



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αποτύπωση και μελέτη επιβάρυνσης φροντιστών ατόμων με ψυχικές
διαταραχές»**



Σπουδάστριες: Αποστολάκη Άννα-Μαρία
Μαγουλάκη Ιωάννα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός συνεργάτης ΕΛΜΕΠΑ, Νοσηλευτικής,
Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 23/1/2018 με αριθμό Πρωτοκόλλου 85 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Ευχαριστίες</i>	vi
<i>Συνομογραφίες</i>	vii
<i>Κατάλογος πινάκων</i>	8
<i>Κατάλογος γραφημάτων</i>	9
<i>Κατάλογος εικόνων</i>	10
<i>Περίληψη</i>	11
<i>ABSTRACT</i>	13
<i>Πρόλογος</i>	15
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	16
<i>Εισαγωγή</i>	17
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	19
<i>Ψυχική νόσος</i>	19
<i>1.1 Υγεία και Ψυχική Υγεία</i>	19
<i>1.1.1 Ορισμός υγείας</i>	19
<i>1.1.2 Ορισμός ψυχικής υγείας</i>	20
<i>1.2 Ψυχικές Διαταραχές</i>	22
<i>1.2.1 Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών</i>	22
<i>1.2.2 Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών</i>	23
<i>1.2.3 Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών</i>	25
<i>1.3 Ιδιαιτερότητες Ψυχιατρικών Ασθενών</i>	29
<i>1.3.1 Στίγμα</i>	29
<i>1.3.2 Εναλλαγές ασθένειας</i>	31
<i>1.3.3 Ίδρυμα και εγκλεισμός</i>	31
<i>1.4 Φροντίδα Ψυχιατρικών Ασθενών</i>	33
<i>Κεφάλαιο 2^ο</i>	34
<i>Φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο</i>	34

2.1 Η Έννοια της Φροντίδας	34
2.2 Η Έννοια του Φροντιστή	35
2.3 Είδη Φροντιστή	36
2.4 Οι ανάγκες των φροντιστών	37
2.5 Η Έννοια της Επιβάρυνσης	39
2.5.1 Αντικειμενική Επιβάρυνση	40
2.5.2 Υποκειμενική Επιβάρυνση	40
2.5.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες επιβάρυνσης.....	41
2.6 Επιβάρυνση Φροντιστών Ψυχικά Νοσούντων Ατόμων.....	41
<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	45
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</i>	46
<i>Εισαγωγή</i>	46
<i>Σκοπός</i>	46
<i>Σχεδιασμός μελέτης</i>	46
4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	46
4.2 Χρόνος – Τόπος Διεξαγωγής Μελέτης	47
4.3 Δείγμα.....	47
4.4 Ερευνητικό Εργαλείο	47
4.4.1 Κλίμακα Επιβάρυνσης « <i>The Burden Interview</i> »	48
4.4.2 Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων – <i>Ways of Coping Questionnaire</i>	49
4.5 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	49
4.6 Ηθική και Δεοντολογία.....	50
4.7 Ηθική και Δεοντολογία.....	50
<i>Κεφάλαιο 5^ο</i>	52
<i>Αποτελέσματα</i>	52
5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων.....	52

5.2 Δεδομένα σχετικά με τον Ψυχικά Νοσούντα	57
5.3 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία Κλιμάκων	61
5.3.1 Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων	61
5.3.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία κλιμάκων.....	62
5.3.3 Συσχέτιση κλιμάκων.....	66
5.4 Σύγκριση βαθμολογιών κλιμάκων με τα δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα των συμμετεχόντων	70
Κεφάλαιο 6 ^ο	75
Συζήτηση.....	75
Περιορισμοί Μελέτης	79
Κεφάλαιο 7 ^ο	80
Συμπεράσματα.....	80
Προτάσεις.....	80
Βιβλιογραφία.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ^ο : Άδειες εκπόνησης πτυχιακής εργασίας	90
Παράρτημα 2 ^ο	93
Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3ο: Ερωτηματολόγιο.....	94

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Η εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς τη συνδρομή αρκετών ανθρώπων, για τους οποίους αισθανόμαστε την ανάγκη να τους ευχαριστήσουμε.

Θα θέλαμε, αρχικά, να ευχαριστήσουμε την επιβλέποντα μας καθηγήτρια κ. Καρτσωνάκη Μαρία, για την καθοδήγηση και τη συνεχή της υποστήριξη σε κάθε στάδιο της παρούσας μελέτης.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, για την καταλυτική τους βοήθεια στη διεξαγωγή της μελέτης.

Ακόμα, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους συμμετέχοντες φροντιστές στη μελέτη, που δέχθηκαν πρόθυμα να συνεργαστούν και να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε και να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη στις οικογένειες μας, που βρίσκονταν στο πλευρό μας με απεριόριστη αγάπη και κατανόηση σ' αυτή τη δύσκολη προσπάθεια.

Συντομογραφίες

CEDS= Center for Epidemiology Studies Depression

ΚΕ= Κλίμακα Επιβάρυνσης

ΣΑΑΚ= Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων

ΤΑ= Τυπική Απόκλιση

ΤΕΙ= Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΑΕΙ= Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ZBI= Zarit Burden Interview

WCQ= Ways of Coping Questionnaire

ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΛΜΕΠΑ= Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΚΝΣ= Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

DALY= Disability Adjusted Life Years

ΑΡΑ= American Psychiatric Association

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	52
Πίνακας 2: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν	56
Πίνακας 3: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα τον τόπο διαμονής σε σχέση με τον ψυχικά νοσούντα.....	57
Πίνακας 4: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάσει τη συγγένεια με τον νοσούντα.....	58
Πίνακας 5: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάσει τη βοήθεια από άλλα μέλη οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς	59
Πίνακας 6: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάσει τον τρόπο μετακίνησης στο νοσοκομείο.....	60
Πίνακας 7: Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάτων με τον συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α	61
Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία κλιμάκων	62
Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση της κλίμακας Επιβάρυνσης	63
Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση της Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχολόγων Καταστάσεων.....	64
Πίνακας 11: Συσχέτιση κλιμάκων	69
Πίνακας 12: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας επιβάρυνσης	71
Πίνακας 13: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας ΣΑΑΚ.....	72
Πίνακας 14: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων ΣΑΑΚ	73
Πίνακας 15: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης.....	74

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1: Ποσοστό άτυπων φροντιστών μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω, το 2015 (OECD, 2017).....	36
Γράφημα 2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων αναφορικά με την ηλικία	53
Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.....	54
Γράφημα 4: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών	54
Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων	55
Γράφημα 6: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.....	55
Γράφημα 7: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με το επάγγελμα τους.....	56
Γράφημα 8: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με τον τόπο διαμονής σε σχέση με τον νοσούντα.....	58
Γράφημα 9: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με το βαθμό συγγένειας με το νοσούντα	59
Γράφημα 10: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την παροχή βοήθειας από άλλα μέλη της οικογένειας ή από μακρινούς συγγενείς.....	60
Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με τον τρόπο μετακίνησης στο νοσοκομείο	61

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Τυποποιημένες στην ηλικία αναλογίες DALY ανά 100.000 εθιστικές και ψυχικές διαταραχές το 2016. Πηγή: *Chen et al., 2019* 24

Περίληψη

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες η αποασυλοποίηση των ατόμων που νοσούν ψυχικά, έχει ως αποτέλεσμα πολλά από αυτά τα άτομα να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στην κοινότητα. Τη φροντίδα αυτή αναλαμβάνουν οι άτυποι φροντιστές.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπτώσεων που έχει η φροντίδα ψυχικά νοσούντων ατόμων στην ψυχική υγεία των φροντιστών, καθώς και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το στρες που οφείλεται στη φροντίδα. Επίσης, η αξιολόγηση των επιπτώσεων που επιφέρει η φροντίδα στην ψυχοπαθολογία των άτυπων φροντιστών.

Μέθοδος: Διεξήχθη συγχρονική μελέτη παρατήρησης κατά το χρονικό διάστημα Μάιος 2018-Μάρτιος 2019. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 79 ενήλικες άτυποι φροντιστές ψυχικά νοσούντων ατόμων. Οι φροντιστές προσεγγίσθηκαν είτε μετά το επισκεπτήριο τους στη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, είτε στα εξωτερικά ιατρεία, που προσέρχονταν με προγραμματισμένο ραντεβού. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου, όπου αποτελούνταν από 4 μέρη: α) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και γενικών στοιχείων, β) Κλίμακα Επιβάρυνσης (ΚΕ) «The Burden Interview», γ) Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων και δ) Κλίμακα Center for Epidemiology Studies Depression (CEDS). Για την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων με το συντελεστή Cronbach α , περιγραφική στατιστική και μελέτη συσχετίσεων με παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμασίες (SPSSv.23, $\alpha=0,05$).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν 45,50 (ΤΑ=±14,15) έτη. Το 55,7 % των φροντιστών ήταν έγγαμοι, ενώ το 63,3% είχαν παιδιά. Η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (19,0%) και απόφοιτοι ΑΕΙ (26,6%) ενώ 33,8% των φροντιστών αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Το 39,2% των φροντιστών έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά, ενώ το 32,9% έμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή. Ως προς το βαθμό συγγένειας, η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν αδερφός/-η του νοσούντα (25,3%) και κόρη/γιος (22,8%). Το 51,9% των φροντιστών λάμβανε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας. Όλες οι κλίμακες είχαν Cronbach $\alpha \geq 0,890$. Η μέση βαθμολογία για την κλίμακα ΚΕ ήταν 32,2 (ΤΑ= ±12,7), για την ΣΑΑΚ 63,3 (ΤΑ= ±14,4) και για CEDS 24,9 (ΤΑ= ±10,2). Η ΚΕ βρέθηκε να έχει θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΣΑΑΚ ($\rho=0,417$, $p=0,000$) και με την CEDS ($\rho=0,490$, $p=0,000$), όπως και η

CEDS με την ΣΑΑΚ ($r_{ho}=0,370$, $p=0,001$). Οι φροντιστές που έμεναν στην επαρχία ή σε χωριό είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση ($p=0,031$) και κατάθλιψη ($p=0,020$) σε σχέση με εκείνους που έμεναν σε πόλη. Επίσης, εκείνοι που διέμεναν στο ίδιο κτίριο ή στην ίδια γειτονιά με τον νοσούντα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με εκείνους που έμεναν στο ίδιο σπίτι ή σε σχέση με εκείνους που έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά ($p=0,004$). Οι φροντιστές που είχαν βοήθεια από τους άλλους είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση ($p=0,007$) σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν βοήθεια.

Συμπεράσματα: Η επιβάρυνση των φροντιστών ψυχικά νοσοούντων ατόμων σχετίζεται με το βαθμό εμφάνισης κατάθλιψης, καθώς με τους τρόπους αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων.

Λέξεις – Κλειδιά: Άτυποι Φροντιστές, Αγχογόνες Καταστάσεις, Επιβάρυνση, Κατάθλιψη, Ψυχική Νόσος

ABSTRACT

Introduction: In the last decades, the deinstitutionalisation of mentally ill people has resulted in many of these people receiving community health care. This care is taken by informal caregivers.

Aim: To investigate the impact of caring on the mental health of caregiver and the effects of caring on their psychopathology, as well as the strategies they use to cope the stress of care.

Method: A cross-sectional observational study was conducted over a period of May 2018-March 2019. The sample consisted of 79 adult informal caregivers of mentally ill persons. The caregivers were approached either after their visit to the psychiatric clinic of Heraklion University General Hospital, or to outpatient clinics. The data were collected through a questionnaire consisting of 4 parts: a) demographic and general questionnaire, b) The Zarit Burden Interview (ZBI), c) Ways of Coping Questionnaire (WCQ) and d) Center for Epidemiology Studies Depression scale (CEDDS). Cronbach's coefficient α , descriptive statistics, and correlations study with parametric and non-parametric tests were performed for data analysis (SPSS v.24, $\alpha = 0.05$).

Results: The mean age of caregivers was 45.50 (SD= ± 14.15) years. 55.7% of caregivers were married, while 63.3% had children. The majority of caregivers were TEI graduates (19.0%) and AEI graduates (26.6%). 33.8% of caregivers had a health problem. 39.2% of caregivers lived in a different home and neighborhood, while 32.9% lived in the same home with the patient. Concerning the degree of affinity, the majority of caregivers were brother (25.3%) and daughter/son (22.8%). 51.9% of caregivers received help from other family members. All scales had Cronbach's $\alpha \geq 0.890$. The mean score for the ZBI scale was 32.2 (SD= ± 12.7), for the WCQ 63.3 (SD= ± 14.4) and for CEDDS 24.9 (SD= ± 10.2). The ZBI was found to with the WCQ ($p = 0.417$, $p = 0.000$) and the CEDDS ($\rho = 0.490$, $p = 0.000$), as also the CEDDS has a statistically significant correlation with the WCQ ($\rho = 0.370$, $p = 0.001$). Caregivers living in the village had significantly higher burden ($p = 0.031$) and depression ($p = 0.020$) than those living in the city. Also, those who lived in the same building or neighborhood with the patient were significantly more burdened than those who lived in the same home or those who lived in a different home and neighborhood ($p = 0.004$). Caregivers who received help from others had significantly higher burden ($p = 0.007$) than those who did not.

Conclusion: The burden on caregivers of the mentally ill is related to the degree of depression, as well as to the ways of coping.

Key-words: Informal Caregivers, Anxiety, Depression, Coping, Mental Illness

Πρόλογος

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο του Προπτυχιακού Προγράμματος του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μας και υπεύθυνη για την παρακολούθηση της προόδου μας ήταν η Καρτσωνάκη Μαρία.

Η εργασία είχε ως στόχο να διερευνήσει το βαθμό επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο κατά τη φροντίδα αυτών, καθώς και τους τρόπου αντιμετώπισης του στρες προκαλούμενου από τη φροντίδα. Παράλληλα, εξετάστηκε η επίδραση της επιβάρυνσης στην ψυχοπαθολογία των φροντιστών, και συγκεκριμένα στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Έναυσμα για την επιλογή αυτής της πτυχιακής εργασίας ήταν η κλινική άσκηση στα πλαίσια του μαθήματος Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές εντοπίζονται σε ποικίλες πληθυσμιακές ομάδες ανεξαρτήτως φυλετικών, μορφολογικών, πολιτισμικών ή κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών. Τις τελευταίες δεκαετίες, η αποασυλοποίηση των ατόμων που νοσούν ψυχικά, αποτελεί βασική μέριμνα του συστήματος υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλά άτομα με χρόνιες και οξείες ψυχικές διαταραχές να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στην κοινότητα. Τη φροντίδα αυτή αναλαμβάνουν οι φροντιστές. Ως ανεπίσημοι φροντιστές χαρακτηρίζονται συνήθως τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι, οι οποίοι χωρίς να διαθέτουν ειδική εξειδίκευση και άμισθα, παρέχουν βοήθεια ή διαχειρίζονται τη φροντίδα ενός ατόμου με χρόνια νόσο. Η βοήθεια αυτή μπορεί να είναι υλική, συναισθηματική, οικονομική ή οτιδήποτε θεωρείται απαραίτητο για τον ασθενή.

Μετά τη διάγνωση της νόσου οι καθημερινές δραστηριότητες, συνήθειες και κατ' επέκταση η γενικότερη ζωή της οικογένειας του ασθενούς αλλάζει σε μεγάλο βαθμό. Συχνά έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικά προβλήματα τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τη συμπεριφορά των ψυχιατρικών ασθενών ή ακόμα με την ίδια τη διάγνωση, καθώς μπορεί να βιώνουν αισθήματα ενοχής ή να αναρωτιούνται εάν η συμπεριφορά τους συνέβαλε στην μεταστροφή της ψυχικής τους υγείας και στην έκβαση της νόσου.

Ο φροντιστής χρειάζεται να προσαρμοστεί στις παρούσες τρέχουσες ανάγκες, στα χαρακτηριστικά της διαδικασίας της φροντίδας και στην πραγματοποίηση των λειτουργιών της. Όταν εισάγονται νέες απαιτήσεις και εντατικοποιούνται οι υπάρχουσες, και ο φροντιστής υπερφορτώνεται παρουσιάζοντας αδυναμία να προσαρμοστεί ή να τροποποιήσει τις στρατηγικές του, ώστε να μειωθούν οι απαιτήσεις φροντίδας και να γίνουν αποδοτικές οι πρακτικές του, βιώνει αυτό που ονομάζεται επιβάρυνση. Ο όρος αυτός ή αλλιώς «φορτίο των φροντιστών», αφορά στα σωματικά, συναισθηματικά και οικονομικά βάρη που επωμίζονται τα άτομα αυτά. Με το πέρας του χρόνου ο ρόλος του φροντιστή αποκτά εξέχουσα και αναγκαία θέση με αποτέλεσμα να επισημαίνεται η επιτακτικότητα της ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου για τους φροντιστές και τα μέλη των οικογενειών των χρόνιων πασχόντων.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων που έχει η φροντίδα ψυχικά νοσούντων ατόμων στην ψυχική υγεία των φροντιστών, καθώς και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το στρες που οφείλεται

στη φροντίδα. Επίσης, σκοπός τη μελέτης ήταν η αξιολόγηση των επιπτώσεων που επιφέρει η φροντίδα στην ψυχοπαθολογία των άτυπων φροντιστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ψυχική νόσος

1.1 Υγεία και Ψυχική Υγεία

1.1.1 Ορισμός υγείας



Η υγεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία για μια πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, με τους περισσότερους να την θεωρούν σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο ίδιο άτομο, αλλά και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Γιαννούκου Ε. και συν, 2018). Η πρώτη απόπειρα για επίτευξη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος, το 1948, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας (Callahan D., 1973)

Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, καθώς συμπεριλαμβάνει έννοιες, όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή

«αλληλεπίδραση». Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο (Καραδήμας Ε., 2005). Με βάσει τα ανωτέρω, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις ιδέες και πεποιθήσεις, τις πολιτιστικές διαφορές, την εκπαίδευση και την παιδεία, τις δυνατότητες και τα όρια του, τις θρησκευτικές αντιλήψεις και τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες (Καραδήμας Ε., 2005).

Η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Σαρρής Μ., 2001).

1.1.2 Ορισμός ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν προϋποθέτει μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ορίζεται ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα. Είναι η διανοητική, η συμπεριφορική/κοινωνική, η συναισθηματική και η πνευματική ευημερία του ατόμου. Είναι η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ζωής και του ανθρώπινου βίου (WHO, 2004). Ωστόσο, αν και αυτός ο ορισμός αντιπροσωπεύει μια σημαντική πρόοδο όσον αφορά την απομάκρυνση από την αντίληψη της ψυχικής υγείας ως κατάσταση απουσίας ψυχικής ασθένειας, εγείρει αρκετές ανησυχίες και προσφέρεται σε πιθανές παρεξηγήσεις, όταν εντοπίζει θετικά συναισθήματα και θετική λειτουργία ως βασικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία (Galderisi S., et al., 2015).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την ευημερία ως βασική πτυχή της ψυχικής υγείας, είναι δύσκολο να συμβιβαστεί με τις πολλές προκλητικές καταστάσεις ζωής στις οποίες η

ευημερία μπορεί να είναι ακόμη και μη υγιής: οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ως διανοητικά μη υγιές ένα άτομο που βιώνει μια κατάσταση ευημερίας ενώ δολοφονούσε πολλά άτομα κατά τη διάρκεια ενός πολέμου, ενώ και θεωρούν υγιές ένα άτομο που αισθάνεται απελπισμένο αφού απολύθηκε από την εργασία του σε μια κατάσταση όπου οι επαγγελματικές ευκαιρίες είναι σπάνιες (Galderisi S., et al, 2015).

Τα άτομα με καλή ψυχική υγεία είναι συχνά λυπημένα, χωρίς καλή διάθεση, θυμωμένα ή δυσαρεστημένα, και αυτό είναι μέρος μιας πλήρως ζωντανής ζωής ενός ανθρώπου. Παρ' όλα αυτά, η ψυχική υγεία έχει συχνά θεωρηθεί ως καθαρά θετική επίδραση, που χαρακτηρίζεται από αισθήματα ευτυχίας και αίσθησης υπεροχής στο περιβάλλον (Lamers S.M.A., et al, 2011).

Ο Keyes προσδιορίζει τρία στοιχεία της ψυχικής υγείας: τη συναισθηματική ευεξία, τη ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική ευημερία. Η συναισθηματική ευεξία περιλαμβάνει την ευτυχία, το ενδιαφέρον για τη ζωή και την ικανοποίηση, ενώ η ψυχολογική ευημερία περιλαμβάνει την απόλαυση των περισσότερων μερών της προσωπικότητάς ενός ατόμου, την καλή διαχείριση των ευθυνών της καθημερινής ζωής, την καλή σχέση με τους άλλους και την ικανοποίηση της ζωής του. Τέλος, η κοινωνική ευημερία αναφέρεται στη θετική λειτουργία και συνεπάγεται ότι κάτι που πρέπει να συνεισφέρει το άτομο στην κοινωνία (κοινωνική συνεισφορά), στο αίσθημα ότι αποτελεί μέρος μιας κοινότητας (κοινωνική ένταξη), στην πίστη ότι η κοινωνία είναι το καλύτερο μέρος για όλους τους ανθρώπους (κοινωνική πραγματοποίηση) και στο ότι ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η κοινωνία έχει νόημα γι' αυτούς (κοινωνική συνοχή) (Keyes C.L.M., 2014).

Ωστόσο, φαίνεται ότι μια τέτοια προοπτική της ψυχικής υγείας, που επηρεάζεται από τις ηδονικές και ευδαιμονικές παραδόσεις, που προάγει τα θετικά συναισθήματα και την αριστεία στη λειτουργία, κινδυνεύει να αποκλείσει, για παράδειγμα τους περισσότερους εφήβους, οι οποίοι είναι κάπως ντροπαλοί, εκείνους που αγωνίζονται κατά των αντιληπτών αδικιών και των ανισοτήτων ή ακόμη τους μετανάστες και τις μειονότητες που αντιμετωπίζουν απόρριψη και διακρίσεις (Galderisi S., et al., 2015).

Ο ορισμός της ψυχικής υγείας επηρεάζεται σαφώς από τον πολιτισμό που τον ορίζει. Ωστόσο, όπως υποστηρίζει επίσης ο Vaillant, θα πρέπει να επικρατεί η κοινή λογική και να εντοπίζονται ορισμένα στοιχεία που έχουν παγκόσμια σημασία για την ψυχική υγεία (Vaillant G.E., 2012).

Ένας νέος προτεινόμενος ορισμός για την ψυχική υγεία είναι ο ακόλουθος: Ψυχική υγεία είναι μια δυναμική κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας που επιτρέπει στα άτομα να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους σε αρμονία με τις καθολικές αξίες της κοινωνίας. Οι βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες (δηλαδή η ικανότητα να αναγνωρίζουν, να εκφράζουν και να διαμορφώνουν τα συναισθήματά τους, καθώς και να συμπάσχουν με τους άλλους), η ευελιξία και η ικανότητα αντιμετώπισης των δυσμενών γεγονότων και η λειτουργία των κοινωνικών ρόλων, και η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και νου αντιπροσωπεύουν σημαντικά συστατικά της ψυχικής υγείας που συμβάλλουν, σε διαφορετικό βαθμό, στην κατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας (Galderisi S., et al., 2015).

Αυτός ο νέος ορισμός της ψυχικής υγείας αποσκοπεί να ξεπεράσει τις προοπτικές που βασίζονται σε ιδανικούς κανόνες ή ηδονικές και ευδομονικές θεωρητικές παραδόσεις, υπέρ μιας προσέγγισης χωρίς αποκλεισμούς, όσο το δυνατόν ελεύθερων περιοριστικών και πολιτισμικών δηλώσεων και όσο το δυνατόν πλησιέστερα προς ανθρώπινη εμπειρία ζωής, η οποία είναι μερικές φορές χαρούμενη και άλλες φορές λυπημένη ή αηδιαστική ή τρομακτική, και άλλες φορές μπορεί να ικανοποιητική ή γεμάτη προκλήσεις (Galderisi S., et al., 2015).

1.2 Ψυχικές Διαταραχές

1.2.1 Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών

Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου (Οικονόμου Μ., 2011).

Ως διαταραχή ορίζεται κάθε κατάσταση, όπου η κανονική λειτουργία και η τάξη απορρυθμίζονται (Παπαδόπουλος Ν., 2005). Ο όρος ψυχικές διαταραχές εκφράζουν ένα ευρύ φάσμα εμπειριών και συμπτωμάτων που δημιουργούν προβλήματα στη συμπεριφορά του ανθρώπου, στη σκέψη, αλλά και στην επικοινωνία με τους άλλους.

Το άτομο με ψυχική διαταραχή βιώνει υπερβολικά ή ανάρμοστα συναισθήματα. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία και σε κάθε οικογένεια. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, μέχρι τις πιο σοβαρές όπως τη σχιζοφρένεια (Telles-Correia D., et al., 2018).

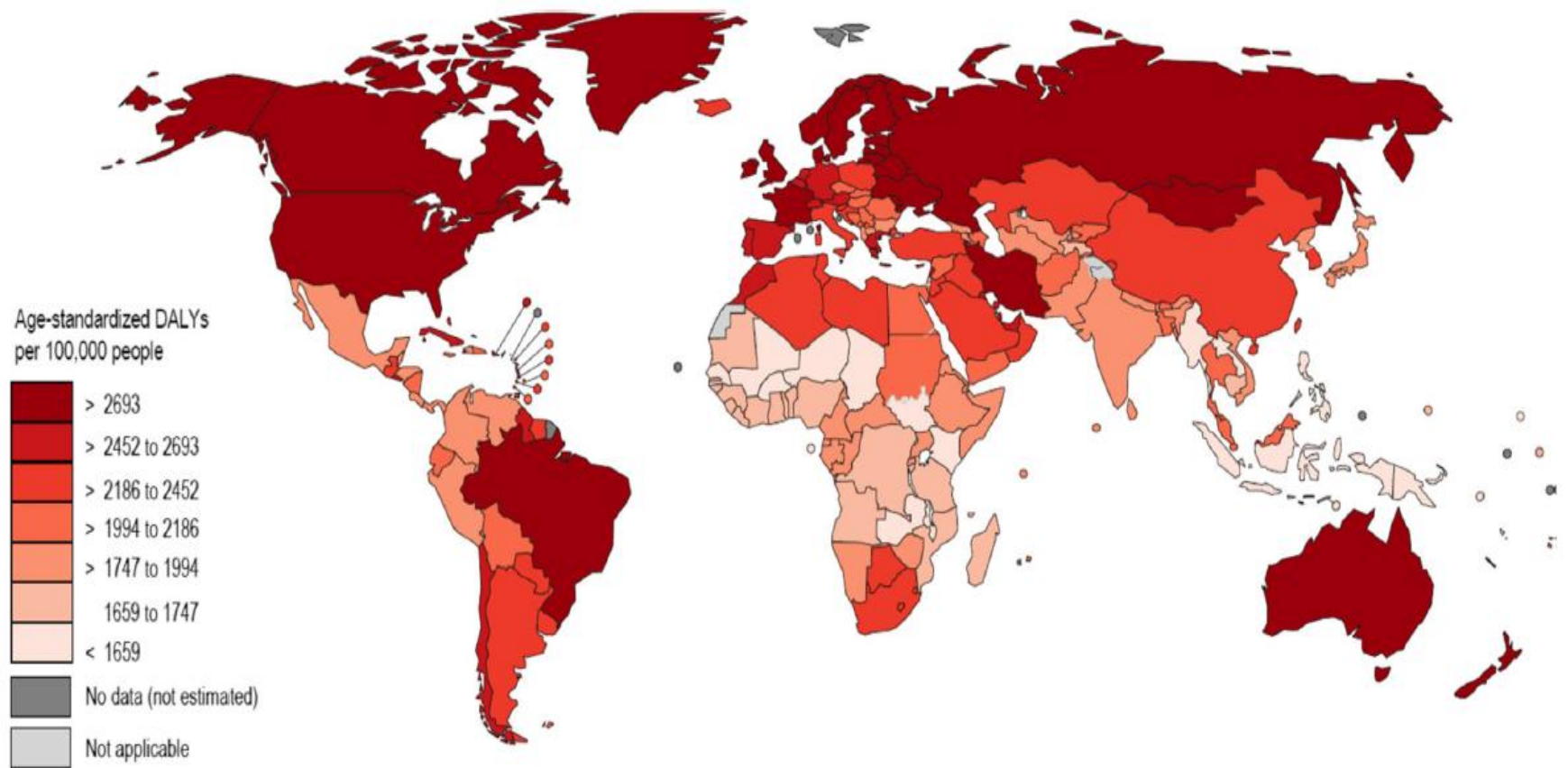
Οι ψυχικές ασθένειες διακρίνονται σε οργανικές και σε λειτουργικές διαταραχές. Οι δύο κατηγορίες διαφέρουν ως προς την κύρια αιτία τους, αλλά χαρακτηρίζονται από τα ίδια συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και συμπεριφοριστικές διαταραχές. Οι οργανικές διαταραχές προκαλούνται ουσιαστικά από βλάβες του εγκεφάλου, ενώ οι λειτουργικές είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και αποτελούν μια πιο ευρέως διαδεδομένη κατηγορία (Thio A.B., 2003).

Η λειτουργική διαταραχή χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: α) στην ψύχωση, β) στη νεύρωση και γ) στη διαταραχή προσωπικότητας. Τα άτομα με ψύχωση χάνουν την επαφή με τη πραγματικότητα και δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από ψυχική διαταραχή, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν θεραπεία. Από την άλλη, τα άτομα με νεύρωση, χαρακτηρίζονται από ανικανότητα να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα, καταλαβαίνουν τι γίνεται, αισθάνονται τον πόνο τους, και σε αντίθεση με τα άτομα με ψύχωση θέλουν να γίνουν καλά. Παράλληλα, τα άτομα με νεύρωση νοιώθουν μια παράλογη και αδικαιολόγητη ανησυχία, φόβο και έχουν έντονες εμμονές. Τέλος, τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας, έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την έντονη και χωρίς όρια απαξίωση των κοινωνικών κανόνων. Αυτά τα άτομα είναι απορροφημένα στον εαυτό τους, μοναχικά και αντικοινωνικά (Thio A.B., 2003).

1.2.2 Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών

Συνολικά, πάνω από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο επηρεάστηκαν από ψυχικές ή εθιστικές διαταραχές το 2016: σημειακός επιπολασμός σημείων 1.110.075.000 (UI: 1.060.431.000-1.158.078.000), που αποτελούν περίπου το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτές οι διαταραχές επηρέασαν τις γυναίκες και τους άνδρες σε παρόμοιο βαθμό: 537.698.000 γυναίκες (UI: 545.451.000-598.555.000) και 572.376.000 άνδρες (UI: 513.713.000-562.164.000).

Επίσης, το 2016, παγκοσμίως, 162,5 εκατομμύρια προσαρμοσμένα με βάση τα χρόνια ζωής με την αναπηρία (disability-adjusted life-years – DALYs) χάθηκαν λόγω αυτών των διαταραχών (95% UI μεταξύ 121,9-206,5 εκατομμύρια), που αντιστοιχεί στο 6,8% όλων των DALY που χάθηκαν σε αυτό το έτος (Chen L., et al., 2019).



Εικόνα 1: Τυποποιημένες στην ηλικία αναλογίες DALY ανά 100.000 εθιστικές και ψυχικές διαταραχές το 2016. Πηγή: *Chen et al., 2019*

1.2.3 Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών

Η κατάταξη της ασθένειας είναι χρήσιμη όσο βοηθάει στο να ταξινομήσουμε ιδέες για τη φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία. Το πρώτο βήμα στην κατάταξη είναι η λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων σε ολόκληρη την πορεία τους. Αυτή η περιγραφική μορφή γνωστοποιεί τη φάση και την εντόπιση του συμπτώματος και βοηθάει στην ανεύρεση της αιτίας. Κάθε έρευνα όμως για τα αίτια της ψυχικής ασθένειας παραμένει χωρίς αποτέλεσμα. Στην ψυχιατρική η λεπτομερής γνώση του παρελθόντος και της προσωπικότητας του ασθενούς είναι πιο χρήσιμα από κάθε προσπάθεια για ανεύρεση της ονομασίας μιας ειδικής ασθένειας.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία APA η κατάταξη ψυχικών ασθενειών είναι η εξής:

- **Ολιγοφρένειες και άνοιες:** Οι πρώτες είναι συνήθως συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας που εμφανίζονται στα παιδιά. Ενώ οι άνοια αποτελούν την προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα πιο διανοητικά άτομα.
- **Οργανοψυχικές ασθένειες:** Λέγονται αλλιώς οργανικά ψυχοσύνδρομα, όπου περιλαμβάνουν το σύνολο των ψυχικών ασθενών και των παθολογικών καταστάσεων. Η γένεση τους οφείλεται σε μια σωματική ασθένεια ή βλάβη είτε του εγκεφάλου είτε του λοιπού οργανισμού, όπου χωρίς αυτή δεν θα εκδηλωνόταν. Τα αίτια μπορούν να ταξινομηθούν γενικά σε ενδογενή ή εξωγενή και σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή, και επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Σε ότι αφορά στην πορεία, διακρίνονται σε οξεία και χρόνια. Σε ότι αφορά την εξέλιξη σε ανατάξιμα και μη. Τα αίτια είναι πάρα πολλά δεδομένου ότι κάθε αίτιο που θίγει οργανικά ή λειτουργικά το ΚΝΣ είναι πρόξενος Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου.
- **Νευρώσεις:** Είναι ένας παλιός όρος που χρησιμοποιείται για μια μεγάλη ομάδα μη ψυχωτικών διαταραχών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μη ρεαλιστικό άγχος, κατάθλιψη και άλλα σχετικά προβλήματα. Οι νευρώσεις είναι διαταραχές ήπιας μορφής και, όπως προαναφέρθηκε, αποτελούν μία από τις τρεις γενικές κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών. Ως νεύρωση ορίζεται μια ήπιας μορφής διαταραχή στην οποία το άτομο έχει επαφή με την πραγματικότητα. Τα άτομα με νευρώσεις δεν χάνουν ποτέ την επαφή τους με την πραγματικότητα και έχουν επίγνωση της κατάστασής τους, ανεξάρτητα από το βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής και από τις επιπτώσεις της διαταραχής στην ψυχική τους υγεία. Επίσης, τα άτομα με νεύρωση

έχουν πολύ καλή ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον, με αποτέλεσμα αρκετές φορές η νεύρωση να μην αναγνωρίζεται από τα άτομα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά μαζί τους. Στις νευρώσεις υπάγονται:

- **Αγχώδεις Νεύρωση:** χαρακτηριστικό της είναι ένας αόριστος γενικευμένος φόβος ο οποίος μπορεί να μετατραπεί σε πανικό.
- **Υστερική Νεύρωση:** μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων χωρίς, όμως, να υπάρχει οργανική βλάβη, όπως ολική ή μερική ακηρηστία μελών του σώματος ή αισθητήριων οργάνων. Αυτό συμβαίνει όμως σε βαριές περιπτώσεις της υστερικής νεύρωσης.
- **Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση:** έχει ως χαρακτηριστικό την επίμονη επανάληψη και τις έμμονες ιδέες.
- **Νευρωσική κατάθλιψη:** έχει ως χαρακτηριστικό την έντονη ευαισθησία σε δυσάρεστα γεγονότα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο με νευρωσική κατάθλιψη να νοιώθει βαθιά απελπισία για μακρό χρονικό διάστημα..
- **Φοβική Νεύρωση:** έχει ως χαρακτηριστικό τον έντονο φόβο σε ορισμένα ερεθίσματα ή/ και καταστάσεις. Ο φόβος αυτός όμως δεν οφείλεται σε πραγματικά αίτια.
- **Ψυχοσωματικές διαταραχές:** περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλο και στομαχόπονο. Πρόκειται για διεργασίες που οδηγούν στην σωματοποίηση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής- με κύριο στοιχείο τους τον πόνο.
- **Υποχονδρίαση:** τα άτομα με υποχονδρίαση ασχολούνται διαρκώς με θέματα σωματικής υγείας και δείχνουν υπερβολική ευαισθησία ακόμα και στο πιο ασήμαντο σωματικό σύμπτωμα (Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ., 2007).
- **Ψυχώσεις:** Οι ψυχώσεις χαρακτηρίζονται από ακραίες ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Οι ψυχώσεις από παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής σφαίρας στις οποίες επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Ένα άτομο με ψύχωση μπορεί να χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα, με την πραγματικότητα του «έξω κόσμου». Προκαλούνται κυρίως από εσωτερικές καταστάσεις. Το άτομο υπακούει σε μία έξω από την πραγματικότητα λογική, γεγονός που συνεπάγεται από αλλαγές στον τρόπο σκέψης του, τις πεποιθήσεις του, τις αντιλήψεις ή και τη συμπεριφορά του. Χαρακτηρίζεται και από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ, παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης που σε βαριές

μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεσή του. Παράλληλα, το άτομο με ψύχωση δεν ανταποκρίνεται σε κοινωνικές και επαγγελματικές απαιτήσεις. Μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ψύχωση συχνά νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές, καθώς γίνονται επικίνδυνοι τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους. Στις ψυχώσεις ανήκουν:

- **Σχιζοφρένεια:** Αποτελεί το συνηθέστερο είδος ψύχωσης. Περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική – υπαρξιακή συμπεριφορά. Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και σε παραγωγή ψευδαισθήσεων και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις και απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις. Οι διαταραχές στον κινητικό – υπαρξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα. Οι σχιζοφρενείς σκέφτονται και μιλούν με τρόπο παράδοξο, μη συμβατικό ή αντιφατικό. Αποτραβιούνται από τους άλλους ανθρώπους και κλείνονται βαθιά στον εαυτό τους. Υπάρχει πιθανότητα απλά να κάθονται, να είναι σιωπηλοί, ακίνητοι και αδιάφοροι, βυθισμένοι σε βαριά απάθεια. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται κυρίως στους νέους (το 60% των σχιζοφρενών είναι κάτω από 35 ετών) και ιδιαίτερα στην πληθυσμιακή ομάδα των ανδρών (Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ., 2007)
- **Διπολική διαταραχή του συναισθήματος ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή:** το άτομο που παρουσιάζει αυτή τη διαταραχή ταλαντεύεται μεταξύ δύο αντίθετων άκρων όσων αφορά τη διάθεση του. Το ένα άκρο ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα μεγάλης χαράς, διαχυτικότητας, σιγουριάς και ευφορίας. Τα άτομα με αυτή τη διάθεση αστεειούνται συνεχώς, γελάνε και μιλάνε πολύ αν και απέχουν απ το να είναι ευτυχισμένα ή ικανοποιημένα. Βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση, όχι γιατί το ευχαριστιούνται, αλλά επειδή ωθούνται σ' αυτή την κατάσταση από ισχυρή ένταση, η οποία εντοπίζεται μέσα τους. Στην κατάσταση αυτή της υπερενεργητικότητας, κατέχονται από αυταπάτες μεγαλείου. Όταν πέφτουν στο καταθλιπτικό στάδιο τα άτομα αισθάνονται υπερβολική απόγνωση, αισθάνονται άχρηστα και σκέφτονται την αυτοκτονία. Έτσι χάνουν την

επιθυμία για ομιλία κίνηση, φαγητό και ύπνο και περνάνε τη περισσότερη ώρα κλαίγοντας.

- **Ψυχανομαλίες:** Είναι ενδιάμεσες Ψυχώσεων και ψυχωνευρώσεων. Τα άτομα αυτά αστοχούν στην εκτέλεση καθηκόντων της ζωής.
- **Ψυχοσωματικές νόσοι:** Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα, σε αντίθεση με τις οργανοψυχικές, όπου προηγείται το σωματικό αίτιο. Οι ψυχοσωματικές ασθένειες ταξινομούνται ως εξής: (I) Οργανονευρώσεις ή νευροφυτικές ή σπλαχνοφυτικές διαταραχές. Οφείλονται σε πρόσφατο ψυχοτραυματισμό ή συναισθηματική κούραση, οξεία ή χρόνια, (II) Ψυχοσωματικές διαταραχές και (III) Σωματοψυχικές διαταραχές, δηλαδή παθήσεις που έχουν αντίκτυπο στον ψυχισμό, όπως είναι ο ακρωτηριασμός, οι παραμορφώσεις του προσώπου. Στις σωματοψυχικές διαταραχές ανήκει και η ψυχογενής ανορεξία-βουλιμία.
- **Διαταραχές προσωπικότητας:** Αποτελούν μια ετερογενή ομάδα διαταραχών που ορίζονται από μακροχρόνια, διάχυτα και άκαμπτα μοτίβα συμπεριφοράς και εσωτερικής εμπειρίας, τα οποία αποκλίνουν από τις προσδοκίες του πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο ανήκει το άτομο. Τα προβληματικά αυτά μοτίβα εκδηλώνονται σε δύο τουλάχιστον από τους παρακάτω τομείς: στη γνωστική λειτουργία, στα συναισθήματα, στις σχέσεις και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Τα είδη διαταραχών προσωπικότητας
 - Ομάδα Α: Άτομα που έχουν παράξενη/ εκκεντρική παρουσία: (Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας).
 - Ομάδα Β: Άτομα που έχουν δραματική/ ασταθή παρουσία: Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας, Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας
 - Ομάδα Γ: Άτομα που έχουν αγχώδη/ φοβισμένη παρουσία, Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας, Εξαρτησιακή διαταραχή της προσωπικότητας, Ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας.
- **Διαταραχές Συναισθήματος:** Με τον όρο συναισθηματικές διαταραχές, δηλώνουμε ότι πρόκειται για ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που αναφέρονται στο συναίσθημα. Το συναίσθημα έχει διάφορες αποκλίσεις και παραλλαγές. Η θλίψη, η χαρά, η

έκσταση, ο ψυχικός πόνος, η οδύνη, όλα αυτά είναι συναισθήματα. Όμως τα δύο βασικά, αντίπαλα μάλιστα, συναισθήματα είναι η θλίψη και η χαρά. Όταν η θλίψη είναι υπερβολική, τότε έχουμε την κατάθλιψη. Και όταν η χαρά είναι υπερβολική, τότε έχουμε την ευφορία σε πρώτη φάση και μια κατάσταση που την αποκαλούμε μανία σε δεύτερη φάση.

- **Άγχος:** Το άγχος προκαλεί φόβο επί απουσίας φοβογόνων ερεθισμάτων. Η πυροδότηση του άγχους από εξωτερικά φοβογόνα ερεθίσματα συνιστά το φοβικό άγχος των απλών φοβιών, της κοινωνικής φοβίας ή της αγοραφοβίας. Το άγχος που υποκινεί την υποθετική έκθεση σε δυνητικά επικίνδυνες συνθήκες ονομάζεται το άγχος της αναμονής. Τέλος, το άγχος που βιώνεται, ενώ διαδραματίζονται επεισόδια μεγάλης έντασης αλλά μικρής διάρκειας ονομάζεται πανικός και αντιδιαστέλλεται με το γενικευμένο άγχος μικρής έντασης αλλά μακριάς διάρκειας.
- **Θλίψη και κατάθλιψη:** η θλίψη ως μια απλή ψυχική αντίδραση μικρής διάρκειας σε αντίξοες συνθήκες, στερείται ψυχοπαθολογικής σπουδαιότητας. Αποκτά ψυχοπαθολογική σπουδαιότητα απ τη στιγμή που διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετατρέπεται σε καταθλιπτικό συναίσθημα (Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ., 2007).

1.3 Ιδιαιτερότητες Ψυχιατρικών Ασθενών

1.3.1 Στίγμα



Στις μέρες μας ο όρος «στίγμα» αναφέρεται στην ηθική-κοινωνική υποβάθμιση και όχι το σωματικό στιγματισμό. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «Το στίγμα είναι κάτι που συνοδεύει ένα άτομο και υπονομεύει ριζικά την κοινωνική του θέση. Είναι ένα ανεξίτηλο σημάδι απαξίας και ντροπής». Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, πολλές φορές, διαφέρουν

από το γενικό πληθυσμό, λόγω των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν. Ωστόσο, οι άλλοι συνήθως διακρίνουν αυτές τις διαφορές, αλλά δεν τις κατανοούν ή αισθάνονται άβολα, με αποτέλεσμα να αντιδρούν με αρνητικό τρόπο απέναντι σε τέτοια άτομα (WHO, 2019).

Υπάρχουν διάφορα είδη στίγματός αλλά έχουν ομαδοποιηθεί σε τρεις βασικές κατηγορίες.

- Εκείνα που σχετίζονται απολύτως με τα εμφανή χαρακτηριστικά, όπως οι αναπηρίες, κάποιες σωματικές δυσμορφίες και γενικότερα αποκρουστικά εξωτερικά και εύκολα παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά του ατόμου.
- Ψεγάδια του χαρακτήρα που εκδηλώνονται με τη μορφή της αδυναμίας, της επιρρέπειας, της απρόβλεπτης και μη αποδεκτής από την κοινωνία συμπεριφοράς, του αλκοολισμού, των εξαρτήσεων, της ανεργίας κ.α.
- Τα συλλογικά στίγματα που ακολουθούν έναν ολόκληρο πληθυσμό της ίδιας γεωγραφικής περιοχής που μοιράζονται κοινή καταγωγή, χαρακτηριστικά, κουλτούρα, κοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις που περνούν από γενιά σε γενιά και μολύνουν ολόκληρη την οικογένεια (Κορδούτης Π. & Παυλόπουλος Β., 2006).

Ωστόσο, σε όλες αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ένα κοινό χαρακτηριστικό, ένα διακριτικό στοιχείο, το οποίο θα προκαλέσει και την απομάκρυνση εκείνων που συμμετέχουν στην συναναστροφή, απομάκρυνση όχι μόνο από το άτομο που φέρει το «στίγμα», μια ανεπιθύμητη διαφορετικότητα σε σχέση με τις συνηθισμένες πεποιθήσεις, αλλά και από εκείνους που αποτελούν τον κοινωνικό του κύκλο, το «περιβάλλον» του (Κορδούτης Π. & Παυλόπουλος Β., 2006).

Μέσα λοιπόν από τη διαδικασία του αποκλεισμού, το άτομο με ψυχικά νοσήματα θα έρθει αντιμέτωπο με ένα ακόμα εμπόδιο καθώς θα προσπαθήσει να διορθώσει την αιτία της μειονεξίας που του έχει προσδοθεί από εκείνους που στιγματίζουν, μη αποδεχόμενοι την διαφορετικότητα του ατόμου. Θα νιώθει συνεχώς την υποχρέωση να καταβάλλει περίσσια προσπάθεια και προσωπικό κόπο για να βελτιώσει την κατάσταση του και να πάψει να υστερεί στον εκάστοτε τομέα που θεωρεί εκείνος, με επικείμενη έντονη πίεση και άγχος. Τέλος μπορεί να χρησιμοποιήσει την αδυναμία-μειονεξία αυτή για να αποκομίσει προσωπικά δευτερεύοντα οφέλη, την επιδίωξη ευνοϊκής μεταχείρισης που τον απομονώνουν από τον κοινωνικό ρυθμό και τρόπο και τον εκ νέου στιγματισμό του.

Πράγματι, το ψυχικά ασθενές άτομο είναι αυτό που πλήττεται από την μεσαιωνική και δεσπόζουσα νοοτροπία του στιγματισμού και των προκαταλήψεων, όπου ο ασθενής είναι πάντα συμπαθής αλλά ποτέ δεν μπορεί να γίνει αποδεκτός από την κοινωνία και να συμπορευτεί με έναν υγιή και νοήμων άνθρωπο, κάτω από το πρίσμα μιας «στρογγυλεμένης» και «διπλωματικής» κατανόησης που πρέπει να συμβαδίζει με το προοδευτικό πνεύμα και πολιτισμό της εποχής. Μια φαινομενικά ιδανική, καλά ρυθμισμένη και λειτουργική κοινωνία που δεν μπορεί να αμαυρωθεί από ένα λιγότερο λειτουργικό και επομένως χρήσιμο μέλος αλλά και από τα άτομα που το περιβάλλουν, όπως τους φροντιστές. Επομένως θα επέλθει η αναμενόμενη απομάκρυνση του συνόλου των ατόμων αυτών, ένας ακόμα βραχνάς στην ιδιαίτερη φροντίδα που αρμόζει σε μια ψυχική νόσο.

1.3.2 Εναλλαγές ασθένειας

Ταυτόχρονα με τα ποικίλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινότητα και στην φροντίδα του ασθενή ένα ακόμα ιδιόμορφο στοιχείο-εμπόδιο είναι η εναλλαγή των φάσεων της ψυχικής νόσου, δηλαδή η εναλλαγή ανάμεσα στις περιόδους με ενεργά συμπτώματα και στις υπολειμματικές φάσεις. Στις ενεργούς περιόδους ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και ψυχοκινητική διέγερση ενώ οι υπολειμματικές περίοδοι χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια και αμβλύτητα, κοινωνική απομόνωση και γενικότερη έκπτωση της λειτουργικότητας και απρόβλεπτη, ιδιόρρυθμη συμπεριφορά. Στοιχεία που αναπόφευκτα οικειοποιείται και ο φροντιστής στα πλαίσια της φροντίδας και κατά τη προσπάθεια ισορρόπησης ανάμεσα στα δυο.

1.3.3 Ύδρωμα και εγκλεισμός

Το ψυχικά ασθενές άτομο συχνά βλέπει τον κόσμο γύρω του έτσι όπως θα ήθελε να είναι χωρίς να είναι ικανό να αντιληφθεί τα γεγονότα έτσι όπως πράγματι συμβαίνουν. Παρουσιάζει μία ανολοκλήρωτη προσωπικότητα που καθιστά αδύνατη την προσπάθεια του να βρει ισορροπία ανάμεσα στις συνειδητές και ασυνειδήτες δυνάμεις που τον παρακινούν. Παρουσιάζει ανεπάρκεια στις σχέσεις του με τους άλλους, αντιμετωπίζει δυσκολία στο να εξασφαλίζει τα απαραίτητα για τη ζωή του στην κοινότητα και να επικρατήσει στο περιβάλλον, με αποτέλεσμα να πασχίζει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συναντά στην καθημερινότητα του και να προσαρμοστεί στις εκάστοτε αλλαγές που προκαλούνται. Έτσι μπορεί να κατανοήσει κανείς πως η φροντίδα και

διαβίωση, ενδεχομένως, με ένα ψυχικά ασθενές άτομο μπορεί να είναι ασταθής, απρόβλεπτη, κρίσιμη με έντονες εναλλαγές και μη διαχειρήσιμες καταστάσεις.

Αυτός είναι και ο βασικός λόγος της ύπαρξης ψυχιατρικών κλινικών και ιδρυμάτων καθώς η φροντίδα σε κάποιες περιπτώσεις δεν μπορεί να περιοριστεί σε ένα άτομο, τον φροντιστή, αλλά χρειάζεται μια ολιστική αντιμετώπιση από επαγγελματική ομάδα υγείας. Αυτός ο εκούσιος ή ακούσιος αντίστοιχα εγκλεισμός αποτελεί ακόμα και σήμερα μια αμφιλεγόμενη επιλογή και λύση καθώς μπορεί να προσφέρει ανάμεικτα συναισθήματα στον ασθενή και να δράσει ποικιλοτρόπως στην ζωή του γενικότερα.

Παράλληλα, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα αντιμετωπίζονταν πάντα με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο, καχυποψία, προκατάληψη, ακόμα και φόβο. Στοιχεία που συνήθιζαν να ακολουθούν και τα μέλη της οικογένειας του ατόμου, ακόμα και γενιές αργότερα, πράγμα που λειτουργούσε κατασταλτικά στην ανάληψη ευθύνης του ατόμου αυτού ακόμα και από το οικογενειακό του περιβάλλον. Μη θέλοντας να οικειοποιηθεί κάποιος το στίγμα του «τρελού» και των ανεπανόρθωτων μέχρι πρόσφατα βλαβών, τα άτομα αυτά περιθωριοποιούνταν, απομονώνονταν και αφήνονταν με τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου συχνά να υποτροπιάζουν. Λόγω της ανεπιθύμητης συνήθως ύπαρξης τους, επικράτησε η συνηθισμένη τακτική της αποπομπής τους και ο μετέπειτα εγκλεισμός τους σε κάποιο ίδρυμα. Τον νόμιμο πλέον τρόπο της κοινωνίας, να αποδιώχνει τα ασθενή μέλη της, ενοχοποιώντας και καταδικάζοντας τη διαφορετικότητα, και προκαλώντας ανεπανόρθωτο στιγματισμό και ακούσια οικειοποίηση του ρόλου του «παράφρονα». Στάση που συνετέλεσε στην ύπαρξη αρκετών ψυχιατρικών κλινικών και ιδρυμάτων στη χώρα μας με την πλειοψηφία αυτών να φιλοξενούν μεγάλο αριθμό ασθενών ετησίως. Τακτική που κάνει την κοινωνία, μέσα από την θέσπιση του εγκλεισμού, να αισθάνεται τελικά ασφαλής.

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός ασύλου είναι ο σαφής περιορισμός των ελευθεριών, επιλογών και της πρόσβασης και επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Έχει έντονη ιεραρχική δομή με εξουσίες και δύναμη που κατέχει το προσωπικό και η διοίκηση. Τέλος, τίθενται αυστηροί συνήθως κανονισμοί και ένα πολύ συγκεκριμένο πλαίσιο συμπεριφοράς και δραστηριοποίησης που πρέπει να ακολουθείτε από όλους τους τροφίμους ανεξαιρέτως.

1.4 Φροντίδα Ψυχιατρικών Ασθενών

Η πιο διαδεδομένη μορφή θεραπείας των ψυχικά ασθενών, από την περίοδο ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ευρώπη και στην Αμερική, είναι η κατ' οίκον φροντίδα. Στις ΗΠΑ, το 1959, ένας νόμος της Ψυχικής Υγείας προωθούσε την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και τασσόταν υπέρ των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας, έχοντας ως σκοπό την καλύτερη αποκατάσταση των ψυχικά νοσούντων, αλλά και την μείωση ανάγκης για κλίνες για αυτούς τους ασθενείς στα νοσοκομεία.

Οι φροντιστές των ψυχικά νοσούντων ασθενών είναι κυρίως οι γονείς τους ή τα αδέρφια του, σε περίπτωση απώλειας αυτών. Στην περίπτωση που ο ασθενής είναι παντρεμένος τη φροντίδα συνήθως αναλαμβάνει ο/η σύζυγος, ενώ αν είναι χήρος/α τη φροντίδα την αναλαμβάνουν τα παιδιά του/της. Οι φροντιστές είναι άτομα που είναι υπεύθυνα για την κάλυψη και ικανοποίηση τόσο των σωματικών, όσο και των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή που φροντίζουν. Ουσιαστικά, ο ασθενής εξαρτάται από το φροντιστή. Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχικά νοσούντες ασθενείς έχουν ανάγκη για βοήθεια και για επίβλεψη στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτό συνήθως δημιουργεί σημαντική επιβάρυνση για τους φροντιστές (Ντάμπου Μ., 2016).

Κεφάλαιο 2^ο

Φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο

2.1 Η Έννοια της Φροντίδας



Η φροντίδα αποτελεί μια έννοια πολύπλευρη και πολλών διαστάσεων. Ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του στάση απέναντι στη φροντίδα με βάση το κοινωνικό πλαίσιο που μεγαλώνει, τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, αλλά και το πολιτισμικό περιβάλλον που ανήκει (Κοτρώτσιου Σ., και συν, 2015).

Σύμφωνα με τον Bridges (1996), η παροχή φροντίδας στηρίζεται στην πεποίθηση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν το βασικό δικαίωμα να ενεργούν στο μέγιστο δυνατό επίπεδο της ψυχικής και σωματικής τους ικανότητας, καθώς στο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής. Η φροντίδα έχει ως στόχο να προάγει την ανεξαρτησία, καθώς διεκδικεί για το άτομο που δέχεται τη φροντίδα την πιο λειτουργική σωματική, διανοητική, συναισθηματική και πνευματική κατάσταση. Η φροντίδα, όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα, είναι κατανόηση, πρόληψη και άγγιγμα (Κουράση Α., και συν, 2013). Επίσης, στην έννοια αυτή προσδίδονται και τα χαρακτηριστικά της αγάπης. Η αγάπη αποτελεί συνισταμένη των εννοιών του σεβασμού, της γνώσης και της ευθύνης (Κοτρώτσιου Σ., και συν., 2015).

Οι Pearlin και Skaff (1990), διέκριναν δύο στοιχεία της φροντίδας: το συναισθηματικό και την καθαυτή παροχή της φροντίδας. Το πρώτο στοιχείο αφορά στην αίσθηση της υποχρέωσης ενός ατόμου για την ευημερία κάποιου άλλου, ενώ το δεύτερο

στη συμπεριφορική έκφραση αυτής της υποχρέωσης (Μπούζας Λ., 2013). Ο Mayeroff (1971), από την άλλη, ανέφερε ότι η ζωή των ατόμων που παρέχουν φροντίδα δίνει νόημα και ουσία στη ζωή τους. Όμως, κάποιες φορές η φροντίδα μπορεί να είναι ένα τεράστιο και άνισα κατανεμημένο βάρος, και να μην είναι απλά μια συνηθισμένη ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε άτομα (Παπασταύρου Ε., 2005). Η φροντίδα αποτελεί μια περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον φροντιστή και στο άτομο που λαμβάνει τη φροντίδα (Κριθυμού Ε. & Μανδαλά Α., 2017).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη της φροντίδας, αφού η φροντίδα αποτελεί τη βάση της. Επίσης, σύμφωνα με την εννοιολογική προσέγγιση της, για την επίτευξη υψηλής ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας οι νοσηλευτές πρέπει να σέβονται τα ιδανικά και τις πανανθρώπινες αξίες. Οι νοσηλευτές πρέπει να παράγουν νοσηλευτικό έργο για το όφελος του ατόμου, αλλά και της κοινωνίας. Ωστόσο, η φροντίδα δεν αποτελεί αποκλειστικότητα μόνο της Νοσηλευτικής αλλά και άλλων επιστημών που σχετίζονται με τον άνθρωπο (Κοτρώτσιου Σ., και συν, 2015).

Η φροντίδα μπορεί να διακριθεί σε κατηγορίες με πολλούς τρόπους. Αρχικά, η φροντίδα σε σχέση με τις υπηρεσίες μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια. Ως προς τον πάροχο της φροντίδας, μπορεί να διακριθεί σε ιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική, όπου πάλι δομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα. Ωστόσο, ο πιο συχνός διαχωρισμός της φροντίδας είναι σε τυπική (formal) και σε άτυπη φροντίδα (informalcare). Στην τυπική φροντίδα, η φροντίδα παρέχεται από κάποιον ειδικευμένο, όπως νοσηλευτή, κοινωνικό λειτουργό, και η σχέση του φροντιστή με του ωφελούμενου είναι οικονομικά εξαρτημένη, ενώ οι υπηρεσίες παρέχονται σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, όπως ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ή στο σπίτι στο πλαίσιο κάποιου προγράμματος. Από την άλλη, η άτυπη φροντίδα παρέχεται από τους άτυπους φροντιστές και σ' αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει οικονομική αμοιβή (Ward-Griffin C., 2002).

2.2 Η Έννοια του Φροντιστή

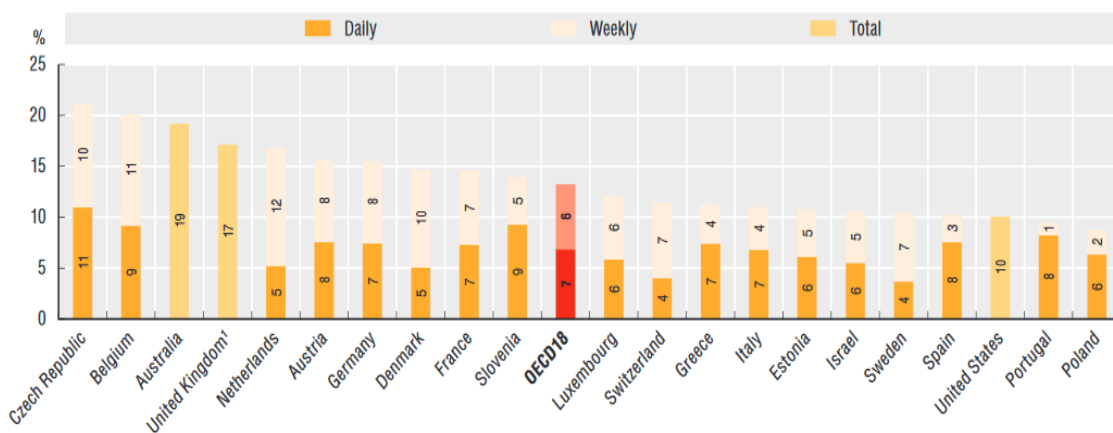
Σύμφωνα με τις Leininger και McFarland (2002), φροντίδα είναι η υιοθέτηση συμπεριφορών, πράξεων, και πρακτικών για τη βοήθεια και την υποστήριξη ατόμων με ανάγκες, εμφανείς ή προβλεπόμενες, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση του τρόπου ζωής ή των συνθηκών της. Το άτομο που παρέχει τη φροντίδα ονομάζεται φροντιστής (McFarland M. & Wehbe-Alamah H., 2018).

Τέτοιες ανάγκες μπορεί να προκύπτουν λόγω ψυχικών διαταραχών, όπου εντοπίζονται σε ποικίλες πληθυσμιακές ομάδες ανεξαρτήτως φυλετικών, μορφολογικών, πολιτισμικών ή κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών. Τις τελευταίες δεκαετίες η αποασυλοποίηση των ατόμων που νοσούν ψυχικά, αποτελεί βασική μέριμνα του συστήματος υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλά άτομα με χρόνιες και οξείες ψυχικές διαταραχές να λαμβάνουν φροντίδα υγείας στην κοινότητα. Τη φροντίδα αυτή αναλαμβάνουν οι φροντιστές.

2.3 Είδη Φροντιστή

Όπως προαναφέρθηκε οι φροντιστές μπορούν να διακριθούν σε επίσημους και σε ανεπίσημους. Ο επίσημος φροντιστής ή αλλιώς formal care giver είναι ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος παρέχει φροντίδα σ' ένα άτομο που έχει ανάγκη, είτε έναντι αμοιβής είτε εθελοντικά (Παπασταύρου Ε., 2005). Ο ανεπίσημος φροντιστής, ή αλλιώς informal care giver, είναι συνήθως ένα συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο ή ένας γείτονας, όπου παρέχει τη βασική φροντίδα σ' ένα αγαπημένο του άτομο που χρειάζεται μόνιμη βοήθεια εθελοντικά και χωρίς αμοιβή. Η φροντίδα συνήθως παρέχεται στο περιβάλλον του ατόμου που έχει την ανάγκη φροντίδας (OECD, 2017; Παπασταύρου Ε., 2005).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ανεπίσημοι φροντιστές διακρίνονται σε: (1) πρωτοβάθμιους, όπου είναι τα άτομα που αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο τους στον ασθενή, έχουν την ευθύνη του και λαμβάνουν τις περισσότερες, αν όχι όλες, αποφάσεις που αφορούν το άτομο, και (2) δευτεροβάθμιους, όπου είναι συγγενείς, φίλους ή γείτονες που έχουν συμπληρωματικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενή (Παπασταύρου Ε., 2005).



Γράφημα 1: Ποσοστό άτυπων φροντιστών μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω, το 2015 (OECD, 2017)

Οι ανεπίσημοι φροντιστές συχνά δε διαθέτουν ειδική εξειδίκευση και παρέχουν βοήθεια ή διαχειρίζονται τη φροντίδα ενός ατόμου με χρόνια νόσο. Η βοήθεια αυτή μπορεί να είναι υλική, συναισθηματική, οικονομική ή οτιδήποτε θεωρείται απαραίτητο για τον ασθενή (OECD, 2017; Παπασταύρου Ε., 2005). Οι άτυποι φροντιστές παρέχουν φροντίδα στον ασθενή αδιαλείπτως, δηλαδή δεν έχουν συγκεκριμένο ωράριο, την παρέχουν όλες τις μέρες του χρόνου και δεν απαιτούν καμία υλική ανταμοιβή. Μεταξύ του φροντιστή και του ασθενή υπάρχει έντονο συναισθηματικό δέσιμο, δεδομένου ότι έχουν συγγενική σχέση, φιλική σχέση ή νοιώθουν αίσθημα υποχρέωσης (σύζυγος, σύντροφος, κόρη – υιός, μητέρα – πατέρας). Αυτό το δέσιμο έχει ως αποτέλεσμα οι άτυποι φροντιστές να νοιώθουν μεγαλύτερη επιβάρυνση (Μπούζας Λ., 2013).

2.4 Οι ανάγκες των φροντιστών

Οι φροντιστές, ωστόσο, έχουν ανάγκες. Αυτές οι ανάγκες είναι:

- **Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη:** Οι φροντιστές έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη καθώς βιώνουν έντονο άγχος και θλίψη από τη παροχή της φροντίδας και νοιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον του ασθενή. Το άγχος τους οφείλεται στο ότι πρέπει να εκτελούν σωματικά, κοινωνικά, συναισθηματικά και οικονομικά απαιτητικές εργασίες και η παρεχόμενη φροντίδα συνεχώς αυξάνεται. Παράλληλα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας επιτείνει το άγχος τους (Schubart J.R., et al, 2008). Παράλληλα, οι φροντιστές έχουν μια αδυναμία στο να διατηρήσουν την κοινωνική τους ζωή έξω από τις ανάγκες της φροντίδας (Τζούνης Ε., και συν, 2017).
- **Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη:** Κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών ο οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρύνεται σημαντικά. Το άμεσο οικονομικό φορτίο των φροντιστών περιλαμβάνει τα έξοδα που σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα του ασθενή, όπως τα φάρμακα, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις δαπάνες για την τακτική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, τις δαπάνες για τη φροντίδα στο σπίτι, την ιδρυματική και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Το έμμεσο οικονομικό φορτίο περιλαμβάνει το χρόνο που δαπανάται για τη φροντίδα και την επίβλεψη των ασθενών και την απώλεια εργατοωρών (Ζαχαροπούλου Γ., και συν, 2015); (Van Houtven C.H., et al, 2010).

- **Ανάγκη για πνευματική υποστήριξη:** Συχνά οι φροντιστές δε μπορούν να βρουν πηγές νοήματος, αγάπης, ελπίδας, δύναμης, ειρήνης, ανακούφισης και σύνδεσης με τη ζωή τους με αποτέλεσμα να βιώνουν πνευματική κρίση. Η πνευματική κρίση μπορεί να είναι επίσης συνέπεια μιας διαμάχης μεταξύ των όσων συμβαίνουν στη ζωή τους και όσων τελικά πιστεύουν. Η πνευματική ευεξία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη μείωση της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές από τη φροντίδα που παρέχουν (Spurlock W.R., 2005).
- **Ανακούφιση από τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης:** Η οικογένεια, συνήθως, αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες φροντίδας του ασθενή, χωρίς να γνωρίζει πάντα τις απαιτήσεις και τα φορτία του φροντιστή. Τα φορτία αφορούν το οικονομικό κόστος, τις απαιτήσεις του χρόνου, το ψυχολογικό στρες, τη σωματική εξάντληση, και τη διαταραχή της κοινωνικής τους ευημερίας. Συνεπώς, η παρεχόμενη φροντίδα μπορεί να γίνει ένα πολύ μεγάλο και άνισα κατανομημένο βάρος, (Rabow M.W., et al, 2004). Η υγεία των ασθενών επιδεινώνεται σταδιακά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι φροντιστές να περιορίζουν όλο και περισσότερο τις κοινωνικές τους επαφές, τα χόμπι τους, ακόμα και την εργασία τους, αφού δε μπορούν να αφήσουν το συγγενή τους μόνο (Τζούνης Ε., και συν, 2017). Παράλληλα, όλες οι ευθύνες των ασθενών, που είχαν πριν αρρωστήσουν, μετατοπίζονται στους φροντιστές. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια οι φροντιστές να αισθάνονται ότι χάνουν τον εαυτό τους, και να δημιουργείται σύγχυση με την προσωπική τους ταυτότητα (Simpson A.C., et al, 2010).
- **Ανάγκη για επικοινωνία, εκπαίδευση και ενημέρωση:** όταν οι φροντιστές ενημερώνονται επαρκώς και εκπαιδεύονται, η επιβάρυνση που βιώνουν μειώνεται, καθώς έχουν μειωμένο άγχος, βελτιώνονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών και βελτιώνεται η ικανότητα τους στο να επιλύσουν τις δυσκολίες της φροντίδας (Τζούνης Ε., και συν, 2017). Η επικοινωνία αποτελεί πολύ σημαντικό μέρος στη ζωή ενός φροντιστή. Οι φροντιστές που βιώνουν σωματική και συναισθηματική εξουθένωση τείνουν απομονώνονται, καθώς αισθάνονται ότι δεν υπάρχει κάποιος που να τους καταλαβαίνει. Όταν οι φροντιστές συναναστρέφονται με άλλα άτομα, νοιώθουν ότι δεν είναι μόνοι τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας τους.

Γίνεται κατανοητό λοιπόν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εκτιμούνται και να αξιολογούνται οι ανάγκες των φροντιστών. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσω εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων, όπως η κλίμακα της επιβάρυνσης «The Zarit Burden Interview», (Zarit S.H., 1980) και μέσω της συμβουλευτικής (Τζούνης Ε., και συν, 2017).

2.5 Η Έννοια της Επιβάρυνσης

Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τους Grad & Sainsbury (Grad J. & Sainsbury P., 1966) όταν κατά τη εξέταση των ψυχικά νοσούντων στην κοινότητα, η οικογένεια άρχισε να αποτελεί «το ίδρυμα επιλογής» για τη φροντίδα αυτών των ασθενών (Parker B.A., 1993). Η επιβάρυνση ορίζεται ως «τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια», δηλαδή είναι η δύναμη που υπάρχει ανάμεσα στην ανικανότητα ενός ασθενούς και στην επίδραση που έχει η φροντίδα του στην οικογένεια και ιδιαίτερα στο άτομο που τον φροντίζει. Οι Hoening & Hamilton (Hoenig J. & Hamilton M.W., 1966) διέκριναν την επιβάρυνση σε υποκειμενική και σε αντικειμενική. Η πρώτη αφορά την υποκειμενική εμπειρία, δηλαδή πώς αντιλαμβάνονται οι φροντιστές την επιβάρυνση της φροντίδας, καθώς και τις συναισθηματικές επιπτώσεις που τους προκαλεί. Από την άλλη, η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει κάθε παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη ζωή της οικογένειας και σχετίζεται με τα προβλήματα του ασθενούς (Παπασταύρου Ε. και συν, 2006); (Ζαχαροπούλου Γ., και συν, 2015).

Το 1980, οι Zarit et al (Zarit S.H., et al., 1980) ανέφεραν ότι η επιβάρυνση είναι η έκταση στην οποία οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τη φυσική τους υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική υπόσταση ως αποτέλεσμα της φροντίδας του συγγενικού τους ατόμου. Ωστόσο, οι Miller και McFall (Miller B. & McFall C., 1991) διέκριναν δύο άλλες διαστάσεις της επιβάρυνσης, την «προσωπική επιβάρυνση» και τη «διαπροσωπική επιβάρυνση». Η πρώτη διάσταση αφορά στην αντίληψη που έχει ο φροντιστής για τα προβλήματα των προσωπικών πράξεων και δραστηριοτήτων που επηρεάζονται από τη φροντίδα, ενώ η δεύτερη σχετίζεται με τα προβλήματα στη σχέση του φροντιστή με το φροντιζόμενο άτομο.

Νεότεροι ορισμοί, καθορίζουν την επιβάρυνση ως την «πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της φροντίδας 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» (Παπασταύρου Ε. και συν, 2006).

2.5.1 Αντικειμενική Επιβάρυνση

Ός αντικειμενική επιβάρυνση ορίζεται η αρνητική εμπειρία που έχει ο φροντιστής λόγω της φροντίδας του ασθενούς όταν επηρεάζονται οικονομικοί και εργασιακοί κυρίως τομείς της καθημερινής του ζωής. Η αντικειμενική επιβάρυνση διακρίνεται σε:

- Γενική, που αναφέρεται στις γενικές συνέπειες που έχει η φροντίδα του ασθενούς, όπως είναι τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα που παρουσιάζουν συχνά οι φροντιστές, αλλά και οι αρνητικές συνήθως αλλαγές των ρόλων και των σχέσεων που προκύπτουν στο οικογενειακό σύστημα.
- Χαρακτηριστική, η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένες επιπτώσεις στην ζωή του φροντιστή λόγω της ασθένειας του ατόμου. Επιπτώσεις που αφορούν κυρίως τη διαταραχή στον εργασιακό τομέα, τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν από την ευθύνη της φροντίδας και τη γενικότερη αλλαγή της ζωής του και τις συνέπειες αυτής στο οικογενειακό σύστημα λόγω της φροντίδας του ασθενούς (Παπασταύρου Ε. και συν, 2006).

2.5.2 Υποκειμενική Επιβάρυνση

Ός υποκειμενική επιβάρυνση ορίζεται η επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης των συγγενών-φροντιστών που συνδέεται με την φροντίδα του ασθενή, όπως η κατάθλιψη και η έντονη ανησυχία. Τα προβλήματα υγείας (σωματικά και ψυχολογικά), η αυξημένη ένταση και το άγχος είναι μμερικά από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

- Η επιρροή που έχει η συμπεριφορά του ασθενή στο άτομο που έχει αναλάβει την φροντίδα του και ο ρόλος αυτής στην επιβάρυνση που νοιώθει, είναι μεγάλος. Φαίνεται δε ότι όταν ο ασθενής είναι αγενής και βίαιος, αυξάνεται η υποκειμενική επιβάρυνση. Παράλληλα, φαίνεται ότι οι φροντιστές συγγενείς που συμβιώνουν με τους ασθενείς παρουσιάζουν πολύ συχνά κατάθλιψη, σωματικά προβλήματα, έντονα το αίσθημα αδυναμίας να αντέξουν άλλο την κατάσταση την οποία βιώνουν, το αίσθημα απώλειας και θρήνου, ενοχής κατά τη μετάδοση της ασθένειας, μια αίσθηση απελπισίας, και ένα αίσθημα ότι δεν προσφέρει αρκετά (Παπασταύρου Ε. και συν, 2006).

2.5.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες επιβάρυνσης

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες της επιβάρυνσης είναι:

- 1) Το μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή σε σχέση με την επιβάρυνση του φροντιστή. Όταν ο ασθενής έχει μειωμένη λειτουργική ανικανότητα του ασθενή, όλες του οι ανάγκες, από τις πιο βασικές καθημερινές δραστηριότητες έως τις πιο σύνθετες, εξαρτώνται από το φροντιστή (Ma H.P., et al, 2014).
- 2) Το φύλο του φροντιστή. Το φύλο σχετίζεται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι φροντιστές για την αντιμετώπιση της επιβάρυνσης. Για παράδειγμα, οι άντρες χρησιμοποιούν συχνότερα ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης της επιβάρυνσης σε σχέση με τις γυναίκες (Ma H.P., et al, 2014). Από την άλλη, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια διαταραχή, γιατί παρέχουν περισσότερη άμεση φροντίδα και σπαταλούν πιο πολύ χρόνο για τη φροντίδα. Οι άνδρες έχουν λιγότερη συναισθηματική ανάμειξη και χρησιμοποιούν μηχανισμούς που δημιουργούν μια ψυχολογική απόσταση (Μπούζας Λ., 2018).
- 3) Η διάρκεια της φροντίδας. Όσο αυξάνεται η διάρκεια της φροντίδας τόσο πιο πιθανό είναι οι φροντιστές να αποκτήσουν μια ασθένεια (Ma H.P., et al, 2014).
- 4) Η οικονομική κατάσταση του φροντιστή. Έχει βρεθεί ότι οι φροντιστές που είναι μέλος της οικογένειας του ατόμου που έχει ανάγκη για φροντίδα και έχουν χαμηλό οικογενειακό εισόδημα έχει συσχετιστεί βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση. Συχνά μέσα στην οικογένεια υπάρχουν εντάσεις λόγω των οικονομικών ζητημάτων, καθώς η φροντίδα του ασθενή απαιτεί σημαντικά έξοδα, ενώ ταυτόχρονα το εισόδημα του νοικοκυριού έχει ελαττωθεί (Μπούζας Λ., 2018).

2.6 Επιβάρυνση Φροντιστών Ψυχικά Νοσούντων Ατόμων



Η φροντίδα ψυχιατρικών ασθενών αποτελεί μία δύσκολη, πολυδιάστατη και επιβαρυντική διαδικασία η οποία επιφέρει σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές αλλά και οικονομικές αρνητικές συνεπείες για τους φροντιστές.

Καθώς οι φροντιστές επωμίζονται πλήθος ευθυνών, αυτόματα μειώνεται ο ελεύθερος τους χρόνος για ενέργειες αναψυχής, αλλά και για κοινωνικές συνευρέσεις και συνεπώς απομονώνονται κοινωνικά. Εκτός από τη προσωπική επιβάρυνση των φροντιστών συχνά παρατηρούνται και ενδοοικογενειακές συγκρούσεις οι οποίες κατά βάση προκαλούνται λόγω του οικονομικού κόστους, το οποίο επωμίζεται η οικογένεια ενός ψυχιατρικού ασθενή προκειμένου να τον φροντίσει.

Κάποιες ακόμα συνέπειες στην υγεία των φροντιστών χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών είναι η υπερένταση, το στρες, οι μειωμένες αντοχές καθώς και μειωμένα αποθέματα υπομονής. Ταυτοχρόνως παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα κόπωσης, θυμού, μοναξιάς ματαίωσης καθώς και αδυναμίας.

Ως εκ τούτου λοιπόν οι φροντιστές ενός χρόνιου ψυχιατρικού ασθενή καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν ένα δύσκολο έργο καθώς παρά τα συναισθήματα πόνου που βιώνουν καλούνται ταυτοχρόνως να ανταπεξέλθουν στην διεκπεραίωση καθημερινών βασικών τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών αναγκών του ατόμου που φροντίζουν.

Μελέτες έχουν δείξει ότι μεγάλο ποσοστό φροντιστών παρουσιάζουν αυξημένα κλινικά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ μόνο ένα μικρό μέρος καταφέρνει να θεραπευτεί. Συγκριτικές διαχρονικές μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την παρακολούθηση φροντιστών και ασθενών έχουν καταλήξει στο ότι οι αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία των φροντιστών εξακολουθούν να υφίστανται και μετά τη μεταφορά του ασθενούς σε κάποια μονάδα ψυχικής υγείας ή ακόμα και μετά τη κατάληξη του ασθενούς (Rigaud A., 2003).

Οι Perez και Marques προσδιόρισαν το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο, καθώς και τους παράγοντες που σχετίζονται με την οικογενειακή φροντίδα. Στη μελέτη συμμετείχαν 107 φροντιστές, εκ των οποίων το 73,8% των φροντιστών είχε σοβαρή επιβάρυνση, το 9,3% μέτρια επιβάρυνση και το 16,4% των φροντιστών δεν παρουσίαζαν επιβάρυνση. Επίσης, διαπιστώθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ του επιπέδου επιβάρυνσης και του τύπου οικογενειακής παρέμβασης ($p=0.000$), των ψυχοεκπαιδευτικών δραστηριοτήτων ($p = 0.000$) και του γεωγραφικού περιβάλλοντος ($p = 0.021$). Έτσι, οι φροντιστές που έλαβαν συνεχή φροντίδα σε μια

υπηρεσία ψυχικής υγείας, που συμμετείχαν ενεργά σε κάποια ένωση, που είχαν παρακολουθήσει ψυχοπαιδαγωγικές συνομιλίες για συγγενείς ή που ζούσαν σε μητροπολιτικές περιοχές, είχαν χαμηλότερο επίπεδο επιβάρυνσης από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (Pérez J.J.N., Marqués A.C., 2018).

Οι Walkeretal (2018) αξιολόγησαν την επιβάρυνση φροντιστών ψυχικά νοσούντων ατόμων, καθώς και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Το δείγμα αποτέλεσαν 320 φροντιστές από δύο ιδιωτικά κέντρα τριτοβάθμιας φροντίδας και ένα δημόσιο κέντρο δευτεροβάθμιας φροντίδας. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης, σοβαρή επιβάρυνση εμφάνισε το 40,9% των φροντιστών και μέτρια το 59,1%. Η μεγαλύτερη επιβάρυνση παρατηρήθηκε στους τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας, των συζύγων και των τομέων εξωτερικής υποστήριξης. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι τρόποι ήταν η θρησκεία, η ενεργός αντιμετώπιση και ο προγραμματισμός (Walke S., et al, 2018).

Οι Alayew et al, (2019) εκτίμησαν το μέγεθος και τους σχετιζόμενους παράγοντες επιβάρυνσης 406 φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο στην Αιθιοπία. Σχεδόν τα δύο τρίτα [264 (65,0%)] των συμμετεχόντων ήταν άνδρες με μέση ηλικία 38,45 (\pm 12,03) έτη. Η μέση βαθμολογία για την επιβάρυνση των φροντιστών ήταν 23,00 (\pm 10,71). Η ηλικία των φροντιστών (β = 0,18, p <0,001), η διάρκεια των επαφών με τον ασθενή ανά ημέρα (β = 0,74, p <0,001), το γυναικείο φύλο (β = 2,68, p <0,01), το αντιληπτό στίγμα από τον φροντιστή (β = 0,47, p <0,001), και η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που είχαν ιστορικό χρήσης ουσιών στη ζωή τους (β = 1,52, p <0,05) ήταν θετικοί προγνωστικοί παράγοντες μεγαλύτερης επιβάρυνσης μεταξύ των φροντιστών. Από την άλλη το εισόδημα των φροντιστών (β = 7,25, p <0,001), οι φροντιστές που δεν είχαν επίσημη εκπαίδευση (β = 4,65, p <0,01) και η κοινωνική υποστήριξη των φροντιστών (β = 0,78, p <0,001) συσχετίστηκαν αρνητικά με μεγαλύτερη επιβάρυνση μεταξύ των φροντιστών (Ayalew M., et al, 2019).

Η ανασκόπηση των Addo R., et al, (2018) είχε ως σκοπό να εξετάσει την οικονομική επιβάρυνση των φροντιστών ψυχικά νοσούντων ατόμων στην υποσαχάρια Αφρική. Στην ανασκόπηση περιλήφθηκαν επτά μελέτες. Οι φροντιστές ήταν ως επί το πλείστον μέλη της οικογένειας με μέση ηλικία 46,34 ετών, γυναίκες και άνεργοι. Πέντε από τις επτά μελέτες (71%) εκτίμησαν την πλήρη οικονομική επιβάρυνση από σοβαρές ψυχικές ασθένειες στους φροντιστές. Και οι επτά δημοσιεύσεις ανέφεραν μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση των φροντιστών που χαρακτηριζόταν από οικονομικούς περιορισμούς, απώλεια παραγωγικότητας και απώλεια απασχόλησης. Το επίπεδο του

εισοδήματος και της απασχόλησης του φροντιστή, η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και η διάρκεια της ψυχικής ασθένειας αναφέρθηκαν ότι επηρεάζουν αρνητικά την οικονομική επιβάρυνση που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές (Addo R., et al, 2018).



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Εισαγωγή

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε έντονη επιβάρυνση των φροντιστών των ατόμων με χρόνια νοσήματα συγκαταλεγόμενων και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η επιβάρυνση αυτή είναι ίσως υπεύθυνη για την εμφάνιση αρνητικών συνεπειών τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην ψυχική τους υγεία.

Καθώς οι φροντιστές αποτελούν ένα «αόρατο» υγειονομικό σύστημα, επισημαίνεται η σημαντικότητα ενασχόλησης και διερεύνησης του θέματος, της επιβάρυνσης της ψυχοπαθολογία των φροντιστών ατόμων με ψυχιατρικά νοσήματα.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επιβάρυνσης των φροντιστών από τη φροντίδα ασθενών με ψυχική νόσο, των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας, καθώς και η αξιολόγηση των επιπτώσεων που επιφέρει η φροντίδα αυτή στην ψυχοπαθολογία τους. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν:

1. Η επιβάρυνση των φροντιστών σχετίζεται με δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες του φροντιστή;
2. Οι φροντιστές που βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη;
3. Ποιες στρατηγικές για την αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας χρησιμοποιούν συχνότερα οι φροντιστές που βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση;
4. Το είδος των στρατηγικών για την αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας που επιλέγουν οι φροντιστές σχετίζεται με δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των φροντιστών;

Σχεδιασμός μελέτης

4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε προοπτική συγχρονική μελέτη.

4.2 Χρόνος – Τόπος Διεξαγωγής Μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Ψυχιατρική Κλινική και στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) Κρήτης κατά το χρονικό διάστημα από το Μάιο του 2018 έως τον Δεκέμβριο του 2018.

4.3 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 79 φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο. Οι φροντιστές των ασθενών προσεγγίσθηκαν είτε μετά το επισκεπτήριο τους στη ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ είτε στα εξωτερικά ιατρεία, που προσέρχονταν με προγραμματισμένο ραντεβού. Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος της δειγματοληψίας που θα χρησιμοποιηθεί θα είναι η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των φροντιστών ήταν:

1. Να είναι ενήλικες (≥ 18 ετών)
2. Να γνωρίζουν και να κατανοούν καλά την ελληνική γλώσσα
3. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη
4. Να έχουν συχνή επαφή με τον ασθενή
5. Να ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς.

4.4 Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο αποτελείται από 4 μέρη. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συνοδευόταν από έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1), στο οποίο αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας, διαβεβαιώνει για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, καθώς και δεδομένα σχετικά με τη νόσο και τη συγγένεια με τον ψυχικά νοσούντα.

4.4.1 Κλίμακα Επιβάρυνσης «The Burden Interview»

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης «The Burden Interview» των Zarit και Zarit (1990). Η κλίμακα επιβάρυνσης αποτελείται από 22 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε με σκοπό να αξιολογήσει την υποκειμενική επιβάρυνση των Αμερικανών φροντιστών ασθενών με άνοια. Μέχρι σήμερα, η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε πάρα πολλές γλώσσες, έχει σταθμιστεί σε διάφορες κουλτούρες (Zarit S.H., et al., 1980) (Παπασταύρου Ε., και συν, 2006).

Η κλίμακα αξιολογεί 4 παράγοντες επιβάρυνσης: την προσωπική ένταση (ερωτήσεις 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22), την ένταση του ρόλου (ερωτήσεις 1, 4, 5, 6, 7, 13, 19), την αποστέρηση του ρόλου (ερωτήσεις 2, 3, 11, 12) και τη διαχείριση φροντίδας (ερωτήσεις 20 και 21). Η προσωπική ένταση περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με προσωπικά πιεστικά συναισθήματα χρόνιας κόπωσης του φροντιστή και αισθανόμενης βλάβης στην υγείας του. Η ένταση του ρόλου περιλαμβάνει ερωτήσεις που εξετάζουν πως αισθάνεται ο φροντιστής εξαιτίας της φροντίδας, της εξάρτησης του ασθενούς και των συναισθημάτων έντασης που προκαλεί η φροντίδα. Ο παράγοντας αποστέρηση σχέσεων αφορά στην αντίληψη του φροντιστή σχετικά με τη διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων με την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο λόγω της φροντίδας. Τέλος, η διαχείριση της φροντίδας περιλαμβάνει αξιολογεί την ικανότητα του φροντιστή να παρέχει φροντίδα και κατά πόσο ο φροντιστής θεωρεί τον εαυτό του ικανό να συνεχίσει να παρέχει φροντίδα (Zarit S.H., et al., 1980) (Παπασταύρου Ε., και συν, 2006).

Οι 22 ερωτήσεις αντανakλούν τα συναισθήματα των φροντιστών. Οι συμμετέχοντες, για κάθε ερώτηση, καλούνται να δηλώσουν πόσο συχνά αισθάνονται μ' αυτόν τον τρόπο, χρησιμοποιώντας μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 0 (ποτέ) έως 4 (σχεδόν πάντα). Η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 88, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία της κλίμακας, τόσο μεγαλύτερη επιβάρυνση βιώνει ο φροντιστής (Παπασταύρου Ε., και συν, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι βαθμολογίες από 0 έως 21 αντιστοιχούν σε ελάχιστη ή καμία επιβάρυνση, από 21 έως 40 σε ήπια με μέτρια επιβάρυνση, από 41 έως 60 σε μέτρια με σοβαρή επιβάρυνση και βαθμολογία > 60 σε πολύ σοβαρή επιβάρυνση (Hébert R., et al, 2000).

4.4.2 Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων – Ways of Coping Questionnaire

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν την κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – Ways of Coping Questionnaire των Lazarus και Folkman (1984) (Folkman S., & Lazarus R.S., 1985). Η παρούσα κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε φροντιστής αντιμετωπίζει το στρες της φροντίδας, καθώς και τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί για το αντιμετώπισει. Αποτελεί μια από τις πιο γνωστές κλίμακες σε διεθνές επίπεδο. Επίσης, έχει μεταφραστεί και προσαρμοσθεί στον ελληνικό πληθυσμό (Καραδήμας Ε., 2005).

Η κλίμακα αποτελούνταν από 68 θέματα που περιέγραφαν ένα μεγάλο εύρος διαδικασιών ή μεθόδων, γνωσιακών και σε επίπεδο συμπεριφοράς, τις οποίες ένα άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα. Αξιίζει να σημειωθεί ότι στην ελληνική έκδοση αποτελείται μόνο 38 ερωτήσεις.

Η κλίμακα αξιολογεί 5 παράγοντες: η θετική προσέγγιση των πραγμάτων με 11 ερωτήσεις (1, 11, 14, 16, 19, 23, 24, 30, 31, 32, 38), η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης με 6 ερωτήσεις (5, 6, 18, 20, 25, 27), η ευχολογία, ονειροπόληση με 8 ερωτήσεις (7, 13, 22, 33, 34, 35, 36, 37), η αποφυγή-διαφυγή με 9 ερωτήσεις (2, 3, 4, 8, 9, 10, 15, 17, 26) και η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος με 4 ερωτήσεις (12, 21, 28, 29). Οι παράγοντες που προκύπτουν διακρίνονται σε δύο διαστάσεις: α) «εστιασμένες στο πρόβλημα» (επίλυση προβλήματος, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας, συναισθηματική αποφυγή και διεκδικητική επίλυση προβλήματος), και β) «εστιασμένες στο συναίσθημα» (θετική επαναξιολόγηση, ευχολογία/ ονειροπόληση και τέλος η παθητική αποδοχή).

4.5 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αυτοπροσώπως από τις κύριες ερευνήτριες. Φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο προσεγγίσθηκαν είτε μετά το επισκεπτήριο τους στη ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ, είτε στα εξωτερικά ιατρεία, που προσέρχονταν για προγραμματισμένο ραντεβού, και ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, καθώς και για τον εθελοντικό της χαρακτήρα και την ανωνυμία – εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Εν συνεχεία, σ' όσους φροντιστές, θέλησαν να συμμετέχουν στη μελέτη, ζητήθηκε η έγγραφη φόρμα συγκατάθεσης, μετά από ανάγνωση του έντυπου πληροφορημένης συναίνεσης. Οι ερευνήτριες, κα' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων

από τους συμμετέχοντες, ήταν διαθέσιμες για την επίλυση αποριών και προβληματισμών των συμμετεχόντων.

4.6 Ηθική και Δεοντολογία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική πρακτική (Helsinki Declaration 2013). Ζητήθηκε η έγγραφη άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης (Αρ. Πρωτ. 85, 23/1/2018), καθώς και από το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ (Αρ. Πρωτ. 399, 10/4/2018).

Στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η συμμετοχή των ατόμων που θέλησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική.

Μετά από την προφορική και γραπτή ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τον σκοπό της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση αυτών. Παράλληλα, σε κάθε στάδιο της μελέτης διαφυλάχθηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, ενώ οι ερευνητές προστάτεψαν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας και αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συνοδευόταν από έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης, στο οποίο αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας, διαβεβαιώνει για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Τέλος, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν μέσω των ερωτηματολογίων, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

4.7 Ηθική και Δεοντολογία

Για τη μονομεταβλητή ανάλυση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή (μ), η διάμεσος, τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη και η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD), ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές η συχνότητα.

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test).

Για τη διμεταβλητή ανάλυση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν: α) ο έλεγχος chi-squaretest (χ^2) για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών, β) οι δοκιμασίες t-test και ANOVA για τη σύγκριση μια ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή με μία κατηγορική μεταβλητή 2 ή περισσότερων κατηγοριών, αντίστοιχα, γ) ο συντελεστή συσχέτισης Pearsons (r) και ο συντελεστής Spearman (rho), για τη συσχέτιση δύο ποσοτικών μεταβλητών.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach α . Ο συντελεστής αυτός είναι ένα μέτρο εσωτερικής συνάφειας των κλιμάκων και λαμβάνει τιμές μεταξύ 0 και 1. Οι αποδεκτές τιμές του δείκτη είναι $>0,7$.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0. Ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το $\alpha=0,05$.

Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα

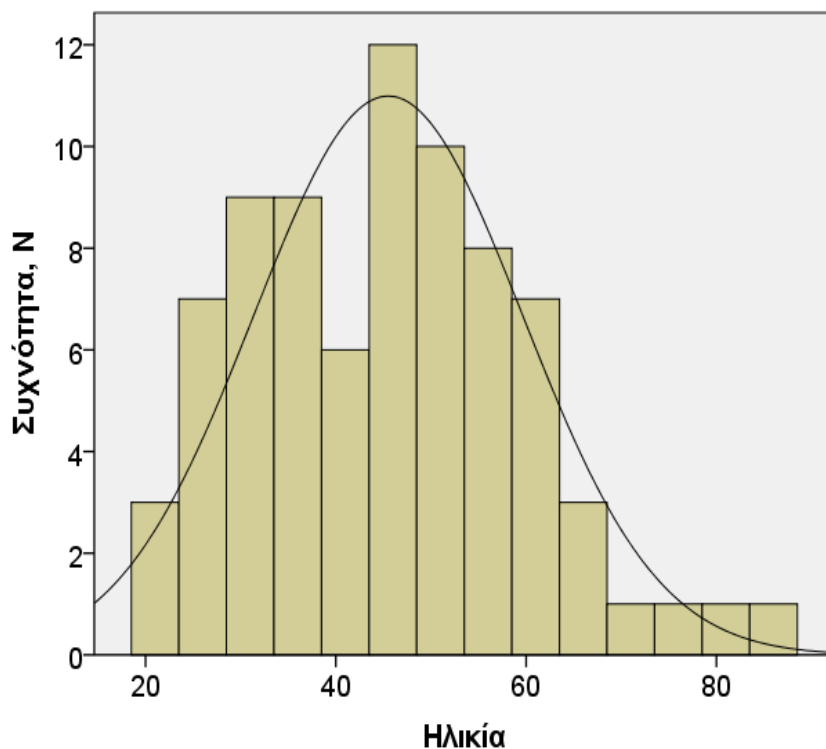
5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της μελέτης.

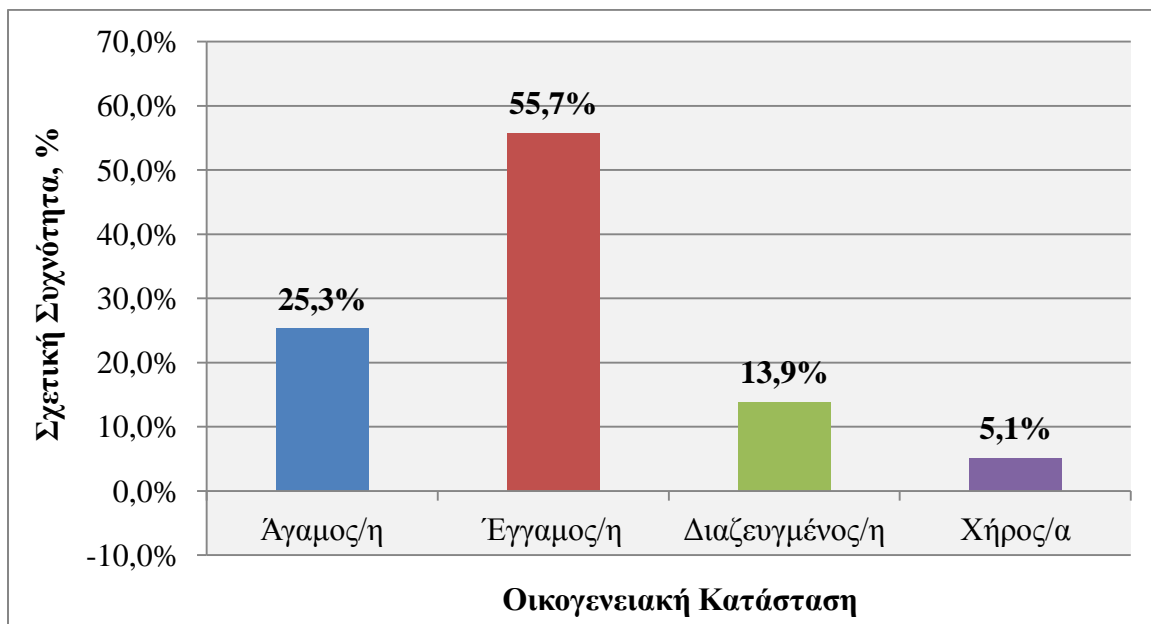
Πίνακας 1: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79)
	N (%)
Ηλικία, έτη*	45,49 (14,06)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος/-η	20 (25,3%)
Έγγαμος/-η	44 (55,7%)
Διαζευγμένος/-η	11 (13,9%)
Χήρος-α	4 (5,1%)
Παιδιά	
Ναι	50 (63,3%)
Όχι	29 (36,7%)
Τόπος Κατοικίας	
Επαρχία - Χωριό	28 (35,4%)
Πόλη	51 (64,6%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Δημοτικού/ Γυμνασίου	7 (8,9%)
Απόφοιτος Λυκείου	24 (30,4%)
Τεχνική Σχολή	8 (10,1%)
ΤΕΙ	15 (19,0%)
ΑΕΙ	21 (26,6%)
MSc/PdH	4 (5,1%)
Οικονομική Κατάσταση	
Πολύ καλή	6 (7,6%)
Καλή	33 (41,8%)
Μέτρια	35 (44,3%)
Κακή	5 (6,3%)
Επάγγελμα	
Εργαζόμενος	61 (85,9%)
Οικιακά	3 (4,2%)
Συνταξιούχος	5 (7,0%)
Φοιτητής	2 (2,8%)
*ΜΤ(±ΤΑ)	

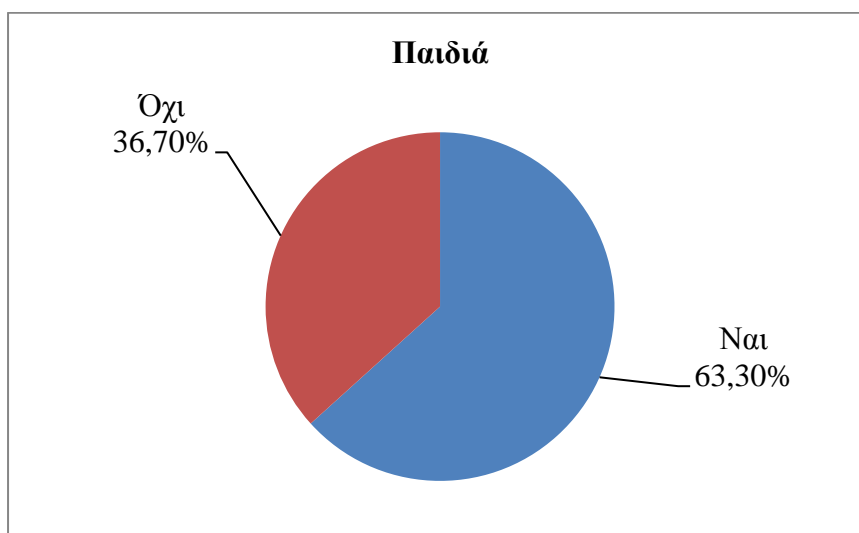
Η μέση ηλικία (\pm TA) των συμμετεχόντων ήταν 45,50 (\pm 14,15) έτη (Γράφημα 1). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι [44 (55,7%)], ενώ 20 (25,3%) συμμετέχοντες ήταν άγαμοι, 11 (13,9%) ήταν διαζευγμένοι και 4 (5,1%) χήροι (Γράφημα 2). Επίσης, το 63,3% (N=50) είχαν παιδιά (Γράφημα 3), ενώ το 64,4% (N=51) κατοικούσαν σε πόλη. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 7 (8,9%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού/Γυμνασίου, 24 (30,4%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 8 (10,1%) συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι Τεχνικής Σχολής, 15 (19,0%) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, 21 (26,6%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ μόνο 4 (5,1%) ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού (Γράφημα 4). Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν εργαζόμενοι (N=61, 85,9%), ενώ 5 (7,0%) συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι, 3 (3,8%) ασχολούνταν με οικιακά και 2 (2,5%) ήταν φοιτητές. Στο Γράφημα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά τα επαγγέλματα των συμμετεχόντων. Τέλος, αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έχουν καλή οικονομική κατάσταση (N=33, 41,8%) και μέτρια οικονομική κατάσταση (N=35, 44,3%), ενώ μόνο 6 (7,6%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν πολύ καλή οικονομική κατάσταση και 5 (6,3%) κακή οικονομική κατάσταση (γράφημα 5).



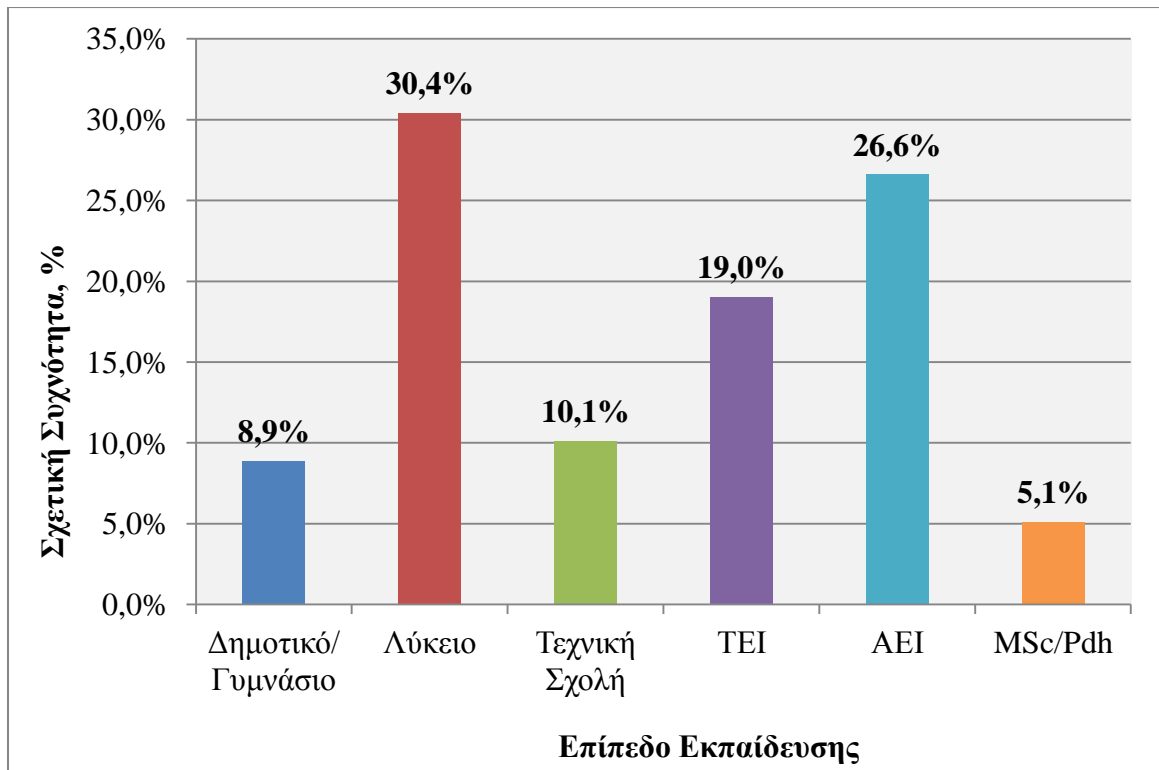
Γράφημα 1: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων αναφορικά με την ηλικία



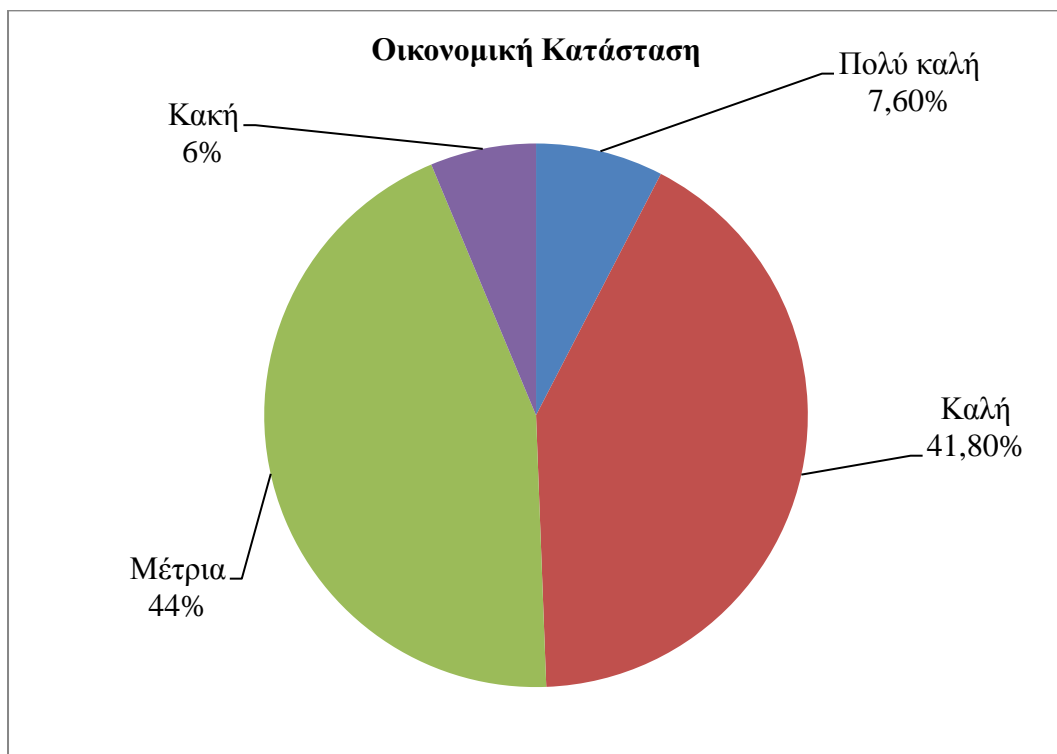
Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



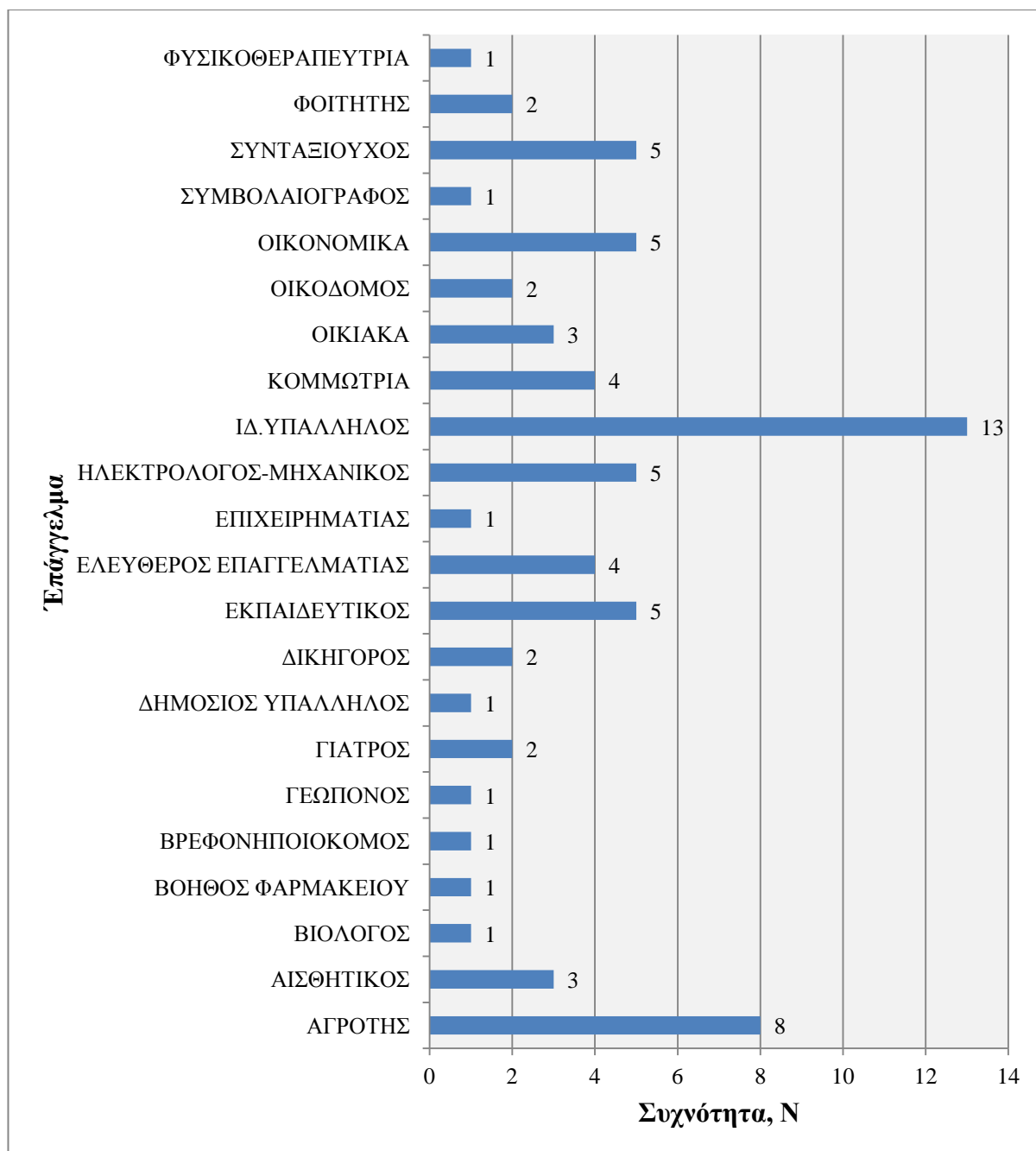
Γράφημα 3: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών



Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



Γράφημα 5: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων



Γράφημα 6: Κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με το επάγγελμα τους

Από τους 79 συμμετέχοντες, 27 (33,8%) αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Το πιο συχνό αναφερόμενο πρόβλημα ήταν μυοσκελετικού τύπου (N=9, 11,4%), και ακολουθούσαν τα προβλήματα όρασης (N=5, 12,7%) και ο Σακχαρώδης Διαβήτης (N=4, 5,1%).

Πίνακας 2: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79)
	N (%)
Πρόβλημα Υγείας	

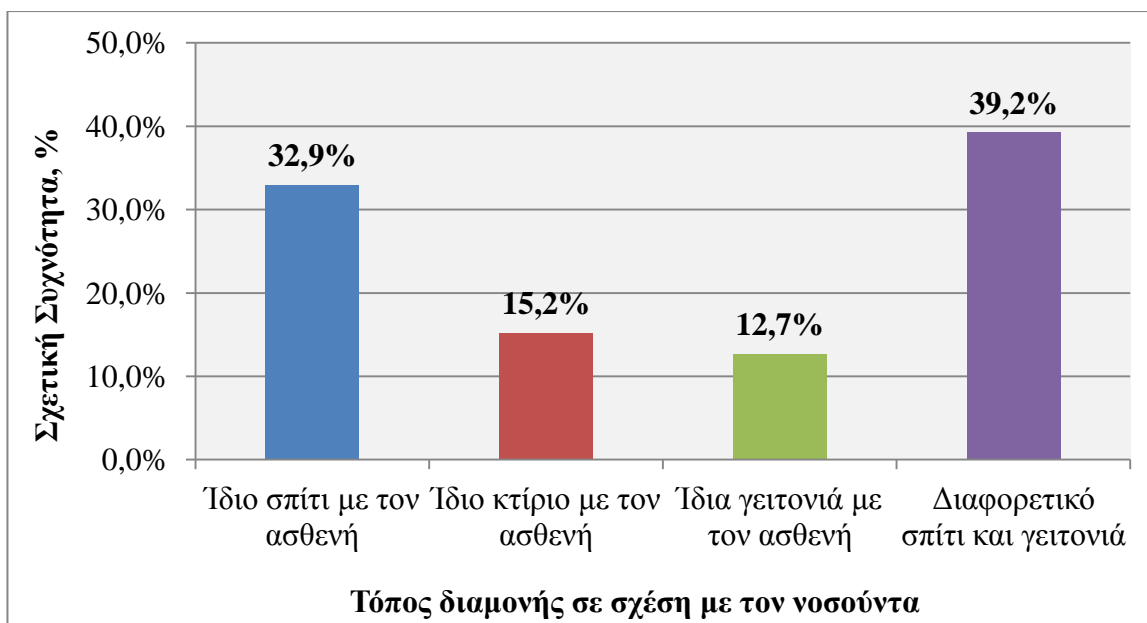
Ναι	26 (32,9%)
Όχι	53 (67,1%)
Πρόβλημα υγείας	
Αρτηριακή Υπέρταση	3 (3,8%)
Σακχαρώδη Διαβήτη	4 (5,1%)
Μυοσκελετικά	9 (11,4%)
Καρδιαγγειακά	2 (2,5%)
Προβλήματα όρασης	5 (12,7%)
Προβλήματα ακοής	3 (3,8%)
Άλλο πρόβλημα	7 (8,9%)
Άλλο πρόβλημα υγείας	
Ερυθματώδης Λύκος	1 (1,3%)
Θυρεοειδής	1(1,3%)
Ψυχικά νοσήματα	2 (2,5%)
Λέμφωμα	1(1,3%)

5.2 Δεδομένα σχετικά με τον Ψυχικά Νοσούντα

Ός προς το τόπο διαμονής σε σχέση με τον ψυχικά νοσούντα, 31 (39,2%) συμμετέχοντες έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά, 26 (32,9%) στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, 12 (15,2%) συμμετέχοντες έμεναν στο ίδιο κτίριο με τον ασθενή, και 10 (12,7%) έμεναν σε διαφορετική γειτονιά με τον ασθενή (Πίνακας 3, Γράφημα 7).

Πίνακας 3: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα τον τόπο διαμονής σε σχέση με τον ψυχικά νοσούντα

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79)	
	N	(%)
Τόπος Διαμονής σε σχέση με τον νοσούντα		
Ίδιο σπίτι με τον ασθενή	26	(32,9%)
Ίδιο κτίριο με τον ασθενή	12	(15,2%)
Ίδια γειτονιά με τον ασθενή	10	(12,7%)
Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά	31	(39,2%)

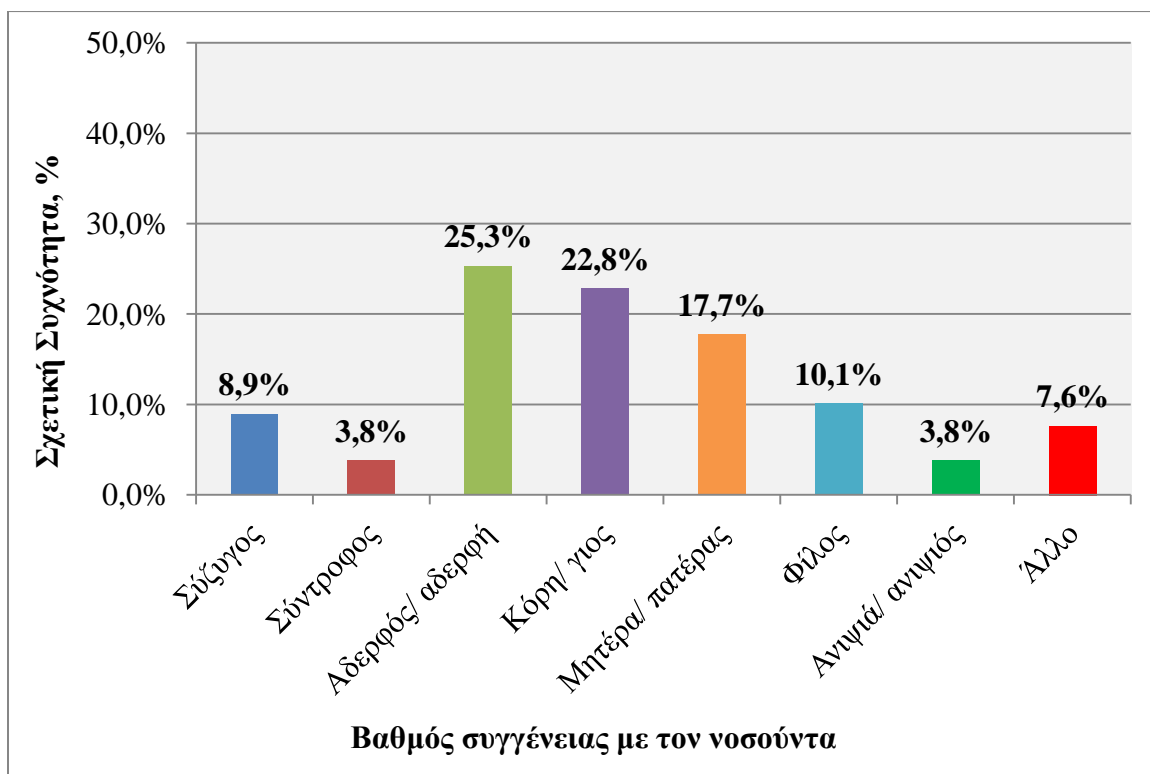


Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με τον τόπο διαμονής σε σχέση με τον νοσούντα

Αναφορικά με το βαθμό συγγένειας των συμμετεχόντων με το νοσούντα, 7 (8,9%) ήταν σύζυγοι του νοσούντα και 3 (3,8%) σύντροφοι, 18 (22,8%) ήταν παιδιά του νοσούντα (κόρη/ γιος), 20 (25,3%) ήταν αδερφός/-η, 14 (17,7%) ήταν γονείς (μητέρα/ πατέρας) του νοσούντα, 8 (10,1%) ήταν φίλοι, 3 (3,8%) ήταν ανιψία του νοσούντα, ενώ 6 (7,6%) είχαν άλλου είδους συγγένεια με τον νοσούντα (Πίνακας 4, Γράφημα 8).

Πίνακας 4: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τη συγγένεια με τον νοσούντα

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79)
	N (%)
Βαθμός συγγένειας με το νοσούντα	
Σύζυγος	7 (8,9%)
Σύντροφος	3 (3,8%)
Αδερφός/ αδερφή	20 (25,3%)
Κόρη/ γιος	18 (22,8%)
Μητέρα/ πατέρας	14 (17,7%)
Φίλος	8 (10,1%)
Ανιψιά/ ανιψιός	3 (3,8%)
Άλλο	6 (7,6%)

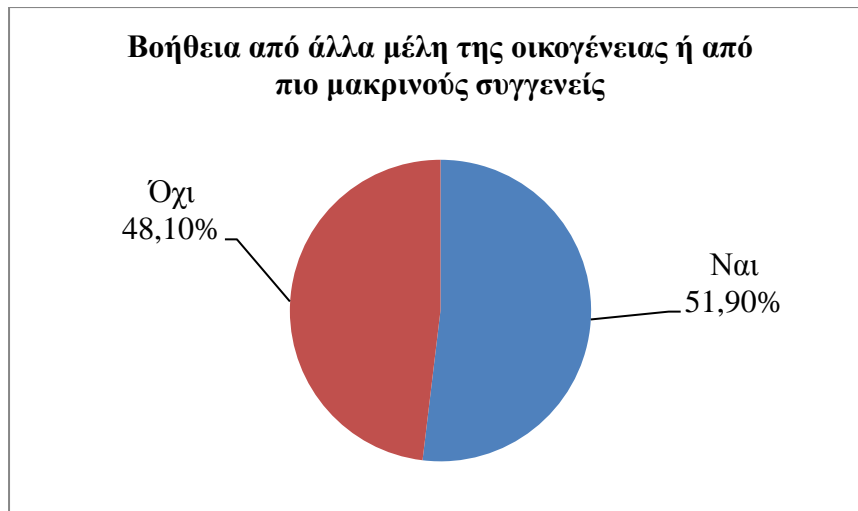


Γράφημα 8: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με το βαθμό συγγένειας με το νοσούντα

Παράλληλα, από τους 79 συμμετέχοντες, 41 (51,9%) είχαν βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς (Πίνακας 5, Γράφημα 9).

Πίνακας 5: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τη βοήθεια από άλλα μέλη οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79)	
	N (%)	
Βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας		
Ναι	41	(51,9%)
Όχι	38	(48,1%)

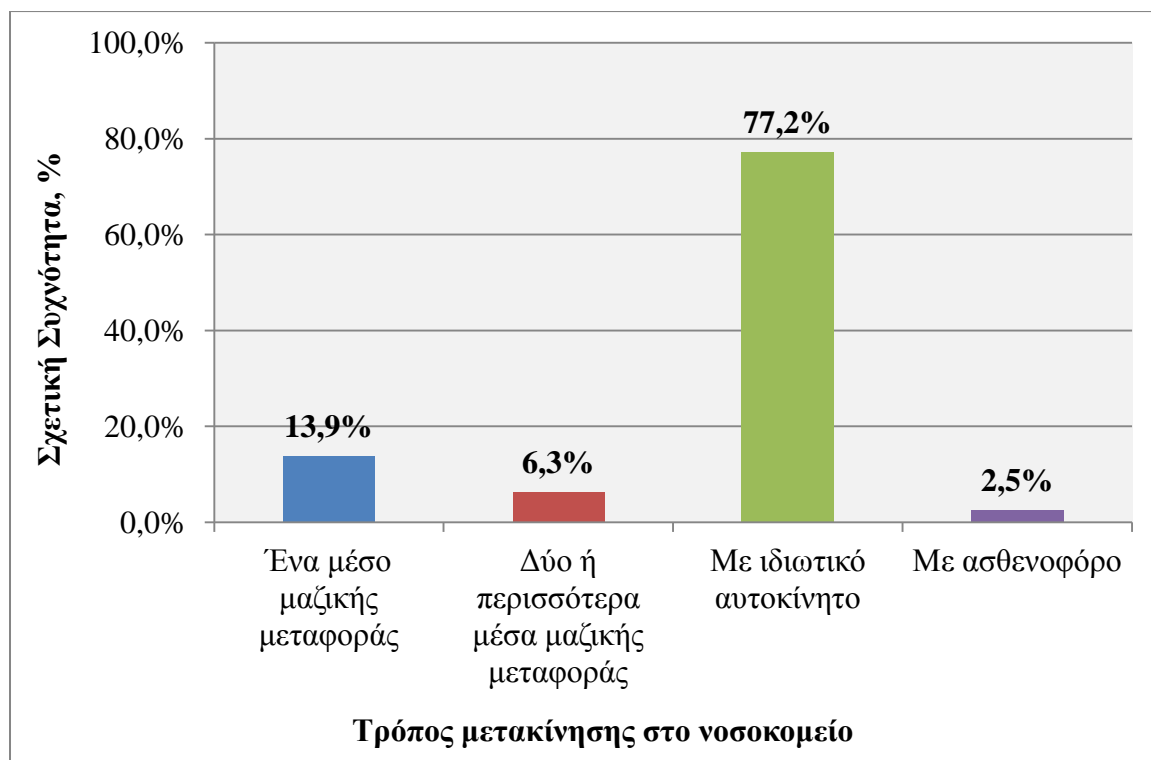


Γράφημα 9: Κυκλικό διάγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με την παροχή βοήθειας από άλλα μέλη της οικογένειας ή από μακρινούς συγγενείς

Τέλος, ως προς τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσαν ιδιωτικό αυτοκίνητο (N=61, 77,2%), ενώ 11 (13,9%) συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν ένα μέσο μαζικής μεταφοράς, 5 (6,3%) δύο ή περισσότερα μέσα μαζικής μεταφοράς και 2 (2,5%) ασθενοφόρο (Πίνακας 6, Γράφημα 10).

Πίνακας 6: Κατανομή των συμμετεχόντων με βάση τον τρόπο μετακίνησης στο νοσοκομείο

Μεταβλητή	Συμμετέχοντες (N=79) N (%)
Τρόπος μετακίνησης στο νοσοκομείο	
Ένα μέσο μαζικής μεταφοράς	11 (13,9%)
Δύο ή περισσότερα μέσα μαζικής μεταφοράς	5 (6,3%)
Με ιδιωτικό αυτοκίνητο	61 (77,2%)
Με ασθενοφόρο	2 (2,5%)



Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων αναφορικά με τον τρόπο μετακίνησης στο νοσοκομείο

5.3 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία Κλιμάκων

5.3.1 Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α . Για να είναι μια κλίμακα αξιόπιστη, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α θα πρέπει να είναι $>0,7$. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, όλες οι κλίμακες ήταν αξιόπιστες, αφού ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν μεγαλύτερος από 0,820.

Πίνακας 7: Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάτων με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α

Ερωτηματολόγιο	Cronbach's α
Κλίμακα Επιβάρυνσης	0,892
Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ)	0,835
Κλίμακα CEDS	0,820

5.3.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία κλιμάκων

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των ερωτηματολογίων. Η μέση βαθμολογία (\pm TA) της Κλίμακας Επιβάρυνσης ήταν 32,2 (\pm 12,7). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 56,3% των συμμετεχόντων εμφάνιζαν ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, το 20,0% μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και το 2,5% σοβαρή επιβάρυνση. Η μέση βαθμολογία (\pm TA) της Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) ήταν 63,3 (\pm 14,4), ενώ της κλίμακας Κλίμακα CEDS ήταν 24,9 (\pm 10,2). Τέλος, το 63,3% των συμμετεχόντων είχαν σοβαρού βαθμού κατάθλιψη.

Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία κλιμάκων

Κλίμακα	Περιγραφικά στατικά στοιχεία κλιμάκων		
	Μ.Τ. \pm Τ.Α.	Διάμεσος(IQR)	Ελάχιστη – Μέγιστη Τιμή
Κλίμακα Επιβάρυνσης (0 -88)	32,2 (\pm 12,7)	34,0 (15,0)	6,00 – 63,00
Υποκλίμακες Επιβάρυνσης			
Προσωπική Ένταση (0 – 36)	13,3 (\pm 6,5)	14,00 (9,0)	0,00 – 28,00
Ένταση του ρόλου (0 – 28)	9,3 (\pm 3,8)	9,00 (3,8)	2,00 – 20,00
Αποστέριση του ρόλου (0 – 16)	5,8 (\pm 3,6)	6,00 (5,50)	0,00 – 15,00
Διαχείριση της φροντίδας (0 – 8)	3,7 (\pm 1,7)	4,00 (2,00)	0,00 – 8,00
Βαθμός Επιβάρυνσης			
Καμία ή ελάχιστη επιβάρυνση (0 – 20)		14 (18,2%)	
Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση (21 – 40)		45 (58,4%)	
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (41 – 60)		16 (20,8%)	
Σοβαρή επιβάρυνση (>60)		2 (2,6%)	
Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) (0 – 114)	63,3 (\pm 14,4)	63,00 (19,00)	31,00 – 89,00
Υποκλίμακες ΣΑΑΚ			
Θετική προσέγγιση των πραγμάτων (0 – 33)	18,9 (\pm 5,2)	19,00 (6,00)	8,00 – 32,00
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (0 – 18)	9,9 (\pm 4,2)	11,00 (7,00)	0,00 – 16,00
Ευχολογία, Ονειροπόληση (0 – 24)	14,2 (\pm 4,5)	15,00 (6,00)	2,00 – 24,00
Αποφυγή-διαφυγή (0 – 27)	14,6 (\pm 4,8)	15,0 (7,00)	3,00 – 23,00
Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος (0 – 12)	5,7 (\pm 2,5)	5,00 (4,00)	0,00 – 11,00
Κλίμακα CEDS (0 –60)	24,9 (\pm 10,2)	26,00 (14,00)	0,00 – 45,00
Βαθμός Κατάθλιψης			
Όχι κατάθλιψη (<10)		6 (7,6%)	
Ήπιου βαθμού κατάθλιψη (10 – 14)		7 (8,9%)	
Μέτριου βαθμού κατάθλιψη (15 – 23)		16 (20,3%)	
Σοβαρού βαθμού κατάθλιψη (>24)		50 (63,3%)	

Στην Κλίμακα Επιβάρυνσης, οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «σχεδόν πάντα» ήταν η ερώτηση 7, «Φοβάσθε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το/ τη συγγενή σας» με 14,0% των συμμετεχόντων, και η ερώτηση 8 «Νοιώθετε ότι ο/ η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/ η από εσάς», με 16,5% των συμμετεχόντων. Από την άλλη, οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «αρκετά συχνά» ήταν η ερώτηση 22, «Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρημένος /η με τη φροντίδα του συγγενή σας», με 24,1% των συμμετεχόντων, η ερώτηση 3, «Νοιώθετε πεισμένος/ η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για το συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας», 20,3% των συμμετεχόντων και η ερώτηση 20, «Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για το/ τη συγγενή σας», με 19,0% των συμμετεχόντων (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση της κλίμακας Επιβάρυνσης

Κλίμακα Επιβάρυνσης					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Συμμετέχοντες (%)				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
1.Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ότι χρειάζεται;	20,3	31,6	39,2	7,6	1,3
2.Πιστεύετε επειδή σπαταλάτε αρκετό χρόνο με τον / την συγγενή σας ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	24,1	25,3	30,4	17,7	2,5
3.Νοιώθετε πεισμένος/ η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για το συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;	25,3	15,2	35,4	20,3	3,8
4.Νοιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/ του συγγενή σας;	25,3	39,2	36,1	3,8	0,0
5.Νοιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από το/ τη συγγενή σας;	40,5	34,2	20,3	3,8	1,3
6.Νοιώθετε ότι ο/ η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με ένα αρνητικό τρόπο;	22,8	29,1	43,0	5,1	0,0
7.Φοβάσθε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το/ τη συγγενή σας;	3,5	25,6	31,4	17,4	14,0
8.Νοιώθετε ότι ο/ η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/ η από εσάς;	13,9	20,3	32,9	16,5	16,5
9.Νοιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από το/ τη συγγενή σας;	22,8	24,1	29,1	16,5	7,6
10.Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με το/ τη συγγενή σας;	34,2	31,6	32,9	1,3	0,0

11.Νοιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/ του συγγενή σας;	24,1	24,1	40,5	11,4	0,0
12.Νοιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για το/ τη συγγενή σας;	26,9	23,1	38,5	6,4	5,1
13.Νοιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας , λόγω της/ του συγγενή σας;	46,2	17,9	33,3	2,6	0,0
14.Νοιώθετε ότι ο/ η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον / την φροντίζετε σαν να είσαστε η/ ο μοναδική /ος στον/ στην οποίο/ α θα μπορούσε να βασισθεί;	24,1	22,8	41,8	5,1	6,3
15.Νοιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδα σας δεν έχετε αρκετά λεφτά για τη φροντίδα της/ του συγγενή σας;	19,0	22,8	40,5	15,2	2,5
16.Νοιώθετε ότι είσαστε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε το/ τη συγγενή σας;	24,1	30,4	31,6	12,7	1,3
17.Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/ η συγγενής σας;	17,7	25,3	44,3	12,7	0,0
18.Θα ευχόσαστε έτσι απλά , να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/ του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	27,8	40,5	17,7	12,7	1,3
19.Αισθάνεστε αβέβαιοσ/ η για το τι πρέπει να κάμετε για το/ τη συγγενή σας;	13,9	29,1	44,3	8,9	3,8
20.Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για το/ τη συγγενή σας;	13,9	27,8	32,9	19,0	6,3
21.Νοιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της /του συγγενή σας;	6,3	19,0	51,9	16,5	6,3
22.Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρημένος /η με τη φροντίδα του συγγενή σας;	21,5	21,5	30,4	24,1	2,5

Στην Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ), οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «συχνά» ήταν η ερώτηση 33, «Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα» με 39,2% των συμμετεχόντων, η ερώτηση 1 «Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα», με 36,7% των συμμετεχόντων και η ερώτηση 34, «Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν», με 35,4% των συμμετεχόντων (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση της Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

(ΣΑΑΚ)	
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Συμμετέχοντες, %

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.	7,6	27,8	27,8	36,7
2. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	20,3	19	36,7	24,1
3. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	19	25,3	35,4	20,3
4. Συμβιβάζομαι ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	15,2	19	43	22,8
5. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	11,4	27,8	27,8	32,9
6. Ακούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.	16,5	27,8	30,4	25,3
7. Ηλπίζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	19	30,4	30,4	20,3
8. Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	20,3	21,5	36,7	21,5
9. Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.	19	26,6	40,5	13,9
10. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	8,9	22,8	38	30,4
11. Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	7,6	26,6	44,3	21,5
12. Εξέφραξα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.	20,3	30,4	31,6	17,7
13. Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	13,9	30,4	26,6	29,1
14. Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.	31,6	21,5	26,6	20,3
15. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.	26,6	34,2	22,8	16,5
16. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	8,9	34,2	40,5	16,5
17. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	26,6	24,1	34,2	15,2
18. Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	13,9	31,6	40,5	13,9
19. Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος /η από πριν.	25,3	17,7	38	19
20. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	21,5	19	29,1	30,4
21. Τολμούσα κάτι πολύ ρισκοκίνδυνο.	31,6	34,2	21,5	12,7
22. Εύρισκε παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	26,6	21,5	30,4	21,5
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	13,9	15,2	40,5	30,4
24. Άλλαξα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	8,9	6,3	51,9	32,9
25. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	20,3	13,9	41,8	24,1
26. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	13,9	10,1	43	31,6
27. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.	25,3	22,8	27,8	24,1
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα.	13,9	21,5	43	21,5
29. Ξεσπούσα στους άλλους.	38	16,5	21,5	24,1
30. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	35,4	19	31,6	13,9
31. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω.	15,2	12,7	50,6	21,5
32. Έβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	11,4	19	55,7	13,9
33. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.	8,9	20,3	31,6	39,2

34.Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	13,9	20,3	30,4	35,4
35.Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.	12,7	13,9	48,1	25,3
36.Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.	5,1	13,9	51,9	29,1
37.Προσευχόμουν.	16,5	24,1	27,8	31,6
38.Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	10,1	10,1	50,6	29,1

5.3.3 Συσχέτιση κλιμάκων

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν οι τιμές συσχέτισης Pearson και Spearman είναι 0,00-0,19 υπάρχει πολύ ασθενής συσχέτιση, όταν είναι από 0,20-0,39 υπάρχει ασθενής συσχέτιση, όταν είναι 0,40-0,69 μέτρια συσχέτιση, όταν είναι 0,70-0,89 ισχυρή συσχέτιση και όταν είναι 0,90-1,00 πολύ ισχυρή συσχέτιση.

Στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 παρατηρήθηκαν μεταξύ:

- της βαθμολογίας της κλίμακας επιβάρυνσης και της κλίμακας ΣΑΑΚ ($\rho=0,417$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη επιβάρυνση έτειναν να χρησιμοποιούν πιο συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες από τη φροντίδα,
- της βαθμολογίας της κλίμακας επιβάρυνσης και της κλίμακας CEDS ($r_{ho}=0,490$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη επιβάρυνση έτειναν να βιώνουν πιο συχνά κατάθλιψη,
- της βαθμολογίας της κλίμακας επιβάρυνσης και της υποκλίμακας της ΣΑΑΚ «ευχολογίας– ονειροπόλησης» ($r_{ho}=0,246$, $p\text{-value}=0,031$) βρέθηκε ασθενής θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη επιβάρυνση έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με ευχολογία και ονειροπόληση,
- της βαθμολογίας της κλίμακας επιβάρυνσης και της υποκλίμακας της ΣΑΑΚ «αποφυγή – διαφυγή» ($r_{ho}=0,425$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη επιβάρυνση έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με αποφυγή – διαφυγή,
- της βαθμολογίας της κλίμακας επιβάρυνσης και της υποκλίμακας της ΣΑΑΚ «δικδικητική επίλυση του προβλήματος» ($r_{ho}=0,245$, $p\text{-value}=0,032$) βρέθηκε

ασθενής θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη επιβάρυνση έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με διεκδικητική επίλυση του προβλήματος,

- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «προσωπική ένταση» και της κλίμακας ΣΑΑΚ ($\rho=0,358$, $p\text{-value}=0,001$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με περισσότερη προσωπική ένταση έτειναν να χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες από τη φροντίδα,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «προσωπική ένταση» και των υποκλιμάκων της ΣΑΑΚ «ευχολόγια» ($\rho=0,242$, $p\text{-value}=0,032$), «αποφυγή – διαφυγή» ($\rho=0,339$, $p\text{-value}=0,000$) και «διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» ($\rho=0,225$, $p\text{-value}=0,012$) βρέθηκε ασθενής έως μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με περισσότερη προσωπική ένταση έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποφυγή – διαφυγή ή διεκδικητική επίλυση του προβλήματος,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «προσωπική ένταση» και της κλίμακας CEDS ($\rho=0,429$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με περισσότερη προσωπική ένταση έτειναν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «ένταση του ρόλου» και της κλίμακας ΣΑΑΚ ($\rho=0,442$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη ένταση του ρόλου έτειναν να χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες από τη φροντίδα,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «ένταση του ρόλου» και των υποκλιμάκων της ΣΑΑΚ «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($\rho=0,321$, $p\text{-value}=0,004$), «αποφυγή – διαφυγή» ($\rho=0,496$, $p\text{-value}=0,000$) και «διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» ($\rho=0,278$, $p\text{-value}=0,014$) βρέθηκε ασθενής έως μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με περισσότερη ένταση του ρόλου έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποφυγή – διαφυγή ή διεκδικητική επίλυση του προβλήματος,
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «ένταση του ρόλου» και της κλίμακας CEDS ($\rho=0,407$, $p\text{-value}=0,000$) βρέθηκε μέτρια θετική γραμμική

συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με περισσότερη ένταση ρόλου έτειναν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης,

- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «αποστέρηση του ρόλου» και της κλίμακας ΣΑΑΚ ($\rho=0,258$, $p\text{-value}=0,028$) βρέθηκε ασθενής θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη αποστέρηση του ρόλου έτειναν να χρησιμοποιούν συχνότερα στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες από τη φροντίδα και
- της βαθμολογίας της υποκλίμακας της επιβάρυνσης «αποστέρηση του ρόλου» και της υποκλίμακας της ΣΑΑΚ «αποφυγή – διαφυγή» ($r_{ho}=0,300$, $p\text{-value}=0,008$) βρέθηκε ασθενής έως μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή οι φροντιστές με μεγαλύτερη αποστέρηση του ρόλου έτειναν να αντιμετωπίζουν πιο συχνά το στρες από τη φροντίδα με αποφυγή – διαφυγή.

Πίνακας 11: Συσχέτιση κλιμάκων

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Κλίμακα Επιβάρυνσης	1,00											
2. Προσωπική Ένταση	$\rho=0,943$ $p=0,000$	1,00										
3. Ένταση του ρόλου	$\rho=0,808$ $p=0,000$	$\rho=0,635$ $p=0,000$	1,00									
4. Αποστέρηση του ρόλου	$\rho=0,806$ $p=0,000$	$\rho=0,680$ $p=0,000$	$\rho=0,518$ $p=0,000$	1,00								
5. Διαχείριση της φροντίδας	$\rho=0,181$ $p=0,115$	$\rho=0,038$ $p=0,742$	$\rho=0,095$ $p=0,408$	$\rho=0,030$ $p=0,796$	1,00							
6. Κλίμακα ΣΑΑΚ	$\rho=0,417$ $p=0,000$	$\rho=0,358$ $p=0,001$	$\rho=0,442$ $p=0,000$	$\rho=0,258$ $p=0,023$	$\rho=0,161$ $p=0,157$	1,00						
7. Θετική προσέγγιση των πραγμάτων	$\rho=0,114$ $p=0,324$	$\rho=0,071$ $p=0,536$	$\rho=0,131$ $p=0,253$	$\rho=0,073$ $p=0,523$	$\rho=0,155$ $p=0,172$	$\rho=0,725$ $p=0,000$	1,00					
8. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	$\rho=0,213$ $p=0,063$	$\rho=0,141$ $p=0,217$	$\rho=0,321$ $p=0,004$	$\rho=0,130$ $p=0,255$	$\rho=0,136$ $p=0,232$	$\rho=0,731$ $p=0,000$	$\rho=0,554$ $p=0,000$	1,00				
9. Ευχολογία, Ονειροπόληση	$\rho=0,246$ $p=0,031$	$\rho=0,242$ $p=0,032$	$\rho=0,156$ $p=0,173$	$\rho=0,134$ $p=0,243$	$\rho=0,053$ $p=0,645$	$\rho=0,523$ $p=0,000$	$\rho=0,144$ $p=0,206$	$\rho=0,022$ $p=0,848$	1,00			
10. Αποφυγή-διαφυγή	$\rho=0,425$ $p=0,000$	$\rho=0,339$ $p=0,000$	$\rho=0,496$ $p=0,000$	$\rho=0,300$ $p=0,008$	$\rho=0,096$ $p=0,398$	$\rho=0,787$ $p=0,000$	$\rho=0,390$ $p=0,000$	$\rho=0,454$ $p=0,000$	$\rho=0,416$ $p=0,000$	1,00		
11. Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος	$\rho=0,245$ $p=0,032$	$\rho=0,225$ $p=0,012$	$\rho=0,278$ $p=0,014$	$\rho=0,190$ $p=0,095$	$\rho=0,041$ $p=0,717$	$\rho=0,549$ $p=0,000$	$\rho=0,289$ $p=0,010$	$\rho=0,458$ $p=0,000$	$\rho=0,182$ $p=0,108$	$\rho=0,297$ $p=0,08$	1,00	
12. Κλίμακα CEDS	$\rho=0,490$ $p=0,000$	$\rho=0,429$ $p=0,000$	$\rho=0,407$ $p=0,000$	$\rho=0,419$ $p=0,000$	$\rho=0,210$ $p=0,063$	$\rho=0,292$ $p=0,011$	$\rho=-0,06$ $p=0,566$	$\rho=0,046$ $p=0,690$	$\rho=0,391$ $p=0,000$	$\rho=0,295$ $p=0,008$	$\rho=0,370$ $p=0,001$	1,00

5.4 Σύγκριση βαθμολογιών κλιμάκων με τα δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα των συμμετεχόντων

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία της κλίμακας επιβάρυνσης. Από τη σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία της κλίμακας επιβάρυνσης προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

- Οι φροντιστές που κατοικούσαν σε επαρχία – χωριό σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα επιβάρυνσης σε σχέση με εκείνους που κατοικούσαν σε πόλη [36,5 ($\pm 10,6$) έναντι 29,9 ($\pm 13,1$), $p=0,031$],
- Οι φροντιστές που έμεναν στο ίδιο κτίριο με τον ασθενή ή στην ίδια γειτονιά με τον ασθενή βίωναν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τους φροντιστές που έμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή ή με τους φροντιστές που έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά ($p=0,004$),
- Οι φροντιστές που είχαν βοήθεια από άλλους βίωναν σημαντικά μικρότερη επιβάρυνση σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν βοήθεια από άλλα άτομα [28,4 ($\pm 12,8$) έναντι 36,1 ($\pm 11,3$), $p=0,007$].

Πίνακας 12: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας επιβάρυνσης

Μεταβλητή	Κλίμακα Επιβάρυνσης	
	M.T.(±T.A.)	p-value
Ηλικία, έτη*	ρ=0,028, p=0,807	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/-η	28,2 (±11,6)	p=0,208
Έγγαμος/-η	33,77 (±12,9)	
Διαζευγμένος/-η	35,8 (±12,2)	
Χήρος-α	25,8 (±13,7)	
Παιδιά		
Ναι	32,9 (±12,8)	p=0,453
Όχι	30,7 (±12,5)	
Τόπος Κατοικίας		
Επαρχία - Χωριό	36,5 (±10,6)	p=0,031
Πόλη	29,9 (±13,1)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	rho=-0,211, p=0,066	
Οικονομική Κατάσταση	rho=0,065, p=0,576	
Επάγγελμα		
Εργαζόμενος	32,1 (±12,8)	p=0,993
Οικιακά	34,3 (±28,5)	
Συνταξιούχος	32,4 (±4,7)	
Φοιτητής	33,0 (±5,7)	
Διαμονή σε σχέση με το νοσούντα		
Ίδιο σπίτι με τον ασθενή	28,3 (±12,9)	p=0,004
Ίδιο κτίριο με τον ασθενή	40,3 (±10,5)	
Ίδια γειτονιά με τον ασθενή	40,0 (±10,8)	
Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά	29,6 (±11,6)	
Βοήθεια από άλλους		
Ναι	28,4 (±12,8)	p=0,007
Όχι	36,1 (±11,3)	

Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία της κλίμακας ΣΑΚΚ. Από τη σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία της κλίμακας ΣΑΚΚ δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 13: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας ΣΑΚΚ

Μεταβλητή	Κλίμακα ΣΑΚΚ	
	M.T.(±T.A.)	p-value
Ηλικία, έτη*	ρ=-0,090, p=0,431	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/-η	63,1 (±12,9)	p=0,569
Έγγαμος/-η	63,1 (±15,8)	
Διαζευγμένος/-η	66,9 (±11,8)	
Χήρος-α	55,0 (±16,4)	
Παιδιά		
Ναι	63,9 (±14,6)	p=0,525
Όχι	61,8 (±14,7)	
Τόπος Κατοικίας		
Επαρχία - Χωριό	66,6 (±15,2)	p=0,115
Πόλη	61,4 (±14,0)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	rho=-0,083, p=0,468	
Οικονομική Κατάσταση	rho=0,048, p=0,671	
Επάγγελμα		
Εργαζόμενος	64,0 (±13,8)	p=0,339
Οικιακά	62,3 (±13,9)	
Συνταξιούχος	52,2 (±9,5)	
Φοιτητής	64,0 (±2,8)	
Διαμονή σε σχέση με το νοσούντα		
Ίδιο σπίτι με τον ασθενή	63,0 (±10,8)	
Ίδιο κτίριο με τον ασθενή	63,9 (±17,0)	
Ίδια γειτονιά με τον ασθενή	66,5 (±15,2)	
Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά	61,8 (±16,6)	
Βοήθεια από άλλους		
Ναι	62,6 (±14,9)	p=0,810
Όχι	63,7 (±14,3)	

Στον πίνακα 14 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων ΣΑΚΚ. Από τη σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων ΣΑΚΚ προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

- οι φροντιστές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έτειναν να χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τα ευχολόγια – ονειροπόληση για την αντιμετώπιση του στρες από την φροντίδα ($\rho=-0,241$, $p=0,032$),
- οι φροντιστές που είχαν παιδιά σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της ΣΑΑΚ «ευχολόγια – ονειροπόληση» σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν (15,02 ($\pm 4,6$) έναντι 12,9 ($\pm 4,0$), $p=0,043$) και
- οι φροντιστές που έμεναν σε επαρχία σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της ΣΑΑΚ «αποφυγή - διαφυγή» σε σχέση με εκείνους έμεναν σε πόλη (16,1 ($\pm 4,5$) έναντι 13,7 ($\pm 4,9$), $p=0,042$).

Πίνακας 14: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων ΣΑΑΚ

Μεταβλητή	Υποκλίμακες ΣΑΑΚ				
	Θετική προσέγγιση των πραγμάτων	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	Ευχολόγια - Ονειροπόληση	Αποφυγή - διαφυγή	Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος
Ηλικία, έτη*	$\rho=0,029$ $p=0,801$	$\rho=-0,084$ $p=0,466$	$\rho=-0,025$ $p=0,825$	$\rho=-0,163$ $p=0,153$	$\rho=0,033$ $p=0,777$
Οικογενειακή Κατάσταση	$p=0,657$	$p=0,281$	$p=0,245$	$p=0,066$	$p=0,595$
Παιδιά	$p=0,933$	$p=0,516$	$p=0,043$	$p=0,907$	$p=0,335$
Τόπος Κατοικίας	$p=0,962$	$p=0,643$	$p=0,074$	$p=0,042$	$p=0,302$
Επίπεδο Εκπαίδευσης	$\rho=-0,033$ $p=0,775$	$\rho=0,019$ $p=0,869$	$\rho=-0,241$ $p=0,032$	$\rho=-0,047$ $p=0,684$	$\rho=0,089$ $p=0,437$
Οικονομική Κατάσταση	$\rho=-0,062$ $p=0,585$	$\rho=-0,047$ $p=0,684$	$\rho=0,147$ $p=0,195$	$\rho=0,127$ $p=0,264$	$\rho=0,088$ $p=0,441$
Επάγγελμα	$p=0,645$	$p=0,278$	$p=0,976$	$p=0,189$	$p=0,508$
Διαμονή σε σχέση με το νοσούντα	$p=0,956$	$p=0,470$	$p=0,191$	$p=0,654$	$p=0,173$
Βοήθεια από άλλους	$p=0,078$	$p=0,413$	$p=0,432$	$p=0,097$	$p=0,097$

Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης. Από τη σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των φροντιστών με τη βαθμολογία κλίμακας κατάθλιψης προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

- οι φροντιστές που έμεναν σε επαρχία σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης σε σχέση με εκείνους έμεναν σε πόλη [27,8 ($\pm 8,9$) έναντι 23,0 ($\pm 10,4$), $p=0,042$].
- οι φροντιστές που είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έτειναν να σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης ($\rho=-0,237$, $p=0,036$)

Πίνακας 15: Συγχρονικές συγκρίσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης

Μεταβλητή	Κλίμακα CEDS	
	M.T.(\pm T.A.)	p-value
Ηλικία, έτη*	$\rho=0,087$, $p=0,451$	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/-η	23,4 ($\pm 6,8$)	$p=0,749$
Έγγαμος/-η	25,0 ($\pm 11,0$)	
Διαζευγμένος/-η	26,1 ($\pm 10,9$)	
Χήρος-α	23,3 ($\pm 15,5$)	
Παιδιά		
Ναι	24,5 ($\pm 11,6$)	$p=0,785$
Όχι	24,6 ($\pm 7,1$)	
Τόπος Κατοικίας		
Επαρχία - Χωριό	27,8 ($\pm 8,9$)	$p=0,020$
Πόλη	23,0 ($\pm 10,40$)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	$\rho=-0,237$, $p=0,036$	
Οικονομική Κατάσταση	$\rho=0,067$, $p=0,559$	
Επάγγελμα		
Εργαζόμενος	23,9 ($\pm 10,4$)	$p=0,770$
Οικιακά	26,0 ($\pm 22,8$)	
Συνταξιούχος	29,4 ($\pm 4,4$)	
Φοιτητής		
Διαμονή σε σχέση με το νοσούντα		
Ίδιο σπίτι με τον ασθενή	22,2 ($\pm 9,70$)	$p=0,115$
Ίδιο κτίριο με τον ασθενή	22,7 ($\pm 10,0$)	
Ίδια γειτονιά με τον ασθενή	30,3 ($\pm 8,9$)	
Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά	26,7 ($\pm 10,5$)	
Βοήθεια από άλλους		
Ναι	22,5 ($\pm 11,3$)	$p=0,118$
Όχι	26,8 ($\pm 8,43$)	

Κεφάλαιο 6^ο

Συζήτηση

Η ψυχική ασθένεια, ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, αναφέρεται σε οποιαδήποτε κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά τη γνώση, τη συμπεριφορά, την αντίληψη και τα συναισθήματα του προσβεβλημένου ατόμου. Επίσης, επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο που αλληλεπιδρά με άλλους ανθρώπους. Ένα άτομο λέγεται ότι έχει σοβαρή ψυχική ασθένεια όταν παρουσιάζει σοβαρή λειτουργική και αναπηρία του ρόλου με επακόλουθη την εργασιακή αναπηρία. Παραδείγματα περιλαμβάνουν κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχές άγχους, διπολική και συναισθηματική διαταραχή (Manderscheid R.W., et al., 2010).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας της ψυχικής υγείας έχει μετατοπίσει το επίκεντρο της διαχείρισης των ατόμων με ψυχικές ασθένειες από κρατικούς θεσμούς σε σπίτια, που σημαίνει ότι οι φροντιστές της οικογένειας, οι οποίοι συχνά δεν λαμβάνουν αμοιβή, αναλαμβάνουν έναν αυξανόμενο ρόλο στην καθημερινή φροντίδα αντί των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Addo R., et al., 2018). Η οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ενός ψυχικά νοσούντος ασθενούς (Ravi S., et al., 2013). Ένας φροντιστής έχει οριστεί ως "ένα μέλος της οικογένειας, το οποίο έχει παραμείνει με τον ασθενή για περισσότερο από ένα χρόνο και έχει στενή σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς, τις συζητήσεις και τη φροντίδα της υγείας" (Ravi S., et al., 2013).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η φροντίδα ενός ψυχικά νοσούντος ασθενούς επηρεάζει διάφορες πτυχές της ζωής των φροντιστών, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής και της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης (Ae-Ngibise K.A., et al, 2015). Οι οικογενειακοί φροντιστές, για παράδειγμα, συνήθως χρειάζονται να παρέχουν οικονομική υποστήριξη και να υπομείνουν το βάρος των οικονομικών δυσκολιών. Παρέχουν επίσης σωματική και συναισθηματική στήριξη στον ασθενή και φέρουν συναισθηματικό και σωματικό στρες, που επηρεάζει τις καθημερινές ρουτίνες και την ικανότητα να αναλαμβάνουν συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες (Addo R., et al., 2018). Παράλληλα, οι φροντιστές συχνά πρέπει να θυσιάζουν τις δικές τους επιθυμίες (Walke S.C., et al, 2018). Η φροντίδα αποστραγγίζει τα συναισθήματα κάποιου και επομένως οι φροντιστές βιώνουν συχνότερα κατάθλιψη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Ο ΠΟΥ δηλώνει ως επιβάρυνση του φροντιστή «τα συναισθηματικά, σωματικά, οικονομικά αιτήματα και τις ευθύνες της ασθένειας ενός ατόμου που μεταφέρονται στα μέλη της οικογένειας, τους φίλους ή άλλα άτομα που ασχολούνται με το άτομο εκτός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης». Αυτό περιλαμβάνει τη φροντίδα της προσωπικής υγιεινής του ασθενούς και τη συναισθηματική υποστήριξη όπως η ακρόαση, η παροχή συμβουλών, η παροχή συντροφιά και η ενημερωτική φροντίδα, όπως η αλλαγή του περιβάλλοντος διαβίωσης του ασθενούς (Grover S., et al, 2015).

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων της φροντίδας στη ψυχική υγεία φροντιστών ψυχικά νοσούντων ατόμων, των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας, καθώς και η αξιολόγηση των επιπτώσεων που επιφέρει η φροντίδα αυτή στην ψυχοπαθολογία τους.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 79 φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο, όπου η μέση ηλικία τους ήταν 45,5 έτη. Η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν έγγαμοι, σε ποσοστό 55,7%, και είχαν παιδιά, σε ποσοστό 63,3%. Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών, το 85,9% αυτών εργαζόνταν, ενώ ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο το 30,4% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 19,0% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 26,6% απόφοιτοι ΑΕΙ. Στη μελέτη των Alayew et al, (2019), η μέση ηλικία των φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο ήταν 38,4 έτη. Στη μελέτη των Souza et al, (2017), το 42,3% των φροντιστών είχαν ηλικία 41 έως 60 ετών και το 67,3% είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης, στην ίδια μελέτη το 40,9% των φροντιστών δεν είχαν σύντροφο και το 92,5% είχαν παιδιά (Souza A.L.R., et al, 2017).

Αναφορικά με το βαθμό συγγένειας των συμμετεχόντων με το νοσούντα, στην παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των φροντιστών, (22,8%), ήταν παιδί του νοσούντα (κόρη/γιος), 25,3% ήταν αδερφός/-η και το 17,7% ήταν γονείς (μητέρα/ πατέρα) του νοσούντα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι στην παρούσα μελέτη, το 39,2% των φροντιστών έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά από τον ψυχικά νοσούντα, το 32,9% στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, το 15,2% έμεναν στο ίδιο κτίριο με τον ασθενή, και το 12,7% έμεναν σε διαφορετική γειτονιά με τον ασθενή. Επίσης, το 51,9% των φροντιστών λάμβανε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς. Στη μελέτη των Souza et al, (2017), το 41,3% των φροντιστών είχε συζυγική σχέση με τον ασθενή και το 14,6% ήταν γονείς του ασθενή. Παράλληλα, στην ίδια μελέτη, το 72,6% των φροντιστών έμενα μαζί με τον ασθενή και μόνο το 31,0% των φροντιστών λάμβανε βοήθεια στη φροντίδα (Souza et al, 2017). Σε παρόμοια μελέτη, των Leng et al (2018), το 50,8% των

φροντιστών είχαν ηλικία 24 έως 45 ετών και το 48,1% άνω των 45 ετών. Στην ίδια μελέτη, η πλειοψηφία των φροντιστών είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 95% ήταν παντρεμένοι. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη των Leng et al, (2018), το 18,8% ήταν αγρότες, το 34,3% εργαζόμενοι, το 24,2% άνεργοι. Επίσης, το 85,1% των φροντιστών έμεναν μαζί με τον ασθενή, ενώ το 14,9% ήταν πατέρας του ασθενή, το 40,3% μητέρα, το 23,2% σύζυγος και το 8,9% παιδί (Leng A., et al, 2019).

Στην παρούσα μελέτη, η μέση βαθμολογία της Κλίμακας Επιβάρυνσης ήταν 32,2. Το 56,3% των φροντιστών της μελέτης εμφάνιζαν ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, το 20,0% μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και το 2,5% σοβαρή επιβάρυνση. Στη μελέτη των Perez και Marques (2018), σοβαρή επιβάρυνση εμφάνιζε το 73,8% των φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο, ενώ το 16,4% δεν παρουσίαζαν επιβάρυνση (Pérez J.J.N., & Marques A.C., 2018). Από την άλλη, στη μελέτη των Walke et al, (2018) σοβαρή επιβάρυνση εμφάνισε το 40,9% των φροντιστών και μέτρια το 59,1% (Walke S.C., et al, 2018). Επίσης, στη μελέτη των Alayew et al, (2019), η μέση βαθμολογία της επιβάρυνσης των φροντιστών ήταν 23,00, χαμηλότερη σε σχέση με τη μέση επιβάρυνση της παρούσας μελέτης (Ayalew M., et al, 2019).

Η μέση βαθμολογία της Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) ήταν 63,3, ενώ της κλίμακας Κλίμακα CEDS ήταν 24,9 ($\pm 10,2$). Τέλος, το 63,3% των συμμετεχόντων είχαν σοβαρού βαθμού κατάθλιψη. Στη μελέτη των Derajew et al, (2017), το ποσοστό των φροντιστών με κατάθλιψη ήταν 19%, εκ των οποίων το 11,3 είναι μέτριου βαθμού κατάθλιψη, το 3,4% μέτριου προς σοβαρού και το 4,2% σοβαρού βαθμού κατάθλιψη (Derajew H., et al, 2017). Στην μελέτη του Vijayalakshmi (2016) το ποσοστό των φροντιστών με κατάθλιψη ήταν 42,5%. (Vijayalakshmi D..K., 2016). Στη μελέτη των Hassan et al, (2011), οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης από τους φροντιστές των σχιζοφρενικών ασθενών ήταν αυτοέλεγχος, θετική επανεξέταση και διαφυγή-αποφυγή (Hassan W., et al, 2011). Στη μελέτη των Rahmani et al, (2019) (ερωτηματολόγιο Family Coping Questionnaire), η βαθμολογία των στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα ήταν 12,27. Από αυτές οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ήταν η στρατηγική της αποφυγής (23,11%), του εξαναγκασμού (16,44%) και της παραίτησης (14,67%). Η συλλογή πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια του ασθενούς και τη θεραπεία του ήταν η

λιγότερο χρησιμοποιημένη στρατηγική αντιμετώπισης (10,22%) (Alfakhri A.S., et al, 2018).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων επιβάρυνσης και ΣΑΑΚ, των κλιμάκων επιβάρυνσης και κατάθλιψης και των κλιμάκων ΣΑΑΚ και κατάθλιψης. Στη μελέτη των Alfakhri et al (2018), που αφορούσε σε φροντιστές ασθενών με άνοια, βρέθηκε ότι σημαντική επιβάρυνση και χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μπορούν να αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης κλινικής κατάθλιψης (Alfakhri A.S., et al, 2018). Στη μελέτη των Rahmani et al, (2019) βρέθηκε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών με ψυχική νόσο και των στρατηγικών αντιμετώπισης (Rahmani F., et al, 2019).

Επίσης, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι φροντιστές που κατοικούσαν σε επαρχία – χωριό είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με εκείνους που έμεναν σε πόλη. Παράλληλα, οι φροντιστές που έμεναν στο ίδιο κτίριο με τον ασθενή ή στην ίδια γειτονιά με τον ασθενή βίωναν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τους φροντιστές που έμεναν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή ή με τους φροντιστές που έμεναν σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά, ενώ οι φροντιστές που είχαν βοήθεια από άλλους βίωναν σημαντικά μικρότερη επιβάρυνση σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν βοήθεια από άλλα άτομα.

Στη μελέτη των Perez και Marques (2018) σημαντικά χαμηλότερη επιβάρυνση είχαν οι φροντιστές που έλαβαν συνεχή φροντίδα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, που συμμετείχαν ενεργά σε κάποια ένωση, που είχαν παρακολουθήσει ψυχοπαιδαγωγικές συνομιλίες για συγγενείς ή που ζούσαν σε μητροπολιτικές περιοχές (Pérez J.J.N., & Marques A.C., 2018). Από την άλλη στη μελέτη των Alayew et al, (2019), θετικοί προγνωστικοί παράγοντες της επιβάρυνσης φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο βρέθηκαν να είναι η ηλικία των φροντιστών, η διάρκεια των επαφών με τον ασθενή ανά ημέρα, το γυναικείο φύλο, το αντιληπτό στίγμα από τον φροντιστή, και η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που είχαν ιστορικό χρήσης ουσιών στη ζωή τους. Στην ίδια μελέτη αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες της επιβάρυνσης ήταν το εισόδημα των φροντιστών, οι φροντιστές που δεν είχαν επίσημη εκπαίδευση και η κοινωνική υποστήριξη των φροντιστών (Ayalew M., et al, 2019). Παράλληλα, στη μελέτη των Souza LA.L.R., et al, (2018), οι παράγοντες που σχετίστηκαν ανεξάρτητα με την επιβάρυνση του φροντιστή ήταν η κατάθλιψη, η ηλικίας άνω των 60 ετών, η λήψη βοήθειας στη φροντίδα από άλλα

άτομα, πρόσφατη υποτροπή της ασθένειας, ημέρες επαφής, καθώς και άλλα μέλη οικογένειας που χρειάζονται φροντίδα(Souza A. L.R., et al, 2017).

Άλλο ένα εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι η βαθμολογία της κλίμακας ΣΑΑΚ δε διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ωστόσο, κατά τη συγχρονική σύγκριση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία των υποκλιμάκων ΣΑΑΚ, βρέθηκε ότι οι φροντιστές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έτειναν να χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τα ευχολόγια – ονειροπόληση για την αντιμετώπιση του στρες από την φροντίδα και ότι οι φροντιστές που είχαν χρησιμοποιούσαν πιο συχνά την «ευχολόγια – ονειροπόληση» σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν. Τέλος, οι φροντιστές που έμεναν σε επαρχία χρησιμοποιούσαν συχνότερα την αποφυγή – διαφυγή ως τρόπος αντιμετώπισης του στρες από τη φροντίδα σε σχέση με εκείνους έμεναν σε πόλη.

Τέλος, στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη διέφερε σημαντικά ανάλογα με τον τόπο διαμονής των φροντιστών και το επίπεδο εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα, οι φροντιστές που έμεναν σε επαρχία βίωναν μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη σε σχέση με εκείνους έμεναν σε πόλη, ενώ οι φροντιστές που είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έτειναν να βιώνουν μικρότερου βαθμού κατάθλιψη. Στην μελέτη του Vijayalakshmi (2016) η βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης ήταν υψηλότερη μεταξύ των φροντιστών γυναικείου φύλου, των φροντιστών με χαμηλό εισόδημα, των ασθενών που έμεναν σε αγροτικό περιβάλλον. Παράλληλα, οι αναλφάβητοι φροντιστές είχαν πιο σοβαρού βαθμού κατάθλιψη από τους μορφωμένους (Vijayalakshmi D.K., 2016).

Περιορισμοί Μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε σημαντικά αποτελέσματα, ωστόσο, χαρακτηρίζεται από μια σειρά περιορισμών που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Κύριοι περιορισμοί της μελέτης ήταν ότι, η επιλογή των συμμετεχόντων ήταν ευκολίας και δεν υπήρξε τυχαιοποίηση, καθώς και το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό. Επίσης, το δείγμα προήλθε από μία μόνο περιοχή της Ελλάδας. Στο μέλλον θα ήταν καλό να διεξήχθη μία πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη στην Ελλάδα που να αξιολογεί την επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με ψυχική νόσο, τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση της επιβάρυνσης, αλλά και την επίδραση της επιβάρυνσης στην ψυχοπαθολογία των φροντιστών.

Κεφάλαιο 7^ο

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την επιβάρυνση φροντιστών ψυχικά νοσούντων ατόμων, τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας, καθώς και αξιολόγησε τις επιπτώσεις που επιφέρει η φροντίδα αυτή στην ψυχοπαθολογία τους. Στη μελέτη βρέθηκε ότι οι φροντιστές ασθενών με ψυχική νόσο βιώνουν μέτριου έως σημαντικού βαθμού επιβάρυνση. Επίσης, βρέθηκε ότι οι φροντιστές που βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση χρησιμοποιούν μεθόδους αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με κυριότερες, την ευχολογία – ονειροπόληση, τη διαφυγή – αποφυγή και τη διεκδικητική επίλυση του προβλήματος. Τέλος, βρέθηκε ότι οι φροντιστές που βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση εμφανίζουν μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη.

Προτάσεις

Η ψυχική ασθένεια επηρεάζει τόσο το άτομο που νοσεί όσο και το γενικότερο σύστημα στο οποίο ανήκει, δηλαδή την οικογένεια, που είτε μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας επίλυσης του προβλήματος είτε να το ενισχύσει. Η οικογένεια δομείται από πολλά μέλη που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διέπεται από προκαθορισμένους ρόλους και κανόνες.

Η οικογένεια είναι ο κύριος αποδέκτης της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς λόγω αυτής της πολύ συγκεκριμένης δομής και σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα μιας ψυχικής ασθένειας, η συμπτωματολογία αντανακλάται σε όλο το οικογενειακό σύστημα, διαταράσσοντας έντονα την ισορροπία, τις σχέσεις και τη λειτουργικότητα της.

Στις μέρες μας οι περισσότερες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και τα προγράμματα που τελούν, στρέφουν την φροντίδα αποκλειστικά στο άτομο που νοσεί, παραβλέποντας το υποστηρικτικό του πλαίσιο που πασχίζει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές ηθικές και υλικές ανάγκες του μέλους αυτού.

Η δυσκολία στήριξης της οικογενείας και των φροντιστών από κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, δημιουργεί μέρα με τη μέρα μεγαλύτερη απόσταση ανάμεσα στην υπάρχουσα δυναμική φροντίδας από την οικογένεια και την επιτυχημένη πορεία της νόσου και του θεραπευτικού σχήματος. Άγχος, απογοήτευση, καταβολή, απόγνωση και

ελλειμματικές αποθήκες αντοχής και ψυχικού σθένους αναβλύζουν στους χώρους ψυχικής υγείας ακόμα και μετά την ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό.

Μέσα από την πρακτική μας άσκηση αλλά και την πτυχιακή μας εργασία γίνεται κατανοητό πως ο τομέας της Υγείας πρέπει να στρέψει την προσοχή του στους φροντιστές και τις υποστηρικτικές δομές που αποτελούν θεμέλιο λίθο της κοινωνικής ισορροπίας.

Αρχικά οι υπάρχουσες δομές και ξενώνες που αντικατέστησαν με το πέρασμα του χρόνου της ψυχιατρικές κλινικές και θεραπευτήρια, δεν είναι ικανά να καλύψουν τις ήδη εκτεταμένες ανάγκες. Είναι σημαντικό να γίνει προσπάθεια στελέχωσης νέων εξειδικευμένων κλινικών με καταρτισμένο προσωπικό, που θα είναι ικανό να υποστηρίξει τον αριθμό των ψυχικά νοσούντων στη χώρα, μειώνοντας την επιβάρυνση των φροντιστών, που αναλαμβάνουν ολοκληρωτικά τη φροντίδα τους.

Ταυτόχρονα επιβάλλεται η ρύθμιση των αντίστοιχων επιδομάτων σε ασθενείς και οικογένεια από τους κρατικούς φορείς καθώς στην πλειονότητα τους αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε μια ενεργή επαγγελματική ζωή. Έτσι θα σταματήσει να επωμίζεται ο φροντιστής και το οικονομικό φορτίο.

Επιπλέον, στα πλαίσια της κατάργησης πολλών ψυχιατρικών κλινικών και ξενώνων, και την επικείμενη αύξηση της φροντίδας στο σπίτι, οι φροντιστές περιορίζουν σημαντικά τη ζωή τους. Η έλλειψη χρόνου, τα πληθώρα αρνητικά συναισθήματα, η επαγγελματική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την δεύτερη υποχρεωτική καθημερινή «εργασία», την φροντίδα, και την κοινωνική απόσυρση και απομόνωση, γίνεται φανερή η αναγκαιότητα δημιουργίας Οργανισμών και Ομάδων Υποστήριξης, ηθικής και ψυχολογικής της οικογενείας. Ειδικευμένο προσωπικό, ικανό να βοηθήσει στην τακτική φροντίδα και στην επίλυση προβλημάτων και να προάγει την ομαλή ,ακόμα και ευτυχισμένη διαβίωση.

Αποτελεσματική θα μπορούσε να είναι η συμμετοχή της οικογένειας στο σχεδιασμό της φροντίδας, παρέχοντας τους ταυτόχρονα, ως κρατικός φορέας την προσωπική τους ανάπαυλα, με χώρους ξεκούρασης, λιγότερες ώρες επαφής με τον ασθενή αλλά και συναισθηματική και πρακτική καθοδήγηση.

Η παροχή εκπαίδευσης σε ολόκληρη την ομάδα και το υποστηρικτικό πλαίσιο έχει κυρίαρχη θέση στο θεραπευτικό σχήμα, την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και την μείωση της επιβάρυνσης. Η εκτεταμένη και συνεχείς εκπαίδευση και πληροφόρηση των φροντιστών, είναι ο θεμέλιος λίθος για την επιτυχημένη πορεία της υγείας της κοινωνίας γενικότερα

και διασφαλίζει ότι η οικογένεια θα παραμείνει στο επίκεντρο της προσοχής που τόσο λησμονήθηκε.

Τέλος, μέθοδοι αξιολόγησης και εποπτείας για τις υπάρχουσες υπηρεσίες θεωρούνται απαραίτητες.

Βιβλιογραφία

- Addo R. et al, Agyemang SA. Tozan Y. & Nonvignon J (2018). Economic burden of care giving for persons with severe mental illness in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199830>
- Ae-Ngibise KA. et al, Doku VCK. Asante KP. & Owusu-Agyei S. (2015). The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: A study from rural Ghana. *Global Health Action*, 8, 26957. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.26957>
- Alfakhri AS. et al, Alshudukhi AW. Alqahtani AA. Alhumaid AM. Alhathlol OA. Almojali AI. Alaqeel MK. (2018). Depression Among Caregivers of Patients With Dementia. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 55. <https://doi.org/10.1177/0046958017750432>
- Ayalew M. et al, Workicho A. Tesfaye E. Hailesilassie H. & Abera M. (2019). Burden among caregivers of people with mental illness at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0233-7>
- Callahan D, (1973). The WHO definition of “health. *Studies - Hastings Center*, 1, 77–88. <https://doi.org/10.2307/3527467>
- Chen L. et al, Zhao Y. Tang J. Jin G. Liu Y. Zhao X. Lu X. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2052-4>
- Derajew H. et al, Tolessa D. Feyissa GT. Addisu F. & Soboka M. (2017). Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1249-7>
- Folkman S. & Lazarus RS., (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>

- Galderisi S. et al, Heinz A. Kastrup M, Beezhold J, & Sartorius N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Grad J. & Sainsbury P., (1966). Problems of caring for the mentally ill at home. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59(1), 20–23.
- Grover S. et al, Pradyumna & Chakrabarti S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.160907>
- Hassan W. et al, Ikram M. Amira E. & Nadia S. (2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*, 7(5). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/efb9/4b982e8d4ed62b32ff62f5541688ece41bda.pdf>
- Hébert R. et al, Bravo G. & Prévaille M. (2000). Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Persons with Dementia*. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 19(4), 494–507. <https://doi.org/10.1017/S0714980800012484>
- Hoening J. & Hamilton MW., (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165–176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Keyes CLM., (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (pp. 179–192). https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
- Lamers SMA. et al, Westerhof GJ. Bohlmeijer ET. ten Klooster PM. & Keyes CLM. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Leng A. et al, Xu C. Nicholas S. Nicholas J. & Wang J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China.

- Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.010>
- Ma HP. et al, Lu HJ. Xiong XY. Yao JY. & Yang Z. (2014). The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 185–190.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.010>
- Madianos MG. et al, Gournas G. & Stefanis CN. (1992). Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(4), 320–325. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03273.x>
- Manderscheid RW. et al, Ryff CD. Freeman E. J. McKnight-Eily LR. Dhingra S. & Strine TW. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A19.
- McFarland M. & Wehbe-Alamah H., (2018). *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research, & Practice*.
- Miller B. & McFall S., (1991). The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(2), 165–179.
- OECD. (2017). Informal carers. In *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-78-en.pdf?expires=1569083816&id=id&accname=guest&checksum=2A6EE3DF008F5449768BEC7733019B93
- Parker BA., (1993). Living with mental illness: The family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(3), 19–21.
- Pérez JJN. et al, Marqués AC. Pérez JJN. & Marqués AC. (2018). Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017029403351>
- Rabow MW. et al, Hauser JM. & Adams J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: “they don't know what they don't know.” *JAMA*, 291(4), 483–491.
<https://doi.org/10.1001/jama.291.4.483>

- Rahmani F. et al, Ranjbar F. Hosseinzadeh M. Razavi SS. Dickens GL. & Vahidi M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.006>
- Ravi S. et al, Goud BR. Archana M. Pius TM. Pal A. John V. & Jayaram G. (2013). Burden among Caregivers of Mentally- Ill Patients: A Rural Community- Based Study COMMUNITY MEDICINE. *Nt J Res Dev Health*, 1(2), 29–34.
- Schubart JR. et al, Kinzie MB. & Farace E. (2008). Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology*, 10(1), 61–72. <https://doi.org/10.1215/15228517-2007-040>
- Simpson AC. et al, Young J. Donahue M. & Rucker G. (2010). A day at a time: Caregiving on the edge in advanced COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 141–151.
- Souza ALR. et al, Guimarães RA. de Araújo Vilela D. de Assis RM. de Almeida Cavalcante Oliveira LM. Souza MR. Barbosa MA. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1501-1>
- Spurlock WR., (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 26(3), 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2005.03.006>
- Telles-Correia D. et al, Saraiva S. & Gonçalves J. (2018). Mental Disorder—The Need for an Accurate Definition. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00064>
- Thio AB., (2003). *Deviant Behavior, Seventh Edition* (7 edition). Boston: Allyn & Bacon.
- VAILLANT GE., (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93–99.
- Van Houtven CH. et al, Ramsey SD. Hornbrook MC. Atienza AA. & van Ryn M. (2010). Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The Oncologist*, 15(8), 883–893. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0005>
- Van Liew C. et al, Santoro MS. Edwards L. Kang J. & Cronan TA. (2016). Assessing the Structure of the Ways of Coping Questionnaire in Fibromyalgia Patients Using

- Common Factor Analytic Approaches. *Pain Research & Management*, 2016.
<https://doi.org/10.1155/2016/7297826>
- Vijayalakshmi DK., (2016). Depression and Associated Factors among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 11.
- Walke SC., et al, Chandrasekaran V. & Mayya SS. (2018). Caregiver Burden among Caregivers of Mentally Ill Individuals and Their Coping Mechanisms. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 9(2), 180–185.
https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_312_17
- Ward-Griffin C., (2002). Boundaries and Connections Between Formal and Informal Caregivers. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 21(2), 205–216. <https://doi.org/10.1017/S0714980800001471>
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- WHO. (2019, September 21). Stigma and discrimination. Retrieved September 22, 2019, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>
- Zarit SH. et al, Reever KE. & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.
- Γιαννούκου Ε. και συν, Δεληγιάννη Κ. & Διαμαντίδη Β. (2018). *Ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στο χώρο της ψυχικής υγείας* (Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης). Retrieved from https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/8673/GiannoukouEvangelia_DeligianniKleopatra_DiamantidiViktoria2018.pdf?sequence=1
- Ζαχαροπούλου Γ. και συν, Ζαχαροπούλου Β. Κωνσταντινοπούλου Α. Τσαλουκίδης Ν. & Λαζακίδου Α. (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), 614–621.
- Καραδήμας Ε., (2005). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Κορδούτης Π. & Παυλόπουλος Β., (2006). *Πεδία Έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία*. Retrieved from

<https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP101/%CE%92%CE%B9%CE%B2%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AF%CE%B1/%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82%20%28%CE%A0%CE%B1%CF%85%CE%BB%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%82%2C%202006%29.pdf>

Κοτρώτσιου Σ. και συν, Παραλίκας Θ. Παπαθανασίου Ι. Λαχανά ΕΣ. & Κυπαρίσση Γ. (2015). Η έννοια της φροντίδας. *Βήμα Ασκληπιού*, 7(2008), 57–71.

Κουράση Α. και συν, Κουτίβας Μ. Πετάλα ΚΑ. & Στεφανάκη Ε. (2013). *Χαρτογράφηση και διερεύνηση του φορτίου των άτυπων φροντιστών στα άτομα τρίτης ηλικίας—Μια παρέμβαση στην ημιορεινή αγροτική κοινότητα Τυλίσου* (Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης). Retrieved from http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2013/KourasiAikaterini,KoutivasMiltiadis,PetalaKalliopiAikaterini,StefanakiEleni/attached-document-1404998319-878250-28329/Kourasi_Koutivas_Petala_Steafanaki.2013.pdf

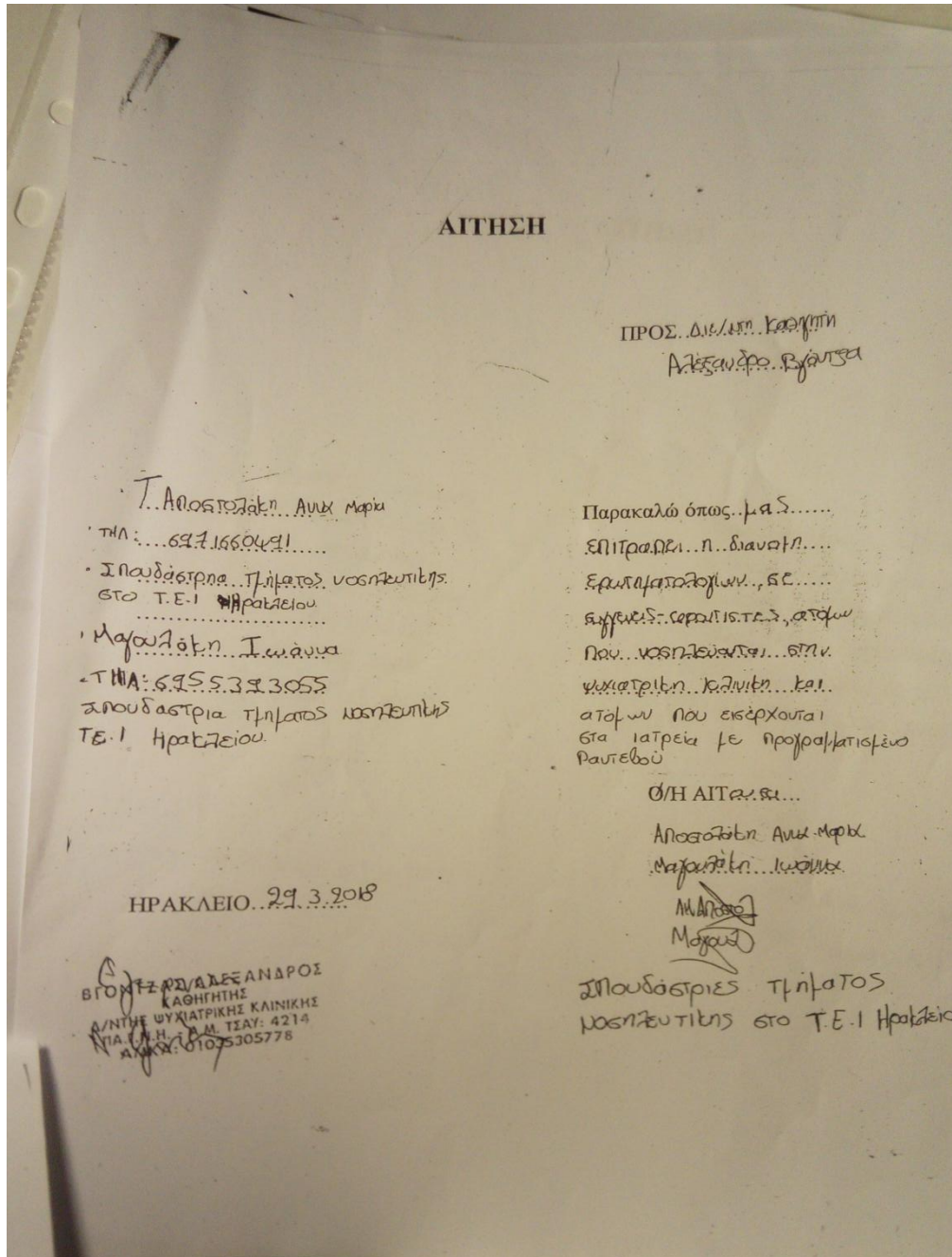
Κριθυμού Ε. & Μανδαλά Α., (2017). *Η ενσυναίσθηση στην Νοσηλευτική Φροντίδα* (Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας). Retrieved from <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/6134/%CE%97%20%CE%95%CE%9D%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%91%CE%99%CE%A3%CE%98%CE%97%CE%A3%CE%97%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%A6%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%99%CE%94%CE%91..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Μπούζας Λ., (2013). *Μελέτη της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο* (Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Retrieved from <http://ir.lib.uth.gr/bitstream/handle/11615/44059/11972.pdf?sequence=1>

Μπούζας Λ., (2018). *Μελέτη της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο*. (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.

- Ντάμπου Μ., (2016). *Η διερεύνηση των επιβαρυντικών παραγόντων των οικογενειών απόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας* (Διπλωματική εργασίαΣ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας επιβάρυνσης) Zarit burden interview) σε Ελληνοκύπριους φροντιστές ασθενών με άνοια. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 45(4), 439–449.
- Οικονόμου, Μ. (2011). *Ψυχική Υγεία. Σύγχρονες Προσεγγίσεις—Προβληματισμοί*. Retrieved from <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8701/1/m010550.pdf>
- Παπαδόπουλος, Ν. (2005). *ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Παπασταύρου Ε. και συν, Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α. Αλεβιζόπουλους Γ. Παπακώστας Σ. Τσαγκάρη Χ. & Σουρτζή Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκύπριους φροντιστές ασθενών με άνοια. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 45(4), 439–449.
- Παπασταύρου Ε., (2005). *Η επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με τη νόσο Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες* (Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Retrieved from <https://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/867/2/%CE%BF%CE%B9%CE>, & Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού. (2015). *Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθνότητες ομάδες*. Αθήνα: Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union.
- Σαρρή, Μ., (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητας ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ., (2007). *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Τζούνης Ε. και συν, Κοτρώτσιου Ε. & Γουργουλιάνης Κ. (2017). Φροντίδα για τους άτυπους φροντιστές, αναγνωρίζοντας τις ανάγκες τους, φροντίζοντας για την ευημερία τους. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 9(3), 99–108.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο: Άδειες εκπόνησης πτυχιακής εργασίας



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
Αριθ. Πρωτ. 399
Εληφθη την 5/4/2018

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: Διευθύντρια...
Νοσηλεύτρια κ. Μπέσα
Επιτελεστικού Συμβουλίου

Σίμαστε... νοσηλεύτριες
νοσηλεύτριες... στο
Τ.Ε.Ι... Ηρακλείου...
ΥΝ 6534 Μαχαίρα... Ιωάννα
Τηλ: 6955.39.3055
ΥΝ 6454 ..Ανιστοάτη... Ανακ. Μαρία
Τηλ. 6971660491

Παρακαλώ όπως... Ενημερωθεί
η... διοίκηση... εργασίας...
σε... συζητήσεις... σε συναντήσεις,
ατάσεων... που... νοσηλεύονται
στην... κλινική... Κλινική
του... Π.Β.Γ.Ν.Η... και... ατόμων
που εισέρχονται στα Ιατρεία με
πρωτογενή παθολογία

ΟΤΙ ΑΙΤΗΣΗ

Ο/Η ΑΙΤΟΥΣΑ.....

Ανιστοάτη Ανακ. Μαρία
Μαχαίρα Ιωάννα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ. 2.4.2018

Εμφάνιση 10/4/2018
[Signature]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

ΑΤΕΛΟΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 23/1/2018

Αρ. Πρωτ.: 85

ΠΡΟΣ:
Μαγουλάκη Ιωάννα
Αποστολάκη Άννα Μαρία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Καρτσωνάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6534 Μαγουλάκη Ιωάννα
ΥΝ6454 Αποστολάκη Άννα Μαρία

με θέμα: «Αποτύπωση και μελέτη επιβάρυνσης φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Καρτσωνάκη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

Ευριδίκη Πατελάρου
Αναπλ. Καθηγήτρια

Παράρτημα 2^ο

Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομαζόμαστε Αποστολάκη Άννα-Μαρία και Μαγουλάκη Ιωάννα και είμαστε σπουδάστριες του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η διπλωματική μας εργασία έχει τίτλο «Αποτύπωση και μελέτη επιβάρυνσης φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές».

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική.

Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Φοιτητές:

Αποστολάκη Άννα-Μαρία

Μαγουλάκη Ιωάννα

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc PhDc}

Στοιχεία επικοινωνίας:

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3ο: Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά στοιχεία

Ηλικία: _____

Επίπεδο εκπαίδευσης:

- | | | |
|------------------------|------------------|----------------|
| 1. Δεν έχω αποφοιτήσει | 2. Δημοτικό | 3. Γυμνάσιο |
| 4. Λύκειο | 5. Τεχνική σχολή | 6. ΤΕΙ |
| 7. Πανεπιστήμιο | 8. Μεταπτυχιακό | 9. Διδακτορικό |

Επάγγελμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος/η
2. Παντρεμένος/η
3. Διαζευγμένος/η
4. Χήρος/α
5. Άλλο

Έχετε παιδιά; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

Τόπος κατοικίας: 1. Επαρχία- χωριό 2. Πόλη

Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση:

1. Πολύ καλή 2. Καλή 3. Μέτρια 4. Κακή 5. Πολύ κακή

Τόπος διαμονής:

1. Ίδιο σπίτι με τον ασθενή
2. Ίδιο κτίριο με τον ασθενή
3. Ίδια γειτονιά με τον ασθενή
4. Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά

Βαθμός συγγένειας με την ασθενή:

- | | | |
|------------|------------|---------------|
| 1. Σύζυγος | 2. Κόρη | 3. Γιος |
| 4. Αδελφή | 5. Αδελφός | 6. Σύντροφος |
| 7. Πατέρας | 8. Μητέρα | 9. Άλλο _____ |

Προβλήματα υγείας δικά σας:

- | | | |
|---------------------|------------------|------------------------|
| 1. Κανένα πρόβλημα | 2. Υπέρταση | 3. Σακχαρώδης Διαβήτης |
| 4. Μυοσκελετικά | 5. Καρδιαγγειακά | 6. Προβλήματα όρασης |
| 7. Προβλήματα ακοής | 8. Άλλα _____ | |

Μεταφορά στο νοσοκομείο:

1. Με ένα μέσο μαζικής μεταφοράς 2. Με δύο ή περισσότερα μέσα

3. Με ιδιωτικό αυτοκίνητο

4. Με ταξί

5. Με τα πόδια

Έχετε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από πιο μακρινούς συγγενείς;

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

Ερωτηματολόγιο της επιβάρυνσης (Κλίμακα Επιβάρυνσης:ΚΕ) «The Burden Interview» των Zarit και Zarit (1990)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Τα παρακάτω αποτελούν ένα κατάλογο δηλώσεων, οι οποίες αντανακλούν το πως αισθάνονται οι άνθρωποι μερικές φορές όταν φροντίζουν έναν άλλο άνθρωπο. Μετά από κάθε ερώτηση, δηλώστε πόσο συχνά εσείς αισθάνεστε με αυτό τον τρόπο: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, αρκετά συχνά ή σχεδόν πάντοτε. Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	0	1	2	3	4
1. Αισθάνεστε ότι ο /η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
2. Πιστεύετε επειδή σπαταλάτε αρκετό χρόνο με τον /την συγγενή σας ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
3. Νοιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για το συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
4. Νοιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
5. Νοιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
6. Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με ένα αρνητικό τρόπο;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
7. Φοβάσθε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
8. Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
9. Νοιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
10. Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
11. Νοιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
12. Νοιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
13. Νοιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα

14.Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον /την φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/ος στον/στην οποίο/α θα μπορούσε να βασισθεί;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
15.Νοιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδα σας δεν έχετε αρκετά λεφτά για τη φροντίδα της/του συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
16.Νοιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
17.Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
18.Θα ευχόσατε έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενής σας σε κάποιον άλλο;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
19.Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμτε για το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
20.Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για το/τη συγγενή σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
21.Νοιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/του συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
22.Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρασμένος/η με τη φροντίδα του συγγενής σας;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα

Κλίμακα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) –Ways of Coping Questionnaire (Lazarus και Folkman 1984)

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να δούμε πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση.

Στη συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματά μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό.

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το 'ποτέ' θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το 'σπάνια' θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το 'μερικές φορές' θα βάλετε σε κύκλο το 2, και για το 'συχνά' θα βάλετε σε κύκλο το 3.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.	0	1	2	3
2. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	0	1	2	3
3. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	0	1	2	3
4. Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	0	1	2	3
5. Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	0	1	2	3
6. Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.	0	1	2	3
7. Ηλπίζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	0	1	2	3
8. Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	0	1	2	3
9. Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα.	0	1	2	3
10. Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	0	1	2	3
11. Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	0	1	2	3
12. Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιουργήσε το πρόβλημα.	0	1	2	3
13. Αποδεχόμουν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.	0	1	2	3
14. Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.	0	1	2	3
15. Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.	0	1	2	3
16. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.	0	1	2	3
17. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.	0	1	2	3
18. Αφήνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.	0	1	2	3
19. Εβγαίνα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος /η από πριν.	0	1	2	3
20. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.	0	1	2	3
21. Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.	0	1	2	3
22. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	0	1	2	3
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3
24. Άλλαξα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.	0	1	2	3
25. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.	0	1	2	3
26. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.	0	1	2	3
27. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.	0	1	2	3
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα.	0	1	2	3
29. Ξεσπούσα στους άλλους.	0	1	2	3
30. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	0	1	2	3
31. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω.	0	1	2	3
32. Εβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	0	1	2	3
33. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.	0	1	2	3
34. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	0	1	2	3
35. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.	0	1	2	3
36. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.	0	1	2	3
37. Προσευχόμουν.	0	1	2	3
38. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	0	1	2	3

**ΚΛΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE
(CES - D)**

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε.
Σας παρακαλώ σημειώστε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες μέρες.

	α	β	γ	δ
	Σπάνια ή καθόλου λιγ. από 1 μέρα	Μερικές φορές για 1-2 μέρες	Αρκετές φορές για 3-4 μέρες	Τον περισσότερο ο καιρό για 5-7 μέρες
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	0	2	2	3
2. Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0	2	2	3
3. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0	2	2	3
4. Νιώθατε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνατε	0	2	2	3
6. Νιώθατε μελαγχολικός	0	2	2	3
7. Νιώθατε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	2	2	3
8. Νιώθατε ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0	2	2	3
10. Νιώθατε φοβισμένος	0	2	2	3
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο	0	2	2	3
12. Είσαστε ευτυχισμένος	3	2	1	0
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	2	2	3
14. Νιώθατε μοναξιά	0	2	2	3
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας	0	2	2	3
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή)	3	2	1	0
17. Κλαίτε με λυγμούς	0	2	2	3
18. Νιώθατε λυπημένος	0	2	2	3
19. Νιώθατε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0	2	2	3
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	2	2	3

Μετάφραση-Προσαρμογή-Στάθμιση Μ.Γ. Μαδιανός 1982