

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ
ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ
ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ:

Λεωνίδα Μαρίνα

Στυλιανού Γεωργία

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κα Παττακού- Παρασύρη Βασιλική

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|------------------|-------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | σελ.4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | σελ.5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | σελ.6 |

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η άνοια

| | |
|--|--------|
| 1.1. Ορισμός άνοιας και κλινικά χαρακτηριστικά..... | σελ.7 |
| 1.2. Κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας και επιδημιολογία..... | σελ.9 |
| 1.3. Διάγνωση..... | σελ.10 |
| 1.4. Μορφές άνοιας..... | σελ.11 |
| 1.4.1. Άνοια τύπου Alzheimer..... | σελ.11 |
| 1.4.2. Αγγειακή άνοια ή Πολυεμφρακτική άνοια..... | σελ.13 |
| 1.4.3 Άνοια με σωματία Lewy..... | σελ.14 |
| 1.4.4. Μετωποκροταφική Άνοια..... | σελ.15 |
| 1.4.5 Άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις..... | σελ.15 |
| 1.4.6 Άνοια προκαλούμενη από ουσίες..... | σελ.17 |
| 1.5. Αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες άνοιες..... | σελ.17 |
| 1.6. Φαρμακευτικές και Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες για την Άνοια..... | σελ.17 |
| 1. 6. 1 Φαρμακευτικές Θεραπείες..... | σελ.17 |
| 1. 6. 2. Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες..... | σελ.18 |
| 1.7 Σεξουαλικότητα στην προχωρημένη ηλικία με αναφορές στην Άνοια..... | σελ.19 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Οι περιθάλποντες των ατόμων με άνοια

| | |
|---|--------|
| 2.1. Το φορτίο των φροντιστών των ατόμων με άνοια..... | σελ.21 |
| 2.2. Τα συναισθήματα των περιθαλπόντων των ατόμων με άνοια..... | σελ.23 |
| 2.2.1. Άγχος..... | σελ.25 |
| 2.2.2. Αντιδράσεις θυμού – ενοχής, θλίψης, παραίτησης..... | σελ.26 |
| 2.2.3. Κατάθλιψη..... | σελ.27 |
| 2.2.4. Συναισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας..... | σελ.28 |
| 2.3. Η επιβάρυνση των φροντιστών..... | σελ.28 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Ο Ρόλος της κοινωνικής εργασίας..... | σελ.30 |
|--------------------------------------|--------|

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μεθοδολογία έρευνας

| | |
|---|--------|
| 4.1. Βασικός προβληματισμός επιλογής έρευνας..... | σελ.32 |
| 4.2. Σκοπός της μελέτης..... | σελ.32 |
| 4.3. Μεθοδολογία Έρευνας..... | σελ.33 |
| 4.4. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία | σελ.35 |
| 4.5. Υποθέσεις εργασίας..... | σελ.36 |
| 4.6. Δυσκολίες..... | σελ.37 |
| Αποτελέσματα..... | σελ.38 |
| Συμπεράσματα..... | σελ.80 |
| Συζήτηση..... | σελ.83 |
| Βιβλιογραφία..... | σελ.87 |
| Παράρτημα..... | σελ.90 |

Ευχαριστίες:

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από βάθη καρδιάς όλους εκείνους που με βοήθησαν στην πραγματοποίηση της πτυχιακής εργασίας μας γιατί χωρίς την συνεργασία και την υποστήριξη, αυτή η μελέτη δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Καταρχήν την Κα Βασιλική Παττακού- Παρασύρη, υπεύθυνη καθηγήτρια , επιβλέποντα της πτυχιακής μας εργασίας. Την ευχαριστούμε για την προθυμία να συνεργαστεί μαζί μας για την κατανόηση και την καθοδήγηση όποτε χρειαζόμασταν τις επιστημονικές της γνώσεις αλλά και τις συμβουλές της.

Δεν θα παραλείπαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας και τους φίλους μας που με δεκτικότητα, υπομονή και κατανόηση κάθε φορά που χρειαζόμασταν την βοήθεια τους ήταν πάντα κοντά μας να μας υποστηρίξουν με κάθε τρόπο. Η βοήθεια τους ήταν πράγματι πολύτιμη. Τους ευχαριστούμε από βάθη καρδιάς.

Και τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους αυτούς τους φροντιστές που μας έδειξαν εμπιστοσύνη και μοιράστηκαν μαζί μας τα προβλήματα τις ανάγκες τους και τον ψυχικό τους πόνο. Τους ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη βοήθεια που μας πρόσφεραν.

Περίληψη:

Εισαγωγή: Η άνοια, ταλανίζει το 10% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και σχεδόν το 50% τα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών. (Καλαϊτζή, Β.,2005). Η άνοια είναι η προοδευτική έκπτωση των γνωστικών, λειτουργικών και κοινωνικών ικανοτήτων του ηλικιωμένου ανθρώπου. Η διάγνωση της άνοιας μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο τον ασθενή με άνοια, αλλά και την οικογένεια του και κυρίως το άτομο που αναλαμβάνει την κύρια ευθύνη της φροντίδας του. Έτσι ο φροντιστής μέσα στα δύσκολα συναισθήματα που επιφέρει η διάγνωση της άνοιας αναλαμβάνει και το φορτίο της παροχής φροντίδας στο ασθενές άτομο.

Μεθοδολογία: Η ερευνητική μας διαδικασία η οποία έγινε σε δύο φάσεις είχε ως σκοπό να εξακριβωθεί ο βαθμός επιβάρυνσης, άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 100 φροντιστών ατόμων με άνοια, που δεν είχαν καμία συμβουλευτική στήριξη.

Εργαλεία: Μετρήθηκαν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις των φροντιστών με την κλίμακα «Dysfunctional Attitude Scale», τα προβλήματα γενικής υγείας με την κλίμακα «General Health Questionnaire», η τάση για κατάθλιψη με την κλίμακα «Beck Depression Inventory», ο βαθμός επιβάρυνσης με το ερωτηματολόγιο Zarit & Zarit Burden Interview», και το κοινωνικό δίκτυο των φροντιστών με το ερωτηματολόγιο «Lubben». Με την πάροδο 6 μηνών η έρευνα επαναλήφθηκε στο ίδιο δείγμα, που συνέχιζε να μην έχει κάποια συμβουλευτική στήριξη.

Αποτελέσματα: Συγκρίνοντας τα πιο πάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι τα πιο σημαντικά αποτελέσματα αφορούν την επιβάρυνση των φροντιστών (Zarit & Zarit,) την κατάθλιψη, (BDI), και το άγχος (Beck Anxiety Interview)

Συμπέρασμα: Επομένως, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα, ότι είναι αναμενόμενο, όλη αυτή η πίεση να εμπλέκει κάποια διαταραχή της ψυχοκοινωνικής και βιολογικής ισορροπίας του φροντιστή. Η αύξηση της επιδείνωσης της κατάστασης του φροντιστή είναι απόρροια της μη ύπαρξης συμβουλευτικής στήριξης των φροντιστών των ατόμων με άνοια.

Σε μία ασθένεια όπως είναι η άνοια, θύματα δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους και έχουν και αυτοί άμεση ανάγκη για ψυχολογική στήριξη και βοήθεια.

Εισαγωγή:

Οι φροντιστές των ατόμων με άνοια στην Κύπρο

Πολύ συχνά τα μέλη των οικογενειών που φροντίζουν ένα αγαπημένο τους άτομο που πάσχει από άνοια, αισθάνονται μεγάλη ψυχική επιβάρυνση. Για να μπορέσουν όμως να αντιμετωπίσουν με πιο κατάλληλο τρόπο τις νέες καταστάσεις, χρειάζονται δύο εφόδια: τις κατάλληλες γνώσεις για να φροντίσουν τον συγγενή τους και υποστήριξη για να φροντίσουν την δική τους υγεία. Δυστυχώς οι περιθάλποντες των ατόμων από άνοια δέν έχουν καμία καθοδήγηση και υποστήριξη. Στην Κύπρο τη δεδομένη στιγμή δεν υπάρχει καμία έρευνα που να διερευνά τις συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια. Το πιο σίγουρο όμως είναι πως επικρατεί η αντίληψη πως η φροντίδα είναι ένα αναπόφευκτο γνώρισμα της οικογενειακής ζωής και είναι ένα καθήκον της οικογένειας. (Τριανταφύλλου, Τζ., κ.α., 1993). Και αυτό είναι αφομοιωμένο στην κουλτούρα της Κύπρου και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά λόγω και του έντονου θρησκευτικού στοιχείου που υπάρχει.

Αυτό δεν είναι δύσκολο να το διαπιστώσουμε στην Κυπριακή κοινωνία, μελετώντας τις οικογένειες που κρατούν κοντά τους, τους ηλικιωμένους συγγενείς τους, είτε φροντίζοντας τους οι ίδιοι είτε προσλαμβάνοντας κάποιο αλλοδαπό άτομο τις περισσότερες φορές μη ικανό να τους φροντίζει αυτό έχοντας την εποπτεία του. Στη συνέχεια αρκετές είναι οι οικογένειες που για διάφορους λόγους παίρνουν την απόφαση να μετακινήσουν τον συγγενή τους σε γηροκομείο για μεγαλύτερη δική τους ευκολία αλλά και του ίδιου του ατόμου. Αυτό μερικές φορές μπορεί να είναι καλό και σε άλλες περιπτώσεις απλά να επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενή. Δυστυχώς στην Κύπρο είναι ελάχιστα τα γηροκομεία που οι ιδιοκτήτες ή το προσωπικό γνωρίζουν πώς να χειριστούν ένα ανοϊκό άτομο ούτως ώστε να μην μείνει στάσιμο ή να επιδεινωθεί. Αυτοί οι προβληματισμοί και οι σκέψεις μας έδωσαν το κίνητρο να διερευνήσουμε το συγκεκριμένο θέμα των φροντιστών των ανοϊκών ασθενών στην Κύπρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΟΙΑ

1.1. Ορισμός άνοιας και κλινικά χαρακτηριστικά.

Η "άνοια" αναφέρεται σ' ένα εύρος συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Ο εκφυλισμός των κυττάρων του εγκεφάλου είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο.

Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται παγκόσμια για την νοητική εξασθένηση που αντιστοιχεί σε πτώση από τα προηγούμενα επίπεδα της λειτουργίας, και συνδέεται με ανεπάρκεια σε λειτουργικές ικανότητες και σε πολλές περιπτώσεις διαταραχή της συμπεριφοράς και ψυχιατρικές διαταραχές. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι πρόκειται για ένα από τα βασικά ζητήματα της δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζει η κοινωνία. (Gould et all, 2007)

Με τον όρο άνοια αναφερόμαστε στην προοδευτική έκπτωση των γνωστικών εγκεφαλικών λειτουργιών όπως είναι η μνήμη, η κρίση, ο προσανατολισμός, η αφαιρετική ικανότητα, η ικανότητα σχεδιασμού ενεργειών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς και η οποία οδηγεί μακροπρόθεσμα στην ανάγκη για φροντίδα από τρίτους. Η άνοια χαρακτηρίζει κατ' εξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων κοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και ευρύτερα το κοινωνικό σύνολο. Υπάρχουν διάφορες αιτίες άνοιας, κάποιες από τις οποίες είναι αναστρέψιμες σε ορισμένες περιπτώσεις. (Kuljis, R. , 2005)

Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν μια σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί, που δεν διορθώνεται. Η εγκεφαλική βλάβη προσβάλλει τη νοητική λειτουργία του ατόμου (μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, γλώσσα, σκέψη κ.λπ.) και αυτό, με τη σειρά του, έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά. Η άνοια, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στους εκφυλιστικούς τύπους της νόσου. Αναφέρεται σ' ένα σύνδρομο που δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων οδηγεί στο θάνατο. (Robinson, R., 2001)

Διανόηση, μνήμη, γνωσία, ευπραξία, λόγος, συναίσθημα, συμπεριφορά, ύπνος είναι βασικές ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες του ανθρώπου, που αναδεικνύουν την θεία μουσική της ψυχικής του υπόστασης και που η μία μετά την άλλη, αποδιοργανώνονται και εξαφανίζονται στην αδυσώπητη πορεία της άνοιας. (Τσολάκη, Μ., κ.α., 2005).

Οι διαταραχές, όπως αναφέρθηκε πριν που εμφανίζονται στην άνοια, χαρακτηρίζονται από πολλαπλά νοητικά ελλείμματα, τα οποία οφείλονται είτε στις άμεσες φυσιολογικές επιπτώσεις μιας γενικής παθολογικής κατάστασης είτε στις εμμένουσες επιπτώσεις της χρήσης μιας ουσίας είτε σε άλλη αιτιολογία. Το ουσιώδες γνώρισμα της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλού νοητικού ελλείμματος, το οποίο περιλαμβάνει έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον μια από τις εξής νοητικές διαταραχές, αφασία, απραξία, αγνωσία και διαταραχές της εκτελεστικής λειτουργίας. (Τσολάκη, Μ. κ.α., 2005).

Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Το προεξάρχον και πρώιμο σύμπτωμα έτσι ώστε να τεθεί διάγνωση της άνοιας είναι η *έκπτωση της μνήμης* σε συνδυασμό με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιάθετη ή ευερεθιστότητα και μείωση ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς έχουν μειωμένη ικανότητα να αποκτούν καινούργιες γνώσεις και να ξεχνούν πράγματα που είχαν μάθει στο παρελθόν. Μπορούν εύκολα να χάσουν αντικείμενα, να ξεχάσουν σημαντικά γεγονότα, καθώς και καθημερινές δραστηριότητες. Έτσι η έκπτωση της μνήμης αφορά, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη, όσο και την απώτερη (Μάνος, Ν., 1997, Τσολάκη, Μ, κ.α , 2005,)

Η επιδείνωση της γλωσσικής λειτουργίας, *αφασία*, εκδηλώνεται με δυσκολία στην ονομασία ατόμων και αντικειμένων. Η ομιλία μπορεί να γίνει αόριστη, ασαφής ή ρηχή, με μακρές φράσεις. Επίσης μπορεί να επηρεαστεί ο γραπτός και προφορικός λόγος του ατόμου. Σε βαριά άνοια το άτομο μπορεί να γίνει βωβό, να μην αντιδρά στο περιβάλλον και με διαταραγμένη ομιλία.

Άτομα με *απραξία* εμφανίζονται με έντονη δυσκολία εκτέλεσης κινητικών και αισθητηριακών λειτουργιών, όπως στην μίμηση της χρήσης αντικειμένων και στην εκτέλεση πράξεων γνωστές μέχρι τώρα σε αυτόν. Παραδείγματα των πράξεων αυτών μπορεί να είναι το μαγείρεμα, το ντύσιμο και το σχέδιο.

Μια επιπλέον νοητική διαταραχή της άνοιας, όπως προαναφέρθηκε, είναι και η *αγνωσία*, που είναι η αποτυχημένη αναγνώριση ή ταυτοποίηση διαφόρων αντικειμένων παρόλο που δεν έχει επηρεαστεί ο αισθητηριακός μηχανισμός. Μπορεί κανείς να μην χάσει την ικανότητα της αφής αλλά να του είναι δύσκολο να αναγνωρίσει αντικείμενα διαμέσου αυτής. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με την παρούσα διαταραχή και καθώς η άνοια επιδεινώνεται, μπορεί να καταλήξουν στο σημείο να μην αναγνωρίζουν άτομα οικεία σε αυτούς, καθώς και άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή ακόμα και τη δική τους αντανάκλαση στον καθρέφτη (Τσολάκη, Μ., κ.α, 2005)

Η διαταραχή στην *εκτελεστική ή επιτελική λειτουργία* είναι μια πολύ κοινή εκδήλωση της άνοιας, που περιλαμβάνει την ικανότητα για αφηρημένη σκέψη. Η αφηρημένη σκέψη μπορεί να εκδηλωθεί από το άτομο ως δυσκολία να τα καταφέρει με εργασίες που δεν του είναι γνωστές και παρακάμπει καταστάσεις που απαιτούν νέα και παλιά γνώση πληροφοριών.

Ας μην ξεχνάμε ότι η άνοια είναι και αυτή μια πάθηση που απλά προσβάλλει τις πιο ευαίσθητες πτυχές της προσωπικότητας και συμπεριφοράς εκείνου που πάσχει. Η προσωπικότητα του ασθενή παρουσιάζει μεταβολές. Μπορεί να γίνεται πιο ήσυχος και να απομονώνεται ή αντίθετα να γίνεται ενεργητικός με λανθασμένο όμως τρόπο, για παράδειγμα μπορεί να θυμώνει και να επιτίθεται, να κάνει κάποιες απρεπείς πράξεις, να φωνάζει και να κραυγάζει. Επίσης συμπεριλαμβάνεται η αναστάτωση και η ανησυχία, η περιπλάνηση, η κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά, η άρση των αναστολών και οι βωμολοχίες. Αυτό συμβαίνει λόγω της έκπτωσης της κρίσης και της εναισθησίας που τον εμποδίζουν να εκτιμήσει την πραγματικότητα αλλά και τα ελλείμματά του. Συχνά στους ανοϊκούς ασθενείς παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, δίωξης ή ζηλοτυπίας ή ακόμα και ψευδαισθήσεις ιδιαίτερα οπτικές.

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου με άνοια είναι πολύ συνηθισμένες. Το γεγονός αυτό μπορεί να δημιουργήσει ένα πολύ μεγάλο άγχος στην οικογένεια και στους φροντιστές. Μπορεί να είναι ιδιαίτερα θλιβερό όταν κάποιο άτομο που παλιά ήταν πραιο και αγαπητό συμπεριφέρεται μ' έναν περιεργο ή επιθετικό τρόπο. Υπάρχουν πολλές αιτίες για την αλλαγή της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Η άνοια οφείλεται σε αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο και επηρεάζει τη μνήμη, ψυχική διάθεση και συμπεριφορά του ατόμου. Μερικές φορές η συμπεριφορά μπορεί να σχετίζεται με τις αλλαγές αυτές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρχουν αλλαγές που συμβαίνουν στο περιβάλλον του

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
ατόμου, στην υγεία ή στα φάρμακα του και αποτελούν αφορμή για τη συμπεριφορά αυτή. Ίσως μια δραστηριότητα, όπως το μπάνιο, να είναι πολύ δύσκολη. Ή το άτομο μπορεί να μην αισθάνεται καλά σωματικά. Η άνοια επηρεάζει τους ανθρώπους με διαφορετικούς τρόπους. (Τσολάκη, Μ., κ.α., 2005)

1.2.Κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας και επιδημιολογία.

Είναι γνωστό ότι ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από νοητικές διαταραχές και άνοια αυξάνεται συνεχώς, υπολογίζεται το 2040 ο αριθμός των ασθενών με άνοια να πλησιάσει τα 80 εκατομμύρια και οι γιατροί θα βρεθούν μπροστά σε αυτό το φαινόμενο χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να θέσουν με ακρίβεια τη διάγνωση.

Οι επιστήμονες αναγνωρίζουν δύο τύπους της νόσου: τον **οικογενειακό** τύπο (πολλαπλές εκδηλώσεις της νόσου σε μέλη της ίδιας οικογένειας) και τον **σποραδικό** τύπο (μόνο ένα άτομο σε μία οικογένεια έχει εκδηλώσει την νόσο). Οι ειδικοί επίσης διακρίνουν την νόσο σε : **ενωρίς** εκδηλωμένη που επηρεάζει άτομα στην ηλικία των 30 65, και στην **αργά** εκδηλωμένη νόσο, όπου υπάρχει διάγνωση σε άτομα πάνω των 65 ετών. Η ενωρίς εκδηλωμένη νόσος και ο οικογενειακός τύπος αυτής, αντιστοιχούν μόνο στο 5% των περιπτώσεων κι είναι έντονα κληρονομικές. Η αργά εκδηλωμένη νόσος, που είναι και ο κοινός τύπος της νόσου έχει μια λιγότερο εμφανή κληρονομικότητα. Σε συγκεκριμένες οικογένειες, η νόσος, μπορεί να συμβεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην φαίνονται ξεκάθαρα οι παραπάνω διαχωρισμοί – αργή/νωρίς εκκίνηση- η σποραδική εκδήλωση της νόσου, μπορεί μερικές φορές να μιμούνται την συνήθη πατέντα των οικογενειακών νόσων, προσβάλλοντας πολλά άτομα σε μια οικογένεια, αλλά οι οικογενειακές ασθένειες (οι κληρονομικές), μπορεί να προσβάλλουν μόνο ένα ή δύο άτομα κι έτσι εμφανίζονται σποραδικά. (Richard, R., 2002)

Λαμβάνοντας μια διεθνή άποψη (Κοινοπραξία Eurodem) εντοπίστηκε ότι ο επιπολασμός της διαταραχής αυξήθηκε για τις ηλικίες 60 - 65-ετών σε 1%, για τις ηλικίες 80 με 85- ετών στο 13%, για 90-95 στο 32%. Η άνοια επηρεάζει, επομένως, γύρω στο 5% τα άτομα από 65 ετών και άνω, και θα ανέλθει στο 20% των ατόμων άνω των 80. Μετά από έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο εντοπίστηκε επιπολασμός (τα δεδομένα προέρχονται από το MRC- funded CFAS), στην οποία εκτιμάται ότι υπήρχαν 550.000 άνθρωποι νοσούντες από άνοια- ένας αριθμός που έχει ήδη αναθεωρηθεί σε περίπου 700.000 περιπτώσεις (Alzheimer's society, 2005). Ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις γυναίκες από ότι στους άντρες παρ'όλο που αντικατοπτρίζει μεγαλύτερη την μακροζωία τους. Μελέτες έχουν δείξει ποσοστά από 1 έως 3 ανά 1.000, για τα άτομα ηλικίας 65 έως 70, και αυξάνεται σε 14-30 ανά 1.000, για άτομα άνω των 80 - 85. Στις περισσότερες μελέτες, οι γυναίκες φαίνεται επίσης να έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας. (Gould et all , 2007)

Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμη κατά πόσο το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη άνοιας, μιας και σε αρκετές περιπτώσεις άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εκδήλωσαν άνοια τύπου Alzheimer. Θεωρείται όμως ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εξαιτίας του γεγονότος ότι επιφέρει ποικίλες οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου συνδυαστικά αποτελούν εύλογο υπόστρωμα για την ανάπτυξη της άνοιας.

Επίσης, έχει ερευνηθεί, κατά πόσο η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη οποιασδήποτε μορφής άνοιας. Έρευνες όμως που πραγματοποιήθηκαν και αφορούσαν την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου όπου καταδείχθηκε πως άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη ή ήπιες γνωστικές

διαταραχές πιο εύκολα μπορεί να αναπτύξουν άνοια. Και ακόμη η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων μπορεί να επιφέρουν άνοια μιας και σχεδόν στο σύνολο τους τα φάρμακα είναι δυνατόν αν προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα.

Τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών, δείχνουν ότι η άνοια είναι μια σχετικά κοινή διαταραχή μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και ότι οι πιθανότητες να την εκδηλώσει ένα άτομο αυξάνεται γρήγορα μετά την ηλικία των 75 ετών. (Tinker, 2000)

1.3 Διάγνωση.

Η διάγνωση της νόσου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και μπορεί να απαιτεί επισκέψεις σε αρκετούς και διαφορετικούς ειδικούς με διάρκεια πολλών μηνών πριν γίνει η τελική διάγνωση. Παρόλο που μια δεσμευτική προβλεπτική διάγνωση μπορεί να γίνει στις περισσότερες των περιπτώσεων μετά από κάποιες διαδικασίες / δοκιμές (tests), η νόσος δεν μπορεί να διαγνωσθεί οριστικά παρά μόνο με **αυτοψία του εγκεφάλου** για την ύπαρξη γεροντικών πλακών και νευρωνικών ή νευρικών κόμπων

Η διάγνωση της νόσου, ξεκινά με μία ιατρικού τύπου δοκιμασία και την συμπλήρωση πλήρους **ιατρικού ιστορικού**. Εκτός απ' το όταν η νόσος βρίσκεται στα πρώτα της στάδια, ένα ακριβές ιστορικό από τα μέλη της οικογένειας ή τους φροντιστές, θεωρείται ουσιωδώς απαραίτητο. Παρόλο που υπάρχουν διπλές περιγραφές καθώς και υπερβολική χρήση φαρμάκων που μπορούν να προκαλέσουν τις ίδιες νοητικές αλλαγές με αυτές της νόσου, μία προσεκτική αναφορά στα φάρμακα που ενδέχεται να χρησιμοποιεί ο ασθενής και την χρήση αλκοόλ είναι πολύ σημαντική. Στην περίπτωση αυτή, όταν ο ασθενής ζητάει τη βοήθεια ειδικού, παρουσιάζονται συμπτώματα όμοια μ' εκείνα του πρώτου σταδίου εξέλιξης της νόσου. Τα συμπτώματα της νόσου μπορούν επίσης να προκληθούν από άλλου είδους ιατρικές καταστάσεις όπως όγκοι, μολύνσεις και νοητικές καταπτώσεις που προκαλούνται από ήπια εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτές οι πιθανότητες πρέπει να αποκλειστούν επίσης διαμέσου κατάλληλων αιματολογικών και ουρολογικών εξετάσεων, εγκεφαλικών μαγνητικών τομογραφιών, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή διαμέσου άλλων τεστ. Διάφορα είδη προφορικών ή γραπτών δοκιμασιών χρησιμοποιούνται προκειμένου να βοηθήσουν στην διάγνωση της νόσου, και να ακολουθήσουν την εξέλιξη αυτής, και οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν τεστ της νοητικής κατάστασης, των λειτουργικών ικανοτήτων, της μνήμης και της συγκέντρωσης. (βλέπε παράρτημα έρευνας) Αλλά ακόμα οι νευρολογικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές στους περισσότερους ασθενείς στα πρώτα στάδια της νόσου.

Ένα από τα πιο σημαντικά κεφάλαια της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η **εκτίμηση του ασθενή για κατάθλιψη και παραληρήματα**, μιας και το καθένα από αυτά μπορεί να συνυπάρχει με την νόσο(βλέπε παράρτημα έρευνας) και μπορεί να παραπλανήσουν. (Το παραλήρημα περιλαμβάνει παρηκμασμένη γνωστική λειτουργία ή επίγνωση του περιβάλλοντος κάποιου). Η κατάθλιψη και η απώλεια μνήμης είναι και τα δύο κοινά στους πιο ηλικιωμένους ανθρώπους, και ο συνδυασμός αυτών των δύο μπορεί πολύ συχνά να θεωρηθεί λανθασμένα ως Alzheimer. (βλέπε παράρτημα έρευνας)

Τέλος ένα **γενετικό τεστ** για την εύρεση του γονιδίου της ApoE4 είναι διαθέσιμο, αλλά δεν χρησιμοποιείται στην διαγνωστική διαδικασία, μιας και η κατοχή ακόμα και δύο αντιγράφων δεν διαβεβαιώνει ότι το άτομο θα εκδηλώσει κάποιου είδους άνοια.

Σύμφωνα με την κατανομή του DSM-IV (του αμερικάνικου ψυχιατρικού συλλόγου, 1994) γίνεται σαφές ότι η άνοια πρέπει να διαχωριστεί από το παραλήρημα (όπου εκδηλώνεται οξεία διαταραχή στο επίπεδο τόσο της συνείδησης

όσο και των γνωστικών λειτουργιών και παρατηρείται διάσπαση και μετάθεση προσοχής, αναπτύσσεται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, παρουσιάζεται διαταραχή τόσο της μνήμης όσο και του προσανατολισμού, του λόγου και της αντίληψης, επίσης σε σύντομο χρονικό διάστημα και τέλος οφείλεται συνήθως σε εγκεφαλικά νοσήματα ή σε τοξικές επιδράσεις). Επίσης η άνοια πρέπει να διαχωριστεί απ' τις διάφορες ψυχικές διαταραχές που μπορούν να δώσουν εικόνα άνοιας, καθώς επίσης και από την ελαφριά διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών (στην οποία δεν είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνεται η μνήμη ως διαταραγμένη γνωστική λειτουργία). Απαραίτητος κρίνεται τέλος ο διαχωρισμός της άνοιας από τις διάφορες αμνησιακές διαταραχές (οποιασδήποτε αιτιολογίας, μιας και δεν επηρεάζονται οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες, αντίθετα με την άνοια) και τέλος από την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών που οφείλονται στο γήρας. (Μεντενόπουλος, Γ., 1999)

1.4. Μορφές Άνοιας.

1.4.1. Άνοια τύπου Alzheimer.

Η παγκόσμια επίπτωση της νόσου Alzheimer αφορά σε 26,6 εκατ. ασθενείς και προβλέπεται ότι μέχρι το 2050 η επίπτωση θα τετραπλασιαστεί: 1 στους 85 ανθρώπους σε όλο τον κόσμο θα πάσχει από τη νόσο. Περισσότερο από το 40% των ασθενών αυτών θα βρίσκεται στο τελικό στάδιο και θα χρειάζεται αυξημένη ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα και νοσηλεία σε ειδικά κέντρα και μονάδες.

Η νόσος Alzheimer πήρε την ονομασία αυτή από τον Dr Alois Alzheimer που το 1906 περιέγραψε κάποιες αλλαγές στο φλοιό του εγκεφάλου μιας γυναίκας 51 ετών, που θεωρούσαν ότι είχε πεθάνει από μια άγνωστη ψυχική νόσο. Αυτές οι αλλαγές αναγνωρίζονται πλέον ως οι χαρακτηριστικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις που προκαλεί η νόσος αυτή.

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει τις περιοχές του εγκεφάλου που ελέγχουν τη σκέψη, τη μνήμη και τη γλώσσα. Είναι σταδιακή εκφυλιστική ασθένεια που προσβάλλει τον εγκέφαλο και η επιδείνωση της υγείας του ατόμου είναι συνήθως αργή. Καθώς τα κύτταρα του εγκεφάλου συρρικνώνονται ή εξαφανίζονται, μη φυσιολογικό υλικό συγκεντρώνεται ως "μάζα" στο κέντρο των εγκεφαλικών κυττάρων και "πλάκες" έξω απ' τα εγκεφαλικά κύτταρα. Αυτά παρεμποδίζουν τα μηνύματα μέσα στον εγκέφαλο, προκαλώντας βλάβη στις συνδέσεις μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων. Τα εγκεφαλικά κύτταρα τελικά πεθαίνουν και αυτό σημαίνει ότι το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί ή να αφομοιώσει πληροφορίες. Καθώς η νόσος Alzheimer επηρεάζει την κάθε περιοχή του εγκεφάλου, ορισμένες λειτουργίες ή ικανότητες χάνονται. Τα αίτια της νόσου παραμένουν ακόμη άγνωστα και δεν υπάρχει θεραπεία. (Μεντενόπουλος, Γ. κ.α., 2002)

Η νόσος Alzheimer μπορεί να επηρεάσει κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο και οι επιπτώσεις της εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πώς ήταν το άτομο πριν την εμφάνιση της νόσου, π.χ. προσωπικότητα, φυσική κατάσταση και τρόπος ζωής. Τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητά αν μελετηθούν μέσα στο πλαίσιο των τριών σταδίων ανάπτυξης της νόσου: πρώιμο, μέσο και όψιμο στάδιο.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, κάποιος που πάσχει από Alzheimer δεν εμφανίζει όλα τα συμπτώματα ούτε όλοι εμφανίζουν την ίδια συμπτωματολογία. Τα στάδια ανάπτυξης της νόσου εξυπηρετούν τους συγγενείς και όσους φροντίζουν τους πάσχοντες ως ένας οδηγός κατανόησης της εξέλιξης της νόσου προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν πιθανά προβλήματα και να προγραμματίζουν ανάλογα

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών του πάσχοντα, αν και κανένα άτομο δεν θα βιώσει τη νόσο ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως ένα άλλο.

Όπως προαναφέρθηκε, η εξέλιξη της νόσου μπορεί να περιγράψει σε τρία διαφορετικά στάδια:

Κατά το *πρώιμο στάδιο* της νόσου, το άτομο δεν παραιτείται από την ζωή και είναι ακόμα δραστήριο και κοινωνικό. Παρόλο που αντιλαμβάνεται ότι παρουσιάζονται κάποιες δυσκολίες διαταραχής μνήμης, αφηρημάδας και κόπωσης. Στην συνέχεια καταβάλλονται από υπερβολικό άγχος ή εκνευρίζονται λόγω της συνειδητοποίησης των προβλημάτων αυτών, διακατέχονται από φόβο με αποτέλεσμα την σύγχυση. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο παρών στάδιο παρουσιάζουν πολλαπλά μνημονικά προβλήματα, αφού η βραχυπρόθεσμη μνήμη αρχίζει να εξασθενεί. Ξεχνούν ονόματα, λέξεις, αντικείμενα, έχουν πτώση στις οργανωτικές δεξιότητες και τη δυνατότητα να προγραμματίσουν. (Καλαϊτζή, Β., 2005, Μάνος, Ν., 1997)

Μέσο στάδιο: Καθώς η νόσος εξελίσσεται, τα προβλήματα, στο μέσο στάδιο, γίνονται όλο και πιο εμφανή. Ο ασθενής συμπεριφέρεται παράξενα. Η βραχυπρόθεσμη μνήμη έχει σχεδόν χαθεί τελείως και ο ασθενής είναι αδύνατον να πάρει νέα γνώση και μπορεί να ξεχνάει τα ονόματα οικείων προσώπων, φίλων και συγγενών. Μπορεί επίσης να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει νέες ή αναπάντεχες καταστάσεις. Δεν μπορεί να χειριστεί χρήματα ή να πάρει σημαντικές αποφάσεις. Τα προβλήματα στην γλώσσα και την ομιλία επιδεινώνονται. Ξεκινά μια πρόταση και την αφήνει στην μέση, ενώ άλλες φορές χρησιμοποιεί περιγραφή για μια λέξη αντί για την ίδια. Η έλλειψη προσανατολισμού είναι έντονη, ο ασθενής ίσως να μην μπορεί να βρεί τον δρόμο για τον μπάνιο μέσα στο ίδιο του το σπίτι. Σε αρκετές περιπτώσεις, μπορεί να αρχίσουν να περιπλανιούνται άσκοπα, ιδίως όταν το μέρος δεν τους είναι οικείο. (Καλαϊτζή, Β., 2005, Πρακτικά, 5^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer, 2007)

Όψιμο στάδιο: Στο τρίτο και όψιμο της νόσου Alzheimer, οι ασθενείς εξαρτώνται ολοκληρωτικά από τους φροντιστές τους και χρειάζονται συνεχή φροντίδα και επιτήρηση. Η μνήμη είναι τελείως αποδιοργανωμένη, αφού μαζί με την βραχυπρόθεσμη έχει χαθεί και το μεγαλύτερο μέρος της μακροπρόθεσμης μνήμης. Οι ικανότητες επικοινωνίας αλλά και βάδισης έχουν τελείως καθηλωθεί. Οι ασθενείς εμφανίζουν ακράτεια, σημαντική απώλεια βάρους, σωματική ακαμψία και πολλές φορές επιληπτικές κρίσεις. Σε αυτό το στάδιο οι παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και η παράνοια είναι συνήθη φαινόμενα. Εξαιτίας της σοβαρότητας της κατάστασης οι ασθενείς είναι κλινήρης, δεν μπορούν να μιλήσουν ή να φάνε μόνοι τους. Η συχνή αιτία θανάτου είναι ως συνήθως κάποια λοίμωξη, στους πνεύμονες, στο δέρμα, αφού γίνεται πολύ πιο ευαίσθητο και είναι ευάλωτοι σε πληγές και στο ουροποιητικό σύστημα.

Η νόσος Alzheimer κληρονομείται σε ένα ποσοστό μικρότερο από 5%, σύμφωνα τουλάχιστον με τα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε μέχρι σήμερα στη διάθεσή μας. Έχουν αναγνωριστεί 3 γονίδια υπεύθυνα για προγεροντικές μορφές της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλικία έναρξης της νόσου είναι ανάμεσα στα 40 και στα 60 χρόνια. (Εγχειρίδιο Φροντιστών ατόμων με άνοια, Εταιρεία νόσου Alzheimer, 2007)

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει πουθενά στον κόσμο εξέταση που να μπορεί να προβλέψει εάν ένα άτομο θα προσβληθεί στο μέλλον από νόσο Alzheimer. Ειδικά στην περίπτωση των ατόμων που εμφανίζουν τη νόσο πριν από τα 50 έτη συστήνεται προληπτικά γενετικός έλεγχος στους ίδιους και στα μέλη της οικογένειάς τους ώστε να διαπιστωθεί εάν φέρουν κάποιο από τα γνωστά γονίδια που ευθύνονται για τις προγεροντικές μορφές της νόσου. Ακόμα όμως και αυτή η εξέταση δεν μπορεί να προβλέψει με βεβαιότητα εάν κάποιος θα νοσήσει. Επιτρέπει μόνον να γνωρίζουμε ότι έχει περισσότερες πιθανότητες από τους υπολοίπους να εμφανίσει τη νόσο. Για

τον λόγο αυτόν, αλλά και εξαιτίας του μεγάλου οικονομικού κόστους, ο γενετικός έλεγχος δεν συγκαταλέγεται στις εξετάσεις που προτείνονται στους ασθενείς. (Εγχειρίδιο Φροντιστών ατόμων με άνοια, Εταιρεία νόσου Alzheimer, 2007, Πρακτικά, 5^ο Πανελλήνιου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer, 2007)

Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου είναι η αύξηση της ηλικίας. Επιπλέον, τελευταία πολλαπλασιάζονται αλματωδώς οι επιστημονικές ενδείξεις που συνδέουν τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα) και με τη νόσο Alzheimer, κάτι που επιτρέπει μερικώς την πρόληψή της. Ο κίνδυνος εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια πάνω από την ηλικία των 65 ετών. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου οι μισοί άνθρωποι άνω των 85 ετών που πάσχουν από άνοια είναι άνοια τύπου Alzheimer. Αυτά τα στοιχεία είναι αρκετά σημαντικά λόγω της αύξησης του πληθυσμού των ατόμων άνω των 65 ετών, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες.

Πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι η διατήρηση ενός συνολικά υγιεινού τρόπου ζωής μπορεί να μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σοβαρών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου Alzheimer. Οι επιστήμονες μελετούν έναν αριθμό παραγόντων που αφορούν στην συνολική υγεία, τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον που θα μπορούσαν να «κάνουν τη διαφορά». Επίσης, κάποιες άλλες πρόσφατες σχετικές μελέτες δείχνουν ότι ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, του σωματικού βάρους, των επιπέδων σακχάρου και χοληστερόλης στο αίμα είναι τόσο ευεργετικός για τον εγκέφαλο όσο και για το καρδιαγγειακό σύστημα. Επιπλέον, η συστηματική σωματική αλλά και πνευματική άσκηση και η υγιεινή διατροφή φαίνεται ότι προστατεύουν από την άνοια. (Σακκά, Π., 2008)

1.4.2. Αγγειακή Άνοια ή Πολυεμφρακτική Άνοια.

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη συχνότερη μορφή άνοιας μετά την νόσο Alzheimer και αφορά το 15 – 20 % των περιπτώσεων της άνοιας. Η αγγειακή άνοια, αλλιώς πολυεμφρακτική άνοια, δεν αποτελεί ενιαία κλινική οντότητα, αλλά ομάδα διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από ποικίλα κλινικά και μορφολογικά ευρήματα και ποικίλη παθοφυσιολογία. Η αγγειακή άνοια προκαλείται από αθροιστική αγγειακή βλάβη στον εγκέφαλο.

Σε γενικές γραμμές, η επίπτωση και ο επιπολασμός της αγγειακής άνοιας, αυξάνει εκθετικά με την ηλικία και κυρίως μετά το 65^ο έτος, το ποσοστό επίπτωσης διπλασιάζεται κάθε 5,3 χρόνια σε σύγκριση με 4,5 χρόνια της άνοιας τύπου Alzheimer. Ο τύπος αυτός της άνοιας προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες από τις γυναίκες καθώς εμφανίζεται και νωρίτερα από τον τύπο Alzheimer. Οι επιπλοκές είναι ανάλογες των επιπλοκών του τύπου Alzheimer. (Τσολάκη, Μ. κ.α., 2005, Μάνος, Ν., 1997)

Αν και τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με αυτά της άνοια τύπου Alzheimer, η αγγειακή άνοια επηρεάζει πρώτα τις σωματικές ικανότητες και μετά το μυαλό. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αδυναμία, να χάσει την όρασή του ή να έχει ακράτεια πολύ πριν αρχίσει να ξεχνά ή να πέφτει σε σύγχυση. Ενώ στην άνοια τύπου Alzheimer, η επιδείνωση της ασθένειας γίνεται σταδιακά, στην αγγειακή άνοια τα συμπτώματα εμφανίζονται απότομα και επιδεινώνονται γρήγορα. (Καλαϊτζή, Β., 2005)

Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη ή κλιμακωτή. Το πρώτο σύμπτωμα που παρατηρείται είναι η απώλεια της βραχύχρονης μνήμης. Στη συνέχεια παρατηρείται απώλεια όλο και περισσότερων ικανοτήτων καθώς ακολουθούν αρκετά μικρά εγκεφαλικά επεισόδια. Τυπικά η νόσος παρουσιάζει κλιμακωτή πορεία επιδείνωσης

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών και έπειτα παρουσιάζει σταθεροποίηση , ή ακόμα και βελτίωση για ένα διάστημα, μόνο και μόνο για να ακολουθήσει η επιδείνωση στη συνέχεια. Έχει συνήθως σύντομη και θορυβώδη πορεία αλλά θεωρείται βραδύτερη από τη νόσο Alzheimer.

Η μέση διάρκεια επιβίωσης μετά τη διάγνωση είναι τα 5-7 έτη ενώ μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς να επιβιώσουν και περισσότερο. Στο συγκεκριμένο τύπο άνοιας εντοπίζονται αρκετοί υπότυποι της οι οποίοι παρουσιάζουν τα σχετιζόμενα συμπτώματα που είναι το παραλήρημα., οι παραληρητικές ιδέες, το καταθλιπτικό συναίσθημα οι διαταραχές της συμπεριφοράς.

Ο συγκεκριμένος τύπος άνοιας κατέχει την ενδιάμεση θέση μεταξύ των μη αναστρέψιμων ανοιών και των ανοιών που μπορούν να θεραπευτούν, με τη έννοια ότι η έγκαιρη θεραπεία της υπέρτασης και της αγγειακής νόσου στην οποία και οφείλεται μπορεί να την προλάβει ή να αναστείλει την πρόοδό της. (Μάνος, Ν., 1997)

Η διάγνωση της βασίζεται στο ιστορικό, στα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα. Τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια εμφανίζουν μέτρια ευαισθησία (50%-70%) και κυμαινόμενη ειδικότητα (64%-98%). Λόγω της ετερογένειας των αγγειακών εγκεφαλικών αλλοιώσεων και των αιτιών τους, είναι σημαντικό να τεθεί η διάγνωση έγκαιρα διότι οι ήδη προκληθείσες βλάβες δεν μπορούν να αντιστραφούν, αλλά είναι δυνατόν να επιβραδύνουμε την εξέλιξη της νόσου εμποδίζοντας την δημιουργία νέων βλαβών. Επειδή, η άνοια αυτή είναι στενά συνδεδεμένη με νόσους της καρδιάς και των αγγείων, θεωρείται ως η περισσότερο δυνητικά θεραπεύσιμη μορφή άνοιας. Ο κύριος στόχος της αντιμετώπισής της είναι η πρόληψη νέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων μέσω της θεραπείας της υποκείμενης νόσου, όπως υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και καρδιακών παθήσεων. . (Ρηγοπούλου, Σ., 2009)

1.4.3 Άνοια με σωματίδια Lewy.

Η άνοια με σωματίδια Lewy προκαλείται από τον εκφυλισμό και την καταστροφή νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Το όνομα προέρχεται από την παρουσία ανώμαλων σφαιρικών σωματιδίων, που λέγονται σωματίδια Lewy, που αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα. Πιστεύεται ότι αυτά συνεισφέρουν στην καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων.

Οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες, στα αρχικά στάδια, και λιγότερο έκδηλες από εκείνες της άνοιας τύπου Alzheimer. Υπάρχει νοητική έκπτωση, που επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Οι διαταραχές προσοχής, οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων, η έκπτωση σύνθετων εκτελεστικών λειτουργιών είναι πρόδηλες. (McKeith, I.G., et all, 1996)

Τα άτομα που έχουν άνοια με σωματίδια Lewy τείνουν να βλέπουν πράγματα (οπτικές ψευδαισθήσεις), να παθαίνουν δυσκαμψία ή τρεμούλιασμα (παρκισιονισμός) και η πάθηση τους τείνει να επιδεινώνεται αρκετά γρήγορα, συχνά απ' τη μια ώρα στην άλλη ή απ' τη μια μέρα στην άλλη. Αυτά τα συμπτώματα μας επιτρέπουν να την ξεχωρίζουμε από την νόσο Alzheimer. Η άνοια με σωματίδια Lewy μερικές φορές επανεμφανίζεται μαζί με τη Νόσο Alzheimer ή και Αγγειακή Άνοια. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να καταλάβει κανείς τη διαφορά μεταξύ της Νόσου Alzheimer και της άνοιας με σωματίδια Lewy και μερικά άτομα που έχουν τη Νόσο Alzheimer παρουσιάζουν άνοια παρόμοια με αυτή που υπάρχει στην άνοια με σωματίδια Lewy. (McKeith, I.G., et all, 1996)

1.4.4. Μετωποκροταφική Άνοια.

Μετωποκροταφική Άνοια, αυτός είναι ο όρος που έχει δοθεί σε μια κατηγορία ανοιών όταν υπάρχει εκφυλισμός σ' έναν ή και στους δύο μετωπιαίους ή πρόσθιους λοβούς του εγκεφάλου. Περίπου 50% των ατόμων με μετωποκροταφική άνοια έχουν οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας, και η αναλογία ισοδυναμεί εξίσου και στα δυο φύλα. Κυρίως η έναρξη της νόσου αρχίζει από την ηλικία 45 ετών έως το 65^ο έτος ενός ατόμου, καθώς και η διάρκειά της είναι περίπου 8 έτη. Τα άτομα που τη κληρονομούν συχνά έχουν μια παραλλαγή στο γονίδιο της πρωτεΐνης T στο χρωμόσωμα 17 που οδηγεί στη μη φυσιολογική παραγωγή της πρωτεΐνης T. Δεν υπάρχουν άλλοι γνωστοί παράγοντες κινδύνου, όπως περιβαλλοντικής ή γεωγραφικής συσχέτισης.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από διαταραχές της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς, όπως απώλεια εναισθησίας, κοινωνικής επίγνωσης, άρσης αναστολών, νοητική ακαμψία κ.α. και του εκφραστικού λόγου, όπως μείωση του λόγου, βωβότητα, ηχολαλία, εμμονή και στερεότυπο λόγο, που παρουσιάζονται από τα αρχικά στάδια. Παρουσιάζουν συναισθηματική διαταραχή, που περιλαμβάνει κατάθλιψη, ανησυχία, αυτοκτονικό ιδεασμό, άμβλυση συναισθημάτων, αδράνεια, απουσία αυθορμητισμού κ.α. Διαταραχές μνήμης και έλλειψη συγκέντρωσης παρουσιάζονται σχεδόν πάντοτε, αλλά παραμένουν, όπως και ο προσανατολισμός στον χώρο, σε ικανοποιητικό βαθμό μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου. (Χριστοδούλου, Γ.Ν., 2004)

Μία μορφή μετωποκροταφικής άνοιας, είναι η **νόσος του Pick**, η οποία ανέρχεται στο 1-2% των ανοϊκών συνδρόμων. Κυρίως, αναπτύσσεται σε άτομα ηλικίας 50 έως 60 ετών και κατά το 20% η νόσος είναι κληρονομική. Η μέση διάρκεια ζωής για τον τύπο Pick είναι 4 -14 χρόνια. Τέτοιας μορφής άνοιας, η διάγνωση γίνεται μόνο μετά τον θάνατο του ατόμου, παθολογοανατομικά. Το κλινικό αυτό σύνδρομο περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από περίπου 100 χρόνια και χαρακτηρίζεται από εκλεκτική εκφύλιση του μετωπιαίου και του πρόσθιου κροταφικού λοβού.

1.4.5. Άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις.

Ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με την άνοια οφείλονται κυρίως σε κάποια παθολογική κατάσταση. Σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αιτιολογήσει τη συσχέτιση της άνοιας με άλλες ιατρικές καταστάσεις είναι ο χρόνος εμφάνισης της, καθώς και η εμφάνιση του γνωστικού ελλείμματος. Τέτοιες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες θα αναφερθούν, είναι το τραύμα στο κεφάλι, η νόσος του Parkinson, η χορεία του Huntington, νόσος Creutzfeldt – Jacobs και η λοίμωξη του HIV.

Η **άνοια με τραύμα στο κεφάλι**, μετά από επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς στον εγκέφαλο, είναι ένας τρόπος συσχέτισης της άνοιας και ξεκαθαρίζει την αιτία της. Συγχρόνως με την άνοια παρουσιάζεται αμνησία και βλάβη στη μνήμη. Αναφέρεται, ιδιαίτερα, στο υποσκληρίδιο αιμάτωμα το οποίο μπορεί να προκαλέσει άνοια το ίδιο. Ο τραυματισμός που προκάλεσε το αιμάτωμα ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να είναι μικρός και να ξεχαστεί τελείως. Η συλλογή αίματος αυξάνεται συνεχώς και ο ασθενής προοδευτικά γίνεται ανοϊκός. (Μάνος, Ν., 1997)

Άνοια οφειλόμενη στη νόσο του Parkinson, η οποία προκαλείται, κυρίως, ολοκληρωτικά από την νόσο Parkinson. Χαρακτηρίζεται κλινικά από ασύμμετρη βραδυκινησία (χάνουν την ικανότητα να κινούνται γρήγορα και αυτόματα), δυσκαμψία (οι κινήσεις γίνονται δύσκολες), τρεμούλιασμα (κυρίως στα χέρια και

στα πόδια), αδυναμία αντισταθμιστικών κινήσεων (έχουν απώλεια στην ισορροπία και στο συντονισμό). Κυρίως, επηρεάζεται η μνήμη, η οπτικοχωρικές και εκτελεστικές λειτουργίες. Όταν οι διαταραχές αυτές επιδεινωθούν και επηρεάσουν λειτουργικά τον παρκινσονικό ασθενή, τότε τίθεται η διάγνωση της άνοιας. Η συχνότητα εμφάνισης άνοιας στην νόσο Parkinson κυμαίνεται, μέσα από διάφορες κλινικές μελέτες από 15% έως 20%. (Τσολάκη,Μ. κ.α., 2005)

Άνοια οφειλούμενη στη νόσο Huntington, η οποία είναι κληρονομική, εκφυλιστική εγκεφαλική ασθένεια που επηρεάζει το μυαλό και το σώμα. Συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 30 και 50 χρονών και χαρακτηρίζεται από διανοητική παρακμή και ακανόνιστες, ακούσιες κινήσεις των άκρων ή μυών του προσώπου. Μεταξύ των άλλων συμπτωμάτων περιλαμβάνονται αλλαγές στην προσωπικότητα, διαταραχές στη μνήμη, ψεύδισμα, διαταραχές στην κρίση και ψυχιατρικά προβλήματα. Η πορεία της νόσου εξελίσσεται και μπορεί να διαρκέσει από 15 έως 20 έτη. Η εξέλιξη της νόσου εκτός των κινησιακών, γνωστικών και ψυχιατρικών χαρακτηριστικών συνοδεύεται στο τελικό στάδιο από δυσαρθρία, δυσφαγία, ολική εξάρτηση από το περιβάλλον και αγλωσσία. Δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία για να σταματήσει η εξέλιξη της ασθένειας, αλλά μπορούν να χρησιμοποιηθούν φάρμακα για τον έλεγχο των κινητικών διαταραχών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Η άνοια συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. (Τσολάκη,Μ. κ.α., 2005, Χριστοδούλου, Γ.Ν., 2004)

Μια ακόμη άνοια η οποία οφείλεται σε ασθένεια είναι η **νόσος Creutzfeldt – Jacobs**. Η νόσος Creutzfeldt – Jacobs είναι μια εξαιρετικά σπάνια, θανατηφόρα εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από ένα στοιχείο πρωτεΐνης που λέγεται προΐος. Προσβάλει ένα άτομο στο εκατομμύριο ετησίως, η νόσος εμφανίζεται συνήθως στις ηλικίες 40 – 60 και το ποσοστό που εμφανίζουν κληρονομική προδιάθεση κυμαίνεται γύρω στο 5% - 10%. Στα πρόωρα συμπτώματα περιλαμβάνονται φθίνουσα μνήμη και έλλειψη συντονισμού. Καθώς αυτή η ασθένεια εξελίσσεται, συνήθως πολύ ραγδαία, η διανοητική επιδείνωση γίνεται έκδηλη, εμφανίζονται ακούσιες σωματικές κινήσεις και το άτομο μπορεί να τυφλωθεί, να παρουσιάσει αδυναμία στα χέρια ή πόδια και τελικά να πέσει σε κώμα. (Alzheimer Europe, 2006, Τσολάκη,Μ. κ.α., 2005, Χριστοδούλου, Γ.Ν., 2004)

Άνοια με λοίμωξη του HIV. Ο συνδυασμός της άνοιας με τον ιό του HIV είναι πολύπλοκος αφού επηρεάζει την συμπεριφορά, την μνήμη την σκέψη και την κίνηση. Η άνοια, συνήθως, εμφανίζεται μετά την μόλυνση του HIV. Αρχικά τα συμπτώματα είναι δυσδιάκριτα και μπορεί να αγνοηθούν, αλλά στην πορεία μπορεί να γίνουν ενοχλητικά. Κοινά συμπτώματα είναι η αλλαγή στην προσωπικότητα και την συμπεριφορά, προβλήματα λόγου και κίνησης, όπως η αδεξιότητα και η κακή ισορροπία.

Και τελευταία η άνοια η οποία οφείλεται σε **γενικές παθολογικές καταστάσεις** οι οποίες μπορεί με την εξέλιξη τους να προκαλέσουν άνοια. Οι παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη άνοιας είναι οι δομικές βλάβες όπως είναι οι όγκοι, οι ενδοκρινολογικές διαταραχές όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός ή η υπογλυκαιμία, οι διατροφικές καταστάσεις, άλλες λοιμώδεις καταστάσεις και ανοσολογικές διαταραχές, οι διαταραχές της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας καθώς και άλλες νευρολογικές καταστάσεις όπως η πολλαπλή σκλήρυνση. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την άνοια οφειλόμενη σε όλες τις νόσους οι οποίες προαναφέρθηκαν είναι τα ίδια με όλους τους τύπους άνοιας και αφορούν δυσλειτουργίες στη μνήμη, στο λόγο, στη κίνηση, στην αντίληψη και την εκτελεστική λειτουργία. (Τσολάκη,Μ. κ.α., 2005, Μάνος, Ν., 1997)

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
1.4.6 Άνοια προκαλούμενη από ουσίες.

Για να τεθεί η διάγνωση για την άνοια αυτού του πρέπει να παρουσιάζονται μέσα από φυσικές και εργαστηριακές εξετάσεις ότι υπάρχουν ελλείμματα τα οποία σχετίζονται αιτιολογικά με τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, τα εισπνεόμενα, τα ηρεμιστικά, τα αγχολυτικά και άλλες ουσίες οι οποίες προκαλούν εξάρτηση.

1.5. Αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες άνοιες.

Στις μη αναστρέψιμες άνοιες υπάγονται άνοιες των οποίων οι αιτίες δεν μπορούν να θεραπευτούν όπως η νόσος Alzheimer, η χορεία του Huntington, η νόσος του Pick, η νόσος Creutzfeldt – Jacobs, η παρεγκεφαλική εκφύλιση, η πολλαπλή σκλήρυνση, η νόσος Wilson, η μεταχρωματική λευκοδυστροφία, οι αδρενολευκοδυστροφίες, η νόσος Tay – Sachs, κ.α

Είναι λίγες οι περιπτώσεις αυτές, όπου η άνοια μπορεί να θεραπευτεί μερικά ή ολικά. Περιπτώσεις όπου η άνοια εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα άλλου υποκειμενικού σωματικού νοσήματος, π.χ. μιας βαριάς ενδοκρινολογικής ή της έλλειψης από τον οργανισμό συγκεκριμένων ουσιών (βιταμίνες) και ιχνοστοιχείων. Η άνοια μπορεί επίσης να αποτελεί σύμπτωμα όγκων του εγκεφάλου ή να είναι αποτέλεσμα τοξικής δράσης στον εγκέφαλο ουσιών όπως το αλκοόλ ή διαφόρων φαρμάκων (ηρεμιστικά και παλαιά αντικαταθλιπτικά, φάρμακα για τη νόσο Πάρκινσον, αντιυπερτασικά φάρμακα). Τέλος, ψυχικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή μπορεί να προκαλέσουν μνημονικές δυσκολίες. Η ανίχνευση τέτοιων περιπτώσεων (αφορά δηλαδή διαφοροδιάγνωση της άνοιας) έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί αντιμετωπίζοντας το υποκείμενο πρόβλημα, θεραπεύουμε και την άνοια, μερικά ή ολικά. (Τσολάκη, Μ., Εγχειρίδιο, 2008)

1.6. Φαρμακευτικές και Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες για την Άνοια.

Αναμφίβολα, η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντιμετώπισης της άνοιας. Τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές θεραπείες, οι οποίες απευθύνονται κατά κύριο λόγο στους ασθενείς που βρίσκονται στο αρχικό ή μέσο στάδιο της νόσου και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Ως εκ τούτου, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς.

1.6.1. Φαρμακευτικές Θεραπείες.

Τα συμπτώματα της άνοιας μπορούν να αντιμετωπιστούν σήμερα με φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα αυτά εξασφαλίζουν ότι οι ουσίες που εμπλέκονται στην επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων διατηρούνται σε σταθερά επίπεδα. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να επιβραδυνθεί η επιδείνωση.

Μέχρι πρόσφατα η δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί ειδικά σκευάσματα για την άνοια, με τα οποία μπορούμε πλέον να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωση. Τα φάρμακα τα οποία έχουν εγκριθεί τα τελευταία 10 χρόνια, και συνεισφέρουν στην επιβράδυνση της άνοιας είναι, κυρίως, η Δονεπεζίλη, μια πιπεριδίνη (Aricept), η Ριβαστιγμίνη, μια φαινυλ-καρβαμάτη (exelon) και Γκαλανταμίνη. Ως γνωστό, οι τομείς συμπτωμάτων τα οποία διαταράσσονται στην άνοια, είναι η νοητική

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
λειτουργία, η λειτουργική ικανότητα και η συμπεριφορά. Τα πιο πάνω φαρμακευτικά προϊόντα έχουν αποδεδειγμένα οφέλη στους τρεις προαναφερθείσες τομείς συμπτωμάτων. (Γσολάκη, Μ. κ.α., 2005)

1.6. 2. Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη αύξηση των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια. Η φαρμακευτική θεραπεία στην άνοια δεν είναι από μόνη της ικανή να θεραπεύσει την άνοια. Γι' αυτό παγκοσμίως γίνονται προσπάθειες εύρεσης νέων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων με στόχο την αποτελεσματική αναχαίτιση των νοητικών ελλείψεων και την προώθηση της καλύτερης ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια. Πρόσφατα, ερευνητικά δεδομένα προτείνουν τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής, παροχής γνωστικών ερεθισμάτων, ψυχολογικής αποκατάστασης, και συμβουλευτικής για τον περιθάλλοντα, αυτά αποτελούν τον καλύτερο τρόπο για την αποκατάσταση των ελλείψεων αλλά και την κάλυψη των αναγκών που έχουν οι ασθενείς με άνοια. Ο συνδυασμός αυτός, προφυλάσσει από την άνοια και λειτουργεί έτσι ώστε οι ασθενείς να βελτιώσουν την νοητική τους επίδοση, να αναχαιτίσουν την νοητική έκπτωση και συντελούν έτσι ώστε να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου. Στην συνέχεια θα αναδειχθούν οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που θεωρούνται αποτελεσματικές στην γνωστική αποκατάσταση και στην περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής των ασθενών με άνοια. (Πόππη, Ε., 2009)

Παρακάτω περιγράφονται εν συντομία οι πιο διαδεδομένες από τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις:

Αμμοθεραπεία: αποτελεί μία νέα θεραπευτική προσέγγιση η οποία έχει ως στόχο να επουλώσει ορισμένες οδυνηρές καταστάσεις ή εμπειρίες που έχουν βιώσει οι ασθενείς ώστε να καλυφθεί το «αίσθημα κενού» που συχνά νιώθουν όσοι βρίσκονται, κυρίως, σε προχωρημένα στάδια άνοιας.

Πρόκληση Ευχάριστων Αναμνήσεων: χρησιμοποιούνται εικόνες, φωτογραφίες ή αντικείμενα ώστε ο ασθενής να ανακαλέσει λεκτικά ή μη, γεγονότα από την ζωή του και να τα συνδυάσει με το παρόν του.

Επανεκμάθηση Καθημερινών Εννοιών: στοχεύει στην διατήρηση της λειτουργικότητας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσα από την χρήση καρτών, εικόνων ή και αντικειμένων οικιακής χρήσης.

Νοητική Ενδυνάμωση: Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μία νέα, μη φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας, η οποία τα τελευταία χρόνια προσελκύει την προσοχή των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την άνοια. Είναι κατάλληλα, κυρίως, για ασθενείς με ήπιας έως μέτριας βαρύτητας νόσο Alzheimer, καθώς σε αυτή τη φάση της νόσου οι ασθενείς διατηρούν αρκετά γνωστικά αποθέματα που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελός τους. Αποτελούν μια εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως ο προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο, η συζήτηση για θέματα της επικαιρότητας, εκμάθηση ή επανεκμάθηση υλικού με την εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων, εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων, ασκήσεις που ασκούν τη μνήμη, την προσοχή, το λόγο, την κριτική σκέψη κ.λ.π., θεραπείες τέχνης, θεραπεία δι' αναμνήσεων, επιτραπέζια παιχνίδια. Έτσι, ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταβάλλει συνειδητή προσπάθεια, ώστε να βοηθήσει ο ίδιος τον εαυτό του. Κατά συνέπεια, δεν αναγκάζεται να εναποθέσει τις ελπίδες του αποκλειστικά στη δυσνόητη ή «μαγική» δράση ενός φαρμάκου, αλλά συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου και νιώθει να αποκτά ξανά τον έλεγχο της ζωής του.

Λογοθεραπεία: Ανάλογα με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάθε ασθενής, η παρέμβαση διαφοροποιείται και επιδιώκει τη διευκόλυνση της καθημερινής επικοινωνίας με τους οικείους και την αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ασθενή και/ή τη συντήρηση και σε ορισμένες περιπτώσεις, την επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου.

Εργοθεραπεία: Στοχεύει στην αποκατάσταση των ικανοτήτων του ασθενή, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, ώστε να είναι λειτουργικός και ανεξάρτητος. Τα προγράμματα εργοθεραπείας περιλαμβάνουν την κινητοποίηση και δραστηριοποίηση του ασθενούς (χειροτεχνία, κηπουρική, μαγειρική κ.λπ.), την ενθάρρυνση της αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινότητας (ντύσιμο, φαγητό, προσωπική υγιεινή).

Ψυχοθεραπεία: Στην περίπτωση των ανοϊκών ασθενών, η ψυχοθεραπεία προσαρμόζεται στο νοητικό και λειτουργικό επίπεδο του ασθενή, βασίζεται κυρίως στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενή, θέτει επιτεύξιμους στόχους, όπως είναι η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης. Η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά στην περίπτωση ανοϊκών ασθενών με σκοπό την ανάκτηση δεξιοτήτων που έχουν χαθεί ή την αποδοχή της απώλειάς τους.

Φυσιοθεραπεία: Η φυσιοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση των διαταραχών κινητικότητας, στην εκγύμναση σωματικών δεξιοτήτων (κινητικότητα, ισορροπία, αντοχή) και στην ανακούφιση από έντονες σωματικές ενοχλήσεις.

Γυμναστική: Τα προγράμματα σωματικής άσκησης που προορίζονται για ανοϊκούς ασθενείς περιλαμβάνουν συνήθως περπάτημα, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης. Οι ασθενείς ωφελούνται από τη σωματική άσκηση καθώς διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη φυσική τους κατάσταση και ταυτόχρονα καταπολεμούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα, αφού μέσω της άσκησης έχουν την ευκαιρία να ψυχαγωγηθούν και να κοινωνικοποιηθούν. (Τεγόπουλος, Κ, 2008)

1.7. Σεξουαλικότητα στην προχωρημένη ηλικία με αναφορές στην Άνοια.

Στην σεξουαλική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, σημαντικό στοιχείο είναι η υγεία τους. Στην προσαρμογή του νέου κύκλου της ζωής τους, παρ' όλη τη σεξουαλική απελευθέρωση που επικρατεί την σημερινή εποχή, εξακολουθεί να ισχύει ο ηθικός κώδικας. Η ηλικιωμένοι του σήμερα, έχουν ζήσει σε μια εποχή η οποία έχει χρωματίσει τις αξίες και τους κανόνες τους. Όπως οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, έτσι και οι ασθενείς με άνοια εξακολουθούν να είναι πιστοί στις αξίες που έδιναν στην σεξουαλικότητα. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι σεξουαλικές τους πεποιθήσεις και οι εμπειρίες που έχει ο καθένας. Οι αλλαγές που προκαλούνται από την νόσο της άνοιας επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την σεξουαλική συμπεριφορά του ασθενούς. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να επιφέρουν μια επιπλέον ψυχική επιβάρυνση στους συντρόφους τους. (Μακρίδου, Μ, 2009, Καλαϊτζή, Β., 2005)

Ανάρμωστη σεξουαλική συμπεριφορά στην άνοια

Οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια μπορεί να εμφανίσουν ανάρμωστη έκφραση της φυσιολογικής τους σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς εκπίπτουν οι νοητικές τους λειτουργίες. Οι ανάρμωστες συμπεριφορές περιλαμβάνουν τον καταναγκαστικό αυνανισμό, σεξουαλική επιθετικότητα, βίαιους εναγκαλισμούς, εξαναγκασμός για σεξουαλική πράξη, εξαναγκασμό για περαιτέρω φροντίδα των γεννητικών οργάνων καθώς και λεξιλόγιο με σεξουαλικό περιεχόμενο. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτή η

Η ΕΠΙΒΛΕΨΗΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
κατηγορία των συμπεριφορικών δυσλειτουργιών καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την επαφή του ασθενούς με τους περιθάλποντες, γεγονός που έχει επίπτωση και στην περαιτέρω φροντίδα τους. (Γσατάλη, Μ. κ.α, 2009, Τσολάκη, Μ., κ.α., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οι περιθάλποντες των ατόμων με άνοια

Η ασθένεια είναι επίπονη και επώδυνη ψυχολογικά, ένα βάρος δυσβάσταχτο για όλη την οικογένεια και κυρίως για τον άνθρωπο που αναλαμβάνει την φροντίδα του ασθενή. Οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών είναι συνήθως μέλη της οικογένειας, σπανιότερα φίλοι, γείτονες και επαγγελματίες (οικιακοί βοηθοί, συνοδοί ή προσωπικό των οίκων ευγηρίας). Το φορτίο αυτό αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο οι οικείοι του ασθενούς ενδόμυχα αρνούνται να πιστέψουν ότι ο άνθρωπός τους μπορεί να έχει άνοια, παραβλέποντας στην αρχή τα σημάδια της.

Όταν η ασθένεια γίνεται πιο σαφής και δεν αφήνει κανένα περιθώριο «ουτοπίας», η οικογένεια βρίσκεται αντιμέτωπη όχι μόνο με την επίλυση καθημερινών προβλημάτων γύρω από την λειτουργικότητα του ασθενή (όπως το ντύσιμο και την υγιεινή), αλλά και με τα δικά της συναισθήματα πόνου και πένθους για το αγαπημένο πρόσωπο.

Η φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια είναι μία απαιτητική και σκληρή δουλειά, που πρέπει να βασίζεται σε γνώσεις και μεγάλη υπομονή, από ειδικούς και συγγενικά πρόσωπα, ώστε να μην καταρρεύσει ο φροντιστής.

Το βάρος με λίγα λόγια πρέπει, όσο το δυνατόν, να μοιραστεί, ώστε να μην συνθλίψει αυτόν που το έχει ως άμεσος φροντιστής. Η επιτυχής φροντίδα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κάτι που ξεπερνά τις δυνατότητες ενός προσώπου. Γι' αυτό, πρέπει να παραμεριστεί κάθε δισταγμός στην έκκληση βοήθειας από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον και τους ειδικούς. Το σημαντικότερο για τους φροντιστές είναι η συνειδητοποίηση ότι για να τα καταφέρουν πρέπει να μην παραμελήσουν τον εαυτό τους. Αξίζει ιδιαίτερα να τονιστεί η ανάγκη να ξεπεραστούν οι δισταγμοί να ζητήσει κάποιος βοήθεια. Η επιτυχής φροντίδα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κάτι που ξεπερνά τις δυνατότητες ενός προσώπου και έτσι θα πρέπει να αξιοποιηθεί η συνδρομή του συγγενικού - φιλικού περιβάλλοντος και των ειδικών της υγείας. (Kenneth E., et all, 2004)

Και μόνο το να μοιραστεί κανείς τα οδυνηρά συναισθήματα του με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα είναι πολύ ανακουφιστικό. Γι' αυτό, η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης βοηθά πραγματικά τους ανθρώπους που φροντίζουν τους ασθενείς με νόσο του Alzheimer στο δύσκολο έργο τους. Είναι σημαντικό να χτίσει και να ενισχύσει κανείς φιλικές και συγγενικές σχέσεις νωρίς στην ασθένεια. Η οικογένεια και οι φίλοι μπορεί να είναι μία πηγή άνεσης, βοήθειας και ευχαρίστησης. Μία ομάδα υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες των πασχόντων από την νόσο Alzheimer και να αποτελέσει μία τεράστια πηγή κατανόησης πόρων και πληροφοριών (Τσολάκη, Μ., 2008)

2.1. Το φορτίο των φροντιστών των ατόμων με άνοια.

«Αν ο γάμος και τα παιδιά δοκιμάζουν την ευελιξία και την υπομονή ενός ατόμου, τότε η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια είναι σίγουρα η τελική δοκιμασία. Πολύ σπάνια ζητείται από κάποιον να δώσει τόσα πολλά για να πάρει ως αντάλλαγμα μόνο επιθετικότητα και αγωνία. Η άνοια δεν αφαιρεί απλώς την ικανότητα ενός ατόμου να θυμάται ονόματα, να κάνει υπολογισμούς ή να λέει ένα καλό ανέκδοτο. Του κλέβει την προσωπικότητα του, τις γλυκές ιδιοτροπίες του και τις αγαπημένες αναμνήσεις του. Αυτό που μένει είναι η φροντίδα ενός οικείου ξένου ανθρώπου, κάποιου του οποίου τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά και το βλέμμα μπορεί να

ζεσταίνουν την καρδιά, αλλά η συμπεριφορά και η προσωπικότητα του μοιάζουν όλο και περισσότερο να ανήκουν σε κάποιον άγνωστο, σε κάποιον τον οποίο να μπορεί να μην συμπαθεί καθόλου.» Αυτά τα λίγα λόγια τα οποία καταγράφονται στο βιβλίο της Βάλια Καλαϊτζή, είναι η πικρή πραγματικότητα που μπορεί να νιώθουν και να βιώνουν τα άτομα που φροντίζουν ένα αγαπημένο τους πρόσωπο που πάσχει από την αναπόφευκτη αυτή ασθένεια.

Τα προβλήματα των περιθαλπόντων των ατόμων με άνοια είναι έντονα, σημαντικά, μακροχρόνια και επίπονα. Ο εντοπισμός τους μπορεί να βοηθήσει σε προσπάθειες άμβλυνσής τους. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται, κυρίως, στα άτομα τα οποία πάσχουν από άνοια, και όχι στους φροντιστές των ατόμων αυτών. Το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα και την επίβλεψη του ασθενή και λόγω της προϊούσας φύσης της ασθένειας, ο βαθμός της εξάρτησης του ασθενή θα αυξάνεται με το χρόνο. Η σχέση αυτή δεν είναι εύκολη, μια και η φροντίδα ανοϊκών προκαλεί υψηλά επίπεδα φυσικής και συναισθηματικής κόπωσης. (Fordyce, M., 2006)

Έτσι ο νέος τρόπος ζωής ο οποίος βαθμιαία εισχωρεί στην καθημερινή κατάσταση των φροντιστών και που αναγκάζονται να ανταποκριθούν, υφίστανται συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές καταπιέσεις προκειμένου να ανταποκριθούν στη φροντίδα του ασθενή.

Ο φροντιστής θα αναλάβει όλη την ευθύνη για τον ανοϊκό ασθενή μιας και είναι το πρόσωπο εκείνο που θα βοηθήσει τον ασθενή να ντυθεί, να φάει ακόμη και να πάει στην τουαλέτα. Να είναι βέβαιος ότι λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή σε καθορισμένες ώρες και με τη σωστή δοσολογία, να διαχειρίζεται τα οικονομικά και νομικά του θέματα, να έχει την μέριμνα για τις κοινωνικές δραστηριότητες του και τις εξόδους του καθώς και τη γενική διαχείριση του νοικοκυριού του. Έτσι σταδιακά και με την πορεία εξέλιξης της νόσου ο ασθενής εξαρτάται από τον φροντιστή του, ο οποίος είναι απαραίτητο να έχει την πλήρη και συνεχή εποπτεία του ασθενούς. Πρέπει να φροντίζει να είναι ασφαλής ο ασθενής ανά πάσα στιγμή και να ζει σε ένα κατάλληλο για αυτόν χώρο. Αναγκάζεται έτσι ο φροντιστής να έχει την ευθύνη για δύο νοικοκυριά σε περίπτωση που δεν διαμένει μαζί του ο ασθενής. (Τσολάκη, M., 1999)

Η φροντίδα του ασθενή με άνοια, ποικίλλει εξαιτίας την πολυπλοκότητας και της διαφορετικότητας των σταδίων της ασθένειας αυτής. Έτσι η φροντίδα είναι απαιτητική και στρεσογόνα. Τους περιθάλλοντες κυριεύει η αίσθηση της απομόνωσης, νιώθουν εγκαταλελειμμένοι μέσα στις σκέψεις τους, με σκοπό να ανταπεξέλθουν σε μια άγνωστη και χωρίς αδιέξοδο ασθένεια, η οποία προσβάλλει το αγαπημένο τους άτομο, το οποίο γίνεται όλο και πιο απόμακρο με παράξενη για αυτούς συμπεριφορά. Το γεγονός αυτό, μεταφράζεται σε σημαντική επιβάρυνση των φροντιστών. Οι φροντιστές - συγγενείς αναφέρουν αισθήματα απόγνωσης σε τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Στα προχωρημένα στάδια της άνοιας, η οικογένεια συνήθως προσπαθεί να προσφέρει το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας στον πάσχοντα, έχοντας συγχρόνως να αντιμετωπίσει τα δικά της συναισθήματα πόνου και πένθους για το αγαπημένο πρόσωπο. (Τσολάκη, M., κ.α, 2005)

Έτσι, η φροντίδα, η οποία ενδέχεται προηγουμένως να αποτελούσε ένα φευγαλέο στοιχείο μιας οποιασδήποτε σχέσης, μπορεί να μετατραπεί σε κυρίαρχο και ανατρεπτικό στοιχείο. Κάτω από συνθήκες χρόνιας και προοδευτικής αναπηρίας, οι οποίες προδιαγράφουν μία πορεία χωρίς προσδοκία και ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα μετατρέπεται σε δυσβάσταχτο βάρος και μπορεί να επεκταθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης. Η βοήθεια, η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης γίνονται προς μία κατεύθυνση και σταδιακά κατευθύνονται μόνο από τον φροντιστή προς τον ασθενή, μετατρέποντας με αυτό τον τρόπο μια σχέση αγάπης σε μία μέγιστη πηγή έντονου στρες.

2.2. Τα συναισθήματα των περιθαλπόντων των ατόμων με άνοια.

Λόγω της φύσης της ασθένειας και της επιδεινούμενης πορείας της, το έργο των περιθαλπόντων των ασθενών με άνοια είναι αρκετά δύσκολο και η καθημερινότητα τους γίνεται ολοένα πιο απαιτητική και κουραστική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αρνητικά συναισθήματα και να φτάνουν σε σωματική και ψυχολογική εξουθένωση. Μερικά από τα πιο συνήθη συναισθήματα που βιώνουν είναι άγχος, κατάθλιψη, θλίψη, θυμός, ενοχή, ντροπή, μοναξιά, κοινωνική απόρριψη.

Η εξουθένωση των περιθαλπόντων οφείλεται, κυρίως, σε αγχογόνους παράγοντες που περιλαμβάνεται η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή, ο περιορισμός των δραστηριοτήτων του φροντιστή, η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή και η αντιμετώπιση των γνωστικών και συμπεριφορικών του προβλημάτων. Ο ασθενής χάνει την ικανότητα του να αυτοεξυπηρετείται με αποτέλεσμα να χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση από τον περιθάλποντα. (Farran et al., 2007)

Ακόμη, οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της άνοιας, συνάδουν με τα υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων του φροντιστή. Οι συνέπειες αυτές αφορούν δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές στην προσωπική, κοινωνική, οικογενειακή και την επαγγελματική τους ζωή λόγω της φροντίδας του ασθενούς. Πολλές φορές αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τα δικά τους ενδιαφέροντα προκειμένου να φροντίσουν τον ασθενή τους, με αποτέλεσμα να νιώθουν ότι εγκλωβίζονται μέσα στο νέο τους ρόλο. (Δουδούμη, Σ, 2003)

Οι παραπάνω δυσκολίες που φέρει ο ρόλος του περιθάλποντα έχουν επίπτωση στην συναισθηματική κατάσταση και την σωματική του υγεία. Δεν επηρεάζονται, όμως, όλοι οι περιθάλποντες στον ίδιο βαθμό από την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται σε κάποιους παράγοντες, οι οποίοι είτε μετριάζουν είτε αυξάνουν το στρες και την πίεση. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι η προσωπικότητα του περιθάλποντα, η κατάσταση του ασθενή, η χρήση των υπηρεσιών υγείας, η ύπαρξη της κοινωνικής στήριξης και η αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς. (Κιοσεογλου, Γ., 2003)

Έτσι ο περιθάλποντας ζει μια υποβαθμισμένη καθημερινότητα που περιλαμβάνεται από την έλλειψη νοημάτων και ουσιαστών δραστηριοτήτων στην ζωή του. Το κόστος για τους περιθάλποντες των ατόμων με άνοια είναι τεράστιο, και οικονομικό και ψυχολογικό. Σύντροφοι, συγγενείς, και οι φίλοι που έχουν την φροντίδα και προσοχή των ασθενών δοκιμάζουν τη συναισθηματική, φυσική και οικονομική πίεση τους. (Τσολάκη, Μ. κ.α, 2005)

Οι φροντιστές έχουν τέτοια συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας αυτού του προβλήματος ώστε δεν είναι σε θέση οι ίδιοι να αντιληφθούν την ψυχική πίεση την οποία υφίστανται. Το προσωπικό και συναισθηματικό άγχος της φροντίδας είναι τεράστιο και είναι αναγκαίο να σχεδιάζει κανείς τρόπους για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ασθένειας στο μέλλον. Οι περιθάλποντες, για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις νέες καταστάσεις και να βοηθήσουν περισσότερο το αγαπημένο τους άτομο, είναι απαραίτητο να προσέξουν τη δική τους υγεία. Η κατανόηση των συναισθημάτων τους, θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα προβλήματα του αγαπημένου τους προσώπου όπως επίσης και τα δικά τους. (Neil, W., et all, 2008)

Τα συναισθήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι περιθάλποντες των ατόμων με άνοια είναι αρκετά και πολλές φορές δεν μπορούν να αναγνωριστούν από τους φροντιστές οι οποίοι δεν αντιλαμβάνονται πως τα συναισθήματα αυτά είναι απόρροια της φροντίδας του ασθενούς ατόμου. Είναι αρκετή δυσκολία να έχεις την πλήρη ευθύνη ενός ατόμου, πόσο μάλλον ενός ατόμου το οποίο δεν αντιλαμβάνεται

αυτά που του προσφέρεις και αυτά που θυσιάσεις για να μπορεί να έχει ευημερία στη ζωή του. Η πραγματικότητα αυτή είναι που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο τη συναισθηματική κατάσταση των φροντιστών των ατόμων με άνοια. Σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να μην αποδέχονται τα πολλαπλά συναισθήματα που προκύπτουν και που σίγουρα επιφέρουν επιβάρυνση, άγχος, προβλήματα στη σωματική τους υγεία ακόμη και κατάθλιψη. (Burns A, et all, 2000)

Συνήθως οι φροντιστές μιλούν πάρα πολύ για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, αλλά και για το γεγονός ότι νιώθουν πάρα πολύ αδύναμοι στο να δώσουν λύσεις σε δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Η αδυναμία τους αυτή μπορεί βέβαια να επιδεινώνεται και εξαιτίας της άγνοιας που έχουν για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου. Οι απροσδόκητες και γρήγορες αλλαγές τόσο στην συμπεριφορά του ασθενούς όσο και οι δυσλειτουργίες της σωματικής τους υγείας που επιδεινώνουν σημαντικά την κλινική εικόνα του ασθενή, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της ψυχικής υγείας και του περιθάλποντα. (Τσολάκη, Μ., κ.α., 2005)

Έτσι ο περιθάλπωντας προσπαθεί να προσαρμόζεται στις αλλεπάλληλες αλλαγές της συμπεριφοράς του ασθενή και να χειρίζεται τα δικά του συναισθήματα για την «απώλεια» του γνώριμου και αγαπημένου για αυτού ατόμου. Έτσι υποβιβάζει την δική του ζωή και προσπαθεί κάποιες φορές είτε να ξαναζωντανέψει το παρελθόν ή να προδιαγράψει γεγονότα τα οποία και στις δύο περιπτώσεις δεν μπορούν να επιφέρουν θετικό αποτέλεσμα. (Τσολάκη, Μ., κ.α , 2005)

Το κυρίαρχο συναίσθημα που νιώθουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια είναι η λύπη, με αποτέλεσμα τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν να αυξάνονται ολοένα και περισσότερο. Η λύπη, αποτελεί μια φυσική αντίδραση για όποιον βιώνει μια απώλεια. Στη διάρκεια της νόσου οι φροντιστές μπορεί να αισθάνονται ότι έχουν χάσει μια συντροφιά, ένα φίλο ή ένα γονιό και συχνά να πενθούν γι' αυτό που ήταν το άτομο πριν νοσήσει. Μόλις νομίσουν ότι έχουν προσαρμοστεί στην όλη κατάσταση της ασθένειας, το άτομο αλλάζει πάλι. Είναι φοβερό όταν το άτομο δεν τους αναγνωρίζει πια. Σε πολλούς είναι δύσκολο να χαρούν ακόμα και τις ευτυχισμένες στιγμές. Μερικές φορές μοιάζουν σαν να μην υπάρχουν καθόλου. Οι ανάγκες του αγαπημένου τους προσώπου τους απασχολεί υπερβολικά, και πολλές φορές ίσως τους εξοντώνει. Ορισμένες οικογένειες έχουν ανακαλύψει ότι είναι σε θέση να νιώσουν λίγη ευτυχία απομονώνοντας μερικά κομμάτια της ζωής τους και έτσι μπορούν να απολαμβάνουν ένα ευτυχισμένο γεγονός, προσπαθούν να μην ανησυχούν για το αύριο.

Σύμφωνα με τούς Παπασταύρου, Καραγιάννη (2006) σε έρευνα τους σχετικά με το εκφραζόμενο συναίσθημα στην φροντίδα χρόνιων νόσων που στην περίπτωση μας είναι ανοϊκοί ασθενείς αναφέρουν ως έννοια το εκφραζόμενο συναίσθημα που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά των διαπροσωπικών σχέσεων. Περιγράφει θετικά και αρνητικά συναισθήματα , όπως είναι η ζεστασιά και η ενσυναίσθηση, ή η συντροφικότητα, η εχθρότητα και η κριτική καθώς και η συναισθηματική συμμετοχή με τον ασθενή. Το εκφραζόμενο συναίσθημα με τους περιθάλποντες των οικογενειακών φροντιστών σχετίζεται με προβλήματα στη συμπεριφορά του ασθενούς, την επιβάρυνση και το στρέψ της φροντίδας ενώ μπορεί να είναι και ενδεικτικό ενός σχετικά μη ανεπτυγμένου στίλ αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων εκ μέρους των φροντιστών. Τα τρία βασικά στοιχεία του εκφραζόμενου συναίσθηματος είναι τα επικριτικά σχόλια σχετικά με την συμπεριφορά ή τα χαρακτηριστικά του ασθενούς τα οποία η οικογένεια δεν ανέχεται ή ενοχλείται απο αυτά, η εχθρότητα η οποία αναφέρεται στη γενική κριτική προς τον ασθενή και την έκφραση απορριπτικών στάσεων. Η εχθρότητα παρουσιάζει συγκριτική συσχέτιση σύμφωνα με τα επικριτικά σχόλια και θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια ακραία έκδοση της κριτικής. Η συναισθηματική εκδοχή η οποία περιλαμβάνει υπερβολικές

συναισθηματικές αντιδράσεις, παρειασθητικές, η συμπεριφορές αυτοθυσίας και υπερβολική ταύτιση με τον ασθενή. (Καραγιάννης, Γ. , κ.α, 2006)

Οι δυσκολίες αλλά και τα συναισθήματα που αντιμετωπίζουν και νιώθουν, αντίστοιχα, οι φροντιστές ανοϊκών ασθενών ποικίλλουν ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο ασθενής αλλά και με τη σχέση που έχει ο φροντιστής με τον ασθενή. Άλλες δυσκολίες αντιμετωπίζουν τα παιδιά των ανοϊκών ατόμων, άλλες οι σύζυγοι, άλλες τα αδέρφια. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα της σχέσης του φροντιστή με τον ασθενή. Ο κόσμος μπορεί πιο εύκολα να κατανοήσει το συναισθηματικό κομμάτι, αφού ουσιαστικά μιλάμε για την «απώλεια» του ατόμου που πρέπει να φροντίσει κανείς. Μια απώλεια σταδιακή. «Χάνεις» τον άνθρωπό σου κάθε φορά που αλλάζει στάδιο η νόσος. Αυτό είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρο, εξαντλητικό.

Οι πρακτικές δυσκολίες αφορούν στο γεγονός ότι αλλάζει η καθημερινότητά των περιθαλπόντων σταδιακά και πάντα προς το χειρότερο. Δεν μπορείς να προβλέψεις πάρα πολλά πράγματα. Δεν γνωρίζει κανείς την εξέλιξη της νόσου και τις συνέπειες που θα έχει στον ασθενή. Πρέπει κάθε φορά να είσαι έτοιμος για το επόμενο.

Ο φροντιστής σταδιακά αναγκάζεται να εγκαταλείψει πολλές αγαπημένες συνήθειες από τις πιο μικρές μέχρι και μεγαλύτερες αλλά και να υποβαθμίσει βασικές υποχρεώσεις του. Πρέπει να αφιερώσει πολλές ώρες της ημέρας στη φροντίδα του ασθενή τις οποίες θα τις κλέψει από κάτι άλλο. Καταπονείται ψυχικά και επειδή δεν έχει ανάλογες γνώσεις και σωματικά. Δεν είναι για όλους απλό να σηκώσουν έναν άνθρωπο που έχει παραιτηθεί πλήρως.

2.2.1. Άγχος.

Το άγχος είναι παράγοντας που εμποδίζει την δημιουργική προσαρμογή του ατόμου και, κατ' επέκταση, την επαφή με τις καινούργιες συνθήκες που η ασθένεια έχει επιφέρει. Φροντίζοντας ένα άτομο με άνοια μπορεί να είναι μια πρόκληση αλλά και με έντονο άγχος ευθύνη. Οι φροντιστές, αρχικά, αισθάνονται θυμωμένοι και απογοητευμένοι από τον εαυτό τους και από το αγαπημένο τους άτομο. Συναισθήματα ενοχής μπορεί να σχετίζονται με την οργή και την απογοήτευση. Επίσης, οι φροντιστές μπορεί να δυσκολεύονται να μοιράζονται τα συναισθήματα ή τα προβλήματα με άλλους ούτως ώστε το άγχος μεγαλώνει. Η φροντίδα αυτή μπορεί να είναι ψυχικά και συναισθηματικά κουραστική. Αυτός ο κύκλος του θυμού, της απογοήτευσης και της ενοχής δημιουργεί στον περιθάλποντα σημαντικό βαθμό άγχους και στρες. Οι συνέπειες αυτού του άγχους μπορούν να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση, την αδυναμία αποτελεσματικής λειτουργίας και την μη παροχή σωστής περίθαλψης των ασθενών, οδηγώντας τους έτσι στην μείωση της εκτέλεσης των υπόλοιπων ρόλων της ζωής τους. (*Greenwich Hospital* , χχ)

Σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικής έρευνας (Μέλλιου Α., 2000) η ομάδα των φροντιστών των ασθενών με νόσο Alzheimer είχε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές των ασθενών βιώνουν περισσότερα συμπτώματα άγχους Generalized Anxiety Disorder (DSM-IV) και Total Anxiety καθώς επίσης ενοχλούνται περισσότερο από καθημερινές δυσκολίες σε σχέση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. Παράγοντες που σχετίζονται με το στρες των φροντιστών του ασθενή είναι το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, η εργασία, το οικογενειακό ιστορικό, η προσωπικότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η υγεία και η συζυγική κατάσταση

Ενοχή και αδυναμία.

Οι ενοχές αποτελούν μόνιμη παρέα όσων παρέχουν φροντίδα, με τις γυναίκες να βασανίζονται περισσότερο από τους άντρες που σε αντίθεση οι άντρες αισθάνονται πιο συχνά αδυναμία. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν κληρονομήσει ένα φορτίο ενοχής από τους πρόγονους τους ενώ οι άντρες από την άλλη, έχουν την τάση να θέλουν να διορθώσουν καταστάσεις και απελπίζονται όταν τα προβλήματα δεν μπορούν να διορθωθούν . Κατά κανόνα δεν έχουν τόση εμπειρία όση οι γυναίκες όσο αφορά την παροχή φροντίδας που χρειάζονται να δείξουν στα αγαπημένα τους πρόσωπα, οπότε νιώθουν ολοένα και πιο αδύνατοι. (Καλαϊτζή, Β., 2005)

Είναι επόμενο οι φροντιστές να αισθάνονται ενοχές όταν ντρέπονται για την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς , όταν θυμώνουν μαζί τους ή νιώθουν ότι δεν αντέχουν το ανοϊκό άτομο και εξετάζουν την πιθανότητα για την εισαγωγή του σε ίδρυμα. Η απόφαση, αυτή κάθε αυτή, είναι δύσκολη και οδυνηρή. Η φροντίδα για κάποιον που πάσχει από άνοια μπορεί να εξελιχθεί επί εικοσιτετραώρου βάσεως λόγω της φύσης και πορείας της ασθένειας και αυτό είναι εξουθενωτικό. Το να μοιραστεί κάποιος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους φροντιστές ή με οικεία πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σημαντικά. (Epstein, G., 2008)

Συχνά μπορεί να αισθάνονται ενοχή επειδή ντρέπονται για τη συμπεριφορά του ανοϊκού ατόμου ή επειδή νιώθουν θυμό μαζί του. Αρκετοί είναι αυτοί που αισθάνονται ένοχοι όταν νιώθουν ότι δεν αντέχουν άλλο την συναισθηματική αυτή επιβάρυνση ή γιατί δεν μπορούν να κάνουν κάτι περαιτέρω για να βελτιώσουν την κατάσταση υγείας του αγαπημένου τους προσώπου.

Θυμός.

Ο θυμός των περιθαλπόντων ατόμων μπορεί να έχει πολλούς αποδέκτες. Μπορεί να απευθύνεται στον ασθενή, στον εαυτό τους , στο γιατρό ή στην όλη κατάσταση, αναλόγως με την περίσταση. Είναι σημαντικό να θυμόνται ότι το θυμό τους τον προκαλεί η νόσος και οι δυσκολίες που συνεπάγονται από αυτή και όχι ο ασθενής σαν πρόσωπο. Θα πρέπει να διακρίνουν ανάμεσα στον θυμό τους για την συμπεριφορά του ατόμου, που είναι αποτέλεσμα της πάθησης του και το θυμό τους για το ίδιο το άτομο. Ο θυμός είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί γιατί είναι εξαιρετικά έντονος και τυφλώνει. Ορισμένες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τόσο θυμωμένοι που κινδυνεύουν να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Μπορεί να οδηγήσει σε απερίσκεπτες κινήσεις και λόγια για τα οποία αργότερα θα μετανιώσουν.

Όταν οι περιθάλποντες αισθάνονται ότι ο θυμός τους καταβάλλει συνίσταται να απελευθερώσουν με το πιο ανώδυνο δυνατό τρόπο, μακριά από το ανοϊκό ασθενή, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με έντονη φυσική άσκηση. Συμβουλές από τους φίλους, την οικογένειά, ακόμα και η ένταξη σε μια ομάδα υποστήριξης ή αυτοβοήθειας όπου θα μπορούν να συζητήσουν τα προβλήματά τους μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης θα βελτιώσει την ψυχολογική τους κατάσταση. Ο καθένας θα πρέπει να νιώσει την ανακούφιση του κλάματος, το οποίο άλλωστε είναι το μέσο που διαθέτει ο ίδιος ο οργανισμός για να μειώσει την ένταση. (Καλαϊτζή, Β., 2005)

Θλίψη.

Θλίψη συνήθως ορίζεται ως τα εσωτερικά συναισθήματα που συνοδεύουν το θάνατο ή μη θάνατο και σχετίζονται με την απώλεια . Παρά το γεγονός ότι η προθανάτια θλίψη χαρακτηρίζεται συχνά ως προληπτική θλίψη, ο πόνος που διακατέχει του φροντιστές κατά την διάρκεια της ασθένειας αλλά και η ένταση που καθρέφτιζεται μετά το θάνατο έχει οριστεί ως "αληθινή θλίψη"

Το σκληρότερο μέρος φροντίζοντας ένα αγαπημένο άτομο με άνοια εκτός από μια καθημερινή πρόκληση για τους περιθάλποντες είναι και ο συναισθηματικός αντίκτυπος χάνοντας την υποστήριξη και τη συντροφικότητα των ασθενών. Με τη εξέλιξη της ασθένειας ο φροντιστής χάνει την συντροφικότητα, την οικειότητα και την αμοιβαία υποστήριξη που είχε με τον ασθενή του πριν από την εμφάνιση της νόσου, ιδιαίτερα όταν χάνεται η λεκτική επικοινωνία και η αδυναμία να αναγνωρίσει πρόσωπα. (Ancselovi, B., 2008, Τσολάκη, Μ., κ.α , 2005)

Οι περιθάλποντες των ανοϊκών ασθενών βιώνουν μια "προκαταβολική θλίψη" που επεξηγείται ως ο πόνος της απώλειας του αγαπημένου τους προσώπου και γίνεται αισθητός πριν από το θάνατο του ασθενή. Αυτή η "διφορούμενη απώλεια" είναι το διφορούμενο συναίσθημα που προέρχεται από την αλληλεπίδραση με έναν ασθενή που είναι φυσικά ζωντανός αλλά δεν φαίνεται πλέον παρών κοινωνικά ή ψυχολογικά.

Ένας από τους σπουδαιότερους τομείς της έρευνας για την θλίψη των φροντιστών των ατόμων που πάσχουν από άνοια έχει επικεντρωθεί στο πώς η θλίψη ποικίλλει ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου ή το στάδιο της νόσου (αρχή, στο μέσο, ή κατά το τελικό στάδιο). Μια από τις πρώτες προσπάθειες για τον εντοπισμό μεταβολών στις αντιδράσεις της θλίψης σε φροντιστές έγινε από Ponder and Pomeroy το 1996. Αυτοί οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η ένταση της θλίψης ήταν υψηλότερη κατά τα πρώτα δύο έτη της νόσου (αρχικά στάδια), μειώνεται κατά τα έτη τρία και τέσσερα (μεσαία στάδια), και στη συνέχεια αυξάνονται και πάλι μετά από το τέταρτο έτος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα " ότι όπως αυξάνονται τα συμπτώματα των ασθενών βρέθηκε ότι η θλίψη των φροντιστών αυξάνεται επίσης "Αυτό σημαίνει ότι η θλίψη των φροντιστών των ατόμων στα προχωρημένα ή στα τελικά στάδια της ασθένειας είναι πιο έντονη από ότι είναι σε πρώιμο στάδιο. (Sanders, S., et all , 2007)

2.2.3. Κατάθλιψη.

Η πίεση, ο θυμός, η ενοχή και η θλίψη είναι σχετικοί με την φροντίδα που παρέχουν οι φροντιστές μπορεί όμως να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Οι φροντιστές των ανοϊκών ατόμων μπορεί να έχουν την εμπειρία της κατάθλιψης σε οποιοδήποτε σημείο στη διαδικασία της ασθένειας. Εάν βιώνουν ή αισθάνονται κατάθλιψη μπορεί να έχει επιπτώσεις και στη φυσική και διανοητική τους υγεία. Η ψυχολογική υγεία είναι η περιοχή που επηρεάζεται περισσότερο κατά την διάρκεια της φροντίδας που παρέχουν τα περιθάλποντα άτομα. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή με το 30% έως 59% των φροντιστών. Τα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους φροντιστές βάζουν πολλά άτομα στο σοβαρό κίνδυνο για φτωχή φυσική υγεία . Η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για χρόνιες αρρώστιες, όπως οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος και ο διαβήτης. (Mittelman, M,et all, 2004)

Η κατάθλιψη είναι μια από τις σημαντικότερες διαταραχές που εντοπίζονται σε μεγάλο αριθμό περιθαλπόντων. Είναι σημαντικό, όμως, να αναφερθεί πως η

φροντίδα δεν προκαλεί την κατάθλιψη του περιθάλποντα και ούτε ο καθένας που παρέχει φροντίδα σε κάποιο ασθενή μπορεί να βιώσει αρνητικά συναισθήματα που θα οδηγήσουν μετέπειτα στην ανάπτυξη μιας ήπιας ή και σοβαρότερης μορφής κατάθλιψη. Τις περισσότερες φορές όμως οι φροντιστές παρουσιάζουν την κατάθλιψη εξαιτίας της προσπάθειας τους να παρέχουν όσο το δυνατό καλύτερη φροντίδα προς το οικογενειακό μέλος ή σε οποιοδήποτε ανοϊκό άτομο που ασθενεί.

2.2.4. Συναισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας.

Πίσω από τις συναισθηματικές αντιδράσεις των φροντιστών, τις περισσότερες φορές κρύβονται συναισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας, γιατί ο ρόλος του φροντιστή που έχουν αναλάβει για συναισθηματικούς λόγους (δεν θέλουν να εγκαταλείψουν τον άρρωστο συγγενή τους) και κοινωνικούς λόγους (το κοινωνικό περιβάλλον κατακρίνει με σκληρότητα την αδιαφορία σ' αυτές τις περιπτώσεις), τους έχει οδηγήσει σ' ένα αδιέξοδο.

2.3. Η επιβάρυνση των φροντιστών

Η φροντίδα του ανοϊκού ασθενούς επιδρά στην ψυχική ηρεμία του περιθάλποντα. Το οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως ο φροντιστής φαίνεται να επιβαρύνεται σε αρκετά σημαντικό βαθμό λόγω της διαφορετικότητας των σταδίων που έχει η ασθένεια και της μακράς διάρκειας της, η οποία είναι πολύ απαιτητική και πολύ στρεσογόνο. Η φροντίδα σε ένα άτομο με άνοια φαίνεται πως έχει αρνητικές επιπτώσεις στον φροντιστή σε πρακτικό, συναισθηματικό, κοινωνικό τομέα αλλά και τομέα της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των φροντιστών των ατόμων με άνοια καθώς ο περιθάλπων πρέπει να βοηθήσει πρώτα τον εαυτό του για να προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής στον εαυτό του και στον ασθενή του. (Burns A, et all, 2000)

Καθώς η ασθένεια προχωρά, τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι περιθάλποντες των ασθενών γίνονται ολοένα και μεγαλύτερα. Η επικοινωνία με το αγαπημένο τους πρόσωπο δυσχεραίνει και παρά τις προσπάθειες τους η παροχή φροντίδας γίνεται πιο δύσκολη. Η ζωή τους αρχίζει να καθορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή και σιγά-σιγά στερούνται τα ενδιαφέροντα τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου για αυτούς είναι αναγκαίο λόγω του ότι θα τους βοηθήσει να μοιραστούν το φορτίο της φροντίδας. Δυστυχώς, όμως, πολλές φορές το υποστηρικτικό δίκτυο είναι ανύπαρκτο. Ακόμα οι συγγενείς και οι φίλοι ξεχνούν τον ασθενή ή τον αποφεύγουν, και κατ' επέκταση και τον φροντιστή του. (Burns A, et all, 2000)

Όλα αυτά είναι η αιτία για να προκληθεί αναστάτωση στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, ούτως ώστε τα ίδια τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ηλικιωμένο να αναπτύσσουν ακόμα και συμπτώματα κατάθλιψης. Οι ίδιοι οι φροντίζοντες αναφέρουν προβλήματα ύπνου, είτε λόγω άγχους, το οποίο απορρέει από την καθημερινή φροντίδα σε συνδυασμό με την προσωπική τους ζωή είτε λόγω των συχνών αφυπνίσεων των ασθενών κατά τη διάρκεια της νύκτας. Επίσης παρατηρείται σημαντική απώλεια βάρους στους φροντίζοντες. Η φροντίδα ενός ανοϊκού ατόμου είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική και θέτει τρομακτικές απαιτήσεις. Ο φροντιστής ενός άλλου ατόμου χρειάζεται να προσφέρει διάφορες υπηρεσίες ή να εξυπηρετεί τις ποικίλες ανάγκες του για να τον βοηθήσει. Οι περισσότεροι φροντιστές βοηθάνε τα ανοϊκά άτομα στις ακόλουθες δουλειές: προσωπική φροντίδα όπως ντύσιμο, λούσιμο τουαλέτα, λήψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, βοήθεια στις δουλειές και στην φροντίδα του σπιτιού μαγειρέμα, καθάρισμα και πλύσιμο αλλά και

συναισθηματική υποστήριξη, συμβουλές, διαχείριση οικονομικών. Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα οφείλουν να είναι σε ετοιμότητα ολόκληρο το 24ωρο γιατί μπορεί να τους συμβεί οτιδήποτε και να χρειαστούν βοήθεια, να προστατεύουν τους ασθενείς από πιθανούς κινδύνους, και να υπόκεινται το συναισθηματικό κόστος και τις δυσκολίες που τους προκαλεί το γεγονός ότι ο πρώην υγιής και αγαπημένος τους συγγενής, βιώνει αυτή την κατάσταση. Ως εκ τούτου, πολλές έρευνες έχουν στραφεί, όχι πια στους ηλικιωμένους ανοϊκούς, αλλά στα πρόσωπα που τα περιποιούνται, συνήθως τους συγγενείς των ανοϊκών ατόμων που αποκαλούνται και "κρυφοί ασθενείς". Χαρακτηριστικά, οι Levine and colleagues (1984), αναφέρουν ότι οι φροντίζοντες "ζουν μέσα σε μια φυλακή, μάχονται σ' ένα πεδίο μάχης και αγωνίζονται σ' ένα στρατόπεδο συγκέντρωσης". (Elizabeth Morrishey, et al., 1990, Γιαβή Ε., κ.α. 2001, Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., 1993, Levine et al., 1984)

Σύζυγοι ανοϊκών ηλικιωμένων έχουν δηλώσει σε συνεντεύξεις ότι τα τελικά στάδια της νόσου είναι λιγότερο δύσκολο να αντιμετωπιστούν σε σχέση με τα πρώιμα στάδια και ακόμα περισσότερο δύσκολα είναι τα μεσαία στάδια (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., , 1993). Όσο αλλάζουν οι ανάγκες του ασθενούς, με την πρόοδο της άνοιας, αλλάζουν οι απαιτήσεις στην φροντίδα και οι φροντίζοντες βιώνουν περισσότερο άγχος (Morrishey, et al., 1990). Οι ηλικιωμένοι, πλέον, δεν ασθενούν από οξείες καταστάσεις, αλλά χρόνιες και αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα είναι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πιο απαιτητική (Ευκλείδη, 1999) Εκτεταμένη βιβλιογραφία αναφέρει ότι μερικά άτομα που αντιμετωπίζουν τις απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας αισθάνονται κορεσμένοι από αυτό το ρόλο (Julie Hicks Patrick, Jason M. Hayden, 1999). Από τα παιδιά των ανοϊκών ασθενών που παρέχουν φροντίδα, το 80% είναι γυναίκες, οι οποίες πιέζονται από τη μια από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη, την ανάγκη περίθαλψης των γονέων τους (Ευκλείδη, 1999). Το στρες που υφίσταται το άτομο που φροντίζει έναν δικό του ασθενή με άνοια, και μάλιστα ηλικιωμένο, είναι μεγάλο και μπορεί να έχει συνέπειες ψυχικές και σωματικές, γεγονός που απειλεί και τη δική τους ποιότητα ζωής (Ευκλείδη Α., 1999,). Οι ερευνητές συχνά κάνουν διάκριση ανάμεσα στο αντικειμενικό βάρος, που προκαλεί η φροντίδα ενός ανοϊκού ηλικιωμένου και το υποκειμενικό βάρος. Το υποκειμενικό βάρος διαμορφώνεται από το πώς βλέπει τη φροντίδα ο φροντιστής, αν αισθάνεται να απειλείται από αυτήν και πώς αξιολογεί την ικανότητά του να το αντιμετωπίσει. Το υποκειμενικό βάρος επηρεάζεται επίσης, από την ποιότητα της σχέσης του φροντίζοντος με τον ασθενή. Κάποιος που είχε για χρόνια μια κακή σχέση με τον φροντιζόμενο, αντιλαμβάνεται το καθήκον πιο αρνητικά από ότι κάποιος που είχε καλή σχέση. Αλλά και η πολύ στενή σχέση με τον ασθενή μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα, γιατί το άτομο ταυτίζεται με τον φροντιζόμενο και δεν μπορεί ν' αποδεχτεί τη χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας του (Ευκλείδη, 1999, Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., 1993, Zarit, Sh., 1985)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο Ρόλος της κοινωνικής εργασίας

Ας δούμε τώρα τον ρόλο του κοινωνικής εργασίας σε ότι αφορά την άνοια. Αν και τον σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί η άνοια διαδραματίζουν οι νευρολόγοι και οι ψυχίατροι παρ' όλα αυτά κανείς δεν μπορεί να πει πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν είναι εξίσου σημαντικός.

Καταρχήν, βοηθά στην αξιολόγηση, ενημέρωση και εκτίμηση της νοητικής έκπτωσης και της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου με άνοια, ενώ ταυτόχρονα προσδιορίζει τα προβλήματα ασφάλειας στο σπίτι και δίνει οδηγίες αντιμετώπισης λειτουργίας του φροντιστή. Παράλληλα βοηθάει την οικογένεια να αποδεχτεί την νόσο και έπειτα να προσδιορίσει τον ρόλο της. Σημαντικό είναι να βοηθηθεί η οικογένεια διαμέσου του Κοινωνικού Λειτουργού να συνειδητοποιήσει τις δυνατότητες, τις αδυναμίες και τα όρια της προκειμένου να μπορέσουν να προσδιοριστούν αντικειμενικά και αποτελεσματικά οι στόχοι για θεραπεία και φροντίδα τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του.

Πέρα όμως από την αντιμετώπιση της όποιας ψυχολογικής επιβάρυνσης των φροντιστών, ο κοινωνικός λειτουργός, παρεμβαίνει και σε ένα εξίσου βασικό κομμάτι το οποίο αφορά τις αρχές σχεδιασμού για κάποιο ίδρυμα και γενικά στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής σχετικά με τους ηλικιωμένους που έχουν άνοια και οι οποίοι απολαμβάνουν χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών συγκριτικά με άλλες ομάδες ασθενών.

Έτσι λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός, σε συνεργασία ή παράλληλα με τον κοινωνιολόγο ή άλλους ειδικούς, θα μελετήσει εις βάθος τη σχέση ανάμεσα στη άνοια και την φτώχεια, τη βία, την οικογένεια, την κοινότητα, την αλλοτρίωση, την αλληλεγγύη, τον εθελοντισμό και γενικότερα την σχέση ανάμεσα στη νόσο και τα ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα τα οποία συνδέονται με αυτήν. Μέσω της διερεύνησης και της αξιολόγησης θα μπορέσει να βγάλει χρήσιμα συμπεράσματα για την πορεία της νόσου, οπότε κατ επέκταση δημιουργεί νέες προοπτικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή αλλά και για τον σχεδιασμό ιδρυμάτων που να ανταποκρίνονται ακριβώς στις ανάγκες των ατόμων με άνοια. (Οικονόμου, Θ., 2000)

Από τα παραπάνω λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι η δράση του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντική και δεν περιορίζεται σε είναι μόνο τομέα, αντίθετα είναι πολυσύνθετη. Συμβάλει στην άμβλυνση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την διάρκεια της νόσου. (Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer, 139)

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε διάφορες ομάδες φροντιστών πχ : υποστηρικτικές, ψυχοεκπαιδευτικές, προκειμένου να υπάρχει αλληλοενημέρωση και σφαιρική αντιμετώπιση, με την ανάλογη παρέμβαση θα μπορέσει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και της οικογένεια του, υποδεικνύοντας τρόπους ψυχαγωγίας, πνευματικής καλλιέργειας, επικοινωνίας και δραστηριότητας που να ταιριάζουν στην εκάστοτε ατομική περίπτωση του ασθενούς.

Από την άλλη θα βοηθήσει την οικογένεια μέσω της συμβουλευτικής διαδικασίας να αξιολογήσει την μέχρι τώρα πορεία της, με σκοπό να ξαναβρεί τον αυτοσεβασμό και να δώσει νόημα στη ζωή της. Και αυτό θα επιτευχθεί με την ενεργή συμμετοχή των ατόμων στην καθημερινή ζωή αλλά και με την υλοποίηση δραστηριοτήτων οι οποίες θα παρέχουν συναισθηματική αποφόρτιση των φροντιστών και θα τους βοηθούν να ξεφύγουν από την απομόνωση και το έντονο άγχος όπως επίσης το αίσθημα ντροπής. Ο κοινωνικός λειτουργός λοιπόν, δημιουργώντας τις

προϋποθέσεις για αυτές τις δραστηριότητες, κινητοποιεί την οικογένεια, να συνεχίσει την δράση της ανεξάρτητα από αυτό που τους έτυχε και να μην παραιτείται με σκοπό την διατήρηση της ψυχικής τους υγείας. (Εφραίμογλου, Ε., 1998)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να συμμετάσχουν στην αξιολόγηση και θεραπεία των αντιδράσεων και των συναισθημάτων όπως η θλίψη των φροντιστών των ατόμων με άνοια. Παρά το γεγονός ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να μην έχουν επαρκή χρόνο για την αντιμετώπιση θεμάτων όπως αυτό της θλίψης σε φροντιστές, παρόλα αυτά η αναγνώριση και η εκτίμηση της θλίψης, είναι αναγκαίο να γίνει. Επίσης χρειάζεται η ανάπτυξη κατάλληλων σχεδίων παρέμβασης, καθώς και το πότε μπορεί να χρειαστεί να παραπεμφθεί ο φροντιστής σε ένα εξωτερικό επαγγελματία για περισσότερη και συνεχή υποστήριξη. (Sara Sanders et all,2007)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε διάφορους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, τα κέντρα ημέρας, και τις κοινοτικές υπηρεσίες, είναι στις πρώτες γραμμές εργασίας με τους οικογενειακούς φροντιστές κατά το πρώιμο, μέσο και τελικό στάδιο της νόσου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν τους φροντιστές στην πρόσβαση των απαραίτητων κοινοτικών πόρων και τους παρέχουν εκπαίδευση αλλά και συμβουλές σχετικά με την εξέλιξη της νόσου. (Sara Sanders et all,2007)

Η κλινική προσοχή στις ανάγκες των φροντιστών στα αρχικά στάδια της ασθένειας είναι δικαιολογημένη. Ωστόσο εκείνοι που φροντίζουν άτομα σε πιο προχωρημένο στάδιο ή στο τελικό στάδιο του ασθενή φαίνεται να παραμελούνται. Κατά το τελικό στάδιο της άνοιας, το πένθος είναι ένα κυρίαρχο στοιχείο που εμφανίζεται στους φροντιστές και συχνά επιδεινώνεται από εκκρεμή ζητήματα των ζημιών που σημειώθηκαν σε προηγούμενα στάδια της διαδικασίας της ασθένειας. Πολλές εμπειρίες, έντονες αντιδράσεις και θλίψη εκφράζουν τη προετοιμασία για το θάνατο του ασθενή. Δυστυχώς, αυτές οι αντιδράσεις είναι συχνά παραβλεπόμενες, δεδομένου ότι η έμφαση δίνεται συνήθως στη μείωση των συναισθημάτων του φροντιστή. (Sara Sanders et all,2007)

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός, μπορεί να εξομαλύνει τις συγκρούσεις που μπορεί να δημιουργηθούν ανάμεσα στην οικογένεια, να βοηθήσει τα μέλη να αναλάβουν νέους ρόλους, να αποκτήσει τις ισορροπίες αυτονομίας και εξάρτησης, να σχεδιάσει καταμερισμό ευθυνών και υποχρεώσεων να προσφέρει τρόπους για αυτογνωσία, βοηθώντας έτσι την οικογένεια να αποδεχτεί την πραγματικότητα και να συνεχίσει με αυτή.

Ένας επιπλέον ρόλος που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός, είναι η οργάνωση ομάδων, η ενημέρωση και κατάρτιση αυτών, την υποστήριξη και την ενίσχυση των ομάδων αυτών. Σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι μέσω των συγκεκριμένων ομάδων να καλλιεργηθεί το αίσθημα αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των οικογενειών των ατόμων που πάσχουν από άνοια.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός θα προσπαθήσει να αναστείλει τις προκαταλήψεις και τους φόβους της οικογένειας, για στιγματισμό και κοινωνική απόρριψη και θα παροτρύνει τα άτομα να αναπτύξουν εκ νέου τις κοινωνικές σχέσεις που μπορεί να έχουν διακοπεί λόγω της ασθένειας του δικού τους ανθρώπου που πάσχει από άνοια (Κουντή, Φ., 2000)

- ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μεθοδολογία έρευνας.

4.1. Βασικός προβληματισμός επιλογής έρευνας

Τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερα άτομα πάσχουν από διάφορους τύπους άνοιας, γεγονός που οδήγησε στην περαιτέρω μελέτη του θέματος από διάφορες ειδικότητες επιστημόνων. Η πλειονότητα των ερευνών και των μελετών που διεξήχθησαν μέχρι στιγμής από επιστήμονες και ερευνητές αφορούσε αφενός την ασθένεια ως ιατρικό ζήτημα και αφετέρου τους ασθενείς που πάσχουν από την νόσο αυτή και σε μικρότερο βαθμό τους φροντιστές των ανοϊκών ατόμων. Στην δική μας εργασία εστίασαμε την προσοχή μας στους φροντιστές των ατόμων με άνοια που στην πραγματικότητα βιώνουν στο έπακρο την συγκεκριμένη ασθένεια.

Και ενώ σε όλη την Ευρώπη και Αμερική γίνονται σημαντικές έρευνες και προσπάθειες για κατανόηση όλων των πτυχών που φαίνεται ότι επηρεάζει η ύπαρξη της νόσου, στην Κύπρο τέτοια ζητήματα δεν έχουν ερευνηθεί διεξοδικά.

Στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας έχει πραγματοποιηθεί η ίδια έρευνα για τους φροντιστές των ατόμων με άνοια με την διαφορά της γεωγραφικής τοποθέτησης η οποία αφορούσε τον νομό Ηρακλείου, η δικιά μας έρευνα αφορά τους φροντιστές των ατόμων με άνοια στις τρεις μεγαλύτερες πόλεις της Κύπρου, Λευκωσία, Λεμεσό και Λάρνακα. Μέσα από αυτή την έρευνα μπορέσαμε, εν ολίγης, και γνωρίσαμε τον τρόπο που βιώνουν η φροντιστές την άνοια, μιας και πρόκειται για ένα διαφορετικό πληθυσμό και διαφορετική κουλτούρα.

4.2. Σκοπός της μελέτης.

Η έρευνα μας έχει ως θέμα την επιβάρυνση των φροντιστών ατόμων με άνοια στην Κύπρο και αναφέρεται στο άγχος και την κατάθλιψη που μπορεί να προκύψουν μέσα από την φροντίδα που παρέχουν οι φροντιστές στα ανοϊκά άτομα, όπως και σωματικά προβλήματα υγείας που προκύπτουν.

Ακόμη, ένα κομμάτι της έρευνας μας έχει τις κοινωνικές σχέσεις και το κοινωνικό δίκτυο που τους περιβάλλει. Τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φροντιστών για την άνοια λόγω της φροντίδας, σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία.

Η έρευνα θα είναι χρονικά συγκριτική δηλαδή έχει εξελιχθεί σε δυο στάδια. Σκοπός της επανάληψης της έρευνας είναι να διαπιστωθεί η τυχόν αύξηση της επιβάρυνσης του φροντιστή λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή από την επιμέλεια της φροντίδας του εξαιτίας της νόσου. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης των δύο αποτελεσμάτων της έρευνας για διαπίστωση της ενδεχόμενης αύξησης της επιβάρυνσης των φροντιστών.

Στο δείγμα μας συμμετέχουν φροντιστές οι οποίοι δεν έχουν κανενός είδους συμβουλευτική υποστήριξη.

4.3. Μεθοδολογία Έρευνας.

Πληθυσμός Μελέτης :

Το πεδίο μελέτης της πτυχιακής εργασίας μας είναι οι συνέπειες της επιβάρυνσης που μπορεί να προκύψουν μέσα από την φροντίδα που παρέχουν οι φροντιστές στα άτομα με άνοια.

Η έρευνα έχει πραγματοποιηθεί σε ολόκληρη την ελεύθερη Κύπρο, επαρχία Λάρνακας, Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου και Αμμοχώστου. Η μελέτη έχει διεξαχθεί σε δυο χρονικές φάσεις, η επαναληπτική φάση έχει διεξαχθεί μετά την πάροδο έξι μηνών από την συλλογή των ερωτηματολογίων της πρώτης φάσης.

Η συλλογή των στοιχείων από τους φροντιστές έχει γίνει με την πραγματοποίηση ημι- δομημένης συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο. Η συνέντευξη έχει βασιστεί, κυρίως, στα πιο κάτω ερωτήματα, τα οποία αφορούν τα κοινωνικό-δημογραφικά τους στοιχεία, τις στάσεις και αντιλήψεις τους, το κοινωνικό τους δίκτυο, την επιβάρυνση τους, το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν και ένα ερωτηματολόγιο για την Γενική τους υγεία.

Η μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων και δεδομένων έχει γίνει με το πρόγραμμα *S.P.S.S. 12.0.*, όπου στην συνέχεια μπορέσαμε και συγκρίναμε τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης με αυτά της δεύτερης.

Η έρευνα, όπως προαναφέρθηκε, διενεργήθηκε σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές της ελεύθερης Κύπρου. Οι ορισμοί «αστικός πληθυσμός» και «αγροτικός πληθυσμός» δίνονται από την Ε.Σ.Υ.Ε. (2003) και σύμφωνα με αυτήν ο αστικός πληθυσμός: περιλαμβάνει τον πληθυσμό των δήμων και των κοινοτήτων των οποίων ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει 10,000 κατοίκους και άνω, καθώς επίσης και τον πληθυσμό των πολεοδομικών συγκροτημάτων στο σύνολο τους, ανεξάρτητα από το μέγεθος του πληθυσμού του πολυπληθέστερου οικισμού (δήμου ή κοινότητας του συγκροτήματος), ενώ ο αγροτικός πληθυσμός περιλαμβάνει τον πληθυσμό των δήμων και των κοινοτήτων, τον οποίον ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει λιγότερους από 2,000 κατοίκους, εκτός αυτών που ανήκουν στα πολεοδομικά συγκροτήματα. (Ιατράκη,2005).

Χρονοδιάγραμμα:

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο χρονικά διαστήματα από τις 30 Ιουνίου μέχρι τις 30 Ιουλίου 2008 όπου διεξήχθη η πρώτη έρευνα και εν συνεχεία απο τις 30 Ιανουαρίου μέχρι τις 27 Φεβρουαρίου 2009 όπου σε αυτό το διάστημα πραγματοποιήθηκε η επαναληπτική έρευνα. Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν φροντιστές ασθενών με άνοια που δεν είχαν συμβουλευτική βοήθεια στην κοινότητα

Δειγματοληψία:

Το δείγμα μας αποτελείται από φροντιστές οι οποίοι δεν έχουν καμία συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη από υπηρεσίες ή από κάποιο ειδικό. Μέσα από αυτή την παράμετρο μπορούμε να επισημάνουμε την δυσμενή θέση που βρίσκονται αυτά τα άτομα, τα οποία ζουν τόσο με το στίγμα της ασθένειας του συγγενή που φροντίζουν όσο και με την ανυπαρξία στήριξης τους και ψυχολογικά αλλά και συμβουλευτικά.

Όπως είναι γνωστό, στην Κύπρο, εκτός από τα γηροκομεία δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες που να εξυπηρετούν άτομα τρίτης ηλικίας. Εφόσον η Πτυχιακή

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Εργασία μας δεν αφορά άτομα τα οποία υφίστανται περίθαλψη από κλειστά ιδρύματα ήταν αδύνατο να χρησιμοποιήσουμε στο δείγμα μας φροντιστές από γηροκομεία.

Το δείγμα με το οποίο εργαστήκαμε αφορούσε άτομα, που φρόντιζαν ασθενείς με άνοια, και ως επί το πλείστον, από οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Μερικοί από αυτούς ήταν εγγεγραμμένα μέλη στο σύνδεσμο Alzheimer που έχει έδρα στη Λάρνακα, και χρησιμοποιήθηκαν στο δείγμα μας. Αρκετούς φροντιστές βρήκαμε διαμέσου αυτών.

Από την **πρώτη** φάση της έρευνας συμμετείχαν:

- ◇ Επαρχία Λευκωσίας:
15 Φροντιστές από Αστική περιοχή
2 Φροντιστές από Αγροτική περιοχή.
- ◇ Επαρχία Λεμεσού:
26 Φροντιστές από Αστική περιοχή
17 Φροντιστές από Αγροτική
- ◇ Επαρχία Λάρνακα:
21 φροντιστές από Αστική περιοχή
19 φροντιστές από Αγροτική

Κατά την **δεύτερη** δειγματοληψία ο αριθμός των ερωτώμενων μειώθηκε στους 80 φροντιστές. Οι λόγοι της μείωσης ήταν:

- ◇ Επαρχία Λευκωσίας:
11 Φροντιστές από Αστική περιοχή.
2 Φροντιστές από Αγροτική περιοχή.
- ◇ Επαρχία Λεμεσού:
23 Φροντιστές από Αστική περιοχή
12 Φροντιστές από Αγροτική
- ◇ Επαρχία Λάρνακα:
15 Φροντιστές από Αστική περιοχή
17 Φροντιστές από Αγροτική

Οι λόγοι μείωσης των φροντιστών στην δεύτερη δειγματοληψία είναι οι εξής:

- Θάνατος τριών ανοϊκών ατόμων, με αποτέλεσμα να υπάρξει μείωση πέντε ατόμων από το σύνολο των φροντιστών μιας και δύο ανοϊκοί ασθενείς είχαν δύο άτομα που τους παρείχαν φροντίδα.
- Μείωση δύο φροντιστών λόγω αλλαγής κατοικίας.
- Εισαγωγή τεσσάρων ανοϊκών ασθενών σε Οίκους Ευγηρίας,
- Πρόσληψη αλλοδαπής φροντίστρια σε άλλους τέσσερις ασθενείς. Η κατάσταση των ασθενών είχε επιδεινωθεί και οι γείτονες ή οι φίλοι του ανοϊκού ατόμου που τους παρείχαν φροντίδα δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στην φροντίδα. Έτσι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσέλαβε αλλοδαπές φροντίστριες.
- Άρνηση συνεργασίας τριών φροντιστών, οι οποίοι τυγχάνουν να είναι στην κατηγορία παιδιών και συγγενών των ανοϊκών ασθενών.

- Δύο φροντιστές παρουσίασαν σοβαρά προβλήματα υγείας ο ένας παρέμεινε για δύο βδομάδες στο νοσοκομείο και ο δεύτερος δεν ήταν σε θέση ,και δεν είχε την ψυχολογική διάθεση να μας δεχτεί. Εδώ να σημειώσουμε ότι την φροντίδα των ανοϊκού ασθενών την ανέλαβαν άλλοι συγγενείς.

4.4. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία.

Καταρχήν, όλοι οι επιλεγμένοι φροντιστές της μελέτης ενημερώθηκαν για τον σκοπό της και έγινε η αναζήτησή τους με τηλεφωνική επικοινωνία. Οι περισσότεροι από τους περιθάλποντες, ήταν απολύτως συνεργάσιμοι αφ' ότου έμαθαν τον σκοπό της μελέτης αυτής, καθώς και την ιδιότητα μας ως εκπαιδευόμενες Κοινωνικοί Λειτουργοί. Σε όλες τις περιπτώσεις χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί προγραμματισμένη επίσκεψη στον τόπο διαμονής τους, λόγω αδυναμίας προσέλευσής τους εξαιτίας της συνεχούς φροντίδας των περιθαλπόντων ασθενών τους. Η συλλογή των στοιχείων από τους επιλεγμένους φροντιστές έγινε με την πραγματοποίηση ημι-δομημένης συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο, η οποία είχε διάρκεια περίπου 50' έως και μίας ώρας αρκετά συχνά. Η συνέντευξη βασίστηκε σε επτά (7) ερωτηματολόγια, τα οποία περιέλαβαν ερωτήσεις σε αντιστοιχία με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στους φροντιστές είναι τα παρακάτω:

1. Ερωτηματολόγιο «**κοινωνικόδημογραφικών στοιχείων**» που αποτελείται από δεκαπέντε ερωτήσεις και περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: *Ηλικία, φύλο, περιοχή κατοικίας, εκπαίδευση, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, εύρος μηνιαίου εισοδήματος, πηγές εισοδήματος, σχέση με τον ασθενή, συχνότητα παροχής φροντίδας, έτη/ διάρκεια φροντίδας του ασθενή με άνοια, χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες του φροντιστή καθώς και το πώς ο ίδιος αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του.*
2. Ερωτηματολόγιο «**Beck Depression Inventory**», που γίνεται μέτρηση της **κατάθλιψης** του φροντιστή και αποτελείται από 21 στοιχεία, κάθε ένα με τέσσερις πιθανές απαντήσεις. Σε κάθε απάντηση ορίζεται ένα αποτέλεσμα που κυμαίνεται από μηδέν έως τρία, δείχνοντας τη δριμύτητα του συμπτώματος. Το υψηλότερο αποτέλεσμα σε κάθε μια από τις 21 ερωτήσεις είναι 3, το υψηλότερο πιθανό σύνολο για ολόκληρη την δοκιμή είναι 63. Το χαμηλότερο πιθανό αποτέλεσμα είναι 0. (0-7 = minimal, 8-15 = mild, 16-25= moderate, 26-63= severe).
3. Ερωτηματολόγιο «**Zarit & Zarit Burden Interview**». Είναι ένα ερωτηματολόγιο 22 στοιχείων που μας δείχνει το πόσο επιβαρυνμένος νιώθει ο περιθάλπων από την φροντίδα του ασθενή. Γίνεται, δηλαδή, μέτρηση της **επιβάρυνσης** του φροντιστή η οποία προκαλείται από την φροντίδα ανοϊκού ασθενή. Ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει σε μια κλίμακα 5 σημείων που κυμαίνεται από 0-4. Οι διαβαθμίσεις του ερωτηματολογίου είναι οι εξής: 0-20 καθόλου έως μικρή επιβάρυνση, 21-40 ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, 41-60 μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση, 61- 88 σοβαρή επιβάρυνση. Το συνολικό άθροισμα μπορεί να είναι 0 – 88.
4. Ερωτηματολόγιο «**General Health Questionnaire**». Διερευνά την γενικότερη **σωματική υγεία** του περιθάλποντα. Ο εξεταζόμενος καλείται να εκτιμήσει

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

πόσο έχει ενοχληθεί από κάθε σύμπτωμα κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων που κυμαίνεται από 0 έως 1. Τα στοιχεία αθροίζονται για να λάβουν ένα συνολικό αποτέλεσμα που μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 28.

5. Ερωτηματολόγιο «**Beck Anxiety Inventory**». Γίνεται καταμέτρηση του **άγχους** του φροντιστή. Η κλίμακα αποτελείται από 20 στοιχεία, κάθε ένα από τα οποία περιγράφει ένα κοινό σύμπτωμα της ανησυχίας. Ο εξεταζόμενος καλείται να εκτιμήσει πόσο έχει ενοχληθεί από κάθε σύμπτωμα κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων που κυμαίνεται από 0 – 3. τα στοιχεία αθροίζονται για να λάβουν ένα συνολικό αποτέλεσμα που μπορεί να κυμανθεί από 0 – 63.
6. Ερωτηματολόγιο «**Dysfunctional Attitude Scale**». Μέσω αυτού του ερωτηματολογίου πρόκειται να δούμε τις **στάσεις και συμπεριφορές** του φροντιστή και κατά πόσο αυτές προκαλούν δυσλειτουργικότητα στο άτομο. Η δυσλειτουργική κλίμακα τοποθέτησης (DAS) αναπτύχθηκε για να μετρήσει τις κυρίαρχες αρνητικές τοποθετήσεις ενός καταθλιπτικού προσώπου προς τον εαυτό του, τον έξω κόσμο, και το μέλλον.
7. Ερωτηματολόγιο «**Lubben (1989)**», σκοπός μέτρησης είναι η **ύπαρξη κοινωνικού δικτύου** και η τυχόν κοινωνική απομόνωση του φροντιστή, με τη μέτρηση της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης που παρέχετε από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον αλλά και τις σχέσεις εμπιστοσύνης που διαμορφώνεται μέσα από τις προαναφερόμενες σχέσεις. . Περιλαμβάνει μια κλίμακα έξι σημείων από 0 – 5 . Τα στοιχεία αθροίζονται για να βγάλουν ένα σύνολο αποτέλεσμα από 0 έως 40.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε με το πρόγραμμα S.P.S.S. 12.0. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση αναζητήθηκε η στατιστική συσχέτιση του συνόλου του άγχους (*Beck Anxiety Inventory*), της επιβάρυνσης (*Zarit – Zarit Burden Interview*), της κατάθλιψης (*Beck Depression Inventory*), του κοινωνικού δικτύου (*Lubben 1989*), των ενοχλημάτων γενικής υγείας (*General Health Questionnaire*) και των στάσεων συμπεριφοράς (*Dysfunctional Attitude Scale*) σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, οι συγκεκριμένες μεταβλητές εκφράστηκαν με το one – way ANOVA όπως, το μορφωτικό επίπεδο , την οικογενειακή κατάσταση, και τον αριθμό παιδιών των φροντιστών, τη σχέση του φροντιστή με τον ασθενή με άνοια , τη διάρκεια παροχής φροντίδας, το εύρος μηνιαίου εισοδήματος, την συχνότητα παροχής φροντίδας, τις αναπηρίες και τις δυσκολίες μετακίνησης του φροντιστή, τα χρόνια προβλήματα υγείας τους και το πως αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους. Ακόμη, έγινε στατιστική συσχέτιση των παραπάνω συνόλων με το φύλο, περιοχή κατοικίας και την ύπαρξη παιδιών των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος independent – samples T-test.

4.5. Υποθέσεις εργασίας.

Για να μπορέσουν να επιτευχθούν οι στόχοι της έρευνας μας ήταν αναγκαίο να υπάρξει μια σειρά από υποθέσεις εργασίας, τις οποίες μετά την συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας μας, θα επαληθεύσουμε ή θα απορρίψουμε. Οι υποθέσεις εργασίας της έρευνας μας ήταν:

1. Ανάμεσα στις μετρήσεις σε όλες τις κλίμακες που μετρούμε θα υπάρχει αύξηση του μέσου όρου.

2. Υποθέτουμε ότι διαφορές φύλου θα επικρατούν σε όλες τις κλίμακες.
3. Η ηλικία θα επικρατεί σε όλες τις κλίμακες. Υποθέτουμε ότι η ηλικία του φροντιστή θα επιδρά σε όλες τις μετρήσεις.
4. Το μορφωτικό επίπεδο θα επιδρά σε όλες τις κλίμακες.
5. Η οικογενειακή κατάσταση θα επιδρά σε όλες τις κλίμακες.

4.6. Δυσκολίες.

Είναι αναμενόμενο πως σε μία έρευνα θα υπάρξουν αρκετές δυσκολίες τόσο στην υλοποίηση της όσο και στο υλικό που πρέπει να μαζευτεί για αυτή, πόσο μάλλον για την δική μας έρευνας που υπάρχουν λίγες στην χώρα μας. Αντιλαμβάνεστε πως οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν πολλές εξαρχής.

Αρχικά η πρώτη δυσκολία, αφορούσε κυρίως την εύρεση του δείγματος μας. Προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε από ένα μεγάλο κατάλογο ψυχιάτρους και τους νευρολόγους από μόνες μας, λόγω του ότι δεν υπάρχουν οργανωμένες εταιρίες *Alzheimer* στην Κύπρο. Έπειτα μερικοί από αυτούς δεν ήταν πρόθυμοι να συνεργαστούν και άλλοι επικαλέστηκαν το ιατρικό απόρρητο αρνήθηκαν να παραθέσουν ονόματα και πληροφορίες που θα αφορούν τους ασθενείς. Υπήρξαν άτομα που έδειξαν ενδιαφέρον αλλά πολύ λίγα ονόματα και διευθύνσεις μας 'έδωσαν.

Επίσης, μεγάλη δυσκολία είναι ο εντοπισμός των φροντιστών και όπως προανέφερα η εύρεση ενός καθορισμένου αριθμού που θα μας βοηθούσε στην διεκπεραίωση της έρευνάς μας. Μεγάλο μας εμπόδιο ήταν μετακίνηση μας στις υπόλοιπες πόλεις, ακόμα και στις αγροτικές περιοχές. Εξίσου και η προσέγγιση των ατόμων αυτών θα είναι αρκετά δύσκολη αφού η κοινωνία της Κύπρου είναι μια κλειστή κοινωνία που τα άτομα έχουν ταμπού για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στο σπίτι τους γύρω από την ασθένεια του συγγενή τους και τους ήταν δύσκολο να μας εκφράσουν τις απόψεις, τις θέσεις και τα συναισθήματα τους σε κάποιο άτομο το οποίο τους είναι άγνωστο. Υπήρξαν περιπτώσεις που ενώ το δείγμα μας ήταν μικρό, μερικοί τελευταία στιγμή ακύρωσαν το ραντεβού τους και δεν συνεργάστηκαν λόγω μειωμένου ελεύθερου χρόνου που υπάρχει εξαιτίας της φροντίδας.

Αρκετά σημαντική δυσκολία για μας υπήρξε σε σχέση με τα ερωτηματολόγια. Εκτός του ότι ήταν ένα πάρα πολύ μεγάλο ερωτηματολόγιο ήταν και αρκετά δυσνόητο για τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο για να συμπληρωθεί χρειαζότανε 50 λεπτά με μία ώρα και αυτό ήταν αρκετά κουραστικό για τους ίδιους όσο και για μάζ που μερικές φορές συναντούσαμε δύο και τρία άτομα την μέρα. Και έπειτα από αυτό τα άτομα όταν μας έλεγαν τα προβλήματα τους και αφού είναι γνωστό που δεν υπάρχει συμβουλευτική ή οποιαδήποτε άλλη βοήθεια για τους φροντιστές στην Κύπρο ζητούσαν από εμάς απεγνωσμένη βοήθεια που εμείς δεν μπορούσαμε να τους δώσουμε και αυτό μας στενοχωρούσε.

Πρόκειται για μια τυχαία επιλογή δείγματος. Η επιλογή της δειγματοληπτικής μεθόδου μη-πιθανότητας αποτελεί το βασικό περιορισμό της έρευνας διότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά για το δείγμα μας, αλλά όχι και για την πληθυσμιακή ομάδα των φροντιστών των ατόμων με άνοια στην Κύπρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των φροντιστών των ατόμων με άνοια στην Κύπρο Α' Δειγματοληψία

◇ Φύλο

Οι γυναίκες φροντιστές σε ασθενείς με άνοια (78 άτομα) της έρευνας αποτελούσαν το 78% του συνόλου των περιθαλπόντων έναντι του 22% των ανδρών (22 άτομα). (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ Ηλικία

Η μέση ηλικία του δείγματος που αφορά τους άντρες είναι 46,55 έτη (≈ 47 έτη) με τυπική απόκλιση 11,871. η μικρότερη ηλικία στους άντρες περιθάλποντες ήταν 22 έτη και η μεγαλύτερη ήταν 67 έτη. Αντίστοιχα στις γυναίκες περιθάλποντες η μικρότερη ηλικία ήταν τα 23 έτη και η μεγαλύτερη τα 70 έτη, ενώ η μέση ηλικία ήταν 44,35 (≈ 45 έτη) με τυπική απόκλιση 10.752. Σύνολο η ηλικία του δείγματος ήταν από 22 έως 70. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ Περιοχή

Κατά την πρώτη δειγματοληψία το 68% των φροντιστών του δείγματος διαμένει σε αστικές περιοχές όπου 54 ήταν γυναίκες και 14 άντρες ενώ το 32% κατοικεί σε αγροτική περιοχή όπου οι 24 ήταν γυναίκες και οι 8 άντρες. Σύνολο 78 άτομα του δείγματος μας διέμεναν σε αστική περιοχή και αντίστοιχα 22 άτομα σε αγροτική περιοχή. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ Μορφωτικό επίπεδο

Στην πρώτη δειγματοληψία με ποσοστό 33% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από τους οποίους οι 25 ήταν γυναίκες και οι 8 άντρες. Σε ποσοστό 29% είχαν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου οι γυναίκες ήταν 24 και αντίστοιχα 5 άντρες. Το συνολικό ποσοστό 21% από τους φροντιστές ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης σχολής όπου οι 15 ήταν γυναίκες και οι 6 άντρες. Τα 16 άτομα (16%) είχαν παρακολουθήσει το δημοτικό σχολείο (14 γυναίκες και 2 άντρες) και ένας άντρας (1%) ήταν αναλφάβητος. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ Οικογενειακή κατάσταση

Το μεγαλύτερο ποσοστό και αποτελούσε το 69 % των φροντιστών του δείγματος είναι έγγαμοι (13 άντρες 56 γυναίκες). Ακολουθούν οι άγαμοι με 15% (5 άντρες 10 γυναίκες), εν συνεχεία σε 12% του ποσοστού ήταν διαζευγμένοι (4 άντρες 8 γυναίκες) και τέλος το 4% αφορούσε 4 γυναίκες οι οποίες ήταν χήρες. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ **Υπαρξη παιδιών**

Το 77 % του συνόλου ανέφεραν την ύπαρξη παιδιών από του οποίου οι 62 ήταν γυναίκες και οι 15 άντρες, ενώ το 23% όχι από του οποίου 7 ήταν άντρες και οι 16 γυναίκες. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ **Αριθμός παιδιών**

Ο αριθμός παιδιών κυμάνθηκε από 1 έως και περισσότερο από 3. Συγκεκριμένα 24 άτομα (24%, 20 γυναίκες και 4 άντρες) ανέφεραν ότι έχουν 3 παιδιά , ενώ όπως προαναφέρθηκε το 23% του δείγματος ανέφερε ότι δεν έχει κάποιο παιδί (16 γυναίκες και 7 άντρες). Εικοσιένα άτομα με αντίστοιχο ποσοστό ανέφεραν ότι έχουν 2 παιδιά (16 γυναίκες και 5 άντρες), το 18% ότι έχουν 1 παιδί (14 γυναίκες και 4 άντρες) ενώ το 14% περισσότερο από 3 παιδιά (12 γυναίκες και 2 άντρες). (ΠΙΝΑΚΑΣ 3)

◇ **Επάγγελμα**

Περισσότεροι από τους μισούς φροντιστές της έρευνας (52%, 43 γυναίκες και 9 άντρες) ανέφεραν ότι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 18 άτομα (18%) από του οποίου 12 γυναίκες και 6 άντρες ανέφεραν ότι εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι , 15 γυναίκες (15%) ανέφεραν τα οικιακά ως την επαγγελματική τους κατάσταση, το 5% αφορά ελεύθερους επαγγελματίες (4 γυναίκες και 1 άντρας), ενώ το 4% του δείγματος ανέφερε ότι είναι άνεργοι (2 άντρες και 2 γυναίκες) μόλις 3% (2 γυναίκες 1 άντρας) είναι αγρότες- γεωργοί και επίσης 3 άντρες δήλωσαν ότι είναι έμποροι. (ΠΙΝΑΚΑΣ 3)

◇ **Εύρος μηνιαίου εισοδήματος.**

Στο σύνολο των 100 φροντιστών το 22% λαμβάνουν μηνιαίο εισόδημα από 900 έως 1100 ευρώ (4 άντρες και 15 γυναίκες), στη συνέχεια με ποσοστό 19% λαμβάνει από 1100 έως 1300 ευρώ (6 άντρες και 13 γυναίκες), και επίσης ακόμα 19% από 700 έως 900 ευρώ (4 άντρες και 15 γυναίκες), το 13% λαμβάνει από 500 ευρώ έως 700 ευρώ (1 άντρας και 12 γυναίκες), και το ποσοστό 9% αφορά τα άτομα που λαμβάνουν από 1600 και άνω (2 άντρες και 7 γυναίκες), τα άτομα που λαμβάνουν από 1300 έως 1600 ευρώ έχουν ποσοστό 8% (4 άντρες και 4 γυναίκες), καθώς και δυο ποσοστά που είναι 5% αφορά άτομα που λαμβάνουν από 0 έως 500 ευρώ (10 γυναίκες). (ΠΙΝΑΚΑΣ 4)

◇ **Πηγή εισοδήματος**

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας με ποσοστό 82% (17 άντρες και 65 γυναίκες) δήλωσαν ότι λαμβάνουν διάφορα εισοδήματα, το 10% των φροντιστών(3 άντρες και 7 γυναίκες) λαμβάνουν σύνταξη γήρατος και το 4% οι οποίοι είναι γυναίκες δήλωσαν ότι λαμβάνουν άλλα επιδόματα και επίσης δύο άντρες και 2 γυναίκες λαμβάνουν σύνταξη αναπηρίας (4%). (ΠΙΝΑΚΑΣ 4)

◇ **Σχέση του φροντιστή με τον ασθενή.**

Στο μεγαλύτερο ποσοστό (40%) η σχέση η οποία συνέδεε τον φροντιστή με τον ασθενή με άνοια είναι εκείνη του συγγενή, όπου τα 33 άτομα ήταν γυναίκες και 7 άντρες, με ποσοστό 21% ήταν η σχέση του παιδιού (κόρη/γιού) με τον γονέα(μητέρα/πατέρα) και οι συμμετέχοντες ήταν 12 γυναίκες και 9 άντρες. Τα 19 άτομα (19%) ήταν φίλος/ φίλη του ασθενή με άνοια, το 11% του ποσοστού αφορούσε γείτονες όπου ήταν όλες γυναίκες και 9 μόνο άτομα (9%) ήταν σύζυγοι άντρες/ γυναίκες, εκ των οποίων 7 ήταν γυναίκες σύζυγοι και 2 άντρες σύζυγοι. (ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

◇ **Συχνότητα παροχής φροντίδας**

Το 63% του συνόλου των φροντιστών (48 γυναίκες και 15 άντρες) παρέχει φροντίδα καθημερινά στους ασθενείς, το 27% (23 γυναίκες και 24 άντρες) παρέχει φροντίδα από μία έως δύο φορές την εβδομάδα και 10% (7 γυναίκες και 3 άντρες) από μία έως δύο φορές τον μήνα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

◇ **Διάρκεια παροχής φροντίδας.**

Το 43% των φροντιστών από τους οποίους 34 γυναίκες και 9 άντρες παρέχει φροντίδα περισσότερα από 3 χρόνια στους ανοϊκούς ασθενείς, το 20% (17 γυναίκες και 3 άντρες) από 2 μήνες έως 6 μήνες, το 19% 12 γυναίκες και 7 άντρες από 1 έως 2 χρόνια, το 14% (12 γυναίκες και 2 άντρες) από 7 μήνες έως 1 χρόνο και μόλις το 4% από μία βδομάδα έως 1 μήνα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 6)

◇ **Αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών με 85% (67 γυναίκες και 18 άντρες) δεν αντιμετωπίζει αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης, το 12% αντιμετωπίζει μυοσκελετικά προβλήματα (8 γυναίκες και 4 άντρες) και το 3%, οι οποίοι είναι άντρες, πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 6)

◇ **Χρόνια προβλήματα υγείας**

Το 73% των φροντιστών των ατόμων με άνοια που αποτελείτε από 55 γυναίκες και 18 άντρες δεν αντιμετωπίζει κανένα χρόνια πρόβλημα, το 14% πάσχει από υπέρταση (12 γυναίκες και 2 άντρες), το 9% από ζαχαρώδη διαβήτη (7 γυναίκες και 2 άντρες), το 3% από οστεοπόρωση όπου είναι όλες γυναίκες και μόνο μια γυναίκα έχει ψυχιατρικό νόσημα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 7)

◇ **Πως αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους.**

Το 59% των φροντιστών(46 γυναίκες και 13 άντρες) χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή, το 39% ως μέτρια(30 γυναίκες 9 άντρες), και το 2% ως κακή (όλες γυναίκες). (ΠΙΝΑΚΑΣ 8)

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των φροντιστών των ατόμων με άνοια στην Κύπρο
Αποτελέσματα Β' Δειγματοληψία

◇ **Φύλο**

Οι γυναίκες φροντιστές σε ασθενείς με άνοια (62 άτομα) της έρευνας αποτελούσαν το 77,5% του συνόλου των περιθαλπόντων έναντι του 22,5% των ανδρών (18 άτομα). (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ **Ηλικία**

Η μέση ηλικία του δείγματος που αφορά τους άντρες είναι 48 έτη με τυπική απόκλιση 11,146. Η μικρότερη ηλικία στους άντρες περιθάλποντες ήταν 31 έτη και η μεγαλύτερη ήταν 67 έτη. Αντίστοιχα στις γυναίκες περιθάλποντες η μικρότερη ηλικία ήταν τα 26 έτη και η μεγαλύτερη τα 70 έτη, ενώ η μέση ηλικία ήταν 44,37 (≈45 έτη) με τυπική απόκλιση 10,350. Σύνολο η ηλικία του δείγματος ήταν από 26 έως 70. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ **Περιοχή**

Κατά την πρώτη δειγματοληψία το 65% των φροντιστών του δείγματος διαμένει σε αστικές περιοχές όπου 42 ήταν γυναίκες και 10 άντρες ενώ το 35% κατοικεί σε αγροτική περιοχή όπου οι 20 ήταν γυναίκες και οι 8 άντρες. Σύνολο 52 άτομα του δείγματος μας διέμεναν σε αστική περιοχή και αντίστοιχα 28 άτομα σε αγροτική περιοχή. (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

◇ **Μορφωτικό επίπεδο**

Στην πρώτη δειγματοληψία με ποσοστό 33,75% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από τους οποίους οι 20 ήταν γυναίκες και οι 7 άντρες. Σε ποσοστό 30% είχαν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου οι γυναίκες ήταν 20 και αντίστοιχα 4 άντρες. Το συνολικό ποσοστό 20% από τους φροντιστές ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης σχολής όπου οι 12 ήταν γυναίκες και οι 4 άντρες. Τα 12 άτομα (15%) είχαν παρακολουθήσει το δημοτικό σχολείο (10 γυναίκες και 2 άντρες) και ένας άντρας (1,25%) ήταν αναλφάβητος. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ **Οικογενειακή κατάσταση**

Το μεγαλύτερο ποσοστό και αποτελούσε το 71,25 % των φροντιστών του δείγματος είναι έγγαμοι (11 άντρες 46 γυναίκες). Ακολουθούν οι άγαμοι με 13,75% (4 άντρες 7 γυναίκες), εν συνεχεία σε 11,25% του ποσοστού ήταν διαζευγμένοι (3 άντρες 6 γυναίκες) και τέλος το 3,75% αφορούσε 3 γυναίκες οι οποίες ήταν χήρες. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ **Υπαρξη παιδιών**

Το 76,25 % του συνόλου ανέφεραν την ύπαρξη παιδιών από του οποίου οι 49 ήταν γυναίκες και οι 12 άντρες, ενώ το 23,75% όχι από του οποίου 6 ήταν άντρες και οι 13 γυναίκες. (ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

◇ **Αριθμός παιδιών**

Ο αριθμός παιδιών κυμάνθηκε από 1 έως και περισσότερο από 3 και κατά την δεύτερη δειγματοληψία. Συγκεκριμένα 20 άτομα (25%, 17 γυναίκες και 3 άντρες) ανέφεραν ότι έχουν 3 παιδιά , ενώ το 23,75% του δείγματος ανέφερε ότι δεν έχει κάποιο παιδί (13 γυναίκες και 6 άντρες). Δεκαεφτά άτομα με ποσοστό 21,25% ανέφεραν ότι έχουν 2 παιδιά (12 γυναίκες και 5 άντρες), το 16,25% ότι έχουν 1 παιδί (10 γυναίκες και 3 άντρες) ενώ το 13,75% περισσότερο από 3 παιδιά (10 γυναίκες και 1 άντρας). (ΠΙΝΑΚΑΣ 3)

◇ **Επάγγελμα**

Με ποσοστό 50% στην δεύτερη έρευνα, 40 φροντιστές (34 γυναίκες και 6 άντρες) ανέφεραν ότι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 17 άτομα από του οποίου 12 γυναίκες και 5 άντρες ανέφεραν ότι εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι , 9 γυναίκες ανέφεραν τα οικιακά ως την επαγγελματική τους κατάσταση ενώ το 5% του δείγματος ανέφερε ότι είναι άνεργοι (2 άντρες και 2 γυναίκες), επίσης 5% (3 γυναίκες 1 άντρας) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, και με δυο ποσοστά που ισχύουν στο 3,75% ανήκουν στις κατηγορίες αγρότες- γεωργοί (2 γυναίκες και 1 άντρας) και έμποροι οι οποίοι είναι και οι 3 άντρες. (ΠΙΝΑΚΑΣ 3)

◇ **Εύρος μηνιαίου εισοδήματος.**

Στο σύνολο των 80 φροντιστών, με δυο ίδια ποσοστά που ανήκουν στο 21,25% λαμβάνουν μηνιαίο εισόδημα από 1300 έως 1600 ευρώ (5 άντρες και 17 γυναίκες), στη συνέχεια με ποσοστό 18,75% λαμβάνει από 700 έως 900 ευρώ (4 άντρες και 11 γυναίκες), το 15% από 500 έως 700 ευρώ (1 άντρας και 11 γυναίκες), το 8,75% από 1300 έως 1600 ευρώ (3 άντρες και 4 γυναίκες), το 7,5% λαμβάνει από 1600 ευρώ και άνω (1 άντρας και 5 γυναίκες), και τέλος με ίδια ποσοστά που αφορούν το 3,75% τα άτομα που λαμβάνουν από 0 έως και 500 ευρώ (6 γυναίκες). (ΠΙΝΑΚΑΣ 4)

◇ **Πηγή εισοδήματος**

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας με ποσοστό 82,5% (13 άντρες και 53 γυναίκες) δήλωσαν ότι λαμβάνουν διάφορα εισοδήματα, το 10% των φροντιστών (3 άντρες και 5 γυναίκες) λαμβάνουν σύνταξη γήρατος και το 3,75% οι οποίοι είναι γυναίκες (3) δήλωσαν ότι λαμβάνουν άλλα επιδόματα και επίσης δύο άντρες και μια γυναίκα λαμβάνουν σύνταξη αναπηρίας με ίδιο ποσοστό 3,75%. (ΠΙΝΑΚΑΣ 4)

◇ **Σχέση του φροντιστή με τον ασθενή.**

Στο μεγαλύτερο ποσοστό (41,25%) η σχέση η οποία συνέδεε τον φροντιστή με τον ασθενή με άνοια είναι εκείνη του συγγενή, όπου τα 28 άτομα ήταν γυναίκες και 5 άντρες, με ποσοστό 23,75% ήταν η σχέση του παιδιού (κόρης/υιού) με τον γονέα

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
(μητέρα/πατέρα) και οι συμμετέχοντες ήταν 11 γυναίκες και 8 άντρες. Τα 12 άτομα (15%) ήταν φίλος/ φίλη του ασθενή με άνοια, το 11,25% του ποσοστού αφορούσε γείτονες όπου ήταν όλες γυναίκες (9) και 7 μόνο άτομα (8,75%) ήταν σύζυγοι άντρες/ γυναίκες, εκ των οποίων 5 ήταν γυναίκες σύζυγοι και 2 άντρες σύζυγοι. (ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

◇ **Συχνότητα παροχής φροντίδας**

Το 62,5% του συνόλου των φροντιστών (38 γυναίκες και 12 άντρες) παρέχει φροντίδα καθημερινά στους ασθενείς, το 28,75% (19 γυναίκες και 4 άντρες) παρέχει φροντίδα από μία έως δύο φορές την εβδομάδα και 8,75% (5 γυναίκες και 2 άντρες) από μία έως δύο φορές τον μήνα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

◇ **Διάρκεια παροχής φροντίδας.**

Το 37,5% των φροντιστών από τους οποίους 23 γυναίκες και 7 άντρες παρέχει φροντίδα περισσότερα από 3 χρόνια στους ανοϊκούς ασθενείς, το 21,25% (14 γυναίκες και 3 άντρες) από 2 μήνες έως 6 μήνες, το 20% 11 γυναίκες και 5 άντρες από 1 έως 2 χρόνια, το 16,25% (11 γυναίκες και 2 άντρες) από 7 μήνες έως 1 χρόνο και μόλις το 5% από μία βδομάδα έως 1 μήνα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 6)

◇ **Αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών με 85% (54 γυναίκες και 14 άντρες) δεν αντιμετωπίζει αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης, το 11,25% αντιμετωπίζει μυοσκελετικά προβλήματα (5 γυναίκες και 4 άντρες) και το 3,75%, οι οποίοι είναι άντρες, πάσχουν από νευρολογικά νοσήματα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 6)

◇ **Χρόνια προβλήματα υγείας**

Το 76,25% των φροντιστών των ατόμων με άνοια που αποτελείτε από 47 γυναίκες και 14 άντρες δεν αντιμετωπίζει κανένα χρόνιο πρόβλημα, το 12,5% πάσχει από υπέρταση (8 γυναίκες και 2 άντρες), το 10% από ζαχαρώδη διαβήτη (6 γυναίκες και 2 άντρες), το 1,25% από οστεοπόρωση όπου είναι μόνο μια γυναίκα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 7)

◇ **Πως αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους.**

Το 60% των φροντιστών (39 γυναίκες και 9 άντρες) χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή, το 38,75% ως μέτρια (22 γυναίκες 9 άντρες), και το 1,25% ως κακή όπου είναι μια μόνο γυναίκα. (ΠΙΝΑΚΑΣ 8)

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Beck Anxiety Interview (Άγχος)

| Βαθμός Άγχους των φροντιστών των ατόμων με Άνοια | 1 ^η Φάση της έρευνας | | 2 ^η Φάση της έρευνας | |
|--|---------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | N | Συχνότητα (%) | N | Συχνότητα (%) |
| | 100 | | 80 | |
| | | | 20 Missing | |
| 0 – 7 Συμπτώματα Άγχους | 51 | 51% | 23 | 28,75% |
| 8 – 15 Ήπιο Άγχος | 26 | 26% | 20 | 25% |
| 16 – 25 Μέτριο Άγχος | 17 | 17% | 23 | 28,75% |
| 26 – 63 Βαριάς μορφής άγχους | 6 | 6% | 14 | 17,5% |

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες της μέτρησης του άγχους των φροντιστών σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Beck.. Αναλυτικότερα, στην πρώτη φάση της έρευνας μας το 51% του συνόλου των φροντιστών εμφάνιζε συμπτώματα άγχους. Εν συνεχεία το 26% παρουσίασε ήπιο άγχος, το 17% είχε μέτριο άγχος και το 6% παρουσίασε βαριάς μορφής άγχος. Στην δεύτερη φάση της έρευνας το 17,5 % του συνόλου των φροντιστών παρουσίασε βαριάς μορφής άγχους, το 28,75% εμφάνισε μέτριο άγχος και συμπτώματα άγχους και τέλος το 25% ήπιο άγχος.

| N | Beck Anxiety Total | *r Beck Anxiety Total |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| | 100 | 80 |
| | | Missing 20 |
| M.O. | 10,17 | 16,13 |
| Std. deviation | 9,20590 | 11,31790 |
| Mimimum | 0,00 | 1,00 |
| Maximum | 49,00 | 49,00 |

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ο μέσος όρος του άγχους στην πρώτη συνολική μέτρηση ήταν 10,17 ενώ στην δεύτερη αυξήθηκε σε 16,13. Το μικρότερο συνολικό ποσοστό του άγχους στην πρώτη φάση ήταν 0 ενώ στην δεύτερη 1. Το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό άγχους στην πρώτη φάση και δεύτερη φάση της έρευνας ήταν 49.

*= εννοείται η δεύτερη δειγματοληψία

- Συσχέτιση άγχους με τα κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΧΟΥΣ | Μορφωτικό Επίπεδο | | | |
| | Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση | 16 | 12,43 | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης άγχους σύμφωνα με την κλίμακα Beck Anxiety. |
| | Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση | 29 | 12,27 | |
| | Τριτοβάθμια Εκπαίδευση | 33 | 8,51 | |
| | Ανώτατη Εκπαίδευση | 21 | 7,04 | |
| Αναλφάβητοι | 1 | 33,00 | | |
| | | F= 3.313 | | |
| | | df=4 | | |
| | | p= 0,014 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, στην πρώτη δειγματοληψία τον μεγαλύτερο μέσο όρο άγχους των φροντιστών τον είχαν οι αναλφάβητοι.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|--|----------------|
| | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| Σχέση με το ανοϊκό άτομο | | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ Παιδί | 21 | 17,33 | 19 | 25,84 |
| ΑΓΧΟΥΣ Σύντροφος | 9 | 14,00 | 7 | 17,57 |
| Συγγενής | 40 | 8,15 | 33 | 11,69 |
| Φίλος | 19 | 7,26 | 12 | 17,41 |
| Γείτονας | 11 | 5,72 | 9 | 9,11 |
| | | F= 6,26 | | F= 7,59 |
| | | df= 4 | | df= 4 |
| | | p= 0,00 | | p=0,00 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με το ανοϊκό άτομο. Υψηλό μέσο όρο άγχους εμφανίζουν τα παιδιά των ηλικιωμένων ατόμων και στις δυο φάσεις. Στην πρώτη φάση εμφανίζουν 17, 33 μέσο όρο ενώ στην δεύτερη αυξήθηκε σε 25, 84.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία | | |
|---------------|----------------------------|-----------------------|--------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| | Συχνότητα παροχής βοήθειας | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | Καθημερινά | 50 | 18,24 | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης άγχους σύμφωνα με την κλίμακα Beck Anxiety. |
| ΑΓΧΟΥΣ | Μια-Δυο φορές την εβδομάδα | 23 | 14,78 | |
| | Μια-Δυο φορές τον μήνα | 7 | 5,57 | |

F= 4,432

df= 2

p= 0,015

Εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά στοιχεία της μέτρησης του άγχους (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) όσον αφορά την συχνότητα που παρέχουν φροντίδα οι περιθάλποντες. Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία εμφανίστηκε μέσος όρος 18,24 σε αυτούς οι οποίοι φροντίζουν καθημερινά τον ασθενή.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης άγχους σύμφωνα με την κλίμακα Beck Anxiety. |
|---------------|-------------------------------|-----------------------|------------|---|
| | | 80 20 Missing N | Μέσος Όρος | |
| | Οικογενειακή Κατάσταση | | | |
| | Έγγαμος | 57 | 18,47 | |
| ΣΥΝΟΛΟ | Άγαμος | 11 | 8,00 | |
| ΑΓΧΟΥΣ | Διαζευγμένος | 9 | 12,88 | |
| | Χηρεία | 3 | 11,33 | |
| | | F= 3,420 | | |
| | | df= 3 | | |
| | | p= 0,021 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Υψηλό μέσο όρο άγχους εμφανίζουν οι έγγαμοι σε σχέση με τις υπόλοιπες οικογενειακές κατηγορίες στην δεύτερη φάση της έρευνας.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|--|----------------------------|------------------|---|------------------|
| | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ | | | | |
| ΑΓΧΟΥΣ | | | | |
| <i>Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης</i> | | | | |
| Νευρολογικά προβλήματα | 3 | 26,66 | 3 | 27,33 |
| Μυοσκελετικά νοσήματα | 12 | 20,91 | 9 | 32,33 |
| Δεν υπάρχει αναπηρία | 85 | 8,07 | 68 | 13,50 |
| | | F= 21,500 | | F= 17,885 |
| | | df= 2 | | df= 2 |
| | | p= 0,000 | | p=0,000 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με τις αναπηρίες – δυσκολίες μετακίνησης. Τον πιο υψηλό μέσο όρο άγχους έχουν αυτοί που αντιμετωπίζουν κόπωση σε σχέση με τις άλλες αναπηρίες.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 20 Missing | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--|-----------------|
| | | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΧΟΥΣ | Χρόνια Προβλήματα | | | | |
| | Υπέρταση | 14 | 15,57 | 10 | 25,20 |
| | Ζαχαρώδης Διαβήτης | 9 | 10,11 | 8 | 16,87 |
| | Ψυχιατρικό Νόσημα | 1 | 37,00 | 0 | 0 |
| | Οστεοπόρωση | 3 | 10,66 | 1 | 24,00 |
| | Κανένα χρόνια πρόβλημα | 73 | 8,75 | 61 | 14,42 |
| | | | F= 4,258 | | F= 2,983 |
| | | | f= 4 | | df= 3 |
| | | p= 0,003 | | p= 0,036 | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με τα χρόνια προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα, στην πρώτη δειγματοληψία τον μεγαλύτερο μέσο όρο άγχους των φροντιστών τον είχαν αυτοί που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικό νόσημα ενώ στην δεύτερη δειγματοληψία είχαν το μεγαλύτερο μέσο όρο αυτοί που αντιμετωπίζουν υπέρταση.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης άγχους σύμφωνα με την κλίμακα Beck Anxiety. |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| | Αντίληψη για την υγεία | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΧΟΥΣ | Καλή | 59 | 7,93 | |
| | Κακή | 2 | 22,50 | |
| | Μέτρια | 39 | 12,92 | |
| | | | F=5,792 | |
| | | | df= 2 | |
| | | | p= 0,004 | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία τους. Αυτοί που αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως κακή φαίνεται να έχουν υψηλότερο μέσο όρο άγχους στην πρώτη δειγματοληψία.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 20 Missing | |
|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------|--|--------------|
| | | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΧΟΥΣ | Αριθμός παιδιών των φροντιστών | | | | |
| | 1 παιδί | 18 | 8,22 | 13 | 14,69 |
| | 2 παιδιά | 21 | 12,04 | 17 | 17,47 |
| | 3 παιδιά | 24 | 9,70 | 20 | 17,95 |
| | Περισσότερα από 3 | 14 | 17,92 | 11 | 22,90 |
| | Κανένα παιδί | 23 | 6,95 | 19 | 10,10 |
| | | F= 2,675 | | F= 2,810 | |
| | | df=4 | | df= 4 | |
| | | p= 0,037 | | p= 0,031 | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του άγχους των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με τον αριθμό παιδιών που έχουν. Συγκεκριμένα, στην πρώτη αλλά και δεύτερη δειγματοληψία τον μεγαλύτερο μέσο όρο άγχους το είχαν οι φροντιστές που έχουν περισσότερα από τρία παιδιά.

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Beck Depression Inventory (Κατάθλιψη)

| Βαθμός Κατάθλιψης των φροντιστών των ατόμων με Άνοια | 1^η Φάση της έρευνας | | 2^η Φάση της έρευνας | |
|---|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| | N | Συχνότητα (%) | N | Συχνότητα (%) |
| | 100 | | 80 | |
| | | | 20 Missing | |
| 0 – 7 Ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης | 34 | 34% | 15 | 18,75% |
| 8 – 15 Ήπια Κατάθλιψη | 31 | 31% | 25 | 31,25% |
| 16- 25 Μέτρια Κατάθλιψη | 26 | 26% | 17 | 21,25% |
| 25- 63 Βαριά Κατάθλιψη | 9 | 9% | 23 | 28,75% |

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες της μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Beck Depression Inventory. Αναλυτικότερα, στην πρώτη φάση της έρευνας μας το 34% του συνόλου των φροντιστών εμφάνιζε ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης μορφής. Εν συνεχεία το 31% παρουσίασε ήπια, το 26% είχε μέτρια και το 9% παρουσίασε βαριάς μορφής κατάθλιψη.

Στην δεύτερη φάση της έρευνας το 31,25% του συνόλου των φροντιστών παρουσίασε ήπια κατάθλιψη, το 28,75% εμφάνισε βαριά κατάθλιψη, το 21,25% μέτρια και μόλις το 18,75% δεν παρουσίασε ή είχε ελάχιστη κατάθλιψη.

| | Beck Depression Total | *r Beck Depression Total |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|
| N | 100 | 80 |
| | | Missing 20 |
| Mean | 12,95 | 18,72 |
| Std. deviation | 10,15 | 12,55 |
| Mimimum | 0 | 1 |
| Maximum | 53 | 53 |

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ο μέσος όρος της κατάθλιψης στην πρώτη συνολική μέτρηση ήταν 12,95 ενώ στην δεύτερη αυξήθηκε σε 18,72. Το μικρότερο συνολικό ποσοστό της κατάθλιψης ήταν το 0 στην πρώτη και στη δεύτερη φάση της έρευνας μας ήταν 1. Το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό της κατάθλιψης και στις δυο δειγματοληψίες ήταν 53.

*r = επαναληπτική έρευνα

- *Συσχέτιση κατάθλιψης με τα κοινωνικο – δημογραφικά στοιχεία*

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory . |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------|---|
| | | 20 Missing N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | Μορφωτικό Επίπεδο | | | |
| | Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση | 12 | 27,08 | |
| | Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση | 24 | 18,95 | |
| | Τριτοβάθμια Εκπαίδευση | 27 | 15,25 | |
| | Ανώτατη Εκπαίδευση | 16 | 16,93 | |
| | Αναλφάβητοι | 1 | 35,00 | |
| | | F= 2,527 | | |
| | | df=4 | | |
| | | p= 0,048 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory) σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, στην δεύτερη δειγματοληψία τον μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης των φροντιστών τον έχει ένας άντρας ο οποίος είναι αναλφάβητος.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|---|-------------------------------|------------------|--|------------------|
| | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | | | | |
| <i>Σχέση με το ανοϊκό άτομο</i> | | | | |
| Παιδί | 21 | 19,61 | 19 | 26,57 |
| Σύντροφος | 9 | 20,44 | 7 | 26,28 |
| Συγγενής | 40 | 10,75 | 33 | 15,09 |
| Φίλος | 19 | 8,84 | 12 | 18,16 |
| Γείτονας | 11 | 10,33 | 9 | 10,33 |
| | | F=4,000 | | F= 4,000 |
| | | df= 6,190 | | df= 5,053 |
| | | p= 0,000 | | p= 0,001 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης της καταθλιψης που βιώνουν οι φροντιστές σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Beck Depression Inventory σε ότι αφορά την σχέση που έχουν με τον ασθενή και στις δύο φάσεις της έρευνας μας. Συγκεκριμένα τον υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης έχει ο σύντροφος (ο/η σύζυγος) φροντιστής στην πρώτη δειγματοληψία και στην δεύτερη έχει ο σύντροφος (ο/η σύζυγος) αλλά και το παιδί , σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory. |
|------------------------------|----------------------------------|--|---------------|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | Συχνότητα παροχής βοήθειας | | | |
| | Καθημερινά | 50 | 20,28 | |
| | Μια-Δυο φορές την βδομάδα | 23 | 19,43 | |
| | Μια-Δυο φορές τον μήνα | 7 | 5,28 | |
| | | F= 4,860 df= 2 p= 0,010 | | |

Εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά στοιχεία της μέτρησης της κατάθλιψης (σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory) όσον αφορά την συχνότητα που παρέχουν φροντίδα οι περιθάλποντες. Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία εμφανίστηκε σημαντικά υψηλός μέσος όρος 20,28 σε αυτούς οι οποίοι φροντίζουν καθημερινά τον ασθενή.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory. |
|---|-------------------------------|-----------------|---|
| | N | Μέσος Όρος | |
| Αριθμός παιδιών των φροντιστών | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | | | |
| 1 παιδί | 18 | 8,27 | |
| 2 παιδιά | 21 | 16,14 | |
| 3 παιδιά | 24 | 9,25 | |
| Περισσότερα από 3 | 14 | 23,28 | |
| Κανένα παιδί | 23 | 11,26 | |
| | | F= 7,693 | |
| | | df= 4 | |
| | | p= 0,000 | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory) σε σχέση με τον αριθμό παιδιών που έχουν. Συγκεκριμένα, στην πρώτη δειγματοληψία τον μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης τον είχαν οι φροντιστές που έχουν περισσότερα από τρία παιδιά.

| | <i>Μηνιαίο Εισόδημα</i> | <i>Δεύτερη Δειγματοληψία</i> | | <i>* Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory.</i> |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------|---|
| | | <i>N</i> | <i>Μέσος Όρος</i> | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | <i>0-400€</i> | 3 | 33,66 | |
| | <i>400-500€</i> | 3 | 40,33 | |
| | <i>500-700€</i> | 12 | 19,16 | |
| | <i>700-900€</i> | 15 | 16,00 | |
| | <i>900-1100€</i> | 17 | 16,05 | |
| | <i>1100-1300€</i> | 17 | 13,70 | |
| | <i>1300-1600</i> | 7 | 19,57 | |
| | <i>1600 και άνω</i> | 6 | 27,16 | |
| | | F= 3,503 | | |
| | | df=7 | | |
| | | p=0,003 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory) σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα. Συγκεκριμένα και στην δεύτερη φάση της έρευνας προκύπτει ότι αυτοί που λαμβάνουν από 400 έως 500 ευρώ έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης σε σχέση με τις υπόλοιπες οικονομικές διαβαθμίσεις.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|------------------------------|--|--|---------------|--|--------------|
| | | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | <i>Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης</i> | | | | |
| | Νευρολογικά προβλήματα | 3 | 32,66 | 3 | 31,66 |
| | Μυοσκελετικά νοσήματα | 12 | 19,33 | 9 | 32,22 |
| | Δεν υπάρχει αναπηρία | 85 | 11,35 | 68 | 16,23 |
| | | F= 10,896 df=2 p= 0,000 | | F= 11,237 df= 2 p= 0,000 | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με τις αναπηρίες ή τις δυσκολίες μετακίνησης που αντιμετωπίζουν. Τον μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης εμφανίζουν αυτοί που πάσχουν από νευρολογικά προβλήματα στην πρώτη φάση. Στην δεύτερη φάση της έρευνας παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική κατάθλιψη αυτοί που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικά προβλήματα.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory . |
|--------------------------|--------------------------|--|------------|---|
| | | 20 Missing N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | Χρόνια Προβλήματα | | | |
| | Υπέρταση | 10 | 29,50 | |
| | Ζαχαρώδης Διαβήτης | 8 | 21,50 | |
| | Οστεοπόρωση | 1 | 12 | |
| | Κανένα χρόνιο πρόβλημα | 61 | 16,70 | |
| | | F= 3,000 df= 3,511 p= 0,019 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory) σε σχέση με τα χρόνια προβλήματα υγείας των φροντιστών. Συγκεκριμένα, στην δεύτερη φάση της έρευνας μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης παρουσιάζουν δέκα άτομα που αντιμετωπίζουν υπέρταση.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Beck Depression Inventory |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------|------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | <i>Αντίληψη για την υγεία</i> | | | |
| | <i>Καλή</i> | 59 | 9,98 | |
| | <i>Κακή</i> | 2 | 16,50 | |
| | <i>Μέτρια</i> | 39 | 17,25 | |
| | | F= 6,880 | | |
| | | df= 2 | | |
| | | p= 0,002 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της κατάθλιψης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Beck) σε σχέση με την αντίληψη που έχουν οι φροντιστές για την υγεία τους. Συγκεκριμένα στην πρώτη φάση της έρευνας προκύπτει ότι αυτοί που αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης.

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Zarit & Zarit Burden Interview (Επιβάρυνση)

| Βαθμός επιβάρυνσης των φροντιστών των ατόμων με Άνοια | 1 ^η Φάση της έρευνας | | 2 ^η Φάση της έρευνας | |
|---|---------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | N | Συχνότητα (%) | N | Συχνότητα (%) |
| | 100 | | 80 | |
| | | | 20 | |
| | | | Missing | |
| 0 – 20 Καθόλου έως μικρή επιβάρυνση | 30 | 30% | 1 | 1,25% |
| 21- 40 Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση | 47 | 47% | 43 | 53,75% |
| 41- 60 Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση | 16 | 16% | 23 | 28,75% |
| 61- 88 Σοβαρή επιβάρυνση | 7 | 7% | 13 | 16,25% |

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες της μέτρησης της επιβάρυνσης των φροντιστών των ατόμων με άνοια σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Zarit. Στην πρώτη φάση της έρευνας το 47% παρουσίασε ήπια έως μέτρια μορφή επιβάρυνσης, το 30% εμφάνισε καθόλου έως μικρή επιβάρυνση, το 16% είχε μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και μόλις το 7% είχε σοβαρή επιβάρυνση. Στην επαναληπτική έρευνα διαπιστώθηκε ότι επίσης 53,75% εμφάνισε ήπια έως μέτρια μορφή επιβάρυνσης, το 28,75% παρουσίασε μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση, το 16,25% Σοβαρή επιβάρυνση και μόνο το 1,25% του συνόλου του δείγματος είχε μικρή ή καθόλου επιβάρυνση.

| | Zarit & Zarit Burden Total | *r Zarit & Zarit Burden Total |
|----------------|----------------------------|-------------------------------|
| N | 100 | 80 |
| | | Missing 20 |
| M.O. | 30,9000 | 43,3750 |
| Std. deviation | 17,04451 | 16,87510 |
| Minimum | 2,00 | 17,00 |
| Maximum | 88,00 | 86,00 |

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ο μέσος όρος της επιβάρυνσης στην πρώτη συνολική μέτρηση ήταν 30,90 ενώ στην δεύτερη αυξήθηκε σε 43,37. Ακόμη, ενώ στην πρώτη έρευνα το μικρότερο συνολικό ποσοστό της επιβάρυνσης ήταν το 2 και το μεγαλύτερο 88 στην δεύτερη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το μικρότερο συνολικό ποσοστό αυξήθηκε από 2 σε 17 και το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό μειώθηκε σε 86.

*r = Εννοείται η δεύτερη δειγματοληψία

- **Συσχέτιση επιβάρυνσης με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία**

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης επιβάρυνσης σύμφωνα με την κλίμακα Zarit & Zarit Burden Total . |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|--------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ | Συχνότητα παροχής βοήθειας | | | |
| | Καθημερινά | 50 | 44,92 | |
| | Μια-Δυο φορές την εβδομάδα | 23 | 44,56 | |
| | Μια-Δυο φορές τον μήνα | 7 | 28,42 | |
| | | F= 3,179 df= 2 p= 0,047 | | |

Εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά στοιχεία της μέτρησης της επιβάρυνσης (σύμφωνα με την κλίμακα Zarit & Zarit Burden Total) όσον αφορά την συχνότητα που παρέχουν φροντίδα οι περιθάλποντες. Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία εμφανίστηκε σημαντικά υψηλός μέσος όρος 44,92 σε αυτούς οι οποίοι φροντίζουν καθημερινά τον ασθενή.

| | | Πρώτη Δειγματοληψία | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης επιβάρυνσης σύμφωνα με την κλίμακα Zarit & Zarit Burden Total. |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ | Μηνιαίο Εισόδημα | | | |
| | 0-400€ | 5 | 41,80 | |
| | 400-500€ | 5 | 45,00 | |
| | 500-700€ | 13 | 37,46 | |
| | 700-900€ | 19 | 21,78 | |
| | 900-1100€ | 22 | 30,68 | |
| | 1100-1300€ | 19 | 24,89 | |
| | 1300-1600 | 8 | 27,87 | |
| 1600 και άνω | 9 | 42,66 | | |
| | | F= 3,270 | | |
| | | df=7 | | |
| | | p= 0,004 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του συνόλου της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Zarit σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα. Στην πρώτη φάση της έρευνας αυτοί που είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο (επιβάρυνσης) σε σχέση με τις υπόλοιπες οικονομικές διαβαθμίσεις ήταν αυτοί που λαμβάνουν 400 με 500 ευρώ τον μήνα.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης επιβάρυνσης σύμφωνα με την κλίμακα Zarit & Zarit Burden Total. |
|-------------------------------|--|--|---------------|---|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ | Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης | | | |
| | Νευρολογικά προβλήματα | 3 | 41,66 | |
| | Μυοσκελετικά νοσήματα | 12 | 46,08 | |
| | Δεν υπάρχει αναπηρία | 85 | 28,37 | |
| | | F= 7,062 df= 2 p= 0,001 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης της επιβάρυνσης των φροντιστών (σύμφωνα με την κλίμακα Zarit & Zarit Burden Total) σε σχέση με τις αναπηρίες ή τις δυσκολίες μετακίνησης που αντιμετωπίζουν. Τον μεγαλύτερο μέσο όρο επιβάρυνσης εμφανίζουν αυτοί που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα στην πρώτη φάση.

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Lubben (1989)

| | Lubben (1989) | r Lubben (1989) |
|-----------------------|----------------------|------------------------|
| N | 100 | 80 |
| | | Missing 20 |
| Mean | 20,6400 | 21,2125 |
| Std. deviation | 4,71087 | 4,52194 |
| Minimum | 9,00 | 11,00 |
| Maximum | 32,00 | 30,00 |

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ο μέσος όρος του κοινωνικού δικτύου στην πρώτη φάση της έρευνας είναι 20,64 και στην δεύτερη αυξήθηκε σε 21,21. Ακόμη, το μικρότερο συνολικό ποσοστό κοινωνικού δικτύου στην πρώτη έρευνα ήταν το 9 ενώ στην δεύτερη το 11. Τέλος το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό του κοινωνικού δικτύου στην πρώτη έρευνα ήταν 32 ενώ στην δεύτερη 30.

Συσχέτιση κοινωνικού δικτύου με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία

| | Σχέση με το ανοϊκό άτομο | Πρώτη Δειγματοληψία | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου κοινωνικού δικτύου σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Lubben και την σχέση με τον ασθενή. |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ | Παιδί | 21 | 20,80 | |
| | Σύντροφος | 9 | 16,33 | |
| | Συγγενής | 40 | 20,50 | |
| | Φίλος | 19 | 22,94 | |
| | Γείτονας | 11 | 20,36 | |
| | | | F= 3,332 | |
| | | | df=4 | |
| | | | p= 0,013 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του κοινωνικού δικτύου (Lubben 1989) των φροντιστών σε ότι αφορά την σχέση που έχουν με τον ασθενή. Συγκεκριμένα, στην πρώτη φάση της έρευνας προέκυψε ότι ο φίλος φροντιστής έχει μεγαλύτερο μέσο όρο κοινωνικού δικτύου σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

| Χαρακτηριστικά | N | Δεύτερη | * Μόνο κατά την |
|--|-----|---|-----------------|
| | | Δειγματοληψία 80 20 Missing Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ | Ναι | 61 | 21,80 |
| | Όχι | 19 | 19,31 |
| | | t= 9,680 | |
| | | df= 78 | |
| | | p= 0,035 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του κοινωνικού δικτύου (Lubben 1989) των φροντιστών σε ότι αφορά αν έχουν παιδιά ή όχι. Συγκεκριμένα, στην δεύτερη φάση της έρευνας προέκυψε ότι οι φροντιστές που έχουν παιδιά έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο κοινωνικού δικτύου σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία | | |
|----------------------------------|--|--|------------|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ | Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης | | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου κοινωνικού δικτύου σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης του Lubben και τις αναπηρίες. |
| | Νευρολογικά προβλήματα | 3 | 18,33 | |
| | Μυοσκελετικά νοσήματα | 9 | 25,22 | |
| | Δεν υπάρχει αναπηρία | 68 | 20,80 | |
| | | F= 4,848 df= 2 p= 0,010 | | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης του κοινωνικού δικτύου (Lubben 1989) των φροντιστών σε σχέση με τις αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης. Συγκεκριμένα, στην δεύτερη φάση της έρευνας μεγαλύτερο μέσο όρο κοινωνικού δικτύου παρουσιάζουν αυτοί που έχουν μυοσκελετικά νοσήματα. Στην πρώτη φάση της έρευνας δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα.

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα General Health Questionnaire (1979)

| | GHQ (1979) | r GHQ (1979) |
|-----------------------|-------------------|---------------------|
| N | 100 | 80 Missing 20 |
| Mean | 70,0500 | 62,5000 |
| Std. deviation | 12,80121 | 12,40112 |
| Minimum | 41 | 37 |
| Maximum | 102 | 108 |

Στον πιο πάνω πίνακα, παρουσιάζεται ο μέσος όρος της πρώτης και δεύτερης δειγματοληψίας, που είναι 70,50 και 52,50 αντίστοιχα. Ακόμη το μικρότερο συνολικό ποσοστό στις δυο φάσεις είναι 41 και 37 και το μεγαλύτερο 102 και 108.

- **Συσχέτιση ενοχλημάτων γενικής υγείας με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία**

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|--|-------------------|
| | | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | Σχέση με το ανοϊκό άτομο | | | | |
| | Παιδί | 21 | 69,33 | 19 | 77,21 |
| | Σύντροφος | 9 | 70,77 | 7 | 72,57 |
| | Συγγενής | 40 | 61,00 | 33 | 68,21 |
| | Φίλος | 19 | 56,68 | 12 | 68,41 |
| | Γείτονας | 11 | 58,18 | 9 | 61,88 |
| | | | F= 4,744 | | F=2,953 |
| | | | df= 4 | | df= 4 |
| | | | p= 0,002 | | p= 0,025 |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των γενικών ενοχλημάτων υγείας (General Health Questionnaire) των φροντιστών όσον αφορά την σχέση με το ανοϊκό άτομο. Συγκεκριμένα στην πρώτη φάση της έρευνας προκύπτει ότι οι σύντροφοι των ανοϊκών ατόμων έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο γενικών ενοχλημάτων υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην δεύτερη δειγματοληψία μεγαλύτερο μέσο όρο έχουν τα παιδιά των ηλικιωμένων ατόμων με μέσο όρο 77,21.

| | Χαρακτηριστικά | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | | * Μόνο κατά την δεύτερη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου των γενικών ενοχλημάτων υγείας σύμφωνα με την κλίμακα General Health Questionnaire . |
|--|-----------------------------------|---|--|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | Συχνότητα παροχής βοήθειας | | | |
| | Καθημερινά | 50 | 71,82 | |
| | Μια-Δυο φορές την εβδομάδα | 23 | 70,43 | |
| | Μια-Δυο φορές τον μήνα | 7 | 56,14 | |
| | | | F= 5,099 df= 2 p= 0,008 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των ενοχλημάτων γενικής υγείας (General Health Questionnaire) των φροντιστών σε ότι αφορά την συχνότητα παροχής βοήθειας που έχουν για τον φροντιστή. Συγκεκριμένα στην δεύτερη φάση μεγαλύτερο μέσο όρο ενοχλημάτων γενικής υγείας έχουν οι φροντιστές οι οποίοι παρέχουν βοήθεια καθημερινά με το υψηλό ποσοστό 71,82. Στην πρώτη φάση της έρευνας δεν παρατηρήθηκε σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου των γενικών ενοχλημάτων υγείας σύμφωνα με την κλίμακα General Health Questionnaire . |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------|--|
| | N | Μέσος Όρος | |
| Αριθμός παιδιών των φροντιστών | | | |
| 1 παιδί | 18 | 58,61 | |
| 2 παιδιά | 21 | 64,61 | |
| 3 παιδιά | 24 | 57,91 | |
| Περισσότερα από 3 | 14 | 75,07 | |
| Κανένα παιδί | 23 | 60,73 | |
| | | F= 6,207 | |
| | | df= 4 | |
| | | p= 0,000 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των ενοχλημάτων γενικής υγείας (General Health Questionnaire) των φροντιστών σε σχέση με τον αριθμό παιδιών που έχουν. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν περισσότερα από τρία παιδιά έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ενοχλημάτων γενικής υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην δεύτερη φάση της έρευνας δεν παρατηρήθηκε σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|--|--|-------------------------------|---------------|--|---------------|
| | | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | <i>Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης</i> | | | | |
| | Νευρολογικά προβλήματα | 3 | 82,00 | 3 | 85,33 |
| | Μυοσκελετικά νοσήματα | 12 | 71,25 | 9 | 82,55 |
| | Δεν υπάρχει αναπηρία | 85 | 60,57 | 68 | 67,72 |
| | | F=8,960 | | F=9,110 | |
| | | df= 2 | | df=2 | |
| | | p=0,000 | | p=0,000 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των γενικών ενοχλημάτων υγείας (*General Health Questionnaire*) των φροντιστών σε σχέση με τις αναπηρίες ή τις δυσκολίες μετακίνησης που αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα στην πρώτη φάση της έρευνας προκύπτει ότι αυτοί που πάσχουν από μυοσκελετικά νοσήματα έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο γενικών ενοχλημάτων υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην δεύτερη δειγματοληψία προκύπτει ότι οι φροντιστές που πάσχουν από νευρολογικά προβλήματα έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ενοχλημάτων γενικής υγείας.

Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα *Dysfunctional Attitude Scale*

| | <i>Dysfunctional Attitude Scale</i> | <i>r Dysfunctional Attitude Scale</i> |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| N | 100 | 80 Missing 20 |
| Mean | 168,9000 | 166,51 |
| Std. deviation | 28,42765 | 24,426 |
| Minimum | 94,00 | 112 |
| Maximum | 217,00 | 218 |

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει το πόσο οι στάσεις και οι συμπεριφορές που έχει ένα άτομο γίνονται δυσλειτουργικές ως προς την ζωή του. Ο μέσος όρος στην πρώτη έρευνα ήταν 168,90 ενώ στην δεύτερη 166,51. Το μικρότερο συνολικό ποσοστό στην πρώτη φάση της ερευνάς ήταν 94,00 ενώ στην δεύτερη 112. Το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό στην πρώτη φάση της έρευνας ήταν 217 ενώ στην επαναληπτική έρευνα το 218.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία | | | *Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σύμφωνα με την κλίμακα του <i>Dysfunctional Attitude Scale</i> . |
|--------------------|---------------------|-----------------|--|--|
| | N | Μέσος Όρος | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | | | | |
| ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ | | | | |
| ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ | | | | |
| ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | | | | |
| Φύλο | | | | |
| Άντρας | 22 | 181,22 | | |
| Γυναίκα | 78 | 165,42 | | |
| | | t=9,247 | | |
| | | df= 98 | | |
| | | p= 0,021 | | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (*Dysfunctional Attitude Scale*) των φροντιστών σε σχέση με το φύλο. Συγκεκριμένα, οι άντρες έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σε σχέση με τις γυναίκες. Στην δεύτερη φάση της έρευνας δεν παρατηρήθηκε σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα.

| | Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία | | *Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σύμφωνα με την κλίμακα του Dysfunctional Attitude Scale. |
|--|------------------|---------------------|---------------|--|
| | | N | Μέσος Όρος | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | Επάγγελμα | | | |
| | Δημόσιος | 18 | 179,16 | |
| | Υπάλληλος | | | |
| | Ιδιωτικός | 52 | 174,09 | |
| | Υπάλληλος | | | |
| | Ελεύθερος | 5 | 154,20 | |
| | Επαγγελματίας | | | |
| | Αγρότης-Γεωργός | 3 | 151,33 | |
| | Έμπορος | 3 | 184,33 | |
| Οικιακά | 15 | 144,73 | | |
| Άνεργος | 4 | 165,75 | | |
| | | F=3,525 | | |
| | | df= 6 | | |
| | | p=0,003 | | |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης του συνόλου των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (Dysfunctional Attitude Scale) των φροντιστών σε σχέση με το επάγγελμα. Μεγαλύτερο μέσο όρο στην πρώτη φάση έχουν οι έμποροι σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές κατηγορίες. Στην επαναληπτική έρευνα δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα ανάμεσα στις αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις των φροντιστών και το επάγγελμα.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | *Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης του συνόλου των στάσεων και αντιλήψεων σύμφωνα με την κλίμακα του Dysfunctional Attitude Scale.. |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------|---|
| | N | Μέσος Όρος | |
| Αριθμός παιδιών των φροντιστών | | | |
| 1 παιδί | 18 | 173,27 | |
| ΣΥΝΟΛΟ | 21 | 172,95 | |
| ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ | 24 | 168,87 | |
| ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ | 14 | 147,78 | |
| ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | 3 | | |
| Κανένα παιδί | 23 | 174,65 | |
| | | F= 2,529 | |
| | | df=4 | |
| | | p= 0,046 | |

Υπάρχουν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (Dysfunctional Attitude Scale) των φροντιστών σε σχέση με το τον αριθμό παιδιών που έχουν. Συγκεκριμένα, στην πρώτη φάση τα άτομα που δεν έχουν παιδιά έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην δεύτερη φάση της έρευνας δεν παρατηρήθηκε σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα.

| | | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|--------------------|-----------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|
| | Μηνιαίο Εισόδημα | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| ΣΥΝΟΛΟ | 0-400€ | 5 | 140,60 | 3 | 145,33 |
| ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ | 400-500€ | 5 | 115,60 | 3 | 129,33 |
| ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ | 500-700€ | 13 | 163,76 | 12 | 162,92 |
| ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | 700-900€ | 19 | 169,73 | 15 | 163,67 |
| | 900-1100€ | 22 | 170,63 | 17 | 168,47 |
| | 1100-1300€ | 19 | 186,26 | 17 | 176,24 |
| | 1300-1600€ | 8 | 193,50 | 7 | 184,29 |
| | 1600€ και άνω | 9 | 157,11 | 6 | 156,17 |
| | | | F= 8,076 | | F=2,875 |
| | | | df=7 | | df=7 |
| | | | p=0,000 | | p=0,011 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (Dysfunctional Attitude Scale) των φροντιστών σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα. Στην πρώτη και δεύτερη δειγματοληψία προέκυψε ότι αυτοί που λαμβάνουν από 1300 έως 1600 ευρώ τον μήνα έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τις υπόλοιπες οικονομικές διαβαθμίσεις.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | * Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης των στάσεων και αντιλήψεων σύμφωνα με την κλίμακα του Dysfunctional Attitude Scale. |
|--|-------------------------------|------------|--|
| | N | Μέσος Όρος | |
| Πηγές εισοδήματος | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | Σύνταξη γήρατος | 10 | 150,30 |
| | Σύνταξη αναπηρίας | 4 | 152,25 |
| | Άλλα επιδόματα | 4 | 149,00 |
| | Διάφορα εισοδήματα | 82 | 172,95 |
| | | | F=3,309 df= 3 p=0,023 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της μέτρησης των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (Dysfunctional Attitude Scale) των φροντιστών σε σχέση με τις πηγές εισοδήματος. Αυτοί που λαμβάνουν διάφορα εισοδήματα στην πρώτη φάση έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τα άλλα εισοδήματα.

| Χαρακτηριστικά | Πρώτη Δειγματοληψία 100 | | Δεύτερη Δειγματοληψία 80 20 Missing | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------|---|-----------------|
| | N | Μέσος Όρος | N | Μέσος Όρος |
| Χρόνια Προβλήματα | | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | | | | |
| ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ | | | | |
| ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ | | | | |
| ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ | | | | |
| Υπέρταση | 14 | 149,28 | 10 | 151,20 |
| Ζαχαρώδης Διαβήτης | 9 | 155,44 | 8 | 150,62 |
| Ψυχιατρικό Νόσημα | 1 | 168,00 | 0 | 0 |
| Οστεοπόρωση | 3 | 169,66 | 1 | 176,00 |
| Κανένα χρόνο πρόβλημα | 73 | 174,30 | 61 | 170,95 |
| | | F= 3,066 | | F= 3,454 |
| | | df= 4 | | df=3 |
| | | p=0,020 | | p= 0,021 |

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της συνολικής μέτρησης των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων (Dysfunctional Attitude Scale) των φροντιστών σε σχέση με τα χρόνια προβλήματα υγείας των φροντιστών. Συγκεκριμένα, και στην πρώτη φάση της έρευνας μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσιάζουν αυτοί που δεν έχουν κανένα χρόνο πρόβλημα ενώ στην δεύτερη μια γυναίκα που έχει οστεοπορώση.

**ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΠΡΩΤΗΣ ΚΑΙ
ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΕΙΨΙΑΣ**

| | <i>1^η Μέτρηση</i> | <i>2^η Μέτρηση</i> |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| | <i>Μ.Ο.</i> | <i>Μ.Ο.</i> |
| <i>BECK</i> | <i>10,17</i> | <i>16,13</i> |
| <i>BDI</i> | <i>12,96</i> | <i>18,92</i> |
| <i>ZARIT</i> | <i>30,90</i> | <i>43,37</i> |
| <i>LUBBEN</i> | <i>20,64</i> | <i>21,21</i> |
| <i>GHQ</i> | <i>62,50</i> | <i>70,06</i> |
| <i>DAS</i> | <i>168,90</i> | <i>166,51</i> |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΥΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΕΣ

Τα συμπεράσματα αλλά και τα σημαντικά στοιχεία που προκύπτουν για τους φροντιστές των ατόμων με άνοια στην Κύπρο, αναδεικνύονται μέσα από της δύο φάσεις της έρευνας, οι οποίες είχαν διαφορά χρονικής περιόδου έξι μηνών μεταξύ τους, είναι τα εξής:

Γενικά, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο μέτρησης της επιβάρυνσης των **Zarit & Zarit Burden** ανάμεσα στις δύο μετρήσεις υπήρξε επιβάρυνση στη δεύτερη φάση με 12,47. Επίσης, ο μέσος όρος των συνολικών ποσοστών άγχους (**Beck Anxiety Interview**) των φροντιστών αυξήθηκε στη δεύτερη μέτρηση, αφού στην πρώτη ο συνολικός μέσος όρος ήταν 10,17 και στην δεύτερη αυξήθηκε σε 16,13. Ο μέσος όρος της κατάθλιψης αυξήθηκε σημαντικά στην δεύτερη φάση έρευνας από 12,96 σε 18,92 (**Beck Depression Inventory**).

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης Κοινωνικού Δικτύου του **Lubben** μικρή αύξηση στο κοινωνικό δίκτυο είχαμε κατά την δεύτερη φάση της δειγματοληψίας μας από 20,64 της πρώτης φάσης σε 21,21 στη δεύτερη φάση. Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης των ενοχλημάτων γενικής υγείας **Goldberg και Hillier, General Health Questionnaire**, ο μέσος όρος ενοχλημάτων γενικής υγείας των φροντιστών αυξήθηκε στην δεύτερη δειγματοληψία από 62,50 σε 70,06. Και τέλος, σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων **Dysfunctional Attitude Scale** δέν παρατηρήθηκε επιβάρυνση από την πρώτη στη δεύτερη φάση, αντιθέτως υπήρξε μία μικρή μείωση από 168,90 της πρώτης φάσης σε 166,51 στη δεύτερη φάση.

Επιπλέον, πιο αναλυτικά είχαμε και άλλα ενδιαφέροντα συμπεράσματα:

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης των **Zarit & Zarit Burden Total** είχαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- ☞ Η μέτρια έως και σοβαρή επιβάρυνση παρατηρήθηκε φαίνεται να αυξήθηκε κατά την δεύτερη δειγματοληψία.
- ☞ Η συχνότητα παροχής βοήθειας επιδρά στην επιβάρυνση που τα άτομα τα οποία φροντίζουν σε καθημερινή βάση το ηλικιωμένο άτομο έχουν μέσο όρο 44,92.
- ☞ Το εύρος του εισοδήματος φαίνεται να επηρεάζει την επιβάρυνση των φροντιστών με τους χαμηλόμισθους έως 500 ευρώ να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά.

Άτομα με αναπηρίες και δυσκολίες μετακίνησης και κυρίως με μυοσκελετικά νοσήματα κατά την πρώτη φάση της έρευνας έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τις υπόλοιπες κατηγορίες

Μέσα από την κλίμακα μέτρησης του άγχους **Beck Anxiety Interview** προκύπτουν τα πιο κάτω συμπεράσματα:

- ☞ Μετά την πάροδο των έξι μηνών ο βαθμός βαριάς μορφής άγχους αυξήθηκε κατά 11,5 τις εκατό σε ποσοστό.
- ☞ Όσον αφορά την σχέση που έχει ο φροντιστής με το ανοϊκό άτομο υψηλό μέσο όρο εμφάνισαν και στις δυο φάσεις της έρευνας τα παιδιά των ηλικιωμένων ατόμων από 17,33 και 25,84 αντίστοιχα.

☞ Σύμφωνα με την συχνότητα παροχής φροντίδας κατά την δεύτερη φάση έρευνας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στα άτομα που φροντίζουν καθημερινά το ανοϊκό άτομο.

☞ Υψηλά ποσοστά άγχους σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση παρουσίασαν κατά την δεύτερη δειγματοληψία οι έγγαμοι.

☞ Συσχέτιση του άγχους υπήρξε ως προς τις αναπηρίες – δυσκολίες μετακίνησης στην πρώτη φάση στα άτομα με νευρολογικά προβλήματα και στην δεύτερη άτομα με μυοσκελετικά νοσήματα.

☞ Σε σχέση με τα χρόνια προβλήματα στην πρώτη φάση το άτομο με ψυχιατρικό νόσημα και στη δεύτερη άτομα με υπέρταση είχαν υψηλά συμπτώματα άγχους.

☞ Όσοι αντιλαμβάνονταν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή φαίνεται κατά την πρώτη φάση της έρευνας να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά άγχους.

☞ Οι φροντιστές οι οποίοι έχουν περισσότερα από τρία παιδιά και κατά τις δυο φάσεις φαίνονται να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά άγχους.

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης **Beck Depression Inventory** προήλθαν τα εξής συμπεράσματα:

- ☞ Μεγάλη αύξηση της βαριάς κατάθλιψης από 9% συχνότητα σε 28,75%.
- ☞ Συσχέτιση κατάθλιψης με μορφωτικό επίπεδο φροντιστών είχαμε στην πρώτη φάση της έρευνας μας με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, όπου οι αναλφάβητοι είχαν υψηλότερο μέσο όρο
- ☞ Η σχέση του φροντιστή με τον ασθενή φαίνεται να επηρεάζει στην εμφάνιση κατάθλιψης με τους συντρόφους να έχουν τους υψηλότερους μέσους όρους στα αποτελέσματα στην πρώτη φάση και στην δεύτερη τα παιδιά με ποσοστό 26,57 και τους συντρόφους 26,28.
- ☞ Κατά την δεύτερη δειγματοληψία σε σχέση με την συχνότητα παροχής βοήθειας τα άτομα που φροντίζουν καθημερινά τους ανοϊκούς ασθενείς έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης.
- ☞ Τα άτομα που έχουν περισσότερα από τρία παιδιά στην πρώτη δειγματοληψία παρουσιάζουν υψηλό μέσο όρο κατάθλιψης.
- ☞ Το εύρος του εισοδήματος με τα άτομα που λαμβάνουν έως 500 ευρώ μηνιαίως παρουσιάζει μεγαλύτερη εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατά τις δύο φάσεις.
- ☞ Τα άτομα με νευρολογικά προβλήματα κατά την πρώτη δειγματοληψία παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης ενώ στην δεύτερη τα άτομα με μυοσκελετικά νοσήματα.
- ☞ Η αντίληψη της υγείας του φροντιστή επηρεάζει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην πρώτη φάση με αντίληψη ότι η υγεία τους είναι μέτρια να έχει τον υψηλότερο μέσο όρο.

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης Κοινωνικού Δικτύου του **Lubben** είχαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- ✎ Κατά την πρώτη δειγματοληψία η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου των φροντιστών σε σχέση τους φίλους παρουσίασε τα υψηλότερα ποσοστά κοινωνικού δικτύου.
- ✎ Τα παιδιά των φροντιστών φάνηκε να έχουν υψηλότερο μέσο όρο κοινωνικού δικτύου.
- ✎ Φροντιστές με μυοσκελετικά προβλήματα είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο στο κοινωνικό τους δίκτυο κατά την δεύτερη φάση

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης των ενοχλημάτων γενικής υγείας Goldberg και Hillier, **General Health Questionnaire**, είχαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- ✎ Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα με υψηλά ποσοστά προέκυψαν ως προς την σχέση του φροντιστή με τον ηλικιωμένο, με τους συντρόφους στην πρώτη φάση και τα παιδιά στη δεύτερη να έχουν τους υψηλότερους μέσους όρους σε θέματα γενικής υγείας.
- ✎ Ως προς την συχνότητα παροχής βοήθειας κατά την δεύτερη δειγματοληψία τα άτομα που φροντίζουν επί καθημερινής βάσης το ανοϊκό άτομο έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ενοχλημάτων γενικής υγείας.
- ✎ Σε σχέση με τον αριθμό παιδιών των φροντιστών παρατηρήθηκε μόνο κατά την πρώτη φάση με αυτούς που έχουν περισσότερο από τρία παιδιά να σημειώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνση στην γενική τους υγεία.
- ✎ Οι αναπηρίες- δυσκολίες μετακίνησης είχαν παρουσιάσει υψηλότερο μέσο όρο ενοχλημάτων γενικής υγείας αυτοί που πάσχουν από μυοσκελετικά νοσήματα και κατά την δεύτερη τα άτομα με νευρολογικά προβλήματα.

Σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων **Dysfunctional Attitude Scale** παρατηρήθηκαν τα πιο κάτω συμπεράσματα.

- ✎ Σε σχέση με το φύλο παρατηρήθηκε μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία να υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα με τους άντρες οι οποίοι σημειώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων.
- ✎ Στατιστικά σημαντικός μέσος όρος των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων κατά την πρώτη φάση υπήρχε ως προς το επάγγελμα που ασκούν, όπου οι έμποροι είχαν τον μεγαλύτερο μέσο όρο.
- ✎ Μόνο κατά την πρώτη δειγματοληψία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα της μέτρησης των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών των φροντιστών όπου μεγαλύτερο μέσο όρο είχαν αυτοί που έχουν περισσότερα παιδιά από τρία.
- ✎ Στην πρώτη και δεύτερη δειγματοληψία προέκυψε ότι αυτοί που λαμβάνουν έως 1600 ευρώ τον μήνα έχουν υψηλότερο μέσο όρο

- ✎ αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων σε σχέση με τις υπόλοιπες οικονομικές διαβαθμίσεις.
- ✎ Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα προέκυψαν στις στάσεις και αντιλήψεις των φροντιστών σε σχέση με τα χρόνια προβλήματα υγείας, στην πρώτη φάση για τα άτομα που δεν έχουν κανένα πρόβλημα ενώ κατά την δεύτερη φάση για τα άτομα που πάσχουν από οστεοπόρωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εκτιμάται ότι 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι, παγκοσμίως, έχουν άνοια την παρούσα στιγμή και ότι 4,6 εκατομμύρια νέα κρούσματα αναφέρονται κάθε χρόνο. Ο συνολικός αριθμός προβλέπεται να αυξηθεί σε 81,1 εκατομμύρια το 2040. Αυτές οι αριθμητικές προβλέψεις και τα στοιχεία αυτά δεν χρειάζεται απαραίτητα να θεωρηθούν ως μια κρίση, ωστόσο, η αντίδραση στις αλλαγές και τις αντιλήψεις τους είναι σημαντικές για το πώς θα αντιμετωπισθούν και πώς θα ανταποκριθούμε εμείς οι ίδιοι. (Parker, J., 2007)

Κατά την χρονικά συγκριτική μελέτη την οποία πραγματοποιήσαμε σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές της ελεύθερης Κύπρου κατά το 2008-2009 σε φροντιστές ατόμων με άνοια διαφάνηκε μια σημαντική αύξηση της επιβάρυνσης στους φροντιστές των ατόμων με άνοια στην Κύπρο όπου τα αποτελέσματα ήταν σε αρκετά σημαντικό βαθμό αναμενόμενα. Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο «*Zarit & Zarit Burden Interview*». η ομάδα των φροντιστών παρουσιάζεται να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με την δεύτερη φάση δηλαδή μετά από έξι μήνες. Συγκεκριμένα, τόσο στο Γενικό παράγοντα επιβάρυνση, όσο και στον παράγοντα άγχος και κατάθλιψη βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά γεγονός που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση ότι η φροντίδα ασθενών με άνοια, επιδρά αρνητικά στη ζωή των φροντιστών και έχει σημαντική αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης αποτελέσματα που συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα. Και οι έρευνες των Gruffydd, E., et al, 2006 και Papastavrou, E. et al 2007 που διεξήχθησαν τόσο σε Ευρώπη όσο και σε Κύπρο κατέδειξαν μια σημαντική αύξηση της επιβάρυνσης, του άγχους και της κατάθλιψης στους φροντιστές των ατόμων με άνοια σε συγκριτικά χρονικές μελέτες.

Ο μέσος όρος των συνολικών ποσοστών άγχους αυξήθηκαν από τη πρώτη στη δεύτερη δειγματοληψία από 10,17% σε 16,13% , με τη μέτριας μορφή άγχους από το 17% να ανέρχεται στο 28,75% και τη σοβαρή μορφή άγχους να αυξάνεται από το 6% σε 17,5%. Το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει και με την έρευνα των Wendy και Peter (2008) όπου το 75% των φροντιστών παρουσίαζαν αύξηση του άγχους εξαιτίας της επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή.

Και στις δύο φάσεις της έρευνας μας παρατηρήθηκε μια μεγάλη διαφορά ύπαρξης άγχους στα παιδιά των ανοϊκών ασθενών σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα τα οποία φροντίζουν ένα ασθενή. Στην πρώτη φάση εμφάνισαν 17,33% μέσο όρο ενώ στη δεύτερη φάση αυξήθηκε σε 25,84%. Η έρευνα του Beck που παρουσιάζεται ο βαθμός κατάθλιψης των ατόμων που φροντίζουν ανοϊκούς ασθενείς παρουσίασε κατά την πρώτη φάση τον σύντροφο του ανοϊκού ασθενή να παρουσιάζει τον υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης 20,44%, ενώ στην δεύτερη φάση το μεγαλύτερο μέσο όρο κα-

τάθλιψης παρουσιάζουν τα παιδιά των ασθενών με ποσοστό 26,57%. Επίσης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη σχέση του φροντιστή σε σχέση με τον ανοϊκό ασθενή. Στα ίδια επίπεδα κυμάνθηκε και η έρευνα στην κλίμακα GHQ όπου και πάλι κατά την πρώτη φάση οι σύντροφοι παρουσίαζαν το υψηλότερο ποσοστό ενοχλημάτων γενικής υγείας σε ποσοστό 70,77% ενώ στην δεύτερη φάση τον υψηλότερο μέσο όρο παρουσίας ενοχλημάτων γενικής υγείας παρουσιάζουν τα παιδιά των ανοϊκών ασθενών.

Μεγάλη αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, τα οποία φαίνεται πως οδηγούν σε σοβαρής μορφής κατάθλιψη των φροντιστών φάνηκαν κατά την έρευνα μας. Ο μέσος όρος αυξήθηκε από 12,95% σε 18,72% με τα ποσοστά σοβαρής μορφής κατάθλιψης να αυξάνονται από 9% σε 28,75%. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας συμφωνούν και με λοιπές έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό. Σύμφωνα με την έρευνα του Joling, K., et al, που δημοσιεύτηκε το 2008 στο BMC Geriatrics οι φροντιστές τριών αντιπροσωπευτικών δειγμάτων είχαν παρουσιάσει σημαντική αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους από 15%-32% κατά την πρώτη έρευνα ενώ στη δεύτερη φάση σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τα καταθλιπτικά συμπτώματα έφτασαν το 48% (Joling, et al, 2008,).

Η αύξηση του κοινωνικού δικτύου που παρατηρήθηκε σε σύγκριση με την πρώτη φάση στην έρευνα που διεξάγαμε δεν ήταν κάτι αναμενόμενο και το οποίο να εντοπίσαμε σε προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν. Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Εγκέφαλος το 2003 παρατηρήθηκε μείωση των κοινωνικών σχέσεων των ατόμων που παρείχαν φροντίδα σε ανοϊκούς ασθενείς. (Δουδουμη, κ.α., 2003). Και ενώ στην πρώτη δειγματοληψία δεν εντοπίσαμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε σχέση με τις αναπηρίες και τις δυσκολίες μετακίνησης, στην δεύτερη δειγματοληψία μας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με τα άτομα με μυοσκελετικά νοσήματα να αναπτύσσουν ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο. Το ίδιο αποτέλεσμα παρατηρήσαμε και σε ότι αφορά τη ύπαρξη παιδιών. Στην πρώτη δειγματοληψία δεν εντοπίσαμε κανένα σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα σε ότι αφορά στην σχέση του κοινωνικού δικτύου του φροντιστή με την ύπαρξη παιδιών, ενώ στην δεύτερη κάτι τέτοιο αναιρείται με τα άτομα που έχουν παιδιά να αναπτύσσουν μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο. Ο λόγος που παρουσιάζεται έντονη αύξηση του κοινωνικού δικτύου στους φροντιστές των ατόμων με άνοια στην Κύπρο, είναι γιατί στο νησί υπάρχει έντονο το στοιχείο της κοινωνικής δικτύωσης των ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η Κύπρος είναι ένα μικρό νησί όπου οι άνθρωποι ζουν σε μικρότερα κοινωνικά σύνολα και έχουν την ευκαιρία να δικτυωθούν με μεγαλύτερη ευκολία απ' ότι οι άνθρωποι οι οποίοι ζουν σε μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα και με μεγαλύτερη ευκολία να απομονώνονται.

Στα αποτελέσματα επιβάρυνσης, όπως επίσης, και στα αποτελέσματα άγχους και κατάθλιψης δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα τα οποία να μας αποδεικνύουν αν κάποιο από τα δύο φύλα παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά κατά την πρώτη ή την δεύτερη φάση της έρευνας μας. Τα αποτελέσματά αυτά φαίνεται να μην συμβαδίζουν με τις διεθνής έρευνες οι οποίες παρουσιάζουν τις γυναίκες με μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνσης από τους άντρες. Η έρευνα διεξήχθη από τους Chumber, R. N., Grimm, W. J., Cody M and Beck C., (2003) διαφάνηκε ότι οι γυναίκες κατά την πρώτη δειγματοληψία είχαν υψηλότερη επιβάρυνση από ότι οι άντρες. Επίσης το αποτέλεσμα αυτό αντιτίθεται στην πλειονότητα των ερευνών που εντοπίσαμε. Σύμφωνα με μία έρευνα που έγινε στην Αμερική από τους Taylor, κ.α. (2008) παρουσιάζει τις γυναίκες να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, 2 στις 3 γυναίκες είχαν εκθέσει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Ακόμη και σε μια άλλη έρευνα από τον Zarit (2002), παρουσιάζει τις γυναίκες να έχουν αυξανόμενη τάση παρουσίας κατάθλιψης. Ακόμη μέσα από την ερευνητική διαδικασία εντοπίσαμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα κατά την πρώτη δειγματοληψία στο σύνολο των αρνητικών στάσεων και

αντιλήψεων οι άντρες είχαν παρουσιάσει υψηλότερο μέσο όρο απ' ότι οι γυναίκες ενώ στην δεύτερη δειγματοληψία δεν παρουσιάστηκε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Η διαφοροποίηση του αποτελέσματος αποδεικνύει ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες έχουν αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις όπως παρουσιάζονται στο Disfunctional Attitude Scale.

Η συχνότητα παροχής φροντίδας στην έρευνά μας παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μετά την πάροδο των έξι μηνών, δηλαδή στην δεύτερη φάση της έρευνάς μας. Κατά την πρώτη φάση οι φροντιστές των ατόμων με άνοια δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε ότι αφορά το άγχος, επιβάρυνση και την κατάθλιψη, πράγμα που αποδεικνύει ότι όλοι οι φροντιστές παρουσίαζαν σε αρκετά σημαντικό βαθμό τα ίδια ποσοστά άγχους, επιβάρυνσης και κατάθλιψης. Μετά την πάροδο των 6 μηνών όμως η αύξηση του άγχους, της επιβάρυνσης και της κατάθλιψης στους φροντιστές που επί καθημερινής βάσης φροντίζουν τον ανοϊκό ασθενή παρουσίασαν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι με την πάροδο του χρόνου και η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή επιδεινώνουν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζει φροντιστής. Ακόμα και η παρουσίαση ενοχλημάτων στην γενική υγεία των ατόμων που φροντίζουν ανοϊκούς ασθενείς φάνηκε να επιδεινώνεται η κατάσταση τους μετά την πάροδο έξι μηνών όπου έγινε η δεύτερη ερευνητική διαδικασία.

Κατά την πρώτη φάση της έρευνάς μας δεν μας παρουσιάστηκε κανένα στατιστικό αποτέλεσμα σε ότι αφορά την συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης τους φροντιστή και του άγχους.

Οι αναπηρίες και οι δυσκολίες μετακίνησης φαίνεται να παρουσιάζουν αρκετά συμπτώματα άγχους αρχικά στα άτομα που παρουσιάζουν νευρολογικά προβλήματα ενώ με την πάροδο του χρόνου οι φροντιστές με μυοσκελετικά νοσήματα φαίνεται να αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψή τους σε αρκετά σημαντικό βαθμό. Η διαφοροποίηση αυτή φαίνεται αρκετά λογική λόγω του ότι οι φροντιστές με μυοσκελετικά νοσήματα δεν είναι σε θέση, λόγω της δικής τους ασθένειας να φροντίσουν στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τους ανοϊκούς ασθενείς με αποτέλεσμα αυτό να αυξάνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψής τους. Ενώ η επιβάρυνση φαίνεται να επηρεάζει τους φροντιστές με αναπηρίες και χρόνια προβλήματα σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό κατά την πρώτη φάση της έρευνας μας τα άτομα με μυοσκελετικά νοσήματα ενώ κατά την δεύτερη φάση δεν παρουσιάστηκε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Σε αντίθεση έρχεται η έρευνα σε ότι αφορά την ύπαρξη κοινωνικού δικτύου όπου δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα κατά την πρώτη φάση της δειγματοληψίας, ενώ κατά την δεύτερη υπήρχε στατιστικά σημαντική αύξηση του κοινωνικού δικτύου στα άτομα με μυοσκελετικά νοσήματα. Το αποτέλεσμα δεν θα μπορούσε να είναι αναμενόμενο μιας και οι ασθενείς με μυοσκελετικά θα αναμένετο να μειώσουν τις συναναστροφές τους με άλλα άτομα, αντίθετα όμως φαίνεται να αυξάνουν το κοινωνικό τους δίκτυο και αυτό ίσως οφείλεται και στο γεγονός ότι η κυπριακή κοινωνία είναι πολύ ανοικτή σε ότι αφορά τις σχέσεις των ανθρώπων με τον κοινωνικό τους περίγυρο. Επίσης, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τις αναπηρίες και τις δυσκολίες μετακίνησης φάνηκαν τόσο κατά την πρώτη όσο και κατά την δεύτερη φάση της έρευνας μας σε ότι αφορά τα ενοχλήματα γενικής υγείας. Και στις δύο φάσεις της έρευνας οι άνθρωποι με διάφορα νευρολογικά νοσήματα φαίνεται να νιώθουν πολύ πιο έντονα τα ενοχλήματα στην γενική υγεία τους από ότι οι υπόλοιποι φροντιστές.

Είναι γνωστό ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου εντούτοις δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις συγκρίσεις με τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε. Το μόνο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα το οποίο εντοπίστηκε είναι στη δεύτερη φάση της έρευνας μας όπου οι αναλφάβητοι παρουσίασαν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Έτσι

φαίνεται ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει στην ανάπτυξη άγχους στους φροντιστές των ατόμων με άνοια. Παρόλο το αποτέλεσμα στο ερωτηματολόγιο παρουσίασης του άγχους εντούτοις σε κανένα άλλο ερωτηματολόγιο δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα γεγονός που αποδεικνύει στη περίπτωση των Κύπριων φροντιστών ατόμων με άνοια ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν ήταν σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης κατάθλιψης, ενοχλημάτων υγείας ή ανάπτυξης κοινωνικού δικτύου.

Το μηνιαίο εισόδημα είναι ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα εντοπίσαμε μόνο στο ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη, και μόνο κατά την δεύτερη φάση της έρευνάς μας. Οι χαμηλόμισθοι φροντιστές με εύρος εισοδήματος 400 – 500 ευρώ, αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται στο γεγονός πως η άνοια δημιουργεί υψηλή οικονομική επιβάρυνση στους φροντιστές. Το ίδιο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει και η έρευνα που διεξήγαγαν οι Δουδούμη, κ.α. (2003). Σε αντίθεση όμως, έρχεται η σύγκριση του μηνιαίου εισοδήματος με τις αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις που έχουν οι φροντιστές όπου και στην πρώτη και στην δεύτερη φάση της έρευνάς μας οι υψηλόμισθοι φροντιστές με εύρος εισοδήματος 1300 -1600 ευρώ φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων. Το γεγονός αυτό ποτέ δεν έχει βεβαιωθεί με κάποια έρευνα η οποία έχει γίνει σε Ελλάδα ή εξωτερικό και να επιβεβαιώνει την παρουσίαση αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων στους υψηλόμισθους.

Στα χρόνια προβλήματα υγείας η υπέρταση ήταν ο παράγοντας συσχέτισης κατά την δεύτερη δειγματοληψία με το άγχος. Κατά τη πρώτη φάση υπήρχε φροντιστής ο οποίος παρουσίαζε ψυχιατρικό νόσημα και είχε υψηλότερα ποσοστά άγχους φυσικό επακόλουθο του ψυχιατρικών περιστατικών που σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζουν ψυχιατρικά νοσήματα. Το αποτέλεσμα της δεύτερης φάσης η οποία καταδεικνύει τους υπερτασικούς με υψηλότερα ποσοστά άγχους επιβεβαιώνονται από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική από την Fordyce, (2006) και που αναδεικνύει τη συσχέτιση της ύπαρξης άγχους στα άτομα που πάσχουν από υπέρταση και την παροχή φροντίδας σε ένα ανοϊκό ασθενή. Η ύπαρξη συσχέτισης υπέρτασης με την παρουσία κατάθλιψης ήταν αναμενόμενο αποτέλεσμα το οποίο εντοπίστηκε σε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα κατά την δεύτερη φάση της έρευνάς μας. Μη αναμενόμενο όμως αποτέλεσμα ήταν η παρουσίαση στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων με την συσχέτιση των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων με τα άτομα τα οποία δεν αντιμετώπιζαν κανένα χρόνιο πρόβλημα. Το αποτέλεσμα αυτό εντοπίστηκε κατά την πρώτη φάση της έρευνάς μας ενώ κατά την δεύτερη αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις παρουσίασαν τα άτομα με οστεοπόρωση.

Μια έρευνα, όπως η παρούσα, η οποία διεξήχθη σε δύο φάσεις με ένα χρονικά μικρό χρονικό διάστημα, επέφερε τόσο υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης στους φροντιστές των ατόμων με άνοια που επιβεβαιώνει την ύπαρξη επιβάρυνσης των φροντιστών των ατόμων με άνοια. Οι πιθανότητες να εκτίονταν υψηλότερα ποσοστά σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι πολλές και επιβεβαιώνουν την υπόθεση μας ότι η επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή από μη ύπαρξη συμβουλευτικής στήριξης για αποφόρτιση των συναισθημάτων των φροντιστών επιφέρει σημαντική επιβάρυνση στους φροντιστές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία:

1. Alzheimer Europe (1999) «Ζώντας με την νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer» Αθήνα: (Επιμέλεια Τσολάκη Μ.)
2. Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α. (1993) «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας.» 112-114. Αθήνα,
3. Βιρβίλης Σ. και Μπαλογιάννης Σ., (1998), Προσεγγίζοντας τους συγγενείς πασχόντων από άνοια. Εγκέφαλος,, 35, 75-82.
4. Γιαβή Ε., Γκαρανάτσιου Ε., Τσολάκη Μ. (2002.)«Η επίδραση της διατροφής στην εμφάνιση της νόσου Alzheimer. 2ο Πανελλήνιο συνέδριο Alzheimer και συναφών διαταραχών,»
5. Γναρδέλλης, Χ., (2003), «Εφαρμοσμένη στατιστική», Εκδόσεις Παπαζήση.
6. Διαφέρμος Β. (2005) « Κοινωνική Στατιστική με το SPSS», Εκδόσεις: Ζήτη.
7. Δουδούμη, Σ., Τσολάκη, Μ., Σαγιανίδου, Μ., Δεουδή, Π., Καζή, Ε., Κιοσεγλου, γ., Καζής., Α., (2003) « Ποιότητα ζωής φροντιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer» Εγκέφαλος. ,2003 40: 122-130
8. Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών (2007) «Εγχειρίδιο Φροντιστών» Αθήνα
9. Ευδοξία Εφραίμογλου, (1998) « Ψυχολογική προσέγγιση του ανοικού στο σπίτι» περιοδικό επικοινωνία με την νόσο Alzheimer τεύχος 3^ο σελ 14-15
10. Ευκλείδη (1999) «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας» 161 - 312 Αθήνα.
11. Οικονόμου, Θ. (2000) «Alzheimer και κοινωνία» Πρακτικά 1^ο πανελληνίου συνεδρίου για την νόσο Alzheimer, σελ 87 -89.
12. Ζώντας με την νόσο Alzheimer πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer σελ 139
13. Καραγιάννης, Γ., Παπασταύρου, Ε., (2006) «Το εκφραζόμενο συναίσθημα στη φροντίδα ατόμων με χρόνια νόσο», Κύπρος: Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά
14. Καλαϊτζή, Β.,(2005) « Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών» Αθήνα : Εκδόσεις Mendor
15. Κιοσεογλου, Γ., Καζής., Α., (2003) « Ποιότητα ζωής φροντιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer» Εγκέφαλος. ,2003 40: 122-130
16. Μακρίδου, Μ., (2009) «Πρακτικά 6^ο Πανελλήνιου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών», Θεσσαλονίκη, σελ. 40
17. Μάνου, Ν., (1997) «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» Αθήνα: University Studio Press
18. Μέλλιου Α, Κότρας Ν και Τριανταφύλλου Ε.(2002) Πρακτικά του 2^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών. Επιμ. Έκδ: Τσολάκη Μ.. Θεσσαλονίκη σ.σ. 461-466.
19. Μεντενόπουλος, Γ.(1999) «Η νόσος Alzheimer κλινικές διγνωστικές και φαρμακαγωγικές προσεγγίσεις», university studio press Thesalloniki
20. Μεντενόπουλος Γεώργιος, Μπούρας Κ.(2002) «Η νόσος του Alzheimer» Εκδότης University Studio Press Θεσσαλονίκη
21. Πόππη, Ε., «6^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συγγενών διαταραχών»2009, σελ.86

22. Ρηγοπούλου, Σ., (2009) «Πρακτικά 6^ο Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών», Θεσσαλονίκη
23. Σακκά, Π. (2008) «Πρόγραμμα ενημέρωσης και πρόληψης της νόσου Alzheimer»
24. Τεγόπουλος Κ. (2008) «Εφημερίδα Ελευθεροτυπία» Εκδόσεις Α.Ε.
25. Τριανταφύλλου, Γζ., Μεσθεναίου, Ελ., (1993) «Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη» Αθήνα: Εκδόσεις : SEXTANT
26. Τσατάλη, Μ., Τσολάκη, Μ., (2009) «Πρακτικά 6^ο Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών», Θεσσαλονίκη, σελ. 41
27. Τσολάκη, Μ., Καζής, Α. (2005) «Άνοια. Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση» Θεσσαλονίκη: University Studio Press
28. Τσολάκη, Μ., (2008), «Εγχειρίδιο Φροντιστών ατόμων με άνοια», Αθήνα.
29. Τσολάκη, Μ., (2007) « Πρακτικά 5^ο Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών» Αθήνα: Τσολάκη, Μ. (2000) «Πρακτικά 1^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Alzheimer» Θεσσαλονίκη
30. Φωτεινή Κουντή, (2000), « Ψυχολογική προσέγγιση του ανοϊκού στο σπίτι», σελ 14-15, τεύχος 6^ο
31. Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2004) «Ψυχιατρική. Πρώτος Τόμος» Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
32. Javeau, C., (2000) «Η έρευνα με ερωτηματολόγιο» Αθήνα: Εκδόσεις Mendor

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

1. Burns A and Rabins P. (2000) «Carer burden in dementia.» *Int J Geriatr Psychiatry*; 15(S9-S13).
2. Clumber, R. N., Grimm, W. J., Cody, M., Beck, C., (2003) « Gender, Kinship and caregiver burden: the case of community- dwelling memory impaired seniors» *Int J Psychiatry*. 2003,18: 722-732
3. Farran, C.J., Gilley, D.W., McCann, J.J., Bienias, J.L., Lindeman, D.A., & Evans, D.A. (2007) Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *Western journal of nursing research* 944-960
4. Fordyce, M., (2006) «Caregiver Health» *μπορείτε να το βρείτε στο site: <http://www.caregiver.org>*
5. Gary Epstein-lubow, Jennifer Duncan Davis, Ivan W. Miller, and Geoffrey Tremont, (2008, <) «Persisting Burden Predicts depressive symptoms in dementia caregivers», *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 198-203. *μπορείτε να το βρείτε στο site: online.sagepub.com*
6. Gould, N., Kendall, T., (2007) “Developing the NICE/SCIE Guidelines for Dementia Care: The Challenges of Enhancing the Evidence Base for Social and Health Care”, *British Journal of Social Work*, 37, 475–490
7. Greenwich Hospital (xx) «Alzheimer Disease: Caring for a person with dementia » *μπορείτε να το βρείτε στο site: <http://www.greenhosp.org>*
8. Gruffydd E, Randle J (2006) Alzheimer’s disease and the psychosocial burden for caregivers. *Community Pract* 79:15–18
9. Joling, K., Van Hout, P.J. H., Scheltens, P., Vernooij-Dasen, M., Van de Berg, B., Bosmans, J., Gillissen, F., Mittelman, M., Van Marwijk, W.J. H., (2008) «(Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: design of a randomized controlled trial.» *BMC Geriatric*. 2008,8:2

10. Jonathan Parker, 2007, «Crisis Intervention: A Practice Model for People who have Dementia and their Carers»
11. **Kenneth E. Covinsky, MD, MPH, and Kristine Yaffe, MD (2004)** «*Dementia, Prognosis, and the Needs of Patients and Caregivers*» *μπορείτε να το βρείτε στο site: www.annals.org*
12. Levine, N.B., et al. (1984) "Existential issues in the management of the demented elderly." *American Journal of Psychotherapy*, 38, 215-223
13. McKeith, I.G., Galasko, D, Kosaka, K., 1996, Dementia with Lewy bodies: An emerging disease σελ: 47
14. McKeith, I.G., Galasko, D, Kosaka, K., (1996), " Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with lewy bodies ", *Neurology*
15. Mittelman, M, Roth, D.L (2004). "Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimers disease." *The Am.J. Psyciatric*
16. Morissey E., Baker J., Rubbert M. (1990) Coping resources and depression in the caregiving spouses of Alzheimer patients. *Journal of Medical Psychology*, 631:61-171.
17. Neil, W., Bowie, P., (2008) « Carer burden in dementia- assessing the impact of behavioural and psychological symptoms via self-report questionnaire» *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2008, 23: 60-64
18. Papastavrou, E., Kalokairinou, A., Papacosta, S.S., Tsagakari, H., Sourtzi, P.,(2007) «Caring for a relative with dementia: family caregiver burden.» *J Adv Nurs*.2007, 58(5):446
19. Robinson, R. (2001) « The Alzheimer disease » *μπορείτε να το βρείτε στο site: www. Alzheimers.com*
20. Richard Schulz; Steven H. Belle; Sara J. Czaja; Kathleen A. McGinnis; Alan Stevens; Song Zhang (2004) Long-term Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-being *JAMA*, August 25,; 292: 961 - 967.
21. Kuljis, R. (2005) " Alzheimer Disease" το συγκεκριμένο άρθρο μπορείτε να το βρείτε στην ιστοσελίδα www.emedicinehealth.com/dementia
22. Sanders, S., Marwit, S. J., Meuser, T., M., Harrington, P., (2007) Caregiver Grief in End-Stage Dementia: Using the Marwit and Meuser Caregiver Grief Inventory for Assessment and Intervention in Social Work Practice
23. Schubert, C.C., Boustani, M., Callahan, C.M., Perkins, A.J , Hui, S, Hendrie, H. C. (2008) "Acute Care Utilization by Dementia Caregivers Within Urban Primary Care Practices", *Society of General Internal Medicine, J Gen Intern Med* 23(11):1736–40
24. Selma te Boekhorst, Anne Margriet Pot, Marja Depla, Dienneke Smit, Jacomine de Lange and Jan Eefsting (2008) Group living homes for older people with dementia: The effects on psychological distress of informal caregivers November 2008, 761–768
25. Taylor, H. D., Ezell, M., Kuchibbatla, M., Ostbye, T., Clipp, C. E., (2008) «*Identifying Trajectories of depressive Symptoms Caring for their Husbands with Dementia.*» *J Am Geriatric Soc*.2008, 56:322-327
26. Tinker A. Population aspects of the dementias. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 753-757.
27. Valentina E. Di Mattei · Antonio Prunas · Liliana Novella Alessandra Marcone · Stefano F. Cappa · Lucio Sarno «The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies» *Neurol Sci* (2008) 29:383–389

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
 28. Zarit SH, Orr NK and Zarit JM. (1985) «The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families under Stress». New York: New York University Press,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.:

Φύλο Δείγματος κατά τη δειγματοληψία

| | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | |
|---------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | Αριθμός Ατόμων | Ποσοστό | Αριθμός Ατόμων | Ποσοστό |
| Άντρες | 22 | 22% | 18 | 22,5% |
| Γυναίκες | 78 | 78% | 62 | 77,5% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100% | 100% | 80 | 100% |

Ηλικία Δείγματος κατά τις δειγματοληψίες

| | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | |
|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|----------|
| | ΑΝΤΡΕΣ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΑΝΤΡΕΣ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ |
| Mean | 46,55 | 44,35 | 48 | 44,37 |
| Maximum | 67 | 70 | 67 | 70 |
| Minimum | 22 | 23 | 31 | 26 |
| Standard Deviation | 11,871 | 10,752 | 11,146 | 10,350 |

Περιοχή κατοικίας κατά τη δειγματοληψία

| | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|------------------|---------------------|-----------|-------------|-----------------------|-----------|-------------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| Αστική Περιοχή | 14 | 54 | 68% | 10 | 42 | 65% |
| Αγροτική Περιοχή | 8 | 24 | 32% | 8 | 20 | 35% |
| ΣΥΝΟΛΟ | 22 | 78 | 100% | 18 | 62 | 100% |

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:

Μορφωτικό επίπεδο κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|--------------------------|------------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση | 2 | 14 | 16% | 2 | 10 |
| Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση | 5 | 24 | 29% | 4 | 20 | 30% |
| Τριτοβάθμια Εκπαίδευση | 8 | 25 | 33% | 7 | 20 | 33,75% |
| Ανώτατη Εκπαίδευση | 6 | 15 | 21% | 4 | 12 | 20% |
| Αναλφάβητοι | 1 | 0 | 1% | 1 | 0 | 1,25% |

Οικογενειακή κατάσταση κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|----------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Έγγαμοι | 13 | 56 | 69% | 11 | 46 |
| Άγαμοι | 5 | 10 | 15% | 4 | 7 | 13,75% |
| Διαζευγμένοι | 4 | 8 | 12% | 3 | 6 | 11,25% |
| Χηρεία | 0 | 4 | 4% | 0 | 3 | 3,75% |

Ύπαρξη παιδιών κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|----------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Ναι | 15 | 62 | 77% | 12 | 49 |
| Όχι | 7 | 16 | 23% | 6 | 13 | 23,75% |

ΠΙΝΑΚΑΣ: 3

Αριθμός παιδιών κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|-------------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | 1 παιδί | 4 | 14 | 18% | 3 | 10 |
| 2 παιδιά | 5 | 16 | 21% | 5 | 12 | 21,25% |
| 3 παιδιά | 4 | 20 | 24% | 3 | 17 | 25% |
| Περισσότερα από 3 | 2 | 12 | 14% | 1 | 10 | 13,75% |
| Κανένα | 7 | 16 | 23% | 6 | 13 | 23,75% |

Επάγγελμα κατά τη δειγματοληψία

| χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|------------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Οικιακά | 0 | 15 | 15% | 0 | 9 |
| Αγρότης- Γεωργός | 1 | 2 | 3% | 1 | 2 | 3,75% |
| Ιδιωτικός | 9 | 43 | 52% | 6 | 34 | 50% |
| Υπάλληλος | | | | | | |
| Ελεύθερος | 1 | 4 | 5% | 1 | 3 | 5% |
| Επαγγελματίας | | | | | | |
| Δημόσιος | 6 | 12 | 18% | 5 | 12 | 21,25% |
| Υπάλληλος | | | | | | |
| Έμπορος | 3 | 0 | 3% | 3 | 0 | 3,75% |
| Άνεργος | 2 | 2 | 4% | 2 | 2 | 5% |

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:

Εύρος μηνιαίου εισοδήματος κατά τη δειγματοληψία

| <i>Χαρακτηριστικά</i> | <i>ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ</i> | | | <i>ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ</i> | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|-----------------|----------------|
| | <i>Άντρες</i> | <i>Γυναίκες</i> | <i>Ποσοστό</i> | <i>Άντρες</i> | <i>Γυναίκες</i> | <i>Ποσοστό</i> |
| <i>Από 0 έως 400€</i> | 0 | 5 | 5% | 0 | 3 | 3,75% |
| <i>Από 400 έως 500€</i> | 0 | 5 | 5% | 0 | 3 | 3,75% |
| <i>Από 500 έως 700€</i> | 1 | 12 | 13% | 1 | 11 | 15% |
| <i>Από 700 έως 900€</i> | 4 | 15 | 19% | 4 | 11 | 18,75% |
| <i>Από 900 έως 1100€</i> | 5 | 17 | 22% | 4 | 13 | 21,25% |
| <i>Από 1100 έως 1300€</i> | 6 | 13 | 19% | 5 | 12 | 21,25% |
| <i>Από 1300 έως 1600€</i> | 4 | 4 | 8% | 3 | 4 | 8,75% |
| <i>Από 1600€ και άνω</i> | 2 | 7 | 9% | 1 | 5 | 7,5% |

Πηγή εισοδήματος κατά τη δειγματοληψία

| <i>Χαρακτηριστικά</i> | <i>ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ</i> | | | <i>ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ</i> | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|-----------------|----------------|
| | <i>Άντρες</i> | <i>Γυναίκες</i> | <i>Ποσοστό</i> | <i>Άντρες</i> | <i>Γυναίκες</i> | <i>Ποσοστό</i> |
| <i>Σύνταξη Γήρατος</i> | 3 | 7 | 10% | 3 | 5 | 10% |
| <i>Σύνταξη Αναπηρίας</i> | 2 | 2 | 4% | 2 | 1 | 3,75% |
| <i>Διάφορα Εισοδήματα</i> | 17 | 65 | 82% | 13 | 53 | 82,5% |
| <i>Άλλα Επιδόματα</i> | 0 | 4 | 4% | 0 | 3 | 3,75% |

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

Σχέση του φροντιστή με τον ασθενή κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|----------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Παιδί | 9 | 12 | 21% | 8 | 11 |
| Σύζυγος | 2 | 7 | 9% | 2 | 5 | 8,75% |
| Συγγενής | 7 | 33 | 40% | 5 | 28 | 41,25% |
| Φίλος/η | 4 | 15 | 19% | 3 | 9 | 15% |
| Γείτονες | 0 | 11 | 11% | 0 | 9 | 11,25% |

Συχνότητα παροχής φροντίδας κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|----------------------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| | Καθημερινά | 15 | 48 | 63% | 12 | 38 |
| 1 έως 2 φορές την εβδομάδα | 4 | 23 | 27% | 4 | 19 | 28,75% |
| 1 με 2 φορές το μήνα | 3 | 7 | 10% | 2 | 5 | 8,75% |

ΠΙΝΑΚΑΣ: 6

Διάρκεια παροχής φροντίδας κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|-------------------------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| Περισσότερο από 3 χρόνια | 9 | 34 | 43% | 7 | 23 | 37,5% |
| Από 1-2 χρόνια | 7 | 12 | 19% | 5 | 11 | 20% |
| Από 7 μήνες έως ένα χρόνο | 2 | 12 | 14% | 2 | 11 | 16,26% |
| Από 2 μήνες έως 6 μήνες | 3 | 17 | 20% | 3 | 14 | 21,25% |
| Από μια εβδομάδα έως ένα μήνα | 1 | 3 | 4% | 1 | 3 | 5% |

Αναπηρίες ή δυσκολίες μετακίνησης κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|-------------------------|---------------------|----------|---------|-----------------------|----------|---------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| Δεν υπάρχει δυσκολία | 18 | 67 | 85% | 14 | 54 | 85% |
| Μυοσκελετικά Προβλήματα | 4 | 8 | 12% | 4 | 5 | 11,25% |
| Νευρολογικά Νοσήματα | 0 | 3 | 3% | 0 | 3 | 3,75% |

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:

Χρόνια προβλήματα υγείας κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|-----------------|----------------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| Κανένα Χρόνιο Πρόβλημα | 18 | 55 | 73% | 14 | 47 | 76,25% |
| Υπέρταση | 2 | 12 | 14% | 2 | 8 | 12,5% |
| Ζακχαρώδης Διαβήτης | 2 | 7 | 9% | 2 | 6 | 10% |
| Οστεοπόρωση | 0 | 3 | 3% | 0 | 1 | 1,25% |
| Ψυχιατρικό Νόσημα | 0 | 1 | 1% | 0 | 0 | 0 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:

Πως αντιλαμβάνονται της κατάσταση της υγείας τους κατά τη δειγματοληψία

| Χαρακτηριστικά | ΠΡΩΤΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | | ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|-----------------|----------------|
| | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό | Άντρες | Γυναίκες | Ποσοστό |
| Μέτρια | 9 | 30 | 39% | 9 | 22 | 38,75% |
| Καλή | 13 | 46 | 59% | 9 | 39 | 60% |
| Κακή | 0 | 2 | 2% | 0 | 1 | 1,25% |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών των φροντιστών

1. Ηλικία
2. Φύλο
α) Άνδρας β) Γυναίκα
3. Περιοχή κατοικίας
α) Αγροτική περιοχή
- β) Αστική περιοχή
4. Μορφωτικό επίπεδο:
α) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση,
β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση,
γ) Τριτοβάθμια εκπαίδευση,
δ) Ανώτατες σπουδές,
ε) Αναλφάβητος.
5. Επάγγελμα:
α) Δημόσιος υπάλληλος,
β) Ιδιωτικός υπάλληλος,
γ) Ελευθ. Επαγγελματίας,
δ) Αγρότης- Γεωργός,
ε) Έμπορος,
στ) Τεχνίτης- εργάτης
ζ) Οικιακά
η) Άνεργος
6. Σχέση με το ηλικιωμένο άτομο
α). Παιδί
β). Σύντροφος
γ). Συγγενής
δ). Φίλος
ε). Γείτονας
7. Συχνότητα παροχής φροντίδας
α). Καθημερινά
β). 1 – 2 φορές την εβδομάδα
γ). 1- 2 φορές τον μήνα
8. Χρονική διάρκεια παροχής φροντίδας
α). 1 εβδομάδα έως 1 μήνα
β). από 2 μήνες έως 6 μήνες
γ). από 7 μήνες έως 1 χρόνο
δ). από 1 έως 2 χρόνια

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
ε). περισσότερο από 3 χρόνια

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Οικογενειακή κατάσταση:

- α) Έγγαμος
- β) Άγαμος,
- γ) Διαζευγμένος,
- δ) Χηρεία

Έτη χηρείας

2. Έχετε παιδιά; 1. ναι 2. όχι
Πόσα: ...

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Εύρος εισοδήματος φροντιστών (μηνιαίο):

- α). 0-400
- β). 400 – 500
- γ). 500- 700
- δ). 700 – 900
- ε). 900 – 1100
- στ). 1100 – 1300
- ζ). 1300 – 1600
- η). 1600 και άνω

2. Πηγή εισοδήματος:

- α). Σύνταξη γήρατος,
- β). Σύνταξη αναπηρίας,
- γ). Άλλα επιδόματα
- δ). Διάφορα εισοδήματα

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

1. Αναπηρίες – Δυσκολίες μετακίνησης:

- α). τύφλωση
- β). κώφωση
- γ). γεροντική άνοια
- δ). ακράτεια ούρων
- ε). νευρολογικά νοσήματα
- στ). μυοσκελετικά νοσήματα

2. Χρόνια προβλήματα:

- α). υπέρταση
- β). ζαχαρώδης διαβήτης
- γ). ψυχιατρικό νόσημα
- δ). νεοπλασίες
- ε). οστεοπόρωση

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
 στ). εγκεφαλικό επεισόδιο

3. Πως αντιλαμβάνεστε την κατάσταση της υγείας σας
 Καλή κακή μέτρια

Όνοματεπώνυμο _____
 Ημερομηνία _____

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος συμπτωμάτων άγχους. Παρακαλώ διάβασε το καθένα προσεχτικά και σημείωσε το πόσο μπορεί να ενοχλήθηκες από κάθε σύμπτωμα στην διάρκεια της ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ βάζοντας ένα χ στην κατάλληλη στήλη δίπλα σε κάθε σύμπτωμα.

| | Καθόλου | Ελαφρά Δεν με ενοχλήσε πολύ | Μέτρια. Ήταν πολύ δυσάρεστα αλλά μπορούσα να τα αντέξω | Έντονα. Μόλις και με τα βίας το άντεχα |
|----|---------|--------------------------------------|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ BECK (BDI)

Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από φράσεις. Σε παρακαλούμε να διαβάσεις τις φράσεις στην κάθε ομάδα προσεκτικά. Μετά, διάλεξε στην κάθε ομάδα την φράση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεσαι αυτήν την εβδομάδα περιλαμβάνοντας και την σημερινή ημέρα. Βάλε έναν κύκλο γύρω από τον αριθμό που διάλεξες σε κάθε ομάδα. Αν σε εκφράζουν εξίσου περισσότερο από μια φράσεις, βάλε έναν κύκλο από τον μεγαλύτερο αριθμό. Πρόσεξε να διαβάσεις όλες τις φράσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνεις την επιλογή σου.

1. 0 Δεν αισθάνομαι λυπημένος/ η
1 Αισθάνομαι λυπημένος/ η
2 Είμαι συνέχεια λυπημένος /η και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό
3 Είμαι τόσο λυπημένος /η και δυστυχισμένος/ η που δεν μπορώ να το υποφέρω

2. 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος/ η για το μέλλον
1 Αισθάνομαι απογοητευμένος/ η για το μέλλον
2 Δεν έχω τίποτα για να ελπίζω
3 Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτα για αυτό

3. 0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/ η
1 Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο απ' ότι ένας μέτριος άνθρωπος
2 Καθώς κοιτάζω την ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλα αποτυχίες
3 Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος

4. 0 Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
1 Δεν έχω τα κέρια που είχα άλλοτε
2 Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα πραγματικά
3 Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα

5. 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος/ η
1 Αισθάνομαι ένοχος/ η αρκετά συχνά
2 Αισθάνομαι ένοχος/ η τον περισσότερο καιρό
3 Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος/ η

6. 0 Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
1 Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
2 Περιμένω την τιμωρία
3 Αισθάνομαι ότι με τιμωρούν

7. 0 Δεν είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1 Είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
2 Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
3 Μισώ τον εαυτό μου

8. 0 Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
1 Κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
2 Κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια, για τα λάθη μου
3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για ό,τι κακό συμβεί

9. 0 Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω
1 Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω, αλλά δεν το επιχείρησα ποτέ
2 Θα ήθελα να αυτοκτονήσω
3 Θα αυτοκτονούσα αν είχα την κατάλληλη ευκαιρία

10. 0 Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1 Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι παλαιότερα
2 Τώρα κλαίω συνέχεια
3 Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ παράλο που το θέλω

11. 0 Δεν ενοχλούμαι περισσότερο από ότι στο παρελθόν
1 Τώρα ενοχλούμαι ή στεναχωριέμαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν
2 Τώρα ενοχλούμαι με το παραμικρό
3 Τώρα δεν με ενοχλεί καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν

12. 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1 Οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο από ότι στο παρελθόν
2 Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος μου για τους άλλους
3 Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους

13. 0 Παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν
1 Αναβάλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο από ότι στο παρελθόν
2 Έχω μεγαλύτερη δυσκολία τώρα στο να παίρνω αποφάσεις
3 Δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις

14. 0 Δεν νομίζω ότι έχω ασχημίσει
1 Φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημη, ή γέρος/ γριά
2 Νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου, έχει αλλάξει μόνιμα και έχω γίνει άσχημος
3 Νομίζω ότι είμαι άσχημος

15. 0 Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν
1 Χρειάζομαι ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι

- 2 Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
- 3 Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου

16. 0 Κοιμάμαι καλά όπως πάντα

- 1 Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο στο παρελθόν
- 2 Ξυπνάω μια – δύο ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
- 3 Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα από το παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ

17. 0 Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι παλιά

- 1 Κουράζομαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν
- 2 Κουράζομαι με το παραμικρό
- 3 Είμαι πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε

18. 0 Η όρεξη μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο

- 1 Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
- 2 Η όρεξη μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
- 3 Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω

19. 0 Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία

- 1 Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά
 - 2 Έχω χάσει πάνω από 8 κιλά
 - 3 Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά
- Επίτηδες τρώω λιγότερο για να χάσω βάρος
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

20. 0 Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο

- 1 Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για την δυσκοιλιότητα μου
- 2 Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο
- 3 Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο

21. 0 Δεν παρατήρησα καμία αλλαγή στα ενδιαφέροντα μου για το σεξ

- 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα
- 2 Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα
- 3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

ZARIT & ZARIT

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

| | | Ποτέ | σπάνια | Κάποιες φορές | Αρκετά συχνά | Σχεδόν πάντα |
|----|---|------|--------|---------------|--------------|--------------|
| 1 | Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια από ότι πραγματικά χρειάζεται; | | | | | |
| 2 | Έχετε την αίσθηση ότι εξαιτίας του χρόνου που αφιερώνεται στον συγγενή σας δεν σας μένει αρκετός χρόνος για τον εαυτό σας ; | | | | | |
| 3 | Νιώθετε αγχωμένος /η στην προσπάθεια σας να φροντίσετε τον / την συγγενή σας και να ανταποκριθείτε σε άλλες αρμοδιότητες που αφορούν την οικογένεια σας ή την δουλεία σας ; | | | | | |
| 4 | Σας φέρνει σε δύσκολη θέση η συμπεριφορά του συγγενή σας ; | | | | | |
| 5 | Νιώθετε θυμό όταν βρίσκεστε κοντά στον συγγενή σας ; | | | | | |
| 6 | Πιστεύετε ότι ο συγγενής σας στην παρούσα κατάσταση επηρεάζει αρνητικά την σχέση σας με τους συγγενείς ή τους φίλους σας; | | | | | |
| 7 | Φοβάστε το τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον συγγενή σας; | | | | | |
| 8 | Νιώθετε ότι ο συγγενής σας εξαρτάται από εσάς; | | | | | |
| 9 | Νιώθετε πεισμένος / αγχωμένος όταν βρίσκεστε κοντά στον συγγενή σας ; | | | | | |
| 10 | Νιώθετε ότι η υγεία σας έχει επιβαρυνθεί εξαιτίας της ενασχόλησης σας με τον συγγενή σας ; | | | | | |
| 11 | Αισθάνεστε ότι δεν έχετε όσο προσωπικό χρόνο θα θέλατε , εξαιτίας του συγγενή σας ; | | | | | |
| 12 | Έχετε την αίσθηση ότι η κοινωνική | | | | | |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | σας ζωή έχει πληγεί εξαιτίας της ενασχόλησης σας με την φροντίδα του συγγενή σας ; | | | | | |
| 13 | Νιώθετε άβολα να καλείται φίλους εξαιτίας του συγγενή σας; | | | | | |
| 14 | Πιστεύετε ότι ο συγγενής σας περιμένει από εσάς να τον φροντίσετε σαν να είσαστε ο μοναδικός στον οποίο θα μπορούσε να βασιστεί; | | | | | |
| 15 | Νιώθετε ότι δεν έχετε αρκετά χρήματα για την φροντίδα του συγγενή σας, σε συνδυασμό και με τα υπόλοιπα έξοδα; | | | | | |
| 16 | Έχετε την αίσθηση ότι δεν θα μπορέσετε να φροντίσετε τον συγγενή σας για πολύ ακόμα; | | | | | |
| 17 | Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της ζωής σας από την στιγμή που εκδηλώθηκε η ασθένεια στον συγγενή σας; | | | | | |
| 18 | Εύχεστε να μπορούσατε να αφήνατε την φροντίδα του συγγενή σας σε κάποιον άλλον; | | | | | |
| 19 | Νιώθετε αβέβαιος όσον αφορά το τι να κάνετε για τον συγγενή σας; | | | | | |
| 20 | Αισθάνεστε ότι θα μπορούσατε να κάνετε περισσότερα για τον συγγενή σας ; | | | | | |
| 21 | Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να φροντίζετε καλύτερα τον συγγενή σας; | | | | | |
| 22 | Συνολικά, επιβαρημένος αισθάνεστε φροντίζοντας τον συγγενή σας ; | | | | | |

1. Κοινωνικές σχέσεις

1.1. ΚΑΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ (Lubben, 1988)

Παρακαλείσαι να απαντήσεις σε κάθε ερώτηση σημειώνοντας με ένα κύκλο την απάντηση που θεωρείς ότι σε εκφράζει περισσότερο. Κάθε ερώτηση έχει έξι κατηγορίες απαντήσεων (από 0 ως 5). Σημειώστε μόνον ένα κύκλο σαν απάντηση για την κάθε ερώτηση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΤΥΟ

| A/A | Ερώτηση | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|-------------------------------|-----------|-----------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1 | Πόσους συγγενείς σου βλέπεις ή έχεις επικοινωνία μαζί του/της τουλάχιστον μια φορά το μήνα | κανένα | ένα | δύο | Τρεις ή τέσσερις | Πέντε ως οκτώ | Εννέα ή περισσότερους |
| 2 | Πες μου τώρα για τον συγγενή σου με τον οποίο επικοινωνείς περισσότερο. Πόσο συχνά τον βλέπεις ή επικοινωνείς μαζί του; | Λιγότερο από μία φορά το μήνα | Κάθε μήνα | Μερικές φορές το μήνα | Κάθε εβδομάδα | Μερικές φορές κάθε εβδομάδα | Κάθε μέρα |
| 3 | Πόσους συγγενείς αισθάνεσαι κοντά σου; Δηλ, με πόσους Αισθάνεσαι άνετα, μπορείς να συζητήσεις προσωπικά θέματα ή να ζητήσεις Βοήθεια; | κανένα | ένα | δύο | Τρεις ή τέσσερις | Πέντε ως οκτώ | Εννέα ή Περισσότερους |
| | ΔΙΚΤΥΟ ΦΙΛΩΝ | | | | | | |
| 4 | Έχεις στενούς | κανένα | ένα | δύο | Τρεις ή | Πέντε ως | Εννέα ή |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|------------|------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | φίλους; Δηλαδή, έχεις φίλους με τους οποίους αισθάνεσαι άνετα, μπορείς να συζητήσεις προσωπικά θέματα ή να ζητήσεις βοήθεια; | | | | τέσσερις | οκτώ | Περισσότερους |
| 5 | Πόσους φίλους βλέπεις ή επικοινωνείς μαζί τους τουλάχιστον μια φορά το μήνα; | κανένα | ένα | δύο | Τρεις ή τέσσερις | Πέντε ως οκτώ | Εννέα ή Περισσότερους |
| 6 | Πόσο συχνά βλέπεις ή επικοινωνείς με το φίλο σου, τον οποίο βλέπεις ή επικοινωνείς περισσότερο. | Λιγότερο από μια φορά το μήνα | Κάθε μήνα | Μερικές φορές τον μήνα | Κάθε εβδομάδα | Μερικές φορές κάθε εβδομάδα | Κάθε μέρα |
| ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ | | | | | | | |
| 7 | Όταν χρειασθεί να πάρεις κάποια σπουδαία απόφαση, έχεις κάποιο με τον οποίο θα συζητήσεις σχετικά; | Πάντοτε | Πολύ συχνά | Συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |
| 8 | Όταν κάποτε γνωστοί σου χρειασθούν να πάρουν κάποια σπουδαία απόφαση, μιλούν μαζί σου σχετικά με αυτήν; | Πάντοτε | Πολύ συχνά | Συχνά | Μερικές φορές | Σπάνια | Ποτέ |

GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)
Goldberg & Hillier, 1979

ID: Φύλο: Ηλικία:

Επίπεδο εκπαίδευσης :

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά αυτό :

Θα θέλαμε να γνωρίζουμε εάν είχατε οποιοσδήποτε ενοχλήσεις υγείας και πως είναι η υγείας σας γενικά κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις στις παρακάτω σελίδες απλώς υπογραμμίζοντας την απάντηση η οποία σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Θέλουμε να γνωρίζουμε για παρόντα και πρόσφατα παράπονα όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σας.

Τις τελευταίες εβδομάδες

| | | | | | |
|---|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Είστε ικανός /η να συγκεντρωθείτε σε ότι κάνετε ; | Καλύτερα από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |
| 2 | Χάνετε πολύ ύπνο επειδή στεναχωριέστε ; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 3 | Έχετε αϋπνίες ή ανησυχίες τις νύχτες ; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------|---|-------------------------------|
| | | | | | |
| 4 | Έχετε καταφέρει να κρατάτε τον εαυτό σας δραστήριο και απασχολημένο; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |
| 5 | Βγαίνεται έξω από το σπίτι το ίδιο όπως συνήθως; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |
| 6 | Τα έχετε καταφέρει τόσο καλά όσο θα έκαναν οι περισσότεροι άνθρωποι στην θέση σας ; | Καλύτερα από τους περισσότερους | Σχεδόν το ίδιο | Μάλλον λιγότερο καλά | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |
| 7 | Έχετε νιώσει γενικά ότι κάνετε τα πράγματα καλά; | Καλύτερα από ότι συνήθως | Σχεδόν το ίδιο | Λιγότερο καλά από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο καλά |
| 8 | Έχετε νιώσει ικανοποιημένος με τον τρόπο που φέρατε σε πέρας το καθήκον σας ; | Περισσότερο ικανοποιημένος | Σχεδόν το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανοποιημένος από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος |
| 9 | Έχετε νιώσει ικανός να αισθανθείτε ζεστασιά και στοργή για | Καλύτερα από ότι συνήθως | Περίπου το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο καλά από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο καλά |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | |
|----|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | άτομα που είναι κοντά σας; | | | | |
| 10 | Το βρίσκω εύκολο να τα πηγαίνω καλά με τους άλλους ανθρώπους ; | Καλύτερα από ότι συνήθως | Περίπου το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο καλά από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο καλά |
| 11 | Ξοδεύω πολύ ώρα με το να κουβεντιάζω με άλλους ανθρώπους; | Περισσότερη ώρα από ότι συνήθως | Περίπου την ίδια όπως συνήθως | Λιγότερη ώρα από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο καλά από ότι συνήθως |
| 12 | Έχετε νιώσει ότι παίζετε ένα χρήσιμο μέρος στα πράγματα; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο χρήσιμο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο χρήσιμο |
| 13 | Έχετε νιώσει ικανός να πάρετε αποφάσεις για πράγματα ; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός |
| 14 | Νιώθετε συνεχώς υπό πίεση; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 15 | Έχετε νιώσει ποτέ ότι δεν μπορείτε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 16 | Βρίσκετε ότι η ζωή είναι ένας αγώνας συνέχειας; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 17 | Έχετε νιώσει ικανός να ευχαριστηθείτε τις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | |
|----|---|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 18 | Παίρνετε τα πράγματα "κατάκαρδα"; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 19 | Είστε φοβισμένος ή σε πανικό για ασήμαντους λόγους ; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 20 | Έχετε νιώσει ικανός να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα σας ; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανός από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός |
| 21 | Βρίσκετε ότι όλα σας ξεπερνούν ; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανός από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός |
| 22 | Νιώθετε στεναχωρημένος και καταθλιμένος ; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανός από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός |
| 23 | Χάνετε την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο ικανός από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο ικανός |
| 24 | Θεωρείται τον εαυτό σας ως ένα άχρηστο άτομο; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 25 | Έχετε νιώσει ότι η ζωή σας είναι ανέλπιδη; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 26 | Έχετε νιώσει γεμάτος ελπίδα για το μέλλον σας; | Περισσότερο από ότι συνήθως | Περίπου το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο αισιόδοξος |
| 27 | Έχετε νιώσει σχετικά χαρούμενος παίρνοντας υπόψη σας | Περισσότερο από ότι συνήθως | Περίπου το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ότι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | |
|----|---|---------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | όλα τα πράγματα ; | | | | |
| 28 | Έχετε νιώσει νευρικός και σε υπερδιέγερση όλη την ώρα; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 29 | Έχετε νιώσει ότι ζωή δεν έχει αξία ; | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |
| 30 | Έχετε βρεθεί σε στιγμές που δεν μπορούσατε να κάνετε πράγματα επειδή τα νεύρα σας ήταν άσχημα | Καθόλου | Όχι περισσότερο από ότι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως |

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας

| Στάσεις συμπεριφοράς | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ πάρα πολύ | Συμφωνώ λίγο | Διαφωνώ λίγο | Διαφωνώ πάρα πολύ | Διαφωνώ παντελώς |
|---|-----------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|------------------|
| Θυμήσου: Να απαντάς σε κάθε δήλωση σύμφωνα με το πώς σκέφτεσαι συνήθως. | | | | | | |
| 1. Είναι δύσκολο να είναι κάποιος ευτυχισμένος εκτός και αν είναι εμφανίσιμος, έξυπνος και δημιουργικός. | | | | | | |
| 2. Η ευτυχία είναι περισσότερο θέμα της στάσης μου απέναντι στον εαυτό μου παρά ο τρόπος που οι άλλοι άνθρωποι με βλέπουν . | | | | | | |
| 3. Οι άνθρωποι πιθανόν θα με εκτιμούν λιγότερο εάν κάνω κάποιο λάθος. | | | | | | |
| 4. Εάν δεν είμαι τέλεια σε όλα πάντα, οι άνθρωποι δεν θα | | | | | | |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| με εκτιμούν. | | | | | | |
| 5. Το να ρισκάρω έστω και λίγο είναι βλακεία γιατί αν χάσω αυτό πιθανόν να είναι καταστροφικό. | | | | | | |
| 6. Είναι πιθανόν να κερδίσεις την εκτίμηση κάποιου χωρίς να είσαι ιδιαίτερα ταλαντούχος σε κάτι. | | | | | | |
| 7. Δεν μπορώ να είμαι ευτυχισμένος / η εκτός αν οι περισσότεροι γνωστοί μου με θαυμάζουν. | | | | | | |
| 8. Εάν ένα άτομο ζητήσει βοήθεια αυτό είναι σημάδι αδυναμίας . | | | | | | |
| 9. Εάν δεν τα καταφέρω καλά όσο οι άλλοι άνθρωποι τότε είμαι ένα κατώτερο όν . | | | | | | |
| 10. Εάν αποτύχω στην δουλειά μου τότε έχω αποτύχει ως άτομο. | | | | | | |
| 11. Εάν δεν μπορώ να κάνω κάτι καλά καλύτερα να μην το κάνω καθόλου | | | | | | |
| 12. Δεν υπάρχει τίποτα κακό στο να κάνω λάθη διότι μπορώ να μάθω από αυτά. | | | | | | |
| 13. Εάν κάποιος διαφωνεί μαζί μου πιθανότατα αυτό σημαίνει ότι δεν του είμαι συμπαθής. | | | | | | |
| 14. Εάν έχω αποτύχει εν μέρει, είναι το ίδιο κακό εάν είχα αποτύχει εξ' ολοκλήρου. | | | | | | |
| 15. Εάν οι άλλοι άνθρωποι γνωρίζουν πως είμαι στην πραγματικότητα τότε δεν θα με έχουν σε μεγάλη υπόληψη. | | | | | | |
| 16. Δεν αξίζω τίποτα εάν κάποιος που αγαπώ δεν μ' αγαπά | | | | | | |
| 17. Κάποιος ενδέχεται να νιώθει ευχαριστημένος απλώς κάνοντας κάτι και όχι απαραίτητα από το αποτέλεσμα αυτού που κάνει. | | | | | | |

| Στάσεις συμπεριφοράς | Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ πάρα πολύ | Συμφωνώ λίγο | Διαφωνώ λίγο | Διαφωνώ πάρα πολύ | Διαφωνώ παντελώς |
|--|-----------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|------------------|
| 18. Οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν βάσιμες πιθανότητες επιτυχίας πριν αναλάβουν να κάνουν οτιδήποτε. | | | | | | |
| 19. Η αξία μου ως άτομο εξαρτάται πολύ από το τι οι άλλοι πιστεύουν για μένα. | | | | | | |
| 20. Αν δεν θέσω τους υψηλούς στόχους, πιθανότατα θα καταλήξω άτομο δεύτερης διαλογής. | | | | | | |
| 21. Εάν πρόκειται να είμαι άτομο με αξία, θα πρέπει να είμαι πραγματικά εξαιρετος από μια τουλάχιστον άποψη. | | | | | | |
| 22. Οι άνθρωποι που έχουν καλές ιδέες αξίζουν περισσότερο από αυτούς που δεν έχουν. | | | | | | |
| 23. Θα πρέπει να αναστατώνομαι εάν κάνω κάποιο λάθος. | | | | | | |

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 24. Η γνώμη που έχω για τον εαυτό μου είναι πιο σημαντική από την γνώμη που έχουν οι άλλοι για μένα | | | | | | |
| 25. Για να είμαι καλό, ηθικό και άξιο άτομο, θα πρέπει να βοηθώ όποιον έχει ανάγκη βοήθειας. | | | | | | |
| 26. Εάν θα κάνω μια ερώτηση, αυτό με κάνει να φαίνομαι κατώτερος, κατώτερη . | | | | | | |
| 27. Είναι ανυπόφορο να αποδοκιμάζεις από ανθρώπους που είναι σημαντικοί για σένα. | | | | | | |
| 28. Εάν δεν έχεις ανθρώπους στους οποίους μπορείς να στηρίζεις είναι βέβαιο ότι θα είσαι θλιμμένος. | | | | | | |
| 29. Μπορώ να πετύχω σημαντικούς στόχους, χωρίς να γίνομαι σκλάβος τους. | | | | | | |
| 30. Είναι πιθανόν για όποιο άτομο να είναι αυστηρός και να μην εκνευρίζεται. | | | | | | |
| 31. Δεν μπορώ να εμπιστευτώ άλλους γιατί θα μπορούσαν να ου φερθούν άσχημα. | | | | | | |
| 32. Εάν οι άλλοι σε αντιπαθούν δεν μπορείς να είσαι χαρούμενος. | | | | | | |
| 33. Είναι καλύτερα να παραιτείσαι από τα ενδιαφέροντα σου προκειμένου να ευχαριστήσεις άλλους ανθρώπους. | | | | | | |
| 34. Η ευτυχία μου εξαρτάται περισσότερο από άλλους ανθρώπους παρά από μένα. | | | | | | |
| 35. Εάν ένα άτομο αποφεύγει τα προβλήματα τότε αυτά τείνουν να εξαφανιστούν. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 36.δεν χρειάζομαι την επιδοκμασία των άλλων ανθρώπων για να είμαι ευτυχισμένος | | | | | | |
| 37.μπορώ να είμαι χαρούμενος, ακόμη και αν χάσω πολλά καλά πράγματα στην ζωή μου | | | | | | |
| 38.τι τι πιστεύουν οι άλλοι άνθρωποι για εμένα μου είναι πολύ σημαντικό. | | | | | | |
| 39.το να είμαι απομονωμένος από τους άλλους μπορεί να με οδηγήσει σε δυστυχία | | | | | | |
| 40.Μπορώ να είμαι ευτυχισμένος, χωρίς να με αγαπά κάποιος άλλος | | | | | | |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών ΦΥΛΟ

- 1= Άντρας
- 2= Γυναίκα

ΠΕΡΙΟΧΗ

- 1= Αγροτική Περιοχή
- 2= Αστική Περιοχή

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- 1= Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
- 2= Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- 3= Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
- 4= Ανώτατη Εκπαίδευση
- 5= Αναλφάβητος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

- 1= Δημόσιος Υπάλληλος
- 2= Ιδιωτικός Υπάλληλος
- 3= Ελεύθερος Επαγγελματίας
- 4= Αγρότης – Γεωργός
- 5= Έμπορος
- 6= Τεχνίτης- Εργάτης
- 7= Οικιακά
- 8= Άνεργος

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ

- 1= Παιδί
- 2= Σύντροφος
- 3= Συγγενής

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

4= Φίλος

5= Γείτονας

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1= Καθημερινά

2= 1-2 φορές την εβδομάδα

3= 1-2 φορές το μήνα

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1= 1 εβδομάδα έως 1 μήνα

2= από 2 μήνες έως 6 μήνες

3= από 7 μήνες έως 1 χρόνο

4= από 1 χρόνο έως 2 χρόνια

5= περισσότερο από 3 χρόνια

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

1= Έγγαμος

2= Άγαμος

3= Διαζευγμένος

4= Χηρεία

Παιδιά

1= ναι

2= όχι

Αριθμός παιδιών

1= ένα

2= δυο

3= τρία

4= περισσότερα από τρία

5= κανένα παιδί

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Εύρος Εισοδήματος

1= 0-400€

2= 400-500€

3= 500-700€

4= 700-900€

5= 900-1100€

6= 1100-1300€

7= 1300-1600€

8= 1600€ και άνω

Πηγή Εισοδήματος

1= Σύνταξη γήρατος

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

2= Σύνταξη αναπηρίας

3= Άλλα Επιδόματα

4= Διάφορα Εισοδήματα

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Αναπηρίες- Δυσκολίες Μετακίνησης

1= τύφλωση

2= κώφωση

3=γεροντική άνοια

4= ακράτεια ούρων

5=νευρολογικά νοσήματα

6= μυοσκελετικά νοσήματα

7=καμια δυσκολία μετακίνησης ή αναπηρίας

Χρόνια Προβλήματα

1= υπέρταση

2=ζαχαρώδης διαβήτης

3= ψυχιατρικό νόσημα

4= νεοπλασίες

5=οστεοπόρωση

6=εγκεφαλικό επεισόδιο

7= κανένα χρόνια πρόβλημα

Πως αντιλαμβάνονται την υγεία τους

1= καλή

2= κακή

3=

μέτρια

Ερωτηματολόγιο Beck Anxiety Inventory

Όλες οι ερωτήσεις κωδικοποιούνται ως εξής:

0 = καθόλου

1 = ελαφρά δεν με ενόχλησε

2 = Μέτρια. Ήταν πολύ δυσάρεστα αλλά μπορούσα να τα αντέξω

3 = Έντονα. Μόλις και με τα βίαια το άντεχα

Ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory

Ερωτήσεις :

1. 0 = Δεν αισθάνομαι λυπημένος
1 = Αισθάνομαι λυπημένος/ η
2 = Είμαι συνέχεια λυπημένος /η και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό
3 = Είμαι τόσο λυπημένος /η και δυστυχισμένος/ η που δεν μπορώ να το υποφέρω
2. 0 = Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος/ η για το μέλλον
1 = Αισθάνομαι απογοητευμένος/ η για το μέλλον
2 = Δεν έχω τίποτα για να ελπίζω
3 = Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτα για αυτό
3. 0 = Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/ η
1 = Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο απ' ότι ένας μέτριος άνθρωπος
2 = Καθώς κοιτάζω την ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλα αποτυχίες
3 = Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος
4. 0 = Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
1 = Δεν έχω τα κέφια που είχα άλλοτε
2 = Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα πραγματικά
3 = Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα
5. 0 = Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος/ η
1 = Αισθάνομαι ένοχος/ η αρκετά συχνά
2 = Αισθάνομαι ένοχος/ η τον περισσότερο καιρό
3 = Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος/ η
6. 0 = Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
1 = Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
2 = Περιμένω την τιμωρία
3 = Αισθάνομαι ότι με τιμωρούν

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

7. 0 = δεν είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1 = είμαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
2 = Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
3 = Μισώ τον εαυτό μου
8. 0 = Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
1 = κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
2 = κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια για τα λάθη μου
3 = κατηγορώ τον εαυτό μου για ότι κακό συμβεί
9. 0 = δεν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω
1 = έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω αλλά δεν το επιχειρήσα ποτέ
2 = θα ήθελα να αυτοκτονήσω
3 = θα αυτοκτονούσα αν είχα την κατάλληλη ευκαιρία
10. 0 = δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1 = κλαίω τώρα περισσότερο από ότι παλαιότερα
2 = τώρα κλαίω συνέχεια
3 = παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ παράλο που το θέλω
11. 0 = δεν ενοχλούμε περισσότερο από ότι στο παρελθόν
1 = τώρα ενοχλούμε ή στεναχωριέμαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν
2 = τώρα ενοχλούμε με το παραμικρό
3 = δεν με ενοχλεί καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν
12. 0 = δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1 = οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο από ότι στο παρελθόν
2 = έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος μου για τους άλλους
3 = έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους
13. 0 = παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν
1 = αναβάλλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο από ότι στο παρελθόν
2 = έχω μεγαλύτερη δυσκολία τώρα στο να παίρνω αποφάσεις
3 = δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις
14. 0 = δεν νομίζω ότι έχω ασχημίσει
1 = φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημη, ή γέρος / γρια
2 = νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου έχει αλλάξει μόνιμα και έχω γίνει άσχημος
3 = νομίζω ότι είμαι άσχημος
15. 0 = Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν
1 = Χρειάζομαι ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι
2 = Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
3 = Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

16. 0 = Κοιμάμαι καλά όπως πάντα
1 = Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο στο παρελθόν
2 = Ξυπνάω μια – δύο ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
3 = Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα από το παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
17. 0 = Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι παλιά
1 = Κουράζομαι ευκολότερα από ότι στο παρελθόν
2 = Κουράζομαι με το παραμικρό
3 = Είμαι πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε
18. 0 = Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο
1 = Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
2 = Η όρεξή μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
3 = Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω
19. 0 = Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία
1 = Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά
2 = Έχω χάσει πάνω από 8 κιλά Επίτηδες τρώω λιγότερο για να χάσω βάρος
3 = Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά 0 =ΝΑΙ 1= ΟΧΙ
20. 0 = Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο
1 = Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για την δυσκοιλιότητα μου
2 = Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο
3 = Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο
21. 0 = Δεν παρατήρησα καμία αλλαγή στα ενδιαφέροντα μου για το σεξ
1 = Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα
2 = Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα
3 = Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

Ερωτηματολόγιο **Zarit & Zarit**

Όλες οι ερωτήσεις κωδικοποιούνται ως εξής :

- 0 = ποτέ
1 = σπάνια
2 = Κάποιες φορές
3 = Αρκετά συχνά
4 = Σχεδόν πάντα

Ερωτηματολόγιο **Lubben**

Ερώτηση 1

0 = κανένα

1 = ένα

2 = δύο

3 = τρεις ή τέσσερις

4 = πέντε ως οκτώ

5 = εννέα ή και περισσότερους

Ερώτηση 2

0 = Λιγότερο από μια φορά τον μήνα

1 = κάθε μήνα

2 = μερικές φορές τον μήνα

3 = κάθε εβδομάδα

4 = μερικές φορές την εβδομάδα

5 = κάθε μέρα

Ερώτηση 3

0 = κανένα

1 = ένα

2 = δύο

3 = τρεις ή τέσσερις

4 = πέντε ως οκτώ

5 = εννέα ή και περισσότερους

Ερώτηση 4

0 = κανένα

1 = ένα

2 = δύο

3 = τρεις ή τέσσερις

4 = πέντε ως οκτώ

5 = εννέα ή και περισσότερους

Ερώτηση 5

0 = κανένα

1 = ένα

2 = δύο

3 = τρεις ή τέσσερις

4 = πέντε ως οκτώ

5 = εννέα ή και περισσότερους

Ερώτηση 6

- 0 = Λιγότερο από μια φορά τον μήνα
- 1 = κάθε μήνα
- 2 = μερικές φορές τον μήνα
- 3 = κάθε εβδομάδα
- 4 = μερικές φορές την εβδομάδα
- 5 = κάθε μέρα

Ερώτηση 7

- 0 = πάντοτε
- 1 = πολύ συχνά
- 2 = συχνά
- 3 = μερικές φορές
- 4 = σπάνια
- 5 = ποτέ

Ερώτηση 8

- 0 = πάντοτε
- 1 = πολύ συχνά
- 2 = συχνά
- 3 = μερικές φορές
- 4 = σπάνια
- 5 = ποτέ

Ερωτηματολόγιο *General Health Questionnaire*

Ερώτηση 1

- 1 = Καλύτερα από ότι συνήθως
- 2 = το ίδιο όπως συνήθως
- 3 = Λιγότερο από ότι συνήθως
- 4 = πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 2

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4 = πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 3

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4 = πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 4

- 1 = περισσότερο από ότι συνήθως
- 2 = το ίδιο όπως συνήθως
- 3 = μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως
- 4 = πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 5

- 1 = περισσότερο από ότι συνήθως
- 2 = το ίδιο όπως συνήθως
- 3 = μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως
- 4 = πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 6

- 1 = καλύτερα από τους περισσότερους
- 2 = σχεδόν το ίδιο
- 3 = μάλλον λιγότερο καλά
- 4 = πολύ λιγότερο καλά

Ερώτηση 7

- 1 = καλύτερα από τους περισσότερους
- 2 = σχεδόν το ίδιο
- 3 = μάλλον λιγότερο καλά
- 4 = πολύ λιγότερο καλά

Ερώτηση 8

- 1 = περισσότερο ικανοποιημένος
- 2 = σχεδόν το ίδιο όπως συνήθως
- 3 = λιγότερο ικανοποιημένος από ότι συνήθως
- 4 = πολύ λιγότερο ικανοποιημένος

Ερώτηση 9

- 1 = καλύτερα από ότι συνήθως
- 2 = περίπου το ίδιο όπως συνήθως

- 3= λιγότερα ικανός από ότι συνήθως
4= πολύ λιγότερο ικανός

Ερώτηση 10

- 1= καλύτερα από ότι συνήθως
2= περίπου το ίδιο όπως συνήθως
3 = Λιγότερο καλά από ότι συνήθως
4 = πολύ λιγότερο καλά από ότι συνήθως

Ερώτηση 11

- 1= περισσότερη ώρα από ότι συνήθως
2= περίπου την ίδια όπως συνήθως
3= λιγότερη ώρα από ότι συνήθως
4= πολύ λιγότερη ώρα από ότι συνήθως

Ερώτηση 12

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
2= το ίδιο όπως συνήθως
3= λιγότερο χρήσιμος από ότι συνήθως
4= πολύ λιγότερο χρήσιμος

Ερώτηση 13

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
2= το ίδιο όπως συνήθως
3= λιγότερα ικανός από ότι συνήθως
4= πολύ λιγότερο ικανός

Ερώτηση 14

- 1 = Καθόλου
2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 15

- 1 = Καθόλου
2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 16

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 17

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 18

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 19

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 20

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερα ικανός από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο ικανός

Ερώτηση 21

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 22

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 23

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 24

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 25

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 26

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο αισιόδοξος από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο αισιόδοξος από ότι συνήθως

Ερώτηση 27

- 1= περισσότερο από ότι συνήθως
- 2= περίπου το ίδιο όπως συνήθως
- 3= λιγότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 28

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 29

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερώτηση 30

- 1 = Καθόλου
- 2 = όχι περισσότερο από ότι συνήθως
- 3 = μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως
- 4= πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Ερωτηματολόγιο Dysfunctional Attitude Scale

Οι ερωτήσεις:

1, 3,4,5,7,8,9,10,11,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,25,26,27,28,31,32,33,32,36,38,39
κωδικοποιούνται ως εξής :

- 1 = Συμφωνώ απόλυτα
- 2= Συμφωνώ πάρα πολύ
- 3 = Συμφωνώ λίγο
- 4= Διαφωνώ λίγο
- 5= Διαφωνώ πάρα πολύ
- 6= Διαφωνώ απόλυτα

Οι ερωτήσεις :

2,6,12,17,24,29,30,35,37,40 κωδικοποιούνται ως εξής :

- 6 = Συμφωνώ απόλυτα
- 5= Συμφωνώ πάρα πολύ
- 4 = Συμφωνώ λίγο
- 3= Διαφωνώ λίγο
- 2= Διαφωνώ πάρα πολύ
- 1= Διαφωνώ απόλυτα

