



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Η σχέση της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας με την  
επιβάρυνση των οικογενειών ασθενών στο στάδιο της αποκατάστασης  
και η επίδρασή τους στη φροντίδα των ασθενών**

Υπό

**Ελένης Κιαμήλη**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία  
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα  
Ενηλίκων του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

© Ελένη Κιαμήλη



Τμήμα Ιατρικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Title**

**ELENI KIAMILI**

The Relationship Between Family Crisis and Mentality Under the Prism of  
Family Burdening At The Stage Of Rehabilitation And Its Effects

IOANNINA, 2019

© ELENI KIAMILI

## ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Επιβλέπουσα:** ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

*Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

**Μέλη:** ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου  
Ιωαννίνων*

ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

*Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την παρούσα διπλωματική εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και την αδερφή μου Όλγα για την υποστήριξη και τη βοήθεια που μου παρείχαν σε κάθε στάδιό της.

Θα ήθελα επιπροσθέτως να ευχαριστήσω τη φίλη μου Αναστασία, για την αμέριστη συμπαράσταση και τις συμβουλές που μου έδωσε κατά τον σχεδιασμό, τη συλλογή και την συγγραφή της συγκεκριμένης μελέτης.

Τέλος, δεν θα ήθελα να παραλείψω την καθηγήτρια μου Μαίρη Γκούβα για την ψυχική ηρεμία που με έκανε να νιώσω και να την εμπιστευτώ στην ακαδημαϊκή μου πορεία, καθώς και για τις συμβουλές που μου παρείχε και το κουράγιο που μου ενέπνευσε.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φροντίδα των ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί εδώ και δεκαετίες τους ερευνητές αναφορικά με τον αντίκτυπο που έχει η φροντίδα αυτή στο ψυχισμό των φροντιστών που αποτελούν μέλη της οικογένειας του φροντιστή. Η συνεχής παροχή φροντίδας στους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας επιβαρύνει τη ποιότητα ζωής των φροντιστών και επηρεάζει τη ψυχική και σωματική τους κατάσταση. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η θρησκευτικότητα και πνευματικότητα των φροντιστών συνδέεται με την οικογενειακή κρίση αλλά και τον τρόπο με τον οποίο οι δύο αυτές παράμετροι επιδρούν στην ενίσχυση της επιβάρυνσης τους. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», ενώ το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε πληθυσμός 99 ατόμων. Η μελέτη ήταν ποσοτική και για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία: α) ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, β) Κλίμακα Επισκόπησης Υγείας (SF-36), γ) Κλίμακα Οικογενειακής Κρίσης (F-COPES), δ) Κλίμακα Καρδιακών Προβλημάτων (CAQ), ε) Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK) και ε) Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (ZARIT). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα δημογραφικά στοιχεία όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ύπαρξη παιδιών και αδερφών σχετίζονται με την ανάπτυξη της πνευματικότητας, την εκδήλωση καρδιακών νοσημάτων και την οικογενειακή κρίση. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η επιβάρυνση του φροντιστή από τη καθημερινή φροντίδα του ασθενή με χρόνια νόσημα εξαρτάται από τα κοινωνικο-δημογραφικά του χαρακτηριστικά αλλά και από τις ώρες που καλείται να παρέχει φροντίδα καθημερινά στα συγγενικά του πρόσωπα.

**Λέξεις κλειδιά:** Οικογενειακή κρίση, θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, επιβάρυνση, φροντιστής

## **ABSTRACT**

Caring for people with chronic illnesses has been a problem for researchers for decades about the impact this care has had on the psyche of carers who are members of the carer's family. Continuous care for patients with chronic health problems burdens the quality of life of carers and affects their mental and physical condition. The purpose of this research work is to investigate the way in which carers' religiosity and spirituality are related to family crisis and how these two factors influence their burden. The present study was conducted as part of the Interdisciplinary Adult Nursing Curriculum, and the sample of the study was a population of 99 people. The study was quantitative and the following research tools were used for data collection: a) socio-demographic questionnaire, b) Health Survey Scale (SF-36), c) Family Crisis Scale (F-COPES), d) Cardiac Scale Problems (CAQ), (d) Spirituality and Religious Scale (SpREUK) and (e) ZARIT. The results of the study showed that demographics such as age, gender, marital status, educational level, and the presence of children and siblings are related to the development of spirituality, heart disease and family crisis. In conclusion, it seems that the caregiver burden on the day-to-day care of a chronic illness patient depends on the socio-demographic characteristics and the hours carer is required to provide daily to his relatives.

**Keywords:** Family crisis, religiosity, spirituality, burden, carer

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.....	14
1.1 Ποιότητα ζωής.....	14
1.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νόσημα.....	14
1.3 Ψυχολογία ασθενών με χρόνια νόσημα.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο.....	18
2.1 Η έννοια της φροντίδας .....	18
2.2 Η έννοια της πνευματικότητας .....	19
2.3 Πνευματικότητα και φροντίδα.....	20
2.4 Η πνευματικότητα στα χρόνια νοσήματα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....	23
3.1 Η επιβάρυνση της φροντίδας.....	23
3.2 Παράγοντες επιβάρυνσης .....	24
3.3 Η επιβάρυνση σε σχέση με το φύλο .....	26
3.4 Το στρες της φροντίδας .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....	29
4.1 Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με χρόνια νόσο .....	29
4.2 Επιπτώσεις του φορτίου των φροντιστών .....	30
4.3 Η κατάθλιψη των φροντιστών .....	31
Κεφάλαιο 5ο.....	33
5.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα .....	33

5.2 Ερευνητικά εργαλεία .....	33
5.3 Περιορισμός της έρευνας .....	35
Κεφάλαιο 6ο.....	36
6.1 Περιγραφική ανάλυση .....	36
6.2 Επαγωγική ανάλυση .....	46
Γραμμική Παλινδρόμηση .....	56
Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα – SF36.....	56
Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα – F-COPES .....	57
Κεφάλαιο 7ο: Συζήτηση -Συμπεράσματα .....	58
7.1 Συζήτηση .....	58
7.2 Συμπεράσματα.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	62
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62
ΞΕΝΗΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	67
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	67



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος.....	36
Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.....	36
Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του τόπου καταγωγής του δείγματος.....	37
Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης αδελφών του δείγματος.....	37
Πίνακας 5 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους των αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος .....	37
Πίνακας 7 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών του δείγματος .....	38
Πίνακας 8 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της φυσιογνωμίας του δείγματος.....	38
Πίνακας 9 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του χαρακτήρα του δείγματος .....	38
Πίνακας 10 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος.....	40
Πίνακας 11 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος.....	40
Πίνακας 12 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της φροντίδας συγγενικού προσώπου του δείγματος.....	41
Πίνακας 13 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος .....	41
Πίνακας 14 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ωρών καθημερινής φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος .....	41
Πίνακας 15 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος .....	42
Πίνακας 16 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της βοήθειας στην φροντίδα του συγγενικού προσώπου του δείγματος .....	43
Πίνακας 17 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του προσώπου που βοηθάει στην φροντίδα του συγγενικού προσώπου του δείγματος.....	43
Πίνακας 18 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να μιλάει .	43

Πίνακας 19 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να περπατάει .....	44
Πίνακας 20 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να αυτοεξυπηρετείται .....	44
Πίνακας 21 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να αισθάνεται ευγνωμοσύνη .....	44
Πίνακας 22 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να καταλάβει τον κόπο του ατόμου που τον φροντίζει .....	44
Πίνακας 23 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αισιοδοξίας του δείγματος.....	45
Πίνακας 24 Αποτελέσματα ελέγχου μέσω των τιμών του φύλου του δείγματος.....	46
Πίνακας 25 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της γενικής υγείας και της κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας .....	46
Πίνακας 26 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφυγής δραστηριοτήτων του δείγματος.....	47
Πίνακας 27 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη σωματική λειτουργικότητα και το σωματικό ρόλο.....	47
Πίνακας 28 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την ζωτικότητα και το σωματικό πόνο .....	48
Πίνακας 29 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη γενική υγεία και τον επανασχεδιασμό.....	48
Πίνακας 30 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη συνολική τιμή CAQ και το φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα.....	49
Πίνακας 31 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την αποφυγή δραστηριοτήτων και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία .....	49
Πίνακας 32 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της προσωπικής έντασης .....	50
Πίνακας 33 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την αποστέρηση σχέσεων και την συνολική βαθμολογία .....	50
Πίνακας 34 Αποτελέσματα ελέγχου μέσω των τιμών της ύπαρξης αδελφών του δείγματος.....	51

Πίνακας 35 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του πλήθους των αδελφών με το σωματικό ρόλο και τη συνολική τιμή CAQ.....	51
Πίνακας 36 Αποτελέσματα ελέγχου μέσω τιμών της ύπαρξης παιδιών .....	52
Πίνακας 37 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του πλήθους των παιδιών με το σωματικό ρόλο και το συναισθηματικό ρόλο .....	52
Πίνακας 38 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του εκπαιδευτικού επιπέδου.....	53
Πίνακας 39 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του εκπαιδευτικού επιπέδου.....	53
Πίνακας 40 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου των ωρών καθημερινής φροντίδας και των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας ....	54
Πίνακας 42 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου, των ωρών καθημερινής φροντίδας και των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας...	55
Πίνακας 56 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης της κλίμακας πνευματικότητας και θρησκευτικότητας με την κλίμακα SF36.....	56
Πίνακας 57 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα F-COPES .....	57

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα παγκόσμιας εμβέλειας το οποίο φαίνεται να εξαπλώνεται ραγδαία λόγω και της γήρανσης του πληθυσμού. Ο ορισμός της χρόνιας νόσου είναι συνυφασμένος με μια ή περισσότερες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να παραμείνουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Οι βλάβες που προκαλούνται έχουν μη αναστρέψιμη πορεία και είναι πολύ δύσκολο να βελτιωθούν. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι μυοσκελετικές παθήσεις τα οποία χαρακτηρίζονται από αργή εξέλιξη και η πλειονότητα των ασθενών στα αρχικά στάδια ζουν ομαλά. Στον αντίποδα υπάρχουν και τα κακοήθη νοσήματα (καρκίνοι) που συνήθως έχουν κακή πρόγνωση, ταχεία ή βραδύτερη επιδείνωση, προκαλούν αναπηρίες, ενώ οι υπάρχουσες θεραπείες (χημειοθεραπείες) έχουν πολλές παρενέργειες. (Di Matteo R. & Martin L. 2011)

Οι «χρόνιοι» ασθενείς αναγκάζονται να προσαρμοστούν σε έναν νέο τρόπο ζωής που χαρακτηρίζεται από τους περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος ενώ παράλληλα βιώνουν ένα συνεχές άγχος, ανασφάλεια για το μέλλον και πόνο, τα οποία δοκιμάζουν τις αντοχές τόσο των ίδιων όσο και του στενού τους περιβάλλοντος. (Magnusson R. 2009)

Η παροχή φροντίδας θεωρείται μια στρεσογόνα πηγή για την οικογένεια του ασθενούς καθώς επηρεάζεται από το συναισθηματικό κοινωνικό και οικονομικό φορτίο. Σύμφωνα με τους Zarit και Edwards (1996) η παροχή φροντίδας ορίζεται ως «η αλληλεπίδραση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που θεωρούνται απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα». (Zarit, S. H., & Edwards, A. B. 2008).

Η φροντίδα θεωρείται θεμελιώδης αξία τόσο για την ανθρώπινη επιβίωση όσο και για την ανθρώπινη ύπαρξη. Στη διαδικασία παροχής φροντίδας, έχει δειχθεί πως οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν πολλούς και διάφορους ρόλους απέναντι στο άτομο που φροντίζουν. Γίνονται οι προστάτες του ασθενούς, οι έμπιστοι φίλοι του, οι διαρκείς σύντροφοι, οι διαχειριστές της φροντίδας, οι σύμβουλοι του ενώ συχνά αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν. (Gwyther LP. et.al. 2005)

Με την πάροδο του χρόνου έχει δειχθεί πως οιοικογενειακοί φροντιστές που επωμίζονται αυτό το «βάρος»βιώνουν αρνητικά συναισθήματα σε τέτοιο βαθμό ώστε να παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες και τον εαυτό τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

### **1.1 Ποιότητα ζωής**

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική και η μέτρησή της θεωρείται δύσκολη ακόμη και σήμερα. Οι ερευνητές παρόλο αυτά εξετάζουν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αυτή την έννοια καθώς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στο χώρο της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μελετάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή ψυχικές διαταραχές και ασθενείς τελευταίου σταδίου. Παρόμοιες μελέτες για την έρευνα της ποιότητας ζωής έχουν γίνει για τους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, που παρά το γεγονός ότι αποτελεί μια συνηθισμένη μεταβολική διαταραχή δεν έχει βρεθεί ακόμα ριζική θεραπεία για την αντιμετώπισή της. (Υφαντόπουλος ΓΝ και Σαρρής Μ. 2001)

Η υγεία και η ποιότητα ζωής είναι δυο αλληλένδετες έννοιες που καθορίζονται τόσο από τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες όσο και από τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου. Σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών η υγεία θεωρείται ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων παραγόντων που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ψυχολογικούς). Με βάση αυτή τη θεωρία, η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται ως η ψυχολογική (συναισθηματική) ευεξία η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο που οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής κατηγοριοποιούνται με βάση το οικονομικό-πολιτικό πλαίσιο, τη δομή και λειτουργία της κοινωνίας και τους ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες όπως είναι τα ήθη και έθιμα, το επίπεδο του αναλφαβητισμού κτλ. (Υφαντόπουλος ΓΝ. και Σαρρής Μ. 2001)

### **1.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνιο νόσημα**

Οι χρόνιες ασθένειες επιδρούν σε διαφορετικό βαθμό στην ποιότητα ζωής του αρρώστου γεγονός που εξαρτάται τόσο από το είδος της ασθένειας, τον τύπο και το στάδιο, στο οποίο διαγνώσκεται όσο και από τη θεραπεία που ακολουθείται και τον τρόπο εξέλιξης της

νόσου. Εξίσου καταλυτικό ρόλο φαίνεται να έχουν και τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του αρρώστου αλλά και η ικανότητα προσαρμογής του στην ασθένεια. Στο στάδιο της διάγνωσης και στο στάδιο της αποκατάστασης και θεραπείας η ποιότητα ζωής του ασθενούς επηρεάζεται λόγω των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που βιώνει με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται τόσο για τον ίδιο όσο και για το στενό του περιβάλλον. Στη φάση της διάγνωσης ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι η ζωή του εξαρτάται αποκλειστικά από τη πορεία εξέλιξης της νόσου το κοινωνικό στίγμα και το φόβο για ένα αβέβαιο μέλλον και έναν οδυνηρό θάνατο. Οι παράγοντες αυτοί όπως είναι αναμενόμενο δημιουργούν συνθήκες επιδείνωσης για την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ακόμη φαίνεται πως και στη φάση της θεραπείας παρουσιάζονται δυσκολίες καθώς ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές και τα προβλήματα που θα του δημιουργήσουν τα θεραπευτικά μέτρα τα οποία θα λάβει. (Σαρρής Μ. 2001)

Μια σημαντική παράμετρος που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι ο φόβος ενός οδυνηρού θανάτου. Ο φόβος αυτός είναι τόσο έντονος που είναι ικανός να επιδράσει στη συνολική του ζωή και στην εκτίμηση για τονεαυτό του. Συνήθως προκαλεί συναισθήματα πανικού, τρόμου, αυξανόμενου άγχους και κατάθλιψης. Ο λόγος ύπαρξης αυτών των συναισθημάτων στηρίζεται στο φόβο της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του, αλλά επίσης και στο φόβο της απόρριψής του από το κοινωνικό περίγυρο και την εγκατάλειψη από τα άτομα που πλαισιώνουν το στενό του περιβάλλον. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως τα θεραπευτικά μέτρα που θα δεχθεί ο ασθενής εμφανίζουν επιπτώσεις που είναι συνυφασμένες με τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν. Τα θεραπευτικά μέσα έχουν διττό ρόλο καθώς από τη μία απαλύνουν τον πόνο του ασθενούς αλλά από την άλλη λόγω των πιθανών παρενεργειών όπως είναι η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου ή οι πονοκέφαλοι μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη ποιότητα ζωής του.

Για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής κρίσιμη θεωρείται η στήριξη της οικογένειας και η παρότρυνση της για τη συμμετοχή του ασθενούς σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες ώστε να θεωρεί τον εαυτό του χρήσιμο και ενεργό μέλος της κοινωνίας. (Σαρρής Μ. 2001)

### **1.3 Ψυχολογία ασθενών με χρόνιο νόσημα**

Για τον άνθρωπο η έννοια της ασθένειας θεωρείται απειλητική για την ακεραιότητα του σώματος και της ψυχής του. Γι' αυτό επικρατεί μια ατμόσφαιρα ανασφάλειας και φόβου και μόνο με την υπόνοια της νόσου αλλά και την οδυνηρή εξέλιξή της (τις εξετάσεις,επεμβάσεις, εισόδους σε Νοσοκομεία).

Η ασθένεια αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται διαφορετικά από κάθε άτομο και την οικογένεια του. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από παράγοντες, που ταξινομούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες :

α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια (όπως η φύση της ασθένειας, η σοβαρότητά της, η εξέλιξή της κτλ)

β) τους παράγοντες που εξαρτώνται χρονικά από την εμφάνιση της ασθένειας(βρεφική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία)

γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, προσωπικότητα κτλ)(Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ.1999)

Η αντίδραση του ατόμου στη γνωστοποίηση της διάγνωσης ποικίλλει. Ως επί των πλείστων οι αντιδράσεις αυτές έχουν αρνητικές συνέπειες και διαταράσσουν την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και την επικοινωνία του με τον περίγυρό του. Σύμφωνα με μελέτες τα άτομα αυτά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γεγονός που θεωρείται φυσιολογικό κατά τη πορεία συνειδητοποίησης και αποδοχής της ασθένειας. Η πρώτη αντίδραση πέρα από το σοκ είναι η αγωνία για την έκβαση της πάθησης η οποία δεν συνάδει με την βαρύτητα της ασθένειας. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις σε αυτό το στάδιο είναι έντονες και συνδέονται με τις αλλαγές που αναγκάζεται να κάνει ο ασθενής και η οικογένεια του καθώς πρόκειται για μια περίοδο προσαρμογής στα νέα δεδομένα.

Οι αποφάσεις και οι προτεραιότητες του ατόμου αλλάζουν καθώς είναι επιτακτική η ανάγκη για προσαρμογή στη νέα του ζωή. Αρχικά ο ασθενής καλείται να αποφασίσει για την ανακοίνωση της πάθησης του στο στενό του περιβάλλον. Φαίνεται πως οι περισσότεροι κρατούν μυστική την ασθένεια τους συνήθως για το διάστημα μέχρι να την αποδεχτούν και να την κατανοήσουν.



Σε επόμενο στάδιο παίρνουν την απόφαση να αναζητήσουν δεύτερη και τρίτη ιατρική γνώμη πρώτον για να πιστοποιήσουν την ασθένεια και να αφομοιώσουν καλύτερα τη νέα πραγματικότητα και δεύτερον για να μάθουν για άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που να είναι λιγότερο επώδυνες ώστε να έχουν περισσότερες από μια εναλλακτικές λύσεις.

Η νέα πραγματικότητα οδηγεί το άτομο σε αλλαγές του καθημερινού τρόπου ζωής και των δραστηριοτήτων του. Κάποιοι προσαρμόζονται σχετικά εύκολα αναθεωρώντας τους στόχους τους και λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα ενώ κάποιοι άλλοι παραγνωρίζουν τις δυνάμεις τους και εξακολουθούν να ζουν με τον ίδιο τρόπο όπως πριν τη διάγνωση. Σε αυτή τη κρίσιμη περίοδο το άτομο καλείται να έρθει αντιμέτωπο με τα όρια και τις αντοχές του και να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του. Αυτό βέβαια θεωρείται δύσκολο καθώς το άγχος που βιώνει θεωρείται ανασταλτικός παράγοντας.

Το άτομο ανάλογα με την ερμηνεία που δίνει στην ασθένεια του ενεργοποιεί αντίστοιχους μηχανισμούς και στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει. Το άτομο προβληματίζεται σχετικά με τον τρόπο ζωής που είχε πριν τη διάγνωση ώστε να αποδώσει ένα μερίδιο ευθύνης και να συμβάλει στην αποκατάσταση της υγείας του διορθώνοντας το. (Παπαδάτου Δ και Αναγνωστόπουλος Φ. 1999)

Οι επιπτώσεις της ασθένειας φαίνονται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει το σώμα του και ελέγχει τον εαυτό του. Η απώλεια ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του όπως προοδευτικά συμβαίνει με ένα πλήθος χρόνιων ασθενειών οδηγούν τον ασθενή στην κοινωνική απομόνωση. Οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και όπως είναι αναμενόμενο τροποποιούνται είτε μέσω της διαφορετικής προσέγγισης είτε μέσω της απομάκρυνσης. (Παπαδάτου Δ και Αναγνωστόπουλος Φ. 1999)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **2.1 Η έννοια της φροντίδας**

Η φροντίδα αποτελεί μια πολυδιάστατη και ευρεία έννοια η οποία θεωρείται ένα ανθρώπινο γνώρισμα μέσα από το οποίο το άτομο νιώθει μια ηθική υποχρέωση δημιουργεί μια διαπροσωπική σχέση ενώ μέσω αυτής μπορεί και παρεμβαίνει θεραπευτικά. Όπως είναι φυσικό η έννοια της φροντίδας εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. (Σαπουντζή – Κρέπια Δ.2005)

Η στάση του ατόμου απέναντι στη φροντίδα καθορίζεται από το κοινωνικό, το θρησκευτικό, το πολιτισμικό και το οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εντάσσεται. Αρκετοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με την έννοια της φροντίδας και έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν το λόγο που οι άνθρωποι έχουν τη τάση να φροντίζουν και τι σημαίνει για κάποιο άνθρωπο να φροντίζεται. Σύμφωνα με τη μελέτη των Walker και Avant (1995), η φροντίδα γίνεται περισσότερο κατανοητή μέσα από το πλαίσιο ενός ξεχωριστού τρόπου ύπαρξης, σκέψης, πεποιθήσεων και δράσης που απαιτεί δεσμεύσεις, γνώση και δεξιότητες. Η φροντίδα είναι αλληλένδετη με το σεβασμό και τις ανθρώπινες αξίες και μέσω της έκφρασή της τα άτομα αποκτούν νόημα και ουσία στη ζωή τους. (Mayroff M. 1971)

Η παροχή φροντίδας θεωρείται απαραίτητη για τα άτομα που βιώνουν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους και εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Υπάρχουν άτομα που προσφέρουν υποστήριξη είτε με αμοιβή είτε χωρίς, σε έναν άνθρωπο που το έχει ανάγκη είτε πρόκειται για έναν ασθενή με χρόνια νόσημα είτε για έναν άνθρωπο τρίτης ηλικίας. Αυτά τα άτομα καλούνται φροντιστές αφού στόχο τους είναι η ικανοποίηση αναγκών σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας, όσο και σε επίπεδο συντροφικότητας. (Τριαντάφυλλου Τ.κ.α 2006)

Οι φροντιστές διακρίνονται σε επίσημους και ανεπίσημους. Οι επίσημοι θεωρούνται εκείνοι που ειδικεύονται σε επαγγελματικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ή ως υπάλληλοι δημόσιου/ιδιώτη (νοσηλευτές ,κοινωνικοί λειτουργοί) ενώ οι ανεπίσημοι είναι αυτοί που δεν λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Οι ανεπίσημοι φροντιστές είναι τα μέλη της οικογένειας ή άτομα του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου (φίλοι, γείτονες, συγγενείς) ή εθελοντές.

Οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν συνήθως αυτό το ρόλο λόγω συνθηκών καθώς κατά γενική ομολογία η παροχή φροντίδας σε αυτή τη περίπτωση ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού στις οικογενειακές σχέσεις. (Τριαντάφυλλου Τ. κ.α 2006)

## **2.2 Η έννοια της πνευματικότητας**

Οι απόψεις των ανθρώπων σχετικά με τον σκοπό της ύπαρξής τους έχει εκτός από γονιδιακή βάση και περιβαλλοντική καθώς η θρησκεία και το πλαίσιο αξιών της κοινωνίας διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Η βάση όλων των θρησκειών είναι η ύπαρξη της πνευματικής υπόστασης του ανθρώπου και όπως φαίνεται η πνευματικότητα καθορίζεται από τα μοναδικά του χαρακτηριστικά.(Reinert K G. & Koenig H G. 2013)

Σύμφωνα με τους Dreyer and Bennett (2006) η πνευματικότητα έχει εκατοντάδες ορισμούς από τους οποίους ο καθένας μπορεί να επιλέξει αυτόν που του αρμόζει καλύτερα. «Χρυσός κανόνας» πάντως για τον ορισμό της πνευματικότητας δεν υπάρχει.(Dreyer E A. & Bennett J B. 2006)

Ο Rousseau (2000) θεωρεί ότι ο διαχωρισμός του μυαλού και του σώματος, εγκαθιστά ένα πρότυπο στο οποίο η επιστήμη αναλαμβάνει να ανακαλύψει τον υλικό σωματικό κόσμο, ενώ το μη υλικό, το πνευματικό αφήνεται στην εκκλησία . Το 2000 πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση που περιελάμβανε πάνω από 1200 έρευνες αναφορικά με τη θρησκεία και την υγεία και έδειξε ότι, τουλάχιστον τα δύο τρίτα των μελετών συσχέτιζαν τη θρησκευτική δραστηριότητα με την ψυχική και σωματική ευεξία. (Rousseau P.2000)

Παρόμοιες μελέτες στον δυτικό κόσμο παρουσιάζουν μια κλίση της επιστημονικής κοινότητας προς τη σχέση της πνευματικότητας και της υγείας. Σε περιόδους ασθένειας, έχει δειχθεί ότι η συνείδηση του ασθενή περιτριγυρίζεται από πνευματικά ζητήματα που αφορούν τη ζωή και το θάνατο. (Koenig HG. et.al.2000) Αυτό ισχύει ιδιαίτερα: α) στους τομείς της μαιευτικής και της γυναικολογίας που συνδέονται με τον ερχομό της ζωής αλλά και με τη διακοπή της μέσα από τη διαδικασία της άμβλωσης β) στην ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα, η οποία ασχολείται με το τελικό στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου στον κόσμο, και γ) στην ψυχιατρική, η οποία επιδιώκει να βοηθήσει τους ανθρώπους που δεν συνδέονται πλέον λειτουργικά με τον κόσμο. (May C & Mead N. 1999)

Παρά το γεγονός ότι η ανθρώπινη φύση είναι γεμάτη από συγκρούσεις παραμένει μια ολότητα. Η πνευματικότητα εισχωρεί βαθιά στις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου οδηγώντας στη συνοχή και τη συμφιλίωση με τον εαυτό του διαμέσου της υπαρξής εσωτερικής γαλήνης. (Cassidy JP. & Davies DJ. 2004)

Η συμφιλίωση μέσω της πνευματικότητας δίνει στον άνθρωπο το χάρισμα να μπορεί να συγχωρεί και να συγχωρείται. Σύμφωνα με τον Derrickson (1996) η πνευματική φροντίδα ορίζεται ως η αναγνώριση και η ανταπόκριση στις «πολύπλευρες εκφράσεις της πνευματικότητας που συναντούμε στους ασθενείς και τις οικογένειες τους.» (Derrickson BS.1996)

Από την άλλη ο Sulmasy (2009) ορίζει την πνευματικότητα «ως τους τρόπους εκείνους με τους οποίους ένας άνθρωπος συνήθως συμπεριφέρεται στη ζωή του σε σχέση με το ερώτημα του υπερφυσικού. Η θρησκεία αντίθετα είναι ένα σύνολο από πεποιθήσεις, κείμενα, τελετουργικά και άλλες πρακτικές τις οποίες μοιράζεται μια συγκεκριμένη κοινότητα σε σχέση με το υπερφυσικό».

Η πνευματικότητα θεωρείται μια δομή που εμπεριέχει έναν συνδυασμό αντιλήψεων της πίστης και του νοήματος. Όσον αφορά το στοιχείο της πίστης, στην πνευματικότητα συνδέεται συχνότερα με τη θρησκεία, ενώ το στοιχείο του νοήματος αποτελεί μια ευρύτερη έννοια, όπου υπάρχει και σε μη θρησκευόμενα άτομα.

### **2.3 Πνευματικότητα και φροντίδα**

Όλοι οι άνθρωποι έχουν ένα πνευματικό ιστορικό. Αυτό το πνευματικό ιστορικό πλαισιώνεται από τα στοιχεία της θρησκευτικής παράδοσης και συμβάλλει με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να θεωρείται μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα. Στην περίπτωση εμφάνισης μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας φαίνεται πως διαταράσσεται η ολότητα του ατόμου. Εκτεταμένες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μεταγενέστερα περιέγραψαν την πνευματικότητα ως μια μεταβλητή της ολότητας. (Ramsey P.1970)

Η σύγχρονη ιατρική αντίληψη αποδέχεται το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη γνώσης σχετικά με τον τρόπο που συνδέονται το σώμα, ο νους και το πνεύμα. Κάποτε η ιατρική

επιστήμη ήταν πλήρως συνδεμένη με τη θρησκεία και ως ένα βαθμό διατηρεί ακόμη και σήμερα μια ιερή διάσταση για πολλούς ανθρώπους.

Η βιοϊατρική προσέγγιση της φροντίδας εμφανίζει ένα ποσοστό αποτυχίας τόσο για τους ασθενείς όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον διότι δεν έχει δοθεί η αρμόζουσα σημασία στις πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών αυτών. Παρόλο αυτά τα τελευταία χρόνια έγιναν προσπάθειες για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της πνευματικότητας και της φροντίδας και βρέθηκε ότι η πνευματική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική κυρίως για τους ασθενείς χρόνιων νοσημάτων. (King M. et.al. 1995)

## **2.4 Η πνευματικότητα στα χρόνια νοσήματα**

Η στιγμή της διάγνωσης μιας σοβαρής ασθένειας αποτελεί μια κρίσιμη καμπή για τον ασθενή. Συχνά αυτό που παρατηρείται είναι η ύπαρξη πνευματικών και θρησκευτικών ανησυχιών καθώς οι ασθενείς χρόνιων νοσημάτων λόγω του άγχους και του στρες που αντιμετωπίζουν νιώθουν την ανάγκη να βρεθούν ψυχικά κοντά στο Θεό.

Το άτομο που πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα, μεταβάλλει την υπαρξιακή του υπόσταση. Συνήθως αισθάνεται ανασφάλεια, ματαιότητα, κενότητα, κοινωνική απομόνωση και ενοχές. Η ταυτότητα του διαταράσσεται και επαναπροσδιορίζεται εμπειρικλίνοντας μέσα σε αυτή και το άγχος του θανάτου. Η πρόκληση μιας ασθένειας αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο από κάθε άνθρωπο αλλά φαίνεται πως το κοινό στοιχείο είναι η εύρεση νοήματος ή η πίστη βοηθώντας με αυτό τον τρόπο στην αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Έχει δειχθεί ότι η ύπαρξη θρησκευτικής μέριμνας μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο συμβάλλοντας παράλληλα στην καλύτερη αντιμετώπιση και αποδοχή της ασθένειας και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. (Λιάκου Ε. 2016)

Το άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια δύσκολη κατάσταση όπως η εμφάνιση μιας ασθένειας έχει τη τάση είτε να στρέφεται προς τις θρησκευτικές πηγές αντιδρώντας σε στρεσογόνες καταστάσεις είτε να απομακρύνεται αμφισβητώντας την ουσία της πίστης. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το άτομο θεωρεί την ασθένεια ως μια δοκιμασία και έναν λόγο για την εμβάθυνση της πίστης και της σχέσης του με το Θεό καθώς βιώνοντας τον πόνο έρχεται ένα βήμα πιο κοντά στην πνευματική τελειότητα. Αντίθετα κάποιοι άλλοι

χαρακτηρίζονται από θρησκευτική απάθεια καθώς αισθάνονται πως τιμωρούνται από το Θεό γι' αυτό και απομακρύνονται από Αυτόν. Νιώθουν αμφιβολίες καθώς ο θρησκευτικός τους κόσμος και τα πιστεύω τους κλονίζονται. (Βαρσάμη Ε.2007)

Το ερευνητικό ενδιαφέρον υπήρξε μεγάλο για τη συσχέτιση της πνευματικότητας και της ασθένειας. Αυτό που φάνηκε ήταν ότι η πνευματικότητα είναι ικανή να περιορίσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και να προάγει στρατηγικές αντιμετώπισης για την αποδοχή της νόσου. Πολλοί ασθενείς που βασίζονται στις πνευματικές ή θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και πρακτικές, είναι ικανοί να βρουν τρόπους ώστε να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά την εξέλιξη της νόσου.

Το πιο βασικό σύμπτωμα που βιώνουν ως επί των πλείστον οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι ο πόνος. Μελέτες για το πώς επιδρά η πνευματικότητα στην ύπαρξη και την αποδοχή του πόνου έδειξαν ότι μπορεί να δράσει ανασταλτικά μέσω της καλύτερης διαχείρισης του άγχους και της απόσπασης της προσοχής προάγοντας την κοινωνική επαφή. Από την άλλη τα χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας σχετίζονται με αυξημένη ευαισθησία απέναντι στο πόνο.(ShermanΑ. 2005)

Όπως παρουσιάστηκε ανωτέρω, η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου είναι σαφές ότι προκαλεί αισθήματα φόβου και αδυναμίας. Οι ασθενείς όμως που βασίζονται στην θρησκευτικότητα και την πίστη τους υιοθετούνδραστικά μέτρα ώστε να μάθουν να αποδέχονται την ασθένεια και να αντεπεξέρχονται στις στρεσογόνες κι επίπονες καταστάσεις που αυτή δημιουργεί. Για να επιτευχθεί αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό πρέπει το ιατρικό προσωπικό και οι φροντιστές να δημιουργούνένα κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή ώστε να υπάρχει ουσιαστική αλληλεπίδραση μεταξύ τους και έτσι οι ασθενείς να μπορούν να εκφράζουν ελεύθερα τις πνευματικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και ανάγκες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **3.1 Η επιβάρυνση της φροντίδας**

Ο όρος «επιβάρυνση της φροντίδας» χρησιμοποιείται όταν τα άτομα τα οποία φροντίζουν χρόνια άρρωστα ή ανήμπορα μέλη της οικογένειας τους είναι πιθανό να βιώνουν φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.

Πιο συγκεκριμένα η επιβάρυνση είναι ένας παράγοντας που μεσολαβεί στην περίπτωση που η ανικανότητα ενός ασθενούς επιδρά στη φροντίδα που παρέχεται από την οικογένεια του και κυρίως στο μέλος που έχει αναλάβει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας. Η επιβάρυνση επέρχεται ως ένα αποτέλεσμα δραστηριοτήτων και περιστατικών και είναι δυνατό να διαχωριστεί από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της φροντίδας. Σήμερα υπάρχουν ορισμοί που καθορίζουν την επιβάρυνση ως μια πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση που αναπτύσσεται όταν δεν υπάρχει ισοζύγιο ανάμεσα στις απαιτήσεις της φροντίδας και των φυσικών και συναισθηματικών καταστάσεων αλλά και των πολλαπλών ρόλων των φροντιστών. (Given B. et al. 2001)

Η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας δημιουργεί ένα πλήθος προβλημάτων τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Η αντικειμενική επιβάρυνση αναφέρεται σε όλους τους παράγοντες που επιδρούν και διαταράσσουν την οικογενειακή ζωή. Αυτοί μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην οικογενειακή δομή, στον οικονομικό τομέα, στις σχέσεις, στην υγεία των μελών αλλά και στην καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας.

Παρόλο που η διάκριση μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης δεν είναι απόλυτα σαφής μπορούμε να πούμε πως η αντικειμενική επιβάρυνση είναι συνυφασμένη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαδικασίας της φροντίδας, ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά τη συναισθηματική διακύμανση που βιώνει ο φροντιστής στην πραγματοποίηση των λειτουργιών της φροντίδας.

Η επιβάρυνση της φροντίδας θεωρείται μια συναισθηματική αντίδραση που κυμαίνεται ανάλογα με τις απαιτήσεις της φροντίδας οι οποίες καθορίζονται κατά κύριο λόγο από τη νοητική και τη λειτουργική κατάσταση του λήπτη. Οι φροντιστές όπως είναι φυσικό αναλαμβάνουν ευθύνες τις οποίες δεν μπορούν να διαχειριστούν πλήρως με αποτέλεσμα να αργούν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα και να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση ως

προς την παροχή φροντίδας. Στην περίπτωση που η χρόνια ασθένεια συνδέεται με κάποιου είδους ψυχική διαταραχή φαίνεται ότι η νοητική κατάσταση του λήπτη της φροντίδας και η προβληματική του συμπεριφορά επηρεάζει την κατάσταση του φροντιστή καθώς περιορίζει τον χρόνο του και τις ανάγκες του. Ένα επιπλέον μειονέκτημα είναι η διακύμανση της νοητικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της ημέρας καθιστώντας τις κοινωνικές σχέσεις επισφαλείς καθώς η υγεία του ασθενούς είναι ευάλωτη και είναι ικανή να μεταβάλλεται από τη διαύγεια στη σύγχυση. Έτσι η επιβάρυνση στην περίπτωση αυτή χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα λόγω της απρόβλεπτης και πολυδιάστατης φύσης των απαιτήσεων της φροντίδας και της κατάστασης στην οποία ανευρίσκεται ανά πάσα στιγμή ο ασθενής. (Sherwood P. et. al. 2005).

Η επιβάρυνση επομένως αντικατοπτρίζει τις αυξανόμενες απαιτήσεις και τις υποχρεώσεις του φροντιστή γι' αυτό και θεωρείται κρίσιμο να μπορεί να επιστρατεύει τρόπους ώστε να ελαττώνει αυτή τη συσσώρευση και η φροντίδα που παρέχεται να γίνεται σε καθορισμένο πλαίσιο.

### **3.2 Παράγοντες επιβάρυνσης**

Οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα επιβάρυνσης οφείλονται στα προσωπικά χαρακτηριστικά του φροντιστή αλλά και στην ευαισθησία που παρουσιάζει απέναντι στο άτομο που φροντίζει. Επίσης στην ανάπτυξη της επιβάρυνσης καθοριστικό ρόλο έχουν εξίσου οι απαιτήσεις του λήπτη και η ανάμειξη του στη φροντίδα. (Pearlin L.I. et. al. 1990)

Σύμφωνα με μελέτες ο πιο ουσιαστικός παράγοντας της επιβάρυνσης είναι το είδος της σχέσης του φροντιστή με τον λήπτη τονίζοντας τη σχέση μεταξύ συζύγων και μεταξύ της κόρης και του γονέα. Οι κοινωνικές θέσεις του οικογενειακού φροντιστή φαίνεται να καθορίζουν το ποσοστό κινδύνου ανάπτυξης επιβάρυνσης, με το γυναικείο φύλο, το γήρας, την ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τη χαμηλή κοινωνικό-οικονομική υπόσταση να είναι μερικές από αυτές. Όσον αφορά τον ασθενή, μια σημαντική μεταβλητή σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών αποτελεί ο βαθμός λειτουργικότητας που εμφανίζει στις δραστηριότητες της καθημερινότητας. (Singer G.H. & Irwin L.K. 1989)



Οι απαιτήσεις της φροντίδας διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες. Οι πρωτοβάθμιες αφορούν τις λειτουργικές αδυναμίες και κυρίως το βαθμό της προβληματικής συμπεριφοράς του πάσχοντος μέλους της οικογένειας ενώ οι δευτεροβάθμιες περιλαμβάνουν τις απαιτήσεις από τον εργασιακό και κοινωνικό περίγυρο και την οικογένεια του φροντιστή.

Εκτός από την άμεση φροντίδα υπάρχουν και άλλες δραστηριότητες τις οποίες αναγκάζεται να αναλάβει εξολοκλήρου ο φροντιστής όπως είναι το νοικοκυριό, τα οικονομικά ζητήματα, οι εξετάσεις και ο έλεγχος της πορείας του ασθενούς καθώς και η μεταφορά του στα ιατρικά κέντρα. Όπως διαπιστώθηκε από ένα πλήθος μελετών ο βαθμός επιβάρυνσης που βιώνεται από το άτομο που φροντίζει συνδέεται από την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης. Η επιλογή αυτή επηρεάζεται τόσο από την προσωπικότητα του κάθε φροντιστή όσο και από τις συνθήκες μέσα στις οποίες προσφέρει τη φροντίδα. Μάλιστα έχει αποδειχθεί ότι οι φροντιστές μπορούν να μετριάσουν το στρες της φροντίδας μέσω της διαδραστικής επικοινωνίας και της αποδοχής βοήθειας από άλλα μέλη της οικογένειας αλλά και μέσω της αναζήτησης κοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης.

Η «ανάσα» που προσφέρει η κοινωνική υποστήριξη αναδεικνύεται στην περίπτωση των ασθενών με χρόνια νόσο όπου οι ευθύνες της φροντίδας μπορούν να μοιραστούν μεταξύ των άλλων μελών της οικογένειας. Έτσι όσο περισσότερο μοιράζεται η φροντίδα τόσο μετριάζεται η επιβάρυνση. Παρόλο αυτά δεν λείπουν και οι αντίθετες απόψεις ερευνητών που πιστεύουν ότι η εμπλοκή των συγγενών μόνο προβλήματα επιφέρει και ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι μια από τις αιτίες του στρες.

Όσον αφορά τη ψυχική διακύμανση οι οικογενειακοί φροντιστές χαρακτηρίζονται από απώλεια του «εαυτού» τους και αναπροσαρμογή των ρόλων τους. Οι περιορισμένες ευκαιρίες αναψυχής και κοινωνικοποίησης σε συνδυασμό με τη διαρκή ανάληψη ευθυνών οδηγούν σε υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης. Η υψηλή επιβάρυνση όπως είναι αναμενόμενο έχει αντίκτυπο στην παροχή φροντίδας η οποία δεν φαίνεται να ωφελεί πια τον ασθενή καθώς παρατηρείται αύξηση των επιπέδων κακοποίησης και θανάτου με αποτέλεσμα να οδηγείται σε ίδρυμα. Από την άλλη η αναπροσαρμογή των ρόλων είναι υπεύθυνη για τις συγκρούσεις μεταξύ των μελών ιδίως στην περίπτωση που η σχέση φροντιστή –λήπτη είναι σχέση κόρης-γονέα. Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση που η κόρη έχει δημιουργήσει το δικό της σπιτικό τη δική της οικογένεια και έχει συγκεκριμένες υποχρεώσεις και ευθύνες. Είναι γεγονός ότι το οικονομικό κόστος είναι ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα αφού τα

οικονομικά ποσά που διαθέτει η οικογένεια ενός χρόνιου πάσχοντος στο σύστημα υγείας είναι μεγάλη. (ChouK.R. 2000)

Όλες αυτές οι αναφορές καθιστούν σαφές ότι η επιβάρυνση και η στρεσογόνα κατάσταση από τη παροχή φροντίδας προκύπτει από ένα συνονθύλευμα εμπειριών και καταστάσεων προσαρμοσμένα στα χαρακτηριστικά του φροντιστή γι' αυτό και η επίδρασή τους στην υγεία και τη συμπεριφορά του είναι διαφορετική.

### **3.3 Η επιβάρυνση σε σχέση με το φύλο**

Η έννοια του φύλου αποτελεί μια κοινωνική δομή που προσαρμόζεται ανάλογα με τη χώρα τις διάφορες τάξεις και τις εθνικές και ηλικιακές ομάδες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται. Η παροχή φροντίδας επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο κάθε φύλο αντιλαμβάνεται τον ρόλο και τις υποχρεώσεις που πρέπει να έχει απέναντι στο άτομο που φροντίζει.

Μελέτες που ασχολήθηκαν με τη συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης και του φύλου κατέδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνσης σε σχέση με τους άνδρες φροντιστές. (Θεοδοσοπούλου Δ. 2005) Αυτό το αποτέλεσμα αντικατοπτρίζει τον παραδοσιακό και κοινωνικό ρόλο της γυναίκας καθώς από τη φύση της αναλαμβάνει να παρέχει φροντίδα στην οικογένεια θεωρώντας ότι αυτό αποτελεί και το κύριο μέλημά της. (KayserK. &ScottJ. 2010)

Έρευνες των τελευταίων χρόνων σε φροντιστές καρκινοπαθών έδειξαν την ύπαρξη μιας ψυχολογικής κατάρρευσης στην οποία το πένθος και το βαρύ φορτίο ευθύνης κατέχουν πρωταγωνιστικό ρόλο. Σύμφωνα με αυτές, οι άνδρες εμφανίζουν λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα διότι αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς για συναισθηματικούς λόγους και όχι επειδή τους επιβάλλεται. Αντίθετα οι γυναίκες εκτίθενται σε μεγαλύτερες απαιτήσεις φροντίδας διότι αφιερώνουν περισσότερο χρόνο και για άλλες δραστηριότητες στο σπίτι. (FletcherB.S. et.al. 2012)

Φαίνεται πως οι γυναίκες φέρουν πιο έντονο το αίσθημα ευθύνης για φροντίδα πρώτον διότι αντιδρούν διαφορετικά στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται αυτό το ρόλο και δεύτερον επειδή έχουν μάθει να μοιράζονται τις ανησυχίες και τα προβλήματα που αυτή

επιφέρει καθότι θεωρούνται περισσότερο επικοινωνιακές από τους άνδρες. Τέλος λόγω της καθημερινής τους ενασχόλησης με τον ασθενή είναι αναμενόμενο να επηρεάζονται περισσότερο από τις στρεσογόνες καταστάσεις της φροντίδας.

### **3.4 Το στρες της φροντίδας**

Η φροντίδα είναι μια έννοια που εμπερικλείει δύο στοιχεία : το συναισθηματικό στοιχείο το οποίο αναφέρεται στην υποχρέωση που αισθάνεται ένα άτομο απέναντι στην ευημερία κάποιου άλλου και την καθαυτή παροχή της φροντίδας μέσω της οποίας εκφράζεται αυτή η υποχρέωση. Η παροχή φροντίδας είναι αναπόσπαστο κομμάτι οποιασδήποτε στενής σχέσης, αναφερόμενη σε συγκεκριμένες πράξεις που χαρακτηρίζουν το πλαίσιο της σχέσης και των ρόλων είτε πρόκειται για τη σχέση μεταξύ συζύγων, είτε για τη σχέση γονέα-παιδιού. (Pearlin L.I. et.al. 1990)

Η φροντίδα ενώ συνήθως αποτελεί μια ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε ανθρώπους που σχετίζονται μεταξύ τους υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες προσδιορίζεται ως ένα μεγάλο και άνισα κατανεμημένο βάρος που μπορεί να επεκταθεί εκτός του πλαισίου της σχέσης και να υπερτερήσει έναντι προηγούμενων επιδράσεων. ( Carter R. E. & Carter C. A. 1994)

Μια τέτοια συνθήκη εμφανίζεται στην περίπτωση μιας χρόνιας νόσου όπως φαίνεται και από τη νόσο Alzheimer η οποία λόγω της προοδευτικής αναπηρίας από την οποία χαρακτηρίζεται οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση των πασχόντων από τα άλλα μέλη της οικογένειας ακόμη και για την ικανοποίηση των πιο βασικών αναγκών. Επομένως η φροντίδα μετατρέπεται σε ένα καθοριστικό για την επιβίωση στοιχείο καταλαμβάνοντας το μεγαλύτερο μέρος της ολότητας της σχέσης. Αυτό το δυσβάστακτο βάρος εντείνεται και από την πορεία που ακολουθούν οι συγκεκριμένοι ασθενείς η οποία είναι προδιαγεγραμμένη διότι ιατρικά θεωρείται μη αναστρέψιμη.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η φροντίδα επηρεάζεται από παράγοντες τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε κοινωνικό. Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται στα χαρακτηριστικά του φροντιστή (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο), στο είδος της σχέσης του με τον λήπτη (συγκρούσεις κτλ) αλλά και στα κοινωνικά στηρίγματα και υποστηρικτικά δίκτυα.

Η υπερβολική ανάληψη ευθυνών λόγω των αυξημένων απαιτήσεων προκαλούν το στρες του φροντιστή σε τέτοιο βαθμό μάλιστα ώστε εν γνώσει του να παραμελεί τη κοινωνική του

ζωή και τον χρόνο που επενδύει στις σχέσεις ενώ φαίνεται πως επηρεάζεται και η εργασιακή του πορεία.

Η παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ένα άτομο του στενού περιβάλλοντος είναι μια μεταβαλλόμενη διεργασία λόγω των διαφορετικών αναγκών του λήπτη κατά τη πορεία εξέλιξης της νόσου. Στις περιπτώσεις της χρονιότητας της ασθένειας ο ρόλος του φροντιστή αλλάζει, γίνεται πιο δύσκολος ιδίως όταν αναγκάζεται να αναλάβει παρόμοιες εργασίες με αυτές των επαγγελματιών υγείας. Δεν είναι περίεργο λοιπόν ότι η παροχή φροντίδας εγείρει δύσκολα προσωπικά ζητήματα που σχετίζονται με το καθήκον, την ευθύνη και την ενοχή.

Μελετώντας τη στρεσογόνο κατάσταση που δημιουργείται από τη μακροχρόνια παροχή φροντίδας φάνηκε ότι μπορεί να επηρεάσει αρνητικά και μέλη της ευρύτερης οικογένειας που δεν έχουν αναλάβει χρέη φροντιστή. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει μια μετατόπιση της προσοχής και της φροντίδας προς το λήπτη με αποτέλεσμα τα άλλα μέλη να νιώθουν ότι περιθωριοποιούνται. Ένα άμεσο αντίκτυπο είναι οι οικογενειακές συγκρούσεις που είναι συχνές και έντονες λόγω της έντασης και της πίεσης που αισθάνεται και μεταδίδει ο φροντιστής στην υπόλοιπη οικογένεια.

Τέλος τα μέλη της οικογένειας που παρακολουθούν τη σταδιακή επιδείνωση του ασθενούς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα όπως το χρόνιο πένθος. Μάλιστα αυτή η προοδευτική εξέλιξη της ασθένειας δημιουργεί στους μη φροντιστές μια διαρκή πίεση και δυσφορία γεγονός που υποδηλώνει πως η συναισθηματική επιβάρυνση δεν είναι αποκλειστικό χαρακτηριστικό των πρωτοβάθμιων φροντιστών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η αρνητική επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων στους άμεσους φροντιστές ελαττώνεται σημαντικά μέσω επιβραβεύσεων και ηθικών εξυψώσεων. Αυτές οι επιβραβεύσεις προερχόμενες τόσο από το οικογενειακό όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον περιορίζουν τα επίπεδα επιβάρυνσης και κατάθλιψης. (Cotrell V. & Schulz R. 1993)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **4.1 Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με χρόνια νόσο**

Μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια η επιβάρυνση(σωματική , συναισθηματική , οικονομική , κοινωνική) που φέρνει μια χρόνια σωματική ή ψυχική νόσος στην οικογένεια του ασθενή και κυρίως στους «άτυπους» φροντιστές. Ας πάρουμε για παράδειγμα μια χρόνια ψυχική νόσο όπως είναι η άνοια και το Alzheimer. Η φροντίδα τέτοιων ασθενών πλήττει όλη την οικογένεια και φαίνεται πως η επιβάρυνση και τα επίπεδα στρες εμφανίζονται περισσότερο αυξημένα σε σχέση με εκείνα που οφείλονται σε σωματικές αναπηρίες. (Kang H.S. et.al.2014)

Με την πάροδο του χρόνου η ασθένεια εξελίσσεται προσβάλλοντας τις γνωστικές, συναισθηματικές, ψυχικές, νοητικές και σωματικές λειτουργίες του ατόμου οι οποίες φθίνουν δημιουργώντας δυσκολίες στην περίθαλψή του. Τα επίπεδα επιβάρυνσης και η παρεχόμενη φροντίδα όπως έχει ήδη αναφερθεί επηρεάζεται από τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του φροντιστή, του ασθενούς (ο άντρας ασθενής επιβαρύνει περισσότερο τον περίγυρό του) και του πλαισίου υποστήριξης. (Kim H. et.al.2012)

Η συστηματική φροντίδα δημιουργεί στον φροντιστή αισθήματα όπως λύπη ενοχή, ντροπή για την συμπεριφορά του ασθενούς και τη μη συνεργασία του, θυμό και απελπισία από την κατάσταση στην οποία έχει εγκλωβιστεί αλλά και μοναξιά λόγω της κοινωνικής του απόσυρσης. Μάλιστα, βάσει μελετών η απόγνωση που νιώθουν οι οικογενειακοί φροντιστές εμφανίζεται με τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά και με το γενικό πληθυσμό.

Το στενό περιβάλλον του φροντιστή – λήπτη δηλαδή οι φίλοι και η οικογένεια αδυνατούν να κατανοήσουν την κατάσταση την οποία βιώνει ο φροντιστής και εξαιτίας του φόβου τους για την εξέλιξη των συμπτωμάτων κατά την επιδείνωση της νόσου απομακρύνονται και περιθωριοποιούν τόσο τον ασθενή όσο και τον φροντιστή του. Το πρόβλημα της περιθωριοποίησης εντείνεται και λόγω του στίγματος που βιώνεται από ολόκληρη την οικογένεια εξαιτίας της ανάρμοστης συμπεριφοράς και της επιθετικότητας που χαρακτηρίζουν αυτούς τους ασθενείς. (Etters L. et.al. 2008)

Η γκάμα των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν οι φροντιστές είναι αποτέλεσμα της φύσης της ασθένειας. Ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολίες στο ντύσιμο, στη σίτιση, στη

προσωπική του υγιεινή και στη μετακίνησή του γεγονός που αναγκάζει τον φροντιστή να αναλάβει νέους ρόλους. Αυτοί οι ρόλοι περιλαμβάνουν τις λεγόμενες «αντρικές δουλειές» όπως είναι η διαχείριση των οικονομικών όταν πρόκειται για γυναίκα φροντιστή και τις «γυναικείες δουλειές» όπως το νοικοκυριό στην περίπτωση του άντρα φροντιστή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι φροντιστές χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα άγχους και αϋπνιάς όπως υποδεικνύουν οι μέχρι τώρα έρευνες. Ο λόγος αυτής της αύξησης είναι η διαρκής επαγρύπνηση στην οποία πρέπει να βρίσκονται, καθώς ο ασθενής λόγω απώλειας της αίσθησης του χώρου και του χρόνου χρειάζεται βοήθεια ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτό για το οποίο συμφωνούν όλοι οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο τομέα είναι ότι οι συγγενείς που αναλαμβάνουν την συστηματική φροντίδα ενός πάσχοντος μέλους εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επικινδυνότητας στην εκδήλωση σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων. (Ψυχαργός 2004)

Τέλος το οικονομικό φορτίο της φροντίδας είναι εξίσου σημαντικό αφού από τη μια παρουσιάζει τα έξοδα που σχετίζονται με την άμεση φροντίδα του ασθενούς (φαρμακευτική αγωγή, μεταφορά, ιατρικός εξοπλισμός, έξοδα διατροφής) και από την άλλη τη μειωμένη εισροή εσόδων από τη νεργασία των φροντιστών η οποία ελαττώνεται λόγω της ταυτόχρονης ανάληψης του απαιτητικού ρόλου του φροντιστή. (Hollander M.J. et al. 2009) Η μείωση του εισοδήματος μπορεί να οφείλεται σε μείωση ωρών εργασίας των εργαζόμενων φροντιστών διότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα ωράρια και στις απαιτήσεις της δουλειάς. Οι πιέσεις που δέχονται είναι τόσο έντονες που πολλές φορές μπορεί να μετατρέψουν την απασχόλησή τους από πλήρη σε μερική ή μπορεί να απορρίψουν ακόμη και μια πιθανή προαγωγή. (Daniel WL Lai. 2012)

## **4.2 Επιπτώσεις του φορτίου των φροντιστών**

Όταν η ένταση από τη συνεχή φροντίδα είναι μεγάλη οι φροντιστές μπορεί να παραμελούν τις σωματικές τους ανάγκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βιώνουν σωματικά προβλήματα υγείας όπως είναι το αίσθημα της κόπωσης, οι διαταραχές του ύπνου οι χρόνιοι πόνοι, οι κεφαλαλγίες, οι διαταραχές της πέψης ή μη διατήρηση του σωματικού βάρους (μη σωστή διατροφή, έλλειψη άσκησης). Οι φροντιστές σε αυτές τις περιπτώσεις δε χαρακτηρίζονται από καλή φυσική κατάσταση γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει μια ήδη προϋπάρχουσα νόσο. (Gerontologist 2002)

Στην περίπτωση προϋπάρχουσας ασθένειας και λόγω του ότι οι φροντιστές παραμελούν την προσωπική τους υγεία θέτοντας ως προτεραιότητά τους τη φροντίδα του ασθενή αυξάνουν τα επίπεδα θνησιμότητας τους. Η θνησιμότητα παρεμβάλλεται ως μεταβλητή όταν γίνεται αναφορά σε ηλικιωμένους φροντιστές και τους ασθενείς συντρόφους τους. Φαίνεται πως και οι ίδιοι ανησυχούν για την πορεία της υγείας τους διότι περιορίζουν τις επισκέψεις στον γιατρό αφιερώνοντας χρόνο στην οικογένεια και στα καθήκοντά τους. (BrownSL.et. al 2009)

Εκτός από τα σωματικά προβλήματα αλλαγές παρατηρούνται και στην ψυχική υγεία. Η φροντίδα έχει δραματικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευεξία των φροντιστών. Η συνεχής καταπόνηση οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους αναγκάζοντας τους φροντιστές να λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η διαθέσιμη ενέργεια για άλλες δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας είναι λιγοστή καθώς ο φροντιστής μαζεύει ότι συναισθηματικά αποθέματα έχει για το άρρωστο μέλος. Οι φροντιστές σύμφωνα με έρευνες βιώνουν σημαντική ψυχολογική νοσηρότητα στο στάδιο της αποκατάστασης και αυξημένη επιβάρυνση και κατάθλιψη στο τελικό στάδιο.

#### **4.3Η κατάθλιψη των φροντιστών**

Η φροντίδα ενός ασθενή είναι ψυχικά και σωματικά ψυχοφθόρα. Οι φροντιστές αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους σε χειρότερα επίπεδα σε σχέση με τους μη φροντιστές με ένα μεγάλο ποσοστό αυτών να πάσχει από κάποια ψυχική νόσο.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο εμφανή στους φροντιστές τρίτης ηλικίας λόγω του γήρατος και της πιθανής πάθησης από την οποία υποφέρουν. Παρόλο αυτά τέτοια συμπτώματα δε λείπουν και από νεότερους φροντιστές.

Συγκεκριμένα εμφανίζουν συμπτώματα όπως θλίψη, απάθεια, αλλαγές στη διάθεση, ευερεθιστότητα, απαισιοδοξία, απόσυρση από τις καθημερινές συνήθειες αλλά και μοναξιά. Εκτός από αυτά είναι δυνατό να εμφανίζουν και επιπρόσθετα συμπτώματα όπως απώλεια μνήμης, συγκέντρωσης και ενδιαφερόντων.

Η κατάθλιψη λοιπόν, οφείλεται στην συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών οι οποίοι παρέχουν ανιδιοτελώς τις υπηρεσίες

τους στον ασθενή. Τα βάρη της φροντίδας δρουν εις βάρος των συναισθημάτων, της εργασίας, της προσφοράς της ψυχικής υγείας και άλλων προβλημάτων. Οι δραστηριότητες κοινωνικές και θρησκευτικές περιορίζονται σημαντικά και οι πιέσεις που δέχεται ο φροντιστής και επακόλουθα ο λήπτης από τα υπόλοιπα μέλη μακροπρόθεσμα επηρεάζουν τη σταθερότητα και την υγεία όλης της οικογένειας. (Vachon M.L. et.al. 1995)

Για τον περιορισμό αυτών των συμπτωμάτων είναι σημαντικό οι φροντιστές να μην παραμελούν τον εαυτό τους και τις ανάγκες τους. Σε αυτή τη προσπάθεια μπορεί να συνδράμουν τόσο το φιλικό και το οικογενειακό περιβάλλον όσο και οι ιατρικοί φορείς.



## **Κεφάλαιο 5ο**

### **5.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας με την επιβάρυνση των οικογενειών ασθενών στο στάδιο της αποκατάστασης και το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η φροντίδα των ασθενών.

Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία ο ερευνητής επιδιώκει να απαντήσει μέσα από την έρευνα είναι :

- Πως τα χαρακτηριστικά των μελών της οικογένειας συνδέονται με την αύξηση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας των φροντιστών;
- Πως συνδέεται η ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενή στο στάδιο της αποκατάστασης με τη ψυχοπαθολογία της οικογένειας του ασθενή;

### **5.2 Ερευνητικά εργαλεία**

Για τη πραγματοποίηση της έρευνας ο ερευνητής χρησιμοποίησε ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο, προκειμένου με εύκολο και άμεσο τρόπο να συλλέξει τις πληροφορίες εκείνες που θα τον βοηθούσαν στη διερεύνηση του ερωτήματος του

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικά εργαλεία ήταν τα εξής:

#### ***Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο- δημογραφικών χαρακτηριστικών***

Στο ερωτηματολόγιο αυτό, περιλαμβάνονταν ερωτήσεις που στόχο είχαν την καταγραφή του προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα, διερευνώντας χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση και άλλα στοιχεία που σχετίζονται με το φροντιστή του ασθενή.

***Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής κρίσης προσανατολισμένης στις προσωπικές κλίμακες αξιολόγησης (F-COPES)***

Η κλίμακα αυτή έχει σχεδιαστεί για να μετράει τη κρίση στην οικογένεια και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί αυτή να αντιμετωπιστεί. Η κλίμακα περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, που δηλώνουν τη προσωπική γνώμη του ερωτηθέντα σχετικά με την αντιμετώπιση της κρίσης στην οικογένεια. Αποτελείται από 5 παράγοντες που καθορίζουν την αντιμετώπιση της κρίσης στην οικογένεια, κι αυτοί είναι:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη
2. Επανασχεδιασμός
3. Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή-βοήθεια
5. Παθητική αντιμετώπιση

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί και προσαρμοστεί ώστε να ανταποκρίνεται στον Ελληνικό υγιή πληθυσμό (Gouna et al., 2016).

#### ***Ερωτηματολόγιο Cardiac Anxiety (CAQ)***

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 10 ερωτήσεις και 3 κλίμακες και στόχο έχει να διερευνήσει το βαθμό ανησυχίας των συμμετεχόντων στην έρευνα αναφορικά με τη καρδιακή τους λειτουργία. Η πρώτη υποκλίμακα σχετίζεται με το φόβο, η δεύτερη με την αποφυγή και η Τρίτη με τη προσοχή. Οι τιμές που είναι πιο κοντά στο 4 εκφράζουν πιο έντονη ανησυχία σε σχέση με τη λειτουργία της καρδιάς. Η κλίμακα αυτή έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και φαίνεται πως διαθέτει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.

#### ***Ερωτηματολόγιο επισκόπηση της Υγείας SF-36***

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί με στόχο τη μέτρηση 8 διαστάσεων της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής:

1. Φυσική λειτουργικότητα (PF)
2. Σωματικός ρόλος (RP)
3. Σωματικός πόνος (BP)
4. Γενική υγεία (GH)
5. Ζωτικότητα (VT)
6. Κοινωνική λειτουργικότητα (SF)
7. Συναισθηματικός ρόλος (RE)

## 8. Πνευματική- ψυχική υγεία (MH)

### ***Ερωτηματολόγιο Πνευματικές και θρησκευτικές συμπεριφορές στην αντιμετώπιση της ασθένειας (SpREUK)***

Για τη μέτρηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SpREUK, η οποία περιλαμβάνει 3 διαστάσεις: α) Αναζήτηση (για υποστήριξη), β) Εμπιστοσύνη (σε έναν ανώτερο προσανατολισμό) και γ) Αντανάκλαση (θετική ερμηνεία της ασθένειας). Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί στα δεδομένα του ελληνικού υγιούς πληθυσμού (Gouna et al., 2017).

### ***Ερωτηματολόγιο επιβάρυνσης (ZARIT)***

Η κλίμακα της επιβάρυνσης έχει σχεδιαστεί ώστε να εντοπίζει τα συναισθήματα των ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια και αποτελείται από συνολικά 4 διαστάσεις που περιλαμβάνουν το σύνολο των ερωτήσεων που αντανακλούν την ένταση του ρόλου, τη προσωπική ένταση, την αποστέρηση σχέσεων και τη διαχείριση της φροντίδας. Η κλίμακα αυτή αφού μεταφράστηκε, προσαρμόστηκε στα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού (Παπασταύρου και συν. 2006).

## **5.3 Περιορισμός της έρευνας**

Αναφορικά με τη συλλογή των δεδομένων μέσω των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν υπήρξαν ορισμένοι παράγοντες περιορισμού, που επηρέασαν τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η διάρκεια της έρευνας ήταν τελικά μεγαλύτερη από αυτή που είχε αρχικά υπολογιστεί από τον ερευνητή, ενώ το γεγονός ότι πολλοί από τους φροντιστές δεν διέθεταν το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης αποτέλεσε ακόμη μία δυσκολία για την έρευνα, αφού ο ερευνητής ήταν υποχρεωμένος να επεξηγήσει τις ερωτήσεις δίνοντας το νόημα κάθε ερώτησης με πιο αναλυτικό τρόπο. Επιπλέον, ο όγκος των ερωτήσεων αλλά και το γεγονός ότι η αντίστοιχη με το θέμα βιβλιογραφία ήταν περιορισμένη.

## Κεφάλαιο 6ο

### 6.1 Περιγραφική ανάλυση

*Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
Ηλικία	19	81	46	13

Από τον πίνακα 1, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των ηλικιών των ερωτηθέντων είναι 46 με τυπική απόκλιση τα 13 χρόνια.

*Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος*

		N	%
Φύλο	Άντρας	21	21,2%
	Γυναίκα	78	78,8%
	Σύνολο	99	100,0%
Οικογενειακά κατάσταση	Άγαμος/η	33	33,3%
	Έγγαμος	57	57,6%
	Διαζευγμένος/η	7	7,1%
	Χήρος/α	2	2,0%
	Σύνολο	99	100,0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 2, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 8 στους 10 είναι γυναίκες και 2 στους 10 άντρες ενώ 6 στους 10 είναι έγγαμοι και 1 στους 10 διαζευγμένος/η.

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του τύπου καταγωγής του δείγματος

		N	%
Τύπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	48	48,5%
	Πόλη<150.000 κατοίκους	44	44,4%
	Πόλη>150.000 κατοίκους	7	7,1%
Σύνολο		99	100,0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 3, στην ερώτηση για τον τύπο καταγωγής, 5 στους 10 απάντησε «Χωριό/κωμόπολη» και 1 στους 10 απάντησε «Πόλη>150.000 κατοίκους».

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης αδελφών του δείγματος

		N	%
Έχετε αδέρφια	Ναι	88	88,9%
	Όχι	11	11,1%
Σύνολο		99	100,0%

Παρατηρώντας τον πίνακα 4, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 9 στους 10 απάντησαν πως έχουν αδέρφια και 1 στους 10 απάντησε ότι δεν έχει.

Πίνακας 5 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους των αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
Πόσα;	1	4	2	1
Σειρά γέννησας	1	4	2	1

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 5, η μέση τιμή του πλήθους των αδελφών ανέρχεται στα 2 αδέρφια με τυπική απόκλιση 1. Επίσης η μέση τιμή της σειράς γέννησης των ερωτηθέντων είναι 2 με τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 6 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του αριθμού των παιδιών του δείγματος

		N	%
Έχετε παιδιά;	Ναι	63	63,6%
	Όχι	36	36,4%
Σύνολο		99	100,0%

Στον πίνακα 6 καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχουν παιδιά. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν 6 στους 10 δήλωσαν ότι έχουν παιδιά ενώ 4 στους 10 ότι δεν έχουν.

*Πίνακας 7 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
Πόσα παιδιά έχετε;	1	3	2	1

Από τον πίνακα 7, στην ερώτηση πόσα παιδιά έχετε η μέση τιμή των απαντήσεων είναι τα 2 παιδιά με τυπική απόκλιση το 1 παιδί.

*Πίνακας 8 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της φυσιολογίας του δείγματος*

		N	%
Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά;	Μητέρα	44	44,4%
	Πατέρα	42	42,4%
	Γονείς	5	5,1%
	Γιαγιά	2	2,0%
	Παππού	1	1,0%
	Κανένα	5	5,1%
Σύνολο		99	100,0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 8, στην ερώτηση «Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά», 4 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν στην μητέρα τους και ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι μοιάζουν στον πατέρα τους ενώ 1 στους 10 απάντησε πως δε μοιάζει σε κανένα.

*Πίνακας 9 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του χαρακτήρα του δείγματος*

		N	%
Σε ποιόν μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Μητέρα	40	40,4%
	Πατέρα	43	43,4%
	Γονείς	5	5,1%
	Γιαγιά	4	4,0%
	Κανένα	7	7,1%
	Σύνολο		99

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Σε ποιόν μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;», 4 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν στον πατέρα ως προς τον χαρακτήρα και 1 στους 10 δήλωσε ότι δεν μοιάζει με κανέναν.

*Πίνακας 10 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος*

		N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	0	0,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	10	10,1%
	Απόφοιτος γυμνασίου	3	3,0%
	Απόφοιτος λυκείου	33	33,3%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	37	37,4%
	Φοιτητής(τρια)	6	6,1%
	Μεταπτυχιακά	10	10,1%
	Διδακτορικό	0	0,0%
	Σύνολο	99	100,0%

Από τα στοιχεία του πίνακα 10 παρατηρούμε ότι 4 στους 10 συμμετέχοντες στην έρευνα είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ 1 στους 10 έχει μεταπτυχιακό ή είναι απόφοιτος δημοτικού.

*Πίνακας 11 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος*

		N	%
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	5	5,1%
	Οικιακά	10	10,1%
	Αυτοαπασχολούμενος	12	12,1%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	21	21,2%
	Δημόσιος υπάλληλος	43	43,4%
	Συνταξιούχος	3	3,0%
	Φοιτητής(τρια)	5	5,1%
	Σύνολο	99	100,0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 11, 4 στους 10 συμμετέχοντες είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 2 στους 10 ιδιωτικοί υπάλληλοι και 1 στους 10 ασχολείται με τα οικιακά.



*Πίνακας 12 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της φροντίδας συγγενικού προσώπου του δείγματος*

		N	%
Ποιον συγγενή σας χρειάζεται να φροντίζετε;	Αδέρφια	5	5,1%
	Παιδιά	5	5,1%
	Παππούς/Γιαγιά	26	26,3%
	Πεθερός/ά	7	7,1%
	Μητέρα	28	28,3%
	Πατέρας	21	21,2%
	Σύζυγος	5	5,1%
	Θείος	2	2,0%
	Σύνολο	99	100,0%

Σχετικά με τον πίνακα 12, στην ερώτηση «Ποιον συγγενή σας χρειάζεται να φροντίζετε;» 3 στους 10 απάντησαν την μητέρα τους και 1 στους 10 απάντησε πεθερός/ά.

*Πίνακας 13 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγγενή σας;	1	384	31	49

Από τον παραπάνω πίνακα 13, στην ερώτηση «Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγγενή σας;» ο ελάχιστος χρόνος φροντίδας είναι ένας μήνας ενώ το μεγαλύτερο διάστημα φροντίδας του συγγενή είναι 32 χρόνια. Η μέση τιμή των απαντήσεων είναι οι 31 μήνες με τυπική απόκλιση τους 49 μήνες.

*Πίνακας 14 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ωρών καθημερινής φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
Πόσες ώρες καθημερινά φροντίζετε το συγγενή σας;	1	24	8	8

Παρατηρώντας τον πίνακα 14, στην ερώτηση «Πόσες ώρες καθημερινά φροντίζετε το συγγενή σας;» 1 ώρα είναι η ελάχιστη καθημερινή φροντίδα του συγγενή ενώ η μέγιστη καθημερινή φροντίδα είναι όλο το 24ωρο. Η μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι η 8ωρη καθημερινή φροντίδα με τυπική απόκλιση τις 8 ώρες.

*Πίνακας 15 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας του συγγενικού προσώπου του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας;	1	7	6	2

Σύμφωνα με τον πίνακα 15, στην ερώτηση «Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας;» η ελάχιστη τιμή ημερήσιας φροντίδας του συγγενούς είναι 1 ημέρα ενώ η μέγιστη 7 ημέρες, με την μέση τιμή των απαντήσεων να είναι 6 με τυπική απόκλιση τις 2 ημέρες.

Πίνακας 16 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της βοήθειας στην φροντίδα του συγγενικού προσώπου του δείγματος

		N	%
Μοιράζεστε με κάποιον αυτή τη φροντίδα;	Ναι	82	82,8%
	Όχι	17	17,2%
Σύνολο		99	100,0%

Αναφορικά με τα στοιχεία που προέκυψαν παρατηρούμε ότι στον πίνακα 16 οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Μοιράζεστε με κάποιον αυτή τη φροντίδα;», η πλειοψηφία, 8 στους 10, απάντησαν θετικά ενώ 2 στους 10 αρνητικά.

Πίνακας 17 Συχνότητα και σχετική συχνότητα του προσώπου που βοηθάει στην φροντίδα του συγγενικού προσώπου του δείγματος

		N	%
Άν ναι, με ποιόν;	Αδέρφια	19	19,2%
	Γονείς	44	44,4%
	Παιδιά	8	8,1%
	Υπάλληλος	6	6,1%
	Γιαγιά	5	5,1%
	Σύζυγος	12	12,1%
	Οικογένεια	2	2,0%
	Άλλο	3	3,0%
Σύνολο		99	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 17, στην ερώτηση με ποιόν μοιράζεστε την φροντίδα του συγγενή σας 4 στους 10 δήλωσαν με τους γονείς και 2 στους 10 δήλωσαν ότι μοιράζονται την φροντίδα με τα αδέρφια.

Πίνακας 18 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να μιλάει

		N	%
Ο συγγενής που φροντίζετε μιλάει;	Ναι	96	97,0%
	Όχι	3	3,0%
Σύνολο		99	100,0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 18, στην ερώτηση «Ο συγγενής που φροντίζετε μιλάει;» η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσαν θετική απάντηση συγκεντρώνοντας ποσοστό της τάξεως του 97%, το υπόλοιπο 3% δήλωσε ότι ο συγγενής τους δεν μιλάει.

*Πίνακας 19 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να περπατάει*

		N	%
Ο συγγενής που φροντίζετε περπατάει;	Ναι	81	81,8%
	Όχι	18	18,2%
Σύνολο		99	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα 19 φαίνεται ότι, στην ερώτηση «Ο συγγενής που φροντίζετε περπατάει;», 8 στους 10 απάντησαν θετικά ενώ οι 2 στους 10 αρνητικά.

*Πίνακας 20 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να αυτοεξυπηρετείται*

		N	%
Ο συγγενής που φροντίζετε αυτοεξυπηρετείται;	Ναι	71	71,7%
	Όχι	28	28,3%
Σύνολο		99	100,0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 20, στην ερώτηση «Ο συγγενής που φροντίζετε αυτοεξυπηρετείται;» 7 στους 10 συμμετέχοντες της έρευνας απάντησαν θετικά ενώ 3 στους 10 αρνητικά.

*Πίνακας 21 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να αισθάνεται ευγνωμοσύνη*

		N	%
Ο συγγενής που φροντίζετε αισθάνεται ευγνωμοσύνη για τη φροντίδα σας;	Ναι	78	78,8%
	Όχι	12	12,1%
	Δεν γνωρίζω	9	9,1%
Σύνολο		99	100,0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 21, στην ερώτηση «Ο συγγενής που φροντίζετε αισθάνεται ευγνωμοσύνη για τη φροντίδα σας;» 8 στους 10 απάντησαν «Ναι» και 1 στους 10 «Όχι» και «Δεν γνωρίζω».

*Πίνακας 22 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ικανότητας του συγγενή να καταλάβει τον κόπο του ατόμου που τον φροντίζει*

		N	%
Ο συγγενής που φροντίζετε	Ναι	77	77,8%

είναι σε θέση να καταλάβει τον κόπο σας;	Όχι	22	22,2%
	Σύνολο	99	100,0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 22, στην ερώτηση «Ο συγγενής που φροντίζετε είναι σε θέση να καταλάβει τον κόπο σας;» 8 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 2 στους 10 αρνητική.

*Πίνακας 23 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αισιοδοξίας του δείγματος*

		N	%
Αισθάνεστε αισιόδοξος για το μέλλον;	Ναι	46	46,5%
	Όχι	30	30,3%
	Δεν γνωρίζω	23	23,2%
	Σύνολο	99	100,0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 23, στην ερώτηση «Αισθάνεστε αισιόδοξος για το μέλλον;» 5 στους 10 απάντησαν θετικά, 3 στους 10 αρνητικά και 2 στους 10 κράτησαν ουδέτερη στάση.

## 6.2 Επαγωγική ανάλυση

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η μετάβαση από την περιγραφική ανάλυση που προηγήθηκε στην επαγωγική, με σκοπό να εξαχθούν συμπεράσματα για το σύνολο του υπο μελέτη πληθυσμού.

*Πίνακας 24 Αποτελέσματα ελέγχου μέσω των τιμών του φύλου του δείγματος*

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό	Άντρας	21	12,38	5,104	-2,037	97	<b>,044</b>
	Γυναίκα	78	14,67	4,413			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου φαίνεται ότι η εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς το φύλο του δείγματος ( $p$ -τιμή=0.044<0.05). Οι γυναίκες είναι εκείνες που συγκεντρώνουν την μεγαλύτερη μέση τιμή (14,67±4,413).

*Πίνακας 25 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της γενικής υγείας και της κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας*

		N	Mean	SD	F	Sig.
Γενική υγεία (GH)	Άγαμος/η	33	2.91	0.45	3.089	.031
	Έγγαμος	57	2.94	0.45		
	Διαζευγμένος/η	7	3.10	0.16		
	Χήρος/α	2	3.83	0.00		
	Total	99	2.96	0.45		
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	Άγαμος/η	33	13.97	3.42	3.331	0.023
	Έγγαμος	57	14.67	2.86		
	Διαζευγμένος/η	7	13.57	3.10		
	Χήρος/α	2	8.00	0.00		
	Total	99	14.22	3.17		

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της Γενικής υγείας ( $p$ <0.05) αλλά και του σκορε της κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ( $p$ <0.05), διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση. Κατά την εκ των υστέρων ανάλυση που διενεργήθηκε,

παρατηρούμε ότι η διαφορά αυτή του scoreεντοπίζεται μεταξύ των χήρων και των άγαμων καθώς και των χήρων με τους διαζευγμένους ( $p<0.05$ )

*Πίνακας 26 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVAτης αποφυγής δραστηριοτήτων του δείγματος*

		N	Mean	SD	F	Sig.
Αποφυγή δραστηριοτήτων	Άγαμος/η	33	1.35	1.02	2.816	0.043
	Έγγαμος	57	1.65	1.07		
	Διαζευγμένος/η	7	1.19	0.96		
	Χήρος/α	2	3.33	0.00		
	Total	99	1.56	1.07		

Στη συνέχεια της ανάλυσης εξετάσαμε το scoreαποφυγή δραστηριοτήτων, από τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην τιμή του scoreανάμεσα στα επίπεδα της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση. Η διαφορά αυτή κατά την εκ των υστέρων ανάλυση που διενεργήθηκε εντοπίζεται μεταξύ της τιμής των χήρων και των άγαμων με τους χήρους να εμφανίζουν μεγαλύτερη τιμή ( $p<0.05$ ).

*Πίνακας 27 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη σωματική λειτουργικότητα και το σωματικό ρόλο*

		Ηλικία
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	Pearson Correlation	-.472**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Σωματικός ρόλος (RP)	Pearson Correlation	-.338**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99

Εξετάζοντας τη συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με τις τιμές των scoreπαρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση της ηλικίας με τη σωματική λειτουργικότητα(-0.472,  $p<0.05$ ) και τον σωματικό ρόλο ( $r=-0.338$ ,  $p<0.05$ )

Πίνακας 28 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την ζωτικότητα και το σωματικό πόνο

		Ηλικία
Ζωτικότητα (VT)	Pearson Correlation	.228*
	Sig. (2-tailed)	.023
	N	99
Σωματικός πόνος (BP)	Pearson Correlation	.278**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	99

Ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με το score της ζωτικότητας ( $r=0.228$ ,  $p<0.05$ ) καθώς και με το score του σωματικού πόνου ( $r=0.278$ ,  $p<0.05$ ).

Πίνακας 29 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη γενική υγεία και τον επανασχεδιασμό

		Ηλικία
Γενική υγεία (GH)	Pearson Correlation	.403**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Επανασχεδιασμός (Reframing)	Pearson Correlation	-.262**
	Sig. (2-tailed)	.009
	N	99

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της γενικής υγείας ( $r=0.403$ ,  $p<0.05$ ) ενώ εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με το score του επανασχεδιασμού ( $r=-0.262$ ,  $p<0.05$ ).



Πίνακας 30 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με τη συνολική τιμή CAQ και το φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα

		Ηλικία
Συνολική Τιμή CAQ	Pearson Correlation	.385**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	Pearson Correlation	.276**
	Sig. (2-tailed)	.006
	N	99

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της συνολικής τιμής CAQ ( $r=0.385, p<0.05$ ) και του score του φόβου και της ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα ( $r=0.276, p<0.05$ ).

Πίνακας 31 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την αποφυγή δραστηριοτήτων και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία

		Ηλικία
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	Pearson Correlation	.334**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	Pearson Correlation	.358**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της αποφυγής δραστηριοτήτων ( $r=0.334, p<0.05$ ) και του score της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία ( $r=0.358, p<0.05$ ).

Πίνακας 32 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της προσωπικής έντασης

		Ηλικία
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (TrustinHigherGuidance/Source)	Pearson Correlation	.233*
	Sig. (2-tailed)	.020
	N	99
Προσωπική ένταση	Pearson Correlation	.266**
	Sig. (2-tailed)	.008
	N	99

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό ( $r=0.233, p<0.05$ ) και του score της προσωπικής έντασης ενοχλήματα ( $r=0.266, p<0.05$ ).

Πίνακας 33 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της ηλικίας με την αποστέρηση σχέσεων και την συνολική βαθμολογία

		Ηλικία
Αποστέρηση σχέσεων	Pearson Correlation	.342**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	Pearson Correlation	.262**
	Sig. (2-tailed)	.009
	N	99

Σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της αποστέρησης σχέσεων ( $r=0.342, p<0.05$ ) και του score της συνολικής βαθμολογίας ( $r=0.262, p<0.05$ ).

*Πίνακας 34 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών της ύπαρξης αδελφών του δείγματος*

Έχετε αδελφια;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ζωτικότητα (VT)	Ναι	88	3,23	-2,062	97	,042
	Όχι	11	3,68			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών φαίνεται ότι η ζωτικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την ύπαρξη αδελφών ( $p$ -τιμή=0.042<0.05). Με αυτούς που απάντησαν αρνητικά να εμφανίζουν την μεγαλύτερη μέση τιμή (3.68±0.708).

*Πίνακας 35 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του πλήθους των αδελφών με το σωματικό ρόλο και τη συνολική τιμή CAQ*

		Πόσα αδέρφια έχετε;
Σωματικός ρόλος (RP)	Pearson Correlation	-.312**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	88
Συνολική Τιμή CAQ	Pearson Correlation	.211*
	Sig. (2-tailed)	.049
	N	88

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, το πλήθος των αδελφών που έχουν οι συμμετέχοντες εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με το score του σωματικού ρόλου ( $r=-0.312, p<0.05$ ) και θετική συσχέτιση με το score της συνολικής τιμής CAQ ( $r=0.211, p<0.05$ ).

*Πίνακας 36 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών της ύπαρξης παιδιών*

Έχετε παιδιά;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματικός ρόλος (RP)	Ναι	63	1,50	,432	-2,280	97	,025
	Όχι	36	1,69	,388			
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	Ναι	63	12,73	4,562	2,240	97	,027
	Όχι	36	10,64	4,297			
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	Ναι	63	14,98	4,379	2,328	97	,022
	Όχι	36	12,78	4,799			

Από τον έλεγχο μέσων τιμών που πραγματοποιήθηκε, παρατηρούμε ότι ο σωματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την ύπαρξη παιδιών ( $p$ -τιμή=0.025<0.05) με όσους απάντησαν αρνητικά να έχουν την μεγαλύτερη μέση τιμή (1.69). Επίσης η αναζήτηση για υποστήριξη έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την ύπαρξη παιδιών ( $p$ -τιμή=0.027<0.05) με όσους απάντησαν θετικά να εμφανίζουν την μεγαλύτερη μέση τιμή (12,73). Ακόμη η εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό έχει επίσης στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ( $p$ -τιμή<0.022<0.05) με όσους έδωσαν θετική απάντηση να εμφανίζουν την μεγαλύτερη μέση τιμή (14,98).

*Πίνακας 37 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του πλήθους των παιδιών με το σωματικό ρόλο και το συναισθηματικό ρόλο*

		Πόσα παιδιά έχετε;
Σωματικός ρόλος (RP)	Pearson Correlation	-.269*
	Sig. (2-tailed)	.038
	N	60
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	Pearson Correlation	-.265*
	Sig. (2-tailed)	.041
	N	60

Σχετικά με τα αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ του πλήθους των παιδιών των συμμετεχόντων και των υποκλιμάκων σωματικός ρόλος ( $r = -0.269$ ,  $p = 0.038 < 0.05$ ) και συναισθηματικός ρόλος ( $r = -0.265$ ,  $p = 0.041 < 0.05$ ).

*Πίνακας 38 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του εκπαιδευτικού επιπέδου*

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	Correlation Coefficient	-,237*
	Sig. (2-tailed)	,018
	N	99

Από τον έλεγχο συσχετίσεων της κλίμακας SpREUK, παρατηρούμε ότι μόνο η υποκλίμακα Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό εμφανίζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, γεγονός που υποδηλώνει ότι καθώς αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, μειώνεται η εμπιστοσύνη τους σε έναν ανώτερο προσανατολισμό.

*Πίνακας 39 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του εκπαιδευτικού επιπέδου*

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
Ένταση του ρόλου	Correlation Coefficient	-,206*
	Sig. (2-tailed)	,041
	N	99
Προσωπική ένταση	Correlation Coefficient	-,321**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	99
Αποστέρηση σχέσεων	Correlation Coefficient	-,325**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	99
Διαχείριση της φροντίδας	Correlation Coefficient	-,034
	Sig. (2-tailed)	,739
	N	99
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	Correlation Coefficient	-,299**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	99

Από την ανάλυση συσχετίσεων που διενεργήθηκε, παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων και των υποκλιμάκων Ένταση ρόλου ( $r_{ho}=-0.206$ ,  $p<0.05$ ), Προσωπική ένταση ( $r_{ho}=-0.321$ ,  $p<0.05$ ), Αποστέρηση σχέσεων ( $r_{ho}=-0.325$ ,  $p<0.05$ ), τη διαχείριση της φροντίδας ( $r_{ho}=-0.034$ ,  $p<0.05$ ) και τέλος την κλίμακα Συνολική Βαθμολογία ( $r_{ho}=-0.299$ ,  $p<0.05$ )

*Πίνακας 40 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου των ωρών καθημερινής φροντίδας και των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας*

		Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγγενή σας;	Πόσες ώρες καθημερινά φροντίζετε το συγγενή σας;	Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας;
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη	Pearson Correlation	-.280**	.133	.027
	Sig. (2-tailed)	.005	.190	.790
	N	99	99	99
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	Pearson Correlation	.209*	-.167	-.042
	Sig. (2-tailed)	.038	.099	.679
	N	99	99	99

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, από τον έλεγχο συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε ο χρόνος φροντίδας του συγγενικού προσώπου έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ως προς την υποκλίμακα της αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης ( $r=-0.280$ ,  $p$ -τιμή $<0.05$ ) και με θετική κατεύθυνση ως προς την κλίμακα κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ( $r=0.209$ ,  $p$ -τιμή $=0.038<0.05$ ).

Πίνακας 41 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου και του πλήθους των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας

		Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγγενή σας;	Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας;
Συνολική Τιμή CAQ	Pearson Correlation	.207*	.207*
	Sig. (2-tailed)	.040	.040
	N	99	99

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, ο χρόνος φροντίδας του συγγενή και το πλήθος των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας εμφανίζουν θετική συσχέτιση με το score της συνολικής τιμής CAQ ( $r=0.207, p<0.05$ ).

Πίνακας 42 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων του χρόνου φροντίδας του συγγενικού προσώπου, των ωρών καθημερινής φροντίδας και των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας

		Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγγενή σας;	Πόσες ώρες καθημερινά φροντίζετε το συγγενή σας;	Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας;
Προσωπική ένταση	Pearson Correlation	.278**	.037	.198*
	Sig. (2-tailed)	.005	.716	.050
	N	99	99	99
Αποστέρηση σχέσεων	Pearson Correlation	.277**	.189	.266**
	Sig. (2-tailed)	.005	.061	.008
	N	99	99	99
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	Pearson Correlation	.234*	.036	.197
	Sig. (2-tailed)	.020	.725	.050
	N	99	99	99

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων, ο χρόνος φροντίδας του συγγενούς εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της προσωπικής έντασης ( $r=0.278, p<0.05$ ), το score της αποστέρησης σχέσεων ( $r=0.277, p<0.05$ ) και της συνολικής βαθμολογίας ( $r=0.234, p<0.05$ ). Επίσης το πλήθος των ημερών εβδομαδιαίας φροντίδας του συγγενούς εμφανίζει θετική συσχέτιση με το score της αποστέρησης σχέσεων ( $r=0.266, p<0.05$ ).

### 6.3 Γραμμική Παλινδρόμηση

Για να εξετάσουμε τη σχέση της κλίμακας της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, με τις υποκλίμακες που εξετάσαμε στη συγκεκριμένη μελέτη προχωρήσαμε στη γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη την υποκλίμακα της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και ως ανεξάρτητες τις υπόλοιπες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

#### 6.3.1 Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα– SF36

*Πίνακας 43 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης της κλίμακας πνευματικότητας και θρησκευτικότητας με την κλίμακα SF36*

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	70,780	7,506		9,430	,000
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	-6,429	3,269	-,206	-1,967	,052
Σωματικός ρόλος (RP)	-8,621	3,011	-,299	-2,863	,005

Από τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου παρατηρούμε ότι η μεταβλητή Σωματική Λειτουργικότητα (SF36) και ο σωματικός ρόλος προβλέπουν την κλίμακα της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και το αντίστοιχο μοντέλο που δημιουργούμε είναι:

$$\text{Πνευματικότητα \& Θρησκευτικότητα} = -6.429 * \text{Σωματική Λειτουργικότητα} - 0.861 * \text{Σωματικός Ρόλος} + 70.780$$



### 6.3.2 Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα – F-COPES

Πίνακας 44 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα F-COPES

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	21,413	7,420		2,886	,005
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support) (F-COPES)	2,053	,350	,743	5,862	,000
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) (F-COPES)	1,201	,438	,311	2,740	,007
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal) (F-COPES)	,900	,479	,202	1,879	,063
Συνολική Βαθμολογία (Overall) (F-COPES)	-,341	,145	-,391	-2,356	,021

Από τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη, Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας Παθητική Αντιμετώπιση, Παθητική Αντιμετώπιση και Συνολική Βαθμολογία (F-COPES) προβλέπουν το επίπεδο της Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας και το αντίστοιχο μοντέλο που δημιουργείται είναι:

<p><b>Πνευματικότητα &amp; Θρησκευτικότητα = 2.053*Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη + 1.201*Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας-0.900*Παθητική Αντιμετώπιση-0.341*Συνολική Βαθμολογία + 21,413</b></p>
---

## **Κεφάλαιο 7ο: Συζήτηση -Συμπεράσματα**

### **7.1 Συζήτηση**

Στη παρούσα μελέτη ο ερευνητής επεδίωξε να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο συνδέονται η οικογενειακή κρίση και η πνευματικότητα με την επιβάρυνση των οικογενειών ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης ενώ αναζήτησε τον τρόπο με τον οποίο οι δύο αυτές παράμετροι επιδρούν στη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται στη πλειοψηφία του από γυναίκες (78.8%), με μέση ηλικία τα 46 έτη ( $\pm 13$ ), οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (57.6%) και σαν τόπο καταγωγής δήλωσαν το χωριό/ κωμόπολη (48.5%). Τα ευρήματα σχετικά με το φύλο των φροντιστών έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών στις οποίες φαίνεται οι άντρες φροντιστές να διατηρούν τη πλειοψηφία (Lai & Chung, 2007). Αντίθετα, έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία απέδειξε πως οι γυναίκες είναι εκείνες που διατηρούν το πλεονέκτημα, σε σύγκριση με τους άντρες φροντιστές που αγγίζουν μόλις το 16.6% (del-Pino-Casadoetal., 2012). Το δείγμα της έρευνας έχει αδέρφια (88.9%) και μάλιστα έχει κατά μέσο όρο 2 αδέρφια ( $\pm 1$ ) ενώ η σειρά γέννησής τους είναι η δεύτερη ( $\pm 1$ ). Την ίδια στιγμή οι περισσότεροι έχουν παιδιά (63.6%) με μέσο όρο τα 2 παιδιά ο καθένας ( $\pm 1$ ). Φυσιολογικά οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως μοιάζουν περισσότερο στη μητέρα (44.4%) και σε χαρακτήρα μοιάζουν στον πατέρα (43.4%). Το εκπαιδευτικό επίπεδο του συνόλου των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ΑΕΙ (37.4%) και το επάγγελμα με το οποίο ασχολούνται περισσότερο είναι αυτό των δημοσίων υπαλλήλων (43.4%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φροντίζει τη μητέρα (28.3%) για 31 μήνες κατά μέσο όρο ( $\pm 49$ ), κατά μέσο όρο 8 ώρες την ημέρα ( $\pm 8$ ), 6 ημέρες την εβδομάδα ( $\pm 2$ ). Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο και Καναδά έδειξαν ότι είναι περισσότερο πιθανό οι φροντιστές να αναλαμβάνουν τη φροντίδα των γονέων τους περισσότερο συχνά σε σχέση με τη φροντίδα άλλων συγγενικών τους προσώπων (Tan et al., 2013). Τη φροντίδα του συγγενικού τους προσώπου μοιράζονται με κάποιο άλλο άτομο με πιο συχνή απάντηση τους γονείς (44.4%). Οι συγγενείς των οποίων τη φροντίδα έχουν αναλάβει οι ερωτηθέντες έχουν τη δυνατότητα να μιλούν (97%), να περπατούν (81.8%), να αυτοεξυπηρετούνται (71.7%), νιώθουν ευγνωμοσύνη για το άτομο που τους φροντίζει (78.8%) και αντιλαμβάνονται τον κόπο του συγγενή (77.8%), ενώ οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους δηλώνουν αισιόδοξοι σκεπτόμενοι το μέλλον (46.5%).

*Πως τα χαρακτηριστικά των μελών της οικογένειας συνδέονται με την αύξηση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας των φροντιστών;*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, το φύλο των φροντιστών που αποτελεί το δείγμα της έρευνας όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την πνευματικότητα και θρησκευτικότητα των φροντιστών των ασθενών καθώς φαίνεται πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα αυτά έρχονται μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο Καναδά, την Αμερική και τη Σουηδία και οι οποίες απέδειξαν ότι το φύλο των φροντιστών δεν αποτελεί παράγοντα που σχετίζεται στατιστικά με την επιβάρυνση από τη περίθαλψη ασθενών – μελών της οικογένειας (Mohamed et al., 2010; Andren & Elmstahl, 2008) ενώ έρευνες σε χώρες της Ασίας έδειξαν πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην επιβάρυνση του φροντιστή ασθενών και το φύλο (Wang et al., 2014)

Την ίδια στιγμή η γενική υγεία των φροντιστών, η κινητοποίηση της οικογένειας σχετικά με την αποδοχή βοήθειας και την αποφυγή πραγματοποίηση ή συμμετοχής σε ορισμένες δραστηριότητες που αποτελούν διαστάσεις που εκφράζουν τη κρίση στην οικογένεια έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των φροντιστών.

Παράλληλα, η σωματική υγεία των φροντιστών όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου και πόνου, της ζωτικότητας και της γενικής υγείας των φροντιστών. Η ανησυχία που εκφράζεται από τους φροντιστές για τις καρδιακές και θωρακικές ενοχλήσεις που αντιμετωπίζουν μεγαλώνει καθώς η ηλικία τους αυξάνει.

Η πίστη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό, η προσωπική ένταση και η αποστέρηση των ανθρώπινων σχέσεων αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των φροντιστών, γεγονός που δείχνει την αύξηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητάς τους με το πέρασμα του χρόνου.

Η ύπαρξη αδερφών και παιδιών στη ζωή των φροντιστών σχετίζεται με τη γενικότερη κατάσταση της υγείας των φροντιστών. Φαίνεται ότι όσο περισσότερα αδέρφια έχει κανείς τόσο μειώνεται ο σωματικός του ρόλος και αυξάνουν τα καρδιακά του προβλήματα. Αντίστοιχα όσο περισσότερα παιδιά έχουν οι φροντιστές τόσο περισσότερο μειώνεται ο σωματικός και συναισθηματικός τους ρόλος.

Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων αποτελεί ένα ακόμη χαρακτηριστικό που επηρεάζει το επίπεδο θρησκευτικότητας των φροντιστών καθώς φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων τόσο μικρότερη είναι η πίστη τους σε έναν ανώτερο προσανατολισμό. Ακόμη, η κρίση στην οικογένεια όπως αυτήν εκφράζεται μέσα από τις διαστάσεις της έντασης ρόλου, της προσωπικής έντασης, της αποστέρησης σχέσεων και τη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης.

*Πως συνδέεται η ποιότητα ζωής της οικογένειας του ασθενή στο στάδιο της αποκατάστασης με τη ψυχοπαθολογία της οικογένειας του ασθενή;*

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας έδειξαν ότι η ανάγκη των φροντιστών για πνευματική στήριξη, η κρίση της οικογένειας και η ανησυχία για την εκδήλωση καρδιαγγειακών προβλημάτων σχετίζεται με το χρονικό διάστημα για το οποίο ο ασθενής είναι επιφορτισμένος με τη φροντίδα του ασθενή. Ταυτόχρονα, η κρίση της οικογένειας και συγκεκριμένα η αποστέρηση σχέσεων σχετίζεται με το σύνολο των ημερών μέσα στην εβδομάδα που οι φροντιστές επιβαρύνονται με τη φροντίδα του συγγενή τους. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής ενισχύονται από τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών που απέδειξαν πως οι περισσότερες ώρες φροντίδας των ασθενών έχουν ως αποτέλεσμα την αρνητική στάση των φροντιστών απέναντι στη πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα.(Bergvall et al., 2011, Casado & Sacco, 2012, Andren & Elmstahl, 2008, Valimaki et al., 2009).

## **7.2 Συμπεράσματα**

Μέσα από τη παρούσα ερευνητική εργασία επιχειρήθηκε από τον ερευνητή η σε βάθος προσέγγιση και παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο ο φροντιστής ασθενή που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης επιβαρύνεται από τη παροχή φροντίδας. Αλλά και να παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα του φροντιστή επηρεάζεται από την οικογενειακή κρίση. Τα ευρήματα της έρευνας οδήγησαν τον ερευνητή στην εξαγωγή ορισμένων ιδιαίτερα χρήσιμων συμπερασμάτων.

Αρχικά φαίνεται πως η διερεύνηση της θρησκευτικότητας και της οικογενειακής κρίσης σύμφωνα με τις απαντήσεις των φροντιστών στις ερωτήσεις της έρευνας σχετίζονται με δημογραφικούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση αλλά και η ύπαρξη παιδιών και αδερφών στη ζωή του φροντιστή.

Επιπλέον φαίνεται ότι ο χρόνος που περνά ο φροντιστής περιθάλποντας τον ασθενή σε καθημερινή, εβδομαδιαία αλλά και χρόνια βάση σχετίζεται με την σχέση του φροντιστή με τη πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα αλλά και την αντιμετώπιση καρδιακών προβλημάτων και την ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του.

Το κράτος θα μπορούσε να ενισχύσει το έργο των φροντιστών ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης οργανώνοντας συναντήσεις με στόχο την ενημέρωση των φροντιστών αλλά και την παροχή ψυχολογική υποστήριξης ώστε να είναι σε θέση να συνεχίσουν το έργο τους. Επιπλέον, είναι αναγκαίο οι φροντιστές να ενημερώνονται από το Δήμο σχετικά με τις δομές που υπάρχουν και μπορούν να υποστηρίξουν την παροχή φροντίδας δίνοντας τους χρήσιμες συμβουλές και λύσεις, απέναντι σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Βαρσάμη Ε.,(2007) Η συμβολή της πίστης στο Θεό και της χριστιανικής θρησκείας στον τρόπο που ο άνθρωπος διαχειρίζεται το σωματικό πόνο. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, 2007

Θεοδοσοπούλου Δ. (2005) Η οικογενειακή επιβάρυνση (Family Burden) Συγκριτική Μελέτη σε Οικογένειες Ασθενών με Σχιζοφρένεια και Διπολική Διαταραχή. ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Λιάκου Ε., (2016) Καταθλιπτική συμπτωματολογία, πνευματικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και υπαρξιακό άγχος σε άτομα με καρκίνο. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών του Ανθρώπου, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, 2016

Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ., (1999) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., (2005) Η Έννοια της Φροντίδας Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7 Τεύχος 1

Σαρρής Μ., (2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Παπαζήση, Αθήνα 2001

Τριαντάφυλλου Τ. και Μεσθεναίου, Ε., (2006) Ποιος Φροντίζει; Οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο . Επιχειρησιακό Πρόγραμμα « Υγεία –Πρόνοια 2000-2006 » . Ζώντας με άνοια άτομο που πάσχει από άνοια : οδηγίες για συγγενείς και άλλους φροντιστές . Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός –Β φάση » , 2004 . Πρόσβαση στις 30 Μαΐου 2019 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:

Υφαντόπουλος ΓΝ και Σαρρής Μ., (2001) Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής : Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχίαελληνικήιατρικής

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Andren, S., & Elmstahl, S. (2008). The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 790-799.

Bergvall, Niklas, Brinck, Per, Eek, Daniel, Gustavsson, Anders, Wimo, Anders, Winblad, Bengt, & Jönsson, Linus. (2011). Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 73-85.

Brown SL., Smith DM., Schulz R., Kabeto MU., Peter A., Ubel PA., Poulin M., Yi J., Kim C., Langa KM., (2009) Caregiving Behavior Is Associated With Decreased Mortality Risk *Psychol Sci*. 2009 ,20(4):488-94.

Carter R. E., Carter C. A., (1994) Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *The American Journal of Family Therapy* 22: 315-316

Casado, Banghwa, & Sacco, Paul. (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 67(3), 331-336.

Cassidy JP., Davies DJ., (2004) Cultural and spiritual aspects of palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004: 951–957.

Cotrell V., Schulz R., (1993). The perspective of the patient with Alzheimer's disease: A neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist* 33:205-211.

Chou K.R., (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of International Paediatric Nursing*, Dec;(15) 6.

Daniel WL Lai., (2012) Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults .*Sage Open* 2012 ,1-14 .

del- Pino- Casado, Rafael, Frías- Osuna, Antonio, Palomino- Moral, Pedro A, & Ramón Martínez- Riera, José. (2012). Gender Differences Regarding Informal Caregivers of Older People. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 349-357

Derrickson BS., (1996) The spiritual work of the dying. *Hosp J*.1996; 11(2):11-30.

Di Matteo R., Martin L., (2011) Εισαγωγή στην ψυχολογία της Υγείας (μετάφραση). 1st ed. Αθήνα: Πεδίο.

Dreyer E. A., Bennett J B., (2006) Higher Education and a Spirituality of Everyday Life. *Spirituality in Higher Education*.2006; 3(1) :1-9

Etters L., Goodall D., Harrison B., (2008) Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008 20(8):423-428.

Fletcher B.S., Miaskowski C., Given B., & Schumacher K., (2012). The Cancer Family Caregiving Experience. An Updated and Expanded Conceptual Model. *Eur J Oncol Nurs*, 16.

Given B., Kozachic, S., Collins C., Devoss D.& Given C., (2001). Caregiver role strain. *Nursing care of older adults diagnosis: Outcome and interventions* (p.p.679-695). St. Louis, MO: Mosby

Gwyther LP., Altilio T., Blacker S., Christ G., Csikai EL., Hooyman N., Kramer B., Linton J., Raymer M., Howe J., (2005) Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care 1(1):87-120

Hollander M.J., Liu G., Chappell N. L., (2009) Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. *Healthcare Quarterly* 2009, 12, 42-49

Kang H S., Myung W., Na DuK.E., Kim Seong Yoon., Lee J-H , Han S., Choi S., Kim SangYun., Kim Seonwoo., Kim Doh Kwan., (2014) Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease . *Psychiatry Investig* 2014,11(2):152-159.

Kayser K., & Scott J., (2010) Ψυχολογική Υποστήριξη του Ζευγαριού με Καρκίνο. Αθήνα : ΠεδίοΑ.Ε.



Kim H., Chang M., Rose K., Kim S., (2012) Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia . J Adv Nurs. 2012,68(4):846-55.

King M., Speck P., Thomas A., (1995) The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and standardization. Psychol Med. 1995; 25 (06):1125–1134

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB., (2000) Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York, Oxford University Press; 2000.

Lai, CK, & Chung, JC. (2007). Caregivers' informational needs on dementia and dementia care. Asian Journal of Gerontology & Geriatrics, 2, 78-87.

Magnusson R., (2009). Rethinking global health challenges: Towards a ‘global compact’ for reducing the burden of chronic disease. Public health. 123:265-274.

Mayroff M., (1971). On Caring. Harper & Row, New York

May C, Mead N., (1999) Patient- centeredness: a history In: Dowrick C, Frith L, eds. General Practice and Ethics: Uncertainty and Responsibility. London, Routledge; 1999: 76-90

Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketsos, C. G., & Schneider, L. S. (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18(10), 917-927.

Pearlin LI., Mullan JT., Semple SJ., Skaff MM., (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Oct;30(5):583-94

Ramsey P., (1970) The patient as person. New Haven, CT: Yale University Press; 1970

Reinert K G., Koenig H G., (2013) Re-examining definitions of spirituality in nursing research. J. Adv. Nurs. 2013; 69(12): 2622–2634.

Rousseau P., (2000) Spirituality and the dying patient. J Clin Oncol. 18(9) :2000–2002

Singer G.H., & Irwin L.K.,(1989). Support for caregiving families. Baltimore:Paul H.Brooks Publishing

Sherwood P., Given C., Given B., Von Eye A., (2005) Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in care givers of elderly patients. *Journal of Ageing and Health*, vol. 17 No 2, 125-147.

Sherman A., Simonton S., Latif U., Spohn R., Tricot G.,(2005) Religious Struggle and Religious Comfort in Response to Illness: Health Outcomes among Stem Cell Transplant Patients, *J Behav Med*, 2005, 28(4):359-367

Sulmasy D., (2009) Spirituality, Religion, and Clinical Care. *Chest*. 2009; 135(6): 1634-1642.

Tan, Louisa, Yap, Philip, Ng, Wai Yee, & Luo, Nan. (2013). Exploring the use of the Dementia Management Strategies Scale in caregivers of persons with dementia in Singapore. *Aging & mental health*, 17(8), 935-941.

The Canadian Study of Health and Aging Working Group .Patterns and Health Effects of Caring for People With Dementia.*Gerontologist* 2002, 42:643-652.

Vachon ML., Kristjanson L., Higginson I., (1995) Psychosocial issues in palliative care: the patient, the family, and the process and outcome of care. *J Pain Symptom Manage*.1995 Feb;10(2):142-50.

Valimaki, T. H., Vehvilainen-Julkunen, K. M., Pietila, A. M., &Pirttila, T. A. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging Ment Health*, 13(6), 799-807.

Wang, Jing, Xiao, Lily Dongxia, He, Guo-Ping, Ullah, Shahid, & De Bellis, Anita. (2014). Factors contributing to caregiver burden in dementia in a country without formal caregiver support. *Aging & mental health*, 1-11.

Zarit, S. H., & Edwards, A. B., (2008). Family caregiving: Research and clinical intervention. In R. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 255-288). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

[http://www.klimaka.org.gr/js/components/com\\_booklibrary/ebooks/zontas\\_me\\_ena\\_ato\\_mo\\_p\\_ou\\_pasxei\\_apo\\_anoia.pdf](http://www.klimaka.org.gr/js/components/com_booklibrary/ebooks/zontas_me_ena_ato_mo_p_ou_pasxei_apo_anoia.pdf).



**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 βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

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

- Εξαιρετική.....1  
 Πολύ καλή .....2  
 Καλή .....3  
 Μέτρια .....4  
 Κακή ..... 5

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

- Πολύ καλύτερη απ' ό τι ένα χρόνο πριν .....1  
 Κάπως καλύτερη απ' ό τι ένα χρόνο πριν .....2  
 Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν .....3  
 Κάπως χειρότερη απ' ό τι ένα χρόνο πριν .....4  
 Πολύ χειρότερη απ' ό τι ένα χρόνο πριν .....5

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; Εάν ναι, 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 σθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, 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
Z. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από <b>ενάμιση χιλιόμετρο</b>	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης <b>μερικών οικοδομικών τετραγώνων</b>	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης <b>ενός οικοδομικού τετραγώνου</b>	1	2	3
Ι. 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>Β. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Γ. Περιορίσατε το είδος</b> της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Δ. Είχατε δυσκολία</b> στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	<b>1</b>	<b>2</b>

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:

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

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 την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα .....	2
Μέτρια .....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ .....	5

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

Καθόλου .....	1
Πολύ ήπιο .....	2
Ήπιο .....	3
Μέτριο .....	4
Έντονο .....	5
Πολύ έντονο .....	6

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

Καθόλου .....	1
Λίγα.....	2
Μέτρια .....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ .....	5

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
<b>Α.</b> Είχατε ζωντάνια;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Β.</b> Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Γ.</b> Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Δ.</b> Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Ε.</b> Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

3

ΣΤ. Νοιώσατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Z. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
H. Είσατε ένας ευτυχιμένος 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 η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκεψείς σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

- Πάντα.....1  
 Τις πιο πολλές φορές.....2  
 Μερικές φορές .....3  
 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
A. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
B. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Προσέχετε ένα υγιές σωματικό υστερόν	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		ΟΥΤΕ		
	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ
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 ανηυχίες 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 κρατάμε 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. Αισθάνομαστε πως στιδήποτε και αν κάνουμε για να	1	2	3	4	5

προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα					
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.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
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 προσεχτικά 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 ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
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 κάποιο 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 περιτριγυρίζετε 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 επικυλάσει 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