



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Η ψυχοσωματική επιβάρυνση των οικογενειακών
φροντιστών, των ασθενών που πάσχουν από άνοια, σε δομές
ΠΦΥ στην περιοχή της Λάρισας»**

Μεσίρα Χαρούλα
Επισκέπτρια Υγείας ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαρία Σαρίδη, Επίκουρος Καθηγήτρια τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Φωτεινή Μάλλη, Καθηγήτρια τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Μέλος τριμελούς επιτροπής.

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος καθηγητής τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Μέλος τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2024

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

"The psychosomatic burden of family caregivers of patients with dementia in PHC structures in the area of Larissa."

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	3
Κατάλογος πινάκων	5
Ευχαριστίες	7
Περίληψη	8
Abstract	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
Εισαγωγή.....	12
Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	14
1.1 Ορισμός της άνοιας.....	14
1.2 Μορφές άνοιας.....	14
1.3 Στάδια Άνοιας	15
1.4 Επιδημιολογικά Στοιχεία	16
1.5 Παράγοντες Κινδύνου.....	16
Τροποποιήσιμοι παράγοντες.....	16
1.6 Ασπίδες ενάντια στην άνοια	18
1.7 Συμπτώματα	1919
1.8 Διάγνωση της άνοιας	21
1.9 Θεραπεία της άνοιας	22
1.10 Οικονομικό κόστος της άνοιας	23
Κεφάλαιο 2: Ορισμός της φροντίδας.....	24
Κεφάλαιο 3: Ορισμός του φροντιστή	25
3.1 Ο ρόλος του οικογενειακού φροντιστή.....	25
3.2 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικογενειακών φροντιστών ..	25
3.3 Η ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών	26
3.4 Η σωματική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών	27
3.5 Ανάγκες οικογενειακών φροντιστών	28

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	30
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία Έρευνας.....	30
4.1 Σκοπός.....	30
4.2 Δείγμα έρευνας	30
4.3 Μέθοδος και εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	30
4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	33
4.5 Ηθική και δεοντολογία.....	33
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	33
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα	34
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά – Γενικές πληροφορίες.....	34
5.2 Ερωτηματολόγιο SF36 Ποιότητα ζωής.....	34
5.3 Ερωτηματολόγιο κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden.....	52
5.4 Ερωτηματολόγιο κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson.....	53
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση – Συμπεράσματα	61
Βιβλιογραφία	65
Παράρτημα.....	73

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου	33
Πίνακας 2: Φύλο	34
Πίνακας 3 : Ηλικία.....	35
Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση.....	36
Πίνακας 5 : Εκπαίδευση	37
Πίνακας 6: Επάγγελμα.....	38
Πίνακας 7 : Τόπος διαμονής	39
Πίνακας 8 : Συγγένεια με τον ασθενή.....	40
Πίνακας 9 : Λήψη επιδόματος	41
Πίνακας 10: Ώρες φροντίδας/ημέρα	42
Πίνακας 11 : Χρονική διάρκεια φροντίδας – Χρόνια	43
Πίνακας 12 : Χρονική διάρκεια φροντίδας – Μήνες.....	43
Πίνακας 13: Χρονική διάρκεια φροντίδας - Εβδομάδες.....	43
Πίνακας 14: Σωματική λειτουργικότητα	44
Πίνακας 15: Απόρριψη και κατεβασμένη διάθεση.....	45
Πίνακας 16: Ήρεμοι και χαλαροί.....	46
Πίνακας 17: Σωματικός πόνος.....	47
Πίνακας 18: Πόνος που παρεμπόδισε οποιαδήποτε εργασία	48
Πίνακας 19: Φθαρμένοι	49
Πίνακας 20: Κούραση.....	50
Πίνακας 21: Είστε πολύ νευρικοί	51
Πίνακας 23: Συνολικό σκορ κλίμακας Zarit Burden	53
Πίνακας 24: Ερωτήσεις κλίμακας Connor Davidson	54
Πίνακας 25: Συνολικό σκορ κλίμακας Connor Davidson	55
Πίνακας 26: Συσχέτιση επιβάρυνσης με ποιότητα ζωής και ανθεκτικότητα	56

Πίνακας 27: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης	57
Πίνακας 28: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης.....	57
Πίνακας 29: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης	57
Πίνακας 30: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης.....	58
Πίνακας 31: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης	58
Πίνακας 32: ANOVA Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	59
Πίνακας 33: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης	60
Πίνακας 34: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης.....	60

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Πριν την παρουσίαση της διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που συνεργάστηκα μαζί τους, με βοήθησαν και με παρακίνησαν να κάνω αυτή πραγματικότητα την φοίτηση μου στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Πρώτα απ' όλους θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Σαρίδη Μαρία, Επίκουρο Καθηγήτρια, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την άψογη συνεργασία και την εκτίμηση που μου έδειξε.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου για την υπομονή τους και την ενθάρρυνση τους γι' αυτό το ταξίδι.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η άνοια τύπου Alzheimer, είναι μια νόσος η οποία έρχεται με τη γήρανση και στο τέλος επηρεάζει τη γνωστική, τη συναισθηματική και τη σωματική ευεξία του ατόμου. Η βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής με άνοια είναι καθημερινή και συνήθως προέρχεται από ένα μέλος της οικογένειας, το οποίο βαρύνει τον εαυτό του όσο περνάει ο χρόνος. Η άνοια είναι κύρια αιτία αναπηρίας στα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία και αυτό οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής και της σωματικής επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών, των ατόμων που πάσχουν από άνοια στην περιοχή της Λάρισας. Επίσης, μέσω των ευρημάτων της συγκεκριμένης μελέτης, στοχεύουμε στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των οικογενειακών φροντιστών καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών. Μέσα από την έρευνα γίνεται προσπάθεια να απαντηθούν τα δύο βασικά ερευνητικά ερωτήματα, αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των οικογενειακών φροντιστών και της ψυχολογικής, συναισθηματικής και σωματικής τους επιβάρυνσης, όπως επίσης και αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής των φροντιστών.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε συγχρονική μελέτη και πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 150 ατόμων, οι οποίοι είναι οικογενειακοί φροντιστές σε άτομα που πάσχουν από άνοια. Για την εκπόνηση της εργασίας πραγματοποιήθηκε διανομή ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη: το ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, το ερωτηματολόγιο SF-36, το ερωτηματολόγιο της κλίμακας Επιβάρυνσης Zarit Burden Interview και το ερωτηματολόγιο της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISK). Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Σεπτέμβριο του 2023 έως και τον Ιανουάριο του 2024.

Αποτελέσματα: Στο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων περιλαμβάνεται το γυναικείο φύλο με ποσοστό 74% (N=111) έναντι 26% του ανδρικού (N=39) με μέσο όρο τα 56-63 έτη. Όσον αφορά τη συγγένεια με τον ασθενή το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ανήκαν στην κατηγορία άλλο με ποσοστό 45,3% (N=68) και ακολουθούν οι σύζυγοι με ποσοστό 21,3% (N=32). Η μέση τιμή της κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden ήταν 42,1 ($\pm$ 16,72) δηλώνοντας μέτρια προς σοβαρή

επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών. Η μέση τιμή της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson ήταν 62,4 ($\pm$ 12,37) δηλώνοντας μέτρια ανθεκτικότητα των οικογενειακών φροντιστών.

Συμπεράσματα: Οι οικογενειακοί φροντιστές των ασθενών που πάσχουν από άνοια έχουν σχετικά χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι περισσότεροι από αυτούς παρουσιάζουν μέτρια προς σοβαρή επιβάρυνση καθώς επίσης και πολύ χαμηλή ανθεκτικότητα. Αν και τα ευρήματά μας συμφωνούν με άλλες ελληνικές και διεθνείς έρευνες σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερο δείγμα για να εξαχθούν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα για την πόλη της Λάρισας, όπου διεξήχθη η παρούσα μελέτη.

Λέξεις – κλειδιά: οικογενειακοί φροντιστές, επιβάρυνση, άνοια, ποιότητα ζωής

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease is a condition that comes with aging and ultimately affects the cognitive, emotional, and physical well-being of an individual. The assistance needed by a person with dementia is daily and usually comes from a family member, which can burden the caregiver as time goes on. Dementia is the leading cause of disability in older adults, attributed to the increasing lifespan.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the psychological and physical burden of family caregivers of individuals with dementia in the Larissa region. Additionally, through the findings of this specific study, we aim to explore the quality of life of family caregivers throughout the duration of patient care. The research attempts to address two main research questions: whether there is a correlation between the demographic characteristics of family caregivers and their psychological, emotional, and physical burden, as well as whether there is a correlation between burden and the caregivers' quality of life.

Methods: A cross-sectional study was chosen for the present work and conducted on a sample of 150 individuals who are family caregivers for persons with dementia. For the completion of the study, a questionnaire consisting of four parts was distributed: a demographic characteristics questionnaire, the SF-36 questionnaire, the Zarit Burden Interview questionnaire, and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK) questionnaire. The specific research was conducted from September 2023 to January 2024.

Results: The majority of participants were female, representing 74% (N=111) compared to 26% male (N=39), with an average age between 56-63 years. Regarding the relationship with the patient, the largest percentage of caregivers belonged to the "other" category at 45.3% (N=68), followed by spouses at 21.3% (N=32). The mean score on the Zarit Burden Scale was 42.1 ($\pm$ 16.72), indicating moderate to severe burden among family caregivers. The mean score on the Connor-Davidson Resilience Scale was 62.4 ($\pm$ 12.37), indicating moderate resilience among family caregivers.

Conclusions: Family caregivers of patients with dementia tend to have a relatively low quality of life. Most of them experience moderate to severe burden as well as very low resilience. Although our findings are consistent with other Greek and

international studies regarding the psychological burden and quality of life of informal caregivers, further investigation with a larger sample is required to draw more reliable conclusions for the city of Larissa, where the present study was conducted.

Keywords: family caregiver, burden, dementia, quality of life

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η άνοια τύπου Alzheimer, είναι μια νόσος η οποία έρχεται με τη γήρανση και στο τέλος επηρεάζει τη γνωστική, τη συναισθηματική και τη σωματική ευεξία του ατόμου. Η βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής με άνοια είναι καθημερινή και συνήθως προέρχεται από ένα μέλος της οικογένειας, το οποίο βαρύνει τον εαυτό του όσο περνάει ο χρόνος (Varela et al.,2011). Η άνοια είναι κύρια αιτία αναπηρίας στα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία και αυτό οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας (Yan et al., 2019).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μόνο το 2021 πενήντα πέντε εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν με άνοια, καθώς ετησίως εμφανίζονται δέκα εκατομμύρια νέες διαγνώσεις ατόμων με άνοια. Το παγκόσμιο κόστος της άνοιας ετησίως υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 818 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ μέχρι το 2030 θα ανέβει στα δύο τρισεκατομμύρια δολάρια (World Health Organization, 2023).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειακών φροντιστών, είναι άτομα του στενού οικογενειακού του ασθενή. Συνήθως είναι σύζυγοι ή παιδιά. Σύμφωνα με πολλά άρθρα που μελετήθηκαν οι οικογενειακοί φροντιστές εμφανίζουν σωματικά, οικονομικά και ψυχικά προβλήματα, μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα φροντίδας των ασθενών με άνοια (Kimura et al.,2019).

Με το πέρασμα του χρόνου ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων που πάσχουν από άνοια εμφανίζουν το αίσθημα της επιβάρυνσης και της κατάθλιψης. Όλο αυτό αυξάνει την ανάγκη της δημιουργίας διάφορων υπηρεσιών, μέσα από τις οποίες οι οικογενειακοί φροντιστές θα έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους ασθενείς αλλά να έχουν και οι ίδιοι μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Tawfik et al.,2021).

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει πέντε διακριτά κεφάλαια, το καθένα με ένα συγκεκριμένο στόχο. Το πρώτο κεφάλαιο λειτουργεί ως εισαγωγή στο θέμα της έρευνας, παρουσιάζοντας τους στόχους της και παρέχοντας μια επισκόπηση της δομής της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια λεπτομερής ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τους στόχους της έρευνας. Αυτό περιλαμβάνει τον ορισμό, τις μορφές και τα στάδια της άνοιας, καθώς

και τα επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια αναφέρονται τα συμπτώματα, η διάγνωση, η θεραπεία αλλά και το οικονομικό κόστος της άνοιας. Στο δεύτερο μέρος του δεύτερου κεφαλαίου αναλύεται ο ρόλος του οικογενειακού φροντιστή καθώς και η ψυχοσωματική του επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών. Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Αναλύονται ο σκοπός της έρευνας, οι συμμετέχοντες, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, η διαδικασία έρευνας, καθώς και η μέθοδος ανάλυσης δεδομένων. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, παρέχοντας μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των ευρημάτων που προέκυψαν από αυτή. Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα. Αρχίζει με μια συζήτηση των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια εξερευνά τους περιορισμούς της έρευνας.

Ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνήσει την πιθανή επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών των ατόμων που πάσχουν από άνοια, καθώς επίσης και την επίδραση της επιβάρυνσης αυτής στην ποιότητα ζωής τους.

Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

1.1 Ορισμός της άνοιας

Η συχνότερη και σοβαρότερη διαταραχή που εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως είναι η άνοια. Η άνοια είναι μια νόσος η οποία έρχεται με τη γήρανση και στο τέλος επηρεάζει τη γνωστική, τη συναισθηματική και τη σωματική ευεξία του ατόμου (Farina et al., 2017),(Varela et al.,2011).

1.2 Μορφές άνοιας

Νόσος Alzheimer: Η νόσος Alzheimer αποτελεί την πιο γνωστή μορφή άνοιας καθώς αποτελεί το 60% των περιπτώσεων (Sun et al.,2018),(Garzon – Maldonado et al., 2017). Σε αυτό τον τύπο άνοιας τα κύτταρα πεθαίνουν με αποτέλεσμα την εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας και τη δύσκολη εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Το μέσο όρο ζωής από τη διάγνωση της νόσου είναι από τρία έως εννέα έτη (Montgomery et al., 2018).

Αγγειακή Άνοια: Η αγγειακή άνοια είναι μια ετερογενής ομάδα εγκεφαλικών διαταραχών, στις οποίες η νοητική βλάβη οφείλεται σε εγκεφαλοαγγειακές παθολογίες (Iadecola et al., 2013). Το 20% των ασθενών με άνοια προσβάλλονται από την αγγειακή άνοια καθώς είναι η δεύτερη συχνότερη μορφή άνοιας μετά τη νόσο Alzheimer (Gorelick et al., 2011). Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά συμπτώματα της αγγειακής άνοιας είναι η υπέρταση και η κατάθλιψη και με την σταδιακή πορεία της νόσου έρχεται και η αλλαγή της προσωπικότητας και των συναισθημάτων (Ruisoto et al., 2019).

Μετωποκροταφική Άνοια: Στη συγκεκριμένη μορφή άνοιας πραγματοποιείται εκφύλιση των κυττάρων στον κροταφικό και μετωπιαίο λοβό. Αποτελεί την τέταρτη μορφή άνοιας και εμφανίζεται στο 50ο έτος της ηλικίας των ασθενών. Τα πιο βασικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα είναι η τάση για κλοπή, η άρνηση και ο ψυχαναγκασμός (Koyama et al.,2018), (Otero et al., 2017).

Άνοια με Σώματα Lewy: Η άνοια με σώματα Lewy είναι μια ηλικιακή προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της μορφής άνοιας αποτελούν οι διακυμάνσεις της νοητικής κατάστασης, οι οπτικές παραισθήσεις, η κατάθλιψη, η διαταραχή του ύπνου Rem καθώς και η νόσος Πάρκινσον (Outerio et

al., 2019). Η άνοια με σώματα Lewy αποτελεί την τρίτη συχνότερη μορφή άνοιας και συνήθως εμφανίζεται στο 65ο έτος της ηλικίας των ασθενών (Jellinger et al., 2018).

Άλλες μορφές άνοιας: Υπάρχουν πολλές μορφές άνοιας, όπως η άνοια λόγω HIV, η άνοια Huntington, η άνοια των πυγμάχων καθώς και η άνοια που προκαλείται από τη νόσο Creutzfeldt-Jakob (Kim et al., 2018).

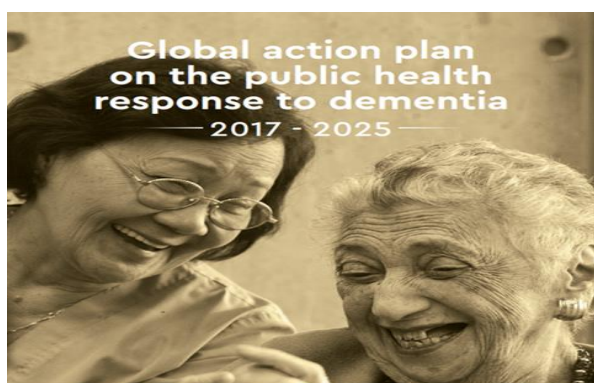
1.3 Στάδια Άνοιας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η άνοια διαιρείται σε τρία στάδια:

Αρχικό στάδιο: Στο αρχικό στάδιο της άνοιας τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η σταδιακή αμνησία, ο αποπροσανατολισμός και η απώλεια της αίσθησης του χρόνου.

Μεσαίο στάδιο: Στο μεσαίο στάδιο η διάγνωση της άνοιας γίνεται πιο γρήγορα και εύκολα. Τα βασικά συμπτώματα είναι η απώλεια μνήμης γεγονότων και ονομάτων, η αλλαγή συμπεριφοράς, ο αποπροσανατολισμός στο σπίτι, οι αλλαγές συμπεριφοράς και η επανάληψη ερωτήσεων.

Προχωρημένο στάδιο: Στο τελευταίο στάδιο της άνοιας ο ασθενής χρειάζεται εξ' ολοκλήρου βοήθεια. Τα κύρια συμπτώματα είναι η μη αναγνώριση του τόπου και του χρόνου, η αύξηση ανάγκης για βοήθεια, η δυσκολία στο βάδισμα, η αλλαγή συμπεριφοράς και η επιθετικότητα (World Health Organization, 2019).



Πηγή: Dementia: A public health priority, WHO, 2012

1.4 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο πάσχουν από κάποιο είδος άνοιας, με το 60% περίπου αυτών να ζουν σε χώρες όπου τα εισοδήματα είναι χαμηλά ή μεσαία. Κάθε χρόνο, περίπου 10 εκατομμύρια νέοι άνθρωποι διαγιγνώσκονται με άνοια. Η εκτιμώμενη αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών με άνοια είναι μεταξύ 5% και 8% του συνολικού πληθυσμού αυτής της ηλικιακής ομάδας. Προβλέπεται ότι ο συνολικός αριθμός ατόμων με άνοια θα φτάσει τα 82 εκατομμύρια μέχρι το 2030 και αναμένεται να αυξηθεί σε 152 εκατομμύρια έως το 2050. Αυτές οι αυξήσεις οφείλονται κυρίως στον αυξανόμενο αριθμό ατόμων με άνοια που ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2019).

Από το 2015 έως το 2050, ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν με άνοια αναμένεται να αυξηθεί, σχεδόν διπλάσιος στην Ευρώπη και την Αμερική, τριπλάσιος στην Ασία και τετραπλάσιος στη Λατινική Αμερική και την Αφρική. Για παράδειγμα, για κάθε αύξηση 5,9 ετών στο ηλικιακό εύρος, ο ρυθμός εμφάνισης της άνοιας αυξήθηκε από 3,1 ανά 1000 άτομα στις ηλικίες 60-64 ετών και σε 175 ανά 1000 άτομα στις ηλικίες 95+ (Moreno et al., 2015). Καθώς ο πληθυσμός γερνάει και τα ηλικιακά όρια αυξάνονται σύμφωνα με το δυτικοευρωπαϊκό πρότυπο, ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται σε περιοχές όπως η ανατολική Ασία και οι υποσαχάριες περιοχές της Αφρικής (Andrien et al., 2016).

1.5 Παράγοντες Κινδύνου

Τροποποιήσιμοι παράγοντες

Η υψηλή σωματική μάζα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την αγγειακή άνοια. Τα άτομα που καπνίζουν έχουν επίσης μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν αγγειακές παθήσεις, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη αγγειακής άνοιας. Επιπλέον, η συχνή και μακροχρόνια κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων άνοιας (Ford et al., 2018).

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες

Ηλικία: Η άνοια είναι περισσότερο συνηθισμένη στους ηλικιωμένους, με την προοδευτική αύξηση της ηλικίας να αυξάνει και τον κίνδυνο εμφάνισης της. Ωστόσο, δεν περιορίζεται μόνο σε αυτούς. Η άνοια μπορεί να επηρεάσει άτομα σε διάφορες ηλικίες, αν και οι πιθανότητες αυτές αυξάνονται όσο κάποιος γερνάει. Γενικότερα, οι επιπτώσεις της άνοιας είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν σε άτομα που πλησιάζουν ή έχουν ξεπεράσει τη μέση ηλικία. Αυτό συμβαίνει επειδή οι αλλαγές στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την άνοια συνήθως αναπτύσσονται στη διάρκεια πολλών ετών (World Health Organization, 2019).

Φύλο: Το φαινόμενο που παρατηρείται είναι ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια, ειδικότερα τη νόσο του Alzheimer. Αυτό συνδέεται με δύο κύριους παράγοντες, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής των γυναικών και τη σύνδεση της άνοιας με τα οιστρογόνα (Park et al., 2018).

Γενετικοί παράγοντες/Οικογενειακό ιστορικό: Η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας είναι σύνθετες παθήσεις που επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων και των γενετικών παραγόντων. Έχουν ανακαλυφθεί πολλά γονίδια που φαίνεται να συσχετίζονται με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης αυτών των νόσων. Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Άτομα που έχουν μέλη που πάσχουν από άνοια στην οικογένειά τους φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο (Dementia Health And Care, 2019).

Εθνικότητα: Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Ασιάτες και Ευρωπαίους, παρατηρήθηκε ότι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άνοιας, ειδικότερα αγγειακής άνοιας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη συχνότερη εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαβήτη σε αυτές τις ομάδες. Παρόμοια, παρατηρήσεις έχουν γίνει και για άλλες εθνικότητες, όπως ο Αφρικανικός λαός, λόγω διάφορων παραγόντων όπως η διατροφή, το κάπνισμα και οι γενετικοί παράγοντες (Konerding et al., 2019).

Καρδιακοί παράγοντες: Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι οι παθήσεις που επηρεάζουν την καρδιά, τις αρτηρίες ή την κυκλοφορία του αίματος συνδέονται σημαντικά με την πιθανότητα ανάπτυξης της άνοιας. Αυτές οι παθήσεις περιλαμβάνουν τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, υψηλή αρτηριακή πίεση,

παχυσαρκία αλλά και υψηλά επίπεδα συνολικής χοληστερόλης. Είναι γνωστό ότι αυτές οι καταστάσεις δεν είναι μόνο συχνές αιτίες καρδιακών παθήσεων, αλλά επίσης αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, αυξάνοντάς τον μέχρι και διπλάσιο σε πολλές περιπτώσεις (Clyburn et al., 2000), (Montgomery et al., 2018).

Τραυματισμός κεφαλής: Η σοβαρή και επαναλαμβανόμενη κεφαλική τραυματική βλάβη, ειδικά όταν προκαλεί απώλεια συνείδησης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη άνοιας, ιδίως της νόσου Alzheimer (Pessoti et al., 2018). Το ένα πέμπτο των πυγμάχων προβλέπεται να αντιμετωπίσει στο μέλλον κάποια μορφή άνοιας, καθώς οι πρωτεϊνικές εναποθέσεις στον εγκέφαλο που δημιουργούνται κατά τον τραυματισμό, γνωστές και ως εγκεφαλοπάθειες παίζουν σημαντικό ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία (Schoenmaters et al., 2010).

1.6 Ασπίδες ενάντια στην άνοια

Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους κανείς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης οποιασδήποτε μορφής άνοιας. Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς είναι η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ώθηση για αλλαγές μέσα από σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους. Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Το να ενσωματώσουμε υγιεινές συνήθειες στην καθημερινότητά μας μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να δημιουργήσουμε μια πιο υγιή και προστατευτική ατμόσφαιρα για τον εγκέφαλό μας. Αυτές οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μας μπορούν να έχουν μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα στην προστασία της νοητικής μας λειτουργίας και τη πρόληψη της άνοιας.

Υγιεινή Διατροφή: Η μεσογειακή διατροφή είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους να προστατεύσουμε το καρδιαγγειακό μας σύστημα και να μειώσουμε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Συχνά περιλαμβάνει μονοακόρεστα λιπαρά, ψάρια πλούσια σε βιταμίνη D και ωμέγα-3, καθώς και πουλερικά. Σε αυτή τη διατροφή, το κόκκινο κρέας περιορίζεται σε λίγες φορές την εβδομάδα. Ένας υγιεινός τρόπος ζωής περιλαμβάνει επίσης τον περιορισμό της κατανάλωσης ζάχαρης και αλατιού. Η Μεσογειακή διατροφή είναι ένας φιλικός προς την υγεία τρόπος διατροφής που μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην καρδιαγγειακή μας υγεία και στη μείωση του κινδύνου για την άνοια (Mongias et al., 2018).

Φυσική Άσκηση: Η τακτική φυσική δραστηριότητα αποτελεί έναν από τους κορυφαίους τρόπους να προστατευθούμε από τον κίνδυνο της άνοιας, να ενισχύσουμε την καρδιαγγειακή μας υγεία και να βελτιώσουμε τη νοητική μας λειτουργία. Ένα πρόγραμμα άσκησης που περιλαμβάνει πέντε συνεδρίες εβδομαδιαία, διάρκειας τριάντα λεπτών ανά ημέρα, αποτελεί το ιδανικό. Αυτή η άσκηση πρέπει να αυξάνει τους παλμούς μας και την αναπνευστική μας λειτουργία. Μπορούμε να αυξήσουμε τον ρυθμό της σταδιακά και να περιλάβουμε δραστηριότητες όπως γρήγορα περπάτημα, κολύμβηση, αναρρίχηση και χορό. Επιπλέον, μπορούμε να ενισχύσουμε τη φυσική μας κατάσταση με εναλλακτικούς τρόπους, όπως το περπάτημα ή το ποδήλατο για την καθημερινή μας μετακίνηση προς τη δουλειά, το ανέβασμα σκαλοπατιών και άλλες παρόμοιες δραστηριότητες. Όλα αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση της γενικής μας ευεξίας και υγείας (Mongias et al., 2018).

Κοινωνικοποίηση: Ένα ενεργό κοινωνικό περιβάλλον και μια υποστηρικτική κοινότητα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προστασίας για την ψυχική μας υγεία. Η κοινωνική δραστηριότητα μας βοηθά να αντιμετωπίσουμε το στρες και την ανησυχία, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες ανάπτυξης της κατάθλιψης. Συνεπώς, η ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες αποτελεί σημαντικό παράγοντα που μπορεί να βοηθήσει να διατηρηθεί η ψυχική υγεία του ατόμου και να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης της άνοιας (Mongias et al., 2018).

1.7 Συμπτώματα

Απώλεια μνήμης: Η συνήθης ένδειξη κάθε μορφή άνοιας είναι η σταδιακή απώλεια της μνήμης. Αρχικά, οι ασθενείς αρχίζουν να ξεχνούν μικροσκοπικές λεπτομέρειες από πρόσφατες στιγμές, κάτι που καθιστά την καθημερινότητά τους δύσκολη. Η δυσκολία στο να θυμούνται σημαντικά γεγονότα και ημερομηνίες, η επανάληψη ερωτήσεων και η αυξημένη ανάγκη για βοήθεια από άλλους για καθημερινές ενέργειες που παλιότερα εκτελούσαν αυτόνομα, είναι επίσης συνήθεις αρχικές ενδείξεις. Σε αντίθεση με τη φυσιολογική γήρανση, οι άνθρωποι με άνοια μπορεί να θυμούνται αυτά τα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά μπορεί να τα ξεχνούν ξανά σύντομα (Alzheimer's Association), (Isik et al., 2019).

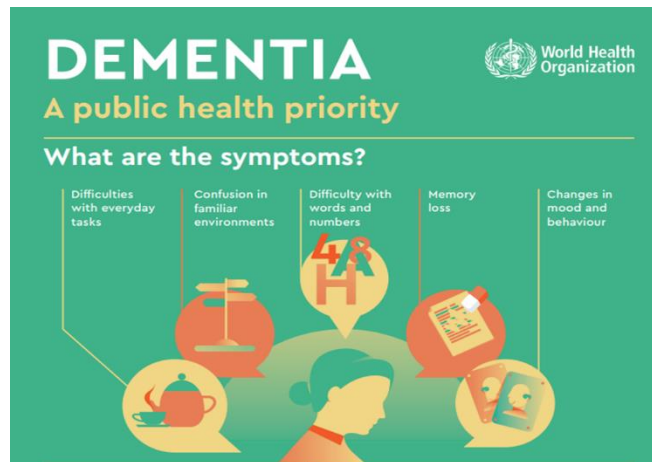
Δυσκολία προσανατολισμού: Οι περισσότεροι ασθενείς με άνοια δυσκολεύονται να προσανατολιστούν στο χώρο και στον χρόνο. Αδυνατούν να προσδιορίσουν την

ημέρα, την εποχή ή ακόμη και το έτος, μερικές φορές ακόμη και να καταλάβουν αν είναι μέρα η νύχτα. Είναι σύνηθες να ξεχνούν τον τόπο όπου βρίσκονται ή πως βρέθηκαν εκεί (Alzheimer's Association), (Isik et al.,2019).

Σύγχυση: Η τοποθέτηση αντικειμένων σε ασυνήθιστα μέρη είναι ένα συχνό σύμπτωμα στους ανθρώπους με άνοια. Συχνά αυτοί οι άνθρωποι τοποθετούν τα πράγματά τους σε διάφορα μέρη, αλλά στη συνέχεια δυσκολεύονται να τα εντοπίσουν ή να τα θυμηθούν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο να χάνονται αντικείμενα ή ακόμη και να υποπτεύονται ότι έχουν υποστεί κλοπή. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται συχνά με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, οι άνθρωποι με άνοια μπορεί να τοποθετούν επανειλημμένα αντικείμενα σε λανθασμένες θέσεις ή να μην μπορούν να θυμηθούν που τα έχουν τοποθετήσει, δημιουργώντας σύγχυση και προβλήματα στην καθημερινότητά τους (Alzheimer's Association), (Isik et al.,2019).

Αλλαγές συμπεριφοράς και χαρακτήρα: Η άνοια μπορεί να συνοδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά και του χαρακτήρα του ατόμου. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ποικίλες αλλαγές και διακυμάνσεις στην προσωπικότητά τους. Συγκεκριμένα μπορεί να εμφανίσουν σύγχυση, καχυποψία, κατάθλιψη, αλλαγές στον ύπνο και επιθετικότητα. Αυτές οι αλλαγές στη συμπεριφορά τους μπορεί να είναι πολύ έντονες και να δημιουργούν προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες και στις σχέσεις τους με άλλα άτομα (Alzheimer's Association), (Isik et al.,2019).

Μειωμένη κριτική ικανότητα: Η μειωμένη κριτική ικανότητα μπορεί να φανεί με πολλούς τρόπους στα άτομα με άνοια. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει δυσκολία στο να πάρουν μια απόφαση ή να διαχειριστούν μια κατάσταση. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο να διαχειριστούν χρήματα με σωστό τρόπο ή ακόμη και να διατηρήσουν τη σωματική τους υγιεινή (Alzheimer's Association), (Isik et al.,2019).



Εικόνα 2: Συμπτώματα άνοιας

Πηγή: Dementia: A public health priority,WHO,201

1.8 Διάγνωση της άνοιας

Η αξιολόγηση για πιθανή άνοια απαιτεί μια σύντομη ιατρική ιστορία και κλινική και νευρολογική εξέταση. Το ιατρικό ιστορικό παραμένει το σημαντικότερο διαγνωστικό εργαλείο και πρέπει να συλλέγεται τόσο από τον ασθενή όσο και από στενό μέλος της οικογένειας ή φίλο. Μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη η έρευνα του οικογενειακού ιστορικού για άνοια σε νεαρή ηλικία σε συγγενείς πρώτου βαθμού, καθώς αυτό μπορεί να υποδηλώνει μια από τις σπάνιες κληρονομικές γενετικές μορφές της άνοιας.

Ένα από τα συνήθη εργαλεία διάγνωσης της άνοιας είναι η Γνωσιακή Αξιολόγηση του Μόντρεαλ (MoCA), το οποίο έχει ένα εύρος βαθμολογίας από 0 έως 30, με τη συνιστώμενη αξιολόγηση να είναι μέχρι τον προσυμπτωματικό έλεγχο αν η βαθμολογία είναι $<24/30$. Το MoCA απαιτεί περίπου δέκα λεπτά για να διενεργηθεί και είναι χρήσιμο για την πρώιμη ανίχνευση της γνωστικής εξασθένησης, συμπεριλαμβανόμενων των πρώιμων σταδίων της Μη Αισθητηριακής Κογνιτικής Ανικανότητας (MCI). Επιπλέον, το Mini-Mental State Exam (MMSE) αναπτύχθηκε πριν από περίπου τέσσερις δεκαετίες. Αν και είναι λιγότερο ευαίσθητο στην ανίχνευση της MCI, αξιολογεί λιγότερο εκτεταμένα τους τομείς της εκτελεστικής λειτουργίας, τις γλωσσικές δεξιότητες υψηλότερου επιπέδου και την οπτικοχωρική επεξεργασία (Arvanitakis et al., 2019).

1.9 Θεραπεία της άνοιας

Οι άνθρωποι που πάσχουν από άνοια χρειάζεται περισσότερη φροντίδα για να μπορούν να κάνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Συνήθως, αυτή η φροντίδα παρέχεται από άτομα που δεν είναι επαγγελματίες φροντιστές, οι οποίοι αναλαμβάνουν το βάρος της φροντίδας χωρίς να αμείβονται (Tisher et al., 2019).

Η θεραπεία του Alzheimer συνήθως προτείνει τη χρήση δύο κατηγοριών φαρμάκων: αναστολέων χολινεστεράσης και ανταγωνιστών του γλουταμινικού. Στόχος της θεραπείας της άνοιας με αναστολείς είναι να μειώσει τα συμπτώματα της ασθένειας, μερικές φορές βοηθώντας στη βελτίωση της νοητικής κατάστασης σε ανοϊκούς ασθενείς με μέτρια στάδια της νόσου. Ένα μεγάλο ποσοστό, ύψους 30%, οι ασθενείς δεν αποκομίζουν οφέλη από αυτή τη θεραπεία και δυστυχώς δεν υπάρχουν προβλεπτικά μοντέλα για τον εντοπισμό αυτών που ενδέχεται να επωφεληθούν. Οι ανταγωνιστές του γλουταμινικού χρησιμοποιούνται για ασθενείς με πιο σοβαρά συμπτώματα και τα οφέλη τους φαίνεται να εκδηλώνονται τόσο στη συμπεριφορά όσο και στη λειτουργικότητα, καθώς και στις νοητικές λειτουργίες των ασθενών (AA 2018).

Στην αγγειακή άνοια, η χρήση παραγόντων που μειώνουν τους κινδύνους της ασθένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ως τώρα, παρατηρήθηκε μεγάλη διαφωνία ανάμεσα στους ερευνητές σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τη χρησιμότητα των ανταγωνιστών του γλουταμινικού και των αναστολέων της χολινεστεράσης στη θεραπεία της αγγειακής άνοιας. Οι αναστολείς της χολινεστεράσης φαίνεται να έχουν θετική επίδραση σε ασθενείς με άνοια που συνδέεται με την παρουσία σωμάτων Lewy. Αυτά τα φάρμακα βοηθούν σημαντικά στον περιορισμό των διαταραχών συμπεριφοράς και των ψευδαισθήσεων σε αυτούς τους ασθενείς (AA 2018).

Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί ως αποτελεσματικές στη βελτίωση ορισμένων συμπτωμάτων της άνοιας. Η εργοθεραπεία, για παράδειγμα, μπορεί να διδάξει στους ασθενείς τεχνικές για την αποφυγή ατυχημάτων στο σπίτι, όπως οι συχνές πτώσεις. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο της συμπεριφοράς τους και να προετοιμάσει τους φροντιστές για την πορεία της νόσου. Η αναδιαμόρφωση του περιβάλλοντος όπου ο ασθενής περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του, με τη μείωση των θορύβων και την οργάνωση του χώρου, μπορεί να βελτιώσει την προσοχή του και τη λειτουργικότητα του (AA 2018).

1.10 Οικονομικό κόστος της άνοιας

Το συνολικό κόστος της άνοιας παγκοσμίως για το 2010 εκτιμήθηκε σε περίπου 604 δισεκατομμύρια δολάρια, το οποίο αντιστοιχεί στο 1% του συνολικού παγκόσμιου ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Οι χώρες με χαμηλό εισόδημα αντιπροσωπεύουν μόνο το 1% του συνολικού κόστους (αλλά το 14% του επιπολασμού της άνοιας), οι χώρες με μεσαίο εισόδημα το 10% (αλλά το 40% επιπολασμού της άνοιας) και οι χώρες με υψηλό εισόδημα το 89% του κόστους (και το 46% του επιπολασμού της άνοιας) (Joling et al., 2012).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται μια τάση αύξησης του κόστους φροντίδας, η οποία φαίνεται να είναι πιο έντονη σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες. Αυτό οφείλεται πιθανώς στην αυξανόμενη αμοιβή του προσωπικού υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους για την φροντίδα των ασθενών με άνοια. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι δομές φροντίδας διαδίδονται γρήγορα σε αυτές τις χώρες, παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ασθενών με άνοια είναι χαμηλός στις πόλεις τους. Αυτό αποτελεί ένδειξη για το πως η φροντίδα αυτή αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στις αναπτυσσόμενες περιοχές (Perez – Fuentes et al., 2017), (Yu et al., 2015).

Στην Ελλάδα, το 2012, ο αριθμός των ατόμων που έπασχαν από άνοια υπολογίστηκε στις 201.766. που αντιστοιχεί στο 1,77% του συνολικού πληθυσμού. Πρόσθετα, υπήρχαν περίπου 50.000 άνθρωποι ακόμα που ήταν πιθανόν να πάσχουν από άνοια, αλλά δεν είχαν λάβει ακόμα διάγνωση. Για τη φροντίδα κάθε ασθενή απαιτούνταν περίπου 1.300 ευρώ το μήνα, κάτι που συνολικά αντιστοιχούσε σε 6 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Παρά ταύτα, το πλείστον των ασθενών, περίπου το 89%, λάμβανε φροντίδα στο σπίτι από μη επαγγελματίες φροντιστές. Αυτό συνέβαινε λόγω της έλλειψης κατάλληλων δομών υποδοχής και περίθαλψης. Έτσι, η πραγματική ανάγκη για βοήθεια και φροντίδα για τους ασθενείς με άνοια αναδεικνύεται σε μεγάλο βαθμό, παρά τις προσπάθειες των οικογενειών και των μη επαγγελματιών φροντιστών να καλύψουν αυτή την ανάγκη (AA 2018), (Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών.

Κεφάλαιο 2: Ορισμός της φροντίδας

Από την εξέταση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας είναι πολυδιάστατη και μπορεί να παρουσιάζει διάφορες πτυχές, επηρεαζόμενη από πολλούς παράγοντες όπως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά της κάθε γεωγραφικής περιοχής. Η φροντίδα και η υποστήριξη δεν αποτελούν μόνο ευθύνη της οικογένειας, του επαγγελματία υγείας ή του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή. Πρέπει να αντιληφθούμε ότι αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να συζητηθεί ευρέως από τις κυβερνήσεις και τις κοινωνίες στο σύνολο τους (Cross et al., 2018), (de Labra et al., 2015).

Κεφάλαιο 3: Ορισμός του φροντιστή

Φροντιστής είναι η προσωπικότητα από τον κοινωνικό κύκλο του ατόμου που αναλαμβάνει τη φροντίδα και την εκτέλεση των καθημερινών αναγκών και δραστηριοτήτων του άλλου. Αυτό το άτομο μπορεί να είναι αμειβόμενο ή όχι και συχνά αναλαμβάνει τη σημαντική αποστολή της φροντίδας και της υποστήριξης για παιδιά, ηλικιωμένους, ασθενείς ή άτομα με ειδικές ανάγκες (Gok Ugur et al., 2019).

3.1 Ο ρόλος του οικογενειακού φροντιστή

Ο φροντιστής αναλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, έχοντας έναν πολυποίκιλο ρόλο. Ανάμεσα στα καθήκοντα του οικογενειακού φροντιστή συμπεριλαμβάνονται:

- Βασικές καθημερινές φροντίδες όπως να βοηθάει στο ντύσιμο, το πλύσιμο, την προετοιμασία γευμάτων, την υγιεινή, τη μετακίνηση εντός και εκτός του σπιτιού, τη χρήση μέσων μεταφοράς και τη διαχείριση των ραντεβού με γιατρούς.
- Οικονομικές υποθέσεις όπως η εξόφληση λογαριασμών, τα ψώνια, η αγορά φαρμάκων και άλλων αναγκαίων ειδών.
- Συναισθηματική υποστήριξη μέσω της κουβέντας και της παρέας διότι έρευνες έχουν δείξει ότι η παρουσία και η επικοινωνία βοηθούν στην αντιμετώπιση του φόβου και της ανασφάλειας που μπορεί να βιώσουν οι ασθενείς.

Οι οικογενειακοί φροντιστές επίσης αναλαμβάνουν τη διαχείριση της φαρμακευτικής θεραπείας του ανοϊκού ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να είναι ενήμεροι για τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, να είναι υπεύθυνοι για τη σωστή χρήση της θεραπείας και να είναι προετοιμασμένοι για τυχόν παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν. Πρέπει να γνωρίζουν για τις κατάλληλες υποστηρικτικές δομές σε περίπτωση που χρειαστεί να μεταφερθεί ο ασθενής (Adren et al., 2008), (Dahlrup et al., 2015).

3.2 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικογενειακών φροντιστών

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ασία και την Ευρώπη, παρατηρείται ότι πάνω από το 80% των φροντιστών είναι άτυπα και συνήθως προέρχονται από το οικογενειακό

περιβάλλον. Αυτή η κατάσταση αναδεικνύει τη σημασία της οικογένειας της φροντίδας των μελών της. Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη άνεση και ευημερία στον ασθενή, καθώς η περιβαλλοντική του γνωριμία μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς του (Rosas- Carrasco et al., 2014).

Σύμφωνα με την ανάπτυξη βιβλιογραφίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ανήκει στις εξής κατηγορίες: πρώτα οι σύζυγοι, έπειτα τα παιδιά, τα αδέρφια και τέλος κάποιος γείτονας ή φίλος. Το υπόλοιπο 20% αποτελείται από επαγγελματίες υγείας. Σε ό,τι αφορά το ηλικιακό εύρος των φροντιστών, το πιο συνηθισμένο είναι από πενήντα έως εβδομήντα ετών, ιδίως στην Αμερική. Αυτοί οι φροντιστές συχνά είναι εργαζόμενοι που έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στην Ασία και την Ευρώπη, σημαντικό να σημειωθεί ότι οι αλλαγές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού μπορούν να επηρεάσουν τα δεδομένα που προκύπτουν από αυτή την ανάλυση. Οι τάσεις στη φροντίδα και οι οικογενειακοί φροντιστές που αναλαμβάνουν αυτό το ρόλο μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τον πληθυσμό, τον πολιτισμό, τις κοινωνικές προσδοκίες και άλλους παράγοντες (Olazaram Rodriguez et al., 2012).

3.3 Η ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών

Η άνοια στους ηλικιωμένους αναφέρεται να επηρεάζει περίπου το 10,7% των ηλικιωμένων. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από άνοια εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 3 εκατομμύρια έως το 2050. Η νόσος Alzheimer είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος άνοιας, η οποία εμφανίζεται στο 60-70% των περιστατικών άνοιας. Η άνοια επιδεινώνει τη γνωστική και σωματική λειτουργία των ασθενών, και το άγχος και το βάρος που επιβάλλει στους οικογενειακούς φροντιστές των ασθενών με άνοια είναι σημαντικά. Ειδικότερα, η φροντίδα των ασθενών με άνοια από μέλη της οικογένειας τους έχει συνδεθεί με πολλές δυσκολίες. Αυτοί οι οικογενειακοί φροντιστές συχνά βιώνουν κοινωνική απομόνωση, επιδείνωση της υγείας τους και ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες λόγω του μακροχρόνιου χαρακτήρα της νόσου. Αυτές οι προκλήσεις έχουν οδηγήσει σε αναδυόμενα κοινωνικά προβλήματα. Παραδείγματα αυτών είναι οι συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, η επιδείνωση της σχέσης μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, περιπτώσεις κακοποίησης των ασθενών, ακόμη και αυτοκτονίες. Η

παρατεταμένη φροντίδα των ασθενών με άνοια έχει λοιπόν αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες (Kim et al., 2021) .

Η σύγχρονη έρευνα έχει χαρακτηρίσει τη φροντίδα των ασθενών με άνοια ως μια από τις πιο απαιτητικές μορφές φροντίδας. Συγκρίνοντας τους οικογενειακούς φροντιστές με άλλες ασθένειες, αναφέρεται ότι αυτά τα άτομα που φροντίζουν και είναι υπεύθυνα για ασθενείς με άνοια, αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο κάθε βδομάδα για να παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα των ανοϊκών ασθενών είναι πολύ πιο χρονοβόρα και απαιτητική σε σύγκριση με άλλες μορφές φροντίδας. Οι φροντιστές αυτοί πρέπει να διαθέτουν περισσότερο χρόνο και ενέργεια για να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς τους (Sinha et al., 2017).

3.4 Η σωματική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών

Η φροντίδα ενός ανοϊκού ατόμου μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των οικογενειακών φροντιστών. Τα ψυχικά συμπτώματα που εμφανίζονται συχνά, όπως η κατάθλιψη, συμβάλλουν στην ανισορροπία της ευημερίας τους, επηρεάζοντας επίσης τη σωματική τους υγεία. Οι οικογενειακοί φροντιστές αντιμετωπίζουν παρατεταμένο στρες από τη φροντίδα που παρέχουν και την ανησυχία για τον αγαπημένο τους που πάσχει. Το αίσθημα της απώλειας, σε συνδυασμό με τις σωματικές απαιτήσεις της φροντίδας, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα. Ιδιαίτερα, οι μεγαλύτεροι φροντιστές είναι ευάλωτοι λόγω της επιβαρυνμένης τους υγείας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με άνοια έχουν αυξημένες ορμόνες του στρες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Το στρες επηρεάζει όλες τις λειτουργίες του σώματος και μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα σωματικά προβλήματα. Ειδικά όταν ο φροντιστής βιώνει χρόνιο στρες, είναι πιθανό να το εκτονώσει με αυξημένα σωματικά προβλήματα. Όταν οι φροντιστές εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, έντονου στρες και στενοχώριας, αυτό μπορεί να συνδέεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων. Έτσι, η φροντίδα των ανοϊκών ατόμων μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των φροντιστών τους (Mansbach et al., 2007).

Η μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα λόγω του στρες αποτελεί ένα φαινόμενο που παρατηρείται συχνά μεταξύ των οικογενειακών φροντιστών, δημιουργώντας ελλείμματα σε πολλές πτυχές της γνωστικής τους λειτουργίας. Σύμφωνα με τις ερευνητικές μελέτες, οι σύζυγοι φροντιστές φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα στη γνωστική τους λειτουργία, ιδίως κατά τις περιόδους φροντίδας και μετά το χαμό του αγαπημένου τους προσώπου (Dassel et al., 2017). Ένας κίνδυνος που έχει ερευνηθεί όσον αφορά την υγεία των οικογενειακών φροντιστών είναι η θνησιμότητα. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, έχει παρατηρηθεί ότι οι σύζυγοι-φροντιστές εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας, ειδικά όταν πρόκειται για ηλικιωμένους φροντιστές. Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα των Perkins και συνεργατών τους, όταν οι φροντιστές βιώνουν υψηλό βαθμό έντασης κατά τη διάρκεια της φροντίδας, υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος θανάτου σε σχέση με αυτούς που βιώνουν λιγότερη ένταση, μέσα σε ένα χρονικό διάστημα περίπου 5,2 ετών. Αυτό το εύρημα δεν εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία ή τη σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς (Perkins et al., 2012).

3.5 Ανάγκες οικογενειακών φροντιστών

Η φροντίδα που παρέχουν οι οικογενειακοί φροντιστές είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, και οι ίδιοι έχουν σημαντικές ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν. Αυτές οι ανάγκες είναι συνδεδεμένες με τη συνεισφορά που κάνουν στη φροντίδα του ασθενούς, την επίσημη κρατική υποστήριξη που λαμβάνουν αλλά και την κάλυψη των προσωπικών αναγκών καθημερινά, καθώς ασχολούνται με τον ασθενή. Αρχικά, σύμφωνα με έρευνες σχετικά με τις ανάγκες των οικογενειακών φροντιστών, σημαντικό μέρος αποτελεί η υποστήριξη που χρειάζονται από άλλα μέλη της οικογένειας για την καθημερινή φροντίδα του ασθενούς με άνοια ή ακόμα και από κάποιο άτομο που είναι εξοικειωμένο με τον κοινωνικό του περίγυρο. Αυτό βοηθά τους φροντιστές να νιώθουν ασφαλείς και να εμπιστεύονται τη φροντίδα του αγαπημένου τους ατόμου σε άλλους. Ωστόσο, ακόμα και η επαγγελματική ή η άτυπη φροντίδα στο σπίτι απαιτεί βελτίωση, καθώς αυτό είναι ένα κρίσιμο κομμάτι για την εμπιστοσύνη που χρειάζονται οι φροντιστές για να μοιραστούν ή να αναθέσουν τη φροντίδα του ασθενούς σε άλλους. Ένα σημαντικό κομμάτι που λείπει από τους οικογενειακούς φροντιστές είναι η πρόσβαση σε κρατικές δομές όπως το Κέντρο Ημέρας ή άλλους παρόμοιους φορείς. Αυτές οι δομές θα επέτρεπαν στο φροντιστή να

αφήσει τον ασθενή για κάποιες ώρες, μέρες ή περιοδικά, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σε άλλες υποχρεώσεις ή ανάγκες. Η συνεχής φροντίδα για 24 ώρες το 24ωρο δημιουργεί πολλά εμπόδια για την ευημερία του φροντιστή και του ασθενούς. Επίσης, η δημόσια υποστήριξη από κοινωνικές δομές και επαγγελματίες υγείας είναι πολύ σημαντική. Είναι αναγκαίο να παρέχουν σωστή και έγκαιρη διάγνωση για τον τύπο άνοιας που πάσχει ο ασθενής, καθώς και να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις κρίσιμες ανάγκες του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νόσου. Αυτό συμπεριλαμβάνει την παροχή απαραίτητης προσοχής και σωστής αντιμετώπισης της κατάστασης, καθώς και την παροχή πληροφοριών στο φροντιστή για τα τρέχοντα γεγονότα. Επιπλέον, η εύκολη πρόσβαση σε πηγές που προσφέρουν τεχνικό εξοπλισμό και άλλες ανάγκες είναι ένα σημαντικό κομμάτι της υποστήριξης που χρειάζονται οι οικογενειακοί φροντιστές και οι ασθενείς. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση ότι οι ανάγκες του ασθενούς καλύπτονται αποτελεσματικά, ανεξαρτήτως από το τι είδους υποστήριξη απαιτείται. Είναι προφανές ότι η συνεχής φροντίδα και η ολόημερη παρακολούθηση του ασθενούς αποτελούν μεγάλη επιβάρυνση για την προσωπική ζωή των φροντιστών, επηρεάζοντας τόσο την ψυχολογική τους όσο και την σωματική τους κατάσταση. Υπάρχει έντονη ανάγκη για λίγο χρόνο αφιερωμένο σε προσωπικές ανάγκες και επιθυμίες, προκειμένου να αποφεύγεται η απομόνωση και η κόπωση, τόσο η ψυχική όσο και η σωματική. Είναι απαραίτητη η ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη για τους φροντιστές. Τα συναισθήματά τους ως φροντιστές είναι συχνά κυριαρχημένα από την ανάγκη για αναγνώριση της προσπάθειάς τους και τον σεβασμό για τον κόπο που καταβάλλουν, είτε από την οικογένειά τους είτε από τον ευρύτερο κοινωνικό κύκλο. Η ικανοποίηση και η αποδοχή από το περιβάλλον τους είναι σημαντικές για την ψυχική τους ευεξία. Επίσης, η ικανοποίηση που συνδέεται με την προσωπική ικανοποίηση που αντλούν από το να φροντίζουν τον ασθενή τους όσο καλύτερα μπορούν. Αυτό σημαίνει να παρέχουν την καλύτερη δυνατή βοήθεια, να διαχειρίζονται σωστά τα έντονα συναισθήματα και το άγχος που μπορεί να νιώθουν, καθώς επίσης να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για το ρόλο που έχουν αναλάβει και για τις εξελίξεις στην πορεία της ασθένειας (Moreno – Camara et al., 2019).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής και της σωματικής επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών, των ατόμων που πάσχουν από άνοια στην περιοχή της Λάρισας. Επίσης, μέσω των ευρημάτων της συγκεκριμένης μελέτης, στοχεύουμε στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των οικογενειακών φροντιστών καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών. Τα δύο βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας:

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των οικογενειακών φροντιστών και της ψυχολογικής, συναισθηματικής και σωματικής τους επιβάρυνσης;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής των φροντιστών;

4.2 Δείγμα έρευνας

Οι συμμετέχοντες (οικογενειακοί φροντιστές ασθενών με άνοια) στη μελέτη επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας επιλογής, προκειμένου να αντιπροσωπεύουν ομοιόμορφα τον πληθυσμό. Συνολικά προσεγγίστηκαν 150 άτομα που προσήλθαν σε δομές ΠΦΥ στην περιοχή της Λάρισας για να συμμετάσχουν στη μελέτη.

4.3 Μέθοδος και εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για την τρέχουσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μια προσέγγιση ποσοτικής συλλογής δεδομένων, και το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή αυτών των δεδομένων ήταν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από τέσσερα διαφορετικά τμήματα τα οποία αναλύονται παρακάτω:

- Το αρχικό τμήμα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε τα προσωπικά στοιχεία των οικογενειακών φροντιστών όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαιδευτική βαθμίδα, το επάγγελμα, η συγγένεια με τον ασθενή, η λήψη επιδόματος, χρονική διάρκεια φροντίδας κ.α.
- Το επόμενο τμήμα περιλάμβανε την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής SF-36.
- Αμέσως μετά περιλάμβανε την ελληνική έκδοση της Κλίμακας Επιβάρυνσης Zarit Burden Interview.
- Το τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε την ελληνική έκδοση της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson (The Connor Davidson Resilience Scale {CD-RISK-25})

Ερωτηματολόγιο SF-36 (Yfantopoulos, 2007)

Για την καταγραφή της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Το SF-36 έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας είχαν επιτυχή αποτελέσματα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον ίδιο τον ερωτηθέντα είτε από τον ερευνητή. Εκτός από το SF-36 έχει δημιουργηθεί και μια σύντομη εκδοχή, το SF-12.

Ερωτηματολόγιο της Κλίμακας Επιβάρυνσης Zarit Burden Interview (Παπασταύρου et al, 2006)

Η κλίμακα Zarit είναι η πιο δημοφιλής και ευρέως χρησιμοποιημένη κλίμακα για τη μέτρηση του φόρτου φροντίδας στους φροντιστές ασθενών με άνοια. Αρχικά, δημοσιεύτηκε το 1980 από τους Zarit & Zarit με 19 ερωτήσεις, αργότερα διατίθεται με 22 ερωτήσεις και μετέπειτα και σε μικρότερες εκδοχές με 18 και 12 ερωτήσεις. Έχει μεταφραστεί σε 90 γλώσσες, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία και η ευρεία χρήση της. Η κλίμακα επιβάρυνσης Zarit περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που αξιολογούν την προσωπική ένταση, την ένταση του ρόλου, την αποστέρηση σχέσεων και τη διαχείριση της φροντίδας. Κάθε ερώτηση ζητά από το φροντιστή να αναφέρει πόσο συχνά αισθάνθηκε ή βίωσε κάθε συγκεκριμένη κατάσταση, με βαθμολογία από 0 (ποτέ) έως

4 (σχεδόν πάντα). Το συνολικό σκορ, που μπορεί να φτάσει έως 88, αποτελεί ένα μέτρο της συνολικής επιβάρυνσης που βιώνει ο φροντιστής.

Ανάλογα με το σκορ η επιβάρυνση κατηγοριοποιείται σε:

- 0 – 20 Ήπια ή καθόλου επιβάρυνση
- 21 – 40 Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση
- 41 – 60 Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και
- 61 – 88 Σοβαρή επιβάρυνση

Ερωτηματολόγιο της Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISK) (Dimitriadou et al., 2012)

Η κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISK) αποτελείται από 25 ερωτήσεις, πέντε διαβαθμίσεων από το 0 έως και το 4. Το 0 αντιστοιχεί στο καθόλου αληθές, 1- σπάνια αληθές, 2-κάποιες φορές αληθές, 3-συχνά αληθές και 4-σχεδόν πάντα αληθές. Η δομή των ερωτημάτων έχει γίνει βάση προηγούμενων μελετών και ο συνδυασμός τους μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε πέντε άξονες όπως αναφέρονται στον παρακάτω Πίνακα. Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται βάση του πως αισθάνθηκαν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου διαστήματος και το εύρος τιμών που μπορεί να λάβει κάθε ερωτηματολόγιο είναι από 0-100. Οι πιο υψηλές τιμές υποδεικνύουν υψηλή ανθεκτικότητα. Στην παρούσα διπλωματική εργασία χρησιμοποιήθηκε το CD-RISK 25 ερωτημάτων το οποίο έχει μεταφραστεί από τους Δημητριάδου και Σταλικά.

<i>Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)</i>	
Συνολική Βαθμολογία	Άθροισμα και των 25 ερωτήσεων
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα, Αντοχή	Άθροισμα των ερωτήσεων 10,11,12,16,17,23,24,25
Εμπιστοσύνη	Άθροισμα των ερωτήσεων 6,7,14,15,18,19,20
Θετική αποδοχή	Άθροισμα των ερωτήσεων 1,2,4,5,8
Έλεγχος	Άθροισμα των ερωτήσεων 13,21,22
Πνευματικές Επιδράσεις	Άθροισμα των ερωτήσεων 3 και 9

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο του 2023 έως και τον Ιανουάριο του 2024. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε σε μορφή εκτυπωμένου εγγράφου και διανεμήθηκε απευθείας στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης τους. Επιπλέον, στην αρχή του ερωτηματολογίου παρέχονταν οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης.

4.5 Ηθική και δεοντολογία

Κατά την ερευνητική διαδικασία ελήφθησαν υπόψη οι κανόνες δεοντολογίας, καθώς και ο βασικός κανόνας η « εν επιγνώσει συγκατάθεση» των φροντιστών που συμμετείχαν στην έρευνα. Αφού έλαβαν τηλεφωνική πληροφόρηση για το σκοπό και τη μέθοδο της έρευνας, αποφάσισαν ελεύθερα για το αν θα συμμετέχουν ή όχι.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Σε ότι αφορά τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, η επεξεργασία διεξήχθη με το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS statistics V29.0.2.0(20). Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με συχνότητες, σχετικές συχνότητες και αθροιστικές συχνότητες, καθώς και γραφήματα. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μετρήθηκε με το δείκτη Cronbachalpha (α) ο οποίος βρέθηκε $\alpha=0,653$ γεγονός που δείχνει υψηλή αξιοπιστία.

Cronbach's Alpha	N of Items
,653	91

Πίνακας 1: Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

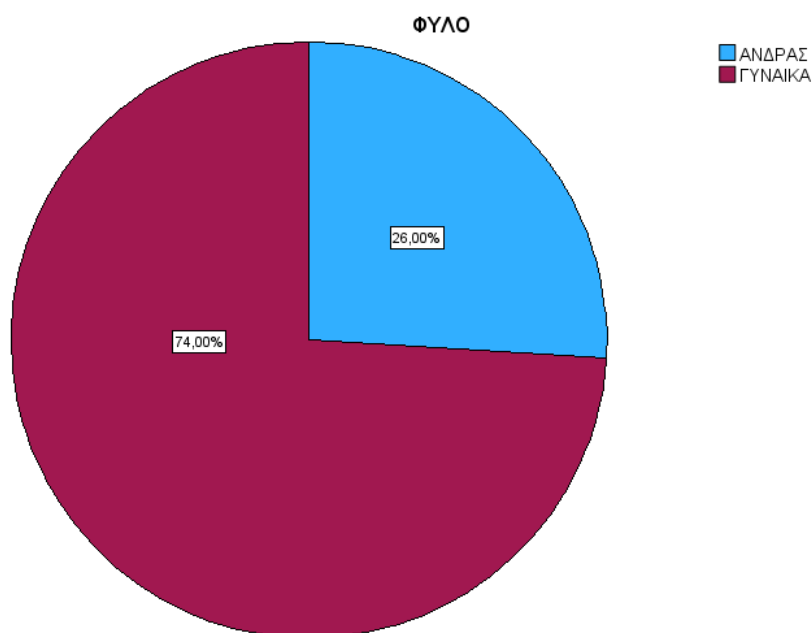
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά – Γενικές πληροφορίες

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 150 άτομα εκ των οποίων οι περισσότερες ήταν γυναίκες με ποσοστό 74% (N=111) και ακολουθούν οι άνδρες με ποσοστό 26% (N=39).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
ΑΝΔΡΑΣ	39	26,0	26,0	26,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	111	74,0	74,0	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Φύλο

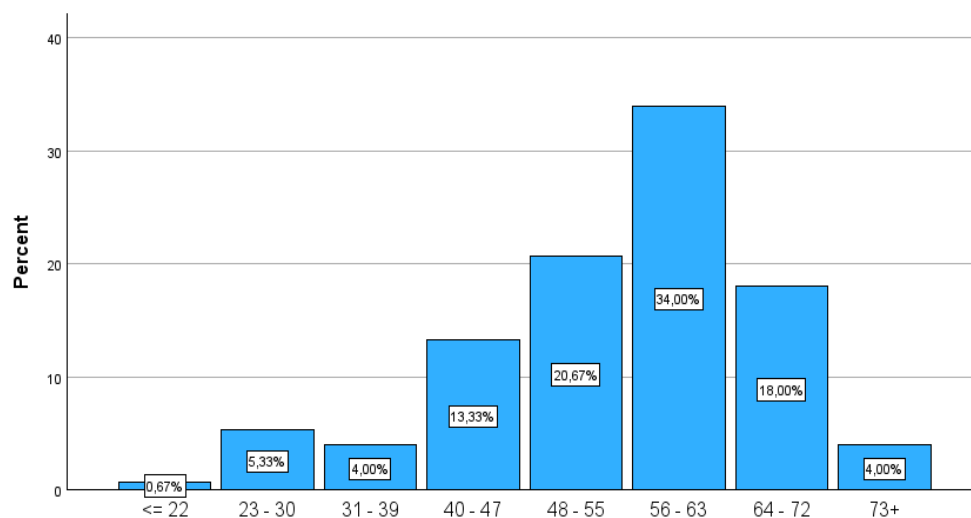


Γράφημα 1 : Φύλο

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων οι περισσότεροι είχαν ηλικίες από 56-63 ετών με ποσοστό 34% (N=51) και ακολουθούν όσοι είχαν ηλικία από 48-55 ετών με ποσοστό 20,7% (N=31).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<= 22	1	,7	,7	,7
23 - 30	8	5,3	5,3	6,0
31 - 39	6	4,0	4,0	10,0
40 - 47	20	13,3	13,3	23,3
48 - 55	31	20,7	20,7	44,0
56 - 63	51	34,0	34,0	78,0
64 - 72	27	18,0	18,0	96,0
73+	6	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 3 : Ηλικία

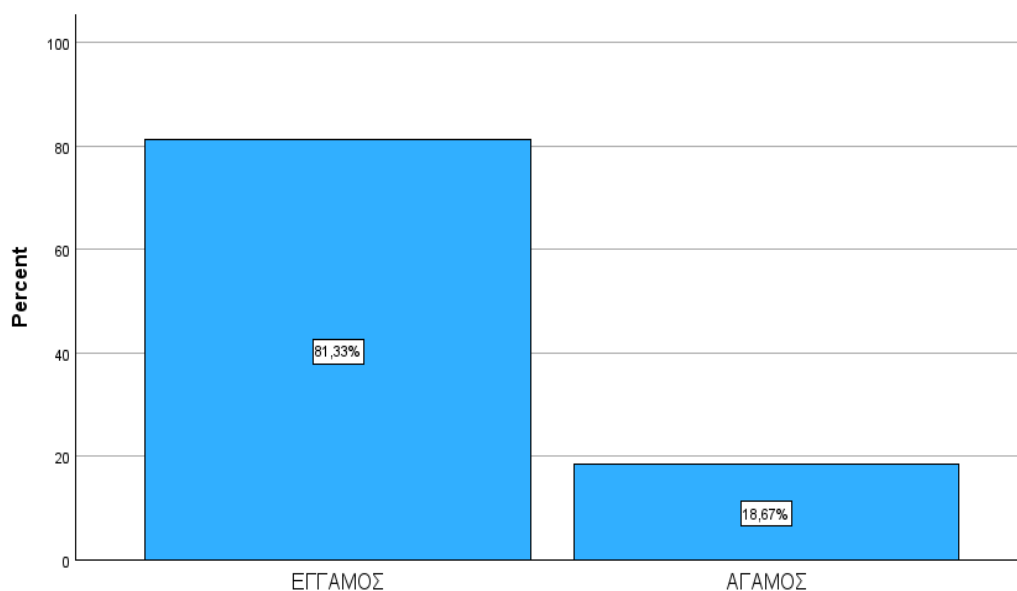


Γράφημα 2 : Ηλικία

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 81,3% (N=122) ήταν έγγαμοι, ενώ το 18,7% (N=28) ήταν άγαμοι.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΕΓΓΑΜΟΣ	122	81,3	81,3	81,3
ΑΓΑΜΟΣ	28	18,7	18,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

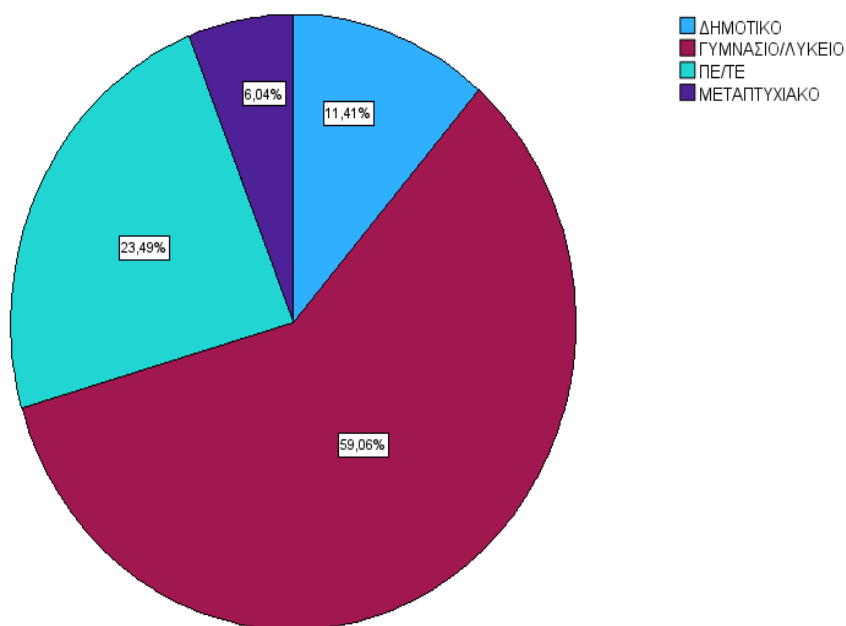


Γράφημα 3 : Οικογενειακή κατάσταση

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου με ποσοστό 58,7% (N=88), ακολουθούν οι απόφοιτοι ΠΕ/ΤΕ με ποσοστό 23,3% (N=35) και τέλος οι απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 11,3% (N=17).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	17	11,3	11,4	11,4
ΓΥΜΝΑΣΙΟ/ΛΥΚΕΙΟ	88	58,7	59,1	70,5
ΠΕ/ΤΕ	35	23,3	23,5	94,0
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	9	6,0	6,0	100,0
Σύνολο	149	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,7		
Σύνολο	150	100,0		

Πίνακας 5 : Εκπαίδευση

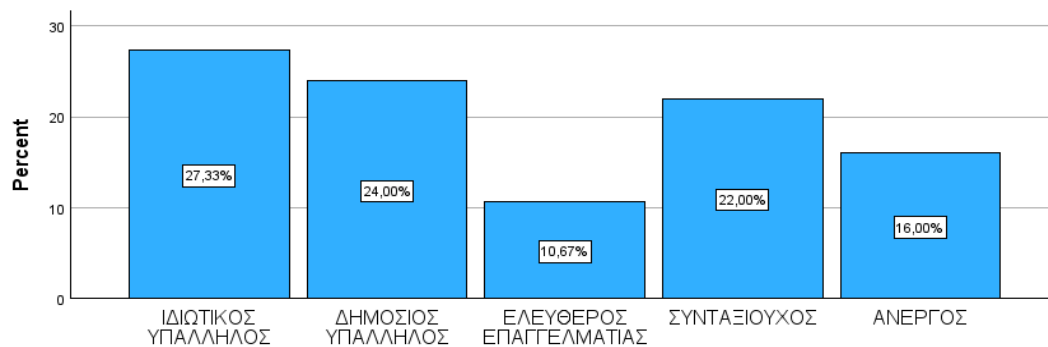


Γράφημα 4 : Εκπαίδευση

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων οι περισσότεροι ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 27,3% (N=41), ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό 24% (N=36) και τέλος οι συνταξιούχοι με ποσοστό 22% (N=33).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	41	27,3	27,3	27,3
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	36	24,0	24,0	51,3
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	16	10,7	10,7	62,0
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	33	22,0	22,0	84,0
ΑΝΕΡΓΟΣ	24	16,0	16,0	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Επάγγελμα

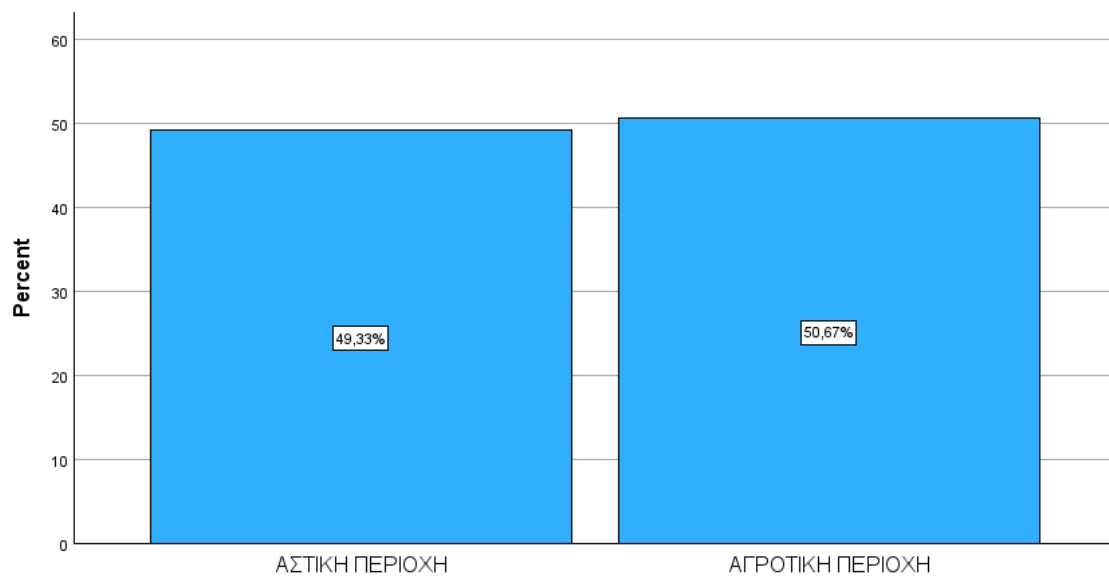


Γράφημα 5 : Επάγγελμα

Σχετικά με τον τόπο διαμονής η πλειοψηφία με τον τόπο κατοικίας η πλειοψηφία με ελάχιστη διαφορά διέμενε σε αγροτική περιοχή με ποσοστό 50,7% (N=76) και ακολουθούν οι κάτοικοι που διέμεναν σε αστική περιοχή με ποσοστό 49,3% (N=74).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έκκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	74	49,3	49,3	49,3
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	76	50,7	50,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 7 : Τόπος διαμονής

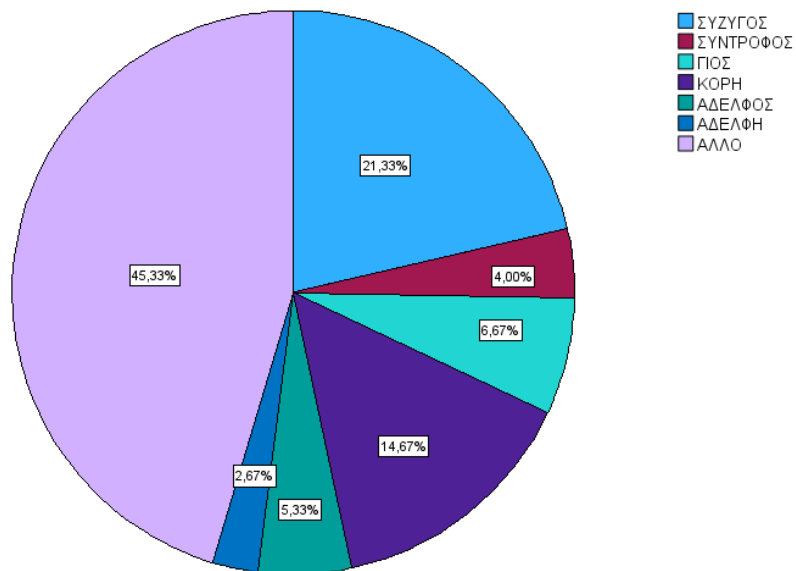


Γράφημα 6 : Τόπος διαμονής

Όσον αφορά τη συγγένεια του οικογενειακού φροντιστή με τον ασθενή οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην κατηγορία άλλο με ποσοστό 45,3% (N=68) και ακολουθούν οι σύζυγοι με ποσοστό 21,3% (N=32).

	Συχνότητα	Ποσοστο	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΣΥΖΥΓΟΣ	32	21,3	21,3	21,3
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	6	4,0	4,0	25,3
ΓΙΟΣ	10	6,7	6,7	32,0
ΚΟΡΗ	22	14,7	14,7	46,7
ΑΔΕΛΦΟΣ	8	5,3	5,3	52,0
ΑΔΕΛΦΗ	4	2,7	2,7	54,7
ΑΛΛΟ	68	45,3	45,3	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 8 : Συγγένεια με τον ασθενή

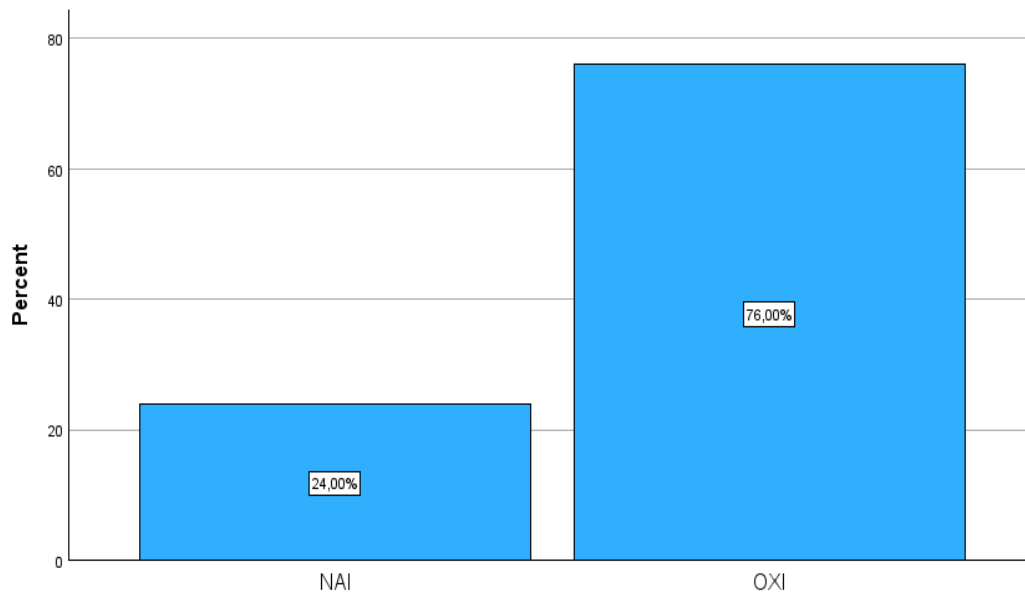


Γράφημα 7 : Συγγένεια με τον συγγενή

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν παίρνουν κάποιο επίδομα, με τους περισσότερους να απαντούν όχι με ποσοστό 76% (N=114) και ακολουθούν οι υπόλοιποι που απάντησαν ναι με ποσοστό 24% (N=36).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΝΑΙ	36	24,0	24,0	24,0
ΟΧΙ	114	76,0	76,0	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 9 : Λήψη επιδόματος

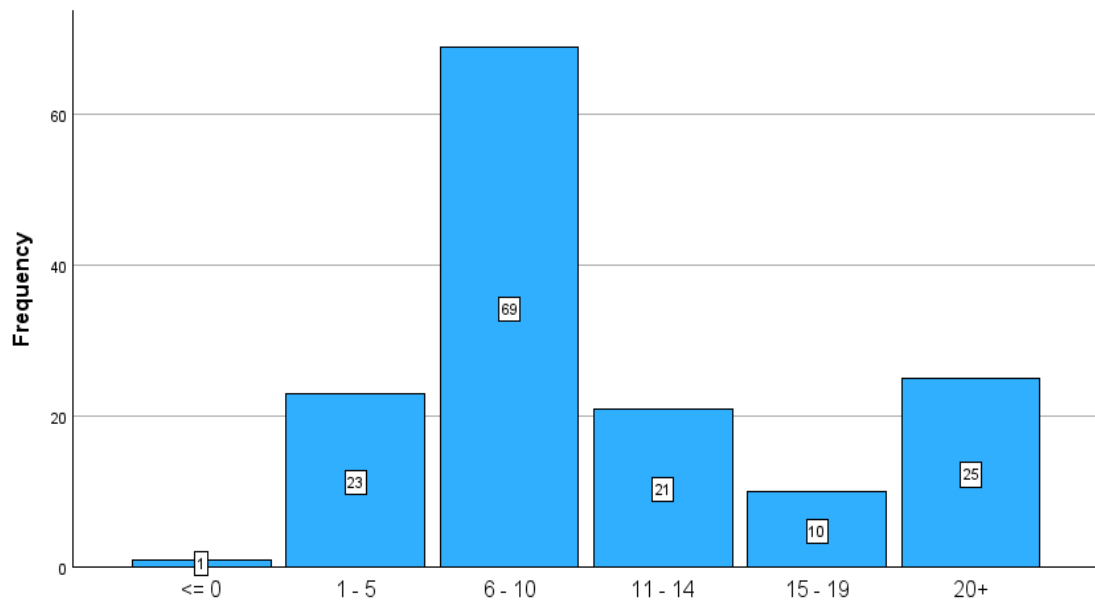


Γράφημα 8 : Λήψη επιδόματος

Σχετικά με τις ώρες φροντίδας την ημέρα οι περισσότεροι οικογενειακοί φροντιστές ανέφεραν ότι είναι 6-10 ώρες την ημέρα με ποσοστό 46% (N=69).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<= 0	1	,7	,7	,7
1 - 5	23	15,3	15,4	16,1
6 - 10	69	46,0	46,3	62,4
11 - 14	21	14,0	14,1	76,5
15 - 19	10	6,7	6,7	83,2
20+	25	16,7	16,8	100,0
Σύνολο	149	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,7		
Σύνολο	150	100,0		

Πίνακας 10: Ώρες φροντίδας/ημέρα



Γράφημα 9 : Ώρες φροντίδας/ημέρα

Σχετικά με τη χρονική διάρκεια φροντίδας των ασθενών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν μήνες με ποσοστό 54,7% (N=82) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν χρόνια με ποσοστό 39,3% (N=59).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΟΧΙ	91	60,7	60,7	60,7
	ΝΑΙ	59	39,3	39,3	100,0
	Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 11 : Χρονική διάρκεια φροντίδας – Χρόνια

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	ΟΧΙ	68	45,3	45,3	45,3
	ΝΑΙ	82	54,7	54,7	100,0
	Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 12 : Χρονική διάρκεια φροντίδας – Μήνες

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	ΟΧΙ	140	93,3	93,3	93,3
	ΝΑΙ	10	6,7	6,7	100,0
	Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Χρονική διάρκεια φροντίδας - Εβδομάδες



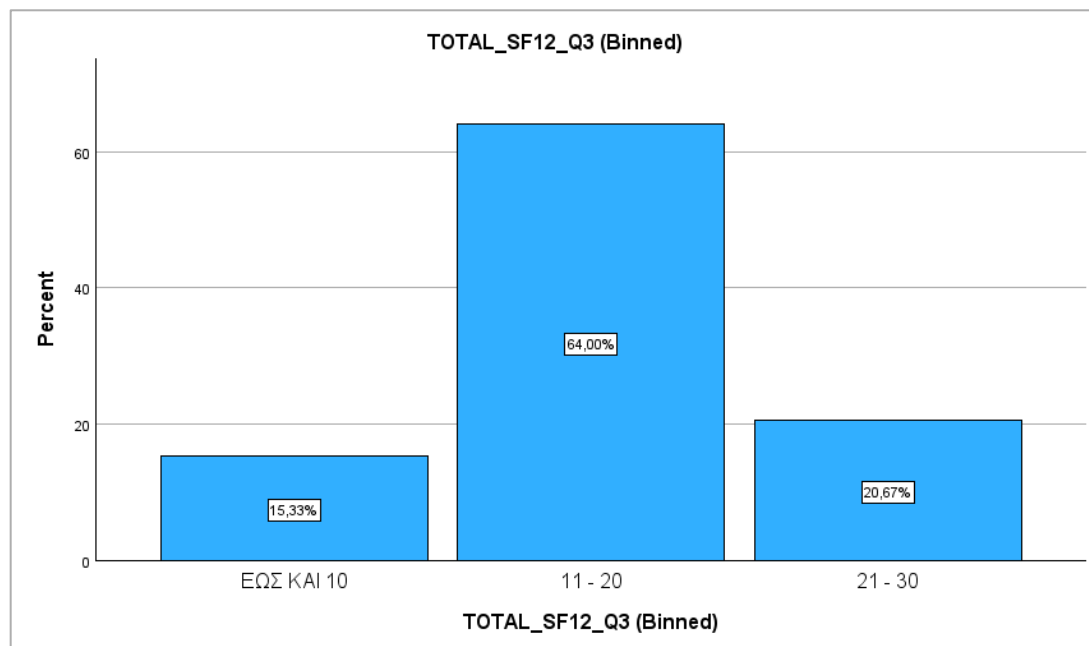
Γράφημα 10 : Χρονική διάρκεια φροντίδα

5.2 Ερωτηματολόγιο SF36 Ποιότητα ζωής

Σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι περιορίζονται με ποσοστό 64% (N=96) και ακολουθούν αυτοί που δεν περιορίζονται καθόλου με ποσοστό 15,3% (N=23).

SF36 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΕΩΣ ΚΑΙ 10	23	15,3	15,3	15,3
11 - 20	96	64,0	64,0	79,3
21 - 30	31	20,7	20,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Σωματική λειτουργικότητα

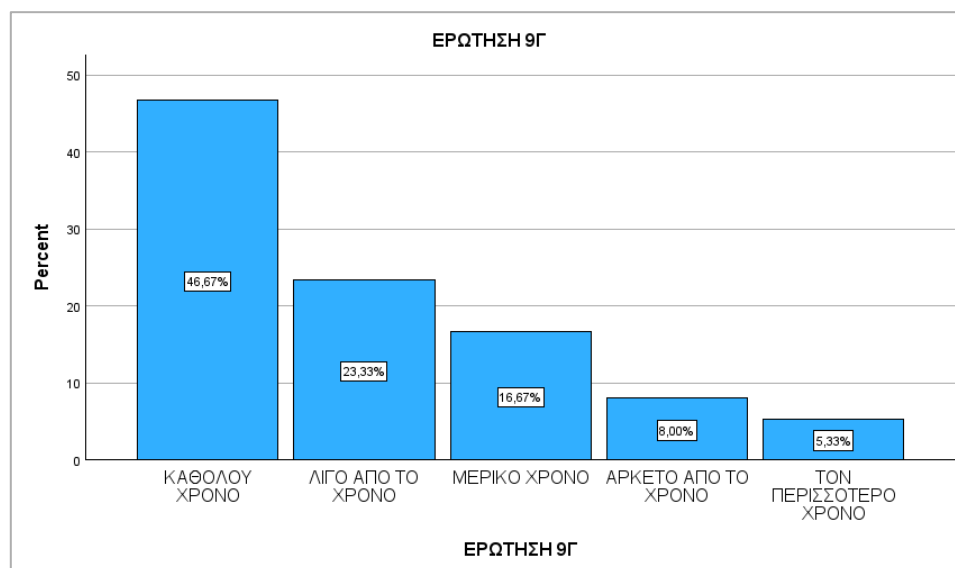


Γράφημα 11: Σωματική λειτουργικότητα

Σχετικά με την απόρριψη και την κατεβασμένη διάθεση οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν καθόλου χρόνο με ποσοστό 46,7% (N=70) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν λίγο από το χρόνο με ποσοστό 23,3% (N=35).

SF36 - Q9Γ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΘΕΣΗ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ ΧΡΟΝΟ	70	46,7	46,7	46,7
ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	35	23,3	23,3	70,0
ΜΕΡΙΚΟ ΧΡΟΝΟ	25	16,7	16,7	86,7
ΑΡΚΕΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	12	8,0	8,0	94,7
ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ	8	5,3	5,3	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Απόρριψη και κατεβασμένη διάθεση

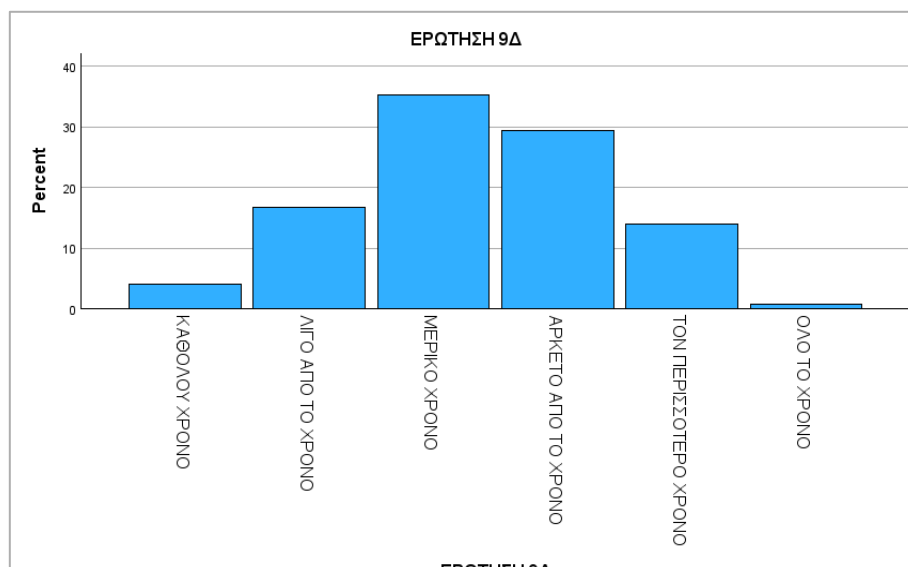


Γράφημα 12: Απόρριψη και κατεβασμένη διάθεση

Σχετικά με την ερώτηση αν ήταν ήρεμοι και χαλαροί οι συμμετέχοντες απάντησαν μερικό από το χρόνο με ποσοστό 35,3% (N=53) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν αρκετό από το χρόνο με ποσοστό 29,3% (N=44).

SF36 Q9Δ. ΗΡΕΜΟΙ ΚΑΙ ΧΑΛΑΡΟΙ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ ΧΡΟΝΟ	6	4,0	4,0	4,0
ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	25	16,7	16,7	20,7
ΜΕΡΙΚΟ ΧΡΟΝΟ	53	35,3	35,3	56,0
ΑΡΚΕΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	44	29,3	29,3	85,3
ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ	21	14,0	14,0	99,3
ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	1	,7	,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Ήρεμοι και χαλαροί

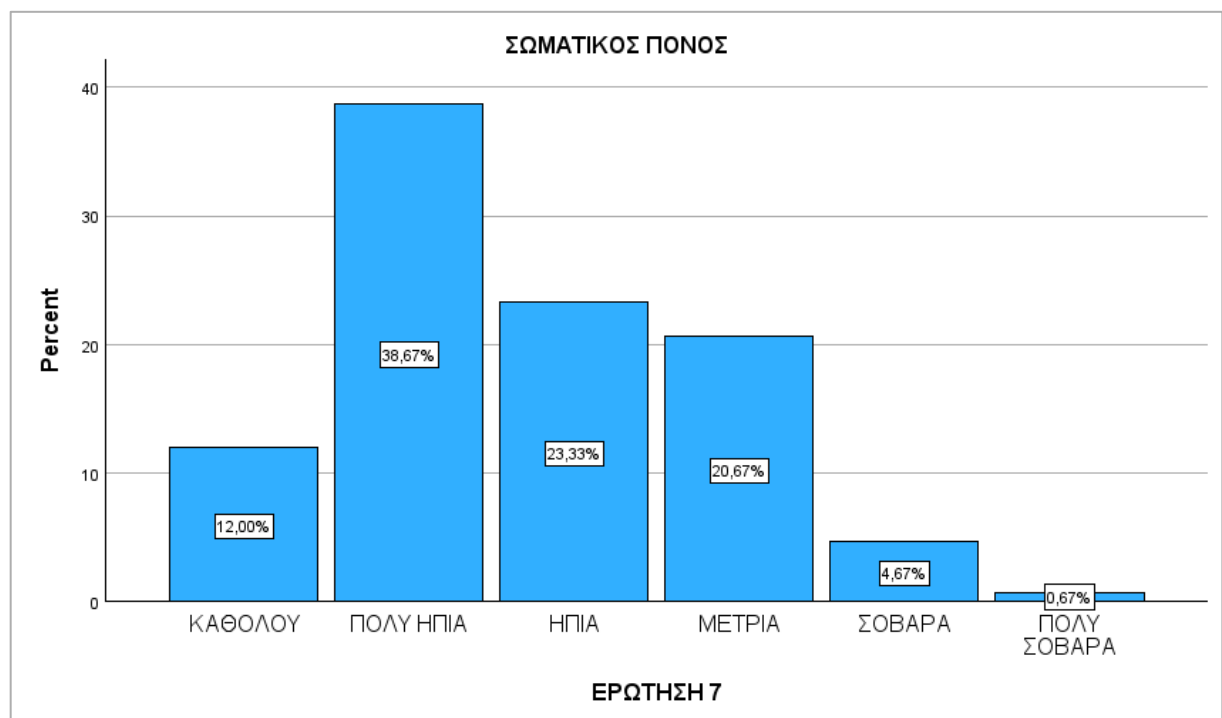


Γράφημα 13: Ήρεμοι και χαλαροί

Όσον αφορά το σωματικό πόνο οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν πολύ ήπια με ποσοστό 38,7% (N=58) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν ήπια και μέτρια με ποσοστό 23,3% (N=35) και 20,7 (N=31) αντίστοιχα.

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	18	12,0	12,0	12,0
ΠΟΛΥ ΗΠΙΑ	58	38,7	38,7	50,7
ΗΠΙΑ	35	23,3	23,3	74,0
ΜΕΤΡΙΑ	31	20,7	20,7	94,7
ΣΟΒΑΡΑ	7	4,7	4,7	99,3
ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ	1	,7	,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 17: Σωματικός πόνος

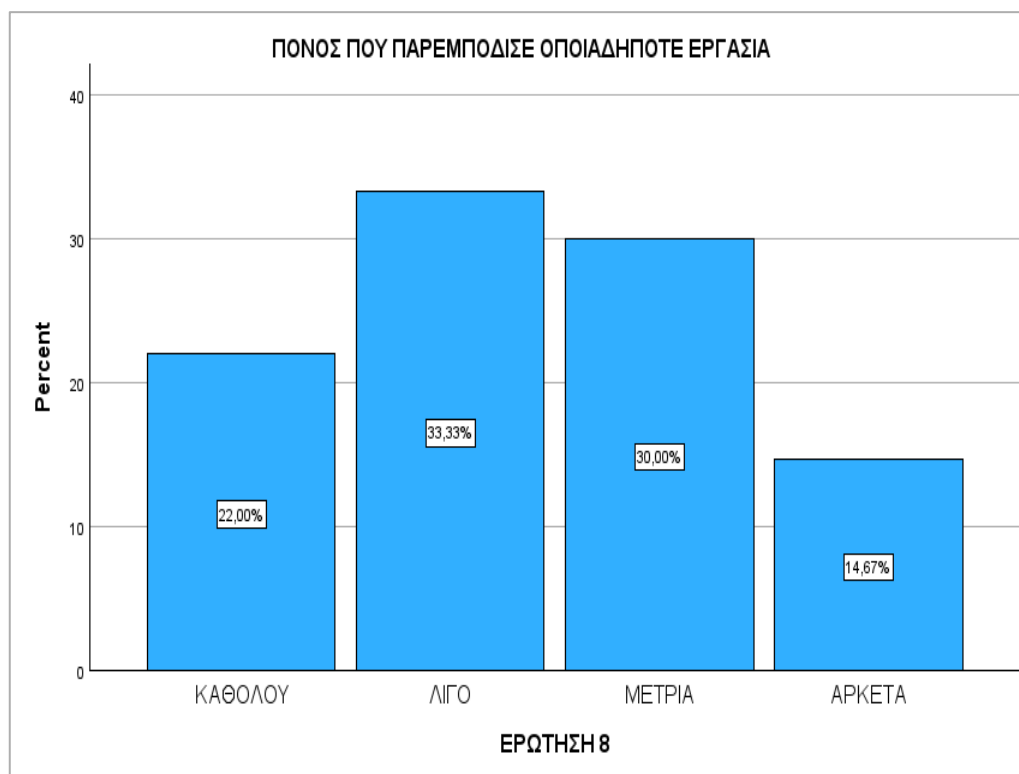


Γράφημα 14: Σωματικός πόνος

Σχετικά με την ερώτηση αν ο πόνος παρεμπόδιζε οποιαδήποτε εργασία των συμμετεχόντων οι περισσότεροι απάντησαν λίγο με ποσοστό 33,3% (N=50) και ακολουθούν οι υπόλοιποι που απάντησαν μέτρια με ποσοστό 30% (N=45).

ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΡΓΑΣΙΑ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	33	22,0	22,0	22,0
ΛΙΓΟ	50	33,3	33,3	55,3
ΜΕΤΡΙΑ	45	30,0	30,0	85,3
ΑΡΚΕΤΑ	22	14,7	14,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 18: Πόνος που παρεμπόδιζε οποιαδήποτε εργασία

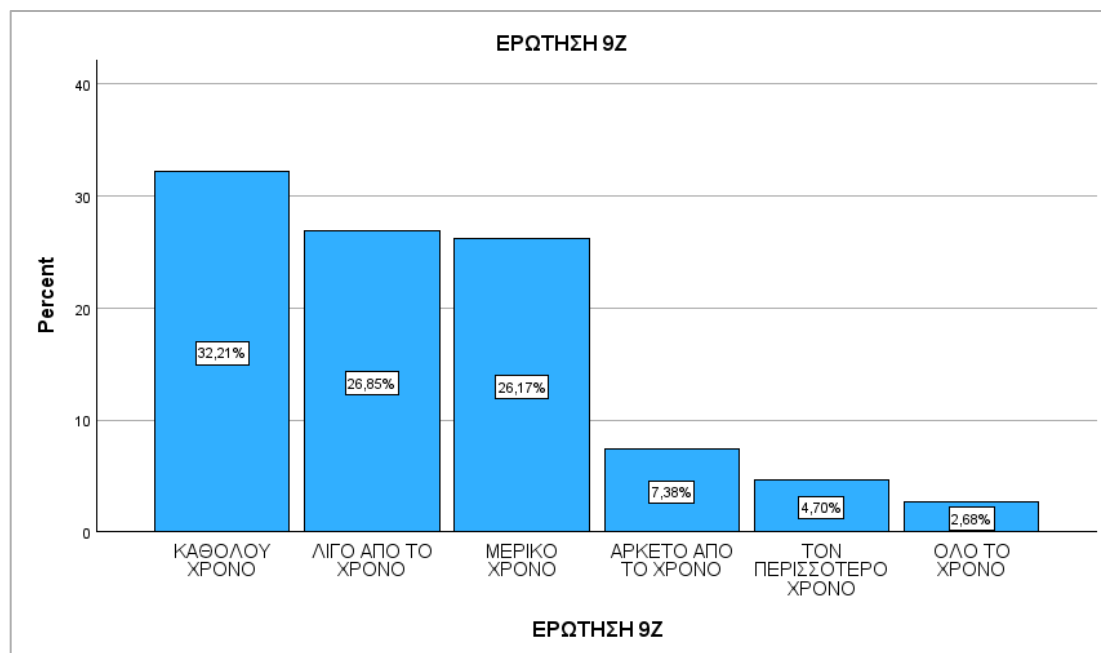


Γράφημα 15: Πόνος που παρεμπόδιζε οποιαδήποτε εργασία

Όσον αφορά την ερώτηση αν οι συμμετέχοντες ένιωσαν φθαρμένοι οι περισσότεροι απάντησαν καθόλου χρόνο με ποσοστό 32% (N=48) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν λίγο από το χρόνο και μερικό χρόνο με ποσοστό 26,7% (N=40) και 26% (N=39) αντίστοιχα.

SF36 Q 9Z. ΦΘΑΡΜΕΝΟΙ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ ΧΡΟΝΟ	48	32,0	32,2	32,2
ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	40	26,7	26,8	59,1
ΜΕΡΙΚΟ ΧΡΟΝΟ	39	26,0	26,2	85,2
ΑΡΚΕΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	11	7,3	7,4	92,6
ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ	7	4,7	4,7	97,3
ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	4	2,7	2,7	100,0
Σύνολο	149	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,7		
Σύνολο	150	100,0		

Πίνακας 19: Φθαρμένοι

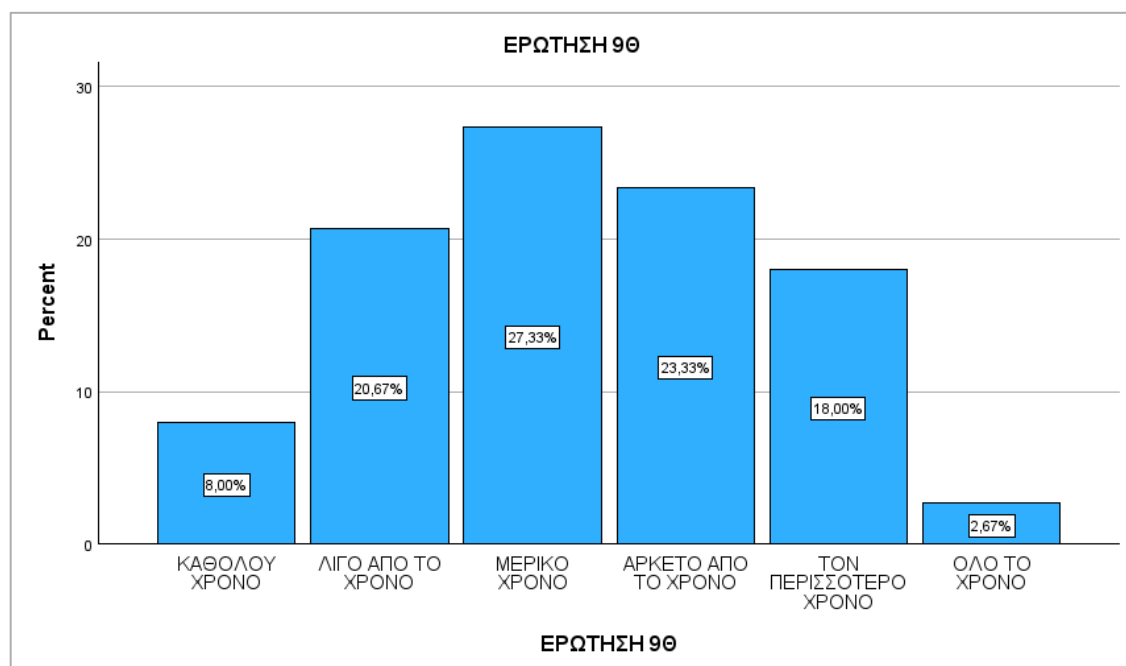


Γράφημα 16: Φθαρμένοι

Σχετικά με την ερώτηση αν οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν κούραση αρκετοί απάντησαν μερικό χρόνο με ποσοστό 27,3% (N=41) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν αρκετό από το χρόνο με ποσοστό 23,3 (N=35).

SF36 Q 9Θ. ΚΟΥΡΑΣΗ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ ΧΡΟΝΟ	12	8,0	8,0	8,0
ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	31	20,7	20,7	28,7
ΜΕΡΙΚΟ ΧΡΟΝΟ	41	27,3	27,3	56,0
ΑΡΚΕΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	35	23,3	23,3	79,3
ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ	27	18,0	18,0	97,3
ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	4	2,7	2,7	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 20: Κούραση

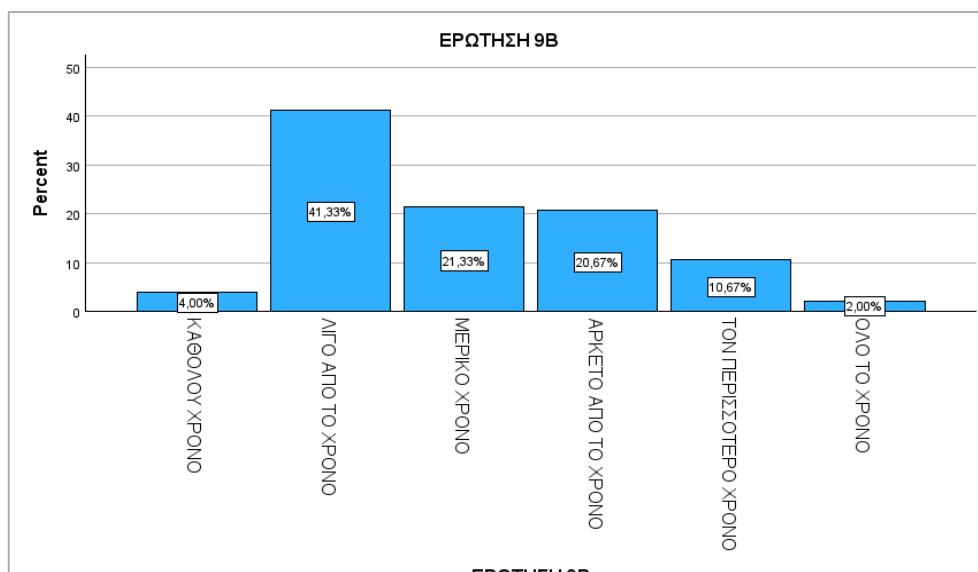


Γράφημα 17: Κουρασμένοι

Σχετικά με την ερώτηση αν οι συμμετέχοντες ένιωθαν πολύ νευρικοί οι περισσότεροι απάντησαν λίγο από το χρόνο με ποσοστό 41,3% (N=62) και ακολουθούν αυτοί που απάντησαν μερικό χρόνο και αρκετό από το χρόνο με ποσοστό 21,3% (N=32) και 20,7% (N=31).

ΕΡΩΤΗΣΗ 9Β. ΕΙΣΤΕ ΠΟΛΥ ΝΕΥΡΙΚΟΙ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ ΧΡΟΝΟ	6	4,0	4,0	4,0
ΛΙΓΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	62	41,3	41,3	45,3
ΜΕΡΙΚΟ ΧΡΟΝΟ	32	21,3	21,3	66,7
ΑΡΚΕΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	31	20,7	20,7	87,3
ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ	16	10,7	10,7	98,0
ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	3	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	150	100,0	100,0	

Πίνακας 21: Είστε πολύ νευρικοί



Γράφημα 18: Είστε πού νευρικοί

Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το ερωτηματολόγιο SF-36 σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τον έλεγχο ANOVA προκύπτει ότι σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με την συγγένεια με τον ασθενή ($p=0,001$), με την οικογενειακή κατάσταση ($p<0,001$) αλλά και με την εκπαίδευση ($p<0,001$).

5.3 Ερωτηματολόγιο κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden

Στη συνέχεια η έρευνα επικεντρώθηκε στο να διερευνήσει το επίπεδο επιβάρυνσης των συμμετεχόντων οικογενειακών φροντιστών. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων για κάθε μια ερώτηση του ερωτηματολογίου.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΗ	150	0	4	2,45	1,139
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΥΠΕΡΕΝΤΑΣΗ ΟΤΑΝ ΠΕΡΙΤΡΙΓΥΡΙΖΕΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΗ	150	0	4	1,82	1,204
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΜΕΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,77	1,083
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	2,39	1,284
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	2,36	1,137
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	150	0	4	1,65	1,068
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΧΑΣΙΜΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΖΩΗΣ	150	0	4	1,88	1,152
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΣΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	150	0	4	1,67	1,059
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	150	0	4	1,92	1,108
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	150	0	4	1,74	1,013
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΜΗΧΑΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,41	1,160
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΘΥΜΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,51	1,268
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	150	0	4	1,61	1,192
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΜΦΙΒΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	2,59	1,100
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΜΗΧΑΝΙΑ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,46	1,103
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,83	1,126
ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΙΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	150	0	4	2,06	1,038
ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΠΙΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	150	0	4	2,09	1,068
ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΙΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΖΩΗΣ	150	0	4	2,11	1,136
ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΙΩΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	150	0	4	1,97	1,149
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,87	1,143
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΙΣΘΗΣΗ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	150	0	4	1,78	1,117
N (listwise)	150				

Πίνακας 22: Ερωτήσεις κλίμακας Zurit Burden

Όσον αφορά το συνολικό σκορ της κλίμακας Zarit Burden αυτό βρέθηκε 42,1 ($\pm$ 16,72) το οποίο δείχνει μέτρια προς σοβαρή επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών.

SYNOLO_ZARRIT		
N	Valid	150
	Missing	0
Μέση τιμή		42,13
Τυπική απόκλιση		16,723
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		85

Πίνακας 23: Συνολικό σκορ κλίμακας Zarit Burden

Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το συνολικό σκορ της κλίμακας Zarit Burden σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τον έλεγχο ANOVA προκύπτει ότι το συνολικό σκορ της κλίμακας Zarit Burden σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με την ηλικία ($p < 0,001$), την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,001$) και την εκπαίδευση ($p < 0,001$). Επίσης, βρέθηκε συσχέτιση με τον τόπο διαμονής ($p < 0,001$) και με την συγγένεια με τον ασθενή ($p = 0,001$)

5.4 Ερωτηματολόγιο της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson

Στη συνέχεια η έρευνα επικεντρώθηκε στο να διερευνήσει το επίπεδο ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων οικογενειακών φροντιστών. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων για κάθε μια ερώτηση του ερωτηματολογίου.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ	150	0	4	2,45	,856
ΣΤΕΝΕΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	150	1	4	2,95	,767
ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΙΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΟ	150	0	4	2,53	1,151
ΝΑ ΞΕΠΕΡΝΑΣ ΟΤΙ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ	150	1	4	2,38	,720
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΕΣ ΩΘΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΕΣ	150	1	4	2,69	,685
ΕΥΘΥΜΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΠΡΑΓΜΑΤΩΝ	150	1	4	2,64	,726
ΔΥΝΑΜΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΑ ΑΝΤΑΠΕΞΕΡΧΕΣΑΙ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ	150	0	4	2,50	,712
ΑΝΑΚΑΜΨΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ	150	0	4	2,53	,792
ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΛΟΓΟ	150	0	4	2,78	,989
ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΝΑΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ	150	1	4	2,94	,762
ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ	150	0	4	2,56	,755
ΟΤΑΝ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΦΑΙΝΟΝΤΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΛΠΙΔΑ ΔΕΝ ΠΑΡΑΙΤΟΥΜΑΙ	150	0	4	2,47	,841
ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΥΣ	150	0	4	2,50	,910
ΚΑΘΑΡΗ ΣΚΕΨΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ	150	0	4	2,01	1,030
ΠΡΟΒΑΔΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	150	0	4	2,25	1,042
ΜΗ ΕΥΚΟΛΗ ΑΠΟΘΑΡΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑ	150	0	4	2,39	,881
ΜΕ ΘΕΩΡΩ ΔΥΝΑΤΟ ΑΤΟΜΟ	150	0	4	2,70	,766
ΠΑΡΟΧΗ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ	150	0	4	2,18	,956
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΔΥΣΑΡΕΣΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	150	1	4	2,25	,732
ΑΝΑΓΚΗ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ	150	0	4	2,56	,807
ΙΣΧΥΡΗ ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΚΟΠΟΥ	150	0	4	2,59	,778
ΕΛΕΓΧΟΣ ΖΩΗΣ	150	0	4	2,55	,799
ΜΟΥ ΑΡΕΣΟΥΝ ΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	150	0	4	1,78	1,128
ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΟΧΩΝ	150	0	4	2,72	,795
ΚΑΜΑΡΩΝΩ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΤΕΥΞΕΙΣ ΜΟΥ	150	0	4	2,71	1,072
N (listwise)	150				

Πίνακας 24: Ερωτήσεις κλίμακας Connor Davidson

Όσον αφορά το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor Davidson αυτό βρέθηκε 62,4 ($\pm$ 12,37) το οποίο δείχνει μέτρια ανθεκτικότητα των οικογενειακών φροντιστών.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
CONNOR-DAVIDSON	150	21	96	62,45	12,373
N (listwise)	150				

Πίνακας 25: Συνολικό σκορ κλίμακας Connor Davidson

Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor Davidson σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τον έλεγχο ANOVA προκύπτει ότι το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor Davidson σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με την ηλικία ($p=0,004$), με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,003$) αλλά και με την εκπαίδευση ($p<0,001$). Τέλος βρέθηκε συσχέτιση με τον τόπο διαμονής ($p=0,001$) αλλά και με την συγγένεια με τον ασθενή ($p=0,002$).

Στη συνέχεια έγινε έλεγχος για να διαπιστωθεί αν η επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών των ασθενών με άνοια σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους αλλά και με την ανθεκτικότητα. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε έλεγχος Pearson σύμφωνα με τον οποίο εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,001$) μεταξύ της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής των φροντιστών. Η συσχέτιση αυτή είναι θετική (0,284) γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ποιότητα ζωής τόσο αυξάνεται και η επιβάρυνση των φροντιστών. Επίσης μέσω του ελέγχου Pearson εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,001$) μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών και της ανθεκτικότητάς τους. Η συσχέτιση αυτή είναι αρνητική (-0,337) γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξάνεται η επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών τόσο μειώνεται η ανθεκτικότητά τους.

		SYNOLO_SF_36	SYNOLO_ZARRIT	SYNOLO_CONOR_DAVIDSON
SYNOLO_SF_36	Pearson Correlation	1	,284**	-,142
	Sig. (2-tailed)		<,001	,083
	N	150	150	150
SYNOLO_ZARRIT	Pearson Correlation	,284**	1	-,337**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001
	N	150	150	150
SYNOLO_CONOR_DAVIDSON	Pearson Correlation	-,142	-,337**	1
	Sig. (2-tailed)	,083	<,001	
	N	150	150	150

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 26: Συσχέτιση επιβάρυνσης με ποιότητα ζωής και ανθεκτικότητα

Πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των συνολικών τους σκορ στις τρεις κλίμακες που εξετάστηκαν, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποιο μοντέλο που μπορεί να προβλέψει την ποιότητα ζωής των οικογενειακών φροντιστών την επιβάρυνσή τους καθώς και την ανθεκτικότητά τους. Για να διερευνηθεί κάτι τέτοιο, εφαρμόστηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης τρεις φορές μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου SF-36, της κλίμακας Zarit Burden και της Connor Davidson.

Η παλινδρόμηση έγινε με τη μέθοδο enter και ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε την πρώτη φορά το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου SF-36, τη δεύτερη φορά το συνολικό σκορ της κλίμακας Zarit Burden και την τρίτη φορά το συνολικό σκορ της κλίμακας Connor Davidson. Ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν στην έρευνα.

Το μοντέλο που δημιουργήθηκε για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των οικογενειακών φροντιστών εμφανίζει $R^2=0,155$ και επομένως προβλέπει το 15,5% των περιπτώσεων.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
3	,394 ^c	,155	,138	7,817
c. Predictors: (Constant), ΣΥΓΓΕΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				

Πίνακας 27: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης

Επίσης, από τον πίνακα ANOVA φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση της εξαρτημένης μεταβλητής (Ερωτηματολόγιο SF-36) με τις ανεξάρτητες.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
3	Regression	1629,461	3	543,154	8,889	<,001
	Residual	8860,257	145	61,105		
	Total	10489,718	148			

Πίνακας 28: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης

Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των φροντιστών των ασθενών που πάσχουν από άνοια είναι οι εξής:

- Συγγένεια με τον ασθενή
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εκπαίδευση

Το μοντέλο που δημιουργήθηκε για την πρόβλεψη της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών των ασθενών που πάσχουν από άνοια εμφανίζει $R^2 = 0,217$ και επομένως προβλέπει το 21,7% των περιπτώσεων.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
5	,466 ^e	,217	,190	15,102
e. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΦΥΛΟ, ΣΥΓΓΕΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ				

Πίνακας 29: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης

Επίσης, από τον πίνακα ANOVA φαίνεται, πως υπάρχει συσχέτιση της εξαρτημένης μεταβλητής (κλίμακα Zarit Burden) με τις ανεξάρτητες.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
5	Regression	9056,815	5	1811,363	7,942	<,001 ^f
	Residual	32613,226	143	228,065		
	Total	41670,040	148			

f. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΦΥΛΟ, ΣΥΓΓΕΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ

Πίνακας 30: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης

Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε και επηρεάζουν την επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών των ασθενών που πάσχουν από άνοια είναι οι εξής:

- Συγγένεια με ασθενή
- Εκπαίδευση
- Επαγγελματική κατάσταση
- Ηλικία

Το μοντέλο που δημιουργήθηκε για την πρόβλεψη της ανθεκτικότητας των φροντιστών των ασθενών που πάσχουν από άνοια εμφανίζει $R^2=0,133$ και επομένως προβλέπει το 13,3% των περιπτώσεων.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
6	,364 ^f	,133	,096	11,802

f. Predictors: (Constant), ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ, ΣΥΓΓΕΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ

Πίνακας 31: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης

Επίσης από την κλίμακα ANOVA φαίνεται, πως υπάρχει συσχέτιση της εξαρτημένης μεταβλητής (κλίμακα Connor Davidson) με τις ανεξάρτητες.

ANOVA						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
6	Regression	3028,460	6	504,743	3,624	,002 ^g
	Residual	19778,507	142	139,285		
	Total	22806,966	148			
g. Predictors: (Constant), ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ, ΣΥΓΓΕΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ						

Πίνακας 32: ANOVA Ανάλυση Παλινδρόμησης

Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε και επηρεάζουν την ανθεκτικότητα των οικογενειακών φροντιστών είναι οι εξής:

- Συγγένεια με τον ασθενή
- Τόπος διαμονής
- Εκπαίδευση
- Οικογενειακή κατάσταση
- Ηλικία

Τέλος, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και της κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ τους. Η παλινδρόμηση έγινε με την μέθοδο enter και ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε το σύνολο της ποιότητας ζωής SF-36 και ως ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden.

Το μοντέλο που δημιουργήθηκε για την πρόβλεψη της συσχέτισης της ποιότητας ζωής των φροντιστών και της επιβάρυνσής τους εμφανίζει $R^2 = 0,080$ και επομένως προβλέπει το 8% των περιπτώσεων.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,284 ^a	,080	,074	8,117

a. Predictors: (Constant), SYNOLO_ZARRIT

Πίνακας 33: Σύνοψη μοντέλου παλινδρόμησης

Επίσης, από τον πίνακα ANOVA φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση της εξαρτημένης μεταβλητής με την ανεξάρτητη.

ANOVA						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	852,976	1	852,976	12,946	<,001
	Residual	9750,997	148	65,885		
	Total	10603,973	149			

Πίνακας 34: ANOVA Ανάλυση παλινδρόμησης

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση – Συμπεράσματα

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ψυχολογικής και της σωματικής επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών, των ατόμων που πάσχουν από άνοια στην περιοχή της Λάρισας. Επίσης, μέσω των ευρημάτων της συγκεκριμένης έρευνας έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των οικογενειακών φροντιστών καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών. Μέσα από την έρευνα έγινε προσπάθεια να απαντηθούν τα δύο βασικά ερευνητικά ερωτήματα, αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των οικογενειακών φροντιστών και της ψυχολογικής, συναισθηματικής και σωματικής τους επιβάρυνσης, όπως επίσης και αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής των φροντιστών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων περιλαμβάνεται το γυναικείο φύλο με ποσοστό 74% (N=111) έναντι 26% του ανδρικού (N=39) με μέσο όρο τα 56-63 έτη. Όσον αφορά τη συγγένεια με τον ασθενή το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ανήκαν στην κατηγορία άλλο με ποσοστό 45,3% (N=68) και ακολουθούν οι σύζυγοι με ποσοστό 21,3% (N=32). Η μέση τιμή της κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden ήταν 42,1 ($\pm$ 16,72) δηλώνοντας μέτρια προς σοβαρή επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών. Η μέση τιμή της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson ήταν 62,4 ($\pm$ 12,37) δηλώνοντας μέτρια ανθεκτικότητα των οικογενειακών φροντιστών.

Από την έρευνα βρέθηκε ότι το σύνολο του ερωτηματολογίου SF-36 σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με τη συγγένεια με τον ασθενή, με την οικογενειακή κατάσταση και με την εκπαίδευση. Όσον αφορά το συνολικό σκορ της κλίμακας επιβάρυνσης Zarit Burden βρέθηκε να σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, τον τόπο διαμονής αλλά και την συγγένεια με τον ασθενή. Σχετικά με το συνολικό σκορ της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor Davidson βρέθηκε να σχετίζεται σε στατιστικά μεγάλο βαθμό με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, τον τόπο διαμονής και με την συγγένεια με τον ασθενή.

Τέλος, βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν την ποιότητα ζωής των φροντιστών είναι η συγγένεια με τον ασθενή, η οικογενειακή κατάσταση και η

εκπαίδευση. Επίσης οι μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν την επιβάρυνση των φροντιστών είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, ο τρόπος διαμονής και η συγγένεια με τον ασθενή, ενώ οι μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν την ανθεκτικότητα των οικογενειακών φροντιστών είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, ο τρόπος διαμονής και η συγγένεια με τον ασθενή.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχονται να συμφωνήσουν με τα ευρήματα της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μόνο το 2021 πενήντα πέντε εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν με άνοια, καθώς ετησίως εμφανίζονται δέκα εκατομμύρια νέες διαγνώσεις ατόμων με άνοια. Το παγκόσμιο κόστος της άνοιας ετησίως υπολογίζεται ότι ξεπερνά τα 818 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ μέχρι το 2030 θα ανέβει στα δύο τρισεκατομμύρια δολάρια (World Health Organization, 2023). Όπως αναφέρουν οι Kimura et al.(2019) το μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειακών φροντιστών, είναι άτομα του στενού οικογενειακού του ασθενή. Συνήθως είναι σύζυγοι ή παιδιά. Σύμφωνα με πολλά άρθρα που μελετήθηκαν οι οικογενειακοί φροντιστές εμφανίζουν σωματικά, οικονομικά και ψυχικά προβλήματα, μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα φροντίδας των ασθενών με άνοια. Επίσης όπως αναφέρεται και στην έρευνα των Tawfik et al. (2021) με το πέρασμα του χρόνου ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων που πάσχουν από άνοια εμφανίζουν το αίσθημα της επιβάρυνσης και της κατάθλιψης. Όλο αυτό αυξάνει την ανάγκη της δημιουργίας διάφορων υπηρεσιών, μέσα από τις οποίες οι οικογενειακοί φροντιστές θα έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους ασθενείς αλλά να έχουν και οι ίδιοι μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Όπως αναφέρουν οι Kim et al. (2021) η άνοια στους ηλικιωμένους αναφέρεται να επηρεάζει περίπου το 10,7% των ηλικιωμένων. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από άνοια εκτιμάται ότι θα ξεπεράσει τα 3 εκατομμύρια έως το 2050. Η νόσος Alzheimer είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος άνοιας, η οποία εμφανίζεται στο 60-70% των περιστατικών άνοιας. Η άνοια επιδεινώνει τη γνωστική και σωματική λειτουργία των ασθενών, και το άγχος και το βάρος πθου επιβάλλει στους οικογενειακούς φροντιστές των ασθενών με άνοια είναι σημαντικά. Ειδικότερα, η φροντίδα των ασθενών με άνοια από μέλη της οικογένειας τους έχει συνδεθεί με πολλές δυσκολίες. Αυτοί οι οικογενειακοί φροντιστές συχνά βιώνουν κοινωνική απομόνωση, επιδείνωση της υγείας τους και ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν οικονομικές

δυσκολίες λόγω του μακροχρόνιου χαρακτήρα της νόσου. Αυτές οι προκλήσεις έχουν οδηγήσει σε αναδυόμενα κοινωνικά προβλήματα. Παραδείγματα αυτών είναι οι συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, η επιδείνωση της σχέσης μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, περιπτώσεις κακοποίησης των ασθενών, ακόμη και αυτοκτονίες. Η παρατεταμένη φροντίδα των ασθενών με άνοια έχει λοιπόν αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες. Σύμφωνα με τους Sinha et al. (2017) η σύγχρονη έρευνα έχει χαρακτηρίσει τη φροντίδα των ασθενών με άνοια ως μια από τις πιο απαιτητικές μορφές φροντίδας. Συγκρίνοντας τους οικογενειακούς φροντιστές με άλλες ασθένειες, αναφέρεται ότι αυτά τα άτομα που φροντίζουν και είναι υπεύθυνα για ασθενείς με άνοια, αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο κάθε βδομάδα για να παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα των ανοϊκών ασθενών είναι πολύ πιο χρονοβόρα και απαιτητική σε σύγκριση με άλλες μορφές φροντίδας. Οι φροντιστές αυτοί πρέπει να διαθέτουν περισσότερο χρόνο και ενέργεια για να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς τους.

Η φροντίδα ενός ανοϊκού ατόμου μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των οικογενειακών φροντιστών. Τα ψυχικά συμπτώματα που εμφανίζονται συχνά, όπως η κατάθλιψη, συμβάλλουν στην ανισορροπία της ευημερίας τους, επηρεάζοντας επίσης τη σωματική τους υγεία. Οι οικογενειακοί φροντιστές αντιμετωπίζουν παρατεταμένο στρες από τη φροντίδα που παρέχουν και την ανησυχία για τον αγαπημένο τους που πάσχει. Το αίσθημα της απώλειας, σε συνδυασμό με τις σωματικές απαιτήσεις της φροντίδας, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα. Ιδιαίτερα, οι μεγαλύτεροι φροντιστές είναι ευάλωτοι λόγω της επιβαρυνμένης τους υγείας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με άνοια έχουν αυξημένες ορμόνες του στρες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Το στρες επηρεάζει όλες τις λειτουργίες του σώματος και μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα σωματικά προβλήματα. Ειδικά όταν ο φροντιστής βιώνει χρόνιο στρες, είναι πιθανό να το εκτονώσει με αυξημένα σωματικά προβλήματα. Όταν οι φροντιστές εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, έντονου στρες και στενοχώριας, αυτό μπορεί να συνδέεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων. Έτσι, η φροντίδα των ανοϊκών ατόμων μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των φροντιστών τους όπως αναφέρουν και οι Mansbach et al. (2007) σε έρευνα τους.

Περιορισμοί

Κατά την διενέργεια αυτής της έρευνας, προέκυψαν ορισμένοι περιορισμοί. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, η οποία βασίστηκε στη διανομή ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες, περιέχει κάποιους εγγενείς περιορισμούς. Ένας από τους κύριους περιορισμούς σχετίζεται με την πλήρη κατανόηση των ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες. Παρόλο που έγινε προσπάθεια να αντιμετωπιστεί αυτό το ζήτημα μέσω της παροχής σαφών οδηγιών στην εισαγωγή της έρευνας, το πρόβλημα παραμένει. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος της μελέτης περιορίστηκε σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή συμπερασμάτων που θα μπορούσαν να ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, η απουσία ερωτήσεων ανοιχτού τύπου στην έρευνα εμπόδισε τους ασθενείς να εκφράσουν πιθανές ανάγκες ή προτάσεις για βελτίωση.

Συμπεράσματα

Οι οικογενειακοί φροντιστές των ασθενών που πάσχουν από άνοια έχουν σχετικά χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι περισσότεροι από αυτούς παρουσιάζουν μέτρια προς σοβαρή επιβάρυνση καθώς επίσης και πολύ χαμηλή ανθεκτικότητα. Παρόλο που αυτή η εργασία δεν αποτελεί πρωτότυπη έρευνα, καθώς το θέμα της έχει μελετηθεί ευρέως από διεθνείς ερευνητές, αναδεικνύει ότι, παρά την πρόοδο στον τομέα της υγείας, το φαινόμενο της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια παραμένει αμετάβλητο. Συνοψίζοντας, αν και τα ευρήματά μας συμφωνούν με άλλες ελληνικές και διεθνείς έρευνες σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερο δείγμα για να εξαχθούν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα για την πόλη της Λάρισας, όπου διεξήχθη η παρούσα μελέτη.

.

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

AA 2018. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association

Alzheimer's Association, Πρόσβαση στην ηλεκτρονική διεύθυνση 11 Ιουνίου 2023:
https://www.alz.org/alzheimer_s_dementia

Alzheimer Europe, National Dementia Strategies 2014 στην ηλεκτρονική διεύθυνση :
<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-inPractice2/National-Dementia-Strategies/Greece>

Andrén S, Elmståhl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. J Clin Nurs. 2008 Mar;17(6):790-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02066.x. PMID: 18279282.

Andrieu S, Coley N, Rolland Y, Cantet C, Arnaud C, Guyonnet S, Nourhashemi F, Grand A, Vellas B; PLASA group. Assessing Alzheimer's disease patients' quality of life: Discrepancies between patient and caregiver perspectives. Alzheimers Dement. 2016 Apr;12(4):427-37. doi: 10.1016/j.jalz.2015.09.003. Epub 2015 Oct 24. PMID: 26602086.

Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 2019 Oct 22;322(16):1589-1599. doi: 10.1001/jama.2019.4782. PMID: 31638686; PMCID: PMC7462122.

Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000 Jan;55(1):S2-13. doi: 10.1093/geronb/55.1.s2. PMID: 10728125.

Cross AJ, Garip G, Sheffield D. The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research.

Psychol Health. 2018 Nov;33(11):1321-1342. doi: 10.1080/08870446.2018.1496250. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30260239.

Dahlrup B, Ekström H, Nordell E, Elmståhl S. Coping as a caregiver: a question of strain and its consequences on life satisfaction and health-related quality of life. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Sep-Oct;61(2):261-70. doi: 10.1016/j.archger.2015.06.007. Epub 2015 Jun 25. PMID: 26153551.

Dassel KB, Carr DC, Vitaliano P. Does Caring for a Spouse With Dementia Accelerate Cognitive Decline? Findings From the Health and Retirement Study. Gerontologist. 2017 Apr 1;57(2):319-328. doi: 10.1093/geront/gnv148. PMID: 26582383.

de Labra C, Millán-Calenti JC, Buján A, Núñez-Naveira L, Jensen AM, Peersen MC, Mojs E, Samborski W, Maseda A. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2015 May-Jun;60(3):380-8. doi: 10.1016/j.archger.2015.03.002. Epub 2015 Mar 14. PMID: 25814205.

Stanford HEALTH AND CARE. (2019). Dementia Risk Factors. Ανακτήθηκε από το σύνδεσμο: <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/brain-and-nerves/dementia/risk-factors.htm>

Dimitriadou, D., & Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). Psychometric Instruments in Greece (2nd ed., p. 717). Athens: Pedi

Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, Livingston G, Knapp M, Murray J, Banerjee S. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. Alzheimers Dement. 2017 May;13(5):572-581. doi: 10.1016/j.jalz.2016.12.010. Epub 2017 Feb 5. PMID: 28167069.

Ford E, Greenslade N, Paudyal P, Bremner S, Smith HE, Banerjee S, Sadhwani S, Rooney P, Oliver S, Cassell J. Predicting dementia from primary care records: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018 Mar 29;13(3):e0194735. doi: 10.1371/journal.pone.0194735. PMID: 29596471; PMCID: PMC5875793.

Garzón-Maldonado FJ, Gutiérrez-Bedmar M, García-Casares N, Pérez-Errázquin F, Gallardo-Tur A, Martínez-Valle Torres MD. Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neurologia*. 2017 Oct;32(8):508-515. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2016.02.023. Epub 2016 Apr 25. PMID: 27126568.

Gok Ugur H, Orak OS, Yaman Aktas Y, Enginyurt O, Saglambilen O. [Effects of Music Therapy on the Care Burden of In-Home Caregivers and Physiological Parameters of Their In-Home Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial]. *Complement Med Res*. 2019;26(1):22-30. German. doi: 10.1159/000490348. Epub 2018 Nov 30. PMID: 30497077.

Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, Launer LJ, Laurent S, Lopez OL, Nyenhuis D, Petersen RC, Schneider JA, Tzourio C, Arnett DK, Bennett DA, Chui HC, Higashida RT, Lindquist R, Nilsson PM, Roman GC, Sellke FW, Seshadri S; American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2011 Sep;42(9):2672-713. doi: 10.1161/STR.0b013e3182299496. Epub 2011 Jul 21. PMID: 21778438; PMCID: PMC3778669.

Iadecola C. The pathobiology of vascular dementia. *Neuron*. 2013 Nov 20;80(4):844-66. doi: 10.1016/j.neuron.2013.10.008. PMID: 24267647; PMCID: PMC3842016.

Isik AT, Soysal P, Solmi M, Veronese N. Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Sep;34(9):1326-1334. doi: 10.1002/gps.4965. Epub 2018 Sep 10. PMID: 30198597.

J.N. Yfantopoulos Measuring the quality of life and the European health model

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(1):6–18

Jellinger KA, Korczyn AD. Are dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? *BMC Med.* 2018 Mar 6;16(1):34. doi: 10.1186/s12916-018-1016-8. PMID: 29510692; PMCID: PMC5840831.

Joling KJ, van Marwijk HW, Smit F, van der Horst HE, Scheltens P, van de Ven PM, Mittelman MS, van Hout HP. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One.* 2012;7(1):e30936. doi: 10.1371/journal.pone.0030936. Epub 2012 Jan 27. PMID: 22303473; PMCID: PMC3267736.

Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatr.* 2021 Mar 5;21(1):160. doi: 10.1186/s12877-021-02109-w. PMID: 33663416; PMCID: PMC7934246.

Kim T, Jeong H, Han JW, Kwak KP, Kim BJ, Kim SK, Kim JL, Kim TH, Ryu SH, Moon SW, Park JY, Park JH, Bae JN, Youn JC, Lee DY, Lee DW, Lee SB, Lee JJ, Jhoo JH, Lee J, Kim KW. Prevalence and Risk Factors of Abusive Behaviors in the Caregivers of People with Dementia in Korea. *Psychiatry Investig.* 2018 Jul;15(7):677-686. doi: 10.30773/pi.2018.04.23. Epub 2018 Jul 4. PMID: 29969849; PMCID: PMC6056695.

Kimura H, Nishio M, Kukihara H, Koga K, Inoue Y. The role of caregiver burden in the familial functioning, social support, and quality of family life of family caregivers of elders with dementia. *J Rural Med.* 2019 Nov;14(2):156-164. doi: 10.2185/jrm.2999. Epub 2019 Nov 20. PMID: 31788137; PMCID: PMC6877927.

Konerding U, Bowen T, Forte P, Karampli E, Malmström T, Pavi E, Torkki P, Graessel E. Do Caregiver Characteristics Affect Caregiver Burden Differently in Different Countries? *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2019 May;34(3):148-152. doi: 10.1177/1533317518822047. Epub 2018 Dec 30. PMID: 30595033; PMCID: PMC10852493.

Koyama A, Hashimoto M, Fukuhara R, Ichimi N, Takasaki A, Matsushita M, Ishikawa T, Tanaka H, Miyagawa Y, Ikeda M. Caregiver Burden in Semantic Dementia with Right- and Left-Sided Predominant Cerebral Atrophy and in Behavioral-Variant Frontotemporal Dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2018

Apr 6;8(1):128-137. doi: 10.1159/000487851. PMID: 29706989; PMCID: PMC5921212.

Mausbach BT, Patterson TL, Rabinowitz YG, Grant I, Schulz R. Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychol.* 2007 Sep;26(5):539-44. doi: 10.1037/0278-6133.26.5.539. PMID: 17845105.

Montgomery W, Goren A, Kahle-Wroblewski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer's disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatr.* 2018 Jun 14;18(1):141. doi: 10.1186/s12877-018-0831-2. PMID: 29898679; PMCID: PMC6000944.

Moreno JA, Nicholls E, Ojeda N, De los Reyes-Aragón CJ, Rivera D, Arango-Lasprilla JC. Caregiving in Dementia and its Impact on Psychological Functioning and Health-Related Quality of Life: Findings from a Colombian Sample. *J Cross Cult Gerontol.* 2015 Dec;30(4):393-408. doi: 10.1007/s10823-015-9270-0. PMID: 26290365.

Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PÁ, Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Parra-Anguila L, Del-Pino-Casado R. Perceived Needs of The Family Caregivers of People with Dementia in a Mediterranean Setting: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Mar 19;16(6):993. doi: 10.3390/ijerph16060993. PMID: 30893902; PMCID: PMC6466168.

Mougias AA, Christidi F, Kontogianni E, Skaltsounaki E, Politis A, Politis A. Patient- and Caregiver-Related Factors Associated with Caregiver Assessed Global Deterioration Scale Scoring in Demented Patients. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2018 Jun 4;2018:9396160. doi: 10.1155/2018/9396160. PMID: 29971098; PMCID: PMC6008841.

Olazarán Rodríguez J, Sastre Paz M, Martín Sánchez S. Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador [Health care in dementia: satisfaction and needs of the caregiver]. *Neurologia.* 2012 May;27(4):189-96. Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2011.07.005. Epub 2011 Sep 7. PMID: 21903303.

Otero MC, Levenson RW. Lower Visual Avoidance in Dementia Patients Is Associated with Greater Psychological Distress in Caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2017;43(5-6):247-258. doi: 10.1159/000468146. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28395276; PMCID: PMC5496766.

Outeiro TF, Koss DJ, Erskine D, Walker L, Kurzawa-Akanbi M, Burn D, Donaghy P, Morris C, Taylor JP, Thomas A, Attems J, McKeith I. Dementia with Lewy bodies: an update and outlook. *Mol Neurodegener*. 2019 Jan 21;14(1):5. doi: 10.1186/s13024-019-0306-8. PMID: 30665447; PMCID: PMC6341685.

Park MH, Smith SC, Hendriks AAJ, Black N. Caregiver burden and quality of life two years after attendance at a memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018 Dec 17. doi: 10.1002/gps.5053. Epub ahead of print. PMID: 30556183.

Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJ, Ruiz Fernández MD, Molero Jurado MDM. Inventory of Overburden in Alzheimer's Patient Family Caregivers with no Specialized Training. *Int J Clin Health Psychol*. 2017 Jan-Apr;17(1):56-64. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.09.004. Epub 2016 Oct 26. PMID: 30487881; PMCID: PMC6236318.

Perkins M, Howard VJ, Wadley VG, Crowe M, Safford MM, Haley WE, Howard G, Roth DL. Caregiving strain and all-cause mortality: evidence from the REGARDS study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013 Jul;68(4):504-12. doi: 10.1093/geronb/gbs084. Epub 2012 Oct 2. PMID: 23033358; PMCID: PMC3674731.

Pessotti CFC, Fonseca LC, Tedrus GMAS, Lalon DT. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dement Neuropsychol*. 2018 Oct-Dec;12(4):408-414. doi: 10.1590/1980-57642018dn12-040011. PMID: 30546852; PMCID: PMC6289474.

Rosas-Carrasco Ó, Guerra-Silla Mde G, Torres-Arreola Ldel P, García-Peña C, Escamilla-Jiménez CI, González-González C. Caregiver burden of Mexican dementia patients: the role of dysexecutive syndrome, sleep disorders, schooling and caregiver depression. *Geriatr Gerontol Int*. 2014 Jan;14(1):146-52. doi: 10.1111/ggi.12072. Epub 2013 Apr 15. PMID: 23581617.

Ruisoto P, Contador I, Fernández-Calvo B, Palenzuela D, Ramos F. Exploring the association between optimism and quality of life among informal caregivers of persons with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019 Mar;31(3):309-315. doi: 10.1017/S104161021800090X. Epub 2018 Jul 18. Erratum in: *Int Psychogeriatr*. 2019 Mar;31(3):435. PMID: 30017002.

Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*. 2010 Jun;66(2):191-200. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.02.009. Epub 2010 Mar 21. PMID: 20307942.

Sinha P, Desai NG, Prakash O, Kushwaha S, Tripathi CB. Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian J Psychiatr*. 2017 Apr;26:86-91. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.002. Epub 2017 Jan 17. PMID: 28483100.

Sun BL, Li WW, Zhu C, Jin WS, Zeng F, Liu YH, Bu XL, Zhu J, Yao XQ, Wang YJ. Clinical Research on Alzheimer's Disease: Progress and Perspectives. *Neurosci Bull*. 2018 Dec;34(6):1111-1118. doi: 10.1007/s12264-018-0249-z. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29956105; PMCID: PMC6246849.

Tawfik NM, Sabry NA, Darwish H, Mowafy M, Soliman SSA. Psychoeducational Program for the Family Member Caregivers of People with Dementia to Reduce Perceived Burden and Increase Patient's Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. *J Prim Care Community Health*. 2021 Jan-Dec;12:21501327211014088. doi: 10.1177/21501327211014088. PMID: 33971764; PMCID: PMC8120530.

Tisher A, Salardini A. A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. *Semin Neurol*. 2019 Apr;39(2):167-178. doi: 10.1055/s-0039-1683408. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30925610.

Varela G, Varona L, Anderson K, Sansoni J. Alzheimer's care at home: a focus on caregivers strain. *Prof Inferm*. 2011 Apr-Jun;64(2):113-7. PMID: 21843435; PMCID: PMC3662364.

World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia?fbclid=IwAR0wraIdhBCXCG1SdjZ9Uf9CjlzTTzfycyGxwKsNAW_4w99_3QQyheoN3o

Yan GJ, Wang WF, Jhang KM, Lin CW, Wu HH. Association between patients with dementia and high caregiving burden for caregivers from a medical center in Taiwan. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 Jan 17;12:55-65. doi: 10.2147/PRBM.S187676. PMID: 30697090; PMCID: PMC6340358.

Yu H, Wang X, He R, Liang R, Zhou L. Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. *PLoS One*. 2015 Jul 8;10(7):e0132168. doi: 10.1371/journal.pone.0132168. PMID: 26154626; PMCID: PMC4496054.

Ελληνόγλωσση

Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, στην ηλεκτρονική διεύθυνση : <https://www.alzheimer-hellas.gr/>

Παπασταύρου Ε, Καλοκαιρινού Α, Αλεβιζόπουλος Γ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκυπρίους φροντιστές ασθενών με άνοια. *Νοσηλευτική*. 2006, 45(4):439-449.

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος ☐ Άγαμος ☐
4. Εκπαίδευση: Δημοτικό ☐
Γυμνάσιο/Λύκειο ☐
ΠΕ/ΤΕ ☐
Μεταπτυχιακό ☐
5. Επάγγελμα: Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐
Δημόσιος Υπάλληλος ☐
Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐
Συνταξιούχος ☐
Άνεργος ☐
6. Τόπος διαμονής: Αστική περιοχή ☐
Αγροτική περιοχή ☐
7. Συγγένεια με τον ασθενή: Σύζυγος ☐
Σύντροφος ☐
Γιος ☐
Κόρη ☐
Αδελφός ☐
Αδελφή ☐
Άλλο ☐

8. Λήψη επιδόματος/βοηθήματος: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

9. Ωρες φροντίδας/ ημέρα:

10. Χρονική διάρκεια φροντίδας: Χρόνια

Μήνες

Εβδομάδες

Ερωτηματολόγιο SF12-36 για την ποιότητα ζωής

Η υγεία σας και η ευεξία σας

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: (Επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα)

Άριστη ☐

Πολύ Καλή ☐

Καλή ☐

Μέτρια ☐

Φτωχή ☐

2. Συγκριτικά με ένα έτος πριν, πως θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;

Πολύ καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν ☐

Κάπως καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν ☐

Σχεδόν ίδιο από ένα έτος πριν ☐

Κάπως χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν ☐

Πολύ χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν ☐

3. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις δραστηριότητες που πιθανόν να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Μήπως η υγεία σας τώρα σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; (Συμπληρώστε το κουτάκι σε κάθε γραμμή)

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
A. Δραστηριότητες ενέργειας και δύναμης, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων που συμμετέχουν στον έντονο αθλητισμό	☐	☐	☐
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η ώθηση μιας ηλεκτρικής σκούπας, το bowling ή ένα παιχνίδι γκολφ	☐	☐	☐
Γ. Η μετακίνηση ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σούπερ μάρκετ	☐	☐	☐
Δ. Το ανέβασμα αρκετών ορόφων, σκαλοπάτια	☐	☐	☐
Ε. Το ανέβασμα ενός ορόφου, σκαλοπάτια	☐	☐	☐
ΣΤ. Γονάτισμα και σκύψιμο	☐	☐	☐
Ζ. Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	☐	☐	☐
Η. Περπάτημα αρκετών εκατοντάδων μέτρων	☐	☐	☐
Θ. Περπάτημα εκατό μέτρων	☐	☐	☐
Ι. Το να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	☐	☐	☐

4. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων, για πόσο χρόνο είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας ή με κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας σας;

	NAI	OXI
A. Μειώσατε το συνολικό χρόνο που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
B. Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος) από ότι θα θέλατε	☐	☐
Γ. Περιορίστηκε η ποιότητα της δουλειάς σας	☐	☐

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα κάποιων ψυχικών προβλημάτων (π.χ αίσθημα άγχους)

	NAI	OXI
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε	☐	☐
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά ως συνήθως	☐	☐

6. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων μέχρι ποιο σημείο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή τις ομάδες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα Πολύ

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων;

Καθόλου Πολύ ήπια Ήπια Μέτρια Σοβαρά Πολύ σοβαρά

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο ο πόνος παρεμπόδισε την κανονική εργασία σας (συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας έξω από το σπίτι και των οικιακών)

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Εξαιρετικά

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Αυτές οι ερωτήσεις είναι σχετικά με το πώς αισθάνεστε και πως πήγαν τα πράγματα με σας κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε τη μία απάντηση που έρχεται πιο κοντά στον τρόπο που έχετε αισθανθεί. Για πόση ώρα κατά την διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων...

	Όλο τον χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Αρκετό από το χρόνο	Μερικό χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Καθόλου χρόνο
Αισθανθήκατε γεμάτοι ενέργεια	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Είστε πολύ νευρικοί	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε ότι σας απορρίπτουν και τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε ήρεμοι και χαλαροί	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Είχατε πολλή ενέργεια	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε αποθάρρυνση και κατάθλιψη	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε φθαρμένοι	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ήσασταν ευτυχείς	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε κουρασμένοι	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις

κοινωνικές δραστηριότητες σας (όπως την επίσκεψη των φίλων των συγγενών κ.λ.π.)

Όλο το χρόνο Τον περισσότερο Μερικό Λίγο από Καθόλου
 χρόνο χρόνο χρόνο το χρόνο
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Πόσο αλήθεια ή ψέμα είναι κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις για σας;

	Σίγουρα αλήθεια	Συνήθως αλήθεια	Δεν ξέρω	Συνήθως ψέμα	Σίγουρα Ψέμα
Φαίνομαι να αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	☐	☐	☐	☐	☐
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	☐	☐	☐	☐	☐
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐	☐	☐	☐	☐

Κλίμακα Επιβάρυνσης Zarit

0: Ποτέ

1: Σπάνια

2: Μερικές Φορές

3: Αρκετά Συχνά

4: Σχεδόν Πάντα

ΟΔΗΓΙΕΣ: Τα παρακάτω αποτελούν ένα κατάλογο δηλώσεων, οι οποίες αναπαράγουν 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.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ				
Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	0	1	2	3	4
Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/την φροντίζεται να εισάστε ο/η μοναδικός στον/στην οποία/ο θα μπορούσε να βασιστεί;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδα σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα του/της συγγενής σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι είσαστε αδύναμος να συνεχίστε να φροντίζετε τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;	0	1	2	3	4
Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	0	1	2	3	4
Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε	0	1	2	3	4

επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;					
---	--	--	--	--	--

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2					
ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ				
Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια από ότι χρειάζεται;	0	1	2	3	4
Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά του/της συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με έναν αρνητικό τρόπο;	0	1	2	3	4
Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους, λόγω του/της συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάνετε για τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3 ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ				
Πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/την συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/την συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 4 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΚΟΡ				
Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάντε περισσότερα Για τον/την συγγενή σας;	0	1	2	3	4
Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα του/της συγγενή σας;	0	1	2	3	4

THE CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1.Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2.Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3.Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4.Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5.Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούργιες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6.Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7.Το να ανταπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8.Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9.Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10.Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11.Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12.Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13.Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14.Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15.Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16.Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την	0	1	2	3	4

αποτυχία					
17.Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18.Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19.Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20.Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	0	1	2	3	4
21.Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	1	2	4
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23.Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24.Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25.Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ενημερώθηκα από την ερευνήτρια της μελέτης «**Η ψυχοσωματική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών, των ασθενών που πάσχουν από άνοια, σε δομές ΠΦΥ στην περιοχή της Λάρισας**». Δηλώνω ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....