



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των φροντιστών ασθενών σε αποκατάσταση από τροχαία ατυχήματα και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όνομα ΜΦ ΚΑΤΣΑΡΕ ΜΑΡΙΑ

Επαγγελματικός Τίτλος Τ.Ε ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Δρ. Χρυσή Χατζόγλου, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2018



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



**Psychological characteristics of caregivers of patients’
rehabilitation after road traffic accident and their relation with
the Primary Health Care**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	9
1.1 Ορισμός Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων.....	9
1.2 Στατιστικά Στοιχεία Τροχαίων Ατυχημάτων	10
1.3 Αίτια Τροχαίων Ατυχημάτων	13
1.3.1 Οδηγός.....	13
1.3.2 Οχημα.....	14
1.3.3 Περιβάλλον	14
1.4 Επιπτώσεις Τροχαίων Ατυχημάτων	14
1.4.1 Οικονομικές Επιπτώσεις	14
1.4.2 Επιπτώσεις στην Υγεία του Ατόμου	15
1.4.3 Επιπτώσεις στην Οικογένεια	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	17
2.1 Η έννοια της φροντίδας.....	17
2.2 Η έννοια της επιβάρυνσης.....	18
2.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες Επιβάρυνσης	18
2.4 Οι ανάγκες των φροντιστών	19
2.5 Οφέλη της Άτυπης Φροντίδας στους Φροντιστές	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	24

4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	24
4.2 Δείγμα Μελέτης	24
4.3 Εργαλεία Μέτρησης.....	24
4.3.1 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire – CAQ).....	25
4.3.2 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness - SpREUK-SF-15).....	25
4.3.3 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - F-COPEs).....	26
4.3.4 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36)	26
4.3.5 Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)	27
4.4 Ηθική και Δεοντολογία	28
4.5 Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	30
5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Φροντιστών	30
5.2 Δεδομένα σχετικά με το άτομο που φροντίζουν	33
5.3 Ψυχομετρικές Κλίμακες	37
5.4 Μελέτη Συγχρονικών Συγκρίσεων.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	54
6.1 Γενικά.....	54
6.2 Μετρικά Χαρακτηριστικά Κλιμάκων Μελέτης.....	54
6.3 Συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και ασθενών.....	55
6.4 Περιορισμοί της μελέτης.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	63

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Κάθε χρόνο πάνω από 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο χάνουν τη ζωή τους από τα τροχαία ατυχήματα, ενώ 5 εκατομμύρια ανθρώπων μένουν ανάπηροι για όλη τους τη ζωή. Οι επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς πέρα από τους άμεσα εμπλεκόμενους, επηρεάζουν τις οικογένειες τους, τα συστήματα υγείας, αλλά και τις κοινωνίες.

Σκοπός: Η διερεύνηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των φροντιστών ασθενών σε αποκατάσταση από τροχαία ατυχήματα.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 φροντιστές ασθενών σε αποκατάσταση μετά από τροχαία ατυχήματα. Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε ένα κέντρο αποκατάστασης και αποτελούνταν από τα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών και από τα ψυχομετρικά εργαλεία: Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES), Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15) και την Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZBI) και το Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36). Η στατιστική ανάλυση με το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0.

Αποτελέσματα: Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών ήταν: φύλο (γυναίκες 70%), μέση ηλικία των φροντιστών [43,36(±9,44) έτη], σχέση με τον ασθενή (36,6% γονική σχέση), μέση διάρκεια φροντίδας [18,65(±12,4) μήνες]. Το 46,8% των φροντιστών αισθάνονταν αισιόδοξοι για το μέλλον. Ο συντελεστής Cronbach' sa ήταν $\alpha \geq 0,0915$ για όλα τα εργαλεία. Οι μέσες τιμές των κλιμάκων ήταν: 192,04 (±71,14) για την Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF-PCS), 152,12(±62,93) Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-MCS), 1,63(±0,99) CAQ, 117,15(±16,73) F-COPES, 45,47(±11,43) SpREUK-SF-15 και 31,71 (±16,52) ZBI. Η κλίμακα ZBI συσχετίστηκε με τις κλίμακες SF-PCS ($\rho = -0,483$, $p \leq 0,001$), SF-MCS ($\rho = -0,456$, $p = 0,001$), και την CAQ ($\rho = 0,489$, $p \leq 0,001$). Η ZBI επίσης συσχετίστηκε με τη διάρκεια φροντίδας ($\rho = 0,287$, $p = 0,041$).

Συμπεράσματα: Η αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών των ασθενών σε αποκατάσταση μετά από τροχαίο ατύχημα σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα υγείας και αυξημένο άγχος για την καρδιακή λειτουργία.

ABSTRACT

Introduction: Every year, worldwide, over 1.2 million people die from road accidents, while 5 million people are disabled for all their lives.

Purpose:The psychological characteristics of caregivers of patients' rehabilitation after road traffic accident.

Method: A cross sectional study has been conducted. The sample consisted of 60 caregivers of patients' rehabilitation after road traffic accident. Questionnaires were administered to the caregivers of one rehabilitation center and consisting of the demographics of data of caregivers and the psychometric scale: Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES), Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK-SF-15) and The Zarit Burden Interview, and the Short-Form Health Survey (SF-36). The data analysis was performed using the statistical program SPSS 24.0.

Results: Descriptive characteristics of participants were: gender (women 70%), mean age [43,36(\pm 9,44) years], relation to patient working hours (36,6% parental), and mean duration of care [18,65(\pm 12,4) months]. 46.8% of caregivers felt optimistic about the future. The Cronbach's α coefficient was $\alpha \geq 0,915$ for all tools. The mean scores of scales were: 192,04 (\pm 71,14) for SF-PCS, 152,12(\pm 62,93) for SF-MCS, 1,63(\pm 0,99) for CAQ, 117,15(\pm 16,73) for F-COPES, 45,47(\pm 11,43) for SpREUK-SF-15 and 31,71(\pm 16,52) ZBI. ZBI was correlated with SF-PCS ($\rho = -0,483$, $p \leq 0,001$), SF-MCS ($\rho = -0,456$, $p = 0,001$), and CAQ ($\rho = 0,489$, $p \leq 0,001$). Moreover, ZBI was correlated with the duration of care ($\rho = 0,287$, $p = 0,041$).

Conclusions:The increased burden on caregivers of patients in rehabilitation after a traffic accident correlated with worse health quality and increased anxiety for heart disease.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των οδικών τροχαίων ατυχημάτων αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής των χωρών σε όλες τις ηπείρους. Κατά μέσο κάθε 50 δευτερόλεπτα συμβαίνει ένα θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα, ενώ κάθε 2 δευτερόλεπτα ένας τραυματισμός από οδικό τροχαίο ατύχημα[1]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αναφέρει πως ετησίως, πάνω από 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν παγκοσμίως στους δρόμους, 20-50 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από σοβαρούς τραυματισμούς και περισσότερα από 5 εκατομμύρια παραμένουν ανάπηροι για όλη τους τη ζωή. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την κυρίαρχη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15 – 29 ετών[2], ενώ αναμένεται ότι μέχρι το 2020 θα αποτελούν την 3^η αιτία αναπηρίας[3]. Όσον αφορά την Ελλάδα, το 2017 συνέβησαν 10.768 Οδικά Τροχαία Ατυχήματα, από τα οποία προκλήθηκαν 739 θάνατοι και 12.883 τραυματισμοί, εκ των οποίων οι 702 ήταν σοβαροί και οι 12.181 ελαφροί[4].

Οι επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς πέρα από τους άμεσα εμπλεκόμενους, επηρεάζουν τις οικογένειές τους, τα συστήματα υγείας, αλλά και τις κοινωνίες[5,6]. Ένα μη θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια νοσηλεία, αναπηρία ή οργανική βλάβη και να προκαλέσει σημαντικές λειτουργικές, γνωστικές και ψυχολογικές διαταραχές του άμεσα εμπλεκόμενου, καθώς και να επηρεαστεί η κοινωνική του ζωή[7,8]. Το 5% έως των 20% των ατόμων με σοβαρό τραυματισμό αντιμετωπίζει μέτρια έως σοβαρή δυσλειτουργία στις καθημερινές του δραστηριότητες 5 χρόνια μετά το ατύχημα[9]. Όσον αφορά στις κοινωνικές συνέπειες των ατυχημάτων παρατηρείται υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του θύματος, αλλαγές στην κοινωνική, οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή, καθώς και αλλαγές στην στάση του απέναντι στη ζωή. Τα άτομα με οποιοδήποτε μορφή αναπηρίας προκαλούμενη από τον τραυματισμό τους καλούνται να αναπροσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους, όπως επίσης και οι οικογένειές τους[8].

Η οικογένεια, λοιπόν, επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από τις συνέπειες του οδικού τροχαίου ατυχήματος και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης του τραυματία, καθώς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην ανάκαμψη του [5]. Η στιγμή του ατυχήματος διαπνέεται από στιγμές κρίσεις, στις οποίες η οικογένεια πρέπει να συνοδεύσει το τραυματισμένο θύμα στο νοσοκομείο, αλλά και να διαχειριστεί και να προωθήσει την απαραίτητη φροντίδα του μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο [10]. Η μετατόπιση της φροντίδας στο σπίτι προκαλεί αλλαγή στη δυναμική της οικογένειας, αλλαγή των κοινωνικών ρόλων και μείωση του εισοδήματος [11]. Ο ρόλος του οικογενειακού φροντιστή είναι ένα εξαντλητικό και αγχωτικό καθήκον, λόγω της συναισθηματικής συμμετοχής και του μετασχηματισμού της προηγούμενης σχέσης αμοιβαιότητας σε εξαρτημένης [10,11]. Οι φροντιστές ανησυχούν για την υγεία του θύματος και αισθάνονται να

υπερφορτώνονται, καθώς μετατίθενται σε αυτούς όλες οι ευθύνες [10,12]. Παράλληλα, η εσφαλμένη πληροφόρηση και η ελλιπής προετοιμασία των φροντιστών από τους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση του τραυματία, σε συνδυασμό με τις οικονομικές δυσκολίες, δημιουργούν συγκρούσεις και εντάσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και επιτείνουν το αίσθημα αβεβαιότητας, την αγωνία και την ανησυχία τους[5,10,12]. Συχνά οι οικογένειες εμφανίζουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες [13].

Τέλος, τα τροχαία ατυχήματα πέρα από τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούν, έχουν σημαντικό οικονομικό κόστος τόσο στα ίδια τα θύματα και στις οικογένειές τους, όσο και σε ολόκληρα τα έθνη. Οι απώλειες προκύπτουν από το κόστος της θεραπείας και από την απώλεια της παραγωγικότητας όσων σκοτώθηκαν ή βρίσκονται σε αναρρωτική άδεια λόγω τραυματισμού, καθώς και των μελών της οικογένειας που λαμβάνουν άδεια από τη δουλειά τους ή το σχολείο για να φροντίσουν τους τραυματίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τροχαία ατυχήματα στις περισσότερες χώρες κοστίζουν το 3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ)τους [2].

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των φροντιστών ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο αποκατάστασης μετά από οδικά τροχαία ατυχήματα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην επιβάρυνση τους, καθώς και η διερεύνηση του ρόλο τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

1.1 Ορισμός Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων

Ως οδικό τροχαίο ατύχημα (με σωματικές βλάβες) ορίζεται το συμβάν που γίνεται στους δρόμους ή στις πλατείες, που είναι ελεύθερες στη δημόσια χρήση (όχι σε αυλές, βιομηχανικούς χώρους, αμαξοστάσια των επιχειρήσεων μεταφορών κλπ.), με συμμετοχή σε αυτό ενός ή περισσοτέρων οχημάτων, από τα οποία το ένα τουλάχιστον βρισκόταν σε κίνηση κατά τη στιγμή του ατυχήματος και είχε ως αποτέλεσμα τον θάνατο ή τον τραυματισμό προσώπου ή προσώπων[14].

Τα τροχαία ατυχήματα χαρακτηρίζονται ως θανατηφόρα ή σωματικών βλαβών. Θανατηφόρο λέγεται το ατύχημα, εφόσον υπάρχουν ένας ή περισσότεροι επιτόπου θάνατοι οφειλόμενοι στο ατύχημα, ανεξάρτητα της ύπαρξης ή όχι τραυματιών. Σωματικών βλαβών λέγονται τα ατυχήματα στα οποία υπάρχει ένας ή περισσότεροι τραυματίες, αλλά όχι νεκρός και διακρίνονται σε ατυχήματα σοβαρών και ελαφρών βαρών[15]. Υπάρχουν διάφορα κριτήρια για τον ορισμό των σοβαρών σωματικών βλαβών τροχαίων ατυχημάτων, όπως η διάρκεια νοσηλείας (ένα σοβαρά τραυματισμένο νοσηλεύεται για πάνω από 24 ώρες), ο τύπος και το επίπεδο τραύματος, η ανικανότητα για εργασία, η διάρκεια της ανάρρωσης και η μακροπρόθεσμη αναπηρία. Από το 2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ομάδα Εμπειρογνώμων Υψηλού Επιπέδου για την Οδική Ασφάλεια θέσπισαν έναν κοινό ορισμό για τους σοβαρούς τραυματισμούς από τα τροχαία ατυχήματα, σύμφωνα με τον οποίο ένας τραυματισμός θεωρείται σοβαρός όταν το επίπεδο τραυματισμού είναι $MAIS \geq 3$ ¹[17].

Τέλος, ως νεκρός από τροχαίο ατύχημα θεωρείται το πρόσωπο εκείνο, του οποίου ο θάνατος, επέρχεται την ίδια στιγμή ή μέσα σε διάστημα 30 ημερών από το ατύχημα, ενώ τραυματίας το παθόν πρόσωπο, που υπέστη σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του. Βαριά τραυματίας θεωρείται το παθόν πρόσωπο, που υπέστη σοβαρή βλάβη, όπως κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ακρωτηριασμό, πολλαπλό τραυματισμό με αποτέλεσμα το άτομο είτε να χάσει τη διανοητική του επαφή με το περιβάλλον είτε να κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του. Ελαφρά τραυματίας θεωρείται το παθόν πρόσωπο, που υπέστη απλή σωματική κάκωση, μη ικανή να θέσει την ζωή του σε κίνδυνο[14].

¹Η Συνοπτική Ανατομική Κλίμακα Κακώσεων (Abbreviated Injury Scale – AIS) αποτελεί μέτρο ποσοτικής αξιολόγησης της σοβαρότητας των τραυματισμών που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 1 (ελάχιστων σημασίας τραυματισμός) έως 6 (μη θεραπεύσιμος τραυματισμός) και αξιολογούνται οι 9 περιοχές του σώματος (κεφαλή, τράχηλος, πρόσωπο, θώρακας, σπονδυλική στήλη, κοιλία, άνω άκρα, κάτω άκρα, και εξωτερικά). Όταν ένα άτομο έχει περισσότερους από έναν τραυματισμούς υπολογίζεται το μέγιστο AIS (Maximum AIS – MAIS), που το μέγιστο AIS από όλους τους διαγνωσμένους τραυματισμούς του ατόμου (16).

1.2 Στατιστικά Στοιχεία Τροχαίων Ατυχημάτων

Παγκόσμιο Επίπεδο

Σύμφωνα με Π.Ο.Υ., κάθε χρόνο περίπου 1,25 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πεθαίνουν σε τροχαία ατυχήματα και 20 με 50 εκατομμύρια ανθρώπων τραυματίζονται μη θανάσιμα(2,18). Τα τροχαία ατυχήματα είναι αίτιο βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης αναπηρίας και αποτελούν την 9^η βασική αιτία στον κόσμο αναπηροσταθμισμένων ετών ζωής (Disability-AdjustedLifeYears – DALYs)²[20]. Παράλληλα, τα οδικά τροχαία ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στα άτομα ηλικία 15 – 29 ετών [2].

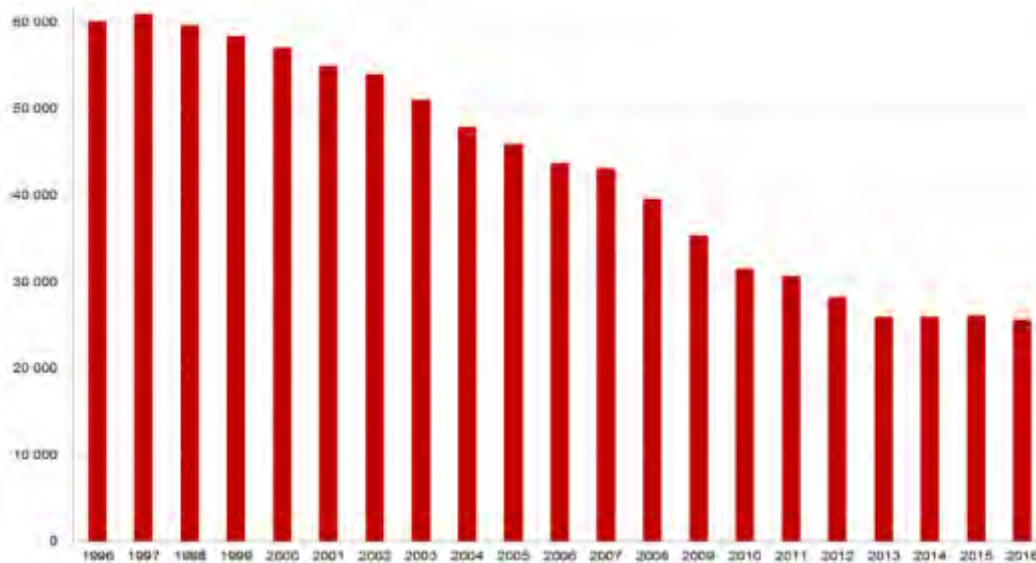
Το 90% των θανάτων από τροχαία ατυχήματα συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Παρ' όλο που αυτές οι χώρες αντιπροσωπεύουν το 82% του παγκόσμιου πληθυσμού, εμφανίζουν ένα δυσανάλογο αριθμό θανάτων σε σχέση με το επίπεδο της αυτοκίνησης, καθώς αφορά μόνο το 54% των καταγεγραμμένων αυτοκινήτων παγκοσμίως. Επιπλέον, το 50% των θανάτων από τροχαία ατυχήματα είναι μεταξύ εκείνων με τη μικρότερη προστασία, όπως μοτοσυκλετιστές, ποδηλάτες και πεζοί [2].

Ευρωπαϊκό Επίπεδο

Το 2016, πάνω από 25.000 άτομα έχασαν τη ζωή τους σε οδικά τροχαία ατυχήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που αντιστοιχεί σε 57 θανάτους ανά 1 εκατομμύριο κατοίκων. Ο αριθμός των νεκρών από τροχαία ατυχήματα έχει μειωθεί κατά 57% σε σύγκριση με το 1996, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1. Την περίοδο 1996 – 2016, σ' όλα τα κράτη μέλη, εκτός της Μάλτας, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των θανάτων από τροχαία. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των θυμάτων μειώθηκε, κατά 2/3 ή περισσότερο στην Πορτογαλία (-79,4%), στη Λετονία (-73,4%), στη Λιθουανία (-71,8%), στην Ισπανία (-67,0%), στην Ελλάδα (-66,7%) και στη Σλοβενία (-66,6%)[21].

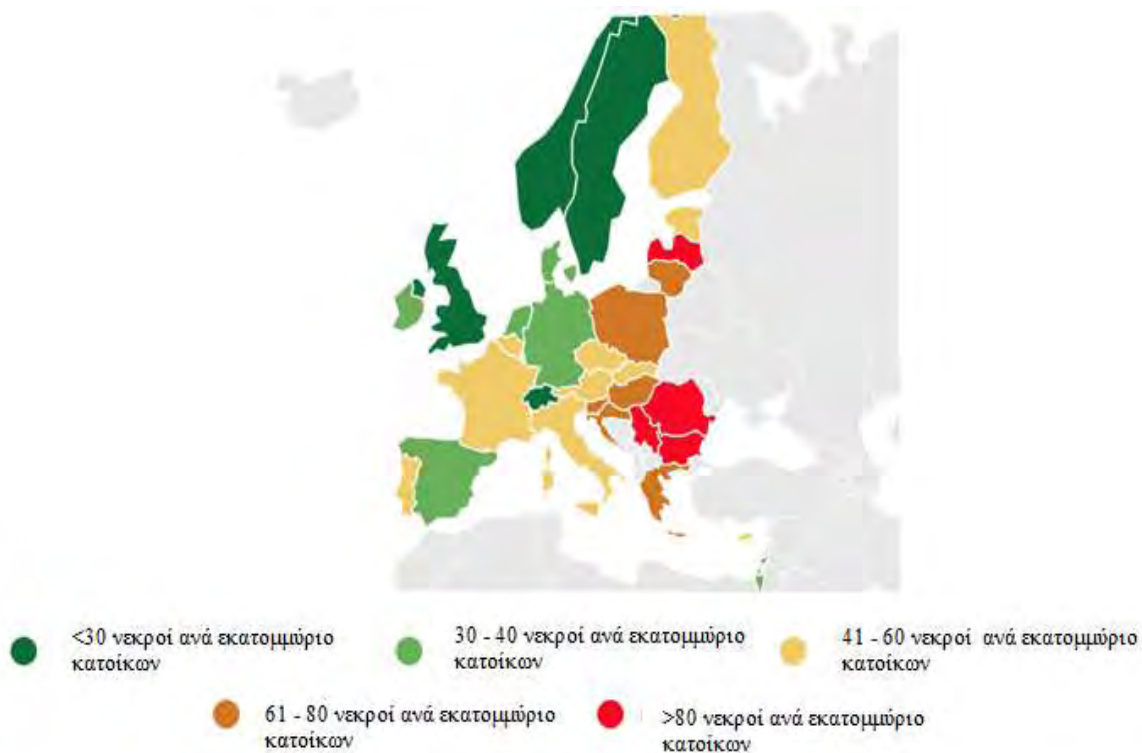
Στην Εικόνα 1, παρουσιάζεται η κατανομή των χωρών της ΕΕ με βάση τον αριθμό των νεκρών από τροχαία ατυχήματα ανά εκατομμύριο κατοίκων[22]. Συγκεκριμένα, το 2016, οι λιγότεροι νεκροί (νεκροί από τροχαία ατυχήματα ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους), παρατηρήθηκαν στη Σουηδία (27), στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ολλανδία (32), ενώ οι περισσότεροι καταγράφηκαν στη Βουλγαρία (99), στη Ρουμανία (97), στη Λετονία (80) και στην Πολωνία (80), με την Ελλάδα (75) να ακολουθεί στη συνέχεια (Διάγραμμα 2).

² Το αναπηροσταθμισμένο έτος ζωής (DALY) ισοδυναμεί με τον συνολικό αριθμό ετών υγιούς ζωής τα οποία χάνονται εξαιτίας ασθένειας, αναπηρίας και θανάτου (19).



Γράφημα 1: Θύματα Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1996 – 2016).

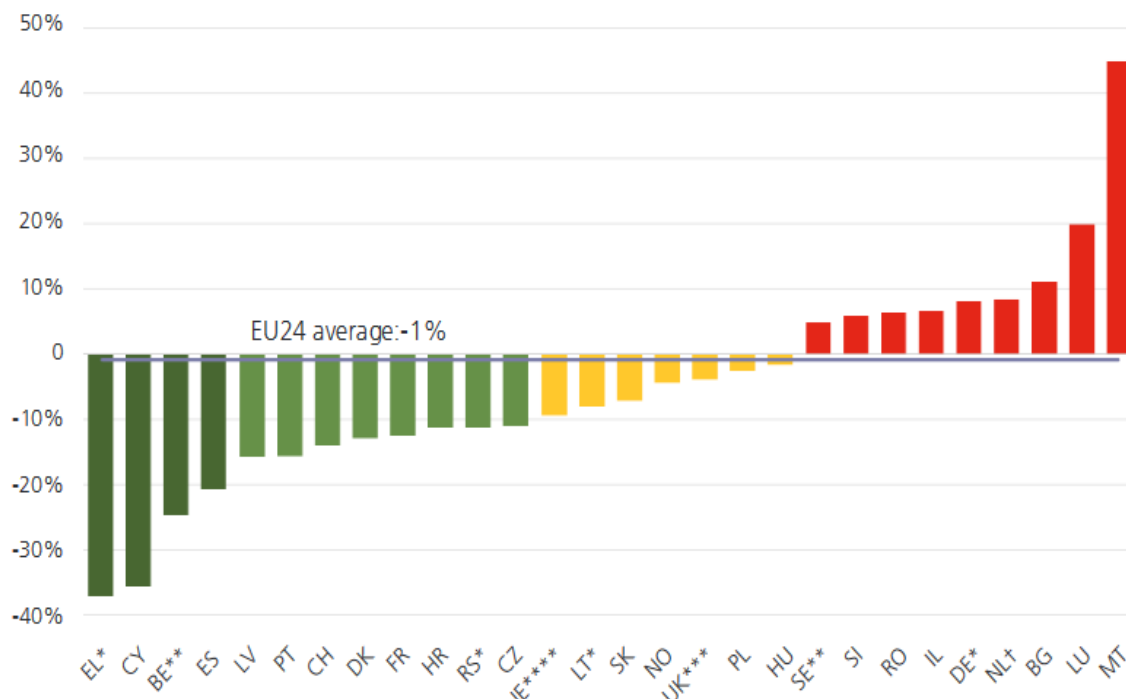
European Commission. Serious Injuries 2015 [Internet]. European Commission; 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/ersosynthesis2015-seriousinjuries25_en.pdf



Εικόνα 1: Νεκροί ανά Εκατομμύριον κατοίκων στην Ευρώπη το 2016

European Commission. Serious Injuries 2015 [Internet]. European Commission; 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/ersosynthesis2015-seriousinjuries25_en.pdf

Επιπλέον, το 2014, 135.000 άτομα τραυματίστηκαν σοβαρά(MAIS≥3) σε τροχαία ατύχημα στην Ευρώπη. Από το 2010 έως το 2015, το συνολικό ποσοστό των σοβαρών τραυματισμών μειώθηκε κατά 1% στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Διάγραμμα 2)[23].



Γράφημα 2: Ποσοστιαία Μεταβολή των καταγεγραμμένων σοβαρών τραυματισμών μεταξύ του 2010 – 2015 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
 European Commission. Serious Injuries 2015 [Internet]. European Commission; 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/ersosynthesis2015-seriousinjuries25_en.pdf

Ελλάδα

Η Ελλάδα εμφανίζει υψηλή συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων, καθώς συμβαίνουν κατά μέσον όρο 75 θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στις χώρες της Ευρώπης είναι μόλις 52 θάνατοι[22]. Ωστόσο, η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την μεγαλύτερη μείωση του ετήσιου αριθμού νεκρών από τροχαία ατυχήματα δεδομένου ότι ο αριθμός των θυμάτων έχει μειωθεί κατά -66,7% από το 1991.

Στον Πίνακα 1 παρακάτω παρουσιάζονται τα καταγεγραμμένα οδικά τροχαία ατυχήματα, οι θάνατοι και τραυματίες στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2010 – 2015.

Πίνακας 1:Αριθμός Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων και Παθόντων Προσώπων από το 2010 έως το 2017

Έτος Αναφοράς	Οδικά Τροχαία Ατυχήματα	Νεκροί	Βαριά Τραυματίες	Ελαφρά Τραυματίες
2010	15032	1,258	1,709	17,399
2011	13849	1141	1626	15633
2012	12398	988	1399	14241
2013	12109	879	1212	13963
2014	11690	795	1016	13548
2015	11440	793	999	13097
2016	11318	824	879	12946
2017	10729	739	702	12181

1.3 Αίτια Τροχαίων Ατυχημάτων

Οι βασικοί παράγοντες οι οποίοι συντελούν σε ένα τροχαίο ατύχημα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: ο οδηγός, το όχημα και το περιβάλλον. Στο 92,60% των συμβάντων συμμετέχει ο ανθρώπινος παράγοντας, στο 33,80% το περιβάλλον και στο 12,70% το όχημα[24].

1.3.1 Οδηγός

Ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα πρόκλησης των τροχαίων ατυχημάτων[15]. Οι ανθρώπινοι παράγοντες, που θεωρούνται υπεύθυνοι για τον αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος, κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες: (α) στόχοι και δεξιότητες του ατόμου για τη ζωή, (β) στόχοι και πλαίσιο οδήγησης, (γ) η επιδεξιότητα και (δ) η εμπειρία.

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει η γενική ιδέα ότι τα κίνητρα και οι στόχοι ενός ατόμου για τη ζωή, σε μια συγκεκριμένη φάση της ζωής του, καθώς και η ίδια του η προσωπικότητα (αυτοέλεγχος, φύλο, ηλικία, κοινωνικό υπόβαθρο) επηρεάζουν τον τρόπο οδήγησης του. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στους στόχους του ταξιδιού, στον σκοπό του και στο περιβάλλον στο οποίο γίνεται, δηλαδή πότε ο οδηγός αποφασίζει να οδηγήσει, με ποιον, και εάν πρέπει να οδηγήσει[25]. Σύμφωνα με τους Peräaho et al, αυτό περιλαμβάνει τον σχεδιασμό μιας διαδρομής οδήγησης και τον χρόνο οδήγησης (για παράδειγμα, οδήγηση κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας), καθώς και την επιλογή της κατάστασης οδήγησης (αλκοόλ, άγχος, κούραση κ.λπ.)[26]. Από την άλλη, η επιδεξιότητα αφορά την ικανότητα του οδηγού να αλληλεπιδρά με άλλους χρήστες του δρόμου, να είναι σε θέση να προβλέψει τη συμπεριφορά τους, αλλά και να δώσει τη δυνατότητα σε άλλους οδηγούς να κατανοήσουν και να προβλέψουν την οδηγική συμπεριφορά του. Τέλος, η τέταρτη κατηγορία, σχετίζεται στην ικανότητα του οδηγού να εκτελεί αυτόματα σημαντικούς χειρισμούς κατά την οδήγηση [25].

1.3.2 Οχημα

Τα ατυχήματα που συμβαίνουν εξαιτίας του οχήματος σχετίζονται με τις διάφορες μηχανικές παραμέτρους του οχήματος, όπως ποιότητα κατασκευής, τη δυνατότητα πέδησης και ανάρτησης. Επίσης σχετίζονται με την ηλικία του οχήματος, τη συντήρηση του και τον εξοπλισμό ασφαλείας (ζώνες ασφαλείας). Η τακτική συντήρηση του οχήματος, αποτρέπει τον απρόσμενο τραυματισμό των οδηγών και των συνεπιβατών.

1.3.3 Περιβάλλον

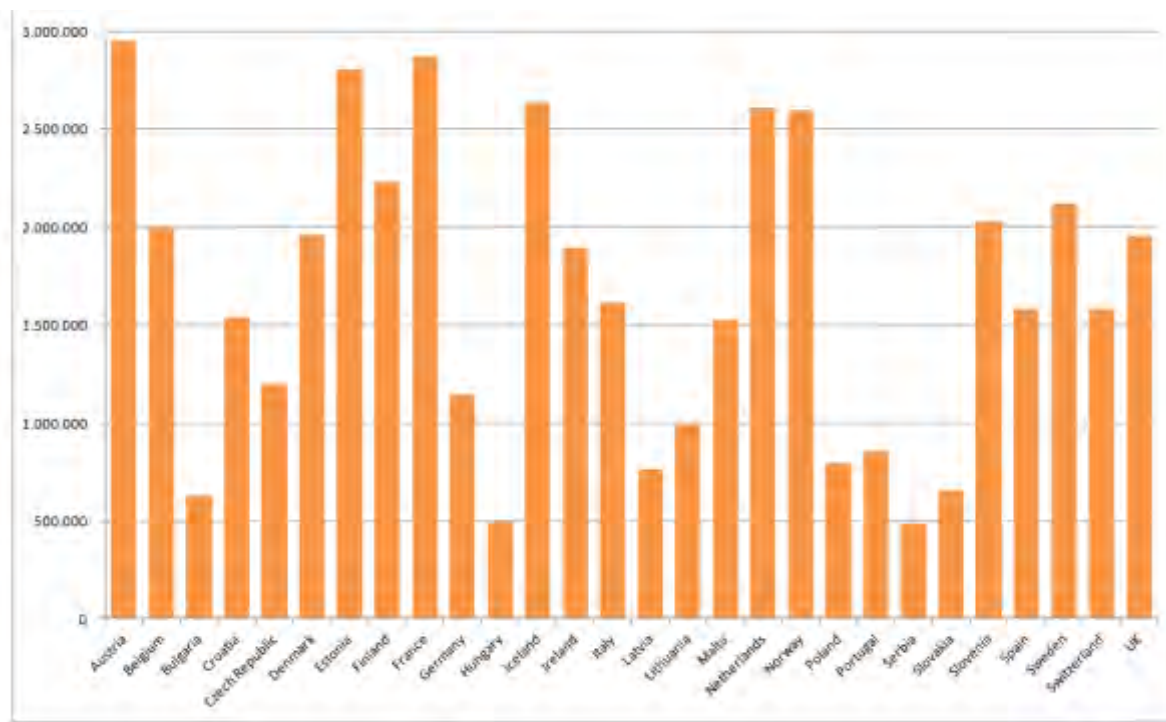
Το περιβάλλον αφορά τόσο το οδικό δίκτυο, όσο και το ευρύτερο φυσικό και δημιουργημένο περιβάλλον. Το φυσικό περιβάλλον χωρίζεται περαιτέρω σε: φως της ημέρας και κλίμα (καιρικές συνθήκες), χωρικές συνθήκες, το είδος οικισμού (αστική η αγροτική ή αραιοκατοικημένη περιοχή), την κατάσταση των περιοχών κατοικίας και των χώρων εργασίας και την τοπογραφία[27].

1.4 Επιπτώσεις Τροχαίων Ατυχημάτων

Τα τροχαία ατυχήματα συμβαίνουν σε ένα κλάσμα του δευτερολέπτου, αλλά οι συνέπειες τους μπορεί να δημιουργήσουν ημέρες, μήνες, χρόνια ή για το υπόλοιπο της ζωής. Ένα μεγάλο μέρος των ατόμων που εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα ανακάμπτουν από τους τραυματισμούς, ωστόσο μερικοί από αυτούς δεν ανακάμπτουν πλήρως και υποφέρουν από κάποιο είδος αναπηρίας. Σύμφωνα με μία μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία, το 15% αυτών που επιβιώνουν σε τροχαία ατυχήματα θα χρειαστεί να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο, το 32% θα λάβει άδεια ασθένειας από τη δουλειά του για έναν έως τρεις μήνες και το 29% θα παραμείνουν μακριά από τη δουλειά τους για περισσότερο από 3 μήνες[28]. Τα τροχαία ατυχήματα προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στα ίδια τα θύματα, όπως και στις οικογένειες αυτών, και στην ίδια την κοινωνία.

1.4.1 Οικονομικές Επιπτώσεις

Το κόστος μπορεί να χωριστεί στο κόστος των πόρων που καταναλώνονται λόγω συντριβής (κόστος υλικών ζημιών, κόστος υγειονομικής περίθαλψης και διοικητικό κόστος), καθώς και στο κόστος που προκύπτει από την απώλεια μελλοντικής παραγωγικής ικανότητας (απουσία από την εργασία, μακροπρόθεσμη αναπηρία ή θάνατος). Η εκτιμώμενη οικονομική επιβάρυνση των τροχαίων ατυχημάτων κυμαίνεται από 0,4% έως 3,1% του ΑΕΠ[29]. Το μέσο κόστος των θανατηφόρων ατυχημάτων, για το 2010, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 1.870.000 ευρώ, των τροχαία ατυχημάτων σοβαρών βλαβών 243.100 και των ελαφρών βλαβών 18.700 [17].



Γράφημα 3: Κόστος ανά Θανάσιμο τροχαίο στις Ευρωπαϊκές Χώρες το 2014

European Commission. Serious Injuries 2015 [Internet]. European Commission; 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/ersosynthesis2015-seriousinjuries25_en.pdf

1.4.2 Επιπτώσεις στην Υγεία του Ατόμου

Η κυριότερη και πιο άμεση επίπτωση των τροχαίων ατυχημάτων είναι η απώλεια σωματικής ακεραιότητας – υγείας των άμεσα εμπλεκόμενων. Ένα μη θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια νοσηλεία, αναπηρία ή οργανική βλάβη και να προκαλέσει σημαντικές λειτουργικές, γνωστικές και ψυχολογικές διαταραχές του άμεσα εμπλεκόμενου, καθώς και να επηρεαστεί η κοινωνική του ζωή [7,8]. Το 5% έως των 20% των ατόμων με σοβαρό τραυματισμό αντιμετωπίζει μέτρια έως σοβαρή δυσλειτουργία στις καθημερινές του δραστηριότητες 5 χρόνια μετά το ατύχημα [9]. Όσον αφορά στις κοινωνικές συνέπειες των ατυχημάτων παρατηρείται υποβάθμιση της ποιότητα ζωής του θύματος, αλλαγές στην κοινωνική, οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή, καθώς και αλλαγές στην στάση του απέναντι στη ζωή. Τα άτομα με οποιοδήποτε μορφή αναπηρίας προκαλούμενη από τον τραυματισμό τους καλούνται να αναπροσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους, όπως επίσης και οι οικογένειες τους [8].

1.4.3 Επιπτώσεις στην Οικογένεια

Ωστόσο, πέρα από τους άμεσα εμπλεκόμενους στα τροχαία ατυχήματα, επηρεάζεται σοβαρότατα και το οικογενειακό περιβάλλον του κάθε θύματος. Η απώλεια ενός ατόμου της οικογένειας προκαλεί έντονο άγχος, κατάθλιψη και σοκ, που μπορεί να οδηγήσουν την οικογένεια σε

κρίση και σε σύγκρουση των μελών της οικογένειας. Παράλληλα, τα έξοδα για την θεραπεία και αποκατάσταση του τραυματισμένου αλλάζει τις ισορροπίες μεταξύ των μελών της οικογένειας, καθώς καλούνται να καλύψουν το οικονομικό κενό.

Τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν το ρόλο του οικογενειακού φροντιστή, ένα εξαντλητικό και αγχωτικό καθήκον, λόγω της συναισθηματικής συμμετοχής και του μετασχηματισμού της προηγούμενη σχέσης αμοιβαιότητας σε εξαρτημένης[10,11]. Οι φροντιστές ανησυχούν για την υγεία του θύματος και αισθάνονται να υπερφορτώνονται, καθώς μετατίθενται σε αυτούς όλες οι ευθύνες(12).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

2.1 Η έννοια της φροντίδας

Όπως αναφέρουν οι Leininger και McFarland, ως φροντίδα ορίζεται “η υιοθέτηση πράξεων, συμπεριφορών και πρακτικών για την υποστήριξη και τη βοήθεια ατόμων ή ομάδων με εμφανείς ή προβλεπόμενες ανάγκες, με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ή του τρόπου ζωής” [30]. Το άτομο που ασκεί τη φροντίδα ονομάζεται φροντιστής ή περιθάλποντας.

Οι φροντιστές μπορεί να είναι τυπικοί ή άτυποι. Ο τυπικός φροντιστής είναι εκπαιδευμένος επαγγελματία υγείας, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες φροντίδας είτε με αμοιβή είτε εθελοντικά στο άτομο που έχει ανάγκη [31]. Τέτοιοι φροντιστές μπορεί να είναι οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Από την άλλη, άτυπος φροντιστής ονομάζεται ο υπεύθυνος για την παροχή ή την εξασφάλιση της φροντίδας για κάποιον άλλο, ο οποίος λόγω χρόνιας νόσου, αναπηρίας ή μεγάλης ηλικίας δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του [32]. Ο άτυπος φροντιστής είναι συνήθως συγγενής, φίλος ή γείτονας, ο οποίος εθελοντικά και μη αμοιβόμενος αναλαμβάνει την κυρίως φροντίδα του αγαπημένου ατόμου.

Χαρακτηριστικό της άτυπης φροντίδας είναι ότι οι φροντιστές παρέχουν στον ασθενή συνεχώς φροντίδα, ανεξαρτήτως ωραρίου, όλο το χρόνο, χωρίς να περιμένει καμία ανταλλαγή από την πλευρά του φροντιστή. Παράλληλα, υπάρχει συναισθηματικό δεσμός μεταξύ του φροντιστή και του ασθενή, καθώς τους συνδέει συγγενική σχέση, ή βαθιά σχέση φιλίας και αγάπης ή το αίσθημα υποχρέωσης (σύζυγος, σύντροφος, κόρη – υιός, μητέρα – πατέρας), που ενισχύει την επιβάρυνση του άτυπου του φροντιστή [33].

Οι άτυποι φροντιστές μπορούν να διακριθούν σε πρωτοβάθμιους και δευτεροβάθμιους. Οι πρωτοβάθμιοι άτυποι φροντιστές είναι τα εκείνοι οι οποίοι περνούν τον περισσότερο χρόνο τους με τον ασθενή, έχουν την ευθύνη του και λαμβάνουν όλες ή την πληθώρα των αποφάσεων που τον αφορούν [31]. Οι πρωτεύοντες φροντιστές επίσης μπορεί να δρουν υποστηρικτικά και να παρέχουν τυπική ή άτυπη φροντίδα (δεν έχουν όμως την πλήρη ευθύνη της φροντίδας). Όσον αφορά τους δευτεροβάθμιους άτυπους φροντιστές, πρόκειται για συγγενείς, φίλους ή γείτονες και λειτουργούν συνήθως υποστηρικτικά στους πρωτεύοντες [31,32].

Η φροντίδα των άτυπων φροντιστών περιλαμβάνει: τη διαχείριση του πόνου και της ασθένειας του πάσχοντος, την αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων και των συναισθημάτων, την επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, την περιποίηση και την προσωπική φροντίδα, τα ψώνια, την προετοιμασία φαγητού και σίτιση και τη βοήθεια στη μετακίνηση εντός και εκτός του σπιτιού.

2.2 Η έννοια της επιβάρυνσης

Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης εισήχθη αρχικά από τους Grad&Sainsbury[34] κατά την εξέταση της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν η οικογένεια άρχισε να γίνεται «το ίδρυμα επιλογής»[35] για τη φροντίδα αυτών των ασθενών. Ως επιβάρυνση ορίστηκε «τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια», δηλαδή θεωρείται η δύναμη που μεσολαβεί ανάμεσα στην ανικανότητα ενός ασθενούς και στην επίδραση που έχει η φροντίδα του στην οικογένεια και ειδικότερα στο άτομο που τον φροντίζει». Παράλληλα, οι Hoening&Hamilton[36] αναγνώρισαν δύο διαστάσεις της επιβάρυνσης, την υποκειμενική και την αντικειμενική επιβάρυνση. Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιοδήποτε παράγοντα μπορεί να διαταράξει τη ζωή της οικογένειας και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς, περιλαμβάνοντας στοιχεία όπως οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τα οικονομικά και η σωματική υγεία. Από την άλλη, η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία, με το πώς αντιλαμβάνονται οι φροντιστές την επιβάρυνση της φροντίδας και τις συναισθηματικές επιπτώσεις που τους προκαλεί[37,38].

Το 1980, οι Zarit et al[39] ανέλυσαν ακόμα περισσότερο αυτή τη διδιάστατη έννοια της επιβάρυνσης, δηλώνοντας ότι η επιβάρυνση είναι η έκταση στην οποία οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τη φυσική τους υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική υπόσταση ως αποτέλεσμα της φροντίδας του συγγενικού τους ατόμου. Από την άλλη, οι Miller και McFall[40] διέκριναν δύο άλλες διαστάσεις της επιβάρυνσης, την «προσωπική επιβάρυνση», που αφορά την αντίληψη του φροντιστή σχετικά με τα προβλήματα των προσωπικών πράξεων και δραστηριοτήτων που επηρεάζονται από τη φροντίδα, και τη «διαπροσωπική επιβάρυνση», που αφορά τα προβλήματα στη σχέση του με το φροντιζόμενο άτομο.

Άλλοι ορισμοί, παρουσιάζουν την επιβάρυνση ως την «πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της φροντίδας σε σχέση με τον προσωπικό χρόνο, τους κοινωνικούς ρόλους, τις φυσικές και συναισθηματικές καταστάσεις, τους οικονομικούς και στηρικτικούς πόρους των φροντιστών, δεδομένων των άλλων πολλαπλών ρόλων που έχουν να εκπληρώσουν» [37].

2.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες Επιβάρυνσης

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες της επιβάρυνσης είναι:

- 1) Το μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή σε σχέση με την επιβάρυνση του φροντιστή.

Η λειτουργική ανικανότητα του ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την εξάρτηση του ασθενούς τόσο στις βασικές καθημερινές του δραστηριότητες, όσο και σε πιο σύνθετες. Η αυξημένη λειτουργική ανικανότητα του ασθενούς, οδηγεί σε μεγαλύτερες ανάγκες για περισσότερη φροντίδα, με αποτέλεσμα την αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών. Στην μελέτη των Hai-PingMa et al., βρέθηκε ότι η επιβάρυνση είναι σημαντικά υψηλότερη στους φροντιστές που φροντίζουν ασθενείς με πλήρη κάκωση του νωτιαίου μυελού[41].

2) Το φύλο του φροντιστή.

Οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης της επιβάρυνσης σε σχέση με τις γυναίκες [41]. Παράλληλα, οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψυχιατρική νοσηρότητα, καθώς παρέχουν γενικά μεγαλύτερα ποσοστά άμεσης φροντίδας και δαπανούν περισσότερο χρόνο για φροντίδα σε σχέση με τους άνδρες. Οι άνδρες ανταποκρίνονται στις προκλήσεις της φροντίδας με πρακτικότερο τρόπο σε σχέση με τις γυναίκες, έχουν μικρότερη συναισθηματική ανάμειξη και χρησιμοποιούν μηχανισμούς που δημιουργούν μια ψυχολογική απόσταση[33].

3) Η διάρκεια της φροντίδας

Όσο αυξάνεται η διάρκεια της φροντίδας, όπως συμβαίνει σε ασθενείς με κάκωση του νωτιαίου μυελού και αναπηρίες, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα οι φροντιστές να αποκτήσουν μια ασθένεια. Σε μια μελέτη βρέθηκε, ότι το 10% των φροντιστών έπασχε από κάποια χρόνια πάθηση [41].

4) Η οικονομική κατάσταση του φροντιστή.

Το χαμηλό εισόδημα του οικογενειακού φροντιστή έχει συσχετιστεί με υψηλότερο βαθμό επιβάρυνσης. Οι οικονομικές εντάσεις μέσα στην οικογένεια δεν είναι ασυνήθιστες, δεδομένης της γενικότερης οικονομικής κατάστασης, και παρουσιάζονται ως ελάττωση στο εισόδημα του νοικοκυριού και αύξηση στα έξοδα που επιβάλλει η φροντίδα και η θεραπεία. Η κατάσταση χειροτερεύει αν οι οικονομικές εντάσεις προϋπήρχαν ανεξάρτητα της ασθένειας του ατόμου και της κατάστασης φροντίδας[33].

2.4 Οι ανάγκες των φροντιστών

Η αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας και των άλλων άτυπων φροντιστών είναι μείζονος σημασίας, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Ο μεγαλύτερος φόβος για τις περισσότερες οικογένειες και τους ίδιους ασθενείς είναι η εγκατάλειψη από τους επαγγελματίες υγείας. Η στήριξη στους φροντιστές πρέπει να διαθέσιμη σε όλα τα στάδια της

ασθένειας: κατά τη διάγνωση, στο σπίτι μετά τη θεραπεία, στους επανελέγχους και στο τελικό στάδιο [42].

Οι κύριες ανάγκες των άτυπων φροντιστών είναι:

- **Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη:** οι φροντιστές βιώνουν έντονο άγχος κατά την παροχή της φροντίδας που σχετίζεται: α) στο ότι εκτελούν σωματικά, κοινωνικά, συναισθηματικά και οικονομικά απαιτητικές εργασίες, β) στη συνεχώς προστιθέμενη φροντίδα στο άτομο που πάσχει και γ) στην έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και καθοδήγησης από τους επαγγελματίες υγείας (43). Παράλληλα, η παροχή φροντίδας σε ένα μέλος της οικογένειας σχετίζεται με τη θλίψη των φροντιστών, την αβεβαιότητα για το μέλλον του ασθενή, αλλά και την αδυναμία τους φροντιστή να διατηρήσει μία κοινωνική ζωή έξω από τις ανάγκες της φροντίδας [32].
- **Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη:** ο οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρύνεται σημαντικά από τη διαδικασία της φροντίδας. Το άμεσο οικονομικό φορτίο των φροντιστών περιλαμβάνει τις δαπάνες για την τακτική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τα φάρμακα, τις δαπάνες για τη φροντίδα στο σπίτι, την ιδρυματική φροντίδα και την νοσοκομειακή φροντίδα. Από την άλλη, το έμμεσο οικονομικό φορτίο φροντιστών περιλαμβάνει το χρόνο που δαπανάται για τη φροντίδα και την επίβλεψη των ασθενών και την απώλεια εργατοωρών [38,44]. Σε μια μελέτη με 110 οικογενειακούς φροντιστές ανοϊκών ασθενών, το 2015, βρέθηκε ότι στο 34,3% των φροντιστών είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση, ενώ το 39,2% δήλωσε ότι βρισκόταν σε προβληματική οικονομική κατάσταση. Παράλληλα, σε άλλη μελέτη οι φροντιστές εξέφρασαν φόβο μήπως σε περίοδο ανάγκης δεν υπάρχει η δυνατότητα να παρέχουν τα απαραίτητα στο συγγενή τους [45].
- **Ανάγκη για πνευματική υποστήριξη:** η πνευματική κρίση εμφανίζεται όταν τα άτομα αδυνατούν να βρουν πηγές νοήματος, ελπίδας, αγάπης, ειρήνης, δύναμης, ανακούφισης και σύνδεσης με τη ζωή τους. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί όταν υπάρχει διαμάχη μεταξύ των όσων πιστεύουν και των όσων συμβαίνουν στη ζωή τους. Η πνευματική ευεξία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών από τη φροντίδα, όπως έχει φανεί και στη μελέτη του Spurlock[46].
- **Ανακούφιση από τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης.** Η παρεχόμενη φροντίδα μπορεί να μετατραπεί σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανομημένο βάρος. Τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν εξολοκλήρου όλες τις ευθύνες φροντίδας, χωρίς να έχουν πλήρη επίγνωση των φορτίων του ρόλου του φροντιστή. Τα φορτία σχετίζονται με τις απαιτήσεις του

χρόνου, τη σωματική εξάντληση, το οικονομικό κόστος, το ψυχολογικό στρες και τη διαταραχή της κοινωνικής τους ευημερίας [47]. Η σταδιακή επιδείνωση της υγείας των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα οι φροντιστές να περιορίζουν όλο και περισσότερο τις κοινωνικές τους επαφές, τα χόμπι τους, ακόμα και την εργασία τους, καθώς αδυνατούν να αφήσουν μόνο το συγγενή τους [32]. Παράλληλα, παρατηρείται μετατόπιση των ρόλων, καθώς οι φροντιστές επωμίζονται όλες τις ευθύνες που κατείχαν προηγουμένως οι ασθενείς. Οι φροντιστές νοιώθουν ότι χάνουν τον εαυτό τους, ενώ δημιουργείται σύγχυση σχετικά με την προσωπική τους ταυτότητα [48]. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λοιπόν, οι ανάγκες των άτυπων φροντιστών να αναγνωρίζονται και να τηρούνται. Οι φροντιστές που δεν αφοσιώνονται πλήρως στη φροντίδα και θέτουν όρια στην προσφορά της φροντίδας, έχουν μικρότερη πιθανότητα να υπερεξαντληθούν [49].

- Ανάγκη για επικοινωνία, εκπαίδευση και ενημέρωση: η επαρκής ενημέρωση και εκπαίδευση των φροντιστών μειώνει την επιβάρυνση που βιώνουν, βελτιώνει την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της φροντίδας, μειώνει το άγχος τους και βελτιώνει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας [32]. Ακόμα, η επικοινωνία αποτελεί σημαντικό κομμάτι στη ζωή ενός φροντιστή. Η σωματική και συναισθηματική εξουθένωση των φροντιστών, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική τους απομόνωση. Οι φροντιστές αισθάνονται ότι δεν υπάρχει κάποιος να τους καταλάβει την κατάσταση τους. Συνεπώς, η συναναστροφή των φροντιστών με άλλα άτομα τους βοηθάει να μην νοιώθουν μόνοι και βελτιώνει την παρεχόμενη φροντίδα τους [50].

Γίνεται κατανοητό λοιπόν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εκτιμούνται και να αξιολογούνται οι ανάγκες των φροντιστών. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσω εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων, όπως η κλίμακα της επιβάρυνσης «The Zarit Burden Interview» (39) και μέσω της συμβουλευτικής [32].

2.5 Οφέλη της Άτυπης Φροντίδας στους Φροντιστές

Τα οφέλη της άτυπης φροντίδας στους φροντιστές είναι ότι ο φροντιστής:

- αισθάνεται ότι κάνει κάτι το χρήσιμο,
- αισθάνεται ότι κάποιος/ κάποια τον χρειάζεται,
- μαθαίνει νέες δεξιότητες,
- δίνει ένα νέο νόημα στη ζωή του

- κερδίζει την αίσθηση της ολοκλήρωσης από την εκπλήρωση του καθήκοντος/ υποχρέωσης και την απόλαυση που προέρχεται από την ίδια τη φροντίδα ή από τη συντροφιά με τον αποδέκτη της φροντίδας
- νοιώθει ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα με την μορφή εκπλήρωσης των συναισθημάτων του,
- αισθάνεται σημαντικός και υπεύθυνος,
- γίνεται ευαίσθητος απέναντι στα άτομα με αναπηρία και
- έχει την αίσθηση της συντροφικότητας και του νοήματος στο πλαίσιο της διαμορφούμενης σχέσης[32].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την μελέτη των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των φροντιστών ασθενών σε αποκατάσταση από τροχαία ατυχήματα. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των φροντιστών ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο αποκατάστασης κατόπιν τροχαίου ατυχήματος, σε συνδυασμό με την έλλειψη ερευνητικών δεδομένων στον Ελλαδικό χώρο, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των φροντιστών και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές παραμέτρους δημιούργησαν την ανάγκη πραγματοποίησης της συγκεκριμένης εργασίας.

Επιμέρους στόχοι αποτέλεσαν:

- Αξιολόγηση της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής για όλα τα εργαλεία της μελέτης με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha.
- Αξιολόγηση του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών που πραγματοποιήθηκε με την Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview).
- Αξιολόγηση της γενικής υγείας των φροντιστών με το Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36), καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία με την κλίμακα Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), της πνευματικότητας με την κλίμακα Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK-SF-15) και της κρίσης της οικογένειας με την κλίμακα Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPEs).
- Μελέτη συσχετίσεων μεταξύ της επιβάρυνσης και των υπόλοιπων χρησιμοποιούμενων κλιμάκων.
- Συσχέτιση των κλιμάκων με τα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών, όπως φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη ήταν περιγραφική με συγχρονικές συγκρίσεις και επιμέρους συσχετίσεις.

4.2 Δείγμα Μελέτης

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2018 έως τον Ιούνιο του 2018. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 60 μέλη οικογενειών που φροντίζουν συγγενή τους κατόπιν τροχαίου ατυχήματος και βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης. Οι προϋποθέσεις συμμετοχής των φροντιστών στη μελέτη ήταν οι εξής:

- Η ύπαρξη κατάλληλου μορφωτικού επιπέδου, ώστε οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων να γίνονται κατανοητές,
- η εκδήλωση ενδιαφέροντος για συμμετοχή στην παρούσα έρευνα.

4.3 Εργαλεία Μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι φροντιστές χωρίζεται σε δύο τμήματα (Παράρτημα 1):

- Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση καθώς και η σχέση με τον ασθενή, αποτελούν το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου. Επίσης καταγράφηκαν δεδομένα που αφορούν την κατάσταση του ασθενή και της παρεχόμενης φροντίδας, όπως το χρονικό διάστημα φροντίδας από τον φροντιστή και οι παρενέργειες από το ατύχημα.
- Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τα τέσσερα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια - Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire – CAQ), Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - F-COPES), Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness - SpREUK-SF-15) και την Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview) - και ένα ερωτηματολόγιο γενικής υγείας, Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36).

4.3.1 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire – CAQ)

Πρώτος ο Eifert και οι συνεργάτες, του ανέπτυξαν την Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), το 2000. Σκοπός του σχεδιασμού της συγκεκριμένης κλίμακας είναι η μέτρηση του άγχους των σωματικών αισθήσεων και η συσχέτισή του με την λειτουργία της καρδιάς. Περιλαμβάνει 18 προτάσεις, που αναφέρονται σε διαστάσεις που σχετίζονται με τις σωματικές αισθήσεις της λειτουργίας της καρδιάς, με την χρήση της μεθόδου Likert, με πενταβάθμια διαβάθμιση, που ξεκινά από "ποτέ" (0) και καταλήγει στο " πάντα" (4). Το CAQ αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: (α) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (β) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (γ) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις)[51]. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις[52], όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει[53].

Το CAQ σταθμίστηκε και προσαρμόστηκε σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τη Δραγιώτη και τους συνεργάτες της, με αποτέλεσμα η κλίμακα να αποτελείται από 10 προτάσεις. Στην σταθμισμένη ελληνική έκδοση η υποκλίμακα «φόβος και ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα» αποτελείται από τέσσερις προτάσεις, η υποκλίμακα «αποφυγή δραστηριοτήτων» από τρεις προτάσεις και η υποκλίμακα «επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία» από τρεις προτάσεις [53]. Όσο τα αποτελέσματα στο CAQ είναι υψηλά, άλλο τόσο υψηλότερο είναι το άγχος σε σύγκριση με την λειτουργία της καρδιάς. Η συνολική βαθμολογία του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των βαθμών που δίνονται σε κάθε πρόταση. Ομοίως, τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας μετρώνται, ως μέσος όρος της δοθείσας βαθμολογίας για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα[51,53].

4.3.2 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness - SpREUK-SF-15)

Με το ερωτηματολόγιο SpREUK-sf-15 του Bussing, θα μετρηθεί η θρησκευτικότητα και πνευματικότητα. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας. Η κλίμακα περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σύμφωνα με μία κλίμακα 5βαθμης συχνότητας (με πρώτη συχνότητα το 1=δεν ισχύει καθόλου και τελευταία το 5=ισχύει απόλυτα). Το SpREUK-sf-15 περιλαμβάνει 3 διαστάσεις: α) Αναζήτηση για υποστήριξη (Search for Support /Access), β) Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance / Source) και γ)

Αντανάκλαση - θετική ερμηνεία της ασθένειας(Reflection - Positive Interpretation of Disease). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν ίσος με 0,816[54].

4.3.3 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - F-COPES)

Η Κλίμακα F-COPES χρησιμοποιείται για την διερεύνηση των μεθόδων επίλυσης των συμπεριφορικών στρατηγικών και των προβλημάτων, που χρησιμοποιεί μία οικογένεια όταν αντιμετωπίζει μία κρίση ή κάποιο πρόβλημα [55]. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες είναι διαβαθμισμένες σε κλίμακα συχνότητας πέντε διαβαθμίσεων (1=Διαφωνώ πολύ, 2=Διαφωνώ λίγο, 3=Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ λίγο και 5=Συμφωνώ πολύ). Η κλίμακα αποτελείται από πέντε υποκλίμακες, που αντιστοιχούν σε πέντε παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια: (1) παθητική αξιολόγηση, (2) κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας, (3) αναζητώντας πνευματική υποστήριξη, (4) επανασχεδιασμός και (5) προσανατολισμός προς κοινωνική υποστήριξη. Η ερώτηση 18 περιλαμβάνεται μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, και σε κανένα άλλο παράγοντα, εξαιτίας της μικρής φόρτωσής της στους παράγοντες. Η βαθμολογία της κλίμακας F-COPES προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις της. Η υψηλή βαθμολογία που παρουσιάζεται σε μερικές υποκλίμακες έχει ως αιτία την συχνή χρήση του τρόπου επίλυσης ή της στρατηγικής, ως προς το πρόβλημα που αναφέρεται. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869[56].

4.3.4 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36)

Το ερωτηματολόγιο SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware και αποτελεί ένα μέτρο θέσης υγείας, το οποίο κατασκευάστηκε προκειμένου να εκφράσει στην κλινική πρακτική την άποψη των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την έκβαση της υγείας τους, σε δύο τουλάχιστον ή περισσότερα χρόνια στάδια. Συνήθως, εκφράζει την άποψη σε τρία στάδια: Πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία. Η επισκόπηση υγείας SF-36 θεωρείται ιδανική για συμπλήρωση με την χρήση της συνέντευξης, για αυτοσυμπλήρωση, για άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 14 ετών, ή για πρόσωπο με πρόσωπο απαντήσεις [57].

Το ερωτηματολόγιο SF-36 περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, που χωρίζονται σε οκτώ επιμέρους κλίμακες, από 2–10 ερωτήσεις η καθεμιά κλίμακα. Οι οκτώ επί μέρους κλίμακες είναι: η Σωματική Λειτουργικότητα (physical functioning, PF), ο Σωματικός Πόνος (bodily pain, BP), ο Σωματικός Ρόλος (role physical, RF), η Γενική Υγεία (general health, GH), η Ζωτικότητα (vitality, VT), η Κοινωνική Λειτουργικότητα (social functioning, SF), ο Συναισθηματικός Ρόλος (role emotional, RE)

και η Διανοητική Υγεία (mentalhealth, MH). Σε καθεμιά από τις οκτώ κλίμακες αξιολόγησης αντιστοιχεί συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων κλειστού τύπου με διατυπωμένες απαντήσεις.

Οι διαβαθμίσεις στο εύρος των επιλογών των απαντήσεων κυμαίνεται από 2–5 διαβαθμίσεις (π.χ. υπάρχουν ερωτήσεις όπου η απάντηση είτε έχει δύο επιλογές, «Ναι» ή «Όχι», είτε τρεις επιλογές: (α) «Ναι, με περιορίζει πολύ», (β) «Ναι, με περιορίζει λίγο», (γ) «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου», είτε πέντε επιλογές: (α) «Καθόλου», (β) «Ελάχιστα», (γ) «Μέτρια», (δ) «Αρκετά» και (ε) «Πάρα πολύ». Η βαθμολόγηση της κάθε διάστασης μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 είναι η ελάχιστη δυνατή τιμή και η τιμή 100 (άριστη υγεία) είναι η μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας. Εκατό βαθμοί αντιστοιχούν στην ιδανική ποιότητα ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία, και μηδέν βαθμοί στην χειρότερη. [57].

Το ερωτηματολόγιο SF-36 χρησιμοποιείται για την μέτρηση δύο κλιμάκων: (α) τη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας, που περιλαμβάνει την ομαδοποίηση των εννοιών της Γενικής Υγείας, της Ζωτικότητας, της Φυσικής Λειτουργίας, του Σωματικού Πόνου και του Φυσικού Ρόλου και (β) Τη συνοπτική κλίμακα Διανοητικής Υγείας, που περιλαμβάνει την ομαδοποίηση των εννοιών της Γενικής Υγείας, της Ζωτικότητας, της Κοινωνικής Λειτουργίας, του Συναισθηματικού Ρόλου και της Διανοητικής Υγείας

Στην Ελλάδα διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα με το συντελεστή Cronbach's alpha να υπερβαίνει το 0,70. Ενδεικτικά, ο ελληνικός μέσος όρος βαθμολογίας στις οκτώ κλίμακες για υγιείς, ηλικίας 55–65 ετών, αστικής προέλευσης είναι στη Σωματική Λειτουργικότητα: 74,82, στο Σωματικό Ρόλο: 76,04, στο Σωματικό Πόνο: 71,17, στη Γενική Υγεία: 60,85, στη Ζωτικότητα: 62,93, στην Κοινωνική Λειτουργικότητα: 80,52, στο Συναισθηματικό Ρόλο: 78,19 και στη Διανοητική Υγεία: 66,93[58].

4.3.5 Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)

Για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα της Επιβάρυνσης (Zarit Burden Interview - ZBI) αποτελείται από 22 ερωτήσεις των Zarit & Zarit του 1990. Η κλίμακα επιβάρυνσης σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την υποκειμενική επιβάρυνση των Αμερικανών φροντιστών ασθενών με άνοια, αλλά έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες και κουλτούρες [39].

Η ZBI περιλαμβάνει 4 παράγοντες επιβάρυνσης: 1) Προσωπική ένταση, 2) Ένταση Ρόλου, 3) Αποστέρηση Σχέσεων και 4) Διαχείριση της Φροντίδας. Η μέτρηση της προσωπικής έντασης πραγματοποιείται με ερωτήσεις που αναφέρονται σε προσωπικά πιεστικά συναισθήματα που

προκαλούν στον φροντιστή χρόνια κόπωση και την αίσθηση πιθανότητας βλάβης στην υγεία του. Στην περίπτωση που η βαθμολογία στη διάσταση της προσωπικής έντασης είναι υψηλή, τότε προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο φροντιστής βρίσκεται σε επαπειλούμενη ψυχική κατάρρευση.

Η ένταση του ρόλου περιλαμβάνει ερωτήσεις που μελετούν το βάρος που διακατέχει τον φροντιστή, λόγω των έντονων συναισθημάτων που δημιουργούνται από την φροντίδα του ασθενή και της εξάρτησης του. Η συγκεκριμένη διάσταση αναφέρεται στα αρνητικά συναισθήματα που οφείλονται κατά κύριο λόγο, στα συμπεριφορικά προβλήματα.

Η αποστέρηση σχέσεων αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις του φροντιστή με τον κοινωνικό του περίγυρο και την οικογένειά του, η οποία λόγω της δυσκολίας του επαγγέλματός οδηγείται σε διάφορες δυσκολίες.

Τέλος, η διαχείριση της φροντίδας διερευνάται με την χρήση δύο ερωτήσεων που μελετούν την ικανότητα του φροντιστή να παρέχει τις απαραίτητες διαδικασίες για την φροντίδα του ασθενή, καθώς και την αμφισβήτηση που βιώνει πολλές φορές για την ικανότητά του.

Για κάθε σημείο, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να αναφέρουν πόσο συχνά έχουν αισθανθεί με αυτόν τον τρόπο, σε μια κλίμακα με ανιούσα διάταξη (από το 0=ποτέ μέχρι το 4=σχεδόν πάντα). Ο συνοπτικός δείκτης (συνολική βαθμολογία) της κλίμακας αποτελεί το άθροισμα των αντιδράσεων στα ξεχωριστά σημεία. Ψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές μεγαλύτερης επιβάρυνσης του φροντιστή, με μέγιστη τιμή το 88. Πιο συγκεκριμένα, βαθμολογία από 0-20 αντιστοιχεί σε ελάχιστη έως καμία επιβάρυνση, από 21 – 40 σε ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, από 41 – 60 σε μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και 61 – 88 σε σοβαρή επιβάρυνση[37.38].

4.4 Ηθική και Δεοντολογία

Εξασφαλίστηκε η άδεια από το κέντρο της αποκατάστασης που συμμετείχε στη μελέτη. Τα άτομα που επρόκειτο να συμμετέχουν στη μελέτη ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τους φροντιστές αποτελούσε αυτόματα συγκατάθεση συμμετοχής τους στην μελέτη. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Τα στοιχεία που ελήφθησαν, από τους συμμετέχοντες, ήταν εμπιστευτικά και κρατήθηκαν απόρρητα σε όλες τις φάσεις της έρευνας, της συλλογής της επεξεργασίας και της ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων. και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

Η προτεινόμενη μελέτη ήταν μια μη πειραματική μελέτη. Κατά την διεξαγωγή της δεν απαιτήθηκε ασφαλιστική κάλυψη διότι δεν χορηγήθηκε κανένα υπό δοκιμή φάρμακο και δεν πραγματοποιήθηκε καμία παρεμβατική διαδικασία στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Από τη διενέργεια της μελέτης αυτής δεν υπήρξε οικονομική επιβάρυνση για το κέντρο αποκατάστασης.

Τέλος εξασφαλίστηκε η άδεια από τους δημιουργούς των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη.

4.5 Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πακέτο στατιστικών εφαρμογών SPSS 24.0. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0.05$.

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή. Για τις ποιοτικές χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα. Η κατανομή των μεταβλητών ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητα.

Έγινε χρήση των στατιστικών ελέγχων Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Στις περιπτώσεις όπου απορρίφθηκε η υπόθεση της κανονικότητας, έγινε χρήση μη παραμετρικών ελέγχων για τη διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικών σχέσεων και συσχετίσεων. Η μη ύπαρξη κανονικότητας επιβεβαιώθηκε και από την οπτική επισκόπηση των αντίστοιχων ιστογραμμάτων, normal Q-Q plots και box-plots των μεταβλητών. Ανάλογα εφαρμόστηκαν παραμετρικές ή μη παραμετρικές διαδικασίες.

Πραγματοποιήθηκαν, επίσης, οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι για τη διερεύνηση τυχόν σχέσεων και συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και των κλιμάκων, καθώς συσχετίστηκαν οι κλίμακες μεταξύ τους και υπολογίστηκαν οι κατάλληλοι συντελεστές συσχέτισης, ορίζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05. Σε όσες περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίο (κάτι που συνέβη στην πλειονότητα των περιπτώσεων), έγινε χρήση μη παραμετρικών ελέγχων.

Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκαν α) οι μέσες τιμές και παραμετρικές συγκρίσεις (δοκιμασία t-test και Anova, ανάλυση μεταβλητότητας), β) οι διάμεσες τιμές και μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες (δοκιμασία Mann-Whitney U και Kruskal - Wallis), όπου υπαγορεύτηκαν εξαιτίας περιορισμών των μεταβλητών και του μεγέθους των ομάδων.

Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ δυο μεταβλητών εκφράστηκε με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Pearson's r (r) ή τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman's ρ (ρ), όπου υπαγορεύτηκε εξαιτίας περιορισμών των μεταβλητών.

Επιπλέον, έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha (α) για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων. Η αξιοπιστία και εσωτερική συνοχή ενός εργαλείου θεωρείται αποδεκτή όταν ο συντελεστής α είναι μεγαλύτερος από 0,70 και μικρότερος από 0,95. Πάνω από 0,95 θεωρείται ένδειξη πλεονασμού των ερωτήσεων της κλίμακας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Φροντιστών

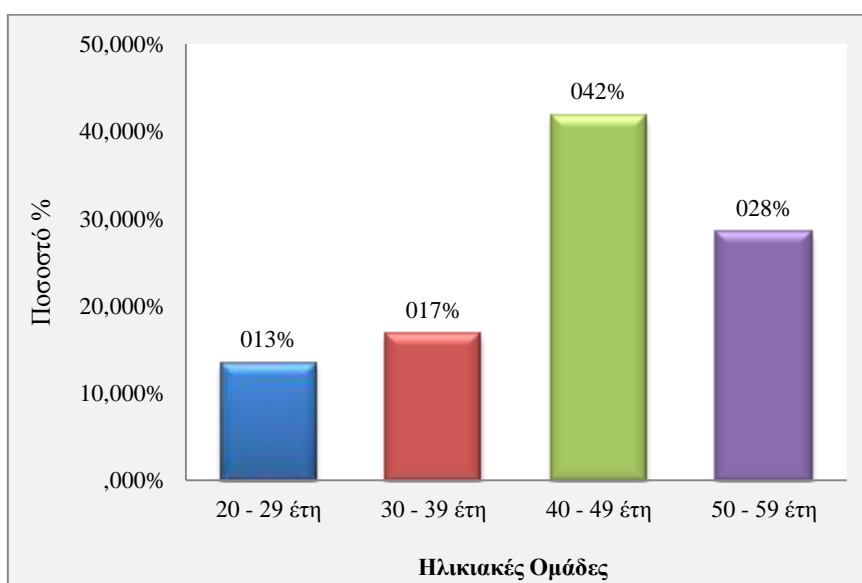
Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 60 φροντιστές ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης μετά από τροχαίο ατύχημα, εκ των οποίων οι 18 (30%) ήταν άνδρες και οι 42 (70%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των φροντιστών ήταν 43,36(\pm 9,44) ετών, με εύρος 23-58 έτη. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 42,75(\pm 10,59), ενώ η μέση ηλικία των γυναικών 43,36(\pm 9,44) ετών, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,930$). (Πίνακας 2, Γράφημα 3, Γράφημα 4). Το 41,7% του δείγματος άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 40 – 49 ετών.

Πίνακας 2: Φύλο και Ηλικία Φροντιστών

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Στατιστικός Έλεγχος
Φύλο	18 (30%)	42 (70%)	60 (100%)	
Ηλικία (έτη) x (\pm SD) min-max	42,75 (\pm 10,59) 24 - 58	43,62 (\pm 9,05) 23 - 58	43,36 (\pm 9,44) 23 - 58	Mann-Whitney U=291,50 p=0,930
Ηλικία σε ομάδες				
20 – 29 έτη	2 (11,2%)	6 (14,3%)	8 (13,3%)	
30 – 39 έτη	4 (22,2%)	6 (14,3%)	10 (16,7%)	
40 – 49 έτη	6 (33,3%)	19 (45,2%)	25 (41,7%)	
50 – 59 έτη	6 (33,3%)	11 (26,2%)	17 (28,3%)	



Γράφημα 3: Φύλο Φροντιστών



Γράφημα 4: Κατανομή των φροντιστών ανά ηλικιακή ομάδα

Όσον αφορά την κατανομή των φροντιστών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, 14(23,3%) φροντιστές ήταν άγαμοι, 37 (61,7%) ήταν παντρεμένοι, 2 (3,3%) διαζευγμένοι και 7 (11,7%) δήλωσαν ότι είναι χήροι(-ες). Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($p=0,047$) (Πίνακας 2).

Η πλειοψηφία των φροντιστών (50%) διέμεναν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους, το 30% διέμεναν σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους και το 20% των φροντιστών σε χωριό/κωμόπολη, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,681$) (Πίνακας 3).

Δύο (3,3%) φροντιστές από το σύνολο του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 3 (5%) απόφοιτοι Γυμνασίου, 21 (35%) απόφοιτοι Λυκείου, 23 (38,3%) απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, 5 (8,3%) φοιτητές και 6 (10%) ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης μεταξύ των ανδρών φροντιστών και των γυναικών ($p=0,364$) (Πίνακας 3).

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, η πλειοψηφία των φροντιστών, 21 (35%), ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 13 (21,7%) φροντιστές ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 8 (13,3%) αυτοαπασχολούμενοι, 7 (11,7%) συνταξιούχοι, 7 (11,7) ασχολούνταν με τα οικιακά και μόλις 2 (3,3%) ήταν άνεργοι. Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($p=0,048$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση και τον τόπο διαμονής.

	Ανδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Στατιστικός Έλεγχος
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος/-η	10 (55,6%)	4 (9,5%)	14 (23,3%)	Pearson $\chi^2=7,941$ $p=0,047$
Έγγαμος/-η	8 (44,4%)	29 (69%)	37 (61,7%)	
Διαζευγμένος/-η	0 (0%)	2 (4,8%)	2 (3,3%)	
Χήρος/-α	0 (0%)	7 (16,7%)	7 (11,7%)	
Τόπος Διαμονής				
Χωριό/Κωμόπολη	2 (11,1%)	10 (23,8%)	12 (20%)	Pearson $\chi^2=0,767$ $p=0,681$
Πόλη <150.000 κατοίκους	10 (55,6%)	20 (47,6%)	30 (50%)	
Πόλη >150.000 κατοίκους	6 (33,3%)	12 (28,6%)	18 (30%)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης				
Απόφοιτος Δημοτικού	0 (0%)	2 (4,8%)	2 (3,3%)	Pearson $\chi^2=5,447$ $p=0,364$
Απόφοιτος Γυμνασίου	2 (11,1%)	1 (2,4%)	3 (5%)	
Απόφοιτος Λυκείου	3 (16,7%)	18 (42,9%)	21 (35%)	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	9 (50%)	14 (33,3%)	23 (38,3%)	
Φοιτητής/-τρια	2 (11,1%)	3 (7,1%)	5 (8,3%)	
Μεταπτυχιακό	2 (11,1%)	4 (9,5%)	6 (10%)	

Επαγγελματική Κατάσταση				
Άνεργος	1 (6,1%)	1 (2,4%)	2 (3,8%)	Pearson χ^2 =12,69 p=0,048
Οικιακά	0 (0%)	7 (16,7%)	7 (11,7%)	
Αυτοαπασχολούμενος	5 (27,8%)	3 (7,1%)	8 (13,3%)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	9 (50%)	12 (28,6%)	21 (35%)	
Δημόσιος Υπάλληλος	1 (6,1%)	12 (28,6%)	13 (21,7%)	
Συνταξιούχος	0 (0%)	4 (9,5%)	4 (6,7%)	
Φοιτητής/-τρια	2 (11,1%)	3 (8,3%)	5 (8,3%)	

Το 55% του συνόλου των φροντιστών είχαν αδέρφια, με την πλειοψηφία αυτών, 66,7%, να έχουν έναν αδερφό. Επίσης, το 66,7% του συνόλου των φροντιστών είχαν παιδιά, με την πλειοψηφία αυτών, 55%, να έχει δύο παιδιά (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με την ύπαρξη και των αριθμών αδερφιών και παιδιών

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Στατιστικός Έλεγχος
Έχετε αδέρφια;				
Ναι	14 (77,8%)	19 (45,2%)	33 (55%)	Pearson χ^2 =3,805 p=0,051
Όχι	4 (22,2%)	23 (54,8%)	27 (45%)	
Αριθμός Αδερφιών				
Ένα	12 (83,3%)	11 (57,9%)	22 (66,7%)	
Δύο	0 (0%)	4 (21,1%)	4 (12,1%)	
Τρία	1 (8,3%)	1 (5,2%)	2 (6,1%)	
Τέσσερα και πάνω	1 (8,3%)	3 (15,8%)	4 (12,1%)	
Έχετε παιδιά;				
Ναι	10 (55,6%)	30 (71,4%)	40 (66,7%)	Pearson χ^2 =0,979 p=0,322
Όχι	8 (44,4%)	12 (28,6%)	20 (33,3%)	
Αριθμός Παιδιών				
Ένα	2 (20%)	12 (40%)	14 (35%)	
Δύο	8 (80%)	14 (46,7%)	22 (55%)	
Τρία	0 (0%)	3 (10%)	3 (7,5%)	
Τέσσερα	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (2,5%)	

5.2 Δεδομένα σχετικά με το άτομο που φροντίζουν

Είκοσι δύο (36,6%) φροντιστές φρόντιζαν το παιδί τους, 7 (11,7%) τον αδερφό/ή τους, 15 (25%) το γονιό τους (μητέρα ή πατέρα), 14 (23,3%) το σύντροφό τους, 1 φροντιστής (1,7%) την εγγονή του και 1 (1,7%) την γιαγιά του (Πίνακας 5, Γράφημα 5).

Πίνακας 5: Σχέση φροντιστή - ασθενή

	Σύνολο Φροντιστών N(%)

Σχέση με τον ασθενή	
Τέκνο (γιος ή κόρη)	22 (36,6%)
Αδερφός/-ή	7 (11,7%)
Γονιός (μητέρα ή πατέρας)	15 (25%)
Σύντροφο	14 (23,3%)
Εγγονός/-ή	1 (1,7%)
Παππούς/Γιαγιά	1 (1,7%)



Γράφημα 5: Γράφημα 3: Σχέση φροντιστή - ασθενή

Η μέση διάρκεια φροντίδας ήταν 18,65(±12,4) μήνες, με το 16,7% των φροντιστών να φροντίζουν τον ασθενή λιγότερο από ένα χρόνο, το 53,3% από ένα έως δύο χρόνια και το 30% για πάνω από δύο χρόνια. Καθημερινά, το 3,3% του συνόλου των φροντιστών φρόντιζαν τον ασθενή λιγότερο από 8 ώρες, το 43,3% των φροντιστών από 8 έως 16 ώρες και το 53,4% των φροντιστών φρόντιζαν τον ασθενή 16 ή περισσότερες ώρες. Τέλος, η πλειοψηφία των φροντιστών (91,7%) φρόντιζαν τον ασθενή 7 ημέρες την εβδομάδα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Λεδομένα σχετικά με τη διάρκεια παρεχόμενη φροντίδα

	Σύνολο Φροντιστών N(%)
Διάρκεια Φροντίδας (μήνες)	
x (±SD)	18,65(±12,4)
min-max	1 - 60
Χρονικό Διάστημα Φροντίδας	
<1 χρόνο	10 (16,7%)
[1 - 2) χρόνια	32 (53,3%)
≥ 2 χρόνια	18 (30%)

Διάρκεια Φροντίδας (ώρες) ημερησίως x (\pm SD) min-max	17,32 (\pm 7,15) 4 - 24
Διάρκεια Φροντίδας (ώρες) ημερησίων, σε κατηγορίες < 8 ώρες/ημέρα [8 – 16] ώρες/ημέρα \geq 16 ώρες/ημέρα	2 (3,3%) 26 (43,3%) 32 (53,4%)
Ημέρες Φροντίδας ανά Εβδομάδα 4 ημέρες/ εβδομάδα 3 ημέρες/εβδομάδα 7 ημέρες/εβδομάδα	2 (3,3%) 3 (5%) 55 (91,7%)

Μόνο 4 φροντιστές (6,7%) φρόντιζαν τον ασθενή μόνοι τους, ενώ το 93,3% των φροντιστών μοιράζονταν την φροντίδα. Το 26,7% των φροντιστών μοιραζόταν την φροντίδα με κάποιον συγγενή (σύζυγο, μητέρα/πατέρα, αδερφό/αδερφή, γιο/κόρη), το 45% μοιραζόταν την φροντίδα με νοσηλευτικό προσωπικό και το 28,3% μοιραζόταν τη φροντίδα και με κάποιο συγγενή και με νοσηλευτή (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με το αν μοιράζονται την βοήθεια και με ποιον.

	Σύνολο Φροντιστών N(%)
Μοιράζετε την φροντίδα;	
Ναι	56 (93,3%)
Όχι	4 (6,7%)
Με ποιον μοιράζετε τη φροντίδα;	
Συγγενής	16 (26,7%)
Νοσηλευτές	27 (45%)
Συνδυασμό συγγενή και νοσηλευτών	17 (28,3%)

Όσον αφορά τους ασθενείς που φρόντιζαν οι φροντιστές, το 58,3% αυτών μιλούσαν, το 5% δεν μπορούσε να περπατήσει, και μόνο το 1,7% των ασθενών μπορούσε να αυτοεξυπηρετηθεί. Επιπλέον, το 60% των φροντιστών δήλωσαν ότι ο συγγενής που φροντίζουν αισθάνεται ευγνωμοσύνη από την παρεχόμενη φροντίδα τους, το 38,3% ότι ο συγγενής που φροντίζουν δεν είναι σε θέση να

εκφράσει την ευγνωμοσύνη του και μόλις το 1,7% των φροντιστών δήλωσαν ότι ο συγγενής τους δεν αισθάνεται ευγνωμοσύνη για την παρεχόμενη φροντίδα (Πίνακας 7).

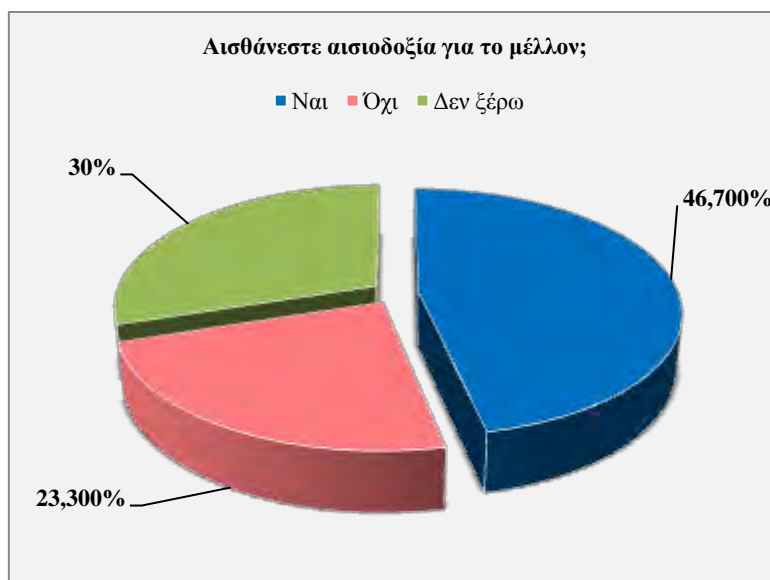
Πίνακας 7: Κατανομή των ασθενών ανάλογα με την ικανότητα τους να μιλάνε, περπατάνε, να αυτοεξυπηρετούνται, να αισθάνονται ευγνωμοσύνη και να καταλαβαίνουν τον κόπο του φροντιστή.

	Ασθενείς N(%)
Ο συγγενής που φροντίζετε μιλάει;	
Ναι	35 (58,3%)
Όχι	25 (41,7%)
Ο συγγενής που φροντίζετε περπατάει;	
Ναι	3 (5%)
Όχι	57 (95%)
Ο συγγενής που φροντίζετε αυτοεξυπηρετείται;	
Ναι	1 (1,7%)
Όχι	59 (98,3%)
Ο συγγενής που φροντίζετε αισθάνεται ευγνωμοσύνη για τη φροντίδα σας;	
Ναι	36 (60%)
Όχι	1 (1,7%)
Δεν είναι σε θέση	23 (38,3%)
Ο συγγενής που φροντίζετε είναι σε θέση να καταλαβαίνει τον κόπο σας;	
Ναι	44 (73,3%)
Όχι	16 (26,6%)

Τέλος, 28 από τους φροντιστές (46,7%) αισθάνονται αισιοδοξία για το μέλλον, 14 (23,3%) δεν αισθάνονται αισιόδοξοι για το μέλλον και 18 φροντιστές (30%) δεν ξέρουν αν αισθάνονται αισιοδοξία για το μέλλον (Πίνακας 8, Γράφημα 4).

Πίνακας 8: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με τον αν αισθάνονται αισιόδοξοι για το μέλλον

	Σύνολο Φροντιστών N(%)
Αισθάνεστε αισιόδοξοι για το μέλλον;	
Ναι	28 (46,8%)
Όχι	14 (23,3%)
Δεν ξέρω	18 (30%)



Γράφημα 6: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με το πόσο αισιόδοξοι αισθάνονται

5.3 Ψυχομετρικές Κλίμακες

Κάθε ένας φροντιστής συμπλήρωσε 4 ψυχομετρικά ερωτηματολόγια -Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire – CAQ), Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (FamilyCrisisOrientedPersonalEvaluationScales - F-COPES), Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpiritualandReligiousAttitudesinDealingwithIllness - SpREUK-SF-15) και την Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview) - και 1 ερωτηματολόγιο γενικής υγείας, Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey - SF- 36).

5.3.1 Αξιοπιστία Κλιμάκων

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας των εργαλείων έγινε με την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha(α) για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα του εκάστοτε εργαλείου. Όπως φαίνεται από τον κάτωθι πίνακα, υπολογίστηκε ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία για όλες τις εξεταζόμενες κλίμακες του ερωτηματολογίου, με συντελεστές Cronbach's alpha(α) > 0,919. Η αξιοπιστία και εσωτερική συνοχή ενός εργαλείου θεωρείται αποδεκτή όταν ο συντελεστής α είναι μεγαλύτερος από 0,70 και μικρότερο από 0,95. Πάνω από 0,95 θεωρείται ένδειξη πλεονασμού των ερωτήσεων της κλίμακας.

Πινάκας 9: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha των κλιμάκων του ερωτηματολογίου

	Cronbach's alpha
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ)	0,942
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	0,915
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	0,965
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF- 36)	0,919
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZBI)	0,939

Επιπλέον, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha (α) για κάθε υποκλίμακα των κλιμάκων (Πίνακας 10). Μόνο στην υποκλίμακα «Παθητική Αντιμετώπιση» της Κλίμακας Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) βρέθηκε τιμή Cronbach's alpha (α) < 0,70.

Πίνακας 10: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha των υποκλιμάκων κάθε κλίμακας του ερωτηματολογίου.

	Cronbach's alpha
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ)	
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	0,934
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	0,946
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	0,920
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	0,901
Επανασχεδιασμός (Reframing)	0,745
Αναζήτωντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	0,942
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	0,861
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	0,434
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	0,830
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	0,820
Αντανάκλαση (Reflection)	0,886
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	0,909
Σωματικός ρόλος (RP)	0,875
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	0,802
Ζωτικότητα (VT)	0,824
Ψυχική υγεία (MH)	0,821
Κοινωνικός ρόλος (SF)	0,890
Σωματικός πόνος (BP)	0,875
Γενική υγεία (GH)	0,866
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZBI)	
Προσωπική Ένταση	0,907
Ένταση Ρόλου	0,792
Αποστέρηση Σχέσεων	0,929
Διαχείριση Φροντίδας	0,901

5.3.2 Υπολογισμός Μέσων Τιμών των Κλιμάκων της Μελέτης

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη – μέγιστη τιμή) των κλιμάκων για το σύνολο του δείγματος. Στην κλίμακα CAQ η μέση συνολική βαθμολογία (\pm SD) ήταν ίση με 1,63 (\pm 0,99), στην κλίμακα F-COPES 117,15 (\pm 16,73), στην SpREUK-SF-1545,47 (\pm 11,43) και στην ZBI31,71 (\pm 16,52). Επίσης η μέση τιμή της Συνοπτικής Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) του SF36 ήταν 192,04 (\pm 71,14) και της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) 152,12 (\pm 62,93).

Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία κλιμάκων ερωτηματολογίου.

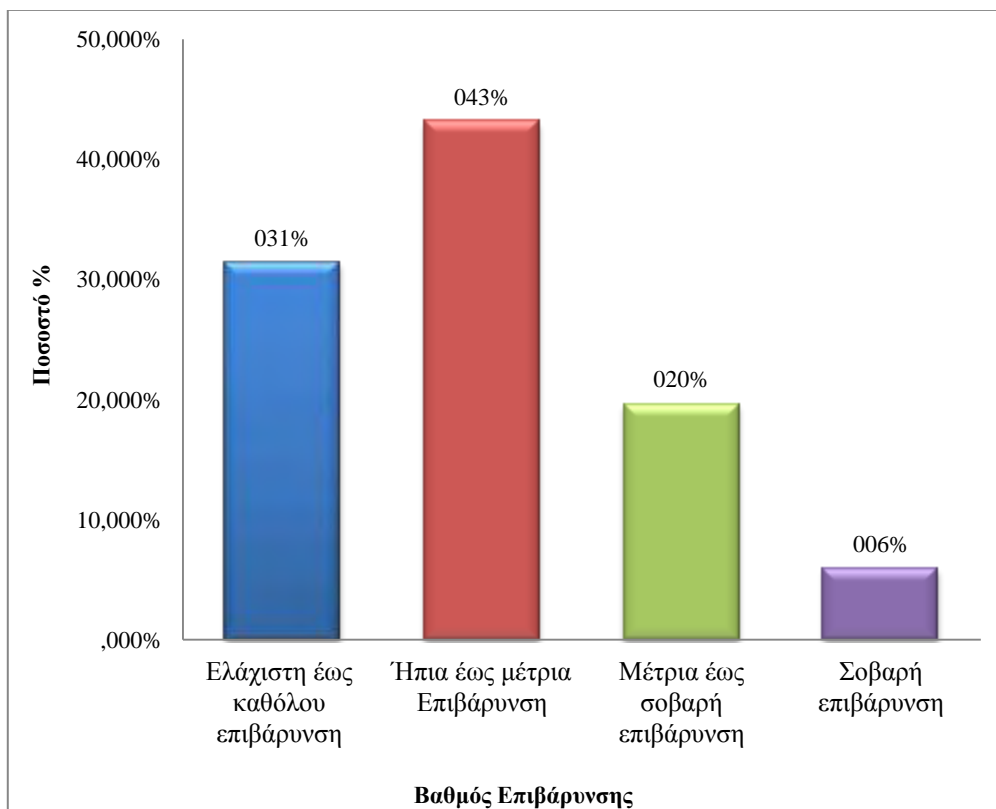
	Βαθμολογία x(\pmSD), [min-max]
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ)	
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,65(\pm 0,95), [0 – 3,50]
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,71(\pm 1,19), [0 – 4]
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	1,52 (\pm 1,06), [0 – 3,67]
Συνολική ΤιμήCAQ	1,63 (\pm 0,99), [0,20 – 3,50]
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	35,08(\pm 7,14), [20,00 – 45,00]
Επανασχεδιασμός (Reframing)	32,64(\pm 4,41), [23,00 – 40,00]
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	17,74 (\pm 3,48), [6,00 – 20,00]
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	11,39 (\pm 2,75), [5,00 – 16,00]
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	16,79 (\pm 3,85), [6,00 – 20,00]
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	117,15 (\pm 16,73), [72,00 – 139,00]
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	14,98 (\pm 4,12), [5,00 – 25,00]
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	14,06 (\pm 4,68), [5,00 – 24,00]
Αντανάκλαση (Reflection)	16,43 (\pm 4,27), [8,00 – 25,00]
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	45,47 (\pm 11,43), [21,00 – 67,00]
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	75,09 (\pm 22,33), [10,00 – 100]
Σωματικός ρόλος (RP)	8,65 (\pm 24,20), [0 – 100]
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	6,41 (\pm 20,91), [0 – 100]
Ζωτικότητα (VT)	48,21 (\pm 17,35), [20,00 – 80,00]
Ψυχική υγεία (MH)	49,51 (\pm 16,90), [16,00 – 80,00]
Κοινωνικός ρόλος (SF)	47,88 (\pm 26,14), [0 – 100]
Σωματικός πόνος (BP)	56,37 (\pm 29,52), [0 – 100]
Γενική υγεία (GH)	51,10 (\pm 18,20), [4,17 – 91,67]
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	192,04 (\pm 71,14), [26,67 – 337,50]
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	152,12 (\pm 62,93), [36,00 – 325,00]
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZBI)	
Προσωπική Ένταση	13,69 (\pm 7,60), [3,00 – 29,00]
Ένταση Ρόλου	8,90 (\pm 5,05), [3,00 – 21,00]

Αποστέριση Σχέσεων	6,96 ($\pm 4,51$), [0 – 16,00]
Διαχείριση Φροντίδας	2,43 ($\pm 2,12$), [0 – 8,00]
Συνολική Βαθμολογία	31,71 ($\pm 16,52$), [6,00 – 66,00]

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές της κλίμακας ZBI, βαθμολογία από 0-20 αντιστοιχεί σε ελάχιστη έως καμία επιβάρυνση, από 21 – 40 σε ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, από 41 – 60 σε μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και 61 – 88 σε σοβαρή επιβάρυνση. Συνεπώς, το 20% των φροντιστών βίωναν μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και το 6,7% σοβαρή επιβάρυνση, όπως φαίνεται και στον πίνακα 12 και το γράφημα 7.

Πίνακας 12: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με τον βαθμό επιβάρυνσης.

	Σύνολο Φροντιστών N(%)
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZBI)	
Ελάχιστη έως καμία επιβάρυνση (0 – 20)	19 (31,7%)
Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση (21 – 40)	25 (41,7%)
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (41 – 60)	12 (20%)
Σοβαρή επιβάρυνση (61 – 88)	4 (6,7%)



Γράφημα 7: Κατανομή των φροντιστών ανάλογα με τον βαθμό επιβάρυνσης

5.3.3 Συσχετίσεις Μεταξύ των Κλιμάκων της Μελέτης

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος των κλιμάκων αν ακολουθούν την κανονική κατανομή και φάνηκε ότι οι κλίμακες CAQ, SpREUK-SF-15, Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF-PCS), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-MCS) ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, ενώ οι κλίμακες FCOPEs και ZBI δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Συνεπώς στην περίπτωση που και οι δυο κλίμακες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson (r), ενώ στην περίπτωση που έστω και μια κλίμακα δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή γινόταν χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman (r_{ho}).

Στατιστικά σημαντικές γραμμικές συσχέτισεις σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 παρατηρήθηκαν μεταξύ των κλιμάκων (Πίνακας 13):

- CAQ και SpREUK-SF-15 ($r = -0,286$, $p = 0,038$) όπου υπάρχει αρνητική γραμμική συσχέτιση μικρής ισχύος.
- CAQ και SF-PCS ($r = -0,675$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται αρνητική γραμμική συσχέτιση ισχυρής ισχύος.

- CAQ και SF-MCS ($r = -0,798$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται αρνητική γραμμική συσχέτιση ισχυρής ισχύος.
- CAQ και ZBI ($\rho = 0,489$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται θετική γραμμική συσχέτιση μέτριας ισχύος.
- SpREUK-SF-15 και SF-PCS ($r = 0,280$, $p = 0,006$) όπου παρατηρείται θετική γραμμική συσχέτιση μικρής ισχύος.
- SpREUK-SF-15 και FCOPEs ($\rho = 0,524$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται θετική γραμμική συσχέτιση μέτριας ισχύος.
- SF-PCS και SF-MCS ($r = 0,707$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται θετική γραμμική συσχέτιση ισχυρής ισχύος.
- SF-PCS και FCOPEs ($\rho = 0,404$, $p = 0,003$) όπου παρατηρείται θετική γραμμική συσχέτιση μέτριας ισχύος.
- SF-PCS και ZBI ($\rho = -0,483$, $p \leq 0,001$) όπου παρατηρείται αρνητική γραμμική συσχέτιση μέτριας ισχύος.
- SF--MCS και ZBI ($\rho = -0,456$, $p = 0,001$) όπου παρατηρείται αρνητική γραμμική συσχέτιση μέτριας ισχύος

Η αρνητική τιμή συσχέτισης, υποδηλώνει ότι όταν αυξάνεται η μια κλίμακα, η άλλη τείνει να μειώνεται, ενώ η θετική τιμή συσχέτισης, υποδηλώνει ότι η αύξηση της μιας κλίμακας οδηγεί σε αύξηση και της άλλης.

Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης κλιμάκων ερωτηματολογίου.

	CAQ	SpREUK-SF-15	SF-PCS	SF--MCS	FCOPEs	ZBI
CAQ	1,00					
SpREUK-SF-15	$r = -0,286$ $p = 0,038$	1,00				
SF-PCS	$r = -0,675$ $p \leq 0,001$	$r = 0,280$ $p = 0,006$	1,00			
SF-MCS	$r = -0,798$ $p \leq 0,001$	$r = 0,258$ $p = 0,065$	$r = 0,707$ $p \leq 0,001$	1,00		
FCOPEs	$\rho = -0,206$ $p = 0,143$	$\rho = 0,524$ $p \leq 0,001$	$\rho = 0,404$ $p = 0,003$	$\rho = 0,240$ $p = 0,089$	1,00	
ZBI	$\rho = 0,489$ $p \leq 0,001$	$\rho = -0,182$ $p = 0,202$	$\rho = -0,483$ $p \leq 0,001$	$\rho = -0,456$ $p = 0,001$	$\rho = -0,243$ $p = 0,086$	1,00

5.3.3 Συσχετίσεις των Κλιμάκων της Μελέτης με τις Υποκλίμακες της ZBI

Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων CAQ, SpREUK-SF-15, Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF-PCS), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-MCS) και FCOPEs του ερωτηματολογίου με τις υποκλίμακες του ZBI. Επίσης, πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχετίσεων και μεταξύ των υποκλιμάκων της ZBI. Αρχικά έγινε έλεγχος των υποκλιμάκων του ZBI αν ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπου βρέθηκε ότι καμία υποκλίμακα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή.

Στις συσχετίσεις των υποκλιμάκων μεταξύ τους παρατηρήθηκε μεταξύ προσωπικής έντασης και έντασης ρόλου στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,856$, $p\leq 0,001$), μεταξύ προσωπικής και έντασης και αποστέρησης σχέσεων στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,778$, $p\leq 0,001$), μεταξύ έντασης ρόλου και αποστέρησης σχέσεων στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,701$, $p\leq 0,001$) και μεταξύ έντασης ρόλου και διαχείρισης φροντίδας στατιστικά σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση μικρής ισχύος ($r_{ho}= 0,289$, $p=0,038$) (Πίνακας 14).

Όσον αφορά της υποκλίμακες του ZBI και της υπόλοιπες κλίμακες του ερωτηματολογίου βρέθηκε ότι (Πίνακας 14):

- η προσωπική ένταση είχε μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,531$, $p\leq 0,001$) με την κλίμακα CAQ, ενώ είχε μέτρια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την SF-PCS ($r_{ho}= -0,461$, $p=0,001$) και την SF-MCS ($r_{ho}= -0,499$, $p\leq 0,001$)
- η ένταση ρολού είχε μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,491$, $p\leq 0,001$) με την κλίμακα CAQ, ενώ είχε μέτρια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την SF-PCS ($r_{ho}= -0,519$, $p\leq 0,001$) και την SF-MCS ($r_{ho}= -0,484$, $p\leq 0,001$)
- η αποστέρηση σχέσεων είχε μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r_{ho}= 0,405$, $p=0,003$) με την κλίμακα CAQ, ενώ είχε μέτρια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την SF-PCS ($r_{ho}= -0,492$, $p\leq 0,001$) και την SF-MCS ($r= -0,321$, $p=0,020$)
- η διαχείριση φροντίδας είχε μέτρια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα FCOPEs ($r_{ho}= -0,322$, $p=0,020$).

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης κλιμάκων ερωτηματολογίου.

	Προσωπική Ένταση	Ένταση Ρόλου	Αποστέριση Σχέσεων	Διαχείριση Φροντίδας
CAQ	rho= 0,531 p≤0,001	rho= 0,491 p≤0,001	rho= 0,405 p=0,003	rho= 0,031 p=0,828
SpREUK-SF-15	rho= -0,178 p=0,208	rho= -0,193 p=0,169	rho= -0,143 p=0,308	rho= -0,22 p=0,110
SF-PCS	rho= -0,461 p=0,001	rho= -0,519 p≤0,001	rho= -0,492 p≤0,001	rho= 0,038 p=0,790
SF-MCS	rho= -0,499 p≤0,001	rho= -0,484 p≤0,001	r= -0,321 p=0,020	rho= -0,072 p=0,613
FCOPEs	rho= -0,187 p=0,189	rho= -0,256 p=0,166	rho= -0,164 p=0,247	rho= -0,322 p=0,020
Προσωπική Ένταση	1,00			
Ένταση Ρόλου	rho= 0,856 p≤0,001	1,00		
Αποστέριση Σχέσεων	rho= 0,778 p≤0,001	rho= 0,701 p≤0,001	1,00	
Διαχείριση Φροντίδας	rho=0,186 p=0,186	rho= 0,289 p=0,038	rho= - 0,119 p=0,394	1,00

5.4 Μελέτη Συγχρονικών Συγκρίσεων

Κατά την μελέτη συγχρονικών μετρήσεων, έγινε έλεγχος για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών σχέσεων και συσχετίσεων μεταξύ ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των κλιμάκων του ερωτηματολογίου. Έγινε χρήση παραμετρικών διαδικασιών, συντελεστής Pearson και έλεγχοι t-test και Anova, και μη παραμετρικών διαδικασιών, συντελεστής συσχέτισης Spearman και ελέγχων Mann-Whitney U και Kruskal Wallis.

5.4.1 Ηλικία

Στον ακόλουθο πίνακα 15 γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του και με την ηλικία. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, γιατί η ηλικία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Από την μελέτη συσχέτισης βρέθηκε ότι:

- η ηλικία έχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του CAQ, Αποφυγή Δραστηριοτήτων (rho=0,351, p=0,010) και Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (rho=0,298, p=0,030), καθώς και με την Συνολική Τιμή του CAQ (rho=0,311, p=0,023).
- η ηλικία έχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του η ένταση ρολού SF- 36, Σωματική λειτουργικότητα (rho= - 0,361, p=0,008), Ζωτικότητα (rho= - 0,415, p=0,002), Κοινωνικός ρόλος (rho=- 0,373, p=0,006) και Ψυχική υγεία (rho=-0,290, p=0,0035), καθώς και με την Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (rho= - 0,313, p=0,024).

Πινάκας 15: Συσχετίσεις των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους με την ηλικία.

	Ηλικία
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	rho=0,263 p=0,051
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	rho=0,351 p=0,010
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	rho=0,298 p=0,030
Συνολική ΤιμήCAQ	rho=0,311 p=0,023
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	rho= - 0,206 p=0,139
Επανασχεδιασμός (Reframing)	rho= - 0,069 p=0,623
Αναζήτοντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	rho=0,161 p=0,250
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας(Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	rho= - 0,085 p=0,545
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	rho=0,000 p=0,999
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	rho= - 0,141 p=0,318
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	rho= 0,106 p=0,450
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	rho= 0,141 p=0,315
Αντανάκλαση (Reflection)	rho= - 0,013 p=0,928
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	rho= 0,76 p=0,590
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	rho= - 0,361 p=0,008
Σωματικός ρόλος (RP)	rho= 0,043 p=0,761
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	rho= 0,70 p=0,624
Ζωτικότητα (VT)	rho= - 0,415 p=0,002
Ψυχική υγεία (MH)	rho= - 0,290 p=0,0035
Κοινωνικός ρόλος (SF)	rho= - 0,373 p=0,006
Σωματικός πόνος (BP)	rho= - 0,250 p=0,072
Γενική υγεία (GH)	rho= - 0,202 p=0,148
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	rho= - 0,272 p=0,051
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	rho= - 0,313 p=0,024
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)	
Προσωπική Ένταση	rho= 0,054 p=0,702

Ένταση Ρόλου	rho= 0,035 p=0,318
Αποστέρηση Σχέσεων	rho= 0,121 p=0,387
Διαχείριση Φροντίδας	rho= - 0,228 p=0,100
Συνολική Βαθμολογία	rho= 0,063 p=0,662

5.4.2 Φύλο Φροντιστή

Στη συνέχεια εξετάστηκε η σχέση του φύλου με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test και ο έλεγχος Mann-Whitney U, ανάλογα με το αν οι κλίμακες ή υποκλίμακες τους ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Σύμφωνα με τον πίνακα 16, παρατηρήθηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου και των κλιμάκων του ερωτηματολογίου:

- οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία [17,86(±3,2)] στην υποκλίμακα του F-COPES «Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη» σε σχέση με τους άνδρες [14,31(±4,19)] (U= 135,00, p=0,001).
- οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία [15,24(±4,37)] στην υποκλίμακα του SpREUK-SF-15 «Αναζήτηση για υποστήριξη», σε σχέση με τους άνδρες [11,31(±4,33)] (t= - 3,015, p = 0,004).
- οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία [16,16(±3,69)] στην υποκλίμακα του SpREUK-SF-15 «Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό», σε σχέση με τους άνδρες [12,25(±3,86)] (t= - 3,499, p = 0,001).
- οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία [48,24(±11,00)] στην κλίμακα SpREUK-SF-15 σε σχέση με τους άνδρες [39,06(±9,98)] (t=-2,865, p = 0,006).

Πίνακας 16: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ φύλου και των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους.

	Φύλο		
	Άνδρας x(±SD)	Γυναίκα x(±SD)	
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)			
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,39(±0,98)	1,76(±0,92)	t= - 1,302 p = 0,199
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,71(±1,11)	1,71(±1,24)	t= - 0,009 p = 0,993
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	1,50(±1,10)	1,53(±1,06)	U= 290,00 p=0,907

Συνολική Τιμή CAQ	1,52(±1,00)	1,68(±0,99)	t = - 0,525 p = 0,602
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)			
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	34,94(±6,40)	35,14(±7,51)	t = - 0,092 p = 0,927
Επανασχεδιασμός (Reframing)	32,19(±3,56)	32,84(±4,76)	U = 252,50 p = 0,398
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	14,31(±4,19)	17,86(±3,2)	U = 135,00 p = 0,001
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	17,00(±3,72)	18,05(±3,37)	U = 242,50 p = 0,261
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	11,33(±2,35)	11,41(±2,92)	t = - 0,085 p = 0,926
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	113,13(±18,32)	118,78(±16,01)	U = 224,00 p = 0,280
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)			
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	11,31(±4,33)	15,24(±4,37)	t = - 3,015 p = 0,004
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	12,25(±3,86)	16,16(±3,69)	t = - 3,499 p = 0,001
Αντανάκλαση (Reflection)	15,50(±4,03)	16,84(±4,36)	t = - 1,049 p = 0,299
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	39,06(±9,98)	48,24(±11,00)	t = - 2,865 p = 0,006
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)			
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	80,31(±24,80)	72,84(±21,13)	U = 202,00 p = 0,066
Σωματικός ρόλος (RP)	11,67(±28,14)	7,43(±22,72)	U = 235,50 p = 0,414
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	14,58(±34,36)	2,78(±9,34)	U = 255,00 p = 0,238
Ζωτικότητα (VT)	50,94(±15,30)	47,03(±18,24)	t = 0,750 p = 0,457
Ψυχική υγεία (MH)	53,25(±16,57)	47,89(±17,01)	t = 1,061 p = 0,294
Κοινωνικός ρόλος (SF)	53,91(±22,69)	45,27(±27,38)	U = 235,50 p = 0,233
Σωματικός πόνος (BP)	67,34(±24,55)	51,62(±30,52)	U = 212,00 p = 0,100
Γενική υγεία (GH)	56,25(±13,44)	48,87(±19,66)	t = 1,366 p = 0,178
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	219,83(±69,16)	180,77(±69,70)	t = 1,835 p = 0,72
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	172,68(±63,59)	142,98(±61,31)	t = 1,594 p = 1,571
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)			
Προσωπική Ένταση	11,13(±6,42)	14,73(±7,88)	U = 201,00 p = 0,122
Ένταση Ρόλου	7,13(±3,68)	9,62(±5,39)	U = 202,50 p = 0,128
Αποστέρωση Σχέσεων	5,94(±3,17)	7,41(±4,95)	t = - 1,292 p = 0,203
Διαχείριση Φροντίδας	2,94(±2,11)	2,22(±2,11)	U = 232,50 p = 0,208
Συνολική Βαθμολογία	25,71(±12,96)	33,97(±17,29)	t = - 1,619 p = 0,112

5.4.3 Διάρκεια Φροντίδας

Στον ακόλουθο πίνακα 17 γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη (γραμμικής) συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του και με τη διάρκεια φροντίδας. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, γιατί η διάρκεια φροντίδας δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Από την μελέτη συσχέτισης βρέθηκε ότι:

- η διάρκεια φροντίδας είχε θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα του CAQ «Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα» ($\rho=0,275$, $p=0,046$).
- η διάρκεια φροντίδας είχε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα του F-COPES «Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη» ($\rho= - 0,274$, $p=0,047$).
- η διάρκεια φροντίδας είχε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα του SpREUK-SF-15, «Αντανάκλαση» ($\rho= - 0,341$, $p=0,012$).
- η διάρκεια φροντίδας είχε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του SF-36, «Σωματική λειτουργικότητα» ($\rho= - 0,311$, $p=0,023$), «Ζωτικότητα» ($\rho=-0,307$, $p=0,026$), «Ψυχική υγεία» ($\rho= - 0,393$, $p=0,004$), «Κοινωνικός ρόλος» ($\rho= - 0,341$, $p=0,013$), «Γενική υγεία» ($\rho= - 0,386$, $p=0,004$) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας» ($\rho= - 0,334$, $p=0,015$).
- η διάρκεια φροντίδας είχε θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του ZBI, «Προσωπική Ένταση» ($\rho= 0,304$, $p=0,028$), «Ένταση Ρόλου» ($\rho= 0,273$, $p=0,050$), και «Αποστέρηση Σχέσεων» ($\rho= 0,370$, $p=0,006$), καθώς και με την κλίμακα ZBI ($\rho=0,287$, $p=0,041$).

Πινάκας 17: Συσχετίσεις των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους με τη διάρκεια φροντίδα.

	Διάρκεια Φροντίδας
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	$\rho=0,275$ $p=0,046$
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	$\rho=0,196$ $p=0,160$
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	$\rho=0,225$ $p=0,105$
Συνολική ΤιμήCAQ	$\rho=0,247$ $p=0,074$
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	$\rho= - 0,274$ $p=0,047$

Επανασχεδιασμός (Reframing)	rho= - 0,324 p=0,018
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	rho=0,054 p=0,704
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	rho= - 0,026 p=0,854
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	rho=0,053 p=0,710
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	rho= - 0,232 p=0,098
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	rho= -0,020 p=0,888
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	rho= -0,047 p=0,741
Αντανάκλαση (Reflection)	rho= - 0,341 p=0,012
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	rho= - 0,129 p=0,358
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	rho= - 0,311 p=0,023
Σωματικός ρόλος (RP)	rho= 0,074 p=0,604
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	rho= 0,180 p=0,444
Ζωτικότητα (VT)	rho= - 0,307 p=0,026
Ψυχική υγεία (MH)	rho= - 0,393 p=0,004
Κοινωνικός ρόλος (SF)	rho= - 0,341 p=0,013
Σωματικός πόνος (BP)	rho= - 0,248 p=0,074
Γενική υγεία (GH)	rho= - 0,386 p=0,004
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	rho= - 0,265 p=0,057
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	rho= - 0,334 p=0,015
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)	
Προσωπική Ένταση	rho= 0,304 p=0,028
Ένταση Ρόλου	rho= 0,273 p=0,050
Αποστέριση Σχέσεων	rho= 0,370 p=0,006
Διαχείριση Φροντίδας	rho= - 0,123 p=0,381
Συνολική Βαθμολογία	rho= 0,287 p=0,041

5.4.4 Τόπος Διαμονής

Στη συνέχεια εξετάστηκε η σχέση του φύλου με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανονα και ο έλεγχος KruskalWallis, ανάλογα με το αν οι κλίμακες ή υποκλίμακες τους ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ τύπου διαμονής και των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους,

	Τόπος Διαμονής			
	Κομόπολη	Πόλη <150.000 κατοίκους	Πόλη >150.000 κατοίκους	
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)				
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,68(±1,63)	1,75(±0,92)	1,63(±0,98)	F=0,077 p=0,926
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	2,13(±1,29)	1,74(±1,16)	1,57(±1,30)	F=0,629 p=0,538
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	1,43(±1,18)	1,67(±0,97)	1,54(±1,24)	F=0,170 p=0,844
Συνολική Τιμή CAQ	1,74(±1,11)	1,71(±0,96)	1,58(±1,12)	F=0,093 p=0,912
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)				
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	33,30(±8,15)	34,67(±6,34)	37,64(±5,73)	Kruskal Wallis x ² =2,303 p = 0,316
Επανασχεδιασμός (Reframing)	31,80(±5,16)	31,86(±4,28)	33,57(±3,82)	F=0,777 p=0,466
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	18,00(±2,79)	15,96(±4,27)	17,36(±3,48)	Kruskal Wallis x ² =3,068 p = 0,216
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	18,30(±1,89)	17,33(±3,83)	18,79(±2,01)	Kruskal Wallis x ² =1,973 p = 0,373
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	12,44(±3,28)	10,50(±2,72)	11,64(±2,34)	F=1,911 p=0,160
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	116,89(±16,63)	113,67(±18,03)	122,86(±12,41)	Kruskal Wallis x ² =2,326 p = 0,313
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)				
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	16,80(±5,07)	12,75(±3,89)	14,71(±5,59)	F=2,78 p=0,073
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	16,50(±3,41)	14,62(±4,84)	15,00(±3,90)	F=0,671 p=0,516
Αντανάκλαση (Reflection)	15,90(±3,96)	16,50(±4,48)	16,71(±4,60)	F=0,104 p=0,901
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	49,20(±11,58)	43,88(±11,14)	46,43(±13,46)	F=0,735 p=0,485
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)				

Σωματική λειτουργικότητα (PF)	71,00(±21,32)	77,71(±16,15)	68,57(±31,71)	Kruskal Wallis $\chi^2=0,636$ $p = 0,727$
Σωματικός ρόλος (RP)	5,00(±15,81)	6,25(±22,42)	9,62(±28,02)	$F=0,135$ $p=0,874$
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	11,11(±33,33)	4,17(±20,41)	4,77(±12,10)	Kruskal Wallis $\chi^2=1,098$ $p = 0,577$
Ζωτικότητα (VT)	42,50(±16,37)	46,67(±16,53)	55,71(±15,91)	$F=2,194$ $p=0,123$
Ψυχική υγεία (MH)	47,60(±14,90)	47,67(±16,80)	53,14(±17,50)	$F=0,540$ $p=0,586$
Κοινωνικός ρόλος (SF)	36,25(±23,90)	46,88(±25,34)	56,25(±26,74)	$F=0,540$ $p=0,586$
Σωματικός πόνος (BP)	51,75(±29,75)	59,98(±31,09)	61,79(±29,11)	Kruskal Wallis $\chi^2=0,487$ $p = 0,784$
Γενική υγεία (GH)	47,92(±14,47)	49,65(±19,03)	51,79(±19,99)	$F=0,132$ $p=0,876$
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	175,67(±67,41)	190,59(±66,51)	195,00(±85,55)	$F=0,220$ $p=0,804$
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	136,00(±82,06)	145,38(±58,21)	169,87(±55,11)	$F=0,998$ $p=0,377$
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)				
Προσωπική Ένταση	15,90(±7,28)	12,74(±7,68)	14,14(±7,98)	$F=0,606$ $p=0,550$
Ένταση Ρόλου	10,22(±6,26)	8,46(±4,56)	9,29(±5,78)	$F=0,386$ $p=0,682$
Αποστέρωση Σχέσεων	7,90(±5,30)	6,71(±4,62)	7,00(±4,37)	Kruskal Wallis $\chi^2=0,527$ $p = 0,768$
Διαχείριση Φροντίδας	2,80(±2,49)	2,04(±2,27)	2,71(±1,59)	Kruskal Wallis $\chi^2=1,665$ $p = 0,435$
Συνολική Βαθμολογία	36,56(±18,16)	29,52(±16,04)	33,14(±18,09)	$F=0,593$ $p=0,557$

5.4.4 Αισιοδοξία για το μέλλον

Στη συνέχεια εξετάστηκε η σχέση του φύλου με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου και των υποκλίμακων τους. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Anova και ο έλεγχος KruskalWallis, ανάλογα με το αν οι κλίμακες ή υποκλίμακες τους ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 18, βρέθηκε ότι:

- οι φροντιστές που δεν ένοιωθαν αισιόδοξοι για το μέλλον είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες στις υποκλίμακες του CAQ, καθώς και στην συνολική κλίμακα, σε σχέση με εκείνους που αισθάνονταν αισιόδοξοι ή δεν ήξεραν.
- οι φροντιστές που δεν ένοιωθαν αισιόδοξοι για το μέλλον είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία [29,42(±3,73)] στην υποκλίμακα του F-COPES, «Επανασχεδιασμός» σε σχέση με εκείνους που αισθάνονταν αισιόδοξοι [34,88(±2,98)], ($F=9,035$, $p<0,001$).

- οι φροντιστές που ένοιωθαν αισιόδοξοι για το μέλλον είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία [18,32(±3,50)] στην υποκλίμακα του SpREUK-SF-15, «Αντανάκλαση» σε σχέση με εκείνους που δεν αισθάνονταν αισιόδοξοι [13,67(±3,68)], (F=6,398, p=0,003).
- οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων του SF36 παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές που ένοιωθαν αισιόδοξια για το μέλλον είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στη «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας» [227,50(±49,02)], σε σχέση με αυτούς που δεν αισθάνονταν αισιόδοξοι για το μέλλον [127,43(±39,28)] και εκείνους που δεν ήξεραν αν ήταν αισιόδοξοι [184,61(±84,99)], (F=11,480, p<0,001). Επίσης, οι φροντιστές που δεν ήταν αισιόδοξοι για το μέλλον σημείωσαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία [93,08(±28,37)] στη «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας», σε σχέση με αυτούς που αισθάνονταν αισιόδοξια [190,09(±55,61)] ή δεν ήξεραν αν είναι αισιόδοξοι [139,45(±53,52)], (F=15,740, p<0,001).
- Οι φροντιστές που αισθάνονταν αισιόδοξια είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία [9,84(±5,52), 5,86(±3,17) και 4,80(±2,90)], στις υποκλίμακες του ZBI «Προσωπική Ένταση», «Ένταση Ρόλου» και «Αποστέρηση Σχέσεων», σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν αισιόδοξοι [16,91(±7,62), 11,25(±5,05) και 8,42(±4,66)] ή δεν ήξεραν αν ήταν αισιόδοξοι [17,50(±7,83), 11,69(±5,03) και 9,25(±5,09)], [(x²=12,221, p = 0,002), (x²=18,031, p<0,001) και (F=6,808, p=0,002)]. Τέλος, οι φροντιστές που δεν αισθάνονταν αισιόδοξοι [38,36(±17,73)] ή δεν ήξεραν αν ένοιωθαν αισιόδοξια στο μέλλον [41,19(±15,32)] είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία του ZBI σε σχέση με αυτούς που αισθάνονταν αισιόδοξια για το μέλλον [22,33(±11,31)], (F=10,079, p<0,001).

Πινάκας 18: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων τους και με το αν αισθάνονται αισιόδοξια για το μέλλον οι φροντιστές.

	Αισιόδοξια για το μέλλον			
	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω	
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)				
Φόβος για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,25(±0,77)	2,63(±0,59)	1,53(±0,93)	Kruskal Wallis x ² =17,270 p < 0,001
Αποφυγή Δραστηριοτήτων (Avoidance)	1,19(±1,01)	2,78(±0,52)	1,72(±1,30)	Kruskal Wallis x ² =15,030 p = 0,001
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	1,07(±0,86)	2,53(±0,63)	1,48(±1,13)	Kruskal Wallis x ² =15,358 p < 0,001
Συνολική ΤιμήCAQ	1,18(±0,77)	2,64(±0,50)	1,58(±1,06)	Kruskal Wallis x ² =17,363 p < 0,001
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)				

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	35,96(±7,38)	33,58(±6,75)	34,81(±7,27)	Kruskal Wallis $x^2=1,160$ $p = 0,560$
Επανασχεδιασμός (Reframing)	34,88(±2,98)	29,42(±3,73)	31,56(±5,02)	$F=9,035$ $P<0,001$
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	16,36(±4,08)	17,41(±3,06)	17,00(±4,16)	Kruskal Wallis $x^2=1,608$ $p = 0,448$
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	17,72(±3,68)	18,42(±1,78)	17,25(±4,17)	Kruskal Wallis $x^2=0,047$ $p = 0,977$
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	11,54(±2,84)	11,00(±2,70)	11,44(±2,78)	$F=0,188$ $p=0,910$
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	120,58(±16,66)	112,33(±14,51)	115,63(±18,20)	Kruskal Wallis $x^2=3,113$ $p = 0,211$
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)				
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	14,16(±4,58)	11,92(±4,52)	15,50(±4,65)	$F=2,104$ $p=0,133$
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	14,76(±4,48)	14,33(±3,65)	15,81(±4,053)	$F=0,500$ $p=0,609$
Αντανάκλαση (Reflection)	18,32(±3,50)	13,67(±3,68)	15,56(±4,56)	$F=6,398$ $p=0,003$
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	47,24(±10,78)	39,92(±10,57)	46,88(±12,37)	$F=1,901$ $p=0,160$
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)				
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	86,20(±13,33)	64,58(±19,59)	65,63(±27,80)	Kruskal Wallis $x^2=14,397$ $p = 0,001$
Σωματικός ρόλος (RP)	10,00(±21,65)	0,00(±0,00)	13,33(±35,19)	Kruskal Wallis $x^2=2,532$ $p = 0,282$
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	6,94(±21,93)	0,00(±0,00)	10,42(±26,44)	Kruskal Wallis $x^2=1,098$ $p = 0,577$
Ζωτικότητα (VT)	57,60(±16,59)	33,75(±11,70)	44,38(±13,15)	$F=11,556$ $P<0,001$
Ψυχική υγεία (MH)	60,80(±12,49)	34,33(±10,30)	43,25(±14,98)	$F=19,865$ $P<0,001$
Κοινωνικός ρόλος (SF)	63,00(±24,33)	25,00(±10,66)	41,41(±22,23)	Kruskal Wallis $x^2=18,920$ $p < 0,001$
Σωματικός πόνος (BP)	70,30(±22,76)	29,17(±19,37)	55,00(±31,62)	Kruskal Wallis $x^2=15,492$ $p < 0,001$
Γενική υγεία (GH)	61,00(±15,26)	33,68(±12,62)	48,68(±15,71)	$F=14,00$ $p<0,001$
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας(SF_PCS)	227,50(±49,02)	127,43(±39,28)	184,61(±84,99)	$F=11,480$ $p<0,001$
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας(SF_MCS)	190,09(±55,61)	93,08(±28,37)	139,45(±53,52)	$F=15,740$ $p<0,001$
Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (The Zarit Burden Interview)				
Προσωπική Ένταση	9,84(±5,52)	16,91(±7,62)	17,50(±7,83)	Kruskal Wallis $x^2=12,221$ $p = 0,002$
Ένταση Ρόλου	5,86(±3,17)	11,25(±5,05)	11,69(±5,03)	Kruskal Wallis $x^2=18,031$ $p < 0,001$
Αποστέρηση Σχέσεων	4,80(±2,90)	8,42(±4,66)	9,25(±5,09)	$F=6,808$ $p=0,002$

Διαχείριση Φροντίδας	2,32(±1,99)	2,25(±1,18)	2,75(±2,57)	F=0,252 p=0,778
Συνολική Βαθμολογία	22,33(±11,31)	38,36(±17,73)	41,19(±15,32)	F=10,079 p<0,001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Γενικά

Τα τροχαία ατυχήματα θεωρούνται από τα πιο σοβαρά προβλήματα της δημόσιας υγείας, λόγω του ότι εκτός από το μεγάλο βαθμό επίδρασης μιας τέτοιας σοβαρής ασθένειας, ευθύνονται και για ένα μεγάλο αριθμό αναπηριών. Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο 20-50 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από σοβαρούς τραυματισμούς εξαιτίας των τροχαίων ατυχημάτων και περισσότερα από 5 εκατομμύρια παραμένουν ανάπηροι για όλη τους τη ζωή [2]. Οι επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς πέρα από τους άμεσα εμπλεκόμενους, επηρεάζουν τις οικογένειες τους, τα συστήματα υγείας, αλλά και τις κοινωνίες [5,6]. Τη φροντίδα των τραυματισμένων αναλαμβάνουν οι οικογένειες τους, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης του. Ωστόσο, ενώ η κατ' οίκον φροντίδα προτιμάται και είναι επωφελής για τον ασθενή, παρόλα αυτά είναι σε θέση να προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις στην οικογένεια του ασθενή, καθώς έρχεται συνεχώς σε επαφή με τη σωματική εξουθένωση και τη ψυχολογική πίεση, οι οποίες την οδεύουν στο φαινόμενο της επιβάρυνσης του άτυπου οικογενειακού φροντιστή [10].

Στόχος λοιπόν της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των φροντιστών των ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης και συγκεκριμένα η αξιολόγηση της επιβάρυνσης.

6.2 Μετρικά Χαρακτηριστικά Κλιμάκων Μελέτης

Η εγκυρότητα ενός εργαλείου μέτρησης αντιπροσωπεύει την ακρίβεια της μέτρησης δηλαδή τον βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μετρά πραγματικά αυτό το οποίο υποτίθεται ότι μετρά και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του συστηματικού σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης. Το παρόν ερωτηματολόγιο προέκυψε από την συνένωση 4 ψυχομετρικών εργαλείων και 1 ερωτηματολόγιο γενικής υγείας. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν έχουν σταθμιστεί στην Ελληνική γλώσσα, και έχουν ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία μέτρησης τους, ωστόσο δεν είχαν χρησιμοποιηθεί μέχρι τώρα σε φροντιστές ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης μετά από τροχαίο ατύχημα. Γι' αυτό το λόγο ελέγχθηκε η αξιοπιστία των εργαλείων μέσω της αξιολόγησης της εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's

alpha (α) για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα του εκάστοτε εργαλείου. Σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία με συντελεστές Cronbach's alpha (α) > 0,919., που υποδεικνύουν την εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων.

Παράλληλα, διενεργήθηκε μελέτη συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου, όπου βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η επιβάρυνση των φροντιστών τόσο μειώνεται η φυσική και ψυχικής του υγεία, ενώ αυξάνεται η κρίση στην οικογένεια και το άγχος για την καρδιακή λειτουργία. Ωστόσο, δε βρέθηκε να συσχετίζεται η επιβάρυνση με την πνευματικότητα των φροντιστών. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε μελέτη συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων των κλίμακας ZBI, όπου βρέθηκε ότι οι τρεις πρώτοι παράγοντες είχαν θετική και υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους, σε αντίθεση με τον τέταρτο παράγοντα, εύρημα που συμφωνεί με άλλες δύο μελέτες[33,39].

Η μέση τιμή επιβάρυνσης στη παρούσα εργασία ήταν 31,71, με 26,7% των φροντιστών να εμφανίζει μέτρια έως πολύ σοβαρή επιβάρυνση. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια μελέτη που αξιολόγησε την επιβάρυνση σε φροντιστές ανοϊκών ασθενών η μέση τιμή της επιβάρυνσης ήταν 56,08, αρκετά υψηλότερη από αυτή που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη [33].

6.3 Συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και ασθενών

Στην παρούσα μελέτη υπερτερούσαν οι γυναίκες φροντιστές (70% γυναίκες, 30% άνδρες), όπως συμβαίνει και σε άλλες μελέτες[33,41]. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη επιβάρυνση από τους άνδρες χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, εύρημα που συμφωνεί με μελέτες σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις του νωτιαίου μυελού και εγκεφαλικό επεισόδιο [41,59,60]. Παράλληλα, οι γυναίκες φροντιστές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους στις κλίμακες: Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) (SpREUK-SF-15) και Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να παρατηρήσουμε πως η διάρκεια της φροντίδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης των φροντιστών. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές που φροντίζουν τον ασθενή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης. Η διάρκεια φροντίδας συσχετίστηκε αρνητικά και με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF36, με εξαίρεση την υποκλίμακα «Συναισθηματικό Ρόλος», «Σωματικός Ρόλος» και «Σωματικός Ρόλος». Οι φροντιστές που φροντίζουν λιγότερο χρονικό διάστημα τους ασθενείς τους, έχουν καλύτερη ψυχική υγεία.

Ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης, που δεν αναφέρεται στην βιβλιογραφία, είναι ότι φροντιστές που αισθάνονται αισιόδοξοι για το μέλλον εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης από εκείνους που δεν αισθάνονται αισιόδοξοι. Παράλληλα, οι φροντιστές που ένοιωθαν αισιόδοξοι για το μέλλον, είχαν καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία, καθώς και λιγότερο άγχος για την καρδιακή λειτουργία, εύρημα που υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες [61].

6.4 Περιορισμοί της μελέτης

Από τη μελέτη συσχετίσεων προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και συμπεράσματα που βοηθούν να κατανοήσουμε τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις των φροντιστών ασθενών σε αποκατάσταση από τροχαία ατυχήματα. Ωστόσο, η μελέτη χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς.

Αρχικά, το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό. Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα, προκείμενου να διερευνηθούν πιο εστιασμένα τα επίπεδα επιβάρυνσης, πνευματικότητας και κρίσης της οικογένειας. Επιπλέον, το δείγμα το αποτέλεσαν φροντιστές ασθενών που νοσηλεύονταν σε ένα μόνο κέντρο αποκατάστασης και έτσι τα αποτελέσματα αυτού είναι ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Επίσης, η επιβάρυνση μπορεί να είναι υψηλότερη σε φροντιστές όπου η φροντίδα παρέχεται κατ' οίκον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Goniewicz K, Goniewicz M, Pawłowski W, Fiedor P. Road accident rates: strategies and programmes for improving road traffic safety. *Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc.* 2016 Aug;42(4):433–8.
2. WHO. WHO global status report on road safety 2015: supporting a decade of action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 Apr 6]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189242/1/9789241565066_eng.pdf?ua=1
3. Singh R, Singh HK, Gupta SC, Kumar Y. Pattern, Severity and Circumstances of Injuries Sustained in Road Traffic Accidents: A Tertiary Care Hospital-Based Study. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med.* 2014;39(1):30–4.
4. ΕΛΣΤΑΤ. Αριθμός οδικών τροχαίων ατυχημάτων και παθόντων προσώπων (Ιανουάριος 2010 - Ιανουάριος 2018) [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 6]. Available from: <http://www.statistics.gr/documents/20181/981894/01.+%CE%91%CF%81%CE%B9%CE%B8%CE%BC%CF%8C%CF%82+%CE%BF%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD+%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%87%CE%B1%CE%AF%CF%89%CE%BD+%CE%B1%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD+%CE%BA%CE%B1%CE%B9+%CF%80%CE%B1%CE%B8%CF%8C%CE%BD%CF%84%CF%89%CE%BD+%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%8E%CF%80%CF%89%CE%BD+%28+%CE%99%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%85%CE%AC%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82+2010+-+%CE%99%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%85%CE%AC%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82+2018+%29/37881b95-0ff4-407c-bdfe-6c1277dc70c6?version=1.0>
5. Filho S, Albuquerque O, Xavier ÉP, Vieira LJE de S. Hospitalization from the traffic victims' and their family caregivers' points of view. *Rev Esc Enferm USP.* 2008 Sep;42(3):539–46.
6. Majdan M, Mauritz W, Wilbacher I, Janciak I, Brazinova A, Rusnak M, et al. Traumatic brain injuries caused by traffic accidents in five European countries: outcome and public health consequences. *Eur J Public Health.* 2013 Aug 1;23(4):682–7.
7. Hours M, Chossegros L, Charnay P, Tardy H, Nhac-Vu H-T, Boisson D, et al. Outcomes one year after a road accident: Results from the ESPARR cohort. *Accid Anal Prev.* 2013 Jan 1;50:92–102.
8. Másilková M. Health and social consequences of road traffic accidents. *Kontakt.* 2017 Mar 1;19(1):e43–7.

9. Piccinelli M, Patterson M, Braithwaite I, Boot D, Wilkinson G. Anxiety and depression disorders 5 years after severe injuries: a prospective follow-up study. *J Psychosom Res.* 1999 May;46(5):455–64.
10. Comassetto I, Santos DF, Faro ACM, Magalhães APN, Souza EMS, Moreira RT de F. The experience of the family caregiver of a traffic accident victim with functional disability. *J Nurs UFPE Line.* 2014 Dec 17;9(1):343–50.
11. Fernandes M das GM, Garcia TR. Tension attributes of the family caregiver of frail older adults. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 Dec;43(4):818–24.
12. Pedreira LC, Oliveira AMS. Caregivers of dependent elderly at home: changes in family relationships. *Rev Bras Enferm.* 2012 Oct;65(5):730–6.
13. Landolt MA, Vollrath M, Timm K, Gnehm HE, Sennhauser FH. Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Dec;44(12):1276–83.
14. ΕΛΣΤΑΤ. Οδικά τροχαία ατυχήματα: Ιανουάριος 2018. Ελληνική Στατιστική Αρχή [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 15]; Available from: http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=307821&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el
15. Καρδάρá Μ, Παπαζαφειροπούλου Α, Παππάς Σ. Οδικά τροχαία ατυχήματα - Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και μέτρα πρόληψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2009;26(6):751–9.
16. Gennarelli TA, Wodzin E, Association for the Advancement of Automotive Medicine. Abbreviated injury scale 2005: update 2008. Barrington, Ill.: Association for the Advancement of Automotive Medicine; 2008.
17. European Commission. Serious Injuries 2015 [Internet]. European Commission; 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/ersosynthesis2015-seriousinjuries25_en.pdf

18. WHO. Road Traffic Injury Prevention - Training Manual [Internet]. Geneva: WHO Press; 2006 [cited 2018 Apr 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43271/9241546751_eng.pdf;jsessionid=89D98B9E405DB113075415F2DAE7E739?sequence=1
19. Chen A, Jacobsen KH, Deshmukh AA, Cantor SB. The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). *Socioecon Plann Sci*. 2015 Mar 1;49:10–5.
20. Palmera-Suárez R, López-Cuadrado T, Almazán-Isla J, Fernández-Cuenca R, Alcalde-Cabero E, Galán I. Disability related to road traffic crashes among adults in Spain. *Gac Sanit*. 2015 Sep 1;29:43–8.
21. Eurostat. Over 25 000 victims of road accidents in the EU in 2016 [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 15]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171119-1?inheritRedirect=true>
22. Adnait D, Jost G, Stipdonk H, Ward H, European Transport Safety Council. Ranking EU progress on road safety - 11th Road Safety Performance Index Report [Internet]. Belgium: European Transport Safety Council; 2017 [cited 2018 Apr 15]. Available from: https://etsc.eu/wp-content/uploads/PIN_ANNUAL_REPORT_2017-final.pdf
23. Adnait D, Jost G, Stipdonk H, Ward H. Ranking EU Progress on Road Safety - 10th Road Safety Performance Index Report [Internet]. Belgium: European Transport Safety Council; 2016 [cited 2018 Apr 15]. Available from: <http://etsc.eu/wp-content/uploads/10-PIN-annual-report-FINAL.pdf>
24. Σαραντάκης Η. Τροχαία ατυχήματα και ζητήματα οδικής ασφάλειας. Διερευνητική προσέγγιση των τροχαίων ατυχημάτων στον Δήμο Θεσσαλονίκης και στην Περιφερειακή οδό για τα έτη 2009 - 2016 [Διπλωματική εργασία]. [Θεσσαλονίκη]: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης; 2017.
25. Berg H. Reducing crashes and injuries among young drivers: what kind of prevention should we be focusing on? *Inj Prev*. 2006 Jun;12(Suppl 1):i15–8.
26. Peräaho M, Keskinen E, Hatakka M. DRIVER COMPETENCE IN A HIERARCHICAL PERSPECTIVE; IMPLICATIONS FOR DRIVER EDUCATION. [Finland]: University of Turku; 2003.
27. Komba DD. Risk Factors and Road Traffic Accidents in Tanzania: A Case Study of Kibaha District [Internet] [Master]. [Trondheim]: Norwegian University of Science and Technology; 2006 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/265211>

28. European Transport Safety Council. Social and economic consequences of road traffic injury in Europe [Internet]. Brussels: European Transport Safety Council; 2007 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <https://etsc.eu/wp-content/uploads/Social-and-economic-consequences-of-road-traffic-injury-in-Europe.pdf>
29. Zambon F, Sethi D, Racioppi F. European status report on road safety: towards safer roads and healthier transport choices. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2009. 161 p.
30. Leininger, McFarland MR. Culture Care Diversity & Universality: A Worldwide Nursing Theory. Jones & Bartlett Learning; 2006. 436 p.
31. Ψαρίκογλου Α. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας [Διπλωματική εργασία]. [Λάρισα]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2015.
32. Τζούνης Ε, Κοτρώτσιου Ε, Γουργουλιάνης Κ. Φροντίδα για τους άτυπους φροντιστές, αναγνωρίζοντας τις ανάγκες τους, φροντίζοντας για την ευημερία τους. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2017;9(3):99–108.
33. Μπούζας Λ. Μελέτη της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο. [Διπλωματικήεργασία]. [Λάρισα]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2018.
34. Grad J, Sainsbury P. Problems of caring for the mentally ill at home. Proc R Soc Med. 1966 Jan;59(1):20–3.
35. Parker BA. Living with mental illness: the family as caregiver. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1993 Mar;31(3):19–21.
36. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. Int J Soc Psychiatry. 1966;12(3):165–76.
37. Παπασταύρου Ε, Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α, Αλεβιζόπουλος Γ, Παπακώστας Σ, Τσαγκάρη Χ, Σουρτζή Π. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκύπριους φροντιστές ασθενών με άνοια. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 2006;45(4):439–49.
38. Ζαχαροπούλου Γ, Ζαχαροπούλου Β, Κωνσταντινοπούλου Α, Τσαλουκίδης Ν, Λαζακίδου Α. Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. ΑρχείαΕλληνικήςΙατρικής. 2015;32(5):614–21.
39. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980 Dec;20(6):649–55.

40. Miller B, McFall S. The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *J Health Soc Behav.* 1991 Jun;32(2):165–79.
41. Ma H-P, Lu H-J, Xiong X-Y, Yao J-Y, Yang Z. The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *Int J Nurs Sci.* 2014 Jun 1;1(2):185–90.
42. Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Oct;34(4):393–402.
43. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncol.* 2008 Feb;10(1):61–72.
44. Van Houtven CH, Ramsey SD, Hornbrook MC, Atienza AA, van Ryn M. Economic burden for informal caregivers of lung and colorectal cancer patients. *The Oncologist.* 2010;15(8):883–93.
45. Τζούνης Ε, Κερενίδη Θ, Δανιήλ Ζ, Χατζόγλου Χ, Κοτρώτσιου Ε, Γουργουλιάνης Κ. Η επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Ποιοτική έρευνα. 2016 [cited 2018 Apr 27]; Available from: <https://www.inhealthcare.gr/article/el/i-epivarunsi-ton-frontiston-asthenon-me-xronia-apofraktiki-pneumonopatheia-ποιοτικι-ερευνα>
46. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs N Y N.* 2005 Jun;26(3):154–61.
47. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: “they don't know what they don't know.” *JAMA.* 2004 Jan 28;291(4):483–91.
48. Simpson AC, Young J, Donahue M, Rocker G. A day at a time: caregiving on the edge in advanced COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2010;5:141–51.
49. Ekberg JY, Griffith N, Foxall MJ. Spouse burnout syndrome. *J Adv Nurs.* 1986 Mar;11(2):161–5.
50. Σακελλαρίου Ε, Κέντρο Μέριμονας Οικογένειας και Παιδιού. Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθνότητες ομάδες. Αθήνα: Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union; 2015.
51. Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, Frazer NL, Haddad JW, et al. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behav Res Ther.* 2000 Oct;38(10):1039–53.

52. Hoyer J, Eifert GH, Einsle F, Zimmermann K, Krauss S, Knaut M, et al. Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *J Psychosom Res.* 2008 Mar;64(3):291–7.
53. Dragioti E, Vitoratou S, Kaltsouda A, Tsartsalis D, Gouva M. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ). *Psychol Rep.* 2011 Aug;109(1):77–92.
54. Gouva M, Zagorgianakou R, Dragkioti E, Paschou A, Kotrotsiou E. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK. *Interscientific Health Care.* 2012;
55. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation.* 1st edition. Madison, Wis.: University of Wisconsin; 1996. 912 p.
56. Gouva M, Dragkioti E, Konstanti Z, Kotrotsiou E, Koulouras V. Translation and Validation of a Greek version of the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). 2016 [cited 2018 Apr 25]; Available from: <https://www.inhealthcare.gr/article/en/metafrasi-kai-stathmisi-tis-ellinikis-ekdoxis-tou-family-crisis-oriented-personal-evaluation-scales-f-copes>
57. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473–83.
58. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρησης της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2007;24(Συμπλ. 1):6–18.
59. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Ann Indian Acad Neurol.* 2012 Apr;15(2):113–9.
60. Rigby H, Gubitz G, Eskes G, Reidy Y, Christian C, Grover V, et al. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* 2009 Jun;4(3):152–8.
61. Stern SL, Dhanda R, Hazuda HP. Hopelessness predicts mortality in older Mexican and European Americans. *Psychosom Med.* 2001 Jun;63(3):344–51.

\

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2017 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/
ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ/Η

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΧΗΡΟΣ/Α

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; _____ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ: _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ? ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ: _____

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ; ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ(ΤΡΙΑ)

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ(ΤΡΙΑ)

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

ΠΟΙΟΝ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ
ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ; _____

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ ΤΟΝ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ; _____

ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ; _____ ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ; _____

ΜΟΙΡΑΖΕΣΤΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΜΕ ΠΟΙΟΝ;

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΤΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΧΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ?
ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΜΙΛΑΕΙ? ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΑΤΑΕΙ? ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΤΑΙ? ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ?

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΕΙ ΤΟΝ ΚΟΠΟ ΣΑΣ?
ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ? ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΞΕΡΩ

SF-36

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....1

Πολύ καλή.....2

Καλή.....3

Μέτρια4

Κακή 5

2.Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

3.Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάνναι, πόσο;(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι,περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες , όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3

I.	Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3
----	-----------------------------------	---	---	---

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
A.	Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B.	Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ.	Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ.	Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος)** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
A	Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B.	Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ.	Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με τηνοικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου.....1
Ελάχιστα2
Μέτρια3
Αρκετά4
Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνονιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Πολύ ήπιο2
 Ήπιο3
 Μέτριο4
 Έντονο5
 Πολύ έντονο6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου1
 Λίγο2
 Μέτρια3
 Αρκετά4
 Πάρα πολύ5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασταν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6

Η.	Είσαστε ένας ευτυχισμενος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ.	Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό *ησωματικής σας υγείας ή τα συναισθηματικά προβλήματα* εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

Πάντα.....1
 Τις πιο πολλές φορές.....2
 Μερικές φορές3
 Όχι συχνά.....4
 Ποτέ 5

11. Πόσο *σωστό ή λάθος* είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
Α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
Β. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να ταιριάζει περισσότερο στη συμπεριφορά σας.

Όταν αντιμετωπίζουμε προβλήματα ή δυσκολίες μέσα στην οικογένειά μας, συμπεριφερόμαστε με τον ακόλουθο τρόπο:

ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ
ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ
Υ		Ω		

1.	Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας	1	2	3	4	5
2.	Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους	1	2	3	4	5
3.	Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα	1	2	3	4	5
4.	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα	1	2	3	4	5
5.	Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)	1	2	3	4	5
6.	Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας	1	2	3	4	5
7.	Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
8.	Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)	1	2	3	4	5
9.	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας	1	2	3	4	5
10.	Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες	1	2	3	4	5
11.	Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση	1	2	3	4	5
12.	Βλέπουμε τηλεόραση	1	2	3	4	5
13.	Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί	1	2	3	4	5
14.	Πηγαίνουμε στην εκκλησία	1	2	3	4	5
15.	Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής	1	2	3	4	5
16.	Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας	1	2	3	4	5
17.	Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων	1	2	3	4	5
18.	Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση	1	2	3	4	5
19.	Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα	1	2	3	4	5
20.	Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο κλπ)	1	2	3	4	5
21.	Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες	1	2	3	4	5
22.	Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας	1	2	3	4	5
23.	Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
24.	Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά	1	2	3	4	5

25. Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε	1	2	3	4	5
26. Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα	1	2	3	4	5
27. Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας	1	2	3	4	5
28. Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει	1	2	3	4	5
29. Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες	1	2	3	4	5
30. Έχουμε πίστη στο Θεό	1	2	3	4	5

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤ Ε	ΣΠΑΝΙ Α	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝ Α	ΠΑΝΤ Α
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8.έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4

10. επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάστασή σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛ ΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙ ΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤ Α
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά σε μια ασθένεια	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	1	2	3	4	5

8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11. Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του	1	2	3	4	5
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	1	2	3	4	5

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ (THE ZARIT BURDEN INTERVIEW)

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (0,1,2,3,4) που να ταιριάζει περισσότερο στη συμπεριφορά σας.

Φροντίζοντας κάποιον συγγενή μέσα στην οικογένειά μας, αισθανόμαστε:	ΠΟΤΕ	ΛΙΓΟ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΑΡΚΕΤΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται;	0	1	2	3	4
2. Πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	0	1	2	3	4
3. Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;	0	1	2	3	4
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
5. Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζεστε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4

6.	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
7.	Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
8.	Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	0	1	2	3	4
9.	Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
10.	Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
11.	Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/ του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
12.	Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
13.	Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
14.	Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/τη φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/ός στον/ στην οποίο/α θα μπορούσε να βασιστεί;	0	1	2	3	4
15.	Νιώθετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
16.	Νιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
17.	Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;	0	1	2	3	4
18.	Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	0	1	2	3	4
19.	Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμετε για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
20.	Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
21.	Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/ του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
22.	Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;	0	1	2	3	4

