

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Εκτίμηση της επιβάρυνσης της κατάστασης υγείας των φροντιστών ασθενών με χρόνια νοσήματα»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΤΖΑΝΕΤΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΑΜ: 20043

Αθήνα, Ιούνιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

“Assessment of the burden status of caregivers of patients with chronic diseases”

Student name and surname:

ELENI TZANETAKOY

Registration Number: 20043

Supervisor name and surname:

DIMITRA LATSOY

Athens, June 2022

Τριμερής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Δήμητρα Λατσού ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος Καθηγητής Γεώργιος Πιερράκος ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ελένη Τζανετάκου του Αντωνίου , με αριθμό μητρώου 20043 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών , Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής , δηλώνω ότι :

« Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες , αναφέρονται στο σύνολο τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιηθήκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος .

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου » .

Ο/Η Δηλών/ούσα

Τζανετάκου Ελένη

Ε.ΤΖΑΝΕΤΑΚΟΥ



Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ούσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Στο σημείο αυτό , θα ήθελα να εκφράσω θερμότερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Λατσού Δήμητρα για την πολύτιμη , στήριξη και άοκνη αρωγή που μου παρείχε κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας . Η συμβολή της ήταν καταλυτική στην επιτυχή ολοκλήρωση της αυτής μου της προσπάθειας. Επίσης , θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών

« Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας »για την άψογη συνεργασία και τις χρήσιμες συμβουλές τους .

Τέλος , θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου , το σύζυγό μου, τα παιδιά μου και τους γονείς μου οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί σε αυτην μου την προσπάθεια.. Η οικογένεια μου υπήρξε στυλοβάτης σε όλη των σπουδών μου και τους ευχαριστώ ολόψυχα για την απεριόριστη υποστήριξη , την υπομονή και τη συμπαράσταση που μου παρείχαν .*Αφιερώνω τη διπλωματική μου εργασία σε εκείνους.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
A.	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
1	Χρόνια Νόσος	13
1α.	Χρόνια Νόσος και ψυχολογία	14
1β.	Δικαιώματα ασθενών με χρόνια νόσο	15
1γ.	Επιδημιολογία Χρόνιων Ασθενών	17
1δ.	Επιδημιολογικά στοιχεία Ελλάδας	18
1ε.	Σωματική και ψυχική υγεία των χρόνιων ασθενών	20
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2	Ορίζοντας την άτυπη φροντίδα	22
2α.	Άτυπη φροντίδα	22
2β.	Άτυποι Φροντιστές	23
2γ.	Δικαιώματα άτυπων φροντιστών	24
2δ.	Η επίδραση της φροντίδας στη ζωή του φροντιστή	26
2ε.	Παράγοντες επιβάρυνσης	27
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3	Επιβάρυνση Φροντιστών ασθενών με χρόνιο νόσημα	28
3α.	Η έννοια της επιβάρυνσης στη φροντίδα- Θεωρίες της επιβάρυνσης	28
3β.	Επιβάρυνση της φροντίδας στα πλαίσια της θεωρίας του άγχους	28
3γ.	Η Επιβάρυνση της φροντίδας και η θεωρία των ρόλων	29
3δ.	Η επιβάρυνση των φροντιστών στα πλαίσια της κατάθλιψης	30
3ε.	Η επιβάρυνση στην σωματική υγεία του φροντιστή	31
3στ.	Πρόσωπα που αναλαμβάνουν το ρόλο του άτυπου φροντιστή	32
B.	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1	Σκοπός και μέθοδος μελέτης	33

1.α	Ερευνητικά Εργαλεία	35
1.β.	Στατιστική Ανάλυση	36
2	Έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας	37
3	Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής	39
4	Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής	59
Γ.	Συζήτηση	92
	Συμπεράσματα	93
Δ.	Βιβλιογραφία	96
Ε.	Παράρτημα Α	101
	Παράρτημα Β	102

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο συνδυαστικός κρίκος της καθημερινότητας των νοσούντων και της θεραπείας τους είναι ο άτυπος φροντιστής. Ρόλος ο οποίος δεν αναγνωρίζεται, και αποτελεί καθημερινή, δύσκολη και επιβαρυντική σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο και επιπλέον αποτελεί απλήρωτη μορφή εργασίας. Η ψυχική καταπόνηση των ατόμων, που έχουν επιφορτιστεί τη φροντίδα χρόνιως πασχόντων, εκδηλώνεται με δυσμενείς μεταβολές στην πλειονότητα των τομέων της ζωής, όπως επίσης και στην ψυχοσωματική υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους εν γένει. (Glasdametal., 2010, Soubhietal.,2006).

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει την επιβάρυνση που μπορεί να προκληθεί από την συνεχομένη φροντίδα χρόνιων ασθενών στους άτυπους φροντιστές σε επίπεδο ψυχολογικής καταπόνησης και σε ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα από το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά, συγγενείς ασθενών χρόνιων πασχόντων, οι οποίοι είχαν αναλάβει άτυπα την αποκλειστική φροντίδα τους. Συλλέχθηκαν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο από τους φροντιστές το οποίο βασίστηκε στα ερωτηματολόγια για την Επισκόπηση Υγείας (SF-12), το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) και την κλίμακα Επιβάρυνσης Zarit (ZBI).

Αποτελέσματα: Οι άτυποι φροντιστές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η οποία βρίσκεται σε αναλογία της βαρύτητας του νοσούντος και την ύπαρξη ή μη βοήθειας στον άτυπο φροντιστή, καθώς και με την ανάγκη στέγασης του φροντιστή με τον ασθενή. Μεγαλύτερη συνολική επιβάρυνση σε επίπεδο ψυχικής ευεξίας και ζωτικότητας από τη φροντίδα, δέχονται οι φροντιστές μη αυτοεξυπηρετούμενων ασθενών ή και ασθενών με μέτρια επίπεδα λειτουργικότητας συγκριτικά με τους φροντιστές ασθενών φυσιολογικής λειτουργικότητας.

Συζήτηση: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συζητήθηκαν γύρω από το πλαίσιο των προηγούμενων ευρημάτων, των περιορισμών της παρούσας μελέτης αλλά και προτάσεων για την αξιοποίησή τους.

Λέξεις – κλειδιά: Χρόνια νοσήματα, άτυπη φροντίδα, άτυπος φροντιστής, επιβάρυνση, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής.

Summary

Introduction: As an informal caregiver can be presented the connecting link of the daily life of patients and their medical treatment. This role is not always recognized as such, it is daily, difficult and aggravating on a personal and social level and an unpaid form of work. The mental strain of people who have been entrusted with the care of the chronically ill manifests itself in adverse changes in most areas of life, as well as in their psychosomatic health and quality of life in general. (Glasdametal., 2010. Soubhietal., 2006).

Purpose: The present study aims to investigate the burden, psychological strain, and health-related quality of life of informal caregivers of the chronically ill.

Method: The study involved individuals from the Tzanio Hospital in Piraeus, relatives of patients with chronic diseases, who had informally undertaken their exclusive care. The socio-demographic characteristics of caregivers and patients were collected. In addition, caregivers were provided with the Health Review (SF-12), the General Health Questionnaire (GHQ-28) and the Zarit Charge Scale (ZBI).

Results: The results showed that informal caregivers had a high incidence of clinical depressive symptoms, which was statistically significantly higher among caregivers of non-self-care patients living in a shared home with the patient and without the support of a paid caregiver. Caregivers of non-self-care patients but even patients with moderate levels of functionality reported statistics - significantly - lower levels of vitality, mental well-being and statistics - significantly - higher overall burden of care compared to caregivers of normal functioning patients.

Discussion: The results were discussed in the context of the previous findings, the limitations of the present study but also suggestions for their use.

Keywords: Chronic diseases, informal care, burden, depression, quality of lif

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άτυπος φροντιστής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στη καθημερινότητα των ασθενών και της φροντίδας τους από εξειδικευμένο προσωπικό. Ο ρόλος αυτός, είναι καθημερινός, δύσκολος και ψυχοσωματικά επιβαρυντικός. Αποτελεί απλήρωτη μορφή εργασίας και η δυσμενής μεταβολή στη ποιότητα ζωής τους γίνεται φανερή. (Glasdam, S., et al. 2010) (Soubhi, et.al. 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει: *«η υγεία αποτελεί τη κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας»* (Τούντας 2000) Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό του ΠΟΥ η μελέτη της «υγείας» επιβάλλεται να γίνεται στα πλαίσια ενός συστήματος που αποτελείται από γιατρούς νοσηλευτές και τα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος του ασθενούς, τα οποία αναλαμβάνουν ρόλο φροντιστή. Οποιοσδήποτε βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και τον φροντίζει και μοιράζεται τις ανησυχίες του που σχετίζονται με την ασθένεια και τον οποίο ο ασθενής μας υποδεικνύει ως οικογένειά του (Καρκανιάς, 2010). Τα άτομα αυτά είναι συνήθως ο, η σύζυγος, τα παιδιά τα αδέρφια, τα οποία αναλαμβάνουν τη φροντίδα (άτυπη) και παίρνουν πάνω τους την ασθένεια ως μέρος της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Στη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας, αποδίδονται αξιολογικές λειτουργικές και ψυχολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες δεν αφορούν μόνο το άτομο που νοσεί αλλά και στα μέλη της οικογένειας, καθώς η ασθένεια δεν αφήνει ανεπηρέαστες τις σχέσεις και τη διανομή των ρόλων.

Η χρονιότητα μιας ασθένειας, επιβάλλει μια νέα κατάσταση στη ζωή των ασθενών προκαλώντας στον πάσχοντα, αρνητικά συναισθήματα διάφορης έντασης τα οποία καλούνται αντιμετωπίσουν και να προσαρμόσουν τη ζωή τους στα νέα δεδομένα. Οι ανάγκες των ασθενών παρουσιάζουν αυξητική τάση, καθώς μειώνονται οι λειτουργικές τους ικανότητες και επομένως η ανάγκη υποστήριξης αυξάνεται. Το ρόλο αυτό συνήθως επωμίζεται η οικογένεια προσφέροντας τη (άτυπη) φροντίδα. Ο ρόλος τους δεν είναι αναγνωρισμένος αλλά είναι επιφορτισμένος από το συλλογικό υποσυνείδητο «για ένα ποτήρι νερό», «να έχω έναν άνθρωπο να μου κλείσει τα μάτια» φράσεις γνώριμες στην ελληνική κουλτούρα. Η κρίση που προκαλεί η διάγνωση μιας νόσου, που απειλεί την αυτονομία του ασθενούς, μπορεί να προκαλέσει επιβάρυνση της οικογένειας και αυτό θεωρείται μια μορφή εγκατάλειψης από τις υπηρεσίες υγείας (Davidson et al., 2007).

Οι δεσμεύσεις των άτυπων φροντιστών περιλαμβάνουν τόσο την άμεση επικουρία που αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες, τη παρακολούθηση της φαρμακευτικής

αγωγής, την προσωπική φροντίδα και υγιεινή όσο και καθήκοντα λιγότερο ορατά , όπως η παρακολούθηση και καταγραφή των συμπτωμάτων και η συνεργασία με το σύστημα υγείας. (Cassileth, 1985, Celik, 2012). Οι άτυποι φροντιστές οι οποίοι αποτελούν κομμάτι της κοινωνίας μας, χρήζουν αναγνώρισης και κρατικής μέριμνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. Χρόνια Νόσος

1.Χρόνια Νόσος

«Ως χρόνια ορίζεται μια ασθένεια όπου παρατηρούνται μια ή περισσότερες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Οι βλάβες που προκαλούν είναι μη αναστρέψιμες και είναι πολύ δύσκολο να βελτιωθούν.» Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά και οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, τα οποία γενικά έχουν αργή εξέλιξη και οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους και σε αρχικά στάδια διάγουν ομαλό βίο, και κακοήθη νοσήματα (καρκίνος) των οποίων η πρόγνωση είναι πολλές φορές κακή, με ταχεία ή βραδύτερη επιδείνωση, προκαλώντας αναπηρίες, ενώ οι υπάρχουσες θεραπείες είναι τοξικές προκαλώντας διαφόρων ειδών παρενέργειες . (Di Matteo R, Martin L. 2011) ,(Magnusson R.2009) Η χρόνια νόσος συχνά εξελίσσεται αργά, και σπάνια μπορεί να θεραπευτεί τελείως. Η χρόνια ασθένεια προκύπτει ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων που επιδρούν στο άτομο μέσα στο πέρασμα του χρόνου και επιδρούν σε ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του οργανισμού του. Οι παραγοντες και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτούς, έχουν τις ρίζες τους στην ίδια την ασθένεια και στο περιβάλλον .(Coe, 1970). (Eriksson, et.al 2019).

Η χρόνια νόσος οριοθετείται από την διάρκεια της, την ύπαρξη θεραπείας, τις πιθανότητες υποτροπιασμού, την ανάγκη εκπαίδευσης του ασθενή για την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης και η ασθένεια του προϋποθέτει ιατρική παρακολούθηση. (Minaire 1992) Gourgoulianni 2017).

Ως χρόνια πάθηση ορίζεται η ασθένεια η οποία είναι μόνιμη, προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές, και αφήνει στο άτομο ελλείμματα απαιτώντας μακροχρόνια παρακολούθηση ή και φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ ή WHO) στον όρο της χρόνιας ασθένειας εμπεριέχεται ο συνδυασμός της διάρκειας της νόσου, ο χρόνος εξέλιξης της και η μη μεταδοτικότητα. Αποτελεί δηλαδή το αποτέλεσμα του συνδυασμού περιβαλλοντικών, συμπεριφοριστικών και γενετικών παραγόντων.

Τα νοσήματα που απαντώνται πιο συχνά σε αυτήν την κατηγορία είναι καρδιαγγειακές, νευροεκφυλιστικές νόσοι, νοσήματα μεταβολισμού, μυοσκελετικά, όρασης, ακοής, αυτοάνοσα, ψυχικές διαταραχές, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια καθώς και ασθένειες που σχετίζονται με την γήρανση. Βιβλιογραφικά σχετικά με την οριοθέτηση των χρόνιων ασθενειών παρατηρείται μια διακύμανση όσων αφορά το

είδος και των αριθμό των νοσημάτων που χαρακτηρίζονται ως χρόνια. (Boniatì M, et.al., 2011). Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας, η κατάθλιψη, το Αλτσχάιμερ περιλαμβάνονται πλέον στη κατηγορία των χρόνιων παθήσεων.

Οι ασθένειες αυτές εμφανίζονται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, και η εμφάνιση τους σχετίζεται με παράγοντες που οξύνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιου νοσήματος. Ενδεικτικά παράγοντες κινδύνου αποτελούν η κακή διατροφή, το κάπνισμα, η έλλειψη άσκησης, η χρήση αλκοόλ, η παχυσαρκία, η υπέρταση και η υπεργλυκαιμία. Ο καταλληλότερος τρόπος αντιμετώπισής τους είναι η πρόληψη, και ο έλεγχος τους μέσω της μείωσης των παραγόντων κινδύνου που μπορούν να μεταβληθούν από το ίδιο το άτομο.

1^α. Χρόνια νόσος και ψυχολογία

Οι χρόνιες ασθένειες τροποποιούν τη ζωή του ασθενή. Η έλλειψη ενσυναίσθησης από το περιβάλλον συχνά διεγείρει προβλήματα επικοινωνιακού χαρακτήρα. Τα πιο σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με τις χρόνιες ασθένειες, είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο στην αποδοχή της διάγνωσης με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη ζωή του ατόμου. (American Psychological Association, 2004). Για την επίτευξη μιας ποιοτικότερης ζωής, μετά τη διάγνωση της νόσου πρέπει να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις. Για την υπέρβαση αυτών των ζητημάτων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συνεργασία μεταξύ του ασθενούς, των φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας.

Τα χρόνια νοσήματα μπορεί να προξενήσουν μειωμένη λειτουργική ικανότητα. Σε προηγούμενες μελέτες γίνεται αναφορά, στη σχέση της φυσικής δραστηριότητας με την αντοχή και το αίσθημα κόπωσης των ασθενών καταλήγοντας στο συμπέρασμα της ευθείας αναλογικότητας μεταξύ αυτών των παραγόντων. Επιπλέον γίνεται αναφορά στο αίσθημα της απογοήτευσης που προκαλεί η μειωμένη σωματική και πνευματική ικανότητα και η οποία είναι ικανή να είναι εξίσου εξουθενωτική όπως η ίδια η νόσος. (Fram, David H., Ed. 2006)

Η μείωση των φυσικών ικανοτήτων των ασθενών προκαλεί αύξηση του αισθήματος της απώλειας και επιδείνωση της υγείας τους. Το αίσθημα της εξάρτησης από τρίτους το οποίο δημιουργείται από την παρουσία της νόσου αποτελεί συνθήκη που δεν είναι εύκολα αποδεκτή από τον νοσούντα. Τέλος, ο χρόνιος ασθενής δέχεται μεγάλες προκλήσεις για την αίσθηση της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησης του. Η εμφάνιση

σωματικών συμπτωμάτων, μειωμένων ικανοτήτων, οικονομικών δυσκολιών και οι αλλαγές που πηγάζουν από την χρονιότητα των ασθενειών, μπορούν να δημιουργήσουν θέματα αυτοελέγχου. Απόρροια της μειωμένης αυτοεκτίμησης, οδηγεί σε αίσθημα ενοχής και τάση κοινωνικής απομόνωσης. Η μειωμένη αυτοεκτίμηση προκαλούν ενοχές και απόσυρση, στοιχεία που οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο μεγάλης διάρκειας. Στους χρόνιους πάσχοντες, εντοπίζονται δέκα αρνητικά βασικά συναισθήματα σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρία Ψυχολογίας και οι άτυποι φροντιστές καλούνται να αντιμετωπίσουν: (American Psychological Association, 2004) ,(Anderson G. 2010)

- Εξάντληση - Αποτελεί αποτέλεσμα της απώλειας της ανεξαρτησίας εξαιτίας των μειωμένων ικανοτήτων.
- Αποθάρρυνση – Η πτώση των ικανοτήτων σε συνδυασμό με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια ελέγχου και αποθάρρυνση.
- Απελπισία - Η αβεβαιότητα για το μέλλον, προϊόν των συμπτωμάτων και της μείωσης των ικανοτήτων του ατόμου οδηγεί σε αισθήματα απελπισίας
- Αίσθημα πένθους - Η απώλεια της αυτοεικόνας οδηγεί τα άτομα σε συναισθήματα θλίψης και πένθους για την κατάσταση που βιώνουν και παράλληλα για αυτά που έχουν αποστερηθήκαν.
- Η δυσαρέσκεια –Το αίσθημα της δυσαρέσκειας εκδηλώνεται ενάντια στον εαυτό τους εξαιτίας της αναπηρίας και της μείωσης των ικανοτήτων .
- Άγχος- Φόβος - Η ανασφάλεια για το παρόν και το μέλλον προκαλεί άγχος και φόβο.
- Ευερεθιστότητα - Η απώλεια της αυτοεικόνας, η αυτολύπηση, το άγχος προκαλεί ευερεθιστότητα στο άτομο. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε στροφή του ατόμου ενάντια στον εαυτό του.
- Ένταση –Η απόρροια των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών και η ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα προκαλούν ψυχοσωματικές εντάσεις οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν περαιτέρω την κατάσταση του ασθενή.
- Stress – Η συμπτωματολογία της νόσου και οι διαταραχές της ρουτίνας των ασθενών όπως επίσης και η χαμηλή αυτοεκτίμηση δημιουργούν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές.

- Θυμός – Ο θυμός εμφανίζεται έντονα στους χρόνιους πάσχοντες όταν αισθάνονται ότι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν, και εμφανίζεται με τη μορφή αυτοτιμωρίας.

1.β. Δικαιώματα Ασθενών με Χρόνια νόσο

Τα δικαιώματα των ασθενών στην Ελλάδα διατυπωθήκαν στο νόμο 2071 του 1992 στο άρθρο 47. Αξίζει να σημειωθεί πως η Ελλάδα υπήρξε από τις πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που προχώρησαν στη νομοθέτηση των δικαιωμάτων των ασθενών. Σύμφωνα με αυτό το νόμο οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα:

- πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, για την παροχή κατάλληλης θεραπείας αναλόγως της ασθένειάς του.
- παροχής φροντίδας με τον ανάλογο σεβασμό που αξιώνει η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.. Η φροντίδα οφείλει να καλύπτει την ιατρικονοσηλευτική φροντίδα, καθώς και το περιβάλλον διαμονής, την αρμόζουσα μεταχείριση και την διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- να συμμετέχει σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική ενέργεια που συνδέεται με το άτομο του. Στο ενδεχόμενο που ο ασθενής δεν είναι σε θέση εξαιτίας της διανοητικής του κατάστασης, να λάβει τις αποφάσεις μόνος του, το δικαίωμα αυτό μετακυλύετε στους εγγύτερους συγγενείς του ή σε άτομο που ο ίδιος έχει ορίσει με συμβολαιογραφική πράξη.
- πληροφόρησης σε ό,τι αφορά την κατάστασή του. Το όφελος του ασθενούς είναι καθοριστικό και είναι αλληλοεξαρτώμενο από την πληρότητα και την ορθότητα των πληροφοριών που του παρέχονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς επιβάλλεται να του παρέχει μια πλήρη εικόνα των ιατρικών, των κοινωνικών και των οικονομικών παραμέτρων της κατάστασης του και η λήψη των αποφάσεων να γίνεται από τον ίδιο ή να συμμετέχει συνειδητά στις αποφάσεις που ενδεχομένως να επηρεάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
- ο ασθενής ή το άτομο το οποίο τον εκπροσωπεί, σε περίπτωση χρήσης θεραπευτικής αγωγής η οποία είναι υπό μελετη, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως για τους κίνδυνους που είναι πιθανόν να εμφανιστούν ή να ανακύψουν λόγω εφαρμογής πρωτοκόλλων πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών. Η εφαρμογή αυτών των πράξεων εκτελείται μόνο μετά από

έγγραφο συγκατάθεση. Η δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης από τον ασθενή είναι δυνατή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής οφείλει να είναι βέβαιος για απόφαση αποδοχής ή απόρριψης σε κάθε συνεργασία που φέρει ως σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση.

- η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων του ασθενή και των πληροφοριών που περιέχονται στον ιατρικό του φάκελο τα ευρήματα των εξετάσεων, επιβάλλεται να είναι διασφαλισμένα.
- αποδοχής και σεβασμού σε ότι συνδέεται με τις θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του.
- να καταθέσει αρμοδίως παράπονα και αντιρρήσεις και να του παρέχεται πλήρη ενημέρωση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

1.γ. Επιδημιολογία χρόνιων ασθενών

Οι θάνατοι από χρόνιες ασθένειες αγγίζουν τα 41 εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο, πληθυσμός ισοδύναμος με το 71% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Άνω των 15 εκατομμύριων ανθρώπων, πεθαίνουν ετησίως από χρόνια νοσήματα με ηλικία ανάμεσα στα 30 και 69 έτη. Το 85% αυτών των «πρώρων» θανάτων συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι υπεύθυνες για τους περισσότερους θανάτους από χρόνιες ασθένειες, ή 17,9 εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως, ακολουθούμενοι από καρκίνους (9,3 εκατομμύρια), αναπνευστικές παθήσεις (4,1 εκατομμύρια) και διαβήτη (1,5 εκατομμύρια). (<https://ec.europa.eu> 2018)

Αυτές οι τέσσερις ομάδες ασθενειών ευθύνονται για πάνω από το 80% όλων των πρώρων θανάτων από χρόνιες ασθένειες .

Η χρήση καπνού και αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι διαιτητικές συνήθειες αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου από χρόνια ασθένεια .

Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, ο επανέλεγχος (follow up) και η θεραπεία των χρόνιων ασθενειών, καθώς και η παρηγορητική φροντίδα, αποτελούν βασικά στοιχεία παρέμβασης στις χρόνιες ασθένειες . (WHO 2021)

Πρώτη αιτία θανάτου ανά τον κόσμο είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, που ευθύνεται για το 16% των συνολικών θανάτων. Από το 2000, έως το 2019 η αύξηση που

σημειώθηκε από αυτή την ασθένεια, είναι από 2 εκατομμύρια σε 8,9 εκατομμύρια. Το εγκεφαλικό επεισόδιο και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι η 2η και η 3η κύρια αιτία θανάτου, υπεύθυνη για περίπου 11% και 6 % των συνολικών θανάτων αντίστοιχα (<https://ec.europa.eu> 2018), (<https://www.statistics.gr/documents/20181/>) Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού παρέμειναν η πιο θανατηφόρα ασθένεια στον κόσμο και κατατάσσονται ως η 4η κύρια αιτία θανάτου. Η αναλογία των θανάτων σε παγκόσμια βάση που οφείλονται σε χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες προβλέπεται να αυξηθεί από 59% το 2002 σε 69% το 2030 (Mathers and Loncar 2005). (World Health Organization. 2005)

1.δ. Επιδημιολογικά στοιχεία Ελλάδας

Τα αίτια θανάτου στην Ελλάδα σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2018, οφείλονταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος με 44.590 θανάτους, έπονται οι θάνατοι από νεοπλασματικές νόσους που ανήλθαν σε 30.331 ενώ σε 12.668 ανήλθαν οι θάνατοι που προέρχονταν από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Σε σύγκριση με παλαιότερα έτη, το ποσοστό θανάτων από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στο σύνολο των θανάτων, από 10,0% που ήταν το 1938 (πρώτο έτος για το οποίο υπάρχουν αναλυτικά στοιχεία), ανήλθε σε 25,0% το 1956 (πρώτο μεταπολεμικό έτος για το οποίο υπάρχουν στοιχεία) και σε 37,1% το 2018. Αντίστοιχα, το ποσοστό θανάτων από νεοπλασματικές νόσους από 4,1% το 1938, ανήλθε σε 11,7% το 1956 και σε 25,2% το 2018. Αντίθετα, οι θάνατοι από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα από 18,4% των θανάτων το 1938 έχουν μειωθεί σε ποσοστό 3,4% το 2018. Αξίζει να σημειωθεί πως για τη διαχρονική συγκρισιμότητα των στοιχείων θα πρέπει να συνυπολογιστούν οι αλλαγές στη χρήση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων.

<https://www.statistics.gr/documents/20181/41b576eb-944c-ffaa-276a-309fd85d4871>

Με εξαίρεση τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, οι οποίοι μειωθήκαν, η οικονομική κρίση είχε αισθητό αντίκτυπο στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Ειδικότερα, η ψυχική υγεία, εκπεφρασμένη σε ποσοστά αυτοκτονιών και επίπεδα σοβαρής κατάθλιψης, έχει επιδεινωθεί. Παρότι είναι τα χαμηλότερα μετά την Κύπρο και αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (10,3 ανά 100 000 κάτοικους το 2016), τα ποσοστά αυτοκτονιών έχουν αυξηθεί κατά 30 % — μέσος όρος 4,3 ανά 100 000 κάτοικους από το 2010 (έναντι 3,3 κατά την προηγούμενη δεκαετία). Σε σειρά μελετών διαπιστώθηκε αύξηση του επιπολάσούντων συμπτωμάτων σοβαρής

κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό, από 3,3 % το 2008 σε 12,3 % το 2013 (Economic et al., 2016).

Οι θάνατοι από διαβήτη και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν αυξανόμενο πρόβλημα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ενώ τα επίπεδα παραμένουν κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αυτή η αύξηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη αδυναμιών στην περίθαλψη όσον αφορά τις χρονιές παθήσεις .

Πολλά έτη ζωής μετά την ηλικία των 65 ετών διάγοντα με χρονιές παθήσεις και αναπηρίες. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και των χαμηλών δεικτών γονιμότητας, περισσότερα από ένα στα πέντε (22 %) άτομα στην Ελλάδα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, αναλόγια που προβλέπεται να αυξηθεί σε περισσότερο από ένα τρίτο (34 %) έως το 2070. Το 2017 το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία

των 65 ετών ήταν 20,1 έτη, ελαφρώς υψηλότερο από το σύνολο των χωρών της ΕΕ (σχήμα 5). Ωστόσο, οι Έλληνες αναμένεται να ζήσουν μονό περίπου 40 % από αυτά τα έκτη χωρίς αναπηρία, έναντι σχεδόν 50 % στην ΕΕ, που μεταφράζεται σε δύο λιγότερα έτη υγιούς ζωής. Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι δεν πάσχουν από χρόνια νόσο (47 %) είναι παρόμοιο με τον μέσο όρο της ΕΕ (46 %), όμως ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει ότι αντιμετωπίζει περιορισμούς σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο και το ντους (έναντι στους εννέα Έλληνες ηλικίας 65 ετών και άνω, έναντι ενός στους έξι στην ΕΕ).

Πολύ μεγάλο ποσοστό των δαπανών προέρχεται από τα νοικοκυριά, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών.

Συνολικά, στην Ελλάδα μόνο το 61 % των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές, ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε ανάμεσα στο 28% το 2010, που ήταν το χαμηλότερο σημείο, έως το 37 % το 2014, που ήταν το υψηλότερο σημείο. Τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την απρόκλητη ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά) και οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη, καθώς και οδοντιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2018). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει μόνον

ήσσοнос σημασίας ρόλο και αντιπροσώπευε το 4 % των συνολικών δαπανών υγείας το 2017.

(Η κατάσταση της υγείας στην Ε.Ε. Ελλάδα προφίλ υγείας European Core Health Indicators (ECHI)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της europa.eu το 23,7% του πληθυσμού της Ελλάδας δηλώνει ότι πάσχει από κάποιας μορφής χρόνιας νόσου.

1.ε. Σωματική και ψυχική υγεία των χρονίων ασθενών

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να αλλάξει τη ζωή. Μαζί με τα καθημερινά σωματικά συμπτώματα της ασθένειας, συναισθήματα όπως λύπη, θλίψη και άρνηση, καθώς και μια πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση, μπορούν να ακολουθήσουν τη διάγνωση. Ένας ασθενής, για παράδειγμα, που έχει διαγνωστεί με διαβήτη, θα πάρει οδηγίες να επισκέπτεται και άλλους ειδικούς κάθε χρόνο, συμπεριλαμβανομένου ενός ενδοκρινολόγου, οφθαλμιάτρου και ποδίατρου. (Gallo J 2017)| Ένα μεγάλο ζήτημα αναφέρει ο Joseph Gallo, καθηγητής Ψυχικής Υγείας του οποίου η έρευνα επικεντρώνεται στη διασταύρωση της σωματικής και ψυχικής υγείας. «Είναι η υπαρξη άφθονων κλινικών και επιδημιολογικών στοιχείων που δείχνουν ότι ο κίνδυνος για κατάθλιψη είναι υψηλότερος μεταξύ εκείνων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες». (Joseph J. Gallo 2017). Σπάνια οι ασθενείς παραπέμπονται σε ειδικό ψυχικής υγείας ως μέρος του θεραπευτικού σχεδίου τους.

Η ποιότητα ζωής είναι η συνισταμένη συνιστωσών ικανοποιητικής λειτουργίας, σε βασικούς τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν την σωματική, οικονομική, κοινωνική, και ψυχολογική διάσταση (Cella, 1993).

Η χρόνια ασθένεια προκαλεί έντονα διακριτές και στρεσογόνες καταστάσεις για το άτομο που νοσεί. Γιαβασόπουλο Ε. & Γουρνή Π. (2008:16-18), Καραδήμα Ε., (<https://opencourses.uoc.gr/courses/>) και Asmundson G. et al (1999) . η λήψη φαρμακευτικής αγωγής με τις όποιες παρενέργειες, ο πόνος και ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων, η δυνατότητα υποτροπής της νόσου.

Περαιτέρω ενδέχεται να προκύψουν θέματα επαγγελματικής υφής, όπως η απώλεια της εργασίας ή η ανάγκη για αλλαγή επαγγελματικού προσανατολισμού.

Η αλλαγή της εικόνας του σώματος (αναπηρία), μειωμένη αντοχή, αίσθημα ευπάθειας

.

Η ασθένεια γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι της ταυτότητας του πάσχοντα, ο οποίος αντιμετωπίζει τον εαυτό του ως 'ασθενή'. Επιπλέον, όμως, η αντιμετώπισή του ως ασθενές μέλος από την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ισχυροποιεί τη διαμόρφωση και την παγίωση αυτής της ταυτότητας.

Η εικόνα του σώματος του ατόμου αποτελεί βασικό στοιχείο διαμόρφωσης της ταυτότητάς του και σχεδόν οιαδήποτε αλλαγή στη δομή ή τη λειτουργικότητά της εκλαμβάνεται ως απειλή από το άτομο. την Κυρίτση Ε. (1999α:238-243, 1999β:151-155), Η εκτίμηση της αυτοεικόνας του ασθενή είναι ανάλογη της ηλικίας του, της αντίληψης για τον εαυτό του πριν και μετά την εμφάνιση της ασθένειας, της κουλτούρας για την ομορφιά, και την ακεραιότητα, την υποκειμενική σπουδαιότητα του μέρους του σώματος που προσβλήθηκε, την επίπτωση της ασθένειας στους ρόλους, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την οικογένεια και τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και τέλος τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται έναντι της νέας κατάστασης και τις επιπτώσεις της (Κυρίτση Ε., 1999).

Η σημασία που έχει η κοινωνική ζωή και η αυτονομία στην ευφορία του ασθενή, απορρέει και από το μοντέλο 12 παραγόντων που παίζουν βασικό ρόλο στην “αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής” (Νάκου, 2001), (Κυρίτση, Ε. (1999).

- αυτοαντίληψη
- οικογενειακή ζωή
- οικονομικό επίπεδο
- απόλαυση ζωής
- στέγη
- οικογενειακές δραστηριότητες
- διάθεση χρόνου
- δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- κυβέρνηση
- πρόσβαση σε υπηρεσίες
- αγορά
- υγεία
- εργασία
- απασχόληση.

Το υπόδειγμα αυτό επεξηγεί τη μεγάλη σημασία που έχουν για την ευεξία του ατόμου η οικογένεια και οι κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και η αυτονομία. Οι έννοιες,

όπως η απόλαυση ζωής και η αυτοεκτίμηση, συμπεριλαμβάνονται και στη ψυχολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.

«Η διαχείριση της κατάθλιψης δεν πρέπει να είναι δευτερεύουσα σε σχέση με τη διαχείριση της «οργανικής» νόσου», γράφει ο Gallo σε ένα τεύχος του 2017 στο The American Journal of Geriatric Psychiatry. «Πρέπει πάντα να λαμβάνουμε υπόψη τη συναισθηματική υγεία των ασθενών, ειδικά όταν υπάρχουν πολλαπλές συνθήκες προς διαχείριση».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ορίζοντας την Άτυπη Φροντίδα

2α. Άτυπη Φροντίδα

Φροντίζω σημαίνει παροχή υπηρεσιών σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Άτυπη φροντίδα είναι η υγειονομική φροντίδα που προσφέρεται σε άτομα που το έχουν ανάγκη από το οικογενειακό ή στενό κοινωνικό περιβάλλον χωρίς οικονομικές απολαβές.(Masaret, La Parra. 2011).

Η φροντίδα ασθενών στο σπίτι από το οικογενειακό ή στενό συγγενικό περιβάλλον, η «άτυπη φροντίδα», ενέχει σημαντικό ρόλο ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια της, στη ζωή του φροντιστή. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις αναπτυγμένες χώρες αποτελεί επίτευγμα της επιστήμης και της ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη γήρανση του πληθυσμού και τη μετάπτωση των νόσων σε χρονιότητα. Με τη γήρανση του πληθυσμού που συνεχίζει να αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που ζουν με χρόνιες ασθένειες, και η φροντίδα της υγείας τους να μετατοπίζεται από το νοσοκομείο στην κοινότητα και την οικογένεια . Η οικογένεια και τα μέλη της είναι το κλειδί για την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας στους ασθενείς αυτούς. Η παρεχόμενη φροντίδα σε άτομα που χρήζουν βοήθειας στο σπίτι, στην Ελλάδα ανέρχεται στο 80%. (Mestheneos, Triantafillou, Kountouka 2004). Μια πληθώρα ερευνών σημειώνει ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν ένα σημαντικό βάρος με την παροχή φροντίδας σε χρόνιους ασθενείς. Η επιβάρυνση του φροντιστή σχετίζεται με την ευημερία και των δύο, του ασθενούς και του ίδιου του φροντιστή . Οι Hoeing και Hamilton (1996) πρότειναν την έννοια του φορτίου, θεωρώντας πως το βάρος που αντιλαμβάνονται οι φροντιστές μπορεί να διακριθεί σε αντικειμενικό και υποκειμενικό. Ως αντικειμενικά βάρη μπορούν να οριστούν η σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, οι επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, η οικονομική επιβάρυνση. Ως υποκειμενικό βάρος μπορώ να ορίσει το προσωπικό βίωμα (συναίσθημα) του φροντιστή κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του. (Ζαχαροπούλου, Γ και συν 2015). Ένας άλλος ορισμός για την άτυπη φροντίδα, σύμφωνα με τους Yeandle et al. (2007) είναι αυτή που παρέχεται σε εξαρτώμενα άτομα, όπως οι χρόνιοι πάσχοντες και οι ηλικιωμένοι, εκτός του πλαισίου της οργανωμένης, αμειβόμενης, επαγγελματικής ενασχόλησης.

Η άτυπη φροντίδα ενδέχεται να καλύπτει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς, την βοήθεια και συμμετοχή σε θεραπευτικές παρεμβάσεις και την αποκατάσταση (PC 2011a).

Η ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών μεταβάλλεται καθώς δέχεται είτε θετικές επιπτώσεις ισχυροποιώντας το αίσθημα της πραγμάτωσης από την παρεχόμενη βοήθεια ή και αρνητικές, καθώς προξενει συναισθηματικές διαταραχές επηρεάζοντας την ζωή του ατόμου στο σύνολο της. (Yeandle et al., 2007), (ABS 2014a).

2β. Άτυποι Φροντιστές

Οι άτυποι φροντιστές είναι μη επαγγελματίες (όπως κάποιο μέλος της οικογένειας, ή φίλος) φροντιστές που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι σε ένα άλλο άτομο. Αυτοί οι φροντιστές παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας και της επίβλεψης που είναι απαραίτητες για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ατόμων που ζουν στην κοινότητα. Οι άτυποι φροντιστές τείνουν να έχουν έλλειψη επαγγελματικής γνώσης και περιορισμένη κατάρτιση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ελλιπή φροντίδα και εκτέλεση των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων. Ως αποτέλεσμα οι φροντιστές μπορεί να βιώσουν μεγαλύτερη επιβάρυνση που προκαλείται από τη φροντίδα, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα (Chiao et al, 2015).

2γ. Δικαιώματα άτυπων φροντιστών

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών αποτελούν η γήρανση του πληθυσμού και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης. Η φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των χρόνιων πασχόντων αποτελούν μείζον ζήτημα. Το 80% της φροντίδας αυτών των ατόμων που παρέχεται στην Ευρωπαϊκή ένωση είναι αμισθί.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν πρόδηλο των προϋποθέσεων για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, λειτουργεί ως ασπίδα διαφύλαξης της προάσπισης του ρόλου και του έργου των φροντιστών. Η ανάγκη να τεθούν υπό τη νομική σκέπη τα δικαιώματα των άτυπων φροντιστών αποτελεί θέμα μελέτης και γίνεται αντικείμενο μελέτης και έρευνας από τον νομικό κόσμο. Η 6^η Οκτώβριου έχει θεσμοθετηθεί ως παγκόσμια ημέρα των φροντιστών. Στην ευρωπαϊκή οδηγία (2019/6/20) γίνεται λόγος σχετικά με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής για τους γονείς και τους φροντιστές και την παύση της οδηγίας 2010/18/ΕΕ του Συμβουλίου, με την οποία τα κράτη μέλη καλούνται να συμμορφωθούν έως τις 2 Αυγούστου 2022.

Το ζήτημα της περιθάλψης και της μη αμειβομένης εργασίας, δεν έχει εξεταστεί από τον διεθνή νόμο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επιπροσθέτως, έχει διαπιστωθεί η έλλειψη μέριμνας των κρατικών μηχανισμών σχετικά με τα δικαιώματα που έχουν οι άτυποι φροντιστές. Όμως, είναι αναμφισβήτητο πως οι άτυποι φροντιστές διατηρούν τα ίδια δικαιώματα και συνεπώς το κράτος απαιτείται να επιδείξει ευθύνη αλλά και τη δέουσα στήριξη απέναντι τους, ώστε να απολαμβάνει η ομάδα αυτή ίσα δικαιώματα με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αναλυτικότερα:

- Το δικαίωμα στην αυτοδιαχείριση Το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, τη ταυτότητα, τη σωματική αλλά και την ηθική ακεραιότητα, την διατήρηση σχέσεων με άλλους, την ασφάλη και σταθερή θέση στη κοινότητα.
- Το δικαίωμα του ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου. Η πολιτεία έχει την ευθύνη διασφάλισης σε όλα τα άτομα ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου τόσο για τα άτομα όσο και για την οικογένεια αυτών.
- Το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης. Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση. Εάν κάποιο άτομο δεν διαθέτει τους κατάλληλους πόρους για την διατήρηση του επαρκούς βιοτικού επιπέδου, το κράτος έχει την υποχρέωση να προσφέρει παροχές μέσω του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης. Δικαίωμα το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με το δικαίωμα στην εργασία και την εκπαίδευση
- Το δικαίωμα στην εργασία. Οι άτυποι φροντιστές παρουσιάζουν δυσκολίες κατά την άσκηση του δικαιώματος τους στην εργασία, εξαιτίας μη ύπαρξης εναλλακτικής φροντίδας από το κράτος ή άκαμπτων εργασιακών καταστάσεων στην αγορά εργασίας. Το δικαίωμα της εργασίας όμως διατηρείται. Η πολιτεία οφείλει να προστατέψει το δικαίωμα της εργασίας στα άτομα που αναλαμβάνουν τον ρόλο αυτό και να παρέχει μέσα διασφάλισης .
- Το δικαίωμα στην εκπαίδευση. Η πολιτεία οφείλει να λάβει μέτρα προστασίας για τους άτυπους φροντιστές προκειμένου να μπορούν συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές διαδικασίες. Οι ευθύνες που αναλαμβάνουν οι φροντιστές μπορεί να αποτελέσουν τροχοπέδη για τη δυνατότητα εκπαίδευσης ιδιαίτερα των νεαρών ατόμων. Λαμβάνοντας υπ' όψιν πως η παροχή άτυπης φροντίδας δεν αναγνωρίζεται ως μορφή απασχόλησης οι δυνατότητες συμμετοχής στην εκπαίδευση μειώνονται.

- Το δικαίωμα στην υγεία. Η ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών διαταράσσεται , από τις ευθύνες που αναλαμβάνουν αναφορικά με την φροντίδα. Ακόμη, η χρονική δέσμευση, είναι πιθανό να λειτουργεί αποτρεπτικά στην πρόληψη και να αμελούν τον εαυτο τους. Είναι υποχρέωση της πολιτείας να διασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες που μπορεί να έχουν τη μορφή πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και εκπαίδευσης για την υγεία.
- Το δικαίωμα στη συμμετοχή για τη λήψη αποφάσεων. Αυτό το δικαίωμα υφίσταται και ενθαρρύνεται μέσα από την πληροφορία που λαμβάνουν από τους ειδικούς οι φροντιστές και οι ασθενείς. Οι άτυποι φροντιστές ακόμη και τα παιδιά, εφόσον μπορούν να σχηματίσουν τη δική τους άποψη, έχουν το δικαίωμα έκφρασης της άποψης τους , ιδιαίτερα στις σχετικές διοικητικές ή δικαστικές διαδικασίες, με τρόπο συμβατό με τους κανόνες που ορίζει το εθνικό δίκαιο.
- Τα δικαιώματα των ατόμων που παρουσιάζουν αναπηρία. Δεν είναι σπάνιο να παρουσιάζουν και οι ίδιοι οι φροντιστές κάποιου είδους αναπηρία. Στην Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών αναφορικά με τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία αναγνωρίζεται ο ζωτικός ρόλος των οικογενειών ως προς την προαγωγή των δικαιωμάτων που διατηρούν οι άνθρωποι και στην ένταξη των ατόμων που εμφανίζουν αναπηρίες στο σύνολο της κοινωνίας. Η ικανοποίηση των δικαιωμάτων των ανθρώπων με αναπηρίες σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την ποιότητα της ζωής που έχουν τα μέλη της οικογένειάς τους.
- Δικαιώματα που έχουν τα παιδιά. Τα παιδιά πρέπει να μεγαλώνουν σε ασφαλές περιβάλλον. Εάν κάποιο παιδί έχει την υποχρέωση να παρέχει φροντίδα, είναι πιθανό να συναντήσει εμπόδια κατά την ανάπτυξη του. Τα κράτη έχουν την πλήρη ευθύνη παροχής της απαραίτητης στήριξης στην φροντίδα των παιδιών ώστε να εξασφαλιστεί η ευημερία τους.

2 δ. Η επίδραση της φροντίδας στη ζωή του φροντιστή

Τα άτομα που υπήρξαν για χρόνια σύζυγοι, εμφανίζουν έντονα την ανάγκη για την παροχή φροντίδας στον σύντροφο τους, όπως και τα παιδιά των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια, έχουν έντονη την ανάγκη ανταπόδοσης της φροντίδας που έχουν δεχτεί από αυτούς. Η πιο δυνατή αλληλεπίδραση και η αντίληψη προσφοράς

φροντίδας από ένα άτομο προς ένα άλλο, αποτελεί η σχέση γονέα και παιδιού. Η ανάπτυξη αλτρουιστικής συμπεριφοράς, συνήθως αποτελεί αποτέλεσμα της φροντίδας που δεχτήκαν οι ίδιοι κατά την διάρκεια της ζωής τους (Swain J.E. Et al., 2012).

Σύμφωνα με τη διαμορφωμένη ελληνική κουλτούρα η παροχή φροντίδας στο σύζυγο, στο παιδί και κύρια στο γονέα από το παιδί αγγίζει τα όρια της υποχρέωσης.

Η παροχή φροντίδας από ένα συγγενικό πρόσωπο, έχει σχέση με το αίσθημα ικανοποίησης στην ζωή του πάσχοντα. Αναπτύσσεται το αίσθημα συντροφικότητας, το οποίο είναι ικανό να οδηγήσει σε σωματική και ψυχική ευεξία. Η παροχή φροντίδας επιδρά θετικά στην αποδοχή της νέας κατάστασης, στην ανάκτηση της αυτονομίας του και την εκμετάλλευση των δυνατοτήτων του. Σε μελέτη που έγινε για την επίδραση της συγκατοίκησης στο ψυχισμό του ασθενούς τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη θετικού αντίκτυπου και παράλληλα μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, μείωση του χρόνου νοσηλείας και αποτροπή ιδρυματοποίησής του. (Longacre M.L. et al., 2014).

2.ε. Παράγοντες επιβάρυνσης

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, την προσφορά φροντίδας σε άτομα με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες, επιλαμβάνεται από άτυπους φροντιστές, οι οποίοι είναι κυρίως τα μέλη της οικογενείας του πάσχοντα. Η επιβάρυνση που προξενείτε, είναι πολύπλευρη και πολυδιάστατη επηρεάζοντας την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής, τόσο του ασθενή, όσο και των οικείων προσώπων του σε όλες τις διαστάσεις της.

Ένας βασικός παράγοντας επιβάρυνσης των φροντιστών, είναι η στέρηση διαπροσωπικών σχέσεων λόγω του βάρους που επωμίζονται από την παροχή της φροντίδας. Ως συνέπεια της επιδείνωσης και των αυξημένων απαιτήσεων που προκύπτουν από την ασθένεια, παρατηρείται ο περιορισμένος χρόνος και η αποξένωση του φροντιστή από το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον.

Οι άτυποι φροντιστές σε πολλές περιπτώσεις θέτουν σε αμφισβήτηση την επάρκεια της φροντίδας που δίνουν στους ασθενείς. Ως αποτέλεσμα αυτού, είναι η ενοχή που νοιώθουν ως κύρια έκφραση επιβάρυνσης που πολλές φορές οδηγεί σε ανικανοποίητες ανάγκες του ασθενή. το αίσθημα της επιβάρυνσης αυτής μπορεί να

οδηγήσει στην παραμέληση, την εγκατάλειψη, την παραμέληση και το μειωμένο επίπεδο φροντίδας για τους ασθενείς. αν λανθασμένα ο φροντιστής νοιώθει ότι η φροντίδα που προσφέρει δεν είναι ικανοποιητική, η ενοχή που παράγεται σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα σε συμβουλευτικές -θεραπευτικές ομάδες στις οποίες πρέπει να απευθυνθεί. σε διαφορετική περίπτωση όπου το επίπεδο φροντίδας δεν είναι ικανοποιητικό και επαρκές, είναι απαραίτητη η διερεύνηση των αιτιών.

Το αίσθημα χρόνιας κόπωσης και οι βλάβες που προξενούνται στην υγεία του φροντιστή έχουν σχέση με την αντιλαμβανομένη ένταση της κατάστασης από το φροντιστή. Η συνθήκη αυτή μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της ζωής του φροντιστή σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου για την προσωπική του ζωή.

Η σχέση εξάρτησης του ασθενή από τον φροντιστή του, εκλύουν έντονα συναισθήματα, και αποτελούν στοιχεία που οδηγούν σε επιβάρυνση της ψυχολογίας του φροντιστή. Έντονη πίεση μπορεί να νιώθουν οι φροντιστές από την διαρκή προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του ασθενή, αλλά και ενοχές για μη πρόπουσες συμπεριφορές των ασθενών στις δημόσιες παρουσίες του , όπως ο θύμος και η αμηχανία (John R., Et al., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Επιβάρυνση Φροντιστών, Ασθενών με χρόνια νόσημα

3.α. Η Έννοια της Επιβάρυνσης στη Φροντίδα -Θεωρίες της Επιβάρυνσης.

Η έννοια της επιβάρυνσης του φροντιστή με βάση τη βιβλιογραφία είναι πολυδιάστατη (Chou et al., 2003), (Braithwaite, 1992). Ο George & ο Gwyther (1986) όρισαν το βάρος των φροντιστών ως το φυσικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό άγχος που αντιμετωπίζουν τα άτομα εξαιτίας της προσφοράς φροντίδας (George & Gwyther, 1986). Ως αποτέλεσμα, η έρευνα που σκοπό έχει να διερευνήσει την επιβάρυνση των φροντιστών από την προσφορά βοήθειας σε χρόνια ασθενή μπορεί να επικεντρωθεί στον έλεγχο ορισμένων ή όλων αυτών των πτυχών. Η επιβάρυνση που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές διακρίνεται σε υποκειμενική και αντικειμενική. Με τον όρο αντικειμενική επιβάρυνση νοείται η επιφόρτιση των φροντιστών λόγω της διαδικασίας φροντίδας καθώς διαταράσσεται η καθημερινότητά τους, ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά το συναισθηματικό ή ψυχολογικό φόρτο που έχει η αντικειμενική επιβάρυνση στους φροντιστές (άγχος, κατάθλιψη) (Montgomery et al., 1985b).

3.β .Επιβάρυνση της φροντίδας στα πλαίσια της Θεωρίας του Άγχους

Σε επίπεδο καθημερινό η ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών, υπό το πρίσμα των στρεσογόνων συναισθημάτων, είναι μεγάλη. Οι άτυποι φροντιστές καλούνται να μουν στο ρόλο του οικείου ατόμου- συγγενούς του ασθενή και στο ρόλο του φροντιστή υγείας. Όταν ο φροντιστής βρίσκεται πολλές ώρες ή συζεί με τον ασθενή το άγχος είναι αυξημένο, το οποίο ξεφεύγει από τη νόρμα του συνηθισμένου και γίνεται παθολογικό, ιδιαίτερα όταν μειώνεται ο χρόνος της ιδιωτικής, επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή και όταν διαταράσσονται ή διακόπτονται οι καθημερινές δραστηριότητες. Το παθολογικό άγχος είναι ικανό να αποτελέσει τροχοπέδη για τη λειτουργικότητα στη καθημερινότητα και- ειδικά όταν γίνεται χρόνιο- βλάπτει τη συνολική υγεία του φροντιστή .

Το κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, η ασθένεια κάποιου μέλους της οικογένειας και η διαβίωση αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών, επιπλέον η ύπαρξη δευτερογενών παραγόντων άγχους όπως οι αλλαγές στην καθημερινότητα, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και η έλλειψη της

ελευθερίας σε προσωπικό επίπεδο, αλληλοεπιδρούν επηρεάζοντας στο σύνολο των αποτελεσμάτων στην ευημερία των ατόμων (Pearlin, 1989).

Από τις παραπάνω αναφορές έγινε φανερό πως το άγχος αποτελεί την κυρία αίτια επιβάρυνσης του φροντιστή και μπορεί να αλληλοεπιδράσει με τους δευτερεύοντες παράγοντες του άγχους, που αποτελούν στελέχη του ρόλου και συνδυάζονται με ενδοψυχικούς παράγοντες, όπως είναι η αυτοεκτίμηση του ατόμου. Σύμφωνα με το μοντέλο Pearlin, ο πρωταρχικός παράγοντας του άγχους που εμφανίζει ο φροντιστής, σε συνδυασμό με τον συνολικό αριθμό των ωρών που παρέχει φροντίδα, αποτελεί την πρωταρχική αιτία για την επιβάρυνση του ασθενή που δέχεται την βοήθεια. Ως φυσικό επακόλουθο είναι η αυξανόμενη επιβάρυνση του ατόμου που ενσαρκώνει τον ρόλο του άτυπου φροντιστή με αποτέλεσμα συχνά επιπτώσεις τόσο στη ποιότητα της φροντίδας που παρέχει όσο και στην ίδια την υγεία του. (Yates M. 1999)

Οι Pearlin (1990) και Yates (1999) επισημαίνουν, πως τα διαφορετικά πλαίσια στα οποία αναπτύσσεται η φροντίδα επηρεάζουν ανάλογα και την επιβάρυνση του ίδιου του φροντιστή. Είναι δυνατόν οι διαβαθμίσεις και διαφοροποιήσεις των συμπτωμάτων που παρατηρούνται στα διάφορα νοσήματα, να σχετίζονται με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών. Για παράδειγμα τα συμπτώματα και οι ανάγκες που προκύπτουν στην περίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου ή στην αναπηρία από ατύχημα, παρουσιάζονται ως αιφνίδια, ενώ αυτά του καρκίνου, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, εμφανίζονται με προοδευτική εξέλιξη.

3.γ. Η Επιβάρυνση της φροντίδας και η θεωρία των ρόλων

Η θεωρία των ρόλων έχει σχέση με την άποψη πως οι άνθρωποι μπορούν ενεργήσουν με τρόπους διαφορετικούς αλλά και προβλέψιμους, σύμφωνα με τις προσδοκίες αλλά και τις συνθήκες που βρίσκονται (Biddle, 1986). Όταν οι οικονομικοί πόροι της οικογένειας του ασθενούς είναι περιορισμένοι, η ανάληψη πολλών και διαφορετικών ρόλων και συχνά συγκρουόμενων μεταξύ τους αποτελεί συχνό φαινόμενο. Στις περιπτώσεις που τα άτομα αντιμετωπίζουν έλλειψη χρόνου και πόρων προκειμένου να είναι συνεπής έναντι των υποχρεώσεων που έχουν αναλάβει, και οι οποίες έχουν σχέση με τον κάθε έναν από τους ρόλους που έχουν επωμισθεί, επέρχεται η επικάλυψη και σύγκρουση των ρόλων (Goode, 1960). Η σύγκρουση των ρόλων εμφανίζεται όταν οι προσδοκίες

των διαφόρων ρόλων που αναλαμβάνει το άτομο γίνονται αντιληπτές ως ασυμβίβαστες και ακατόρθωτες (Biddle, 1986).

Η αίσθηση αυτή σε συνδυασμό με το άγχος και τα βάρη των ευθυνών επιφορτίζουν συνεχώς τους φροντιστές. Τόσο η επικάλυψη όσο και η σύγκρουση των ρόλων είναι υψίστης σημασίας στις μελέτες που έχουν γίνει για τις εμπειρίες που έχουν οι γυναίκες και οι ενήλικες φροντιστές αναφορικά με την επιβάρυνση. Σύμφωνα με τον Marks και συν (2008) ο τρόπος με τον οποίο παρέχουν φροντίδα μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάμεσα στα δυο φύλα, κάτι το οποίο επεκτείνεται και στο τύπο των καθηκόντων που αναλαμβάνουν. Όπως αναφέρουν οι άνδρες που αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή, εκτελούν τα «καθήκοντά τους» όντας αποστασιοποιημένοι πολλές φορές (Stein 2009) Σε αντίθεση, όταν οι γυναίκες αναλαμβάνουν τον ρόλο αυτό, πέρα από την εκτέλεση των καθηκόντων τους εμπλέκονται συναισθηματικά, και επιδεικνύουν μεγαλύτερη ευαισθησία στον ασθενή (Stein 2009). Η συναισθηματική εμπλοκή έχει μεγαλύτερη επίδραση στη ψυχολογία του φροντιστή, καθώς το άγχος αυξάνεται σε σχέση με την παροχή της βοήθειας σε πλαίσια πιο επαγγελματικά. Από τα προαναφερόμενα προκύπτει πως οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο έντονα συναισθήματα δυσφορίας συγκριτικά με τους άντρες. Επίσης, με βάση την κουλτούρα που προσφέρεται η φροντίδα, είναι πιθανό να δημιουργούνται επιπρόσθετες προσδοκίες και να τίθενται κανόνες, τους οποίους οφείλουν να ακολουθούν οι γυναίκες. Με δεδομένο πως οι γυναίκες επιφορτίζονται σύμφωνα με την πολιτισμική και κοινωνική κουλτούρα ως προς την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή, γίνονται πιο ευάλωτες στην υπερφόρτωση των ρόλων και την επιβάρυνση που προκύπτει από αυτή. (Mui 1995).

3.δ. Η Επιβάρυνση των φροντιστών στα πλαίσια της κατάθλιψης

Μελέτη του O'Brien (2000), η οποία αφορά τον τομέα της άτυπης φροντίδας οι στατιστικές έδειξαν ότι 60% με 70% των συγγενών που φροντίζουν ασθενείς στο σπίτι, βιώνουν συχνά άγχος ή πάσχουν από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή ή νόσο. Έχουν συνείδηση της κατάστασης αυτής και συνήθως θεωρούν πως είναι ακόμη χειρότερα. Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Parks and Novielli το 2000 στις Η.Π.Α. έδειξε και μειωμένη ανταπόκριση του ανοσοποιητικού τους συστήματος των φροντιστών (Parks and Novielli, 2000).

Άλλες συνιστώσες που επηρεάζουν και έχουν σχέση με την ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών και είναι δυνατό να οδηγήσουν σε διάφορες διαταραχές διάθεσης, όπως είναι κατάθλιψη, είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που εμφανίζουν διαταραγμένη συμπεριφορά καλούνται να διαχειριστούν από άποψη μη επίσημης συναισθηματικής και ψυχολογικής φροντίδας, η οποία αναντίρρητα τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό.

Από αυτό συμπεραίνουμε την ανάγκη υποστήριξης των ατόμων αυτών με μέσα και παροχές προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση τους. Η έρευνα των Schulz και των συν (1999), η οποία αποτέλεσε ορόσημο όσο αφορά την ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών, αποκάλυψε ότι «οι ηλικιωμένες σύζυγοι παρουσίασαν 63% υψηλότερη θνησιμότητα από εκείνη στις γυναίκες ομάδας ελέγχου, εύρημα το οποίο συμφωνεί με αποτελέσματα άλλων ερευνών σχετικά με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε μέλη της οικογένειας ως φροντιστές». Επομένως γίνεται φανερό πως οι άτυποι φροντιστές συχνά όταν αναλαμβάνουν αυτό το ρόλο έρχονται σε μια σύγκρουση εσωτερική με τον ίδιο τους τον εαυτό, τον οποίο και συχνά παραμελούν προκειμένου να καταφέρουν να είναι συνεπής στις υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει. Η ανάγκη συνδρομής στον φροντιστή, με τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας, προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι, λήψη βοήθειας από το περιβάλλον του προκειμένου να επιμεριστεί η φροντίδα του ασθενή κρίνεται απαραίτητη.

3ε Η επιβάρυνση στην σωματική υγεία του φροντιστή

Η σωματική υγεία των φροντιστών μπορεί να επηρεαστεί από την συνεχόμενη παροχή φροντίδας σε εξαρτώμενο άτομο.

Μελέτη των Η.Π.Α. δείχνει αυξημένα καρδιαγγειακά νοσήματα, σε ποσοστό διπλάσιο στα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ασθενούς με χρόνια νόσημα, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, και εμφανίζουν 63% περισσότερες πιθανότητες θανάτου (Schulz R., Beach S.R., 1999).

Ο μειωμένος προσωπικός χρόνος οδηγεί σε ελάττωση της αυτοφροντίδας του άτυπου φροντιστή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, αναφέρουν πως οι άτυποι φροντιστές εκδηλώνουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης,

αθηρωμάτωσης, αλλά και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP). Άλλα νοσήματα που εμφανίζουν οι άτυποι φροντιστές είναι ο σακχαρώδης διαβήτης η υπερχοληστεριναιμία και η ελαττωμένη ανταπόκριση του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Οι διαταραχές της μνήμης και η γνωστική έκπτωση ως συνεπακόλουθα του συνεχόμενου άγχους που βιώνουν δεν είναι πάντα συνέπεια της προχωρημένης ηλικίας τους .

Η χρόνια ενασχόληση με την προσφορά φροντίδας και η έλλειψη χρόνου προξενεί εξάντληση, με αποτέλεσμα οι άτυποι φροντιστές να έχουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, μικρή συμμετοχή σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις της κοινότητας. Το βάρος από την παροχή φροντίδας, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα του ατόμου και εμφάνιση κακώσεων, ιδιαίτερα όταν οι άτυποι φροντιστές είναι και οι ίδιοι ηλικιωμένοι, κατάσταση η οποία δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. (Chen P., Botticello A.L., 2013).

3.στ. Πρόσωπα που αναλαμβάνουν το ρόλο του άτυπου φροντιστή.

Τα άτομα αυτά αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου τη φροντίδα των χρόνιων πασχόντων, χωρίς αμοιβή. Η ηλικία τους, το μορφωτικό επίπεδο ποικίλλουν. (Chambers, 2012). Εκτός από τον όρο άτυπο φροντιστή απαντάται και ο όρος οικογενειακός φροντιστής που δηλώνει την σχέση και το περιβάλλον εργασίας. Το μεγαλύτερο μέρος των φροντιστών είναι γυναίκες (σύζυγοι) και παιδιά. Στην Ευρώπη συναντάται συχνά, οι σύζυγοι να παρέχουν φροντίδα μεταξύ τους, όταν ένα από τους δύο πάσχει. Υπάρχει βέβαια μια διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες και τους άντρες. Η φροντίδα των μελών της οικογένειας βαρύνει κύρια τη γυναίκα . (Bettio, 2012). Η ανάπτυξη αυτής της κουλτούρας είναι και με ένα τρόπο εμποτισμένη από τις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, καθώς από την γέννηση του ανθρώπου συνώνυμο της λέξης «φροντίδας» αποτελούσε πάντα στο δυτικό κόσμο η έννοια της «μητέρας». Οι γυναίκες συνεπώς είναι αυτές που κατά κύριο λόγο αναλαμβάνουν τον ρόλο της στήριξης αυτών των ασθενών συγχρόνως με τις υπόλοιπες υποχρεώσεις που ήδη έχουν, όπως είναι η φροντίδα των υπολοίπων μελών της οικογένειας, η οικιακή εργασία, η ανατροφή των παιδιών.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και μέθοδος μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί η ψυχική υγεία, και ο βαθμός επιβάρυνσης των φροντιστών υγείας σε ασθενείς του παθολογικού τομέα, του νευροχειρουργικού τμήματος και χειρουργικού τομέα. Σκοπός

της στατιστικής ανάλυσης είναι ο προσδιορισμός πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των Δεικτών (Παραγόντων) Επιβάρυνσης και των Δεικτών (Παραγόντων) Γενικής Υγείας σε φροντιστές ασθενών με χρόνια νοσήματα. Επιπλέον, εξετάζονται πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα Επιβάρυνσης και Γενικής Υγείας των φροντιστών. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο βαθμός και η ένταση της φροντίδας που χρειάζονται οι ασθενείς καθώς και η κατανομή του χρόνου των φροντιστών ανάμεσα στη φροντίδα των ασθενών και στην κοινωνική τους ζωή.

Ερευνητικές υποθέσεις

- οι διαφορές στη ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών έχει συνάφεια με τα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια , την ατομική διαχείριση του stress και την κατάσταση του ασθενούς
- η εκπαίδευση από ειδικούς αναφορικά με το τρόπο παροχής φροντίδας μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην υγεία του φροντιστή

Ο « υπό μελέτη » πληθυσμός-μεθοδολογία δειγματοληψίας -Αρχές δεοντολογικής έρευνας

Η παρούσα έρευνα ανταποκρίθηκε στις δεοντολογικές αρχές έρευνας. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, εγγυήθηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων, τα αποτελέσματα αναλυθήκαν χωρίς το όνομα των ασθενών ή συνοδών και έγινε προσπάθεια περιορισμού της καταπόνησης ή της συγκίνησης των ερωτηθέντων όσο ήταν εφικτό.

Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε φροντιστές ασθενών με σημαντικές αναπηρίες, ως αποτέλεσμα, νευρολογικών παθήσεων, ατυχημάτων, κακώσεων, οργανικών βλαβών,

νεοπλασιών κ.α. στο Γζανειο νοσοκομείο Πειραιά από τον Δεκέμβριο του 2021 έως τις 15 Μαρτίου του 2022. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους φροντιστές, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για το σκοπό και το περιεχόμενό τους, έχοντας πάντα τη δυνατότητα συναίνεσης ή αποχώρησης από την εν λόγω διαδικασία. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από κλειστού τύπου ερωτήσεις. Η συλλογή των δεδομένων, έγινε σύμφωνα με τις Αρχές Ηθικής και Δεοντολογίας οι οποίες και τηρήθηκαν κατά την διάρκεια της έρευνας. Στο πλαίσιο της έρευνας συλλέχθηκαν προσωπικά δεδομένα ενώ όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναφορικά με την τήρηση της ανωνυμίας τους καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Χορηγήθηκε άδεια διανομής των ερωτηματολογίων από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου (Παράρτημα 2).

Διανεμήθηκαν 260 ερωτηματολόγια σε συνοδούς οι οποίοι βρίσκονταν κοντά στον ασθενή σε 24ωρη βάση λόγω των περιορισμών που υπήρχαν εξαιτίας της πανδημίας (covid 19), εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 244. Με τα ερωτηματολόγια αυτά τα οποία συμπληρώθηκαν από άτυπους φροντιστές έγινε προσπάθεια συσχέτισης των παράγοντων επιβάρυνσης αυτών με τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά τους. Με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης θα γίνει σύγκριση και συζήτηση με τα αποτελέσματα ανάλογων μελετών για τους άτυπους φροντιστές μακροχρονίων περιστατικών. Ως κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη τέθηκαν τα παρακάτω:

- οι φροντιστές να διαμένουν μαζί με τον ασθενή τους στο θάλαμο νοσηλείας κατά τη διάρκεια της έρευνας.
- Οι ερωτώμενοι να έχουν την κύρια ευθύνη και τη βασική φροντίδα του ασθενούς ή τουλάχιστον το μεγαλύτερο μέρος της.
- Οι φροντιστές να παρέχουν τις υπηρεσίες του αμισθι.
- Οι φροντιστές να μπορούν να επικοινωνήσουν στην ελληνική γλώσσα.
- Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης να μην είναι παρόντες οι ασθενείς, λόγω ενδεχομένης άσκησης επιρροής στον φροντιστή.

2. Ερευνητικά Εργαλεία

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελείται από τέσσερις επιμέρους ενότητες. Αρχικά περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών. Συγκεκριμένα, οι πρώτες 15 ερωτήσεις αφορούν τον άτυπο φροντιστή σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, την επαγγελματική κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση και τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας .

Η παρούσα εργασία χρησιμοποιεί συγχρονική μελέτη για την εκτίμηση των αναγκών των φροντιστών, η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε με μη τυχαία δειγματοληψία. Η συγχρονική μελέτη μπορεί να καταγράψει τις τάσεις , τις διαθέσεις του πληθυσμού σε δεδομένη χρονική στιγμή .

- Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης επιβάρυνσης το ***Burden Interview(BI)*** (Zarit 1987, 1990) το οποίο αποτελείται από 22 σημεία που αφορούν την επιβάρυνση που σχετίζεται με τη λειτουργική και συμπεριφορική ανεπάρκεια του ασθενούς, η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από την κα. Ευρυδίκη Παπασταύρου(Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, , Νοσηλευτική Σχολή Κύπρου). Η κλίμακα είναι μονοδιάστατο μέτρο διότι επικεντρώνεται μόνο στις συναισθηματικές αντιδράσεις του φροντιστή. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει αυτό το εργαλείο έχουν δείξει εσωτερική αξιοπιστία με Cronbach alpha να κυμαίνεται γύρω στο 0,91 και αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου πάνω από 0,70. Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε άδεια χρήσης από την κα Παπασταύρου.
- Το **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας** (General Health Questionnaire GHQ-28) το οποίο αποτελείται από 28 ερωτήσεις σχετικές με την ψυχοσωματική υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητα και αποσκοπεί στην ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον γενικό πληθυσμό (Garyfallos et all., 1991). Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (EGY-28) ταξινομείται σε τέσσερις υποκλίμακες: σωματικά ενοχλήματα, άγχος, κοινωνική δυσλειτουργικότητα, κατάθλιψη. παράλληλα λειτουργεί ως κλινικός δείκτης συμπτωμάτων. Για τη

χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε άδεια χρήσης από τον κο Γ.Δ Γαρούφαλλο.

- **Το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-12**, σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF- 36. Σκοπός ήταν να χρησιμοποιηθεί σε εκτεταμένες έρευνες, όταν η επικεντρωση του ενδιαφέροντος αφορά μόνο τις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Με το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζονται οι τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Η συμπεριφορά των δύο διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Gandek et al, 1998, Ruo et al, 2003, Kontodimopoulos et al, 2007).

3. Στατιστική Ανάλυση

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων της μελέτης και της εσωτερικής συνέπειας των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha. Ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων έγινε με τη χρήση του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov. Η περιγραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των κατάλληλων πινάκων (Πίνακες Συχνότητας, Πίνακες Περιγραφικών Μέτρων) και των αντίστοιχων διαγραμμάτων (Κυκλικά Διαγράμματα, Ραβδογράμματα). Για την επαγωγική ανάλυση, για τον προσδιορισμό πιθανών διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκαν ο μη-παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για 2 ανεξάρτητα δείγματα και ο μη-παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για παραπάνω από 2 ανεξάρτητα δείγματα, με τους αντίστοιχους επιμέρους ελέγχους Bonferroni ανά ζεύγη δειγμάτων. Για τον προσδιορισμό πιθανών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε και

ελέγχθηκε ο μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε στο 5% ($\alpha=0.05$).

Η επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Στατιστικού Προγράμματος Κοινωνικών Επιστημών SPSS (Statistical Package for Social Science Ver.23).

2. Έλεγχος αξιοπιστίας και έλεγχος κανονικότητας.

Πριν από τη διεξαγωγή οποιασδήποτε ανάλυσης, τα αποτελέσματα ελέγχθηκαν ως προς την αξιοπιστία τους καθώς και ως προς την κανονικότητα των δεδομένων, προκειμένου να προσδιοριστεί αν θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικές ή μη-παραμετρικές τεχνικές.

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 1, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το σύνολο του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας είναι εξαιρετικά υψηλός ($\alpha=0.948$) γεγονός που υποδηλώνει γενικά εξαιρετικά υψηλή εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων. Επιπλέον, για τους παράγοντες «Σωματικά Συμπτώματα» ($\alpha=0.884$), «Ψυχικά Συμπτώματα» ($\alpha=0.887$) και «Κατάθλιψη» ($\alpha=0.891$), ο δείκτης είναι πολύ υψηλός γεγονός που επίσης υποδηλώνει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων. Ωστόσο, για τον παράγοντα «Κοινωνική Δυσλειτουργία» ($\alpha=0.482$) ο δείκτης αξιοπιστίας είναι σχετικά χαμηλός, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπ' όψη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δείκτης Αξιοπιστίας (Cronbach's α) για τους Παράγοντες του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

Παράγοντες	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's alpha Coefficient
Σωματικά Συμπτώματα	7	0.884
Ψυχικά Συμπτώματα	7	0.887
Κοινωνική Δυσλειτουργία	7	0.482
Κατάθλιψη	7	0.891
Σύνολο Ερωτηματολογίου (Γενική Υγεία)	28	0.948

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 2, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το σύνολο του ερωτηματολογίου Επιβάρυνσης είναι εξαιρετικά υψηλός ($\alpha=0.972$) γεγονός που υποδηλώνει γενικά εξαιρετικά υψηλή εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων. Ομοίως, και για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου («Ένταση Ρόλου» ($\alpha=0.872$), «Αποστέρηση Σχέσεων» ($\alpha=0.905$), «Διαχείριση Φροντίδας» ($\alpha=0.965$) και

«Προσωπική Ένταση» ($\alpha=0.929$), ο δείκτης είναι ιδιαίτερα υψηλός γεγονός που επίσης υποδηλώνει πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Δείκτης Αξιοπιστίας (Cronbach's α) για τους Παράγοντες του Ερωτηματολογίου Μέτρησης Επιβάρυνσης

Παράγοντες	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's alpha Coefficient
Ένταση Ρόλου	7	0.872
Αποστέριση Σχέσεων	4	0.905
Διαχείριση Φροντίδας	2	0.965
Προσωπική Ένταση	8	0.929
Σύνολο Ερωτηματολογίου (Επιβάρυνση)	22	0.972

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων Κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, τόσο για τους παράγοντες και το σύνολο του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Πίνακας 3), όσο και για τους παράγοντες και το σύνολο του Ερωτηματολογίου Μέτρησης Επιβάρυνσης (Πίνακας 4), παρατηρείται μη τήρηση της προϋπόθεσης της κανονικής κατανομής ($p<0.05$) για όλους τους παράγοντες. Επομένως, για τις επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις θα χρησιμοποιηθούν μη-παραμετρικές τεχνικές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Έλεγχος Κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για τους Παράγοντες του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

Παράγοντες	N	Colmogorov-Smirnov z	p-value
Σωματικά Συμπτώματα	240	.174	<.001
Ψυχικά Συμπτώματα	240	.176	<.001
Κοινωνική Δυσλειτουργία	240	.155	<.001
Κατάθλιψη	240	.203	<.001
Σύνολο Ερωτηματολογίου (Γενική Υγεία)	240	.141	<.001

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Έλεγχος Κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για τους Παράγοντες του Ερωτηματολογίου Μέτρησης Επιβάρυνσης

Παράγοντες	N	Colmogorov-Smirnov z	p-value
Ένταση Ρόλου	240	.319	<.001
Αποστέριση Σχέσεων	240	.189	<.001
Διαχείριση Φροντίδας	240	.217	<.001
Προσωπική Ένταση	240	.213	<.001
Σύνολο Ερωτηματολογίου (Επιβάρυνση)	240	.192	<.001

3. Αποτελέσματα Περιγραφικής στατιστικής

3.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

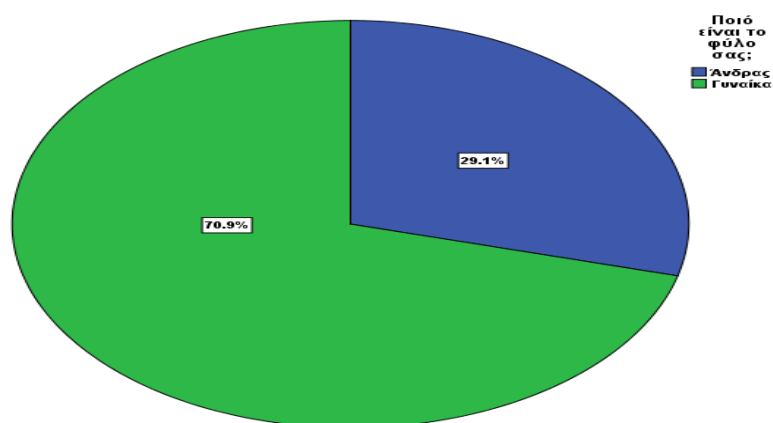
Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 244 φροντιστές.

Η μεγάλη πλειονότητα των φροντιστών (70.9%) είναι γυναίκες και το 29.1% άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ποιο είναι το φύλο σας;

Ποιό είναι το φύλο σας;	N	%
Άνδρας	71	29.1
Γυναίκα	173	70.9
Σύνολο	244	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποιο είναι το φύλο σας;

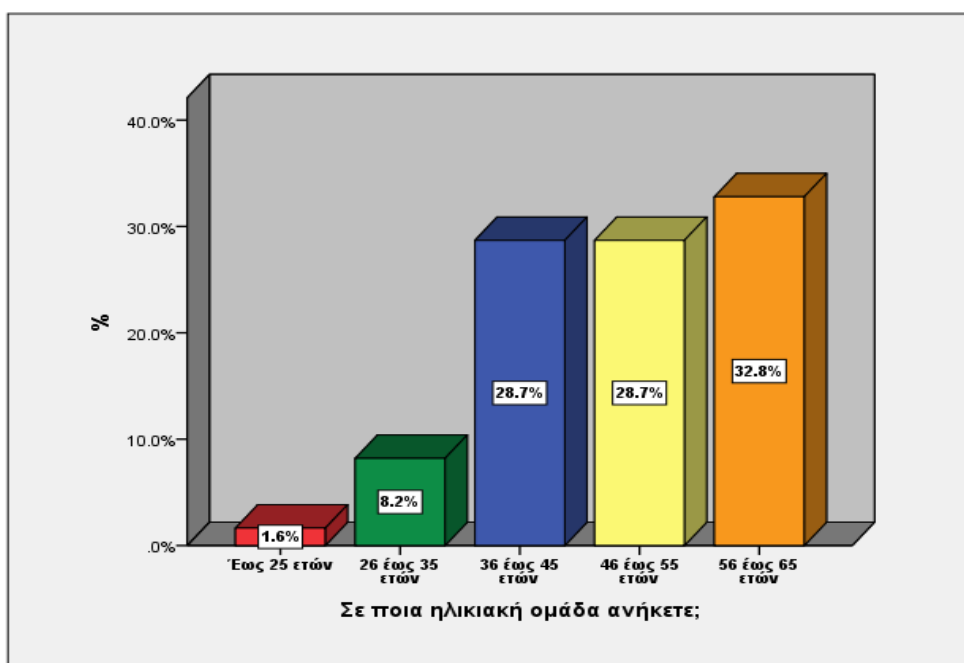


Οι φροντιστές είναι σχετικά μεγάλης ηλικίας. Το 32.8% είναι ηλικίας 56-65 ετών, το 28.7% 46-55, το 28.7% είναι 36-45 ετών και μόλις το 9.8% είναι από 35 ετών και κάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;	N	%
Έως 25 ετών	4	1.6
26 έως 35 ετών	20	8.2
36 έως 45 ετών	70	28.7
46 έως 55 ετών	70	28.7
56 έως 65 ετών	80	32.8
Σύνολο	244	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

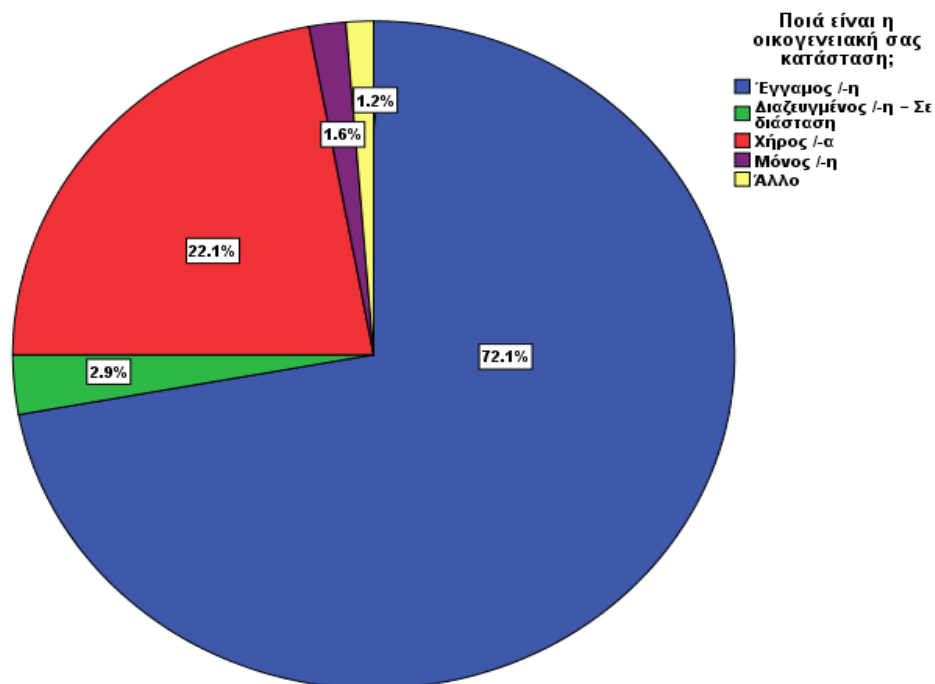


Η μεγάλη πλειονότητα των φροντιστών είναι έγγαμοι (72.1%) ή έχουν κάνει σύμφωνο συμβίωσης (1.2%). Ένα σημαντικό ποσοστό (22.1%) είναι χήροι. Μόλις το 1.6% είναι μόνοι και το 2.9% διαζευγμένοι ή σε διάσταση. Το 80.8% των φροντιστών έχουν παιδιά (13.3% ένα παιδί, 47.9% δύο παιδιά, 7.9% τρία παιδιά και 11.7% περισσότερα από τρία), έναντι μόλις 19.2% που δεν έχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	N	%
Έγγαμος /-η	176	72.1
Διαζευγμένος /-η – Σε διάσταση	7	2.9
Χήρος /-α	54	22.1
Μόνος /-η	4	1.6
Άλλο (Συμβίωση)	3	1.2
Σύνολο	244	100.0

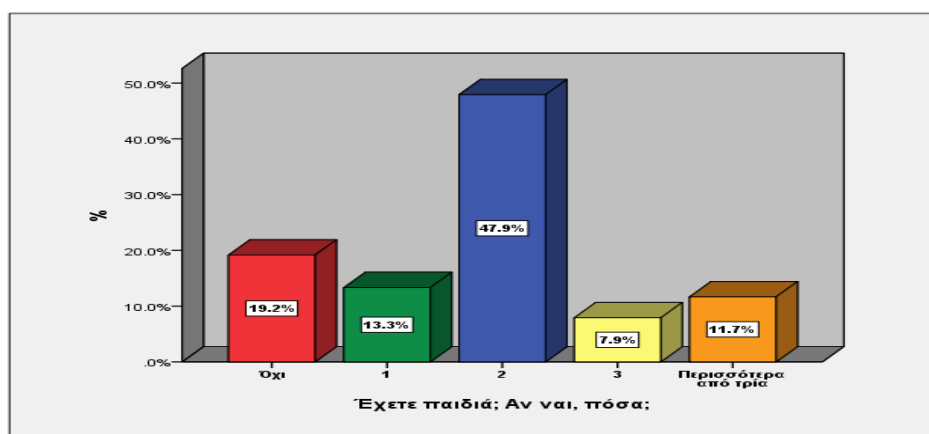
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;



ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Έχετε παιδιά; Αν ναι, πόσα;

Έχετε παιδιά; Αν ναι, πόσα;	N	%
Όχι	46	19.2
1	32	13.3
2	115	47.9
3	19	7.9
Περισσότερα από τρία	28	11.7
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Έχετε παιδιά; Αν ναι, πόσα;

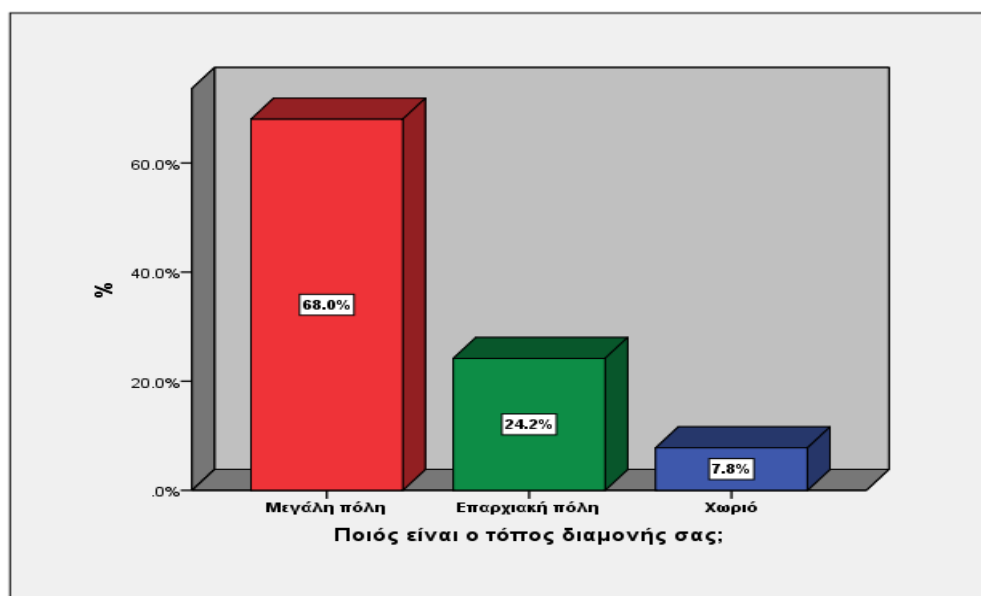


Το 68% των φροντιστών διαμένουν σε μεγάλη πόλη, έναντι 24.2% σε επαρχιακή πόλη και 7.8% σε χωριό. Η πλειονότητα των φροντιστών (60%) κατοικούν σε ιδιόκτητη κατοικία και το υπόλοιπο 40% σε ενοικιαζόμενη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Ποιός είναι ο τόπος διαμονής σας;

Ποιός είναι ο τόπος διαμονής σας;	N	%
Μεγάλη πόλη	166	68.0
Επαρχιακή πόλη	59	24.2
Χωριό	19	7.8
Σύνολο	244	100.0

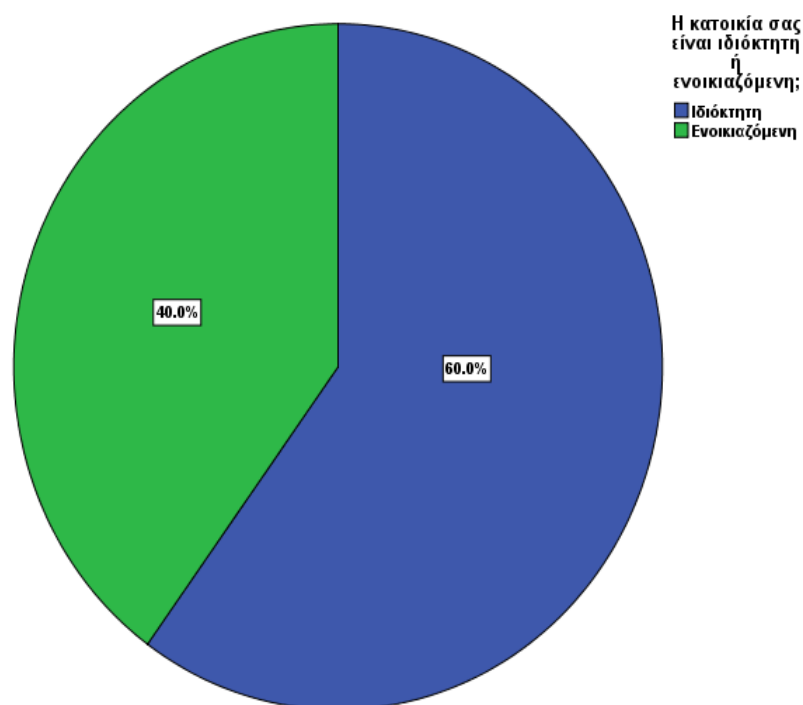
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Ποιός είναι ο τόπος διαμονής σας;



ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Η κατοικία σας είναι ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη;

Η κατοικία σας είναι ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη;	N	%
Ιδιόκτητη	144	60.0
Ενοικιαζόμενη	96	40.0
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Η κατοικία σας είναι ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη;

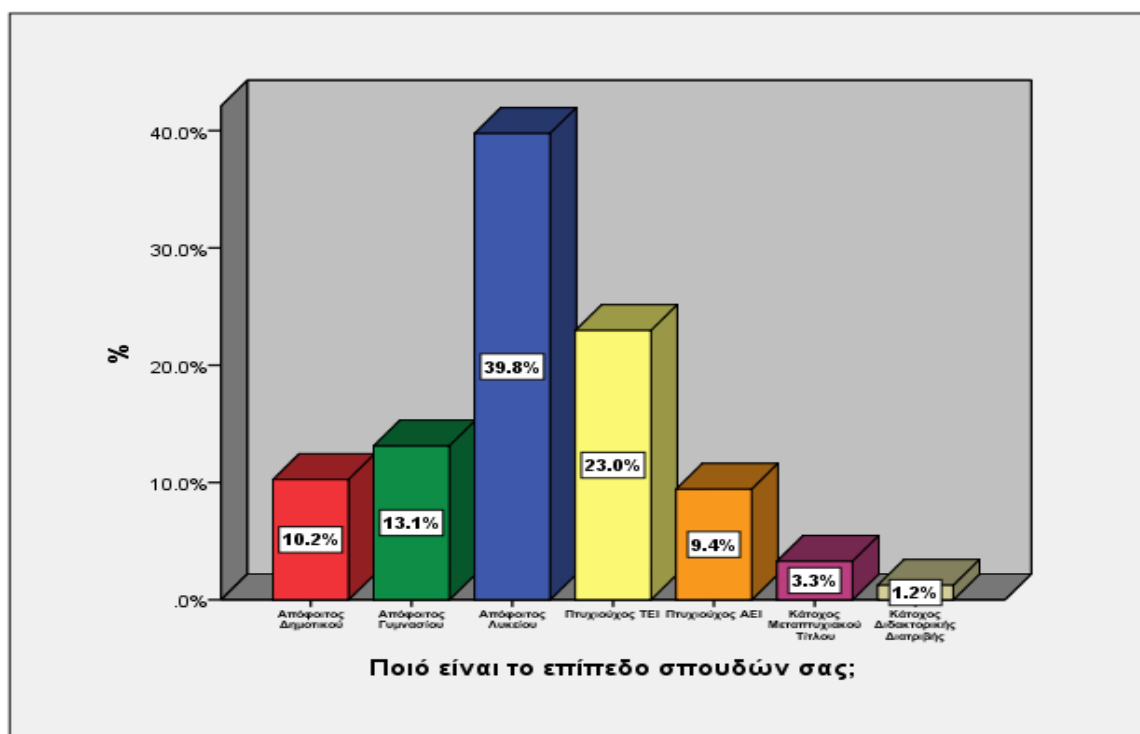


Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών, η σχετική πλειονότητα των φροντιστών είναι απόφοιτοι λυκείου (39.8%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (23% πτυχιούχοι ΤΕΙ, 9.4% πτυχιούχοι ΑΕΙ). Ένα μικρό ποσοστό είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού (3.3%) ή διδακτορικού τίτλου (1.2%). Αντίθετα, το 10.2% των φροντιστών είναι απόφοιτοι δημοτικού και το 13.1% απόφοιτοι γυμνασίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Ποιό είναι το επίπεδο σπουδών σας;

Ποιό είναι το επίπεδο σπουδών σας;	N	%
Απόφοιτος Δημοτικού	25	10.2
Απόφοιτος Γυμνασίου	32	13.1
Απόφοιτος Λυκείου	97	39.8
Πτυχιούχος ΤΕΙ	56	23.0
Πτυχιούχος ΑΕΙ	23	9.4
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	8	3.3
Κάτοχος Διδακτορικής Διατριβής	3	1.2
Σύνολο	244	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Ποιό είναι το επίπεδο σπουδών σας;

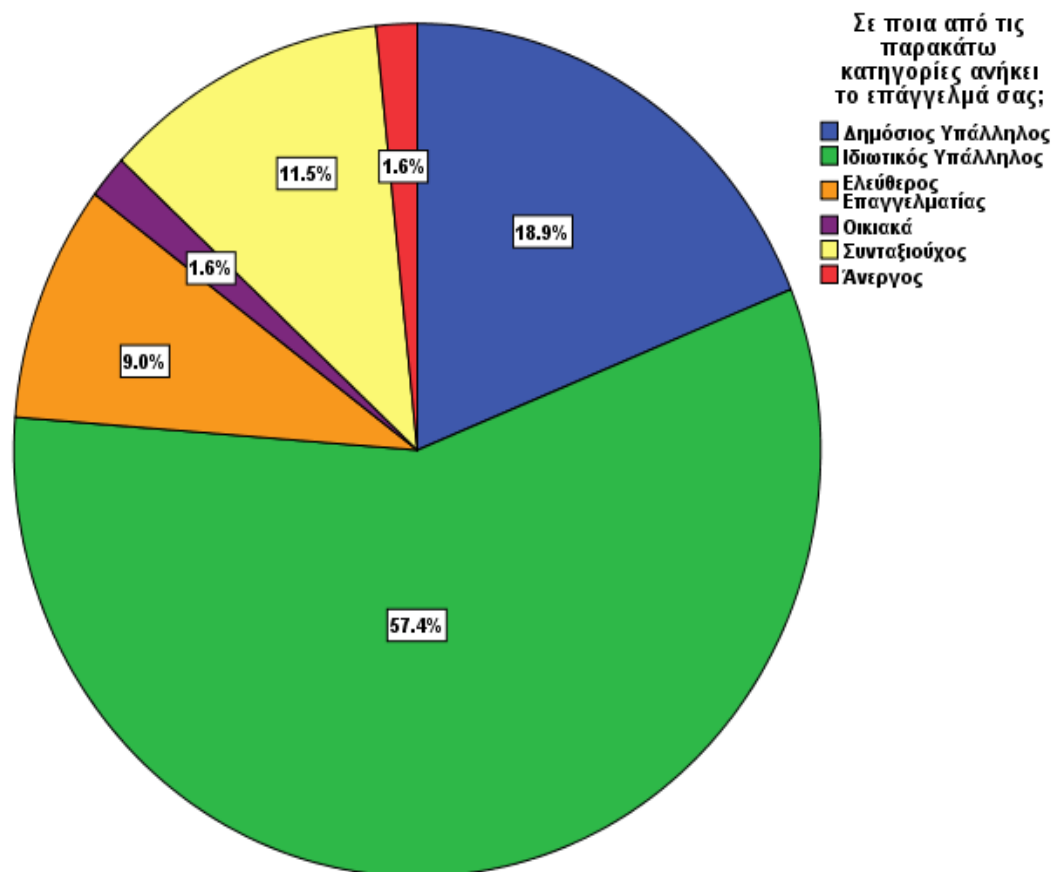


Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, η πλειονότητα των φροντιστών είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (57.4%), το 18.9% δημόσιοι υπάλληλοι και ένα 9% ελεύθεροι επαγγελματίες. Ένα σημαντικό ποσοστό (11.5%) είναι συνταξιούχοι, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό είναι άνεργοι (1.6%) ή ασχολούνται με τα οικιακά (1.6%). Το 64.3% των φροντιστών έχουν κρατική ασφάλεια, μόλις το 1.6% ιδιωτική, ωστόσο το 13.9% έχουν συνδυασμό κρατικής και ιδιωτικής ασφάλειας. Το 8.6% δεν είναι ασφαλισμένοι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (11.5%) επιλέγουν να μην απαντήσουν σε αυτή την ερώτηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το επάγγελμά σας;

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το επάγγελμά σας;	N	%
Δημόσιος Υπάλληλος	46	18.9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	140	57.4
Ελεύθερος Επαγγελματίας	22	9.0
Οικιακά	4	1.6
Συνταξιούχος	28	11.5
Άνεργος	4	1.6
Σύνολο	244	100.0

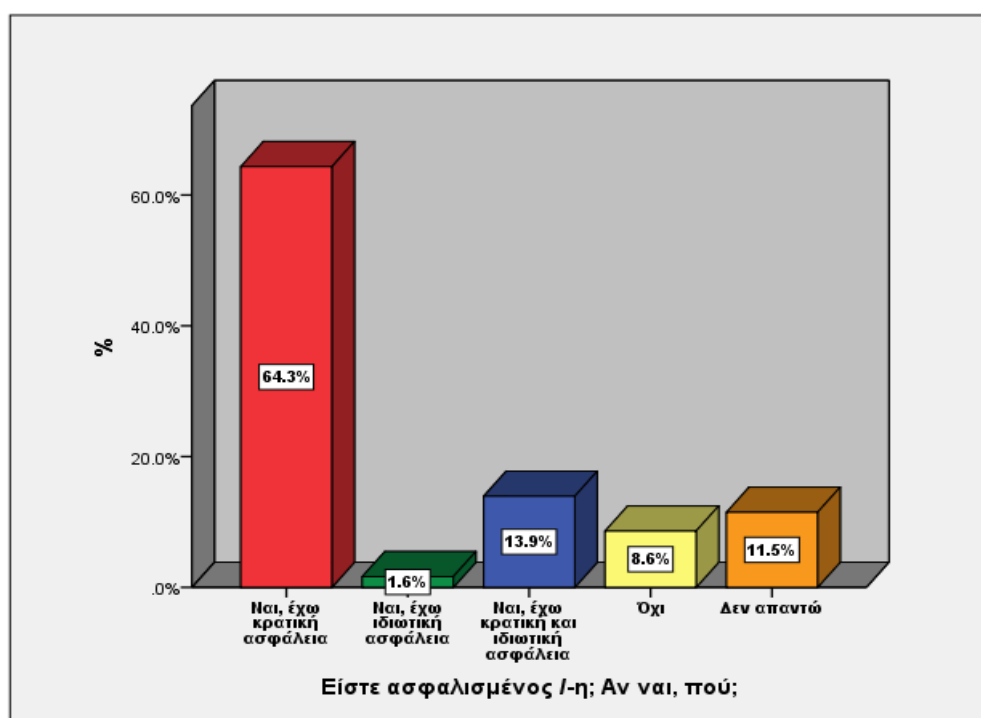
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το επάγγελμά σας;



ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Είστε ασφαλισμένος/-η; Αν ναι, πού;

Είστε ασφαλισμένος/-η; Αν ναι, πού;	N	%
Ναι, έχω κρατική ασφάλεια	157	64.3
Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλεια	4	1.6
Ναι, έχω κρατική και ιδιωτική ασφάλεια	34	13.9
Όχι	21	8.6
Δεν απαντώ	28	11.5
Σύνολο	244	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 9: Είστε ασφαλισμένος/-η; Αν ναι, πού;

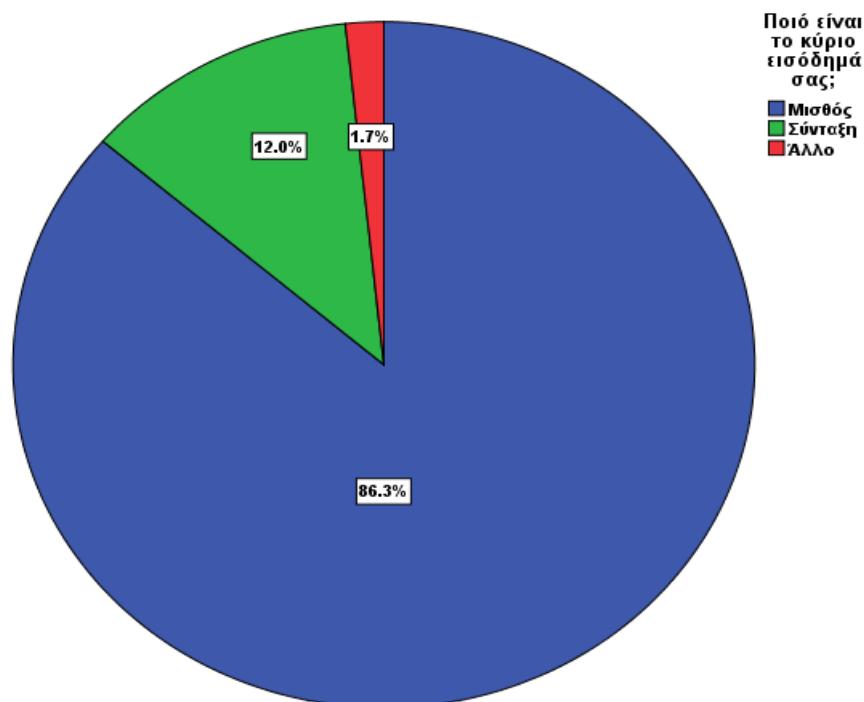


Όπως είναι λογικό, για τη μεγάλη πλειονότητα των φροντιστών το κύριο εισόδημα είναι ο μισθός τους (86.3%), ενώ για το 12% η σύνταξη. Το 1.7% δηλώνουν άλλη κύρια πηγή εισοδήματος, χωρίς ωστόσο να προσδιορίζουν ποιά. Αναφορικά με το ύψος του καθαρού μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος, για τη σχετική πλειονότητα των φροντιστών (34.4%) κυμαίνεται μεταξύ 501-1000 ευρώ. Για το 25.8% το εισόδημα είναι μεταξύ 1001-1500 ευρώ, για το 14.8% μεταξύ 1501-2000 ευρώ, για το 16% μεταξύ 2001-2500 ευρώ και μόλις το 5.3% των φροντιστών δηλώνουν εισόδημα πάνω από 2500 ευρώ. Ένα μικρό ποσοστό (3.7%) των φροντιστών δεν απαντούν σε αυτή την ερώτηση. Η πλειονότητα των φροντιστών (61.1%) δηλώνουν πως τα εισοδήματά τους επαρκούν για να περάσουν το μήνα με δυσκολία, ενώ το 16.4% ότι δεν επαρκούν. Αντίθετα, ένα σχετικά μικρό ποσοστό (22.5%) θεωρούν πως τα εισοδήματά τους επαρκούν για να περάσουν το μήνα με άνεση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Ποιό είναι το κύριο εισόδημά σας;

Ποιό είναι το κύριο εισόδημά σας;	N	%
Μισθός	208	86.3
Σύνταξη	29	12.0
Άλλο	4	1.7
Σύνολο	241	100.0

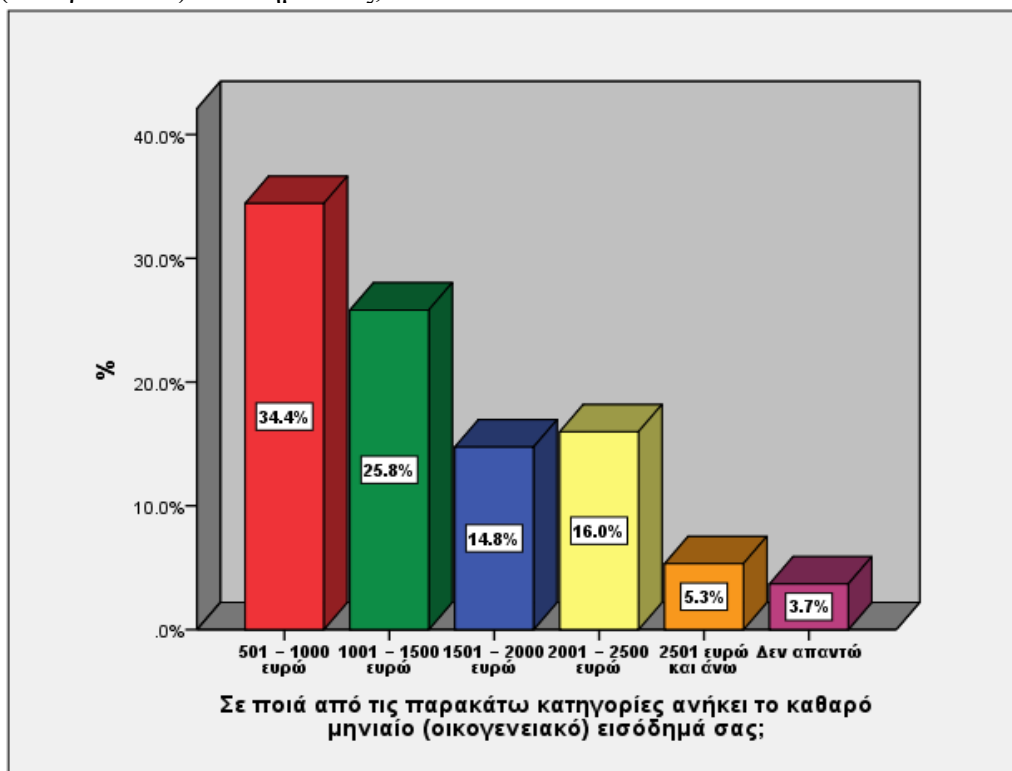
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Ποιό είναι το κύριο εισόδημά σας;



ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο (οικογενειακό) εισόδημά σας;

Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο (οικογενειακό) εισόδημά σας;	N	%
501 – 1000 ευρώ	84	34.4
1001 – 1500 ευρώ	63	25.8
1501 – 2000 ευρώ	36	14.8
2001 – 2500 ευρώ	39	16.0
2501 ευρώ και άνω	13	5.3
Δεν απαντώ	9	3.7
Σύνολο	244	100.0

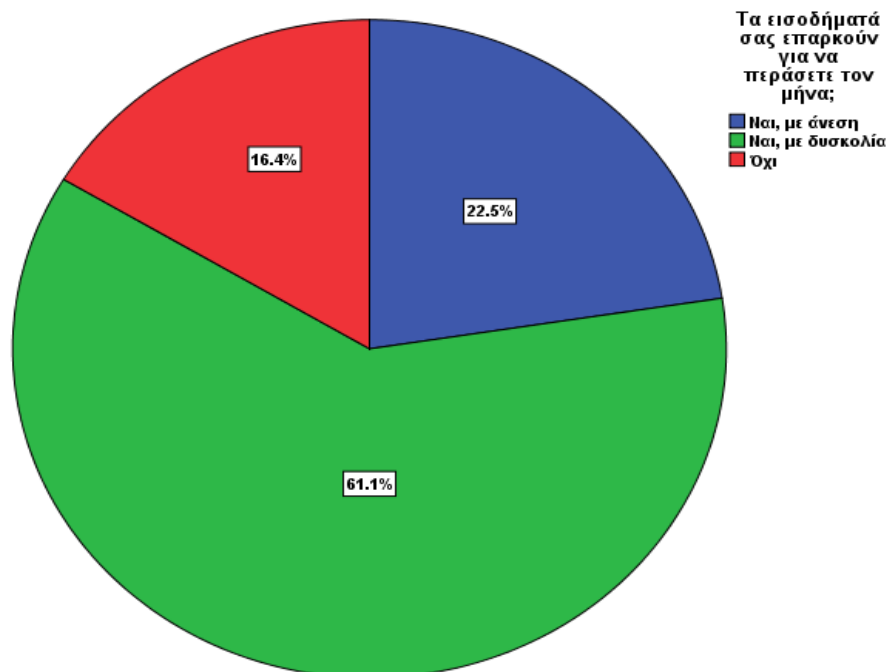
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο (οικογενειακό) εισόδημά σας;



ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Τα εισοδήματά σας επαρκούν για να περάσετε τον μήνα;

Τα εισοδήματά σας επαρκούν για να περάσετε τον μήνα;	N	%
Ναι, με άνεση	55	22.5
Ναι, με δυσκολία	149	61.1
Όχι	40	16.4
Σύνολο	244	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 12: Τα εισοδήματά σας επαρκούν για να περάσετε τον μήνα;



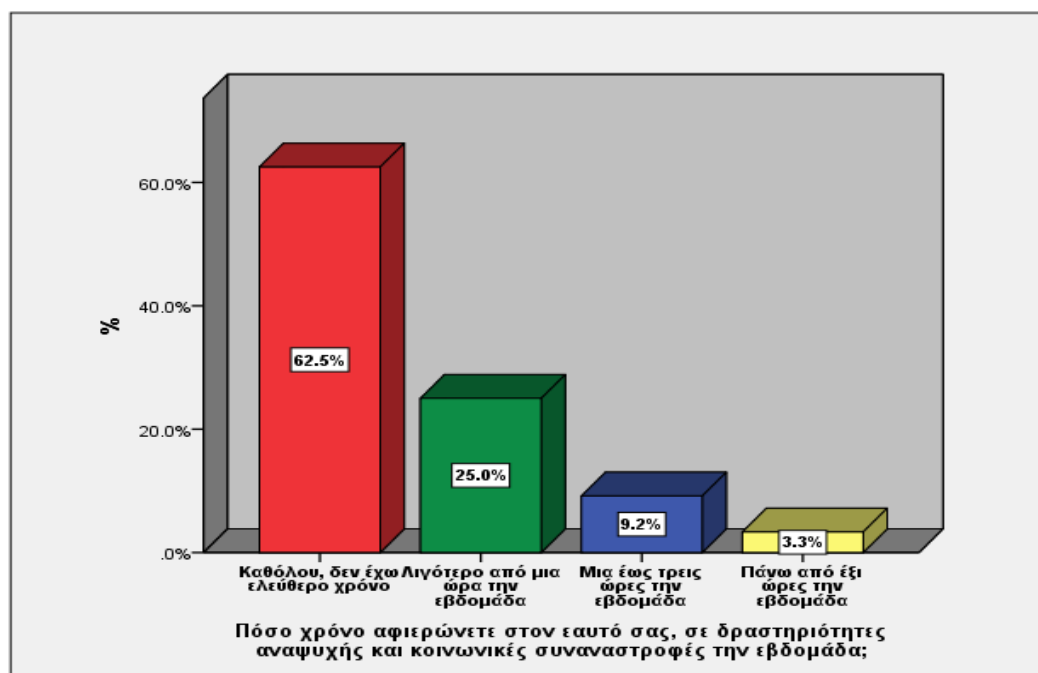
3.2 Άλλα στοιχεία για τον φροντιστή, τη σχέση με τον ασθενή και το επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή

Ως προς το χρόνο που αφιερώνει ο φροντιστής στον εαυτό του, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα, είναι αξιοσημείωτο ότι η πλειονότητα των φροντιστών (62.5%) δεν αφιερώνουν καθόλου χρόνο καθώς δεν έχουν ελεύθερο χρόνο. Επιπλέον, το 25% αφιερώνουν λιγότερο από μία ώρα την εβδομάδα, το 9.2% μία έως τρεις ώρες και μόλις το 3.3% των φροντιστών αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;

Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;	N	%
Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	62.5
Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	25.0
Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	9.2
Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	3.3
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 13: Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;

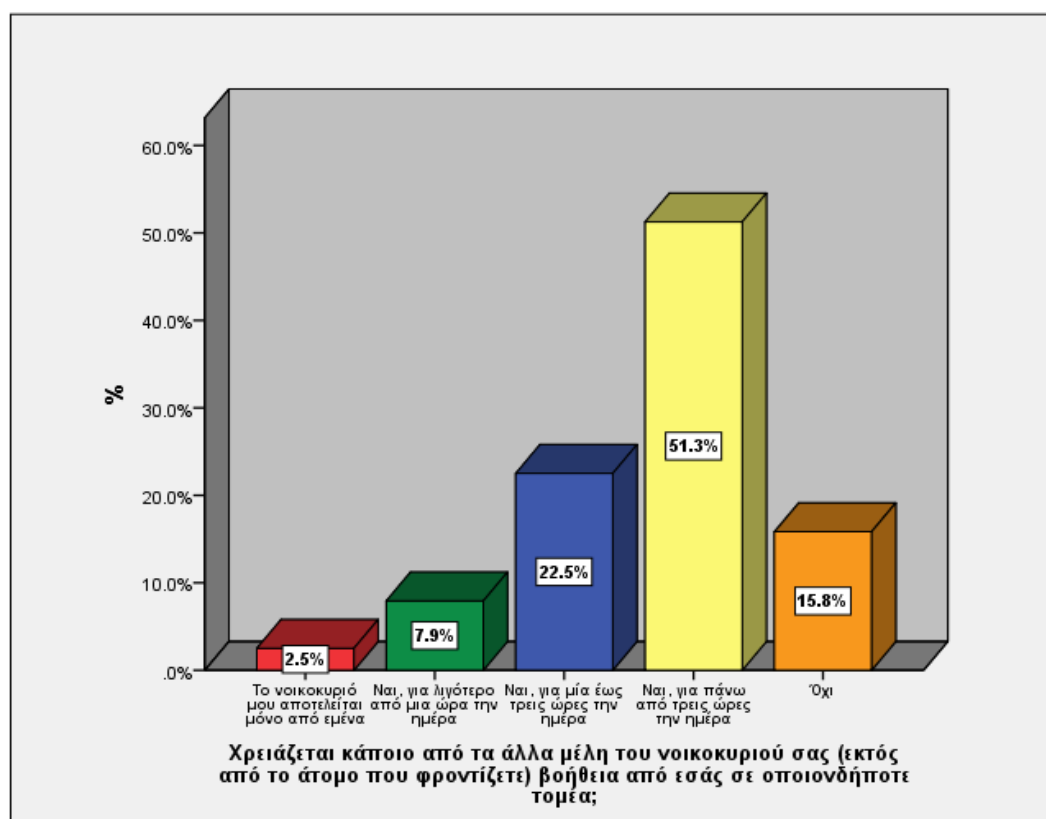


Οι παραπάνω απαντήσεις των φροντιστών είναι μάλλον αναμενόμενες, καθώς για την πολύ μεγάλη πλειονότητα (81.6%) χρειάζεται και κάποιο ακόμα μέλος του νοικοκυριού τους βοήθεια από αυτούς σε οποιονδήποτε τομέα. Μάλιστα, για την πλειονότητα (51.2%) χρειάζεται βοήθεια για πάνω από τρεις ώρες την ημέρα, για το 22.5% για μία έως τρεις ώρες την ημέρα και για το 7.9% για μία έως τρεις ώρες την ημέρα. Μόλις το 15.8% των φροντιστών δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν μία τέτοια κατάσταση και το 2.5% πως το νοικοκυριό τους δεν έχει άλλα μέλη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Χρειάζεται κάποιο από τα άλλα μέλη του νοικοκυριού σας (εκτός από το άτομο που φροντίζετε) βοήθεια από εσάς σε οποιονδήποτε τομέα;

Χρειάζεται κάποιο από τα άλλα μέλη του νοικοκυριού σας (εκτός από το άτομο που φροντίζετε) βοήθεια από εσάς σε οποιονδήποτε τομέα;	N	%
Το νοικοκυριό μου αποτελείται μόνο από εμένα	6	2.5
Ναι, για λιγότερο από μια ώρα την ημέρα	19	7.9
Ναι, για μία έως τρεις ώρες την ημέρα	54	22.5
Ναι, για πάνω από τρεις ώρες την ημέρα	123	51.2
Όχι	38	15.8
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 14: Χρειάζεται κάποιο από τα άλλα μέλη του νοικοκυριού σας (εκτός από το άτομο που φροντίζετε) βοήθεια από εσάς σε οποιονδήποτε τομέα;

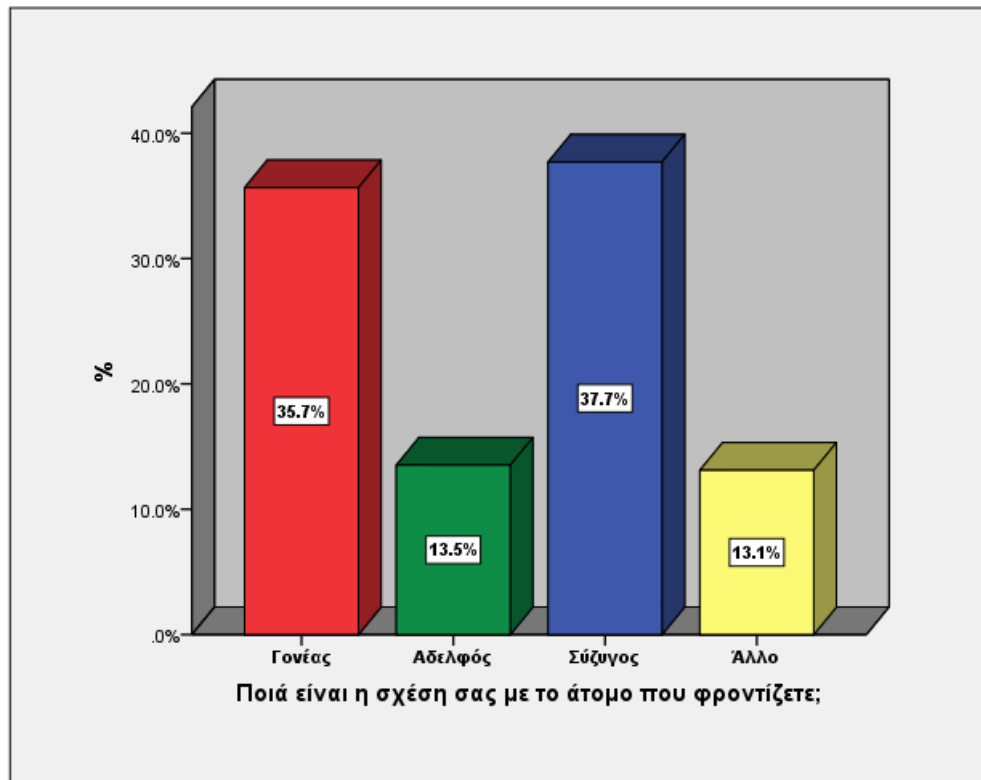


Ως προς τη σχέση των φροντιστών με το άτομο που φροντίζουν, το 35.7% είναι γονείς, το 13.5% αδελφοί, το 37.7% σύζυγοι, ενώ το 13.1% δηλώνουν κάποια άλλη σχέση, χωρίς όμως να προσδιορίζουν ποια. Η μεγάλη πλειονότητα των φροντιστών (73.3%) δεν μένουν με το άτομο που φροντίζουν, έναντι του 26.7% που μένουν. Αναφορικά με τις ώρες ημερησίως που αφιερώνουν στο άτομο που φροντίζουν, το 43.8% αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες, το 12.5% τρεις έως έξι ώρες, το 12.5% μία έως τρεις ώρες, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (31.3%) αφιερώνουν κάτω από μία ώρα ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Ποιά είναι η σχέση σας με το άτομο που φροντίζετε;

Ποιά είναι η σχέση σας με το άτομο που φροντίζετε;	N	%
Γονέας	87	35.7
Αδελφός	33	13.5
Σύζυγος	92	37.7
Άλλο	32	13.1
Σύνολο	244	100.0

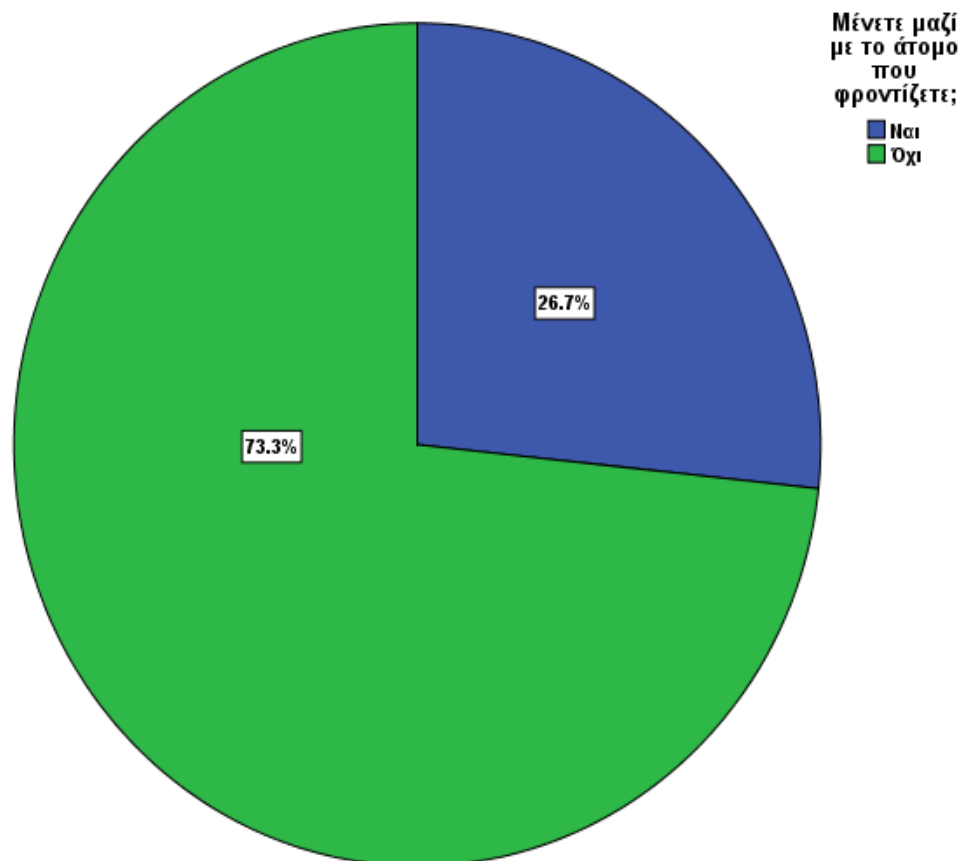
ΓΡΑΦΗΜΑ 15: Ποιά είναι η σχέση σας με το άτομο που φροντίζετε;



ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Μένετε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;

Μένετε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;	N	%
Ναι	64	26.7
Όχι	176	73.3
Σύνολο	240	100.0

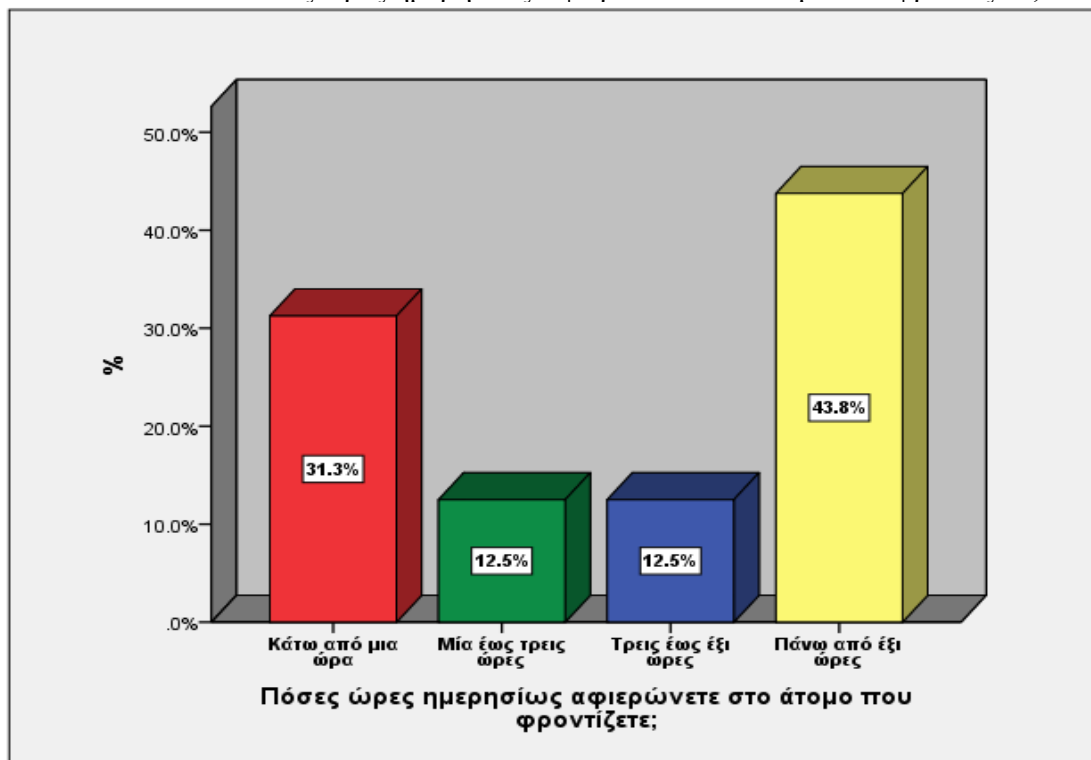
ΓΡΑΦΗΜΑ 16: Μένετε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;



ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;

Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;	N	%
Κάτω από μια ώρα	75	31.3
Μία έως τρεις ώρες	30	12.5
Τρεις έως έξι ώρες	30	12.5
Πάνω από έξι ώρες	105	43.8
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 17: Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;

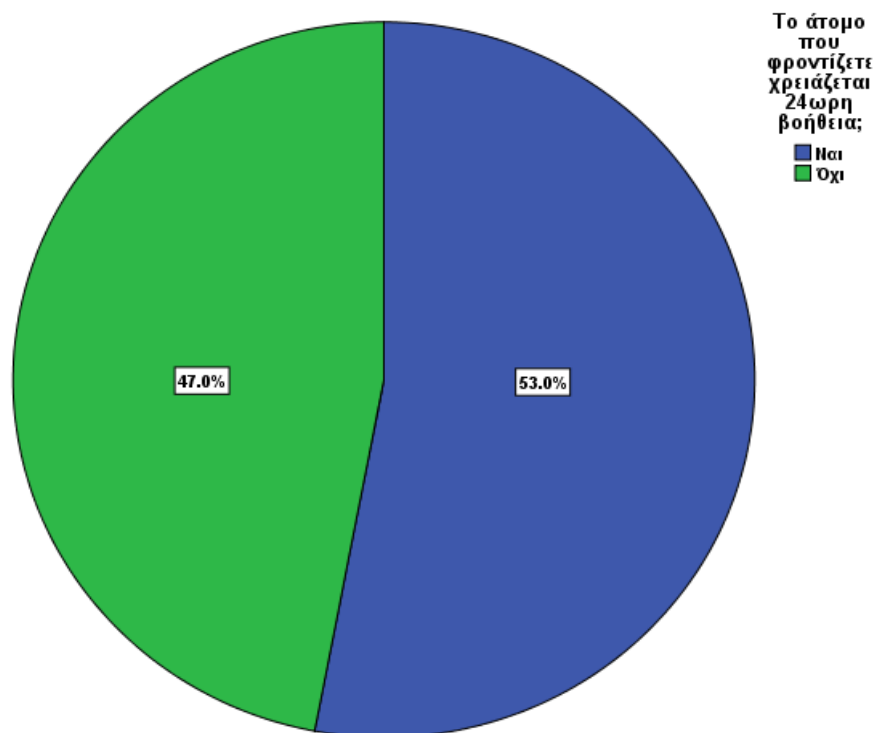


Το 53% των φροντιστών δηλώνουν πως το άτομο που φροντίζουν χρειάζεται 24ωρη βοήθεια, έναντι του 47% που δηλώνουν πως όχι. Σύμφωνα με τους φροντιστές, η πλειονότητα των ασθενών που φροντίζουν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, είτε πλήρως (41.3%) είτε μερικώς (18.8%). Ωστόσο, το 40% των ατόμων που φροντίζουν δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται 24ωρη βοήθεια;

Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται 24ωρη βοήθεια;	N	%
Ναι	124	53.0
Όχι	110	47.0
Σύνολο	234	100.0

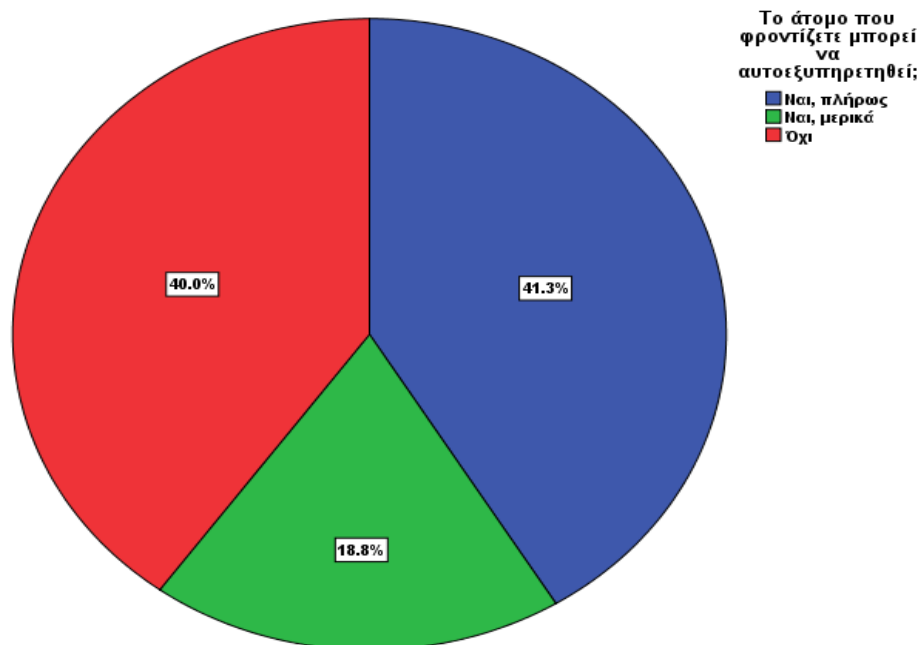
ΓΡΑΦΗΜΑ 18: Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται 24ωρη βοήθεια;



ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;

Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	N	%
Ναι, πλήρως	99	41.3
Ναι, μερικά	45	18.8
Όχι	96	40.0
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 19: Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;

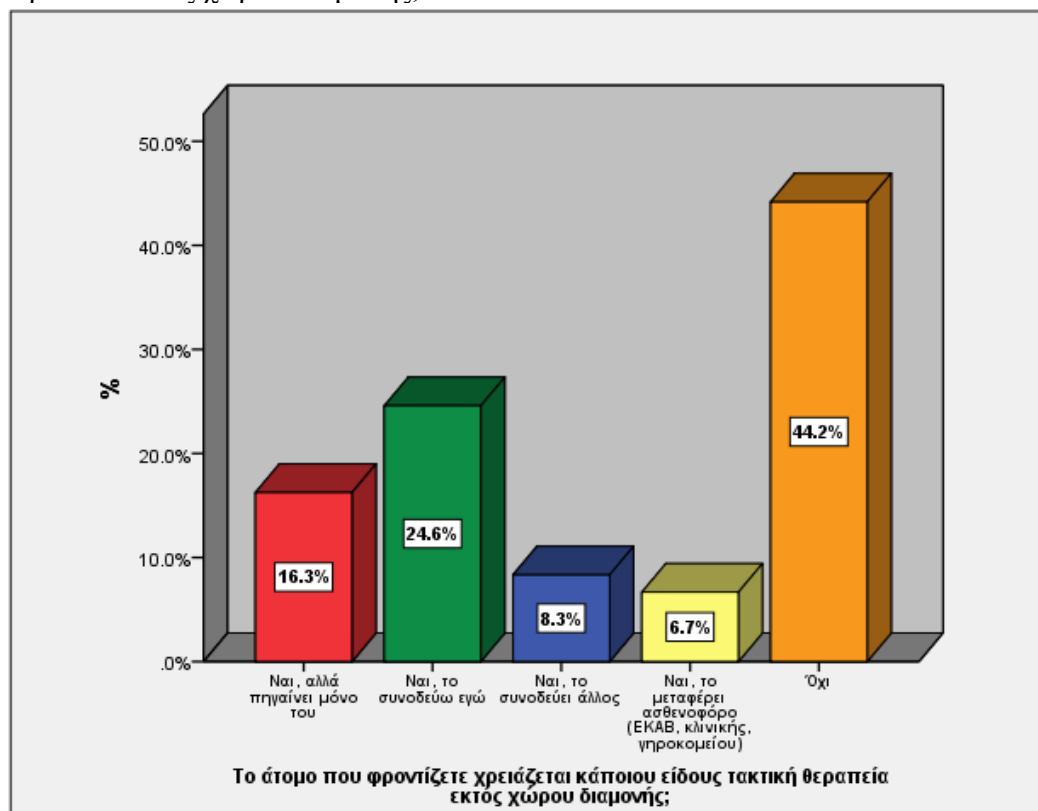


Η σχετική πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν οι φροντιστές (55.8%) χρειάζεται κάποιου είδους τακτική θεραπεία εκτός του χώρου διαμονής, ενώ το υπόλοιπο 44.2% δεν χρειάζεται. Το 16.3% των ασθενών πηγαίνει μόνο του στο χώρο που χρειάζεται την τακτική θεραπεία, το 24.6% συνοδεύεται από τον φροντιστή, το 8.3% συνοδεύεται από κάποιον άλλο και το 6.7% μεταφέρεται από ασθενοφόρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται κάποιου είδους τακτικής θεραπεία εκτός χώρου διαμονής;

Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται κάποιου είδους τακτική θεραπεία εκτός χώρου διαμονής;	N	%
Ναι, αλλά πηγαίνει μόνο του	39	16.3
Ναι, το συνοδεύω εγώ	59	24.6
Ναι, το συνοδεύει άλλος	20	8.3
Ναι, το μεταφέρει ασθενοφόρο (ΕΚΑΒ, κλινικής, γηροκομείου)	16	6.7
Όχι	106	44.2
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 20: Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται κάποιου είδους τακτική θεραπεία εκτός χώρου διαμονής;

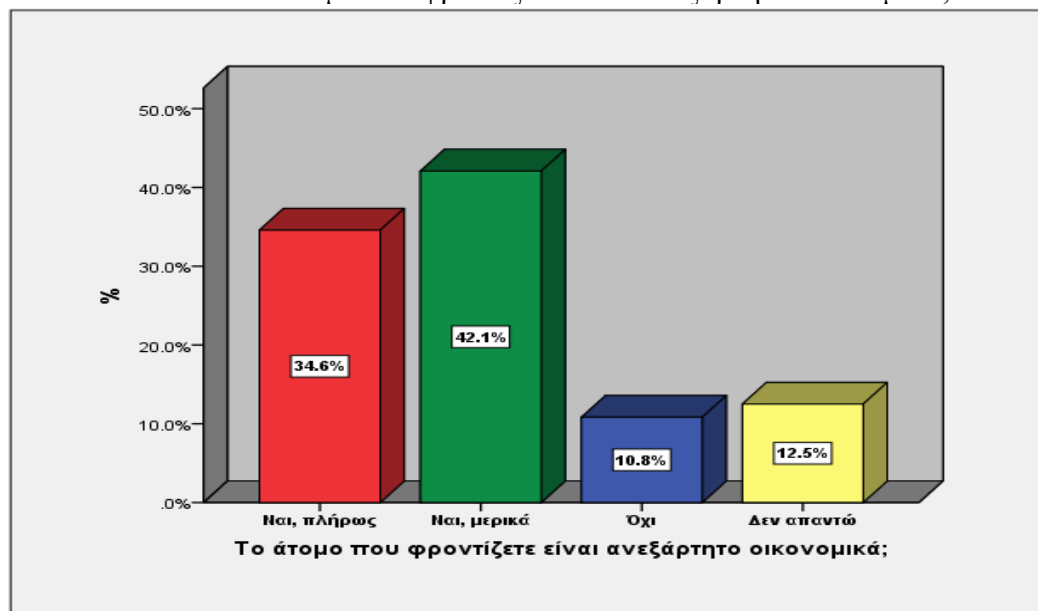


Τέλος, η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν οι φροντιστές είναι ανεξάρτητα οικονομικά, είτε πλήρως (34.6%) είτε μερικά (42.1%). Το 10.8% των ασθενών δεν είναι ανεξάρτητα οικονομικά, ενώ ένα ποσοστό των φροντιστών (12.5%) επιλέγουν να μην απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Το άτομο που φροντίζετε είναι ανεξάρτητο οικονομικά;

Το άτομο που φροντίζετε είναι ανεξάρτητο οικονομικά;	N	%
Ναι, πλήρως	83	34.6
Ναι, μερικά	101	42.1
Όχι	26	10.8
Δεν απαντώ	30	12.5
Σύνολο	240	100.0

ΓΡΑΦΗΜΑ 21: Το άτομο που φροντίζετε είναι ανεξάρτητο οικονομικά;



Στους παρακάτω Πίνακες παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα (Πίνακας 26) και (Πίνακας 27), τα οποία θα χρησιμοποιηθούν κατά την επαγωγική στατιστική ανάλυση που περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Περιγραφικά Μέτρα για τους Δείκτες Γενικής Υγείας

Παράγοντες	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Σωματικά Συμπτώματα	240	18.20	3.93	19.00	10.00	26.00
Ψυχικά Συμπτώματα	240	18.27	5.56	17.00	10.00	28.00
Κοινωνική Δυσλειτουργία	240	16.85	2.44	17.00	11.00	20.00
Κατάθλιψη	240	14.74	5.36	13.50	7.00	23.00
Γενική Υγεία	240	68.06	15.80	63.50	42.00	97.00

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Περιγραφικά Μέτρα για τους Δείκτες Επιβάρυνσης

Παράγοντες	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Ένταση Ρόλου	240	10.58	6.06	8.00	.00	22.00
Αποστέρηση Σχέσεων	240	7.80	5.40	6.00	.00	16.00

Διαχείριση Φροντίδας	240	3.59	2.14	3.00	.00	8.00
Προσωπική Ένταση	240	12.50	9.12	11.00	.00	28.00
Συνολική Επιβάρυνση	240	36.30	22.91	30.00	2.00	75.00

4. Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής

4.1 Συσχέτιση δεικτών επιβάρυνσης με δείκτες γενικής υγείας.

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχετίσεων του Spearman's rho για τους επιμέρους δείκτες και το συνολικό Δείκτη Επιβάρυνσης, σε σχέση με τους επιμέρους δείκτες και το συνολικό Δείκτη Γενικής Υγείας (Πίνακας 28), προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση για όλους τους Δείκτες Επιβάρυνσης με όλους τους Δείκτες Γενικής Υγείας ($p\text{-value} < 0.05$ για όλους τους ελέγχους). Η παρατηρούμενη θετική συσχέτιση κυμαίνεται από μέτρια ($\rho = 0.405$ μεταξύ «Έντασης Ρόλου» και «Κατάθλιψης») έως πολύ ισχυρή ($\rho = 0.781$ μεταξύ «Αποστέρησης Σχέσεων» και «Ψυχικών Συμπτωμάτων»). Με άλλα λόγια, επιβεβαιώνεται πως υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών συνδέονται με υψηλά επίπεδα στους δείκτες γενικής υγείας (δηλαδή χαμηλά επίπεδα υγείας).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Συντελεστές Συσχέτισης Spearman's rho και Αποτελέσματα Ελέγχων για τους Δείκτες Επιβάρυνσης σε σχέση με τους Δείκτες Γενικής Υγείας

Παράγοντες		Σωματικά Συμπτώματα	Ψυχικά Συμπτώματα	Κοινωνική Δυσλειτουργία	Κατάθλιψη	Γενική Υγεία
Ένταση Ρόλου	Spearman's rho	.501	.485	.641	.405	.481
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	240	240	240	240	240
Αποστέρηση Σχέσεων	Spearman's rho	.719	.781	.679	.700	.773
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	240	240	240	240	240
Διαχείριση Φροντίδας	Spearman's rho	.730	.642	.728	.559	.683
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	240	240	240	240	240

Προσωπική Ένταση	Spearman's rho	.707	.677	.748	.583	.707
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	240	240	240	240	240
Συνολική Επιβάρυνση	Spearman's rho	.634	.632	.775	.553	.661
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	240	240	240	240	240

4.2 Συγκρίσεις δεικτών επιβάρυνσης σε σχέση με το αν το άτομο χρήζει 24ωρης φροντίδας

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων Mann-Whitney για 2 ανεξάρτητα δείγματα, αναφορικά με τα σκορ των Δεικτών Επιβάρυνσης συγκριτικά με το αν τα άτομα που φροντίζουν οι φροντιστές χρειάζονται ή όχι 24ωρη φροντίδα (Πίνακας 29), προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για όλους τους επιμέρους και το συνολικό Δείκτη Επιβάρυνσης ($p\text{-value}<0.001<0.05$ για όλους τους ελέγχους). Πιο συγκεκριμένα:

- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που δεν χρειάζονται (M.O.=14.05, T.A.=6.256 έναντι M.O.=6.54, T.A.=2.437).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που δεν χρειάζονται (M.O.=12.04, T.A.=3.987 έναντι M.O.=3.05, T.A.=1.653).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που δεν χρειάζονται (M.O.=4.99, T.A.=1.928 έναντι M.O.=1.99, T.A.=0.991).
- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που δεν χρειάζονται (M.O.=18.81, T.A.=7.748 έναντι M.O.=5.02, T.A.=3.217).

- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα που δεν χρειάζονται (Μ.Ο.=52.52, Τ.Α.=19.714 έναντι Μ.Ο.=17.55, Τ.Α.=7.390).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Περιγραφικά Μέτρα και Αποτελέσματα Ελέγχου Mann-Whitney για τους Δείκτες Επιβάρυνσης. Σύγκριση σε σχέση με το αν το άτομο χρειάζεται 24ωρη φροντίδα

Παράγοντες	Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται 24ωρη βοήθεια;	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Mann-Whitney U	p-value
Ένταση Ρόλου	Ναι	124	14.0484	6.25587	1678.000	<.001
	Όχι	110	6.5364	2.43701		
Αποστέρηση Σχέσεων	Ναι	124	12.0403	3.98656	347.000	<.001
	Όχι	110	3.0545	1.65256		
Διαχείριση Φροντίδας	Ναι	124	4.9919	1.92753	440.000	<.001
	Όχι	110	1.9909	.99074		
Προσωπική Ένταση	Ναι	124	18.8145	7.74845	299.000	<.001
	Όχι	110	5.0182	3.21688		
Συνολική Επιβάρυνση	Ναι	124	52.5161	19.71359	353.500	<.001
	Όχι	110	17.5545	7.39028		

4.3. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΩΡΕΣ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΟΥΝ ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis για 4 ανεξάρτητα δείγματα και των επιμέρους ελέγχων Bonferroni ανά ζεύγη, αναφορικά με τα σκορ των Δεικτών Επιβάρυνσης συγκριτικά με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην φροντίδα των ατόμων (Πίνακας 30), προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για όλους τους επιμέρους και το συνολικό Δείκτη Επιβάρυνσης ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$ για όλους τους ελέγχους). Πιο συγκεκριμένα, από τους ελέγχους Bonferroni (Πίνακας 31), προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Για την Ένταση Ρόλου:

- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=7.56, T.A.=2.703 έναντι M.O.=22.14, T.A.=8.653, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=7.56, T.A.=2.703 έναντι M.O.=10.10, T.A.=5.185, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=8.37, T.A.=4.853 έναντι M.O.=22.14, T.A.=8.653, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=22.14, T.A.=8.653 έναντι M.O.=7.56, T.A.=2.703, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=22.14, T.A.=8.653 έναντι M.O.=8.37, T.A.=4.853, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=22.14, T.A.=8.653 έναντι M.O.=10.10, T.A.=5.185, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=10.10, T.A.=5.185 έναντι M.O.=7.56, T.A.=2.703, p-value<0.001<0.05).
- Η Ένταση Ρόλου φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=10.10, T.A.=5.185 έναντι M.O.=22.14, T.A.=8.653, p-value<0.001<0.05).

➤ Για την Αποστέριση Σχέσεων:

- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=3.48, T.A.=1.855 έναντι M.O.=6.07, T.A.=2.970, p-value=0.009<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=3.48, T.A.=1.855 έναντι M.O.=16.66, T.A.=6.973, p-value<0.001<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=3.48, T.A.=1.855 έναντι M.O.=9.03, T.A.=5.177, p-value<0.001<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=6.07, T.A.=2.970 έναντι M.O.=3.48, T.A.=1.855, p-value=0.009<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=6.07, T.A.=2.970 έναντι M.O.=16.66, T.A.=6.973, p-value<0.001<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=6.07, T.A.=2.970 έναντι M.O.=9.03, T.A.=5.177, p-value=0.001<0.05).
- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία

ώρα (M.O.=16.66, T.A.=6.973 έναντι M.O.=3.48, T.A.=1.855, p-value<0.001<0.05).

- Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=16.66, T.A.=6.973 έναντι M.O.=6.07, T.A.=2.970, p-value<0.001<0.05).
 - Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=16.66, T.A.=6.973 έναντι M.O.=9.03, T.A.=5.177, p-value<0.001<0.05).
 - Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=9.03, T.A.=5.177 έναντι M.O.=3.48, T.A.=1.855, p-value<0.001<0.05).
 - Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=9.03, T.A.=5.177 έναντι M.O.=6.07, T.A.=2.970, p-value=0.001<0.05).
 - Η Αποστέρηση Σχέσεων φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων από τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=9.03, T.A.=5.177 έναντι M.O.=16.66, T.A.=6.973, p-value<0.001<0.05).
- Για την Διαχείριση Φροντίδας:
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=2.41, T.A.=1.028 έναντι M.O.=6.18, T.A.=2.531, p-value<0.001<0.05).

- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=2.41, T.A.=1.028 έναντι M.O.=4.19, T.A.=2.291, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=2.03, T.A.=1.629 έναντι M.O.=6.18, T.A.=2.531, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=2.03, T.A.=1.629 έναντι M.O.=4.19, T.A.=2.291, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=6.18, T.A.=2.531 έναντι M.O.=2.41, T.A.=1.028, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=6.18, T.A.=2.531 έναντι M.O.=2.03, T.A.=1.629, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=6.18, T.A.=2.531 έναντι M.O.=4.19, T.A.=2.291, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία

ώρα (M.O.=4.19, T.A.=2.291 έναντι M.O.=2.41, T.A.=1.028, p-value<0.001<0.05).

- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=4.19, T.A.=2.291 έναντι M.O.=2.03, T.A.=1.629, p-value<0.001<0.05).
- Η Διαχείριση Φροντίδας φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=4.19, T.A.=2.291 έναντι M.O.=6.18, T.A.=2.531, p-value<0.001<0.05).

➤ Για την Προσωπική Ένταση:

- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=5.48, T.A.=5.176 έναντι M.O.=27.37, T.A.=10.490, p-value<0.001<0.05).
- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=5.48, T.A.=5.176 έναντι M.O.=14.33, T.A.=7.547, p-value<0.001<0.05).
- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=8.73, T.A.=5.413 έναντι M.O.=27.37, T.A.=10.490, p-value<0.001<0.05).
- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.= M.O.=8.73, T.A.=5.413 έναντι M.O.=14.33, T.A.=7.547, p-value<0.001<0.05).

- Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=27.37, T.A.=10.490 έναντι M.O.=5.48, T.A.=5.176, p-value<0.001<0.05).
 - Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=27.37, T.A.=10.490 έναντι M.O.=8.73, T.A.=5.413, p-value<0.001<0.05).
 - Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=27.37, T.A.=10.490 έναντι M.O.=14.33, T.A.=7.547, p-value<0.001<0.05).
 - Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=14.33, T.A.=7.547 έναντι M.O.=5.48, T.A.=5.176, p-value<0.001<0.05).
 - Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=14.33, T.A.=7.547 έναντι M.O.=8.73, T.A.=5.413, p-value<0.001<0.05).
 - Η Προσωπική Ένταση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=14.33, T.A.=7.547 έναντι M.O.=27.37, T.A.=10.490, p-value<0.001<0.05).
- Για την Συνολική Επιβάρυνση:
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι

ώρες (M.O.=19.77, T.A.=10.805 έναντι M.O.=74.40, T.A.=28.201, p-value<0.001<0.05).

- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=19.77, T.A.=10.805 έναντι M.O.=39.91, T.A.=20.292, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=26.93, T.A.=14.429 έναντι M.O.=74.40, T.A.=28.201, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=26.93, T.A.=14.429 έναντι M.O.=39.91, T.A.=20.292, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=74.40, T.A.=28.201 έναντι M.O.=19.77, T.A.=10.805, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=74.40, T.A.=28.201 έναντι M.O.=26.93, T.A.=14.429, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες (M.O.=74.40, T.A.=28.201 έναντι M.O.=39.91, T.A.=20.292, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των

ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν κάτω από μία ώρα (M.O.=39.91, T.A.=20.292 έναντι M.O.=19.77, T.A.=10.805, p-value<0.001<0.05).

- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μία έως τρεις ώρες (M.O.=39.91, T.A.=20.292 έναντι M.O.=26.93, T.A.=14.429, p-value<0.001<0.05).
- Η Συνολική Επιβάρυνση φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες στην φροντίδα των ατόμων σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν τρεις έως έξι ώρες (M.O.=39.91, T.A.=20.292 έναντι M.O.=74.40, T.A.=28.201, p-value<0.001<0.05).

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Περιγραφικά Μέτρα και Αποτελέσματα Ελέγχου Kruskal-Wallis για τους Δείκτες Επιβάρυνσης. Σύγκριση σε σχέση με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην φροντίδα των ατόμων

Παράγοντες	Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Kruskal-Wallis H	p-value
Ένταση Ρόλου	Κάτω από μια ώρα	75	7.5600	2.70255	88.588	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	30	8.3667	4.85289		
	Τρεις έως έξι ώρες	30	22.1427	8.6534		
	Πάνω από έξι ώρες	105	10.1048	5.18490		
	Σύνολο	240	10.5792	6.06330		
Αποστέρηση Σχέσεων	Κάτω από μια ώρα	75	3.4800	1.85531	118.071	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	30	6.0667	2.97035		
	Τρεις έως έξι ώρες	30	16.662	6.9732		
	Πάνω από έξι ώρες	105	9.0286	5.17661		
	Σύνολο	240	7.7958	5.39758		
Διαχείριση Φροντίδας	Κάτω από μια ώρα	75	2.4133	1.02790	94.551	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	30	2.0333	1.62912		
	Τρεις έως έξι ώρες	30	6.1779	2.5312		
	Πάνω από έξι ώρες	105	4.1905	2.29169		
	Σύνολο	240	3.5917	2.13556		
Προσωπική Ένταση	Κάτω από μια ώρα	75	5.4800	5.17625	133.917	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	30	8.7333	5.41348		

	Τρεις έως έξι ώρες	30	27.3667	10.49013		
	Πάνω από έξι ώρες	105	14.3333	7.54686		
	Σύνολο	240	12.4958	9.11755		
Συνολική Επιβάρυνση	Κάτω από μια ώρα	75	19.7733	10.80487		
	Μία έως τρεις ώρες	30	26.9333	14.42922		
	Τρεις έως έξι ώρες	30	74.3952	28.2008	139.482	<.001
	Πάνω από έξι ώρες	105	39.9143	20.29215		
	Σύνολο	240	36.3042	22.91231		

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Αποτελέσματα Ελέγχου Bonferroni για τους Δείκτες Επιβάρυνσης. Σύγκριση σε σχέση με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην φροντίδα των ατόμων

Παράγοντες	(I) Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;	(J) Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;	Διαφορά Μέσων (I-J)	p-value
Ένταση Ρόλου	Κάτω από μια ώρα	Μία έως τρεις ώρες	-.80667	1.000
		Τρεις έως έξι ώρες	-14.58270	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-2.54476	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Κάτω από μια ώρα	.80667	1.000
		Τρεις έως έξι ώρες	-13.77600	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-1.73810	.258
	Τρεις έως έξι ώρες	Κάτω από μια ώρα	14.58270	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	13.77600	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	12.03790	<.001
	Πάνω από έξι ώρες	Κάτω από μια ώρα	2.54476	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	1.73810	.258
		Τρεις έως έξι ώρες	-12.03790	<.001
Αποστέρηση Σχέσεων	Κάτω από μια ώρα	Μία έως τρεις ώρες	-2.58667	.009
		Τρεις έως έξι ώρες	-13.18200	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-5.54857	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Κάτω από μια ώρα	2.58667	.009
		Τρεις έως έξι ώρες	-10.59530	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-2.96190	.001
	Τρεις έως έξι ώρες	Κάτω από μια ώρα	13.18200	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	10.59530	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	7.63340	<.001
	Πάνω από έξι ώρες	Κάτω από μια ώρα	5.54857	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	2.96190	.001
		Τρεις έως έξι ώρες	-7.63340	<.001
	Κάτω από μια ώρα	Μία έως τρεις ώρες	.38000	1.000

		Τρεις έως έξι ώρες	-3.76460	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-1.77714	<.001
Διαχείριση Φροντίδας	Μία έως τρεις ώρες	Κάτω από μια ώρα	-.38000	1.000
		Τρεις έως έξι ώρες	-4.14460	<.001
	Τρεις έως έξι ώρες	Πάνω από έξι ώρες	-2.15714	<.001
		Κάτω από μια ώρα	3.76460	<.001
	Πάνω από έξι ώρες	Μία έως τρεις ώρες	4.14460	<.001
		Τρεις έως έξι ώρες	1.98740	<.001
Προσωπική Ένταση	Κάτω από μια ώρα	Κάτω από μια ώρα	1.77714	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	2.15714	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Τρεις έως έξι ώρες	-1.98740	<.001
		Κάτω από μια ώρα	-3.25333	.085
	Μία έως τρεις ώρες	Τρεις έως έξι ώρες	-21.88670	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-8.85333	<.001
Συνολική Επιβάρυνση	Κάτω από μια ώρα	Κάτω από μια ώρα	3.25333	.085
		Τρεις έως έξι ώρες	-18.63340	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Πάνω από έξι ώρες	-5.60000	<.001
		Κάτω από μια ώρα	21.88670	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Μία έως τρεις ώρες	18.63340	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	13.03340	<.001
Συνολική Επιβάρυνση	Κάτω από μια ώρα	Κάτω από μια ώρα	8.85333	<.001
		Μία έως τρεις ώρες	5.60000	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Τρεις έως έξι ώρες	-13.03340	<.001
		Κάτω από μια ώρα	-7.16000	.209
	Μία έως τρεις ώρες	Τρεις έως έξι ώρες	-54.62190	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	-20.14095	<.001
Συνολική Επιβάρυνση	Κάτω από μια ώρα	Κάτω από μια ώρα	7.16000	.209
		Τρεις έως έξι ώρες	-47.46190	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Πάνω από έξι ώρες	-12.98095	<.001
		Κάτω από μια ώρα	54.62190	<.001
	Μία έως τρεις ώρες	Μία έως τρεις ώρες	47.46190	<.001
		Πάνω από έξι ώρες	34.45090	<.001
Πάνω από έξι ώρες	Κάτω από μια ώρα	20.14095	<.001	
	Μία έως τρεις ώρες	12.98095	<.001	
		Τρεις έως έξι ώρες	-34.45090	<.001

4.4. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis για 3 ανεξάρτητα δείγματα και των επιμέρους ελέγχων Bonferroni ανά ζεύγη, αναφορικά με τα σκορ των Δεικτών Γενικής

Υγείας συγκριτικά με τα διαφορετικά επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων που φροντίζουν οι φροντιστές (Πίνακας 32), προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για όλους τους επιμέρους και το συνολικό Δείκτη Γενικής Υγείας ($p\text{-value}<0.001<0.05$ για όλους τους ελέγχους). Πιο συγκεκριμένα, από τους ελέγχους Bonferroni (Πίνακας 33), προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

➤ Για τα Σωματικά Συμπτώματα:

- Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=16.16, T.A.=2.460 έναντι M.O.=21.03, T.A.=3.816, $p\text{-value}<0.001<0.05$).
- Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=16.64, T.A.=3.129 έναντι M.O.=21.03, T.A.=3.816, $p\text{-value}<0.001<0.05$).
- Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=21.03, T.A.=3.816 έναντι M.O.=16.16, T.A.=2.460, $p\text{-value}<0.001<0.05$).
- Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=21.03, T.A.=3.816 έναντι M.O.=16.64, T.A.=3.129, $p\text{-value}<0.001<0.05$).

➤ Για τα Ψυχικά Συμπτώματα:

- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν

(M.O.=14.94, T.A.=2.415 έναντι M.O.=23.52, T.A.=4.845, p-value<0.001<0.05).

- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=14.38, T.A.=1.850 έναντι M.O.=23.52, T.A.=4.845, p-value<0.001<0.05).
 - Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=23.52, T.A.=4.845 έναντι M.O.=14.94, T.A.=2.415, p-value<0.001<0.05).
 - Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=23.52, T.A.=4.845 έναντι M.O.=14.38, T.A.=1.850, p-value<0.001<0.05).
- Για την Κοινωνική Δυσλειτουργία:
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=15.10, T.A.=1.747 έναντι M.O.=16.24, T.A.=1.956, p-value=0.001<0.05).
 - Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=15.10, T.A.=1.747 έναντι M.O.=18.95, T.A.=1.517, p-value<0.001<0.05).
 - Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που

φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=16.24, T.A.=1.956 έναντι M.O.=15.10, T.A.=1.747, p-value=0.001<0.05).

- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=16.24, T.A.=1.956 έναντι M.O.=18.95, T.A.=1.517, p-value<0.001<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=18.95, T.A.=1.517 έναντι M.O.=15.10, T.A.=1.747, p-value<0.001<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=18.95, T.A.=1.517 έναντι M.O.=16.24, T.A.=1.956, p-value<0.001<0.05).

➤ Για την Κατάθλιψη:

- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=10.41, T.A.=1.578 έναντι M.O.=13.56, T.A.=4.784, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=10.41, T.A.=1.578 έναντι M.O.=19.75, T.A.=3.685, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία

μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=13.56, T.A.=4.784 έναντι M.O.=10.41, T.A.=1.578, p-value<0.001<0.05).

- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=13.56, T.A.=4.784 έναντι M.O.=19.75, T.A.=3.685, p-value<0.001<0.05).
 - Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=19.75, T.A.=3.685 έναντι M.O.=10.41, T.A.=1.578, p-value<0.001<0.05).
 - Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=19.75, T.A.=3.685 έναντι M.O.=13.56, T.A.=4.784, p-value<0.001<0.05).
- Για το Δείκτη Γενικής Υγείας:
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=56.62, T.A.=4.534 έναντι M.O.=60.82, T.A.=8.290, p-value=0.049<0.05).
 - Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=56.62, T.A.=4.534 έναντι M.O.=83.25, T.A.=13.431, p-value<0.001<0.05).
 - Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν

πλήρως (M.O.=60.82, T.A.=8.290 έναντι M.O.=56.62, T.A.=4.534, p-value=0.049<0.05).

- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (M.O.=60.82, T.A.=8.290 έναντι M.O.=83.25, T.A.=13.431, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (M.O.=83.25, T.A.=13.431 έναντι M.O.=56.62, T.A.=4.534, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε σύγκριση με τους φροντιστές που φροντίζουν άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν μερικά (M.O.=83.25, T.A.=13.431 έναντι M.O.=60.82, T.A.=8.290, p-value<0.001<0.05).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Περιγραφικά Μέτρα και Αποτελέσματα Ελέγχου Kruskal-Wallis για τους Δείκτες Γενικής Υγείας. Σύγκριση σε σχέση με τα διαφορετικά επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων που φροντίζουν οι φροντιστές

Παράγοντες	Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Kruskal-Wallis H	p-value
Σωματικά Συμπτώματα	Ναι, πλήρως	99	16.1616	2.45970	65.535	<.001
	Ναι, μερικά	45	16.6444	3.12908		
	Όχι	96	21.0313	3.81604		
	Σύνολο	240	18.2000	3.93296		
Ψυχικά Συμπτώματα	Ναι, πλήρως	99	14.9394	2.41517	129.489	<.001
	Ναι, μερικά	45	14.3778	1.84992		
	Όχι	96	23.5208	4.84492		
	Σύνολο	240	18.2667	5.55646		
Κοινωνική Δυσλειτουργία	Ναι, πλήρως	99	15.1010	1.74669	139.269	<.001
	Ναι, μερικά	45	16.2444	1.95583		

	Όχι	96	18.9479	1.51741		
	Σύνολο	240	16.8542	2.44427		
Κατάθλιψη	Ναι, πλήρως	99	10.4141	1.57797	129.907	<.001
	Ναι, μερικά	45	13.5556	4.78423		
	Όχι	96	19.7500	3.68496		
	Σύνολο	240	14.7375	5.36003		
Γενική Υγεία	Ναι, πλήρως	99	56.6162	4.53435	135.964	<.001
	Ναι, μερικά	45	60.8222	8.29030		
	Όχι	96	83.2500	13.43111		
	Σύνολο	240	68.0583	15.79811		

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Αποτελέσματα Ελέγχου Bonferroni για τους Δείκτες Γενικής Υγείας. Σύγκριση σε σχέση με τα διαφορετικά επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων που φροντίζουν οι φροντιστές

Παράγοντες	(I) Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	(J) Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	Διαφορά Μέσων (I-J)	p-value
Σωματικά Συμπτώματα	Ναι, πλήρως	Ναι, μερικά	-.48283	1.000
		Όχι	-4.86963	<.001
	Ναι, μερικά	Ναι, πλήρως	.48283	1.000
		Όχι	-4.38681	<.001
	Όχι	Ναι, πλήρως	4.86963	<.001
		Ναι, μερικά	4.38681	<.001
Ψυχικά Συμπτώματα	Ναι, πλήρως	Ναι, μερικά	.56162	1.000
		Όχι	-8.58144*	<.001
	Ναι, μερικά	Ναι, πλήρως	-.56162	1.000
		Όχι	-9.14306	<.001
	Όχι	Ναι, πλήρως	8.58144	<.001
		Ναι, μερικά	9.14306	<.001
Κοινωνική Δυσλειτουργία	Ναι, πλήρως	Ναι, μερικά	-1.14343	.001
		Όχι	-3.84691	<.001
	Ναι, μερικά	Ναι, πλήρως	1.14343	.001
		Όχι	-2.70347	<.001
	Όχι	Ναι, πλήρως	3.84691	<.001
		Ναι, μερικά	2.70347	<.001
Κατάθλιψη	Ναι, πλήρως	Ναι, μερικά	-3.14141	<.001
		Όχι	-9.33586	<.001
	Ναι, μερικά	Ναι, πλήρως	3.14141	<.001
		Όχι	-6.19444	<.001

	Όχι	Ναι, πλήρως	9.33586	<.001
		Ναι, μερικά	6.19444	<.001
	Ναι, πλήρως	Ναι, μερικά	-4.20606	.049
		Όχι	-26.63384	<.001
Γενική Υγεία	Ναι, μερικά	Ναι, πλήρως	4.20606	.049
		Όχι	-22.42778	<.001
	Όχι	Ναι, πλήρως	26.63384	<.001
		Ναι, μερικά	22.42778	<.001

4.4 Συγκρίσεις δεικτών γενικής υγείας ανάλογα με τις ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές για την αναψυχή και τις κοινωνικές συναναστροφές

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis για 4 ανεξάρτητα δείγματα και των επιμέρους ελέγχων Bonferroni ανά ζεύγη, αναφορικά με τα σκορ των Δεικτών Γενικής Υγείας συγκριτικά με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην αναψυχή τους και τις κοινωνικές συναναστροφές (Πίνακας 34), προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για όλους τους επιμέρους και το συνολικό Δείκτη Γενικής Υγείας ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$ για όλους τους ελέγχους). Πιο συγκεκριμένα, από τους ελέγχους Bonferroni (Πίνακας 35), προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Για τα Σωματικά Συμπτώματα:
 - Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=20.51, T.A.=3.094 έναντι M.O.=14.33, T.A.=0.867, $p\text{-value} < 0.001 < 0.05$).
 - Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=20.51, T.A.=3.094 έναντι M.O.=14.36, T.A.=2.161, $p\text{-value} < 0.001 < 0.05$).

- Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=20.51, T.A.=3.094 έναντι M.O.=14.53, T.A.=0.674, p-value<0.001<0.05).
 - Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=14.33, T.A.=0.867 έναντι M.O.=20.51, T.A.=3.094, p-value<0.001<0.05).
 - Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=14.36, T.A.=2.161 έναντι M.O.=20.51, T.A.=3.094, p-value<0.001<0.05).
 - Τα Σωματικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=14.53, T.A.=0.674 έναντι M.O.=20.51, T.A.=3.094, p-value<0.001<0.05).
- Για τα Ψυχικά Συμπτώματα:
- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές

(M.O.=21.09, T.A.=5.055 έναντι M.O.=13.58, T.A.=2.011, p-value<0.001<0.05).

- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=21.09, T.A.=5.055 έναντι M.O.=13.32, T.A.=2.533, p-value<0.001<0.05).
- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=21.09, T.A.=5.055 έναντι M.O.=14.57, T.A.=1.985, p-value<0.001<0.05).
- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=13.58, T.A.=2.011 έναντι M.O.=21.09, T.A.=5.055, p-value<0.001<0.05).
- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=13.32, T.A.=2.533 έναντι M.O.=21.09, T.A.=5.055, p-value<0.001<0.05).
- Τα Ψυχικά Συμπτώματα φαίνεται να είναι μικρότερα για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για

δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=14.57, T.A.=1.985 έναντι M.O.=21.09, T.A.=5.055, p-value<0.001<0.05).

➤ Για την Κοινωνική Δυσλειτουργία:

- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.51, T.A.=2.677 έναντι M.O.=16.30, T.A.=1.124, p-value=0.003<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.51, T.A.=2.677 έναντι M.O.=14.55, T.A.=1.654, p-value<0.001<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.51, T.A.=2.677 έναντι M.O.=15.15, T.A.=1.187, p-value=0.014<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=16.30, T.A.=1.124 έναντι M.O.=17.51, T.A.=2.677, p-value=0.003<0.05).
- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε

δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=16.30, T.A.=1.124 έναντι M.O.=14.55, T.A.=1.654, p-value=0.012<0.05).

- Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=M.O.=14.55, T.A.=1.654 έναντι M.O.=17.51, T.A.=2.677, p-value<0.001<0.05).
 - Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=M.O.=14.55, T.A.=1.654 έναντι M.O.=16.30, T.A.=1.124, p-value=0.012<0.05).
 - Η Κοινωνική Δυσλειτουργία φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=15.15, T.A.=1.187 έναντι M.O.=17.51, T.A.=2.677, p-value=0.014<0.05).
- Για την Κατάθλιψη:
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.34, T.A.=4.640 έναντι M.O.=10.93, T.A.=3.569, p-value<0.001<0.05).

- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.34, T.A.=4.640 έναντι M.O.=10.18, T.A.=2.039, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=17.34, T.A.=4.640 έναντι M.O.=7.15, T.A.=2.475, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=10.93, T.A.=3.569 έναντι M.O.=17.34, T.A.=4.640, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=10.18, T.A.=2.039 έναντι M.O.=17.34, T.A.=4.640, p-value<0.001<0.05).
- Η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι μικρότερη για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=7.15, T.A.=2.475 έναντι M.O.=17.34, T.A.=4.640, p-value<0.001<0.05).

➤ Για το Δείκτη Γενικής Υγείας:

- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=76.45, T.A.=13.995 έναντι M.O.=55.15, T.A.=4.294, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=76.45, T.A.=13.995 έναντι M.O.=52.45, T.A.=6.752, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος (χειρότερη υγεία) για τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=76.45, T.A.=13.995 έναντι M.O.=51.39, T.A.=4.887, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που αφιερώνουν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=55.15, T.A.=4.294 έναντι M.O.=76.45, T.A.=13.995, p-value<0.001<0.05).
- Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που αφιερώνουν μια έως τρεις ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές

συναναστροφές (M.O.=52.45, T.A.=6.752 έναντι M.O.=76.45, T.A.=13.995, p-value<0.001<0.05).

- ο Ο Δείκτης Γενικής Υγείας φαίνεται να είναι μικρότερος (καλύτερη υγεία) για τους φροντιστές που αφιερώνουν πάνω από έξι ώρες σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές σε σύγκριση με τους φροντιστές που δεν έχουν καθόλου ελεύθερο χρόνο την εβδομάδα για δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές (M.O.=51.39, T.A.=4.887 έναντι M.O.=76.45, T.A.=13.995, p-value<0.001<0.05).

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Περιγραφικά Μέτρα και Αποτελέσματα Ελέγχου Kruskal-Wallis για τους Δείκτες Γενικής Υγείας. Σύγκριση σε σχέση με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην αναψυχή τους και τις κοινωνικές συναναστροφές

Παράγοντες	Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Kruskal-Wallis H	p-value
Σωματικά Συμπτώματα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	20.5067	3.09361	149.479	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	14.3333	.86684		
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	14.3636	2.16125		
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	14.5257	0.6744		
	Σύνολο	240	18.2009	3.93296		
Ψυχικά Συμπτώματα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	21.0933	5.05453	121.886	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	13.5833	2.01092		
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	13.3182	2.53333		
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	14.5653	1.9854		
	Σύνολο	240	18.2855	5.55646		

Κοινωνική Δυσλειτουργία	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	17.5133	2.67661	49.423	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	16.3000	1.12446		
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	14.5455	1.65406		
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	15.1525	1.1865		
	Σύνολο	240	16.8592	2.44427		
Κατάθλιψη	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	17.3400	4.63982	101.305	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	10.9333	3.56949		
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	10.1818	2.03859		
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	7.1488	2.4752		
	Σύνολο	240	14.7425	5.36003		
Γενική Υγεία	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	150	76.4533	13.99465	136.194	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	60	55.1500	4.29357		
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	22	52.4091	6.75178		
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	8	51.3923	4.8871		
	Σύνολο	240	68.0881	15.79811		

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Αποτελέσματα Ελέγχου Bonferroni για τους Δείκτες Γενικής Υγείας. Σύγκριση σε σχέση με τις διαφορετικές ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην αναψυχή τους και τις κοινωνικές συναναστροφές

Παράγοντες	(I) Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;	(J) Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;	Διαφορά Μέσων (I-J)	p-value
Σωματικά Συμπτώματα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	6.17333	<.001

	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	6.14303	<.001	
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	5.98100	<.001	
Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-6.17333	<.001	
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	-.03030	1.000	
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	-.19240	1.000	
Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-6.14303	<.001	
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	.03030	1.000	
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	-.16210	1.000	
Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-5.98100	<.001	
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	.19240	1.000	
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	.16210	1.000	
Ψυχικά Συμπτώματα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	7.51000	<.001
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	7.77515	<.001
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	6.52800	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-7.51000	<.001
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	.26515	1.000
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	-.98200	1.000
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-7.77515	<.001
		Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-.26515	1.000
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	-1.24710	1.000
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-6.52800	<.001

		Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	.98200	1.000
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	1.24710	1.000
Κοινωνική Δυσλειτουργία	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	1.21333	.003
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	2.96788	<.001
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	2.36080	.014
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-1.21333	.003
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	1.75455	.012
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	1.14750	.761
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-2.96788	<.001
		Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-1.75455	.012
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	-.60700	1.000
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-2.36080	.014
		Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-1.14750	.761
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	.60700	1.000
Κατάθλιψη	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	6.40667	<.001
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	7.15818	<.001
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	10.19120	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-6.40667	<.001
		Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	.75152	1.000
		Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	3.78450	.074
Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	-7.15818	<.001	

	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-0.75152	1.000
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	3.03300	.384
Γενική Υγεία	Καθόλου, δεν έχω την εβδομάδα	-10.19120	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-3.78450	.074
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	-3.03300	.384
	Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	21.30333	<.001
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	24.04424	<.001
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	25.06100	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-21.30333	<.001
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	2.74091	1.000
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	3.75770	1.000
	Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	-24.04424	<.001
	Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-2.74091	1.000
	Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	1.01680	1.000
Καθόλου, δεν έχω την εβδομάδα	-25.06100	<.001	
Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	-3.75770	1.000	
Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	-1.01680	1.000	

Συζήτηση

Η παρούσα εργασία επιβεβαιώνει ικανο μέρος των ευρημάτων άλλων μελετών. Το κεφάλαιο της άτυπης φροντιδας και της επιβαρυνσης των ατόμων που την παρεχουν είναι πολύ μεγάλο και μελλοντικές μελετες θα διαφωτισουν περισσότερο τις πτυχες αυτου του κεφαλαιου. Επιβεβαιώνεται σε κάθε περίπτωση η ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών βάσει του ρόλου και του φορτιού της εργασίας τους.

Οι γυναικες αποτελουν το 70,9% των φροντιστων, συμφωνα με την παρουνσα ερευνη, και η ηλικια τους κυμαινεται μεταξυ των 45-65 ετη ποσοστο 51,5% είναι εγγαμοι με βασικο εισοδημα το μισθό τους (86,3%). Τέλος μολις το 36.9% είναι κατοχοι πτυχιου 3βαθμιας εκπαιδευσης. Τα ανωτερω στοιχεια είναι συμφωνα με προηγουμενες μελετες των Τριανταφύλλου Τ. Et al. (2006) και της Πετμετζίδου Μ. Et al., 2015.

Ο γυναικείος πληθυσμος κατέχει την πρωτη θεση σχετικα με την ενασχοληση στην άτυπη και μη αμοιβομενη εργασία, επιβεβαιώνοντας έτσι πρόηγουμενες ευρωπαϊκές έρευνες όπως αυτή της EUROFAM CARE (2006). Επιβεβαιωνονται οι μελέτες που παρουσιάζουν από κοινωνικο-δημογραφικής άποψης τόσο τις κόρες όσο και τις νύφες και τις συζύγους να σηκωνουν το βαρος και την ευθύνη αυτή, επαληθεύοντας τα ευρήματα των Dearden (2004), Aldridge(2008) και Bettio (2012).

Όσον αφορά τη ψυχολογική και σωματικη επιβάρυνση των φροντιστων τα αποτελέσματα της μελέτης, τα οποία καταδεικνύουν αυξητική τάση επιβάρυνσης ανάλογη των ωρών απασχόλησης με τον ασθενη. Με άλλα λόγια, επιβεβαιώνεται πως υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών συνδέονται με υψηλά επίπεδα στους δείκτες γενικής υγείας (δηλαδή χαμηλά επίπεδα υγείας).

Σε παλαιότερες ερευνες όπως των Parks and Novielli (2000) φαίνεται πως η κατάσταση υγείας των άτυπων φροντιστών βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν επωμιστει αναλογο ρόλο. Επίσης το ανοσοποιητικό σύστημα των φροντιστών, επηρεάζεται διότι ιογενείς ασθένειες προσβάλουν συχνότερα αυτές τις ομάδες και έχουν μεγαλύτερη διάρκεια. Εξετάζοντας σε συγκριση πάλι τι φανέρωσαν τα διαφορετικά δείγματα της ζωής των άτυπων φροντιστών, φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εξεταζόμενων φροντιστών παρουσίαζαν κλινική καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενδεικτική της υψηλής ψυχολογικής καταπόνησης.

Την καταθλιπτική συμπτωματολογία, είναι ίσως δυνατόν να την συνδέσουμε με την επίπονη και σκληρή εργασία η οποία δεν αναγνωρίζεται εμπράκτως (από το κράτος, οικονομικά, κ.ά.). Με βάση τη θεωρία των ρόλων του Biddle (1986), στην περίπτωση που υπάρχει υπερφόρτωση καθηκόντων για τα άτομα αυτά, τα οποία εκτός από την άτυπη φροντίδα των ασθενών χρειάζεται να φέρουν εις πέρας ρόλους οικογενειακούς, κοινωνικούς, επαγγελματικούς, Αυτό αποτελεί παράγοντα ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη κατω από τις συνθηκες περιορισμου λογω COVID-19, ο χρονος και το μέγεθος του δείγματος ήταν περιορισμένο. Το εύρος ζωνης σχετικα με το γεωγραφικό και διαπολιτισμικο πλαισιο ήταν περιορισμένο και η αναφορά των στοιχειων γινεται χωρίς να αγγίζει ένα πιο διευρυμένο διαπολιτισμικό, γεωγραφικό πλαίσιο. Όλα αυτά είναι ικανά να περιορίσουν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος που εξετάστηκε και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό των άτυπων φροντιστών.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της εργασίας δείχνουν πως η φροντίδα ενός χρόνιου πάσχοντα συνδέεται με την επιβάρυνση των φροντιστών, επηρεάζοντας κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους, τόσο ψυχικά, όσο και σωματικά. Φάνηκε επίσης, ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής είναι πολλαπλοί και ως εκ τούτου η επιβάρυνση των φροντιστών θα πρέπει να προσεγγιστεί μέσα από ένα πιο ευρύ κοινωνικό και κλινικό πλαίσιο. Στη παρούσα εργασία δεν ελέγχθηκε η κύρια νόσος και η συλλογή των στοιχείων έγινε υπό το φόβο και τους περιορισμούς της πανδημίας.

Όσο εξελίσσονται τα στάδια της χρόνιας νόσου, τόσο φροντιστής αναλαμβάνει όλο και περισσότερα καθήκοντα. Αυτό δυσκολεύει το έργο του και την ζωή του σε όλους τους τομείς. Οι συνέπειες που παρουσιάζονται στην ζωή του φροντιστή επηρεάζουν κάθε πτυχή της. Αυτές συγκεκριμένα αφορούν την σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή αλλά ακόμα και την επαγγελματική κατάσταση και τις κοινωνικές του σχέσεις.

Η υγεία είναι ένας ακόμη τομέας, ο οποίος παραμελείται από τον φροντιστή λόγω των πολλών υποχρεώσεών του. Οι φροντιστές αναφέρονται συχνά στην σωματική κόπωση που νιώθουν, παρόλα αυτά δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό που θα μπορούσε να τους βοηθήσει. Αυτό

οφείλεται στο ότι ο φροντιστής είναι υποχρεωμένος να σηκώνει βάρη καθημερινά λόγω της φροντίδας και νιώθει εγκλωβισμένος καθώς δεν έχει αρκετή υποστήριξη.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις που προκαλεί η πανδημία γίνεται φανερό πως οι φροντιστές καλούνται να είναι περισσότερο προσεκτικοί από τον υπόλοιπο πληθυσμό, καθώς είναι υπεύθυνοι για άτομα που πλήττονται ιδιαίτερα από τον ιό Covid-19 και είναι πιο ευαίσθητοι και σε άλλες ασθένειες. Η καθημερινότητά τους έχει αλλάξει σημαντικά με τον ερχομό της πανδημίας αφού έχουν διακόψει όλες τις περιττές επαφές και προσέχουν ιδιαίτερα ακόμα και μέσα στο σπίτι, περιορίζοντας τις επισκέψεις στον χώρο του ασθενή. Παρόλα αυτά, διατυπώθηκε και η άποψη πως ο εγκλεισμός λόγω της πανδημίας αποτελεί θετικό παράγοντα. Πλέον, ο εγκλεισμός δεν είναι κάτι που θυσιάζει ο φροντιστής λόγω του ρόλου του, αλλά προκύπτει από αναγκαιότητα για την ασφάλειά τους.

Οι φροντιστές κατά κύριο λόγο δεν γνώριζαν την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών που αφορούσαν την δική τους ή κάποια παρόμοια κατάσταση, ώστε να βοηθηθούν. Συμπεραίνουμε πως, η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή περιλαμβάνει μια σειρά από σημαντικές δυσκολίες και εμπόδια. Ο φροντιστής αναλαμβάνει ένα απαιτητικό φορτίο, το οποίο αλλάζει σημαντικά την ζωή του. Η απουσία υποστήριξης από το περιβάλλον του φροντιστή αλλά και από το κράτος, δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση που βιώνει. Ο φροντιστής θυσιάζει συνεχώς τις δικές του ανάγκες και αυτό αμβλύνει την διάσταση της επιβάρυνσης. Οι περισσότεροι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν τα καθήκοντα χωρίς καμία προετοιμασία, από θέμα γνώσεων και δεξιοτήτων. Πορεύονται με τις περιορισμένες γνώσεις που αποκομίζουν, μέσω της καθημερινής ενασχόλησης με τον φροντιστή. Τα υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης για τους φροντιστές, σε συνδυασμό με τις ελλιπείς δομές οικογενειακής, κοινωνικής, επιστημονικής στήριξης, υπερτονίζουν ότι η επανεξέταση και ο σχεδιασμός μιας εθνικής κοινωνικής πολιτικής, όσον αφορά τους χρόνιους πάσχοντες και τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές τους, είναι επιτακτική ανάγκη.

Προτάσεις

Οι κρατικές υπηρεσίες και δομές στο πλευρό του ασθενή και του φροντιστή του

Οι αδιαμφισβήτητες υπηρεσίες που παρεχει αυτή η κοινωνική αυτή ομάδα, δεν αναγνωρίζονται καθ' ιονδηποτε τροπο από την επισημη πολιτεια. αποτελεσμα αυτου του γεγονοτος είναι να βρίσκειται στο περιθώριο. δεν υπάρχει μεριμνα φροντιδας για τους

φροντιζοντες, ούτε αποσυμπιεσης αλλά άγχος κατάθλιψη και σωματική καταπόνηση. Είναι καιρός να αρχίσει να απασχολεί αυτό τόσο την επιστημονική κοινότητα όσο και το κράτος. Στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, όπου τη δεκαετή οικονομική κρίση διαδέχθηκε η κρίση της πανδημίας του covid 19, το ελληνικό κράτος πρόνοιας σε τέτοιου είδους ζητήματα είναι ανεπαρκές έως και ανύπαρκτο. Η ελληνική οικογενεια επωμίζεται ολο το βαρος της φροντιδας των χρονιων πασχόντων. Συνεπώς η πολιτεια θα μπορούσε το να παρέχει σε κάθε οικογένεια ή στον ίδιο τον ασθενη επιδόμα το οποίο να καλύπτει την κοστοβόρα δαπανη, και να αποτελει οικονομικη ανασα για τους φροντιστες οι οποίοι παραγουν εργο σκληρο και συχνα αορατο.

Επιτακτική αναγκη αποτελει η αναγνωριση, τήρηση και προστασια των δικαιωματον των άτυπων φροντιστων,όπως αυτά αναλύθηκαν σε προηγουμενο κεφάλαιο, η παροχη φροντίδας και θεραπευτικης συμβουλευτικης αλλα και η καταρτιση προγραμματων στηριξης για εργασια θα διευκολυνει τους ατυπους φροντιστες στον πολησημαντο ρολο τους.

Για την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών θεωρείται επιτακτική η λήψη μέτρων:

- **Παροχή πληροφόρησης** σχετικά με την προβλεπόμενη πορεία της νόσου τις πιθανές συνέπειες της όπως και τους φορείς από τους οποίους μπορεί να πάρει βοήθεια.
- **Υπηρεσίες** σύμφωνες με τις ανάγκες των ασθενών, και των φροντιστών τους από εκπαιδευμένο προσωπικό παροχής ειδικής φροντίδας με διευρυμένο ωράριο.
- **Προγράμματα στήριξης των φροντιστών:** συμβουλευτική, τρόποι απεμπλοκής των φροντιστών από τις ευθύνες τους για κάποιο διάστημα και να μπορούν να φροντίσουν και τον άτομο τους, προκειμένου να αποφευχθεί “η απώλεια εαυτού”
- **Οικονομική στήριξη στους άτυπους φροντιστές** που παρέχουν την φροντίδα ούτως ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλιση τους κατά τα Ευρωπαϊκά Πρότυπα.

Δείγμα πολιτισμού αποτελεί η φροντίδα στις επιβαρυμένες ομάδες και είναι σύμφυτη με το κοινωνικό κράτος δικαίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση βιβλιογραφία

- Aldridge Jo (2008) All work and no play? Understanding the needs of the children caring responsibilities.//DOI.ORG/10.1111/J.1099-0860.2007.00094.
- ABS (2014a). Caring in the community, Australia: summary of findings, 2012. ABS cat. no. 4436.0.Canberra: ABS.
- American Psychological Association. (2004) “Chronic Illness.”APAHelpCenter.org.
- Anderson G. (2010) chronic care: making the case for ongoing care. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson
- Braithwaite, V. (1992). *Care giving Burden*. Research on Aging, 14, 3-27.
- Bonatti MM, Friedman G, Castilho Ark, Viera Sr, Fialkow L. Characteristics of chronically critically ill patients: Comparing two definitions. Clinics (Sao Paulo) 2011, 66:701–704.
- Bettio F., Corsi M., D’Ippoliti C., Lyberaki A., Samek Lodovici M., Verashchagina A. The Impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies p.88-94 Avail:http://csdle.lex.unict.it/Archive/LW/Data%20reports%20and%20studies/Reports%20%20from%20Committee%20and%20Groups%20of%20Experts/20130118-110227_Crisis_report_Dec12pdf.pdf
- Biddle, B. (1986). Recent Developments in Role Theory. Annual Review of Sociology, 12, 1, 67-92.
- Chou, Y., Winnie, C. Y., Cheng-Hua, L., Nicole, H., Ying-Pei, S., & Hong-Jen, C. (2003). Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan’s experience. *Health Policy and Planning*, 18, 3, 316-329.
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*, 62(3), 340- 350.
- Coe R. (1970). Sociological medicine, McGraw-Hill, New York.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., & Cross, P.A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55(1), 72–76.

- Celik, G., Annagur, B.B., Yılmaz, M., Demir, T., & Kara, F. (2012). Are sleep and life quality of family caregivers affected as much as those of hemodialysis patients. *General Hospital Psychiatry*, 34(5), 518–524.
- Cella David, David S. Tulsky Quality of Life in Cancer: Definition, Purpose, and Method of Measurement Volume 11, 1993 – Issue 3 Pages 327-336 *Cancer Investigation* (2009)
- Czaja S., Lynn M. Martire, , Coon D., Kenneth M. Langa, “ Patient Suffering and Caregiver Compassion: New Opportunities for Research, Practice, and Policy” *The Gerontologist*, Volume 47, Issue 1, February 2007, Pages 4–13,
- Davidson E.J, Powers K, Hedayat M.K, Tieszen M, Kon A.A, Shepar E, Spuhler V, Todres D, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D, PharmD. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med*, 35, 2 .
- Di Matteo R, Martin L. Εισαγωγή στην ψυχολογία της Υγείας.(“Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: προσδοκίες ασθενών και η ...”). Αθήνα: Πεδίο; 2011
- Di Novi, C., Jacobs, R., & Migheli, M. (2013). *The quality of life of female informal caregivers: From Scandinavia to the Mediterranean Sea*. York: Centre for Health Economics, University of York. CHE research paper 84.
- Duggleby w., Hicks d., Nekolaichuk c., Holtslander l., Williams a., Chambers t. & Eby j. (2012) Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 68(6), 1211–1223.
- Eriksson, E., Wejåker, M., Danhard, A., Nilsson, A., & Kristofferzon, M. L. (2019). Living with a spouse with chronic illness—the challenge of balancing demands and resources. *BMC public health*, 19(1), 422
- European Core Health Indicators (ECHI) 2018
- Fram, David H., Ed. (2006) “Depression Caused by Chronic Illness.” WebMD.com. Posted on 12/01/2006
- Foundation; 2010. <http://www.rwjf.org/content/rwjf/en/research-publications/find-rwjf-research/2010/01/chronic-care.html>
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25, 483-496

- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 3, 253-9.
- Gourgoulianni The human rights of patients with chronic diseases and the practical applications of the law *Archives of Hellenic Medicine* 2017, 34(4):553–558.
- Glasdam, S., Timm, H., & Vittrup, R. (2010). Support Efforts for Caregivers of Chronically Ill Persons. *Clinical Nursing Research*, 19, 3, 233-265.2
- Gallo Joseph “Multimorbidity and Mental Health” Volume 25, ISSUE 5, P520-521, May 01, 2017
- GORDON J.GA MUNDSONA PETER J NORTONB G. RON NORTONC “BEYOND PAIN: “THE ROLE OF FEAR AND AVOIDANCE IN CHRONICITY” *CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW* Vol. 19, 1, Jan. 1999, P 97-119
- Joseph J. Gallo, M.D. Multimorbidity and Mental Health Volume 25, ISSUE 5, P520-521, May 01, 2017 Published:February 10, 2017 The American Geriatric Psychiatry.
- Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Country Documents 2019 Update (June 2019) Available: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip105_en.pdf
- Hoeing και Hamilton (1996)
- Health in the European Union- Facts and Figure (2018) <https://ec.europa.eu>
- Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Policy Briefs.
- OECD. (2013). *Health at a glance 2013. OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 257–266.
- Magnusson R. Rethinking global health challenges: Towards a ‘global compact’ for reducing the burden of chronic disease. *Public health*. 2009;123:265-274.)

- Minaire P. Disease, illness, and health: Theoretical models of the disablement process. *Bull World Health Organ* 1992, 70:373–379 S.
- Mestheneos, Triantafillou, Kountouka 2004). Mestheneos E., Triantafillou J., Kountouka (2004). EUROFAM CARE: National Report for Greece. *Sextant Group*
- Marks, N. R., Lambert, J. D., Jun, H., & Song, J. (2008). *Psychosocial moderators of the effects of transitioning into filial caregiving on mental and physical health. Research on Aging, 30, 358-389*
- Montgomery, R. J. V., Savundranayagam, M. Y., & Kosloski, K. (2011). A Dimensional Analysis of Caregiver Burden Among Spouses and Adult Children. *The Gerontologist, 51, 3, 321-331.*
- Mui Ada C., PhD Caring for Frail Elderly Parents: A Comparison of Adult Sons and Daughters *the Gerontologist, Volume 35, Issue 1, February 1995, Pages 86–93*
- O'Brien, G. (2000). Behavioural phenotypes. *Journal of the Royal Society of Medicine, 93, 12, 618-20.*
- Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician, 62, 12, 2613-22.*
- Pearlin, 1989). Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist, 30, 5, 583-594*
- PC (Productivity Commission) (2011a). Caring for older Australians: inquiry report no. 53. Canberra: PC.
- Peii Chen & Amanda L. Botticello Pages 369-378 | Published online: 05 Jan 2015 Topics in Stroke Rehabilitation Volume 20, 2013 - Issue 4: Interdisciplinary Stroke Rehabilitation Research
- Stein, C. (2009). *"I owe it to them": Understanding felt obligation toward parents in adulthood.* In K. Shifren (Ed.), (pp. 119-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., (2006). Perceived conflict in the couple and chronic illness management: Preliminary analyses from the Quebec Health Survey. (BMC family practice.)

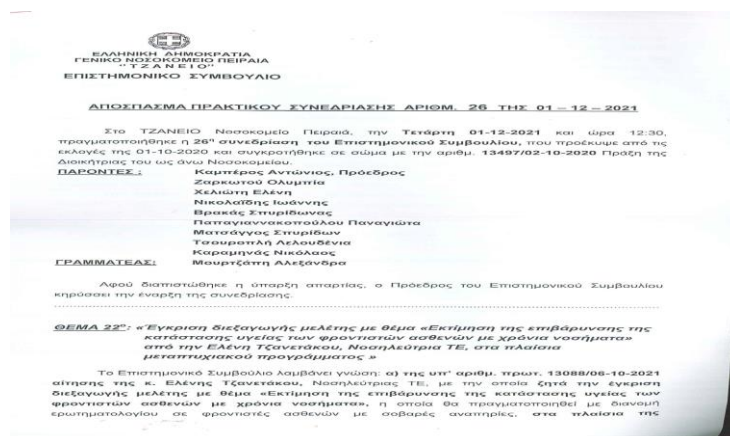
- Schulz R., Sherwood Paula “PHYSICAL AND MENTAL HEALTH EFFECTS OF FAMILY CAREGIVING” Journal of Social Work Education Vol.44, 2008 – P: 105-113
- Schulz R., Hebert R., Dew A.M., Brown S., Scheier M., Scott R. Beach,
- Yates, M. (1999). Urinary Tract Infection in the Elderly. The Australian Journal of Hospital Pharmacy, 29, 3, 166-170
- Yeandle S., Bennett C., Buckner L., Fry G., Price C. (2007) University of Leeds; Leeds: 2007. Managing Caring and Employment Carers
- Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutselis, M. (1987). Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 3, 225-32.
- Zacharopoulou G. V. Zacharopoulou, A.Lazakidou Quality of Life for Caregivers of Elderly Patients with Dementia and Measurement Tools: A Review *International Journal Of Health Research and Innovation*, vol.3, no. 1, 2015, 49-64
- <https://www.who.int> (2021)(Mathers and Loncar 2005 Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results
- World Health Organization. 2005. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global Reports. Geneva: WHO
- (Economic et al., 2016).
- WHO, Regional Office for Europe, 2018

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αιτίες θανατου στην Ελλάδα 2018 <https://www.statistics.gr/documents/20181/>
- Γιαβασοπουλος Ε, Γουρνη Π. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια 2008 Τόμος 7 *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*
- Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων. <https://www.statistics.gr/documents/20181/41b576eb-944c-ffaa-276a-309fd85d4871>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή <http://www.statistics.gr/> (2019)

- Κυρίτση, Ε. (1999β) 'Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς με Διαταραχή Εικόνας Σώματος και Αυτοϊδέας'. Νοσηλευτική, 38 (2):151 - 155.
- Κυρίτση-Κουκουλάρη, Ελένη 1996 Αντίληψη της εικόνας εαυτου των Παιδιών με καρκίνο σε σχέση με τις αλλαγές της εικόνας του σώματος. ΕΚΤ Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών σελ. 49-52
- Κυρίτση, Ε. (1999α) 'Διαταραχή της Ιδεατής Εικόνας του Σώματος'. Νοσηλευτική, 38(3):238-243.
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 254-266.
- Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία Αθήνα 2000
- Καρκανιάς, (2010). www.encephalos.gr. Η δυναμική της οικογένειας με ένα μέλος της σοβαρά άρρωστο. *Εγκέφαλος 2010*, 47(2):83-89.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



διπλωματικής της εργασίας για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κ. Δήμητρας Λατσού, β) του πρωτοκόλλου έρευνας της διπλωματικής εργασίας, γ) της σύμφωνης γνώμης της Επιτροπής Έρευνας, δ) του γεγονότος ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και ε) του ότι η μελέτη θα γίνει σύμφωνα με τις διακηρύξεις του Helsinki και θα υποκειται στις διατάξεις που επιβάλλει η Ελληνική Νομοθεσία

και μετά από διαλογική συζήτηση, το Επιστημονικό Συμβούλιο

Αποφασίζει

Την έγκριση διεξαγωγής μελέτης με θέμα «Εκτίμηση της επιβάρυνσης της κατάστασης υγείας των φροντιστών ασθενών με χρόνια νοσήματα», η οποία θα πραγματοποιηθεί με διανομή ερωτηματολογίου σε φροντιστές ασθενών με σοβαρές αναπηρίες, στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κ. Δήμητρας Λατσού,

Την έγκριση του πρωτοκόλλου της μελέτης και του ερωτηματολογίου, η οποία θα διεξαχθεί χωρίς οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και υπό την προϋπόθεση της τήρησης των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ ΚΑΜΠΕΡΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

α/α

ΜΟΥΡΤΖΑΠΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

*Αγαπητέ κύριε, αγαπητή κυρία,
απευθύνω το παρόν ερωτηματολόγιο σε σας στο πλαίσιο της Διπλωματικής μου στο
τμήμα «Διοίκηση μονάδων υγείας και πρόνοιας» στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής με
θέμα : «Εκτίμηση της επιβάρυνσης της κατάστασης υγείας των φροντιστών ασθενών με
χρόνια νοσήματα»*

*Θα δείτε στις σελίδες που ακολουθούν ότι ζητούνται πληροφορίες σχετικές με εσάς, την
οικογένειά σας, τις συνήθειές σας, το άτομο που φροντίζετε και την επιβάρυνση που τυχόν
προκαλεί η φροντίδα αυτή σε σας και την οικογένειά σας. Το ερωτηματολόγιο είναι
ανώνυμο και οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν με κάθε
εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια.*

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας και τη βοήθειά σας.

Τζανετάκου Ελένη

**Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις βάζοντας ένα X στο αντίστοιχο
κουτάκι.**

1. Ποιό είναι το φύλο σας;	
Άνδρας	<input type="radio"/> 1
Γυναίκα	<input type="radio"/> 2
2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;	
Έως 25 ετών	<input type="radio"/> 1
26 έως 35 ετών	<input type="radio"/> 2
36 έως 45 ετών	<input type="radio"/> 3
46 έως 55 ετών	<input type="radio"/> 4
56 έως 65 ετών	<input type="radio"/> 5
Άνω των 65 ετών	<input type="radio"/> 6
3. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	
Έγγαμος /-η	<input type="radio"/> 1
Διαζευγμένος /-η – Σε διάσταση	<input type="radio"/> 2
Χήρος /-α	<input type="radio"/> 3
Μόνος /-η	<input type="radio"/> 4
Άλλο	<input type="radio"/> 5
4. Ποιός είναι ο τόπος διαμονής σας;	
Μεγάλη πόλη	<input type="radio"/> 1
Επαρχιακή πόλη	<input type="radio"/> 2
Χωριό	<input type="radio"/> 3
Άλλο	<input type="radio"/> 4

5. Ποιό είναι το επίπεδο σπουδών σας;	
Απόφοιτος Δημοτικού	Ο 1
Απόφοιτος Γυμνασίου	Ο 2
Απόφοιτος Λυκείου	Ο 3
Πτυχιούχος ΤΕΙ	Ο 4
Πτυχιούχος ΑΕΙ	Ο 5
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	Ο 6
Κάτοχος Διδακτορικής Διατριβής	Ο 7
Άλλο	Ο 8
6. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το επάγγελμά σας;	
Δημόσιος Υπάλληλος	Ο 1
Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ο 2
Ελεύθερος Επαγγελματίας	Ο 3
Οικιακά	Ο 4
Συνταξιούχος	Ο 5
Φοιτητής	Ο 6
Άνεργος	Ο 7
Άλλο	Ο 8
7. Είστε ασφαλισμένος/-η; Αν ναι, πού;	
Ναι, έχω κρατική ασφάλεια	Ο 1
Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλεια	Ο 2
Ναι, έχω κρατική και ιδιωτική ασφάλεια	Ο 3
Όχι	Ο 0
Δεν απαντώ	Ο 4
8. Ποιό είναι το κύριο εισόδημά σας;	
Μισθός	Ο 1
Σύνταξη	Ο 2
Κοινωνικά βοηθήματα (προνοιακά επιδόματα κ.α.)	Ο 3
Λοιπά εισοδήματα	Ο 4
Άλλο	Ο 5
9. Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο (οικογενειακό) εισόδημά σας;	
Μέχρι 500 ευρώ	Ο 1
501 – 1000 ευρώ	Ο 2
1001 – 1500 ευρώ	Ο 3
1501 – 2000 ευρώ	Ο 4
2001 – 2500 ευρώ	Ο 5
2501 ευρώ και άνω	Ο 6

Δεν απαντώ	Ο 7				
10. Τα εισοδήματά σας επαρκούν για να περάσετε τον μήνα;					
Ναι, με άνεση	Ο 1				
Ναι, με δυσκολία	Ο 2				
Όχι	Ο 0				
11. Έχετε παιδιά; Αν ναι, πόσα;					
Όχι	Ο 0				
1	Ο 1				
2	Ο 2				
3	Ο 3				
Περισσότερα από τρία	Ο 4				
12. Πόσο χρόνο αφιερώνετε στον εαυτό σας, σε δραστηριότητες αναψυχής (γυμναστική, διασκέδαση, ψυχαγωγία κτλ.) και κοινωνικές συναναστροφές την εβδομάδα;					
Καθόλου, δεν έχω ελεύθερο χρόνο	Ο 1				
Λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα	Ο 2				
Μια έως τρεις ώρες την εβδομάδα	Ο 3				
Τρεις έως έξι ώρες την εβδομάδα	Ο 4				
Πάνω από έξι ώρες την εβδομάδα	Ο 5				
13. Χρειάζεται κάποιο από τα άλλα μέλη του νοικοκυριού σας (εκτός από το άτομο που φροντίζετε) βοήθεια από εσάς σε οποιονδήποτε τομέα;					
Το νοικοκυριό μου αποτελείται μόνο από εμένα	Ο 1				
Ναι, για λιγότερο από μια ώρα την ημέρα	Ο 2				
Ναι, για μία έως τρεις ώρες την ημέρα	Ο 3				
Ναι, για πάνω από τρεις ώρες την ημέρα	Ο 4				
Όχι	Ο 0				
14. Μένετε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;					
Ναι	Ο 1				
Όχι	Ο 0				
15. Η κατοικία σας είναι ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη και ποιους χώρους περιλαμβάνει (σημειώστε με X τους χώρους που διαθέτει η κατοικία σας);					
Ιδιόκτητη	Ο 1	Ενοικιαζόμενη	Ο 2	Άλλο	Ο 3
Κουζίνα	Ο 1	0			
Καθιστικό	Ο 1	0			
Μπάνιο	Ο 1	0			
Έως 2 Υπνοδωμάτια	Ο 1	0			
3 ή περισσότερα υπνοδωμάτια	Ο 1	0			
Βοηθητικούς χώρους (αποθήκη/γραφείο κ.α.)	Ο 1	0			
Εξωτερικούς χώρους (βεράντα/κήπο κ.α.)	Ο 1	0			

16. Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται 24ωρη βοήθεια;	
Ναι	Ο 1
Όχι	Ο 0
17. Το άτομο που φροντίζετε μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	
Ναι, πλήρως	Ο 1
Ναι, μερικά	Ο 2
Όχι	Ο 0
18. Το άτομο που φροντίζετε χρειάζεται κάποιου είδους τακτική θεραπεία εκτός χώρου διαμονής;	
Ναι, αλλά πηγαίνει μόνο του	Ο 1
Ναι, το συνοδεύω εγώ	Ο 2
Ναι, το συνοδεύει άλλος	Ο 3
Ναι, το μεταφέρει ασθενοφόρο (ΕΚΑΒ, κλινικής, γηροκομείου)	Ο 4
Όχι	Ο 0
19. Πόσες ώρες ημερησίως αφιερώνετε στο άτομο που φροντίζετε;	
Κάτω από μια ώρα	Ο 1
Μία έως τρεις ώρες	Ο 2
Τρεις έως έξι ώρες	Ο 3
Πάνω από έξι ώρες	Ο 4
20. Το άτομο που φροντίζετε είναι ανεξάρτητο οικονομικά;	
Ναι, πλήρως	Ο 1
Ναι, μερικά	Ο 2
Όχι	Ο 0
Δεν απαντώ	Ο 3

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις που ακολουθούν, βάζοντας απλά σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.

Προσέξτε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

21 Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	
Καλύτερα από ότι συνήθως	Ο 0
Το ίδιο όπως συνήθως	Ο 1
Χειρότερα από ότι συνήθως	Ο 2
Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως	Ο 3
22 Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	
Καθόλου	Ο 0

Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 1
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 2
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 3
23 Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
24 Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	
Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
26 Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
27 Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
28 Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
29 Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
30 Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/> 0

31 Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
32 Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
33 Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
34 Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
35 Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:	
36 Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	
Περισσότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Το ίδιο όπως συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον λιγότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
37 Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	
Γρηγορότερα από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Το ίδιο όπως συνήθως	<input type="radio"/>
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	<input type="radio"/>
38 Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	
Καλύτερα από ότι συνήθως	<input type="radio"/>

Περίπου το ίδιο	<input type="radio"/>
Χειρότερα από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ χειρότερα	<input type="radio"/>
39 Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	
Περισσότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	<input type="radio"/>
Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η	<input type="radio"/>
40 Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	
Περισσότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Το ίδιο όσο συνήθως	<input type="radio"/>
Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ λιγότερο χρήσιμο	<input type="radio"/>
41 Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	
Περισσότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Το ίδιο όσο συνήθως	<input type="radio"/>
Λιγότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ λιγότερο ικανός/η	<input type="radio"/>
42 Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	
Περισσότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Το ίδιο όσο συνήθως	<input type="radio"/>
Λιγότερο από ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
43 Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
44 Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
45 Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>

Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
46 Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	
Σίγουρα όχι	<input type="radio"/>
Δεν νομίζω	<input type="radio"/>
Πέρασε από το μυαλό μου	<input type="radio"/>
Σίγουρα μου έχει περάσει	<input type="radio"/>
47 Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
48 Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	
Καθόλου	<input type="radio"/>
Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	<input type="radio"/>
49 Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	
Καθόλου	<input type="radio"/> 0
Δεν νομίζω	<input type="radio"/> 1
Πέρασε από το μυαλό μου	<input type="radio"/> 2
Σίγουρα ναι	<input type="radio"/> 3
<i>Στις ερωτήσεις που ακολουθούν, παρακαλείστε να βάλετε σε κύκλο έναν αριθμό στην κλίμακα από το 0 έως το 4 με βάση την παρακάτω κλίμακα. Παρακαλώ δώστε μια απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.</i>	
0 : Ποτέ	
1 : Σπάνια	
2 : Μερικές Φορές	
3 : Σχετικά Συχνά	
4 : Σχεδόν Πάντα	
50. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' όση χρειάζεται;	
0 1 2 3 4	
51. Αισθάνεστε ότι λόγω του χρόνου που ξοδεύετε για τον /τη συγγενή σας δεν έχετε αρκετό χρόνο να διαθέσετε για τον εαυτό σας;	
0 1 2 3 4	
52. Αισθάνεστε στρεσαρισμένος /η μεταξύ των ευθυνών σας στη φροντίδα του /της	

συγγενούς σας και της προσπάθειας να ανταποκριθείτε στις άλλες ευθύνες για την οικογένεια ή την εργασία σας;
0 1 2 3 4
53. Αισθάνεστε ντροπή με την συμπεριφορά του /της συγγενούς σας;
0 1 2 3 4
54 . Αισθάνεστε θυμωμένος /η όταν είστε μαζί με τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
55. Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας επηρεάζει αρνητικά αυτή την εποχή τη σχέση σας με άλλα μέλη της οικογένειάς σας;
0 1 2 3 4
56 . Φοβάστε για το τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
57. Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας εξαρτάται από εσάς;
0 1 2 3 4
58. Αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε ένταση όταν είστε μαζί με τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
59. Αισθάνεστε ότι η υγεία σας έχει επιβαρυνθεί από την ενασχόλησή σας με τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
60. Αισθάνεστε ότι δεν έχετε τόση ιδιωτική ζωή όση θα θέλατε λόγω του /της συγγενή σας;
0 1 2 3 4
61. Αισθάνεστε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει διαταραχθεί λόγω της φροντίδας του /της συγγενή σας;
0 1 2 3 4
62. Αισθάνεστε άβολα όταν είστε με τους φίλους σας εξαιτίας του /της συγγενή σας;
0 1 2 3 4
63. Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας φαίνεται να περιμένει να τον /την φροντίσετε σαν να είστε ο μοναδικός άνθρωπος στον οποίο θα μπορούσε να βασισθεί;
0 1 2 3 4
64. Αισθάνεστε ότι δεν έχετε αρκετά χρήματα για την φροντίδα του /της συγγενή σας επιπλέον των λοιπών σας εξόδων;
0 1 2 3 4
65. Αισθάνεστε ότι δεν θα είστε ικανός /η να φροντίζετε τον /τη συγγενή σας για αρκετό χρονικό διάστημα ακόμα;
0 1 2 3 4
66. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της ζωής σας από τότε που αρρώστησε ο /η συγγενής σας;
0 1 2 3 4
67. Θα ευχόσασταν να μπορούσατε να αφήνατε την φροντίδα του /της συγγενή σας σε κάποιον άλλον;

0 1 2 3 4
68. Αισθάνεστε αβέβαιοι σχετικά με το τι να κάνετε με τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
69. Αισθάνεστε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
70. Αισθάνεστε ότι θα μπορούσατε να φροντίζετε καλύτερα τον /τη συγγενή σας;
0 1 2 3 4
71. Συνολικά, πόσο επιβαρυνμένος /η αισθάνεστε με τη φροντίδα του /της συγγενή σας;
0 1 2 3 4