,626	5	,059	,073(b)	,066	,079			
Fisher's Exact Test	9,720			,080(b)	,073	,087			
Linear-by-Linear Association	,000(c)	1	,990	1,000(b)	1,000	1,000	,516(b)	,503	,529
N of Valid Cases	121								

a 1 κελιά (8,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 3,57.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 363338186.

c The standardized statistic is -,012.

Πίνακας 3. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του τόπου μόνιμης διαμονής των ασθενών - PSYX13 X DIM5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,814(a)	5	,167	,165(b)	,155	,174			
Likelihood Ratio	7,679	5	,175	,206(b)	,196	,216			
Fisher's Exact Test	7,518			,179(b)	,169	,189			
Linear-by-Linear Association	,461(c)	1	,497	,523(b)	,511	,536	,265(b)	,253	,276
N of Valid Cases	121								

a 3 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 2,38.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 562548763.

c The standardized statistic is -,679.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών - PSYX13 X DIM6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,939(a)	3	,401	,407(b)	,394	,419			
Likelihood Ratio	2,868	3	,412	,484(b)	,471	,497			
Fisher's Exact Test	3,019			,386(b)	,374	,399			
Linear-by-Linear Association	2,010(c)	1	,156	,170(b)	,160	,180	,100(b)	,092	,107
N of Valid Cases	121								

a 2 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,19.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 172720898.

c The standardized statistic is -1,418.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του επαγγέλματος τους - PSYX13 X DIM7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,499(a)	10	,772	,800(b)	,789	,810			
Likelihood Ratio	6,517	10	,770	,837(b)	,828	,847			
Fisher's Exact Test	6,569			,795(b)	,784	,805			
Linear-by-Linear Association	1,146(c)	1	,284	,295(b)	,283	,307	,149(b)	,140	,158
N of Valid Cases	120								

a 14 κελιά (63,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,80.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2081800200.

c The standardized statistic is 1,070.

Πίνακας 6. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του μορφωτικού τους επιπέδου - PSYX13 X DIM8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6,960(a)	8	,541	,565(b)	,553	,578			
Likelihood Ratio	7,993	8	,434	,565(b)	,552	,577			
Fisher's Exact Test	6,693			,578(b)	,565	,590			
Linear-by-Linear Association	,501(c)	1	,479	,500(b)	,487	,512	,252(b)	,241	,263
N of Valid Cases	121								

a 10 κελιά (55,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1770687103.

c The standardized statistic is -,708.

Πίνακας 7. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του επαγγέλματος του πατέρα των υποκείμενων - PSYX13 X PATR2P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,296(a)	10	,208	,166(b)	,156	,175			
Likelihood Ratio	18,159	10	,052	,104(b)	,096	,112			
Fisher's Exact Test	12,288			,172(b)	,162	,181			
Linear-by-Linear Association	,217(c)	1	,641	,679(b)	,667	,691	,343(b)	,330	,355
N of Valid Cases	118								

a 18 κελιά (81,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,39.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1941004702.

c The standardized statistic is ,466.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX13 X PATR2M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,413(a)	8	,713	,800(b)	,790	,810			
Likelihood Ratio	7,511	8	,483	,738(b)	,727	,750			
Fisher's Exact Test	4,975			,865(b)	,856	,874			
Linear-by-Linear Association	,751(c)	1	,386	,393(b)	,381	,406	,207(b)	,196	,217
N of Valid Cases	121								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 790767468.

c The standardized statistic is -,866.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και του επιπέδου μόρφωσης του πατέρα των υποκείμενων - PSYX13 X PATR3P

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,572(a)	7	,828	,918(b)	,911	,925			
Likelihood Ratio	4,241	7	,752	,928(b)	,922	,935			
Fisher's Exact Test	4,062			,880(b)	,871	,888			
Linear-by-Linear Association	,319(c)	1	,572	,589(b)	,577	,602	,309(b)	,297	,320
N of Valid Cases	117								

a 12 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 15053862.

c The standardized statistic is -,565.

Πίνακας 10. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και του επαγγέλματος της μητέρας των υποκείμενων - PSYX13 X PATR3M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,280(a)	6	,296	,298(b)	,286	,310			
Likelihood Ratio	8,350	6	,214	,369(b)	,357	,381			
Fisher's Exact Test	7,080			,253(b)	,241	,264			
Linear-by-Linear Association	,002(c)	1	,961	1,000(b)	1,000	1,000	,502(b)	,489	,515
N of Valid Cases	119								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 881509541.

c The standardized statistic is -,049.

Πίνακας 11. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών για την επιθυμία τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ύπαρξης σοβαρών ασθενειών στην πατρική τους οικογένεια - PSYX13 X PATR4

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,006(b)	1	,936	1,000	,550	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,006	1	,936	1,000	,550	
Fisher's Exact Test				1,000	,550	
Linear-by-Linear Association	,006(c)	1	,936	1,000	,550	,158
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 15,20.

c The standardized statistic is -,080.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του είδους της σοβαρής ασθένειας στην πατρική τους οικογένεια - PSYX13 X PATR4L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	13,274(a)	11	,276	,233(b)	,223	,244			
Likelihood Ratio	16,867	11	,112	,249(b)	,238	,260			
Fisher's Exact Test	12,281			,259(b)	,248	,270			
Linear-by-Linear Association	,405(c)	1	,525	,550(b)	,537	,563	,283(b)	,271	,295
N of Valid Cases	35								

a 23 κελιά (95,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1764943949.

c The standardized statistic is ,636.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ταυτότητας του άρρωστου μέλους της πατρικής οικογένειας των υποκείμενων - PSYX13 X PATR4L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,522(a)	5	,620	,713(b)	,701	,725			
Likelihood Ratio	5,158	5	,397	,619(b)	,606	,631			
Fisher's Exact Test	3,539			,733(b)	,721	,744			
Linear-by-Linear Association	3,023(c)	1	,082	,099(b)	,091	,106	,042(b)	,037	,047
N of Valid Cases	36								

a 9 κελιά (75,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,36.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1151184558.

c The standardized statistic is 1,739.

Πίνακας 14. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ύπαρξης θανάτων στην πατρική τους οικογένεια - PSYX13 X PATR5

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,200(b)	1	,138	,161	,099	
Continuity Correction(a)	1,643	1	,200			
Likelihood Ratio	2,250	1	,134	,161	,099	
Fisher's Exact Test				,161	,099	
Linear-by-Linear Association	2,182(c)	1	,140	,161	,099	,055
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 14,68.

c The standardized statistic is 1,477.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ταυτότητας του θανάτου μέλους της πατρικής τους οικογένειας - PSYX13 X PATR5L1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,268(a)	7	,627	,706(b)	,694	,718			
Likelihood Ratio	6,771	7	,453	,658(b)	,645	,670			
Fisher's Exact Test	4,860			,751(b)	,740	,762			
Linear-by-Linear Association	,424(c)	1	,515	,486(b)	,473	,498	,231(b)	,220	,242
N of Valid Cases	80								

a 9 κελιά (56,3%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1983313784.

c The standardized statistic is ,651.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της αιτίας θανάτου των μελών της πατρικής τους οικογένειας - PSYX13 X PATR5L2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28,385(a)	22	,163	,084(b)	,077	,091			
Likelihood Ratio	36,970	22	,024	,083(b)	,076	,090			
Fisher's Exact Test	25,914			,109(b)	,100	,117			
Linear-by-Linear Association	,357(c)	1	,550	,569(b)	,556	,582	,294(b)	,282	,306
N of Valid Cases	73								

a 43 κελιά (93,5%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1988899140.

c The standardized statistic is ,597.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη μιας σταθερής συνεργασίας με ψυχολόγο και του είδους των σχέσεων (καλές - όχι καλές) στην πατρική τους οικογένεια - PSYX13 X PATR8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,204(b)	1	,652	1,000	,512	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,199	1	,655	1,000	,512	
Fisher's Exact Test				,644	,512	
Linear-by-Linear Association	,202(c)	1	,653	1,000	,512	,346
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 2 κελιά (50,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,57.

c The standardized statistic is -,450.

Πίνακας 18. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ηλικίας έναρξης της ασθένειας - PSYX13 X ORG1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,315(a)	6	,504	,521(b)	,509	,534			
Likelihood Ratio	5,795	6	,447	,518(b)	,505	,531			
Fisher's Exact Test	5,327			,506(b)	,493	,519			
Linear-by-Linear Association	1,070(c)	1	,301	,316(b)	,304	,328	,164(b)	,154	,174
N of Valid Cases	121								

a 4 κελιά (28,6%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,40.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1517194786.

c The standardized statistic is 1,035.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ύπαρξης κάποιων άλλων οργανικών διαταραχών πριν την έναρξη της XNA - PSYX13 X ORG1ALM

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,528(a)	4	,237	,256(b)	,245	,267			
Likelihood Ratio	5,703	4	,222	,300(b)	,288	,312			
Fisher's Exact Test	5,506			,240(b)	,229	,251			
Linear-by-Linear Association	1,013(c)	1	,314	,360(b)	,347	,372	,187(b)	,176	,197
N of Valid Cases	54								

a 3 κελιά (30,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,33.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 559846330.

c The standardized statistic is 1,006.

Πίνακας 20. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της εμφάνισης ή μη άλλων οργανικών διαταραχών μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX13 X ORG6

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,040(b)	1	,842	1,000	,504	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,040	1	,842	1,000	,504	
Fisher's Exact Test				1,000	,504	
Linear-by-Linear Association	,039(c)	1	,843	1,000	,504	,158
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 14,49.

c The standardized statistic is -,198.

Πίνακας 21. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του είδους των οργανικών διαταραχών που εμφανίστηκαν μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ - PSYX13 X ORG6L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,011(a)	6	,173	,136(b)	,128	,145			
Likelihood Ratio	11,991	6	,062	,111(b)	,103	,119			
Fisher's Exact Test	9,162			,092(b)	,085	,100			
Linear-by-Linear Association	,304(c)	1	,581	,800(b)	,790	,810	,430(b)	,417	,443
N of Valid Cases	37								

a 12 κελιά (85,7%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,38.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1333605957.

c The standardized statistic is ,551.

Πίνακας 22. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της αλλαγής στην επαγγελματική τους δραστηριότητα μετά την έναρξη της νόσου - PSYX13 X KOINI

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,011(b)	1	,156	,189	,109	
Continuity Correction(a)	1,513	1	,219			
Likelihood Ratio	2,007	1	,157	,189	,109	
Fisher's Exact Test				,189	,109	
Linear-by-Linear Association	1,995(c)	1	,158	,189	,109	,055
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 20,23.

c The standardized statistic is -1,412.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της αλλαγής ή μη της οικονομικής τους κατάστασης μετά την εκδήλωση της ΧΝΑ - PSYX13 X KOIN2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,549(b)	1	,459	,577	,289	
Continuity Correction(a)	,308	1	,579			
Likelihood Ratio	,549	1	,459	,577	,289	
Fisher's Exact Test				,577	,289	
Linear-by-Linear Association	,544(c)	1	,461	,577	,289	,112
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 23,01.

c The standardized statistic is ,738.

Πίνακας 24. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από τους φίλους τους - PSYX13 X KOIN6M

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,584(b)	1	,445	,480	,304	
Continuity Correction(a)	,272	1	,602			
Likelihood Ratio	,596	1	,440	,480	,304	
Fisher's Exact Test				,480	,304	
Linear-by-Linear Association	,579(c)	1	,447	,480	,304	,147
N of Valid Cases	118					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα 8,58.

c The standardized statistic is ,761.

Πίνακας 25. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της αίσθησης ή μη της διαφορετικότητας τους από τους άλλους - PSYX13 X KOIN7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,690(b)	1	,101	,136	,073	
Continuity Correction(a)	2,113	1	,146			
Likelihood Ratio	2,700	1	,100	,136	,073	
Fisher's Exact Test				,136	,073	
Linear-by-Linear Association	2,667(c)	1	,102	,136	,073	,039
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 23,60.

c The standardized statistic is 1,633.

Πίνακας 26. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και των λόγων της αίσθησης της διαφορετικότητας τους από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX13 X KOIN7L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	5,782(a)	8	,672	,840(b)	,831	,850			
Likelihood Ratio	7,324	8	,502	,840(b)	,831	,850			
Fisher's Exact Test	5,773			,835(b)	,825	,844			
Linear-by-Linear Association	,266(c)	1	,606	,633(b)	,621	,646	,315(b)	,303	,327
N of Valid Cases	51								

a 14 κελιά (77,8%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,45.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1528664027.

c The standardized statistic is -,516.

Πίνακας 27. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της πεποίθησης ή μη των ασθενών για τη διαφορετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους - PSYX13 X KOIN8

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,582(b)	1	,446	,501	,294	
Continuity Correction(a)	,288	1	,592			
Likelihood Ratio	,575	1	,448	,501	,294	
Fisher's Exact Test				,501	,294	
Linear-by-Linear Association	,577(c)	1	,447	,501	,294	,133
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 10,31.

c The standardized statistic is ,760.

Πίνακας 28. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της πεποίθησης τους για τον τρόπο διαφορετικής τους αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX13 X KOIN8L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,900(a)	8	,272	,259(b)	,248	,270			
Likelihood Ratio	12,961	8	,113	,259(b)	,248	,270			
Fisher's Exact Test	9,254			,244(b)	,233	,255			
Linear-by-Linear Association	,555(c)	1	,456	,894(b)	,886	,901	,442(b)	,430	,455
N of Valid Cases	18								

a 18 κελιά (100,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,44.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1803017504.

c The standardized statistic is ,745.

Πίνακας 29. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της δήλωσης της αλλαγής του χαρακτήρα τους μετά την έναρξη της XNA - PSYX13 X PSYX1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,030(b)	1	,154	,192	,108	
Continuity Correction(a)	1,534	1	,216			
Likelihood Ratio	2,044	1	,153	,192	,108	
Fisher's Exact Test				,192	,108	
Linear-by-Linear Association	2,014(c)	1	,156	,192	,108	,054
N of Valid Cases	121					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 21,82.

c The standardized statistic is 1,419.

Πίνακας 30. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του τρόπου της αλλαγής του χαρακτήρα τους μετά την εκδήλωση της XNA - PSYX13 X PSYX1L

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,752(a)	6	,135	,071(b)	,065	,078			
Likelihood Ratio	13,431	6	,037	,044(b)	,038	,049			
Fisher's Exact Test	9,014			,079(b)	,072	,086			
Linear-by-Linear Association	,247(c)	1	,619	,616(b)	,603	,628	,316(b)	,304	,328
N of Valid Cases	51								

a 10 κελιά (71,4%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι ,43.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 274298090.

c The standardized statistic is ,497.

Πίνακας 31. Συσχέτιση της δήλωσης των ασθενών της επιθυμίας τους ή μη για σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της δήλωσης αισιοδοξίας / απαισιοδοξίας τους για το μέλλον - PSYX13 X PSYX7

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,458(b)	1	,498	,574	,313	
Continuity Correction(a)	,239	1	,625			
Likelihood Ratio	,460	1	,498	,574	,313	
Fisher's Exact Test				,574	,313	
Linear-by-Linear Association	,454(c)	1	,500	,574	,313	,119
N of Valid Cases	120					

a Computed only for a 2x2 table

b 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 20,80.

c The standardized statistic is ,674.

Πίνακας 32. Εάν όχι, εξηγήστε γιατί – PSYX13L

	PSYX13L
Chi-Square(a)	1,723
Df	1
Asymp. Sig.	,189
Monte Carlo Sig.	,247(b)
Sig. 99% Confidence Interval Lower Bound	,236
Upper Bound	,258

a 0 κελιά (.0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι is 23,5.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 1634676757.

Πίνακας 33. Συσχέτιση των αιτιών της άρνησης των υποκείμενων για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και του φύλου τους - PSYX13L X DIM1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,189(b)	1	,276	,312	,229	
Continuity Correction(a)	,547	1	,460			
Likelihood Ratio	1,172	1	,279	,312	,229	
Fisher's Exact Test				,312	,229	
Linear-by-Linear Association	1,164(c)	1	,281	,312	,229	,153
N of Valid Cases	47					

a Computed only for a 2x2 table

b 1 κελιά (25,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 4,45.

c The standardized statistic is 1,079.

Πίνακας 34. Συσχέτιση των αιτιών της άρνησης των υποκείμενων για μια σταθερή συνεργασία με ψυχολόγο και της ηλικίας τους - PSYX13L X DIM2

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	,950(a)	4	,917	,966(b)	,962	,971			
Likelihood Ratio	,933	4	,920	,966(b)	,962	,971			
Fisher's Exact Test	1,256			,966(b)	,962	,971			
Linear-by-Linear Association	,239(c)	1	,625	,656(b)	,643	,668	,357(b)	,344	,369
N of Valid Cases	47								

a 7 κελιά (70,0%) αναμένονται με συχνότητα μικρότερη από 5. Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα είναι 1,21.

b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2094576266.

c The standardized statistic is -,489.