



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επιβάρυνση των γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Βίγλη Ειρήνη

Ρουτση Μαρία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Διαλυνάκη Ελένη

ΚΡΗΤΗ, 2015

<b>Εισαγωγή</b> .....	<b>4</b>
<b>Κεφάλαιο 1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση</b> .....	<b>6</b>
<b>Κεφάλαιο 1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση</b> .....	<b>6</b>
1.1 Η σημασία της φροντίδας. ....	6
<i>1.1.1 Το στρες της φροντίδας</i> .....	7
1.2 Η έννοια της επιβάρυνσης της φροντίδας .....	8
<i>1.2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες της επιβάρυνσης, παράγοντες που την μετριάζουν και οι επιπτώσεις της επιβάρυνσης.</i> ....	12
1.3 Η περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας στο σπίτι. ....	14
<i>1.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών.</i> ....	15
1.4 Νοσηρότητα φροντιστών. ....	17
<i>1.4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηρότητα των φροντιστών</i> .....	19
1.5 Επιβάρυνση φροντιστών. ....	21
<i>1.5.1 Κλίμακα επιβάρυνσης</i> .....	26
1.6.Ευρωπαϊκές πολιτικές για τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. ....	28
1.7.Σχέση ιδρυματικής και κοινοτικής φροντίδας .....	28
<i>1.7.1 Μέτοχοι συστήματος παροχής υπηρεσιών φροντίδας για την τρίτη ηλικία στις χώρες της Ε.Ε.</i> .....	29
1.8 Ο Ρόλος του κράτους.....	29
1.9 Ο Ρόλος των ιδιωτικών οργανισμών.....	29
1.10 Ο Ρόλος της οικογένειας.....	30
1.11 Διαστάσεις ποιότητας: ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ηλικιωμένων .....	30
1.12 Οριοθέτηση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην Ε.Ε. ....	31
<b>Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία</b> .....	<b>33</b>
2.1 Σκοπός έρευνας.....	33
2.2 Φιλοσοφία έρευνας.....	33
2.3 Ερευνητική στρατηγική .....	34

2.4	Είδος έρευνας.....	37
2.4.1	<i>Εργαλείο έρευνας</i> .....	38
2.5	Μέθοδος δειγματοληψίας .....	39
2.6	Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας.....	42
2.7	Περιορισμοί έρευνας .....	43
2.8	Δεοντολογία έρευνας.....	43
<b>Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα έρευνας.....</b>		<b>44</b>
<b>Συζήτηση .....</b>		<b>58</b>
<b>Συμπεράσματα -Προτάσεις .....</b>		<b>61</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>		<b>62</b>
<b>Παραρτήματα .....</b>		<b>69</b>

## Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να εστιάσει στην επιβάρυνση των γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων. Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι: α) να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι, β) να καταγραφεί η επιβάρυνση που υφίστανται τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν και γ) να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι.

Η εργασία ολοκληρώνεται μέσα από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναφέρεται στη σημασία της φροντίδας, στο στρες της φροντίδας και στην έννοια της επιβάρυνσης της φροντίδας, εστιάζοντας στους προδιαθεσικούς παράγοντες της επιβάρυνσης, στους παράγοντες που την μετριάζουν και στις επιπτώσεις της επιβάρυνσης.

Εν συνεχεία μελετάται η περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας, παραθέτοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών, η νοσηρότητα των φροντιστών και η επιβάρυνσή τους. Αμέσως μετά παραθέτονται οι ευρωπαϊκές πολιτικές για τη φροντίδα της υγείας των ηλικιωμένων και προβάλλεται η σχέση ιδρυματικής και κοινοτικής φροντίδας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται και στο ρόλο του κράτους, των ιδιωτικών οργανισμών και της οικογένειας στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Τέλος παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ποιότητας στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ηλικιωμένων και η μακροχρόνια φροντίδα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της παρούσης μελέτης. Αναφέρεται ο σκοπός της, η φιλοσοφία της έρευνας, η ερευνητική στρατηγική, το είδος της έρευνας, η μέθοδος δειγματοληψίας και η μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας, οι περιορισμοί της έρευνας και τέλος η δεοντολογία της έρευνας.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, εν συνεχεία παρατίθενται τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης και στο τέλος γίνεται πρόταση για διεξαγωγή μελλοντικής έρευνας.

## **Κεφάλαιο 1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

### **1.1 Η σημασία της φροντίδας.**

Αναφορικά με τους Walker και Avant (1995), η σημασία της φροντίδας προσδιορίζεται σαν νοητική εικόνα που έχει ο άνθρωπος στο μυαλό του για κάποιο αντικείμενο ή γεγονός. Η σημασία του «φροντιστή», και του «οικογενειακού φροντιστή» αναφέρονται κυρίως εναλλακτικά και εστιάζουν σε αυτόν που προσδίδει φροντίδα σε κάποιο άλλο, εξαρτώμενο από εκείνο. Παρά το ότι δεν υφίσταται ορισμός της έννοιας «οικογενειακή φροντίδα» γενικότερα, ο όρος περιλαμβάνει την παροχή ασυνήθιστης φροντίδας που ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού. Γενικά η φροντίδα περιλαμβάνει την επένδυση χρόνου και χρημάτων για μακρές χρονικές περιόδους. Περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κουραστικές και ψυχολογικά αγχώδεις (Schulz & Martire 2004).

Αναφορικά με τους Zarit και Edwards (1996), ως «οικογενειακή φροντίδα» προσδιορίζεται η παροχή φροντίδας, η «αλληλοσυσχέτιση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα». Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η φροντίδα βιώνεται ως μια δύσκολη συναισθηματική σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων. Στη σχέση φροντίδας υπάρχει μία δυσδιάστατη μορφή παροχής υποστήριξης, που περιέχει και συναισθηματικά στοιχεία.

Η φιλοσοφική σημασία της φροντίδας προσδίδει επίγνωση στο νόημα της φροντίδας για όσους εμπλέκονται στη φροντίδα άλλων. Η φροντίδα κρίνεται θεμελιώδης για την ανθρώπινη επιβίωση. Η φροντίδα γίνεται κατανοητή ως ξεχωριστός τρόπος ύπαρξης, γνώσης και δεξιότητες. Είναι η ανθρώπινη έκφραση του σεβασμού και της ανταπόκρισης στις ανθρώπινες αξίες, υποκινεί τα άτομα και δίνει ουσία και νόημα στη ζωή τους. Αναφέρεται ότι μέσω της φροντίδας άλλου ατόμου το μέσο της φροντίδας, ο άνθρωπος βιώνει το αληθινό νόημα της ζωής (Mayeroff 1971).

Η φροντίδα, αφορά τον ισχυρισμό του Van Manen (2000) ότι η φροντίδα θεωρείται αντίδραση στο πόσο ευαίσθητοι είναι οι άλλοι και αποτελεί το ηθικό έδαφος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Η φροντίδα εκφράζεται ως δύσκολη συναισθηματική σχέση ευθύνης και η ανησυχία ως ευθύνη της φροντίδας αναφορικά με τον Van Manen (2000) είναι: *«η ανθρώπινη ανταπόκριση προς την έκκληση ενός ανθρώπου που χρειάζεται τη φροντίδα μου»*. Ο συγγραφέας αναφέρει ότι όσο πιο πολύ κάποιος φροντίζει κάποιον, τόσο πιο πολύ ανησυχεί, και επιθυμεί πιο πολύ να τον φροντίσει. Εξαιτίας αυτής της γνήσιας σχέσης μεταξύ φροντιστή και συντρόφου, αυτό το είδος φροντίδας προσφέρει υπόβαθρο για την κατανόηση των πρακτικών ευθυνών της φροντίδας των φροντιστών στις καταστάσεις που βρίσκονται.

Αναφορικά με θεωρητικούς της φροντίδας (Mayeroff 1971, Roach 1987, Benner and Wrubel 1989, Cheung 1998) γίνεται περιγραφή της φροντίδας που είναι έναν διαφορετικό τρόπο ύπαρξης, σκέψης πεποιθήσεων και δραστηριοτήτων και υποστηρίζουν ότι η θετική σχέση που αναπτύσσεται ή ενισχύεται μέσω της φροντίδας, είναι τρόπος που σχετίζεται με πιο ιδανική αντιμετώπιση του στρες της περιποίησης.

### **1.1.1 Το στρες της φροντίδας**

Οι Pearlin και συν. (1990) αναφέρουν ότι η ανεπίσημη φροντίδα σχετίζεται με δραστηριότητες που αφορούν τη φροντίδα και τη βοήθεια σε φίλους ή συγγενείς που είναι ανήμποροι να αυτοεξυπηρετηθούν. Διακρίνει τη φροντίδα σε δύο χαρακτηριστικά: το συναισθηματικό που σχετίζεται με την αίσθηση της υποχρέωσης ενός ατόμου για την ευημερία κάποιου άλλου και την καθαυτή παροχή της φροντίδας, η οποία αποτελεί τη συμπεριφορική έκφραση αυτής της υποχρέωσης. Η παροχή της φροντίδας αναφέρεται σε συγκεκριμένες πράξεις

Υπό συνθήκες η φροντίδα μεταμορφώνεται σε μια στενή σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ατόμου (Carter & Carter 1994), (Pearlin και συν.1990). Η φροντίδα αποτελεί στοιχείο μιας σχέσης που μετατρέπεται σε κυρίαρχο στοιχείο. Υπό συνθήκες χρόνιας και προοδευτικής αναπηρίας, όπου προδιαγράφεται μία πορεία χωρίς προσδοκία και ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα γίνεται βάρος και καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης σε μεγάλο βαθμό.

Όσο τα μέλη της σχέσης γίνονται πιο άνισα, η αμοιβαιότητα παύει να υφίστανται. Αυτό γίνεται συχνά σε περιστατικά ασθενών με νοητικές αναπηρίες όπως άνοιες. Η τρυφερότητα που κατευθύνεται από το φροντιστή προς τον ασθενή, δημιουργεί μια σχέση αγάπης σε μία ανώτερη πηγή έντονου στρες (Pearlin 1983, Lyons 2002). Τα στοιχεία της σχέσης αλλοιώνονται είτε προσωρινά κατά τα οξεία επεισόδια της νόσου είτε σε μακροχρόνια βάση.

Η παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ένα προσφιλές άτομο δεν θεωρείται μια στατική διαδικασία εφόσον οι ανάγκες του λήπτη της φροντίδας μεταβάλλονται καθώς η κατάσταση του αλλάζει. Για κάποιους η «καριέρα» (Pearlin 1992, Seltzer 1996) διαρκεί για πολλά έτη, ίσως και δεκαετίες και οι ανεπίσημοι φροντιστές αναγκάζονται ολοένα και πιο πολύ να αναλάβουν περίπλοκες εργασίες παρόμοιες με αυτές που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας.

## **1.2 Η έννοια της επιβάρυνσης της φροντίδας**

Η έννοια της «επιβάρυνσης» ανευρίσκεται αρχικά σε κείμενα και μελέτες που είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και θεωρείται γνωστός ως «burden» που γενικά σημαίνει αυτό που γεννά φορτίο (burden: that which is born; a load) (Concise Oxford Dictionary). Οι αρχικές επιστημονικές αναφορές στο θέμα συναντώνται γύρω στο 1960 με 1970 και βρίσκονται κυρίως στη βιβλιογραφία ψυχικής υγείας (Loukissa 1995). Η αρχική βέβαια αναφορά στη σημασία της επιβάρυνσης γίνεται στην Παλαιά Διαθήκη, όπου σημαίνει «σηκώνω, αντέχω



ένα βαρύ φορτίο». Η Καινή Διαθήκη δίνει με αυτή τη σημασία έχει προέλθει η «πληρότητα της δόξας». Κατά συνέπεια, η επιβάρυνση.

Με το πέρασμα των ετών, η επιβάρυνση πήρε ποικίλες σημασίες, όπως βάρος από την εργασία, αμαρτία, υποχρέωση, κάτι που γεννιέται από την ψυχή, αλλά τελικά έχει επικρατήσει η σημασία της «υποχρέωσης». Χρησιμοποιείται μάλιστα από διάφορους κλάδους όπως ο νομικός και αφορά την υποχρέωση και το βάρος της απόδειξης, της πειθούς και της προσαγωγής στοιχείων. Στα οικονομικά ο όρος χρησιμοποιείται ως η επιβάρυνση του χρέους ή (the burden of dept) ενώ μεταγενέστερες μελέτες σε οικογένειες ψυχικά ασθενών αναφέρουν ότι οι οικογένειες των ατόμων αυτών βιώνουν σημαντικά επίπεδα συνεχούς ή χρόνιου στρες το οποίο συζητούν σε όρους οικογενειακής επιβάρυνσης.

Ενδιαφέρον έχει η έλλειψη γλωσσικής αντιστοιχίας του όρου «burden» στις ποικίλες γλώσσες, γεγονός που υπονοεί ότι η σημασία πιθανό να μην υπάρχει σε κάποια συγκεκριμένη κουλτούρα. Μπορεί επιπλέον να σημαίνει ότι η σημασία δεν γίνεται αντιληπτή με τον ίδιο τρόπο. Για παράδειγμα στα Αγγλικά η λέξη έχει μια αρνητική χροιά και σημαίνει φυσικό και ψυχολογικό «βάρος» ενώ θεωρείται αποδεκτή η χρήση της λέξης αυτής στο πλαίσιο της οικογένειας. Στα Ελληνικά η λέξη πιθανό να έχει θετική σημασία όπως τη σημασία του καθήκοντος, της θυσίας και της αποδοχής και να μη σχετίζεται κατ' ανάγκη με αισθήματα καταπίεσης.

Βέβαια, η σημασία δεν ορίζεται με σαφήνεια στη βιβλιογραφία, και χρησιμοποιείται ως εναλλακτικός όρος για άλλες έννοιες όπως το στρες της φροντίδας, η ποιότητα ζωής στη φροντίδα, τα προβλήματα, φροντίδας (Chou 2000).

Σύμφωνα με τους συγγραφείς όρισαν την επιβάρυνση ως τα αρνητικά αποτελέσματα της φροντίδας στην οικογένεια και μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η επιβάρυνση μπορεί να θεωρηθεί ως η δύναμη η οποία μεσολαβεί μεταξύ στην ανικανότητα ενός ασθενούς και την επίδραση που έχει η φροντίδα του στην οικογένεια και ειδικότερα στο άτομο που το φροντίζει. Την ίδια περίοδο, οι

Hoening και Hamilton (1966) διευκρίνισαν τη σημασία πιο πολύ , με την εισήγηση τους ότι τα γεγονότα, οι δραστηριότητες και συγκεκριμένα χρειάζεται διαχωρισμό από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της φροντίδας, δίνοντας έτσι την πρώτη διχοτόμηση της έννοιας, σε υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

**Η αντικειμενική** επιβάρυνση περιέχει κάθε παράγοντα διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς.

Η **υποκειμενική** επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία

Κατά το 1980, αναλύθηκε από τους Zarit, Reever και Bach-Peterson ότι αυτή τη δυσδιάστατη σημασία της επιβάρυνσης, δηλώνοντας ότι η επιβάρυνση θεωρείται η έκταση όπου οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τη φυσική τους υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική υπόσταση ως πόρισμα της φροντίδας του συγγενικού τους ατόμου. Σύμφωνα με τους Miller και συν.(1991) φαίνονται δυο διαστάσεις της επιβάρυνσης την **«προσωπική επιβάρυνση»** ως αντίληψη του φροντιστή όσον αφορά προβλήματα στις προσωπικές πράξεις και τη **«διαπροσωπική επιβάρυνση»** όσον αφορά τα προβλήματα στη σχέση του με το φροντιζόμενο άτομο.

Παρά το ότι η διάκριση αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης δεν είναι σαφής, σε γενικά πλαίσια σχετίζεται με κατηγορίες όπως οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, τα επαγγελματικά σχέδια ( Kuipers 1993, Szmuckler 1996).

Άλλοι συγγραφείς έχουν αναφερθεί με την επιβάρυνση που προξενείται στο άτομο που φροντίζει ηλικιωμένους και την προσδιορίζουν ως εξής (Given & Given 1991): *«τα φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν ηλικιωμένα ανήμπορα άτομα»*. Οι Ory και συν.(1999) και George & Gwyther (1986) έθεσαν τη σημασία της επιβάρυνσης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της νόσου Alzheimer, ορίζοντας την ως την *«επίδραση των αλλαγών στην αντίληψη και*

*συμπεριφορά του ατόμου με νόσο Alzheimer στην οικογένεια και τη συνεπακόλουθη ανάγκη του ασθενούς για φροντίδα και επίβλεψη».*

Σε μετέπειτα έρευνες αντί της διχοτόμησης της έννοιας σε υποκειμενική και αντικειμενική, οι ερευνητές κάνουν προσπάθεια κατανόησης για τις μεταβλητές που εμπλέκονται, προς μια μεγαλύτερη εξειδίκευση (Given και συν.2001, Sherwood και συν.2005). Η «*επιβάρυνση της φροντίδας*» χρησιμοποιείται με ευρύτερο τρόπο και αναφέρεται στα φυσικά. Έτσι οι νεότεροι ορισμοί προσδιορίζουν την επιβάρυνση ως την πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της φροντίδας αναφορικά με τον προσωπικό χρόνο, συναισθηματικές καταστάσεις, και κάθε ρόλο που πρέπει να εκπληρωθεί» (Given και συν.2001).

Η επιβάρυνση της φροντίδας κρίνεται ως η συναισθηματική αντίδραση σε ανάγκες της φροντίδας που αναφέρονται ως νοητική και τη λειτουργική κατάσταση του λήπτη. Οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν πολλές νέες απαιτήσεις καθημερινά, δεν έχουν πολύ χρόνο προσαρμογής με τις επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και πιθανό να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε αντίδραση προς την παροχή φροντίδας (Sherwood και συν. 2005). Η νοητική κατάσταση έχει τη δυνατότητα να αλλάξει απρόβλεπτα γεγονότα μέσα στη μέρα, προσδιορίζοντας τις κοινωνικές σχέσεις.

Οπότε η απρόβλεπτη φύση των απαιτήσεων είναι δυνατόν να αυξήσει περισσότερο την επιβάρυνση (Sherwood και συν. 2005). Η επιβάρυνση, μοιάζει να αποτελεί μία οξεία αντίδραση στην παροχή της φροντίδας που εξάγεται μιας και καινούριες ανάγκες εισάγονται, ή οι υπάρχουσες εντατικοποιούνται. Ο πρωτοβάθμιος φροντιστής κάνει αντιδράσεις μέσα από στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες αυτές και να ελαττώσει την ένταση.

Οι φροντιστές που δεν είναι σε θέση να τροποποιήσουν στρατηγικές μείωσης απαιτήσεων της φροντίδας, ζουν αυτό που καλείται «επιβάρυνση» (Given και συν.1992). Οι Walker και Avant (1995) βλέπουν ότι οι κρίσιμες ιδιότητες όπως τα χαρακτηριστικά της έννοιας που εξάγονται επανειλημμένα

από τη βιβλιογραφία. Οι ιδιότητες της επιβάρυνσης εμπεριέχουν την υποκειμενική αντίληψη.

### **1.2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες της επιβάρυνσης, παράγοντες που την μετριάζουν και οι επιπτώσεις της επιβάρυνσης.**

Οι πιο πολλές μελέτες είναι της άποψης ότι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν την ευαλωτότητα του φροντιστή στην επιβάρυνση είναι τα χαρακτηριστικά του ιδίου, οι ανάγκες της φροντίδας όπως καθορίζονται από το λήπτη και η ανάμειξη στη περιποιητική φροντίδα (Pearlin 1990, Yee & Schulz 2000, Pinquart 2003).

Ο βασικότερος προδιαθεσικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει την ευαλωτότητα του οικογενειακού φροντιστή στην επιβάρυνση θεωρείται η σχέση που έχει με τον ασθενή και ιδιαίτερα η σχέση συζύγου ή θυγατέρας. Επιπλέον αναφορικά με τον Pearlin (1990) πολλές στρεσογόνες εμπειρίες εντοπίζονται πίσω στις κοινωνικές δομές και τη θέση του ατόμου μέσα στις δομές αυτές. Η κλίμακα λειτουργικότητας της καθημερινότητας όταν σχετίζεται με τον ασθενή, είναι μία μεταβλητή με μεγάλη σημασία αναφορικά με το βαθμό επιβάρυνσης που βιώνουν οι οικογενειακοί φροντιστές.

Οι δευτεροβάθμιες ανάγκες της φροντίδας προκύπτουν από την εργασία, την κοινωνία ή την οικογένεια του φροντιστή. Ένα σημαντικό στοιχείο είναι οι δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκεται το άτομο που φροντίζει και ο χρόνος τον οποίο αφιερώνει σε αυτές τις δραστηριότητες. Εξάλλου οι δραστηριότητες της φροντίδας περιλαμβάνουν όχι μόνο την άμεση φροντίδα, αλλά και άλλες δραστηριότητες όπως θεωρείται το νοικοκυριό, η διαχείριση των οικονομικών, η μεταφορά του ασθενούς και άλλα.

Η κλίμακα επιβάρυνσης που δέχεται ο φροντιστής, εν μέρει καθορίζεται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγει. Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η επιλογή αυτή επηρεάζεται τόσο από μεταβλητές της

προσωπικότητας, όσο και από τις ίδιες τις συνθήκες της φροντίδας. (Singer και Irvin 1989, Kneebone 2003). Θεωρείται ακόμα δυνατό τα ψηλότερα επίπεδα διάδρασης με άλλα μέλη της οικογένειας, οι συμπεριφορές αναζήτησης κοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης καθώς και η αποδοχή βοήθειας από άλλα μέλη της οικογένειας να ελαττώνουν την επιβάρυνση της φροντίδας. Όσο πιο μεγάλη υποστήριξη λαμβάνεται από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή άλλους κοινωνικούς φορείς, τόσο λιγότερο βιώνεται η επιβάρυνση, παρόλο που υπάρχουν και διαφορετικές απόψεις. Ο Cuijpers (1995) για παράδειγμα, βρήκε ότι οι φροντιστές συχνά θεωρούν τις επισκέψεις συγγενών ενοχλητικές παρά βοηθητικές ενώ οι Tilden & Galyen (1987) βρήκαν ότι η κοινωνική υποστήριξη όχι μόνο δεν μετριάζει, αλλά μερικές φορές μπορεί να αποτελεί αιτία του στρες.

Γενικότερα η επιβάρυνση που επέρχεται ως αποτέλεσμα της φροντίδας μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε ποικίλες πλευρές της ζωής του ατόμου, του ασθενούς ο οποίος λαμβάνει τη φροντίδα, της οικογένειας και του συστήματος υγείας.

Αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι ο φροντιστής με μεγάλα επίπεδα επιβάρυνσης δεν θα είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενούς με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα ενδεχόμενα κακοποίησης οπότε ο ασθενής να οδηγείται πρόωρα σε ίδρυμα φροντίδας. Στο οικογενειακό περιβάλλον τα βασικότερα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της φροντίδας είναι οι συγκρούσεις και το οικονομικό κόστος. Οι συγκρούσεις γίνονται κατά την εκπλήρωση διαφορετικών ρόλων, ιδιαίτερα αν τη φροντίδα αναλαμβάνει η κόρη η οποία έχει και τη δική της οικογένεια και λοιπές υποχρεώσεις.

Η επιβάρυνση της φροντίδας θεωρείται μεγάλη και με πολλές διαστάσεις που μπορούν να προξενήσουν επιβάρυνση τροποποιώντας με κάθε τρόπο τις συνθήκες της ζωής μιας και το στρες που σχετίζεται με τη φροντίδα αποτελεί μείγμα καταστάσεων, που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των φροντιστών επομένως διαφέρουν και στην επίδραση που προξενούν στην υγεία και τη συμπεριφορά των φροντιστών.

### **1.3 Η περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας στο σπίτι.**

Η οικογένεια έχει την πιο σημαντική θέση στην παροχή περιποίησης για τα άτομα τρίτης ηλικίας σε αρκετές χώρες. Στην χώρα μας θεωρείται ως η σημαντικότερη μονάδα παροχής μακροχρόνιας περιποίησης. Στην Αυστρία υπάρχει νομική ευθύνη στα μέλη της οικογένειας για την περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας συγγενών. Στη χώρα της Γερμανίας η νομική ευθύνη είναι περιορισμένη στη χρηματοδότηση- οικονομική υποστήριξη των ατόμων τρίτης ηλικίας που έχουν ανάγκη καθώς και στο Βέλγιο στη νομική κηδεμονία για πρόσωπο που είναι πνευματικά ανίκανο. Σε αρκετές χώρες έχουν παρθεί μέτρα που υποστηρίζουν τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν άτομο μεγάλης ηλικίας όπως εκπαιδευτικά προγράμματα, υπηρεσίες.

Η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται αποτελεί σημείο κεντρικού ενδιαφέροντος για αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα από την οπτική γωνία των ίδιων των ατόμων τρίτης ηλικίας πρέπει να εξεταστεί σε σχέση με τα παρακάτω βασικά θέματα: την αυτονομία, την διαφύλαξη της προσωπικής ζωής καθώς και την δυνατότητα επιλογής από τον καταναλωτή.

Το βασικότερο χαρακτηριστικό που σκιαγραφεί την περιποίηση ατόμων τρίτης ηλικίας στο σπίτι στην Ελλάδα είναι η αντίληψη που επικρατεί στην ελληνική κοινωνία αναφορικά με το καθήκον την υποχρέωση που αναπόφευκτα επωμίζονται τα μέλη μιας οικογένειας για την περιποίηση των ηλικιωμένων συγγενών τους.

Σύμφωνα με την έρευνα της Eurofamcare έντονο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο έχει αναλάβει την περιποίηση ενός ηλικιωμένου. Στην Ελλάδα οι συναισθηματικοί λόγοι κυριαρχούν (57,1 %) ενώ ακολουθούν η αίσθηση του καθήκοντος που νιώθουν οι φροντιστές(15,8%), αλλά και μια προσωπική αντίληψη μιας υποχρέωσης που

φαίνεται να νιώθουν(14,4%). Ίσως το γεγονός αυτό να δικαιολογεί την έρευνα που έχει γίνει στην Ελλάδα, όπως και γενικότερα στη νότιο Ευρώπη, γύρω από τους φροντιστές και τα προβλήματά τους, μιας και η παροχή περιποίησης εκλαμβάνεται σαν μια παγιωμένη και αναμφισβήτητη υποχρέωση (Jamieson, 1991).

Γενικότερα η παροχή περιποίηση ( caregiving) σαν μια γενική έννοια βασίζεται στο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή. Η κύρια αποστολή της περιποίησης είναι η προαγωγή της ανεξαρτησίας, διεκδικώντας για το άτομο την πιο λειτουργική κατάσταση: σωματική, διανοητική, συναισθηματική και πνευματική (Vitaliano et all, 2003).

Η ερευνητική διαδικασία σε παγκόσμιο επίπεδο έχει εστιάσει την προσοχή της ιδιαίτερα στη μελέτη της περιποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας ασθενών με άνοια, κυρίως λόγω του υψηλού αριθμού των ασθενών, των αυξημένων αναγκών τους για περιποίηση, αλλά και της ιδιαίτερα υψηλής επιβάρυνσης που υφίστανται οι φροντιστές των ασθενών με άνοια. Εργασίες όμως υφίστανται και για φροντιστές ανήμπορων ατόμων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από κάθε είδους ασθένεια, η οποία έχει σαν συνέπεια την καθήλωσή τους στο σπίτι, ενώ σημαντικός αριθμός εργασιών ασχολείται και με τους φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας με διαφορετική αιτία καθήλωσης, αλλά με κοινό χαρακτηριστικό την εξάρτηση λειτουργικά σε ορισμένες από τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής(fraíl elderly) (Zunzunegui et all, 1999).

### **1.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών.**

Οι φροντιστές, είναι εκείνοι, που παρέχουν περιποίηση σε ανήμπορους συγγενείς ή φίλους στο σπίτι και δεν πληρώνονται γι' αυτό. Ο ορισμός αυτός του Parker (1994), περικλείει μια τεράστια ποικιλία φροντιστών και υπογραμμίζει την ετερογένεια της ομάδας αυτής".

Έχει υπάρξει αφθονία μελετών σε όλο τον κόσμο αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών, ήδη από τη δεκαετία του 1970 (Baumgarten et all, 1994 ). Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε έρευνας, άλλα και του τόπου στον οποίο διεξαγόταν, παρατηρούνται μικρές διαφοροποιήσεις, αλλά μετά από δύο δεκαετίες έρευνας σε φροντιστές συγγενών, υπάρχει η γενική παραδοχή ότι τα μέλη της οικογένειας είναι οι κύριοι φροντιστές, που παρέχουν μακροχρόνια περιποίηση .

Στην Αμερική στις περισσότερες των περιπτώσεων ένα μόνο μέλος της οικογένειας είναι ο κύριος φροντιστής του ηλικιωμένου (Merrill, 1997). Πιο συχνά η/ο σύζυγος αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της περιποίησης. Όταν αυτός απουσιάζει η κόρη είναι αυτή που θα αναλάβει την περιποίηση του ηλικιωμένου, ενώ σε απουσία της κόρης την περιποίηση αναλαμβάνει ο γιος, αν και σ αυτές τις περιπτώσεις οι γιοι μεταφέρουν αρκετές από τις υποχρεώσεις στις γυναίκες τους. Εφόσον δεν υφίστανται πολύ κοντινοί συγγενείς, την περιποίηση αναλαμβάνουν πιο μακρινοί συγγενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι το άτομο που θα αναλάβει το ρόλο του κυρίως φροντιστή είναι συνήθως ένα άτομο με ελάχιστες ή περιορισμένες οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις (Brody, 1990). Τέλος, επίσης στις Η.Π.Α, αξίζει να σημειώσουμε να σημειώσουμε πως η μεγάλη πλειοψηφία των «κυρίως φροντιστών» είναι γυναίκες(72%), ενώ για όλους τους τύπους φροντιστών (κύριοι και δευτερεύοντες) το μεγαλύτερο ποσοστό είναι σύζυγοι των ατόμων τρίτης ηλικίας (36%), ακολουθούν οι κόρες τους(29%), οι γιοι τους(8%), άλλες γυναίκες συγγενείς τους(20%) και τέλος άλλοι άνδρες συγγενείς τους(7%). Αθροιστικά πάντως τα παιδιά των ατόμων τρίτης ηλικίας (κόρες και γιοι), αναλαμβάνουν συχνότερα την περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας γονιών τους. Ωστόσο ελάχιστοι γιοι ή άνδρες συγγενείς έχουν αναλάβει το ρόλο του κύριου φροντιστή" .

Στην μελέτη Eurofamcare που σχετίζεται με τους φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους και στην Ελλάδα,



εξάγονται πολύ σημαντικά συμπεράσματα για το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των φροντιστών, την αντίληψη των φροντιστών για την σημασία του ρόλου του και για κάποια χαρακτηριστικά της περιποίησης, ενώ δίδεται η δυνατότητα και για την σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις χώρες όπου διενεργήθηκε η μελέτη".

Ο Walker, αναφέρει όμως οι σύντροφοι των ατόμων τρίτης ηλικίας αποτελούν την πιο συχνή πηγή βοήθειας για τους άτομα τρίτης ηλικίας ( 46.5%), χωρίς όμως να μετράται ποιος αποτελεί την κύρια πηγή περιποίησης για τον ηλικιωμένο. Φυσικά το ποσοστό αυτό των συζύγων των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι και αρκετά ψηλότερο από το μέσο όρο της τότε Ευρώπης των δώδεκα". Ο μέσος όρος ηλικίας των φροντιστών ήταν 51,7 χρόνια, χαμηλότερος από το μέσο όρο των 6 χωρών που ήταν περίπου 55 και στα 2/3 τους η ηλικία τους κυμαίνεται από 34 μέχρι 64 χρόνια.

Αναφορικά με την κατοικία πιο πολλοί από τους μισούς Έλληνες(50,7%) και Πολωνούς(68,5%) φροντιστές μένουν στο ίδιο σπίτι με τον ηλικιωμένο που φροντίζουν, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι στη χώρα μας αν δεν μένουν στο ίδιο σπίτι, θα μένουν στο ίδιο κτίριο(15,4%) ή σε απόσταση που περπατείται(15,6%) (Mestheneos et all, 2004)

#### **1.4 Νοσηρότητα φροντιστών.**

Η περιποίηση ατόμων τρίτης ηλικίας που δυσκολεύονται στην καθημερινότητά τους είναι μια εμπειρία με αρκετά μεγάλη σωματική, ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική επιβάρυνση για τους ανθρώπους που έχουν την έχουν επωμιστεί, τους φροντιστές.

Αρκετές εργασίες επιβεβαιώνουν και ενισχύουν μια δυσάρεστη πραγματικότητα, μιας και οι φροντιστές των ατόμων τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν μια σειρά από παθολογικές καταστάσεις και συμπτώματα που συνδέονται με το «βάρος» από τη περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας, με

αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική και η σωματική υγεία τους και να αυξάνει η νοσηρότητά τους (Pinquart and Sorensen, 2003).

Υποστηρίζεται ότι η περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που αυξάνει την νοσηρότητα για τους φροντιστές.

Ιδιαίτερα θα πρέπει να σταθούμε στην κατάθλιψη, αφού είναι ένα από τα πιο συχνά και διαρκή αποτελέσματα στην υγεία των φροντιστών. Η κατάθλιψη συνηθίζεται στους φροντιστές αξιοσημείωτα συχνότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και όσο πιο ψυχοπιεστική εμπειρία είναι η περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας, τόσο αυξάνεται και η συσχέτιση με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης" (Haley, et al. 1995).

Ομοίως σε δημοσιευμένη μεταανάλυση του Vitaliano και των συνεργατών του (2003) τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους εμφάνιζαν 23% υψηλότερα επίπεδα ορμονών που σχετίζονταν με το στρες και 15% χαμηλότερα επίπεδα κυκλοφορούντων αντισωμάτων (Vitaliano et all, 2003). Ακόμη, τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ίσως έχουν μειωμένη αντίσταση σε ιούς εξαιτίας της μειωμένης παραγωγής αντισωμάτων και αυτό θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμο σε άτομα τρίτης ηλικίας φροντιστές που είναι πιο εύκολο να εμφανίσουν λοιμώξεις, λόγω της ηλικίας τους. Τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους αυτοί επίσης, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο, υπέρταση και διαβήτη".

Αξιοσημείωτο τέλος είναι ότι οι Shaw et al. (1997) βρήκαν ότι σε μια περίοδο 1 έως 6 χρόνων τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν τουλάχιστον ένα καινούργιο πρόβλημα υγείας σε σύγκριση με τους μη φροντιστές (Stone et all, 1987).

#### **1.4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηρότητα των φροντιστών**

##### **α. η φύση της ασθένειας του ηλικιωμένου που φροντίζει.**

Τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ατόμων τρίτης ηλικίας με μερικής μορφής άνοια υφίστανται και την πιο μεγάλη επιβάρυνση και παρουσιάζουν πιο μεγάλη νοσηρότητα σε σχέση με φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας χωρίς άνοια

Η περιποίηση ενός ηλικιωμένου ασθενή που πάσχει από κάποιας μορφής άνοιας είναι μια εμπειρία πολύ πιο ψυχοπιεστική από την περιποίηση ενός ανήμπορου σωματικά ηλικιωμένου, για λόγους που σχετίζονται με τη περιποίηση ασθενών με άνοια(προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την άνοια, μεγάλη ανάγκη για υποστήριξη και έλλειψη ελεύθερου χρόνου από το φροντιστή, απομόνωση του φροντιστή, προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ηλικιωμένου, η οποία δεν αφήνει τα χρονικά περιθώρια για να εμφανιστούν οι θετικές συνέπειες για τον φροντιστή της περιποίησης ενός ηλικιωμένου (Pinguart and S.Sorensen, 2003). Φυσικά το 48% των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας με άνοια βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποιας μορφής ψυχιατρική συμπτωματολογία .

##### **β. σχέση φροντιστή και ηλικιωμένου.**

Οι φροντιστές- σύζυγοι των ατόμων τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας(σωματικά και ψυχολογικά) σε σχέση με τους φροντιστές που έχουν άλλη σχέση με τον ηλικιωμένο(παιδιά, αδέρφια, φίλοι, άλλοι). Αυτό, γιατί είναι πιθανότερο να έχουν προβλήματα που να σχετίζονται με την ηλικία τους", προσφέρουν τέσσερις φορές περισσότερο συχνά την περιποίηση στους άτομα τρίτης ηλικίας σε σχέση με τους υπόλοιπους συγγενείς και γιατί αναφέρεται πως είναι λιγότερο πιθανό, σε σχέση με τους άλλους φροντιστές, να ασχολούνται με εναλλακτικές δραστηριοτήτων εκτός

σπιτιού, που φαίνεται να δρουν προστατευτικά έναντι της πίεσης που έχουν οι φροντιστές (Barber & Pasley, 1994).

### **γ. ηλικία.**

Η σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή επηρεάζεται από την ηλικία του μέσα από κάποιους μηχανισμούς: τα πιο ηλικιωμένα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους είναι πιο επιβαρυνμένοι στην σωματική, στην ψυχική υγεία τους, αλλά και στον οικονομικό τομέα.". Η ηλικία όμως συσχετίζεται έμμεσα με την κατάθλιψη, αφού έχει σχέση με τις δυνατότητες και την ωριμότητα των αμυντικών ψυχο ογικων μηχανισμών .

Τα πιο ηλικιωμένα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ασχολούνται πολύ λιγότερο με δραστηριότητες που θα τους προφυλάξουν από το την πίεση και το άγχος, ενώ ταυτόχρονα έχουν απωλέσει και κοινωνικούς ρόλους που σχετίζονται με την ηλικία και πιθανότερα να κατείχαν όσο ήταν νεότεροι .

Τέλος τα πιο ηλικιωμένα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν υποστηρικτικές δομές κοινωνικής πρόνοιας που θα βοηθούσαν το έργο τους, κυρίως λόγω έλλειψης σωστής ενημέρωσης".

Οι διαφορές στην κατάθλιψη είναι πιο ουσιαστικές ανάμεσα σε φροντιστές και μη φροντιστές, όταν το δείγμα είναι μεγάλοι σε ηλικία, αναφορικά με όταν το δείγμα είναι νεότεροι σε ηλικία φροντιστές" (Hooker et all, 1998).

### **δ. φύλο.**

"Κυρίως οι γυναίκες, δέχονται πιο μεγάλη ψυχολογική πίεση από τους άνδρες, κυρίως γιατί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε περισσότερους τομείς

περιποίησης σε σχέση με τους άνδρες φροντιστές, γιατί είναι πιο πιθανό να έχουν αναλάβει καθήκοντα κύριου φροντιστή, σε σύγκριση με τους άνδρες, που πολύ συχνά αναλαμβάνουν καθήκοντα δευτερεύοντος φροντιστή" (Yee & Schulz,2000).

#### **ε. άλλοι παράγοντες.**

Αρκετές εργασίες επιβεβαιώνουν ότι οι ώρες που διαθέτουν τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους για την περιποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους, στους φροντιστές

Για τα ψυχοπαιστικά γεγονότα δεν υφίστανται εργασίες που να καταγράφουν τη σχέση τους με το stress των φροντιστών, άλλα μόνο ότι τα ψυχοπαιστικά γεγονότα συνδέονται με την κακή ψυχολογική κατάσταση και τα σωματικά συμπτώματα (Quayhagen, Quayhagen 1988).

Η κοινωνική υποστήριξη των φροντιστών έχει και αυτή σχέση με την υγεία τους. Σε περιπτώσεις όπου οι δομές κοινωνικής υποστήριξης υπολειτουργούν, τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους βιώνουν εντονότερα το βάρος της περιποίησης για τους άτομα τρίτης ηλικίας και απομονώνονται κοινωνικά. Αυτά τα δυο στοιχεία συνδέονται με αύξηση του stress των φροντιστών (Spaid, Brusck 1991)".

#### **1.5 Επιβάρυνση φροντιστών.**

Οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών επιβαρύνονται επανειλημμένα λόγω της φύσης της εργασίας τους. Η αντίδραση αυτή είναι μία ψυχοκοινωνική αντίδραση που είναι γνωστή και με τους όρους carer ή caregiver burden. (Parks and Novielli, 2003). Οι Parks et al. (2003) και οι George και Gwyther το 1986 δίνουν τον ορισμό για την επιβάρυνση των φροντιστών σαν ένα φαινόμενο με σωματική, κοινωνική, ψυχολογική και οικονομική διάσταση το οποίο βιώνεται σαν επακόλουθο σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και

οικονομικών ζητημάτων που εντοπίζονται στις οικογένειες και το γενικότερο περιβάλλον των ηλικιωμένων μελών. Οι πάσχοντες από caregiver burden μπορεί να αισθάνονται υπερένταση, δυσφορία, να έχουν άγχος, αισθήματα απώλειας ελέγχου, μοναξιά και απομόνωση κ.ά.

Σε σχέση με τους μη φροντιστές, οι φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων αναφέρουν πολύ περισσότερες εμπειρίες με τα στοιχεία που περιγράφηκαν πριν. Επίσης, τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών, συνήθως από το οικογενειακό τους περιβάλλον, τις περισσότερες φορές αναφέρουν τέτοια αισθήματα απόγνωσης με τριπλάσια συχνότητα από εκείνη του γενικού πληθυσμού, με συμπτώματα μειωμένης ενέργειας αλλά και αϋπνίας. Επίσης μπορεί να αισθάνονται κόπωση, αίσθημα ματαίωσης, ευερεθιστότητα, μοναξιά, θυμό, αλλά και μειωμένη αντοχή και υπομονή (Οικονόμου, 2000).

Η προσπάθεια να ανταποκριθούν οι συγγενείς στα προβλήματα της υγείας του πάσχοντος, δεν τους αφήνει περιθώρια να εστιάσουν πιο πολύ στα δικά τους συναισθήματα για αυτήν την κατάσταση. Το μέλος της οικογένειας που αναλαμβάνει τις ευθύνες φροντίδας του ασθενή έρχεται αντιμέτωπο με ζητήματα σε καθημερινή βάση όπως η δυσκολία του ασθενή να ντυθεί ή να φάει, ή να πάει τουαλέτα.

Συνήθως οι care takers έχουν να αναλάβουν και δουλειές με τις οποίες πριν δεν ήταν εξοικειωμένοι όπως π.χ το μαγείρεμα ή δουλειές του σπιτιού. Όσο ο ασθενής εξαρτάται περισσότερο από τους άλλους, η ένταση σε όποιον τον φροντίζει ανεβαίνει και νιώθει μοναξιά, απομόνωση, άγχος και κατάθλιψη. (O' Brien, 2000). Αυτά επιφέρουν επιβάρυνση στον care taker η οποία είναι και ένα μέτρο των συνεπειών της φροντίδας ενός ηλικιωμένου ασθενούς στον φροντιστή του (Argimon et al, 2004).

Οι Parks και Novielli (2003) διεξήγαγαν μία έρευνα σε 510 φροντιστές. Οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν συμπτώματα άγχους πολύ περισσότερο από την ομάδα σύγκρισης μη-φροντιστών όπως και λιγότερες δραστηριότητες. Η φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς επιβαρύνει όποιον τον φροντίζει. Ο

φροντιστής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ανάλογα και με την δυσλειτουργία του ασθενούς, και γενικά ενώ αν έχει δυσκολίες στον ύπνο ο φροντιστής αναγκαστικά επιβαρύνεται. Οι πιο υπεύθυνοι φροντιστές, όπως είναι αναμενόμενο είναι και οι πιο επιβαρυνμένοι. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι η φροντίδα τέτοιων ασθενών είναι επιζήμια για την υγεία των φροντιστών.

Σύμφωνα με τους Vitaliano et al. (2003), που διεξήγαν έρευνα και εστίασαν στη σχέση της παροχής φροντίδας και της αυτο-αναφερόμενης σωματικής υγείας του φροντιστή ηλικιωμένου ασθενούς, κατέληξαν ότι οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών έχουν κάπως υψηλότερη επικινδυνότητα στην εκδήλωση προβλημάτων υγείας σε σύγκριση με μη-φροντιστές.

Σε ό,τι αφορά την έρευνα στην υγεία των ατόμων φροντίδας, σύμφωνα με τους Parks και Novielli (2000), κατά μεγάλο μέρος εστιάζονται στην ποιότητα ζωής σε ψυχολογικό επίπεδο.

Οι Argimon et al. (2004) ερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών με την υγεία τους σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η μελέτη έγινε στην Καταλονία της Ισπανίας κατέδειξε ότι οι γυναίκες φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής που έχει να κάνει με κακή σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση πάντα με τον γενικό πληθυσμό.

Η διαταραχή που ερευνάται περισσότερο στους φροντιστές είναι φυσικά η κατάθλιψη. Αρκετές είναι οι έρευνες που δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους περιθάλποντες ήταν υψηλή σε επίπεδα από 18-47%. Μία μελέτη αποκάλυψε ότι το 17,5% των φροντιστών έπασχαν από άγχος.

Για κάποιους ερευνητές το 60 με 70% των συγγενών που φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς στο σπίτι υποφέρουν από άγχος και άλλη διαταραχή ή νόσο (Ο' Brien, 2000). Επιπλέον, οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών έχουν μια αντίληψη για την υγεία τους χειρότερη από ότι άτομα που δεν είναι

φροντιστές. Ταυτόχρονα έρευνες δείχνουν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα αυτών των ατόμων είναι πιο ευαίσθητο (Parks and Novielli, 2000).

Οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών σύμφωνα με την 2η φάση της Καναδικής Μελέτης (1996-1997) εμφανίζουν χρόνια προβλήματα υγείας και συμπτώματα κατάθλιψης. Οι φροντιστές επιβαρύνονται περισσότερο, όπως είναι φυσικό, από ασθενείς με μεγαλύτερη συχνότητα διαταραγμένης συμπεριφοράς αλλά και η ανεπαρκής υποστήριξη τους συγκαταλέγονται στους παράγοντες που μπορεί πιο εύκολα να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επιπλέον, οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών που η συμπεριφορά τους είναι περισσότερο διαταραγμένη και δυσλειτουργική δέχονται λιγότερη βοήθεια από το περιβάλλον τους σε σχέση με όσους έχουν τους ασθενείς σε ιδρύματα. (Lindsay and Anderson, 2004).

Οι Schulz et al.(1999), με μια μελέτη για τους φροντιστές, ανακάλυψαν ότι οι ηλικιωμένες σύζυγοι είχαν 63% μεγαλύτερο επίπεδο θνησιμότητας (σε σχέση με την ομάδα ελέγχου) αποτέλεσμα που είναι σύμφωνο και με άλλες έρευνες για επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας σε μέλη της οικογένειας ως φροντιστές (O' Brien, 2000).

Οι φροντιστές είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν ότι η δική τους υγεία και ισορροπία είναι εξίσου σημαντική στον ρόλο τους, όσο η προσοχή και η υπευθυνότητα. Η φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς θα πρέπει να επιμερίζεται στο φιλικό και συγγενικό περιβάλλον αλλά και στους επαγγελματίες υγείας.

Αναφορικά με την οικονομική επιβάρυνση των φροντιστών, πιο πολλοί από τους μισούς Έλληνες φροντιστές αναφέρουν πως έχουν αντιμετωπίσει οικονομικά προβλήματα τουλάχιστον «μερικές φορές», σαν αποτέλεσμα της περιποίησης που προσφέρουν στους άτομα τρίτης ηλικίας . Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στη μελέτη των φροντιστών και της περιποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι και η διερεύνηση των σχέσεων του φροντιστή με την οικογένειά του. Σύμφωνα πάντως με τους McKinlay και συνεργάτες, οι μεγαλύτερες



επιπτώσεις της περιποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας αφορούσαν την προσωπική ζωή των φροντιστών (61 %) σε σχέση με την οικογενειακή τους ζωή (18%) ή την εργασία (15-20%) (McKinlay et all, 1995). Η έννοια της επιβάρυνσης, ως ερευνητική δομή, αποτελεί μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μεταβλητές στην έρευνα της περιποίησης, τόσο ως προβλεπτικός παράγοντας όσο και ως αποτέλεσμα της

Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης εισήχθη αρχικά από τους Grad & Sainsbury κατά την εξέταση της περιποίησης των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν η οικογένεια άρχισε να γίνεται «το ίδρυμα επιλογής»<sup>13</sup> για τη περιποίηση αυτών των ασθενών. Οι Hoening & Hamilton ξεκαθάρισαν την έννοια περισσότερο, με την εισήγησή τους ότι τα γεγονότα, οι δραστηριότητες και συγκεκριμένα περιστατικά χρειάζεται να διαχωριστούν από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της περιποίησης, δίνοντας έτσι την πρώτη διχοτόμηση της έννοιας σε υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

Η υποκειμενική επιβάρυνση έχει να κάνει με την υποκειμενική εμπειρία της περιποίησης, τα συναισθήματα του φροντιστή αναφορικά με την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προξενούνται στο άτομο. Μερικοί συγγραφείς έχουν αναφερθεί ιδιαίτερα στην επιβάρυνση που προξενείται στο άτομο που φροντίζει άτομα τρίτης ηλικίας ενώ άλλοι έθεσαν την έννοια της επιβάρυνσης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της ΝΑ, ορίζοντάς την ως την «επίδραση των αλλαγών στην αντίληψη και συμπεριφορά του ατόμου με ΝΑ στην οικογένεια και τη συνεπακόλουθη ανάγκη του ασθενούς για περιποίηση και επίβλεψη».

Ο όρος «επιβάρυνση της περιποίησης» χρησιμοποιείται τώρα με έναν ευρύτερο τρόπο και αναφέρεται στα φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τα οποία πιθανόν να βιώνονται από άτομα που φροντίζουν χρονίως άρρωστα ή ανήμπορα μέλη της οικογένειάς τους. Έτσι, οι νεότεροι ορισμοί καθορίζουν την επιβάρυνση ως την «πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της

περιποίησης σε σχέση με τον προσωπικό χρόνο, τους κοινωνικούς ρόλους, τις φυσικές και συναισθηματικές καταστάσεις, τους οικονομικούς και στηρικτικούς πόρους των φροντιστών, δεδομένων των άλλων πολλαπλών ρόλων που έχουν να εκπληρώσουν».

Η επιβάρυνση της περιποίησης ενός ασθενούς με άνοια μπορεί να θεωρηθεί ως η συναισθηματική αντίδραση σε απαιτήσεις της περιποίησης που υπαγορεύονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη νοητική και τη λειτουργική κατάσταση του λήπτη

Τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους που δεν είναι σε θέση να προσαρμόσουν ή να τροποποιήσουν στρατηγικές που θα μειώσουν τις απαιτήσεις της περιποίησης, βιώνουν αυτό που ονομάζεται «επιβάρυνση».

### **1.5.1 Κλίμακα επιβάρυνσης**

"Μια ευρύτατα διαδεδομένη κλίμακα για τη μέτρηση της επιβάρυνσης της περιποίησης ασθενών με άνοια, η οποία έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, είναι το "The Burden Interview"

Η ΚΕ κατασκευάστηκε το 1984 ως σύνθετο μέτρο που συνδυάζει ποικίλες πλευρές των φροντιστών στη περιποίηση . Όταν η μελέτη απαιτεί ξεχωριστά μέτρα για ειδικές διαδικασίες του stress, τότε θα ήταν πιο κατάλληλη η χρήση άλλων εργαλείων, τα οποία αξιολογούν πιο συγκεκριμένα τους τομείς του ενδιαφέροντος (Pinquart and Sorensen, 2003).

### **Αξιοπιστία**

Ως αξιοπιστία ενός ερευνητικού εργαλείου ορίζεται η έκταση στην οποία το εργαλείο δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις και αναφέρεται στην αναλογία ακρίβειας και ανακρίβειας στη μέτρηση. Στις

εκτιμήσεις εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιείται ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach, με τον οποίο υπολογίζεται η εσωτερική συνέπεια ή η ομοιογένεια ενός εργαλείου.

### **Εγκυρότητα**

Η εγκυρότητα αναφέρεται στο κατά πόσο ένα ερευνητικό εργαλείο μετρά με ακρίβεια αυτό που υποτίθεται ότι μετρά. Μια κλίμακα μπορεί να είναι αξιόπιστη αλλά να μην είναι έγκυρη, και η υψηλή αξιοπιστία δεν αποτελεί απαραίτητη ένδειξη της εγκυρότητας, ενώ το έγκυρο εργαλείο είναι πάντοτε αξιόπιστο.

### **Ανάλυση παραγόντων**

Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων «στοχεύει στην αξιολόγηση της εγκυρότητας του τρόπου διαχείρισης μιας ομάδας δεικτών, με τρόπο που να αντανακλούν την ίδια έννοια» (Pinquart and Sorensen, 2003).

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης κρίθηκε σκόπιμο να γίνει διερεύνηση παραγόντων, για να εξακριβωθούν οι συγκεκριμένες διαστάσεις της επιβάρυνσης. Αυτό το εγχείρημα θα βοηθούσε στην εισήγηση μέτρων για την αντιμετώπιση ειδικών και όχι μόνο γενικών προβλημάτων στη περιποίηση ασθενών με άνοια.

### **Η διαδικασία μετάφρασης της Κλίμακας Επιβάρυνσης**

Η ΚΕ χρησιμοποιήθηκε έπειτα από γραπτή άδεια των συγγραφέων για μετάφρασή της στα ελληνικά. Τα δύο άτομα που μετέφρασαν το κείμενο εργάστηκαν άσχετα από το ότι ο κύριος στόχος της αντίστροφης μετάφρασης ήταν να διασφαλιστεί ότι οι ερωτήσεις σε δύο γλώσσες θα είχαν την ίδια σημασία (Pinquart and Sorensen, 2003).

## **1.6.Ευρωπαϊκές πολιτικές για τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων.**

Οι επικρατέστερες τάσεις στις πολιτικές των ευρωπαϊκών χωρών για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης ανάγκης για φροντίδα υγείας είναι αρχικά ότι αφορά την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας (ανοιχτή περίθαλψη), μέσα στο πλαίσιο της οποίας υπάρχουν εναλλακτικές μορφές ιδρυμάτων. Επίσης επεκτάθηκαν οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, εξειδικεύτηκαν οι υπηρεσίες κοινοτικής και κατ' οίκον φροντίδας (βοήθεια στο σπίτι, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία ημέρας) κ.λπ.

Ενώ ως μια ακόμα φάση είναι η παροχή των υπηρεσιών φροντίδας για τους ηλικιωμένους που κινείται σε πλαίσια του δημόσιου τομέα, μη κυβερνητικούς οργανισμούς και την εκκλησία.

## **1.7.Σχέση ιδρυματικής και κοινοτικής φροντίδας**

Οι πιο πολλές χώρες της Ε.Ε εφαρμόζουν τακτικές με στόχο τη διατήρηση περισσότερων ηλικιωμένων για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο προσωπικό τους χώρο (το σπίτι τους). Οι υπηρεσίες στο σπίτι αναπτύσσονται σαν μια σταδιακή προσαρμογή στις δημογραφικές αλλαγές

Τις δύο τελευταίες περίπου δεκαετίες η Δανία και η Σουηδία σημείωσαν μείωση στην αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων που δεχόταν ιατρική φροντίδα καθώς επεκτάθηκε η φροντίδα στο σπίτι σε μεγαλύτερο βαθμό. Το ίδιο έγινε και στην Ολλανδία. Χώρες όπως η Φινλανδία έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας Στην Ιρλανδία η μακροχρόνια νοσηλεία σε νοσοκομειακές μονάδες αποτελεί τον κυριότερο τρόπο παροχής μακροχρόνιας φροντίδας για τη τρίτη ηλικία. Στη Γαλλία τα νοσοκομεία έχουν πολύ σημαντικό ρόλο αλλά στις άλλες χώρες η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε νοσοκομεία έχει μειωθεί σημαντικά και έχει αντικατασταθεί από άλλες μορφές ιδρυματικής ή κοινοτικής φροντίδας.

### **1.7.1 Μέτοχοι συστήματος παροχής υπηρεσιών φροντίδας για την τρίτη ηλικία στις χώρες της Ε.Ε.**

Οι κύριοι μέτοχοι του συστήματος παροχής φροντίδας για την τρίτη ηλικία στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι: το κράτος, οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί και μη οργανισμοί και η οικογένεια (OECD 1998).

### **1.8 Ο Ρόλος του κράτους**

Σε όλα τα κράτη η κεντρική κυβέρνηση χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες φροντίδας για τους ηλικιωμένους αλλά σε πολλές περιπτώσεις όμως τοπική αυτοδιοίκηση έχει σημαντικότερο ρόλο αφού αντικατοπτρίζει τις ανάγκες της κοινότητας. Οι ενέργειες στο τοπικό επίπεδο κλιμακώνονται από την άμεση παροχή των υπηρεσιών έως τη ρύθμιση του επιπέδου των υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα οι δήμοι στην ΤΑ έχουν μεγαλύτερη εξουσία σε σχέση με τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (OECD 1998).

### **1.9 Ο Ρόλος των ιδιωτικών οργανισμών**

Αναφορικά με τους ιδιωτικούς οργανισμούς που σχετίζονται με τη παροχή φροντίδας για τη τρίτη ηλικία, οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί κατέχουν σημαντική θέση σε πολλές χώρες. Για παράδειγμα στη Γερμανία αποτελούν τους πιο σημαντικούς προμηθευτές υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας. Σημαντικός είναι ο ρόλος τους και στην χώρα μας.

Ο ρόλος των ιδιωτικών κερδοσκοπικών οργανισμών είναι λιγότερο σημαντικός σε σχέση με αυτόν των μη κερδοσκοπικών. Στην Μ. Βρετανία οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί έχουν κυριότερη θέση στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι ιδιωτικοί ατομικοί φροντιστές για τους ηλικιωμένους έχουν λιγότερο ξεκάθαρο και ασήμαντο ρόλο με μοναδική εξαίρεση την περίπτωση των των φίλων ή των συγγενών ευπαθών ηλικιωμένων (OECD 1998).

### **1.10 Ο Ρόλος της οικογένειας**

Η οικογένεια έχει την πιο σημαντική θέση στην παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους στις πιο πολλές χώρες. Στην χώρα μας θεωρείται ως η σημαντικότερη μονάδα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας. Στην Αυστρία υπάρχει νομική ευθύνη στα μέλη της οικογένειας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών. Στη χώρα της Γερμανίας η νομική ευθύνη είναι περιορισμένη στη χρηματοδότηση- οικονομική υποστήριξη των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη και στο Βέλγιο στη νομική κηδεμονία για πρόσωπο που είναι πνευματικά ανίκανο. Σε αρκετές χώρες έχουν παρθεί μέτρα που υποστηρίζουν τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν άτομο μεγάλης ηλικίας όπως εκπαιδευτικά προγράμματα, υπηρεσίες

### **1.11 Διαστάσεις ποιότητας: ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ηλικιωμένων**

Η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται αποτελεί σημείο κεντρικού ενδιαφέροντος για πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα από την οπτική γωνία των ίδιων των ηλικιωμένων πρέπει να εξεταστεί σε σχέση με τα παρακάτω βασικά θέματα: την αυτονομία, την διαφύλαξη της προσωπικής ζωής και την δυνατότητα επιλογής από τον καταναλωτή.

Η διαφύλαξη της προσωπικής ζωής απορρέουν από την ιδρυματικής φροντίδας και οι περισσότερες χώρες δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας όπως στη Φιλανδία.

### **1.12 Οριοθέτηση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην Ε.Ε.**

Ένα από τα σημαντικά πρόβλημα που έχει παρατηρηθεί όσον αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας για τους ηλικιωμένους στην Ε.Ε. αλλά και σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, κυρίως σε σχέση με την ανάγκη για μακρόχρονη φροντίδα, είναι ο καθορισμός των ορίων μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών.

Το πρόβλημα αυτό σχετίζεται με τη διαφορά στην ίδια τη φύση των υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγείας αφορούν τη θεραπεία των ασθενειών και έτσι το πρωταρχικό τους γνώρισμα είναι η βραχυπρόθεσμη περίθαλψη των ασθενών. Η παραδοσιακή διάκριση μεταξύ υγείας και ασθενειών έχει επιτρέψει τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας να ορίσουν το σκοπό των υπηρεσιών με επιστημονικό τρόπο. Όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες δεν θεωρείται ότι οι χρήστες των υπηρεσιών αυτών θα θεραπευτούν από κάτι με την επιστημονική έννοια του όρου θεραπεία, απλά θα έχουν μια βοήθεια και στήριξη της παρούσας κατάστασης τους. Έτσι οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι μάλλον λιγότερο επαγγελματικές υπό την επιστημονική ή ιατρική άποψη. Έτσι σύμφωνα με την παραπάνω λογική οι κοινωνικές και οι υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν ξεχωριστά .

Ένα παράδειγμα του προβλήματος της οριοθέτησης των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών που τίθεται σήμερα μπορεί να είναι το πως θα καθοριστούν οι ανάγκες ενός ηλικιωμένου και το αν αυτός είναι δικαιούχος για φροντίδα καθώς επίσης και ποιο θα είναι το περιεχόμενο των υπηρεσιών που αυτός είναι δικαιούχος.

Είναι χαρακτηριστικό των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ότι δεν είναι ξεκάθαρο πότε κάποιος είναι δικαιούχος των υπηρεσιών. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας αυτό εξαρτάται από τη διάγνωση του γιατρού. Ένα σημείο στο οποίο υπάρχει διαφορά είναι στις μεθόδους χρηματοδότησης Στην Ιταλία μόνο οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από το ΕΣΥ ενώ οι κοινωνικές όχι.

Ένα άλλο στοιχείο πού πρέπει να σημειωθεί είναι ότι σε πολλές χώρες η παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι καθολική, γενική ενώ η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαρτάται από το εισόδημα του ασθενή ή έχει άλλους περιορισμούς πράγμα που έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Εντούτοις το νέο περιεχόμενο των υπηρεσιών που παρέχονται κάτω από την κάλυψη της μακροχρόνιας φροντίδας καθορίζεται αποκλειστικά από την θέση των ηλικιωμένων ως αποδέκτες των υπηρεσιών.



## **Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία**

### **2.1 Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να εστιάσει στην επιβάρυνση των γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων. Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι:

- Να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι
- Να καταγραφεί η επιβάρυνση που υφίστανται τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν.
- Να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας των των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι

### **2.2 Φιλοσοφία έρευνας**

Η φιλοσοφία μιας έρευνας μπορεί να είναι είτε οντολογική, είτε θετικιστική, είτε ρεαλιστική. Η οντολογία ως φιλοσοφία έρευνας σχετίζεται με τις υπονοούμενες ή σαφείς υποθέσεις των ερευνητών για το πώς στοιχειοθετείται η «γνώση». Στην οντολογία επικρατεί η υπόθεση ότι μπορούμε να «μάθουμε» μόνο μέσα από τα τελικά αποτελέσματα - «το αποτέλεσμα θα φανεί στην πορεία». Η γνώση αποτελείται από ιδέες που λειτουργούν, και συχνά μπορούμε να ανακαλύψουμε τι λειτουργεί μόνο δοκιμάζοντας κάποια πράγματα και κάνοντας αλλαγές σε καταστάσεις (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Ο θετικισμός, ο οποίος αποτελεί και τη φιλοσοφία έρευνας στην παρούσα μελέτη, εμπερικλείει στοιχεία τόσο από την επαγωγική προσέγγιση, όσο και από την παραγωγική. Για μερικούς συγγραφείς, ο θετικισμός είναι μια περιγραφική κατηγορία - μια κατηγορία που περιγράφει μια φιλοσοφική θέση, η οποία μπορεί να γίνει αντιληπτή στην έρευνα. Παράλληλα γίνεται μια αρκετά σαφής διάκριση μεταξύ θεωρίας και έρευνας (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Ο

ρόλος της έρευνας είναι να ελέγχει τις θεωρίες και να προσφέρει υλικό για την ανάπτυξη των νόμων. Ο Plugh (1983), περιγράφει ότι από την εργασία της έρευνας συγκεντρώνονται στοιχεία πάνω στα οποία βασίζονται γενικεύσιμες προτάσεις οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν. Αλλά και οι δύο αυτές σχέσεις μεταξύ θεωρίας και έρευνας ενέχουν το συμπέρασμα ότι η συγκέντρωση παρατηρήσεων μπορεί να γίνει με τρόπο που δεν επηρεάζεται από προ-υπάρχουσες θεωρίες. Επιπλέον, θεωρητικοί όροι που δεν μπορούν να τροποποιηθούν άμεσα από την παρατήρηση δεν θεωρούνται πραγματικά επιστημονικοί (Αθανασίου, 2000). Για να συμβαίνει αυτό, πρέπει να είναι σε θέση να επιδέχονται την ακαμψία της παρατήρησης.

Η φαινομενολογία τέλος, ασχολείται με το ερώτημα πως τα άτομα αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους και ειδικότερα με ποιο τρόπο ο φιλόσοφος αποκλείει τις προκαταλήψεις του στην αντίληψη που έχει για τον κόσμο αυτό (Παρασκευόπουλος, 1993).

### **2.3 Ερευνητική στρατηγική**

Τα πιο σημαντικά είδη έρευνας είναι:

- **Εθνογραφία (Ethnography)**

Η εθνογραφία είναι μία μέθοδος ποιοτικής έρευνας που έχει τις ρίζες τις στον κλάδο της ανθρωπολογίας και επιχειρεί να περιγράψει τις αντιλήψεις των ανθρώπων για τις διάφορες έννοιες και γεγονότα μέσα στο πλαίσιο που λαμβάνουν μέρος. Αυτή η προσέγγιση ποιοτικής έρευνας δεν θέτει ερωτήσεις που θα προκαθορίζουν τις απαντήσεις αλλά παράγει υποθέσεις από τις πλούσιες περιγραφές των συμμετεχόντων (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η εθνογραφία ως μεθοδολογία έρευνας ξεκινά από τον επιστημονικό κλάδο της κοινωνικής και πολιτιστικής ανθρωπολογίας, όπου απαιτείται από τον εθνογράφο να περάσει κάποιο σημαντικό χρόνο στο πεδίο έρευνας (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

- **Θεμελιωμένη θεωρία (Grounded theory)**

Χρησιμοποιείται κυρίως στις ποιοτικές μεθόδους. Η κωδικοποίηση των ποιοτικών δεδομένων είναι ένα από τα πιο αποφασιστικά στάδια στη διαδικασία της ανάλυσης. «Κωδικοποίηση σημαίνει απόδοση νοήματος ή πληροφορίας σε τμήματα των δεδομένων άρα συνδέεται άρρηκτα με την *τμηματοποίηση των δεδομένων (data segmentation)* (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011)».

- **Μελέτη Περίπτωσης (Case study research)**

Μελέτη Περίπτωσης (Case Study research) είναι (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011):

1. μια συγκεκριμένη περίπτωση ενός στοιχείου που χρησιμοποιείται ή αναλύεται προκειμένου να επεξηγήσει μια θεωρητική άποψη ή αρχή.
2. μια διαδικασία ή ιστορικό έρευνας στην οποία γίνεται λεπτομερής μελέτη της εξέλιξης ενός ατόμου, ομάδας ή κατάστασης μέσα σε μια χρονική περίοδο

Ο όρος Μελέτη Περίπτωσης έχει δύο νοήματα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει μια ανάλυση συγκεκριμένης περίπτωσης, όπως για παράδειγμα έναν συγκεκριμένο οργανισμό, ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει μια μεθοδολογία έρευνας.

- **Έρευνα Δράσης (Action research)**

Η έρευνα δράσης, είτε επιχειρεί να λύσει άμεσα το πρόβλημα, είτε αποτελεί μια στοχαστική διαδικασία σταδιακής επίλυσης προβλημάτων στην οποία εμπλεκούνται και τα άτομα που συμμετέχουν. Υπάρχουν λοιπόν δύο τύποι έρευνας δράσης: η συμμετοχική έρευνα δράσης και η πρακτική έρευνα δράσης (Atkins & Wallace, 2012).

### **Μελέτη πεδίου (Field study)**

«Η Μελέτη Πεδίου είναι η έρευνα για τα μεγαλύτερα κομμάτια πολιτιστικής γνώσης». Ο Spradley ορίζει ένα πεδίο (domain) ως την «συμβολική κατηγορία που περιέχει άλλες κατηγορίες» (σ.100). Ένα Πεδίο λοιπόν, είναι μια συλλογή κατηγοριών, οι οποίες μοιράζονται ένα συγκεκριμένο είδος σχέσης.

Ο ερευνητής ξεκινά με ένα γενικό πρόβλημα ή σημείο εστίασης και αρχίζει να μαζεύει τα δεδομένα από ανοικτές ερωτήσεις σε συνεντεύξεις που μαγνητοφωνούνται και μεταφέρονται λέξη προς λέξη στο χαρτί με αντιγραφή (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

- **Πειραματική Έρευνα (experimental research):**

Πραγματοποιείται μέσω της συγκέντρωσης πρωτογενών στοιχείων, με επιλογή ομάδων ομοίων υποκειμένων, συμπεριφερόμενοι σε αυτές με διαφορετικό τρόπο, ελέγχοντας τους σχετικούς παράγοντες και καταγράφοντας αντιδράσεις των ομάδων (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

- **Έρευνα επισκόπησης**

Μέσα από την έρευνα επισκόπησης, ο ερευνητής αντλεί πληροφορίες από τους ερωτώμενους για την καταγραφή του βαθμού ενημέρωσης των γνώσεών τους, του ενδιαφέροντος, των απόψεων, και των στάσεων τους απέναντι στο εξεταζόμενο θέμα (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η παρούσα έρευνα θα είναι επισκοπική, καθώς η ερευνήτρια θα διεξάγει πρωτογενή ποσοτική έρευνα, στην οποία θα μελετά τις γνώσεις, τις απόψεις και τις στάσεις των ερωτώμενων πάνω στο θέμα που διερευνά.

## 2.4 Είδος έρευνας

Η έρευνα μπορεί να είναι είτε διερευνητική, είτε συμπερασματική. Η διερευνητική έρευνα διεξάγεται για ένα πρόβλημα που δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. Αυτού του είδους η έρευνα βοηθά να καθοριστεί καλύτερα ο σχεδιασμός της έρευνας, η μέθοδος συλλογής δεδομένων και η επιλογή των θεμάτων. Θα πρέπει μόνο να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα με εξαιρετική προσοχή (Shields & Rangarjan, 2013). Λαμβάνοντας υπόψη τον θεμελιώδη χαρακτήρα της, η διερευνητική έρευνα συχνά καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ένα αντιληπτό πρόβλημα δεν υπάρχει στην πραγματικότητα. Η διερευνητική έρευνα συχνά βασίζεται σε δευτερογενή έρευνα όπως είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση ή σε ποιοτικές προσεγγίσεις όπως είναι οι άτυπες συζητήσεις με τις ομάδες που συμμετέχουν στην έρευνα και τέλος σε πιο επίσημες προσεγγίσεις μέσα από τις εις βάθος συνεντεύξεις, ομάδες εστίασης, προβολικές μεθόδους, περίπτωση μελετών ή πιλοτικών μελετών (Shields & Hassan, 2006). Το Διαδίκτυο τέλος, επιτρέπει στις διερευνητικές μεθόδους να έχουν και διαδραστικό χαρακτήρα (Babbie, 2007).

Η συμπερασματική έρευνα έχει στόχο να παρέχει πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εξαγωγή συμπερασμάτων και τη λήψη αποφάσεων. Τείνει να είναι ποσοτικής φύσεως, δηλαδή με τη μορφή αριθμών, τα οποία μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να συνοψισθούν. Η συμπερασματική έρευνα στηρίζεται τόσο σε δευτερογενή στοιχεία, ιδιαίτερα στις βάσεις δεδομένων που αναλύονται όσο και σε πρωτογενή, που συγκεντρώθηκαν ειδικά για την μελέτη. Η συμπερασματική έρευνα μπορεί να υποδιαιρεθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την περιγραφική ή στατιστική έρευνα και την αιτιώδη έρευνα (Neenlankavil, 2007).

Η παρούσα έρευνα θα είναι συμπερασματική, περιγραφική και στατιστική καθώς είναι ποσοτική και καθώς θα εξάγει συμπεράσματα για τη λήψη αποφάσεων

Η μέθοδος μιας έρευνας μπορεί να είναι ποσοτική ή ποιοτική. Η ποσοτική καταλήγει σε ποσοστά και αριθμούς. Η ποιοτική έρευνα «διερευνά τα νοήματα και τις αναπαραστάσεις που αποδίδουν τα υποκείμενα σε κοινωνικά φαινόμενα και διαδικασίες». Παράλληλα στοχεύει «στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και χαρακτηριστικών κοινωνικών ομάδων απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα *πώς* και *γιατί*» (Σταθακόπουλος, 2001).

Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την ποσοτική προσέγγιση περιγράφουν πρώτα το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο ανήκει το υπό μελέτη θέμα, προκειμένου να κατανοήσουν τη θέση στην οποία οι άνθρωποι επηρεάζουν ή επηρεάζονται από το φαινόμενο ή τη συμπεριφορά (Boland, 1985). Οι ποσοτικές μέθοδοι λειτουργούν με την άμεση επαφή ατόμων στο περιβάλλον έρευνας, με λεκτικά δεδομένα και παρατήρηση (Van Maanen, 1979).

Όταν η έρευνα έχει να κάνει με την μελέτη του *πώς* οι άνθρωποι βιώνουν μία εμπειρία και *ποιες* είναι οι απόψεις τους, όταν κανείς εξερευνά ένα νέο πεδίο όπου οι έννοιες του δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως, όταν κανείς εκτιμά αν μια νέα υπηρεσία ή προϊόν είναι εφαρμόσιμα, τότε πρέπει να χρησιμοποιεί την μεθοδολογία της ποιοτικής προσέγγισης (Hancock et al, 2007).

Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική, δεδομένου ότι θα συλλεχθούν ποσοτικά στοιχεία. Η ποσοτική έρευνα βασίζεται σε αξιόπιστες, αριθμητικές και στατιστικές μετρήσεις του συνολικού πληθυσμού.

#### **2.4.1 Εργαλείο έρευνας**

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσης μελέτης είναι:

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι;
2. Ποια είναι η επιβάρυνση που υφίστανται ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν στους ηλικιωμένους;

3. Ποια είναι η κατάσταση της υγείας τους;

## 2.5 Μέθοδος δειγματοληψίας

Ο σχεδιασμός του δείγματος σε μια έρευνα απαιτεί τη λήψη τριών αποφάσεων. Πρώτον, σε ποιους απευθύνεται η έρευνα (δειγματοληπτική μονάδα). Η απάντηση στο ερώτημα αυτό δεν είναι πάντα προφανές. Για παράδειγμα, για να μελετήσουν τη διαδικασία λήψης απόφασης για την αγορά ενός οικογενειακού αυτοκινήτου, θα πρέπει οι ερευνητές να πάρουν συνέντευξη από τον σύζυγο, τη σύζυγο, από άλλα μέλη της οικογένειας, από πωλητές αντιπροσωπειών, ή απ' όλους αυτούς. Οι ερευνητές πρέπει να προσδιορίσουν τι πληροφορίες χρειάζονται και ποιος είναι πιθανότερο να τις έχει. Δεύτερον, σε πόσους ανθρώπους θα πρέπει να γίνει η έρευνα (μέγεθος δείγματος). Τα μεγάλα μεγέθους δείγματα δίνουν πιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα απ' ό,τι τα μικρά μεγέθους. Ωστόσο, εάν έχει επιλεγεί σωστά τότε δείγμα που αντιπροσωπεύει το 1% του πληθυσμού μπορεί να παράσχει αξιόπιστα αποτελέσματα. Τρίτον, πως θα πρέπει να επιλέγονται οι άνθρωποι του δείγματος (διαδικασία δειγματοληψίας) (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Χρησιμοποιώντας τα πιθανά, τυχαία δείγματα, κάθε μέλος του πληθυσμού μπορεί να συμπεριληφθεί στο δείγμα, και οι ερευνητές μπορούν να υπολογίσουν τα όρια εμπιστοσύνης για δειγματοληπτικό σφάλμα. Όμως, όταν το πιθανό δείγμα κοστίζει υπερβολικά ή χρειάζεται υπερβολικό χρόνο για να ολοκληρωθεί η έρευνα με το συγκεκριμένο δείγμα, οι ερευνητές συχνά παίρνουν μη-τυχαία δείγματα, ακόμη κι αν το δειγματοληπτικό σφάλμα τους δεν μπορεί να μετρηθεί. Αυτοί οι διάφοροι τρόποι εξαγωγής δειγμάτων έχουν διαφορετικό κόστος και χρονικούς περιορισμούς καθώς και διαφορετική ακρίβεια και στατιστικές ιδιότητες (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Στα πιθανά δείγματα εντάσσεται η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας ή απλή τυχαία δειγματοληψία. Η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι η

απλούστερη όλων των μεθόδων, αλλά και η πιο ακριβή μέθοδος. Η αυθεντική τυχαία δειγματοληψία προϋποθέτει καθιέρωση ενός κανόνα, μιας μεθόδου, η οποία εξασφαλίζει ίση πιθανότητα σε κάθε στοιχείο του πληθυσμού να επιλέγεται στο δείγμα. Η μέθοδος αυτή εξασφαλίζει την πλήρη αντιπροσώπευση του πληθυσμού στο δείγμα, πράγμα που σημαίνει άνεση στους στατιστικούς χειρισμούς, αλλά συγχρόνως προϋποθέτει τέλεια δειγματοληπτικά πλαίσια και υψηλό κόστος, διότι χρειάζεται, κατά κανόνα, μεγαλύτερα δείγματα ιδιαίτερα σε πληθυσμό με μεγάλη γεωγραφική διασπορά. Δύο θέματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην απλή τυχαία δειγματοληψία. Ο εντοπισμός του κατάλληλου δειγματοληπτικού πλαισίου και ο καθορισμός του κριτηρίου βάσει του οποίου θα γίνει τυχαία επιλογή του δείγματος (Ιωαννίδης, 2005).

Η δειγματοληψία κατά στρώματα ή στρωματοποιημένη δειγματοληψία, επιλέγεται από τους ερευνητές, που επιθυμούν να προσεγγίσουν δείγματα με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα. Είναι μέθοδος που τα αποτελέσματα που προκύπτουν έχουν μεγαλύτερη στατιστική ακρίβεια. Η στρωματοποιημένη δειγματοληψία βασίζεται στο γεγονός ότι διαφορετικές υποομάδες στον πληθυσμό επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό το ερευνώμενο μέγεθος. Δεν θα ήταν, επομένως, επιθυμητό να επιλέξουμε ένα δείγμα τυχαίο από όλο τον πληθυσμό, αλλά μικρότερα δείγματα από κάθε επιμέρους στρώμα του πληθυσμού. Κάθε στρώμα θεωρείται ως ξεχωριστός πληθυσμός, γίνεται δηλαδή ξεχωριστή δειγματοληψία σε κάθε τέτοιο στρώμα και, στη συνέχεια, από τα αποτελέσματα κάθε στρώματος καταλήγουμε στο συνολικό αποτέλεσμα αφού σταθμίσουμε τα αποτελέσματα από το κάθε στρώμα στον υπολογισμό των τελικών παραμέτρων του συνολικού δείγματος. Βάση για το διαχωρισμό του πληθυσμού σε στρώματα αποτελεί ο εντοπισμός ομάδων οι οποίες συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο απέναντι στο ερευνώμενο μέγεθος. Αν το ποσοστό του δείγματος είναι ίσο σε όλα τα στρώματα τότε μιλάμε για αναλογική στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Όταν, όμως, τα διαφορετικά στρώματα έχουν διαφορετική βαρύτητα για το ερευνώμενο μέγεθος, τότε



επιλέγουμε διαφορετικό ποσοστό δείγματος από κάθε στρώμα και μιλάμε για μη αναλογική στρωματοποιημένη δειγματοληψία (Σταθακόπουλος, 2001).

Η δειγματοληψία κατά ομάδες (cluster sampling) μοιάζει λίγο με τη στρωματοποιημένη δειγματοληψία, υπό την έννοια ότι, και εδώ, χωρίζουμε το συνολικό μέγεθος σε υπό-σύνολα. Στην περίπτωση της δειγματοληψίας κατά ομάδες, χωρίζουμε τον πληθυσμό σε υπό-σύνολα διαφορετικά το ένα από το άλλο. Στην συνέχεια επιλέγουμε τυχαία ένα δείγμα υποσυνόλων, οπότε ορισμένα υποσύνολα του πληθυσμού αποκλείονται, σε αντίθεση με τη στρωματοποιημένη δειγματοληψία στην οποία στην επιλογή περιέχονται όλα τα υπό-σύνολα. Συνήθως, στη δειγματοληψία κατά ομάδες καταβάλλεται προσπάθεια ώστε τα υπο-σύνολα που επιλέγονται να είναι μικρά ώστε να γίνονται μετρήσεις σε όλο το υποσύνολο. Πολλές φορές, αυτό ενδείκνυται διότι δεν είναι δυνατόν να δομηθούν μικρά υποσύνολα και, επομένως, συνεχίζουμε διαδοχικά να επιλέγουμε υποσύνολα από 10 επιλεγμένα υποσύνολα, καταλήγοντας στο τελικό δείγμα τότε έχουμε τη μέθοδο δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων, η οποία μπορεί να είναι δυο ή περισσότερων σταδίων. Πολλές φορές, επιλέγεται ένα δείγμα υπό-συνόλων, σε πρώτη φάση, και στη συνέχεια, από αυτό το δείγμα υποσυνόλων, επιλέγεται ένα άλλο δείγμα υποσυνόλων κ.ο.κ η διαδικασία αυτή μπορεί να συνεχίζεται σε πολλά στάδια, εφόσον είναι αναγκαίο και οι συνθήκες της ιδιομορφίας του πληθυσμού το επιτρέπουν. Η δειγματοληψία κατά ομάδες χρησιμεύει ιδιαίτερα για μεγάλους και διάσπαρτους πληθυσμούς όταν χρειάζεται να συλλεχθεί ένα μεγάλο δείγμα (Ιωαννίδης, 2005).

Τα μη πιθανά δείγματα, αφορούν σε δειγματοληψία ποσοστώσεων (quota sampling). Ποσοστώση είναι το μέγεθος του δείγματος μιας υπο-ομάδας. Μερικές φορές είναι χρήσιμο να ορίζονται ποσοστώσεις προκειμένου να διασφαλίζεται ότι το δείγμα εκφράζει τις σχετικές υπο-ομάδες του πληθυσμού-στόχου που ενδιαφέρει. Για παράδειγμα, οι απόψεις των ανδρών διαφέρουν από αυτές των γυναικών σε πολλούς τομείς. Εάν επιθυμείτε η έρευνά σας να

εκφράζει με ακρίβεια τις απόψεις του γενικού πληθυσμού, θα πρέπει να εξασφαλίσετε ότι το ποσοστό ανδρών είναι 48% ενώ των γυναικών 52% στο δείγμα σας αφού τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού βάσει της στατιστικής υπηρεσίας είναι 48% και 52% αντίστοιχα (Σταθακόπουλος, 2001).

Το δείγμα ευκολίας είναι μία μη-πιθανή τεχνική δειγματοληψίας όπου τα άτομα επιλέγονται εξαιτίας της εύκολης προσβασιμότητας στον ερευνητή. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν την κρίση (εμπειρία) τους στην επιλογή μελών του πληθυσμού, τα οποία έχουν καλές πιθανότητες να τους δώσουν ακριβείς πληροφορίες.

Ένα δείγμα χιονοστιβάδας επιτυγχάνεται ζητώντας από έναν συμμετέχοντα να προτείνει κάποιον άλλον ο οποίος είναι κατάλληλος για την έρευνα. Το δείγμα χιονοστιβάδας είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε πληθυσμούς που είναι δύσκολο να εξευρεθούν δείγματα (Σταθακόπουλος, 2001).

## **2.6 Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα θα ακολουθήσει την παραγωγική ερευνητική προσέγγιση καθώς η ερευνήτρια θα μείνει αμέτοχη σε όσα θα παρατηρήσει. Επίσης θα είναι επισκοπική, καθώς η ερευνήτρια θα διεξάγει πρωτογενή ποσοτική έρευνα, στην οποία θα μελετά τις γνώσεις, τις απόψεις και τις στάσεις των ερωτώμενων πάνω στο θέμα που διερευνά. Η παρούσα έρευνα τέλος θα είναι συμπερασματική, περιγραφική και στατιστική καθώς είναι ποσοτική και καθώς θα εξάγει συμπεράσματα για τη λήψη αποφάσεων.

Η έρευνα θα συλλέξει πρωτογενή στοιχεία, μέσα από τους ίδιους τους φροντιστές, χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο της το ερωτηματολόγιο. Η κατασκευή του ερωτηματολογίου θα πραγματοποιηθεί από την ίδια την ερευνήτρια και οι ερωτήσεις θα αφορούν τη συλλογή πληροφοριών σχετικών με τους ερευνητικούς στόχους. Οι ερωτήσεις θα είναι κλειστού τύπου, λόγω των

πλεονεκτημάτων τους να αναλυθούν πιο εύκολα (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Το δείγμα θα αποτελέσουν 100 γυναίκες φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων. Η μέθοδος δειγματοληψίας που θα ακολουθεί θα είναι η μέθοδος της χιονοστιβάδας.

## **2.7 Περιορισμοί έρευνας**

Οι δυσκολίες που ενδεχομένως ανακύψουν κατά την πραγματοποίηση της μελέτης είναι η εύρεση των ατόμων που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Για το λόγο αυτό η ερευνήτρια αποφάσισε να επιλέξει τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Έχοντας υπόψη της άτομα γνωστά που φροντίζουν ηλικιωμένους, θα απευθυνθεί πρωτίστως σε αυτά και μετά θα τους ζητήσει να της συστήσουν άλλα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους.

## **2.8 Δεοντολογία έρευνας**

Τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν από την παρούσα έρευνα είναι να μη θιχτεί κάποιο άτομο –φροντιστής κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για το λόγο αυτό θα δοθεί μεγάλη προσοχή κατά τη διατύπωση των ερωτήσεων. Επίσης τα άτομα–φροντιστές θα διατηρήσουν την ανωνυμία τους, ενώ θα δώσουν τη συναίνεσή τους να συμμετάσχουν στην έρευνα αλλά ανά πάσα στιγμή το θελήσουν θα μπορούν να αποχωρήσουν.

### Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα έρευνας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα κάποιου άλλου ατόμου με πρόβλημα υγείας. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιείται περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά).

Πίνακας 1

#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		N	%
Ηλικία	18-30	17	17,0%
	31-40	13	13,0%
	41-50	21	21,0%
	51-60	27	27,0%
	60+	22	22,0%
Μορφωτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	14	14,1%
	Απόφοιτος δημοτικού ή φοίτηση σε λίγες τάξεις	16	16,2%
	Απόφοιτος γυμνασίου ή φοίτηση σε λίγες τάξεις	34	34,3%
	Απόφοιτος ανώτατης/ανωτερης εκπαίδευσης	35	35,4%
Επάγγελμα	Οικιακά	20	20,0%
	Αγρότης	9	9,0%
	Δημόσιος υπάλληλος	10	10,0%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	14	14,0%
	Συνταξιούχος	19	19,0%
	Εργάτης	4	4,0%
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13	13,0%
	Άνεργος	10	10,0%
	Φοιτητής	1	1,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	61	61,0%

Άγαμος	18	18,0%
Διαζευγμένος-σε διάσταση	8	8,0%
Χήρος	10	10,0%
Συζεί	3	3,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 το 27% των ερωτώμενων είναι ηλικίας από 51-60 ετών, το 22% είναι πάνω από 60 ετών, το 21% είναι από 41-50 ετών, το 13% είναι 31-40 ετών και το 17% είναι από 18-30 ετών. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο το 35,4% είναι απόφοιτοι ανώτατης/ανώτερης εκπαίδευσης, το 34,3% είναι απόφοιτοι γυμνασίου ή έχουν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του γυμνασίου, το 16,2% είναι απόφοιτοι δημοτικού ή έχουν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του δημοτικού και το υπόλοιπο 14,1% είναι αναλφάβητοι. Όσον αφορά το επάγγελμα το 19% είναι συνταξιούχοι, το 20% ασχολείται με τα οικιακά, το 14% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 10% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 13% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 10% είναι άνεργοι και το υπόλοιπο 1% είναι φοιτητές. Τέλος το 61% είναι παντρεμένοι, το 18% είναι άγαμοι, το 10% είναι χήροι, το 8% είναι διαζευγμένοι/σε διάσταση και το υπόλοιπο 3% συζεί.

## Πίνακας 2

### Σχέση με τον ηλικιωμένο στον οποίο παρέχεται η φροντίδα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Φίλος	19	19,0	19,0	19,0
Σύζυγος	13	13,0	13,0	32,0
Γείτονας	12	12,0	12,0	44,0
Άλλος συγγενής	56	56,0	56,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 το 19% των ερωτώμενων είναι φίλοι προς το άτομο που παρέχουν φροντίδα, το 13% είναι οι σύζυγοι τους, το 12% είναι γείτονες και

το 56% είναι άλλοι συγγενείς (31% γονείς, 9% παππούδες/γιαγιάδες, 7% αδέρφια, 3% θείοι, 4% πεθεροί, 1% νονά, 1% ξαδέρφια).

### Πίνακας 3

#### Ασθένεια ηλικιωμένων

	N	%
CA ΝΕΦΡΟΥ	1	1,0
Α.Ε.Ε. (ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ)	1	1,0
Α.Ε.Ε.-ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ-ΑΦΑΣΙΑ ΛΟΓΟΥ	1	1,0
ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΟ-ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ	1	1,0
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	1	1,0
ΑΛΤΖΧΑΙΜΕΡ	5	5,0
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	5	5,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ	1	1,0
ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	2	2,0
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	1	1,0
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	1	1,0
ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ-ΙΛΛΙΓΓΟΥΣ	1	1,0
ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ	13	13,0
ΔΙΑΤΑΡΡΑΧΗ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ)	2	2,0
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	6	6,0
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ-ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ-ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ	1	1,0
ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	1	1,0
ΖΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	1	1,0
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΗΣ	6	6,0
ΚΑΡΚΙΝΟΣ	10	10,0
ΚΑΤΑΓΜΑ	4	4,0
ΚΙΡΣΟΙ	1	1,0

=

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΙΓΗ	2	2,0
ΚΥΡΩΣΗ ΥΠΠΑΤΟΣ	1	1,0
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	8	8,0
ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΪΜΕΡ	3	3,0
ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΥ	1	1,0
ΟΞΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ	3	3,0
ΠΙΕΣΗ	1	1,0
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΘΡΙΤΙΔΑ	2	2,0
ΣΑΚΧΑΡΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ-ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ	1	1,0
ΣΚΛΗΡΗΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	1	1,0
ΤΥΦΛΟΣ	1	1,0
ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ-ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	1	1,0
ΧΑΠ (ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ)	3	3,0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	3	3,0
ΧΝΑ (ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ) ΥΠΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ	1	1,0
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	2,0
Total	100	100,0

Το 13% των ερώμενων ανέφερε ότι το άτομο που φροντίζουν πάσχει από γεροντική άνοια, το 10% από καρκίνο, το 8% από νεφρική ανεπάρκεια, το 6% από καρδιοπάθεια, το 6% από εγκεφαλικό, το 5% από αναπηρία, ένα ακόμα 5% από αλτσχαιμερ, το 4% από κατάγματα, το 3% αναρρώνει από χειρουργείο, το 3% από ΧΑΠ, το 2% από διαταραχή του μυοσκελετικού, το 2% από ψυχολογικά και το υπόλοιπο 33% από διάφορα άλλα προβλήματα υγείας.

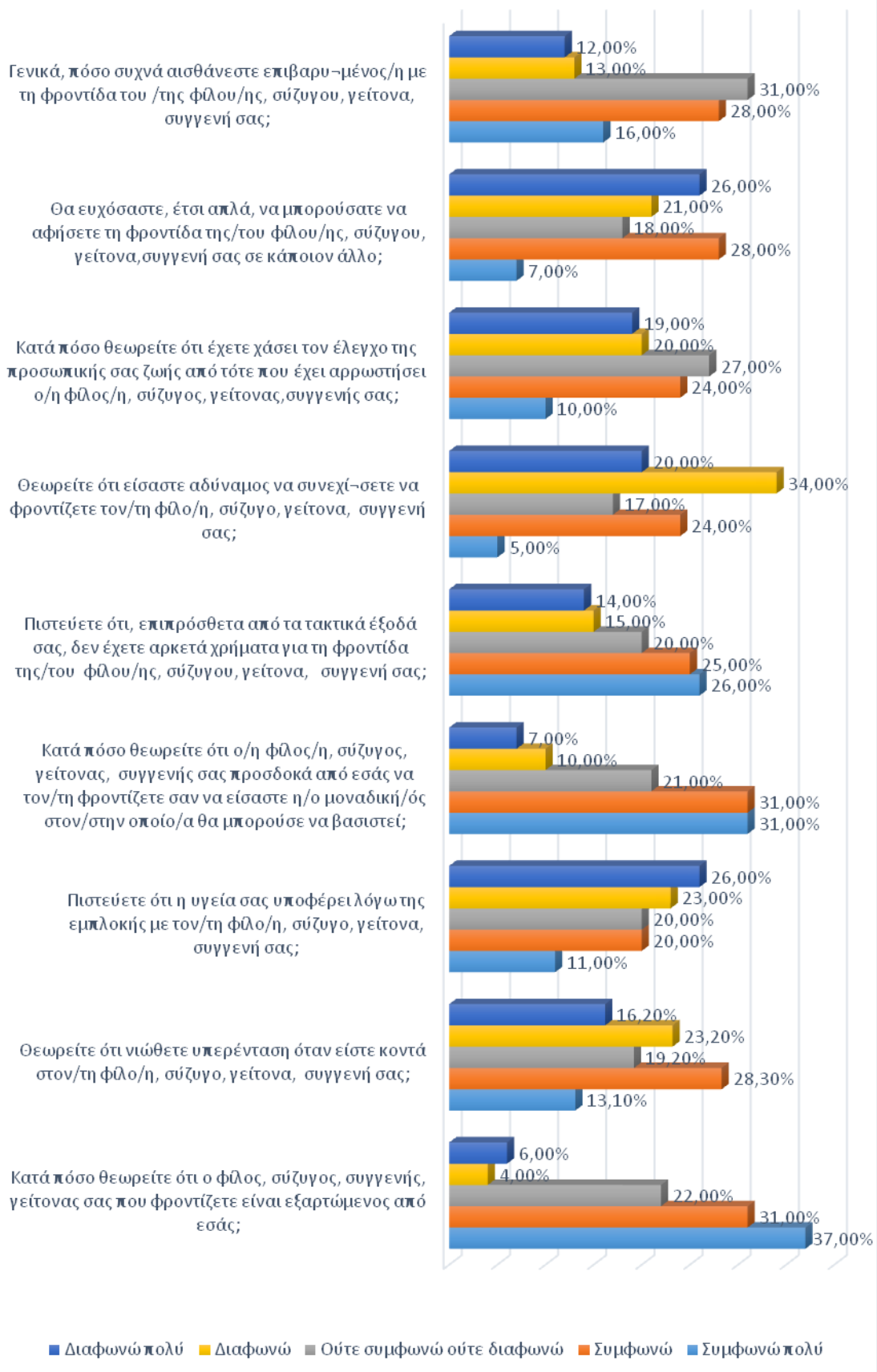
## Πίνακας 4

### Προσωπική ένταση

	Συμφωνώ ΠΟΛΥ		Συμφωνώ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ ΠΟΛΥ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο φίλος, σύζυγος, συγγενής, γείτονας σας που φροντίζετε είναι εξαρτώμενος από εσάς;	37	37,0%	31	31,0%	22	22,0%	4	4,0%	6	6,0%
Θεωρείτε ότι νιώθετε υπερένταση όταν είστε κοντά στον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	13	13,1%	28	28,3%	19	19,2%	23	23,2%	16	16,2%
Πιστεύετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	11	11,0%	20	20,0%	20	20,0%	23	23,0%	26	26,0%
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η φίλος/η, σύζυγος, γείτονας, συγγενής σας προσδοκά από εσάς να τον/τη φροντίζετε σαν να είσαστε η/ο μοναδική/ός στον/στην οποίο/α θα μπορούσε να βασιστεί;	31	31,0%	31	31,0%	21	21,0%	10	10,0%	7	7,0%
Πιστεύετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του φίλου/ης, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	26	26,0%	25	25,0%	20	20,0%	15	15,0%	14	14,0%
Θεωρείτε ότι είσαστε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	5	5,0%	24	24,0%	17	17,0%	34	34,0%	20	20,0%
Κατά πόσο θεωρείτε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η φίλος/η, σύζυγος, γείτονας, συγγενής σας;	10	10,0%	24	24,0%	27	27,0%	20	20,0%	19	19,0%
Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του φίλου/ης, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	7	7,0%	28	28,0%	18	18,0%	21	21,0%	26	26,0%
Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνόμενος/η με τη φροντίδα του /της φίλου/ης, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	16	16,0%	28	28,0%	31	31,0%	13	13,0%	12	12,0%



Σύμφωνα με τον πίνακα 5 το 68% των ερωτώμενων θεωρεί πως το άτομο που φροντίζουν είναι εξαρτώμενο από τους ίδιους (22% ουδέτερη στάση), το 62% θεωρεί πως το άτομο που φροντίζουν προσδοκά να το φροντίζουν σαν να είναι οι μοναδικοί στους οποίους θα μπορούσαν να βασιστούν (21% ουδέτερη στάση), το 51% πιστεύει ότι δεν έχει αρκετά χρήματα για τη φροντίδα του ατόμου που φροντίζουν πλέον των τακτικών εξόδων τους (20% ουδέτερη στάση), το 41,4% θεωρεί ότι νοιώθει υπερένταση όταν είναι κοντά στο άτομο που φροντίζει (19,2% ουδέτερη στάση), το 44% αισθάνεται επιβαρυνμένος με τη φροντίδα του ατόμου που έχουν αναλάβει (31% ουδέτερη στάση), το 35% εύχεται να μπορούσε να αφήσει έτσι απλά την φροντίδα του ατόμου σε κάποιο άλλο άτομο (18% ουδέτερη στάση), το 34% θεωρεί πως έχει χάσει τον έλεγχο της ζωής του από τότε που έχει αρρωστήσει το άτομο που φροντίζει (27% ουδέτερη στάση), το 31% πιστεύει ότι η υγεία του υποφέρει λόγω της εμπλοκής του με το άτομο που φροντίζει (20% ουδέτερη στάση) και το 29% θεωρεί τον εαυτό του αδύναμο να συνεχίσει να φροντίζει το άτομο που έχει αναλάβει (17% ουδέτερη στάση).



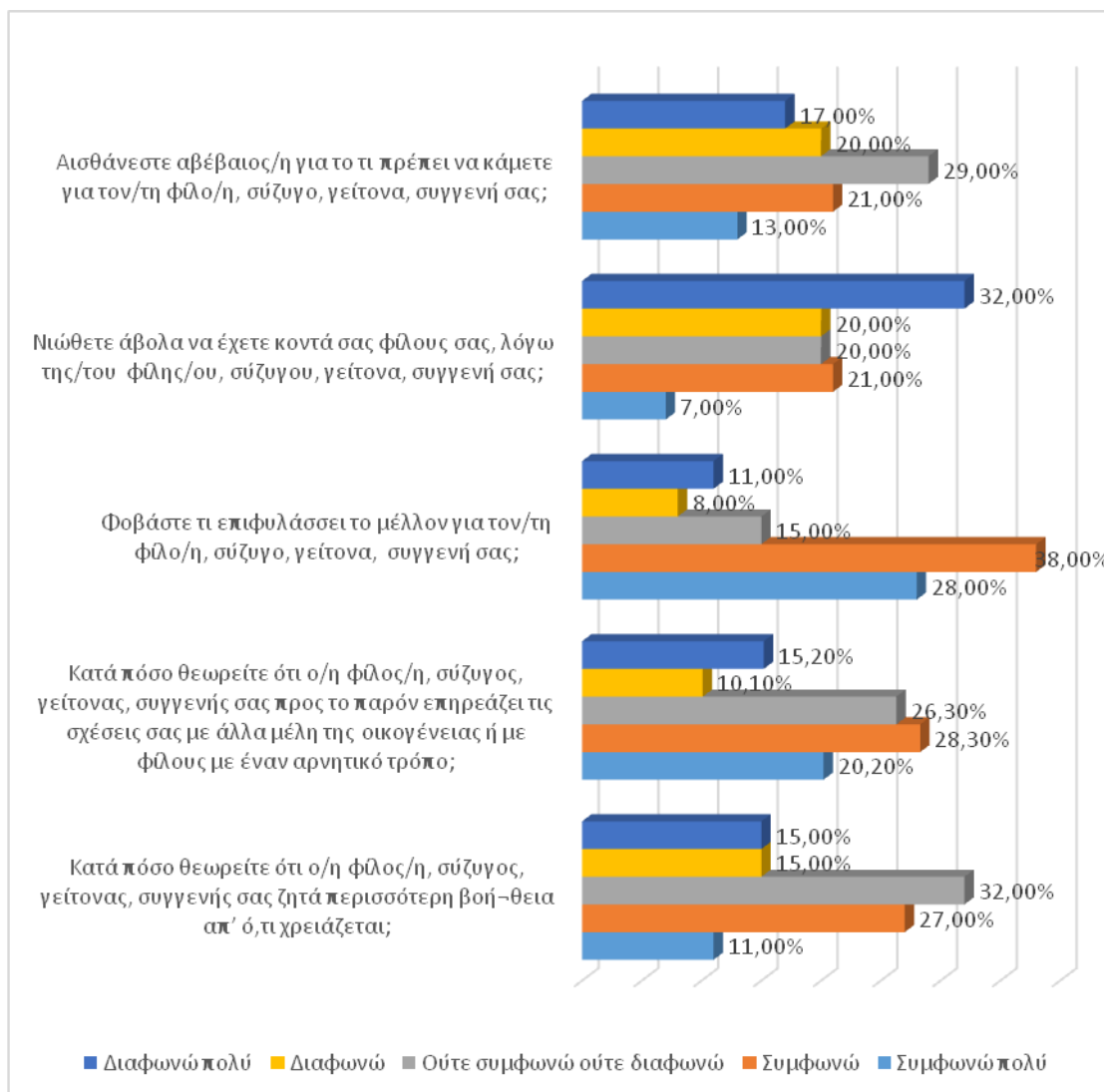
Πίνακας 6

Ένταση του ρόλου

	Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ πολύ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η φίλος/η, σύζυγος, γείτονας, συγγενής σας ζητά περισσότερη βοή-θεια απ' ό,τι χρειάζεται;	11	11,0%	27	27,0%	32	32,0%	15	15,0%	15	15,0%
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η φίλος/η, σύζυγος, γείτονας, συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με έναν αρνητικό τρόπο;	20	20,2%	28	28,3%	26	26,3%	10	10,1%	15	15,2%
Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	28	28,0%	38	38,0%	15	15,0%	8	8,0%	11	11,0%
Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του φίλης/ου, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	7	7,0%	21	21,0%	20	20,0%	20	20,0%	32	32,0%
Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμετε για τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	13	13,0%	21	21,0%	29	29,0%	20	20,0%	17	17,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 το 66% των ατόμων φοβάται για το μέλλον των ανθρώπων που φροντίζουν (15% ουδέτερη στάση), το 48,5% θεωρεί πως το άτομο που φροντίζουν επηρεάζει τις σχέσεις τους με άλλα μέλη της οικογένεια ή με φίλου με αρνητικό τρόπο (26,3% ουδέτερη στάση), το 38% θεωρεί πως το άτομο που φροντίζουν ζητά περισσότερη φροντίδα από ότι χρειάζεται (32% ουδέτερη στάση), το 34% αισθάνεται αβέβαιο για το τι πρέπει να κάνει για το άτομο που φροντίζει (29% ουδέτερη στάση) και το 28% νοιώθει άβολα να έχει

κοντά του φίλους λόγω της κατάστασης του ατόμου που φροντίζουν (20% ουδέτερη στάση).



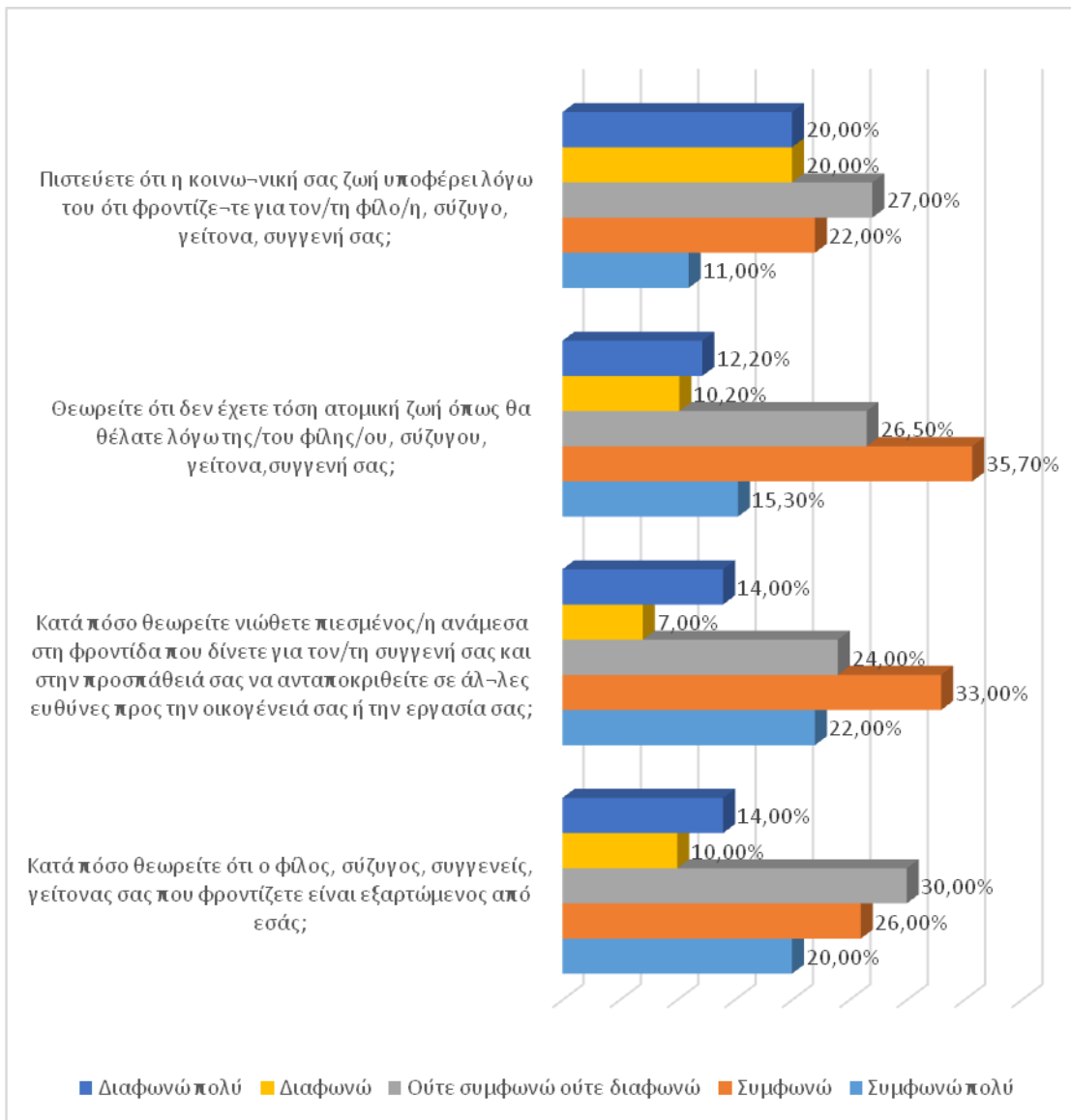
Πίνακας 7

Αποστέρηση σχέσεων

	Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ πολύ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο φίλος, σύζυγος, συγγενείς, γείτονας σας που φροντίζετε είναι εξαρτώμενος από εσάς;	20	20,0%	26	26,0%	30	30,0%	10	10,0%	14	14,0%
Κατά πόσο θεωρείτε νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;	22	22,0%	33	33,0%	24	24,0%	7	7,0%	14	14,0%
Θεωρείτε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του φίλης/ου, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	15	15,3%	35	35,7%	26	26,5%	10	10,2%	12	12,2%

	Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ πολύ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο φίλος, σύζυγος, συγγενείς, γείτονας σας που φροντίζετε είναι εξαρτώμενος από εσάς;	20	20,0%	26	26,0%	30	30,0%	10	10,0%	14	14,0%
Κατά πόσο θεωρείτε νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;	22	22,0%	33	33,0%	24	24,0%	7	7,0%	14	14,0%
Θεωρείτε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του φίλης/ου, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	15	15,3%	35	35,7%	26	26,5%	10	10,2%	12	12,2%
Πιστεύετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	11	11,0%	22	22,0%	27	27,0%	20	20,0%	20	20,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 55% των ατόμων νοιώθει πιεσμένο ανάμεσα στη φροντίδα που δίνει για τα άτομα που φροντίζει και στην προσπάθεια τους να ανταποκριθούν σε άλλες ευθύνες (245 ουδέτερη στάση), το 51% θεωρεί πως δεν έχει ατομική ζωή λόγω του ατόμου που φροντίζουν (26,5% ουδέτερη στάση), το 46% θεωρεί πως το άτομο που φροντίζουν είναι εξαρτώμενα από τους ίδους (30% ουδέτερη στάση) και το 33% πιστεύει ότι η κοινωνική του ζωή υποφέρει λόγω του ατόμου που φροντίζουν (27% ουδέτερη άποψη).



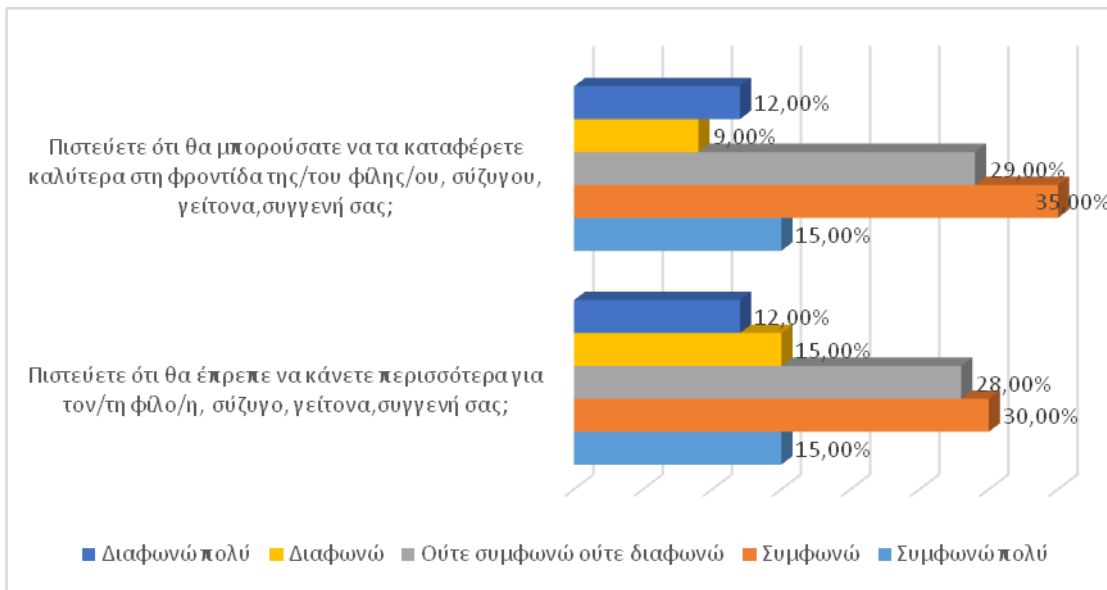
Πίνακας 8

Διαχείριση της φροντίδας

	Συμφωνώ πολύ		Συμφωνώ συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ πολύ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη φίλο/η, σύζυγο, γείτονα, συγγενή σας;	15	15,0%	30	30,0%	28	28,0%	15	15,0%	12	12,0%
Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/του φίλης/ου, σύζυγου, γείτονα, συγγενή σας;	15	15,0%	35	35,0%	29	29,0%	9	9,0%	12	12,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 το 50% πιστεύει ότι θα μπορούσε να τα καταφέρει καλύτερα στη φροντίδα του ατόμου που έχει αναλάβει (29% ουδέτερη στάση) και το 45% πιστεύει ότι θα έπρεπε να κάνει περισσότερα για το άτομο που φροντίζει (28% αρκετά).





## Συζήτηση

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εστιάσει στην επιβάρυνση των γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων. Επιμέρους στόχοι της εργασίας ήταν: α) να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι, β) να καταγραφεί η επιβάρυνση που υφίστανται τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν και γ) να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι.

Ως προς τα χαρακτηριστικά των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι μπορεί να ειπωθεί ότι αυτοί, ως επί το πλείστον, ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 51-60 ετών, είναι απόφοιτοι ανώτατης/ανώτερης εκπαίδευσης, ασχολούνται με τα οικιακά και είναι παντρεμένοι. Σύμφωνα με τους Walker και Avant (1995), ο μέσος όρος ηλικίας των φροντιστών είναι τα 51,7 έτη. Επίσης σύμφωνα με τον Brody (1990) το άτομο που θα αναλάβει το ρόλο του κυρίως φροντιστή είναι συνήθως ένα άτομο με ελάχιστες ή περιορισμένες οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι παρέχουν φροντίδα σε συγγενείς όπως γονείς, παππούδες/γιαγιάδες, αδέρφια, πεθερικά. Σύμφωνα εξάλλου με τον Brody (1990) πιο συχνά η/ο σύζυγος αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της περιποίησης. Όταν αυτός απουσιάζει η κόρη είναι αυτή που θα αναλάβει την περιποίηση του ηλικιωμένου, ενώ σε απουσία της κόρης την περιποίηση αναλαμβάνει ο γιος, αν και σ αυτές τις περιπτώσεις οι γιοι μεταφέρουν αρκετές από τις υποχρεώσεις στις γυναίκες τους. Τέλος, ως προς την ασθένεια από την οποία πάσχουν τα άτομα που φροντίζουν οι περισσότεροι ανέφεραν τη γεροντική άνοια.

Αναφορικά με την επιβάρυνση που υφίστανται τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν, η έρευνα συμπέρανε ότι ως προς την προσωπική ένταση, οι περισσότεροι ερωτώμενοι βιώνουν σε σημαντικό βαθμό προσωπική ένταση καθώς θεωρούν πως το άτομο

που φροντίζουν είναι εξαρτώμενο από τους ίδιους, προσδοκά να το φροντίζουν σαν να είναι οι μοναδικοί στους οποίους θα μπορούσαν να βασιστούν, δεν έχουν αρκετά χρήματα για τη φροντίδα του ατόμου που φροντίζουν πλέον των τακτικών εξόδων τους.

Το παραπάνω συμφωνεί με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς οι Given & Given (1991) αναφέρουν φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν ηλικιωμένα ανήμπορα άτομα

Επίσης οι Pinguart και Sorensen (2003), αναφέρουν πως τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους ατόμων τρίτης ηλικίας με μερικής μορφής άνοια υφίστανται και την πιο μεγάλη επιβάρυνση και παρουσιάζουν πιο μεγάλη νοσηρότητα σε σχέση με φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας χωρίς άνοια. Η περιποίηση ενός ηλικιωμένου ασθενή που πάσχει από κάποιας μορφής άνοια είναι μια εμπειρία πολύ πιο ψυχοπιεστική από την περιποίηση ενός ανήμπορου σωματικά ηλικιωμένου, για λόγους που σχετίζονται με τη περιποίηση ασθενών με άνοια(προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την άνοια, μεγάλη ανάγκη για υποστήριξη και έλλειψη ελεύθερου χρόνου από το φροντιστή, απομόνωση του φροντιστή, προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ηλικιωμένου, η οποία δεν αφήνει τα χρονικά περιθώρια για να εμφανιστούν οι θετικές συνέπειες για τον φροντιστή της περιποίησης ενός ηλικιωμένου .

Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των ατόμων που φροντίζουν χωρίς αμοιβή ηλικιωμένους στο σπίτι, αρκετοί νιώθουν υπερένταση όταν είναι κοντά στο άτομο που φροντίζουν, αισθάνονται επιβαρυνμένοι με τη φροντίδα του ατόμου που έχουν αναλάβει, εύχονται να μπορούσαν να αφήσουν έτσι απλά την φροντίδα του ατόμου σε κάποιο άλλο άτομο. Επίσης, θεωρούν πως έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους από τότε που έχει αρρωστήσει το άτομο που φροντίζουν, πιστεύουν ότι η υγεία τους υποφέρει λόγω της εμπλοκής τους με το άτομο που φροντίζουν και θεωρούν τον εαυτό τους αδύναμο να συνεχίσει να φροντίζει το άτομο που έχει αναλάβει.

Οι Tilden & Galyen (1987) αναφέρουν ότι η επιβάρυνση που επέρχεται ως αποτέλεσμα της φροντίδας μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε ποικίλες πλευρές της ζωής του ατόμου, του ασθενούς ο οποίος λαμβάνει τη φροντίδα, της οικογένειας και του συστήματος υγείας.

Ως προς την ένταση του ρόλου βρέθηκε ότι είναι αρκετά απαιτητικός ο ρόλος καθώς οι περισσότεροι φοβούνται για το μέλλον των ανθρώπων που φροντίζουν, θεωρούν πως το άτομο που φροντίζουν επηρεάζει τις σχέσεις τους με άλλα μέλη της οικογένεια ή με φίλους με αρνητικό τρόπο, θεωρούν πως το άτομο που φροντίζουν ζητά περισσότερη φροντίδα από ότι χρειάζεται, αισθάνονται αβέβαιοι για το τι πρέπει να κάνουν για το άτομο που φροντίζουν και νοιώθουν άβολα να έχουν κοντά τους φίλους λόγω της κατάστασης του ατόμου που φροντίζουν.

Σύμφωνα με τους McKinlay et al. (1995) οι μεγαλύτερες επιπτώσεις της περιποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας αφορούσαν την προσωπική ζωή των φροντιστών σε σχέση με την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή ή την εργασία.

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τα ευρήματα στο κομμάτι της αποστέρησης σχέσεων δεδομένου ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι νοιώθουν πιεσμένοι ανάμεσα στη φροντίδα που δίνουν για τα άτομα που φροντίζουν και στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν σε άλλες ευθύνες, θεωρούν πως δεν έχουν ατομική ζωή λόγω του ατόμου που φροντίζουν, θεωρούν πως το άτομο που φροντίζουν είναι εξαρτώμενο από τους ίδιους και πιστεύουν ότι η κοινωνική τους ζωή υποφέρει λόγω του ατόμου που φροντίζουν.

Τέλος, ως προς τη διαχείριση της φροντίδας οι μισοί πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα στη φροντίδα του ατόμου που έχουν αναλάβει και οι υπόλοιποι ότι θα έπρεπε να κάνουν περισσότερα για το άτομο που φροντίζουν.

## Συμπεράσματα -Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη εστίασε στην επιβάρυνση των γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων. Τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του παρόντος θέματος, όσο και από το πρακτικό μέρος συμπεραίνεται ότι τα άτομα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα συγγενών τους είναι άτομα που ασχολούνται ως επί το πλείστον με τα οικιακά.

Οι φροντιστές επιβαρύνονται τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά. Σωματικά καθώς πρέπει συνεχώς να βρίσκονται κοντά στο άτομο που φροντίζουν ενώ ψυχολογικά νιώθουν πίεση καθώς το άτομο που φροντίζουν είναι πλήρως εξαρτώμενο από αυτούς. Ειδικά σε περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από άνοια, καθώς μια τέτοια εμπειρία είναι πολύ πιο ψυχοπιεστική από την περιποίηση ενός ανήμπορου σωματικά ηλικιωμένου. Επίσης οι φροντιστές νιώθουν πως δεν έχουν ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους και γενικά θεωρούν το ρόλο τους πολύ απαιτητικό, ο οποίος επιβαρύνει τόσο την οικογενειακή, όσο και την κοινωνική τους ζωή.

Οι φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων νιώθουν αρκετές φορές απόγνωση, μειωμένη ενέργεια αλλά και αϋπνία. Επίσης μπορεί να αισθάνονται κόπωση, αίσθημα ματαίωσης, ευερεθιστότητα, μοναξιά, θυμό, αλλά και μειωμένη αντοχή και υπομονή. Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι οι φροντιστές ηλικιωμένων ασθενών έχουν κάπως υψηλότερη επικινδυνότητα στην εκδήλωση προβλημάτων υγείας σε σύγκριση με μη-φροντιστές ειδικά σε ό,τι αφορά στην ποιότητα ζωής σε ψυχολογικό επίπεδο.

Στο μέλλον θα μπορούσε να διεξαχθεί ποιοτική έρευνα σε 15 φροντιστές ηλικιωμένων, προκειμένου να διερευνηθούν εις βάθος τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και τα συναισθήματα που νιώθουν καθ' όλη τη διάρκεια φροντίδας των ασθενών τους. Εργαλείο της έρευνας μπορεί να αποτελέσει η συνέντευξη που δίνει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να εμβαθύνει τις απαντήσεις τους και να πει όσα θέλει χωρίς να περιορίζεται σε κλειστές ερωτήσεις.

## Βιβλιογραφία

- Argimon, J.M., Limon, E., Vila, J., & Cabezas, C. (2004). Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Family Practice*, 21, 454-457.
- Babbie, E. (2007). *The Practice of Social Research*. 11th edition. Belmont CA: Thompson - Wadsworth
- Barber, C. E., & Pasley, B. K. (1994). Family care of Alzheimer's patients: The role of gender and generational relationship on caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, 14, 172-192
- Baumgarten, M., Hanley, J. A. & Infante – Rivard, I. (1994). Health of family members caring for elderly persons with dementia: A longitudinal study. *Annals of Internal Medicine*, 120, 126 – 132
- Benner P., & Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison Wesley, Menlo Park, CA.
- Boland, R.J. (1985) *Phenomenology: a preferred approach to research on IS*, Research Methods in Information Systems, p.193-201
- Brody, E. M. (1990). *Women in the middle: Their parent-child years*. New York: Springer Publishing Co.
- Carter R.E., & Carter C.A. (1994). Marital adjustment and effect of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family therapy*, 22, 315-326.
- Cheung J.(1998). Caring as an ontological and epistemological foundations of nursing: a view of caring from the perspectives of Australian nurses. *International Journal of Nursing Practice* 4, 225-233.
- Chou, K.R. (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of International Paediatric Nursing*, 15(6)

- Cuijpers P., Hosman C.M. & Munnichs J.M (1995). Change mechanisms of support groups for caregivers of dementia patients. *International Psychogeriatrics*, 8, 575-587
- George L.K., Gwyther L.P (1986). Caregiver wellbeing: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Given B., Given C. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annu Rev Nurs Res*.9:77-101.
- Given, B., Kozachic, S., Collins C., Devoss D.& Given C.(2001). Caregiver role strain. In M.Mass, K.Buckwalter, M.Hardy, T.Tripp-Reimer, & M.Titler(eds), *Nursing care of older adults diagnosis: Outcome and interventions*(p.p.679-695). St. Louis, MO: Mosby.
- Haley, W. E., West, C. A., Wadley, V. G., Ford, G. R., White, F. A., Barrett, J. J. (1995). Psychosocial, social, and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers, *Psychol Aging* 10(4), 540-552
- Hancock B., Windridge K. and Ockleford E. (2007) *An introduction to qualitative research*, Trend RDSU.
- Hoening, J., & Hamilton M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and its effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 21(3),165-176.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Bowman, S. R., Frazier, L. D., & Shifren, K. (1998). Personality counts a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 53, P73-P85.
- Jamieson, A, (1991). *Home care for older people in Europe: a comparison of policies and practice*. Oxford: Oxford University Press

- Kneebone, I.I., & Martin, P.R. (2003). Coping and Caregivers of people with dementia *British Journal of Health Psychology*, 8(Pt 1): 1-17
- Kuipers L.(1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 28, 207-210.
- Lindsay, J., & Anderson, L. (2004). Dementia / Alzheimer's Disease. *BMC Women's Health*, 4 (Suppl 1): S20 διαθέσιμο στο site: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S20>.
- Lyons, K., Zarit S., Sayer A., & Whitlack C. (2002). Caregiving as a dyadic Process: Perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology*, 57B(3), P195-204.
- Mayroff M. (1971). *On Caring*. Harper & Row, New York
- McKinlay, J.B., Crawford, S.L., Tennstedt, S.L. (1995). The everyday impacts of providing informal care to dependent elders and their consequences for the care recipients. *J Aging Health*, 7(4):497-528
- Merrill, D. (1997). *Caring for elderly parents: Juggling work, family, and caregiving in middle and working class families*. Westport, CT: Auburn House.
- Mestheneos, E., Triantafillou, J., Kontouka, S. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for Greece. Sextant Research Group*, Department of Health Services Management, National School for Public Health, November. The project EUROFAMCARE is supported by the European Union - Contract: QLK6-CT-2002-02647.
- Miller B, McFall S(1991).The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *J Health Soc Behav*, 32(2):165-79.
- Neenlankavil, J.P. (2007), *International Business Research*, ME Sharpe



- O'Brien J. (2000). Caring for caregivers. *American Family Physician* διαθέσιμο στο site: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m3225/is\\_12\\_62/ai\\_67940083](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_12_62/ai_67940083).
- Ory M., Hoffman R., Yee J., Tennsted S., Schultz R.,(1999).Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist* 39(2):177-185.
- Parker, G. & Lawton, D. (1994). *Different types of care, different types of carer: Evidence from the General Household Survey*. London HMSO.
- Parks, S.M. and Novielli, K.D. (2000). Practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician* διαθέσιμο στο site: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m3225/is\\_12\\_62/ai\\_67940117](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_12_62/ai_67940117).
- Pearlin, L.I. (1983). Role strain and personal stress. In H.B.Kaplan (ed.) *Psychological Stress: Trends in Theory and Research* . New York: Academic Press.
- Pearlin, L.I. (1992). The careers of caregivers. *The Gerontologist*, 32, 647.
- Pearlin, L.I. Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M.(1990). Care givers and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30, 583-594.
- Pearlin, L.I.(1990). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256.
- Pinquart, M., & Sorensen S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*,18(2), 250–267
- Pinquart, M., Soerensen S (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregivers burden and depressed mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 58b(2), 112-128.

- Quayhagen, M.P., Quayhagen, M. (1988). Alzheimer's stress: coping with the caregiving role. *Gerontologist*, 28:391-396.
- Roach M.S. (1987) *The human Act of Caring: A Blueprint for the health professions*. Canadian Hospital Association , Ottawa.
- Schulz R., Martire L (2004). Family care giving of persons with dementia. Prevalence, Health effects and support strategies. *The advanced Journal of Geriatric Psychiatry*; 12,3, p.240-249
- Schulz, R., & Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282: 2215-2219.
- Seltzer M. M., Li Wailing L.(1996). The Transitions of Caregiving: Subjective and Objective definitions. *The Gerontologist*. 36(5), 614-626.
- Sherwood P., Given C., Given B., Von Eye A. (2005) Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in care givers of elderly patients. *Journal of Ageing and Health*, 17(2), 125-147.
- Shields, P. and Hassan T. (2006). Intermediate Theory: The Missing Link in Successful Student Scholarship. *Journal of Public Affairs Education*. 12(3), 313-334
- Shields, P. and Rangarjan, N. (2013). *A Playbook for Research Methods: Integrating Conceptual Frameworks and Project Management*. Stillwater, OK: New Forums Press.
- Singer, G.H., & Irwin, L.K. (1989). *Support for caregiving families*. Baltimore:Paul H.Brooks Publishing
- Spaid, W.M., Brusck, A.S. (1991). Social support and caregiver strain: Types and sources of social contacts of elderly caregivers. *J Gerontol Social Work* 18, 151-161.

- Stone, R., Cafferata, G., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- Szmuckler G.I.(1996)/ Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Tilden V.P., & Galyen, R.D. (1987). Cost and conflict: The two darker sides of social support. *Western Journal of Nursing Research*, 9(1), 9-18
- Van Maanen, J. (1979) The fact of fiction in organizational ethnography, *Administrative Science Quarterly*, 24, 539-550
- Vitaliano, P., Zhang, J., Scanlan J. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J., & Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*; 129, 946-972.
- Walker L.O. & Avant K.C.(1995). *Strategies for Theory construction in Nursing*, 3rd edn. Apleton & Lange, Norwalk, C.T.
- Yee J.L., Schultz R.S.(2000). Gender differences in psychiatric morbidity among care givers: a review and analysis. *Gerontologist* , 31, 67-75.
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist*, 40, 147–164.
- Zarit, S.H., & Edwards A.B. (1996). Family caregiving: Research and Clinical Intervention. In: *Handbook of Clinical Psychology of Aging* (ed. Woods, R.T.), pp.333-368. Wiley and Sons, Chichester
- Zunzunegui, M.-V., Béland, F., Llácer, A., Keller I. J (1999). Family, religion, and depressive symptoms incaregivers of disabled elderly *Epidemiol Community Health*, 53:364–369

- Γιαννακόπουλος Σ. (2006). *Επιδημιολογική διερεύνηση των αναγκών για φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα*. Διδακτορική διατριβή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Ιωαννίδης, Δ. (2005). *Στατιστικές Μέθοδοι*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη
- Κυριαζόπουλος, Π. και Σαμαντά, Ε. (2011). *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη εκδοτική
- Οικονόμου, Μ.Π. (2000). Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης και Μ.Π. Οικονόμου (Επιμ. Έκδ.). *Προληπτική Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας* Αθήνα
- Σταθακόπουλος, Β. (2001). *Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλης

## Παραρτήματα

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### *Ερωτηματολόγιο: επιβάρυνσης γυναικών φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων”.*

Τα παρακάτω αποτελούν έναν κατάλογο δηλώσεων, οι οποίες αντανακλούν το πώς αισθάνονται οι άνθρωποι όταν φροντίζουν άλλους ανθρώπους. Μετά από κάθε ερώτηση δηλώστε πόσο συχνά εσείς αισθάνεστε με αυτόν τον τρόπο: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, αρκετά συχνά, ή σχεδόν πάντοτε.

**1. Ποια είναι η ηλικία σας;**

- 18-30     31-40     41-50     51-60     60+

**2. Ποια είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;**

- Αναλφάβητος  
 Απόφοιτος Δημοτικού ή Φοίτηση σε λίγες τάξεις  
 Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου ή Φοίτησης σε λίγες τάξεις  
 Ανώτερη-Ανώτατη Εκπαίδευση  
 Άλλη: \_\_\_\_\_

**3. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Οικιακά            | <input type="radio"/> Εργάτης                 |
| <input type="radio"/> Αγρότης            | <input type="radio"/> Ελεύθερος Επαγγελματίας |
| <input type="radio"/> Δημόσιος Υπάλληλος | <input type="radio"/> Άνεργος/η               |

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Συνταξιούχος
- Άλλο: \_\_\_\_\_

**4. Οικογενειακή Κατάσταση**

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Διαζύγιο – Διάσταση
- Χήρος /-α
- Συζεί

**5. Ποια είναι η σχέση σας με τον ηλικιωμένο στον οποίο παρέχεται φροντίδα;**

- Φίλος
- Σύζυγος
- Γείτονας
- Άλλος συγγενείς (παρακαλώ συμπληρώστε): \_\_\_\_\_

**6. Ασθένεια ηλικιωμένου: \_\_\_\_\_**

**7. Περιγραφή της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου.....**

.....

.....

.....

.....

**Παρακαλώ απαντήστε με το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας στις κάτωθι ερωτήσεις ως εξής:**

**1=συμφωνώ πολύ, 2=συμφωνώ, 3=ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=διαφωνώ, 5=διαφωνώ πολύ**

**Προσωπική ένταση**

Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;

1	2	3	4	5

Θεωρείτε ότι νιώθετε υπερένταση όταν είστε κοντά στον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Πιστεύετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η συγγενής σας προσδοκά από εσάς να τον/τη φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/ός στον/στην οποίο/α θα μπορούσε να βασιστεί;

1	2	3	4	5

Πιστεύετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Θεωρείτε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο θεωρείτε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;

1	2	3	4	5

Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;

1	2	3	4	5

Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο νιώθετε ότι η υγεία σας έχει επιβαρυνθεί με τη φροντίδα του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο νιώθετε σωματικά εξαντλημένος με τη φροντίδα του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο νιώθετε ψυχικά εξαντλημένος με τη φροντίδα του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

#### Ένταση του ρόλου

Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται;

1	2	3	4	5

Νιώθετε θυμωμένος όταν είστε κοντά στον/τη συγγενή σας;



1	2	3	4	5

Κατά πόσο θεωρείτε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με έναν αρνητικό τρόπο;

1	2	3	4	5

Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμετε για τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

#### **Αποστέρηση σχέσεων**

Κατά πόσο θεωρείτε, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;

1	2	3	4	5

Κατά πόσο θεωρείτε νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;

1	2	3	4	5

Θεωρείτε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Πιστεύετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

**Διαχείριση της φροντίδας**

Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας;

1	2	3	4	5

Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/του συγγενή σας;

1	2	3	4	5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

	N	%
ΣΑ ΝΕΦΡΟΥ. ΚΑΝΕΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗ ΣΥΧΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΙΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ	1	1,0
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	1	1,0
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ. ΑΦΑΣΙΑ ΛΟΓΟΥ	1	1,0
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ (ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ)	1	1,0
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΛΟΓΩ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	1,0
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΟΜΕΝΟΣ	1	1,0
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	2	2,0
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	1	1,0
ΑΚΙΝΗΤΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	1	1,0
ΑΛΛΑΓΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΙΣΧΥΟΥ	2	2,0
ΑΝΗΜΠΟΡΗ ΝΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΙ ΛΟΓΩ ΚΙΝΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ (ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ)	1	1,0
ΑΝΗΜΠΟΡΗ ΝΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΙ ΛΟΓΩ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ	1	1,0
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΣΥΝΕΧΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΩΝ	1	1,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ - ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ - ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΟΙΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΑ	1	1,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΗ	1	1,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	1,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ, ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΤΑΚΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟΥΣ	1	1,0
ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΡΑΣΗΣ	1	1,0
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ. ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΗ ΣΕ ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ ΑΜΑΞΙΔΙΟ	1	1,0
ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΣΤΗ ΚΑΡΔΙΑ, ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ	1	1,0
ΑΣΧΗΜΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ. ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ. ΑΔΥΝΑΜΙΑ	1	1,0
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΗ	1	1,0
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	1	1,0
ΑΦΕΙΡΕΣΗ ΚΑΤΩ ΔΕΞΙΟΥ ΑΚΡΟΥ-ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	1,0
ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ (ΚΑΤΑΚΟΙΤΟΣ) ΚΑΙ ΕΊΝΑΙ ΠΑΡΑΛΗΤΗ ΟΛΗ Η ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ. ΔΕΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1	1,0
ΓΕΡΑΜΑΤΑ-ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΠΕΡΙΤΤΑ ΚΙΛΑ-ΜΟΥΡΜΟΥΡΑ ΌΛΑ ΤΗΣ ΦΤΑΙΝΕ	1	1,0
ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ ΤΗΣ, ΕΧΕΙ ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ, ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ.	1	1,0
ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ ΤΗΣ, ΕΧΕΙ ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ, ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ. ΖΕΙ ΣΕ ΈΝΑΝ ΔΙΚΟ ΤΗΣ ΚΟΣΜΟ	1	1,0

ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ, ΔΕΝ ΘΥΜΑΤΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΑ, ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ, ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	1	1,0
ΔΕΝ ΕΊΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ	1	1,0
ΔΕΝ ΘΥΜΑΤΑΙ ΤΑ ΟΙΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΑ, ΘΥΜΑΤΑΙ ΠΑΛΙΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕ ΕΝΑΡΓΕΙΑ, ΩΣΤΟΣΟ ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ	1	1,0
ΔΕΝ ΘΥΜΑΤΑΙ ΤΙΠΟΤΑ	1	1,0
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΥΜΗΘΕΙ	1	1,0
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΠΑΤΗΣΕΙ	1	1,0
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ, ΞΕΧΝΑ ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ	1	1,0
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΚΙΝΗΣΕΩΝ, ΤΑΚΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟΥΣ	1	1,0
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗΣ ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΚΡΩΝ	1	1,0
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	1	1,0
ΕΓΚΑΤΑΛΕΛΕΙΜΕΝΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ	1	1,0
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΙ ΑΚΙΝΙΣΙΑ	1	1,0
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΧΕΡΙΟΥ	1	1,0
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ-ΠΙΕΣΗ-ΧΑΠ	2	2,0
ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΤΟΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΞ, ΟΛΙΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑ ΜΝΗΜΗΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ	1	1,0
ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΤΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ-ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΑ ΟΙΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΑ-ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ	1	1,0
ΕΝΤΟΝΗ ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΜΟΝΙΜΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ, ΣΥΧΝΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΟΓΩ ΚΡΙΣΕΩΝ ΧΑΠ	1	1,0
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΜΑΣΚΑ ΟΞΥΓΟΝΟΥ, ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΠΙΤΙ, ΣΥΧΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	1	1,0
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΜΑΣΚΑ ΟΞΥΓΟΝΟΥ, ΣΥΧΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	1	1,0
ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΟΥ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	1	1,0
ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΛΟΓΩ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΥΣ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ. ΕΊΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΗ Η ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	1	1,0
ΕΧΕΙ ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΊΝΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΣΜΕΝΗ	1	1,0
ΕΧΕΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	1,0
Η ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΘΥΜΑΤΑΙ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΌΧΙ ΤΑ ΠΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΑ, ΚΑΙ ΌΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ	1	1,0
ΙΣΧΥΡΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΑ ΚΟΚΑΛΑ, ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΣΠΑΣΜΕΝΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ	1	1,0
ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΕ ΚΑΡΕΚΛΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	1	1,0
ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΕ ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ ΑΜΑΞΙΔΙΟ	1	1,0
ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΕ ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ ΚΑΡΟΤΣΙ	1	1,0
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	1,0

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	1	1,0
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ - ΑΦΑΙΡΕΣΗ	2	2,0
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	1	1,0
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΕΝΤΕΡΟ	1	1,0
ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΥΟΥ	1	1,0
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΟ	2	2,0
ΚΑΤΑΚΕΚΛΙΜΕΝΟΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΗΜΙΠΛΗΓΙΑΣ. ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΟ ΛΟΓΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΕΝΙΚΩΣ	1	1,0
ΚΑΤΑΚΟΙΤΗ - ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1	1,0
ΚΑΤΑΚΟΙΤΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	1	1,0
ΚΑΤΑΚΟΙΤΗ, ΜΕ ΠΟΛΛΕΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	1	1,0
ΚΑΤΑΚΟΙΤΟΣ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	1	1,0
ΛΟΓΩ ΟΣΤΕΟΠΩΡΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΣΠΑΣΙΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΙΝΗΣΗΣ	1	1,0
ΜΕΓΑΛΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ	1	1,0
ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ	1	1,0
ΜΕΡΑ ΠΑΡΑ ΜΕΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ, ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΝΗ ΒΑΣΗ ΛΟΓΩ ΣΑΚΧΑΡΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΣΟΒΑΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΡΑΣΗ	1	1,0
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΙ	1	1,0
ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ	1	1,0
ΞΕΧΝΑΕΙ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Η ΖΩΗ ΤΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ	1	1,0
Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΠΡΟΣΩΠΑ, ΕΧΕΙ ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ, ΧΡΟΝΟΥ	1	1,0
Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΓΥΡΩ ΤΟΥ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΙ ΕΧΕΙ ΤΑΣΕΙΣ ΦΥΓΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ	1	1,0
Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΧΡΗΣΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	1	1,0
ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ ΜΕΓΙΣΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ. ΔΕΝ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΤΕ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΞ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ. ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΞ	1	1,0
ΠΙΕΣΗ, ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	1	1,0
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΛΟΥΤΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΝΑ ΜΗΝ ΜΠΟΡΕΙ Η ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΝΑ ΚΙΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΕΥΚΟΛΙΑ	1	1,0
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΙΕΣΗΣ, ΔΕΝ ΚΙΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΕΥΚΟΛΙΑ, ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΦΑΓΗΤΟΥ	1	1,0
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	1	1,0
ΣΟΒΑΡΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	1,0
ΣΥΧΝΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ, (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΣΥΝΟΔΕΙΑ)	1	1,0
ΣΥΧΝΗ ΑΔΙΑΔΕΣΙΑ	1	1,0
ΣΧΕΤΙΚΑ ΚΑΛΗ. ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	1	1,0
ΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	1	1,0

ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΡΟΝΟΥ ΠΡΟΘΡΟΒΙΝΗΣ, ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΣΥΧΝΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟ	1	1,0
ΥΨΗΛΗ ΠΙΕΣΗ, ΖΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ, ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	1	1,0
ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΦΘΟΡΑ. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΙΝΗΘΕΙ ΜΕ ΕΥΚΟΛΙΑ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ ΑΛΛΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΟΣ (ΠΙ), Ο ΗΛΙΚΙΩΝΜΕΝΟΣ ΣΥΝΕΧΩΣ ΕΧΕΙ ΠΟΝΟ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ	1	1,0
ΧΑΠ	1	1,0
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΒΥΒΑΣ	2	2,0
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	1,0
Total	10 0	100,0